

Η Ανάγκη Αλλαγής στη Παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας στην Ελλάδα: Παρουσίαση Πλάνου (Επιδράσεις στην Βασική Νοσηλευτική Φροντίδα)

Δρ. Νικόλαος Α. Μπακάλης

RN, BSc, PgCert., PgDipl., MSc, PhD
Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Δρ. Γεωργία Θεοδωρακοπούλου

RN, BSc, PhD
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πάτρας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με ποικίλες αντιδράσεις τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους νοσηλευτές. Το ενδιαφέρον στο κλινικό έργο των επιστημόνων υγείας αυξάνεται χρόνο με το χρόνο και αυτό φαίνεται από τα δημοσιεύματα στη τηλεόραση και τα περιοδικά. Η φροντίδα των ασθενών είναι ευθύνη κυρίως των νοσηλευτών και ποτέ δεν ήταν τόσο σημαντική όσο στις μέρες μας. Οι προσδοκίες του κοινού έχουν αυξηθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι ασθενείς με τις οικογένειές τους να παραπονούνται όταν οι υπηρεσίες που προσφέρονται δεν είναι καλές. Η νοσηλευτική ως επιστήμη πρέπει να ακολουθήσει τις αλλαγές που συμβαίνουν στον χώρο της υγείας ώστε να ανταποκριθεί στις νέες προκλήσεις της εποχής.

Η εργασία περιγράφει τα μοντέλα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που χρησιμοποιούνται σήμερα, αναλύοντας την ομαδική νοσηλευτική ως το επικρατέστερο μοντέλο που μπορεί να εφαρμοσθεί στην Ελλάδα. Τα πλεονεκτήματα του μοντέλου αναφέρονται και περιγράφεται το πλάνο εφαρμογής του. Οι ρόλοι του νοσηλευτικού προσωπικού προσδιορίζονται και το κόστος της αλλαγής αναφέρεται.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οποιοδήποτε μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας χρησιμοποιούμε στην πράξη, ούτε ο σκοπός της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας αλλάζει αλλά ούτε και η ποιότητα της φροντίδας στους ασθενείς.

Λέξεις – Κλειδιά: ομαδική νοσηλευτική, παροχή φροντίδας, πλάνο

Εισαγωγή

Για πολλά χρόνια πολύ λίγη προσοχή δόθηκε στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής άσκησης στην Ελλάδα. Στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας, λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται μέσω του μοντέλου κατανομής έργου. Στην κατανομή έργου όλη η δουλειά που πρέπει να γίνει διαιρείται σε δραστηριότητες οι οποίες έπειτα κατανέμονται σε έναν ή περισσότερους νοσηλευτές (π.χ να στρώσουν όλα τα κρεβάτια, να κάνουν όλες τις αλλαγές, να δώσουν τα φάρμακα, κ.α) (Salvage και Wright, 1995). Παρότι έρευνες στην Ελλάδα, δεν έχουν γίνει για να εξακριβώσουν αν αυτό το μοντέλο είναι αποτελεσματικό, φαίνεται ότι ασθενείς και νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκουν το μοντέλο αυτό μη ικανοποιητικό. Οι Salvage και Wright (1995) περιγράφουν τους λόγους που το μοντέλο αυτό δεν είναι αποτελεσματικό, πρώτον η φροντίδα διαιρείται σε έναν αριθμό ενεργειών που συνδέεται με την ιατρική διάγνωση και δεύτερον, οι νοσηλευτές περιγράφονται σαν τα άτομα που καλύπτουν κυρίως την ατομική φροντίδα των ασθενών.

Εν τούτοις, θέματα που αναδύονται καθημερινά, όπως για παράδειγμα νέες προσδοκίες των νοσηλευτών και των ασθενών, η ανάγκη να δίδεται ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς και η εξάπλωση των εκπαιδευτικών ευκαιριών, δίδουν την ώθηση για αλλαγές στη νοσηλευτική επιστήμη. Σε άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως για παράδειγμα στη Μ. Βρετανία, στα τέλη της δεκαετίας του 80, το μοντέλο κατανομής έργου κατέρρευσε και οι νοσηλευτές άρχισαν να δουλεύουν μοντέλα κλινικής άσκησης που ο ασθενής ήταν το κέντρο βάρους της φροντίδας, όπως ομαδική νοσηλευτική (team nursing), κατανομή ασθενών (patient allocation) και πρωτοβάθμια νοσηλευτική (primary nursing).

Μοντέλο κατανομή έργου

Σήμερα, οι νοσηλευτές δυσκολεύονται καθημερινά να τελειώσουν σωστά τη δουλειά τους. Βασικές αρχές νοσηλευτικής όπως ψυχολογική υποστήριξη και επικοινωνία/σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, σχεδόν, δεν υπάρχουν. Τα κύρια μειονεκτήματα του μοντέλου κατανομής έργου είναι δύο. Πρώτον, ότι δημιουργεί ιεραρχικό έργο (Wilkinson, 1994). Με άλλα λόγια, νοσηλευτικές διαδικασίες όπως ατομική φροντίδα ασθενών και σίτιση, εξουσιοδοτούνται να κάνουν οι βοηθοί νοσηλευτές ή πρακτικοί νοσηλευτές, ενώ εργασίες που απαιτούνται επιστημονικές γνώσεις, ανατίθενται σε πτυχιούχους νοσηλευτές. Έτσι η βασική νοσηλευτική φροντίδα, η οποία βοηθάει τον νοσηλευτή να αναπτύξει προσωπική σχέση με τον ασθενή και δίνει την ευκαιρία της παρατηρητικότητας, σπάνια εκτελείται από νοσηλευτές ή υπεύθυνους νοσηλευτές.

Το δεύτερο μειονέκτημα είναι ότι η νοσηλευτική φροντίδα γίνεται τμηματική με ελάχιστη συνέχεια της φροντίδας (Wilkinson, 1994). Ο ασθενής παρουσιάζεται σαν σειρά από μη συνδεδεμένα καθήκοντα και κάθε πτυχή των αναγκών του συνήθως μοιράζεται σε διαφορετικό άτομο. Η τμηματική δουλειά έχει βοηθήσει στη δημιουργία ρουτίνας η οποία έχει γίνει τόσο αυστηρή, που και οι ασθενείς και οι νοσηλευτές είναι απασχολημένοι τόσο πολύ με την ρουτίνα που ξεχνούν τις βασικές ανάγκες (Waters, 1985). Ως επακόλουθο, οι ασθενείς παραπονούνται σχετικά με τη φροντίδα που τους παρέχεται (Pearson, 1986). Δεν είναι μόνο τα δημοσιεύματα στο τύπο αλλά και στις τηλεοράσεις που όχι μόνο αναδεικνύουν αλλά και πιστοποιούν το πρόβλημα στη φροντίδα των ασθενών. Πρέπει να αναφερθεί εδώ, ότι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο κυριότερος παράγοντας που προκαλεί αυτή τη κατάσταση.

Είναι αλήθεια ότι αν αυξήσουμε τον αριθμό των νοσηλευτών, η κατάσταση ενδεχομένως να είναι καλύτερη. Αλλά αυτό είναι θέμα της κυβέρνησης και δεν μπορούμε να προτείνουμε τίποτε πάνω σε αυτό το θέμα. Αυτό όμως που μπορούμε να κάνουμε, είναι να αλλάξουμε το νοσηλευτικό 'στάτους κβο', με το να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικό-

τητα της τωρινής κλινικής άσκησης και να προωθήσουμε καινοτομίες, οι οποίες θα βελτιώσουν την φροντίδα στους ασθενείς. Σαν αποτέλεσμα, νέα πλαίσια, μοντέλα και πρωτόκολλα μπορούν να αναπτυχθούν για την κλινική άσκηση.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα μοντέλα κλινικής άσκησης προσδιορίζουν και τη φιλοσοφία της νοσηλευτικής στην πράξη (Fawcett, 1995). Έτσι, αλλάζοντας μοντέλο κλινικής άσκησης προωθείται καινούργια νοσηλευτική φιλοσοφία. Το γεγονός ότι οι κοινωνίες αλλάζουν ραγδαία, αναγκάζει τη νοσηλευτική επιστήμη να ακολουθήσει με γοργά βήματα αυτές τις εξελίξεις. Μένοντας σταθερή στη φιλοσοφία της, το μόνο που επιτυγχάνει είναι να απομακρύνεται από τις κοινωνικές φιλοδοξίες και έτσι να απομονώνεται. Η εργασία αυτή έρχεται απλά και μόνο, να κάνει την αρχή μιας νέας καινοτομίας στη νοσηλευτική κλινική άσκηση, παίρνοντας τη σκυτάλη από άλλους συναδέλφους.

Σε αυτή την εργασία, το μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που αναλύεται είναι η ομαδική νοσηλευτική. Προτιμήθηκε το συγκεκριμένο μοντέλο και όχι τα υπόλοιπα, διότι το μεν μοντέλο πρωτοβάθμια νοσηλευτική είναι η ανάθεση μικρού αριθμού ασθενών σε ένα νοσηλευτή από την εισαγωγή μέχρι την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Pearson, 1988), το δε μοντέλο κατανομή ασθενών είναι ο τρόπος νοσηλευτικής φροντίδας, ο οποίος περιλαμβάνει την ανάθεση μικρού αριθμού ασθενών σε έναν νοσηλευτή το οποίο όμως αλλάζει καθημερινά (Pearson, 1988). Ως αποτέλεσμα, σε αυτά τα μοντέλα παροχής φροντίδας, ο αριθμός των νοσηλευτών είναι το κλειδί στην επιτυχία αυτών των μοντέλων. Στην Ελλάδα δουλεύουν περίπου 36,000 νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ), που αντιστοιχούν 3,6 νοσηλευτές σε 1,000 κατοίκους (ΕΣΝΕ, 2004). Στην Ελλάδα, φαίνεται ότι η έλλειψη ικανού αριθμού νοσηλευτών οδηγεί σε μόνο ένα σκοπό, "να καλυφθούν οι επείγουσες ανάγκες". Έχοντας λοιπόν υπόψη την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα, τόσο σε αριθμό όσο και σε ποιότητα, κρίναμε ότι τα παραπάνω μοντέλα θα είναι αναποτελεσματικά στη παρούσα κατάσταση.

Αποδείξεις που υποστηρίζουν την αλλαγή

Ο Pearson (1992) περιγράφει την ομαδική νοσηλευτική σαν ένα σύστημα παροχής φροντίδας που επικεντρώνεται στην ιδέα της καλής ομαδικότητας. Εν τούτοις, οι Butterworth και Faugier (1992) έδωσαν πιο σαφή ορισμό της ομαδικής νοσηλευτικής. Προτείνουν ότι η ομαδική νοσηλευτική είναι η κατανομή ενός μικρού αριθμού νοσηλευτών (ομάδα) σε ένα γκρουπ ασθενών, η οποία ομάδα είναι υπεύθυνη για την φροντίδα των ασθενών καθόλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ομαδική νοσηλευτική προάγει υψηλά πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας (Wright 1990, Pearson 1992).

Σύμφωνα με προσωπικές εμπειρίες, στο μοντέλο αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει τον ασθενή σαν οντότητα, σχεδιάζει και εκτιμά την φροντίδα πιο προσωπικά. Σύμφωνα με τους Lionis και Koutis (1995) φροντίζοντας τον ασθενή σαν οντό-

τητα βοηθάει στην προαγωγή καλής επικοινωνίας και συμβουλευτικών επιδεξιοτήτων. Επίσης, βοηθάει τους νοσηλευτές να αναπτύξουν στενές σχέσεις με τους ασθενείς. Όταν η επικοινωνία είναι ελεύθερη, συνεχής και ανοιχτή, δημιουργεί μία ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ένα κλίμα συμπαράστασης. Ένα παράδειγμα μπορεί να είναι η προεγχειρητική διδασκαλία. Δίνοντας πληροφορίες στους ασθενείς σχετικά με την εγχείρησή τους, τι να περιμένουν, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, και δίνοντας υποστήριξη ακούγοντας τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες τους, η ένταση και η αγωνία μπορούν να ελαττωθούν.

Επιπροσθέτως, σχεδιάζοντας και εκτιμώντας την φροντίδα των ασθενών, οι νοσηλευτές αρχίζουν να κινούνται σε έναν πιο αυτόνομο ρόλο (Pearson, 1992). Αυτό είναι σημαντικό για δύο λόγους πρώτον, η αυτονομία της νοσηλευτικής

άσκησης αναφέρεται στην εξουσία των νοσηλευτών να παίρνουν αποφάσεις σχετικά με την φροντίδα των ασθενών και δεύτερον, η αυτονομία κάνει τους νοσηλευτές να νοιώθουν υπεύθυνοι για τις αποφάσεις τους και τις ενέργειες τους. Ο σκοπός των νοσηλευτών είναι να έχουν αξιοπιστία και ευκαιρία να αναπτύξουν τις αρχηγικές τους επιδεξιότητες, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση της εμπιστοσύνης και ικανοποίησης στην άσκηση του επαγγέλματος (Gardner, 1991). Επιπροσθέτως, η αυτονομία της νοσηλευτικής άσκησης ανοίγει δρόμους στους νοσηλευτές έτσι ώστε να τους συμπεριφέρονται με σεβασμό και εκτίμηση από άλλες επιστήμες υγείας.

Είναι αλήθεια ότι όταν οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα σε έναν αριθμό ασθενών καθημερινά, μαθαίνουν τους ασθενείς τους καλύτερα, αποφεύγουν την ρουτίνα της δουλειάς και ασχολούνται περισσότερο με τους ασθενείς. Ακόμα, το μοντέλο αυτό δίνει την δυνατότητα στα μέλη της ομάδας να συμβουλευούνται και να συζητάνε μεταξύ τους τυχόν προβλήματα ή δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Fawcett, 1995). Ως αποτέλεσμα, προσφέρει δυνατότητα σύμφιξης των σχέσεων μεταξύ του προσωπικού. Ακόμα, η ομαδική νοσηλευτική προάγει την ανθρωπιστική προσέγγιση της παροχής φροντίδας η οποία δίνει την ευκαιρία σε ασθενείς και συγγενείς να συμμετέχουν στη φροντίδα τους (Berry και Metcalf, 1986). Η συμμετοχή αυτή μπορεί να εκτείνεται από την διαπραγμάτευση στο σχεδιασμό της φροντίδας μέχρι την διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής.

Στην ομαδική νοσηλευτική το νοσηλευτικό προσωπικό διαιρείται σε δύο ομάδες. Η κάθε ομάδα έχει τον αρχηγό της, που είναι υπεύθυνος για τον σχεδιασμό και οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς της ομάδας του. Ο κάθε αρχηγός δίνει αναφορά στην προϊσταμένη της κλινικής, η οποία εποπτεύει και είναι υπεύθυνη για όλη την

κλινική.

Η προϊσταμένη θεωρείται ένα σημαντικό κομμάτι της ομαδικής νοσηλευτικής. Έχει διαπιστωθεί ότι η προϊσταμένη μπορεί να βοηθήσει στην υποστήριξη και ανάπτυξη της κλινικής άσκησης (Butterworth και Faugier, 1992) και επίσης παρέχει προστασία στην ελεύθερη και αξιοπιστη κλινική άσκηση (Butterworth, 1995). Στην ομαδική νοσηλευτική η προϊσταμένη έχει θέση κλειδί έτσι ώστε να αναλύει καταστάσεις, να προσδιορίζει προτεραιότητες, να προσφέρει εναλλακτικές λύσεις στους ασθενείς, να υποστηρίζει τις αποφάσεις τους και να ορίζει τρόπους παροχής φροντίδας πιο αποτελεσματικούς.

Όταν οι νοσηλευτές έχουν καθαρή εικόνα για τις αξίες και τα οράματα τους, είναι σε καλύτερη θέση να δουλεύουν ομαδικά. Με άλλα λόγια, το τι πιστεύουν οι νοσηλευτές για τον εαυτό τους και τους ασθενείς, επηρεάζει τελικώς τον τρόπο που εργάζονται. Είναι αλήθεια, ότι οι αξίες καθοδηγούν την κλινική άσκηση (Waters, 1985). Οι νοσηλευτές χρειάζονται ένα περιβάλλον που θα μπορούν να αναπτύξουν τις επιδεξιότητές τους. Η ομάδα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι οι ατομικές ανάγκες είναι ομαδικές ανάγκες. Πρέπει να εμπιστεύονται ο ένας τον άλλον και σύμφωνα με τον Cole (1988) να μοιράζονται τα προβλήματα τους και όχι μόνο να δουλεύουν σαν ομάδα αλλά να σκέφτονται και σαν ομάδα. Οι συγκρούσεις δεν βοηθούν στην επίτευξη των αναγκών τους. Πριν τα μέλη δουλέψουν σαν ομάδα, πρέπει κάθε μέλος να καταλάβει τους ρόλους των άλλων μελών της ομάδας και πως αντιλαμβάνονται αυτούς τους ρόλους. Με αυτό τον τρόπο, προλαμβάνουμε συγκρούσεις μεταξύ των μελών και παρεξηγήσεις. Οι Salvage και Wright (1995) προτείνουν ότι όταν η νοσηλευτική ομάδα δουλεύει καλά και υποστηρίζει η μία την άλλη, οι ασθενείς νοιώθουν ικανοποιημένοι από την φροντίδα που τους παρέχεται.

Πλάνο Εφαρμογής

Η πιλοτική εφαρμογή του μοντέλου ομαδικής νοσηλευτικής απαιτεί την δημιουργία ενός μακροχρόνιου project και ως εκ τούτο χρειάζεται προσεκτικό σχεδιασμό έτσι

ώστε να ελαττωθούν συγκρούσεις και παρανοήσεις μεταξύ του προσωπικού (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Πλάνο και εφαρμογή του μοντέλου "Ομαδικής Νοσηλευτικής"

ΠΛΑΝΟ

- 1) Αναγνώριση για εκπαίδευση πριν την εφαρμογή
- 2) Εισαγωγή του μοντέλου στους νοσηλευτές
- 3) Περιγραφή του ρόλου στους νοσηλευτές
- 4) Ανάλυση του ρόλου στους νοσηλευτές
- 5) Εισαγωγή του μοντέλου στους ασθενείς.
- 6) Η κλινική αρχίζει να εφαρμόζει το μοντέλο.
- 7) Εκτίμηση της κατάστασης και αλλαγή στα σχέδια εφαρμογής (αν χρειάζεται)

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- 1) 3 μήνες. Είναι σημαντικό το άτομο που θα αναπτύξει το μοντέλο να το γνωρίζει πολύ καλά.
- 2) 3 εβδομάδες.
Την 1η εβδομάδα φυλλάδια θα δοθούν στο προσωπικό.
Την 2η + 3η εβδομάδα, ομαδικές συγκεντρώσεις θα γίνουν. Θα γίνει σαφές το όραμα του νοσηλευτικού έργου.
- 3) 1 μήνα. Τέσσερις συναντήσεις θα γίνουν.
1η + 2η : Συζήτηση και ερωτήσεις σχετικά με την προηγούμενη συνάντηση.
3η + 4η : Περιγραφή των ρόλων.
- 4) 2 μήνες. Έξι συναντήσεις θα γίνουν.
1η + 2η : Συμπεράσματα από τους προτεινόμενους ρόλους. Συζήτηση και ερωτήσεις.
3η + 4η : Ανάλυση των ρόλων. Σχηματισμός των ομάδων. Παραδείγματα θα δοθούν στο προσωπικό.
5η + 6η : Κριτική των συναντήσεων.
- 5) 2 εβδομάδες. Ενημερωτικά φυλλάδια σχεδιασμένα για τους ασθενείς -συγγενείς θα δοθούν. Εάν οι ασθενείς έχουν ερωτήσεις, το προσωπικό θα δίνει τις απαιτούμενες διευκρινίσεις.
- 6) 2 – 3 μήνες.
- 7) 1 μήνα. Έξι συναντήσεις θα γίνουν.
1η + 2η : Εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Ερωτηματολόγια θα δοθούν στους ασθενείς έτσι ώστε να εκτιμηθεί το μοντέλο.
3η + 4η : Το προσωπικό θα κρίνει το μοντέλο. Οι ομάδες θα συζητήσουν τα θετικά και αρνητικά του μοντέλου κατά την εφαρμογή.
5η + 6η : Αν παρουσιαστούν προβλήματα, προτείνονται εναλλακτικές λύσεις.

Ρόλοι

Στην ομαδική νοσηλευτική όλοι έχουν ένα ρόλο. Είναι σημαντικό όταν περιγράφουμε τους προτεινόμενους ρόλους έτσι ώστε να γίνει σαφής η συνεισφορά του καθενός. Η προϊσταμένη του τμήματος, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, είναι ο συντονιστής όλων των ενεργειών και της επικοινωνίας. Είναι υπεύθυνη για τα πρότυπα της νοσηλευτικής φροντίδας, για τον προσανατολισμό του καινούργιου προσωπικού και την διδασκαλία των φοιτητών. Για να καλύψει επαρκώς και επιτυχώς τα παραπάνω καθήκοντα, θα πρέπει να έχει κλινική εμπειρία στον τομέα και ακαδημαϊκά προσόντα (κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο) (Butterworth, 1995). Με αυτό τον τρόπο θα υποστηρίζει (κλινικά) τους νοσηλευτές, θα είναι υπεύθυνη για την διδασκαλία κλινικών εκπαιδευτικών μαθημάτων και θα λειτουργεί σαν βοηθητική ερευνήτρια .

Οι νοσηλευτές θα είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα των ασθενών. Οι νοσηλευτές θα χωρίζονται σε 2 ομάδες. Κάθε ομάδα θα έχει τον αρχηγό της που θα καθορίζεται από την

προϊσταμένη (συνήθως η αρχαιότερη νοσηλεύτρια). Κάθε ομάδα θα αποτελείται από 2-3 νοσηλευτές (ανάλογα τη δυναμικότητα της κλινικής) και θα είναι υπεύθυνοι για 10 περίπου ασθενείς. Ο αρχηγός της ομάδας θα είναι υπεύθυνος για την κατανομή, εφαρμογή και εκτίμηση της νοσηλευτικής φροντίδας (Salvage και Wright, 1995).

Οι φοιτητές θα κατανομούνται σε κάθε ομάδα κάτω από την καθοδήγηση της προϊσταμένης. Ανάλογα το εξάμηνο των σπουδών, θα δουλεύουν με τα άλλα μέλη της ομάδας ή θα αναλαμβάνουν κάποιο συγκεκριμένο ασθενή. Έτσι, οι φοιτητές δεν θα είναι 'ένα ζευγάρι χέρια' βοηθώντας το προσωπικό, αλλά θα είναι μέλη της ομάδας και θα έχουν ένα ρόλο να εκπληρώσουν. Σύμφωνα με τον Butterworth και Faugier (1992) ο τρόπος που οργανώνεται μία κλινική και η διάθεση των νοσηλευτών είναι σημαντικοί παράγοντες για την εξασφάλιση ενός κατάλληλου περιβάλλοντος μάθησης.

Εκτίμηση

Παρότι η εκτίμηση θεωρείται σημαντική, πολύ συχνά αγνοείται από την νοσηλευτική επιστήμη. Για να εκτιμηθεί το προτεινόμενο μοντέλο κλινικής άσκησης, πρέπει να γίνονται συναντήσεις συχνά. Φυσιοθεραπευτές, η προϊσταμένη και ο καθηγητής της κλινικής θα κάνουν ομαδικές συναντήσεις κάθε εβδομάδα και ο καθηγητής θα δίνει ιατρικές οδηγίες (Watets, 1985). Κατά τις συναντήσεις αυτές, θέματα όπως αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, αμεροληψία και παραδοχή του μοντέλου θα συζητούνται.

Η εκτίμηση για το μοντέλο κλινικής νοσηλευτικής

άσκησης μπορεί επίσης να επιτευχθεί μέσω των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας τρόπος μέτρησης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (Baker και Whitfield, 2002). Ερωτηματολόγιο θα δίνεται στους ασθενείς για να κρίνουν την νοσηλευτική κλινική άσκηση. Έτσι, αναλύοντας τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου οι ομάδες μπορούν να εκτιμήσουν αν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με την νοσηλευτική φροντίδα και κατά πόσο το μοντέλο λειτουργεί ικανοποιητικά ή όχι.

Κόστος

Η λέξη 'καινοτομία' προσδιορίζει την αλλαγή. Είναι αλήθεια ότι αλλάζοντας κάτι, θα κοστίσει κάτι, και το μοντέλο της ομαδικής νοσηλευτικής δεν αποτελεί εξαίρεση. Οι κατηγορίες που περιλαμβάνουν κόστος αναφέρονται παρακάτω:

α) Εξοπλισμός: φωτοτυπικό μηχάνημα. Δεδομένο ότι κάθε νοσηλευτικός τομέας έχει το παραπάνω εξοπλισμό, το κόστος μηδενίζεται.

β) Εκπαίδευση και εξάσκηση: πληροφόρηση του προσωπικού και προσανατολισμός των ασθενών. Μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων το προσωπικό και οι ασθενείς/συγγενείς θα ενημερωθούν για το νέο μοντέλο. Η κατασκευή του φυλλαδίου μπορεί να γίνει με την συνεργασία ακαδημαϊκών συναδέλφων. Όσον αφορά την παραγωγή του φυλλαδίου μπορεί να γίνει μέσω φωτοτυπίας, οπότε το κόστος μηδενίζεται. Ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί (σε συνεργασία με ακαδημαϊκούς συναδέλφους) και η παραγωγή αυτών θα γίνει μέσω φωτοτυπίας. Η ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα γίνει σε συνεργασία με τους ακαδημαϊκούς συναδέλφους. Οι συνδιασκέψεις θα γίνονται σε χώρους της κλινικής ή του νοσοκομείου. Βιβλία και περιοδικά σχετικά με το νέο μοντέλο θα πρέπει να αγοραστούν (2,000 ευρώ).

γ) Γενικά έξοδα: Θα πρέπει να αγοραστεί ένας πίνακας (200 ευρώ) ο οποίος θα αναγράφει όλους τους ασθενείς της κλινικής, σε ποια ομάδα ανήκουν (συνήθως οι ομάδες χωρίζονται σε μπλε και κόκκινη), καθώς επίσης και το προσωπικό που εργάζεται σε κάθε βάρδια και σε ποια ομάδα ανήκει.

Σύμφωνα με τον Fawcett (1995) τα μακροπρόθεσμα πλάνα πρέπει να περιλαμβάνουν τους οικονομικούς πόρους που χρειάζονται και τους πόρους που είναι διαθέσιμοι. Παρουσιάσαμε τους πόρους που χρειάζονται για την εφαρμογή του μοντέλου ομαδική νοσηλευτική. Το ερώτημα είναι, ποιοι πόροι είναι διαθέσιμοι; Βλέποντας το κόστος της εφαρμογής, είναι περίπου 2,200 ευρώ. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι από τα χρήματα αυτά, μόνο τα 200 ευρώ είναι απαραίτητα για την πιλοτική εφαρμογή του μοντέλου. Τα υπόλοιπα χρήματα (2,000 ευρώ) περιλαμβάνουν υλικά τα οποία θα χρησιμεύσουν εφόσον το μοντέλο εφαρμοστεί πλήρως στην πράξη. Για το ποσό που χρειάζεται για την πιλοτική εφαρμογή του μοντέλου (200 ευρώ), η προϊστάμενη της κλινικής θα πρέπει να διαπραγματευθεί με τον οικονομικό τομέα του νοσοκομείου για την εξασφάλιση των χρημάτων.

Επίλογος

Η εργασία παρουσιάζει ένα μοντέλο κλινικής νοσηλευτικής άσκησης, την ομαδική νοσηλευτική. Ευχής έργο είναι το μοντέλο αυτό να εφαρμοστεί και να κάνει σημαντική συνεισφορά στη νοσηλευτική κλινική άσκηση. Ως επακόλουθο, αναπτύσσοντας την νοσηλευτική άσκηση θα επιφέρει βελτιώσεις στην νοσηλευτική εκπαίδευση, έρευνα και διοίκηση (Wright, 1990).

Η εφαρμογή του μοντέλου ομαδική νοσηλευτική πιστεύουμε ότι θα έχει θετικά αποτελέσματα όχι μόνο στους νοσηλευτές και στη νοσηλευτική, αλλά και στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, η ομαδική νοσηλευτική επικεντρώνεται:

- στην αναγνώριση και εφαρμογή της νοσηλευτικής σαν θεραπευτική ιδιότητα
- στην ανάπτυξη του αυτόνομου ρόλου των νοσηλευτών

- στην θεραπεία και πρόληψη των ασθενών σαν οντότητα
- στην δημιουργία περιβάλλοντος ομαδικής συνεργασίας (η ομάδα έχει τους ίδιους σκοπούς, στόχους, αξίες και οράματα)
- στην δημιουργία νέων ρόλων για τους νοσηλευτές
- στην δημιουργία κλίματος συνεταιρισμού της νοσηλευτικής φροντίδας, τόσο με την νοσηλευτική ομάδα όσο και με τους ασθενείς.

Ο χρόνος είναι κατάλληλος για τη νοσηλευτική στη χώρα μας, να 'σπάσει το κέλυφος' και να γίνει πιο ανοικτή και θετική σχετικά με τα όνειρα της και τα κατορθώματα της. Σκοπός της νοσηλευτικής είναι, μέσω καινοτομιών, να αναπτυχθεί περισσότερο έτσι ώστε να παρέχει καλύτερη και ασφαλή νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Baker, R., Whitfield M., 2002. Measuring patient satisfaction: a test of construct validity. *Quality in Health Care* 1, 104-109.

Berry, A., Metcalf, C., 1986. Paradigms and practices: the organization of the delivery of nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 11, 589-597.

Butterworth, T., 1995. *Clinical supervision in Nursing: A briefing paper*, School of Nursing Studies, University of Manchester.

Butterworth, T., Faugier, M., 1992. *Clinical supervision and mentorship in nursing*. Chapman and Hall, London.

Cole, A., 1988. *Management theory and practice*. Hants Publication, London.

Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΝΕ., 2004. Τεύχος 94, ΜΑΙΟΣ, 14.

Fawcett, J., 1995. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Davies, Philadelphia.

Gardner, K., 1991. A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. *Nursing Research* 40(2), 113-116.

Lionis, C., Koutis, A., 1995. *Assessment of population health needs: the role of GPs and health team*. Scutari, London.

Pearson.,A., 1988. Primary nursing. Chapman and Hall, London.

Pearson., A., 1992. Nursing Beds: an evaluation of the effects of therapeutic nursing. Scutari, London.

Pearson., A., Vaughan., B., 1986. Nursing models for practice. Heinemann, Oxford.

Salvage., J., Wright., S., 1995. Nursing Developments Units: a force for change. Scutari, London.

Waters., K., 1985. Organising nursing care: team nursing. Nursing Practice 1(1), 7-15.

Wilkinson., R., 1994. A more autonomous and independent role: primary nursing versus patient allocation. Professional Nurse July, 680-684.

Wright., S., 1990. My patient-my nurse: the practice of primary nursing. Scutari, London.