

## Οι επιπτώσεις της κρίσης και των μεταρρυθμίσεων στην άσκηση της νοσηλευτικής

**Δέσποινα Παπαδοπούλου**

Νοσηλεύτρια, Χειρουργική Νοσηλευτική Ειδικότητα, MSc Διοίκηση στην Υγεία, Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή.** Η οικονομική κρίση αναμφίβολα έχει επιπτώσεις σε όλες σχεδόν τις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Ο τομέας υγείας πλήττεται σοβαρά από την οικονομική κρίση καθώς επίσης και οι νοσηλευτές, οι οποίοι αποτελούν τη μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα με τη μεγαλύτερη αναλογία του συνολικού κόστους της φροντίδας υγείας. **Σκοπός.** Να διερευνηθούν και να καταγραφούν οι επιπτώσεις της κρίσης και των μεταρρυθμίσεων στην άσκηση της νοσηλευτικής. **Μεθοδολογία.** Έγινε ανασκόπηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας μέσα από διαδικτυακές βάσεις δεδομένων και στατιστικά υγείας μεγάλων οργανισμών (ΟΟΣΑ, ΠΟΥ) για την περίοδο 2009-2015. **Αποτελέσματα.** Οι επιδράσεις της κρίσης εστιάζονται στη δραστική μείωση των θέσεων για τους νοσηλευτές σε όλη την Ευρώπη, μειώσεις αποδοχών και "πάγωμα" μισθών, μειωμένα ποσοστά προσλήψεων και διατήρησης θέσεων εργασίας. Οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού αυξάνονται και σε συνδυασμό με τη μείωση του εισοδήματος σε περίοδο κρίσης, οι ασθενείς στρέφονται στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Η γήρανση του δυναμικού του νοσηλευτικού επαγγέλματος, παράλληλα με το "πάγωμα" των προσλήψεων επιτείνει την υπάρχουσα ελλειψή στελέχωσης. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υποστελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό που συνδέεται με αρνητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Η νοσηλευτική εκπαίδευση επίσης έχει επηρεαστεί από την κρίση σε σημαντικό βαθμό και ο αυξανόμενος φόρτος εργασίας των νοσηλευτών ασκεί επίδραση στα αποτελέσματα της κλινικής εκπαίδευσης. Και ενώ οι νοσηλευτικές σχολές παράγουν νοσηλευτές με ίδιους ή και αυξανόμενους ρυθμούς, η ανεργία των νοσηλευτών της Ελλάδας εκτιμάται ότι κυμαίνεται στο 20-25%, αφού δεν γίνονται προσλήψεις τα τελευταία χρόνια. Η διακίνηση των επαγγελματιών υγείας εντός και εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για αναζήτηση περισσότερων και καλύτερων ευκαιριών είναι επίσης αποτέλεσμα της κρίσης. **Συμπεράσματα.** Η μείωση των προϋπολογισμών στον τομέα της υγείας, έχει φέρει έντονη ανησυχία τόσο για την ποιότητα της φροντίδας όσο και για την ασφάλεια των ασθενών. Η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μία απειλή, αλλά ως μία ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών συστημάτων..

**Λέξεις ευρετηρίου:** οικονομική κρίση, μέτρα λιτότητας, νοσηλευτικό έλλειμμα, ανεργία νοσηλευτών, μετανάστευση επαγγελματιών υγείας.

*Παραπομπή*

**Δ. Παπαδοπούλου. Οι επιπτώσεις της κρίσης και των μεταρρυθμίσεων στην άσκηση της νοσηλευτικής. Επιστημονικά Χρονικά 2015;20(2): 159-174.**

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία έχει επιβραδυνθεί σημαντικά σε όλες σχεδόν

τις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) από το 2008. Μετά από χρόνια συνεχούς ανάπτυξης άνω του 4% ετησίως, κατά μέσο όρο δαπανών

υγείας σε ολόκληρο τον ΟΟΣΑ αυξήθηκε μόνο κατά 0,2% μεταξύ 2009 και 2011 [1]. Η Ελλάδα το 2012 είχε δαπάνες υγείας 9,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), δηλαδή περίπου ίδιο ποσοστό με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Από αυτές, το 67% αφορούσε τις δημόσιες δαπάνες και ήταν χαμηλότερα σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, που άγγιζε το 72% του ΑΕΠ. Ο ρυθμός ανάπτυξης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα από το 2009 και κάθε χρόνο έπεφτε λόγω και των τεράστιων περικοπών των προϋπολογισμών, εξαιτίας των δημόσιων ελλειμμάτων (τα έτη 2010 και 2012 περίπου 25% χαμηλότερα του συνολικού επιπέδου των δαπανών) [2].

Ο αντίκτυπος όμως της οικονομικής κρίσης δεν ήταν ίδιος για όλα τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Εντούτοις, όλα τα Κράτη Μέλη της ΕΕ, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, αναγκάστηκαν να περικόψουν τους προϋπολογισμούς υγείας τους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη δημοσιονομική στενότητα και εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις και παρεμβάσεις για την προστασία της υγείας του πληθυσμού και τη διασφάλιση μακροπρόθεσμα της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας τους [3, 4]. Δυσαναλογία όμως υπάρχει, όχι μόνο στο αντίκτυπο της κρίσης μεταξύ των χωρών, αλλά και στο εσωτερικό τους (ευπαθείς ομάδες πληθυσμού) [5]. Οι πλέον ευάλωτες ομάδες - συμπεριλαμβανομένων των ανέργων, των ηλικιωμένων, των χρονίως πασχόντων και των μεταναστών - αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να επηρεαστούν από τις συνέπειες της κρίσης [3].

Οι μειώσεις των δαπανών επιτεύχθηκαν μέσω μιας σειράς μέτρων (συμπεριλαμβανομένων των μειώσεων των μισθών, των επιπέδων απασχόλησης, της αύξησης των άμεσων πληρωμών από

νοικοκυριά για ορισμένες υπηρεσίες και φάρμακα) και με την επιβολή αυστηρών δημοσιονομικών περιορισμών στα νοσοκομεία [6]. Οι οικονομικοί περιορισμοί και τα μέτρα λιτότητας σε πολλές χώρες όπως η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν στόχο την αυστηρή συγκράτηση του κόστους [7]. Η Ελλάδα και η Ιρλανδία παρουσίασαν τις μεγαλύτερες μειώσεις, με πτώση της τάξης του 11,1% και 6,6% αντίστοιχα στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης [1, 7].

Στην Ελλάδα, τα εγγενή προβλήματα στη λειτουργία των νοσοκομείων που υφίστανται από το παρελθόν, όπως η μη ολοκληρωμένη εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ), καθώς και η υποστελέχωσή τους κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό - τόσο εξαιτίας των αθρόων συνταξιοδοτήσεων όσο και του περιορισμού των προσλήψεων - επιτείνουν τα προβλήματα λειτουργίας τους στην περίοδο της κρίσης [8].

Κάποιες χώρες έχουν λάβει μέτρα για να μετριάσουν τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης, ενώ κάποιες άλλες έχουν θεωρήσει την κρίση ως μια ευκαιρία για να εισάγουν δομικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας τους [9]. Στην Ελλάδα, ο τομέας της υγείας έχει πληγεί σοβαρά από την οικονομική κατάσταση και τα δύο μνημόνια συμφωνίας, που έχει υπογράψει η Ελλάδα από το 2010, υπαγορεύουν μια σειρά από μέτρα που εστιάζονται στη μείωση των δημόσιων δαπανών [10]. Έτσι, η οικονομική κρίση λειτούργησε ως καταλύτης στη συγκεκριμένη περίπτωση για μια πιο γρήγορη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Αυτές περιλαμβάνουν τη συνένωση των τμημάτων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων σε έναν νέο οργανισμό, στον Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), την εισαγωγή ενός νέου

συστήματος αποζημιώσεων νοσοκομείων βασισμένου στις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs), την τιμολόγηση και αποζημίωση των φαρμακευτικών ειδών, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την αύξηση της χρήσης γενοσήμων αντί πρωτοτύπων φαρμάκων, το μάνατζμεντ νοσοκομείων και την καλύτερη κατανομή των νοσοκομειακών κλινών και κλινικών. Στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων βρίσκεται η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την ίδρυση του Εθνικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΕΔΥ). Έτσι, ένα ευρύ φάσμα των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας και των πολιτικών έχουν τεθεί σε εφαρμογή [3].

Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού είναι η αύξηση ψυχικών διαταραχών (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης ουσιών, αυτοκτονιών, θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια, η υιοθέτηση ενός μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον η πλημμελής διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων [5, 11]. Αύξηση υπήρξε και στα περιστατικά μολύνσεων από τον ιό HIV [12, 13].

### **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές - ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και

την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη επιβαρυσμένους κρατικούς προϋπολογισμούς [14-16]. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, καταγράφηκε αύξηση των εισαγωγών για το 2011 της τάξης του 24% στα δημόσια νοσοκομεία και μείωση ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντίστοιχα. Επιπλέον, στον ιδιωτικό τομέα υγείας παρατηρήθηκε μια μείωση από 18% έως 25% περίπου [15, 16]. Η πείρα έχει δείξει ότι και οι δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να μειώνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, καθώς τα άτομα, λόγω της μη ασφάλισης, βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες φροντίδας ή στρέφονται από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα, εφόσον η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος [14, 17].

Επίσης, η δημογραφική γήρανση είναι δυνατόν να έχει δυσμενείς επιπτώσεις και να προκαλέσει ακόμα μεγαλύτερη επιβάρυνση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) καθώς το τμήμα του πληθυσμού της χώρας μας άνω των 65 ετών από το 17,5% που ήταν το 2009, αναμένεται να υπερβεί το 22% το 2020 και να προσεγγίσει το 35% το 2050, προσθέτοντας ακόμη μεγαλύτερο φόρτο εργασίας στα νοσοκομεία [8].

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο τομέας της υγείας, στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., απασχολεί κατά μέσο όρο 5-10% του εργατικού δυναμικού και σημειώνει ετησίως αύξηση που κυμαίνεται μεταξύ 1,5-2%. Το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας αποτελεί ουσιώδες κεφάλαιο, όχι μόνο για την ποσοτική, αλλά και για την ποιοτική σύνθεσή του. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), περισσότερο

από το 60% των δαπανών υγείας διατίθεται για το ανθρώπινο δυναμικό [18, 19].

Ο τομέας της υγείας - ως έντασης εργασίας - οφείλει να χρησιμοποιεί τους σπάνιους διαθέσιμους νοσηλευτικούς πόρους πιο αποδοτικά [7, 20]. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί βασικό παράγοντα τόσο στην παραγωγή όσο και στη διανομή των υπηρεσιών υγείας και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Τα επίπεδα απόδοσης του προσωπικού σχετίζονται με τη θνησιμότητα των νοσηλευόμενων ασθενών, με τα δυσμενή συμβάντα, με τις επιπλοκές και με τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομειακό χώρο [21].

Οι νοσηλευτές διεθνώς είναι η μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα στην υγεία και αντιπροσωπεύει τη μεγαλύτερη αναλογία του συνολικού κόστους της φροντίδας υγείας [20, 22]. Στους δύσκολους καιρούς της λιτότητας οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι που μειώνονται, μολονότι αυτό έχει επιπτώσεις στην ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών. Μια πρόσφατη μελέτη σε 9 ευρωπαϊκές χώρες από τους Aiken et al κατέγραψε την υψηλού βαθμού δυσαρέσκεια των νοσηλευτών και παράλληλα κατέγραψε την πρόθεση να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Αυτή η απογοήτευση σχετίζονταν με τους μισθούς, τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες και την επαγγελματική ανάπτυξη [22].

Η ζήτηση σε νοσηλευτικό δυναμικό βέβαια έχει αλλάξει, όχι μόνο εξαιτίας της κρίσης, αλλά και λόγω άλλων συνθηκών (γήρανση πληθυσμού, αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης, τεχνολογικές αλλαγές, αλλαγές στον τρόπο ζωής) σχεδόν σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ. Μείζον θέμα στην προσφορά αποτελεί η γήρανση του δυναμικού του επαγγέλματος καθώς οι νοσηλευτές λόγω των προκλήσεων στο θέμα

των συνταξιοδοτήσεων, είτε αναβάλλουν την έξοδό τους, είτε εργάζονται περισσότερες ώρες εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών συνθηκών [7]. Σε πέντε κράτη μέλη σχεδόν το 50% των νοσηλευτών είναι ηλικίας άνω των 45 ετών [19]. Στην Ελλάδα, οι νοσηλευτές (κατά το ένα τρίτο) είναι πάνω από 50 ετών και με περισσότερα από 20 χρόνια προϋπηρεσίας. Εφόσον το προσωπικό αυτό πλησιάζει σε ηλικία συνταξιοδότησης, πρέπει να προσληφθούν αρκετοί νέοι εργαζόμενοι για να το αντικαταστήσουν. Αλλά όπως είναι γνωστό, οι προσλήψεις έχουν "παγώσει" σε όλη αυτή την περίοδο της κρίσης [19].

Η έκδοση του φυλλαδίου «Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2014» του ΟΟΣΑ παρουσιάζει τα πλέον πρόσφατα συγκρίσιμα δεδομένα με επλεγέντες δείκτες για την υγεία και τα συστήματα υγείας σε 35 ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με στοιχεία του, το 2012 η Ελλάδα είχε 6,2 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο της ΕΕ που την κατατάσσει στην πρώτη θέση [23]. Τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών κατά κεφαλή έχουν η Τουρκία, το Μεξικό και η Ελλάδα (3,3/1000 κατοίκους) με μέσο όρο στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ 8,8 νοσηλευτές/1000 κατοίκους το 2011 [12, 23]. Ο λόγος νοσηλευτές ανά ιατρό υπολογίζεται στους 0,6 στην Ελλάδα, όταν ο μέσος όρος στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ είναι 2,83 νοσηλευτές/ιατρό [23].

Ταυτόχρονα, η εκτίμηση του δείκτη νοσηλευτές ανά κλίνη, κατατάσσει την χώρα μας σε μια από τις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ καθώς ο δείκτης παίρνει τιμή 0,67 και ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ανέρχεται στους 2,03 νοσηλευτές/κλίνη. Αυτό υποδηλώνει ότι τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υποστελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού [24].

## ΣΧΕΣΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στους θαλάμους των νοσοκομείων δεν γίνεται η αναγκαία εργασία, λόγω των χρονικών περιορισμών, που πιθανόν να σχετίζονται με την υπάρχουσα αναλογία ασθενών ανά νοσηλεύτη και ίσως είναι αποτέλεσμα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) των νοσηλευτών. Η ύπαρξη υψηλών επιπέδων συναισθηματικής εξάντλησης έχει συνδεθεί με μειωμένης ποιότητας φροντίδα ασθενών. Η υποστελέχωση επίσης που υπάρχει, ολοένα και αυξάνει το φόρτο εργασίας και την πίεση του χρόνου στο προσωπικό κατά τη διάρκεια των βαρδιών [20].

Η πρώτη πανευρωπαϊκή έρευνα που έγινε από τους Aiken et al. και δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο περιοδικό Lancet υποστηρίζει με αποδείξεις την τρίτοβάθμια εκπαίδευση των νοσηλευτών και την κατάλληλη αναλογία νοσηλευτών-ασθενών. Φάνηκε ότι οι δεξιότητες των νοσηλευτών που αποκτήθηκαν στην πανεπιστημιακή τους εκπαίδευση δημιουργούν συνθήκες ασφάλειας [25, 26]. Υποστηρίχτηκε ότι τα νοσοκομεία με υψηλά επίπεδα αναλογίας νοσηλευτών/ασθενείς έχουν χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας [27]. Ενώ αντίθετα, η υποστελέχωση, ο φόρτος εργασίας και το μη σταθερό εργασιακό περιβάλλον συνδέεται με αρνητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς, όπως πτώσεις και φαρμακευτικά λάθη [28]. Ένα καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό επίσης, μειώνει τους αναίτιους θανάτους. Βρέθηκε ότι για κάθε επιπλέον ασθενή που επιφορτίζεται ο νοσηλευτής, αυξάνει κατά 7% την πιθανότητα θανάτου εντός 30 ημερών από την εισαγωγή. Η έρευνα αυτή επιβεβαιώνει ότι το υψηλό επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης

αλλά και η ασφαλής στελέχωση σε προσωπικό έχουν άμεση επίδραση στην επιβίωση των ασθενών [29].

Σύμφωνα με αναφορά της Κοινής Επιτροπής για τη Διαπίστευση των Οργανισμών Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO), η μη επαρκής στελέχωση με νοσηλευτές υπήρξε παράγοντας που στο 24% των περιπτώσεων εμπλέκονταν με θανάτους ή τραυματισμούς ασθενών ή μόνιμη απώλεια λειτουργικότητας [22].

## ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ενώ το παγκόσμιο νοσηλευτικό έλλειμμα βλάπτει τα συστήματα υγείας και τους ασθενείς, ταυτόχρονα έχει επίδραση και στους ίδιους τους νοσηλευτές [22]. Στη χώρα μας, που οι συνθήκες άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος χαρακτηρίζονται από έλλειψη πόρων, υπερφόρτωση ρόλου και απουσία συστημάτων υποστήριξης, ο κλινικός νοσηλευτής βιώνει καθημερινά τη ματαίωση και την απογοήτευση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, διαταραχών ύπνου, καταχρήσεων, σωματοποίησης, αντικοινωνικής συμπεριφοράς, κατάθλιψης και κρίσεων πανικού [11].

Από τις αρχές του 2008 που ξεκίνησε η παγκόσμια οικονομική κρίση, η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Συνδέσμων (European Federation of Nurses Association - EFN) και τα 34 μέλη- εθνικοί σύνδεσμοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) παρακολουθούν με προσοχή την επίδρασή της στους Νοσηλευτές και το Νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι επιδράσεις είναι εμφανείς και εστιάζονται στη δραστική μείωση των θέσεων για τους νοσηλευτές σε όλη την Ευρώπη, μειώσεις αποδοχών και

"πάγωμα" μισθών, μειωμένα ποσοστά προσλήψεων και διατήρησης θέσεων εργασίας [30]. Η πλειοψηφία των χωρών της Ευρώπης, λόγω της οικονομικής κρίσης, μειώνοντας τους προϋπολογισμούς στον τομέα υγείας, νοιώθει ανησυχία για την ποιότητα της φροντίδας, την ασφάλεια των ασθενών και σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει εμφανής υποβάθμιση της νοσηλευτικής [31].

Πιο συγκεκριμένα, πάνω από τα μισά μέλη της EFN αναφέρουν μειώσεις μισθών, πάγωμα μισθών και αυξημένα ποσοστά ανεργίας νοσηλευτών. Πάνω από το ένα τρίτο των μελών αναφέρουν ανησυχία για την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια του ασθενούς. Πάνω από το ένα πέμπτο των μελών αναφέρουν υποβάθμιση της νοσηλευτικής και αντικατάσταση των νοσηλευτών με ανειδίκευτους εργάτες [30]. Σύμφωνα με Δελτίο Τύπου της EFN το 2009, η πλειονότητα των χωρών ανέφερε οικονομικές περικοπές στην υγεία, απολύσεις, κλείσιμο μονάδων, νοσοκομείων και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών, μείωση των μισθών, μείωση εισαγωγής φοιτητών νοσηλευτικής, αναγκαστικές άδειες άνευ αποδοχών και μείωση των συντάξεων. Και επεσήμανε ότι αυτό θα οδηγήσει σε επισφαλείς υπηρεσίες και επισφαλή φροντίδα των ασθενών [32].

Σε πρόσφατη μελέτη της EFN παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας, και κυρίως στη νοσηλευτική [30]. Παρά τη διαφοροποίηση που παρουσιάζει τόσο η νοσηλευτική εκπαίδευση όσο και η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος σε κάθε χώρα, εν τούτοις σχεδόν σε όλες τις χώρες φαίνεται ότι παρουσιάζονται παρεμφερείς επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών. Κοινά σημεία η έκπτωση στην ποιότητα και η μειωμένη ασφάλεια του ασθενούς. Οι νοσηλευτές καλούνται να

εργάζονται σκληρότερα σε ένα περιβάλλον με συνεχείς περικοπές, με έλλειψη υλικών και εξοπλισμού, να αμείβονται λιγότερο και να πασχίζουν να διατηρήσουν τα πρότυπα ποιότητας σε συνθήκες που δεν υπάρχει επαρκής και ασφαλής στελέχωση [33, 34].

Στη συνέχεια αναφέρονται ενδεικτικά οι επιπτώσεις της κρίσης στη νοσηλευτική σε κάποιες χώρες-μέλη της EFN, οι οποίες και δέχτηκαν τις πιο σοβαρές επιπτώσεις από την κρίση, όπως η Ιρλανδία, η Κύπρος και η Ελλάδα. Στην Ιρλανδία, το 2009 χάθηκαν 4.000 θέσεις νοσηλευτών, συνταξιοδοτούνται 1000 και πλέον νοσηλευτές κάθε έτος και περίπου 6.000 επέλεξαν το δρόμο της εθελουσίας εξόδου, λόγω των συγχωνεύσεων και του κλεισίματος πολλών δομών παροχής φροντίδας υγείας. Η μείωση του μισθού άγγιξε το 5-10% και πολλοί Ιρλανδοί νοσηλευτές μεταναστεύουν για ανεύρεση εργασίας στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία και τις ΗΠΑ. Εφαρμόστηκε η "ελεγχόμενη" συνταγογράφηση από νοσηλευτές, μια καινοτομία η οποία αρχίζει να εφαρμόζεται και σε άλλες χώρες. Η Κύπρος επίσης, αντιμετωπίζει αύξηση των ποσοστών της ανεργίας των νοσηλευτών που άρχισε το 2010 και έως σήμερα εμφανίζει μια ελαφρά επιδείνωση. Βέβαια, σε αυτόν τον τομέα έχουν συνηγορήσει και οι εισροές ξένων νοσηλευτών (Ελλάδα, Ρουμανία, Πολωνία) που εργάζονται σε αυτή τη χώρα καθώς και η μείωση των κενών οργανικών θέσεων στα δημόσια νοσοκομεία, όπως και η αύξηση του αριθμού των αποφοίτων νοσηλευτικής τα τελευταία χρόνια [30, 34].

Στην Ελλάδα, το 2009 άρχισε η αθρόα συνταξιοδότηση πολλών νοσηλευτών, που στα επόμενα χρόνια συνεχίστηκε με αυξανόμενη τάση, λόγω αβεβαιότητας για το συνταξιοδοτικό, με αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων

[30]. Πολλές οι κενές θέσεις εργασίας και παρ' όλο που και τότε υπήρχαν άνεργοι νοσηλευτές (περίπου 6.000), εντούτοις δεν έγινε καμία πρόσληψη στα δημόσια νοσοκομεία, εξαιρουμένων ελάχιστων νοσηλευτών που εργάζονταν ως επικουρικό προσωπικό για περιορισμένο χρονικό διάστημα εργασίας, που προσελήφθησαν για τα νοσοκομεία από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) το 2013 με στόχο την ενίσχυση κυρίως των ΜΕΘ [34].

### **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Η επίδραση της κρίσης στην υγεία είναι ιδιαίτερα εμφανής σε πεδία υψηλού κόστους, υψηλής εξειδίκευσης και τεχνολογίας. Περισσότερο όμως και από την υψηλή τεχνολογία και τα ακριβά φάρμακα, τα κλινικά αποτελέσματα στον άρρωστο σχετίζονται άρρηκτα με την υψηλή εκπαίδευση και εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού [31]. Επειδή τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από υψηλής έντασης εργασία, επιβάλλεται να διαθέτουν ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό εργατικό δυναμικό και άρτια καταρτισμένο [19]. Είναι γνωστό ότι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή στελέχωση των δομών υγείας καθώς και από την εκπαίδευση και τις ικανότητες του προσωπικού [24].

Η νοσηλευτική εκπαίδευση, όπως φαίνεται, δεν έμεινε ανεπηρέαστη από την οικονομική κρίση και σύμφωνα με έκθεση της ΕFN, έχει επηρεαστεί σημαντικά από την κρίση. Η Ευρωπαϊκή Ένωση Φοιτητών Νοσηλευτικής (ENSA) αναγνωρίζει ότι ο αυξανόμενος φόρτος εργασίας των νοσηλευτών ασκεί επίδραση στα αποτελέσματα της κλινικής εκπαίδευσης. Οι

νοσηλευτές όχι μόνο εργάζονται για την υγεία και την ασφάλεια των ασθενών, αλλά και ως κλινικοί εκπαιδευτές και δάσκαλοι για τους φοιτητές της νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια της κλινικής τους εκπαίδευσης. Είναι ανάγκη λοιπόν να υπάρξουν αρκετοί νοσηλευτές στην κλινική εκπαίδευση, ώστε να παρέχουν επαγγελματική εκπαίδευση στους φοιτητές νοσηλευτικής [35]. Αδιαμφισβήτητα, οι τάσεις στον αριθμό των νέων αποφοίτων από τη νοσηλευτική εκπαίδευση είναι ουσιαστικός παράγοντας για τον μελλοντικό εφοδιασμό του συστήματος με επαγγελματίες υγείας [12].

### **ΑΝΕΡΓΙΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Πρόκειται σαφώς για ένα σύγχρονο παράδοξο, δηλαδή νοσηλευτές πρόθυμοι να εργαστούν, αλλά τα εθνικά συστήματα υγείας να μην μπορούν να τους απορροφήσουν, όχι γιατί δεν υπάρχει ανάγκη, αλλά γιατί υπάρχουν οικονομικοί περιορισμοί [19, 36]. Η πιθανότητα πρόσληψης ενός νέου απόφοιτου ξεπερνά τα 4-5 χρόνια από την αποφοίτησή του, με αυτό το χρονικό διάστημα να έχει αυξητική τάση [34]. Αυτή την περίοδο, ένας στους τέσσερις νοσηλευτές είναι άνεργος, όπως τονίστηκε κατά τη διάρκεια της κοινής Συνάντησης των Επικεφαλής των Ιατρικών, Νοσηλευτικών και Οδοντιατρικών Υπηρεσιών στο πλαίσιο της Ελληνικής Προεδρίας του Συμβουλίου της ΕΕ. Πριν από 20-25 χρόνια η ανεργία για τους νοσηλευτές ήταν μηδενική. Τα τελευταία χρόνια όμως, δεν γίνονται προσλήψεις μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού στο δημόσιο τομέα και οι νοσηλευτικές σχολές παράγουν με ίδιους ή και αυξανόμενους ρυθμούς. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ), εκτιμάται ότι η ανεργία των νοσηλευτών της χώρας είναι 20-25% [37].

## Διαχείριση της κινητικότητας του υγειονομικού δυναμικού στην ΕΕ

Ανάμεσα στις κοινές προκλήσεις που αντιμετωπίζει το υγειονομικό δυναμικό της ΕΕ, εκτός από το δημογραφικό πρόβλημα (γήρανση του πληθυσμού, γήρανση του υγειονομικού δυναμικού) [19, 38], είναι και η διακίνηση των επαγγελματιών της υγείας εντός και εκτός της ΕΕ και η διαρροή εγκεφάλων (brain drain) στον τομέα της υγείας από τρίτες χώρες [19].

Η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων αποτελεί μία από τις θεμελιώδεις ελευθερίες που κατοχυρώνει το κοινοτικό δίκαιο [19]. Η ΕFN το 2013 αναθεώρησε την κοινοτική οδηγία (Directive 2005/36/EC) με στόχο την εξυγίανση και τον εκσυγχρονισμό των κανόνων που διέπουν την αμοιβαία αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων στα κράτη μέλη της ΕΕ [39]. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕNE, όπως προκύπτει από τον αριθμό των αιτήσεων για έκδοση πιστοποιητικού καλής επαγγελματικής κατάστασης, από το 2009 συγκριτικά με το 2012, παρατηρείται αύξηση των αιτήσεων κατά 1052%. Όμως, τελικά οι μισοί ολοκληρώνουν τη διαδικασία και λαμβάνουν το πιστοποιητικό. Να σημειωθεί ότι το πιστοποιητικό αυτό απαιτείται μόνο για μετανάστευση σε χώρες της Ευρώπης. Σήμερα αξίζει να σημειωθεί ότι είναι ορατός ο κίνδυνος της "διαρροής" επιστημονικού δυναμικού των Ελλήνων στο εξωτερικό. Εκτός της Ευρώπης, νοσηλευτές αναζητά και η Αυστραλία, ο Καναδάς και κυρίως οι αραβικές χώρες (με ιδιαίτερα υψηλούς μισθούς και δελεαστικές προτάσεις) [37].

## ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ο ΟΟΣΑ και ο Π.Ο.Υ. μας δίνουν μια λεπτομερή εικόνα του μεγέθους της μετανάστευσης των επαγγελματιών υγείας. Το 2006, ο ΠΟΥ υπολόγισε ότι το έλλειμμα σε υγειονομικό δυναμικό ήταν 4,3 εκ σε όλο τον κόσμο. Εγκαταλείπουν τη χώρα τους έχοντας το ατομικό δικαίωμα να μετακινηθούν και να αναζητήσουν καλύτερες συνθήκες. Η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει επιτείνει και την παγκόσμια κρίση των επαγγελματιών υγείας [40].

Η μετανάστευση είναι ένας δείκτης της ευρωστίας των οικονομιών και της ποικιλομορφίας των ευκαιριών απασχόλησης [19]. Γενικά, φανερώνει δυσκολίες στο υγειονομικό σύστημα και την κοινωνία των χωρών προέλευσης. Σύμφωνα με ευρήματα έρευνας του ΟΟΣΑ και του ΠΟΥ για τις επιπτώσεις της μετανάστευσης στις χώρες προέλευσης, φάνηκε ότι από το 2000 το 30% των μεταναστών νοσηλευτών είναι από χώρες του ΟΟΣΑ σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Μερικές χώρες από τις οποίες μεταναστεύουν όμως, καταφέρνουν και συγκρατούν υψηλά επίπεδα υγειονομικού προσωπικού στη χώρα τους, όπως οι χώρες που κάνουν "εξαγωγή" νοσηλευτών (Φιλιππίνες, μερικές χώρες της Καραϊβικής, Κίνα) [40].

Οι αιτίες για τις οποίες μεταναστεύουν οι νοσηλευτές είναι η αναζήτηση περισσότερων και καλύτερων ευκαιριών (μισθός, επαγγελματική ανάπτυξη, καριέρα, συνθήκες εργασίας) [19, 40], η αναζήτηση ευκαιρίας πρόσβασης στην ερευνητική χρηματοδότηση και συμμετοχής σε ερευνητικές συνεργασίες [41], η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, η επαγγελματική εξουθένωση [42] και η απαξίωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος [37]. Σημαντικό ρόλο στη λήψη της απόφασης τους για μετανάστευση παίζει και η πιθανότητα να



προσφέρουν ένα καλύτερο μέλλον στα παιδιά τους στις χώρες υποδοχής [40].

Οι αιτίες αλλά και οι επιπτώσεις της διεθνούς μετανάστευσης τόσο των νοσηλευτών όσο και των ιατρών απασχολούν τον ΟΟΣΑ και τον ΠΟΥ. Η μετανάστευση δεν είναι λύση για την αντιμετώπιση των ελλειμμάτων σε υγειονομικό προσωπικό, παρά μόνο ως βραχυπρόθεσμη λύση μπορεί να αναγνωρισθεί [40].

### Πολιτικές μετανάστευσης

Οι χώρες του ΟΟΣΑ πρέπει να υιοθετήσουν πολιτικές για καλύτερη χρήση του διαθέσιμου υγειονομικού εργατικού δυναμικού, όπως:

- η βελτίωση συγκράτησης στο επάγγελμα (improving retention) μέσα από πολιτικές καλύτερης διοίκησης,
- η ενδυνάμωση της ενσωμάτωσης στο υγειονομικό εργατικό δυναμικό (enhancing integrating) με προσέλκυση επιστροφής όσων έφυγαν από το επάγγελμα, βελτιώνοντας τις διαδικασίες για αναγνώριση προσόντων των ξένων επαγγελματιών,
- η προσαρμογή ενός μηχανισμού πιο αποδοτικών δεξιοτήτων (Advanced Practice Nurses - APN's) και τέλος
- η βελτίωση παραγωγικότητας (σύνδεση αμοιβής με παραγωγικότητα) [40, 43].

Αξίζει να αναφερθεί ότι συγκρατώντας τους μεγαλύτερους και πιο επιδέξιους νοσηλευτές σε απασχόληση για περισσότερο χρονικό διάστημα είναι αποδοτικό. Έχει διπλό όφελος, τόσο σε οικονομικούς όρους όσο και για την ποιότητα της φροντίδας [7].

Οι χώρες υποδοχής πρέπει να αυξήσουν το ποσοστό εκπαίδευσης, όχι για να έχουν από μόνες τους επάρκεια, αλλά για να μην έχουν υπερβολική ανάγκη και εξάρτηση από εξωγενείς πόρους, προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους. Από την άλλη, οι χώρες προέλευσης πρέπει να βελτιώσουν τη συγκράτηση του υγειονομικού δυναμικού (βελτίωση των συνθηκών εργασίας και διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, διευκόλυνση επαγγελματικής ανάπτυξης, παροχή καλύτερου εξοπλισμού). Φυσικά, αυτές οι πολιτικές απαιτούν καλή διακυβέρνηση και μακροπρόθεσμες οικονομικές δεσμεύσεις [40]. Ο μισθός, οι συνθήκες εργασίας και οι καινοτόμες προσεγγίσεις για τη νοσηλευτική εκπαίδευση και κατάρτιση επηρεάζουν τη συγκράτηση και την προσέλκυση νοσηλευτικού προσωπικού. Η προσφορά ευέλικτης εργασίας και ρυθμίσεων συνταξιοδότησης, η σύσταση για πρωτοβουλίες φροντίδας της οικογένειας, η βελτίωση των πολιτικών διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, η δημιουργία ευνοϊκής οργανωτικής κουλτούρας, η ενίσχυση των προοπτικών επαγγελματικής ανέλιξης και η επαρκής στελέχωση φαίνεται να παίζουν επίσης ρόλο στην πρόσληψη και την παραμονή των νοσηλευτών [38].

Οι επιπτώσεις της αυξανόμενης κινητικότητας δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με την εισαγωγή νομικών περιορισμών στην ελεύθερη κυκλοφορία των σπουδαστών ή των εργαζομένων, αλλά μάλλον με τη χάραξη κατάλληλων πολιτικών για την επίλυση των σχετικών προβλημάτων, σε συνεργασία με τις αρχές της ΕΕ και με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη. Εάν η ΕΕ δεν λάβει κατάλληλα μέτρα, ώστε να παράγει και να διατηρεί επαρκή αριθμό δικών της εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ο αρνητικός αντίκτυπος της μετανάστευσης στα

συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αυξηθεί [19].

Η ΕΕ αναπτύσσει μια κοινή μεταναστευτική πολιτική που περιλαμβάνει προσεγγίσεις που αποσκοπούν στην αποφυγή της υπονόμευσης των αναπτυξιακών πολιτικών τρίτων χωρών. Το 2008, σε επίπεδο ΕΕ, η επιτροπή για τον ευρωπαϊκό κοινωνικό διάλογο στο νοσηλευτικό τομέα, ανέλαβε τη δέσμευση να αναπτύξει κώδικα δεοντολογίας για την πρόσληψη υγειονομικού προσωπικού από χώρες εκτός της ΕΕ, βάσει δεοντολογικών κανόνων και τη λήψη άλλων μέτρων για την ελαχιστοποίηση του αρνητικού και τη μεγιστοποίηση του θετικού αντίκτυπου που προκαλεί στις αναπτυσσόμενες χώρες η μετανάστευση υγειονομικού προσωπικού στην ΕΕ [19]. Η ύπαρξη ενός "διασυννοριακού" στοιχείου για να διευκολύνεται η κινητικότητα των νοσηλευτών στην ΕΕ είναι απαραίτητη και επιτεύχθηκε μέσα από την εισαγωγή μιας ευρωπαϊκής επαγγελματικής κάρτας κινητικότητας (e-πιστοποιητικό) για νοσηλευτές με συγκεκριμένες συστάσεις [39].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι γνωστό ότι σε περιόδους κρίσεων, όπου είναι περιορισμένοι οι πόροι, προκύπτει η ανάγκη για αλλαγές, με επακόλουθα δυσμενείς καταστάσεις, που συνοδεύονται από στρες, αντιπαραθέσεις και συγκρούσεις. Μελέτες στη διοίκηση οργανισμών, όπως τα νοσοκομεία, δείχνουν ότι η εξασφάλιση καλής συνεργασίας είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το κόστος και την ποιότητα της φροντίδας υγείας [44]. Η νοσηλευτική φροντίδα είναι ανάγκη να βασίζεται στην τυποποίηση, ιδιαίτερα σε περίοδο οικονομικών περιορισμών [45]. Επιπλέον, η εφαρμογή μιας πρακτικής βασισμένης σε αποδείξεις (Evidence Based

Practice-EBP) θα βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας υγείας και την αποτελεσματικότητα και θα συμβάλει παράλληλα στη μείωση του κόστους της φροντίδας [46].

Μία εξίσου σημαντική προτεραιότητα που πρέπει να υλοποιηθεί στις μέρες μας, το συντομότερο δυνατόν, είναι η μετάβαση από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας [47, 48]. Είναι λοιπόν απόλυτη ανάγκη να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και σε προγράμματα που την υποστηρίζουν, προκειμένου να αποφευχθεί η εξέλιξη νοσημάτων. Συνήθως τα προληπτικά προγράμματα υγείας κοστίζουν λιγότερο από ό,τι κοστίζουν οι θεραπευτικές διαδικασίες [49]. Πέρα από τη γενικότερη τάση που υπάρχει διεθνώς, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οδηγεί σε καλύτερη υγεία, μειώνει τις ανισότητες υγείας και περιορίζει τις δαπάνες υγείας, καθώς συνδέεται με λιγότερες περιττές ενδονοσοκομειακές νοσηλίες [3, 47]. Με τη διατήρηση υγιών και ενεργών ανθρώπων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα θα έχουμε θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και την ανταγωνιστικότητα [8]. Για το λόγο αυτό, τα ανθεκτικά συστήματα υγείας δίνουν έμφαση πάντα στην πρόληψη [9]. Διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι τα υγιή συστήματα που βασίζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εκτός από μικρότερο κόστος, έχουν καλύτερα αποτελέσματα, είναι πιο αποδοτικά και μπορούν να επιτύχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση στους ασθενείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις περισσότερες χώρες, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από νοσηλευτές [22]. Για τον σκοπό αυτό, απαιτούνται διαρθρωτικές αλλαγές μείζονος κλίμακας με έμφαση στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας και τη Δημόσια Υγεία [8, 48].

Η αναζήτηση της μέγιστης δυνατής αποδοτικότητας έχει οδηγήσει αρκετά συστήματα υγείας τις τελευταίες δεκαετίες στην επανεξέταση του ρόλου και του μείγματος επαγγελματιών υγείας σε μια προσπάθεια ικανοποίησης της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και ελέγχου των δαπανών. Το επάγγελμα των νοσηλευτών έχει αποτελέσει μια από τις κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, των οποίων η αναβάθμιση του ρόλου τους, είναι δυνατόν να βελτιώσει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας [24]. Ως προς αυτή την κατεύθυνση, πολλές χώρες αναζητούν να εισάγουν αναβαθμισμένους ρόλους στους νοσηλευτές, όπως είναι οι nurse practitioners (NPs) και να επεκτείνουν τις δεξιότητες και τη συμβολή τους με την εξουσιοδότηση συνταγογράφησης (η Ιρλανδία και η Φινλανδία έχουν ήδη εισάγει την εξουσιοδότηση συνταγογράφησης στους νοσηλευτές) [7]. Οι ιατροί μπορούν να αντικατασταθούν από τους NPs σε σημαντικό βαθμό ιατρικών υπηρεσιών, που αντιστοιχεί από 25% σε ορισμένες ειδικότητες μέχρι και 90% στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας [22].

Η συνταγογράφηση των νοσηλευτών έχει τη δυνατότητα να μειώσει το κόστος (μεταφορά, χρόνος και χρήματα) και συνολικά για το σύστημα υγείας, δίνοντας επιπλέον χρόνο στους ιατρούς να αξιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν τα οξεία και πιο περίπλοκα περιστατικά, μειώνοντας

την οξεία φροντίδα και τις εισαγωγές στα νοσοκομεία. Διεθνείς μελέτες υποστηρίζουν τη συνταγογράφηση των νοσηλευτών γενικά ως θετικό στοιχείο στη βιβλιογραφία [50, 51]. Κατά την αξιολόγηση του έργου των νοσηλευτών με αναβαθμισμένο ρόλο, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνεται η πρόσβαση ασθενών και μειώνονται οι λίστες αναμονής, αυξάνεται η ικανοποίηση του ασθενή και μειώνεται το κόστος ή μένει ουδέτερο με ταυτόχρονη αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (στην περίπτωση υποκατάστασης υπηρεσιών που προσφέρονται από ιατρούς) [22, 24]. Θετική ήταν η αξιολόγηση για τον αναβαθμισμένο ρόλο των νοσηλευτών και από Καναδά, Αμερική, Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά σαφώς απαιτούνται αλλαγές στην εκάστοτε νομοθεσία για την εφαρμογή τέτοιων καινοτόμων δράσεων [12].

Η ανάγκη ορθολογικής κατανομής των περιορισμένων πόρων (ανθρώπινων και υλικών) σε περίοδο κρίσης καθίσταται σήμερα περισσότερο επιτακτική από ποτέ. Η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια απειλή αλλά ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών συστημάτων [5]. Αν δεν υπάρχει, ακόμη και μετά την κρίση, μια στρατηγική να δούμε, όχι μόνο τα εμπόδια, αλλά και την ευκαιρία να τα ξεπεράσουμε, θα επαναλαμβάνεται συνεχώς ένας κύκλος ανεπαρκών, ασυντόνιστων και ακατάλληλων πολιτικών ως απάντηση στις προκλήσεις του νοσηλευτικού δυναμικού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. OECD Report. Health at a Glance 2013. Major brake in health spending growth as governments cut budgets in the crisis.
2. OECD Health Statistics 2014, Briefing Note Greece, How does Greece compare? [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata), <http://www.oecd.org/greece> (accessed Mar 13, 2015).

3. Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας. Οικονομική κρίση και υγειονομική περιθάλψη, 28 - 29 Απριλίου 2014, Αθήνα, Ελλάδα. Έγγραφο συζήτησης.
4. Wray J. The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. *J Adv Nurs*, 2013; 497-9.
5. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. Η Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περιθάλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010, 27(5):834-840.
6. OECD Health Statistics 2012, Σύνοψη του φυλλαδίου: Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη. Διαθέσιμο: [www.health\\_glance\\_2012\\_exs\\_el.pdf](http://www.health_glance_2012_exs_el.pdf) (accessed Mar 13, 2015).
7. Buchan J., O'May F., Dussault G. Nursing Workforce Policy and the Economic Crisis: A Global Overview. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013; 45:3, 298-307.
8. Υπουργείο Υγείας. Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Πρόταση του Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση κατευθύνσεων εθνικής αναπτυξιακής στρατηγικής 2014-2020, Οκτώβρης 2012.
9. European Health Forum Gastein 2013 *EuroHealth* 2013;19(3).
10. Kaitelidou D., Kouli E. Greece: The health system in a time of crisis. *Eurohealth Observer* 2012,18(1):12-14.
11. Καλογεροπούλου Μ., Παπαθανασοπούλου Ε. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Πιλοτική μελέτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2013, 30(5):587-594.
12. OECD, Health at a Glance 2013 OECD Indicators Διαθέσιμο στο: [www.oecd.org/health/healthataglance](http://www.oecd.org/health/healthataglance)
13. EuroHealthNet, Δελτίο Τύπου: Στοιχεία για τις επιπτώσεις στην Υγεία από την οικονομική Κρίση στην Ελλάδα. Βρυξέλλες, 10-10-2011.
14. Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2012;4(2):49-54.
15. Κυριόπουλος Γ. Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας. Απρίλιος 2011.
16. Η Οικονομική Κρίση και οι συνέπειές της στο τομέα της Υγείας στην περιοχή της Ηλείας. ερευνητική εργασία Πύργος Ηλείας 2012-13.
17. Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012;11(1): 202-212.
18. Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας και Συστημάτων Υγείας. Α Έκδοση. Εκδόσεις Βήτα, Α' Τόμος, Αθήνα, 2007.
19. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Πράσινη Βίβλος, Για το ευρωπαϊκό υγειονομικό δυναμικό, Βρυξέλλες, 10.12.2008, COM(2008).

20. Scott PA, Matthews A., Kirwan M. What is nursing in the 21st century and what does the 21st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy* 2014;15:23–34.
21. Λεοντίου Ι. Η Νοσηλευτική Συμβολή στις Μεταβαλλόμενες Συνθήκες στην Υγεία, *Νοσηλευτική* 2013, 52 (1): 9-12.
22. International Council of Nurses, International Nurses Day 2015, Nurses: A Force for Change Care Effective, Cost Effective
23. OECD/European Union (2014), “Nurses”, in *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-27-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-27-en) (accessed Mar 13, 2015).
24. Σκρουμπέλος Α., Δάγλας Α., Σκουτέλης Δ., Κυριόπουλος Γ. Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις, 2012.
25. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kozka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383: 1824–30.
26. Palese A., Watson R. Nurse staffing and education in Europe: if not now, when? [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 383 May 24, 2014;1789-0.
27. Aiken LH, Douglas MS, Bruyneel L, Van de Heede K & Sermeus W. Nurses’ reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50:143-153.
28. Duffield CM, Diers D, O'Brien Pallas L, Aisbett C, Roche MA, King MT, Aisbett K. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research* 2011;24(4): 244-255.
29. International Council of Nurses International Perspectives International Nursing Review. Five global healthcare organisations commit to putting patients first. 2014;163.
30. European Federation of Nurses Associations. *Caring in crisis: the impact of the financial crisis on nurses and nursing. A comparative overview of 34 European countries.* January, 2012. <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/EFN-Report-on-the-Impact-of-the-Financial-Crisis-on-Nurses-and-Nursing-January-20122.pdf> (accessed Jan 5, 2015).
31. Papathanassoglou E., Mpouzika M. Nursing in Critical Care. *British Association of Critical Care Nurses*, 2012; 17(6):275-8.
32. Παπαγεωργίου Ε. Κρίση και Ψυχοπαθολογία, Εισήγηση στην ημερίδα του τμήματος της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Αθήνας με θέμα: Οικονομική κρίση – Πρόκληση για την Νοσηλευτική, 31 Μαΐου 2013.

33. De Vos P., Garcí'a-Farinas, A' lvarez-Pe' rez A., Rodri' guez-Salva' A, Bonet-Gorbea M., Van der Stuyft P. Public health services, an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba, 1989–2000. *Tropical Medicine and International Health* 2012;17(4):469–479.
34. Σαρίδη Μ. Οικονομική κρίση και Νοσηλευτική. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2014;Τόμος 7(2):3-5.
35. Ευρωπαϊκή Ένωση Φοιτητών Νοσηλευτικής. Οικονομική κρίση και η επίδρασή της στην νοσηλευτική εκπαίδευση 2009.
36. Kingma M. Nurses on the Move: A Global Overview. *HSR: Health Services Research* 2007;(42)3:1281-1298.
37. Σκουτέλης Δ. Η μετανάστευση των Νοσηλευτών υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης: Τάσεις και πολιτικές. Joint Meeting of Chief Medical, Chief Nursing and Chief Dental Officers Zappeion Hall, Athens, 4th – 5th March 2014.
38. OECD, 2005, Simoens S., Villeneuve M., Hurst J. Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. *OECD Health Working Papers* No. 19.
39. European Federation of Nurses Associations Activity Report 2013. *EFN-Activity-Report-2013-Final.pdf*
40. OECD, WHO Policy Brief Feb2010 International Migration of Health Workers. Improving International co-operation to address the global health workforce crisis.
41. ICN Press Releases - 23/08/2010 <http://esne.gr/2010-03-22-20-27-31/99-2009-02-01-11-22-22/50-2010-09-04-18-18-49> (accessed Feb 3, 2015).
42. Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. Διαχείριση των απουσιών και παραιτήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδιωτικό νοσοκομείο. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2014;Τόμος 7(1):20-26.
43. OECD, 2008, The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264050440-en>
44. Παπαδοπούλου Δ. Συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2014;19(4):332-344.
45. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. Η Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010, 27(5):834-840.
46. Sredl D., Bernadette Mazurek Melnyk, Kuei- Hsiang Hsueh, Jenkins R., Ding C., Durham J. Health care in crisis! Can nurse executives' beliefs about and implementation of evidence-based practice be key solutions in health care reform? *Teaching and Learning in Nursing* 2011;(6): 73–79.
47. Kousoulis A., Angelopoulou KE., Lionis C. Health care reform during Greece's economic crisis. *Eur J Gen Pract.*, 2013; 19: 194–199.

48. Κυριόπουλος Γ. Πέραν του “Μνημονίου”: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας.
49. Milionis C. Provision of healthcare in the context of financial crisis: approaches to the Greek health system and international implications. *Nursing Philosophy* 2013, 14:17-27.
50. Latter S, Courtenay M (Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature, *Journal of Clinical Nursing* 2004;13(1): 26-32.
51. Van Ruth LM, Mistiaen P, Francke AL. Effects of Nurse Prescribing of Medication: A Systematic Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration* 2008; 5(2).

---

## *The impact of the crisis and reforms in nursing practice*

**D. Papadopoulou**

RN, Surgical Nursing Specialty, MSc Health Management

Department of Urology, "Tzaneio" General Hospital of Piraeus, Greece

### **ABSTRACT**

**Background.** There is no doubt that the economic crisis affects almost all the countries of the Economic Cooperation and Development Organization (OECD). The health sector has been severely affected by the economic crisis as well as the nurses that is the largest professional group with the highest proportion of the total cost of health care. **Aim.** This study aims at investigating and recording the impacts of the crisis and reforms in nursing practice. **Methodology.** An overview of the relevant Greek and international literature, through online databases and health statistics of large organizations (OECD, WHO) has been performed for the period of 2007 – 2015. **Results.** The effects of the crisis focused on the drastic reduction of positions for nurses across Europe, salary reductions and "freeze" of salaries, reduced recruitment rates and maintaining jobs. The health needs of the population are growing and, in combination with the reduction of income in times of crisis, has lead the patients to turn to public facilities providing health services. The aging potential of the nursing profession, along with the "freezing" of recruitment exacerbates the existing inadequate staffing. The hospitals across the country are facing serious problems with inadequate staff nurses, which is also associated with negative outcomes for patients. Nursing education has also been affected by the crisis to a considerable extent and the increasing workload of nurses has an impact on the results of clinical education. And while nursing schools produce nurses with the same or increasing rates, unemployment of nurses in Greece is estimated at 20 – 25%, since recruitment is not made in the last years. The movement of health professionals within and outside the EU to find more and better opportunities is also a result of the crisis. **Conclusions.** Reducing health budgets has brought great concern for both the quality of care and the safety of patients. The economic downturn should not be treated as a threat but as an opportunity for restructuring and development of economic, social and health systems.

**Keywords:** economic crisis, austerity measures, nursing deficit, unemployment of nurses, migration of health professionals

### *Citation*

*D. Papadopoulou. The impact of the crisis and reforms in nursing practice. Scientific Chronicles 2015;20(2): 159-174.*