

ΑΝΩΤΑΤΟ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

"Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ  
ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ  
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ".

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
ΔΑΦΕΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:  
ΜΑΥΡΙΔΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ  
ΣΑΜΑΡΙΤΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ 2002

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΜΕΡΟΣ Α

<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u> .....	1-2
-----------------------	-----

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ(ΠΦΥ)

Διακήρυξη Alma-Ata.....	3-9
Η Νοσηλευτική στην ΠΦΥ.....	10-14
Νοσηλευτική και ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	13-14

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

#### ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Κοινωνική Νοσηλευτική -ορισμοί-σκοποί.....	15-16
Στάδια ανάπτυξης Κοινωνικής Νοσηλευτικής.....	16-20
Προετοιμασία και χαρακτηριστικά του Κοινωνικού Νοσηλευτή.....	20-21

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Γενικές θεωρητικές έννοιες.....	22-23
Θεωρία της Betty Neuman.....	24-26
Εφαρμογή της θεωρίας στην κοινότητα σαν μονάδα φροντίδας.....	26-28
Θεωρία της Callista Roy (προσαρμογή).....	28-31

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

#### Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες.....	32-40
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	40-44
Αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας – χαρακτηριστικά αντικειμενικών σκοπών.....	44
Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αντικειμενικών σκοπών.....	44-48
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις- χαρακτηριστικά.....	48-51
Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας.....	51-52
Εκτίμηση αποτελέσματος.....	52-54

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

#### ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.....	55-56
Ορισμοί –σκοποί κατ' οίκον νοσηλείας.....	56-57
Ιστορική αναδρομή.....	57
Σχεδιασμός και αξιολόγηση προγραμμάτων νοσηλείας στο σπίτι.....	58-61
Καθήκοντα νοσηλευτή στο σπίτι.....	61-62

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ-ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	63-66
--	-------

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

ν. υπ' αριθμόν 2889/2001 για την βελτίωση και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Άρθρο 1 παρ.1.3.....	67
Άρθρο 2	
Όργανα διοίκησης παρ.1.8.....	67-69
Άρθρο 3	
Οργάνωση – Στελέχωση .....	69-70
Άρθρο 4 παρ.1	
Πόροι.....	70-71

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

### ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Άρθρο 5 παρ.1	
Ίδρυση νοσοκομείων Διοίκηση .....	71
Άρθρο 6 παρ.1.6	
Οργάνωση νοσοκομείων.....	72-73
Άρθρο 8	
Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.....	73

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

### Ειδικές Διατάξεις

Άρθρο 13 παρ. 2.17.....	73-74
Άρθρο 15 παρ.2	
Μεταβατικές διατάξεις.....	74-75
Άρθρο 20.....	75-76
Άρθρο 21	
Έναρξη ισχύος.....	76

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

● Ο Διαχωρισμός της ζήτησης από την προσφορά.....	79
● Α σενάριο: Εισαγωγή προϋπολογισμών με διατήρηση του υπάρχοντος οργανωτικού – χρηματοδοτικού πλαισίου.....	79-83
● Πλεονεκτήματα της πρότασης.....	83-84
● Μειονεκτήματα της πρότασης.....	84
● Β σενάριο (Αλλαγή του υπάρχοντος οργανωτικού– χρηματοδοτικού πλαισίου).....	85-87
Κριτική.....	87-88

Δομικοί παράγοντες για την οργάνωση κατ' οίκον νοσηλείας.....89-90

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

### **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Α)Η σημερινή κατάσταση (Διεθνώς –Ελλαδικός χώρος).....	91-94
Β)Εκπαίδευση και κατάρτιση των κοινοτικών νοσηλευτών.....	95-99
Γ)Νέες τάσεις στην κοινοτική νοσηλευτική.....	99-100
Δ)Νοσηλευτική Διοίκηση στην ΠΦΥ και τη νοσηλεία στο σπίτι....	100-101
Προτάσεις.....	101
Συμπεράσματα.....	101

## **B ΜΕΡΟΣ**

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Εισαγωγή.....	103
Σκοπός.....	104
Υλικό-Μέθοδος.....	104
Φόρμα.....	105-106
Αποτελέσματα (γραφήματα).....	107-114
Συμπεράσματα.....	115-117
Επίλογος.....	117-118
Βιβλιογραφία.....	119-120

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Βαδίζοντας στην αρχή του αιώνα μας, οι απαιτήσεις που επιβάλλονται από το σύγχρονο τρόπο ζωής, τη διεθνή οικονομική κρίση, την πολύπλοκη τεχνολογία, τις αλλαγές στη φιλοσοφία και την οργάνωση του συστήματος υγείας κάθε χώρας, τις δημογραφικές μεταβολές και την εμφάνιση νέων επειγόντων προβλημάτων υγείας, απαιτούν πιο αποτελεσματική και δημιουργική Νοσηλευτική παρουσία, σε όλους τους τομείς ζωής και δραστηριότητες των ανθρώπων.

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η φύση και το περιεχόμενο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής καθώς και ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στη σημερινή κοινωνία πρέπει να ληφθούν υπόψη τρεις σημαντικοί παράγοντες: 1. Η επίδραση των ποικίλων κοινωνικών αλλαγών στην υγεία των ανθρώπων. 2. Οι μεγάλες αλλαγές που εμφανίζονται διεθνώς μετά τη διακήρυξη της Alma-Ata (1978) στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των συστημάτων υγείας και 3. Οι νέες τάσεις και προοπτικές στη Νοσηλευτική οι οποίες σχετίζονται και με τους άλλους δύο παράγοντες.

Οι τάσεις στη Νοσηλευτική είναι η διερεύνηση του τομέα δράσης και η ανεξάρτητη άσκηση του νοσηλευτικού έργου καθώς και η αναγνώριση και συνειδητοποίηση της ανάγκης εξασφάλισης πληρέστερης επιστημονικής κατάρτισης των νοσηλευτών.

Η Νοσηλευτική αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο στα συστήματα Υγείας και ιδιαίτερα στην οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Ο Νοσηλευτής αποτελεί τον κύριο και πρωταρχικό υπεύθυνο επιστήμονα για την πρόληψη προβλημάτων υγείας και την ανάλογη ενημέρωση ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων σε θέματα υγείας. Ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπευτική

παρέμβαση με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου που έχει ήδη νοσήσει αλλά επεκτείνεται στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA-ATA**

"Η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) που πραγματοποιήθηκε στην Alma-Ata την 12 Σεπτεμβρίου 1978, εξέφρασε την ανάγκη για επείγουσα κινητοποίηση όλων των κυβερνήσεων, των επιστημόνων υγείας και της Παγκόσμιας Κοινότητας, με σκοπό να προστατεύσει και να προαγάγει την υγεία όλου του πληθυσμού της γης, προβαίνοντας στην ακόλουθη διακήρυξη:

#### I

Η συνάντηση επαναβεβαιώνει σταθερά ότι η Υγεία, η οποία αποτελεί κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ο πιο σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος, του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριοποίηση όχι μόνο του τομέα υγείας αλλά και πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων.

#### II

Η κατάσταση ανισότητας ως προς την υγεία που επικρατεί ιδιαίτερα μεταξύ αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων χωρών αλλά και μεταξύ των κατοίκων της ίδιας χώρας είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη και επομένως αποτελεί κοινό θέμα προβληματισμού όλων των χωρών.

#### III

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η οποία βασίζεται σε μια νέα Παγκόσμια οικονομική πορεία, είναι απαραίτητη για την επιτυχία του

στόχου "Υγεία για όλους" και τον περιορισμό του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προαγωγή και προστασία της υγείας των ανθρώπων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, συμβάλλει σε καλύτερη ποιότητα ζωής και παγκόσμια ειρήνη.

#### IV

Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και την διεκπεραίωση της φροντίδας υγείας τους.

#### V

Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την εξασφάλιση των αναγκών για την υγεία υπηρεσιών και μέσων. Βασικός κοινωνικός σκοπός των κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της Παγκόσμιας Κοινότητας τις επόμενες δεκαετίες και μέχρι το έτος 2000, πρέπει να είναι η εξασφάλιση, σε όλο τον πληθυσμό της γης, επιπέδου υγείας το οποίο να τους επιτρέπει να ζουν παραγωγική κοινωνική και οικονομική ζωή. Η ΠΦΥ αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού αυτού.

#### VI

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η φροντίδα Υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας, με τη δική τους ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν, η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξής τους. Η ΠΦΥ, είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος Υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα και τη βασική δραστηριότητα, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα



υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή.

## VII

### Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

1. Πηγάζει και αντικατοπτρίζει τις οικονομικές συνθήκες καθώς και τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας που βασίζεται τόσο στην εφαρμογή των γνώσεων που προκύπτουν από τα αποτελέσματα έρευνας στους τομείς υγείας όσο και στην εμπειρία της Δημόσιας υγείας.

2. Στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας.

3. Περιλαμβάνει τουλάχιστον: α) Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους. β) Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής τροφής και νερού. γ) Φροντίδα υγείας μητέρας και βρέφους καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό. δ) Εμβολιασμούς. ε) Πρόληψη και περιορισμό των τοπικών ενδημικών νόσων. ζ) Κατάλληλη θεραπεία στα καθημερινά παρουσιαζόμενα νοσήματα και ατυχήματα. η) Εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων .

4. Συνεργάζεται τόσο με τις άλλες υπηρεσίες υγείας όσο και με πολλούς άλλους τομείς της κοινωνικής και εθνικής ζωής όπως: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, κατοικία, εργασία, επικοινωνία καθώς και όλους τους άλλους τομείς της κοινότητας, των οποίων επιδιώκει την υποστήριξη.

5. Προωθεί και επιδιώκει τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή των ατόμων στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των

υπηρεσιών ΠΦΥ, χρησιμοποιώντας στον μεγαλύτερο βαθμό τοπικές, εθνικές και άλλες πηγές και μέσα. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού με την κατάλληλη εκπαίδευση, αναπτύσσει στα άτομα της κοινότητας αυτή τη δυνατότητα συμμετοχής.

6. Συντηρείται και ενισχύεται από συντονισμένο λειτουργικό και υποστηρικτικό σύστημα αναφοράς το οποίο οδηγεί στην προοδευτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας προς όλους, δίδοντας προτεραιότητα σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη.

7. Στηρίζεται στους επιστήμονες υγείας τόσο στο τοπικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο αναφοράς που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, βοηθητικό προσωπικό και άλλους κοινωνικούς εργάτες ανάλογα με τις ανάγκες καθώς και οποιαδήποτε άλλα άτομα και ομάδες κατάλληλα εκπαιδευμένα και τεχνικά καταρτισμένα με τα οποία συγκροτείται μια ομάδα με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κάθε κοινότητας.

## VIII

Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές στρατηγικές και προγράμματα δράσης με σκοπό να εδραιώσουν την ΠΦΥ σαν τμήμα ενός αποτελεσματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού χρειάζεται πολιτική θέληση για να χρησιμοποιηθούν οι πηγές που διαθέτει η κάθε χώρα και κάθε άλλη εξωτερική πηγή με αποτελεσματικό τρόπο.

## IX

Όλες οι χώρες πρέπει να συνεργαστούν με πνεύμα συναδελφικό για να εξασφαλίσουν υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της γης. Διότι η εξασφάλιση υγιούς πληθυσμού σε μια χώρα αφορά άμεσα και έχει θετική επίδραση και στην άλλη. Η διακήρυξη αποτελεί τη στερεά βάση για την επέκταση και ανάπτυξη της ΠΦΥ σε όλο τον κόσμο.

## X

Αποδεκτό επίπεδο υγείας στον κόσμο το 2002 μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη και ολοκληρωτική χρησιμοποίηση των πηγών που διατίθενται παγκόσμια, μεγάλο μέρος των οποίων χρησιμοποιούνται σήμερα για πολεμικές επιχειρήσεις και εξοπλισμούς. Μια γενική πολιτική ειρήνης, ανεξαρτησίας των κρατών, και αποστρατικοποίησης μπορεί και πρέπει να ελευθερώσει πρόσθετες πηγές οι οποίες μπορούν να διατεθούν σε ειρηνικά μέσα και συγκεκριμένα στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, της οποίας τμήμα πρέπει να διατεθεί και στην ΠΦΥ".

Κατά τη διάσκεψη της Alma-Ata καθορίστηκαν η φιλοσοφία, οι αρχές, οι μέθοδοι και σε αδρές γραμμές τα μέσα για την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Στα αμέσως επόμενα χρόνια διαμορφώθηκε η στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί για την επίτευξη του στόχου « Υγεία για όλους » και καθορίστηκαν μακροπρόθεσμοι και βραχυπρόθεσμοι στόχοι.

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν τα πιο κάτω πέντε κύρια χαρακτηριστικά:

1. *Είναι προσιτές σε όλους, όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σε αυτές.*
2. *Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.*
3. *Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία.*
4. *Χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας. Όλα αυτά πρέπει να είναι αποδεκτά τόσο από τους επιστήμονες που θα τα χρησιμοποιήσουν στην άσκηση του έργου τους, όσο και από τα άτομα που θα είναι αποδέκτες της φροντίδας.*
5. *Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή της υγείας. Η συνεργασία με άλλους τομείς όπως εκπαίδευση, δημόσια*

διοίκηση κλπ. είναι επίσης απαραίτητα για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τοποθετούνται οι πιο κάτω οκτώ βασικοί σκοποί των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που διατυπώθηκαν στο ίδιο συνέδριο.

1. Διαπαιδαγώγηση του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους για πρόληψη και περιορισμό τους.
2. Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής διατροφής σε όλους.
3. Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινού νερού.
4. Φροντίδα υγείας μητέρας – βρέφους και οικογενειακός προγραμματισμός.
5. Εμβολιασμοί.
6. Πρόληψη και περιορισμός των νόσων που ενδημούν στην κάθε χώρα.
7. Αποτελεσματική αντιμετώπιση νόσων και ατυχημάτων.
8. Εξασφάλιση αναγκαίων φαρμάκων.

Οι βασικοί αυτοί σκοποί της ΠΦΥ δημιουργούν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπόφευκτα κινείται η οργάνωση, ο προγραμματισμός και η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας αλλά και η εκπαίδευση των επιστημόνων και τεχνολόγων, που εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας.

Η Π.Ο.Υ διετύπωσε προτάσεις προς τις κυβερνήσεις όλου του κόσμου για να υποβοηθήσει την προώθηση του προγράμματος " Υγεία για όλους το 2.000 " και κυκλοφόρησε σειρά ολόκληρη από βιβλία και έντυπα με τα οποία διαμορφώνεται η στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί από τις κυβερνήσεις μέλη και τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων.

Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης (ΠΓΕ) στο οποίον ανήκει και η Ελλάδα, μετά τη διακήρυξη της Alma –Ata που αφορούσε όλες τις χώρες μέλη της ΠΟΥ, ανάλαβε έντονη πρωτοβουλία για την επιτυχία του σκοπού "Υγεία για όλους το 2.000", στις χώρες της Ευρώπης. Το 1980 καθιέρωσε μια κοινή πολιτική υγείας σε όλες τις χώρες μέλη του, η οποία έγινε

αποδεκτή από την περιφερική Επιτροπή το 1984, με την ομόφωνη παραδοχή των 38 στόχων. Το Πρόγραμμα του ΠΓΕ διαφέρει από τα προγράμματα των άλλων περιφερειακών τμημάτων, παρόλο που βασίζεται στις ίδιες γενικές αρχές, διότι είναι προσανατολισμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες υγείας του πληθυσμού των χωρών που καλύπτει.

Οι περισσότερες από τις 50 χώρες της Ευρώπης είναι βιομηχανικές με ανεπτυγμένες τεχνολογικά υπηρεσίες υγείας. Στον προγραμματισμό του ΠΓΕ, περιλαμβάνονται 3 βασικές δραστηριότητες:

1. Η προώθηση τρόπου ζωής που συντελεί στην προαγωγή της υγείας.
2. Ο περιορισμός των νόσων που μπορούν να προληφθούν.
3. Η εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας που να είναι προσιτές, επαρκείς και αποδεκτές από όλους.

Το ΠΓΕ απηύθυνε έκκληση στις χώρες μέλη του για μια ριζική αλλαγή στην πολιτική της υγείας που ακολουθούν και ζήτησε να δοθεί πολύ μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας των ατόμων της κάθε χώρας. Η κάθε χώρα μέλος, έχει χρέος να προσαρμόσει τις υπηρεσίες υγείας με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΓΕ για την επιτυχία του σκοπού "Υγεία για όλους το 2000" και να δίδει έκθεση προόδου προς την κατεύθυνση αυτή, κάθε δυο χρόνια.

Ο καθορισμός των 38 στόχων κάνει τον προγραμματισμό για την Ευρώπη πιο συγκεκριμένο και προσανατολισμένο στα προβλήματα των χωρών που αντιπροσωπεύουν. Παρά τα κοινά προβλήματα, ενδιαφέροντα και προβληματισμούς των χωρών της Ευρώπης, και κάθε χώρα μέλος του ΠΓΕ έχει τα ιδιαίτερα συγκεκριμένα προβλήματα, τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής, το ξεχωριστό δικό της Σύστημα Υγείας. Η κάθε χώρα επομένως θα χρησιμοποιήσει άλλα μέσα, τρόπους και μεθόδους για την εξασφάλιση καλύτερης υγείας στους πολίτες της, μέσα στα πλαίσια και τις κατευθύνσεις του ΠΟΥ και του ΠΓΕ. Το σημαντικό αυτό κείμενο με τους 38 στόχους περιλαμβάνεται στο παράρτημα.

## Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με το ρόλο της Νοσηλευτικής στην ΠΦΥ ασχολήθηκαν τα τελευταία χρόνια πέντε Παγκόσμιες Συνδιασκέψεις Υγείας η 30<sup>η</sup> το 1977, η 36<sup>η</sup> το 1983, η 39<sup>η</sup> το 1986, η 42<sup>η</sup> το 1989 και η 45<sup>η</sup> το 1992.

Η 36<sup>η</sup> συνδιάσκεψη διετύπωσε και ψήφισε με αριθμ. WEA 36.11, απόφαση η οποία αναφέρεται στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη στρατηγική "Υγεία για όλους". Με την απόφαση αυτή αναγνωρίζεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην προσφορά υπηρεσιών υγείας καθώς και στην εκπαίδευση και εποπτεία του υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται στην ΠΦΥ. Καλούνται οι νοσηλευτικές οργανώσεις σε όλο τον κόσμο να υποστηρίξουν την πολιτική του ΠΟΥ και να αναπτύξουν ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα με τα οποία θα ετοιμάζονται τα μέλη τους για το σκοπό αυτό.

Το 1986 ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ υπέβαλε μια εμπειριστατωμένη έκθεση για τις αλλαγές στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, τον επαναπροσανατολισμό της βασικής και συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης καθώς και για τη νομική κατοχύρωση ορισμένων νοσηλευτικών πράξεων. Η έκθεση αναφέρεται επίσης στην προετοιμασία του εκπαιδευτικού και διοικητικού νοσηλευτικού προσωπικού, την νοσηλευτική ηγεσία και την υποστηρικτική έρευνα.

Το 1989 η 42<sup>η</sup> Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Υγείας ψήφισε την υπ. αριθμό WHA 42.27 απόφαση για την Ενίσχυση της Νοσηλευτικής / Μαιευτικής προς υποστήριξη της Στρατηγικής Υγείας για όλους. Στην απόφαση αυτή τονίζεται η επείγουσα ανάγκη ανάπτυξης της Νοσηλευτικής στα πλαίσια της

Εθνικής Πολιτικής για την επίτευξη του στόχου "Υγεία για όλους " και παροτρύνονται τα κράτη –μέλη μεταξύ άλλων, να διορίσουν Νοσηλευτές σε ηγετικές θέσεις ευθύνης ώστε να εξασφαλιστεί η συμμετοχή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής Πολιτικής της χώρας. Ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ υπέβαλε τη σχετική έκθεση προόδου μετά από τρία χρόνια για την εφαρμογή της Απόφασης. Το θέμα συζητήθηκε στην Ολομέλεια της 45<sup>ης</sup> Παγκόσμιας Συνδιάσκεψης Υγείας τον Μάιο 1992. Η πρόοδος δεν θεωρήθηκε ικανοποιητική και ζητήθηκε από τον Γενικό Διευθυντή να εντείνει τις προσπάθειές του προς τις αρμόδιες υπηρεσίες των κρατών – μελών για την εφαρμογή της Απόφασης και να αναφέρει την πρόοδο που θα σημειωθεί στο θέμα αυτό, με νέα έκθεση μετά τριετία στην ολομέλεια της 48<sup>ης</sup> Συνδιάσκεψης το 1995.

Το κείμενο της σημαντικής αυτής για τη Νοσηλευτική Απόφασης του ΠΟΥ παρατίθεται στο παράρτημα όπως δημοσιεύθηκε σε μετάφραση στο περιοδικό « Νοσηλευτική».

Το Περιφερικό Γραφείο Ευρώπης παράλληλα ασχολήθηκε με τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ. Το 5ετές πρόγραμμα 1984-89 επικεντρώθηκε στην οργάνωση μιας μεγάλης Ευρωπαϊκής Νοσηλευτικής Διάσκεψης η οποία πραγματοποιήθηκε στη Βιέννη το 1988. Σκοπός της Διάσκεψης ήταν η ανταλλαγή απόψεων για τη συμβολή της Νοσηλευτικής στην ΠΦΥ με σκοπό να προωθηθούν ταχύτερα οι 38 στόχοι για την επίτευξη του στόχου "Υγεία για όλους" στον ευρωπαϊκό χώρο. Η διάσκεψη αυτή προετοιμάστηκε από την Υπηρεσία Νοσηλευτικής του ΠΓΕ σε συνεργασία με τα Υπουργεία Υγείας των 32 τότε χωρών μελών της, τους Εθνικούς Συνδέσμους Νοσηλευτών των χωρών αυτών και πολλών νοσηλευτικών στελεχών της Ευρώπης και αποτέλεσε μια συνήθεια της πολυεθνικής ερευνητικής εργασίας που πραγματοποιήθηκε σε 11 χώρες της Ευρώπης από το 1976-1983 και στο οποίο συμμετείχε και η Ελλάδα. Στη

Συνδιάσκεψη συμμετείχαν 110 εκπρόσωποι από τις 32 χώρες, 10 εκπρόσωποι διακυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων, 50 παρατηρητές και 10 έκτατοι σύμβουλοι εμπειρογνώμονες, Νοσηλευτές, Γιατροί και Διοικητικοί.

Στόχος της Διάσκεψης ήταν να δώσει στους νοσηλευτές την ευκαιρία να εξετάσουν τις πρόσφατες εξελίξεις της νοσηλευτικής τοποθέτησης και πρακτικής καθώς και τη σχέση των νοσηλευτών προς τη στρατηγική του "Υγεία για όλους το 2000".

Από όλες τις ομιλίες και τις συζητήσεις διαμορφώθηκε το τελικό κείμενο Διακήρυξης με τα 7 άρθρα, το οποίο εγκρίθηκε από την ολομέλεια των εκπροσώπων καθώς και 10 Προτάσεις οι οποίες απευθύνονται σε όλους τους Νοσηλευτές της Ευρώπης. Επειδή τα κείμενα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά και χρήσιμα για τη Νοσηλευτική, παρατίθενται αυτούσια στο παράρτημα του βιβλίου όπως μεταφράστηκαν και δημοσιεύθηκαν στο Περιοδικό "Νοσηλευτική".

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) επίσης ασχολήθηκε με το ρόλο και την προετοιμασία των Νοσηλευτών στην ΠΦΥ.

Το 1990 η Ε.Ε. μετά από πρόταση της Συμβουλευτικής Επιτροπής για τη Νοσηλευτική εκπαίδευση ετοίμασε και κυκλοφόρησε έντυπο αναφερόμενο στη Διδασκαλία της ΠΦΥ στο πρόγραμμα εκπαίδευσης των Νοσηλευτών Γενικών Φροντίδων το οποίο απέστειλε στα κράτη μέλη τα οποία ανέλαμβαναν την υποχρέωση να το εφαρμόσουν σε εύλογο χρονικό διάστημα.

Μετά από μια 5ετία, το 1995 με σχετικό έγγραφο ζήτησε από τις χώρες μέλη να λογοδοτήσουν σχετικά με την εφαρμογή των κατευθυντηρίων αυτών γραμμών για τη Διδασκαλία της ΠΦΥ και την εφαρμογή της στους χώρους εργασίας.

Το 1998 σε σχετικό έντυπο καταγράφεται συνοπτικά η κατάσταση όπως αναλύθηκε μετά τις απαντήσεις των 15 χωρών μελών. Στην έκθεση αυτή



αποδεικνύεται ότι όλες οι χώρες κατέβαλαν αξιόλογη προσπάθεια να εφαρμόσουν τις κατευθυντήριες αυτές γραμμές τα δε αποτελέσματα ποικίλουν ανάλογα με τον προγραμματισμό και τη σοβαρότητα της προσπάθειας στην κάθε χώρα. Εκείνο που σημειώνεται για την Ελλάδα είναι η προσπάθεια στο θεωρητικό επίπεδο. Στο επίπεδο δηλαδή της εκπαίδευσης είναι καλή. Η μεγάλη δυσκολία παρουσιάζεται στην εφαρμογή της ΠΦΥ στους χώρους εργασίας που είναι κυρίως τα Κέντρα Υγείας.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην πατρίδα μας, αρχίζει η προσπάθεια εφαρμογής των κατευθύνσεων αυτών και οργάνωσης της ΠΦΥ το 1983 με τη δημοσίευση του νόμου 1397/1983 που προβλέπει την Ίδρυση Κέντρων Υγείας συνδεδεμένων με τα νοσοκομεία από τα οποία και εξαρτώνται. Η Νοσηλευτική αποτελεί μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την Ιατρική και τη Διοικητική υπηρεσία, αφού τα ΚΥ αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων. Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα έχει διεθνώς τον τίτλο "Κοινοτική Νοσηλευτική".

Στην Ελλάδα μετά τη δημοσίευση του νόμου 1397/83 οι δύο νόμοι που ακολούθησαν 1597/1985 και 1759/1988 δεν αναφέρονται καθόλου και δεν διευκρινίζουν θέματα που αφορούν το Νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας. Το αποτέλεσμα του κενού αυτού είναι να δημιουργείται σύγχυση στη διεκπεραίωση της εργασίας των Νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιοτική απόδοση της εργασίας στα Κέντρα αυτά.

Ο νόμος 1579/85 άρθρο 5 κατοχυρώνει τον τίτλο του νοσηλευτή ο οποίος απονέμεται στους αποφοίτους ΑΕΙ και ΤΕΙ. Ο ίδιος νόμος καθορίζει 4 νοσηλευτικές ειδικότητες (Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική). Ο πιο πάνω νόμος με τα άρθρα 12 και 13 αναφέρεται στην ΠΦΥ και διευκρινίζει θέματα σχετικά με τα Κέντρα Υγείας καθώς και

ιατρικά θέματα. Συγκεκριμένη αναφορά στις νοσηλευτικές δραστηριότητες και καθήκοντα νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας δεν περιλαμβάνεται.

Στην συνέχεια ο νόμος 2071/92 χωρίζει τη χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και τοποθετεί τα Κέντρα Υγείας κάτω από τον έλεγχο και την κατεύθυνση των Νομαρχιών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό τα Κέντρα Υγείας μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες ΠΦΥ οι οποίες δεν υπάγονται στα Νοσοκομεία όπως ο προηγούμενος νόμος (1397/83) προέβλεπε. Ο πιο πάνω νόμος επίσης καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των κέντρων υγείας και με τα άρθρα 28,29,30 καθορίζει τη λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας στα Κέντρα Υγείας. Με τα άρθρα 31 μέχρι 38 καθορίζει τα καθήκοντα και αρμοδιότητες της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής και μετεκπαίδευση γιατρών. Σημαντικό για τη νοσηλευτική είναι το γεγονός ότι ο νόμος αυτός αναφέρεται στην αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών και θεσμοθετεί την ίδρυση ειδικού κλάδου νοσηλευτών, χωρίς όμως να προχωρεί σε λεπτομερή ρύθμιση των θεμάτων που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό. Καθιερώνει επίσης το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, το οποίο αποτελεί συμβουλευτικό σώμα σε θέματα Νοσηλευτικής υπό τον Υπουργό Υγείας σε θέματα χάραξης πολιτικής που αφορούν τον κλάδο της Νοσηλευτικής όλων των κατηγοριών.

Με το τελευταίο "μίνι Νομοσχέδιο 2194/94 για την Υγεία", όπως ονομάζεται, τα Κέντρα Υγείας επανέρχονται στα Νοσοκομεία από όπου και εξαρτώνται διοικητικά, όπως προέβλεπε αρχικά ο ιδρυτικός νόμος για την ΠΦΥ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΟΡΙΣΜΟΙ, ΣΚΟΠΟΙ

Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα, τις οικογένειες και το σύνολο της κοινότητας με βάση τις ανάγκες υγείας τους. Αυτό απαιτεί από την πλευρά του νοσηλευτή δεξιότητες στην κλινική άσκηση της Νοσηλευτικής αλλά και επικέντρωση στις ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας με έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής, ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από τη Νοσηλευτική όσο και από τη Δημόσια Υγιεινή τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων της Κοινότητας.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίδει τον πιο κάτω ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

*"Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου".*

Ο Καναδικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (CAN) στον ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως συνοπτικά το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς σκοπούς.

*"Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδας της τις ανάγκες υγείας ατόμων, στο σύννηθες καθημερινό περιβάλλον του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας. Σαν τμήμα της όλης κοινοτικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η Κοινοτική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές, όσο και για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της Κοινότητας".*

Η Κοινοτική Νοσηλευτική σύμφωνα πάντοτε με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

- Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξής της.
- Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.
- Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο εκτός του νοσοκομείου.
- Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
- Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

## ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### **Νοσηλεία στο σπίτι(1860-1900)**

Η κοινοτική νοσηλευτική άρχισε βασικά σαν νοσηλεία στο σπίτι και πιο συγκεκριμένα σαν εθελοντική προσφορά στους πτωχούς. Ο William Rathbone, Άγγλος φιλόδοξος το 1859 διαπίστωσε από δική του πείρα, την αξία της νοσηλείας στο σπίτι, αξιολογώντας την φροντίδα που δόθηκε στην άρρωστη σύζυγό του. Ο Rathbone, ήταν ο πρώτος που συνετέλεσε στην οργάνωση της νοσηλείας στο σπίτι για του πτωχούς του Liverpool.

Στην Αμερική η πρώτη νοσηλεύτρια που οργάνωσε κοινοτική φροντίδα για τους πτωχούς της Νέας Υόρκης ήταν η Francis Root. Οι πρώτες

κοινοτικές νοσηλεύτριες διορίστηκαν από την πολιτεία της Ν. Υόρκης το 1877. Μέσα σε λίγα χρόνια, η προσπάθεια αυτή επεκτάθηκε και σε άλλες πόλεις της Αμερικής, όπου οργανώθηκαν υπηρεσίες που προσέφεραν φροντίδα μόνο στους πτωχούς αρρώστους, με τη σκέψη ότι, οι πλούσιοι διέθεταν αρκετά χρήματα για να εξασφαλίσουν νοσηλεία. Κύριος σκοπός των υπηρεσιών αυτών ήταν η φροντίδα των αρρώστων, γινόταν όμως από τις νοσηλεύτριες και διαφώτιση σε θέματα ατομικής καθαριότητας και υγιεινής διαβίωσης. Οι υπηρεσίες αυτές συντηρούνται από εθελοντικούς ιδιωτικούς οργανισμούς, από προσφορές ατόμων ή ομάδων και σε μερικές περιπτώσεις με την ατομική συμμετοχή των ιδίων των νοσηλευμένων ανάλογη με τις οικονομικές τους δυνατότητες.

Στην αρχή η Νοσηλευτική αυτή φροντίδα δίνονταν από άτομα που δεν διέθεταν ιδιαίτερη εκπαίδευση. Το 1893 η Lillian Wald άρχισε την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια κοινοτικής Νοσηλευτικής στη Ν.Υόρκη, χρησιμοποιώντας εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η Florence Nightingale η οποία βοήθησε τη Lillian Wald στην των νοσηλευτριών αυτών τις αποκαλούσε "Νοσηλεύτριες επισκέπτριες στο σπίτι"( Home Visiting Nurses). Οι ιδέες της Florence Nightingale ήταν αυτές που βοήθησαν να οργανωθεί η νοσηλεία στο σπίτι τόσο στην Αγγλία όσο και στην Αμερική.

Στην Ελλάδα, οι απόφοιτοι του "Νοσοκομειακού Παιδευτηρίου" που ιδρύθηκε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875, μετά από εξάμηνη εκπαίδευση προσφέρουν "κατ' οίκον νοσηλεία ασθενών ευπόρων και απόρων στην πόλη των Αθηνών" μέχρι του έτους 1884. Την φροντίδα της εργασίας αυτής είχε ο "Σύλλογος Κυρίων υπέρ της Γυναικείας Παιδείσεως".

### **Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας(1900-1970)**

Με την είσοδο στον 20ό αιώνα, η Κοινοτική Νοσηλευτική επεκτάθηκε για να περιλάβει την φροντίδα υγείας όλων των ατόμων της κοινότητας, όχι

μόνο των πτωχών. Αυτό προήλθε από την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στην αναγκαιότητα της υγείας του συνόλου. Οργανώθηκαν έτσι προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάστηκαν.

Μερικά από αυτά ήταν: Η προστασία της μητρότητας και του βρέφους, η πρόληψη φυματίωσης και αφροδισίων νοσημάτων, η προστασία των εργαζομένων και του σχολικού πληθυσμού. Αυτά όλα αύξησαν τις ανάγκες και τη ζήτηση των νοσηλευτών. Το 1902 διορίστηκε η πρώτη νοσηλεύτρια σχολικής υγιεινής από το Υπουργείο Παιδείας στην περιοχή της Ν. Υόρκης. Το 1910 η νομοθεσία ανέθεσε την ευθύνη της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες ξεχωριστά σε κάθε πολιτεία της Αμερικής. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας που ονομάζονταν τότε " Νοσηλεύτρια Δημόσιας Υγείας"(ΝΔΥ) επεκτάθηκε στη συνέχεια πάρα πολύ. Η Lillian Wald ήταν η πρώτη που χρησιμοποίησε τον όρο αυτό. Η ΝΔΥ επεξέτεινε το ρόλο της και στην υγιεινή διαπαιδαγώγηση του κοινού με σκοπό την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την υγιεινή διαβίωση.

Οι Νοσηλεύτριες υγείας επεκτείνουν πια τη δραστηριότητά τους με τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους σε εξειδικευμένους τομείς: Φυματίωση, Ψυχικά νοσήματα, Σχολική υγιεινή, Υγιεινή της εργασίας, Καρκίνος κλπ.

Σταδιακά έρχεται στο προσκήνιο ολόκληρη η οικογένεια σαν μονάδα φροντίδας και όχι το μεμονωμένο άτομο. Το άτομο βέβαια αλλά μέσα στην οικογένεια. Τα ποικίλα προβλήματα που παρουσιάζει η κάθε οικογένεια, αναγκάζουν την Νοσηλευτική να γενικευθεί αρκετά για να αντιμετωπίσει τις πολλαπλές ανάγκες και να εξασφαλίσει την συνέχεια της φροντίδας. Οι επισκέπτριες υγείας αποκτούν μεγαλύτερη ανεξαρτησία τότε σε σχέση με τη νοσηλεία όσο και με την διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας στις οποίες εργάζονται οι νοσηλεύτριες είναι οργανωμένες σύμφωνα με τη νομοθεσία της κάθε πολιτείας της Αμερικής.

Αυτό επεκτείνεται στον Καναδά και στην Αγγλία και πολύ γρήγορα και σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες αλλά και σε κάθε άλλη πολιτισμένη χώρα ανάλογα με το σύστημα υγείας το οποίο ακολουθεί.

Στην Ελλάδα η Ελένη Βασιλοπούλου, που μαθήτευσε στο Παρίσι κοντά στον καθηγητή Calmete, έδωσε όλη της τη δραστηριότητα στον αντιφυματικό αγώνα, που ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είχε αναπτύξει από τον Απρίλιο του 1925 για τον εμβολιασμό όλων των παιδιών με το εμβόλιο B.C.G. Κοντά της εργάστηκαν παλιές εθελόντριες, τις οποίες η ίδια είχε εκπαιδεύσει σαν " βοηθούς επισκέπτριες αδελφές" με ένα εξάμηνο πρόγραμμα διδασκαλίας και πρακτικής άσκησης.

Οι εθελόντριες αυτές εργάστηκαν στη δημόσια υγιεινή μέχρι που απεφοίτησαν οι πρώτες διπλωματούχες " επισκέπτριες" από την " Ανωτέρα Σχολή Νοσοκόμων και επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. την οποία διηύθυνε η Ελένη Βασιλοπούλου. Η Σχολή Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. αναγνωρίστηκε με το νόμο 3711/1928 και λειτούργησε το Νοέμβριο του 1924. Ακολούθησε η Κρατική Σχολή επισκεπτριών και Νοσοκόμων, την οποία επίσης ίδρυσε η Ελένη Βασιλοπούλου το 1938. Η Αθηνά Μεσολωρά είναι η πρώτη νοσηλεύτρια με ειδίκευση στη Δημόσια Υγιεινή. Φοίτησε στο Kings College του Λονδίνου το 1920 με υποτροφία της Ένωσης των Συνδέσμων των Ερυθρών Σταυρών και διαδέχθηκε την Ελένη Βασιλοπούλου στη διεύθυνση της Ανωτέρας Σχολής Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. Η Ελένη Βασιλοπούλου είναι η πρώτη Ελληνίδα που πήρε " Κρατικό Δίπλωμα Νοσοκόμων" από τη Γαλλία το 1912.

### **Κοινοτική Νοσηλευτική (1970 και μετά)**

Από το 1970 και μετά η Δημόσια Νοσηλευτική ή Δημόσια Υγιεινή μετονομάζεται σε "Κοινοτική Νοσηλευτική" χωρίς να αλλάξει καθόλου η έννοια της. Η αλλαγή του τίτλου γίνεται περισσότερο για λόγους πρακτικούς και λειτουργικούς ακολουθώντας την γενική στροφή των υπηρεσιών στην

επιδίωξη υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας. Σκοπός της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι η διαπίστωση και ικανοποίηση των αναγκών υγείας του κοινού.

Συμπερασματικά, η Κοινοτική Νοσηλευτική είχε βασικά 3 στάδια εξέλιξης με διαφορά ως προς τον κύριο προσανατολισμό της φροντίδας.

*Στο Α στάδιο, η Κοινοτική Νοσηλευτική είχε σαν κέντρο φροντίδας το άρρωστο πτωχό άτομο. Προσέφερε κυρίως θεραπευτική φροντίδα και είχε χαρακτήρα εθελοντικό, όσον αφορά τις υπηρεσίες που την παρείχαν.*

*Στο Β στάδιο, το κέντρο φροντίδας είναι το άτομο μέσα στην οικογένεια ( πλούσιο ή πτωχό) και η φροντίδα κυρίως θεραπευτική αλλά και προληπτική. Άρχισε να οργανώνεται από το κράτος και από ιδιωτικούς οργανισμούς.*

*Στο Γ στάδιο, το κέντρο φροντίδας είναι το σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Η Νοσηλευτική καλύπτει όλα τα άτομα άρρωστα ή υγιή, πλούσια ή πτωχά. Η κυρίως Κοινοτική Νοσηλευτική, αποβλέπει στην προαγωγή της υγείας και πρόληψη της αρρώστιας και η Νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται όπου χρειάζεται, στο χώρο που ζουν, εκπαιδεύονται ή εργάζονται τα άτομα.*

## ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η βασική εκπαίδευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική πρέπει να έχει δυο βασικούς αντικειμενικούς σκοπούς:

- Να εξοπλίσει τον κοινοτικό νοσηλευτή με μια ευρεία βάση γνώσεων.
- Να αναπτύξει στο νοσηλευτή δυνατότητα και δεξιότητες για αναλυτική προσέγγιση προβλημάτων και κριτική σκέψη.

Απαραίτητες θεωρούνται οι γνώσεις και δεξιότητες τόσο από νοσηλευτικές όσο και γενικότερες μη νοσηλευτικές επιστήμες. Αυτό γίνεται περισσότερο αντιληπτό εάν ερευνησει κανείς τα προσόντα που πρέπει να



διαθέτει ο νοσηλευτής προκειμένου να εργαστεί αποτελεσματική στην κοινότητα. Ο Tiger (1980) προτείνει, ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει:

1. Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
2. Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
3. Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινοτικής Υγείας και Νοσηλευτικής.

4. Ικανότητα:

- Εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας (Αξιολόγηση, προγραμματισμό, εφαρμογή και εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας σε άτομα και ομάδες).

- Εφαρμογής συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στη διανθρώπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβιβάζει το περιεχόμενο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στους αποδέκτες και επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά.

- Να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.

- Να διδάσκει και καθοδηγεί άτομα και ομάδες.

- Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές, όπου χρειάζεται.

5. Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.

6. Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.

7. Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους.

Όλες αυτές οι δυνατότητες αποκτώνται με γνώσεις από τη Δημόσια Υγεία, τις ανθρωπιστικές επιστήμες, κοινωνικές επιστήμες, επιστήμες συμπεριφοράς, επιδημιολογία και νοσηλευτικές επιστήμες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κυκλοφόρησε το 1985 ειδικό οδηγό για την προσαρμογή των εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων στις

αρχές της ΠΦΥ με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Σύμφωνα με τον οδηγό τα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα ετοιμάζουν «νοσηλευτές γενικών φροντίδων»(generalist nurse) οι οποίοι είναι έτοιμοι να εργαστούν τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην Κοινότητα και μπορούν επομένως να στελεχώσουν τα Κέντρα Υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Η επιστημονική άσκηση της Νοσηλευτικής στηρίζεται σε θεωρητικά νοσηλευτικά μοντέλα. Κάθε εφαρμογή προϋποθέτει θεωρητική γνώση, η οποία αφού επιβεβαιωθεί επιστημονικά επανέρχεται, για να κατευθύνει τον τρόπο άσκησης του έργου οδηγώντας έτσι στη δημιουργία ενός θεωρητικού νοσηλευτικού μοντέλου. Για την καλύτερη κατανόηση όσων θα ακολουθήσουν χρειάζεται να διευκρινισθούν κάποιοι όροι.

**Θεωρία** είναι ένα σύνολο λογικά αλληλοσυνδεόμενων και επιστημονικά επιβεβαιωμένων υποθέσεων ή προτάσεων.

**Η Υπόθεση** ή πρόταση καθορίζει τη σχέση ιδεών ή εννοιών.

**Θεωρητικό μοντέλο** είναι ένας συμβολικός χάρτης ή πλαίσιο, το οποίον μετατρέπει τις έννοιες και ιδέες της θεωρίας σε κατανοητή εφαρμογή. Το θεωρητικό μοντέλο εξηγεί ή αναλύει την θεωρία και τις ιδέες και έννοιες που την αποτελούν.

Τα θεωρητικά μοντέλα είναι πολύτιμα για τη Νοσηλευτική διότι:

- 1.Αποτελούν το εργαλείο ή το μέσο που συνδέει τη θεωρία με την εφαρμογή.
- 2.Βοηθούν στη διευκρίνιση και καλύτερη κατανόηση των παραμέτρων και συνθηκών του χώρου άσκησης του Νοσηλευτικού έργου.
- 3.Ενισχύουν τους νοσηλευτές να επικοινωνούν μεταξύ τους με κοινά κατανοητό τρόπο, κοινή γλώσσα και

4.Χρησιμεύουν σαν οδηγοί στη Νοσηλευτική άσκηση, εκπαίδευση και έρευνα.

Τα νοσηλευτικά μοντέλα είναι πολλά. Ανάλογα με τον τομέα στον οποίο θα εφαρμοστεί επιλέγεται το πιο αντιπροσωπευτικό. Η ιδιαιτερότητα και τα χαρακτηριστικά της Κοινωνικής Νοσηλευτικής κάνουν ορισμένα μοντέλα πιο πρόσφορα και εφαρμόσιμα από άλλα. Τα μοντέλα που έχουν καλύτερη εφαρμογή στην κοινότητα είναι αυτά που στηρίζονται στη θεωρία των συστημάτων και προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη νοσηλευτική μέσα σ' αυτά τα πλαίσια. Βλέπουν τον ανθρώπινο οργανισμό – το άτομο, σαν ένα υποσύστημα στο σύνολο του ευρύτερου συστήματος, που είναι το περιβάλλον, η κοινότητα μέσα στην οποία ζει και με την οποία βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία. Η κοινότητα μπορεί να έχει θετική ή αρνητική επίδραση στην υγεία του ατόμου. Αντικειμενικός σκοπός του Νοσηλευτή σε όλα τα μοντέλα αυτά είναι: Να αξιολογήσει, να προγραμματίσει, να διεκπεραιώσει και να ελέγξει κριτικά τρόπους και μεθόδους με τους οποίους να μετατρέπει την κοινότητα σε ένα υγιεινό περιβάλλον μέσα στο οποίο οι αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας θα βοηθήσουν για να αναλάβουν την ευθύνη της δικής τους υγείας.

Σύστημα κατά τον Rapaport είναι το σύνολο το οποίο λειτουργεί στηριζόμενο στη δύναμη της αλληλεξάρτησης των τμημάτων από τα οποία αποτελείται. Όσο περισσότερο ελεύθερα προς το περιβάλλον είναι τα σύνορα του συστήματος, τόσο περισσότερο είναι ανοικτό το σύστημα. Στο κλειστό σύστημα δεν υπάρχει ανταλλαγή ενέργειας και πληροφοριών από το περιβάλλον, τα σύνορά του είναι κλειστά.

Το σύστημα υγείας είναι ανοικτό σύστημα, στο οποίον, υπάρχει συνεχής εισροή πληροφοριών και ενέργειας, διεργασία μέσα στο ίδιο το σύστημα και αποβολή, προσφορά στο περιβάλλον πληροφοριών και ενέργειας.

## ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ BETTY NEUMAN (1982)

Το μοντέλο της Neuman στηρίζεται στη θεωρία των συστημάτων του Bartallafy. Σύμφωνα με τη θεωρία των συστημάτων, το σύνολο λειτουργεί σε σχέση με τα αλληλοσυνδεδεμένα τμήματα που το αποτελούν. Το μοντέλο της Neuman είναι ένα ανοικτό σύστημα με δύο σημαντικές έννοιες. **Το stress και την αντίδραση σ' αυτό.** Τόσο τα αρνητικά όσο και τα θετικά ερεθίσματα επιδρούν στο σύστημα, το οποίο προσπαθεί να διατηρήσει την ισορροπία και την ομοιοστασία του. Μόλις η ισορροπία διαταραχθεί από κάποιο ερέθισμα, δραστηριοποιείται το σύστημα και παράγει ενέργεια με σκοπό την προσαρμογή και επαναφορά στην ισορροπία.

Η Neuman χρησιμοποιεί στην θεωρία της 4 βασικές έννοιες: Άτομο, Περιβάλλον, Υγεία και Νοσηλευτική.

Κατά την Neuman, το άτομο είναι ένα ανοικτό σύστημα που βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία με το περιβάλλον, το οποίο επηρεάζει και από το οποίο επηρεάζεται. Τρία επίπεδα που περιβάλλουν το άτομο υπό μορφή προστατευτικών συνόρων το διαφυλάττουν από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Γραφικά παρουσιάζονται σε ομόκεντρους κύκλους με κέντρο το άτομο, αποτελεί δε μια δυναμική σύνθεση με πέντε διαστάσεις ή μεταβλητές: Φυσιολογική, Ψυχολογική, Κοινωνική, Πνευματική και Αναπτυξιακή διάσταση.

Το άτομο κατά την Neuman δέχεται συνεχή άσκηση πιέσεων τόσο από τον ίδιο τον εαυτό του, όσο και από το περιβάλλον του, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν διαταραχή της ισορροπίας του, αρρώστια ή και θάνατο. Η αντίδραση του στις πιέσεις αυτές θα εξαρτηθεί από τα εξής:

- Πως συλλαμβάνει το ίδιο το άτομο τις πιέσεις αυτές.
- Την ένταση, το χρόνο, τη διάρκεια και τον αριθμό των πιέσεων.
- Την φυσική και επίκτητη δυνατότητα του για αντίδραση στις πιέσεις.
- Παράγοντες ενδοπροσωπικούς και διαπροσωπικούς καθώς και περιβαλλοντολογικούς.

- Τη συσχέτιση των πέντε διαστάσεων που συγκροτούν το άτομο.

Πιέσεις δέχεται το άτομο τόσο από το εσωτερικό όσο και από το εξωτερικό περιβάλλον. Τέτοιες πιέσεις μπορεί να είναι: Διάφοροι μικροοργανισμοί, ακτινοβολία, θόρυβος, διαπροσωπική ή διαφωνία, ρήξη ενός ανευρύσματος κλπ. Το εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον παρέχει και τις πηγές και τα μέσα για την αντιμετώπιση των πιέσεων αυτών όπως: Το ανοσοποιητικό σύστημα, η δεξιοτεχνία στην επικοινωνία, η εκπαίδευση, η ηθική υποστήριξη από οικογένεια ή φίλους, οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας κλπ.

Κατά την Neuman υγιές είναι το άτομο όταν καλύπτονται όλες οι ανάγκες του και όταν οι πιέσεις που ασκούνται σε αυτό δεν διαπερνούν τα φυσιολογικά προστατευτικά σύνορα άμυνας του οργανισμού.

Αντίθετα παρέκκλιση στην υγεία ή αρρώστια παρουσιάζεται όταν υπάρχει διαταραχή της ισορροπίας, οι ανάγκες του ατόμου δεν καλύπτονται και οι πιέσεις που ασκούνται διαπερνούν τα προστατευτικά σύνορα του ατόμου.

Νοσηλευτική κατά την Neuman είναι η επιστήμη που ασχολείται με όλους τους παράγοντες που προσδιορίζουν τη δυνατότητα αντίδρασης του ατόμου στις πιέσεις. Μοναδικός σκοπός της είναι η διαφύλαξη της ισορροπίας του ατόμου και η επαναφορά της ισορροπίας αυτής όταν διαταράσσεται, με τις ανάλογες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που σκοπεύουν στην ελάττωση των πιέσεων αυτών και στην βοήθεια του ατόμου να φθάσει στο καλύτερο δυνατό σημείο λειτουργίας του.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι δυνατό να γίνουν σε οποιοδήποτε επίπεδο, όταν οι πιέσεις είναι επαπειλούμενες, εμφανίστηκαν ήδη ή και βρίσκονται σε αποδρομή. Αναφέρεται δηλαδή στην Πρωτογενή, Δευτερογενή και Τριτογενή πρόληψη.

**Η Πρωτογενής πρόληψη** χρησιμοποιείται όταν υποπτευόμαστε επαπειλούμενες πιέσεις και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι:

Διδασκαλία-Ενημέρωση,αποφυγή συγκεκριμένων παραγόντων, εμβολιασμός, ενίσχυση αντίστασης του ατόμου με κατάλληλη διατροφή κλπ.

**Η Δευτερογενής πρόληψη** χρησιμοποιείται όταν ήδη μια αντίδραση στις πιέσεις έχει εμφανιστεί όπως η εκδήλωση μιας αρρώστιας. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σκοπεύουν στη διαπίστωση των αναγκών, στην βοήθεια του ατόμου ώστε να διατηρήσει την ισορροπία και να χρησιμοποιήσει την ενέργεια και τους κατάλληλους μηχανισμούς αντιμετώπισης των πιέσεων.

**Η Τριτογενής πρόληψη** χρησιμοποιείται μετά από τις παρεμβάσεις της δευτερογενούς με σκοπό την ανασυγκρότηση του ατόμου. Οι παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν: προσπάθεια για κινητοποίηση του ατόμου, αλλαγή του τρόπου ζωής του, βοήθεια για αντιμετώπιση νέας πραγματικότητας και επανεκπαίδευση του ατόμου, ανάλογα με τις ανάγκες που προέκυψαν μετά τις πιέσεις που δέχτηκε.

## ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΑΝ ΜΟΝΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

Το μοντέλο της Neuman έχει ιδεώδη εφαρμογή στην Κοινοτική Νοσηλευτική.

Το φυσικό περιβάλλον της κοινότητας (τοποθεσία, ηλικιακή και φυλετική σύνθεση του πληθυσμού, ιστορία της κοινότητας κλπ ) αποτελεί τα όρια αντίδρασης και ασφάλειας.

**Οι γραμμές αντίστασης** προσδιορίζονται από την ύπαρξη και λειτουργικότητα των υπηρεσιών υγείας, από το μορφωτικό επίπεδο των κατοίκων από την επάρκεια συγκοινωνιακών μέσων, από τη δυνατότητα ψυχαγωγικών ευκαιριών και από το επίπεδο εμβολιασμού των κατοίκων. **Οι φυσιολογικές γραμμές άμυνας** μπορούν να προσδιοριστούν από την

επάρκεια των προστατευτικών και προληπτικών υπηρεσιών από τις συνθήκες διαβίωσης, κατοικίας, διατροφής και κατοίκων καθώς και από τη στάση της κοινότητας σχετικά με τα θέματα υγείας. **Οι ευέλικτες γραμμές άμυνας** μπορούν να περιλαμβάνουν παράγοντες, όπως τη δυνατότητα οικονομικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, το επίπεδο ανεργίας, το κλίμα κλπ.

Η αξιολόγηση της κοινότητας περιλαμβάνει τη μελέτη:

- ❖ **ενδοκοινοτικών παραγόντων** ή επιδράσεων που δρουν μέσα στην ίδια την κοινότητα.
- ❖ **Διακοινοτικών παραγόντων**, δηλαδή δυνάμεων που δρουν μεταξύ δύο ή περισσότερων κοινοτήτων.
- ❖ **Εξωκοινοτικών παραγόντων** που δρουν εκτός της συγκεκριμένης κοινότητας αλλά, ασκούν επίδραση στην κοινότητα που μελετάται.

Η **Πρωτογενής Πρόληψη** περιλαμβάνει προσπάθεια παρεμπόδισης και περιορισμού της επενέργειας των στρεσογόνων παραγόντων και ενδυνάμωση των γραμμών άμυνας με σκοπό την προστασία της κοινότητας από τον κίνδυνο διαταραχής της ισορροπίας της.

Παράδειγμα: Για την ενίσχυση των ορίων αντίστασης προς την κοινοτική απομόνωση των ηλικιωμένων οργανώνεται στην κοινότητα ένα Κέντρο ημερησίας νοσηλείας. Αυτό αποτελεί πρωτογενή προληπτική παρέμβαση.

Επισκέψεις στο σπίτι και οργάνωση άλλων δραστηριοτήτων για να βοηθηθούν, όσοι ήδη υποφέρουν από εγκατάλειψη και άσχημη μεταχείριση, αποτελεί **δευτερογενή προληπτική** παρέμβαση, που σκοπεύει στην ενίσχυση των φυσιολογικών ορίων άμυνας.

Η **Τριτογενής Προληπτική** παρέμβαση αποβλέπει στην ενδυνάμωση των ευέλικτων ορίων άμυνας και μπορεί να επιτευχθεί με την οργάνωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης φροντίδας των ατόμων που ήδη παρουσίασαν



πρόβλημα, με σκοπό την αποκατάσταση και την αποφυγή επανάληψης των ιδίων καταστάσεων και προβλημάτων.

Επειδή η σχέση του συστήματος με τα υποσυστήματα είναι άμεση και συνεχής, η ενίσχυση των υποσυστημάτων βοηθάει στην ενδυνάμωση του ίδιου του συστήματος που είναι η κοινότητα. Στο προηγούμενο παράδειγμα το υποσύστημα της οικογένειας, στην οποία ανήκει το άτομο ενισχύεται με την υποστήριξη του ηλικιωμένου αλλά και η οικογένεια στη συνέχεια υποστηρίζει το συνολικό σύστημα της κοινότητας, την οποία οδηγεί στην ισορροπία.

### ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ CALLISTA ROY ( ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ )

Η θεωρία της Roy βασίστηκε στις κλινικές τις παρατηρήσεις και στη θεωρία προσαρμογής του Helson.

**Προσαρμογή** κατά τη Roy καλείται η θετική αντίδραση σε μια ποικιλία ερεθισμάτων, με την έννοια ότι η αντίδραση αυτή διατηρεί την βιοψυχοκοινωνική συνοχή του ατόμου.

Σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να διευκολύνει την προσαρμογή αυτού του ατόμου, οι δε νοσηλευτικές παρεμβάσεις σκοπεύουν στα ερεθίσματα τα οποία προσπαθούν να αμβλύνουν, ελαττώσουν αυξήσουν ή και διατηρήσουν σταθερά, ανάλογα με τις συνθήκες.

Η θεωρία της Roy αποδεικνύει την σπουδαιότητα και ιδιαιτερότητα της Νοσηλευτικής Επιστήμης αφού έχει τη δυνατότητα να χειρίζεται και αντιμετωπίζει τα ερεθίσματα αυτά που επιδρούν στο άτομο, ενώ αυτό κινείται στον άξονα «υγεία- αρρώστια», και να το επαναφέρει ή να το διατηρεί στην κατάσταση προσαρμογής, που αποτελεί την βασική έννοια στην θεωρία αυτή.

Σύμφωνα με την Roy το άτομο αποτελείται από στοιχεία τα οποία συνδέονται μεταξύ τους κατά τέτοιο τρόπο, ώστε η πίεση που ασκείται στην

σύνδεση αυτή αυξάνεται ή ελαττώνεται. Πιέσεις ασκούνται από ερεθίσματα μέσα από το ίδιο το σύστημα δηλαδή το άτομο ή από το περιβάλλον του.

Το άτομο αποτελεί ψυχοκοινωνικό σύνολο, το οποίο βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία με το μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Δύο μηχανισμοί βοηθούν στην προσαρμογή : **ο ρυθμιστικός** και **ο γνωσιολογικός**. Ο ρυθμιστικός μηχανισμός αναφέρεται στις ενδοκρινικές και ψυχοκινητικές λειτουργίες. Ο γνωσιολογικός μηχανισμός αναφέρεται στις λειτουργίες αντίληψης, μάθησης, κρίσης και αισθημάτων. Η προσαρμογή και η ισορροπία του ατόμου επιτυγχάνεται με ενδογενείς και επίκτητους μηχανισμούς, που είναι βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής προέλευσης.

**Το περιβάλλον** περιλαμβάνει όλες τις συνθήκες, παράγοντες και καταστάσεις, που ασκούν επίδραση στην ανάπτυξη και συμπεριφορά ατόμων και ομάδων.

Με την ανάλογη επίδραση που ασκεί η νοσηλευτική στα ερεθίσματα υποβοηθάει στην επικοινωνία του ατόμου με το περιβάλλον και συντελεί έτσι στην προαγωγή της υγείας.

Όταν οι μηχανισμοί προσαρμογής του ατόμου είναι αποτελεσματικοί, το άτομο αυτό είναι υγιές. Η αρρώστια προκύπτει από την αδυναμία του ατόμου να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς προσαρμογής.

Το άτομο δέχεται ερεθίσματα από τον εαυτό του και από το περιβάλλον. Το προσαρμοστικό του επίπεδο προσδιορίζεται από την συνδυασμένη επίδραση τω πρωταρχικών, δευτερευόντων και πιθανών, μη εμφανών, ερεθισμάτων.

**Προσαρμογή** επιτυγχάνεται όταν το άτομο έχει θετική αντίδραση στις περιβαλλοντικές μεταβολές. Αυτό εξασφαλίζει την συνοχή του ατόμου και επομένως την υγεία του. Αντίθετα η χρησιμοποίηση αρνητικών προσαρμοστικών μηχανισμών οδηγεί στην αρρώστια. Στο σύστημα αυτό υπάρχουν δύο υποσυστήματα αλληλοσυνδεδεμένα. Το πρώτο, το

συντονιστικό υποσύστημα περιλαμβάνει το ρυθμιστικό και το γνωσιολογικό μηχανισμό. Ο ρυθμιστικός μηχανισμός αναφέρεται στις ενδοκρινικές και ψυχοκινητικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Ο γνωσιολογικός μηχανισμός αναφέρεται στις λειτουργίες αντίληψης, μάθησης, κρίσης και αισθημάτων.

Το δεύτερο υποσύστημα αποτελείται από 4 προσαρμοστικούς μηχανισμούς: α) Το φυσιολογικό, που έχει σχέση με τις οργανικές φυσιολογικές ανάγκες και λειτουργίες, όπως διατροφή, κυκλοφορία, θερμοκρασία, έκκριση ορμονών κλπ. β) Τον μηχανισμό αυτοσυνειδησίας που αποτελείται από τα αισθήματα και πεποιθήσεις του ατόμου σε μια δεδομένη στιγμή καθώς και την εντύπωση και προσδοκίες που έχει για το σωματικό του είδωλο και τις πνευματικές και ηθικές του αξίες και πεποιθήσεις. γ) Τον μηχανισμό συνειδητοποίησης του ρόλου του και περιλαμβάνει τα καθήκοντα και υποχρεώσεις που απορρέουν από τη συγκεκριμένη θέση του στην οικογένεια, την κοινότητα και την κοινωνία γενικά ( σύζυγος, δάσκαλος και πατέρας ) καθώς και σε οποιοδήποτε άλλο ρόλο περιλαμβάνει. δ) Μηχανισμός αλληλεξάρτησης που περιλαμβάνει τις σχέσεις και την επικοινωνία του ατόμου με τους άλλους. Έτσι το άτομο εξασφαλίζει ψυχική ισορροπία καλύπτοντας τις ανάγκες για στοργή και κατανόηση. Οι σχέσεις αλληλεξάρτησης των υποσυστημάτων μεταξύ τους, αλλά και μεταξύ της κοινότητας και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος είναι ενδεικτικές της προσαρμοστικής ικανότητας της κοινότητας.

Τα ερεθίσματα τα οποία συλλαμβάνονται από το συντονιστικό υποσύστημα, με τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς του δεύτερου υποσυστήματος οδηγούν στην προσαρμογή ή μη του ατόμου. **Τελικός σκοπός όλης της διεργασίας αυτής είναι η εξασφάλιση της φυσιολογικής/ οργανικής, ψυχολογικής και κοινωνικής συνοχής του ατόμου.**

Το μοντέλο της Roy αποτελεί χρήσιμο οδηγό για την εργασία του νοσηλευτή στην κοινότητα.

Η αξιολόγηση του επιπέδου προσαρμογής της κοινότητας στους 4 αυτούς τομείς ολοκληρώνει το πρώτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, την αξιολόγηση. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει τον προσδιορισμό και την εντόπιση όλων των ερεθισμάτων, που επιδρούν σε κάθε τομέα προσαρμογής. Η Νοσηλευτική παρέμβαση διευκολύνει την προσαρμογή του ατόμου και περιορίζει την βλαπτική επίδρασή τους σε αυτό. Παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης μπορεί να περιλαμβάνουν την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σχετικά με τα βλαπτικά ερεθίσματα όπως για παράδειγμα στη ρύπανση του περιβάλλοντος και τους τρόπους αποφυγής τους. Δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις βοηθούν όσους έχουν υποστεί τις βλαπτικές επιδράσεις του ρυπογόνου παράγοντα, παρέχοντας την απαραίτητη φροντίδα αφενός και αφετέρου υποκινώντας τα άτομα για αυτοφροντίδα. Τριτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις σκοπεύουν στον προγραμματισμό μακροχρόνιας προστασίας και αποκατάστασης των ατόμων, που ήδη έχουν προσβληθεί και βρίσκονται στην ανάρρωση και στον σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών προσαρμοστικών μηχανισμών της κοινότητας σε σχέση με τη ρύπανση.

Χρησιμοποιώντας τη Νοσηλευτική Διεργασία με βάση την θεωρία της Roy, ο νοσηλευτής ακολουθεί 6 στάδια. Αξιολογεί κατ' αρχήν τη συμπεριφορά του ατόμου, στην συνέχεια τα ερεθίσματα που προκαλούν αυτή τη συμπεριφορά, διαπιστώνει την νοσηλευτική διάγνωση ή το πρόβλημα και θέτει σκοπούς για την επαναφορά της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σκοπεύουν να επιδράσουν στα ερεθίσματα για να βοηθήσουν στην προσαρμογή. Τελικό στάδιο είναι η εκτίμηση του αποτελέσματος.

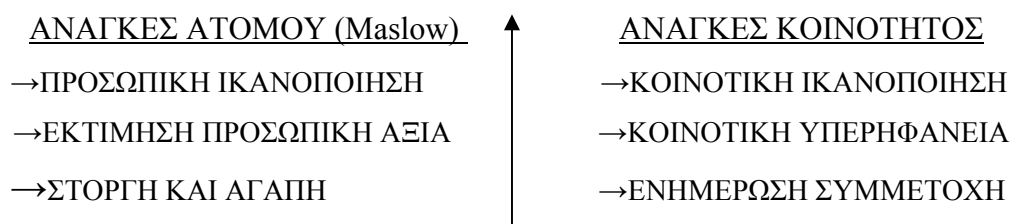
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.**

#### **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ.**

Η Νοσηλευτική Διεργασία ( Ν.Δ. ) πρέπει να αποτελεί τον σκελετό για την οργάνωση των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων προκειμένου να βοηθηθεί η κοινότητα στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων της και στην επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου υγείας. Οι ανάγκες της κοινότητας μπορούν να καταχωρηθούν σε ιεραρχική κλίμακα ανάλογη με αυτή των ατομικών αναγκών του Maslow, έχοντας και οι δύο στην βάση της κλίμακας τις βασικές ανάγκες οι οποίες χρειάζεται να ικανοποιηθούν πρώτα πριν από τις δευτερεύουσες ή ψυχοκοινωνικές.

Απαραίτητο και δυναμικό στοιχείο της Ν.Δ. αποτελεί η αναλυτική λύση του προβλήματος στην οποία στηρίζεται η αξιολόγηση, ο προγραμματισμός, η εφαρμογή και η εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας. Η διεργασία είναι συστηματική αλλά και ευέλικτη, ώστε να προσαρμόζεται στην ποικιλία του πληθυσμού και των καταστάσεων που συναντώνται στην κοινότητα. Είναι μια λογική, κυκλική σειρά, κατά τη διάρκεια της οποίας η αξιολόγηση σε κάθε βήμα οδηγεί σε συνεχή έλεγχο και προσαρμογή της εργασίας.



→ΑΝΑΓΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
→ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

→ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ  
→ΔΡΑΣΤΗΡ. ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΖΩΗΣ

## 1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

- Συγκέντρωση πληροφοριών

Το πρώτο στάδιο της Ν.Δ. αποτελείται βέβαια από τη συστηματική και λεπτομερή συλλογή πληροφοριών. Παρά το γεγονός ότι το περιεχόμενο των πληροφοριών ποικίλλει, οι δεξιότητες και οι στρατηγικές που απαιτούνται είναι παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση του ατόμου ή της οικογένειας.

Το πρώτο βήμα στη συλλογή πληροφοριών αποτελεί η προσεκτική παρακολούθηση και συστηματική παρατήρηση των φυσικών χαρακτηριστικών της κοινότητας.

Η αξιολόγηση απαιτεί να συνδυάζουμε και να παραλληλίζουμε τα χαρακτηριστικά που παρατηρούμε με τις πληροφορίες που συγκεντρώνουμε από τις διάφορες συζητήσεις, από την επικοινωνία με τα άτομα της κοινότητας και από τη μελέτη των διάφορων επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της.

Επειδή όμως οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται αρχικά, θα εξαρτηθούν: από τις πηγές που διατίθενται, το χρόνο που έχει στη διάθεση του ο νοσηλευτής και την προθυμία της κοινότητας να συμμετέχει, δεν είναι δυνατόν να καθορισθεί εκ των προτέρων το ποσόν και το βάθος των πληροφοριών. Οι πληροφορίες μπορούν να συγκεντρώνονται σταδιακά και συστηματικά και να εμπλουτίζονται συνέχεια.

Ανοικτές και ελεύθερες συζητήσεις με άτομα της κοινότητας δίδουν πολύτιμες πληροφορίες, ιδιαίτερα όταν στις συζητήσεις αυτές περιλαμβάνονται και επίσημα ή ανεπίσημα ηγετικά στελέχη της κοινότητας. Πληροφορίες που διασταυρώνονται μεταξύ διάφορων ατόμων σχετικά με την λειτουργία της κοινότητας το πολιτιστικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς

και τις συνήθειες, τα ήθη και έθιμα, αλλά και ιστορικά στοιχεία που αφορούν την κοινότητα, είναι χρήσιμες και απαραίτητες.

Οι συζητήσεις πρέπει να είναι ανοικτές και ελεύθερες αλλά και κατευθυνόμενες, προγραμματισμένες και οργανωμένες με σκοπό να δώσουν αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες, τα κίνητρα και τις αντιδράσεις ή αντιθέσεις που υπάρχουν.

Η επιδημιολογική μελέτη της κοινότητας αποτελεί πολύτιμη πηγή συλλογής πληροφοριών. Οι υπηρεσίες υγείας, οι τηλεφωνικοί κατάλογοι, οι χάρτες, οι εφημερίδες, τα περιοδικά και όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες επίσης αποτελούν πηγές πληροφοριών. Κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντολογικοί δείκτες του επιπέδου υγείας και ανάπτυξης είναι ενδεικτικοί της κατάστασης της κοινότητας.

Η αξιολόγηση της κοινότητας πρέπει να βασίζεται σε ένα σκελετό, ο οποίος περιλαμβάνει τις φυσικές και τις κοινωνικές παραμέτρους. Το εργαλείο ή οδηγός αξιολόγησης της κοινότητας που προτάθηκε από τον Clark θεωρείται ένας καλά οργανωμένος οδηγός.

Ο οδηγός περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες συνοπτικά.

### 1.Γενική περιγραφή της κοινότητας

Στην ομάδα αυτή των πληροφοριών περιλαμβάνεται η θέση και η φυσική περιγραφή της κοινότητας καθώς και το κλίμα. Το μέγεθος, η πυκνότητα και ο τύπος της κοινότητας, η ιστορία, η πολιτική της δομή και η κατανομή της εξουσίας καθώς και ο ρυθμός ανάπτυξης του πληθυσμού.

### 2.Χαρακτηριστικά του πληθυσμού

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού περιλαμβάνουν ηλικιακή σύνθεση, φύλο, φυλές, γλώσσα, επίπεδο οικονομικό, μορφωτικό, θρήσκευμα, ποσοστό εργαζομένων και ανέργων, οικογενειακή κατάσταση και οικογενειακή σύνθεση.

### 3.Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση, συγκοινωνία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, συστήματα επικοινωνίας, αναψυχή, άλλες υπηρεσίες. Ποιές προστατευτικές ή προληπτικές υπηρεσίες υπάρχουν. Συχνότητα και είδος ατυχημάτων.

#### 4. Δείκτες υγείας

Οι δείκτες υγείας είναι: Στατιστικοί δείκτες: γεννητικότητα, νοσηρότητα και θνησιμότητα και δείκτες πρόληψης νόσου και προαγωγής υγείας όπως: εμβολιασμοί, διατροφικό επίπεδο κατοίκων, υγειονομική εκπαίδευση και λειτουργία προγραμμάτων προαγωγής υγείας, ύπαρξη και χρησιμοποίηση υπηρεσιών προληπτικής υγιεινής κλπ.

#### 5. Πεποιθήσεις-τοποθετήσεις προς την υγεία

Οι πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία αντικατοπτρίζονται στον ορισμό της υγείας και της αρρώστιας και στην έμφαση που δίδουν οι κάτοικοι στην υγεία, όπως φαίνεται από τις προσπάθειες που γίνονται για τη διατήρηση και προαγωγή της.

#### 6. Σχέσεις της κοινότητας με την κοινωνία γενικά

Βαθμός αυτονομίας και δυνατότητα της κοινότητας να εξασφαλίσει αγαθά και υπηρεσίες στους κατοίκους. Η ελεύθερη διακίνηση πεποιθήσεων και ιδεών και η διαπίστωση παραγόντων που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την επικοινωνία αυτή.

##### • Ανάλυση Πληροφοριών

Το δεύτερο στάδιο της αξιολόγησης της κοινότητας περιλαμβάνει την ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν με σκοπό να οδηγηθούμε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα /ανάγκες / προβλήματα.

Έχοντας την εικόνα της κοινότητας, ο νοσηλευτής προσπαθεί να διαπιστώσει τα μεγάλα κοινοτικά προβλήματα, που τυχόν υπάρχουν, ή θέματα που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και κοινοτικές ή άλλες δραστηριότητες που λειτουργούν με σκοπό την επίλυση προβλημάτων.

•Νοσηλευτική διάγνωση –Διατύπωση προβλημάτων /αναγκών της κοινότητας.



Η Νοσηλευτική διάγνωση πρέπει να περιγράφει μια κατάσταση και να την αιτιολογεί. Γράφεται σαν πρόβλημα και εντοπίζεται συγχρόνως η αιτία που το προκαλεί. Μερικά παραδείγματα:

*-Δυσκολία στην εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος στους κατοίκους που οφείλεται στον μεγάλο αριθμό περιθωριακών νεαρών και την ανεπαρκή αστυνομική κάλυψη.*

*-Κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων της κοινότητας λόγω ελλείψεως κοινοτικών ιδρυμάτων και οργανωμένης υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι.*

*-Ανεπάρκεια στην κάλυψη των διατροφικών αναγκών των κατοίκων που οφείλεται στο ακατάλληλο για καλλιέργεια έδαφος της κοινότητας, και την απομόνωσή της από άλλες παραγωγικές κοινότητες.*

Κάθε νοσηλευτικό πρόβλημα πρέπει να επιβεβαιωθεί τόσο από υποκειμενική όσο και από αντικειμενική πληροφόρηση. Μετά τη διαπίστωση διατυπώνεται το πρόβλημα και καθορίζεται το πρόγραμμα για την αντιμετώπισή του.

## **2.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Ο προγραμματισμός σκοπεύει να θέσει προτεραιότητες, να διατυπώσει αντικειμενικούς σκοπούς και να ανακαλύψει διαθέσιμες πηγές και μέσα, με σκοπό να δοθεί η καλύτερη δυνατή λύση στο κάθε πρόβλημα που διαπιστώνεται.

Μια πρόταση για την ιεράρχηση των προβλημάτων είναι η χρησιμοποίηση της κλίμακας αναγκών της κοινότητας που αναφέρθηκε. Οι ανάγκες / προβλήματα που βρίσκονται στη βάση της κλίμακος έχουν προτεραιότητα στην ικανοποίησή τους. Εάν τα τρία προβλήματα που αναφέρθηκαν συνυπάρχουν στην ίδια κοινότητα τότε θα ιεραρχηθούν ως εξής: Η ανάγκη για εξασφάλιση διατροφής στην κοινότητα προηγείται, ακολουθεί η ανάγκη για ασφάλεια των κατοίκων και τελικά το πρόβλημα της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων.

Ανάλογα με την έκταση του προβλήματος και της πηγές που διατίθενται για την αντιμετώπισή τους, το νοσηλευτικό πρόγραμμα θα σκοπεύει σε πρωτογενή, δευτερογενή ή τριτογενή προληπτική παρέμβαση. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις επομένως μπορεί να περιλαμβάνουν: εκπαίδευση, καθοδήγηση, νοσηλεία, παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες, υποστήριξη ηθική, ή ακόμη συνδυασμό όλων αυτών.

Στο παράδειγμα που αναφέρεται στην διατροφή των κατοίκων:

**Η πρωτογενής προληπτική** παρεμβατική ενέργεια μπορεί να θεωρηθεί η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός προγράμματος ενημέρωσης των κατοίκων σχετικά με τις διατροφικές ανάγκες του οργανισμού.

**Η δευτερογενής πρόληψη** αναφέρεται στη φροντίδα των ατόμων της κοινότητας που παρουσιάζουν ήδη διατροφικά προβλήματα.

**Η τριτογενής πρόληψη** σκοπεύει στην ενεργοποίηση της κοινότητας για την αποκατάσταση των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της αποθεραπείας μετά από διατροφικά προβλήματα και ανάπτυξη μακροπρόθεσμων στρατηγικών για εξασφάλιση της απαραίτητης διατροφής.

Τα χαρακτηριστικά των αντικειμενικών σκοπών που περιμένουμε να επιτευχθούν με την εφαρμογή συγκεκριμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι:

- Να είναι ρεαλιστικοί. Οι αντικειμενικοί σκοποί πρέπει να συμβαδίζουν με τη συγκεκριμένη πραγματικότητα, να μπορούν να πραγματοποιηθούν σύμφωνα με τις συνθήκες που υπάρχουν και τα μέσα που διατίθενται.

- Να είναι σαφής και συγκεκριμένοι. Οι σκοποί και τα αναμενόμενα αποτελέσματα για κάθε συγκεκριμένο πρόβλημα διατυπώνονται γραπτά με σαφήνεια ώστε να μην αφήνουν περιθώρια παρερμηνείας ή αβεβαιότητας.

- Να μπορούν να μετρηθούν. Διατυπώνονται έτσι ώστε να δίνονται συγκεκριμένες παράμετροι για τον έλεγχό τους. Να περιγράφουν μια συγκεκριμένη κατάσταση, στην οποία αναμένεται να οδηγηθούμε.

- Να εκφράζουν συμπεριφορά, για να μπορούν να ελεγχθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

- Να μπορούν να επιτευχθούν στο προβλεπόμενο χρονικό διάστημα το οποίο διατυπώνεται επίσης γραπτά.

### **3.ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ - ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ**

Η επιτυχημένη υλοποίηση ενός κοινοτικού προγράμματος εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την επιδέξια και συστηματική αξιολόγηση που προηγήθηκε. Η ανάλυση των πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένες άμεσες νοσηλευτικές παρεμβάσεις αλλά και σε προγραμματισμό εκπαιδευτικών ή και ερευνητικών δραστηριοτήτων. Η ανάγκη για αλλαγές στην κοινότητα επισημαίνονται συχνά μετά την ανάλυση των πληροφοριών και την διαπίστωση των προβλημάτων και αναγκών. Όταν λοιπόν πρόκειται να αρχίσει κάποιο καινούριο πρόγραμμα στην κοινότητα, να επέλθει δηλαδή κάποια κοινοτική αλλαγή, ο νοσηλευτής χρειάζεται να προσέξει τα ακόλουθα σημεία:

- Εξασφάλιση υποστήριξης ισχυρών ηγετικών στελεχών της κοινότητας.
- Ανακάλυψη οικονομικών πόρων και πηγών.
- Εξασφάλιση συνεργασίας ιδιωτικών και δημόσιων φορέων και οργανισμών.
- Εξασφάλιση υποστήριξης από ομάδες και οργανισμούς που ασχολούνται με περιβαλλοντικά και πολιτιστικά θέματα.
- Ενθάρρυνση συμμετοχής στον προγραμματισμό, από τα άτομα που θα συμμετέχουν στην υλοποίηση του προγράμματος.
- Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς επιστήμονες που μπορούν να βοηθήσουν.
- Διατήρηση του κέντρου βάρους στην υγεία, και όχι στο ίδιο το πρόγραμμα.

Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος επιβάλλεται να υπάρχει συνεχείς επικοινωνία και ενημέρωση με τα μέλη της κοινότητας και τους εκπροσώπους των διαφόρων οργανισμών, και επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων, ιδιαίτερα των περισσότερο σχετιζομένων με την υγεία. Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών και των μελών της υγειονομικής ομάδας είναι ο αποφασιστικότερος παράγοντας για την εξασφάλιση της επιτυχίας του προγράμματος.

#### **4.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ**

Η κριτική μελέτη γίνεται συνέχεια σε όλη τη διάρκεια της διεργασίας και σε κάθε στάδιο, αλλά και η τελική εκτίμηση του αποτελέσματος είναι απαραίτητη, προκειμένου το πρόγραμμα να συνεχιστεί, να αναμορφωθεί ή ακόμη, εάν χρειαστεί, να ανασκευαστεί, εφόσον δεν επιτυγχάνει το σκοπό του και δεν οδηγεί στη λύση του προβλήματος. Ερωτήσεις αξιολόγησης που πρέπει να κατατεθούν προκειμένου να κριθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων είναι:

- Έχουν επιτευχθεί οι αντικειμενικοί σκοποί που ετέθησαν;
- Ήταν οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν ακριβείς, τεκμηριωμένες και ολοκληρωμένες;
- Τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν βασίστηκαν σε εξακριβωμένα και αξιόπιστα δεδομένα;
- Υπήρχε ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στον προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση των παρεμβάσεων;
- Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος;
- Είναι τα κριτήρια αξιολόγησης καθαρά και επαρκεί;

Το κοινοτικό πρόγραμμα ακόμη αξιολογείται κατά πόσον είναι επίκαιρο και σχετικό με τα προβλήματα της κοινότητας, εάν έχει υπερβολικό κόστος

σε σχέση με την αναγκαιότητά του και κατά πόσο έχει μακροπρόθεσμη θετική συνεισφορά στην υγεία των κατοίκων.

Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να συγκεντρωθούν από επιδημιολογικά χαρακτηριστικά (μείωση νοσηρότητας, αύξηση γεννητικότητας, κλπ.) από παρατηρήσεις ή μικρές ερευνητικές μελέτες, καθώς και συνεντεύξεις με ομάδες κατοίκων ή άλλους επιστήμονες που εργάζονται στην κοινότητα.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο προγραμματισμός έχει τρία στάδια ή φάσεις. Τα στάδια αυτά είναι:

Η Ιεράρχηση αναγκών/ προβλημάτων.

Η Καταγραφή αντικειμενικών σκοπών.

Ο Καθορισμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

### **Ανάγκες-Κλίμακα Maslow**

Επειδή ο προγραμματισμός της φροντίδας αρχίζει με τη διαπίστωση και καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, θεωρείται απαραίτητη η σύντομη αναφορά στην κλίμακα αναγκών του Maslow, η οποία πολύ συχνά, χρησιμοποιείται όσο και για την διαδικασία της αξιολόγησης και ιδιαίτερα της Ιεράρχησης των αναγκών υγείας. Προκειμένου να προγραμματίσουμε την φροντίδα διερωτώμαστε: Πώς μπορούμε να αποφασίσουμε ποιες ανάγκες είναι πιο επείγουσες; Με ποια κριτήρια και ποια σειρά θα ακολουθήσουμε για να ιεραρχήσουμε τις ανάγκες ή τα προβλήματα του ατόμου; Σημαντική βοήθεια σ' αυτό μας δίνει Maslow.

Ο Maslow περιέγραψε τις ανθρώπινες ανάγκες κατά σειρά προτεραιότητας πολύ παραστατικά σε μια κλίμακα με βάση τις φυσιολογικές, οργανικές ή βασικές ανάγκες, και κορυφή της κλίμακας την ανάγκη του ατόμου για προσωπική ικανοποίηση και επιτυχία.

## Η Κλίμακα Αναγκών Maslow

### 5.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ-ΕΠΙΤΥΧΙΑ

### 4.ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΑ

### 3.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

### 2.ΑΣΦΑΛΕΙΑ

### 1.ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ Ή ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Στις Βιολογικές ή Βασικές Ανάγκες περιλαμβάνονται όλες οι ανάγκες που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Μερικές από τις ανάγκες αυτές είναι: Η αναπνοή, η κυκλοφορία, η οξεοβασική ισορροπία, ύπνος, το νερό, η καθαριότητα και γενικά ό,τι είναι απαραίτητο για τη διατήρηση του ατόμου στη ζωή.

Εάν οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιηθούν, το άτομο ελάχιστα ενδιαφέρεται για άλλες ανάγκες που βρίσκονται πιο ψηλά στην κλίμακα. Χρειάζεται να τονισθεί όμως ότι και μεταξύ των βασικών ή φυσιολογικών αναγκών πάντοτε κάποια προέχει και ζητεί άμεση προτεραιότητα στην ικανοποίηση της από την άλλη.

Ο άνθρωπος που αισθάνεται τον οξύ προκάρδιο πόνο του εμφράγματος δεν έχει διάθεση για φαγητό και όταν ακόμη το έχει στερηθεί για μέρες. Τούτο συμβαίνει παρά το γεγονός ότι και οι δύο ανάγκες, τόσο η ανάγκη απαλλαγής από τον πόνο όσο και η ανάγκη για φαγητό, είναι βασικές. Μόλις ικανοποιηθεί η ανάγκη που προέχει και αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του πόνου τότε παρουσιάζεται η επόμενη ανάγκη που μπορεί να είναι το φαγητό ή ο ύπνος ή και οποιαδήποτε άλλη ανάγκη ή πρόβλημα.

Ασφάλεια : Η ανάγκη για ασφάλεια παρουσιάζεται μετά από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Ο άνθρωπος θέλει να αισθάνεται ασφαλής από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους. Το υγιές άτομο αισθάνεται την ανάγκη αυτή στο χώρο της καθημερινής του ζωής και δραστηριότητας. Όταν βρίσκεται σε ξένο και αφιλόξενο ή εχθρικό περιβάλλον, εργάζεται σε προσωρινή ή αβέβαιη εργασία, μένει μόνο του σε

απομονωμένο σπίτι, ή διασχίζει ένα επικίνδυνο δρόμο, συχνά αισθάνεται ανασφάλεια.

Στο παράδειγμα που αναφέρθηκε προηγουμένως ο άρρωστος θα αισθανθεί ασφαλής ή όχι στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ανάλογα με τη βοήθεια που δέχθηκε στην ώρα της κρίσης. Σε κάθε περίπτωση, το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου διαταράσσεται από την ίδια την αρρώστια και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Φόβοι και φυσικούς κινδύνους όπως ο πόνος, ο θάνατος αλλά και από ψυχολογικούς κινδύνους όπως η απομόνωση και η εξάρτηση, τον κάνουν να αισθάνεται αβεβαιότητα.

Η αξιολόγηση ακριβώς σ' αυτό έρχεται να βοηθήσει. Να διαπιστώσει ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι φόβοι και ανησυχίες του ατόμου του οποίου αξιολογεί τις ανάγκες υγείας και ποιες ενδεχομένως είναι οι εμπειρίες που μπορούν να δημιουργήσουν ή να επιτείνουν το αίσθημα ανασφάλειας. Η βασική προϋπόθεση για να αισθανθεί ασφάλεια το άτομο είναι η δυνατότητα ικανοποίησης των βασικών του αναγκών, για αυτό και προηγούνται στην κλίμακα. Δεν μπορεί να αισθανθεί ασφάλεια ο άρρωστος που έχει δύσπνοια, πόνο, αίσθημα επικείμενου θανάτου ή όποιο άλλο πρόβλημα επιβουλεύεται τη ζωή και την ασφάλειά του.

Κοινωνικότητα : Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του κοινωνικός. Επιθυμεί και επιδιώκει την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους εφόσον έχουν ικανοποιηθεί τουλάχιστον οι βασικές του ανάγκες και αισθάνεται ασφάλεια με τους ανθρώπους και το περιβάλλον. Αισθάνεται την ανάγκη να αγαπά και να τον αγαπούν και επιθυμεί να αποτελεί μέλος μιας ομάδος ξεκινώντας από την οικογένεια , τους φίλους, τις διάφορες ομάδες κ.λ.π. Ακόμη αισθάνεται την ανάγκη για στοργή και αναγνώρισή του από τους άλλους.

Δεν είναι βέβαια δυνατόν να είναι κοινωνικός ο άνθρωπος που αισθάνεται ανασφάλεια για αυτό και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής πρέπει να προηγηθεί.

Προσωπική Αξία- Αναγνώριση: Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος, επαρκής. Να τον αναγνωρίζουν οι άλλοι και να σέβονται την προσωπικότητα και την ατομικότητά του. Θέλει να έχει μια προσωπική αξία και αναγνώριση. Να γίνεται η γνώμη του σεβαστή από τους άλλους και να έχει κάποιο βαθμό επιβολής.

Η προσωπική αξία και αναγνώριση του ατόμου προϋποθέτει ενημέρωση στα θέματα που τον αφορούν και τον ενδιαφέρουν, αναγνώριση των ιδιαίτερων προσωπικών του χαρακτηριστικών και σεβασμό της ιδιαιτερότητάς του, κάτι που έχει υποβαθμιστεί στο χώρο της υγείας που με την εισαγωγή της ανεπτυγμένης τεχνολογίας ο άνθρωπος έχει παραμεριστεί σαν προσωπικότητα.

Επιτυχία-Ικανοποίηση: Εάν όλες οι προηγούμενες ανάγκες ικανοποιηθούν σε κάποιο βαθμό, τότε το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση ότι έχει αναπτύξει τις δυνατότητές του και έχει επιτύχει τους σκοπούς του.

Οι ανάγκες που παρουσιάστηκαν από τον Maslow είναι κοινές σε όλα τα άτομα, άρρωστα και υγιή. Από όλες αυτές τις γενικές και κοινές ανάγκες πηγάζουν ειδικές, ατομικές ανάγκες, διαφορετικές σε κάθε άτομο, τις οποίες πρέπει να διαπιστώσει ο νοσηλευτής με τις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει, για να μπορέσει να προγραμματίσει την ικανοποίησή τους. Αυτό αποτελεί και το βασικό σκοπό του. Ιδιαίτερη σημασία έχει κατά πόσον και σε ποιο βαθμό το άτομο είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, ή χρειάζεται γι' αυτό βοήθεια και υποστήριξη για την εξασφάλιση των οποίων πρέπει να φροντίσει ο νοσηλευτής.

Στην πρώτη φάση του προγραμματισμού ο νοσηλευτής καταγράφει με σειρά προτεραιότητας τις ανάγκες /προβλήματα του ατόμου, ιεραρχεί τις ανάγκες.

Προκειμένου να γράψει τις ανάγκες / προβλήματα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:



1. Η ανάγκη / πρόβλημα πρέπει να γράφεται όπως αφορά το άτομο και να αναφέρεται άμεσα σ' αυτό.

2. Να είναι συγκεκριμένη και να εκφράζεται καθαρά, περιγράφοντας την κατάσταση του ατόμου.

3. Να αποφεύγονται οι γενικότητες.

4. Η διάγνωση δεν γράφεται σαν πρόβλημα / ανάγκη.

5. Η νοσηλευτική δραστηριότητα δεν γράφεται σαν πρόβλημα.

6. Όπου είναι δυνατόν, γράφεται το πρόβλημα και η αιτιολόγησή του.

## ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ- ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΣΚΟΠΩΝ

Αφού καταρτιστεί ο κατάλογος των αναγκών / προβλημάτων κατά σειρά προτεραιότητας, ακολουθεί το δεύτερο στάδιο του προγραμματισμού, που είναι καθορισμός αντικειμενικών σκοπών.

**Αντικειμενικός σκοπός** είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης, στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Είναι το αποτέλεσμα που περιμένουμε σε σχέση με το κάθε πρόβλημα / ανάγκη.

Οι αντικειμενικοί σκοποί είναι γραπτοί και χρησιμεύουν σαν οδηγοί για να κατευθύνουν τον προγραμματισμό και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη χορήγηση της φροντίδας.

Είναι κάτι ανάλογο με τους σηματοδότες στον δρόμο που μας οδηγούν σε μια συγκεκριμένη κατεύθυνση. Πώς θα ξέρουμε εάν φθάσαμε κάπου εάν δεν γνωρίζουμε προηγουμένως που πηγαίνουμε;

Οι αντικειμενικοί σκοποί μας δίνουν τη βάση για να διαπιστώσουμε την πρόοδο του αρρώστου. Αποτελούν τα κριτήρια για να ελέγξουμε τα αποτελέσματα της φροντίδας που δώσαμε.

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΣΚΟΠΩΝ

Προκειμένου να λειτουργήσουν σωστά και αποτελεσματικά οι αντικειμενικοί σκοποί (Α.Σ.) πρέπει να έχουν τα πιο κάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Να έχουν κέντρο τον άρρωστο / άτομο και τα προβλήματά του.
2. Να είναι συγκεκριμένοι.
3. Να μπορούν να μετρηθούν.
4. Να είναι ρεαλιστικοί, πραγματοποιήσιμοι, προσγειωμένοι.
5. Να καθορίζονται χρονικά.
6. Να είναι γραπτοί.

1.Ένας αντικειμενικός σκοπός έχει κέντρο το άτομο / άρρωστο όταν γράφεται όπως αφορά το άτομο και όχι το νοσηλευτή. Υπάρχει μια τάση να διατυπώνονται οι Α.Σ. περιγράφοντας μια νοσηλευτική ενέργεια αντί για το αποτέλεσμα που περιμένουμε για τον άρρωστο. Εάν πούμε "Να διδάξουμε το άτομο να τρώει μόνος του" η έμφαση είναι στη νοσηλευτική ενέργεια « να διδάξουμε » αλλά το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι διαφορετικό. Η σωστή διατύπωση του πιο πάνω Α.Σ. είναι « Το άτομο να μπορεί να τρώει μόνο του σε χρονικό διάστημα ενός μηνός ». Ο Α.Σ. έχει κέντρο το άτομο και περιγράφει το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Στη διατύπωση του Α.Σ. θα βοηθηθεί ο νοσηλευτής εάν αρχίζει με φράσεις όπως: Ο άρρωστος θα... ή το άτομο να είναι ικανό να...

2.Να είναι συγκεκριμένος: Στην διατύπωση του Α.Σ. να χρησιμοποιούνται καθαρές και συγκεκριμένες λέξεις με ξεκαθαρισμένη έννοια. Παράδειγμα σκοπών που δεν είναι σαφείς:

- Να συνέλθει από το εγκεφαλικό επεισόδιο
- Να συνέλθει από το υπογλυκαιμικό κώμα.

Τέτοιοι σκοποί είναι πολύ ευρύς για να δώσουν συγκεκριμένη κατεύθυνση ή να μπορούν να μετρηθούν και ελεγχθούν τα αποτελέσματά τους. Αντίθετα, ο πιο κάτω Α.Σ. είναι συγκεκριμένος και σαφής:

- Να μπορεί να ανοιγοκλείνει τα δάκτυλα του ημιπληγικού άνω άκρου, ελεύθερα, σε 72 ώρες.

3.Να μπορεί να μετρηθεί: Να διατυπώνεται έτσι ώστε να μπορούμε να μετρήσουμε. Να διαπιστώσουμε εάν έχει επιτευχθεί. Ο καλύτερος τρόπος για την επιτυχία του χαρακτηριστικού αυτού είναι η παρατήρηση και περιγραφή συγκεκριμένης συμπεριφοράς του ατόμου και η περιγραφή της αλλαγής που περιμένουμε σε σχέση με τη συμπεριφορά αυτή. Προς το σκοπό αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται ρήματα που δείχνουν πράξη και να περιγράφεται το αποτέλεσμα που περιμένουμε. Τι θα δούμε να κάνει ο άρρωστος.

Σε άρρωστη με μαστεκτομή στην οποία περιμένουμε τη σταδιακή άσκηση και χρησιμοποίηση του αντίστοιχου άνω άκρου περιγράφει ακριβώς τι περιμένουμε:

Η άρρωστη να μπορεί να χτενίζεται μόνη της μετά από δύο 24ωρα. Είναι συγκεκριμένη συμπεριφορά την οποία μπορούμε να μετρήσουμε.

4.Να είναι πραγματοποιήσιμος, ρεαλιστικός: Για να είναι ο Α.Σ. πραγματοποιήσιμος, πρέπει να βασιστεί στις ικανότητες του ατόμου, οι οποίες προέκυψαν από τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν στην αξιολόγηση, τόσο στην αρχική όσο και τη συνεχή και καθημερινή και ιδιαίτερα σε σχέση με την συγκεκριμένη ημέρα που καταρτίζεται το πρόγραμμα της φροντίδας του.

Χρειάζεται να υπολογίσουμε τις δυνατότητες και αδυναμίες του ατόμου, τις γνώσεις, την αντίληψη, τη θέληση, το θάρρος, τη δεξιοτεχνία, το χαρακτήρα καθώς και τη βοήθεια και συμπαράσταση που έχει από το

περιβάλλον του. Όσο περισσότερο συμμετέχει το άτομο και η οικογένεια, τόσο πιο ρεαλιστικοί θα είναι και οι Α.Σ.

Προκειμένου να κρίνουμε κατά πόσον και πότε θα μπορέσει το άτομο να κάνει μόνο του την Ινσουλίνη, όλοι οι πιο πάνω παράγοντες πρέπει να υπολογιστούν.

Διαφορετική προετοιμασία θα χρειαστεί το άτομο που δεν βλέπει ή παρουσιάζει αστάθεια στις κινήσεις ή ακόμη έχει κάποιο υπερβολικό φόβο. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος και ιδιαίτερη προετοιμασία. Άρα για να είναι ο Α.Σ. ρεαλιστικός και πραγματοποιήσιμος, πρέπει να αντιμετωπιστούν πρώτα οι καταστάσεις αυτές. Εάν λοιπόν τοποθετηθεί ο Α.Σ. στις πιο πάνω περιπτώσεις όπως σε κάθε άλλη, δεν θα είναι πραγματοποιήσιμος. Εάν γράφω: « Ο άρρωστος να είναι σε θέση να κάνει μόνος του την Ινσουλίνη σε δύο ημέρες » ο Α.Σ. θα βρίσκεται εκτός πραγματικότητας και δεν θα μπορεί να επιτευχθεί.

5. Να καθορίζεται χρονικά: Να γράφεται σε πόσο χρονικό διάστημα περιμένουμε να επιτευχθεί ο σκοπός που τέθηκε. Αυτό μας βοηθάει να ελέγξουμε την πρόοδο του αρρώστου, πάντοτε με κάποια ευελιξία και όχι απόλυτα. Αυτό θα εξαρτηθεί και από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα, αλλά και από απρόβλεπτους παράγοντες που μπορεί να μεσολαβήσουν, όπως μια επιδείνωση της γενικής κατάστασης, μια επιπλοκή κλπ.

6. Να είναι γραπτός: Είναι απαραίτητο να είναι γραπτός ο Α.Σ. διότι: 1. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους όσους ασχολούνται με τον άρρωστο, 2. Φαίνεται η επιστημονική νοσηλευτική εργασία, 3. Εξασφαλίζεται η συνέχιση της φροντίδας με περισσότερη ασφάλεια, αφού η μνήμη δεν έχει απόλυτη ακρίβεια.

Οι αντικειμενικοί σκοποί δεν παρουσιάζουν πάντοτε βελτίωση στην κατάσταση του αρρώστου. Στους αρρώστους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής έχουν διαφορετικό περιεχόμενο αφού δεν σκοπεύουν

απαραίτητα στην βελτίωση της υγείας αλλά στην εξασφάλιση όσο το δυνατό πιο ανώδυνου τέλους.

Παραδείγματα:

- Ο άρρωστος να έχει την ευκαιρία να μιλήσει για το θάνατο
- Να περιοριστεί ο πόνος του αρρώστου.

Λέξεις ή ρήματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο αποδοτικά στη διατύπωση των Α.Σ. είναι:

- Να επαναλάβει ( τις ασκήσεις που διδάχθηκε )
- Να γράψει ( τα φαγητά που πρέπει να αποφεύγει )
- Να απαριθμήσει
- Να διαπιστώσει

Ρήματα που πρέπει να αποφεύγονται διότι είναι ασαφή:

- Να μάθει
- Να καταλάβει
- Να πιστέψει
- Να αντιληφθεί

Όλα αυτά είναι αόριστα και δεν μπορούν να μετρηθούν ή να ελεγχθούν.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ- ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Το τρίτος μέρος του προγραμματισμού καθορίζει τη συγκεκριμένη νοσηλευτική φροντίδα και τις παρεμβάσεις της νοσηλευτικής προκειμένου να επιτευχθεί ο Α.Σ.. Περιλαμβάνουν ενέργειες, σκέψεις και δραστηριότητες, που σχετίζονται άμεσα με το πρόβλημα/ ανάγκη και ιδιαίτερα με τον Α.Σ.

Προκειμένου όμως οι παρεμβάσεις αυτές να είναι αποτελεσματικές πρέπει να έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά και να πληρούν συγκεκριμένους κανόνες. Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοσηλευτών, οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις πρέπει:

1. Να στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις.

2. Να είναι εξατομικευμένες.

3. Να εξασφαλίζουν την ασφάλεια του αρρώστου και να δημιουργούν θεραπευτικό περιβάλλον.

4. Να δίδουν ευκαιρία για διδασκαλία και μάθηση.

5. Να συμβαδίζουν με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να συντονίζονται με τις προσπάθειες όλων των υπολοίπων μελών της υγειονομικής ομάδας.

#### 1. Να βασίζονται σε επιστημονικές γνώσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αντανακλούν γνώσεις από την ανθρώπινη βιολογία, νοσολογία, παθοφυσιολογία καθώς και γνώσεις ψυχολογίας και κοινωνιολογίας. Στην ουσία αποτελούν απόρροια και συνδυασμό όλων αυτών των γνώσεων.

Στον άρρωστο που βρίσκεται σε θεραπευτική αγωγή με δακτυλίτιδα, το αποτέλεσμα που περιμένει ο νοσηλευτής είναι η μείωση του αριθμού των σφίξεων, αφού προκαλεί τόνωση του καρδιακού ρυθμού και ένταση των καρδιακών συστολών. Αυτό γνωρίζει ο νοσηλευτής ότι θα το ελέγξει με την μέτρηση των σφίξεων, ενέργεια την οποία προγραμματίζει και καταγράφει βασιζόμενος στις επιστημονικές του γνώσεις. Γνωρίζει ακόμα ότι χρειάζεται να παρακολουθεί τον άρρωστο για συμπτώματα τοξικότητας από την αθροιστική ενέργεια του φαρμάκου. Προγραμματίζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις με βάση τις επιστημονικές του γνώσεις.

#### 2. Να είναι εξατομικευμένες

Οι παρεμβάσεις να εξατομικεύονται και να είναι ανάλογες με το βαθμό και την ένταση της ανάγκης στο συγκεκριμένο άτομο για το οποίο προγραμματίζεται η φροντίδα. Ο σκοπός των παρεμβάσεων είναι να ανακουφίσουν το άτομο από την ανάγκη και να λύσουν το πρόβλημα, όπως παρουσιάζεται στο κάθε άτομο ξεχωριστά. Για την αντιμετώπιση της ίδιας ανάγκης μπορεί να χρειαστούν διαφορετικές παρεμβάσεις σε διαφορετικά άτομα.

### 3. Να εξασφαλίζουν θεραπευτικό περιβάλλον

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να σκοπεύουν στην προστασία του αρρώστου από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους που μπορούν να τον βλάψουν. Η εξασφάλιση βοήθειας για ασφαλή μετακίνηση του αρρώστου, η φροντίδα για την προσαρμογή των συνθηκών του σπιτιού του με σκοπό την αντιμετώπιση της αναπηρίας του, η τοποθέτηση προστατευτικών κιγκλιδωμάτων γύρω από το κρεβάτι του, είναι ενέργειες που έχουν σκοπό να προστατεύσουν τον άρρωστο από φυσικούς κινδύνους. Πολλές είναι και οι ενέργειες που αποσκοπούν στην ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου. Η προεγχειρητική διδασκαλία, αλλά και κάθε διδασκαλία και ενημέρωση, είναι ενέργεια, που καλύπτει σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες και δημιουργεί θεραπευτικό περιβάλλον. Και μόνο η παρουσία του καταρτισμένου και πρόθυμου να βοηθήσει νοσηλευτή κοντά στο άτομο είναι πολλές φορές θεραπευτική.

### 4. Να δίδουν ευκαιρίες για διδασκαλία και μάθηση

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντοτε να διερωτάται: Τι χρειάζεται να μάθει αυτό το άτομο; Είναι ελάχιστα, εάν υπάρχουν τα άτομα που δεν έχουν καθόλου ανάγκη για διδασκαλία και ενημέρωση. Οι συγκεκριμένες ανάγκες για μάθηση που διαπιστώθηκαν για κάθε άτομο, πρέπει να σημειώνονται στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας και να καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ικανοποίησή τους.

### 5. Να συμβαδίζουν με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να συντονίζονται με τις προσπάθειες των υπολοίπων μελών της Υγειονομικής Ομάδος

Ο συντονισμός είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή. Η νοσηλευτική είναι η μοναδική επιστήμη που μπορεί να αναλάβει αυτό το συντονιστικό ρόλο, αφού είναι και η μοναδική που φιλοξενεί να φροντίσει το άτομο σαν ενιαίο βιοψυχοκοινωνικό σύνολο.

Για να συντονίσει ο νοσηλευτής, είναι απαραίτητο να γνωρίζει ποιες υπηρεσίες προσφέρονται, καθώς και τα μέσα και τους τρόπους που πρέπει

να χρησιμοποιήσει, προκειμένου να τις εξασφαλίσει. Η ανταλλαγή γνώσεων, απόψεων, προγραμμάτων και παρατηρήσεων μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδος είναι απαραίτητη. Οι σκοποί που δημιουργούνται με την προσπάθεια και την συνεργασία όλων είναι εξατομικευμένοι και έχουν κέντρο τον άνθρωπο, οπότε και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προγραμματίζονται είναι αποτελεσματικές, ολοκληρωμένες και ασφαλής.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι: καθαρά νοσηλευτικές και να γίνονται με πρωτοβουλία του υπευθύνου για τη φροντίδα του ατόμου νοσηλευτή, μπορεί να έχουν σκοπό την διεκπεραίωση ιατρικής θεραπευτικής αγωγής ή ακόμα να αναφέρονται σε σχέσεις συνεργασίας και συντονισμού με άλλες υπηρεσίες.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως και όλη η νοσηλευτική διεργασία αναφέρονται γραπτά στο Πρόγραμμα φροντίδας του ατόμου από τον υπεύθυνο νοσηλευτή και έχουν μορφή " νοσηλευτικών οδηγιών " τις οποίες οφείλουν να ακολουθήσουν και διεκπεραιώσουν όλοι οι νοσηλευτές που θα ασχολούνται με το συγκεκριμένο άτομο κατά την διάρκεια του 24ώρου(απογευματινοί, νυκτερινοί).

Οι νοσηλευτικές οδηγίες κατά τον Canong, πρέπει:

1. Να είναι κατανοητές, καθαρές, συγκεκριμένες.
2. Να διεκπεραιώνονται συστηματικά με ευσυνειδησία.
3. Να διεκπεραιώνονται ακριβώς όπως είναι γραμμένες, εκτός εάν η κατάσταση του αρρώστου αλλάξει.
4. Να είναι σεβαστές από όλους τους νοσηλευτές, όπως ακριβώς και οι ιατρικές οδηγίες.
5. Ο νοσηλευτής που γράφει τις οδηγίες να είναι υπεύθυνος και ικανός να προγραμματίσει τη φροντίδα του ατόμου και να καθορίσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αυτό δεν μπορεί να αμφισβητείται από τους άλλους νοσηλευτές.



Θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για τον υπεύθυνο νοσηλευτή να είναι νοσηλευτής πρώτου επιπέδου, απόφοιτος δηλαδή Νοσηλευτικής Σχολής Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Σε καμία περίπτωση απόφοιτος Μέσης Νοσηλευτικής σχολής δεν μπορεί να σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί όμως να βοηθήσει στη διεκπεραίωσή της υπό την επίβλεψη του πτυχιούχου.

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Το στάδιο της εφαρμογής είναι ακριβώς η υλοποίηση όσων προγραμματίστηκαν με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων που διαπιστώθηκαν. Η εφαρμογή των νοσηλευτικών οδηγιών όπως διατυπώνονται στο Πρόγραμμα φροντίδας.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να αναφέρονται:

1. Σε παρατηρήσεις ( π.χ. λήψη ζωτικών σημείων).
2. Σε πράξεις, ενέργειες( αλλαγή τραυμάτων, καθαριότητα, αλλαγή θέσης του αρρώστου).
3. Σε διδασκαλία-ενημέρωση.

## **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ**

Η εκτίμηση αποτελέσματος αποτελεί το τέταρτο και τελικό στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας και περιλαμβάνει την κριτική της ποιότητας της Νοσηλευτικής Φροντίδας που δόθηκε και την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς.

*Εκτίμηση* είναι ο έλεγχος της αξίας ή σπουδαιότητας που έχει κάτι, χρησιμοποιώντας προκαθορισμένα κριτήρια με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων και τη λήψη αποφάσεων.

*Κριτήριο* είναι συγκεκριμένη αντίδραση, συμπεριφορά, κατάσταση η οποία μπορεί να μετρηθεί, με σκοπό την εκτίμηση του αποτελέσματος. Τα

κριτήρια πρέπει να είναι συγκεκριμένα, να τοποθετούνται εκ των προτέρων και να είναι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά.

Συνήθως η κριτική έχει αρνητική έννοια. Από πολλούς θεωρείται συνώνυμη με την επίκριση και μέσο για να διαπιστωθούν αδυναμίες και ελλείψεις. Ο πραγματικός όμως σκοπός της κριτικής δεν είναι αυτός. Η Stufflebeam λέει: Ο σκοπός της κριτικής δεν είναι να αποδείξει ελλείψεις αλλά να βελτιώσει καταστάσεις. Δεν έχει σκοπό να επικρίνει αυτό που υπάρχει, αλλά να συγκεντρώσει αντικειμενικές πληροφορίες που θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να εξηγήσει την κατάσταση και να πάρει καλύτερες αποφάσεις, σχετικά με το τι θα διατηρήσει και τι θα αλλάξει σε σχέση με την Νοσηλευτική φροντίδα που προγραμματίσει και προσέφερε. Με την κριτική επομένως, ελέγχει μετρά την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας κάτι που έχει σχέση με την αλλαγή. Διότι οι νοσηλευτές πάντοτε σκοπεύουν στο να επιφέρουν κάποια αλλαγή στην κατάσταση του αρρώστου. Η μέτρηση της αλλαγής αυτής αποτελεί την εκτίμηση του αποτελέσματος. Συχνά η μέτρηση αυτή είναι πολύ εύκολη, άλλες φορές πολύ δύσκολη. Ένα απλό παράδειγμα μέσου που χρησιμοποιείται για μέτρηση είναι το θερμόμετρο. Η άρρωστη παρουσιάζει υψηλό πυρετό. Προγραμματίζω νοσηλευτικές παρεμβάσεις για να τον αντιμετωπίσω και προκειμένου να κρίνω την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε σχέση με τον αντικειμενικό σκοπό, χρησιμοποιώ το θερμόμετρο. Ανάλογα με το αποτέλεσμα θα κρίνω κατά πόσον οι παρεμβάσεις ήταν επαρκείς και αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση του πυρετού.

Το βάρος στην κριτική είναι στα αποτελέσματα της φροντίδος που δόθηκε. Ο νοσηλευτής διερωτάται: Τι αποτέλεσμα είχαν οι παρεμβάσεις μου στον άρρωστο; Άλλαξαν την κατάστασή του; Πέτυχα τον σκοπό μου; Εάν ναι, σε ποιο βαθμό; Ήταν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελεσματικές,

ήταν οι αντικειμενικοί σκοποί σωστά τοποθετημένοι; Ήταν η αξιολόγηση πλήρης και σωστή;

Με την εκτίμηση του αποτελέσματος επιστρέφω και πάλι στα προηγούμενα στάδια είτε για να συνεχίσω τη φροντίδα, εάν είναι αποτελεσματική, είτε μα την τροποποιήσω. Αναζητώντας να βρω που υπάρχει η έλλειψη, οδηγούμε και πάλι στην αξιολόγηση.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι κυκλική ενέργεια, συνέχεια επαναλαμβανόμενη μέχρι να επιτύχει τον τελικό σκοπό της που είναι η ολοκλήρωση της φροντίδας που χρειάζεται το άτομο.

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με την Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις:

1. Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου( απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ ) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν.

2. Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας. Ο κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον κατατεμαχισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία.

3. Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιστορικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.

4. Η Αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές. Καμιά αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν οι ίδιοι οι άμεσοι ενδιαφερόμενοι δεν το αποδέχονται, τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με την γνώση και την επιστημονική τους κατάρτιση.

Τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταδίωξη του νοσηλευτικού έργου και η Νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες Επιστήμες Υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

#### Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Μετά το τέλος του β' παγκοσμίου πολέμου υπήρχαν μεγάλες ανακαλύψεις στον χώρο της υγείας οι οποίες συνέβαλαν σε αυξημένες ανάγκες για περισσότερο προσωπικό, νέα νοσοκομεία, υψηλή τεχνολογία κτλ. Παρ' όλες τις τεράστιες δαπάνες που καταναλώνουν τα κράτη στον τομέα της υγείας φάνηκε μετά τη δεκαετία 1960-1970 ότι η κατάσταση υγείας των λαών δεν παρουσίαζε αισθητή βελτίωση. Αντίθετα υπήρχε στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου τα συμπτώματα μιας καινοφανούς υγειονομικής κρίσης που σαν κύριο χαρακτηριστικό είχε την ιατρική αναποτελεσματικότητα απέναντι στη νεοδιαμορφωμένη νοσολογία, στην μειωμένη απόδοση των ραγδαίων αυξανόμενων δαπανών για την υγεία και από την παροξυνόμενη κρίση εμπιστοσύνης στις σχέσεις γιατρών με το κοινωνικό σύνολο.

Αιτίες που εμποδίζουν την περαιτέρω βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση των δαπανών για την υγεία έδειξαν:

1.Με δεδομένο το σημερινό επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας, περαιτέρω αύξηση του αριθμού των γιατρών και των άλλων συντελεστών παραγωγής θα έχει ως αποτέλεσμα την παροχή υπηρεσιών σε ολόένα και λιγότερο σοβαρές επιπτώσεις.

2.Με δεδομένη την τάση προσφοράς να δημιουργεί τη δική της ζήτηση θα παρουσιάζονται συνεχώς λιγότερα προβλήματα υγεία τα οποία θα απευθύνονται σε αυξημένη προσφορά.

3.Οι περισσότερες από τις πιο αποτελεσματικές ιατρικές επεμβάσεις, όπως οι εμβολιασμοί και η αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων, είναι φτηνές και δεν επηρεάζονται από την αύξηση στη συνολική προσφορά υγείας.Οι περισσότερες από τις δαπανηρές τεχνικές όπως οι μεταμοσχεύσεις οργάνων, δεν προβλέπεται να παίξουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της θνησιμότητας, τουλάχιστον στο προβλεπόμενο μέλλον.

4.Το μεγαλύτερο ποσό για την υγεία διατίθεται στο θεραπευτικό τομέα ο οποίος ήταν επικεντρωμένος στα μεγάλα αστικά κέντρα ενώ οι περισσότερες ανάγκες υγείας απαιτούσαν προληπτικές υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο.

5.Η αρρώστια δεν είναι βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει κοινωνική βάση και ο σημαντικός παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ανθρώπου με το κοινωνικό σύνολο.

6.Οι ταχύτατοι ρυθμοί των μεταβολών που λαμβάνουν χώρα σε οικονομικό επίπεδο και η εκρηκτική ανάπτυξη της επιστημονικής γνώσης έχει ως αποτέλεσμα σήμερα να ξοδεύονται περισσότερα σε διαδικασίες και βιοτεχνολογία σχετιζόμενη με θεραπείες ενώ δεν έχει αναπτυχθεί καθόλου η φροντίδα.

## ΟΡΙΣΜΟΣ-ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ως "κατ'οίκον νοσηλεία" ορίζονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και τις οικογένειες τους μέσα στο χώρο που ζουν κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας.

Οι πέντε βασικοί στόχοι της είναι:

1.Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποταλεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.

2. Προώθηση επαρκούς αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.

3. Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσής τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.

4. Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.

5. Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η νοσηλευτική φροντίδα είναι παντού παρούσα, όπου υπάρχει ανθρώπινη ζωή. Το σπίτι ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός χώρος φροντίδας των αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου. Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από την Χριστιανική Εκκλησία, του τάγματος των Διακονισσών που διήρκησε μέχρι το πέμπτο και τον έκτο αιώνα.

Στην Ευρώπη πριν την εποχή της Florence Nightngale ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι οι οποίες εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Η Nightngale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής και δημιούργησε σχολές που παρείχαν νοσηλευτές εκπαιδευμένους. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Στις Η.Π.Α. το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1976 στη Βοστώνη.

## ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η κατ' οίκον νοσηλεία τείνει να κατακτά περισσότερο έδαφος διεθνώς, με στόχο τη δραστική αποσυμφόρηση των ιδρυμάτων που παρέχουν τριτοβάθμια περίθαλψη, τη μείωση του κόστους, την πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και τα ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη που απορρέουν για τον ασθενή και τους οικείους του. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα εφαρμόζεται από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ογκολογικών κυρίως νοσοκομείων, με αντικείμενο την ανακούφιση καρκινοπαθών σε καταληκτικό στάδιο της νόσου τους.

Δεδομένου ότι στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ η κατ' οίκον νοσηλεία περιορίζεται κυρίως στην μετανοσοκομειακή πρωτοβάθμια περίθαλψη, μελετήθηκε και σχεδιάστηκε υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας που πρωτοτυπεί και στο διεθνή χώρο, εφαρμόζοντας δευτεροβάθμια περίθαλψη στο σπίτι. Για κάθε ασθενή ορίζεται από την υπηρεσία ομάδα ιατρών με ανάλογη ειδικότητα που φέρει την συνολική ευθύνη και έχει υπό την εποπτεία του ομάδα ιατρών που πραγματοποιούν πρωινή και απογευματινή επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς. Νοσηλευτές και νοσηλεύτριες επισκέπτονται τον ασθενή κάθε 6 ή 8 ώρες, ενώ η υπηρεσία βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για έκτακτη άμεση επέμβαση για να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε απρόβλεπτη διαταραχή. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες του συστήματος καλύπτουν με ασφάλεια τις ανάγκες ενός σημαντικού ποσοστού ασθενών που σήμερα νοσηλεύονται σε τριτοβάθμια ιδρύματα.

Για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας στο σπίτι έχουν τεθεί από την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών (American Nurses Association, ANA) το 1986 ορισμένες αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.



## ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

**Αρχή 1.** Όλα τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι σχεδιάζονται, οργανώνονται και διευθύνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο, με μεταπτυχιακό τίτλο νοσηλευτή με εμπειρία στην κοινοτική νοσηλευτική και τη διοίκηση.

**Αρχή 2.** Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις θεωρητικές έννοιες σαν βάση για τις αποφάσεις του στην πρακτική άσκηση της κατ' οίκον νοσηλείας.

**Αρχή 3.** Ο νοσηλευτής συνεχώς συλλέγει και καταγράφει τις πληροφορίες οι οποίες είναι κατανοητές, ακριβείς και συστηματικές.

**Αρχή 4.** Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών/ νοσηλευτική διάγνωση.

**Αρχή 5.** Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδια φροντίδας τα οποία καθορίζουν στόχους. Το σχέδιο φροντίδας είναι βασισμένο στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και ενσωματώνει νοσηλευτικές πράξεις που σχετίζονται με τη θεραπεία, πρόληψη και αποκατάσταση.

**Αρχή 6.** Η νοσηλευτική παρέμβαση καθοδηγείται από λεπτομερές σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει στην ανακούφιση, επαναφορά, βελτίωση και προαγωγή της υγείας αλλά και στην πρόληψη επιπλοκών και στην αποκατάσταση της υγείας.

**Αρχή 7.** Ο νοσηλευτής συνεχώς αξιολογεί τις αντιδράσεις του ατόμου και της οικογένειάς του στις παρεμβάσεις του για να καθορίζει την πρόοδο του όσον αφορά στην επίτευξη των στόχων και να αναθεωρήσει τις βάσεις δεδομένων, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο φροντίδας.

**Αρχή 8.** Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την κατάλληλη και αδιάκοπη φροντίδα μέσα στο πλαίσιο της συνεχούς φροντίδας υγείας και επομένως

χρησιμοποιεί τον ανάλογο σχεδιασμό και συνεργασία με τις πηγές της κοινότητας.

**Αρχή 9.** Ο νοσηλευτής εγκαινιάζει και διατηρεί ένα σύνδεσμο με τα κατάλληλα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι όλες οι προσπάθειες αποτελεσματικά συμπληρώνουν η μια την άλλη.

**Αρχή 10.** Ο νοσηλευτής θεωρεί ως δεδομένο την υπευθυνότητα για την επαγγελματική εξέλιξη και συμβάλει στην επαγγελματική ανάπτυξη των άλλων.

**Αρχή 11.** Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις ερευνητικές δραστηριότητες οι οποίες συμβάλλουν στη συνεχή ανάπτυξη του επαγγέλματος όσον αφορά στη γνώση για τη φροντίδα υγείας στο σπίτι.

**Αρχή 12.** Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας που καθιέρωσε η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών ως οδηγό για θέματα ηθικής που αφορούν στη λήψη αποφάσεων στην πράξη.

Για την εκτίμηση της αποδοτικότητας αυτών των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τουλάχιστον τρία κριτήρια:

-Το οικονομικό όφελος που προκύπτει από τη νοσηλεία ασθενών στο σπίτι σε σχέση με το νοσοκομείο.

-Η ποιότητα ζωής των ασθενών στο σπίτι και ειδικότερα εάν οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν.

-Η διαφορά επιβίωσης μεταξύ σπιτιού και νοσοκομείου.

Αναλύοντας τα στατιστικά δεδομένα από τις ΗΠΑ οπου σχετίζονται με τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι φαίνεται ότι:

-Το 94% των περίπου 1.350.000 ατόμων που έλαβαν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα.

-Ο μέσος αριθμός επισκέψεων ποικίλει από 20 έως 33 και η μέση χρέωση ανά επίσκεψη ποικίλει από 34 έως 53 δολάρια.

-Οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν περισσότερες φορές τις υπηρεσίες υγείας από του άνδρες.

-Τα ανάπηρα άτομα που χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες αυτές χρειάζονταν περισσότερο αριθμό επισκέψεων ανά άτομο από ότι οι ηλικιωμένοι, αλλά συνολικά οι ηλικιωμένοι τις χρησιμοποιούν περισσότερο.

-Το ποσοστό χρήσης αυτών των υπηρεσιών αυξάνει δραματικά με την ηλικία. Ο μέσος όρος χρήσης υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας 85 ετών είναι 8 φορές περισσότερος από ότι ατόμων ηλικίας 65 ετών.

Το κόστος της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αντιπροσωπεύει το 10-20% του κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο, ενώ σε καρκινοπαθείς έχει φανεί ότι το κόστος φροντίδας του ασθενούς σε τελικό στάδιο είναι κατά 50% μικρότερο όταν χρησιμοποιούνται τα μετανοσοκομειακά προγράμματα και όχι το νοσοκομείο.

## ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η νοσηλεία στο σπίτι επικεντρώνεται σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο τόσο στο άτομο που ζητά φροντίδα όσο και στην οικογένεια ή το υποστηρικτικό σύστημα. Αυτό το είδος νοσηλευτικής απαιτεί γνώσεις και ικανότητες στη νοσηλευτική εκτίμηση, στην επείγουσα φροντίδα, στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας, στους τρόπους αποκατάστασης και στη φροντίδα του ατόμου σε τελικό στάδιο.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες και ικανότητες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνουν:

1.Συντονίζει το νοσηλευτικό με το ιατρικό και τα άλλα μέλη της ομάδας για να εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδας.

2.Συμβουλεύει τον ασθενή και θεωρείται ο σύνδεσμος με το σύστημα υγείας.

3.Οργανώνει και παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Εκτιμά τη συνολική κατάσταση που υπάρχει στο σπίτι. Ο νοσηλευτής είναι

σε μια ειδική θέση για να εκτιμήσει τη φροντίδα που θα δοθεί, την καθαριότητα και την καταλληλότητα του σπιτιού, το είδος του φαγητού που δίνεται στον ασθενή, τη χορήγηση φαρμάκων και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που του παρέχονται. Επίσης πρέπει να εκτιμάται η συνέπεια για την οικογένεια του ασθενή.

4. Εκτιμά την ασφάλεια του σπιτιού για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας προτείνοντας τον εξοπλισμό που χρειάζεται ή αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε να βοηθήσουν για ένα σπίτι πιο ασφαλές.

5. Καταγράφει όλες τις νοσηλευτικές πράξεις και εξοπλίζει και φροντίζει για την εφαρμογή των κατάλληλων πρωτοκόλλων για όλες τις διαδικασίες και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται.

6. Καθησυχάζει το άτομο από το τηλέφωνο. Σε μέρες που οι επισκέψεις στο σπίτι δεν είναι προγραμματισμένες ίσως χρειαστεί να τηλεφωνήσει και να δώσει υποστήριξη ή να απαντήσει σε ερωτήσεις.

7. Ενδιαφέρεται για τη συνεχή ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση της ομάδας και τον προσανατολισμό του νέου προσωπικού.

8. Αξιολογεί τις άμεσες και μακροχρόνιες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους εξασφαλίζοντας προτεραιότητες προκειμένου να μειώσει την ταλαιπωρία του αρρώστου.

9. Δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες των χρόνιων πασχόντων με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, λύσεων, προβλημάτων, αλληλοϋποστήριξη και ηθική ενίσχυση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ –ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Στις αρχές της νέου αιώνα το ζητούμενο στοιχείο στα προσφερόμενα αγαθά ή υπηρεσίες είναι η ποιότητα που αυτά παρέχουν.

Η εκτίμηση της ποιότητας στα αγαθά ή στις υπηρεσίες είναι μια δραστηριότητα που από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα έχει δοκιμαστεί στην βιομηχανία με διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις.

Η εκτίμηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σήμερα είναι περισσότερο αναγκαία από κάθε άλλη εποχή, επειδή επηρεάζεται από μια μεγάλη ποικιλία μεταβλητών.

Η ανοδική πορεία του κόστους αναπόφευκτα επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας, εφόσον οι διαθέσιμοι πόροι που υποστηρίζουν την παροχή της περιορίζονται συνεχώς. Παράλληλα, οι ιατρικές πράξεις αυξήθηκαν υπερβολικά, ώστε να υπολογίζονται σε 40 ανά άτομο ετησίως, γεγονός που εκφράζεται σε κόστος.

Τα τελευταία χρόνια, η αλματώδης ανάπτυξη της βιοιατρικής τεχνολογίας και των μέσων που χρησιμοποιούνται στην άσκηση της νοσηλείας ασθενών (CT scanning, Laser κ.α.), μπορεί να επηρεάσουν κατά πολύ την ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης, συντέλεσαν όμως στην εκτίναξη του κόστους παροχής υγείας σε δυσθεώρητα ύψη.

Επιπλέον, η απασχόληση ενός μεγάλου αριθμού προσωπικού με ποικιλία ρόλων και λειτουργιών δεν γνωρίζουμε πόσο < καλά > ή πόσο αποτελεσματικά λειτουργούν τα υπάρχοντα συστήματα με την μεγάλη εξειδίκευση προσωπικού που απασχολούν.

Η ποιότητα των υπηρεσιών στον υγειονομικό χώρο, αναγνωρίζεται διεθνώς ως ουσιώδες συστατικό της υγείας, το οποίο σε καμιά περίπτωση δεν θα πρέπει να θυσιαστεί στο βαθμό της συγκράτησης του κόστους. Μεγάλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί των Ε.Π.Α διατύπωσαν την άποψη, ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού και να διαθέτουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Ο Williamson, καθηγητής στο Πανεπιστήμιο John Hopkins των Ε.Π.Α, ορίζει την ποιότητα ως «έκταση στην οποία τα οφέλη επιτυγχάνονται κάτω από επιθυμητές καταστάσεις φροντίδας και με λογικούς περιορισμούς κόστους». Ο ίδιος θεωρεί σε άλλη περίπτωση την ποιότητα ως «αποτελεσματική φροντίδα που βελτιώνει την κατάσταση υγείας και ικανοποιεί τον πληθυσμό στα πλαίσια των πόρων που η κοινωνία διαθέτει για την υγεία τους».

Στις μέρες μας σύμφωνα με την φιλοσοφία της Ολικής Διευθέτησης της Ποιότητας στον τομέα υγείας, που υιοθετούν οι managers σε θέματα φροντίδας Υγείας στα νοσοκομεία πρέπει να διατηρήσουν ποιότητα υπηρεσιών, κόστος –αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση ασθενών. Εκ παράλληλου βέβαια λόγω της δυσανάλογης αύξησης του κόστους τα κράτη τις περισσότερες φορές αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των πολιτών τους, επιλέγοντας τις περισσότερες φορές μικτά συστήματα υγείας, όπου συμμετέχει και ο ιδιωτικός φορέας, σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό.

Στην Ελλάδα έχουν δημιουργηθεί θεσμοί όπως η κοινωνική ασφάλιση όπου οργανισμοί υπό την επίβλεψη του κράτους (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, ΤΑΞΥ), αναλαμβάνουν εκτός των άλλων και την πληρωμή του κόστους υγείας από έσοδα που προέρχονται από ποσοστιαία συμμετοχή των εργαζομένων και των εργοδοτών. Ιδιωτικές εταιρείες ενεργοποιούνται στην κάλυψη εξόδων των αναγκών υγείας.

Οι κρατικοί οργανισμοί όμως εμφανίζουν οικονομικά προβλήματα λόγω του υπέρογκου κόστους, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη εξόφληση και

την αδυναμία πληρωμής στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία των υποχρεώσεών τους.

Στον αντίποδα του περιβάλλοντος αυτού που έχει διαμορφωθεί τα τελευταία χρόνια, το πατερναλιστικό σύστημα υγείας που διαθέτουμε, παρά τις οποίες βελτιώσεις έχει υποστεί κατά καιρούς, η ΠΦΥ εξακολουθεί να βρίσκεται ουσιαστικά στο περιθώριο του συστήματος υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απουσία πρόληψης και την προσφορά φροντίδα υγείας καθυστερημένα σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο ίδρυμα διογκώνοντας παράλληλα τόσο το έργο όσο και το κόστος των ιδρυμάτων αυτών. Εξάλλου ο ιδιωτικός τομέας που ασχολείται με την υγεία συγκεντρώνει την επιχειρηματική του δραστηριότητα στον δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο τομέα παροχής υγείας και ιδιαίτερα σε διαγνωστικά κέντρα, κρίνοντας τον ως περισσότερο κερδοφόρο.

Έτσι λοιπόν νομοτελειακά η ΠΦΥ οδηγείται σε αποτυχία και στο περιθώριο του συστήματος. Παρόλα αυτά τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και στο επίπεδο της κατ' οίκον παρακολούθησης των ασθενών, (μειώνοντας τον χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο) είναι φανερό ότι η ελάττωση του κόστους υγείας είναι σημαντική και υπολογίσιμη για τη επιβίωση του Ε.Σ.Υ.

Το κράτος θα πρέπει, προσπερνώντας αγκυλώσεις του παρελθόντος, βλέποντας την υγεία κάτω από το πρίσμα του ολιστικού μοντέλου πλέον, να δείξει ιδιαίτερη προσοχή στην ανάπτυξη τομέων κατ' οίκον νοσηλείας ιδιαίτερα σε ομάδες ασθενών όπως οι ογκολογικοί.

Οι μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας θα πρέπει να αποτελέσουν το βασικό κορμό στον μεγαλύτερο όγκο των ασθενών, ενώ σε συνεργασία με την ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, θα πρέπει ν' αποτελέσουν το ανάχωμα της αναζήτησης υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία.

Παράλληλα θα πρέπει να αναζητηθούν οι πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού σε υγεία, όπως και επί το αντικειμενικότερο και ορθολογικότερο χρήση της νέας τεχνολογίας.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση είναι απαραίτητο να προσανατολίζεται στην κοινότητα, καθώς και η διοχέτευση των αποφοίτων να κατευθυνθεί προς τις υπηρεσίες της κοινότητας, οι οποίες πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής.

Κατ' αυτό τον τρόπο μπορεί να συγκρατηθεί το κόστος και να αναχθεί το σύστημα υγείας σε πιο ποιοτικό και με περισσότερο ανθρώπινο πρόσωπο.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Παρακάτω αναφέρονται παράγραφοι του νόμου 2889/2001 (ν. υπ' αριθμόν 2889/2001 για τη βελτίωση και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις).

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄**

##### **ΑΡΘΡΟ 1**

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές.

3. Τα Πε.Σ.Υ. οργανώνονται, διοικούνται και στελεχώνονται κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Σκοπός τους είναι:

α) Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι την μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία.

β) Ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας και η διασφάλιση της αποτελεσματικότητας οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ. που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

## ΑΡΘΡΟ 2

### Όργανα Διοίκησης

1. Όργανα διοίκησης του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) το Διοικητικό Συμβούλιο,

β) Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., ο οποίος είναι και Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ.

8. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται Νοσηλευτικό Συμβούλιο, που αποτελείται από τους Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του.

Πρόεδρος του Συμβουλίου ορίζεται ο αρχαιότερος Διευθυντής.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί, κατόπιν ερωτήματος του Προέδρου του Πε.Σ.Υ., για κάθε θέμα που αφορά τη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, επιλέγει και προτείνει στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. τους Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των αποκεντρωμένων μονάδων του.

Οι Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων προέρχονται από τους υπαλλήλους όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του οικείου Πε.Σ.Υ. που ανήκουν στους κλάδους των οποίων οι υπάλληλοι, κατά τον οργανισμό του νοσοκομείου μπορούν να προϊστανται στη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Για την εφαρμογή των οριζόμενων στο άρθρο 82 του ν.2683/1999, το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο με βάση τις καταστάσεις όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ. που συντάσσονται κατά τις διατάξεις του άρθρου 86 του ν. 2683/1999, καταρτίζει ενιαίο πίνακα προακτέων στο βαθμό του Διευθυντή. Οι υπάλληλοι που περιλαμβάνονται στον ενιαίο πίνακα προακτέων στο βαθμό του Διευθυντή προάγονται, κατά τη σειρά της εγγραφής τους, στο βαθμό

του Διευθυντή και τοποθετούνται σε κενή ή κενούμενη θέση Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του οικείου Πε.Σ.Υ.

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν είναι δυνατή, σύμφωνα με τον ενιαίο πίνακα προακτέων, η πλήρωση κενών θέσεων Διευθυντών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων του Πε.Σ.Υ. λόγω έλλειψης υπαλλήλων που έχουν τα ουσιαστικά και τυπικά προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή, το Νοσηλευτικό Συμβούλιο εφαρμόζει τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 82 του ν.2683/1999.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο ορίζεται και ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο για την επιλογή των προϊσταμένων των τομέων (τομεαρχών) της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου του οικείου Πε.Σ.Υ. Η επιλογή γίνεται, χωριστά για κάθε νοσοκομείο, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 85 του ν.2683/1999. Όσοι επιλέγονται, τοποθετούνται ως τομεάρχες με απόφαση του Διοικητή του οικείου νοσοκομείου.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, όταν ενεργεί ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, συγκροτείται από τους τρεις (3) αρχαιότερους Διευθυντές και δυο (2) αιρετούς εκπροσώπους των νοσηλευτών, κατηγορίας τουλάχιστον ΔΕ με απολυτήριο Λυκείου και με βαθμό τουλάχιστον Α'. Για τον τρόπο, τη διαδικασία και τις λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων εφαρμόζονται τα προβλεπόμενα στην παράγραφο 15 του άρθρου 3 αυτού του νόμου.

Στο Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου, η Νοσηλευτική Επιτροπή του Νοσοκομείου Σύρου λειτουργεί και ως Νοσηλευτικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ., χωρίς αρμοδιότητες Υπηρεσιακού συμβουλίου. Η επιλογή του Διευθυντή και των τομεαρχών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Σύρου γίνεται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 159 του ν.2683/1999.

Ο ορισμός των μελών του Νοσηλευτικού Συμβουλίου γίνεται με πράξη του Προέδρου του Πε.Σ.Υ. με την οποία ορίζεται και ένας (1) διοικητικός

υπάλληλος του Πε.Σ.Υ. ή των αποκεντρωμένων μονάδων του, με τον αναπληρωτή του, ως Γραμματέας.

### **ΑΡΘΡΟ 3**

#### **ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ**

4. Η Γενική Διεύθυνση του Πε.Σ.Υ. συγκροτείται από:

Α. Τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, που περιλαμβάνει τα τμήματα:

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας.

β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας.

γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης.

Β. Τη Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης, που περιλαμβάνει τα τμήματα:

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας.

β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού.

γ) Τμήμα Προμηθειών.

Γ. Τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, που περιλαμβάνει τα τμήματα:

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων.

β) Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών.

Δ. Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης.

Ε. Το Γραφείο Προέδρου.

ΣΤ. Το Νομικό Γραφείο.

### **ΑΡΘΡΟ 4**

#### **ΠΟΡΟΙ**

1. Πόροι του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό .

β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ)Ποσοστό 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των Νοσοκομειακών μονάδων του Πε.Σ.Υ.

δ)Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

ε)Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

στ)Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά του.

ζ)Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

### ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

#### ΑΡΘΡΟ 5

##### ΊΔΡΥΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ-ΔΙΟΙΚΗΣΗ

1.Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ. με διοικητική αυτοτέλεια.

Έχουν δικό τους πρωτόκολλο, αρχείο και σφραγίδα, υπόκεινται δε στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η εποπτεία αναφέρεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης, εφαρμοσμένων των διατάξεων της παρ.1 του άρθρου 7 του ν. 1397/1983 που επαναφέρθηκαν σε ισχύ με τη διάταξη του άρθρου 14 του ν. 2519/1997.

Με όμοια, ως άνω, προεδρικά διατάγματα τα νοσοκομεία μπορεί να συγχωνεύονται, να καταργούνται, ολικά ή μερικά, να μετατρέπονται σε

γηριατρικά νοσοκομεία, σε νοσοκομεία αποκατάστασης, σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, σε Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας και να ρυθμίζονται όλα τα προκύπτοντα ζητήματα σχετικά με την τακτοποίηση του προσωπικού.

Δεν απαιτείται η έκδοση νέου ιδρυτικού διατάγματος για τα υφιστάμενα νοσοκομεία, που υπάγονται στα Πε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού και τα οποία μετατρέπονται σε ανεξάρτητες και αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ. από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

## **ΑΡΘΡΟ 6**

### **ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

1. Όλα τα νοσοκομεία των Πε.Σ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους.

Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. στην περιφέρεια του οποίου υπάγεται το νοσοκομείο.

Οι παραπάνω υπουργικές αποφάσεις ακολουθούν υποχρεωτικά τα πλαίσια οργάνωσης που ορίζονται στο νόμο αυτό όπως συμπληρώνονται με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων του άρθρου 4 του ν. 1397/1983, όπως κάθε φορά ισχύει.

Οι οριστικοί οργανισμοί των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ. θα εκδοθούν μετά την έγκριση, από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, του Υγειονομικού Χάρτη κάθε Περιφέρειας. Μέχρι τότε οι υφιστάμενοι οργανισμοί παραμένουν σε ισχύ και μπορεί να τροποποιούνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

6. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

α)Ιατρική, β)Νοσηλευτική, γ)Διοικητική-Οικονομική και δ)Τεχνική-Ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.

Στην Ιατρική Υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται οι ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί νοσοκομείων-ακτινοφυσικοί, χημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι, ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας.

Στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου. Σε κάθε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου, καθώς και το τμήμα των Προμηθειών.

## **ΑΡΘΡΟ 8**

### **ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

1.Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προϊστανται ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου ορίζεται από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. μετά από επιλογή του από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, που λειτουργεί ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 8 του άρθρου 2 του νόμου αυτού.

2.Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς, που ακολουθούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι Τομεάρχες, που ορίζονται από το Διοικητή του νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 8 του άρθρου 2 του νόμου αυτού.

3.Οι προϊστάμενοι των τμημάτων των τομέων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας επιλέγονται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο

υπάγονται οι υποψήφιοι, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 85 του ν. 2683/1999.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄**  
**ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**  
**ΑΡΘΡΟ 13**

2.Η διάταξη της παραγράφου 12 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 αντικαθιστάται ως εξής:

"Τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας των Πε.Σ.Υ. επιτρέπεται να αναθέτουν με σύμβαση έργου, κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, τη φύλαξη των χώρων τους σε ειδικά συνεργεία παροχής υπηρεσιών ασφαλείας, ανεξάρτητα αν η αμοιβή του αναδόχου υπερβαίνει την απαιτούμενη δαπάνη για την πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων των οικείων κλάδων ή ειδικοτήτων".

17.Το πρώτο έδαφος της παρ.2 του άρθρου 24 του ν. 2716/1999 αντικαθιστάται ως εξής:

"Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστών, ραδιολογίας-ακτινολογίας, χειριστών ιατρικών συσκευών, χειριστών ιατρικών μηχανημάτων σε Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ε.Κ.Α.Β. καθώς και του προσωπικού του κλάδου ΔΕ πληρωμάτων ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β. γίνεται μέχρι το τέλος του επόμενου έτους κατά το οποίο η θέση κενώθηκε για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με αποτέλεσμα του Γενικού Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας, μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς να απαιτείται Πράξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.).

**ΑΡΘΡΟ 15**



## ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

2. Η έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ. ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Μέχρι την έναρξη λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., ο πρόεδρος και τα υφιστάμενα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων συνεχίζουν να ασκούν όλες τις, αντίστοιχες, αρμοδιότητες που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 16 του ν.2519/1997 ή από κάθε άλλη γενική ή ειδική διάταξη.

Από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., οι αρμοδιότητες που προβλέπονται στον παρόντα νόμο για τους Διοικητές και τα Συμβούλια Διοίκησης των ανεξάρτητων Μονάδων του Πε.Σ.Υ. ασκούνται, αντίστοιχα μέχρι την τοποθέτηση των Διοικητών και τη συγκρότηση των Συμβουλίων Διοίκησης, από τους Προέδρους και τα σημερινά Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων. Μέχρι την τοποθέτηση των λοιπών οργάνων διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων του Πε.Σ.Υ. ή τη συγκρότηση των λοιπών συλλογικών οργάνων, που προβλέπονται στον παρόντα νόμο, διατηρούνται οι αρμοδιότητες και η λειτουργία των οργάνων, που προβλέπονται στην υφιστάμενη οργάνωση των νοσοκομείων.

### **ΑΡΘΡΟ 20**

Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και τοξικών Κινδύνων, με γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για την πρόληψη και προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού από βιολογικούς και τοξικούς παράγοντες, που μπορεί να προέρχονται ιδίως από πολεμικές αιτίες, ατυχήματα, φυσικές καταστροφές ή επιδημίες.

Ειδικότερα, το Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών κινδύνων:

1. Αξιολογεί δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης.
2. Εισηγείται μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση πιθανών βιολογικών και τοξικών κινδύνων.
3. Εξασφαλίζει τον συντονισμό μηχανισμών ταχείας αντίδρασης σε περίπτωση βιολογικής απειλής της ανθρώπινης ζωής και υγείας.
4. Μεριμνά για την πληροφόρηση του κοινού σχετικά με θέματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του, καθώς και για τους τρόπους προφύλαξης.
5. Αξιολογεί προτάσεις πρόληψης συμβαμάτων από βιολογικούς και τοξικούς κινδύνων.
6. Εισάγεται στην πολιτική ηγεσία μέτρα και δράσεις σε επικείμενες ή νεοεμφανιζόμενες βιολογικές καταστροφές ή επιδημίες.
7. Επιβλέπει την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με βιολογικούς και τοξικούς κινδύνους.

Μέλη του Συμβουλίου διορίζονται με θητεία τριών ετών:

- α. Ακαδημαϊκοί και Καθηγητές των Α.Ε.Ι., που καλύπτουν τα απαραίτητα γνωστικά αντικείμενα και ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- β. Ο Γενικός Διευθυντής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- γ. Εκπρόσωπος του Υπουργού Εθνικής Άμυνας.
- δ. Εκπρόσωπος του Υπουργού Περιβάλλοντος
- ε. Εκπρόσωπος του Υπουργού Γεωργίας.

Το Συμβούλιο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος προεδρεύει και μπορεί να αναθέτει σε μέλη του Συμβουλίου την παρακολούθηση ειδικών θεμάτων και την υποβολή σχετικής εισήγησης.

Το συμβούλιο υποστηρίζεται από τη λειτουργία του από το Γραφείο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών κινδύνων που συνιστάται στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ) και το οποίο εξασφαλίζει την

παροχή στο Εθνικό Συμβούλιο όλων των απαραίτητων πληροφοριών για την εκπλήρωση των στόχων του, καθώς και τη διοικητική υποστήριξή του.

## **ΑΡΘΡΟ 21**

### **ΈΝΑΡΞΗ ΙΣΧΥΟΣ**

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομαι τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμο του Κράτους. (Αθήνα, 2 Μαρτίου 2001).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Από τις αρχές του 1980 έγινε φανερό σε όσους ασχολούνταν με τα συστήματα υγείας ότι για να επιτευχθούν οι στόχοι της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της ισότητας, της ποιότητας και της δυνατότητας του χρήστη θα μπορούσαν να γίνουν πράξη μόνο με αλλαγές στο εσωτερικό των υγειονομικών συστημάτων. Έτσι η μεγαλύτερη αλλαγή ήταν η εισαγωγή στοιχείων της αγοράς στα υπάρχοντα δημόσια συστήματα υγείας με την ανάπτυξη των οιονεί αγορών. Οι οιονεί αγορές αποτελούν μια τεχνική λύση για την παραγωγή και διανομή αγαθών.

Ο αποκλεισμός της πλήρους ελεύθερης αγοράς από την παραγωγή και διανομή των δημοσίων αγαθών ή αγαθών αξίας(π.χ. παιδεία, υγεία) αποτελεί την πρακτική των αναπτυγμένων κοινωνικών σχηματισμών. Από την άλλη πλευρά όμως η εμπειρία έχει δείξει ότι η παραγωγή και διανομή τέτοιων αγαθών από δημόσιους μονοπωλιακούς φορείς δεν δίνει τις άριστες κοινωνικές λύσεις και δεν ικανοποιεί τους χρήστες των υπηρεσιών λόγω της γραφειοκρατίας και της αδιαφορίας των παραγωγών.

Τα στοιχεία της αγοράς που μπορούν να ενσωματωθούν σε οιονεί αγορές του τομέα της υγείας σχετίζονται με ορισμένες λειτουργίες του νεοκλασικού οικονομικού υποδείγματος της γενικής ισορροπίας. Πρέπει να τονισθεί ότι τόσο η ζήτηση, όσο και η προσφορά δεν λειτουργούν στη βάση του ατομικού οριακού οφέλους και του οριακού κόστους παραγωγής αντίστοιχα. Στις παραπάνω διαφοροποιήσεις είναι αναγκαίο να προστεθούν:

α) Η ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες εκφράζεται από τους χρηματοδότες οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για συμφωνίες με τους προμηθευτές.

β)Υπάρχουν ετήσιες συμβάσεις που γίνονται μεταξύ δημόσιων ή μη κερδοσκοπικών οργανισμών, οι οποίοι δεν έχουν ως κίνητρο το κέρδος.

Με δεδομένο το νεοκλασικό υπόδειγμα και την εξέλιξη και ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα στο πλαίσιο της ιστορικής, πολιτικής και κοινωνικής ευρωπαϊκής παράδοσης, οι οιοινεί αγορές έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά: α)Αναπτύσσεται ένα διαχωρισμός της ζήτησης από την προσφορά. β)Υπάρχει μια προοπτική χρηματοδότησης των υπηρεσιών που συμφωνείται με ετήσιες συμβάσεις των δυο πόλων του συστήματος. γ)Ο εσωτερικός ανταγωνισμός αναπτύσσεται με προκαθορισμένους κανόνες, είτε στη ζήτηση ή προσφορά και συναρτάται με το υπάρχον υπόδειγμα του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. δ)Οι κανόνες αυτοί τηρούνται και από τη ζήτηση και από την προσφορά και ελέγχονται από τα αρμόδια όργανα του κράτους.

Αν επιχειρηθεί να ταξινομηθούν οι μορφές ανάπτυξης του διευθυνόμενου ανταγωνισμού στα υπάρχοντα δημόσια υγειονομικά συστήματα, θα μπορούσαν να καταγραφούν οι παρακάτω μορφές:

1.Πλήρης διαχωρισμός της ζήτησης από την προσφορά των υπηρεσιών.

2.Δημιουργία προϋποθέσεων ανταγωνισμού στην πλευρά της προσφοράς μεταξύ των προμηθευτών. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν προμηθευτές που προσφέρουν τις υπηρεσίες με σκοπό το κέρδος ή είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και ανήκουν στο δημόσιο. Στην τελευταία περίπτωση, οι οργανισμοί αποκτούν μια αυτονομία από τους εποπτευόμενους δημόσιους φορείς (κράτος, κυβέρνηση) και αναπτύσσουν τη δική τους επιχειρησιακή δραστηριότητα. Οι δραστηριότητες αυτές έχουν εφαρμογή και στα δυο αναφερθέντα συστήματα- υποδείγματα υπηρεσιών υγείας.

3.Δημιουργία προϋποθέσεων ανταγωνισμού στην πλευρά της χρηματοδότησης, όπου ασφαλιστικοί οργανισμοί, δημόσιοι και ιδιωτικοί ανταγωνίζονται για να προσελκύσουν πολίτες, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι

να ασφαλισθούν έναντι του κινδύνου της ασθένειας. Συνήθως υπάρχει ένα εγγυημένο πακέτο υπηρεσιών σε περίπτωση ασθένειας (φαρμακευτική, νοσοκομειακή περίθαλψη) και οι φορείς της ασφάλισης ανταγωνίζονται στο επίπεδο τιμών και της ποιότητας των παροχών να εγγράψουν μέλη και να επιβιώσουν στον ανταγωνισμό. Από την άλλη πλευρά η χρηματοδότηση προς τους ασφαλιστικούς φορείς για το εγγυημένο πακέτο παροχών προέρχεται από τρεις πηγές( ίδιες εισφορές, εισφορές εργοδοτών και κράτος) ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής και το επάγγελμα του πολίτη.

## ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

### **Ο Διαχωρισμός της Ζήτησης από την Προσφορά**

Ο διαχωρισμός της ζήτησης από την προσφορά αποτελεί προϋπόθεση για την εισαγωγή στοιχείων οιονεί αγορών στο υγειονομικό σύστημα. Το στοιχείο αυτό είναι δυνατό να υλοποιηθεί στο επίπεδο της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα με δυο διαφορετικούς τρόπους: α) Με τη διατήρηση του υπάρχοντος οργανωτικού προτύπου χρηματοδότησης και της εισαγωγής αλλαγών στην προσφορά που φθάνουν στην κατοχή προϋπολογισμών από ομάδες Γενικών-Ειδικών Γιατρών. β) Με την αλλαγή του υπάρχοντος προτύπου χρηματοδότησης και την εισαγωγή θεσμικών αλλαγών στο επίπεδο της προσφοράς. Με βάση τις παραπάνω εναλλακτικές λύσεις, προτείνονται δυο εναλλακτικά σενάρια εισαγωγής οιονεί αγορών στην Π.Φ.Υ. της χώρα μας.

**Α΄σενάριο: εισαγωγή προϋπολογισμών με διατήρηση  
υπάρχοντος οργανωτικού-χρηματοδοτικού πλαισίου**

Το σενάριο αυτό αφορά τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ και του ΟΓΑ δεν αποκλείεται όμως να εφαρμοστεί και σε άλλα ταμεία. Το ΙΚΑ καλύπτει κυρίως τους ασφαλισμένους του με τα πολυϊατρεία σε αστικές περιοχές και με λίγους Οικογενειακούς Γιατρούς. Στα πολυϊατρεία υπηρετούν γιατροί με τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, οι οποίοι αμείβονται με μισθό. Παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για τη μη ικανοποιητική παροχή υπηρεσιών υγείας από το ΙΚΑ είναι:

1. Το μειωμένο ωράριο των γιατρών και οι χαμηλές αποδοχές του.
2. Η πολλαπλή απασχόληση του ιατρικού προσωπικού εκτός ΙΚΑ.
3. Η έλλειψη χώρων υποδοχής και καλής συμπεριφοράς εκ μέρους του προσωπικού.
4. Η κατευθυνόμενη συνταγογραφία και οι πιθανολογούμενες οικονομικές συναλλαγές των γιατρών του Ιδρύματος με άλλους παραγωγούς υπηρεσιών.
5. Ο κατακερματισμός των υπηρεσιών, η έλλειψη συντονισμού και η γραφειοκρατία.

Η πρόταση που ενσωματώνοντας αρχές οιονεί αγορών που ευελπιστεί να βελτιώσει το υπάρχον σύστημα και την αποδοχή του είναι ο διαχωρισμός της ζήτησης από την προσφορά. Το παραπάνω επιβάλλει το διαχωρισμό της χρηματοδότησης από την παραγωγή των υπηρεσιών. Έτσι το ΙΚΑ πρέπει να συμβληθεί με ομάδες Γενικών και Ειδικών Γιατρών. Οι πηγές χρηματοδότησης της ομάδας των γιατρών προέρχονται από το ΙΚΑ και από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς. Το ΙΚΑ χρηματοδοτεί την ομάδα των γιατρών με τους εξής τρόπους:

1. Με ένα ετήσιο ποσό που συμφωνείται ετησίως και προέρχεται από τον αριθμό των ασφαλισμένων που θα εξυπηρετούνται και με βάση τα δημογραφικά, επιδημιολογικά ή και δεδομένα ζήτησης. Το ποσό αυτό θα αναφέρεται σε συγκεκριμένο αριθμό ιατρών Γενικών και Ειδικών. Η χρηματοδότηση θα αφορά στο 80% του συνολικού πληθυσμού που

αποκτούν οι επαγγελματίες υγείας από το ΙΚΑ. Στην ίδια συμφωνία υπάρχει και το λοιπό ελάχιστο προσωπικό. Στην παραπάνω χρηματοδότηση λαμβάνεται υπόψη και το κόστος του υπολοίπου προσωπικού. Η τελική σύνθεση του προσωπικού και η μέθοδος αμοιβής του ή το ωράριο εργασίας του είναι ένα εσωτερικό θέμα της ιατρικής ομάδας. Η τελευταία, είναι υποχρεωμένη να ακολουθεί τα ελάχιστα πρότυπα στελέχωσης προσωπικού εκάστου κέντρου υγείας. Τα πρότυπα αυτά συμφωνούνται ετησίως με το ΙΚΑ.

2. Το υπόλοιπο 20% του εισοδήματος της ιατρικής ομάδας που προέρχεται από το ΙΚΑ είναι δυνατό να προκύψει από τη διαχείριση του προϋπολογισμού που λαμβάνει η ομάδα για λογαριασμό των ασθενών της. Το ΙΚΑ συμφωνεί με την κάθε ιατρική ομάδα να διαθέτει ετησίως ένα πρόσθετο ποσό κατά ασθενή. Το ποσό αυτό θα χρησιμοποιείται για την αγορά όλων εκείνων των υπηρεσιών, οι οποίες δεν προσφέρονται από το κέντρο υγείας. Σε πρώτη φάση μπορεί να γίνει η αρχή με προϋπολογισμούς για τη φαρμακευτική κατανάλωση και ανάλογα με την επιτυχία του θεσμού του προϋπολογισμού να υπάρξει επέκταση για αγορά άλλων υπηρεσιών (νοσοκομειακή περίθαλψη). Εννοείται ότι για να λάβει η ιατρική ομάδα το 20% πρέπει με βάση τη διαχείριση του προϋπολογισμού να έχει πλεονάσματα. Η σύνθεση των ποσοστών 80% και 20% των αποδοχών είναι ενδεικτικά.

Είναι δυνατό να υπάρξουν διάφορες ρυθμίσεις, οι οποίες δεν θα οδηγούν την ιατρική ομάδα, σε περικοπή αναγκαίων φαρμάκων ή εξετάσεων στους ασθενείς για να «κερδίζει» το εισόδημά της. Τέλος, πλεονάσματα στους προϋπολογισμούς και μετά την αμοιβή του 20% μπορούν να χρησιμοποιηθούν από την ιατρική ομάδα για την πρόσληψη προσωπικού ή τη βελτίωση του εξοπλισμού των κέντρων υγείας.

3. Η τελευταία πηγή εσόδων της ομάδας των γιατρών αφορά την ιδιωτική άσκηση της ιατρικής η οποία επιτρέπεται αφού οι γιατροί θεωρούνται



ελεύθεροι επαγγελματίες. Όμως η άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής πραγματοποιείται στο κέντρο υγείας και όχι σε ιδιωτικά ιατρεία, όπως είναι σήμερα. Η πηγή των εσόδων αυτών μεγαλώνει, όσο το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών της ιατρικής ομάδας αυξάνει και ικανοποιεί τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ. Τα έσοδα από την παραπάνω πηγή υπόκεινται σε κάποια εκ των προτέρων κράτηση που θα συμφωνηθεί από τα ενδιαφερόμενα μέρη.

Η κάθε ομάδα των γιατρών είναι υποχρεωμένη να τηρεί σύστημα καταγραφών επισκέψεων και αρχεία παρακολούθησης ασθενών. Οφείλει να παρουσιάζει τα τυχόν συμβόλαια και να διαθέτει στα ελεγκτικά όργανα του ΙΚΑ κάθε στοιχείο και βιβλίο που αφορά στην οικονομική διαχείριση του κέντρου υγείας. Παράλληλα έχει υποχρέωση να παρέχει τις υπηρεσίες της σε 24ωρη βάση. Η ομάδα συγκροτεί με βάση το προσωπικό των σημερινών πολυϊατρείων και αυτονομείται πλήρως από τις υπάρχουσες διαδικασίες. Εκλέγει με όποιο τρόπο θεωρεί κατάλληλο τη διευθυντική της ομάδα και συγκροτεί το επιχειρησιακό σχέδιο στη βάση των προσωπικών, οικονομικών και εκπαιδευτικών φιλοδοξιών. Υπάρχει ελευθερία κινήσεων από την πλευρά του προσωπικού ως προς την παροχή υπηρεσιών οι οποίες είναι προς το συμφέρον του να αναπτύξει σχέδια οργάνωσης που διευκολύνουν τους ασθενείς. Η παροχή των υπηρεσιών που καλύπτει η ομάδα είναι δυνατό να συμφωνείται εκ των προτέρων και πρέπει να περιλαμβάνει εκτός της θεραπευτικής ιατρικής προληπτικά μέτρα και επεμβάσεις στην κοινότητα των ασφαλισμένων. Η ομάδα δεν είναι σε θέση να παράσχει κάποια υπηρεσία που ανήκει στην ΠΦΥ είναι υποχρεωμένη να την αγοράσει για λογαριασμό του ασθενή.

Οι ασθενείς αρχικά (για λίγα χρόνια) πρέπει να εγγραφούν στη συγκεκριμένη ομάδα των γιατρών του ΙΚΑ που είναι στην πλησιέστερη γεωγραφική περιοχή της κατοικίας ή του τόπου δουλειάς τους. Μετά (σε επόμενα χρόνια) αν δεν είναι ικανοποιημένοι από την ιατρική ομάδα τους

μπορούν να εγγραφούν σε άλλες ομάδες που λειτουργούν σε διπλανή περιοχή ή να επιλέγουν άλλες μορφές συμβάσεων που μπορεί να αναπτύξει μελλοντικά το ΙΚΑ. Η ομάδα των γιατρών είναι υποχρεωμένη να δέχεται όλους τους ασφαλισμένους.

Η ίδια διαδικασία είναι δυνατό να εφαρμοσθεί και για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ, οι οποίοι σήμερα λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας από τα κέντρα υγείας. Τα κέντρα υγείας, ως κτίρια, μπορούν να περάσουν στην ευθύνη της τοπικής νομαρχιακής αυτοδιοίκησης, αλλά το προσωπικό τους θα συγκροτήσει τη δική του αυτόνομη ομάδα, η οποία θα συμβάλλεται με τον ΟΓΑ ή αντιπρόσωπό του για την παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών ΠΦΥ. Ένας αντίστοιχος τρόπος αμοιβών λαμβάνει χώρα και στην περίπτωση του ΟΓΑ με πιθανές διαφοροποιήσεις, λόγω της γεωγραφικής σύνθεσης της χώρας και της ανάγκης των κατοίκων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές.

Οι προϋπολογισμοί και οι άλλες πηγές εσόδων, μπορούν να υπάρξουν με τον ίδιο ή άλλο τρόπο, αφού συζητηθούν μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών, χρηματοδοτών και παραγωγών των υπηρεσιών. Οι ομάδες των γιατρών μπορεί να ασκούν ιδιωτικό έργο ή συμβάλλονται με άλλους ασφαλιστικούς φορείς. Όταν διαπιστώνεται ότι υπάρχουν περιοχές που πρέπει να καλυφθούν με κέντρα υγείας, ο ΟΓΑ ή η πολιτεία αναλαμβάνει την οικοδόμηση των κέντρων υγείας. Σε μεταγενέστερα χρονικά διαστήματα τα κτίρια μπορούν να περάσουν είτε στην ευθύνη των ιατρικών ομάδων είτε στην τοπική νομαρχιακή αυτοδιοίκηση.

#### **Πλεονεκτήματα πρότασης:**

1. Ανατροπή της μέχρι σήμερα υπάρχουσας αδράνειας του συστήματος που έχει ως κέντρο προμηθευτές των υπηρεσιών.

2. Αμοιβές συνδυασμένες με τον πιθανολογούμενο όγκο της παραγωγής και ύπαρξη σταθερού εισοδήματος.

3.Απόκτηση 20% του εισοδήματος με βάση τη διαχείριση του προϋπολογισμού.

4.Αξιοποίηση όλων των ατόμων της ομάδας με τον καλύτερο τρόπο και υποκατάσταση ακριβών συντελεστών με φθηνότερους.

5.Ενίσχυση των γιατρών ΠΦΥ έναντι των νοσοκομειακών λόγω της διαχείρισης των προϋπολογισμών και συγκράτηση του κόστους. Επίσης, αυτοέλεγχος των γιατρών στην παρακλινική-διαγνωστική συνταγογραφία.

6.Μεταφορά του κέντρου βάρους των υγειονομικών εξελίξεων στην ΠΦΥ και στους γιατρούς που εργάζονται για το νέο θεσμό.

7.Ίση πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων.

8.Δυνατότητα αύξησης του εισοδήματος μέσω της άσκησης του ιδιωτικού έργου.

#### **Μειονεκτήματα της πρότασης:**

1.Εισαγωγή κουλτούρας που είναι άγνωστη στους Έλληνες γιατρούς.

2.Δυσκολία αποδοχής και εφαρμογής λόγω έλλειψης συνεργασίας μεταξύ της ομάδας υγείας.

3.Αδυναμία συνεργασίας μεταξύ της ιατρικής ομάδας λόγω απουσίας αντίστοιχης παράδοσης.

4.Έμφυτη αβεβαιότητα και άρνηση των παραγωγών για αλλαγές.

5.Προβλήματα αποδοχής από τους ασφαλισμένους. Επιπλέον δυσარέσκειες των ασφαλισμένων είναι δυνατό να εμφανισθούν λόγω απουσίας κάποιων ειδικών γιατρών που η ιατρική ομάδα δεν θα κρίνει απαραίτητους.

6.Συγκρούσεις της ιατρικής ομάδας για τον τρόπο λειτουργίας, τη συγκρότηση της ομάδας, και τα κλιμάκια των αποδοχών μεταξύ Γενικών και Ειδικών Γιατρών.

7.Οι αμοιβές με βάση την αποτελεσματική διαχείριση του προϋπολογισμού μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο για κακή άσκηση της ιατρικής.

8.Απουσία επιλογής των ασφαλισμένων κέντρου υγείας κατά τα πρώτα στάδια του θεσμού.

9.Αύξηση του διοικητικού κόστους στα πρώτα στάδια λειτουργίας των οιονεί αγορών.

### **Β΄ Σενάριο (Αλλαγή του υπάρχοντος οργανωτικού – χρηματοδοτικού πλαισίου)**

Το σενάριο αυτό προβλέπει την εισαγωγή του διευθυνόμενου ανταγωνισμού με την αλλαγή του υπάρχοντος οργανωτικού πλαισίου χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Η αλλαγή της χρηματοδότησης υπονοεί τη συνύπαρξη τεσσάρων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ και δημόσιοι υπάλληλοι) με τη δημιουργία ενός Κοινού Ταμείου Υγείας, το οποίο θα είναι υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών. Η επιλογή είναι ανοικτή και μπορεί να υπάρξει είτε ενιαίος φορέας υγείας ή να δημιουργηθεί ένας συνασπισμός των παραπάνω ταμείων.

Το κοινό ταμείο για την ΠΦΥ παίζει σημαντικό ρόλο του χρηματοδότη και διαχωρίζεται πλήρως από τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας. Το κοινό ταμείο οργανώνεται και διαρθρώνεται κατά νόμο και καλύπτει εντός του νόμου όλο το πακέτο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Λειτουργεί σαν μονοπώλιο και προκαλεί την ανάπτυξη του ανταγωνισμού στην πλευρά της προσφοράς με το να δίδει τη δυνατότητα στον πληθυσμό να επιλέγει ο ίδιος τους προμηθευτές των υπηρεσιών του. Πιο συγκεκριμένα το κοινό ταμείο μπορεί να διαπραγματεύεται τους όρους παροχής των υπηρεσιών κατά νόμο με τους εξής οργανωτικούς τύπους παραγωγών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών.

1.Με ετήσιες συμβάσεις με Γενικούς /Οικογενειακούς Γιατρούς. Οι Οικογενειακή Γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή και έχουν την ευθύνη για τις παραπομπές των ασθενών τους σε υπηρεσίες με τις οποίες το κοινό ταμείο υγείας έχει πραγματική σύμβαση.

2.Μετατροπή πολυϊατρείων του ΙΚΑ σε κέντρα υγείας και υπαγωγή της υποδομής στην ευθύνη της νομαρχιακής τοπικής αυτοδιοίκησης. Προγραμματική σύμβαση του κοινού ταμείου με την ομάδα του κέντρου υγείας και αποζημίωση αυτής με βάση τον αριθμό των ασφαλισμένων που εγγράφονται για υπηρεσίες ΠΦΥ στο κέντρο υγείας. Ένας συνδυασμός αποζημίωσης μισθού και αριθμού εγγραφομένων είναι δυνατό να εισαχθεί ή οποιαδήποτε άλλη εκ των προτέρων αποζημίωση συμφωνηθεί με το προσωπικό του κέντρου υγείας.

3.Προγραμματικές συμβάσεις ετήσιας διάρκειας με ελεύθερους επαγγελματίες, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα με διακανονισμό των τιμών αποζημίωσης. Η διεθνής εμπειρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί και να δώσει αποδεκτές λύσεις που δεν θα δημιουργούν υπερβάλλουσα ζήτηση με αποτέλεσμα να συγκρατείται το κόστος σε αποδεκτά επίπεδα.

4.Τέλος σε κάθε περιοχή και νόμο ένας συνδυασμός των παραπάνω ή και άλλων καινοτομιών είναι δυνατό κάθε φορά να εισάγεται. Όλα εξαρτώνται από τις τοπικές συνθήκες ζήτησης και προσφοράς των υπηρεσιών. Οι εναλλακτικές λύσεις επιλέγονται κάθε χρόνο με βάση τις ετήσιες προτιμήσεις των ασφαλισμένων του κοινού ταμείου.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το κοινό ταμείο αντιπροσωπεύει το σύνολο του πληθυσμού και αποκτά διαπραγματευτική δύναμη έναντι των παραγωγών. Το ταμείο καταφέρνει να επιβάλλει έτσι ένα ανταγωνισμό μεταξύ των παραγωγών. Ο ανταγωνισμός στην περίπτωση αυτή είναι ελεγχόμενος γιατί ο χρηματοδότης είναι το ταμείο το οποίο γνωρίζει τις συνθήκες της αγοράς των υπηρεσιών, το δυναμικό των επαγγελματιών υγείας, τη συμπεριφορά και τις συνήθειες των πολιτών και προσανατολίζει το ρόλο του σε κατευθύνσεις που εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους, αλλά και την εθνική υγειονομική πολιτική γενικότερα.

Υπό την έννοια αυτή ο κοινός χρηματοδότης μπορεί να επιβάλλει κοινή υγειονομική πολιτική και κανόνες συμπεριφοράς σε θέματα δημόσιας πολιτικής υγείας, όπως:

1.Ενημέρωση και παρέμβαση επαγγελματιών υγείας σε θέματα που επηρεάζουν την ατομική και συλλογική υγεία.

2.Οικονομική συμμετοχή των χρηστών ή όχι στη χρήση ορισμένων υπηρεσιών. Παροχή ειδικών κινήτρων και αποζημιώσεων σε επαγγελματίες υγείας για την ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων.

3.Ετήσιες συμβάσεις μεταξύ των διαγνωστικών εργαστηρίων και αποζημίωση εκ των προτέρων για να αποκλεισθεί η υπερβάλλουσα χρήση και η οικονομική διαμεσολάβηση μεταξύ των παραγωγών των υπηρεσιών.

4.Έλεγχος των τιμών των φαρμάκων, προώθηση εθνικού συνταγολογίου, προώθηση της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης για κάθε εισαγωγή νέου ιδιοσκευάσματος κλπ.

5.Δικαίωμα επιλογής των ασφαλισμένων μεταξύ εναλλακτικών τύπων παροχής υπηρεσιών.

Παράλληλα πρέπει να αναφερθεί ότι πολλά προβλήματα είναι δυνατό να παρουσιασθούν με την αυτονόμηση της προσφοράς των υπηρεσιών για την ΠΦΥ. Τα μειονεκτήματα που έχουν αναφερθεί στο πρώτο σενάριο είναι δυνατό να εμφανισθούν και στην παραπάνω πρόταση. Προβλήματα μπορεί να παρουσιασθούν που να σχετίζονται με την αύξηση του διοικητικού κόστους. Οι παραπάνω προτάσεις που αναφέρθηκαν δεν είναι συνταγές που λύνουν τα προβλήματα του υποσυστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας. Η πειραματική εφαρμογή τους σε δυο ή τρεις νομούς της χώρας θα δείξει την αντοχή τους στα κριτήρια της αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών με δεδομένη την εκ των προτέρων ικανοποίηση αυτών της ισότητας και της δυνατότητας επιλογής του χρήστη.

## ΚΡΙΤΙΚΗ

Οι προτάσεις και εναλλακτικά σενάρια ίσως αποτελέσουν την μορφή για διάλογο και κριτική που είναι απαραίτητη.

Η ριζοσπαστικότητά τους σε συνδυασμό με τα πολλά και μεγάλα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό υγειονομικό σύστημα, το οποίο ποτέ δεν κατάφερε να ωριμάσει στη βάση του όποιου καλού ή κακού σχεδιασμό του, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την υιοθέτησή τους. Οι οιονεί αγορές δεν είναι εύκολο να γίνουν αποδεκτές είτε από τους χρήστες και τους αντιπροσώπους τους ή πολύ περισσότερο από τους προμηθευτές. Ιδιαίτερα στην πατρίδα μας που η έννοια του συνεργατισμού, των συμβάσεων και των συμβολαίων μεταξύ των κοινωνικών εταιριών απουσιάζει και ο πατερναλιστικός ρόλος του κράτους φαίνεται να εξυπηρετεί όλα τα προνομιούχα κοινωνικά στρώματα.

Ο ανταγωνισμός στην πλευρά των προμηθευτών δεν πρέπει να είναι εύκολα αποδεκτός από σημαντικό τμήμα του ιατρικού σώματος της χώρας μας. Ειδικότερα όταν ένας μεγάλος αριθμός ιατρών έχει εξασφαλίσει μια μόνιμη θέση εργασίας σε κέντρα υγείας, ΙΚΑ ή άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς είναι δύσκολο να αποδεχθεί αλλαγές που προκαλούν ανασφάλεια και αβεβαιότητα. Άλλωστε είναι προφανές ότι καταφέρνουν να ικανοποιούν τις προσδοκίες τους. Οι τελευταίες, ίσως για πολλούς λόγους να βρεθούν σε κίνδυνο με την εισαγωγή των οιονεί αγορών. Η εισαγωγή τους είναι φυσικό να προκαλεί αποτελεσματικότερη αξιοποίησή τους προς όφελος των ασθενών. Επιπλέον, η εφαρμογή των προτάσεων για την ανάπτυξη των οιονεί αγορών προκαλεί άμεσα μια μη ελεγχόμενη κινητικότητα και ανακατανομή της πολιτικής δύναμης στο σύστημα υγείας.

Οι περιγραφείσες συνέπειες, είναι λογικό να προκαλούν μέγιστες αντιδράσεις από κάποιες πλευρές του ιατρικού επαγγέλματος. Έτσι με δεδομένη τη σημερινή δύναμη του ιατρικού σώματος, στο υγειονομικό σύστημα και στην ελληνική κοινωνία οι προτεινόμενες αλλαγές στην ΠΦΥ

δεν φαίνεται να συγκεντρώνουν μεγάλη πιθανότητα ούτε για την πειραματική τους εφαρμογή. Παρόλα αυτά για την ανάγκη του επιστημονικού διαλόγου είναι καλό να καταγραφούν, ώστε να εμπλουτισθούν ή τροποποιηθούν και να αξιοποιηθούν με αυτόν τον τρόπο από το εγχώριο ερευνητικό δυναμικό της χώρας.

## ΔΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Για να πραγματοποιηθούν όλοι οι στόχοι που τίθενται από την υγειονομική ομάδα χρειάζεται να υπάρχουν οι κατάλληλες πηγές (τόσο το προσωπικό όσο και ο εξοπλισμός). Υπεύθυνος για την οργάνωση είναι ένας εκπαιδευμένος κοινοτικός νοσηλευτής που θα φροντίσει για όλες τις δραστηριότητες της υγειονομικής ομάδας.

Οι σπουδαιότεροι από τους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι:

**-Ανθρώπινο δυναμικό.** Η υγειονομική ομάδα αποτελείται από επαγγελματίες υγείας πολλών ειδικοτήτων: κοινοτικοί νοσηλευτές, ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές, άτομα των εργαστηρίων και βοηθητικό προσωπικό (οικιακοί βοηθοί, οδηγοί, κλπ.).

**-Είδος ασθενών.** Θα πρέπει να διευκρινισθεί: α) εάν οι ασθενείς που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ομάδα π.χ. καρκινοπαθείς, ηλικιωμένοι ή αφορούν όλα τα άτομα που έχουν ανάγκη τέτοιου είδους υπηρεσίες. β) εάν οι ασθενείς προέρχονται από ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο με το οποίο είναι συνδεδεμένη η υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι ή αφορούν όλα τα άτομα της κοινότητας.

**-Χώρος ευθύνης.** Αφορά την περιοχή στην οποία πρέπει να κατοικούν άτομα για να μπορούν να γίνουν αποδεκτά στο πρόγραμμα.



**-Χώροι λειτουργίας.** Ο χώρος στον οποίο είναι εγκαταστημένοι να βρίσκεται όσο αφορά την κοινότητα, τα κέντρα υγείας, τις αστικές περιοχές κοντά στο νοσοκομείο με το οποίο είναι συνήθως λειτουργικά συνδεδεμένοι. Απαραίτητη χώροι είναι: γραφεία υπαλλήλων, αίθουσα συσκέψεων ή εκπαίδευσης, χώρος αρχείου, κλπ.

**-Διάρκεια λειτουργίας.** Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι μπορεί να είναι μακράς διάρκειας ή μικρής διάρκειας. Επίσης ρυθμίζεται ο χρόνος λειτουργίας το 24ωρο, αλλά και οι ημέρες λειτουργίας στο διάστημα της εβδομάδας π.χ. υπάρχουν υπηρεσίες που λειτουργούν 7 ημέρες την εβδομάδα όλο το 24ωρο.

**-Χρηματοδότηση.** Υπάρχουν οι κρατικές υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι που συντηρούνται από το κράτος και είναι συνδεδεμένοι με κάποιο νοσοκομείο και οι ιδιωτικοί. Στις κρατικές υπηρεσίες μπορεί οι ασφαλισμένοι να πληρώνουν μέσω των ασφαλιστικών τους ταμείων. Οι ιδιωτικές χωρίζονται σε αυτές που λειτουργούν με κέρδος (private for profit) και αυτές που είναι αφιλοκερδείς και στηρίζονται σε εθελοντές ιδιώτες (non profit-voluntary). Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί επιδοτούνται για τα λειτουργικά τους έξοδα από δήμους, κοινότητες ή ενορίες εκκλησιών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

### **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

#### **A. Η Σημερινή Κατάσταση (Διεθνώς – Ελλαδικός Χώρος)**

Η άσκηση της νοσηλευτικής έξω από τον χώρο του νοσοκομείου έχει σε μερικές χώρες ιστορία πολλών δεκαετιών. Στη Μ. Βρετανία συμβαδίζει σχεδόν με την εμφάνιση της νοσηλευτικής ως επάγγελμα. Ήδη από τον προηγούμενο αιώνα υπήρχαν στη χώρα αυτή νοσηλεύτριες εργαζόμενες σε εργοστάσια και σχολεία ή απασχολούμενες στην κατ' οίκον φροντίδα των ασθενών, ενώ στα τέλη του ίδιου αιώνα πραγματοποιήθηκε η ίδρυση μιας υπηρεσίας επισκεπτριών υγείας, με σκοπό την προαγωγή της υγείας των νηπίων και των μικρών παιδιών, μέσω της εκπαίδευσης και της υποστήριξης των μητέρων.

Για άλλα κράτη, όπως η Δανία, η Φιλανδία, το Βέλγιο, η Ιρλανδία και η Ολλανδία, αναφέρεται η ύπαρξη μακράς παράδοσης στο χώρο της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Σε όλες τις περιπτώσεις, ωστόσο η παρεχόμενη φροντίδα δεν είχε καθολικό χαρακτήρα με την έννοια ότι δεν απευθυνόταν στο σύνολο του πληθυσμού και αυτό διότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες αποτελούσαν πρωτοβουλία φιλανθρωπικών οργανώσεων, χωρίς την κρατική παρέμβαση.

Η θεσμοθέτηση της παροχής κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας πραγματοποιήθηκε κυρίως μέσα από την εφαρμογή του εθνικού συστήματος υγείας, αν και οι μεμονωμένες ρυθμίσεις για επιμέρους ιατρικές ειδικότητες (ψυχιατρική) είχαν εφαρμοστεί ήδη από την δεκαετία του 1930 στη Μ. Βρετανία και προέβλεπαν την ίδρυση εξωνοσοκομειακών μονάδων για την

φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών. Στην ίδια χώρα η κοινοτική νοσηλευτική δοκιμάστηκε μέσα από την αλλαγή της παρεχόμενης φροντίδας από το νοσοκομειακό μοντέλο στο πρότυπο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Στην Ελλάδα η πρώτη νομοθετική ρύθμιση στο πεδίο της κοινοτικής φροντίδας εμφανίστηκε το 1937 και αφορούσε την ίδρυση της ΑΣΕΑΝ (Ανώτερη Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων) με σκοπό την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού και την αντιμετώπιση προβλημάτων δημόσιας υγείας. Πολύ αργότερα, το 1983, ψηφίστηκε νόμος, ο οποίος καθόρισε την ίδρυση **κέντρων υγείας** και έδωσε την δυνατότητα και σε νοσηλευτές να εμπλακούν σε θέματα κοινοτικής νοσηλευτικής, δεδομένου ότι ως τότε αρμοδιότητα απασχόλησης στο περιβάλλον της κοινότητας πάνω σε θέματα δημόσιας υγείας είχαν κατά κύριο λόγο οι επισκέπτες υγείας, αφού είχαν αποφοιτήσει και από σχολή νοσηλευτικής.

Με το νόμο 2071/1992 οριοθετήθηκε το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στο οποίο εντάχθηκαν οι ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που αποσκοπούν στην πρόσληψη και την αντιμετώπιση προβλημάτων της υγείας, οι οποίες δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Με τον ίδιο νόμο ορίστηκε η σύσταση νοσηλευτικής υπηρεσίας στα κέντρα υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού καθ' όλο το 24ωρο και με προϊστάμενο πρόσωπο, νοσηλεύτρια πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, στα πλαίσια του εν λόγω νομοθετήματος καθιερώθηκε σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας, εφαρμοζόμενο με τη συμμετοχή ιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας.

Πρόσφατα, η ελληνική νομοθεσία προσανατολίστηκε στην κάλυψη ενός μη ενεργού τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αυτού της σχολικής υγείας. Με το άρθρο 7 του νόμου 2519/1997 αποφασίστηκε η δημιουργία κεντρικής διεύθυνσης και περιφερειακών διευθύνσεων σχολικής υγείας, με

αποστολή την κατάρτιση και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, τη μέριμνα για την εφαρμογή των κανόνων της δημόσιας υγείας στο σχολικό περιβάλλον και την τήρηση στοιχείων ατομικής υγείας των μαθητών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η στελέχωση των παραπάνω υπηρεσιών γίνεται με την τοποθέτηση ιατρών, οδοντίατρων, ψυχολόγων, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας. Παράλληλα, δημιουργούνται θέσεις επιστημόνων για την εφαρμογή της σχολικής υγείας κατά περιφέρεια, στις οποίες όμως, δεν συμπεριλαμβάνονται θέσεις νοσηλευτών.

Συνολικά, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η κοινοτική νοσηλευτική ασκούνται στην ελληνική επικράτεια στο επίπεδο: κέντρων υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων, ασφαλιστικών οργανισμών, εξωτερικών ιατρείων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σχολικών μονάδων και ειδικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Από πλευράς εφαρμογής, η κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα αναπτύχθηκε κυρίως με τη μορφή της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Τέτοιες υπηρεσίες προσφέρονταν ήδη από το 1970, δηλαδή πολύ πριν από τη νομική σύσταση των κέντρων υγείας, μέσω ανεξάρτητης υπηρεσίας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΕΕΣ).

Σήμερα δε θα μπορούσαμε να πούμε πως η Ελλάδα σε όλη την επικράτειά της καλύπτεται από υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας με ένα οργανωμένο τρόπο. Σε μερικές περιοχές (π.χ. Βόλος) η φροντίδα αυτή προσφέρεται μέσω υπηρεσιών των νομαρχιακών νοσοκομείων από νοσηλευτές που εργάζονται σ' αυτά ενώ στις μεγάλες πόλεις ( Αθήνα-Θεσ/νίκη) παρέχεται κατά κύριο λόγο από ιδιωτικούς φορείς.

Σημαντική εξάλλου είναι και η παροχή κατ' οίκον φροντίδας σε ηλικιωμένα κυρίως άτομα από υπηρεσίες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Αρκετοί τα τελευταία χρόνια μέσα από τις λειτουργίες των

ΚΕΝΤΡΩΝ Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων δημιούργησαν προγράμματα ( φροντίδα στο σπίτι) κατ' οίκον νοσηλείας με σημαντικό βαθμό προσφοράς στους δημότες τους. Τα προγράμματα αυτά χρηματοδοτούνται εν μέρει από την Ε.Ε ενώ δεν αποτελούν δυστυχώς παγιωμένο θεσμό. Λειτουργικά περιλαμβάνουν Κοινωνικό Λειτουργό, Νοσηλεύτη, Οικιακή Βοηθό που εκπονούν προγράμματα παρακολούθησης ατόμων ηλικιωμένων κυρίως και με ειδικές ανάγκες.

Δυστυχώς οι Νοσηλευτές που εργάζονται σ' αυτά τα προγράμματα είναι με ειδική ετήσια σύμβαση χωρίς να ανανεώνεται πολλές φορές, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις τα άτομα που καλύπτουν τις θέσεις αυτές διαθέτουν αμφίβολα πτυχία (Βοηθοί Νοσηλευτών, Νοσηλευτές από ανατολικές χώρες κ.λ.π.).

Σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών το 1986 « Η νοσηλευτική κοινοτικής υγείας σε επίπεδο εφαρμογής προάγει και προστατεύει την υγεία των πληθυσμών, ενοποιώντας τις δεξιότητες και τη γνώση που σχετίζονται τόσο με τη νοσηλευτική όσο και με τη δημόσια υγεία. Η εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι ευρεία και γενική και δεν περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή διαγνωστική ομάδα. Είναι συνεχής και δεν περιορίζεται σε αποσπασματική φροντίδα. Αν και η νοσηλευτική κοινοτικής υγείας σε επίπεδο εφαρμογής απευθύνεται προς άτομα, οικογένειες και ομάδες, η κυρίαρχη ευθύνη της είναι προς τον πληθυσμό ως σύνολο».

Τα κεντρικά σημεία του παραπάνω ορισμού είναι ότι η κοινοτική νοσηλευτική αποτελεί σύνθεση θεωριών και εφαρμογής της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας και απευθύνεται σε άτομα, οικογένειες και ομάδες με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού. Φαίνεται επομένως, ότι η κοινοτική νοσηλευτική προσανατολίζεται περισσότερο προς την υγεία παρά προς την ασθένεια, εμφανίζοντας βασική διαφοροποίηση στη φιλοσοφία που τη διέπει σε σχέση

με τη νοσηλευτική στο χώρο του νοσοκομείου. Προς τα παραπάνω χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κοινοτικής νοσηλευτικής συγκλίνουν πολλοί ερευνητές, καθώς και ο Καναδικός Σύνδεσμος Δημόσιας Υγείας.

## **B. Εκπαίδευση και Κατάρτιση των Κοινοτικών Νοσηλευτών**

Η άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής προϋποθέτει την ύπαρξη πτυχιούχων νοσηλευτών, καθώς αποτυπώνεται στην τακτική που ακολουθούν χώρες, οι οποίες πρωτοπορούν στην ανάπτυξη και εφαρμογή της νοσηλευτικής, όπως οι ΗΠΑ, η Μ. Βρετανία, ο Καναδάς και άλλες. Στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης – υπάρχουν δυο, τουλάχιστον, επίπεδα εκπαίδευσης των νοσηλευτών που παρέχουν υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι. Στο πρώτο ανήκουν νοσηλευτές με βασική εκπαίδευση 3 ή 4 έτη σπουδών, ενώ στο δεύτερο νοσηλευτές που έχουν ειδικότητα στην κοινοτική νοσηλευτική ή μεταπτυχιακό master ή διδακτορικό. Αντίθετα, σε άλλες χώρες, όπως η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Ισπανία, και η Πορτογαλία, στον τομέα αυτό της κοινοτικής νοσηλευτικής απασχολούνται μόνο νοσηλευτές βασικής εκπαίδευσης, διότι στις χώρες αυτές ο θεσμός της φροντίδας στο σπίτι άρχισε να εφαρμόζεται πρόσφατα. Εκτός από τους νοσηλευτές η κοινοτική νοσηλευτική ομάδα περιλαμβάνει και τους βαθμούς νοσηλευτών, οι οποίοι εμπλέκονται κυρίως στην εφαρμογή της φροντίδας της ατομικής υγιεινής και σε μη σύνθετες δεξιότητες και γνώσεις. Μπορεί, τέλος, να περιλαμβάνει βοηθητικό προσωπικό που δε φέρει άδεια άσκησης επαγγέλματος, όπως οι πτυχιούχοι νοσηλευτές, καθώς συμβαίνει στις ΗΠΑ λόγω της έμφασης που δίνεται στη συγκράτηση του κόστους, αλλά και εξαιτίας της έλλειψης πτυχιούχων νοσηλευτών και ειδικευμένων στην κοινοτική νοσηλευτική και τη νοσηλεία στο σπίτι.

Παρά τη διαφορά στην εκπαίδευση, η διάκριση των νοσηλευτικών καθηκόντων μεταξύ των δυο επιπέδων εκπαίδευσης των νοσηλευτών παραμένει σε αρκετές χώρες ασαφής, με αποτέλεσμα την ύπαρξη

αβεβαιότητας σχετικά με τις επιμέρους νοσηλευτικές αρμοδιότητες και την ύπαρξη αλληλοεπικάλυψης ρόλων. Στην Ολλανδία, για παράδειγμα, μια έρευνα σε γραφεία παροχής κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας έδειξε ασάφεια ρόλων μεταξύ των νοσηλευτών στο 41% των γραφείων. Επίσης, στο Βέλγιο η διαφοροποίηση των νοσηλευτικών καθηκόντων μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης είναι εντελώς ανύπαρκτη (όσον αφορά στον τομέα της νοσηλείας στο σπίτι), δεδομένου ότι σε όλα τα επίπεδα αντιστοιχούν νομικά οι ίδιες αρμοδιότητες, διαφέρουν όμως οι θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες εφαρμογής της νοσηλευτικής.

Για να ξεπεραστούν τα προβλήματα που δημιουργούνται από το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο και που εντοπίζονται κυρίως στη δυσκολία εξασφάλισης υψηλής ποιότητας φροντίδας και στην αποτελεσματική χρησιμοποίηση του προσωπικού, αναπτύχθηκαν σε διάφορες χώρες μοντέλα διαφοροποίησης μεταξύ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης των νοσηλευτών, στην εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής και της νοσηλείας στο σπίτι.

Έτσι, στις ΗΠΑ το 1980 αναπτύχθηκε ένα μοντέλο ιεραρχιών για τους νοσηλευτές της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο προσαρμόστηκε στην ιεράρχηση των νοσηλευτών που εφαρμόζουν την κοινοτική νοσηλευτική, με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων στις εργασιακές σχέσεις των νοσηλευτών. Η εννοιολογική βάση του μοντέλου αυτού είναι η ανάλυση της κατάστασης του επαγγελματία νοσηλευτή σε ένα αριθμό επιπέδων, στα οποία βρίσκεται σε διαφορετικές περιόδους της καριέρας του με κριτήριο την εμπειρία. Η Benner περιγράφει ένα σύστημα πέντε επιπέδων του επαγγελματία νοσηλευτή, δηλαδή τα επίπεδα αρχαρίου, προχωρημένου αρχαρίου, επαρκή, έμπειρου και ειδικευμένου νοσηλευτή, το οποίο προσαρμόστηκε για χρήση στην εφαρμογή της κλινικής νοσηλευτικής στο νοσοκομείο. Για το χώρο της κοινοτικής νοσηλευτικής ο Martin και ο McGuire περιγράφουν ένα διαφορετικό μοντέλο με τρία επίπεδα.

Στην Ολλανδία η διαφοροποίηση που εφαρμόζεται σε επίπεδο κοινοτικής νοσηλευτικής βασίζεται σε τρεις παραμέτρους: στο επίπεδο εκπαίδευσης, στο βαθμό ευθύνης κατά την εφαρμογή και στο επίπεδο της πολυπλοκότητας της φροντίδας. Το μοντέλο αυτό ονομάζεται διαφοροποίηση νοσηλευτικών πράξεων. Το αποτέλεσμα αντιστοιχεί στη διάκριση μεταξύ δυο νοσηλευτικών ρόλων, τους οποίους εφαρμόζουν δυο επίπεδα εκπαίδευσης νοσηλευτών, οι κοινοτικοί νοσηλευτές και βοηθοί κοινοτικών νοσηλευτών. Οι βασικές διαφορές των ρόλων επικεντρώνονται στη σοβαρότητα της λήψης αποφάσεων και στη δυσκολία διαμόρφωσης της νοσηλευτικής διεργασίας για τον άρρωστο που νοσηλεύεται στο σπίτι, καθώς και στη διαμόρφωση του χώρου κατοικίας σε λειτουργικό χώρο φροντίδας του ασθενούς. Συγκεκριμένα ο κοινοτικός νοσηλευτής παρέχει φροντίδα σε ασθενείς με πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ νοσηλευτικών διαγνώσεων, σε δομημένους και μη δομημένους χώρους και καταστάσεις. Ο βοηθός κοινοτικού νοσηλευτή, από την άλλη πλευρά, φροντίζει ασθενείς με απλές, καλά προσδιορισμένες ανάγκες για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, στα πλαίσια δομημένων χώρων και απλών περιπτώσεων.

Διαφοροποίηση σε άλλο επίπεδο γίνεται χρησιμοποιώντας την έννοια της ειδικότητας του κοινοτικού νοσηλευτή. Εδώ οι διαφορετικοί ρόλοι απευθύνονται σε νοσηλευτές από την ίδια βαθμίδα εκπαίδευσης, οι οποίοι αναλαμβάνουν να παράσχουν εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς ή γενικότερα σε πελάτες με ανάγκες φροντίδας που απαιτούν εξειδικευμένες δεξιότητες. Υπάρχει η δυνατότητα για τον καθορισμό πολλών περιοχών ειδικότητας, λόγω του ότι οι πληθυσμοί που δέχονται τη φροντίδα των κοινοτικών νοσηλευτών είναι τόσο διαφορετικοί όσο και τα νοσήματα που φέρουν. Ενδεικτικά αναφέρονται καταστάσεις, όπως η εγκυμοσύνη και τα περιγεννητικά προβλήματα βρεφών, η νόσος Alzheimer και άλλα χρόνια νοσήματα των ηλικιωμένων, το AIDS. Παράλληλα, η



ειδικότητα προκύπτει ως αναγκαιότητα από την παρουσία σύγχρονων δεδομένων ιδιαίτερα της νοσηλείας στο σπίτι. Αυτά σχετίζονται αφενός μεν, με τη δυνατότητα παροχής σύνθετης νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων –η οποία όμως απαιτεί επιδεξιότητα από του νοσηλευτές –αφετέρου δε, από τις κυβερνητικές απαιτήσεις για επίτευξη καλής αναλογίας κόστους και ποιότητας στη φροντίδα. Από τη βιβλιογραφία γίνεται φανερό ότι, η πρακτική εφαρμογή της ειδικότητας στην κοινοτική νοσηλευτική επιτυγχάνεται με δυο τρόπους: α) με τη χρησιμοποίηση ειδικευμένων κλινικών νοσηλευτών στην κοινότητα και β) με τη δημιουργία τομέων με ειδικό αντικείμενο των κοινοτικών νοσηλευτών «περιοχές ειδικής γνώσεις».

Οι ειδικευμένοι κλινικοί νοσηλευτές δεν ανήκουν στη δύναμη των κοινοτικών νοσηλευτών αλλά συνεργάζονται με αυτούς προσφέροντας τις εξειδικευμένες γνώσεις τους στη νοσηλεία στο σπίτι. Οι μελέτες δείχνουν ότι η παρεχόμενη από τους ειδικευμένους κλινικούς νοσηλευτές φροντίδα υγείας των ατόμων προσεγγίζει υψηλά επίπεδα ποιότητας και αποτελεσματικότητας στην αποκατάσταση της υγείας. Επίσης, συγκρινόμενη με την παρεχόμενη από μη ειδικευμένους κοινοτικούς νοσηλευτές φροντίδα φαίνεται ότι, υπερέχει στην ποιότητα και αποδοτικότητα. Επισημαίνονται, ωστόσο, δυσκολίες στις σχέσεις, οι οποίες συνδέονται με την ευθύνη για τη φροντίδα, καθώς οι κοινοτικοί νοσηλευτές θεωρούν ότι σε πολλές περιπτώσεις η εργασία των ειδικευμένων κλινικών νοσηλευτών επεκτείνεται σε τομείς της δικής τους αρμοδιότητας.

Οι «περιοχές ειδικής γνώσεις» είναι μοντέλο που απευθύνεται αποκλειστικά σε κοινοτικούς νοσηλευτές και αποτελεί ενδεχομένως μια συμβιβαστική λύση μεταξύ της ανάγκης για ειδικότητα στην κοινοτική νοσηλευτική και των προβλημάτων που δημιουργεί η εισαγωγή ειδικευμένων κλινικών νοσηλευτών. Η οριοθέτηση των περιοχών αυτών βασίζεται στην κατηγοριοποίηση των ασθενών και εφαρμόζεται όπου:

-απαιτείται ιδιαίτερη γνώση για τη φροντίδα μιας συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών,

-είναι πιθανό να υπάρχει ανάγκη για ειδική θεραπεία,

-συμβαίνουν πολλές αλλαγές στη φροντίδα μιας συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών.

Στα πλαίσια της προετοιμασίας τους για τις ειδικές περιπτώσεις ασθενειών (περιοχές ειδικής γνώσης) οι κοινοτικοί νοσηλευτές εκπαιδεύονται στα νεότερα δεδομένα και καταρτίζονται μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα ώστε να αναπτύξουν ειδικές δεξιότητες και γνώσεις μέσα από τις τελευταίες εξελίξεις.

Μελέτες αξιολόγησης του προαναφερόμενου μοντέλου έδειξαν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από τους κοινοτικούς νοσηλευτές με ειδικότητα κλινικού νοσηλευτή σε ειδικά νοσήματα (περιοχές ειδικής γνώσης) είναι υψηλότερη, συγκρινόμενη με αυτή των κοινοτικών νοσηλευτών που δε φέρουν την ειδικότητα σε ένα αντικείμενο νοσηλευτικής (π.χ. παθολογική, χειρουργική, ψυχιατρική, παιδιατρική νοσηλευτική) ενώ κατά τη σύγκριση της ποιότητας της φροντίδας η οποία παρέχεται από ειδικευμένους κλινικούς νοσηλευτές και κλινικούς νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στην κοινότητα, δεν προέκυψαν διαφορές.

### **Γ. Νέες Τάσεις στην Κοινωνική Νοσηλευτική**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται η ύπαρξη νέων δεδομένων στο χώρο της κοινωνικής νοσηλευτικής, τα οποία ανοίγουν το δρόμο για την εισαγωγή και καθιέρωση νέων ρόλων στη εφαρμογή της κοινωνικής νοσηλευτικής.

#### **Συνταγογράφηση**

Στις ΗΠΑ και τη Μ.Βρετανία οι κοινοτικοί νοσηλευτές που φέρουν τον τίτλο των nurse practitioners έχουν νομοθετική κάλυψη για συνταγογράφηση. Οι νοσηλευτές αυτοί εξασκούν την εν λόγω

δραστηριότητα επιλέγοντας από ένα ευρύ φάσμα κατηγοριών σκευασμάτων, όπως αντιυπερτασικά, αντιδιαβητικά, αντιβιοτικά, αναλγητικά, εμβόλια, κολλύρια (drops), αντιασθματικά και άλλα σκευάσματα, μπορούν να συνταγογραφούν είτε πάνω στη βάση μιας ήδη υπάρχουσας (ιατρικής) συνταγής είτε εκ νέου. Μια μελέτη αξιολόγησης της δραστηριότητας αυτής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές συνταγογραφούν ικανοποιητικά και ότι με προϋποθέσεις το κατάλληλο επίπεδο κλινικής εκπαίδευσης και την τήρηση της νοσηλευτικής φιλοσοφίας μπορούν να χειριστούν τη συνταγογράφηση φαρμάκων με σύνεση.

Εξάλλου, άλλη μελέτη, η οποία μεταξύ άλλων ασχολήθηκε και με τη στάση του κοινού απέναντι στη νοσηλευτική συνταγογράφηση, αναφέρει ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αποδέχονται καλύτερα τους κοινοτικούς νοσηλευτές ως επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα υγείας, αν αυτοί ήταν σε θέση να προσφέρουν στους πελάτες τους ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας. Ο περιορισμός που τίθεται στην πλήρη νοσηλευτική αυτονομία στον τομέα αυτό είναι η ανάγκη επικύρωσης της νοσηλευτικής συνταγής από το γενικό ιατρό. Η ρύθμιση αυτή συναντά πολλές αντιδράσεις από την πλευρά των νοσηλευτών, με το σκεπτικό ότι είναι άτοπο το να απαιτείται από επαγγελματίες με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης και με κλινική εμπειρία να ζητούν από άλλο επαγγελματία της υγείας να αναλάβει ευθύνη για τις αποφάσεις τους.

#### **Δ. Νοσηλευτική Διοίκηση Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Και Τη Νοσηλεία Στο Σπίτι**

Στη βιβλιογραφία γίνεται λόγος σχετικά με την επιθυμία πολλών φορέων παροχής κοινοτικής φροντίδας για στροφή προς την ίδρυση κέντρων υγείας με νοσηλευτική διεύθυνση, στα πλαίσια της προσπάθειας για μείωση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Έχει αναφερθεί η δημιουργία τέτοιων κέντρων για την κάλυψη διαφόρων τομέων της κοινοτικής νοσηλευτικής, όπως συμβουλευτική σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας της

οικογένειας και υπηρεσίες υγείας σε σχολικούς πληθυσμούς. Ο προσανατολισμός που τίθεται σε σχέση με τα κέντρα αφορά στην ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων που διασφαλίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ο προσανατολισμός αυτός θεωρείται αναγκαίος, καθώς πηγάζει από μια ενδογενή δέσμευση των σημερινών συστημάτων παροχής φροντίδας υγείας προς την προσφορά ποιοτικής φροντίδας. Θεωρείται επίσης καθοριστικός καθώς διαφαίνεται ότι τα αποτελέσματα από την εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης ποιότητας θα αποτελούν σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα για τη χρηματοδότηση και για άλλες αποφάσεις κατανομής των πόρων.

### **Προτάσεις**

Μέσα από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας για την κοινοτική νοσηλευτική και το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της κατ' οίκον νοσηλείας προτείνεται:

1. Να νομοθετηθεί η ειδικότητα της κοινοτικής νοσηλευτικής και να αρχίσει η εφαρμογή της.

2. Να χρησιμοποιούνται κλινικοί νοσηλευτές (με ειδικότητα στην παθολογία, χειρουργική, παιδιατρική, ψυχική υγεία) για τη λήψη της ειδικότητας του κοινοτικού νοσηλευτή και την εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής και της κατ' οίκον νοσηλείας στην Κοινότητα.

3. Νοσηλευτές που πρόκειται να εργαστούν στον τομέα της δημόσιας υγείας να φέρουν επιπλέον και τον τίτλο της δημόσιας υγείας.

### **Συμπεράσματα**

Σε αυτήν την ανασκοπική μελέτη παρουσιάστηκαν διαφορετικές εμπειρίες από την οργάνωση της κοινοτικής νοσηλευτικής ως ειδικότητας, καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της νοσηλείας στο σπίτι. Μέσα από την αναλυτική παρουσίαση των νεότερων μοντέλων διαφαίνεται η ανάγκη νομοθετικής ρύθμισης της ειδικότητας της κοινοτικής νοσηλευτικής και στη χώρα μας.

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες ανάγκες θα ήταν αποτελεσματική η λήψη της ειδικότητας του κοινοτικού νοσηλευτή από κλινικούς νοσηλευτές και κλινικούς επισκέπτες υγείας προκειμένου να εφαρμόσουν τη νοσηλευτική στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην κατ' οίκον νοσηλεία έμπειροι νοσηλευτές.

## ***ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Παρά τα επιτεύγματα μέχρι σήμερα των επιστημών υγείας, αρκετές συζητήσεις διεξάγονται για την αποτελεσματικότητα τους και τη δυνατότητα τους να αντιμετωπίσουν την αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Η λειτουργία των κέντρων υγείας ( Κ.Υ ) εδώ και 18 χρόνια δεν κατάφερε να αποσυμφόρηση τον συνωστισμό ανθρώπων σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία.

Διεθνώς αναζητούνται εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, ώστε να μειώνεται τόσο ο αριθμός εισαγωγών, όσο και η μέση διάρκεια παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία, με απώτερο στόχο τη μείωση του κόστους, που τα τελευταία χρόνια έχει πάρει υπέρογκες διαστάσεις και απειλεί τόσο τη λειτουργία δευτεροβάθμιων-τριτοβάθμιων νοσοκομείων όσο και την υπόσταση των ασφαλιστικών οργανισμών ( Ι.Κ.Α. , Ο.Γ.Α. , Τ.Ε.Β.Ε. , κτλ.)

Μια πανθομολογούμενη, σε σωστή κατεύθυνση λύση αποτελεί η **"κατ' οίκον νοσηλεία"**. Προσπάθειες για εφαρμογή προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, έγιναν με τους νόμους 1397/ 83 περί " Ε.Σ.Υ. " , τον νόμο 2071/ 92 περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης Ε.Σ.Υ. και τον νόμο 2883/01 περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ.

Παρ' ότι το ένα σχέδιο μεταρρύθμισης διαδέχεται το άλλο κανένα δεν έχει τύχει συνεχούς ή αποφασιστικής υποστήριξης ή εφαρμογής του συστήματος **" κατ' οίκον νοσηλείας "**.

Η κατ' οίκον νοσηλεία τείνει να κατακτά περισσότερο έδαφος διεθνώς, με στόχο την δραστική αποσυμφόρηση των ιδρυμάτων, την μείωση του κόστους, την πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα εφαρμόζεται από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ογκολογικών κυρίως νοσοκομείων.

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Στη μελέτη μας θέλουμε να αποδείξουμε πως υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας μπορεί να σχεδιαστούν με τρόπο ώστε να εφαρμόζουν με επιτυχία δευτεροβάθμια περίθαλψη στο σπίτι.

Στην έρευνα μας έχει μελετηθεί επίσης το κόστος παραμονής στο νοσοκομείο, περιστατικών που θα μπορούσαν να ενταχθούν σε πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας, καθώς και η ύπαρξη συναίνεσης των ασθενών για ένταξη τους σε προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας.

## **ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ**

Υλικό στην έρευνα μας έχουν αποτελέσει 100 (εκατό) ασθενείς των παθολογικών και χειρουργικών κλινικών του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η στο διάστημα Μάρτη ως Σεπτέμβρη του 2002.

Η δειγματοληψία έχει γίνει με πίνακες τυχαίων αριθμών, ενώ η στατιστική ανάλυση με πίνακες κατανομής συχνοτήτων.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με φόρμα που παρατίθεται παρακάτω.



## **ΦΟΡΜΑ**

**Φύλο:** Άνδρας  Γυναίκα

**Ηλικία:** 30-40  41-50  51-60   
61-70  71 και άνω

**Οικογενειακή κατάσταση:** Άγαμος   
Έγγαμος   
Έγγαμος με παιδιά

**Τρόπος διαβίωσης:** Ζει με την οικογένειά του   
Ζει μόνος   
Ζει κοντά στα παιδιά του

**Τόπος διαβίωσης:**.....

**Νόσος:**.....

**Εμφάνιση ενδονοσοκομειακής λοίμωξης;** Ναι  Όχι

**Ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο:.....**

**Κόστος νοσηλείας ασθενούς:.....**

**Ασφαλιστικός οργανισμός:** Ι.Κ.Α  Δημόσιο   
Ο.Γ.Α  Τ.Α.Ξ.Υ   
Τ.Ε.Β.Ε  Άλλο:.....  
Ανασφάλιστος:

**Θα μπορούσε να ενταχθεί σε πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας;** Ναι  Όχι   
Υπο προϋποθέσεις

**Συμφωνείται με την παροχή ιατρονοσηλευτικής παρακολούθησης κατ' οίκον αντί στο νοσοκομείο, εφ' όσον αυτό είναι δυνατόν;**

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ εν' μέρει

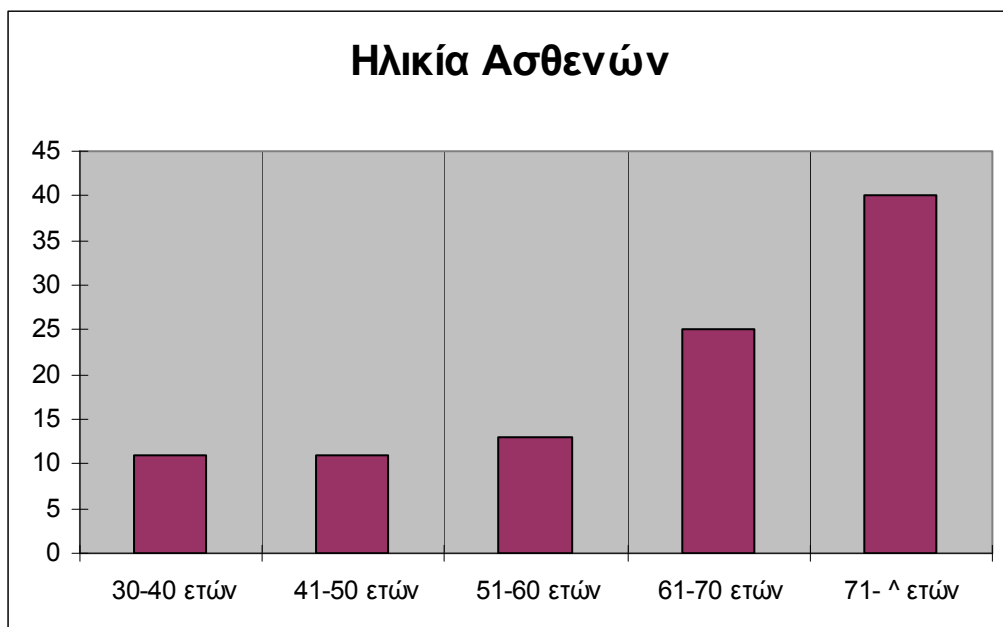
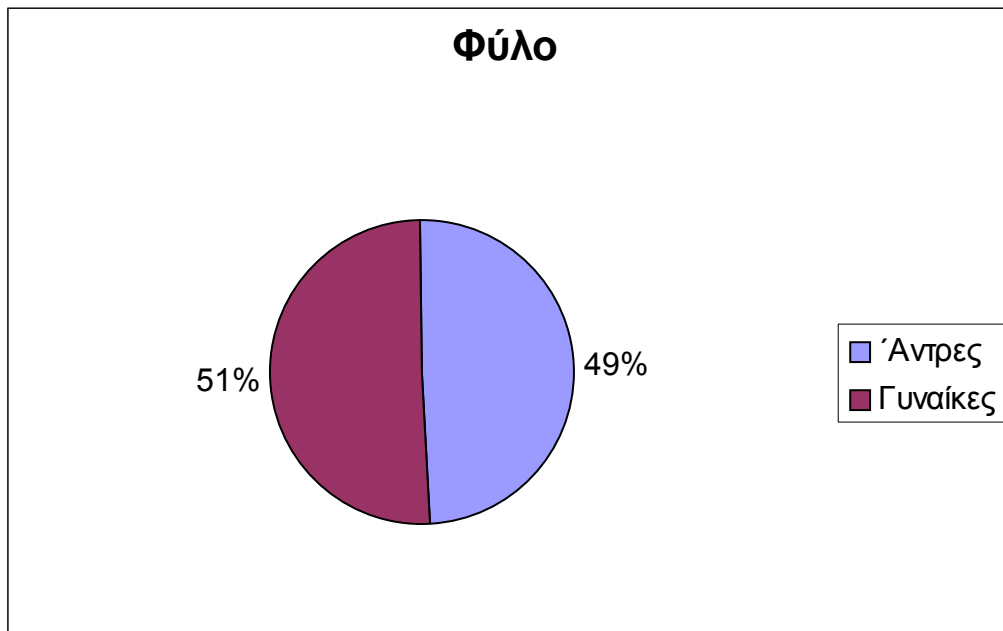
Διαφωνώ απόλυτα

Διαφωνώ εν' μέρει

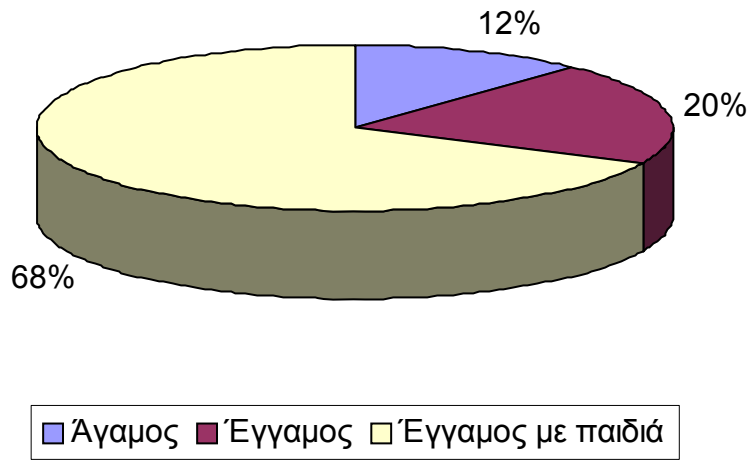
**Αριθμός επισκέψεων που θα απαιτούσε η κατ' οίκον νοσηλεία του ασθενούς:.....**

**Είδος νοσηλευτικών πράξεων που απαιτεί η νοσηλεία του ασθενούς:.....**

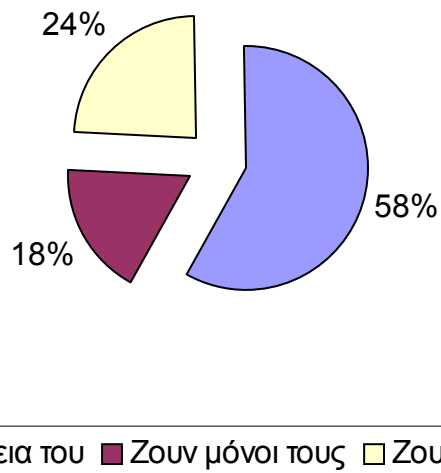
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

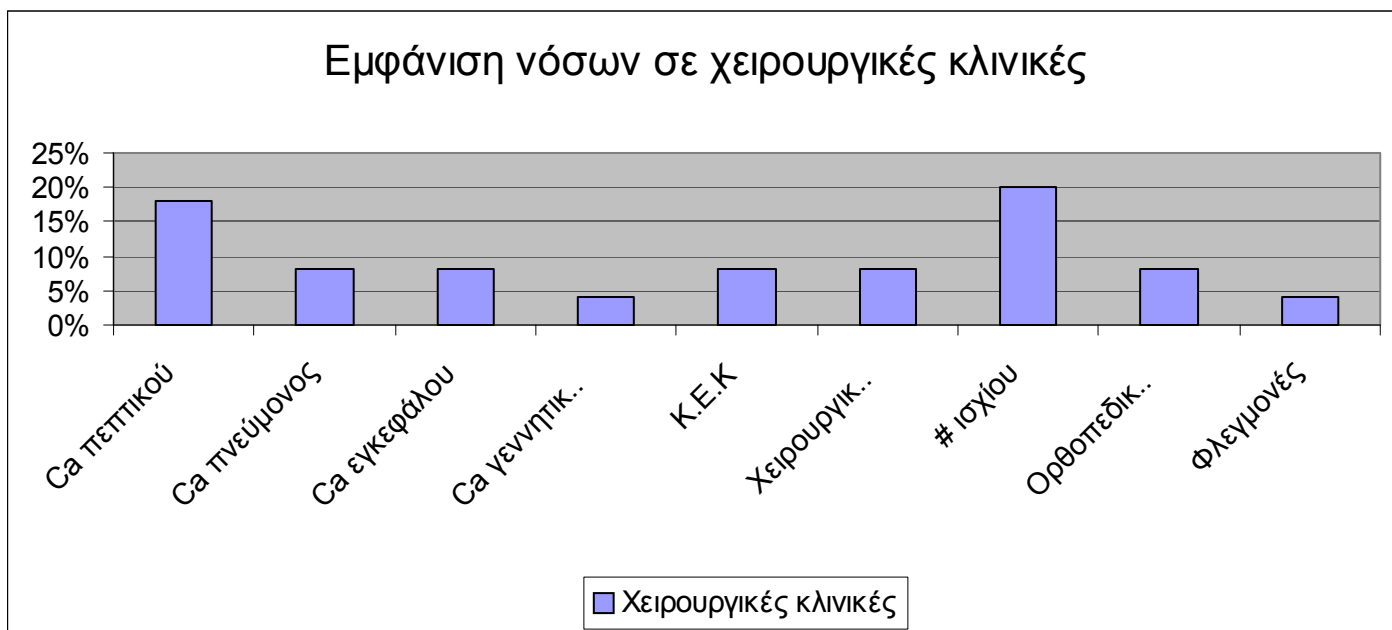
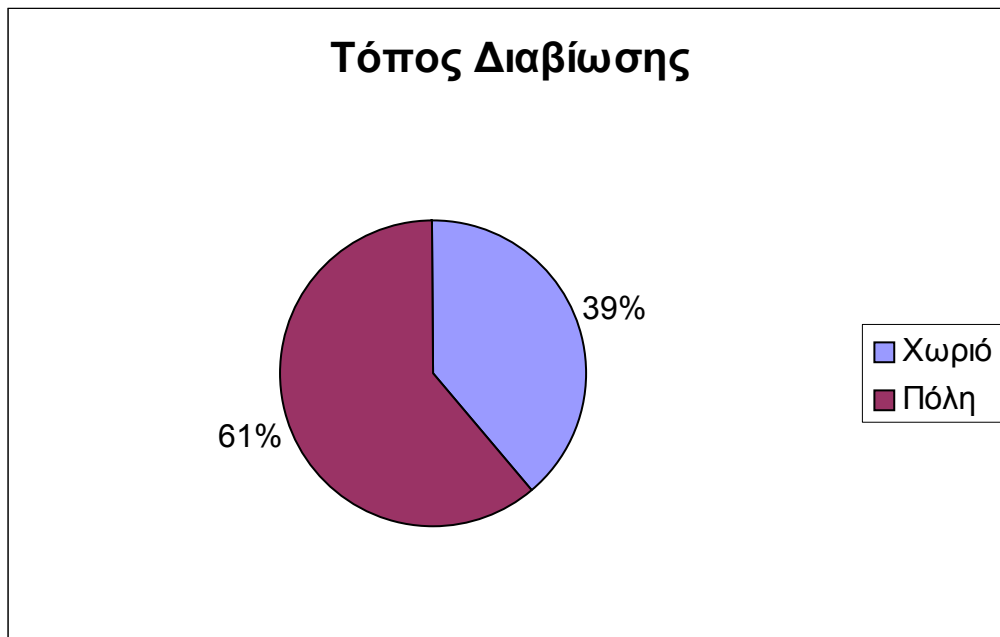


### Οικογενειακή Κατάσταση

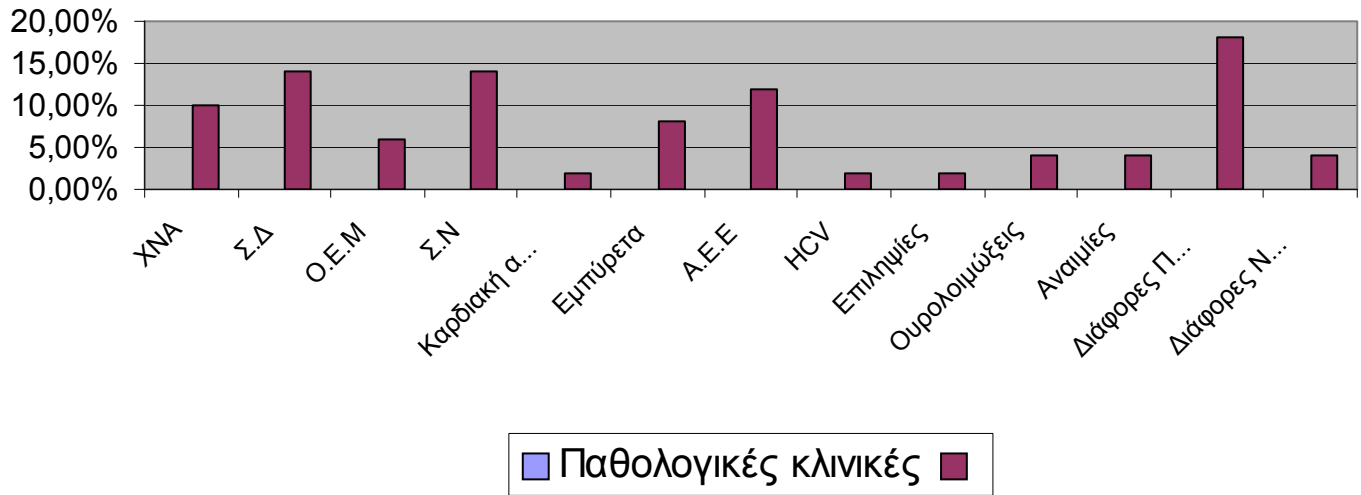


### Τρόπος Διαβίωσης

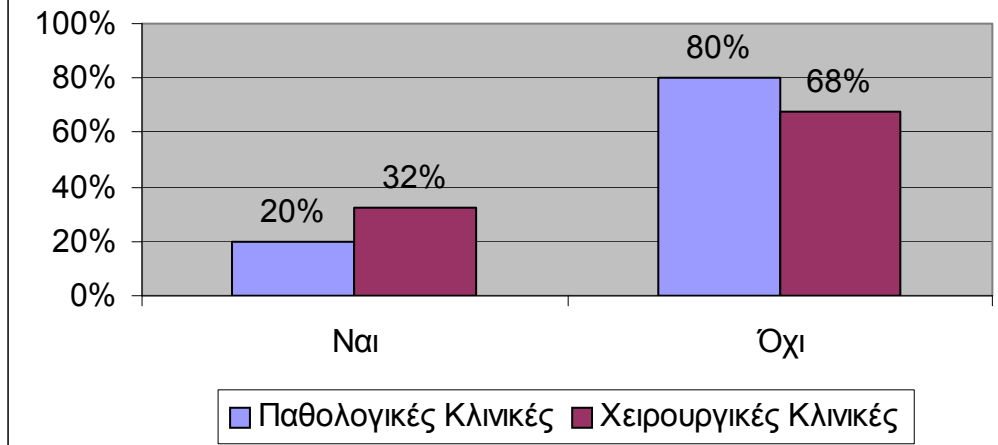




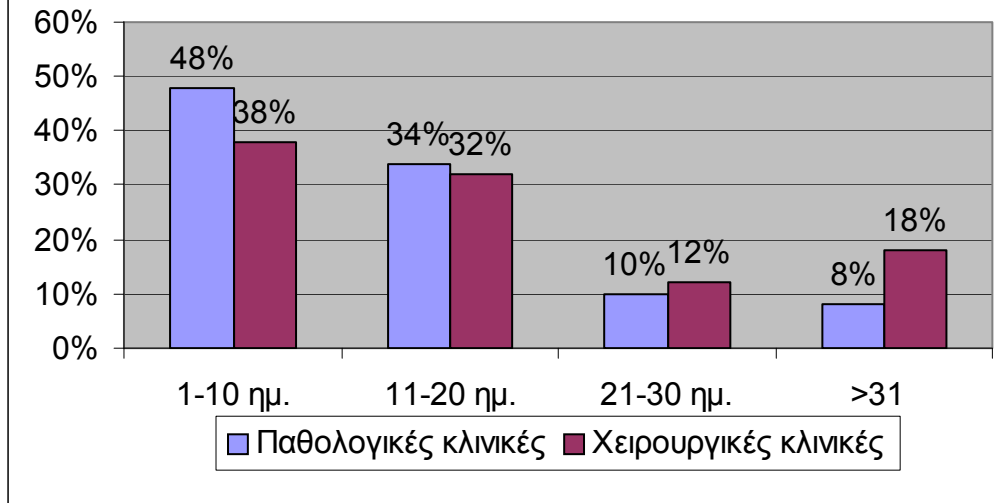
### Συχνότητα εμφάνισης νόσων σε παθολογικές κλινικές



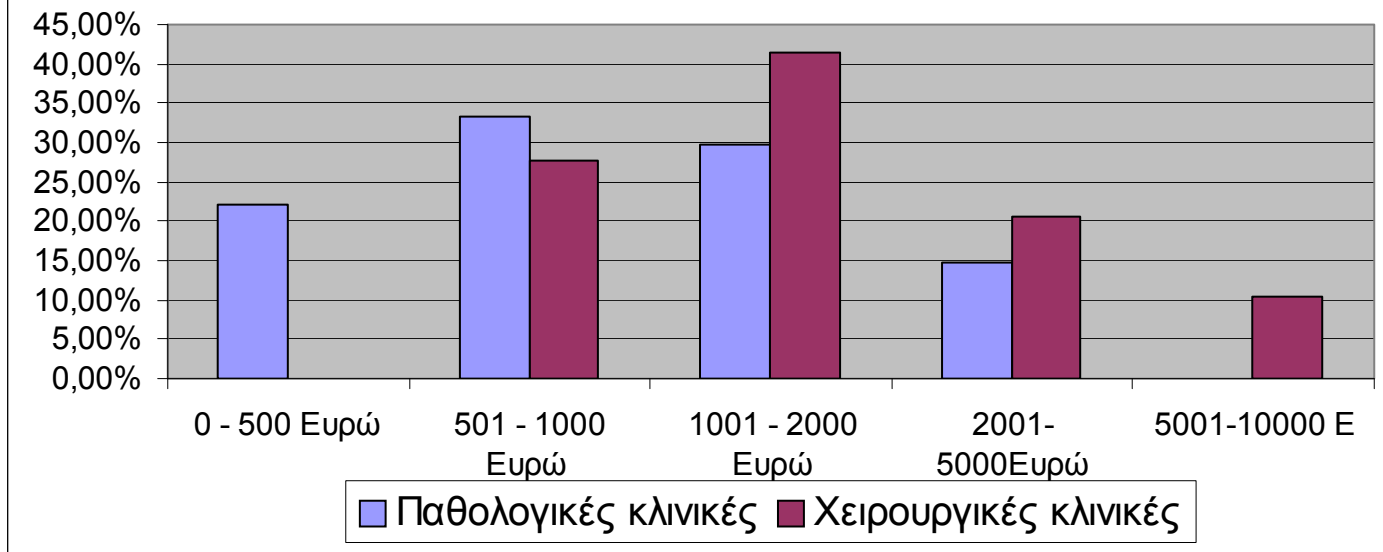
### Εμφάνιση ενδονοσοκομειακής λοίμωξης



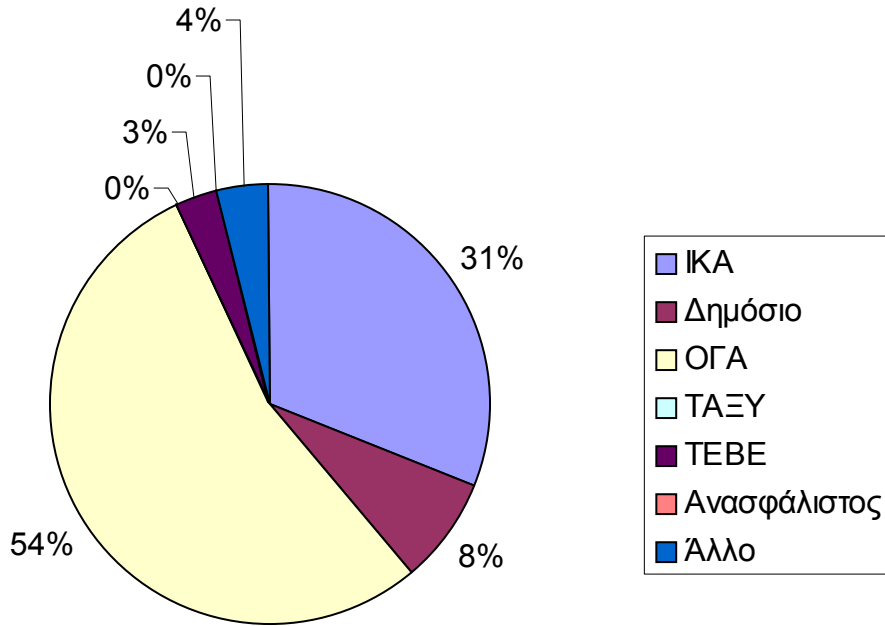
### Ημέρες παραμονής στο Νοσοκομείο



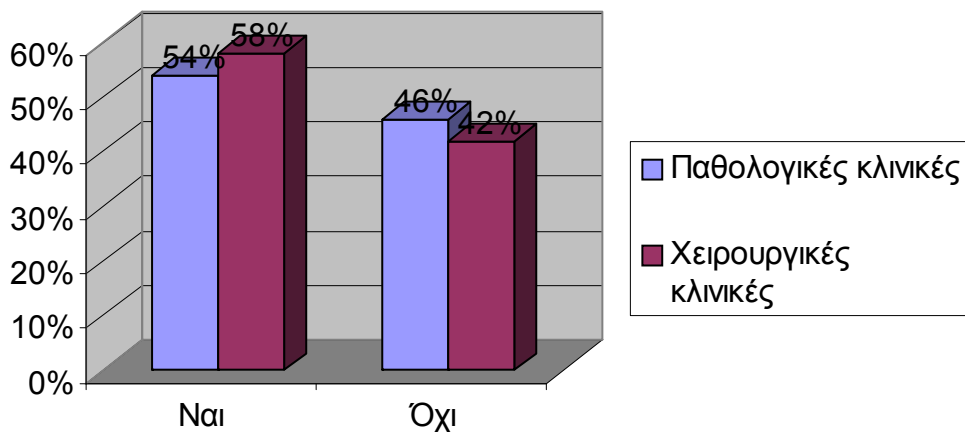
### Κόστος παραμονής στις κλινικές



### Ασφαλιστικός Οργανισμός

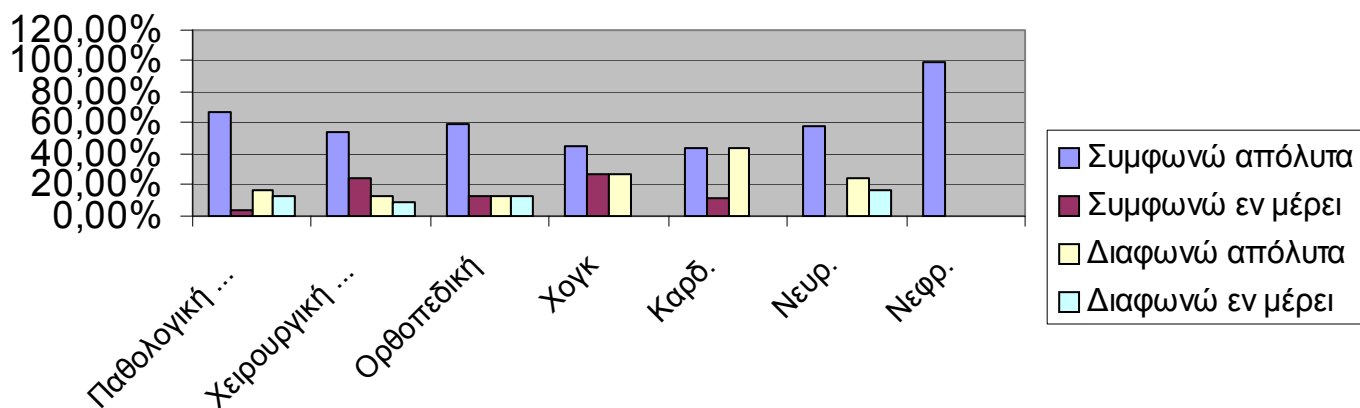


### Δυνατότητα ένταξης σε πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας

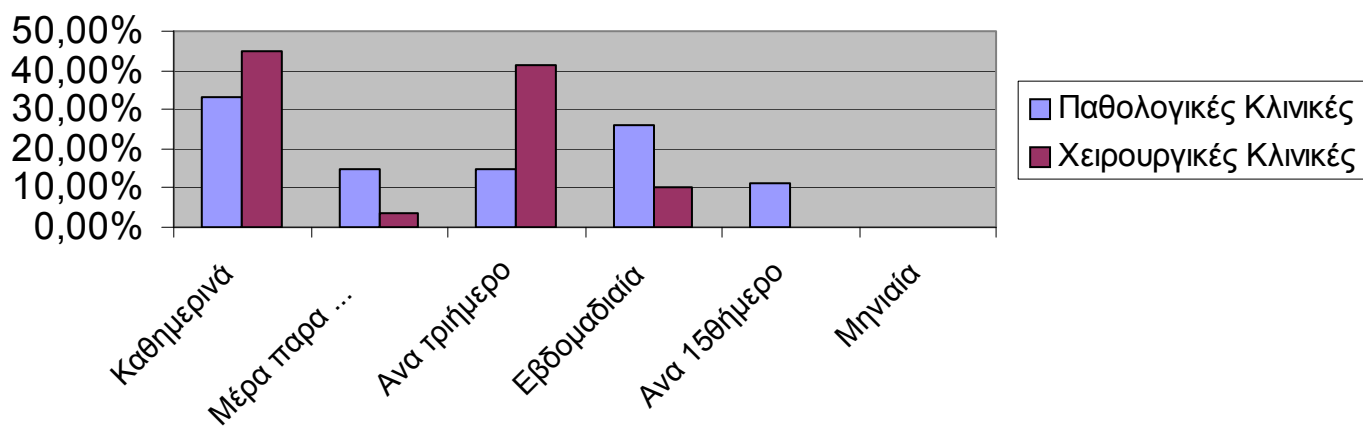




### Συμφωνείτε με την παροχή κατ' οικον νοσηλείας;



### Αριθμός επισκέψεων που θα απαιτούσε η κατ'οίκον νοσηλεία του ασθενούς



**ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ**

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ**

<b>ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣ. ΠΡΑΞΕΙΣ</b>	<b>ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣ. ΠΡΑΞΕΙΣ</b>	<b>ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣ. ΠΡΑΞΕΙΣ</b>	<b>ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣ. ΠΡΑΞΕΙΣ</b>
ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΩ Ν ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ	ΛΗΨΗ Ζ.Σ
ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΚΑΙ ΟΞΟΝΗΣ ΟΥΡΩΝ	ΛΗΨΗ Ζ.Σ	ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΕΡΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΑΙΜΟΛΗΨΙΕΣ	ΖΥΓΙΣΜΑ Β.Σ	ΑΙΜΟΛΗΨΙΕΣ	ΑΛΛΑΓΗ ΘΕΣΕΩΣ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΕΡΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ	ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ FOLLEY	ΛΗΨΗ Η.Κ.Γ	ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ FOLLEY	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ- ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ LEVIN	ΑΛΛΑΓΗ ΘΕΣΕΩΣ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ LEVIN	ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ 150-200→6IU 201-250→8IU 251-300→10IU 301-350→12IU 300^→15IU	ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΨΥΧΡΩΝ ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΩΝ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ 150-200→2IU 201-250→4IU 251-300→6IU 301-350→8IU 350^→10IU	ΠΛΥΣΕΙΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ 20IU-10IU	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ- ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΔΡΑΣΕΩΣ 30IU-20IU	ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΜΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΣΙΔΗΡΟΥ	ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΡΟΓΧΟΔΙΑΣΤΑΛΤΙ ΚΩΝ	
ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΛΗΨΗ ΟΥΡΩΝ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ O2	
	ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ- ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ	ΛΗΨΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ	
	ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΓΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ		
	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ		

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη μας περιελήφθησαν 100 άτομα εκ των οποίων 50 στις Παθολογικές κλινικές και 50 σε χειρουργικές κλινικές. Το 49% των ατόμων αυτών ήταν άντρες και το 51% γυναίκες.(πιν. 1) Το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιών εμφανίζεται στην ηλικία των 70 – 80 ετών (40%), ενώ ένα 25% των ασθενών βρίσκεται στην έβδομη δεκαετία της ζωής τους. Είναι προφανές βεβαίως πως τα άτομα τρίτης ηλικίας αποτελούν τους καλύτερους πελάτες του συστήματος υγείας. (πιν. 2)

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που μελετήθηκαν ήταν έγγαμοι με παιδιά (68%), ενώ μόνο το 12% ήταν άγαμοι. (πιν.3)

Στον πίνακα 4 βλέπουμε πως το 52% των ασθενών μας ζουν μαζί με τις οικογένειές τους, το 22% φιλοξενούνται από τα παιδιά τους, ενώ το 16% ζουν μόνοι τους. Από τους ασθενείς μας το 61% ζει σε αστικά κέντρα και το 39% σε αγροτικές περιοχές. Στη έρευνά μας δεν περιλήφθηκε η μελέτη των χώρων κατοικία τους. (πιν.5)

Στον πίνακα 7 βλέπουμε πως στο μεγαλύτερο ποσοστό (48%) οι ασθενείς των παθολογικών κλινικών παραμένουν στο νοσοκομείο για διάστημα περίπου δέκα ημερών, ενώ ένα 34% φτάνει τις είκοσι ημέρες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως ένα μεγάλο ποσοστό που αγγίζει το 18% στις χειρουργικές κλινικές παραμένει για νοσηλεία για διάστημα που ξεπερνά τον ένα μήνα.

Στο διάστημα της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, ένα 32% και 20% στις χειρουργικές και παθολογικές κλινικές αντίστοιχα θα αναπτύξουν κάποια μορφή ενδονοσοκομειακής λοίμωξης που πιθανόν θα παρατείνει τον χρόνο παραμονής στη κλινική. (πίν. 6)

Είναι γνωστό πως η νοσηλεία στις χειρουργικές κλινικές είναι πιο δαπανηρή από την νοσηλεία στις παθολογικές κλινικές. Για τους ασθενείς που θα μπορούσαν να ενταχθούν σε πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας, λόγω της παραμονής τους και μόνο στο νοσοκομείο θα κληθούν να πληρώσουν τα ασφαλιστικά τους ταμεία ως 2000 Ευρώ στο 41,38% των χειρουργικών ασθενών και στο 29,63% των παθολογικών ασθενών, ενώ σε ποσοστό 10,34% των χειρουργικών ασθενών το ποσό αυτό θα φτάσει τα 10.000 Ευρώ περίπου. Να σημειωθεί εδώ, πως στο κόστος που αναφερόμαστε για τους χειρουργικούς ασθενείς δεν συμπεριλαμβάνεται το κόστος υλικών που χρησιμοποιήθηκαν στην διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων που υποβλήθηκαν γιατί αυτό ούτως ή άλλως δεν θα μπορούσε να αποφευχθεί. (πίν.8)

Το μεγαλύτερο βάρος από τα ασφαλιστικά ταμεία θα το σηκώσει το ΙΚΑ (στο 31% των ασθενών που μελετήσαμε) και ο ΟΓΑ (στο 54% των ασθενών). Είναι βέβαια γνωστή η δεινή οικονομική θέση στην οποία έχουν περιέλθει οι δύο παραπάνω ασφαλιστικοί οργανισμοί. (πίν. 9)

Στον αντίποδα της παραπάνω κατάστασης βλέπουμε στον πίνακα 10, πως για το 54% και 58% των παθολογικών και χειρουργικών ασθενών αντίστοιχα, υπάρχει η δυνατότητα να ενταχθούν σε προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας, ελαττώνοντας θεαματικά το κόστος των ασθενών. Ιδιαίτερα οι ασθενείς των παθολογικών τμημάτων σε ποσοστό 66,66% συμφωνούν απόλυτα με την κατ' οίκον νοσηλεία τους, όχι τόσο λόγω ένδειξης εμπιστοσύνης στο θεσμό αυτό, αλλά γιατί η ιδέα του να νοσηλευτούν επαρκώς στο περιβάλλον τους σπιτιού τους φαίνεται ιδιαίτερα ελκυστική. (πίν. 11) Η νοσηλεία των ασθενών κατ' οίκον μπορεί να ικανοποιηθεί με ημερήσιες επισκέψεις στο 33,4% των παθολογικών και 44,83% των χειρουργικών ασθενών. Ένα 41,38% των χειρουργικών ασθενών απαιτεί επίσκεψη ανά τριήμερο. (πίν. 12)

Οι περιπτώσεις των χειρουργικών ασθενών στον κύριο όγκο τους είναι ασθενείς με Ca πεπτικού 18% , Ca πνεύμονα 8% και εγκεφάλου 8%. Στις Ορθοπεδικές κλινικές τα # ισχίου φτάνουν το 20%. (πίν. 13)

Στις παθολογικές κλινικές τα περιστατικά ποικίλουν με τους αρρυθμιστους ΣΔ και τα ΑΕΕ να εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό.14% και 12% αντίστοιχα. (πιν. 14)

Οι νοσηλευτές θα προβούν σε λίστες όσες πράξεις κάνοντας κατ' οίκον νοσηλεία, επεμβατικές και μη. (πιν. 15) Για την διενέργεια όλων αυτών δεν μπορεί να θεωρηθεί απαραίτητη η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Σήμερα έχει γίνει κατανοητό πως ο νοσηλευτής αποτελεί ένα αυτοδύναμο επιστήμονα που μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες και την επιστημονική του γνώση με εξίσου καλή ποιότητα απόδοσης και έξω από το κλασικό χώρο του Β' βάρθμιου ή Γ' βάρθμιου νοσοκομείου.

Ιδιαίτερα στην περίπτωση που αυτό συνδυάζεται με την ελαχιστοποίηση του κόστους νοσηλεία προς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, η παρουσία του νοσηλευτή στην κοινότητα ή σε υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, θεωρούνται περισσότερο από ποτέ απαραίτητες και ένα σύγχρονο αίτημα των καιρών μας.

Επιστημονικά οι σχολές νοσηλευτικής μέσα από τους κύκλους σπουδών έχουν αποδείξει πως είναι έτοιμες να διαθέσουν στην παραγωγή επιστημονικό προσωπικό άρτια καταρτισμένο για την αποστολή αυτή.

Το ότι το κόστος ελαχιστοποιείται στο λιγότερο δυνατόν μέσα από τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας είναι πλέον αναμφίβολο και θα πρέπει να εξεταστεί άμεσα τόσο από κρατικούς όσο και από ιδιωτικούς φορείς.

Απομένει λοιπόν στην Πολιτεία να θεσπίσει και νομικά πλέον, και να συμπεριλάβει άμεσα στις διατάξεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας την κατ' οίκον νοσηλεία, προσφέροντας ταυτόχρονα τεράστια ανακούφιση τόσο σε ασθενείς όσο και στον ίδιο τον προϋπολογισμό για την υγεία, και ένα ευρύ πεδίο δράσης στους σύγχρονους νοσηλευτές.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

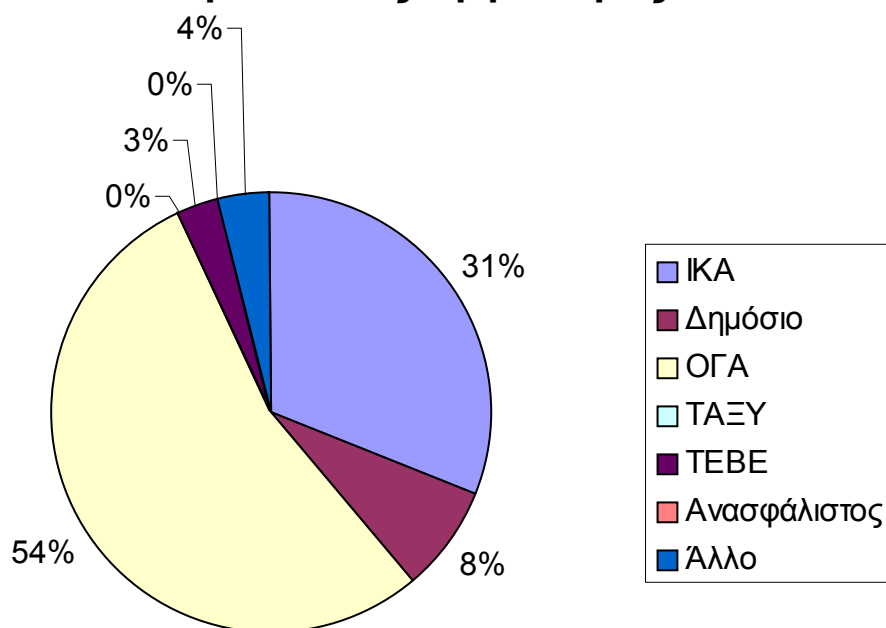
1. Δ. Νιάκας, Γ. Σκουτέλης, Ι. Κυριόπουλος "Διερεύνηση της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα. Μια πρώτη ποσοτική προσέγγιση". Επιθεώρηση υγείας 6:42-45 (1990).
2. Παπαζήσης Η., Τούντας Ι. "Σχεδιασμός και αρχική υλοποίηση προγράμματος νοσηλείας στο σπίτι" 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα 1996.
3. Οικονόμου Χ. "Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Η εφαρμογή του θεσμού των Κ.Υ." Κοινωνία, Οικονομία & Υγεία 3:83-95 (1994).
4. Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. "Η Οικονομία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία. Μια πρώτη θεώρηση" Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. ΕΛΕΓΕΙΑ 1996 8(3):137-140.
5. Κωνσταντινίδης Θ., Τζαγκαράκη Ε. "Η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι" Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ΕΛΕΓΕΙΑ 1998, 10(1):23-31.
6. R.V. Bolander. Home care nursing. In: Sorensen & Luckmann's basic nursing. A psychophysiologic approach. Third edition Philadelphia, W.B. Saunders, 1994 pp 400-401.
7. Εφημερίδα της Κυβέρνησης. "Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας" Νόμος 2071/92 Φ.Ε.Κ Α123/15-7-920.
8. Κυριακίδου Θ.Ε "Κοινοτική Νοσηλευτική" Δεύτερη έκδοση. Αθήνα. Εκδ. Ε.Θ. Κυριακίδου 1997:347-361.
9. Αλεβιζόντος Ι. "Αυτοφροντίδα στον τόπο διαμονής σε Υπερήλικα Άτομα" Ελληνική διαβητολογική εταιρία mednet.gr/greek/soc/ede 30/10/2001.

- 10.Γαβάνα Μ. "Ένα μοντέλο για τη βήμα-βήμα καθοδήγηση της επίσκεψης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ΕΛΕΓΕΙΑ 1997, 9(4):240-243.
11. Lionis C. "District health systems based on primary health care" The role of health care teams and local authorities in assesing population health needs-experience from CRETE. In:Iliffe S, Deppe H.U. Eds Health care in Europe:competition or solidarity. Proceedings of the 9<sup>th</sup> Conference of the International Association for the Study of Health Policy. Frankfurt 1995.
- 12.Λιαρόπουλος Λ.Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας-Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, Αθήνα 1997.
- 13.Αναγνωστοπούλου-Καλοκαιρινού Α. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις Κοινωνικής Νοσηλευτικής ,Αθήνα 1998.
- Machen I. The relevance of health visiting policy to contemporary mothers.J Adv Nurs 1996.
- 14.K.Backman & M.Hentimen "Model for self- care of home-dwelling elderly" journal of Advanced Nursing, 30:564 (1999).





### Ασφαλιστικός Οργανισμός



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

14. K. Backman & M. Hentimen. "Model for self-care of home – dwelling elderly" *Journal of Advanced Nursing*, 30:564 (1999).
15. Δ. Νιάκας, Γ. Σκουτέλης, Ι. Κυριόπουλος "Διερεύνηση της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα. Μια πρώτη ποσοτική προσέγγιση". *Επιθεώρηση υγείας* 6:42-45 (1990).
16. Παπαζήσης Η., Τούντας Ι. "Σχεδιασμός και αρχική υλοποίηση προγράμματος νοσηλείας στο σπίτι" 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα 1996.
17. Οικονόμου Χ. "Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Η εφαρμογή του θεσμού των Κ.Υ." *Κοινωνία, Οικονομία & Υγεία* 3:83-95 (1994).
18. Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. "Η Οικονομία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία. Μια πρώτη θεώρηση" *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. ΕΛΕΓΕΙΑ 1996 8(3):137-140.
19. Κωνσταντινίδης Θ., Τζαγκαράκη Ε. "Η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι" *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* ΕΛΕΓΕΙΑ 1998, 10(1):23-31.
20. R.V. Bolander. *Home care nursing*. In: Sorensen & Luckmann's basic nursing. A psychophysiological approach. Third edition Philadelphia, W.B. Saunders, 1994 pp 400-401.
21. Εφημερίδα της Κυβέρνησης. "Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας" Νόμος 2071/92 Φ.Ε.Κ Α123/15-7-920.
22. Κυριακίδου Θ.Ε "Κοινοτική Νοσηλευτική" Δεύτερη έκδοση. Αθήνα. Εκδ. Ε.Θ. Κυριακίδου 1997:347-361.
23. Αλεβιζόντος Ι. "Αυτοφροντίδα στον τόπο διαμονής σε Υπερήλικα Άτομα" Ελληνική διαβητολογική εταιρία [mednet.gr/greek/soc/ede](http://mednet.gr/greek/soc/ede) 30/10/2001.
24. Γαβάνα Μ. "Ένα μοντέλο για τη βήμα-βήμα καθοδήγηση της επίσκεψης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* ΕΛΕΓΕΙΑ 1997, 9(4):240-243.
25. Lionis C. "District health systems based on primary health care" The role of health care teams and local authorities in assessing population health needs-experience from CRETE. In: Iliffe S, Deppe H.U. Eds *Health care in Europe: competition or solidarity*. Proceedings of the 9<sup>th</sup> Conference of the International Association for the Study of Health Policy. Frankfurt 1995.