

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ, ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Η νοσηλευτική αποτελεί την εξατομικευμένη διεργασία φροντίδας και υποστήριξης των ασθενών κατά την εξέλιξη του επιπέδου της υγείας τους. Με τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα των υπηρεσιών της αναδεικνύεται αναγκαία, απαραίτητη και καθοριστική στη διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας για κάθε χώρα.

Σύμφωνα με πρόσφατες έγκυρες πηγές και εκτιμήσεις, η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών απειλείται από την τρομακτική έλλειψη προσωπικού, σε σημείο μάλιστα που να επηρεάζεται δραματικά η κάλυψη των αναγκών των υπηρεσιών υγείας της κάθε χώρας.¹ Κατά συνέπεια υποβαθμίζεται η υγεία των πολιτών, η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας και η ευημερία των λαών. Το πρόβλημα αυτό στο σύνολο του ενέχει παγκόσμιο χαρακτήρα και αξιολογείται ως τη σύγχρονη πρόκληση για τους διαμορφωτές της πολιτικής και του σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας

Μέσα στο πλαίσιο ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών Υγείας της κάθε χώρας, η δυνατότητα ανάπτυξης ενός Εθνικού στρατηγικού σχεδιασμού στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας ως εγχείρημα, είναι κρίσιμο στην επίτευξη εθνικών στόχων αντιμετώπισης και βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Γι' αυτούς τους λόγους κάθε χώρα καλείται να διαθέτει τη στρατηγική αυτή. Μετά από διερεύνηση του θέματος οι εκτιμήσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι κατά κανόνα η διαδικασία του σχεδιασμού είναι ανύπαρκτη σε πολλές χώρες,² ενώ σε κάποιες που υφίσταται υπολειτουργεί ή δεν εφαρμόζεται καθόλου. Υπό την έλλειψη εθνικού σχεδιασμού, οι χώρες προβαίνουν σε πρόχειρους υποτυπώδεις υπολογισμούς στελέχωσης των υπηρεσιών τους με αρνητικές συνέπειες για τα συστήματα υγείας, τον πληθυσμό και τους απασχολούμενους στις υπηρεσίες του ίδιου τομέα Υγείας.

Ο κατάλληλος σχεδιασμός και η διαχείριση του δυναμικού των εργαζόμενων στο σύστημα υγείας, συγκαταλέγονται στους βασικούς άξονες διατήρησης του ανθρωπίνου δυναμικού με τις αναγκαίες αναλογίες για την οργάνωση και λειτουργία ενός άρτια αποδοτικού συστήματος υγείας. Οι άξονες αυτοί συχνά αντιμετωπίζονται με παραδοσιακές μεθόδους και αξιολογούνται ως αναφορές χαμηλής προτεραιότητας. Επίσης βάσιμη είναι η εκτίμηση ότι στις περισσότερες χώρες η διαδικασία του προγραμματισμού είναι κατατμημένη και ανεπαρκής. Οι παραδοσιακοί τρόποι προσέγγισης του θέματος δεν αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα του μακροχρόνιου στρατηγικού σχεδιασμού και την ανάγκη της ευρύτερης υποστηρικτικής συμμετοχής των νοσηλευτών στη διαδικασία του προγραμματισμού. Η ίδια τακτική του μειωμένου ενδιαφέροντος των χωρών τηρείται και ως προς τις πληθυσμιακές ανάγκες υγείας, τις απαιτήσεις των υπηρεσιών, τους κοινωνικούς, πολιτικούς, γεωγραφικούς, τεχνολογικούς και οικονομικούς παράγοντες.³

Μεταξύ των άλλων περιορισμένη έμφαση έχει δοθεί στις γεωγραφικές επιπτώσεις με τις μέτριες επιδόσεις λόγω των μειωμένων επιδεξιότητων των εργαζομένων, ενώ πολύ λίγο έχει συνδεθεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών με τον προγραμματισμό. Αυτό συμβαίνει, διότι στις περισσότερες χώρες ο προγραμματισμός είναι ελλειμματικός λόγω απουσίας οργανωτικών δομών, πληροφοριακής τεχνολογίας συλλογής των δεδομένων και μηχανισμών που θεωρούνται βασικά εργαλεία στην ανάπτυξη των συστημάτων Υγείας.

Η αυξανόμενη ανάγκη για επέκταση των υπηρεσιών υγείας, η συγκράτηση του κόστους, η έλλειψη νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας αναφέρονται ως οι καταλύτες στην προώθηση αλλαγών με την «μείξη των επιδεξιότητων» στη νοσηλευτική και μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών.⁴

Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ με αντικείμενο την εξέταση Νοσηλευτών με πρόσόντα και μη (βοηθητική φροντίδα) στη νοσηλευτική φροντίδα καταλήγουν στον έλεγχο του κόστους και της ποιοτικής βελτίωση. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι ο σκοπός της βελτίωσης δεν αποτελεί πραγματικότητα. Κάποιες τελευταίες μελέτες συμφωνούν στο ότι έχει σημειωθεί πτώση

στην ποιότητα φροντίδας, αύξηση στους παράγοντες κόστους όπως, ασθένειες, αύξηση του χρόνου εργασίας, αυξημένος φόρτος εργασίας για τους νοσηλευτές, υψηλό ποσοστό αποχωρήσεων λόγω παραιτήσης και αύξηση του ποσοστού των απουσιών.³

Είναι γεγονός, ότι οι περισσότερες μελέτες αφορούν τις ΗΠΑ όπου, δεν διευκρινίζεται η οργανωτική θέση και το σημαντικότερο δεν παρέχονται πληροφορίες αξιολόγησης της ποιότητας και του κόστους ώστε να γίνουν αντικειμενικές αναλύσεις των μελετών γύρω από την ανάμειξη δεξιοτήτων.

Στη διαμόρφωση της όλης κατάστασης περί αριθμητικής ανεπάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το περιβάλλον εργασίας.

Η ανεπαρκής στελέχωση, ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι παρατεταμένες ώρες εργασίας, η ανελαστικότητα στο προγραμματισμό εργασίας, η έκθεση σε επαγγελματικούς κινδύνους, η βία, η κακομεταχείριση, η έλλειψη αυτονομίας, η χαμηλής ποιότητας διοικητική διαχειριστική ικανότητα της ηγεσίας, η έλλειψη εφοδίων, τεχνολογίας και φαρμάκων, η ανεπάρκεια κινήτρων, οι ελάχιστες ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης αποτελούν μερικούς από τους αρνητικούς παράγοντες ποιότητας του περιβάλλοντος εργασίας.

Το περιβάλλον εργασίας συνδέεται με την επαγγελματική ικανοποίηση, τα κίνητρα, την παραγωγικότητα, την απόδοση και την θετική έκβαση των περιπτώσεων των ασθενών. Μια πρόσφατη μελέτη με 10.000 περίπου νοσηλευτές σε 168 νοσοκομεία στις ΗΠΑ έδειξε ότι στα νοσοκομεία με χαμηλή αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς, οι χειρουργικοί ασθενείς διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο θανάτου και αποτυχίας της επεμβάσεως, ενώ για τους νοσηλευτές η πιθανότητα της κόπωσης και επαγγελματικής δυσαρέσκειας ήταν αυξημένη.⁴ Σε μια άλλη μελέτη αναλογίας νοσηλευτών προς ασθενείς βρέθηκε, ότι η υψηλή αναλογία ήταν συνδεδεμένη με τη μειωμένη εμφάνιση της ουρολογικής λοίμωξης και νοσοκομειακής πνευμονίας σε ποσοστό 3–12% στο σύνολο των ασθενών.⁵

Ο προσδιορισμός του αναγκαίου επιπέδου στελέχωσης έχει αποτελέσει αντικείμενο συζητήσεων στο νοσηλευτικό χώρο. Το Royal College of Nursing (RCN) σε μια τελευταία πρόταση του σχετικά με τη στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων, χωρίς να έχει χαρακτήρα υποχρεωτικό, υποστηρίζει την αναλογία με τις μεικτές δεξιότητες. Συγκεκριμένα για τη στελέχωση προτείνεται ένα ποσοστό 62–68% να είναι Νοσηλευτές και το υπόλοιπο ποσοστό να είναι 38–32% βοηθοί φροντίδας της υγείας (παρέχουν άμεση κλινική φροντίδα).⁶

Οι έρευνες συγκλίνουν στο συμπέρασμα, ότι οι νοσηλευτές προσελκύονται από περιβάλλοντα εργασίας όπου συντρέχουν οι ευκαιρίες που τους επιτρέπουν να προοδεύσουν επαγγελματικά, να έχουν αυτονομία και να συμμετέχουν στα κέντρα αποφάσεων και οι αμοιβές τους να είναι ικανοποιητικές.⁷

Η διατήρηση ενός υγιούς εργατικού δυναμικού είναι ουσιαστικό στοιχείο στη συνοχή της πολιτικής για υποστήριξη της ανάπτυξης, έχει χαρακτήρα παραγωγικότητας και βοηθά στη βελτίωση της απόδοσης της οικονομίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aiken L, Clarke S, Sloome D. Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *J Hlth Hum Serv Administr* 2001;23, 4:416–442
2. ICN. *The Global Nursing Shortages Priority Areas for integration* ICN. Geneva Switzerland, 2006
3. ICN. In: O'Brien Pallas L, Duffield C, Gail Tombin Murphy, Birch St, Meyer R (eds) *Nursing workforce planning uncapping the policy trial*. ICN, Geneva Switzerland, 2005
4. ICN. In: Buchan J, Calman L (eds) *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of issues and Actions*. ICN, Geneva Switzerland, 2004
5. ICN. In: Zurn P, Delea C, Stiwell B (eds) *Nurse Retention and recruitment: developing a motivated workforce*. ICN, Geneva Switzerland, 2005
6. Buchan J. Global nursing shortages. *BNJ* 2002, 324:751–752
7. RCN Policy Guidance 15/2006 Setting Appropriate Ward Nurse Staffing Level in NHS Acute Trusts, 2006

Δρ Ελισάβετ Χαραλαμπίδου

Πρόεδρος ΕΣΝΕ