



Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ιατρική Σχολή

ΠΜΣ «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Ο αντίκτυπος της οργάνωσης ενός νοσοκομείου στην
επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και τη ποιότητα των
παρεχόμενων υπηρεσιών

ΜΠΡΟΦΙΔΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Ηράκλειο 2018

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αναστάσιος Φιλαλήθης, Ομότιμος Καθηγητής, Επιβλέπων

Χρήστος Λιονής, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής, Συνεπιβλέπων

Γρηγόριος Χλουβεράκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοστατιστικής, Συνεπιβλέπων

ΜΕΛΗ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αναστάσιος Φιλαλήθης, Ομότιμος Καθηγητής, Επιβλέπων

Χρήστος Λιονής, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής, Συνεπιβλέπων

Γρηγόριος Χλουβεράκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοστατιστικής, Συνεπιβλέπων

Ιωάννα Τσιλιγιάννη, Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής

Ιωάννης Μαντάς, Καθηγητής Δημόσιας Υγείας

Γεώργιος Λαζόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής Καρδιο-Θωρακοχειρουργικής

Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής

«Ωφελέειν ή μη βλάπτειν»

Ιπποκράτης

*Στους γονείς μου,
Ευάγγελο και Μαρία*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στο Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης με επιβλέπων Καθηγητή κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη, τον οποίο ευχαριστώ θερμά για την αμέριστη εμπιστοσύνη και υπομονή που έδειξε όλο το δύσκολο διάστημα μέχρι την ολοκλήρωση της. Ακόμη, το Καθηγητή κ. Χρήστο Λιονή και τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Γρηγόριο Χλουβεράκη, ως μέλη της τριμελούς επιτροπής, για την ηθική υποστήριξη και τη βοήθεια τους.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κ. Κώστα Βλασιάδη, Δρ. Ιατρικής παν/μίου Κρήτης για τη πολύτιμη καθοδήγηση, συμπαράσταση και την άψογη συνεργασία του. Θερμές ευχαριστίες στη Δρ. Ειρήνη Σπυριδάκη, Ψυχολόγος για την υποστήριξη και την ανιδιοτελή προσφορά της, όπως και τον Καθηγητή Ιωάννη Μαντά και Δρ. Δημήτριο Ζήκο, από το Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, για τη πρόθυμη συνεργασία τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς στους γονείς μου, Ευάγγελο και Μαρία για τη στήριξη που μου παρείχαν σε όλες τις δυσκολίες, μέχρι την ολοκλήρωση της διατριβής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	9
Abstract.....	13
A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Εισαγωγή.....	17
Κεφάλαιο 1 – Ποιότητα	
1.1 Ορισμός της Ποιότητας.....	19
1.2 Διάφορες προσεγγίσεις ποιότητας.....	19
1.3 Ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της ποιότητας.....	20
1.4 Οι σημαντικότεροι φιλόσοφοι της ποιότητας.....	22
1.4.1 W. Edwards Deming: 1900-1993.....	22
1.4.2 Joseph Juran: 1904.....	26
1.4.3 Philip Crosby: 1926-2001.....	27
1.5 Ποιότητα φροντίδα υγείας.....	29
1.6 Διαφορετικές προσεγγίσεις του ορισμού ‘Ποιότητα της Φροντίδας’.....	30
1.6.1 Η προσέγγιση του Donabedian.....	30
1.6.2 Η προσέγγιση του Ινστιτούτου Ιατρικής (Institute of Medicine).....	31
1.6.3 Η προσέγγιση του Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).....	32
Κεφάλαιο 2 - Οργάνωση	
2.1 Ο ρόλος των συστημάτων υγείας στη καθιέρωση της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας υγείας.....	34
2.2 Προϋποθέσεις ανάπτυξης δραστηριοτήτων ποιότητας φροντίδας.....	35
2.2.1 Εσωτερικό περιβάλλον υποστήριξης.....	35
2.2.2 Οργανωτική δομή.....	38
2.2.3 Διάφορες υποστηρικτικές λειτουργίες.....	38
2.3 Διαπίστευση στις υπηρεσίες υγείας.....	39
2.4 Η αξιολόγηση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας.....	40
2.5 Ιστορική αναδρομή της εξέλιξης στη ποιότητα των νοσοκομείων.....	41

2.5.1 Η διεθνής εμπειρία.....	41
2.5.2 Η αρχή της ελληνικής μεταρρυθμιστικής πολιτικής για τη ποιότητα υγείας.....	43
2.5.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών στη παρεχόμενη ποιότητα και ασφάλεια φροντίδα υγείας.....	45

Κεφάλαιο 3 – Μοντέλο Διοίκησης

3.1 Το “Πρόγραμμα Αναγνώρισης Μονάδων Προσέλκυσης” (Magnet Recognition Program).....	49
--	----

3.2 Μονάδες Προσέλκυσης (Magnet Hospitals).....	51
---	----

3.3 Κριτήρια και προϋποθέσεις για τη διαπίστευση των νοσοκομείων μαγνήτες.....	53
--	----

3.4 Μοντέλο Μονάδων Προσέλκυσης (Magnet Model).....	53
---	----

3.4.1 Η μετασχηματιστική ηγεσία.....	55
--------------------------------------	----

3.4.1.1 Δύναμη Προσέλκυσης: Η ποιότητα στη νοσηλευτική ηγεσία.....	56
--	----

3.4.1.2 Δύναμη Προσέλκυσης: Το στυλ διοίκησης.....	57
--	----

3.4.2 Η δομική ενδυνάμωση.....	58
--------------------------------	----

3.4.2.1 Δύναμη Προσέλκυσης: Η οργανωτική δομή.....	58
--	----

a. Η εφαρμογή των αλλαγών.....	59
--------------------------------	----

b. Η εδραίωση της αλλαγής.....	59
--------------------------------	----

3.4.2.2 Δύναμη Προσέλκυσης: Η επαγγελματική ανέλιξη.....	60
--	----

3.4.2.3 Δύναμη Προσέλκυσης: Η εικόνα της νοσηλευτικής.....	60
--	----

3.4.2.4 Δύναμη Προσέλκυσης: Οι πολιτικές και τα προγράμματα του οργανισμού.....	61
---	----

3.4.2.5 Δύναμη Προσέλκυσης: Η κοινωνία και ο υγειονομικός οργανισμός.....	62
---	----

3.4.3 Επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε υπόδειγμα.....	63
--	----

3.4.3.1 Δύναμη Προσέλκυσης: Τα επαγγελματικά μοντέλα περίθαλψης.....	63
--	----

3.4.3.2 Δύναμη Προσέλκυσης: Οι νοσηλευτές ως δάσκαλοι.....	65
--	----

3.4.3.3 Δύναμη Προσέλκυσης: Οι διεπιστημονικές σχέσεις του προσωπικού.....	66
--	----

3.4.3.4 Δύναμη Προσέλκυσης: Η αυτονομία.....	66
--	----

3.4.3.5 Δύναμη Προσέλκυσης: Οι συμβουλές και πόροι.....	68
---	----

3.4.4 Ύπαρξη γνώσης, καινοτομίας και βελτιώσεις.....	68
--	----

3.4.4.1 Δύναμη Προσέλκυσης: Η βελτίωση στη ποιότητα της περίθαλψης.....	68
---	----

3.4.5 Τα αποτελέσματα της ποιότητας βάσει εμπειρίας.....	69
--	----

3.4.5.1 Δύναμη Προσέλκυσης: Η ποιότητα στη περίθαλψη.....	69
---	----

Κεφάλαιο 4 – Επαγγελματική ικανοποίηση – Εκπαίδευση νοσηλευτών.

4.1 Επαγγελματική ικανοποίηση.....	71
------------------------------------	----

4.1.1 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	72
--	----

4.1.2 Ο ρόλος της εκπαίδευσης των νοσηλευτών.....	72
---	----

4.2 Ο ρόλος της εκπαίδευσης των νοσηλευτών.....	73
Κεφάλαιο 5 – Το Νοσηλευτικό Περιβάλλον	
5.1 Το Νοσηλευτικό Περιβάλλον Εργασίας (Nursing Practice Environment).....	75
5.2 Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης.....	76
5.3 Revised Nursing Work Index (NWI-R).....	76
Β.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 6- Ερευνητικά ερωτήματα- Στόχοι.....	79
Κεφάλαιο 7 - Μεθοδολογία έρευνας	
7.1 Κριτήρια επιλογής νοσοκομείων.....	81
7.2 Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας.....	81
7.3 Δυσκολίες συλλογής δεδομένων.....	82
7.4 Στάθμιση και μετάφραση ερωτηματολογίου.....	83
Κεφάλαιο 8 – Εργαλείο μελέτης	
8.1 Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI).....	84
8.2 Υποκλίμακες (Subscales).....	84
8.2.1 Nurse Participation in Hospital Affairs.....	84
8.2.2 Nursing Foundations for Quality of Care.....	84
8.2.3 Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses.....	85
8.2.4 Staffing and Resource Adequacy.....	85
8.2.5 Collegial Nurse-Physician Relations.....	85
8.3 Ο Cronbach’s Alpha της ελληνικής έκδοσης του PES-NWI.....	86
Κεφάλαιο 9 – Στατιστική ανάλυση	87
Κεφάλαιο 10 – Αποτελέσματα	
10.1 Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων.....	89
10.2 Αξιολόγηση της ελκυστικότητας των νοσοκομείων.....	89
10.3 Σύγκριση του Μαγνητισμού των ελληνικών με των αμερικάνικων (Magnet and non-Magnet) νοσοκομείων.....	90
10.4 Σύγκριση της ελκυστικότητας μεταξύ Χειρουργικού και Παθολογικού τομέα.....	92

10.5 Σύγκριση της ελκυστικότητας μεταξύ του διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών.....	92
10.6 Σύγκριση της ελκυστικότητας από τους νοσηλευτές βάσει της εμπειρίας τους.....	93
10.7 Μοντέλα Γραμμικών Παλινδρομήσεων.....	93
Κεφάλαιο 11 – Συζήτηση αποτελεσμάτων	
11.1 Η ελκυστικότητα στα ελληνικά Νοσηλευτικά Περιβάλλοντα Εργασίας (ΝΠΕ).....	97
11.2 Κατάταξη των Ελληνικών Νοσοκομείων ως προς τα Ξένα.....	98
11.3 Ο μαγνητισμός στα ελληνικά Νοσηλευτικά Περιβάλλοντα Εργασίας Χειρουργικού και Παθολογικού τομέα.....	99
11.4 Η επίπτωση της εκπαίδευσης και της εργασιακής εμπειρίας στη ποιότητα.....	100
11.5 Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης.....	101
Κεφάλαιο 12 – Συμπεράσματα.....	
Βιβλιογραφία.....	105
Παράρτημα	
Πίνακες.....	119
Ερωτηματολόγιο έρευνας (μεταφρασμένο).....	131
Αγγλική έκδοση ερωτηματολογίου (The Practice Environment Scale).....	137
Ομαδοποίηση ερωτήσεων κατά Υποκλίμακες	138
Δημοσιεύσεις άρθρων.....	139

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μελέτη της ελκυστικότητας στο χώρο εργασίας των νοσοκομείων έχει μεγάλη ερευνητική αξία για την ικανοποίηση των εργαζομένων. Το αίσθημα της εργασιακής ικανοποίησης έχει βαρύνουσα σημασία για τους ερευνητές και τους λειτουργούς της δημόσιας υγείας, καθώς αποτελεί την αιτία διαφόρων σοβαρών επιπτώσεων. Οι επιπτώσεις αυτές αφορούν άμεσα την ασφάλεια και τη ποιότητα στη φροντίδα των ασθενών, αλλά και την υγεία και απόδοση των εργαζομένων που τη παρέχουν. Η ελκυστικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση που προσφέρει και αντίστοιχα με το βαθμό της ποιότητας και της ασφάλειας στη φροντίδα των ασθενών.

Το Practice Environment Scale έχει χαρακτηριστεί από τους πιο γνωστούς οργανισμούς προαγωγής της ποιότητας στην υγεία, ως το καταλληλότερο εργαλείο έρευνας στο τομέα αξιολόγησης Εργασιακού Περιβάλλοντος. Ο συγκεκριμένος τομέας έρευνας έχει γνωρίσει το ενδιαφέρον από πολλά κράτη, καθώς πληθώρα ερευνών αποδεικνύουν τον αντίκτυπο των οργανωσιακών χαρακτηριστικών του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος Εργασίας στην έκβαση του χειρισμού προς τους ασθενείς και προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Στην Ελλάδα ο συγκεκριμένος τομέας βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο με δύο μόνο μελέτες αναφοράς. Οι μελέτες αυτές έκαναν χρήση του εργαλείου PES-NWI μελετώντας νοσοκομεία της βόρειας και κεντρικής Ελλάδας, ενώ η παρούσα έρευνα καλύπτει το νότιο κομμάτι της χώρας.

Οι κεντρικοί στόχοι της μελέτης ήταν δύο. Ο πρώτος αφορά την αξιολόγηση του μαγνητισμού του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος Εργασίας πέντε δημόσιων νοσοκομείων της Ελλάδας, κατατάσσοντας τα ως ελκυστικά, μεικτά ή μη ελκυστικά και συγκρίνοντας τα με τα Αμερικάνικα νοσοκομεία Μαγνήτες ή μη Μαγνήτες. Ο δεύτερος στόχος αφορά τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη των νοσηλευτών ως προς το εργασιακό τους περιβάλλον στα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης και συγκεκριμένα η επιρροή του τμήματος εργασίας (χειρουργικό ή παθολογικό

τμήμα) των νοσηλευτών, η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου και της εργασιακής εμπειρίας τους, καθώς και η εξέταση μοντέλων που προβλέπουν την αξιολόγηση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος ως αποτέλεσμα μιας σειράς παραγόντων.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί Συγχρονική Μελέτη (Cross Sectional Study), η οποία διεξήχθη σε πέντε δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης (Ελλάδα) και σχεδιάστηκε με τη μορφή διερευνητικής ανάλυσης. Όλα τα νοσοκομεία περιλαμβάνουν Χειρουργικό, Παθολογικό και Ψυχιατρικό τμήμα καθώς και την Εντατική. Τέσσερα είναι γενικά νοσοκομεία και ένα είναι πανεπιστημιακό νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας. Ο πληθυσμός-στόχος ήταν οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών (σύνολο 1.607) μόνιμης απασχόλησης σε όλους τους τομείς των συγκεκριμένων νοσοκομείων. Εξαιρέθηκαν οι νοσηλευτές του διοικητικού προσωπικού, οι προϊστάμενοι και εκείνοι σε άδεια, με συμμετοχή μόνο του νοσηλευτικού προσωπικού τμημάτων. Η έρευνα διεξήχθη το 2011-2012 με ανταπόκριση δείγματος ευκολίας 532 μελών του προσωπικού (συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 33,1%). Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους στον χώρο εργασίας τους, ανώνυμα και εμπιστευτικά, έχοντας ενημερωθεί για τον σκοπό της έρευνας και κατόπιν προφορικής συναίνεσης. Το προσωπικό σε όλα τα νοσοκομεία προσεγγίστηκε σε τουλάχιστον τέσσερις διαφορετικές χρονικές στιγμές. Ο προϊστάμενος νοσηλευτής κάθε τμήματος διένειμε και συγκέντρωσε τα ερωτηματολόγια. Η παρούσα μελέτη έγινε με χρήση του εργαλείου PES-NWI που αποτελείται από 32 ερωτήσεις σε τετράβαθμη κλίμακα Likert, με προσθήκη μιας ερώτησης από το PES-NWI 31 ερωτήσεων (Lake, 2002). Συμπεριλήφθηκε επίσης μια σειρά ερωτήσεων αξιολόγησης των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, βαθμός εκπαίδευσης, νοσηλευτική ειδικότητα, χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας και τρέχον νοσηλευτικό πεδίο).

Το ερευνητικό εργαλείο PES-NWI δομείται σε πέντε υποκλίμακες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν ένα τομέα οργάνωσης του νοσοκομείου μελέτης και η κάθε μία από αυτές συγκεντρώνει ένα συγκεκριμένο αριθμό ερωτήσεων, συνολικά 32. Οι

υποκλίμακες είναι: Η συμμετοχή των νοσηλευτών σε διοικητικά θέματα του νοσοκομείου (Nurse Participation in Hospital Affairs); Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας (Nursing Foundations for Quality of Care); Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών (Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses); Στελέχωση και επάρκεια πόρων (Staffing and Resource Adequacy); Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών (Collegial Nurse-Physician Relations). Για τη μελέτη αυτή ο συνολικός δείκτης Cronbach' a ήταν .90 και για τις υποκλίμακες κυμάνθηκε από .60 έως .88.

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 19 (IBM Corporation). Έγινε χρήση της περιγραφικής στατιστικής, του μη παραμετρικού Chi-square test, του κριτηρίου t-test διπλής κατεύθυνσης, συσχετίσεις Spearman' s και γραμμικής παλινδρόμησης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές σε όλα τα υπό μελέτη νοσοκομεία αξιολογούν τα περιβάλλοντα εργασίας τους ως μη ελκυστικά, με μοναδικό θετικό οργανωσιακό στοιχείο τις 'Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών'. Αντίστοιχα, το πιο αρνητικό οργανωσιακό χαρακτηριστικό όπως τονίζεται από τους ερωτηθέντες είναι η 'Στελέχωση και η επάρκεια πόρων'. Ο βαθμός του μαγνητισμού των ελληνικών νοσοκομείων αξιολογήθηκε χαμηλότερος σε σχέση με τα αμερικάνικα νοσοκομεία Μαγνήτες (Magnet hospitals) και ακόμη μικρότερος από τα αμερικάνικα νοσοκομεία μη Μαγνήτες (non-Magnet hospitals).

Η σύγκριση ανάμεσα στο Παθολογικό με το Χειρουργικό τομέα, ως προς την ελκυστικότητα τους φάνηκε να έδειξε το Χειρουργικό τομέα ελαφρώς πιο θετικό τομέα εργασίας. Ανεξάρτητα από τον εργασιακό τομέα, σε ορισμένες περιπτώσεις τα επίπεδα εκπαίδευσης και εμπειρίας επηρέαζαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διοίκηση, τη χαμηλή ποιότητα φροντίδας, την περιορισμένη συμμετοχή των νοσηλευτών στα νοσοκομειακά θέματα και την έλλειψη νοσηλευτών. Η ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι ο σύνθετος δείκτης PES-NWI επηρεάζεται από το

φύλο, το βαθμό εκπαίδευσης, τα χρόνια εμπειρίας στο παρόν τμήμα, την ειδικότητα των πιστοποιημένων νοσηλευτών και το νοσοκομείο που εργάζονται οι νοσηλευτές.

Από τα παραπάνω ευρήματα καταδεικνύεται ο χαμηλός βαθμός της ελκυστικότητας στα υπό μελέτη εργασιακά περιβάλλοντα και συμφωνούν με εκείνα των προηγούμενων δύο μελετών που πραγματοποιήθηκαν στα ελληνικά νοσοκομεία για την αξιολόγηση της ελκυστικότητας του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος Εργασίας.

Τα πέντε δημόσια νοσοκομεία που αξιολογήθηκαν βρίσκονται υπό ενιαία υγειονομική διοίκηση (7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης) και αντιμετωπίζουν χαμηλά επίπεδα στελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό, επαληθεύοντας την υψηλή σε κατάταξη θέση της Ελλάδας σε έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού. Το δυσάρεστο αυτό οργανωσιακό χαρακτηριστικό επιφέρει αρκετά προβλήματα στη διαχείριση της ασφάλειας των ασθενών και στη παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Η έλλειψη των πόρων σε συνδυασμό με το στάσιμο επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών και την έλλειψη οριοθέτησης των επαγγελματικών καθηκόντων τους λειτουργούν αρνητικά στο καθημερινό τους έργο. Η ελλιπής υποστήριξη της διοίκησης, η ελλιπής συμμετοχή των νοσηλευτών στις πολιτικές στρατηγικές του νοσοκομείου και η ασθενής συμμετοχή τους στη διαμόρφωση σχεδίων ποιότητας συνθέτουν την εικόνα της παρούσας θέσης των νοσηλευτών στα ελληνικά νοσοκομεία, ως βασικοί πάροχοι φροντίδας.

Η θετική επίδραση των εργασιακών σχέσεων μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αντισταθμίζει τη δυσαρέσκεια τους, ενώ η ελκυστικότητα του Χειρουργικού τομέα έναντι του Παθολογικού χρήζει περαιτέρω ερευνητική διερεύνηση. Αναγκαία κρίνεται ακόμη, η διερεύνηση των κρίσιμων σημείων του ερευνητικού πεδίου της αξιολόγησης για τη χάραξη πολιτικών διόρθωσης και βελτίωσης. Καταλυτικό ρόλο προς τη κατεύθυνση αυτή έχει το νοσηλευτικό δυναμικό με τη παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, με τη συμμετοχή τους σε στρατηγικές διαμόρφωσης ποιοτικών σχεδίων και πολιτικών αποφάσεων που τους αφορούν καθώς και με την αρωγή της διοίκησης του νοσοκομείου.

ABSTRACT

The study of favourability in the hospital work environment is of high research value for gauging employee satisfaction. The feeling of job satisfaction would not be so important to researchers and public health professionals if it were not the reason for various significant impacts. These impacts directly affect safety and quality in patient care, as well as the health and performance of the professionals providing it. Work environment favourability is directly correlated to the satisfaction it offers and, correspondingly, with the level of patient care quality and safety.

The Practice Environment Scale (PES) has been identified by the most reputable organizations for the promotion of quality in health care as the most appropriate research tool in evaluating the Work Environment globally. This research field has attracted the attention of researchers from many countries, as a multitude of studies prove the impact of the organizational characteristics of the Nursing Practice Environment (NPE) on work outcomes for both patients and nursing staff. In Greece this field is still in its infancy, with only two reference studies. These studies used the PES-NWI tool to study hospitals in north and central Greece, while the present study covers the south of the country.

The study had two main aims. The first is to evaluate the magnetism of the Nursing Practice Environment in five public hospitals in Greece, classifying them as favourable, mixed or unfavourable and comparing them to Magnet or non-Magnet hospitals in the US. The second aim is to investigate the factors affecting nurses' perceptions of their work environments in public hospitals in Crete, and specifically the influence of the work department (surgical or medical) and the effect of nurses' educational level and professional experience, and to examine models for the evaluation of the nursing environment as the result of a series of factors.

The present study is a Cross Sectional Study designed as an exploratory analysis, conducted in five public hospitals in Crete, Greece. The hospitals under study are four general hospitals and one university hospital offering tertiary care. All include surgical, medical, psychiatric and intensive care units. The target population of the study was nurses and nursing assistants (1,607 in total) permanently employed in all units of the five hospitals. Only permanent-contract clinical nursing staff were covered, while nurses in administration, on leave and head nurses were excluded. The survey was conducted in 2011–2012 and had a response rate of 33.1% (a convenience sample of 532 staff members). The staff in all hospitals were approached at least four different times. All participants completed the self-administered questionnaire on site, anonymously and confidentially, after being informed about the aim of the research and giving their oral consent. The questionnaires were distributed and collected by the chief nurse of each unit. The study used the four-point Likert-type 32-item PES-NWI, modified by adding one additional item from the 31-item PES-NWI (Lake, 2002). A set of demographic and employment-related questions were also included to assess nurses' characteristics (age, gender, family status, educational level, specialization in nursing, years of nursing experience and current nursing domain).

The PES-NWI research tool consists of five subscales, each representing an organizational sector of the hospital under study and consisting of 32 questions. The subscales are: Nurse Participation in Hospital Affairs; Nursing Foundations for Quality of Care); Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses; Staffing and Resource Adequacy; and Collegial Nurse-Physician Relations. Overall Cronbach's α was .90, ranging from .60 to .88 for the five subscales.

Data were analyzed using the SPSS 19 statistical software package (IBM Corporation), applying descriptive statistics, non-parametric Chi-square test, two-way t-test, Spearman's correlations and linear regression coefficients.

The study results showed that nurses in all the hospitals under study perceive their work environments as unfavourable, the only positive organizational factor being Collegial

Nurse-Physician Relations. The least favourable organizational trait was Staffing and Resource Adequacy. The magnetism level of Greek hospital was evaluated as lower than that of US non-Magnet hospitals and even lower than US Magnet hospitals. Surgical departments appeared to be slightly more positive work environments than medical departments. Nurses' perceptions of management, poor care quality, limited nurse involvement in hospital affairs and nursing shortage were affected in some cases by their education and experience levels, independent of work department. Linear regression analysis showed that the total PES-NWI scale is affected by gender, educational level, years of experience in the current department, specialization of certified nurses, and the hospital in which the nurses work.

These findings show a low level of favourability in the work environments under study and are in accordance with those of the previous two studies in Greek hospitals concerning the perceived favourability of the Nursing Practice Environment.

The five public hospitals evaluated are under unified healthcare administration (7th Health Region of Crete) and face low nurse staffing levels, confirming Greece's high ranking in nursing shortages. This negative organizational characteristic leads to many problems in patient safety management and the provision of quality health care.

Lack of funding combined with stationary levels of nurse education and unclear delimitation of their professional duties have a negative impact on nurses' day-to-day work. Lack of management support, limited nurse involvement in hospital strategy policies and limited involvement in formulating quality plans make up the picture of nurses' current position in Greek hospitals, as basic health care providers.

The positive impact of collegial nurse-physician relations counterbalances nurses' dissatisfaction, while the favorability of the surgical department compared the medical department requires further study. The critical points of the evaluation research field should also be investigated in order to create correction and improvement policies. Nursing resources play a catalytic role in this direction, with the provision of continuing

education and nurses' participation in strategies to formulate quality plans and policy decisions concerning them, and with the assistance of hospital management.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντίληψη για την έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας έχει τροποποιηθεί με τη πάροδο του χρόνου, καθώς οι μεταβολές που υπήρξαν τόσο σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο τεχνολογίας ήταν μεγάλες και ραγδαίες. Στις δεκαετίες 1960 και '70, η ποιότητα φροντίδας θεωρείτο οικοτεχνία, ως μία τέχνη που ασκούσαν κάποιοι δεξιότεχνες επαγγελματίες, οι οποίοι ανάλογα τη κατάσταση του ασθενούς προσάρμοζαν τη φροντίδα τους δίχως καταγραφές και σχεδιασμό, ενώ ήταν υπεύθυνοι για την έκβαση της νοσηλείας τους.

Κατά τη δεκαετία του '60 διάφορες πρωτοβουλίες ελήφθησαν σε Ευρώπη και Αμερική, οι οποίες αφορούσαν μελέτες για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας στη περίθαλψη. Στη συνέχεια τη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκε η έννοια του αναδρομικού διαχειριστικού ελέγχου (retrospective audit). Η μετάβαση έγινε στις δεκαετίες 1980 και '90, όπου χαρακτηρίζονται ως "βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας". Το χρονικό αυτό διάστημα παρατηρήθηκαν μεταβολές στον τρόπο κατανομής των κινδύνων στη παροχή της περίθαλψης και στο τρόπο οργάνωσης στη παρεχόμενη φροντίδα και απόκτησης κινήτρων στους επαγγελματίες υγείας. Στη δεκαετία του '90 εντάχθηκε η έννοια της διασφάλισης ποιότητας (quality assurance), όπου οι οργανισμοί υγείας ξεκίνησαν να στέφονται στις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) (Kongstvedt,1997).

Η σύγχρονη εποχή διακρίνεται από μία νέα μεταστροφή της ποιότητας προς τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Στα τέλη της δεκαετίας του '80 ένας αριθμός νοσοκομείων άρχισε να εντάσσει στρατηγικές συνεχούς βελτίωσης ποιότητας στις διαδικασίες των λειτουργιών τους. Οι κύριοι λόγοι που οδήγησαν στη προσπάθεια της διασφάλισης ποιότητας μέσα στα νοσοκομεία ήταν ζητήματα σχετικά με την ανεπάρκεια της ασφάλειας των συστημάτων υγείας, τις αποκλίσεις από τις αποδεκτές επιδόσεις πάνω στη πρακτική και αποτελέσματα, τη μη αποτελεσματική χρήση της τεχνολογίας κατά τη παροχή των υπηρεσιών υγείας, τις μεγάλες οικονομικές δαπάνες

σε σχέση με τη χαμηλή ποιότητα, τη μη ικανοποίηση και την άνιση πρόσβαση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τις μεγάλες λίστες αναμονής, καθώς και τα υπερβολικά έξοδα για τη κοινωνία (Schweiger,2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΠΟΙΟΤΗΤΑ

1.1 Ορισμός της ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας έχει ορισθεί από διάφορους θεωρητικούς με τη πάροδο των χρόνων και αποτελεί αντικείμενο συνεχούς έρευνας στη προσπάθεια βελτίωσης της παραγωγικότητας, της ανταγωνιστικότητας, της μείωσης του κόστους και της αύξησης ικανοποίησης (Garvin, 1988; Van Donk,1993; Chauvel,1994; Pfeffer,1994; Redman et al.,1995; Powell,1995). Οι ποικίλες εννοιολογικές προσεγγίσεις αποδίδονται στη διαφορετικότητα της οργάνωσης και διοίκησης των οργανισμών.

Ο Deming ορίζει τη ποιότητα ως ένα προβλέψιμο βαθμό της ομοιομορφίας και της αξιοπιστίας με χαμηλό κόστος και κατάλληλα προσαρμοσμένη στην αγορά (Deming,1982). Το ISO 8402 ορίζει τη ποιότητα ως "το σύνολο των γνωρισμάτων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας τα οποία έχουν σχέση με την ικανότητα του να ικανοποιεί μία ορισμένη ή σιωπηρή ανάγκη". Ο Crosby ορίζει τη ποιότητα ως "την συμμόρφωση στις απαιτήσεις" (Crosby,1979), ενώ ο Juran ως "καταλληλότητα για χρήση" (Juran,1988). Κοινός παράγοντας όλων των άνω ορισμών είναι η ικανοποίηση των προσδοκιών του πελάτη και επομένως κρίνεται αναγκαίος ο εντοπισμός των αναγκών και η ανάλογη προσαρμογή της παραγωγικής διαδικασίας σύμφωνα με αυτές.

1.2 Διάφορες προσεγγίσεις ποιότητας

Εντοπίζονται οι ακόλουθες προσεγγίσεις του ορισμού ποιότητας:

- Η υπερβατική προσέγγιση της ποιότητας, η οποία βασίζεται σε αδιαπραγμάτευτα πρότυπα και υψηλά αποτελέσματα (Garvin,1984) και είναι "η πραγματοποίηση ή η προσέγγιση του υψηλότερου προτύπου"(Tuchman,1980).
- Η οικονομική προσέγγιση της ποιότητας, που βασίζεται στο προϊόν αντιμετωπίζει τη ποιότητα ως οικονομική μεταβλητή, όπου οι διαφορές στα

- χαρακτηριστικά του προϊόντος αντανακλούν διαφορές στη ποιότητα (Abbott,1955).
- Η οικονομική προσέγγιση της ποιότητας, που βασίζεται στο χρήστη και υποστηρίζει ότι οι ακριβείς συνδυασμοί των διαφόρων χαρακτηριστικών του προϊόντος ικανοποιούν τις ανάγκες των πελατών στο μέγιστο βαθμό (Johnson,1971).
 - Η προσέγγιση βασιζόμενη στην σκοπιά του κατασκευαστή, η οποία ταυτίζει τη ποιότητα ως "συμμόρφωση στις απαιτήσεις" και αναφέρεται σε κατασκευαστικές και μηχανικές πρακτικές. Έτσι όταν ένα σχέδιο θεσπιστεί τότε κάθε παρέκκλιση υποδουλώνει έκπτωση στη ποιότητα (Crosby,1979).
 - Η προσέγγιση βασιζόμενη στην Αξία αναφέρεται σε όρους κόστους και τιμής, όπου το ποιοτικό προϊόν είναι εκείνο που αποδίδει στο μέγιστο βαθμό ένα αποδεκτό κόστος (Broh,1982).

1.3 Ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της ποιότητας

Η αρχή της χρήσης συστηματικών μεθόδων ποιοτικού ελέγχου έγινε το 1920 με τη ραγδαία ανάπτυξη της εκβιομηχάνισης που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της μαζικής παραγωγής. Το 1924 ο Daeves και το 1927 οι Becker et al. αντίστοιχα, ανακάλυψαν ότι οι αποκλίσεις στην παραγωγή των προϊόντων μπορούν να υπολογιστούν αν περιγραφούν μέσω της στατιστικής (Daeves,1924; Becker et al.,1927). Το 1988 ο Garvin (Garvin,1988) περιέγραψε τις τέσσερις εποχές της σταδιακής εξέλιξης της ποιότητας:

- Η εποχή της επιθεώρησης (Inspection) στις αρχές του 19^{ου} αιώνα αποτέλεσε την έναρξη της επιθεώρησης των βιομηχανικών διαδικασιών για τη μαζική παραγωγή και περιελάμβανε τη μέτρηση, την εξέταση, τη δοκιμασία και τον υπολογισμό των χαρακτηριστικών των προϊόντων, ώστε να συγκριθούν με τις απαιτήσεις που είχαν προκαθοριστεί από τη συμμόρφωση (ISO 8402).

- Η εποχή του Ποιοτικού ελέγχου (Quality Control, QC) ξεκινά το 1922 και γίνεται σύνδεση των δραστηριοτήτων της επιθεώρησης και του Ποιοτικού ελέγχου, ο οποίος περιλαμβάνει όλες εκείνες τις λειτουργίες των τεχνικών διαδικασιών που επιβεβαιώνουν τη ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, σύμφωνα με τις προδιαγραφές. Για πρώτη φορά η ποιότητα διακρίνεται ως ξεχωριστή λειτουργία της διοίκησης.
- Η εποχή της Διασφάλισης ποιότητας (Quality Assurance, QA) μετατοπίζει το κέντρο βάρους των επιχειρήσεων από τον έλεγχο στη πρόληψη της ποιότητας, με έμφαση στο σχεδιασμό και τη παραγωγική διαδικασία. Προγραμματισμένες ενέργειες διασφαλίζουν ότι το προϊόν ή η υπηρεσία τηρεί τις προδιαγραφές του προτύπου. Το πιο γνωστό είναι το πρότυπο ISO 9000:2000 που δημιουργήθηκε από τον International Standardization Organization.
- Η εποχή της Διοίκησης ολικής ποιότητας (Total Quality Management, T.Q.M.), το τελευταίο και πιο σύγχρονο στάδιο της εξελικτικής πορείας της ποιότητας, περιλαμβάνει τις δραστηριότητες και τις μεθόδους που υιοθετεί ο οργανισμός ώστε να ικανοποιήσει το πελάτη με το καλύτερο συνδυασμό της ενεργής συμμετοχής του δυναμικού και του μικρότερου δυνατού κόστους. Η φιλοσοφία της εποχής αυτής υπαγορεύει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (continuous quality improvement, C.Q.I.) με διαδικασίες διαρκούς προγραμματισμού, συνεχούς βελτίωσης της εφαρμογής και της αξιολόγησης όλων των δομών και των διαδικασιών προκειμένου να εξασφαλίσουν τη ποιότητα. Οι μεταβολές των απαιτήσεων των πελατών, λόγω των μεταβολών της εκπαίδευσης, της προόδου στη τεχνολογία, τις εξελίξεις στην οικονομία και των αλλαγών της κουλτούρας έχουν επιπτώσεις στις απαιτήσεις για συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας.

1.4 Οι σημαντικότεροι φιλόσοφοι της ποιότητας

Οι σημαντικότεροι ηγέτες των θεμελιωδών αρχών της ποιότητας συνέβαλαν στη δημιουργία μοντέλων ποιότητας, στα οποία βασίστηκε η υγειονομική περίθαλψη προκειμένου να βελτιώσει τη ποιότητα φροντίδας.

1.4.1 W. Edwards Deming: 1900-1993

Με το πέρας του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου ο Deming προσκλήθηκε από την ιαπωνική κυβέρνηση με σκοπό τη καθοδήγηση των ιαπωνικών βιομηχανιών στις διαδικασίες βελτίωσης της παραγωγικότητας και στη καλύτερη ποιότητα των προϊόντων τους. Ο Deming βασίστηκε στις αρχές της στατιστικής επιστήμης και στον έλεγχο όλων των διαδικασιών παραγωγής και των συστημάτων παραγωγής. Για τη καταλυτική συμβολή του στην παραγωγή υψηλής ποιότητας ιαπωνικών προϊόντων και στη βελτίωση των βιομηχανικών λειτουργιών, θεσπίστηκε το ετήσιο βραβείο με το όνομα του το 1950.

Η φήμη του ταξίδεψε στην Αμερική το 1980 με αφορμή μία τηλεοπτική εκπομπή. Από εκείνη τη στιγμή ξεκίνησε ο ανταγωνισμός μεταξύ των αμερικανικών και των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων για την ένταξη των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας του Deming στις λειτουργικές διαδικασίες τους και ορίστηκαν αντίστοιχα βραβεία ποιότητας τόσο στην Αμερική, όσο και στην Ευρώπη. Η θεωρία του βασίστηκε στα δεκατέσσερα σημεία του Deming, στις επτά θανάσιμες 'ασθένειες' και στο κύκλο του Deming.

- Τα δεκατέσσερα σημεία του Deming που δομούν τον τρόπο διοίκησης είναι:
 - Η διοίκηση προσπαθεί προγραμματισμένα και συστηματικά να δημιουργήσει τη σταθερότητα του σκοπού και των στόχων, εκείνων που εξασφαλίζουν την ικανοποίηση του πελάτη και ταυτόχρονα την αποφυγή από την απόκλιση.

- Η δημιουργία ενιαίας φιλοσοφίας στον οργανισμό, στην οποία θα πιστεύουν οι εργαζόμενοι και θα ασπάζονται στην εργασία τους. Η κουλτούρα της φιλοσοφίας αυτής υποδεικνύει τον τρόπο βελτίωσης των συστημάτων και αποτρέπει αποκλίσεις, ελέγχοντας τις διαδικασίες τους πόρους και τα προϊόντα.
- Η επίτευξη της ποιότητας του προϊόντος πρέπει να γίνεται χωρίς την εξάρτηση της επιθεώρησης αυτού. Η επιθεώρηση αποκομμένη κοστίζει, δεν αποτρέπει την επανεμφάνιση του ελαττώματος και πρέπει να ενσωματώνεται στη παραγωγή.
- Διακοπή επιλογής προμηθευτή με γνώμονα μόνο τη τιμή. Η συνεργασία με πολλούς προμηθευτές δημιουργεί προβλήματα, διότι δεν είναι πραγματικά απαραίτητοι και θα πρέπει να γίνει η ελαχιστοποίηση του ολικού κόστους με τη συνεργασία μόνο ενός προμηθευτή.
- Βελτίωση χωρίς διακοπή των διαδικασιών της παραγωγής, του σχεδιασμού και των υπηρεσιών με τη βοήθεια του κύκλου Plan, Do, Check, Act (PDCA) (σχεδιάζω-πράττω-ελέγχω-ενεργώ).
- Η καθιέρωση της εργασιακής εκπαίδευσης και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού. Οι εργαζόμενοι ανάλογα τη θέση τους επιμορφώνονται με τις αρχές και πρακτικές του μάνατζμεντ ποιότητας, με τις οποίες ελέγχουν τις διεργασίες για τις οποίες είναι υπεύθυνοι.
- Η ύπαρξη αποτελεσματικής ηγεσίας που θα καθοδηγεί το προσωπικό να εργάζεται με το καλύτερο δυνατό τρόπο, καταβάλλοντας λιγότερη προσπάθεια, θα υποστηρίζει τους επιχειρησιακούς στόχους, θα εστιάζει στους εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες και θα καλλιεργεί τις καλές εργασιακές σχέσεις.

- Η εξάλειψη του φόβου των εργαζομένων για την επιβολή τιμωρίας, ενδεχόμενης αποτυχίας και άγνοιας, ενθαρρύνοντας την αμφίδρομη επικοινωνία του προσωπικού, ώστε να καταθέτει προτάσεις επίλυσης των προβλημάτων.
- Η κατάργηση των ορίων στους διάφορους εργασιακούς τομείς και τμήματα. Η ομαδική εργασία προάγει τη βελτίωση ποιότητας και την επίλυση των προβλημάτων. Η γραφειοκρατική προσπάθεια αντίθετα διατηρεί τη κυριότητα των "φέουδων".
- Η κατάργηση των σλόγκαν που δεν αντικατοπτρίζουν τη πραγματικότητα από πλευράς ποιότητας και η θέσπιση στόχων που μπορούν να υποστηρίξουν οι εργαζόμενοι, χωρίς να εργάζονται σκληρότερα.
- Η κατάργηση των αριθμητικών στόχων της διοίκησης και των αναφορών του προσωπικού, οι οποίες προκαλούν αποθάρρυνση και εμποδίζουν τη βελτίωση. Ενθάρρυνση με επιβράβευση των προσπαθειών το προσωπικού για βελτίωση, αποδοχή ποικιλίας στην απόδοση των εργαζομένων και διοίκηση όχι βάσει στόχων, αλλά με ρεαλιστικά πρότυπα παραγωγής.
- Η κατάργηση των παραγόντων που εμποδίζουν την ανάπτυξη υπερηφάνειας του εργαζομένου. Η έμφαση στους αριθμούς παραγωγής και όχι στη παραγόμενη ποιότητα, τα ατομικά κίνητρα, οι συγκρούσεις μεταξύ τμημάτων, η έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η συμπεριφορά των προϊσταμένων αποδυναμώνουν το αίσθημα υπερηφάνειας για την εργασία.
- Η εγκαθίδρυση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού που θα βελτιώσουν τη ποιότητα, καθώς το προσωπικό αποκτά νέα προσόντα και ικανότητες, ώστε να ανταπεξέλθει στις νέες απαιτήσεις. Η εκπαίδευση λειτουργεί ως επένδυση και όχι ως δαπάνη για το μέλλον του οργανισμού.

- Η δέσμευση όλου του προσωπικού για την υιοθέτηση όλων των παραπάνω σημείων της νέας φιλοσοφίας και δέσμευση σε αυτήν, για τη συνεχιζόμενη και αδιάκοπη βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικής διαδικασίας. (Deming, 1986)

➤ Οι “ασθένειες” που αναστέλλουν τη ποιότητα κατά τον Deming

Κατά τον Deming η αποτελεσματική μεθοδολογία του μάνατζμεντ στη δυτική κοινωνία εμποδίζεται από κάποια αμαρτήματα, τα οποία βαπτίζει θανάσιμες ασθένειες: α) η απουσία επιμονής στην επίτευξη στόχων, β) η μεγάλη σημασία που δίδεται στα βραχυπρόθεσμα κέρδη, γ) η διαδικασία της αξιολόγησης των αποδόσεων ή η ετήσια επισκόπηση, δ) οι συχνές αλλαγές στη διοίκηση, που παρεμποδίζουν τη συνέχεια μιας ενιαίας πολιτικής, ε) ο τρόπος διοίκησης, ο οποίος λαμβάνει υπόψη τα προφανή στοιχεία, δίχως να λαμβάνει υπόψη τις λεπτομέρειες. Τα αριθμητικά δεδομένα που συλλέγονται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών και των εργαζομένων πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικά, ώστε τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης να καθοδηγούν αξιόπιστα τη λήψη αποφάσεων.

➤ Το σχέδιο δράσης του Deming

Τα επτά σημεία που συνθέτουν το σχέδιο δράσης, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας είναι: 1. Η τήρηση των 14 αρχών που προαναφέρθηκαν, 2. Η αίσθηση της υπερηφάνειας, 3. Η επεξήγηση των λόγων κάθε αλλαγής από τη διοίκηση προς τους εργαζομένους, 4. Ο διαχωρισμός των δραστηριοτήτων σε φάσεις, 5. Η διαμόρφωση της οργάνωσης που θα διασφαλίσει της συνεχιζόμενη βελτίωση, σύμφωνα με το κύκλο plan-do-check-act, 6. Η ύπαρξη της ομαδικής εργασίας σε όλα τα επίπεδα, 7. Η ύπαρξη οργανωτικής δομής που στοχεύει στη ποιότητα.

➤ Ο κύκλος του Deming

Ένας κύκλος ενεργειών που συνθέτουν μία συνεχιζόμενη διαδικασία με μακροπρόθεσμο σκοπό την εδραίωση μιας οργανωμένης ποιότητας είναι γνωστός ως κύκλος του Deming ή κύκλος του Shewhart. Το μοντέλο αυτό αφορά την επίλυση ενός προβλήματος και έπειτα την αυτοτροφοδοτούμενη μάθηση. Απαρτίζεται από τέσσερα στάδια, όπου το ένα είναι ακόλουθο του άλλου με αδιάκοπη επανάληψη:

- Σχεδίασε: περιλαμβάνει το σχεδιασμό των ενεργειών της διαδικασίας βελτίωσης και το καθορισμό των πόρων που θα χρησιμοποιηθούν, τις πιθανές επιπτώσεις και τις εναλλακτικές λύσεις σε ενδεχόμενα προβλήματα.
- Πράξε: περιλαμβάνει τις επιστημονικές μεθόδους, την έρευνα των αναγκών και των προσδοκιών που έχουν οι πελάτες, το καθορισμό των σημαντικών διεργασιών, τη συλλογή στατιστικών δεδομένων, τη κατανόηση της παραγωγικής διαδικασίας, το προσδιορισμό των έργων, τη σύνθεση των ομάδων και τη πιλοτική εφαρμογή του σχεδιασμού.
- Έλεγε: ελέγχεται η πορεία της εξέλιξης του σχεδιασμού και περιλαμβάνει τη μέτρηση των αποτελεσμάτων ενδεχόμενης αλλαγής που πραγματοποιήθηκε στο στάδιο "πράξε". Στη συνέχεια αναλύονται αυτά τα αποτελέσματα, γίνεται παραπληροφόρηση και επανεξέταση, αξιολόγηση και διερεύνηση απόκλισης.
- Δράσε: στο στάδιο αυτό επιλέγεται η υιοθέτηση ή η εγκατάλειψη των αλλαγών που προκύπτουν από το στάδιο του ελέγχου (Deming, 1986, 1993).

1.4.2 Joseph Juran: 1904

Ο Αμερικάνος Juran συνέβαλε στην εξέλιξη της ποιότητας εισάγοντας το 1992 το στοιχείο του μάνατζμεντ ποιότητας υποστηρίζοντας ότι η εξασφάλιση της από τη μεριά

των υψηλά ιεραρχικά στελεχών της διοίκησης μπορεί να οδηγήσει στη συνεχή βελτίωση των χαρακτηριστικών του παραγόμενου προϊόντος (Crosby,1992). Το 1974 δίνει την έννοια της ποιότητας ως “καταλληλότητα προς χρήση”, η οποία διαφέρει ανάλογα το χρήστη και διαιρείται στα στοιχεία ποιότητας σχεδίασης, ελέγχου ποιότητας, τη διαθεσιμότητα και την εξυπηρέτηση (Crosby,1974).

Σημαντικό σημείο της θεωρίας του είναι η τριλογία του Juran (Juran,1986), η οποία ασχολείται με το προγραμματισμό, τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας. Υποστηρίζει ότι η ποιότητα προκύπτει μέσα από το προσχεδιασμό, ο οποίος περιλαμβάνει: α) το προσδιορισμό των αναγκών των πελατών, β) τη μετάφραση αυτών των αναγκών με τρόπο τέτοιο ώστε να είναι κατανοητός και την ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του προϊόντος που θα ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη, γ) τη βελτίωση των χαρακτηριστικών αυτών, δ) την εδραίωση των πλέων ευνοϊκών λειτουργιών και μεταφορά των διεργασιών σε αυτούς, ε)την αξιοποίηση των ευκαιριών βελτιστοποίησης κόστους και ποιότητας.

Ο Juran ορίζει τον “έλεγχο ποιότητας” ως τη διαδικασία μέσω της οποίας εντοπίζεται και διορθώνεται μία δυσμενή μεταβολή μόλις συμβεί και τη “βελτίωση ποιότητας” ως τη διαδικασία εκείνη που απαιτείται ώστε να μειωθεί η σπατάλη σε χρόνια βάση, με τη βελτίωση της νέας ζώνης ποιοτικού ελέγχου.

1.4.3 Philip Crosby: 1926-2001

Ο Αμερικανός Crosby γνωστός για τη θεωρία των “μηδέν λαθών”, υποστηρίζει ότι η διοίκηση επιδιώκει να επιτύχει τη ποιότητα και οι εργαζόμενοι απλά ακολουθούν το δρόμο που έχει χαράξει η διοίκηση, με τα τέσσερα αξιώματα του μάνατζμεντ ποιότητας που είναι:

- Ποιότητα σημαίνει συμμόρφωση στις προδιαγραφές. Το ποιοτικό δεν είναι ανάγκη να φαίνεται καλό ή κομψό.

- Η επίτευξη της ποιότητας γίνεται μέσω της πρόληψης και όχι διαπιστώνοντας την αστοχία.
- Τα μηδέν λάθη (zero defects) είναι πρότυπο απόδοσης.
- Η ποιότητα μετριέται με το κόστος της ποιότητας και όχι με δείκτες (Crosby, 1979).

Ο Crosby υποστηρίζει ότι η διαδικασία βελτίωσης επιτυγχάνεται, παραθέτοντας ένα οδηγό προγράμματος με τα ακόλουθα 14 βήματα:

- Η διοίκηση δεσμεύεται να έχει ξεκάθαρη σχέση για τη ποιότητα
- Σύνθεση ομάδων για τη βελτίωση ποιότητας
- Τη μέτρηση της ποιότητας με τέτοιο τρόπο ώστε οι λεπτομέρειες της μη συμμόρφωσης να βοηθούν στην αξιολόγηση και στη διόρθωση
- Διαχείριση του κόστους ποιότητας
- Ενημέρωση και προσέλκυση του ενδιαφέροντος του προσωπικού για θέματα ποιότητας
- Ακολουθούν διορθωτικές δράσεις και υιοθέτηση μεθόδου για οριστική επίλυση των προβλημάτων
- Γίνεται σχεδιασμός για μηδενικά ελαττώματα και εξετάζονται οι διάφορες δραστηριότητες προετοιμασίας των συνεχιζόμενων φάσεων του συστήματος βελτίωσης ποιότητας
- Οι εργαζόμενοι εκπαιδεύονται κατάλληλα
- Φτάνει η μέρα με μηδέν ελαττώματα και γίνεται αισθητή η αλλαγή
- Θεσπίζονται στόχοι για την υλοποίηση των σκοπών σε πράξεις και ενθαρρύνονται οι εργαζόμενοι να θέτουν στόχους για τους ίδιους και την ομάδα
- Διευθέτηση αιτιών των σφαλμάτων
- Αναγνώριση της προόδου που έγινε
- Θέσπιση συμβουλίων ποιότητας για ανταλλαγή πληροφοριών
- Επανάληψη όλων των προηγούμενων βημάτων (Crosby, 1984).

1.5 Ποιότητα φροντίδας υγείας

Η αντίληψη για τη φροντίδα υγείας στις δεκαετίες του 1960 και 1970 ήταν μία μορφή "τέχνης" που την εξασκούσαν ανεξάρτητοι επαγγελματίες, οι οποίοι τη προσάρμοζαν στα δεδομένα του κάθε ασθενή δίχως να ακολουθούν κάποια καταγεγραμμένη διαδικασία. Στη δεκαετία του '60 για πρώτη φορά έγινε μεταβολή στη προσέγγιση της φροντίδας με πρωτοβουλίες ποιοτικής αναβάθμισης που περιλάμβαναν μελέτες θνησιμότητας και νοσηρότητας σε Ευρώπη και Αμερική, ενώ τη δεκαετία του '70 εισήχθη ο διαχειριστικός έλεγχος (retrospective audit).

Ακολούθησαν οι δεκαετίες 1980 και '90 με τη "βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας" (Kongstvedt,1997) με ουσιαστική συμβολή στο τρόπο κατανομής των κινδύνων, στην οργάνωση της φροντίδας, στη κινητοποίηση των επαγγελματιών και στην απόκτηση κινήτρων. Εισάγεται η έννοια "διασφάλιση ποιότητας" (quality assurance) και γίνεται μεταστροφή προς τη διοίκηση ολικής ποιότητας. Τη σύγχρονη εποχή η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας δίνει νέα υπόσταση στη ποιότητα φροντίδας, παρατείνοντας τη διάρκεια ζωής και θέτει προβληματισμούς για θέματα ποιότητας ζωής. Ερωτήματα που αφορούν το τρόπο μέτρησης της ποιότητας βάσει τον ασθενή ή βάσει των επαγγελματιών υγείας, ενώ ο ρόλος του περιβάλλοντος περίθαλψης στη φροντίδα τίθενται στο προσκήνιο.

Το 2000 οι Dalrymple και Drew όρισαν τη ποιότητα ως "μία σύνθετη έννοια και αντιπροσωπεύει μία σύνθεση μαθημάτων, μεθόδων και αποκτημένης γνώσης από μία σειρά επιστημονικών κλάδων" και οι μέθοδοι αυτοί χρησιμεύουν ως εργαλεία διοίκησης για τη ποιότητα. Πέρα από τον ορισμό αυτό η έννοια της ποιότητας είναι πολύπλευρη τόσο σε εννοιολογικό όσο και σε μετρήσιμο επίπεδο και έχει ως επίκεντρο τον ασθενή, αντανακλώντας τους σκοπούς του υγειονομικού συστήματος, της κοινωνίας και της κυβέρνησης.

Οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας έγιναν εξαιτίας: της τεχνολογικής ανάπτυξης, της απαίτησης για διαφάνεια, της απαίτησης για δημόσια ευθύνη και λόγω των περιορισμών σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, σύμφωνα με τα διεθνή

πρότυπα των δομών, των διαδικασιών, των επιδόσεων και των αποτελεσμάτων. Ωστόσο η δυσαρέσκεια για τις υπηρεσίες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο αφορά τη προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια των ασθενών, τη δημόσια ευθύνη και την απόδοση. Οι διαφορετικές κουλτούρες συνοδεύονται από διαφορετικές αξίες και διαφορετικές προσδοκίες για τη ποιότητα, όπου για άλλους προτεραιότητα είναι τα βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα, ενώ για άλλους η επάρκεια προσωπικού και εγκαταστάσεων (Dalrympe & Drew, 2000).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) όρισε το 2001 ως ποιότητα συστημάτων υγείας, "το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού" (Evans et al., 2001). Τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν ένα "καλό" σύστημα υγείας σχετίζονται με τις έννοιες εισροή-διαδικασία-αποτέλεσμα όπως υποδεικνύει η προσέγγιση του Donabedian.

1.6 Διαφορετικές προσεγγίσεις του ορισμού 'Ποιότητα της Φροντίδας'

1.6.1 Η προσέγγιση του Donabedian

Ο πρωτοπόρος Avendis Donabedian προσέγγισε τη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία παραθέτοντας τις δικές του παραμέτρους για τον ορισμό της ποιότητας φροντίδας. Η πρώτη παράμετρος, το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine) αναφέρεται στην αξιοποίηση της τεχνολογίας, της ιατρικής και των λοιπών επιστημών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Η δεύτερη παράμετρος, το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην επιστράτευση της ανθρώπινης διάστασης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, μέσω της επαγγελματικής ηθικής, της δεοντολογίας, των εθίμων και των προσδοκιών των ασθενών. Η τρίτη παράμετρος, η ξενοδοχειακή υποδομή αφορά το χώρο, το περιβάλλον και κάτω από ποιες συνθήκες παρέχεται η φροντίδα.

Ο Donabedian το 1980 έδωσε το δικό του κλασικό ορισμό για τη ποιότητα φροντίδας με γνώμονα τις τρεις παραπάνω παραμέτρους: “Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους σημεία” (Donabedian,1980).

Ακόμη, υποστηρίζει ότι η ποιότητα δεν ορίζεται επαρκώς με ένα μόνο ορισμό και διατυπώνει τρεις επιπλέον, ώστε να καλυφθούν όλες οι πλευρές της έννοιας:

- Ο απόλυτος ορισμός δεν δίνει σημασία στο κόστος και αναφέρεται στην εκτίμηση οφέλους/βλάβης, όπως εκτιμάται από τους επαγγελματίες υγείας.
- Ο εξατομικευμένος ορισμός αναφέρεται στις προσδοκίες του ασθενή σε ότι αφορά το όφελος /ζημία και ανεπιθύμητες συνέπειες.
- Ο κοινωνικός ορισμός αναφέρεται στο κόστος φροντίδας, τη σχέση όφελος/ζημία και την εκτίμηση του πληθυσμού για τη παρεχόμενη φροντίδα υγείας. (Donabedian,1988).

Το 1990 περιγράφει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της φροντίδας υγείας που συνθέτουν τη ποιότητα, τα οποία είναι η κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy), η αποτελεσματικότητα (effectiveness), η αποδοτικότητα (efficiency), η βελτιστοποίηση (optimality), η αποδεκτικότητα (acceptability), η νομιμότητα (legitimacy) και η δίκαιη διανομή ωφελειών (equity).

Η διασφάλιση και η αξιολόγηση της ποιότητα κατά τον Donabedian επιτυγχάνεται λαμβάνοντας υπόψη τις αντιλήψεις των ασθενών, μέρος του κοινωνικού συνόλου και όχι μόνο τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας (Donabedian,1990).

1.6.2 Η προσέγγιση του Ιατρικού Ινστιτούτου (Institute of Medicine)

Το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής ορίζει τη ποιότητα φροντίδας υγείας ως “το βαθμό, στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν τη

πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με τη τρέχουσα επαγγελματική γνώση'', δηλώνοντας ότι η ποιότητα έχει άμεση σχέση με την επαγγελματική γνώση, η οποία συνεχώς εξελίσσεται (Institute of Medicine, 1990). Οι βασικοί λόγοι μη επαρκούς ποιότητας φροντίδας σύμφωνα με το Ινστιτούτο είναι η πολυπλοκότητα των επιστημών και της τεχνολογίας που όλο αυξάνεται, η ύπαρξη χρόνιων καταστάσεων, η ύπαρξη συστήματος παροχής μη επαρκώς οργανωμένο και οι περιορισμένη εκμετάλλευση των μεγάλων δυνατοτήτων της πληροφορικής (Institute of Medicine, 2001).

Η διασφάλιση ποιότητας ορίζεται ως ''οργανωμένα προγράμματα για τη προστασία και τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, αξιολογώντας την ιατρική φροντίδα, διορθώνοντας τα προβλήματα και παρακολουθώντας τις διορθωτικές δράσεις'' (Gray & Field, 1989). Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει την έννοια της αποτελεσματικότητας, ως ο βαθμός επίτευξης του στόχου των συστημάτων φροντίδας και την έννοια της αποδοτικότητας, ως περιορισμός του κόστους.

1.6.3 Η προσέγγιση του Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

Ο οργανισμός JCAHO ορίζει τη ποιότητα ως ''το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν τη πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση'' και καθορίζει τα χαρακτηριστικά της ποιότητας φροντίδας υγείας, που είναι:

- ✓ η καταλληλότητα (appropriateness): η παρεχόμενη φροντίδα να είναι κατάλληλη για τον ασθενή
- ✓ διαθεσιμότητα (availability): η κατάλληλη φροντίδα να είναι διαθέσιμη για τις ανάγκες του ασθενή
- ✓ συνέχεια (continuity): ύπαρξη συντονισμού ανάμεσα στους οργανισμούς και επαγγελματίες
- ✓ αποτελεσματικότητα (effectiveness): η παρεχόμενη φροντίδα να δίδεται με το σωστό τρόπο

- ✓ δραστηριότητα (efficacy): η παρεχόμενη φροντίδα να δίδει το επιθυμητό αποτέλεσμα
- ✓ αποδοτικότητα (efficiency): η αναλογία της απόδοσης με τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν
- ✓ σεβασμός και φροντίδα (respect and caring): η εμπλοκή του ασθενούς στις αποφάσεις φροντίδας του
- ✓ ασφάλεια (safety): το ρίσκο που επιφέρει μία μεσολάβηση και το περιβάλλον φροντίδας
- ✓ επικαιρότητα (timeliness): η παρεχόμενη φροντίδα την απαραίτητη στιγμή.

Η ποιότητα που αναμένεται να προσφέρει μία υπηρεσία γίνεται σαφής μέσω προτύπων, τα οποία καταγράφουν τον τρόπο παροχής μέσω κανόνων και πράξεων προς τον ασθενή, προς το προσωπικό ή προς το σύστημα που προσφέρει τις υπηρεσίες (JCAHO,2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΟΡΓΑΝΩΣΗ

2.1 Ο ρόλος των συστημάτων υγείας στη καθιέρωση της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας υγείας

Η έκθεση του Π.Ο.Υ το 2000 είχε ως αντικείμενο συζήτησης την επίπτωση της οργάνωσης, της διαμόρφωσης και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην επίδοση του συστήματος υγείας συνολικά (WHO,2000). Ο ρόλος των κυβερνήσεων κρίνεται σημαντικός ως διαχειριστές, όπου “θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι το σύστημα φροντίδας υγείας των χωρών τους παρέχει τις βέλτιστες υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό τους” (Healy & McKee,2000).

Προς επίτευξη του σκοπού αυτού θα πρέπει να αναπτυχθούν συστήματα ελέγχου και ρύθμισης της επίδοσης των προμηθευτών της υγείας, κυρίως των νοσοκομείων, αφού τα συστήματα αυτά δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένα στα κράτη της Ευρώπης (WHO,2003). Προκειμένου να επιτευχθεί η συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας, θα πρέπει να ενταχθεί στη καθημερινότητα του συστήματος υγείας η διαδικασία “καθιέρωσης –ενσωμάτωσης”. Η διαδικασία αυτή έχει ως σκοπό το σύνολο των διαδικασιών, των δομών και των αξιών να αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του οργανισμού και οι άνθρωποι που εργάζονται σε αυτό να γνωρίζουν από τη μεριά τους πως θα προσφέρουν ποιοτική περίθαλψη με τους διαθέσιμους πόρους, να θέλουν και να έχουν την ικανότητα. Τονίζεται η ενσωμάτωση των δραστηριοτήτων της ποιότητας ως μέρος των λειτουργιών του οργανισμού και όχι ως αποκομμένο κομμάτι που δρα μεμονωμένα. Βασική προϋπόθεση για να εξασφαλιστεί αυτό είναι η ύπαρξη του περιβάλλοντος που θα ενθαρρύνει την ανάπτυξη και τη συνέχιση των δραστηριοτήτων αυτών με την ύπαρξη των εξής στοιχείων: α) το εσωτερικό περιβάλλον υποστήριξης, β) την οργανωτική δομή και γ) τις διάφορες υποστηρικτικές λειτουργίες (Marszalek-Gaucher,Coffey,1990; Tenner,DeToro,1992; Brown,1995; Powell,1995; Shortell et al.,1995).

2.2 Προϋποθέσεις ανάπτυξης δραστηριοτήτων ποιότητας φροντίδας

2.2.1 Εσωτερικό περιβάλλον υποστήριξης

Κύριο χαρακτηριστικό του εσωτερικού περιβάλλοντος στήριξης σε ένα οργανισμό είναι η ενθάρρυνση της ανάπτυξης ενός σταθερού προγράμματος για τη συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας, το οποίο θα ελέγχεται και θα τροποποιείται όποτε κρίνεται αναγκαίο από τα ανώτερα διοικητικά στελέχη του οργανισμού. Τα απαραίτητα χαρακτηριστικά ενός τέτοιου περιβάλλοντος ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα είναι:

- α) η πολιτική του οργανισμού
- β) η ηγεσία
- γ) οι αξίες του διέπουν τον οργανισμό και
- δ) η κατανομή των πόρων (ανθρώπινοι και υλικοί).

Το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού επιδρά στο εσωτερικό περιβάλλον και επηρεάζει με αρνητικό ή θετικό τρόπο τις δραστηριότητες της συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας, με την επικρατούσα οικονομική κατάσταση, τις πολιτικές και διοικητικές δομές του κράτους κ.ά. Παρά ταύτα η διασφάλιση της σταθερότητας στο εσωτερικό περιβάλλον μπορεί να περιορίσει τις αρνητικές επιδράσεις από το εξωτερικό με:

- 1) τις πολιτικές που υποστηρίζουν και καθοδηγούν τη ποιότητα και τη συνέχιση της
- 2) την ηγεσία που βάζει προτεραιότητες, προωθεί την εκπαίδευση και ενδιαφέρεται για το προσωπικό
- 3) τις αξίες του οργανισμού που προωθούν το σεβασμό, τη ποιότητα και τη βελτίωση της
- 4) την επάρκεια και τη σωστή κατανομή των πόρων, για την εφαρμογή των στόχων της προαγωγής της ποιότητας

Η αλληλεπίδραση μεταξύ των τεσσάρων αυτών στοιχείων επιτυγχάνεται με την υποστήριξη του εσωτερικού περιβάλλοντος για τη ποιότητα.

- ✓ Πολιτικές στήριξης του οργανισμού: με την ευρεία έννοια περιλαμβάνει τη δήλωση της αποστολής του οργανισμού και τη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων, ενώ με τη στενή έννοια τις καθιερωμένες λειτουργικές διαδικασίες και τα κλινικά πρωτόκολλα. Σε γενικές γραμμές είναι η υιοθέτηση των κανονισμών, ενός σχεδίου ή πορείας δράσης του οργανισμού που θα καθορίσουν τις αποφάσεις και τις διαδικασίες, ενώ αντικατοπτρίζουν τις αποφάσεις και έπειτα τις ενέργειες της διοίκησης. Για να έχουν αποτελεσματικότητα απαιτείται ενίσχυση, ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες των πελατών και να εντοπίζονται οι τομείς που χρήζουν βελτίωση. Οι πολιτικές είναι γραπτές επίσημες δηλώσεις των αρχών λειτουργίας του οργανισμού, όπως κανονισμοί, σχέδια και δηλώσεις. Για να επέλθει ανάπτυξη της πολιτικής του οργανισμού επιβάλλεται ο προσανατολισμός στα αποτελέσματα για την ικανοποίηση των πελατών και τις πραγματικές αλλαγές στην υγεία.

- ✓ Η παρουσία της ηγεσίας: προωθεί τη συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας και οφείλει να κάνει γνωστό ένα ξεκάθαρο όραμα, το οποίο θα πραγματοποιήσει ο οργανισμός, την εμφύσηση της επίτευξης στο προσωπικό αυτού, τη θέσπιση προτεραιοτήτων και έπειτα να διασφαλίσει ότι χρειάζεται στο προσωπικό για την εφαρμογή. Κύρια προϋπόθεση της πραγματοποίησης του οράματος είναι να πράττει όσα διακηρύττει η διοίκηση. Το νέο περιβάλλον που διαμορφώνεται στα πλαίσια της βελτίωσης ποιότητας πρέπει να είναι απαλλαγμένο από φόβους, απομόνωση και εμπόδια στην επικοινωνία. Αντίθετα, η διοίκηση πρέπει να υποκινεί το προσωπικό, να το καθοδηγεί και να στηρίζει τη βελτίωση του. Η ομαδική συνεργασία για τον από κοινού στόχο ανάμεσα στα τμήματα του οργανισμού αποτελεί βασική στρατηγική επιλογή της υλοποίησης του οράματος.

- ✓ Οι αξίες του οργανισμού: αντανακλούν τη νοοτροπία του, με κοινή αποδοχή όλων, διασφαλίζοντας τη συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας με γνώμονα τις ανάγκες των πελατών. Οι κύριες αξίες του οργανισμού διαφαίνονται από τη ατομική ή συλλογική συμπεριφορά των ατόμων. Η επίτευξη της επιδιωκόμενης απόδοσης επέρχεται με την ευθυγράμμιση όλων των αξιών ανάμεσα στα μέρη του οργανισμού.

Η ηγεσία, οι πολιτικές και οι διαθέσιμοι πόροι συνδέονται άμεσα με τις αξίες του οργανισμού. Η ηγεσία επιδρά σε αυτές με την εκδήλωση ή όχι σεβασμού, του ενδιαφέροντος και της ομαδικής εργασίας. Οι πολιτικές επιδρούν με τη καθιέρωση, την ενίσχυση και τη μεταβίβαση της αξίας της διασφάλισης ποιότητας στον οργανισμό, ενώ οι ανθρώπινοι πόροι επιδρούν μέσω του τρόπου κατανομής τους. Ο ρόλος του περιβάλλοντος είναι καθοριστικός επιδρώντας τόσο στους εργαζόμενους, όσο και στους χρήστες των υπηρεσιών.

Οι κύριες αξίες του κάθε οργανισμού είναι αποτέλεσμα σχεδιασμού της ηγεσίας και απαιτείται η σαφής διατύπωση, με ξεκάθαρους και συγκεκριμένους όρους για τη καθιέρωση τους με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης στο συγκεκριμένο περιβάλλον και της υποκίνησης των εργαζομένων. Οι κύριες αξίες που καθοδηγούν τους εργαζόμενους στο δρόμο για τη ποιότητα είναι: α) η παρουσία της ομαδικής εργασίας, από την οποία θα προκύψει το προϊόν της ποιότητας, β) η εμπιστοσύνη και ο σεβασμός ανάμεσα στα μέλη για ανοιχτή, χωρίς φόβο και ειλικρινή επικοινωνία, γ) η εγκυρότητα των πληροφοριών για τη διασφάλιση της σωστής λήψης αποφάσεων και η ανταλλαγή τους ανάμεσα στα μέρη του οργανισμού, δ) επίλυση των προβλημάτων μέσω της συστημικής προσέγγισης και όχι μεμονωμένα για αύξηση της απόδοσης, ε) η προώθηση της οργανωτικής και προσωπικής μάθησης, όπου οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες βελτίωσης του εργασιακού τους περιβάλλοντος και η ηγεσία από τη μεριά της τους εμπιστεύεται και τους εξουσιοδοτεί προς αυτή τη κατεύθυνση, στ) η επικέντρωση στον ασθενή με δημιουργία ανοιχτών διαύλων επικοινωνίας, ζ) η επίτευξη καινοτομιών με την αλλαγή του τρόπου λειτουργίας των διαδικασιών και

του ύφους της διοίκησης για τη βελτίωση της ποιότητας, η) η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν μέσω της καταγραφής και της μέτρησης αλλαγής, όταν επέρχεται η αλλαγή με σκοπό τη βελτίωση.

- ✓ Οι διαθέσιμοι πόροι: απαιτούνται για τη διεκπεραίωση των δραστηριοτήτων βελτίωση ποιότητας, τους σχεδιασμούς και διάδοσης των προτύπων, τον έλεγχο των αποτελεσμάτων και τη μέτρηση της επιτυχίας. Η εξαιρετικά περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι στα συστήματα και τους οργανισμούς υγείας μεγιστοποιούν την επιδιωκόμενη ποιότητα μέσω της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, προκειμένου να περιοριστούν τα έξοδα της εφαρμογής (Marszalek-Gaycher & Coffey,1990).

2.2.2 Οργανωτική δομή

Ο όρος “δομή” δεν αναφέρεται στη φυσική έννοια ενός διαγράμματος ή ενός γραφείου, αλλά στην απεικόνιση ευθυνών και ρόλων στα πλαίσια ενός προγράμματος, διακριτό από τα άλλα του οργανισμού με τους δικούς του πόρους και προσωπικό για τη διασφάλιση της ποιότητας στη περίθαλψη. Ο τρόπος οργάνωσης του προγράμματος ποικίλει ανάλογα τη πολιτική, τεχνική και οικονομική σύσταση του περιβάλλοντος εντός του οργανισμού και ο καταμερισμός ευθυνών και ρόλων έχουν ορισθεί ξεκάθαρα (Tenner & DeToro,1992).

2.2.3 Διάφορες υποστηρικτικές λειτουργίες

Οι υποστηρικτικές λειτουργίες για τη διασφάλιση της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας είναι:

- η ανάπτυξη εκπαίδευσης, επίβλεψης και κατάρτισης των εργαζομένων και της διοίκησης σε θέματα διασφάλισης,

- η ανάπτυξη της πληροφόρησης και επικοινωνίας για τους στόχους ποιότητας και
- η ανάπτυξη της ανταμοιβής και αναγνώρισης του προσωπικού για τη προσπάθεια βελτίωσης ποιότητας (Shortell et al., 1995).

2.3 Διαπίστευση στις υπηρεσίες υγείας

Η αύξηση της παγκοσμιοποίησης με τη διεύρυνση των αγορών και της παγκόσμιας επικοινωνίας ενίσχυσαν τη καθιέρωση της διαπίστευσης (accreditation), ως ένα εργαλείο διεθνούς κατηγοριοποίησης και αναγνώρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος των νοσοκομείων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι κυρίαρχος και για το λόγο αυτό επικεντρώνονται οι στρατηγικές στη βελτίωση ή στον "ανασχεδιασμό" τους, ώστε να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις που επιβάλλει η ανάπτυξη της τεχνολογίας, στις απαιτήσεις του υψηλού κόστους και της ολοένα αυξανόμενης ζήτησης. Η διαπίστευση ενισχύει το καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών και των διαδικασιών, καθιερώνοντας πρότυπα και συνοχή στη περίθαλψη.

Στόχος των στρατηγικών του "ανασχεδιασμού" των νοσοκομείων είναι η βελτίωση της ποιότητας και η μείωση του κόστους, εν μέσω της αυξανόμενης ανταγωνιστικότητας. Βασική προϋπόθεση της ανταγωνιστικότητας είναι η διαδικασία της διαπίστευσης, η οποία στοχεύει στην ενίσχυση του συστήματος υγείας, στη προώθηση της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας, τη παροχή πληροφοριών για τη λήψη αποφάσεων και τη εκτέλεση των πολιτικών αποφάσεων που ελήφθησαν για το σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, οι κύριοι στόχοι της διαπίστευσης των οργανισμών είναι:

- α) η συνεχόμενη βελτίωση της ποιότητας, μέσω των αλλαγών που προκαλεί η διαπίστευση στις πρακτικές για βελτίωση ποιότητας φροντίδας υγείας
- β) η ενημέρωση στις λήψεις αποφάσεων, με τη παροχή κατάλληλων στοιχείων της παροχής φροντίδας προς τα άτομα που θα λάβουν τις αποφάσεις αξιοποιώντας τα, όπως είναι η διοίκηση, οι κλινικοί γιατροί και το κοινό

γ) βελτίωση της υπευθυνότητας και του συντονισμού των οργανισμών υγείας, ώστε να προστατεύονται τα συμφέροντα των ασθενών και των υπόλοιπων εμπλεκόμενων φορέων.

2.4 Η αξιολόγηση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας

Η αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας της χορήγησης άδειας (licensure), της πιστοποίησης (certification), και της διαπίστευσης (accreditation), ενώ κάθε μία από τις διαδικασίες αυτές έχει διαφορετικό σκοπό. Η διαδικασία της χορήγησης άδειας (licensure) ορίζει κριτήρια ή πρότυπα, τα οποία διασφαλίζουν στον οργανισμό ότι διαθέτει τα απαραίτητα εκείνα συστατικά που είναι υποχρεωτικά για τη παροχή φροντίδας στους ασθενείς, μέσα σε ένα περιβάλλον με ελάχιστο δυνατό κίνδυνο και ασφάλεια. Η χορήγηση άδειας σε ένα οργανισμό είναι υποχρεωτική από τη κυβέρνηση για να λειτουργήσει και προϋποθέτει την εξωτερική εξέταση της χρήσης κάποιων ελαχίστων προτύπων. Σε αντίθεση με τη πιστοποίηση και τη διαπίστευση που είναι προαιρετικές μορφές εξωτερικής αξιολόγησης του οργανισμού.

Η διαδικασία της πιστοποίησης (certification) αφορά την εξωτερική αξιολόγηση είτε σε οργανισμούς, είτε σε ένα τμήμα αυτού, είτε σε μεμονωμένους επαγγελματίες αποδεικνύοντας την ειδίκευση τους.

Η διαδικασία της διαπίστευσης (accreditation) των οργανωτικών δομών στις υπηρεσίες υγείας, αφορά τη διαδικασία εξωτερικής αξιολόγησης του ελέγχου και της τυποποίησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω γραπτών προτύπων. Το εθελοντικό αυτό πρόγραμμα αξιολογεί την οργάνωση των υπηρεσιών και των διαδικασιών με στόχο στην επίτευξη βέλτιστων προτύπων ποιότητας και όχι στη απλή συμμόρφωση ελαχίστων προτύπων, τα οποία υπηρετούν τη δημόσια ασφάλεια. Τα πρότυπα αυτά εξετάζονται και αναθεωρούνται, ώστε να λαμβάνουν υπόψη τη πρόοδο της τεχνολογίας, τις νέες θεραπείες, τις πολιτικές μεταβολές και τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, να συμμορφώνονται.

Αρχικά, ο όρος “διαπίστευση” στους οργανισμούς μέχρι τη δεκαετία του 80’ αναφερόταν στην εθελοντική δραστηριότητα των οργανισμών να συγκρίνουν τις δικές τους οργανωτικές διαδικασίες και μεθόδους με την αποδεκτά καλή πρακτική. Στη συνέχεια, δόθηκε έμφαση στην ασφάλεια των μεθόδων ώστε να παρέχει ένα περιβάλλον μεγιστοποίησης της κλινικής αποτελεσματικότητας. Το τελικό αποτέλεσμα της διαπίστευσης θα κατατάξει τον αξιολογούμενο οργανισμό, ανάλογα με το βαθμό συμμόρφωσης στα πρότυπα, τα οποία κάθε χώρα οφείλει να αναπτύξει βάσει του Εθνικού Συστήματος Υγείας της, προκειμένου να διασφαλιστεί η καθολικότητα και η δικαιοσύνη στη ποιότητα, στην αποδοτικότητα και στη συνέχεια. Μέσω της διαδικασίας αυτής θα διασφαλιστεί αν οι υπηρεσίες υγείας διαδραματίζουν το ρόλο για τον οποίο σχεδιάστηκαν (Scrivens,1995).

2.5 Ιστορική αναδρομή της εξέλιξης στη ποιότητα των νοσοκομείων

2.5.1 Η διεθνής εμπειρία

Η έρευνα που αφορά την ανάπτυξη στη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ξεκίνησε κυρίως από τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία, επικεντρώνοντας στα νοσηλευτικά ιδρύματα, στην υψηλή τεχνολογία και στην αυτοαξιολόγηση και έχοντας ως προτεραιότητα την ανάπτυξη της Α’ Βάθμιας φροντίδας υγείας και τη Δημόσια υγεία. Τα προγράμματα ποιότητας που αφορούν τους τομείς αυτούς υπακούουν στο νομοθετικό έλεγχο και καθοδηγούνται από τη κυβέρνηση.

Η παγκόσμια κοινότητα εκφράζει ομόφωνα τη δυσαρέσκεια της, σε ότι αφορά τις υπηρεσίες υγείας, τόσο σε δημόσιο και όσο και σε πολιτικό επίπεδο. Επίσης, ανησυχεί για τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, για τη συνοχή στη φροντίδα υγείας, τη κλινική αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των ασθενών, για τον οικονομικό αντίκτυπο και τις προσδοκίες των καταναλωτών υγείας, όπως και για τη δημόσια ευθύνη (Ovretveit,2002).

Στην Ευρώπη, οι κύριοι διακυβερνητικοί οργανισμοί που ασχολούνται με τη πολιτική της ποιότητας στη φροντίδα της υγείας είναι: το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission), το Τοπικό Γραφείο για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, Regional Office for Europe). Άλλα διεθνή δίκτυα προώθησης της ανταλλαγής των στοιχείων και των μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας είναι οι εταιρίες: Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCHAO), International society for Quality (ISQua), International Society for Technology Assessment (ISTAHC), European Organization for Quality (EOQ), European Foundation for Quality Management (EFQM) κá.

Το 1977 εισήχθησαν οι παγκόσμιοι στόχοι της υγείας για όλο το πληθυσμό στη πρώτη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας που σύστησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 2000) για το έτος 2000, υιοθετώντας τη διακήρυξη της Alma-Ata (Alma-Ata, 1978) για τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον, προσκλήθηκαν τα κράτη-μέλη να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές και στρατηγικές δράσεις για την επίτευξη του σκοπού.

Το 1995, το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe) καθιέρωσε την επιτροπή συστάσεων για τα υπουργεία υγείας των κρατών-μελών, με σκοπό να καθιερώσουν ένα σύστημα βελτίωσης ποιότητας, διαμορφώνοντας τις κατάλληλες πολιτικές και δομές για την ανάπτυξη και την εφαρμογή συστημάτων βελτίωσης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Το 1998 οι υπουργοί υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Union) συμφώνησαν να συνεργαστούν με σκοπό τη ποιότητα φροντίδας υγείας και το 2000 υιοθετήθηκε ενιαία στρατηγική για τη δημόσια υγεία. Στη Παγκόσμια Έκθεση υγείας (Γενεύη, 2000) προτάθηκε το πλαίσιο αξιολόγησης και βελτίωσης της επίδοσης των συστημάτων υγείας, αναφορικά με τις λειτουργίες της διανομής υπηρεσιών, την ανάπτυξη των πόρων, τη χρηματοδότηση και τη διαχείριση. Χρησιμοποιήθηκαν πέντε δείκτες για τη μέτρηση των στόχων, της υγείας, της ανταποκρισιμότητας και της δίκαιης συνεισφοράς. Η Ελλάδα κατείχε τη 14^η θέση κατάταξης στην επίδοση του συστήματος

υγείας, ενώ ως προς το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού την 11^η (WHO,2000; Κυριόπουλος,2003).

2.5.2 Η αρχή της ελληνικής μεταρρυθμιστικής πολιτικής για τη ποιότητα υγείας

Το 1997 κατοχυρώνονται με νόμο (2519/1997) τα δικαιώματα των ασθενών με έμμεση επίπτωση στη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Συστήνεται σε επίπεδο υπουργείου η υπηρεσία “Έλεγχος και προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών” και σε επίπεδο νοσοκομείων η έναρξη λειτουργίας των Γραφείων Επικοινωνίας με το πολίτη. Το Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου με αντικείμενο τον έλεγχο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών αξιολογεί τις υπηρεσίες υγείας, διενεργεί στατιστική ανάλυση και οικονομική αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και των ιατρικών πράξεων που εκτελούνται, διασφαλίζει τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, χορηγεί τα απαραίτητα πιστοποιητικά διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας, συνεργάζεται με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα και συντάσσει τις εκθέσεις των ιατρικών υπηρεσιών.

Το 2001 ψηφίζεται ο νόμος “Βελτίωση και συγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις” (2889/2001). Η στόχευση αφορά την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τη καθιέρωση του ποιοτικού ελέγχου σε μονάδες παροχής υπηρεσιών, σε θέματα ορθολογικής κατανομής, αποτελεσματικής διαχείρισης ανθρωπίνων και υλικών πόρων, καθώς και σε θέματα συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για την υποστήριξη του σκοπού θεσμοθετήθηκαν τα εξής όργανα και διαδικασίες:

- ❖ Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας διενεργείται από το κέντρο ποιότητας του Εθνικού Ινστιτούτου υγείας.
- ❖ Το τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας που στοχεύει στο να καθιερωθούν κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας και να ελέγχονται οι εφαρμογές τους.

- ❖ Η σύσταση λειτουργίας του τμήματος ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε νοσοκομεία 400 κλινών και άνω.
- ❖ Η διεργασία της αξιολόγησης ειδικών ερευνητικών ή κέντρων αναφοράς σε συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες με υψηλές προδιαγραφές, οι οποίες αναδεικνύονται από κέντρα αριστείας και δίδουν ειδικές επιχορηγήσεις.
- ❖ Η σύσταση του Περιφερειακού χάρτη υγείας καταγράφει και αναλύει επιδημιολογικά, κοινωνιολογικά και περιβαλλοντικά δεδομένα, τα οποία συλλέγονται ώστε να χαραχθεί η πολιτική που θα εφαρμοστεί στη περιφέρεια για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- ❖ Στις μονάδες υγείας λειτουργεί το γραφείο υποδοχής των ασθενών που θα τους καθοδηγεί και θα ενημερώνει τόσο εκείνους όσο και τους συνοδούς τους.
- ❖ Η λειτουργία του αυτοτελούς Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών σε κάθε νοσοκομείο άνω των 200 κλινών και
- ❖ Οι διοικητικές και οι περιφερειακές μονάδες υπογράφουν το συμβόλαιο για την ορθή διαχείριση των πόρων και για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Με το προεδρικό διάταγμα (84/2001) που αφορά τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συστήνονται μόνιμες επιτροπές ελέγχου για τους φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Συγκεκριμένα, ελέγχεται η αξιοπιστία της εφαρμογής των μεθόδων, η εξειδίκευση και η επάρκεια του προσωπικού, η καταλληλότητα και η χρήση των υλικών, η τήρηση των υγειονομικών διατάξεων, καθώς και των μέτρων προστασίας των ασθενών και των εργαζομένων. Οι μονάδες της Π.Φ.Υ. οφείλουν να τηρούν αρχεία ιατρικών, διοικητικών, οικονομικών δεδομένων, μέσω ηλεκτρονικού συστήματος βάσης δεδομένων, ώστε να ενημερώνονται οι ελεγκτικές αρχές και να εφοδιάζονται με το Πιστοποιητικό διασφάλισης ποιότητας από το Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, το οποίο είναι προαπαιτούμενο για τη δημιουργία συμβάσεων με το Δημόσιο και τους Ασφαλιστικούς φορείς.

Το 2003 ο νόμος (3172/2003) που αφορά τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στη δημόσια υγεία, στοχεύει στην οργάνωση και στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών για τη δημόσια υγεία με τη θεσμοθέτηση του Εθνικού συμβουλίου δημόσιας υγείας, το οποίο: α) γνωμοδοτεί και προτείνει λύσεις σε θέματα αξιολόγησης για το κίνδυνο στη δημόσια υγεία, με τεκμηριωμένη γνώση, β) προτείνει στρατηγικές διαμόρφωσης της εθνικής δημόσιας υγείας, γ) ευθύνεται για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και δ) προτείνει τις ερευνητικές προτεραιότητες για τη δημόσια υγεία. Ο νόμος αυτός θεσμοθετεί ακόμη τη Γενική Διεύθυνση δημόσιας υγείας με κύρια αρμοδιότητα το καθορισμό των αρχών στο ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας, να ελέγχει και να αξιολογεί την εφαρμογή της πολιτικής στη δημόσια υγεία, να συντονίζει τις δράσεις των δημοσίων φορέων δημόσιας υγείας και να λαμβάνει αποφάσεις σε ενδεχόμενες κρίσεις ή απειλές για τη δημόσια υγεία, ώστε να εφαρμόσει μέτρα βάσει επιστημονικής τεκμηρίωσης.

Ο μεταρρυθμιστικός νόμος του 2004 (3235/2004) κατοχύρωσε το δικαίωμα της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στο σύστημα της δημόσιας υγείας. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού επήλθε η τμηματοποίηση σε υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού. Συμπληρωματικά, συστάθηκαν επιτροπές τομέων πρωτοβάθμιας φροντίδας, συστάθηκε ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και η παροχή νοσηλείας στο σπίτι για τους ασθενείς που δεν μπορούν να μετακινηθούν.

2.5.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών στη παρεχόμενη ποιότητα και ασφάλεια φροντίδα υγείας

Η απαίτηση για παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια έχει μεταβληθεί, λόγω της αύξησης των ορίων ηλικίας του πληθυσμού, της ανάπτυξης στη τεχνολογία και των μεγάλων προσδοκιών για την υγεία των ασθενών. Προκειμένου να ανταποκριθούν τα συστήματα υγείας στις απαιτήσεις αυτές, απαιτείται μεγαλύτερο σε

αριθμό και καλύτερα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό (Van den Heede et al., 2013).

Οι νοσηλευτές κατέχουν κεντρικό ρόλο στη παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας (Aiken et al.,2002). Η έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό έχει λάβει παγκόσμιες διαστάσεις, με επίπτωση στη ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας (Erentein & McCaffey,2007; Brunetto & Teo,2013; Twigg & McCullough,2014). Η επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό στις μονάδες υγείας αποτρέπει εγκαίρως επιπλοκές στη παροχή νοσηλείας προς τους ασθενείς (Brunetto et al.,2013). Έχει αποδειχθεί ερευνητικά η άμεση σύνδεση της ανεπάρκειας σε νοσηλευτικό προσωπικό με τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών στα νοσοκομεία (Tourangeau et al.,2009). Ακόμη, υψηλά ποσοστά έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού στις μονάδες υγείας έχει ως επίπτωση την εμφάνιση του συνδρόμου Burnout στους υπάρχοντες εργαζόμενους νοσηλευτές (Dotson et al.,2014) και αυξημένο κόστος αντικατάστασης τους για τους οργανισμούς παροχής υγείας (Cottingham et al.,2011).

Ένα από τα κύρια αίτια της έλλειψης νοσηλευτών στις μονάδες υγείας είναι η μη επαγγελματική ικανοποίηση τους, που τους αποτρέπει να παραμείνουν στη παρούσα εργασία, καθώς δεν ικανοποιούνται οι προσδοκίες και οι επιθυμίες τους (Tang, 2003; Currie & Car-Hill,2012). Η μη επαγγελματική ικανοποίηση συσχετίζεται με άλλους παράγοντες, όπως η διοίκηση του οργανισμού, το Νοσηλευτικό Περιβάλλον Εργασίας (NPE) και ο φόρτος εργασίας, οι οποίοι αποτελούν κύρια αποτρεπτικά αίτια της παραμονής τους στη θέση εργασίας τους (Duffield et al.,2009; Dotson et al.,2014; Twigg & McCullough,2014). Ταυτόχρονα, η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των νοσηλευτών θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη για τις αρνητικές επιπτώσεις στο ήδη διογκωμένο πρόβλημα της έλλειψης τους, καθώς πλησιάζουν τα όρια της συνταξιοδότησης (Wieck et al.,2010).

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, ήδη από τη δεκαετία του '80 η Αμερικανική Ακαδημία των Νοσηλευτών (American Academy of Nursing- AAN) όρισε 14 ποιοτικούς

παράγοντες στους υπάρχοντες οργανισμούς υγείας, οι οποίοι καθιστούν το Νοσηλευτικό περιβάλλον εργασίας ελκυστικό σε τέτοιο βαθμό ώστε όχι μόνο καταφέρνουν να προσελκύουν, αλλά και να διατηρούν στη θέση εργασίας τους το νοσηλευτικό δυναμικό, παρά τη μεγάλη κρίση στις δεκαετίες '70 και '80, που αντιμετώπισαν σε έλλειψη προσωπικού (American Nurses Credentialing Center-ANCC,2015). Αυτοί οι παράγοντες ποιότητας είναι γνωστοί ως “Δυνάμεις Προσέλκυσης” (Forces of Magnetism) και ομαδοποιούνται σε πέντε Κύριες Συνιστώσες (ANCC,2015):

- 1) Μετασχηματιστική ηγεσία
- 2) Δομική ενδυνάμωση
- 3) Επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε υπόδειγμα
- 4) Ύπαρξη γνώσης, καινοτομίας και βελτίωσης
- 5) Αποτελέσματα ποιότητας βασισμένα στην εμπειρία

Οι Δυνάμεις Προσέλκυσης δομούν το Μοντέλο Προσέλκυσης (Magnet Model), το οποίο χρησιμοποιεί το γνωστό Πρόγραμμα Αναγνώρισης Μονάδων Προσέλκυσης (The Magnet Recognition Program) της ANCC, για τη πιστοποίηση των νοσοκομείων ως ‘Νοσοκομεία Προσέλκυσης’ (Magnet Hospitals) (ANCC,2015). Τα Νοσοκομεία (Μονάδες) Προσέλκυσης προφέρουν αριστεία στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, βασισμένη στις 14 Δυνάμεις Προσέλκυσης και έχουν ως αποτέλεσμα τη ποιότητα στη φροντίδα, την άριστη νοσηλεία και τις καινοτομίες στη νοσηλευτικής πρακτική.

Οι 14 δυνάμεις προσέλκυσης περιγράφονται ως η καρδιά του Προγράμματος Αναγνώρισης Μονάδων Προσέλκυσης και φέρονται ως χαρακτηριστικά ή αποτελέσματα που συνθέτουν το πρότυπο της νοσηλευτικής αριστείας. Η υιοθέτηση τους είναι προϋπόθεση, ώστε να λάβει ο οργανισμός τη πιστοποίηση με την δημιουργία ενός επαγγελματικού περιβάλλοντος κατευθυνόμενο από τον ηγέτη

νοσηλευτή που υποστηρίζει την αριστεία στις νοσηλευτικές πρακτικές (ANCC,2007). Η πιστοποίηση των νοσοκομείων ως 'Magnet Hospitals' αποτελεί τη καλύτερη απάντηση, ως στρατηγική αντιμετώπισης της έλλειψης σε προσοντούχους νοσηλευτές στους οργανισμούς, προκειμένου να βελτιωθεί η έκβαση των ασθενών και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (ANCC,2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

3.1 Το “Πρόγραμμα Αναγνώρισης Μονάδων Προσέλκυσης” (Magnet Recognition Program)

Το Πρόγραμμα Αναγνώρισης Μονάδων Προσέλκυσης (Magnet Recognition Program) έχει ως αντικείμενο τη δημιουργία της οργανωτικής δομής του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος Εργασίας (Nursing Work Environment) που θα προάγει ποιοτικά αποτελέσματα για τον ασθενή, βασιζόμενο στη τεκμηριωμένη πρακτική. Η έναρξη του προγράμματος για την Αριστεία στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες εγκρίθηκε αρχικά από την Αμερικανική Ακαδημία Νοσηλευτών (ANA). Έπειτα άρχισε να εφαρμόζεται από το Αμερικάνικο Κέντρο Διαπίστευσης Νοσηλευτών (ANCC), με σκοπό την επίσημη αναγνώριση των Νοσοκομείων Προσέλκυσης, που είναι Μονάδες, οι οποίες διαθέτουν τα πρότυπα του προγράμματος, που προσελκύουν και διατηρούν προσοντούχους νοσηλευτές στο υποστηρικτικό περιβάλλον που παρέχουν.

Με το Πρόγραμμα πραγματοποιούνται μετρήσεις των δεικτών νοσηλευτικής ποιότητας και των αποτελεσμάτων που αφορούν τους ασθενείς, βάσει του “Σκοπός και Πρότυπα για Διοικητικά Στελέχη της Νοσηλευτικής (Scope and standards for nurse administration)”, ώστε να αναγνωριστούν οι καλύτερες παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες και τα αποτελέσματα με τη καλύτερη ποιότητα για τον ασθενή (American Nurses Credentialing Center-ANCC,2007).

Στις αρχές του '80 η Αμερικανική Ακαδημία Νοσηλευτών (American Nurse Association – ANA) δημιούργησε μία ομάδα εργασίας με σκοπό την αντιμετώπιση του ελλείματος νοσηλευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής την εποχή εκείνη. Η Δρ. Mabel Wandelt, μέλος της ομάδας εργασίας και καθηγήτρια στο πανεπιστήμιο του Ώστιν στο Τέξας, παρατήρησε ότι κάποιες Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας προσέλκυαν και διατηρούσαν το προσοντούχο νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς δυσκολία, παρά την έλλειψη σε νοσηλευτές (McClure & Hinshaw, 2002).

Η παρατήρηση αυτή της Δρ. Wandelt οδήγησε τους McClure και Hinshaw στη διενέργεια μίας ερευνητικής μελέτης-ορόσημο με στόχο την αναγνώριση των οργανισμών εκείνων που προσέλκυαν και διατηρούσαν τους προσοντούχους νοσηλευτές και τους παράγοντες που σχετίζονταν με αυτό το αποτέλεσμα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 41 νοσοκομεία από οχτώ διαφορετικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών. Τα νοσοκομεία αυτά που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν διαφορετικού μεγέθους, κυρίως ιδιωτικά, μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που όλα συμμετείχαν σε κάποιο νοσηλευτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Οι ερωτηθέντες που συμμετείχαν διαχωρίστηκαν σε δύο κυρίως ομάδες, των νοσηλευτών διευθυντών και του νοσηλευτικού προσωπικού, οι οποίοι κλήθηκαν σε συνέντευξη να απαντήσουν σε ερωτήσεις-κλειδιά που αφορούσαν σε στοιχεία του εργασιακού τους περιβάλλοντος, το οποίο καθιστούσαν ελκυστικό για αυτούς. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων προσέλκυαν το ενδιαφέρον, καθώς τα ευρήματα ανέδειξαν σημαντικά στοιχεία-κλειδιά, τα οποία ήταν κοινά στις δύο ομάδες μελέτης και επικρατούσαν στις Μονάδες μελέτης ανεξάρτητα από το μέγεθος που είχε ο οργανισμός ή τη γεωγραφική του θέση (McClure et al.,2002). Τα στοιχεία που σχετίζονταν με την ελκυστικότητα και διατήρηση των ερωτηθέντων στις Μονάδες αφορούσαν, τη ποιότητα της ηγεσίας, τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες, την ομαδική εργασία, τις κατηγορίες της διοίκησης, την επαγγελματική πρακτική και την επαγγελματική ανάπτυξη (McClure et al.,1983).

Οι έρευνες που ακολούθησαν και είχαν ως αντικείμενο τη διερεύνηση των δομών αυτών, εμπλούτισαν τις γνώσεις των ερευνητών με τα ευρήματα τους πάνω στην αρχική έρευνα της Αμερικανικής Ακαδημίας Νοσηλευτών. Το 1985 οι Kramer και Schmalenberg πραγματοποίησαν την έναρξη έξι μελετών, προκειμένου να τεκμηριώσουν τα χαρακτηριστικά της οργανωτικής κουλτούρας των δομών στις Μονάδες Προσέλευσης. Οι ερωτηθέντες που συμμετείχαν απάντησαν σε μία λίστα 37 ερωτήσεων- Προϋποθέσεις, γνωστές ως Ευρετήριο Νοσηλευτικών Εργασιών (Nursing Work Index) και θεωρούνται απαραίτητες για τη ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

Τα ευρήματα των ακόλουθων ερευνών σε αυτό το τομέα αναγνώρισαν τα οκτώ βασικά Στοιχεία Προσέλκυσης στις Μονάδες (Kramer & Schmalenberg,2002):

- Η συνεργασία με άλλους νοσηλευτές που διαθέτουν κλινική επάρκεια.
- Η ύπαρξη καλών σχέσεων και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών.
- Η ύπαρξη αυτονομίας και υπευθυνότητας στους νοσηλευτές.
- Η ύπαρξη υποστηρικτικού προϊστάμενου νοσηλευτή.
- Η διενέργεια ελέγχου στη νοσηλευτική πρακτική και στο περιβάλλον της νοσηλευτικής πρακτικής.
- Η ύπαρξη εκπαιδευτικής δραστηριότητας στους νοσηλευτές (ενδοϋπηρεσιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση).
- Η επάρκεια σε νοσηλευτική στελέχωση.
- Το υψηλό ενδιαφέρον απέναντι στον ασθενή.

Έπειτα από τη πραγματοποίηση πιλοτικής έρευνας σε πέντε νοσηλευτικές δομές, απονεμήθηκε το πρώτο βραβείο πιστοποίησης σε νοσοκομείο Προσέλκυσης, το 1994 στο Ιατρικό Κέντρο της Ουάσιγκτον, στο Σιάτλ. Μέχρι σήμερα έχουν λάβει διαπίστευση ως Μονάδες Προσέλκυσης (Magnet Hospitals) πάνω από 275 νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Νέα Ζηλανδία και την Αυστραλία. Το Πρόγραμμα Προσέλκυσης συνδέεται άρρηκτα με τη ποιοτική περίθαλψη στην υγεία με τη νοσηλευτική αριστεία και έχει άμεσο αντίκτυπο στη υγειονομική βιομηχανία. (ANCC,2007)

3.2 Μονάδες Προσέλκυσης (Magnet Hospitals)

Οι Μονάδες Προσέλκυσης (Magnet Hospitals) προάγουν τη ποιότητα στη περίθαλψη για τους ασθενείς και διαθέτουν ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον για τους νοσηλευτές. Σε ότι αφορά τους εργαζόμενους νοσηλευτές, εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά επαγγελματικής εξάντλησης στις Μονάδες Magnet (Aiken & Sloane,1997). Σε ότι αφορά τους ασθενείς, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από μελέτη, έδειξαν ότι οι

Μονάδες Magnet είχαν δείκτη θνησιμότητας χαμηλότερο κατά 4,6% από τα μη-Magnet Μονάδες (Aiken et al.,1994).

Ένας από τους λόγους της χαμηλής θνησιμότητας στα νοσοκομεία Μαγνήτες (Magnet hospitals) είναι τα υψηλά ποσοστά σε πτυχιούχους νοσηλευτές (Registered Nurses-RNs) σε σχέση με τα νοσοκομεία μη-Μαγνήτες (non-Magnet hospitals). Ακόμη, το 43% των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία Μαγνήτες δηλώνουν σύμφωνα με έρευνα ότι η παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας είναι εξαιρετική σε αντιστοιχία με το 10% των νοσηλευτών σε εθνικό επίπεδο για την ίδια ερώτηση (Aiken et al.,2000).

Στα νοσοκομεία Μαγνήτες οι νοσηλευτές δηλώνουν υψηλότερους δείκτες σε αυτονομία και ελέγχου του περιβάλλοντος εργασίας τους, τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων της πολιτικής, την ισχυρή παρουσία ενός διευθυντή νοσηλευτικής που υποστηρίζει και παρέχει πόρους για μία ποιοτική περίθαλψη. Η ικανοποίηση που αντλούν οι νοσηλευτές από το υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας των νοσοκομείων Μαγνήτες τροφοδοτεί την θέληση τους να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και αυτό έχει άμεση σύνδεση με την ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, τον ασθενή. Ως συνέπεια αυτού, οι δομές αυτές διεκδικούν μεγαλύτερο μερίδιο στη ζήτηση της υγειονομικής αγοράς, περιορισμένες μεταβολές του υψηλά ειδικευμένου προσωπικού και θετική έκβαση (αποτελέσματα) των ασθενών (Kosel & Olivo,2002).

Οι μεταβλητές που έχουν σημαντική επίπτωση στα αποτελέσματα του νοσοκομείου και αποτελούν οφέλη για τα νοσοκομεία που έχουν λάβει διαπίστευση ως Μαγνήτες, είναι η μείωση της παραμονής των ασθενών, τα λιγότερα δυσμενή αποτελέσματα για τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε αυτά, τις μειωμένες μεταβολές σε εξειδικευμένο προσωπικό και το μειωμένο κόστος διαφήμισης για να προσελκύσει τους νοσηλευτές (Tuazon,2007).

3.3 Κριτήρια και προϋποθέσεις για τη διαπίστευση των νοσοκομείων μαγνήτες

Η λήψη της διαπίστευσης ως νοσοκομεία Μαγνήτες απαιτεί συνεχή αξιολόγηση του οργανισμού για την εκτίμηση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών, προκειμένου να διαπιστωθούν τα αδύναμα, τα δυνατά σημεία του οργανισμού και οι ευκαιρίες που προκύπτουν. Ο οργανισμός που επιθυμεί να λάβει τη διαπίστευση αρχικά πρέπει να πραγματοποιήσει τη διαδικασία της αυτό-αξιολόγησης της κουλτούρας μέσα στον οργανισμό και να εστιάσει στη δημιουργία μίας τέτοιας βιώσιμης κουλτούρας, που θα διαμορφώσει ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, όπου η τεκμηριωμένη πρακτική οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα στον ασθενή.

Προϋπόθεση για έναν υποψήφιο οργανισμό προς διαπίστευση είναι ο διευθυντής Νοσηλευτικής να κατέχει πτυχίο μεταπτυχιακού επιπέδου και το αντικείμενο σπουδών του να αφορά τη Νοσηλευτική επιστήμη. Ακόμη, ο οργανισμός θα πρέπει να εφαρμόζει σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς τα στοιχεία του "Σκοπός και Πρότυπα για Διοικητικά Στελέχη της Νοσηλευτικής"(Scope and standards for nurse administrators) της ANA (ANA,2004). Η συλλογή των στοιχείων για τους νοσηλευτικούς δείκτες ποιότητας πρέπει να γίνεται σε επίπεδο μονάδας, με ανατροφοδότηση των πληροφοριών, δίχως την ύπαρξη του φόβου της τιμωρίας. Η σύγκριση των απαντήσεων ανάμεσα στα τμήματα και η αξιολόγηση των δυνατών και αδύναμων σημείων κάθε τμήματος, θα βοηθήσει στην εντόπιση των τομέων που λειτουργούν ικανοποιητικά.

3.4 Μοντέλο Μονάδων Προσέλκυσης (Magnet Model)

Το θεωρητικό υπόβαθρο, στο οποίο βασίστηκε το Μοντέλο Μονάδων Προσέλκυσης, όπως καθορίστηκε από τη ANCC είναι το σύστημα εισροή-διαδικασία-αποτέλεσμα του Avendis Donabedian (Donabedian,2005). Σκοπός του συστήματος είναι επίτευξη της αριστείας στη νοσηλευτική πρακτική και η αξιολόγηση της ποιότητας στις Μονάδες Προσέλκυσης.

Η ANCC εντόπισε την ανάγκη της ρύθμισης των διαδικασιών αξιολόγησης και εφαρμογής με ακρίβεια, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του Προγράμματος Αναγνώρισης Μονάδων Προσέλκυσης. Μέσω της στατιστικής αναλύθηκαν 165 στοιχεία, τα οποία απαιτούνται για την αξιολόγηση της επιτροπής εμπειρογνώμων στις Μονάδες Προσέλκυσης και έγιναν σημαντικές αλλαγές μέχρι να συσταθεί το Μοντέλο Μονάδων Προσέλκυσης (Magnet Model). Πρόκειται για ένα μοντέλο που αντιπροσωπεύει όλα τα χαρακτηριστικά μιας Μονάδας Προσέλκυσης και εστιάζει σε πέντε πεδία, με τα οποία θα πρέπει να ασχολείται ο οργανισμός που ζητά να λάβει την διαπίστευση.

Τα πέντε πεδία, πάνω στα οποία δομείται το μοντέλο είναι:

- Μία μετασχηματιστική ηγεσία
- Η δομική ενδυνάμωση
- Επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε υπόδειγμα
- Ύπαρξη γνώσης, καινοτομίας και βελτιώσεις
- Αποτελέσματα ποιότητας βασισμένα στην εμπειρία

Οι 14 παραδοσιακές δυνάμεις προσέλκυσης που συνθέτουν το πυρήνα του προγράμματος και συνθέτουν το πρότυπο της νοσηλευτικής αριστείας είναι οι εξής: ποιότητα στη νοσηλευτική ηγεσία (quality in nursing leadership); η οργανωτική δομή (organizational structure); το στυλ διοίκησης (management style); οι πολιτικές και τα προγράμματα που αφορούν τους εργαζομένους (personal policies and programs); τα επαγγελματικά μοντέλα της περίθαλψης που χρησιμοποιούνται (professional models of care); η ποιότητα της περίθαλψης (quality of care); η βελτίωση της ποιότητας (quality improvement); η συμβουλευτική και οι πηγές (consultation and resources); η ύπαρξη αυτονομίας (autonomy); η κοινωνία και ο υγειονομικός οργανισμός (community and the hospital); ο νοσηλευτής ως δάσκαλος (nurse as teacher); πως φαίνεται ως εικόνα της Νοσηλευτικής (image of nursing); οι διεπιστημονικές σχέσεις (interdisciplinary relationships); η επαγγελματική ανέλιξη (professional development). Κάθε μία από τις

παραπάνω δυνάμεις προσέλκυσης εντάσσεται στα πέντε πεδία που προαναφέρθηκαν (ANCC,2015).

Ακολουθεί η ανάλυση των πέντε πεδίων, στα οποία δομείται το Μοντέλο Μονάδων Προσέλκυσης.

3.4.1 Η μετασχηματιστική ηγεσία

Η μετασχηματιστική ηγεσία αφορά στον όρο “ηγεσία μεταμόρφωσης” που είναι γνωστή στη βιβλιογραφία και τα χαρακτηριστικά της αναλύονται διεξοδικά σε μελέτη του 1978 από τον J. Burns. Στη μελέτη του αναφέρει ότι η ηγεσία μεταμόρφωσης αφορά τη σχέση μεταξύ του ηγέτη και του οπαδού, η οποία αναπτύσσεται για την επίτευξη των στόχων από κοινού. Η επιτυχία της συνεργασίας τους έγκειται στην ικανότητα τους να αναγνωρίζουν ποιες είναι οι ανάγκες και οι επιθυμίες των οπαδών, να τις συνδυάζουν με τις δικές τους και να καταφέρνουν την επίτευξη των στόχων, ώστε να ικανοποιούνται οι αξίες και τα κίνητρα αμφίπλευρα (Burns,1978). Τα πέντε στάδια για να επιτευχθεί η μεταμόρφωση της ηγεσίας και οι πρακτικές που ακολουθούνται είναι: 1) να αναγνωριστεί η ανάγκη για αλλαγή, 2) να αναπτυχθεί ένα όραμα 3) να αναπτυχθεί η αφοσίωση και η εμπιστοσύνη, 4) να γίνει εφαρμογή των αλλαγών και 5) να διατηρηθούν οι αλλαγές.

Η ηγεσία ενός οργανισμού που διαθέτει όραμα μπορεί να επιτύχει τη διατήρηση της κουλτούρας προσέλκυσης των εργαζομένων και να επιμείνει στη παροχή της άριστης νοσηλευτικής περίθαλψης. Προτεραιότητα αυτής της ηγεσίας είναι η διασφάλιση των θετικών αποτελεσμάτων για τους χρήστες των υπηρεσιών και η υποστήριξη στη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος που εφαρμόζεται η τεκμηριωμένη πρακτική.

Στην εποχή που η έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι έντονη, ενώ ταυτόχρονα το υπάρχον προσωπικό όλο και γηράσκει, η ποιότητα για την ηγεσία θεωρείται προτεραιότητα για την εγκαθίδρυση σχέσεων και δεσμεύσεων. Αν αντίθετα, η ηγεσία υιοθετεί μία ανταποδοτική σχέση (quid pro quo), όπως είναι η σχέση δοσοληψίας

ανάμεσα στην ηγεσία και τον εργαζόμενο, τότε δεν διατηρεί της δεσμεύσεις της και αποτυγχάνει (Henriksen et al.,2006).

Η πρώτη συνιστώσα ποιότητας της μετασχηματικής ηγεσίας περιλαμβάνει τις δυνάμεις προσέλκυσης ποιότητα στη νοσηλευτική ηγεσία και το στυλ διοίκησης.

3.4.1.1 Δύναμη Προσέλκυσης: Η ποιότητα στη νοσηλευτική ηγεσία.

➤ Η σημασία της ισχυρής και ποιοτικής ηγεσίας:

Οι ηγέτες που υπηρετούν τη ποιότητα στη νοσηλευτική είναι το κλειδί για τη προσέλκυση και τη διατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού, διότι διαθέτουν όραμα, αφουγκράζονται και ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Έτσι προάγουν την αλλαγή και διατηρούν σχέσεις με τους νοσηλευτές με σκοπό τη προαγωγή της ποιοτικής περίθαλψης. Βασική προϋπόθεση είναι η κατάλληλη εκπαίδευση των ηγετών για το ρόλο αυτό, με τη παρακολούθηση ακαδημαϊκών προγραμμάτων, ενώ οι οργανωτικές δομές θα πρέπει να υποστηρίζουν κατάλληλα την απόκτηση του αντίστοιχου πτυχίου στον ηγέτη και την ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων του.

➤ Η σημασία της αναγνώρισης για αλλαγή:

Οι ηγέτες πρέπει να μπορούν να αξιολογούν κάθε φορά αν το υγειονομικό σύστημα καλύπτει τις ανάγκες των χρηστών υγείας και να αξιολογούν το κλίμα που κυριαρχεί. Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) στην έκθεση που δημοσίευσε για την Ασφάλεια των Ασθενών, τόνισε την ανάγκη για βελτίωση στο τρόπο παροχής ενός ασφαλούς περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο θα αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του δημοσίου τομέα και την ανάγκη της αξιολόγησης κάθε υγειονομικού οργανισμού ξεχωριστά. Ακολούθησαν και άλλες εκθέσεις με παρόμοιο σκοπό. Το δύσκολο σημείο προς τη κατεύθυνση αυτή είναι να πειστούν όλοι όσοι εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού, ώστε να δεσμευτούν για την οικονομική επένδυση του σκοπού και να προχωρήσουν στις κατάλληλες οργανωτικές αλλαγές.

➤ Η σημασία της ανάπτυξης οράματος:

Το όραμα του οργανισμού αναφέρεται στις μελλοντικές του προσδοκίες και θα κατευθύνει τα στελέχη προς το σκοπό αυτό. Ένα σαφές, θετικό όραμα κινητοποιεί όλους τους εργαζόμενους και τους εμπνέει. Το στρατηγικό πλάνο του οργανισμού θα πρέπει να συμπίπτει με εκείνο της νοσηλευτικής διεύθυνσης, με γνώμονα την αριστεία στις υπηρεσίες υγείας (Henriksen et al.,2006).

➤ Η σημασία της αφοσίωσης και της εμπιστοσύνης:

Η αμφίδρομη και συνεπής επικοινωνία της ηγεσίας με τους εργαζομένους ενισχύει την υποστήριξη του οράματος που πρέπει να συνδέεται με αποφάσεις που λαμβάνονται από κοινού. Βασική προϋπόθεση της ανάπτυξης της αφοσίωσης και της εμπιστοσύνης είναι ο σεβασμός προς τους υπεύθυνους που παρέχουν τη περίθαλψη και να αποδέχονται τις επιλογές τους. Για να επιτευχθεί η αφοσίωση πρέπει να αποδεχτούν οι εργαζόμενοι τους στόχους του οργανισμού και να ενδυναμωθεί ο ρόλος του κλινικού νοσηλευτή. Για να καλλιεργηθεί η εμπιστοσύνη χρειάζεται χρόνος και εκδήλωση ενδιαφέροντος από τους εργαζόμενους προς τον ασθενή στις Μονάδες Προσέλκυσης, η οποία αποτελεί την απόλυτη προτεραιότητα του οργανισμού αυτού (McDermott et al.,1996).

3.4.1.2 Δύναμη προσέλκυσης: Το στυλ διοίκησης

Οι Μονάδες Προσέλκυσης υιοθετούν το συμμετοχικό στυλ διοίκησης. Στο είδος αυτό διοίκησης οι κλινικοί νοσηλευτές όλων των επιπέδων συμμετέχουν στη παροχή της νοσηλευτικής περίθαλψης, στα προγράμματα και τις πολιτικές του οργανισμού, παραθέτοντας την άποψη τους. Ο τρόπος της συμμετοχής του επιτυγχάνεται, είτε συμμετέχοντας επίσημα σε συμβούλια, με αποδέσμευση των καθηκόντων τους στο χρόνο που συμμετέχουν σε αυτά, είτε προσκαλώντας τους ανεπίσημα να καταθέσουν προτάσεις βελτίωσης.

Η επικοινωνία μεταξύ των στελεχών και του προσωπικού αποτελεί βασική προϋπόθεση εγκαθίδρυσης της συνεργασίας και της αφοσίωσης στον οργανισμό. Η κάθετη επικοινωνία επιτυγχάνεται όταν τα ανώτερα στελέχη επικοινωνούν με τους εργαζόμενους, ανακοινώνοντας απλώς τις πολιτικές τους αποφάσεις, κάτι που αντιτίθεται στις αρχές του συμμετοχικού συλ διοίκησης. Η οριζόντια επικοινωνία διασπείρει τις πληροφορίες μέσω των συμβουλίων που λαμβάνουν χώρα. Στους οργανισμούς Προσέλκυσης η ηγεσία είναι ορατή και προσβάσιμη σε όλους τους νοσηλευτές, υιοθετώντας τη πολιτική της "ανοιχτής πόρτας", ώστε με εύκολη πρόσβαση να συζητούνται εργασιακά θέματα πριν διογκωθούν και δημιουργήσουν περαιτέρω προβλήματα (ANA, 2004).

3.4.2 Η δομική ενδυνάμωση

Η δεύτερη συνιστώσα ποιότητας περιλαμβάνει τις εξής δυνάμεις προσέλκυσης: οργανωτική δομή, επαγγελματική ανέλιξη, την εικόνα της Νοσηλευτικής, πολιτικές και προγράμματα που αφορούν τους εργαζόμενους και τη κοινωνία με τον υγειονομικό οργανισμό.

3.4.2.1 Δύναμη προσέλκυσης: Η οργανωτική δομή

Η οργανωτική δομή στον οργανισμό Προσέλκυσης (Magnet) λειτουργούν αποκεντρωμένα, λαμβάνοντας και υλοποιώντας τις αποφάσεις που ελήφθησαν σε επίπεδο μονάδας. Η μορφή επικοινωνίας είναι οριζόντια, με ελαστική δομή και ανταπόκριση στις αλλαγές. Η κοινή λήψη αποφάσεων με τον οργανισμό και η επαγγελματική ενίσχυση βοηθά στην ενδυνάμωση και ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Αντίθετα, οι παραδοσιακοί οργανισμοί έχουν ηγέτες που επιβάλλουν τις αποφάσεις τους, δίχως να λαμβάνουν υπόψη τη γνώμη των νοσηλευτών και αξιολογούν υποκειμενικά τα θέματα σημαντικότητας και προτεραιότητας. Έχει αποδειχθεί

ερευνητικά ότι η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων και η παράθεση της γνώμης τους καταδεικνύει τους τομείς που χρήζουν βελτίωση (Upenicks,2003).

α. Η εφαρμογή των αλλαγών

Στη δεκαετία του '90 με την επαναδόμηση των οργανισμών υγείας, η λήψη αποφάσεων γινόταν από τα στελέχη που δεν ήταν κοντά στη πρώτη γραμμή και δεν είχαν ή δεν λάμβαναν υπόψη τη γνώμη των κλινικών νοσηλευτών. Ως αποτέλεσμα αυτού ήταν να ανατίθενται περισσότερες ευθύνες στους μάνατζερ και να μειώνονται οι θέσεις ή να αυξάνεται ο φόρτος εργασίας των κλινικών και εκπαιδευτικών νοσηλευτών (Duffy et al.,2007).

Η έκθεση της IOM (IOM, 2004) συστήνει τη συμμετοχή των κλινικών νοσηλευτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στο κάλεσμα της ηγεσίας προς τους κλινικούς νοσηλευτές να συμμετάσχουν στα διάφορα συμβούλια λήψης αποφάσεων του οργανισμού. Ακόμη, η συνεργασία με τους λοιπούς επιστημονικούς φορείς θα συμβάλλει στην επίτευξη των θετικών αποτελεσμάτων για τον ασθενή, μέσω της τεκμηριωμένης πρακτικής.

β. Η εδραίωση της αλλαγής

Μετά την εφαρμογή ακολουθεί η συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των εκτελεσθέντων. Απαιτείται συνεχής επικοινωνία μεταξύ των μελών για ενημέρωση της προόδου της επίτευξης του στόχου και της βιώσιμης αλλαγής. Η παροχή ποιοτικής φροντίδας αποτελεί μέρος της κουλτούρας του οργανισμού και της καθημερινής υπηρεσίας. Οι πολιτικές του οργανισμού είναι αυτές που θα διασφαλίσουν την από κοινού λήψη αποφάσεων και θα ενισχύσουν τη συμμετοχή των κλινικών νοσηλευτών. Έτσι, οι ενδεχόμενες αλλαγές στην ηγεσία δεν θα επηρεάσουν την ομαλή λειτουργία του οργανισμού.

3.4.2.2 Δύναμη προσέλκυσης: Η επαγγελματική ανέλιξη

Για τον οργανισμό Προσέλκυσης η επαγγελματική ανάπτυξη και εξέλιξη του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού αποτελεί προτεραιότητα. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να είναι ελαστικά σύμφωνα με το πρόγραμμα του προσωπικού, να ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, να μετρούν την αποτελεσματικότητά τους και ο τρόπος εφαρμογής τους να λαμβάνει υπόψη την ετερογένεια στον οργανισμό και τη διαφορετικότητα μεταξύ των γενεών. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν ότι η εργασία κοντά σε ένα νοσηλεύτη με κλινική επάρκεια ισοδυναμεί με ένα από τα οκτώ βασικά στοιχεία της προσέλκυσης (Kramer & Schmalenberg, 2002).

Η υποστήριξη για λήψη πιστοποίησης ειδικότητας αποτελεί μία ακόμη μέθοδο επαγγελματικής ανάπτυξης. Τα οικονομικά εμπόδια, η έλλειψη χρόνου και το ελλιπές εκπαιδευτικό υλικό λειτουργούν αποτρεπτικά για τη λήψη ειδικότητας και ο οργανισμός Προσέλκυσης θα πρέπει να τα ξεπερνά ως εμπόδια της ανάπτυξης. Η εκπαιδευτική πρόοδος των εργαζομένων αναγνωρίζεται και προάγεται. Έρευνες έδειξαν ότι η περίθαλψη από νοσηλεύτες που κατέχουν μεταπτυχιακές σπουδές έχει επίπτωση στα αρνητικά αποτελέσματα για τον ασθενή και μείωση της θνησιμότητας (Aiken et al., 2003).

3.4.2.3 Δύναμη προσέλκυσης: Η εικόνα της νοσηλευτικής

Η συμβολή της Νοσηλευτικής υπηρεσίας στις Μονάδες Προσέλκυσης θεωρείται πολύτιμη και κυρίως ο ηγετικός ρόλος του διευθυντή της Νοσηλευτικής υπηρεσίας (CNO) για την υλοποίηση του στρατηγικού σχεδίου. Η άποψη των νοσηλευτικών στελεχών μέσα από τα συμβούλια αξιολογείται και ενθαρρύνεται. Ο ρόλος των νοσηλευτών για τη παροχή της άριστης νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί γεγονός υψίστης σημασίας, με τη συμμετοχή και των άλλων διεπιστημονικών επιτροπών. Ακόμη, οι νοσηλεύτες συμβάλουν σημαντικά στις εφαρμογές της πληροφορικής, στις

αναλύσεις των οικονομικών πόρων, στη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων, στην απόδοση που έχει ο οργανισμός, καθώς και στη διαχείριση των κινδύνων.

Οι στρατηγικές που εφαρμόζει ο οργανισμός πρέπει να αντανακλούν θετικά στην εικόνα του νοσηλευτή προς την αγορά. Τα νοσηλευτικά επιτεύγματα πρέπει να ανακοινώνονται εντός και εκτός του οργανισμού, στη κοινότητα. Οι παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες πρέπει να προβάλλονται μέσω των ιστοσελίδων του διαδικτύου, ώστε η κοινότητα να αναγνωρίζει το έργο των νοσηλευτών για την εξαιρετική περίθαλψη προς τους ασθενείς.

3.4.2.4 Δύναμη προσέλκυσης: Οι πολιτικές και τα προγράμματα του οργανισμού

Στους οργανισμούς Προσέλκυσης σημαντικός παράγοντας στη συμβολή προσέλκυσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι ανταγωνιστικοί μισθοί και οι διάφορες παροχές. Μία άλλη μέθοδος προσέλκυσης είναι τα οργανωμένα προγράμματα προσέλκυσης, τα οποία δεν στηρίζονται στα οικονομικά κίνητρα, ενώ σχεδιάζονται με τη συμβολή των κλινικών νοσηλευτών, των εργαζομένων του οικονομικού τομέα και του τομέα της διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων. Τα προγράμματα αυτά αξιολογούν τις τάσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό, τη τρέχουσα κατάσταση του και βασίζονται στην ενημέρωση από τους κλινικούς νοσηλευτές με την εισαγωγή δεδομένων, που στοχεύουν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων δημογραφικών δεδομένων για τη προσέλκυση υποψήφιων νοσηλευτών προς εργασία στις Μονάδες Προσέλκυσης. Ο οργανισμός προσπαθεί να διαμορφώσει ένα ετερογενές πολιτιστικά προσωπικό, το οποίο να καθρεφτίζει την ετερογένεια της κοινότητας που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του.

Στα πλαίσια της δημιουργίας ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας, εφαρμόζονται πολιτικές που θα διασφαλίσουν την αναφορά σφαλμάτων χωρίς να υπάρχει κάποια ποινή, κάποια διάκριση ή ύπαρξη ανοχής. Έτσι ενθαρρύνεται η καλλιέργεια της κουλτούρας για την αναφορά προς εξεύρεση λύσεων. Μία τέτοια πολιτική αναγνώρισης και αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκαλούνται από τον

γηράσκοντα νοσηλευτικό πληθυσμό είναι ο επανασχηματισμός του εργασιακού χώρου. Αυτός περιλαμβάνει διαμόρφωση του εξοπλισμού σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού, όπως εργονομικές καρέκλες, μεγέθυνση ψηφίων στις οθόνες κπλ.

Η πολιτική της εργασιακής απόδοσης, με αυτοαξιολόγηση και αξιολόγηση της απόδοσης των συναδέλφων, με τη μορφή διαγραμμάτων ελέγχου, τη συμμετοχή στα συμβούλια, βοηθά στη προαγωγή της ανέλιξης της καριέρας του προσωπικού και είναι ζητούμενο για τον οργανισμό Προσέλκυσης. Τέλος, το πρόγραμμα του συστήματος στελέχωσης της Μονάδας από νοσηλεύτες, σύμφωνα με τις Αρχές της Νοσηλευτικής Στελέχωσης, στοχεύει στη κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Το στοιχείο της ευελιξίας επιτρέπει τη προσαρμογή της διαθεσιμότητας των νοσηλευτών ανάλογα με τη βαρύτητα των ασθενών.

3.4.2.5 Η δύναμη προσέλκυσης: Η κοινωνία και ο υγειονομικός οργανισμός

Στους οργανισμούς Προσέλκυσης η συνεργασία με τη κοινότητα για τη προαγωγή της υγείας του πληθυσμού αποτελεί μέρος της δραστηριότητάς τους. Η υλοποίηση της συνεργασίας μέσω της συμμετοχής των νοσηλευτικών νοσηλευτών σε συμβούλια και επιτροπές με τη κοινότητα αποφέρει αμοιβαία οφέλη. Η εθελοντική προσφορά των νοσηλευτών παρέχει προσυμπτωματικό έλεγχο στην υγεία των ατόμων της κοινότητας, τον οποίο αναγνωρίζει ο οργανισμός με τα ενημερωτικά δελτία. Η αγωγή υγείας της κοινότητας και η προετοιμασία για επείγουσες καταστάσεις είναι μερικά από τα οφέλη της συνεργασίας του οργανισμού με τη κοινότητα. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτής της συνεργασίας αποτελεί αναγκαίο κομμάτι του προγράμματος για να ακολουθήσουν οι απαραίτητες διορθώσεις και αλλαγές (ANA,2004).

3.4.3 Επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε υπόδειγμα

Η τρίτη συνιστώσα ποιότητας περιλαμβάνει τις δυνάμεις προσέλκυσης: επαγγελματικά μοντέλα περίθαλψης, ο νοσηλευτής ως δάσκαλος, οι διεπιστημονικές σχέσεις, η αυτονομία, η συμβουλευτική και πόροι.

3.4.3.1 Δύναμη προσέλκυσης: Τα επαγγελματικά μοντέλα περίθαλψης

Το μοντέλο επαγγελματικής πρακτικής αφορά τον τρόπο παροχής της περίθαλψης, βασιζόμενο στο θεωρητικό υπόβαθρο της νοσηλευτικής πρακτικής και όχι στο μοντέλο όφελος αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής περίθαλψης (Duffy et al.,2007). Η Νοσηλευτική επιστήμη εξελίσσεται και ο ρόλος του πιστοποιημένου νοσηλευτή (Registered Nurse) αλλάζει, όπως και τα μοντέλα περίθαλψης, τα οποία εξετάζονται στη τεκμηρίωση τους μέσω της ερευνητικής δραστηριότητας για τα θετικά αποτελέσματα που προσφέρουν στους ασθενείς και τους εργαζομένους.

Στις Μονάδες προσέλκυσης εγκαταλείπεται η νοοτροπία “ένα μέτρο για όλους”, καθώς αναγνωρίζεται η εφαρμογή περισσότερων του ενός μοντέλου στον οργανισμό. Οι κλινικοί νοσηλευτές εμπλέκονται στη διαδικασία επιλογής ή της ανάπτυξης του μοντέλου και οι έχοντες τις ειδικές γνώσεις ελέγχουν τη μέθοδο της παροχής της περίθαλψης. Μερικά από τα μοντέλα που εφαρμόζονται μέχρι και σήμερα είναι το μοντέλο τη “πρωτογενούς νοσηλευτικής”, το μοντέλο της “οικογενειακής-κεντρικής περίθαλψης”, το μοντέλο της “κοινωνικής νοσηλείας”, της “ομαδικής νοσηλευτικής” και της “ολιστικής νοσηλευτικής”.

Ο έλεγχος της νοσηλευτικής πρακτικής και η επάρκεια σε στελέχωση, ως δύο από τα βασικά στοιχεία προσέλκυσης, παίζουν το ρόλο τους για το σχεδιασμό ενός μοντέλου επαγγελματικής πρακτικής (Aiken et al.,2002). Ο έλεγχος της νοσηλευτικής πρακτικής δεν αφορά την αυτονομία, η οποία σχετίζεται με την ατομική πρακτική όπου ο νοσηλευτής λαμβάνει αποφάσεις για την πρακτική της περίθαλψης του ασθενή. Αντίθετα, ο έλεγχος του νοσηλευτή στη νοσηλευτική πρακτική αναφέρεται στον

οργανισμό ως σύνολο και περιλαμβάνει τις αποφάσεις που σχετίζονται με τη μέθοδο της παροχής στη φροντίδα. Ο έλεγχος της νοσηλευτικής πρακτικής μέσα σε ένα περιβάλλον πρακτικής αποτελεί βασικό αντικείμενο σχολιασμού της έκθεσης "Σκοπός και Πρότυπα για Διοικητικά Στελέχη της Νοσηλευτικής" (Scope and standards for nurse administrators) της ANA (ANA,2004).

Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει το όφελος της ύπαρξης του πιστοποιημένου νοσηλευτή (RN) δίπλα στον ασθενή και όχι ως επόπτη, για τη θετική έκβαση του ασθενούς και την ικανοποίηση των νοσηλευτών. Το μοντέλο περίθαλψης που απομάκρυνε τον πιστοποιημένο νοσηλευτή δίπλα από τον ασθενή και χρησιμοποιούσε περισσότερο το βοηθητικό προσωπικό, αδυνατούσε να παρατηρήσει σωστά τον ασθενή ο πιστοποιημένος νοσηλευτής και να συμβάλει στα θετικά αποτελέσματα (Aiken et al.,2002).

Οι Μονάδες προσέγκυσης καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για προσέγκυση και διατήρηση του πιστοποιημένου νοσηλευτή (RN) στη παροχή φροντίδας, καθώς και την εκπαιδευτική του ανάπτυξη με τους κατάλληλους πόρους για ποιοτική φροντίδα. Ο οργανισμός έχει ευθύνη για την εφαρμογή της νοσηλευτικής πρακτικής σύμφωνα με το νόμο και για τη διασφάλιση ότι οι εργαζόμενοι είναι ενήμεροι για αυτές τις πληροφορίες, ενώ οι εργαζόμενοι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για την ενημέρωση τους σχετικά με ρυθμιστικούς νόμους του επαγγέλματος τους.

Η σημασία της συσχέτισης του μοντέλου επαγγελματικής πρακτικής ως αντανάκλαση του οράματος, της αποστολής και των αξιών του οργανισμού περιγράφεται από τους Ingersoll, Witzel και Smith. Η ατομική αξιολόγηση κάθε νοσηλευτή δείχνει κατά πόσο αυτές οι αξίες φαίνονται πρακτικά. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι οργανισμοί που διαθέτουν νοσηλευτές με υψηλή αντίληψη του ελέγχου της άσκησης της νοσηλευτικής, έχουν δομές που διασφαλίζουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών στις αποφάσεις σχετικά με τη πρακτική και αποτελεί χαρακτηριστικό της συμμετοχικής διοίκησης (Ingersoll et al.,2005).

Το διοικητικό συμβούλιο του οργανισμού προσέλκυσης ασχολείται με τους δείκτες στελέχωσης, όπου η έρευνα έδειξε ότι η παροχή περίθαλψης από τους πιστοποιημένους νοσηλευτές (RN) με μικρότερη επιφόρτιση των ασθενών, οδηγεί σε μείωση των αρνητικών αποτελεσμάτων για τους νοσηλευτές καθώς και της θνησιμότητας των ασθενών (Aiken et al.,2003). Δεν υπάρχει απόλυτος δείκτης που να υποδεικνύει τη σωστή αναλογία νοσηλευτή-ασθενή. Υπάρχουν όμως μέθοδοι στους οργανισμούς προσέλκυσης, οι οποίοι διασφαλίζουν τη κάλυψη των αναγκών των ασθενών από το νοσηλευτή που διαθέτει τα περισσότερα προσόντα και μέθοδοι μέτρησης του βαθμού οξύτητας της κατάστασης του ασθενή. Οι αριθμοί όμως δεν αντικατοπτρίζουν τη πραγματικότητα και οι ευέλικτες δομές στελέχωσης στον οργανισμό είναι μία απάντηση για την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή, όπου ο υπεύθυνος νοσηλευτής μπορεί να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές για τη παροχή της φροντίδας που απαιτείται.

3.4.3.2 Δύναμη προσέλκυσης: Οι νοσηλευτές ως δάσκαλοι

Μέρος του νοσηλευτικού έργου είναι η διδασκαλία και η εκπαίδευση των ασθενών, η οποία είναι διεπιστημονική με τεκμηριωμένα στοιχεία και αξιολογείται από τον οργανισμό για τα αποτελέσματά της. Η εκπαίδευση αφορά όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και τις οικογένειες τους με ολιστικό και εξατομικευμένο τρόπο, αλλά και τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές. Εκπαιδευτικό έργο προσφέρουν οι κλινικοί νοσηλευτές, το βοηθητικό προσωπικό, οι διευθυντές, τα λοιπά στελέχη και οι νοσηλευτές προηγμένης πρακτικής (Advanced Practice Nurses,APNs). Υπάρχει συνεργασία με τα ακαδημαϊκά ιδρύματα των οργανισμών προσέλκυσης, καθώς και εθελοντική κλινική εκπαίδευση για το προσωπικό του οργανισμού.

3.4.3.3 Δύναμη προσέλκυσης: Οι διεπιστημονικές σχέσεις του προσωπικού

Οι λειτουργοί της νοσηλευτικής και των άλλων βασικών επαγγελμάτων αναπτύσσουν διεπιστημονικές σχέσεις, οι οποίες είναι συνεργατικές και θετικές. Η συνεργασία αυτή διαφαίνεται στα διεπιστημονικά συμβούλια και τις επιτροπές για τη διεύρυνση της αριστείας του οργανισμού. Όλοι οι παράγοντες του οργανισμού συνεργάζονται για την εκτέλεση των πολιτικών αποφάσεων που έχουν ληφθεί σε ό,τι αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες. Μία μέθοδος διεπιστημονικής συνεργασίας είναι η διεπιστημονική επίσκεψη στους ασθενείς, ακόμη και παρουσία της οικογένειάς τους, κατά τη περίθαλψη τους, που όπως έχει αποδειχθεί μειώνει τη παραμονή τους στο νοσοκομείο (Dutton et al.,2003). Ακόμη με δομές όπου η ηλεκτρονική τεκμηρίωση διευκολύνει τη διεπιστημονική συνεργασία στο να συλλέγονται τα στοιχεία, να αξιολογούνται και να θεσπίζονται στόχοι, επιτυγχάνεται η κοινοποίηση της γνώσης και η εκπαίδευση των ασθενών. Οι στρατηγικές της διαχείρισης των συγκρούσεων ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υλοποιούνται προς επίλυση των προβλημάτων, ενώ παρέχεται υποστήριξη στα ανώτερα στελέχη με υπόδειξη τεχνικών διοίκησης και συμπεριφοράς προτύπων.

3.4.3.4 Δύναμη προσέλκυσης: Η αυτονομία

Η αυτονομία αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των νοσοκομείων Μαγνήτες. Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 μέχρι και σήμερα υπάρχει σύγχυση για το νόημα και το τρόπο που γίνεται αντιληπτή η έννοια αυτή (McClure et al.,1983). Ένας επίσημος ορισμός της αυτονομίας είναι "η αποδεκτή από τη κοινωνία και νομικά καθορισμένη ελευθερία να λαμβάνονται αποφάσεις πρακτικής, χωρίς τεχνική αξιολόγηση από πηγές έξω από το επάγγελμα" (McKay,1983). Η επαγγελματική αυτονομία δεν είναι απλά η εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών, αλλά η άσκηση της κρίσης του νοσηλευτή που πηγάζει από την επαγγελματική του εκπαίδευση, την αρτιότητα του ως κλινικού νοσηλευτή και την επιθυμία του να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Η επάρκεια του νοσηλευτή αποτελεί προϋπόθεση για την αυτονομία στην άσκηση της πρακτικής.

Έχει αποδειχθεί ερευνητικά η θετική συσχέτιση της αυτονομίας και της υπευθυνότητας με την ικανοποίηση των ασθενών και του νοσηλευτή (Aiken et al.,2002). Συγκεκριμένα, ερευνητές παρατήρησαν ότι τα νοσοκομεία όπου νοσηλεύονται ασθενείς με AIDS, ως δομές είχαν σχεδιαστεί από τους νοσηλευτές των δομών αυτών και θεώρησαν ότι το στοιχείο του ελέγχου στην παροχή της περίθαλψης είναι το “κλειδί” για τα θετικά αποτελέσματα που βρήκαν.

Στο εγχειρίδιο “Σκοπός και Πρότυπα για Διοικητικά Στελέχη της Νοσηλευτικής” (Scope and standards for nurse administration) της ANA αναφέρεται η ευθύνη των διευθυντών της Νοσηλευτικής να διαθέτουν στους νοσηλευτές τα κατάλληλα εργαλεία και το περιβάλλον που θα μπορέσουν να επιτύχουν την αυτονομία στη νοσηλευτική πρακτική (ANA,2004). Ο οργανισμός προσέγκυσης αξιολογεί τη κρίση των νοσηλευτών και την ενθάρρυνση της συνεργασίας στη διεπιστημονική ομάδα, προκειμένου να παρέχεται η νοσηλευτική περίθαλψη με ασφαλή και επαρκή τρόπο. Η νοσηλευτική διοίκηση υποστηρίζει τη κλινική επάρκεια χωρίς να επιβάλλει τιμωρίες και αν κάποιος νοσηλευτής κάνει κάποιο σφάλμα, η εστίαση γίνεται στην αξιοποίηση της εμπειρίας και στη διαδικασία λήψης απόφασης. Ο ρόλος της ηγεσίας στους οργανισμούς προσέγκυσης είναι σημαντικός για τη καθιέρωση της κουλτούρας της αυτόνομης πρακτικής σε αυτόν και ο νοσηλευτικός τομέας έχει το δικό του διακριτό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην από κοινού λήψη αποφάσεων στον οργανισμό με συμμετοχική διοίκηση επιτρέπει τον έλεγχο της πρακτικής τους.

Η καλή συνεργασία μεταξύ ιατρού-νοσηλευτή όπως έχει αποδειχθεί ερευνητικά ενισχύει την αυτονομία των νοσηλευτών (Rosenstein,2002; Manojlovich,2005). Ο σεβασμός για τη κλινική αρτιότητα του άλλου και η καθιέρωση της καλής επικοινωνίας είναι δύο βασικά στοιχεία της προαγωγής των συνεργατικών σχέσεων, ενώ αποτελεί ευθύνη της διοίκησης μία αποτελεσματική μέθοδο για την εφαρμογή της καλής πρακτικής.

3.4.3.5 Δύναμη προσέλκυσης: Οι συμβουλές και πόροι

Η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών επηρεάζει την άσκηση της πρακτικής και ο νοσηλευτής ενεργοποιεί το εργασιακό του περιβάλλον για αλλαγές, οι οποίες γίνονται κατανοητές. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι διεπιστημονικές επισκέψεις, οι παρουσιάσεις περιστατικών και η νοσηλευτική έρευνα διευκολύνουν την εφαρμογή των αλλαγών αυτών. Η συμμετοχή των νοσηλευτών σε κοινοτικούς και επαγγελματικούς οργανισμούς αντανακλώνται στη φροντίδα των ασθενών, ενώ η συνεργασία του οργανισμού προσέλκυσης με τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και η χρήση ειδικών συμβούλων είναι μέθοδοι της πολιτικής συμβουλευτικής.

3.4.4 Ύπαρξη γνώσης, καινοτομίας και βελτιώσεις

Η τέταρτη συνιστώσα της ποιότητας περιλαμβάνει τη δύναμη προσέλκυσης 'βελτίωση στη ποιότητα της περίθαλψης'.

3.4.4.1 Δύναμη προσέλκυσης: Η βελτίωση στη ποιότητα της περίθαλψης

Στον οργανισμό προσέλκυσης καλλιεργείται η λήψη των αποφάσεων για τη περίθαλψη των ασθενών, βάσει της ερευνητικής δραστηριότητας ή της αξιοποίησης των διαθέσιμων κριτηρίων. Η υποδομή του οργανισμού υποστηρίζει την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του κλινικού νοσηλευτή, ο οποίος μελετά αξιολογεί και εφαρμόζει τη νοσηλευτική έρευνα, την οποία αμφισβητεί συνεχώς επιδιώκοντας την εφαρμογή της βέλτιστης πρακτικής. Οι οργανισμοί προσέλκυσης επιδιώκουν συνεχώς τη βελτίωση στη ποιότητα φροντίδας και του εργασιακού περιβάλλοντος. Για να ενισχυθεί η προσπάθεια αυτή, υπάρχουν ειδικοί που είναι διαθέσιμοι για να καθοδηγήσουν όποτε χρειάζεται και ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για τους κλινικούς ερευνητές, όπως και ελεύθερη πρόσβαση στα ηλεκτρονικά περιοδικά και βιβλιοθήκες.

Οι τεκμηριωμένες μέθοδοι αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης στη ποιότητα, ενισχύεται με τη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης παρακολουθούνται και συγκρίνονται με αντίστοιχα στοιχεία άλλων οργανισμών σε τακτική βάση. Για το σκοπό αυτό απαιτείται μία εθνική βάση δεδομένων νοσηλευτικών δεικτών, όπως είναι η Εθνική Βάση Δεδομένων για τους Δείκτες της Νοσηλευτικής Ποιότητας (National Database on Nursing Quality Indicators) που υποστηρίζεται από την ANA. Άλλες εθνικές βάσεις δεδομένων θα μπορούσαν να υποστηρίζονται είτε από ιδιωτικούς οργανισμούς, είτε από οργανισμούς επαγγελματικών ειδικοτήτων. Η συμμετοχή του κλινικού νοσηλευτή είναι ενεργή στη διαδικασία της αξιολόγησης, συλλέγοντας τα στοιχεία, συμμετέχοντας στη διαμόρφωση των προγραμμάτων και στη διάχυση των πληροφοριών.

Η εμπλοκή των νοσηλευτών στη διαδικασία της αξιολόγησης της μονάδας εργασίας τους, προκειμένου να επιλεγεί το κατάλληλο πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας, ενισχύει την ομαδική εργασία και καταρρίπτει τις παλιές συνήθειες τους για τη παροχή της καλύτερης περίθαλψης στον ασθενή.

3.4.5 Τα αποτελέσματα της ποιότητας βάσει της εμπειρίας

Η πέμπτη συνιστώσα ποιότητας περιλαμβάνει τη δύναμη προσέλκυσης 'ποιότητα της περίθαλψης'.

3.4.5.1 Δύναμη προσέλκυσης: Η ποιότητα στη περίθαλψη

Για τη διατήρηση και τη προσέλκυση του προσωπικού στους οργανισμούς προσέλκυσης προϋπόθεση είναι η ύπαρξη κατάλληλων υποδομών μέσα στον οργανισμό, οι οποίες θα υποστηρίζουν τις δραστηριότητες ανάπτυξης, διαχείρισης, παρακολούθησης και αξιολόγησης της ποιότητας στη φροντίδα των ασθενών.

Ο ρόλος της ηγεσίας είναι καθοριστικός, καθώς συμμετέχει στη διαδικασία αυτή σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ρόλος των συμβουλίων και των διεπιστημονικών ομάδων επίσης καθορίζουν τις πολιτικές και τις διαδικασίες προς

όφελος της καλής πρακτικής. Προϋπόθεση ακόμη είναι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας σε ολόκληρο τον οργανισμό και η επάρκεια των πόρων με τη ταυτόχρονη δημοσιονομική στήριξη. Η ενίσχυση της πεποίθησης των νοσηλευτών για τη ποιοτική περίθαλψη γίνεται με τη χρήση εργαλείων μέτρησης, ώστε η ποιότητα να τεκμηριώνεται, καθώς και τα αποτελέσματα για τον ασθενή.

Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας για τη κλινική πρακτική και των σχετικών προγραμμάτων κρίνεται αναγκαία για την ανάδειξη των ενδείξεων στις αλλαγές της κλινικής πρακτικής και για τις αντικειμενικές αξιολογήσεις. Οι οργανισμοί προσέλκυσης υποβάλλονται σε διαδικασίες επανασχεδιασμού για να επιτύχουν τη νοσηλευτικής αριστεία, με επίκεντρο τα στοιχεία για τους ασθενείς και για την επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η σημασία της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι μεγάλη, καθώς έχει άμεσο αντίκτυπο στη ποιότητα των υπηρεσιών προς τον ασθενή, όπως προκύπτει από ένα μεγάλο εύρος ερευνών (Ilioroulos et al.,2018).

4.1 Επαγγελματική ικανοποίηση

Σύμφωνα με το Locke (Locke,1976) η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται με το σύστημα αξιών του ατόμου και αφορά τη θετική συναισθηματική απόκριση του προς το αντικείμενο της εργασίας του, διότι ικανοποιεί το σύστημα αξιών. Ο Spector (Spector,1997) με τη σειρά του υποστηρίζει ότι η εργασία είναι ο τρόπος έκφρασης των συναισθημάτων που έχουν τα άτομα για τη δουλειά τους και βαθμολογείται ως ευχάριστη ή ως δυσάρεστη.

Οι Hackman και Oldman διατύπωσαν το ‘Μοντέλο των χαρακτηριστικών της εργασίας’ (Job characteristics model). Το μοντέλο απαρτίζεται από τρία μέρη:

- Βασικά χαρακτηριστικά: αφορούν τις ιδιότητες της εργασίας που έχουν ψυχολογικές επιδράσεις στο άτομο, οι οποίες ευθύνονται για την έκβαση εργασιακού αποτελέσματος. Τέτοιες ιδιότητες είναι η ταυτότητα και σπουδαιότητα του έργου, η αυτονομία πάνω στην εργασία και η επανατροφοδότηση, η οποία αφορά την αποτελεσματικότητα της επίδοσης του ατόμου.
- Κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου
- Τα εργασιακά αποτελέσματα: αφορούν τα υψηλού επιπέδου εσωτερικά κίνητρα στην εργασία, όπως η επίδοση, η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση, η χαμηλή αποχώρηση και η απουσία.

4.1.1 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης

Σύμφωνα με το Locke (Κάντας,1998) οι παράγοντες που συμβάλλουν στη επαγγελματική ικανοποίηση είναι οι:

- Η ενίσχυση προς τον εργαζόμενο και η αναγνώριση της προσπάθειας του με διάφορους τρόπους.
- Οι υποστηρικτικές συνθήκες εργασίας που έχει το περιβάλλον εργασίας.
- Οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων.
- Η υποστηρικτική πολιτική του οργανισμού προς τους εργαζομένους.
- Η δυνατότητα συμμετοχής των εργαζομένων στη πολιτική λήψης αποφάσεων.
- Η ενίσχυση της αυτονομίας των εργαζομένων.
- Σαφή διάκριση ρόλων και καθηκόντων του προσωπικού.
- Η ανάλογη ανταμοιβή στην απόδοση του εργαζομένου.

4.1.2 Παράγοντες επιρροής της ικανοποίησης των νοσηλευτών

Σύμφωνα με τη Blegen (Blegen,1993) οι τρεις βασικές κατηγορίες παραγόντων επιρροής της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών είναι οι ατομικοί, οι οργανωτικοί και οι εργασιακοί. Οι παράγοντες αυτοί πλαισιώνουν το θεωρητικό πλαίσιο των μοντέλων που χρησιμοποιούνται.

- ✓ Οι ατομικοί παράγοντες, τέσσερις σε αριθμό, αναφέρονται στην ηλικία, την εκπαίδευση, την εμπειρία και τον επαγγελματικό ζήλο του εργαζομένου.
- ✓ Οι οργανωτικοί παράγοντες, έξι σε αριθμό, αναφέρονται: στη δέσμευση που έχει ο εργαζόμενος με τον οργανισμό μέσα στον οποίο εργάζεται, το άγχος που λειτουργεί αρνητικά στην ικανοποίηση του, το επίπεδο επικοινωνίας με τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους του, ο βαθμός αυτονομίας της εργασίας του, η αναγνώριση που λαμβάνει από την εργασία του και ο βαθμός ρουτίνας μέσα στην εργασία.

- ✓ Οι εργασιακοί παράγοντες, τρεις σε αριθμό, αναφέρονται στο φόρτο εργασίας που επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση, καθώς έχει επίπτωση στην αυτονομία του εργαζόμενου και τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ακόμη, η σύνθεση του προσωπικού και η σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών, η οποία συνδέεται άμεσα με το φόρτο εργασίας και τη παρεχόμενη ποιότητα (Aiken et al.,2002b; Ferguson-Pare,1996), καθώς και η δυσανάλογη σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με το ηλικίο νοσηλεύτη προς ασθενείς έχουν επίπτωση στη ποιότητα φροντίδας και την έκβαση του ασθενή (Best & Thurston,2004).

4.2 Ο ρόλος της εκπαίδευσης των νοσηλευτών

Το παραδοσιακό μοντέλο θέλει τους νοσηλευτές να ενεργούν σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών (Black,2005) και ως εκ τούτου να λαμβάνουν τις αποφάσεις σε όλα τα θέματα της διαχείρισης στην υγεία του ασθενή (Love et al.,2012). Με τη πάροδο του χρόνου ο ρόλος του νοσηλευτή μεταβλήθηκε αρκετά, καθώς δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες, η τεχνολογία, η έρευνα και οι αναθεωρήσεις στο νομοθετικό πλαίσιο πυροδότησαν τις διεθνείς εξελίξεις και την εγχώρια οικονομία.

Ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών υγείας απαιτεί τη συμμετοχή και τη συνεργασία διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, με αποτέλεσμα να μετατοπίζεται το κέντρο βάρους της ευθύνης από τους ιατρούς και σε άλλες ειδικότητες, όπως είναι οι νοσηλευτές (Carrier J & Kendall,1995). Αυτή η μετατόπιση βοήθησε στη διαμόρφωση του διευρυμένου νοσηλευτικού ρόλου με έμφαση στην αυτονομία του, καθώς το επάγγελμα του νοσηλευτή χαρακτηρίζεται από χαμηλό δείκτη αυτονομίας, ενώ τη κύρια επίδραση έχουν οι ιατροί στη διαχείριση των ασθενών. Οι νοσηλευτές με υψηλό υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και προϋπηρεσία, οι οποίοι λειτουργούν σε εργασιακά πλαίσια μη υποστηρικτικά προς αυτούς, δηλώνουν τη δυσαρέσκεια τους και επομένως την έκπτωση στη ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών (Kanai-Pak et al.,2008;

Brofidi et al.,2019). Ως επακόλουθο, της χαμηλής αυτονομίας είναι και η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών, αλλά ακόμη πιο σημαντική είναι η επίπτωση στη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Dorgham & Al Mahmoud,2013).

Η έλλειψη της αυτονομίας στην εργασία των νοσηλευτών επιφέρει εύλογα την έλλειψη ικανότητας να συμβάλλουν σε τροποποιήσεις. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει η σημαντικότητα της αυτονομίας ως κύριος καθοριστικός παράγοντας της επαγγελματικής ικανοποίησης και του νοσηλευτικού επαγγελματισμού (Miller D, 2006). Η αυτονομία αναφέρεται ως ένας από τους τρεις ακρογωνιαίους λίθους για τα άριστα και ελκυστικά περιβάλλοντα εργασίας. Η ενίσχυση της αυτονομίας συμβάλει στην επαγγελματική ικανοποίηση και επομένως στη παραμονή της εργασίας ή στη προσέλκυση νέου προσωπικού. Οι βελτιώσεις αναγνώρισης των διοικητικών δομών και διαδικασιών που επιτρέπουν τη κλινική αυτονομία έχουν γνωρίσει μεγάλη σύγχυση, έλλειψη ή ακρίβεια στο προσδιορισμό τους και δυσκολία διαχωρισμού μεταξύ οργανωσιακής (organizational) και κλινικής (clinical) αυτονομίας.

Αυτονομία σημαίνει δομημένες αποφάσεις όπου δεν απαιτείται πάντα να απευθύνεις ερωτήσεις. Η αυτόνομη πρακτική περιλαμβάνει ίδιου τύπου λήψης αποφάσεων, αποφασιστικότητα και αμοιβαία υποστήριξη. Η πλειοψηφία των αυτόνομων πρακτικών θα ενίσχυε τη ποιότητα φροντίδας και την επαγγελματική ικανοποίηση, αν οι κλινικές μονάδες συμπεριελάμβαναν στο σχεδιασμό τους τη συχνή λήψη αυτόνομων αποφάσεων, οι οποίες θα λαμβάνονται μέσα από τη γνώση και τον ανταγωνισμό (Kramer & Schmalenberg, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η ενίσχυση της επαγγελματικής ικανοποίησης, της αυτονομίας, της ποιότητας φροντίδας και της ασφάλειας των ασθενών επιτυγχάνεται με τη βελτιστοποίηση της ελκυστικότητας του περιβάλλοντος εργασίας.

5.1 Το Νοσηλευτικό Περιβάλλον Εργασίας (Nursing Practice Environment)

Το Νοσηλευτικό Περιβάλλον Εργασίας (Nursing Practice Environment- NPE) ορίζεται ως “το σύνολο των οργανωσιακών χαρακτηριστικών σε ένα εργασιακό πλαίσιο, τα οποία διευκολύνουν ή περιορίζουν την επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική” (Lake,2002) και αποτέλεσε κομβικό σημείο στους τομείς που διένυσαν περιόδους μεγάλης κρίσης σε έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και κρίση σε θέματα ασφάλειας των ασθενών. Διάφοροι διεθνείς οργανισμοί υποστηρίζουν ότι, η βελτίωση του NPE θα οδηγήσει αισθητά στη βελτίωση της έλλειψης σε νοσηλευτικό δυναμικό (American Association of Colleges of Nursing et al., 2001; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002).

Το 2003, το Ιατρικό Ινστιτούτο προσανατολίστηκε στη προσπάθεια του μετασχηματισμού του NPE, ως μηχανισμός βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών (institute of Medicine, 2003). Για τη επίτευξη του σκοπού αυτού απαιτείται η αξιολόγηση των NPEs από χρήσιμα εργαλεία μέτρησης για τους διοικητές των μονάδων υγείας, τα οποία θα βασίζονται σε θεωρητικό υπόβαθρο και θα διακρίνονται από εγκυρότητα και αξιοπιστία. Τα διοικητικά στελέχη έχουν ανάγκη από εργαλεία και προγράμματα αξιολόγησης, για τη διαχείριση των αδύναμων σημείων του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος Εργασίας (Shortell et al., 1991).

5.2 Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ένας αριθμός ερευνητικών εργαλείων, τα οποία έχουν αναπτυχθεί χάριν της νοσηλευτικής έρευνας και των συμπεριφοριστικών ή διοικητικών επιστημών για τις δεκαετίες του '80 και '90. Μερικά από τα πιο γνωστά ερευνητικά εργαλεία στο πεδίο μέτρησης του Εργασιακού Περιβάλλοντος Νοσηλευτικής είναι τα εξής (Lake, 2007):

- The Work Environment Scale (WES), το οποίο δίνει έμφαση στην αξιολόγηση του κοινωνικού κλίματος στο εργασιακό περιβάλλον, τις εργασιακές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και τη δομή οργάνωσης.
- The Job Characteristics Inventory (JCI), το οποίο αναπτύχθηκε για τη καλύτερη κατανόηση των διαφορών πάνω στη παραγωγικότητα των εργαζομένων και την επαγγελματική ικανοποίηση.
- The Ward Organization Features Scale (WOFs), το οποίο αναπτύχθηκε για την αναγνώριση του κοινωνικό-τεχνικού εργασιακού περιβάλλοντος των νοσοκομείων.
- The Work Quality Index (WQI), που μετράει την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών πάνω στη ποιότητα της εργασίας τους και του εργασιακού τους περιβάλλοντος.
- The Assessment of Work Environment Scale (AWES), το οποίο αναπτύχθηκε για τη μέτρηση του εργασιακού περιβάλλοντος, βασιζόμενο στη βιβλιογραφία της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών και του ηθικού τους.

5.3 Revised Nursing Work Index (NWI-R)

Το πλέον διαδεδομένο ερευνητικό εργαλείο που έχει αναπτυχθεί για τους παραπάνω τομείς είναι το Revised Nursing Work Index (NWI-R) (Aiken, Sochalski & Lake, 1997; Aiken & Patricia, 2000), το οποίο βασίστηκε και προήλθε από το ερευνητικό εργαλείο

Nursing Work Index (NWI) (Kramer & Hafner,1989). Το θεωρητικό υπόβαθρο του NWI περιέχει τη βιβλιογραφία της επαγγελματικής ικανοποίησης (job satisfaction), την αξία της εργασίας (work value) και τα ευρήματα της μελέτης που διεξήγαγε η Αμερικανική Ακαδημία το 1984 για τη μελέτη των Nursing Magnet Hospitals (McClure et al., 1983; McClure & Hinshaw, 2002). Η διαφορά μεταξύ των NWI και NWI-R έγκειται στο ότι, οι νοσηλευτές ερωτώνται πάνω για τη παρουσία ή μη συγκεκριμένων οργανωσιακών χαρακτηριστικών (organizational traits) στο χώρο εργασίας τους, όπως "ο νοσηλευτής διευθυντής είναι ένας καλός manager και ηγέτης" και όχι για την ικανοποίησή τους ή την αντίληψή τους σχετικά με τη παραγωγικότητα και τα χαρακτηριστικά αυτής. Ακόμη, το NWI-R περιέχει 49 ερωτήσεις (items) από τις 65 αυθεντικές ερωτήσεις του NWI (Sochalski et al.,1999). Οι ερωτήσεις αυτές τους ερωτηματολογίου κατηγοριοποιήθηκαν, βάσει θεωρητικού υπόβαθρου, στις εξής υποκλίμακες (subscales): Αυτονομία (Autonomy), Έλεγχος στο χώρο εργασίας (Control over Practice Setting), Εργασιακές σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών (Nurse-Physician Relationships), Οργανωσιακή υποστήριξη (Organizational Support) (Aiken & Patrician, 2000).

Από τη παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στα δεδομένα της έρευνας του 1986, στα αυθεντικά Magnet hospitals, προέκυψαν πέντε υποκλίμακες (subscales) (Nurse Participation in Hospital Affairs; Nursing Foundations for Quality of Care; Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses; Staffing, and Resources Adequacy; Collegial Nurse-Physician Relations), οι οποίες συνέθεσαν το ερωτηματολόγιο Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) (Lake,2002). Η σύνθεση του ερευνητικού αυτού εργαλείου μετράει τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος πρακτικής (practice environment), είτε ως ενιαία μεταβλητή, είτε ως τρεις κατηγοριοποιημένες μεταβλητές υποδεικνύοντας ένα ελκυστικό (favourable), μεικτό (mixed) ή μη ελκυστικό (unfavourable) περιβάλλον πρακτικής (practice environment) (Lake & Friese,2006). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του PES-NWI έχουν μελετηθεί τόσο σε επίπεδο νοσοκομείου, όσο και σε επίπεδο τμήματος.

Το PES-NWI και το NWI-R χρησιμοποιούνται ως εργαλεία μέτρησης για να περιγράψουν και να συγκρίνουν διαφορετικά εργασιακά πλαίσια, είτε είναι νοσοκομεία προσέλκυσης (Magnet hospitals), είτε νοσοκομεία μη-προσέλκυσης (non-Magnet hospitals) (Aiken, Smith & Lake, 1994; Lake, 2002; Upenieks, 2002; Lake & Friese, 2006; Brofidi et al., 2018). Ακόμη, τα PES-NWI και NWI-R χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των επιπτώσεων του περιβάλλοντος πρακτικής (practice environment) στην έκβαση εργασίας του νοσηλευτή (nurse outcomes), όπως είναι: η επαγγελματική εξουθένωση (nurse burnout), η επαγγελματική ικανοποίηση (job satisfaction), η πρόθεση αποχώρησης από την εργασία (intention to leave), η εναλλαγή προσωπικού (turnover), οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα (needlestick injuries), η ανεπάρκεια στην εργασία (work-related disability) και η έκβαση του ασθενή (patient outcome) (Aiken & Sloane 1997; Leiter & Laschinger 2006).

Το 2004, ο οργανισμός National Quality Forum (NQF) επέλεξε το PES-NWI ως εργαλείο για τις μετρήσεις του Nursing Care Performance Measure (National Quality Forum 2004). Το 2005, ο οργανισμός Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ανέπτυξε τις προδιαγραφές για την εφαρμογή των μετρήσεων της Διεθνούς Βάσης Δεδομένων για τους Νοσηλευτικούς Δείκτες Ποιότητας (National Database of Nursing Quality Indicator - NDNQI), συμπεριλαμβάνοντας το PES-NWI (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005) και το 2006 αποτέλεσε την επιλογή εργαλείου μέτρησης για την ετήσια νοσηλευτική έρευνα της NDNQI (NDNQI, 2006).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ – ΣΤΟΧΟΙ

Οι δύο κεντρικοί στόχοι της παρούσας μελέτης, με τους αντίστοιχους επιμέρους, ήταν οι εξής:

A. Να αξιολογήσει το επαγγελματικό περιβάλλον των εργαζόμενων νοσηλευτών σε ελληνικά νοσοκομεία περιοχών που δεν έχουν διερευνηθεί με αντίστοιχο τρόπο πριν.

i) συγκεκριμένα η έρευνα στόχευε στην αξιολόγηση 5 δημόσιων νοσοκομείων που ανήκουν στην Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, εκ των οποίων ένα πανεπιστημιακό και τα υπόλοιπα γενικά (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Άγιος Γεώργιος”, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου), μέσω της χρήσης της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI). Η αξιολόγηση αυτή θα οδηγήσει στην κατάταξη των εν λόγω νοσοκομείων ως εργασιακά περιβάλλοντα είτε ελκυστικά, είτε μεικτά ή μη ελκυστικά για τους νοσηλευτές τους.

ii) πέρα από τη συνολική κατάταξη των νοσοκομείων (ελκυστικά, μεικτά, μη ελκυστικά) η κλίμακα PES-NWI προσφέρει τη δυνατότητα διερεύνησης επιμέρους χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού εργασιακού πλαισίου μέσω των πέντε υποκλιμάκων της. Συγκεκριμένα θα εξεταστούν για κάθε ένα από τα συμμετέχοντα στην έρευνα νοσοκομεία η αντίληψη των νοσηλευτών ως προς το επίπεδο α) συμμετοχής τους σε διοικητικά ζητήματα του Νοσοκομείου β) διατήρησης των νοσηλευτικών προτύπων για την ποιότητα παροχής φροντίδας γ) δυνατότητας άσκησης διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης των νοσηλευτών δ) στελέχωσης και επάρκειας πόρων ε) ποιότητας επαγγελματικής σχέσης ιατρών-νοσηλευτών.

iii) να γίνει σύγκριση των δεδομένων κατάταξης των νοσοκομείων υπό διερεύνηση με τις αντίστοιχες βαθμολογήσεις στην κλίμακα PES-NWI (συνολική και υποκλιμάκων) Αμερικανικών νοσοκομείων που έχουν χαρακτηριστεί ως Μαγνήτες ή μη Μαγνήτες.

B. Να διερευνήσει παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των νοσηλευτών ως προς το εργασιακό τους περιβάλλον στα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης. Καθώς ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση του τμήματος εργασίας των νοσηλευτών, του εκπαιδευτικού επιπέδου και της εργασιακής εμπειρίας τους, καθορίστηκαν οι παρακάτω επιμέρους στόχοι:

iv) σύγκριση της αντίληψης μαγνητισμού με βάση την κλίμακα (PES-NWI) μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται στο χειρουργικό και στο παθολογικό τμήμα.

v) σύγκριση της αντίληψης μαγνητισμού μεταξύ νοσηλευτών τετραετούς εκπαίδευσης και βοηθών νοσηλευτών διετούς εκπαίδευσης.

vi) εξέταση της σχέσης της συνολικής εργασιακής εμπειρίας (έτη συνολικής επαγγελματικής ζωής) και της εργασιακής εμπειρίας στο παρόν τμήμα εργασίας (έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και τμήμα) με την αντίληψη για το μαγνητικό ή μη χαρακτήρα του περιβάλλοντος εργασίας.

vii) εξέταση των μοντέλων που προβλέπουν την αξιολόγηση του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος (συνολική βαθμολογία στο Greek-PES-NWI και στις υποκλίμακες) ως αποτέλεσμα μιας σειράς παραγόντων συμπεριλαμβανομένων του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης, της ειδικότητας των νοσηλευτών, του νοσοκομείου και της εργασιακής εμπειρίας στο τρέχον τμήμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Κριτήρια επιλογής νοσοκομείων

Η έρευνα διεξήχθη στα πέντε δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου-ΠΑΓΝΗ, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Άγιος Γεώργιος”, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου). Το ΠΑΓΝΗ είναι πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ενώ τα υπόλοιπα τέσσερα Γενικά Νοσοκομεία. Η επιλογή των νοσοκομείων έγινε με κριτήριο την από κοινού διοικητική υπαγωγή τους στην 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδος, καθώς και τη παροχή δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδα υγείας. Για το λόγο αυτό εξαίρεση αποτέλεσαν τα Κέντρα Υγείας. Η παρούσα αποτελεί Συγχρονική Μελέτη (Cross Sectional Study).

7.2 Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας

Το πληθυσμό στόχο της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές (τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) και οι βοηθοί νοσηλευτών (δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) που εργάζονταν στα πέντε νοσοκομεία. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν οι μη έχοντας μόνιμη εργασιακή σχέση με τα νοσοκομεία (δημόσιοι υπάλληλοι), όσοι απουσίαζαν σε αργία ή άδεια λοχίας και όσοι κατείχαν θέση προϊσταμένου τμήματος ή ασκούσαν διοικητικά καθήκοντα.

Στην Ελλάδα οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών μοιράζονται τα ίδια καθήκοντα εργασίας στη πλειοψηφία των νοσοκομείων, λόγω της μεγάλης έλλειψης σε νοσηλευτικό προσωπικό. Τα τέσσερα από τα πέντε νοσοκομεία της έρευνας αντιμετωπίζουν την ίδια συνθήκη, εκτός από το πανεπιστημιακό νοσοκομείο (ΠΑΓΝΗ), όπου τηρείται καθηκοντολόγιο στην εργασία τους ανάμεσα σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών. Προκειμένου να ερευνηθεί αν οι δύο αυτές ομάδες εργαζομένων (νοσηλευτές και βοηθοί) βιώνουν με διαφορετικό τρόπο το εργασιακό τους

περιβάλλον, πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση t-tests. Η ανάλυση συνέκρινε την ανταπόκριση των απαντήσεων αναφορικά με το PES-NWI (τόσο στο σύνολο των νοσοκομείων, όσο και σε κάθε ένα από τα νοσοκομεία ξεχωριστά). Από την ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά, με αποτέλεσμα να θεωρήσουμε τις δύο αυτές ομάδες ως μία στην ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Οι νοσηλευτές των νοσοκομείων προσεγγίστηκαν τέσσερις διαφορετικές χρονικές στιγμές και αφού ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα το ερωτηματολόγιο. Οι προϊστάμενοι των εξωτερικών ιατρείων, των μονάδων και των κλινικών τμημάτων συνέβαλλαν στην έρευνα, διανέμοντας το ερωτηματολόγιο σε όλους τους υφιστάμενους των τμημάτων τους και συλλέγοντας τα ερωτηματολόγια παρουσία του ερευνητή, ο οποίος ήταν παρόν για οποιαδήποτε διευκρίνιση. Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκεσε 5μήνες (Η έναρξη της έρευνας έγινε 1 Νοεμβρίου 2011 και έληξε στις 30 Μαρτίου 2012) και τα τμήματα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν:

- Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
- Τα Εξωτερικά Ιατρεία
- Κλινικές Χειρουργικού Τομέα
- Κλινικές Παθολογικού Τομέα
- Ψυχιατρικές Κλινικές

7.3 Δυσκολίες συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των ερωτηματολογίων συνάντησε μεγάλο βαθμού δυσκολίες, καθώς οι εργαζόμενοι που τους ζητήθηκε να συμμετάσχουν τήρησαν σε μεγάλο ποσοστό επιφυλακτική στάση, που οφειλόταν στο ίδιο το αντικείμενο της μελέτης, καθώς δεν είχαν κληθεί παρελθοντικά να απαντήσουν σε παρόμοιες ερωτήσεις. Σημαντικός παράγοντας άρνησης συμμετοχής ήταν ο μεγάλος φόρτος εργασίας, όπως ανέφεραν οι εργαζόμενοι.

7.4 Στάθμιση και μετάφραση ερωτηματολογίου

Το Practice Environment Scale- 32 ερωτήσεων μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και σταθμίστηκε από το Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών με τη τεχνική CVI (Zikos et al., 2012). Η διαδικασία της τεχνικής CVI αξιολογεί τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, ώστε να είναι κατάλληλες για το πληθυσμό μελέτης (Polit & Beck, 2006).

Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στην έκδοση της Lake (2002) με μία μικρή διαφοροποίηση, προσθέτοντας μία ακόμη ερώτηση. Η έκδοση του ερωτηματολογίου που προέκυψε, χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη RN4CAST, 4 βαθμίδων κλίμακας Likert. Οι απαντήσεις με μεγαλύτερη βαθμολογία της κλίμακας Likert υποδεικνύουν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας του ερωτηθέντα για τα στοιχεία ελκυστικότητας, στα οποία αναφέρεται η ερώτηση και εντοπίζονται στο τωρινό εργασιακό περιβάλλον.

Οι Lake και Friese (Lake & Friese, 2006) παρουσίασαν τη καινοτομία της κατηγοριοποίησης στην ελκυστικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος, κατατάσσοντας τα εργασιακά περιβάλλοντα σε: 1) ελκυστικά, 2) μεικτά και 3) μη ελκυστικά. Ελκυστικά περιβάλλοντα εργασίας ονομάζονταν εκείνα που συγκέντρωναν τέσσερις ή πέντε υποκλίμακες με στατιστικό μέσο (Mean) ίσο ή μεγαλύτερο από 2.5. Μεικτά περιβάλλοντα εργασίας ήταν εκείνα που συγκέντρωναν δύο ή τρεις υποκλίμακες με στατιστικό μέσο (Mean) ίσο ή μεγαλύτερο από 2.5. Μη ελκυστικά περιβάλλοντα εργασίας ήταν εκείνα που συγκέντρωναν μία ή καμία υποκλίμακα με στατιστικό μέσο (Mean) ίσο ή μεγαλύτερο από 2.5.

Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκε ένας αριθμός ερωτήσεων για τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, οι οποίες αφορούσαν χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, όπως: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, νοσηλευτική εξειδίκευση, χρόνια προϋπηρεσίας και χρόνια εμπειρίας στο τωρινό τμήμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

8.1 Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

Το ερευνητικό εργαλείο PES-NWI δομείται σε πέντε υποκλίμακες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν ένα τομέα οργάνωσης του νοσοκομείου μελέτης και η κάθε μία από αυτές συγκεντρώνει ένα συγκεκριμένο αριθμό ερωτήσεων, το σύνολο 32. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων διαβαθμίζονται σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων (Lake, 2002).

8.2 Υποκλίμακες (Subscales)

8.2.1 Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα (Nurse Participation in Hospital Affairs)

Η υποκλίμακα αναφέρεται στο συμμετοχικό ρόλο των νοσηλευτών και στο επίπεδο αξίας μέσα στο ευρύ πλαίσιο του νοσοκομείου. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στις υποθέσεις που αφορούν το νοσοκομείο και το νοσηλευτικό τομέα (εσωτερική διακυβέρνηση, πολιτική αποφάσεων και επιτροπές), έχουν ευκαιρίες αναβάθμισης, επικοινωνούν ανοιχτά με μία υποστηρικτική νοσηλευτική διοίκηση και αναγνωρίζονται ως ένα ισχυρό, ορατό και προσβάσιμο νοσηλευτικό στέλεχος.

8.2.2 Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας (Nursing Foundations for Quality of Care)

Η υποκλίμακα δίνει έμφαση στα νοσηλευτικά θεμέλια για μία υψηλού επιπέδου φροντίδα ασθενών, η οποία χαρακτηρίζεται από μία διάχυτη νοσηλευτική φιλοσοφία, ένα νοσηλευτικό παρά ιατρικό μοντέλο φροντίδας και από κλινική ανταγωνιστικότητα ανάμεσα στους νοσηλευτές. Η ποιότητα εξασφαλίζεται από ένα επίσημο πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας, όπως επίσης και μέσω της καλλιέργειας του νέου προσωπικού

και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε όλο το προσωπικό. Διάφοροι δείκτες του νοσηλευτικού μοντέλου φροντίδας συμπληρώνουν την υποκλίμακα αυτή, όπως είναι η συνοχή στη νοσηλευτική φροντίδα και η χρήση της νοσηλευτικής διάγνωσης και των νοσηλευτικών πλάνων.

8.2.3 Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών (Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses)

Η υποκλίμακα επικεντρώνεται στο κριτικό ρόλο του διευθυντή νοσηλευτή, με επικρατέστερο χαρακτηριστικό, ως βασική ιδιότητα του να είναι ένας καλός διευθυντής και ηγέτης. Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά υποδεικνύουν τους τρόπους με τους οποίους θα υποστηρίξει το νοσηλευτικό προσωπικό του στη περίπτωση που διαπληκτιστεί με ένα γιατρό, όταν κάνουν λάθη, αλλά και όταν αναγνωρίζουν και επαινούν τη δουλειά τους.

8.2.4 Στελέχωση και επάρκεια πόρων (Staffing and Resource Adequacy)

Η υποκλίμακα περιγράφει τον τρόπο επάρκειας σε προσωπικό και τους πόρους υποστήριξης για τη παροχή ποιοτικής φροντίδας. Δύο βασικές ιδιότητες παροχής ποιοτικής φροντίδας είναι η δυνατότητα αφιέρωσης επαρκούς χρόνου με τους ασθενείς, καθώς και επαρκή χρόνο για τη συζήτηση των προβλημάτων των ασθενών με τους άλλους νοσηλευτές.

8.2.5 Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών (Collegial Nurse-Physician Relations)

Η υποκλίμακα χαρακτηρίζεται από τις θετικές εργασιακές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. Η συγκεκριμένη υποκλίμακα αναγνωρίζει την επιθυμία των νοσηλευτών για

την ύπαρξη των εργασιακών σχέσεων με τους γιατρούς, όπως τονίζεται στα ευρήματα της έρευνας στο νοσοκομείο μαγνήτες (McClure et al.,1983).

8.3 Ο Cronbach's Alpha της ελληνικής έκδοσης του PES-NWI

Για αυτή τη μελέτη, ο συνολικός δείκτης Cronbach's α ήταν .90 και για τις υποκλίμακες κυμάνθηκε από .60 έως .88 (πίνακας 1). Περαιτέρω αναλύσεις ενδοσυσχετίσεων (intercorrelation) μεταξύ των ερωτήσεων (items) ανά υποκλίμακα ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο $p = .001$ για την υποκλίμακα 1 που κυμαίνονταν από .11 έως .44, για την υποκλίμακα 3 από .26 έως .41, για την υποκλίμακα 4 από .23 έως .34, για την υποκλίμακα 5 από .36 έως .65. Για την υποκλίμακα 2 βρέθηκαν τρεις μη στατιστικά συσχετίσεις (ερώτηση 20 με ερώτηση 15, ερώτηση 32 με ερώτηση 15, ερώτηση 28 με ερώτηση 32), ωστόσο η ανάλυση αξιοπιστίας δεν ανέδειξε σημαντική βελτίωση του Cronbach's α , εάν η ερώτηση 15 διαγραφεί (από .67 σε μόλις .68). Πιθανή διαγραφή ερωτήσεων επίσης δεν υποστηρίζεται από την ανάλυση αξιοπιστίας Cronbach's α για τις υπόλοιπες υποκλίμακες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 19 (IBM Corporation). Αρχικά έγινε η ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος απεικονίστηκαν σε πίνακες συχνοτήτων ενώ υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις, οι ελάχιστες και μέγιστες τιμές για τις μεταβλητές. Χρησιμοποιήθηκε επίσης το μη-παραμετρικό Chi-square test για τον έλεγχο της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών των μεταβλητών για διαφορετικές ομάδες του δείγματος.

Σε σχέση με τους στόχους i, ii και iii χρησιμοποιήθηκαν δείκτες κεντρικής τάσης (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις του G-PES-NWI) ξεχωριστά για καθένα από τα νοσοκομεία που εξετάστηκαν καθώς και ως σύνολο. Οι βαθμολογίες των πέντε επιμέρους υποκλιμάκων του Greek-PES-NWI υπολογίστηκαν ως ο μέσος όρος των βαθμολογιών των αντικειμένων που αντιστοιχούσαν σε κάθε υποκλίμακα (βλ. παράρτημα) και στη συνέχεια έγινε σύγκριση με δημοσιευμένες βαθμολογίες (νόρμες) Αμερικανικών νοσοκομείων-μη Μαγνήτες και Αμερικανικών νοσοκομείων-Μαγνήτες, χρησιμοποιώντας το κριτήριο t-τεστ διπλής κατεύθυνσης (2-tailed t-test of significance).

Στη συνέχεια, ο στόχος iv εξετάστηκε μέσω μιας σειράς ανεξάρτητων t τεστ (independent t-test, οι παραμετρικές υποθέσεις πληρούνταν) συγκρίνοντας τους νοσηλευτές του χειρουργικού με τους νοσηλευτές του παθολογικού τμήματος ως προς τη συνολική βαθμολογία τους στο Greek-PES-NWI καθώς επίσης και σε κάθε μία από τις πέντε υποκλίμακες. Οι συγκρίσεις έγιναν επιμέρους για καθένα από τα πέντε νοσοκομεία του δείγματος.

Ακολούθησαν, παρόμοιες συγκρίσεις χρησιμοποιώντας το ίδιο στατιστικό κριτήριο (t τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων, στόχος v), εξετάζοντας αυτή τη φορά τις διαφορές στην αντίληψη του μαγνητισμού μεταξύ των νοσηλευτών τετραετούς εκπαίδευσης (ΑΕΙ και ΤΕΙ) σε σχέση με τους βοηθούς νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης (ΔΕ).

Η εξέταση της συσχέτισης ανάμεσα στα έτη της συνολικής επαγγελματικής ζωής, των χρόνων εργασίας στο τρέχον τμήμα και της βαθμολογίας συνολικά αλλά και σε καθεμία από τις υποκλίμακες του Greek-PES-NWI έγιναν με συσχετίσεις Spearman's λόγω της σημαντικής ασυμμετρίας και κύρτωσης που παρουσίασαν οι δύο μεταβλητές για τα έτη εργασίας (στόχος vi).

Τέλος, ως προς τον στόχο vii, πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για την εξέταση της ύπαρξης αιτιακών σχέσεων μεταξύ του σύνθετου δείκτη (συνολική βαθμολογία στο Greek-PES-NWI), των υποκλιμάκων και σειράς ανεξάρτητων μεταβλητών, δημογραφικών αλλά και μεταβλητών που αφορούσαν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκαν έξι μοντέλα γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης, ένα μοντέλο με τη συνολική βαθμολογία Greek-PES-NWI ως εξαρτημένη μεταβλητή, και πέντε με τη βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας ως εξαρτημένη, με το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ειδικότητα των νοσηλευτών, το νοσοκομείο και την εργασιακή εμπειρία στο τρέχον τμήμα ως προβλεπτικές μεταβλητές (οι υποθέσεις της κανονικότητας ελέγχθηκαν και πληρούνταν οι προϋποθέσεις της γραμμικής παλινδρόμησης).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι πίνακες των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται στο Παράρτημα.

10.1 Παρουσίαση δημογραφικών στοιχείων

Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ανήλθε στο 33.1%, με 532 από τους εργαζόμενους νοσηλευτές στα πέντε νοσοκομεία να αποτελούν το συνολικό δείγμα της παρούσας μελέτης. Όπως απεικονίζεται στον πίνακα 2, η πλειονότητα ήταν γυναίκες (86%) και μόνο το 14% άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν 37.97 (τυπική απόκλιση 7.38), κυμάνθηκε από 20 έως 57 έτη, με την ομάδα 40 έως 49 ετών να αποτελεί την μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (48%) του δείγματος. Συνολικά, το 63% των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι με παιδιά. Το προσωπικό ήταν είτε νοσηλευτές τριτοβάθμιας τετραετούς εκπαίδευσης (απόφοιτοι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης-ΠΕ και απόφοιτοι Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων-ΤΕΙ) (Registered Nurses) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (70%) είτε βοηθοί νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης από σχολείο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (30%). Είκοσι νοσηλευτές (4%) κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ενώ το 41% είχαν ολοκληρώσει μία από τις τρεις ειδικότητες νοσηλευτικής (παθολογική 14%, χειρουργική 26%, ψυχιατρική 1%). Ωστόσο, μόνο το 34% από αυτούς υπηρετούσαν στην ειδικότητά τους στην τρέχουσα μονάδα εργασίας τους. Ο μέσος όρος εργασιακής εμπειρίας ήταν 14.5 έτη (τυπική απόκλιση 7.87) [ελάχιστη τιμή 0 - μέγιστη 33] και 9.9 (7.83) [0-30] στην τρέχουσα μονάδα εργασίας.

10.2 Αξιολόγηση ελκυστικότητας των νοσοκομείων

Στόχοι i και ii: Ο μαγνητισμός των νοσοκομείων που εξετάστηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα ως ελκυστικά περιβάλλοντα εργασίας σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών, αξιολογήθηκε μέσω της εφαρμογής των κριτηρίων των Lake & Friese (2006): μέσες βαθμολογίες άνω του 2.5 σε τέσσερις από τις πέντε υποκλίμακες

υποδηλώνουν ότι τα απαιτούμενα χαρακτηριστικά σύμφωνα με τις προτάσεις του ερωτηματολογίου PES-NWI είναι παρόντα και επομένως το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως ευνοϊκό. Μέσοι όροι άνω του 2.5 σε δύο ή τρεις υποκλίμακες εικονογραφούν μικτά περιβάλλοντα εργασίας ενώ δυσμενή περιβάλλοντα εμφανίζουν βαθμολογίες >2.5 μόνο σε μία ή καμία υποκλίμακα. Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των υποκλιμάκων και του σύνθετου δείκτη συνολικά αλλά και για κάθε ένα από τα αξιολογούμενα νοσοκομεία. Συνολικά και για τα πέντε νοσοκομεία μαζί, ο μέσος όρος σε όλες τις υποκλίμακες ήταν <2.5, με εξαίρεση τον οριακό μέσο όρο 2.53 για την πέμπτη υποκλίμακα «Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών». Η υποκλίμακα με τη χαμηλότερη βαθμολογία στη συνολική εξέταση των νοσοκομείων ήταν η τέταρτη «Στελέχωση και επάρκεια πόρων» (1.81). Από την επισκόπηση των μέσων όρων ξεχωριστά για το κάθε νοσοκομείο και πάλι η υποκλίμακα με τον χαμηλότερο μέσο όρο ήταν η «Στελέχωση και επάρκεια πόρων» (1.76, νοσοκομείο Χανίων) και η υψηλότερη εμφανίστηκε στην «Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών» (2.77, νοσοκομείου Ρεθύμνου). Είναι αξιοσημείωτο ότι το μοναδικό νοσοκομείο το οποίο δεν συγκέντρωσε βαθμολογία άνω του ορίου 2.5 στην μια υποκλίμακα που τα ελληνικά νοσοκομεία εμφάνισαν την καλύτερη βαθμολογία («Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών») ήταν το ΠΑΓΝΗ (2.39). Συμπερασματικά, το πανεπιστημιακό νοσοκομείο αξιολογήθηκε ως δυσμενές εργασιακό περιβάλλον από τους νοσηλευτές με όλες τις υποκλίμακες να κινούνται κάτω του ορίου 2.5. Η ίδια κατάταξη ισχύει για τα υπόλοιπα τέσσερα γενικά νοσοκομεία με τέσσερεις από τις πέντε υποκλίμακες κάτω του 2.5.

10.3 Σύγκριση του Μαγνητισμού των ελληνικών με των αμερικάνικων (Magnet & non-Magnet) νοσοκομείων

Στόχος iii: Συγκρίσεις της συνολικής βαθμολογίας (σύνθετου δείκτη) καθώς και των επιμέρους βαθμολογιών στις πέντε υποκλίμακες για τα ελληνικά νοσοκομεία με τις αντίστοιχες δημοσιευμένες βαθμολογίες νοσοκομείων της Αμερικής που έχουν

χαρακτηριστεί ως μη Μαγνήτες και Μαγνήτες (Lake, 2002) παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Η υποκλίμακα που έλαβε τη χαμηλότερη βαθμολογία από τους Έλληνες νοσηλευτές, «Στελέχωση και επάρκεια πόρων» (μέσος όρος 1.18) παρουσιάζει όπως είναι αναμενόμενο μεγάλη και στατιστικά σημαντική διαφορά με τον αντίστοιχο μέσο όρο τόσο των νοσοκομείων Μαγνητών (2.76 , $p<0.001$) όσο και των μη μαγνητικών νοσοκομείων (2.49 , $p<0.001$), στοιχείο ενδεικτικό της έλλειψης επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού στα ελληνικά νοσοκομεία. Η υποκλίμακα με την υψηλότερη βαθμολογία και η μόνη που κινήθηκε πάνω από το όριο του 2.5 για τα ελληνικά νοσοκομεία ήταν η «Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών» (μέσος όρος 2.53).

Παρόλα αυτά, αν και οι συμμετέχοντες Έλληνες νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη διαπροσωπική επαφή με τους γιατρούς ως τη μόνη θετική στην ουσία διάσταση του εργασιακού τους περιβάλλοντος, αν και ακόμα αυτός ο μέσος όρος εξακολουθεί να απέχει πολύ από τον αντίστοιχο μέσο όρο των μη μαγνητικών νοσοκομείων (2.82 , $p<0.001$). Οι υπόλοιπες τρεις υποκλίμακες «Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα», «Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας» καθώς και «Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών» που παρουσιάζονται εδώ σε αύξουσα βαθμολογική κατάταξη, επίσης βρίσκονται κάτω από το όριο του 2.5 ακολουθώντας το ίδιο μοτίβο σημαντικής στατιστικής διαφοράς ($p<0.001$) με τη βαθμολογία του εργασιακού πλαισίου που λαμβάνουν νοσοκομεία μη Μαγνήτες. Η σύγκριση των ελληνικών νοσοκομείων με τα νοσοκομεία Μαγνήτες τονίζει περαιτέρω τις μεγάλες διαφορές και στις πέντε εκτιμώμενες πτυχές του περιβάλλοντος εργασίας για τους νοσηλευτές. Ωστόσο κοινό χαρακτηριστικό και για τα τρία πλαίσια (ελληνικά νοσοκομεία, νοσοκομεία Αμερικής μη Μαγνήτες και νοσοκομεία Αμερικής Μαγνήτες) είναι ότι χαμηλότερη βαθμολογούμενη υποκλίμακα είναι η τέταρτη, δηλαδή η «Στελέχωση και επάρκεια πόρων», γεγονός που υπογραμμίζει τη διεθνή διάσταση της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι σε αντίθεση με τα ελληνικά νοσοκομεία, η υποκλίμακα «Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας» είναι η υψηλότερα βαθμολογούμενη στα νοσοκομεία Μαγνήτες της Αμερικής (μέσος όρος

3.09), στοιχείο που αποτελεί ένδειξη μιας φιλοσοφίας παροχής υπηρεσιών υγείας που επικεντρώνεται περισσότερο γύρω από το νοσηλευτή.

10.4 Σύγκριση μεταξύ Χειρουργικού και Παθολογικού τομέα

Στόχος iv: Οι συγκρίσεις μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται στο χειρουργικό και το παθολογικό τομέα (και για τα πέντε αξιολογούμενα νοσοκομείο ως σύνολο), αποκάλυψαν σημαντικές διαφορές στη συνολική βαθμολογία του G-PES-NWI καθώς και σε όλες τις υποκλίμακες εκτός από την υποκλίμακα 2 «Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας». Ο χειρουργικός τομέας είναι λίγο αλλά στατιστικά σημαντικά πιο θετικός στην κρίση του για την ελκυστικότητα του περιβάλλοντος εργασίας του σε σχέση με τον παθολογικό τομέα (πίνακας 5). Όταν οι ίδιες συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν ξεχωριστά για καθένα από τα πέντε νοσοκομεία του δείγματος (πίνακας 6), σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο τμημάτων εντοπίστηκαν για το ΠΑΓΝΗ (πανεπιστημιακό νοσοκομείο-δυναμικότητα κλινών 672) σε σχέση με τη συνολική βαθμολογία G-PES-NWI ($p < .05$) και την υποκλίμακα 4 «Στελέχωση και επάρκεια πόρων» ($p < .001$). Διαφορές προέκυψαν στην υποκλίμακα 4 επίσης για το νοσοκομείο Χανίων, ένα περιφερειακό νοσοκομείο 450 κλινών ($p < .05$), ενώ για το νοσοκομείο Ρεθύμνου (220 κλίνες) βρέθηκαν διαφορές στη συνολική βαθμολογία G-PES-NWI ($p < .05$) και στην υποκλίμακα 1 «Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα» ($p < .05$). Για το Βενιζέλειο νοσοκομείο και το νοσοκομείο Αγίου Νικολάου (δυναμικότητα 500 και 200 κλινών αντίστοιχα) δεν ανιχνεύθηκαν διαφορές.

10.5 Σύγκριση της ελκυστικότητας των νοσοκομείων μεταξύ του διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών

Στόχος v: Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο οι συμμετέχοντες στην έρευνα ουσιαστικά αποτελούσαν 3 ομάδες: α) νοσηλευτές απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ, N=11) β) νοσηλευτές απόφοιτοι Επαγγελματικών Τεχνολογικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ, N=343)

και γ) βοηθοί νοσηλευτές, απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ, N=150). Καθώς η πρώτη ομάδα ήταν αριθμητικά περιορισμένη και στατιστικά μη συγκρίσιμη με τις άλλες δύο ομάδες, οι νοσηλευτές ΠΕ και ΔΕ ενοποιήθηκαν και οι συγκρίσεις έγιναν ουσιαστικά ανάμεσα σε νοσηλευτές τετραετούς εκπαίδευσης (ΠΕ+ΤΕ) και διετούς εκπαίδευσης (ΔΕ). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο αυτές ομάδες ως προς το σύνθετο δείκτη ή τις υποκλίμακες του G-PES-NWI στο συνολικό δείγμα (πίνακας 7). Συγκρίνοντας τις δύο αυτές ομάδες ξεχωριστά για κάθε νοσοκομείο, μόνο για το πανεπιστημιακό νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ βρέθηκε ότι η εκτίμηση των νοσηλευτών τετραετούς εκπαίδευσης όπως απεικονίζεται στη συνολική βαθμολογία ήταν λίγο πιο θετική από αυτή των βοηθών νοσηλευτών (πίνακας 8).

10.6 Σύγκριση της ελκυστικότητας των νοσοκομείων από τους νοσηλευτές βάσει του βαθμού εμπειρίας τους

Στόχος vi: Οι αναλύσεις συσχέτισης (Spearman' rho) δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στα έτη της εργασιακής εμπειρίας (έτη συνολικής επαγγελματικής ζωής) με την αντίληψη για το μαγνητικό ή μη χαρακτήρα του περιβάλλοντος εργασίας. Ωστόσο, η εργασιακή εμπειρία στο παρόν τμήμα εργασίας (έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και τμήμα) εμφάνισε μια στατιστικά σημαντική αν και πολύ αδύναμη συσχέτιση με τη βαθμολογία G-PES-NWI, με την υποκλίμακα 1 «Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα», την υποκλίμακα 3 «Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών» και την υποκλίμακα 5 «Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών» (πίνακας 9).

10.7 Μοντέλα γραμμικών παλινδρομήσεων

Στόχος vii: Έξι μοντέλα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων χρησιμοποιήθηκαν για να προβλέψουμε τη συνολική ελκυστικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος-μαγνητισμό (σύνθετος δείκτης G-PES-NWI ως εξαρτημένη) καθώς και τη συμφωνία των

συμμετεχόντων νοσηλευτών (τετραετούς και διετούς φοίτησης) με κάθε μια από τις πέντε υποκλίμακες (βαθμολογία σε κάθε υποκλίμακα ως εξαρτημένες μεταβλητές). Με τη χρήση της γραμμικής παλινδρόμησης μπορούμε να εξετάσουμε την ύπαρξη αιτιακών σχέσεων μεταξύ δύο μεταβλητών διατηρώντας τα επίπεδα των υπολοίπων ανεξάρτητων μεταβλητών σταθερά. Μας επιτρέπει συνεπώς να απομονώσουμε την επίδραση μίας μεταβλητής σε μία άλλη. Αρχικά, πραγματοποιήθηκαν προκαταρκτικές αναλύσεις και για τα έξι μοντέλα και διασφαλίστηκε ότι δεν υπήρξε παραβίαση των παραδοχών. Για όλα τα μοντέλα οι προκύπτουσες μη σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές δεν παρουσιάζονται στις τελικές εξισώσεις παλινδρόμησης.

1^ο Μοντέλο: Για το πρώτο μοντέλο, εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε ο σύνθετος δείκτης G-PES-NWI και ανεξάρτητες το φύλο, ηλικία*φύλο, έτη εργασίας στο παρόν τμήμα εργασίας και το νοσοκομείο. Προέκυψε μια στατιστικά σημαντική εξίσωση ($F(7, 367) = 3.102, p < .01$), με $\text{adjusted } R^2 = .038$. Η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για το μαγνητισμό του εργασιακού τους περιβάλλοντος ήταν ίση με $2.235 - .200$ (φύλο, μέτρηση 0=άνδρες, 1= γυναίκες) + $.005$ (ηλικία*φύλο) - $.011$ (έτη εργασίας στο παρόν τμήμα) + $.134$ (Βενιζέλειο νοσοκομείο, μέτρηση 0=ΠΑΓΝΗ). Συνεπώς, η συνολική ελκυστικότητα βαθμολογείται λιγότερο θετικά από τις γυναίκες νοσηλεύτριες ενώ η επίδραση της ηλικίας είναι διαφορετική για άνδρες και γυναίκες. Οι απαντήσεις των ανδρών νοσηλευτών στο Greek-PES-NWI επηρεάζεται λιγότερο από την ηλικία τους σε αντίθεση με τις πιο μεγάλες σε ηλικία νοσηλεύτριες, που η κρίση τους για το εργασιακό τους περιβάλλον είναι περισσότερο θετική από αυτή των νέων νοσηλευτριών. Επιπλέον, περισσότερος χρόνος εργασίας στο τρέχον τμήμα εργασίας αντιστοιχεί σε πιο αρνητικές απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Greek-PES-NWI. Σε ότι αφορά τα νοσοκομεία, μόνο οι νοσηλευτές του Βενιζελείου εμφανίζονται να διαφέρουν λίγο σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στο ΠΑΓΝΗ, με τους πρώτους να είναι περισσότερο θετικοί σε σχέση με το μαγνητισμό του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

2^ο Μοντέλο: Το δεύτερο μοντέλο παλινδρόμησης προέβλεπε τη «Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα» (υποκλίμακα 1) από τα χρόνια εργασίας στο τρέχον τμήμα, την οικογενειακή κατάσταση και το νοσοκομείο. Ο δείκτης

R^2 ήταν .042 και η προκύπτουσα εξίσωση στατιστικά σημαντική ($F(8, 427) = 3.388, p = .001$). Η συμφωνία των νοσηλευτών ότι η συμμετοχή τους σε θέματα διοίκησης είναι σημαντικό χαρακτηριστικό του εργασιακού τους περιβάλλοντος ήταν ίση με $1.986 - .008$ (έτη εργασίας στο παρόν τμήμα) + 0.98 (παντρεμένοι με παιδιά) + $.218$ (νοσοκομείου Ρεθύμνου, μέτρηση $0 = \text{ΠΑΓΝΗ}$) + $.105$ (Βενιζέλειο νοσοκομείο), που δείχνει ότι οι υπάλληλοι με περισσότερα χρόνια εργασίας είναι λιγότερο ικανοποιημένοι όσον αφορά τη συμμετοχή τους σε νοσοκομειακές υποθέσεις, αλλά νοσηλευτές παντρεμένοι με παιδιά καθώς και νοσηλευτές εργαζόμενοι στο νοσοκομείο Ρεθύμνου και στο Βενιζέλειο πιστεύουν ότι έχουν περισσότερο έλεγχο στα νοσοκομειακά θέματα.

3^ο Μοντέλο: Η πρόβλεψη της υποκλίμακας 2 «Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας» (μοντέλο 3) έγινε από τις ανεξάρτητες μεταβλητές φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, ηλικία*εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, ειδικότητα και νοσοκομείο και το μοντέλο βρέθηκε μη στατιστικά σημαντικό ($F(13, 109) = 3.634, p = .106$).

4^ο Μοντέλο: Το μοντέλο 4 διερεύνησε την πρόβλεψη της «Άσκησης διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών» (υποκλίμακα 4) με βάση την ηλικία, τα έτη εργασίας στο παρόν τμήμα και το νοσοκομείο. Αναδείχθηκε μια σημαντική εξίσωση ($F(6, 418) = 7.364, p < .01$), με τις μεταβλητές πρόβλεψης να ερμηνεύουν το 3% (adjusted R^2) της διακύμανσης της εξαρτημένης. Η συμφωνία ως προς την υποκλίμακα 3 ήταν ίση με $1.821 + .011$ (ηλικία) $- .015$ (έτη εργασίας στο παρόν τμήμα) + $.009$ (νοσοκομείο Ρέθυμνο, μέτρηση $0 = \text{ΠΑΓΝΗ}$). Επομένως, μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές και νοσηλευτές εργαζόμενοι στο νοσοκομείο Ρεθύμνου είναι λίγο πιο θετικοί σε σχέση με την δυνατότητα άσκησης διεύθυνσης και ηγεσίας. Αντίθετα, τα περισσότερα έτη εργασίας στο παρόν τμήμα τείνουν να έχουν την ανάποδη επίδραση, μειώνοντας τη θετική εκτίμηση για το ίδιο μαγνητικό χαρακτηριστικό.

5^ο Μοντέλο: Το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη εργασίας στο παρόν τμήμα, η ειδικότητα νοσηλευτικής και το νοσοκομείο χρησιμοποιήθηκαν ως προβλεπτικές μεταβλητές για το μοντέλο 5, με την υποκλίμακα «Στελέχωση και επάρκεια πόρων» ως

εξαρτημένη: $F(8,122)=6.032$, $p<.01$), adjusted $R^2=.095$, η εξίσωση για το μοντέλο 4 ήταν: $2.718 - .378$ (επίπεδο εκπαίδευσης, μέτρηση 0=απόφοιτος ΠΕ) - $.007$ έτη εργασίας στο παρόν τμήμα) + $.188$ (χειρουργικός τομέας, μέτρηση 0=παθολογικός τομέας) - $.227$ (Βενιζέλειο νοσοκομείο, μέτρηση 0=ΠΑΓΝΗ). Νοσηλευτές υψηλότερου επιπέδου μόρφωσης, εργαζόμενοι περισσότερα χρόνια στο παρόν τμήμα εργασία τους όπως και νοσηλευτές στο Βενιζέλειο νοσοκομείο (σύγκριση με ΠΑΓΝΗ) εμφανίζονται λιγότερο πεπεισμένοι ότι υπάρχει επαρκής στελέχωση και επάρκεια πόρων στο εργασιακό πλαίσιο που κινούνται. Ο χειρουργικός τομέας ωστόσο, όπως είχε φανεί και σε προηγούμενες αναλύσεις, φαίνεται να έχει θετικότερη εκτίμηση σε σχέση με την παρουσία αυτού του χαρακτηριστικού σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών.

6° Μοντέλο: Η τελευταία υποκλίμακα «Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών» εξετάστηκε επίσης μέσω πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας την ηλικία, τα έτη εργασίας στο παρόν τμήμα και το νοσοκομείο ως προβλεπτικές μεταβλητές για το μοντέλο 6. Με δείκτη adjusted $R^2= 0.043$ και $F(6,412)=10.047$, $p<.001$ αυτό το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό και η εξίσωση που προκύπτει είναι: $2.128 + .013$ (ηλικία) - $.019$ (έτη εργασίας στο παρόν τμήμα) + $.178$ (Βενιζέλειο νοσοκομείο, μέτρηση 0=ΠΑΓΝΗ). Επομένως, μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές βρίσκουν τις επαγγελματικές τους σχέσεις με τους ιατρούς πιο ικανοποιητικές, αν και περισσότερα έτη εργασίας στο ίδιο τμήμα έχουν την αντίθετη επίδραση με αποτέλεσμα περισσότερη δυσαρέσκεια να προκύπτει από την αλληλεπίδραση με τους συνεργαζόμενους ιατρούς. Για μια ακόμα φορά, οι νοσηλευτές του Βενιζέλειου νοσοκομείου εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από την παρουσία του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού μαγνήτη στο χώρο εργασίας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η επιρροή του Νοσηλευτικού Εργασιακού Περιβάλλοντος (Nursing Practice Environment -NPE) στα 'αποτελέσματα' (outcomes) των ασθενών και των νοσηλευτών (patient and nurse outcomes) έχει αποδειχθεί με μία σειρά ερευνών και η αξιολόγηση της ελκυστικότητας (favourability) του NPE με τη μέτρηση των οργανωσιακών χαρακτηριστικών (organizational traits) αποτελεί ένα από τους πιο αξιόπιστους δείκτες για τη προώθηση της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας και επομένως της ασφάλειας των ασθενών (Aiken et al.,2008).

Στην Ελλάδα η ελκυστικότητα των ΝΠΕ ερευνήθηκε για πρώτη φορά με τη χρήση του PES-NWI και τη συμμετοχή της χώρας στην ευρωπαϊκή μελέτη RN4CST το 2010 σε νοσοκομεία της κεντρικής και βόρειας Ελλάδας (Sermeus et al.,2011). Το 2014 για δεύτερη και τελευταία φορά γίνεται χρήση του PES-NWI σε ελληνική έρευνα που μελετά την ελκυστικότητα του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος Εργασίας σε γενικό νοσοκομείο της Αθήνας (Gikoroulou et al.,2014). Τα αποτελέσματα και των δύο ερευνών καταδεικνύουν το χαμηλό βαθμό της ελκυστικότητας στα υπό μελέτη εργασιακά περιβάλλοντα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με εκείνα των προηγούμενων μελετών, ενισχύοντας την εικόνα της ελληνικής πραγματικότητας για το χαμηλό βαθμό ελκυστικότητας στα νοσηλευτικά περιβάλλοντα εργασίας.

11.1 Ελκυστικότητα στα ελληνικά Νοσηλευτικά Περιβάλλοντα Εργασίας (ΝΠΕ)

Η αξιολόγηση της ελκυστικότητας των ΝΠΕ στα πέντε δημόσια ελληνικά νοσοκομεία της Κρήτης, τα οποία βρίσκονται υπό ενιαία υγειονομική διοίκηση (7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης), έδειξε το χαμηλό μαγνητισμό των νοσοκομείων αυτών σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών.

Σύμφωνα με το κριτήριο κατηγοριοποίησης της ελκυστικότητας των Lake και Friese (Lake & Friese,2006) όλα τα νοσοκομεία που ερευνήθηκαν κρίθηκαν ως 'μη ελκυστικά'

καθώς τέσσερις από τις πέντε υπό μελέτη υποκλίμακες (τομείς οργάνωσης των ΝΠΕ) συγκέντρωσαν βαθμολογία κάτω του ορίου μέσος (mean) 2.5. Οι ερωτηθέντες αξιολόγησαν θετικά τη 'Ποιότητα των επαγγελματικών σχέσεων νοσηλευτών-ιατρών', ως το μόνο ελκυστικό στα υπό μελέτη χαρακτηριστικά οργάνωσης για τα τέσσερα νοσοκομεία, εκτός από το μεγαλύτερο (πανεπιστημιακό) νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο σε διάθεση κλινών και το μοναδικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Κρήτης αξιολογήθηκε ως μη ελκυστικό και στα πέντε υπό μελέτη χαρακτηριστικά οργάνωσης, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων.

Οι 'εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών' ως το μόνο ελκυστικό χαρακτηριστικό μεταξύ των πέντε υποκλιμάκων επαληθεύεται για δεύτερη φορά στον ελληνικό χώρο με τη παρούσα εργασία, όπως και στην έρευνα της Gikoroulou et al. (Gikoroulou et al.,2014).

Εν αντιθέσει, το λιγότερο ελκυστικό γνώρισμα των υπό μελέτη ΝΠΕ κρίθηκε η 'Στελέχωση και η επάρκεια πόρων' σε όλα τα νοσοκομεία, καθώς συγκέντρωσε τη χαμηλότερη βαθμολογία, εκφράζοντας έτσι τη δυσμένεια των εργαζομένων για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν από την έλλειψη προσωπικού. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επαληθεύουν τα στατιστικά στοιχεία σε έλλειψη προσωπικού, καθώς η αντιστοιχία (Νοσηλευτή:1000 κάτοικοι) στην Ελλάδα είναι η χαμηλότερη ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης (3.8), όταν η αντίστοιχη αναλογία στην Ιρλανδία είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερη (14.8) με επιπτώσεις στην ασφάλεια και τη ποιότητα φροντίδας των ασθενών (OECD,2006).

11.2 Κατάταξη των Ελληνικών Νοσοκομείων ως προς τα Ξένα

Μεγάλος αριθμός ερευνών στο συγκεκριμένο πεδίο έλαβε χώρα στην Αμερική, καθώς η Αμερικανική Ακαδημία Νοσηλευτικής (American Academy of Nursing) ήδη από τη δεκαετία του '80 διενήργησε τη πρώτη έρευνα αναγνώρισης και αξιολόγησης των νοσοκομείων της Αμερικής ως 'Magnet hospitals'. Το έναυσμα της έρευνας αποτέλεσε η εκτεταμένη κρίση της έλλειψης σε νοσηλευτικό προσωπικό στη δεκαετία του '70 και

την αναγνώριση των νοσοκομείων εκείνων που μαγνήτιζαν νέους εργαζόμενους παρά τη μεγάλη κρίση έλλειψης δυναμικού, αλλά και τη διατήρηση της παραμονής τους σε αυτά (McClure et al.,1983).

Στη παρούσα έρευνα τα ελληνικά νοσοκομεία που αξιολογήθηκαν δεν συγκέντρωσαν επαρκή βαθμολογία ώστε να χαρακτηριστούν Magnet, σύμφωνα με το κριτήριο Lake & Friese (Lake & Friese,2006). Η σύγκριση μεταξύ των πέντε ελληνικών υπό μελέτη νοσοκομείων ως προς την ελκυστικότητα τους, βάσει των πέντε υποκλιμάκων του PES-NWI έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.001$) τόσο με τα αμερικάνικα Magnet, όσο και με τα αμερικάνικα non-Magnet.

Αξιοσημείωτη είναι η χαμηλή αξιολόγηση που δίνουν τόσο οι Έλληνες νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές, όσο και οι Αμερικανοί για την 'Στελέχωση και επάρκεια πόρων' και για τη 'Συμμετοχή των νοσηλευτών στα θέματα του νοσοκομείου', με τη χαμηλότερη βαθμολογία. Η ενιαία χαμηλή βαθμολογία των υποκλιμάκων αυτών πιστοποιεί τη διεθνή διάσταση του προβλήματος της συμμετοχής των νοσηλευτών σε θέματα διοίκησης του νοσοκομείου και ενίσχυση της παρουσίας τους, καθώς και της υποστελέχωσης των νοσηλευτικών μονάδων με επαρκή προσωπικό και άμεση επίπτωση στην ασφάλεια και ποιότητα φροντίδας των ασθενών.

11.3 Ο μαγνητισμός στα ελληνικά Νοσηλευτικά Περιβάλλοντα Εργασίας Χειρουργικού και Παθολογικού Τομέα

Ο χειρουργικός τομέας στα νοσοκομεία περιλαμβάνει ένα σύνολο νοσηλευτικών μονάδων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούνται από το παθολογικό τομέα. Η διαφορά έγκειται στη προσέγγιση και νοσηλεία των ασθενών, υλοποιώντας διαφορετικά πρωτοκολλά φροντίδας και αντιμετωπίζοντας διαφορετικούς παράγοντες κινδύνους στη νοσηλεία των ασθενών.

Συγκρίνοντας την ελκυστικότητα των ΝΠΕ μεταξύ του χειρουργικού και παθολογικού τομέα φάνηκε περισσότερο ελκυστικός ο χειρουργικός τομέας για τους ερωτηθέντες με

στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.05-0.001$) στο σύνολο των νοσοκομείων διερεύνησης. Δεν υπάρχουν αντίστοιχες έρευνες από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκειμένου να συγκριθούν τα ευρήματα της παρούσας μελέτης και να αποδώσουμε απαντήσεις για τις αιτίες.

Η αντίστοιχη σύγκριση των δύο τομέων σε κάθε ένα νοσοκομείο ξεχωριστά δείχνει στατιστικά σημαντικές διαφορές σε μεμονωμένες υποκλίμακες και διαφορετικές για κάθε νοσοκομείο. Επιπλέον, δύο από τα πέντε νοσοκομεία δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία υποκλίμακα με πιθανή εξήγηση το μικρό αριθμό των ερωτηθέντων εν συγκρίσει με το σύνολο των νοσοκομείων, όπου οι ερωτηθέντες είναι αναλογικά περισσότεροι.

11.4 Η επίπτωση της εκπαίδευσης και εργασιακής εμπειρίας στη ποιότητα

Είναι κοινή αποδοχή ότι η ασφάλεια και η ποιότητα της παροχής φροντίδας των ασθενών εξαρτάται από τον επαρκή αριθμό νοσηλευτών στη μονάδα φροντίδας. Προκύπτει όμως το ερώτημα αν θα πρέπει να αρκεστούμε μόνο στον αριθμό των νοσηλευτών ή θα πρέπει να εξετάσουμε το ρόλο του βαθμού εκπαίδευσης και εμπειρίας των νοσηλευτών αυτών. Διάφορες έρευνες απέδειξαν τη συσχέτιση της υψηλής εκπαίδευσης και της εμπειρίας των νοσηλευτών με τα χαμηλά ποσοστά ιατρικών λαθών, αποτυχίας έκβασης του ασθενή και θνησιμότητας (Estabrooks et al., 2005; Blegen et al., 2010; Bumgarner, 2010).

Η παρούσα έρευνα εξέτασε τη συσχέτιση του βαθμού εκπαίδευσης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών, με το μαγνητισμό του εργασιακού περιβάλλοντος για τα πέντε υπό μελέτη νοσοκομεία. Στην Ελλάδα λόγω της μεγάλης έλλειψης σε νοσηλευτικό προσωπικό, οι βοηθοί νοσηλευτών μεταχειρίζονται ως νοσηλευτές, παρά τη διαφορετική εκπαίδευση και τα επαγγελματικά δικαιώματα. Εξάιρεση από το καθεστώς αυτό αποτελούν ελάχιστα νοσοκομεία στην Ελλάδα, όπου τηρείται το καθηκοντολόγιο μεταξύ των δύο εργασιακών ομάδων. Ένα από τα νοσοκομεία αυτά με τήρηση του καθηκοντολογίου συμπεριλήφθηκε στην έρευνα, όπου και βρέθηκε σε

αυτό (το πανεπιστημιακό) στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς την ελκυστικότητα του ΝΠΕ με τους πιστοποιημένους νοσηλευτές να θεωρούν το περιβάλλον εργασίας τους πιο ελκυστικό σε σχέση με τους συναδέλφους βοηθούς τους.

Στα υπόλοιπα τέσσερα νοσοκομεία όπου δεν τηρείται καθηκοντολόγιο δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, καθώς μοιράζονται τα ίδια καθήκοντα, ερμηνεύοντας έτσι ότι 'μοιράζονται' και την ίδια δυσαρέσκεια. Για το λόγο αυτό στη παρούσα μελέτη ο όρος 'νοσηλεύτης' αναφέρεται για τους νοσηλευτές (τετραετούς φοίτησης) και τους βοηθούς τους (διετούς φοίτησης) το ίδιο. Κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της επίπτωσης του βαθμού εκπαίδευσης των Ελλήνων νοσηλευτών στο μαγνητισμό των ελληνικών ΝΠΕ.

Αντίθετα με το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασιακή εμπειρία στο παρόν τμήμα εργασίας φάνηκε να επηρεάζει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και των βοηθών για το μαγνητισμό των εργασιακών πλαισίων τους (Orsolini-Hain & Malone, 2007). Σε κάθε περίπτωση, η διερεύνηση του ερευνητικού αυτού ερωτήματος και σε άλλα νοσοκομεία της Ελλάδας θα μας δώσει μια πιο ακριβή εικόνα.

11.5 Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης

Η ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε πως ο σύνθετος PES-NWI επηρεάζεται από το φύλο, το βαθμό εκπαίδευσης, τα χρόνια εμπειρίας στο παρόν τμήμα, την ειδικότητα των πιστοποιημένων νοσηλευτών αλλά και το νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες δηλώνουν μεγαλύτερη αρνητικότητα από τους άνδρες για την ελκυστικότητα των ΝΠΕ, ενώ οι νοσηλευτές με υψηλότερη εκπαίδευση θεωρούν λιγότερο ελκυστικά τα νοσηλευτικά περιβάλλοντα εργασίας τους. Οι υψηλότερου βαθμού εκπαίδευσης και οι πιο έμπειροι νοσηλευτές δηλώνουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια για την έλλειψη προσωπικού, σε αντίθεση με τους συναδέλφους τους στο χειρουργικό τομέα που έχουν μικρότερη δυσαρέσκεια. Το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης

και εμπειρίας των νοσηλευτών έχει ήδη σχετιστεί αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση και τη ποιότητα φροντίδας (Kanai-Pak et al.,2008).

Ακόμη, η ανάλυση των ευρημάτων έδειξε ότι οι μεγαλύτεροι νοσηλευτές έχουν θετικότερες σχέσεις με τους ιατρούς, εν αντιθέσει με εκείνους που έχουν τα περισσότερα έτη στο ίδιο τμήμα εργασίας που δεν συμφωνούν. Όσο περισσότερα χρόνια εμπειρίας έχουν οι νοσηλευτές στο συγκεκριμένο τμήμα τόσο λιγότερο ελκυστικά είναι για αυτούς τα υπό μελέτη οργανωσιακά χαρακτηριστικά (Orsolini-Hain & Malone,2007). Η ικανοποίηση των νοσηλευτών για τη συμμετοχή τους στα θέματα του νοσοκομείου φάνηκε στα δύο από τα πέντε νοσοκομεία. Στα τέσσερα από τα πέντε νοσοκομεία οι μεγαλύτεροι εργαζόμενοι δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση για την άσκηση της διοίκησης και τη παρουσία της ηγεσίας, ενώ αντίθετη άποψη έχουν οι πιο έμπειροι εργαζόμενοι. Ακόμη, στατιστικά σημαντικά διαφορετικές απόψεις εκφράζουν οι εργαζόμενοι μεταξύ του μεγαλύτερου και του μικρότερου υπό μελέτη νοσοκομείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε το βαθμό ελκυστικότητας στα Περιβάλλοντα Εργασίας των νοσοκομείων της Κρήτης για πρώτη φορά, ερευνώντας πέντε βασικά οργανωσιακά χαρακτηριστικά (organizational traits). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης κατέδειξαν το μεγάλο βαθμό της αρνητικής εικόνας των νοσοκομείων της νοτίου Ελλάδος, τα οποία συμφωνούν με παρόμοια ευρήματα από άλλες περιοχές του ελλαδικού χώρου.

Η κρίση της έλλειψης σε νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα έντονη, κατέχοντας υψηλή θέση στη κατάταξη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες. Οι ερωτηθέντες τονίζουν περισσότερο από όλα την έλλειψη πόρων (φυσικών και υλικών), ως το πιο δυσάρεστο οργανωσιακό χαρακτηριστικό στο χώρο εργασίας τους, με ότι προβλήματα επιφέρει αυτό στην ασφάλεια και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ο μαγνητισμός των ελληνικών νοσοκομείων αξιολογήθηκε ανησυχητικά χαμηλότερος από εκείνον των μη ελκυστικών νοσοκομείων του εξωτερικού. Γίνεται αντιληπτό επομένως το πολύ χαμηλό επίπεδο κατάταξης και τον αγώνα για τη προαγωγή της ποιότητας στην υγεία, που χρειάζεται για να διανυθεί. Η απουσία ερευνητικών δεδομένων, η έλλειψη ενιαίου φορέα Προαγωγής της Ποιότητας που θα συντονίζει ενέργειες προς το σκοπό αυτό και η διαφορετική φιλοσοφία που κατέχουμε στο τομέα αυτό είναι μερικά από τα εμπόδια προς την αναβάθμιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Το στάσιμο επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, σε συνδυασμό με την έλλειψη των οριοθετημένων καθηκόντων τους εμποδίζουν το ήδη δύσκολο έργο τους, ως βασικοί πάροχοι φροντίδας. Επιπρόσθετα, η ελλιπής διοικητική υποστήριξη, η ασθενής συμμετοχή των νοσηλευτών στα δρώμενα και τις πολιτικές των νοσοκομείων, καθώς και η μικρή συμβολή τους στη διαμόρφωση σχεδίων ποιότητας διαμορφώνουν τη βασική εικόνα της παρούσας θέσης τους στα ελληνικά νοσοκομεία. Εν αντιθέσει, οι

εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να μην έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την ελληνική πραγματικότητα, ως το μόνο θετικό στοιχείο στο χώρο εργασίας τους.

Θετική επίδραση ακόμη, φάνηκε να έχει το είδος του τομέα ως εργασιακό πλαίσιο, με το χειρουργικό τομέα να επιδρά σε πιο ελκυστικό βαθμό από ότι ο παθολογικός. Κρίνεται επομένως αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της ελκυστικότητας ανάμεσα στο χειρουργικό και παθολογικό τομέα με τη λήψη μεγαλύτερου δείγματος, ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερη ακρίβεια αξιολόγησης. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν εντοπίζονται ερευνητικά δεδομένα που να συγκρίνουν την ελκυστικότητα του ΝΠΕ μεταξύ χειρουργικού και παθολογικού τομέα.

Η συλλογή των ευρημάτων έγινε πριν από την οικονομική κρίση της Ελλάδας με σοβαρές επιπτώσεις στο τομέα της υγείας. Η κρίση αυτή πυροδότησε τη συνταξιοδότηση πολλών εργαζομένων, δίχως την ανάλογη αναπλήρωση τους, οξύνοντας το πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού με επικίνδυνες διαστάσεις και άμεσες επιπτώσεις τόσο στην ασφάλεια των ασθενών, όσο και στη ποιότητα φροντίδας.

Κρίνεται αναγκαία η συνέχιση της έρευνας στο τομέα αυτό, για τον εντοπισμό των επικίνδυνων σημείων, πάνω στα οποία θα χαραχτούν πολιτικές διόρθωσης και βελτίωσης. Η αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών με τη παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, με την ενισχυμένη συμμετοχή στη βελτίωση της ποιότητας του έργου τους, την αναζήτηση της σύμφωνης γνώμης τους στις πολιτικές διαμόρφωσης που τους αφορούν, καθώς και την εξασφάλιση των απαραίτητων πόρων και διοικητικής αρωγής είναι μερικά από τα κύρια μέτρα βελτίωσης ως προς την ελκυστικότητα των νοσηλευτικών εργασιακών πλαισίων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbott OL (1955) An Experiment in Oral Spanish. *The Modern Language Journal* 39(7): 338–341.

Adams A, Bond S and Arber S (1995) Development and validation of scales to measure organizational features of acute hospital wards. *Int J Nurs Stud* 32(6): 612-627.

Aiken LH and Patrician PA (2000) Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nurs Res* 49 (3): 146-153.

Aiken LH and Sloane DM (1997) Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses. *Work and Occupations* 24 (4): 453-477.

Aiken LH and Sloane DM (1997) Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses. *Work and Occupations* 24: 453-478.

Aiken LH, Clarke SP and Sloane DM (2002a) Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Int J Qual Health Care* 14 (1): 5-13.

Aiken LH, Clarke SP, Cheung RS, Sloane DM and Silber JH (2003) Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of American Medical Association* 290: 1617-1623.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane D, Sochalski J and Silber J (2002b) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association* 288(16): 1987-1993.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET and Cheney T (2008) Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration* 28(5):223-229.

Aiken LH, Havens DS and Sloane DM (2000) The magnet nursing services recognition program: A completion of successful applicants with reputational magnet hospitals. *American Journal of Nursing* 100: 146-153.

Aiken LH, Smith HL and Lake ET (1994) Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care* 32:771-787.

Aiken LH, Sochalski J and Lake ET (1997) Studying outcomes of organizational change in health services. *Med Care* 35 (11): NS6-NS18.

American Association of Colleges of Nursing, American Nurses Association, American Organization of Nurse Executives and National League of Nursing (2001) Strategies to reverse the new nursing shortage. American Association of Colleges of Nursing. Available at: <http://www.aacn.nche.edu/publications/positions/tricshortage.htm> (accessed 25 January, 2007).

American Nurses Association (ANA) (2004) Scope and standards for nurse administrators. (3rd ed.). Washington, DC: author.

American Nurses Credentialing Center (2015) Magnet Model. Available at: www.nursecredentialing.org (accessed 20 January, 2015).

American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2007) What is the magnet recognition program? Available at: <http://www.nursecredentialing.org/magnet/index.html> (accessed 30 January, 2008).

American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2007) What is the magnet recognition program? Available at: <http://www.nursecredentialing.org/magnet/index.html> (accessed 30 January, 2008).

Becker, R., Plaut, H. & Runge, I., (1927). *Anwendungen der Mathematischen Statistik auf Problem der Massenfabrikate*. Springer – Verlag, Berlin.

Best MF and Thurston NE (2004) Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration* 34(6):283–290.

Black N (2005) Rise and demise of the hospital: A reappraisal of nursing. *Br Med J* 331:1394–1396.

Blegen MA (1993) Nurses' job satisfaction A meta-analysis of related variables. *Nursing Research* 42:36-41.

Blegen MA, Vaughn TE and Goode CJ (2001) Nurse experience and education: Effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration* 31(1):33–39.

Brofidi K, Vlasiadis K and Philalithis A (2018) Assessment of the nursing practice environment in Greek Hospitals: a cross-sectional study. *Journal of Research in Nursing* 23(6). DOI: 10.1177/1744987118788705

Brofidi K, Vlasiadis K and Philalithis A (2019) Greek Hospital Environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 32 (7).

Broh RA (1982) *Managing Quality for Higher Profits*, McGraw – Hill, New York.

Brunetto Y and Teo S (2013) Retention, burnout and the future of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 2772-2773. DOI: 10.1111/jan.12309

Brunetto Y, Shriberg A, Farr-Wharton R, Shacklock K, Newman S and Dienger J (2013) The importance of supervisor-nurse relationships, teamwork, wellbeing, affective commitment, and retention of North American nurses. *Journal of Nursing Management* 21: 827-837. DOI: 10.1111/jonm.12111

Bumgarner SM (2010) The Impact of Formal Nursing Education and Nursing Experience on Medication Errors Made by Nurses in the Hospital Setting. *Nursing Theses and Capstone Projects* p 174.

Burns JM (1978) *Leadership*. New York. Harper & Row.

Carrier J and Kendall I (1995) Professionalism and interprofessionalism in health and community care: Some theoretical issues. In: Owens P, Horder J, Carrier J (eds) *Interprofessional issues in community and primary health care*. Palgrave Macmillan, London, 1995:9–36.

Chauvel A (1994) Quality in Europe. *Total Quality Management* 5(5).

Clarke SP, Sloane DM and Aiken LH (2002) Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *Am J Public Health* 92(7): 1115-1119.

Cottingham S, DiBartolo MC, Battistoni S and Brown T (2011) Partners in nursing: A mentoring initiative to enhance nurse retention. *Nursing Education Perspectives* 32(4): 250-255. DOI: <http://dx.doi.org.libproxy.csustan.edu/10.5480/1536-5026-32.4.250>

Crosby P (1979) *Quality is Free: The art of making quality certain*. McGraw-Hill: New York.

Crosby P (1984) *Quality without Tears – The Art of Hassle – Free Management*. McGraw-Hill, New York.

Curie EJ and Car-Hill RA (2012) What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed casual factors and remedies. *International Journal of Nursing Studies* 49(9): 1180-1189. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.01.001

Daeves KH (1924) The utilization of statistics. A new and valuable aid in industrial research and in the evaluation of test data. *Testing*. March, 173-189.

Dalrymple J and Drew E (2000) Quality: On the Threshosld or the Breik?. *Total Quality Management* 11(4/5 & 6): 697-703.

Deming WE (1982) *Quality, productivity and competitive position*. Cambridge, Mass: Massachusetts, Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.

Deming WE (1986) *Out of the Crisis*. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology.

Deming WE (1993) *The New Economics for Industry, Government, Education*. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.

Donabedian A (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Anne Arbor, Michigan, Health Administration Press.

Donabedian A (1988) The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1743-48.

Donabedian A (1990) The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 114: 14-16.

Donabedian A (2005) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4): 691-729.

Dorgham S and Al Mahmoud S (2013) Leadership Styles and Clinical Decision Making Autonomy among Critical Care Nurses: A Comparative Study IOSR. *Journal of Nursing and Health Science* 1(4):71-83.

Dotson MJ, Dave DS, Cazier JA and Spaulding TJ (2014) An empirical analysis of nurse retention: What keeps RN's in nursing? *The Journal of Nursing Administration* 44(2): 111-116. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000034

Duffield C, Roche M, O'Brien-Pallas L, Catling-Paull C and King M (2009) Staff satisfaction and retention and the role of the nurse unit manager. *Science Direct* 16:11-17. DOI: 10.106/j.colegn.2008.12.004

Duffy J, Baldwin J and Mastorovich M (2007) Using the quality-caring model to organize patient care delivery. *Journal of Nursing Administration* 37: 546-551.

Dutton R, Cooper C, Jones A, Leone S, Kramer M and Scalea T (2003) Daily multidisciplinary rounds shorten length of stay for trauma patients. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care* 55: 913-919.

Erenstein C and McCaffrey R (2007) How healthcare work environments influence nurse retention. *Holistic Nursing Practice* 21(6):303-307. DOI: 10.1097/01.HNP.0000298615.25222.de

Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GC, Ricker KL and Giovannetti P (2005) The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research* 54(2):74–84.

Evans DB, Edejer TT, Lauer J, Frenk J and Murray CJ (2001) Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Qual. Health Care* 13(6): 439-446.

Ferguson-Pare ML (1996) Registered Nurses' perception of their autonomy and the factors that influence their autonomy in rehabilitation and long-term care settings. *Canadian Journal of Nursing Administration* 9(2):95-108.

Friese CR (2005) Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum* 32 (4): 765-72.

Garvin DA (1988) *Managing Quality: The strategic and competitive edge*, New York: The Free Press.

Gaye Tuchman (1980) Facts of The Moment: The Study Of News. *Symbolic Interaction* 3(2): 9–20. Doi: 10.1525/si.1980.3.2.9.

Gikopoulou D, Tsironi M, Lazakidou A, et al. (2014) The Assessment Of Nurses' Work Environment: The Case of a Greek General Hospital. *International Journal of Caring Sciences* 7(1): 269-75.

Gray BH and Field MJ (1989) *Controlling costs and changing patientcare/The role of utilization management*. Washington, DC: National Academy Press.

Healy J and McKee M (2000) Monitoring hospital performance. Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems 2(2):1-3.

Henriksen K, Keyes M, Stevens D and Clancy C (2006) Initiating transformational change to enhance patient safety. *Journal of Patient Safety* 2:20-24.

Iliopoulos E, Morrissey N, Baryeh K and Polyzois I (2018) Correlation between workplace learning and job satisfaction of NHS healthcare professionals. *British journal of healthcare management*. DOI: 10.12968/bjhc.2018.24.5.226

Ingersoll G, Witzel P and Smith T (2005) Using organizational mission, vision, and values to guide professional practice model development and measurement of nurse performance. *Journal of Nursing Administration* 35: 86-93.

Institute of Medicine (1990) *In a Strategy for Quality Assurance*. Vol. 1, ed. Lohr, K.N. Washington, DC: National Academy of Sciences.

Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A new System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy of Sciences. Available at: http://www.nap.edu/pdf/0309072808/pdf_image/193.pdf

Institute of Medicine (2003) *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*, Quality Chasm Series. Washington, DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety (2004) *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington (DC): National Academies Press (US)

ISO 8402 (1986) *Quality Vocabulary*, International Standard Organization, Geneva.

Johnson HL (1971) *Business in contemporary society: framework and issues*. Wadsworth Publishing Co., Inc., Belmont.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2000) *Lexicon dictionary of health care terms, organizations, and acronyms for the era of reform*, Chicago.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2002) *Health care at the crossroads: Strategies for addressing the evolving nursing crisis*.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005) Implementation guide for the NQF endorsed nursing-sensitive care performance measures. Oakbrook Terrace, IL: Author.

Juran JM (1974) Quality Control Handbook, McGraw-Hill.

Juran JM (1986) The Quality Trilogy. Quality Progress. August, pp19-24.

Juran JM (1992) Juran on Quality by Design, New York: The Free Press.

Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM and Poghosyan L (2008) Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 17:3324–3329.

Kongstvedt PR (1997) Essentials of Managed Health Care, 2th Edition, Aspen Publishers, Gaithersburg.

Kosel KC & Olivo T (2002) The business case for workforce stability. Voluntary Hospitals of America Available at: https://www.vha.com/news/release/public/0211I_summary (accessed 21 July, 2008).

Kramer M and Hafner L (1989) Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res* 38(3): 172-177.

Kramer M and Schmalenberg C (2008) The Practice of Clinical Autonomy in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story American Association of Critical-Care Nurses. *Crit Care Nurse* 28(6): 58-71.

Kramer M, Schmalenberg C (2002) Staff nurses identify essentials of magnetism. In McClure ML and Hinshaw AS (Eds.), Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses (pp. 25-59). Washington, DC: American Nurses Publishing.

Lake ET (2002) Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health* 25(3): 176-188.

Lake ET (2002) Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health* 25(3):176-188.

Lake ET (2007) The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical Care Research and Review* 64(2):104S-122S.

Lake ET and Friese CR (2006) Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nurs Res* 55(1): 1-9.

Laschinger HKS, Almost J and Tuer-Hodes D (2003) Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: Making the link. *J Nurs Adm* 33(7/8): 410-22.

Laschinger HKS, Shamian J and Thomson D (2001) Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nurs Econ* 19(5): 209-19.

Leiter MP and Laschinger HKS (2006) Relationships of work and practice environment to professional burnout. *Nurs Res* 55(2): 137-146.

Locke EA (1976) The Nature and Causes of Job Satisfaction. In Dunnette, M.D., Ed., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* 1:1297-1343.

Love G, Plummer V, O'Brien AP and Boyd L (2012) Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs* 68:677–685.

Manojlovich M (2005) Linking practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship* 37:367-371.

Marszalek-Gaucher E and Coffey RJ (1990) *Transforming Healthcare Organizations: How to Achieve and Sustain Organizational Excellence*. Jossey- Bass Publishers, San Francisco.

McClure M, Poulin M, Sovie M and Wandelt M (1983) *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nurses, pp. 1–135.

McClure ML and Hinshaw AS (2002) Magnet hospitals revisited. Washington, DC: American Nurses Publishing.

McDermott K, Laschinger HK and Shamian L (1996) Work empowerment and organizational commitment. *Nursing Management* 27:44-48.

McKay P (1983) Interdependent decision making: Redefining professional autonomy. *Nursing Administration Quarterly* 7:21-30.

Miller DJ (2006) Technological diversity, related diversification, and firm performance. *Strategic Management Journal* 27(7): 601-619.

Moos RH and Insel PM (1994) A social climate scale: Work environmental scale manual. 3rd ed. Mountain View, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

National Database of Nursing Quality Indicators (2006) New! RN survey with the Practice Environment Scale. Nursing Quality News. National Quality Forum. 2004. National voluntary consensus standards for nursing-sensitive care: An initial performance measure set—a consensus report. Washington, DC: Author.

Nolan M, Grant G, Brown J and Nolan J (1998) Assessing nurses' work environment: Old dilemmas, new solutions. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2: 145-156.

O'Brien-Pallas L, Shamian J, Thomson D, Alksnis C, Koehoorn M, Kerr M and Bruce S (2004) Work-related disability in Canadian nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 36(4): 352-7.

OECD (2006) OECD Health Data 2006, Ref Type: Data File.

Orsolini-Hain L, Malone RE (2007) Examining the impending gap in clinical nursing expertise. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 8:158–169.

Ovretveit J (2002) Evaluation of quality improvement programmes. *Quality safety Health Care* 11: 270-5.

Pfeffer J (1994) *Competitive advantage through people*. Harvard Business School Press, Boston, MA.

Polit DE and Beck CT (2006) *Essentials of Nursing Research*. 6th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Powell TC (1995) Total Quality Management as competitive advantage: A review and empirical study. *Strategic Management Journal* 16:15-27.

Redman T, Snape E and Wilkinson A (1995) Is Quality Management working in the UK? *Journal of General Management* 20(3): 44-59.

Rosenstein AH (2002) Nurse- physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing* 102: 26-34.

Schweiger B (2001) *Quality policy in health care systems of the EU accession countries*, Vienna: Federal Ministry of Social Security and Generations.

Scrivens E (1995) *Accreditation: Protecting the Professional or the Consumer?* Buckingham: Open University Press.

Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Busse R, Lindqvist R, Scott AP, Bruyneel L, Brzostek T, Kinnunen J, Schubert M, Schoonhoven L, Zikos D; RN4CAST consortium (2011) Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* 18(10):6.

Shamian J, Kerr MS, Laschinger HKS and Thomson D (2002) A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals. *Can J Nurs Res* 33(4): 35-50.

Shortell SM, O' Brien JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EFX, Boerstler H and O' Connor EJ (1995) Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement / Total Quality Management: Concept versus Implementation. *Health Services Research* 30:377-401.

Shortell SM, Rousseau DM, Gillies RR, Devers KJ and Simons TL (1991) Organizational assessment in intensive care units (ICUs): Construct development, reliability, and validity of the ICU Nurse-Physician Questionnaire. *Med Care* 29(8): 709-723.

Sims J, HP, Szilagyi AD and Keller TR (1976) The measurement of job characteristics. *Acad Manage J* 19(2): 195-212.

Sochalski J, Estabrooks CA and Humphrey CK (1999) Nurse staffing and patient outcomes: Evolution of an international study. *Can J Nurs Res* 31(3): 69-88.

Spector PE (1997) *Job Satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Tang JHO (2003) Evidence-based protocol: Nurse retention. *Journal of Gerontological Nursing* 29(3):5-14.

Tenner AR and DeToro IJ (1992) *Total Quality Management: Three Steps to Continuous Improvement*. Addison- Wesley Publishing Company, Reading.

Thomas-Hawkins C, Denno M, Currier H and Wick G (2003) Staff nurses' perceptions of the work environment in freestanding hemodialysis facilities. *Nephrol Nurs J* 30(2): 169-178.

Tourangeau AE, Cummings G, Cranley LA, Ferron EM and Harvey S (2009) Determinants of hospital nurse intention to remain employed: Broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing* 66(1):22-32.

Tuazon N (2007) Is magnet a money-maker? *Nursing Management*, June, 24-31; University of Pittsburgh Medical Center, (2008), Beckwith Fellows Leadership Program. Available at: <http://www.beckwithinstitute.org/Fellows.htm> (accessed 3 January, 2008).

Twigg D and McCullough K (2014) Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies* 51(1): 85-92. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2013.05.015

United Nations Children's Fund International Conference on Primary Health Care : 1978 : Alma-Ata, . U., & World Health Organization (1978) *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma - Ata, USSR, 6 - 12 September 1978*. Geneva: WHO.

Upenicks V (2003) Nurse perceptions of job satisfaction and empowerment: Is there a difference between nurses and employed in magnet versus non-magnet hospitals? *Nursing Management* 34: 43-44.

Upeniex VV (2002) Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *J Nurs Adm* 32(11): 564-76.

Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP and Vargas D (2004) Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 42(2): 57-66.

Van den Heede K, Florquin M, Bruyneel L, Aiken L, Diya L, Lesaffre E and Seremus W (2013) Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies* 50: 185-194. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001

Van Donk PD and Sanders G (1993) Organizational culture as a missing link in quality management. *International Journal of Quality and Reliability Management* 10(5):5-15.

Whitley MP and Putzier DJ (1994) Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment. *J Nurs Care Qual* 8(3): 43-51.

WHO (2000) Health Systems: Improving performance. Report, World Health Organization, Geneva.

WHO (2003) The European Health Report: Shaping the future. Report, World Health Organization, Copenhagen.

Wieck KL, Dols J and Landrum P (2010) Retention priorities for the intergenerational nurse workforce. *Nursing Forum* 45(1): 7-17. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.lib.csustan.edu:2048/10.1111/j.1744-6198.2009.00159.x>

World Health Organization (2000) The World Health Report. Health systems: improving performance. Geneva. WHO.

Zikos D, Diomidous M, Mantas J (2012) Challenges in the Successful Research Management of a Collaborative EU Project. *Acta Inform Med* 20(1):15-7. DOI: 10.5455/aim.2012.20.15-17.

Κάντας Α (1998) Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1. Συνολικός δείκτης και δείκτες υποκλιμάκων Cronbach's Alpha για την ελληνική εκδοχή του PES-NWI στην παρούσα μελέτη

Υποκλίμακες	Αριθμός ερωτήσεων	Chronbach's α
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	8	.68
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	9	.67
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	4	.65
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	4	.60
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	7	.88
Συνολική κλίμακα G-PES-NWI	32	.90

Πίνακας 2. Απόλυτες (*f*) και σχετικές συχνότητες (%) των δημογραφικών χαρακτηριστικών του συνολικού δείγματος συμμετεχόντων νοσηλευτών (*n* = 532)

Χαρακτηριστικά	Συνολικό δείγμα N	(έγκυρο %)
Φύλο		
Γυναίκες	450	(86.4%)
Άνδρες	71	(13.6%)
Ηλικία (έτη)		
20-29	72	(14.9%)
30-39	159	(32.9%)
40-49	233	(48.2%)
50-59	19	(3.9%)
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Ανώτατη Εκπαίδευση (ΠΕ-4 έτη σπουδών) - RN	11	(2%)
Ανώτερη Εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι.-4 έτη σπουδών) - RN	343	(68%)
Σχολή Βοηθών Νοσηλευτών (ΔΕ-2 έτη σπουδών)	150	(30%)
Μεταπτυχιακό δίπλωμα για RNs	20	(4%)
Ειδίκευση στη νοσηλευτική για RNs		
Παθολογική Ειδικότητα (διάρκεια 1 έτος)	50	(34%)
Χειρουργική Ειδικότητα (διάρκεια 1 έτος)	92	(63%)
Ψυχιατρική Ειδικότητα (διάρκεια 1 έτος)	4	(3%)
Συνολική Νοσηλευτική εμπειρία (έτη)		
0-5	83	(18.1%)
6-10	83	(18.1%)
11-15	67	(14.6%)
16-20	102	(22.2%)
21-25	99	(21.6%)
26-30	19	(4.1%)
>30	6	(1.3%)

Χρόνια εργασίας στο παρόν τμήμα

0-5	181	(39.3%)
6-10	92	(20.0%)
11-15	61	(11.5%)
16-20	70	(15.2%)
21-25	48	(10.4%)
26-30	8	(1.7%)

Τ.Ε.Ι.: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, RN: Registered Nurses (Πιστοποιημένοι Νοσηλευτές)

Πίνακας 3. Αξιολόγηση ξεχωριστά και συνολικά των πέντε νοσοκομείων με βάση τους μέσους όρους υποκλιμάκων και συνολικών βαθμολογιών στο Greek-PES-NWI

	ΠΑΓΝΗ	Βενιζέλειο	Χανιά	Ρέθυμνο	Αγ.Νικόλαος	Συνολικός
	ΜΟ	ΜΟ	ΜΟ	ΜΟ	ΜΟ	ΜΟ (ΤΑ)
Υποκλίμακες						
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	1.97	2.09	1.94	2.23	2.08	2.03 (0.45)
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.16	2.19	2.03	2.24	2.20	2.15 (0.45)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.08	2.22	2.22	2.44	2.23	2.19 (0.63)
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.79	1.78	1.76	1.89	1.98	1.81 (0.55)
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.39	2.62	2.54	2.77	2.60	2.53 (0.64)
Αριθμός κλινών	672	500	450	200	220	
Αξιολόγηση	Μη ελκυστικό	Μη ελκυστικό	Μη ελκυστικό	Μη ελκυστικό	Μη ελκυστικό	Μη ελκυστικό

Μέσες τιμές > 2.5 που υποδεικνύουν συμφωνία των ερωτώμενων σε σχέση με την παρουσία του υπό εξέταση χαρακτηριστικού στο εργασιακό περιβάλλον τους, παρουσιάζονται με έντονη γραφή. Μέσες τιμές σε μια ή καμία υποκλίμακα >2.5 υποδεικνύουν δυσμενή εργασιακά περιβάλλοντα

Πίνακας 4. Σύγκριση μέσω όρων υποκλιμάκων και συνολικής βαθμολογίας των 5 Ελληνικών νοσοκομείων με τους μέσους όρους νοσοκομείων Αμερικής, μη-Μαγνητών και Μαγνητών.

Υποκλίμακες	ΜΟ (ΤΑ) Νοσηλευτών σε Ελληνικά Νοσοκομεία (N=532)	ΜΟ (ΤΑ) Νοσηλευτών σε μη-Μαγνήτες Νοσοκομεία Αμερικής (N=689)		ΜΟ (ΤΑ) Νοσηλευτών σε Μαγνήτες Νοσοκομεία Αμερικής (N=1610)	
	ΜΟ (ΤΑ)	ΜΟ (ΤΑ)	Τιμή p	ΜΟ (ΤΑ)	Τιμή p
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	2.03 (0.45)	2.44 (0.44)	p<0.001	2.76 (0.47)	p<0.001
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.15 (0.45)	2.83 (0.36)	p<0.001	3.09 (0.39)	p<0.001
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.19 (0.63)	2.68 (0.60)	p<0.001	3.00 (0.59)	p<0.001
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.81 (0.55)	2.49 (0.62)	p<0.001	2.88 (0.62)	p<0.001
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.53 (0.64)	2.82 (0.55)	p<0.001	2.99 (0.52)	p<0.001
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.17 (0.41)	2.65 (0.35)	p<0.001	2.95 (0.40)	p<0.001

Στατιστικά σημαντικές τιμές σύγκρισης με μη-Μαγνήτες και Μαγνήτες νοσοκομεία Αμερικής παρουσιάζονται με έντονη γραφή.

Πίνακας 5. Διαφορές ανάμεσα σε νοσηλευτές χειρουργικού και παθολογικού τομέα συνολικά σε όλα τα νοσοκομεία.

	Χειρουργικός N=194 ΜΟ (ΤΑ)	Παθολογικός N= 115 ΜΟ (ΤΑ)
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	2.07 (0.49)	1.90 (0.37)**
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.15 (0.46)	2.07 (0.38)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.25 (0.66)	2.06 (0.59)*
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.87 (0.57)	1.61 (0.48)***
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.61 (0.66)	2.39 (0.68)*
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.24 (0.45)	2.01 (0.36)***

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται με έντονη γραφή για * .05, ** .01 και ***.001

Πίνακας 6. Διαφορές ανάμεσα σε νοσηλευτές του χειρουργικού και παθολογικού τομέα ξεχωριστά για κάθε νοσοκομείο.

	Χειρουργικός	Παθολογικός
	ΜΟ (ΤΑ)	ΜΟ (ΤΑ)
ΠΑΓΝΗ		
N συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριων	68	62
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	1.95 (0.41)	1.91 (0.33)
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.12 (0.43)	2.12 (0.34)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.15 (0.57)	2.00 (0.60)
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.87 (0.51)	1.53 (0.41)***
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.49 (0.63)	2.24 (0.68)
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.14 (0.38)	1.98 (0.34)*
Βενιζέλειο		
N συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριών	55	12
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	2.10 (0.51)	1.94 (0.35)
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.14 (0.40)	2.02 (0.35)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.18 (0.63)	2.12 (0.53)
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.77 (0.59)	1.60 (0.34)
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.71 (0.56)	2.63 (0.49)
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.27 (0.39)	2.06 (0.29)

Χανιά

N συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριών	33	22
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	2.02 (0.43)	1.82 (0.38)
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.07 (0.51)	1.96 (0.39)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.29 (0.72)	2.09 (0.61)
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.92 (0.52)	1.60 (0.40)*
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.45 (0.76)	2.55 (0.67)
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.23 (0.57)	2.04 (0.38)

Ρέθυμνο

N συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριών	27	6
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	2.35 (0.45)	1.92 (0.16)*
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.24 (0.45)	2.16 (0.60)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.61 (0.62)	2.29 (0.55)
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.96 (0.72)	1.70 (0.67)
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.90 (0.67)	2.50 (0.60)
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.45 (0.40)	2.01 (0.20)*

Άγιος Νικόλαος

N συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριών	11	13
----------------------------------	----	----

1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	2.14 (0.76)	1.96 (0.57)
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.34 (0.74)	1.92 (0.44)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.22 (1.01)	2.11 (0.67)
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	2.00 (0.66)	1.94 (0.79)
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.64 (0.81)	2.57 (0.77)
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.30 (0.76)	2.09 (0.58)

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται με έντονη γραφή για * .05 και *** .001

Πίνακας 7. Διαφορές μεταξύ νοσηλευτών τετραετούς εκπαίδευσης και βοηθών νοσηλευτών διετούς εκπαίδευσης για όλα τα νοσοκομεία.

	4 έτη	2 έτη
	N=354	N= 150
	MO (TA)	MO (TA)
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.18 (0.40)	2.18 (0.45)
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	2.15 (0.42)	2.10 (0.46)
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.15 (0.44)	2.16 (0.46)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.20 (0.61)	2.20 (0.66)
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.82 (0.55)	1.80 (0.57)
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.52 (0.62)	2.56 (0.68)

Πίνακας 8. Διαφορές μεταξύ νοσηλευτών τετραετούς εκπαίδευσης και βοηθών νοσηλευτών διετούς εκπαίδευσης για το νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ.

	4έτη N=158 ΜΟ (ΤΑ)	2έτη N= 49 ΜΟ (ΤΑ)
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	1.99 (0.37)	1.91 (0.37)
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	2.17 (0.38)	2.11 (0.39)
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	2.12 (0.56)	1.95 (0.51)
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	1.81 (0.83)	1.74 (0.49)
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	2.43 (0.63)	2.27 (0.60)
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	2.13 (0.35)	2.01 (0.32)*

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται με έντονη γραφή για * .05

Πίνακας 9. Συσχετίσεις (Spearman's r) μεταξύ των ετών εργασιακής εμπειρίας στο παρόν τμήμα με τη συνολική και τη βαθμολογία στις υποκλίμακες του Greek-PES-NWI.

	Έτη εργασιακής εμπειρίας στο παρόν τμήμα εργασίας
1. Συμμετοχή νοσηλευτών σε διοικητικά νοσοκομειακά θέματα	-.097*
2. Νοσηλευτικά πρότυπα ποιότητας παροχής φροντίδας	-.000
3. Άσκηση διεύθυνσης, ηγεσίας και υποστήριξης νοσηλευτών	-.130**
4. Στελέχωση και επάρκεια πόρων	-.017
5. Ποιότητα επαγγελματικής σχέσης νοσηλευτών-ιατρών	-.168**
Συνολική βαθμολογία G-PES-NWI	-.110*

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται με έντονη γραφή για * .05 και ** .01



**ΕΓΓΡΑΦΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιότιμη κυρία, αξιότιμε κύριε

Εκ μέρους του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης σας ενημερώνουμε ότι η παρούσα ενημέρωση αφορά την εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής της κας Μπροφίδη Καλλιόπη με τίτλο: «**Ο αντίκτυπος της οργάνωσης ενός νοσοκομείου στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών**». Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι να μελετήσει τον αντίκτυπο που έχουν τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού περιβάλλοντος εργασίας τόσο στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται μέσα σε αυτό και δέχεται τα μειονεκτήματα ή τα πλεονεκτήματα που του παρέχει, όσο και στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Δεδομένου ότι τα αποτελέσματα που θα προκύψουν χρήζουν μεγάλης ερευνητικής σημασίας στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η προσωπική σας συμμετοχή στην έρευνα θα ήταν ιδιαίτερος σημαντική. Σας ενημερώνουμε ότι τα ερωτηματολόγια είναι **ανώνυμα** και παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλα τα ερωτήματα, χωρίς να παραλείψετε κανένα.

Με τιμή,

Η υποψήφια διδάκτωρ,
Καλλιόπη Μπροφίδη
Νοσηλεύτρια ΤΕ
Γ.Ν. "Βενιζέλειο-Πανάνειο"

Ο επιβλέπων καθηγητής
Αναστάσιος Φιλαλήθης
Αναπληρωτής Καθηγητής
Τομέας Κοινωνικής
Ιατρικής
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΡΟΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Δέχομαι ανεπιφύλακτα να συμμετέχω στην έρευνα με θέμα μελέτης : «**Ο αντίκτυπος της οργάνωσης ενός νοσοκομείου στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών**», η οποία θα διενεργηθεί στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής της κας Μπροφίδη Καλλιόπη.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

Παρακαλώ σημειώσατε κατά πόσο συμφωνείτε ότι καθένα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά είναι παρόν στην τωρινή σας εργασία.

A. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ

	Σίγουρα διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Σίγουρα συμφωνώ
1. Επαρκείς υπηρεσίες υποστήριξης μου επιτρέπουν να ξοδεύω χρόνο με τους ασθενείς μου.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν καλές εργασιακές σχέσεις.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Προϊστάμενο προσωπικό το οποίο είναι υποστηρικτικό προς τους νοσηλευτές/ιες.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Ενεργός ανάπτυξη του προσωπικού ή τα συνεχιζόμενα προγράμματα εκπαίδευσης για νοσηλευτές.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Ανάπτυξη καριέρας/ευκαιρίες κλινικής σταδιοδρομίας.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Ευκαιρίες για τους πιστοποιημένους νοσηλευτές/ιες για συμμετοχή στις αποφάσεις πολιτικών.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Οι ιατροί εκτιμούν τις παρατηρήσεις και τις κρίσεις των νοσηλευτών.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Αρκετός χρόνος και ευκαιρίες για να συζητηθούν τα προβλήματα της φροντίδας των ασθενών με άλλους νοσηλευτές/ιες.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Αρκετές πιστοποιημένες νοσηλεύτριες εντός του προσωπικού για να παρέχουν ποιοτική φροντίδα	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Σίγουρα
διαφωνώ

Μάλλον
διαφωνώ

Μάλλον
συμφωνώ

Σίγουρα
συμφωνώ

ασθενούς.

	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Ένας διοικητής νοσηλευτικής υπηρεσίας που είναι καλός μάνατζερ και ηγέτης.				

	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

11. Ένας προϊστάμενος νοσηλευτής που είναι σε μεγάλο βαθμό παρόν και προσβάσιμος στο προσωπικό.

12. Αρκετό προσωπικό για να γίνουν οι δουλειές.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

13. Οι ιατροί αναγνωρίζουν τη συμβολή των νοσηλευτών/ιών στη φροντίδα του ασθενούς.

14. Έπαινος και αναγνώριση για μια εργασία που έγινε καλά.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

15. Υψηλά επίπεδα νοσηλευτικής φροντίδας αναμένονται από τη διοίκηση.

16. Ένας προϊστάμενος νοσηλευτής/τρια είναι ισότιμος σε ισχύ και εξουσία με άλλα κορυφαία στελέχη του νοσοκομείου.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

17. Πολλή ομαδική εργασία ανάμεσα σε νοσηλευτές και ιατρούς.

18. Ευκαιρίες για ανέλιξη.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

19. Ξεκάθαρη φιλοσοφία της νοσηλευτικής που διαχέεται στο περιβάλλον φροντίδας ασθενούς .

20. Εργασία με νοσηλευτές/ιες που είναι κλινικά ικανοί/ές.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

21. Οι ιατροί σέβονται τις νοσηλευτές/ιες ως επαγγελματίες.

	Σίγουρα διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Σίγουρα συμφωνώ
22. Ένας διοικητής μονάδας που υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη αποφάσεων, ακόμα και αν η σύγκρουση είναι με ένα ιατρό.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23. Διοίκηση η οποία ακούει και αποκρίνεται στις ανησυχίες των εργαζομένων.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24. Ένα ενεργό πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
25. Οι πιστοποιημένοι νοσηλευτές/ιες εμπλέκονται με την εσωτερική διοίκηση του νοσοκομείου (πχ. επιτροπές πρακτικής και πολιτικών).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26. Συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
27. Ένα πρόγραμμα διδασκαλίας για τις νέο-προσληφθείσες νοσηλεύτριες/ες .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
28. Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στο νοσηλευτικό παρά στο ιατρικό μοντέλο.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Σίγουρα διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Σίγουρα συμφωνώ
29. Οι πιστοποιημένες νοσηλεύτριες/ες έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε νοσοκομειακές και νοσηλευτικές επιτροπές.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
30. Οι ιατροί έχουν τους νοσηλευτές/ιες σε υψηλή εκτίμηση.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
31. Γραπτά, ενημερωμένα σχέδια φροντίδας για όλους τους ασθενείς.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
32. Αναθέσεις φροντίδας ασθενούς που ενισχύουν τη συνέχεια της	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

φροντίδας (πχ. η ίδια νοσηλεύτρια/ης φροντίζει τον ασθενή καθημερινά).

B. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ

33. Το φύλο σας:	<input type="radio"/> άνδρας
	<input type="radio"/> γυναίκα
34. Η ηλικία σας: έτη	<input type="text"/> <input type="text"/>
35. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; (επιτρέπεται μόνον μία απάντηση)	<input type="radio"/> διαβιώ μόνος / μόνη <input type="radio"/> παντρεμένος/η <input type="radio"/> είμαι χωρισμένος /η <input type="radio"/> είμαι χήρος / χήρα
36. Έχετε παιδιά τα οποία κατοικούν μαζί σας;	<input type="radio"/> ναι <input type="radio"/> όχι
37. <u>ΒΑΣΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ</u> (μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)	<input type="radio"/> Απόφοιτος Νοσηλευτικής Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης <input type="radio"/> Απόφοιτος Νοσηλευτικής Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης <input type="radio"/> Απόφοιτος Νοσηλευτικής Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης <input type="radio"/> Πτυχίο Νοσηλευτικής από εκπαιδευτικό ίδρυμα της αλλοδαπής
38. <u>ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ</u> (μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)	Ειδικότητα Νοσηλευτικής : Παθολογική <input type="radio"/> Χειρουργική <input type="radio"/> Ψυχιατρική <input type="radio"/> <input type="radio"/> Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση <input type="radio"/> Άλλη Τριτοβάθμια Εκπαίδευση <input type="radio"/> Καμία
Παρακαλείσθε να απαντήσετε το επόμενο ερώτημα μόνον σε περίπτωση που έχετε ακολουθήσει πρόσθετη κατάρτιση.	
39. Έχετε την δυνατότητα, στο πλαίσιο του λειτουργήματος που ασκείτε επί του παρόντος, να χρησιμοποιήσετε τις γνώσεις από την πρόσθετη κατάρτισή σας;	
<input type="radio"/> ναι	

- όχι
- εν μέρει

40. Ποιες εργασίες ασκείτε επί του παρόντος εντός του νοσηλευτικού ιδρύματος; (επιτρέπονται περισσότερες της μιας απαντήσεις)

- Προϊστάμενος Νοσηλευτής / Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια
- Βοηθός προϊσταμένου Νοσηλευτού / προϊσταμένης Νοσηλεύτριας
- Νοσηλευτής / Νοσηλεύτρια κίνησης
- Βοηθός Νοσηλεύτριας/ή

41. Με ποιον τρόπο έχετε προσληφθεί εντός του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο εργάζεσθε επί του παρόντος;

- Με σύμβαση ορισμένου χρόνου
- Με σύμβαση αορίστου χρόνου
- Μόνιμη Απασχόληση
- Ως εκπαιδευόμενος/νη με πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης (stage program)

42. Πόσο χρόνο εργασίας έχετε ήδη συμπληρώσει στο τωρινό σας τμήμα;

Έτη

43. Πόσα χρόνια έχουν περάσει από την αποφοίτησή σας;

Έτη

44. Πόσα έτη εργασιακής πείρας διαθέτετε από την στιγμή που αποκτήσατε το δίπλωμά σας;

Έτη

45. Πόσες κλίνες νοσηλείας διαθέτει το τμήμα σας;

Κλίνες

Σας ευχαριστούμε που αφιερώσατε το χρόνο για τη συμπλήρωση και επιστροφή αυτού του ερωτηματολογίου.

Η ΑΓΓΛΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ 'THE PRACTICE ENVIRONMENT SCALE'

32 item -revised Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

1. Adequate support services allow me to spend time with my patients.
2. Physicians and nurses have good working relationships.
3. A supervisory staff that is supportive of nurses.
4. Active staff development or continuing education programs for nurses.
5. Career development/clinical ladder opportunity.
6. Opportunity for registered nurses to participate in policy decisions
7. Physicians value nurses' observations and judgments.
8. Enough time and opportunity to discuss patient care problems with other nurses.
9. Enough registered nurses on staff to provide quality patient care.
10. A nurse manager who is a good manager and leader.
11. A chief nursing officer who is highly visible and accessible to staff.
12. Enough staff to get the work done.
13. Physicians recognize nurses' contributions to patient care.
14. Praise and recognition for a job well done.
15. High standards of nursing care are expected by the management.
16. A chief nursing officer is equal in power and authority to other top level hospital executives.
17. A lot of team work between nurses and physicians.
18. Opportunities for advancement.
19. A clear philosophy of nursing that pervades the patient care environment.
20. Working with nurses who are clinically competent.
21. Physicians respect nurses as professionals
22. A nurse manager who backs up the nursing staff in decision making, even if the conflict is with a physician.
23. Management that listens and responds to employee concerns.
24. An active quality assurance program.
25. Registered nurses are involved in the internal governance of the hospital (e.g., practice and policy committees).
26. Collaboration between nurses and physicians.
27. A preceptor program for newly hired nurses.
28. Nursing care is based on a nursing rather than a medical model.
29. Registered nurses have the opportunity to serve on hospital and nursing committees.
30. Physicians hold nurses in high esteem.
31. Written, up-to-date care plans for all patients.
32. Patient care assignments that foster continuity of care (i.e., the same nurse cares for the patient from one day to the next).

Source: Lake ET (2002) Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health* 25(3): 176-188.

ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ

SUBSCALES AND COMPONENT ITEMS

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index	
Subscale	Component items
Nurse Participation in Hospital Affairs	5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27, 28
Nursing Foundations for Quality of Care	4, 14, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30, 31
Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses	3, 7, 10, 13, 20
Staffing and Resource Adequacy	1, 8, 9, 12
Collegial Nurse-Physician Relations	2, 16, 24

SCORING DIRECTIONS

Score each item so that higher numbers indicate greater agreement. Thus, if Astrongly agree was coded 1, and Astrongly disagree was coded 4, you must first reverse code (by subtracting each answer from 5) before calculating subscale scores. Once the coding is in the right direction, calculate nurse-specific subscale scores as the mean of the items in the subscale. The mean permits easy comparison across subscales. For hospital-level scores, calculate the item-level means at the hospital level. Then proceed with the standard computation for subscale scores. This approach permits all nurse responses, including responses of nurses who did not answer all items, to be included in the hospital score.

Calculate an overall PES-NWI “composite” score as the mean of the five subscale scores. This approach gives equal weight to the subscales, rather than to the items.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΑΡΘΡΩΝ

ΑΡΘΡΟ Α. International Journal of Health Care Quality Assurance

Greek Hospital Environments

Author 1: Kalliopi Brofidi, RN, MPH, MBA, Registered Nurse, Cardiac-Thoracic-Vascular Surgery Clinic, University Hospital of Heraklion, Heraklion, Greece, Telephone: +306973576937, e-mail: brofidi@hotmail.gr

Author 2: Konstantinos Vlasiadis, PhD, Dentist, Director, Dental Clinic, University Hospital of Heraklion, University Hospital of Heraklion, Heraklion, Greece, Telephone: +306946047049, e-mail: vlasiadis.dent@gmail.com

Author 3: Anastas Philalithis, MBBS, PhD, Emeritus Professor, Social Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece, Telephone: +302810394608, e-mail: philal@uoc.gr

Corresponding author: Brofidi Kalliopi

Corresponding Author's E-mail: brofidi@hotmail.gr

Abstract

Purpose: We aimed to: (i) assess nurse satisfaction levels with working environment (known as favourability) in five Greek public hospitals using the Practice Environment Scale (PES); (ii) compare perceptions among nurses employed in surgical and medical departments; and (iii) examine relationships between perceptions and nurses' educational level and experience.

Design: 532 nurses from five major public hospitals in Greece completed the PES. Descriptive statistics, t-tests and Spearman correlations were employed to analyze our data.

Findings: Nurses perceived their work settings as unfavourable in all five hospitals, with collegial nurse–physician relations emerging as the only positive factor. Compared to medical, surgical departments emerged as slightly more positive working environments. Work department notwithstanding, in some cases, education and experience levels affected their perceptions on management, poor care quality, limited nurse involvement in hospital affairs and nursing shortage.

Practical implications: Hospital managers do not provide sufficient support for Greek nurses in their working environments.

Originality/value: We attempted to evaluate nursing practice environments in Greek hospitals, viewed from nurses' perspective. We identified insufficient support for nurses' working environments in these hospitals.

Keywords: Evaluation; Favourability; Greek hospitals; Nursing practice environment; Care quality.

APOPO B: Journal of Research in Nursing

Assessment of the nursing practice environment in Greek Hospitals: a cross-sectional study

Kalliopi Brofidi

Laboratory of Health Planning, School of Medicine, University of Crete, Greece
RN, Cardio Thoracic Vascular Surgery Clinic, University Hospital of Heraklion, Greece
Konstantinos Vlasidiadis

Laboratory of Health Planning, School of Medicine, University of Crete, Greece;
Dentist, Director, University Hospital of Heraklion, Greece

Anastas Philalithis

Laboratory of Health Planning, School of Medicine, University of Crete, Greece;
Emeritus Professor, Social Medicine, School of Medicine, University of Crete, Greece

Abstract

Background: The organisational characteristics of the nursing practice environment play a role in nurses' job satisfaction, job retention, quality-of-care service provision and patient outcomes. The widely used Practice Environment Scale of the Nursing Work Index assesses the favourability of these traits, showing the grade of magnetism of these factors in the workplace.

Aims and methods: This study aims to assess the nurse working environment at five public hospitals in Greece, and to compare these data with those of Magnet and non-Magnet hospitals. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index was completed by 532 nurses.

Results: Findings have shown that all five hospitals were assessed by nurses as unfavourable working environments. Four of five subscales were identified as unfavourable by the participants and only Collegial Nurse-Physician Relations were evaluated as a positive organisational trait. The mean scores in all five subscales of favourability were significantly lower than the corresponding scores of non-Magnet hospitals in the US.

Conclusions: The present study shows the favourability grade of Greek hospitals. When compared with Magnet and non-Magnet hospitals in the US, Greek hospitals were perceived as more unfavourable than non-Magnet hospitals. Action to improve the current situation must be taken by hospital management, supporting nurse involvement, continuous education, changing human resources management and adopting evaluation procedures.

Corresponding author:

Cardio Thoracic Vascular Surgery Clinic, University Hospital of Heraklion, Greece, GR-71003, Crete, Greece. Email: brofidi@hotmail.gr

Keywords: Greek hospital, Magnet hospital, nurses, nursing practice environment, organizational characteristics, Practice Environment Scale, quality of care