

2014

Έργο "TAKE CARE"



ΠΕ2 – ΜΙΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Τελική Έκθεση



Lifelong  
Learning  
Programme

*Αυτό το πρόγραμμα έχει χρηματοδοτηθεί με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Η παρούσα δημοσίευση αντικατοπτρίζει τις απόψεις μόνο του συγγραφέα/των συγγραφέων της και η Επιτροπή δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για οποιαδήποτε χρήση μπορεί να γίνει των πληροφοριών που περιέχονται σ' αυτήν.*



## Πίνακας Περιεχομένων

1. Εισαγωγή.....	3
2. Μεθοδολογία.....	6
3. Κοινωνικές Δεξιότητες των νοσηλευτών - Βέλτιστες πρακτικές και πλεονεκτήματα με αποδεδειγμένη αξία που απορρέουν από τη διαχείριση οργανισμών υγείας, - διαχείριση προσανατολισμένη σε ασφαλείς, βιώσιμους και σχετικούς με το ανθρώπινο δυναμικό τρόπους: τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών.....	9
4. Νομοθεσία σχετική με την υγεία και την ασφάλεια .....	27
5. Ανάλυση συστημικών παραγόντων .....	36
5.1. Τύποι φροντιστών και τα τυπικά τους προσόντα.....	36
5.2. Στατιστικές προβλέψεις .....	57
5.3. Συμπεράσματα .....	68
6. Κοινωνικές Δεξιότητες - Αποτελέσματα μελετών που διενεργήθηκαν σε κάθε χώρα εταίρο- Σύγκριση των αποτελεσμάτων .....	71
7. Βιβλιογραφία .....	78
Παραρτήματα / Anex .....	84
Παράρτημα 1 Η σημασία συγκεκριμένων κοινωνικών δεξιοτήτων σύμφωνα με τους ερωτηθέντες (φροντιστές/νοσηλευτές).....	84
Παράρτημα 2 Η σημασία συγκεκριμένων κοινωνικών δεξιοτήτων σύμφωνα με τους ερωτηθέντες ( διαχειριστές/διοικητές) .....	99
Παράρτημα 3 Πιθανά κίνητρα που θα μπορούσαν να παρακινήσουν τα οργανισμούς/ιδρύματα υγείας να επενδύσουν στην κατάρτιση κοινωνικών δεξιοτήτων – Διεθνής σύγκριση.....	115
Παράρτημα 4 Κυρίαρχα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι διαχειριστές/διοικητές των ιδρυμάτων/οργανισμών υγείας π.χ. στην εκτέλεση των καθημερινών τους εργασιών στον τομέα της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και της ασφαλούς και βιώσιμης υλοποίησης των επιλεγόμενων πρακτικών– διεθνής σύγκριση.....	117

## 1. Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες, η Ευρωπαϊκή έρευνα για την ένταξη και συμμετοχή έχει σημειώσει αξιοσημείωτα βήματα προόδου. Ένα κρίσιμο ρόλο σ' αυτό το θέμα έχει παίξει ο ολοένα και αυξανόμενος αριθμός εθνικών και διεθνών μελετών που έχουν στόχο την κατανόηση του πώς οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις αλλάζουν κατά τη διάρκεια της ζωής, σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα συμπεριλαμβάνοντας μελέτες ακολουθίας ή/και με διαμήκη (longitudinal) προοπτική (π.χ. SHARE).

Πάνω από το 4% των κατοίκων των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ηλικίας 80+. Το 2014 το αντίστοιχο ποσοστό θα ανέλθει σε 5,2%. Είναι αλήθεια ότι ένας άρρωστος ή ηλικιωμένος ασθενής επιθυμεί την πραγματοποίηση μόνο μιας ευχής του: Θέλει ένα ζεστό και καλοσυνάτο περιβάλλον εντός του νοσοκομείου, στο οποίο φροντιστές και γιατροί θα περνούν αρκετό χρόνο ασχολούμενοι με τις ανάγκες και τα προβλήματα του. Ας αναφερθεί εδώ ότι η αντίληψη της πραγματικότητας και η ίδια η πραγματικότητα δεν είναι ταυτόσημες. Στην πραγματικότητα, η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών αυξήθηκε ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από το RN4Cast το 2004 σχετικά με τη Διεθνή Φροντίδα, η αναλογία ασθενών- φροντιστών είναι 10:1<sup>1</sup>.

Εντός των ιδρυμάτων/οργανισμών υγείας, είναι πιο πιθανό να δημιουργηθούν προβλήματα όταν το επίπεδο φροντίδας είναι χαμηλό, το προσωπικό έχει ελλιπή εκπαίδευση ή είναι καταπονημένο, οι σχέσεις μεταξύ προσωπικού και ασθενών είναι δύσκολες, οι υποδομές είναι ανεπαρκείς. Για να αντιμετωπιστούν λοιπόν όλες αυτές τις δυσκολίες η διαχείριση πρέπει να βελτιωθεί Σ' αυτή τα συμφραζόμενα οι κοινωνικές δεξιότητες του προσωπικού και ιδιαίτερα των φροντιστών αποκτούν μέγιστη σημασία.

Οι κοινωνικές δεξιότητες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως πολύτιμες δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Το Ινστιτούτο Ιατρικής τονίζει ότι οι νοσηλευτές οφείλουν να λειτουργούν ως κρίσιμα μέλη των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης και πρέπει να είναι σε θέση να διανέμουν ρόλους, προκειμένου να εργαστούν στο υψηλότερο δυνατό πρακτικό επίπεδο. Θέλουν και χρειάζονται κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους εμπειρία στον τομέα της επαγγελματικής επικοινωνίας και των ικανοτήτων ηγεσίας, προκειμένου να κατανοούν καλύτερα τους ρόλους και τις ευθύνες που θα έχουν μόλις λάβουν την άδεια εξάσκησης επαγγέλματος και

---

<sup>1</sup> <http://www.minoritynurse.com/article/soft-skills-nursing>. Date of access: Jan 2, 2014.

συμμετέχουν στην αγορά εργασίας.<sup>2</sup> <sup>3</sup>Το IOM υποστηρίζει την κατάρτιση σε επίπεδο κοινωνικών δεξιοτήτων και προβλέπει ότι οι νοσηλευτές θα αποτελέσουν κομμάτι των διεπιστημονικών ομάδων που θα επιφέρουν αλλαγές στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι εργοδότες επιθυμούν να προσλάβουν φροντιστές που να αποδεικνύουν όχι μόνο τις ικανότητες τους, αλλά και να διαθέτουν προσωπικά χαρακτηριστικά και ικανότητες που υποστηρίζουν την παροχή ασφαλούς, βιώσιμης και ποιοτικής φροντίδας. Οι φροντιστές οι οποίοι μπορούν να παρέχουν αποδεικτικά στοιχεία κατοχής κοινωνικών δεξιοτήτων διαθέτουν το μεγαλύτερο πλεονέκτημα σε σχέση με εκείνους, οι οποίοι δεν μπορούν να παρέχουν τέτοια αποδεικτικά στοιχεία όσον αφορά την απασχολησιμότητά τους.<sup>45</sup>

Ενώ η σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας των φροντιστών είναι πια κοινώς αποδεκτή, η ανησυχία για τις δεξιότητες επικοινωνίας τους στην πράξη εξακολουθεί να υπάρχει<sup>6</sup>. Ανεπάρκεια στην επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ φροντιστών και πελατών/ασθενών, πιθανά λάθη στις οδηγίες φροντίδας προς τους τελευταίους, και αναποτελεσματική και μη αποδοτική αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της ομάδας ιατρικής φροντίδας. Επιπλέον, οι ικανότητες ηγεσίας και διαχείρισης που βοηθούν τους φροντιστές να λαμβάνουν αποφάσεις που σχετίζονται με τον καθορισμό προτεραιοτήτων, την ανάθεση εργασιών, και την ασφάλεια των ασθενών είναι απαραίτητες για μια επιτυχημένη καριέρα στην νοσηλευτική. Οι ηγετικές ικανότητες είναι επίσης σημαντικές στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι φροντιστές/νοσηλευτές σε ηγετικούς ρόλους παίζουν «κεντρικό ρόλο στην συγκράτηση, παρακίνηση και ανάπτυξη των υπολοίπων φροντιστών (διαχειριστών ανθρώπινου δυναμικού και προσωπικού)»<sup>7</sup>

Η έρευνα καταδεικνύει με συνέπεια ότι οι φροντιστές με τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας τείνουν να επιδεικνύουν μεγαλύτερο επαγγελματισμό.<sup>8</sup> <sup>9</sup>Έτσι η εκπαίδευση των φροντιστών στον τομέα των κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί να είναι εξαιρετικά επωφελής.

---

<sup>2</sup> *The Future of Nursing: Leading Change*, Advancing Health, IOM October 5, 2010.

<sup>3</sup> *Έρευνα για τις κοινωνικές δεξιότητες: Aligning Nurse's Touch with Best Practices*, Assessment Technologies Institute Inc. 2012.

<sup>4</sup> Bowles N., Mackintosh C., Torn A., *Nurse's communication skills: An evaluation of the impact of solution-focused communication training*, Journal of Advanced Nursing, 36(3) 2001.

<sup>5</sup> Corning S.P., *Profiling and developing nursing leaders*, Journal of Nursing Administration, 32(7/8) 2002.

<sup>6</sup> Klachovich M., *Interpersonal communication. An essential skills for nursing students* (2009). Retrieved: <http://www.phoenix.edu/profiles/faculty/marilyn-klakovich/articles/interpersonal-communication-an-essential-skill-for-nursing-students.html>.

<sup>7</sup> Corning S.P., *Profiling and developing nursing leaders*, Journal of Nursing Administration, 32(7/8) 2002.

<sup>8</sup> Wynd C.A., *Current factors contributing to professionalism in nursing*, Journal of Professional Nursing, 19(5) 2003

<sup>9</sup> *Soft skills research: Aligning Nurse's Touch with Best Practices*, Assessment Technologies Institute Inc. 2012

Τα αποτελεσματικά προγράμματα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων διαθέτουν ιδανικά τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Βασίζονται στην καλλιέργεια δεξιοτήτων ακολουθώντας ένα εκτενές θεωρητικό πλαίσιο και συνδέονται με μετρήσιμα αποτελέσματα
2. Προσφέρουν ταυτόχρονα εκπαίδευση και πρακτική των καθορισμένων δεξιοτήτων
3. Εμπεριέχουν ένα σύστημα αξιολόγησης πολλαπλών μεθόδων που υποστηρίζει και αξιολογεί την επίτευξη των επιδιωκόμενων δεξιοτήτων

## 2. Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα αναλύει την τρέχουσα κατάσταση σε σχέση με την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια, εκπαίδευση και προσόντα, νομικό πλαίσιο και οργανωτικές συνθήκες, καθώς και τις κοινωνικές δεξιότητες των φροντιστών/νοσηλευτών σε επτά χώρες : Ιταλία, Γαλλία, Αυστρία, Γερμανία, Ισπανία, Ελλάδα και Πολωνία.

Σκοπός αυτής της δραστηριότητας είναι αναδείξει με ποιες κοινωνικές δεξιότητες θα πρέπει να είναι εξοπλισμένοι οι φροντιστές και να παρέχει ένα εγχειρίδιο που να απεικονίζει τις βασικές ικανότητες που απαιτούνται από τα Ιδρύματα/Οργανισμούς Υγείας.

Αυτό το τμήμα του έργου προχώρησε σε δυο στάδια:

1. Έρευνα γραφείου – ανάλυση της τρέχουσας κατάστασης με βάση δευτερογενή δεδομένα
2. Έρευνα ερωτηματολογίου – ανάλυση των αναγκών των ιατρικών ιδρυμάτων/οργανισμών στον τομέα των νέων λύσεων που αφορούν τις κοινωνικές δεξιότητες

Τα αποτελέσματα της έρευνας γραφείου παρείχαν στοιχεία σχετικά με:

- Τις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές και τα κύρια πλεονεκτήματα με αποδεδειγμένη αξία που απορρέουν από τη διαχείριση οργανισμών υγείας προσανατολισμένης σε ασφαλείς, βιώσιμους και σχετικούς με το ανθρώπινο δυναμικό τρόπους,
- Τη νομοθεσία περί υγείας και ασφάλειας σε διάφορα εθνικά πλαίσια

Η έρευνα ερωτηματολογίου διεξήχθη στις χώρες εταίρους και συντέλεσε στον εντοπισμό των:

- Κύριων καθηκόντων / ικανοτήτων που απαιτούνται από τους διαχειριστές των ιδρυμάτων υγείας, π.χ. προκειμένου να εκτελούν καθημερινές εργασίες στον τομέα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και της ασφαλούς, και βιώσιμης υλοποίησης των επιλεγόμενων πρακτικών,
- Βασικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι διαχειριστές ιδρυμάτων/οργανισμών υγείας, π.χ. προκειμένου να εκτελούν καθημερινές εργασίες στον τομέα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και της ασφαλούς, και βιώσιμης υλοποίησης των επιλεγόμενων πρακτικών,
- Των ιδιαίτερων εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί-υγείας π.χ. σχετικά με την υιοθέτηση μιας ευέλικτης στρατηγικής για την αναβάθμιση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων στον Ευρωπαϊκό Τομέα Υγείας
- Των πιθανών κινήτρων που θα μπορούσαν να παρακινήσουν τους οργανισμούς υγείας, π.χ. να επενδύσουν στην κατάρτιση

### Η έρευνα περιλαμβάνει:

- Μεθοδολογία για την διεξαγωγή έρευνας
- Ερευνητικά εργαλεία: ερωτηματολόγια (στην γλώσσα κάθε χώρας-εταίρου)
- Ανάλυση απαντήσεων από τους εταίρους του έργου
- Τελική Έκθεση

### Εργασίες στην έρευνα γραφείου:

1. Βέλτιστες διεθνείς πρακτικές και πλεονεκτήματα με αποδεδειγμένη αξία που απορρέουν από τη διαχείριση οργανισμών υγείας, διαχείριση προσανατολισμένη σε ασφαλείς, βιώσιμους και σχετικούς με το ανθρώπινο δυναμικό τρόπους,
2. Κοινωνικές δεξιότητες των φροντιστών- τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών στις χώρες εταίρους
3. Νομοθεσία στην υγεία και την ασφάλεια σε διάφορα εθνικά πλαίσια (των χωρών-εταίρων)
4. Ανάλυση συστημικών παραγόντων
  - Ποιος ενεργεί ως φροντιστής υγείας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης; Σε ποια ιδρύματα/οργανισμούς απασχολούνται;
  - Ποια τυπικά προσόντα απαιτούνται από τους φροντιστές;
  - Ανάλυση του αριθμού των εγγεγραμμένων και απασχολούμενων φροντιστών τα έτη 2010-2012 και προβλέψεις για τον αριθμό των εγγεγραμμένων και απασχολούμενων για τα επόμενα έτη
  - Κατάρτιση φροντιστών, ικανότητες, προσόντα
  - Ηλικιακή διάρθρωση των φροντιστών
5. Νομικές προϋποθέσεις

Η έρευνα ήταν μια έρευνα ελέγχου με στόχο να εξετάσει:

- Κύρια καθήκοντα / ικανότητες που απαιτούνται από τους διαχειριστές/διοικητές των ιδρυμάτων/οργανισμών υγείας, π.χ. προκειμένου να εκτελούν καθημερινές εργασίες στον τομέα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και της ασφαλούς, και βιώσιμης υλοποίησης των επιλεγόμενων πρακτικών,
- Κύρια καθήκοντα / ικανότητες / κοινωνικές δεξιότητες που απαιτούνται από τους φροντιστές σύμφωνα με τη γνώμη των διαχειριστών/διοικητών οργανισμών υγείας

- Βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι διαχειριστές/διοικητές των ιδρυμάτων υγείας, π.χ. προκειμένου να εκτελούν καθημερινές εργασίες στον τομέα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και της ασφαλούς, και βιώσιμης υλοποίησης των επιλεγόμενων πρακτικών,
- Ιδιαίτερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί-υγείας π.χ. σχετικά με την υιοθέτηση μιας ευέλικτης στρατηγικής για την αναβάθμιση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων στον Ευρωπαϊκό Τομέα Υγείας
- Πιθανά κίνητρα που θα μπορούσαν να παρακινήσουν τα ιδρύματα/τους οργανισμούς υγείας, π.χ. να επενδύσουν στην κατάρτιση

Η παρούσα έρευνα είναι μια έρευνα αντιπροσωπευτικού δείγματος. Αυτό σημαίνει ότι λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τα προαναφερθέντα θέματα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο. Η έρευνα πραγματοποιείται ταυτόχρονα στις επτά χώρες εταίρους του έργου Take Care: Γαλλία, Ιταλία, Πολωνία, Ισπανία, Γερμανία, Ελλάδα και Αυστρία, με τουλάχιστον 20 ερωτηθέντες από την πλευρά των διαχειριστών/διοικητών οργανισμών υγείας και τουλάχιστον 20 φροντιστές από κάθε χώρα.



### **3. Κοινωνικές Δεξιότητες των νοσηλευτών - Βέλτιστες πρακτικές και πλεονεκτήματα με αποδεδειγμένη αξία που απορρέουν από τη διαχείριση οργανισμών υγείας, - διαχείριση προσανατολισμένη σε ασφαλείς, βιώσιμους και σχετικούς με το ανθρώπινο δυναμικό τρόπους: τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών**

Η διακήρυξη της Μπολόνια έγινε αποδεκτή από την πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών χωρών και εισηγήθηκε τη μεταρρύθμιση του εκπαιδευτικού συστήματος στην Ευρώπη. Ο κύριος στόχος της μεταρρύθμισης στον τομέα της νοσηλευτικής ήταν η βελτίωση της ποιότητας της κατάρτισης των νοσηλευτών. Η Πολωνία συμμετείχε σε πολλά προγράμματα σχετικά με την κατάρτιση προσωπικού. Ένα από τα πιο σημαντικά ερευνητικά προγράμματα ήταν το «Tuning Educational Structure in Europe 2001-2003», το οποίο και μπορεί να εκληφθεί ως την απάντηση των Πολωνικών πανεπιστημίων στην διακήρυξη της Μπολόνια. Σκοπός του ήταν να συμβάλει στην ανάπτυξη ενός ομοιογενούς Ευρωπαϊκού Χώρου Ανώτατης Εκπαίδευσης μέσω της διανομής μιας ποικιλίας εργαλείων σε εκπαιδευτικά ιδρύματα και της παροχής ευκαιριών για την απόκτηση συγκρίσιμων επαγγελματικών προσόντων στον τομέα της νοσηλευτικής. Το Tuning project είχε ως αποτέλεσμα τον προσδιορισμό των επαγγελματικών ικανοτήτων των νοσηλευτών.<sup>10</sup>

Οι ικανότητες διακρίθηκαν σε πέντε μεγάλες ομάδες (τέσσερις από την σκοπιά των κοινωνικών δεξιοτήτων):

1. Ικανότητες που σχετίζονται με επαγγελματικές αξίες και τους ακόλουθους ρόλους
  - 1α. Δρώντας ως υπεύθυνος και ανεξάρτητος εργαζόμενος σύμφωνα με τις επαγγελματικές, ηθικές, οργανωτικές και νομικές απαιτήσεις, και αντιμετωπίζοντας προβλήματα και ηθικά-δεοντολογικά διλήμματα στην καθημερινή πρακτική.
  - 1β. Παροχή φροντίδας με ολιστικό, ανεκτικό και προστατευτικό τρόπο με σεβασμό στην ηλικία, το φύλο, τις απόψεις, τον πολιτισμό, τη θρησκεία, την εθνικότητα, τον τρόπο ζωής, τις πεποιθήσεις και επιθυμίες του κάθε ατόμου.
  - 1γ. Ο εργαζόμενος να είναι σε θέση να εργαστεί σε διαφορετικές καταστάσεις, με σκοπό την προώθηση της υγείας, μιας αίσθησης ευημερίας, την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, και την ικανοποίηση ανθρώπων με διαφορετική κατάσταση υγείας, υγιείς ή σε τελικό στάδιο, σε κακή υγεία, σε δοκιμασία ασθένειας ή αναπηρίας.

---

<sup>10</sup> Experts from 14 countries participated in the Tuning Project: Frederik De Decker (Belgium), Niger-Margrethe Jensen (Denmark), Marja Kaunonen (Finland), Ingrid Kollak (Germany), Sandor Hollos (Hungary), Clare Walsh (Ireland), Grace A. Jaccarini (Malta), Marten M. Kaaijk (The Netherlands), Bjorg Dale (Norway), Irena Wrońska (Poland), Peter Galajda (Slovakia), Koncha German Bes (Spain), Irina Y. Bulakh (The Ukraine), Mary Gobbi (Great Britain).

1δ. Ο εργαζόμενος να έχει επίγνωση των διαφορετικών ρόλων, καθηκόντων και εργασιών του νοσηλευτή και την ικανότητά του να προσαρμόζει το ρόλο του ανάλογα με τις προσδοκίες του ασθενή και της κοινότητας.

1ε. Ο εργαζόμενος να είναι υπεύθυνος για την προσωπική του εξέλιξη και εκπαίδευση, προκειμένου να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης εργασίας του.

1στ. Ο εργαζόμενος να διαθέτει ικανότητες κατάλληλες για τις ανάγκες και απαιτήσεις του ασθενή, ή διαφόρων κοινοτήτων.

## 2. Γνωστικές ικανότητες

2 α. Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων

2β. Κριτική ανάλυση και ερμηνεία δεδομένων και πηγών πληροφόρησης

## 3. Διαπροσωπικές ικανότητες

3 α. Ικανότητα αποτελεσματικής επικοινωνίας

3β. Ικανότητα να επιτρέπει σε ασθενείς να εκφράζουν άγχη και ανησυχίες και να ανταποκρίνεται κατάλληλα

3γ. Ικανότητα να υιοθετεί την οπτική του ασθενούς και να σέβεται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια του

3δ. Ικανότητα εφαρμογής ενός ευρέως φάσματος μέσω ενδοεπικοινωνίας για τη στήριξη του ασθενή: α) παροχή συμβουλών, β) αναγνώριση και αντιμετώπιση δύσκολης συμπεριφοράς, γ) αναγνώριση ανησυχιών, άγχους και κατάρρευσης, δ) εξασφάλιση συναισθηματικής υποστήριξης, όταν είναι απαραίτητο.

## 4. Διοικητικές και οργανωτικές δεξιότητες που σχετίζονται με ομαδική δουλειά

4α. Συνειδητοποίηση ότι η ορθότητα των καθηκόντων επιτυγχάνεται ως αποτέλεσμα των επαγγελματικών δραστηριοτήτων όλων των μελών της ομάδας κοινωνικο-υγειονομικής περίθαλψης

4β. Ικανότητα να συνεργάζεται στα πλαίσια της ομάδας κοινωνικο-υγειονομικής περίθαλψης, να διαχειρίζεται και να συντονίζει την ομαδική δουλειά

4γ. Ικανότητα να αξιολογεί κινδύνους/απειλές και ικανότητα να στηρίζει ενεργά μια αίσθηση ευημερίας και ασφάλειας σε όλα τα άτομα στο χώρο εργασίας (συμπεριλαμβανομένου του εαυτού του).

4δ. Ικανότητα να εφαρμόζει κατάλληλες μεθόδους για την αξιολόγηση και αναζήτηση φροντίδας σύμφωνα με την ποιότητα των δεσμευτικών προτύπων ποιότητας.

Οι γενικές πρακτικές δεξιότητες διακρίθηκαν σε τρεις κατηγορίες:

1. Εργαλειακές δεξιότητες (γνωστικές, επαγγελματικές, μεθοδολογικές και γλωσσολογικές)
2. Διαπροσωπικές και δεξιότητες συστήματος (ικανότητα να κατανοείς και να αλλάζεις)
3. Ικανότητα να αναλύεις και να συνθέτεις, να μαθαίνεις και να επιλύεις προβλήματα

Παρόμοια με την WHO 2000 στρατηγική, το πρόγραμμα Tuning καθιέρωσε τον στόχο της εκπαίδευσης των φροντιστών μέσα από την ανάπτυξη δεξιοτήτων.

Οι απαιτήσεις / κατευθύνσεις για τις κοινωνικές δεξιότητες των φροντιστών διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Ακολουθεί μια παρουσίαση από τις πιο σημαντικές κατευθύνσεις των εταίρων του έργου.

Σύμφωνα με τη **γαλλική** εμπειρία «οι επαγγελματικές στάσεις και συμπεριφορές, από τη μία, και η φροντίδα από την άλλη, είναι σαν δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, η ποιότητα και η ανθρωπιστική φροντίδα».<sup>11</sup> Στη νοσηλευτική, οι ηθικές αξίες και η επικοινωνία είναι ανάμεσα στις πιο προφανείς και σημαντικές αναπαραστάσεις. Είναι επίσης ανάμεσα στις βασικές διαστάσεις που αξιολογούνται. Σε συνδυασμός με άλλες, χτίζουν την ίδια την ταυτότητα του νοσηλευτή ως επαγγελματία. Η συμπεριφορά είναι για την ανθρωπότητα ένας τρόπος να συμπεριφέρεται κανείς που χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο από παρατηρήσιμες αντιδράσεις ως απάντηση σε ένα εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα. Είναι ένας τρόπος δράσης που είναι το παρατηρήσιμο μέρος των δράσεων και των αντιδράσεων μας. Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα φαινόμενα: Από τη μια το κομμάτι που είναι περισσότερο μέσα μας ως αυτογνωσία, αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, και από την άλλη, μια πιο εξωτερική συμπεριφορά, όπως η οργάνωση εργασίας ή το πώς το άτομο θα παρουσιάσει τον εαυτό της/του.

Επαγγελματικές ικανότητες και κοινωνικές δεξιότητες:

- Αυτογνωσία /αυτοεκτίμηση /αυτοπεποίθηση
- Δυναμικότητα /ηγεσία
- Μεταγνωστική
- Επαγγελματισμός
- Προσωπική Δήλωση
- Σχέση (ασθενή, οικογένειας, συναδέλφων ή άλλων ενδιαφερομένων)
- Αίσθηση ηθικής
- Ευαισθησία προς τους άλλους
- Ανεξαρτησία συμπεράσματος και δράσης

---

<sup>11</sup> Margot Phaneuf, RN., Ph.D. Infiressources, August 2010

- Ικανότητα παρατήρησης και ανάλυσης καταστάσεων
- Ικανότητα σχεδιασμού και οργάνωσης
- Να είναι σε θέση να ελέγχουν τα δικά τους συναισθήματα
- Να διαθέτουν αυστηρή μεθοδολογία
- Να είναι σε θέση να ακούν διάφορους συνομιλητές
- Να είναι σε θέση να εργαστούν σε μια ομάδα
- Να είναι σε θέση να διασφαλίζουν την ποιότητα με εξωτερικές υπηρεσίες
- Να είναι προσεκτικοί με τον ασθενή και την οικογένειά του/της
- Να σέβονται τον ασθενή/ να αποδέχονται τις ηθικές του αξίες
- Να σέβονται τα υλικό και το περιβάλλον
- Αυτοσεβασμός
- Διακριτικότητα
- Να αποδέχονται τους προβλεπόμενους ενδυματολογικούς κώδικες
- Να είναι διορατικοί
- Να είναι σε θέση να προσαρμόζουν τον εαυτό του /της στις αλλαγές
- Να είναι συνεπείς
- Να είναι διαθέσιμοι
- Να είναι σε θέση να εντοπίζουν τη θέση τους στην ομάδα
- Να είναι σε θέση να μεταβιβάζουν τις ικανότητες τους
- Να είναι ικανοί να συμμεριστούν τη θέση του άλλου
- Να είναι σε θέση να επικοινωνούν.

Το κέντρο «Nurse and Midwife Postgraduate Education» λειτουργεί με ένα **εξολοκλήρου πολωνικό** πρόγραμμα «Interpersonal Announcing in Nursing» (No. 09/07) το οποίο ορίζει ότι ο/η φροντιστής θα πρέπει να είναι σε θέση να:

- Ακούει ενεργά
- Να παραφράζει τις δηλώσεις των ασθενών
- Να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα του ασθενή
- Να επιβεβαιώνει ότι κατανοεί τον ασθενή και συνεχίζει μια συζήτηση
- Να προσαρμόζει τις δηλώσεις κάποιου στον τρόπο που αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα του ασθενή
- Να αναγνωρίζει τα κυρίαρχα συστήματα αναπαράστασης της πραγματικότητας: του ίδιου και του ασθενή (οπτικά, ακουστικά, διαδραστικά)

- Να διευκολύνει την έκφραση δύσκολων συναισθημάτων από την πλευρά του ασθενή
- Να εκφράζει απόψεις δυναμικά
- Να δέχεται κατηγορηματικά την κριτική και τις απόψεις των άλλων
- Να εφαρμόζει δημιουργικούς τρόπους επίλυσης προβλημάτων
- Να αποφεύγει την εφαρμογή επικοινωνιακών εμποδίων (λεκτικών ή μη)
- Να εφαρμόζει το στυλ του εταίρου στην ενδοεπικοινωνία
- Να ελέγχει τα συναισθήματα του
- Να επιλύει συναισθηματικά προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του σε θεραπευτικές σχέσεις.

Μια από τις πιο σημαντικές προϋποθέσεις /πρακτική διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού προσανατολισμένης στον τρόπο εργασίας των φροντιστών, είναι η ικανοποίηση τους από την εργασία. Μια Πολωνική έρευνα για την ικανοποίηση από την εκτέλεση της εργασίας των νοσηλευτών, πραγματοποιήθηκε σε τυχαία επιλεγμένο δείγμα 600 νοσηλευτών, εγγεγραμμένων στα περιφερειακά κέντρα. Η έρευνα δείχνει ένα σχετικά μεγάλο επίπεδο ικανοποίησης σε πέντε από τις έντεκα πλευρές της εργασίας που διερευνήθηκαν, και ένα πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης σε δύο από αυτές («Δυνατότητα επαγγελματικής προαγωγής», «Μισθός»). 26% των νοσηλευτών έχει αναλογιστεί να φύγει για δουλειά στο εξωτερικό ως νοσηλεύτης στο γενικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σχεδόν 25% από αυτούς δεν θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή, συμπεριλαμβανομένου ενός 10% που δεν θα επέλεγε μια δουλειά νοσοκόμου ποτέ ξανά. Υπάρχει μια συσχέτιση στατιστικά σημαντική μεταξύ της γενικής ικανοποίησης από την εργασία και της ικανοποίησης από άλλες διαστάσεις της εργασίας. Μια ισχυρή συσχέτιση παρατηρήθηκε στην περίπτωση διερεύνησης των «Σκοπός των εργασιών που εκτελούνται» και «Συνεργασία με τους εργοδότες (πελάτες των επαγγελματικών μονάδων παροχής υπηρεσιών ιατρικής)». Υπάρχει επίσης μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μέσης ισχύος μεταξύ της απόφασης επιλογής της νοσηλευτικής ως επαγγέλματος στην περίπτωση που λαμβάνει κανείς απόφαση σχετικά με την καριέρα του για ακόμα μια φορά, και «Γενική ικανοποίηση από την εργασία». Οι Πολωνοί νοσηλευτές είναι ικανοποιημένοι με την εργασία τους, ωστόσο μόνο το 26% είναι πλήρως ικανοποιημένοι. Οι τομείς που χρειάζονται σίγουρα προσοχή και βελτίωση είναι: «Δυνατότητα επαγγελματικής προαγωγής» και «Μισθός». Βελτιώσεις στην συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών νοσηλευτών και ιατρών μπορούν να καταλήξουν στα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε έρευνα με ερωτηματολόγιο σε 100 νοσηλευτές που εργάζονται στην επαρχία Podkarpackie. Περισσότεροι από τους μισούς των ερωτηθέντων νοσηλευτών (56%) δήλωσαν ότι επέλεξαν την εργασία τους για να βοηθούν άλλους, ενώ το 15% έδωσε προτεραιότητα στο κύρος του επαγγέλματος. Σύμφωνα με το 80% των ερωτηθέντων, η έλλειψη σεβασμού για τους νοσηλευτές αντιπροσωπεύει τον πιο στρεσογόνο παράγοντα στο χώρο εργασίας. Αυτό ακολουθείται από παράπονα από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (71%), ασθενείς υπό την επήρεια αλκοόλ (44%), και τους γρήγορους ρυθμούς εργασίας (27%). 39% των νοσηλευτών έχουν διαγνώσει τους εαυτούς τους με επαγγελματική υπερκόπωση, ενώ το 39% πιστεύει ότι διατρέχει κίνδυνο επαγγελματικής υπερκόπωσης.

Το 2004, σε 102 νοσηλευτές που απασχολούνται σε νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, άσυλα και οίκους ευγηρίας, διανεμήθηκαν τρία ερωτηματολόγια: 1) το ερωτηματολόγιο «Νοσοκομειακό Άγχος και Κλίμακα Κατάθλιψης»- Τροποποιημένο, 2) το ερωτηματολόγιο «Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής», και 3) το ερωτηματολόγιο «Κλίμακα Ικανοποίησης Εργασίας». Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο ενός μαθήματος ψυχολογίας που διεξήγαγε ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα εκπαίδευσης.

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε αυξημένα επίπεδα άγχους στη νεότερη ομάδα νοσηλευτών, ενώ τα επίπεδα κατάθλιψης και επιθετικότητας κυμαίνονται από μέτρια προς χαμηλά στο σύνολο του δείγματος. Το επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία των νοσηλευτών ήταν υψηλότερο από αυτό της ικανοποίησης από τη ζωή τους γενικότερα και οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές σε κάθε μια από τις τρεις αρχαιότερες κατηγορίες. Η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης από τη ζωή ή την εργασία και άγχους, κατάθλιψης, επιθετικότητας και αρχαιότητας στην εργασία έδειξε: α) την επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης, ως αυτόνομα στοιχεία, στην ικανοποίηση από τη ζωή, ανεξάρτητα από την αρχαιότητα στην εργασία, β) την επίδραση της επιθετικότητας ως αλληλένδετη με την αρχαιότητα στην εργασία, στην ικανοποίηση από την εργασία.<sup>121314</sup>

Το άγχος είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση από τη ζωή, η ικανοποίηση από την εργασία είναι λιγότερο επιρρεπής στην επίδραση αρνητικών συναισθημάτων από την ικανοποίηση από τη ζωή. Λαμβάνοντας υπόψη την τάση που δείχνει τους νοσηλευτές να καταστέλλουν τα συναισθήματά τους, όπως και το αγχωτικό περιβάλλον

---

<sup>12</sup> Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Sadowska A., *The level of anxiety, depression and aggression in nurses and their life and job satisfaction*, Med Pr. 2004;55(6):461-8.

<sup>13</sup> Lewandowska A, Litwin B., *Burnout as an occupational risk for nurses*, Ann Acad Med Stetin. 2009;55(3):86-9.

<sup>14</sup> Sakowski P., *Job satisfaction of occupational medicine nurses in Poland*, Int J Occup Med Environ Health. 2012 Mar;25(1):51-8. doi: 10.2478/s13382-012-0006-x. Epub 2012 Jan 5.

εργασίας τους, προκύπτει η ανάγκη να λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη στην ευρεία έννοια της.



Για να καθιερώσει βιώσιμη προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο, η Ingrid Spicker, επικεφαλής της ομάδας για την προαγωγή υγείας στο χώρο εργασίας **στη Βιέννη**, προτείνει διάφορα μέτρα, όπως μια ρεαλιστική προσέγγιση ως προς την προαγωγή υγείας, τη χρήση εξωτερικής βοήθειας, την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων ως προς τη δική τους υγεία,<sup>15</sup> κ.ά. Η Eva Kürzl, επικεφαλής της εποπτείας φροντίδας **στην Lower Austria**, επισημαίνει ότι η προαγωγή υγείας στο εργασιακό περιβάλλον ξεκινά κατά την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης, μια προηγμένη κατάρτιση για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σημαντική, για να του παρέχει τα απαραίτητα εργαλεία προκειμένου να διαχειρίζεται τις υψηλές απαιτήσεις της δουλειάς του<sup>16</sup>. Στις νοσηλευτικές σχολές, οι κοινωνικές δεξιότητες διδάσκονται ως επί το πλείστον με θεωρητικό τρόπο. Μια προσέγγιση με πιο πρακτικό προσανατολισμό θα ήταν πιο κατάλληλη για την απόκτηση εμπειρίας στον ψυχοκοινωνικό τομέα. Συχνά οι νοσηλευτές δεν έχουν εκπαιδευτεί ούτε για καταστάσεις που απαιτούν π.χ. επικοινωνιακές δεξιότητες, αλλά ούτε τους έχει γίνει επικοινωνιακή κριτική σχετικά με τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Σε ένα εργασιακό περιβάλλον, παράγοντες, όπως οι περιορισμένοι προσωπικοί πόροι και δεξιότητες, καθώς και η έλλειψη βασικής δομής εξάσκησης κοινωνικών δεξιοτήτων σε ένα κλινικό περιβάλλον έχουν αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων.<sup>17</sup>

Η επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων κατά τη διάρκεια της πρακτικής εκπαίδευσης των νοσηλευτών θα πρέπει να ελέγχεται και να επιβεβαιώνεται από εκπαιδευτές ή επαγγελματίες νοσηλευτές, σύμφωνα με τα περιοδικά *Αυστριακή Φροντίδα Υγείας και Νοσηλευτική Πράξη*. Ο Βιεννέζικος Σύλλογος Νοσοκομείων δημοσίευσε μια μελέτη για τον σκοπό αυτό, η οποία περιλαμβάνει εκτιμήσεις των κλασικών εργασιακών δεξιοτήτων, καθώς επίσης και των κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως αυτό-ικανότητες (π.χ. αυτονομία, προσανατολισμός με στόχους, προβληματισμό σχετικά με τη διαδικασία περίθαλψης, κλπ.) και επικοινωνιακές δεξιότητες

---

<sup>15</sup> Spicker I., *Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der mobilen Pflege und Betreuung. Beiträge zur Fachtagung, „Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege“* vom 20. Mai 2008 in Wien, Vienna (Austria), May 2008, p. 28 - 30

<sup>16</sup> Jelenko M., *Unternehmerische, politische und gesellschaftliche Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Ergebnisse der Podiumsdiskussion. Beiträge zur Fachtagung, „Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege“* vom 20. Mai 2008 in Wien, Vienna (Austria), May 2008, p. 35

<sup>17</sup> Mayer M., *Personenzentrierte Pflege. Implementierungsschwierigkeiten psychosozialer Konzepte*, Vienna (Austria) 2010, page 35, 44, 60 and 116

(π.χ. δεξιότητες επικοινωνίας, ικανότητα να αναγνωρίζει προβλήματα, ικανότητα να προσδιορίζει τις προσδοκίες των ασθενών, κλπ.). Ωστόσο, ο κύριος στόχος των εν λόγω εκτιμήσεων είναι οι εργασιακές δεξιότητες (hard skills), το οποίο φαίνεται επίσης από το γεγονός ότι αυτό το έγγραφο αποτελείται από 49 σελίδες αξιολογήσεων, από τις οποίες μόλις 9 είναι αφιερωμένες στις κοινωνικές δεξιότητες, ενώ οι υπόλοιπες 40 είναι αφιερωμένες στις εργασιακές δεξιότητες.<sup>18</sup>

Μια πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύτηκε από το Αυστριακό Επιμελητήριο Εργασίας δείχνει ότι το νοσηλευτικό και κατ' οίκον προσωπικό είναι ομάδα υψηλού κινδύνου, όσον αφορά τις υπερβολικές ώρες εργασίας και την εργασιακή εξάντληση. Περισσότερα από τα μισά άτομα (54,45%) που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα, έκριναν ότι οι συνθήκες εργασίας έχουν επιδεινωθεί τα τελευταία έξι χρόνια. 51,88% των ατόμων αναμένουν περαιτέρω επιδείνωση. Η μελέτη δείχνει επίσης ότι 38,9% των φροντιστών παρουσιάζουν αρχικά ή προχωρημένα συμπτώματα εξάντλησης, όπως συναισθηματική εξουθένωση ή αυξημένη αποπροσωποποίηση<sup>19</sup>. Υπάρχουν διάφορα ιδρύματα στην Αυστρία, όπως το Αυστριακό Δίκτυο Προαγωγής Υγείας Νοσοκομείων και Ιδρυμάτων Υγειονομικής Περίθαλψης (ONGKG), το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, το Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), η Συμμαχία για την Προαγωγή Υγείας Ιδρυμάτων Υγειονομικής Περίθαλψης στην Βιέννη και το Ινστιτούτο Ludwig Boltzmann για την Έρευνα της Προαγωγής Υγείας που προσπαθούν να βελτιώσουν την προαγωγή υγείας στο εργασιακό χώρο.

Στα αυστριακά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης υπάρχουν διαφορετικά προγράμματα που αφορούν την προαγωγή υγείας στο εργασιακό χώρο, αλλά μόνο κάποιες επιστημονικές μελέτες σχετικές με το θέμα αυτό έχουν δημοσιευτεί.<sup>20</sup> Σ' ένα πρόγραμμα που πραγματοποιείται σε ένα νοσοκομείο στη Βιέννη, μια επενέργεια στην προαγωγή υγείας σχετίστηκε με τις προπονήσεις κιναισθησίας για νοσηλευτές με σκοπό την αντιμετώπιση πόνων στη ράχη και στη σπονδυλική στήλη.<sup>21</sup>

Για τα επαγγέλματα φροντίδας και περίθαλψης, η Αυστριακή Κοινωνική Ασφάλεια για τους Επαγγελματικούς Κινδύνους (AUVA) παρέχει πληροφορίες και κατάρτιση που στοχεύουν κυρίως στη σωματική υγεία και την εργασιακή ασφάλεια. Με ένα ενημερωτικό φυλλάδιο

---

<sup>18</sup> LKH Feldkirch, Kompetenznachweis – Nachweis über die praktische Ausbildung. Feldkirch (Austria) Nov. 2010

<sup>19</sup> Dressler S., et al., *Ergebnisse der Studie*, „Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen“. Vienna (Austria) 2014

<sup>20</sup> Ullrich J., *Älter werden im Pflegeberuf – Gesundheitsförderung als eine Strategie, um als Pflegeperson im Krankenhaus langfristig gesund im Beruf arbeiten zu können*, Vienna (Austria) 2011, p. 84 - 85

<sup>21</sup> Burns E., *Effizienz- und Gesundheitsentwicklung in der Pflege mit Kinästhetik*, Projekt am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel der Stadt Wien, Pressbaum (Austria) 2007



σχετικά με την εργονομία των θέσεων εργασίας στον τομέα της νοσηλευτικής προσπαθούν να αυξήσουν την ενημέρωση στο υγειονομικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη στάση και κίνησή του, για τα προβλήματα που εμφανίζονται συχνά στην εργασία του, τις συνέπειες μιας κακής σωματικής στάσης και τους περιορισμούς της φυσικής προσαρμοστικότητας. Προσφέρουν επίσης συμβουλές για το πώς να αποφορτίσει κανείς το σώμα του και να κάνει αντισταθμιστικές ασκήσεις για τη σωματική καταπόνηση, προκειμένου να ενισχυθεί η επαγγελματική υγεία στο υγειονομικό προσωπικό.<sup>22</sup>

Η διδακτορική διατριβή της Ingrid Spicker σχετικά με την επαγγελματοποίηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας στην Αυστρία και την προαγωγή τους σε ακαδημαϊκό επίπεδο επισημαίνει ότι το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό επικρίνει την αυταρχική ηγεσία, την απροθυμία να παρέχουν πληροφορίες και την έλλειψη κοινωνικών ικανοτήτων (π.χ. χειρισμός κριτικής, επικοινωνιακές ικανότητες και ικανότητα σκέψης) κυρίως στους επικεφαλείς νοσηλευτές. Αναφέρεται επίσης ότι η επαγγελματοποίηση των φροντιστών, η οποία είναι επιθυμητή στην Αυστρία, δεν μπορεί να επιτευχθεί αποκλειστικά μέσω μιας πιο λεπτομερούς εκπαίδευσης με επίκεντρο την ιατρική, αλλά μέσω της διδασκαλίας ψυχοκοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Η έλλειψη αυτών των δεξιοτήτων οδηγεί επίσης στην αντίληψη ότι ο φροντιστής φέρεται αντιεπαγγελματικά.<sup>23</sup> Το πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής στην Αυστρία περιέχει ως επί το πλείστον μαθήματα ιατρικής φύσης, αλλά υπάρχουν επίσης μαθήματα, όπως επαγγελματική ηθική, κοινωνιολογία, ψυχολογία, εκπαιδευτική θεωρία και κοινωνική υγιεινή και επικοινωνία, μαθήματα που αφορούν την επίλυση συγκρούσεων, την κατάρτιση σε ζητήματα εποπτείας και δημιουργικότητας, που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων.<sup>24</sup>

Το πρόγραμμα σπουδών για τους επαγγελματίες νοσηλευτές που παρεχόταν από το GÖG το 2003, προσδιορίζει το περιεχόμενο για τα διάφορα μαθήματα που διδάσκονται στις σχολές νοσηλευτικής. Το μάθημα «Επαγγελματική Ηθική» περιέχει βασικές αρχές ηθικής, όπως και στοιχεία επαγγελματικής δεοντολογίας, διαπολιτισμικές πτυχές της φροντίδας, διαχείριση φροντίδας, οργάνωση φροντίδας, διασφάλιση ποιότητας και νοσηλευτική παιδαγωγική. Συνολικά, οι 80 ώρες αυτού του μαθήματος περιλαμβάνονται στα τρία χρόνια της εκπαίδευσης

---

<sup>22</sup> Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Social Insurance for Occupational Risks, AUVA): Ergonomie in helfenden Berufen – Sicherheitsinformation der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. Vienna (Austria), Jun. 2006

<sup>23</sup> Spicker I., *Professionalisierung der Pflege. Die Sicht von Pflegenden in der Praxis – Eine qualitative Untersuchung zu Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegenden in Wien*, Vienna (Austria) 2001, p. 82 and 109-110

<sup>24</sup> §42 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 185/2013

των νοσηλευτών. Στο μάθημα «Κοινωνιολογία, Ψυχολογία, Εκπαιδευτική Θεωρία και Κοινωνική Υγιεινή» καλύπτεται η ανθρώπινη ανάπτυξη και οι ανθρώπινες σχέσεις σε όλη την διάρκεια ζωής κάποιου. Επίσης, η ανθρώπινη διαχείριση της υγείας, της ασθένειας και της αναπηρίας είναι μέρος αυτού του μαθήματος, το οποίο είναι προγραμματισμένο για 90 ώρες μαθημάτων κατά τη διάρκεια των τριών ετών φοίτησης στη σχολή νοσηλευτών. Στο μάθημα «Επικοινωνία, Επίλυση Συγκρούσεων, Εποπτεία και Κατάρτιση Δημιουργικότητας», διδάσκονται κλασικές κοινωνικές δεξιότητες, όπως επικοινωνιακές δεξιότητες, συνεργασία με φροντιστές και καθοδήγησή τους, θεωρία και διαχείριση συγκρούσεων, το πώς να εμπεδώνει κανείς επαγγελματικές σχέσεις, διεπιστημονική συνεργασία, συνοδεία ατόμων και ομάδων, πρακτική σκέψη, διαχείριση άγχους και βασικές αρχές εποπτείας. 120 ώρες από αυτό το μάθημα περιλαμβάνονται στην τριετή εκπαίδευση των νοσηλευτών.<sup>25</sup> Αυτά τα τρία μαθήματα εστιάζουν στις κοινωνικές δεξιότητες και αποτελούν ένα σύνολο 290 ωρών κατά την τριετή φοίτηση στις νοσηλευτικές σχολές. Το σύνολο αυτό συνιστά μόλις το 14,5% των 2000 ωρών της θεωρητικής κατάρτισης. Το υπόλοιπο 85,5% της εκπαίδευσης αφορά τις εργασιακές δεξιότητες.



Το *Geva-Institut* στη Γερμανία (2011) ανακοινώνει ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πλήττονται από τον ανταγωνισμό για εξειδικευμένο προσωπικό. Τα ποσοστά της ανανέωσης του προσωπικού είναι αξιοσημείωτα και εκπαιδευόμενοι και εκπαιδευμένοι επαγγελματίες είναι δύσκολο να προσληφθούν. Οι μη ελκυστικές συνθήκες εργασίας εντός των γερμανικών οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης καθιστούν δύσκολο για τη διαχείρισή τους να προσλαμβάνει και να διατηρεί εργαζόμενους για μακρά χρονικά διαστήματα. Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες των φροντιστών, για να χειρίζεται με επιτυχία τον ανταγωνισμό στην αγορά εργασίας.<sup>26</sup> Μια πρόσφατη έρευνα του Kienbaum (2009) προσθέτει ότι ένα στα πέντε νοσοκομεία αντιμετωπίζουν τις παραπάνω προκλήσεις στο πλαίσιο της Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού. Επομένως, η πρόσληψη και διατήρηση επαγγελματιών και στελεχών, καθώς επίσης και τα περαιτέρω προσόντα των εργαζομένων βρίσκονται στην κορυφή της ατζέντας των υπεύθυνων διευθυντών ανθρώπινου δυναμικού. Αυτή η δήλωση αναφέρεται στη μελέτη «Αξία που απορρέει από τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία» (2009) του

---

<sup>25</sup> Pogatscher P., *Standortbestimmung: Die Pflegeausbildung in Österreich. Welche Problemfelder sind im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflegeausbildung zu erkennen?*, Graz (Austria), Jul. 6, 2011, page 20 and 90-92

<sup>26</sup> *Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“*; Hintergrundinformationen. Page 12. Berlin (Germany). 2012.

συμβούλου διαχείρισης Kienbaum, στην οποία συμμετείχαν 66 νοσοκομεία.<sup>27</sup> Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Εργασίας και Τεχνολογίας (IAT) οι παράγοντες εργασία και προσόντα είναι κρίσιμοι για την ανταγωνιστικότητα στο μέλλον της βιομηχανίας υγειονομικής περίθαλψης. Αναφέρει επίσης ότι η δομημένη εκπαίδευση και τα προσόντα έχουν μεγάλη επίδραση στην επίλυση προβλημάτων.<sup>28</sup>

Στην ενότητα που ακολουθεί αναφέρονται διαφορετικές μέθοδοι εκπαίδευσης:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα που παρέχουν την εκπαιδευτική βάση κάθε γνωστικού αντικειμένου
- Διαδραστική προσομοίωση, η οποία προσφέρει ευκαιρίες για λήψη αποφάσεων (δηλαδή πρακτική) σε μια προσομοίωση κλινικής κατάστασης
- Περιπτώσεις μελέτης που παρέχουν ευκαιρίες εφαρμογής των γνώσεων σχετικά με τις κοινωνικές δεξιότητες σε κλινικές καταστάσεις.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να παρέχει κίνητρα στο πλαίσιο του ανταγωνισμού της αγοράς εργασίας, για να προσελκύσει εργαζόμενους, να προσλάβει επιτυχώς εργατικό δυναμικό, και να συγκρατήσει τους φροντιστές. Το καλύτερο παράδειγμα πρακτικής θα εξηγηθεί παρακάτω, όπου γίνεται αντιληπτή η προσέλκυση νέων ταλέντων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

#### *Παγκόσμια Έκθεση Εργασίας DASA*

Η μόνιμη έκθεση DASA στο Ντόρτμουντ προσφέρει 12 εκθεσιακές ενότητες για τους επισκέπτες. Η έκθεση έχει το σχήμα ενός θεματικού εσωτερικού, το οποίο μεταφέρει τον επισκέπτη σε ένα ταξίδι σε όλα τα είδη και διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας. «Η Παγκόσμια Έκθεση Εργασίας DASA στο Ντόρτμουντ παρουσιάζει το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον των κόσμων εργασίας σε έναν εκθεσιακό χώρο που εκτείνεται περίπου σε 13.000 τετραγωνικά μέτρα. Είναι η μόνιμη εκπαιδευτική εγκατάσταση του Ομοσπονδιακού Ινστιτούτου για την Επαγγελματική Ασφάλεια και Υγεία (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) και ενημερώνει το ευρύ κοινό για τον κόσμο της εργασίας, τη σημασία του για το άτομο και την κοινωνία, και τη σημασία της προσαρμογής της εργασίας στις ανθρώπινες απαιτήσεις»<sup>29</sup>. Ένα περιβάλλον της DASA ονομάζεται «Θεραπεία και Φροντίδα»

<sup>27</sup> Kienbaum Studie: Download unter [www.kienbaum.de](http://www.kienbaum.de).

<sup>28</sup> Ibidem 2012

<sup>29</sup> <http://www.dasa-dortmund.de/en/about-dasa/was-ist-die-dasa/>. Date of access: 1Jan 2014

και απευθύνεται στους επισκέπτες που ενδιαφέρονται για το επάγγελμα του φροντιστή. Για να κεντρίσει το ενδιαφέρον του επισκέπτη και για να στοχεύσει ιδιαίτερα σε παιδιά και νέους, η έκθεση προσφέρει διάφορα ειδικά θέλγητρα, όπως:

- Λειτουργώντας όπως οι επαγγελματίες: προσομοιωτής της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής επέμβασης
- Μύες σε ισοροπία: έλεγχος πλάτης
- Περιστροφή σε εξωτερικό χώρο: the space curl<sup>30</sup>

Η ιδέα της DASA είναι να παρέχει ατομική και αισθητηριακή εμπειρία στον επισκέπτη. Οι μαθητές πρέπει να αποκτήσουν γνώσεις και να θέτουν ερωτήσεις μέσα σε ένα πραγματικό και καθημερινό περιβάλλον. Η έκθεση είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα για το πιο νεανικό κοινό. Νέα ταλέντα μπορούν να ρίξουν μια ματιά στο έργο των φροντιστών και να εξετάσουν την εργασία τους κάτω από πραγματικές συνθήκες. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται περιέργεια, αποκτώνται πρώτες εμπειρίες, και κατακτάται γνώση.<sup>31</sup>

Στον επαγγελματικό τομέα της νοσηλευτικής στη γερμανική βιβλιογραφία υπάρχει συχνά ακολουθία προσόντων ή μια πιο απλή ταξινόμηση προσόντων. Εδώ οι επιστήμονες συχνά αναφέρονται στις ακόλουθες εκφράσεις:

- Επαγγελματική επάρκεια
- Προσωπική αρμοδιότητα
- Κοινωνικές δεξιότητες
- Μεθοδολογική τεχνογνωσία<sup>32</sup>

Στο πλαίσιο αυτής της ταξινόμησης οι κοινωνικές δεξιότητες αποτελούν το κύριο μέρος της νοσηλευτικής τεχνογνωσίας. Μια άλλη προσέγγιση που αναλύει την έννοια των δεξιοτήτων στη νοσηλευτική βρίσκεται στη μελέτη του Olbrich (1999). Εκεί αναφέρεται στον όρο και τον συσχετίζει με τέσσερις διαστάσεις της νοσηλευτικής. Κάθε διάσταση ταιριάζει με διαφορετικές δεξιότητες. Τέλος, ο Olbrich συνοψίζει τη συλλογή δεξιοτήτων που μπορούν να χαρακτηριστούν ως συστατικά της νοσηλευτικής επάρκειας:

- Ικανότητα εφαρμογής γνώσεων
- Κατανόηση και αντίληψη
- Προσωπικός αναστοχασμός

---

<sup>30</sup> <http://www.dasa-dortmund.de/en/dasa-permanent-exhibition/ausstellungseinheiten/heilen-und-pflegen/>. Date of access: 1Jan 2014.

<sup>31</sup> Ibidem

<sup>32</sup> [Sahmel, Karl-Heinz. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte. „Pflegerische Kompetenzen fördern“. Stuttgart \(Germany\) 2009.](#)

- Προσωπική δύναμη<sup>33</sup>

Δεδομένης της δημογραφικής αλλαγής πρέπει τώρα να συνοψιστούν οι δεξιότητες που πρέπει να διαθέτουν οι φροντιστές, για να αντιμετωπίσουν τις μελλοντικές προκλήσεις. Όπως προαναφέρθηκε. θα υπάρξει αυξανόμενη ζήτηση για νοσηλευτές στον τομέα της φροντίδας και νοσηλείας των ηλικιωμένων. Αυτή η επαγγελματική εστίαση πρέπει να συμπεριληφθεί στην φοίτηση. Η ικανότητα να διαχειριστούν τον τρόπο που οι ίδιοι συνεργάζονται και οργανώνουν το φόρτο εργασίας τους θα είναι εξίσου σημαντική με την ομαδική δουλειά και τις δεξιότητες συνεργασίας. Η κύρια έμφαση πρέπει να δοθεί τώρα στις προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες. Οι ακόλουθες σημαντικές δεξιότητες πρέπει να ληφθούν υπόψη:

#### *Προσωπικές δεξιότητες*

- Ανεξαρτησία
- Προθυμία ανάληψης ευθύνης
- Μεγαλύτερη ανοχή απέναντι στη ματαίωση 4

#### *Κοινωνικές δεξιότητες*

- Ισορροπία μεταξύ αυτοπραγμάτωσης και προσαρμογής στην κοινωνική πραγματικότητα
- Αλληλεπίδραση με ασθενείς και συναδέλφους
- Δεξιότητες επίλυσης συγκρούσεων

Τώρα που η έννοια των σχετικών κοινωνικών δεξιοτήτων συνοψίστηκε, πρέπει να γίνει και μια πρακτική εφαρμογή εντός του εκπαιδευτικού συστήματος φροντιστών. «Αναφερόμαστε τώρα στο θεωρητικό πλαίσιο, στη συνδυασμένη εκπαίδευση, στην εφαρμογή στην κλινική πρακτική και στους πολλαπλούς τρόπους αξιολόγησης. Ειδικοί και εκπαιδευμένοι φροντιστές πρέπει να υποστηρίξουν τους μαθητές, έτσι ώστε να αποκτήσουν τις γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές που απαιτούνται, για να παραμείνουν υγιείς και να διαχειριστούν το εργασιακό άγχος, να μεταβιβάσουν επαγγελματικές συμπεριφορές και στάσεις, και να λειτουργήσουν ως ηγέτες και υποστηρικτές του ασθενούς».<sup>34</sup>

≈

**Στην Ελλάδα,** σε γενικές γραμμές, η άτυπη φροντίδα είναι κοινή, ενώ η τυπική περίθαλψη ήταν σχεδόν ανύπαρκτη μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του ογδόντα. Επίσης απουσιάζει ένα

<sup>33</sup> Olbrich C., *Pflegekompetent*. Bern (Germany) 1999.

<sup>34</sup> <http://www.minoritynurse.com/article/soft-skills-nursing>. Date of access: Jan 1, 2014

επίσημο σύστημα πιστοποίησης των φροντιστών. Λίγα προγράμματα υπάρχουν που αφορούν άμεσα τους φροντιστές. Η πιο γνωστή προσπάθεια εναρμόνισης της αγοράς εργασίας των φροντιστών είναι ένα Ευρωπαϊκό πρόγραμμα που πραγματοποιείται στην Ελλάδα, την Κύπρο, τη Λιθουανία, την Ισπανία και την Ουγγαρία και ονομάζεται «*Επαγγελματικό Πιστοποιητικό Φροντίδας Ηλικιωμένων*» (ECVC). Το πρόγραμμα παρέχει ηλεκτρονική κατάρτιση-θεωρητική και πρακτική - για φροντιστές ηλικιωμένων. Εισηγάγε ως ξεχωριστό προσόν το «Επαγγελματικό Πιστοποιητικό Φροντίδας Ηλικιωμένων» στον τομέα της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (EEK) στη μετα-δευτεροβάθμια και προ-τριτοβάθμια εκπαίδευση (ISCED 4VOC). Το έργο ανέπτυξε ένα σύστημα για την αναγνώριση των ικανοτήτων που αποκτώνται σε μη τυπικό και τυπικό περιβάλλον επαγγελματικής κατάρτισης. Η πρωτοτυπία του προγράμματος προέρχεται από το γεγονός ότι υπάρχει η δυνατότητα ο φροντιστής να είναι άτυπος ή μετανάστης, που είναι ζωτικής σημασίας για την ελληνική αγορά εργασίας.

Μια άλλη αξιοσημείωτη πρωτοβουλία είναι το *Ευρωπαϊκό πρόγραμμα της Εταιρείας Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών* που ονομάζεται «Set care, self-study, e-learning tool for the social home-care sector». Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει στη βελτίωση των προσόντων των εργαζομένων στον τομέα της περίθαλψης στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία με την προσαρμογή μιας καινοτόμου ιταλικής μεθοδολογίας προσόντων εργασίας και αναγνώρισης δεξιοτήτων των επαγγελματιών που εμπλέκονται με τον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας. Λαμβάνει υπόψη τις ειδικές ανάγκες των συγκεκριμένων εργαζομένων, όπως τα γλωσσικά εμπόδια και την έλλειψη χρόνου, καθώς και ευκαιρίες και πόρους, για να έχουν πρόσβαση σε παραδοσιακά μαθήματα. Το εκπαιδευτικό εργαλείο που έχει αναπτυχθεί στην Ιταλία, παρέχει εκπαίδευση στην φροντίδα των ηλικιωμένων, κάνοντας χρήση του e-learning (ώστε να είναι διαθέσιμο ανά πάσα στιγμή και οικονομικά).

Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου φροντίδας περιλαμβάνει κοινωνικές δεξιότητες αντί για τεχνικές/επαγγελματικές δεξιότητες. Οι δεξιότητες νοσηλευτικής είναι πολύ σημαντικές αλλά οι κοινωνικές είναι συνήθως κρίσιμότερης σημασίας για τους ασθενείς. Καλές επικοινωνιακές δεξιότητες και διαπροσωπικές ικανότητες (να ακούν προσεκτικά και να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στις ανάγκες των ασθενών) είναι κρίσιμες για έναν επαγγελματία που περνάει πολλές ώρες την ημέρα με έναν ασθενή.

Παρ' όλα αυτά, μπορούμε να δούμε ότι η βασική εκπαίδευση των νοσοκόμων επικεντρώνεται στην παροχή τεχνικών γνώσεων (τεχνικές υγειονομικής περίθαλψης, φάρμακα κλπ.) αντί να κατευθύνεται προς τη διδασκαλία των κοινωνικών δεξιοτήτων (διαχείριση κρίσεων, ευαισθητοποίηση κλπ.). Δεξιότητες διαχείρισης ή επικοινωνίας αναπτύσσονται μόνο κατά τη διάρκεια περιόδων κατάρτισης ή κατά τη διάρκεια εξειδικευμένων μεταπτυχιακών σπουδών.

Ειδικά εν μέσω κρίσης, κάποιες κοινωνικές δεξιότητες των φροντιστών χρειάζονται βελτίωση. Η έκθεση του Eurofound για την Ελλάδα<sup>35</sup> δείχνει την απομόνωση των επαγγελματιών στον κοινωνικό τομέα και τον τομέα της υγείας και τις αυξανόμενες ανάγκες τους για ψυχολογική υποστήριξη. Ωστόσο, η έκθεση επικεντρώνεται στην ανάγκη για κατάρτιση στον τομέα της διαχείρισης άγχους και της ενίσχυσης επικοινωνίας με το βοηθούμενο πρόσωπο, και αποκαλύπτει ότι πριν από την αρχή της κρίσης, οι ΜΚΟ, τοπικοί δημόσιοι ή ιδιωτικοί οργανισμοί, ανέπτυσαν συχνά στρατηγικές ανακούφισης, για να παρέχουν υποστήριξη στους επίσημους ή άτυπους φροντιστές. Μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η άτυπη ομαδική κατάρτιση φροντιστών και η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς, προκειμένου να καλλιεργηθεί η σωματική ευαισθητοποίηση (με το να δίνεται δηλ προσοχή στις αντιδράσεις του σώματος των ασθενών όπως γρήγορη αναπνοή, εφίδρωση, ταχυκαρδία κλπ.) είναι πολύ σημαντικές.

Ένα λαμπρό παράδειγμα της κατάρτισης στον τομέα των κοινωνικών δεξιοτήτων των επίσημων ή μη φροντιστών είναι αυτό που παρέχεται από την *Ψυχογηριατρική Εταιρεία ο Νέστορ* στην Αθήνα. Η οργάνωση προσφέρει:

- *Ατομική συμβουλευτική* από εξειδικευμένους ψυχολόγους για φροντιστές (για τους φροντιστές των πρώτων ή των μεσαίων σταδίων άνοιας). Νοσηλευτές συχνά προσφέρουν πληροφορίες σχετικά με την άνοια και συμβουλές για την περίθαλψη σε φροντιστές (που ασχολούνται με σοβαρά στάδια άνοιας).
- *Ατομική ψυχοθεραπεία για φροντιστές* από εξειδικευμένους ψυχολόγους. Η υπηρεσία αυτή είναι πολύ σημαντική και προσδιορίζεται από την πολύ σημαντική επιβάρυνση που προκαλεί η φροντίδα ασθενών με άνοια.
- *Ομάδες ψυχο-εκπαίδευσης* για φροντιστές από εξειδικευμένους κοινωνικούς λειτουργούς με σκοπό να παρέχουν πληροφορίες και καθοδήγηση σχετικά με πολλά θέματα που αφορούν την προσωπική καθοδήγηση, εκπαίδευση των φροντιστών σχετικά με την ασθένεια και τη διαχείριση της, και την αντιμετώπιση κάθε ψυχολογικού βάρους.
- *Ομαδικό πρόγραμμα βελτίωσης της συναισθηματικής κατάστασης των φροντιστών* (φροντιστές ασθενών με άνοια, με σκοπό τον προσδιορισμό αρνητικών συναισθημάτων και των επιπτώσεών τους στην καθημερινή ζωή του ατόμου) μέσα από γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές.
- *Μαθήματα για την άνοια και την κατάθλιψη (θεωρητικά σεμινάρια)* από καταρτισμένους επιστήμονες (ιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας) στην αίθουσα του Κέντρου Alzheimer σε

---

<sup>35</sup> Zafiropoulou M., Kaitelidou D., Siskou O., Katsikas D., Oikonomoy Ch., *Impacts of crisis on access on healthcare services: Greek report*, Eurofound editions, September 2014.

μηνιαία βάση. Αυτά τα μαθήματα διεξάγονται σε συνεργασία με το Σύλλογο Φροντιστών Ασθενών με άνοια και συναφείς διαταραχές.



**Ο ιταλικός** τομέας υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί εκπαιδευμένους επαγγελματίες, που είναι σε θέση να συμμετέχουν σε διεπιστημονικές ομάδες και να αναλαμβάνουν την ευθύνη για τις δικές τους ενέργειες, έχοντας επίγνωση των συνεπειών που μπορεί να προκύψουν από τις αποφάσεις τους και του κατάλληλου τρόπου διαχείρισης ανησυχίας. Ως εκ τούτου, μια ασφαλή, βιώσιμη και προσανατολισμένη στο ανθρώπινο δυναμικό διαχείριση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης είναι περισσότερο από αναγκαία. Η πρόληψη γίνεται όλο και πιο σημαντική ως μια οικονομικά αποδοτική στρατηγική σε μια κατάσταση κλιμάκωσης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης<sup>36</sup>. Η εμπειρία στην Ιταλία έδειξε ότι αυτό το είδος της προσέγγισης επιφέρει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα:

- Αναγνώριση κινήτρων, ακόμα και ηθικών, για την δέσμευση στην πρόληψη και διαχείριση κλινικών κινδύνων κατά την καθημερινή επαγγελματική πρακτική
- Υλοποίηση των καλύτερων επαγγελματικών πρακτικών με:
  - Έγκαιρη αναγνώριση κινδύνων και σχετικών κλινικών παραγόντων
  - Έγκαιρη αναγνώριση και αναφορά ανεπιθύμητων ενεργειών Βελτιωμένη ανάλυση των αιτιών ενεργών ή μη λοιμώξεων
  - Έγκαιρες παρεμβάσεις για την πρόληψη κινδύνων και την καλύτερη διαχείριση ανεπιθύμητων συμβάντων και των συνεπειών του

Μια τέτοια προσέγγιση προϋποθέτει:

- Κατάλληλη τεκμηρίωση, χειρισμό και αποθήκευση βασικών πληροφοριών
- Σαφή προσδιορισμό των περιγραμμάτων των θέσεων εργασίας- πιο κοντά στους κινδύνους και τις ευθύνες τους
- Κατάρτιση ασθενών, μελών της οικογένειας τους, εθελοντών και εργαζομένων σχετικά με τον προσδιορισμό, την πρόληψη και την προστασία από κινδύνους, καθώς και τη διαχείριση επιπλοκών και των συνεπειών τους
- Επικοινωνία με τους ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους για οποιαδήποτε ανεπιθύμητα γεγονότα με τη χρήση αποτελεσματικών μεθόδων και εργαλείων

---

<sup>36</sup> *Investing in the Future of Jobs and Skills. Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs*, Sector Report Health and Social Services, May 2009.



- Προσδιορισμό των επιπτώσεων όσον αφορά τους κλινικούς κινδύνους που απορρέουν από τις τεχνολογίες υγείας
- Αναγνώριση των οργανωτικών και οικονομικών επιπτώσεων των κλινικών κινδύνων.<sup>37</sup>

Συνεχής κατάρτιση επιτρέπει στους φροντιστές να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης, άγχους και αγωνίας, βελτιώνοντας έτσι τα επαγγελματικά τους αποτελέσματα.

Οι πιο σημαντικές δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει ένα φροντιστής περιλαμβάνουν τις ικανότητες να: παρακολουθεί, ερμηνεύει, λαμβάνει αποφάσεις, αναλαμβάνει δράση, προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες, να αποκτάει πρόσβαση σε πόρους και να διαπραγματεύεται. Δεξιότητες, όπως η παρακολούθηση και ερμηνεία απαιτούν πολύπλοκο συλλογισμό.<sup>38</sup> Οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να αξιολογούν την κατάσταση υγείας και μετά να βοηθούν τις οικογένειες και τους ασθενείς να αναπτύξουν τις δεξιότητες που χρειάζονται. Επιπλέον, οι φροντιστές θα πρέπει να εκτελούν περίπλοκες ιατρικές εργασίες, να επιβλέπουν ασθενείς, να λαμβάνουν αποφάσεις, να επιλύουν προβλήματα, να παρέχουν συναισθηματική στήριξη και άνεση, και να συντονίζουν τις υπηρεσίες φροντίδας.

Διαφορετικά Ευρωπαϊκά προγράμματα, που συμπεριλαμβάνουν Ιταλούς συνεργάτες, βρίσκονται σε εξέλιξη με στόχο την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και ικανοτήτων στους φροντιστές:

- careNET: το έργο careNET στοχεύει στην ανάπτυξη ενός συνόλου ικανοτήτων στον τομέα της ΤΠΕ σε δύο ομάδες-στόχους θεωρούμενες «υπό κίνδυνο»: εργαζόμενοι στη φροντίδα και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Το έργο έχει σχεδιαστεί να λειτουργεί με ένα συνεργατικό τρόπο, για να αντιμετωπίζει προβλήματα που εντοπίστηκαν στον τομέα των φροντιστών που είναι συνήθως άτομα με χαμηλή εκπαίδευση και επαγγελματισμό, προωθώντας ταυτόχρονα την κοινωνική ένταξη και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.
- CARER+: το έργο αυτό θα δημιουργήσει ένα μοναδικό κατάλογο γνώσεων και δεξιοτήτων στον τομέα των ΤΠΕ για τους κατ' οίκον εργαζόμενους φροντιστές με σχετική διαδικασία πιστοποίησης των ψηφιακών δεξιοτήτων τους.

---

<sup>37</sup> Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari. Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità, Direzione generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di Assistenza e dei Principi Etici di sistema – Ufficio III.

<sup>38</sup> Given C.W., *What knowledge and skills do caregivers need?*, Michigan State University. P. R. Sherwood, University of Pittsburgh

- ELSA: το έργο αυτό προτίθεται να διερευνήσει τη χρήση του Web 2.0 για να προσεγγίσει δυο ομάδες-στόχους: την οικογένεια και τους επαγγελματίες φροντιστές αδύναμων και ηλικιωμένων ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων με νόσο Alzheimer και άνοια. Ο κύριος στόχος του έργου ELSA είναι να δημιουργήσει βίντεο, διαφάνειες, κείμενα τα οποία μπορούν να παρέχουν υποστήριξη και πληροφόρηση σε αυτούς (επαγγελματίες και συγγενείς) που φροντίζουν αδύναμους ηλικιωμένους.

≈

**Στην Ισπανία**, τα τελευταία δέκα χρόνια, εμφανίστηκαν πολλά δημοσιεύματα, τα οποία επικεντρώνονται σε ορισμένα προγράμματα και παρεμβάσεις για τη στήριξη μη-επαγγελματιών φροντιστών. Τα προγράμματα αυτά προκύπτουν από συγκεκριμένες επαγγελματικές ανησυχίες για την υγεία και ποιότητα ζωής των παρόχων φροντίδας. Οι περισσότερες παρεμβάσεις υποστήριξης των άτυπων φροντιστών που δημοσιεύτηκαν στην ισπανική επικράτεια έχουν επιτευχθεί σε φορείς και δημόσιους οργανισμούς, ενώ υπάρχει σπάνια εκπροσώπηση των ιδιωτικών φορέων. Οι μελέτες είναι διανεμημένες σε όλη την ισπανική επικράτεια, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός μελετών εντοπίζεται στις περιοχές της Βαρκελώνης και της Μαδρίτης, γεγονός που συμπίπτει με την ύπαρξη σημαντικής πληθυσμιακής πυκνότητας και ένα μεγάλο αριθμό εξαρτωμένων ατόμων. Οι νοσηλευτές είναι οι επαγγελματίες που προτείνουν τις περισσότερες μελέτες παρέμβασης ή υποστήριξης προς τους ανεπισημους φροντιστές. Αυτοί, λοιπόν, μαζί με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα έχουν ένα σημαντικό ρόλο, δεδομένου ότι η επίσημη φροντίδα κατευθύνεται σε δυο κατηγορίες: στα εξαρτώμενα άτομα και στους οικογενειακούς τους φροντιστές. Παρά τις πολυάριθμες πρωτοβουλίες και το ενδιαφέρον διαφόρων επαγγελματιών, υπάρχουν λίγα και δυσεύρετα στοιχεία. Γι αυτό μπορεί να ευθύνεται η μεγάλη πλειοψηφία των αναλυθέντων δημοσιεύσεων που ασχολούνται με την περιγραφή των περιεχομένων των προγραμμάτων, αλλά δεν παρέχουν επιστημονική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δεξιοτήτων, πέρα από τις μεθοδολογικές τους αδυναμίες.

#### **4. Νομοθεσία σχετική με την υγεία και την ασφάλεια**

Εκτός από τη γενική νομοθεσία που αφορά την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια, υπάρχουν συγκεκριμένοι νόμοι που είναι σχετικές ειδικότερα για το προσωπικό στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι διαφορετικοί αυτοί νόμοι προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το ομοσπονδιακό ή εθνικό επίπεδο.

#### **Νομοθετικές Πράξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης- Οδηγία ΕΕ 2010/32**

Η οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2010/32 ασχολείται με το χειρισμό των αιχμηρών αντικειμένων σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να αποφευχθούν οι τραυματισμοί από βελόνα. Η κατευθυντήρια γραμμή ενσωματώθηκε στην εθνική νομοθεσία την 3<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2013. Τα βασικά της σημεία είναι ότι πρέπει να παρέχονται στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ασφαλή εργαλεία και να εκπαιδεύονται επαρκώς στη χρήση τους. Επίσης όλοι οι τραυματισμοί από βελόνα πρέπει να αναφέρονται.<sup>39</sup>

#### Νομοθετικές πράξεις στις χώρες των εταίρων

**Στη Γαλλία**, από το 1950, η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας (ΔΟΕ) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) μοιράστηκαν ένα κοινό ορισμό της υγείας. Υιοθετήθηκε από την κοινή ΔΟΕ/ΠΟΥ Επιτροπή για την Επαγγελματική Υγεία κατά τη διάρκεια της πρώτης τους συνεδρίασης το 1950 και αναθεωρήθηκε στη δωδέκατη το 1995. Ο ορισμός έχει ως εξής:

- «Η επαγγελματική υγεία πρέπει να στοχεύει στην προώθηση και διατήρηση του υψηλότερου βαθμού της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων σε όλα τα επαγγέλματα· στην πρόληψη προβλημάτων υγείας που προκαλείται από τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων· στην προστασία των εργαζομένων κατά την εργασία τους από κινδύνους που οδηγούν σε δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία τους· στην τοποθέτηση και διατήρηση του εργαζομένου σε ένα εργασιακό περιβάλλον προσαρμοσμένο στις σωματικές και ψυχολογικές ικανότητες του, και τέλος, στην προσαρμογή της εργασίας στο άτομο και του κάθε ατόμου στην εργασία του».
- «Σε τρεις διαφορετικούς στόχους εστιάζει η επαγγελματική υγεία: (i) στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και ικανότητας εργασίας των εργαζομένων, (ii) στη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος προκειμένου να αποβεί πιο ευνοϊκό για την ασφάλεια και την υγεία, (iii) στην ανάπτυξη οργανώσεων εργασίας και εργασιακής κουλτούρας σε μια

---

<sup>39</sup> [www.nadelstichverletzung.at](http://www.nadelstichverletzung.at) (Section Gesetzgebung), date of access: Jan. 23, 2014

κατεύθυνση που υποστηρίζει την υγεία και ασφάλεια στο χώρο εργασίας και με τον τρόπο αυτό, επίσης, προωθεί το θετικό κλίμα και την ομαλή λειτουργία και μπορεί να ενισχύσει την παραγωγικότητα των επιχειρήσεων. Στο πλαίσιο αυτό η έννοια της κουλτούρας εργασίας σηματοδοτεί την αντανάκλαση των βασικών συστημάτων αξιών που υιοθετήθηκε από τη σχετική οργάνωση. Μια τέτοια κουλτούρα αντικατοπτρίζεται στην πράξη στο σύστημα διαχείρισης, στην πολιτική που αφορά το προσωπικό, στις αρχές συμμετοχής, στις πολιτικές κατάρτισης και διαχείρισης της ποιότητας της επιχείρησης.»

**Στη Γαλλία**, το Εθνικό Σχέδιο Επαγγελματικής Υγείας (PNS) έχει τεθεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Εργασίας (DIRRECTE). Τα Περιφερειακά Σχέδια Επαγγελματικής Υγείας (PRST) τίθενται υπό την ευθύνη της Περιφέρειας και του Υπουργείου Εργασίας (DIRRECTE). Έγκριση των υπηρεσιών επαγγελματικής υγείας εκδίδεται από το DIRECCTE. Πέρα από κάθε νομαρχιακή πρωτοβουλία, μεταξύ των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας και των περιφερειακών επιτροπών και με σκοπό την πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων υπάρχει σημαντική συνεργασία κατά την ανάπτυξη περιφερειακών σχεδίων για την υγεία και περιφερειακών συστημάτων οργάνωσης.

Πρόληψη δυσχερειών. Η υποχρέωση για την πρόληψη δυσχερειών είναι ευρέως διαδεδομένη:

- Με την ολοκλήρωση των γενικών αρχών πρόληψης(άρθρο L. 4121-1 του Κώδικα Εργασίας): «Ο εργοδότης οφείλει να λαμβάνει τα αναγκαία μέτρα για να εξασφαλίσουν την ασφάλεια και την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν (...) πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων και της οδονηρότητας της εργασίας ".
- Με την επέκταση της αποστολής της CHSCT (άρθρο L. 4612-2 του Κώδικα Εργασίας): "Η CHSCT αναλαμβάνει την ανάλυση της έκθεσης των εργαζομένων σε παράγοντες δυσχερειών."

≈

Το άρθρο 32 του **Ιταλικού** Συντάγματος αναφέρει: «Η Δημοκρατία διασφαλίζει την υγεία ως θεμελιώδες δικαίωμα του ατόμου και συλλογικό συμφέρον, και εγγυάται δωρεάν ιατρική φροντίδα για τους άπορους. Κανείς δεν μπορεί να εξαναγκαστεί σε μια ιατρική αγωγή, εκτός κι αν απαιτείται από το νόμο. Ο νόμος δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να παραβιάζει τα όρια που επιβάλλει ο σεβασμός στον άνθρωπο».

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεσμοθετήθηκε το 1978 με τον νόμο 833/1978. Οι βασικές αρχές του νέου νόμου ήταν :

1. Ένας ενιαίος φορέας που λειτουργεί σε εθνικό επίπεδο
2. Συνολική απόδοση: ένας ενιαίος φορέας που μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες υγείας
3. Καθολικότητα των δικαιούχων: οι υπηρεσίες υγείας είναι για όλους
4. Ισότητα στην παροχή φροντίδας.

Ο νόμος 833/1978 αναμορφώθηκε κατά τα επόμενα χρόνια, με τους Νόμους 502/1992, 517/1993, 724/1994 (εισαγωγή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και νέων κανόνων χρηματοδότησης) και 229/1999 (μεταρρύθμιση σε περιφερειακό επίπεδο).

Όσον αφορά τους επαγγελματίες, το διάταγμα 739/94 σχετικά με τον προσδιορισμό του προφίλ του επαγγελματία νοσηλευτή αποτελεί ένα ορόσημο στη διαδικασία επαγγελματοποίησης των νοσηλευτών. Αναγνωρίζει το νοσηλευτή ως υπεύθυνο για τη γενική περίθαλψη, κάνει λόγο για την ακριβή φύση των εργασιών του, τις περιοχές δράσης του, τη μεθοδολογία της εργασίας του, τις αλληλεπιδράσεις με άλλα ενδιαφερόμενα μέλη, την επαγγελματική κουλτούρα και τους τομείς πρακτικής της, τις πέντε περιοχές εξειδικευμένης κατάρτισής του (δημόσια υγεία, παιδιατρική, ψυχική υγεία/ψυχιατρική, γηριατρική). Το προφίλ που περιγράφεται από το διάταγμα αναφέρεται σε ένα διανοούμενο, αρμόδιο, ανεξάρτητο και υπεύθυνο επαγγελματία.

≈

**Στην Πολωνία**, σύμφωνα με τη νομοθεσία πρέπει να ρυθμιστούν πάνω από όλα ο ανταγωνισμός του νοσηλευτή και της μαίας. Οι διατάξεις του νόμου που συνδέονται με την εργασία του νοσηλευτή και της μαίας:

1. Νομοθέτημα της 1<sup>ης</sup> Ιουλίου 2011 για την αυτοδιοίκηση των νοσηλευτών και μαιών  
Το νομοθέτημα καθορίζει την οργάνωση και τα καθήκοντα της επαγγελματικής αυτοδιοίκησης νοσηλευτών και μαιών και τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μελών του
2. Κώδικας δεοντολογίας του νοσηλευτή και η μαία της Δημοκρατίας της Πολωνίας
3. Νομοθέτημα της Ιουλίου 2011 σχετικά με τον ανταγωνισμό του νοσηλευτή και της μαίας  
Το νομοθέτημα καθορίζει τις αρχές:
  - 1) εργασίας του νοσοκόμου και της μαίας
  - 2) λήψης επαγγελματικής άδειας ως νοσοκόμου/ας και ως μαίας
  - 3) της επαγγελματικής κατάρτισης της/του νοσοκόμας/ου και της μαίας
  - 4) της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης της/του νοσοκόμας/ου και της μαίας

- 3α. Η ρύθμιση του υπουργού Υγείας της 7ης Νοεμβρίου 2007 σχετικά με το είδος και την έκταση των προληπτικών, διαγνωστικών, θεραπευτικών παροχών καθώς και παροχών αποκατάστασης που χορηγούνται αποκλειστικά από νοσηλευτή ή μαία, χωρίς ιατρική εντολή
- 3β. Η ρύθμιση του υπουργού Υγείας της 29ης Οκτωβρίου 2003 σχετικά με τον κατάλογο τομέων της νοσηλευτικής και τομέων της υγειονομική περίθαλψη που αποτελούν τομείς ειδίκευσης στο πλαίσιο των προγραμμάτων σπουδών για νοσηλευτές και μαίες
- 3γ. Η ρύθμιση του υπουργού Υγείας της 29 Οκτωβρίου 2003 σχετικά με τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση για νοσηλευτές και μαίες
4. Νομοθέτημα της 15ης Απρ 2011 σχετικά με τη θεραπεία ι οι ρυθμίσεις του υπουργού Υγείας σχετικά με το νομοθέτημα αυτό.  
Το νομοθέτημα αυτό εφαρμόζει νέες αρχές ηγεσίας μέσα από την πρακτική άσκηση των νοσηλευτών και των μαιών.
5. Νομοθέτημα της 6ης Νοεμβρίου 2008, σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών καθώς και τον Συνήγορο αυτών
6. Νομοθέτημα της 8ης Σεπτεμβρίου 2006 σχετικά με Εθνικό Ιατρικό Κέντρο Διάσωσης
7. Νομοθέτημα της 27ης Ιουνίου 1997 στην υπηρεσία της ιατρικής εργασίας
8. Νομοθέτημα της 22ας Αυγούστου, 1997, σχετικά με τη δημόσια παροχή αίματος
9. Νομοθέτημα της 6ης Νοεμβρίου 2008, σχετικά με τους συμβούλους υγειονομικής περίθαλψης
10. Νομοθέτημα της 19 του Αυγούστου 1994, για την προστασία της ψυχικής υγείας
11. Νομοθέτημα της 12ης Μάρτιου του 2004 για την ευημερία.

≈

Όπως πολλές από τις σημερινές αναπτυγμένες χώρες, **η Ισπανία** έχει θέσει σε εφαρμογή ένα εθνικό σύστημα υγείας που προσφέρει μια ποικιλία από δωρεάν υπηρεσίες υγείας σε όλους τους Ισπανούς κατοίκους. Επιπλέον, επειδή το ισπανικό σύστημα βασίζεται στην έννοια της «καθολικότητας» της υγειονομικής περίθαλψης, οι τουρίστες, άτομα που δεν είναι κάτοικοι, και ακόμη και άνθρωποι που ζουν παράνομα στη χώρα, απολαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα άτομα που δεν είναι κάτοικοι της χώρας πρέπει να πληρώσουν προκαταβολικά για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, είτε μέσω της άμεσης πληρωμής είτε μέσω του δικού τους εθνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, αλλά τα τέλη αυτά ισχύουν σπάνια, πόσο μάλλον όταν οι παρεχόμενες υπηρεσίες θεωρούνται βασικές.

Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ισπανία, γνωστό στους ντόπιους ως Instituto Nacional de la Salud, καλύπτει όλους τους Ισπανούς πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση. Για να εξασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για

το σύνολο του ισπανικού πληθυσμού, το σύστημα είναι αποκεντρωμένο, και ως εκ τούτου δεν είναι συγκεντρωμένο σε πυκνοκατοικημένες αστικές περιοχές. Οι μεταρρυθμίσεις των τελευταίων ετών έχουν περιφερειοποιήσει το σύστημα ακόμη περισσότερο, σε μια συνεχή προσπάθεια να προσφέρει μικρότερο χρόνο ανταπόκρισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που αφορούν την υγεία.

— Σήμερα το Ισπανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει από τρία οργανωτικά επίπεδα: **Organizacion de la Administracion Central**. Το Organizacion de la Administracion Central, ή **Κεντρικό επίπεδο οργάνωσης για την υγεία**, αποτελείται από το Εθνικό Υπουργείο Υγείας. Αυτή η υπηρεσία είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία και την έκδοση σχεδίων για την υγεία, και την ανάπτυξη και εκτέλεση των κατευθυντηρίων γραμμών της κυβέρνησης όσον αφορά τη δημόσια υγεία. Η υπηρεσία δραστηριοποιείται επίσης στο συντονισμό προγραμμάτων σχεδιασμένων για να περιορίσουν τη χρήση των παράνομων ναρκωτικών στη χώρα.

— **Organizacion Autonómica**. Η εποπτεία και λειτουργία του Organizacion Autonómica, ή το επίπεδο της «Αυτόνομης Οργάνωσης» αποτελεί ευθύνη της καθεμιάς από τις 17 αυτόνομες κοινότητες της Ισπανίας. Κάθε αυτόνομη κοινότητα πρέπει να παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας στο συγκεκριμένο πληθυσμό της μέσα από τα κέντρα, τις υπηρεσίες και τις εγκαταστάσεις της κοινότητας.

— **Areas de Salud**. Οι Areas de Salud, κυριολεκτικά "Τομείς Υγείας," αντιπροσωπεύουν τη διοίκηση της υγείας σε τοπικό επίπεδο. Αυτές είναι οι θεμελιώδεις δομές του εθνικού συστήματος υγείας και έχουν ως ευθύνη τους την ενιαία διαχείριση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στο επίπεδο της αυτόνομης κοινότητας. Για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, οι Τομείς της Υγείας υποδιαιρούνται σε μικρότερες μονάδες που ονομάζονται "zonas Basicas de Salud, "ή «Βασικές υγειονομικές ζώνες».<sup>40</sup>

≈

Το σύστημα προστασίας της επαγγελματικής υγείας στη **Γερμανία** χαρακτηρίζεται ως εξής. Ο όρος «επαγγελματική ασφάλεια» χρησιμοποιείται ως ένα μέτρο για τη διασφάλιση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων, επαγγελματικών ασθενειών και των κινδύνων για την υγεία που

---

<sup>40</sup> <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/home.htm>

σχετίζονται με την εργασία. Η επαγγελματική ασφάλεια εξασφαλίζει επίσης την προστασία ευάλωτων ομάδων (νέοι και έγκυες γυναίκες).

Η βασική νομοθεσία στον τομέα της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας συνίσταται από τους ακόλουθους νόμους:

- Νομοθετική Πράξη περί Επαγγελματικής Προστασίας
- Νομοθετική Πράξη περί Ασφάλειας στην Εργασία
- Το Έβδομο Βιβλίο του Κοινωνικού Κώδικα-Υποχρεωτική Ασφάλιση Ατυχημάτων και
- Διάταγμα για τις επικίνδυνες ουσίες.<sup>41</sup>

#### *Νομοθετική Πράξη περί Επαγγελματικής Προστασίας*

- Ο νόμος αυτός προβλέπει την υποχρέωση προστασίας εργασίας για τον εργοδότη σε όλους τους τομείς, τα καθήκοντα και τα δικαιώματα των εργαζομένων, καθώς και τον έλεγχο της προστασίας εργασίας. Ο νόμος έχει εφαρμοστεί ως μέτρο για τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας τους.
- Ο εργοδότης πρέπει να πληρεί τα απαραίτητα μέτρα που απαιτούνται βάσει της Νομοθετικής πράξης περί Επαγγελματικής Προστασίας για τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων, για τη βελτίωση της συνεργασίας και την εφαρμογή μέτρων προστασίας. Οι ίδιοι οι εργαζόμενοι πρέπει να συμμορφώνονται με τις επαγγελματικές οδηγίες του εργοδότη σχετικά με την υγεία και την ασφάλεια και να φροντίσουν ώστε τα άτομα δεν βρίσκονται σε κίνδυνο από τις δραστηριότητές τους.

#### *Νομοθετική Πράξη περί Ασφάλειας στην Εργασία*

Η νομοθετική πράξη αφορά τους γιατρούς εργασίας, τους μηχανικούς ασφάλειας και άλλους επαγγελματίες για την ασφάλεια στην εργασία.

Σύμφωνα με αυτή τη νομοθετική πράξη, ο εργοδότης οφείλει να αναφέρεται σε γιατρούς εργασίας και ειδικούς που τον βοηθούν στην παροχή εργασιακής ασφάλειας. Θα πρέπει ο εργοδότης να υποστηριχθεί στο πλαίσιο του νόμου περί εργασιακής ασφάλειας. Θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι:

1. Οι κανόνες εργασιακής ασφάλειας και πρόληψης ατυχημάτων εφαρμόζονται ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες λειτουργίας
2. Διασφαλίζεται η γνώση για την εργασιακή υγεία και ασφάλεια προκειμένου να βελτιωθεί η προστασία της εργασίας και να επιτευχθεί η πρόληψη ατυχημάτων
3. Τα μέτρα ελέγχου της εργασιακής ασφάλειας και της πρόληψης ατυχημάτων επιτυγχάνουν την υψηλότερη δυνατή απόδοση.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Rechtsgrundlagen-und-Vorschriften/Arbeitsschutzsystem%20in%20Deutschland.html>. Date of access: Jan 1, 2014.



### *Ευθύνη του εργοδότη*

Ο εργοδότης είναι υπεύθυνος για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων κατά την εργασία.

Είναι υποχρεωμένος να λάβει τα απαραίτητα μέτρα εργασιακής ασφάλειας, λαμβάνοντας υπόψη τις περιστάσεις. Ο εργοδότης οφείλει να επανεξετάσει τα μέτρα όσον αφορά στην αποτελεσματικότητά τους, και εάν κρίνει απαραίτητο να τα προσαρμόσει στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Είναι καθήκον του εργοδότη να βελτιώσει την ασφάλεια και υγεία των εργαζομένων.<sup>43</sup>

≈

Μια μεγάλη πλειοψηφία των φροντιστών, κυρίως των ανεπίσημων, δεν είναι ασφαλισμένοι στο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, δεν υπάρχει νομοθεσία στην **Ελλάδα** που καλύπτει τους ανεπίσημους φροντιστές. Τέλος, το επάγγελμα των «επίσημων φροντιστών» δεν θεωρείται ως μια επικίνδυνη δουλειά από την ελληνική νομοθεσία. Κατά συνέπεια, η νομοθεσία για την υγεία και την ασφάλεια δεν επαρκεί για την πρόληψη και τη ρύθμιση των επικίνδυνων καταστάσεων.

≈

Εθνικές και ομοσπονδιακές νομοθετικές πράξεις στην **Αυστρία**:

Νομοθετικές Πράξεις σε Εθνικό επίπεδο:

- Νομοθετική Πράξη περί Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας
- Νομοθετική Πράξη περί Ωρών Λειτουργίας Ιατρικών Ιδρυμάτων
- Νομοθετική Πράξη περί Προστασίας από την Ακτινοβολία
- Νομοθετική Πράξη περί Υγειονομικής περίθαλψης και Νοσηλευτικής
- Νομοθετική Πράξη για τα Ιδρύματα Υγείας

Νομοθετική πράξη σε ομοσπονδιακό επίπεδο

- Νομοθετική πράξη Ιδρύματος Φροντίδας Υγείας (Εφαρμογή στο Ομοσπονδιακό Κράτος)

Η γενική υγεία και ασφάλεια στο χώρο εργασίας στην Αυστρία ρυθμίζεται στην Νομοθετική Πράξη περί Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Περιέχει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των εργοδοτών, καθώς και των εργαζομένων για τη δημιουργία ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος. Η

---

<sup>42</sup> <http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/arbSchg.htm>. Date of access: 1 Jan 2014.

<sup>43</sup> <http://www.baua.de/de/Publikationen/Faltblaetter/F2.html>. Date of access: 1 Jan 2014.

οργάνωση των χώρων εργασίας, ο χειρισμός των εργαλείων, η έκθεση σε επικίνδυνα υλικά εργασίας, ο υγειονομικός έλεγχος, οι διαδικασίες εργασίας, η επίβλεψη της υγείας και της ασφάλειας, η υποβολή εκθέσεων και η καταγραφή των υποχρεώσεων και η συμβολή του εργαζομένου στην επαγγελματική ασφάλεια και υγεία είναι τα κύρια σημεία αυτής της νομοθετικής πράξης.<sup>44</sup>

*Η Νομοθετική Πράξη περί Ωρών Λειτουργίας Ιατρικών Ιδρυμάτων* ρυθμίζει τις ώρες εργασίας και ανάπαυσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Οι εργαζόμενοι στα νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να εργάζονται μόνο μέχρι 13 ώρες την ημέρα και 60 ώρες την εβδομάδα στο μέγιστο. Επίσης, ο μέσος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας για μια περίοδο 17 εβδομάδων δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 48 ώρες. Εξαιρέση γίνεται για τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο εργαζόμενος δεν απασχολείται όλη τη διάρκεια της περιόδου εργασίας. Ο μέγιστος χρόνος εργασίας για νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτή την περίπτωση είναι 25 ώρες μέσα σε μια συγκεκριμένη περίοδο, με τις ώρες εργασίας για το σύνολο της εβδομάδας να μην υπερβαίνουν τις 72 ώρες και το μέσο όρο για μια περίοδο 17 εβδομάδων να μην υπερβαίνει τις 60 ώρες.<sup>45</sup>

*Η Νομοθετική Πράξη περί Προστασίας από την Ακτινοβολία* καλύπτει τη χρήση και το χειρισμό της ιονίζουσας ακτινοβολίας που είναι σχετικές με την ιατρική απεικόνιση και την πυρηνική ιατρική. Οι βασικές προστατευτικές διατάξεις, η άδεια και η υποχρέωση υποβολής εκθέσεων, η προστασία από φυσικές πηγές ακτινοβολίας, τα μέτρα προστασίας και ασφάλειας για ακτινολογικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, το κεντρικό μητρώο για την ακτινοπροστασία και οι περιβαλλοντικές παρατηρήσεις από τις αρχές ρυθμίζονται στο πλαίσιο αυτής της νομοθετικής πράξης.<sup>46</sup>

*Η Νομοθετική Πράξη περί Φροντίδας Υγείας και Νοσηλευτικής* ρυθμίζει όχι μόνο την εκπαίδευση και το πεδίο δραστηριοτήτων για τους φροντιστές, αλλά και θέματα σχετικά με την υγεία και την ασφάλεια, όπως η υγιεινή. Αναφέρει ότι οι νοσηλευτές είναι συνυπεύθυνοι για την αξιολόγηση και τη διατήρηση καλών προδιαγραφών υγιεινής στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Federal Ministry of Labour, Social Affairs and Consumer Protection: Arbeitsschutz. Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz - das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz. Vienna (Austria), Feb. 2009

<sup>45</sup> §2 - §4 Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG). BGBl. I Nr. 8/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 89/2012

<sup>46</sup> Strahlenschutzgesetz (StrSchG). BGBl. Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 106/2013

<sup>47</sup> §22 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 185/2013

Η τεχνική ασφάλεια στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης καλύπτεται από τη *Νομοθετική Πράξη για τα Ιδρύματα Υγείας* σε εθνική και ομοσπονδιακή βάση, όπου οι ομοσπονδιακοί νόμοι αντιπροσωπεύουν μια καθορισμένη εφαρμογή του γενικού ομοσπονδιακού νόμου. Σύμφωνα με αυτή τη νομοθετική πράξη, ο χειριστής του ιατρικού οργάνου πρέπει να βεβαιωθεί ότι η τεχνική ασφάλεια των ιατροτεχνολογικών προϊόντων είναι εγγυημένη και ότι έχει ορισθεί ένας υπεύθυνος τεχνικής ασφάλειας<sup>48</sup>. Η *Νομοθετική Πράξη για τα Ιδρύματα Υγείας* δίνει επίσης το βασικό πλαίσιο για τους κανόνες των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> §8b Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG). BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2013

<sup>49</sup> §6 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG). BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2013

## **5. Ανάλυση συστημικών παράγοντων**

Σε διάφορες χώρες υπάρχουν διαφορετικά επαγγέλματα που εκτελούν τα καθήκοντα των φροντιστών. Δεν υπάρχει δυνατότητα αυτή η μελέτη να εξετάσει το σύνολο των προαναφερθέντων επαγγελμάτων, έτσι αποφασίστηκε να περιγράψει το πιο σημαντικό που εντοπίστηκε σε κάθε χώρα (το πρώτο μέρος περιγράφει τις μορφές και τα τυπικά προσόντα, το δεύτερο τον αριθμό και τις στατιστικές προβλέψεις των επιλεγμένων φροντιστών) .

### **5.1. Τύποι φροντιστών και τα τυπικά τους προσόντα**

Στη Γαλλία περίπου 20 διαφορετικά επαγγέλματα θεωρούνται φροντιστές:

- Φροντιστής (με διαφορετικές ειδικότητες όπως ψυχιατρικής, αναισθησιολογίας, γεροντολογίας, χειρουργικής..)
- Βοηθός φροντιστή
- Φροντιστής αποστείρωσης
- Πιστοποιημένος νοσοκομειακός φροντιστής
- Βοηθός ιατρικής και ψυχολογίας
- Βοηθός φροντίδας παιδιών
- Τραυματιοφορέας
- Διαιτολόγος
- Λογοθεραπευτής
- Χειριστής ιατρικο-ηλεκτρικής ακτινολογίας
- Φυσιοθεραπευτής
- Ειδικός ορθοφονίας
- Φροντιστής νοσοκομειακού φαρμακείου
- Ακτινοθεραπευτής στην ακτινοθεραπεία
- Τεχνικός βιοϊατρικού εργαστηρίου
- Κατ' οίκον νοσοκόμος
- Βοηθός γεροντολογίας

Οι φροντιστές χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον σε νοσοκομεία, οίκους ευγηρίας ή άλλα ιδρύματα. Ωστόσο, λόγω της δημογραφικής αλλαγής, η κοινωνία χρειάζεται όλο και περισσότερο τους φροντιστές, οι οποίοι εξασφαλίζουν τη διατήρηση της αυτονομίας στο σπίτι. Αυτό σημαίνει, ότι οι φροντιστές είναι αυτοί που εργάζονται στην ιδιωτική περίθαλψη.

Τα πιο σημαντικά επαγγέλματα είναι: η νοσοκόμα, ο βοηθός νοσοκόμας και ο βοηθός στο σπίτι  
*Τυπικά προσόντα για νοσοκόμες*

Για να αποκτήσετε πρόσβαση στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι αναγκαίο να ληφθεί ένα δίπλωμα νοσοκόμου. Χρειάζεται 3 χρόνια σε ένα ίδρυμα νοσηλευτικής εκπαίδευσης (IFSI), προσβάσιμο μετά το απολυτήριο λυκείου και μετά από εισαγωγικές εξετάσεις.

Το 50% της εκπαίδευσης είναι θεωρητική και το άλλο 50% είναι πρακτική.

Το 2012, οι φοιτητές νοσηλευτικής θα αποφοιτήσουν με πτυχίο αντίστοιχο του κρατικού πανεπιστημίου. Αυτή η ακαδημαϊκή αναγνώριση των σπουδών παρέχει μια ευκαιρία για τους νοσηλευτές να συνεχίσουν τις σπουδές τους σε μεταπτυχιακό και τελικά σε διδακτορικό επίπεδο. Πολλές ειδικότητες επιτρέπουν στο φροντιστή να αλλάξει το επάγγελμά του / της και να βρει άλλες αποστολές, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία: νοσοκόμα αναισθησιολόγος, νοσοκόμα σε χειρουργείο, παιδιατρική νοσοκόμα. Μετά από μερικά χρόνια πρακτικής και εκπαίδευσης στο σύστημα υγείας, η νοσοκόμα μπορεί να εξελιχθεί σε ρόλο εποπτείας ή στο κομμάτι εκπαίδευσης στο εκπαιδευτικό ίδρυμα. Μετά από 2 χρόνια στο νοσοκομείο, η νοσοκόμα μπορεί επίσης να εργαστεί σε ιδιωτικά κέντρα ή μπορεί να γίνει αυτοαπασχολούμενη. Μια νοσοκόμα μπορεί να εργασθεί σε κέντρα υγείας, επιχειρήσεις, σχολεία και ανθρωπιστικές οργανώσεις, κ.λπ.

*Τυπικά προσόντα βοηθού νοσηλευτή*

Ο βοηθός νοσηλευτή/Τριάς λειτουργεί υπό την ευθύνη του νοσηλευτή. Ενσωματωμένος στην ομάδα φροντίδας, αυτός / αυτή βοηθά στις δραστηριότητες καθημερινής φροντίδας. Συμβάλλει στην ευημερία των ασθενών, τους συνοδεύει σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και βοηθά να διατηρούν την αυτονομία τους. Σε συνεργασία με την νοσηλεύτρια και υπό την ευθύνη της, ο βοηθός νοσηλευτή παρέχει στους ασθενείς με την προσωπική φροντίδα και άνεση: τουαλέτα, γεύματα, και την αποκατάσταση των κλινών, την υποδοχή, την εγκατάσταση και τη μεταφορά των ασθενών. Αυτός / αυτή διαβιβάζει τις παρατηρήσεις της για να εξασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας.

Ο φροντιστής δεν μπορεί να δράσει μόνος του.

Ο βοηθός νοσοκόμας χρειάζεται επαγγελματικό δίπλωμα “Nurse Auxiliary” (DPAS), που απονέμεται μετά από 10 μήνες εκπαίδευσης σε αναγνωρισμένο εκπαιδευτικό ίδρυμα. Το ελάχιστο όριο ηλικίας που απαιτείται είναι τα 17 έτη.

Η εκπαίδευση:

Αποτελείται από μια περίοδο 10 με 1.435 ωρών που χωρίζονται σε 17 εβδομάδες θεωρητικών μαθημάτων και 24 εβδομάδες πρακτικής.

### Η δομή της εκπαίδευσης:

8 θεωρητικά μαθήματα, όπου το καθένα αντιστοιχεί σε μία δεξιότητα που πρέπει να αποκτήσει: η κλινική κατάσταση, η φροντίδα, η υγιεινή στο νοσοκομείο, σχέσεις - επικοινωνία, οργάνωση της εργασίας, κλπ

6 μαθήματα σε διάφορους κλάδους: ιατρική, χειρουργική, την ψυχική υγεία, με τους ηλικιωμένους, π.χ.

### *Τυπικά προσόντα κατ' οίκον βοηθού*

Τα τελευταία χρόνια, ο τομέας βοήθεια στο σπίτι ανθεί. Ο βοηθός στην κοινωνική ζωή παρεμβαίνει σε περιπτώσεις ανθρώπων που δεν μπορούν να εκτελέσουν μόνοι τους τις καθημερινές τους λειτουργίες (ηλικιωμένοι, οικογένεια, παιδιά, ανάπηροι, ασθενείς ...). Ο φροντιστής σε γενικές γραμμές είναι άμεσα εμπλεκόμενος με τους ανθρώπους: βοηθά να διατηρηθεί στο σπίτι η αποκατάσταση και η αυτονομία των μελών. Αυτός / αυτή πρέπει να σέβεται την ιδιωτική ζωή του καθενός και να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε ενέργεια που θα μπορούσε να εμποδίσει ή να ξεπεράσει δυσκολίες. Το ενδιαφέρον για τα ανθρώπινα και κοινωνικά προβλήματα ορισμένων οικογενειών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες, αλλά και η αίσθηση εκτέλεσης των καθηκόντων και δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, απαιτούνται για το επάγγελμα αυτό. Η φυσική κατάσταση, η προσαρμοστικότητα και η ανάληψη πρωτοβουλιών είναι απαραίτητα προσόντα για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και τις προσδοκίες όσων που χρειάζονται βοήθεια.

≈

**Στην Ιταλία** τα επαγγέλματα υγείας που τίθεται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και ασχολούνται με την πρόληψη, τη διάγνωση, περίθαλψη, θεραπεία και αποκατάσταση είναι:

- Νοσηλευτές
- Ψυχολόγοι- Ψυχοθεραπευτές
- Φυσιοθεραπευτές
- Τεχνικοί ψυχιατρικής αποκατάστασης

Μαζί με τα επαγγέλματα της υγείας, υπάρχουν και άλλα μη πανεπιστημιακά επαγγέλματα υγείας, τα οποία είναι: οι εργαζόμενοι στην κοινωνικο-υγειονομική περίθαλψη και οι φροντιστές. Αυτά τα επαγγέλματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό επίπεδο.

### *Τυπικά προσόντα*

Τα επαγγέλματα υγείας στην Ιταλία είναι όλα αυτά ασκούνται από επαγγελματίες, οι οποίοι δυνάμει λόγω της άδειας που εκδίδεται, πιστοποιούνται / αναγνωρίζονται από την Ιταλική Δημοκρατία, για εργασία στον τομέα της υγείας. Η πανεπιστημιακή τους εκπαίδευση τίθεται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, και προκειμένου να ασκήσουν το επάγγελμά τους πρέπει να κατέχουν πτυχίο πανεπιστημίου και να έχουν περάσει μια κρατική εξέταση.

Παράλληλα με αυτά τα επαγγέλματα υγείας, υπάρχουν και άλλα επαγγέλματα, με βοηθητικό χαρακτήρα των οποίων η εκπαίδευση δεν λαμβάνει χώρα στο πανεπιστήμιο, σύμφωνα με το Νόμο 43/2006. Σύμφωνα με τον εν λόγω νόμο, οι περιφέρειες έχουν τη δυνατότητα να εντοπίζουν και να εκπαιδεύουν εργαζόμενους στη δημόσια υγεία, των οποίων η επαγγελματική εκπαίδευση είναι εκπαίδευση μη τριτοβάθμιου επιπέδου. Οι εργαζόμενοι στην υγεία και πρόνοια ικανοποιούν τις βασικές ανάγκες ενός ατόμου στους τομείς της ειδικότητάς τους, σε ένα περιβάλλον που ανταποκρίνεται σε κοινωνικές και υγειονομικές πτυχές, καθώς προωθεί την ευημερία και την αυτονομία των δικαιούχων περίθαλψης.

Συγκεκριμένα, παρακάτω παραθέτουμε τις κύριες δραστηριότητες που ασκούν οι εργαζόμενοι στην υγεία και πρόνοια<sup>50</sup>:

α) άμεση φροντίδα και οικιακή βοήθεια: βοηθούν το άτομο στις καθημερινές δραστηριότητες και την προσωπική υγιεινή του, ειδικά αν δεν είναι αυτός ή είναι κλινήρης· εκτελούν απλές δραστηριότητες προκειμένου να υποστηρίξουν συνεργάτες στη διάγνωση και τη θεραπεία σε δράσεις που αποσκοπούν στη διατήρηση της υπολειπόμενης ψυχοκινητικής απόδοσης, στην εκ νέου-εκπαίδευση επανενεργοποίηση και λειτουργική ανάκτηση δυνάμεων· προωθούν ψυχαγωγικές δραστηριότητες και την κοινωνικοποίηση ατόμων και των ομάδων· βοηθούν το ιατρικό προσωπικό και τους κοινωνικούς λειτουργούς· βοηθούν τους χρήστες στη διαχείριση του τομέα της ζωής τους·.

β) Υγειονομική και κοινωνική παρέμβαση:

εξετάζουν και εργάζονται για την αναγνώριση των αναγκών και των συνθηκών κινδύνου-τραυματισμού χρηστών και συνεργάζονται για την υλοποίηση των παρεμβάσεων κοινωνικής πρόνοιας· αξιολογούν, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό, τις πιο κατάλληλες παρεμβάσεις που θα προταθούν· συνεργάζονται στην παρακολούθηση των συστημάτων παρεμβάσεων, και αναγνωρίζουν και χρησιμοποιούν τις γλώσσες και τα συστήματα επικοινωνίας που είναι πιο κατάλληλα σε σχέση με τις συνθήκες λειτουργίας· θεσπίζουν τις σχέσεις και την επικοινωνία με τον χρήστη και βοηθούν τις οικογένειες στους τομείς της κοινωνικής ένταξης, της συντήρησης και της αποκατάστασης της προσωπικής ταυτότητας.

---

<sup>50</sup> <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/operatore-socio-sanitario> - March 2010.

γ) Υποστήριξη της διαχείρισης, οργάνωση και εκπαίδευση: Κάνουν χρήση των εργαλείων που είναι συνήθως πιο διαδεδομένα για την καταγραφή των ευρημάτων κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας· συνεργάζονται στην αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών· συμβάλλουν, μαζί με συναδέλφους, στην οργάνωση της πρακτικής άσκησης και της αξιολόγησής της· συνεργάζονται με σκοπό τον καθορισμό των αναγκών κατάρτισης και παρακολουθούν ενημερωτικά μαθήματα, ενώ συμμετέχουν, ακόμη και σε υπηρεσίες φροντίδας μη-ασθενή, κατά την εφαρμογή απλών εργασιών.

**Στην Πολωνία** υπάρχουν πολλά επαγγέλματα που μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως φροντιστές:

- Νοσηλεύτης (με διαφορετικές ειδικότητες)
- Μαίες
- Ιατρικός φροντιστής
- Βοηθός ατόμου με ειδικές ανάγκες
- βοηθός ιατρικής και ψυχολογίας
- Τραυματιοφορέας
- Διαιτολόγος
- Φυσιοθεραπευτής

Ωστόσο, τα πιο σημαντικά είναι: νοσηλευτές, μαίες και ιατρικοί φροντιστές. Οι φροντιστές ως επί το πλείστον χρησιμοποιούνται σε νοσοκομεία, οίκους ευγηρίας ή άλλα ιδρύματα (σανατόρια, ιδρύματα πρόνοιας κλπ). Ωστόσο, λόγω της δημογραφικής αλλαγής, η κοινωνία χρειάζεται όλο και περισσότερο τους νοσηλευτές που εξασφαλίζουν τη διατήρηση της αυτονομίας του ασθενούς στο σπίτι· αυτοί οι φροντιστές δουλεύουν για την ιδιωτική περίθαλψη.

*Τυπικά προσόντα για τους νοσηλευτές<sup>51</sup>*

Προς το παρόν, ο μόνος τρόπος για να πάρει την άδεια του νοσηλευτή είναι να αποφοιτήσει από το κολέγιο / πανεπιστήμιο που προσφέρει εκπαίδευση στην νοσηλευτική.

Κολέγια / πανεπιστήμια προσφέρουν μάθηση στο πλαίσιο της διαδικασίας σε δύο στάδια:

1. Σπουδές για πρώτο πτυχίο – διαρκούν 3 χρόνια – ολοκληρώνονται με την απόκτηση του πτυχίου νοσηλευτικής που παρέχει τη δυνατότητα συνέχισης των σπουδών σε μεταπτυχιακό επίπεδο

---

<sup>51</sup> Principal Chamber of Nurses and Mid-wives in Poland, [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl) – 12.2013



2. Σχολεία δεύτερου πτυχίου – οι σπουδές διαρκούν 2 χρόνια – αποφοιτεί κανείς με το πτυχίο Master of Nursing και με τη δυνατότητα συνέχισης σε διδακτορικές σπουδές.

Τα προγράμματα σπουδών περιλαμβάνουν μαθήματα ανατομίας, φυσιολογίας, φαρμακολογίας, παιδαγωγικής, κοινωνιολογίας, βασικών στοιχείων νοσηλευτικής, προαγωγής της υγείας, νευρολογία, παρηγορητική φροντίδα, ιατρική διάσωση, νοσηλευτική χειρουργική, γηριατρική και άλλα.

Προκειμένου να ενισχύσουν τα επαγγελματικά τους δικαιώματα, οι νοσηλευτές είναι σε θέση να ολοκληρώσουν πρακτική άσκηση εξειδίκευσης στους ακόλουθους τομείς: αναισθησιολογική νοσηλευτική και νοσηλευτική εντατικής θεραπείας, νοσηλευτική χειρουργού, διαβήτη, επιδημιολογίας, γηριατρικής, καρδιολογική, νεογνική, νευρολογική, ογκολογική, χειρουργική, νοσηλευτική μακροχρόνιας φροντίδα, νοσηλευτική παρηγορητικής φροντίδας, παιδιατρική, ψυχιατρική, νοσηλευτική διάσωσης, οικογένεια, τη νοσηλευτική του διδακτικού περιβάλλοντος και ανατροφή, νοσηλευτική στον εργασιακό χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, νοσηλευτική συντήρησης, προαγωγή της υγείας και εκπαίδευση σε θέματα υγείας, οργάνωση και διαχείριση.

Επιπλέον, οι νοσοκόμες μπορούν να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους όσον αφορά την εξειδίκευσή τους, την κατάρτισή τους και την πιστοποίησή τους. Τα προσόντα των νοσοκόμων που έχουν ολοκληρώσει τις ιατρικές σχολές ή τις σχολές ιατρικών επαγγελμάτων περιφρονούνται επί του παρόντος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά εξακολουθούν να αναγνωρίζονται στην Πολωνία. Ωστόσο, οι νοσηλευτές μπορούν να αποκτήσουν το δικαίωμα άσκησης επαγγέλματος στην ΕΕ χάρη στις λεγόμενες μεταβατικές σπουδές. Οι νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν το πιστοποιητικό των τελικών εξετάσεων του γυμνασίου και το δίπλωμα της παρακάτω επαγγελματικής νοσηλευτικής/ ιατρικής σχολής έχουν δικαίωμα για μεταβατικές σπουδές:

- 5 ετής ιατρική σχολή
- 2 ετής ιατρική επαγγελματική σχολής ή
- 2,5 ετών ιατρική επαγγελματική σχολή ή
- 3 ετής ιατρική επαγγελματική σχολή.

Η ελάχιστη διάρκεια των μεταβατικών σπουδών έχει ως εξής:

- Τρία εξάμηνα ή 1.633 ώρες για τους αποφοίτους των 5 ετών ιατρικών σχολών που ξεκίνησαν εκπαίδευση σε ιατρική σχολή στο 1980 - 1981 ή αργότερα
- πέντε εξάμηνα ή 3.000 ωρών για αποφοίτους 5ετών ιατρικών σχολών που ξεκίνησαν ιατρική εκπαίδευση πριν από το σχολικό έτος 1980-1981

- τρία εξάμηνα ή 2.410 ώρες για τους αποφοίτους των 2 ετών επαγγελματικών ιατρικών σχολών
- τρία εξάμηνα ή 1,984 ώρες για τους αποφοίτους των 2,5 ετών επαγγελματικών ιατρικών σχολών
- τρία εξάμηνα για τους αποφοίτους των 3 ετών επαγγελματικών ιατρικών σχολών.

Στην Πολωνία οι απόφοιτοι των παραπάνω σχολείων δεν δικαιούνται μεταβατικές σπουδές, επειδή τα επαγγελματικά προσόντα που αποκτήθηκαν από αυτούς εξακολουθούν να είναι σε ισχύ. Έχουν, όμως, το δικαίωμα να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους και να αποκτήσουν τον τίτλο του πτυχιούχου νοσηλευτικής, και ως εκ τούτου, να συνεχίσουν να παρακολουθούν μαθήματα μεταπτυχιακού επιπέδου.

#### *Τυπικά προσόντα για μαίες<sup>52</sup>*

Προς το παρόν, ο μόνος τρόπος για να αποκτήσει κανείς τα προσόντα της μαίας είναι να αποφοιτήσει από το κολέγιο / πανεπιστήμιο που προσφέρει εκπαίδευση μαιών. Τα κολέγια / πανεπιστήμια προσφέρουν

1. σπουδές πρώτου πτυχίου - διαρκούν 3 χρόνια – οδηγούν σε πτυχίο, με δυνατότητα συνέχισης της εκπαίδευσης προς μεταπτυχιακά προγράμματα Μάστερ
2. σπουδές δεύτερου κύκλου - διαρκούν 2 χρόνια – οδηγούν σε μεταπτυχιακό τίτλο στον τομέα της μαιευτικής.

Στη διάρκεια των σπουδών τους οι μελλοντικές μαίες αποκτούν γνώσεις σε τομείς όπως η ανατομία, η φυσιολογία, η εμβρυολογία και γενετική, η μικροβιολογία και η παρασιτολογία, η ακτινολογία, η φαρμακολογία, οι βάσεις της μαιευτικής φροντίδας, η γυναικολογία και η γυναικολογική φροντίδα, η νεογνολογία, η χειρουργική επέμβαση, η διαιτολογία ή εξετάσεις στη μαιευτική. Η θεωρητική επιστήμη συμπληρώνεται με υποχρεωτική πρακτική άσκηση που πραγματοποιείται, μεταξύ άλλων, σε μαιευτήρια, θαλάμους τοκετού, προγεννητική προετοιμασία, κλάδους του ογκολογικού της γυναικολογικής πτέρυγας. Μετά την ολοκλήρωση των σπουδών μια μαία αποκτά το δικαίωμα να ασκήσει το επάγγελμα, που εκδόθηκε από το επαγγελματικό συμβούλιο νοσηλευτών και μαιών, και μπορεί να αρχίσει να εργάζεται επαγγελματικά.

Οι μαίες μπορούν να συμμετέχουν σε πρακτική άσκηση εξειδίκευσης, σε μαθήματα πιστοποίησης, εξειδικευμένα μαθήματα και σε μαθήματα κατάρτισης, τα οποία αποτελούν διαφορετικές μορφές της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης.

---

<sup>52</sup> Principal Chamber of Nurses and Mid-wives in Poland, [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl) -12.2013

Οι μαίες μπορούν να λάβουν τους εξής τίτλους:

- μαία, ειδική στην οργάνωση και τη διαχείριση
- μαία, ειδική στην επιδημιολογική νοσηλευτική
- μαία, ειδική στη γυναικολογική νοσηλευτική
- μαία, ειδική στη νεογνολογική νοσηλευτική
- μαία, ειδική στη μαιευτική νοσηλευτική
- μαία, ειδική στην οικογενειακή νοσηλευτική
- μαία, ειδική στην προώθηση της υγείας και της αγωγής υγείας.

Ως αποτέλεσμα των νομικών αλλαγών και των συνεπειών των ήδη υφιστάμενων μορφών εκπαίδευσης στο επάγγελμα, οι μαίες που ολοκλήρωσαν τις ιατρικές σχολές επαγγελματικής κατάρτισης δεν δικαιούνται να ασκούν τη μαιευτική στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι μεταβατικές σπουδές είναι μια επιλογή για μαίες που έχουν ολοκληρώσει:

- τη 2-ετή επαγγελματική σχολή ιατρικής με εξειδίκευση στον τομέα της μαιευτικής ή
  - τα 2,5 χρόνια επαγγελματικής σχολής ιατρικής με εξειδίκευση στον τομέα της μαιευτικής
- Στην περίπτωση των μαιών που έχουν ολοκληρώσει εκπαίδευση 2 ετών, οι μεταβατικές σπουδές πρέπει να διαρκέσουν τουλάχιστον τρία εξάμηνα ή 1.479 ώρες. Στην περίπτωση της ολοκλήρωσης των 2,5 ετών, η εκπαίδευση πρέπει να διαρκέσει τουλάχιστον δύο εξάμηνα ή 1.086 ώρες.

Οι απόφοιτοι των προαναφερθέντων σχολείων στην Πολωνία δεν είναι υποχρεωμένοι να ολοκληρώσουν τις σπουδές γέφυρα, επειδή τα επαγγελματικά προσόντα που αποκτώνται από αυτά είναι ακόμα σε ισχύ. Έχουν, όμως, το δικαίωμα να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους και να αποκτήσουν πτυχία που απαιτούνται σήμερα.

#### *Τυπικά προσόντα Ιατρικού Φροντιστή*<sup>53</sup>

Ο ιατρικός φροντιστής είναι ένα πρόσωπο το οποίο, με επαγγελματικό τρόπο, βοηθά ασθενείς και εξαρτώμενα άτομα να ικανοποιήσουν βασικές τους ανάγκες. Ο ιατρικός φροντιστής αναγνωρίζει και λύνει προβλήματα προστασίας ασθενών και εξαρτημένων ατόμων που βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια της ανάπτυξης της νόσου και σε διαφορετικές ηλικίες. Ο ιατρικός φροντιστής βοηθά το ιατρικό προσωπικό κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας, και ταυτόχρονα υποστηρίζει τους αρρώστους και εξαρτημένους ασθενείς. Είναι ένα επάγγελμα της εμπιστοσύνης του κοινού, ως εκ τούτου, προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες, όπως η πολύ καλή επικοινωνία, η ικανότητα ομαδικής εργασίας και η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητες σε

---

<sup>53</sup> [www.apedukacja.pl/opiekun-medyczny,822.html](http://www.apedukacja.pl/opiekun-medyczny,822.html) - 12.2013

αυτό το επάγγελμα. Ο ιατρικός φροντιστής είναι ένα επάγγελμα που έχει ενταχθεί στον εκπαιδευτικό χάρτη της Πολωνίας από τον Ιούλιο του 2007 Σύμφωνα με το Regulations, ένας ιατρικός φροντιστής αποκτά πιστοποιημένα προσόντα κατά τη διάρκεια 2 εξαμήνων μαθημάτων επαγγελματικής κατάρτισης, έχοντας ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Το δίπλωμα βασίζεται σε εξέταση από εξωτερικούς αξιολογητές και δίνει τη δυνατότητα σε έναν απόφοιτο να εκτελέσει το επάγγελμα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

*Τυπικά προσόντα του βοηθού ατόμων με ειδικές ανάγκες<sup>54</sup>*

Η δουλειά του βοηθού ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι να βοηθά άτομα σε ανάγκη να αποκτήσουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονομία και ανεξαρτησία. Ο βοηθός του ατόμου με αναπηρία υποστηρίζει ένα κομμάτι του συνολικού προγράμματος κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Εισάγει υποστηρικτικές δραστηριότητες στο κοντινό περιβάλλον ατόμων με ειδικές ανάγκες, ώστε να εγγυάται την πιο αποτελεσματική βοήθεια.

Η εργασία του βοηθού ατόμου με αναπηρία λαμβάνει χώρα σε πλαίσια μέριμνας (σε σπίτι, θεραπευτήριο, νοσοκομείο, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας, οικοτροφεία, κλπ.) Δικαίωμα εξάσκησης του επαγγέλματος αποκτά κανείς με την ολοκλήρωση των ιατρικών κολλεγίων (εξωπανεπιστημιακό σύστημα, 1 χρόνος σπουδών). Κατά την περίοδο αυτή οι μαθητές αποκτούν θεωρητικές γνώσεις και πρακτικές δεξιότητες στους τομείς της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας και της παιδαγωγικής, της ανθρώπινης ανατομίας και φυσιολογίας, της κοινωνικής πολιτικής, των πρώτων βοηθειών και της αποκατάστασης της κινητικότητας.

≈

Οι ορισμοί για τους φροντιστές **στην Ισπανία** είναι αρκετοί, αλλά μπορούμε να τους διακρίνουμε σε δύο μεγάλες ομάδες:

1. Επαγγελματίες Φροντιστές, είναι όσοι ασκούν επαγγελματική εργασία σε οργανισμούς, ιδρύματα ή εταιρίες.

1.1 Οι τεχνικοί φροντιστές των Υπηρεσιών υγείας, είναι εργαζόμενοι που έχουν στην κατοχή τους ένα δίπλωμα (Πτυχίο, Ανωτέρας Επαγγελματικής Σχολής, ή ισοδύναμη επαγγελματική κατηγορία, και αναγνωρίζεται στο Διάταγμα Εργασίας ή τη Συλλογική Σύμβαση Εργασίας). Είναι υπεύθυνοι για προγράμματα ή δραστηριότητες για την υποστήριξη και την ολοκληρωμένη φροντίδα: δραστηριότητες προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης, τη γενική ευημερία, κλπ των ατόμων με αναπηρία. Φέρνουν εις πέρας προγράμματα που εκπονούνται από τη διοίκηση ή το τεχνικά καταρτισμένο προσωπικό.

---

<sup>54</sup> Ibidem

Στον κοινωνικό τομέα αναλαμβάνουν λειτουργίες υποστήριξης για τους χρήστες κατά τη διάρκεια ιατρικών επισκέψεων, καθώς και σε βόλτες, εκδρομές, και άλλα είδη εκπαιδευτικών επισκέψεων προσφέροντας τα απαραίτητα για την επίτευξη της πλήρους συμμετοχής. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και σε περίπτωση απουσίας του Νοσηλευτή, θα χορηγεί φάρμακα που είχαν χορηγηθεί στο παρελθόν από νοσοκόμες. Ασχολούνται ακόμη με τη συλλογή και αποκατάσταση των υλικών που τα άτομα με αναπηρία χρειάζονται στην προσωπική τους ζωή και τις δραστηριότητές τους.<sup>55</sup>

2. Μη Επαγγελματίες Φροντιστές: Σε αυτή την ομάδα, μπορούμε να βρούμε τους συγγενείς, τους φίλους, εθελοντές, κ.λπ. Αλλά όλοι αυτοί, παρά το ότι είναι αφοσιωμένοι στην φροντίδα ατόμων με σωματικές, αισθητηριακές ή ψυχικές αναπηρίες, δεν μπορεί να προβούν στην επίτευξη των καθημερινών δραστηριοτήτων με την κατάλληλη αυτονομία.

Η παρεχόμενη φροντίδα είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα. Σε γενικές γραμμές, τα καθήκοντα που οι φροντιστές φέρνουν εις πέρας δεν είναι ούτε απλά ούτε ωραία. Όταν πρέπει να αναλάβουν τη φροντίδα των συγγενών τους, είναι φυσιολογικό η κατάσταση αυτή να μην έχει προβλεφθεί και ο φροντιστής να μην είναι έτοιμος για αυτό. Οι φροντιστές αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας από ό,τι ο πληθυσμός των μη-φροντιστών: τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Οι πιο κοινές εργασίες:

— να βοηθήσει και να υποστηρίξει την επίτευξη των δραστηριοτήτων στην καθημερινή τους ζωή (να φάνε, προσωπική υγιεινή, κλπ).

— να βοηθήσει και να υποστηρίξει για σύνθετες δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή (ιατρικές επισκέψεις, τη συντήρηση του σπιτιού, διαχείριση των χρημάτων, κ.λπ.).

— να βοηθήσει και να υποστηρίξει την μετακίνηση τόσο εντός του σπιτιού όσο και έξω από αυτό.

— να επιτηρεί τα φάρμακα και την υγειονομική περίθαλψη των συγγενών τους.

— να κάνει κάποιες "νοσηλευτικές εργασίες".

- 2.1. Οικείοι φροντιστές εξαρτώμενων ηλικιωμένων : Είναι αυτοί οι άνθρωποι που, για διαφορετικούς λόγους ταυτίζονται με την εργασία τους για την οποία ξοδεύουν μεγάλο μέρος του χρόνου και των προσπαθειών τους: να επιτρέπουν σε άλλους ανθρώπους να μπορούν να αναπτυχθούν στην καθημερινή τους ζωή, βοηθώντας τους να προσαρμοστούν στους

---

<sup>55</sup> Law of Dependency. Law 39/2006, of December 14th, of Promotion of the Personal Autonomy and Attention to People in Situation of Dependency.

([http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Normativa/index.htm?dDocName=146822&C1=1001&C2=20099](http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?dDocName=146822&C1=1001&C2=20099))

περιορισμούς που η λειτουργική ανικανότητα τους (κατανοητή με την ευρεία έννοια) τους επιβάλλει.

2.2. Άτυποι φροντιστές: Αυτοί είναι οι άνθρωποι οι οποίοι δεν ανήκουν σε κάποιον οργανισμό υγείας και που φροντίζουν μη αυτόνομα άτομα που ζουν στα σπίτια τους.

#### *Τυπικά προσόντα*

Όσον αφορά τους Διευθυντές/Διαχειριστές των Κέντρων/Οργανισμών Υγείας, θα πρέπει να κατέχουν Πανεπιστημιακά προσόντα και να έχουν διαθέτουν συμπληρωματική εκπαίδευση στην εξάρτηση, την αναπηρία, τη γηριατρική, τη γεροντολογία, τη διαχείριση, ή σε άλλους τομείς γνώσης που σχετίζονται με την προσοχή στην εξάρτηση, με τουλάχιστον 3 χρόνια εμπειρίας στον τομέα.

Οι παροχείς φροντίδας σε ηλικιωμένους, οι φροντιστές ή παρόμοιες επαγγελματικές κατηγορίες, πρέπει να διαθέτουν το Δίπλωμα Επαγγελματικής Κατάρτισης "Τεχνικός Βοηθητικής Νοσηλευτικής Φροντίδας" που ιδρύθηκε από τον RD 546/1995 την 7η Απριλίου ή στο «Τεχνικός Βοηθητικής Νοσηλευτικής Φροντίδας» που ιδρύθηκε από τον RK 496/2003 την 2<sup>η</sup> Μαΐου, ή το Επαγγελματικό Πιστοποιητικό "Κοινωνικο-Υγειονομικής Φροντίδας εξαρτημένων ατόμων στα Κοινωνικά Ιδρύματα", που ρυθμίζεται από το βασιλικό διάταγμα 1379/2008 της 1ης Αυγούστου. Είναι κατανοητό ότι, όταν ένα άτομο έχει τα προσόντα, τότε είναι επαρκής/ ικανός, δηλαδή είναι σε θέση να επιτύχει ένα συγκεκριμένο έργο. Σε γενικές γραμμές, όταν δηλαδή διαθέτει τη γνώση και τις ικανότητες για τη σωστή απόδοση, προσόντα που αποκτά κανείς μέσω κατάρτισης ή εργασιακής εμπειρίας. Η Μονάδα Ικανοτήτων αφορά την ελάχιστη προσθήκη στις επαγγελματικές ικανότητες που έχουν σημασία για την απασχόληση που μπορεί να αναγνωρισθεί και να πιστωθεί.

#### *Το Εθνικό Σύστημα Προσόντων και Επαγγελματικής Κατάρτισης (SNCP)*

Το SNCP πρέπει να πληροί έξι βασικές αρχές:

1. Η Επαγγελματική Κατάρτιση πρέπει να ανταποκρίνεται τόσο στην προσωπική ανάπτυξη όσο και στην άσκηση του δικαιώματος για εργασία, στην ελεύθερη εκλογή του επαγγέλματος και την ικανοποίηση των αναγκών του παραγωγικού συστήματος και στη δια βίου απασχόληση.
2. Η πρόσβαση, σε συνθήκες ισότητας όλων των πολιτών, στους διαφορετικούς τρόπους της επαγγελματικής κατάρτισης.

- 3 .Η συμμετοχή και η συνεργασία των κοινωνικών φορέων με Δημόσια Ιδρύματα στις πολιτικές εκπαίδευσης για την επαγγελματική κατάρτιση.
- 4 .Η επάρκεια της εκπαίδευσης και της πιστοποίησης με βάση τα κριτήρια της ΕΕ, σύμφωνα με τους στόχους της ενιαίας αγοράς και της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων.
- 5 .Η συμμετοχή και συνεργασία των διαφόρων διοικήσεων του δημοσίου, σύμφωνα με τις αντίστοιχες αρμοδιότητές τους.
6. Η προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης και καταλληλότητά της για τις διάφορες ανάγκες του παραγωγικού συστήματος ανά την επικράτεια.<sup>56</sup>

Το ισπανικό SNCP απαιτεί την κατανόηση των σημαντικών δραστηριοτήτων σε τεχνικό και επιστημονικό επίπεδο, και την αξιολόγηση των παραγόντων της διαδικασίας και των οικονομικών τους μετά-αποτελεσμάτων. Η ανάπτυξη των Συστημάτων Προσόντων απαντά στο φαινόμενο που συνδυάζεται με μια σειρά οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών παραγόντων. Ανάμεσα στους πρώτους παράγοντες, δηλ. τους οικονομικούς είναι απαραίτητο να υποδείξει κανείς την ανάγκη να αντιμετωπίσουμε την κατάρτιση και την πιστοποίηση ανθρώπων- εργασιών σύμφωνα με τις απαιτήσεις του παραγωγικού συστήματος, τα οποία συχνά είναι ελαφρώς προσδιορισμένα και καθορισμένα στο πλαίσιο των συμβατικών εκπαιδευτικών συστημάτων. Με τον τρόπο αυτό, θα ενεργοποιείται το ανθρώπινο κεφάλαιο, το οποίο είναι ο πιο σημαντικός πόρος των εταιρειών για να στηρίξουν την πρόοδο της ανταγωνιστικότητας και οι προοπτικές απασχόλησης του πληθυσμού τους μπορεί να βελτιωθούν. Αναφορικά με τους κοινωνικούς παράγοντες, είναι απαραίτητο να δοθεί έμφαση στην αναγνώριση της εργασιακής εμπειρίας εκείνων, που λόγω της έλλειψης σπουδών, έχουν χαμηλό ή μηδενικό επίπεδο ακαδημαϊκών προσόντων και, παρ'όλα αυτά, διαθέτουν ιδιαίτερα σημαντικά προσόντα για την εκτέλεση ενός επαγγέλματος ή απασχόλησης. Σχετικά με τους πολιτικούς παράγοντες, υπάρχει η ανάγκη να δοθεί απάντηση στην πρόκληση που έθεσε η Ευρωπαϊκή Ένωση με το εγκεκριμένο Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Δεξιοτήτων, το οποίο θα ωφελήσει το στόχο της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Όλο αυτό δικαιολογεί τη δεδομένη προσοχή και την ανάγκη για την προώθηση του στο ισπανικό σύστημα επαγγελματικών προσόντων.<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> [http://www.educacion.gob.es/educa/incual/ice\\_ncfp.html](http://www.educacion.gob.es/educa/incual/ice_ncfp.html)

<sup>57</sup> [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/81/89.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/81/89.pdf)



Στη Γερμανία οι ακόλουθες επαγγελματικές ομάδες εμφανίζονται στον τομέα της φροντίδας:

- Η λεγόμενη «Κλασική Νοσοκόμα» εργάζεται στον ιατρικό κομμάτι του νοσοκομειακού τομέα
- Οι «Νοσηλευτές Υγείας και Πρόνοιας» είναι υπεύθυνοι για τη συμβουλευτική και καθοδήγηση των ασθενών. Είναι επιφορτισμένοι με το κομμάτι της διασύνδεσης με τους εξωτερικούς ασθενείς καθώς και με το κομμάτι της διαχείρισης όσων παίρνουν εξιτήριο και βρίσκονται σε μια περίοδο μετάβασης. Μέχρι στιγμής υπάρχει μια ανισορροπία ανάμεσα στη θεωρία και την πράξη, επειδή η πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί πλήρως.
- Μια άλλη επαγγελματική ομάδα φαίνεται να είναι η λεγόμενη «Ειδικός Φροντίδας». Αυτή, λοιπόν, είναι μια εκπαιδευμένη νοσοκόμα με πανεπιστημιακό πτυχίο. Υπάρχουν ελάχιστοι εκπαιδευμένοι ειδικοί προς το παρόν.
- Η «Κλασική Νοσοκόμα Γηριατρικής» ειδικεύεται στην εργασία με ασθενείς που φιλοξενούνται σε γηροκομεία.
- Η τελευταία ομάδα που πρέπει να αναφερθεί είναι ο «Εθελοντής». Ένας αυξανόμενος αριθμός εθελοντών συμπληρώνει το μείγμα του ειδικευμένου ή λιγότερο ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Ο εθελοντής έχει πολλές και διαφορετικές δεξιότητες και ικανότητες.<sup>58</sup>

#### *Τυπικά προσόντα*

Βασική απαίτηση για την μαθητεία των φροντιστών είναι το απολυτήριο λυκείου. Οι υποψήφιοι πρέπει να παρακολουθήσουν τουλάχιστον 2 έτη επαγγελματικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, συνιστάται να κάνουν πρακτική άσκηση πριν από την έναρξη της εκπαίδευσης. Σε ορισμένες επαγγελματικές σχολές η πρακτική είναι υποχρεωτική.

#### *Η εκπαίδευση, τα προσόντα και οι δεξιότητες των φροντιστών στη Γερμανία*

Η εκπαίδευση ολοκληρώνεται μετά από τρία χρόνια με μια εγκεκριμένη από το κράτος εξέταση, τις λεγόμενες κρατικές εξετάσεις για τη νοσηλευτική. Η εστίαση της εκπαίδευσης είναι στην Υγεία και την Ιατρική. Επιπρόσθετες δεξιότητες διδάσκονται στους ακόλουθους τομείς:

- Φροντίδα (πρώτες βοήθειες, νομικό πλαίσιο)
- Νοσηλευτική & Υγιεινή

---

<sup>58</sup> Sahmel K., *Vortrag auf der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege*, „Wandel der Pflege – Neue Kompetenzen für Pflegekräfte“. Berlin (Germany) 2011.



- Ιατρική (ανατομία, χειρουργική, παθολογία ...)
- Γενικότερα Μαθήματα ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών (εκπαίδευση, ψυχολογία και κοινωνιολογία).

Οι φροντιστές είναι σε θέση να επωφεληθούν από τις πολλές ευκαιρίες περαιτέρω εκπαίδευσης που προσφέρονται. Του δίνεται η δυνατότητα να κάνουν ένα άλμα στην καριέρα τους και να εργαστούν ως διευθυντές νοσηλευτικού προσωπικού (στάσεις αδελφής) ή ως ειδικοί φροντιστές σε πρόσθετες ιατρικές πτυχές (περαιτέρω εκπαίδευση είναι απαραίτητη). Οι δραστήριοι νοσηλευτές και φροντιστές έχουν επίσης τη δυνατότητα να αποκτήσουν πτυχίο. Μπορεί να επιθυμούν να σπουδάσουν ιατρική ή να αρχίσουν τις σπουδές τους στην ειδίκευση της νοσηλευτικής ή της υγειονομικής περίθαλψης.<sup>59</sup>

≈

Στην **Ελλάδα** σήμερα, υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να γίνει κάποιος επαγγελματίας φροντιστής:

- Ο πρώτος και πιο μακροχρόνιος τρόπος, είναι να πάρει ένα πτυχίο νοσηλευτικής. Τα ΤΕΙ και τα Πανεπιστήμια προσφέρουν τέσσερα χρόνια εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές. Μετά το πτυχίο παρέχεται η δυνατότητα να συνεχίσουν τις σπουδές τους σε μεταπτυχιακές σπουδές.
- Ο δεύτερος τρόπος για να γίνει ένα άτομο φροντιστής είναι να παρακολουθήσει μαθήματα εξειδικευμένων τεχνικών (διάρκειας 1 έως 3 έτη). Αυτά είναι τα κύρια εξειδικευμένα επαγγέλματα (<http://epagelmata.oaed.gr/show.php>):
- «*Ο κατ' οίκον φροντιστής για τους ηλικιωμένους*»: Εργάζεται ως μοναδικός επαγγελματίας σε κατοικίες ενηλίκων. Σχετικές σπουδές προσφέρονται σε δημόσια και ιδιωτικά ΙΕΚ Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, με διάρκεια σπουδών που κυμαίνεται από δύο έως τέσσερα εξάμηνα και ανεβαίνει μέχρι το επίπεδο 3 +.
- «*Φροντιστής ανηλίκων*»: Εργάζεται σε νοσοκομεία, σε κλινικές, και σε σπίτια ανηλίκων ή σε ορφανοτροφεία. Η πλειοψηφία των εργαζομένων σε αυτό το επάγγελμα είναι γυναίκες. Σχετικές σπουδές προσφέρονται σε δημόσια και ιδιωτικά ΙΕΚ Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, με διάρκεια σπουδών που κυμαίνεται από δύο έως τέσσερα εξάμηνα και ανεβαίνει μέχρι το επίπεδο 3 +.

<sup>59</sup> <http://www.bildung-news.com/bildun-und-karriere/ausbildung-und-lehre/ausbildung-zur-krankenschwester-zum-krankenpfleger>, Date of access: Jan 2, 2014.

Ο τελευταίος τρόπος είναι να αποκτήσουν πιστοποίηση από τον ΕΟΠΠΕΠ. *Ο ΕΟΠΠΕΠ είναι ο Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού*, ένα νομοθετημένο όργανο με πολλαπλές αρμοδιότητες που επενδύει στην καλύτερη ποιότητα και τις πιο αποτελεσματικές και αξιόπιστες υπηρεσίες δια βίου μάθησης στην Ελλάδα. Ο ΕΟΠΠΕΠ στοχεύει στη διασφάλιση της ποιότητας των εισροών, εκροών- μαθησιακών αποτελεσμάτων και των υπηρεσιών επαγγελματικού προσανατολισμού και συμβουλευτικής.

Το επαγγελματικό προφίλ του *"Συνοδός στην προσωπική φροντίδα"*, που παρέχεται από ΕΟΠΠΕΠ, αφορά μόνο φροντιστές που εργάζονται σε δημόσιους οργανισμούς όπως ΚΑΠΗ δημόσιες υπηρεσίες, όπως οι «κινητές υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας», λίγες ΜΚΟ και φιλανθρωπικές οργανώσεις. Αυτοί οι φροντιστές έχουν τα λιγότερα προσόντα από όλους τους επαγγελματίες φροντιστές. Για να εγγραφεί και να πιστοποιηθεί κανείς από τον ΕΟΠΠΕΠ, πρέπει να είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (σχολεία γενικής ή επαγγελματικής εκπαίδευσης) και πρέπει να εκπαιδευτεί στον τομέα για μια περίοδο διάρκειας 6 και 18 μηνών. Σήμερα, οι επαγγελματίες φροντιστές στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν τη μειονότητα των φροντιστών στο σύστημα περίθαλψης. Η κοινωνική ασφάλιση αποζημιώνει τους ασθενείς για το κόστος των επαγγελματικών φροντιστές μόνο για τις εντός-νοσοκομείων υπηρεσίες, που καλύπτουν μόνο το 30% του συνολικού κόστους (η διαδικασία αυτή είναι εξαιρετικά μεγάλη). Στους ανεπίσημους φροντιστές περιλαμβάνονται κυρίως οι συγγενείς, αλλά και οι στενοί φίλοι και γείτονες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι μετανάστες καταλαμβάνουν κεντρική θέση στην αγορά των επίσημων και ανεπίσημων φροντιστών. Πράγματι, στην Ελλάδα, οι οικογένειες έχουν ωφεληθεί από τη μαζική μετανάστευση των γυναικών κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Αμείβονται αλλά η πλειοψηφία τους δεν έχει τυπικά προσόντα.

Σύμφωνα με την έκθεση EUROFAMCARE (2003-2009), *το επίπεδο εκπαίδευσης των φροντιστών* είναι σχετικά χαμηλό στην Ελλάδα: 37,4% των ερωτηθέντων φροντιστών είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, 40,6% ενδιάμεσο (συνήθως αυτοί είχαν τελειώσει το Γυμνάσιο / Λύκειο) και το 22,1% είχε ένα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης (πανεπιστήμια, τεχνικές σχολές κλπ). Η επαγγελματική κατάσταση τους πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη: το 17,1% του δείγματος ήταν σύζυγοι-φροντιστές - σε αυτή την κατηγορία ήταν επίσης ένα υψηλό ποσοστό ανδρών οικογενειακών φροντιστών. Ένα επιπλέον 1,8% ήταν αδέρφια-φροντιστές για ηλικιωμένο άτομο. 47,2% από τους ανεπίσημους φροντιστές εντός της οικογένειας ήταν σε καθεστώς αμειβόμενης εργασίας .

*Οι ανάγκες εκπαίδευσης και ενημέρωσης των ανεπίσημων φροντιστών* στην Ελλάδα είναι υψηλές. Για παράδειγμα, στην ελληνική βιβλιογραφία, οι ανεπίσημοι εντός νοσοκομείου

φροντιστές χρειάζονται περαιτέρω πληροφόρηση σχετικά με τις τεχνικές περιποίησης, τις θεραπείες, τη διατροφή, τα ασφαλιστικά ταμεία κλπ "Οι μέσες συνολικές βαθμολογίες για τις εκπαιδευτικές ανάγκες στην υγεία ήταν  $53,4 \pm 5,7$  (εύρος: 50-57) για τους νοσηλευτές και  $57,1 \pm 6,9$  (εύρος: 52 έως 63) για τους ανεπίσημους φροντιστές υγείας εντός νοσοκομείου" (Σαπουντζή κ.α 2006.).

Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι παρότι το *σημερινό πλαίσιο των ΤΠΕ* (π.χ. e-δεξιότητες, ψηφιακών δεξιοτήτων, Ambient Assisted Living κλπ) έχει μεταμορφώσει το προφίλ θέσεων εργασίας και έχει επηρεάσει την κατάσταση απασχόλησης των φροντιστών είναι σχεδόν απόν από όλα επαγγελματικά ή τεχνικά προγράμματα σπουδών εκπαίδευσης στην Ελλάδα-σύμφωνα με τα ευρήματα του έργου CompAAL LLP.



**Στην Αυστρία** υπάρχουν τα παρακάτω επαγγέλματα στον τομέα της περίθαλψης :

1. Βοηθός νοσηλευτών και Ιατρικοί Βοηθοί
2. Επαγγελματίες νοσηλευτές
3. Επαγγελματίες νοσηλευτές με εξειδίκευση σε θέματα εκπαίδευσης ή διαχείρισης ή Κάτοχοι Πτυχίου / Μαίεις / Κοινωνικοί Λειτουργοί
4. Διαχείριση Νοσηλευτικής (Πτυχίο στον τομέα της διαχείρισης της υγείας ή διδακτορικό στη νοσηλευτική επιστήμη)

*Ad 1) Βοηθός νοσηλευτών και Ιατρικοί Βοηθοί*

Στην Αυστρία υπάρχουν βοηθοί νοσηλευτών (που ονομάζονται "Pflegehelfer» στα γερμανικά), οι οποίοι έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τους επαγγελματίες νοσηλευτές, καθώς και τους γιατρούς για να επιβλέπουν και να φροντίζουν τους ανθρώπους που το έχουν ανάγκη . Οι Βοηθοί νοσηλευτών μπορούν να παρέχουν φροντίδα μόνο υπό τις οδηγίες και την επίβλεψη των επαγγελματιών νοσηλευτών ή / και των γιατρών.<sup>60</sup>

Σε μια προσπάθεια να αντιστοιχηθούν τα αυστριακά επαγγέλματα υγείας στα διάφορα επίπεδα του Ευρωπαϊκού Πλαισίου Προσόντων (EQF), διεξήχθη ένα σεμινάριο με ειδικούς το οποίο έδειξε ότι οι βοηθοί νοσηλευτών μπορούν πλέον να κατηγοριοποιηθούν στο επίπεδο 3.<sup>61</sup>

Από το 2012 υπάρχουν τα λεγόμενα επαγγέλματα ιατρικών βοηθών (που ονομάζονται "Medizinische Assistenzberufe» στα γερμανικά), που αποτελούνται από τους βοηθούς

---

<sup>60</sup> §82 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 185/2013

<sup>61</sup> Schneeberger A., *Internationale Einstufung der österreichischen Berufsbildung – adequate ISCED-Positionierung als bildungspolitische Herausforderung*, Vienna (Austria), May 2010, p.39

απολύμανσης, βοηθούς για τοποθέτηση νάρθηκα-γύψου, βοηθούς εργαστηρίου, βοηθούς αυτοψίας, βοηθούς χειρουργικής επέμβασης, βοηθούς ιατρού και τεχνικούς βοηθούς στην ακτινολογία.<sup>62</sup> Τα καθήκοντα των ιατρικών βοηθών δεν έχουν, κατά κύριο λόγο, σχέση με τη φροντίδα. Οι Ιατρικοί βοηθοί θα μπορούσαν επίσης με να κατηγοριοποιηθούν στο επίπεδο 3 του ΕΠΠ. Δεν υπάρχει επάγγελμα στον τομέα της φροντίδας της Αυστρίας που θα μπορούσε να κατηγοριοποιηθεί στο επίπεδο 4 του ΕΠΠ.

#### *Ad 2) Επαγγελματίες νοσηλευτές*

Οι βασικοί φροντιστές στο αυστριακό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι επαγγελματίες νοσηλευτές (που ονομάζονται "Diplomkrankenschwester" ή "Diplomkrankenpfleger" στα γερμανικά). Το πεδίο των δραστηριοτήτων τους κυμαίνεται από την φροντίδα και την επίβλεψη των ανθρώπων όλων των ηλικιών που πάσχουν από σωματικές και ψυχολογικές ασθένειες, με αναπηρίες και ανίατα νοσήματα μέχρι την αποκατάσταση, πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών.

Επιπλέον, τα καθήκοντά των επαγγελματιών νοσηλευτών περιλαμβάνουν, διαγνωστικές και θεραπευτικές αγωγές με εντολή γιατρού<sup>63</sup>. Εκτός από τη γενική περίθαλψη, παρέχονται εξειδικευμένα μαθήματα όπως η παιδιατρική και ψυχιατρική περίθαλψη που συμπληρώνουν την βασική εκπαίδευση σε Σχολές γενικής νοσηλευτικής.

Αφού ολοκληρωθεί το καθένα από αυτά τα μαθησιακά μονοπάτια, , απονέμεται Δίπλωμα στη γενική ή σε ένα εξειδικευμένο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας.<sup>64</sup>

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές έχουν επίσης την ευκαιρία να αποκτήσουν ειδικά προσόντα μέσω της Ανώτερης Εκπαίδευσης. Σε μια προσπάθεια να δώσουν έναν επαγγελματικό χαρακτήρα στην εκπαίδευση των φροντιστών, προσφέρεται ένα πρόγραμμα σε συνεργασία με τα Πανεπιστήμια, που οδηγεί όχι μόνο σε επαγγελματικό δίπλωμα υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας, αλλά και σε Πτυχίο στον τομέα της υγείας. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές χαρακτηρίζονται ως επίπεδο 5 του ΕΠΠ.

#### *Ad 3) Επαγγελματίες νοσηλευτές με ειδικά προσόντα, μαίες και κοινωνικοί λειτουργοί*

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές με εξειδίκευση σε θέματα εκπαίδευσης ή διαχείρισης, καθώς και οι απόφοιτοι νοσηλευτικής του πανεπιστημίου χαρακτηρίζονται ως επίπεδο 6 του ΕΠΠ. Επίσης, η μαιευτική και κοινωνική εργασία είναι προπτυχιακές σπουδές και ως εκ τούτου

---

<sup>62</sup> §1 Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG). BGBl. I Nr. 89/2012, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 80/2013

<sup>63</sup> §13 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 185/2013

<sup>64</sup> Federal Ministry of Health and Women (BMFG): Public Health in Austria, 4th, updated edition, Dec. 2005, page 92

μπορούν να χαρακτηριστούν ως επίπεδο 6 του ΕΠΠ. Πριν από τον Νόμο περί πιστοποίησης μαιευτικής που ψηφίστηκε το 1993, υπήρχε μόνο το δίπλωμα μαιευτικής που θα μπορούσε να αποκτηθεί σε ένα κολέγιο για μαίες.<sup>65</sup> Οι μαίες με τον τίτλο αυτό θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν στο επίπεδο 5 του ΕΠΠ, όπως και οι επαγγελματίες νοσηλευτές με δίπλωμα.

#### *Ad 4) Διαχείριση Νοσηλευτικής*

Τα υπόλοιπα μεγαλύτερα επίπεδα του Ευρωπαϊκού πλαισίου προσόντων αντιστοιχούν με το δεύτερο και τρίτο κύκλο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στο επίπεδο 7, αντιστοιχούν σχολές όπως η δημόσια υγεία ή η Διοίκηση στον τομέα της υγείας στις οποίες δίνεται μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών, ενώ στο επίπεδο 8 αντιστοιχεί το διδακτορικό δίπλωμα στη νοσηλευτική επιστήμη.<sup>66</sup> Οι επαγγελματίες υγείας που κινούνται σε αυτά τα επίπεδα εκπαίδευσης θέλουν κυρίως να εργαστούν σε διοικητικές θέσεις και όχι στην άμεση φροντίδα των ασθενών.

#### *Ιδρύματα που απασχολούν φροντιστές*

Τα περισσότερα μέλη του προσωπικού φροντίδας στην Αυστρία εργάζεται είτε σε νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης ή σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας (είτε θεσμικά είτε εξωνοσοκομειακά κέντρα περίθαλψης). Οι περισσότεροι νοσηλευτές εξακολουθούν να εργάζονται σε Νοσοκομεία, αλλά η ζήτηση για τις υπηρεσίες ασθενών μακροχρόνιας φροντίδας στο σπίτι αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς.

Αυτή τη στιγμή, πολλές από αυτές τις υπηρεσίες νοσηλείας παρέχονται από αλλοδαπές νοσοκόμες, οι οποίες εργάζονται σε ιδιωτικές οικίες και αναζητούν άτομα που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας. Εκτιμάται ότι περίπου 28,000 με 30,000 αλλοδαπές νοσοκόμες φροντίζουν 15.000 ασθενείς που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα στην Αυστρία. Αυτό αντιστοιχεί σε 5 έως 20 φορές τον αριθμό του εγγεγραμμένου νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα της μακροχρόνιας εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχουν ακριβείς αριθμοί για το θέμα αυτό.<sup>67</sup>

#### *Τυπικά προσόντα*

---

<sup>65</sup> ogatscher P., *Standortbestimmung: Die Pflegeausbildung in Österreich. Welche Problemfelder sind im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflegeausbildung zu erkennen?*, Graz (Austria), Jul. 6, 2011, p. 23-26

<sup>66</sup> Schneeberger A., *Internationale Einstufung der österreichischen Berufsbildung – adequate ISCED-Positionierung als bildungspolitische Herausforderung*, Vienna (Austria), May 2010, p. 39

<sup>67</sup> Bauer G., *Die 24-Stunden-Betreuung in Österreich – Motive und Beschäftigungsverhältnisse von osteuropäischen Pflege- und Betreuungspersonen*. 2010, p. 29

Τα τυπικά προσόντα που απαιτούνται για ένα φροντιστή στην Αυστρία είναι ένα δίπλωμα στη γενική φροντίδα υγείας και νοσηλείας ή σε ένα εξειδικευμένο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας για τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Για τους βοηθούς νοσηλευτές, απαιτείται ένα πιστοποιητικό ολοκλήρωσης του προγράμματος σπουδών και εξέτασης. Για την εισαγωγή σε μια από τις 68 νοσηλευτικές σχολές που αφορούν την επαγγελματική νοσηλευτική στην Αυστρία, απαιτείται καλή κατάσταση της υγείας, η απαραίτητη αξιοπιστία για το επάγγελμα, καθώς και η επιτυχής ολοκλήρωση των δέκα σχολικών ετών. Τα μαθήματα στη γενική φροντίδα υγείας και νοσηλείας, καθώς και τα εξειδικευμένα μαθήματα για την παιδιατρική φροντίδα και περίθαλψη και ψυχιατρική φροντίδα και νοσηλευτική διαρκούν τρία χρόνια και περιλαμβάνουν τουλάχιστον 4,600 ώρες θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης. Τα μαθήματα ολοκληρώνονται με την εξέταση για την απόκτηση διπλώματος. Υπάρχει επίσης η επιλογή ενός συνδυαστικού προγράμματος σπουδών σε ιδιωτικό πανεπιστήμιο εφαρμοσμένων επιστημών, με την λήξη του οποίου απονέμεται ένα δίπλωμα νοσηλευτικής, καθώς και το ακαδημαϊκό πτυχίο στον Τομέα Υγείας . Ο ενδιαφερόμενος μπορεί να παρακολουθήσει το συγκεκριμένο συνδυαστικό πρόγραμμα σε έξι διαφορετικά ιδιωτικά πανεπιστήμια εφαρμοσμένων επιστημών που υπάρχουν σε έξι διαφορετικά ομοσπονδιακά κράτη σε συνεργασία με 16 διαφορετικά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης.

Τουλάχιστον το ήμισυ των 4,600 ωρών εκπαίδευσης σε νοσηλευτικές σχολές πρέπει να είναι πρακτική εξάσκηση. Το πρακτικό μέρος περιλαμβάνει διάφορα θέματα, όπως η φροντίδα οξέων περιστατικών., η μακροχρόνια φροντίδα και κινητές υπηρεσίες νοσηλείας. Το θεωρητικό μέρος επικεντρώνεται στους ακόλουθους τομείς:

- Φροντίδα και νοσηλευτική (π.χ. παρηγορητική και ανακουφιστική φροντίδα, γηριατρική φροντίδα, φροντίδα στο σπίτι, κλπ)
- Ιατρική (π.χ. ανατομία, παθολογία, φαρμακολογία, κλπ)
- Υγιεινή και διατροφή
- Βασικές αρχές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. τη δομή και τους θεσμούς, τη νομική βάση, κλπ)
- Κοινωνικές δεξιότητες (π.χ. ηθική, κοινωνιολογία, ψυχολογία, επικοινωνία, κ.α.)

Η εισαγωγή σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα ως βοηθός νοσηλευτικής απαιτεί ένα ελάχιστο όριο ηλικίας άνω των 17 ετών, καθώς και καλή κατάσταση υγείας και την απαραίτητη αξιοπιστία, παράλληλα με την επιτυχή ολοκλήρωση των εννέα σχολικών ετών. Η θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση για βοηθός νοσηλευτικού προσωπικού διαρκεί ένα χρόνο και

περιλαμβάνει τουλάχιστον 1,600 ώρες, και ολοκληρώνεται με μια εξέταση για την οποία χορηγείται ένα πιστοποιητικό. Τα μαθήματα για τον βοηθό νοσηλευτή πραγματοποιούνται σε νοσοκομεία, γηροκομεία ή σε εγκαταστάσεις που παρέχουν υπηρεσίες κινητής νοσηλευτικής.<sup>68</sup>

Μετά την απόκτηση του επαγγελματικού διπλώματος υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας, ο ενδιαφερόμενος μπορεί να παρακολουθήσει διάφορες ειδικές και συμπληρωματικές εκπαιδεύσεις οι οποίες οδηγούν σε πιστοποίηση για συγκεκριμένο τομέα εξειδίκευσης. Η εξειδίκευση αφορά τους τομείς: της αναισθησίας, της φροντίδας στο χειρουργείο, την εντατική θεραπεία, την παιδιατρική μονάδα εντατικής θεραπείας και τη θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Η πιστοποίηση εξειδίκευσης σε έναν από αυτούς τους τομείς μπορεί να αποκτηθεί με την παρακολούθηση των αντίστοιχων μαθημάτων (χωρίς απόκτηση βαθμού) στα Πανεπιστήμια. Επιπλέον, στα πανεπιστήμια πραγματοποιούνται ειδικά μαθήματα για την Υγιεινή των Νοσοκομείων (χωρίς απόκτηση βαθμού) τα οποία αφορούν εκπαιδευτικούς και διοικητικούς.

Περαιτέρω προηγμένες καταρτίσεις προσφέρονται από διάφορους οργανισμούς και ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό ως προς το περιεχόμενο, την έκταση και το κόστος τους. Η αυστριακή υγειονομική ένωση περίθαλψης και νοσηλείας για παράδειγμα, προσφέρει μαθήματα που μπορεί να διαρκούν μία ημέρα, με κόστος περίπου 200 € (π.χ. γηριατρικής και γεροντολογίας) μέχρι και ένα ολόκληρο εξάμηνο με 200 ώρες μαθημάτων και κόστος που ανέρχεται περίπου στα 1.000 € (π.χ. υγειονομική περίθαλψη για την άνοια). Τα μαθήματα που προσφέρονται είναι είτε σε εθνικό επίπεδο είτε σε υπο-οργανισμούς των ομοσπονδιακών κρατών.<sup>69</sup>

Οι σύλλογοι νοσοκομείων των διαφόρων ομοσπονδιακών κρατιδίων προσφέρουν μαθήματα παρόμοια με εκείνα της υγειονομικής ένωσης περίθαλψης και νοσηλείας. Τα μαθήματα που πραγματοποιούνται σε εκπαιδευτικές εγκαταστάσεις του συλλόγου νοσοκομείων, στα νοσοκομεία, ακόμη και σε ξενοδοχεία ως σεμινάρια.<sup>70</sup> Επιπλέον, τα διάφορα εκπαιδευτικά ιδρύματα και τα ιδρύματα εκπαίδευσης ενηλίκων, όπως το Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Berufsförderungs Institut, BFI), Σύλλογοι όπως ο Αυστριακός Παρηγορητικός Σύλλογος (Österreichische Palliativgesellschaft, OPG) και ανθρωπιστικές οργανώσεις, όπως ο

---

<sup>68</sup> Abschnitt 4 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 185/2013

<sup>69</sup> www.oegkv.at (Section Aus- und Weiterbildung), date of access: Jan. 24, 2014

<sup>70</sup> Akademie der Steirischen Krankenanstaltenges.m.b.H – ASK: Bildungskalender 2014. Graz (Austria), Sep. 2013

Αυστριακός Ερυθρός Σταυρός (Österreichisches Rotes Kreuz, ORK) παρέχουν σχετικές καταρτίσεις για τους φροντιστές.<sup>71</sup>

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν ειδική εκπαίδευση για θέσεις διδασκαλίας. Η εκπαίδευση αυτή διαρκεί τουλάχιστον ένα έτος και περιλαμβάνει 1.600 ώρες θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης. Στο τέλος υπάρχει μια εξέταση για την οποία απονέμεται ένα δίπλωμα.<sup>72</sup>

Οι επικριτές του εκπαιδευτικού συστήματος για τους φροντιστές στην Αυστρία συχνά επισημαίνουν κυρίως το γεγονός ότι η μη-ακαδημαϊκή εκπαίδευση των φροντιστών δεν είναι συμβατή με τα διεθνή πρότυπα. Οι περισσότεροι φροντιστές εκπαιδεύονται στις νοσηλευτικές σχολές και μόνο ένα πολύ μικρό μέρος είναι εκπαιδευμένοι στα πανεπιστήμια και τα πανεπιστήμια εφαρμοσμένων επιστημών. Μια άλλη κριτική που εκφράζεται συχνά είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι δάσκαλοι δεν είναι ακαδημαϊκά μορφωμένοι, αλλά είναι νοσηλευτές οι οποίοι παρακολούθησαν την ειδική κατάρτιση για τη διδασκαλία.<sup>73</sup>

Το διδακτικό προσωπικό στα νοσηλευτικά σχολεία της Αυστρίας κατανέμεται σχεδόν εξίσου με 49% των εκπαιδευτικών σε ελεύθερη βάση και 51% έμμισθο προσωπικό. 45 έως 60% μεταξύ των δασκάλων σε μία ελεύθερη βάση έχουν ακαδημαϊκή εκπαίδευση. Μεταξύ του έμμισθου προσωπικού, το ποσοστό των εκπαιδευτικών με ακαδημαϊκό υπόβαθρο είναι μόνο 3 έως 9%.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> [www.bildungundberuf.at](http://www.bildungundberuf.at) (Section Bereich/Sektor, Pflege), date of access: Jan. 24, 2014

<sup>72</sup> 71 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 185/2013

<sup>73</sup> Pogatscher P., *Standortbestimmung: Die Pflegeausbildung in Österreich. Welche Problemfelder sind im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflegeausbildung zu erkennen?* Graz (Austria), Jul. 6, 2011, p. 36

<sup>74</sup> ÖBIG: Österreichischer Pflegebericht, Vienna (Austria), May 2006, p. 86



## 5.2. Στατιστικές προβλέψεις

Πίνακας 1 Δείκτης του αριθμού νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους

	2007	2008	2009	2010	2011	Προηγούμενο Έτος
Δείκτης νοσηλευτών που απασχολούνται στην άμεση φροντίδα ασθενών						
Αυστραλία	10,1	10,2	10,1	....	....	10,1
Αυστρία	7,4	7,5	7,6	7,7	....	7,7
Καναδάς	9,0	9,1	9,3	9,3	....	9,3
Τσέχικη Δημοκρατία	8,0	7,9	8,1	8,1	....	8,1
Δανία	14,5	14,3	14,7	15,4	....	15,4
Εσθονία	6,4	6,4	6,1	6,1	....	6,1
Φιλανδία	9,4	9,6	9,6	....	....	9,6
Γερμανία	10,5	10,7	11,0	11,3	....	11,3
Ουγγαρία	6,1	6,2	6,2	6,2	....	6,2
Ισλανδία	14,0	14,8	15,3	14,5	....	14,5
Ελλάδα	5,2	5,0	4,5	4,8	4,9	4,9
Ολλανδία	8,3	8,4	....	....	....	8,4
Νέα Ζηλανδία	9,2	9,7	9,7	10,0	....	10,0
Νορβηγία	13,9	14,0	14,2	14,4	....	14,4
Πολωνία	5,2	5,2	5,3	5,3	....	5,4
Σλοβενία	7,8	7,9	8,0	8,2		8,2
Ισπανία	4,4	4,6	4,9	4,9	5,5	5,5
Σουηδία	11,0	11,0	11,0	11,0	....	11,0
Ελβετία	14,7	14,9	15,2	16,0	....	16,0
Ηνωμένο Βασίλειο	9,6	9,7	9,8	9,6	....	9,1
Δείκτης νοσηλευτών που απασχολούνται στην άμεση φροντίδα τη διαχείριση και την επιστήμη						
Γαλλία	7,6	7,9	8,2	8,5	....	8,7
Πορτογαλία	4,9	5,2	5,4	5,7	....	5,7
Σλοβακική Δημοκρατία	6,3	6,3	6,0	6,0	....	6,0
Ιρλανδία	12,8	12,8	12,7	13,1	....	13,1
Ηνωμένες Πολιτείες	10,6	10,8	10,8	11,0	....	11,0

Δείκτης νοσηλευτών που έχουν άδεια επαγγέλματος						
Βέλγιο	....	....	14,8	15,1	....	15,1
Ιταλία	6,1	6,2	6,3	6,3	....	6,8
Πολωνία	....	....	....	....	....	7,3

Πηγή: OECD Health Data 2012

[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)

#### Τα επαγγέλματα υγείας στη Γαλλία:

1. Τον Ιανουάριο του 2011, 1.867.900 άτομα απασχολούνται σε επαγγέλματα Υγείας στη Γαλλία. Περίπου 1.325.000 νοσηλευτές εργάζονται στον νοσοκομειακό τομέα.
2. Το 2011, μόνο το 29% των επαγγελματιών υγείας είναι άνδρες. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε τα επαγγέλματα της υγείας δεν είναι μόνο για τις γυναίκες
3. Στον τομέα της υγείας, σχεδόν 350.000 νέες θέσεις εργασίας προβλέπονται για το 2020, από τις οποίες περίπου 150.000 θέσεις εργασίας αφορούν τους βοηθούς στο σπίτι, οι 105.000 τους βοηθούς νοσηλευτών και οι 95.000 τους νοσηλευτές.

#### Ηλικιακή διάρθρωση των φροντιστών στη Γαλλία

Το ένα τέταρτο των φροντιστών είναι ηλικίας άνω των 50 ετών.

Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε από το DREES (Υπουργείο Κοινωνικής Πολιτικής) στις 12 Ιουλίου του 2013 δείχνει ότι πάνω από το 25% των προσωπικών φροντιστών είναι ηλικίας άνω των 50 ετών.

Το 25% των φροντιστών είναι άνω των 50 ετών, αυτό δεν ισχύει για τους νοσηλευτές, οι οποίοι είναι νεότεροι, στην πραγματικότητα οι νοσηλευτές που είναι μεταξύ 25 και 35 είναι περισσότεροι από του νοσηλευτές μεταξύ 50 και 60 ετών.

Στην Γαλλία, μπορούμε να δηλώσουμε ότι ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους σημαντικότερους επαγγελματικούς τομείς. Λαμβάνοντας υπόψη τη γήρανση του πληθυσμού, η ανάγκη για φροντιστές θα αυξηθεί.

Από την άλλη πλευρά μπορούμε να δούμε ότι οι φροντιστές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, λόγω των κινδύνων που αντιμετωπίζουν κάθε μέρα, αλλά και λόγω των δύσκολων συνθηκών εργασίας, τις αρμοδιότητες, το υψηλό ποσοστό κύκλου εργασιών, την συνεργασία με διαφορετικές ομάδες, την έλλειψη προσωπικού, των ασθενών, την τακτική επαφή με τον θάνατο, κ.λπ.

Μελέτες δείχνουν ότι οι προσπάθειες εξαντλούνται σε αυτά τα επαγγέλματα κατά περίπου 40% και ότι οι φροντιστές του ασθενούς δεν πιστεύουν σε μια πιθανή θετική αλλαγή.

Για τους διευθυντές ανθρώπινου δυναμικού απαιτούνται νέες δεξιότητες, για τους φροντιστές απαιτούνται κοινωνικές δεξιότητες και ενσωμάτωση της υγείας και της ασφάλειας στην καθημερινή τους εργασία. Αυτό θα αποτελέσει ένα πλεονέκτημα για την οικονομία της υγείας, τους φροντιστές και τους ασθενείς καθώς και για το σύνολο του πληθυσμού.

≈

Σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά στοιχεία, το 2010, **στην Ιταλία** υπήρχαν 360.000 νοσηλευτές, 270.000 από αυτούς εργάζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Θα εξακολουθούν να είναι λίγοι, αν αναλογιστούμε ότι η μέση αναλογία στην Ιταλία είναι έξι νοσηλευτές ανά χίλιους κατοίκους, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 7 για χίλιους. Σύμφωνα με την IPA VSI, την Ιταλική Ομοσπονδία των Κολεγίων Νοσηλευτικής, ο τομέας έχει έλλειψη τουλάχιστον 40.000 επαγγελματιών.<sup>75</sup>

Η τελευταία απεικόνιση χαρακτηριστικών του ιταλού νοσηλευτή, που εκπονήθηκε το 2009 από την IPA VSI, αντιστοιχεί σε γυναίκα (75% του συνόλου), μάλλον νέα (ο μέσος όρος ηλικίας είναι 42 ετών), κατά προτίμηση να εργάζεται στο βόρειο τμήμα της Ιταλίας (47% των νοσηλευτών βρίσκονται στις βόρειες περιοχές).<sup>76</sup>

≈

Η τρέχουσα κατάσταση των φροντιστών **στην Πολωνία:**

1. Ο αριθμός των εγγεγραμμένων νοσηλευτών συμπεριλαμβάνει άτομα που ασκούν ενεργά το επάγγελμα, που είναι άνεργοι, ή είναι σε άδειες μητρότητας και εκπαίδευσης καθώς και όλους όσους έχουν το δικαίωμα να ασκούν το επάγγελμα του νοσηλευτή.
2. Η ανάλυση περιλαμβάνει γυναίκες που έχουν γεννηθεί μετά το 1951, και άνδρες που γεννήθηκαν μετά το 1946.
3. Η ανάλυση δεν περιλαμβάνει νοσηλευτές οι οποίοι παραιτήθηκαν από το δικαίωμα άσκησης του επαγγέλματος, έπαυσαν την άσκηση του επαγγέλματος ή που στερήθηκαν τα δικαιώματα για την εκτέλεση νοσηλείας από τα μητρώα του συστήματος των νοσηλευτών και μαιών για άλλους λόγους.
4. Ο αριθμός των νοσηλευτών που ανέρχεται σε 246.948 άτομα. Η μέση ηλικία της ομάδας αυτής είναι στα 45,6 έτη.

---

<sup>75</sup> www.quotidianosanita.it, “Inchiesta QS. Infermieri d'Italia (prima puntata): quanti sono e cosa fanno” - 01 December 2010.

<sup>76</sup> Ibidem.

5. Ο μέσος αριθμός των νοσηλευτών, οι οποίοι έχουν το νόμιμο δικαίωμα να ασκούν το επάγγελμα καταγράφηκε, για πρώτη φορά, το χρονικό διάστημα 2010-2012 και ανέρχεται σε 3.499 άτομα.
6. Ο αριθμός των ανδρών νοσηλευτών ανέρχεται σε 4.620 άτομα. Η μέση ηλικία των ατόμων αυτών είναι 39,5 έτη.
7. Ο μέσος αριθμός των ανδρών νοσοκόμων, οι οποίοι έχουν το νόμιμο δικαίωμα να ασκούν νοσηλευτική καταγράφηκε, για πρώτη φορά, το χρονικό διάστημα 2010-2012 και ανέρχεται σε 155 άτομα.

Πίνακας 2 Το προσωπικό που απασχολείται σε μια πρωταρχική θέση απασχόλησης

Κατάσταση	Αριθμός Νοσηλευτών	Δείκτης Νοσηλευτών έως 1000	Αριθμός Μαιών	Δείκτης για Μαιές έως 1000
Πολωνία	186 566	4,84	22 301	0,58
Greater Poland	13 354	3,87	1 952	0,57
Kuyavian-Pomeranian	9 628	4,59	1 206	0,57
Lesser Poland	16 387	4,91	1 938	0,58
Łódź	12 203	4,81	1 478	0,58
Lower Silesian	14 535	4,99	1 447	0,50
Lublin	4 455	5,30	1 415	0,65
Lubusz	11 540	4,36	590	0,58
Masovian	26 369	5,00	2 983	0,57
Opole	4 775	4,70	478	0,47
Podlaskie	6 169	5,13	803	0,67
Pomeranian	9 317	4,09	1 061	0,47
Silesian	25 978	5,61	2 906	0,63
Subcarpathian	11 110	5,22	1 568	0,74
Świętokrzyskie (Holy Cross)	6 739	5,26	738	0,58
Warmian-Masurian	6 624	4,56	846	0,58
West Pomeranian	7 383	4,29	892	0,52

Πηγή: Principal Chamber of Nurses and Mid-wives, [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)

Πρόβλεψη για τον αριθμό των νοσηλευτών για την περίοδο 2015 - 2035

Πρόβλεψη για τον αριθμό των εγγεγραμμένων ανθρώπων:

1. Ένας μέσος αριθμός των ατόμων έγινε δεκτός με την εγγραφή κάθε έτος, με βάση το μέσο αριθμό των ατόμων που αποκτούν το δικαίωμα να ασκούν ένα επάγγελμα κατά την περίοδο 2010-2012.
2. Όσοι έχουν την ηλικία συνταξιοδότησης αποσύρονται από τους εγγεγραμμένους εργαζόμενους
3. Ο αριθμός περιλαμβάνει όσους ασκούν το επάγγελμα, ή είναι άνεργοι, ή είναι σε άδειες μητρότητας ή σε κολέγια και άλλους νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν το δικαίωμα να ασκούν το επάγγελμα.

Πίνακας 3 Πρόβλεψη του αριθμού των νοσηλευτών για τα έτη 2015-2035

Έτος	Πληθυσμός σε χιλιάδες	Αριθμός των νοσηλευτών- Όπως δηλώθηκαν στις 31 Δεκέμβρη του δεδομένου έτους			Δείκτης καταχώρησης Ανά 1000 Κατοίκους
		Γυναίκες Νοσηλευτές	Άντρες Νοσηλευτές	Σύνολο	
2011	38 511	246 948	4 620	251 568	6,53
2015	38 016	234 541	5 207	239 747	6,30
2020	37 830	226 716	5 889	232 305	6,14
2025	37 438	206 526	6 361	212 887	5,69
2030	36 796	186 968	6 644	196 612	5,34
2035	35 993	164 873	6 751	171 624	4,77

Πηγή: Principal Chamber of Nurses and Mid-wives, [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)

Πρόβλεψη για τον αριθμό των εργαζομένων :

Η διατήρηση του ποσοστού του αριθμού των εργαζομένων που θεωρείται ότι έχουν καταχωρηθεί ως μισθωτοί στο επίπεδο του δείκτη από το έτος 2011· αυτό για τους νοσηλευτές είναι 76.47% του αριθμού των εγγεγραμμένων.

Πίνακας 4 Πρόβλεψη του αριθμού των εργαζόμενων νοσηλευτών για τα έτη 2015-2035

Έτος	Πληθυσμός σε χιλιάδες	Αριθμός των εργαζομένων	Δείκτης των εργαζομένων προς
------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------

			<b>1000 κατοίκους</b>
2011	38 511	192 383	5,00
2015	38 016	183 344	4,82
2020	37 830	177 881	4,70
2025	37 438	162 802	4,35
2030	36 796	148 062	4,02
2035	35 993	131 247	3,65

Πηγή: Principal Chamber of Nurses and Mid-wives, www.nipip.pl

### Ηλικιακή διάρθρωση των φροντιστών

Πίνακας 5 Αριθμός των νοσηλευτών και μαιών ανάλογα με την ηλικία

Ηλικία	Αριθμός νοσηλευτών	Αριθμός μαιών	Ηλικία	Αριθμός νοσηλευτών	Αριθμός μαιών
23	731	-	43	10 362	1151
24	1 468	-	44	9 886	1251
25	2 024	436	45	9 097	1311
26	2 240	458	46	9 036	1380
27	1 806	346	47	9 425	1331
28	1 726	386	48	9 706	1258
29	2 037	388	49	8 886	1129
30	1 819	383	50	9 121	1133
31	1 536	310	51	9 101	1219
32	1 544	290	52	9 657	1108
33	1 886	535	53	9 806	1170
34	2 420	624	54	9 490	1087
35	4 037	732	55	8 231	969
36	7 913	833	56	7 599	796
37	10 853	819	57	7 113	678
38	8 804	778	58	6 322	663
39	8 553	798	59	6 023	687
40	9 209	960	60	6 023	595
41	10 291	1204	Total	<b>246 948</b>	30 760
42	10 245	1098			



		κατοίκους		κατοίκους		κατοίκους	ες
Ιατροί	34642	7,4	34966	7,5	35167	7,6	51,70 %
Γενικοί Ιατροί	28405		28461		28753		
Ειδικευμένοι Ιατροί	6237		6325		6424		
Νοσηλεύτες	28660	6,2	28970	6,2	29470	6,3	76,7%

Παρουσιάστηκε μια σχετική έλλειψη στην έρευνα αυτή η οποία εξετάζει την κατανομή των φροντιστών στην Ισπανία. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αναλύσει τον τρόπο με τον οποίο η επίσημη και ανεπίσημη φροντίδα παρέχεται σε εξαρτώμενους ηλικιωμένους στην Ισπανία και να αξιολογήσει τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες από τις οποίες αναδύονται τα διάφορα είδη φροντίδας. Μέθοδοι: Η μελέτη αυτή βασίζεται σε ένα δείγμα εξαρτώμενου ηλικιωμένου πληθυσμού που επιλέχθηκε από όσους δήλωσαν την ανάγκη τους για περίθαλψη στην ισπανική Έρευνα Υγείας του 2003. Διασταυρώθηκε η κατανομή περίθαλψης μεταξύ των ηλικιωμένων για να προσδιοριστεί το είδος της περίθαλψης, ενώ χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά μοντέλα παλινδρόμησης για τον εντοπισμό των κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών των ατόμων που λαμβάνουν επίσημη ή / και ανεπίσημη φροντίδα. Αποτελέσματα: Περίπου το 7,5% των ηλικιωμένων ατόμων που χρειάζονται φροντίδα δεν την λαμβάνουν. Ανάμεσα σε αυτούς που όντως την λαμβάνουν, το 89,4% λαμβάνουν ανεπίσημη φροντίδα, το 14,8% ιδιωτική περίθαλψη και το 8,1% δημόσια περίθαλψη. Το 11,9% των συμμετεχόντων στην έρευνα επιδέχεται ένα συνδυασμό επίσημης και ανεπίσημης φροντίδας. Τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά στα οποία το μηνιαίο εισόδημα υπερβαίνει το ποσό των 900 ευρώ είναι πέντε φορές πιο πιθανό να λάβουν ιδιωτική φροντίδα αντί της δημόσιας περίθαλψης, από ότι οι άνθρωποι που ζουν σε νοικοκυριά στα οποία το μηνιαίο εισόδημα είναι μικρότερο από 600 ευρώ. Οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας άνω των 84 ετών έχουν έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να λάβουν δημόσια φροντίδα από ό, τι τα άτομα ηλικίας μεταξύ 65 και 74. Συμπεράσματα: Οι άνδρες έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες να λάβουν αποκλειστικά ανεπίσημη φροντίδα. Οι γυναίκες έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να λαμβάνουν και τα δύο είδη φροντίδας ταυτόχρονα. Η επίσημη φροντίδα συμπληρώνει την ανεπίσημη. Η ιδιωτική φροντίδα είναι πιο κοινή από ότι η δημόσια περίθαλψη. Οι άνδρες, οι άνθρωποι που ζουν σε



μεγαλύτερου μεγέθους νοικοκυριά, και οι άνθρωποι με λιγότερους κοινωνικο-οικονομικούς πόρους που είναι πιο πιθανό να λάβουν ανεπίσημη φροντίδα.<sup>77</sup>

≈

**Στη Γερμανία**, οι στατιστικές δείχνουν ότι 4,3 εκατ. φροντιστές της υγειονομικής περίθαλψης έχουν καταχωρηθεί μέσα στο έτος 2010, οι οποίοι εργάζονται σε 800 επαγγέλματα του τομέα της υγείας και της περίθαλψης. Παρ'όλα αυτά, σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του Ομοσπονδιακού Γραφείου Απασχόλησης του έτους 2011, ο αριθμός των επαγγελματιών του τομέα αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία κατά ένα πέμπτο. Ένας στους δέκα εργαζόμενους με εισφορές κοινωνικής ασφάλισης εργάζεται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου το ποσοστό των γυναικών μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και της περίθαλψης είναι σημαντικά μεγαλύτερο από ότι στο σύνολο της απασχόλησης. Επιπλέον, οι στατιστικές δείχνουν ότι τόσο η μερική όσο και η πλήρης απασχόληση έχει αυξηθεί. Το έτος 2010 το ένα τρίτο των επαγγελματιών υγείας με εισφορά κοινωνικής ασφάλισης εργάστηκαν με μερική απασχόληση. Όσοι υποαπασχολούνται υποεκπροσωπούνται στα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Ευτυχώς η ανεργία στα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η ανάπτυξη στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι κρίσιμη. Λόγω του αυξανόμενου ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων, η ζήτηση για ειδικευμένους επαγγελματίες θα αυξηθεί στους 140.000 φροντιστές μέχρι το 2030. Η αναζήτηση για θέσεις εργασίας στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα για τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και τους επαγγελματίες γηριατρικής φροντίδας φαίνεται να είναι όλο και πιο δύσκολη ενώ η έλλειψη ειδικευμένης εργασίας εμφανίζεται σχεδόν σε όλα τα ομοσπονδιακά κρατίδια.

#### *Ηλικιακή διάρθρωση των φροντιστών στη Γερμανία*

Αναφερόμενοι στην μετατοπισμένη ηλικιακή διάρθρωση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι εργαζόμενοι γερνάνε με ταχύτετους ρυθμούς. Από το 2000 έως το 2004 κάθε έκτος εργαζόμενος στον τομέα της υγείας ήταν ηλικίας μικρότερης των 25 ετών. Κατά το έτος 2010 μόνο μία στις επτά περιπτώσεις ήταν αυτής της ηλικίας. Ωστόσο, το ποσοστό των ηλικιωμένων εργαζομένων αυξήθηκε λόγω δημογραφικών λόγων. Οι εργαζόμενοι 45 με 49 ετών είναι η μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα στον τομέα της νοσηλείας. Περισσότεροι από

---

<sup>77</sup> <http://www.mspsi.gob.es/>

400.000 εργαζόμενοι είναι σε αυτή την ηλικία. Επιπλέον, οι στατιστικές δείχνουν μια μεγάλη αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα 25 έως 29 ετών.<sup>78</sup>

≈

**Στην Ελλάδα**, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ανεπίσημων φροντιστών, ειδικά από την αρχή της οικονομικής ύφεσης, αλλά δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τον αριθμό των απασχολούμενων φροντιστών. Επιπλέον, όπως αποδείχθηκε ανωτέρω, δεν υπάρχει ένα ενιαίο σύστημα πιστοποίησης για τους επίσημους φροντιστές και δεν υπάρχει κεντρική καταχώρηση. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με τις τελευταίες εκθέσεις και έρευνες η κρίση μείωσε δραματικά τον αριθμό των επαγγελματιών φροντιστών. Επιπλέον, η μερική απασχόληση των επίσημων φροντιστών έχει αυξηθεί. Δυστυχώς, η ανεργία στους φροντιστές υγείας έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια. Για παράδειγμα, η «Βοήθεια στο Σπίτι» για τους ηλικιωμένους (ιδρύθηκε το 1992) με στόχο να ενθαρρύνει τους ηλικιωμένους να συμμετέχουν ενεργά στη δική τους υγειονομική περίθαλψη με τη βοήθεια των επίσημων φροντιστών, παραμένοντας ταυτόχρονα στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα από την οικονομική ύφεση. Από το 2010, οι επίσημοι φροντιστές και οι ειδικά πιστοποιημένοι φροντιστές (εκτός νοσοκόμων), δυσκολεύονται να βρουν δουλειά. Οι δημόσιοι φορείς δεν αντέχουν οικονομικά να τους αποζημιώσουν και προτιμούν την παύση λειτουργίας σημαντικών υπηρεσιών φροντίδας.

#### *Ηλικιακή διάρθρωση στην Ελλάδα*

Για άλλη μια φορά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της EUROFAMCARE (2003-2009), ο μέσος όρος ηλικίας των φροντιστών της ελληνικής οικογένειας ήταν 51,7 έτη. Αυτό τους έκανε λίγο νεότερους από τους φροντιστές σε άλλες χώρες, αλλά θα πρέπει να σημειωθεί ότι η EUROFAMCARE έρευνα επικεντρώθηκε μόνο στους οικογενειακούς φροντιστές. Η διάσταση του φύλου είναι ζωτικής σημασίας εδώ καθώς το 80,9% των οικογενειακών φροντιστών είναι γυναίκες. Η οικογενειακή τους κατάσταση πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη, καθώς: το 76,4% του δείγματος ήταν παντρεμένες ή συζούσαν, το 6% ήταν χήρες, το 5,7% διαζευγμένες ή εν διαστάσει και το 12% ήταν εργένισσες. Οι μισοί οικογενειακοί φροντιστές εξακολουθούσαν να εργάζονται (κατά μέσο όρο από 40 ώρες / εβδομάδα) Εκτός από την προσφορά φροντίδας ως εθελοντές (κατά μέσο όρο 11 ώρες / εβδομάδα). Η κατανομή των ωρών της φροντίδας έχει επηρεαστεί από τα οικονομικά προβλήματα της οικογένειας. Η ποιότητα της ζωής των

---

<sup>78</sup> Bundesagentur für Arbeit, *Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*, Nürnberg (Germany) 2011.

φροντιστών είναι πολύ χαμηλή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες<sup>79</sup>. Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για την ηλικία των επίσημων φροντιστών στην Ελλάδα.

≈

Το 2010, τα **Αυστριακά** ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης απασχολούν συνολικά 64.385 φροντιστές, από τους οποίους οι 54.601 είναι επαγγελματίες νοσηλευτές και οι 9.784 είναι βοηθοί νοσηλευτών. Ενώ ο αριθμός των βοηθών νοσηλευτών μειώθηκε το 2011 στους 9.654, ο αριθμός των επαγγελματιών νοσηλευτών αυξήθηκε στους 55.594, ανεβάζοντας το συνολικό αριθμό των φροντιστών σε 65.248.

Το 2012 υπήρχαν 56.085 επαγγελματίες νοσηλευτές και 9.916 βοηθοί νοσηλευτών που απασχολούνται σε αυστριακά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, που οδηγούν σε ένα σύνολο 66.001<sup>80</sup> φροντιστών. Ο αριθμός των επαγγελματιών νοσηλευτών αυξάνεται σταθερά κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ ο αριθμός των βοηθών νοσηλευτών παραμένει συνεχώς γύρω στους 10.000 από την έναρξη των στατιστικών καταγραφών.

Πίνακας 8: Αριθμός των φροντιστών στα Αυστριακά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης από το 1980 έως το 2012

Επάγγελμα	1980	1990	2000	2010	2011	2012
<b>Φροντιστές</b>	<b>22.186</b>	<b>30.842</b>	<b>57.367</b>	<b>64.385</b>	<b>65.248</b>	<b>66.001</b>
Προσωπικοί νοσηλευτές	22.186	30.842	46.219	54.601	55.594	56.085
Βοηθοί νοσηλευτή	-	-	11.148	9.784	9.654	9.916

Πηγή: Statistik Austria

Μια έκθεση για το ομοσπονδιακό κράτος του Σάλτσμπουργκ προβλέπει να υπάρχει έλλειψη του 13% στο νοσοκομειακό τομέα και 10% σε οίκους ευγηρίας για το έτος 2020. Δυστυχώς, αυτό είναι το μόνο ομοσπονδιακό κράτος, για το οποίο δημοσιεύθηκε μια τέτοια πρόβλεψη. Παρ'όλα αυτά, αναμένονται σε όλη την Αυστρία παρόμοιοι αριθμοί.<sup>81</sup>

### *Ηλικιακή διάρθρωση στην Αυστρία*

<sup>79</sup> <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884865.pdf>

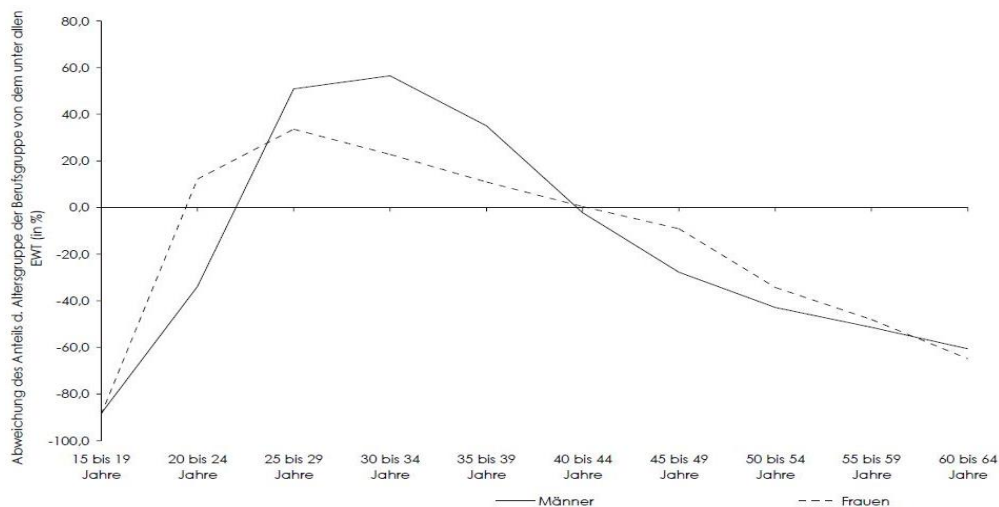
<sup>80</sup> [www.statistik.at](http://www.statistik.at) (Section Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Personal im Gesundheitswesen), date of access: Jan. 20, 2014

<sup>81</sup> Rottenhofer I., et al., *Prognose des Pflegepersonalbedarfs im Gesundheits- und Sozialbereich des Bundeslandes Salzburg*, Ergebnisbericht, Vienna (Austria), Feb. 2013, p. 2

Η ηλικιακή διάρθρωση των φροντιστών στην Αυστρία δείχνει ότι το προσωπικό σε αυτό τον τομέα είναι σχετικά νέο. Υπάρχει μια αξιοσημείωτη συγκέντρωση των φροντιστών στις ηλικιακές ομάδες 25 - 39 ετών, όπως μπορεί να φανεί στο σχήμα 1. Δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου φροντιστές κάτω από την ηλικία των 20 ετών, γεγονός που οφείλεται στους περιορισμούς ηλικίας στη διαδικασία εισαγωγής για τις νοσηλευτικές σχολές. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται επίσης από την πρόωμη ολοκλήρωση της σταδιοδρομίας μετά από περίπου 20 χρόνια απασχόλησης, κατά μέσο όρο.

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι οι άνδρες υποψήφιοι για την σχολή νοσοκόμων είναι συνήθως μεγαλύτεροι από τις αντίστοιχες γυναίκες, καθώς συχνά αποφασίζουν να ξεκινήσουν την υγειονομική περίθαλψη και την εκπαίδευση νοσοκόμων αφού ήδη εργάζονται σε ένα διαφορετικό εκπαιδευτικό μονοπάτι ή απασχόληση.<sup>82</sup>

Διάγραμμα 1 Απόκλιση της ηλικιακής διάρθρωσης της υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας επαγγελματιών με εκείνη του συνολικού πληθυσμού, 2001



Πηγή: WIFO Austria

### 5.3. Συμπεράσματα

1. Το επάγγελμα του φροντιστή ποικίλει όχι μόνο σε μια διεθνή σύγκριση, αλλά και στο εσωτερικό κάθε μίας από τις χώρες που συμμετέχουν στο έργο Take Care.

<sup>82</sup> Biffl G., *WIFO-Weißbuch: Mehr Beschäftigung durch Wachstum auf Basis von Innovation und Qualifikation*, Teilstudie 16: Alternde Dienstleistungsgesellschaft, Nov. 2006, p. 23 - 24

2. Σε κάθε χώρα υπάρχουν περίπου 20 διαφορετικά επαγγέλματα που μπορούν να θεωρηθούν ως φροντιστές. Υπάρχουν επίσης και ανεπίσημοι φροντιστές (κυρίως μέλη των οικογενειών).
3. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο τυπικής και άτυπης φροντίδας πρέπει να είναι ο κύριος στόχος των δημόσιων πολιτικών. Δεδομένου του κοινού οράματος και της ανταλλαγής εμπειριών μέσα από προγράμματα κατάρτισης, η πιστοποίηση των άτυπων φροντιστών θα μπορούσε να είναι ο τρόπος όχι μόνο να παρέχονται οι κατάλληλες υπηρεσίες για τους δικαιούχους, αλλά και για να δίδεται επαγγελματική και ψυχολογική υποστήριξη στους τυπικούς και άτυπους φροντιστές. Η ανάπτυξη των κατευθυντήριων γραμμών και των εγγράφων πολιτικής και στρατηγικής είναι ζωτικής σημασίας, όχι μόνο για να χαρτογραφηθούν οι πρωτοβουλίες δημόσιας πολιτικής που σχετίζονται με την επαγγελματική ρύθμιση του τομέα των φροντιστών, αλλά και για την εκπόνηση συστάσεων για κοινωνικούς φορείς.
4. Επιπλέον, η ανάπτυξη κοινών προτύπων ποιότητας και άλλοι τρόποι για να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη επαγγελματοποίηση των φροντιστών πρέπει να είναι ο κύριος στόχος της κάθε χώρας και της Ευρώπης.
5. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση σχετικά με τα προβλήματα και τις πιθανές λύσεις στον επαγγελματικό τομέα. Λόγω των δημογραφικών αλλαγών, μια μεγαλύτερη ζήτηση για τους φροντιστές αναμένεται να προκύψει στα επόμενα χρόνια. Κατά συνέπεια, θα χρειαστεί πιο εξειδικευμένο προσωπικό στο πλαίσιο του τομέα για να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα των ασθενών, όσον αφορά στο χρόνο και τη διαχείριση της ποιότητας. Δεδομένου ότι η Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού των νοσοκομείων προβαίνει σε περικοπές μισθών και προσωπικού, οι φροντιστές αντιμετωπίζουν όλα τα διαφορετικά είδη των προκλήσεων. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη ύπνου λόγω της του συστήματος βάρδιας και το συναισθηματικό στρες είναι μερικά μόνο από αυτά τα προβλήματα.
6. Λόγω της έλλειψης ειδικευμένου εργατικού δυναμικού η Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού των Νοσοκομείων αντιμετωπίζει μια κατάσταση σκληρού ανταγωνισμού στην αγορά εργασίας. Η πρόκλησή αφορά στην πρόσληψη και διατήρηση ταλέντων και ειδικευμένου εργατικού δυναμικού. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, η Διοίκηση πρέπει να ανακατασκευάσει την οργάνωση και το σύστημα του. Δεν είναι μόνο η διαχείριση ταλέντων ένα σημαντικό μέρος από τα νέα καθήκοντα της Διαχείρισης των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Θα πρέπει επίσης να "φροντίσει" το γηράσκον προσωπικό τους, να προσφέρουν τα προσόντα και τις δυνατότητες κατάρτισης να προσαρμόσουν το σύστημα τους σύμφωνα με τις ανάγκες των φροντιστών.



## **6. Κοινωνικές Δεξιότητες - Αποτελέσματα μελετών που διενεργήθηκαν σε κάθε χώρα εταίρο- Σύγκριση των αποτελεσμάτων**

### **Χαρακτηριστικά της ομάδας μελέτης των φροντιστών**

#### **Φύλο:**

Ο Συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων – 165, περιλαμβάνει: 136 γυναίκες (82.4%) 27 άντρες (16.4%) και 2 ερωτηθέντες για τους οποίους υπάρχει έλλειψη δεδομένων (1,2%).

#### **Ηλικία**

- Έλλειψη Δεδομένων - 2 ερωτηθέντες (1.2%)
- 25 - 34 ετών - 66 ερωτηθέντες (40.0%)
- 34 - 44 ετών - 32 ερωτηθέντες (19.4%)
- 45 - 54 ετών – 39 ερωτηθέντες (23.6%)
- 55 - 64 ετών - 27 ερωτηθέντες (16, 4%)

#### **Εργασιακή Εμπειρία:**

- Έλλειψη Δεδομένων - 20 ερωτηθέντες (12.1%)
- Λιγότερη από 1 χρόνο - 10 ερωτηθέντες (6.1%)
- 1 -2 χρόνια - 16 ερωτηθέντες (9.7%)
- 3 – 5 χρόνια - 31 ερωτηθέντες (18.8%)
- 6 - 10 χρόνια - 24 ερωτηθέντες (14.5%)
- 11 – 15 χρόνια – 11 ερωτηθέντες (6.7%)
- 16 – 20 χρόνια – 15 ερωτηθέντες (9.1%)
- Περισσότερα από 20 χρόνια – 38 ερωτηθέντες (23.0%)

#### **Τύποι Φροντιστών:**

- Έλλειψη Δεδομένων – 5 ερωτηθέντες (3.0%)
- Επαγγελματίες Νοσηλευτές – 122 ερωτηθέντες (73.9%)
- Ιατρικοί βοηθοί – 4 ερωτηθέντες (2.4%)
- Κοινωνικοί λειτουργοί – 16 ερωτηθέντες (9.7%)
- Άλλο – 18 ερωτηθέντες (10.9%)

### **Είδος Φορέα/ Ιδρύματος:**

- Έλλειψη δεδομένων - 12 ερωτηθέντες (7,3%)
- Νοσοκομείο / Κλινική / Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - 121 ερωτηθέντες (73,9%)
- Γηροκομείο - 11 ερωτηθέντες (6,1%)
- Άσυλο - 18 ερωτηθέντες (10,9%)
- Άλλο - 3 ερωτηθέντες (1,8%)

### **Σημασία των συγκεκριμένων κοινωνικών δεξιοτήτων από την πλευρά των ερωτηθέντων:**

Βλέπε πίνακες 9 έως 31 και τα διαγράμματα 4-15 (επισυνάπτονται στο παράρτημα 1)

### **Συμπέρασμα**

Από την άποψη του προσωπικού τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά είναι:

- Σωστές εξαγωγές συμπερασμάτων
- Επικοινωνία με τους γιατρούς
- Επικοινωνία με τους ασθενείς

Το λιγότερο σημαντικό είναι:

- Η ηγεσία
- Ο δυναμισμός στις σχέσεις με τους ασθενείς και τους συναδέλφους
- Η ικανότητα να προλαμβάνουν την ολοκληρωτική εξάντληση

Στο υψηλότερο επίπεδο το προσωπικό αξιολογεί τις υπάρχουσες δεξιότητές τους:

- Σωστές εξαγωγές συμπερασμάτων
- Επικοινωνία με τους ασθενείς
- Το να μπορούν συναισθηματικά να κατανοήσουν τον άλλο

Το χαμηλότερο επίπεδο των δεξιοτήτων τους εκπροσωπείται από:

- Την ικανότητα να προλαμβάνουν την ολοκληρωτική εξάντληση
- Την ισορροπία εργασίας και προσωπικής ζωής
- Την επικοινωνία με τους γιατρούς



Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε την ύπαρξη σημαντικών διαφορών μεταξύ των χαρακτηριστικών που κατέχονται από το προσωπικό, καθώς και τα χαρακτηριστικά τα οποία, σύμφωνα με τη δική τους άποψη θα πρέπει να κατέχουν.

### **Μάνατζερ/ Διευθυντής**

#### **Χαρακτηριστικά της ομάδας μελέτης των μάνατζερ/διευθυντών:**

#### **Φύλο:**

Ο Συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων – 148 περιλαμβάνει: 96 γυναίκες (64.9 %) 51 άντρες (34.4%) και 1 ερωτηθείς για τον οποίο υπάρχει έλλειψη δεδομένων (1,2%).

#### **Ηλικία:**

- Έλλειψη Δεδομένων - 2 ερωτηθέντες (1.3%)
- 25 - 34 ετών - 5 ερωτηθέντες (3.4%)
- 34 - 44 ετών – 39 ερωτηθέντες (26.2%)
- 45 - 54 ετών – 63 ερωτηθέντες (42.3%)
- 55 - 64 ετών - 30 ερωτηθέντες (20.1%)
- Μεγαλύτεροι από 60 ετών – 10 ερωτηθέντες (6.7%)

#### **Εργασιακή Εμπειρία:**

- Έλλειψη Δεδομένων - 1 ερωτηθείς (0.7%)
- Less than one year - 2 ερωτηθέντες (1.3%)
- 1 -2 χρόνια - 10 ερωτηθέντες (7.3%)
- 3 – 5 χρόνια - 25 ερωτηθέντες (16.8%)
- 6 - 10 χρόνια - 31 ερωτηθέντες (20.8%)
- 11 – 15 χρόνια – 24 ερωτηθέντες (16.1%)
- 16 – 20 χρόνια – 23 ερωτηθέντες (15.4%)
- Περισσότερα από 20 χρόνια – 32 ερωτηθέντες (21.6%)

#### **Εκπαίδευση:**

- Έλλειψη Δεδομένων– 7 ερωτηθέντες(5.3%)
- Νομική – 8 ερωτηθέντες (5.4%)

- Διοίκηση Επιχειρήσεων – 73 ερωτηθέντες (49.0%)
- Ιατρική– 28 ερωτηθέντες (18.8%)
- Κοινωνικές Επιστήμες– 20 ερωτηθέντες (13.4%)
- Άλλο– 12 ερωτηθέντες (8.1%)

#### **Είδος Φορέα/ Ιδρύματος:**

- Έλλειψη Δεδομένων – 1 ερωτηθείς (1.3%)
- Νοσοκομείο / Κλινική / Πρωτοβάθμια Φροντίδα – 101 ερωτηθέντες (67.3%)
- Γηροκομείο – 11 ερωτηθέντες (7.3%)
- Άσυλο– 17 ερωτηθέντες (11.3%)
- Άλλο – 18 ερωτηθέντες (12.0%)

#### **Σημασία των συγκεκριμένων κοινωνικών δεξιοτήτων από την πλευρά των ερωτηθέντων:**

Βλέπε πίνακες 32 έως 54 και τα διαγράμματα 16-27 (επισυνάπτονται στο παράρτημα 2)

Η ανάλυση της διακύμανσης έδειξε την ύπαρξη σημαντικών διαφορών μεταξύ των χαρακτηριστικών που κατέχονται από το προσωπικό, καθώς και τα χαρακτηριστικά που, σύμφωνα με τα στελέχη, πρέπει να διαθέτει το προσωπικό.

Η πιο σημαντική δεξιότητα στην αντίληψη του προσωπικού είναι η επικοινωνία με τους ασθενείς, σε ένα μέσο επίπεδο των 4,82. Το ιατρικό προσωπικό βαθμολόγησε το πραγματικό επίπεδο αυτής της ποιότητας σε 3.85 Η δεύτερη πιο σημαντική δεξιότητα στην αξιολόγηση του προσωπικού είναι η επικοινωνία με τους γιατρούς. Οι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν τη σημασία του να έχουν αυτήν την ικανότητα σε ένα μέσο επίπεδο του 4,64 Στην περίπτωση της επικοινωνίας με τους γιατρούς, εκεί εμφανίστηκε επίσης μια σημαντική διαφορά στο πεδίο κατάταξης της σημαντικότητας της ποιότητας και στο πραγματικό επίπεδο αυτής. Οι φροντιστές αξιολόγησαν την επικοινωνία τους σχετικά με ιατρικές δεξιότητες σε 3,35. Το τρίτο πιο σημαντικό χαρακτηριστικό για την εκτίμηση του ιατρικού προσωπικού είναι καλό συμπέρασμα. Οι ερωτηθέντες έχουν αναγνωρίσει τη σημασία αυτού του χαρακτηριστικού στο επίπεδο του 4,61, ενώ το πραγματικό επίπεδο του να την έχουν στο 3,69. Η τέταρτη και πέμπτη θέση σε όρους σημαντικότητας για τους εργαζομένους είναι: να είναι εμφατικοί - 4,60 και συναισθηματικά ανθεκτικοί - 4.54, όπου τα σημερινά επίπεδα σε αυτο-αξιολόγηση των ερωτηθέντων είναι στο επίπεδο των 3,88 και 3,63.

Άλλες δεξιότητες στην ιεραρχία περιλαμβάνουν: Εργασία - ισορροπία της ζωής, αξιολογήθηκε ως σημαντικό στο επίπεδο του 4,42. Στην περίπτωση αυτή, ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων στο αντιληπτό επίπεδο εκπροσώπησης της δεξιότητας ήταν χαμηλότερος από το αναμενόμενο, καθώς ήταν 3.27. Τη σημασία της ομαδικής εργασίας, το ιατρικό προσωπικό την ταξινόμησε ως σημαντική στο μέσο επίπεδο του 4,39, ενώ η εκπροσώπηση αυτής της ιδιότητας βαθμολογήθηκε με 3.27. Στο τέλος της λίστας ήταν η ικανότητα να αποτρέψει την ολοκληρωτική εξάντληση και η αυτοπεποίθηση στην οικοδόμηση σχέσεων με τους ασθενείς και τους συναδέλφους, η σημασία των οποίων ταξινομήθηκε στα μέσα επίπεδα των 4,36 και 4,35. Το προσωπικό αντιστοιχεί αυτά τα χαρακτηριστικά στη δική τους αξιολόγηση στο επίπεδο του 2,81 και 3,42. Ο κατάλογος της σπουδαιότητας ολοκληρώνεται με την ηγεσία. Αυτό είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό για το ιατρικό προσωπικό σε ένα μέσο επίπεδο του 4,01, ενώ η πραγματική τους εκπροσώπηση της ηγεσίας είναι κατά μέσο όρο 3,37.

Δεν μπορούμε να πούμε ότι κάποια από τις παραπάνω αναφερθείσες δεξιότητες δεν είναι σημαντικές για το ιατρικό προσωπικό, καθώς όλα αυτά τα χαρακτηριστικά κρίθηκαν ως σημαντικά σε ένα μέσο επίπεδο πάνω από 4, όπου η υψηλότερη τιμή της κλίμακας ήταν 5. Αξίζει να δοθεί προσοχή στην πραγματική εκπροσώπηση της αυτό-αξιολόγησης αυτών των δεξιοτήτων του προσωπικού. Όλα τα χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν δεν υπερβαίνουν το σημείο 4 της κλίμακας. Τα τρία κορυφαία χαρακτηριστικά σε όρους πραγματικής εκπροσώπησης, δηλαδή η επικοινωνία με τους ασθενείς, η επικοινωνία με τους γιατρούς, και το να είναι εμφατικοί κατατάχθηκαν κατά μέσο όρο σε μια κλίμακα 5 βαθμών, που μάλλον σημαίνει ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη να αυξηθεί το επίπεδο της εκπροσώπησης των χαρακτηριστικών αυτών από ιατρικό προσωπικό.

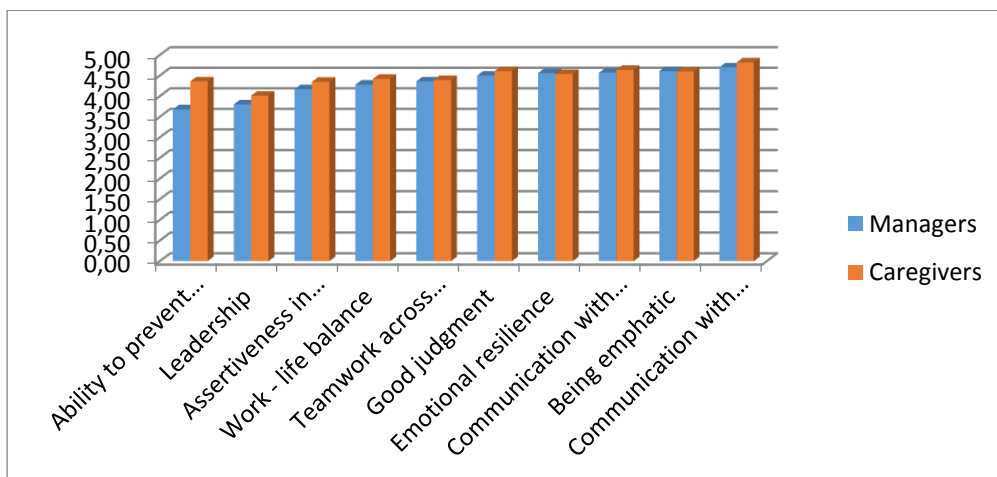
Η σύγκριση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από ιατρικό προσωπικό με την αξιολόγηση των ικανοτήτων τους από τους διαχειριστές δείχνει ότι το πιο σημαντικό προσόν που θα πρέπει να έχει το ιατρικό προσωπικό είναι η επικοινωνία με τους ασθενείς. Οι μάνατζερς αξιολογούν τη σημασία της επικοινωνίας με τους ασθενείς κατά μέσο όρο στο 4,70, ενώ το ιατρικό προσωπικό αντιστοιχεί το χαρακτηριστικό αυτό στο 3,72. Η σημασία της ενσυναίσθησης είναι η δεύτερη στην αξιολόγηση των μάνατζερς Αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό που κατατάσσεται κατά μέσο όρο στο 4,57, και το ιατρικό προσωπικό, αντιπροσωπεύει, σύμφωνα με τους μάνατζερς τη δεξιότητα του να είναι εμφατικοί σε ένα μέσο επίπεδο του 3,52. Η επικοινωνία με τους γιατρούς έχει αξιολογηθεί ως σημαντική στο επίπεδο του 4,57. Το ιατρικό προσωπικό

αντιστοιχεί το χαρακτηριστικό σε 2,46 (αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό το οποίο, σύμφωνα με τα στελέχη, είναι το λιγότερο εκπροσωπούμενο από ιατρικό προσωπικό). Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι, από την άποψη των μάντζερς άλλα χαρακτηριστικά που το προσωπικό θα πρέπει να αντιπροσωπεύει είναι συναισθηματική ανθεκτικότητα - 4,56 και η καλή συμπερασματολογία- 4.50.

Τα χαρακτηριστικά αυτά αντιπροσωπεύονται από το ιατρικό προσωπικό στα επίπεδα του 3,70 και 3,60 αντίστοιχα. Η ομαδική εργασία βαθμολογήθηκε από τους μάντζερς ως σημαντική στο μέσο επίπεδο του 4,36, ενώ το προσωπικό αντιστοιχεί το χαρακτηριστικό αυτό στο επίπεδο του 3,44. Η εξισορρόπηση εργασίας- προσωπικής ζωής ταξινομήθηκε ως σημαντική μέσο επίπεδο του 4,28, ενώ το επίπεδο της εκπροσώπησης αυτής της δεξιότητας οι μάντζερ/ διευθυντές το βαθμολόγησαν με μέσο όρο 3,32. Το λιγότερο σημαντικό, σύμφωνα με τα στελέχη, ήταν: η αυτοπεποίθηση στην οικοδόμηση σχέσεων με τους ασθενείς και τους συναδέλφους - 4,17, η ηγεσία - 3,80 και η ικανότητα να αποτρέψει την ουδετεροποίηση - 3,68, η οποία στην αξιολόγηση των προϊσταμένων εκπροσωπούνται από το προσωπικό στα επίπεδα του 3,28, 3,13 και 2,46.

Το παρακάτω γράφημα δείχνει ότι υπάρχουν μικρές διαφορές μεταξύ του επιπέδου αντίληψης της σημασίας των κοινωνικών δεξιοτήτων για το έργο του ιατρικού προσωπικού μεταξύ των μάντζερ/ διευθυντών και των παροχών φροντίδας. Αυτό αποδεικνύει τη σχετικότητα της χρήσης των κοινωνικών ικανοτήτων.

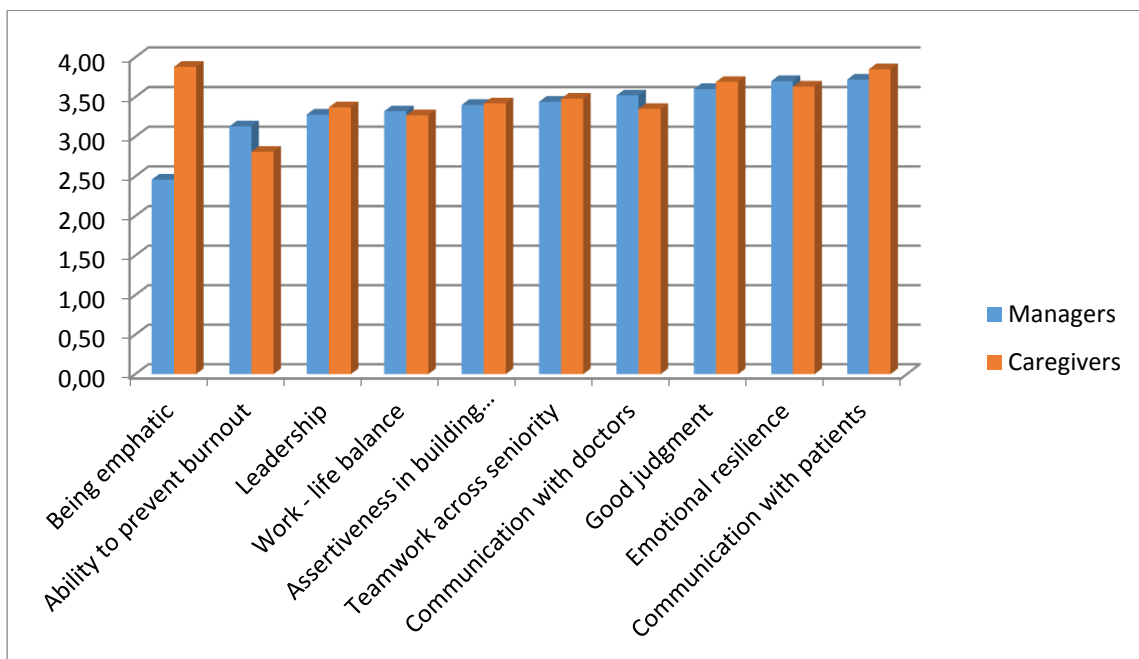
Διάγραμμα 2. Διαφορές στη σημασία των κοινωνικών δεξιοτήτων των παροχών φροντίδας και των μάντζερ/διευθυντών



Πηγή: Βασισμένο στα αποτελέσματα της έρευνας του έργου Take Care

Το να μπορούν να επιδεικνύουν ενσυναίσθηση – Οι μάνατζερ/ διευθυντές εκτιμούν αυτή την ικανότητα σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο από ότι οι παροχείς φροντίδας. Σε υψηλότερα επίπεδα από την αυτό-αξιολόγηση το προσωπικό έχει κατατάξει: την αποτροπή της επαγγελματικής εξουθένωσης, την εξισορρόπηση εργασίας- προσωπικής ζωής, την επικοινωνία με τους γιατρούς, τη συναισθηματική ανθεκτικότητα, αλλά εδώ υπάρχουν μικρές διαφορές.

Διάγραμμα 3. Διαφορετική ταξινόμηση σπουδαιότητας για τις υπάρχουσες κοινωνικές δεξιότητες των παροχών φροντίδας στην εργασία



Πηγή: Βασισμένο στα αποτελέσματα της έρευνας του έργου Take Care

## 7. Βιβλιογραφία

1. Akademie der Steirischen Krankenanstaltenges.m.b.H (ASK), *Bildungskalender 2014*. Graz (Austria), Sep. 2013.
2. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), *Ergonomie in helfenden Berufen – Sicherheitsinformation der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt*. Vienna (Austria), Jun. 2006.
3. Bauer G., *Die 24-Stunden-Betreuung in Österreich – Motive und Beschäftigungsverhältnisse von osteuropäischen Pflege- und Betreuungspersonen*, 2010.
4. Biffl G., *WIFO-Weißbuch: Mehr Beschäftigung durch Wachstum auf Basis von Innovation und Qualifikation*, Teilstudie 16: Alternde Dienstleistungsgesellschaft, Nov. 2006.
5. Bowles N., Mackintosh C., Torn A., *Nurse's communication skills: An evaluation of the impact of solution-focused communication training*, *Journal of Advanced Nursing*, 36(3) 2001.
6. Bundesagentur für Arbeit, *Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*, Nürnberg, Germany 2011.
7. *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe* (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 185/2013.
8. *Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten* (Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG). BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2013.
9. *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Arbeitsschutz. Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz - das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz*. Vienna (Austria), Feb. 2009.
10. *Bundesministerium für Frauen und Gesundheit (BMFG): Public Health in Austria*, 4th, updated edition, Dec. 2005.
11. *Bundesministerium für Gesundheit: Impfungen für MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens, Empfehlungen als Erweiterung des Österreichischen Impfplans*. Vienna (Austria), Sep. 2012.
12. Burns E., *Effizienz- und Gesundheitsentwicklung in der Pflege mit Kinästhetik*, Projekt am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel der Stadt Wien, Pressbaum (Austria) 2007.

13. Canadian Institute for Health Information. [Canada's Health Care Providers, 2007](#). Ottawa 2007.
14. Corning S.P., *Profiling and developing nursing leaders*, Journal of Nursing Administration, 32(7/8) 2002.
15. Doctors of the World, *Access to Healthcare in Europe in Times of Crisis and Rising Xenophobia*, April 2013.
16. Dressler S., et al., *Ergebnisse der Studie „Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen*, Vienna (Austria) 2014.
17. [en.wikipedia.org/wiki/Occupational\\_safety\\_and\\_health](http://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_safety_and_health).
18. Futurage, *A Road Map for European Ageing Research*, October 2011.
19. Glaser J., Höge T., *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*, Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2005.
20. Glaser J., Lampert B., Weigl M., *Arbeit in der stationären Altenpflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität*. INQA Bericht Nr. 34. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2008.
21. Jelenko M., *Unternehmerische, politische und gesellschaftliche Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Ergebnisse der Podiumsdiskussion*, Beiträge zur Fachtagung „Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege“ vom 20. Mai 2008 in Wien, Vienna (Austria), May 2008.
22. Jürgen G., Höge T., *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*“. Dortmund/Berlin/Dresden, Germany 2005.
23. Karamessini M., *Elderly care in Greece. Provisions and providers*, External report commissioned by and presented to the European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Unit G1 'Equality between women and men', 2010.
24. Klachovich M., *Interpersonal communication. An essential skills for nursing students* (2009). Retrieved: <http://www.phoenix.edu/profiles/faculty/marilyn-klachovich/articles/interpersonal-communication-an-essential-skill-for-nursing-students.html>.

25. Kliszczyk J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Sadowska A., The level of anxiety, depression and aggression in nurses and their life and job satisfaction, *Med Pr.* 2004;55(6):461-8.
26. Knüppel J., *Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe*, Zahlen Daten Fakten – „Pflege“, Berlin, Germany 2012.
27. *Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG)*. BGBl. I Nr. 8/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 89/2012
28. Lewandowska A, Litwin B., Burnout as an occupational risk for nurses, *Ann Acad Med Stetin.* 2009;55(3):86-9.
29. *LKH Feldkirch, Kompetenznachweis – Nachweis über die praktische Ausbildung*, Feldkirch (Austria) Nov. 2010.
30. Lyberaki A., *Deae ex Machina: migrant women, care work and women's employment in Greece*, GreeSE Paper No. 20, Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe, London: LSE,2008.
31. Mayer M., *Personenzentrierte Pflege. Implementierungsschwierigkeiten psychosozialer Konzepte*. Vienna (Austria) 2010.
32. Mestheneos E., Triantafyllou J. & Kontouka S., *Eurofamcare, national background report for Greece*, Department of health services management, National School for Public health, Athens 2004.
33. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals*. NIOSH Publication No. 2008–136. Centers for Disease Control and Prevention, July 2008. Retrieved on December 2, 2008.
34. ÖBIG: Österreichischer Pflegebericht, Vienna (Austria), May 2006.
35. Olbrich C., *Pflegekompetent*, Bern, Germany 1999.
36. Pogatscher P., *Standortbestimmung: Die Pflegeausbildung in Österreich*, Welche Problemfelder sind im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflegeausbildung zu erkennen?, Graz (Austria), Jul. 6, 2011.
37. Principal Chamber of Nurses and Mid-wives, *Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015-2035*, Warszawa kwiecień 2013.



38. Principal Chamber of Nurses and Mid-wives, [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl).
39. Rottenhofer I., et al., *Prognose des Pflegepersonalbedarfs im Gesundheits- und Sozialbereich des Bundeslandes Salzburg*, Ergebnisbericht, Vienna (Austria), Feb. 2013.
40. Sahmel K-H., *Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte*, „Pflegerische Kompetenzen fördern“. Stuttgart, Germany 2009.
41. Sakowski P., Job satisfaction of occupational medicine nurses in Poland, *Int J Occup Med Environ Health*. 2012 Mar;25(1):51-8. doi: 10.2478/s13382-012-0006-x. Epub 2012 Jan 5.
42. Sapountzi- Krepis D., Raftopoulos V., Sgatzos M., Dimitriadou A., Ntourou I., Sapkas G., *Informal in hospital care in rehabilitation setting in Greece: as estimation of the nursing staff required for substituting this care*, *Disabil Rehabil*, 2006.
43. Schneeberger A., *Internationale Einstufung der österreichischen Berufsbildung – adequate ISCED-Positionierung als bildungspolitische Herausforderung*, Vienna (Austria), May 2010.
44. Sissouras A., Ketsopoulou M., Bouzas N., Fagadaki E., Papaliou O., Fakoura A., *Providing integrated health and social care for older persons in Greece. ProCare-National Report Greece.*, National Centre for Social Research. EKKE. Athens 2002.
45. *Soft skills research: Aligning Nurse's Touch with Best Practices*, Assessment Technologies Institute Inc. 2012.
46. Sommer S., *The Soft Skills of Nursing, Minority Nurse Writer*, Your (Mental) Health: One Nurse's Story 2012.
47. Spicker I., *Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der mobilen Pflege und Betreuung. Beiträge zur Fachtagung*, „Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege“ vom 20. Mai 2008 in Wien, Vienna (Austria), May 2008.
48. Spicker I., *Professionalisierung der Pflege. Die Sicht von Pflegenden in der Praxis – Eine qualitative Untersuchung zu Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegenden in Wien*, Vienna (Austria) 2001.
49. Spoleczna Akademia Nauk Lodz. Take Care Project. WP 2 State of Arts, Needs and Constraints in the Sector. Methodological Approach – Guidelines for the research and reporting.

50. *Strahlenschutzgesetz* (StrSchG), BGBl, Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 106/2013.
51. *The Future of Nursing: Leading Change*, Advancing Health, IOM October 5, 2010.
52. Triantafyllou J., Mestheneos E., Prouskas C., Goltsi V., Kontouka S. & Loukisis A., *Eurofamcare, services for supporting family carers of older dependent people in Europe: characteristics, coverage and usage*, The national survey report for Greece, Athens 2006.
53. Trochim, William M., *The Research Methods Knowledge Base*, 2nd Edition. Internet WWW page, at URL: <<http://www.socialresearchmethods.net/kb/>> (version current as of October 20, 2006).
54. Ullrich J., *Älter werden im Pflegeberuf – Gesundheitsförderung als eine Strategie, um als Pflegeperson im Krankenhaus langfristig gesund im Beruf arbeiten zu können*, Vienna (Austria) 2011.
55. World Health Organization, 2003. *Quality and accreditation in health care services*. Geneva [http://www.who.int/hrh/documents/en/quality\\_accreditation.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf).
56. World Health Organization, 2006. *World Health Report 2006: working together for health*. Geneva: WHO.
57. World Health Organization, 2010. *Classifying health workers*.
58. World Health Organization. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, 2009. Retrieved on March 9, 2011.
59. [www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Rechtsgrundlagen-und-Vorschriften/Arbeitsschutzsystem%20in%20Deutschland.html](http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Rechtsgrundlagen-und-Vorschriften/Arbeitsschutzsystem%20in%20Deutschland.html).
60. [www.baua.de/de/Publikationen/Faltblaetter/F2.html](http://www.baua.de/de/Publikationen/Faltblaetter/F2.html)
61. [www.bildung-news.com/bildun-und-karriere/ausbildung-und-lehre/ausbildung-zur-krankenschwester zum-krankenpfleger](http://www.bildung-news.com/bildun-und-karriere/ausbildung-und-lehre/ausbildung-zur-krankenschwester-zum-krankenpfleger).
62. [www.bildungundberuf.at](http://www.bildungundberuf.at) (Section Bereich/Sektor, Pflege).
63. [www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/arbschg.htm](http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/arbschg.htm).
64. [www.cneh.fr/Portals/2/01FORMATION/RPS/DOCS/FASCICULE\\_RPS\\_PRINT.pdf](http://www.cneh.fr/Portals/2/01FORMATION/RPS/DOCS/FASCICULE_RPS_PRINT.pdf).

65. [www.dasa-dortmund.de/en/about-dasa/was-ist-die-dasa/](http://www.dasa-dortmund.de/en/about-dasa/was-ist-die-dasa/).
66. [www.infirmiers.com/actualites/actualites/un-quart-des-soignants-est-age-de-plus-de-50-ans.html](http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/un-quart-des-soignants-est-age-de-plus-de-50-ans.html).
67. [www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/le-metier-aide-soignant-qui-comment-pour-quoi-faire.html](http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/le-metier-aide-soignant-qui-comment-pour-quoi-faire.html).
68. [www.inrs.fr/](http://www.inrs.fr/).
69. [www.inrs.fr/accueil/secteurs/sante.html](http://www.inrs.fr/accueil/secteurs/sante.html).
70. [www.lexpress.fr/actualite/societe/burn-out-pourquoi-les-soignants-sont-en-premiere-ligne\\_1317205.html](http://www.lexpress.fr/actualite/societe/burn-out-pourquoi-les-soignants-sont-en-premiere-ligne_1317205.html).
71. [www.lifeaftercare.eu/docs/LACbookletfinalGR.pdf](http://www.lifeaftercare.eu/docs/LACbookletfinalGR.pdf)
72. [www.minoritynurse.com/article/soft-skills-nursing](http://www.minoritynurse.com/article/soft-skills-nursing).
73. [www.nadelstichverletzung.at](http://www.nadelstichverletzung.at) (Section Gesetzgebung).
74. [www.oecd.org/els/health-systems/47884865.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/47884865.pdf).
75. [www.oegkv.at](http://www.oegkv.at) (Section Aus- und Weiterbildung).
76. [www.onisep.fr/Mes-infos-regionales/Nord-Pas-de-Calais/Dossiers/Les-formations-du-paramedical-post-bac/Infirmier](http://www.onisep.fr/Mes-infos-regionales/Nord-Pas-de-Calais/Dossiers/Les-formations-du-paramedical-post-bac/Infirmier).
77. [www.orientation-pour-tous.fr/Quels-metiers-porteurs-d-ici-2020.html](http://www.orientation-pour-tous.fr/Quels-metiers-porteurs-d-ici-2020.html).
78. [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Metiers\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_Dossier\\_de\\_presse120312.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Metiers_de_la_sante_-_Dossier_de_presse120312.pdf).
79. [www.statistik.at](http://www.statistik.at) (Section Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Personal im Gesundheitswesen).
80. [www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2012-022.pdf](http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2012-022.pdf).
81. [www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure\\_el.pdf](http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el.pdf).
82. Wynd C.A., *Current factors contributing to professionalism in nursing*, Journal of Professional Nursing, 19(5) 2003.
83. Zafiropoulou M., Kaitelidou D., Siskou O., Katsikas D., Oikonomoy Ch., *Impacts of crisis on access on healthcare services: Greek report, Eurofound editions*, September 2014.

## Παράρτημα 1 / Anex

### Παράρτημα 1 Η σημασία συγκεκριμένων κοινωνικών δεξιοτήτων σύμφωνα με τους ερωτηθέντες (φροντιστές/νοσηλεύτες)

#### Communication with patients

Table 9. The importance of Communication with patients skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Communication with patients PL	22	0	5	4,91	1,101
Communication with patients IT	20	0	5	4,76	1,146
Communication with patients EL	21	3	5	4,55	,539
Communication with patients ES	23	4	5	4,55	,288
Communication with patients DE	31	4	5	4,94	,250
Communication with patients AT	27	4	5	4,96	,192
Communication with patients FR	21	5	5	5,00	,000

Source: Based on the results of Take Care research

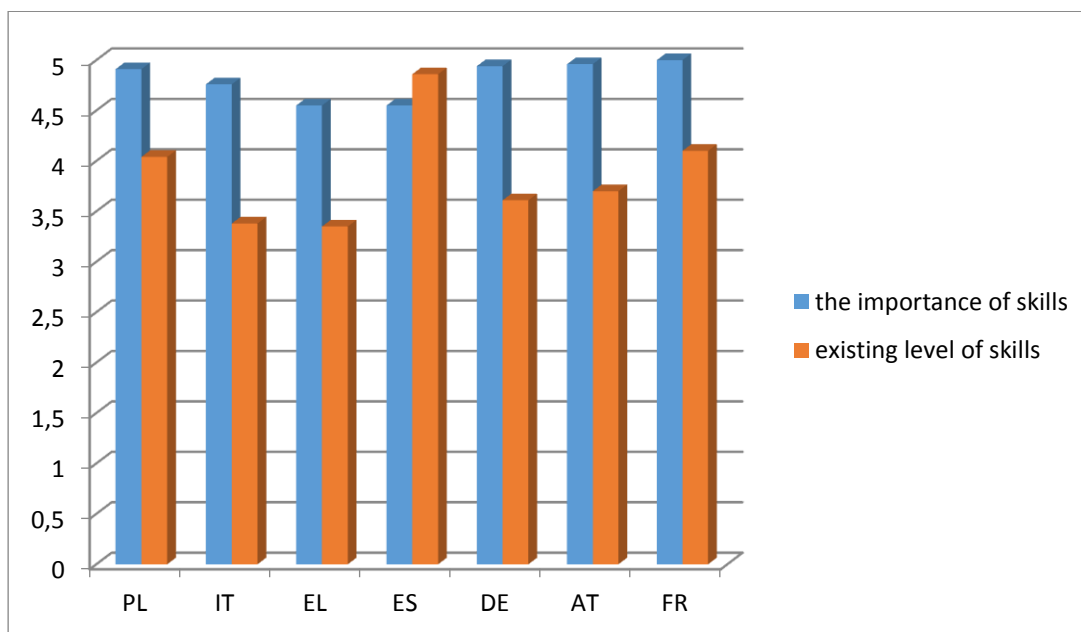
Table 10. The existing level of Communication with patients skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Communication with patients PL	20	0	5	4,04	1,309
Communication with patients IT	21	0	5	3,38	1,244
Communication with patients EL	31	1	5	3,35	,761
Communication with patients ES	27	3	5	4,86	,542
Communication with patients DE	23	3	5	3,61	,706
Communication with patients AT	21	2	5	3,70	,995

Communication with patients FR	22	4	5	4,10	,351
-----------------------------------	----	---	---	------	------

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 4. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### **Communication with doctors**

Table 11. The importance of Communication with doctors skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Communication with doctors PL	23	4	5	4,78	,422
Communication with doctors IT	21	3	5	4,43	,676
Communication with doctors EL	20	0	5	4,25	1,209
Communication with doctors ES	22	0	5	4,00	1,718
Communication with doctors DE	31	4	5	4,94	,250
Communication with doctors AT	27	4	5	4,85	,362

Communication with doctors FR	21	5	5	5,00	,000
----------------------------------	----	---	---	------	------

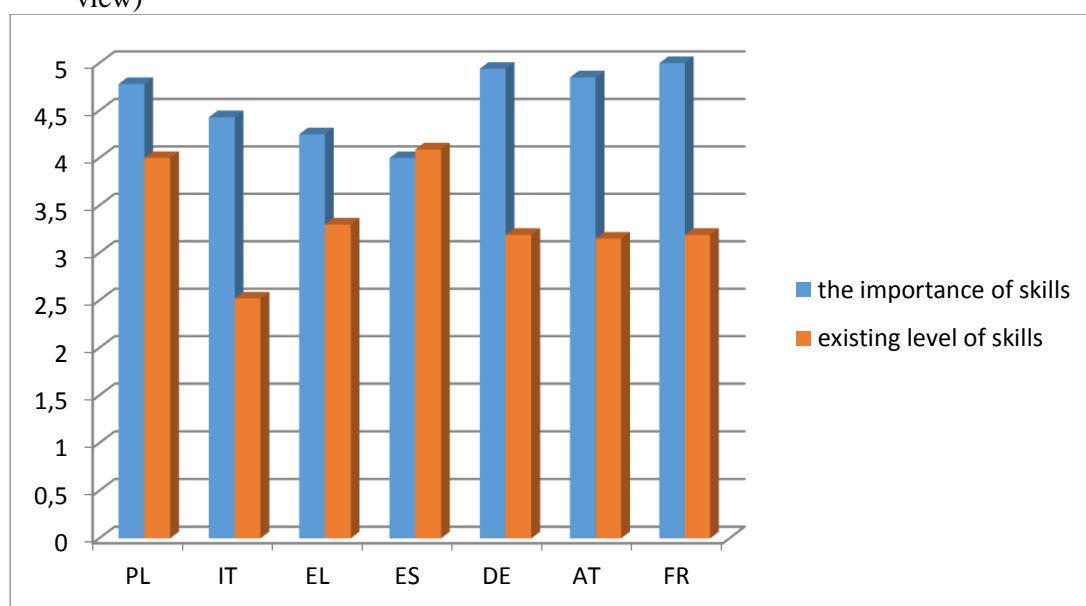
Source: Based on the results of Take Care research

Table 12. The existing level of communication with doctors (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Communication with doctors PL	23	2	5	4,00	,739
Communication with doctors IT	21	0	4	2,52	1,209
Communication with doctors EL	20	0	5	3,30	1,342
Communication with doctors ES	22	0	5	4,09	1,716
Communication with doctors DE	31	1	5	3,19	,910
Communication with doctors AT	27	2	5	3,15	,770
Communication with doctors FR	21	1	5	3,19	1,365

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 5. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

## Being emphatic

Table 13. The importance of being emphatic skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Being emphatic PL	23	3	5	4,61	,583
Being emphatic IT	21	3	5	4,71	,561
Being emphatic EL	20	0	5	4,20	1,240
Being emphatic ES	22	0	5	4,23	1,445
Being emphatic DE	31	3	5	4,58	,620
Being emphatic AT	27	3	5	4,81	,483
Being emphatic FR	21	5	5	5,00	,000

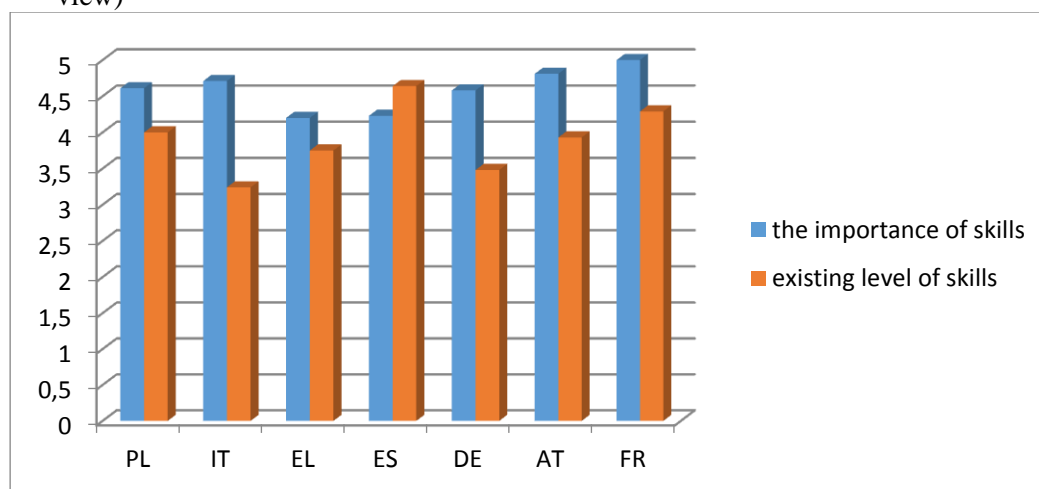
Source: Based on the results of Take Care research

Table 14. The existing level of being emphatic skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Being emphatic	23	3	5	4,00	,674
Being emphatic	21	0	5	3,24	1,411
Being emphatic	20	0	5	3,75	1,118
Being emphatic	22	4	5	4,64	,492
Being emphatic	31	0	5	3,48	1,061
Being emphatic	27	3	5	3,93	,616
Being emphatic	21	2	5	4,29	,902

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 6. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

## Emotional resilience

Table 15. The importance of emotional resilience skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Emotional resilience PL	23	0	5	4,52	1,123
Emotional resilience IT	21	3	5	4,38	,740
Emotional resilience EL	20	0	5	4,40	1,536
Emotional resilience ES	22	0	5	4,14	1,424
Emotional resilience DE	31	4	5	4,84	,374
Emotional resilience AT	27	0	5	4,59	1,047
Emotional resilience FR	21	0	5	4,76	1,091

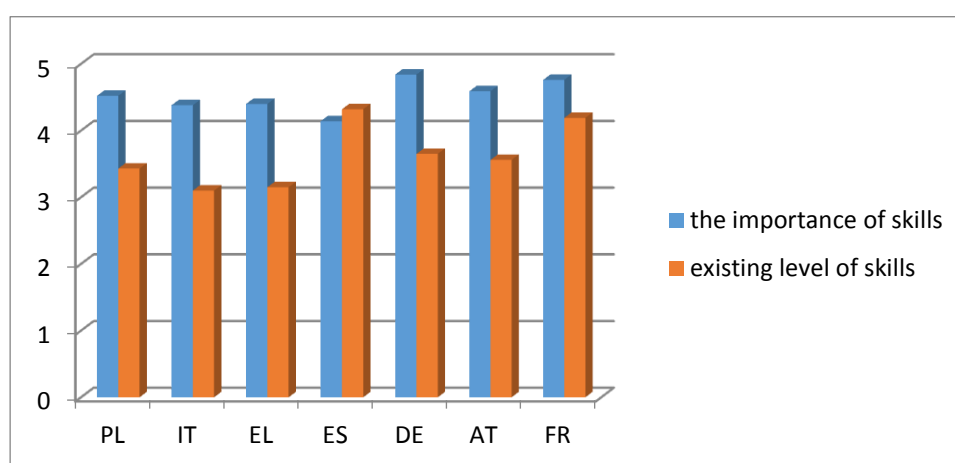
Source: Based on the results of Take Care research

Table 16. The existing level of emotional resilience skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Emotional resilience PL	23	0	5	3,43	1,037
Emotional resilience IT	21	0	5	3,10	1,338
Emotional resilience EL	20	0	5	3,15	1,268
Emotional resilience ES	22	3	5	4,32	,568
Emotional resilience DE	31	2	5	3,65	,950
Emotional resilience AT	27	2	5	3,56	,847
Emotional resilience FR	21	2	5	4,19	,873

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 7. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research



## Good inference

Table 17. The importance of good inference skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Good inference PL	23	1	5	4,48	,994
Good inference IT	21	3	5	4,52	,602
Good inference EL	20	0	5	4,25	1,585
Good inference ES	22	0	5	4,55	1,101
Good inference DE	31	4	5	4,68	,475
Good inference AT	27	4	5	4,74	,447
Good inference FR	21	5	5	5,00	,000

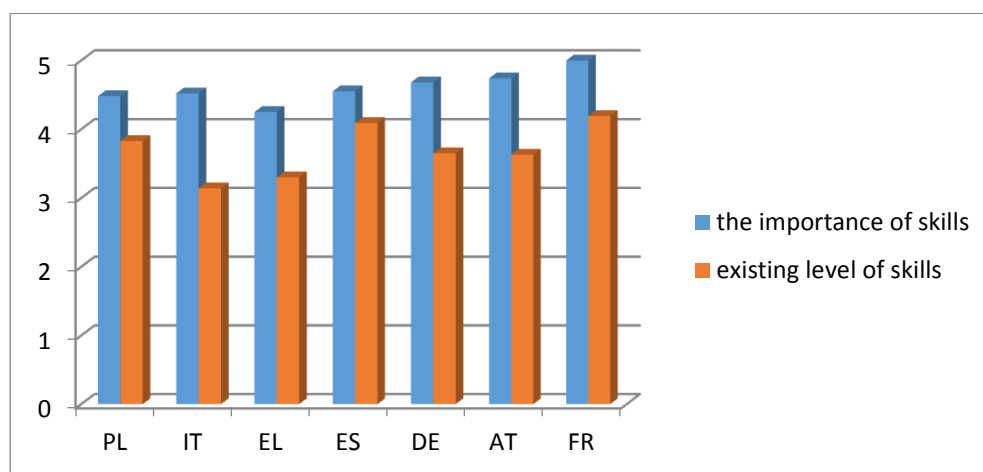
Source: Based on the results of Take Care research

Table 18. The existing level of good inference skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Good inference	23	0	5	3,83	1,029
Good inference	21	0	5	3,14	1,389
Good inference	20	0	5	3,30	1,081
Good inference	22	0	5	4,09	1,065
Good inference	31	2	5	3,65	,915
Good inference	27	2	5	3,63	,688
Good inference	21	2	5	4,19	,873

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 8. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

## Leadership

Table 19. The importance of leadership skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Leadership PL	23	1	5	3,74	1,137
Leadership IT	21	3	5	4,10	,700
Leadership ET	20	0	5	3,60	1,231
Leadership ES	22	0	5	3,68	1,249
Leadership DE	31	3	5	3,87	,718
Leadership AT	27	2	5	4,11	,847
Leadership FR	21	5	5	5,00	,000

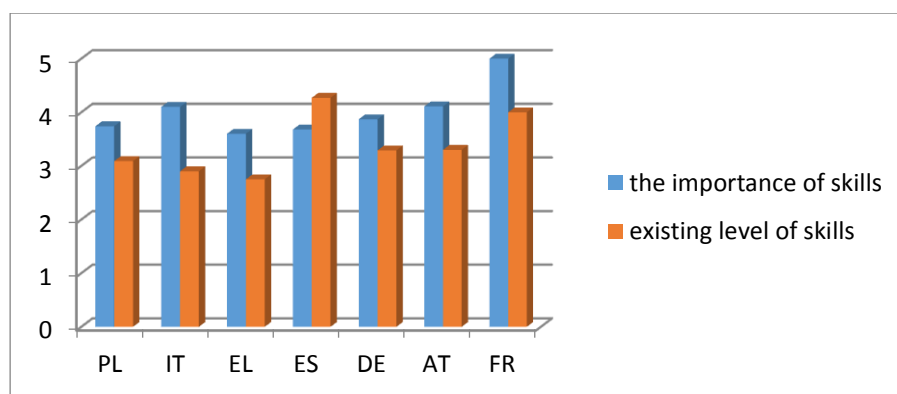
Source: Based on the results of Take Care research

Table 20. The existing level of leadership skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Leadership PL	23	0	5	3,09	1,276
Leadership IT	21	0	5	2,90	1,300
Leadership EL	20	0	5	2,75	1,293
Leadership ES	22	0	5	4,27	1,077
Leadership DE	31	1	5	3,29	,938
Leadership AT	27	1	5	3,30	1,068
Leadership FR	21	2	5	4,00	,894

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 9. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### Teamwork across seniority

Table 21. The importance of teamwork across seniority skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Teamwork across seniority PL	23	1	5	4,43	,896
Teamwork across seniority IT	21	3	5	4,43	,746
Teamwork across seniority EL	20	0	5	4,05	1,538
Teamwork across seniority ES	22	0	5	3,64	1,217
Teamwork across seniority DE	31	1	5	4,55	,850
Teamwork across seniority AT	27	3	5	4,52	,643
Teamwork across seniority FR	21	5	5	5,00	,000

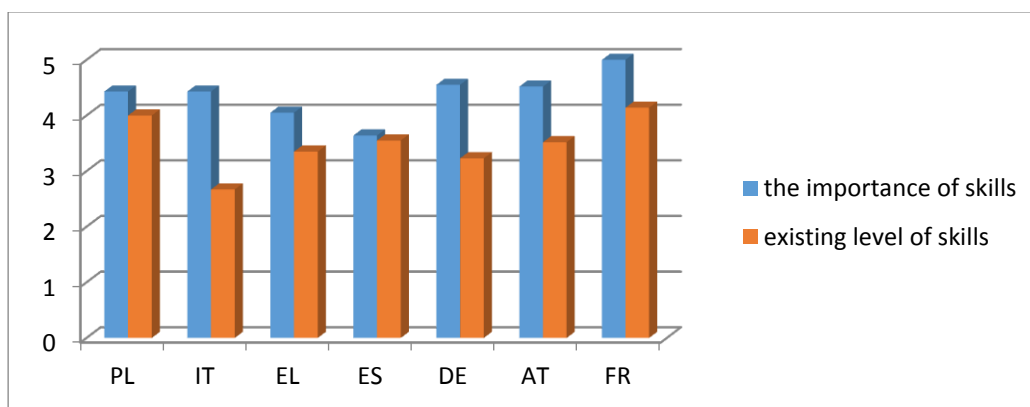
Source: Based on the results of Take Care research

Table 22. The existing level of teamwork across seniority skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Teamwork across seniority PL	23	2	5	4,00	,739
Teamwork across seniority IT	21	0	5	2,67	1,354
Teamwork across seniority EL	20	0	5	3,35	1,137
Teamwork across seniority ES	22	0	5	3,55	1,371
Teamwork across seniority DE	31	1	5	3,23	1,023
Teamwork across seniority AT	27	2	5	3,52	1,087
Teamwork across seniority FR	21	1	5	4,14	1,195

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 10. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

**Assertiveness in building relationships with patients and colleagues**

Table 23. The importance of assertiveness in building relationships with patients and colleagues skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues PL	23	0	5	4,35	1,152
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues IT	21	3	5	4,38	,590
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues EL	20	0	5	4,15	1,226
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues ES	22	0	5	4,32	1,171
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues DE	31	1	5	4,16	1,036
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues AT	27	2	5	4,37	,792
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues FR	21	0	5	4,76	1,091

Source: Based on the results of Take Care research

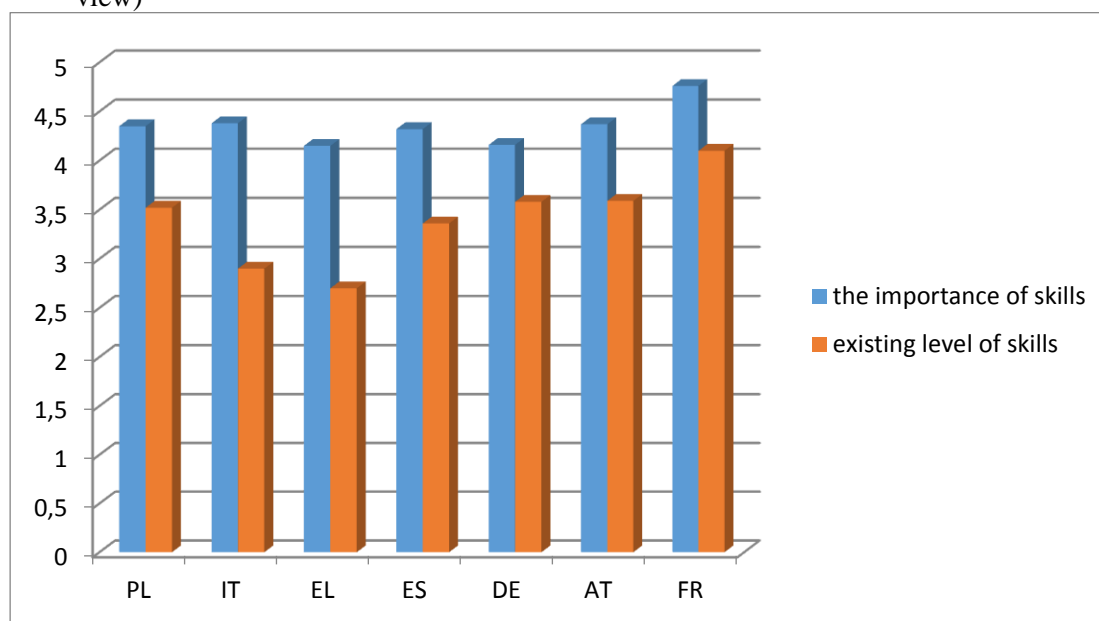
Table 24. The existing level of assertiveness in building relationships with patients and colleagues skills

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues PL	23	0	5	3,52	1,039
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues IT	21	0	5	2,90	1,261
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues EL	20	0	5	2,70	1,380

Assertiveness in building relationships with patients and colleagues ES	22	0	5	3,36	1,329
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues DE	31	2	5	3,58	,807
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues AT	27	2	5	3,59	,844
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues FR	21	1	5	4,10	1,091

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 11. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### Work - life balance

Table 25. The importance of work - life balance skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Work - life balance PL	23	3	5	4,39	,656
Work - life balance IT	21	3	5	4,24	,831
Work - life balance EL	20	0	5	4,35	1,268
Work - life balance ES	22	0	5	3,64	1,649

Work - life balance DE	31	3	5	4,68	,541
Work - life balance AT	27	3	5	4,56	,698
Work - life balance FR	21	5	5	5,00	,000

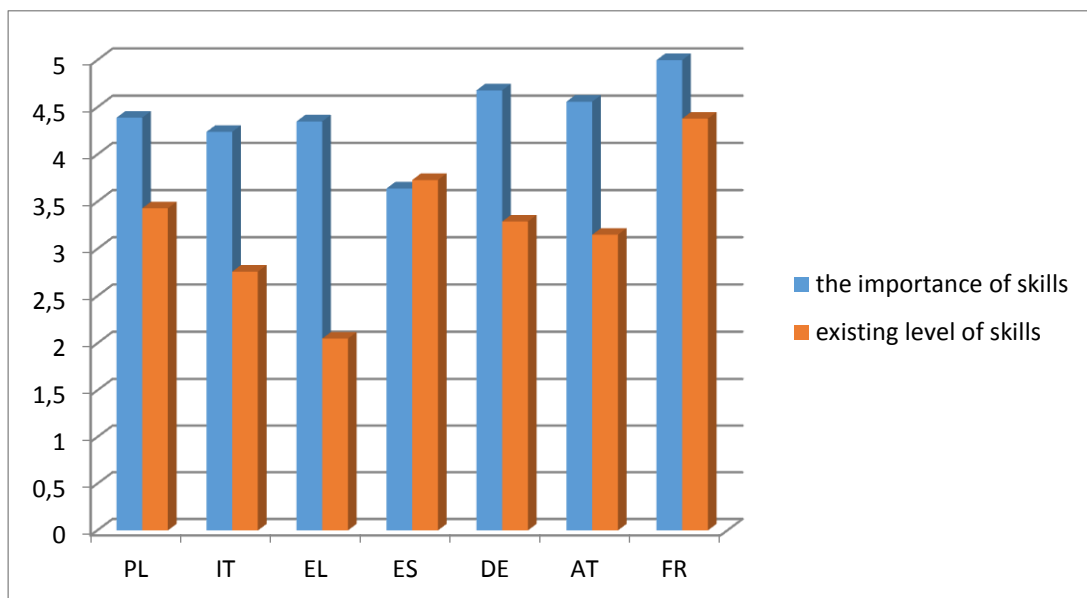
Source: Based on the results of Take Care research

Table 26. The existing level of work - life balance skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Work - life balance	23	0	4	3,43	,945
Work - life balance	21	0	5	2,76	1,446
Work - life balance	20	0	5	2,05	1,276
Work - life balance	22	0	5	3,73	1,077
Work - life balance	31	1	5	3,29	,864
Work - life balance	27	2	5	3,15	,818
Work - life balance	21	2	5	4,38	,865

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 12. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### **Ability to prevent burnout**

Table 27. The importance of ability to prevent burnout skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
--	---	---------	---------	---------	--------------------

Ability to prevent burnout PL	23	0	5	4,17	1,072
Ability to prevent burnout IT	21	0	5	4,10	1,300
Ability to prevent burnout EL	20	0	5	4,10	1,483
Ability to prevent burnout ES	22	0	5	3,68	1,427
Ability to prevent burnout DE	31	2	5	4,61	,715
Ability to prevent burnout AT	27	3	5	4,70	,542
Ability to prevent burnout FR	21	5	5	5,00	,000

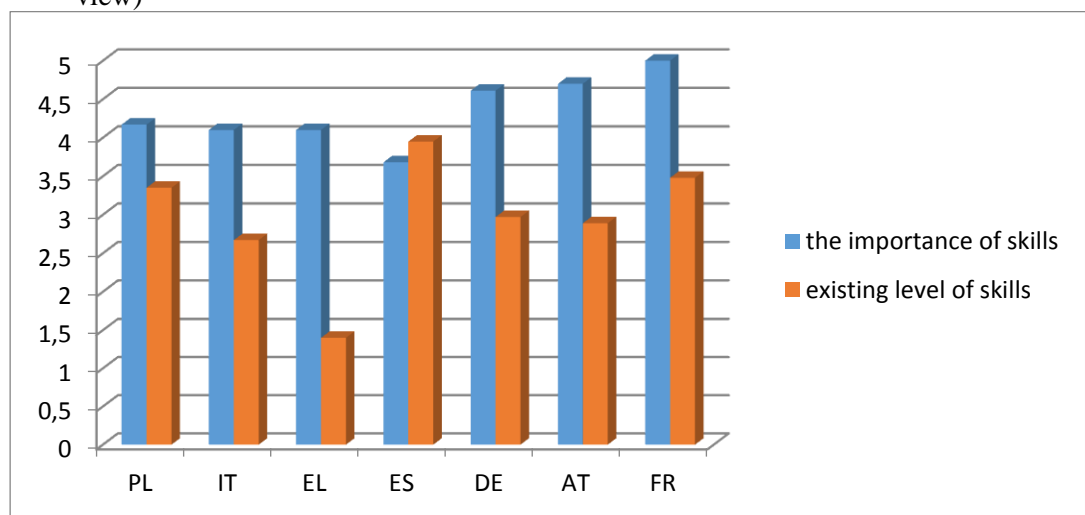
Source: Based on the results of Take Care research

Table 28. The existing level of ability to prevent burnout skills (caregivers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Ability to prevent burnout PL	23	2	5	3,35	,832
Ability to prevent burnout IT	21	0	5	2,67	1,065
Ability to prevent burnout EL	20	0	2	1,40	,598
Ability to prevent burnout ES	22	3	5	3,95	,844
Ability to prevent burnout DE	31	1	5	2,97	1,016
Ability to prevent burnout AT	27	1	5	2,89	1,050
Ability to prevent burnout FR	21	1	5	3,48	,981

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 13. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (caregivers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

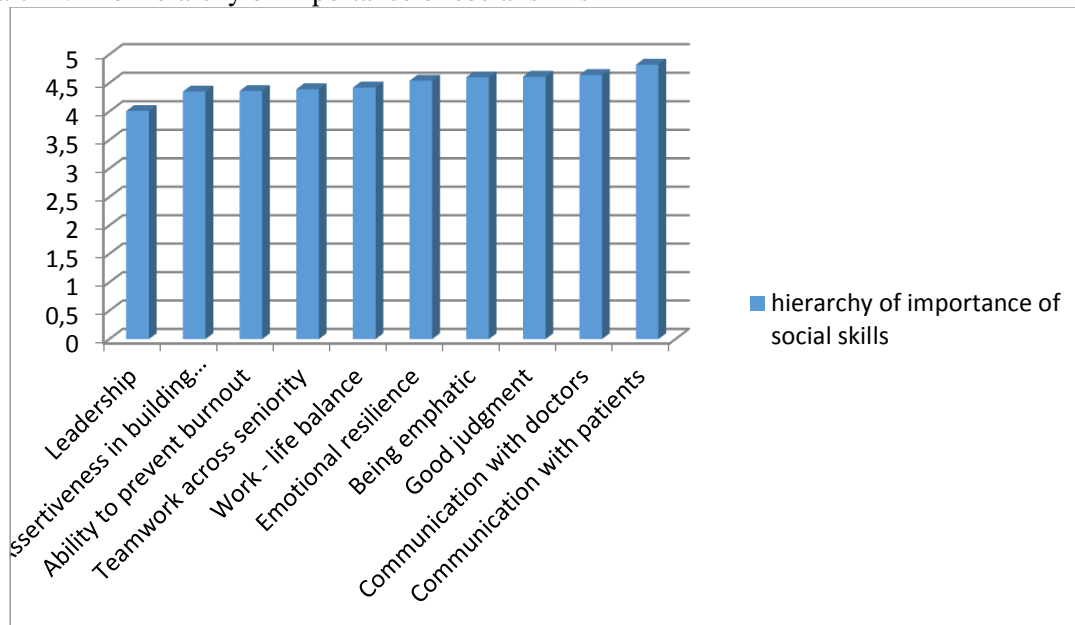
## Hierarchy of specific social skills based on all respondents points of view

Table 29. The hierarchy of importance of social skills

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Leadership	165	0	5	4,01	,997
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues	165	0	5	4,35	1,022
Ability to prevent burnout	165	0	5	4,36	1,088
Teamwork across seniority	165	0	5	4,39	,991
Work - life balance	165	0	5	4,42	,976
Emotional resilience	165	0	5	4,54	1,079
Being emphatic	165	0	5	4,60	,840
Good inference	165	0	5	4,61	,860
Communication with doctors	165	0	5	4,64	,884
Communication with patients	165	0	5	4,82	,634

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 14. The hierarchy of importance of social skills



Source: Based on the results of Take Care research



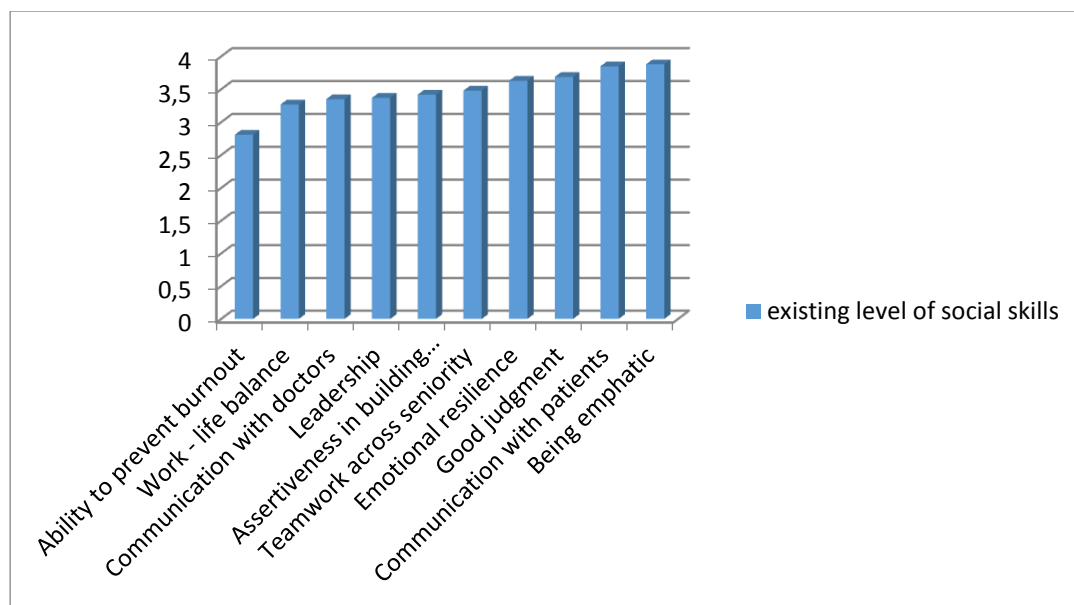
## Existing level of specific social skills based on all respondents' point of view

Table 30. The existing level of social skills

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Ability to prevent burnout	165	0	5	2,81	1,431
Work - life balance	165	0	5	3,27	1,205
Communication with doctors	165	0	5	3,35	1,243
Leadership	165	0	5	3,37	1,206
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues	165	0	5	3,42	1,153
Teamwork across seniority	165	0	5	3,48	1,198
Emotional resilience	165	0	5	3,63	1,066
Good inference	165	0	5	3,69	1,045
Communication with patients	165	0	5	3,85	,983
Being emphatic	165	0	5	3,88	1,015

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 15. The existing level of social skills



Source: Based on the results of Take Care research

Table 31. Differences between the average level of social skills and the validity of their existing level (One - way analysis of variance – ANOVA)

		sum of squares	df	Average square	F	statistical significance
Communication with patients	Between groups	77,576	1	77,576	113,384	,000
	Within groups	224,412	328	,684		
	Total	301,988	329			
Communication with doctors	Between groups	137,482	1	137,482	118,205	,000
	Within groups	381,491	328	1,163		
	Total	518,973	329			
Being emphatic	Between groups	42,194	1	42,194	48,660	,000
	Within groups	284,412	328	,867		
	Total	326,606	329			
Emotional resilience	Between groups	68,182	1	68,182	59,250	,000
	Within groups	377,442	328	1,151		
	Total	445,624	329			
Good inference	Between groups	70,012	1	70,012	76,442	,000
	Within groups	300,412	328	,916		
	Total	370,424	329			
Leadership	Between groups	33,409	1	33,409	27,297	,000
	Within groups	401,442	328	1,224		
	Total	434,852	329			
Teamwork across seniority	Between groups	67,276	1	67,276	55,669	,000
	Between groups	396,388	328	1,208		
	Within groups	463,664	329			
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues	Total	70,936	1	70,936	59,743	,000
	Between groups	389,455	328	1,187		
	Within groups	460,391	329			
Work - life balance	Total	110,548	1	110,548	91,897	,000
	Between groups	394,570	328	1,203		
	Within groups	505,118	329			
Ability to prevent burnout	Between groups	200,148	1	200,148	123,871	,000
	Within groups	529,976	328	1,616		
	Total	730,124	329			

significance level  $\alpha = 0,05$

Source: Based on the results of Take Care research

**Παράρτημα 2 Η σημασία συγκεκριμένων κοινωνικών δεξιοτήτων σύμφωνα με τους ερωτηθέντες ( διαχειριστές/διοικητές)**

**Communication with patients**

Table 32. The importance of ability to communication with patients skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Communication with patients PL	22	4	5	4,91	,294
Communication with patients IT	22	3	5	4,36	,581
Communication with patients EL	20	4	5	4,75	,444
Communication with patients ES	5	0	5	4,00	2,236
Communication with patients DE	28	0	5	4,46	1,478
Communication with patients AT	30	4	5	4,90	,305
Communication with patients FR	22	5	5	5,00	,000

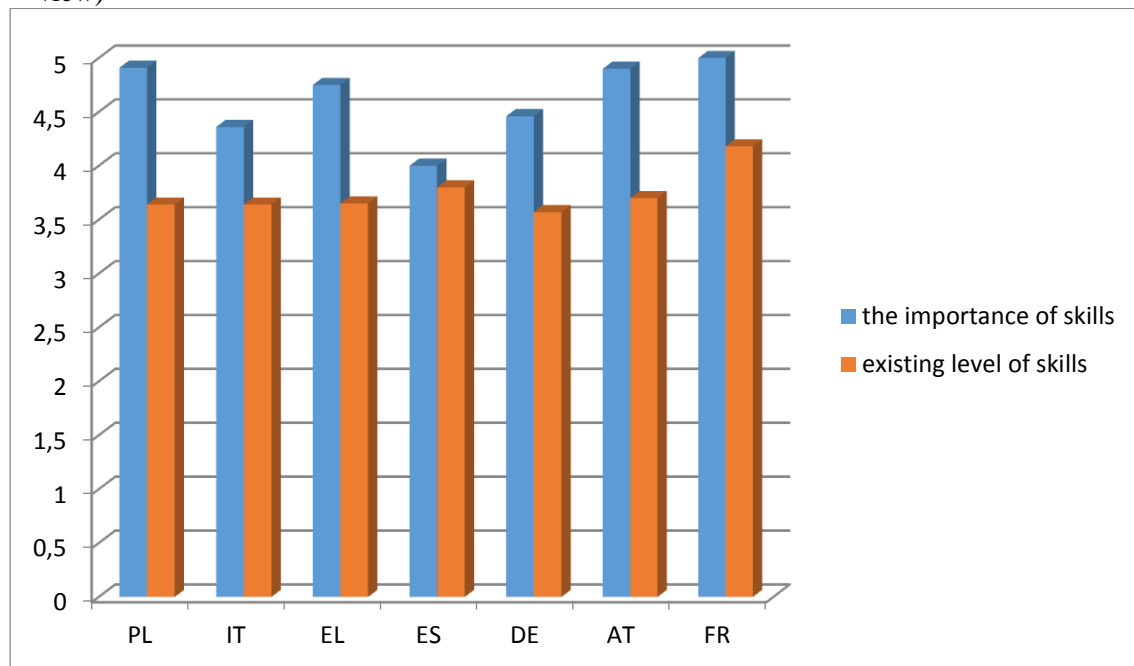
Source: Based on the results of Take Care research

Table 33. The existing level of communication with patients skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Communication with patients	22	2	5	3,64	,848
Communication with patients	22	3	5	3,64	,727
Communication with patients	20	0	5	3,65	1,226
Communication with patients	5	0	5	3,80	2,168
Communication with patients	28	0	5	3,57	1,200
Communication with patients	30	3	5	3,70	,596
Communication with patients	22	2	5	4,18	,853

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 16. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### Communication with doctors

Table 34. The importance of ability to communication with doctors skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Communication with doctors PL	22	0	5	4,55	1,101
Communication with doctors IT	22	4	5	4,73	,456
Communication with doctors EL	20	4	5	4,85	,366
Communication with doctors ES	5	0	5	3,80	2,168
Communication with doctors DE	28	0	5	4,36	1,471
Communication with doctors AT	30	3	5	4,73	,521
Communication with doctors FR	22	1	5	4,41	1,221

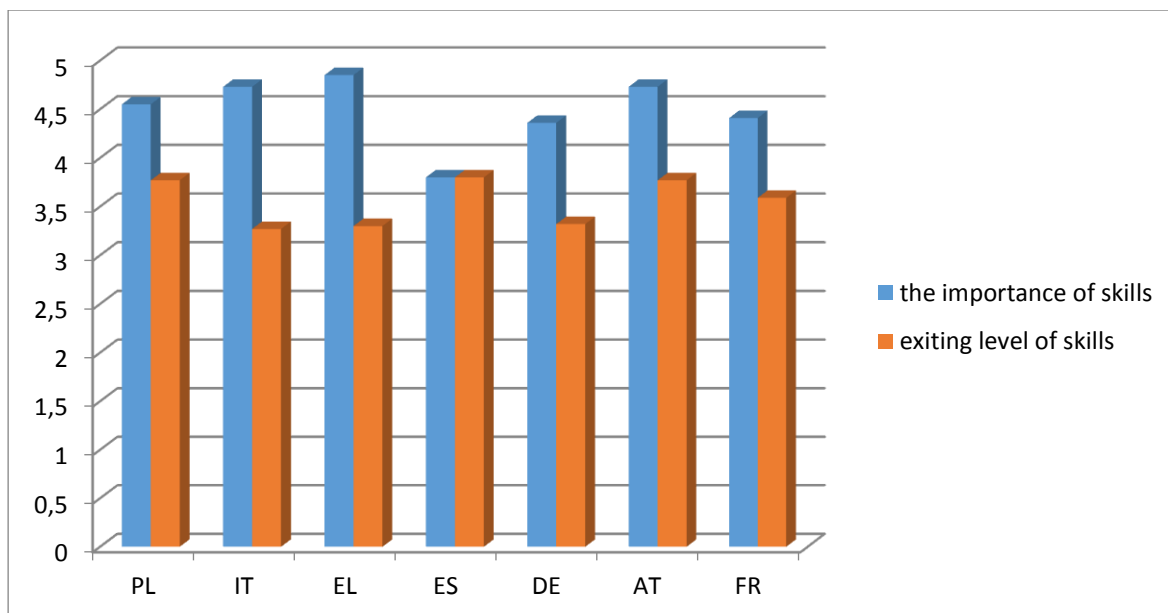
Source: Based on the results of Take Care research

Table 35. The existing level of communication with doctors skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Communication with doctors PL	22	2	5	3,77	,922
Communication with doctors IT	22	2	5	3,27	,703
Communication with doctors EL	20	0	5	3,30	1,129
Communication with doctors ES	5	0	5	3,80	2,168
Communication with doctors DE	28	0	5	3,32	1,090
Communication with doctors AT	30	2	5	3,77	,817
Communication with doctors FR	22	1	5	3,59	1,297

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 17. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

## **Being emphatic**

*Partners from Germany and Austria in the national reports have declared lack of item concerning "being emphatic" in online questionnaire second part.*

Table 36. The importance of ability to being emphatic skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Being emphatic PL	22	4	5	4,91	,294
Being emphatic IT	22	3	5	4,32	,716
Being emphatic EL	20	0	5	4,35	1,137
Being emphatic ES	5	0	5	3,80	2,168
Being emphatic DE	28	0	5	4,39	1,474
Being emphatic AT	30	4	5	4,83	,379
Being emphatic FR	22	5	5	5,00	,000

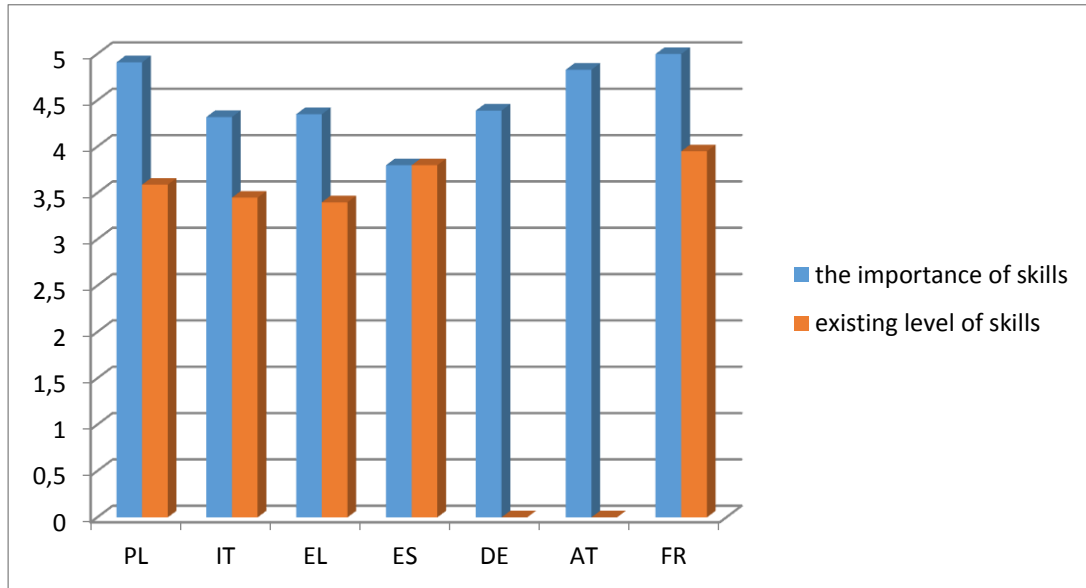
Source: Based on the results of Take Care research

Table 37. The existing level of being emphatic skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Being emphatic PL	22	2	5	3,59	,959
Being emphatic IT	22	2	5	3,45	,858
Being emphatic EL	20	0	5	3,40	1,046
Being emphatic ES	5	0	5	3,80	2,168
Being emphatic DE	28	0	0	,00	,000
Being emphatic AT	30	0	0	,00	,000
Being emphatic FR	22	0	5	3,95	1,174

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 18. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### Emotional resilience

Table 38. The importance of ability to emotional resilience skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Emotional resilience PL	22	3	5	4,86	,468
Emotional resilience IT	22	3	5	4,55	,596
Emotional resilience EL	20	0	5	3,85	1,387
Emotional resilience ES	5	0	5	3,40	1,949
Emotional resilience DE	28	0	5	4,43	1,476
Emotional resilience AT	30	4	5	4,87	,346
Emotional resilience FR	22	4	5	4,95	,213

Source: Based on the results of Take Care research

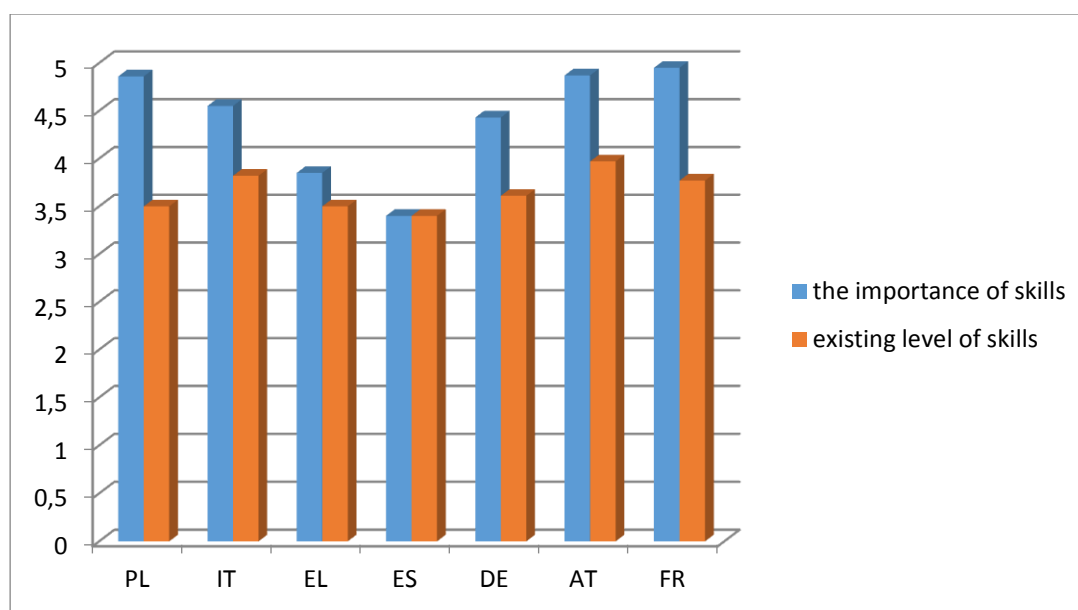
Table 39. The existing level of emotional resilience skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Emotional resilience PL	22	2	5	3,50	,859
Emotional resilience IT	22	3	5	3,82	,588
Emotional resilience EL	20	0	5	3,50	1,051

Emotional resilience ES	5	0	5	3,40	1,949
Emotional resilience DE	28	0	5	3,61	1,227
Emotional resilience AT	30	2	5	3,97	,850
Emotional resilience FR	22	1	5	3,77	1,066

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 19. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### Good inference

Table 40. The importance of ability to good inference skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Good inference PL	22	3	5	4,77	,528
Good inference IT	22	4	5	4,50	,512
Good inference EL	20	0	5	3,65	1,309
Good inference ES	5	0	5	3,80	2,168
Good inference DE	28	0	5	4,25	1,481
Good inference AT	30	4	5	4,83	,379
Good inference FR	22	5	5	5,00	,000
N Ważnych (wyłączanie obserwacjami)	5				

Source: Based on the results of Take Care research

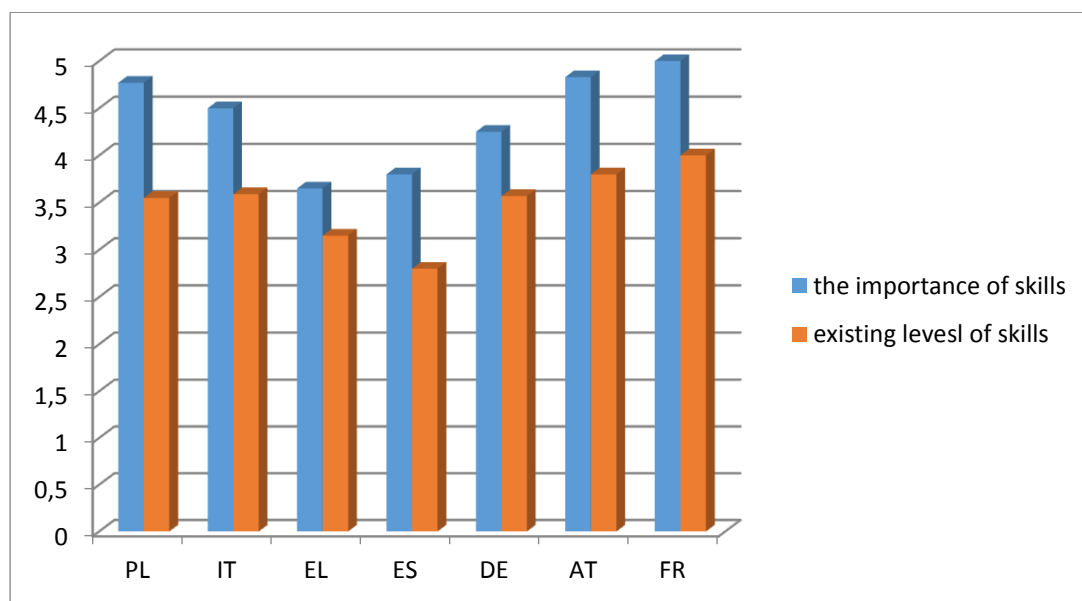


Table 41. The existing level of good inference skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Good inference PL	22	2	5	3,55	1,101
Good inference IT	22	2	5	3,59	,666
Good inference EL	20	0	5	3,15	1,387
Good inference ES	5	0	5	2,80	2,588
Good inference DE	28	0	5	3,57	1,230
Good inference AT	30	2	5	3,80	,887
Good inference FR	22	2	5	4,00	,816

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 20. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

## Leadership

Table 42. The importance of ability to leadership skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Leadership PL	22	0	5	3,41	1,368
Leadership IT	22	0	5	3,50	1,406

Leadership EL	20	0	5	4,25	1,585
Leadership ES	5	0	5	3,00	1,871
Leadership DE	28	0	5	3,18	1,467
Leadership AT	30	3	5	4,07	,868
Leadership FR	22	1	5	4,68	,894

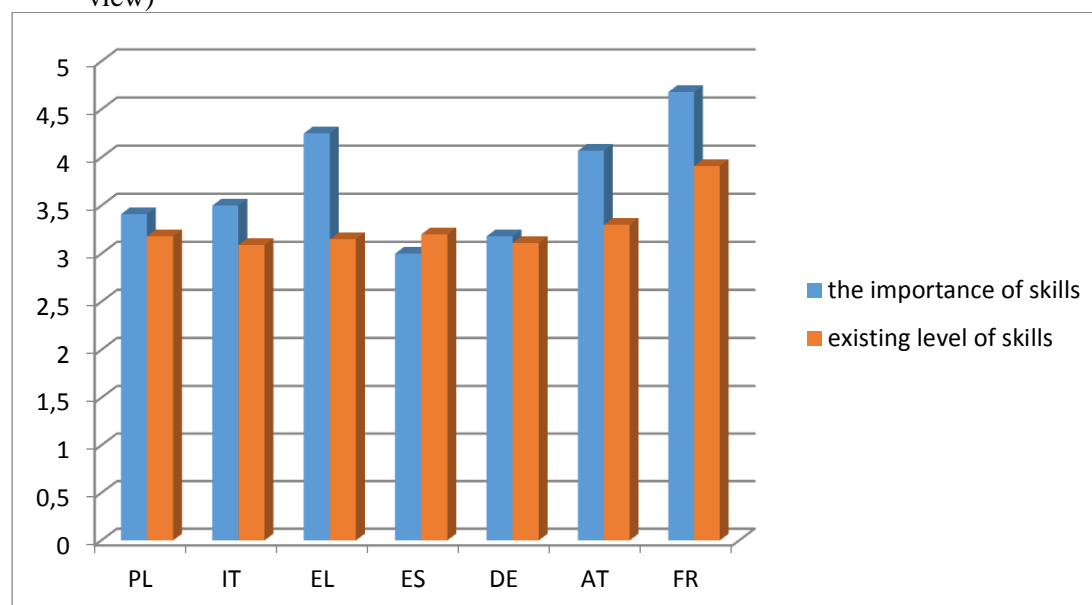
Source: Based on the results of Take Care research

Table 43. The existing level of leadership skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Leadership PL	22	1	5	3,18	1,097
Leadership IT	22	2	4	3,09	,750
Leadership EL	20	0	5	3,15	1,387
Leadership ES	5	0	5	3,20	1,924
Leadership DE	28	0	5	3,11	1,197
Leadership AT	30	1	5	3,30	,952
Leadership FR	22	2	5	3,91	,921
N Ważnych (wyłączenie obserwacjami)	5				

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 21. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

## Teamwork across seniority

Table 44. The importance of ability to teamwork across seniority skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Teamwork across seniority PL	22	4	5	4,82	,395
Teamwork across seniority IT	22	0	5	4,00	1,272
Teamwork across seniority EL	20	0	5	4,15	1,137
Teamwork across seniority ES	5	0	5	3,20	1,924
Teamwork across seniority DE	28	0	5	3,89	1,571
Teamwork across seniority AT	30	0	5	4,70	,952
Teamwork across seniority FR	22	3	5	4,86	,468

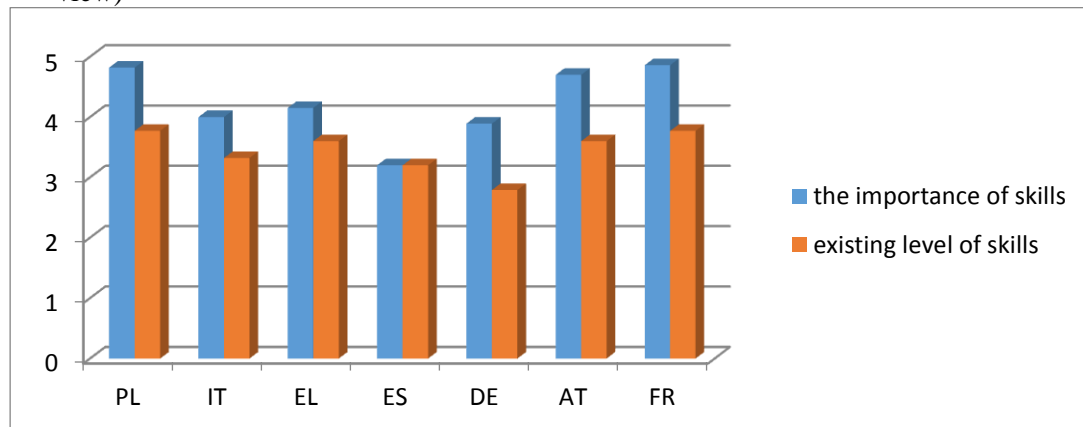
Source: Based on the results of Take Care research

Table 45. The existing level of teamwork across seniority skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Teamwork across seniority PL	22	2	5	3,77	,922
Teamwork across seniority IT	22	0	5	3,32	1,041
Teamwork across seniority EL	20	0	5	3,60	1,231
Teamwork across seniority ES	5	0	4	3,20	1,789
Teamwork across seniority DE	28	0	5	2,79	1,595
Teamwork across seniority AT	30	0	5	3,60	1,070
Teamwork across seniority FR	22	1	5	3,77	1,110

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 22. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

**Assertiveness in building relationships with patients and colleagues**

Table 46. The importance of ability to assertiveness in building relationship with patients and colleagues skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues PL	22	3	5	4,68	,568
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues IT	22	0	5	4,05	1,463
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues EL	20	0	5	3,70	1,302
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues ES	5	0	4	3,00	1,732
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues DE	28	0	5	3,96	1,290
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues AT	30	0	5	4,13	1,042
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues FR	22	3	5	4,82	,501

Source: Based on the results of Take Care research

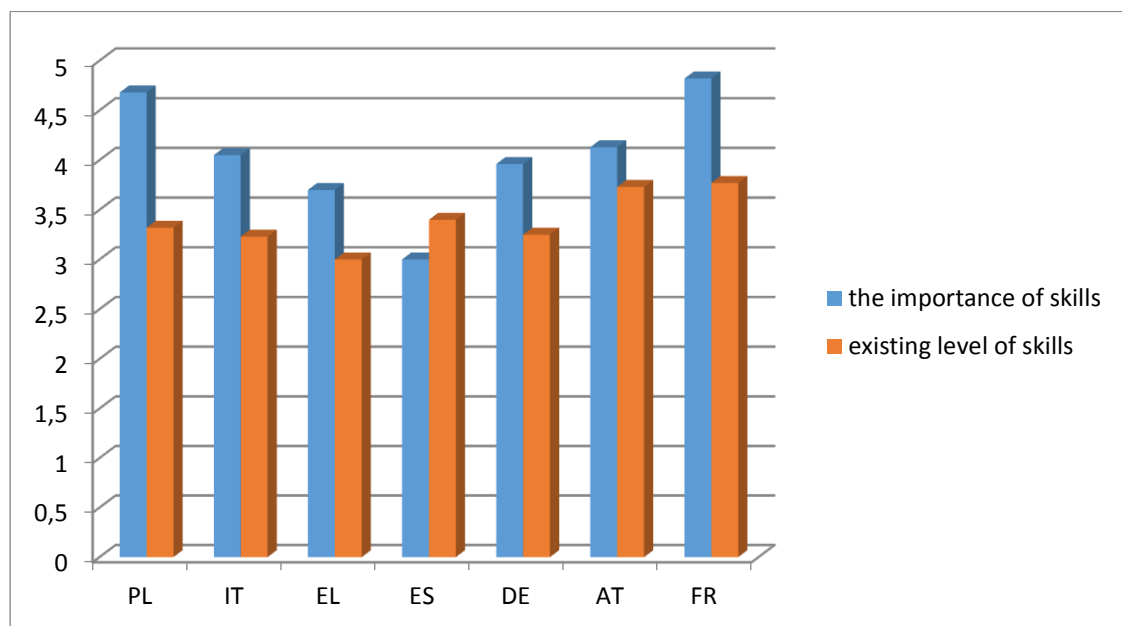
Table 47. The existing level of ability to assertiveness in building relationship with patients and colleagues skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues PL	22	1	5	3,32	1,041
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues IT	22	0	4	3,23	1,020
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues EL	20	0	5	3,00	1,487

Assertiveness in building relationships with patients and colleagues ES	5	0	5	3,40	1,949
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues DE	28	0	5	3,25	1,206
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues AT	30	3	5	3,73	,691
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues FR	22	1	5	3,77	1,020

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 23. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### **Work - life balance**

Table 48. The importance of ability to work life – balance skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Work - life balance PL	22	0	5	4,55	1,143
Work - life balance IT	22	3	5	4,14	,834
Work - life balance EL	20	0	5	3,95	1,276

Work - life balance ES	5	0	4	3,20	1,789
Work - life balance DE	28	0	5	4,14	1,353
Work - life balance AT	30	0	5	4,23	1,135
Work - life balance FR	22	4	5	4,95	,213

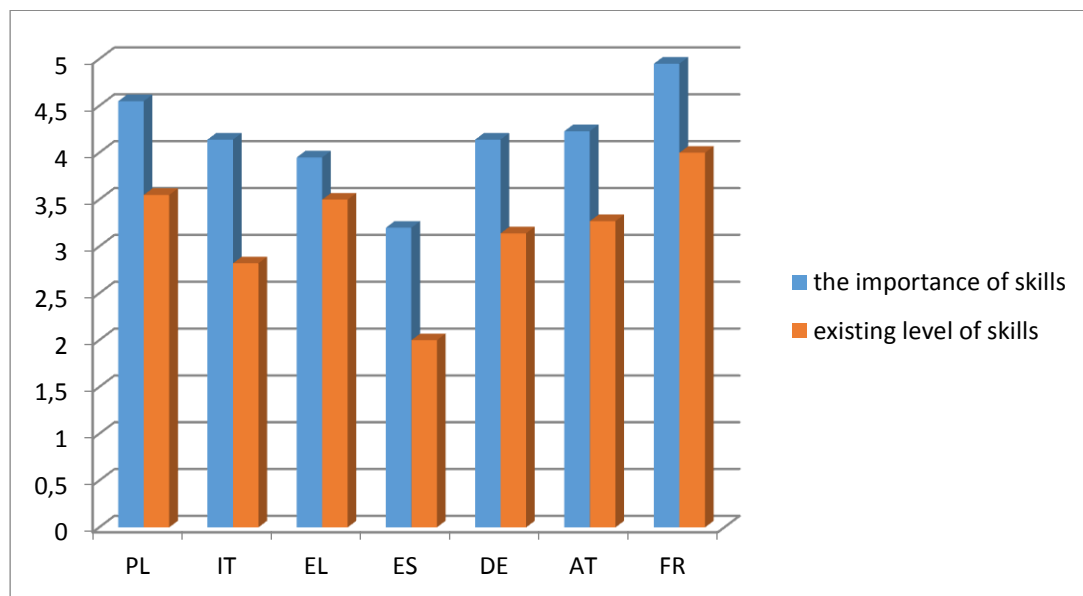
Source: Based on the results of Take Care research

Table 49. The existing level of work – life balance skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Work - life balance PL	22	0	5	3,55	1,184
Work - life balance IT	22	0	5	2,82	1,220
Work - life balance EL	20	0	5	3,50	1,051
Work - life balance ES	5	0	4	2,00	1,871
Work - life balance DE	28	0	5	3,14	1,079
Work - life balance AT	30	1	5	3,27	,907
Work - life balance FR	22	2	5	4,00	,976

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 24. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

### Ability to prevent burnout

*In the excel sheet with the results of Spain and Greece, there was no data.*

Table 50. The importance of ability to prevent burnout skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Ability to prevent burnout PL	22	3	5	4,73	,631
Ability to prevent burnout IT	22	2	5	4,36	,902
Ability to prevent burnout EL	20	0	0	,00	,000
Ability to prevent burnout ES	5	0	0	,00	,000
Ability to prevent burnout DE	28	0	5	4,11	1,423
Ability to prevent burnout AT	30	2	5	4,37	,850
Ability to prevent burnout FR	22	0	5	4,68	1,086

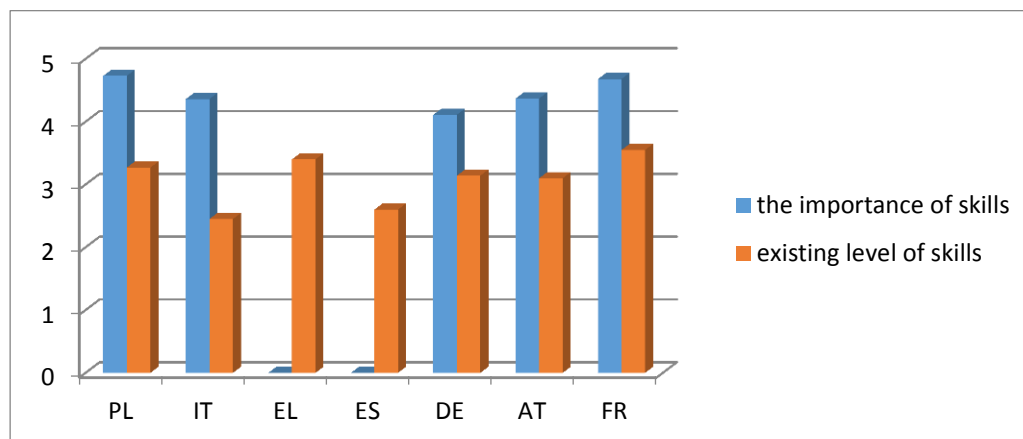
Source: Based on the results of Take Care research

Table 51. The existing level of ability to prevent burnout skills (managers point of view)

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Ability to prevent burnout PL	22	1	5	3,27	,985
Ability to prevent burnout IT	22	1	4	2,45	1,057
Ability to prevent burnout EL	20	0	5	3,40	1,142
Ability to prevent burnout ES	5	0	5	2,60	2,408
Ability to prevent burnout DE	28	0	4	3,14	1,113
Ability to prevent burnout AT	30	0	4	3,10	,923
Ability to prevent burnout FR	22	2	5	3,55	,963

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 25. Comparison between the perception of the importance level of social skills and the existing level of social skills among health care personnel in individual countries (managers point of view)



Source: Based on the results of Take Care research

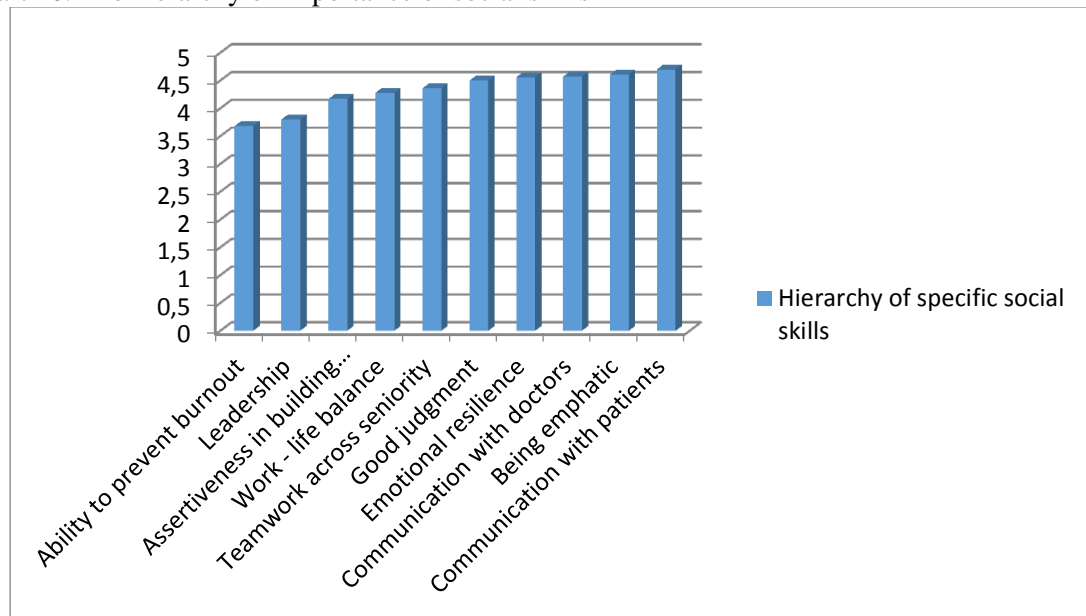
## Hierarchy of specific social skills based on all respondents points of view

Table 52. The hierarchy of importance of social skills

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Ability to prevent burnout	149	0	5	3,68	1,910
Leadership	149	0	5	3,80	1,380
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues	149	0	5	4,17	1,178
Work - life balance	149	0	5	4,28	1,145
Teamwork across seniority	149	0	5	4,36	1,175
Good inference	149	0	5	4,50	1,024
Emotional resilience	149	0	5	4,56	1,016
Communication with doctors	149	0	5	4,57	1,028
Being emphatic	149	0	5	4,61	,949
Communication with patients	149	0	5	4,70	,842

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 26. The hierarchy of importance of social skills



Source: Based on the results of Take Care research



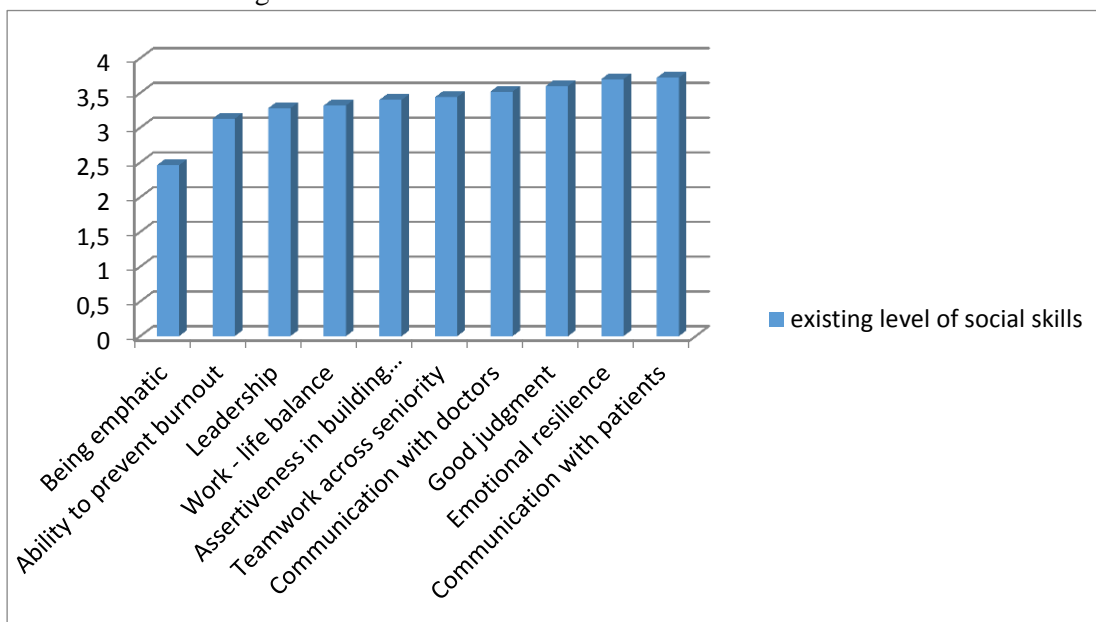
**Existing level of specific social skills based on all respondents' point of view.**

Table 53. The existing level of social skills

	N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Being emphatic	149	0	5	2,46	1,912
Ability to prevent burnout	149	0	5	3,13	1,123
Leadership	149	0	5	3,28	1,109
Work - life balance	149	0	5	3,32	1,157
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues	149	0	5	3,40	1,127
Teamwork across seniority	149	0	5	3,44	1,243
Communication with doctors	149	0	5	3,52	1,056
Good inference	149	0	5	3,60	1,127
Emotional resilience	149	0	5	3,70	1,005
Communication with patients	149	0	5	3,72	,985

Source: Based on the results of Take Care research

Chart 27. The existing level of social skills



Source: Based on the results of Take Care research

Table 54. Differences between the average level of social skills and the validity of their existing level (One - way analysis of variance – ANOVA)

		sum of squares	df	Average square	F	statistical significance
Communication with patients	Between groups	425,289	1	425,289	703,508	,000
	Within groups	178,940	296	,605		
	Total	604,228	297			
Communication with doctors	Between groups	27,181	1	27,181	27,347	,000
	Within groups	294,201	296	,994		
	Total	321,383	297			
Being emphatic	Between groups	361,020	1	361,020	111,052	,000
	Within groups	962,268	296	3,251		
	Total	1323,289	297			
Emotional resilience	Between groups	98,124	1	98,124	78,866	,000
	Within groups	368,282	296	1,244		
	Total	466,406	297			
Good inference	Between groups	218,205	1	218,205	123,049	,000
	Within groups	524,899	296	1,773		
	Total	743,104	297			
Leadership	Between groups	150,819	1	150,819	155,457	,000
	Within groups	287,168	296	,970		
	Total	437,987	297			
Teamwork across seniority	Between groups	94,711	1	94,711	72,765	,000
	Within groups	385,275	296	1,302		
	Total	479,987	297			
Assertiveness in building relationships with patients and colleagues	Between groups	108,725	1	108,725	100,175	,000
	Within groups	321,262	296	1,085		
	Total	429,987	297			
Work - life balance	Between groups	116,094	1	116,094	97,953	,000
	Within groups	350,819	296	1,185		
	Total	466,913	297			
Ability to prevent burnout	Between groups	139,651	1	139,651	120,929	,000
	Within groups	341,826	296	1,155		
	Total	481,477	297			

significance level  $\alpha = 0,05$

Source: Based on the results of Take Care research

**Παράρτημα 3 Πιθανά κίνητρα που θα μπορούσαν να παρακινήσουν τα οργανισμούς/ιδρύματα υγείας να επενδύσουν στην κατάρτιση κοινωνικών δεξιοτήτων – Διεθνής σύγκριση**

Possible incentive that could motivate health institutions to invest in soft skills training						
France	Italy	Poland	Spain	Germany	Greece	Austria
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Better know how</li> <li>- Stabilize employment</li> <li>- Stabilize competitiveness</li> <li>- Improve competencies</li> <li>- Improve the satisfaction of the employees and the patients</li> <li>- Reduce illness of the employees</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Improve the relationship between doctor/nurse and patient, especially concerning the medical-legal litigation</li> <li>- Possibility to receive updated and quality training</li> <li>- Higher margins/ lower costs</li> <li>- Training organised in a more practical way</li> <li>- Economy: training reduces the frequency of adverse events</li> <li>- Legal issues related</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financial effects</li> <li>- Raising qualifications of the staff</li> <li>- Improvement the institution's image</li> <li>- Formal requirements</li> <li>- Improvement the quality of services</li> <li>- Getting the certificate attesting to the high quality of services</li> <li>- Greater availability to EU</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starting deterioration of the health status among the staff</li> <li>- Training of social competence</li> <li>- Crises, patients' complaints</li> <li>- Lack of staff, above average staff turnover</li> <li>- Future-oriented strategies</li> <li>- Care givers gain a better certainty in their job, satisfaction and motivation with the job rises</li> <li>- High chance of</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of staff, above average staff turnover</li> <li>- Lack of interest of the staff and lack of evaluation system</li> <li>- Informal internal groups of employees detain a lot of power in the healthcare organizations.</li> <li>- Lack of knowledge on behalf of the central administration</li> <li>- Problems of staff motivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Support from the government or educational institutes</li> <li>- Lower costs</li> <li>- Increasing health among staff</li> <li>- Less absence cause by burnout</li> <li>- Extension of professional and social skills</li> <li>- Training that is held nearby on suitable dates (e.g. Saturday)</li> <li>- Better motivation among the staff</li> <li>- Caregivers learn to interact better</li> </ul>

	<p>to information to be provided to the patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibility to fully achieve the goals thanks to a motivated and prepared team</li> <li>- Number of prepared human resources</li> <li>- Hospital performances improved</li> <li>- Psychological aspects of patient support</li> </ul>	financial means		<p>success due to seated activities and arrangements, costs and reasonable expenditure of time, interesting and innovative concepts with sustainability</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- High number of absend staff (sick days because of burn out, stress, ...)</li> <li>- Reduce downtimes of staff</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduce downtimes of staff</li> <li>- empowerment of caregivers by a fair system of evaluation of staff</li> <li>- Unique and homogeneous evaluation system of all greek hospitals</li> <li>- Creation of bonus system for more education and training (i.e. days off)</li> <li>- Direct state funding of educational and vocational projects</li> </ul>	<p>with patients and next of kin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Awareness raising (among managers and caregivers)</li> </ul>
--	--	-----------------	--	---	--	--

Source: Based on the results of Take Care research

**Παράρτημα 4 Κυρίαρχα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι διαχειριστές/διοικητές των ιδρυμάτων/οργανισμών υγείας π.χ. στην εκτέλεση των καθημερινών τους εργασιών στον τομέα της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και της ασφαλούς και βιώσιμης υλοποίησης των επιλεγόμενων πρακτικών– διεθνής σύγκριση**

Main problems faced by managers of health institutions, e.g. in order to perform daily tasks in terms of HR management and safe and sustainable practices implementation						
France	Italy	Poland	Spain	Germany	Greece	Austria
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Turnover</li> <li>- Lack of time</li> <li>- The training propositions are not interesting</li> <li>- Lack of staff</li> <li>- Budget</li> <li>- Lack of interest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bad communication/relationship with patients</li> <li>- Lack of filter between patient and doctor</li> <li>- Personal difficulties in dealing with single nurses</li> <li>- Frustration due to the incapacity to reach the goals</li> <li>- Difficulties in strategic management due to lack of human and material resources</li> <li>- Lack of autonomy of managers in</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Finances</li> <li>-Lack of mutual integration,</li> <li>-Small number of staff,</li> <li>-Lack of the knowledge of current methods the personnel management (human resource management),</li> <li>-Routine approach towards put tasks,</li> <li>-Professional burnout,</li> <li>-Low</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivation of employees regarding preventive measures,</li> <li>- Lack of willingness and interest/misconception</li> <li>- Because of constant care for acute patients: processes have to be modified according to new priorities within the team and other professional groups</li> <li>- Factor time (Human Resource); Lack of workforce and therefore lack of time to optimize care documentation</li> <li>- The focus is still on</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of motivation of employees and lack of willingness and interest</li> <li>- Lack of human resources and consequently lack of time in order to optimize services and personal skills and competencies</li> <li>- The focus for professional caregivers is still on hard skills.</li> <li>- A problem of management/balance of professional-personal life.</li> <li>- Lack of certified</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Time management</li> <li>- Organisational structure</li> <li>- Qualified personnel</li> <li>- Lack of funds</li> <li>- Long distances to training locations</li> <li>- Low motivation among staff but high demands from the patients</li> <li>- Lack of personal responsibility among the staff</li> <li>- Lack of communication</li> </ul>

	managing the nurses	remuneration, -Legal answers, -Problems with National Health Found.		hard skills Qualification not soft skills qualification - Such projects need to be equally implemented in the hospitals in order to reach every employee. Therefore resources and resilience of the responsible staff is missing (support of arrangement, evaluation) - Costs and lack of appropriate offers, concern for sustainability	caregivers.	
--	---------------------	---	--	---	-------------	--

Source: Based on the results of Take Care research

