

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΥΚΙΩΤΗ ΘΗΡΕΣΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΑΠΛΑΔΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2014**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη με τίτλο «Εργασιακές σχέσεις και Ποιότητα στην υπηρεσία της υγείας » αποτελεί πτυχιακή εργασία του Τμήματος Διοίκησης επιχειρήσεων της σχολής Διοίκηση και Οικονομίας.

Καταρχήν, θέλω να εκφράσω θερμές ευχαριστίες στον επιβλέποντα της πτυχιακής εργασίας μου, καθηγητή κ. Απλάδα Γεώργιο, για την πολύτιμη καθοδήγησή και βοήθεια του.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγο μου Καϊσίδη Αναστάσιο και τα παιδιά μου Αγγελική και Χρυσάνθη για τη συμπαράσταση που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, καθώς επίσης και κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται στις εργασιακές σχέσεις όπως αυτές διαμορφώνονται στο χώρο της υγείας και στον τρόπο με τον οποίο καθορίζουν την ποιότητα των παροχών υγείας.

Γνωρίζοντας ότι με τον όρο εργασιακές σχέσεις εννοούνται οι πολυδιάστατες σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ των τριών «κοινωνικών εταίρων» (δηλαδή εργοδοτών, εργαζομένων και κράτους) εμβαθύναμε όχι μόνο στον προσδιορισμό τους και την θεωρητική προσέγγιση τους αλλά και στην εμπειρική διερεύνηση τους μέσω της έρευνας που πραγματοποιήσαμε στο BENIZEΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ .

Για τον σκοπό της εργασίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναφορά τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και ως προς το ερευνητικό τμήμα της.

Η προσέγγιση του θέματος έγινε σε δύο μέρη, το θεωρητικό, όπου γίνεται παρουσίαση του θέματος μέσω επιστημονικών άρθρων και βιβλιογραφικής αναφοράς και το ερευνητικό, στο οποίο αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας μας.

Στη θεωρητική προσέγγιση παρουσιάστηκαν και διερευνήθηκαν βιβλιογραφικά όροι όπως είναι οι εργασιακές σχέσεις , η εργασιακή ικανοποίηση, η υγεία ,τα συστήματα υγείας , η παροχή υπηρεσιών υγείας , τα κίνητρα για την παρακίνηση των εργαζόμενων , η διοίκηση μονάδων υγείας και πως αυτή παρακινεί του εργαζόμενους.

Στο εμπειρικό τμήμα αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο BENIZEΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ .

Λέξεις κλειδιά : εργασιακές σχέσεις ,εργασιακή ικανοποίηση, υγεία , συστήματα υγείας,κοκ

ABSTRACT

This thesis refers to industrial relations as reflected in the health and the way in which determine the quality of health benefits.

Knowing that the term industrial relations meant multidimensional relationships formed between the three "social partners" (ie employers, employees and the state deepened not only to identify and approach the theoretical and empirical investigation through research we conducted Venizelio GENERAL HOSPITAL. For the purpose of the work performed by reference both in theory and in terms of the research department.

The approach was made in two parts, theoretical, where we present the issue through scientific articles and reference literature and empirical, which analyzes the results of several recent surveys.

The theoretical approach presented and investigated bibliographical conditions such as labor relations, job satisfaction, health, health systems, health systems, provide health services, incentives to motivate employees, the management of health units and how it motivates the workers.

The empirical part analyzes the results of a survey conducted Venizelio GENERAL HOSPITAL.

Keywords: labor relations, job satisfaction, health, health systems,etc

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
ABSTRACT	iii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	vii
1.1 Σκοπός της εργασίας.....	vii
1.2 Δομή της εργασίας.....	viii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	1
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	1
2.1.1 Θεωρίες των εργασιακών σχέσεων	2
2.2 Οι εργασιακές σχέσεις την περίοδο της οικονομικής κρίσης.....	5
2.3 Οι αλλαγές στην Ευρώπη	8
2.4 Οι αλλαγές στην Ελλάδα.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	17
3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	17
3.2 Θεωρίες της εργασιακής ικανοποίησης.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Ο ΧΩΡΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	29
4.1 Εισαγωγή στη οργάνωση και διοίκηση	29
4.2 Η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας	32
4.3 Η νοσοκομειακή περίθαλψη και τα καθήκοντα του προσωπικού.....	43
4.4 Ο ρόλος και τα καθήκοντα των γιατρών	44
4.5 Η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης των νοσοκομειακών γιατρών	46
4.6 Η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	65
5.1 Οι υπηρεσίες υγείας	65
5.1.1 Πολιτική Υγείας	67
5.2 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	69
5.3 Ορισμός της ποιότητας στην υγεία.....	74
5.4 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	75
5.4.1 Μέτρηση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	77
5.5 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών.....	81
5.5. 1 Χρησιμότητα της ικανοποίησης των ασθενών	84

5.6 Νοσηλευτική και μέτρηση ικανοποίησης ασθενών	85
5.7 Διεθνής και ελληνική πραγματικότητα	88
5.8 Η υγεία στην οικονομική ανάπτυξη	93
5.9 Τα κυριότερα προβλήματα Ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία	94
5.10 Προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	98
Συμπεράσματα.....	101
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΣΗΜΕΡΑ.....	103
ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	103
Μεθοδολογία Έρευνας.....	104
6.1 Ερευνητικοί στόχοι.....	104
6.2 Πληθυσμός Αναφοράς και Δείγμα της Έρευνας	106
6.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	107
6.4 Δομή του Ερωτηματολογίου.....	108
6.5 Ανάλυση Στοιχείων	109
6.6 Περιορισμοί της έρευνας.....	109
6.7 Χρονοδιάγραμμα Εργασιών	109
6.8 Κώδικας Έρευνας	110
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	111
7.1 Δημογραφικά αποτελέσματα.....	111
A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	111
B . ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	114
ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	116
7.2 Περιγραφικά αποτελέσματα	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	187
8.1 Συμπεράσματα από τι θεωρητικό μέρος.....	187
8.2 Συμπεράσματα από τη περιγραφική στατιστική.....	189
8.3 Συμπεράσματα από τη στατιστική ανάλυση	191
8.5 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	195
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	197
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	197
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	201
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	201
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	205
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	206
ΔΙΚΤΥΟΓΡΑΦΙΑ	209

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Σκοπός της εργασίας

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των εργαζόμενων στο χώρο της υγείας και πως αυτοί καθορίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας .

Στόχος είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και η μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των εργαζόμενων έτσι ώστε αυτοί να μπορούν να ανταποκρίνονται καλύτερα στο λειτούργημα που ασκούν .

Επίσης, στόχος της ήταν η διερεύνηση των εργασιακών σχέσεων τόσο ανάμεσα στη διοίκηση και τους εργαζόμενους όσο και ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές.

Τα πορίσματα της μελέτης, επίσης, είναι δυνατόν να αξιοποιηθούν στην ανάπτυξη μεθοδολογίας παρέμβασης στη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου, στο επανασχεδιασμό των προγραμμάτων δια βίου μάθησης, στην ανάπτυξη πολιτικής κινήτρων , στην αναδιάταξη του προσωπικού έτσι ώστε το καθημερινό πρόγραμμα εργασίας να είναι πιο λειτουργικό .

1.2 Δομή της εργασίας

Αναλυτικότερα στο κεφάλαιο 2 περιγράψαμε τις εργασιακές σχέσεις καθώς τις συνθήκες εργασίας που διαμορφώθηκαν μετά την πρόσφατη οικονομική κρίση .

Αντικείμενο της μελέτης εκτός από τις σχέσεις εργασίας είναι οι μισθοί, τα ημερομίσθια, η απασχόληση, η ανεργία, και πως αυτά επηρεάζουν τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας ιατρούς και νοσηλευτές .

Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύξαμε σε βάθος τον όρο της εργασιακής ικανοποίησης που αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις θεωρίες των κινήτρων και την εφαρμογή τους στον εργασιακό χώρο και επηρεάζει την απόδοση των εργαζομένων και κατά συνέπεια τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας .

Στο τέταρτο κεφάλαιο αφού προσδιορίσαμε την αξία της διοίκησης σε έναν οργανισμό τονίσαμε τη σπουδαιότητα του νοσοκομειακού management που έχει βασικό στόχο την ανάπτυξη της υπευθυνότητας όλων των παραγόντων, την αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και την εφαρμογή συγκεκριμένων στόχων και προτεραιοτήτων σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα.

Εξετάστηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών υγείας καθώς και οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι μονάδες υγείας στη διοίκηση, λόγω της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αφού διαπιστώσαμε ότι η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία ζωής του ανθρώπου αναφερθήκαμε στους δείκτες που έχουν καθιερωθεί για την μέτρηση , την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού

Παρουσιάσαμε τα συστήματα υγείας που υπάρχουν τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό και διαπιστώσαμε ότι η υγεία στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα τα οποία απαιτούν σοβαρή πολιτική βούληση ώστε να επιλυθούν αφού οι αιτίες διόγκωσης τους εντοπίζονται στις ρίζες της κοινωνικής και οικονομικής ζωής της χώρας.

Στο έκτο κεφάλαιο αποτυπώνεται η έρευνα που πραγματοποιήσαμε στο BENIZEΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΣΟΜΕΙΟ και που είχε ως στόχο την διερεύνηση

της θεωρητικής προσέγγισης μέσα από την καθημερινή εφαρμογή στο χώρο του νοσοκομείου.

Στο έβδομο κεφάλαιο διατυπώνονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη θεωρητική αυτή προσέγγιση όσο και τα συσχετιζόμενα αποτελέσματα από την πραγματοποιηθείσα έρευνα.

Επίσης καθορίζονται οι περιορισμοί της έρευνας καθώς και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα που δεν ήταν δυνατόν να διερευνηθούν στην παρούσα λόγω των περιορισμών που υπήρχαν.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τη βιβλιογραφία και το παράρτημα, στο οποίο περιλαμβάνεται το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Ο όρος εργασιακές σχέσεις χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη Μεγάλη Βρετανία και τη Βόρεια Αμερική κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1920.

Σύμφωνα με τον Dunlop (1958) με τον όρο εργασιακές σχέσεις εννοούνται οι πολυδιάστατες σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ των εργοδοτών, των εργαζομένων, των συνδικαλιστικών τους φορέων και των κρατικών οργάνων. Επομένως οι εργασιακές σχέσεις είναι «τριγωνικές» μεταξύ των τριών «κοινωνικών εταίρων» (δηλαδή εργοδοτών, εργαζομένων και κράτους).

Οι εργασιακές σχέσεις αποτελούν κλάδο των κοινωνικών και οικονομικών επιστημών χρησιμοποιώντας πολλά στοιχεία και μεθόδους της κοινωνιολογίας, της ιστορίας, της νομικής και της πολιτικής επιστήμης. Οι μεγάλοι θεωρητικοί των εργασιακών σχέσεων όπως Sidney and Beatrice Webb*(5) και αργότερα οι John Dunlop, Clark Kerr, Arthur Ross, Richard Lester, Hue Clegg, Alan Flander*(6) , χρησιμοποιούν στην ανάλυσή τους κυρίως ιστορικά δεδομένα που συνδέονται με το φαινόμενο της ανάπτυξης του συνδικαλιστικού κινήματος και των συλλογικών διαπραγματεύσεων.

Αποτέλεσμα της ανάπτυξης των εργασιακών σχέσεων ήταν η δημιουργία νέων όρων και συνθηκών εργασίας, οι οποίες είχαν σαν αποτέλεσμα όχι μόνο την βελτίωση της θέσης των εργαζομένων μέσα στην κοινωνική και οικονομική πραγματικότητα, αλλά και την ανάπτυξη του βιοτικού επιπέδου των ανθρώπων.

Αντικείμενο μελέτης των εργασιακών σχέσεων είναι, εκτός από τις σχέσεις εργασίας, οι μισθοί, τα ημερομίσθια, η απασχόληση, η ανεργία, οι συλλογικές διαπραγματεύσεις, οι συλλογικές συμβάσεις, οι απεργίες, καθώς και παρεπόμενα θέματα όπως οι επιπτώσεις της νέας τεχνολογίας στην απασχόληση, ο θεσμός της συμμετοχής, οι εργασιακές σχέσεις και η παραγωγικότητα, κλπ. (Κατσανέβας, 1996).

Ο όρος εργασιακές σχέσεις αποκλείει την οικιακή εργασία και, επίσης εξαιρούνται από το πεδίο τους οι αυτοαπασχολούμενοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες.

Οι συμβατικές σχέσεις μεταξύ αυτοαπασχολούμενων και πελατών τους δεν είναι εργασιακές σχέσεις.

Σύμφωνα με τον Edwards, σημαντικό στοιχείο είναι η μισθωτή ή αμειβόμενη εργασία, που αποτελεί σχέση εργασίας ανάμεσα σε εργοδότη και εργαζόμενο. Για τον εργαζόμενο η αμοιβή αποτελεί κύριο παράγοντα για την επιβίωσή του. Όμως υπάρχουν και οι συνθήκες εργασίας που εισέρχονται στη σχέση εργοδότη και εργαζομένου, όπως είναι η ευκαιρία για εξέλιξη, η κατάρτιση, η ασφάλεια και η ελευθερία έκφρασης και δράσης (Edwards, 2003).

Αφεταιρία αποτελεί το γεγονός ότι «οι άνθρωποι είναι το πιο σημαντικό περιουσιακό στοιχείο για μια επιχείρηση ή οργανισμό».

Κεντρικό σημείο των εργασιακών σχέσεων είναι οι συλλογικές διαπραγματεύσεις που αναφέρονται "ως η διαδικαστική μέθοδος με την οποία οι ενώσεις των μισθωτών διαπραγματεύονται με τους εργοδότες ή τις ενώσεις τους, τις αμοιβές, τους όρους και τις συνθήκες εργασίας των μελών τους. Οι συνδικαλιστικές οργανώσεις, σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό των Sidney και Beatrice Webb, "αποσκοπούν στην προαγωγή και προάσπιση των συμφερόντων των μελών τους .

2.1.1 Θεωρίες των εργασιακών σχέσεων

Οι εργασιακές σχέσεις από την πλευρά της ακαδημαϊκής διδασκαλίας και έρευνας χρησιμοποιούν πολλά στοιχεία και μεθόδους της κοινωνιολογίας, της ιστορίας, της νομικής και της πολιτικής επιστήμης. Οι Taylor και McGregor μέσα από τις θεωρίες παρακίνησης που ανέπτυξαν, διατύπωσαν και μια σειρά από αρχές που σχετίζονται με την απασχόληση και τις εργασιακές σχέσεις. Αν και οι θεωρίες τους δεν είναι αμιγώς επικεντρωμένες στις εργασιακές σχέσεις, θεωρούνται ότι αποτελούν βάση για τη μετέπειτα ανάλυσή τους σε ακαδημαϊκό επίπεδο.

Οι θέσεις του Fr.Taylor δημοσιεύθηκαν το 1911 με τον τίτλο “Επιστημονική Οργάνωση της Εργασίας”. Στην εργασία αυτή ο Taylor αναπτύσσει τις ιδέες του για τις μεθόδους και τα μέσα εργασίας, την μείωση των άσκοπων καθυστερήσεων και των σπαταλών του χρόνου, όπως επίσης για τη μελέτη του χρόνου και των κινήσεων δίνοντας σαφείς οδηγίες για την βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας, χωρίς, όπως παρατηρήθηκε πρόσθετο κόπο όπως :

1. Αντικατάσταση των (εσφαλμένων) πρακτικών μεθόδων και καθορισμό των συστατικών ενός έργου, με σωστό επιστημονικό τρόπο σε κάθε στάδιο της εργασίας των ανθρώπων.
2. Επιστημονική επιλογή και εκπαίδευση των εργαζομένων για την εκτέλεση των διαφόρων εργασιών, διδασκαλία και εφαρμογή στην πράξη με τέτοιο τρόπο, ώστε να εκτελούν την εργασία τους, όσο το δυνατό καλύτερα και σωστότερα.
3. Συνεργασία των διοικητικών στελεχών με τους υφισταμένους, σύμφωνα με την επιστημονική μέθοδο.
4. Περισσότερο ισόρροπη διαίρεση ευθύνης μεταξύ διοικητικών στελεχών και εργαζομένων, έτσι ώστε οι πρώτοι να προγραμματίζουν και να εποπτεύουν και οι δεύτεροι να εκτελούν.

Σύμφωνα με τη θεωρία του McGregor , ο μέσος εργαζόμενος πρέπει να ελέγχεται και να κατευθύνεται, αν η επιχείρηση θέλει να πραγματοποιηθούν οι αντικειμενικοί σκοποί της.

Με τον όρο “ αντικειμενικοί σκοποί ” εννοούμε τους στόχους που έχει η επιχείρηση και η πραγματοποίηση των οποίων δικαιολογεί την ύπαρξή της. Κάποιοι συμφωνούν με αυτές τις απόψεις, σχετικά με τη συμπεριφορά των ανθρώπων μέσα στην επιχείρηση, επειδή κατά τη γνώμη τους εξηγεί πολλά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των εργαζομένων.

Σύμφωνα με μια ευρεία κατάταξη οι Ακαδημαϊκοί αυτοί δάσκαλοι και μελετητές, μαζί με τους οικονομολόγους Thorstein, Veblen, Wasley Mitchell, Jonh Commons, θεωρούνται ότι εκπροσωπούν τη λεγόμενη θεσμική σχολή.

Στην ίδια σχολή, αλλά με νέες ερμηνείες και αναλύσεις που προσαρμόζονται και σε πιο πρόσφατα δεδομένα, υπάγονται οι πιο σύγχρονοι Michael Priore, Peter Dolringer και Barry Bluestone. Οι τελευταίοι δίνουν έμφαση στο φαινόμενο του κορπορατισμού που συνδέεται με την κατάτμηση της αγοράς εργασίας και τις επιδράσεις των κοινωνικών και θεσμικών δεδομένων όπως οι ταξικές και φυλετικές διακρίσεις, κ.λπ. .

Οι θεσμικοί αναλυτές απορρίπτουν τη νεοκλασική άποψη του οικονομικού ανθρώπου, της μεγιστοποίησης των κερδών, όπως και της ύπαρξης του "αόρατου χεριού". Επίσης αποφεύγουν να χρησιμοποιούν ή χρησιμοποιούν ελάχιστα τα μαθηματικά και τις καμπύλες αδιαφορίας στις αναλύσεις τους, που θεωρούνται ως βασικά εργαλεία ανάλυσης για την κλασική οικονομική σκέψη.

Η νεοκλασική σχολή έχει σήμερα πολλούς οπαδούς στο χώρο κυρίως της οικονομικής της εργασίας και λιγότερο των εργασιακών σχέσεων. Οι ρίζες της σχολής αυτής ανατρέχουν στην κλασική οικονομική θεωρία του Adam Smith του David Ricardo και αργότερα του Alfred Marshall, του John Hicks, του Paul Douglas. Από τη δεκαετία του 1950, επιφανής εκπρόσωπος της νεοκλασικής σχολής και ειδικότερα των μονεταριστών του Σικάγο, είναι ο Milton Freedman καθώς και οι Theodore Schultz, George Stigler, Jacom Mincer, και Alber Rees, ο οποίος ανέλυσε διεξοδικά την οικονομική των συνδικαλιστικών οργανώσεων.

Η νεοκλασική σχολή δίνει κυρίαρχη θέση στη λειτουργία των αγορών εργασίας οι οποίες προσδιορίζουν το ύψος των μισθών και την κατανομή της εργασίας. Θεσμικοί παράγοντες όπως η λειτουργία των επιχειρήσεων, των συνδικαλιστικών οργανώσεων, η παράδοση και ο πολιτισμός, οι κοινωνικές τάξεις, η κατανομή του πλούτου, οι κοινωνικές ανισότητες κλπ, θεωρούνται ως δεδομένοι και αλληλοαναιρούμενοι και κατ' συνέπεια δε συνυπολογίζονται σοβαρά. Η νεοκλασική θεωρία δίνει έμφαση στην έννοια του οικονομικού ανθρώπου ο οποίος επιδιώκει να μεγιστοποιήσει το επίπεδο της ζωής του, πάντοτε προσπαθώντας για το καλύτερο και ανώτερο αποτέλεσμα, με δεδομένο το πλαίσιο και τις δυνατότητες που υπάρχουν. Βασική αρχή του "αόρατου χεριού" που κινεί αυτή την ορθολογική συμπεριφορά είναι η μεγιστοποίηση του οικονομικού αποτελέσματος.

Βάση αυτής της ορθολογικής συμπεριφοράς, κύρια επιδίωξη είναι η μεγιστοποίηση του οικονομικού αποτελέσματος, δηλαδή του μεγαλύτερου δυνατού αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος (Κατσανέβας, 1996).

Τέλος υπάρχει και μια άλλη σχολή, η νεομαρξιστική ή ριζοσπαστική σχολή που έχει επηρεαστεί από τη μαρξιστική ανάλυση. Βασικοί εκπρόσωποι αυτής της σχολής, (η οποία όμως έχει υποστεί σοβαρά πλήγματα μετά την κατάρρευση της τέως Σοβιετικής Ένωσης), είναι οι Victor Allen, David Gordon, Harry Beaverman, Richard Hyman, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι αντί για εργασιακές σχέσεις θα πρέπει να γίνεται λόγος για εργασιακές αντιθέσεις, όπως εκφράζονται από τις σύγχρονες ταξικές αντιθέσεις

Η ριζοσπαστική θεωρία απορρέει από τη μαρξιστική σκέψη και αναπτύχθηκε κυρίως από το Hyman (1972). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η σύσταση των συνδικάτων ασκεί σημαντική επιρροή κατά τις συλλογικές διαπραγματεύσεις. Το καπιταλιστικό σύστημα αναγκάστηκε να εκχωρήσει κάποιες ελευθερίες στους εργαζομένους. Το κράτος τάσσεται υπέρ των εργοδοτών και των επιχειρηματιών σε βάρος των συμφερόντων των εργαζομένων και οι απεργιακές κινητοποιήσεις οφείλονται σε στενά εργατικά αιτήματα και δεν αποβλέπουν στην ανατροπή του κατεστημένου.

2.2 Οι εργασιακές σχέσεις την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Λίγο πριν την κρίση το κεντρικό χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος συλλογικών διαπραγματεύσεων είναι η εθνική διαπραγμάτευση για τον κατώτατο μισθό και τους βασικούς μισθούς ανά κλάδο ή επάγγελμα. Οι επιχειρησιακές συμβάσεις είναι σχετικά λίγες ενώ ο ισχυρότερος πυλώνας του ελληνικού συνδικαλιστικού κινήματος στις δεκαετίες του 1990 και του 2000 ήταν οι ΔΕΚΟ και οι τράπεζες, των οποίων οι συνδικαλιστές επικρατούσαν στην ηγεσία της ΓΣΕΕ σε όλη αυτή την περίοδο.

Ο ρόλος της είναι καίριος για το σύστημα συλλογικών διαπραγματεύσεων, καθώς δεν καθορίζει μόνο το ύψος του εθνικού κατώτατου μισθού, αλλά και τις συνθήκες απασχόλησης και εργασίας όλων των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα (χρόνος εργασίας, άδειες, δικαιώματα μερικώς απασχολούμενων, όροι

απασχόλησης μαθητευόμενων και φοιτητών σε πρακτική άσκηση, δικαιώματα ίσης μεταχείρισης, αποζημιώσεις απόλυσης κ.ο.κ.).

Οι πραγματικοί μισθοί μειώθηκαν δραστικά την τριετία 1990-1993 (3,2% ετήσια κατά μέσο όρο), ενώ την περίοδο 1993-2000 αυξήθηκαν λίγο λιγότερο απ' ό,τι η παραγωγικότητα της εργασίας.

Κεντρικό στοιχείο του ελληνικού εργασιακού μοντέλου ήταν η ισχυρή προστασία κατά των απολύσεων των εργαζόμενων ενώ ακόμα ισχυρότερη ήταν η προστασία των εργαζομένων στις ΔΕΚΟ. Την περίοδο 1994-2008 η Ελλάδα ανήκε στις 2-3 χώρες του ΟΟΣΑ με την ισχυρότερη νομοθετική προστασία από τις απολύσεις.

Αντίθετα η αδήλωτη/ανασφάλιστη εργασία αποτελεί δομικό χαρακτηριστικό της ελληνικής αγοράς εργασίας και μπορεί να συνδυάζεται με άλλες μορφές ευελιξίας ως προς την απασχόληση (μερική, προσωρινή εργασία κλπ.). Η αδήλωτη/ανασφάλιστη εργασία διογκώθηκε υπέρμετρα κατά τις δεκαετίες του 1990 και του 2000, κυρίως λόγω της μαζικής μετανάστευσης και της μη νόμιμης παραμονής και εργασίας πλήθους μεταναστών στη χώρα μας.

Την τελευταία εικοσαετία πριν την κρίση, όμως, εισήχθησαν επίσης νέες ευέλικτες μορφές απασχόλησης και διευθέτησης του χρόνου εργασίας στις επίσημες εργασιακές σχέσεις, πέραν των παραδοσιακών συμβάσεων ορισμένου χρόνου. Ωστόσο, η αντίσταση των συνδικάτων μετρίασε το βαθμό ευελιξίας που προσπάθησαν να επιβάλουν οι κυβερνήσεις και διασφάλισε μία σχετικά ικανοποιητική (σε ευρωπαϊκή σύγκριση) προστασία των επίσημα εργαζόμενων με αυτές τις μορφές απασχόλησης, όπως οι μερικώς απασχολούμενοι, ενώ το κίνημα των συμβασιούχων του δημόσιου τομέα οδήγησε το 2003 και 2004 σε περιορισμό της ανεξέλεγκτης επέκτασης των συμβάσεων ορισμένου χρόνου και έργου στο δημόσιο τομέα.

Το Μνημόνιο και το Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα 2012-2015 περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό θεσμικών αλλαγών της αγοράς εργασίας και προϊόντων, που αποδιαιρώνουν τις εργασιακές σχέσεις, καταργώντας ουσιαστικά πάγια εργασιακά δικαιώματα, τις συλλογικές διαπραγματεύσεις και τη δύναμη των συνδικάτων με στόχο τη μείωση του μισθολογικού κόστους και τη ριζική

συρρίκνωση του δημόσιου τομέα, τη δημιουργία ευκαιριών για συγκέντρωση κεφαλαίου στις υπηρεσίες μέσω της σημαντικής μείωσης της αυτοαπασχόλησης· και την εσωτερική υποτίμηση, δηλαδή δραστικές μειώσεις των ονομαστικών μισθών στον ιδιωτικό τομέα.

Περιορισμός των προσλήψεων, εργασιακή εφεδρεία, απολύσεις στο δημόσιο τομέα, κατάργηση, αναδιάρθρωση και ιδιωτικοποίηση δημόσιων οργανισμών και επιχειρήσεων είναι μόνο κάποια από τα μέτρα που λαμβάνονται .

Η αυτοαπασχόληση δέχεται τεράστιο πλήγμα αφού οι μικροεπιχειρηματίες, οδηγούνται σε μαζικό κλείσιμο επιχειρήσεων και παράλληλα άνοιγμα όλων των κλειστών επαγγελματιών καταργώντας όλους τους περιορισμούς στον ανταγωνισμό.

Όμως από τη λαίλαπα του μνημονίου δεν ξέφυγε ούτε ο ιδιωτικός τομέας . Μέτρα όπως η μείωση στο μισό της περιόδου προειδοποίησης και του ύψους της αποζημίωσης για ατομικές απολύσεις· αύξηση του ελάχιστου ορίου για μαζικές απολύσεις· εργασιακή εφεδρεία και προ-συνταξιοδότηση στον δημόσιο τομέα· επέκταση της δοκιμαστικής περιόδου για τις νέες προσλήψεις από τρεις σε δώδεκα μήνες· αύξηση της μέγιστης σωρευτικής διάρκειας των συμβάσεων ορισμένου χρόνου στα τρία χρόνια και διευκόλυνση της κατ' εξαίρεση χρήσης τους· επέκταση της μέγιστης διάρκειας των διαστημάτων απασχόλησης για τους εργαζόμενους των εταιρειών προσωρινής απασχόλησης από τους 18 στους 36 μήνες· επέκταση της μέγιστης διάρκειας της εκ περιτροπής εργασίας σε επιχειρήσεις που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες από τους έξι στους εννέα μήνες ανά έτος· δυνατότητα μερικής απασχόλησης στις ΔΕΚΟ· κατάργηση της μισθολογικής προσαύξησης 10% για τους μερικώς απασχολούμενους που απασχολούνται πολύ λίγες ώρες· μείωση της αποζημίωσης για υπερωρίες κατά 20%· αύξηση του εβδομαδιαίου χρόνου απασχόλησης στη δημόσια διοίκηση από 37,5 σε 40 ώρες· διευκόλυνση της διευθέτησης του χρόνου εργασία καθώς και η πλήρης αποδυνάμωση των συλλογικών διαπραγματεύσεων συντελούν στην πλήρη αποδόμηση των γνωστών εργασιακών σχέσεων και στην καθιέρωση ενός νέου εργασιακού τοπίου όπου κυριαρχούν η αγωνία για το αύριο, ο σκληρός ανταγωνισμός τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας , η κατάργηση του ελεύθερου χρόνου και

δυστυχώς η χαμηλή και χωρίς ποιότητα απόδοση των εργαζομένων κάτω από αυτές τις αντίξοες συνθήκες.

2.3 Οι αλλαγές στην Ευρώπη

Η ένταση της κρίσης στον ευρωπαϊκό χώρο, οι εξελίξεις και ο αντίκτυπός τους στο πεδίο των εργασιακών σχέσεων αποκτούν ιδιαίτερο χαρακτήρα, δημιουργώντας αρνητικές επιδράσεις στην απασχόληση και την εργασία.

Οι εργασιακές σχέσεις αλλάζουν και η οικονομική κρίση χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό και ως αφορμή για τις επώδυνες αυτές αλλαγές (Κουζής, κ.ά. 2010) .

Η πρώτη επίσημη κοινοτική επισήμανση της ανάγκης προσαρμογής της ευρωπαϊκής οικονομίας στα νέα δεδομένα της παγκοσμιοποίησης, που προήλθε από τη συνειδητοποίηση της σταθερής υστέρησης που κινδύνευαν να παρουσιάσουν στο άμεσο μέλλον οι οικονομίες όλων σχεδόν των χωρών της ηπείρου μας έναντι των Η.Π.Α. και των αναδυόμενων οικονομιών, έγινε, το Μάρτιο του 2000, στο Συμβούλιο Κορυφής της Λισσαβόνας, όταν οι αρχηγοί των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε. των 15) δεσμεύτηκαν να εφαρμόσουν μια ειδική στρατηγική («Στρατηγική της Λισσαβόνας»), διάρκειας 10 ετών. Στόχος της στρατηγικής αυτής ήταν να γίνει η Ε.Ε. «η πιο ανταγωνιστική και δυναμική οικονομία στον κόσμο, βασισμένη στη γνώση και στην εμπειρία, ικανή να διατηρήσει σταθερή την οικονομική της ανάπτυξη, με περισσότερες και καλύτερες δουλειές και μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή».

Η «Στρατηγική της Λισσαβόνας», που προσδιορίζει την οικονομική στρατηγική της Ενωμένης Ευρώπης, είναι φανερό ότι έχει ως κεντρική προτεραιότητα την πλήρη και ποιοτική απασχόληση και στόχο τη δημιουργία αγορών με περισσότερες και καλύτερες θέσεις.

Στην πράξη, όμως, αποδεικνύεται καθημερινά ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση εμφανίζει, συστηματικά, μια επικίνδυνη διγλωσσία: άλλα επισημαίνει στις διακηρύξεις των Συνόδων Κορυφής των ηγετών της και άλλα υλοποιεί με τις διάφορες Οδηγίες της και τις καθημερινές πρακτικές των μελών της (νομιμοποίηση της ίδρυσης και λειτουργίας εταιρειών «ενοικίασης»

εργαζόμενων που, ουσιαστικά, ισοδυναμεί με επαναφορά απροκάλυπτης δουλοπαροικίας, υιοθέτηση του 65ωρου στην εβδομαδιαία εργασία, επέκταση της μερικής απασχόλησης κ.ά.).

Στις περισσότερες χώρες τα μέτρα έχουν στο επίκεντρό τους την ενίσχυση της ευελιξίας, ενώ συγχρόνως περιορίζεται και η σύνδεση ευελιξίας και ασφάλειας, αφού η αναζήτηση «ασφαλιστικών δικλείδων» για τους εργαζομένους σε περίοδο οικονομικής κρίσης φαντάζει ως πολυτέλεια.

Σε νομοθετικό επίπεδο, οι αποφάσεις του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων συμβάλλουν στη δημιουργία όρων απορρύθμισης των εργασιακών και κοινωνικών.

Η αμφισβήτηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης στην απασχόληση και τις εργασιακές σχέσεις, της χορηγούμενης ετήσιας άδειας με αποδοχές, της αναρρωτικής άδειας και η καθιέρωση μεγαλύτερων ορίων συνταξιοδότησης είναι μερικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν το σύγχρονο τοπίο των εργασιακών σχέσεων (Κουζής, κ.ά, 2011).

Σε κάποιες χώρες, τα καθεστώτα εργασιακών σχέσεων εμφανίζουν ομοιότητες σε όλους τους κλάδους της οικονομικής δραστηριότητας, ενώ σε άλλες διαφοροποιούνται σημαντικά από κλάδο σε κλάδο, ενώ ορισμένοι τομείς παρουσιάζουν παρόμοια καθεστώτα εργασιακών σχέσεων, ανεξαρτήτως χώρας. Οι εργασιακές σχέσεις διαφοροποιούνται περισσότερο ανά κλάδο και λιγότερο ανά χώρα, δηλαδή οι διαφορές μεταξύ των κλάδων εντός των χωρών τείνουν να είναι μεγαλύτερες από τις διαφορές μεταξύ των χωρών στον ίδιο κλάδο.

Σύμφωνα με την επιστημονική έκθεση του Παρατηρητηρίου Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων σχετικά με τις εργασιακές σχέσεις για τα έτη 2009-2010, αποτυπώνονται οι εξής τάσεις σε Ευρώπη:

1. Η μετατροπή των θέσεων πλήρους απασχόλησης σε θέσεις μερικής απασχόλησης, η επέκταση των συμβάσεων προσωρινής απασχόλησης, η επέκταση της διάρκειας των συμβάσεων δοκιμής που λύνονται χωρίς την

καταβολή αποζημίωσης, όπως στην περίπτωση της Ελλάδας (από 2 σε 12 μήνες) και στην Πορτογαλία (4 μήνες) και η ανάπτυξη της εκ περιτροπής εργασίας με τις μορφές εργασίας περιορισμένων ημερών εντός της εβδομάδας (τρίημερα, τετραήμερα).

Οι χώρες της Ε.Ε. με την μεγαλύτερη αύξηση της μερικής απασχόλησης μεταξύ δεύτερου τριμήνου του 2008 και 2009 ήταν όλες οι Βαλτικές χώρες, η Ιρλανδία, η Σλοβακία, η Σλοβενία, η Αυστρία, η Ουγγαρία, η Δανία και η Ολλανδία. Αρκετά μεγάλη αύξηση σημειώθηκε και στην Ισπανία και Αγγλία.

2. Η διευκόλυνση των απολύσεων με το επιχείρημα της ενίσχυσης της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων.

3. Η απελευθέρωση των ωραρίων και η ευέλικτη διαχείριση του χρόνου εργασίας.

Παραδείγματος χάριν, στη Γαλλία έχει επεκταθεί η λειτουργία των επιχειρήσεων κατά την Κυριακή, με αποτέλεσμα την επέκταση της απασχόλησης κατά τις Κυριακές στο 30% των εργαζομένων.

Οι χώρες του ΟΟΣΑ, όπου εργάζονται περισσότερο (Πολωνία, Μεξικό, Τουρκία, Κορέα, Τσεχία, Ουγγαρία, Ελλάδα, Ιταλία) κατατάσσονται τελευταίες στον πίνακα καταγραφής του πλούτου, ανά κάτοικο.

Αντίθετα, τις πρώτες θέσεις στον ανωτέρω πίνακα καταλαμβάνουν οι χώρες, όπου παρατηρείται τάση για λιγότερη εργασία (Ολλανδία, Δανία, Ελβετία, Νορβηγία και Αυστρία).

Ορισμένες χώρες επέλεξαν να «εργάζονται περισσότερο», ενώ άλλες επικέντρωσαν την προσοχή τους στο να «εργάζονται όλοι».

Η ταυτόχρονη επίτευξη και των δύο στόχων φαίνεται ότι δεν είναι εφικτή.

Στις πρώτες (Ιταλία, Ελλάδα, Κορέα, Ουγγαρία, Πολωνία, Μεξικό, Τουρκία) εργάζονται, κατά μέσον όρο, 2050 ώρες το χρόνο, κατ' άτομο. Ωστόσο, το ποσοστό απασχόλησης δεν υπερβαίνει το 55%.

Στις δεύτερες (Νορβηγία, Ελβετία, Δανία, Ολλανδία, Σουηδία) εργάζονται, κατά μέσον όρο 1490 ώρες, το χρόνο, κατ' άτομο, αλλά το ποσοστό απασχόλησης φθάνει το 75%.

4. Οι αλλαγές στο σύστημα των συλλογικών διαπραγματεύσεων και των συλλογικών συμβάσεων, με κύριο χαρακτηριστικό την απορρύθμιση των όρων διαμόρφωσης των μισθών και του ευρύτερου περιεχομένου των εργασιακών σχέσεων.

5. Η ανεργία διογκώνεται και αποτελεί το κυρίαρχο πρόβλημα στις Ευρωπαϊκές οικονομίες αφού ελάχιστες είναι οι χώρες που φαίνεται ότι δεν έχουν πληγεί ιδιαίτερα από αυτή. Συγκεκριμένα τα επίσημα ποσοστά της ανεργίας για τις χώρες της Ευρωζώνης είναι 8,9% για το 2008 και 9,7% για το 2009.

Την πρώτη θέση στην κατάταξη έχει η Ισπανία με 20% ποσοστό ανεργίας .

6. Η ευελιξία της εργασίας αποτελεί κεντρική επιλογή των πολιτικών απασχόλησης, επιδιώκοντας τη μείωση των δαπανών για την εργασία, αλλά το αποτέλεσμα είναι ότι οδηγεί στην αύξηση της εργασιακής επισφάλειας. Για παράδειγμα στην Ολλανδία το 45% των εργαζομένων ανήκει στην κατηγορία της μερικής απασχόλησης.

7. Οι πολιτικές επαγγελματικής εκπαίδευσης/κατάρτισης εξακολουθούν να αποτελούν βασικές επιλογές στο πλαίσιο των ενεργητικών πολιτικών για την απασχόληση, χωρίς ωστόσο τα αποτελέσματα σε αυτό το επίπεδο να είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Οι πολιτικές αυτές συνοδεύονται με την ενίσχυση του ρόλου της δια βίου εκπαίδευσης ως εργαλείου για την ενίσχυση της απασχόλησης.

Παρόλα αυτά μια νέα έννοια αυτή των “NEET: Νέοι (ηλικίας 15-29 ετών) – εκτός απασχόλησης, εκπαίδευσης ή κατάρτισης” αναπτύχθηκε με σκοπό την πληρέστερη αποτύπωση της έκτασης της οικονομικής και εκπαιδευτικής απραξίας των νέων, ο αριθμός των οποίων στην Ευρωπαϊκή Ένωση σήμερα αγγίζει τα 14 εκατομμύρια από το σύνολο των 94 εκατομμυρίων Ευρωπαίων της ίδιας ηλικιακής ομάδας.

8. Η σημαντική ενίσχυση της παρουσίας ιδιωτικών φορέων προώθησης της απασχόλησης υποβαθμίζει το ρόλο των δημόσιων φορέων.

9. Οι μισθολογικές πολιτικές που ακολουθούνται στην Ευρώπη κατά την περίοδο της κρίσης χαρακτηρίζονται από περιορισμούς που εκδηλώνονται κυρίως με τη μορφή της μείωσης και της συγκράτησης των αμοιβών των εργαζομένων. Μεγαλύτερες μειώσεις καταγράφονται στον δημόσιο τομέα με αφορμή τη μείωση των δημόσιων ελλειμμάτων. Χώρες που τίθενται υπό διεθνή δανεισμό με δανειακές συμβάσεις (μνημόνια), όπως η Ελλάδα, η Ρουμανία, η Ουγγαρία και η Λετονία.

10. Η αποκέντρωση των συλλογικών διαπραγματεύσεων και των συλλογικών συμβάσεων εργασίας αποτελεί μια ιδιαίτερα διαδεδομένη πρακτική που εντείνεται σε μεγάλο βαθμό κατά την περίοδο της κρίσης, κατά την οποία υποβαθμίζονται ο ρόλος και το κύρος των κεντρικών συλλογικών συμβάσεων υπέρ κυρίως της επιχειρησιακής και της τοπικού χαρακτήρα συλλογικής σύμβασης.

11. Η επιδείνωση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας σε μεγάλο αριθμό χωρών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Λετονία, η οποία παρουσιάζει αύξηση των εργατικών ατυχημάτων και των συνεπαγόμενων αναπηριών κατά 47,6% σε διάστημα ενός έτους.

12. Η χαμηλή συνδικαλιστική πυκνότητα και η μείωσή της ακόμη και σε χώρες που παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο συνδικαλισμού αποτελούν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της σύγχρονης ευρωπαϊκής συγκυρίας, παρότι διανύουμε μια περίοδο που η μισθωτή εργασία δοκιμάζεται έντονα από την κρίση. Τα συνδικάτα αναζητούν νέους όρους για την αποτελεσματικότερη παρέμβασή τους είτε μέσω της οργανωτικής αναδιάρθρωσης και της ενίσχυσης του αυτόνομου ρόλου της συνδικαλιστικής δράσης, είτε μέσω πρακτικών διεθνοποίησης της δράσης του συνδικαλιστικού κινήματος. Η πιο προφανής επίπτωση της οικονομικής κρίσης στις εργασιακές σχέσεις - ως αποτέλεσμα της μείωσης του μεγέθους του εργατικού δυναμικού - ήταν η μείωση της συμμετοχής στις συνδικαλιστικές οργανώσεις (Rychly, 2009) .

13. Οι απεργίες παρουσιάζουν σημαντική αύξηση, κυρίως σε χώρες που υφίστανται εντονότερα τα συμπτώματα της κρίσης.

14. Οι αλλαγές στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης εκδηλώνονται με τη συρρίκνωση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων, την αύξηση των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης και τη θέσπιση αντικινήτρων απέναντι στις πρόωρες συνταξιοδοτήσεις.

2.4 Οι αλλαγές στην Ελλάδα

Με την ένταξη της χώρας στον μηχανισμό χρηματοοικονομικής στήριξης και την υπογραφή του «Μνημονίου» τίθεται σε εφαρμογή ένα αυστηρό πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής, με στόχο τη μείωση των δημοσίων δαπανών και την αύξηση των δημοσίων εσόδων. Προβλέπεται η λήψη μέτρων για τη δημοσιονομική εξυγίανση, τη ρύθμιση του χρηματοπιστωτικού τομέα, και την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων που θα καταστήσουν την ελληνική οικονομία ανταγωνιστική.

Μέρος αυτών των μεταρρυθμίσεων είναι και η συνεχής παρέμβαση στη λειτουργία της αγοράς εργασίας του ιδιωτικού τομέα και ειδικότερα στο πεδίο των ατομικών και συλλογικών εργασιακών σχέσεων, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί μέσω της εργατικής νομοθεσίας και των συλλογικών συμβάσεων εργασίας (Κυριακούλιας,2012).

Κοινός στόχος όλων των ρυθμίσεων ήταν η αντιμετώπιση της ανεργίας η αύξηση της απασχόλησης και η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας .

Για την επίτευξη του αναπτυχτήκαν ευέλικτες πρακτικές στις μορφές απασχόλησης του εργάσιμου χρόνου και των αμοιβών με άμεσες συνέπειες την κατάτμηση της εργασίας, την ύπαρξη εργαζομένων πολλαπλών ταχυτήτων και την αποδυνάμωση της συνδικαλιστικής δράσης (Κουζής, 2008).

Πως όμως θα περιέγραφε κανείς το εργασιακό τοπίο στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης;

Τα κύρια στοιχεία στην Ελλάδα είναι η εργασιακή ανασφάλεια, η ανεργία και η συρρίκνωση της παραγωγικής και της επιχειρηματική δραστηριότητας.

Στο δημόσιο τομέα έχουν εφαρμοστεί μέτρα περικοπών, τόσο σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού με μέτρα όπως οι απολύσεις συμβασιούχων , η εθελούσια έξοδος ,η διαθεσιμότητα, η κινητικότητα τα οποία κρίθηκαν αναγκαία για τη μείωση των δημόσιων ελλειμμάτων και απαραίτητη προϋπόθεση για τη στήριξη της ελληνικής οικονομίας από τους διεθνείς οργανισμούς όσο και σε επίπεδο συλλογικότητας με σημαντικές αλλαγές στις συλλογικές διαπραγματεύσεις και τις συλλογικές συμβάσεις εργασίας καταργώντας ουσιαστικά την αρχή της ευνοϊκότερης συλλογικής ρύθμισης υπέρ του μισθωτού.

Επίσης άρχισε να εξετάζεται σοβαρά η πιθανότητα της άρσης της μονιμότητας ενώ εμφανίζεται για πρώτη φορά ο θεσμός του κρατικού υπαλλήλου που δεν υπάγεται σε μια συγκεκριμένη υπηρεσία αλλά στον κρατικό μηχανισμό .

Αντίστοιχη εφαρμογή υπήρξε και στον ιδιωτικό τομέα όπου η εθνική γενική συλλογική σύμβαση ως προς τον κατώτατο μισθό για τους νέους κάτω των 25 ετών δεν ισχύει, ενώ καθιερώνονται οι ετήσιες συμβάσεις μαθητείας για τους νέους στις οποίες δεν θα ισχύει ο κατώτατος μισθός. Το επίδομα ανεργίας αντικαθίσταται με μορφές εκπαίδευσης, κατάρτισης και επιδότησης της απασχόλησης ανέργων από τις επιχειρήσεις ως επιμέρους ενεργητική πολιτική της απασχόλησης (Κουζής, κ.ά., 2011).

Νέα μέτρα καθόρισαν τη μείωση της καταβολής των αποζημιώσεων απόλυσης, την αύξηση του ορίου για τις ομαδικές απολύσεις, το άνοιγμα των λεγόμενων κλειστών επαγγελμάτων.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίζεται ως δημοσιονομικό ζήτημα, με αποκλειστική προτεραιότητα τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του αποκόπτοντας το από την ανάγκες των πολιτών .

Επιπλέον ρυθμίσεις προσδιορίζουν εκ νέου το συνταξιοδοτικό σύστημα αυξάνοντας τα όρια συνταξιοδότησης ενοποιώντας τους ασφαλιστικούς φορείς και εξομοιώνοντας τις συντάξιμες αποδοχές σε ένα ελάχιστο ποσό επιβίωσης.

Ταυτόχρονα, οι μεταρρυθμίσεις του Μνημονίου αναπτύσσονται και επιδιώκουν τη μόνιμη επίτευξη της ευελιξίας στην αγορά εργασίας και τις εργασιακές σχέσεις, και ειδικότερα στη διευκόλυνση (Κυριακούλιας, 2012)

Η ευελιξία αυτή προσδιορίζει όλα τα οικονομικά αλλά και ποιοτικά στοιχεία της εργασίας

- το μέγεθος της απασχόλησης με τη διευκόλυνση απολύσεων και προσλήψεων και μείωση του σχετικού κόστους αυτών.
- το περιεχόμενο της απασχόλησης αναπτύσσοντας νέες ευέλικτες μορφές εργασίας, προσωρινή και μερική απασχόληση, δανεισμός εργαζομένων, απασχόληση με τη μορφή «παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών», τηλεργασία.
- την διαμόρφωση νέου ισοζυγίου του εργασιακού χρόνου με αύξηση των ωρών εργασίας με διακεκομμένα ωράρια εργασίας με την εκ περιτροπής απασχόληση, με τη χορήγηση διακεκομμένης άδειας.
- το ύψος των αποδοχών εφαρμόζοντας μείωση των κατώτατων μισθών με διαφοροποίηση ως προς την ηλικία, το επίπεδο ανεργίας σε τοπικό, κλαδικό ή εθνικό επίπεδο, διαμόρφωση αποδοχών σε επίπεδο επιχείρησης και όχι κλάδου ή επαγγέλματος και, κατά συνέπεια, αποκέντρωση του επιπέδου της συλλογικής διαπραγμάτευσης.

Η απορρύθμιση του εργατικού δικαίου αποτελεί σημαντική εξέλιξη από τα μέτρα που λαμβάνονται κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και του μνημονίου και επιφέρει βίαιη υποβάθμιση του περιεχομένου της εργασίας (Κουζής, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Μολονότι οι διάφοροι ερευνητές προσέγγισαν το φαινόμενο της εργασιακής ικανοποίησης με διαφορετικό τρόπο, εντούτοις συμφωνούν μεταξύ τους στην άποψη ότι η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια (Κουστελιός & Κουστελίου, 2001).

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις θεωρίες των κινήτρων και την εφαρμογή τους στον εργασιακό χώρο και αποτελεί την πιο μελετημένη μεταβλητή στον εργασιακό γίγνεσθαι.

Η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια θετική ή αρνητική υποκειμενική αίσθηση του εργαζομένου προς την εργασία του και αναπτύσσεται όταν υπάρχει σύνδεση μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των προσδοκιών που ο εργαζόμενος έχει από αυτή (Bush, & Middlewood, 2005).

Εκφράζει τη σύνδεση μεταξύ των προσδοκιών από την εργασία και των αμοιβών προς τους εργαζόμενους (Akhtara, Hashmib & Naqvic, 2010). Κατά τον Schaffer (1953) η εργασιακή ικανοποίηση «ποικίλλει και εξαρτάται άμεσα από το βαθμό κατά τον οποίο οι ανάγκες του ατόμου που μπορούν να ικανοποιηθούν από την εργασία του πραγματικά ικανοποιούνται σε αυτή» (σελ. 3). Οι Smith, Kendall, & Hullin (1969) πρότειναν ότι η εργασιακή ικανοποίηση είναι «...συναισθηματικές επιδράσεις του ατόμου σε ένα τομέα της εργασίας του» (σελ. 6).

Η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται ως μια στάση του ατόμου προς την εργασία του (Baron, 1986: 172). Είναι μια λειτουργία, η οποία σχετίζεται με ανταμοιβές, με αξίες και εν τέλει με τη συναισθηματική απάντηση του ατόμου προς το ρόλο του μέσα στο εργασιακό πλαίσιο όπου απασχολείται.

Κατά τους Locke & Latham (1990) η πραγμάτωση των αξιών του ατόμου στον εργασιακό του χώρο οδηγεί σε μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση, η οποία είναι γνωστή ως εργασιακή ικανοποίηση (Κεδράκα, 2008). Πρόκειται για μια συναισθηματική κατάσταση που άλλοτε εκλαμβάνεται ως συνολική στάση

απέναντι στην εργασία και άλλοτε ως σύνθεση πολλών επιμέρους στάσεων απέναντι στις ποικίλες όψεις της εργασίας (Κάντας, 1998).

Σύμφωνα με τους Μπουραντά & Παπαλεξανδρή (2003) η διάθεση των εργαζομένων για απόδοση είναι αποτέλεσμα της ικανοποίησης, της παρακίνησης και της αφοσίωσής τους προς τον οργανισμό.

Οι παραπάνω παράγοντες διάθεσης των εργαζομένων χωρίζονται σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

- α) τους παράγοντες που είναι σχετικοί με τα χαρακτηριστικά της εργασίας,
- β) τους παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος,
- γ) τους παράγοντες που σχετίζονται με την ηγετική συμπεριφορά του προϊσταμένου,
- δ) τους παράγοντες που σχετίζονται με το οργανωσιακό κλίμα και
- ε) τους παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εργαζομένων.

Οι Hackman & Oldham (1976) ανέδειξαν την ποικιλία διαθέσιμων ικανοτήτων, την σημαντικότητα των επιτελούμενων εργασιών την ταύτιση με την εργασία, την αυτονομία και την εργασιακή ανατροφοδότηση ως τους βασικότερους παράγοντες για εργασιακή ικανοποίηση. Άλλοι ερευνητές (Agho, 1993) θεώρησαν ότι οι φιλίες που αναπτύσσονται στα πλαίσια της δουλειάς, οι συγκρούσεις, η προσφορά και ο φόρτος εργασίας είναι εξίσου σημαντικές. Οι Staw, Bell, Clausen, (1986) διασάφησαν τον ρόλο της θετικής και αρνητικής συναισθηματικής προδιάθεσης σε συνάρτηση με την εργασιακή ικανοποίηση. Επίσης οι Arvey, Bouchard, Segal Abraham, (1989) απέδειξαν ότι το 30% της διασποράς στην εργασιακή ικανοποίηση οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τους Cranny, Smith και Stone (1992) η εργασιακή ικανοποίηση είναι το άθροισμα των συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει το άτομο για την εργασία του ή αλλιώς η συναισθηματική διάσταση των στάσεων του για αυτή η

οποία απορρέει από την σύγκριση που κάνει ανάμεσα στα οφέλη που αποκομίζει και σε αυτά που θα επιθυμούσε να έχει.

Η εργασιακή ικανοποίηση εξαρτάται από την ισορροπία των εισροών και των εκροών εργασίας. Ως εισροές εργασίας θεωρούνται η εκπαίδευση, ο χρόνος απασχόλησης και η προσπάθεια του ατόμου. Η δέσμη των μεταβλητών που αποτελούν τις εκροές είναι η εργασιακή ασφάλεια, οι ευκαιρίες εξέλιξης, η ύπαρξη ενδιαφέροντος στην εργασία, η ύπαρξη ανεξαρτησίας στην απασχόληση, οι ανθρώπινες σχέσεις στην εργασία, η χρησιμότητα της εργασίας στην κοινωνία, η καλή σχέση με τη διαχείριση και τους συναδέλφους και οι αμοιβές. Η αύξηση των εκροών της εργασίας οδηγεί στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης.

Οι επιδράσεις της ικανοποίησης επηρεάζουν όχι μόνο τη προσωπική ζωή αλλά και τη διάθεση του ανθρώπου απέναντι στη συνταξιοδότηση αφού όσο πιο ικανοποιημένος αισθάνεται κάποιος από την εργασία του, τόσο πιο απρόθυμος είναι να συνταξιοδοτηθεί (Πλατσίδου & Γωνιδά, 2005).

Επιπρόσθετα, ο βαθμός ικανοποίησης ενός ατόμου από το επάγγελμά του ή το εργασιακό του περιβάλλον, θεωρείται καθοριστικός παράγων της κοινωνικής, οικογενειακής κατάστασης και της ψυχικής υγείας του ίδιου (Crohan, Antonucci, Adelman & Coleman, 1989) και των ατόμων του άμεσου περιβάλλοντός του (Γρέβιας, 1993, Κάντας, 1998, Δημητρόπουλος, 1998).

Το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρδιακής πάθησης ενώ συσχετίζεται θετικά με το αυξημένο στρες (Kreitner & Kinicki, 1995), την επαγγελματική εξουθένωση (Δημητριάδης και Παπαδόπουλος, 2011), τη μείωση του αισθήματος αυτοεκτίμησης και τη κατάθλιψη (Pozoukidou et al., 2007).

Από θεωρητική άποψη η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με τα κίνητρα της εργασίας, τις αξίες και τις στάσεις του κάθε ατόμου.

Τα κίνητρα διακρίνονται στα «ωφελιμιστικά», τα οποία έχουν ως στόχο την υπεράσπιση των θέσεων εργασίας σ' ένα πεδίο δραστηριοτήτων, το οποίο γίνεται όλο και περισσότερο ανταγωνιστικό, καθώς και την επαύξηση της ικανοποίησης από την εργασία μέσα από την αναγνώριση του κοινού που έχει

μέτρο σύγκρισης αλλά και από τη συμμετοχή. Επίσης, τα «ηθικά» κίνητρα εργασίας σχετίζονται με την υποχρέωση απέναντι στο δέσμιο κοινό, και ειδικότερα απέναντι στις οικονομικά και κοινωνικά ασθενέστερες μερίδες του, καθώς και στην ανταπόκριση του δημοσίου υπαλλήλου στον κοινωνικό του ρόλο. Η έλλειψη κινήτρων είναι πηγή αναποτελεσματικότητας του δημόσιου τομέα.

Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με την αποδοτικότητα, τη παραγωγικότητα (Lussier, 1999, Steers & Black, 1994, Luthans, 1995, Kreinter, 1995) τη καλή ψυχική υγεία, με χαμηλούς δείκτες απουσιών από την εργασία (Balzer et al., 1997, Kreitner & Kinick, 1995, Tsiggilis, Koustelios & Togia, 2004) και με χαμηλούς δείκτες κινητικότητας εργαζομένων (Hatton et al., 2001, Kahn, 1973, Tsiggilis et al., 2004).

Επίσης, σχετίζεται θετικά με τη βελτίωση της συμπεριφοράς των εργαζομένων (Kreitner & Kinicki, 1995, Thoms, Dose & Scott, 2002) ενώ έχει σχετισθεί αρνητικά με την πρόθεση των εργαζομένων για παραίτηση (Tsiggilis et al., 2004).

3.2 Θεωρίες της εργασιακής ικανοποίησης

Οι θεωρίες περί εργασιακής ικανοποίησης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες : τις θεωρίες περιεχομένου, οι οποίες αναγνωρίζουν συγκεκριμένες ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν, και τις θεωρίες διαδικασίας, οι οποίες έχουν περιοδική σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση και περιγράφουν πώς οι μεταβλητές καθορίζουν το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης, όπως αυτή βιώνεται από το άτομο.

Γνωστότερη θεωρία περιεχομένου είναι η θεωρία της «ιεράρχησης των αναγκών» από το Maslow (1908-1970) που εμφανίσθηκε για πρώτη φορά στο βιβλίο του *Motivation and Personality* (1954), στο 4ο κεφάλαιο με τίτλο: Θεωρία των ανθρώπινων κινήτρων.

Στην ουσία ο Maslow πρότεινε τα ανθρώπινα κίνητρα να περιγραφούν με όρους ιεράρχησης των βασικών αναγκών, ή αξιών. Στις βασικές ανάγκες που αποτελούνται από 4 κύριες κατηγορίες ο Maslow πρόσθεσε και μια 5η στην

οποία φθάνουμε πολύ σπάνια. Διάσημη πλέον έχει γίνει η πυραμίδα, στην οποία αναπαριστά τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες, και που έγινε γνωστή ως πυραμίδα του Maslow.

Αναλυτικότερα η πρώτη κατηγορία αποτελείται από τις φυσιολογικές ή βιολογικές ανάγκες, όπως είναι η ανάγκη μας για φαγητό, νερό, αέρα και ύπνο, η δεύτερη είναι η ανάγκη μας για ασφάλεια, στέγαση, ρούχα, θέρμανση, κλπ., η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει την ανάγκη μας να ανήκουμε κάπου, να μας αγαπούν (ερωτική σχέση) και η τέταρτη έχει να κάνει με την υπόληψη, το κύρος το οποίο θα μας δώσει τον πολυπόθητο σεβασμό των άλλων. Επιπλέον ο Maslow πρότεινε και μια πέμπτη, αυτή της αυτο-πραγμάτωσης, την ανάγκη μας να ξέρουμε και να κατανοούμε, να δημιουργούμε, να λύνουμε προβλήματα για τη χαρά του να λύνουμε προβλήματα. .

Έτσι ιεραρχικά όταν ένας άνθρωπος πεινάει πολύ, δεν μπορεί να σκεφτεί τίποτε άλλο. Αν λύσει το πρόβλημα της σίτισης θα ασχοληθεί με το να βρει ένα καταφύγιο, μια στέγη. Ακολούθως εγείρεται το πρόβλημα της σεξουαλικής ανάγκης ως έκφραση της σωματικής ανάγκης, αλλά και της ανάγκης μας για ανθρώπινη ζεστασιά, ασφάλεια. Η ανάγκη να μας εκτιμούν και να μας θαυμάζουν, η ανάγκη μας για αυτο-εκτίμηση η οποία συνήθως βασίζεται στην εκτίμηση των άλλων (γειτόνων, φίλων και γνωστών, συναδέλφων). Τέλος εμφανίζεται η ανάγκη αυτο-πραγμάτωσης, αν και ο Maslow παρατήρησε ότι πολύ λίγοι άνθρωποι φθάνουν σε αυτό το επίπεδο.

Ακόμα μια σημαντική θεωρία που ανήκει στις θεωρίες περιεχομένου είναι και η θεωρία της υποκίνησης και υγιεινής του Herzberg.

Ο F.Herzberg με την θεωρία των δύο παραγόντων προσπάθησε να περιγράψει τους παράγοντες υποκίνησης των εργαζομένων στο περιβάλλον εργασίας.

Μέσα από μια σειρά από παρατηρήσεις - αποτελέσματα ερευνών που διεξήχθησαν σε χώρους εργασίας, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι η απουσία κάποιων συνθηκών είχαν ως αποτέλεσμα την ύπαρξη συναισθημάτων δυσφορίας και δυσαρέσκειας ενώ αντίστροφα η ύπαρξη τους δεν συνδεόταν απαραίτητα με την υποκίνηση των εργαζομένων. Παρατηρήθηκε επίσης ότι

υπάρχουν δύο διακριτά είδη παραγόντων (Herzberg F, Mausner B.,Snyderman B.;1959):

Οι παράγοντες υγιεινής ή διατήρησης. Οι παράγοντες αυτοί δεν παρακινούν τους εργαζόμενους για την αύξηση της απόδοσης τους. Συνεισφέρουν ωστόσο σημαντικά στο να μην υπάρχει δυσαρέσκεια και επομένως να διατηρείτε η απόδοση σε αποδεκτό επίπεδο.

Οι παράγοντες παρακίνησης. Η ύπαρξη των παραγόντων αυτών κάνει τους εργαζόμενους να έχουν την διάθεση και να προσπαθούν να αποδώσουν τα μέγιστα. Οι παράγοντες παρακίνησης βεβαίως έχουν ως προαπαιτούμενο την ύπαρξη των παραγόντων της πρώτης κατηγορίας. Την διπολική θεωρία X και Y διατύπωσε ο κοινωνικός ψυχολόγος Douglas McGregor το (1960) . Σύμφωνα με αυτή στην θεωρία X οι άνθρωποι εκ φύσεως αποστρέφονται την εργασία και συνεπώς η αύξηση της παραγωγικότητας επέρχεται μόνο με τιμωρητικές μεθόδους . Τα άτομα νιώθουν ασφαλή και ικανοποιημένα όταν αποφεύγουν να αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες. Αντίθετα όσοι στην θεωρία Y εντάσσονται οι άνθρωποι που χαρακτηρίζονται από έντονη αυτονομία και δημιουργικότητα και επιδιώκουν να ξεδιπλώσουν τις ικανότητες τους και να εναρμονίσουν τις φιλοδοξίες τους με τους στόχους της εταιρίας.

Ο McGregor προτείνει σε όσου ασκούν διοίκηση να υιοθετήσουν την εκδοχή Y γιατί με αυτόν τον τρόπο θα προσεγγίσουν καλύτερα τους στόχους της εταιρείας και θα εξασφαλίσουν μεγαλύτερη ικανοποίηση των υφισταμένων τους.

Η θεωρία της ισότητας σχετίζεται άμεσα με αυτήν της γνωστικής ασυμφωνίας του Festinger καθώς και με την θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής.

Η θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας (Festinger, Abelson, Aronson, McGuire, Newcomb, Rosenberg&Tannenbaum, 1968) αναφέρεται στην εναρμόνιση των πεποιθήσεων ενός εργαζόμενου με την προσδοκώμενη αμοιβή,έτσι ο εργαζόμενος να μπορεί να δικαιολογήσει την προσπάθεια που καταβάλλει για να ικανοποιήσει τις εργασιακές απαιτήσεις.

Παράλληλα, η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής (Simpron,1972) αναφέρεται στα οφέλη που προσδοκούν οι άνθρωποι κατά την διαμόρφωση των

κοινωνικών τους σχέσεων δηλαδή συγκρίνουν την δική τους συνεισφορά και τα αποκομιζόμενα οικονομικά ή κοινωνικά οφέλη με τα αντίστοιχα άλλων ανθρώπων με τους οποίους διατηρούν κοινωνικές επαφές και σχέσεις.

Η θεωρία της ισότητας (Adams, 1965, Adams & Rosenbaum, 1962) διατείνεται ότι εάν ο εργαζόμενος αντιληφθεί ότι εργάζεται κάτω από ένα πλαίσιο ανισοτήτων, μειώνεται η απόδοσή του ως προς τον κόπο του, τα προσόντα του, τη πείρα του κ.ά. Σύμφωνα με τους Huseman, Hatfield και Miles (1987:222) όσο αυξάνεται η ψυχολογική ένταση τόσο μειώνεται η απόδοση στην εργασία και το άτομο ψάχνει τρόπους για να μειώσει την ανισότητα.

Συνήθως όταν ο εργαζόμενος πιστεύει ότι αυτά που προσφέρει είναι περισσότερα από αυτά που λαμβάνει, τότε, είτε προσφέρει λιγότερα είτε προσπαθεί να αποκομίσει περισσότερα, δηλαδή να μεταβάλλει τις αμοιβές προς όφελός του διακυβεύοντας έτσι συχνά την εργασιακή τους υπόσταση είτε ρισκάροντας να μείνουν αυτόματα χωρίς εργασία είτε συκοφαντώντας τους ανταγωνιστές τους .

Τα άτομα που αισθάνονται αδικημένα αλλά δεν προσπαθούν έμπρακτα να αλλάξουν την συμπεριφορά τους προβαίνουν σε λανθάνουσες τακτικές είτε αλλάζοντας τις στάσεις τους απέναντι στη σημαντικότητα των παραγόντων της ανισότητας είτε επαναπροσδιορίζοντας τις «παραδειγματικές» σχέσεις τους στο χώρο της εργασίας. (Κάντας, 1993).

Η θεωρία της ισότητας συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στη δίκαιη κατανομή των αμοιβών και τόνισε την σημαντικότητα του αισθήματος δικαιοσύνης στην απόδοση των εργαζομένων. Καθώς όμως οι διαπιστώσεις της θεωρίας στηρίζονται σε εργαστηριακά πειράματα, τίθεται το πρόβλημα της εξωτερικής εγκυρότητας και καθίσταται αδύνατη η γενίκευση των παραπάνω συμπερασμάτων. (Campbell & Pritchard 1976)

Βασική εννοιολογική αρχή της θεωρίας επίτευξη ορίζεται «Η γενική προδιάθεση του ατόμου για την επιδίωξη της επιτυχίας και αποτελεί χαρακτηριστικό του ατόμου, που διαμορφώνεται από τη παιδική ηλικία»(Κάντας, 1993).

Σύμφωνα με τον Murray (1938) τα άτομα που έχουν υψηλή ανάγκη για επίτευξη επιδιώκουν να υπερπηδήσουν τα εμπόδια, να ασκήσουν εξουσία και να

επιτύχουν ένα δύσκολο στόχο όσο καλύτερα μπορούν και όσο γρηγορότερα γίνεται (Murray,1938: 80-1, quoted by Landy, 1985:322).

Συνήθως, επιδιώκουν στόχους που είναι μέτριας δυσκολίας, ούτε πολύ εύκολους ούτε και ακατόρθωτους αποφεύγοντας τους εύκολους διότι δεν αποτελούν πρόκληση και τους δύσκολους διότι εμπεριέχουν υψηλές πιθανότητες αποτυχίας .

Η θεωρία των κινήτρων που ανέπτυξε ο McClelland, στο έργο του «Η κοινωνία της επίτευξης,1961» υποστήριξε ότι η οικονομική ευημερία ενός έθνους μπορεί να επηρεαστεί από τον βαθμό ανάγκης για επίτευξη που έχει ένα κοινωνικό σύνολο και ότι τα άτομα μπορούν να εκπαιδευτούν κατάλληλα , ώστε να αναπτύξουν υψηλή ανάγκη επίτευξης στόχων.

Ακόμα μια θεωρία διαδικασίας είναι η θεωρία των προσδοκιών του Vroom (1964), η οποία υποστηρίζει ότι η ελκυστικότητα της εργασίας και συνεπώς η ικανοποίηση που λαμβάνει το άτομο από αυτή είναι συνάρτηση όσων το άτομο πιστεύει ότι αποκομίζει από την εργασία του και του βαθμού που τα αποτελέσματα αυτά είναι όντως επιθυμητά (Κάντας, 1998).

Στην προσπάθεια της να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα επιλέγουν ποιες από τις διαφορετικές εναλλακτικές λύσεις θα υιοθετήσουν, ώστε να έχουν τα μεγαλύτερα ανταποδοτικά οφέλη λαμβάνονται για κάθε δράση του υπαλλήλου τρεις παράγοντες υπόψη: το σθένος , η λειτουργικότητα και η προσδοκία . Το «σθένος» είναι οι διαβαθμίσεις της αναμενόμενης ικανοποίησης που προκύπτουν από κάθε μια από τις δυνατές επιλογές. Η λειτουργικότητας αναφέρεται στον βαθμό σύνδεσης του μέσου με τον στόχο. Η προσδοκία αναφέρεται στον προσδιορισμό όλων εκείνων των αστάθμητων παραγόντων , που μπορεί να επηρεάσουν μια επιλογή .Το γινόμενο των τριών αυτών παραγόντων (σθένος × συντελεστικότητα × προσδοκία) μας δίνει τη δύναμη που χρειάζεται για να δράσει κάποιος . Αν κάποιος από τους τρεις παράγοντες είναι μηδέν τότε η συνολική υποκίνηση για την εκτέλεση μια σειρά από πράξεων είναι επίσης μηδέν (Gordon,1974).

Οι διευθυντές των επιχειρήσεων εάν θέλουν να εξασφαλίσουν την υποκίνηση των υπαλλήλων τους θα πρέπει να ικανοποιήσουν και τους τρεις παράγοντες δηλαδή

1.Οι υπάλληλοι να πιστεύουν ότι έχουν τα απαραίτητα προσόντα για να κάνουν την δουλειά τους (προσδοκία)

2.Οι υπάλληλοι να αντιλαμβάνονται ότι αν εκτελέσουν την εργασία τους σωστά θα ανταμειφθούν (συντελεστικότητα).

3.Οι υπάλληλοι να αντιλαμβάνονται ότι η ανταμοιβή που προσφέρεται για την επιτυχή απόδοση είναι ελκυστική (σθένος) (Arnold, 1984).

Η θεωρία επικρίθηκε από τους Landy και Becker (1987) και Mitchell (1982) για τον περιορισμένο ερμηνευτικό της ορίζοντα και για την υπέρμετρη εκλογίκευση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, αγνοώντας παρορμήσεις συναισθηματικής φύσεως.

Η θεωρία της στοχοθέτησης Ed Locke (1960) αναφέρεται ότι η επίτευξη ενός στόχου επηρεάζεται από τα κίνητρα, την αυτοαντίληψη και τον προσδιορισμό του στόχου.

Ένας στόχος για να είναι εφικτός θα πρέπει να είναι επαρκώς προσδιορισμένος.

Οι υψηλοί στόχοι κινητοποιούν περισσότερο τα άτομα και απαιτούν περισσότερη προσπάθεια, συγκεκριμένη και συστηματική μεθοδολογία, αυξημένες γνωστικές δεξιότητες προσφέροντας όμως και μεγαλύτερη ικανοποίηση. Η επίτευξή τους συνοδεύεται από ενίσχυση της αίσθησης της προσωπικής και ομαδικής αξίας.

Οι θεωρίες που επικεντρώνονται στην αμοιβή ως παράγοντα εργασιακής ικανοποίησης, αντιστρατεύονται τις υπεραπλουστευμένες υποθέσεις του Taylor για το τι υποκινεί ένα εργαζόμενο. Οι εργαζόμενοι συνεχίζουν να ζητούν αποζημίωση σε αντάλλαγμα με τις υπηρεσίες που προσφέρουν στην δουλειά τους και οι ερευνητές συνεχίζουν να βρίσκουν τον επαγγελματικό χώρο ενδιαφέρον για έρευνες.

Για τον Maslow , η αμοιβή θα αποτελούσε σημαντικό κίνητρο μόνο για τα άτομα που αρκούνται στην ικανοποίηση των αναγκών που βρίσκονται χαμηλά στην ιεραρχική κλίμακα. (Arnold, J.,1984).

Ο Herzberg κατατάσσει την αμοιβή στους παράγοντες υγιεινής οι οποίοι αναστέλλουν την δυσαρέσκεια που μπορεί να προκληθεί από εργασιακά ερεθίσματα. Αντίθετα οι Beer & Gery (1972) υποστηρίζουν ότι η εργασιακή ικανοποίηση εξαρτάται από το σύστημα των αμοιβών διττή φύσης : το αξιοκρατικό σύστημα το οποίο ικανοποιεί υψηλά ιστάμενες ανάγκες και το σύστημα το οποίο εξασφαλίζει την ασφάλεια και ικανοποιεί χαμηλότερες ανάγκες.

Επίσης οι υποστηρικτές της θεωρίας της ισότητας θεωρούν ότι η αύξηση της παραγωγικότητας θα πρέπει να συνοδεύεται με την αύξηση της αμοιβής έτσι ώστε να αποφεύγεται το συναίσθημα της αδικίας. (Finn, R H. Lee, S. M., 1972, Klein, S. M. 1973, Pritchard, R. D., Dunnette, M. D.,Jorgenson, D. O., 1972).

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί ένα δημοφιλές πεδίο της έρευνας της οργανωτικής και εργασιακής ψυχολογίας, δεδομένου ότι έχει συνδεθεί από πολλούς ερευνητές τόσο με την ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων και των φορέων για τη μεγαλύτερη δυνατή επίδοση του προσωπικού που απασχολούν. Η ουσιαστικότερη πηγή ισχύος ενός οργανισμού επιτυγχάνεται κάθε φορά που τα στελέχη αλλά και το κατώτερο προσωπικό του ταυτίζονται με τον οργανισμό, δηλαδή συνδέουν το μέλλον τους και την προσωπική τους επιτυχία με την ανάπτυξη και την ισχυροποίηση του οργανισμού.

Είναι γεγονός, ότι οι εργασιακοί οργανισμοί δεν μπορούν να μείνουν αμετάβλητοι, όταν το περιβάλλον τους μεταβάλλεται. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας, η διεθνοποίηση της αγοράς και η αλλαγή της δομής και της φύσης του εργατικού δυναμικού είναι μερικοί από τους παράγοντες που ωθούν σε οργανωτικές αλλαγές, δηλαδή σε σχεδιασμένες προσπάθειες για βελτίωση της προσαρμοστικότητας του οργανισμού, μέσα κυρίως από τη μεταβολή των λειτουργικών δομών και των εργασιακών συμπεριφορών.

Ειδικότερα, η κατανόηση της εργασιακής συμπεριφοράς είναι ένα βασικός οδηγός για την καλύτερη κατανόηση τόσο του εαυτού μας όσο και των άλλων, με απώτερο στόχο την προσωπική μας ανάπτυξη, τη βελτίωση της απόδοσης του οργανισμού αλλά κυρίως την εργασιακή μας ικανοποίηση.

«Η υγεία, φυσικό και κοινωνικό αγαθό ανυπέρβλητης σημασίας για κάθε άνθρωπο, αποτελεί βασικό συντελεστή και δείκτη κοινωνικής, οικονομικής και πολιτιστικής ανάπτυξης».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Ο ΧΩΡΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή στη οργάνωση και διοίκηση

«**Διοίκηση** είναι όλες οι απαραίτητες ενέργειες που κάνει κάποιος, ώστε να προσανατολίσει το δυναμικό των ανθρώπων της ομάδας του, προς έναν κοινά αποδεκτό στόχο»

Ο όρος «διοίκηση» διαθέτει δυο διαφορετικές διαστάσεις άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους :την οργανική ή τυπική (corpus) και την ουσιαστική ή λειτουργική (animus).

Με την οργανική έννοια η διοίκηση ταυτίζεται με το πρόσωπο ή τους συλλόγους προσώπων ,οι οποίοι , σύμφωνα με τους σχετικούς κανόνες δικαίου, έχουν δικαίωμα ή αρμοδιότητα ή υποχρέωση να ασκήσουν την δραστηριότητα αυτή. Αναφερόμαστε ουσιαστικά στο σύνολο των οργάνων που αποτελούν την διοίκηση.

Από την άποψη της δραστηριότητας , «διοίκηση» είναι η διενέργεια νομικών πράξεων και υλικών ενεργειών για την επιδίωξη ενός σκοπού , δηλαδή είναι η διαχείριση των υποθέσεων ,καθώς πρόκειται για έργο παραγόμενο από την υπό οργανική έννοια διοίκηση.

Με τον όρο οργάνωση προσδιορίζεται η «συστηματική διάρθρωση των μελών ενός συνόλου» η ακόμα το ίδιο το σύνολο ως οργανωτική μονάδα.

Η οργάνωση προϋποθέτει τον σχηματισμό οργάνων και την ανάθεση σε αυτά συγκεκριμένου έργου , δηλαδή εξουσίας ή αρμοδιότητας. Το παραγόμενο έργο της διαμορφώνεται με βάση τους επιδιωκόμενους στόχους, το είδος του τομέα δραστηριότητας και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα σε μια οργάνωση πρέπει να είναι η ευελιξία έτσι ώστε να διευκολύνεται η γρήγορη και η σωστή πληροφόρηση μέσα στην επιχείρηση ,και η προσαρμοστικότητα έτσι ώστε να διευκολύνονται οι μετατροπές των υπάρχουσών δομών στις διαρκώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις

Οι έννοιες αυτές συνδέονται μεταξύ τους με το μάνατζμεντ που δεν είναι παρά η διαδικασία του προγραμματισμού (planning), της οργάνωσης (organizing), της διεύθυνσης (directing), και του ελέγχου (controlling) που ασκούνται σε μια επιχείρηση (ή σε ένα οργανισμό), προκειμένου να επιτευχθούν αποτελεσματικά οι στόχοι τους.

Το management αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων (συντελεστών παραγωγής) που διαθέτει μια επιχείρηση (οργανισμός) και την επίτευξη των στόχων.

Η συμβολή του management στην αποτελεσματικότητα μιας επιχείρησης γίνεται εύκολα κατανοητή, αν αναλογιστεί κανείς την κατάσταση που θα επικρατούσε, σε ένα Νοσοκομείο ή σε ένα σχολείο που θα λειτουργούσαν χωρίς προγραμματισμό, οργάνωση, έλεγχο ή διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού.

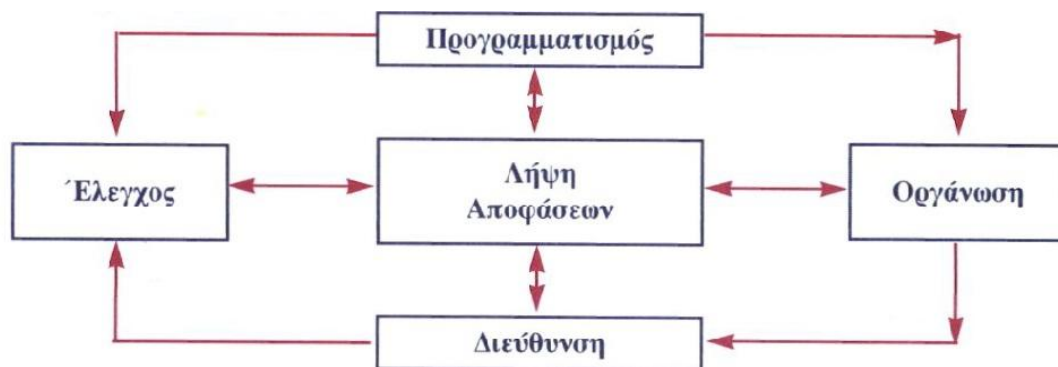
Η αποτελεσματικότητα λοιπόν είναι εφικτή μόνο στην περίπτωση που υπάρχει κάποια μορφή προγραμματισμού ή οργάνωσης ή ελέγχου ή καθοδήγησης των ατόμων που αφορούν την οικογένεια, την επιχείρηση, το συνδικάτο κτλ.

Η διαχείριση ενός οργανισμού (μάνατζμεντ) περιλαμβάνει το συντονισμό και την χρήση όλων των παραγωγικών πόρων για να επιτευχθούν καθορισμένα αποτελέσματα (Κανελλόπουλος, 1990).

Οι βασικές λειτουργίες του μάνατζμεντ είναι οι εξής (Μπουραντάς, 2002):

- Ο προγραμματισμός θέτει τους στόχους στον οργανισμό και διαμορφώνει ένα σχέδιο επίτευξής τους (Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη, 2007; Ζαβλανός, 2002; Χυτήρης, 2006).
- Η οργάνωση καθορίζει τις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των σκοπών, τις αναθέτει σε συγκεκριμένους ανθρώπους και διαμορφώνει τις βαθμίδες εξουσίας, μέσω του οργανογράμματος (Gray & Smetzel, 1989).

- Η διεύθυνση – καθοδήγηση αναφέρεται στην διοίκηση των εργαζομένων για την επίτευξη των επιχειρηματικών σκοπών (Γεωργόπουλος, 2004).
- Ο έλεγχος περιλαμβάνει την αξιολόγηση και τη διόρθωση των δραστηριοτήτων των υφισταμένων.



Η διοίκηση του ανθρωπίνου δυναμικού αποτελεί μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες της διοίκησης ενός οργανισμού.

Στον τομέα της υγείας, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως εντάσεως εργασίας αποκτά μεγαλύτερη σημασία αφού η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα εξαρτώνται, σε μεγάλο βαθμό, από την επιθυμία των εργαζομένων να παρέχουν τις υπηρεσίες τους.

Συνεπώς, η επιλογή, η εκπαίδευση, η διεύθυνση και η παρακίνηση του προσωπικού, μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον, η χαμηλή παρακίνηση μειώνει την απόδοση του συστήματος υγείας (Reerink & Sauerborn, 1996).

Με τον όρο παρακίνηση ορίζεται ως η διαδικασία που επηρεάζει την προθυμία, την κατεύθυνση και την επιμονή στην προσπάθεια επίτευξης ενός στόχου του οργανισμού (Robbins, 2001).

Οι θεωρίες υποκίνησης στις υπηρεσίες υγείας έχουν αποτελέσει συχνά αντικείμενο έρευνας. Η έρευνα των Palaiologou et al. (2006) εξέτασε τις θεωρίες υποκίνησης των Maslow και Herzberg στους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα

και διατύπωσε το συμπέρασμα ότι καθοριστικοί παράγοντες υποκίνησης είναι το αντικείμενο της εργασίας, η αναγνώριση, οι συνεργάτες και η αμοιβή.

Αντίστοιχα η έρευνα των Polyzos et al. (2006) συνέλλεξε στοιχεία για την εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού σε ελληνικά νοσοκομεία και απέδειξε ότι οι εργαζόμενοι ταξινομούν χαμηλά την αμοιβή.

4.2 Η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας

«Το νοσοκομειακό management απαιτεί την εισαγωγή μιας νέας αντίληψης στη διοίκηση και στο σχεδιασμό, με στόχο την ανάπτυξη της υπευθυνότητας όλων των παραγόντων, την αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και την εφαρμογή συγκεκριμένων στόχων και προτεραιοτήτων»

Καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών υγείας είναι η αυξημένη κρατική παρέμβαση, η αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις για την υγεία του, το μέγεθος των νοσοκομείων και το συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον.

Η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό που αφορά όλους και για αυτό για το λόγο η εκάστοτε κυβέρνηση οφείλει να λαμβάνει μέρος σε θέματα, όπως είναι η οργάνωση και η χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων. Η παρέμβαση λοιπόν σε τέτοιους οργανισμούς θα πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική διαφυλάττοντας το δικαίωμα του κάθε πολίτη σε ποιοτικές παροχές περίθαλψης του.

Η αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις σχετικά με την υγεία του είτε γιατί δεν είναι γνώστης του τι του συμβαίνει, άρα και του τι χρειάζεται για την επίλυση του προβλήματός του, είτε ακόμα χειρότερα γιατί δεν είναι σε θέση να πάρει κάποια απόφαση λόγω της κατάστασής του, όταν για παράδειγμα έχει υποστεί κάποιο σοβαρό ατύχημά δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες της υγείας.

Ο ανθρώπινος παράγοντας είναι εξίσου καθοριστικός για την αποτελεσματικότητα μιας μονάδας υγείας. Καθημερινά περιστατικά δύσκολα καταφθάνουν στο προσωπικό και τους ζητάτε να γίνεται πάντα η άμεση διάγνωση των προβλημάτων και η επίλυσή τους απαιτώντας συνεχή εγρήγορση. Ο εκνευρισμός των εργαζομένων αλλά και των ασθενών είναι

απόλυτα φυσιολογικός σε ένα χώρο όπου θα πρέπει να επικρατεί η ηρεμία και η ψυχραιμία όλων για την αποφυγή σφαλμάτων.

Ιατρικά λάθη γίνονται καθημερινά, αλλά δε θα πρέπει να παραγνωρίσουμε ότι αναφερόμαστε σε ανθρώπους και όχι σε ανώτερες δυνάμεις.

Συνεπώς το προσωπικό το οποίο επιλέγεται θα πρέπει να είναι όσον τον δυνατόν καλύτερα καταρτισμένο και έμπειρο γίνεται, και να υπόκειται σε διαρκή εκπαίδευση και επανακατάρτιση έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις πραγματικά αντίξοες συνθήκες στις οποίες καλείται να εργαστεί .

Ακόμα και η χωροταξική διαμόρφωση μιας καλά οργανωμένης μονάδας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη λειτουργία της και στην αποτελεσματικότητά της .

Οι χώροι, πρέπει να είναι διαμορφωμένοι και συντηρημένοι, έτοιμοι να δεχτούν τον ασθενή που προσήλθε στο χώρο διευκολύνοντας τις επιμέρους δραστηριότητες .

Εννοείται ότι ο εξοπλισμός θα πρέπει να είναι επαρκής και διαρκώς ανανεωμένος προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ιατρικές τεχνολογικές εφαρμογές. Για το λόγο αυτό διαρκώς δημιουργούνται νέα πρότυπα λειτουργίας που ενσωματώνουν καινοτομίες που εξυπηρετούν και περισσότερο κόσμο αλλά και αποτελεσματικά.

Όπως και στην οποιαδήποτε επιχείρηση ,ένας ηγέτης ή ανώτατο μέλος της ιεραρχίας πρέπει να μπορεί να οργανώνει κατάλληλα τη μονάδα και να την οδηγεί στην ανάπτυξη και στην εξέλιξη .Για το λόγο αυτό θα πρέπει να επιλέγονται άτομα με γνώσεις του αντικειμένου, δεκτικά σε αλλαγές και ενημερωμένα τόσο γύρω από τη διοίκηση και την επιστήμη τους όσο και από τις σύγχρονες ιατρικές εξελίξεις .

Όπως είδαμε , οι μονάδες υγείας παρουσιάζουν ορισμένες ιδιομορφίες στη διοίκηση, λόγω της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας. Σκοπός τους είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, αλλά και η

διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Δικαίος και συν., 1999).



Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007, σ.81) το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού.

Βασικές αρχές λειτουργίας του είναι η αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει και ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως εμφάνιση προκλητής ζήτησης, ηθικός κίνδυνος, μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες.

Όταν αναφερόμαστε στο σύστημα υγείας στην ουσία περιγράφουμε ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοσχετίζονται και αλληλοεπηρεάζονται τόσο μεταξύ τους, όσο και με το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον και έχει ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας.

Ένα τέτοιο σύστημα θα πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο δηλαδή να παράγει υπηρεσίες υγείας στη μέγιστη δυνατή ποσότητα και στο μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει τη ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

Σχηματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι «το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση : το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την εξέλιξή του, την

παραγωγή υπηρεσιών υγείας και τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας» (Θεοδώρου κα., 2001)

«Η παροχή υπηρεσιών δηλώσας υγείας αναφέρεται τόσο στην πρωτογενή (αντιμετώπιση παραγόντων ασθενείας) όσο και στη δευτερογενή (άκαιρη διάγνωση της αρρώστιας με προσυμπτωματικό έλεγχο) πρόληψη και θεραπεία.

Τέλος, αναφερόμενοι στους μηχανισμούς κάλυψης δαπανών θα πρέπει να προσδιορίσουμε με τη μέγιστη δυνατή ακρίβεια όλα τα έξοδα που πραγματοποιούνται κατά την παροχή μιας υπηρεσίας

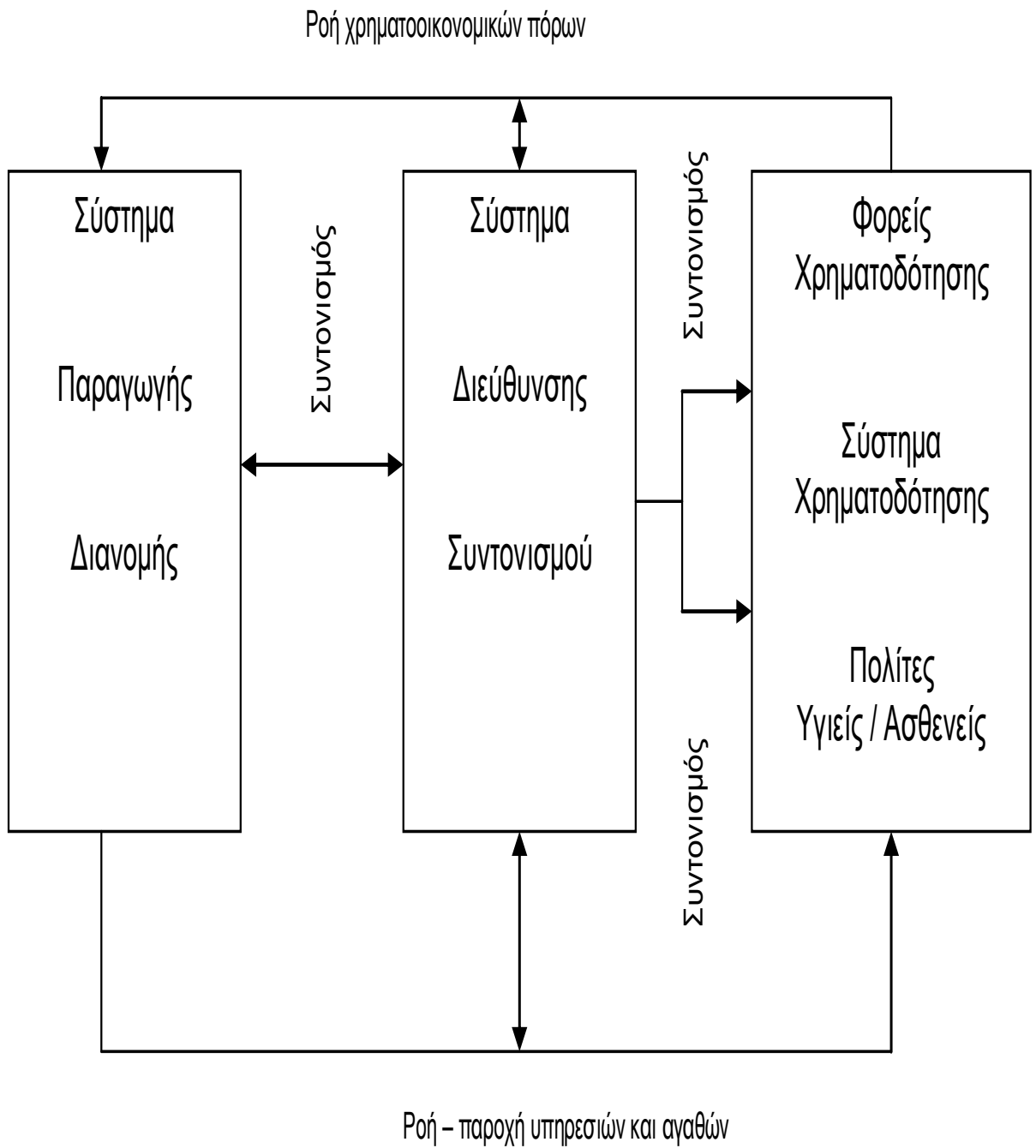
Διακρίνουμε τρεις μορφές συστημάτων υγείας το εθνικό σύστημα υγείας (πρότυπο Beveridge), το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (πρότυπο Bismark) και το φιλελεύθερο σύστημα υγείας (πρότυπο ιδιωτικής ασφάλισης).

Στο εθνικό σύστημα υγείας, το πρότυπο Beveridge, περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δραστηριότητες περίθαλψης ασθενών ελεγχόμενες από το κράτος το οποίο διασφαλίζει την περίθαλψη όλων των πολιτών χωρίς αυτό να αποτελεί προνόμιο λίγων.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι αυτό που θα προσφέρει τη δυνατότητα στον πολίτη σε περιόδους ανάγκης να εκμεταλλεύεται κρατήσεις και εισφορές χρόνων.

«Η κοινωνική ασφάλιση έχει περιορισμένο πεδίο εφαρμογής εφόσον αποβλέπει στην προστασία ορισμένων ομάδων του πληθυσμού από συγκεκριμένους κινδύνους. Πρόκειται για ένα είδος συμβολαίου μεταξύ εργαζομένων και μη εργαζόμενων, που λειτουργεί ως σύστημα διαχρονικής κατανομής του εισοδήματος μεταξύ των διαφόρων γενεών, μέσω της πολιτικής διαδικασίας από το μηχανισμό της αγοράς. Βέβαια μμεταξύ της ατομική πρόνοιας και της κρατικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών παρεμβάλλεται και η συλλογική ιδιωτική πρωτοβουλία, η οποία στηρίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία και έχει ομαδικό χαρακτήρα (ιδιωτική ασφάλιση).»

Διάγραμμα 1 : Δομή και λειτουργία του Συστήματος Υγείας



-Το Σύστημα Υγείας στην Αγγλία

Στο National Healthcare System, έχουν πρόσβαση όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι Αγγλίας και σε αυτό προστρέχει το 92% του πληθυσμού, ενώ το 8% που κατέχει η ιδιωτική υγεία αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις «συμπλήρωμα» του πρώτου.

Νοσοκομειακή περίθαλψη: Δωρεάν. Κάθε κάτοικος διαλέγει έναν GP (γιατρό γενικής Ιατρικής – general practitioner) στην περιοχή του, «εγγράφεται» σε αυτόν, και όποτε συντρέχει θέμα υγείας κλείνει ραντεβού με εκείνον – η επίσκεψη είναι δωρεάν, και εκείνος αντίστοιχα αν χρειαστεί τον παραπέμπει σε άλλη ειδικότητα, που θα τον δει επίσης δωρεάν, λαμβάνοντας όλο το ιστορικό του από τον GP.

Η επίσκεψη σε ιδιωτικά κέντρα περίθαλψης στοιχίζει αρκετά ακριβά, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις το NHS καλύπτει μέρος των εξόδων.

Φαρμακευτική περίθαλψη: Η συνταγή (και τα φάρμακά της από τα συμβεβλημένα φαρμακεία) στοιχίζει περίπου 8 λίρες (ανεξαρτήτως ποσότητας και είδος φαρμάκου). Υπάρχει επίσης η δυνατότητα λήψης τριμηνιαίου ή ετήσιου δελτίου συνταγογράφησης με 29,10 και 104 λίρες αντίστοιχα.

Οι άνω των 60 και κάτω των 16, καθώς και ειδικές κατηγορίες ασθενών λαμβάνουν φάρμακα δωρεάν.

-Το ηπειρωτικό μοντέλο «χτίστηκε» από τον Βίσμαρκ στη Γερμανία το 1883 και υιοθετήθηκε από τις περισσότερες χώρες της κεντρικής Ευρώπης. Η κύρια αρχή του είναι ένα ασφαλιστικό σύστημα που βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων.

Στην Γερμανία, κάθε εργαζόμενος είναι υποχρεωμένος από τον νόμο να εγγραφεί σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Τα ασφαλιστικά ταμεία του Δημοσίου Συστήματος Υγείας είναι ιδιωτικά αλλά «συμβεβλημένα» με το κράτος. Αυτό σημαίνει ότι: Όσοι έχουν εισόδημα κάτω των 49.500€, πρέπει να διαλέξουν ένα από αυτά τα «ταμεία ασθενείας» (ελεύθερα, όποιο από αυτά θέλουν). Αυτά λειτουργούν μέσω των εισφορών που γίνονται από κοινού από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες τους (περί το 2% του μισθού). Οι μόνιμοι

κάτοικοι με εισόδημα άνω των 49.500€, έχουν την δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης, παρ' όλα αυτά, το 85% επιλέγει την δημόσια.

Νοσοκομειακή περίθαλψη: Οι κάτοικοι Γερμανίας,, επισκέπτονται τον παθολόγο που επιλέγουν να είναι ο «οικογενειακός» τους γιατρός (τα έμμεσα μέλη της οικογένειας ενός ασφαλισμένου καλύπτονται από την ασφάλιση), τον οποίο μπορούν να αλλάζουν ανά τρίμηνο.

Οι επισκέψεις σε γιατρό, η παραμονή σε νοσοκομείο, οι προληπτικές εξετάσεις και οι θεραπείες καλύπτονται από την ασφάλιση ασθενείας, ενώ ο ασφαλισμένος σε κάποιες περιπτώσεις απλώς πρέπει να καταβάλλει μία «προμήθεια» (ονομάζεται *eigenanteil*) από 5 έως 10€. Επίσης, η παραμονή στο νοσοκομείο στοιχίζει το ανώτερο 10€ ανά ημέρα.

Φαρμακευτική περίθαλψη: Για συνταγή ταμείου ασθενείας, ο ασφαλισμένος καταβάλλει πρόσθετη συμμετοχή ύψους 5 έως 10€ ανά σκεύασμα (ανάλογα το είδος του), ενώ υπάρχει και η επιλογή φαρμάκων χωρίς πρόσθετη χρέωση. Η χρέωση ποικίλλει ανάλογα με το εισόδημα του ασφαλισμένου.

Από τις οδοντιατρικές δαπάνες, το δημόσιο καλύπτει περί το 20-70% των εξόδων, ανάλογα με την περίπτωση.

- Το σκανδιναβικό μοντέλο μεταθέτει την αρμοδιότητα της οικονομικής διαχείρισης και της αξιολόγησης του συστήματος υγείας στην κεντρική και κυρίως την τοπική αυτοδιοίκηση. Χώρες όπως η Σουηδία και η Δανία εμφανίζονται ως πρότυπα περίθαλψης, με αποτέλεσμα να έχει επικρατήσει η ιδέα πως πρόκειται για την τέλεια και κυρίως, δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη.

Το σύστημα είναι κατά βάση κρατικό, αφού η κεντρική διοίκηση φροντίζει να χρηματοδοτεί το 97% των ιατρικών εξόδων, και οι ασθενείς πληρώνουν ένα μικρό ποσό για την εξέταση. Οι πόροι του δημοσίου συστήματος προέρχονται κυρίως από την φορολογία, την οποία εισπράττει η τοπική αυτοδιοίκηση.

Νοσοκομειακή περίθαλψη: Κάθε φορολογούμενος στην Σουηδία έχει τις εξής δύο επιλογές: Να επισκεφθεί τον γιατρό ή ένα νοσοκομείο πληρώνοντας 18€, στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα έξτρα κόστη (ακτινογραφίες, παρακλινικές εξετάσεις κλπ) ή να καταβάλει 95€ τον χρόνο και να έχει το κεφάλι

– και το πορτοφόλι- του ήσυχο για όλο αυτό το διάστημα, καθώς έτσι καλύπτονται τα πάντα πλην των οδοντιατρικών δαπανών.

Σημειώστε πως, εφόσον τα έξοδα ενός ατόμου για περίθαλψη φτάσουν τα 126€, από εκεί και έπειτα τα αναλαμβάνει πλήρως το κράτος. Η οδοντιατρική περίθαλψη είναι δωρεάν για όλους ως τα 19 τους χρόνια. Επίσης, όταν ο γιατρός κρίνει κάποιον «ασθενή», ο εργοδότης του είναι αναγκασμένος να του πληρώνει ένα σημαντικό μέρος του ημερομισθίου του για τις πρώτες 14 ημέρες, και από εκεί και πέρα συνεχίζει να το πληρώνει το κράτος, μέχρι ο γιατρός να κρίνει πως είναι πλέον υγιής. Φαρμακευτική περίθαλψη: Η ετήσια συνδρομή για φάρμακα στοιχίζει κάτι παραπάνω από 200€ και καλύπτει όποια ανάγκη προκύψει μέσα στους 12 μήνες.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Σήμερα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από το κράτος, τις οργανώσεις υγείας (με κερδοσκοπικό ή μη σκοπό), τους οργανισμούς παροχής ασφαλειών υγείας ή τις φιλανθρωπικές οργανώσεις, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων φιλανθρωπικών δωρεών . Παλαιότερα ήταν σύνηθες η ίδρυση και η χρηματοδότηση νοσοκομείων να γίνεται από θρησκευτικά τάγματα ή δόγματα, μεμονωμένους φιλάνθρωπους ή και ηγέτες.

Τα νοσοκομεία πλέον μπορεί να αποτελούνται από ένα μόνο κτίριο ή να αποτελούν μμέρος κάποιου συγκροτήματος ενώ κάποια συνεργάζονται με πανεπιστήμια για την διεξαγωγή ιατρικών ερευνών και την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού»

Σε ένα νοσοκομείο παρέχονται ποικίλες υπηρεσίες υγείας και σε ορισμένα τμήματα μπορούν και πραγματοποιούνται και έρευνες όσον αφορά θεραπείες κλπ.

Για την ακριβέστερη περιπτωσιολογική μελέτη τους τα διακρίνουμε σε : Γενικά, Εξειδικευμένα, Πανεπιστημιακά και Κλινικές.

Στα Γενικά Νοσοκομεία παρέχονται υπηρεσίες που αφορούν ένα μεγάλο μέρος αντιμετώπισης ασθενειών, περιέχουν ποικίλες ειδικότητες για την αντιμετώπιση διαφορετικών κρουσμάτων σε αντίθεση με τα Εξειδικευμένα, τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες για συγκεκριμένα κρούσματα με κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό στις υπηρεσίες που προσφέρονται μέσα στο νοσοκομείο.

Τα Πανεπιστημιακά είναι εκείνα που παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης ασθενών, αλλά μέσα σε αυτά πραγματοποιείται και ένα μέρος της διδασκαλίας φοιτητών και ερευνών.

Τέλος δεν θα πρέπει να παραγνωρίσουμε και το ρόλο των κλινικών που είναι συνήθως μικρά σε μέγεθος νοσοκομεία που τα διαχειρίζονται πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου ή κάποιο κυβερνητικοί οργανισμοί.

«Κάθε περιφερειακό γενικό και ειδικό νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και τη τεχνική. Στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία οι υπηρεσίες είναι τρεις, η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική. Όλες οι υπηρεσίες είναι ισότιμες και συνεργάζονται μεταξύ τους, ώστε να πετύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.» (Δικαίος κ.ά., 1999, σελ.95).

Έτσι για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω χρειάζεται να πραγματοποιηθούν και κάποιες δραστηριότητες όπως ο προγραμματισμός και η οργάνωση.

«Η διοικητική υπηρεσία του δημόσιου νοσοκομείου χωρίζεται σε δύο Υποδιευθύνσεις του διοικητικού και του οικονομικού». Οι δραστηριότητες που αναπτύσσει αφορούν:

- στο συντονισμό της λειτουργίας και στην υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών,
- στη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του νοσοκομείου,
- στη φροντίδα για αυτοδύναμη λειτουργία και ανάπτυξη του νοσοκομείου,
- στην εκπαίδευση των στελεχών της σε θέματα διοίκησης-διαχείρισης και
- σε θέματα που αφορούν γενικά στο νοσοκομείο» (Δικαίος κ.ά., 1999, σελ.100).

Στην Ελλάδα το μοντέλο διοίκησης των δημόσιων οργανισμών υγείας είναι το κάθετο και ιεραρχικό, όπου η πλειοψηφία των αποφάσεων λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια (Γωγός, 2011).

Δυστυχώς οι γραφειοκρατικές και ιεραρχικές διαδικασίες δεν επιτρέπουν την ταχεία και ευέλικτη επίλυση καθημερινών προβλημάτων, που φαίνεται να αποτελούν προβλήματα στην παρούσα έρευνα.

Για παράδειγμα, οι ελλείψεις σε υλικά και μηχανήματα απαιτεί τη διενέργεια διαγωνισμού και την έγκριση της πολύ νωρίτερα, μέσω του προϋπολογισμού. Επιπλέον, αν και η υποστελέχωση και η ανισομερής κατανομή ειδικοτήτων είναι κάποια από τα προβλήματα των νοσοκομειακών γιατρών, ο διοικητής του νοσοκομείου δεν μπορεί να προσλάβει επιπλέον προσωπικό, χωρίς την έγκριση του υπουργείου.

Όπως έχει ήδη «Η αποτελεσματική διοίκηση του νοσοκομείου είναι το αποτέλεσμα και η συνισταμένη πολλών παραγόντων. Συνήθως έχουμε καλά αποτελέσματα, όπου υπάρχουν κατάλληλες συνθήκες μανατζμεντ και ευνοϊκό περιβάλλον διοίκησης» .

Ο manager ενός νοσοκομείου για να μπορέσει να επιτύχει την αποτελεσματικότητα της διοίκησης, θα πρέπει να μπορεί :

- «Να εντοπίσει τις κύριες πηγές τλαιπωρίας και εκνευρισμού των ασθενών και να λάβει μέτρα που θα ανακουφίζουν την κατάσταση.
- Να εντοπίσει τις μεγάλες εστίες κατασπατάλησης ή και «διαφυγής» πολύτιμων πόρων και να παρέμβει αποτελεσματικά.
- Να ελέγξει την τήρηση της λίστας αναμονής για προγραμματισμένες επεμβάσεις και βέβαια να μειώσει τις λίστες αναμονής στα χειρουργεία και στις εξειδικευμένες εξετάσεις.
- Να ελέγξει την τήρηση του ωραρίου για όλους τους εργαζόμενους και να εντοπίσει όλους εκείνους που κατ' επάγγελμα «διαλάθουν» μέσα στο σύστημα.

- Να περιορίσει το απαράδεκτο φαινόμενο που ενδημεί στα νοσοκομεία, με τις «φιλικές εξυπηρετήσεις». Ένα φαινόμενο που αποδιοργανώνει το σύστημα και στερεί στο νοσοκομείο σημαντικούς οικονομικούς πόρους.
- Να κινητοποιήσει και να αξιοποιήσει καλύτερα το προσωπικό του νοσοκομείου και να διοικήσει με ήθος και αξιοκρατία. Η αποτελεσματική διοίκηση δεν γίνεται ούτε με παρέες, ούτε με ομαδοποιήσεις και αποκλεισμούς.
- Η δουλειά ενός μάνατζερ είναι να μπορεί να συνεργάζεται, να πείθει, να ενθαρρύνει, να κινητοποιεί, να διαπραγματεύεται, να διαχειρίζεται, να αποφασίζει και να υλοποιεί»

Λόγω της πολυπλοκότητας, της μοναδικότητας αυτών των οργανισμών και της ιδιομορφίας του αγαθού “υγεία”, η άσκηση της διοίκησης απαιτεί ιδιαίτερη εφαρμογή και πρέπει να επιλέγονται οι κατάλληλες τεχνικές σε κάθε περίπτωση. Παρατηρούνται πολλές διαφορές στον τρόπο άσκησης της διοίκησης ανάμεσα σε ένα Κέντρο Υγείας και σε ένα νοσοκομείο.» (Κ. Δικαίος, Μ. Κουντούζης, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, 1999, σελ. 397-399).

Πέρα από την ηγεσία από την οποία αποτελείται μία νοσοκομειακή μονάδα, αποτελείται και από άλλους παραγωγικούς συντελεστές. Ο ανθρώπινος παραγωγικός συντελεστής δεν είναι μόνο τα ανώτατα και ανώτερα διοικητικά στελέχη, αλλά και τα στελέχη εκείνα κατώτερης και κατώτατης βαθμίδας.

Σύμφωνα με τον Δίκαιο και τους υπολοίπους (1999, σελ. 370-371) το ανθρώπινο δυναμικό αποτελείται από:

- γιατρούς διάφορων ειδικοτήτων και από νοσηλευτικό προσωπικό τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,
- άλλους επιστήμονες και τεχνολόγους,
- ειδικούς σε Η/Υ, για να υποστηρίζουν τη νέα τεχνολογία της πληροφορικής,
- διοικητικό προσωπικό, που μπορεί να εργάζεται και σε άλλο Οργανισμό,
- τεχνικό προσωπικό, υποστηρίζοντας τη λειτουργία και τη συντήρηση του εξοπλισμού,

- προσωπικό ξενοδοχειακής υποστήριξης, για τη καλύτερη νοσηλεία και διαμονή των ασθενών (Δικαίος κ.ά., 1999, σελ. 370-371).

4.3 Η νοσοκομειακή περίθαλψη και τα καθήκοντα του προσωπικού

Όπως είδαμε η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τα νομαρχιακά, τα περιφερειακά και τα πανεπιστημιακά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Περιεχόμενο της Νοσοκομειακής Περίθαλψης αποτελούν οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής και της ιατρικής υπηρεσίας (Θεοδώρου και συν., 2001) :

- Οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής υπηρεσίας διακρίνονται σε νοσηλευτικές – που αφορούν την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα επίπεδα: επείγουσα, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια και σε εκπαιδευτικές που αφορούν την προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, προγράμματα ειδικοτήτων, προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Οι δραστηριότητες της ιατρικής υπηρεσίας περιλαμβάνουν: την παροχή ιατρικής περίθαλψης (επείγουσα, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), την εκπαίδευση και την έρευνα.

Τα νοσοκομεία μπορούμε με κριτήριο το χρόνο νοσηλείας να τα διακρίνουμε σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας με διάρκεια συνήθως λιγότερη του ενός μηνός και χρόνια παθήσεων μεγαλύτερη του μηνός, π.χ. γηριατρικά, ψυχιατρικά, αποθεραπείας και αποκατάστασης κ.ά.

Επίσης σύμφωνα με την έκταση της γεωγραφικής περιφέρειας που καλύπτουν και το εύρος των ιατρικών ειδικοτήτων που διαθέτουν τα γενικά νοσοκομεία ταξινομούνται σε (Θεοδώρου και συν., 2001):

- Τα τοπικά νοσοκομεία (local) καλύπτουν μία μικρή περιοχή, με λίγους κατοίκους έως 50.000.

- Τα νομαρχιακά (district) καλύπτουν τις ανάγκες των κατοίκων όλου του νομού στον οποίο ανήκουν προσφέροντας επείγουσα, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στις βασικές τουλάχιστον ιατρικές ειδικότητες.

Εξυπηρετούν αριθμό κατοίκων έως 500.000. Η ιατρική εκπαίδευση που παρέχουν περιορίζεται σε μερικές μόνο ειδικότητες και ενίοτε σε μέρος του συνολικού χρόνου ειδίκευσης.

- Τα περιφερειακά νοσοκομεία (regional) καλύπτουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού της ευρύτερης περιφέρειας με κατοίκους άνω των 500.000. Η φροντίδα υγείας που παρέχουν περιλαμβάνει όλα τα επίπεδα περίθαλψης και συνήθως όλες τις ειδικότητες. Θεωρούνται κατά βάσει μονάδες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς διαθέτουν υψηλής εξειδίκευσης εξοπλισμό και υποδομές και ιατρικό προσωπικό ευρείας σύνθεσης και δυνατοτήτων που ανταποκρίνεται σε υψηλές απαιτήσεις. Λειτουργεί ερευνητικό κέντρο και αναπτύσσει έντονη ερευνητική δραστηριότητα, βασική και εφαρμοσμένη.

Παρέχεται ιατρική εκπαίδευση σε όλες τις ειδικότητες σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό επίπεδο καθώς και εξειδίκευση και συνεχιζόμενη δια βίου εκπαίδευση.

4.4 Ο ρόλος και τα καθήκοντα των γιατρών



Ο γιατρός αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, το οποίο χαρακτηρίζεται νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό.

Οι δραστηριότητες της ιατρικής υπηρεσίας περιλαμβάνουν: την παροχή ιατρικής περίθαλψης, την εκπαίδευση και την έρευνα. Τα βασικά καθήκοντα του νοσοκομειακού ιατρού είναι η παροχή διάγνωσης, η παρακολούθηση του ασθενή και η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

Η ιατρική διάγνωση διατυπώνεται από τον γιατρό και απεικονίζει θέματα υγείας, στα πλαίσια της ιατρικής πρακτικής. Στρέφεται συνήθως στην παθοφυσιολογία και την ασθένεια ή τον τραυματισμό.

Μέρος της δουλειάς του γιατρού είναι η σχέση του με τους ασθενείς και θεωρείται ιδιαίτερης σημασίας για την επιτυχία της θεραπείας. Ειδικότερα για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπου καθίσταται μακροχρόνια. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους, λόγω της φύσης της ασθένειας, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η ζωή του ασθενή μπορεί να απειλείται αποτελεί μια ιδιομορφία.

Επομένως, η εκμάθηση των βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας πρέπει να είναι καθήκον κάθε γιατρού.

Ο γιατρός επιβάλλεται να βρίσκεται υπό συνεχή ενημέρωση, να έχει επίγνωση των αναγκών των ασθενών και να προσπαθεί να ενισχύει τις ικανότητές του.

Η συναισθηματική νοημοσύνη και η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των ιατρών είναι αναγκαία για την βελτιστοποίηση της θεραπευτικής λειτουργίας.

Το ιατρικό λειτούργημα πρέπει να ασκείται σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Επιπλέον, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και να απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Συχνά, ο γιατρός καλείται να λάβει αποφάσεις εκ μέρους του ασθενή, καθώς ο ίδιος δεν είναι σε θέση να αποφασίσει και μπορεί να διαφωνεί με τη γνώμη του γιατρού.

Δημιουργείται λοιπόν το ερώτημα για το αν ο γιατρός θα πρέπει να ενεργήσει με βάση τις γνώσεις του για να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ή αν

πρέπει να δεχτεί τη γνώμη του ασθενή, ακόμη και αν αυτή δεν συμφωνεί με τη δική του πρόταση. Για να λυθούν αυτού του είδους τα προβλήματα θεσπίζονται οι κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας. Έτσι, κατά τη λήψη ηθικών αποφάσεων, οι γιατροί υποβοηθούνται από τον κώδικα δεοντολογίας που χρησιμεύει ως οδηγός συμπεριφοράς (Chadwick, 2006).

Στην Ελλάδα, έχει ψηφιστεί ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, με το ν.3418/2005, ο οποίος ορίζει ότι κάθε ιατρός απολαμβάνει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, την επιστημονική ελευθερία και την ελευθερία της συνείδησής του, και παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Επιχειρείται δηλαδή, με το κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο, να εισαχθεί η έννοια της Ηθικής στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Η ιατρική ηθική ασχολείται με προβλήματα της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, αλλά και με διλήμματα της ιατρικής πραγματικότητας (Gillon, 1996).

4.5 Η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης των νοσοκομειακών γιατρών

Με τον όρο εργασιακή ικανοποίηση «job satisfaction» περιγράφουμε το ποσό ικανοποιημένο είναι ένα άτομο με την εργασία του .

Υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που μπορεί να επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία, όπως για παράδειγμα, το ύψος των αμοιβών και των άλλων οικονομικών ωφελειών, οι δυνατότητες προαγωγής ή εξέλιξης, οι συνθήκες εργασίας, η διοίκηση και η ηγεσία, οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων ,καθώς και το αντικείμενο της εργασίας. Η απόδοση του προσωπικού εξαρτάται τόσο από αυτά τα κίνητρα όσο και από τη δομή του οργανισμού, αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2007).

Εκτός από το φωτισμό , τον θόρυβο, την καθαριότητα κ.α. τους εξωγενείς δηλαδή παράγοντες σπουδαίο ρόλο διαδραματίζουν το εργασιακό άγχος που έχουν οι εργαζόμενοι και η επαγγελματική εξουθένωση, η σωματική και ψυχική

κυρίως κούραση που βιώνουν οι εργαζόμενοι σε καθημερινή βάση, ως αποτέλεσμα της έντασης αλλά και των διαρκών απαιτήσεων.

Το εργασιακό άγχος δημιουργείται εξαιτίας των απαιτήσεων που έχει από τον εργαζόμενο μια θέση και συχνά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση αφού ο εργαζόμενος καταβάλλει υπερβολική προσπάθεια για να πετύχει με την δουλειά του τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Σύμφωνα με την ερευνητική αναφορά της Society for Human Resource and Management (2011) η ικανοποίηση εργαζομένου μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις κύριες μεγάλες κατηγορίες. Αυτές αφορούν:

- 1) την ανάπτυξη καριέρας,
- 2) τις σχέσεις με ανωτέρους,
- 3) τις αποζημιώσεις/ αμοιβές και τα επιδόματα και
- 4) το περιβάλλον εργασίας.

Στην πρώτη κατηγορία βρίσκονται οι υποκατηγορίες:

- α) οργανωσιακή δέσμευση για επαγγελματική ανάπτυξη,
- β) ευκαιρίες προαγωγής καριέρας μέσα στον οργανισμό,
- γ) ευκαιρίες καριέρας για μάθηση και επαγγελματική ανάπτυξη,
- δ) εκπαιδεύσεις επαγγελματικής εξειδίκευσης,
- ε) ευκαιρίες δικτύωσης με άτομα εντός και εκτός της επιχείρησης,
- στ) ευκαιρίες χρησιμοποίησης ικανοτήτων και δεξιοτήτων στην εργασία,
- ζ) πληρωμή διδάκτρων και προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Στη δεύτερη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται:

- α) επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων και προϊσταμένων,
- β) αυτονομία και ανεξαρτησία στη λήψη αποφάσεων,
- γ) αναγνώριση της απόδοσης του εργαζομένου από τη διεύθυνση

(ανατροφοδότηση, κίνητρα, βραβεία),

δ) σχέσεις με τον άμεσα προϊστάμενο.

Στη τρίτη κατηγορία, όσον αφορά τις αποζημιώσεις/ αμοιβές, συμπεριλαμβάνονται:

α) ο μισθός και η συχνότητα καταβολής του,

β) ευκαιρίες διαφόρων ειδών πληρωμών (π.χ. μπόνους, προμήθειες, χρηματικά βραβεία για ιδέες ή προτάσεις, πληρωμές σε είδος),

γ) δικαίωμα επιλογής τίτλων ή αξιογράφων,

δ) ανταγωνιστική αμοιβή συγκριτικά με τη τοπική αγορά.

Στα προνόμια συμπεριλαμβάνονται:

α) ιατρική φροντίδα/ ιατρικά προνόμια,

β) οικογενειακά προνόμια (π.χ. ασφάλεια ζωής για εξαρτημένα μέλη, οικογενειακή περίθαλψη γονέων και τέκνων),

γ) πληρωμή ημερομισθίων σε περίπτωση απουσίας από την εργασία π.χ. λόγω διακοπών, λόγω αδείας ή ασθένειας,

δ) προνόμια συνταξιοδότησης (εφάπαξ και σύνταξη).

Τέλος, στη τέταρτη κατηγορία, συμπεριλαμβάνονται:

α) η αίσθηση ασφάλειας στο περιβάλλον εργασίας,

β) η ασφάλιση,

γ) η σημαντικότητα της εργασίας και η συνεισφορά της στο κοινωνικό σύνολο,

δ) οργανωσιακή δέσμευση στην εταιρική κοινωνική υπευθυνότητα (ισορροπημένη οικονομική απόδοση με συνεισφορές στη ποιότητα ζωής των εργαζομένων, της τοπικής κοινωνίας και της κοινωνίας γενικότερα),

ε) η οργανωσιακή δέσμευση σε «πράσινους» χώρους εργασίας (περιβαλλοντικά ευαίσθητους και ενεργειακά αποδοτικούς),

- στ) το φυσικό περιβάλλον εργασίας (φωτισμός, θόρυβος, καθαριότητα, τοποθέτηση επίπλων κ.ά.),
- ζ) η εταιρική κουλτούρα (φήμη της εταιρίας, ήθη και έθιμα εργασιακά - αξίας, εργασιακές συνθήκες κτλ.), η) οι σχέσεις με συναδέλφους,
- θ) η συνεισφορά της εργασίας στους στόχους της εταιρίας,
- ι) η εργασία αυτή καθαυτή (πόσο ενδιαφέρον είναι, αν κρύβει προκλήσεις κτλ.),
- κ) η ποικιλία της εργασίας (εργασία σε διαφορετικούς τομείς χρησιμοποιώντας διαφορετικές ικανότητες),
- λ) η οικονομική εταιρική σταθερότητα,
- μ) η οργανωσιακή δέσμευση σε ένα διαφοροποιημένο αλλά ενωμένο εργατικό δυναμικό. (Δημητριάδης & Παπαδόπουλος (2011)

Το περιβάλλον εργασίας των γιατρών είναι ένα σύνθετο περιβάλλον που απαιτεί συνεχώς νέες δεξιότητες μάθησης. Η έρευνα των McManus et al. (2004) εξετάζει τη συσχέτιση μεταξύ του κλίματος στο χώρο εργασίας και τις συνήθειες μελέτης, το άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και την εργασιακή ικανοποίηση και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κλίμα στο χώρο εργασίας παρουσιάζει μικρή μόνο συσχέτιση με τις συνήθειες μελέτης, αλλά έδειξε ισχυρή συσχέτιση με το άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση ενώ τον πιο σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η προσωπικότητα του κάθε γιατρού.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί ιατροί σχετίζονται άμεσα με την λειτουργία των νοσοκομείων, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά τους και βρίσκονται σε άμεση σχέση αλληλεπίδρασης με την εργασιακή ικανοποίηση (Job satisfaction), το επίπεδο υγείας των εργαζομένων ιατρών, την απόδοση και την αποτελεσματικότητά τους (Buddeberg-Fischera et al.,2011; Mroczek et al.,2005), καθώς και την ικανοποίηση των ασθενών (patient satisfaction) (Παπαγιαννοπούλου και συν.,

2008) και σίγουρα σχετίζονται με διάφορους τρόπους με το κόστος υγείας τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε συνολικά μεγέθη.

Φαίνεται ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι κακές συνθήκες εργασίας μειώνουν την εργασιακή ικανοποίηση (Oliver Ommen et al., 2009) ενώ η δυνατότητα συνεχούς εκπαίδευσης και συμμετοχής στην επιστημονική έρευνα αυξάνουν την εργασιακή ικανοποίηση (Mohr et al., 2011).

Αποτελέσματα άλλων ερευνών αποδεικνύουν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα για τους νοσηλευτές είναι το θορυβώδες περιβάλλον εργασίας και ακολουθούν οι ενοχλήσεις από τους συγγενείς των ασθενών, οι ταραχές, το πολυσύχναστο περιβάλλον εργασίας, οι καθυστερήσεις στα φάρμακα από το φαρμακείο, ο χρόνος που δαπανάται στην εκπαίδευση των οικογενειών, η έλλειψη εξοπλισμού, οι ελλείψεις στα δωμάτια, η ανεπάρκεια του χώρου εργασίας για την ολοκλήρωση της γραφειοκρατίας, οι προμήθειες, τα διαγράμματα των ασθενών, τα τηλεφωνήματα από τις οικογένειες, η καθυστέρηση στις ιατρικές εντολές και οι αστοχίες του εξοπλισμού.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Maslow (Vroom-Deci, 1970) η εργασιακή συμπεριφορά ειδικότερα ερμηνεύεται μέσω μιας κλίμακας ιεράρχησης ως προς τη κάλυψη των αναγκών τους και τον τρόπο με τον οποίο οι ικανοποίηση αυτών των αναγκών λειτουργεί ως κίνητρο για βελτίωση των εργαζομένων στο χώρο εργασίας. Έτσι προτεραιότητα έχουν οι φυσιολογικές ανάγκες και οι ανάγκες για ασφάλεια και σταδιακά μπορούμε να προχωρήσουμε και σε κάλυψη των αναγκών των επόμενων επιπέδων. Ερμηνεύοντας τη θεωρία, οι γιατροί θα πρέπει αρχικά να έχουν μια αμοιβή που να καλύπτει τις βασικές τους ανάγκες, και την κοινωνική τους ασφάλιση επαρκώς, ώστε να τους εξασφαλίζει ένα αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς ως προς τις ανάγκες της πρώτης βαθμίδας. Οι καλές εργασιακές και διαπροσωπικές σχέσεις είναι σημαντικές καθώς καλύπτουν τις κοινωνικές τους ανάγκες, ενώ η εκτίμηση από την πλευρά των ασθενών και των οικογενειών τους ικανοποιούν τις ανάγκες αναγνώρισής τους και ηθικής ικανοποίησης. Τέλος, για τις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στο ιατρικό προσωπικό να διεξάγει έρευνες για τη θεραπεία ασθενειών, να συμμετέχει σε προγράμματα δια βίου μάθησης, συνεχούς εκπαίδευσης, σεμινάρια, ημερίδες κ.ά., να αναγνωρίζεται η συμβολή

τους στη συνέχιση και βελτίωση της ζωής κτλ.

Η επιτυχημένη οργάνωση του νοσοκομείου επηρεάζει γενικότερα την αντίληψη των εργαζόμενων ιατρών, δίνοντας αξία και νόημα στο έργο που επιτελούν και στο εργασιακό τους περιβάλλον. Συμβάλλει έμμεσα στη μείωση του επαγγελματικού στρες, τη διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας, την καλύτερη εκτέλεση των ιατρικών τους καθηκόντων και φυσικά στην βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας. (Arnetz et al 2011).

Είναι αναγκαίο όλοι οι πολίτες τόσο αυτοί που συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας, όσο και αυτοί που τις λαμβάνουν να ανακτήσουν την εμπιστοσύνη τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η εμπιστοσύνη συμβάλλει με πολλούς τρόπους στη βελτίωση της λειτουργίας του συστήματος υγείας, καθώς αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση και φαίνεται να αποτελεί ένα από τα βασικά συστατικά για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας (Firth-Cozens, 2011; Wallace et al., 2009; Klein et al., 2011).

Η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης φαίνεται πως αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του ιατρικού κλάδου. Στην έρευνα του Smith (2001) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πιο προφανής αιτία της δυστυχίας των γιατρών είναι ότι αισθάνονται καταπονημένοι και χωρίς επαρκή υποστήριξη.

Επιπλέον οι αποδοχές και ο φόρτος εργασίας αν και είναι δύο προφανείς αιτίες για τη έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης έρευνες έχουν αποδείξει ότι δεν είναι αρκετά από μόνα τους για να εξασφαλίσουν υψηλά το ηθικό των ιατρών.

Πολλές από τις αιτίες είναι πιθανώς αποτέλεσμα των αλλαγών στις προσδοκίες των γιατρών για ασθενείς, κυβερνήσεις και εργοδότες (Edwards et al., 2002).

Η φύση του επαγγέλματος της ιατρικής είναι δύσκολη και συναισθηματικά απαιτητική, και οι γιατροί είναι πιο πιθανό να ασκούν αυστηρή αυτοκριτική (Firth-Cozens, 1997). Η έλλειψη αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των γιατρών επιδεινώνει την κατάσταση. Η εργασία σε ομάδες φαίνεται πως βάζει τους γιατρούς σε καλύτερη θέση για να αντιμετωπίσουν το άγχος (Firth-Cozens, 200; Sexton et al., 2000).

Η προσωπική επιλογή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, το υψηλό επίπεδο κατάρτισης, καθώς και η κοινωνικοποίηση των γιατρών έχει την τάση να αμβλύνει τα προβλήματα.

Ως τέτοια νοούνται ο υψηλός φόρτος εργασίας, το άγχος, και η αντίδραση στις αλλαγές που προκύπτουν στον χώρο εργασίας, στις συνθήκες, στον τρόπο, στην διοίκηση και οτιδήποτε μπορεί να μεταβάλλει την καθημερινότητά τους, αφού υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα σε αυτό που οι γιατροί ανέμεναν από τη δουλειά τους και την πραγματικότητα (Edwards et al., 2002).

Στον αντίποδα της εργασιακής ικανοποίησης βρίσκεται η εργασιακή εξουθένωση, (burn-out) που αναφέρεται στο αίσθημα της εξάντλησης και της απώλειας του ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες, κατά την άσκηση της εργασίας τους, αφού στην καθημερινότητά τους έρχονται αντιμέτωποι με ασθένειες και το θάνατο (Carlan et al., 1975). Η γνώση του γεγονότος ότι πράξεις, λάθη ή παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή και την υγεία των ασθενών τους (Rees & Cooper, 1991) επιβαρύνει την ψυχοπνευματική τους κατάσταση.

Στην Ελλάδα, η έρευνα των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) έδειξε ότι, οι βασικότεροι παράγοντες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που αφορούν τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος καθώς και εκείνοι που αφορούν την ελληνική πραγματικότητα, δηλαδή τα ελλειπτή μέσα, οι περιορισμένες υποδομές, η ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού κτλ.

Τα κυριότερα προβλήματα των νοσοκομειακών ιατρών είναι : η υποστελέχωση, η έλλειψη υποδομών, ο φόρτος εργασίας και οι συνθήκες εργασίας, τα σωματικά προβλήματα, οι εργασιακές σχέσεις, τα ψυχολογικά προβλήματα και η εργασιακή εξουθένωση, η έλλειψη προσωπικού. Το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό αποτελούν την βάση για την λειτουργία των νοσοκομείων (Simons, Bonnett-Jones, 1989, Abel-Smith, 1986).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από γεωγραφική ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού, από ανισομέρεια των επαγγελματιών υγείας, αλλά και από ανισομέρεια ιατρικών ειδικοτήτων. Η μη επαρκής στελέχωση νοσοκομείων επιφέρει κόπωση στους εργαζομένους, ενώ η ανισομέρεια στις ιατρικές

ειδικότητες, το πρόβλημα των συνεργειών των τμημάτων και άλλα δομικά και διοικητικά προβλήματα έχουν ως αποτέλεσμα την δυσλειτουργία και τη μειωμένη ποιότητα των υπηρεσιών των νοσοκομείων.

Οι κακές συνθήκες εργασίας των νοσοκομειακών γιατρών συνδέονται, με τα εξαντλητικά ωράρια και τις εφημερίες. Η νυχτερινή βάρδια του Ιατρικού προσωπικού αποτελεί μια δύσκολη και ψυχοφθόρα διαδικασία και επιπλέον μια υποχρεωτική εργασιακή σχέση στα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας και φαίνεται πως επηρεάζουν αρνητικά την επίδοση, αλλά και την υγεία των γιατρών (Spurgeon et al., 1997).

Περαιτέρω παρατηρείται μεταβολή της στάσης τους απέναντι στον ασθενή ή το συνάδελφο η οποία γίνεται απόμακρη, κατά τη διάρκεια της προσφοράς των υπηρεσιών του γιατρού μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

Οι σημαντικές ελλείψεις που παρατηρούνται σε επίπεδο εξοπλισμού και ο ελλείψεις απαρχαιωμένος εξοπλισμός σε πολλές περιπτώσεις οδηγούν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε αδιέξοδο αφού αυξάνουν τον κίνδυνο των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και καθιστούν ανεπαρκή την ακριβή και έγκυρη ιατρική διάγνωση μέσω των απαιτούμενων ιατρικών εξετάσεων και ελέγχων.

Είναι προφανές ότι οι ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και η αδυναμία ανταπόκρισης των δημόσιων νοσοκομείων στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο, έχουν σαν συνέπεια τη μείωση του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες και τη στροφή των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα (Θεοδώρου και συν., 2005).

Οι επαγγελματίες της υγείας, δουλεύουν υπό πολύ πιεστικές για το σώμα συνθήκες και κινδυνεύουν από μια σειρά ασθενειών στις οποίες εκτίθενται στο χώρο του νοσοκομείου, λόγω της ελλιπούς καθαριότητας και απολύμανσης των επιφανειών (Ulrich & Zimring, 2004).

4.6 Η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών



Το νοσηλευτικό προσωπικό καλύπτει το 35-45% των θέσεων εργασίας των δημοσίων νοσοκομείων και αποτελείται από νοσηλεύτριες και νοσηλευτές πανεπιστημιακής και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΠΕ και ΤΕ), από μαίες και επισκέπτες υγείας ΤΕ, από αδελφές νοσοκόμες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) και από βοηθητικούς υπαλλήλους,(βοηθούς θαλάμων και τραυματιοφορείς).

Το σύνολο αυτών των εργαζομένων αποτελεί τη νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου που διαρθρώνεται σε τομείς και αυτοί με τη σειρά τους σε τμήματα και μονάδες. Τη διεύθυνση του νοσηλευτικού προσωπικού στα τμήματα και τους τομείς ασκούν προϊστάμενες νοσηλεύτριες, ενώ τη γενική διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας ασκεί η Διευθύνουσα. Η νοσηλευτική υπηρεσία δεν έχει μόνο νοσηλευτικές δραστηριότητες αλλά και διοικητικές και εκπαιδευτικές. (Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος. 1999)

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι παραδοσιακά επιφορτισμένο με την φροντίδα των ασθενών και αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ιατρικού και του λοιπού προσωπικού(Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος. 1999).

Όπως εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς η υποκίνηση αυτής της κατηγορίας εργαζομένων είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων τους.

Συμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε από το Robert Wood Johnson Foundation (RWJF το 1987) περισσότερο ικανοποιημένες δήλωσαν

- ο οι νοσηλεύτριες με πάρα πολύ καλή υγεία έναντι εκείνων που είχαν λιγότερο καλή υγεία.
- ο Οι νοσηλεύτριες που άνηκαν στη λευκή φυλή απο εκείνες που άνηκαν στην μαύρη φυλή.
- ο Οι νοσηλεύτριες που είχαν σπουδάσει στις ΗΠΑ από τις άλλες που είχαν σπουδάσει εκτός της χώρας
- ο Οι νοσηλεύτριες καριέρας
- ο Οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ως ευχάριστο το περιβάλλον που εργάζονταν και φιλικές τις σχέσεις με τους συναδέλφους
- ο Οι νοσηλεύτριες που θεωρούσαν ότι δίκαιο το σύστημα ανταμοιβής .

Κατά συνέπεια κρίνεται απαραίτητο η διοίκηση, εκτός από την οικονομική αμοιβή και τα άλλα οφέλη που καταβάλλει στον εργαζόμενο, να διαμορφώσει όλες εκείνες τις συνθήκες που θα τον παρακινήσουν να αξιοποιήσει σε μεγαλύτερο βαθμό τα προσόντα του και τον χρόνο που διαθέτει σε αυτήν.

Ευνόητο είναι ότι οι ικανοποιημένοι και θετικά διατεθειμένοι εργαζόμενοι συμβάλλουν σημαντικά στην εκπλήρωση των στόχων του οργανισμού (π.χ. περιορίζονται απεργίες, αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες κ.α.).

Συνεπώς θα πρέπει να υπάρχει σωστή στελέχωση των θέσεων εργασίας (επιλογή- ανάπτυξη), φροντίδα για τη συνεχή εκπαίδευση, και επιμόρφωση των εργαζομένων, να αναπτύσσονται κατάλληλα οι εργασιακές σχέσεις, να αξιολογείται συστηματικά η απόδοσή των εργαζομένων, και να διασφαλίζονται ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας .

Για να είναι βιώσιμο το τελικό αποτέλεσμα δεν αρκεί μόνο να είναι η ηγεσία επιτυχής, δηλαδή να μεταβάλλει τη συμπεριφορά των υφισταμένων για να επιτευχθεί ο στόχος, αλλά και αποτελεσματική, δηλαδή η αλλαγή αυτή της συμπεριφοράς των υφισταμένων να επιφέρει την ικανοποίηση ή την ανταμοιβή τους(Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος. 1999)

Στον δημόσιο τομέα οι σχέσεις εργασίας ρυθμίζονται από τις διατάξεις του υπαλληλικού κώδικα , όπως αυτός περιλαμβάνεται στο νόμο 2683/1999.

Ο βασικός μισθός καθορίζεται από το βαθμό του υπαλλήλου. και σε αυτόν προστίθενται τα διάφορα επιδόματα (οικογενειακά, εξομάλυνσης κτλ.), τα οποία δεν επιτρέπεται να τον ξεπερνούν. Χαρακτηριστικό είναι ότι το επίδομα παραγωγικότητας μοιράζεται σε όλους ανεξαιρέτους τους υπαλλήλους ενώ οι μισθοί δεν διαφέρουν πολύ από τους μισθούς των υπολοίπων δημοσίων υπαλλήλων ίδιας εκπαίδευσης και προϋπηρεσίας.

Ο υπαλληλικός κώδικας περιλαμβάνει ένα δυσκίνητο σύστημα προαγωγών, το οποίο απαιτεί ένα συγκεκριμένο χρόνο θητείας σε κάθε βαθμό και ύπαρξη «ουσιαστικών προσόντων». Για κατόχους μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος απαιτείται ελαφρά μικρότερος χρόνος. Εκτός σπανίων εξαιρέσεων, όλοι οι υπάλληλοι βαθμολογούνται με άριστα και προάγονται στον επόμενο βαθμό μόλις συμπληρωθεί ο απαιτούμενος χρόνος. (θεοδώρου Μ 1999)

Συνεπώς οι προϊστάμενοι καλούνται να καλύψουν τα επόμενα τρία επίπεδα, ενισχύοντας τους δεσμούς και την ομαδικότητα του προσωπικού, δημιουργώντας σε κάθε νοσηλεύτρια την αίσθηση ότι είναι σημαντική και απαραίτητη για τη λειτουργία της ομάδας και παρέχοντας σε καθεμία δυνατότητες ενεργοποίησης των ικανοτήτων και πραγματοποίησης των φιλοδοξιών της.

Όμως και σύμφωνα με τη θεωρία του Herzberg η διοίκηση οφείλει να καλύψει αρχικά τους οκτώ παράγοντες συντήρησης όταν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι μάλλον καλυμμένοι οι τρεις: σταθερός μισθός, ασφάλεια εργασίας (μονιμότητα) και προσωπική ζωή (οκτάωρη πενθήμερη εργασία).

Άρα, οι προϊστάμενοι οφείλουν να μεριμνήσουν για τους υπόλοιπους παράγοντες, ασκώντας ορθολογική και χρηστή διοίκηση, διακριτική και αντικειμενική επίβλεψη, βελτιώνοντας τις συνθήκες εργασίας και τις διαπροσωπικές σχέσεις .

Στη συνέχεια, θα πρέπει να προστεθεί η δυνατότητα επίτευξης στόχων, εξέλιξης και προσωπικής ανάπτυξης, η αναγνώριση των προσπαθειών, η ενασχόληση με ενδιαφέροντα αντικείμενα εργασίας και η ενίσχυση της υπευθυνότητας.

Τόσο με βάση τη θεωρία του McClelland όσο και με βάση τη θεωρία των προσδοκιών ο προϊστάμενος είναι εκείνος που μπορεί ευκολότερα να διαγνώσει ποια από τις τρεις ανάγκες (επίτευξη στόχων, δημιουργία δεσμών ή εξουσία) είναι πιο σημαντική για κάθε νοσηλεύτρια και να επιλέξει τα ανάλογα καθήκοντα τα οποία μπορεί να φέρει εις πέρας.

Δεν θα πρέπει να παραγνωρίσουμε επίσης το σημαντικό ρόλο της αίσθησης της ισοτιμίας και της δικαιοσύνης. Σύμφωνα λοιπόν με το πόσο έντονο είναι για το άτομο το αίσθημα της αδικίας, τόσο υπάρχει η τάση σε αυτό να την αποκαταστήσει μειώνοντας τις συνεισφορές του (γνώσεις, προσπάθεια, χρόνος, ικανότητες, εμπειρία, συνέπεια, αφοσίωση, ποιότητα και ποσότητα εργασίας) ή και προσπαθώντας να αυξήσει τις απολαβές (οικονομικές αμοιβές, προαγωγές, συνθήκες εργασίας, κύρος, ενδιαφέρον δουλειάς, ικανοποιητική διοίκηση).

Το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία κρίνεται αριθμητικά ανεπαρκές για την κάλυψη των αυξημένων απαιτήσεων που προβάλλουν οι νέες σύγχρονες μορφές νοσηλείας και περίθαλψης.

Επιπλέον η επιμόρφωση του προσωπικού, βασίζεται στην καλή διάθεση και της οικονομικές δυνατότητες των υπαλλήλων ή στην υποστήριξη των φαρμακευτικών εταιρειών, μια και κανένας κεντρικός σχεδιασμός, αλλά ούτε και κίνητρο ουσιαστικό υπάρχει. Η στοχοθεσία αν και αποτελεί μια αρκετά σημαντική τεχνική παρακίνησης των εργαζομένων, που οι οργανισμοί και τα στελέχη μπορούν να εφαρμόζουν εντούτοις είναι μια άγνωστη έννοια στα δημόσια νοσοκομεία.

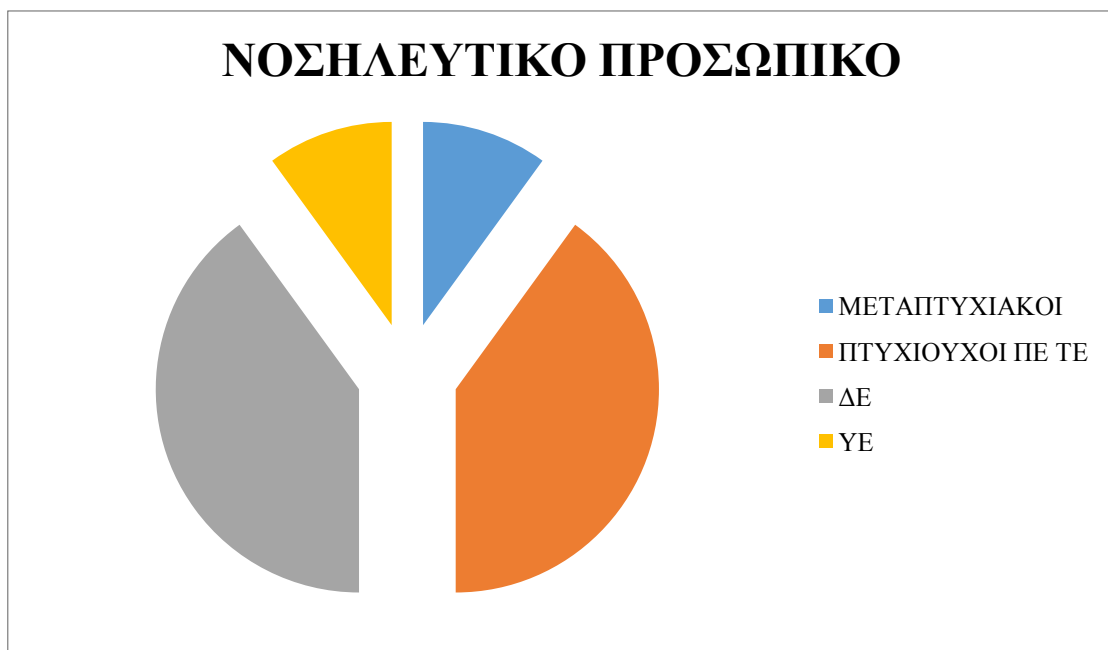
Πρόσφατα ψηφίστηκε νόμος για τη στοχοθεσία των διοικήτων ο οποίος όμως βρίσκεται σε εμβρυικό στάδιο.

Η διοίκηση καθορίζει τους κατ' αρχήν γενικούς στόχους του οργανισμού, όμως η σύνθεση των επιμέρους στόχων του κάθε στελέχους και εργαζομένου τίθεται μέσω της συμμετοχικής διαδικασίας. Έτσι, ναι μεν η διαδικασία καθορισμού των στόχων αρχίζει λογικά από επάνω, τελικά όμως οι οριστικοί στόχοι διαμορφώνονται μέσω της συμμετοχής όλων των επιπέδων (Μπουραντάς Δ. 2002).

Οι θεωρίες της υποκίνησης θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψιν και να συνδυαστούν έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα πραγματοποιώντας βελτιωτικές παρεμβάσεις στους ακόλουθους τομείς

- Αναλογία νοσηλευτών – ασθενών σύμφωνα με τα όσα καθορίζονται από τον ΠΟΥ Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τη Διεθνή Ένωση Νοσηλευτών κοκ

Παρότι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού έχει σχεδόν διπλασιαστεί τα τελευταία 20 έτη, ανερχόμενος από 21.811 νοσηλευτές το 1984 σε 41.724 το 2004, υπάρχουν σημαντικά κενά στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Ακόμη, διαπιστώνεται ποιοτικό έλλειμμα στο νοσηλευτικό προσωπικό καθώς οι πτυχιούχοι νοσηλευτές αποτελούν μόνο το 40% του συνολικού προσωπικού.



Όσο πιο ανεπαρκές, ποσοτικά και ποιοτικά, είναι το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα νοσοκομείο, τόσο πιθανότερο είναι ο ασθενής να αποβιώσει μετά από μια χειρουργική επέμβαση ρουτίνας, δείχνει αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο The Lancet.

Ερευνητές από τη Νοσηλευτική Σχολή του Πολιτειακού Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια, με επικεφαλής την Δρ Λίντα Άικεν, μελέτησαν ιατρικά αρχεία που

αφορούσαν περισσότερους από 420.000 ασθενείς, άνω των 50 ετών, και 26.500 νοσηλευτές, σε 300 νοσοκομεία, εννέα ευρωπαϊκών χωρών. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε κάποια συνηθισμένη χειρουργική επέμβαση.

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι, για κάθε πρόσθετο χειρουργικό ασθενή που επιβαρύνει τον καθημερινό φόρτο εργασίας ενός νοσηλευτή, αυξάνεται 7% κατά μέσο όρο η πιθανότητα θανάτου του μέσα στον επόμενο μήνα. Αν όμως το νοσηλευτικό προσωπικό (με πανεπιστημιακή εκπαίδευση) αυξηθεί κατά 10%, τότε ο κίνδυνος θανάτου του ασθενή μειώνεται κατά 7%.

«Τα ευρήματά μας αναδεικνύουν τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς λόγω των περικοπών του νοσηλευτικού προσωπικού στο πλαίσιο των πρόσφατων μέτρων λιτότητας και, παράλληλα, δείχνουν ότι η πανεπιστημιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών μπορεί να μειώσει τους θανάτους στα νοσοκομεία», εξηγεί η Δρ Άικεν.

«Η μελέτη δείχνει ότι ένα ασφαλές από άποψη αριθμού προσωπικό μπορεί να συμβάλει στην μείωση των θανάτων, ενώ παράλληλα καταρρίπτεται ο μύθος ότι η εμπειρία των νοσηλευτών είναι πιο σημαντική από την εκπαίδευσή τους», καταλήγει η ερευνήτρια.

Σε χώρες όπως η Νορβηγία και η Ισπανία, όλο σχεδόν το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ενώ στα νοσοκομεία της Μ. Βρετανίας και της Ελβετίας τα αντίστοιχα μέσα ποσοστά είναι μόνο 28% και 10%, αντίστοιχα.

- Αμοιβές είναι απαραίτητη η αύξηση των αμοιβών και η σύνδεση τους με την εκπαίδευση και κατάρτιση και συνεπώς και με την αποδοτικότητα σε επίπεδο ομάδας και τμήματος
- Ωράριο εργασίας έχει διαπιστωθεί πως το νοσηλευτικό προσωπικό μετά από κάποια έτη εργασίας θα πρέπει να εργάζεται μόνο κατά την πρωινή βάρδια.

- Ομαδική εργασία
- η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών αλλά και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας

Το επίπεδο συνεργασίας της διεπιστημονικής ομάδας υγείας, και κυρίως οι διεπαγγελματικές σχέσεις των ιατρών και των νοσηλευτών, αποκτούν ειδικό ενδιαφέρον καθώς επηρεάζουν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της προσφερόμενης φροντίδας.

Η διεπαγγελματική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, καθοδήγηση με την έννοια της συμβουλευτικής, τήρηση κοινών στοιχείων, επανεκτίμηση των δεδομένων, ανταλλαγή πληροφοριών, ιδεών και επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις.

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, η διεπαγγελματική συνεργασία γίνεται ολοένα και πιο πολύπλοκη, με αποτέλεσμα πολλά άτομα από διαφορετικά επαγγέλματα να είναι υποχρεωμένα να εργάζονται από κοινού, για να είναι δυνατή η παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας.

Οι προβληματικές σχέσεις νοσηλευτών και γιατρών έχουν καταγραφεί σε πολλά δυτικά συστήματα υγείας, όπου λόγω της αυστηρής ιεραρχικής δομής του «μικρόκοσμου» του τμήματος αλλά και της ασάφειας των επαγγελματικών ρόλων δημιουργούνται ανταγωνιστικές σχέσεις, ενώ αυξάνονται κατακόρυφα οι πιθανότητες λάθους.

Οι εργαζόμενοι-μέλη της θεραπευτικής ομάδας έχουν ανάγκη από αλληλοσεβασμό σε συνδυασμό με την ανοικτή και συνεχή μεταξύ τους επικοινωνία .

Οι νοσηλευτές νιώθουν έντονα την ανάγκη να αναγνωριστούν ως ισότιμοι συνεργάτες των γιατρών ενώ οι γιατροί από την πλευρά τους επιθυμούν να διατηρήσουν το status τους και ζητούν να διατηρούν πλήρη εικόνα των δραστηριοτήτων ενός νοσηλευτή, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στο έργο τους

Η πανάρχαια Ιπποκρατική ρύση «κάλλιον εστί το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν» έχει εφαρμογή και στη δημιουργία θετικού εργασιακού κλίματος

γεγόνος που στο εξωτερικό επιβεβαιώνουν τα καινοτόμα προγράμματα διεπαγγελματικής μάθησης (interprofessional learning).

Σε αυτά δίνεται βαρύτητα στην απόκτηση κλινικών δεξιοτήτων από κοινού για τους φοιτητές Ιατρικής και Νοσηλευτικής, στα μαθήματα διεπαγγελματικών σχέσεων και εκπαίδευση στην ομαδική εργασία προκειμένου να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν ο ένας το ρόλο του άλλου καθώς και στην κάλυψη των εκπαιδευτικών τους αναγκών σε τομείς διαρκώς μεταβαλλόμενους.

- Ακόμη, ο φόρτος εργασίας, ο μεγάλος αριθμός περιστατικών και συνήθως βαρέως πασχόντων μπορεί να προκαλέσει στρες.

Όμως στον όρο φόρτο εργασίας θα πρέπει να τονίσουμε την αξία του μεταβαλλόμενου φόρτου εργασίας. Όσο δύσκολη είναι μια μέρα με υπερβολικό όγκο εργασίας τόσο ζημιόγωνα μπορεί να είναι και μια μέρα χωρίς αντικείμενο εργασίας.

Στο Τ.Ε.Π, αν δεν υπάρχουν ασθενείς, οι νοσηλευτές δεν έχουν φόρτο εργασίας και ασχολούνται με τον έλεγχο των ιατρείων ή την κάλυψη τους με υλικό. Όμως πρέπει να βρίσκονται σε διαρκή ετοιμότητα για επείγοντα περιστατικά και ανά πάσα στιγμή μπορεί να εισαχθεί, για παράδειγμα, ένα θύμα τροχαίου που συνέβη κοντά στο νοσοκομείο.

- Η ασφάλεια εργασίας.

Σε ένα νοσοκομείο έννοια της ασφάλειας είναι πολύπλευρη και αφορά την επαγγελματική, οικονομική και συνταξιοδοτική ασφάλεια, η οποία παρέχεται στο νοσηλευτικό προσωπικό καθώς όμως και την προφύλαξη από τις μεταδοτικές ασθένειες, την επιθετικότητα των ψυχιατρικών και εξαρτημένων ασθενών, αλλά και την επιθετικότητα των αγανακτισμένων από το σύστημα υγείας πολιτών.

- η σπουδαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές έχει επανειλημμένως τονιστεί διεθνώς, μέσα από τη σχετική βιβλιογραφία.

Βασικό επιχείρημα είναι ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει ο να διαθέτει επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες εισερχόμενος στο επάγγελμα, τις οποίες όμως να διατηρεί και να βελτιώνει κατά την επαγγελματική του σταδιοδρομία.

Επιπροσθέτως, έχει προταθεί ότι κάθε νοσηλευτής θα πρέπει να κατανοήσει την ανάγκη να εκσυγχρονίζει και να επεκτείνει τις γνώσεις και τις δεξιότητές του, και επίσης να είναι σε θέση να εκτιμήσει τις προσωπικές του μαθησιακές και γνωστικές ανάγκες.

Ο Βρετανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (NMC), χαρακτηριστικά, δίνει την εξής οδηγία: «κάθε νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τον τρόπο που ασκεί το επάγγελμά του και, επομένως, πρέπει να προβαίνει συνεχώς στις απαραίτητες ενέργειες, ώστε να διατηρεί και να βελτιώνει τις επαγγελματικές του γνώσεις και δεξιότητες» (UKCC, 1984).

Αντίστοιχα ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) υιοθετεί παρόμοιες απόψεις σχεδιάζοντας προγράμματα διά βίου εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες νοσηλευτές καθιστώντας τα υποχρεωτικά για τα μέλη του .

Ιστορικά μέχρι τη δεκαετία του 1970 η Νοσηλευτική εθεωρείτο ως ένα πρακτικό επάγγελμα, συμπληρωματικό ως προς την Ιατρική , χωρίς ερευνητικές εργασίες και δεδομένα που να καθοδηγούν την καθημερινή πρακτική.

Σύντομα όμως η Νοσηλευτική αναδείχθηκε σε μια παγκόσμιου κύρους Επιστήμη και αποδοτική Τέχνη. Το ακαδημαϊκό προφίλ, η επαγγελματική επάρκεια και το ουμανιστικό προφίλ του σύγχρονου νοσηλευτή την καθιέρωσαν ως ένα ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας.

Συνέπεια αυτού αποτελεί η ανάγκη για :

- Εφαρμογή τεκμηριωμένης φροντίδας (π.χ. φροντίδα μέσω πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών, τα οποία μπορούμε να αναπτύξουν οι νοσηλευτές είτε ως αυτόνομης επιστημονικός κλάδος είτε σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας)
- Παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διαρκούς επιμόρφωσης.
- Πρακτική διευκόλυνση, ηθική ενθάρρυνση και παρακίνηση από όλα τα επίπεδα της νοσηλευτικής ιεραρχίας ώστε να επιτευχθούν οι προαναφερθέντες στόχοι.

Τα γραφεία εκπαίδευσης των νοσοκομείων αλλά και τα γραφεία νοσηλευτικών ειδικοτήτων έχουν την υποδομή και τεχνογνωσία ώστε να οργανώνουν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εστιασμένα σε συγκεκριμένα κλινικά θέματα, όπως τα ενδοκρινικά ή διατομιακά μαθήματα, καθώς και μεγάλους εκπαιδευτικούς κύκλους εξειδίκευσης, όπως οι νοσηλευτικές ειδικότητες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Οι υπηρεσίες υγείας

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία ζωής του ανθρώπου. Όταν ο άνθρωπος είναι υγιής, τότε μπορεί και ανταποκρίνεται πλήρως και επαρκώς στις εργασιακές, κοινωνικές και οικογενειακές του υποχρεώσεις. Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «υγεία είναι όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας, αλλά η πλήρης σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία του ατόμου.

Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ στην Alma-Ata τον Σεπτέμβριο του 1978. Στα πορίσματα της συνδιάσκεψης αυτής τονίζεται ότι «η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι κοινωνικός στόχος που αφορά όλο τον κόσμο και η πραγματοποίησή του απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών τομέων» (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου σχετίζονται με το ίδιο το άτομο, αλλά και με το ευρύτερο περιβάλλον. Η κληρονομικότητα, η προδιάθεση του ατόμου προς συγκεκριμένες ασθένειες, ο τρόπος ζωής που ακολουθεί αλλά και ποιοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως είναι το μορφωτικό επίπεδο είναι παράγοντες που καθορίζουν την υγεία του ατόμου. Από την άλλη εξωγενείς παράγοντες όπως είναι τα φυσικά περιβάλλον, το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων, το πολιτικό περιβάλλον μέσα από τις νομοθετικές ρυθμίσεις που λαμβάνει άμεσα ή έμμεσα ή ακόμα και το πολιτιστικό επίπεδο μιας χώρας καθορίζουν τον τρόπο ζωής των ατόμων και ο οποίος συνδέεται άμεσα και με το επίπεδο της υγείας των.

Για τη μέτρηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού έχουν καθιερωθεί διεθνώς:

- στατιστικοί δείκτες όπως είναι το προσδόκιμο επιβίωσης, δηλαδή ο μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού, ο δείκτης γεννητικότητας, δηλαδή το μέσο ποσοστό των γεννήσεων στον πληθυσμό και ο δείκτης γονιμότητας που δείχνει το μέσο αριθμό παιδιών ανά γυναίκα ΚΟΚ

- οικονομικοί δείκτες όπως είναι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕγΠ. ,κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας κοκ .
- ποιοτικοί δείκτες όπως είναι ο αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους. , ο αριθμός νοσηλευτών , νοσοκομειακών κλινών κοκ που απεικονίζουν τις παροχές υγείας που υπάρχουν σε μια χώρα.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να γίνει διάκριση μεταξύ των όρων «υγεία», « φροντίδα υγείας» και «υπηρεσίες υγείας».

Η «υγεία» όπως είδαμε περιγράφει μία συγκεκριμένη φυσική και πνευματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άνθρωπος.

Με τον όρο «φροντίδα υγείας» εννοούμε το «αγαθό» που το άτομο απολαμβάνει αφού έχει καταβάλει για αυτό συγκεκριμένη αμοιβή. Για παράδειγμα η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει υπηρεσίες από ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, νοσοκομεία, καθώς επίσης και κατανάλωση αγαθών, όπως π.χ. φάρμακα κ.α.

Αντίθετα οι υπηρεσίες υγείας είναι το αγαθό που προσφέρεται στον άνθρωπο με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του και ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και οι μηχανισμοί παραγωγής και διανομής τους.»

Ο όρος είναι σύνθετος και εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας, όσο και την έννοια της περίθαλψης. Συγκεκριμένα, η περίθαλψη αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα που ήδη έχουν εκδηλώσει συμπτώματα, ενώ η φροντίδα αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού.

Είναι φανερό ότι η έννοια «φροντίδα υγείας» είναι ευρύτερη των υπηρεσιών υγείας, αφού σε αυτήν υπάγεται και η κατανάλωση των αγαθών, όπως είναι τα φάρμακα.

Οι υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν διεθνώς σημαντικές προκλήσεις. Η γήρανση του πληθυσμού, η επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων , η νέα ακριβή ιατρική τεχνολογία, αλλά και οι απαιτήσεις των πολιτών για άμεση, ανθρώπινη και αποτελεσματική περίθαλψη, επιβάλλουν τον αναπροσανατολισμό και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών

υγείας, προκειμένου να συγκρατηθούν οι αυξανόμενες δαπάνες υγείας και να ικανοποιηθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας.

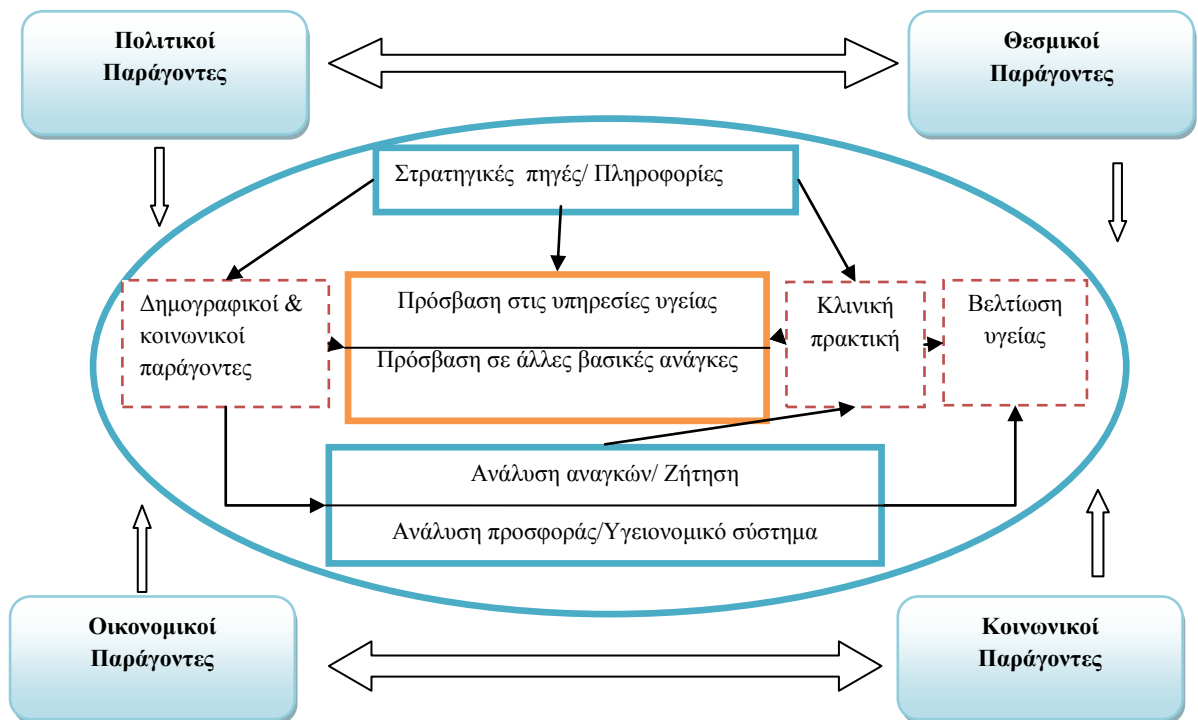
5.1.1 Πολιτική Υγείας

Η πολιτική υγείας συνίσταται στο «σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση για την προώθηση και την ανάπτυξη του τομέα υγείας της χώρας της με γνώμονα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τους υπάρχοντες πολιτικούς περιορισμούς, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα τους κυριότερους τρόπους επίτευξης αυτών» (Κουρής, Σουλιώτης, 2007).

Σήμερα, οι στόχοι των πολιτικών υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες περιλαμβάνουν το τρίπτυχο: *εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος, ποιότητα*. Αυτό υποδηλώνει την αναγκαιότητα να διαμορφωθεί ένα νέο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας με ένα λειτουργικό εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα στο πρώτο "σκαλοπάτι" του την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Ευμορφίδου, 2009).

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην χάραξη πολιτικής υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).

Απεικόνιση 1: Παράγοντες που συμβάλλουν στην πολιτική υγείας



Πηγή: Υφαντόπουλος Γ., 2006

Η πολιτική υγείας πρέπει να είναι ευδιάκριτη, κοινωνικά αποδεκτή και να μπορεί να υποστηριχθεί από τους διαθέσιμους πόρους. Πολύ συνοπτικά, η διαδικασία αυτή μπορεί να εμπεριέχει τα εξής στάδια:

- ✓ Διερεύνηση των επιλογών πολιτικής.
- ✓ Εκτίμηση εφικτότητας της συγκεκριμένης πολιτικής.
- ✓ Έγκριση και αποδοχή της πολιτικής.
- ✓ Εφαρμογή της πολιτικής.
- ✓ Αξιολόγηση της πολιτικής (Λιαρόπουλος, 2007).

Η λήψη μέτρων για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί πολιτική που στοχεύει σε:

- ❖ προαγωγή και διατήρηση του υψηλότερου επιπέδου φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων σε όλα τα επαγγέλματα,
- ❖ πρόληψη των επιδράσεων των εργασιακών συνθηκών, στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων,
- ❖ προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο και
- ❖ προστασία των εργαζομένων από τους επαγγελματικούς κινδύνους.

5.2 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Οι υπηρεσίες υγείας παράγονται μέσα σε ένα σύστημα υγείας δηλαδή σε ένα μοντέλο παραγωγής, όπου εισέρχονται εισροές, π.χ. ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, φάρμακα, μηχανήματα κ.α., συνδυάζονται και οργανώνονται στα πλαίσια του συστήματος υγείας και το αποτέλεσμα, δηλαδή η εκροή είναι το σύστημα υγείας.

Το σύστημα υγείας δηλαδή είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού .

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα : το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007, σ.66).

Βασικός στόχος ενός συστήματος υγείας είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσα από την υλοποίηση ενδιάμεσων στόχων όπως η μείωση του κόστους υπηρεσιών υγείας, η βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος κ.α

Το σύστημα υγείας, ως υποσύστημα του συστήματος κοινωνικής προστασίας, πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο δηλαδή να παράγει υπηρεσίες υγείας στη μέγιστη δυνατή ποσότητα και στο μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει τη ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

Αξίζει να τονίσουμε ότι τα συστήματα υγείας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους για αυτό και θεωρούνται συστήματα εντάσεως εργασίας. Το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό αποτελούν την βάση για την ανάπτυξη μεθόδων αποτελεσματικότερης και αποδοτικότερης χρήσης των πόρων σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (Simons S., Bonnett-Jones N., 1989, Abel-Smith B., 1986).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό και βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, στη φορολογία και στην αυξημένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (43%) .

Αν θέλουμε να παρακολουθήσουμε ιστορικά την εξέλιξη του συστήματος υγείας στη χώρα μας θα βλέπαμε ότι η πρώτη προσπάθεια για δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ.) ξεκινά με το νόμο 1397 μόλις το 1983 (Σαραφίδης, Σταφυλάς 2005), σε μια περίοδο που τα συστήματα υγείας στο δυτικό κόσμο είχαν περάσει από την ανάπτυξη στην κρίση και μελετούσαν τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις για την έξοδο από την κρίση αυτή.

Σύμφωνα με αυτό στόχοι του είναι :

- Η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- Έμφαση στην νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- Περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος
- Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Μεταγενέστεροι νόμοι προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν τις όποιες στρεβλώσεις παρατηρήθηκαν όπως ήταν οι υψηλές δαπάνες υγείας ,η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , η περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού , καθώς και τα σοβαρά προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων χωρίς όμως επιτυχία (1579/85, 2071/92, 2194/94)

Έτσι, ενώ από τις αρχές της δεκαετίας του ' 90 στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες είχαν ήδη δημιουργηθεί εθνικά προγράμματα δράσης για την προώθηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα δεν υπήρχε κανένα σύστημα εξασφάλισης της ποιότητας.

Η διαπίστωση αυτή της χαμηλής ικανοποίησης των χρηστών οδήγησε τους εμπειρογνώμονες που εξουσιοδοτήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας να εντοπίσουν τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. στα μέσα της δεκαετίας του '90, να συμπεριλάβουν τη βελτίωση της ποιότητας στο γενικό πλαίσιο και σε ειδικές παραμέτρους των αλλαγών που πρότειναν.

Ο νόμος 2519/97 περιελάμβανε μια σειρά από μέτρα όπως ήταν η ίδρυση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η ενίσχυση της δημόσιας υγείας με κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες, η ενίσχυση της Π.Φ.Υ. με τα Δίκτυα Π.Φ.Υ. και τον οικογενειακό γιατρό, η δημιουργία μονάδων αποκατάστασης, η μέριμνα για μετεκπαίδευση

γιατρών, η προσπάθεια αντικειμενικής αξιολόγησης των γιατρών του Ε.Σ.Υ. και η εισαγωγή στα νοσοκομεία του θεσμού του γενικού διευθυντή.

Η ουσιαστική του συμβολή όμως έγκειται κυρίως στη δημιουργία ειδικού φορέα στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγιεινής (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.), που είχε ως σκοπό τη στατιστική ανάλυση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, τη διασφάλιση της ποιότητας τους, τη χορήγηση πιστοποιητικών διασφάλισης ποιότητας, τη συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και τη σύνταξη εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες.

Ακολούθως με το νόμο 2889/01 γίνεται άμεση αναφορά (Σαραφίδης, Σταφυλάς 2005) στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε δύο ουσιαστικά σημεία :

α) Στην παρ. 5 του άρθρου 4, με την οποία ιδρύεται σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ. « Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας» ως τμήμα της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας. Το τμήμα αυτό «καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων από τις μονάδες του ΠΕ.Σ.Υ. υπηρεσιών υγείας και ελέγχει την εφαρμογή τους σε συνεργασία με τα Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ. και τις συναρμόδιες ελεγκτικές αρχές».

β) Στην παρ. 6 του άρθρου 6, σύμφωνα με την οποία δίνεται η δυνατότητα σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών να συνίσταται Διεύθυνση Πληροφορικής με αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή.

Η ίδια η ίδρυση των ΠΕ.Σ.Υ. με τις αυξημένες αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται, τη σαφή διάκριση σε τμήματα, τη σύνθεση του προσωπικού τους κ.τ.λ., αποτέλεσε μέτρο που αλλάζει εκ βάθρων το οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος, εισάγοντας την ορθολογική διοίκηση (προγραμματισμός, έλεγχος, αύξηση της αποδοτικότητας). Επίσης, η γεωγραφική κατανομή τους είναι σημαντικό βήμα στην εξάλειψη των γεωγραφικών ανισοτήτων.

Με άλλες ρυθμίσεις προβλέπονταν:

α) Η εισαγωγή του θεσμού του Διοικητή επέτρεψε την άσκηση επιστημονικής διοίκησης στο νοσοκομείο, με ό,τι αυτή συνεπάγεται (ορθή διαχείριση στη βάση κόστους

αποδοτικότητα, εκσυγχρονισμός των οργανωτικών δομών, εισαγωγή νέων μεθόδων διοίκησης και φυσικά συνεχή επιδίωξη της βελτίωσης ποιότητας των υπηρεσιών).

Ο ρόλος του περιγράφεται αναλυτικά ενώ για πρώτη φορά εισάγονται όροι όπως προσοντολόγιο δίνοντας βαρύτητα στις σπουδές και στην εμπειρία διοίκησης, και «συμβολαίου αποδοτικότητας» με συγκεκριμένους στόχους, .

Επιπλέον δίνεται η δυνατότητα στο Διοικητή να πραγματοποιήσει χωρίς καμία έγκριση έργα βελτίωσης της κτιριακής υποδομής μέχρι ενός συγκεκριμένου ποσού, κάτι που μειώνει σημαντικά το χρόνο εκπόνησης των έργων αλλά πολλές φορές και το κόστος τους.

Ακόμα ιδρύθηκε σε κάθε νοσοκομείο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών» με σκοπό την ενημέρωση ασθενών και συνοδών, μέτρο που βελτιώνει σημαντικά το επίπεδο επικοινωνίας και συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και επιταχύνει τη διακίνησή τους. και αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με ειδική στελέχωση και προσωπικό, κάτι που θα βελτιώσει την πρόσβαση, την ταχύτητα και την αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των επειγόντων.

Καθιερώθηκε η «Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων» με τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα οποία οι ασθενείς θα πληρώνουν επίσκεψη με στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης, τη μείωση του χρόνου αναμονής, την αύξηση της ελευθερίας επιλογής των χρηστών, την ελάττωση της παραοικονομίας και την αύξηση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου.

Καθιερώθηκε η δυνατότητα ανάδειξης συγκεκριμένων μονάδων με υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών σε «Κέντρα Αριστείας», μετά από ειδική αξιολόγηση.

Θεσπίστηκαν μέτρα για την αξιολόγηση των ιατρών ανάμεσα τους και η άρση της μονιμότητας των γιατρών του Ε.Σ.Υ., καθώς οι νεοδιοριζόμενοι γιατροί υπηρετούν με 5ετή θητεία, μετά τη λήξη της οποίας η θέση επαναπροκηρύσσεται, κάτι που ενισχύει την αύξηση της αποδοτικότητας, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την επιστημονική παραγωγή των γιατρών ενώ παράλληλα θεσπίστηκαν μηχανισμοί και προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλου του προσωπικού υπό την εποπτεία των ΠΕ.Σ.Υ. για τη διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού σε υψηλό επίπεδο.

Σήμερα, 3 χρόνια μετά τη δημοσίευση του 2889/01 η κατάσταση στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. δεν φαίνεται να έχει αλλάξει δραματικά, αφενός γιατί συνεχίζουν να υπάρχουν οι

βασικές αδυναμίες στον υγειονομικό τομέα (υπανάπτυξη της Π.Φ.Υ., πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών φορέων κ.α.) αφετέρου γιατί ορισμένες μεταρρυθμίσεις του 2889/01 (π.χ. απογευματινά ιατρεία) δεν στηρίχτηκαν όσο έπρεπε.

Με τον πρόσφατο νόμο 4238 ΦΕΚ 38/17-02-2014 έγινε μια ακόμα προσπάθεια για την ορθολογική αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας. Αποτελεί την πιο σημαντική θεσμική αλλαγή στο χώρο της υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΣΥ .

Το ΕΣΥ διαχωρίζεται σε δύο υποσυστήματα -πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας-

Αρχικά δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) το οποίο θα παρέχει υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας στο σύνολο των Ελλήνων πολιτών.

Οι υπηρεσίες θα παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας, τα αστικά Κέντρα Υγείας που θα δημιουργηθούν και τις δομές του ΕΟΠΥΥ (πολυϊατρεία, εργαστήρια).

Το Δευτεροβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΔΕΔΥ) θα βασιστεί στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας.

Τα Κέντρα Υγείας αποχωρίζονται από τα νοσοκομεία και θα λειτουργήσουν ως δίκτυο με τις δομές του ΕΟΠΥΥ.

Στο δεύτερο, προβλέπεται η αλλαγή ρόλου του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος από «πάροχος» και «αγοραστής» που είναι σήμερα μετατρέπεται σε «αγοραστή». Αυτό σημαίνει ότι θα πάψει να παράγει υπηρεσίες μέσω των μονάδων του και θα παρέχει στους ασφαλισμένους του υπηρεσίες που θα «αγοράζει» από ελεύθερους επαγγελματίες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και κλινικές.

Ο ΕΟΠΥΥ δεν αλλάζει όνομα και θα λειτουργεί με δύο Γενικές Διευθύνσεις. Οι υπόλοιπες υπηρεσίες του θα καθοριστούν με ΠΔ που θα ακολουθήσει.

5.3 Ορισμός της ποιότητας στην υγεία

Τις τελευταίες δεκαετίες η ποιότητα αποτελεί συγκριτικό πλεονέκτημα στρατηγικής σημασίας για κάθε οργανισμό με βαρύνουσα σημασία σε υπηρεσίες οι οποίες επιδιώκουν την ικανοποίηση ζωτικών αναγκών του ανθρώπου, όπως είναι αυτές της υπηρεσίες υγείας.

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία είναι ο Avedis Donabedian, ο οποίος προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους που επιδρούν καθοριστικά τον ορισμό της.

«Ποιότητα είναι το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Μερκούρης 1996).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση. (Institute of Medicine United States)

Ενώ σύμφωνα, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής. (WHO)

Με βάση τους ορισμούς αυτούς, είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους.

5.4 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, εργαστήρια, κ.ά.) και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος, κ.λπ. Επίσης, οι εργαζόμενοι, πρέπει να θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

Συνοψίζοντας οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τον Παπανικολάου (2005), είναι: η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η οργανωτική δομή, η διοίκηση, η ξενοδοχειακή υποδομή και η χωροδιάταξη, η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών, η καθαριότητα και ο έλεγχος των τροφίμων, η διαθεσιμότητα των κλινών και η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Αναλυτικότερα :

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών : Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς ενταγμένη σε ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας, βελτιώνει το κλίμα στον οργανισμό, το ηθικό των εργαζομένων και συμβάλλει στην αναγνώριση των προσπαθειών που καταβάλλονται για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών και παράλληλα αποτελεί βασικό εργαλείο προσδιορισμού της ποιοτικής ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και ένα δείκτη ότι οι διαδικασίες που εφαρμόζονται ανταποκρίνονται στις βασικές προσδοκίες του πολίτη.

- Η οργανωτική δομή καθώς ο τρόπος οργάνωσης της διοίκησης, ο συντονισμός των λειτουργιών, η επάρκεια του προσωπικού, η σύνθεση των

επιμέρους λειτουργιών και οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού καθορίζουν το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Η ξενοδοχειακή υποδομή και ο σχεδιασμός των χώρων, ο τρόπος με τον οποίο έχουν σχεδιαστεί οι λειτουργικοί χώροι του νοσοκομείου, ο εξοπλισμός και η ξενοδοχειακή υποδομή έχουν σαν αποτέλεσμα να διευκολύνονται οι ιατρικές πράξεις, να βελτιώνεται ο τρόπος και ο χρόνος απόδοσης, να διασφαλίζεται η υγιεινή και η ασφάλεια των ασθενών, του προσωπικού και των εγκαταστάσεων

Η καθαριότητα και ο έλεγχος τροφίμων αποτελούν παράγοντες υγιεινής και αισθητικής αγωγής, οι οποίοι καθορίζουν αντίστοιχα την ποιοτική ξενοδοχειακή εξυπηρέτηση του ασθενούς, και συμβάλλουν στον περιορισμό των νοσοκομειακών λοιμώξεων που οφείλονται σε μικροοργανισμούς, οι οποίοι μεταφέρονται από τους ασθενείς και το προσωπικό και αποτελούν κίνδυνο μόλυνσης των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και που στην πράξη αποδεικνύονται συχνά ιδιαίτερα επιβλαβείς αυξάνοντας τη νοσηρότητα αλλά και το χρόνο παραμονής ενός ασθενή στο νοσοκομείο.

Η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών αποτελούν σημαντικό παράγοντα καθορισμού της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Η φιλική συμπεριφορά στην υποδοχή, η επάρκεια στην ενημέρωση και πληροφόρηση, η αμεσότητα στην εξυπηρέτηση και η αξιοπιστία στις διαδικασίες καθοδήγησης των ασθενών δημιουργούν συνθήκες ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

Η λειτουργία του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών με βασικό στόχο την εξυπηρέτηση του ασθενούς και την κάλυψη της ζήτησης κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας, έχει αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας και της αξιοπιστίας των υπηρεσιών επείγουσας περίθαλψης.

Η διαθεσιμότητα των κλινών αποτελεί ποιοτικό παράγοντα περίθαλψης, γιατί εξασφαλίζει στον ασθενή αξιοπρεπή διαμονή και νοσηλεία και συμβάλλει στην αποσυμφόρηση χώρων και ενεργειών.

Συνοπτικά, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας εκτιμάται με βάση την ετοιμότητα της παροχής τους, την καταλληλότητα και αξιοπιστία τους, τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές, τη φιλικότητα στην παροχή τους και την επαρκή υποστήριξη του ασθενούς.

5.4.1 Μέτρηση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα της φροντίδας μετριέται μέσω της σύγκρισης στοιχείων το οποία αφορούν ασθενείς και τις φροντίδες τις οποίες έλαβαν, προς συγκεκριμένα πρότυπα. Σε κάθε περίπτωση κρίνονται αναγκαίες διορθωτικές παρεμβάσεις που στόχο τους έχουν τη βελτίωση της ποιότητας και την επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος.

Οι μετρήσεις ποιότητας αφορούν τις υποδομές τις διαδικασίες αλλά και την έκβαση μιας παρεχόμενης υπηρεσίας. Η μέτρηση υποδομής αξιολογεί το προϊόν μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που υπεισέρχονται στην παραγωγική διαδικασία.

Η βελτίωση της ποιότητας προϋποθέτει την επανεκτίμηση της τρέχουσας διαδικασίας έτσι ώστε να μην παραλειφθεί κανένας παράγοντας που σχετίζεται με τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

Η σημασία της μέτρησης της διαδικασίας είναι ακόμη μεγαλύτερη διότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο προσέγγισης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους γιατρούς.

Αφού στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, η μέτρηση της έκβασης αποτελεί τον καλύτερο δείκτη μέτρησης της ποιότητας.

Σήμερα καταβάλλεται προσπάθεια τεκμηρίωσης της όλης νοσοκομειακής λειτουργίας σε οικονομοτεχνική βάση, είτε επειδή τα όποια εικονιζόμενα στοιχεία είναι προσεγγίσιμα στα στελέχη της, είτε επειδή απεικονίζουν και το τελικό αποτέλεσμα που επιδιώκεται, π.χ. μείωση του κόστους, με δεδομένη την ύπαρξη περιορισμένων πηγών.

Ιδρύματα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που σταθερά παρακολουθούν και δημοσιεύουν στοιχεία και δείκτες παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα. Η βελτίωση αυτή έχει θετικό αντίκτυπο στην δημόσια υγεία.

Η διαδικασία λήψεως αποφάσεων στηρίζεται σε δείκτες (Κυριόπουλο 2003) όπως, κόστος ανά ασθενή, κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, κόστος φαρμάκων ανά ασθενή και ακόμα σε χρηματοοικονομικούς δείκτες παγιοποίησης, ρευστότητας κ.ά.

Προκείμενου λοιπόν να μετρήσουμε το βαθμό λειτουργικότητας ή δυσλειτουργικότητας μίας νοσοκομειακής μονάδας, θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ως κεντρική ιδέα την οργανωτική δομή της και να προτείνουμε τις παρακάτω ομάδες δεικτών :

Δείκτης υπερκάλυψης κλινών : Μέσος αριθμός νοσηλείας σε κλίνη εκτός θαλάμου. Όσο ο δείκτης αυξάνει, η γενική εικόνα ποιότητας της νοσοκομειακής μονάδας, γίνεται αρνητικότερη.

Δείκτης μη καταλληλότητας : Μέσος όρος νοσηλείας ασθενούς σε ιατρικό τμήμα στο οποίο δεν ανήκει, όπως π.χ. παθολογικός ασθενής σε χειρουργικό τμήμα, λόγω υπερκάλυψης των παθολογικών κλινών.

Δείκτης αποδοτικότητας νοσηλευτικής μονάδας : Μέσος όρος πραγματοποίησης ιατρικών οδηγιών (π.χ. αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων) από το χρονικό σημείο που ζητούνται από τον ιατρό.

Δείκτης προσβασιμότητας : Πόσο καλά ένα νοσοκομείο μπορεί να ανταποκριθεί στη ζήτηση και φυσικά εάν οι πηγές κόστους είναι επαρκείς και αν οι δραστηριότητες του νοσοκομείου κατανέμονται ορθολογικά .

Δείκτης εξιτηρίων : Κατανομή διαγνώσεων μέσω εξιτηρίων πορισμάτων. Π.χ. κατά πόσο τοις εκατό οι ασθενείς ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου είναι πράγματι καρκινοπαθείς σε σχέση με την αρχική διάγνωση - εισαγωγή τους.

Δείκτης καθορισμού εισαγωγής : Σε ποιο βαθμό πραγματοποιείται από το τμήμα ο προκαθορισμένος χρόνος εισαγωγής.

Δείκτης κατάλληλης παραμονής : Εάν ο μέσος ορός παραμονής ενός ασθενούς στο νοσοκομείο ανταποκρίνεται στον αντίστοιχο επιστημονικά αποδεκτό για το συγκεκριμένο νόσημα.

Δείκτης μέσης διάρκειας νοσηλείας

Δείκτης ιατρικών δραστηριοτήτων : ο μέσος χρόνος που παρεμβάλλεται από την εισαγωγή του ασθενούς μέχρι την ιατρική παρέμβαση.

Δείκτης ροής ασθενών: Αναφέρεται στη μεταφορά των ασθενών μεταξύ των τμημάτων κατόπιν ιατρικής εντολής.

Δείκτης ποιότητας κλινικού φακέλου (δείκτης πληρότητας, δείκτης διαδικασίας αποφάσεων, δείκτης εξιτηρίου).

Δείκτης ιατρικής αποδοτικότητας : Αφορά τους κανόνες και τις ιατρικές προτεραιότητες και την κλινική σοβαρότητα της ιατρικής πράξης.

Επιπλέον οι ασθενείς αξιολογούν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν τόσο σε επίπεδο θεραπείας όσο και σε επίπεδο ξενοδοχειακών ανέσεων.

Αξιολογούν την αμεσότητα στην νοσηλεία, την αξιοπιστία, και την επιστημονική κατάρτιση των ιατρών, την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού, την διαχείριση παραπόνων, αλλά και την συνολική εικόνα του οργανισμού.

Πολλές χώρες έχουν εθελοντικούς και νομικούς μηχανισμούς για την εξωτερική αξιολόγηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης ενάντια στα καθορισμένα πρότυπα (Klanzina, 2000, Shaw, 2001; Bohigas και Heaton, 2000; Heaton, 2000)

Ο καθένας από αυτούς τους μηχανισμούς προορίζεται να βεβαιώσει στοιχεία της ποιότητας. Οι μηχανισμοί αυτοί περιλαμβάνονται με κάποιες μικρές παραλλαγές σε τέσσερις κύριες προσεγγίσεις.

Ο Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση (ISO- International Organization for Standardization, που έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση συγκεκριμένων θεμάτων στις υπηρεσίες υγείας- κυρίως σε Γερμανία και Ελβετία- παρέχει τα πρότυπα ενάντια στα οποία οι οργανισμοί ή οι λειτουργίες μπορούν να πιστοποιηθούν από τους αρμόδιους ελεγκτές.

Πιο συγκεκριμένα το ISO έχει χρησιμοποιηθεί σε συστήματα ακτινολογίας και εργαστηρίων, και γενικότερα σε συστήματα ποιότητας σε κλινικά τμήματα άλλα και σε ολόκληρα νοσοκομεία (Klanzina, 2000; Shaw, 2000; Shaw, 2001; Bohigas και Heaton, 2000, Gotzamani και Tsiotras 2002; Lee και Palmer, 1999; Egli και Halfon, 2003; Shaw, 2003).

Τα κριτήρια Baldrige έχουν αναπτυχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες για την βελτίωση της ποιότητας στις διάφορες βιομηχανίες και αποτελούν βασική πηγή έμπνευσης του μοντέλου επιχειρηματικής αριστείας EFQM (Nabitz, 2000; Shaw, 2000). Το EFQM, το οποίο θα αναλυθεί στην πορεία εκτενέστερα, το χρησιμοποιούν στο χώρο της υγείας, οι οργανισμοί που αναζητούν τη συνεχή βελτίωση και το Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας. Βασίζεται, δε, σε κριτήρια απόδοσης που έχουν σχέση με κλινικά αποτελέσματα, ικανοποίηση ασθενών, διοίκηση ανθρωπίνων πόρων, ηγεσία (Shaw, 2000; Klazinga, 2000; Heaton, 2000; Pun et al., 1999; Shaw, 2003).

Η Εξωτερική επιθεώρηση- εξωτερικός ομοτεχνειακός έλεγχος - external peer review (visitation ή αλλιώς visitatie στα Ολλανδικά) είναι βασισμένη στο συλλογικά, προγράμματα για την αξιολόγηση και την παροχή επίσημης επικύρωσης. Η Εξωτερική επιθεώρηση- εξωτερικός ομοτεχνειακός έλεγχος - external peer review (visitation ή αλλιώς visitatie στα Ολλανδικά) είναι βασισμένη στα συλλογικά προγράμματα για την αξιολόγηση και την παροχή επίσημης επικύρωσης σε επιμορφωτικά προγράμματα αλλά τώρα επίσης επεκτείνεται στην κλινική πιστοποίηση των υπηρεσιών (Klazinga, 2000; Shaw,2000; Shaw,2001; Weert, 2000; Shaw, 2003).

Η Διαπίστευση (Accreditation) αποτελεί την αρχή των αξιολογήσεων στα νοσοκομεία βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων. Αναπτύχθηκε το 1917 στις Ηνωμένες Πολιτείες ως ένας μηχανισμός αναγνώρισης της κατάρτισης στις διεπιστημονικές αξιολογήσεις των λειτουργιών, των οργανώσεων, και των δικτύων υγειονομικής περίθαλψης (Klazinga, 2000; Bohigas, 2000; Ruiz, 1999; Shaw, 2003). Αυτές οι οργανώσεις έχουν εξαπλωθεί από τις δυτικές χώρες στη λατινική Αμερική, Αφρική, και το νοτιοανατολικό τμήμα Ασίας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 και πιο πρόσφατα στη Γαλλία, Ιταλία, και Σκοτία (Buetow, S and Wellingham, 2003; Shaw, 2000; Shaw, 2001).

5.5 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση είναι μία γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των

αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενή συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και στην καλύτερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία .

Οι επαγγελματίες της υγείας μπορούν να ωφεληθούν από τις έρευνες που προσδιορίζουν τις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησης τους διότι είναι δυνατόν μέσω της αξιολόγησης τους να επιτευχθεί βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και αποτελεσματικότερης διαχείρισης των δαπανών για την υγεία .

Στις ΗΠΑ το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) είχε συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών ως σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας στον ορισμό διαστάσεων της ποιότητας.

Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών η πρόοδος στην τεχνολογία η αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αλλά και η ανάγκη για την αναγνώριση της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η αντίληψη των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους αναδεικνύεται ολοένα και περισσότερο σημαντική για την έκβαση της νόσου και την αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο της υγείας αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών .Συνεπώς οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής.

Αντίστροφα ένα μοντέλο για την αξιολόγηση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών θα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής πέντε διαστάσεις :

Καταλληλότητα θεραπείας, Χρόνο νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων , Θνησιμότητα ,Κατάσταση υγείας και τέλος ικανοποίησης ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ο Vuori διερεύνησε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση την εγκυρότητα των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε ότι οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τις τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας. Οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις .

Η εναλλαγή των παρεμβάσεων διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται .

Η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρο σε χώρο . Οι ασθενείς με δυσκολία διατυπώνουν το βαθμό ικανοποίησης που πιθανά οφείλεται στην τάση για κοινωνική συμμόρφωση ή και στην εξάρτηση από το προσωπικό.

Έτσι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ως προς την ικανοποίηση των αναγκών τους άλλοτε συμπίπτουν ενώ άλλοτε οι επαγγελματίες υγείας βαθμολογούν την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς.

Η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες πρέπει να δουν ως πραγματικότητα ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική, γιατί η αξιολόγηση της συνδέεται με τη συμπεριφορά τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Παραφράζοντας τον ορισμό για την ποιότητα που είναι «οτιδήποτε αφορά τον καταναλωτή», στο χώρο της υγείας, ποιότητα είναι «οτιδήποτε αφορά τον ασθενή». Ότι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος. Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και θα τη λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων.

Οι Ware και Snyder (1975), ύστερα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, ανέφεραν δέκα περιοχές ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας. Στη συνέχεια, εφαρμόζοντας παραγοντική ανάλυση, κατέληξαν σε οκτώ περιοχές: τεχνική, τέχνη της φροντίδας (διαπροσωπικές σχέσεις), φυσικό περιβάλλον, διαθεσιμότητα, πρόσβαση, συνέχεια, αποτελεσματικότητα και οικονομικά. Αν και στη διαδικασία αξιολόγησης της εγκυρότητας του περιεχομένου δε συμμετείχαν ασθενείς και δεν έγινε αξιολόγηση της σπουδαιότητας αυτών των περιοχών, οι περιοχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα (Oberst 1984).

Σύμφωνα με τον Meterko και τους συνεργάτες του (1990), υπάρχουν οκτώ περιοχές

ικανοποίησης: υποδοχή των ασθενών, καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, υπόλοιπο προσωπικό, περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης, διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Τέλος, οι Carey & Seibert (1993) ανέφεραν την ύπαρξη οκτώ περιοχών ικανοποίησης: ευγένεια, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, φαγητό,

άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, διαδικασίες εισαγωγής – χρέωσης, θρησκευτικές ανάγκες και αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

5.5. 1 Χρησιμότητα της ικανοποίησης των ασθενών

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός (McDonnell & Nash 1990, Scardina 1994) και οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών (Miller – Bader 1988) είχαν ως αποτέλεσμα να δοθεί μεγάλη έμφαση στη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές (Bond & Thomas 1992, Fitzpatrick 1991). Οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συμφωνούν, ότι υπάρχει ανάγκη για αναγνώριση, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (JCAHO 1991) και αναγνωρίζουν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ένας σημαντικός και έγκυρος δείκτης της ποιότητας της φροντίδας (Bond & Thomas 1991, Donabedian 1980, Strasen 1988, Vuori 1987).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κύρια στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (OTA 1988). Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών (Strasen 1988). Γι' αυτό το λόγο, πολλοί ερευνητές αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης (Linder – Pelz 1982a). Συνοψίζοντας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί στην(ν): (α) αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, (β) αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφορά υγείας και ασθένειας, (γ) λήψη διοικητικών αποφάσεων, (δ) αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας, (ε) διοίκηση προσωπικού, (στ) προσέλκυση ασθενών – πελατών (marketing), και (ζ) διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

Κατά τον Karydis et al (2001), η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

1. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα,
 2. Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες,
 3. Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς (Mosialos, 1991) ,
 4. Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί (Eastaugh,, 1987),
 5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος,
 6. Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (Maniadakis, 1996).
- Εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπευτών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφθούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Angelorouλου, 1999).
- Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας (Salamdari, 2001).

5.6 Νοσηλευτική και μέτρηση ικανοποίησης ασθενών

Στην ιατρική, όλο και περισσότερη έμφαση δίνεται στην άποψη των ασθενών σε σχέση με το τι αποτελεί κατάλληλη θεραπεία (Bond & Thomas 1992). Το ιατρικό προσωπικό έχει συνειδητοποιήσει ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφεθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών (Epstein 1990). Στις Η.Π.Α. το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine 1990) έχει συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας.

Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι της Risser (1975), σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται.

Μέχρι πρόσφατα η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και ειδικότερα με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία και τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες (CBO 1990).

Όμως, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και την αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Σήμερα, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη νοσηλευτική έρευνα, διοίκηση και πράξη (Bond & Thomas 1991). Παράλληλα, η εισαγωγή της νοσηλευτικής διεργασίας, ως επιστημονικής μεθόδου παροχής φροντίδας και η υιοθέτηση του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας, δείχνουν τη μεγάλη έμφαση που έχει δοθεί τελευταία, στη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία (Bond & Thomas 1992). Η επικέντρωση στον ασθενή και στην επίλυση των προβλημάτων του έχει ανοίξει το δρόμο στους νοσηλευτές να αναλάβουν περισσότερη δραστηριότητα στον καθορισμό της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς (CBO 1990). Η Πλατή (1991) υποστηρίζει ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι καθήκον των νοσηλευτών, αλλά και αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών. Οι νοσηλευτές

σήμερα δε μπορούν να αποδεχτούν την εκτέλεση ορισμένων εργασιών και εντολών με μηχανικό τρόπο ως στόχους της νοσηλευτικής πράξης (Clifford 1988) και πιστεύουν ότι η έρευνα και η μέτρηση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας είναι δυνατό να αναδείξουν τη μοναδική προσφορά της νοσηλευτικής (Kasch & Knutson 1986).

Η νοσηλευτική ευθύνη για τη διατήρηση και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσω ανάπτυξης συστημάτων ποιοτικής διασφάλιση, είναι σύμφωνη με το στόχο 31 του Π.Ο.Υ. : «Το 1990 όλα τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς μέσα στο σύστημα υγείας που διαθέτουν (WHO 1985). Η προσπάθεια για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας έχει αρχίσει από τη δεκαετία του '50 με τη διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών και λειτουργών υγείας από τις Abdallah και Levine (1957 a,b,c,d,e, 1964). Σήμερα, ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA), όπως και οι αντίστοιχοι ιατρικοί σύνδεσμοι, δίνουν μεγάλη έμφαση στα κριτήρια αποτελέσματος παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Wright 1984), η οποία σύμφωνα με την άποψη του Reeder (1972) συνδέεται άμεσα με τη συμμετοχή των ασθενών στην παροχή φροντίδας. Είναι φανερό, ότι με την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας μπορούν να ωφεληθούν τόσο οι ασθενείς, όσο και οι νοσηλευτές και το νοσηλευτικό επάγγελμα γενικότερα.

Σε πολλές έρευνες, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα έχει βρεθεί ότι είναι ο σημαντικότερος συνεισφέρων παράγοντας στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών (Abramowitz et al 1987, Carey & Posavac 1981, Fleming 1981, Oberst 1984). Στην πραγματικότητα, ο ρόλος των νοσηλευτών διαπερνά όλο το φάσμα των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών συνεισφέροντας σε μεγάλο βαθμό στην ικανοποίηση των ασθενών από το σύνολο των υπηρεσιών (Carlan & Sussman 1966). Συνεπώς, οι ασθενείς συχνά κρίνουν την ποιότητα όλων των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Τα τελευταία χρόνια, οι προσπάθειες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχουν πολλαπλασιαστεί και το ενδιαφέρον είναι έντονο (Scardina 1994), αλλά τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται έχουν περιορισμένες ψυχομετρικές ιδιότητες και τα περισσότερα δε δημοσιεύονται, ώστε να γίνουν γνωστά στον ευρύτερο νοσηλευτικό χώρο (McDonnell & Nash 1990).

Η σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι προφανής. Είναι όμως ανάγκη, οι νοσηλευτές να αναπτύξουν εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες με επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες και να δημοσιεύσουν τα αποτελέσματα. Θα δοθεί με αυτόν τον τρόπο η δυνατότητα συνεχούς μελλοντικής αξιολόγησης και βελτίωσής τους, που θα έχει ως αποτέλεσμα την συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων πληροφοριών, οι οποίες θα βοηθήσουν στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών και στην ανάδειξη της μοναδικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

5.7 Διεθνής και ελληνική πραγματικότητα

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε αύξηση της φτώχειας, της ανεργίας και του άγχους, τα οποία σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία με τους δημόσιους και ιδιωτικούς προϋπολογισμούς να βρίσκονται κάτω από μεγάλη συρρίκνωση και πίεση (OECD, Health at a Glance, 2012).

Διεθνώς καταγράφεται αποδυνάμωση του τομέα της δημόσιας υγείας, περιορισμός της πρόσβασης του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας ενώ η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια, δεδομένης της οικονομικής στενότητας. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας στην κοινωνία (Πατελάρου et.al., 2011).

Στην χώρα μας η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού (αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας), τα οποία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση.

Η διαφαινόμενη επιδείνωση των δεικτών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (κύριους παράγοντες κινδύνου την ανεργία, την επαπειλούμενη εργασία, τη μεγάλη μείωση του εισοδήματος και το εξ αυτών άγχος) με αύξηση της

επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες συνιστά ύψιστη προτεραιότητα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα που άρχισε να φαίνεται στις αρχές του 2008 έχει οδηγήσει σε συνεχή συρρίκνωση της οικονομίας κατά 20% ανάμεσα στο 2008 και το 2012, με πρόβλεψη για μηδενική ανάπτυξη ακόμα και για το 2014. Η ανεργία υπερτριπλασιάστηκε, από 7,7% το 2008 σε 24,3% το 2012.

Το Μάιο του 2010 καθώς και τον Οκτώβριο του 2011 συμφωνήθηκαν δύο πακέτα διάσωσης της ελληνικής οικονομίας με αντάλλαγμα εκτεταμένα μέτρα λιτότητας και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις.

Στον τομέα της Υγείας, ο βασικός στόχος ήταν να μειωθούν γρήγορα και δραστικά οι δημόσιες δαπάνες, με ανώτατο όριο το 6% του ΑΕΠ.

Σήμερα οι δημόσιες δαπάνες για την Υγεία είναι μικρότερες από ό,τι σε οποιοδήποτε άλλη χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης προ του 2004.

Το 2012, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε σε άνευ προηγουμένου περικοπές στις φαρμακευτικές και νοσοκομειακές δαπάνες.

Όσον αφορά τους πόρους στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα έχει τους περισσότερους γιατρούς ανά κάτοικο από οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ με 6,1 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 2010, σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο 3,1 του ΟΟΣΑ. Από την άλλη υπάρχουν μόνο 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους το 2009, πολύ χαμηλότερο ποσοστό από ότι τον μέσο όρο 8,7 στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτές οι ενδείξεις έχουν αποτέλεσμα την αναποτελεσματική κατανομή των πόρων (OECD, Health Data, 2012).

Δεδομένου του συστήματος υγείας καταγράφεται υψηλή μείωση της κάλυψης του πληθυσμού σε παροχές Υγείας. Η ασφαλιστική κάλυψη συνδέεται με την εργασία, και η ταχέως αυξανόμενη ανεργία από το 2009 έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων ατόμων που εκτιμάται ότι ξεπερνούν τις 800.000 οι δυνητικοί δικαιούχοι που έχουν μείνει χωρίς επιδόματα ανεργίας και κάλυψη Υγείας.

Επιπλέον η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα, τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, 2012).

Το επαγγελματικό άγχος μειώνει το απόθεμα υγείας του ανθρώπινου δυναμικού. Το άγχος αυτό είναι μείζονος σημασίας για την υγεία και την παραγωγικότητα των ανθρωπίνων πόρων, καθώς τα συμπτώματα του δεν υποχωρούν μετά το τέλος του καθημερινού ωραρίου και την έξοδο από το χώρο εργασίας, αλλά παραμένουν με αντίκτυπο στην ευρύτερη ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου (Πετράκης, 2011). Αφορά περίπου ένας στους τέσσερις εργαζομένους ενώ, σύμφωνα με μελέτες, ποσοστό από 50% - 60% του συνόλου των χαμένων εργάσιμων ημερών σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Ο μεταβαλλόμενος κόσμος της εργασίας θέτει ολοένα και περισσότερες απαιτήσεις στους εργαζομένους μέσα από την περικοπή προσωπικού και την εξωτερική ανάθεση, τη μεγαλύτερη ανάγκη για ευελιξία από άποψη λειτουργιών και δεξιοτήτων, την αυξανόμενη χρήση συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου, την αυξανόμενη εργασιακή ανασφάλεια και την εντατικοποίηση της εργασίας (με αυξημένο φόρτο εργασίας και μεγαλύτερη πίεση) και την κακή ισορροπία μεταξύ εργασιακού και ιδιωτικού βίου (**European Agency for Safety and Health at Work, 2013**).

Το επαγγελματικό άγχος εκδηλώνεται με διάφορες μορφές όπως αυξημένη ένταση, έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης, επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη.

Το ετήσιο οικονομικό κόστος του εργασιακού άγχους στην ΕΕ των 15 το 2002 υπολογίστηκε ότι ανήλθε στα 20 δισ. ευρώ! Το νούμερο αυτό σήμερα θα έχει αυξηθεί σημαντικά (European Agency for Safety and Health at Work, 2013).

Ωστόσο σε περιόδους οικονομικής ύφεσης το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες θανάτου. Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000) (Πατελάρου et.al, 2011).

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, ανησυχητική είναι πλέον η ραγδαία επιδείνωση της ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν επηρεαστεί σοβαρά, αφού η κρατική χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 20% μεταξύ του 2010 και του 2011, και κατά 55% ακόμη, μεταξύ

του 2011 και του 2012. Επιπλέον, ερευνητές ανέφεραν αύξηση 36% μεταξύ του 2009 και του 2011 στον αριθμό των ανθρώπων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ οι θάνατοι από αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 45% μεταξύ του 2007 και του 2011.

Μόνο το 2011 οι αυτοκτονίες σημείωσαν αύξηση της τάξης του 26,52% σε σχέση με το 2010 και στην κατηγορία των γυναικών η αύξηση έφθασε το 104,8% (Ελευθεροτυπία, 2013).

Τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας για την παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιαστικά έχουν «παγώσει» εξαιτίας των περικοπών με συνέπεια την αύξηση των νέων μολύνσεων από τον ιό HIV στους χρήστες από 15 το 2009 σε 484 σε 2012, και τον υπερδιπλασιασμό των κρουσμάτων φυματίωσης από το 2012 στο 2013 .

Επιπλέον, οι δραστικές μειώσεις στους προϋπολογισμούς των δήμων, έχουν οδηγήσει στη μείωση των κονδυλίων για τα προγράμματα ψεκασμών για τα κουνούπια, γεγονός που επέτρεψε την επανεμφάνιση της ελονοσίας σε τοπικό επίπεδο για πρώτη φορά σε 40 χρόνια.

Τα μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα έχουν επίσης επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών, λόγω της ανεργίας των γονέων και των μειωμένων οικογενειακών εισοδημάτων. Το ποσοστό των παιδιών που κινδυνεύουν από τη φτώχεια αυξήθηκε από 28,2% το 2007 σε 30,4% το 2011, και όλο και περισσότερα παιδιά υποσιτίζονται. “Το δικαίωμα στην υγεία και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες Υγείας δεν είναι σεβαστό για όλα τα παιδιά στην Ελλάδα».¹

Η μειωμένη πρόσβαση σε προγεννητικές υπηρεσίες υγείας για τις εγκύους οδήγησε σε αύξηση κατά 21% σε θνησιγένειες μεταξύ του 2008 και του 2011

Ο κρατικός προϋπολογισμός για τα νοσοκομεία μειώθηκε κατά 26% μεταξύ του 2009 και του 2011 με άμεση συνέπεια στις αγροτικές περιοχές να υπάρχουν ελλείψεις σε φάρμακα και ιατρικό εξοπλισμό.

Η μείωση των δημοσίων φαρμακευτικών δαπανών από 4,37 δισεκατομμύρια ευρώ το 2010 σε 2,88 δισεκατομμύρια το 2012 και σε 2 δισεκατομμύρια μέχρι

¹ έκθεση του 2012 των Ηνωμένων Εθνών

το 2014 έχει επιφέρει πολλά ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Διαπιστώνεται σημαντική έλλειψη φαρμάκων είτε λόγω του χαμηλού περιθωρίου κερδών για τις φαρμακευτικές εταιρείες είτε λόγω των καθυστερήσεων στις αποζημιώσεις των φαρμακείων.

Έτσι και παρά τη πρόθεση για “διατήρησης της καθολικής πρόσβασης και της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης” το κόστος μετατοπίζεται προς τους ασθενείς γεγονός που οδηγεί σε μείωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Το 2011, το κόστος επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία αυξήθηκε από τα τρία στα πέντε ευρώ και η συμμετοχή για ορισμένα φάρμακα αυξήθηκε κατά 10% ή και περισσότερο, ανάλογα με την ασθένεια. Επίσης, από το 2014 τέθηκαν σε ισχύ νέα τέλη για τις συνταγές φαρμάκων (ένα ευρώ ανά συνταγή) σε ασθενείς που ουσιαστικά έχουν απωλέσει τα τελευταία χρόνια πλέον του 40% του εισοδήματός τους.

Περαιτέρω αναφορές στις εργασιακές συνθήκες που οδήγησαν σε μείωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σε ανισοκατανομή, σε έλλειψη ειδικοτήτων και σε συρρίκνωση των δαπανών για την εκπαίδευση και την επιμόρφωση καταγράφουν την πραγματική εικόνα στο χώρο της υγείας στη σύγχρονη Ελλάδα.

Μέσα σε αυτό το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, το κράτος και οι υπηρεσίες του φαίνονται ανίκανες να ανταπεξέλθουν στις νέες ανάγκες του πληθυσμού στον τομέα της υγείας. Η ανάγκη για ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας και για δημιουργία ενός ισχυρού "δίκτυ" ασφαλείας μέσω προληπτικών μέτρων και ενημέρωσης είναι μεγαλύτερη από ποτέ. Η έως τώρα πολιτική υγείας δεν είναι αποτελεσματική αφού δεν λαμβάνει υπόψη τους κοινωνικούς, θεσμικούς και οικονομικούς παράγοντες. Η ευημερία και η κοινωνική συνοχή δεν αποτελούν αποκλειστικά χρηματικό ζήτημα και δεν εξασφαλίζονται μόνο μέσω μεταβιβάσεων σε χρήμα, πολιτική η οποία καθίσταται αδύνατη στην εφαρμογή της λόγω της υπάρχουσας δημοσιονομικής στενότητας. Οι διαμορφωτές πολιτικής πρέπει να στραφούν σε εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων παραγωγής κοινωνικής προστασίας. Τα εγγενή προβλήματα του συστήματος δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με αποσπασματικές κινήσεις και μέτρα. Απαιτείται καλά σχεδιασμένη στρατηγική

ώστε η χώρα να φύγει από αυτό το οικονομικό πλαίσιο με όσο το δυνατόν λιγότερα θύματα.

5.8 Η υγεία στην οικονομική ανάπτυξη

Η υγεία δεν είναι μόνο ένα καταναλωτικό αγαθό που προσθέτει στην ευημερία, αλλά επιπλέον είναι μια καλή επένδυση που αυξάνει τη μελλοντική παραγωγική δύναμη των ατόμων και της οικονομίας και οδηγεί σε οικονομική ανάπτυξη (Bloom, Canning, 2003) κυρίως μέσω της θετικής της επίδρασης στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο προσδόκιμο ζωής (Υπουργείο Υγείας, 2013).

Χαρακτηριστικά, η αύξηση κατά ένα έτος του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού συμβάλλει στην αύξηση της παραγωγής κατά 4% (Bloom et.al, 2004).

Έμμεσα η υγεία μπορεί να επηρεάσει την παραγωγικότητα και ειδικότερα:

Η παραγωγικότητα και οι μισθοί των υγιών και μορφωμένων εργαζομένων συντελούν στην πραγματοποίηση μεγαλύτερων επενδύσεων στην εκπαίδευση (απαραίτητος παράγοντας η υγεία των εργαζομένων) , η αύξηση της μακροζωίας δημιουργεί την ανάγκη για συνταξιοδότηση με αποτέλεσμα να συντελεί στην έκρηξη αποταμιεύσεων και επενδύσεων και παράλληλα η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας βρεφών και παιδιών αλλάζει την ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού.

Σε μικροοικονομικό επίπεδο όταν η υγεία των εργαζομένων είναι βελτιωμένη τότε και η αποδοτικότητα του οργανισμού αυξάνεται, όπως εκφράζεται από την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων ή/και από τη μείωση των δαπανών υγείας ή του χρόνου από απώλεια παραγωγικότητας απέδειξαν ότι οι εργαζόμενοι που έχουν κατάθλιψη ή νιώθουν άγχος «κοστίζουν» στους εργοδότες τους πολύ περισσότερο σε δαπάνες υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν προδιάθεση ή τέτοιους παράγοντες κινδύνου (Πετράκης, 2011).

Η κακή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού σε εργάσιμη ηλικία (18-64) οδηγεί σε σημαντική απώλεια παραγωγικότητας αποτελώντας μια από τις κυριότερες αιτίες απουσίας από την εργασία, απώλειας θέσεων εργασίας και πρόωρης συνταξιοδότησης. Το σημερινό κόστος των εργατικών ατυχημάτων και των ασθενειών που σχετίζονται με την εργασία κυμαίνεται μεταξύ 2,6-3,8% του ΑΕΠ

στην ΕΕ (Υπουργείο Υγείας, 2013). Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε χαμηλότερη παραγωγικότητα και συνδέεται με μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και μειωμένη δέσμευση για την εργασία ή και τον οργανισμό (Πετράκης, 2011).

5.9 Τα κυριότερα προβλήματα Ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία

Πολλά δυστυχώς είναι τα προβλήματα που μαστίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία:

1. Ακαταλληλότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων : με εξαίρεση τα σύγχρονα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και λίγα νομαρχιακά, τα περισσότερα λειτουργούν σε κτίρια παλαιά, με ανεπαρκή συντήρηση, απαράδεκτη χωροθέτηση και συνεχείς επεκτάσεις – προσθήκες και μετατροπές χωρίς κανένα σχεδιασμό, που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Δεν είναι σπάνια η λειτουργία χειρουργικών κλινικών μακριά από αίθουσες χειρουργείων ή Μ.Ε.Θ., η ανισόπεδη - κάθετη επικοινωνία των τμημάτων, η επικοινωνία κλινικών και εργαστηρίων διαμέσου διαδρόμων κοινής χρήσης (και από επισκέπτες) ή ακόμα και διαμέσου του περιβάλλοντος αύλειου χώρου.

Τα αποτελέσματα είναι προφανή : κακή διαχείριση των ανθρώπων και υλικών μέσα στα νοσοκομεία, καθυστέρηση στη διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων, απρογραμμάτιστη τροφοδοσία με υλικά και ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τη συμφόρηση και τα ράντζα (ιδιαίτερα στα μεγάλα νοσοκομεία), τις καθυστερήσεις στην περίθαλψη και την κακή ποιότητα των υπηρεσιών.

Είναι, επίσης, γνωστή σε όλους η εικόνα της συμφόρησης των περισσότερων νοσοκομείων από συγγενείς και επισκέπτες που πηγαινοέρχονται στους διαδρόμους και στους θαλάμους, εικόνα που χαρακτηρίζεται συχνά ως «τριτοκοσμική» (Αλεξιάδης 1999, Θεοδώρου 2001).

Ταυτόχρονα, οι λίστες αναμονής (στα εξωτερικά ιατρεία και στα χειρουργεία) μεγαλώνουν καθημερινά ιδιαίτερα στα «περιζήτητα» νοσοκομεία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να περιμένουν έως και πάνω από 6 μήνες.

2. Ανθρώπινοι πόροι : παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις, ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό προσωπικό (μόνο το 18% των θέσεων νοσηλευτών Π.Ε. που προβλέπονται είναι καλυμμένες), αλλά και απουσία κρίσιμων ειδικοτήτων

(managers, οικονομολόγοι υγείας, ειδικοί πληροφορικής). Πολλά τμήματα ή κλινικές υπολειτουργούν εξαιτίας του ανεπαρκούς αριθμητικά προσωπικού, Μ.Ε.Θ. μένουν κλειστές, ιατρικά μηχανήματα δεν αξιοποιούνται και δεκάδες νοσηλευόμενοι ασθενείς αδυνατούν να λάβουν την απαραίτητα νοσηλευτική φροντίδα, ιδιαίτερα τις νυκτερινές ώρες (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 24/12/03, 27/10/04). Επιπλέον ένα μεγάλο τμήμα του ιατρικού δυναμικού, κρίνεται επιστημονικά ανεπαρκές προερχόμενο από αμφιβόλου ποιότητας πανεπιστήμια του εξωτερικού περνώντας μέσα από ανεπαρκείς και διάτρητες διαδικασίες αναγνώρισης του πτυχίου .

Επίσης, δεν υπάρχει κρατικός σχεδιασμός και κίνητρα για επιμόρφωση των γιατρών.

Χαμηλό επίπεδο του υπόλοιπου προσωπικού, καθώς μέχρι πριν από λίγα χρόνια μοναδικό κριτήριο διορισμού στο δημόσιο ήταν η κομματική ταυτότητα.

Απαράδεκτη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Η υπερπληθώρα των ιατρών μετέτρεψε τους πάσχοντες ασθενείς σε «πελάτες» και διόγκωσε τα φαινόμενα της παραοικονομίας και της τεχνητής ζήτησης των υπηρεσιών καταπατώντας την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Ταυτόχρονα, η σχεδόν ανύπαρκτη επιμόρφωση του προσωπικού και η έλλειψη κινήτρων και καθηκοντολογίου, δημιουργούν σοβαρά προβλήματα ποιότητας, που σχετίζονται με την ανεπάρκεια των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτούν οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης και νοσηλείας.

3. Διοίκηση – Οργάνωση – Χρηματοδότηση : τα νοσοκομεία σήμερα, ως Ν.Π.Δ.Δ. (και παρά τα θετικά στοιχεία των νόμων 2889/01 και 3329/05) συνεχίζουν να ασφυκτιούν από την έντονη γραφειοκρατία του δημόσιου λογιστικού και οι διοικήσεις τους – ακόμα και όταν στελεχώνονται από άτομα με ουσιαστικά προσόντα και γνώσεις management – δύσκολα κατορθώνουν να ελέγξουν ή να επηρεάσουν καθοριστικά τους παράγοντες που διαμορφώνουν το οργανωτικό πλαίσιο του νοσοκομείου.

Το οργανόγραμμα των νοσοκομείων, οι προσλήψεις του προσωπικού, οι εργασιακές σχέσεις, η υπηρεσιακή κατάσταση των εργαζομένων, η αξιολόγηση και οι προαγωγές, το σύστημα αμοιβών και η χρηματοδότηση (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο), καθορίζονται κυρίως από την πολιτεία με το δημοσιονομικό κώδικα και διάφορους νόμους και ρυθμίσεις.

Επιπλέον, το άκαμπτο νομικό πλαίσιο, οι αλληλεπικαλύψεις και οι συγκρούσεις ρόλων και αρμοδιοτήτων και η απουσία καθηκοντολογίου και ουσιαστικής αξιολόγησης δυσχεραίνουν τη βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και παρεμποδίζουν την καθιέρωση μεθόδων «διοίκησης ολικής ποιότητας» (Δικαίος 1999, Θεοδώρου 2001).

4. Τεχνολογικός εξοπλισμός : παρά τον εκσυγχρονισμό, οι σημαντικές ανισότητες στην κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα ελληνικά νοσοκομεία, σε συνδυασμό με την έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού και εξειδικευμένου προσωπικού, μειώνουν την αποτελεσματικότητα του εξοπλισμού, καθυστερούν τη συντήρησή του, ενισχύουν την παραπομπή στον ιδιωτικό τομέα και παρεμποδίζουν την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

5. Μηχανογραφική υποστήριξη : τα περισσότερα νοσοκομεία δεν τηρούν μηχανογραφημένα αρχεία ασθενών, ούτε δίκτυα ιατρικής πληροφόρησης, ενώ η διαχείριση των πληροφοριών είναι συχνά προβληματική, ακόμα και ανάμεσα στα τμήματα του νοσοκομείου. Οι σύγχρονες εφαρμογές της πληροφορικής (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενή, μηχανοργάνωση αρχείων, κάρτα υγείας) βρίσκονται ακόμα στο αρχικό στάδιο σχεδίασης και εφαρμογής (Θεοδώρου 2001).

6. Νοσοκομειακές λοιμώξεις : η χώρα μας κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στη «μαύρη λίστα» της Ευρώπης, αφού καταγράφονται σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων (έως 13,5%) – ιδιαίτερα χειρουργικών – σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (3,5% - 9%).

7. Παραοικονομία : την προσφορά των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων Σκιάζει έντονα η εικόνα της παραοικονομίας, που ευνοείται από τη μη οργανωμένη και διαφανή λειτουργία των υπηρεσιών εισαγωγής, από τις μεγάλες λίστες αναμονής, από την έλλειψη ελέγχου, καθώς και από την ανοχή των εργαζομένων. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., ο ετήσιος τζίρος από «φακελάκια» στο Ε.Σ.Υ. ανέρχεται στα 6 δις ευρώ (Τούντας 2002, Βαρνάβας 2005).

Αρκετά ελληνικά νοικοκυριά φθάνουν στα όρια της χρεοκοπίας για να ανταπεξέλθουν στο κόστος της περίθαλψης. Έρευνα της Ε.Σ.Δ.Υ. έδειξε ότι το 2,5% των οικογενειών στην Ελλάδα (έναντι 0,4% στο σύνολο της Ε.Ε.) καταστρέφονται οικονομικά στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν κάποιο

αιφνίδιο ή χρόνια πρόβλημα υγείας, που χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 17/11/03).

Τα νοσοκομεία έρχονται δεύτερα στη λίστα της διαφθοράς με 21%, ενώ ασθενείς καταγγέλλουν ότι τους έχει ζητηθεί «φακελάκι» για ... να βρεθεί ασθενοφόρο ή ακόμα και για να αλλάξει ο νοσηλευόμενος δωμάτιο στο νοσοκομείο! (εφημ. «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» 11/12/05).

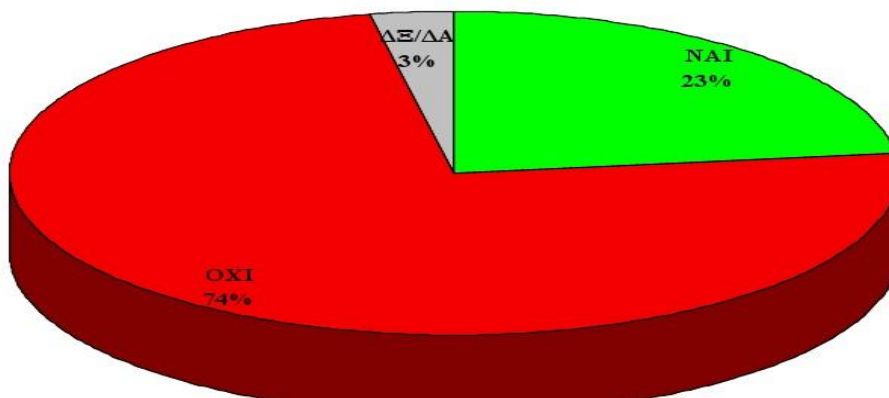
8. Ικανοποίηση ασθενών : οι Έλληνες ασθενείς αντιμετωπίζουν τα δημόσια νοσοκομεία με έντονη δυσπιστία και δυσαρέσκεια εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι μάλιστα, σύμφωνα με πολλές έρευνες, οι περισσότερο δυσαρεστημένοι πολίτες της Ε.Ε., από τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται, με 8 στους 10 να δηλώνουν χαμηλή ικανοποίηση από τα δημόσια νοσοκομεία.

Τα περισσότερα παράπονα κατευθύνονται προς το ξενοδοχειακό μέρος των νοσοκομείων, τις συνθήκες διαβίωσης, το φαγητό, την κατάσταση των κοινόχρηστων χώρων και τις αναμονές για εξέταση (Ferrera 1993, Μάντη 2000, Κυριόπουλος 1994, εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 13/5/02).

9. Συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας : μπορεί οι Έλληνες ασθενείς να δείχνουν εμπιστοσύνη στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό, εντούτοις συχνά επισημαίνεται σε έρευνες η ύπαρξη αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς από ορισμένους γιατρούς και άλλο προσωπικό του Ε.Σ.Υ., που καταπατούν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των αρρώστων, δεν τηρούν το απόρρητο και δεν πληροφορούν επαρκώς τους ασθενείς (Abel – Smith 1994). Αποτέλεσμα είναι να πληθαίνουν οι καταγγελίες και οι προσφυγές των πολιτών στα δικαστήρια, ζητώντας αποζημιώσεις (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 1/6/04).

Χαρακτηριστική είναι η απεικόνιση που δηλώνει τη δυσαρέσκεια των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



5.10 Προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Είναι προφανές ότι κάθε δράση ή μέτρο που θα επιλύει ένα από τα προβλήματα και θα βελτιώνει έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, θα βελτιώνει και την ποιότητα συνολικά. Οι μέθοδοι αυτές αποτελούν στην ουσία εναλλακτικές προτάσεις για την ηγεσία για τη βελτίωση της ποιότητας σε κάθε οργανισμό. Η εφαρμογή τους θα διαμορφώσει ένα γενικό πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας από το οποίο θα εκπορεύονται οι επιμέρους δράσεις.

Οι διοικήσεις λοιπόν θα μπορούσαν να εφαρμόσουν (Σαραφίδης, Σταφυλάς) :

α) Προγράμματα Ποιοτικού Ελέγχου, ο οποίος είναι «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούργια».

Περιλαμβάνουν την ανάπτυξη προτύπων, την περιγραφή της κατάστασης, την αξιολόγηση για τον εντοπισμό των προβλημάτων, τις διορθωτικές ενέργειες και την επαναξιολόγηση, στην ουσία δηλαδή μοιάζει με τη γενικότερη διοικητική λειτουργία του ελέγχου. Μειονέκτημά του είναι ότι διορθώνει τις αδυναμίες εκ των υστέρων.

β) Προγράμματα Διασφάλισης της Ποιότητας (ΔΠ) που ορίζεται ως «το σύνολο προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληρεί ορισμένες προδιαγραφές». Η ΔΠ κατοχυρώνει «εκ των προτέρων», ότι το

προϊόν ή η υπηρεσία θα συμφωνεί με τις προδιαγραφές, οι οποίες πρέπει να έχουν καθορισθεί με ακρίβεια. Στις επιχειρήσεις η ΔΠ γίνεται με την βοήθεια των προτύπων ISO, όπως αναφέρθηκε. Στις μονάδες υγείας η ΔΠ είναι μάλλον αδύνατο να εφαρμοσθεί στο ιατρικό κλινικό έργο, αφού οι προδιαγραφές της ποιότητας των πράξεων είναι δύσκολο να καθορισθούν. Μπορεί όμως να εφαρμοσθεί στον εργαστηριακό ιατρικό τομέα και πολύ περισσότερο σε δραστηριότητες διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές, διακίνησης ασθενών, επιλογής προσωπικού κ.α.

γ) Προγράμματα Κύκλων Ποιότητας, δημιουργία δηλαδή ομάδων στελεχών εργαζομένων από 4 έως 12 άτομα, που εργάζονται σε παραπλήσιους τομείς και εθελοντικά συναντιόνται τακτικά για να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα εργασίας τους.

Η μέθοδος αυτή στην ουσία στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας μέσω επίλυσης επιμέρους προβλημάτων από ευέλικτες ομάδες στελεχών.

δ) Τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), η οποία είναι ένα «σύστημα διοίκησης με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων». Βασίζεται σε στοιχεία και επιστημονικές αναλύσεις και επιδιώκει την πλήρη ικανοποίηση του πελάτη και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας με συμμετοχή όλων των εργαζομένων.

Στην ουσία η ΔΟΠ καθιστά την επιδίωξη της ποιότητας καθημερινή μέριμνα όλων των εργαζομένων. Τα θεαματικά αποτελέσματα της σε άλλους τομείς την καθιστούν την πλέον ελπιδοφόρα πρόταση για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

ε) Μεθόδους ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας των ασθενών, όπως η ανάλυση κόστους - χρησιμότητας με Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years, QALY's). Με τέτοιους δείκτες μπορούν να ποσοτικοποιηθούν τα αποτελέσματα θεραπευτικών παρεμβάσεων ή συνολικών προγραμμάτων υγείας και στη συνέχεια να συγκριθούν μεταξύ τους για να επιλεγεί η καλύτερη, η ποιοτικότερη λύση.

Τι περιμένει, όμως, κανείς όταν επιθυμεί να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών του και ποια είναι εκείνα τα στοιχεία που αναζητούμε ώστε να θεωρήσουμε ότι έχουμε επιτυχώς εφαρμόσει ένα σύστημα ποιότητας;

Στα οφέλη πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλαμβάνονται:

- Η διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς μέσω στενότερης παρακολούθησης όσων γίνονται σε αυτόν και για αυτόν.
- Η έγκαιρη ανταπόκριση όλων στην αντιμετώπιση των αναγκών ασθενών, ιατρών, λοιπού προσωπικού, οικογενειών, ασφαλιστικών φορέων κ.ο.κ.
- Η απόδειξη ότι ακούγονται και ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, ότι επιδεικνύεται σεβασμός στα δικαιώματά τους και συμπεριλαμβάνονται στις αποφάσεις για τη φροντίδα που τους παρέχεται μέσω της συνεχούς και αξιόπιστης ενημέρωσης.
- Η παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικού εργασιακού περιβάλλοντος που συμβάλλει στην ικανοποίηση και προκοπή των εργαζομένων.
- Η αποδοτικότητα των πόρων που χρησιμοποιούνται, ώστε να αξιοποιούνται αρτιότερα και να μειώνεται η σπατάλη τους.
- Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων διαδικασιών και τεχνικών (αποδεικνύεται μέσω μετρήσεων και δεικτών).
- Η βελτίωση της εμπιστοσύνης της κοινότητας και των ασθενών στον οργανισμό, αφού αποδεικνύει έμπρακτα ότι νοιάζεται για την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας - δεδομένου ότι επιδιώκει τη διαπίστευση σε εθελοντική βάση και θέτει εαυτόν υπό το μικροσκόπιο του φορέα επιθεώρησης και διαπίστευσης.
- Η δημιουργία περιβάλλοντος ανοιχτού στη μάθηση και στη βελτίωση μέσω της συνεχούς καταγραφής των συμβάντων και των περιστατικών που χρήζουν βελτίωσης, κρατώντας μακριά τον τιμωρητικό χαρακτήρα και υιοθετώντας πρακτικές εκπαίδευσης και προετοιμασίας (coaching).
- Η ποιότητα και η ασφάλεια αποκτούν προτεραιότητα και καταλαμβάνουν υψηλή θέση στην ατζέντα της διοίκησης, γεγονός που επηρεάζει το σύνολο του οργανισμού. Είναι, άλλωστε, γνωστό ότι ένας από τους κρισιμότερους παράγοντες επιτυχίας οποιουδήποτε συστήματος ποιότητας είναι η δέσμευση της διοίκησης για την υποστήριξη και εφαρμογή του.
- Τέλος η ενίσχυση της διαπραγματευτικής δύναμης του οργανισμού με τους ασφαλιστικούς φορείς και τα ταμεία, βασιζόμενοι στα βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα που παρουσιάζονται.

Υιοθετώντας ένα σύστημα ποιότητας, όπως αυτό της JCI, έχουμε ως στόχο να περάσουμε στα στοιχεία που αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.

Συμπεράσματα

Από την παραπάνω ανάλυση οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η υγεία στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα τα οποία απαιτούν σοβαρή πολιτική βούληση ώστε να επιλυθούν αφού οι αιτίες διόγκωσης τους εντοπίζονται στις ρίζες της κοινωνικής και οικονομικής ζωής της χώρας. Μέχρι και σήμερα στην Ελλάδα δεν έχει διαμορφωθεί ενιαίο και συνεκτικό πλαίσιο παροχής υγειονομικών και προληπτικών υπηρεσιών που να αντιμετωπίζει τα σοβαρά ψυχοσωματικά προβλήματα που πολλαπλασιάζονται στην περίοδο οικονομικής ύφεσης. Το κράτος έδωσε βάση στην αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας χωρίς να ελέγχει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα τους. Η οικονομική ύφεση επιδρά κατά τρόπο πολλαπλό στην υγεία του ατόμου, καθώς αφενός σε περιόδους ύφεσης μειώνονται οι πόροι για την υγεία και τις δομές πρόνοιας, αφ' ετέρου οι επιπτώσεις στο εργασιακό περιβάλλον με τη μείωση των αποδοχών, την εργασιακή ανασφάλεια και την απώλεια θέσεων εργασίας, έχει ως συνέπεια την αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών και των κρουσμάτων αυτοκτονίας (Κυριόπουλος, 2010).

Το μέλλον της ευημερίας στην Ελλάδα θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού και οδηγούν σε μικρότερη παραγωγικότητα της εργασίας. Η υγεία μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθεί ως βασικό εργαλείο για τη μείωση της φτώχειας και της πείνας. Επενδύσεις στον τομέα της υγείας έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην οικονομική μεγέθυνση με τις δαπάνες πρόληψης και προαγωγής της υγείας να αποτελούν βασικό εργαλείο μείωσης της νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Εν κατακλείδι, πιστεύω ότι πλέον οι απαιτήσεις όλων μας δεν πρέπει να περιορίζονται στην αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, όπως γινόταν παλαιότερα ειδικά αυτή τη χρονική περίοδο που η χώρα αντιμετωπίζει μια από τις μεγαλύτερες κρίσεις της ιστορίας της. Όπως παρουσιάστηκε στην παρούσα εργασία τα περισσότερα προβλήματα στην υγεία μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω της σωστά προσανατολισμένης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής με ελάχιστο κόστος. Η οικονομική κρίση είναι μια ευκαιρία για την Ελλάδα να πραγματοποιήσει διαρθρωτικές αλλαγές στους βασικούς κοινωνικούς τομείς,

συμπεριλαμβανομένης της απασχόλησης και της υγείας. Αλλαγές που θα έπρεπε να είχαν γίνει πριν χρόνια, χωρίς να χρειαζόταν να φτάσει η χώρα στην σημερινή τραγική κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΣΗΜΕΡΑ



Το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ", οφείλει το όνομά του στο μεγάλο Εθνάρχη Ελευθέριο Βενιζέλο. Δημιουργήθηκε το 1953 από δωρεά των Κρητών της Αμερικής και λειτούργησε αρχικά για Πνευμονολογικές Παθήσεις.

Σήμερα λειτουργεί ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με 500 οργανικές κλίνες.



ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το Νοσοκομείο σήμερα λειτουργεί ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με το δικό του προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και Α.Φ.Μ. Διαθέτει 500 οργανικές κλίνες σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α3β/οικ 14160/ 8/8/86 ΦΕΚ 4/Β/9/1/87 και τους ισχύοντες νόμους περί εθνικού Συστήματος Υγείας.

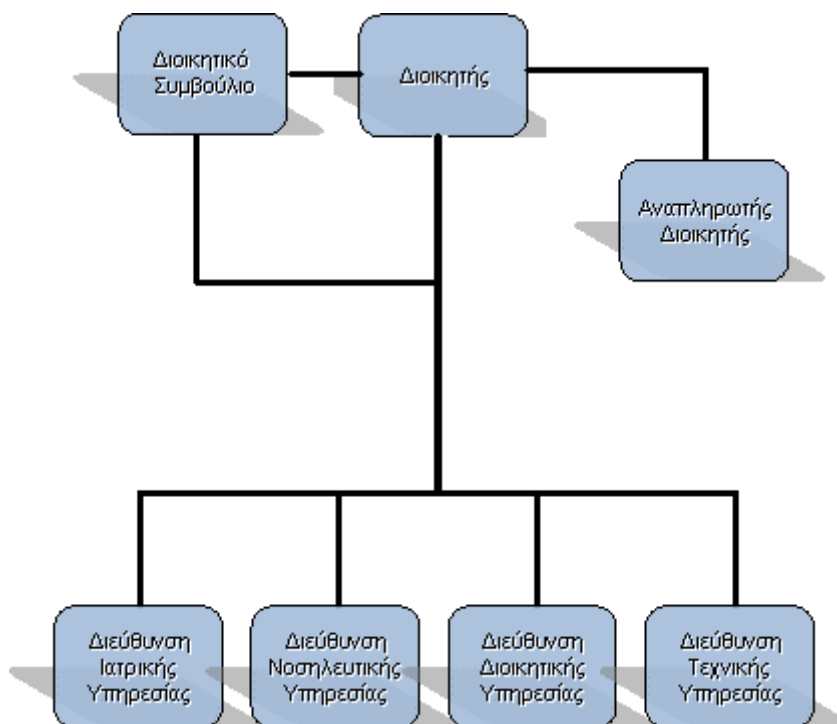
Υπόκειται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης.

Διοικείται από:

α) το Διοικητικό Συμβούλιο:

β) τον κοινό Διοικητή του Νοσοκομείου

γ) το Συμβούλιο Διοίκησης :



Μεθοδολογία Έρευνας

6.1 Ερευνητικοί στόχοι

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των δυσκολιών και των δυσχερειών που αντιμετωπίζει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό Δημόσιου Νοσοκομείου κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Το προς μελέτη θέμα σχετικά με τις εργασιακές σχέσεις και την ποιότητα στην υπηρεσία της υγείας προέκυψε μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας

και κυρίως μετά από τη διαπίστωση της πλήρους ανατροπής του επί σειρά ετών διαμορφωμένου περιβάλλοντος και της αναγκαιότητας εξεύρεσης ενός νέου σημείου ισορροπίας. Παρακάτω αιτιολογείται η επιλογή του.

Καθόλη τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οι εργασιακές σχέσεις σε όλους τους τομείς της οικονομικής δραστηριότητας μεταβλήθηκαν δραματικά στη χώρα μας.

Γενικότερα οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίες κυμαίνονται από 38 μέχρι 40 για τα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα εφαρμόζοντας σταθερό και κυκλικό ωράριο.

Όμως δεν έχει αλλάξει μόνο ο χρόνος εργασίας έχουν αλλάξει και οι συνθήκες εργασίας. Ο φόρτος εργασίας και οι αυξημένες απαιτήσεις, η αίσθηση του μη ελέγχου στην εργασία, η ανασφάλεια που μπορεί να νιώθει ένα άτομο μέσα στο εργασιακό του περιβάλλον αλλά και έξω από αυτό όπου η ανεργία ξεπερνά το 28% και συνεπώς ο ανταγωνισμός γίνεται ολοένα και σκληρότερος, οι δύσκολες σχέσεις με τους συναδέλφους, οι οικονομικές δυσκολίες που μπορεί να έχει το άτομο, είναι μερικές μόνο συνθήκες που δυσχεραίνουν την εργασιακή πραγματικότητα.

Για τις ανάγκες της έρευνάς μας, επιλέχθηκε το ΒΕΝΙΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟ τα οποία αποτελούν κόμβους νοσοκομειακών παροχών όχι μόνο για το Ηράκλειο αλλά και για ολόκληρη την Κρήτη.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας, αποτελεί η διερεύνηση των εργασιακών σχέσεων που υφίστανται σήμερα στο νοσοκομείο και η μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων του αναφορικά πάντα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στους ερευνητικούς στόχους της εργασίας, περιλαμβάνονται :

1. Ο προσδιορισμός του βαθμού ικανοποίησης των εργαζομένων ως προς τους παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης.

2.Ο προσδιορισμός των μεταβλητών που επιδρούν στους παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης.

3. Η διερεύνηση και μελέτη των επιδράσεων των δημογραφικών χαρακτηριστικών τόσο στην εργασιακή ικανοποίηση όσο και στο θέμα των εργασιακών σχέσεων. Το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο κλάδος εργασίας, αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι διερευνήθηκαν ως προς την επίδρασή τους στις εργασιακές σχέσεις και την εργασιακή ικανοποίηση.

4.Η διερεύνηση και η μελέτη του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε άμεση σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων.

6.2 Πληθυσμός Αναφοράς και Δείγμα της Έρευνας

Στην έρευνα ως πληθυσμός αναφοράς ορίζεται το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου, σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία που έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του.

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για την συγκεκριμένη έρευνα είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία κατά στρώματα ή σωματοποιημένη δειγματοληψία. Καθώς όταν ο πληθυσμός είναι αριθμημένος ή κατανεμημένος με τέτοιο τρόπο ώστε οι διαδοχικές ομάδες που τον αποτελούν να παρουσιάζουν μια ομοιογένεια ως προς τις στατιστικές μονάδες τους, τότε ο πιο κατάλληλος τρόπος επιλογής του δείγματος είναι η τυχαία δειγματοληψία κατά στρώματα (Παπαδημητρίου, 2001:47-65).

Ο αριθμός του δείγματος ήταν $n=60$ συνολικά, από τα οποία τα 30 αφορούσαν διάφορες βαθμίδες νοσηλευτικού προσωπικού και τα υπόλοιπα 30 διάφορες ειδικότητες ιατρών. Η συλλογή του δείγματος ($n = 60$) ολοκληρώθηκε σε χρονική περίοδο περίπου οκτώ εβδομάδων (ΙΟΥΝΙΟΣ –ΙΟΥΛΙΟΣ 2014).

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος της μελέτης ήταν:

- Νοσηλευτές όλων των βαθμίδων κάθε τμήματος.
- Τυχαία επιλογή του ιατρικού προσωπικού ανεξάρτητα από ειδικότητα.

- Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανεξαρτήτου ηλικίας

6.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων στο προσωπικό χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο 60 ερωτήσεων πολλαπλής μορφής (παράρτημα).

Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στα ακόλουθα πρότυπα ερωτηματολόγια της εργασιακής ικανοποίησης :

- Job Descriptive Index
- Minnesota Satisfaction Questionnaire
- Job Satisfaction Survey

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων (ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ) αλλά και σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων στα αντίστοιχα τμήματα.

Συλλέχθηκε σε καθορισμένο χρόνο.

Τα στοιχεία αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS/PC (statistical package for social sciences).

Προηγήθηκε έγκριση του πρωτοκόλλου της μελέτης από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου και προσωπική επικοινωνία με τον υπεύθυνο των τμημάτων για το σκοπό της έρευνας και τη διαδικασία που θα ακολουθούσε.

Κατά την διανομή του ερωτηματολογίου, η ερευνήτρια συστηνόταν, ενημέρωνε το νοσηλευτή / ιατρό για τη σημαντικότητα του θέματος και το σκοπό της έρευνας, διαβεβαίωνε την ανωνυμία της, ζητούσε την προφορική συγκατάθεση του για τη συμμετοχή του στην έρευνα, του έδινε τη δυνατότητα διακοπής

οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούσε και επεξηγούσε τη διαδικασία συμπλήρωσης του .

6.4 Δομή του Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τρεις μεγάλες ενότητες :

- τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο , ηλικία , κλάδος - ειδικότητα , οικογενειακή κατάσταση , έτη απασχόλησης και ωράριο απασχόλησης).
- Ακολούθως οι 12 πρώτες ερωτήσεις αφορούσαν στην ουσία περιγραφή των συνθηκών στο χώρο εργασίας και οι ερωτώμενοι εξέφραζαν το βαθμό ικανοποίησής τους σε σχέση με αυτό .
- Στο τρίτο μέρος περιγράφονται οι συνθήκες εργασίας όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί μετά και τις πρόσφατες εργασιακές μεταβολές (πρόωρη συνταξιοδότηση , συγχωνεύσεις , μετακινήσεις προσωπικού.
- Τέλος ζητήθηκε η αξιολόγηση του επιπέδου της ικανοποίησης με τη βοήθεια μιας κλίμακας τύπου Likert πέντε σημείων (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ) των μεταξύ τους διαπροσωπικών σχέσεων που επηρεάζουν τις μεταξύ τους εργασιακές σχέσεις.

Σειρά των ερωτήσεων

Η σειρά που ακολουθήθηκε για την διάταξη των ερωτήσεων μέσα στο ερωτηματολόγιο είναι:

1. Ερωτήσεις στοιχείων ταυτότητας (φύλο, ηλικία κλπ) συγκεντρώνονται στην αρχή, έτσι ώστε η πρώτη εντύπωση που σχηματίζει ο ερωτώμενος να είναι θετική.
2. Εύκολες ερωτήσεις στην αρχή, κατάλληλες να ευαισθητοποιήσουν και να προκαλέσουν ενδιαφέρον στον ερωτώμενο. Οι δύσκολες ερωτήσεις στο τέλος οπότε είναι δύσκολο να αρνηθεί να απαντήσει.

Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στο ίδιο θέμα να είναι συγκεντρωμένες σε ενότητες, και οι ερωτήσεις γενικού τύπου να προηγούνται των ειδικών έτσι ώστε το ερωτηματολόγιο να έχει μία όψη συναφή και λογική για να μην νιώθει ο ερωτώμενος ότι εκτροχιάζεται (Javeau, 2000 : 138).

6. 5 Ανάλυση Στοιχείων

Μετά την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων το επόμενο βήμα ήταν η επεξεργασία των στοιχείων. Για την ανάλυση αυτή βασίστηκε στο στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης δεδομένων SPSS (Statistical Package for Social Sciences) έκδ. 15, ένα από τα πιο δημοφιλή, ευέλικτα και εύχρηστα στατιστικά πακέτα για την ανάλυση και πραγματοποίηση ποσοτικών ερευνών.

6.6 Περιορισμοί της έρευνας

Μέχρι τώρα έχουν αναλυθεί οι ερευνητικοί στόχοι , ο πληθυσμός αναφοράς και το δείγμα της έρευνας , οι μέθοδοι συλλογής υλικού, η επιλογή της μεθόδου που εξυπηρετεί τους σκοπούς και τους στόχους της ερευνητικής αυτής μελέτης (το ερωτηματολόγιο), οι βασικές αρχές που ακολουθήθηκαν για την σύνταξη του ερωτηματολογίου, η μέθοδος δειγματοληψίας που επιλέχτηκε (η δειγματοληψία κατά στρώματα), καθώς και η δομή του ερωτηματολογίου .

Οι περιορισμοί της έρευνας είναι αρκετοί. Οι σημαντικότεροι είναι το μικρό δείγμα και η ελάχιστη ύπαρξη μέτρων σύγκρισης. Τα περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα και η ελλιπής παρουσία ελληνικών αντίστοιχων δεδομένων είχε ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να γίνουν σημαντικές συγκρίσεις με άλλες έρευνες.

6.7 Χρονοδιάγραμμα Εργασιών

Η έρευνα ολοκληρώθηκε κατά τον μήνα Ιούλιο του 2014.

Μέχρι τότε, είχε ολοκληρωθεί η συλλογή της αναγκαίας βιβλιογραφίας, η συγγραφή της θεωρητικής προσέγγισης, ενώ σταδιακά εισήχθησαν τα στοιχεία των λαμβανόμενων ερωτηματολογίων στο στατιστικό πρόγραμμα.

Με τον τρόπο αυτό κατέστη εφικτό η ολοκλήρωση της συγγραφής μέχρι τα μέσα του Οκτωβρίου, ώστε να γίνουν οι αναγκαίες διορθώσεις και τροποποιήσεις για την έγκαιρη υποβολή της πρότασης.

6.8 Κώδικας Έρευνας

Η παρούσα έρευνα θα διεξαχθεί με σεβασμό στην επιστημονική αλήθεια, στην πνευματική ιδιοκτησία και στα προσωπικά δεδομένα. Η ερευνήτρια δεν θα προβεί σε επαναλήψεις προηγούμενων ερευνών, με λογοκλοπή και ιδιοποίηση ξένων επιτευγμάτων. Μόνο αν δικαιολογείται επιστημονικά η επανάληψη, αυτή θα πραγματοποιείται με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις επιταγές της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας για την προστασία της πνευματικής νομοθεσίας και των εφευρέσεων κατοχυρωμένων με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, (ν. 1733/1987, 1883/1990, 2029/1992, 2128/1993, π.δ. 77/1988, 16/1991,321/2001, ν 8121 /1993).

Επίσης επιδεικνύει τον δέοντα σεβασμό τις πολιτιστικές και ατομικές διαφορές ρόλων, συμπεριλαμβανομένων και όσων οφείλονται στην ηλικία, στο φύλο, στη φυλή, στη μειονότητα, στην εθνική προέλευση, στη θρησκεία, στις σεξουαλικές προτιμήσεις, στην αναπηρία, στη γλώσσα και στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ερωτώμενων. Σε κάθε περίπτωση θα τηρηθεί η εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία για την ίση μεταχείριση (ν. 3625/2007), το ρατσισμό (ν. 927/1979, 3304/2005), τους μετανάστες και τους αλλοδαπούς (ν. 3536/2007, 3613/2007).

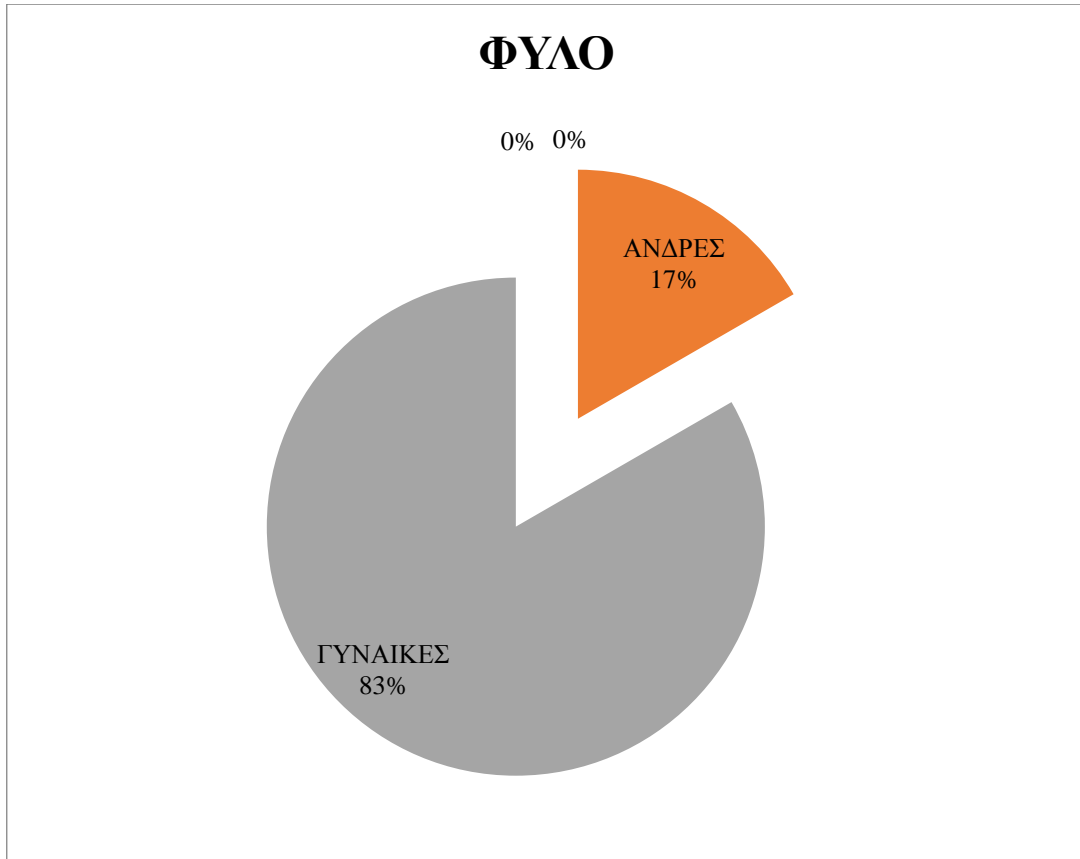
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Δημογραφικά αποτελέσματα

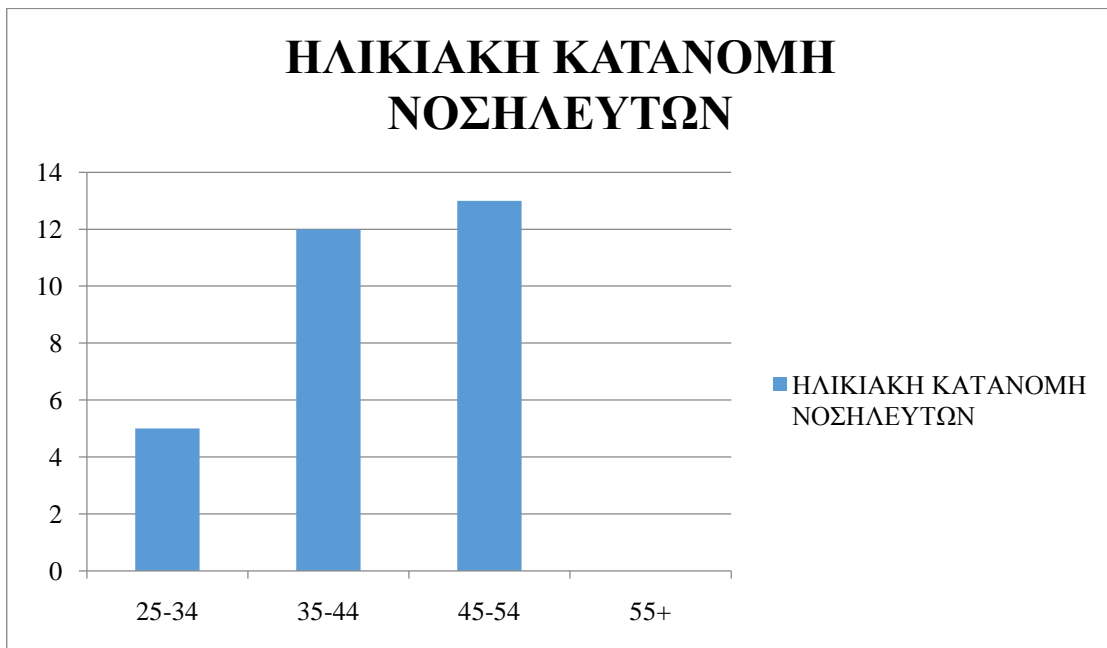
Σ' αυτό το κεφάλαιο παραθέτουμε συγκριτικά τα περιγραφικά και τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας .

A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

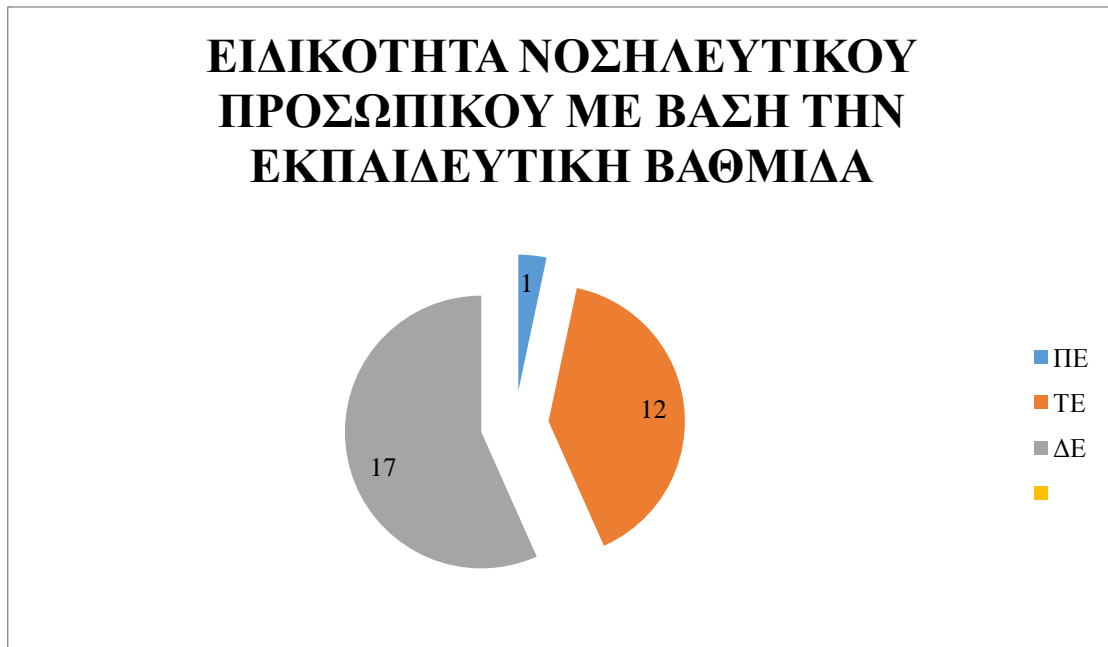
Από τους νοσηλευτές του δείγματος οι 5 ήταν άνδρες (16,66%) και οι 25 ήταν γυναίκες (83,33%).



Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος δείχνει ότι η πλειοψηφία του ανήκει στην παραγωγική ηλικία 35-54 .



Εντυπωσιακό είναι το ποσοστό των ΔΕ Νοσηλευτών γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη δια βίου εκπαίδευση αλλά και την τυχόν ενίσχυση του προσωπικού με στελέχη υψηλότερων εκπαιδευτικών βαθμίδων.



Ως προς την οικογενειακή κατάσταση παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι έγγαμοι.



Ως προς τα έτη απασχόλησης από το δείγμα γίνεται εμφανής η αναγκαιότητα για πρόσληψη ή ενίσχυση του προσωπικού με άτομα με λιγότερα έτη απασχόλησης αφού η πλειοψηφία του υπάρχοντος προσωπικού βρίσκεται σε φάση ωρίμανσης.



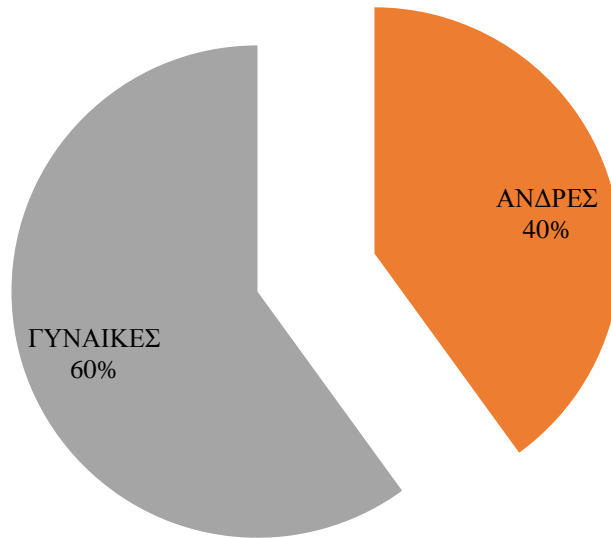
Ως προς το ωράριο απασχόλησης έχει γίνει επιλογή ώστε να είναι το δείγμα εξισορροπημένο.

B . ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

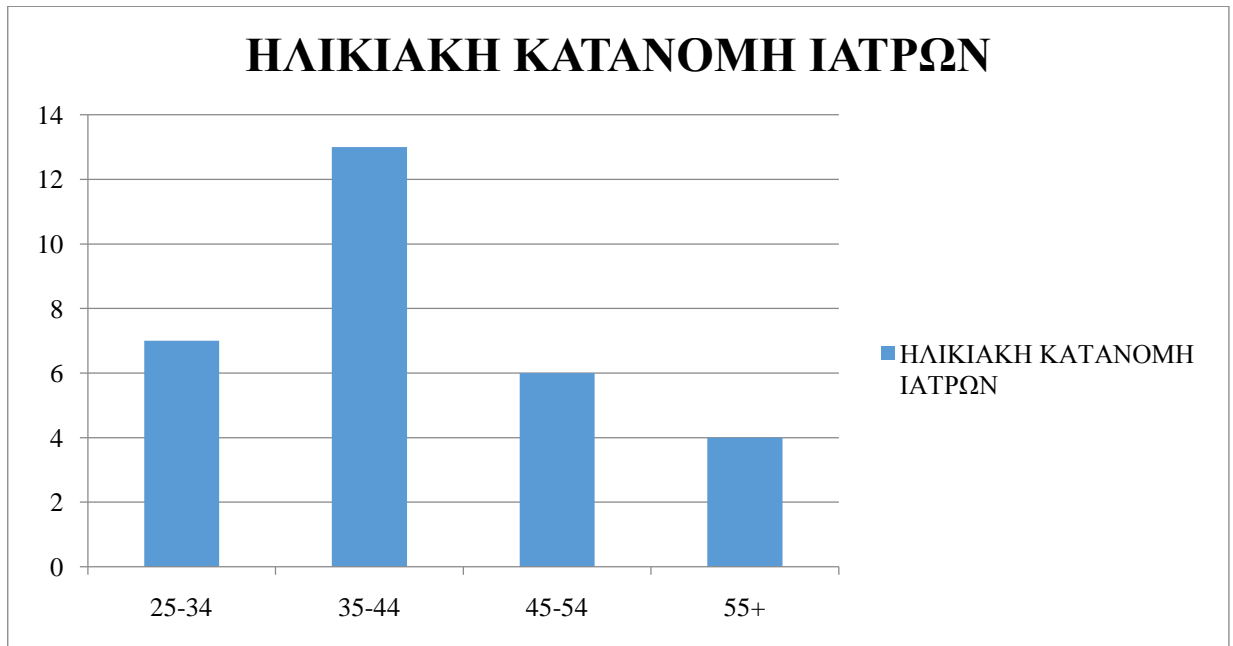
Από τους ιατρούς του δείγματος οι 12 ήταν άνδρες (40,00%) και οι 18 ήταν γυναίκες (60,33%) , παρατηρείται δηλαδή μια πιο ομοιόμορφη κατανομή προσωπικού σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό όπου η πλειοψηφία τους είναι γυναίκες.

ΦΥΛΟ

0% 0%

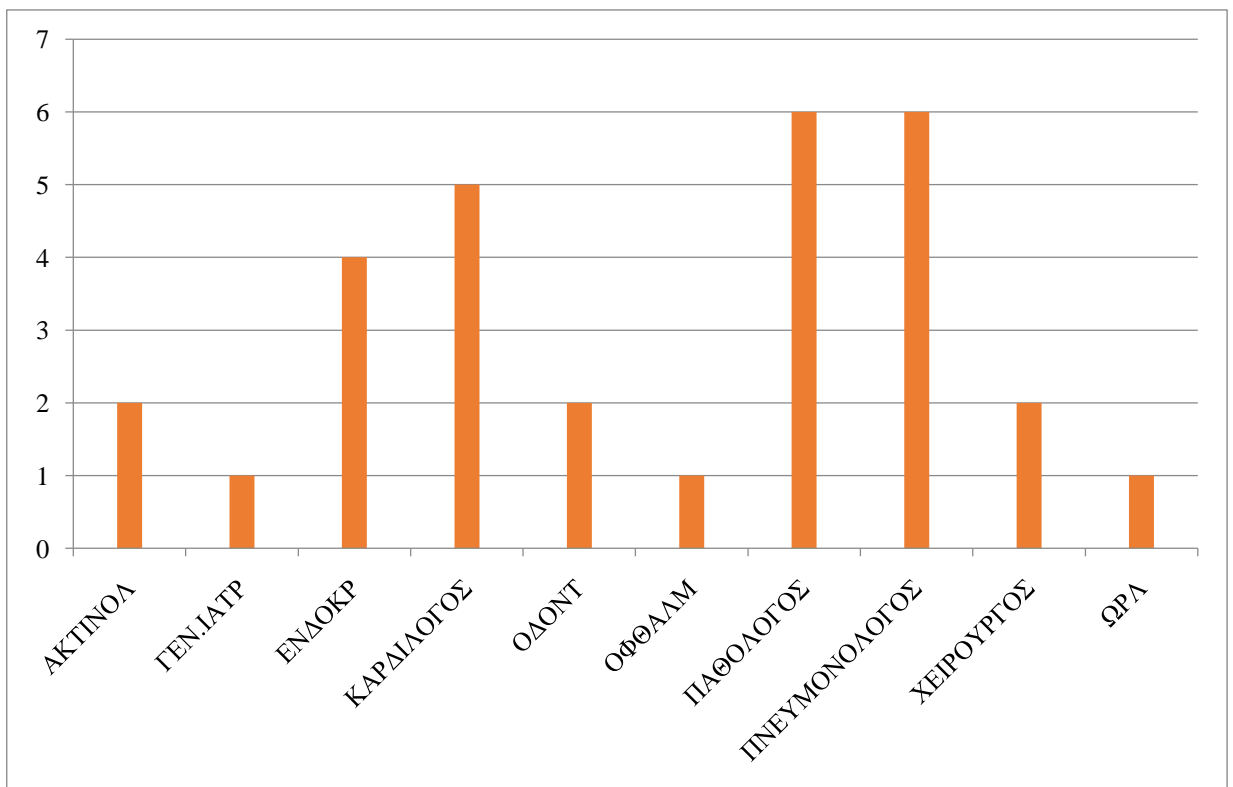


Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος δείχνει ότι η πλειοψηφία του ανήκει στην παραγωγική ηλικία 35-54.



Ως προς την κατανομή των ειδικοτήτων στην ιατρική είναι εμφανής η έλλειψη πολύτιμων ειδικοτήτων που έχουν ως αποτέλεσμα τη διαρροή ασθενών στον ιδιωτικό τομέα και την ελλιπή αντιμετώπιση τους από το υπάρχον σύστημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ



Ως προς την οικογενειακή κατάσταση παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι έγγαμοι.



Ως προς τα έτη απασχόλησης από το δείγμα γίνεται εμφανής ότι το προσωπικό είναι νεότερο σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό .



Ως προς το ωράριο απασχόλησης σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό οι ιατροί ακολουθούν περισσότερο το σταθερό ωράριο όπως φαίνεται και στο δείγμα .

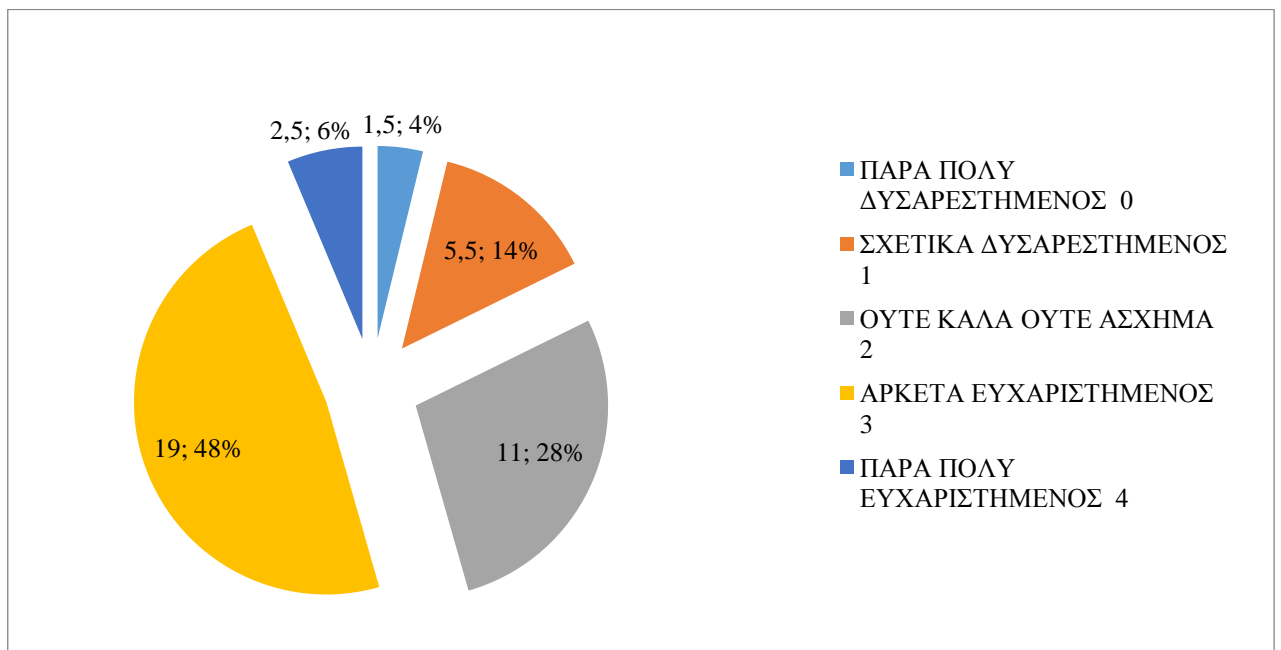


7.2 Περιγραφικά αποτελέσματα

Σ' αυτό το κεφάλαιο παραθέτουμε συγκριτικά τα περιγραφικά και τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας .

1.Θερμοκρασία εργασιακού περιβάλλοντος

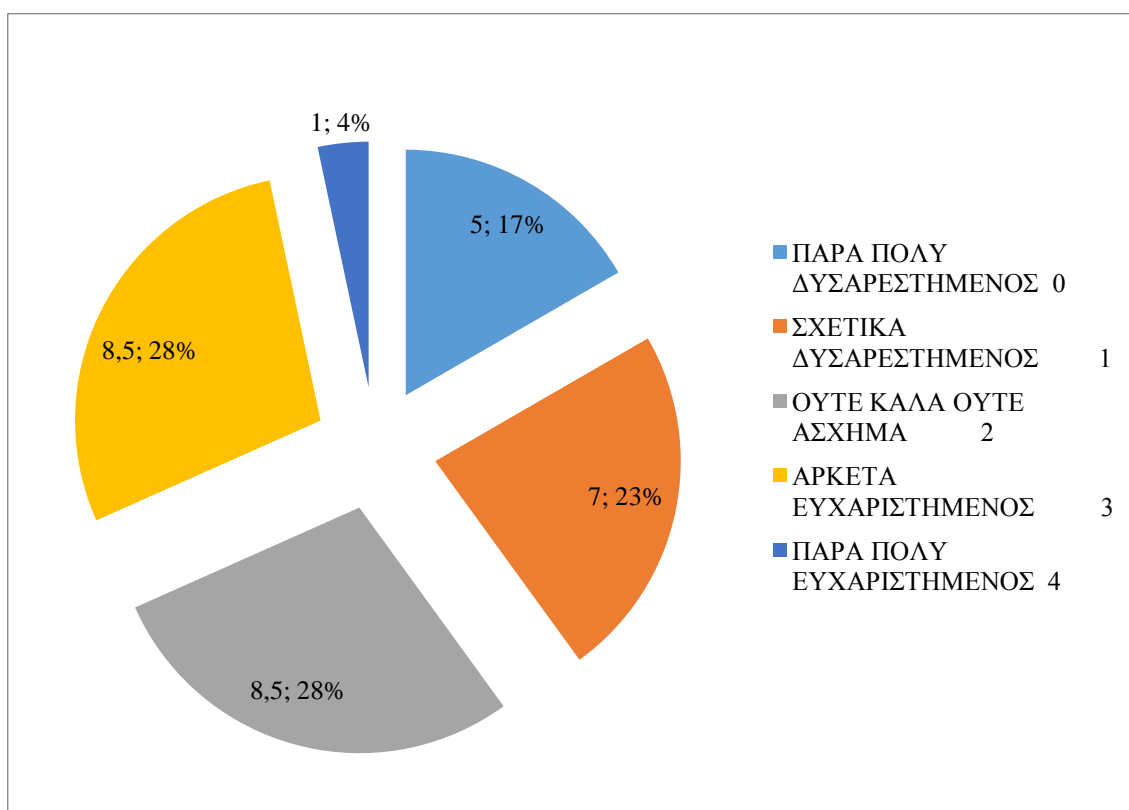
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ		ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	0	2	1	6,66	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	1	4	7	13,33	23,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	2	13	9	43,33	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	3	8	11	26,66	36,60
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	3	2	10,00	6,66



Εικόνα 1

2. Εξαερισμός στο χώρο , εισπνοή μολυσμένου αέρα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	6	4	20,00	13,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	8	6	26,67	20,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	9	8	30,00	26,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	5	12	16,67	40,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	2	0	6,66	0

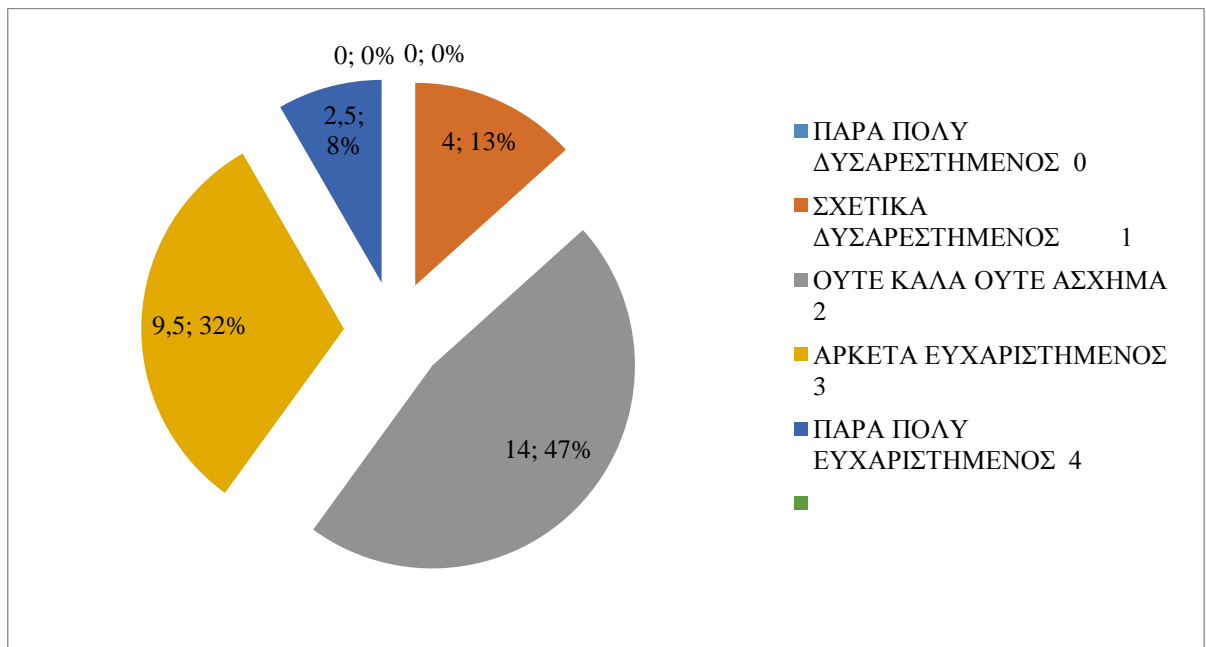


Εικόνα 1

3.Φωτισμός εργασιακού χώρου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	0	0	0	0
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	6	2	20,00	6,66
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	14	14	46,67	46,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	6	13	20,00	43,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	1	13,33	3,33

Είναι εμφανές ότι η θερμοκρασία , ο εξαερισμός αλλά και ο φωτισμός του εργασιακού περιβάλλοντος δεν επηρεάζουν αρνητικά την απόδοση του προσωπικού κατά την διάρκεια της εργασίας του.

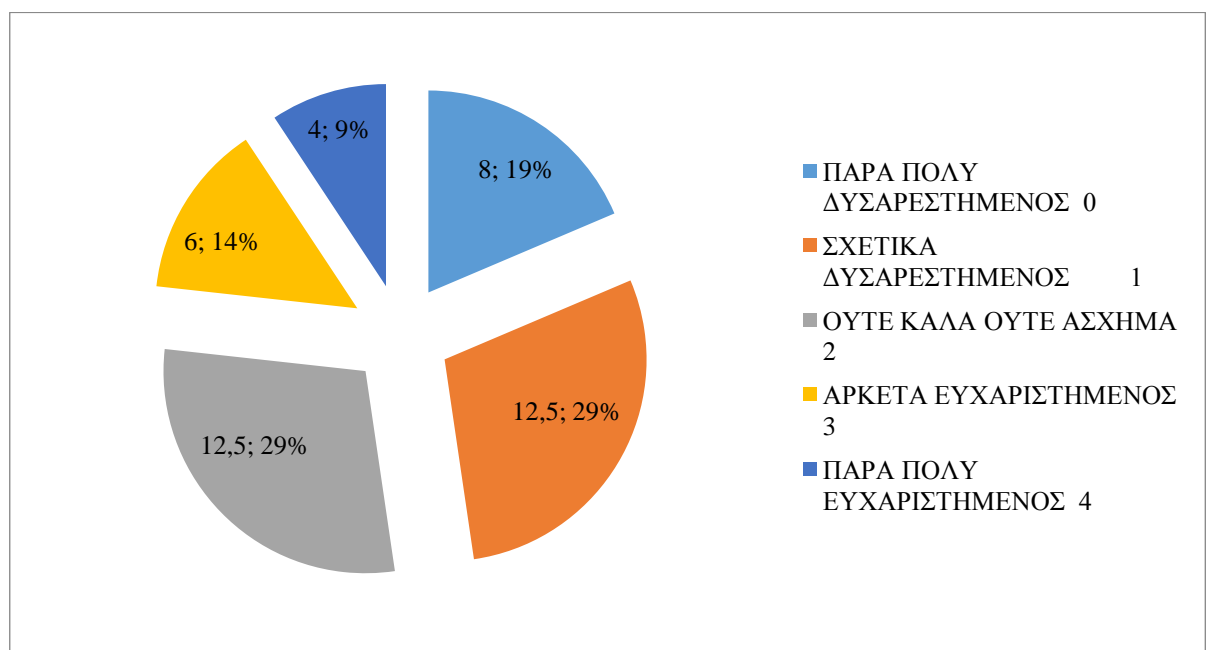


Εικόνα 2

4. Έκθεση σε ακτινοβολία , τοξικά απόβλητα , χημικές ουσίες , κυτταροστατικά , επικίνδυνα φάρμακα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ		ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0		6	4	20,00	13,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1		6	3	20,00	10,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2		10	11	33,33	36,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3		6	6	20,00	20,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4		2	6	6,67	20,00

Αντίθετα η έκθεση σε ακτινοβολία , τοξικά απόβλητα , χημικές ουσίες , κυτταροστατικά , επικίνδυνα φάρμακα φαίνεται ότι προβληματίζει ιδιαίτερα το προσωπικό γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη λήψης επιπλέον μέτρων προφύλαξης και που απεικονίζεται χαρακτηριστικά στο ακόλουθο γράφημα όπου το 77% των εργαζομένων φαίνεται να εκφράζει την ανησυχία του.

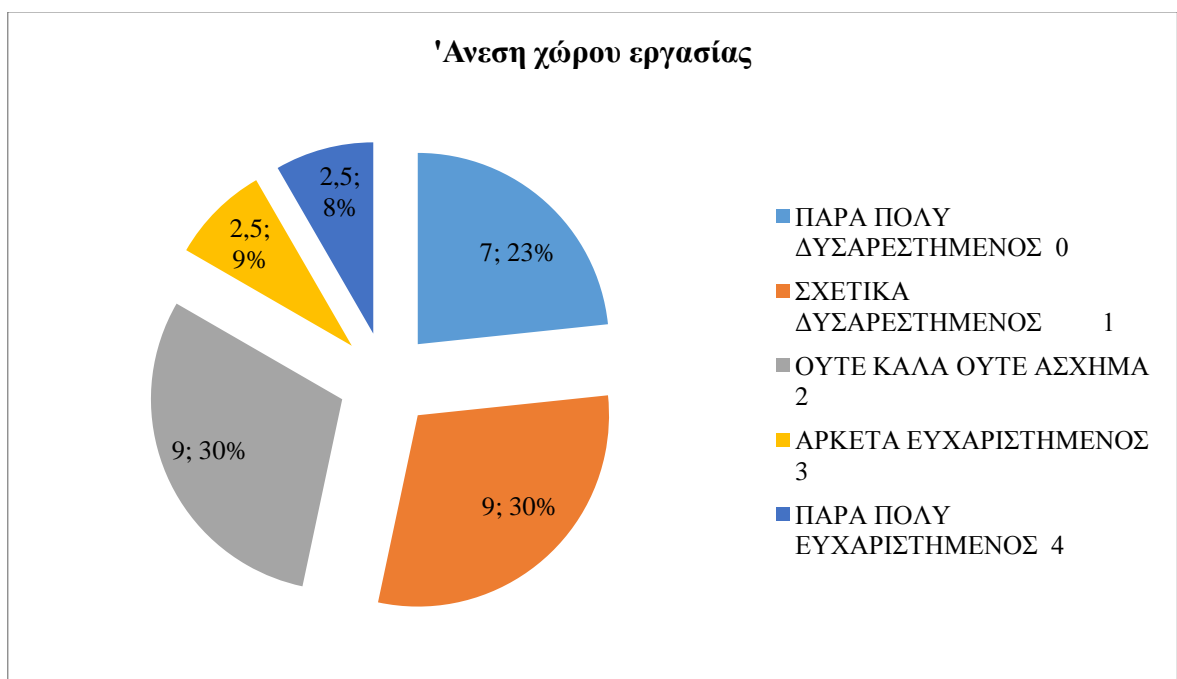


Εικόνα 3

5. Άνεση χώρου εργασίας, εξεταστήρια, χώροι αναμονής

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	7	7	23,33	23,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	9	9	30,00	30,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	10	26,67	33,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	3	2	10	6,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	3	2	10	6,67

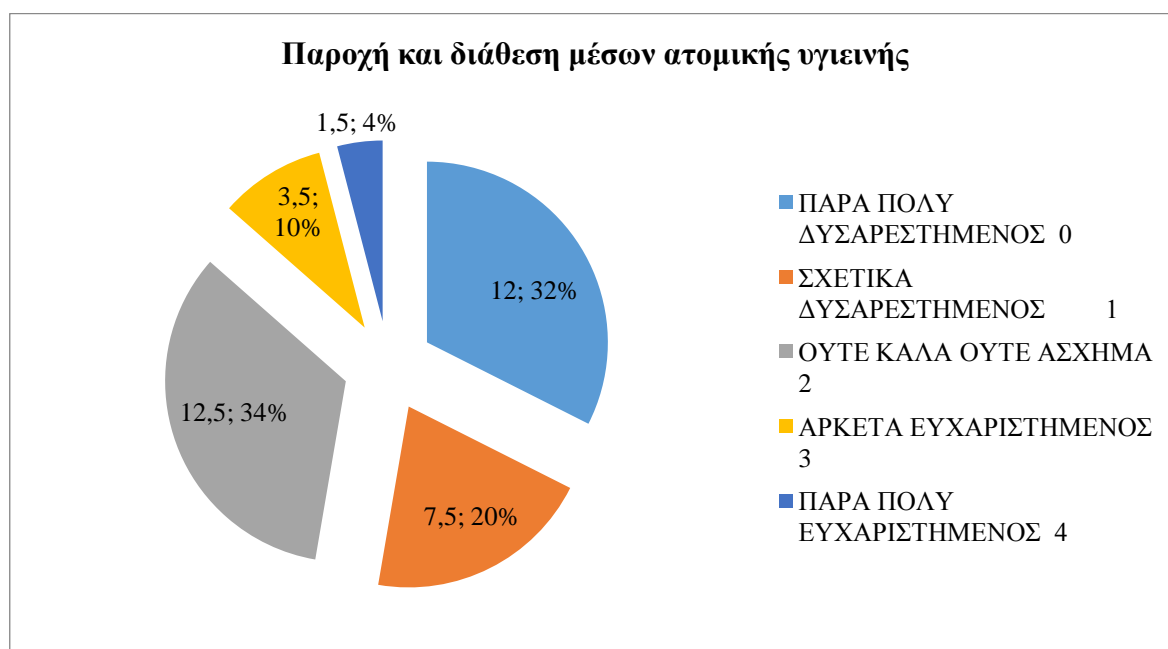
Ο χώρος εργασίας σύμφωνα με την έρευνα δεν κρίνεται ικανοποιητικός από το προσωπικό νοσηλευτικό και ιατρικό και αυτό δυστυχώς επηρεάζει και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.



Εικόνα 4

6. Παροχή και διάθεση των απαραίτητων μέσων ατομικής υγιεινής

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	7	7	23,33	23,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	9	9	30,00	30,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	10	26,67	33,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	3	2	10	6,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	3	2	10	6,67

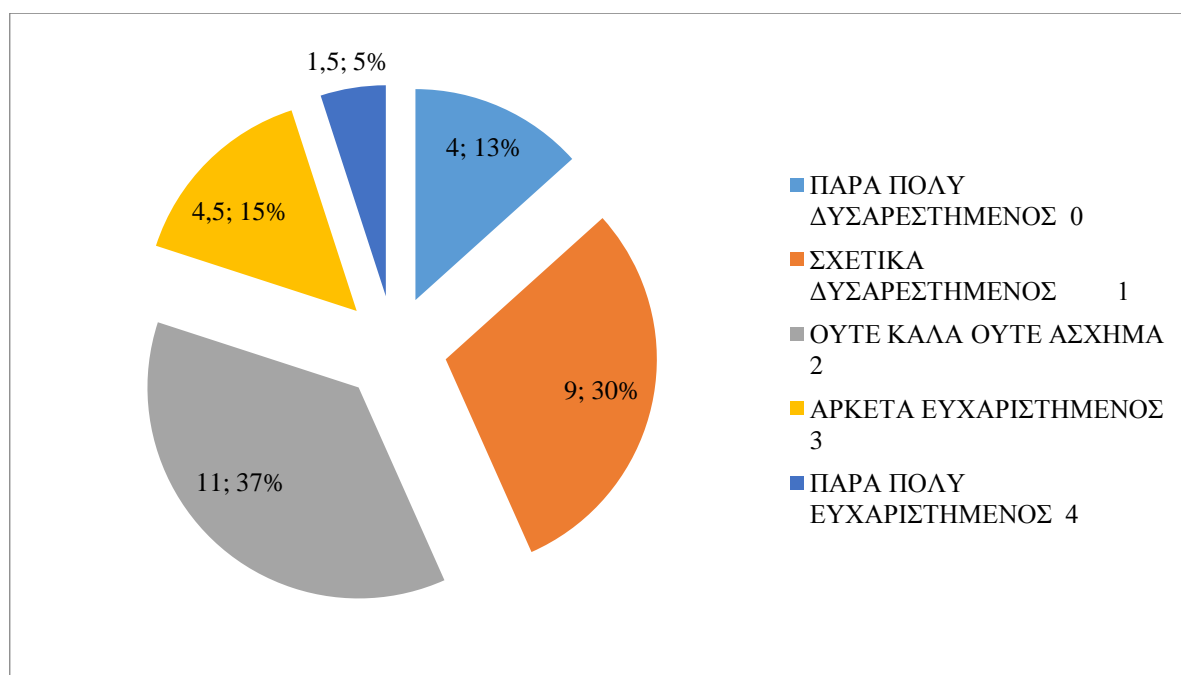


Εικόνα 5

7.Επάρκεια , ποιότητα και ασφάλεια των υλικών που χρησιμοποιείτε

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	4	4	13,33	13,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	7	11	23,33	36,66
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	11	11	36,66	36,66
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	5	4	16,66	13,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	3	0	10,00	13,34

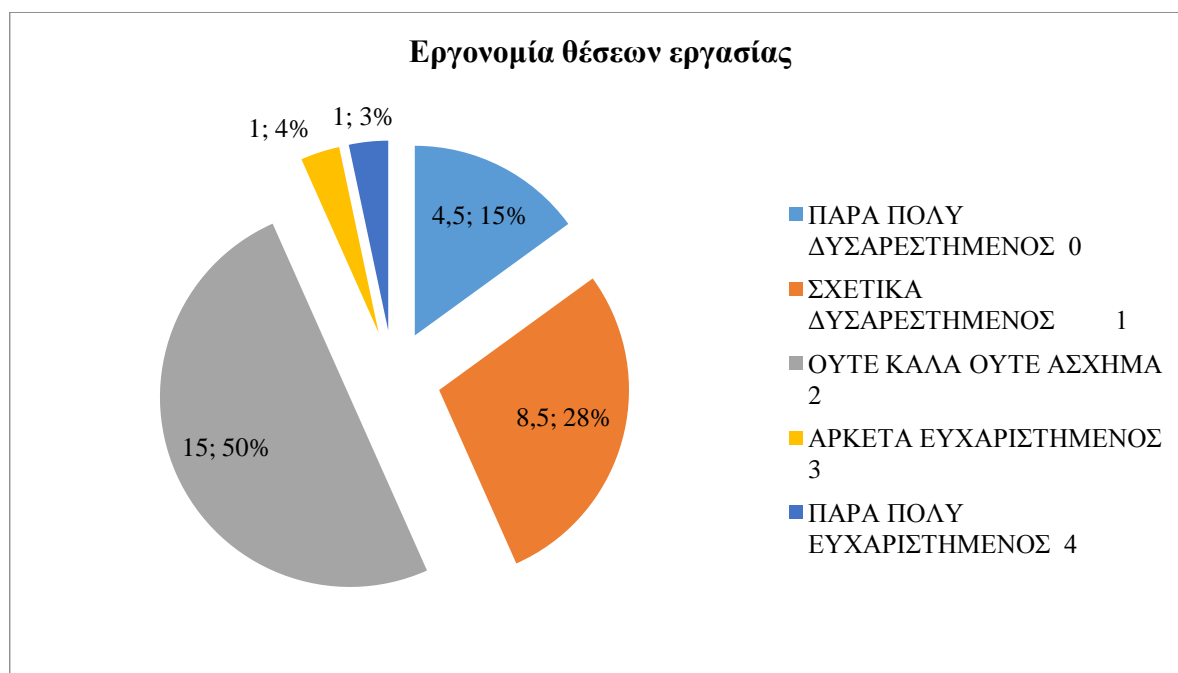
Από την έρευνα συνάγεται εύκολα η έλλειψη υλικών προσωπικής υγιεινής καθώς και γενικότερα υλικού απαραίτητου στην καθημερινή εργασία.



Εικόνα 6

8.Εργονομία και σχεδιασμός θέσεων και χώρου εργασίας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	6	3	20,00	10,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	12	16,66	40,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	17	13	56,66	43,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	1	1	3,33	33,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	1	1	3,33	3,33

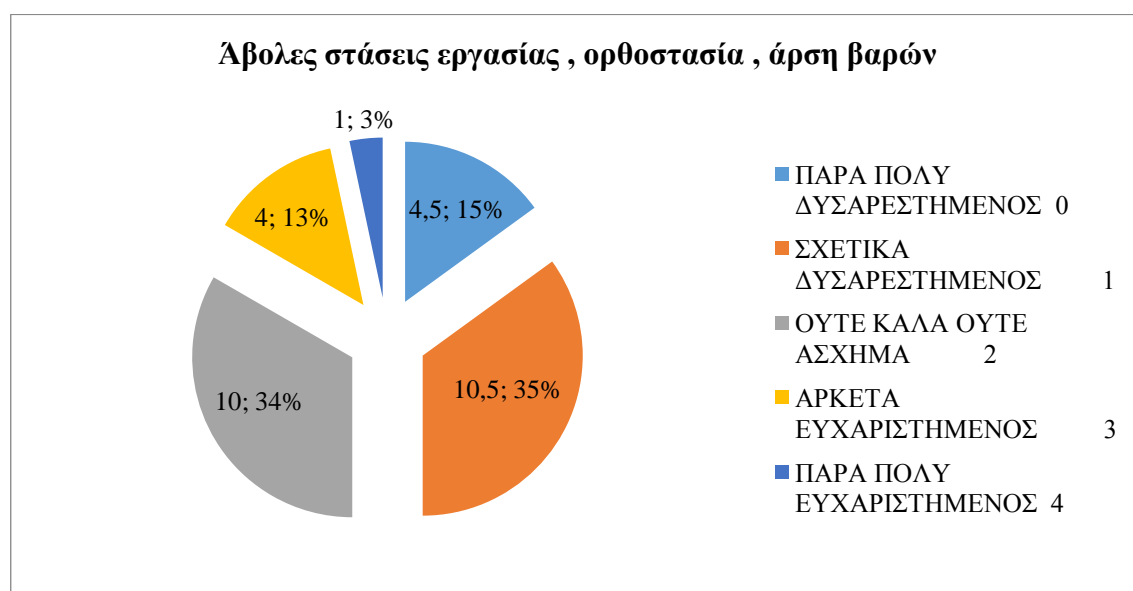


Εικόνα 7

9. Άβολες στάσεις εργασίας , ορθοστασία , άρση βαρών

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	5	4	16,67	13,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	14	7	46,67	23,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	12	26,67	40,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	3	5	10,00	16,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	0	2	0,00	6,67

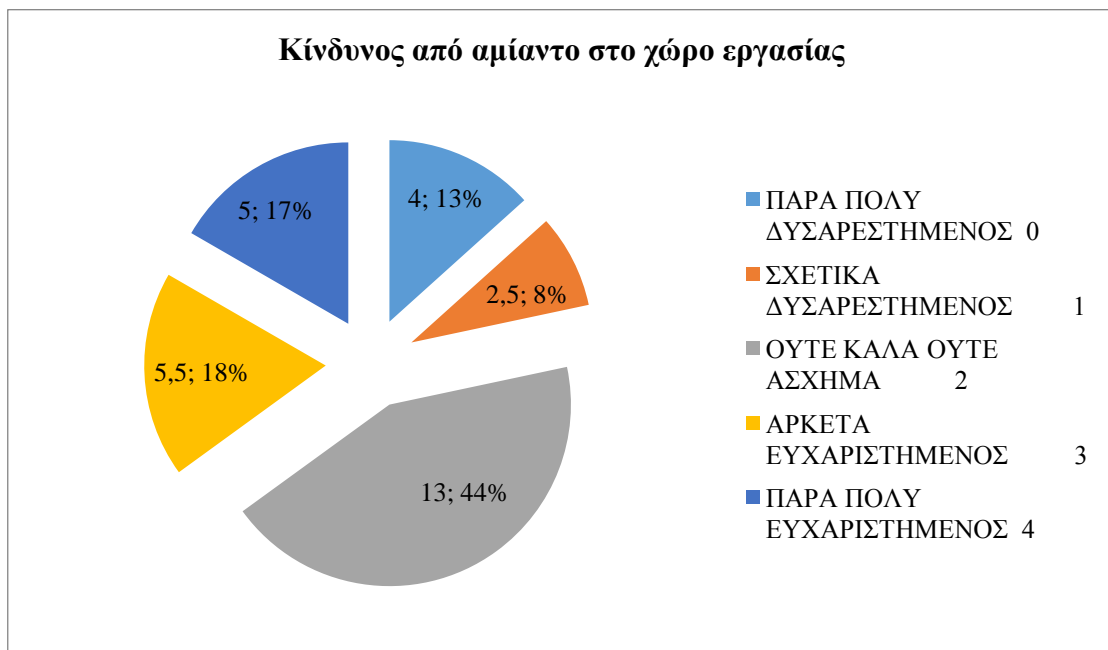
Η εργονομία και ο σχεδιασμός θέσεων και χώρου εργασίας χρειάζονται πιθανότατα ανανέωση καθώς οι περισσότεροι συμφωνούν ότι δεν είναι οι κατάλληλοι.



Εικόνα 8

10.Κίνδυνος από αμίαντο στο χώρο εργασίας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	8	0	26,66	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	4	1	13,33	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	10	16	33,33	53,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	4	7	13,33	23,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	6	13,33	20,00



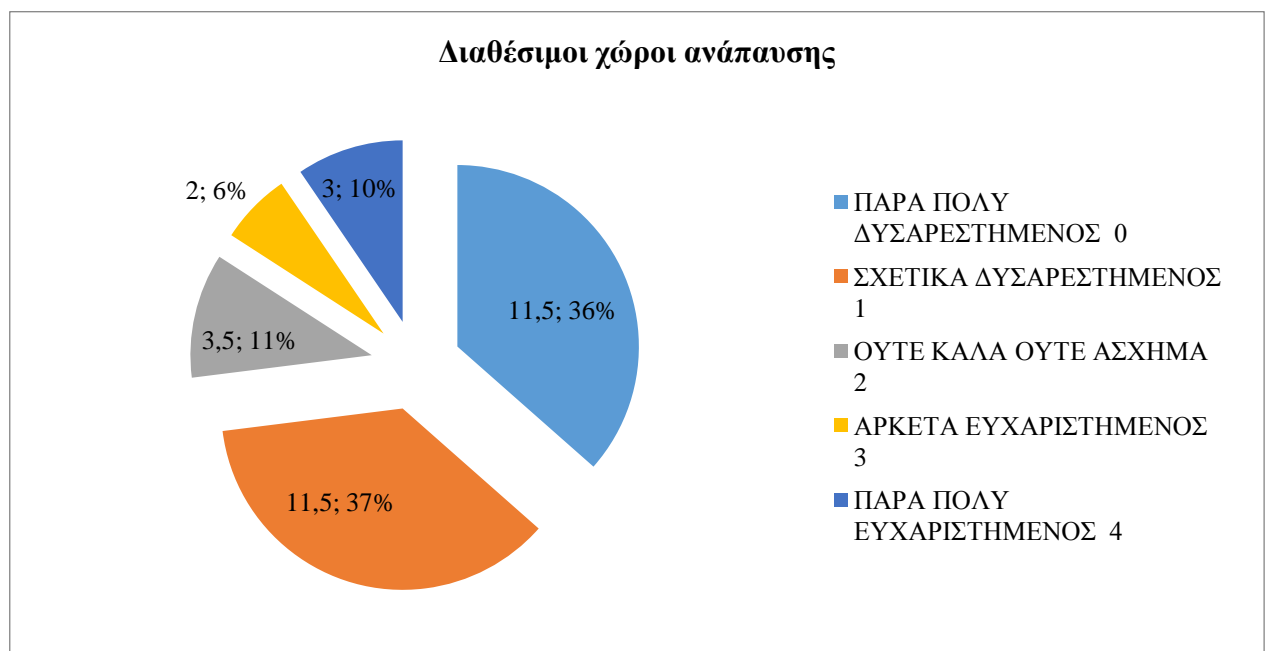
Εικόνα 9

11. Διαθέσιμοι χώροι για ανάπαυση (εφημερεία), υγιεινή ή διάλειμμα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	14	9	46,66	30,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	10	13	33,33	43,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	2	5	6,67	16,66
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	2	2	6,67	6,66
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	2	1	6,67	3,33

Η έλλειψη χώρων ανάπαυσης , υγιεινής , διαλείμματος δυσχεραίνει την καθημερινότητα των εργαζομένων και μειώνει την απόδοσή τους στην άσκηση των καθημερινών τους καθηκόντων.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	0	10,00	0,00

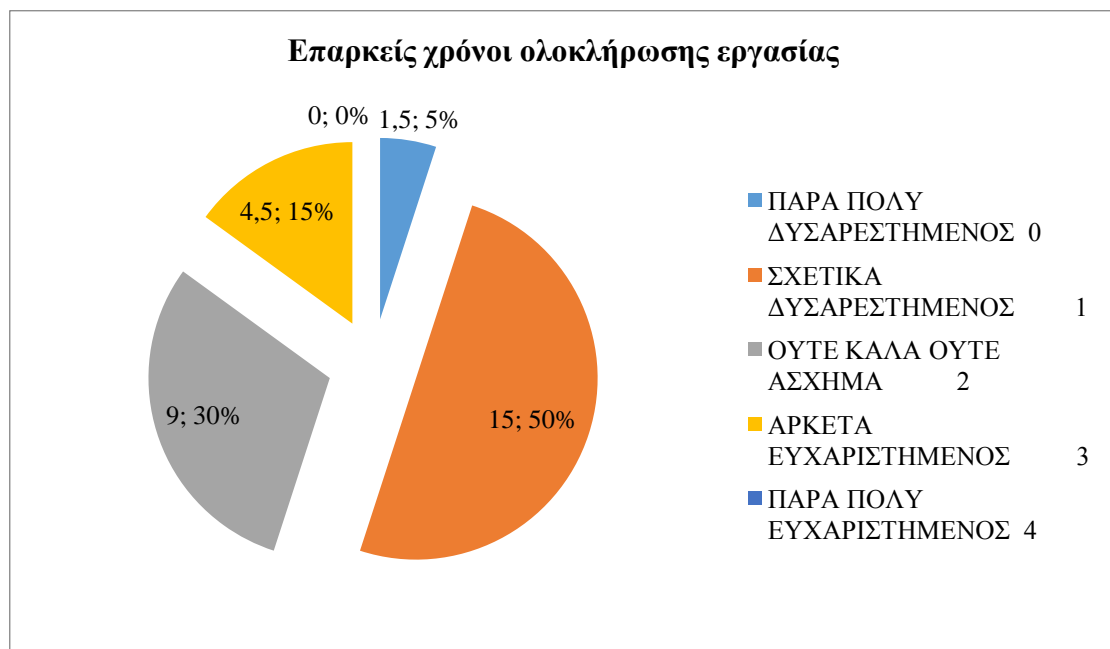


Εικόνα 10

12.Επαρκείς χρόνοι για την ολοκλήρωση της εργασίας

ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ	1	12	18	40,00	60,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ	2	10	8	33,33	26,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	3	5	4	16,67	13,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	4	0	0	0,00	0,00

Ένα ζήτημα προς περαιτέρω διερεύνηση αποτελεί η έλλειψη χρόνου για την ολοκλήρωση της εργασίας. Δυστυχώς λόγω των περιορισμών της έρευνας δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τα αίτια της συνθήκης αυτής που όμως φαίνεται να επηρεάζει τους εργαζόμενους σε πολύ μεγάλο βαθμό αφού σε ποσοστό 83% δηλώνουν την έλλειψη χρόνου ως καθοριστικό παράγοντα για τη μη ολοκλήρωση της εργασίας τους.

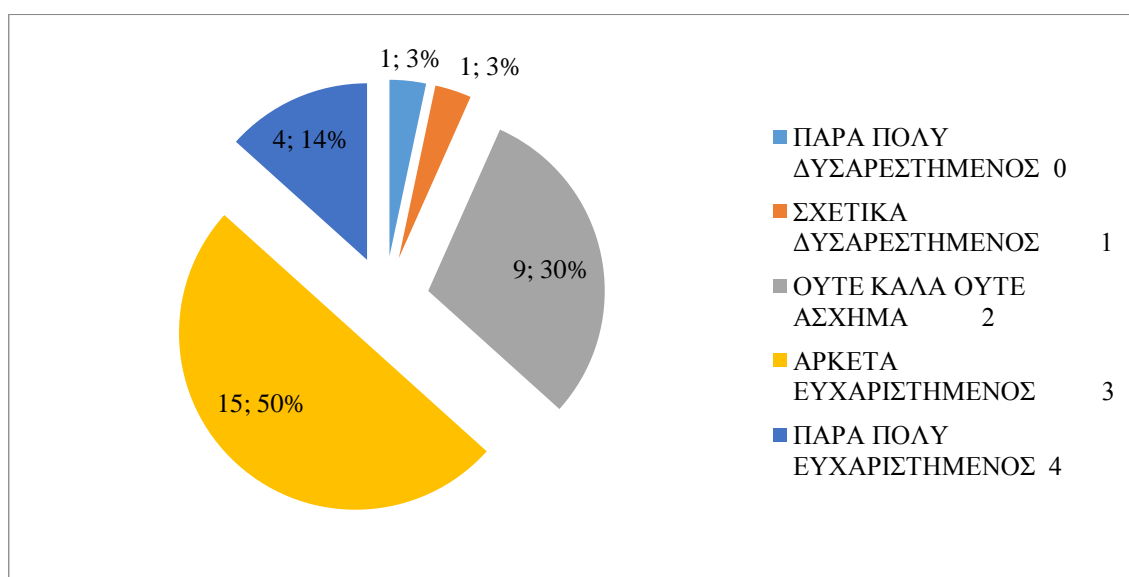


Εικόνα 11

13.Είμαι ικανοποιημένος-η από την εργασία μου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	2	0	6,67	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	0	2	0,00	6,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	9	9	30,00	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	15	15	50,00	50,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	4	13,33	13,33

Πολύ θετικό κρίνεται το γεγονός ότι παρά τις αντιξοότητες το σύνολο των εργαζομένων δηλώνει ικανοποιημένο από την εργασία του .

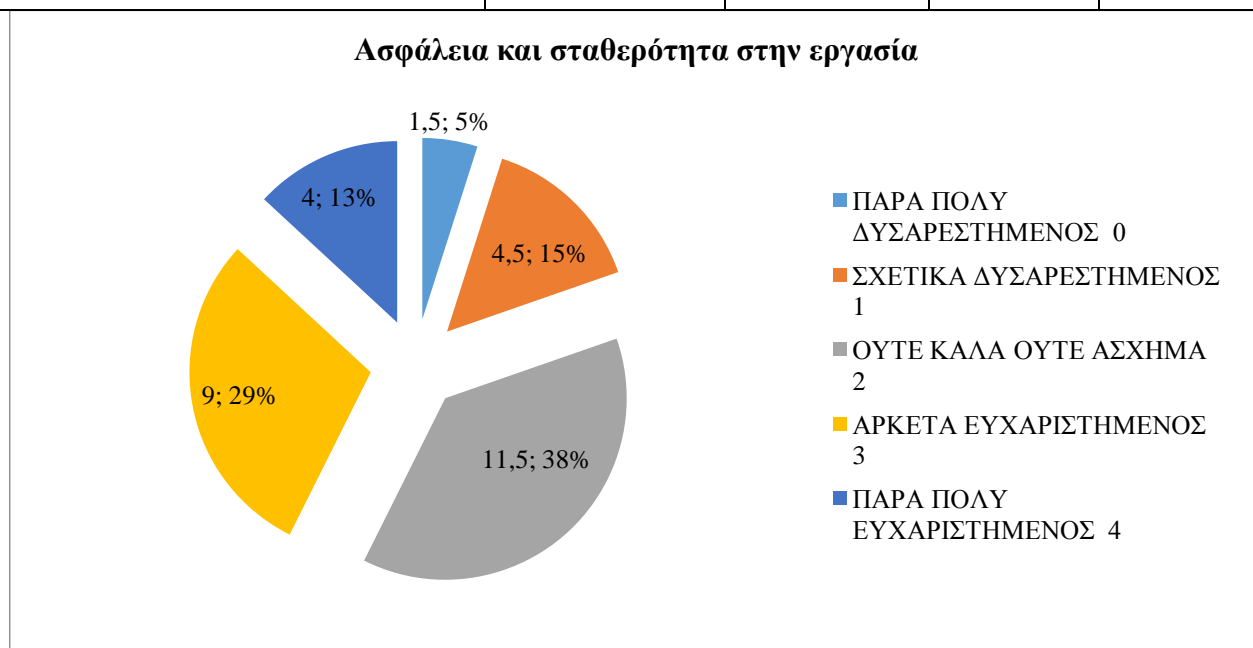


Εικόνα 12

14. Αισθάνομαι ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία μου

Αν και διακρίνεται στην έρευνα μια αίσθηση ανασφάλειας των εργαζομένων ως προς την εργασία τους εντούτοις δεν φαίνεται για την ώρα να τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	0	10,00	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	4	5	13,33	16,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	12	11	40,00	36,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	7	10	23,33	33,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	4	13,33	13,33



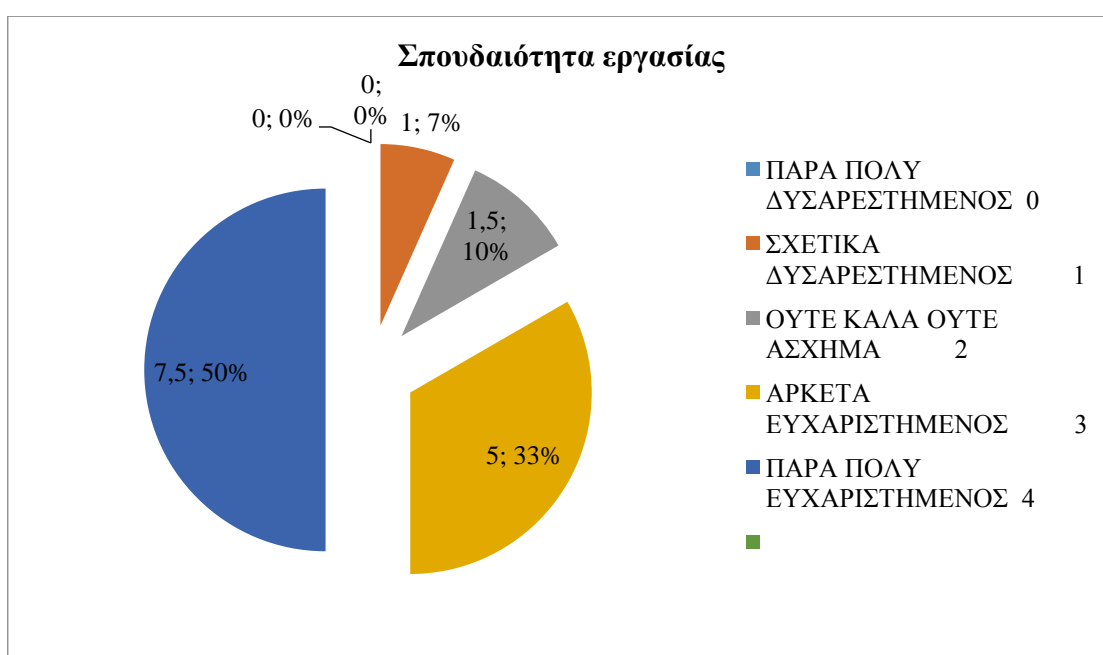
Εικόνα 13

15. Η εργασία μου είναι σημαντική για την ζωή άλλων ανθρώπων

Τόσο το ιατρικό όσο το νοσηλευτικό προσωπικό έχει πλήρη συναίσθηση της

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	0	0	0,00	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	2	0	6,67	0,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	3	0	10,00	0,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	10	12	33,33	40,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	15	18	50,00	60,00

σπουδαιότητας της εργασίας καθώς και του ρόλου που διαδραματίζει μέσα στην κοινωνία .



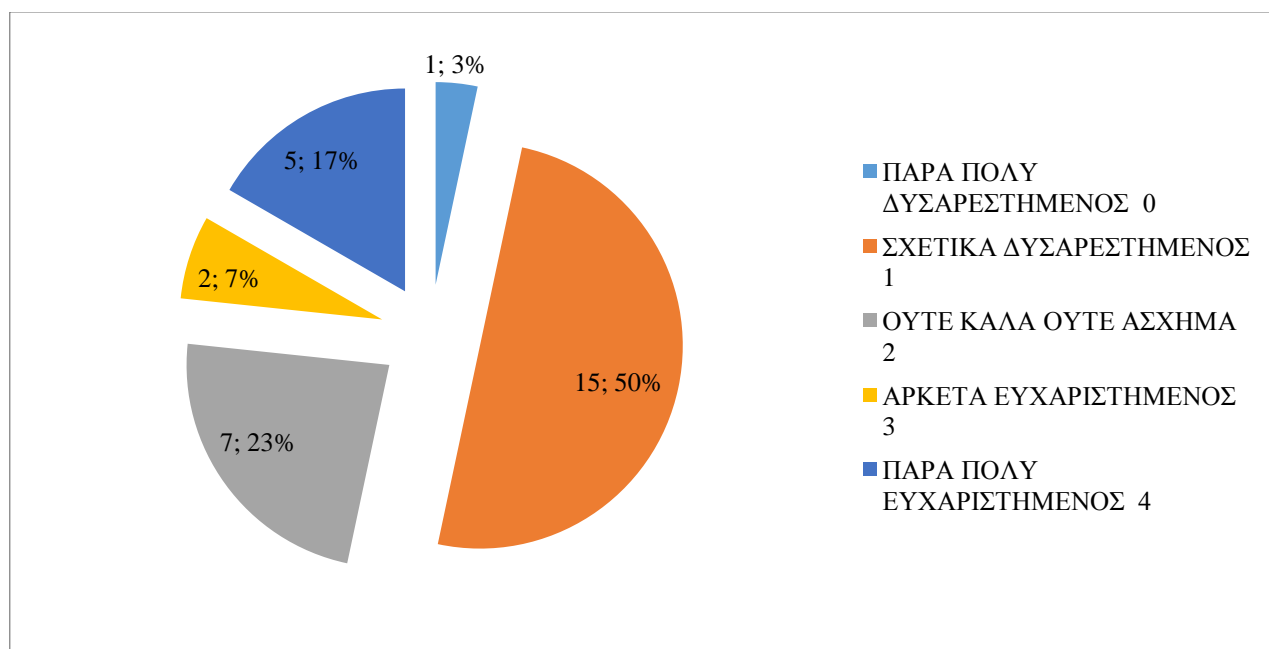
Εικόνα 14

16.Αξιοποιούνται οι ικανότητες μου

Αν και το ιατρικό προσωπικό φαίνεται σε μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένο από

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	1	0	3,33	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	15	4	50,00	13,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	7	11	23,33	36,66
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	2	11	6,66	36,66
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	4	16,66	13,33

την αξιοποίηση των ικανοτήτων του αυτό δεν ισχύει για το νοσηλευτικό προσωπικό που σε ποσοστό 53% δηλώνει δυσαρεστημένο .

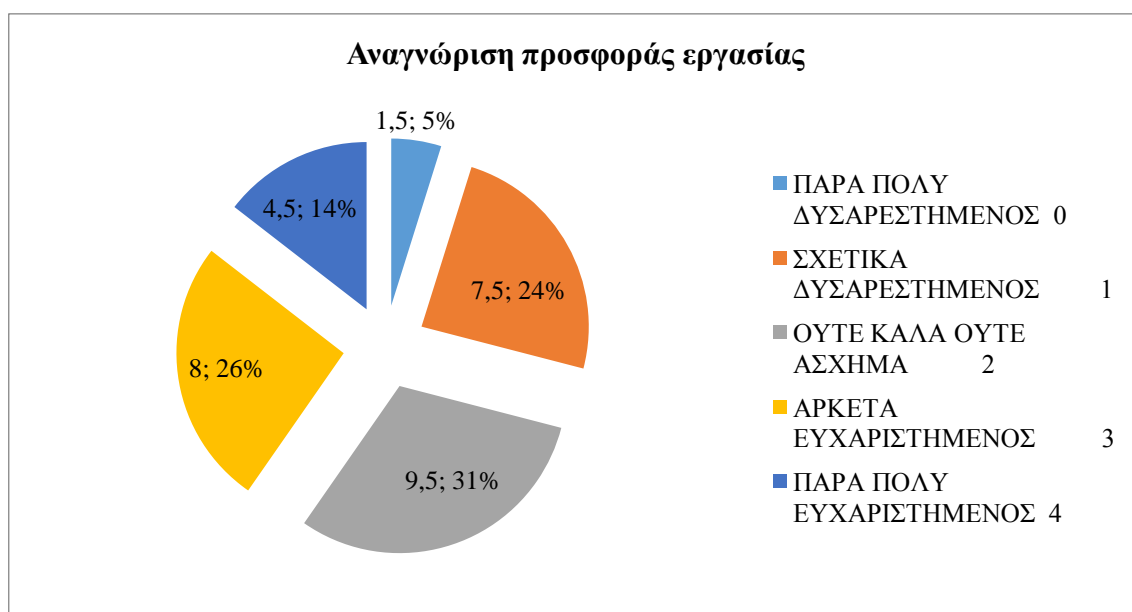


Εικόνα 15

17.Αναγνωρίζεται η προσφορά μου στην εργασία

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	2	1	6,67	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	11	4	36,66	13,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	9	10	30,00	33,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	4	12	13,33	40,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	3	13,33	10,00

Το ίδιο ισχύει και αναφορικά με την αναγνώριση της προσφοράς στην εργασία. Τα αίτια αυτής της δυσαρέσκειας θα μπορούσαν επίσης να αποτελέσουν αντικείμενο έρευνας αφού προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα των εργαζομένων.

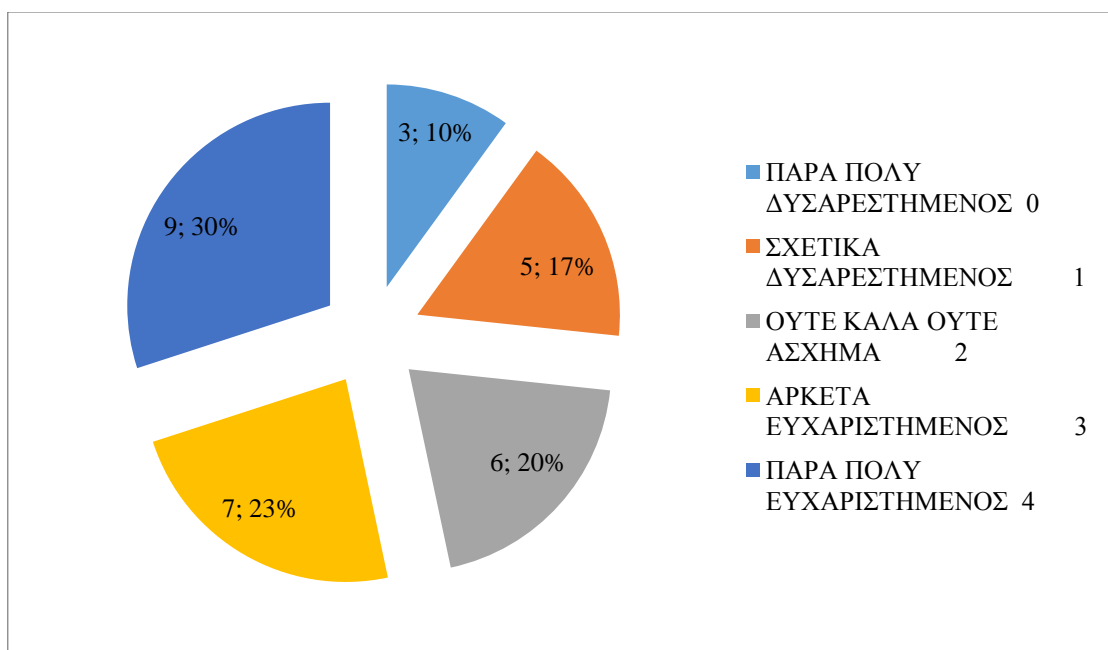


Εικόνα 16

18.Είναι σαφής ο ρόλος μου και οι ευθύνες μου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	3	10,00	10,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	8	2	26,67	6,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	9	3	30,00	10,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	2	12	6,67	40,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	8	10	26,67	33,33

Φαίνεται ότι το καθηκοντολόγιο καλύπτει πλήρως το ιατρικό προσωπικό σε αντίθεση με το νοσηλευτικό το οποίο εμφανίζεται δυσαρεστημένο . Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει εφαλτήριο για την επανασύνταξη του οργανογράμματος του νοσοκομείου αλλά και του εσωτερικού κανονισμού αρμοδιοτήτων .



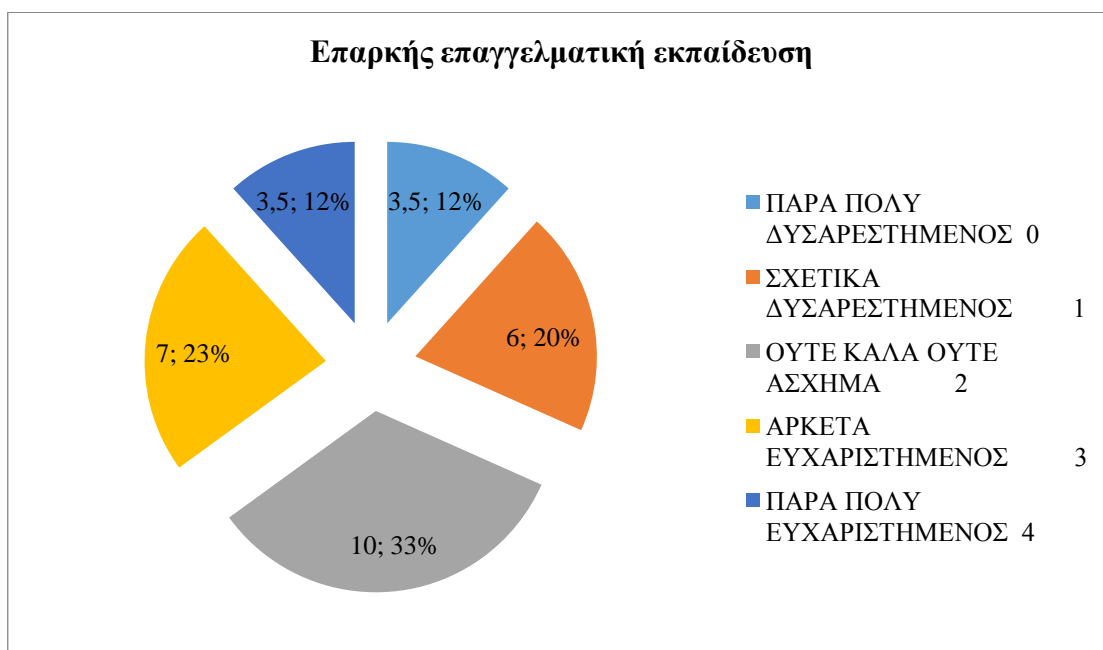
Εικόνα 17

19.Μου παρέχεται επαρκής εκπαίδευση για τη θέση εργασίας μου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	1	6	3,33	20,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	10	2	33,33	6,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	7	13	23,33	43,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	8	6	26,67	20,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	3	13,33	10,00

Προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης κυρίως για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι

αναγκαία σύμφωνα με την έρευνα.

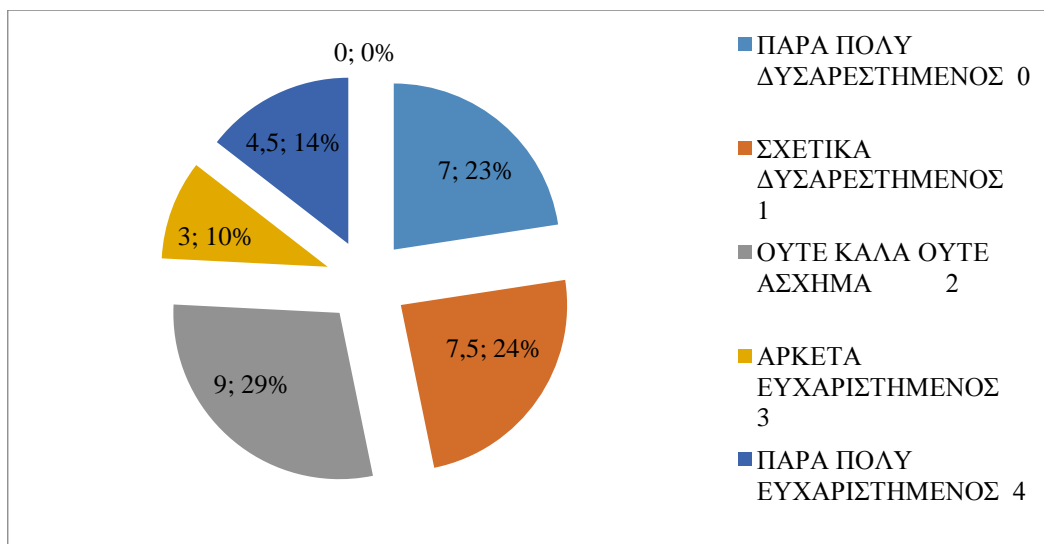


Εικόνα 18

20.Υπάρχουν ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	9	5	30,00	16,67
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	7	8	23,33	26,66
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	7	11	23,33	36,66
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	4	2	13,33	6,66
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	3	4	10,00	13,33

Κίνητρα απόδοσης σύμφωνα με την έρευνα είτε δεν υπάρχουν είτε κρίνονται ανεπαρκή. Είναι γεγονός ότι το νοσοκομείο ως δημόσιος φορέας δεν μπορεί να εφαρμόσει διαφορετική πολιτική κινήτρων από αυτή που ορίζεται από τον νόμο.



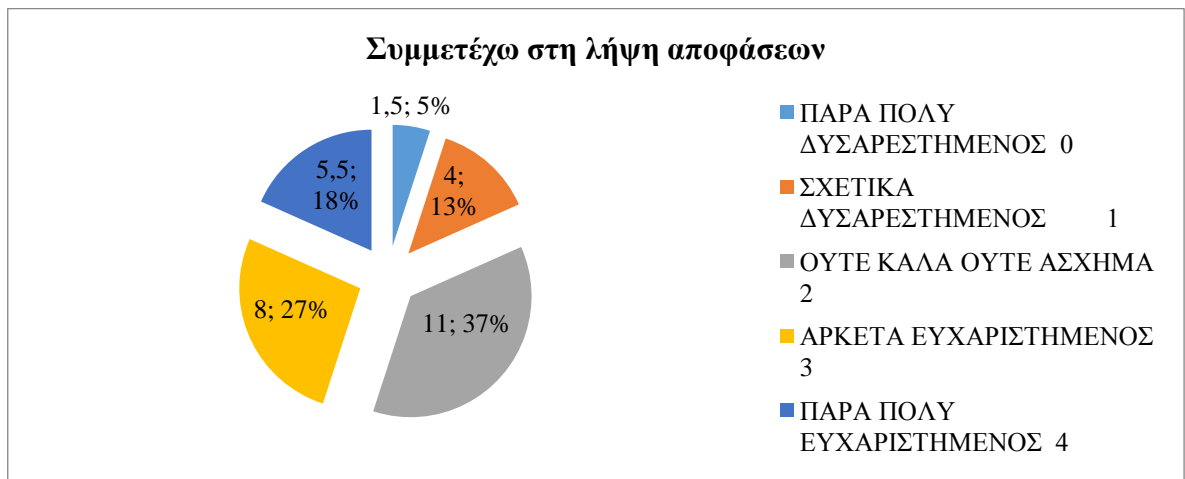
Εικόνα 19

21. Συμμετέχω στη λήψη αποφάσεων η άποψη μου μετράει

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	2	1	6,67	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	6	2	20,00	6,66
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	11	11	36,67	36,66
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	6	10	20,00	33,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	6	16,67	20,00

Είναι προφανές ότι οι εργαζόμενοι δε μετέχουν στην λήψη αποφάσεων και αυτό δυστυχώς δυσχεραίνει την καθημερινότητα τους .

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	0	2	0,00	6,66



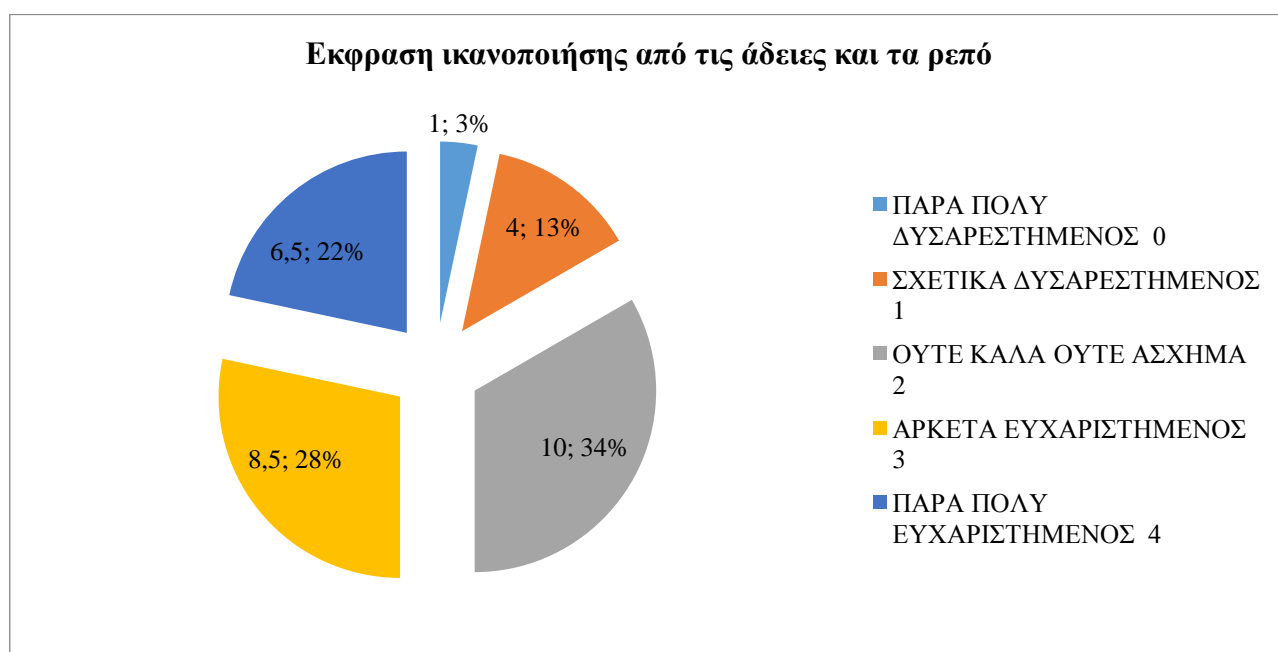
Εικόνα 20

22. Είμαι ικανοποιημένος από τις άδειες και τα ρεπό μου

ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ	1	4	4	13,33	13,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ	2	11	9	36,66	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	3	8	9	26,66	30,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	4	7	6	23,33	20,00

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
----------------------------------	-----------------------	-------------------	----------------	------------------

Η πλειοψηφία των εργαζομένων δείχνει ικανοποιημένη από τις άδειες και τα ρεπό που λαμβάνει αναγνωρίζοντας ίσως και τις δυσκολίες που υπάρχουν κατά την κατάρτιση ενός χρονοδιαγράμματος .

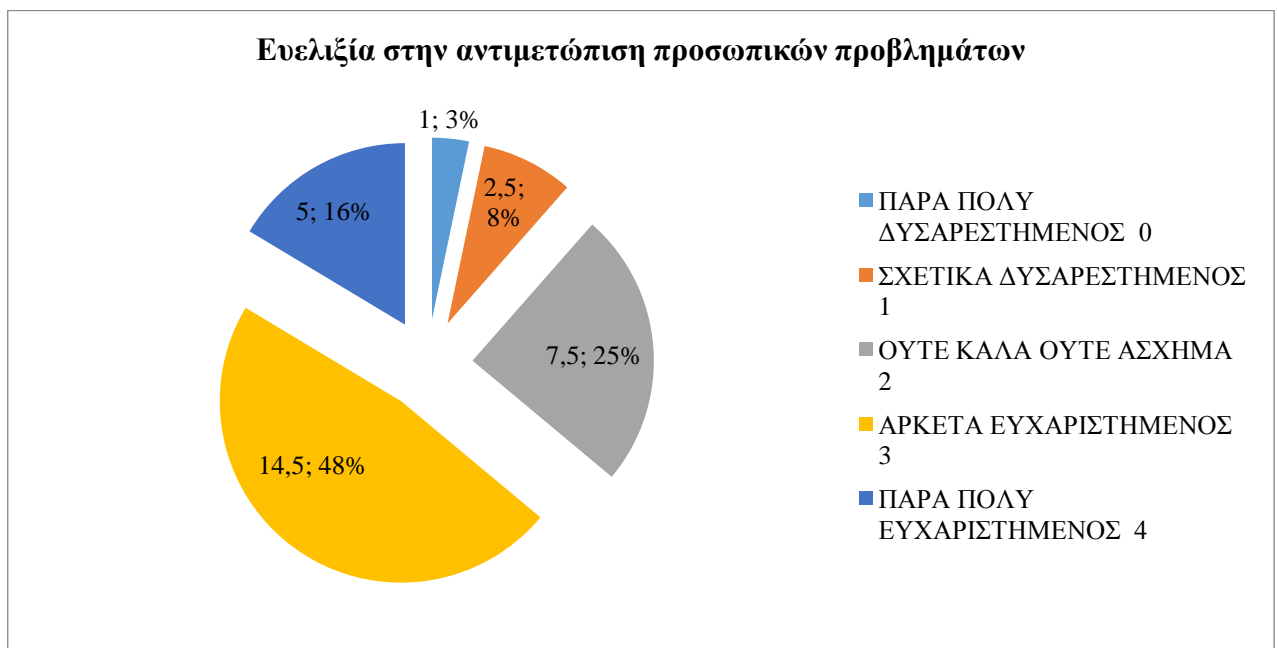


Εικόνα 21

23. Υπάρχει ευελιξία όταν προκύπτουν προσωπικά προβλήματα

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	2	0	6,66	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	0	16,67	0,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	9	6	30,00	20,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	9	19	30,00	63,33
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΕΠΤΕΡΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	5	16,67	16,67

Πολύ σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι δηλώνουν ικανοποιημένοι από την ευελιξία που υπάρχει όταν προκύπτουν προσωπικά προβλήματα γεγονός που τους ενδυναμώνει και τους απαλλάσσει από περαιτέρω φόρτο .



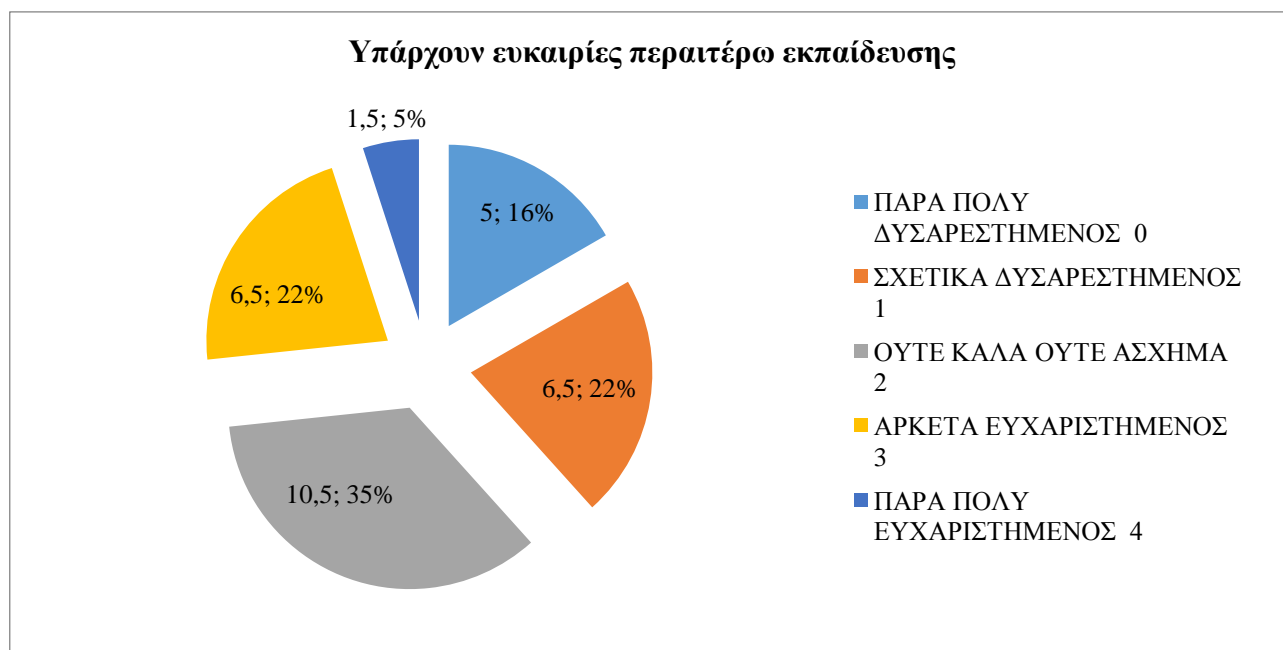
Εικόνα 22

24.Υπάρχουν ευκαιρίες περαιτέρω εκπαίδευσης

	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΗΛ.	ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	8	2	26,66	6,66
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	7	6	23,33	20,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	13	26,66	43,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	7	6	23,33	20,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	0	3	0,00	10,00

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
----------------------------------	-----------------------	-------------------	----------------	------------------

Η αναγκαιότητα για περαιτέρω εκπαίδευση κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται εμφανής και είναι ένα πεδίο που προσφέρεται για επιπλέον έρευνα και βελτίωση.

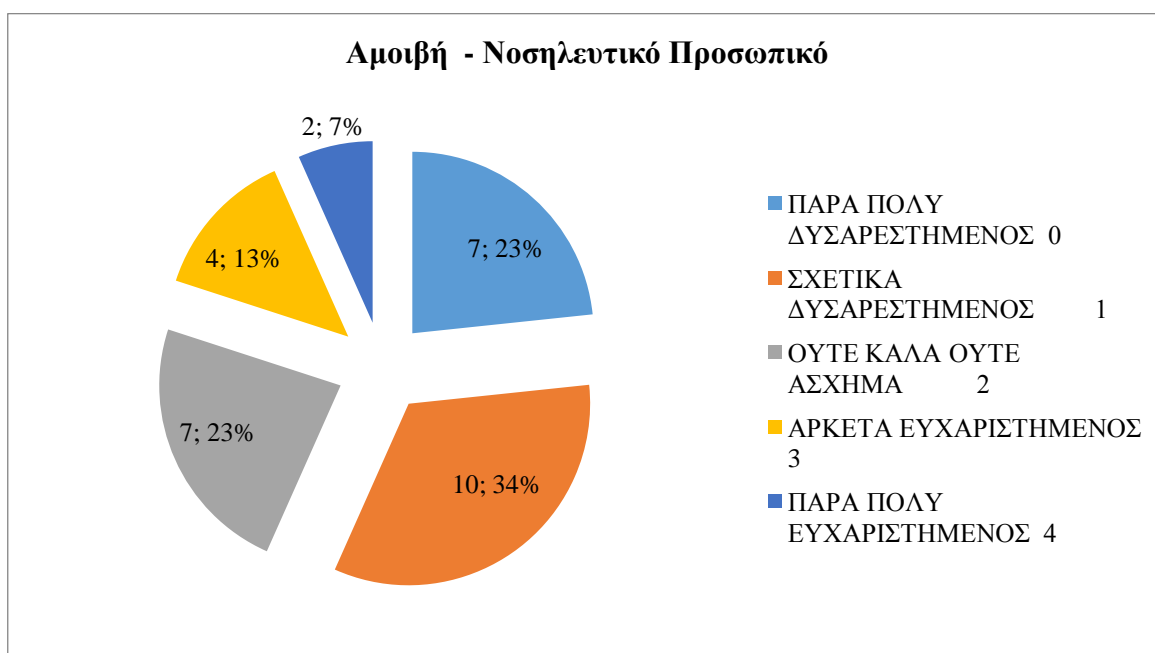


Εικόνα 23

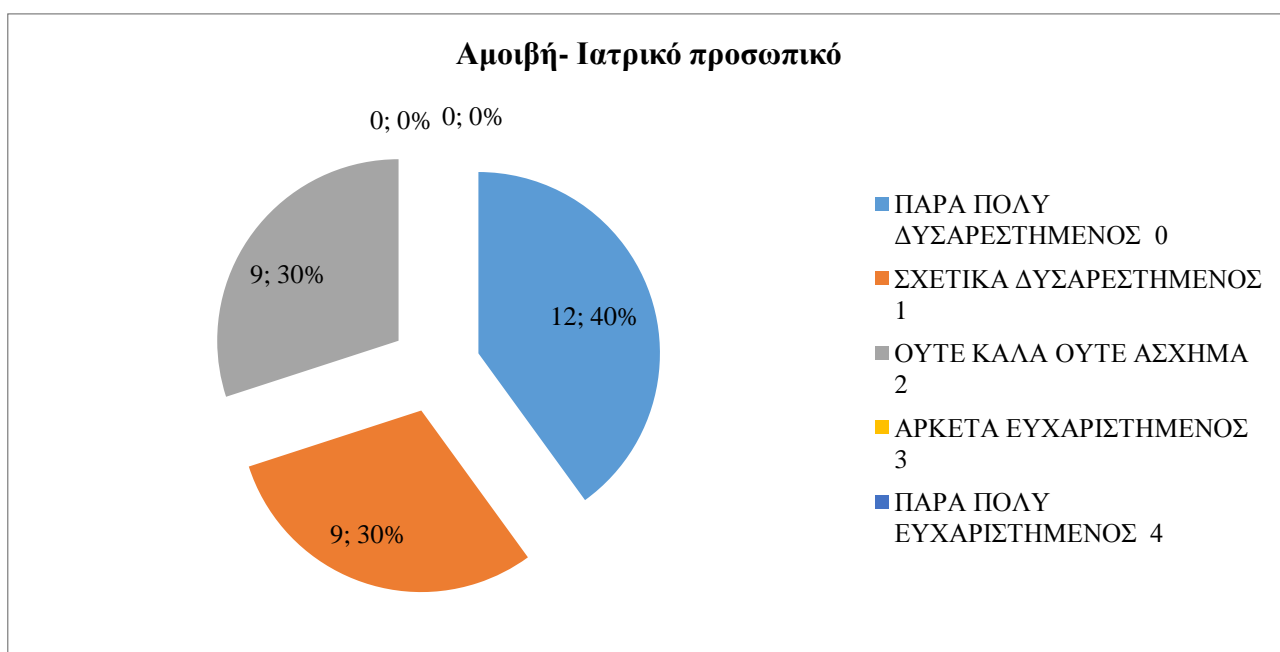
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	7	12	23,33	40,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	10	9	33,33	30,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	7	9	23,33	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	4	0	13,33	0,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	2	0	6,67	0,00

25. Πληρώνομαι ικανοποιητικά για τη δουλειά που προσφέρω

Η συρρίκνωση των αποδοχών των εργαζομένων έχει προκαλέσει την δικαιολογημένη δυσαρέσκεια τους που αποτυπώνεται και σε αυτή την έρευνα . Χαρακτηριστικό όμως είναι ότι οι ιατροί δηλώνουν πιο δυσαρεστημένοι σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό .



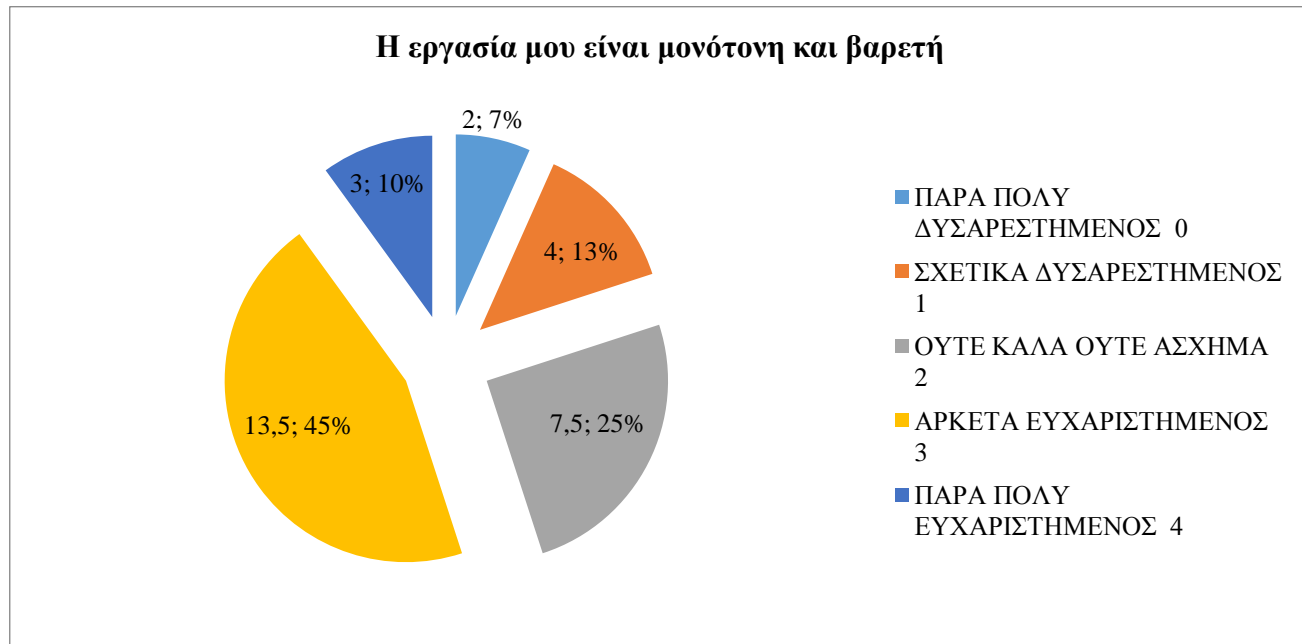
Εικόνα 24



Εικόνα 25α

26. Η εργασία μου είναι μονότονη και βαρετή

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	1	10,00	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	4	4	13,33	13,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	10	5	33,33	16,66
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	11	16	36,66	53,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	2	4	6,66	13,33

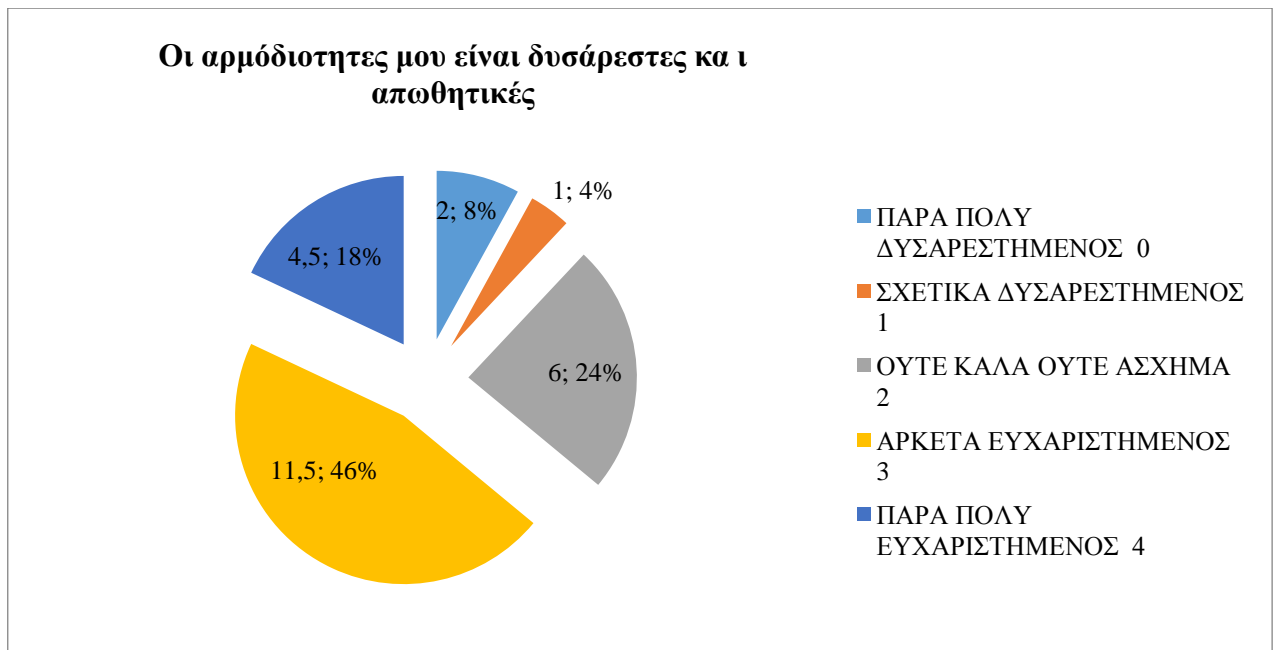


Εικόνα 26

27.Οι αρμοδιότητες μου είναι δυσάρεστες και απωθητικές

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ ΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚ Ο	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙ ΚΟ	ΠΟΣΟΣ ΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣ ΤΑ ΙΑΤΡΙΚ ΟΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	4	1	13,33	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	1	1	3,33	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	12	9	40,00	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	10	13	33,33	43,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	3	6	10,00	20,00

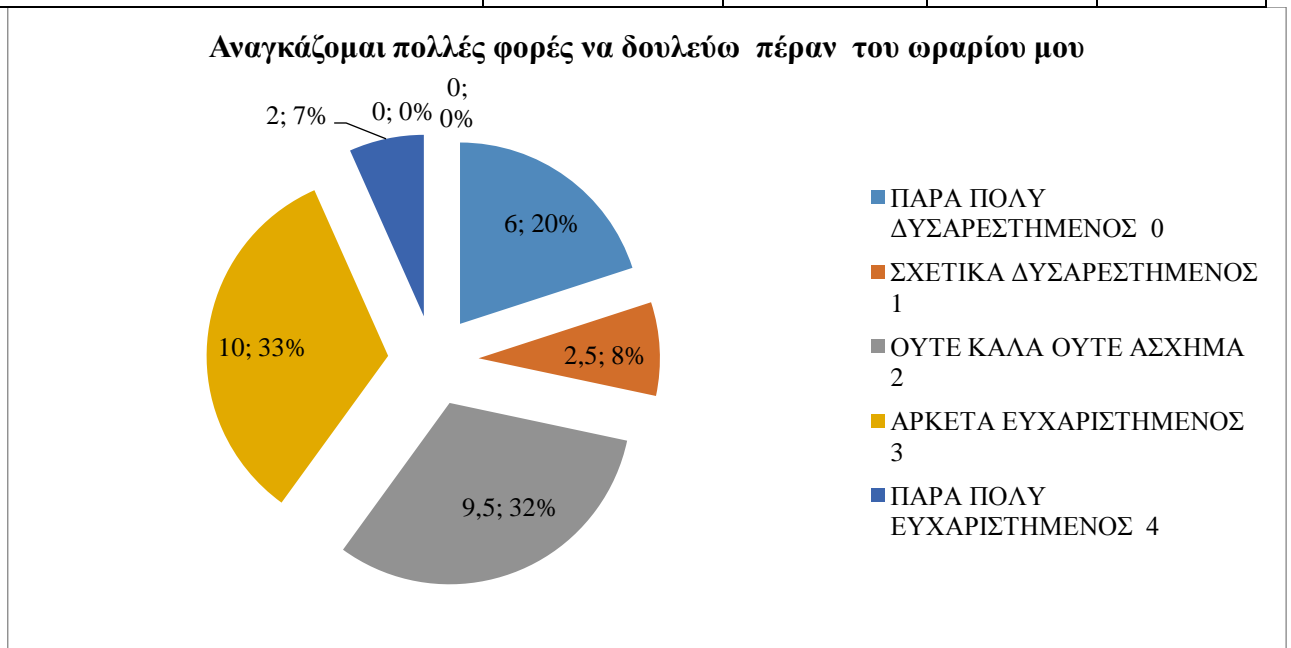
Έχοντας πλήρη συναίσθηση του επαγγελματικού καθήκοντος τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να αποδέχεται πλήρως την εργασία του .



Εικόνα 27

28. Αναγκάζομαι πολλές φορές να δουλεύω πέραν του ωραρίου μου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	5	7	16,67	23,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	2	3	6,66	10,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	7	12	23,33	40,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	12	8	40,00	26,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	0	13,33	0,00

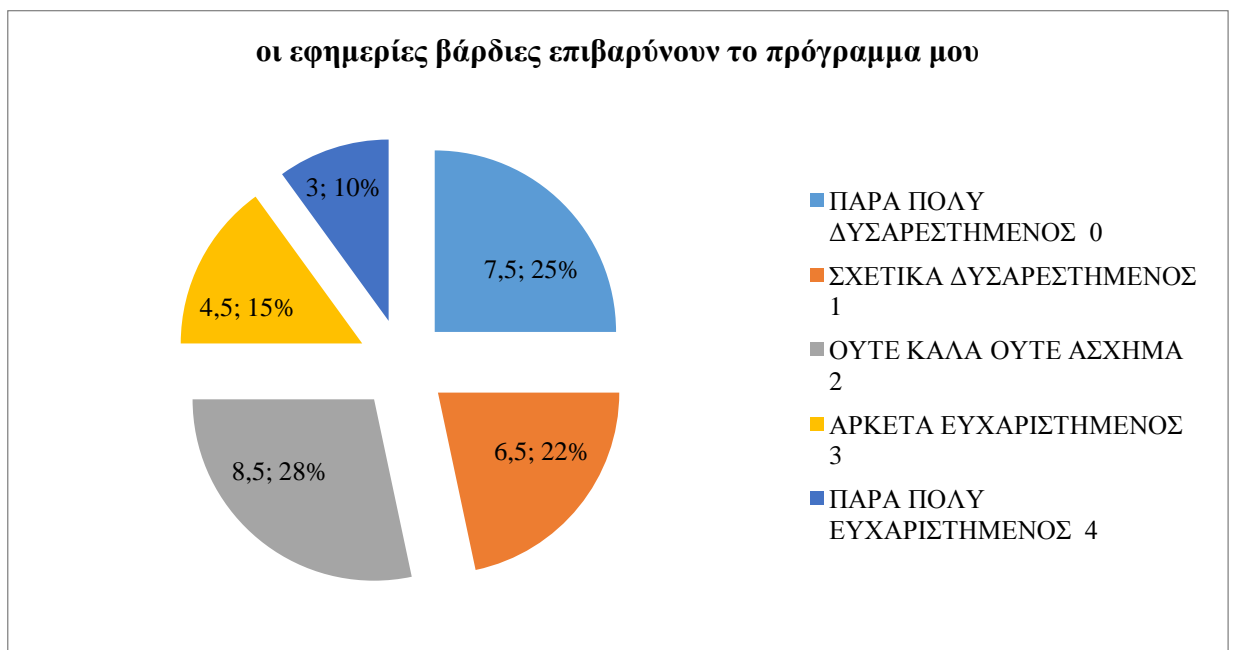


Εικόνα 28

29. Οι εφημερίες/ βάρδιες επιβαρύνουν πολύ το πρόγραμμά μου

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	5	10	16,66	33,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	8	16,66	26,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	9	26,67	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	8	1	26,67	3,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	2	10,00	6,67
ΔΕΥΣΤΟΡΗΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ

Το πρόγραμμα εφημεριών κυρίως για το ιατρικό προσωπικό κρίνεται αναγκαίο να επανεξεταστεί αφού η πλειοψηφία τους θεωρεί ότι επιβαρύνει την εργασία τους κάτι που δεν φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το νοσηλευτικό προσωπικό.

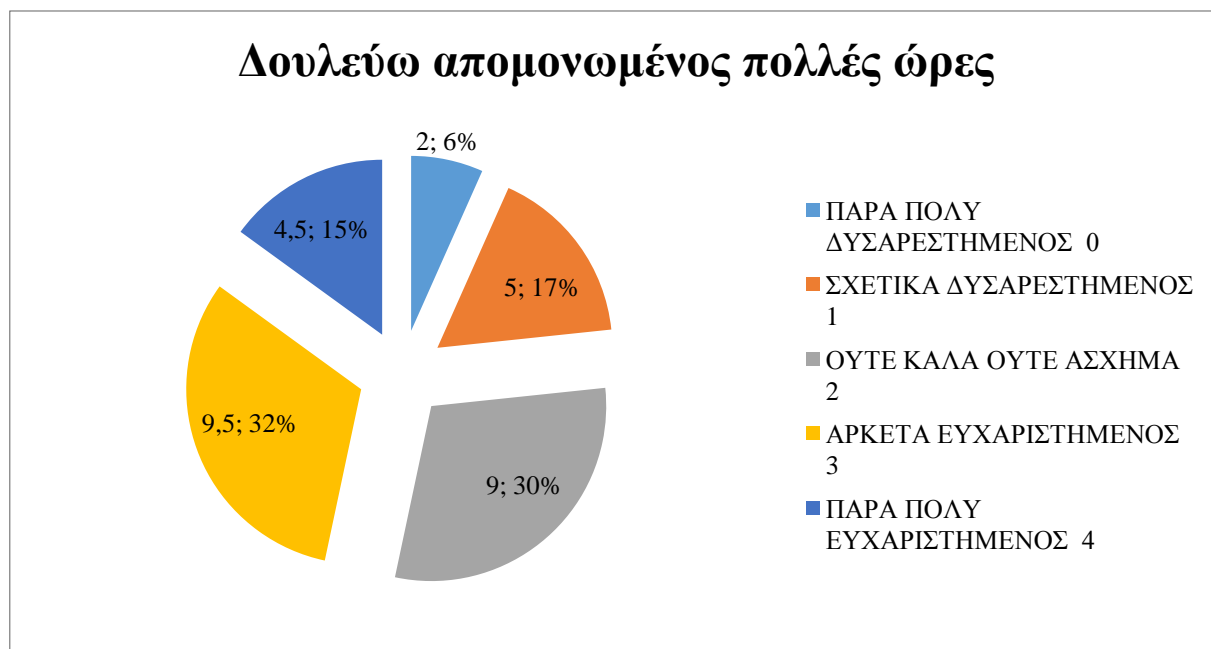


Εικόνα 29

30. Δουλεύω απομονωμένος πολλές ώρες

		ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΗΛ.	ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ	0	4	0	13,33	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ	1	5	5	16,67	16,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ	2	6	12	20,00	40,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	3	9	10	30,00	33,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	4	6	3	20,00	10,00

Η απομόνωση στο χώρο εργασίας είναι ένα φαινόμενο επικίνδυνο που οφείλεται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού και δευτερευόντως στο χρονοπρογραμματισμό των νοσοκομειακών μονάδων και αν και δε φαίνεται από τη έρευνα η έκταση του φαινομένου και μόνο το γεγονός ότι διαπιστώνεται από ένα μικρό δείγμα των ερωτηθέντων θα πρέπει να προβληματίσει τους αρμόδιους φορείς.



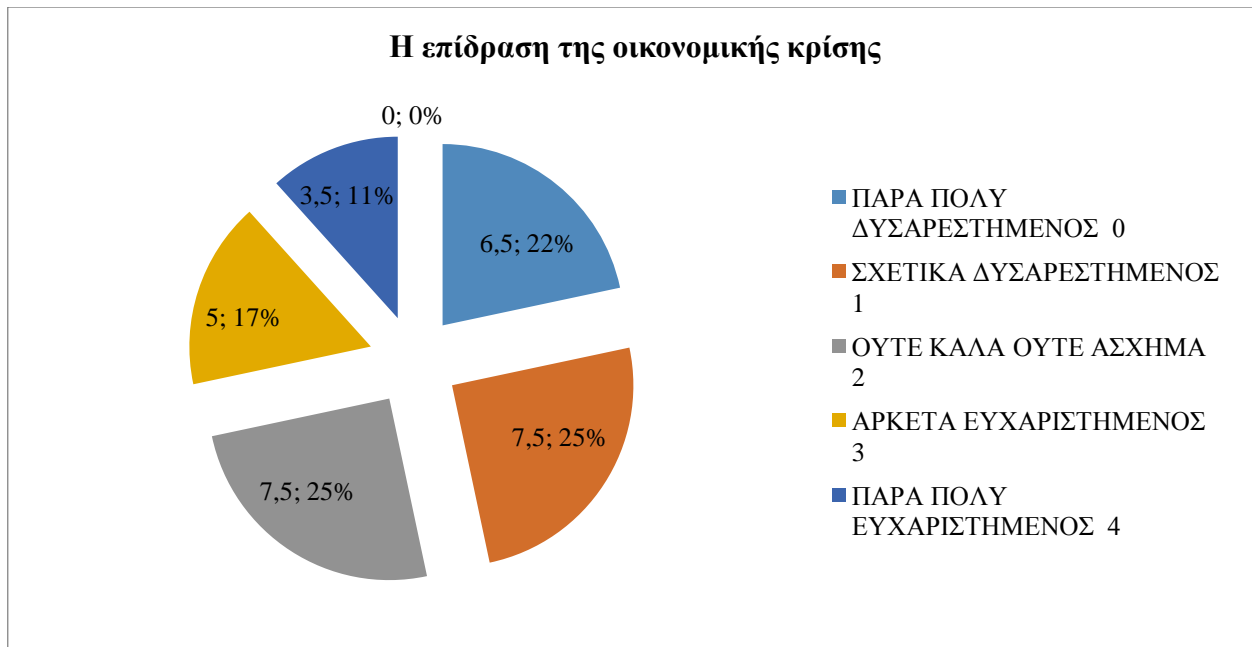
Εικόνα 30

31. Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη δουλειά μου γενικά

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης όχι μόνο ως μισθολογική μείωση των εργαζομένων αλλά και γενικότερα όπως αυτές αποτυπώνονται στην

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	5	8	16,66	26,67
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	10	16,66	33,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	7	8	23,33	26,66
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	8	2	26,66	6,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	2	16,67	6,67

καθημερινότητα μας φαίνεται ότι έχουν επηρεάσει περισσότερο το ιατρικό προσωπικό από ότι το νοσηλευτικό που δηλώνει σχετικά ανεπηρέαστο.



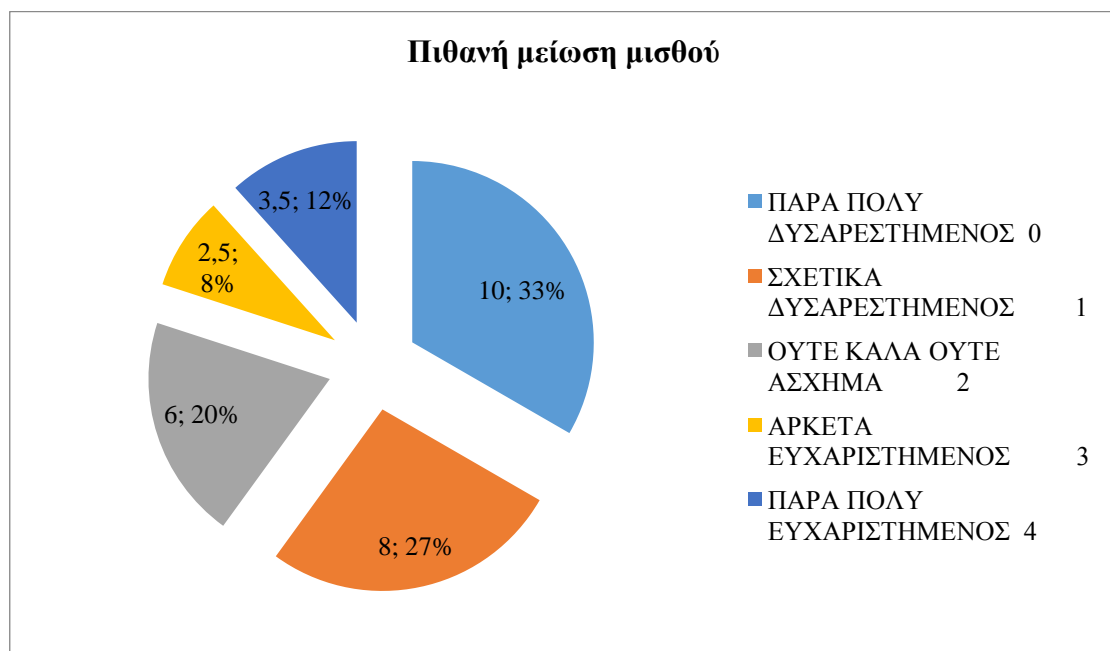
Εικόνα 31

32.Ανησυχώ ότι ο μισθός μου θα μειωθεί λόγω οικονομικής κρίσης

Αν και οι μισθοί έχουν συμπιεστεί υπερβολικά παρόλα αυτά δεν παύει να υπάρχει έκδηλη η ανησυχία για περαιτέρω συρρίκνωση τους στα επίπεδα της

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	8	12	26,67	40,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	7	9	23,33	30,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	5	7	16,67	23,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	5	0	16,67	0,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	2	16,67	6,67

ιδιωτικής οικονομίας ή και ακόμα περισσότερο .



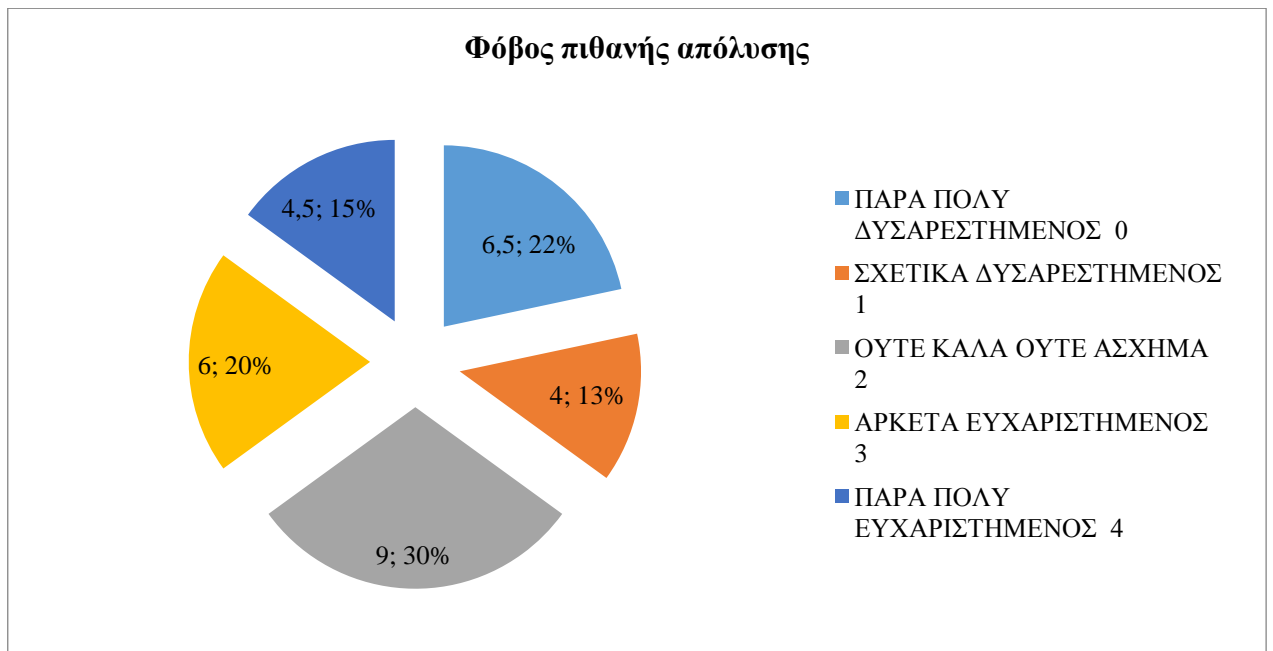
Εικόνα 32

33.Φοβάμαι ότι ανά πάσα στιγμή θα με απολύσουν

Ο φόβος της απόλυσης φαίνεται να αγγίζει περισσότερο το νοσηλευτικό

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	9	4	30,00	13,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	6	2	20,00	6,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	10	26,66	33,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	3	9	10,00	30,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	5	13,33	16,67

προσωπικό παρά το ιατρικό .

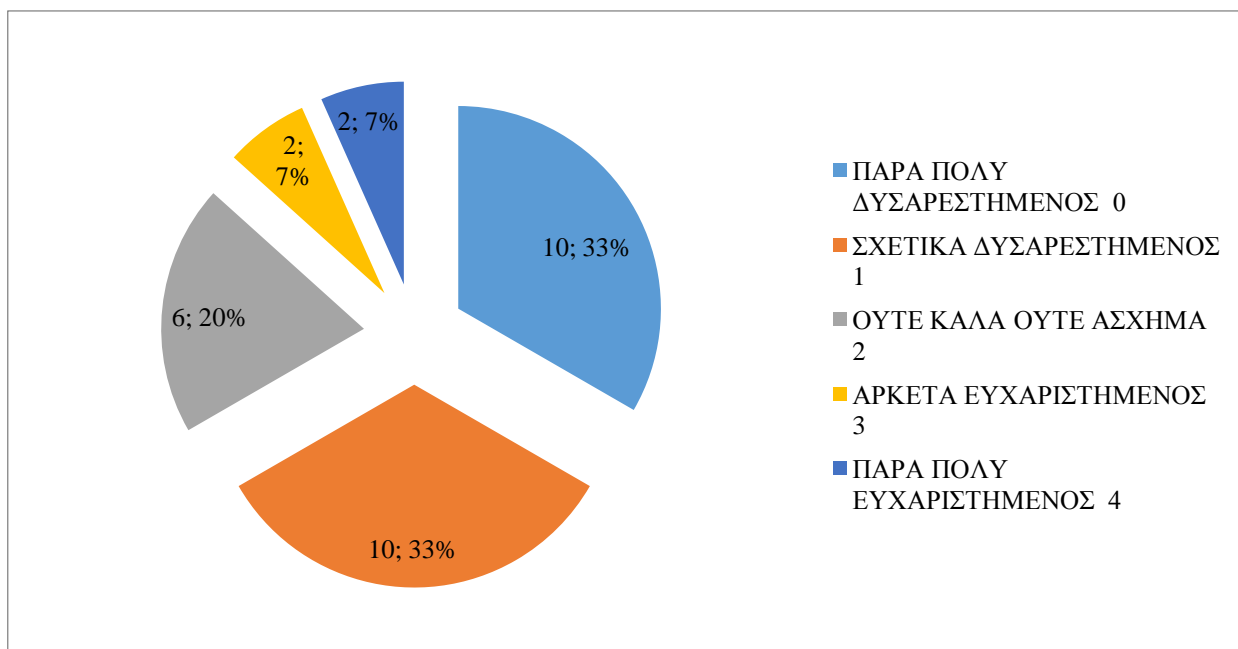


Εικόνα 33

34. Η έλλειψη προσωπικού επηρεάζει αρνητικά τη δουλειά μου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	7	10	23,33	33,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	10	10	33,33	33,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	4	6	13,33	20,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	2	2	6,66	6,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	7	2	23,33	6,67

Αντίθετα η έλλειψη προσωπικού επηρεάζει την καθημερινότητα τόσο του νοσηλευτικού αλλά κυρίως του ιατρικού προσωπικού.

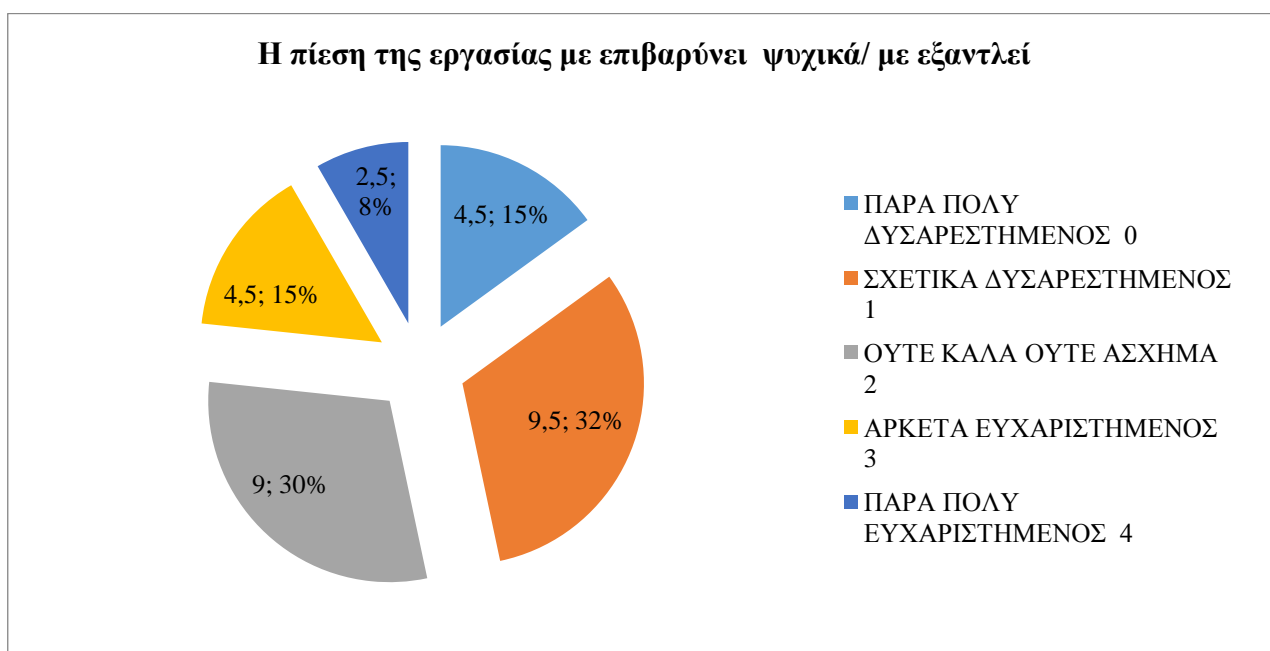


Εικόνα 34

35. Η πίεση της εργασίας με επιβαρύνει ψυχικά/ με εξαντλεί

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	2	7	6,66	23,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	9	10	30,00	33,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	10	26,67	33,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	7	2	23,33	6,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	1	13,33	3,33

Η πίεση της εργασίας φαίνεται να επιβαρύνει τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό και είναι κάτι που χρήζει περαιτέρω διερεύνηση.

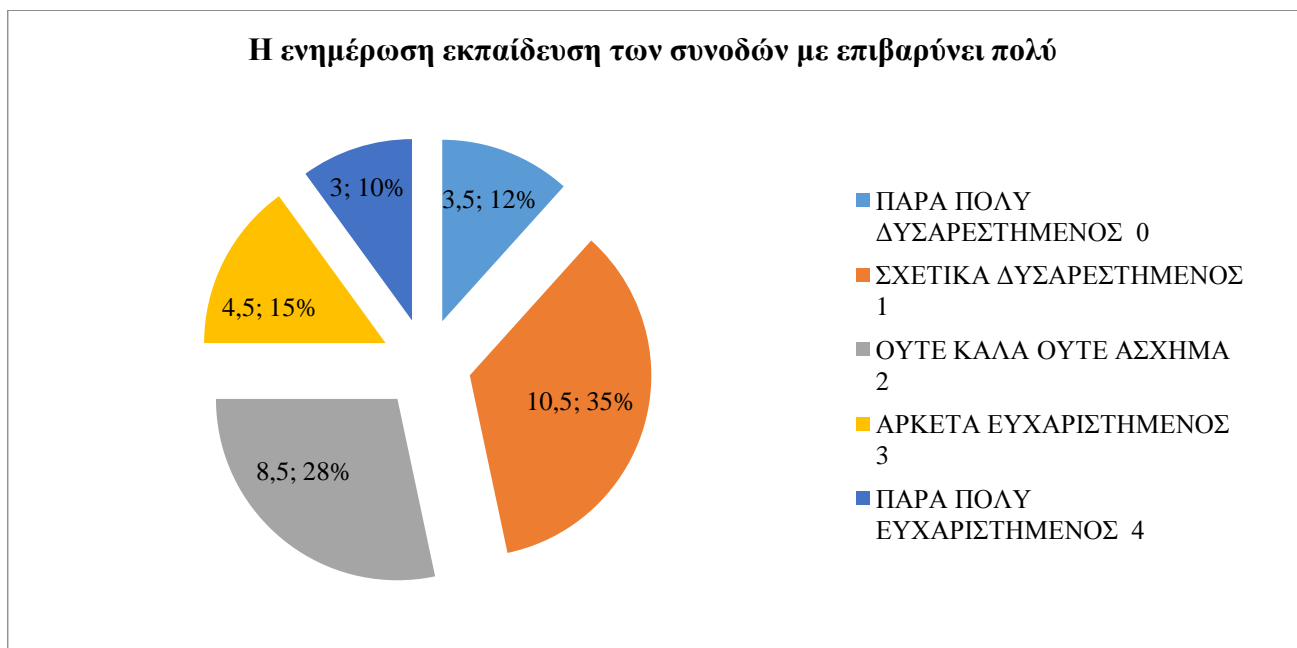


Εικόνα 35

36. Η ενημέρωση / εκπαίδευση των συνοδών με επιβαρύνει πολύ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	4	10,00	13,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	13	8	43,33	26,66
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	6	11	20,00	36,66
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	4	5	13,33	16,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	2	13,33	6,67

Η ενημέρωση εκπαίδευση των συνοδών επιβαρύνει κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό και από την έρευνα αναδεικνύεται η ανάγκη αναζήτησης άλλων τρόπων ενημέρωσης και εκπαίδευσης των συνοδών.

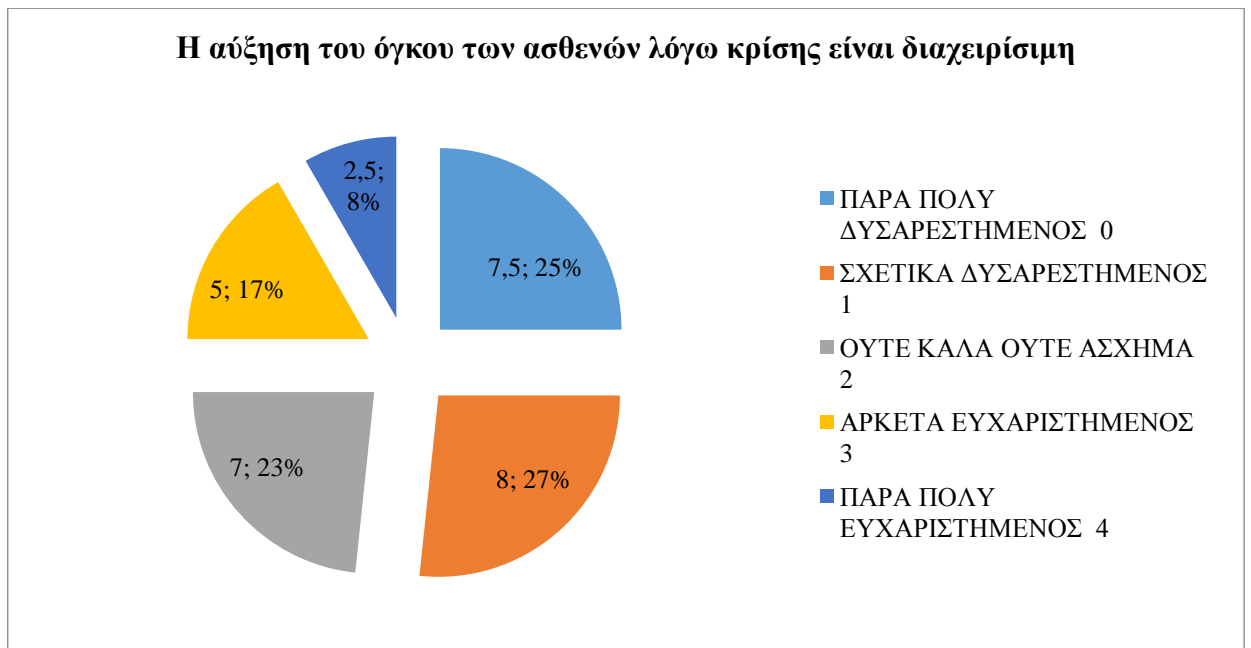


Εικόνα 36

37. Η αύξηση του όγκου των ασθενών λόγω κρίσης είναι διαχειρίσιμη

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	8	7	26,66	23,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	6	10	20,00	33,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	6	26,67	20,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	7	3	23,33	10,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	1	4	3,33	13,33

Κυρίως το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα με τον ολοένα και αυξανόμενο όγκο των ασθενών γεγονός που επιφέρει καθοριστικής σημασίας συνέπειες στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

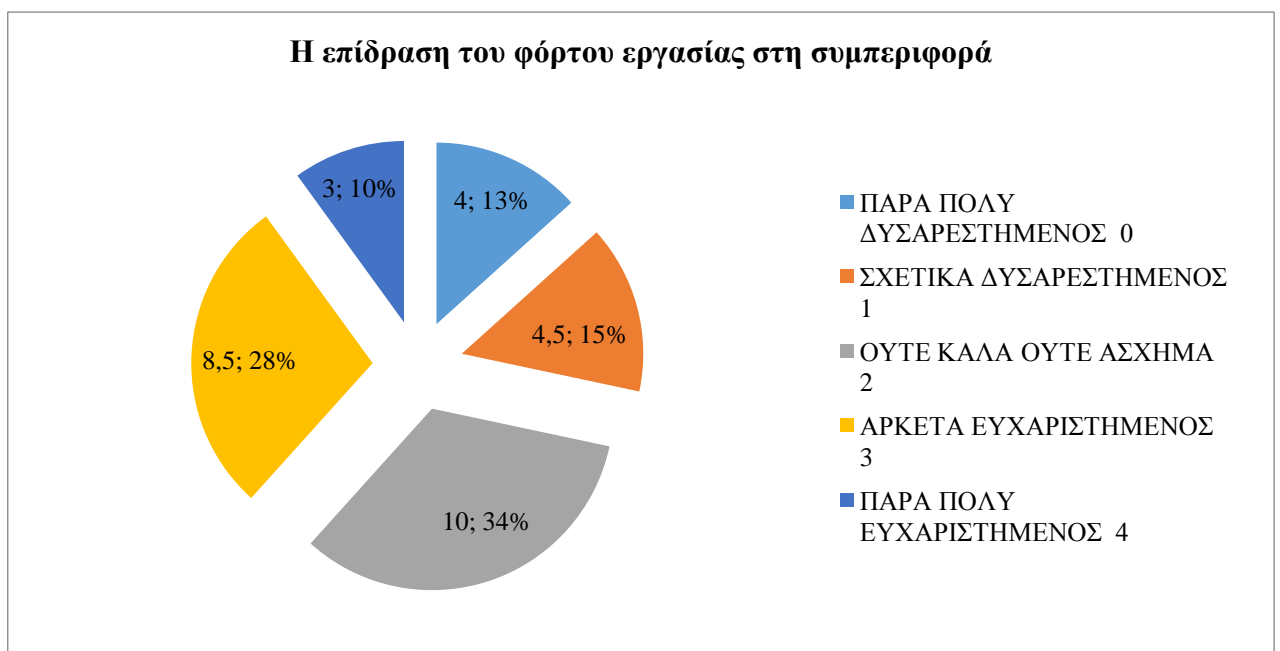


Εικόνα 37

38 Ο φόρτος εργασίας επηρεάζει τη συμπεριφορά μου στους ασθενείς

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	5	10,00	16,67
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	4	16,67	13,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	11	9	36,67	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	6	11	20,00	36,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	1	16,67	3,33

Οι περισσότεροι παραδέχονται ότι ο φόρτος εργασίας επηρεάζει τη συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς ενώ λίγοι καταφέρνουν να ανταποκριθούν με επιτυχία στο ρόλο τους.

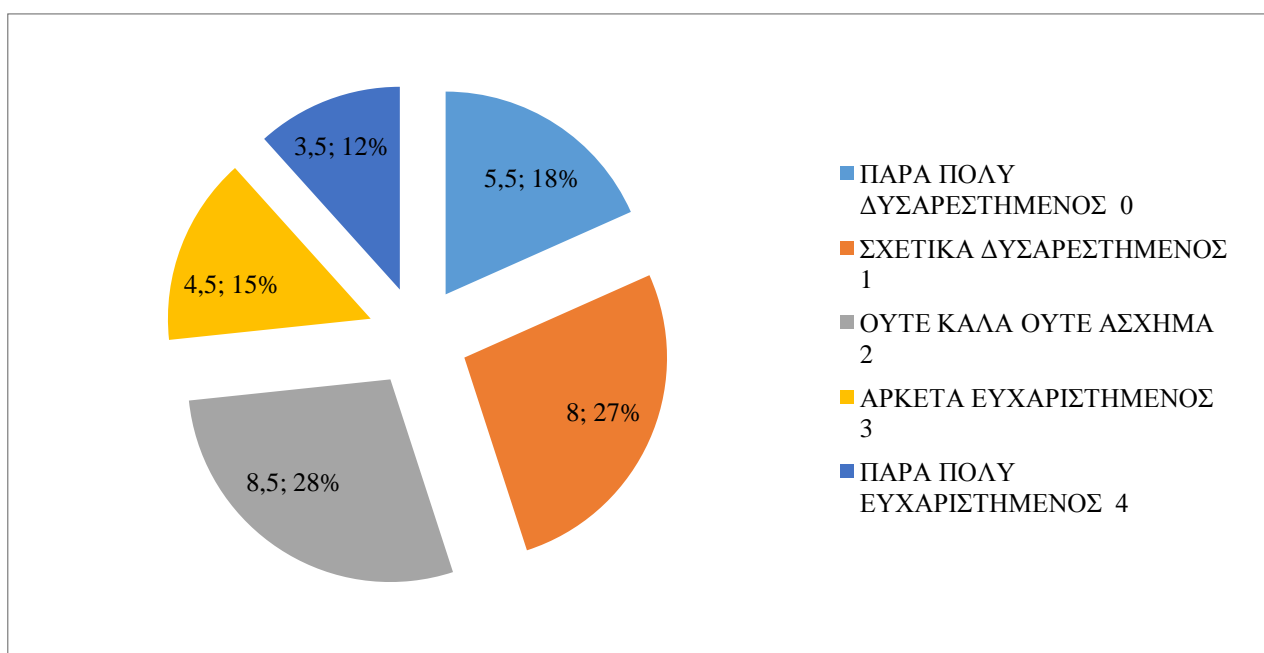


Εικόνα 38

39. Η επιθετικότητα των ασθενών μου προκαλεί έντονο στρες

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	5	6	16,66	20,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	6	10	20,00	33,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	7	10	23,33	33,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	7	2	23,33	6,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	2	16,67	6,67

Η επιθετικότητα των ασθενών επιβαρύνει κυρίως το ιατρικό προσωπικό ίσως γιατί επιδέχονται και τις συνέπειες των ενεργειών τους ή τυχόν παραλείψεων τους.

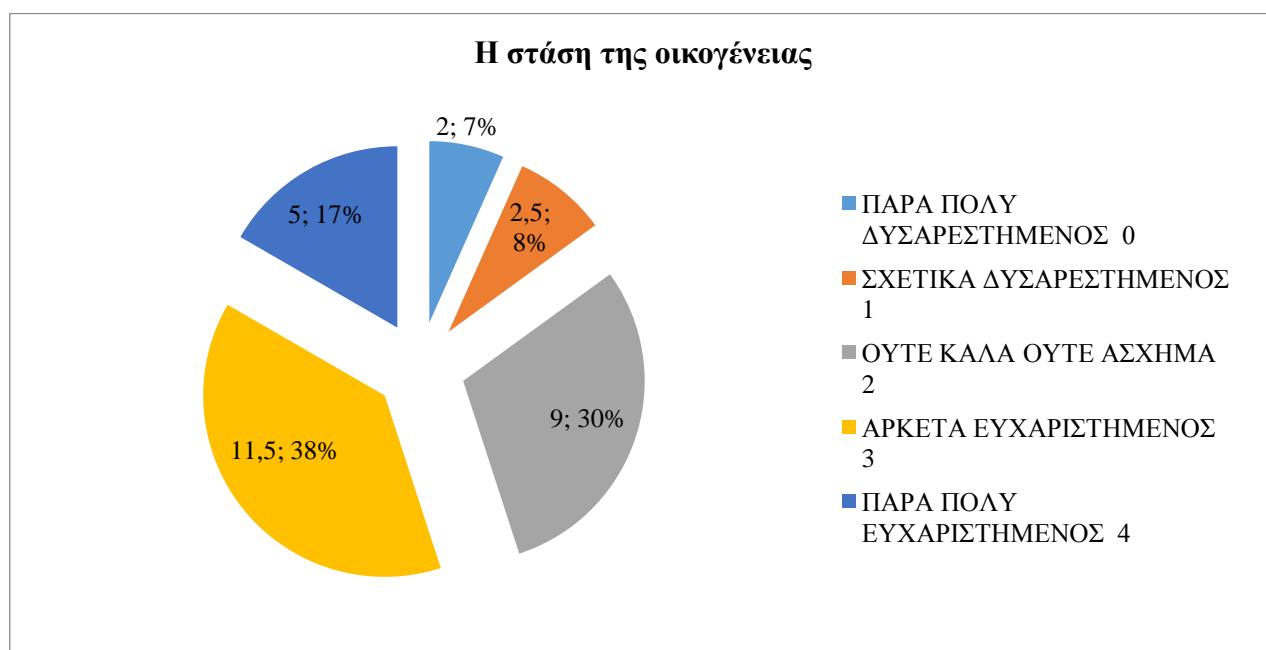


Εικόνα 39

40. Η οικογένεια μου καταλαβαίνει τις δυσκολίες της δουλειάς μου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	1	10,00	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	4	1	13,33	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	12	6	40,00	20,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	7	16	23,33	53,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	6	13,33	20,00

Το ιατρικό προσωπικό βρίσκει απόλυτη κατανόηση στο οικογενειακό του περιβάλλον ίσως γιατί αυτό είναι πιο συνειδητοποιημένο αναφορικά με το λειτούργημα του ιατρού.

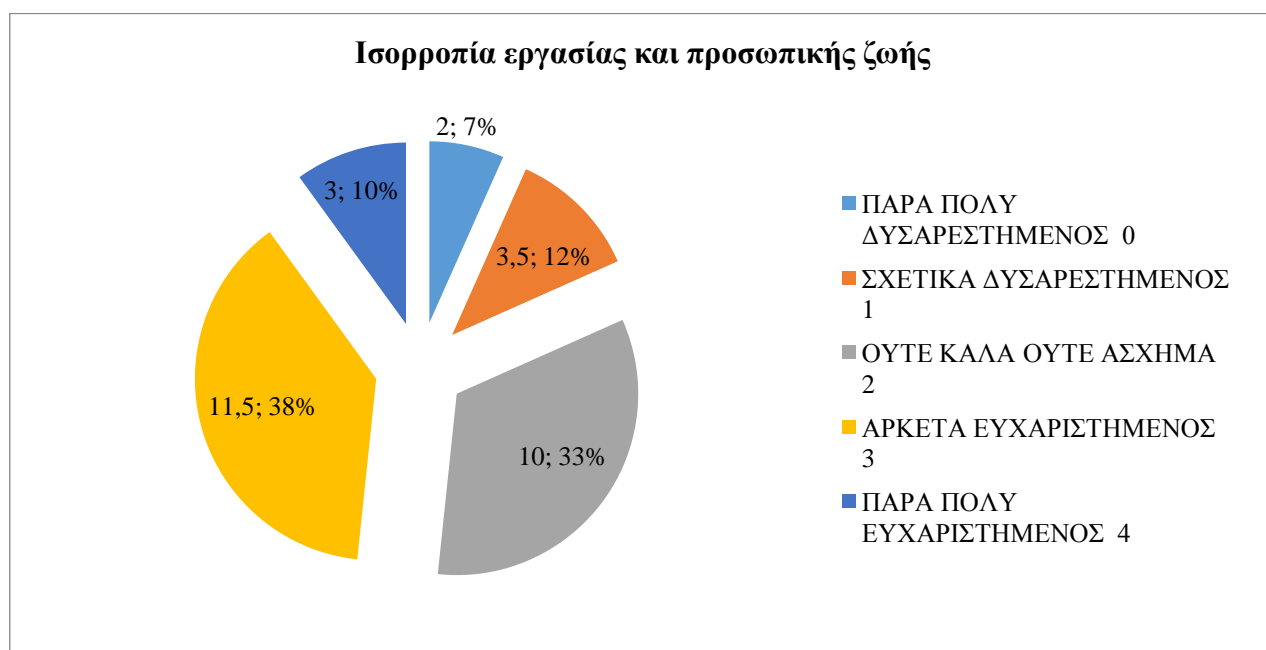


Εικόνα 40

41. Διατηρώ ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	1	10,00	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	2	16,67	6,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	11	9	36,67	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	9	14	30,00	46,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	2	4	16,67	13,33

Το γεγονός αυτό συμβάλλει ουσιαστικά και στην εξισορρόπηση μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής που επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό από το ιατρικό προσωπικό.



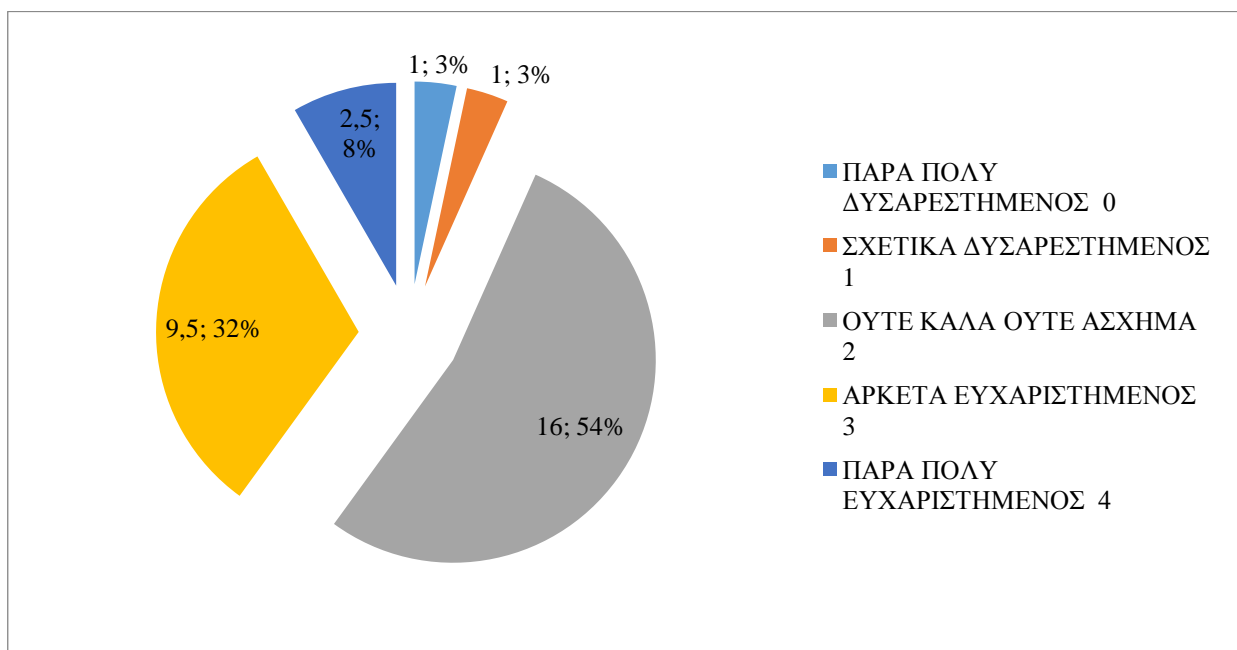
Εικόνα 41

42. Οι περισσότεροι συνάδελφοι μπορούν να ανταποκριθούν στην εργασία

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	2	0	6,66	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	1	1	3,33	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	14	18	46,67	60,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	10	9	33,33	30,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	3	2	10,00	6,67

Ευχάριστη διαπίστωση στην έρευνα είναι το καλό συναδελφικό κλίμα που διαπιστώνεται τόσο ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό όσο και ανάμεσα στο ιατρικό προσωπικό.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
----------------------------------	-----------------------	-------------------	----------------	-----------------

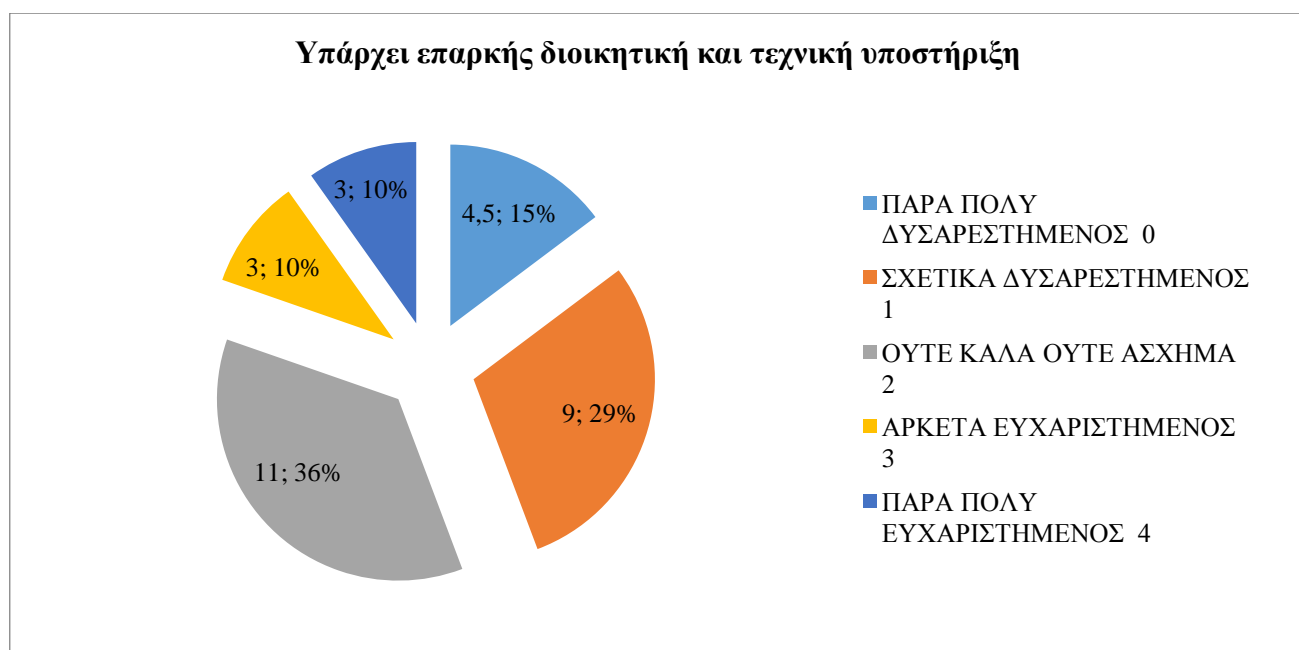


Εικόνα 42

43. Υπάρχει επαρκής διοικητική και τεχνική υποστήριξη

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	4	5	13,33	16,67
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	8	9	26,67	30,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	13	9	43,33	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	3	3	10,00	10,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	2	4	6,67	13,33
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ
	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΗΛ.	ΙΑΤΡΙΚΟ

Αντίθετα τόσο σε επίπεδο διοικητικής όσο και τεχνικής υποστήριξης καταγράφονται ελλείψεις τόσο από το νοσηλευτικό όσο και από το ιατρικό προσωπικό.



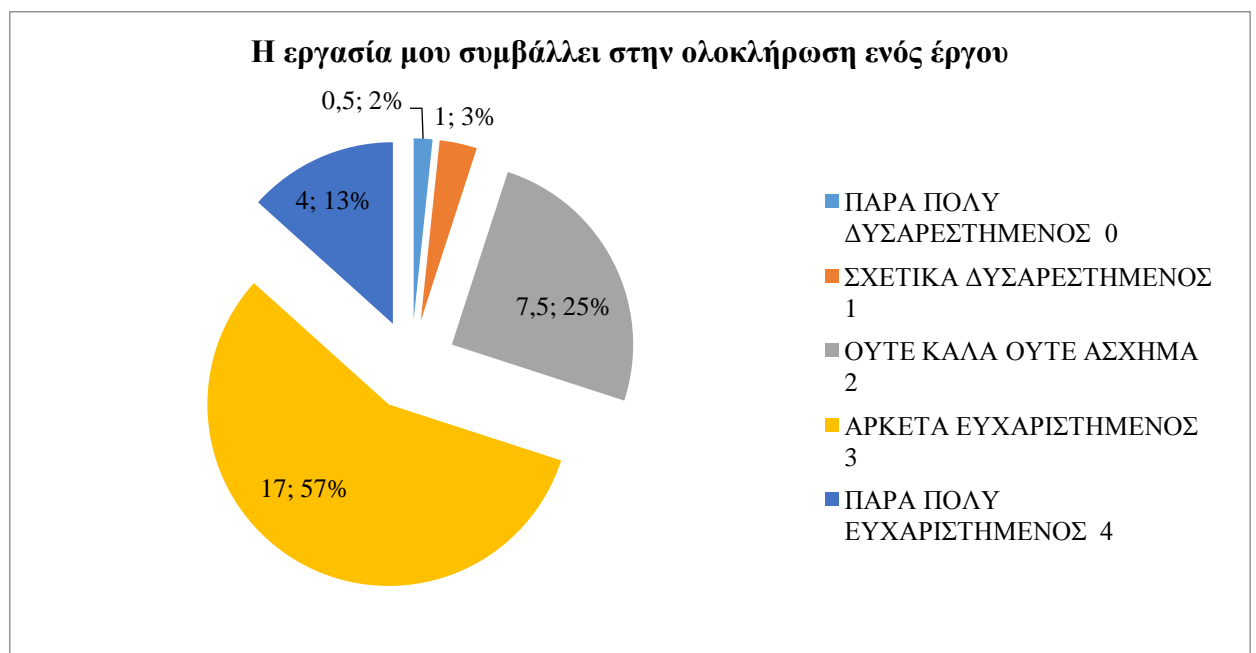
Εικόνα 43

44. Η εργασία μου συμβάλλει στην ολοκλήρωση ενός έργου

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	0	1	0,00	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	1	1	3,33	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	6	9	20,00	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	17	17	56,67	56,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	6	2	20,00	6,67

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
----------------------------------	-----------------------	-------------------	----------------	-----------------

Η αποτελεσματικότητα στην εργασία βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα γεγονός καθοριστικής σημασίας για την συναισθηματική ολοκλήρωση των εργαζομένων.

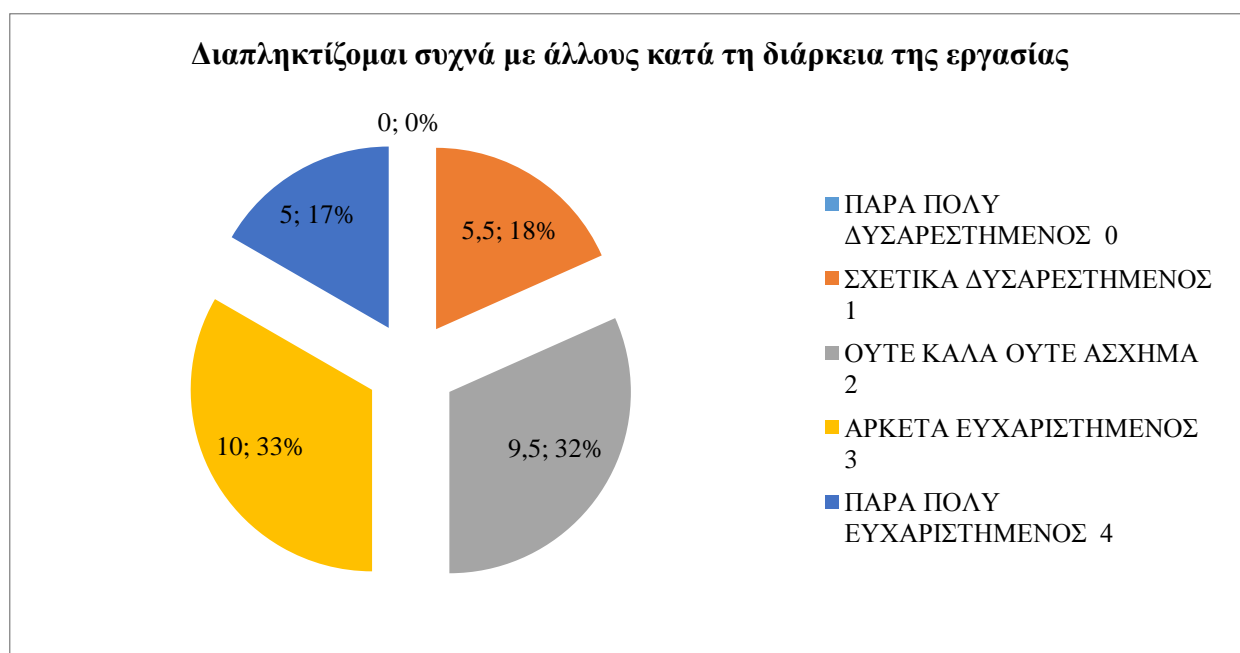


Εικόνα 44

45. Διαπληκτίζομαι συχνά με άλλους κατά τη διάρκεια της εργασίας

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ	0	0	0	0,00	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ	1	8	3	26,67	10,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ	2	7	12	23,33	40,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	3	11	9	36,67	30,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	4	0	0	0,00	0,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	4	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ

Δυστυχώς δεν λείπουν οι διαπληκτισμοί στο χώρο της εργασίας και αυτό καταγράφεται και από τους δύο κλάδους.

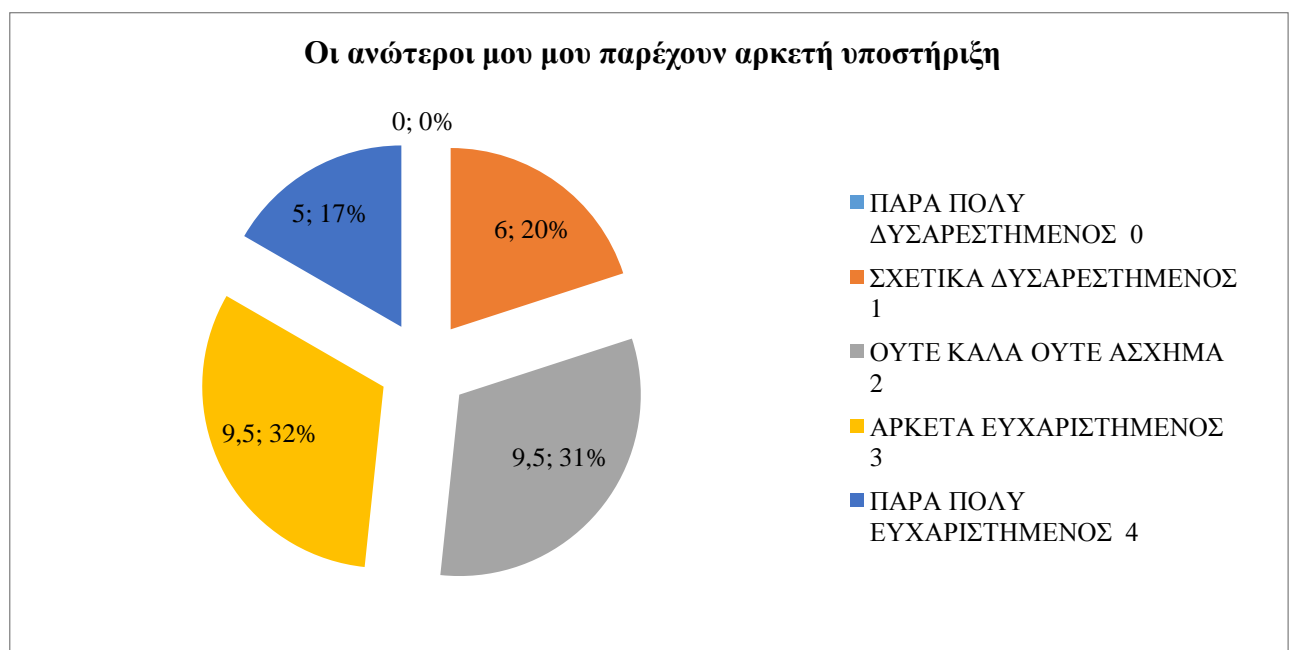


Εικόνα 45

46. Οι ανώτεροι μου μου παρέχουν αρκετή υποστήριξη

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	0	0	0,00	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	6	6	20,00	20,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	12	7	40,00	23,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	6	13	20,00	43,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	6	4	20,00	13,33

Το ιατρικό προσωπικό δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από τη στήριξη των ανωτέρων του σε σχέση με το νοσηλευτικό.



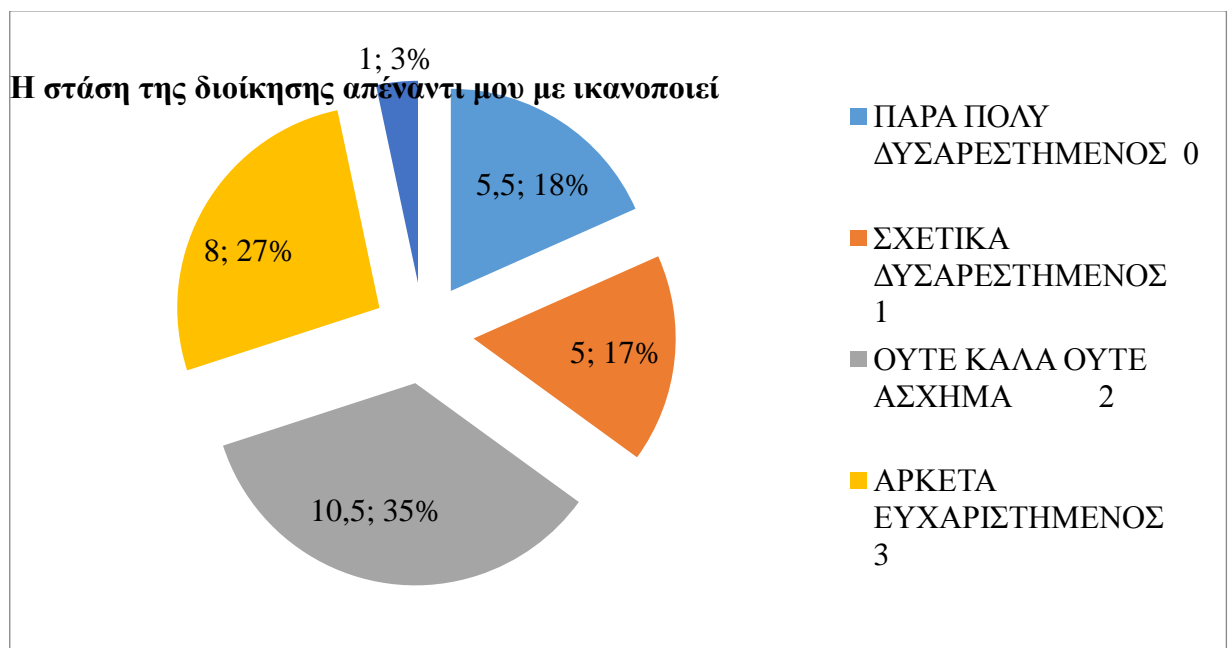
Εικόνα 46

47. Η στάση της διοίκησης απέναντί μου με ικανοποιεί

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	7	4	23,33	13,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	5	16,66	16,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	12	9	40,00	30,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	6	10	20,00	33,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	0	2	0,00	6,67

Επίσης η διοίκηση φαίνεται να διατηρεί καλύτερες σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό από ότι με το νοσηλευτικό προσωπικό.



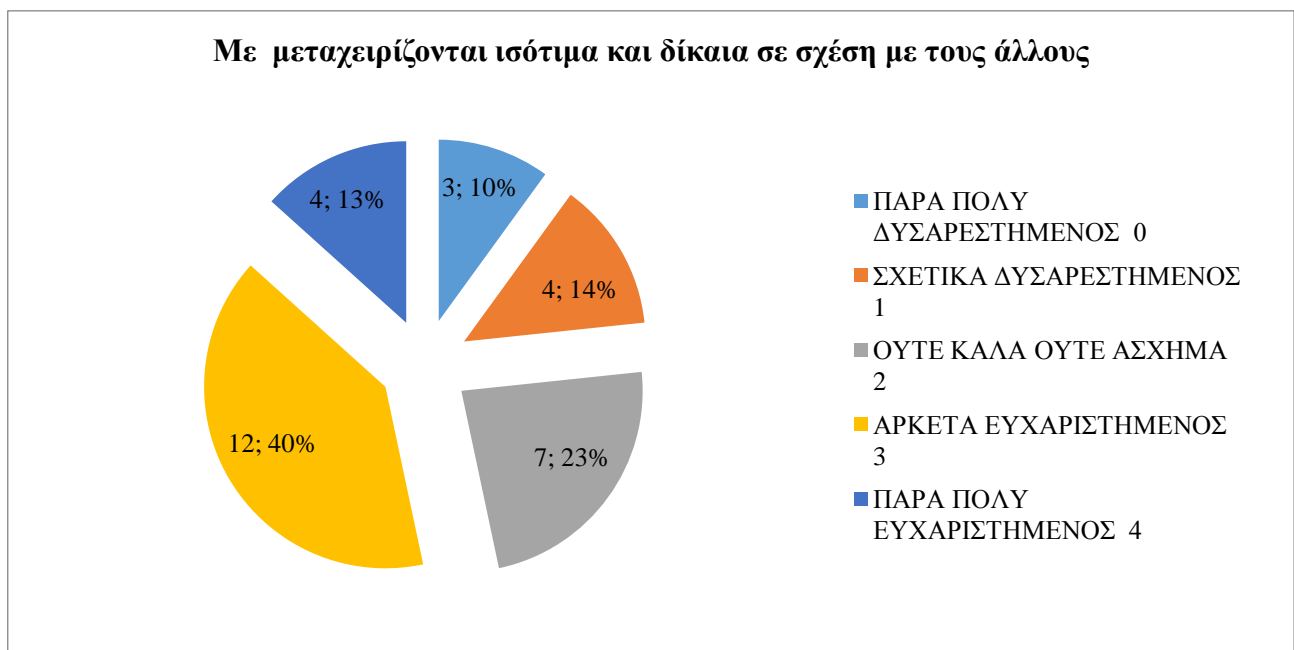
Εικόνα 47

48. Με μεταχειρίζονται ισότιμα και δίκαια σε σχέση με τους άλλους

Η αίσθηση της ισότιμης μεταχείρισης είναι αναπτυγμένη και στους δύο κλάδους

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	4	2	13,33	6,67
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	7	1	23,33	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	6	26,66	20,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	7	17	23,33	56,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	4	13,33	13,33

νοσηλευτικό ιατρικό προσωπικό.

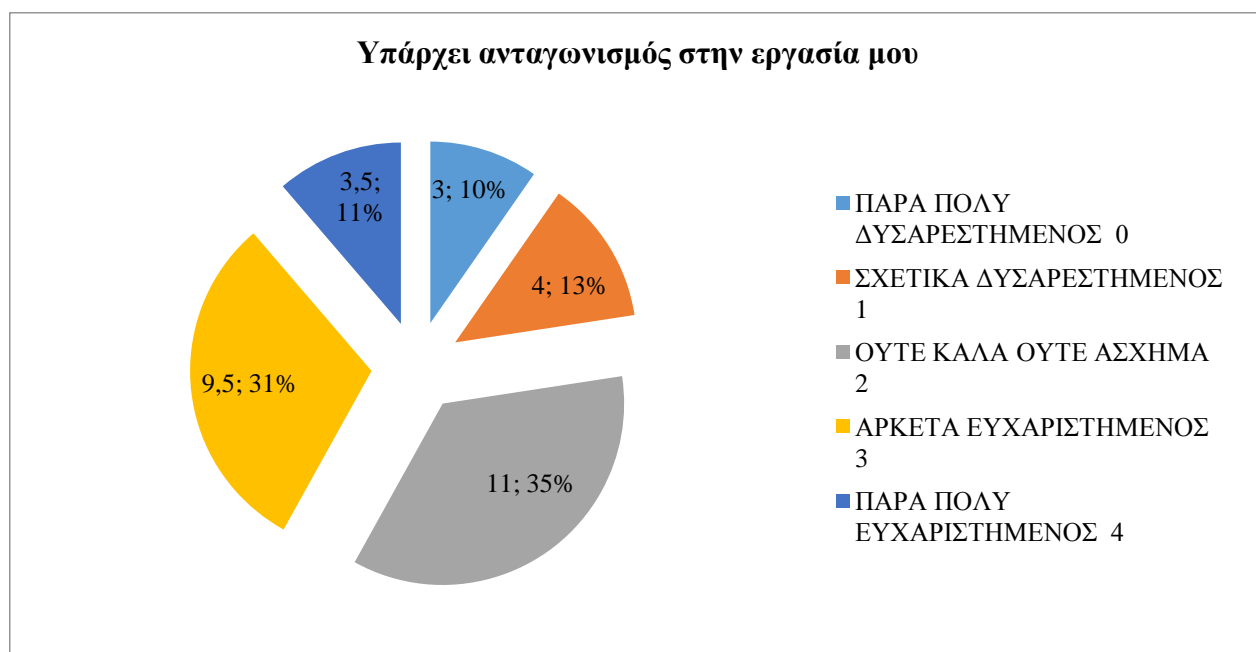


Εικόνα 48

49. Υπάρχει ανταγωνισμός στην εργασία μου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	4	2	13,33	6,67
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	7	1	23,33	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	14	26,67	46,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	8	9	26,67	30,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	3	4	10,00	13,33

Από την έρευνα δεν προκύπτει υψηλή διάθεση ανταγωνισμού γεγονός όχι απαραίτητα καλό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

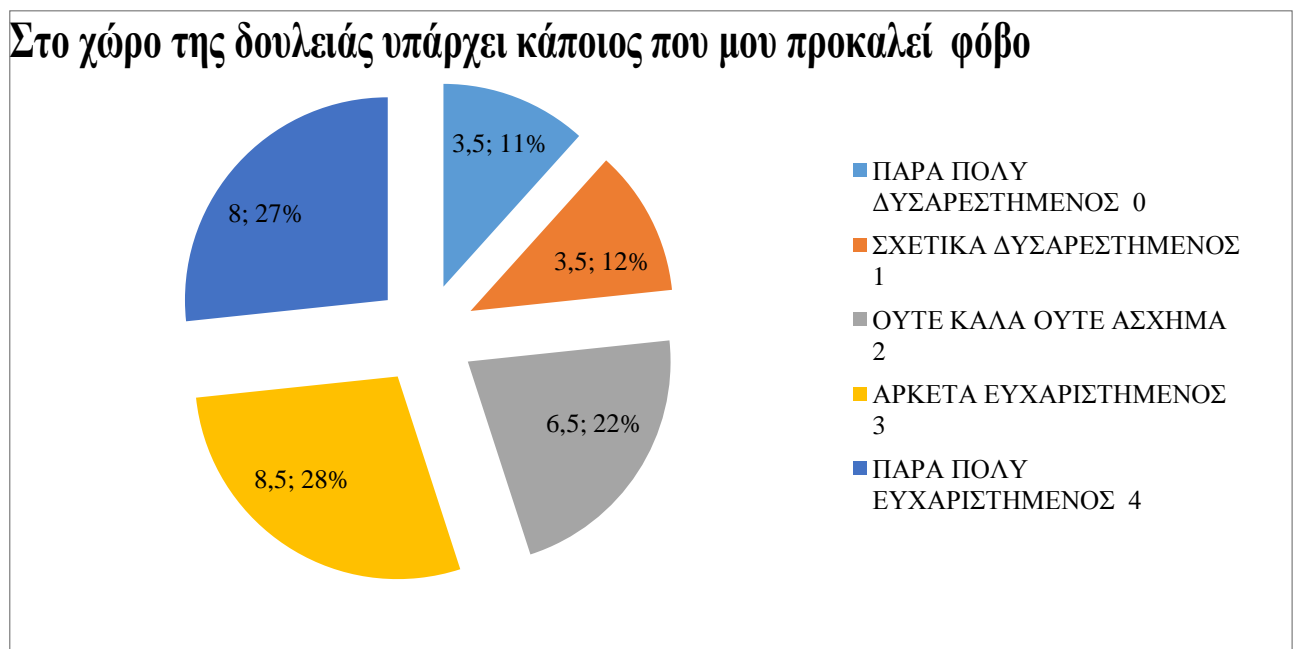


Εικόνα 49

50. Στο χώρο της δουλειάς υπάρχει κάποιος που μου προκαλεί φόβο

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	5	2	16,67	6,67
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	2	16,67	6,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	6	7	20,00	23,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	6	11	20,00	36,66
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	8	8	26,67	26,67

Είναι άκρως ικανοποιητικό το γεγονός ότι δεν προκύπτει η ύπαρξη φόβου απέναντι σε κάποιον συναδέλφο ή ανώτερο.



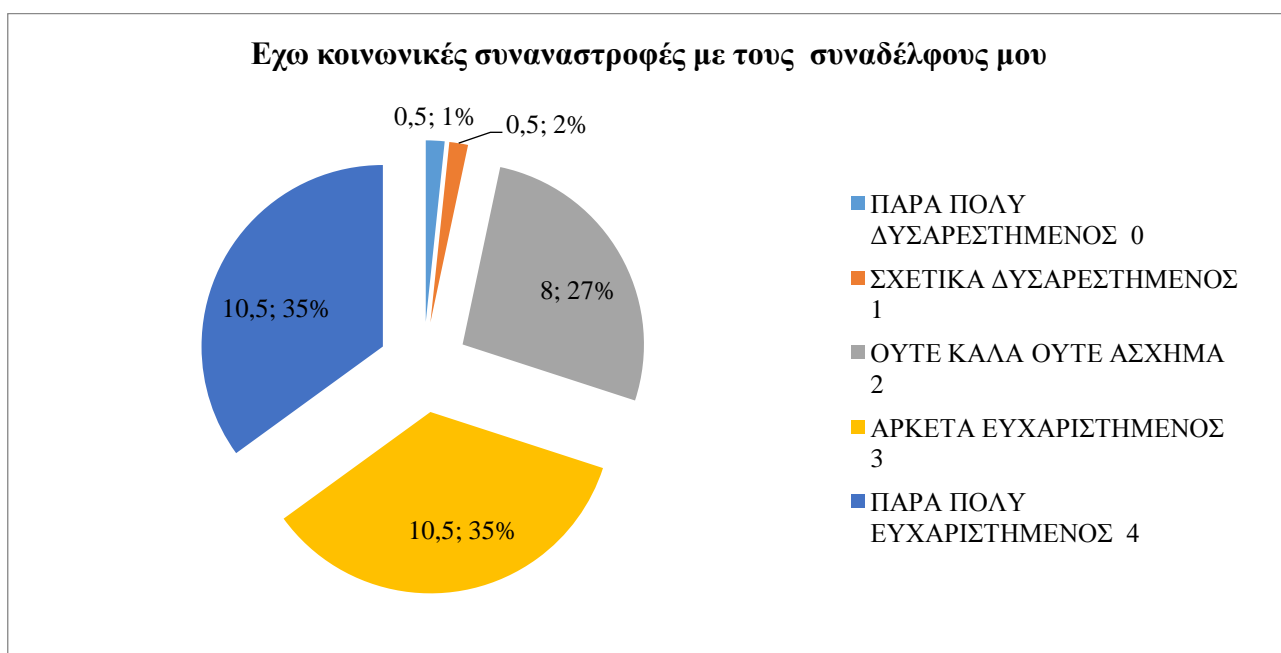
Εικόνα 50

51. Έχω κοινωνικές συναναστροφές με τους συναδέλφους μου

Οι εξωθεν κοινωνικές συναναστροφές και σχέσεις που φαίνεται να καλλιεργεί κυρίως το ιατρικό προσωπικό βελτιώνουν την επικοινωνία και το παραγόμενο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	1	0	3,33	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	0	1	0,00	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	14	2	46,67	6,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	8	13	26,67	43,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	7	14	23,33	46,67

έργο.

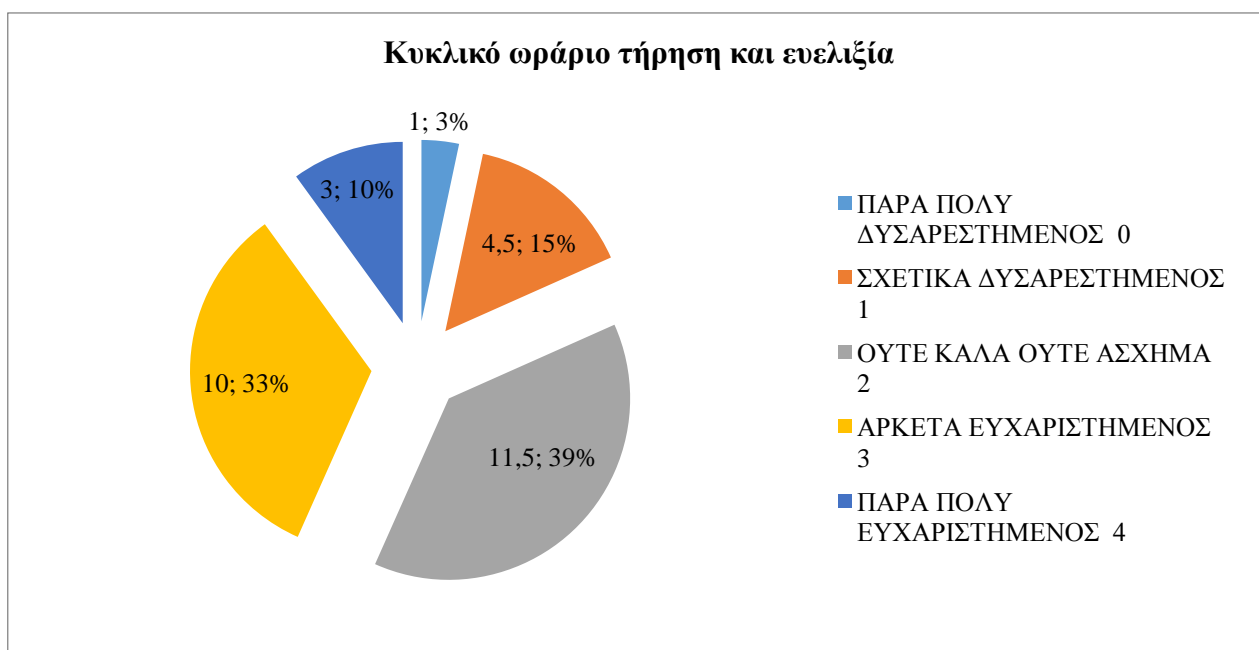


Εικόνα 51

52. Κυκλικό ωράριο τήρηση και ευελιξία στο ωράριο εργασίας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	2	0	6,67	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	4	16,67	13,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	15	26,67	50,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	11	9	36,67	30,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	2	13,33	6,67

Στην έρευνα αποτυπώνεται ικανοποίηση από το ωράριο και την ευελιξία σε αυτό τόσο από το νοσηλευτικό όσο και από το ιατρικό προσωπικό.

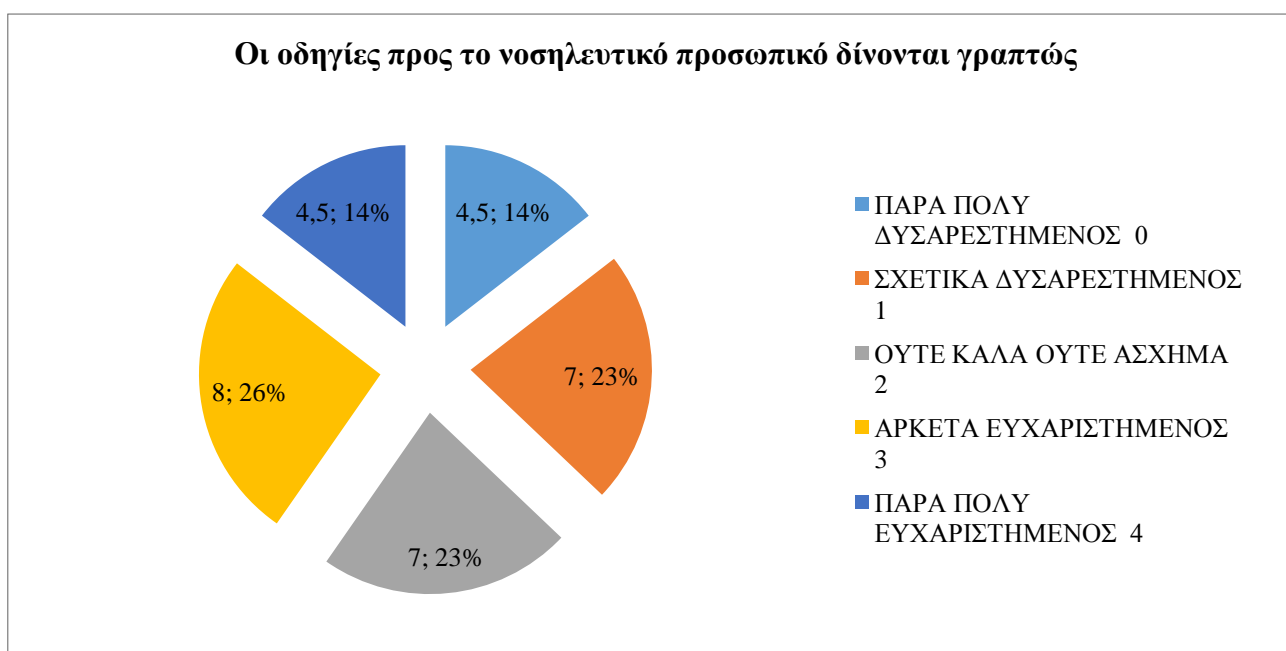


Εικόνα 52

53. Οι οδηγίες προς το νοσηλευτικό προσωπικό δίνονται γραπτώς

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	7	2	23,33	6,67
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	7	7	23,33	23,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	7	7	23,33	23,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	5	11	16,67	36,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	3	13,33	10,00

Η πλειοψηφία των εργαζόμενων συμφωνεί ότι οι οδηγίες αν και δίνονται γραπτώς δεν είναι επαρκείς.

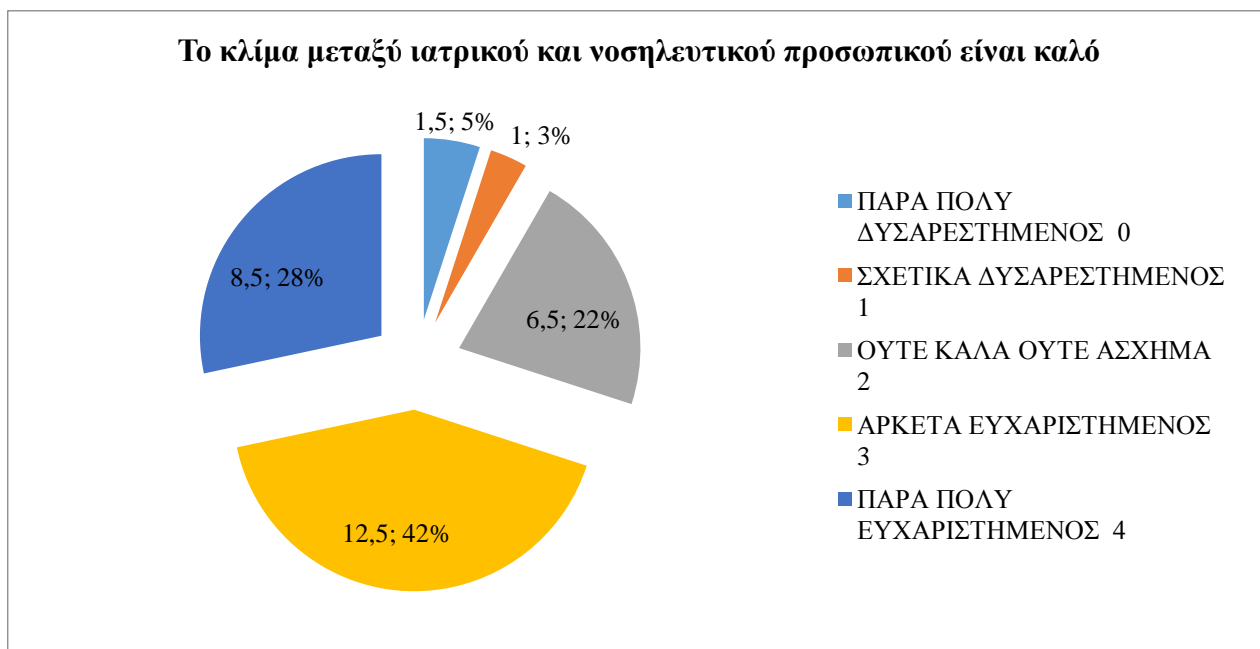


Εικόνα 53

54. Το κλίμα μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι καλό

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	3	0	10,00	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	0	2	0,00	6,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	11	2	36,67	6,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	12	13	40,00	43,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	4	13	13,33	43,33

Το κλίμα στο σύνολο του προσωπικού καταγράφεται ως πολύ καλό και αυτό είναι ωφέλιμο για όλους ιατρούς νοσηλευτές και νοσηλευόμενους.

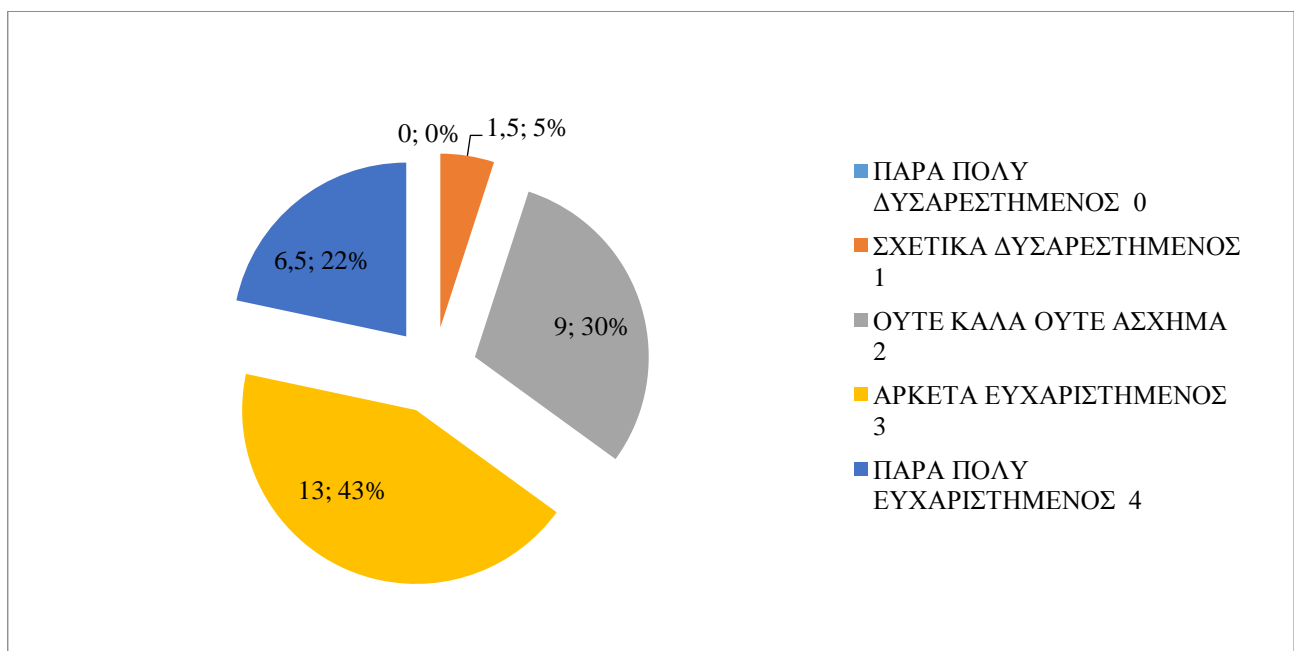


Εικόνα 54

55. Το κλίμα μεταξύ των ιατρών είναι καλό

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	0	0	0,00	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	3	0	10,00	0,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	13	5	43,33	16,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	12	14	40,00	46,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	2	11	6,67	36,67

Αντίστοιχα και το κλίμα μεταξύ των ιατρών καταγράφεται ως πολύ καλό και αυτό συμβάλλει ουσιαστικά στις υψηλές παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.

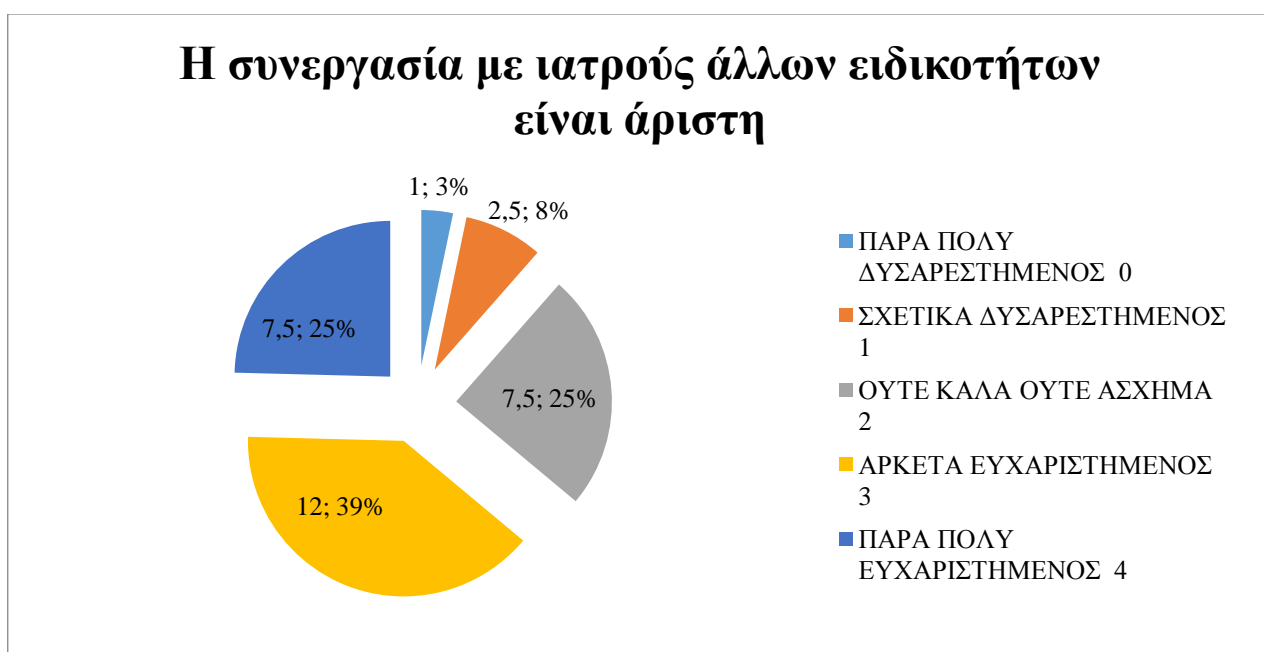


Εικόνα 55

56. Η συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων είναι άριστη.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	1	0	3,33	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	5	0	16,67	0,00
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	10	5	33,33	16,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	9	15	30,00	50,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	10	16,67	33,33

Ενθαρρυντικό στοιχείο αποτελεί η καλή συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

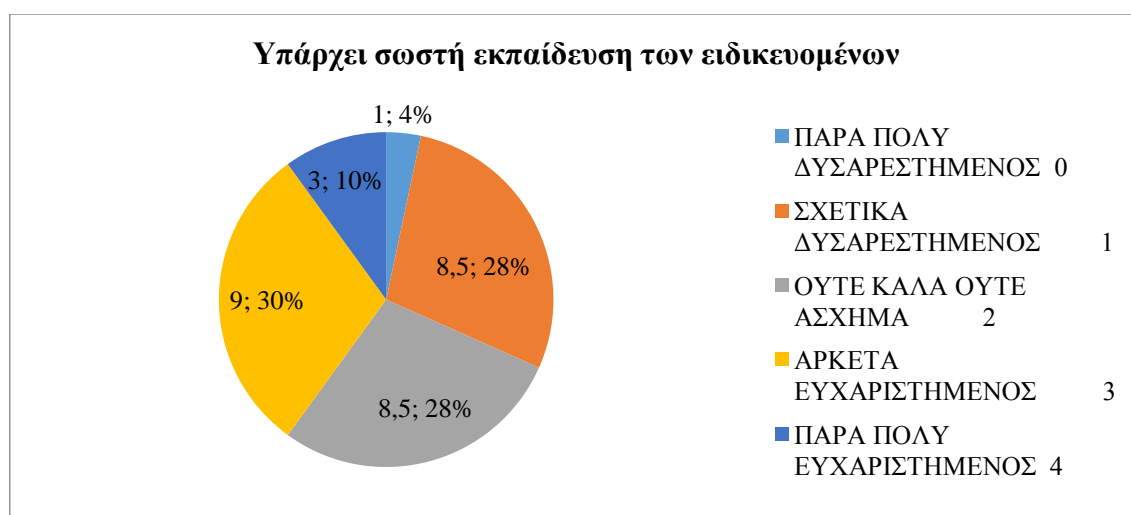


Εικόνα 56

57. Υπάρχει σωστή εκπαίδευση των ειδικευομένων

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	1	1	3,33	3,33
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	7	10	23,33	33,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	12	5	40,00	16,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	7	11	23,33	36,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	3	3	10,00	10,00

Από την έρευνα προκύπτει ότι χρειάζεται ιδιαίτερη μέριμνα ως προς την εκπαίδευση των ειδικευόμενων.

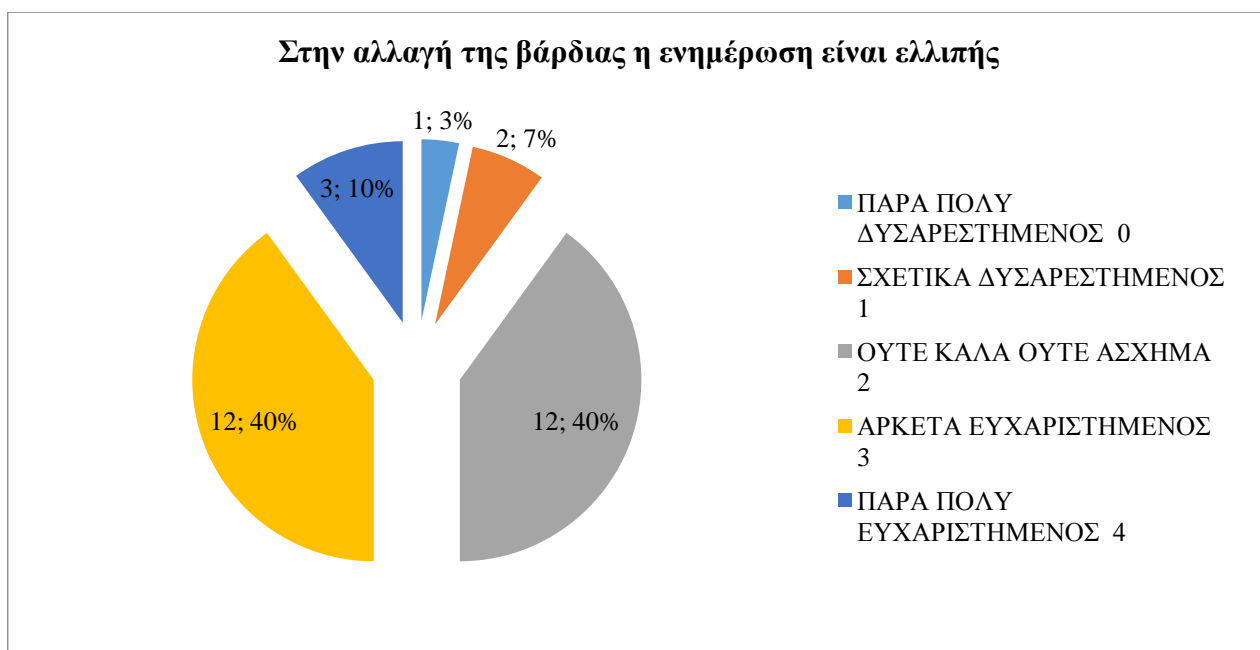


Εικόνα 57

58. Στην αλλαγή της βάρδιας η ενημέρωση είναι ελλιπής

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	2	0	6,66	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	2	2	6,66	6,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	14	10	46,66	33,33
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	12	12	40,00	40,00
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	0	6	0,00	20,00

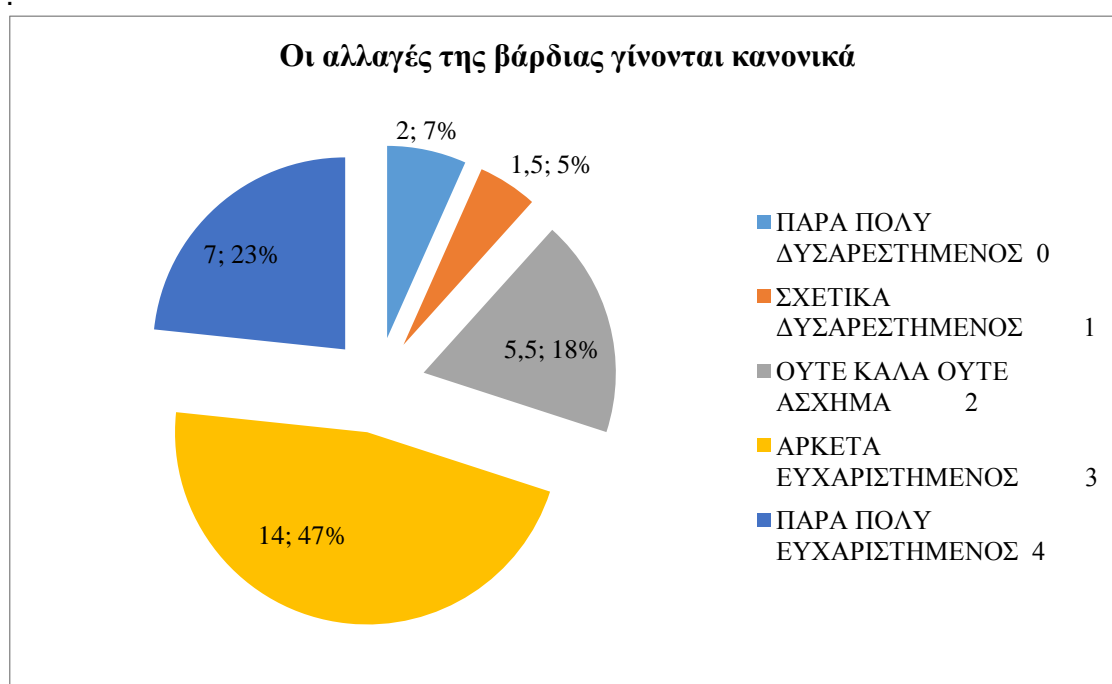
Επίσης η ενημέρωση κατά την αλλαγή της βάρδιας κρίνεται ικανοποιητική αν και επιδέχεται περαιτέρω βελτιώσεις σύμφωνα με την έρευνα.



Εικόνα 58

59. Οι αλλαγές της βάρδιας γίνονται κανονικά

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	4	0	13,33	0,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	2	1	6,67	3,33
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	5	6	16,67	20,00
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	14	14	46,67	46,67
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	5	9	16,67	30,00

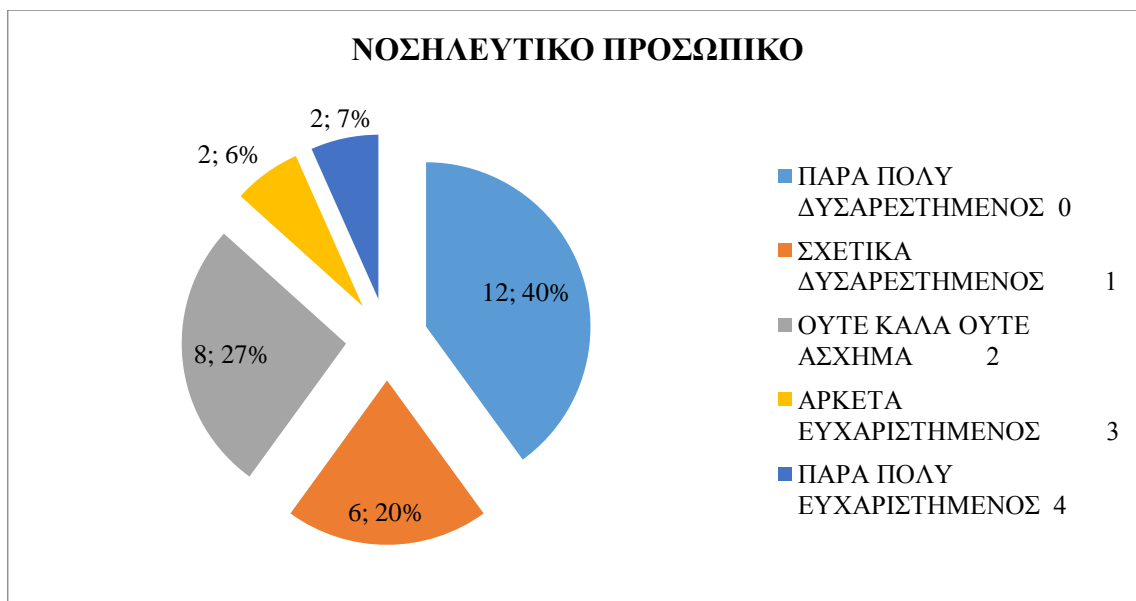


Εικόνα 59

60.Υπάρξη πρωτοκόλλου ιατρικών νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων

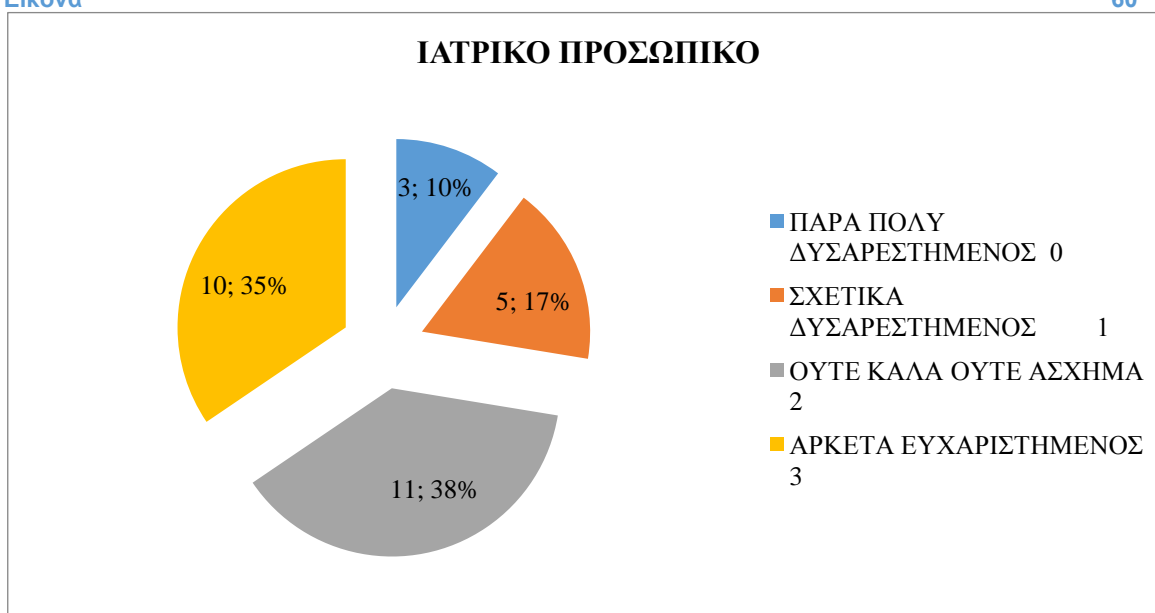
Από την έρευνα διατυπώνεται σαφής έλλειψη πρωτοκόλλου νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων ενώ αντίθετα το πρωτόκολλο ιατρικών αρμοδιοτήτων αν και έχει ελλείψεις φαίνεται να ικανοποιεί το ιατρικό προσωπικό

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛ.	ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 0	12	3	40,00	10,00
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ 1	6	5	20,00	16,67
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ 2	8	11	26,67	36,67
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 3	2	10	6,67	33,33
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ 4	2	1	6,67	3,33



Εικόνα

60



Εικόνα 60 α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Συμπεράσματα από τι θεωρητικό μέρος

Πιστεύοντας ότι «οι άνθρωποι είναι το πιο σημαντικό περιουσιακό στοιχείο για μια επιχείρηση ή οργανισμό» περιγράψαμε τις σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ των εργοδοτών, των εργαζομένων, των συνδικαλιστικών τους φορέων και των κρατικών οργάνων με τον όρο εργασιακές σχέσεις

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί το βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι είναι ευχαριστημένοι από την εργασία τους και σχετίζεται με την αίσθηση της επίτευξης των στόχων και της επιτυχίας στην εργασία που έχει ένας εργαζόμενος.

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις θεωρίες των κινήτρων και την εφαρμογή τους στον εργασιακό χώρο και αποτελεί την πιο μελετημένη μεταβλητή στον εργασιακό γίγνεσθαι.

Βασικοί παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης είναι ο μισθός, η εκπαίδευση, οι προοπτικές εξέλιξης, οι καλές σχέσεις με τη διοίκηση, η αίσθηση ασφάλειας η ικανοποίηση του εργαζόμενου.

Η ένταση της οικονομικής κρίσης και τα νέα μέτρα διαμορφώνουν μια νέα κατάσταση στην αγορά εργασίας και ένα νέο εργασιακό τοπίο έντονα διαφοροποιημένο συγκριτικά με την εικόνα πριν από την εκδήλωση της κρίσης, μιας και γίνεται προσπάθεια απορρύθμισης του συστήματος που καθορίζει τις εργασιακές σχέσεις.

«Το νοσοκομειακό management απαιτεί την εισαγωγή μιάς νέας αντίληψης στη διοίκηση και στο σχεδιασμό, με στόχο την ανάπτυξη της υπευθυνότητας όλων των παραγόντων, την αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και την εφαρμογή συγκεκριμένων στόχων και προτεραιοτήτων»

Καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών υγείας είναι η αυξημένη κρατική παρέμβαση, η αδυναμία του

ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις για την υγεία του, το μέγεθος των νοσοκομείων και το συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον.

Λόγω της πολυπλοκότητας, της μοναδικότητας αυτών των οργανισμών και της ιδιομορφίας του αγαθού “υγεία”, η άσκηση της διοίκησης απαιτεί ιδιαίτερη εφαρμογή και πρέπει να επιλέγονται οι κατάλληλες τεχνικές σε κάθε περίπτωση.

Πέρα από την ηγεσία από την οποία αποτελείται μία νοσοκομειακή μονάδα, αποτελείται και από άλλους παραγωγικούς συντελεστές. Ο ανθρώπινος παραγωγικός συντελεστής δεν είναι μόνο τα ανώτατα και ανώτερα διοικητικά στελέχη, αλλά και τα στελέχη εκείνα κατώτερης και κατώτατης βαθμίδας.

Ο γιατρός αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, το οποίο χαρακτηρίζεται νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό.

Οι δραστηριότητες της ιατρικής υπηρεσίας περιλαμβάνουν: την παροχή ιατρικής περίθαλψης, την εκπαίδευση και την έρευνα. Τα βασικά καθήκοντα του νοσοκομειακού ιατρού είναι η παροχή διάγνωσης, η παρακολούθηση του ασθενή και η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

Η ιατρική διάγνωση διατυπώνεται από τον γιατρό και απεικονίζει θέματα υγείας, στα πλαίσια της ιατρικής πρακτικής. Στρέφεται συνήθως στην παθοφυσιολογία και την ασθένεια ή τον τραυματισμό.

Το νοσηλευτικό προσωπικό καλύπτει το 35-45% των θέσεων εργασίας των δημοσίων νοσοκομείων και αποτελείται από νοσηλεύτριες και νοσηλευτές πανεπιστημιακής και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΠΕ και ΤΕ), από μαιές και επισκέπτες υγείας ΤΕ, από αδελφές νοσοκόμες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) και από βοηθητικούς υπαλλήλους,(βοηθούς θαλάμων και τραυματιοφορείς).

Το σύνολο αυτών των εργαζομένων αποτελεί τη νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου που διαρθρώνεται σε τομείς και αυτοί με τη σειρά τους σε τμήματα και μονάδες. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι παραδοσιακά επιφορτισμένο με την φροντίδα των ασθενών και αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ιατρικού και του λοιπού προσωπικού(Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος. 1999).

Όπως εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς η υποκίνηση αυτής της κατηγορίας εργαζομένων είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων τους.

Κατά συνέπεια κρίνεται απαραίτητο η διοίκηση, εκτός από την οικονομική αμοιβή και τα άλλα οφέλη που καταβάλλει στον εργαζόμενο, να διαμορφώσει όλες εκείνες τις συνθήκες που θα τον παρακινήσουν να αξιοποιήσει σε μεγαλύτερο βαθμό τα προσόντα του και τον χρόνο που διαθέτει σε αυτήν.

Ευνόητο είναι ότι οι ικανοποιημένοι και θετικά διατεθειμένοι εργαζόμενοι συμβάλλουν σημαντικά στην εκπλήρωση των στόχων του οργανισμού (π.χ. περιορίζονται απεργίες, αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες κ.α.).

Συνεπώς θα πρέπει να υπάρχει σωστή στελέχωση των θέσεων εργασίας (επιλογή- ανάπτυξη), φροντίδα για τη συνεχή εκπαίδευση, και επιμόρφωση των εργαζομένων, να αναπτύσσονται κατάλληλα οι εργασιακές σχέσεις, να αξιολογείται συστηματικά η απόδοσή των εργαζομένων, και να διασφαλίζονται ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας .

Το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία κρίνεται αριθμητικά ανεπαρκές για την κάλυψη των αυξημένων απαιτήσεων που προβάλλουν οι νέες σύγχρονες μορφές νοσηλείας και περίθαλψης.

Επιπλέον η επιμόρφωση του προσωπικού,, βασίζεται στην καλή διάθεση και τις οικονομικές δυνατότητες των υπαλλήλων ή στην υποστήριξη των φαρμακευτικών εταιρειών, μια και κανένας κεντρικός σχεδιασμός, αλλά ούτε και κίνητρο ουσιαστικό υπάρχει. Η στοχοθεσία αν και αποτελεί μια αρκετά σημαντική τεχνική παρακίνησης των εργαζομένων, που οι οργανισμοί και τα στελέχη μπορούν να εφαρμόζουν εντούτοις είναι μια άγνωστη έννοια στα δημόσια νοσοκομεία .

8.2 Συμπεράσματα από τη περιγραφική στατιστική

Στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας εξετάστηκε η εργασιακή ικανοποίηση και οι αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις στο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ .

Η έρευνα αυτή έγινε στο σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου , σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία που έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του .

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για την συγκεκριμένη έρευνα είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία κατά στρώματα ή στρωματοποιημένη δειγματοληψία .

Η συλλογή του δείγματος (n = 60) ολοκληρώθηκε σε χρονική περίοδο περίπου οκτώ εβδομάδων (ΙΟΥΝΙΟΣ-ΙΟΥΛΙΟΣ 2014) .

Από τους νοσηλευτές του δείγματος οι 5 ήταν άνδρες (16,66%) και οι 25 ήταν γυναίκες (83,33%).

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος δείχνει ότι η πλειοψηφία του ανήκει στην παραγωγική ηλικία 35-54

Εντυπωσιακό είναι το ποσοστό των ΔΕ Νοσηλευτών γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη δια βίου εκπαίδευση αλλά και την τυχόν ενίσχυση του προσωπικού με στελέχη υψηλότερων εκπαιδευτικών βαθμίδων

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι έγγαμοι .

Ως προς τα έτη απασχόλησης από το δείγμα γίνεται εμφανής η αναγκαιότητα για πρόσληψη ή ενίσχυση του προσωπικού με άτομα με λιγότερα έτη απασχόλησης αφού η πλειοψηφία του υπάρχοντος προσωπικού βρίσκεται σε φάση ωρίμανσης.

Ως προς το ωράριο απασχόλησης έχει γίνει επιλογή ώστε να είναι το δείγμα εξισορροπημένο .

Από τους ιατρούς του δείγματος οι 12 ήταν άνδρες (40,00%)και οι 18 ήταν γυναίκες (60,33%) παρατηρείται δηλαδή μια πιο ομοιόμορφη κατανομή προσωπικού σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό όπου η πλειοψηφία τους είναι γυναίκες.

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος δείχνει ότι η πλειοψηφία του ανήκει στην παραγωγική ηλικία 35-54 .

Ως προς την κατανομή των ειδικοτήτων στην ιατρική είναι εμφανής η έλλειψη πολύτιμων ειδικοτήτων που έχουν ως αποτέλεσμα τη διαρροή ασθενών στον ιδιωτικό τομέα και την ελλιπή αντιμετώπιση τους από το υπάρχον σύστημα

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι έγγαμοι .

Ως προς τα έτη απασχόλησης από το δείγμα γίνεται εμφανής ότι το προσωπικό είναι νεότερο σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό .

Ως προς το ωράριο απασχόλησης σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό οι ιατροί ακολουθούν περισσότερο το σταθερό ωράριο όπως φαίνεται και στο δείγμα .

8.3 Συμπεράσματα από τη στατιστική ανάλυση

Είναι εμφανές από τα αποτελέσματα της έρευνας ότι η θερμοκρασία , ο εξαερισμός αλλά και ο φωτισμός του εργασιακού περιβάλλοντος δεν επηρεάζουν αρνητικά την απόδοση του προσωπικού κατά την διάρκεια της εργασίας του αφού κρίθηκαν από τους εργαζόμενους ως επαρκείς .

Πιο συγκεκριμένα στο σύνολο του προσωπικού το 54% είναι αρκετά ή πάρα πολύ ευχαριστημένο από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος

Αντίθετα το σύστημα εξαερισμού του χώρου φαίνεται χρειάζεται περαιτέρω βελτίωση αφού ένα ποσοστό της τάξης του 40% δηλώνει δυσαρεστημένο με αυτό.

Αντίθετα η έκθεση σε ακτινοβολία , τοξικά απόβλητα , χημικές ουσίες , κυτταροστατικά , επικίνδυνα φάρμακα φαίνεται ότι προβληματίζει ιδιαίτερα το προσωπικό γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη λήψης επιπλέον μέτρων προφύλαξης και που απεικονίζεται χαρακτηριστικά στο ακόλουθο γράφημα όπου το 77% των εργαζομένων φαίνεται να εκφράζει την ανησυχία του.

Ο χώρος εργασίας σύμφωνα με την έρευνα δεν κρίνεται ικανοποιητικός από το προσωπικό νοσηλευτικό και ιατρικό 53% δηλώνουν τη δυσαρέσκεια τους και αυτό δυστυχώς επηρεάζει και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Το ίδιο ισχύει και για την παροχή και διάθεση των απαραίτητων μέσων ατομικής υγιεινής όπου ένα ποσοστό 52% δηλώνει την δυσαρέσκεια του

Η έλλειψη χώρων ανάπαυσης , υγιεινής , διαλείμματος δυσχεραίνει την καθημερινότητα των εργαζομένων και μειώνει την απόδοσή τους στην άσκηση των καθημερινών τους καθηκόντων

Πολύ θετικό κρίνεται το γεγονός ότι παρά τις αντιξοότητες το 64% των εργαζομένων δηλώνει ικανοποιημένο από την εργασία του .

Αν και διακρίνεται στην έρευνα μια αίσθηση ανασφάλειας των εργαζομένων ως προς την εργασία τους εντούτοις δεν φαίνεται για την ώρα να τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό.

Τόσο το ιατρικό όσο το νοσηλευτικό προσωπικό έχει πλήρη συναίσθηση της σπουδαιότητας της εργασίας καθώς και του ρόλου που διαδραματίζει μέσα στην κοινωνία .

Αν και το ιατρικό προσωπικό φαίνεται σε μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένο από την αξιοποίηση των ικανοτήτων του αυτό δεν ισχύει για το νοσηλευτικό προσωπικό που σε ποσοστό 53% δηλώνει δυσαρεστημένο .

Προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης κυρίως για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αναγκαία σύμφωνα με την έρευνα αφού ένα ποσοστό 32% δηλώνει δυσαρεστημένο σχετικά με την εκπαίδευση του .

Κίνητρα απόδοσης σύμφωνα με την έρευνα είτε δεν υπάρχουν είτε κρίνονται ανεπαρκή. Είναι γεγονός ότι το νοσοκομείο ως δημόσιος φορέας δεν μπορεί να εφαρμόσει διαφορετική πολιτική κινήτρων από αυτή που ορίζεται από τον νόμο.

Είναι προφανές ότι οι εργαζόμενοι δε μετέχουν στην λήψη διοικητικών αποφάσεων και αυτό δυστυχώς δυσχεραίνει την καθημερινότητά τους .

Η πλειοψηφία των εργαζομένων δείχνει ικανοποιημένη από τις άδειες και τα ρεπό που λαμβάνει αναγνωρίζοντας ίσως και τις δυσκολίες που υπάρχουν κατά την κατάρτιση ενός χρονοδιαγράμματος .

Πολύ σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι δηλώνουν ικανοποιημένοι από την ευελιξία που υπάρχει όταν προκύπτουν προσωπικά προβλήματα γεγονός που τους ενδυναμώνει και τους απαλλάσσει από περαιτέρω φόρτο . 64%

Η συρρίκνωση των αποδοχών των εργαζομένων έχει προκαλέσει την δικαιολογημένη δυσαρέσκεια τους που αποτυπώνεται και σε αυτή την έρευνα . Χαρακτηριστικό όμως είναι ότι οι ιατροί δηλώνουν πιο δυσαρεστημένοι σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό .

Έχοντας πλήρη συναίσθηση του επαγγελματικού καθήκοντος τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να αποδέχεται πλήρως την εργασία του .

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης όχι μόνο ως μισθολογική μείωση των εργαζομένων αλλά και γενικότερα όπως αυτές αποτυπώνονται στην καθημερινότητα μας φαίνεται ότι έχουν επηρεάσει περισσότερο το ιατρικό προσωπικό από ότι το νοσηλευτικό που δηλώνει σχετικά ανεπηρέαστο.

Αν και οι μισθοί έχουν συμπιεστεί υπερβολικά παρόλα αυτά δεν παύει να υπάρχει έκδηλη η ανησυχία για περαιτέρω συρρίκνωση τους στα επίπεδα της ιδιωτικής οικονομίας ή και ακόμα περισσότερο .

Ο φόβος της απόλυσης φαίνεται να αγγίζει περισσότερο το νοσηλευτικό προσωπικό παρά το ιατρικό .

Αντίθετα η έλλειψη προσωπικού επηρεάζει την καθημερινότητα τόσο του νοσηλευτικού αλλά κυρίως του ιατρικού προσωπικού.

Η πίεση της εργασίας φαίνεται να επιβαρύνει τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό και είναι κάτι που χρήζει περαιτέρω διερεύνηση.

Η ενημέρωση εκπαίδευση των συνοδών επιβαρύνει κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό και από την έρευνα αναδεικνύεται η ανάγκη αναζήτησης άλλων τρόπων ενημέρωσης και εκπαίδευσης των συνοδών.

Κυρίως το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα με τον ολοένα και αυξανόμενο όγκο των ασθενών γεγονός που επιφέρει καθοριστικής σημασίας συνέπειες στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι περισσότεροι παραδέχονται ότι ο φόρτος εργασίας επηρεάζει τη συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς ενώ λίγοι καταφέρνουν να ανταποκριθούν με επιτυχία στο ρόλο τους.

Η επιθετικότητα των ασθενών επιβαρύνει κυρίως το ιατρικό προσωπικό ίσως γιατί επιδέχονται και τις συνέπειες των ενεργειών τους ή τυχόν παραλείψεων τους.

Το ιατρικό προσωπικό βρίσκει απόλυτη κατανόηση στο οικογενειακό του περιβάλλον ίσως γιατί αυτό είναι πιο συνειδητοποιημένο αναφορικά με το λειτούργημα του ιατρού.

Το γεγονός αυτό συμβάλλει ουσιαστικά και στην εξισορρόπηση μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής που επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό από το ιατρικό προσωπικό.

Ευχάριστη διαπίστωση στην έρευνα είναι το καλό συναδελφικό κλίμα που διαπιστώνεται τόσο ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό όσο και ανάμεσα στο ιατρικό προσωπικό.

Αντίθετα τόσο σε επίπεδο διοικητικής όσο και τεχνικής υποστήριξης καταγράφονται ελλείψεις τόσο από το νοσηλευτικό όσο και από το ιατρικό προσωπικό.

Η αποτελεσματικότητα στην εργασία βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα γεγονός καθοριστικής σημασίας για την συναισθηματική ολοκλήρωση των εργαζομένων.

Δυστυχώς δεν λείπουν οι διαπληκτισμοί στο χώρο της εργασίας και αυτό καταγράφεται και από τους δύο κλάδους.

Το ιατρικό προσωπικό δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από τη στήριξη των ανωτέρων του σε σχέση με το νοσηλευτικό.

Επίσης η διοίκηση φαίνεται να διατηρεί καλύτερες σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό από ότι με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η αίσθηση της ισότιμης μεταχείρισης είναι αναπτυγμένη και στους δύο κλάδους νοσηλευτικό ιατρικό προσωπικό.

Από την έρευνα δεν προκύπτει υψηλή διάθεση ανταγωνισμού γεγονός όχι απαραίτητα καλό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι έξωθεν κοινωνικές συναναστροφές και σχέσεις που φαίνεται να καλλιεργεί κυρίως το ιατρικό προσωπικό βελτιώνουν την επικοινωνία και το παραγόμενο έργο.

Η πλειοψηφία των εργαζόμενων συμφωνεί ότι οι οδηγίες αν και δίνονται γραπτώς δεν είναι επαρκείς.

Το κλίμα στο σύνολο του προσωπικού καταγράφεται ως πολύ καλό και αυτό είναι ωφέλιμο για όλους ιατρούς νοσηλευτές και νοσηλευόμενους.

Αντίστοιχα και το κλίμα μεταξύ των ιατρών καταγράφεται ως πολύ καλό και αυτό συμβάλλει ουσιαστικά στις υψηλές παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.

Ενθαρρυντικό στοιχείο αποτελεί η καλή συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Από την έρευνα διατυπώνεται σαφής έλλειψη πρωτοκόλλου νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων ενώ αντίθετα το πρωτόκολλο ιατρικών αρμοδιοτήτων αν και έχει ελλείψεις φαίνεται να ικανοποιεί το ιατρικό προσωπικό .

8.5 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Ένα πεδίο μελλοντικής έρευνας θα ήταν η μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης στο σύνολο των εργαζομένων του νοσοκομείου και η ανάπτυξη συγκριτικών ερευνών σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών.

Επίσης θα μπορούσε να επαναληφθεί η παρούσα έρευνα σε μελλοντικό χρόνο προκειμένου να μπορέσει να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας με μελλοντικές έρευνες.

Ζητήματα που προέκυψαν από την έρευνα και είναι σκόπιμη η περαιτέρω διερεύνηση τους είναι :

- η έλλειψη χρόνου για την ολοκλήρωση της εργασίας . Δυστυχώς λόγω των περιορισμών της έρευνας δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τα αίτια της συνθήκης αυτής που όμως φαίνεται να επηρεάζει τους εργαζόμενους σε πολύ μεγάλο βαθμό αφού σε ποσοστό 83% δηλώνουν την έλλειψη χρόνου ως καθοριστικό παράγοντα για τη μη ολοκλήρωση της εργασίας τους.
- Η κατάρτιση του καθηκοντολογίου : Φαίνεται ότι το καθηκοντολόγιο καλύπτει πλήρως το ιατρικό προσωπικό σε αντίθεση με το νοσηλευτικό το οποίο εμφανίζεται δυσαρεστημένο , γεγονός που θα μπορούσε να αποτελέσει εφιαλήριο για την επανασύνταξη του οργανογράμματος του νοσοκομείου αλλά και του εσωτερικού κανονισμού αρμοδιοτήτων .
- Η αναγκαιότητα για περαιτέρω εκπαίδευση κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται εμφανής και είναι ένα πεδίο που προσφέρεται για επιπλέον έρευνα και βελτίωση. Απαιτείται λοιπόν η επανεξέταση των συστημάτων εκπαίδευσης, ο εντοπισμός των αναγκών των εργαζομένων και η ανάπτυξη νέων συστημάτων εκπαίδευσης προσαρμοσμένες στις ανάγκες αυτές.
- Η αναγνώριση της προσφοράς στην εργασία . Οι εργαζόμενοι εξέφρασαν δυσαρέσκεια σχετικά με την αναγνώριση γεγονός που προσδιορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα τους και συνεπώς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

ΑΓΑΜΟΣ

ΕΓΓΑΜΟΣ

ΕΤΗ
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ :

ΩΡΑΡΙΟ
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:

ΣΤΑΘΕΡΟ

ΚΥΚΛΙΚΟ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Β. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ : 0
ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ : 1
ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ , ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ : 2
ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ : 3
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ : 4

1	Θερμοκρασία εργασιακού περιβάλλοντος	0	1	2	3	4
2	Εξαερισμός στο χώρο , εισπνοή μολυσμένου αέρα	0	1	2	3	4
3	Φωτισμός εργασιακού χώρου	0	1	2	3	4
4	Έκθεση σε ακτινοβολία , τοξικά απόβλητα , χημικές ουσίες , κυτταροστατικά , επικίνδυνα φάρμακα	0	1	2	3	4
5	Άνεση χώρου εργασίας, εξεταστήρια, χώροι αναμονής	0	1	2	3	4
6	Παροχή και διάθεση των απαραίτητων μέσων ατομικής υγιεινής Επάρκεια , ποιότητα και ασφάλεια των υλικών που	0	1	2	3	4
7	χρησιμοποιείτε	0	1	2	3	4
8	Εργονομία και σχεδιασμός θέσεων και χώρου εργασίας	0	1	2	3	4
9	Άβολες στάσεις εργασίας , ορθοστασία , άρση βαρών	0	1	2	3	4
10	Κίνδυνος από αμίαντο στο χώρο εργασίας	0	1	2	3	4
11	Διαθέσιμοι χώροι για ανάπαυση(εφημερεία),υγιεινή ή διάλειμμα	0	1	2	3	4
12	Επαρκείς χρόνοι για την ολοκλήρωση της εργασίας	0	1	2	3	4

ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γ. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ : 0
 ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ : 1
 ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ , ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ : 2
 ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ : 3
 ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ : 4

13	Είμαι ικανοποιημένος-η από την εργασία μου	0	1	2	3	4
14	Αισθάνομαι ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία μου	0	1	2	3	4
15	Η εργασία μου είναι σημαντική για την ζωή άλλων ανθρώπων	0	1	2	3	4
16	Αξιοποιούνται οι ικανότητες μου	0	1	2	3	4
17	Αναγνωρίζεται η προσφορά μου στην εργασία	0	1	2	3	4
18	Είναι σαφής ο ρόλος μου και οι ευθύνες μου	0	1	2	3	4
19	Μου παρέχεται επαρκής εκπαίδευση για την θέση εργασίας μου	0	1	2	3	4
20	Υπάρχουν ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής	0	1	2	3	4
21	Συμμετέχω στην λήψη αποφάσεων ,η άποψη μου μετράει	0	1	2	3	4
22	Είμαι ικανοποιημένος από τις άδειες και τα ρεπό μου	0	1	2	3	4
23	Υπάρχει ευελιξία όταν προκύπτουν προσωπικά προβλήματα	0	1	2	3	4
24	Υπάρχουν ευκαιρίες περαιτέρω εκπαίδευσης	0	1	2	3	4
25	Πληρώνομαι ικανοποιητικά για την δουλειά που προσφέρω	0	1	2	3	4
26	Η εργασία μου είναι μονότονη και βαρετή	0	1	2	3	4
27	Οι αρμοδιότητες μου είναι δυσάρεστες και απωθητικές	0	1	2	3	4
28	Αναγκάζομαι πολλές φορές να δουλεύω πέραν του ωραρίου μου	0	1	2	3	4
29	Οι εφημερίες /βάρδιες επιβαρύνουν πολύ το πρόγραμμά μου	0	1	2	3	4
30	Δουλεύω απομονωμένος πολλές ώρες	0	1	2	3	4
31	Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την δουλειά μου γενικά	0	1	2	3	4
32	Ανησυχώ ότι ο μισθός μου θα μειωθεί λόγω οικονομικής κρίσης	0	1	2	3	4
33	Φοβάμαι ότι ανά πάσα στιγμή θα με απολύσουν	0	1	2	3	4
34	Η έλλειψη προσωπικού επηρεάζει αρνητικά την δουλειά μου	0	1	2	3	4
35	Η πίεση της εργασίας με επιβαρύνει ψυχικά / με εξαντλεί	0	1	2	3	4
36	Η ενημέρωση/εκπαίδευση των συνοδών με επιβαρύνει πολύ	0	1	2	3	4
37	Η αύξηση του όγκου των ασθενών λόγω κρίσης είναι διαχειρίσιμη	0	1	2	3	4
38	Ο φόρτος εργασίας επηρεάζει τη συμπεριφορά μου στους ασθενείς	0	1	2	3	4
39	Η επιθετικότητα των ασθενών μου προκαλεί έντονο στρες	0	1	2	3	4

40	Η οικογένεια μου καταλαβαίνει τις δυσκολίες της δουλειάς μου	0	1	2	3	4
41	Διατηρώ ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής	0	1	2	3	4

ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ.ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ

: 0

ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ :

1

ΟΥΤΕ ΚΑΛΑ , ΟΥΤΕ ΑΣΧΗΜΑ :

2

ΑΡΚΕΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ :

3

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ :

4

42	Οι περισσότεροι συναδέλφοι μπορούν να ανταποκριθούν στην εργασία	0	1	2	3	4
43	Υπάρχει επαρκής διοικητική και τεχνική υποστήριξη	0	1	2	3	4
44	Η εργασία μου συμβάλλει στην ολοκλήρωση ενός έργου	0	1	2	3	4
45	Διαπληκτίζομαι συχνά με άλλους κατά τη διάρκεια της εργασίας	0	1	2	3	4
46	Οι ανώτεροι μου ,μου παρέχουν αρκετή υποστήριξη	0	1	2	3	4
47	Η στάση της διοίκησης απέναντι μου με ικανοποιεί	0	1	2	3	4
48	Με μεταχειρίζονται ισότιμα και δίκαια σε σχέση με τους άλλους	0	1	2	3	4
49	Υπάρχει ανταγωνισμός στην εργασία μου	0	1	2	3	4
50	Στο χώρο της δουλειάς υπάρχει κάποιος που μου προκαλεί φόβο	0	1	2	3	4
51	Έχω κοινωνικές συναναστροφές με τους συναδέλφους μου	0	1	2	3	4
52	Κυκλικό ωράριο ,τήρηση και ευελιξία στο ωράριο εργασίας	0	1	2	3	4
53	Οι οδηγίες προς το νοσηλευτικό προσωπικό δίνονται γραπτώς	0	1	2	3	4
54	Το κλίμα μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι καλό	0	1	2	3	4
55	Το κλίμα μεταξύ ιατρών είναι καλό	0	1	2	3	4
56	Η συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων είναι άριστη	0	1	2	3	4
57	Υπάρχει σωστή εκπαίδευση των ειδικευομένων	0	1	2	3	4
58	Στην αλλαγή της βάρδιας η ενημέρωση είναι ελλιπής	0	1	2	3	4
59	Οι αλλαγές της βάρδιας γίνονται κανονικά	0	1	2	3	4
60	Ύπαρξη πρωτοκόλλου ιατρικών/νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων	0	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλετράς, Β., Μασσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., 2002. Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Αποστολάκης Ιωάννης, «Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας», εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2002
- Αυλωνας Ν., «Η σωστή διαχείριση των παραπόνων και η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας, στις υπηρεσίες υγείας, ως μέσο ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή και βελτίωσης της ποιότητας», Εισήγηση στο συνέδριο Quality Forum, Αθήνα, 1999
- Βάλβη Α., Φράγκος Κ., Φράγκος Χ.(2009). Η παραγωγικότητα ενός εργαζομένου εξαρτάται από την επαγγελματική ικανοποίηση. Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, 83 – 90.
- Γρηγορούδης Β. και Σίσκος Γ. (2005). Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη, Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, 2^η Έκδοση Αθήνα
- Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ, Βασικές αρχές διοίκησης -διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα 1999
- Δερβιτσιώτης ΚΝ. «Ανταγωνιστικότητα με διοίκηση ολικής ποιότητας», Αθήνα, Interbooks, 2001
- Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Γ: Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις). Ε.Α.Π., Πάτρα, 1999
- Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., 1999. Υγεία : οριοθετήσεις και προοπτικές, τόμος Α, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

- Ιωάννου, Χ. (2000) 'Social pacts in Hellenic industrial relations: Odysseus of Sisyphus?' στο G. Fajertag and P. Pochet (eds), Social pacts in Europe – new dynamics, Βρυξέλλες: ETUI (2nd edition), σελ. 219 –236.
- Ιωάννου, Χ. (2010) 'Odysseus or Sisyphus revisited: failed attempts to conclude social-liberal pacts in Greece', στο P. Pochet, M. Keune and D. Natali (eds), After the euro and enlargement: social pacts in the European Union, Βρυξέλλες: Observatoire Social Européen & ETUI, σελ. 83 – 108.
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., 1994. Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Κανελλόπουλος Χ.Κ., Μάνατζμεντ – Αποτελεσματική Διοίκηση, 3η έκδ., Εκδ., InternationalPublishing, Αθήνα, 2003.
- Κάντας, Α., (1998). Οργανωτική - Βιομηχανική ψυχολογία. Κίνητρα - Επαγγελματική ικανοποίηση - Ηγεσία (3η έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα
- Καριώτης Π. Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία. Εκδ. Euroclinica, Αθήνα, 1992
- Κεδράκα, Κ., (2008). Η επαγγελματική ανάπτυξη των εκπαιδευτών ενηλίκων. Πρακτικά εισηγήσεων του 3ου Διεθνούς συνεδρίου της Επιστημονικής Ένωσης Εκπαίδευσης Ενηλίκων
- Κουζής, Γ. (2002) «Οι αλλαγές των εργασιακών σχέσεων στην Ελλάδα», στο Π. Γετίμης κ.α. (επιμ.), Επετηρίδα Εργασίας 2002, Αθήνα: ΙΑΠΑΔ, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Κουστέλιος, Α & Κουστέλιου, Ι., (2001). Επαγγελματική ικανοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση στην εκπαίδευση. Ψυχολογία, 8 (1), 30-39

- Λιαρόπουλος, Λ. Λ., 2007. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα
- Μιχόπουλος, Α., (1998β). Εκπαιδευτική διοίκηση. Τόμος 2: Διαδικασίες επιρροής και ενεργοποίησης της εργασιακής συμπεριφοράς. Αθήνα: Αυτοέκδοση
- Μόσιαλος Η., «Οι ασθενείς του ΕΣΥ δεν θεραπεύονται με παυσίπονα.», Επιθεώρηση Υγείας, 2003, 14(80):37-39
- Μουτζόπουλος Ν., «Η υπεροχή της ποιότητας», Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Αθήνα, 1996
- Μπαϊρακτάρης Κ., Κωσταγιόλας Π., Πλατής Χ., «Πτυχές και ζητήματα για τον Προγραμματισμό στον Τομέα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Επιθεώρηση Υγείας 2006λ, 17(9):16-20
- Μπουραντάς Δ., Μάνατζμεντ, εκδ. Γ. Μπένου, Αθήνα 2002.
- Μπουραντάς Δ., «Μάνατζμεντ, Οργανωτική θεωρία και Συμπεριφορά.», Αθήνα, 1992
- Μπουρσανίδης, Χ. (1993). Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
- Μπουρσανίδης, Χ. (1996). «Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Θεσ/κηΣουλιώτης, Κ. (2000). Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
- Νιάκας Δ. «Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 1993, 2:3-12
- Νόμος 2889/2001, ΦΕΚ 37 Α /2-3-2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

- Νόμος υπ' αριθμόν 2683/1999. Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 19, Αθήνα, 9/2/1999.
- Πετρίδου Ε. Διοίκηση-Μανατζμέντ: Μια εισαγωγική προσέγγιση. Εκδ. Ζυγός, Θεσσαλονίκη, 1998
- Πολύζος Ν., και συν., «Η Κοινοτική Προσέγγιση στη Διοίκηση των Οργανισμών.» Στο Καραποστόλη Ν., «Το κόστος της Ψυχοθεραπείας. Οικονομική και Λειτουργική Αξιολόγηση μιας Ημερήσιας Ψυχοθεραπευτικής Μονάδας, σελ. 53-57, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 2004.
- Σιγάλας Ι. Οργάνωση, Διοίκηση και Λειτουργία Νοσοκομείων. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Αθήνα, 1997
- Τούντας Γ., «Τα συστήματα υγείας στον 21 ο αιώνα», Ιατρική 2001, 79(3):215- 217
- Τούντας Γ., «Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας.», Αρχεία Ελληνικής
- Ιατρικής, 2006, 23(1):72-83
- Τούντας Γ., «Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας»,
- Τούντας, Ι., 1995. «Νόσος – αρρώστια – ασθένεια», Νέα Υγεία, τεύχος 9.
- Τούντας, Ι., (2000). «Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20, 1.
- Τύπας Γ., Κατσαρός Γ., Εισαγωγή στη διοικητική επιστήμη, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2003.
- Φλώρος Χ. Σύγχρονη Διοικητική των Επιχειρήσεων. Εκδ. Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα
- Φαναριώτη Π., Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Εισαγωγή στο Σύγχρονο Μάνατζμεντ, εκδ. Α. Σταμούλης, Αθήνα 2000.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- Νόμος 2889/2001, ΦΕΚ 37 Α /2-3-2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
- Νόμος υπ' αριθμόν 2683/1999. Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 19, Αθήνα, 9/2/1999.
- ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4238 /2014 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.
- ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3918 /2011 Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.

- http://www.ygeianet.gr/kat_03.php?eid=ch&title=%CD%FC%EC%EF%E8%E5%F3%DF%E1%20%C5.%D3.%D5

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Atkinson PE., "Creating Cultural Change: The key to successful TQM. London: IFS Publications", 1990
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2001 J. Core Standards for Health Care Safety Consultation Paper J.
- Beholz S. and Konertz W., "Customer satisfaction with a quality management system according to DIN EN ISO 9001:2000: Increase in the satisfaction of cooperating clinics." Z Arztl Fortbild Qualitatssich, 2006, 100:197-201
- Beholz S., Koch C. and Konertz W., "Certification and quality management of a complex university cardiac center according to law EN ISO 9001:2000", Z Arztl Fortbild Qualitatssich, 2003, 97:141-144
- Berwick D., "Continuous improvement as an ideal in health care", N Engl J Med, 1989, 330:53-56
- Black S. and Porter j. "An empirical model for TQM. Total qualitymanagement, 1995; 16:149-164
- Bryant YN, Korsak A (1978). Who is the risk manager, and what does he do in the Hospitals; 52[2J: 42•3.
- Burlando AJ (1990. The 1990s: the risk management.
- Calvert JR., "Relative Performance. Surrey society for research into higher education" pp. 38-59. Surrey, University of Surrey, Guilford, 1980
- ClarkeM., "Planning and analysis of healthcare systems", London, Pion Limited, 1984
- Cornick F., "Job task analysis". In Dunnette, MD (ed.), Handbook of organizational psychology, pp. 23-48. Chicago, Rand & McNally, 1974
- Donabedian A., "The quality of care: how can it be assessed.", J Am Med Inform Ass 1998, 260:1743-1748
- Donabedian A., "The definition of quality and approaches to its assessment", Health Administrator Press, Ann Arbor, 1980
- DrukerP., «To management στην πράξη», Αθήνα, Κλειδάριθμος, 1996
- Ellencweig AY., "Analyzing health systems: A modular approach.", Oxford University Press, Oxford, 1992
- GoldsteinJ., Η επιχείρηση χωρίς δεσμά, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 2003

- ISO 9001. Σύστημα διαχείρισης της ποιότητας- Απαιτήσεις, Ελληνικό Πρότυπο», Ελληνικός οργανισμός τυποποίησης ΑΕ, 2000
- Fleming S., Bopp K., Anderson K., “Spreading the good news of TQM. Faith, conversion and commitment.”, *Healthcare management review*, 1996,18(4):29-33
- Haffer A., “Facilitate change: choosing the approach strategy. *Journal of Nursing Administrator* 1986, 16:18-22.
- Handy C., “Gods of management: the changing word of organizations”, London, Souvenir Press, 1985
- Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., “To Err is human: Building a safer health care system”, National Academy Press, US, 2000
- Leape L., Park R., Solomon D., “Relation between surgeons’ practice volumes and geographic variation in the rate of carotid endarterectomy”, *N Engl. J. Med*, 1989, 321:653-657
- Maslow A.H. (1968). *Towards a Psychology of Being*. (2η έκδοση). New York: D. Van Nostrand Company
- Miner, B. J & Dachler, H. P. (1973). *Personnel attitudes and motivation*. *Annual Review of Psychology*, Vol.24, p. 379-422
- McDonald J., «Επιτυχημένη διαχείριση ποιότητας», Αθήνα, Annubus, 1994 (Μεταφρασμένο)
- Mellum M., “TQM: steps to success”, *Hospitals*, 1990, 64(23):42-44
- Mintzberg H., *The structuring of organizations*, New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1979
- Montana P., Charnov B., Μάνατζμεντ, Εκδ. Κλειδάριθμος, Αθήνα 1993.
- Morgan G., *Οι όψεις της οργάνωσης – Εισαγωγή στη θεωρία των οργανώσεων*, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 2000.
- Nelson Ar. “Measuring performance and improving quality”, Sterling, London, 1996
- Overtveit J., “Health service quality”, Backwell, London, 1992
- Theodorakioglou YD. and Tsiortas GD., “The need for the introduction of quality management into Greek health care.” *TotalQualManag*, 2000, 11:1153-1165
- Ζουκο V., «Η διαδικασία του στρατηγικού management στα νοσοκομεία», *Επιθεώρηση Υγείας*, 2001, 12(72):17-21
- Wennberg J., Gittelson A., “Variation in medical care among small areas”, *Sci Am*, 1982, 264:120-134

- Wilson L., Goldschmidt P., “Quality management in health care”, McGraw-Hill, New York, 1995
- “WHO. Continuous quality development: A proposal national policy” WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993.
- Yesdi H, Johnson J., Godiwalla S., “Managing hospitals in dynamic environments.”, International Journal of Health Care Quality Assurance, 1997, 10(5):202-207
- Parsons, T., 1979. “Definitions of health and illness in the light of the American values and structure” in Jaco E.G. and Gartley, E. (eds), Patients, physicians and illness, Free Press, New York.

ΔΙΚΤΥΟΓΡΑΦΙΑ

- Ελευθεροτυπία, (2013), *Ρεκόρ 50ετίας στις αυτοκτονίες για την Ελλάδα του Μνημονίου*, <http://www.enet.gr/>
- Κυριόπουλος Ι., Β. Τσιάντου, (2010), *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2010, <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>
- Κυριόπουλος Ι., (2012), *Πολιτική και Οικονομία της Κρίσης και Ψυχική Υγεία*, που αναρτήθηκε στο http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/202012.pdf
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2011), *Θέσπιση του προγράμματος "Υγεία για την Ανάπτυξη", του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020*, από http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf
- Υπουργείο Υγείας, (2013), *Αναπτυξιακή Συνάντηση "Υγεία 2014-2020"*, Πρόταση Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση των κατευθύνσεων του Συμφώνου Εταιρικής Σχέσης 2014 – 2020, <http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Anaptiksiaki-Stratigiki-2014.2020.pdf>
- OECD (2012), *Health at a Glance*, retrieved in June 2014 from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
- OECD (2012), *OECD Health Data 2012- How Does Greece Compare*, retrieved in June 2014, from <http://www.oecd.org/greece/BriefingNoteGREECE2012.pdf>
- OECD (2011), *Society at a Glance*, retrieved in June 2014 from http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2011-en
- European Agency for Safety and Health at Work, *Stress*, 2013, from <https://osha.europa.eu/en/topics/stress>
- European Commission (2012), *Investing in Health*, retrieved in June 2014 , from http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf
- European Commission, (2010), *Mental Health*, Eurobarometer 73.2, retrieved in June 2014, from http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/index_en.htm

- <http://www.psaropouloschristos.com/2013/02/h.html>, retrieved in June 2014
- http://epapanis.blogspot.gr/2007/09/blog-post_5393.html, retrieved in June 2014
- http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/ba/2012/MoraitiElissavet,GkolemiMarsela/attached-document-1337076970-520953-1232/Moraiti_Gkolemi2012.pdf,retrieved in June 2014
- <http://cyna.org/15th/articles/15.pdf> ,retrieved in June 014