

Στελέχωση σε νοσηλευτικό/μαιευτικό προσωπικό-Σύγκριση Ελλάδας/Ευρώπης-Θέση και ρόλος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-Νομοθετικό πλαίσιο και μελλοντικές προκλήσεις

Ε. Κουλλιάς¹, Ι. Αποστολάκης², Π. Σαράφης³

¹ ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, ² ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ³ ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι νοσηλευτές/τριες και μαιευτές/μαιείες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για τη σωστή λειτουργία των συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) παγκοσμίως, αλλά ταυτόχρονα και την ομάδα εργαζομένων υγείας με την μεγαλύτερη έλλειψη. Το φαινόμενο είναι ιδιαίτερα εμφανές στην Ελλάδα, που βρίσκεται στην τελευταία θέση των Ευρωπαϊκών χωρών του ΟΟΣΑ, σε δείκτες όπως ο αριθμός νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους και ανά κλίνη. Εν μέρει εξαιτίας αυτού, η ανάπτυξη της ΠΦΥ στη χώρα μας είναι ατελής, παρά τις πολλαπλές νομοθετικές παρεμβάσεις από το 1983 έως και σήμερα και παρά την επίσπευση μεταρρυθμίσεων, που επέφερε η οικονομική κρίση. Ωστόσο, οι νομοθετικές πρωτοβουλίες της τελευταίας δεκαετίας, ιδίως ο νόμος 4486/2017, στηριζόμενος σε νομοθετήματα του παρελθόντος, επεκτείνει το ρόλο του νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού στην κοινότητα, διευρύνοντας το καθηκοντολόγιό τους και αναβαθμίζοντας τη θέση τους στην παροχή υπηρεσιών στις δομές ΠΦΥ. Παρ' όλ' αυτά, ζητήματα εξειδίκευσης, περαιτέρω διεύρυνσης του ρόλου τους στην κοινότητα, υποστελέχωσης των δομών ΠΦΥ, δυσμενών εργασιακών συνθηκών και γήρανσης του νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού συνιστούν προκλήσεις για το μέλλον, στην κατεύθυνση εφαρμογής του οράματος των Διακηρύξεων της Άλμα-Άτα και της Ασάνα.

Λέξεις ευρετηρίου: Έτος νοσηλευτή/τριας και μαιευτή/μαιείας, υποστελέχωση, αναβάθμιση θέσης και ρόλου, νομοθετικοί σταθμοί, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τοπικές μονάδες υγείας

Παραπομπή

Ε. Κουλλιάς, Ι. Αποστολάκης, Π. Σαράφης. Στελέχωση σε νοσηλευτικό/μαιευτικό προσωπικό-Σύγκριση Ελλάδας/Ευρώπης-Θέση και ρόλος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-Νομοθετικό πλαίσιο και μελλοντικές προκλήσεις. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(4): 629-642

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάγκη για στελέχωση των σύγχρονων συστημάτων υγείας παγκοσμίως με έμπειρο και εκπαιδευμένο μαιευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει επίκαιρη και εντείνεται περαιτέρω στην εποχή μας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας[1], οι νοσηλεύτριες και μαιευτές/μαιείς αποτελούν την πλειοψηφία των εργαζόμενων στον τομέα υγείας πολλών χωρών, ενώ συνολικά αριθμούν πάνω από 20 εκατομμύρια σε σύνολο 43,5 εκατομμυρίων εργαζομένων. Αντίστοιχα αποτελούν και το είδος εργαζομένων υγείας που βρίσκεται σε μεγαλύτερη έλλειψη παγκοσμίως[1], με παγκόσμιες ανάγκες που ανέρχονται σε 9 εκατομμύρια επιπλέον προσωπικού, σε σύνολο 17,4 εκατομμυρίων ελλείψεων, με προοπτικές περαιτέρω επιδείνωσης στις χώρες της Αφρικής και της ανατολικής Μεσογείου.

Δεδομένων της γήρανσης του πληθυσμού και της ανόδου του επιπολασμού των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων και των οφειλόμενων σε αυτά θανάτων, στο δυτικό κόσμο, καθώς και της συνεχιζόμενης παρουσίας θανατηφόρων μεταδιδόμενων λοιμώξεων, σε αρκετές περιοχές του αναπτυσσόμενου κόσμου, σε συνδυασμό με την έλλειψη δικτύων κάλυψης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του πληθυσμού, καθίσταται επιτακτική η ανάπτυξη στρατηγικών, διεθνώς και ανά κράτος, για την ενίσχυση του μαιευτικού και νοσηλευτικού τομέα. Άλλωστε, είναι αδύνατη η παροχή ολοκληρωμένης 1ο-2ο-3ο βάρθμιας φροντίδας υγείας, χωρίς την παρουσία και συμβολή τους.

Η συγκεκριμένη ανάγκη οδήγησε,σε πλειάδα χωρών, στην εφαρμογή προγραμμάτων εξειδίκευσης νοσηλευτών μετά την αποφοίτησή τους, παράλληλα με τη χάραξη πολιτικών σχεδιασμού και προγραμματισμού, ώστε να εξασφαλίζεται το απαραίτητο εργατικό δυναμικό (π.χ. Γερμανία)[2]. Αντίστοιχα, σε κάποιες χώρες οι σπουδαστές της νοσηλευτικής και μαιευτικής λαμβάνουν αποζημίωση και κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, για τις υπηρεσίες που προσφέρουν, ενώ σε άλλες είναι υποχρεωτική η συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους. Επιπλέον, προσπάθειες λαμβάνουν χώρα για τον καθορισμό κριτηρίων εξειδίκευσης, την προώθηση του ηγετικού ρόλου του νοσηλευτικού/μαιευτικού προσωπικού και δημιουργία συνθηκών που ευοδώνουν την επιλογή της συγκεκριμένης σταδιοδρομίας, μέσω μεταπτυχιακής εκπαίδευσης και αναθεώρησης των προπτυχιακών σπουδών (χαρακτηριστικό το παράδειγμα της Μ.Βρετανίας)[2].

Σημαντικά βήματα, επιχείρησαν να πετύχουν οι διασκέψεις του ΠΟΥ, την τελευταία πενταετία, όπου τονίστηκε η ανάγκη για εντατικοποίηση της εκπαίδευσης του προσωπικού, βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και της μισθολογικής αποζημίωσης, εκσυγχρονισμό του αναγκαίου εξοπλισμού και βελτιστοποίηση της διαχείρισης του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού. Με αρχικό ορόσημο τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα[3], του 1978, τέθηκαν οι βάσεις για την ανάπτυξη δικτύων ΠΦΥ, τα οποία κατέστησαν προσιτές τις υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό, μέσω ενημέρωσης, εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης, μαζικών εμβολιασμών, παροχής βασικών

θεραπειών και φαρμάκων, φροντίδας της μητρικής και παιδικής υγείας και ανάληψης δράσεων προαγωγής της υγείας στην κοινότητα. Απαραίτητος μοχλός για την εφαρμογή των ανωτέρω αποτέλεσε η ισχυροποίηση της θέσης και η διεύρυνση του ρόλου του νοσηλευτικού/μαιευτικού προσωπικού.

Ωστόσο, η ελλιπής υιοθέτηση των αρχών της διακήρυξης από πολλά κράτη οδήγησε στην ανάγκη, 40 έτη μετά, για τη διακήρυξη της Ασάνα[4], η οποία ανανεώνει και επικαιροποιεί τη δέσμευση των κρατών-μελών του ΠΟΥ για παροχή του μέγιστου δυνατού επιπέδου υγείας σε όλους τους ανθρώπους, συνέχιση της προσπάθειας για εξάλειψη των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών, επέκταση και ισχυροποίηση των δικτύων ΠΦΥ, αλλά και αυξανόμενη εμπλοκή τόσο των πολιτών, όσο και των εργαζόμενων του τομέα στην όλη διαδικασία.

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις Ηλεκτρονικές Βάσεις δεδομένων Medline/Pubmed και GoogleScholar καθώς και σε βιβλία, επιστημονικά περιοδικά και ιστοσελίδες με την βοήθεια λέξεων κλειδιών. Η αναζήτηση έγινε μέσω του εσωτερικού δικτύου του πανεπιστημίου απ' όπου η πρόσβαση σε αρκετές ψηφιακές τοποθεσίες και ψηφιακές βιβλιοθήκες ήταν ελεύθερη.

Οι κυριότερες λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Έτος νοσηλευτή/τριας και μαιευτή/μαιας, υποστελέχωση, αναβάθμιση θέσης και ρόλου, νομοθετικοί σταθμοί, πρωτοβάθμια φροντίδα

υγείας, τοπικές μονάδες υγείας. Επίσης αναζητήθηκαν πηγές από έντυπα μέσα.

Με αφορμή την ανάδειξη από τον ΠΟΥ του έτους 2020 σε «Έτος Νοσηλευτή/τριας και Μαιευτή/Μαιας», στην παρούσα εργασία θα αναλυθούν οι σημαντικότεροι σταθμοί στην ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα, την τελευταία δεκαετία, καθώς και η συνολική κατάσταση του συστήματος υγείας, σε σχέση με την Ευρώπη, αναφορικά με το βαθμό στελέχωσής του από νοσηλευτικό και μαιευτικό δυναμικό. Επιπλέον, θα αναλυθεί ο ρόλος και η θέση των νοσηλευτών/νοσηλευτριών και μαιευτών/μαιών, με βάση το ισχύον νομικό πλαίσιο, σε σύγκριση με τις διεθνείς πρακτικές.

ΣΤΑΘΜΟΙ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ

Η ΠΦΥ δομήθηκε στην Ελλάδα με το Νόμο 1397/1983(ΦΕΚ143/Α/7-10-1983)[5], Πέντε χρόνια μετά τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, που ενθάρρυνε την υιοθεσία του συγκεκριμένου μοντέλου για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Έκτοτε έχουν γίνει πολλά βήματα, που οδήγησαν στην ανάπτυξη ενός δικτύου ΠΦΥ στην ελληνική επαρχία (με εκατοντάδες κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία), χωρίς ωστόσο, αντίστοιχη πρόοδο στις ελληνικές μεγαλούπολεις, που στηρίζονται στη λειτουργία δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η περίοδος της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης της χώρας, είχε ως συνέπεια την επίταση της ανάγκης για μεταρρυθμίσεις στο εθνικό σύστημα υγείας, με σκοπό την

καλύτερη εκμετάλλευση των σημαντικά μειωμένων διαθέσιμων πόρων, μέσα από την ανάπτυξη του δικτύου ΠΦΥ και την καταπολέμηση της υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων και εξετάσεων.

Κυριότερη εξ' αυτών, αποτέλεσε η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ με τον Νόμο 3918/2011[6], ο οποίος συνένωσε υπό τη λειτουργία του τους κλάδους υγείας της πλειονότητας των προϋπαρχόντων ταμείων ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ κ.λπ.), καθιστώντας τον το μεγαλύτερο ταμείο υπηρεσιών υγείας της χώρας. Επιπλέον, με το άρθρο 94 του Νόμου 3852/2010[7], μεταβιβάστηκε πληθώρα αρμοδιοτήτων των ΔΥΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας) και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στους Δήμους, περιλαμβανομένων των Μονάδων ΠΦΥ, των αρμοδιοτήτων εφαρμογής προγραμμάτων εμβολιασμού και της τήρησης των κανόνων υγιεινής στα σχολεία. Το ίδιο έτος, ο Ν.3868/2010[8] παρείχε κίνητρα για την κάλυψη των αναγκών των απομακρυσμένων και νησιωτικών περιοχών, με τη δυνατότητα προκήρυξης θέσεων σε ανώτερο βαθμό για τη στελέχωση των γενικών νοσοκομείων και κέντρων υγείας και καθιέρωσε την ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων. Καίριο βήμα για την εξοικονόμηση πόρων υπήρξε η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με τον Ν. 3892/2010[9], η οποία κατέστη υποχρεωτική με το ΦΕΚ 545/01.03.2012[10].

Επιπλέον, ο Ν.3054/2012[11] εισήγαγε τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ, ο σκοπός του οποίου είναι η επίτευξη «ισότιμης πρόσβασης των ασφαλισμένων σε

ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας». Τέλος, ο Ν.4052/2012[12] ασχολήθηκε με ζητήματα οργάνωσης των ΔΥΠΕ και διοίκησης των Νοσοκομείων, ενώ παρείχε τη δυνατότητα κάλυψης επειγουσών και επιτακτικών αναγκών των άγονων και νησιωτικών περιοχών με επιπλέον θέσεις επικουρικού προσωπικού. Το επόμενο έτος, με το Ν.4172/2013[13] και το ΦΕΚ Β2511/7-10-2013, καθορίστηκε η διαδικασία και ο τρόπος απόδοσης του ποσού επιστροφής (rebate) προς τον ΕΟΠΥΥ, ως κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών του σε ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας. Με το Ν.4238/2014[14] ιδρύεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), ενώ τροποποιήθηκε ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος καθίσταται πλέον, μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους του. Το ίδιο έτος, με το Ν.4316/2014[15] ιδρύεται το Εθνικό Παρατηρητήριο Άνοιας-Alzheimer και τα δημόσια Περιγεννητικά Κέντρα, τα οποία διασυνδέονται με μονάδες 1ο-2ο-3ο-βάθμιας φροντίδας των ΔΥΠΕ. Με το ΦΕΚ 490B/01-04-2015[16] καταργήθηκε η καταβολή εξέταστρου (5 ευρώ) στις δομές του ΕΣΥ. Ακολούθως, με το Ν.4368/2016[17] και το ΦΕΚ21/Α/21-2-2016 καθιερώθηκε η δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας των ανασφαλιστών και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, στα πλαίσια λήψης μέτρων έναντι της ανθρωπιστικής κρίσης και με σκοπό τη «διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης», ενώ θεσπίστηκε ο Διαμεσολαβητής Υγείας και ο Συντονιστής Υπηρεσιών Υγείας, με αποστολή την αρωγή των ευπαθών ομάδων και τη διευκόλυνση της πρόσβασής τους στο ΕΣΥ. Τέλος, με το Ν.4486/2017[18] και το ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 για τη

μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, συστήνονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), οι οποίες στελεχώνονται από Ομάδες Υγείας (με συμμετοχή Γενικού Ιατρού ή Παθολόγου, Παιδιάτρου, Καρδιολόγου, Νοσηλεύτη /τριας, Κοινωνικού Λειτουργού, Επισκέπτη /τριας Υγείας και Διοικητικού Γραμματέα) και αποτελούν μονάδες παροχής οικογενειακής ιατρικής με σκοπό την ολιστική φροντίδα του πληθυσμού αναφοράς τους, και θεσπίζεται ο Οικογενειακός Ιατρός, ενώ

προβλέπεται η ίδρυση Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων και Κέντρων Ειδικής Φροντίδας, καθώς και συγκρότησης δικτύου Μαιών-Μαιευτών και δικτύου αγωγής υγείας και πρόληψης. Επιπλέον, προωθείται η δημιουργία, συμπλήρωση και ενημέρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας από τους οικογενειακούς ιατρούς. Συγκεντρωτικά, τα νομοθετήματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Νομοθετήματα σχετικά με ΠΦΥ, 2010-2020.

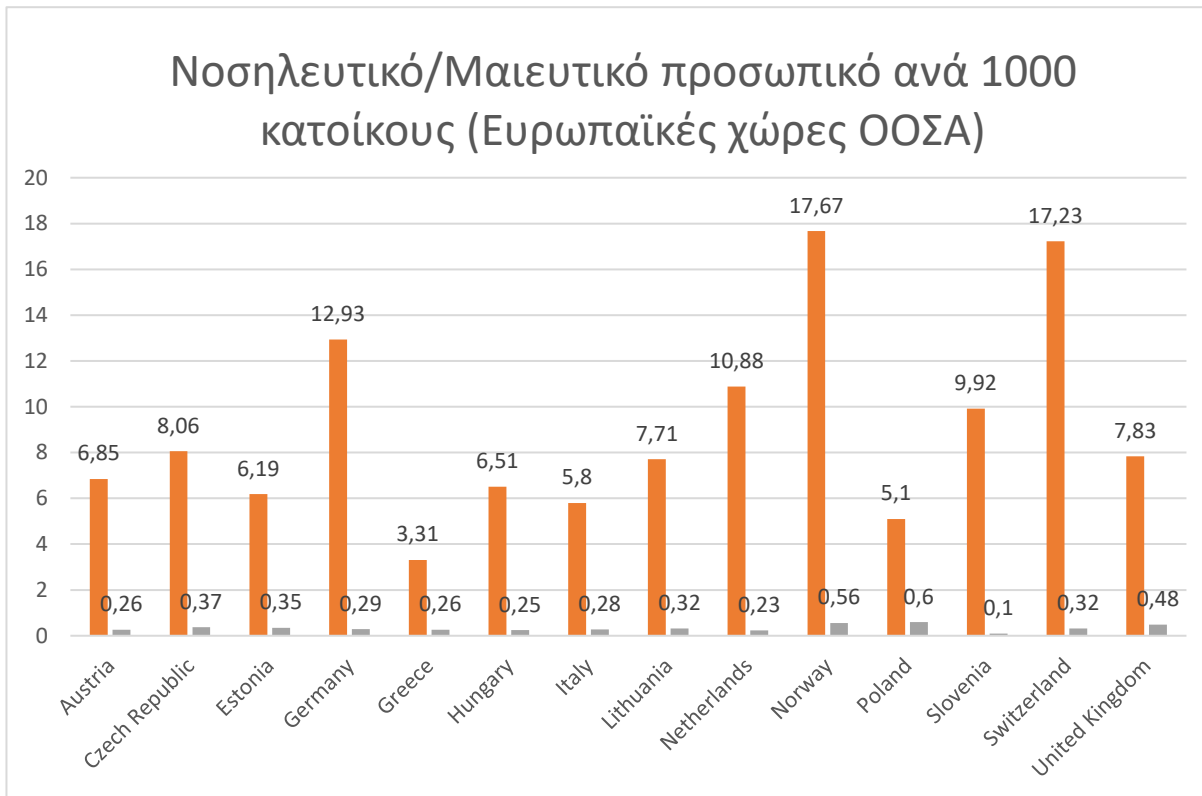
Ν. 3852/2010	Μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και αντίστοιχων πόρων από ΔΥΠΕ σε Δήμους
Ν. 3868/2010	Ολοήμερη λειτουργία εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείων-κάλυψη αναγκών αγόνων περιοχών
Ν.3892/2010	Ηλεκτρονική συνταγογράφηση
Ν. 3918/2011	Ίδρυση ΕΟΠΥΥ
ΦΕΚ 545/01.03.2012	Επέκταση και υποχρεωτική εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
Ν. 3054/2012	Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ)
Ν. 4052/2012	Ταύτιση Υγειονομικών Περιφερειών με Διοικήσεις Καλλικράτη
Ν.4172/2013, ΦΕΚ Β 2511/7-10-2013	Καθορισμός Rebate
Ν. 4238/2014	Ίδρυση ΠΕΔΥ, Τροποποίηση σκοπού ΕΟΠΥΥ
Ν. 4316/2014	Εθνικό Παρατηρητήριο Άνοιας, Περιγεννητικά Κέντρα
ΦΕΚ 490 Β/01-04-2015	Κατάργηση εξέταστρου των 5 ευρώ
Ν. 4368/2016, ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016	Δωρεάν Πρόσβαση ανασφαλιστών και προσφύγων στο ΠΕΔΥ, Θέσπιση Διαμεσολαβητή Υγείας και Συντονιστή Υπηρεσιών Υγείας
Ν. 4461/2017, ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017	Συγκρότηση τοπικών ομάδων υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.)
Ν. 4486/2017, ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017	Μεταρρύθμιση ΠΦΥ, Ίδρυση Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.), Οικογενειακός Ιατρός, Δίκτυα Μαιών και Αγωγής Υγείας και Πρόληψης, Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ΦΕΚ 2656/Β/30-6-2020	Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής», β) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής».

Είναι γεγονός, πως διενεργήθηκαν σημαντικές προσπάθειες για τη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ και της ΠΦΥ κατά την τελευταία δεκαετία, υπό την πίεση της δημοσιονομικής και ανθρωπιστικής κρίσης και της ανάγκης για εξοικονόμηση πόρων. Ως εκ τούτου, επειδή η οικονομική δυσπραγία αποτέλεσε κινητήριο μοχλό για την επιτάχυνση της διαδικασίας, ο κεντρικός στόχος των αρχικών μεταρρυθμίσεων δεν ήταν η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου δικτύου ΠΦΥ, με σκοπό την πρόσβαση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας, οδηγώντας στην ελλειπή ή μη εφαρμογή αρκετών νόμων. Παραδείγματος χάριν, δεν καθιερώθηκε, ως τώρα, η λειτουργία των Περιγεννητικών κέντρων, ενώ και οι Δήμοι ανά τη χώρα δεν έχουν κατορθώσει να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν τις αρμοδιότητες που κληρονόμησαν από τις ΔΥΠΕ (π.χ. εμβολιασμοί πληθυσμού). Αντίστοιχα, δεν έχει υιοθετηθεί από τις περιφέρειες ο θεσμός του Διαμεσολαβητή Υγείας και του Συντονιστή Υπηρεσιών Υγείας, που θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των ευπαθών ομάδων, ενώ ο θεσμός των ΤΟΜΥ δεν επεκτάθηκε ή στελεχώθηκε ανεπαρκώς. Εξαίρεση αποτελεί το άρθρο 33 του Ν.4368/2016[17] για τη δωρεάν πρόσβαση στο ΕΣΥ των ανασφάλιστων πολιτών και των προσφύγων, το οποίο εφαρμόστηκε και εφαρμόζεται σε μεγάλο βαθμό. Αντίθετα, μεταρρυθμίσεις με, κατά βάση, οικονομικό όφελος, εφαρμόστηκαν πλήρως, όπως η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ), καθώς και ο καθορισμός του rebate.

Όσον αφορά την αναδιοργάνωση του ΕΣΥ, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η υπαγωγή των ταμείων σε αυτόν, έβαλε τάξη στο λαβύρινθο που προϋπήρχε και επέφερε σημαντική εξοικονόμηση πόρων. Εκτός αυτού, η δημιουργία των 7 ΔΥΠΕ, κληρονόμων των 17 ΠεΣΥ και ταυτιζόμενων με τις αποκεντρωμένες περιφερειακές διοικήσεις του Καλλικράτη, αποτελεί θετικό βήμα στην καλύτερη αναδιανομή των πόρων και υπηρεσιών ανά την επικράτεια, με σημαντικά, ωστόσο, προβλήματα υποστελέχωσης και έλλειψης εξοπλισμού σε άγονες νησιωτικές ή ορεινές περιοχές.

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΕΣ/ΜΑΙΕΣ. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Από την περίοδο ίδρυσης του ΕΣΥ, τη δεκαετία του 1980, έως και το 1990, υπήρξαν σημαντικές προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα, αυξάνοντας τον αριθμό τους κατά 85,6%. Ωστόσο, αυτή η πορεία επιβραδύνθηκε τα επόμενα έτη, οπότε αυξήθηκαν κατά 20,5%, με τις προσλήψεις να περιορίζονται περαιτέρω κατά τη δεκαετία του 2000-2010 και να παγώνουν έκτοτε[19]. Συνέπεια αυτού είναι η μείωση του προσωπικού, η υποστελέχωση πολλών κλινικών, αλλά και η διακοπή λειτουργίας πολλών κλινικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Αντίστοιχα, η ζήτηση για νοσηλευτικό προσωπικό από χώρες της Ευρώπης, οδηγεί σε αύξηση των μεταναστευτικών ροών, ενώ όλο και λιγότεροι φοιτητές επιλέγουν τη νοσηλευτική,

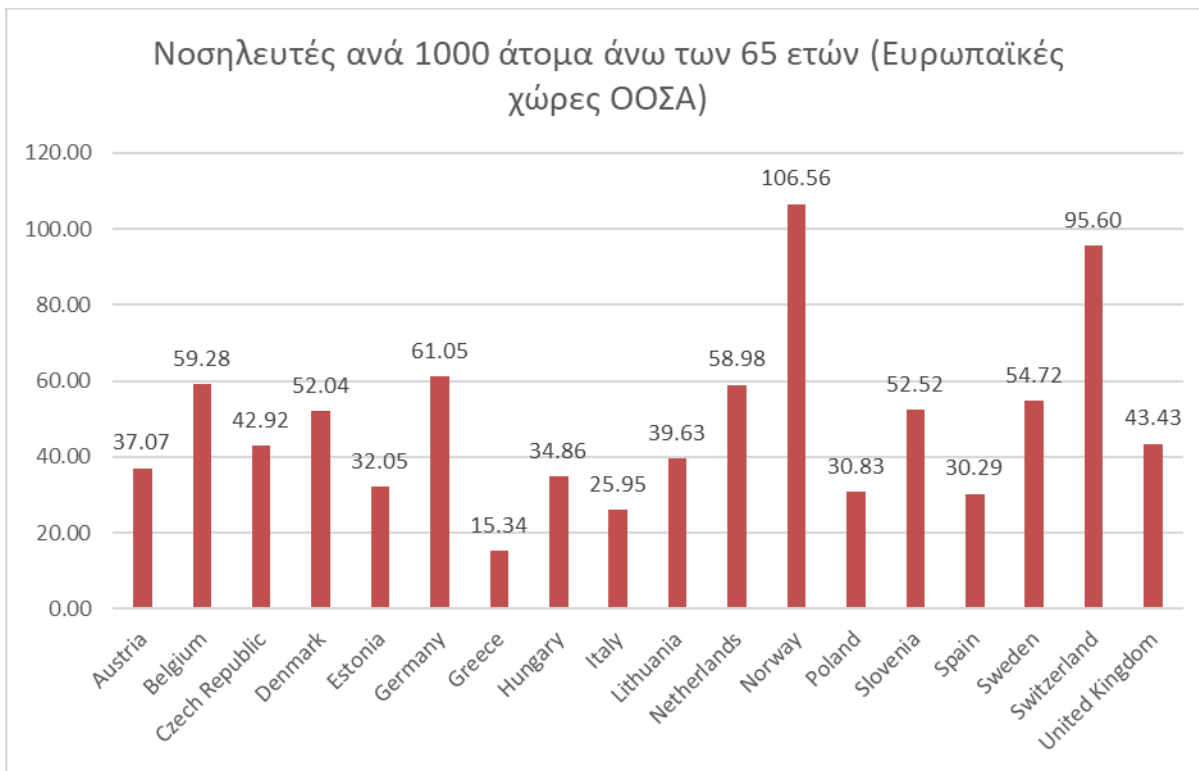


Διάγραμμα 1. Νοσηλευτικό (κόκκινο) και Μαιευτικό (πράσινο) Προσωπικό ανά 1000 κατοίκους το 2017, σε χώρες του ΟΟΣΑ.

δεδομένων των δυσμενών συνθηκών εργασίας και της χαμηλής αποζημίωσης[19], δυσχεραίνοντας τυχόν μελλοντικές προσπάθειες αναστροφής της κατάστασης.

Με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ[20], οι νοσηλευτές/τριες ανά 1000 άτομα στη χώρα μας ανέρχονται σε 3,31 (1,4 εκ των οποίων είναι βοηθοί νοσηλευτών), πολύ μακριά από τον μέσο όρο των 9/1000 των χωρών του ΟΟΣΑ και πολλών ευρωπαϊκών χωρών (Διάγραμμα 1), αφήνοντας τη χώρα μας στην τελευταία θέση. Όσον αφορά το μαιευτικό προσωπικό, η κατάσταση είναι καλύτερη με 0,26 μαιευτές/μιαίες ανά 1000 κατοίκους, αρκετά μακριά από τις επιδόσεις χωρών, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (0,48/1000), η Νορβηγία (0,56/1000) και η Πολωνία

(0,6/1000), αλλά αρκετά κοντά στις επιδόσεις των υπόλοιπων χωρών. Επιπλέον δείκτης, που αναδεικνύει την έλλειψη προσωπικού, είναι ο αριθμός νοσηλευτών ανά κλίνη. Με βάση στοιχεία του 2018[21], ο αριθμός των νοσηλευτών ανά κλίνη είναι μόλις 0,96, εκ των οποίων 0,47 είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, μειωμένος σε σχέση με τα προηγούμενα έτη[22,23]. Αντίθετα, οι κλίνες ανά 1000 κατοίκους βαίνουν αυξανόμενες, από 2,9 το 2012 σε 3,09 το 2018, επιτείνοντας το πρόβλημα και την ανάγκη πρόσληψης νοσηλευτών προς πλήρωση των κενών θέσεων. Αντίστοιχη εικόνα αναδύεται και από τα παρεχόμενα από τον ΟΟΣΑ στοιχεία, όπου η Ελλάδα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις, μαζί με την Πολωνία, μακριά από τον



Διάγραμμα 2. Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1000 άτομα >65 ετών το 2017 σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ.

Ευρωπαϊκό μέσο όρο με 0,79 νοσηλευτές ανά κλίνη.

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό, που καθιστά τη χώρα μας ιδιαίτερη περίπτωση, σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αποτελεί η μικρή αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς, σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη[24]. Ο μέσος όρος ιατρών είναι 3,6 ανά 1000 κατοίκους στην Ευρώπη και νοσηλευτών 8,6/1000 κατοίκους, ενώ στην Ελλάδα, 6,07 ιατροί και 3,31 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους (Eurostat,2019). Λαμβάνοντας υπ' όψιν μόνο το νοσοκομειακό προσωπικό η αναλογία ανέρχεται μόλις σε 1,5 νοσηλευτές ανά ιατρό. Επιπλέον, αν λάβουμε υπ' όψιν την αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού της χώρας μας, καθώς η τρίτη ηλικία χρειάζεται

τη μεγαλύτερη, αναλογικά, παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, η κατάσταση φαντάζει πλέον δυσσίωνη, καθώς αναλογούν μόλις 15,3 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα, άνω των 65 ετών, πολύ λιγότεροι από οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα, που παρέχει στοιχεία στον ΟΟΣΑ, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2. Το κενό αυτό μοιάζει δυσαναπλήρωτο, δεδομένων των δυσμενών οικονομικών συγκυριών, αλλά και του διαρκώς μειούμενου διαθέσιμου προσωπικού (μετανάστευση, μείωση φοιτητών).

Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΠΦΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ Ν.4486/2017

Ως θέση του νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού εννοούμε την ιεραρχική θέση, που καταλαμβάνει στον τομέα της ΠΦΥ, ενώ ως ρόλος φέρεται η συμπεριφορά, οι αρμοδιότητες και ο τρόπος επιτέλεσης των καθηκόντων του, μέσα από τις προδιαγραφές και το νομικό και εργασιακό πλαίσιο, που δημιουργεί η κοινωνία και το κράτος. Το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, 2016) περιλαμβάνει την εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς, καθώς και το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Παράλληλα, ο νοσηλευτής/-τρια παρεμβαίνει με σκοπό την παροχή βοήθειας, αλλά και την προαγωγή και διατήρηση της υγείας του ασθενούς και της οικογένειάς του, στην κοινότητα όπου δραστηριοποιείται, δρώντας ως συντονιστής του υγειονομικού σχηματισμού, του οποίου είναι μέλος. Αυτά τα καθήκοντα βρίσκουν ιδιαίτερη εφαρμογή στην άσκηση της ΠΦΥ, όπου ασκείται και η Κοινωνική Νοσηλευτική.

Σε αυτό το πνεύμα, ο μεταρρυθμιστικός νόμος για την ΠΦΥ (4486/2017, άρθρο 7)[18], με την ίδρυση των ΤΟΜΥ και τη συγκρότηση εντός αυτών των ομάδων υγείας, προωθεί περαιτέρω την αξιοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, καθιστώντας τους βασικό μέλος της ομάδας υγείας, μαζί με έναν γενικό ιατρό, παθολόγο ή παιδίατρο. Αναλυτικότερα, εξειδικεύει το ρόλο τους αναθέτοντας στον νοσηλευτή/τρια την ανάληψη δράσεων για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και

την αξιολόγηση και παροχή φροντίδας στον ασθενή, την οικογένειά του και την κοινότητα, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας τους. Επιπλέον αναδεικνύει τον ηγετικό τους ρόλο μέσα από τη συντονιστική δράση, που αποσκοπεί στη βελτίωση της αποδοτικότητας των κοινοτικών δράσεων και στη διευκόλυνση πρόσβασης στην ΠΦΥ των ευπαθών ομάδων. Παράλληλα, ο νοσηλευτής/τρια αναλαμβάνει καθήκοντα ενημέρωσης του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας του ασθενούς, ενώ δύναται να παρακολουθεί χρόνιους πάσχοντες ασθενείς. Τέλος, ο νόμος αναθέτει και εκπαιδευτικά καθήκοντα στο νοσηλευτικό προσωπικό, που αναλαμβάνει την εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών χρονίως πασχόντων.

Όσον αφορά το μαιευτικό προσωπικό, ο συγκεκριμένος νόμος συγκροτεί το «Δίκτυο Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών-Μαιευτών», διασυνδεδεμένο με τις ΤΟ.Μ.Υ., με σκοπό την «παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης σχετικά με την εγκυμοσύνη και τη λοχεία», την «ενημέρωση και προετοιμασία της εγκύου», την «υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και του Οικογενειακού Προγραμματισμού», τη λήψη τραχηλικού επιχρίσματος (Partest), καθώς και την ανάληψη δράσεων σχετικών με την αγωγή και προαγωγή της υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους και σε πρόσφυγες, μέσω συνεργασίας τους με τοπικούς φορείς. Επιπλέον, παρέχεται στους μαιευτές/μαιείς η δυνατότητα συνταγογράφησης Partest και προληπτικών εξετάσεων σχετικών με την εγκυμοσύνη.

Ωστόσο, πολλοί περιορισμοί εμποδίζουν το νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό να ανέλθει στον υψηλό ρόλο, που δραστηριοποιείται σε άλλες χώρες του εξωτερικού και ιδιαίτερα στην Ευρώπη. Παραδείγματος χάριν, σε χώρες, όπως το Η. Βασίλειο και η Γερμανία, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει πιο ανεξαρτητοποιημένη δράση. Δύναται, επί παραδείγματι, να διενεργεί και να ερμηνεύει το ηλεκτροκαρδιογράφημα του ασθενούς, να υποστηρίζει την αποκατάσταση, από φυσιοθεραπευτικής πλευράς, να περιποιείται εγκαύματα και να προχωρά σε συρραφή τραυμάτων, αλλά και να εκπαιδεύει και να παρέχει πρώτες βοήθειες. Επιπλέον, δύναται να παρέχει διαιτητικές οδηγίες, ψυχολογική υποστήριξη, να διαγιγνώσκει και να αντιμετωπίζει επιπλοκές θεραπευτικών παρεμβάσεων, να εφαρμόζει νάρθηκες και να χρησιμοποιεί συστήματα τηλεϊατρικής για την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό. Ακόμα περισσότερες δεξιότητες αποκτούν και εφαρμόζουν οι νοσηλεύτες μετά από την εξειδίκευσή τους. Αντίθετα, στη χώρα μας, η συνεργασία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι τόσο καλή. Ο ιατρός και ο νοσηλευτής διατηρούν διακριτούς ρόλους, σε βάρος της αυτόνομης δράσης του νοσηλευτή, ο οποίος καταλήγει απλώς να εκτελεί τις οδηγίες της ιατρικής ομάδας, μη αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες.

Αντίστοιχα, το μαιευτικό προσωπικό στη βόρεια Ευρώπη και το Ηνωμένο Βασίλειο, δραστηριοποιείται πιο ενεργά στην κοινότητα, έχοντας πρωταγωνιστικό ρόλο στην φροντίδα, περίθαλψη και διάγνωση επιπλοκών των εγκύων της ευθύνης του, όντας τα πρώτα άτομα που θα κληθούν σε

περίπτωση ανάγκης, ακόμα και μετά τη γέννηση, για παροχή φροντίδας κατ' οίκον αλλά και ενδονοσοκομειακά, ενώ παράλληλα, διατηρούν και διευρυμένες δυνατότητες συνταγογράφησης εξετάσεων και φαρμάκων. Αντιθέτως, στη χώρα μας, οι μαιευτές/μίες διαδραματίζουν σχετικά περιορισμένο ρόλο, που περιλαμβάνει κυρίως νοσηλευτικά καθήκοντα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχουν καταβληθεί σημαντικές προσπάθειες για την δημιουργία δικτύου ΠΦΥ στη χώρα, οι οποίες απέδωσαν σε διαφορετικό βαθμό η κάθε μία. Οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες και το πελατειακό κράτος δεν ευόδωσαν την πλήρη ανάπτυξη των πολιτικών της διακήρυξης της Άλμα Άτα[3], με αποτέλεσμα αποσπασματικές προσπάθειες, ατελή διανομή πόρων και χαμηλή αποδοτικότητα του συστήματος ΠΦΥ, που παραμένει υπανάπτυκτο και υποστελεχωμένο. Η διακήρυξη της Αστάνα[4], που ανανεώνει και επικαιροποιεί το όραμα της Άλμα Άτα, βρίσκει σίγουρα την Ελλάδα σε καλύτερη θέση συγκριτικά με το παρελθόν, ακόμα, ωστόσο, δέσμια της οικονομικής κρίσης και με μειωμένες δυνατότητες περαιτέρω βελτίωσης, παρά τις μεταρρυθμίσεις των τελευταίων ετών, που είχαν ως στόχο την εξοικονόμηση και καλύτερη απόδοση των διαθέσιμων πόρων.

Στο διαμορφωθέν πλαίσιο, το νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό αποτελεί την ψυχή του συστήματος και καλείται να φέρει σε πέρας την αποστολή του, παρά τις δύσκολες

συνθήκες εργασίας και τους χαμηλούς μισθούς.

Ανεξαρτήτως της καλώς διαρθρωμένης εκπαίδευσης των νοσηλευτών προπτυχιακά αντιμετωπίζουν δυσμενέστερες προοπτικές σε σχέση με τους συναδέλφους τους διεθνώς. Η περαιτέρω εξειδίκευση, παρ' ότι είναι διαθέσιμη μέσω (λίγων) μεταπτυχιακών προγραμμάτων, δεν είναι ευρέως προσβάσιμη, γεγονός που αντικείται στην αποδεδειγμένα μεγάλη θέληση του προσωπικού για περαιτέρω εκπαίδευση και βελτίωση[19,21]. Πρόσφατο θετικό βήμα αποτελεί ο καθορισμός της διαδικασίας λήψης 2 νοσηλευτικών ειδικοτήτων, της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής και της Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής, όπως περιγράφεται στο ΦΕΚ 2656/Β/30.6.2020, που προσφέρει τη δυνατότητα εξειδίκευσης σε χιλιάδες νοσηλευτές/τριες σε όλες τις ΥΠΕ της χώρας[25].

Προκλήσεις για το μέλλον περιλαμβάνουν την επικαιροποίηση του προγράμματος σπουδών των νοσηλευτικών σχολών, ώστε να εναρμονιστεί με τις ευρωπαϊκές οδηγίες και τα προγράμματα σχολών των ευρωπαϊκών χωρών, καθώς και την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού για τη στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των κέντρων παροχής ΠΦΥ. Το διαθέσιμο προσωπικό εμφανίζει αυξανόμενα ποσοστά συνδρόμου burnout, ενώ η πληθώρα κενών οργανικών θέσεων οδηγεί νοσηλευτές χαμηλότερης

βαθμίδας και εκπαίδευσης στην επιτέλεση καθηκόντων για τα οποία δεν έχουν εκπαιδευτεί και εμποδίζει τους υψηλότερης βαθμίδας από το να επιτελέσουν τις δικές τους αρμοδιότητες[19]. Από την άλλη πλευρά, το πάγωμα των προσλήψεων, στο δημόσιο σύστημα, οδηγεί σε διαρκή μείωση του προσωπικού, γήρανση του ήδη διαθέσιμου και στροφή των νέων σε διαφορετικές σταδιοδρομίες ή στο εξωτερικό. Συνέπεια αυτού είναι η πτώση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών και η αύξηση της θνητότητας των ασθενών, ενώ δε γίνεται καν λόγος για τη λήψη πρωτοβουλιών αγωγής και προαγωγής της υγείας σε επίπεδο ΠΦΥ, ιδίως στις αστικές περιοχές.

Οι νομοθετικές πρωτοβουλίες προώθησης της ΠΦΥ, σταδιακά αναβαθμίζουν το ρόλο των νοσηλευτών και των μαιών, ωστόσο δεν επιλύουν το πρόβλημα της υποστελέχωσης και της ανεπαρκούς ανταπόκρισης της πολιτείας στη ζήτηση για εξειδίκευση και νοσηλευτική έρευνα, με αποτέλεσμα να στερούνται υλοποίησης, παρά τη σωστή τους κατεύθυνση. Με άλλα λόγια οι νοσηλευτές αναλίσκονται σε εργασίες ρουτίνας και δεν αναλαμβάνουν υψηλότερους ρόλους. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών υγείας, οι παρούσες και μελλοντικές ανάγκες σε νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό πρέπει να χαρτογραφηθούν, ώστε να καταβληθεί κάθε προσπάθεια ανάταξης της παρούσας κατάστασης, πριν γίνει μη αναστρέψιμη για το ΕΣΥ και την ΠΦΥ στη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-20; 2016. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Accessed 5th May 2020].
2. Μαλαβάζος Θ, Μαρκασιώτη Β, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2019;11(3):39-56.
3. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Accessed 5th May 2020].
4. World Health Organization. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care; 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> [Accessed 5th May 2020].
5. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν.1397/1983, ΦΕΚ Α΄ 143. «Εθνικό Σύστημα Υγείας», 1983.
6. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν.3918/2011, ΦΕΚ Α΄ 31. «Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις», 2011.48.
7. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν.3852/2010, ΦΕΚ Α΄ 87. «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης -Πρόγραμμα Καλλικράτης», 2010γ.45.
8. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν.3868/2010, ΦΕΚ Α΄ 129. «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», 2010α.46.
9. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν.3892/2010, ΦΕΚ Α΄ 189. «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων», 2010β.47.
10. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. ΦΕΚ 545/Β/01.03.2012 -Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών, 2012.49.
11. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. ΦΕΚ Β΄ 3054/2012 «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.)», ΕΟΠΥΥ, 2012.50.
12. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 4052/2012. «Ρύθμιση Θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Εποπτευόμενων Φορέων», 2012.
13. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. ΦΕΚ 2511: Τεύχος Β΄ -7/10/2013 – «Καθορισμός, διαδικασία και τρόπος απόδοσης του ποσού επιστροφής (rebate) του άρθρου 100 παρ. 5 του Ν. 4172/2013 (Α, 167)», 2013.
14. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α΄/17-2-2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις», 2014.

15. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Νόμος 4316/2014 (ΦΕΚ Α' 270/24-12-2014).«Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», 2014.
16. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 490 Β 01-04-2015).«Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξέταστρου πέντε (5) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)», 2015.
17. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Υπουργική Απόφαση Ν. 4368/2016. «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις», 2016.
18. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017).«Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», 2017.
19. Rafferty AM, Busse R, Zander-Jentsch B, et al., editors. Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 52.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545724/> [Accessed 7th May 2020].
20. OECD Health Statistics. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en [Accessed 5th May 2020].
- 21 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.
22. Σκρουμπέλος Α, Δάγλας Α, Σκουτέλης Δ, Κυριόπουλος Γ. Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις, 2012. Διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/To%20CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1.pdf [Accessed 5th May 2020].
23. Nikolentzos A, Kontodimopoulos N, Polyzos N, Thireos E, Tountas Y. Reengineering NHS Hospitals in Greece: Redistribution leads to rational mergers. Global Journal of Health Science 2015, 7:272-287.
24. Eurostat. State of Health in the EU. Ελλάδα. Προφίλ Υγείας 2019. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf [Accessed 5th May 2020].
25. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. ΦΕΚ 2656/Β/30-6-2020). «Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α)Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, β)Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής», 2020.

Nurse/Midwife Staffing in Greece/Europe-Their place and role in Primary Health Care-Recent legislation and future challenges

E. Koullias¹, I. Apostolakis², P. Sarafis³

¹School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, Greece, ²School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras /Laboratory of Medical Physics, School of Medicine, National and Kapodistrian University, Athens, Greece, ³School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras/ Department of Nursing, School of Health Sciences, Technical University of Lefkosia, Cyprus

ABSTRACT

Nurses and midwives constitute the cornerstone for the proper functioning of Primary Health Care (PHC) worldwide, but also the group of health workers that exhibits the largest shortage. The phenomenon is particularly evident in Greece, which ranks last of the European OECD countries, in indicators such as the number of nurses per 1000 inhabitants and per bed. Partly because of this, the development of PHC in our country is incomplete, despite the numerous legislative interventions from 1983 until today and despite the acceleration of reforms brought about by the economic crisis. However, the legislative initiatives of the last decade, principally law 4486/2017, based on previous legislation, expand the role of the nurse and the midwife in the community, broadening their duties and upgrading their position in the provision of PHC services. Nevertheless, issues of specialization, further expansion of their role in the community, understaffing of PHC facilities, unfavorable working conditions and an aging nursing workforce pose challenges for the future, in the direction of implementing the vision of the Alma-Ata and Astana Declarations.

Keywords: COVID 19, Antibiotic resistance, Bacteria

Citation E. Koullias, I. Apostolakis, P. Sarafis. Nurse/Midwife Staffing in Greece/Europe-Their place and role in Primary Health Care-Recent legislation and future challenges. *Scientific Chronicles* 2020; 25(4): 629-642