

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών  
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Ποιοτική Μελέτη Διερεύνησης Των Γνώσεων Και Των Στάσεων  
Επαγγελματιών Υγείας Εργαζόμενων Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα  
Υγείας Και Λοιπών Σημαντικών Δρώντων, Σχετικά Με Τη Διεύρυνση  
Των Επαγγελματικών Ρόλων Των Νοσηλευτών.**

**Βασιλική Ορφανιώτη**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Δάφνη Καϊτελίδου**

**Μάιος 2021**

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Ποιοτική Μελέτη Διερεύνησης Των Γνώσεων Και Των Στάσεων  
Επαγγελματιών Υγείας Εργαζόμενων Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα  
Υγείας Και Λοιπών Σημαντικών Δρώντων, Σχετικά Με Τη Διεύρυνση  
Των Επαγγελματικών Ρόλων Των Νοσηλευτών.**

**Βασιλική Ορφανιώτη**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Δάφνη Καϊτελίδου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των  
απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών  
στην ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

από τη Σχολή ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Μάιος 2021**

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Τα συστήματα Υγείας διεθνώς καλούνται να καλύψουν την αυξημένη ζήτηση παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, εξαιτίας της πολυνοσηρότητας και των χρονίων νοσημάτων και ταυτόχρονα να ικανοποιήσουν το καθολικό αίτημα για ισότιμη πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσίες, με μειωμένους πόρους υλικούς αλλά και ανθρώπινους. Μία από τις πολιτικές που εφαρμόζονται διεθνώς για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του υπάρχοντος προσωπικού υγείας είναι η διεύρυνση του πεδίου νοσηλευτικής πρακτικής και η επέκταση του νοσηλευτικού ρόλου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ποιοτικής μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων εργαζόμενων σε μονάδες ΠΦΥ αλλά και άλλων σημαντικών stakeholders του χώρου , όπως το εκπαιδευτικό προσωπικό Νοσηλευτικών Σχολών σχετικά με το ρόλο των νοσηλευτών στην ΠΦΥ και το ενδεχόμενο της διεύρυνσής του.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό την αποτύπωση της παρούσας κατάστασης ποιοτικής και ποσοτικής σύστασης του ανθρώπινου δυναμικού και των υποδομών της ΠΦΥ στην Ελλάδα και μια χαρτογράφηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η περιγραφή του περιεχομένου των διευρυμένων ρόλων των νοσηλευτών διεθνώς και στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις ανοιχτού τύπου, με νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και γιατρούς εργαζόμενους σε δομές ΠΦΥ του νομού Χανίων καθώς και καθηγητές Πανεπιστημίου που επιλέχθηκαν με τη μέθοδο Δειγματοληψίας τυπικής περίπτωσης. Η ανάλυση δεδομένων έγινε με τη μέθοδο θεματικής ανάλυσης με ανοικτή κωδικοποίηση χωρίς τη χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος.

**Αποτελέσματα:** Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρουσιάζει αρκετές στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες οργανωτικές και δομικές και ο ρόλος του νοσηλευτή με βάση τα επαγγελματικά του δικαιώματα είναι πολύ περιορισμένος παρά το ικανοποιητικό επίπεδο σπουδών, Ωστόσο αν και ο όρος «διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι» δεν ήταν οικείος στους συμμετέχοντες , φαίνεται να εφαρμόζονται κάποιοι τέτοιοι ρόλοι στην πράξη άτυπα και περιστασιακά ανάλογα με τα λειτουργικά και δομικά χαρακτηριστικά κάθε Δομής. Η στάση των συμμετεχόντων σε μια θεσμοθετημένη και καθολική διεύρυνση της νοσηλευτικής πρακτικής στην ΠΦΥ είναι ισχυρά θετική κυρίως για τη

λήψη ιστορικού, την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, την αξιολόγηση αναγκών, την ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενών και οικείων-συγγενών, την κατ' οίκον φροντίδα, την πρόληψη και προαγωγή υγείας, την ενημέρωση ιατρικού φακέλου, αλλά και την αξιολόγηση εξετάσεων, παραπομπή και κλινική εξέταση με την προϋπόθεση να υπάρξει ανάλογη νομοθετική κάλυψη, εκπαίδευση, διεπιστημονική συνεργασία, υποστήριξη και επάρκεια προσωπικού. Διχογνωμία παρουσιάστηκε ως προς το δικαίωμα της νοσηλευτικής συνταγογράφησης. Τα σημαντικότερα κίνητρα των νοσηλευτών για την ανάληψη τέτοιων ρόλων ήταν η προσφορά καλύτερων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και η βελτίωση της πρόσβασης, η αναγνώριση του έργου του νοσηλευτή και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του, ενώ ως δευτερεύοντα αναφέρθηκαν οι οικονομικές απολαβές έμμεσες ή άμεσες και η δυνατότητα εξέλιξης στην εργασία.

**Συμπεράσματα:** Η ΠΦΥ αποτέλεσε το πρώτο πεδίο παροχής φροντίδας που σε παγκόσμιο επίπεδο εφαρμόστηκαν διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και σε σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων ελληνικών μελετών φαίνεται ότι η ΠΦΥ και στην Ελλάδα είναι πιο «ώριμη» και πρόσφορη για μια τέτοια αλλαγή με την κατάλληλη οργάνωση και υποστήριξη θεσμική και εκπαιδευτική.

**Λέξεις-κλειδιά :**νοσηλευτικός ρόλος, διευρυμένοι ρόλοι, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στάσεις, εμπόδια, κίνητρα

## Summary

**Background:** Health systems internationally are called upon to meet the growing demand for health services, due to multi-morbidity and chronic diseases, and at the same time to satisfy the universal demand for equal access to high quality services, with reduced material and human resources. One of the policies implemented internationally to improve the efficiency and effectiveness of existing health personnel is to expand the scope of nursing practice and expand the nursing role.

**Purpose:** The purpose of this qualitative study is to investigate the views of employees in PHC units and other important stakeholders in the field, such as the teaching staff of Nursing Schools on the role of nurses in PHC and the possibility of its expansion.

**Method:** A literature review was conducted in order to capture the current state of qualitative and quantitative composition of human resources and infrastructure of PHC in Greece and a mapping of services provided as well as a description of the content of the expanded roles of nurses internationally and in Greece. In addition, a qualitative research was carried out with semi-structured open-ended interviews with higher education nurses and doctors working in PHC structures in the prefecture of Chania, as well as University professors selected by the typical case sampling method. The data analysis was performed by the method of thematic analysis with open coding without the use of any software program

**Results:** The PHC in Greece presents several distortions and dysfunctions organizationally and structurally and the role of the nurses based on their professional rights is very limited despite the satisfactory level of studies. However, although the term "extended nursing roles" was not familiar to the participants, some such roles seem to be applied in practice informally and occasionally depending on the functional and structural characteristics of each Structure. The attitude of the participants in an institutionalized and universal expansion of the nursing practice in PHC is strongly positive mainly for obtaining history, monitoring of chronically ill, needs assessment, informing and educating patients and relatives, home care, prevention and health promotion, updating the medical record, but also the evaluation of examinations results, referral and clinical examination, provided that there is adequate legal coverage, education, interdisciplinary cooperation, support and adequacy of staff. A disagreement

arose over the right to nursing prescription. The most important motivations of the nurses for taking on such roles were to offer better health services to the patients and to improve access to health care, the recognition of nurse's work and the utilization of their potential, while the indirect or direct financial benefits and the possibility of work development were mentioned as secondary.

**Conclusions:** PHC was the first field of health care worldwide where extended nursing roles were implemented. According to the results of the present study and in comparison with the results of other Greek studies, it seems that the PHC in Greece is more "mature" and suitable for such a change with the appropriate organization and support, both institutional and educational.

**Key-words:** nursing role, extended roles, primary health care, attitudes, barriers, motivations

## Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας αυτή την προσπάθεια με την παρούσα ερευνητική εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όλους όσους με βοήθησαν και με στήριξαν σε όλη αυτή την εκπαιδευτική διαδρομή . Τους καθηγητές μου στο Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για όσα μου έμαθαν και ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Καϊτελίδου Δάφνη για την καθοδήγησή της αλλά και γιατί η επιστημονική και επαγγελματική της πορεία αποτελεί για μένα πηγή έμπνευσης. Τους φίλους και συνεργάτες που με στήριξαν αυτά τα τέσσερα χρόνια και όχι μόνο. Την οικογένειά μου που πιστεύει ότι μπορώ να καταφέρω τα πάντα και πάντα....

Το Δημήτρη μου για την επιμονή, την υπομονή , την πίστη, το θαυμασμό, την υποστήριξη και την αγάπη του ...

## Πίνακας περιεχομένων

Κεφάλαιο 1 .....	1
Εισαγωγή .....	1
1.1 Γενικές Πληροφορίες (Background) .....	1
1.2 Το περιεχόμενο των διευρυσμένων νοσηλευτικών ρόλων .....	2
1.3 Το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα .....	4
1.3.1 Νοσηλευτική προπτυχιακή εκπαίδευση .....	4
1.3.2 Νοσηλευτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση (ΣΕ) .....	4
1.3.3 Ποσοτικά στοιχεία όσον αφορά στο Νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας .....	10
1.3.4 Επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών .....	11
1.3.5 Ο ρόλος του Νοσηλευτή ΠΦΥ .....	13
1.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Στην Ελλάδα Σήμερα .....	15
1.4.1 Δομές παροχής ΠΦΥ .....	15
1.4.2 Ποιοτική και ποσοτική σύσταση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ .....	19
1.4.3 Η απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ-Ανεπάρκειες και στρεβλώσεις .....	22
1.4.4 Συμπεράσματα .....	24
Κεφάλαιο 2 .....	25
Μεθοδολογία της έρευνας .....	25
2.1 Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας .....	25
2.2 Σκοπός της έρευνας .....	27
2.3 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα .....	27
2.4 Μέθοδος παράγωγης δεδομένων .....	28
2.5 Επιλογή δείγματος .....	28
2.6 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας .....	29
2.7 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων .....	30



2.8 Έλεγχος εγκυρότητας.....	30
Κεφάλαιο 3.....	31
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	31
3.1 Μεθοδολογία PICOS και Διάγραμμα ροής.....	31
3.2 Ελληνική βιβλιογραφία.....	34
3.3 Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	35
Κεφάλαιο 4.....	54
Ερευνητικό μέρος.....	54
Αποτελέσματα.....	54
Οι ρόλοι του νοσηλευτή στις δομές ΠΦΥ.....	54
Γνώσεις σχετικά με τους διευρυμένους νοσηλευτικούς ρόλους στην ΠΦΥ.....	59
Στάσεις και αντιδράσεις απέναντι στο ενδεχόμενο διεύρυνσης του ρόλου του Νοσηλευτή ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	60
Εμπόδια και ανασταλτικοί παράγοντες στην εφαρμογή διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων στην Ελλάδα.....	62
Κίνητρα και παράγοντες διευκόλυνσης της εφαρμογής των διευρυμένων ρόλων.....	72
Συμπεράσματα-Συζήτηση.....	79
Περιορισμοί της μελέτης.....	86
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	88
Ειδικές προτάσεις-Επίλογος.....	88
Βιβλιογραφία.....	90
Παράρτημα 1.....	100
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ.....	100
ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ.....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	104
Έγκριση έρευνας στις Δομές ΠΦΥ από την 7 <sup>η</sup> ΥΠΕ.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.....	106

Παράθεση αποσπασμάτων συνεντεύξεων (quotes).....	106
--	-----



# Κεφάλαιο 1

## Εισαγωγή

### 1.1 Γενικές Πληροφορίες (Background)

Διανύουμε μια εποχή που τα Συστήματα Υγείας παγκόσμια ταλανίζονται από σειρά προβλημάτων και προκλήσεων αυξημένων τόσο σε ένταση όσο και σε πλήθος. Την ίδια στιγμή που η αλλαγή στο δημογραφικό προφίλ και στις κοινωνικές συνθήκες και συνήθειες συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες υγείας, με αύξηση των χρονίως πασχόντων και της πολυνοσηρότητας, η παγκόσμια οικονομική ύφεση πιέζει για συγκράτηση και περιορισμό των δαπανών υγείας. Παράλληλα η διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για ισότιμη πρόσβαση σε φάρμακα και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας για όλους θα πρέπει να εξυπηρετηθεί από υγειονομικό εργατικό δυναμικό που καθίσταται ανεπαρκές να καλύψει τη διαμορφούμενη ζήτηση, λόγω γεωγραφικών, ποιοτικών και ποσοτικών ανισοκατανομών. (OECD 2016)

Ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες οι ανισοροπίες στην κατανομή και τη σύσταση του εργατικού δυναμικού της Υγείας έχουν ενοχοποιηθεί ως κύριο εμπόδιο στην ισότιμη πρόσβαση. (OECD 2004)

Μια από τις πολιτικές που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της ελλιπούς κάλυψης των υγειονομικών αναγκών λόγω ελλείψεων στο εργατικό δυναμικό αφορά στην καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του υπάρχοντος προσωπικού βελτιώνοντας την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητά του, αξιοποιώντας στο έπακρο την εκπαίδευσή, την κατάρτιση, τις δεξιότητες, τις γνώσεις, την εμπειρία και τις ικανότητες του κατά την άσκηση της εργασίας του ( Dubois C. 2007). Διεθνής πρακτική που εναρμονίζεται με αυτή την κατεύθυνση είναι η επέκταση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας, μεταξύ των οποίων και οι νοσηλευτές ώστε να περιλαμβάνει πρακτικές,

δεξιότητες και καθήκοντα που ήταν παραδοσιακά και αποκλειστικά ιατρικές αρμοδιότητες (WHO 2016a)(WHO 2015a )(WHO 2015b) (WHO 2016b)

Προσθετοί λόγοι για την εφαρμογή ενός τέτοιου μέτρου είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η μείωση του κόστους και η αύξηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών με την παροχή κινήτρων. (Delamaire M. 2010)(Andriopoulou M. 2018)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτέλεσε το πρώτο πεδίο φροντίδας υγείας όπου εφαρμόστηκαν διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι από τα μέσα της δεκαετίας του '60 αρχικά στην Αμερική, προκειμένου να καλυφθεί το κενό στη ζήτηση υπηρεσιών που υπήρχε έντονο εκεί. Έκτοτε έχει επεκταθεί σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής πρακτικής, παγκόσμια, σε διαφορετική έκταση και αποχρώσεις. (Λουραντάκη I. 2017)

## **1.2 Το περιεχόμενο των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων**

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ( International Council of Nursing, ICN) οι διευρυμένοι ρόλοι αποτελούν συστατικό της προηγμένης νοσηλευτικής πρακτικής (Advanced Nursing Practice: ANP), στην οποία «ο νοσηλευτής/η νοσηλεύτρια έχει αποκτήσει την ειδική βάση γνώσεων, τις σύνθετες δεξιότητες λήψης αποφάσεων και κλινικών δεξιοτήτων για διευρυμένη πρακτική» (ICN 2009)α, ώστε να φέρει εις πέρας διεργασίες όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων και υγειονομικού υλικού, η παραπομπή σε γιατρούς ειδικοτήτων και για εργαστηριακές-απεικονιστικές εξετάσεις καθώς και η παρακολούθηση χρονίως πασχόντων.

Αναγνωρίζονται κυρίως δύο διαστάσεις διεύρυνσης. Η πρώτη αφορά την υποκατάσταση ρόλων όπου οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν καθήκοντα που ασκούνταν παραδοσιακά από τους γιατρούς, με σκοπό τη μείωση του φόρτου εργασίας των γιατρών και την πιθανή μείωση του κόστους υπηρεσιών (Bonsall K. & Cheater FM. 2008). Τέτοια είναι η περίπτωση της νοσηλευτικής συνταγογράφησης ( Kroezen M. et al 2011) ή της διαβούλευσης νοσηλευτών με ασθενείς της ΠΦΥ( Laurant M. et al, 2005).

Η δεύτερη διάσταση αφορά στην επέκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπου ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την ευθύνη της παροχής νέων υπηρεσιών που πριν δεν ήταν διαθέσιμες, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και της συνέχειας της φροντίδας. Η εκπαίδευση ασθενών στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων και η οικογενειακή

συμβουλευτική και καθοδήγηση από νοσηλευτές θα μπορούσε να ενταχθεί σε αυτή την κατηγορία.

Τα διευρυμένα νοσηλευτικά καθήκοντα καλύπτουν μεγάλο εύρος και ποικιλία αναγκών και προβλημάτων οποιουδήποτε πληθυσμού και καμία περιοχή του συστήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών δεν αποκλείεται. (Λουραντάκη Ι. & Κατσαλιάκη Κ. 2017).

Το εν λόγω θέμα τα τελευταία χρόνια έχει απασχολήσει το χώρο της Υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω αλλαγής των συνθηκών διαβίωσης και επίτασης των αναγκών υγείας. Προκειμένου να επιτευχθεί η συναίνεση πάνω στις έννοιες των διευρυμένων ρόλων των απανταχού νοσηλευτικών και υγειονομικών κοινοτήτων ώστε να περιοριστεί η ασάφεια και να προαχθεί ένα κοινό όραμα, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN) εξέδωσε το 2020 μια αναθεώρηση των θέσεων του 2002.(ICN 2020)b, με νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την ανάπτυξη των διευρυμένων νοσηλευτικών πρακτικών.

Οι νέοι ορισμοί που δόθηκαν και που απαντώνται στην διεθνή βιβλιογραφία είναι:

**Advanced Practice Registered Nurse (APRN)** APRN, Εγγεγραμμένος νοσηλευτής με προηγμένη κλινική πρακτική όπως χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ καλείται αυτός που πληροί τις προϋποθέσεις εκπαίδευσης και πιστοποίησης και έχει λάβει άδεια άσκησης ως APRN σε έναν από τους τέσσερις APRN ρόλους: certified registered nurse anesthetist (CRNA),-πιστοποιημένος νοσηλευτής αναισθησιολογίας, certified nurse-midwife (CNM)- πιστοποιημένος νοσηλευτής μαιευτικής Clinical Nurse Specialist (CNS)-ειδικός κλινικός νοσηλευτής, και certified Nurse Practitioner (CNP)-πιστοποιημένος νοσηλευτής γενικής ιατρικής (APRN Consensus Model, 2008).

**Clinical Nurse Specialist (CNS)** (Ειδικός Κλινικός Νοσηλευτής). Είναι ο Νοσηλευτής Προηγμένης Πρακτικής που παρέχει εξειδικευμένες κλινικές συμβουλές και φροντίδα βασισμένη σε επιβεβαιωμένες διαγνώσεις, σε εξειδικευμένους κλινικούς τομείς πρακτικής, συνδυάζοντας τη συστημική προσέγγιση στην άσκηση καθηκόντων ως μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.

**Nurse Practitioner (NP)** (Νοσηλευτής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας). Είναι ο Νοσηλευτής Διευρυμένης Πρακτικής που ενσωματώνει κλινικές δεξιότητες σχετικές με τη νοσηλευτική και την ιατρική προκειμένου να αξιολογήσει, να διαγνώσει και να διαχειριστεί ασθενείς σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ΠΦΥ) και πληθυσμούς με ανάγκες οξείας φροντίδας, καθώς και να παρέχει συνεχή φροντίδα σε πληθυσμούς χρονίως πασχόντων.

## **1.3 Το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα**

### **1.3.1 Νοσηλευτική προπτυχιακή εκπαίδευση**

Στην Ελλάδα μέχρι την δεκαετία του '80, η νοσηλευτική εκπαίδευση πραγματοποιούνταν σε ανώτερες Σχολές, με τριετή κύκλο φοίτησης, μεταξύ των οποίων και τα Κ.Α.Τ.Ε.Ε. Την δεκαετία του '80 με την ίδρυση των ΤΕΙ (το 1983) η εκπαίδευση των Νοσηλευτών τοποθετήθηκε επίσημα στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση. Σήμερα τα ο αριθμός των Τμημάτων Νοσηλευτικής των Ανώτατων Τεχνολογικών Ιδρυμάτων (ΑΤΕΙ) ανέρχεται στα οκτώ (Δυτικής Αττικής, Θεσσαλονίκης, Ηπείρου, Κρήτης, Ανατ. Μακεδονίας – Θράκης, Δυτικής Ελλάδας, Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας). Το 1979 ιδρύθηκε το Τμήμα Νοσηλευτικής ως Τμήμα τετραετούς φοίτησης στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η λειτουργία του Τμήματος άρχισε το ακαδημαϊκό έτος 1980-81, ενώ από το 1983-84 λειτουργεί ως αυτόνομο τμήμα του ΕΚΠΑ. Το 2005 ιδρύθηκε το δεύτερο Τμήμα Νοσηλευτικής στην Τρίπολη, στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 παράγραφος 2Α του Νόμου 1579/1985, από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή και νοσηλεύτριας στους πτυχιούχους ή διπλωματούχους των:

1. Τμημάτων Νοσηλευτικής ΑΕΙ
2. Τμημάτων Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ
3. Τέως ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κ.Α.Τ.Ε.Ε.
4. Ισότιμων σχολών αλλοδαπής των αντίστοιχων σχολών α, β, γ.

Η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος χορηγείται από τη Διεύθυνση Υγείας της οικείας Περιφερειακής Ενότητας έπειτα από αίτηση και προσκόμιση των απαραίτητων δικαιολογητικών. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εγγραφή στα μητρώα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ).

### **1.3.2 Νοσηλευτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση (ΣΕ)**

Αναφορικά με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση οι νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ έχουν το δικαίωμα συμμετοχής σε μεταπτυχιακά προγράμματα από το 1992 που θεσμοθετήθηκαν επίσημα στην Ελλάδα με τον νόμο 1983, όπως άλλωστε και όλοι οι επιστημονικοί κλάδοι, καθώς και τη δυνατότητα εκπόνησης διδακτορικής διατριβής. Το Τμήμα Νοσηλευτικής του

Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών είναι ένα από τα πρώτα Τμήματα που οργάνωσε και λειτούργησε Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ).

Σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα του Υπ. Υγείας<sup>1</sup>, στο πεδίο Επιστημών Υγείας παρέχονται 154 μεταπτυχιακά προγράμματα από τα Ελληνικά Πανεπιστήμια. Συνολικά σε Ελλάδα και Κύπρο είτε με παρακολούθηση δια ζώσης είτε εξ' αποστάσεως (online ή ευέλικτη παρακολούθηση), από ιδιωτικούς και Δημόσιους Εκπαιδευτικούς Φορείς, παρέχονται περί τα 311 ΜΠΣ που αφορούν το συγκεκριμένο πεδίο<sup>2</sup> με ειδικεύσεις όπως η Δημόσια Υγεία, η Κοινωνική Νοσηλευτική η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, η Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών, η ΠΦΥ. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα για πρόσθετη εξειδίκευση με την απόκτηση διδακτορικού διπλώματος στην Κοινωνική Νοσηλευτική, στη Δημόσια Υγεία, στη Σχολική Νοσηλευτική, στην Κατ' Οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα και στην ΠΦΥ γενικότερα (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005).

Εκτός από τα ΜΠ στη συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση περιλαμβάνονται και η απόκτηση Νοσηλευτικής Ειδικότητας ένας θεσμός που λειτουργούσε υπό το πρίσμα του ιδρυτικού του νόμου από το 1985 (Ν. 1579/85, ΦΕΚ Α' 217) έως τον Ιούνιο του 2020. Μέχρι τότε δικαίωμα πρόσβασης στη νοσηλευτική ειδικότητα διατηρούσαν μόνο οι δημόσιοι υπάλληλοι εφόσον είχαν διανύσει την περίοδο δοκιμότητας και όχι οι άνεργοι ή οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα.

Το 2018 και ενώ από τα 120 γραφεία εκπαίδευσης των 80 ενοποιημένων νοσοκομείων, μόνο τα 21 σύμφωνα με την πρόσκληση του Υπουργείου Υγείας (Νοσηλευτική Διεύθυνση, Γ6α/Γ.Π.40234-29/5/2018) κλήθηκαν να προσφέρουν τη νοσηλευτική ειδικότητα, μόνο τα 18 από αυτά κατάφεραν να δημιουργήσουν λειτουργικά τμήματα καθώς ο αριθμός των διαθέσιμων νοσηλευτών δεν ήταν επαρκής.

Ως προς τα ποιοτικά χαρακτηριστικά, το πρόγραμμα σπουδών των ειδικοτήτων περιγράφονταν από τις διατάξεις της Υπουργικής Απόφασης με αριθμό Α4/203 του έτους 1988 (ΦΕΚ Β'106) και ως εκ τούτου, 32 χρόνια μετά, δεν ήταν δυνατό να ανταποκρίνεται στις γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για να καλύψουν τις σύγχρονες ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας. Ομοίως, οι τέσσερις ειδικότητες (Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική και Ψυχικής Υγείας) που ίσχυαν από το 1985

---

<sup>1</sup> <https://masters.minedu.gov.gr/Masters/index/gr>

<sup>2</sup> <https://www.eduguide.gr/grad/table?programfield=%CE%95%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B5%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82>



δεν ήταν ικανές να καλύψουν τις σύγχρονες, τρέχουσες ανάγκες σε ειδικευμένο προσωπικό που να ανταποκρίνεται στο προφίλ υγείας του πληθυσμού, όπως θα μπορούσε για παράδειγμα ο κοινοτικός νοσηλευτής ή ο ειδικός στη γηροντολογία νοσηλευτής, ο ογκολογικός νοσηλευτής κ.λπ.

Η ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα αναγνωρίστηκε από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) (απόφαση 11-18/2/1994) ως μια ξεχωριστή ειδικότητα στις ήδη υπάρχουσες (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005) και έχει αποφασιστεί με σχέδιο νόμου από την Επιτροπή Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (συνεδρίαση 16/11/2013) και την Ολομέλεια του ΚΕΣΥ (συνεδρίαση 06/12/2013), αλλά δεν είχε θεσπιστεί μέχρι σήμερα (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014)

Οι οικονομικές απαιτήσεις και οι χρονικοί περιορισμοί της παράλληλης εργασίας δυσχεραίνουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε κάποιο πρόγραμμα ΣΕ. Ιδιαίτερα δε για τους νοσηλευτές του δημοσίου που έπρεπε πρώτα να αιτηθούν για τη σύμφωνη γνώμη της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (χωρίς θεσμοθετημένα κριτήρια) ώστε να λάβουν την αντίστοιχη εκπαιδευτική άδεια από το νοσοκομείο τους, την οποία η δραματική υποστελέχωση καθιστούσε σχεδόν αδύνατη.

Εκτός της υποστελέχωσης και της δυσκολίας στην πρόσβαση, για την απόκτηση της νοσηλευτικής ειδικότητας σημαντική ήταν και η απουσία κινήτρου. Με εξαίρεση την ετήσια απουσία από την εργασία, ο τίτλος νοσηλευτικής ειδικότητας δεν είχε κανένα απολύτως αντίκτυπο στην επαγγελματική ζωή και εξέλιξη του νοσηλευτή. Δεν συνυπολογίζονταν στη συνεχιζόμενη επαγγελματική του ανάπτυξη, δεν προσμετρούνταν ως τυπικό προσόν αξιολόγησης, δεν λαμβάνονταν υπόψη στη διαδικασία των κρίσεων για την ανάληψη θέσεων ευθύνης, δεν είχε αντίκτυπο στη μισθολογική ή βαθμολογική κατάταξη. Συχνά δε παρά την ειδικευμένη γνώση που έχει λάβει ο ειδικευμένος νοσηλευτής χρησιμοποιείται σε τομείς και τμήματα διαφορετικά του αντικειμένου που έχει διδαχθεί. (ENE 2018)

Ωστόσο τον Ιούνιο του 2020, έπειτα από επανειλημμένα αιτήματα του κλάδου και τις ΕΝΕ καθώς και σχετική απόφαση του Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης της Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν) (Αθήνα 29/5/2019) και προκειμένου για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19, επανακαθορίστηκαν οι διαδικασίες λήψης νοσηλευτικής ειδικότητας και το πλαίσιο λειτουργίας τους. Όπως ορίζεται στο ΦΕΚ 2656/Β/30/6/2020 (Αριθμ.Γ6α/Γ.Π.39226)

για πρώτη φορά προκηρύσσονται θέσεις για δύο νέες ειδικότητες , της «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής» και της «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας /Κοινωνικής Νοσηλευτικής». Δυνατότητα συμμετοχής σε ποσοστό 75% έχουν αδιόριστοι νοσηλευτές και εργαζόμενοι του ιδιωτικού τομέα και 25% μόνιμοι νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων.

Σημαντική είναι και αναθεώρηση του γνωστικού αντικείμενου της ειδικότητας με εμπλουτισμένο επιστημονικό περιεχόμενο.

Ειδικά για την ειδικότητα της «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας /Κοινωνικής Νοσηλευτικής» αξίζει να σημειωθεί ότι στόχος του προγράμματος είναι νοσηλευτές ικανοί **να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν** προσδιοριστές υγείας με σκοπό το **σχεδιασμό παρεμβάσεων** πρόληψης και προαγωγής υγείας, να παρέχουν υπηρεσίες υγείας όπως η πρόληψη και η προαγωγή υγείας , **διάγνωσης, θεραπείας, υποστήριξης** και αποκατάστασης στο άτομο , την οικογένεια και την κοινότητα, να **συμμετέχουν ενεργά στο συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας**, και να συμβάλλουν στη **διασφάλιση της πρόσβασης** στις υπηρεσίες υγείας, **να διαχειρίζονται και να παρακολουθούν ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας** στην ΠΦΥ, να αναλαμβάνουν την **εκπαίδευση** ασθενών στην αυτό-φροντίδα και των φροντιστών τους.

Το πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνει δεκατρείς Εκπαιδευτικές ενότητες :

1. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί
2. Τεκμηριωμένη Νοσηλευτική φροντίδα, διαχείριση περίπτωσης
3. Αξιολόγηση των Αναγκών Υγείας της Κοινότητας και μεθοδολογία της έρευνας στην κοινωνική νοσηλευτική
4. Περιβαλλοντική υγεία
5. Νοσηλευτική Επαγγελματικής Υγείας
6. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική
7. Φαρμακευτική Φροντίδα στην Κοινότητα
8. Ανακουφιστική Φροντίδα

9. Οικογενειακή Νοσηλευτική Φροντίδα
10. Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων
11. Κατ' οίκον Νοσηλευτική
12. Σχολική Νοσηλευτική
13. Νοσηλευτική για Επείγουσες Καταστάσεις και Καταστροφές

Η διάρκεια παρακολούθησης αυξάνεται σε 18 μήνες. Ο χρόνος κατανέμεται σε νευραλγικά τμήματα Νοσοκομείου και τακτικών Εξωτερικών ιατρείων, σε υπηρεσίες του ΕΟΔΥ, Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας, σε σχολικές μονάδες και μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας, εργασίας, ΠΦ και Ψυχικής Υγείας. Οι θεωρητικές ενότητες παρέχονται μέσω πλατφόρμας Τηλε-εκπαίδευσης και ο τίτλος απονέμεται με απόφαση της οικείας ΥΠΕ μετά τη συμπλήρωση του χρόνου εκπαίδευσης και επιτυχή συμμετοχή στις τελικές γραπτές και προφορικές εξετάσεις.

Η επιλογή των υποψηφίων γίνεται έπειτα από κλήρωση και η τοποθέτηση γίνεται από το υπουργείο με τις ανάλογες αποδοχές.

Σύμφωνα με την απόφαση Αρ. Απόφασης:2 της 11<sup>ης</sup> Ολομέλειας 22/4/2019 του ΕΣΑΝ στο Άρθρο 8 ορίζεται επίδομα ειδικότητας 5% επί του βασικού μισθού και μοριοδότηση του τίτλου αναφορικά με τη βαθμολογική εξέλιξη με το 50% των μορίων που δίδει ο μεταπτυχιακός τίτλος για τους διορισμένους νοσηλευτές και μοριοδότηση στις προλήψεις για τους αδιόριστους.

Η μεταβολή αυτή στη ΣΕ εφόσον εφαρμοστεί σωστά και επαρκώς έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει σημαντικά τη δυναμική των νοσηλευτών στην ΠΦΥ και στο μέλλον θα είχε εξαιρετικό ενδιαφέρον να μελετηθεί ποσοτικά και ποιοτικά αυτή η μεταβολή.

Εν δυνάμει η μεταβολή αυτή στο καθεστώς των νοσηλευτικών ειδικοτήτων αποτελεί ένα πρώτο βήμα στο δρόμο για την επέκταση των νοσηλευτικών ρόλων σε όλα τα πεδία και στην ΠΦΥ.

### **Το πρόγραμμα ENHANCE.** (EuropeaN curriculum for fAmily aNd Community nurse)<sup>3</sup>

[Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Σπουδών για Οικογενειακούς και Κοινοτικούς Νοσηλευτές]

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα συγχρηματοδοτούμενο από το Πρόγραμμα Erasmus και την Ευρωπαϊκής Ένωσης με κύριο σκοπό να αποτυπώσει την υφιστάμενη κατάσταση των δεξιοτήτων που προσφέρονται στους νοσηλευτές που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και αυτών που πραγματικά απαιτούνται να διαθέτουν, εφαρμόζοντας καινοτόμα μοντέλα φροντίδας υγείας επικεντρωμένα στην ΠΦΥ. Πρόκειται για μία Σύμπραξη που περιλαμβάνει 13 εταίρους, από 5 διαφορετικές χώρες της ΕΕ που εκπροσωπούν Φορείς Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης στον τομέα της Νοσηλευτικής, Ρυθμιστικούς Φορείς για την εκπαίδευση Οικογενειακής και Κοινοτικής Νοσηλευτικής, Επαγγελματικούς Συλλόγους και Εργοδότες του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα.

Με τον πρόγραμμα αυτό επιδιώκετε :

1. να ενισχυθεί το επίπεδο εξειδίκευσης των Νοσηλευτών της Π.Φ.Υ. που παρέχουν υπηρεσίες Οικογενειακής και Κοινοτικής Νοσηλευτικής,
2. να προωθηθεί η ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών για την Οικογενειακή και Κοινοτική Νοσηλευτική που να αναφέρονται στο επίσημο προφίλ της ΕΕ και να βασίζονται στις συστάσεις υγειονομικής πολιτικής του Π.Ο.Υ. και της ΕΕ,
3. να υποστηριχθεί η μετάβαση από το παλιό μοντέλο Π.Φ.Υ. στα νέα μοντέλα υγειονομικής φροντίδας με επίκεντρο την Π.Φ.Υ.

Οι κύριες δραστηριότητες του ENhANCE περιγράφονται στο σχετικό φυλλάδιο που απεικονίζεται στην Εικόνα1

Ένα κύριο αποτέλεσμα του έργου ήταν η πιλοτική εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Σπουδών για Οικογενειακούς και Κοινοτικούς Νοσηλευτές του ENhANCE σε τρία (3) τοπικά Προγράμματα Σπουδών. Τα τοπικά Προγράμματα Σπουδών ξεκίνησαν πιλοτικά τον τρίτο χρόνο του έργου στοχεύοντας σε απόφοιτους νοσηλευτές σε 3 διαφορετικά εκπαιδευτικά ιδρύματα: Στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, στο Πανεπιστήμιο της Τζένοα και στο Πανεπιστήμιο της Ανατολικής Φιλανδίας.

Το τοπικό Πρόγραμμα Σπουδών για Οικογενειακούς και Κοινοτικούς Νοσηλευτές που υλοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας βασίζεται και στα 53 μαθησιακά

---

<sup>3</sup> <https://www.enhance-fcn.eu/el/%ce%b1%cf%81%cf%87%ce%b9%ce%ba%ce%ae/>

αποτελέσματα που στοχεύει το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Σπουδών για Οικογενειακούς και Κοινωνικούς Νοσηλευτές του ENhANCE και αντιστοιχεί σε 40 Μονάδες Κατοχύρωσης Μαθημάτων (ECTS) στο επίπεδο 6 του Ευρωπαϊκού Πλαισίου Προσόντων (EQF). Αποτελείται από ένα πρόγραμμα δια βίου μάθησης 250 ωρών συνολικά και οδηγεί σε πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην οικογενειακή και κοινωνική νοσηλευτική.

## ΚΥΡΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Για την επίτευξη των στόχων του έργου, η Σύμπραξη ENhANCE θα πραγματοποιήσει μια σειρά δραστηριοτήτων, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι ακόλουθες:

- Προσδιορισμός του **Επαγγελματικού Προφίλ για την Οικογενειακή και Κοινωνική Νοσηλευτική**, το οποίο μπορεί να αποτελέσει σημείο αναφοράς της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης σε ευρωπαϊκό επίπεδο.
- Σχεδιασμός ενός **προγράμματος σπουδών για την Οικογενειακή και Κοινωνική Νοσηλευτική** που μπορεί, επίσης, να διαδραματίσει ρόλο αναφοράς σε ευρωπαϊκό επίπεδο.
- Ανάπτυξη ειδικών **κατευθυντήριων γραμμών/οδηγιών που θα υποστηρίζουν τους φορείς Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης** κατά την εκπόνηση προγράμματος σπουδών της ΕΕ στα τοπικά προγράμματα σπουδών.
- Κατάθεση ενός **επιμορφωτικού προγράμματος για εκπαιδευτικούς και ανάπτυξη των κύριων κατευθυντήριων γραμμών και μεθοδολογικών αρχών**, σχετικά με τον τρόπο αποτελεσματικής χρήσης και προσαρμογής των εργαλείων και μεθόδων που προτείνονται από το έργο.
- Ανάπτυξη ενός **καινοτόμου ανοιχτού ηλεκτρονικού (online) εργαλείου** που θα υποστηρίζει τη μελέτη περιπτώσεων και την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών για Νοσηλευτές.
- Σχεδίαση **3 εθνικών προγραμμάτων σπουδών Οικογενειακής και Κοινωνικής Νοσηλευτικής και υλοποίηση 3 πιλοτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων**.
- Ανάπτυξη **Συστάσεων προς τους εργοδότες τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα για αποτελεσματικές επενδύσεις σε επαγγελματίες της Οικογενειακής και Κοινωνικής Νοσηλευτικής**.
- **Αξιολόγηση και διασφάλιση Ποιότητας των αποτελεσμάτων του έργου.**
- **Διάδοση των αποτελεσμάτων του έργου μεταξύ των ενδιαφερόμενων φορέων.**
- **Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων και διασφάλιση της βιωσιμότητας του έργου.**

Εικόνα 1 πρόγραμμα ENhANCE

Πηγή: <https://www.enhance-fcn.eu/el>

### 1.3.3 Ποσοτικά στοιχεία όσον αφορά στο Νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας

Το 2009 το Εθνικό Σύστημα Υγείας απασχολούσε νοσηλευτικό προσωπικό της τάξεως των 35.420 ατόμων εκ των οποίων 2,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το

46% τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), το 41,3 % δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) και το 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ) (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

Σύμφωνα με στοιχεία άλλης έρευνας(Τζιάλλας Δ, 2018) από τους 35.076 νοσηλευτές που υπηρετούν στα Δημόσια νοσοκομεία της χώρας το 2018 σύμφωνα με το Δελτίο Δυναμικής Αποτύπωσης :

1. Οι Νοσηλευτές ΤΕ αποτελούν το 44,85% (n=14.850) του προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας και ακολουθούν οι Βοηθοί Νοσηλευτών με 34,04% (n=11.270), ενώ το ποσοστό των ΠΕ Νοσηλευτών είναι 2,97% (n=983).
2. Ο δείκτης ανά 1000 κατοίκους διαμορφώνεται στο 1,47 για νοσηλευτές ΤΕ & ΠΕ
3. 3.441 Νοσηλευτές (ΠΕ-ΤΕ) είναι κάτοχοι Νοσηλευτικής ειδικότητας (ποσοστό 21,73% του συνόλου των 15.833 Νοσηλευτών ΠΕ-ΤΕ)
4. Μεταπτυχιακό τίτλο κατέχουν 2.495 άτομα
5. Διδακτορικό τίτλο κατέχουν 147 νοσηλευτές
6. Το εκπαιδευτικό προφίλ του προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας αναλόγως της κατηγορίας του Νοσοκομείου παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 1 όπου είναι φανερό η υστέρηση της Πρωτοβάθμιας συγκριτικά με την Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα Υγείας στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του υπηρετούντος προσωπικού.

Πίνακας 1 (Πηγή Τζιάλλας Δ. και συν. 2018)

	<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>MSc</b>	<b>PhD</b>
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	973	478	40
Γενικό Νοσοκομείο	1650	1666	88
Ειδικό Νοσοκομείο	790	320	17
<b>Κέντρο Υγείας</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>2</b>
Σύνολο	3441	2495	147

#### 1.3.4 Επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών

Το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα διέπεται από νομοθετικό πλαίσιο (Π.Δ. 351/ 1989 και Π.Δ.210/2001 ) και τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας (Π.Δ. 211 / 2001).

Ειδικά για την ΠΦΥ από τον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) (1397/1983, ΦΕΚ 143/τ. Α΄/07-10-1983), όπου γίνεται αναφορά στους σκοπούς των κέντρων υγείας (ΚΥ) και στο διορισμό νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ενώ μέχρι τότε οι επισκέπτες υγείας ήταν αυτοί που ασχολούνταν περισσότερο με θέματα της κοινότητας) (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005) και έκτοτε, οι νοσηλευτές

περιλαμβάνονται σε κάθε αναφορά στελέχωσης των δομών ΠΦΥ. Αργότερα, με τον νόμο 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ. Α'/15-07-1992) για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του ΕΣΥ, στο άρθρο 28 καθιερώνεται το σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας, για το οποίο προεδρικά διατάγματα ρυθμίζουν θέματα οργάνωσης, στελέχωσης και λειτουργίας. Στον νόμο 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-02-2004), στο άρθρο 8, αναφέρεται το «Έργο του Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», στο οποίο γίνεται αναφορά και στην παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας. Ο πρόσφατος ιδρυτικός νόμος του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) (Ν. 4238/2014, ΦΕΚ 38/τ. Α'/17/02/2014) κάνει λόγο για τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη στελέχωση των υπηρεσιών του ΠΕΔΥ. Το άρθρο 35, παράγραφος 1, του νόμου 4272/2014 (ΦΕΚ 145/τ. Α'/11/07/2014) για την κατ' οίκον νοσηλεία κάνει λόγο για την παροχή κατ' οίκον νοσηλείας από ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, επομένως και οι νοσηλευτές μπορούν να ασκήσουν ελεύθερο επάγγελμα (Ν. 3252/2004, ΦΕΚ 132/ τ. Α'/16-07-2004, άρθρο 2, παράγραφος 13).

Στο άρθρο 13 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (ΠΔ 216/2001, ΦΕΚ 167/τ. Α'/25-07-2001) αναγνωρίζεται ο ισότιμος ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική ομάδα, καθώς και η επιστημονική του ανεξαρτησία, ενώ τα άρθρα 15 και 23 αναφέρονται στην άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής και παροχής νοσηλευτικού έργου σε συνεργασία με την ομάδα υγείας.

Όπως αποτυπώθηκε παραπάνω, από το 1989, έτος θεσμοθέτησης των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών, μέχρι σήμερα 31 έτη μετά, η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει διανύσει μεγάλη απόσταση διαγράφοντας σαφώς ανοδική πορεία και εξέλιξη, η οποία δεν συνοδεύτηκε από αξιολογή εξέλιξη και διεύρυνση των επαγγελματικών δικαιωμάτων. Αντίθετα αυτά παραμένουν απογοητευτικά και ασφυκτικά περιορισμένα καθώς ακόμα και για τη βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων ή τη χορήγηση οξυγόνου ή τη χορήγηση αναλγητικών ενδομυϊκά απαιτείται ιατρική γνωμάτευση!

Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η υπουργική απόφαση του 2015 (ΦΕΚ 79 19/1/2015) η οποία δυστυχώς ανακλήθηκε πριν καν προλάβει να τεθεί σε ισχύ.

Συμπερασματικά η γενικότερη εικόνα του νομικού πλαισίου που διέπει το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα είναι οι διάσπαρτες διατάξεις, οι παραπομπές σε υπουργικές αποφάσεις και η απουσία εκσυγχρονισμού του για τη δημιουργία ασφάλειας δικαίου στους ασκούντες τη νοσηλευτική στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης. Παράλληλα αξίζει να σημειωθεί η απουσία κοστολόγησης των νοσηλευτικών πράξεων στην άσκηση ιδιωτικού έργου στην κοινότητα από τους νοσηλευτές.

### 1.3.5 Ο ρόλος του Νοσηλευτή ΠΦΥ

Στην Κοινότητα ο πληθυσμός φροντίδας του νοσηλευτή είναι τόσο ο υγιής όσο και ο πληθυσμός που νοσεί από χρόνια και οξεία νοσήματα. Γι' αυτό και ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή είναι διαφορετικός και πολυδιάστατος και περιλαμβάνει αφενός την παροχή κλινικής φροντίδας στις εξωνοσοκομειακές Δομές Υγείας και αφετέρου την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της Υγείας καθώς και την εκπαίδευση σε ζητήματα υγείας.

Πέρα λοιπόν από την παραδοσιακή εκτέλεση κλινικών ιατρικών οδηγιών σε δομές ΠΦΥ, ο ρόλος του κατάλληλα εκπαιδευμένου Κοινοτικού Νοσηλευτή επεκτείνεται σε πεδία όπως η επίβλεψη του περιβάλλοντος της Κοινότητας αναφοράς του, συμπεριλαμβανομένου του επαγγελματικού, σχολικού, οικογενειακού περιβάλλοντος καθώς και των χώρων συγκέντρωσης μεταναστών και ομάδων μειονοτήτων, η διερεύνηση των αναγκών υγείας της Κοινότητας, η συλλογή στοιχείων για τη διενέργεια επιδημιολογικών μελετών, η διαπαιδαγώγηση των επιμέρους πληθυσμών σε ειδικά θέματα αλλά και του συνόλου της κοινότητας, η διενέργεια παρεμβάσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, η παρακολούθηση και υποστήριξη ασθενών εξατομικευμένα και η συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα ΠΦΥ καθώς και ο συντονισμός και η διασύνδεση των Υπηρεσιών, η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας ή και αποκατάστασης (Πίνακας 2).

Στην πιο πρόσφατη «ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ – ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την πρόσληψη προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για το συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα «Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) για την αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις Περιφέρειες», στην περιγραφή του αντικειμένου του Νοσηλευτή συγκεκριμένα αναφέρονται τα παρακάτω:

« Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο/η νοσηλευτής/-τρια οφείλει ιδίως:

- να προάγει την υγεία του πληθυσμού,
- να αξιολογεί και παρέχει υπηρεσίες φροντίδα υγείας (θεραπεία, υποστήριξη, πρόληψη και αποκατάσταση) στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα
- να αποβλέπει στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων,
- να συμμετέχει ενεργά στο συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας καθώς και να συμβάλλει στη διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας,



- να συντείνει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας,
- να εκτιμά τις ανάγκες, σχεδιάζει και παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και να εκπαιδεύει τους φροντιστές των ασθενών,
- να παρακολουθεί περιοδικά χρόνιους πάσχοντες ασθενείς,
- να συμμετέχει στη διατήρηση και ανανέωση του ατομικού ιστορικού υγείας και καταχωρεί στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) πληροφορίες που αφορούν στις δραστηριότητες ευθύνης του,
- να αναλαμβάνει την εκπαίδευση ασθενών με στόχο την αυτοφροντίδα και τη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή.»

Πίνακας 2 : Σύνοψη ρόλων κοινοτικού νοσηλευτή. (Πηγή Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. 2015).

Πρόληψη πρωτογενής (εμβολιασμοί, ατυχήματα, στοματική υγιεινή κ.ά.), δευτερογενής (ψηλάφηση μαστού, μέτρα πρόληψης κατακλίσεων, προσυμπτωματικός έλεγχος, οφθαλμολογικός έλεγχος κ.ά.) και τριτογενής (φροντίδα διαβητικού έλκους, φροντίδα δέρματος κλινήρους ασθενούς κ.ά.).
Αγωγή υγείας ώστε το άτομο να καταστεί αυτόβουλος ρυθμιστής της υγείας του (αγωγή υγείας σε θέματα διατροφής, ψυχοσωματικής ανάπτυξης παιδιών, προστασίας περιβάλλοντος, κάπνισμα, αλκοόλ, πρόληψη ατυχημάτων, σεξουαλική συμπεριφορά κ.ά.) και συμμετοχή στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων αγωγής υγείας σε διαφορετικούς πληθυσμούς (ηλικιωμένοι, εργαζόμενοι, σχολείο, οικογένεια κ.ά.).
Επιδημιολογική μελέτη της κοινότητας, επιδημιολογική επιτήρηση, εργαστηριακή επιτήρηση νοσημάτων, επιτήρηση συνδρόμων.
Προαγωγή της υγείας του πληθυσμού εφαρμόζοντας μέτρα πρόληψης, αγωγής υγείας και προστασίας της υγείας (νομοθετικά, κοινωνικά μέτρα κ.ά.).
Επίβλεψη του περιβάλλοντος και τροποποίηση αυτού σε ένα ασφαλές και υγιές περιβάλλον, όταν χρειάζεται
Συντονισμός και δικτύωση των υπηρεσιών και της φροντίδας που παρέχεται στην κοινότητα
Υποστήριξη και υπεράσπιση για τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των ατόμων κάθε ηλικίας στην κοινότητα με κατάλληλη αξιοποίηση των υποστηρικτικών δικτύων.
Παροχή άμεσης φροντίδας με την αξιολόγηση του είδους και του εύρους της φροντίδας που χρειάζεται ο ασθενής, την παροχή της φροντίδας (αλλαγές τραυμάτων, καθετηριασμοί, διαχείριση εξοπλισμού, θέματα ασφάλειας κ.ά.) και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας.
Αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας.
Εκπαιδευτικός και συμβουλευτικός ρόλος σε άτομα, οικογένειες και ομάδες για την προσαρμογή στη νέα κατάσταση που ορίζει η νόσος, τον υγιή τρόπο διαβίωσης, την απόκτηση δεξιοτήτων, την οικονομική διαχείριση κ.ά.
Ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών, ομάδων για την απόκτηση ελέγχου στη ζωή και την υγεία τους, την αυτοδιαχείριση, δέσμευση των χρηστών για την ενεργό συμμετοχή τους στη θεραπευτική σχέση και αλληλεπίδραση κ.ά.
Ερευνητικός ρόλος στην κοινότητα για την ικανοποίηση των επιστημονικών ανησυχιών προς όφελος του πληθυσμού της κοινότητας.
Διαχειριστής περίπτωσης και προϊστάμενος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στη δομή εργασίας

Το ευρύ αυτό πεδίο υπηρεσιών μπορεί να εφαρμοστεί σε πληθώρα δομών της ΠΦΥ όπως αναφέρεται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Σύνοψη δομών και υπηρεσιών που μπορούν να στελεχωθούν από τον κοινοτικό νοσηλευτή ως μέλος της ομάδας της ΠΦΥ. (Πηγή Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. 2015)

Δομές του ΠΕΔΥ (κέντρα υγείας, πολυιατρεία, περιφερειακά ιατρεία, πρώην ΠΙΚΠΑ, μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού)
Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας (αντίστοιχη εξειδίκευση Κατ' Οίκον Νοσηλευτική και Νοσηλευτική της Οικογένειας)
Υπηρεσίες «νοσοκομείο στο σπίτι» (hospital at home)
Υπηρεσίες δημόσιας υγείας
Σχολεία (φροντίδα σε οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας, διασύνδεση με την οικογένεια, την κοινότητα, τη διαχείριση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου κ.ά.) [αντίστοιχη εξειδίκευση Σχολική Νοσηλευτική (Ν. 2817/2000, ΦΕΚ 78/14-3-2000. Υ.Α. Αρ. 27922/Γ6, ΦΕΚ 449/3-4-2007)]
Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων
Μονάδες τηλε-υγείας (αντίστοιχη εξειδίκευση Νοσηλευτική Πληροφορικής)
Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας για παιδιά, εφήβους, ενήλικες και οικογένειες (αντίστοιχη ειδικότητα Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας)
Αντίστοιχες δομές στον ιδιωτικό τομέα
Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α΄ Βαθμού
ΜΚΟ (π.χ. Γιατροί του Κόσμου, μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας κ.ά.)
Ελεύθεροι επαγγελματίες (Ν. 3252/2004, ΦΕΚ 132/ τ. Α΄, άρθρο 2, παράγραφος 13)
Υπηρεσίες nurse-led clinics σε χώρες με ανεπτυγμένο δίκτυο ΠΦΥ (Martínez-González et al., 2014)

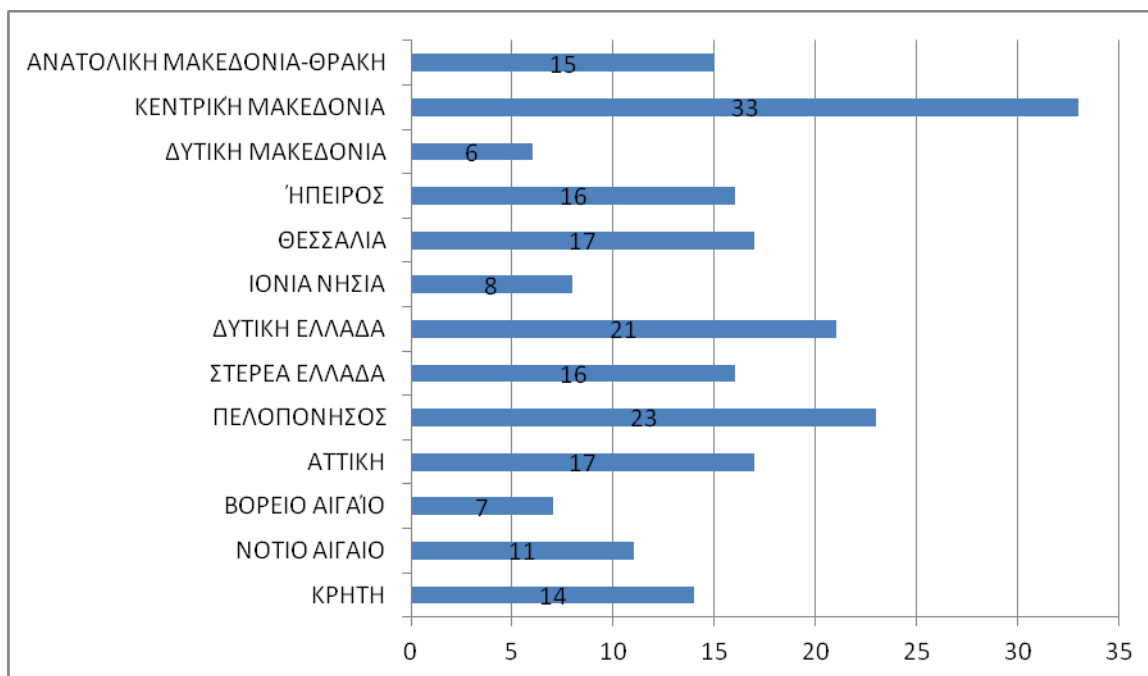
## 1.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Στην Ελλάδα Σήμερα

### 1.4.1 Δομές παροχής ΠΦΥ

Στην Ελλάδα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) παρέχεται από :

1. Τα 204 Κέντρα Υγείας(Κ.Υ.)(201 ημιαστικού και αγροτικού και 3 αστικού τύπου) κατανεμημένα στις 13 Περιφέρειες της Χώρας. Τα περισσότερα εξ αυτών βρίσκονται στην Κεντρική Μακεδονία (33 κέντρα), στην Πελοπόννησο (23 κέντρα) και στη Δυτική Ελλάδα (21 κέντρα) ενώ τα λιγότερα στο Βόρειο Αιγαίο (7 κέντρα) και τη Δυτική Μακεδονία (6 κέντρα). (Γράφημα 1). Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το ιατρικό προσωπικό καθώς και το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων των Κ.Υ. της χώρας τείνει να σταθεροποιηθεί έπειτα από τη μεγάλη μείωση που παρατηρήθηκε το 2012 -2013 , ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται σχετικά αμετάβλητο ποσοτικά. Συγκεκριμένα στα Κ.Υ. το 2018 απασχολούνταν 1.797 γιατροί , 2.318 νοσηλευτές και 1.967 εργαζόμενοι λοιπών

ειδικοτήτων (Πίνακες 4 ). Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα με πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων (παθολόγους, παιδιάτρους, οδοντιάτρους, μικροβιολόγους, ακτινολόγους), καθώς επίσης και με νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς



Γράφημα 1: ΚΑΤΑΝΟΜΗ Κ.Υ. ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΕΛΣΤΑΤ 2018)

Πίνακας 4. Αριθμός , κλίνες, προσωπικό, μηχανήματα Κ.Υ. για τα έτη 2012-2018: (ΕΛΣΤΑΤ 2019)

	Κέντρα Υγείας	Κλίνες	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Λοιπών ειδικοτήτων προσωπικό	Μηχανήματα
<b>2012</b>	205	992	2049	2096	2292	2397
<b>2013</b>	205	964	1671	2030	1966	2349
<b>2014</b>	205	967	1616	1968	1795	2363
<b>2015</b>	205	955	1624	2015	1683	2324
<b>2016</b>	204	928	1674	2136	1657	2288
<b>2017</b>	204	903	1776	2215	1800	2255
<b>2018</b>	204	901	1797	2318	1967	2321

2. Τα περιφερειακά ιατρεία ,τα πολυδύναμα ιατρεία των Ασφαλιστικών Ταμείων ,τα ειδικά ιατρεία (φυλακών κλπ) και τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Τ.ΜΟ.Υ -127 σύμφωνα με τα στοιχεία που υπάρχουν αναρτημένα στις ιστοσελίδες των ΥΠΕ έως 6/2020). Συνολικά στη χώρα το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) περιλαμβάνει 2.328 σημεία παροχής υπηρεσιών ΠΦ, συμπεριλαμβανομένων των Κ.Υ. και των Τ.ΜΟ.Υ (Πίνακας 5) Όσο αφορά στην κατανομή των σημείων καλύτερη αναλογία ανα 1000 κατοίκους καταγράφεται στην Ευρυτανία (0,9638/1000 & 19 σημεία) και τα Γρεβενά (0,5797/1000 & 18 σημεία)και η χειρότερη στην Αττική (0,0426/1000 & 163 σημεία) και στη Θεσσαλονίκη (0,0689/1000 & 77 σημεία).(Ατλας Υγείας 2019). Ωστόσο το προσωπικό που απασχολείται γενικά στο ΕΣΥ σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπ.Υ είναι συγκεντρωμένο στο κέντρο ,αφού στις περιφέρειες Αττικής(31.209) & Κεντρικής Μακεδονίας (11.778) απασχολείται το 50% περίπου του συνόλου του (96.626).(Πίνακας 5)

Πίνακας 5. Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, έτη 2017-2018 (ΕΛΣΤΑΤ 2019)

	Κέντρα Υγείας	Μονάδες Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες
2017	204	101	1425	93	49	221	6
2018	204	101	1425	94	49	221	7

3. Τα ιδιωτικά ιατρεία χωρίς σύστημα παραπομπής, που μπορεί να είναι ή όχι συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. Στις βασικές ιατρικές ειδικότητες ΠΦΥ η κατανομή των ιδιωτικών ιατρείων φαίνεται στον ακόλουθο Πίνακα 6

Πίνακας 6. Κατανομή ιδιωτικών ιατρείων στις βασικές ειδικότητες ΠΦΥ (Ατλας Υγείας 2019)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	1ος ΣΕ ΠΛΗΘΟΣ ΝΟΜΟΣ		2ος ΣΕ ΠΛΗΘΟΣ ΝΟΜΟΣ		ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΣ ΣΕ ΠΛΗΘΟΣ ΝΟΜΟΣ	
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ</b>	3281	ΑΤΤΙΚΗΣ	1562	ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	387	ΦΛΩΡΙΝΑΣ	2
<b>ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ</b>	2581	ΑΤΤΙΚΗΣ	1114	ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	349	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	1
<b>ΓΕΝΙΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ</b>	1191	ΑΤΤΙΚΗΣ	434	ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	142	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	0

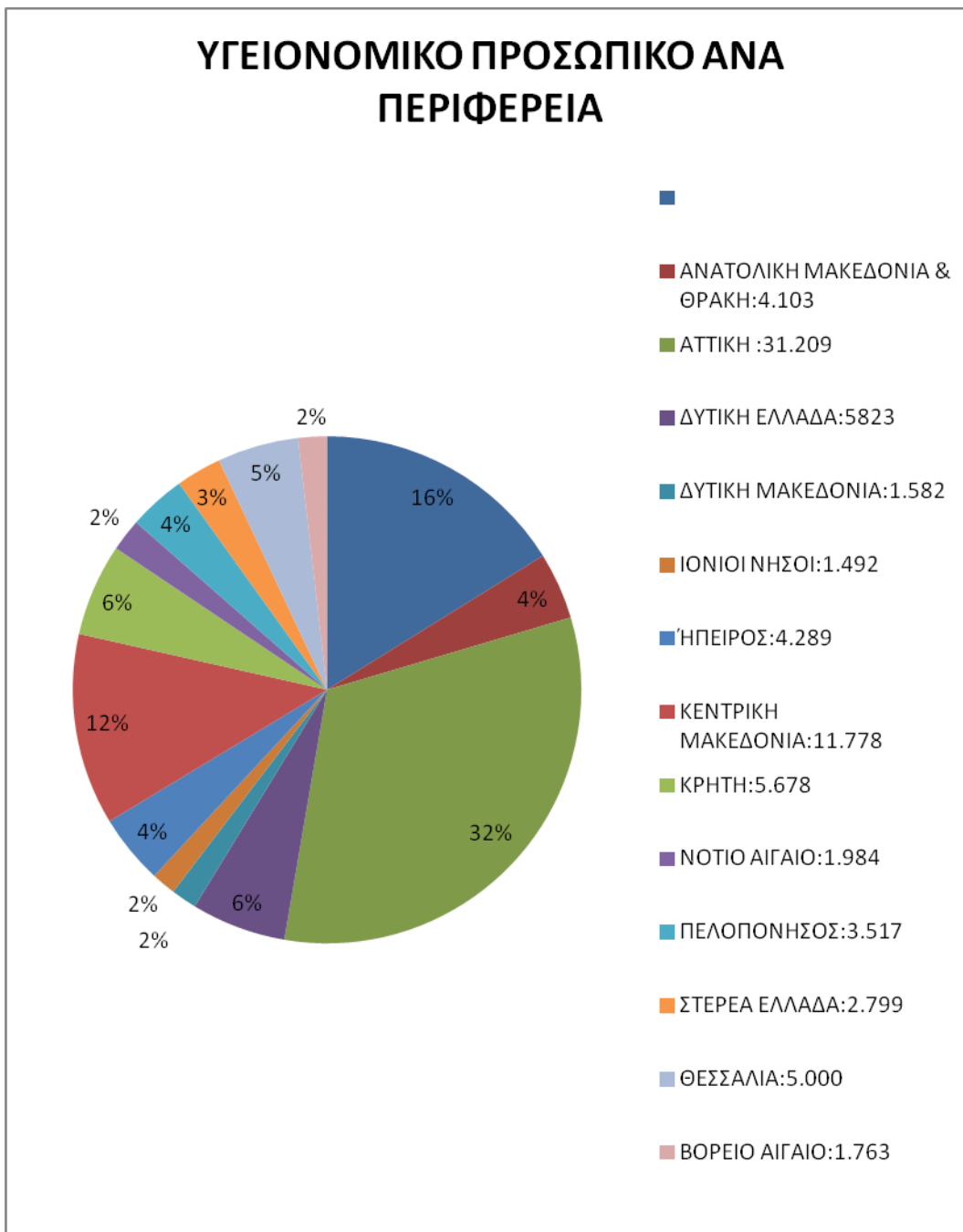
4. Τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των 124 νοσοκομείων της χώρας και κυρίως των μεγάλων αστικών κέντρων ελλείπει Κέντρων Υγείας αστικού τύπου.

Η κατανομή των δομών ΠΦΥ της 7<sup>η</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης όπου διεξάγεται η έρευνα παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 7)

Πίνακας 7. Κατανομή δομών ΠΦΥ της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ (ΧΑΡΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ)

ΝΟΜΟΣ	ΤΟ.Μ.Υ.	Κ.Υ. (ΑΣΤΙΚΑ) ΠΕΔΥ	Κ.Υ.( ΕΠΑΡΧΙΑΣ)	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
ΧΑΝΙΩΝ	2	1	3	39
ΡΕΘΥΜΝΟΥ	1	1	4	22
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	7	1	6	47
ΛΑΣΙΣΘΙΟΥ	3	0	4	21

Συγκεκριμένα στο Νομό Χανίων σημεία διεξαγωγής της έρευνας ορίστηκαν τα Κέντρα Υγείας Βάμου και Καστελίου , η Μονάδα ΠΕΔΥ και οι δύο ΤΟ.Μ.Υ.



Γράφημα 2: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (Υπ.Υ. Άτλας Υγείας 2019)

#### 1.4.2 Ποιοτική και ποσοτική σύσταση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ

Το Ε.Σ.Υ. γενικά και κατ' επέκταση και στη ΠΦΥ αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό παρουσιάζει μια σειρά από αδυναμίες όπως η ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στις επιμέρους δομές υγείας [Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία-με το 90,1 % να απασχολείται στο νοσοκομειακό τομέα (Υγειονομικός Χάρτης ΚΕΛΠΝΟΟ 2012)] και ανά περιφέρεια όπως προαναφέρθηκε (Γράφημα 2). Οι σοβαρότερες ελλείψεις παρουσιάζονται στις αγροτικές, ημιαστικές και νησιωτικές

περιοχές γεγονός που επιδεινώνεται ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες εξαιτίας του αυξημένου τουρισμού.

Επίσης παρατηρείται αναντιστοιχία των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και της κατανομής του υγειονομικού προσωπικού στις διάφορες ειδικότητες. Γενικά η Ελλάδα καταγράφει την υψηλότερη αναλογία γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό (6,3 ανά 1000) στην ΕΕ με τη συντριπτική πλειοψηφία τους να είναι ειδικοί και ένα μικρό ποσοστό (3,8% μόλις 2626 γενικοί γιατροί σε σύνολο 68807 το 2014 σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ & 39/100000 κατοίκους) γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί ,κεντρικό θεσμό για την οργάνωση της ΠΦΥ, γεγονός που συνδέεται με φαινόμενα προκλητής ζήτησης και άτυπων πληρωμών(Economou C. 2017) Η ανισορροπία αυτή οφείλεται αφενός στην υπανάπτυξη της ΠΦΥ, σε ανεπάρκειες στην εκπαίδευση ( Mariolis A. 2012) αλλά και στην πεποίθηση ότι η γενική ιατρική στερείται της αίγλης, της κοινωνικής αποδοχής αλλά και της οικονομικής ικανοποίησης συγκριτικά με άλλες ειδικότητες(Kaitelidou D. 2012)(Puertas EB 2013) . Ακολουθεί δε την παγκόσμια τάση όπως καταγράφεται από τον ΟΟΣΑ.<sup>4</sup>

Σημαντική αδυναμία αποτελεί η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Σε αντίθεση με τον αριθμό των γιατρών, η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς τον πληθυσμό είναι μακράν η χαμηλότερη στην ΕΕ (3,2 έναντι 8,4 ανά 1.000 κατοίκους) (Economou C. 2017). Παράλληλα στη Ελλάδα καταγράφεται σημαντική υποστελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων η οποία αναμένεται να επιδεινωθεί λόγω και των μνημονιακών περιορισμών στις προσλήψεις. (Sakellaropoulos T 2012, Ifanti A. 2014). Το νοσηλευτικό επάγγελμα δυστυχώς δεν χαιρεί ιδιαίτερης εκτίμησης στην Ελλάδα. Πριν την εφαρμογή του ενιαίου μισθολογίου κατατάσσονταν στους πιο χαμηλόμισθους πτυχιούχους υπαλλήλους του Δημόσιου Τομέα. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός πτυχιούχων νοσηλευτών επαρκεί για να καλύψει τα κενά. Δυστυχώς όμως αρκετοί από αυτούς (περίπου το 50%) εγκαταλείπουν το επάγγελμα λίγο πριν ή μετά τις σπουδές. Είτε λόγω των συνθηκών εργασία είτε γιατί συχνά, εξαιτίας του συστήματος εισαγωγής , η νοσηλευτική δεν αποτελεί την πρώτη επιλογή καριέρας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας (ENE) του 2018, ο αριθμός των εγγεγραμμένων νοσηλευτών στα μητρώα της

---

<sup>4</sup> Η μέση αναλογία γενικών γιατρών στις χώρες του ΟΟΣΑ εμφανίζει πτωτικές τάσεις (OECD 2016)

ανέρχεται σε 39.755, από τους οποίους οι 10.862 είναι άνεργοι ή εργάζονται σε διαφορετικό αντικείμενο (ποσοστό 27,3%). Η αυξημένη ανεργία στο νοσηλευτικό επάγγελμα σε συνδυασμό με την ελλιπή απορρόφηση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, οδηγεί τους νοσηλευτές σε αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό αλλά και διάφορους ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς του εξωτερικού στην αναζήτηση νοσηλευτών από την Ελλάδα. Ενδεικτικά, 980 νοσηλευτές έχουν κάνει την τελευταία τριετία αίτηση έκδοσης των σχετικών εγγράφων προκειμένου να μεταβούν για εργασία στο εξωτερικό. (ENE 2018)

Ακόμα παρατηρείται μια ποιοτική και οικονομική υποβάθμιση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού εξαιτίας των μισθολογικών περικοπών (της τάξεως του 25% -35 %), με αποτέλεσμα ένα έντονο ρεύμα πρόωρων αποχωρήσεων από το Ε.Σ.Υ., το οποίο δυστυχώς μέχρι στιγμής δεν συνοδεύεται από διορθωτικές κινήσεις (προκηρύχθηκαν μόλις 752 θέσεις νοσηλευτών την τριετία 2015-2017 ποσό αναντίστοιχο με τις αποχωρήσεις). Το 2011 και 2012 αποχώρησαν 1.453 ιατροί του ΕΣΥ (Υγειονομικός Χάρτης 2012) και αρκετοί νοσηλευτές.

Η τάση μετανάστευσης σε χώρες του εξωτερικού, κυρίως των ιατρών, (brain drain) προς αναζήτηση καλύτερων επαγγελματικών προοπτικών τόσο σε οικονομικούς όρους όσο και εξέλιξης αποτελεί σημαντικό πλήγμα για το Δημόσιο Σύστημα Υγείας μας και όχι μόνο. Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών δήλωσε ότι μεταξύ 2008 και 2013 περίπου 7000 γιατροί όλων των ειδικοτήτων διαγράφηκαν (EnetEnglish, 2013), ενώ το φαινόμενο επεκτείνεται και στον νοσηλευτικό κλάδο, όπως προαναφέρθηκε.

Τέλος εντοπίζονται εκτεταμένες ανεπάρκειες και ελλείψεις στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του ανθρώπινου δυναμικού. (Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. 2000, Lionis C 2010) καθώς και σε ζητήματα αξιολόγησης του έργου και της απόδοσής του. (Economou C. 2017)

Τα χαρακτηριστικά αυτά της δομής και στελέχωσης του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα επιτάθηκαν εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, αφενός λόγω της αύξησης της ζήτησης των δημοσίων υπηρεσιών (Milionis C. 2013, Dervenis C. 2013, Karanikolos M 2013) , και αφετέρου της σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία. Αναμένεται δε να επιταθούν και περεταίρω όσο η κρίση και οι οικονομικοί περιορισμοί συνεχίζονται με συνέπεια την αύξηση των ανικανοποίητων αναγκών στην ΠΦΥ και την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.



### **1.4.3 Η απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ-Ανεπάρκειες και στρεβλώσεις.**

Πέρα από την ποιοτική και ποσοτική σύσταση του εργατικού δυναμικού του ΕΣΥ σημαντική είναι και η περιγραφή της απόδοσής του. Δυστυχώς μια ανεπάρκεια του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η έλλειψη καταγραφής και συστηματικής μέτρησης και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας γενικά και της ΠΦΥ επί του προκειμένου.

Κάνοντας μια ανασκόπηση στη βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας ωστόσο καταγράφονται τα παρακάτω:

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό της EU Task for Greece το 2013 από τους Groenewege & Jurgutis διαπιστώθηκαν κατακερματισμένη διοίκηση, απουσία συστήματος gatekeeping και λίστας ασθενών, υψηλές τυπικές και άτυπες ιδιωτικές πληρωμές, υπερπροσφορά γιατρών αλλά έλλειψη γενικών γιατρών και νοσηλευτών καθώς και ανισοκατανομή τους στην περιφέρεια, μη συστηματική παρακολούθηση μέσω δεικτών της παρεχόμενης φροντίδας, έλλειψη κινήτρων για τους εργαζόμενους, και σαν συνέπεια όλων αυτών εμπόδια στην πρόσβαση και απουσία συνέχειας και συντονισμού στην περίθαλψη.

Στη μελέτη “Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece» των Oikonomou et al. (2016) η μέτρηση της αποδοτικότητας 42 κέντρων υγείας στην Δυτική και Νότια Ελλάδα χρησιμοποιώντας τυποποιημένα κριτήρια και ερωτηματολόγια έδειξε ότι η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας διαφέρει, με κύριο υστέρημα στην τεχνική αποδοτικότητα που μπορεί να βελτιωθεί με βελτίωση στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, την πρόληψη και με δομικές και οργανωτικές μεταρρυθμίσεις.

Στην έρευνα “Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers” των Simou et al. (2015) συγκρίνοντας την κατάσταση πριν και μετά την εφαρμογή των μνημονιακών πολιτικών στα Κέντρα Υγείας, ενώ φάνηκε ότι σε επίπεδο δομών και προσωπικού υπάρχει σαφής μείωση ποσοτική και ποιοτική, παραδόξως δεν παρατηρήθηκε ιδιαίτερη μετάπτωση στο επίπεδο των αποτελεσμάτων και συνεπειών, καθώς η διοίκηση και χρήση των δομών ήταν λανθασμένη εκ των προτέρων.

Η έρευνα “Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows” των Sifaki-Pistolla et al. (2017) σε 22 Κέντρα Υγείας κατέληξε στο

συμπέρασμα ότι το έργο των επαγγελματιών υγείας δυσχεραίνεται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μειώνεται εξαιτίας της έλλειψης συνεχούς και ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής κάλυψης (integrated model).

Στην ανασκόπηση “Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review” των Lionis et al. (2009), επισημαίνεται εκτός από την ασυνέχεια στη φροντίδα λόγω ελλιπούς συστήματος καταγραφής και η περιορισμένη βιβλιογραφία σχετικά με την ΠΦΥ στη χώρα μας, ιδίως για το ρόλο του νοσηλευτή σε αυτή και την ποιοτική και ποσοτική καταγραφή της αποδοτικότητας του συστήματος

Η έρευνα “Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers” των Smirnakis et al. (2013) ανέδειξε την αδυναμία στην εκπαίδευση των φοιτητών και αγροτικών γιατρών στην ολιστική ΠΦΥ στα Κέντρα Υγείας καθώς αναπαράγεται το υπάρχων στρεβλό μοντέλο δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο.

Στην έρευνα “Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study” του Sbarouni (2012) παρουσιάζεται η άποψη γενικών γιατρών από 21 κέντρα υγείας της Ηπείρου και της Κρήτης για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Εκτός από την έλλειψη προσωπικού και υποδομών σημαντική θεωρούν και άγνοια του κόσμου για τον ρόλο των γενικών γιατρών, η έλλειψη περιγραφής θέσης και καθηκόντων των γενικών γιατρών και λοιπού προσωπικού, η ανεπαρκής εκπαίδευση.

Στη μελέτη “Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study)” των Lionis et al (2017) καταγράφηκε η γνώμη 1964 ασθενών από τη λίστα 220 Γενικών Γιατρών ( του ΕΣΥ και ιδιώτες) για τις παρεχόμενες υπηρεσίες . Αν και η γενική εντύπωση υπήρξε θετική εντοπίστηκαν προβλήματα λόγω της αναμονής για ραντεβού, δυσκολίες στην πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό ,σε θέματα πρόληψης και στη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων.

Στη μελέτη “Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile” της Markaki A. et al (2006), στην προσπάθεια σκιαγράφησης του προφίλ των νοσηλευτών της ΠΦΥ στην Κρήτη ,εκτός από τις ελλείψεις σε προσωπικό, οι ίδιοι οι νοσηλευτές θεωρούν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους επαρκείς, δεν αναγνωρίζουν διαφορές στην εκτέλεση καθηκόντων ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο, δηλώνουν έντονη

επιθυμία για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και αναφέρουν υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση όσο αφορά στην επαφή με τον κόσμο και την αναγνώριση της προσφοράς τους , αλλά χαμηλή στις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και στην υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον.

#### **1.4.4 Συμπεράσματα**

Η ποσοτική και ποιοτική παρουσίαση της ΠΦΥ στην Ελλάδα αναδεικνύει αυτό που το σύνολο του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας αναγνωρίζουμε και συζητάμε: το μεγάλο έλλειμμα της ΠΦΥ στη χώρα μας. Μέρος του προβλήματος και ταυτόχρονα σημαντικός παράγοντας επίλυσής του είναι η ενίσχυση και σωστή αξιοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού της ΠΦΥ , μέσα από σωστή εκπαίδευση ώστε να διευρύνει το ρόλο του και να επεκτείνει τα καθήκοντά του.

# Κεφάλαιο 2

## Μεθοδολογία της έρευνας

### 2.1 Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας

Το 2020 ανακηρύχτηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «Διεθνές Έτος Νοσηλευτών και Μαιών» τιμώντας τόσο την επέτειο των 200 χρόνων από τη γέννηση της Φλόρενς Νάιτινγκεϊλ, όσο και τους επαγγελματίες που προσφέρουν εν παντί τόπω ένα ευρύ φάσμα βασικών και ουσιαστικών υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα ωστόσο δυστυχώς το νοσηλευτικό επάγγελμα ακόμα υπολείπεται τόσο σε αναγνώριση και αποδοχή όσο και σε εύρος κατοχυρωμένων δικαιωμάτων και καθηκόντων.

Υπό το πρίσμα της οικονομικής δυσπραγίας και των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων, ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του νοσηλευτή γενικά είναι ένα ζήτημα που αξίζει να διερευνηθεί προκειμένου να διατηρηθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών με λιγότερο κόστος.

Ειδικά στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, παρά την πληθώρα μεταρρυθμίσεων αναγνωρίζονται σημαντικές αδυναμίες όπως:

1. Κατακερματισμός υπηρεσιών, έλλειψη σημείου πρώτης επαφής και παραπομπής και συνέχειας στη φροντίδα (Economou C. 2010)
2. Ανεπαρκής οργάνωση και στελέχωση (Lionis C. 2010)
3. Περιορισμένος προσυμπτωματικός και προληπτικός έλεγχος (Coranitsanou P. 2015).
4. Αδυναμίες στην αντιμετώπιση και διαχείριση των χρονίως πασχόντων (Oikonomou N. 2011)

5. Ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στις επιμέρους δομές υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία) και ανά περιφέρεια, με τις σοβαρότερες ελλείψεις να παρουσιάζονται στις αγροτικές, ημιαστικές και νησιωτικές περιοχές, σύμφωνα με τον Άτλαντα Υγείας του 2019.
6. Αναντιστοιχία των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και της κατανομής του υγειονομικού προσωπικού στις διάφορες ειδικότητες, όπως περιγράφηκε στην παρουσίαση του προσωπικού ΠΦΥ.
7. Υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών λόγω της αναμονής για ραντεβού, μειωμένου προσυμπτωματικού και προληπτικού ελέγχου, ασυνέχεια της φροντίδας.(Lionis 2017). Γενικά το ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών υγείας στην Ελλάδα λόγω αδυναμιών πρόσβασης από 2.8% το 2010 αυξήθηκαν σε 4.5 % το 2015 (Filippidis FT,2017).

Αν και η αναλογία γιατρών/νοσηλευτών απέχει πολύ από το μέσο όρο της ΕΕ και των χωρών του ΟΟΣΑ εις βάρος των νοσηλευτών (3,2 έναντι 8,4 ανά 1.000 κατοίκους ) (WHO 2015α) το μέσο αυτό ίσως θα μπορούσε να αποτελέσει μια απάντηση στην αδυναμία κάλυψης των υγειονομικών αναγκών ιδίως στην ΠΦΥ. Μάλιστα, το έλλειμμα των γενικών-οικογενειακών γιατρών που απαιτούνται για να καλυφθεί ο πληθυσμός φαίνεται να θέτει σε κίνδυνο την πρόσφατη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ στη χώρα μας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών μέτρησης της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων σε άλλες χώρες (Claudia B 2016) μολονότι δεν επιβεβαιώνεται μείωση του κόστους των υπηρεσιών, εντούτοις οι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές φαίνεται να παρέχουν την ίδια ή και καλύτερη ποιότητα φροντίδας και εκβάσεις, με τους γιατρούς και μάλιστα επιτυγχάνουν βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών σε μονάδες ΠΦΥ, μια διάσταση που αξίζει να διερευνηθεί και στην Ελλάδα.

Ωστόσο προηγούμενη προσπάθεια διεύρυνσης των νοσηλευτικών καθηκόντων με υπουργική απόφαση το 2015 (ΦΕΚ 79 19/1/2015) έπεσε στο κενό , καθώς έπειτα από πιέσεις νοσηλευτικών και ιατρικών ενώσεων η απόφαση αποσύρθηκε εντός λίγων ημερών (Μελά Ρ. 2015), αποδεικνύοντας ότι όταν μεγάλες αλλαγές επιχειρούνται ξαφνικά χωρίς την κατάλληλη προετοιμασία είναι πιθανό να οδηγηθούν σε αποτυχία. (McKenna H. 2008)

Η αναζήτηση επομένως των παραμέτρων που επηρεάζουν την αποδοχή και άρα και την επιτυχία ενός τέτοιου μέτρου αξίζουν να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης, προκειμένου να διευκολυνθεί μια διαδικασία εφαρμογής του στο μέλλον.

Κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διπλωματικής μεταβλήθηκε μια σημαντική παράμετρος που θεωρήθηκε καθοριστική στην ανάκληση της απόφασης το 2015, η έλλειψη νοσηλευτών ΠΕ οι οποίοι θα αναλάμβαναν αρχικά τους διευρυμένους ρόλους. (Λουραντάκη Ι. 2017). Με το νόμο 4610/2019 που δημοσιεύτηκε στις 7/5/2019 τα πρώην ΑΤΕΙ νοσηλευτικής, όπως και άλλες σχολές, γίνονται πανεπιστήμια, γεγονός που συνεπάγεται σημαντική μελλοντική αύξηση των πανεπιστημιακών νοσηλευτών, ικανή να υποστηρίξει αριθμητικά τους διευρυμένους ρόλους.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση του θέματος στην ελληνική επικράτεια αποκάλυψε ένα κενό καθώς οι μόνες μελέτες που αναδύθηκαν δεν αφορούσαν αποκλειστικά την ΠΦΥ και καμία από αυτές δεν ήταν ποιοτική.

## **2.2 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η διερεύνηση των γνώσεων εργαζόμενων σε μονάδες ΠΦΥ αλλά και άλλων σημαντικών stakeholders του χώρου, όπως το εκπαιδευτικό προσωπικό Ακαδημαϊκών Ιδρυμάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, σχετικά με το ρόλο των νοσηλευτών στην ΠΦΥ και το ενδεχόμενο της διεύρυνσής του.

Η έρευνα αφορά στην κατανόηση σε βάθος των στάσεων, αντιλήψεων και κινήτρων τους, που επηρεάζονται σαφώς από τις ιδιαιτερότητες του ΕΣΥ, της οργάνωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα και του νοσηλευτικού εκπαιδευτικού συστήματος και υγειονομικού Ελληνικού κατεστημένου. Αναζητείται απάντηση στο «γιατί» τηρούν θετική ή αρνητική στάση απέναντι στο διακύβευμα και στο «πώς» και κάτω από «ποιές» προϋποθέσεις μπορεί ένα τέτοιο εγχείρημα να στεφθεί με επιτυχία. Μέσα από τις συνεντεύξεις θα αναζητηθούν οι πιθανές αιτίες αντιδράσεων ή υποστήριξης της εφαρμογή μιας τέτοιας ρύθμισης και άλλες χρήσιμες πληροφορίες, καθοριστικές για έναν επιτυχημένο σχεδιασμό μιας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Η ανίχνευση των μοχλών που θα χρειαστεί να κινητοποιηθούν, των διεργασιών που πρέπει να προηγηθούν και των κινήτρων που θα επιλεγτούν να υιοθετηθούν είναι καθοριστικής σημασίας για την εξασφάλιση της μέγιστης αποδοχής για μια ομαλή μετάβαση και μια επιτυχημένη πολιτική αλλαγής.

## **2.3 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα**

1. Ποιοι είναι οι ρόλοι των νοσηλευτών στις δομές ΠΦΥ;
2. Ποιοι είναι οι διευρυμένοι ρόλοι τους σε αυτές;

3. Ποια η στάση τους απέναντι στους νέους διευρυμένους ρόλους;
4. Τι πιστεύουν ότι θα βοηθούσε στην ανάληψη αυτών των νέων ρόλων από τους νοσηλευτές;
5. Τι πιστεύουν ότι θα δυσκόλευε την ανάληψή τους;

## 2.4 Μέθοδος παράγωγης δεδομένων

Επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις ανοιχτού τύπου, με νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και γιατρούς εργαζόμενους σε δομές ΠΦΥ του νομού Χανίων καθώς και καθηγητές της Νοσηλευτικής Σχολής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (πρώην ΑΤΕΙ Κρήτης).

Πέρα από τις ανοιχτές ερωτήσεις τέθηκαν και ερωτήσεις για τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη υπηρεσίας συνολικά και ειδικά στην ΠΦΥ.

Λόγω της πανδημίας Covid 19 και των ειδικών συνθηκών που επιβλήθηκαν (Κλείσιμο των Πανεπιστημιακών Σχολών και εξ αποστάσεως εκπαίδευση και απαγόρευση μετακίνησης από Νομό σε Νομό) οι συνεντεύξεις με τα μέλη ΔΕΠ της Νοσηλευτικής Σχολής του Μεσογειακού Πανεπιστημίου πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικά.

## 2.5 Επιλογή δείγματος

Από τις δειγματοληπτικές στρατηγικές που αναφέρονται στη βιβλιογραφία (Γαλάνη Π., 2017) επιλέχθηκε η Δειγματοληψία τυπικής περίπτωσης βάση της οποίας τα άτομα που θα συμμετέχουν αφορούν "τυπικές" περιπτώσεις υπό την έννοια ότι ανταποκρίνονται στο μέσο όρο. Ως προς τα χαρακτηριστικά που αφορούν την έρευνα : νοσηλευτές ΠΕ & ΤΕ και γιατροί που υπηρετούν σε κάποια δημόσια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Προκειμένου να ενισχυθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος εντάχθηκαν σε αυτό εργαζόμενοι σε Κέντρα Υγείας, Πολυδύναμα Ιατρεία (Πρώην ΠΕΔΥ), ομάδες Τ.ΜΟ.Υ. Οι Δομές που συμπεριλήφθηκαν τελικά στην έρευνα ήταν το ΚΥ Κισσάμου, το ΚΥ Βάμου, το ΚΥ Χανίων (πρώην ΠΕΔΥ) και οι ομάδες Τ.ΜΟ.Υ 1 και 2 Χανίων. Από τα σημεία παροχής ΠΦ εξαιρέθηκαν τα Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων και οι ιδιώτες γιατροί με σύμβαση ή χωρίς καθώς εμπίπτουν σε άλλη κατηγορία από τη μελετώμενη και ως εκ τούτου απαιτείται μεγαλύτερο δείγμα για την εξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων προϋπόθεση που υπερβαίνει την παρούσα διατριβή.

Την ανάγκη ενσωμάτωσης στο δείγμα εκπροσώπων του εκπαιδευτικού προσωπικού από το ΤΕΙ Κρήτης (Τμήμα Νοσηλευτικής) σημερινό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο και την

Ιατρική Σχολή Κρήτης, υπαγόρευσε η εκτενής αναφορά στη βιβλιογραφία του εκπαιδευτικού υπόβαθρου των νοσηλευτών σε διευρυμένους λόγους. Άλλωστε αυτό αποτέλεσε και το βασικό επιχείρημα όσων εναντιώθηκαν στη Υπ. Απόφαση του 2015 σχετικά με τη διεύρυνση των νοσηλευτικών δικαιωμάτων στην Ελλάδα και οδήγησε στην αναίρεσή της.

### **Το μέγεθος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 13 συμμετέχοντες, εκ των οποίων έξι ήταν νοσηλεύτες, τέσσερις γιατροί και τρεις καθηγητές του Μεσογειακού Πανεπιστημίου (Τμήμα Νοσηλευτικής)

Από τους νοσηλεύτες τρεις ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και τρεις απόφοιτοι ΤΕΙ. Δύο νοσηλεύτες διέθεταν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και ένας παρακολουθούσε στο διάστημα που εξελισσόταν η έρευνα. Τέσσερις ήταν γυναίκες και δύο άντρες. Τα έτη υπηρεσίας κυμαίνονταν από τρία έως τριάντα ένα με μέσο όρο τα 9.5 έτη (στη μεγάλη πλειοψηφία τους στην ΠΦΥ). Η ηλικία κυμαίνονταν από 25 έως 54 με μέσο όρο τα 40,5 έτη.

Από τους γιατρούς δύο ήταν άνδρες και δύο γυναίκες, όλοι με ειδικότητα παθολογίας-γενικής ιατρικής. Τα έτη υπηρεσίας στην ΠΦΥ κυμαίνονταν από τρία έως είκοσι τρία, με μέσο όρο τα 11.5 έτη. Η ηλικία κυμαίνονταν από 35 έως 63 έτη με μέσο όρο τα 48 έτη.

Οι καθηγητές ήταν όλοι άντρες ηλικίας 45-49 ετών (μέσος όρος 46.7 έτη). Η ακαδημαϊκή εμπειρία κυμαίνονταν από 12 έως 14 έτη (μέσος όρος 12.7 έτη), και η κλινική εμπειρία από 6-8 έτη (μέσος όρος 7,3 έτη).

## **2.6 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας**

Για τη διεξαγωγή της έρευνας στις δομές της ΠΦΥ του νομού Χανίων εγκρίθηκε ειδική επιστημονική άδεια με αριθμό Πρωτοκόλλου 55682/1-12-20 από την 7<sup>η</sup> ΥΠΕ κατόπιν σχετικής αιτήσεως. Το σχετικό έγγραφο επισυνάπτεται στο Παράρτημα 2.

Σε όλους τους συμμετέχοντες πριν την έναρξη της συνέντευξης δόθηκε ένα ενημερωτικό σημείωμα σχετικά με το background του θέματος καθώς και μια φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης (informed consent) όπου αναγράφεται ο λόγος διεξαγωγής της έρευνας, ο σκοπός και η διαδικασία που θα ακολουθηθεί, καθώς και το διακαίωμά τους να αποσυρθούν από αυτή ανά πάσα στιγμή.



Σύμφωνα με το νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων και το σεβασμό της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας στην έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν συμβολικές ονομασίες (για παράδειγμα N –για τους νοσηλευτές και αρίθμηση) και αποκρύφθηκαν στοιχεία που πιθανώς αποκαλύπτουν την ταυτότητά των συμμετεχόντων.

Το ενημερωτικό σημείωμα που δόθηκε στους συνεντευξιαζόμενους καθώς και το Έντυπο Δήλωσης Συγκατάθεσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα 1 στο τέλος της Διατριβής.

## **2.7 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων**

Επιλέχθηκε η θεματική ανάλυση που είναι και η επικρατέστερη στην ανάλυση γραπτού κειμένου προερχόμενου από συνεντεύξεις, και η ανοικτή κωδικοποίηση χωρίς τη χρήση κάποιου λογισμικού προγράμματος.

## **2.8 Έλεγχος εγκυρότητας**

Ασφαλής και ενδεδειγμένος έλεγχος εγκυρότητας στην ποιοτική μελέτη δεν υπάρχει σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Τόσο ο έλεγχος από τους συμμετέχοντες όσο και από ανεξάρτητο ερευνητή αμφισβητούνται αμφότεροι καθώς κάθε ερευνητής μπορεί να ερμηνεύσει με διαφορετικό τρόπο τα δεδομένα και είναι αδύνατο να συγκριθεί η εγκυρότητα διαφορετικών ερμηνειών από διαφορετικούς ερευνητές.(Γαλάνης 2018). Κατά την ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε συνεχής σύγκριση και επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων για την ανάδειξη και των πλέον απόκρυφων κωδικοποιήσεων και θεμάτων.

Επιπλέον πραγματοποιήθηκε στην αρχή της έρευνας μια πιλοτική συνέντευξη η οποία δεν συμπεριλήφθηκε στη δεδομένα, προκειμένου να υπάρξει εξοικείωση του ερευνητή με το θέμα και τη διαδικασία.

# Κεφάλαιο 3

## Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

### 3.1 Μεθοδολογία PICOS και Διάγραμμα ροής

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στο Medline μέσω του Pubmed. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν : nurs\* (η οποία αναζητούνταν υποχρεωτικά να περιλαμβάνεται στον τίτλο ή την περίληψη), role expansion, primary care Το αποτέλεσμα της αναζήτησης ήταν 132 άρθρα. Έπειτα από την εφαρμογή κριτηρίων αποκλεισμού στο Pubmed ,της αγγλικής και ελληνικής γλώσσας, της απουσίας πλήρους κειμένου (full text) και του χρονικού περιορισμού εικοσαετίας (από το 2000 έως το 2020, ώστε να εντοπιστούν οι πιο σύγχρονες εξελίξεις του θέματος) προέκυψαν 63 άρθρα . Από τον έλεγχο των περιλήψεων εξαιρέθηκαν αναφορές σε τομείς εκτός της πρωτοβάθμιας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας καθώς και σε άλλες κατηγορίες παρόχων περίθαλψης πλην των πτυχιούχων νοσηλευτών, όπως μαιών, φαρμακοποιών κλπ. , με αποτέλεσμα τον περιορισμό των άρθρων στα 55. Έπειτα από την πλήρη ανάγνωση αυτών καταλήξαμε σε 15 διεθνείς δημοσιεύσεις με βάση τη μεθοδολογία PICOS-Population-Intervention-Comparator-Outcome-Settings, όπως παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 8. Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν και 8 μελέτες που προέκυψαν από τη βιβλιογραφία εξεχουσών μελετών επί του θέματος και την παρακολούθηση σχετικής βιβλιογραφίας μελετών που

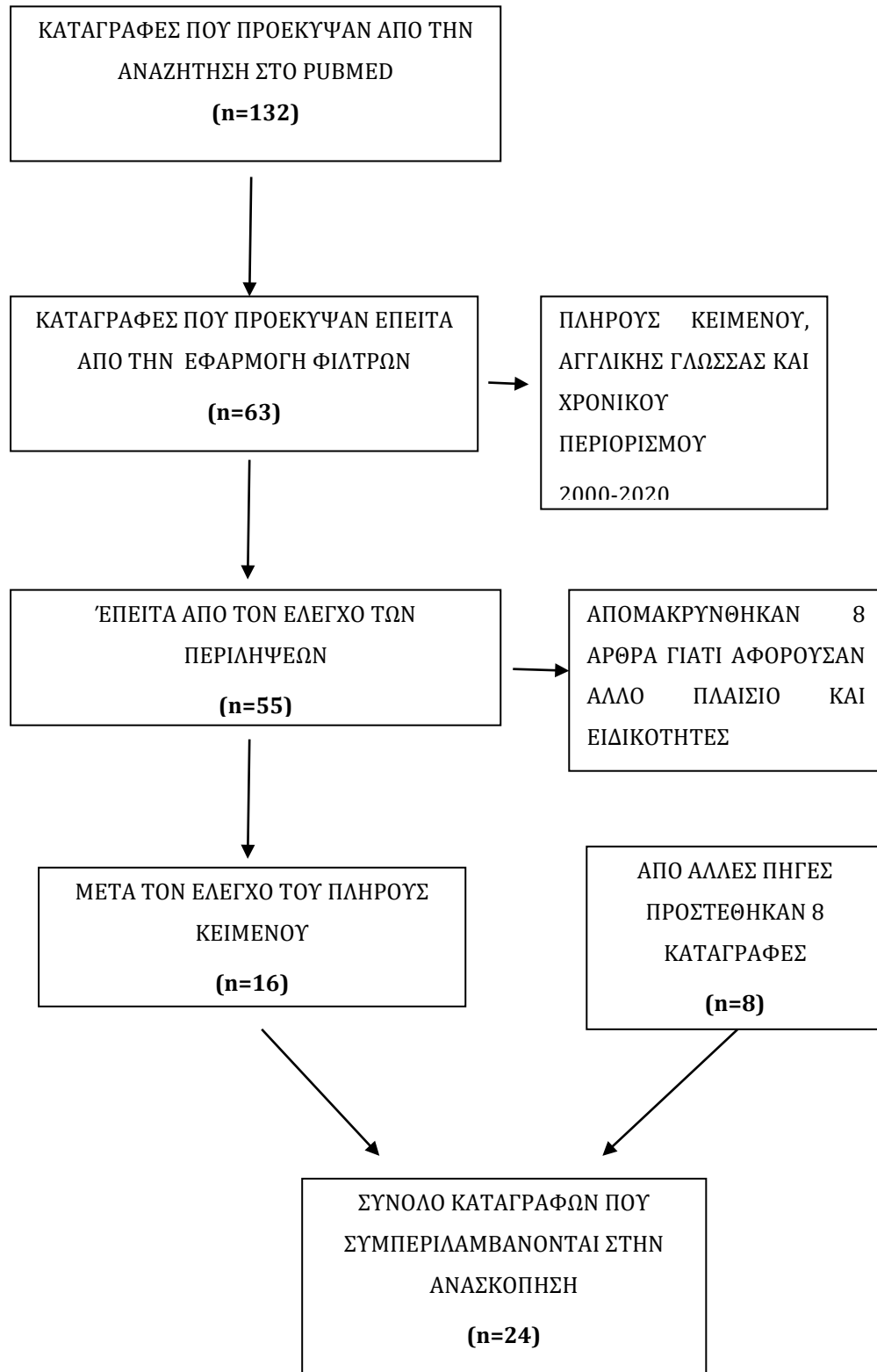
συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση, που κρίθηκε ότι προσθέτουν στην ολοκλήρωση αυτής. Το σύνολο των αναφορών διαμορφώθηκε σε 24, όπως παρουσιάζεται στο διάγραμμα ροής.

Στο σύνολο των ερευνών της ανασκόπησης περιλαμβάνονται τρεις ποσοτικές και επτά ποιοτικές και δύο συνδυαστικές ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες, επτά βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, μία κλινική δοκιμή, δύο συγκριτικές μελέτες και μία μετά-ανάλυση.

Πίνακας 8. Παρουσίαση της μεθοδολογίας PICOS.

<b>Population-πληθυσμός</b>	Νοσηλευτές που εργάζονται στην ΠΦΥ
<b>Intervention-παρέμβαση</b>	Με διευρυμένους ρόλους όπως η συνταγογράφηση, η παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, η διαβούλευση, η πρόληψη και προαγωγή της υγείας
<b>Comparator-συγκρινόμενος προσδιοριστής</b>	Σε σύγκριση με τα συνήθη περιορισμένα καθήκοντα
<b>Outcome-αποτελέσματα</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. παρουσίαση απόψεων και στάσεων γιατρών και νοσηλευτών</li> <li>2. παρουσίαση της αποτελεσματικότητας των διευρυμένων καθηκόντων</li> <li>3. παρουσίαση κινήτρων εφαρμογής και ανασταλτικών και διαμεσολαβητικών παραγόντων</li> </ol>
<b>Settings-πεδίο εφαρμογής</b>	Δομές ΠΦΥ εκτός της Ψυχικής Υγείας, των Επειγόντων περιστατικών, του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και των πεδίων μαχών.

Διάγραμμα ροής αναζήτησης και επιλογής μελετών που συμπεριλαμβάνονται στη συστηματική ανασκόπηση



## 3.2 Ελληνική βιβλιογραφία

Σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία η αναζήτηση ελληνικών ερευνών για την αποδοχή των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων αποδείχτηκε ιδιαίτερα φτωχή όχι μόνο στο πεδίο της ΠΦΥ αλλά και γενικότερα.

Μία ελληνική έρευνα (Σκρουμπέλος και συν., 2012) με τη μεθόδου του expert panel, που έγινε με σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις μιας ομάδας 20 εμπειρογνομόνων, διακεκριμένων επαγγελματικά και ακαδημαϊκά στον τομέα της υγείας, για τα προβλήματα του νοσηλευτικού προσωπικού και το ζήτημα του επαναπροσδιορισμού του ρόλου του ενόψει των σημερινών και μελλοντικών προκλήσεων, έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

1. Αναφορικά με το ζήτημα επαναπροσδιορισμού του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και την ανάγκη ανακαταμερισμού της εργασίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών η απόλυτη πλειοψηφία (100%) των ερωτηθέντων απάντησε θετικά
2. Αναφορικά με το ρόλο των νοσηλευτών, ένα υψηλό ποσοστό της τάξεως του 80% θεώρησε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να εμπλέκεται σε όλους τους τομείς (συνταγογράφηση, πρόληψη, διαχείριση χρονίως πασχόντων και ανάγνωση και ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων) που τους παρατέθηκαν με ένα 15% των συμμετεχόντων στο panel να δίνει έμφαση στον τομέα της πρόληψης (αγωγή και προαγωγή της υγείας, οδηγίες προς ασθενείς, οδηγίες για αυτοεκπαίδευση τόσο ασθενών όσο και συγγενών, διαχείριση εγκεκριμένων πρωτοκόλλων προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμοί).

Σε μία άλλη ποσοτική έρευνα (Λουραντάκη Ι. 2015) αποδοχής των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων από τους νοσηλευτές, τους γιατρούς και τους ασθενείς σε νοσοκομειακό περιβάλλον βρέθηκε ότι οι στάσεις των ασθενών ήταν πιο θετικές σε όλες τις πτυχές της συνταγογράφησης από τους νοσηλευτές (φαρμακευτική, Υγειονομικού υλικού και παραπομπής εξετάσεων), σε σχέση με τις στάσεις των νοσηλευτών και των γιατρών. Η γενική αποδοχή των γιατρών, των νοσηλευτών και των ασθενών για τους διευρυμένους ρόλους των νοσηλευτών ήταν ουδέτερη έως μέτρια θετική.

Πιο αναλυτικά το 45,36% των νοσηλευτών και το 42,16% των γιατρών συμφωνούν ότι οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να συνταγογραφούν νέα φάρμακα αλλά να έχουν μόνο δικαιοδοσία αλλαγής της ώρας ή/και της δοσολογίας μίας συγκεκριμένης

φαρμακευτικής αγωγής που χορηγήθηκε με ιατρική οδηγία. Σχετικά με το υγειονομικό υλικό, τις παρακλινικές εξετάσεις και τις παραπομπές σε γιατρούς το 45,09% των νοσηλευτών και το 56,07% των γιατρών συμφωνούν ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να συνταγογραφούν μόνο το υγειονομικό υλικό και όχι τα υπόλοιπα. Ωστόσο το 47,54% των νοσηλευτών και το 39,25% των γιατρών απάντησε ότι με τη συνταγογράφηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές οι ασθενείς θα έχουν ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση στα φάρμακα.

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στα παραδοσιακά ιατρικά καθήκοντα (λήψη ιστορικού, αξιολόγηση συμπτωμάτων, διάγνωση, κλινική εξέταση, παραγγελία και ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων, εισαγωγή για νοσηλεία), βρέθηκε ότι ήταν αποδεκτή από το 20% των νοσηλευτών και το 21% των γιατρών. Τα τεχνικά καθήκοντα, όπως η αιμοληψία, η διενέργεια καρδιογραφήματος και ο εμβολιασμός είναι αποδεκτά από το 35% των νοσηλευτών και το 30% των γιατρών, ενώ προέκυψε ισοδυναμία στα εξειδικευμένα καθήκοντα, όπως μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και λήψη τεστ ΠΑΠ, της τάξεως του 20%. Μια κοινά αποδεκτή περιοχή ήταν η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας. Το 26% των νοσηλευτών αποδέχεται ότι η πρακτική του έχει ήδη διευρυνθεί, ενώ το 32% των γιατρών έχει ακριβώς την αντίθετη άποψη. Επίσης διαφορές στην αποδοχή προέκυψαν και για τον μελλοντικό ρόλο όπου το 31% των νοσηλευτών ενδιαφέρεται να διευρύνει το ρόλο του, ενώ αντίθετα το 36% των γιατρών συμφωνεί ότι δεν πρέπει να επεκταθεί η νοσηλευτική σε ιατρικές πτυχές στη φροντίδα υγείας. Το 25% των νοσηλευτών και το 20% των γιατρών συμφωνεί ότι οι διευρυμένοι ρόλοι των νοσηλευτών θα έχουν αντίκτυπο στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, στο κόστος και στο υγειονομικό σύστημα. Τέλος το 31% των νοσηλευτών και το 39% των γιατρών συμφωνεί με τις οργανωτικές προϋποθέσεις για την υλοποίηση όπως η αξιολόγηση, η συμμετοχή στην εκπαίδευση νοσηλευτών και γιατρών, η εισαγωγή υποχρεωτικού προγράμματος ΣΕ νοσηλευτών, η διαρκής ενημέρωση για τις τρέχουσες τάσεις και πρακτικές στον τομέα της νοσηλείας, η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων για τη βελτίωση της ποιότητας.

### **3.3 Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία**

Στην πλούσια ξενόγλωσση βιβλιογραφία εντοπίστηκαν έρευνες που πραγματεύονται με ποικίλες μεθοδολογικές προσεγγίσεις όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή του Κεφαλαίου τα ερωτήματα της παρούσας μελέτης.

Σε αρκετές από τις έρευνες είναι φανερό πώς η αποδοχή των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων και η έκταση της εφαρμογής τους στην ΠΦΥ είναι συνάρτηση του χρόνου και κατά συνέπεια και της εξοικείωσης των εργαζόμενων. Συγκεκριμένα οι Mary Van Soeren et al (2004-5) στη ερευνητική τους μελέτη διαπίστωσαν ότι από τη δεκαετία του '90 στον Καναδά σημειώθηκε σημαντική διεύρυνση στον αριθμό απασχολούμενων, το είδος των Υγειονομικών μονάδων ΠΦ όπου προσφέρουν υπηρεσίες, την αποδοχή των γιατρών και την αναγνώριση της προσφοράς και στον αριθμό και το είδος των διευρυμένων πρακτικών. Ομοίως και οι Elizabeth J. Halcomb et al στη δεκαετή συγκριτική τους μελέτη κατέγραψαν βελτίωση της στάσης του ιατρικού προσωπικού στο θέμα της αποδοχής των νέων ρόλων. Οι Sarah Kooienga & Jill Wilkinson στη συστηματική ανασκόπησή τους σχετικά με την αποδοχή της Νοσηλευτικής Συνταγογράφησης διαπιστώνουν τη θετική στάση νοσηλευτών και γιατρών προκειμένου για τη βελτίωση της πρόσβασης και των εκβάσεων υγείας αλλά και τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Θετική καταγράφηκε η στάση των γιατρών και στη συνθετική ανάλυση 66 ποιοτικών μελετών που αφορούν παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων στην ΠΦΥ και τη μεταβίβαση ιατρικών καθηκόντων σε νοσηλευτές, των Karimi-Shahanjarini A et al,, εφόσον μειώνεται ο δικός τους φόρτος εργασίας. Τέλος στη μελέτη "Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study» των Maier C. και Aiken L. είναι εμφανές ότι οι χώρες όπου πρωτοεμφανίστηκαν οι διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι, παρουσιάζουν σήμερα και τη μεγαλύτερη έκταση εφαρμογής και χαιρούν μεγαλύτερης αποδοχής, έχοντας ενσωματωθεί στην καθημερινή πρακτική, έπειτα από την αντιμετώπιση των εμποδίων που ανέκυψαν.

Τα πεδία εφαρμογής των διευρυμένων ρόλων αφορούν τη νοσηλευτική συνταγογράφηση, τη νοσηλευτική διαβούλευση-επίσκεψη, την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, τη διάγνωση, τη συμβουλευτική, την πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Η έκταση και το περιεχόμενο των ρόλων ποικίλουν από χώρα σε χώρα ακόμα και από περιοχή σε περιοχή της ίδιας χώρας (Sarah Kooienga & Jill Wilkinson, 2016), (Toso BRGO et al, 2014), (E. Halcomba et al, 2004), (Lowen IMV et al 2014), (Keleher H., Parker R., 2011), (Poghosyan I. et al, 2011).

Αρκετές έρευνες έχουν ασχοληθεί με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των υπηρεσιών που παρέχονται από νοσηλευτές και γιατρούς, χωρίς να εντοπίζεται σημαντική διαφορά, ενώ η διαχείριση της κάθε επαγγελματικής ομάδας παρουσιάζει

πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Για παράδειγμα στη βιβλιογραφική ανασκόπηση του C. Rashid (2010) με την ανάληψη παραδοσιακά ιατρικών καθηκόντων από νοσηλευτές διαπιστώθηκε γρήγορη διεκπεραίωση ήπιων περιστατικών, αυξημένη ικανοποίηση ασθενών, εξοικονόμηση χρόνου γενικών γιατρών, μείωση του κόστους της επίσκεψης λόγω της μισθολογικής διαφοράς. Στη μελέτη ανάλυση της αναδιοργάνωσης της νοσηλευτικής πρακτικής ως καινοτόμας στρατηγικής βελτίωσης της πρόσβασης στην ΠΦΥ σε 6 Βασικές πολυτομεακές Μονάδες ΠΦΥ Δήμου της Νότιας Βραζιλίας των Lowen IMV et al ,(2014) η ποσοτική ανάλυση των ποσοτικών στοιχείων για τις νοσηλευτικές διαβουλεύσεις συγκριτικά με τα έτη πριν την αλλαγή αλλά και με άλλες παραδοσιακές Ομάδες ΠΦΥ του Δήμου, έδειξαν ότι υπήρξε σημαντική αύξηση που συνεπάγεται πιθανώς και βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες ΠΦ.

Στη μελέτη αξιολόγηση της επίδρασης της υποκατάστασης γιατρού-νοσηλευτή στην ΠΦ ως προς τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών, τη διαδικασία της περίθαλψης και τους υγειονομικούς πόρους συμπεριλαμβανομένου του κόστους, των Laurant M, et al (2005) τα αποτελέσματα των ασθενών αξιολογήθηκαν με βάση τη νοσηρότητα, θνησιμότητα, ικανοποίηση, συμμόρφωση και προτίμηση. Σε γενικές γραμμές, δεν βρέθηκαν αξιόλογες διαφορές μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών ως προς τα αποτελέσματα της υγείας των ασθενών, τη διαδικασία φροντίδας που ακολουθήθηκε ή τη χρήση πόρων και το κόστος. Η ικανοποίηση των ασθενών ήταν μεγαλύτερη στη φροντίδα από νοσηλευτές, οι οποίοι είχαν την τάση για διαβουλεύσεις μεγαλύτερης διάρκειας και επαναληπτικότητας και παροχής αυξημένης πληροφόρησης στους ασθενείς.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι κατάλληλα εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας ίσης ποιότητας με τους γιατρούς ΠΦ και με εξίσου καλά αποτελέσματα για τους ασθενείς αλλά η μείωση του φόρτου εργασίας των γιατρών και του κόστους εξαρτάται από το συγκεκριμένο πλαίσιο της περίθαλψης.

Το πλεονέκτημα της μισθολογικής διαφοράς γιατρών-νοσηλευτών μπορεί να εξουδετερώνεται από τη χαμηλότερη παραγωγικότητα των νοσηλευτών. Αντίστοιχα η μείωση του φόρτου εργασία των γιατρών που θα μπορούσε να επιφέρει η υποκατάσταση περιορίζεται είτε γιατί αυτή εφαρμόστηκε για να καλύψει τις ήδη ανικανοποίητες ανάγκες είτε γιατί δημιούργησε η ίδια ζήτηση για περίθαλψη που δεν υπήρχε προηγουμένως.



Η ίδια ομάδα σε συνέχεια της προηγούμενης έρευνας, το 2015-17, με βάση νέα στοιχεία καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα. Τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών δε φαίνεται να διαφέρουν στις δύο ομάδες, με μια ελαφριά μικρότερη αναλογία θανάτων στην περίπτωση της νοσηλευτικά καθοδηγούμενης φροντίδας που όμως δεν μπορεί να αποδοθεί απόλυτα στην ταυτότητα της καθοδήγησης. Μικρό προβάδισμα στην ικανοποίηση και στην ποιότητα ζωής δίνουν οι ασθενείς επίσης στη νοσηλευτική φροντίδα. Οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μεγαλύτερη διάρκεια στις συμβουλευτικές τους αλλά μεγαλύτερη πιθανότητα συνέπειας στις επανεξετάσεις. Ελάχιστη ή καθόλου διαφοροποίηση καταγράφεται στην ποσότητα διαγνωστικών εξετάσεων και χρήσης άλλων υπηρεσιών. Αδιευκρίνιστη είναι η διαφορά στην ποσότητα της πληροφόρησης των ασθενών, της συμμόρφωσης με πρωτόκολλα και του κόστους της φροντίδας.

Οι Marie-Laure Delamair & Gaétan Lafortune, (2010) στην ανασκόπηση της εξέλιξης της επέκτασης του ρόλου των νοσηλευτών ειδικά στην ΠΦΥ και εκτίμησης της επίδρασής της στην φροντίδα των ασθενών και το κόστος, σε 12 χώρες (Αυστραλία, Βέλγιο, Καναδά, Κύπρο, Τσεχία, Φιλανδία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιαπωνία, Πολωνία, Υν. Βασίλειο και Η.Π.Α.) κατέληξαν ότι ένα τέτοιο μοντέλο βελτιώνει τους χρόνους αναμονής και την πρόσβαση των υπηρεσιών ΠΦ, ενώ για μια σειρά ασθενών (για παράδειγμα εκείνων που έχουν ανάγκη συχνού follow-up) η παρεχόμενες υπηρεσίες από νοσηλευτές θεωρούνται εφάμιλλες ποιοτικά με των γιατρών. Επίσης κρίθηκε υψηλή η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική παρακολούθηση κυρίως εξαιτίας της αυξημένης διάρκειας των διαβουλεύσεων και της λεπτομερούς ενημέρωσης. Ως προς το κόστος βρέθηκε ότι στην περίπτωση που αφορά υποκατάσταση ρόλων λόγω των συγκριτικά χαμηλότερων μισθολογικών νοσηλευτικών αποδοχών, η επίδραση είναι θετική (υποχώρηση του κόστους) ή ουδέτερη. Το ισοζύγιο εξισορροπείται εξαιτίας της αύξησης της διάρκειας διαβούλευσης ή της αύξησης διαγνωστικών τεστ. Στην περίπτωση που οι νέοι ρόλοι αφορούν συμπληρωματικά νοσηλευτικά καθήκοντα, το κόστος σε μερικές έρευνες παρουσιάζεται αυξημένο.

Τέλος στην τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή των Dierick-van Daele AT et al (2009) με στόχο την αξιολόγηση της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων της φροντίδας που παρέχεται από γενικούς γιατρούς και εξειδικευμένους κοινοτικούς νοσηλευτές σε ασθενείς με κοινά προβλήματα στην πρώτη επαφή δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά στην ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας των δύο ομάδων στην κατανάλωση πόρων και τη συμμόρφωση με τις κλινικές οδηγίες. Οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης (νοσηλευτική παρακολούθηση) προσκλήθηκαν συχνότερα για

επανεκτίμηση , είχαν περισσότερες διαβουλεύσεις παρακολούθησης και οι διαβουλεύσεις τους χρειάστηκαν στατιστικά σημαντικά περισσότερο χρόνο. Τα παραπάνω ευρήματα δικαιολογήθηκαν εν μέρει λόγω της απειρίας των Κοινοτικών νοσηλευτών στην έρευνα αφού είχαν αποφοιτήσει από το πρόγραμμα εκπαίδευσης μόλις 2 μήνες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, ενώ οι γενικοί γιατροί με τους οποίους συγκρίθηκαν είχαν κλινική εμπειρία μέσω όρο 16 έτη.

Ως εμπόδια και ανασταλτικοί παράγοντες στην εφαρμογή των διευρυμένων ρόλων αναγνωρίζονται κατά κύριο λόγο:

- Οι νομοθετικοί περιορισμοί ή η έλλειψη σαφούς νομοθετικού πλαισίου (M. Van Soeren et al, 2009), (L. Poghosyan ,2012), (L. Poghosyan et al ,2011), ( L. MacKenna et al ,2012), (A. J. Dawson et al 2015)
- Η ευκρίνεια του ρόλου και η μη κατανόηση του πεδίου εφαρμογής των νέων ρόλων-απουσία περιγραφής θέσης (E.J. Halcomb et al 2010), (L. Poghosyan et al ,2011), (A. Kamiri-Shahajarinini et al ,2019), (A. Kamiri-Shahajarinini et al ,2019)
- Η έλλειψη διεπιστημονικής συμφωνίας, συνεργασίας, ομαδικότητας και αποδοχής (K.F. Giannitrapani ,2016), (E.J. Halcomb et al, 2010 ), (L. MacKenna et al ,2012), (A. J. Dawson et al 2015)
- Η έλλειψη πόρων (χρόνου, προσωπικού, χώρου, φόρτος εργασίας, υποδομών, Η/Υ) και χρηματοδότησης (K.F. Giannitrapani ,2016) (E.J. Halcomb et al ,2004), ( L. MacKenna et al ,2012), (A. J. Dawson et al 2015), ),(H. Keleher , R. Parker 2011), (L. Poghosyan et al ,2011), (A. Kamiri-Shahajarinini et al ,2019)
- Εκπαιδευτικές αδυναμίες και έλλειψη γνώσεων (K.F. Giannitrapani ,2016) (M. Flinter et al ,2017), (E.J. Halcomb et al 2005), ( L. MacKenna et al ,2012), (A. J. Dawson et al 2015), (T. Bodenheimer et al , 2015),(H. Keleher , R. Parker 2011)

Παράγοντες που διευκόλυναν την εφαρμογή ή έδρασαν ως κίνητρα για τους νοσηλευτές στην παρακίνηση ανάληψης διευρυμένων ρόλων αναγνωρίστηκαν οι παρακάτω:

1. Η δυνατότητα πρόσθετης, κατάλληλης εκπαίδευσης σε δεξιότητες και πρακτικές της ΠΦΥ και η διευκόλυνση της πρόσβασης σε προγράμματα κατάρτισης όχι μόνο προπτυχιακά αλλά και συνεχιζόμενης δια βίου μάθησης (M. Van Soeren et al, 2009), (M. Flinter et al ,2017), ( L. MacKenna et al ,2012),

(T. Bodenheimer et al , 2015), (Woo BFY et al, 2018), (Delamaire ML-Lafortune G., 2010)

2. Η παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο χώρο της εργασίας και κλίματος συνεργασίας, η καλή επικοινωνία και αλληλεπίδραση της ομάδας (L. MacKenna et al, 2012), (A. J. Dawson et al 2015) παράλληλα με τη στήριξη από σωματεία και ενώσεις των εμπλεκόμενων μερών (Woo BFY et al, 2018) καθώς και η παρουσία έμπειρων καθοδηγητών (Karimi-Shahanjarini A.,2019).
3. Οι Lowen IMV et al (2014)& Bodenheimer T. et al (2015) αναφέρουν τις κοινές συμβουλευτικές γιατρών-νοσηλευτών, με τους γιατρούς σε ρόλο επιβλέποντα ως μέτρο υποστήριξης, με τον τελευταίο να προσθέτει και τη χρήση πρωτοκόλλων και αλγοριθμικών διαδικασιών ως διευκόλυνση και ενίσχυση στη λήψη αποφάσεων από τους νοσηλευτές.
4. Ως κίνητρα των νοσηλευτών στην ανάληψη διευρυμένων ρόλων αναφέρονται η αύξηση της ικανοποίησης και της αναγνώρισης που λαμβάνουν από την εργασία τους (Toso BRGO, 2014) , η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και των εργασιακών προοπτικών εξέλιξης αλλά και των οικονομικών απολαβών τους (A. J. Dawson et al 2015), (Karimi-Shahanjarini A., 2019).

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα και συμπεράσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω συγκεντρωτικό πίνακα των επιλεγμένων μελετών.

	ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ, ΕΤΟΣ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ,ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1	Mary van Soeren, et al, 2009 ΚΑΝΑΔΑΣ-ΟΝΤΑΡΙΟ Ερευνητική- συμπλήρωση ερωτηματολογίου 2004-2005	The Primary Healthcare Nurse Practitioner in Ontario: A Workforce Study	Η μελέτη της εξέλιξης του ρολού του nurse practitioner <sup>5</sup> , του εύρους απασχόλησης και του προφίλ πρακτικής άσκησης στην ΠΦΥ	Από τη δεκαετία του '90 που ο ρόλος του NP στην ΠΦΥ ενισχύθηκε από την κυβέρνηση και εκπαιδευτικά και νομοθετικά, έως το χρόνο συγγραφής της έρευνας, σημειώνεται σημαντική διεύρυνση στον αριθμό απασχολούμενων, το είδος των Υγειονομικών μονάδων ΠΦ όπου προσφέρουν υπηρεσίες , την αποδοχή των γιατρών και την αναγνώριση της προσφοράς και στον αριθμό και το είδος των εφαρμοζόμενων πρακτικών. Ως εμπόδια στην πλήρη εφαρμογή του ρόλου αναγνωρίζονται νομοθετικοί περιορισμοί στη συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων και τη διάγνωση, η χρηματοδότηση, οι αμοιβές , η ευκρίνεια του ρόλου. Επισημαίνεται η ανάγκη να δοθεί ακόμα μεγαλύτερη έμφαση στη διάσταση του ρόλου που αφορά στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.
2	Elizabeth J Halcomb et al 2014 2003-2004 & 2009-2010 Αυστραλία Συγκριτική μελέτη	The evolution of nursing in Australian general practice: a comparative analysis of workforce surveys ten years on	Η περιγραφή των τρεχόντων δημογραφικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών απασχόλησης των νοσηλευτών που εργάζονται στην ΠΦΥ και η διερεύνηση των τάσεων του διευρυσμένου ρόλου τους στο χρόνο.	Η σύγκριση των δυο ερευνών έδειξε βελτίωση της στάσης και αποδοχής γιατρών και ασθενών καθώς και διόρθωση κάποιων νομοθετικών εμποδίων. Ωστόσο διαπιστώθηκε ότι η μη κατανόηση του πεδίου διευρυσμένης νοσηλευτικής πρακτικής, απροθυμία παραχώρησης αρμοδιοτήτων και έλλειψη ομαδικότητας στη συνεργασία ως εμπόδια εξακολουθούν να ισχύουν στον ίδιο βαθμό. Η έλλειψη περιγραφής θέσης και προσωπικής επιθυμίας των νοσηλευτών να ενισχύσουν το ρόλο τους και η χαμηλή αυτοπεποίθηση στη διαπραγμάτευση με το γιατρό παρουσίασαν αύξηση χωρίς όμως σημαντικά στατιστική διαφορά. Σημαντικά περισσότεροι συμμετέχοντες στη μελέτη 2 θεώρησαν την πρόσβαση στην εκπαίδευση και την κατάρτιση ως παράγοντα διευκόλυνσης ανάπτυξης σε σύγκριση με τη μελέτη 1. Τονίζεται η ανάγκη για επίσημα εκπαιδευτικά προγράμματα για τη διευκόλυνση της μετάβασης του νοσηλευτή στο διευρυσμένο ρόλο καθώς και της ανάπτυξης διεπαγγελματικής συνεργασίας και

<sup>5</sup>. Nurse practitioners are registered nurses with additional education and qualifications, supported by legislation that allows them to provide a variety of healthcare services in primary and acute care

				ομαδικότητας μεταξύ γενικών ιατρών και νοσηλευτών.
3	Karleen F. Giannitrapani ΗΠΑ, 2016 Ποιοτική μελέτη σε ομάδες νεοσύστατων ασθενοκεντρικών δομών ΠΦΥ	Role expansion on inter professional primary care teams: Barriers of role self-efficacy among clinical associates	Ο εντοπισμός των παραγόντων που διευκολύνουν ή παρακωλύουν την ανάπτυξη της επαγγελματική αυτο-αποτελεσματικότητας που θεωρείται απαραίτητη στην ανάληψη διευρυμένων ρόλων	Τρεις τομείς θεωρήθηκαν κρίσιμοι: 1. Η εκπαίδευση στο νέο ρόλο (ελλιπής ή ασυνεπής) 2. Ο χρόνος και οι πόροι ( έλλειψη προσωπικού, φόρτος εργασίας, έλλειψη χώρου, φτωχό εργασιακό μίγμα) 3. Διεπιστημονική συμφωνία ρόλων (κακός συντονισμός, απουσία ορίων ή γνώσης αυτών)
4	Sarah Kooienga, and Jill Wilkinson ΗΠΑ, 2016 Συστηματική ανασκόπηση	RN Prescribing: An Expanded Role for Nursing	Η υπεράσπιση της νοσηλευτικής συνταγογράφησης με σκοπό την εφαρμογή της στις ΗΠΑ	Μέσα από τη μελέτη 35 όρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι σε παγκόσμιο επίπεδο η νοσηλευτική συνταγογράφηση αντιμετωπίζεται θετικά από νοσηλευτές, γιατρούς και ασθενείς , εφαρμόζεται σε διάφορες εκτάσεις είτε για τη βελτίωση της πρόσβασης και των εκβάσεων , είτε για τη συγκράτηση του κόστους και την κάλυψη αναγκών. Συστήνεται: 1. το δικαίωμα στη συνταγογράφηση να αποκτάται όχι αξιωματικά αλλά ανάλογα με τις ικανότητες του εκάστοτε επαγγελματία και να συνδέεται με υψηλού επιπέδου εκπαίδευση και εμπειρία 2. Να αφορά σε τομείς υγείας που παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών όπως η ΠΦΥ και η διαχείριση χρονίως πασχόντων
5	Margaret Flinter et al ΗΠΑ 2017 (2012-2013) Ποιοτική μελέτη και παρατήρηση επί το έργο σε 30 υποδειγματικές δομές ΠΦΥ	Registered Nurses in Primary Care: Emerging New Roles and Contributions to Team-Based Care in High-Performing Practices	Περιγραφή της ενσωμάτωσης των διευρυμένων ρόλων των νοσηλευτών σε ομάδες ΠΦΥ, εντοπισμός των διευρυμένων καθηκόντων και ταυτοποίηση των αιτιών ανάσχεσης ή πρόωθισης αυτών	Παρατηρήθηκε αυξημένη αυτονομία στη φροντίδα των ασθενών, με ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα επισκέψεων, προσωπική φροντίδα και διαχείριση των ασθενών από τους νοσηλευτές γεγονός που αυξάνει την προσωπική και επαγγελματική ικανοποίηση των τελευταίων. Παρά το γεγονός ότι η αυτονομία που συνεπάγεται και μεγαλύτερη ευθύνη καταγράφηκε ως θετικό της νέας κατάστασης οδήγησε εντούτοις μερικούς νοσηλευτές να αιτηθούν αλλαγή πόστου. Σημαντική κρίθηκε η προσθετή εκπαίδευση για την ανάληψη των νέων ρόλων.
6	Elizabeth J Halcomb et al Αυστραλία 2005	Nursing in Australian general practice: directions and perspectives	Επιδιώκει να εντοπίσει τους φραγμούς και τους διαμεσολαβητές στην εφαρμογή του διευρυμένου	Η διεύρυνση του ρόλου του νοσηλευτή την ΠΦΥ υπόκειται σε επιρροή από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της εκάστοτε εθνικής ατζέντας για την υγεία, τις σύγχρονες νομικές απαιτήσεις που αφορούν στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης,

	Βιβλιογραφική ανασκόπηση		<p>ρόλου του νοσηλευτή ΠΦΥ και να καταδείξει στρατηγικές κατευθύνσεις για περαιτέρω έρευνα και ανάπτυξη πολιτικής</p>	<p>οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, επαγγελματικά θέματα, την επάρκεια γνώσεων και εκπαίδευσης ,τις ανάγκες των καταναλωτών και την προσφορά και ζήτηση εργατικού δυναμικού. Οι νοσηλευτές ΠΦΥ με διευρυμένους ρόλους παρουσιάζουν διεθνώς:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. μεγάλη ποικιλία σε δεξιότητες, ικανότητες και την κλινική εμπειρία</li> <li>2. σημαντικές διαφορές στο περιεχόμενο του διευρυμένου ρόλου</li> <li>3. σημαντικά εμπόδια στην επέκταση του ρόλου</li> </ol> <p>Είναι αποδεκτό ότι:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. οι διεπιστημονικές παρεμβάσεις μπορούν να παράσχουν αποτελεσματικές στρατηγικές στη δευτερογενή πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων και πολυνοσηρότητας</li> <li>2. οι νοσηλευτές ΠΦΥ με διευρυμένους ρόλους μπορούν ενδεχομένως να διευκολύνουν αυτές τις πολυδιάστατες παρεμβάσεις καθώς αν και υπάρχει κάποια σύγχυση σχετικά με τη φύση του ρόλου τους, οι καταναλωτές είναι θετικά διακείμενοι απέναντί τους.</li> </ol>
7	<p>Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Αγγλία , 2014</p> <p>Ποιοτική μελέτη με ημιδομημένες συνεντεύξεις νοσηλευτών εργαζόμενων στην ΠΦΥ του NHS &amp; βιβλιογραφική ανασκόπηση</p>	Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England	<p>Περιγραφή και ανάλυση των διευρυμένων ρόλων των νοσηλευτών στην ΠΦΥ στο ΕΣΥ της Αγγλίας καθώς και των επιπτώσεών της σε νοσηλευτές και στο NHS</p>	<p>Νοσηλευτικοί ρόλοι: συμβουλευτική-επίσκεψη, διάγνωση, συνταγογράφηση, διαχείριση και παρακολούθηση χρονίως πασχόντων μέσω πρωτοκόλλων</p> <p>Επιπτώσεις:</p> <p>Στους νοσηλευτές : ανάπτυξη επαγγελματικών δεξιοτήτων, γνώσεων και επαγγελματικής αναγνώρισης και ικανοποίησης αλλά και αύξηση του φόρτου εργασίας δυσανάλογη με τις αποδοχές, των εντάσεων με συναδέλφους, αύξηση το άγχους</p> <p>Στους ασθενείς: βελτιωμένη πρόσβαση, επικοινωνία και ολοκληρωμένη περίθαλψη, αυξημένη διάρκεια διαβουλεύσεων, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη συμμόρφωση</p> <p>Στο NHS: μείωση του κόστους και βελτίωση της ποιότητας και ανταποκρισιμότητας με τη μείωση του φόρτου εργασίας των γιατρών και τη βελτίωση της παρακολούθησης των χρονίως πασχόντων και της πρόληψης</p>

8	Elizabeth J Halcomb et al 2008 Αυστραλία 2003-4 Ποιοτική και ποσοτική μελέτη	Nurses in Australian general practice: implications for chronic disease management	Η περιγραφή του δημογραφικού και επαγγελματικού προφίλ των νοσηλευτών της ΠΦΥ και τη συσχέτισή του με την ανάληψη διευρυμένων καθηκόντων	Παρά την εμπειρία και το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού το σύστημα δεν εκμεταλλεύεται επαρκώς τις δυνατότητές του χωρίς αυτό να σχετίζεται με το δημογραφικό ή επαγγελματικό του προφίλ. Εξωγενείς παράγοντες όπως η νομοθεσία, η χρηματοδότηση, η έλλειψη χώρου, η διστακτική στάση των νοσηλευτών να αναλάβουν νέους ρόλους και οι πολιτικές υγείας θεωρούνται οι κύριες αιτίες, υπόθεση που υποστηρίζεται και από το σκέλος της ποιοτικής έρευνας που παρουσιάζεται αλλού.
9	L. Poghosyan ΗΠΑ (Μασαχουσέτη & Ν. Υόρκη), 2012 Ποσοτική έρευνα	Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts	Να ερευνηθεί το περιβάλλον εργασίας των Nurse practitioners σε δύο διαφορετικές πολιτείες των ΗΠΑ (Μασαχουσέτη & Ν. Υόρκη) ώστε να προσδιοριστεί η επίδραση της πολιτείας-κράτους και της οργανωτικής δομής της μονάδας ΠΦΥ σε αυτό	Το περιβάλλον εργασίας των Nurse practitioners αξιολογήθηκε με βάση τις αντιλήψεις τους για τις σχέσεις τους με τους γιατρούς και τη διοίκηση, την υποστήριξη που λαμβάνουν για την παροχή φροντίδας στους ασθενείς τους, τη δυνατότητα να δρουν ανεξάρτητα, και την κατανόηση του ρόλου τους. Φαίνεται ότι τόσο οι πολιτειακές όσο και οι οργανωσιακές πολιτικές επηρεάζουν την υιοθέτηση διευρυμένων ρόλων και την εκμετάλλευση των δυνατοτήτων των NPs σε όλη τους την έκταση.
10	L. MacKenna et al Αυστραλία 2012 Ποιοτική έρευνα-τεχνική των Δελφών	An investigation of barriers and enablers to advanced nursing roles in Australian general practice	Την αναζήτηση εμποδίων και παραγόντων διευκόλυνσης των διευρυμένων νοσηλευτικών πρακτικών στην ΠΦΥ. Τέθηκαν τρία βασικά ερωτήματα: 1) Τι ρόλο διαδραματίζουν οι οργανισμοί πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης για την επικοινωνία νέων πολιτικών και οδηγιών και πρωτοβουλιών σε σχέση με τη νοσηλευτική ΠΦΥ 2) Τι συνιστά «προηγμένη νοσηλευτική πρακτική στην ΠΦΥ» 3) Τι υπηρεσίες προετοιμασίας	Στις 22 ημιδομημένες συνεντεύξεις (17 τηλεφωνικές και 5 διαζώσης) με 23 άτομα : 3 ακαδημαϊκοί νοσηλευτών σχολών, 5 υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων ΠΓΥ, 6 εκπρόσωποι επαγγελματικών ενώσεων, 4 ανώτερα μέλη Medicare, 4 προϊστάμενοι νοσηλευτές ΠΦΥ και ένας συνήγορος καταναλωτή ως σημεία κλειδιά εντοπίστηκαν: 1. η προσέλκυση νοσηλευτών στη ΠΦΥ με προοπτικές καριέρας & αποδοχών, η εξασφάλιση επαρκούς χρόνου ενασχόλησης με διευρυμένα καθήκοντα (επάρκεια προσωπικού) 2. η ανάγκη για μεταρρυθμίσεις στον τρόπο παροχής & αποζημίωσης υπηρεσιών ΠΦΥ 3. Η παρουσία υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον για την εφαρμογή διευρυμένων πρακτικών (αλληλεπίδραση με την ομάδα, διαθέσιμος χώρος & χρόνος) 4. Ζητήματα επαρκούς και κατάλληλης εκπαίδευσης τόσο προπτυχιακά όσο και δια βίου. Καθώς επίσης και ζητήματα χρηματοδότησης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διαθεσιμότητας χρόνου για την παρακολούθησή της.

			προσφέρουν οι οργανισμοί ΠΦΥ στους νοσηλευτές για την ανάληψη διευρυμένων ρόλων.	
11	A. J. Dawson , A. M. Nkowane ,A. Whelan Αυστραλία 2015  Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review	Αναζήτηση πολιτικών ενίσχυσης του ρόλου των νοσηλευτών και μαιών προκειμένου για τη μείωση των ανισοτήτων και τη βελτίωση της πρόσβασης ευάλωτων πληθυσμών στην ΠΦΥ.	Από τις 36 έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση 1. Σε 11 αναγνωρίστηκαν οι εθνικές πολιτικές εισαγωγής και υποστήριξης του διευρυμένου ρόλου των νοσηλευτών και μαιών και νομοθετικές και οργανωσιακές μεταρρυθμίσεις ως κρίσιμης σημασίας 2. Σε 27 ζητήματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού όπως η κατανομή και επάρκεια του προσωπικού οικονομικά κίνητρα, εργασιακές προοπτικές και ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας 3. 14 έρευνες εξαίρουν τη σημασία της εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού 4. 22 έρευνες αναδεικνύουν τη συνεργασία και επικοινωνία με άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας και τους ασθενείς-συγγενείς ως σημαντικό παράγοντα
12	E. Halcomba et al Αυστραλία 2004  Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice	Η περιγραφή του τρέχοντος ρόλου του νοσηλευτή ΠΦΥ στη διαχείριση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στην Αυστραλία και οι προοπτικές εξέλιξής του.	Αναγνωρίστηκαν σημαντικά εμπόδια στη νοσηλευτική διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας (έλλειμμα εκπαίδευσης, χώρου, χρόνου, σαφήνεια του ρόλου, οικονομικών απολαβών) καθώς και μεγάλη διαφοροποίηση στη διάσταση και έκταση του διευρυμένου αυτού νοσηλευτικού ρόλου από δομή σε δομή ΠΦΥ. Η διεπιστημονική και πολύπλευρη αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα και στη διαχείριση και τη δευτερογενή πρόληψη. Η συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαχείρισή τους αφενός σύμφωνα με τις έρευνες εμφανίζει θετικό πρόσημο αφού διευκολύνουν την επικοινωνία και τη συνεργασία και αφετέρου εξασφαλίζει σε σημαντικό βαθμό την αποδοχή των ασθενών παρά την αμφισημία του ρόλου τους. Μεταξύ άλλων καταγράφονται μείωση των επανεισαγωγών, βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, βελτίωση του επιπέδου συμμόρφωσης και αυτοφροντίδας.
13	C. Rashid Ην. Βασίλειο 2010 Βιβλιογραφική	Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in	Η αναζήτηση των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών στην διαρκώς αυξανόμενη (κυρίως έπειτα	9 έρευνες συμπεριλήφθηκαν κατά κύριο λόγο ποιοτικές. Πλεονεκτήματα: γρήγορη διεκπεραίωση ήπιων περιστατικών, αυξημένη ικανοποίηση ασθενών, εξοικονόμηση χρόνου γενικών γιατρών, μείωση του κόστους της επίσκεψης λόγω της



	ανασκόπηση	primary care: integrative literature review	από τη δημοσίευση της Cochrane review (Laurant et al. 2004 και του νέου συμβολαίου 2006) ανάληψη καθηκόντων των Γενικών Γιατρών από Νοσηλευτές ΠΦΥ	μισθολογικής διαφοράς , Περιορισμοί : οι νοσηλευτικές επισκέψεις διαρκούν περισσότερο από τις ιατρικές που θεωρούνται πιο περιεκτικές, η προσθήκη καθηκόντων εκτός της συνήθους νοσηλευτικής πρακτικής αυξάνουν το άγχος και την πίεση χρόνου για τους νοσηλευτές με αποτέλεσμα μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις επιλογές τους όσο αφορά τους ρόλους και τις συνθήκες (αναμονή κλπ) μια νοσηλευτικής ή ιατρικής συμβουλευτικής, έλλειψη αυτοπεποίθησης νοσηλευτών εξαιτίας μη αποδοχής ή εκπαιδευτικής ανεπάρκειας(κυρίως στη φαρμακολογία και διάγνωση) αφού υπάρχουν πολλά και διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης Δεδομένης της πολυπλοκότητας του θέματος συστήνεται περαιτέρω έρευνες να περιλαμβάνουν μελέτες κόστους-οφέλους με ισχυρή μεθοδολογία και μεγάλη βάση στην ποιότητα της φροντίδας και τα αποτελέσματα για τους ασθενείς
14	Bodenheimer, T., et al for the California Health Care Foundation ΗΠΑ , 2015 Ποιοτική έρευνα με δομημένες συνεντεύξεις	RN role reimagined: How empowering registered nurses can improve primary care	Παρουσίαση των οργανωσιακών μεταρρυθμίσεων εισαγωγής μεθόδων καλύτερης αξιοποίησης και ενίσχυσης της συμμετοχής των Registered Nurses στη παροχή ΠΦΥ που εφαρμόσαν σε 21 Δομές ΠΦΥ της Καλιφόρνια με επιτυχία στη δημιουργία ισχυρών ομάδων ΠΦ.	Αναγνωρίστηκαν δώδεκα στρατηγικές μεταξύ των οποίων οι βασικότερες ήταν: 1. Παροχή πρόσθετης εκπαίδευσης σε δεξιότητες και πρακτικές που αφορούν στην ΠΦΥ 2. Χρήση πρωτοκόλλων και αλγοριθμικών διαδικασιών πχ στη συνταγογράφηση φαρμάκων 3. Απελευθέρωση χρόνου με ανάθεση αρμοδιοτήτων σε κατώτερο προσωπικό 4. Εφαρμογή νοσηλευτικών διαβουλεύσεων νέων ασθενών για τη βελτίωση της πρόσβασης 5. Διενέργεια κοινών συμβουλευτικών με το γιατρό να εμφανίζεται προς το τέλος 6. Διενέργεια επισκέψεων σε ασθενείς διαχείρισης χρόνιων παθήσεων και πολυνοσηρότητας 7. Διενέργεια κατ' οίκον επισκέψεων
15	Lowen IMV, et al Βραζιλία 2014 Ποιοτική & Ποσοτική έρευνα	Innovation in nursing health care practice expansion of access in primary health care	Η ανάλυση της αναδιοργάνωσης της νοσηλευτικής πρακτικής ως καινοτόμας στρατηγικής βελτίωσης της πρόσβασης στην ΠΦΥ . Η έρευνα	Μολονότι η νοσηλευτική συμβουλευτική υπήρχε σαν νοσηλευτική δραστηριότητα, οι παράγοντες που ενίσχυσαν την εφαρμογή και την προώθησή της ήταν η αναδιοργάνωση των επαγγελματικών προγραμμάτων των γιατρών και νοσηλευτών της ομάδας με τη χρήση του πρωτοκόλλου Manchester και την προ-νοσηλευτική εκτίμηση για παραπομπή ή όχι σε γιατρό , η χωροταξική

			πραγματοποιήθηκε σε 6 Βασικές πολυτομεακές Μονάδες ΠΦΥ Δήμου της Νότιας Βραζιλίας που υποβλήθηκαν σε διαδικασία θεσμικής αλλαγής με την εφαρμογή της Στρατηγικής Οικογενειακής Υγείας το 2013 και την ψήφιση κανονισμού που ορίζει τη νοσηλευτική διαβούλευση και συνταγογράφηση ως νοσηλευτικά δικαιώματα . Στην έρευνα συμμετείχαν 32 νοσηλευτές των μονάδων σε κλινικά και διοικητικά πόστα	αναδιάρθρωση του σημείου παροχής υπηρεσιών και η παραχώρηση εξεταστικών γραφείων στους νοσηλευτές πλησίον των γιατρών, και η κοινές συμβουλευτικές γιατρών και νοσηλευτών. Η ποσοτική ανάλυση των ποσοτικών στοιχείων για τις νοσηλευτικές διαβουλεύσεις συγκριτικά με τα έτη πριν την αλλαγή αλλά και με άλλες παραδοσιακές Ομάδες ΠΦΥ του Δήμου έδειξαν ότι υπήρξε σημαντική αύξηση που συνεπάγεται πιθανώς και βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες ΠΦ.
16	Keleher H. , Parker R. Αυστραλία 2011 Ποιοτική έρευνα	Health promotion by primary care nurses in Australian general practice	Διερεύνηση των απόψεων νοσηλευτών ΠΦ σχετικά με τον τρέχων και δυνητικό τους ρόλο στην προαγωγή της Υγείας έπειτα από την ανακοίνωση της πρώτης Εθνικής Στρατηγικής ΠΦΥ το 2010 στην Αυστραλία με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας και μεγαλύτερη συμμετοχή της κοινότητας. 54 εθελοντές νοσηλευτές ΠΦΥ συμμετείχαν στην έρευνα .	Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας φάνηκε να περιορίζεται σε βασικές (downstream) δράσεις όπως ο εμβολιασμός και η ενημέρωση ασθενών , ευκαιριακά σε μεσαίου επιπέδου δράσεις (midstream) όπως η εκπαίδευση των ασθενών στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων και καθόλου σε δράσεις ανώτερου επιπέδου όπως ο σχεδιασμός και η διαμόρφωση πολιτικών και παρεμβάσεων. Ωστόσο εμφανίζονται θετικά διακείμενοι στην περεταίρω εμπλοκή τους . Ως εμπόδια αναγνωρίστηκαν η έλλειψη χρόνου και χρηματοδότησης , αδυναμίες στην εκπαίδευση και οι επιφυλακτικές αντιλήψεις και στάσεις των γιατρών που ωστόσο η τάση τους να παραχωρούν αρμοδιότητες λόγω φόρτου εργασίας μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά.
17	Maier C., Aiken L. Η.Π.Α 2015 Συγκριτική έρευνα μεταξύ χωρών, βασισμένη σε διεθνή	Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative	Συγκριτική ανάλυση της έκτασης μεταβίβασης ιατρικών αρμοδιοτήτων σε νοσηλευτές της ΠΦ σε 39 χώρες παγκοσμίως και	Στα 2/3 των 39 χωρών εφαρμόζονται επίσημα διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι στην ΠΦΥ αλλά η έκταση της εφαρμογής ποικίλει. Σε 11 χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία, Αγγλία, Νέα Ζηλανδία, Ολλανδία, Σουηδία, Σκωτία, Ιρλανδία & Βόρεια Ιρλανδία, Ουαλία) υπάρχει εκτεταμένη εφαρμογή. Σε 16 (Κύπρος, Κροατία,

	έρευνα εμπειρογνομώνων, καθώς και βιβλιογραφική ανασκόπηση	study	συμπληρωματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ερευνήθηκαν έξι θεματικές ενότητες που αφορούν την εφαρμογή και την έκταση της εφαρμογής επτά κλινικών πρακτικών όπως ορίστηκαν από το ICN (συνταγογράφηση φαρμάκων, διάγνωση & αξιολόγηση, συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων, θεραπεία, παραπομπή, πρώτη επαφή και ευθύνη για ομάδα ασθενών) καθώς και οι εκπαιδευτικές απαιτήσεις, η χρηματοδότηση, οι πολιτικές και κανονιστικές μεταρρυθμίσεις που υφίστανται σε κάθε χώρα.	Ισπανία, Ιταλία κ.α) περιορισμένη και σε 12 χώρες καμία ή ελάχιστη. Στην τελευταία περίπτωση μαζί με τη Γαλλία, τη Γερμανία και την Τουρκία μεταξύ άλλων εντάσσεται και η Ελλάδα. Στις χώρες της πρώτης κατηγορίας υπάρχει και η ανάλογη υποστήριξη με κανονιστικές ρυθμίσεις και νομοθεσία, ενώ η χρηματοδότηση γενικά είναι πιο ασαφής με εξαίρεση την Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία και ΗΠΑ. Ωστόσο σχετικά με τις νομοθετικές ρυθμίσεις που άρουν τα εμπόδια εφαρμογής διευρυσμένων ρόλων υπάρχει αυξανόμενη δραστηριότητα και στις χώρες της δεύτερης κατηγορίας κυρίως στο πεδίο της συνταγογράφησης, παρά τις αντιρρήσεις του ιατρικού κλάδου ή άλλων stakeholders Ανάλογη πορεία ακολουθούν και οι Εκπαιδευτικές μεταρρυθμίσεις. Στις 11 πρώτες χώρες ο τίτλος του Nurse Practitioner (NP) ή του Advanced Practice Nurse (APN) απαιτεί συγκεκριμένο εκπαιδευτικό υπόβαθρο, ενώ 4 από τις 16 χώρες της δεύτερης κατηγορίας ανάλογη διαδικασία βρίσκεται σε εξέλιξη καθώς η εκπαιδευτική επάρκεια κρίνεται απαραίτητη για την εφαρμογή των διευρυσμένων ρόλων.
18	Laurant M, et al 2005 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση(1966-2002) και μετα-ανάλυση	Substitution of doctors by nurses in primary care	Αξιολόγηση της επίδρασης της υποκατάστασης γιατρού-νοσηλεύτη στην ΠΦ ως προς τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών, τη διαδικασία της περίθαλψης και τους υγειονομικούς πόρους συμπεριλαμβανομένου του κόστους. Τα αποτελέσματα των ασθενών αξιολογήθηκαν με βάση τη νοσηρότητα, θνησιμότητα, ικανοποίηση, συμμόρφωση και προτίμηση. Η Διαδικασία	Σε γενικές γραμμές, δεν βρέθηκαν αξιόλογες διαφορές μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών ως προς τα αποτελέσματα της υγείας των ασθενών, τη διαδικασία φροντίδας που ακολουθήθηκε ή τη χρήση πόρων και το κόστος. Η ικανοποίηση των ασθενών ήταν μεγαλύτερη στη φροντίδα από νοσηλευτές, οι οποίοι είχαν την τάση για διαβουλεύσεις μεγαλύτερης διάρκειας και επαναληπτικότητας και παροχής αυξημένης πληροφόρησης στους ασθενείς. Συμπερασματικά φαίνεται ότι κατάλληλα εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας ίσης ποιότητας με τους γιατρούς ΠΦ και με εξίσου καλά αποτελέσματα για τους ασθενείς αλλά η μείωση του φόρτου εργασίας των γιατρών και του κόστους εξαρτάται από το συγκεκριμένο πλαίσιο της περίθαλψης. Το πλεονέκτημα της μισθολογικής διαφοράς γιατρών-νοσηλευτών μπορεί να εξουδετερώνεται από τη χαμηλότερη παραγωγικότητα των νοσηλευτών. Αντίστοιχα η μείωση του φόρτου εργασίας των

			<p>περίθαλψης, βάση της προσήλωση του νοσηλευτή στις κλινικές οδηγίες, τα πρότυπα ή την ποιότητα φροντίδας και το είδος της παρέμβασης (π.χ. παροχή συμβουλών). Η χρήση των πόρων αξιολογήθηκε από τη συχνότητα και τη διάρκεια των διαβουλεύσεων, τις επανεξετάσεις, τον αριθμό συνταγών, παραπομπών, εξετάσεων και το άμεσο ή έμμεσο κόστος.</p>	<p>γιατρών που θα μπορούσε να επιφέρει η υποκατάσταση περιορίζεται είτε γιατί αυτή εφαρμόστηκε για να καλύψει τις ήδη ανικανοποίητες ανάγκες είτε γιατί δημιούργησε η ίδια ζήτηση για περίθαλψη που δεν υπήρχε προηγουμένως.</p>
19	<p>Laurant M, et al 2018 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση(2015-2017)</p>	<p>Nurses as substitutes for doctors in primary care</p>	<p>Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια αναθεώρηση της προηγούμενης του 2005 βασιζόμενη σε νέα στοιχεία πιο πρόσφατων μελετών. Επιδιώκεται εκ νέου η σύγκριση της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας από γιατρούς και νοσηλευτές με κριτήριο τα υγειονομικά αποτελέσματα, τη διαφοροποίηση της διαδικασίας περίθαλψης και το κόστος κατά την εκτέλεση ίδιων καθηκόντων.</p>	<p>Τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών δε φαίνεται να διαφέρουν στις δύο ομάδες, με μια ελαφριά μικρότερη αναλογία θανάτων στην περίπτωση της νοσηλευτικά καθοδηγούμενης φροντίδας που όμως δεν μπορεί να αποδοθεί απόλυτα στην ταυτότητα της καθοδήγησης. Μικρό προβάδισμα στην ικανοποίηση και στην ποιότητα ζωής δίνουν οι ασθενείς επίσης στη νοσηλευτική φροντίδα. Οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μεγαλύτερη διάρκεια στις συμβουλευτικές τους αλλά μεγαλύτερη πιθανότητα συνέπειας στις επανεξετάσεις. Ελάχιστη ή καθόλου διαφοροποίηση καταγράφεται στην ποσότητα διαγνωστικών εξετάσεων και χρήσης άλλων υπηρεσιών. Αδιευκρίνιστη είναι η διαφορά στην ποσότητα της πληροφόρησης των ασθενών, της συμμόρφωσης με πρωτόκολλα και του κόστους της φροντίδας.</p>
20	<p>Poghosyan L. et al 2011. Η.Π.Α Ποιοτική μελέτη</p>	<p>Revisiting Scope of Practice Facilitators and Barriers for Primary Care Nurse Practitioners: A Qualitative Investigation</p>	<p>Διερεύνηση μέσω συνεντεύξεων ατομικών και ομαδικών των απόψεων 23 Κοινοτικών Νοσηλευτών (NP) της Μασαχουσέτης σχετικά με το ρόλο και τα καθήκοντα τους και τις</p>	<p>Τα καθήκοντα που περιγράφουν οι νοσηλευτές είναι σχεδόν τα ίδια με αυτά ενός γενικού γιατρού. Περιλαμβάνουν την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με οξεία ή χρόνια νοσήματα, την πρώτη επαφή και παρακολούθηση ομάδας ασθενών καθώς και την εκπαίδευσή τους καθώς και παρεμβάσεις πρόληψης. Ως ανασταλτικοί παράγοντες που αφορούν το κανονιστικό πλαίσιο και τη νομοθεσία αναγνωρίστηκαν η υποχρεωτική από το νόμο</p>

			αντιλήψεις τους για εμπόδια και τους παράγοντες διευκόλυνσης του έργου τους.	εποπτεία από τους γιατρούς (ειδικά στη συνταγογράφηση), ο μη σαφής ορισμός του ρόλου τους με αποτέλεσμα την ποικιλομορφία καθηκόντων και τη σύγχυση των ασθενών σχετικά με αυτόν. Στο εργασιακό περιβάλλον η αδυναμία πρόσβασης σε υλικό και πόρους (χώρο εξέτασης, βοηθητικό προσωπικό, Η/Υ κλπ) καθώς η περιορισμένη αντιπροσώπευση και συμμετοχή στα διοικητικά όργανα δρουν επίσης περιοριστικά.
21	Karimi-Shahanjarini A et al, 2019 Συνθετική ανάλυση ποιοτικών μελετών	Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis	Πραγματοποιήθηκε συνθετική ανάλυση 66 ποιοτικών μελετών που αφορούν παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων στην ΠΦΥ και τη μεταβίβαση ιατρικών καθηκόντων σε νοσηλευτές.	Οι νοσηλευτές θεωρούν ότι οι καλές σχέσεις με τους γιατρούς και η αποδοχή τους παίζει μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση του ρόλου τους. Οι νοσηλευτές πιστεύουν πως η καλύτερη εκπαίδευση θα βελτιώσει τις ικανότητές τους, την ικανοποίηση από τη δουλειά τους και θα τους δώσει κίνητρο και μεγαλύτερη ανεξαρτησία. Βλέπουν την επέκταση του ρόλου τους σαν ευκαιρία προσωπικής επαγγελματικής εξέλιξης αλλά και βελτίωσης της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας, Ως κίνητρα αναφέρθηκαν η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και των οικονομικών απολαβών τους. Οι γιατροί είναι θετικοί στην αλλαγή αυτή εφόσον μειώνεται ο δικός τους φόρτος εργασίας. Σημαντική κρίνεται για αμφοτέρους η επάρκεια των πόρων, ενός ικανού συστήματος παραπομπής, η παρουσία εμπειρών καθοδηγητών, η ευκρίνεια των ρόλων, η επαρκής εκπαίδευση και επίβλεψη. Αποτρεπτικά δρα και η αυξημένη γραφειοκρατία που συνοδεύει συνήθως αυτή τη μεταβίβαση καθηκόντων.
22	Woo BFY et al 2018 Σιγκαπούρη Ποσοτική έρευνα με ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου.	Practice patterns and role perception of advanced practice nurses: A nationwide cross-sectional study	Σκοπός της έρευνας είναι η παρουσίαση των μοντέλων πρακτικής των APN που ισχύουν στην Σιγκαπούρη καθώς και η διερεύνηση των απόψεών τους σχετικά με το ρόλο τους, το παραγόμενο έργο και την απόδοσή τους, παράλληλα με τον εντοπισμό εμποδίων και διευκολύνσεων στην εφαρμογή του έργου τους.	Ο εργασιακός χρόνος των νοσηλευτών ΠΦ καταναλώνεται σε άμεσες κλινικές πράξεις σε ποσοστό δυσανάλογο με την άσκηση διοίκησης, έρευνας και εκπαίδευσης. Ως εμπόδια της άσκησης διευρυμένων καθηκόντων αναγνωρίστηκαν η έλλειψη σαφήνειας του ρόλου, έλλειψη εμπειρίας και αυτονομίας(π.χ. δικαίωμα συντογογράφησης και παραπομπής), έλλειψη υποστήριξης και αποδοχής από συναδέλφους νοσηλευτές και γιατρούς, έλλειψη πόρων και υποδομών(χώροι εξέτασης) καθώς και η αλληλοκάλυψη καθηκόντων. Ως καταλύτες στην αποδοχή και επέκταση των διευρυμένων ρόλων στην ΠΦΥ αναγνωρίστηκαν η θεσμοθέτηση δικαιωμάτων συνταγογράφησης και παραπομπής, η υποστήριξη από σωματεία και ενώσεις των εμπλεκόμενων μερών (γιατρών, νοσηλευτών,

				ασθενών, πολιτικών υγείας) και κυρίως η συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
23	Marie-Laure Delamaire & Gaétan Lafortune, 2010 Ανασκόπηση	Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries	Ανασκόπηση της εξέλιξης της επέκτασης του ρόλου των νοσηλευτών ειδικά στην ΠΦΥ και εκτίμηση της επίδρασής της στην φροντίδα των ασθενών και το κόστος, σε 12 χώρες (Αυστραλία, Βέλγιο, Καναδά, Κύπρο, Τσεχία, Φιλανδία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιαπωνία, Πολωνία, Υν. Βασίλειο και Η.Π.Α.)	<p>Η εξέλιξη των νοσηλευτικών ρόλων ποικίλει από χώρα σε χώρα. Η εφαρμογή της εκτιμάται ότι βελτιώνει τους χρόνους αναμονής και την πρόσβαση των υπηρεσιών ΠΦ, ενώ για μια σειρά ασθενών(για παράδειγμα εκείνων που έχουν ανάγκη συχνού follow-up) η παρεχόμενες υπηρεσίες από νοσηλευτές θεωρούνται εφάμιλλες ποιοτικά με των γιατρών. Επίσης κρίθηκε υψηλή η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική παρακολούθηση κυρίως εξαιτίας της αυξημένης διάρκειας των διαβουλεύσεων και της λεπτομερούς ενημέρωσης.</p> <p>Ως προς το κόστος βρέθηκε ότι στην περίπτωση που αφορά υποκατάσταση ρόλων λόγω των συγκριτικά χαμηλότερων μισθολογικών νοσηλευτικών αποδοχών, η επίδραση είναι θετική (υποχώρηση του κόστους) ή ουδέτερη. Το ισοζύγιο εξισορροπείται εξαιτίας της αύξησης της διάρκειας διαβούλευσης ή της αύξησης διαγνωστικών τεστ.</p> <p>Στην περίπτωση που οι νέοι ρόλοι αφορούν συμπληρωματικά νοσηλευτικά καθήκοντα, το κόστος σε μερικές έρευνες παρουσιάζεται αυξημένο.</p>
24	Dierick-van Daele AT et al ,2009 Ολλανδία, Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial	Διεξήχθη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με στόχο την αξιολόγηση της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων της φροντίδας που παρέχεται από γενικούς γιατρούς και εξειδικευμένους κοινοτικούς νοσηλευτές σε ασθενείς με κοινά προβλήματα στην πρώτη επαφή. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τρία διαδοχικά χρονικά ερωτηματολόγια ασθενών και από τα αρχεία του συστήματος υγείας σε 15 σημεία ΠΦ στη περιοχή της Νότιας Ολλανδίας.	<p>Δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά στην ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας των δύο ομάδων στην κατανάλωση πόρων και τη συμμόρφωση με τις κλινικές οδηγίες.</p> <p>Οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης (νοσηλευτική παρακολούθηση) προσκλήθηκαν συχνότερα για επανεκτίμηση, είχαν περισσότερες διαβουλεύσεις παρακολούθησης και οι διαβουλεύσεις τους χρειάστηκαν στατιστικά σημαντικά περισσότερο χρόνο.</p> <p>Τα παραπάνω ευρήματα δικαιολογήθηκαν εν μέρει λόγω της απειρίας των Κοινοτικών νοσηλευτών στην έρευνα αφού είχαν αποφοιτήσει από το πρόγραμμα εκπαίδευσης μόλις 2 μήνες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, ενώ οι γενικοί γιατροί με τους οποίους συγκρίθηκαν είχαν κλινική εμπειρία μέσω όρο 16 έτη.</p>

--	--	--	--	--





# Κεφάλαιο 4

## Ερευνητικό μέρος

### Αποτελέσματα

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται αναλυτικά για κάθε ερευνητικό ερώτημα.

#### Οι ρόλοι του νοσηλευτή στις δομές ΠΦΥ

Σε θεωρητικό επίπεδο ο ρόλος του νοσηλευτή ΠΦΥ χαρακτηρίστηκε ως «πολυεπίπεδος». Στις περιγραφές καλύφθηκε όλο το φάσμα του θεωρητικού περιεχομένου του νοσηλευτικού ρόλου στην ΠΦΥ. Περιλαμβάνει την «αγωγή και προαγωγή της υγείας», την «πρόληψη» την «εκπαίδευση και ενημέρωση του ασθενούς», την «οικογενειακή», «εργασιακή» και «σχολική» νοσηλευτική, την «παρακολούθηση χρονίως πασχόντων στην κοινότητα», την «κατ' οίκον νοσηλεία», την «αξιολόγηση των αναγκών της κοινότητας», τη «συμβουλευτική διαβούλευση», την «ψυχολογική υποστήριξη ασθενών και συγγενών», την «ενασχόληση με τον ασθενή αλλά και τον υγιή πληθυσμό της κοινότητας».

Νοσηλεύτρια του ΚΥ Χανίων αναφέρει:

*« Η πρόληψη και προαγωγή της Υγείας, σίγουρα η ενημέρωσή του (του ασθενούς) , η ψυχολογική υποστήριξη, ενημέρωση για διάφορες τεχνικές αντιμετώπισης των ασθενειών και ειδικά κατ' οίκον, η περιποίηση και φροντίδα η σωματική, φαρμακευτική... ανάλογα που είναι ο νοσηλευτής, σε ποιο πόστο... και για το σπίτι και για το χώρο εργασίας(... )Βοηθάει πολύ το ιατρικό κομμάτι σε ιατρικές πράξεις όπου χρειάζεται, σε οποιονδήποτε τομέα....»*

Ωστόσο για την πλειοψηφία των νοσηλευτών υπάρχει σαφής διάκριση ανάμεσα στη θεωρία και την πραγματικότητα του περιεχομένου του ρόλου του Νοσηλευτή ΠΦΥ.

Από τους νοσηλευτές και του καθηγητές ζητήθηκε συχνά διευκρίνιση σχετικά με τη συγκεκριμένη ερώτηση όπως:

*Νοσηλευτής Τ.ΜΟ.Υ: «εννοείτε ποιος είναι ή ποιος θα έπρεπε να είναι;»*

*Καθηγητής: «είναι δύο διαφορετικές ερωτήσεις ... τι πρέπει να είναι και τι γενικά υπάρχει...»*

Γενικά στην πράξη ο ρόλος παρουσιάζεται πολύ πιο περιορισμένος από τη θεωρία. Κατά κύριο λόγο οι νοσηλευτές εκτελούν ιατρικές οδηγίες για διενέργεια καρδιογραφήματος, «ενεσοθεραπεία», αιμοληψίες, μέτρηση ζωτικών σημείων, σακχάρου, παροχή βοήθειας στο γιατρό στις αλλαγές τραυμάτων, γραφειοκρατικές εργασίες παραγγελιών υλικού και φαρμάκων, συμμετοχή σε επιτροπές αξιολόγησης υλικών, προμηθειών και συντήρησης εγκαταστάσεων.

Ειδικά για τα ΚΥ ο ρόλος περιγράφηκε ως «κλινικοκεντρικός», αντιμετώπισης δηλαδή των έκτακτων περιστατικών που προσέρχονται, με πολύ μικρό ποσοστό συμμετοχής στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού ευθύνης και ακόμα πιο περιορισμένη συμμετοχή στην παρακολούθηση των χρονίως πασχόντων και μάλιστα όχι αυτόνομα και οργανωμένα.

Νοσηλεύτης ΚΥ Βάμου περιγράφει ότι στη Δομή που εργάζεται οι νοσηλευτές :

*«κάνουν πολύ λιγότερα από αυτό που θεωρητικά περιγράφεται. Κυρίως παροχή νοσηλείας, η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών από το νοσηλευτικό κομμάτι εεε...και ατύπως η εκπαίδευση...Δεν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο και κάποια κοινή γραμμή σε αυτό ...είναι άτυπα ο καθένας, πρωτοβουλιακά...»*

Εντούτοις αποκαλύπτεται και ένα μεγάλο κομμάτι άτυπων παρεμβάσεων νοσηλευτικών που εφαρμόζονται ανάλογα με τις απαιτήσεις των γιατρών και τις ανάγκες της Δομής, τις ικανότητες και τις γνώσεις των νοσηλευτών, τη γραμμή του συντονιστή της Δομής ΠΦΥ. Σε αυτές τις δραστηριότητες περιλαμβάνονται:

#### 1. Η εκπαίδευση, ενημέρωση και συμβουλευτική των ασθενών:

Στις Τ.Ο.Μ.Υ. κατόπιν συμφωνίας με τον θεράποντα γιατρό και με την καθοδήγησή του πραγματοποιούνταν ενημερωτικές νοσηλευτικές διαβουλεύσεις σχετικά με το νόσημα του ασθενούς, τη φροντίδα, την πρόληψη και την αντιμετώπιση επιπλοκών. Οι επισκέψεις ορίζονταν σε τακτική βάση όπου διενεργούνταν μέτρηση ζωτικών σημείων, βάρους σώματος και ΒΜΙ, επιπέδων σακχάρου ή οξυγόνου κλπ, δίδονταν οδηγίες για άσκηση και διατροφή και παρακολουθούνταν τα αποτελέσματα.

Νοσηλεύτης Τ.Μ.Ο.Υ μας είπε σχετικά με αυτό ότι στη Δομή που εργάζεται :

*«... μετά από το συμφωνία των γιατρών και την καθοδήγησή τους, μας όριζαν ποιοι ασθενείς θα χρειαζόνταν μία περαιτέρω ενημέρωση για το διαβήτη, για τη χοληστερίνη*

*και πώς θα αντιμετωπιστεί και τα λοιπά και κάναμε συνεδρίες κάθε εβδομάδα ή κάθε δύο εβδομάδες με συγκεκριμένους ανθρώπους που στο ενδιάμεσο, την ίδια μέρα μετρούσαμε και το βάρος τους, σωματομετρικά στοιχεία τα οποία βλέπαμε και την πρόδό τους...»*

Επίσης οι νοσηλευτές εμπλέκονται σε όλες σχεδόν τις Δομές στην εκπαίδευση των ασθενών στη χρήση ιατρικών συσκευών όπως η πένα ινσουλίνης. Ακόμα κατά περίπτωση και ανάλογα με τις ειδικές γνώσεις του νοσηλευτή δίνονται συμβουλές για θέματα δερματολογικά, διατροφής κλπ.

## 2. Μια πρώτη επαφή με το νοσηλευτή και λήψη νοσηλευτικού ιστορικού πριν την ιατρική εξέταση

Στις Τ.ΟΜ.Υ ανάλογα με τη επιθυμία του γιατρού και για εξοικονόμηση χρόνου συνηθίζεται ο ασθενής να επισκέπτεται την ίδια μέρα πρώτα το νοσηλευτή. Κατά τη νοσηλευτική επίσκεψη πραγματοποιείται λήψη ιστορικού, μέτρηση ζωτικών σημείων, βάρους σώματος, καρδιογράφημα, οξυγονομέτρηση ή όποια άλλη μέτρηση κριθεί απαραίτητη και ενημέρωση του φακέλου με τις εξετάσεις και στη συνέχεια ο ασθενής προσέρχεται με το φάκελό του στο γιατρό.

Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ περιγράφει:

*«παίρναμε εμείς αυτή την πρώτη συνέντευξη, συμπληρώναμε το ιστορικό και αυτά τα αποτελέσματα διαφόρων εξετάσεων -μας είχε πει για παράδειγμα ο γιατρός ότι στους υπερήχους ή στις ακτινογραφίες που όταν δεν υπάρχει κάποιο εύρημα μπορείτε να γράψετε "χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα", μας είχε δώσει δηλαδή μια οδηγία... και μετά με το ιστορικό αυτό έμπαινε στο γιατρό...»*

## 3. Οργάνωση και πραγματοποίηση δράσεων ενημερωτικών στην κοινότητα, δημιουργία έντυπου ενημερωτικού υλικού.

Στις Τ.ΟΜ.Υ. περιγράφηκαν δράσεις που αφορούν είτε τη δημιουργία φυλλαδίων για ενημέρωση του κοινού σχετικά με χρόνια νοσήματα, είτε τη διοργάνωση ενημερωτικών ομιλιών με τη συμμετοχή και γιατρών, πάντα με την έγκριση της ΥΠΕ.

Νοσηλεύτρια Τ.ΟΜ.Υ.:

*«...στην αρχή-αρχή, είχαμε φτιάξει κάποια φυλλάδια τα οποία ήθελε να πάρουμε έγκριση βέβαια από την Περιφέρεια και τα μοιράζαμε στον κόσμο που έλεγε ξέρω γω τι είναι η αρτηριακή πίεση, για τη χοληστερίνη, για τον προστάτη .... Μετά ήταν κάποιες δράσεις στο κοινό. Είχαμε οργανώσει σίγουρα τρεις δράσεις για το σακχαρώδη διαβήτη που είναι ουσιαστικά πώς μπορεί ο καθένας να παρακολουθεί το ζαχαρώδη διαβήτη και είχαμε*

ομιλίες για διατροφή , άσκηση , η ψυχολογία στο διαβήτη και μετά ήτανε και μετά ήταν .. όχι τεχνικές αλλά πώς να παρακολουθούμε το διαβήτη στο σπίτι... τι πρέπει να προσέχουμε για το διαβητικό πόδι για τα νύχια... και όλα αυτά... Αυτές ήταν πολύ καλές δράσεις και είχαν και πολύ απήχηση ...»

4. Η ενημέρωση του φακέλου του ασθενούς με τα αποτελέσματα των εξετάσεών του και η καθοδήγηση του ασθενούς ανάλογα με αυτά όταν πρόκειται για απλές περιπτώσεις.

Όπως φάνηκε και παραπάνω και περιγράφει και γιατρός Τ.ΜΟ.Υ:

«Εκεί που συμμετέχουν επίσης εδώ είναι στην παρακολούθηση του ασθενούς και στο φάκελο. Μπορούν δηλαδή να περάσουν τα αποτελέσματα εξετάσεων και μπορούν να δώσουν και κάποιες οδηγίες ανάλογα με τα αποτελέσματα .Δηλαδή δεν είναι απαραίτητο να τον δει ο γιατρός και να πει ότι έχει υψηλή χοληστερίνη και πρέπει να κάνεις άσκηση και διατροφή. Θα το κάνει ο νοσηλευτής, να του δώσει και έντυπο διατροφής και άσκησης και τις οδηγίες.... Έτσι συνεργαζόμαστε ...»

5. Νοσηλευτικές διαβουλεύσεις παρακολούθησης ενδιάμεσα από τις τακτικές ιατρικές επισκέψεις

Οι επισκέψεις αυτές πραγματοποιούνταν στο πλαίσιο της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης χρόνιων νοσημάτων σε ασθενείς με προδιάθεση ή με «ύποπτα» αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων ρουτίνας που χρίζουν παρακολούθησης, πάντα με τη σύμφωνη γνώση και την έκκριση του γιατρού.

Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ περιγράφει το πλαίσιο τέτοιων διαβουλεύσεων στη δομή που εργάζεται :

«Κατά καιρούς είχαμε το χρόνο και περνάμε και την πρωτοβουλία ανάλογα με το γιατρό στον οποίο είναι εγγεγραμμένος ο ασθενής , του ζητούσαμε εάν παρατηρούσαμε ότι ή πίεση είναι αυξημένη ή ζάχαρο του είναι λίγο τσιμπημένη όπως λέμε να του δίνουμε ένα έντυπο παρακολούθησης της πίεσης ή του ζαχάρου στο σπίτι για μία εβδομάδα και μπορούσε όταν συμπληρώσει το έντυπο αυτό να μας το φέρει χωρίς ραντεβού αρχικά σε μας τους νοσηλευτές. Το αξιολογούσαμε εμείς αδρά και το μεταφέραμε σαν πληροφορίες στο γιατρό Έπειτα ο γιατρός αποφάσιζε αν θα πρέπει να συνεχίσει αυτές τις μετρήσεις ή θα γίνουν εξετάσεις αίματος ή οτιδήποτε άλλο... «

6. Επισκέψεις κατ' οίκων

Αλλά σε πολύ περιορισμένη έκταση. Για τη διενέργειά του απαιτείται έγκριση μετακίνησης του νοσηλευτή από την ΥΠΕ και συχνά και η παρουσία ιατρού. Ωστόσο

συνήθως δεν έχουν την έννοια της κατ' οίκον φροντίδας αλλά εξυπηρετούν έκτακτες ανάγκες αιμοληψίας, επανάληψης ενέσιμης αγωγής (που έχει αποφασιστεί και ξεκινήσει στη Δομή) ή εμβολιασμού ηλικιωμένων ή ατόμων με δυσκολία μετακίνησης .

#### 7. Δράσεις σε σχολεία

Νοσηλευτές Τ.ΜΟ.Υ αναφέρουν ότι γίνονται κάποιες δράσεις σε σχολεία αν και είναι κυρίως αρμοδιότητα των Επισκεπτών Υγείας και δεν υπάρχει πάντα διαθέσιμος χρόνος για τους νοσηλευτές να συμμετέχουν αφού προτεραιότητα έχουν οι ανάγκες τις Δομής. :

*«Μας δίνεται η δυνατότητα (με τα σχολεία) ...Απλά ουσιαστικά το μεγαλύτερο μέρος το έχουν αναλάβει οι επισκέπτριες υγείας και εμείς δεν συμμετέχουμε τόσο πολύ εν τέλει γιατί δεν μπορούμε να αφήσουμε πίσω κάποια πράγματα στη δομή για να μπορέσουμε να πάμε σε ένα σχολείο»*

#### 8. Ενασχόληση με θέματα διοικητικά και διαχειριστικά

Αφορούν κυρίως τη συμμετοχή σε επιτροπές αξιολόγησης και παραγγελίας υλικών και εξοπλισμού , συντήρησης υποδομών, διαχείρισης αποβλήτων κλπ.

Στο ΚΥ Βάμου ο γιατρός αναφέρει ότι:

*«στο δικό μας Κέντρο Υγείας έχουν ανατεθεί δραστηριότητες στους νοσηλευτές που έχουν να κάνουν με την προμήθεια υλικών, με την καταγραφή οποιονδήποτε ελλείψεων υπάρχουν και αντίστοιχα με την παραγγελία τους (...)σχεδόν πάντα συμμετέχουν στο σύνολο σχεδόν των επιτροπών που υπάρχουν στο ΚΥ, από την επιτροπή σίτισης για παράδειγμα έως την επιτροπή ελέγχου της λειτουργικότητας της υλικοτεχνικής υποδομής του κέντρου υγείας»*

Τέλος αναφέρθηκε ότι οι νοσηλευτές συνήθως επιφορτίζονται με καθήκοντα αλλότρια , τα οποία αποτελούν ιατρικές πράξεις και γίνονται χωρίς νομοθετική κατοχύρωση αφού δεν περιλαμβάνονται στα επαγγελματικά νοσηλευτικά δικαιώματα. Τέτοια καθήκοντα είναι η διενέργεια καρδιογραφήματος , η χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής, οι αλλαγές τραυμάτων και η αφαίρεση ραμμάτων τα οποία κατ' εξοχήν εκτελούνται από νοσηλευτές ακόμα και χωρίς νομική κατοχύρωση.

Καθηγητής Κοινωνικής Νοσηλευτικής μας είπε χαρακτηριστικά:

*«πρώτα πρέπει να γίνει ένας να γίνει ένας ξεκαθαρισμός του Πλαισίου φροντίδας. Τι καλείται ιατρική πράξη, γιατί πολλά από αυτά που κάνουν σήμερα οι νοσηλευτές δεν είναι νοσηλευτική πράξη και είναι ιατρικές πράξεις και επιφορτίζονται ένα ρολό θα έλεγα*

του βοηθού γιατρού και όχι νοσηλεύτη...» και συμπληρώνει σχετικά με τη χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής

«ο νόμος λέει ότι είναι ιατρική πράξη οτιδήποτε εισάγεται μέσα στον οργανισμό , είτε λέγεται φάρμακο ή ουσία είτε εξέταση(...)ούτε καν νοσηλεία δεν πρέπει να κάνουν(οι νοσηλευτές ) με βάση αυτό...»

Στην ίδια κατηγορία αναφέρθηκε και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση υπό τις οδηγίες του ιατρικού προσωπικού ως γραφειοκρατική εργασία. Δηλαδή σε κάποιες Δομές οι νοσηλευτές συνταγογραφούν την αγωγή που συστήνει ο γιατρός με τους κωδικούς ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τις οδηγίες του θεράποντα.

Όπως στο ΚΥ Χανίων μας περιγράφουν οι νοσηλεύτριες :

«Με το που μπήκε ηλεκτρονική συνταγογράφηση και οι κοπέλες που δέχτηκα πιο πολύ οι ΤΕ, κάθισαν στον υπολογιστή για συνταγογράφηση αποκλειστικά(...)Οι πιο πολύ γιατροί σήμερα έχουν κοντά τους μια νοσηλεύτρια στην Πρωτοβάθμια.. Ειδικά στα παθολογικά ιατρεία η δουλειά είναι πάρα πολύ και σίγουρα ο γιατρός δεν μπορεί ακόμα και να τον χειρίζεται άψογα τον υπολογιστή να έχει και το ρόλο του εξεταστή ας πούμε και να συνταγογραφεί κιόλας»

Σε άλλες Δομές πάλι αυτό δεν ισχύει όπως στο ΚΥ Βάμου ή στις Τ.ΜΟ.Υ όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι γιατροί:

«Τουλάχιστον σε μας (με)το κομμάτι της συνταγογράφησης δεν τους επιβαρύνουμε(τους νοσηλευτές)....»

### **Γνώσεις σχετικά με τους διευρυμένους νοσηλευτικούς ρόλους στην ΠΦΥ**

Ο όρος δεν ήταν οικείος και ζητήθηκαν στις πλείστες των συνεντεύξεων περαιτέρω διευκρινήσεις. Σχετική γνώση είχαν δύο νοσηλευτές που είχαν εργασιακή εμπειρία στο εξωτερικό. Για αυτούς η εφαρμογή όλων των ρόλων που περιγράφονται θεωρητικά για τον κοινοτικό νοσηλεύτη και τους οποίους μας ανέλυσαν στη περιγραφή τους αποτελούν διεύρυνση της νοσηλευτικής πρακτικής στην ΠΦΥ. Χαρακτηριστικά μας είπαν :

«είναι το πλήρες ολοκληρωμένο καθηκοντολόγιο ενός νοσηλεύτη ΠΦΥ...»

Για κάποιους όπως για τη νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ το γεγονός ότι δεν ισχύουν στην Ελλάδα αυτοί οι διευρυμένοι ρόλοι που περιγράφονται στη θεωρία ήταν μια απογοήτευση :

«και εγώ στην αρχή αυτό σκεφτόμουν ιδανικά ότι ισχύει...Και ήταν μια απογοήτευση .. Με τα χρόνια δηλαδή λέμε "Τι κάνουμε στην Πρωτοβάθμια ουσιαστικά?" ...»

Για κάποιους η διεύρυνση αφορά ρόλους όπως η συνταγογράφηση :

*«Αν δεν είναι η κοινοτική νοσηλευτική με την έννοια του να βγούμε από τη δομή και να συμμετέχουμε σε δράσεις ή να οργανώνουμε από μόνοι μας δράσεις και είναι κάτι παραπάνω τότε ίσως να σχετίζεται αυτό με την συνταγογράφηση εξετάσεων και τη συνταγογράφηση φαρμάκων ?»(Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ)*

Ενώ για κάποιους άλλους σχετίζεται με τη διαλογή περιστατικών και την υποκατάσταση των γιατρών σε κάποιους ρόλους όπως πρώτη εκτίμηση και θεραπευτικές συστάσεις-οδηγίες:

*«Απ' ότι έχω ακούσει στο εξωτερικό ο νοσηλευτής με αυτή την εξειδίκευση παραπάνω παίζει λίγο το ρόλο της διαλογής ο νοσηλευτής δηλαδή πριν(ο ασθενής) φτάσει στο γιατρό ...» (Νοσηλεύτρια ΚΥ Χανίων)*

*«Δεν έχω προσωπική εμπειρία αλλά απ' ότι έχω διαβάσει και ακούσει ότι στα Ευρωπαϊκά κράτη στην Πρωτοβάθμια τουλάχιστον το νοσηλευτικό προσωπικό σχεδόν αντικαθιστά τους γιατρούς. Δηλαδή στις υπερημερίες και καλά οι κοπέλες κάνουν πράγματα τα οποία θα τα κάνει ένας γιατρός , όχι να εξετάσουν αλλά απλώς να δώσουν οδηγίες να δούνε ο ασθενής που παρουσιάζεται τι μπορεί να έχει πάνω κάτω για πρώτη ερμηνεία πρώτη εκτίμηση και οδηγίες δίδονται.» (Γιατρός ΚΥ Χανίων)*

*« Δεν το έχω ακούσει, αλλά φαντάζομαι σημαίνει να συμμετέχει περισσότερο και να κάνει και ένα κομμάτι της δουλειάς του γιατρού...» (Γιατρός Τ.ΜΟ.Υ)*

### **Στάσεις και αντιδράσεις απέναντι στο ενδεχόμενο διεύρυνσης του ρόλου του Νοσηλευτή ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Αφού δόθηκαν οι διευκρινήσεις που ζητήθηκαν για το τι περιλαμβάνει ο διευρυμένος ρόλος του νοσηλευτή στην ΠΦΥ σύμφωνα με το ICN (συνταγογράφηση φαρμάκων, και διαγνωστικών εξετάσεων, θεραπευτική αγωγή , πρώτη επαφή , διάγνωση & αξιολόγηση ασθενών , παραπομπή σε γιατρό , ευθύνη-παρακολούθηση ομάδας ασθενών. ) ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να εκφράσουν την άποψή τους για το ενδεχόμενο εφαρμογής τέτοιων ρόλων στην Ελλάδα.

Και από τις τρεις ομάδες συμμετεχόντων καταγράφηκαν θετικές αντιδράσεις σχετικά με την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, τη νοσηλευτική συμβουλευτική, την παρακολούθηση και εκπαίδευση ομάδας ασθενών και την πρώτη επαφή του μέλους της κοινότητας με το νοσηλευτή .

Ένας εκ των ακαδημαϊκών σχετικά με το θέμα δήλωσε ότι η εφαρμογή τέτοιων ρόλων θα πρέπει να είναι ζητούμενο για το νοσηλευτικό κλάδο αλλά και για το Σύστημα Υγείας:

*«Αποκλειστικά θετικός! Είναι μονόδρομος... δεν μπορώ να καταλάβω γιατί περιορίζουμε μόνοι μας τους ρόλους μας και δεν διεκδικούμε δηλαδή να έχουμε πράγματα παραπάνω;»*

Ιδιαίτερα θετική ήταν και η στάση των γιατρών θεωρώντας ότι με αυτόν τον τρόπο αφενός θα προσέφεραν σημαντική βοήθεια στο σύστημα Υγείας και στους ίδιους και αφετέρου θα αξιοποιούνταν περισσότερο οι δυνατότητες των νοσηλευτών ιδιαίτερα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης :

*«Εγώ νομίζω ότι φυσικά μπορούνε(να αναλάβουν τέτοιους ρόλους οι νοσηλευτές ) . Ειδικά οι νοσηλευτές πώς το λένε πανεπιστημιακής εκπαίδευσης έχουνε και εμπειρία και γνώσεις να συμμετέχουν και εδώ σε ένα βαθμό συμμετέχουν σε εμάς...»(T.MO.Y)*

Από την πλευρά των νοσηλευτών η καθολική εφαρμογή τέτοιων ρόλων θεωρείται αυτονόητη και απαραίτητη , όπως άλλωστε φάνηκε και από τις απαντήσεις τους αναφορικά με το ρόλο του νοσηλευτή στην ΠΦΥ . Πιστεύουν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι περιορισμένος και με μειωμένη αυτονομία σε σχέση με τις ικανότητες και τις γνώσεις τους αλλά και με τις ανάγκες για υπηρεσίες ΠΦΥ .

Ειδικά για τη συνταγογράφηση υπήρξαν θετικές και αρνητικές αντιδράσεις.

Η συνταγογράφηση εξετάσεων και υγειονομικού υλικού σε κάποιες περιπτώσεις αναφέρθηκε και ως ζητούμενο νοσηλευτών και γιατρών καθώς θεωρείται ότι εξυπηρετεί τόσο τον ασθενή σε θέματα πρόσβασης και συνέχειας της φροντίδας όσο και τη βελτίωση της εικόνας του νοσηλευτή στην αντίληψη του ασθενούς :

*«έχουμε εκφράσει την επιθυμία για κάτι τέτοιο και υπάρχουν και γιατροί που θα ήθελα νοσηλευτές να κάνουμε τουλάχιστον τη συνταγογράφηση των εξετάσεων» (Νοσηλεύτρια T.MO.Y)*

*«Νομίζω ότι είναι κάτι το οποίο και ίσως και ο ασθενής θα έπαιρνε λίγο πιο σοβαρά το νοσηλευτή ή τη νοσηλευτική προσέγγιση αν έβλεπαν ότι τελικά κάποια πράγματα για τα οποία "κρέμομαι" από το γιατρό για να τα κάνει , όταν τα κάνει και κάποιος άλλος από την ομάδα να αρχίσει να αντιλαμβάνεται την έννοια της ομάδας φροντίδας...» (Νοσηλευτής T.MO.Y)*

Για τη φαρμακευτική συνταγογράφηση οι γνώμες δίστανται.



Υπήρξαν σημαντικές ενστάσεις καθώς τέθηκε ζήτημα διάκρισης του νοσηλευτικού και ιατρικού ρόλου και του αντικειμένου των δύο επιστημών.

Ένας καθηγητής και ένας νοσηλευτής από το ΚΥ Βάμου θεωρούν ότι η συνταγογράφηση φαρμάκων ανήκει στο κομμάτι της θεραπευτικής προσέγγισης (treatment) του ασθενούς που αποτελεί πεδίο ιατρικό και όχι στη φροντίδα (care) που αφορά τη νοσηλευτική επιστήμη. Ως εκ τούτου δεν συμφωνούν με την ανάληψη ενός τέτοιου ρόλου από το νοσηλευτή που θα είναι εις βάρος των υπόλοιπων πιο ουσιαστικών και αμιγώς νοσηλευτικών ρόλων της ολιστικής φροντίδας.

*«Συνειδητά θα επιμείνω ότι προτιμώ από το να αφιερώσω αυτό το χρόνο έστω για να γράψω ένα φάρμακο σε μια οξεία φάση που χρειάζεται (θα προτιμούσα) σε ένα φάρμακο που έχει από το γιατρό και του δημιουργεί ένα πρόβλημα ως πούμε με τη διατροφή του να κάτσω πάλι τον παραπάνω χρόνο να τον βοηθήσω σε αυτήν την ανάγκη που έχει δημιουργηθεί(...) λόγω διαφοράς ρόλων ... δηλαδή το δικό μας αντικείμενο είναι care , του γιατρού είναι treatment ... Δε θέλω να μπλέκονται αυτά τα δύο...» (Νοσηλευτής ΚΥ Βάμου)*

Υπήρξαν όμως και υποστηρικτές όπως ένας ακαδημαϊκός που δήλωσε ειδικά για τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής που συστάθηκε από το γιατρό ότι είναι εξυπηρετικό και εφικτό αφού ήδη εφαρμόζεται σε αρκετά συστήματα Υγείας πάντα με την προϋπόθεση της εξειδίκευσης και έπειτα από εξετάσεις για τη χορήγηση ειδικής άδειας .

Στο ίδιο θέμα της δεύτερης συνταγογράφησης νοσηλεύτρια ΚΥ Χανίων προσθέτει σαν προϋπόθεση να υπάρχει ειδικό παραπεμπτικό από τον θεράποντα γιατρό με χρονική ισχύ ενός έτους , που θα εξουσιοδοτεί τρόπον τινά το νοσηλευτή να συνεχίσει την αγωγή, ενώ νοσηλεύτρια ΚΥ Χανίων μολονότι δεν ήταν ενήμερη ότι κάτι τέτοιο ισχύει στο εξωτερικό δήλωσε θετική εφόσον προηγηθεί σχετική εκπαίδευση και εάν ισχύσει μόνο για νοσηλευτές ΠΕ ή ΤΕ:

### **Εμπόδια και ανασταλτικοί παράγοντες στην εφαρμογή διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων στην Ελλάδα.**

#### **1. Εκπαιδευτικές αδυναμίες και ελλείψεις γνώσεων**

Αρκετοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ΤΕ και ΠΕ με εμπειρία στην ΠΦΥ έχουν τις γνώσεις και τις ικανότητες να αναλάβουν διευρυμένους ρόλους , ειδικά μάλιστα εάν κατέχουν και μεταπτυχιακό τίτλο και εμπειρία στην ΠΦΥ.

*«Ειδικά οι νοσηλευτές πώς το λένε πανεπιστημιακής εκπαίδευσης έχουνε και εμπειρία και γνώσεις να συμμετέχουν και εδώ σε εμάς σε ένα βαθμό συμμετέχουν...» (γιατρός Τ.ΜΟ.Υ)*

Αντίθετα εκφραστήκαν αρκετές επιφυλάξεις για τους νοσηλευτές των κατώτερων εκπαιδευτικών βαθμίδων και από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ωστόσο η προπτυχιακή εκπαίδευση δεν θεωρείται αρκετό εφόδιο για την εφαρμογή διευρυμένων ρόλων κάτι στο οποίο συμφωνούν και οι τρεις ομάδες συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα γιατρός του ΚΥ Χανίων προτείνει :

*«Ίσως οι νοσηλευτές θα ήθελαν περισσότερη εξειδίκευση σε κάποια αντικείμενα (...)Μια μεγαλύτερη εξειδίκευση θα το έλεγα , περεταίρω εκπαίδευση....»*

Κατηγορηματικοί με την ανάγκη πρόσθετης εκπαίδευσης μετά τη λήψη του πτυχίου ήταν και οι ακαδημαϊκοί συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σε προπτυχιακό επίπεδο δεν προσφέρονται οι απαραίτητες γνώσεις για να ανταποκριθεί στις ανάγκες του διευρυμένου ρόλου ένας νοσηλευτής ΠΦΥ παρά μόνο σε βασικό επίπεδο ενώ απουσιάζει και η απαραίτητη πρακτική άσκηση στο εν λόγω αντικείμενο. Ακόμα δε και η απόκτηση ενός μεταπτυχιακού τίτλου δεν θεωρείται αρκετή αν δεν περιέχει και κλινική άσκηση. Συγκεκριμένα σε ερώτηση αν το προπτυχιακό επίπεδο αρκεί για την ανάπτυξη τέτοιων ρόλων καθηγητής του Μεσογειακού Πανεπιστημίου μας απάντησε:

*«Από μόνο του όχι ...σε καμία περίπτωση ....Μα και μεταπτυχιακό δεν αρκεί καμιά φορά... με την έννοια ότι μπορεί να έχεις ένα μεταπτυχιακό τίτλο και να ξέρει βασικές αρχές μεθοδολογία της έρευνας για παράδειγμα και να ψάχνεις τη βιβλιογραφία αλλά δεν σημαίνει ότι ξέρεις τι συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για το διαβήτη ή για τη διαχείριση της υπέρτασης που χρειάζεται να μάθεις ...»*

Όπως φαίνεται η αναγκαιότητα της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης που θεωρείται κατάλληλη δεν εξαντλείται σε έναν μεταπτυχιακό τίτλο σε οποιοδήποτε αντικείμενο με συνάφεια στη παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο αλλά θα πρέπει να έχει και σαφή χαρακτηριστικά εξειδίκευσης και κλινικής πρακτικής. Ουσιαστικά να αφορά στην εκπαίδευση σε δεξιότητες και σε κατευθυντήριες οδηγίες απαραίτητες για την κάλυψη όλου του φάσματος υπηρεσιών ΠΦΥ .

Τη λήψη ειδικότητας στην ΠΦΥ αντί μεταπτυχιακού προτείνουν και νοσηλευτές όπως μας λέει και νοσηλευτής του ΚΥΒάμου όταν ρωτήθηκε σχετικά :

*«Σε επίπεδο ειδικότητας αν υπήρχαν έτσι...δεν υπάρχουν τώρα νοσηλευτικές ειδικότητες ...είναι απαρχαιωμένες. Αν υπήρχαν θα έπρεπε με ειδικότητες. Τώρα στην παρούσα με ποιο άτυπο τρόπο..»*

Από τα λεγόμενα τη νοσηλεύτριας Τ.ΜΟ.Υ φανερώνεται επίσης η ανάγκη για απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων ΠΦΥ η οποία θα είχε και θετικό αντίκτυπο και στη στάση των γιατρών σχετικά με την ανάληψη τέτοιων ρόλων από τους νοσηλευτές :

*«...θεωρώ ότι πρέπει να εκπαιδευτούμε σε αυτό (σε δεξιότητες επαφής και παρακολούθησης ασθενή)γιατί όλοι εμείς τελειώνουμε μια σχολή και μετά σε βάζουν στην Πρωτοβάθμια και είναι καθαρά πρωτοβουλία του καθενός το τι θα κάνει και πως θα το κάνει Οπότε θεωρώ ότι θα έπρεπε να υπάρχει ένα σύστημα ένα πρόγραμμα που να σου λέει ότι πρέπει να κάνεις αυτά για να ξέρεις και εσύ σε ποιο δρόμο θα είσαι ... Θεωρώ ότι σίγουρα άμα είχαμε την εκπαίδευση και γιατροί (...)σίγουρα θα μας εμπιστευόντουσαν πολύ παραπάνω».*

Τέλος την πρόταση να ακολουθήσει η νοσηλευτική εκπαίδευση το μοντέλο της ιατρικής υπό την έννοια οι καθηγητές νοσηλευτικής να έχουν και κλινική θέση σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο ώστε να υπάρχει ακολουθία και συνέπεια της θεωρητικής εκπαίδευσης με την πρακτική άσκηση έκανε ένας εκ των ακαδημαϊκών :

*«Για να μπορούν να ξέρουν οι νοσηλευτές ποιός είναι ο ακριβής ρόλος θα πρέπει το πρόγραμμα εκπαίδευσης να ακολουθήσει το ιατρικό μοντέλο . Τ ι σημαίνει αυτό (...) εγώ ως καθηγητής θα μπορούσα να είμαι σε ένα Κέντρο Υγείας ανάλογα με τη βαθμίδα είτε διευθυντική θέση ή οποιαδήποτε άλλη, να παρέχω και να κάνω δουλειά, δηλαδή να διευθύνω ακριβώς τα νοσηλευτικά πλάνα εκπαίδευσης, να διανέμω τους ρόλους στους νοσηλευτές, τι πρέπει να κάνουν σε συνεργασία βέβαια γιατρό (και την υπόλοιπη ομάδα)....»*

## **2. Οι νομοθετικοί περιορισμοί ή η έλλειψη σαφούς νομοθετικού πλαισίου και περιγραφής της θέσης του νοσηλευτή στην ΠΦΥ**

Όπως προαναφέρθηκε στην περιγραφή των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών και επισήμαναν και αρκετοί από τους συμμετέχοντες , στην Ελλάδα ο ρόλος του νοσηλευτή είναι νομικά πολύ περιορισμένος. Προκειμένου λοιπόν να εφαρμοστούν τέτοιοι διευρυμένοι ρόλοι απαιτείται μια αναθεώρηση του υπάρχοντος νομικού πλαισίου.

Το νομικό περιορισμό των νοσηλευτικών καθηκόντων με τον οποίο είναι αντίθετος περιγράφει και γιατρός του ΚΥ Βάμου όταν απορρίφθηκε το αίτημα που υπέβαλε το

συγκεκριμένο ΚΥ στην ΗΔΙΚΑ να επιτραπεί σε έμπειρους νοσηλευτές του κέντρου (απόφοιτοι ΤΕΙ και κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου ) να αναλάβουν την παρακολούθηση κατ' οίκον επιβεβαιωμένων κρουσμάτων covid -19 ή την καταγραφή των ημερήσιων περιστατικών που ελέγχει το ΚΥ ως μονάδα αναφοράς covid-19. Πάνω σε αυτό δήλωσε:

*«Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν τη νοσηλεία που υπάρχει... ας πούμε και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο νοσηλευτής (από την πολιτεία)(...) Παρόλα ταύτα πρέπει να υπάρχει το νομικό πλαίσιο μέσα από το οποίο θα λειτουργούμε όλοι μας, γιατί διαφορετικά αν ένας άνθρωπος προβεί σε ενέργειες οι οποίες δεν υπάρχει ένα νομικό πλαίσιο να τον καλύψει είναι πολύ πιθανό να βρει τον μπελά του»*

Παρόμοιο παράδειγμα περιορισμού έδωσαν και νοσηλευτές Τ.ΜΟ.Υ σχετικά με την πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς . Αν και δυστυχώς δεν χρησιμοποιείται στην Ελλάδα δεν προβλέπεται στη νομοθεσία δικαίωμα πρόσβασης για τους νοσηλευτές, γεγονός που ευνόητα δυσκολεύει τη διαχείριση περιστατικών από νοσηλευτές και τον περιορισμό της αυτονομίας τους , ενώ δυσχεραίνει και τη διεπιστημονική συνεργασία.

Νοσηλευτής Τ.ΟΜ.Υ. περιγράφει ότι ενώ κατά την εργασία του στην Αγγλία είχε το δικαίωμα, με προσωπικούς κωδικούς πρόσβασης ,ανάγνωσης ολόκληρου του φακέλου και παρέμβασης σε νοσηλευτικά πεδία, ανάλογο αίτημα στην ΥΠΕ να ισχύσει κάτι παρόμοιο και εδώ απορρίφθηκε παρά τη σύννομη γνώμη των γιατρών αλλά και σύμφωνα με το αντικείμενο των νοσηλευτών όπως περιγράφεται στην προκήρυξη πρόσληψης.

Ο ίδιο νοσηλευτής συμπληρώνει ότι το ίδιο ισχύει και για την κατ' οίκον φροντίδα η οποία δεν έχει οργανωμένο χαρακτήρα, και έτσι πραγματοποιείται ευκαιριακά και σποραδικά κατ' εντολή γιατρού:

*«Υπήρχε η πρόθεση και στο καθηκοντολόγιο το θυμάμαι να το βλέπω (στην προκήρυξη) αλλά δεν υπήρχε η οργάνωση και το πλαίσιο για να εφαρμοστεί....»*

και συνεχίζει σε άλλο σημείο

*«Νιώθω ότι αν ξέραμε από την αρχή και μας είχε περιγραφεί από την αρχή ποια ακριβώς έπρεπε να είναι η δουλειά μας και αν ξέραμε ακριβώς το που πρέπει να πατάμε εμείς προκειμένου να κάνουμε αυτή τη δουλειά , θα το κάναμε...»*

Η θεσμοθέτηση των διευρυμένων ρόλων είναι απαραίτητο ζητούμενο όλων των νοσηλευτών που συμμετείχαν όχι μόνο για την εξασφάλιση της προσωπικής νομικής κάλυψης όπως αναφέρει και η νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ:

*«...άλλοι συνάδελφοι είναι ίσως λίγο πιο διστακτικοί θα το έλεγα γιατί ενέχει πάντα ο κίνδυνος αν δεν είναι νομοθετικά κατοχυρωμένος ο νοσηλευτής , αν βρεθεί σε πολύ δύσκολη θέση και να είναι επικίνδυνο για τη άδεια του...»*

αλλά και γιατί θεωρούν ότι η οριοθέτηση και η σαφής περιγραφή του νέου ρόλου του νοσηλευτή θα βοηθήσει και στην εδραίωση και την αποδοχή του , όπως μας λέει νοσηλεύτρια του ΚΥ Χανιών :

*«πιστεύω ότι δεν θα είχαμε θέμα (αποδοχής από τους γιατρούς)αν αναλάβει αυτό το ρόλο επίσημα ο νοσηλευτής από το κράτος....»*

Ενώ νοσηλευτής του ΚΥ Βάμου θα ήθελε για τους διευρυμένους ρόλους να υπάρχει ομοιογένεια στον τρόπο λειτουργίας των Δομών ΠΦΥ που θα εξασφαλιζονταν με :

*«... ένα σχέδιο λειτουργίας που θα το περιγράφει. Δηλαδή να είναι κοινό για όλες τις δομές πρωτοβάθμιας και να έχει αυτές τις παρεμβάσεις και αυτούς τους ρόλους σαφώς οριοθετημένους και με λεπτομέρεια για πάσα νοσηλευτική χρήση...»*

Αυτό το κοινό, ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας για όλες τις Δομές ΠΦΥ με σαφώς καθορισμένο το νοσηλευτικό ρόλο θεωρεί απαραίτητη προϋπόθεση και γιατρός Τ.ΜΟ.Υ ο οποίος μας περιγράφει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο αντικείμενο των νοσηλευτών όχι μόνο ανάμεσα στις διάφορες Δομές αλλά και στην ίδια Δομή ανάλογα με τις επιθυμίες του γιατρού και τις εκάστοτε συνθήκες :

*«..και ανάμεσα στις δύο Τ.ΜΟ.Υ υπάρχει διαφορά αλλά ανάμεσα και σε γιατρούς της ίδιας Τ.ΜΟ.Υ. Φαντάσου και σε διαφορετικές πόλεις τι θα γίνεται... Και αυτό είναι ένα εμπόδιο. Θα έπρεπε να υπάρχει μια κοινή γραμμή από την ΥΠΕ, το Υπουργείο που να λέει θα κάνετε αυτό και αυτό κι αυτό και ποιοι είναι οι ρόλοι του καθενός. Τώρα σε εμάς εδώ οι ρόλοι έχουν ανακατευτεί εντελώς (εννοεί και λόγο Covid-19). Δεν υπάρχουν ξεκάθαροι ρόλοι . Οι νοσηλευτές κάνουν τα πάντα ... και το θυρωρό κάνουν ...»*

Ωστόσο εκφράστηκαν και επιφυλάξεις σχετικά με το αν ένας νόμος αρκεί για να φέρει την αλλαγή όπως μας είπε νοσηλεύτρια του ΚΥ Χανιών:

*«...πολλές φορές βγαίνουν σα νόμοι κάποια πράγματα αλλά δε γίνονται ποτέ... ..μένουμε εκεί , στο «θα» και «ναι» και ας πούμε να είσαι καλυμμένη στη θεωρία και αυτό δεν είναι επαρκές για μας...»*

Ενώ ένας ακαδημαϊκός έθεσε το ζήτημα της πολιτικής βούλησης σχετικά με τη δυσκολία στη θεσμοθέτηση των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων στην Ελλάδα, την αλλαγή πολιτικών που συνεπάγεται μια αλλαγή κυβέρνησης και της αδυναμίας συνεννόησης Υπουργείου Υγείας και Παιδείας σχετικά με το τι διδάσκονται οι φοιτητές νοσηλευτικής και ποιο είναι το γνωστικό τους υπόβαθρο και το τι καλούνται να κάνουν τελικά στο εργασιακό τους περιβάλλον . Συγκεκριμένα μας είπε:

*«τα εμπόδια δεν είναι εύκολο πάντα (να αντιμετωπισθούν), δηλαδή ...αλλάζει η κυβέρνηση ,....εεεεεε Πάντα υπάρχει (τίθεται ζήτημα) η πολιτική βούληση. Είναι ποιος αποφασίζει, ποιος είναι υπεύθυνος του Υπ. Υγείας και αν αυτό έχει , αν αυτοί οι δύο επικοινωνούν (το Υπουργείο Υγείας με το Υπουργείο Παιδείας...»*

Ενώ γιατρός Τ.ΜΟ.Υ ανέφερε επίσης τις συνεχείς αλλαγές και μεταβολές του πλαισίου που διέπει τη λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα ως ανασταλτικό παράγοντα λέγοντας:

*«και μετά βλέπουμε πάλι θα γίνουν κάποιες αλλαγές στην Πρωτοβάθμια σίγουρα(...) Είχαν ανακοινωθεί αλλά με την πανδημία όλα καθυστερούν και δεν ξέρουμε ακριβώς τι θα γίνει...Αν θα συνεχίσουν οι Τ.ΜΟ.Υ ή θα αλλάξει όλη η ΠΦΥ, σε τι βαθμό...»*

Ειδικά δε για τη συνταγογράφηση υπογραμμίζεται η υιοθέτηση προσωπικών κωδικών συνταγογράφησης για τους νοσηλευτές και όχι η άτυπη εφαρμογή με κωδικούς γιατρών όπως μας αποκάλυψαν αρκετοί νοσηλευτές ότι συμβαίνει:

*«προσωπικά για μένα θα ήθελα να είχα έναν προσωπικό κωδικό πρόσβασης στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ατομικός δηλαδή προκειμένου να είναι πάντοτε γνωστό ποιος ακριβώς έκανε τη συγκεκριμένη ενέργεια. δηλαδή ποιος έγραψε τις συγκεκριμένες εξετάσεις..εεεεε... τι άλλο τώρα... όλη τη νομική κατοχύρωση που συνεπάγεται ένας κωδικός συνταγογράφησης, που έχει ένα βάρος ευθύνης μεγάλο...» (νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ)*

*«...σίγουρα θα νιώθαμε και πιο καλά δηλαδή γιατί κι εγώ προσωπικά τώρα συνταγογραφώ (άτυπα) αλλά αν δεν είναι γιατρός δεν βάζω καμία υπογραφή, κι ας μου έχει δώσει ο γιατρός το δικαίωμα γιατί δεν ξέρω τι μπορεί να συμβεί... γιατί έχουν γίνει και τέτοια παρατράγουδα....Πάντως είναι πολύ σωστό να προωθηθεί αυτό το κομμάτι (της συνταγογράφησης)γιατί ατύπως γίνεται....άτυπα αλλά γίνεται...καλύτερα λοιπόν να επισημοποιηθεί...»*

### **3. Η ανεπαρκής στελέχωση ποσοτικά και ποιοτικά της ΠΦΥ με νοσηλευτικό προσωπικό όπως επισημάνθηκε και στην παρουσίαση των στρεβλώσεων της ΠΦΥ στην Ελλάδα και η έλλειψη χρόνου.**

Την έλλειψη προσωπικού που συνεπάγεται και έλλειψη χρόνου σαν σημαντικό εμπόδιο για την επέκταση του ρόλου του νοσηλευτή αλλά και τη διασφάλιση μιας συνέχειας αυτού του ρόλου και όχι ευκαιριακής εφαρμογής , υπογραμμίζουν καθηγητές, γιατροί και νοσηλευτές . Συγκεκριμένα μας είπαν ότι η ΠΦΥ χρειάζεται :

*«Καταρχάς καλή στελέχωση στην Πρωτοβάθμια ...Γιατί δεν είναι καλή στελέχωση(....)το μεγάλο πρόβλημα της υποστελέχωσης είναι ότι δεν υπάρχει μετά συνέχεια στις υπηρεσίες Δηλαδή πας να ξεκινήσεις κάτι το επωμίζεται και δεν μπορείς να το συνεχίσεις...»  
(Καθηγητής)*

*«Η έλλειψη προσωπικού είναι μεγάλη οπότε θα ήταν δύσκολο να αναπτυχθεί ένα τέτοιο αντικείμενο εξειδίκευσης για κάθε νοσηλεύτρια...»(Γιατρός ΚΥ Χανίων)*

Τις πιεστικές συνθήκες εργασίας και την έλλειψη χρόνου περιγράφουν και οι νοσηλευτές σημειώνοντας ότι όταν ήδη αδυνατούν να ανταποκριθούν στο ρόλο τους χρονικά , η προσθήκη πρόσθετων ρόλων καθίσταται αδύνατη. Εκφράζουν δε το φόβο ότι η μετακύληση ιατρικών καθηκόντων (όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων) στις νοσηλευτικές πλάτες θα περιορίσει περισσότερο τη συμμετοχή τους σε προληπτικές και ενημερωτικές δράσεις την κοινότητα και θα δράσει ανταγωνιστικά προς άλλους αμιγώς νοσηλευτικούς ρόλους.

Ο νοσηλευτής του ΚΥ Βάμου συμπληρώνει και την κακή αναλογία ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού στην Δομή που εργάζεται αλλά και στη χώρα γενικά λέγοντας:

*«και η αναλογία νοσηλευτών γιατρών.... δηλαδή εμείς στο ΚΥ Βάμου είμαστε δεκαπέντε γιατροί 6 νοσηλευτές 7 ...Οπότε αυτό δυσχεραίνει... Και η αναλογία νοσηλευτή ανά 10,000 πληθυσμού που είμαστε πολύ χαμηλά...»*

Την υποστελέχωση επιδεινώνει και η απασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού σε αλλότρια καθήκοντα. Ενώ υπάρχει διάθεση και γίνεται προσπάθεια να συμμετέχουν οι νοσηλευτές περισσότερο στη διαχείριση ασθενών και σε δράσεις που αφορούν στην κοινότητα , ή την εκπαίδευση ασθενών , έκτακτες ανάγκες (όπως συνέβη με την Πανδημία και τη συστέγαση Δομών) και απασχόληση σε άλλα καθήκοντα (όπως διαχείρισης και γραφειοκρατικά) δρουν ανασταλτικά.

Γιατρός της Τ.ΜΟ.Υ ανέφερε ότι η απασχόληση των νοσηλευτών στις ανάγκες του ΚΥ με το οποίο συστεγάζονται περιορίζει τη συμμετοχή των νοσηλευτών στην εξέταση του ασθενούς :

*«Προσπαθούνε πάντως (οι νοσηλευτές να συμμετέχουν )γιατί αυτό δεν είναι εύκολο να γίνει .Όπως είδατε τώρα οι νοσηλευτές κάνουν διαλογή των ασθενών στην πόρτα λόγω covid για το ΚΥ. Αυτή δεν είναι δουλειά των νοσηλευτών της Τ.ΜΟ.Υ αλλά αφού το ΚΥ δεν έχει προσωπικό το κάνουν οι δικοί μας...»*

Το ίδιο αναφέρει και νοσηλεύτρια της ίδιας Δομής :

*«...συγκεκριμένα για εμάς που συστεγαζόμαστε με το 2ο Κέντρο Υγείας της πόλης και έχουμε αναλάβει να κάνουμε και πράγματα που αφορούν το ΚΥ ο χρόνος που έχουμε στη διάθεση μας για να αφιερώσουμε μόνο στους εγγεγραμμένους μας είναι πολύ λίγος. Δηλαδή θα έπρεπε απλά να ξεκαθαρίσουμε η κάθε δομή , η κάθε υπηρεσία τι ακριβώς έχει να κάνει ... πώς να το πω ...να είναι λίγο πιο καθορισμένο ο καθένας τι πρέπει να κάνει να είναι μοιρασμένες οι αρμοδιότητες... για να μπορείς να προσφέρεις και ποιοτική εργασία. Γιατί όταν ένας νοσηλευτής που ανήκει σε μία Δομή θα βοηθήσει λιγάκι και μία άλλη δομή επειδή συστεγάζεται μετά δεν υπάρχει ο χρόνος , μπορεί να υπάρχει επιθυμία και η διάθεση αλλά ...Αυτό που συνήθως ακούμε να υπάρχει το προσωπικό , να είναι αρκετό το προσωπικό και να είναι λίγο πιο καθορισμένο Ποιος κάνει τι....»*

#### **4. Η έλλειψη διεπιστημονικής συμφωνίας, συνεργασίας, ομαδικότητας και αποδοχής**

Το θέμα θίχτηκε από όλους τους συμμετέχοντες και επισημάνθηκε η ανάγκη αλλαγής νοοτροπίας από όλους τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών (ιθύνοντες, γιατρούς, νοσηλευτές) αλλά και τους δέκτες (υγιείς και ασθενείς)

Ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας με τον οποίο είναι δομημένο το σύστημα λειτουργίας των υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα έχει καλλιεργήσει νοοτροπίες που αντιστέκονται στην ανάπτυξη της διεπιστημονικότητας και συνεργατικής λειτουργίας της ομάδας ΠΦ όπως τονίζουν οι ακαδημαϊκοί :

*«το μεγάλο πρόβλημα είναι ότι το σύστημα είναι πολύ ιατροκεντρικό δηλαδή δεν υπάρχει ιδιαίτερη επαγγελματική αυτονομία...»*

Αν και η συνεργασία των νοσηλευτών με τους γιατρούς περιγράφεται κατά βάση ως πολύ καλή αναφέρονται περιπτώσεις όπου η έλλειψη εμπιστοσύνης των γιατρών στις γνώσεις και τις ικανότητες των νοσηλευτών και η προσκόλληση στον παραδοσιακό τρόπο λειτουργίας αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα στην ανάθεση ρόλων και στη διεύρυνση της νοσηλευτικής αυτονομίας όπως στην υιοθέτηση της νοσηλευτικής εξέτασης και λήψης ιστορικού που δοκιμάστηκε στις αρχές λειτουργίας της Τ.ΜΟ.Υ που εργάζεται νοσηλεύτρια που περιγράφει:



*«...δυστυχώς κάπου μετά το αφήσαμε και θεωρώ ότι και οι γιατροί εν τέλει ίσως και να μη μας εμπιστεύεται τόσο πολύ κάποια πράγματα(....)οι γιατροί δεν έχουνε μάθει μάλλον να δουλεύουν με εκείνο το σύστημα που ήταν καλά και θέλαμε και εμείς... για αυτό δηλαδή... κάπου εκεί μετά το χάσαμε ...»*

Η αλλαγή αυτής της κουλτούρας και νοοτροπίας είναι πολύ δύσκολο να συμβεί στα ελληνικά δεδομένα σύμφωνα και με τη γνώμη Νοσηλευτή του ΚΥ Βάμου :

*«αν έχει παγιωθεί μία ρουτίνα... δύσκολα αλλάζει ... έχουμε αυτό ,ότι δεν είμαστε πολύ δεκτικοί σε αλλαγές τέτοιες...»*

Ωστόσο η μεγαλύτερη αντίσταση αναμένεται από τους γιατρούς μεγαλύτερης ηλικίας. Οι νεότεροι συνάδελφοί τους ενδέχεται να είναι πιο δεκτικοί και γιατί έχουν εικόνα όσων ισχύουν στο εξωτερικό αλλά και γιατί θα ήταν ανακούφιση για αυτούς αν επωμίζονταν ο νοσηλευτής κάποιες αρμοδιότητές τους όπως πιθανολογεί και Νοσηλεύτρια του ΚΥ Χανίων

*«...Οι παλαιότεροι οι πιο πολλοί γιατροί μεγαλύτερης ηλικίας για το βίωσα εγώ αυτό όταν πρωτοπήγα στο ΙΚΑ έτσι μεγάλης ηλικίας ήτανε δύσκολοι στη συνεννόηση... Τώρα είναι όμως νέα παιδιά.... οι περισσότεροι και απέναντι στο νοσηλευτή έχουν άλλη αντιμετώπιση... πιστεύω και όλα αυτά λίγο-πολύ έχουν αλλάξει(...)Από τους γιατρούς μας εδώ στο ΚΥ δεν θα είχαμε σίγουρα αντιδράσεις γιατί είναι φορτωμένοι με τόσα αντικείμενα...»*

Από την άλλη μεριά οι γιατροί που συμμετείχαν φάνηκαν πολύ δεκτικοί και ανοιχτοί σε μια ευρεία συνεργασία που άλλωστε θεωρούν ότι θα αποβεί ευεργετική και για το σύστημα και τους ασθενείς και τους ίδιους. Εκφράζουν όμως επιφυλάξεις για τη διάθεση από μέρους των νοσηλευτών να αναλάβουν πρόσθετους ρόλους όπως γιατρός του ΚΥ Κισσάμου μας είπε:

*«...είναι και άλλοι χαρακτήρες που δεν θέλουν να κάνουν και πολλά και σου λέει "εγώ μέχρι εκεί"(....) κάποιιοι δεν έχουν διάθεση να αναλάβουν πράγματα όπως λέγαμε και πριν εεεε ειδικά όταν δεν έχουν κάτι να κερδίσουν από αυτό... Αν δεν έχουν κάτι να κερδίσουν δε θα το κάνουν...»*

Η αποδοχή των νοσηλευτών σε νέους διευρυμένους ρόλους από τους ασθενείς αποτελεί ένα θέμα που προβλημάτισε τους συμμετέχοντες όλων των ειδικοτήτων. Σύμφωνα με τα λεγόμενά τους οι λήπτες υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι προσκολλημένο στο γιατρό τους με μία σχέση εξάρτησης. Αν και εκμυστηρεύονται πιο εύκολα κάποια πράγματα στο νοσηλευτή και εκτιμούν το χρόνο που τους διαθέτει για περισσότερη

ενημέρωση, υποστήριξη και εκπαίδευση , εντούτοις είναι γαλουχημένοι να εμπιστεύονται πολύ περισσότερο την ιατρική αυθεντία από τις ικανότητες και τις γνώσεις των νοσηλευτών στα περισσότερα θέματα.

Γιατρός του ΚΥΒάμου επίσης μιλάει για τον ανασταλτικό ρόλο της σχέσης «εξάρτησης» του ασθενούς από το γιατρό του:

*«Πρώτα απ' όλα θα πρέπει να υπάρξει ένας απογαλακτισμός του ασθενούς από το... από το γιατρό... έτσι? Καταλαβαίνετε πως το εννοώ... Δυστυχώς έτσι είναι φτιαγμένη η νοοτροπία στην Ελλάδα των ασθενών και των γιατρών των γιατρών και των ασθενών που υπάρχει μία εντονότατη εξάρτηση του ασθενούς από το γιατρό...»*

Νοσηλεύτης Τ.ΜΟ.Υ *«Νιώθω ότι οι ασθενείς το ζητάνε αυτό(τη σχέση μόνο με το γιατρό) , γιατί ίσως... ίσως υπάρχει αυτή η χρόνια "εκπαίδευση" από μέρους του συστήματος υγείας... ...»*

Ωστόσο υπάρχει η αίσθηση ότι αυτή η νοοτροπία μπορεί να αλλάξει και να καλλιεργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης και αποδοχής των χρηστών, τόσο από την εμπειρία των εργαζόμενων στην ΠΦΥ όσο και από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται σε μελέτες Συστημάτων Υγείας που εφαρμόζονται διευρυμένες νοσηλευτικές πρακτικές. Τη σημασία της ενίσχυσης του νοσηλευτικού ρόλου υποστηρίζει γιατρός ΚΥ Βάμου στη σταδιακή αποδόμηση της υπάρχουσας κουλτούρας και στην ανάπτυξη μια νέας :

*«Όταν οι ασθενείς έχουν βιώσει μακροχρόνια ένα σύστημα όπου ουσιαστικά ο νοσηλευτικός ρόλος είναι σαφέστερος και υποβαθμισμένος...ξαφνικά ο ασθενής δεν είναι εύκολο να δεχτεί ότι θα παρακολουθηθεί από τον νοσηλευτή ή ότι θα του γράψει ο νοσηλευτής τα φάρμακα του ...άρα λοιπόν αυτό θέλει χρόνο για να δείξουμε στον κόσμο για να πείσουμε τον κόσμο ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι διαφορετικός από αυτόν που έχει συνηθίσει... οι κουλτούρες δομούνται , όπως μπορούν και να αποδομήθουν ...θετικά , με τη θετική έννοια το λέω...»*

Την ανάπτυξη θετικής στάσης των ασθενών στη πρόσθετη νοσηλευτική προσοχή και υποστήριξη και στην πιο οικεία σχέση με το νοσηλευτή , περιγράφουν και Νοσηλευτές από την εμπειρία τους:

*«...Κάποιοι ήταν πάρα πολύ ανοιχτοί σε αυτό (γέλια)και τους άρεσε που τους αφιερώναμε χρόνο ..Κάποια άλλοι ήταν πιο παραδοσιακοί και ήθελαν μόνο το γιατρό τους ...Οπότε δεν επιμέναμε κι εμείς πολύ...» (Τ.ΟΜ.Υ)*

Τέλος νοσηλεύτης του ΚΥ Βάμου περιγράφει πώς επηρεάζει θετικά και η στάση του νοσηλευτή στην καλλιέργεια θετικού κλίματος υπέρ του , όταν παρουσιάζεται ενημερωμένος, με αυτοπεποίθηση, πρόθυμος και διαθέσιμος :

*«...Ανάλογα βέβαια και με το χώρο που διεκδικεί ένας νοσηλεύτης στην Κοινότητα...Δηλαδή ένας νοσηλεύτης που ξέρει, που ενδιαφέρεται και το επικοινωνεί δεν βρίσκω και από την εμπειρία μου δεν υπάρχει καμία δυσκολία να το δεχτεί ο ασθενής...»*

**5. Η ανάληψη διευρυσμένων ρόλων όχι από το σύνολο των νοσηλευτών αλλά κατά περίπτωση και από άποψη ανισοκατανομής της εργασίας αλλά και διαφοροποίησης στη λειτουργία των Δομών και πρόκλησης ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών.**

*«Θα λειτουργούσε ανασταλτικά το να μη γίνεται αυτό από όλους τους συναδέλφους , Δηλαδή αν γίνεται στοχευμένα από έναν και όχι εκ περιτροπής Αυτό θα ήταν ανασταλτικό ναι..... γιατί να το φορτώνεται ας πούμε ένα άτομο και και όχι να το μοιράζονται όλοι.... αυτό μόνο...» Νοσηλεύτρια ΚΥΧανίων*

*«Σίγουρα δεν πρέπει να το κάνει μόνο ένα άτομο αυτό... Ας πούμε για παράδειγμα εμείς που συστεγαζόμαστε δύο Δομές σε ένα κτίριο δεν μπορώ να το κάνουν οι νοσηλευτές της μίας Τ.ΜΟ.Υ και να μην το εφαρμόζουμε και νοσηλευτές της άλλης ...» αν και τελικά θεωρεί ότι μπορεί να βρεθεί μια ικανοποιητική λύση διαμοιρασμού των υποχρεώσεων*

**Κίνητρα και παράγοντες διευκόλυνσης της εφαρμογής των διευρυσμένων ρόλων**

**1. Η παρουσία υποστηρικτικής ηγεσίας και η καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας στη διεπιστημονική ομάδα.**

Τη σημασία της υποστηρικτικής ηγεσίας εξαίρει ένας από τους καθηγητές λέγοντας :

*«και βεβαίως πρέπει να υπάρχει μία ηγεσία η οποία θα μπορεί να στηρίξει όλες αυτές τις πρωτοβουλίες και το νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στην τρέχουσα κουλτούρα να το πω έτσι ...»*

Αλλά το πόσο σημαντική είναι η υποστηρικτική ηγεσία φάνηκε πολύ ξεκάθαρα από τις δηλώσεις των νοσηλευτών που εργάζονται στις Τ.ΜΟ.Υ, καθώς και οι τρεις μας περιέγραψαν πώς άλλαξε η λειτουργία των Δομών τους όταν άλλαξε ο συντονιστής γιατρός. Συγκεκριμένα περιγράφουν ότι ο πρώτος γιατρός που ανέλαβε το ρόλο του συντονιστή των Τ.ΜΟ.Υ στην έναρξη λειτουργίας τους , είχε εργασιακή εμπειρία στο σύστημα ΠΦΥ της Ισπανίας , όπου εφαρμόζονται ήδη αρκετοί διευρυσμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι. Ως υπέρμαχος της διεπιστημονικής συνεργασίας και της νοσηλευτικής

αυτονομίας προώθησε επί των ημερών του την εφαρμογή ανάλογων πρακτικών όπως η λήψη νοσηλευτικών ιστορικών ,οι ενημερωτικές δράσεις από τους νοσηλευτές (φυλλάδια, ημερίδες), η ενδιάμεσες νοσηλευτικές διαβουλεύσεις, οι τακτικές συναντήσεις των διεπιστημονικών ομάδων . Σύμφωνα με τα λεγόμενά τους στήριζε τη νοσηλευτική πρωτοβουλία και αυτονομία ακόμα και με αιτήματα στην ΥΠΕ για την πρόσβαση των νοσηλευτών στο ηλεκτρονικό φάκελο. Ο τρόπος αυτός λειτουργίας όμως ατόνησε και εν μέρει εγκαταλείφτηκε όταν αποχώρησε από τη θέση.

*«...Αυτό θεωρώ ότι έχει να κάνει και με το γιατρό γιατί στην αρχή είχαμε υπεύθυνο έναν Γενικό γιατρό οποίος είχε δουλέψει και έξω και ήξερε πολύ περισσότερο πώς δουλεύουν και έξω στην ΠΦΥ οπότε μας πίεζε κιόλας να πάρουμε και κάποιες πρωτοβουλίες και μόνοι μας εεεε και μετάαααα ήτανε και αλλιώς οι ανάγκες και κάπως το κρατήσαμε πίσω ...»* Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ

*«...με εκείνο το συντονιστή που σας προανέφερα ο οποίος είχε και την εμπειρία της πρωτοβάθμιας από την Ισπανία ,τότε κάθε εβδομάδα ο συγκεκριμένος συντονιστής έκανε ένα meeting με κάθε ειδικότητα δηλαδή είχε τη Δευτέρα με την κοινωνική υπηρεσία την Τρίτη νοσηλευτές, την Τετάρτη οι γιατροί μεταξύ τους, την Πέμπτη με τους επισκέπτες υγείας, την Παρασκευή κουβεντιάζαμε όλοι μαζί.. Ναι εεεε... όταν ο συντονιστής αυτός έφυγε γιατί επέστρεψε στην οργανική του θέση άρχισαν λίγο να αραιώνουν τα meeting αυτά..»*

Στην ερώτηση αν της λείπουν αυτές οι συναντήσεις η Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ μας απάντησε:

*«Ναι... Ήταν καλό.. ήταν καλό ακόμα και αν δεν υπήρχε κάτι σοβαρό να συζητήσουμε Νομίζω ότι κάνει καλό στην ψυχολογία μας να βρεθούμε κάποια στιγμή έστω και το μισό προσωπικό με το συντονιστή με όλες τις ειδικότητες μαζί γιατί όταν δουλεύεις όλες αυτές τις ώρες αλλά είναι μόνο δουλειά ....κάνει καλό στο πνεύμα ομαδικότητας...»*

Εν κατακλείδι θεωρούν ότι:

*«είναι διαφορετικό το να παλεύεις μόνος σου σε μία κουλτούρα που είναι ενάντια να φτιάξεις κάτι όσο δημιουργικό και να ναι... Όταν βρίσκεις συνέχεια όμως εμπόδια κάποια στιγμή κουράζεσαι ...»* Νοσηλεύτρια Τ.ΟΜ.Υ

*«Άμα υπήρχε υποστήριξη από την ομάδα θεωρώ ότι θα λειτουργούσε γιατί είναι και λίγο το τι θες και τι σε αφήνει ο άλλος να κάνεις...»* Νοσηλεύτρια Τ.ΟΜ.Υ

*«...Νομίζω ότι το πιο σημαντικό πράγμα είναι η συνεργασία νοσηλευτών-γιατρών. Αυτό είναι το πιο σημαντικό πράγμα . Ο νοσηλευτής να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο της ομάδας*

και όχι απλά ένας βοηθητικός ρόλος. Ο γιατρός να τον εμπιστεύεται να του δίνει ένα πλαίσιο ελευθερίας κινήσεων και όχι να είναι απλά ένα εκτελεστικό όργανο, τύπου " βγάλε αυτές τις φωτοτυπίες, έγραψε μου αυτά , ένα καρδιογράφημα κλπ....»

«Αυτό είναι το Α και το Ω να υπάρχει το περιβάλλον που θα στηρίξει αυτή την πρωτοβουλία...» Νοσηλεύτριας Τ.ΜΟ.Υ

## 2. Η αξιολόγηση του έργου

Αναφέρθηκε τόσο από καθηγητές ως μοχλός πίεσης για την ανάληψη και ορθή διεκπεραίωση των νέων ρόλων αλλά κυρίως από τους νοσηλευτές ως μέσο οργάνωσης και επανατροφοδότησης :

«και επίσης λογοδοσία γιατί αυτό μας λείπει πάρα πολύ δηλαδή να ξέρει ο καθένας που πάει να εργαστεί ότι θα ελεγχθεί σε σχέση με το πόσες επισκέψεις κατ' οίκων έκανε για παράδειγμα ή για το τι compliance έχουνε οι ασθενείς του και διάφοροι άλλοι δείκτες που δείχνουν την αποτελεσματικότητα της δουλειάς..Μια αξιολόγηση αλλά αξιολόγηση που να είναι κανονική αξιολόγηση... να ξέρεις και τι να περιμένεις δηλαδή να δίνεις τους πόρους και να ελέγχεις μετά αυτό το πράγμα που έχει γίνει.» Καθηγητής

«..θεωρώ και η παρακολούθηση και η αξιολόγηση του εργαζόμενου.. επειδή κάποια πράγματα τα κάνουμε με δική μας πρωτοβουλία ...Δεν λέω να υπάρχει κάποιος από πάνω μας συνέχεια αλλά μία αξιολόγηση... τι άλλο ; (αναρωτιέται-σκάφτεται)και κάτι για να μπορούμε να αξιολογούμε τα δικά μας αποτελέσματα , γιατί κάποια από αυτά που κάνουμε .... λέμε εμείς τα τελειώσαμε αλλά... Για τη δράση πχ για την ομιλία στο διαδίκτυο για παράδειγμα λέμε εμείς ότι ωραία την κάναμε αλλά θέλουμε να δούμε και το αποτέλεσμα .....

και επίσης

«...Οπότε θεωρώ ότι αν μας έλεγαν ότι πρέπει να κάνουμε αυτό σε αυτό το χρονικό περιθώριο ή και να μετρήσεις τα αποτελέσματά σου κλπ θα ήταν πιο βοηθητικό...» Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ

«...υπήρχε διάθεση από μας να κάνουμε κάποια παραπάνω πράγματα αλλά ποτέ χωρίς τα απαραίτητα βήματα που θα κοιτάμε και λίγο πίσω να δούμε αν προχωράμε καλά...» Νοσηλεύτριας Τ.ΜΟ.Υ

## 3. Δυνατότητες εκπαίδευσης

Όπως ήδη αναφέρθηκε εκτενώς στην ανάλυση των εμποδίων . η πρόσθετη , πέραν του προπτυχιακού επιπέδου εκπαίδευση θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την

εφαρμογή διευρυμένων πρακτικών . Ωστόσο εκτός από το μεταπτυχιακό ή την ειδικότητα ΠΦΥ οι νοσηλεύτες προτείνουν και πρόσθετους τρόπους εκπαίδευσης όπως on the job practice υπό την επίβλεψη γιατρού:

*«σαν πρώτη σκέψη ίσως θα ήταν ωραίο να το αναλάβει ένας γιατρός αυτό; Να εκπαιδευτούμε από κάποιον γιατρό, οι οποίοι το κάνουν αυτό , είναι μέσα στην καθημερινότητά τους...» (Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ)*

Επίσης νοσηλεύτρια του ΚΥ Χανιών συμφωνεί με την καθοδήγηση από γιατρό επί το έργο λέγοντας:

*«στην αρχή και παρουσία του γιατρού, της ανάλογης ειδικότητας που θέλει να κάνουμε μια πράξη ώστε να αποκτήσουμε την εμπειρία και την πείρα και μετά έστω και μόνοι μας να μπορούμε να το κάνουμε»*

Την υποδοχή και εξέταση του ασθενούς σε κοινό χώρο προτείνει ως μέσο εκπαίδευσης και γιατρός Τ.ΜΟ.Υ λέγοντας :

*«εγώ νομίζω όταν είναι μαζί με τον γιατρό και βλέπουμε μαζί τον ασθενή είναι πιο αποτελεσματικός τρόπος λειτουργίας και θα μάθει περισσότερα ο νοσηλευτής αλλά θα βλέπουνε και μαζί τον ασθενείς, αλλιώς είναι λίγο αποκομμένοι νομίζω στο δικό τους ιατρείο...»*

Σύμφωνη βρίσκει με την άποψη της κοινής συμβουλευτικής και νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ που μας είπε:

*«Απλά δουλεύοντας ο νοσηλευτής σε ένα χωριστό χώρο από το γιατρό δεν θα ακούσει πληροφορίες που μπορούν να είναι σημαντικές στο να μάθει κάποια πράγματα ή να θυμηθεί κάποια πράγματα (ο νοσηλευτής)...»*

Επίσης θίχτηκε και το ζήτημα της δια βίου μάθησης και εκπαίδευσης των νοσηλευτών με on line βιβλιοθήκες διαθέσιμες και διοργάνωση σεμιναρίων από αρμόδιους φορείς και παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων στο χώρο, όπως μας πρότειναν οι νοσηλευτές Τ.ΜΟ.Υ:

*«..Αυτό είναι κάτι που θα έπρεπε το ίδιο το σύστημα υγείας που δουλεύουμε να μας το παρέχει ..μία online βιβλιοθήκη όπου να μας κρατάει ενήμερους και να μπορούμε τις κλινικές μας γνώσεις να τις εμπλουτίζουμε (...) ίσως θα έπρεπε και στα πλαίσια της οργάνωσης σεμιναρίων από μια περιφέρεια, ένα νοσοκομείο, από ένα σύστημα υγείας είναι απαραίτητο να ενημερώνουν τους εργαζόμενους....»*

*«Και μια ενημέρωση για το πώς είναι η ΠΦΥ σε άλλες χώρες με περισσότερες λεπτομέρειες και όχι αυτά τα πολύ λίγα που ακούμε ....για να δούμε και εμείς λίγο... τι γίνεται»*

Τη συνεχή δια βίου μάθηση υποστηρίζει και καθηγητής που συμπληρώνει σχετικά με την ανάγκη εξειδίκευσης αλλά ταυτόχρονα και επικαιροποίησης των γνώσεων :

*«η οποία να είναι και συνεχής δηλαδή είναι πράγματα τα οποία θα πρέπει να γίνονται κάθε χρόνο ίσως..»*

Μια παράμετρος που παίζει ρόλο στην επιλογή των νοσηλευτών να παρακολουθήσουν κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα αφορά πρακτικά ζητήματα όπως ο χρόνος και ο τόπος διεξαγωγής του όπως μας είπαν και οι δυο νοσηλεύτριες του ΚΥ Χανίων :

*«εγώ τώρα στη φάση που είμαι και λόγο οικογενειακών υποχρεώσεων δεν ξέρω αν θα προχωρούσα... Σίγουρα όμως τα κορίτσια σε νεότερη ηλικία πιστεύω ότι σίγουρα θα είναι μία πολύ μεγάλη εξέλιξη βέβαια βέβαια βέβαια... Εμείς οι μεγαλύτερες λίγο μετράμε λίγο αντίστροφα(...)αλλά και εγώ αν υπάρξει σεμινάριο και γίνει στον τόπο μου και να μην ξεσπιτωθεί κάποιος για να το κάνει, ιδιαίτερα εμείς οι μεγαλύτερης ηλικία που έχουμε και αυξημένες φροντίδες(οικογενειακές)... θα ήμουν πολύ θετική σε αυτό, πάρα πολύ..»*

*«στον ίδιο χώρο βέβαια που εργάζομαι γιατί θα ήτανε δύσκολο να σε μεταφέρει κάποιος κάπου αλλού ή και εκτός πόλης, για να πας να κάνεις κάτι τέτοιο(την εκπαίδευση εννοεί) γιατί εμπλέκονται κι άλλα θέματα, οικονομικά, προσωπικά, διαφορά ...Αν είσαι στο χώρο σου ...Εντάξει είναι διαφορετικά ....μπορείς πιο άνετα να το αντιμετωπίσεις αυτό..»*

#### 4. Χρήση πρωτοκόλλων

Τα οποία θα πρέπει «...να υπάρχουν και να είναι context specific, ειδικά για την Ελλάδα, να έχουν προσαρμοστεί...» θεωρεί Καθηγητής ότι θα έχουν ενισχυτική και υποστηρικτική δράση στην εφαρμογή ορθών πρακτικών και αξιολόγησης των περιστατικών από τους νοσηλευτές.

Νοσηλευτής Τ.ΜΟ.Υ αναφέρεται στη σημασία της δια βίου μάθησης και την ανάγκη υιοθέτησης εργαλείων αξιολόγησης και δράσης με τη μορφή πρωτοκόλλων , να είναι όπως μας είπε οι νοσηλευτές «up to date με τα guidelines της εποχής μας, να ενημερωνόμαστε να διαβάζουμε να έχουμε πηγές διαθέσιμες προκειμένου να μπορούμε να έχουμε εργαλεία στα χέρια μας να χρησιμοποιήσουμε...» κάτι που μέχρι σήμερα δεν εφαρμόζεται συστηματικά στη Δομή που εργάζεται :

«Δε συνέβη δηλαδή ποτέ σε ένα πλαίσιο οργανωμένο και σε ένα πλαίσιο που τα βάλουμε κάτω και είπαμε "Λοιπόν παιδιά θα πάρουμε τις εξετάσεις θα βλέπουμε αυτό και θα πρέπει να κάνουμε αυτό " .Έγινε σε ένα Πλαίσιο λίγο αυτό-οργανωθείτε...»

Τη χρήση πρωτοκόλλων προτείνει ως βοήθημα και νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ:

«να μας δώσουν κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες δηλαδή ότι βλέπεις εκείνο εκείνο εκείνο οπότε με τη μορφή πρωτοκόλλων δηλαδή...»

##### 5. Κίνητρα ,προσφοράς, αναγνώριση, οικονομικά, εξέλιξη

- Προσφορά και αξιοποίηση γνώσεων και δυνατοτήτων

Στην ερώτηση τι θα κινητοποιούσε τους νοσηλευτές να παρακολουθήσουν την απαραίτητη εκπαίδευση και να αναλάβουν διευρυμένους ρόλους στην εργασία τους απάντησαν στην πλειοψηφία ότι το βασικό κίνητρο είναι η δυνατότητα να προσφέρουν περισσότερα στον χρήστη των υπηρεσιών αλλά και να αξιοποιήσουν τις γνώσεις και τις δυνατότητές τους πιο παραγωγικά

*«Αν όμως τα καθήκοντα ή οι ρόλοι ήταν νοσηλευτικοί θα ήταν για μένα ...δεν χρειάζομαι κίνητρο θα ήταν ακριβώς μια βελτίωση του ρόλου μου και της κλινικής πράξης»*  
Νοσηλεύτρια ΚΥ Βάμου

*«Αρχικά το να μπορέσω να προσφέρω βοήθεια στον άνθρωπο που τη χρειάζεται , αυτό είναι το βασικό μου κίνητρο...Και να μπορώ να είμαι πλήρης εγώ απέναντι στο αντικείμενό μου και να νιώθω ότι μπορώ να το υποστηρίξω...»* Νοσηλεύτρια ΚΥ Χανίων

*«Γιατί θα το έκανα? Γιατί θα νιώθω παραγωγική (γέλια) και ότι κάνω κάτι ενδιαφέρον και ότι μπορώ κάπως να επηρεάσω θετικά κάποιον για να αλλάξει τρόπο ζωής για παράδειγμα αυτό το θεωρώ πάρα πολύ σημαντικό(...)θα ένιωθα ότι δεν σπαταλούσαν τέσσερα χρόνια να σπουδάσω και δεν εκμεταλλεύομαι τις γνώσεις μου και ότι μπορώ να φτάσω και ένα επίπεδο παραπάνω ...»* Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ

- Αναγνώριση

Ένα άλλο ισχυρό κίνητρο είναι η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή και της προσφοράς του , τόσο από τους χρήστες των υπηρεσιών όσο και από τους συνεργάτες του. και η αίσθηση ότι οι πρόσθετες αρμοδιότητες θα προσθέσουν στην αξία του νοσηλευτικού επαγγέλματος και στη εκτίμηση του νοσηλευτή στη συνείδηση του κόσμου.

«...ο κόσμος άμα με δει ότι κάνω πράγματα και με εμπιστευτεί θα με σέβεται και λίγο παραπάνω για παράδειγμα... βέβαια γιατί στην αρχή εδώ κάποιους (ασθενείς) τους



πιέζαμε να έρθουν αλλά κάποιοι ερχόντουσαν και από μόνοι τους και το έβλεπες ότι εκτιμάνε πολύ αυτό που τους λες και ότι νοιάζεσαι και τους λες «ελάτε πιο νωρίς για να μιλήσουμε» και όλα αυτά και είχανε μπει και αυτοί λίγο στο κλίμα αυτό ότι τους παρακολουθεί και ο νοσηλευτής...» Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ

Η αναγνώριση της ικανότητας των νοσηλευτών να ανταποκριθούν σε νέους, διευρυμένους ρόλους θα δράσει ως καταλύτης και στην ενεργοποίησή τους για περισσότερη δράση και συμμετοχή, όπως περιγράφει Νοσηλευτής Τ.ΜΟ.Υ:

*«...έτσι όπως το έχω δει στην πράξη τουλάχιστον όταν δίνονταν περαιτέρω αρμοδιότητες μετά αναπτυσσόταν και ένα μεγαλύτερο αίσθημα ευθύνης οπότε μετά νιώθω ότι και τα αντανακλαστικά του νοσηλευτή ενεργοποιούνταν οπότε υπήρχε και μια διαφορετική αντιμετώπιση και δικιά του απέναντι στο να πάρει απλά ένα φύλλο εξετάσεων να το δώσει στο γιατρό ή να το πάρει και να δει κάτι το οποίο ίσως δεν το είχε προσέξει ο γιατρός και να κάνει κάποια παρατήρηση που θα μπορούσαμε να είναι κρίσιμη ή να παρακολουθεί μία ομάδα...»*

«Όσο αφορά τους νοσηλευτές θεωρώ ότι θα το δούνε με μεγάλο ζήλο και πολύ μεγάλο ενδιαφέρον γιατί ανοίγει ορίζοντες και τους αφήνει πεδίο ελεύθερης δράσης-ελεύθερης δράσης και άσκησης των νέων ρόλων νοσηλευτικής που είναι το επιθυμητό από τους αποφοίτους μας, τους νοσηλευτές, τους συναδέλφους ...» Καθηγητής

- Οικονομικά κίνητρα-εξέλιξη-εργασιακή σταθερότητα

Οι πρόσθετες οικονομικές απολαβές, επιβραβεύσεις και δυνατότητες εξέλιξης αναφέρθηκαν ως πιθανά κίνητρα των νοσηλευτών από κυρίως από τους γιατρούς και το ακαδημαϊκό προσωπικό:

*«αν μετά υπήρχαν κάποιες αξιολογήσεις ή οικονομικά κίνητρα...Ας πούμε αν συμμετέχεις σε αυτό θα έχεις κάποια έξτρα χρήματα ... Τα χρήματα πάντα είναι ένα κίνητρο, ειδικά στις εποχές μας... μμμμ αξιολογήσεις... Και η αξιολόγηση του διευθυντή μετράει πάντα στο βιογραφικό τους στη μετέπειτα πορεία τους και εξέλιξη ....»* Γιατρός ΚΥ Κισσάμου

Στη δυσκολία στη θεσμοθέτηση οικονομικών κινήτρων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας αναφέρθηκε καθηγητής και πρότεινε ως εναλλακτική μορφή την κάλυψη εξόδων για εκπαιδευτικά προγράμματα και τη χορήγηση πριμοδότησης απόδοσης αλλά και ηθικών επιβραβεύσεων :

*«Λοιπόν τα κίνητρα είναι πολύ κουβέντα γιατί δυστυχώς μέσα στο κομμάτι το δημόσιο δεν μπορεί να δώσει κίνητρα οικονομικά, από τη στιγμή που όλα αυτά καθορίζονται από*

το κέντρο...Ιδανικά θα έπρεπε να συνδυαστεί όχι ο μισθός αλλά κάτι επιπλέον-το Bonus με την απόδοσή σου(...)Οπότε μετά αυτό που θα μπορούσε να γίνει είναι να πάμε σε κίνητρα τα οποία είναι μη οικονομικά (...) υπάρχουν αναγνωρίσεις από την ΥΠΕ ...Δηλαδή κάθε χρονιά να δίνονται κάποια βραβεία ή έπαινοι σε νοσηλευτές που έχουν διακριθεί για το έργο τους. Να δίνονται από την ΥΠΕ πάλι -γιατί υπάρχει το περιθώριο- κάποια χρήματα για την κάλυψη εξόδων συνεδρίου, που ιδίως στην Πρωτοβάθμια αυτά τα πράγματα επειδή δεν καλύπτονται από φαρμακευτικές είναι και ξένα...Δηλαδή μπορούν να γίνουν πράγματα...»

Οι νοσηλευτές αν και αναγνωρίζουν την αξία της οικονομικής εξασφάλισης και ικανοποίησης, δε θεωρούν ότι για έναν ήδη διορισμένο υπάλληλο όπως οι ίδιοι, με εξασφαλισμένο έναν ικανοποιητικό μισθό αποτελεί σημαντικό κίνητρο:

«Σίγουρα το οικονομικό κίνητρο παίζει σε όλους ρόλο στις εποχές που περνάμε ...Αν και εμείς οι μεγαλύτερες σίγουρα οικονομικά είμαστε καλύτερα από αυτά τα παιδιά που μπαίνουν με τα 600 ευρώ και τα 700...αλλά σίγουρα το οικονομικό είναι πολύ σημαντικό... πολύ σημαντικό...» Νοσηλεύτρια ΚΥ Χανίων

Πιο ισχυρό κίνητρο θεωρήθηκε η εργασιακή σταθερότητα(περιορισμός των μετακινήσεων-αλλαγών θέσης) που συνεπάγεται μια εξειδικευμένη θέση:

«...πιστεύω ένα εξειδικευμένο προσωπικό δεν μετακινείται εύκολα...» Νοσηλεύτρια ΚΥ Χανίων

# Συμπεράσματα- Συζήτηση

## Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΠΦΥ

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προέκυψε πολύ καλή θεωρητική γνώση του περιεχομένου του νοσηλευτικού ρόλου στην ΠΦΥ, καθώς αναφέρθηκαν όλες οι πτυχές όπως περιγράφηκαν στο θεωρητικό μέρος με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία.

Ωστόσο αποκαλύφθηκε και η σημαντική απόσταση ανάμεσα στη θεωρία και την ελληνική πραγματικότητα. Αν και σύμφωνα με τη θεωρία αλλά και με την περιγραφή του νοσηλευτικού αντικειμένου στις τελευταίες προκηρύξεις νοσηλευτικού προσωπικού για Δομές ΠΦΥ, ο νοσηλευτής οφείλει να συμμετέχει στην προαγωγή και αγωγή υγείας, την εκπαίδευση και ενημέρωση των χρηστών, την αξιολόγηση αναγκών, την παρακολούθηση και φροντίδα και τη βελτίωση των συνθηκών πρόσβασης του πληθυσμού της κοινότητας, στην πραγματικότητα ο ρόλος αυτός είναι σημαντικά πιο περιορισμένος.

Εκτός από την εκτέλεση πράξεων (ενεσοθεραπεία, καρδιογράφημα, λήψη ζωτικών σημείων, χορήγηση οξυγόνου, αλλαγή τραυμάτων) έπειτα από ιατρική οδηγία, οι νοσηλευτές εμπλέκονται κατά κύριο λόγο στο κομμάτι της εκπαίδευσης των ασθενών στη χρήση ιατρικών βοηθημάτων (για παράδειγμα στην ινσουλινοθεραπεία-χρήση πέννας) και στην ενημέρωση σε θέματα διατροφής και πρόληψης. Συμμετέχουν επίσης σε διαχειριστικά ζητήματα που αφορούν τη λειτουργία και οργάνωση της Δομής τους.

Αιτίες αυτού του περιορισμού είναι η μειωμένη επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών με βάση τα θεσμοθετημένα επαγγελματικά τους δικαιώματα, τα οργανωτικά ελλείμματα του συστήματος ΠΦ, η έλλειψη προσωπικού και χρόνου, ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του ΕΣΥ στην Ελλάδα και η κουλτούρα εξάρτησης του ασθενούς από το γιατρό του, αλλά και η νοοτροπία προσκόλλησης νοσηλευτών και γιατρών στον παραδοσιακό τρόπο ιεραρχικής λειτουργίας που απέχει από το μοντέλο της διεπιστημονικής συνεργασίας της ομάδας ΠΦΥ.

Επίσης σημαντική διαφοροποίηση φαίνεται να παρουσιάζει το εύρος της νοσηλευτικής πρακτικής από Δομή σε Δομή. Παράγοντες που το επηρεάζουν είναι :

1. Το είδος της Δομής. Το ΚΥ Χανίων πρώην ΠΕΔΥ λειτουργεί μόνο σε πρωινό ωράριο και καθώς αποτελεί «προϊόν» μεταρρυθμιστικής εξέλιξης, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του είναι επηρεασμένος από την πιο «παραδοσιακή» κουλτούρα των πολύ-ιατρείων του ΙΚΑ, με το ρόλο του νοσηλευτή «αυστηρά περιορισμένο» στην εκτέλεση πράξεων κατ' εντολή γιατρού όπως η ενεσοθεραπεία, η διενέργεια καρδιογραφήματος, παροχή οξυγόνου, αλλαγές τραυμάτων κλπ. Παράλληλα παρέχεται γραμματειακή υποστήριξη στη συνταγογράφηση φαρμάκων, εξετάσεων και υγειονομικού υλικού.

Τα υπόλοιπα ΚΥ που δεν είναι αστικού τύπου , λειτουργούν σε 24ωρη βάση και το έργο τους περιλαμβάνει και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών , ενώ ο πληθυσμός αναφοράς τους είναι καθορισμένος με περισσότερη σαφήνεια καθώς καλύπτει συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Οι Τ.ΟΜ.Υ από την ίδρυσή τους ευαγγελίστηκαν τη λειτουργία διεπιστημονικών μονάδων οικογενειακής ιατρικής και ως καινούργιες προσθήκες στο σύστημα ΠΦ είχαν την ευκαιρία της δόμηση μίας νέας κουλτούρας. Η προσδοκία αυτή όμως δυστυχώς , σύμφωνα με τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, διαψεύστηκε σε μεγάλο βαθμό. Μολονότι φαίνεται να υπάρχει μια μεγαλύτερη αυτονομία και συμμετοχή των νοσηλευτών στη φροντίδα (λήψη ιστορικού, ενδιάμεσες νοσηλευτικές διαβουλεύσεις με ασθενείς, διοργάνωση ενημερωτικών δράσεων και υλικού) δεν αγγίζει τον επιθυμητό βαθμό ούτε υπάρχει ένα οργανωμένο ενιαίο πλαίσιο που να διέπει τη λειτουργία τους στην πράξη.

2. Το συντονιστή-υπεύθυνο λειτουργίας της Δομής . Αποτέλεσμα της προαναφερθείσας ασάφειας της οργάνωσης και της διαφοροποίησης των Δομών είναι το πλαίσιο λειτουργίας να καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό κατά περίπτωση από τον εκάστοτε συντονιστή. Συνέπεια αυτού είναι να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αυτονομία και το περιεχόμενο του νοσηλευτικού ρόλου ακόμα και σε ίδιου τύπου Δομές (για παράδειγμα Τ.ΟΜ.Υ με Τ.ΟΜ.Υ ) αλλά ανά περιόδους ακόμα και στην ίδια Δομή (όταν αλλάζει ο συντονιστής). Σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζει και η νοοτροπία των γιατρών μίας Δομής στον τρόπο που συνεργάζονται με τους νοσηλευτές.
3. Τη διάθεση των νοσηλευτών. Όπως μας περιέγραψαν νοσηλευτές και γιατροί εκτός από το υποστηρικτικό περιβάλλον ,το εύρος πρακτικής εξαρτάται και από το επίπεδο εκπαίδευσης , τα έτη υπηρεσίας , την εμπειρία , την ικανότητα αλλά και τη νοοτροπία του κάθε νοσηλευτή. Νοσηλευτές με εργασιακή εμπειρία στο εξωτερικό, ανώτερης εκπαίδευσης, με λιγότερα έτη υπηρεσίας παρουσιάζονται με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και πιο ενεργητικοί και διεκδικητικοί στην ανάληψη περισσότερων ρόλων.

### **Οι γνώσεις για τους Διευρυμένους νοσηλευτικούς ρόλους**

Ο συγκεκριμένος όρος δεν ήταν οικείος σε κανένα από τους συμμετέχοντες οπότε αναγκαστήκαμε να δώσουμε τον ορισμό περιγράφοντας το περιεχόμενο τέτοιων ρόλων. Για τους νοσηλευτές και τους ακαδημαϊκούς η περιγραφή αυτή ταυτίζεται με το

ρόλο του νοσηλευτή ΠΦΥ όπως παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία και δεν αφορά πραγματική διεύρυνση αλλά εφαρμογή στην πράξη του ουσιαστικού ρόλου του νοσηλευτή ΠΦ σε όλη του την έκταση. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το δικαίωμα των νοσηλευτών στη συνταγογράφηση όπως θα αναλύσουμε παρακάτω.

### **Απόψεις και στάσεις**

Ως συνέπεια της παραπάνω πεποίθησης η τοποθέτηση των συμμετεχόντων σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο ήταν ιδιαίτερα θετική. Σύμφωνα με όσα μας είπαν, για τους νοσηλευτές μια τέτοια εξέλιξη δεν είναι απλά αποδεκτή αλλά και επιθυμητή. Ιδιαίτερα για τους νεότερους αυτή η επαγγελματική αυτονομία και αυτός ο τρόπος λειτουργίας της ΠΦ ήταν μια προσδοκία η οποία διαψεύστηκε μετά το διορισμό τους.

Θετική ήταν και η ανταπόκριση των γιατρών οι οποίοι ήδη θεωρούν το ρόλο του νοσηλευτή αρκετά περιορισμένο σε σχέση και με τις ικανότητες και τις γνώσεις του αλλά και τις ανάγκες που χρειάζεται να καλυφθούν στο πεδίο της ΠΦΥ.

Η θετική στάση αφορά όλες τις διευρυμένες πρακτικές όπως λήψη ιστορικού, παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, αξιολόγηση αναγκών, ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενών και οικείων-συγγενών, κατ' οίκων φροντίδα, πρόληψη και προαγωγή υγείας, ενημέρωση ιατρικού φακέλου, αλλά και αξιολόγηση εξετάσεων, παραπομπή και κλινική εξέταση υπό προϋποθέσεις.

Αν και σε γενικές γραμμές η στάση γιατρών και νοσηλευτών ήταν θετική με την προϋπόθεση της κατάλληλης εκπαίδευσης και της θεσμοθέτησης του δικαιώματος από το κράτος, η συνταγογράφηση ήταν η μόνη περίπτωση όπως προαναφέραμε όπου εκφράστηκαν κάποιες ενστάσεις. Στα πλεονεκτήματα αναφέρθηκαν η καλύτερη εξυπηρέτηση της ζήτησης αλλά και η βελτίωση της σχέσης νοσηλευτών-ασθενών, ο περιορισμός της εξάρτησης ασθενών από τους γιατρούς και η διευκόλυνση στο διευρυμένο ρόλο της νοσηλευτικής παρακολούθησης και διεκπεραίωσης απλών περιστατικών (χορήγηση αναλγητικών, αντιβιώσεων, δερματολογικών αλοιφών, υγειονομικού υλικού κλπ)

Ο χειρισμός του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από νοσηλευτές, με οδηγίες γιατρού (χρησιμοποιώντας τους ιατρικούς κωδικούς πρόσβασης) αποτελεί συνήθη πρακτική σε αρκετές Δομές, ειδικά όσο αφορά στην ανανέωση συνταγών, όπως μας αποκάλυψαν γιατροί και νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα. Αυτή η διαδικασία πραγματοποιείται στα πλαίσια της γραμματειακής υποστήριξης του ιατρικού έργου και όχι αυτόνομα. Αποτελεί ωστόσο ένα κομμάτι στο οποίο οι

νοσηλευτές έχουν εκπαιδευτεί και έστω και άτυπα το εφαρμόζουν, όταν εκφραστεί σχετική επιθυμία από το γιατρό.

Αντιρρήσεις εκφραστήκαν από νοσηλευτές στην αποδοχή της υποχρέωσης να συνταγογραφούν άτυπα, χωρίς προσωπικούς κωδικούς, αφενός γιατί το θεωρούν γραμματειακή εργασία που τους αποσπά από τα νοσηλευτικά καθήκοντα και αφετέρου γιατί με τον άτυπο τρόπο που εφαρμόζεται ενέχει νομικούς κινδύνους.

Σε ένα βαθμό επίσης ακόμα και αν υπάρξει θεσμοθέτηση της νοσηλευτικής συνταγογράφησης, εκφράστηκαν επιφυλάξεις εάν η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (η θεραπεία) θα έπρεπε να αποτελεί μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας. Σαφώς μεγαλύτερη αποδοχή εκφράστηκε στη συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού και αναλώσιμων.

Τα συμπεράσματα αυτά φαίνεται να συμφωνούν με σχετικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα :

- Σε μία μελέτη (Σκρουμπέλος και συν.,2012) ως προς τη συμφωνία εμπλοκής των νοσηλευτών σε όλους τους τομείς (συνταγογράφηση, πρόληψη, διαχείριση χρονίως πασχόντων και ανάγνωση και ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων) αλλά με ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της πρόληψης (αγωγή και προαγωγή της υγείας, οδηγίες προς ασθενείς, οδηγίες για αυτοεκπαίδευση τόσο ασθενών όσο και συγγενών.
- Με την ποσοτική μελέτη της Λουραντάκη Ι. (2015) ως προς τις επιφυλάξεις που εκφράστηκαν για τη φαρμακευτική συνταγογράφηση και την καταγραφή θετικότερης στάσης στη συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού.

Διαφορές εντοπίστηκαν με την ποσοτική μελέτη της Λουραντάκη Ι. (2015) σχετικά με τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε παραδοσιακά ιατρικά καθήκοντα όπως η λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση, η παραγγελία και ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων. Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι ήταν αποδεκτή από το 20 % των νοσηλευτών και το 21% των γιατρών, ενώ οι συμμετέχοντες στην παρούσα ποιοτική έρευνα εκφράστηκαν πολύ θετικότερα για αυτές τις πτυχές εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό τηρεί τις προϋποθέσεις εκπαίδευσης και νομικής κατοχύρωσης.

### **Εμπόδια, προϋποθέσεις και παράγοντες διευκόλυνσης**

Τα εμπόδια και οι ανασταλτικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες ταυτίζονται σε σχεδόν απόλυτο βαθμό με τη διεθνή βιβλιογραφία όπως παρουσιάστηκε στο σχετικό κεφάλαιο της παρούσας διατριβής.

Συγκεκριμένα :

- Οι Εκπαιδευτικές αδυναμίες και έλλειψη γνώσεων όπως και στις μελέτες των (K.F. Giannitrapani ,2016) (M. Flinter et al ,2017), (E.J. Halcomb et al 2005), ( L. MacKenna et al ,2012), (A. J. Dawson et al 2015), (T. Bodenheimer et al , 2015),(H. Keleher , R. Parker 2011) ήταν ένας παράγοντας που αναφέρθηκε σε όλες τις συνεντεύξεις. Αν και το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να εκτιμά αρκετά το νοσηλευτικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο , ακαδημαϊκοί και νοσηλευτές πιστεύουν ότι απαιτείται πρόσθετη εκπαίδευση πέρα από το προπτυχιακό επίπεδο.
- Οι νομοθετικοί περιορισμοί ή η έλλειψη σαφούς νομοθετικού πλαισίου όπως στις μελέτες των (M. Van Soeren et al, 2009), (L. Poghosyan ,2012), (L. Poghosyan et al ,2011), ( L. MacKenna et al ,2012), (A. J. Dawson et al 2015). Ειδικά στην Ελλάδα η απόσταση του εύρους αυτονομίας των νοσηλευτών όπως περιγράφεται στα επαγγελματικά δικαιώματα και στο αντικείμενο του έργου τους στις προκηρύξεις προσωπικού ΠΦΥ είναι μια αντίφαση που οδηγεί σε ασυμβίβαστο. Παράλληλα η ποικιλία του είδους των δομών και του τρόπου λειτουργίας τους περιπλέκει περισσότερο την κατάσταση και θολώνει ακόμα περισσότερο την ευκρίνεια του νοσηλευτικού ρόλου ορθώνοντας ακόμα ένα εμπόδιο όπως και στις μελέτες των (E.J. Halcomb et al 2010), (L. Poghosyan et al ,2011), (A. Kamiri-Shahajarinini et al ,2019), (A. Kamiri-Shahajarinini et al ,2019)
- Η υποστελέχωση και η έλλειψη χρόνου των νοσηλευτών να προσθέσουν επιπλέον καθήκοντα στα ήδη υπάρχοντα , τα οποία κάποιες φορές είναι και αλλότρια του επαγγέλματος ήταν σημαντικό εύρημα και στις μελέτες των (K.F. Giannitrapani ,2016) (E.J. Halcomb et al ,2004), ( L. MacKenna et al ,2012), (A. J. Dawson et al 2015), ,(H. Keleher , R. Parker 2011), (L. Poghosyan et al ,2011), (A. Kamiri-Shahajarinini et al ,2019)
- Η έλλειψη διεπιστημονικής συμφωνίας, συνεργασίας, ομαδικότητας και αποδοχής όπως και τις μελέτες των (K.F. Giannitrapani ,2016), (E.J. Halcomb et al, 2010 ), (L. MacKenna et al ,2012), (A. J. Dawson et al 2015). Ειδικά στην Ελλάδα που το σύστημα είναι τυπικά ιατροκεντρικό και η νοοτροπία των ασθενών έχει καλλιεργηθεί σε αυτές τις συνθήκες αναμένεται τουλάχιστον αρχικά μια αντίσταση και από αυτό το μέτωπο ως προς την αποδοχή.

Η ίδια τάση συμφωνίας με τη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία συνεχίστηκε και στα αποτελέσματα διερεύνησης των παραγόντων διευκόλυνσης και των κινήτρων κινητοποίησης των νοσηλευτών, στην ανάληψη διευρυμένων ρόλων.

Στη μελέτη της Λουραντάκη το 31% των νοσηλευτών και το 39% των γιατρών συμφώνησε με τις οργανωτικές προϋποθέσεις για την υλοποίηση όπως η αξιολόγηση, η συμμετοχή στην εκπαίδευση νοσηλευτών και γιατρών, η εισαγωγή υποχρεωτικού προγράμματος ΣΕ νοσηλευτών, η διαρκής ενημέρωση για τις τρέχουσες τάσεις και πρακτικές στον τομέα της νοσηλείας, η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων για τη βελτίωση της ποιότητας, όπως ακριβώς πρότειναν και οι συμμετέχοντες της παρούσας διατριβής. Συγκεκριμένα και σε αντιπαράβολή με ξενόγλωσσες δημοσιεύσεις ως σημαντικότεροι παράγοντες διευκόλυνσης αναγνωρίστηκαν:

- Η δυνατότητα πρόσθετης, κατάλληλης εκπαίδευσης σε δεξιότητες και πρακτικές της ΠΦΥ και η διευκόλυνση της πρόσβασης σε προγράμματα κατάρτισης όχι μόνο προπτυχιακά αλλά και συνεχιζόμενης δια βίου μάθησης όπως στις μελέτες των (M. Van Soeren et al, 2009), (M. Flinter et al ,2017), ( L. MacKenna et al ,2012), (T. Bodenheimer et al , 2015), (Woo BFY et al, 2018), (Delamaire ML-Lafortune G., 2010). Η ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής θεωρήθηκε από αρκετούς ως καταλληλότερη για τη διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου καθώς περιέχει πρακτική κλινική άσκηση. Επίσης αναφέρθηκαν η εκπαίδευση στο πεδίο, και οι κοινές συμβουλευτικές με γιατρούς όπως και υπόδειξαν και οι Lowen IMV et al (2014) καθώς και τη χρήση πρωτοκόλλων όπως και στη μελέτη των Bodenheimer T. et al (2015).
- Η παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο χώρο της εργασίας και κλίματος συνεργασίας, η καλή επικοινωνία και αλληλεπίδραση της ομάδας, όπως επισήμαναν και οι (L. MacKenna et al, 2012), (A. J. Dawson et al 2015). Η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας θεωρήθηκε το «Άγιο Δισκοπότηρο» στην παροχή ποιοτικής ΠΦΥ
- Ως κίνητρα των νοσηλευτών στην ανάληψη διευρυμένων ρόλων αναφέρονται η αύξηση της ικανοποίησης και της αναγνώρισης που λαμβάνουν από την εργασία τους όπως και στους (Toso BRGO, 2014) , η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και των εργασιακών προοπτικών εξέλιξης αλλά και των οικονομικών απολαβών τους όπως και στους (A. J. Dawson et al 2015), (Karimi-Shahanjarini A., 2019), αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό. Ως πιο ισχυρό κίνητρο αναφέρθηκε η δυνατότητα να προσφέρουν πιο ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης τους αλλά και αξιοποίησης των ικανοτήτων και των γνώσεών τους . Ακολουθεί η βελτίωση της θέσης του νοσηλευτή στην αντίληψη των ασθενών και των συνεργατών τους και η



αναγνώριση της προσφοράς και της αξίας τους. Η εργασιακή σταθερότητα και εξέλιξη και τέλος η αύξηση των άμεσων ή έμμεσων οικονομικών απολαβών, κατατάσσονται πολύ πιο χαμηλά στη λίστα παραγόντων κινητοποίησης.

Τα κίνητρα των νοσηλευτών στην Ελλάδα φαίνεται να ακολουθούν τη θεωρία του Maslow περί ιεράρχησης των αναγκών. Ο Maslow στη θεωρία (Robbins S. P. & Judge T.A., 2011) του ταξινόμησε τις ανθρώπινες ανάγκες σε πέντε κατηγορίες: τις φυσιολογικές, τις ανάγκες ασφάλειας ή σιγουριάς, τις κοινωνικές, τις ανάγκες εκτίμησης ή αναγνώρισης και τις ανάγκες ολοκλήρωσης και τις τοποθέτησε ιεραρχικά σε μία πυραμίδα σύμφωνα με την προτεραιότητά τους για ικανοποίηση. Η παρακινητική δύναμη των αναγκών σύμφωνα με τη θεωρία του είναι αντίστροφη του βαθμού ικανοποίησής τους. Δηλαδή όσο περισσότερο ικανοποιείται μια ανάγκη τόσο περισσότερο μειώνεται και η παρακινητική της δράση. Στην προκειμένη περίπτωση οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα και απάντησαν σχετικά με τα κίνητρά τους για την ανάληψη διευρυμένων ρόλων είναι μόνιμοι Δημόσιοι Υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας. Επομένως οι βασικές ανάγκες (φυσιολογικές, ασφάλειας και σταθερότητας, συλλογικότητας) καλύπτονται ήδη σε ικανοποιητικό βαθμό. Υπάρχει μια σταθερή θέση, με έναν εξασφαλισμένο μισθό ικανοποιητικό για τα δεδομένα της εποχής και ένα σταθερό επαγγελματικό περιβάλλον όπου έχουν αναπτυχθεί κάποιες σχέσεις και συνεργασίες. Ως εκ τούτου πιο ισχυρή παρακινητική δύναμη αποκτούν οι λιγότερο ικανοποιημένες ανάγκες της κορυφής της πυραμίδας για αναγνώριση και σεβασμό και αυτοπραγμάτωση και ολοκλήρωση, όπως αποκάλυψαν και οι συμμετέχοντες νοσηλευτές.

# Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα ερευνητική εργασία υπόκειται σε όλους τους περιορισμούς μίας ποιοτικής μελέτης σχετικά με την αντικειμενικότητα και τον έλεγχο εγκυρότητας των

αποτελεσμάτων καθώς η ανάλυση των δεδομένων βασίζεται και στην προσωπική κρίση και εμπειρία των ερευνητών. Επομένως, αν και είναι απίθανο να διαφωνήσουν τελείως και να υπάρχει πλήρης ασυμφωνία, διαφορετικοί ερευνητές ενδεχομένως να δημιουργήσουν διαφορετικές κωδικοποιήσεις και διαφορετικά θέματα έως έναν βαθμό. (Γαλάνης Π., 2018)

Επίσης η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο που η Πανδημία Covid-19 έπληττε τον πλανήτη και τη χώρα μας. Προκειμένου για την αντιμετώπιση των έκτακτων αναγκών που ανέκυψαν, η λειτουργία ολόκληρου του συστήματος Υγείας της χώρας συμπεριλαμβανομένης και τη ΠΦΥ μεταβλήθηκε. Οι αλλαγές αυτές και το βαρύ και φορτισμένο κλίμα εργασίας των υγειονομικών υπαλλήλων, ενδέχεται εν μέρει να επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία τυπικής περίπτωσης και από τα τρία είδη Δομών (ΚΥ αστικού και μη αστικού τύπου και Τ.ΜΟ.Υ) ώστε να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Ωστόσο παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση στο τρόπο λειτουργίας των διαφορετικών Δομών ΠΦΥ αλλά και των ίδιων Δομών μεταξύ τους. Συνεπώς μεγαλύτερο πλήθος συμμετεχόντων, ακόμα και από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και ΥΠΕ και μια συγκριτική ανάλυση να προσέφερε πληρέστερη πληροφόρηση και εξαγωγή λεπτομερέστερων συμπερασμάτων.

Τέλος από την παρούσα ερευνητική εργασία αποκλείστηκε πλήρως ο Ιδιωτικός Τομέας ΠΦ ο οποίος αναμένεται να παρουσιάζει εντελώς διαφορετική εικόνα στις στάσεις γιατρών και νοσηλευτών εφόσον τίθενται θέμα ανταγωνιστικότητας των αντικειμένων των δύο ειδικοτήτων.

# Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Προκειμένου για το σχεδιασμό και προγραμματισμό μιας μελλοντικής διεύρυνσης του νοσηλευτικού ρόλου απαιτείται αρχικά η αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης ποσοτικά και ποιοτικά . Για το λόγο αυτό προτείνεται στο μέλλον να διεξαχθούν έρευνες ποιοτικές για κάθε κατηγορία και είδος Δομής ΠΦΥ και η σύγκριση των αποτελεσμάτων προκειμένου για τον εντοπισμό πρόσθετων και ειδικών θεμάτων που μπορεί να διαφεύγουν σε μια μεικτή μελέτη, καθώς και ποσοτικές για τη διερεύνηση συσχέτισης δημογραφικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τις στάσεις και τις αντιλήψεις του δείγματος στην ΠΦΥ.

Καθώς η εκπαιδευτική επάρκεια αναδείχτηκε σαν μείζον θέμα , ενδιαφέρον θα είχε στο μέλλον η διεξαγωγή παρόμοιων με την παρούσα μελετών σε Δομές ΠΦΥ που υπηρετούν νοσηλευτές κάτοχοι της Ειδικότητα Κοινωνικής Νοσηλευτικής που πρόσφατα ξεκίνησε να δίδεται και η σύγκριση των αποτελεσμάτων τους.

## Ειδικές προτάσεις- Επίλογος

Η ΠΦΥ αποτέλεσε το πρώτο πεδίο παροχής φροντίδας που σε παγκόσμιο επίπεδο εφαρμόστηκαν διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της ποσοτικής νοσοκομειακής μελέτης της Λουραντάκη Ι. (2015) φαίνεται ότι η ΠΦΥ και στην Ελλάδα είναι πιο «ώριμη» και πρόσφορη για μια τέτοια αλλαγή. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις και η πιο σύγχρονη περιγραφή του νοσηλευτικού αντικειμένου στις Δομές ΠΦΥ αν και έρχεται σε αντιδιαστολή με τα περιορισμένα νοσηλευτικά επαγγελματικά δικαιώματα , οι

προσλήψεις νέου προσωπικού για την κάλυψη των θέσεων στις Τ.ΟΜ.Υ από νοσηλευτικό προσωπικό με περισσότερη όρεξη , διάθεση και ανώτερη εκπαίδευση , συνέβαλαν στη δημιουργία ενός ευνοϊκού κλίματος μεταστροφής του ιατροκεντρικού μοντέλου . Η πιο ενεργητική συμμετοχή των νοσηλευτών ΠΦΥ και η ανάληψη νέων ρόλων έστω μερικώς διευρυνμένων και άτυπα ή κατά τόπους και η θετική στάση για περεταίρω διεύρυνση, θα πρέπει να ενεργοποιήσει τους ιθύνοντες να προβούν στις ανάλογες και κατάλληλες ενέργειες κάλυψης των απαραίτητων προϋποθέσεων ώστε να εφαρμοστεί καθολικά και να εδραιωθεί μια τέτοια αλλαγή. Ήδη η «πανεπιστημιοποίηση» των τεχνολογικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων , η θεσμοθέτηση της ειδικότητας Κοινωνικής Νοσηλευτικής και η εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος εκπαίδευσης ENHANCE αποτελούν ισχυρά εκπαιδευτικά θεμέλια που αξίζει να αξιοποιηθούν. Οι παρούσες συνθήκες αποτελούν ένα μοναδικό παράθυρο ευκαιρίας για την επανεξέταση του θέματος από την Πολιτεία με τις ανάλογες εισηγήσεις από τους αρμόδιους νοσηλευτικούς φορείς και ενώσεις, πάντα με τη συμμετοχή της ακαδημαϊκής Νοσηλευτικής κοινότητας, σε νέες βάσεις και με νέα δεδομένα. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα υπολείπεται σημαντικά στην πρόσβαση, τη συνέχεια της φροντίδας, την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, την πρόληψη και την προαγωγή υγείας . Η διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου θα μπορούσε να βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση όλων αυτών των παραγόντων , όπως έχουν δείξει μελέτες σε χώρες που μια τέτοια διεύρυνση εφαρμόζεται.

# Βιβλιογραφία

1. Bodenheimer, T., Bauer, L., Olayiwola, J.N., & Syer, S. (2015). RN role reimaged: How empowering registered nurses can improve primary care. California Health Care Foundation. Retrieved from <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-RNRoleReimagined.pdf>
2. Bonsall K, Cheater FM. What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008, 45:1090–1102
3. Claudia B. Maier, Linda H. Aiken, (2016) Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study, *European Journal of Public Health*, Volume 26, Issue 6, December 2016, Pages 927–934
4. Copanitsanou P (2015). Disease management in Greece running head: disease management in Greece. *Health Science Journal*. Vol. 9(1):12.
5. Dawson A. J., Nkowane A.M. , Whelan A. Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review. *Human Resources for Health* (2015) 13:97 DOI 10.1186/s12960-015-0096-1
6. Delamaire L, Lafortune G. Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Paper no 54, OECD Publishing, France, 2010
7. Dervenis C., Kastanioti C., Polyzos N. (2013). Restructuring the finances of the Greek health care system in theera of economic crisis. *World J Surg*, 37: 707-9.
8. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009 Feb; 65(2):391-401. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04888.x. PMID: 19191937.
9. Dubois, C., Singh, D. (2009) From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health* 7, 87 doi:10.1186/1478-4491-7-87
10. Economou C (2010). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*.
11. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(5):1–192.
12. Filippidis FT, Gerovasili V, Millett C, Tountas Y. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare

- in Greece. *Sci Rep.* 2017;7:46423. Published 2017 Apr 10. doi:10.1038/srep46423
13. Flinter M, Hsu C., Crompton DeA., Ladden MJ. D., Wagner E.H. Registered nurses in Primary Care: Emerging new roles and contributions to team-based care in high-performing practices 2017, *Ambulatory Care Management* Vol. 40, No. 4, pp. 287–296
  14. Giannitrapani KF, Soban L., Hamilton A.B., Rodriguez H., Huynh A., Stockdale S., Yano E.M., Rubenstein L.V. ., Role expansion on interprofessional primary care teams: Barriers of role self-efficacy among clinical associates. *Healthcare* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2016.03.004i>
  15. Groenewegen PP, Jurgutis A. A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care.* 2013;21(6):369-78. PMID: 24512835.
  16. Halcomb E.J., Davinson P.M., Daly J.P., Yallop J., Tofler G. Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3 (2004) 135–147.
  17. Halcomb E.J., Davinson P.M., Daly J.P., Griffiths R., Yallop J., Tofler G. Nursing in Australian general practice: directions and perspectives. *Aust Health Rev* 2005; 29(2): 156–166
  18. Halcomb E.J., Davinson P.M., Salamonsen Y., Ollerton R., Griffiths R., Nurses in Australian general practice: implications for chronic disease management. 2008 Blackwell Publishing Ltd doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02141.x
  19. Halcomb E.J., Salamonsen Y., Davinson P.M., Kaur R., Young S. AM. The evolution of nursing in Australian general practice: a comparative analysis of workforce surveys ten years on. *BMC Family Practice* 2014 DOI: 10.1186/1471-2296-15-52.
  20. Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP. Physicians' brain drain in Greece: a perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy.* 2014;117(2):210-215. doi:10.1016/j.healthpol.2014.03.014
  21. International Council of Nurses (ICN) a Nursing matters. Nurse practitioner/advanced practice nurse: Definition and characteristics. ICN, Geneva, 2009. Available at: [https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition\\_of\\_apn-np.pdf](https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf)
  22. International Council of Nursing (INC) b. Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. ICN Geneva, 2020. Available at:

[https://www.icn.ch/system/files/documents/202004/ICN APN%20Report EN WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/202004/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)

23. Kaitelidou, Daphne & Mladovsky, Philipa & Leone, Tiziana & Kouli, Eugenia & Siskou, Olga. (2012). Understanding the Oversupply of Physicians in Greece: The Role of Human Resources Planning, Financing Policy, and Physician Power. *Int J Health Serv.* 42. 719-38. 10.2190/HS.42.4.h.
24. Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach JP., McKee M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 381: 1323-31.
25. Karimi-Shahanjarini\_A, Shakibazadeh\_E, Rashidian\_A, Hajimiri\_K, Glenton\_C, Noyes\_J, Lewin\_S, Laurant\_M, Colvin\_CJ. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 4. Art. No.: CD010412. DOI: [10.1002/14651858.CD010412.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2).
26. Keleher H., Parker R. Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. 2012 Australian College of Nursing Ltd. Published by Elsevier Ltd. doi.org/10.1016/j.colegn.2012.09.001
27. Kooienga S., Willkinson J. RN Prescribing: An Expanded role for Nursing. , Wiley Periodicals, Inc. *Nursing Forum* Volume 0, No. 0, March 2016
28. Kroezen M. , Van Dijk L. , Peter P., Groenewegen P.P. & Francke A.L. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature" *BMC Health Services Research*, 2011, 11:1-17.
29. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. DOI: [10.1002/14651858.CD001271.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3)
30. Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R, Sibbald B et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database, Syst Rev* 2005:CD001271
31. Laurant\_M, Reeves\_D, Hermens\_R, Braspenning\_J, Grol\_R, Sibbald\_B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001271. DOI: [10.1002/14651858.CD001271.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2).



32. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N, et al.. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*. 2009;9(3):None. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.322>
33. Lionis C, Symvoulakis EK, Vardavas CI (2010). Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Fam Pract*. Vol. 27(1):48–54.
34. Lionis C., Papadaki S., Tatsi C., Bertsiyas A., Duijker G., Mekouris P., Boerma W. , Schäfer W.,(2017) Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study), *BMC Health Services Research* , 17:255
35. Lowen IMV, Peres AM, Ros C, Poli Neto P, Faoro NT. Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017; 70(5):898-903. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131>
36. Maier C.B. , Aiken L.H. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. 2016 *The European Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 6, 927–934
37. Marie-Laure Delamairé & Gaétan Lafortune, 2010. "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries," *OECD Health Working Papers* 54, OECD Publishing.
38. Mariolis, A., Mihas, C., Alevizos, A. et al. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Med Educ* 7, 15 (2007). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-15>
39. Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C. Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. *Int Nurs Rev*. 2006;53(1):16–8.
40. McKenna H., Richey R., Keeney BA, Hasson BA , Poulton B. and Sinclair M. (2008) “The managerial and development issues of nurses and midwives in new roles” *Scandinavian Journal of Caring Science* 22, 227–235
41. McKenna L., Halcomb E., Lane R., Zwar N., Russell G. An investigation of barriers and enablers to advanced nursing roles in Australian general practice. 2015 *Australian College of Nursing Ltd*. Published by Elsevier Ltd. [doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.003](http://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.003)

42. Milionis C. (2013). Provision of healthcare in the context of financial crisis: approaches to the Greek healthsystem and international implications. *Nurs Philos* 14: 17-27.
43. OECD (2004): Organization for Economic Cooperation and Development: Towards high-performing health systems Paris
44. OECD 2016 Health Workforce Policies in OECD Countries Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Health Policy Studies OECD Publishing, Paris.)
45. Oikonomou N, Tountas Y (2011). Insufficient primary care services to the rural population of Greece. *Rural Remote Health*. Vol.11(1):1661
46. Oikonomou, N., Tountas Y. , Mariolis A., Souliotis K. , Athanasakis K. , Kyriopoulos J. (2016). Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece. *Health care management science*. 19. 10.1007/s10729-015-9324-4.
47. Poghosyan L. Nannini A., Smaldone A., Clarke S., O'Rourke N.C., Rosato B. G., Berkowitz B. Revisiting Scope of Practice Facilitators and Barriers for Primary Care Nurse Practitioners: A Qualitative Investigation. 2013 *Policy, Politics, & Nursing Practice* 14(1) 6–15. DOI: 10.1177/1527154413480889
48. Poghosyan L., Shang J., Liu J., Poghosyan H., Liu N., Berkowitz B. Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. *Health Care Manage Rev*, 2015, 40(1), 46Y55 doi: 10.1097/HMR.0000000000000010
49. Puertas EB, Arosquipa C, Gutierrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica* 2013;34:351–8.
50. Rashid C. Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review. 2010 *Journal of Advanced Nursing* 66(8), 1658–1670. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05327.x
51. Robbins S. P., Judge T. A. (2011) *Οργανωσιακή Συμπεριφορά-Βασικές έννοιες & Σύγχρονα προσεγγίσεις* (Εισαγωγή-Επιμέλεια Α. Σαχινίδης) Εκδόσεις Κριτική
52. Sakellaropoulos T, Economou C, Goergoussi E, Thomas D, Kyriazis S, Filiopoulou M (2012). [Structural and quantitative characteristics of human resources in the public health sector in Greece]. Athens: Polykentro (in Greek).

53. Sbarouni V., Tsimtsiou Z., Symvoulakis E. et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study (2012) *Rural and Remote Health* 2012;12:2156
54. Sifaki-Pistolla D., Chatzea V., Markaki A., Kritikos K., Petelos E., Lioni C. . (2017). Operational integration in primary health care: Patient encounters and workflows. *BMC Health Services Research*. 17. 10.1186/s12913-017-2702-5.
55. Simou E., Karamagioli E. & Roumeliotou A. "Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers" *Primary Health Care Research & Development*, Vol.16, Issue 1 (2015), pp 5-13
56. Smyrnakis E, Gavana M, Kondilis E, Giannakopoulos S, Panos A, Chainoglou A, Stardeli T, Kavaka N, Benos A. Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers. *Rural Remote Health*. 2013 Jan-Mar;13(1):1946. Epub 2013 Mar 12. PMID: 23480820.
57. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(1):169-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>
58. Van Soeren M. , Hurlock-Chorostecki C., Goodwin S., Baker E. The Primary Health Care Nurse Practitioner in Ontario: A Workforce Study. *Nursing leadership* 2009 Feb;22(2):58-72 . DOI: 10.12927/cjnl.2009.20798
59. WHO (2015)a Library Cataloguing-in-Publication Data *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals.*
60. WHO (2015)b *European Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Towards Health 2020 Goals*
61. WHO (2016)a *Task Shifting to Tackle Health Worker Shortages, 2007* WHO/HSS/2007.03. Available at: [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting\\_booklet.pdf](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf) (July 2016, date last accessed)
62. WHO (2016)b *Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020.* Geneva
63. Woo BFY, Zhou W, Lim TW, Tam WWS. Practice patterns and role perception of advanced practice nurses: A nationwide cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2019;27:992–1004. <https://doi.org/10.1111/jonm.12759>

64. Απόφαση 11ης ολομέλειας ΕΣΑΝ για επικαιροποίηση των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων (23/6/2019) ανάκτηση στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/ethnikosymboylioanptykshsnoshleytikhs/apofaseis-olomeleias/6287-apofash-11hs-olomeleias-gia-epikairopoihsh-twnnoshleytikwn-eidikothwn>
65. Απόφαση Γ6α/Γ.Π.39226/2020 (ΦΕΚ 2656/Β/30-6-2020). «Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής», β) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής».
66. Γαλάνης Π., (2017) Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2017, 34(6):834-840
67. Γαλάνης Π., (2018) Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα. Θεματική ανάλυση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(3):416-421
68. ΕΝΕ «Πρόταση της Ε.Ν.Ε. για την Αναθεώρηση των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων», 2018 ανάκτηση <http://enne.gr/14492>
69. Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές. Αθήνα: Βήτα.
70. Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα: Βήτα.
71. Καλοκαιρινού–Αναγνωστοπούλου Α., Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα , [www. Kallipos. gr](http://www.Kallipos.gr) , Αθήνα ,2015
72. Λουραντάκη Ι. , (2015) «Μια συγκριτική μελέτη των στάσεων των νοσηλευτών, των γιατρών και των ασθενών απέναντι στη διεύρυνση των επαγγελματικών ρόλων των νοσηλευτών», Διπλωματική εργασία , Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Σχολή Κοινωνικών Επιστημών Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Θεσσαλονίκη, Ιούνιος 2015
73. Λουραντάκη, Ι. ,Κατσαλιάκη Κ., (2017) « Η παγκόσμια διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2017, 34(3):303-320
74. Μελά Ρ. (2015) «Πήραν πίσω τις συνταγές δια χειρός νοσηλευτών. Αποσύρθηκε μέσα σε τρεις μέρες η υπουργική απόφαση Βορίδη μετά τις αντιδράσεις των γιατρών» Εφημερίδα ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ 23/01/2015.
75. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α΄/07-10-1983). «Εθνικό Σύστημα Υγείας».

76. Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985) «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» Άρθρο 5 «Νοσηλευτικό Προσωπικό –Ειδικότητες»
77. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ. Α΄/15-07-1992). «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».
78. Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α΄/18-02-2004, άρθρο 8). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
79. Νόμος 3252/2004 (ΦΕΚ 132/Α/16-7-2004) «Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών - Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις.»
80. Νόμος 3252/2004 (ΦΕΚ 132/τ. Α΄/16-07-2004, άρθρο 2). «Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις».
81. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α΄/17/02/2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».
82. Νόμος 4272/2014 (ΦΕΚ 145/Α/11-7-2014) «Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών-μελών, ανθρώπινων οργάνων»
83. Νόμος 4610/2019 (ΦΕΚ 70/Α/7-5-2019) «Συνέργειες Πανεπιστημίων και Τ.Ε.Ι., πρόσβαση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, πειραματικά σχολεία, Γενικά Αρχεία του Κράτους και λοιπές διατάξεις.»
84. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(6) : 627-639.
85. Προεδρικό Διάταγμα 210/2001 ΦΕΚ Α ΄/165 24-7-2001 «Επαγγελματικά δικαιώματα των κατόχων Διπλώματος ΟΕΕΚ επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης
86. Προεδρικό Διάταγμα 216/2001 (ΦΕΚ 167/τ. Α΄/25-07-2001). «Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας».
87. Προεδρικό Διάταγμα 351/1989 (ΦΕΚ 159/τ. Α΄/14-06-1989). «Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α) Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής, γ) Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και δ) του Τμήματος Διοίκησης μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων».

88. Προκήρυξη – Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για το συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα «Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) (Ορθή επ)19/03/2021 (ανακτηθέν:16/4/21)

<https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/proslhpseis-diorismoι/proslhpseis-proswpikoy-stis-t-om-y/8596-prokhryksh-ndash-prosklshsh-ekdhlwshs-ndiaferontos-gia-thn-proslhpsh-proswpikoy-me-symbash-ergasias-idiwtikoy-dikaioy-orismenoy-xronoy-plhroys-kai-apokleistikh-s-apasxolshs-gia-to-syghrmatodotoymeno-programma-laquo-leitoyrgia-topikwn-omadwn-ygeias-t-om-y?fbclid=IwAR0EUC094vzIYE8e 5Hheu7-HyB QTroTG2CnmjCafewd6zLwWlqWOZGGHY>

87. Σκρουμπέλος Α., Δάγλας Α., Σκουτέλης Δ., Κυριόπουλος Γ. (2012). «Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις».

88. Τζιάλλας Δ., Γκούτζιας Ε., Κωνσταντινίδου Ε., Δημακόπουλος Γ. Αναγνωστόπουλος Φ. , Ποσοτική και Ποιοτική Καταγραφή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2018, 57(4): 420–449 • Hellenic journal of nursing 2018, 57(4): 420–449

89. Υπουργική Απόφαση Α4/203/1988 (ΦΕΚ 106/Β/25-2-1988 )Υ.Α.Α4/203/1988 : Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων για τη χορήγηση τίτλου ειδικού νοσηλευτή.

90. ΦΕΚ 79 19/1/2015 Υπουργική απόφαση (Αριθ. Γ4α/Γ.Π. 3567) «Καθήκοντα και αρμοδιότητες Νοσηλευτών-τριών»

# Παράρτημα 1

## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ

### ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Μια προτεινόμενη προσέγγιση, που αποτελεί και εφαρμοσμένη πρακτική σε αρκετές χώρες παγκοσμίως, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, αφορά στην καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του υπάρχοντος προσωπικού διευρύνοντας το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, μεταξύ των οποίων και οι νοσηλευτές. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτέλεσε το πρώτο πεδίο περίθαλψης όπου εφαρμόστηκαν διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι από τα μέσα της δεκαετίας του '60 αρχικά στην Αμερική και έκτοτε έχει επεκταθεί σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής πρακτικής, σε διαφορετική έκταση και αποχρώσεις στα Υγειονομικά Συστήματα ανά τον κόσμο.

Ωστόσο οι απόψεις επί του θέματος ποικίλουν. Κάποιοι θεωρούν ότι η παραχώρηση του δικαιώματος άσκησης καθηκόντων που ήταν παραδοσιακά και αποκλειστικά ιατρικές αρμοδιότητες σε ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές, είναι ένας τρόπος μείωσης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών και βελτίωσής τους σε ποιοτικούς και ποσοτικούς όρους, με παράλληλη αύξησης της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους. Άλλη μερίδα υποστηρίζει ότι μια τέτοια πρακτική υπονομεύει την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει αφενός να διερευνήσει τις γνώσεις νοσηλευτών και γιατρών εργαζόμενων σε δομές ΠΦΥ καθώς και καθηγητών του Τμήματος Νοσηλευτικής Ηρακλείου σχετικά με το περιεχόμενο των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων στην ΠΦΥ και αφετέρου να καταγράψει τις απόψεις και τους προβληματισμούς τους για το ενδεχόμενο εφαρμογής μια τέτοιας διεύρυνσης στη χώρα μας. Μέσα από τις συνεντεύξεις θα αναζητηθούν οι πιθανές αιτίες αντιδράσεων ή υποστήριξης της εφαρμογής μιας τέτοιας ρύθμισης και άλλες χρήσιμες πληροφορίες, καθοριστικές για έναν επιτυχημένο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση μιας νέας πολιτικής αξιοποίησης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού στην Ελλάδα.

## ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Η Ορφανιώτη Βασιλική , νοσηλεύτρια του ΓΝΧανίων «Άγιος Γεώργιος» ,μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου σας προσκαλώ να συμμετάσχετε στην έρευνα που διεξάγεται στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής, στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας κας Δάφνης Καϊτελίδου , με τίτλο :

«Ποιοτική Μελέτη Διερεύνησης Των Γνώσεων Και Των Στάσεων Επαγγελματιών Υγείας Εργαζόμενων Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Και Λοιπών Σημαντικών Δρώντων, Σχετικά Με Τη Διεύρυνση Των Επαγγελματικών Ρόλων Των Νοσηλευτών»

Ο χρόνος που θα χρειαστεί να αφιερώσετε δεν θα υπερβαίνει τα τριάντα λεπτά. Στο διάστημα αυτό θα σας ζητηθεί να απαντήσετε σε κάποιες σχετικές ερωτήσεις και να καταθέσετε την άποψή σας για το εν λόγω θέμα. Η συνέντευξη θα καταγράφεται και το υλικό τα αποθηκεύεται σε ψηφιακή μορφή, ως αρχείο ήχου. Θα λάβει δε χώρα στο χώρο και κατά το ωράριο εργασίας σας. Για το σκοπό αυτό έχει ληφθεί σχετική έγκριση από το αρμόδιο τμήμα της 7ης ΥΠΕ .

Εφόσον δεχτείτε να συμμετέχετε διατηρείτε το δικαίωμα να διακόψετε είτε να αποσύρετε τη συμμετοχή σας όποτε θελήσετε . Προκειμένου για τη διασφάλιση της ανωνυμίας, της εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας των δεδομένων και σεβόμενοι το νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, στην έρευνα θα χρησιμοποιηθούν συμβολικές ονομασίες (για παράδειγμα N –για τους νοσηλευτές και αρίθμηση) και θα γίνει απόκρυψη στοιχείων που πιθανώς αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ενδεχομένως να δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά, και θα χρησιμοποιηθούν για διδακτικούς σκοπούς, ενώ ενδέχεται να βοηθήσουν στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού. Εάν το επιθυμείτε έχετε τη δυνατότητα ενημέρωσης, είτε ο καθένας για τον εαυτό του ή για τα γενικά αποτελέσματα της μελέτης.

Η έρευνα διεξάγεται για καθαρά επιστημονικούς λόγους , χωρίς άλλο όφελος για τον ερευνητή ή για τους συμμετέχοντες πέραν της ικανοποίησης από τη συμμετοχή σας στο συγκεκριμένο επιστημονικό έργο.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας και το χρόνο σας!

Με εκτίμηση

Ορφανιώτη Βασιλική



Ο κάτωθι υπογεγραμμένος δηλώνω ότι:

α) διάβασα και κατανόησα το περιεχόμενο της έρευνας με τίτλο «Ποιοτική Μελέτη Διερεύνησης Των Γνώσεων Και Των Στάσεων Επαγγελματιών Υγείας Εργαζόμενων Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Και Λοιπών Σημαντικών Δρώντων, Σχετικά Με Τη Διεύρυνση Των Επαγγελματικών Ρόλων Των Νοσηλευτών» που διεξάγεται από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ορφανιώτη Βασιλική.

β) μου δόθηκε το δικαίωμα να αποφασίσω αν θα συμμετάσχω ή όχι,

γ) μου δόθηκε το δικαίωμα να κάνω διευκρινιστικές ερωτήσεις,

δ) η συμμετοχή μου είναι εντελώς εθελοντική,

ε) έχω δικαίωμα να διατηρήσω την ανωνυμία μου

στ) έχω το δικαίωμα να διακόψω όποτε θελήσω.

Ονοματεπώνυμο δηλούντος .....

Υπογραφή

Ημερομηνία

Υπογραφή ατόμου που πήρε τη συγκατάθεση



# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**

**Έγκριση έρευνας στις Δομές ΠΦΥ από την 7<sup>η</sup> ΥΠΕ**

Ηράκλειο, 01/12/2020

Α. Π.: 55682

Απάντηση στο έγγραφο: 52681



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
Ταχ. Δ/ση: 3<sup>ο</sup> χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,  
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης  
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**  
Τηλ: 2813 404433  
Fax: 2810 331570  
Email: [dprogram@hc-crete.gr](mailto:dprogram@hc-crete.gr)

ΠΡΟΣ: κα Ορφανιώτη Βασιλική,  
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του  
Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Αγαπίου Δημήτριο, Υποδιοικητή της  
7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης
- 2) Σ.Ε.Λ Κέντρων Υγείας Ν. Χανίων
- 3) Σ.Ε.Λ. Κέντρου Υγείας Χανίων
- 4) Υπεύθυνοι Συντονιστές/τριες των ΤΟΜΥ  
Χανίων (1<sup>η</sup>, 2<sup>η</sup>)

**ΘΕΜΑ:** «Έγκριση έρευνας στις δομές Π.Φ.Υ Νομού Χανίων, στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας».

**ΣΧΕΤΙΚΑ:** 1. Την με αρ. πρωτ. 52681/16-11-20 αίτηση της κας Ορφανιώτη Βασιλικής για διεξαγωγή έρευνας στις δομές Π.Φ.Υ. Νομού Χανίων).

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω σχετική αίτηση με τα συνημμένα έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας σε δομές Π.Φ.Υ. Νομού Χανίων, και συγκεκριμένα θα ερωτηθούν για τις απόψεις τους οι Νοσηλεύτες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και οι Ιατροί που εργάζονται στις ανωτέρω δομές Π.Φ.Υ, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Π.Μ.Σ. «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, από την κα Ορφανιώτη Βασιλική, με θέμα: «Ποιοτική μελέτη διερεύνησης των γνώσεων και των στάσεων επαγγελματιών υγείας εργαζομένων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και λοιπών σημαντικών δρώντων, σχετικά με τη διερεύνηση των επαγγελματικών ρόλων και νοσηλευτών», με επιβλέπουσα την Καθηγήτρια κα Κατελίδου Δάφνη.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής των εργαζομένων, και μετά από την ενημέρωσή τους για το σκοπό της έρευνας, της έγγραφης συγκατάθεσής τους χωρίς να δώσουν προσωπικά δεδομένα τους (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, κλπ)

β) της δέσμευσης ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7<sup>η</sup> Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο [www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx](http://www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx). Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης των Μονάδων Υγείας.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

7<sup>ΗΣ</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

## Παράθεση αποσπασμάτων συνεντεύξεων (quotes)

Ο ρόλος του νοσηλευτή ΠΦΥ

Καθηγητές:

*«Είναι διττός ο ρόλος ...Έχει να κάνει με το υγιή πληθυσμό και με τον ασθενή που διαβιώνει στην κοινότητα»*

*«...για να γίνω πιο συγκεκριμένος σε αυτό που ρωτήσατε , ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή ΠΦΥ, θα έλεγα ότι έχει 28 ρόλους όπως περιγράφονται εδώ (στη λίστα του προγράμματος ENhANCE στην οποία μας παρέπεμψε μέσω του link<sup>6</sup>)..... δε θα πω κάτι διαφορετικό από αυτές τις 28 δεξιότητες που οδηγούν σε 158 learning outcomes »*

Νοσηλευτής ΚΥ αναφέρει:

*«Παροχή προαγωγής και αγωγής υγείας με ό,τι αυτό περιλαμβάνει.... από την παρακολούθηση, εκπαίδευση ατόμων στην κοινότητα με χρόνια προβλήματα αλλά και αγωγή υγείας στον (υγιή) πληθυσμό..»*

Και ένας άλλος νοσηλευτής Τ.ΜΟ.Υ:

*(...)η ΠΦΥ (δεν είναι) απλά παροχές υπηρεσιών Υγείας σε ένα γενικότερο πλαίσιο χωρίς κάποια στόχευση ..., (αλλά) να ψάχνουμε τι ακριβώς είναι αυτό που αφορά τη γειτονιά μας , την πόλη μας , το χωρίο μας , την κοινωνία μας και πάνω κάτω εκεί να κάνουμε μια συγκεκριμένη δράση (...)αξιολόγηση των αναγκών μια κοινότητας, ενός πληθυσμού..»*

Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ είπε:

*«Η αλήθεια είναι ότι (αυτά που κάνουμε ) είναι διαφορετικά από αυτά που πίστευα εγώ και διαφορετικά αυτά που κάνουμε... Περίμενα πιο πολύ δράσεις (στην κοινότητα)και παρακολούθηση χρονίων νοσημάτων.... και με τα σχολεία πίστευα ότι θα έχουμε πιο πολύ ρόλο...»*

Κατά την πρακτική άσκηση των φοιτητών νοσηλευτικής καθηγητές περιγράφουν:

---

<sup>6</sup> [https://www.enhance-fcn.eu/el/competencies\\_el/](https://www.enhance-fcn.eu/el/competencies_el/)

«Για την Ελλάδα και για το πλαίσιο της Κρήτης που γνωρίζω θα έλεγα ότι είναι δυστυχώς πολύ περιορισμένος ...Τι εννοώ πολύ περιορισμένος; Ότι καταρχάς έχει και εκεί κατά κύριο λόγο κλινικό-κεντρική κατεύθυνση εννοώντας ότι δεν ασχολούνται πολύ με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας... Απλά κάθονται στο κέντρο υγείας ας πούμε και αντιμετωπίζουν τα περιστατικά που έρχονται και μάλιστα αυτή η αντιμετώπιση δεν γίνεται και αυτόνομα , δηλαδή μέσα στο πλαίσιο του νοσηλευτικού επαγγέλματος αλλά συνήθως ως βοήθεια στον γιατρό που κάνει τις πράξεις εκεί πέρα πάντα...Πάντα υπάρχουν και εξαιρέσεις προφανώς αλλά ο κανόνας είναι αυτός...»

Καθώς και ότι:

«Οι δομές του κράτους στην κοινοτική νοσηλευτική έτσι όπως είναι σχεδιασμένες , στην παρούσα φάση δεν εξυπηρετούν ακόμα τον κεντρικό σκοπό αυτόν τον οποίο στην νοσηλευτική διδάσκουμε»

Νοσηλεύτρια του ΚΥ Χανίων αναφέρει ότι από την αρχή της καριέρας της στα γραφεία του ΙΚΑ ο ρόλος του νοσηλευτή :

«Ήταν εξαρχής αυστηρά περιορισμένος στην ενεσοθεραπεία, στη βοήθεια του χειρουργού ιατρού για τις αλλαγές. στα καρδιολογικά για καρδιογραφήματα αλλά και βοήθεια στη συνταγογράφηση έστω και στη χειρόγραφη με την εποπτεία βεβαίως του γιατρού..»

Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ όσο αφορά στην παρακολούθηση ασθενών και την επικοινωνία :

«...δυστυχώς για πάρα πολλούς λόγους δεν είναι στο σημείο που θα μπορούσαμε θεωρώ... δηλαδή είναι πάρα πολύ περιορισμένο...»

Αλλά και οι γιατροί φαίνεται να πιστεύουν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή θα μπορούσε να περιλαμβάνει περισσότερα αντικείμενα:

«Γενικά πώς να το πω.... με τα δεδομένα τα ελληνικά (οι νοσηλευτές) δεν έχουν τόσα... όχι κίνητρα.... αντικείμενα να ασχοληθούν, διότι σε μια Πρωτοβάθμια δομή πέρα από ενεσοθεραπεία, καρδιογραφήματα , αλλαγές κλπ δεν υπάρχει κάποιο άλλο αντικείμενο και καταντάνε σε γραφεία ας πούμε, κάνοντας πράγματα που δεν είναι της αρμοδιότητας τους όπως συνταγογράφηση, γραφικές εργασίες, παρά τις καθαρά νοσηλευτικές»

«Στο επίπεδο που είμαι εκεί στο ΚΥ είναι αρκετά περιορισμένος ο ρόλος του νοσηλευτή ... Κυρίως ασχολείται με τις τεχνικές διεκπεραιώσεις μέρους της εξέτασης που θέλουμε να κάνουμε σε έναν ασθενή... ένα καρδιογράφημα, να γίνει μια ένεση μια εξέταση στα

ούρα...Γενικά συμμετέχουν στη διαδικασία της διάγνωσης ...ναι... και συνεπικουρούν το ρολό μας εκεί (των γιατρών)αλλά μέχρι εκεί...»

Γιατρός Τ.ΟΜ.Υ. σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή στην ενημέρωση ασθενούς:

«...(οι νοσηλευτές) παρακολουθούνε δηλαδή την εξέταση και κάνουνε και συμβουλευτική, δίνουν δηλαδή οδηγίες. Σε έναν ασθενή ας πούμε με διαβήτη του δίνουν οδηγίες για διατροφή, για άσκηση, για υπελιπιδαιμία, έχουμε και τυπωμένα έντυπα αλλά τα λένε και οι ίδιοι... Απάντα και στις ερωτήσεις των ασθενών γιατί και καθένας να έχει μία απορία...»

Νοσηλεύτης ΚΥ Βάμου περιγράφει λόγω εμπειρίας ασκεί συμβουλευτική συγκεκριμένα και για δερματολογικά θέματα:

«...αυτό το κάνω ήδη... την εκπαίδευση σε ασθενείς με δερματολογικό πρόβλημα ή κάποιο έλκος, λόγω της προηγούμενης υπηρεσίας μου στο Συγγρός, την ώρα που κάνω την αλλαγή αφιερώνω και 5 λεπτά για να τους πω κάποια πράγματα για τη φροντίδα στο σπίτι ώστε να μην εξαρτούνται από μας 100% ... δε χρειάζεται να έρχονται και να επανέρχονται...»

Γιατρός της ίδιας Δομής αναφέρει:

«ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της καθημερινότητας (στη σχέση νοσηλευτή -ασθενή) είναι για παράδειγμα η εκπαίδευση ασθενών. Με ένα απλό παράδειγμα θα αναφέρω, η εκπαίδευση ασθενών οι οποίοι είναι σακχαροδιαβητικοί και εντάσσονται σε προγράμματα ινσουλινοθεραπείας. Η εκπαίδευση των ασθενών στη χρήση των συσκευών έγχυσης ινσουλίνης είναι σχεδόν αποκλειστικά νοσηλευτική πράξη...»

Ενώ νοσηλεύτρια του ΚΥ Χανίων μας είπε:

«Και μέσα στο ιατρείο ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι πολυεπίπεδος δηλαδή δεν είναι μόνο να γράψει τα φάρμακα είναι και συμβουλευτικός παράλληλα με του γιατρού πολλές φορές και κοινωνικού λειτουργού. Εδώ πέρα ο ασθενής έρχεται να καταθέσει όχι μόνο το πρόβλημα το συγκεκριμένο αλλά αν βρει το χώρο ας πούμε θα μιλήσει και για άλλα θέματα που τον απασχολούν...»

Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ αναφέρει σχετικά με τη νοσηλευτική διαβούλευση που προηγείται της ιατρικής. :

«Αυτό εξαρτάται πάντα από το γιατρό(η πρώτη επαφή να γίνεται με το νοσηλευτή)... Συνήθως όταν είναι πρώτο ραντεβού περνάει από εμάς. Του κάνουμε καρδιογράφημα, παίρνουμε ζωτικά σημεία και παίρνω και συνήθως και βάρος, βγάζουμε και ένα BMI και μετά πηγαίνει στο γιατρό. Σίγουρα αυτό ιδανικά ...Ειδικά το βάρος θέλαμε να το

κάνουμε σε κάθε επίσκεψη ... Αλλά ο κόσμος δεν... μμμ δηλαδή θα έπρεπε να ξέρει να έρθει πάντα 10 λεπτά νωρίτερα για να περάσει από το νοσηλευτή...»

Συνάδελφός της στην ίδια Δομή για το έντυπο υλικό λέει:

«...στην αρχή είχαμε ξεκινήσει σε ένα Πλαίσιο γενικότερου προγραμματισμού και οι 4 συνάδελφοι που δουλεύουν εδώ είχαμε αναλάβει ο καθένας να γράφουμε κάθε ένα με δύο μήνες με ένα μικρό τρισέλιδο,( τα έχουμε αυτά , μπορείς να το δεις νομίζω) όπου ήταν ας πούμε για τον καρκίνο του προστάτη για τη χοληστερίνη όπου εξηγήσαμε σε λίγες κουβέντες το τι είναι αυτό πως αποφεύγουμε και τι πρέπει να κάνουμε αν έχουμε συμπτώματα ή υψηλές τιμές...»

και ακόμα για τις ενημερωτικές δράσεις :

«Είχαμε αρχίσει και κάποια σεμινάρια ενημέρωσης του διαβήτη στο Πνευματικό Κέντρο. Έγιναν 2 ημερίδες μεγάλες με προσκεκλημένους γιατρούς από το νοσοκομείο αλλά και γιατρούς πρωτοβάθμιας του νόμου των Χανίων οπότε και είχε φοβερή ανταπόκριση από τον κόσμο και τη συμμετοχή του κόσμου και τις ερωτήσεις και νιώθαμε πολύ περήφανοι για αυτό γιατί οργανώθηκε καθαρά από τη νοσηλευτική υπηρεσία...»

Σχετικά με τις επισκέψεις κατ' οίκον νοσηλεύτρια Τ.ΟΜ.Υ περιγράφει:

«Έχει τύχει και με συνοδεία γιατρού , έχει τύχει και μόνοι μας.. Ας πούμε υπάρχει ασθενείς που έχει μία μόνιμη στομία και αυτή θέλει κάποια φροντίδα και επειδή είναι μόνη της και ηλικιωμένη στην πρώτη επίσκεψη πήγαμε με τον γιατρό και στη συνέχεια πηγαίνει ο νοσηλευτής μόνος του..Έχουμε κάνει κατ' οίκον επισκέψεις για τον εμβολιασμό του πληθυσμού που είναι υπερήλικες και δύσκολο να μετακινηθούν ... χωρίς γιατρό. Ενημερώνουμε βέβαια πάντοτε τον συντονιστή γιατρό και πηγαίνουμε... Τι άλλο.... Έχει τύχει να κάνουμε και ενεσάκια βιταμινών , ενδομυϊκές ενέσεις δηλαδή, αλλά μέχρι εκεί ... Δηλαδή είναι βιταμινών που η πρώτη έχει γίνει στη Δομή και μετά συνεχίζουμε...»

Συνάδελφός της στην ίδια Δομή αναφέρει ότι πραγματοποιούνται επισκέψεις κατ' οίκων αλλά με περιορισμούς:

«οι κατ' οίκον επισκέψεις που σε μας γινόντουσαν σε ένα Πλαίσιο κυρίως για την αιμοληψία που κάνουμε στη δομή ....όπου δεν θυμάμαι την κατ οίκον επίσκεψη όπως την μαθαίναμε στο πανεπιστήμιο να την εφαρμόζουμε... Ίσως και αυτό θα ήταν ένας σημαντικά διευρυμένος ρόλος του νοσηλευτή να καταγράφει το περιβάλλον να καταγράφει σε μια κατ' οίκων επίσκεψη τις συνθήκες που επικρατούν σε ένα χώρο και αυτό στα πλαίσια της ομάδας να συζητηθεί για το αν μπορεί με κάποιον τρόπο να βελτιωθεί ένα κομμάτι ή ένα σύνολο κομματιών ας πούμε...»



Γιατρός του ΚΥ Βάμου περιγράφει επίσης το πλαίσιο λειτουργίας των επισκέψεων  
«Επίσης σε συνεννόηση και σε συνεργασία με την κοινωνική λειτουργό στο κέντρο υγείας  
οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν πάρα πολύ συχνά την φροντίδα ατόμων με ειδικές ανάγκες  
σε κατ' οίκον επίσκεψη η οποία φροντίδα συνήθως είναι πολυεπίπεδη Δεν είναι μόνο  
νοσηλευτική αλλά είναι και η συμβουλευτική υποστήριξη των φροντιστών Η ψυχολογική  
υποστήριξη των πασχόντων ...και θα το ξαναπώ άλλη μία φορά συχνά τους βοηθούν και  
σε πολύ απλά πράγματα της καθημερινότητας τους όπως για παράδειγμα να ντυθούν , να  
τους βοηθήσουν να κάνουν μία τυπική καθαριότητα στο χώρο τους Ναι βέβαια είναι και  
αυτό και αυτό το κομμάτι της νοσηλευτικής ενασχόληση στην Πρωτοβάθμια είναι  
ιδιαίτερα σημαντικό...»

### **Η στάση των συμμετεχόντων σχετικά με τους διευρυμένους ρόλους**

«Το να παρακολουθώ όμως τον ασθενή στην κοινότητα...τι προβλήματα έχει ο ίδιος... με  
την αγωγή του , αυτό είναι νοσηλευτικός ρόλος και θα ήμουν πολύ σύμφωνος...» και  
συνεχίζει σχετικά με την παραπομπή και την 1ή επαφή ... «Ναι αυτό θα μπορούσε να  
γίνει και προσωπικά θα ήμουν θετικός...» ( Νοσηλευτής ΚΥΒάμου)

«(την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων ) Το θεωρώ νούμερο ένα ρόλο που πρέπει να  
αναπτύξει ένα νοσηλευτής ΠΦΥ. Θα έπρεπε να έχουν αναπτύξει με κάθε ασθενή μία πολύ  
προσωπική σχέση και στο ενδιαμέσο των επισκέψεων στο γιατρό ο νοσηλευτής να είναι  
αυτός ο οποίος θα καταγράφει θα ακούει θα βλέπει Και εννοείται πως όταν νιώθει θα  
ενημερώνει το γιατρό και θα συζητάμε μαζί ίσως κάποια παρέμβαση...» (Νοσηλευτής  
Τ.ΜΟ.Υ)

Σχετικά με τη συνταγογράφηση :

«...ο ρόλος της ιατρικής είναι εντελώς διαφορετικός: είναι η διάγνωση είναι η θεραπεία,  
επομένως κάνει και τις πρακτικές όπως συνταγογράφηση κλπ για να καλύψει αυτά . Ενώ  
η νοσηλευτική , ο απώτερος σκοπός είναι να παρέχει φροντίδα, στα 3 επίπεδα φροντίδας  
τα γνωστά . (1ο βάθμιο-2ο και 3 βάθμιο) . Από εκεί και πέρα κάνουν κάτι διαφορετικό. Ο  
σκοπός της ιατρικής δεν είναι να παρέχει φροντίδα .Είναι η θεραπεία , αν θέλουμε να  
μιλήσουμε σωστά ελληνικά. Επομένως είναι 2 διαφορετικές επιστήμες. Απλά ο νοσηλευτής  
τηρεί και ακολουθεί ιατρικές οδηγίες δεν είναι όμως βοηθός γιατρού ... Εκεί συγχέονται...»  
(Καθηγητής)

«είμαι φανατικά υπέρ μετά από εξειδίκευση και κοιτάζοντας τις ακαδημαϊκές πρακτικές  
τις κλινικές που υπάρχουν και χρησιμοποιούνται ήδη σε πάρα πολλά μέρη στον κόσμο  
Αγγλία, Αυστραλία Αμερική...Το πιο εύκολο από όλα θα ήταν να μπορείς να έχεις τους

ασθενείς και τους παρακολουθείς και σε αυτή την περίπτωση να έχεις το δικαίωμα της δεύτερης συνταγογράφησης Δηλαδή από τη στιγμή που έχει γίνει διάγνωση από έναν γιατρό και έχει δοθεί η φαρμακευτική αγωγή Εφόσον είναι αποτελεσματική να μπορείς να τη συνεχίσεις Αυτό είναι το πιο εύκολο πράγμα που θα μπορούσε να γίνει πάλι όμως μετά από εξειδίκευση και εξετάσεις ...» (Καθηγητής)

### **Σχετικά με τις εκπαιδευτικές ανάγκες για την ανάληψη διευρυμένων ρόλων :**

Καθηγητές δήλωσαν :

«Θεωρώ ότι όπως είναι πλέον η προπτυχιακή εκπαίδευση αυτές οι γνώσεις παρέχονται σε απλή βασική γραμμή . Ο νοσηλευτής που θέλει να ασχοληθεί με τέτοιους διευρυμένους ρόλους πρέπει να ακολουθήσει ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα , ή μια ειδικότητα όπως τώρα δειλά δειλά ξεκινάει στον Ελληνικό χώρο, η κοινοτική ας πούμε νοσηλευτική και μέσα από αυτή την ειδικότητα που είναι πραγματικά τριβή με την πραγματικότητα δεν είναι μόνο ακαδημαϊκή αλλά είναι και κλινική εκπαίδευση δηλαδή με τον ασθενή ή με τον πολίτη αυτή η ειδικότητα να μπορεί να δώσει νέους ρόλους στην κοινότητα για το νοσηλευτή.»

«... υπάρχουν πάρα πολλές check lists που διδάσκονται σε μαθήματα κοινοτικής νοσηλευτικής πχ στο προπτυχιακό στάδιο ,που κατά κόρον καλύπτονται τα αντικείμενα της ΠΦΥ... Υπάρχει λίστα ανά κεφάλαιο, υπάρχουν δεξιότητες που πρέπει ο νοσηλευτής να αναπτύξει , ήδη σε όλα τα βιβλία εδώ και χρόνια (...) υπάρχουν και διδάσκονται μια χαρά !Το θέμα είναι ότι όλα αυτά δεν διδάσκονται σε επίπεδο (πρακτικής)εκπαίδευσης τώρα... Αυτές οι δεξιότητες σε επίπεδο (πρακτικής)εκπαίδευσης μπορούν να μεταλαμπαδευτούν πιο εξειδικευμένα για να γίνει μια πολύ καλύτερη λίστα μόνο σε επίπεδο ΜΤΠ . Δηλαδή ο νοσηλευτής που εργάζεται στην Κοινότητα θα πρέπει να έχει κάνει τουλάχιστον ένα ΜΤΠ, τουλάχιστον! Που εκεί υπάρχει όχι μια ειδίκευση που μπορεί να έχει ο απλά ένας διπλωματούχος απόφοιτος αλλά εξειδίκευση . Αυτή την εξειδίκευση κάνουμε με το ENHANCE ,την εξειδίκευση του νοσηλευτή σε συγκεκριμένα πράγματα και γνώσεις για να μπορεί να αντιμετωπίσει ακριβώς αυτό»

Σχετικά με την έλλειψη χρόνου :

«Πολλές φορές με έχει καλέσει μέσα ο διευθυντής για να εκπαιδεύσω καμία (συνάδελφο) που έρχονται από σχολές νοσηλευτών ας πούμε και του λέω ότι δεν μπορώ να αναλάβω αυτό το ρόλο, γιατί αυτό το ιατρείο με καλύπτει και δεν υπάρχει χρόνος ..καταλαβαίνετε...Εδώ σε μία συγκέντρωση μας ζητάει ο διευθυντής να παραβρεθούμε (εντός ωραρίου)και ερχόμαστε σε αντιπαράθεση με τον κόσμο γιατί περιμένει το

ραντεβού... Υπάρχει μια λίστα που τελειώνει στις 3 παρά τέταρτο τώρα και δεν υπάρχει ...δηλαδή λίγο να μιλήσεις και να αφιερώσεις λίγο χρόνο στον κάθε ασθενή ..Όχι να του δώσει μία συνταγή και να φύγει... εξαντλείσαι ...και το διάστημα του διαλλείματος περιορίζεται σε μία τουαλέτα προσωπικά το δικό μου...» (νοσηλεύτρια ΚΥΧανίων)

Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ εξηγεί ότι πρόσθετες αρμοδιότητες όπως η συνταγογράφηση εξετάσεων θα περιόριζαν το χρόνο ενασχόλησης με δράσεις στην κοινότητα που είναι ούτως ή άλλως περιορισμένος και δεν θα το επιθυμούσε:

«...γιατί προφανώς η συνταγογράφηση όταν υπάρχει ήδη κάποια ..υπάρχουν συγκεκριμένο πράγματα που θα κάνω στην καθημερινότητά μου , αν προστεθεί σε αυτά και η συνταγογράφηση των εξετάσεων ο χρόνος που απομένει μετά είναι .. (υπονοεί περιορισμένες) είναι πιο συμπιεσμένο το πρόγραμμα μετά... Θα ήθελα να μπορώ να το οργανώσω εγώ ώστε να μην στερηθώ άλλες δραστηριότητες, συμμετοχή σε δράσεις που σχετίζονται με την Πρωτοβάθμια όπως μια κατ' οίκον επίσκεψη για παράδειγμα ...»

Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ ανέφερε ότι δεν έχει χρόνο να ασχοληθεί με την εκπαίδευση των ασθενών γιατί απασχολείται σε καθήκοντα του ΚΥ και γραφειοκρατικά ζητήματα.

«ναι αυτό γίνεται (η εκπαίδευση του ασθενούς) ... αλλά δεν γίνεται και πάρα πολύ συχνά..η αλήθεια είναι ....Μετά, επειδή εδώ είμαστε δύο Δομές μαζί, κάνουμε καρδιογραφήματα για το καρδιολογικό που αυτό ανήκει στο ΚΥ... εεεε Τώρα εγώ για παράδειγμα είμαι υπεύθυνη και για το φαρμακείο οπότε ασχολούμαι και με αυτό....»

Νοσηλεύτρια της ίδιας Τ.ΜΟ.Υ παραπονέθηκε ότι δεν υπάρχει περιθώριο να συμμετέχουν σε δράσεις στα σχολεία και την κοινότητα κατά την πρωινή ώρα λόγω φόρτου εργασίας «Δυστυχώς οι νοσηλευτές δεν είχαν το χρόνο που θα θέλαμε για να συμμετέχουμε πολλές φορές σε δράσεις... Τις περισσότερες φορές έπρεπε να είναι 2(νοσηλευτές) το πρωί και 2 το απόγευμα . Οι δράσεις ήταν κυρίως το πρωί , ο φόρτος εργασίας στην Πρωινή βάρδια είναι πάντοτε περισσότερους οπότε χμμμμ (υπονοεί ότι ήταν δύσκολα-μορφασμός)»

### **Σχετικά με τη διεπιστημονική συνεργασία:**

Για το ίδιο θέμα άλλη νοσηλεύτρια της ίδιας Τ.ΜΟ.Υ ανέφερε διαφορετικές αντιδράσεις από γιατρό σε γιατρό λέγοντας:

«...Κάποιοι γιατροί ωστόσο δεν ήθελα να το κάνουν αυτό οι νοσηλευτές οπότε το ανέλαβαν εκείνοι μόνοι τους μέσα στο ιατρείο... Κάποιοι άλλοι, τους άρεσε να έχουμε εμείς το αρχείο αυτό και μπορούσαν ανά πάσα στιγμή να ανατρέξουν στο φάκελο αυτό για πληροφορίες...»

Αν και γενικά όπως δήλωσε η συνεργασία με τους γιατρούς της Δομής που εργάζεται είναι αρκετά καλή , υπάρχουν και κάποιοι άλλοι πιο διστακτικοί που περιορίζουν τη νοσηλευτική αυτονομία :

«...Κάποιοι άλλοι είναι πιο πολύ αυτόνομοι θα το έλεγα εγώ, δηλαδή έχουν μάθει να δουλεύουνε μόνοι τους να πω έτσι με εισαγωγικά ...Οπότε ή δεν το σκέφτονται να αναλάβει κάτι ο νοσηλευτής ή όταν προτείνουμε εμείς να αναλάβουμε κάτι είναι λίγο πιο σκεπτικοί πιο διστακτικοί αλλά στο τέλος ... υπάρχει συνεργασία... Ανάλογα με τον γιατρό συμμετέχει ο νοσηλευτής περισσότερο ή λιγότερο...»

Το ίδιο μοτίβο συνεργασίας κατά περίπτωση αναφέρει και ο Νοσηλευτής Τ.ΜΟ.Υ :

«δεν υπήρξε ποτέ τη συγκεκριμένη κατεύθυνση ως προς αυτό (την αξιολόγηση εξετάσεων συγκεκριμένα) παρά μόνο σποραδικές ας πούμε περιπτώσεις που υπάρχει μία πάρα πολύ καλή συνεργασία με ένα γιατρό που σε εμπιστεύεται και σε ξέρει και έχει δει κάποια πράγματα και σου δίνει το ελεύθερο να αναπτύξεις και εσύ κάποιες δεξιότητες αντίστοιχες...»

Στη συνέχεια περιγράφει τη διαφορά του ιατροκεντρικού τρόπου λειτουργίας που ισχύει και του είδους συνεργασίας στο πλαίσιο της ομάδας φροντίδας που επιθυμεί :

«...Έχει να κάνει με τον γιατρό ο οποίος έχει αποδεχτεί το Πλαίσιο λειτουργίας μαζί με τον νοσηλευτή ή με το νοσηλευτή γιατί τα ξεχωρίζω.... Δουλεύω μαζί με τον νοσηλευτή είναι δουλεύω σαν ομάδα . Δουλεύω με το νοσηλεύει (σημαίνει)απλά δουλεύω και έχω ένα άτομο δίπλα που του λέω "σε παρακαλώ πολύ κάνε 2 μονάδες ταχείας απορρόφησης ινσουλίνη , σε παρακαλώ πολύ δεξ το βάρος, κάνε ένα καρδιογράφημα " .... Αυτό είναι το δουλεύω με τον νοσηλευτή... Το δουλεύω ΜΑΖΙ με το νοσηλευτή είναι κάτι παραπάνω ... είναι ότι συμμετέχω στη θεραπεία ή στην πρόληψη ασθενειών ή μαζί με ένα συνάδελφο νοσηλευτή ο οποίος έχει πάρει ένα κομμάτι είναι σωστό αυτό που κάνει και το κάνει όπως πρέπει να το κάνει και ξέρω ότι είμαι σίγουρος ότι έχει την αντίληψη και το μάτι να καταλάβει σε τι και πότε να με ενημερώσει και πώς να με ενημερώσει...»

και καταλήγει ότι η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας θα δρούσε ευεργετικά

«...ως προς ένα σύνολο παραγόντων που κρατάνε την κουλτούρα μας λίγο αυτή τη στιγμή αιχμάλωτη μιας άποψης ότι ο γιατρός μόνο θα σου πει ο γιατρός μόνο θα αποφασίσει...»

«Κατά πρώτον θεωρώ ότι θέλει πολύ χρόνο ο πολίτης , οι χρήστες υπηρεσιών υγείας να εμπιστευτούνε σε τέτοιο βαθμό την νοσηλευτική υπευθυνότητα Δηλαδή ο Έλληνας πολίτης δεν είναι ακόμα έτοιμος να καθοδηγηθεί απόλυτα από το νοσηλευτή στην

κοινότητα. Έχει δεθεί τρόπον τινά με το γιατρό του . Ένα είναι αυτό: η δυσπιστία των χρηστών για να αποδεχτούν το έργο των νοσηλευτών στην κοινότητα.» Καθηγητής

*«πολλές φορές η αλήθεια είναι ότι οι ασθενείς τους αγνοούν ... ή προτιμούν να ακούσουν τη γνώμη του γιατρού...δε συμβαίνει με όλους αλλά ...ναι είναι σύνηθες και αυτό ...*

*Να θέλουν το γιατρό...να μη θεωρούν αξιόπιστο το νοσηλευτή...» Γιατρός ΚΥ Κισσάμου*

Γιατρός της Τ.ΜΟ.Υ εξηγεί πώς εξαιτίας της προσκόλλησης των ασθενών στο γιατρό τους οι ενδιάμεσες συμβουλευτικές με το νοσηλευτή ατόνησαν

*«Αυτό τώρα βέβαια δεν περπατάει και πολύ γιατί οι ασθενείς δεν είναι εξοικειωμένοι και θέλουνε το γιατρό, γιατί θέλουνε και συνταγές και θέλουνε και άλλα πράγματα που μπορεί μόνο ο γιατρός να προσφέρει...»*

Νοσηλευτής Τ.Ο.Μ.Υ περιγράφει την εμπειρία του από την αντίδραση των ασθενών , την αρχική δυσπιστία και απροθυμία στη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού που επιχειρήθηκε να εφαρμοστεί σαν τακτική στη Δομή που εργάζεται :

*«...δεν υπήρχε από την αρχή η κατάλληλη προετοιμασία των ασθενών ώστε να δεχθούν και αυτοί τις αντίστοιχες παρεμβάσεις..Δηλαδή παράδειγμα με τα ιστορικά...Δεν υπήρξε από την αρχή μία ...ένα λεπτομερές ιστορικό σε κάθε ασθενή και μία επεξήγηση του τι σημαίνει παίρνω το ιστορικό σου... Δηλαδή παίρνω το ιστορικό σου για να το χω σε ένα ράφι ή παίρνω το ιστορικό σου και μετά μπορώ να σε ενοχλήσω και να σου πω "Πρέπει τώρα να κάνεις αυτό... ακτινογραφία γιατί είσαι καπνιστής", "πρέπει να κάνεις τεστ ΠΑΠ" "πρέπει να κάνεις εξετάσεις τον προστάτη"...»*

*«όταν εν τέλει άρχισαν να παίρνουμε ιστορικά ήταν και αυτό μία διαδικασία χρονοβόρα που οι ασθενείς έπρεπε να πειστούν ότι πρέπει να γίνει... Στην αρχή πολλές φορές δε ερχόντουσαν στο ραντεβού... όταν τους πείθαμε ότι έπρεπε να έρχονται στην αρχή ήταν μουδιασμένοι(...)Ίσως οι ασθενείς ακόμα δεν είχα καταλάβει την έννοια του ότι κάθομαι στο δωμάτιο με τον νοσηλευτή για 20 λεπτά και του μιλάω για το ιστορικό μου. Ήταν και οι ίδιοι λίγο μπερδεμένοι και οι ίδιοι για το που βοηθάει αυτό το ιστορικό, πώς θα μας βοηθήσει , ποιος θα το χρησιμοποιήσει... Αυτό...»*

Θετικά θα το δουν οι ασθενείς στο τέλος όπως αναφέρει ένας από τους Καθηγητές :

*«...σε κάθε περίπτωση μακροπρόθεσμα θα το έβλεπαν θετικά. Όλες οι μελέτες στο εξωτερικό δείχνουν ότι όποτε υπάρχει θέμα σύγκρισης υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ιατρικό προσωπικό ή από το νοσηλευτικό προσωπικό συνήθως δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις καθόλου στην ικανοποίηση των ασθενών ή σε άλλα*

αποτελέσματα, άλλους δείκτες, και όπου υπάρχουν πολλές φορές είναι υπέρ των νοσηλευτών γιατί θεωρείται ότι έχουν περισσότερη διάθεση περισσότερο κίνητρο να αποδείξουν ίσως κάτι, ίσως ασχολούνται περισσότερο, έχουν περισσότερο χρόνο να ασχοληθούν έχουν διάθεση ...και επικοινωνιακά λοιπόν και πρακτικά πετυχαίνουν καλύτερα αποτελέσματα ...»

«...Ο νοσηλευτής παίζει καμιά φορά το ρόλο του εκμυστηρευτεί γιατί καμιά φορά ο γιατρός αν είναι αυστηρός μπορεί ο ασθενής να του κρύψει πράγματα και αν τον πλησιάσει ο νοσηλευτής με ένα διαφορετικό τρόπο ...»

«Γιατί ανακαλύπταμε εκείνο τον καιρό θυμάμαι ότι ερχόντουσαν άνθρωποι για να κάνουμε για το διαβήτη μία μικρή ενημέρωση και θυμάμαι εγώ πάντα να κάνω σε όλους την απλή ερώτηση "που πρέπει να είναι το ζάχαρο σας;" και κανείς δεν ήξερε. Και όλοι ισχυρίζονταν (δεν ξέρω αν λένε την αλήθεια ή ψέματα) ότι ποτέ κανένας γιατρός δεν τους είπε πού πρέπει να είναι οι τιμές του ζάχαρου. Τους έλεγαν ένα γενικό, έτσι στα γρήγορα ας πούμε μία ενημέρωση που τις πιο πολλές φορές και μέσα στο άγχος και μέσα στον πανικό δε συγκρατούσαν λεπτομέρειες....»

«μας έδωσε πολύ μεγάλη ώθηση (ο ρόλος τη εκπαίδευσης και συμβουλευτικής των ασθενών) γιατί βλέπαμε ότι και ο κόσμος άρχισε να καταλαβαίνει καλύτερα το ρόλο του νοσηλευτή άρχισε να μας εμπιστεύεται περισσότερο έβλεπε πως έχουμε γνώσεις, έβλεπε πως έχουμε διαβάσει, έβλεπε πως δεν μένουμε μέσα αυτά τα βασικά πράγματα και μετά σε μία καρέκλα να καθόμαστε αλλά είχαμε διάθεση παραπάνω να δώσουμε να συμπληρώσουμε τους γιατρούς και αυτό το κομμάτι της υγείας να είναι να έχει πολλά πρόσωπα να μην περιμένεις μόνο από το γιατρό να σε δει ή να ακούσεις κάτι να βοηθάει όλη η ομάδα ουσιαστικά. και αυτό νομίζω ότι λειτούργησε πάρα πολύ μέχρι που άρχισε πάλι να ατονεί για ένα διάστημα(όταν άλλαξε ο συντονιστής)...»

### **Κίνητρα: Αναγνώριση**

«Θεωρώ ότι (όλα αυτά) είναι μέσα στο ρόλο της πρωτοβάθμιας .. πάντα μιλάμε για πρόληψη και προαγωγή της υγείας ή ενός χρόνου πάσχοντα να τον κρατήσουμε όσο γίνεται πιο σταθερό στην κατάσταση που είναι. Οπότε επειδή εν των πραγμάτων οι γιατροί από ότι φαίνεται και από ότι καταλαβαίνουμε στην πράξη το τέταρτο που τους δίνεται είναι πολύ λίγο για να μπορέσουν να καλύψουμε τις ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής θεωρώ ότι και είναι μέσα στον ρόλο του νοσηλευτή της πρωτοβάθμιας να αναλάβει αυτή τη φροντίδα ...Μέσα στη φροντίδα του ασθενούς θεωρώ ότι τι είναι αυτό το κομμάτι ...Να τον παρακολουθούν πιο συχνά απ' ότι ο γιατρός και πάντοτε να

μεταφέρω τις πληροφορίες που έχω συλλέξει στο γιατρό και εκείνος μετά θα κρίνει. Αλλά αν είχα εκπαιδευτεί να μπορώ και να κρίνω μετά έως ένα βαθμό κάποια πράγματα εγώ θα ήμουν πολύ θετική, πολύ ανοιχτή σε αυτό...» Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ

«...είναι πολύ κρίμα να χαραμίζουμε νέους ανθρώπους που έχουν όρεξη που έχουνε που έχουν εκπαίδευση και που έχουν τη διάθεση να εξελίξουν όλα αυτά , απλά σε ένα ρόλο ο οποίος σε κάνει και σένα λίγο να βαριέσαι να λες τελικά : Okay μέχρι εδώ θα φτάσω Αφού δεν θες κάτι άλλο να κάνω παραπάνω θα κάνω και εγώ αυτά τα δύο πράγματα...» Νοσηλεύτρια Τ.ΜΟ.Υ

