

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Η διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών στην Ελλάδα

Καθώς το τοπίο της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας μεταβάλλεται με ταχείς ρυθμούς, οι φορείς χάραξης πολιτικής για την υγεία, σε πολλές χώρες, αναζητούν ευκαιρίες για την αύξηση της αποτελεσματικότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας μέσω της διεύρυνσης του επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Στην Ελλάδα, η προσπάθεια για την εισαγωγή διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων ήταν άκαρπη, επειδή την τρέχουσα χρονική στιγμή δεν υπήρχαν οι βασικές προϋποθέσεις, όπως η καθολική επαγγελματική υποστήριξη από το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό, τα κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και ο επαρκής αριθμός νοσηλευτών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Υπάρχουν όμως σημαντικά στοιχεία που συνηγορούν υπέρ της διεύρυνσης, όπως οι πιέσεις για μείωση των δαπανών υγείας, οι μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας των ασθενών, η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η έλλειψη ορισμένων υπηρεσιών υγείας και η μη κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών, καθώς και οι αλλαγές στην αγορά εργασίας. Επίσης, υπάρχουν δεδομένα που συνηγορούν κατά της διεύρυνσης, όπως είναι το θέμα της έλλειψης νοσηλευτών και της έντονης δυσαναλογίας ιατρών-νοσηλευτών, το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο του τομέα υγείας και η ιεραρχική δομή των ελληνικών μονάδων υγείας. Το θέμα της διεύρυνσης του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών πρέπει να επανεξεταστεί. Η νέα προσπάθεια θα πρέπει να βασιστεί στον κατάλληλο σχεδιασμό-προγραμματισμό για την υλοποίηση των νέων ρόλων, εφοδιάζοντας το νοσηλευτικό προσωπικό με τη σχετική εκπαίδευση, τις υποδομές και την επαγγελματική υποστήριξη. Επιπρόσθετα, απαιτείται η θεσμοθέτηση των νέων νοσηλευτικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων. Ως απαρχή της διεύρυνσης του επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού προτείνεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), η οποία έχει ανάγκη από ενίσχυση των παρεχομένων υπηρεσιών. Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη προτείνεται η καθιέρωση της θέσης του νοσηλευτή συμβούλου για τη στήριξη, κυρίως των επαγγελματιών υγείας, και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Μια άλλη ειδικότητα που προτείνεται να ενσωματωθεί μελλοντικά είναι αυτή του νοσηλευτή συνταγογράφου.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλες οι εργασίες και τα επαγγέλματα, περιλαμβανομένων της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής, είναι ανθρώπινες δημιουργίες και ως εκ τούτου υπόκεινται σε μεταβολές.¹ Παραδοσιακά, το νοσηλευτικό προσωπικό έπρεπε να ενεργεί σύμφωνα με τις παραγγελίες των ιατρών.² Σε αυτό το παραδοσιακό μοντέλο, η Ιατρική εξασφάλισε τη θέση της ως φύλακας και ως φορέας λήψης των αποφάσεων σε όλα τα θέματα της υγείας του ασθενούς.³ Όμως, με την πάροδο του χρόνου ο ρόλος των νοσηλευτών εξελίχθηκε ταχύτατα και συνεχίζει να μεταβάλλεται, δεδομένου ότι επηρεάζεται

από τις εξελίξεις στη διεθνή και στην εγχώρια οικονομία, τους δημογραφικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες, την καινοτομία, την έρευνα και την τεχνολογία, καθώς και από την εναρμόνιση του ρυθμιστικού/θεσμικού πλαισίου.^{4,5}

Η παροχή σύγχρονων υπηρεσιών υγείας είναι μια σύνθετη δραστηριότητα, που εξαρτάται όλο και περισσότερο από την πολυεπαγγελματική και πολυομαδική εργασία, ενώ απαιτεί διαμοιρασμό της γνώσης και κοινή ευθύνη για τη φροντίδα του ασθενούς, τη διαχείριση και τις εκβάσεις.^{6,7} Υπό την έννοια αυτή, οι ιατροί καλούνται να εγκαταλείψουν τις αποκλειστικές αξιώσεις σε μια περιοχή της γνώσης ή

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2017, 34(2):191-206
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2017, 34(2):191-206

Ι. Λουραντάκη,¹
Κ. Κατσαλιάκη²

¹Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, Πολύγυρος και Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Θεσσαλονίκη

²Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Νομικών Επιστημών, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδας και Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

Expansion of the professional role of nurses in Greece

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Διεύρυνση
Ελλάδα
Επαγγελματικός ρόλος
Εφαρμογή
Καθήκοντα
Νοσηλευτές

Υποβλήθηκε 30.6.2016

Εγκρίθηκε 11.7.2016

της δραστηριότητας, προκειμένου να εργαστούν πιο ενεργατικά με το νοσηλευτικό προσωπικό.⁸ Έτσι, σήμερα, εκτός από το παραδοσιακό μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας υπάρχει και μια άλλη εναλλακτική οδός, όπου οι νοσηλευτές έχουν διευρυμένους ρόλους και ενεργούν αυτόνομα.⁹⁻¹² Ως διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών (role expansion) ορίζεται η προσθήκη δεξιοτήτων στους υφιστάμενους ρόλους, με την έννοια ότι αναβαθμίζονται οι επαγγελματικές τους δεξιότητες.⁹

Το φάσμα των επί μέρους δραστηριοτήτων του διευρυμένου νοσηλευτικού επαγγελματικού ρόλου περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως ευρύ και ποικίλο.¹³⁻¹⁵ Οι πλέον συνήθεις δραστηριότητες περιλαμβάνουν: τη λήψη ιστορικού και την εκτίμηση της υγείας, τη διάγνωση, τη διαχείριση της χρόνιας νόσου, την αγωγή-προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των νοσημάτων, τη διαλογή των ασθενών, την ικανότητα παραπομπής του ασθενούς στα διάφορα επίπεδα του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης, τη συνταγογράφηση φαρμάκων ή και μιας θεραπευτικής συσκευής, καθώς και του υγειονομικού υλικού, τη συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων, τον σχεδιασμό της θεραπείας και της φαρμακευτικής αγωγής, τα προνόμια ενισχυμένης αυτονομίας στην εισαγωγή του ασθενούς για νοσηλεία και της χορήγησης εξιτηρίου, την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την παροχή διοικητικής υποστήριξης στη μονάδα υγείας και την εκπαίδευση των ασθενών με εστίαση σε στρατηγικές για τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την αυτο-φροντίδα.¹⁴⁻²⁴ Οι νοσηλευτές με διευρυμένα καθήκοντα παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε μια ποικιλία από πρακτικές στο νοσοκομείο, στην κοινότητα ή και κατ' οίκον.^{23,25,26}

Η ανακατανομή καθηκόντων από τον επαγγελματικό τομέα της Ιατρικής στον τομέα της Νοσηλευτικής αποτελεί έναν από τους καινοτόμους τρόπους με τους οποίους τα διάφορα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο έχουν αντιμετωπίσει την αυξανόμενη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη, την ελλιπή στελέχωση των υπηρεσιών υγείας από ιατρικό προσωπικό, τη βελτίωση της πρόσβασης, της ποιότητας και της συνέχειας στη φροντίδα υγείας, τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών λόγω της δημογραφικής γήρανσης και της επικράτησης των χρόνιων ασθενειών, τις πιέσεις για συγκράτηση του κόστους της υγείας και την ισότιμη πρόσβαση στα φάρμακα.^{6,27,28}

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) και στον Καναδά οι διευρυμένοι ρόλοι των νοσηλευτών έκαναν την πρώτη τους εμφάνιση στα μέσα της δεκαετίας του 1960, αρχικά στην παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης.⁶ Σήμερα, συναντώνται διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι σε >50 χώρες σε όλο τον κόσμο.^{14,15,29}

Η εισαγωγή ενός «νέου είδους στη σύνθετη οικολογία της υγειονομικής περίθαλψης» είναι βέβαιο ότι θα έχει επιπτώσεις, είτε προφανείς είτε μη διακριτές, στις υπηρεσίες υγείας.³⁰ Ως εκ τούτου, οι αλλαγές που επιφέρει η διεύρυνση των νοσηλευτικών ρόλων είναι ένα θέμα που ελκύει την προσοχή, όχι μόνο των νοσηλευτών, αλλά και των διοικητών-διαχειριστών των νοσηλευτικών υπηρεσιών, των προγραμματιστών πολιτικής υγείας και του κοινού.²⁹ Το θέμα της διεύρυνσης αναδύεται ως επίκαιρο στην Ελλάδα, αφού πολύ πρόσφατα επιχειρήθηκε –αν και με μεγάλη καθυστέρηση σε σύγκριση με άλλες χώρες– ένα πρώτο βήμα για την κατοχύρωση ορισμένων διευρυμένων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων για το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σκοπό του άρθρου αποτελεί η ανασκόπηση των κυριότερων εξελίξεων στη διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών που έχουν διαδραματιστεί σε εθνικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, προσδιορίζονται κατ' αρχάς οι συνθήκες οι οποίες επικρατούν στον κλάδο των νοσηλευτών και παρουσιάζονται οι προσπάθειες που έχουν γίνει έως σήμερα για την εφαρμογή των διευρυμένων ρόλων στην Ελλάδα. Στη συνέχεια προσδιορίζονται τα στοιχεία που συνηγορούν υπέρ ή κατά της διεύρυνσης και προτείνονται οι πράξεις, οι οποίες θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στον επαγγελματικό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού. Επί πλέον, διατυπώνονται προτάσεις για την εφαρμογή των διευρυμένων νοσηλευτικών ρόλων στη χώρα μας, με βάση το ελληνικό περιβάλλον και την ελληνική κουλτούρα (αντιλήψεις ασθενών, ιατρών και νοσηλευτών).

2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Το υγειονομικό προσωπικό στην Ελλάδα αντιμετωπίζει ποιοτικά και διαρθρωτικά προβλήματα.³¹ Τα πλέον σημαντικά προβλήματα είναι (α) το μικρό αριθμητικό και αναλογικό μέγεθος, (β) η ανισορροπία στη γεωγραφική κατανομή, (γ) η πολυδιάστατη ποιοτική σύνθεση και το επίπεδο εκπαίδευσης (μεγάλη έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών), (δ) η έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, (ε) η οικονομική κρίση με μείωση προσλήψεων και αποδοχών και (στ) η μη εφαρμογή καθηκοντολογίου. Ακολουθεί ανάλυση του κάθε παράγοντα.

Ως προς το αριθμητικό μέγεθος, με βάση τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού προς το ιατρικό προσωπικό στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες σε σύγκριση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, καθώς αναλογούν μόλις 0,6 νοσηλευτές ανά ιατρό. Επίσης, η χώρα μας κατατάσσεται μεταξύ των τελευταίων χωρών του ΟΟΣΑ με τον χαμηλότερο

αριθμό νοσηλευτών ανά κάτοικο (αντιστοιχούν 2–4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους).³² Ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 9,1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, ενώ στην Ελλάδα αντιστοιχούν μόλις 3,6, καθιστώντας προφανή την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα μας.³³

Το πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού οξύνεται περισσότερο όταν ο ήδη μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού κατανέμεται δυσανάλογα μεταξύ των νομών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, δημιουργώντας έτσι περιοχές υπερβάλλουσας ζήτησης για νοσηλευτικές υπηρεσίες και λειτουργικά προβλήματα στα κατά τόπους ιδρύματα. Η υψηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών εμφανίζεται στους νομούς Ιωαννίνων, Άρτας, Έβρου και Κιλκίς, ενώ περιοχές όπως οι Κυκλάδες και η Εύβοια εμφανίζουν τη χαμηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών, αριθμώντας <2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.³⁴ Η γεωγραφική ανισοκατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού υποδηλώνει έλλειψη σχεδιασμού και κριτηρίων κατανομής.³⁴

Ως προς την ποιοτική σύνθεση συνυπάρχουν τέσσερις κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού: Νοσηλευτές οι οποίοι είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου, νοσηλευτές απόφοιτοι των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ) και οι βοηθοί νοσηλευτών από τη δευτεροβάθμια και την υποχρεωτική εκπαίδευση. Οι βοηθοί νοσηλευτών υπερτερούν αριθμητικά των νοσηλευτών μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).³⁵ Ως προς την ποσοτική σύνθεση, το 2009 το ΕΣΥ απασχολούσε νοσηλευτικό προσωπικό της τάξης των 35.420 ατόμων, από τα οποία μόνο το 2,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το 46% ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), το 41,3% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) και το 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ), καθιστώντας προφανή την έλλειψη ΠΕ νοσηλευτών και ειδικευμένων νοσηλευτών.³⁴

Η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα μας σε τρία επίπεδα πιθανόν να δημιουργεί σύγχυση στην ταυτότητα των νοσηλευτών, ενώ την ίδια στιγμή το αίτημα των νοσηλευτών για μια ενιαία πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση παραμένει σε εκκρεμότητα, τροφοδοτώντας ενδοεπαγγελματικές διαφωνίες για το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών.³⁵ Οι κύριες διαφορές στην εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ότι οι κάτοχοι πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΠΕ και ΤΕ) εισάγονται στις ανώτατες σχολές –Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΑΕΙ) και ΤΕΙ– της χώρας μετά από απαιτητικές εξετάσεις και κατά τη διάρκεια της τετραετούς φοίτησής τους διδάσκονται Φαρμακολογία, Παθολογία και άλλα ιατρικά μαθήματα. Επιπρόσθετα, οι ΠΕ και οι ΤΕ νοσηλευτές εκπαιδεύονται στην αυτόνομη αξιολόγηση του ασθενούς, στη νοσηλευτική διάγνωση

και στη λήψη κλινικών αποφάσεων.³⁶ Αντίθετα, οι βοηθοί νοσηλευτών εισάγονται χωρίς εξετάσεις στα ιδιωτικά ή στα δημόσια ιδρύματα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης [ΙΕΚ], Σχολές Επαγγελματικής Κατάρτισης [ΣΕΚ]) και η φοίτηση σε αυτά είναι διετής. Το προσωπικό της εν λόγω κατηγορίας διαθέτει μόνο πρακτική εμπειρία και όχι θεωρητική εκπαίδευση.³⁷ Μια αναδρομική ποσοτική μελέτη, που διεξήχθη στη νότια Αφρική, εξέτασε τις συνέπειες στην κατάσταση της υγείας και στις ανάγκες φροντίδας των ασθενών όταν οι εκτιμήσεις εκτελούνταν από νοσηλευτές χαμηλότερων εκπαιδευτικών κατηγοριών, οι οποίοι δεν είχαν άδεια ή δεν ήταν αρμόδιοι να εκτελέσουν τη συγκεκριμένη εργασία. Η σχετική μελέτη έδειξε ότι οι νοσηλευτές με περιορισμένη επίσημη θεωρητική κατάρτιση δεν ήταν επαρκώς προετοιμασμένοι για την εκτέλεση των καθηκόντων χωρίς επίβλεψη, επειδή ασκούσαν πρακτικές που έθεταν σε κίνδυνο τους ασθενείς.³⁸

Ορισμένα νοσοκομεία της χώρας μας παρέχουν προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων, για την εξειδίκευση των νοσηλευτών, τα οποία οδηγούν στην απόκτηση του τίτλου του ειδικού νοσηλευτή (οι νοσηλευτικές ειδικότητες είναι τέσσερις: παθολογική, παιδιατρική, χειρουργική και ψυχική υγείας).^{39,40} Σε αυτά μπορούν να συμμετέχουν οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που εργάζονται στον δημόσιο τομέα και έχουν συμπληρώσει την ευδόκιμη διετή προύπηρεσία τους, ενώ δεν προβλέπεται η συμμετοχή των νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Παρ' όλο που τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων προσδίδουν οφέλη, όχι μόνο στους νοσηλευτές οι οποίοι τα παρακολουθούν (απόκτηση γνώσεων, βελτίωση δεξιοτήτων, επαγγελματική εξέλιξη), αλλά και στο σύστημα υγείας (παροχή στον πολίτη ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, που διασφαλίζονται από την εξειδικευμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση), ο αριθμός των αποφοίτων είναι μικρός. Στη βόρεια Ελλάδα, από τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων που υλοποιήθηκαν από τρία νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Ψυχιατρικό Νοσοκομείο), από το 1991–2004 έχουν αποφοιτήσει 705 νοσηλευτές.⁴¹ Επίσης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής από το 1992 έως σήμερα έχει εκπαιδεύσει και έχει χορηγήσει τον αντίστοιχο τίτλο σε 259 νοσηλευτές.⁴² Σύμφωνα με τις απόψεις των νοσηλευτών που συμμετείχαν σε προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων, το 72% θεωρεί ότι ο τίτλος της ειδικότητας αξιοποιήθηκε λίγο ή καθόλου από την υπηρεσία τους. Κατά συνέπεια, δεν εμφανίζονται στην υπηρεσία τους τα θετικά αποτελέσματα της ειδικεύσεως.⁴¹

Παρά την αύξηση που έχει σημειωθεί στην Ελλάδα στους εκπαιδευτικούς φορείς και στα παρεχόμενα προγράμματα

εκπαίδευσης, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην Ελλάδα, ως μηχανισμός επιστημονικής αναβάθμισης και ποιότητας, επικεντρώθηκε κυρίως στο ιατρικό έργο.^{43,44} Η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση (ΣΝΕ) είναι εθελοντική και χρηματοδοτείται με ιδίους πόρους.⁴⁵ Επί πλέον, οι πολύ σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτές δεν διευκολύνουν την αποδέσμευσή τους από την εργασία για συμμετοχή σε προγράμματα ΣΝΕ.⁴⁶

Εκτός από τα παραπάνω προβλήματα του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν συσσωρευτεί με την πάροδο των ετών, ένα νέο σημαντικότερο πλήγμα για τις γενικές συνθήκες του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν αυτό που επέφερε η οικονομική κρίση με τους χαμηλούς μισθούς και τις περικοπές μισθών.⁴⁷ Οι περιορισμένες προσλήψεις νοσηλευτών οφείλονται όχι μόνο στα δημοσιονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η χώρα αλλά και στην απουσία κινήτρων προς το προσωπικό, προκειμένου να στελεχώσει υπηρεσίες υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές.³¹ Οι περιορισμένες προσλήψεις νοσηλευτών σε συνδυασμό με τη μαζική συνταξιοδότηση νοσηλευτών και τη σημαντική μείωση του ποσοστού αναπλήρωσης των συνταξιοδοτούμενων υπαλλήλων (για κάθε 5 άτομα που συνταξιοδοτούνται μόνο ένας διορίζεται) επιδείνωσαν ακόμη περισσότερο την υπάρχουσα έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα οι εναπομείναντες εργαζόμενοι νοσηλευτές να είναι αναγκασμένοι να εργάζονται όχι μόνο με λιγότερες από τις αναμενόμενες εβδομαδιαίες αργίες (ρεπό), αλλά και περισσότερες υπερωρίες.^{47,48} Πριν ή μετά από τη φοίτηση, 50% των νοσηλευτών εγκαταλείπει το επάγγελμα λόγω των χαμηλών αποδοχών, των δυσμενών συνθηκών εργασίας και της κακής ποιότητας εκπαίδευσης.⁴⁹ Σε πιο πρόσφατη έρευνα, το 59,3% του νοσηλευτικού προσωπικού κάνει σκέψεις αποχώρησης από τη θέση εργασίας, γεγονός που συσχετίστηκε θετικά με τη χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και την υψηλή επαγγελματική δυσαρέσκεια, αναφέροντας ως κύρια προβλήματα τις αμοιβές, την έλλειψη προσωπικού, τη μη εφαρμογή καθηκοντολογίου και το πρόγραμμα εργασίας.⁵⁰

Το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα διέπεται από νομοθετικό πλαίσιο και τον Κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας.⁵¹⁻⁵³ Τα υπηρεσιακά καθήκοντα των νοσηλευτών, ως επιστημόνων του χώρου της υγείας, είναι ενιαία, ανεξάρτητα από τον φορέα απασχόλησης ή από τη νομική φύση του. Μολονότι οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του νοσηλευτικού επαγγέλματος έχουν θεσμοθετηθεί, δεν εφαρμόστηκαν στην πράξη. Αιτία του γεγονότος αυτού αποτελεί η ελλιπής στελέχωση νοσηλευτών, η διαφορά στα επίπεδα νοσηλευτικής εκπαίδευσης και η διαφορετικότητα στο πλαίσιο του ιδιωτικού τομέα, όπου άτομα χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης αναλαμβάνουν δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν θεωρητικές γνώσεις υψηλότερου επιπέδου.⁵⁴

3. ΟΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, οι ίδιοι οι νοσηλευτές άρχισαν να διεκδικούν τη διεύρυνση του καθηκοντολογίου τους.^{55,56} Αιτία για τη διεκδίκηση της διεύρυνσης των νοσηλευτικών καθηκόντων αποτελεί η βελτίωση του κύρους του νοσηλευτικού επαγγέλματος, που θεωρείται αυτεπάγγελτα κίνητρο παραγωγικότητας και παράγοντας υποκίνησης γι' αυτούς.⁵⁷ Μια πρόσφατη προσπάθεια διεύρυνσης των καθηκόντων των νοσηλευτών στην Ελλάδα παρόμοια με εκείνη των άλλων χωρών έλαβε χώρα στις αρχές του 2015, όπου με υπουργική απόφαση καθορίζονταν τα διευρυμένα καθήκοντά τους.⁵⁸ Τα νέα καθήκοντα περιλάμβαναν τη συνταγογράφηση φαρμάκων και αναλώσιμου υγειονομικού υλικού, τη χορήγηση τοπικής και στελεχειαίας αναισθησίας, τη χορήγηση οξυγόνου, τον καθετηριασμό περιφερικών αγγείων και τη διενέργεια κλινικής εξέτασης. Επίσης, οι νοσηλευτές θα ήταν σε θέση να χορηγούν θρομβολυτικά φαρμακευτικά προϊόντα, να χορηγούν εντερική και παρεντερική διατροφή, να τοποθετούν έναν ρινογαστρικό καθετήρα, να προλαμβάνουν, να περιποιούνται και να θεραπεύουν τις κατακλίσεις. Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ) είχε καταθέσει προς νομοθέτηση «το σχέδιο νοσηλευτικών πράξεων», που περιείχε και αυτό διεύρυνση καθηκόντων για πρώτη φορά το 2008. Το εν λόγω σχέδιο ήταν το αποτέλεσμα πολύμηνης εργασίας μιας ομάδας νοσηλευτών, το οποίο μετά από αλληπάλληλες αναβολές έφθασε να λάβει μορφή υπουργικής απόφασης.⁵⁵

Παρόλα τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η διευρυμένη νοσηλευτική πρακτική στις χώρες στις οποίες εφαρμόζεται (βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και μείωση του κόστους χωρίς ένδειξη ότι διακυβεύεται η ποιότητα της φροντίδας και οι εκβάσεις στην υγεία των ασθενών), στην Ελλάδα η σχετική προσπάθεια ήταν άκαρπη, καθώς αντιμετώπισε εμπόδια τόσο από το ιατρικό προσωπικό όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν και η ΕΝΕ αντέδρασε θετικά, γνωρίζοντας την επιφόρτιση του λιγοστού νοσηλευτικού προσωπικού με αλλότρια καθήκοντα, κατόρθωσε ότι η συγκεκριμένη υπουργική απόφαση θα έδινε μια οδό απορρόφησης ανέργων νοσηλευτών, θα αναγνώριζε την αξία των νοσηλευτών και θα επισημοποιούσε όσα ήδη πράττουν μέχρι σήμερα οι νοσηλευτές στα νοσηλευτικά ιδρύματα, χωρίς να είναι νομικά κατοχυρωμένοι και δίχως επί πλέον απολαβές.⁵⁹ Αντίθετα, μια μερίδα της νοσηλευτικής κοινότητας υποστήριξε ότι η εν λόγω πρόβλεψη καθίσταται εκ των πραγμάτων ανεφάρμοστη, κυρίως λόγω του ότι η χώρα μας δεν έχει θεσμοθετήσει τις κατάλληλες προτυποποιημένες διαδικασίες, στις οποίες θα βασίζονταν οι νοσηλευτές για την εκτέλεση των νέων διευρυμένων κα-

θηκόντων τους (νοσηλευτικά πρωτόκολλα).⁶⁰ Επιπρόσθετοι λόγοι για την αρνητική αντίδραση των νοσηλευτών είναι ότι αφ' ενός όλα τα νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα σε νοσηλευτικό προσωπικό και μια ενδεχόμενη διεύρυνση του ρόλου τους θα είχε ως συνέπεια την επιβάρυνση του έργου τους, καθώς είναι πολύ λιγότεροι απ' όσους χρειάζεται το σύστημα υγείας, και αφ' ετέρου ο διευρυμένος ρόλος θα είχε πολύ μικρό πεδίο εφαρμογής, δεδομένου του περιορισμένου αριθμού των ΠΕ νοσηλευτών, οι οποίοι θα ήταν οι πρώτοι που θα αναλάμβαναν έναν νέο διευρυμένο ρόλο.^{61,62}

Η υπουργική απόφαση προκάλεσε αναστάτωση στις ιατρικές ενώσεις και ένα μεγάλο τμήμα της ιατρικής κοινότητας εναντιώθηκε στη διεύρυνση των νοσηλευτικών ρόλων, με αποτέλεσμα να αποσυρθεί η υπουργική απόφαση λίγες ημέρες μετά την ψήφισή της (καταργήθηκε με το ΦΕΚ 137/22.1.2015), προκειμένου να υπάρξει χρόνος για ευρύτερη διαβούλευση όσον αφορά στο θέμα με όλους τους υγειονομικούς φορείς.^{59,63-70} Η αντίδραση των ιατρών –που δεν αποτελεί μόνο ένα ελληνικό φαινόμενο, αλλά έχει παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες, π.χ. στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία– οφείλεται στο γεγονός ότι μια μερίδα της ιατρικής κοινότητας θεωρεί ότι η διεύρυνση των νοσηλευτών θίγει το ιατρικό επάγγελμα, λαμβανομένου υπ' όψη ότι το ιατρικό λειτούργημα διαθέτει υψηλή επιστημονική γνώση και τεκμηριωμένη εμπειρία και δεν μπορεί να υποκαθίσταται από τους νοσηλευτές.^{68,71-74} Επίσης, οι ιατροί έχοντας καταβάλει μεγάλη προσπάθεια και πολλά έξοδα για το πτυχίο της Ιατρικής, ανησυχούν για ενδεχόμενη απώλεια εισοδήματος, λόγω του ότι οι δημοσιονομικοί περιορισμοί θα δημιουργούσαν ανταγωνισμό για κοινές πράξεις μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων. Αν και οι ιατροί του δημόσιου τομέα της υγείας, οι οποίοι πληρώνονται με μισθό, έχουν συμφέρον να μεταβιβάσουν ορισμένα από τα καθήκοντά τους στους νοσηλευτές χωρίς την απώλεια εισοδήματος, εν τούτοις κάθε μεταβίβαση καθηκόντων σε νοσηλευτές μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια εισοδήματος για τους ιατρούς που εργάζονται στις ιδιωτικές μονάδες υγείας ή έχουν ιδιωτικό ιατρείο, αν αυτή η μείωση των δραστηριοτήτων τους δεν αντισταθμιστεί με την παροχή άλλων και δυνητικά περισσότερο προσοδοφόρων υπηρεσιών.⁶

Τα παραπάνω γεγονότα αναδεικνύουν κατ' αρχάς ότι κατά την πρώτη προσπάθεια στη χώρα μας για τη διεύρυνση των καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού, την τρέχουσα χρονική στιγμή, δεν υπήρχαν οι βασικές προϋποθέσεις, όπως η καθολική επαγγελματική υποστήριξη από το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό, τα κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και ο επαρκής αριθμός ΠΕ νοσηλευτών. Δεύτερον, αναδεικνύουν ότι όταν μεγάλες αλλαγές επιχειρούνται αιφνίδια χωρίς την κατάλληλη προετοιμασία (σχεδιασμός-προγραμματισμός,

ο οποίος περιλαμβάνει την ανάπτυξη, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των νέων ρόλων) και την ενημέρωση των κυριότερων ενδιαφερομένων μερών είναι πιθανόν να οδηγηθούν σε αποτυχία.^{75,76}

Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με άλλες χώρες, οι έρευνες σχετικά με την πρόθεση και την αποδοχή απέναντι στους διευρυμένους ρόλους των νοσηλευτών είναι εξαιρετικά ελάχιστες και μόλις πρόσφατα άρχισε να ελκύουν το ενδιαφέρον των ερευνητών.⁷⁷ Σε μια ελληνική έρευνα, οι νοσηλευτές, στην πλειοψηφία τους, έκλιναν υπέρ της δυνατότητας συνταγογράφησης φαρμάκων, με την προϋπόθεση ότι θα λάμβαναν την απαραίτητη εκπαίδευση. Παρά τη θετική τους πρόθεση θεωρούν τη συνταγογράφηση κατεκτημένο δικαίωμα του ιατρικού επαγγέλματος και πιστεύουν ότι δύσκολα θα εφαρμοστεί στην Ελλάδα.⁷⁸ Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι το 82,8% των Ελλήνων πολιτών δηλώνουν ότι θα αναζητούσαν τις συμβουλές των νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) για θέματα υγείας και το 95,1% δήλωσε ότι είναι ευπρόσδεκτη η τοποθέτηση του οικογενειακού νοσηλευτή στην περιοχή τους.⁷⁹

Μια ελληνική έρευνα που διεξήχθη με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων μιας ομάδας εμπειρογνομόνων, διακεκριμένων επαγγελματικά και ακαδημαϊκά στον τομέα της υγείας (μέσω της μεθόδου του expert panel), για τα προβλήματα του νοσηλευτικού προσωπικού και το θέμα του επαναπροσδιορισμού του ρόλου του, έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συνηγορούν υπέρ της επέκτασης των καθηκόντων των νοσηλευτών σε όλες τις προτεινόμενες υπηρεσίες (συνταγογράφηση, πρόληψη, διαχείριση χρονίως πασχόντων, ανάγνωση και ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων).³⁴

Τα αποτελέσματα μιας ελληνικής έρευνας που μελέτησε τις απόψεις των ιατρών, των νοσηλευτών, αλλά και των ασθενών απέναντι στη διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου έδειξαν ότι η γενική αποδοχή των ιατρών, των νοσηλευτών και των ασθενών για τους διευρυμένους ρόλους των νοσηλευτών ήταν ουδέτερη έως μέτρια θετική. Πιο συγκεκριμένα, η ένταξη ιατρικών αρμοδιοτήτων στον ρόλο των νοσηλευτών ήταν αποδεκτή σε ποσοστό 21% των ιατρών και στο 20% των νοσηλευτών, οι οποίοι θεωρούν ότι ο επαγγελματικός τους ρόλος είναι ήδη άτυπα διευρυμένος. Το 25% των ασθενών αποδέχεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να ανταποκριθεί σε ιατρικά καθήκοντα και το 33% σε τεχνικά καθήκοντα και, επίσης, το 29% των ασθενών επιθυμεί τη διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου. Το 50% των ασθενών, το 47% και το 39% των νοσηλευτών και των ιατρών, αντίστοιχα, θεωρεί ότι με τη συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές θα επιταχύνεται και θα διευκολύνεται η εξυπηρέτηση των ασθενών.⁷⁷

Εκτός από το τρίπτυχο «πρόθεση-αποδοχή-συμμετοχή» των ενδιαφερομένων μερών απέναντι στους νέους ρόλους των νοσηλευτών, προκειμένου να εξαχθούν περαιτέρω συμπεράσματα, για την ενδεχόμενη ύπαρξη στοιχείων που συνηγορούν υπέρ ή κατά της διεύρυνσης, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη τα βασικά χαρακτηριστικά που επικρατούν στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την εκτίμηση της πορείας σημαντικών προσδιοριστικών παραγόντων, που αναμένεται να επηρεάσουν την εξέλιξη του τομέα και κατ' επέκταση τις ποσοτικές και τις ποιοτικές μεταβολές στην απασχόληση σε αυτόν. Για τον προσδιορισμό των εν λόγω στοιχείων ακολουθεί μια διεξοδική ανάλυση υπό την οπτική γωνία των οικονομικών, των δημογραφικών, των κοινωνικών, των επιδημιολογικών, των εργασιακών, των τεχνολογικών και των θεσμικών παραγόντων.

4. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΟΥ ΥΠΑΓΟΡΕΥΟΥΝ Ή ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΡΟΛΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στον απόηχο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η Ελλάδα έπρεπε να λάβει μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης για τη μείωση του δημόσιου χρέους, τα οποία οδήγησαν σε μεγάλη περικοπή των δαπανών υγείας. Στο χρονικό διάστημα 2009–2011 η συνολική δαπάνη υγείας μειώθηκε κατά 4,4 δις € ή 18,9% (από 23,2 στα 18,8 δις €).⁵ Η συγκεκριμένη περικοπή των δαπανών υγείας έχει οδηγήσει σε μείωση των παροχών και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, σε περικοπές των προγραμμάτων πρόληψης και σε αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων. Οι ανεπάρκειες αυτές προσπαθούν να καλυφθούν από έναν μεγάλο αριθμό κοινωνικών ιατρικών αλληλεγγύης και από τις εθελοντικές δράσεις των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ), που παρέχουν δωρεάν προληπτικές υπηρεσίες υγείας σε όλη τη χώρα, οι οποίες προηγουμένως είχαν χρησιμοποιηθεί κυρίως για την παροχή φροντίδας σε παράνομους μετανάστες.^{80–83} Με βάση το τρέχον οικονομικό κλίμα και τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους, ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του νοσηλευτή μπορεί να συμβάλει στην αλλαγή της τεχνολογίας παραγωγής ώστε να επιτευχθεί η διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας με λιγότερους πόρους μέσω της εξοικονόμησης θέσεων εργασίας των ιατρών.³⁴ Σε χρηματικούς πόρους, οι νοσηλευτές κοστίζουν λιγότερο. Οι νοσηλευτές, σε σύγκριση με τους ιατρούς, έχουν χαμηλότερους μισθούς, μπορούν να εκπαιδευτούν πιο σύντομα και με χαμηλότερο κόστος. Ως εκ τούτου, η υποκατάσταση ιατρών από τους νοσηλευτές είναι οικονομικά ελκυστική και συνηγορεί υπέρ της διεύρυνσης.

Στη χώρα μας δεν υπάρχει μια υπηρεσία υγείας πρώτης επαφής που να μπορεί να καθοδηγεί κατάλληλα τους πολίτες, να παρέχει πληροφορίες σε σχέση με τις δυνατότητες υπηρεσιών υγείας που έχει να προσφέρει ο πολίτης και το πόσο κατάλληλες είναι για να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του.⁸⁴ Η έλλειψη της παραπάνω υπηρεσίας προκαλεί στο ΕΣΥ πολλαπλές πιέσεις, με συνέπεια στα κεντρικά, πανεπιστημιακά νοσοκομεία και στα μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία να υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής, ενώ στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) να προσφεύγουν όχι μόνο ασθενείς με πολύ σοβαρές καταστάσεις αλλά και ασθενείς με απλά προβλήματα υγείας, δημιουργώντας παρενέργειες στην αντιμετώπιση των σοβαρών περιστατικών. Επίσης, οι ασθενείς καταφεύγουν στα φαρμακεία για λήψη απλών υπηρεσιών, όπως έλεγχος αρτηριακής υπέρτασης, αντιμετώπιση δηγμάτων εντόμων, εγκαυμάτων, μικρών αιμορραγιών, επιδέσεις κ.ά.⁸⁵ Οι σχετικές υπηρεσίες θα μπορούσαν να παρασχεθούν αποκεντρωμένα πιο αποτελεσματικά και πιο οικονομικά από μικρές δομές στην κοινότητα, όπως τα Ανοικτά Κέντρα Προστασίας της Υγείας (ΑΚΕΠΥ) (π.χ. τα walk-in health centres ή walk-in clinics), τα οποία παρέχουν άμεση πρόσβαση, χωρίς προσυνεννόηση, σε επιλεγμένες υπηρεσίες ΠΦΥ, προς όλους τους κατοίκους μιας συγκεκριμένης περιοχής ευθύνης του καποδιστριακού δήμου, με διευρυμένο ωράριο λειτουργίας. Στα κέντρα αυτά, οι νοσηλευτές ενδέχεται να έχουν διευρυμένο επαγγελματικό ρόλο και να προσφέρουν υπηρεσίες, όπως η αντιμετώπιση των μικροτραυματισμών και των ελασσόνων προβλημάτων υγείας, η αγωγή-προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων, η εκπαίδευση των ασθενών και η συμβουλευτική αφ' ενός για θέματα υγείας και πρόνοιας και αφ' ετέρου για την καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.^{30,86} Στη χώρα μας γίνεται ήδη προσπάθεια για την εφαρμογή των ΑΚΕΠΥ, με απώτερο σκοπό την κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες ΠΦΥ και τη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα, γεγονός που κατ' επέκταση συνεπάγεται και μείωση του κόστους νοσηλείας. Οι εν λόγω εξελίξεις συνηγορούν υπέρ της διεύρυνσης του ρόλου των νοσηλευτών.

Οι μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών και η αυξανόμενη ζήτηση για φροντίδα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που καθιστούν αναγκαία τη διεύρυνση των νοσηλευτικών ρόλων. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση αυξήθηκε κατά 24% την περίοδο 2009–2012. Οι περισσότεροι πολίτες αναφέρουν επιδείνωση της ποιότητας ζωής (68%), ενώ ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό αναφέρει επιδείνωση της ψυχικής του υγείας

(56%). Επίσης, η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αυξήθηκε κατά 35% από το 2006–2011.⁸⁷ Η σχετική έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι επιδεινώθηκε η υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όπου μελετήθηκαν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα τη χρονική περίοδο 2009–2013, εντόπισε την αύξηση του αριθμού των εισαγωγών στον δημόσιο τομέα της υγείας, την αύξηση των προβλημάτων της ψυχικής υγείας, των αυτοκτονιών, των επιδημιών και την επιδείνωση της αυτο-αναφερόμενης υγείας των πολιτών, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι μετά την κρίση επιδεινώθηκε η δημόσια υγεία.⁸⁸ Ως απότοκος της σημερινής κρίσης εμφανίζεται η σοβαρή επιδείνωση σε μια σειρά κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που θεωρούνται ως προσδιοριστικοί της κατάστασης της υγείας στον πληθυσμό (όπως είναι η αύξηση της ανεργίας, η μείωση των εισοδημάτων και η απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης), οι οποίοι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη και στη ζήτηση υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας. Οι πολίτες σε περιόδους οικονομικής ύφεσης στρέφονται περισσότερο στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα, με αποτέλεσμα να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση σε αυτές. Μόλις πρόσφατα θεσμοθετήθηκε η δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.⁸⁹ Επιπρόσθετα, η συνεχόμενη εισροή μεταναστών και προσφυγών στη χώρα μας θέτει το υγειονομικό σύστημα σε κατάσταση συναγερμού για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών υγείας τους.^{90,91} Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ, οι ομάδες αυτές δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε νοσοκομεία και ιατρική περίθαλψη (άρθρο 10, παρ. 1 του Προεδρικού Διατάγματος [ΠΔ] 220/2007).⁹² Η διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου μπορεί να συμβάλλει στην ευκολότερη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, μειώνοντας παράλληλα και τον χρόνο αναμονής, αυξάνοντας την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και αποσυμφορώντας το σύστημα υγείας.

Οι δημογραφικοί παράγοντες, όπως η μείωση της γεννητικότητας, σε συνδυασμό με την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημογραφική γήρανση του ελληνικού πληθυσμού.⁸⁷ Η δημογραφική γήρανση οδηγεί με τη σειρά της σε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, καθώς στις μεγάλες ηλικίες παρατηρείται συσσώρευση προβλημάτων υγείας.⁵ Παρόμοια, η αύξηση του επιπολασμού των σοβαρών νόσων και η επικράτηση των χρόνιων ασθενειών οδηγεί σε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.^{87,93,94} Από μια μελέτη, η οποία βασίστηκε σε έναν μηχανισμό για τη διάγνωση των νέων αναγκών σε ειδικότητες και σε επαγγέλματα υγείας που απαιτούν αναθεώρηση ή και συμπλήρωση

των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων του ανθρώπινου νοσηλευτικού δυναμικού, στον χρονικό ορίζοντα έως το 2020, προέκυψε ότι στην Ελλάδα υπάρχει αυξημένη ανάγκη για νοσηλευτές Γηριατρικής, για νοσηλευτές ΜΕΘ, για ψυχιατρικούς νοσηλευτές και για συντονιστές στις μεταμοσχεύσεις.⁵ Αυτές θα μπορούσαν να αποτελέσουν ορισμένες υποειδικότητες της διευρυμένης πρακτικής. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι δημογραφικοί και οι επιδημιολογικοί παράγοντες που επικρατούν στη χώρα μας συνηγορούν υπέρ της διεύρυνσης των νοσηλευτικών ρόλων.

Εξ ίσου σημαντικός λόγος είναι ότι η διεύρυνση μπορεί να επαναφέρει τη χαμένη εμπιστοσύνη των πολιτών απέναντι στο ΕΣΥ, ιδίως ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά του, όπως η δωρεάν πρόσβαση για όλους τους πολίτες, η συνέχεια, η καλύτερη εξυπηρέτηση/ποιότητα, η τόνωση του δημόσιου χαρακτήρα του, καθώς και για τη διαφάνεια στις οικονομικές συναλλαγές. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει επισημάνει για τη χώρα μας τα προβλήματα στην πρόσβαση της ΠΦΥ και την αύξηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.⁶² Κατά την αξιολόγηση της απόδοσης του ελληνικού συστήματος υγείας, οι πολίτες αναφέρουν χαμηλή ικανοποίηση. Η δυσαρέσκεια των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί διαχρονικό φαινόμενο και σχετίζεται κυρίως με την ανεπαρκή ενημέρωση των ασθενών και την παραβίαση βασικών δικαιωμάτων (λήψη συγκατάθεσης για διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, πρόσβαση του ασθενούς στον προσωπικό του ιατρικό φάκελο), τους χρόνους αναμονής, τα θεραπευτικά αποτελέσματα, καθώς και το εύρος και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών.^{94–97} Σημαντικές παρουσιάζονται οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Το υψηλότερο ποσό που καταβάλλεται ετήσια σχετίζεται με επισκέψεις σε ιατρούς, γεγονός το οποίο αποδίδεται στην αδυναμία του δημόσιου συστήματος να ικανοποιήσει τη ζήτηση, απόρροια και της ραγδαίας μείωσης των ιατρών του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ). Ενδεικτικό είναι ότι το 48% όσων έχουν επισκεφθεί τις πιο πάνω υπηρεσίες δηλώνουν ότι οι υπηρεσίες τους –δηλαδή, οι δομές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλιστικών ταμείων– επιδεινώθηκαν σε σχέση με την περίοδο πριν από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Επί πλέον, ένας στους 5 πολίτες δηλώνει ότι, παρά την ύπαρξη προβλήματος υγείας, κάποια στιγμή τον τελευταίο χρόνο δεν έλαβε υπηρεσίες υγείας, κυρίως λόγω αδυναμίας κάλυψης του σχετικού κόστους (56,7%).⁸⁷

Η παραοικονομία-διαφθορά στον υγειονομικό τομέα αποτελεί μια διαχρονική παθογένεια του ελληνικού συστήματος υγείας. Η Ελλάδα κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις, μεταξύ των 28 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), με υψηλά επίπεδα διαφθοράς. Οι άτυπες πληρωμές –μη θεσμοθετημένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος

των υγειονομικών υπηρεσιών– κυμαίνονται από 50 € για εισαγωγή σε νοσοκομείο έως 3.000 € για τη χειρουργική επέμβαση. Κίνητρα αποτελούν η επίτευξη πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, η παράκαμψη των λιστών αναμονής, η παροχή ασφαλούς υγειονομικής περίθαλψης από έναν συγκεκριμένο προμηθευτή υγείας (για παράδειγμα, από έναν καθηγητή Ιατρικής) ή η επίτευξη πρόσβασης σε χειρουργική επέμβαση.⁹⁸ Σε πρόσφατη έρευνα βρέθηκε ότι το 23% των πολιτών που ήλθαν σε επαφή με υπηρεσία ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης ανέφεραν ότι έδωσαν «φακελάκι».⁹⁹ Επιπρόσθετα, οι φαρμακευτικές εταιρείες, στην προσπάθειά τους να πείσουν ότι τα φαρμακευτικά τους προϊόντα, θεραπευτικά, είναι τα καλύτερα, προσφέρουν διάφορες παροχές προς τους ιατρούς.¹⁰⁰ Ορισμένοι ιατροί επηρεάζονται σημαντικά από τα χρηματικά και τα υλικά κίνητρα που τους παρέχουν οι φαρμακευτικές εταιρείες (π.χ. χρηματικές αμοιβές, συνέδρια, ταξίδια, εξοπλισμός). Το εν λόγω γεγονός μπορεί να οδηγήσει στην ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση των ιατρών, στο φαινόμενο της πολυφαρμακίας, στην κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών, που μπορεί να προκαλέσει ιατρογενή νοσηρότητα στους ασθενείς/καταναλωτές.¹⁰¹ Η διεύρυνση του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού αυξάνει τη συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα. Η συμμετοχή των ιατρών στις συλλογικές διαδικασίες της ομάδας υγείας, όπου συνεργάζονται πιο ισότιμα με άλλους επαγγελματίες υγείας, είναι δυνατόν να ελαχιστοποιήσει τις δυνατότητες κερδοσκοπικών δραστηριοτήτων από τους ιατρούς.¹⁰² Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές με διευρυμένο ρόλο μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην ενημέρωση του κοινού για τη σωστή και ασφαλή χρήση, καθώς και τη διαχείριση των φαρμάκων και στην αποφυγή των αρνητικών συνεπειών της πολυφαρμακίας.

Εκτός από το μεταβαλλόμενο γενικό πλαίσιο της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, συμβαίνουν μεγάλες αλλαγές στην αγορά εργασίας που υπαγορεύουν τη διεύρυνση του ρόλου των νοσηλευτών, εφόσον οι συγκεκριμένες αλλαγές αυξάνουν τις ανάγκες για εργαζόμενους με διαφορετικά από το παρελθόν χαρακτηριστικά, όπως είναι οι υψηλού επιπέδου γνώσεις, η διά βίου εκπαίδευση, η ικανότητα της μάθησης, η κριτική σκέψη και η χρήση των νέων τεχνολογιών.¹⁰³ Επιπρόσθετα, το επίπεδο των γνώσεων και των δεξιοτήτων απαξιώνεται μετά την αρχική εκπαίδευση. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην ανάγκη επανεκπαίδευσης και ΣΝΕ, καθώς και για εξάσκηση σε νέες τεχνικές και μέσα.^{104,105} Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών αποτελεί το κλειδί για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ενδιαφέροντος των νοσηλευτών προς τον ασθενή.¹⁰⁶ Η ενσωμάτωση της τεχνολογίας στον χώρο της υγείας και κυρίως η Τηλεϊατρική, η ασύρματη και η ψηφιακή μετάδοση των δεδομένων των

ασθενών, άλλαξε δραστικά τη διανομή και τον συντονισμό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι τεχνολογίες επηρεάζουν τη νοσηλευτική πρακτική και τη φροντίδα των ασθενών και οδηγούν στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και στη διεύρυνση του ρόλου, προκειμένου το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις νέες τεχνολογικές εφαρμογές.

Ένας επιπρόσθετος λόγος που υπαγορεύει τη διεύρυνση της νοσηλευτικής πρακτικής είναι η μη κάλυψη των αναγκών για υπηρεσίες υγείας σε ιδιαίτερες γεωγραφικές περιοχές, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές, όπως νησιά μικρού και μεσαίου μεγέθους, καθώς και σε ορεινές περιοχές της χώρας. Στις εν λόγω περιοχές, οι κάτοικοι αισθάνονται ότι δεν έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και συνεπώς διακατέχονται από μια ανασφάλεια σ' ό,τι αφορά στην υγειονομική τους περίθαλψη. Δεδομένου δε του γεγονότος ότι ελάχιστοι ιατροί είναι πρόθυμοι να υπηρετήσουν σε αυτές τις περιοχές, η ύπαρξη νοσηλευτών με διευρυμένα καθήκοντα θα συμβάλλει τόσο στην έγκαιρη αντιμετώπιση των περιστατικών, όσο και στην ψυχολογική υποστήριξη των συγκεκριμένων ανθρώπων. Οι νοσηλευτές, λόγω της φύσης της εργασίας τους –προσφέρουν 24ωρη φροντίδα 365 ημέρες τον χρόνο– και της στενής επαφής τους με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, μπορούν να συνεκτιμήσουν σφαιρικά τις συνέπειες (επίπεδο υγείας, κοινωνικές, οικονομικές) των δράσεων και των παρεμβάσεών τους. Η διευρυμένη νοσηλευτική πρακτική για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές μπορεί να συνδυαστεί και με την υιοθέτηση της σύγχρονης τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, όπως η Τηλεϊατρική και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, που θεωρείται ως βασικός καταλύτης της πολλαπλής παροχής υπηρεσιών στα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε αγροτικές περιοχές. Ένα διαδικτυακό σύστημα διαχείρισης ασθενών που εφαρμόστηκε στην αγροτική περιοχή της δυτικής Αυστραλίας είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της συνεργασίας και της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι εργάζονται σε διαφορετικές πρακτικές, τη μείωση του χρόνου που δαπανούν για τη γραφειοκρατία, τον περιορισμό των κλινικών λαθών και τη βελτίωση της διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής.¹⁰⁷

Στην Ελλάδα, ένα μεγάλο εμπόδιο στο οποίο προσκρούει προς το παρόν η διεύρυνση των νοσηλευτικών ρόλων είναι το θέμα της έλλειψης νοσηλευτών (υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας). Είναι σημαντικό όμως να εξεταστεί όχι μόνο η τρέχουσα σύνθεση του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού, αλλά και οι μελλοντικές τάσεις σε υγειονομικό προσωπικό. Συνεπώς, εκτός από την έλλειψη διορισμένων νοσηλευτών πρέπει να ληφθεί υπ' όψη ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός αδιόριστων νοσηλευτών και επί πλέον υπάρχει το

φαινόμενο αποστροφής προς το νοσηλευτικό επάγγελμα εξ αιτίας της έλλειψης κύρους και των δυσμενών συνθηκών εργασίας. Η ανάπτυξη της διευρυμένης πρακτικής μέσω των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης οδηγεί σε θέσεις εργασίας υψηλής εξειδίκευσης, συμβάλλοντας στην αύξηση της προσέλευσης και της πρόσληψης νέων νοσηλευτών και της διατήρησης των ήδη υπαρχόντων.^{6,108} Η αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών βελτιώνει την επαγγελματική προοπτική και καθιστά τη Νοσηλευτική έναν περισσότερο ελκυστικό κλάδο, αποτελώντας ένα πιθανό μέσο για τη μείωση της μετανάστευσης των νοσηλευτών σε άλλες χώρες και τη μετακίνηση σε άλλα επαγγέλματα που φαίνεται να προσφέρουν καλύτερες προοπτικές σταδιοδρομίας.^{34,62} Επί πλέον, μπορεί μελλοντικά να επαναφέρει την ισορροπία στην αναλογία ιατρών-νοσηλευτών αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα του ιατρικού πληθωρισμού. Μια προβλεπόμενη μείωση του αριθμού των ιατρών ανά κάτοικο θα πρέπει να συνδυαστεί με την ενίσχυση του δημόσιου τομέα μέσω νέων προσλήψεων, ιδίως του νοσηλευτικού προσωπικού, και την εκ νέου διανομή του συνόλου.

Το υπάρχον ρυθμιστικό και θεσμικό πλαίσιο του τομέα υγείας επηρεάζει με μεικτό τρόπο τη διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Ειδικά οι διατάξεις του άρθρου 30 του δημοσιοϋπαλληλικού κώδικα, σύμφωνα με το οποίο ο υπάλληλος είναι υποχρεωμένος να εκτελεί μόνο τα καθήκοντα του κλάδου και της ειδικότητάς του, άρα όχι και αλλότρια καθήκοντα, εμποδίζουν υπέρμετρα την εφαρμογή της διεύρυνσης. Επιπρόσθετα, η ιεραρχική δομή των ελληνικών μονάδων υγείας αποτελεί άλλο ένα σημαντικό εμπόδιο για τη διεύρυνση.¹⁰⁹ Ο Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας, ο οποίος προβλέπει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να τηρεί την ιεραρχία (άρθρο 12), δεν αφήνει περιθώρια για την αυτονομία και τον έλεγχο της πρακτικής του ή του εργασιακού περιβάλλοντος.⁵³ Επί πλέον, η νομοθεσία θέτει τον ιατρικό διευθυντή κάθε μονάδας ως συντονιστή για όλες τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται στον ασθενή, περιλαμβανομένης και της Νοσηλευτικής, γεγονός το οποίο εμποδίζει τους νοσηλευτές να είναι υπόλογοι των πράξεών τους και να αναγνωρίζουν τις ευθύνες τους και τους στερεί την εξουσία να ασκούν έλεγχο στην πρακτική τους.³⁶ Αντίθετα, η αναθεώρηση της Ευρωπαϊκής Οδηγίας 2005/36 για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων των νοσηλευτών (έχει ενσωματωθεί στην ελληνική νομοθεσία με το ΠΔ 38/2010) συνηγορεί υπέρ της διεύρυνσης.¹¹⁰ Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η σχετική οδηγία περιλαμβάνει στα επίσημα προσόντα του νοσηλευτή γενικής περίθαλψης την αρμοδιότητα για ανεξάρτητη διάγνωση και την ανεξαρτησία στον σχεδιασμό, στην οργάνωση και στην εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη θεραπεία των ασθενών, την αρμοδιότητα

να δώσει ανεξάρτητα συμβουλές και να υποστηρίξει τα άτομα που χρειάζονται φροντίδα, την αρμοδιότητα να διαβεβαιώνει ανεξάρτητα την ποιότητα και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας. Το υπάρχον ρυθμιστικό και θεσμικό πλαίσιο του τομέα υγείας αφήνει ένα πολύ μικρό παράθυρο για την εφαρμογή της διεύρυνσης. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 351/1989, άρθρο 1 (επαγγελματικά δικαιώματα νοσηλευτών), οι διπλωματούχοι νοσηλευτές έχουν το καθήκον να εκπαιδεύσουν και να βοηθήσουν τον ασθενή, με σκοπό την αυτο-φροντίδα και την παροχή εκπαίδευσης στους οικείους του που θα συνεχίσουν τη φροντίδα κατ' οίκον.⁵¹ Επίσης, οι νοσηλευτές εφαρμόζουν προγράμματα «Αγωγή υγείας μέσω του σχολείου, της οικογένειας, της κοινότητας» σε δημοτικά σχολεία της Αττικής και της περιφερειακής ενότητας, διά μέσου των οποίων ενημερώνουν τους μαθητές, τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς σε θέματα όπως η παροχή πρώτων βοηθειών, ώστε να είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν γρήγορα, με ψυχραιμία και ασφάλεια σε τυχόν ατυχήματα στο σχολικό και στο κοινωνικό περιβάλλον τους.^{111,112}

Η έλλειψη συστηματικής ενημέρωσης των πολιτών σχετικά με τη συνεισφορά των νοσηλευτών στην ελληνική κοινωνία έχει συντελέσει στη μη κατανόηση του επαγγελματικού και του κοινωνικού ρόλου των νοσηλευτών.¹¹³ Επί πλέον, οι πολλές κατηγορίες νοσηλευτών προκαλούν σύγχυση στους ασθενείς και δυσκολίες στη διαφοροποίηση των ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.¹¹⁴ Η μη κατανόηση του τρέχοντος ρόλου των νοσηλευτών δυσχεραίνει μια ενδεχόμενη διεύρυνση σε νέους ρόλους. Επί πλέον στην Ελλάδα, είναι γνωστό ότι το σύστημα υγείας παρέχει στους χρήστες ελευθερία επιλογής –είναι διαμορφωμένο χωρίς σύστημα παραπομπής– να αναζητούν πάντα τον καλύτερο ιατρό ειδικότητας, πανεπιστημιακό συνήθως, με συστάσεις. Ενδεχομένως αυτό να αποτρέπει αρχικά τους χρήστες να λάβουν υπηρεσίες από έναν νοσηλευτή με διευρυμένο ρόλο.

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ειδικά για την Ελλάδα, απαρχή της διεύρυνσης θα πρέπει να αποτελέσει η ΠΦΥ. Στα καθήκοντα των νοσηλευτών με διευρυμένο επαγγελματικό ρόλο στην ΠΦΥ προτείνεται να συμπεριληφθούν η συνταγογράφηση φαρμάκων για τους χρονίως πάσχοντες, η πρόληψη (αγωγή και προαγωγή της υγείας, διαχείριση εγκεκριμένων πρωτοκόλλων προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμοί), η παραγγελία και η ερμηνεία ορισμένων διαγνωστικών εξετάσεων καθώς και η διαχείριση των χρονίως πασχόντων (διαχείριση πρωτο-

κόλλων, παρακολούθηση και ρύθμιση ασθενών, οδηγίες για αυτο-εκπαίδευση ασθενών και συγγενών).³⁴ Το πεδίο της διευρυμένης πρακτικής θα περιλαμβάνει τις αυτόνομες αποφάσεις από τους νοσηλευτές, για τις οποίες θα είναι υπόλογοι, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των ασθενών, τη διαφορική διάγνωση της νόσου χρησιμοποιώντας τη λήψη αποφάσεων και τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επί πλέον, οι νοσηλευτές θα μπορούν να παραπέμπουν τον ασθενή σε ιατρούς.²⁵

Για την αύξηση της αποδοχής των ασθενών/καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας απέναντι στους διευρυμένους ρόλους των νοσηλευτών απαιτείται ευαισθητοποίηση και ενημέρωση.^{29,76} Για παράδειγμα, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) μπορούν να ενημερώσουν το κοινό σχετικά με τις πιστοποιήσεις των συνταγογράφων νοσηλευτών, να δοθούν ενημερωτικά φυλλάδια στους ασθενείς που θα εξηγούν τους ρόλους των ιατρών και των νοσηλευτών και να παρουσιαστούν εκπομπές στην τηλεόραση αφιερωμένες στην καριέρα της Νοσηλευτικής.^{16,115,116}

Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, ένας ρόλος-κλειδί για τη διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η ειδικότητα του νοσηλευτή συμβούλου. Ειδικά για την Ελλάδα, έχει προταθεί ότι η καθιέρωση της θέσης του νοσηλευτή συμβούλου μπορεί να συμβάλλει ενεργά στην προσέγγιση των πολλών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το επάγγελμα και στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του.⁵⁷ Στον ρόλο του νοσηλευτή συμβούλου στα ελληνικά νοσοκομεία προτείνεται να συμπεριληφθούν η παρακίνηση του προσωπικού για την επαγγελματική ανάπτυξη, η διοργάνωση δημόσιων εκδηλώσεων/επιστημονικών συνεδρίων και η προβολή από τα ΜΜΕ, για την εκπαίδευση τόσο του κοινού όσο και των επαγγελματιών υγείας.¹¹⁷ Προκειμένου να αυξηθούν οι νοσηλευτές που θα είναι πρόθυμοι να διαδραματίσουν έναν διευρυμένο ρόλο, θα πρέπει να εξασφαλιστεί επαρκής στελέχωση νοσηλευτών με την εφαρμογή ενός μακροπρόθεσμου σχεδίου για τη μείωση των ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό.¹¹⁸ Επίσης, απαιτείται η δημιουργία ενός συνδυασμένου συστήματος πληρωμών για τους νοσηλευτές με βάση την παροχή κινήτρων απόδοσης, όπως η επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου, συνήθως έναν κύκλο φροντίδας για ένα χρόνιο νόσημα (για τους νοσηλευτές στην ΠΦΥ) ή τη διδασκαλία των φοιτητών Νοσηλευτικής (για τον νοσηλευτή σύμβουλο).¹¹⁹

Όσον αφορά στους ιατρούς, η διεύρυνση των ρόλων των νοσηλευτών θα λειτουργήσει μόνο αν οι ιατροί δεν αισθάνονται ότι απειλούνται από τη μετατόπιση της ευθύνης στους νοσηλευτές και πιστέψουν ότι η αυξημένη συμμετοχή των νοσηλευτών οδηγεί σε πλεονεκτήματα. Η παρουσίαση ερευνητικών αποτελεσμάτων σχετικά με

τα οφέλη στη φροντίδα των ασθενών θα συνδράμει στην προώθηση της νέας νοσηλευτικής πρακτικής.⁵⁷ Για την άρση των αντιρρήσεων των ιατρών σχετικά με την απώλεια των δραστηριοτήτων τους και την επικάλυψη του ρόλου τους από τους νοσηλευτές απαιτείται μια κοινή πολιτική, η οποία θα παρέχει ένα σύνολο αρχών και κριτηρίων για τον προσδιορισμό των πεδίων εφαρμογής των πρακτικών και την αποσαφήνιση θεμάτων ευθύνης μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής πρακτικής (σαφείς ορισμοί, στόχοι, το πεδίο εφαρμογής της πρακτικής, τις εκπαιδευτικές απαιτήσεις). Η εν λόγω πολιτική θα προκύψει αφ' ενός από τη συνεργασία μεταξύ των ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τις επαγγελματικές οργανώσεις και τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, και αφ' ετέρου από την ενημέρωση όλων των επαγγελματιών υγείας για τον νέο διευρυμένο ρόλο και για τα σημαντικά οφέλη της ομαδικότητας και της συνεργασίας.^{25,29,57} Η σαφής περιγραφή των θέσεων εργασίας θα πρέπει να κοινοποιείται επίσημα σε όλο το προσωπικό με το οποίο θα πρέπει να εργάζεται ο κάτοχος του διευρυμένου ρόλου.⁷⁵

Για τη μείωση των ανησυχιών των ιατρών σχετικά με τη νομική ευθύνη απαιτούνται αλλαγές στη νομοθεσία και, συγκεκριμένα, η θεσμοθέτηση των νέων νοσηλευτικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων, καθώς και η σκιαγράφηση του επαγγελματικού κώδικα για τη νοσηλευτική συνταγογράφηση. Προκειμένου να αρθούν οι ανησυχίες των ιατρών σχετικά με τις δεξιότητες και την εμπειρία των νοσηλευτών, μια στρατηγική είναι η παροχή υψηλότερης νοσηλευτικής εκπαίδευσης, σε μεταπτυχιακό ή σε διδακτορικό επίπεδο, η οποία μπορεί να μειώσει το εκπαιδευτικό χάσμα μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.¹²⁰ Μια επί πλέον στρατηγική είναι η διεπιστημονική προσέγγιση στην εκπαίδευση των ιατρών και των νοσηλευτών.¹²¹ Υπό την έννοια αυτή, οι νοσηλευτές πρέπει να εκπαιδεύονται μαζί με τους ιατρούς και με άλλους επαγγελματίες υγείας, τόσο ως φοιτητές όσο και κατά τη διάρκεια της συνεχούς εκπαίδευσης. Η συγκεκριμένη διπλή οδός μπορεί να συμβάλλει στην οικοδόμηση της ομάδας και να αυξήσει τον σεβασμό μεταξύ των επαγγελματιών των διαφόρων κλάδων.¹²²

Οι εκπαιδευτικές προϋποθέσεις για τον νέο διευρυμένο ρόλο, με εξαίρεση τη συνταγογράφηση φαρμακευτικών προϊόντων, πρέπει να είναι τουλάχιστον επιπέδου μεταπτυχιακού στα εξής γνωστικά αντικείμενα: Θεραπευτική Νοσηλευτική, δημόσια υγεία και προαγωγή της υγείας, ποιοτικός έλεγχος, ψυχολογία της υγείας, ηθική και δεοντολογία. Στα προγράμματα αυτά θα μπορούν να συμμετέχουν μόνο οι ΠΕ και οι ΤΕ νοσηλευτές με κλινική εμπειρία. Οι εν λόγω φοιτητές θα δίνουν κρατικές εξετάσεις πιστοποίησης, προκειμένου να δικαιούνται νόμιμη άδεια για να εξασκούν

στο κράτος τους τη διευρυμένη πρακτική, επιλέγοντας μία από τις δύο προτεινόμενες ειδικότητες, αυτή του νοσηλευτή ΠΦΥ ή του νοσηλευτή συμβούλου.

Η εκπαίδευση σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων προτείνεται στο μέλλον να ενσωματωθεί εξ αρχής ως ξεχωριστό μάθημα για τους νεοεισαχθέντες φοιτητές στα προγράμματα σπουδών των ανωτάτων σχολών Νοσηλευτικής. Με αυτόν τον τρόπο θα δοθεί χρόνος ώστε να εξοικειωθούν με την έννοια της νοσηλευτικής συνταγογράφησης φαρμάκων τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ιατροί. Τα μαθήματα για τη νοσηλευτική συνταγογράφηση προτείνεται να διδάσκονται σε όλη τη διάρκεια των σπουδών στα εξής γνωστικά αντικείμενα: Φαρμακολογία και φυσιολογία, θεραπευτική προσέγγιση με βάση τους κλινικούς δείκτες, την κατάσταση υγείας και τις ανάγκες του ασθενούς, καθώς και τα αποτελέσματα από διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, θεραπευτικές και πιθανές αρνητικές επιπτώσεις των φαρμακολογικών και των μη φαρμακολογικών θεραπειών, ολοκληρωμένη ηλεκτρονική συνταγογράφηση τεκμηριωμένων θεραπειών, κόστος φαρμακολογικών και εναλλακτικών θεραπειών, ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις των προτεινόμενων θεραπειών, φαρμακοεπαγρύπνηση, νομικές και ηθικές πτυχές της συνταγογράφησης. Στο τέλος των σπουδών, οι νοσηλευτές που επιθυμούν να έχουν την ειδικότητα του νοσηλευτή συνταγογράφου θα πρέπει να δίνουν κρατικές εξετάσεις πιστοποίησης.

Κατά περιόδους, όλοι οι νοσηλευτές με διευρυμένο ρόλο θα πρέπει να αποδεικνύουν την επικαιροποίηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους μέσω της καθιέρωσης των εθνικών εξετάσεων πιστοποίησης, προκειμένου να διατηρήσουν στην πράξη τον διευρυμένο ρόλο τους. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην εισαγωγή προγραμμάτων ΣΝΕ. Ο αριθμός των ΠΕ νοσηλευτών στη χώρα μας είναι εξαιρετικά μικρός, γι' αυτό θα πρέπει να προβλεφθεί η αυξανόμενη δυνατότητα εγγραφής περισσότερων φοιτητών στα πανεπιστήμια, ώστε να αυξηθεί ο αριθμός των ΠΕ αποφοίτων νοσηλευτών.

Το νέο Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ) 2014–2020 δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην προώθηση της κατάρτισης/εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου τομέα. Αποτελεί λοιπόν μια ευκαιρία για τη

χρηματοδότηση των νέων προγραμμάτων μεταπτυχιακού επιπέδου. Η προσεκτική προετοιμασία για τους νέους ρόλους (σχεδιασμός-προγραμματισμός, ο οποίος περιλαμβάνει την ανάπτυξη, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των νέων ρόλων) είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία και την αποδοχή τους. Επίσης, απαιτούνται οι κατάλληλες υποδομές (παροχή γραφείου με εγκαταστάσεις πληροφορικής) και η ριζική μεταμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών, της διδασκαλίας και της μάθησης, ώστε να εξοπλιστούν οι νοσηλευτές με ευέλικτα εργαλεία και επαγγελματικές δεξιότητες, προκειμένου να προσαρμοστούν στις νέες ανάγκες και ευκαιρίες μέσα στο ταχύτατα μεταβαλλόμενο περιβάλλον της υγειονομικής περιθαλψης.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και η πρώτη προσπάθεια που έλαβε χώρα στην Ελλάδα για τη διεύρυνση των καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν άκαρπη, επειδή την τρέχουσα χρονική στιγμή δεν υπήρχαν οι βασικές προϋποθέσεις, όπως η καθολική επαγγελματική υποστήριξη από το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό, τα κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και ο επαρκής αριθμός ΠΕ νοσηλευτών, ωστόσο το εν λόγω θέμα θα πρέπει να επανεξεταστεί λόγω των σημαντικών στοιχείων που συνηγορούν υπέρ αυτής (οικονομικοί, επιδημιολογικοί, δημογραφικοί, κοινωνικοί, τεχνολογικοί, εργασιακοί και θεσμικοί παράγοντες).

Για να αποβεί η νοσηλευτική διεύρυνση ένα επιτυχές εγχείρημα στη χώρα μας απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός για τους νέους ρόλους (ανάπτυξη, υλοποίηση, αξιολόγηση) και εφοδιασμός του νοσηλευτικού προσωπικού με τη σχετική εκπαίδευση, τις υποδομές, την επαγγελματική υποστήριξη και την παροχή κινήτρων για την αύξηση της συμμετοχής των νοσηλευτών. Επίσης, απαιτείται η συναίνεση, η συνεννόηση και η συνεργασία με τους ιατρούς.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προσαρμοστούν στις νέες αυτές προκλήσεις. Η ορθή αξιοποίηση όλων των λειτουργιών υγείας είναι εκ των «ων ουκ άνευ» για να επιτευχθεί η απόδοση άριστου έργου. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εργαστούν προς όφελος της φροντίδας των ασθενών/καταναλωτών και ενός αποδοτικότερου και πιο αποτελεσματικού συστήματος υγείας, απαγκιστρωμένοι από παραδοσιακούς ρόλους και ιεραρχία.

ABSTRACT

Expansion of the professional role of nurses in Greece

I. LOURANTAKI,¹ K. KATSALIAKI²¹General Hospital of Chalkidiki, Poligiros, ²School of Economics, Business Administration and Legal Studies, International Hellenic University, Greek Open University, Thessaloniki, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(2):191–206*

As the field of health and social care is rapidly changing, health policymakers in many countries are seeking ways of increasing efficiency in the provision of health services through the expansion of the professional role of nurses. In Greece, efforts to introduce expanded nursing roles have been ineffectual because basic requirements are missing, such as professional support from the nursing and medical staff, appropriate training and sufficient numbers of nurses with a university education. Important elements in favor of expansion of the nursing role, however, include pressure to reduce health care costs, changing health needs of patients, increasing demand for health services, a lack of certain health services, unmet health needs and changes in the labor market. Arguments against expansion include the current lack of nurses and a strong imbalance between doctors and nurses, the present regulatory health framework and the hierarchical structure in the units of the Greek health sector. The issue of expansion of the professional role of nurses should be reviewed once more. The new efforts should be based on an appropriately designed plan for the implementation of the new roles, with provision of relevant training for the nursing staff, infrastructure reform and professional support. In addition the institution of new nursing duties and responsibilities will be required. The expansion of the professional role of nurses should start from the primary health care services, which is the sector most in need of strengthening. In secondary care the establishment of a nurse consultant position is suggested, to support the health professionals and concentrate on improving working conditions. In the future the incorporation of the nurse prescriber specialty is also recommended.

Key words: Expansion, Greece, Implementation, Nurses, Professional role, Tasks

Βιβλιογραφία

1. BISSET DL. The nursing profession's coming of age: The end of medicine as a profession. *Br Med J* 2006, 332:51
2. BLACK N. Rise and demise of the hospital: A reappraisal of nursing. *Br Med J* 2005, 331:1394–1396
3. LOWE G, PLUMMER V, O'BRIEN AP, BOYD L. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs* 2012, 68:677–685
4. MORGAN C, BARRY C, BARNES K. Master's programs in advanced nursing practice: New strategies to enhance course design for subspecialty training in neonatology and paediatrics. *Adv Med Educ Pract* 2012, 3:129–137
5. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΒΟΥΡΤΣΗΣ Π, ΓΙΑΝΝΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Χ, ΕΥΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Ε, ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ Λ, ΚΑΡΑΛΑΖΟΥ Θ ΚΑΙ ΣΥΝ. Ο τομέας της υγείας: Μηχανισμός διάγνωσης των αναγκών των επιχειρήσεων σε επαγγέλματα και δεξιότητες. Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών, Αθήνα, 2013
6. DELAMAIRE ML, LAFORTUNE G. *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. OECD Health Working Paper no 54. OECD Publishing, France, 2010
7. CANADIAN NURSES ASSOCIATION. *Advanced nursing practice: A national framework*. CNA, Ottawa, 2008
8. CARRIER J, KENDALL I. Professionalism and interprofessionalism in health and community care: Some theoretical issues. In: Owens P, Horder J, Carrier J (eds) *Interprofessional issues in community and primary health care*. Palgrave Macmillan, London, 1995:9–36
9. READ S. New nursing roles: Deciding the future for Scotland: Exploring role development and role expansion – is there a difference and does it matter? The Scottish Government 2004. Available at: <http://www.gov.scot/Publications/2004/04/19201/35582>
10. DENT M, BURNEY E. Changes in practice nursing: Professionalism, segmentation and sponsorship. *J Clin Nurs* 1997, 6:355–363
11. BONSALL K, CHEATER FM. What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008, 45:1090–1102
12. LINDBLAD E, HALLMAN ECB, GILLSJÖ C, LINDBLAD U, FAGERSTRÖM L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care – a qualitative study. *Int J Nurs Pract* 2010, 16:69–74
13. HALCOMB EJ, PATTERSON E, DAVIDSON PM. Evolution of practice nursing in Australia. *J Adv Nurs* 2006, 55:376–388
14. PULCINI J, JELIC M, GUL R, LOKE AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *J Nurs Scholarsh* 2010, 42:31–39

15. SHEER B, WONG FK. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh* 2008, 40:204–211
16. SHIU AT, LEE DT, CHAU JP. Exploring the scope of expanding advanced nursing practice in nurse-led clinics: A multiple-case study. *J Adv Nurs* 2012, 68:1780–1792
17. FAGERSTRÖM L. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *Int Nurs Rev* 2009, 56:269–272
18. PARKER RM, KELEHER HM, FRANCIS K, ABDULWADUD O. Practice nursing in Australia: A review of education and career pathways. *BMC Nurs* 2009, 8:5
19. NEEDLEMAN J, HASSMILLER S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: Real-world results. *Health Aff (Millwood)* 2009, 28:w625–w633
20. KROEZEN M, VAN DIJK L, GROENEWEGEN P, FRANCKE AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2011, 11:127
21. COURTENAY M, CAREY N, STENNER K. Non medical prescribing leads views on their role and the implementation of non medical prescribing from a multi-organisational perspective. *BMC Health Serv Res* 2011, 11:142
22. DRENNAN VM, GRANT RL, HARRIS R. Trends over time in prescribing by English primary care nurses: A secondary analysis of a national prescription database. *BMC Health Serv Res* 2014, 14:54
23. SIRIWARDENA AN. The rise and rise of non-medical prescribing. *Qual Prim Care* 2006, 14:1–3
24. DORAN D. Functional status. In: Doran MD (ed) *Nursing sensitive outcomes: The state of the science*. Jones & Bartlett Learning, Mississauga, Ontario, 2011:27–64
25. ROYAL COLLEGE OF NURSING. Advanced nurse practitioners – an RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and program accreditation. RCN, London, 2012
26. ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ Θ, ΣΤΑΘΑΤΟΣ Μ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι: Ένα μοντέλο υψηλού επιπέδου κλινικής διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2015, 32:149–157
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Top 30 medicines to save mothers and children. WHO/EMP/MAR/2011.1.1, Geneva. Available at: <http://www.who.int/childmedicines/prioritymedicines/en/>
28. NIEZEN MG, MATHIJSEN JJ. Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy* 2014, 117:151–169
29. JOKINIEMI K, HAATAINEN K, MERETOJA R, PIETILÄ AM. Advanced practice nursing roles: The phases of the successful role implementation process. *Int J Caring Sci* 2014, 7:946–954
30. SALISBURY C, MUNRO J. Walk-in centres in primary care: A review of the international literature. *Br J Gen Pract* 2003, 53:53–59
31. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Θ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε, ΘΩΜΑΣ Δ, ΚΥΡΙΑΖΗΣ Σ, ΦΙΛΙΠΠΟΥΛΟΥ Μ. *Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα*. Κοινωνικό Πολύκεντρο, Αθήνα, 2012
32. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD health policy overview: Health policy in Greece. OECD, 2016. Available at: <http://www.oecd.org/greece/Health-Policy-in-Greece-January-2016.pdf>
33. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places. OECD, 2016. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-workforce-policies-in-oecd-countries-Policy-brief.pdf>
34. ΣΚΡΟΥΜΠΕΛΟΣ Α, ΔΑΓΛΑΣ Α, ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ Δ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, Αθήνα, 2012. Διαθέσιμο στο: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/To%20%CE%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
35. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ-ΠΑΝΤΕΚΑ Α, ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ Μ. Κριτική αποτίμηση της επιρροής του προτύπου της Nightingale στη νοσηλευτική εκπαίδευση στην Αγγλία, στην Ελλάδα και στην Αμερική. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2014, 13:123–133
36. ΙΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΚΚ, WHILE AE. Professional autonomy and job satisfaction: Survey of critical care nurses in mainland Greece. *J Adv Nurs* 2010, 66:2520–253
37. ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ Δ, ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ. *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα: Εξελίξεις και προοπτικές*. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994:26–35
38. LUBBE JC, ROETS L. Nurses' scope of practice and the implication for quality nursing care. *J Nurs Scholarsh* 2014, 46:58–64
39. ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ. Καθορισμός ειδικότερων θεμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων. ΦΕΚ 856/Β/1988
40. ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ. Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων για τη χορήγηση τίτλου ειδικού νοσηλευτή. ΦΕΚ 106/Β/1988
41. ΕΥΚΑΡΠΙΔΗΣ Α, ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Φ, ΣΚΕΝΔΕΡΗ Ι, ΚΑΒΑΚΑ Ν, ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Α, ΜΠΕΝΟΣ Α. Διερεύνηση των χαρακτηριστικών των νοσηλευτών που συμμετέχουν στα εκπαιδευτικά προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων στη Βόρεια Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2008, 47:384–395
42. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ. Ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα. Διαθέσιμο στο: <http://www.psyhat.gr/read/27/psychiatrikh-noshleytikh-eidikothta>
43. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. The role of national qualification systems in promoting lifelong learning: Background report for Greece. Athens, 2003
44. ΖΗΛΙΔΗΣ Χ. *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000–2004*. Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα, 2005
45. EXECUTIVE AGENCY FOR HEALTH AND CONSUMERS. EAHC/2013/Health/07: Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Contract no 2013 62 02. Available at: http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf
46. ΚΑΔΔΑ Ο. Αναγκαιότητα για συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2013, 12:105–107
47. EUROPEAN FEDERATION OF NURSES ASSOCIATIONS. The impact of the financial crisis on nurses and nursing: A comparative overview of 34 European countries. EFN, 2012

48. ΚΑΛΑΦΑΤΙ Μ. How Greek healthcare services are affected by the Euro crisis. *Emerg Nurse* 2012, 20:26–27
49. ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2000, 17:627–639
50. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Δ, ΜΑΡΝΕΡΑΣ Χ, ΤΣΙΜΗΤΡΕΑ Ε, ΧΑΡΙΣΗ Ε, ΜΟΥΧΑΚΗ Σ, ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Δ ΚΑΙ ΣΥΝ. Εκτίμηση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτών τριτοβάθμιου νοσοκομείου και διερεύνηση της σχέσης με την πιθανότητα αποχώρησης από την εργασία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2013, 5:74–84
51. ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 351/8.6.1989. Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων πτυχιούχων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων
52. ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 210/2001. Επαγγελματικά δικαιώματα των κατόχων διπλώματος ΟΕΕΚ επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής κατάρτισης των ειδικοτήτων: «Νοσηλευτική Τραυματολογία», «Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων», «Νοσηλευτική Χειρουργείου», «Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις» και «Νοσηλευτική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» των Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ) και των πτυχιούχων ΤΕΕ Α΄ και Β΄ κύκλου της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών», καθώς και καθορισμός των προϋποθέσεων και της διαδικασίας χορήγησης της άδειας ασκήσεως των ανωτέρω επαγγεμάτων. ΦΕΚ 165/Α/2001
53. ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 216. Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας. ΦΕΚ 167/Α/2001
54. ΦΑΣΟΗ Γ, ΓΚΟΒΙΝΑ Ο, ΒΑΡΔΑΚΗ Ζ. Καθηκοντολόγιο: Υπέρ ή κατά; Στο: *Οργάνωση και λειτουργία νοσηλευτικού τμήματος*. Πρακτικά 9ης Νοσηλευτικής Ημερίδας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ». Αθήνα, 2011:1–6. Διαθέσιμο στο: http://www.kat-hosp.gr/Documents/Loimo/Synedria/2011/P8_130411.pdf
55. ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Δελτίο τύπου 22.1.2015, Αθήνα
56. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ. Παγκόσμια ημέρα νοσηλευτή 12.5.2015 – Ευχέτηριο μήνυμα. Διαθέσιμο στο: <http://www.nursingstudies.gr/index.php/el/nea-anakoinoseis/129-pagkosmia-mera-nosileuti-2015>
57. ΦΟΥΝΤΟΥΚΙ Α, ΠΕΔΙΑΔΙΤΑΚΙ Ο, ΤΗΕΟΦΑΝΙΔΙΣ Δ. The nurse consultant: An innovative role in the Greek health care system? *Int J Caring Sci* 2011, 4:107–113
58. ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ Γ4α/ΓΠ 3567. Καθήκοντα και αρμοδιότητες νοσηλευτών-τριών. ΦΕΚ 79/Β/2015
59. ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Δελτίο τύπου 21.1.2015, Αθήνα
60. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ. Παγκόσμια πρωτοτυπία του Βορίδη: Δικαίωμα συνταγογράφησης... στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Δελτίο τύπου 21.1.2015, Αθήνα
61. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Σ. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition* 2010, 12:1–180
62. ΒÜSCHER Α, SIVERTSEN Β, WHITE J. Nurses and midwives: A force for health. WHO, Copenhagen, 2009
63. ΜΕΛΑ Ρ. Συνταγογράφηση και από νοσηλευτές. Εμφύλιος πόλεμος με τους γιατρούς λόγω απόφασης Βορίδη για φάρμακα εκτός λίστας. Εφημερίδα «Δημοκρατία», 22.1.2015. Διαθέσιμο στο: www.dimokratianews.gr/category/tags/συνταγογράφηση
64. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΗΒΑΣ. Διαμαρτυρία για την υπουργική απόφαση Βορίδη για τη συνταγογράφηση νοσηλευτών. Δελτίο τύπου 22.1.2015
65. ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ Π. Πυρά γιατρών για τις συνταγές από νοσηλευτές. Εφημερίδα «Καθημερινή», 22.1.2015
66. ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ Π. Το υπουργείο έκανε πίσω μετά τις πιέσεις γιατρών. Εφημερίδα «Καθημερινή», 23.1.2015
67. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος ζητά ακύρωση της υπουργικής απόφασης της 19ης Ιανουαρίου 2015 σχετικά με «Καθήκοντα και αρμοδιότητες νοσηλευτών-τριών». Δελτίο τύπου 21.1.2015
68. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ. Δικαιώθηκε ο ΠΙΣ – Ο υπουργός απέσυρε την απόφαση. Η ιατρική λειτουργία δεν υποκαθίσταται καθ' οιονδήποτε τρόπο. Δελτίο τύπου 22.1.2015
69. ΜΕΛΑ Ρ. Πήραν πίσω τις συνταγές διά χειρός νοσηλευτών. Αποσύρθηκε μέσα σε τρεις μέρες η υπουργική απόφαση Βορίδη μετά τις αντιδράσεις των γιατρών. Εφημερίδα «Δημοκρατία», 23.1.2015
70. ΜΠΟΥΚΑ Ν. Αποσύρθηκε η απόφαση για συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές. Εφημερίδα «Μακεδονία», 23.1.2015
71. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Nurse practitioners in primary care. Policy monograph. ACP, Philadelphia, 2009. Available at: https://www.acponline.org/acp_policy/policies/nursepractitioners_pc_2009.pdf
72. AMERICAN NURSES ASSOCIATION. ANA official observer at AMA annual meeting; AMA policies could affect nursing practice. ANA, 2009. Available at: http://www.rnaction.org/site/PageServer?pagename=CUP_07_09_IntheAgencies_ANAOfficialObserversatAMA
73. AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION. AMA position statement: Independent nurse practitioners – 2005. AMA, 2005. Available at: https://ama.com.au/system/tfd/documents/AMA_Independent_Nurse_Practitioner_Position_Statement.pdf?file=1&type=node&id=40709
74. AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION. General practice nurses make perfect sense (but independent nurse practitioners don't). AMA, 2005. Available at: <https://ama.com.au/media/general-practice-nurses-make-perfect-sense-independent-nurse-practitioners-dont-ama>
75. MCKENNA Η, RICHEY R, KEENEY Β, HASSON Β, POULTON Β, SINCLAIR Μ. The managerial and development issues of nurses and midwives in new roles. *Scand J Caring Sci* 2008, 22:227–235
76. BRYANT-LUKOSIUS D, DICENSO Α. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs* 2004, 48:530–540
77. ΛΟΥΡΠΑΝΤΑΚΗ Ι. Μια συγκριτική μελέτη των στάσεων των νοσηλευτών, των γιατρών και των ασθενών απέναντι στη διεύρυνση των επαγγελματικών ρόλων των νοσηλευτών. Διπλωματική εργασία, μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών διοίκησης μονάδων υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2015
78. ΚΟΥΚΙΑ Ε, ΓΚΟΝΗΣ Ν. Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2010, 9:344–358
79. ΚΟΤΡΟΤΣΙΟΥ Σ, ΛΑΒΔΑΝΙΤΙ Μ, ΨΥΧΟΓΙΟΥ Μ, ΠΑΡΑΛΙΚΑΣ Τ, ΠΑ-

- PATHANASIOU I, LAHANA E. Community nurses' role as counsellors in primary health care. *Int J Caring Sci* 2008, 1:92–98
80. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ. Το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής, ΜΚΟ της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Δωρεάν φάρμακα σε ανασφάλιστους και αναξιοπαθόντες συμπολίτες μας. Διαθέσιμο στο: <http://www.isathens.gr/ika/index.php/280-dwrean-farmaka-se-anasfalistous-anaxsiopathountes-sybolites-mas>
81. ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ – ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΑ. Ετήσια αναφορά δράσης 2014. Διαθέσιμο στο: <http://mdmgreece.gr/app/uploads/2015/04/mdmgreece-anafora-drasis-2014.pdf>
82. DOCTORS OF THE WORLD. Access to healthcare for people facing multiple health vulnerabilities. 2014. Available at: <http://mdmgreece.gr/app/uploads/2015/05/MdM-Intl-Obs-2015-report-EN.pdf>
83. KENTIKELENIS A, KARANIKOLOS M, PAPANICOLAS I, BASU S, MCKEE M, STUCKLER D. Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011, 378:1457–1458
84. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΔΟΛΓΕΡΑΣ Α, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Κ, ΚΑΡΔΑΛΑ Ο, ΜΥΛΩΝΑ Α, ΛΙΑΤΣΟΥ Μ ΚΑΙ ΣΥΝ. Μελέτη εκτίμησης αναγκών και εφαρμογής ανοικτών κέντρων προστασίας της υγείας για την τοπική αυτοδιοίκηση. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2010
85. ΔΟΛΓΕΡΑΣ Α. Ανοικτά κέντρα προστασίας της υγείας. 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, Αθήνα, 2010
86. ROSEN R, MOUNTFORD L. Developing and supporting extended nursing roles: The challenges of NHS walk-in centres. *J Adv Nurs* 2002, 39:241–248
87. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΒΑΡΔΑΒΑΣ Κ, ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Κ, ΓΩΤΗ Γ, ΚΑΝΤΖΑΝΟΥ Μ, ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ Κ ΚΑΙ ΣΥΝ. Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα, 2016. Διαθέσιμο στο: http://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf
88. ΣΙΜΟΥ Ε, ΚΟΥΤΣΟΓΕΩΡΓΟΥ Ε. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 2014, 115:111–119
89. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Δελτίο τύπου 25.2.2016
90. ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ Π. Από τι ασθενούν οι πρόσφυγες. Εφημερίδα «Καθημερινή», 28.2.2016
91. ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΟΣ Δ. Σε συναγεμρό οι υγειονομικές υπηρεσίες: Λυγίζουν τους πρόσφυγες αρρώστιες και κακουχίες. Εφημερίδα «Εθνος», 5.3.2016
92. ΥΠΑΤΗ ΑΡΜΟΣΤΕΙΑ ΤΟΥ ΟΗΕ. Η Ελλάδα ως χώρα ασύλου. Δεκέμβριος 2014
93. ΔΡΙΚΟΣ Ι, ΣΑΧΙΝΙΔΗΣ Α, ΒΑΣΣΗ Ι. Επιπολασμός νοσημάτων σε ασθενείς που πλήττονται από την οικονομική κρίση (2012–2015). 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με διεθνή συμμετοχή, Θεσσαλονίκη, 2016
94. ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ. EMENO, 2014. Διαθέσιμο στο: <http://emeno.gr/>
95. HEALTH CONSUMER POWERHOUSE. Euro Health Consumer Index 2013
96. HEALTH CONSUMER POWERHOUSE. Euro Health Consumer Index. Outcomes in EHCI 2015
97. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2011, 28:667–673
98. EUROPEAN COMMISSION. Study on corruption in the health-care sector. HOME/2011/ISEC/PR/047-A2. Luxembourg, 2013
99. ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ ΕΛΛΑΣ. Εθνική έρευνα για τη διαφθορά στην Ελλάδα – 2013. Αθήνα, 2014
100. ΜΟΥΡΤΖΙΚΟΥ Α, ΣΤΑΜΟΥΛΗ Μ, ΧΗΤΟΥ Π, ΠΟΥΛΙΑΚΗΣ Α. Η αγορά του φαρμάκου και η προώθηση αυτού στην Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2015, 32:344–353
101. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Ο ρόλος του ιατρικού σώματος στην κατανάλωση των φαρμάκων. Νέα Υγεία, Απρίλιος 2005
102. ΜΠΕΝΟΣ Α. Ο Γενικός γιατρός, ηγέτης της ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή διαχειριστής υπηρεσιών και πόρων; Στο: Κυριόπουλος Γ, Φιλαλήθης Τ (Επιμ.) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 1996:207–217
103. ΣΙΑΝΟΥ-ΚΥΡΓΙΟΥ Ε. Αγορά εργασίας, νέα επαγγελματικά προφίλ και φύλο. Στο: Μαραγκουδάκη Ε, Σιάνου Ε, Στρατηγάκη Μ, Καντζάρα Β, Αναστασιάδου Μ, Σκόμπα Μ και συν (Επιμ.) *Εισαγωγή θεμάτων για την προώθηση της ισότητας των φύλων στην εκπαιδευτική διαδικασία: Φύλο και νέα επαγγέλματα*. Ιωάννινα, 2007:9–32
104. ΝΤΙΚΟΥΔΗ Α, ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Ε. Οι γνώσεις των νοσηλευτών στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2014, 7:6–11
105. ΚΑΥΓΑ Α, ΓΚΟΒΙΝΑ Ο, ΒΛΑΧΟΥ Ε, ΠΑΥΛΑΤΟΥ Ν, ΚΟΥΛΟΥΡΗ Α, ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ Χ. Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. *Νοσηλευτική* 2012, 51:288–296
106. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ-ΠΑΝΤΕΚΑ Α, ΤΣΑΛΟΓΛΙΔΟΥ Α, ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ Μ, ΝΤΙΟ Ε, ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΙΑ Δ. Οι αντιλήψεις και η στάση των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών έναντι του νοσηλευτικού επαγγέλματος. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2013, 12:186–204
107. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Achieving efficiency improvements in the health sector through ICTs – OECD final report. OECD, Paris, 2010
108. AIKEN L, CHEUNG R. Nurse workforce challenges in the United States: Implications for policy. OECD Health Working Papers, no 35, Paris, 2008
109. ΝΟΜΟΣ 3528/2007. Κύρωση του κώδικα κατάστασης δημοσίων πολιτικών διοικητικών υπαλλήλων και υπαλλήλων ΝΠΔΔ. ΦΕΚ 26/Α/9.2.2007
110. Οδηγία 2005/36/ΕΚ για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων των νοσηλευτών
111. ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ. Αγωγή υγείας μέσω του σχολείου, της οικογένειας, της κοινότητας: Παρεμβάσεις σε δημοτικά σχολεία. ΕΝΕ, Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο στο: http://www.schoolhealth.gr/schoolhealth/wp-content/uploads/2015/03/Schoolhealth_ENE_2015_Mar_2015.pdf
112. ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ. Αγωγή υγείας σε σχολεία...

- και οι πρώτες βοήθειες γίνονται παιχνίδι. ΕΝΕ, Αθήνα, 2016. Διαθέσιμο στο: <http://www.schoolhealth.gr/>
113. SAPOUNTZI-KREPIA D, PSYCHOGIOU M, SAKELLARI E, KOSTANDINIDOU A, DIMITRIADOU A. How Greek nurses and nursing students define nursing: A qualitative content analysis. *Health Sci J* 2007;1–10
 114. DRURY M, GREENFIELD S, STILWELL B, HULL FM. A nurse practitioner in general practice: Patient perceptions and expectations. *J R Coll Gen Pract* 1988, 38:503–505
 115. ROSS JD, KETTLES AM. Mental health nurse independent prescribing: What are nurse prescribers' views of the barriers to implementation? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012, 19:916–932
 116. REDSELL S, STOKES T, JACKSON C, HASTINGS A, BAKER R. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. *J Adv Nurs* 2007, 57:172–180
 117. ELLIOTT N, BEGLEY C, KLEINPELL R, HIGGINS A. The development of leadership outcome-indicators evaluating the contribution of clinical specialists and advanced practitioners to health care: A secondary analysis. *J Adv Nurs* 2014, 70:1078–1093
 118. CHABOT G, GODIN G, GAGNON MP. Determinants of the intention of elementary school nurses to adopt a redefined role in health promotion at school. *Implement Sci* 2010, 5:93
 119. PEARCE C, PHILLIPS C, HALL S, SIBBALD B, PORRITT J, YATES R ET AL. Following the funding trail: Financing, nurses and teamwork in Australian general practice. *BMC Health Serv Res* 2011, 11:38
 120. DRACUP K, BRYAN-BROWN CW. Doctor of nursing practice – MRI or total body scan? *Am J Crit Care* 2005, 14:278–281
 121. MARTIN R, CONSIDINE J. Knowledge and attitudes of ED staff before and after implementation of the emergency nurse practitioner role. *Austr Emerg Nurs J* 2005, 8:73–78
 122. TILLET J. Practicing to the full extent of our ability. The role of nurses in healthcare reform. *J Perinat Neonatal Nurs* 2011, 25:94–98
- Corresponding author:*
- K. Katsaliaki, International Hellenic University, 14th km Thessaloniki-Nea Moudania, GR-570 01 Thermi, Thessaloniki, Greece
e-mail: k.katsaliaki@ihu.edu.gr