

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## **Η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα στις Ευρωπαϊκές χώρες. Παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές να παραλείπουν πτυχές της φροντίδας και η ηθική διάσταση της**

**Α. Γιάνναρου, Μ. Ηγουμενίδης**

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, ΣΕΠ Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Π.Ν.Φ.) είναι ένα φαινόμενο που απασχολεί την νοσηλευτική παγκοσμίως. Παραλείψεις στην παρεχόμενη φροντίδα συμβαίνουν σε οποιοδήποτε στάδιο και επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες. Στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια είναι αρκετές οι μελέτες που ασχολούνται με τις παραλείψεις στη φροντίδα, αντιθέτως στην Ελλάδα το φαινόμενο δεν έχει μελετηθεί αρκετά.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η αναζήτηση των παραγόντων που προκαλούν την παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας και η διερεύνηση τους σε Ευρωπαϊκές χώρες αναζητώντας τις μεταξύ τους διαφορές καθώς και η ηθική διάσταση του φαινομένου. Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις διεθνείς βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων PubMed και IATROTEK.

**Αποτελέσματα:** Οι νοσηλευτές καθημερινά αναγκάζονται να θέτουν προτεραιότητες στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας. Βασική αιτία στον περιορισμό της νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται η έλλειψη διαθέσιμων πόρων, τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό, όσο και σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Οι μελέτες δείχνουν ότι η επαρκής στελέχωση και η οργανωτική υποστήριξη προς το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν βασικούς παράγοντες για ποιοτική φροντίδα. Η Π.Ν.Φ σχετίζεται με μειωμένη παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας, με αποτέλεσμα αύξηση των νοσηλευτικών σφαλμάτων, δυσαρέσκεια των ασθενών και των νοσηλευτών για την εργασία τους, μειωμένη ηθική ικανοποίηση των νοσηλευτών και αύξηση της θνησιμότητας και επιπλέον αύξηση του κόστους των νοσοκομείων εξαιτίας επιπλοκών και μακροχρόνιων νοσηλείων.

**Συμπεράσματα:** Παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα συμβαίνουν όταν οι διαθέσιμοι πόροι είναι ανεπαρκείς (πχ έλλειψη σε προσωπικό ή υλικοτεχνικό εξοπλισμό), ή όταν είναι ακατάλληλες οι προϋποθέσεις για την παροχή ασφαλούς νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι η αναλογία νοσηλευτών-ασθενών και ο αριθμός του προσωπικού (νοσηλευτικού και βοηθητικού) ανά νοσηλευτικό τμήμα. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει πλειάδα δημοσιευμένων μελετών στο πεδίο της νοσηλευτικής που φανερώνει την παρουσία του φαινομένου της παραλειπόμενης φροντίδας σε χώρες της Ευρώπης.

*Λέξεις ευρετηρίου:* παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, ηθική διάσταση

---

**Α. Γιάνναρου, Μ. Ηγουμενίδης. Η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα στις Ευρωπαϊκές χώρες. Παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές να παραλείπουν πτυχές της φροντίδας και η ηθική διάσταση της. Επιστημονικά Χρονικά 2025; 30(2): 256-272**

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες τα συστήματα υγείας παγκοσμίως εφαρμόζουν στρατηγικές μείωσης του κόστους και αύξησης του πεδίου εφαρμογής των υπηρεσιών υγείας [1,2]. Στις μέρες μας δίνεται έμφαση στην ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, την ασφάλεια των ασθενών, την έκβαση της υγείας τους, την ικανοποίηση από την υγειονομική περίθαλψη που δέχονται και την ικανοποίηση των νοσηλευτών από το εργασιακό τους περιβάλλον [3,4]. Ωστόσο οι επιπτώσεις της Παραλειπούμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας (ΠΝΦ) απειλούν την ασφάλεια των ασθενών και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάπτυξη της εθνικής πολιτικής σε παγκόσμιο επίπεδο. Ως ΠΝΦ θεωρείται οποιαδήποτε διαδικασία, που σχετίζεται με τη νοσηλευτική φροντίδα και παραλείπεται ή καθυστερεί σημαντικά [5].

Το φαινόμενο της ΠΝΦ αναφέρθηκε πρώτη φορά στη διεθνή βιβλιογραφία το 2000. Έκτοτε οι μελέτες που ασχολούνται με αυτό βαίνουν αυξανόμενες. Οι τρεις ορισμοί που επικρατούν στην σχετική βιβλιογραφία για να αποδώσουν το φαινόμενο αυτό [«χαμένη φροντίδα (missed care)», «φροντίδα που μένει ανολοκλήρωτη (care left undone)» & «λανθάνων καταμερισμός φροντίδας (implicit rationing of care)»], προέρχονται από μελέτες στις Η.Π.Α. και την Ελβετία που ήταν οι πρώτες χώρες που υπήρξε ενασχόληση με την ΠΝΦ [5].

Παραλείψεις στη φροντίδα των ασθενών μπορούν να συμβούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νοσηλευτικής φροντίδας και επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες [6]. Ανάλογα με τις διαδικασίες που παραλείπονται ορισμένες φορές απειλείται ακόμα και η ζωή των ασθενών,

καθώς σε κάποιες περιπτώσεις οι παραλείψεις είναι πιθανόν να οδηγήσουν στον θάνατο [8]. Αυτά μπορεί να αφορούν για παράδειγμα τη χορήγηση φαρμάκων ή την εμφάνιση επιπλοκών (πχ ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις) [9].

Οι καθυστερήσεις και οι παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα θεωρούνται από πολλούς ερευνητές ως ένα ενδιάμεσο βήμα που συνδέει τους νοσηλευτές με την ποιότητα της έκβασης της υγείας των ασθενών και είναι το αποτέλεσμα της ιεράρχησης της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών [10]. Η συχνότητα της ΠΝΦ επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών. Ως εκ τούτου είναι αναγκαία η καταγραφή της επικράτησης του φαινομένου στα νοσηλευτικά ιδρύματα των χωρών προκειμένου να εντοπισθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στον επιπολασμό του, με στόχο τον σχεδιασμό στρατηγικών μείωσης ή εξάλειψής του [2].

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η αναζήτηση των παραγόντων που προκαλούν την παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας και η διερεύνηση τους σε Ευρωπαϊκές χώρες αναζητώντας τις μεταξύ τους διαφορές καθώς και την ηθική διάστασή τους.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Διενεργήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων PubMed και ΙΑΤΡΟΤΕΚ με τους ακόλουθους όρους στην αγγλική και ελληνική γλώσσα καθώς και των συνδυασμών τους: «νοσηλευτική φροντίδα»,

Ανεπαρκής αριθμός προσωπικού	Μη διαθέσιμος ή ελαττωματικός εξοπλισμός
Επείγουσες καταστάσεις ασθενών (επιδείνωση της κατάστασης της υγείας τους)	Έλλειψη υποστήριξης/βοήθειας από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας
Απροσδόκητη αύξηση του όγκου των ασθενών ή της οξύτητας του τμήματος	Ένταση ή διαταραχές επικοινωνίας μέσα στη νοσηλευτική ομάδα
Ανεπαρκής αριθμός σε βοηθητικό προσωπικό ή προσωπικό γραφείου	Ένταση ή διαταραχές επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό
Μη ισορροπημένη ανάθεση ασθενών	Ένταση ή διαταραχές επικοινωνίας με άλλα βοηθητικά τμήματα/τμήματα υποστήριξης
Μη διαθεσιμότητα σε φάρμακα όταν χρειάζονται	Ο βοηθός νοσηλευτή δεν κοινοποίησε ότι δεν παρασχέθηκε η απαιτούμενη φροντίδα
Ανεπαρκής παράδοση από προηγούμενη βάρδια ή μεταφορά ασθενών σε άλλο θάλαμο ή μονάδα	Ο βοηθός νοσηλευτή/φροντιστής που έχει ανατεθεί στον ασθενή είναι εκτός θαλάμου/μονάδας ή δεν είναι διαθέσιμος
Ανεπαρκής φροντίδα από άλλα τμήματα (πχ φυσικοθεραπεία)	Πληθώρα εισαγωγών και εξιτηρίων

**Πίνακας 1.** Παράγοντες που οδηγούν στην Π.Ν.Φ. Πηγή: Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, Aberly E, Harvey C 2014, Factors influencing why nursing care is missed, JCN 24, 47-56.

«παραλειπούμενη», «missed», «care», «nursing care», «left undone», «rationing». Επιπλέον διενεργήθηκε έλεγχος και των εργασιών με στόχο την πληρέστερη συλλογή πληροφοριών. Το διάστημα της αναζήτησης ήταν Δεκέμβριος 2021- Μάιος 2022.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ΠΝΦ αποτελούν ενδιάμεσο στάδιο μεταξύ της θεραπείας και της ασφαλούς έκβασης των ασθενών. Εκτός από την ασφάλεια των ασθενών, οι ΠΝΦ επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και των νοσηλευτών [6,10,11]. Εκτός του ότι οδηγούν σε χαμηλή ικανοποίηση, προκαλούν το αίσθημα ενοχής και ηθικής δυσαρέσκειας στους νοσηλευτές και οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση [12,13].

## Παράγοντες που οδηγούν στην ΠΝΦ

Παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα συμβαίνουν όταν οι διαθέσιμοι πόροι είναι

ανεπαρκείς (πχ η έλλειψη σε προσωπικό ή υλικοτεχνικό εξοπλισμό), ή οι προϋποθέσεις για την παροχή ασφαλούς νοσηλευτικής φροντίδα είναι ακατάλληλες. Οι λόγοι που οδηγούν στην καθυστέρηση ή αδυναμία ολοκλήρωσης της φροντίδας υγείας ποικίλουν και αφορούν είτε τα νοσηλευτικά ιδρύματα (πχ δύναμη νοσηλευτικών κλινών), είτε τα χαρακτηριστικά του προσωπικού (πχ επίπεδο εκπαίδευσης), είτε τους ίδιους τους ασθενείς (πχ είδος της νόσου ή σοβαρότητα της νόσου). Εξαιτίας αυτών των παραγόντων οι νοσηλευτές αναγκάζονται να θέτουν προτεραιότητες στην φροντίδα που προσφέρουν, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης με δυσμενή αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών [14].

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι η αναλογία νοσηλευτών-ασθενών και ο αριθμητική επάρκεια του προσωπικού (νοσηλευτικού και βοηθητικού) ανά

νοσηλευτικό τμήμα [15,16] (Πίνακας 1). Πολλές μελέτες πλέον ανά τον κόσμο έχουν δείξει ότι η επαρκής στελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό όχι μόνο βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά βελτιώνει επίσης το αίσθημα ικανοποίησης των ασθενών [17,18].

Ένας βασικός λόγος για να παραλείπουν οι νοσηλευτές τα καθήκοντά τους είναι το γεγονός ότι αναγκάζονται να διακόψουν τη νοσηλευτική φροντίδα αρκετές φορές κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας τους. Μελέτες έδειξαν ότι ο κάθε νοσηλευτής μπορεί να διακόψει έως και 14 φορές την ώρα την φροντίδα των ασθενών [19,20]. Οι αιτίες που αναγκάζουν τους νοσηλευτές να διακόψουν την φροντίδα των ασθενών είναι πολλές και σχετίζονται είτε με τον ανθρώπινο παράγοντα είτε με τεχνικούς παράγοντες.

Οι αιτίες που αναγκάζουν τους νοσηλευτές να διακόψουν την φροντίδα των ασθενών είναι πολλές και σχετίζονται είτε με τον ανθρώπινο παράγοντα είτε με τεχνικούς παράγοντες. Όσον αφορά τον ανθρώπινο παράγοντα αυτός αφορά άλλους ασθενείς ή τους συνοδούς τους ή ακόμα και άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Για παράδειγμα μια κλήση σε βοήθεια από κάποιον άλλον ασθενή ή συνοδό ή μια οδηγία κάποιου γιατρού που πρέπει να εκτελεστεί άμεσα ή ακόμα και μια ανακριβής οδηγία, μπορεί να αναγκάσει τον νοσηλευτή να αφήσει κάποια διαδικασία για ορισμένο χρόνο και να επιστρέψει σε αυτή αργότερα. Ο ασυγχρονισμός και η κακή συνεννόηση με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας μπορεί να οδηγήσει σε λάθη στη θεραπεία των ασθενών [21]. Όταν ανακαλύπτεται, συνήθως τυχαία, αυξάνει τα επίπεδα άγχους των νοσηλευτών.

Σχετικά με τους τεχνικούς παράγοντες, αυτοί αφορούν στον υλικοτεχνικό εξοπλισμό που μπορεί να λείπει ή να είναι ελαττωματικός οπότε αναγκάζονται να διακόψουν ότι κάνουν και είτε να αναζητούν εξοπλισμό που δεν διαθέτουν, είτε να προσπαθούν να επιδιορθώσουν τον υπάρχοντα εξοπλισμό. Μια άλλη αιτία που κάνει τους νοσηλευτές να διακόψουν την ροή στην εργασία τους είναι διάφοροι ήχοι είτε από κουδούνια από άλλους ασθενείς ή από τηλεφωνικές κλήσεις στη στάση των νοσηλευτών [22,23]. Ωστόσο οι νοσηλευτές συχνά προτιμούν να αγνοούν μερικούς ήχους, ειδικά όταν η εργασία που εκτελούν εκείνη τη χρονική στιγμή είναι ιδιαίτερα σημαντική, όπως η προετοιμασία της νοσηλείας και η χορήγηση φαρμάκων. Οι διακοπές ενδέχεται να οδηγήσουν στον τραυματισμό, σε επιπλοκές ή και θνητότητα των ασθενών σε ορισμένες περιπτώσεις, απώλεια της εμπιστοσύνης των ασθενών και των συνοδών, συναισθηματικό κόστος για τους νοσηλευτές και οικονομικό κόστος για το νοσοκομείο. Προκειμένου να ανταποκριθούν στις διακοπές αυτές, οι νοσηλευτές αναγκάζονται να εκτελούν κάποιες δευτερεύουσες εργασίες επιστρέφοντας έπειτα στις πρωτεύουσες, αφού προηγουμένως τις έχουν αξιολογήσει βάσει της εμπειρίας τους, εκτιμώντας το κόστος έναντι του οφέλους. Η τελική απόφαση στο αν θα ανταποκριθούν ή όχι στις διακοπές και θα παραλείψουν τα καθήκοντα τους φάνηκε από μελέτες ότι τους κάνει να νιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο, σταθμίζοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ανταπόκρισης της διακοπής της κύριας εργασίας τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μειώνονται τα ποσοστά της ΠΙΝΦ ενώ στην αντίθετη περίπτωση αυξάνονται [24].

Βοήθεια στην μετακίνηση/έγερση	Εκπαίδευση ασθενών και συνοδών	Προσωπική υγιεινή ασθενών
Αλλαγή θέσης ανά 2 ώρες	Προγραμματισμός εξιτηρίου	Καταγραφή νοσηλευτικών πράξεων
Σίτιση	Συναισθηματική/ψυχολογική υποστήριξη	Συχνή παρακολούθηση παραμέτρων των ασθενών

**Πίνακας 2.** Πράξεις στη νοσηλευτική φροντίδα που παραλείπονται συχνότερα. Πηγή: Kalisch J. Beatrice, 2006, Missed Nursing Care: A Qualitative Study, J Nurs Care Qual, 21(4): 306-313.

Η ΒJ. Kalisch (2006) εντόπισε μια σειρά από βασικές νοσηλευτικές διαδικασίες που συνήθως παραλείπονται (Πίνακας 2) [5]. Εκτός από τα χαμηλά επίπεδα σε προσωπικό, μελέτες έδειξαν ότι η επάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζεται και από τον χρόνο τον οποίο αυτή παρέχεται. Μελέτη στις Η.Π.Α. (2015) έδειξε ότι οι μέγιστες δυνατές υπηρεσίες στα νοσοκομεία παρέχονται Δευτέρα έως Παρασκευή μεταξύ 7πμ και 7μμ. [25]. Οι περίοδοι αιχμής όμως αφορούν μόνο το 36% των συνολικών χρόνων εργασίας των νοσηλευτών. Το υπόλοιπο 64% οι νοσηλευτές εργάζονται με μειωμένο βοηθητικό προσωπικό και υπηρεσίες, με λιγότερο έμπειρο προσωπικό και δυσχερή επικοινωνία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Όλοι οι παραπάνω λόγοι αυξάνουν τα ποσοστά ΠΝΦ καθώς οι νοσηλευτές αδυνατούν να εκτελέσουν ορισμένες εργασίες [25].

Ένας επιπλέον σημαντικός παράγοντας που κλιμακώνει το φαινόμενο της ΠΝΦ είναι ο τύπος της βάρδιας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε πρωινό ωράριο φαίνεται να παραλείπουν περισσότερες δραστηριότητες έναντι όσων δουλεύουν νυχτερινό ωράριο εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων που έχει το πρωινό ωράριο. Αυτό γιατί εκτός της τυπικής νοσηλευτικής φροντίδας, οι νοσηλευτές έχουν να διευθετήσουν επιπλέον διαδικασίες, όπως

εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις, ή ιατρικές οδηγίες [26].

Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών επίσης φαίνεται να επηρεάζει τα ποσοστά της ΠΝΦ. Μελέτες δείχνουν ότι οι πτυχιούχοι νοσηλευτές τείνουν να παραλείπουν λιγότερο τα καθήκοντα τους σε σχέση με τους βοηθούς νοσηλευτών διετούς εκπαίδευσης. Αυτό συνδέεται και με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που αφορούν το είδος του τμήματος και πως σχετίζεται με την παράλειψη της φροντίδας. Έχει φανεί ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) οι νοσηλευτές παραλείπουν λιγότερες διαδικασίες στη φροντίδα των ασθενών σε σχέση με τα ανοιχτά τμήματα (παθολογικές ή χειρουργικές κλινικές), καθώς στις Μ.Ε.Θ. προτιμώνται πτυχιούχοι νοσηλευτές. Ωστόσο, τα αποτελέσματα διεθνών μελετών που αφορούν το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών δεν είναι δυνατόν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν επειδή τα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτών διαφέρουν από χώρα σε χώρα [27].

### **Νοσηλευτικές πράξεις που συνήθως παραλείπονται**

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει πλειάδα δημοσιευμένων μελετών στο πεδίο της νοσηλευτικής που φανερώνει την παρουσία του φαινομένου της παραλειπούμενης φροντίδας σε

	Μέση τιμή	Χαμηλότερη τιμή	Υψηλότερη τιμή	Τιμή Ελλάδας
1) Παρηγορική συζήτηση	52,6	36,8 (Πολωνία)	8,1 (Γερμανία)	48,1
2) Ανάπτυξη πλάνου νοσηλευτικής φροντίδας	41,7	32,9 (Σουηδία)	55,2 (Γερμανία)	39,8
3) Εκπαίδευση	40,6	25,0 (Νορβηγία, Φινλανδία)	6,1 (Πολωνία)	53,7
4) Στοματική υγιεινή	34,4	23,9 (Ολλανδία)	-	60,6
5) Επαρκής τεκμηρίωση φροντίδας	27,5	17,9 (Ολλανδία)	40,7 (Γερμανία)	37,8
6) Επαρκής παρακολούθηση ασθενών	27,2	15,6 (Πολωνία)	-	54,8
7) Σχεδιασμός πλάνου φροντίδας	25,8	10,0 (Σουηδία)	43,7 (Γερμανία)	42,0
8) Συχνή αλλαγή θέσης	24,7	16,9 (Ολλανδία)	-	58,8
9) Περιποίηση δέρματος	24,5	15,5 (Ιρλανδία)	-	57,0
10) Προετοιμασία για εξιτήριο	22,4	11,9 (Φινλανδία)	-	36,4
11) Χορήγηση Φ.Α έγκαιρα	19,4	8,2 (Ισπανία)	-	34,8
12) Διαχείριση πόνου	10,0	4,1 (Ισπανία)	-	27,2
13) Θεραπείες και διαδικασίες	9,2	4,1 (Ισπανία)	-	27,5
Συνολικό score	3,6	2,8 (Ελβετία, Ολλανδία, Σουηδία)	5, 8 (Ελλάδα)	

**Πίνακας 3.** Ποσοστιαία κατανομή των Ευρωπαϊκών χωρών στην ΠΝΦ συγκριτικά με την Ελλάδα. Πηγή: Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty A.M, Ball J, Scott A, Kinnunen J, Heinen M, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual. S.* 2014, 23:126-135.

χώρες της Ευρώπης. Βιβλιογραφικά η ΠΝΦ συναντάται με διαφορετικούς όρους όπως «άνιση παροχή φροντίδας», «καθυστερημένη φροντίδα», «ελλιπής φροντίδα», «ημιτελής φροντίδα», «ανολοκλήρωτη φροντίδα» κ.α. Όλες οι παραπάνω ονομασίες περιγράφουν μια κατάσταση κατά την οποία οι ασθενείς δεν δέχονται την απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα, με αποτέλεσμα κάποιες φορές την δυσμενή έκβαση της υγείας τους. Σύμφωνα με τους ερευνητές συγκεκριμένες διαδικασίες στη νοσηλευτική φροντίδα γενικά δεν παραλείπονται, ενώ κάποιες άλλες φαίνεται να παραλείπονται συχνότερα (Πίνακας 3) [2].

Η κλινική εμπειρία έχει δείξει πως όταν οι διαθέσιμοι πόροι στην φροντίδα υγείας είναι ανεπαρκείς, οι νοσηλευτές αναγκάζονται να

περιορίζουν τη φροντίδα που προσφέρουν σε συγκεκριμένους ασθενείς ή συγκεκριμένες νοσηλευτικές πράξεις. Βασικές διαδικασίες της νοσηλευτικής φροντίδας καθυστερούν ή παραλείπονται, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται βασικές ανάγκες των ασθενών και να απειλείται ακόμα και η ασφάλεια τους [28].

Η μελέτη της Παπασταύρου και συν., στην Κύπρο (2016) κατέδειξε σαν πρώτη νοσηλευτική πράξη που παραλείπεται την αλλαγή θέσης ανά δύο ώρες των ασθενών που βρίσκονταν σε πλήρη κατάκλιση με ποσοστό 66,9%, την στοματική υγιεινή (61,1%) και την έγερση και μεταφορά των ασθενών (49,1%), ενώ η εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη ήταν στο 37,6% και στο 32,5% αντίστοιχα.

Σπανιότερα δε, με ποσοστό λιγότερο του 2%, παραλείπονται διαδικασίες που σχετίζονται με την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, την εκτέλεση ιατρικών οδηγιών για παρακλινικές εξετάσεις ή την παρουσία των νοσηλευτών στην ημερήσια ιατρική επίσκεψη [28].

Οι αξίες, τα πιστεύω, οι συνήθειες και οι συμπεριφορές των νοσηλευτών εξατομικεύουν τις παραλείψεις. Ωστόσο φαίνεται ότι οι νοσηλευτές δεν είναι πρόθυμοι να δηλώνουν ότι παραλείπουν κάποια στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας εξαιτίας της ενοχής που αισθάνονται, της ανικανότητας να διορθώσουν την κατάσταση ή και από φόβο μήπως κατηγορηθούν ή και τιμωρηθούν ακόμα [28]. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούν οι ερευνητές στην παραλειπόμενη φροντίδα ταξινομούν τις νοσηλευτικές διαδικασίες με διαφορετικούς τρόπους, όλα έχουν όμως κάποια κοινά χαρακτηριστικά.

Η συχνότητα των νοσηλευτικών πράξεων που παραλείπονται διαφέρει, υποδεικνύοντας έτσι διαφορετικές προτεραιότητες στις απαραίτητες εργασίες. Ωστόσο κάποια πράγματα είναι αρκετά σαφή. Νοσηλευτικές πράξεις όπως για παράδειγμα η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σπάνια παραλείπονται. Το ίδιο ισχύει και με διαδικασίες όπως η κατ' επίκληση από τους γιατρούς παρακολούθηση των ασθενών, ή η αλλαγή επιθεμάτων σε πληγές. Αυτό φανερώνει ότι οι νοσηλευτές δείχνουν περισσότερη προσοχή σε διαδικασίες που αφορούν την καθαυτή κλινική φροντίδα και κυρίως σε διαδικασίες που η παράλειψή τους μπορεί να γίνει αντιληπτή από τους γιατρούς. Η παράληψη αυτών των πτυχών της φροντίδας δείχνει ότι οι νοσηλευτές θέτουν προτεραιότητες

ανάλογα με την προσωπική τους εκτίμηση και τους διαθέσιμους πόρους [5].

Οι νοσηλευτές βιώνουν τη διαδικασία της ιεράρχησης των καθηκόντων τους ως δύσκολη επιλογή στην καθημερινή φροντίδα, παραβιάζοντας συχνά θεμελιώδεις αξίες της νοσηλευτικής επιστήμης.

## Η ΠΝΦ στις ευρωπαϊκές χώρες

Το ενδιαφέρον για το πρόβλημα της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ήρθε μετά από πολλά χρόνια επιστημονικής έρευνας στο πεδίο της φροντίδας και των πολλαπλών διαστάσεων στην ευρεία αυτή έννοια. Στον τομέα της νοσηλευτικής η μελέτη σχετικά με το φαινόμενο της παραλειπόμενης φροντίδας ξεκίνησε το 2001 από τις Η.Π.Α., με την L. Aiken et al. να καθιερώνουν τον όρο «care left undone» (φροντίδα που μένει ανολοκλήρωτη). Αργότερα, το 2009 η B.J. Kalisch χρησιμοποίησε τον εννοιολογικό ορισμό «care omissions», ενώ στην Ευρώπη η M. Schubert (2008) υιοθετεί τον ορισμό «implicit rationing of care» ακολουθώντας το θεωρητικό πλαίσιο του Donabedian (Donabedian model 1966). Έκτοτε δημοσιεύθηκε πλήθος μελετών που προσπαθούν να εξηγήσουν την πολυδιάστατη φύση του φαινομένου στο πλαίσιο της ασφάλειας των ασθενών [5].

Η πρώτη μεγάλη πανευρωπαϊκή μελέτη ήταν η RN4CAST (2014) όπου συμπεριέλαβε 12 χώρες (Αγγλία, Γερμανία, Ελλάδα, Βέλγιο, Φινλανδία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Νορβηγία, Πολωνία, Ισπανία, Σουηδία και Ελβετία). Σε αυτή τη μελέτη φάνηκε ότι πολλές νοσηλευτικές διαδικασίες παραλείπονται, άλλες συχνότερα (επικοινωνία/συζήτηση με τους ασθενείς 53%),

άλλες σπανιότερα (ανακούφιση του πόνου 9% ή 10%). Επιπλέον, άλλες πράξεις της νοσηλευτικής φροντίδας που παραλείπονται είναι, η ανάπτυξη & ενημέρωση του πλάνου φροντίδας /νοσηλευτική διεργασία (42%), η εκπαίδευση των ασθενών και συνοδών (41%), η στοματική υγιεινή (34%), η επαρκής τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας (28%) και η επαρκής παρακολούθηση των ασθενών (27%).

Παρατηρήθηκαν ωστόσο σε κάποιες χώρες ορισμένες διαδικασίες να παραλείπονται συχνότερα, όπως για παράδειγμα η συχνή αλλαγή θέσης των ασθενών σε κατάκλιση σε Βέλγιο (32%) και Πολωνία (30%), η περιποίηση του δέρματος στη Νορβηγία (30%), η προετοιμασία των ασθενών και των συνοδών τους στην Ισπανία (34%). Συγκριτικά με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, οι νοσηλευτές σε Βέλγιο, Αγγλία, Γερμανία, Ελλάδα και Ιρλανδία αναφέρουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ΠΝΦ [27].

Σε προγενέστερη μελέτη στην Αγγλία, η πλειοψηφία των νοσηλευτών (86%) ανέφεραν ότι παραλείπουν μία ή και περισσότερες νοσηλευτικές πράξεις στην φροντίδα των ασθενών εξαιτίας έλλειψης χρόνου, με τις συχνότερες να είναι η επικοινωνία με τον ασθενή (66%), η εκπαίδευση των ασθενών (52%) και η ανάπτυξη και ενημέρωση του νοσηλευτικού πλάνου φροντίδας/νοσηλευτική διεργασία (47%), ενώ η διαχείριση του πόνου είναι σε χαμηλά ποσοστά (7%), γεγονός που συμφωνεί με τη μελέτη RN4CAST.

Οι περισσότερες νοσηλευτικές πράξεις παραλείπονται στις πρωινές ή απογευματινές βάρδιες παρά στις νυχτερινές όπως φάνηκε και από άλλες μελέτες, ενώ η αναλογία νοσηλευτών-ασθενών φαίνεται να επηρεάζει ανάλογα τα επίπεδα ΠΝΦ (περισσότεροι ασθενείς ανά νοσηλευτή συνεπάγεται μεγαλύτερη παράλειψη

νοσηλευτικών διαδικασιών) [28]. Η κύρια αιτία που αναγκάζει τους Άγγλους νοσηλευτές να παραλείπουν τα καθήκοντα τους είναι η έλλειψη χρόνου. Εξ αιτίας αυτής, το 1/3 των νοσηλευτών αναφέρουν ότι παραλείπουν τρεις έως τέσσερις νοσηλευτικές πράξεις, ένας στους πέντε δεν ολοκληρώνει πέντε έως έξι διαδικασίες, ενώ το 19% αναφέρουν ότι δεν προλαβαίνουν περισσότερες από επτά νοσηλευτικές διαδικασίες από τις 13 συνολικά του ερωτηματολογίου. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερα ποσοστά παραλειπόμενης φροντίδας, ενώ το βελτιωμένο εργασιακό περιβάλλον φανερώνει χαμηλά ποσοστά παραλειπόμενης φροντίδας. Αντιστρόφως ανάλογα είναι τα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών με την αυξημένη παραλειπόμενη φροντίδα, ενώ όταν οι νοσηλευτές διεκπεραιώνουν τα καθήκοντα τους εντός του ωραρίου τους νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση [6].

Μια μελέτη που διεξήχθη σε τέσσερις χώρες της κεντρικής Ευρώπης (Σλοβακία, Τσεχία, Πολωνία και Κροατία), έδειξε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών αδυνατούν να ολοκληρώσουν μία ή και περισσότερες νοσηλευτικές πράξεις [30]. Τα αποτελέσματα της μελέτης συμφωνούν με αποτελέσματα των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών στους τομείς της φροντίδας που παραλείπονται συνηθέστερα. Αυτοί είναι η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, η εκπαίδευση ασθενών και συνοδών, αλλά επιπλέον και η έγκαιρη ανταπόκριση στις κλίσεις των ασθενών και η επικοινωνία/συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Υπήρχαν μερικές διαφορές μεταξύ των μελετούμενων χωρών, καθώς στην Τσεχία και τη Σλοβακία ανέφεραν

ότι δεν ανταποκρίνονται στις κλίσεις των ασθενών συχνά, στην Πολωνία παραλείπουν την εκπαίδευση, ενώ στην Κροατία αδυνατούν συχνά να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Να σημειωθεί ότι η παραπάνω μελέτη έδειξε ότι οι συμμετέχουσες χώρες είχαν την υψηλότερη αναλογία ασθενών ανά νοσηλευτή σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (8,4/100000), αριθμός που τα επόμενα χρόνια εκτιμάται ότι θα μειωθεί. Ένας άλλο εύρημα που αναδείχθηκε από την παραπάνω έρευνα ήταν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία ανέφεραν μεγαλύτερα ποσοστά ΠΝΦ σε σχέση με τα κρατικά νοσοκομεία [30], γεγονός που συμφωνεί με αντίστοιχη μελέτη στη Ισλανδία. Αυτό συμβαίνει γιατί εκτός από ένα πλήρες φάσμα υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχουν, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία ανά τον κόσμο έχουν αναλάβει και τον ρόλο των εκπαιδευτικών κέντρων για γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπούς επαγγελματίες υγείας.

Ο διπλός αυτός ρόλος των νοσηλευτικών ιδρυμάτων απαιτεί από τους νοσηλευτές πολλαπλούς ρόλους, γιατί εκτός από τη νοσηλευτική φροντίδα καλούνται να εμπλακούν και στη διαδικασία της κλινικής εκπαίδευσης που είναι αρκετά χρονοβόρα [31].

Στην έρευνα που διεξήγαγε η Παπασταύρου και συν. για την Κύπρο (2013) δεν αναδείχθηκαν μεγάλες διαφορές συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως «η στοματική υγιεινή», «η μελέτη των στοιχείων του ασθενή κατά την ανάληψη της υπηρεσίας», «η διαχείριση προβλημάτων λόγω καθυστέρησης των γιατρών» και «η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης», ήταν από τις συνηθέστερα παραλειπόμενες πράξεις στη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ όπως οι νοσηλευτές

ανέφεραν σπάνια παραλείπουν «την σωματική υγιεινή και φροντίδα του δέρματος». Ωστόσο φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτικών τμημάτων, με τις παθολογικές να φαίνεται ότι έχουν υψηλότερα ποσοστά ΠΝΦ έναντι των χειρουργικών [32].

Στην Ελλάδα λίγες είναι οι ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει σε μεγάλη κλίμακα για την ΠΝΦ εκτός από την μελέτη RN4CAST, στην οποία η Ελλάδα βρίσκεται σε υψηλή θέση στην γενική κατάταξη, καθώς οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αφήνουν πολλές νοσηλευτικές πράξεις ανολοκλήρωτες στη φροντίδα των ασθενών [24] (Πίνακας III). Οι περισσότερες είναι σε μικρή κλίμακα στο πλαίσιο ερευνητικών προγραμμάτων με αποτέλεσμα να μην μπορούν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν απόλυτα. Για παράδειγμα, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ. ανέφεραν χαμηλότερα ποσοστά ΠΝΦ σε σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα, γεγονός που δεν συμφωνεί με τα αντίστοιχα αποτελέσματα της πρόσφατης ελληνικής βιβλιογραφίας [4,32,33].

Σημαντικά είναι τα ευρήματα που σχετίζονται με τα είδη των νοσοκομείων στα οποία εργάζονταν οι συμμετέχοντες. Φαίνεται ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Πανεπιστημιακά ελληνικά νοσοκομεία παρουσιάζουν περισσότερη παραλειπόμενη φροντίδα σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε κρατικά μη πανεπιστημιακά νοσοκομεία, γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών σε ευρωπαϊκές χώρες [31-34]. Σχετικά με τα είδη της νοσηλευτικής φροντίδας που συνήθως παραλείπουν δεν ανέφεραν ως πρώτη την εκπαίδευση των

ασθενών και των συνοδών τους (23,4%), αλλά την αλλαγή θέσης των ασθενών ανά 2ώρες (40,1%) και την κινητοποίηση των ασθενών ανά τρίωρο ή αναλόγως των οδηγιών (34,7%). Εντυπωσιακά μικρά ποσοστά ανέφεραν για διαδικασίες που σχετίζονται με την νοσηλεία των ασθενών όπως την έγκαιρη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής (98,2%) ή την παρακολούθηση του δελτίου λήψης και αποβολής υγρών (98,2%). Ως παράγοντες που επιδρούν στο φαινόμενο της ΠΝΦ φάνηκαν να είναι οι έλλειψη πόρων (σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνικό εξοπλισμό), επείγουσες καταστάσεις και απροσδόκητη επιδείνωση των ασθενών ή υπερφόρτωση του τμήματος (πολλές εισαγωγές στη βάρδια) και προβλήματα στην επικοινωνία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (ιατρικό προσωπικό 56,7%, άλλους επαγγελματίες υγείας 53,5%) [27,29,31,34].

Αν και στη μελέτη του φαινομένου της ΠΝΦ χρησιμοποιούνται ποικίλα ερευνητικά εργαλεία και δεν είναι δυνατόν να συγκριθούν απόλυτα τα αποτελέσματα, ωστόσο αρκετές νοσηλευτικές πράξεις κοινώς παραλείπονται συχνότερα. Αποτέλεσμα των παραλείψεων αυτών είναι η χαμηλή ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας, η αύξηση των επιπλοκών (πτώσεων, κατακλίσεων και ενδο-νοσοκομειακών λοιμώξεων), η αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας και η μείωση των ποσοστών ικανοποίησης των ασθενών και των νοσηλευτών [31,33,34].

## Η ηθική διάσταση της ΠΝΦ

Η έννοια την ηθικής διάστασης των πραγμάτων είναι μέρος του εργασιακού

περιβάλλοντος, πόσο μάλλον όταν αυτό έχει να κάνει με την ανθρώπινη ζωή. Η ηθική στο εργασιακό περιβάλλον αναφέρεται στην συλλογική αντίληψη των εργαζομένων για το τι είναι ηθικά αποδεκτό στο πλαίσιο ενός οργανισμού και ασκεί επιρροή για όλα τα άτομα που εργάζονται εντός του οργανισμού. Οι νοσηλευτές, οπουδήποτε και αν εργάζονται (σε νοσοκομεία, στην κοινότητα κ.α), μοιράζονται της ίδιες ηθικές αξίες και τους ίδιους κώδικες επαγγελματικής δεοντολογίας παγκοσμίως. Για το λόγο αυτό Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής (ICN) αναθεωρεί συχνά τον κώδικα ηθικής δεοντολογίας προκειμένου να καλύπτει τις τρέχουσες ανάγκες των νοσηλευτών ανά τον κόσμο [5].

Οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ένα ηθικό κλίμα φροντίδας όπου καθοδηγείται από τον σεβασμό των κανόνων, των νόμων και των προτύπων του κώδικα ηθικής δεοντολογίας και αναφέρεται σε λιγότερες παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα. Ωστόσο όταν οι νοσηλευτές αναγκάζονται να θέτουν προτεραιότητες σε συγκεκριμένες διαδικασίες ή συγκεκριμένους ασθενείς με αποτέλεσμα άλλες να μένουν ανολοκλήρωτες ή οι ανάγκες των ασθενών να μην πληρούνται, θα πρέπει να συμμορφώνονται στις συγκεκριμένες εργασιακές συνθήκες και στην αναγκαιότητα α τηρούν ορισμένους κανόνες και διαδικασίες [5].

Η ηθική διάσταση της Π.Ν.Φ. συνδέεται με τις επαγγελματικές προκλήσεις και τα ηθικά διλλήματα, τις κυρίαρχες σκέψεις κατά την ιεράρχηση των καθηκόντων τους και την αντίληψη του επαγγελματικού και ηθικού ρόλου των νοσηλευτών κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους. Τα ηθικά διλλήματα προκύπτουν από τις προκλήσεις στην εξασφάλιση επαρκούς και ολοκληρωμένης

φροντίδας, τις προκλήσεις στην εξασφάλιση ίσης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και στις προκλήσεις στην εξασφάλιση ηθικής φροντίδας. Η αδυναμία παροχής της απαραίτητης φροντίδας στους ασθενείς, μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν ορισμένα ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με την εξασφάλιση επαρκούς, ηθικής και ολοκληρωμένης φροντίδας και την εξασφάλιση ίσης πρόσβασης στην φροντίδα. Ωστόσο οι νοσηλευτές σε μελέτες αναφέρουν ότι αδυνατούν να εκπληρώσουν τον ρόλο τους ολιστικά και ολοκληρωμένα, γεγονός που τους κάνει να αισθάνονται ότι προδίδουν τα επαγγελματικά τους ιδανικά και τις αξίες τους σαν επαγγελματίες υγείας. Έτσι, συχνά αισθάνονται αναγκασμένοι να επιλέξουν μεταξύ διαφορετικών αλλά εξίσου σημαντικών αναγκών των ασθενών τους, με αποτέλεσμα την παράλειψη βασικών αναγκών τους όπως η επικοινωνία ή η ψυχολογική υποστήριξη.

Η παράλειψη των ψυχοσυναισθηματικών πτυχών της φροντίδας δημιουργεί στους νοσηλευτές δυσαρέσκεια, καθώς δεν είναι σε θέση να εκπληρώσουν κατάλληλα τον ολιστικό τους ρόλο. Ως εκ τούτου αισθάνονται ότι παραμελούν κάποιους ασθενείς θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία τους. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη φάνηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε Μ.Ε.Θ. ορισμένες φορές αναγκάζονταν να παρατείνουν την καταστολή κάποιων διεγερτικών ασθενών προκειμένου να ασχοληθούν με άλλους ασθενείς. Οι αποφάσεις για παραμέληση πτυχών της νοσηλευτικής φροντίδας οδηγούν τους νοσηλευτές σε σύγκρουση των ρόλων τους, ενοχές και ηθικά διλήμματα [35].

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα

αποτελούνται από δύο κατηγορίες, τις αιτίες και τις συνέπειες της παράλειψης. Οι αιτίες της παράλειψης περιλαμβάνουν τις ανάγκες και απαιτήσεις των ασθενών, τη ρουτίνα και τους VIP ασθενείς. Οι συνέπειες από την άλλη περιλαμβάνουν την απώλεια της νοσηλευτικής φροντίδας, την δυσαρέσκεια των ασθενών και το αίσθημα ενοχής των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι η διάσωση της ζωής των ασθενών είναι πιο κρίσιμη από οποιαδήποτε άλλη πρακτική. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού οδηγεί τους νοσηλευτές να επικεντρώνονται κυρίως στη διάσωση της ζωής των ασθενών, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους τις αρνητικές επιπτώσεις της μακροχρόνιας φροντίδας (πληγές από κατακλίσεις κλπ).

Σημαντικές νοσηλευτικές αξίες όπως η ολοκληρωμένη φροντίδα, η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός μπορεί να εξαφανιστούν λόγω της ρύθμισης των νοσηλευτικών ρόλων και προτεραιοτήτων μέσω κανόνων ιατρικής δεοντολογίας. Από την άλλη, ένας επιπλέον λόγος για παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα είναι η καθημερινή ρουτίνα που βιώνουν οι νοσηλευτές η οποία τους αναγκάζει να ρυθμίζουν τις πρακτικές της φροντίδας τους με βάση τις ιατρικές οδηγίες [36]. Η Ε. Παπασταύρου αναφέρει ότι, η φιλοσοφία της νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία εξαρτάται από τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τα ιδανικά των νοσηλευτών, επηρεάζεται από τους περιορισμούς των πόρων. Όταν οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε πόρους υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να αισθάνονται ότι οι πρακτικές ολοκληρωμένης φροντίδας δεν είναι ρεαλιστικές [37].

Λαμβάνοντας υπόψη την ΠΝΦ στο πλαίσιο της ηθικής συλλογιστικής και

συμπεριφοράς, είναι σαφές ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν δυσκολίες, συμπεριλαμβανομένων αντίθετων αξιών και κανόνων που εμποδίζουν τη διαδικασία λήψης προσωπικών τους αποφάσεων. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι δεν είναι σε θέση να ενεργήσουν σύμφωνα με τα επαγγελματικά πρότυπα τους λόγω των πρακτικών συνθηκών, των χρονικών περιορισμών, των κανόνων και της ρουτίνας ή των προσδοκιών των άλλων. Αυτή η ασυνέπεια του τι μπορούν να κάνουν οι νοσηλευτές και τι τελικά προσφέρουν στους ασθενείς, τους δημιουργεί πολλά αρνητικά συναισθήματα που σαν αποτέλεσμα έχουν ηθικό βάρος και δυσφορία. Φαίνεται ότι οι προτεραιότητες που αναγκάζονται να θέτουν οι νοσηλευτές, πλαισιώνονται σε μεγάλο βαθμό από το βιοϊατρικό μοντέλο, θέτοντας τα πρότυπα της βασικής περίθαλψης των ασθενών σε κίνδυνο. Η σύγκρουση των ρόλων των νοσηλευτών είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΝΦ. Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές περιορίζουν τον ρόλο τους προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες της ιατρικής περίθαλψης. Ωστόσο, η σύγκρουση των ρόλων περιγράφεται επίσης μεταξύ των νοσηλευτών διαφορετικών επιπέδων, υποδηλώνοντας ότι ο εκλογισμός μπορεί επίσης να επηρεαστεί από το επίπεδο επαγγελματικής δύναμης και θέσης στην ιεραρχία των νοσηλευτών. Αυτό εξηγείται από ένα άλλο παράδοξο στο νοσηλευτικό επάγγελμα όπου η μετάβαση από τη νοσηλευτική ως παροχή φροντίδας στους ασθενείς στο διοικητικό επίπεδο συνδέεται με ασάφεια και σύγκρουση ρόλων [38].

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ρόλοι και οι ευθύνες των νοσηλευτών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και την ΠΝΦ. Οι μελέτες που αφορούν την ΠΝΦ έχουν δώσει την ευκαιρία να ξεκινήσει συζήτηση σχετικά με τα νοσηλευτικά πρότυπα, την ασφαλή στελέχωση και παρόμοια θέματα. Αυτό μας οδηγεί στο να σκεφτούμε την ποιότητα και τις θεμελιώδεις ανάγκες της νοσηλευτικής φροντίδας, προσπάθειες για εύρεση των κατάλληλων νοσηλευτικών προτύπων στα πλαίσια την κλινικής πρακτικής έχουν αποτελέσει το επίκεντρο μελέτης διάφορων ευρωπαϊκών χωρών. Ωστόσο είναι δύσκολο να καθοριστούν τέτοιου είδους πρότυπα σε μονάδες και οργανισμούς που οι ανάγκες των ασθενών διαφέρουν. Οι μελέτες δείχνουν ότι παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα προκαλούν ανησυχία στους νοσηλευτές και οι αποφάσεις τους θέτουν σε κίνδυνο τις επαγγελματικές τους αξίες, προκαλούν σύγκρουση των ρόλων τους, τους δημιουργούν αισθήματα ενοχής και αγωνίας και δυσκολίες στην εκπλήρωση των ηθικά αποδεκτών ρόλων τους. Οι παραπάνω αιτίες οδηγούν τους νοσηλευτές να εγκαταλείπουν το επάγγελμα γεγονός που επιφέρει ανησυχία [5].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι νοσηλευτές καθημερινά αναγκάζονται να θέτουν προτεραιότητες στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας. Βασική αιτία στον περιορισμό της νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται η έλλειψη διαθέσιμων πόρων, τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό, όσο και σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Είναι δεδομένο ότι οι ασθενείς έχουν διαφορετικές ανάγκες, με κάποιες να είναι πιο σημαντικές ενώ άλλες

λιγότερο. Έτσι οι νοσηλευτές αναγκάζονται να θέτουν προτεραιότητες που κάποιες φορές όμως ενδέχεται να είναι λανθασμένες. Οι περιορισμοί και οι παραλείψεις όμως ενδέχεται να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπτώσεις για τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές ιεραρχώντας τα καθήκοντα τους αναπτύσσουν ένα πλάνο φροντίδας που προσεγγίζει ένα πιο γρήγορο αποτέλεσμα χωρίς ωστόσο να επιτυγχάνονται μακροπρόθεσμα αποτελέσματα [4]. Η ΠΝΦ θεωρείται παγκόσμιο φαινόμενο που γενικεύεται σε πολλές καταστάσεις. Η ασφάλεια των ασθενών είναι το κέντρο της νοσηλευτικής φροντίδας και επηρεάζεται από σφάλματα και παραλείψεις. Οι επιπτώσεις της Π.Ν.Φ. απειλούν την ασφάλεια των ασθενών και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάπτυξη εθνικών πολιτικών στον τομέα της υγείας [7].

Η ΠΝΦ είναι προτιμότερο να εκλαμβάνεται ως ενδιάμεσος παράγοντας παρά ως αιτιακή μεταβλητή σχετικά με την έκβαση του ασθενή και αυτό γιατί βρίσκεται μεταξύ της αιτίας και του αποτελέσματος και είναι μέρος του επεξηγηματικού μηχανισμού. Για παράδειγμα όταν οι νοσηλευτές φροντίζουν περισσότερους ασθενείς αυξάνεται ο εργασιακός φόρτος και δεν διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο να ολοκληρώνουν όλες τις πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας. Έτσι

παραλείπονται κάποιες διαδικασίες δημιουργώντας διάφορες επιπλοκές [5], οι ασθενείς αισθάνονται δυσαρέσκεια και οι νοσηλευτές βιώνουν αισθήματα ενοχής και ηθικής δυσαρέσκειας [11,12,13].

Οι μελέτες δείχνουν ότι η επαρκής στελέχωση και η οργανωτική υποστήριξη προς το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν βασικούς παράγοντες για ποιοτική φροντίδα. Η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό και οι επείγουσες καταστάσεις που προκύπτουν κατά την διάρκεια της νοσηλείας επηρεάζουν την επιδείνωση την υγείας των ασθενών [1]7. Βαθύτερες όμως αιτίες για ΠΝΦ θεωρούνται ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, τα αλλότρια καθήκοντα, η χαμηλή αναλογία ασθενών-νοσηλευτών και η βαρύτητα των ασθενών και του νοσηλευτικού τμήματος (πολλές εισαγωγές ή εισαγωγές με βαρέως πάσχοντες) [24,27,32]. Η εμπειρία καταδεικνύει συσχέτιση της ΠΝΦ με μειωμένη παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας, με αποτέλεσμα αύξηση των νοσηλευτικών σφαλμάτων, δυσαρέσκεια των ασθενών και των νοσηλευτών για την εργασία τους, μειωμένη ηθική ικανοποίηση των νοσηλευτών και αύξηση της θνησιμότητας και επιπλέον αύξηση του κόστους των νοσοκομείων εξαιτίας επιπλοκών και μακροχρόνιων νοσηλείων [24].

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ozga D, Krupa S, Witt P, Medrzycka-Dadrowsku N. Nursing interventions to prevent delirium in critically ill patients in the intensive care unit during the covid-19 pandemic-narrative overview. *Health care (Basel)* 2020, 8(4):578
2. Lewandowska W, Krupa S, Ozga D. Impact of alarm fating on the work of nurses in an intensive care environment. A systematic review. *Int J. Environ Res. Public Health* 2020, 17(22):8409

3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, Giovanetti P, Junt J, Rafferty AM, Shamian J. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001, 20:43-53.
4. Jones TL. A descriptive analysis of implicit rationing of nursing care: frequency and patterns in Texas. *Nurs Econ*. 2015, 33 (3):144-54
5. Kalisch B J, Landstrom G. L, & Hinshaw A S. Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009, 65 (7), 1509–1517.
6. Papastavrou E, Suhonen R. Impacts of rationing and missed nursing care: challenges and solutions (RANCARE Action), Springer 2021, Switzerland
7. Aiken L H, Sloane D M, Ball J, Bruyneel, L, Rafferty A M, & Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study. *British Medical Journal Open* 2018, 8(1)
8. Ball J E, Bruyneel, L, Aiken L. H, Sermeus W, Sloane D M, Rafferty A M, Lindqvist R, Tishelman C, & Griffiths P. & RN4Cast Consortium. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2018, 78, 10–15
9. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs* 2009, 65:2299-2310
10. Shamian J. The role of nursing in health care. *Rev Bras Enferm*. 2014, 67:867-8
11. Bachnick S, Ausserhofer D, Baernholtd M, Simon M. Patient-centered care, nurse work environment and Implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: a cross-sectional multi-center study. *Int. J. Nurse Stud*. 2018, 81:98-106
12. Rooddehghan Z, Yekta Z.P, Nasrabadi A.N. Ethics of rationing of nursing care. *Nurs. Ethics* 2018, 25(5):591-600
13. Liu J, Zheng J, Liu K, You L. Relationship between work environments, nurse outcomes and quality of care in ICUs: mediating role of nursing care left undone. *J. Nurs. Care Qual*. 2019, 34(3):250-255
14. Ball J.E, Murrells T, Rafferty A M, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual. Saf*. 2014, 23, 116–125.

15. Senek M, Robertson S, Ryan T, Sworn K, King R, Wood E, Tod A. Nursing care left undone in community settings: Results from a UK cross-sectional survey. *J. Nurs. Manag.* 2020, 28, 1968–1974.
16. Srulovici E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2017, 16, 163–171.
17. Aiken L H, Sloane D, Griffiths P, Rafferty A M, Bruyneel L, McHugh M, RN4CAST Consortium. Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety* 2017, 26(7):559–568
18. Zhu X, Zheng J, Liu K, You L. Rationing of nursing care and its relationship with nurse staffing and patient outcomes: The mediation effect tested by structural equation modeling. *Int. J. Envi. Res. Public Health* 2019, 16:1672
19. McLeod M, Barber N, & Franklin B D. Facilitators and barriers to safe medication administration to hospital inpatients: A mixed methods study of nurses' medication administration processes and systems (the MAPS study). *PLoS One* 2015, 10(6)
20. Cole G, Stefanus D, Gardner H, Levy M J, & Klein E Y. The impact of interruptions on the duration of nursing interventions: A direct observation study in an academic emergency department. *BMJ Quality & Safety* 2016, 25(6): 457–465
21. Hedberg B, & Larsson U. S. Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 2004, 13(3):316–324.
22. Schutijser B C, Klopotoska J E, Jongerden I P, Spreeuwenberg P M, De Bruijne M C, & Wagner C. Interruptions during intravenous medication administration: A multicentre observational study. *Journal of Advanced Nursing* 2019, 75(3): 555–562.
23. Schroers G. Characteristics of interruptions during medication administration: An integrative review of direct observational studies. *Journal of Clinical Nursing* 2018, 27(19-20): 3462-3471
24. Abdelhadi N, Drach-Zahavy A, Srulovici E, Work interruptions and missed nursing care: A necessary evil or an opportunity? The role of nurses' sense of controllability. *Nurs. Open* 2022, 9:309-319
25. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verall C, Aberly E, Harvey C. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin. Nurse.* 2015, 24(1-2):47-56
26. Bacaksiz F E, Alan H E, Gumus E. A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation. *J. Nurs. Manag.* 2020, 28:1975–1985.

27. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty A.M, Ball J, Scott A, Kinnunen J, Heinen M, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual. S.* 2014, 23:126-135
28. Papastavrou E., Charalambous A., Vryionides S., Eleftheriou C., Merkouris A. To what extent are patient's needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *Eur. J. Oncology nurs.* 2016, 21:48-56
29. Ball J E, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths E, 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality care. *BMJ Qual Saf* 2014, 23:116-125
30. Zelenikova R, Gurkova E, Friganovic A, Uchmanowicz I, Jarosova D, Ziakova K, Plevova I, Papastavroy E. Unfinished nursing care in four central European countries. *J Nurs Manag.* 2020, 28:1888-1900
31. Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E, Li B., & De Geest, S. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals – A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2013, 50(2): 230-239
32. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Merkouris A. The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies, *Nursing Ethics* 2015, Vol. 22(8) 881-900
33. Rooddehghan Z, Yekta ZP, Nasrabadi AN, Ethics of rationing of nursing care, *Nurs Ethics* 2016, 1-10
34. Papastavrou E. The ethics of care rationing within the current socioeconomic constraints, *Health Sci. J* 2012, 6:362-364
35. Papastavrou E, Andreou P, Vryonides S, The hidden ethical element of nursing care rationing, *Nursing Ethics* 2014, Vol. 21(5) 583-593

REVIEW

## *The omitted nursing care in European countries. Factors that lead nurses to skip aspects of care and its ethical dimension*

A. Giannarou, M. Igoumenidis

Department of Nursing, University of Patras, SEP Hellenic Open University, PMS Health Unit Management

### ABSTRACT

**Introduction:** Neglected nursing care (N.N.C.) is a phenomenon that concerns nursing worldwide. Omissions in the care provided occur at any stage and are influenced by various factors. In Europe, in recent years, there have been several studies dealing with omissions in care, on the contrary, in Greece the phenomenon has not been studied enough.

**Purpose:** The purpose of this review is to search for the factors that cause the omission of nursing care and to investigate them in European countries, looking for differences between them as well as the ethical dimension of the phenomenon.

**Material and method:** A literature review was carried out in the international bibliographic databases PubMed and IATROTEK.

**Results:** Omissions in nursing care occur when the available resources are insufficient (e.g. lack of personnel or logistical equipment), or when the conditions for the provision of safe nursing care to patients are inappropriate. One of the most important factors, according to the literature, is the nurse-patient ratio and the number of staff (nursing and auxiliary) per nursing department. In recent years, there have been a number of published studies in the field of nursing that reveal the presence of the phenomenon of neglected care in European countries.

**Discussion:** Nurses are forced to set priorities in the provision of nursing care every day. The main reason for the limitation of nursing care is considered to be the lack of available resources, both in human resources and in logistical equipment. Studies show that adequate staffing and organizational support for nursing staff are key factors for quality care. PNF is associated with reduced provision of quality and safe care, resulting in an increase in nursing errors, dissatisfaction of patients and nurses with their work, reduced morale of nurses and increased mortality and, in addition, increased hospital costs due to complications and long-term hospitalizations.

*Keywords:* Omitted nursing care, ethical dimension

---

A. Giannarou, M. Igoumenidis. The omitted nursing care in European countries. Factors that lead nurses to skip aspects of care and its ethical dimension. *Scientific Chronicles* 2025; 30(2): 256-272

---

Συγγραφέας αλληλογραφίας: Αλεξάνδρα Γιάνναρου, E-mail: [giannaroualexandra@upatras.gr](mailto:giannaroualexandra@upatras.gr)