

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ
(manager) ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΗΜΗΤΡΑΣ ΛΑΜΠΡΙΝΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 2024

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ
(manager) ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ
(manager) ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΔΗΜΗΤΡΑΣ ΛΑΜΠΡΙΝΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2024

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ ΣΑΨΑΚΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ(ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΟΥΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

Αφιερωμένη

στην μνήμη του θείου μου Γιώργου, που έφυγε

τόσο ξαφνικά για το μεγάλο ταξίδι.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς την πολύτιμη υποστήριξη του επιβλέποντος καθηγητή μου κύριου Μαριόλη Σαψάκου Θεόδωρου. Στα πλαίσια εκπόνησης αυτής της εργασίας εκφράζω ένα βαθύ ευχαριστώ για όλη την βοήθεια που μου προσέφερε, την άριστη συνεργασία που είχαμε αλλά και τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσε για να με κατευθύνει και να μου δώσει σημαντικά στοιχεία πάνω στο θέμα.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τις καλές μου φίλες Άννα και Αγγελική για την συνεχή συμπαράσταση και βοήθεια που μου προσέφεραν όλο αυτό το διάστημα.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω πολύ τον παππού μου ο οποίος υπήρξε πάντα ανεκτίμητο στήριγμα για εμένα και του οφείλω όλη την διαδρομή των σπουδών μου μέχρι σήμερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εργασία αυτή γίνεται στα πλαίσια ολοκλήρωσης μεταπτυχιακών σπουδών στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών με τίτλο «Ο ρόλος του νοσηλευτή ως διευθυντικό στέλεχος στο σύγχρονο νοσοκομείο».

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι η ολιστική προσέγγιση στο ρόλο του νοσηλευτή στα σύγχρονα νοσοκομεία. Είναι γνωστό ότι ο ρόλος του δεν είναι μονοδιάστατος αλλά πολύπλευρος. Ως νοσηλευτής είναι δεδομένο ότι ξεκινά από την λήψη της ευθύνης για την διαρκή φροντίδα των ασθενών που είναι και το ζητούμενο. Ωστόσο σε αυτό το βάρος της ευθύνης προστίθεται και ο δεύτερος ρόλος του ως ηγέτης που προϋποθέτει να συνεργαστεί και να συντονίσει άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων και υπηρεσιών του νοσοκομείου, να κάνει σωστή κατανομή- χρήση των οικονομικών πόρων που έχει στην διαθεσιμότητα του αλλά και να μπορέσει να διαχειριστεί σωστά και ώριμα έκτακτες καταστάσεις όπως για παράδειγμα μία πανδημία που θέτουν αναπόφευκτα την λειτουργία του νοσοκομείου σε κρίση .

Υλικό/μεθοδολογία: Η μεταπτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση και έχει γίνει προσπάθεια για όσο το δυνατόν πιο εκτενή μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις διεθνείς και ελληνικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Googlescholar, Science-direct, Heal-link κ.α.) στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε περίοδος 1999-2023.

Αποτελέσματα/συμπεράσματα: Καταβλήθηκαν προσπάθειες για μια όσο το δυνατό βαθύτερη μελέτη και έρευνα στο ρόλο του νοσηλευτή ως διευθυντικό στέλεχος στο σύγχρονο νοσοκομείο. Μνεία έγινε στα ειδικά χαρακτηριστικά που διακατέχει ένα διευθυντικό νοσηλευτικό στέλεχος για την παροχή μίας ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης αλλά και στις ευθύνες που έχει τόσο απέναντι στους ασθενείς ενός νοσοκομείου όσο και απέναντι στο προσωπικό. Τέλος μέσα από αυτή την μεταπτυχιακή εργασία θα μπορούσε, ενδεχομένως, να δοθεί η αφορμή για νέες μελέτες στον ρόλο του νοσηλευτή ως διευθυντικό στέλεχος μέσα στα νοσοκομεία.

Λέξεις κλειδιά: Για την παρούσα μελέτη διενεργήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: παρακίνηση νοσηλευτικού προσωπικού, οργάνωση προσωπικού, κατάρτιση προσωπικού, θεωρίες παρακίνησης, οργάνωση νοσοκομειακών μονάδων, χαρακτηριστικά του ηγέτη- νοσηλευτή, προκειμένου να αναζητηθούν εμπειρίες σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.

ABSTRACT

Introduction: This research is being conducted at the premise of completing a Masters degree at the National and Kapodistrian University of Athens, titled “The nurse as a manager in a modern hospital”.

Aim: The aim of this research paper is the holistic approach of the role of the nurse in the modern hospital settings. It is well known that this role is not one-dimensional. It begins with the responsibility of continuous patient care which is the most important factor. Even though, a new role is being added to the already heavy workload of the nurse- that of the leader that encompasses the cooperation with the interdisciplinary team & hospital services, the proper use and assignment of the provided economic budget, emergency protocols & crisis management. A very good example of a crisis is the recent pandemic of covid19, that caused an inevitable crash in all the healthcare settings worldwide.

Material/Methodology: This research contains a bibliographic thorough review of recent and current articles and books. An electronic search was performed at international and national data bases (Pubmed, Google scholar, Science-direct, Heal-link etc) in Greek and English language. The timeframe was set to 1999-2023.

Results/Conclusions: A very determined approach was given to explore in depth the nursing role of the nurse manager in a modern hospital. Gravity was given to the special characteristics that a nurse manager must obtain, in order to deliver quality care and also the responsibilities that a nurse manager carries to both the workplace and the patients. In conclusion, this research could create the stem for many new researches that question the role of the nurse as a manager or leader in a hospital.

Key-words: For this current review a systemic bibliographic search was performed, with the fellow key-texts: nursing staff motivation, staff organization, motivation theories, hospital management, characteristics of the nurse leader, Nursing Motivation, Nursing leadership, Hospital administration, Nursing

Management, Patient flow, Motivation in public hospitals, Nursing Motivation theory, Nursing profession satisfaction, leadership qualities in nursing, Nursing Professional Development Leadership, in order to discover experiences in national and international level.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

2.3 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΗΜΕΡΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

3.1 ΜΟΝΤΕΛΑ ΗΓΕΣΙΑΣ

3.1.1 ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FIEDLR

3.1.2 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ HERSEY&BLAUCHARD

3.1.3 ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

3.2 Η ΗΓΕΣΙΑ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3.2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΙΕΡΑΡΧΙΑΣ

3.2.2 ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΗΓΕΤΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

3.2.3 ΤΟΜΕΙΣ ΠΟΥ ΚΥΡΙΑΡΧΟΥΝ ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΗΓΕΤΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

3.2.3.1 ΤΟΜΕΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

3.2.3.2 ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.2.3.3 ΤΟΜΕΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

3.2.3.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.2.3.5 ΤΟΜΕΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.2.3.6 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.3 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΗΓΕΤΗΣ-ΜΙΑ ΜΟΡΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

4.2.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

4.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΡΕΣΙΩΝ

4.4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

4.5 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΣΕ ΗΝΟΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ, ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ, ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

4.6 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ ΩΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΕΝ ΚΑΙΡΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

5.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ

5.1.1 ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΜΙΑΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

5.1.2 COVID 19

5.2 Ο ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ CLINICDEBARCELONA ΣΤΗΝ ΕΝ ΚΑΙΡΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID 19

5.2.1 ΣΧΕΔΙΟ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΓΡΑΜΜΗ ΕΝ ΚΑΙΡΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

5.4 ΟΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΩΘΟΥΝ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ

5.5 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ένα από τα δυσκολότερα επαγγέλματα του κλάδου της υγείας και αυτό γιατί οι νοσηλευτές συνήθως εργάζονται σε συνθήκες μεγάλης πίεσης και στρες τόσο εξαιτίας της φύσης της ίδιας της εργασίας τους όσο των συνθηκών που επικρατούν στα δημόσια νοσοκομεία εντός αλλά και εκτός Ελλάδας. Καθώς τα πράγματα γύρο μας αλλάζουν συνεχώς λόγο διάφορων συνθηκών, θέλησης για εξέλιξη αλλά και γράφοντας πιο συγκεκριμένα θα ήθελα να ορίσω το διάστημα των τελευταίων είκοσι χρόνων αυτό που τοποθετώ ως σύγχρονο νοσοκομείο. Πάνω σε αυτό να τονιστεί ότι οι νοσηλευτές πια εκτός του ότι εκτελούν λειτούργημα παρέχοντας συνεχής υγειονομική περίθαλψη και θέτοντας πάντα ως πρωταρχικό τους μέλημα τον ασθενή πολλοί από αυτούς εκπαιδεύονται ώστε να πάρουν τις απαραίτητες γνώσεις πάνω στο κομμάτι της διοίκησης για να μπορέσουν να λειτουργήσουν ως διευθυντικά στελέχη στο σύγχρονο νοσοκομείο, να επιβλέπουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και να προωθούν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών. Σε αυτή την εργασία τονίζεται η διασφάλιση ότι οι ρόλοι των διευθυντών νοσηλευτών σχεδιάζονται και υλοποιούνται για την προώθηση της αυτονομίας τους, της ισχύος των αποφάσεων τους αλλά και της ενεργού συμμετοχής τους σχεδόν σε όλες τις διαδικασίες εντός του νοσοκομείου για τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Ακόμη, εξετάζονται οι σημαντικοί παράγοντες για την ικανοποίηση από τη δουλειά του διευθυντή νοσηλευτών πρώτης γραμμής σε διάφορα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης και σε χώρες εκτός Ελλάδος.

Οι νοσηλευτές ως διευθυντικά στελέχη είναι υπεύθυνοι για διαδικασίες όπως ο συντονισμός και η ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών, η διαχείριση του ωραρίου προσωπικού, η μισθοδοσία, οι αναθεωρήσεις των επιδόσεων και οι αποφάσεις που σχετίζονται με την πρόσληψη αλλά ακόμα και με την απόλυση του προσωπικού. Διευκολύνουν την επικοινωνία, ενισχύουν τις επαγγελματικές σχέσεις, δημιουργούν και υποστηρίζουν τη συμμετοχή της ομάδας [1]

Επιπλέον η εργασία πραγματεύεται και αναλύει το πώς οφείλει να λειτουργεί ένας νοσηλευτής-διευθυντικό στέλεχος κάτω από δυσμενείς, δυσκολότερες

συνθήκες από τις σύνηθες, ώστε να μπορέσει να μεριμνήσει αλλά και να προστατέψει την δημόσια υγεία θέτοντας ως παράδειγμα την πανδημία που έχει μαστίσει τα τελευταία χρόνια την κοινωνία μας και έχει αλλάξει πολλά από τα δεδομένα σε τοπικό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο. Είναι γνωστό ότι η πανδημία είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη συνθήκη που χρειάζεται σαφώς ειδική μεταχείριση από ανθρώπους κλειδιά μέσα στους οποίους όπως θα δούμε πρωταρχικό-πρωταγωνιστικό ρόλο έχουν οι νοσηλευτές-διευθυντικά στελέχη.

Τέλος διαπιστώνουμε ότι το έργο των διευθυντών νοσηλευτών είναι αγχωτικό και εξαντλητικό. Η εξουθένωση και το άγχος ήταν οι κύριοι λόγοι που αναφέρθηκαν από νοσηλευτές ως διευθυντικά στελέχη στην πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν τις θέσεις τους. Ο αυξανόμενος αριθμός διευθυντών νοσηλευτών που φεύγουν ή σκοπεύουν να εγκαταλείψουν την τρέχουσα εργασία τους λόγω επαγγελματικού στρες και εξουθένωσης είναι ανησυχητικός.

[2]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Παρόλο που η προέλευση της νοσηλευτικής προηγείται των μέσων του 19ου αιώνα, η ιστορία της επαγγελματικής νοσηλευτικής ξεκινά παραδοσιακά από τη Φλωρεντία Nightingale. Η Nightingale γεννήθηκε στις 12 Μαΐου στην Φλωρεντία από γονείς που ανήκαν στην αγγλική αριστοκρατία ενώ άφησε την τελευταία της πνοή τον Αύγουστο του 1910. Η Nightingale, η καλά μορφωμένη κόρη πλούσιων βρετανών γονέων, απήφησε τις κοινωνικές συμβάσεις και αποφάσισε να γίνει νοσοκόμα. Η περίθαλψη των ξένων, είτε στα νοσοκομεία είτε στα σπίτια τους, δεν θεωρήθηκε τότε ως αξιοσέβαστη σταδιοδρομία για γυναίκες από καλές-πλούσιες οικογένειες, οι οποίες αναμενόταν να το κάνουν μόνο για άρρωστη οικογένεια και φίλους. Σε μια ριζική απόκλιση από αυτές τις απόψεις, η Nightingale πίστευε ότι οι καλά μορφωμένες γυναίκες, χρησιμοποιώντας επιστημονικές αρχές και εκπαιδευόμενες για τον υγιή τρόπο ζωής, θα μπορούσαν να βελτιώσουν δραματικά τη φροντίδα των ασθενών. Επιπλέον, πίστευε ότι η νοσηλευτική παρείχε ένα ιδανικό ανεξάρτητο κάλεσμα γεμάτο πνευματική και κοινωνική ελευθερία για τις γυναίκες, οι οποίες τότε είχαν λίγες επιλογές σταδιοδρομίας. [3]

Έτσι λοιπόν σπούδασε νοσηλευτική και μόλις έλαβε γνώση της έκκλησης των αγγλικών αρχών για την ανάγκη οργάνωσης της υγειονομικής υπηρεσίας στον διεξαγόμενο πόλεμο της Κριμαίας(1845) της Αγγλίας, Γαλλίας και Τουρκίας κατά της Ρωσίας, προσέτρεξε να προσφέρει τις υπηρεσίες της.

Στο Σκούταρι κοντά στην Κωνσταντινούπολη, βρισκόταν το στρατιωτικό νοσοκομείο που ανέλαβε να οργανώσει με 1500 ασθενείς και τραυματίες. Μέσα σε λίγες μέρες από την άφιξή τους, η Nightingale και η ομάδα νοσοκόμων που μετέφερε μαζί της είχαν αναδιοργανώσει το νοσοκομείο των στρατώνων σύμφωνα με την επιστήμη του 19ου αιώνα: οι τοίχοι καθαρίστηκαν, άνοιξαν παράθυρα για εξαερισμό, προετοιμάστηκαν και σερβιρίζονταν θρεπτικά τρόφιμα και χορηγήθηκαν αποτελεσματικά φάρμακα και θεραπείες. Μέσα σε λίγες εβδομάδες τα ποσοστά θανάτου μειώθηκαν και οι στρατιώτες δεν αρρώσταιναν πλέον από μολυσματικές ασθένειες που προέρχονταν από κακές υγειονομικές συνθήκες. Μέσα σε λίγους μήνες ένα αρκετά μεγάλο κοινό γνώριζε

το έργο της «Κυρίας με τη Λάμπα», που έκανε νυχτερινές βόλτες παρηγοριάς στους άρρωστους και τραυματίες. Μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα, ολόκληρος ο δυτικός κόσμος μοιράστηκε την πίστη της Nightingale για την αξία των μορφωμένων νοσοκόμων. [3]



Εικόνα1: ‘Η κυρία με το λύχνο’ –FlorenceNightingale .

Το 1912 ορίστηκε μετάλλιο προς τιμήν του ονόματος της καθώς επίσης στις 12 Μαΐου, δηλαδή την ημέρα που γεννήθηκε , γιορτάζεται παγκοσμίως σαν η ημέρα νοσοκομείων. Ακόμα αξίζει να σημειωθεί ότι από το 1912 έχει καθιερωθεί μετάλλιο στο όνομά της, που απονέμεται σε νοσηλεύτριες διακεκριμένες από τον Διεθνή Ερυθρό Σταυρό . Επιπλέον πρέπει να τονιστεί ότι όταν η F.Nightingaleγύρισε από τον πόλεμο της Κριμαίας ίδρυσε την πρώτη σχολή νοσοκόμων στο νοσοκομείο του αγίου Θωμά. Συμπερασματικά καταλαβαίνουμε ότι η συμβολή της F.Nightingaleστην επιστημονική νοσηλευτική ήταν καθοριστικής σημασίας.[3]



Εικόνα2: Florence Nightingale στο νοσοκομείο Barrack.[3]

Καθώς εξαπλώθηκε η αστικοποίηση και η εκβιομηχάνιση, όσοι δεν είχαν οικογένειες για τη φροντίδα τους βρέθηκαν σε νοσοκομεία όπου η ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης διέφερε πολύ. Μερικοί ασθενείς έλαβαν εξαιρετική φροντίδα. Οι γυναίκες από θρησκευτικές διαταγές νοσηλευτικής ήταν ιδιαίτερα γνωστές για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρείχαν στα νοσοκομεία που ίδρυσαν. Άλλα νοσοκομεία εξαρτώνταν από την ανάρρωση ασθενών ή προσέλαβαν άνδρες και γυναίκες για τη νοσηλευτική περίθαλψη ασθενών. Μερικές φορές αυτή η φροντίδα ήταν εξαιρετική. Άλλες φορές ήταν αξιοθρήνητο και η αναξιοπιστία της νοσηλευτικής νοσοκομειακής περίθαλψης έγινε ένα ιδιαίτερο πρόβλημα στα τέλη του 19ου αιώνα, όταν οι αλλαγές στις ιατρικές πρακτικές και τις θεραπείες απαιτούσαν ικανές νοσοκόμες. Η σύγκλιση των αναγκών των νοσοκομείων, οι επιθυμίες των ιατρών και η επιθυμία των γυναικών για ουσιαστική εργασία οδήγησαν σε έναν νέο επαγγελματία υγείας: την εκπαιδευμένη νοσοκόμα. [3]

Τα νοσοκομεία δημιούργησαν τις δικές τους σχολές κατάρτισης για νοσοκόμες. Σε αντάλλαγμα για διαλέξεις και κλινικές οδηγίες, οι μαθητές παρείχαν στο

νοσοκομείο δύο ή τρία χρόνια εξειδικευμένης δωρεάν νοσηλευτικής περίθαλψης. Αυτό το εκπαιδευτικό μοντέλο με βάση το νοσοκομείο είχε σημαντικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Δεσμεύτηκε η εκπαίδευση νοσοκόμων σε νοσοκομεία και όχι σε κολέγια, μια γραβάτα που δεν έσπασε οριστικά μέχρι το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα. Το μοντέλο κατάρτισης που βασίζεται στο νοσοκομείο ενίσχυσε επίσης τον διαχωρισμό στην κοινωνία και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, οι νοσοκόμες φοιτητών Αφροαμερικάνων απαγορεύτηκαν από σχεδόν όλα τα αμερικανικά νοσοκομεία και σχολές κατάρτισης. Θα μπορούσαν να αναζητήσουν εκπαίδευση μόνο σε σχολεία που ιδρύθηκαν από νοσοκομεία Αφροαμερικάνων. Κυρίως, το νοσοκομειακό μοντέλο κατάρτισης ενίσχυσε το πολιτιστικό στερεότυπο της νοσηλευτικής ως γυναικείο έργο. Μόνο μερικά νοσοκομεία παρείχαν εκπαίδευση για τη διατήρηση των παραδοσιακών ρόλων των ανδρών στη νοσηλευτική.

Ωστόσο, οι νοσοκόμες μετέτρεψαν νοσοκομεία. Εκτός από την εξειδικευμένη, συμπονετική φροντίδα που έδωσαν στους ασθενείς, δημιούργησαν ένα ομαλό περιβάλλον μέσα στο οποίο οι ασθενείς επουλώθηκαν. Χορηγήθηκαν ολόενα και πιο περίπλοκες θεραπείες και θεραπευτικές αγωγές. Διατήρησαν τα πρωτόκολλα ασηπτικής και ελέγχου των μολύνσεων που επέτρεψαν να προχωρήσουν πιο πολύπλοκες και επεμβατικές χειρουργικές επεμβάσεις. Επιπλέον, πειραματίστηκαν με διαφορετικά μοντέλα νοσηλευτικών παρεμβάσεων που εξανθρωπίζουν όλο και περισσότερο τεχνικές και απρόσωπες ιατρικές διαδικασίες.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1930, οι αυξανόμενες τεχνολογικές και κλινικές απαιτήσεις περί φροντίδας των ασθενών, οι αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών για εντατική νοσηλεία και η επακόλουθη μετακίνηση μιας τέτοιας φροντίδας έξω από τα σπίτια και στα νοσοκομεία απαιτούσαν νοσοκομειακό προσωπικό εκπαιδευμένων και όχι φοιτητών νοσοκόμων. Στα μέσα της δεκαετίας του 1950 τα νοσοκομεία ήταν ο μεγαλύτερος εργοδότης των εγγεγραμμένων νοσοκόμων. Αυτή η τάση συνεχίζεται, αν και καθώς οι αλλαγές στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έδωσαν εκ νέου έμφαση στη φροντίδα στο σπίτι, ένας αναλογικά μεγαλύτερος αριθμός νοσηλευτών

εργάζεται σε κλινικές εξωτερικών ασθενών, οικιακή περίθαλψη, δημόσια υγεία και άλλους κοινοτικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

Άλλες σημαντικές αλλαγές στη νοσηλευτική σημειώθηκαν κατά το τελευταίο μισό του 20ού αιώνα. Το επάγγελμα μεγάλωσε περισσότερο. Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες, η Εθνική Οργάνωση Έγχρωμων Μεταπτυχιακών Νοσηλευτών (NOCGN) αξιοποίησε την οξεία έλλειψη νοσοκόμων κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και πίεσε με επιτυχία για τον διαχωρισμό τόσο του στρατιωτικού νοσηλευτικού σώματος όσο και των νοσηλευτικών ενώσεων. Η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (ANA) διαιρέθηκε το 1949, μία από τις πρώτες εθνικές επαγγελματικές ενώσεις που το έκαναν. Ως αποτέλεσμα, το 1951, αισθανόμενοι τους στόχους του να εκπληρώνονται, το NOCGN διαλύθηκε. Όμως, στα τέλη της δεκαετίας του 1960, ορισμένες νοσοκόμες Αφροαμερικάνων θεώρησαν ότι το ANA δεν είχε ούτε τον χρόνο ούτε τους πόρους για να αντιμετωπίσει επαρκώς όλες τις ανησυχίες τους. Η Εθνική Ένωση Μαύρων Νοσηλευτών (NBNA) ιδρύθηκε το 1971 ως παράλληλη οργάνωση με την ANA.

Κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα, οι νοσοκόμες ανταποκρίθηκαν σε αυξανόμενο αριθμό ασθενών με καινοτόμους αναδιοργανώσεις των προτύπων φροντίδας τους. Για παράδειγμα, οι μονάδες κρίσιμης φροντίδας στα νοσοκομεία ξεκίνησαν όταν οι νοσοκόμες άρχισαν να ομαδοποιούν τους πιο κρίσιμους ασθενείς τους για να παρέχουν αποτελεσματικότερη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας. Επιπλέον, πειράματα με μοντέλα προοδευτικής περίθαλψης ασθενών και πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής έδωσαν εκ νέου έμφαση στην ευθύνη μιας νοσοκόμας για έναν ασθενή παρά τις συχνά συντριπτικές γραφειοκρατικές απαιτήσεις των νοσοκομείων την ώρα των νοσοκόμων.

Το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει επίσης ενισχυθεί από την αυξανόμενη έμφαση στο εθνικό και διεθνές έργο στις αναπτυσσόμενες χώρες και από την υπεράσπιση υγιών και ασφαλών περιβαλλόντων. Το διεθνές πεδίο της νοσηλευτικής υποστηρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος αναγνωρίζει τη νοσηλευτική ως τη ραχοκοκαλιά των περισσότερων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. [3]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Με βάση το προεδρικό διάταγμα (Π.Δ) 87/1986 θεσμοθετήθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων και καταρτίστηκαν οι οργανισμοί τους. Η λειτουργία και η οργάνωση των νοσοκομείων γίνεται με βάση τον οργανισμό τους σύμφωνα με τον οποίο γίνεται ο ορισμός των υπηρεσιών τους. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική
- Τεχνική

Όλες οι υπηρεσίες αυτές είναι ισότιμες με ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση αποτελώντας τους βασικούς άξονες των μονάδων νοσοκομείων. Η κάθε μία υπηρεσία έχει την δική της ιεραρχική δόμηση αλλά όλες υπάγονται στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου. [4-5]

Νοσηλευτική υπηρεσία: Επικεφαλής της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι ο Διευθυντής και υπεύθυνος του νοσηλευτικού τομέα ο Τομεάρχης. Ο κάθε νοσηλευτικός τομέας απαρτίζεται από νοσηλευτικά τμήματα όπου υπεύθυνοι είναι οι Προϊστάμενοι. Η νοσηλευτική υπηρεσία ασχολείται με την διοίκηση των ασθενών, των νοσηλευτών και τον οργανισμό παροχής νοσηλευτικής φροντίδας ενώ οι δραστηριότητες που αναπτύσσει η νοσηλευτική υπηρεσία χωρίζονται σε νοσηλευτικές, διοικητικές και εκπαιδευτικές. [6-7]

Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε καθημερινό επίπεδο στα νοσοκομεία είναι μεν ξεχωριστές μεταξύ τους αλλά και ταυτόχρονα αλληλεξαρτώμενες. Είναι σχεδόν υποχρεωμένες να συνεργάζονται μεταξύ τους καθώς μόνο έτσι θα επιτευχθεί η καλύτερη παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών του νοσοκομείου στην καθημερινή πρακτική είναι οι προϊστάμενοι του κάθε νοσηλευτικού τμήματος.

2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επάγγελμα φροντίδας που απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου, την φυσική του φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη. Η επιτυχής άσκηση του επαγγέλματος απαιτεί γνωστικές τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, προϋποθέτει την αλληλεπίδραση και την συνεχή επικοινωνία με τον ασθενή με συνέπεια η ποιότητα του νοσηλευτικού έργου να επηρεάζεται καθοριστικά από το επίπεδο στελέχωσης και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το βασικό κριτήριο που χαρακτηρίζει την ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας σχετίζεται με την ποσοτική και ποιοτική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ποσοτική σύνθεση προσδιορίζεται από τον δείκτη αντιστοιχίας νοσηλεύτη/βοηθού νοσηλεύτη προς ασθενείς και η ποιοτική από το επίπεδο εκπαίδευσης, αντίστοιχα. Η επαρκής στελέχωση αποτελεί την αναγκαία συνθήκη, προκειμένου το νοσηλευτικό προσωπικό να παρέχει ποιοτική φροντίδα και να αναπτύσσει όλες τις πτυχές του νοσηλευτικού ρόλου. Το επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με το επίπεδο γνώσεων, το οποίο επηρεάζει την επαγγελματική του κρίση.

Είναι γνωστό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι κοντά στον ασθενή όλο το 24ωρο, έχει τη δυνατότητα με την επαρκή γνώση που διαθέτει και τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις να ελαχιστοποιήσει τυχόν αρνητικές συνέπειες για τη ζωή του ασθενούς, παρέχοντας έτσι υψηλό επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική αποτελεί επάγγελμα το οποίο φέρει ευθύνη για τη διαρκή φροντίδα των ασθενών, των τραυματιών και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Η νοσηλευτική είναι επίσης υπεύθυνη για την πρόληψη όσον αφορά την υγεία των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων σε ιατρικό και κοινοτικό περιβάλλον. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στην έρευνα, τη διαχείριση, τη συζήτηση για την προστασία και την υπεράσπιση ασθενών. Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ευθύνη για την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και εξειδικευμένων υπηρεσιών σε άτομα, οικογένειες και κοινότητες [3]

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές εργάζονται τόσο ανεξάρτητα όσο και σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως γιατροί. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές επιβλέπουν το έργο νοσοκόμων που έχουν περιορισμένες άδειες, όπως οι πρακτικοί νοσηλευτές με άδεια χρήσης (LPNs) στις Ηνωμένες Πολιτείες και οι εγγεγραμμένοι νοσοκόμοι (EN) στην Αυστραλία. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές επιβλέπουν επίσης το έργο των βοηθών νοσηλευτικής σε διάφορα περιβάλλοντα. [3]

Η νοσηλευτική είναι ένα από τα μεγαλύτερα, διαφορετικά και πιο σεβαστά από όλα τα επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν περισσότεροι από 2,9 εκατομμύρια εγγεγραμμένοι νοσηλευτές μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες και πολλοί άλλοι εκατομμύρια παγκοσμίως, ενώ η πραγματική δημογραφική αναπαράσταση παραμένει ένας αόριστος στόχος. Η νοσηλευτική έχει υψηλότερη αναλογική εκπροσώπηση των φυλετικών και εθνικών μειονοτήτων από άλλα επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης. Σε ορισμένες χώρες, ωστόσο, οι άντρες εξακολουθούν να εκπροσωπούνται σημαντικά.

Η ζήτηση για νοσηλευτική παραμένει υψηλή και οι προβλέψεις υποδηλώνουν ότι αυτή η ζήτηση θα αυξηθεί σημαντικά τα επόμενα χρόνια. Η πρόοδος στην τεχνολογία της υγειονομικής περίθαλψης, οι αυξανόμενες προσδοκίες των ατόμων που αναζητούν περίθαλψη και η αναδιοργάνωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν μεγαλύτερο αριθμό επαγγελματιών με υψηλό ποσοστό μόρφωσης. Οι δημογραφικές αλλαγές, όπως οι μεγάλοι γηράσκοντες πληθυσμοί σε πολλές χώρες του κόσμου, τροφοδοτούν επίσης αυτή τη ζήτηση. [3]

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι η θέση του νοσηλευτή ως μάνατζερ είναι ικανή να συμβάλει στην επίλυση προβλημάτων στα δημόσια νοσοκομεία. Ο νοσηλευτής ως εργαζόμενος πρώτης γραμμής αναπτύσσει, προωθεί και παρέχει καινοτόμο φροντίδα μετασχηματίζοντας το κλίμα ή τον πολιτισμό στο χώρο εργασίας μέσω της βελτίωσης των εσωτερικών διαδικασιών. Το θετικό εργασιακό περιβάλλον καταλήγει στην ανάπτυξη νέων υπηρεσιών. Είναι δυσάρεστο το γεγονός να αποδεικνύεται ότι οι νοσηλευτές εξακολουθούν να μην αξιοποιούνται πλήρως στο δυναμικό τους για την υπεράσπισή τους, θέτοντας σε κίνδυνο κρίσιμες πτυχές στο νοσοκομειακό περιβάλλον όπως:

ασφάλεια ασθενούς, ποιότητα, φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, προσβασιμότητα και προσιτή φροντίδα. [8]

Η κρίσιμη θέση των νοσηλευτών ως εργαζομένων πρώτης γραμμής αποτελεί ένα πρόσθετο πλεονέκτημα που τους επιτρέπει να φέρουν περισσότερες στρατηγικές μετασχηματισμού μέσα σε ομάδες. Ως εκ τούτου, η συνάφεια της ενδυνάμωσης των διευθυντών νοσηλευτών μονάδων που λειτουργούν στο βασικό κομμάτι της ηγεσίας της υγειονομικής περίθαλψης τους προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες να ενσωματώσουν πιο καινοτόμες πρωτοβουλίες στο πλαίσιο τους. Η καινοτόμος συμπεριφορά επιτρέπει σε αυτούς τους διαβαθμισμένους υπαλλήλους να αλλάξουν βασικά κομμάτια της καθημερινότητας μέσω της ενσωμάτωσης νέων διορθωτικών μέτρων για την απλοποίηση πολύπλοκων εργασιών προκειμένου να επιτευχθεί η επιθυμητή ποιότητα φροντίδας. [9]

Μια πιο ολιστική προσέγγιση που ενθαρρύνει την καινοτομία καθίσταται ακόμη πιο επιθυμητή στο μετασχηματισμένο τοπίο υγειονομικής περίθαλψης που υπάρχει στη νοτιοαφρικανική υγειονομική περίθαλψη όπου εισάγεται το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας (NHI) για τον μετριασμό των υφιστάμενων ανισοτήτων. Το NHI είναι μια κυβερνητική πρωτοβουλία που στοχεύει στην αντιμετώπιση του τρέχοντος παράλληλου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (δημόσιο και ιδιωτικό) που εξακολουθεί να μην περιλαμβάνει 21 χρόνια μετά τη δημοκρατία. Το τρέχον σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι ακόμη εξίσου προσβάσιμο σε όλους. Επί του παρόντος, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη Νότια Αφρική μπορεί να περιθάλψει μόνο το 27% των πολιτών που έχουν πρόσβαση σε ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, η οποία διαθέτει μεγάλο πόρο και είναι ακριβή, σε αντίθεση με το 71,4% των πολιτών που μπορούν να έχουν πρόσβαση μόνο στη δημόσια υγεία που δεν είναι συγκρίσιμη με την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη.

Η πρωτοβουλία National Health Insurance στοχεύει στην αντιμετώπιση της άνισης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω της δημιουργίας ενός ενιαίου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που θα προσφέρει ποιοτική υγεία σε όλους τους πολίτες. [8]

Οι ελλειπείς υπηρεσίες που προσφέρονται συχνά σε διάφορα δημόσια ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο τείνουν να στερούν στους πολίτες το συνταγματικό τους δικαίωμα στην ποιοτική υγειονομική περίθαλψη. Αυτή η κατάσταση αποτελεί σοβαρή πρόκληση για την κυβέρνηση που αναζητά πιο καινοτόμες πρωτοβουλίες που θα ανατρέψουν ολόκληρο το σύστημα.

Παρά τις αξιοσημείωτες πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στο μετασχηματισμό της υγειονομικής περίθαλψης, πολλές δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να κατακλύζονται από πολλές προκλήσεις, διαιωνίζοντας με αυτόν τον τρόπο τη χαμηλή ποιότητα φροντίδας που παρέχεται. Ο μετασχηματισμός ολόκληρου του συστήματος δημόσιας υγείας γίνεται πλέον μία επείγουσα έκκληση προς την κυβέρνηση ώστε να βελτιώσει την αξιοπιστία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

Επομένως, η ανάδειξη μιας επιχείρησης σε οποιοδήποτε μεγάλο οργανισμό, συμπεριλαμβανομένου του δημόσιου τομέα, μέσω της ενσωμάτωσης της ενδοεπενδυτικής σχέσης είναι μια στρατηγική ανατροπής που προωθεί τη χρήση των οργανωτικών πόρων στις πιο παραγωγικές ενδοπεριφερειακές ομάδες που είναι υπεύθυνες για την ανάληψη κινδύνων, καινοτόμες και δημιουργικές. [3]

2.3 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΗΜΕΡΑ

Οι πολυάριθμες προκλήσεις για την υγεία που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία δημόσιας υγείας υπονομεύουν σε μεγάλο βαθμό την προβλεπόμενη ποιότητα. Σύμφωνα με τον Cullinan [10] ορισμένες από αυτές τις βασικές προκλήσεις που παρατηρούνται σε ορισμένα από τα δημόσια νοσοκομεία περιλαμβάνουν: κακομεταχείριση ασθενών, παραμέληση και κακοποίηση, ελλιπή πρότυπα φροντίδας, έλλειψη υγιεινής, έλλειψη μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων και έλλειψη λογοδοσίας στους ασθενείς πολλών νοσοκομείων και εγκαταστάσεων υγείας, έλλειψη προσωπικού, δυσλειτουργία εξοπλισμού, κλοπή λευκών ειδών και φαρμάκων. Για πάνω από είκοσι χρόνια, μερικά από αυτά τα ζητήματα είναι μόνο μια κορυφή του παγόβουνου που αμαυρώνει περαιτέρω την ήδη αρνητική εικόνα των δημόσιων νοσοκομείων. [10]

Δικαιώματα των ασθενών, ασφάλεια των ασθενών, υπηρεσίες κλινικής υποστήριξης, δημόσια υγεία, ηγεσία και εταιρική διακυβέρνηση, επιχειρησιακή διαχείριση, εγκαταστάσεις και υποδομές. Η δημιουργία συμπαγών ενδοπυρηνικών ομάδων στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας μπορεί να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα σε διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα. Παρά το γεγονός ότι η ενδοεπενδυτικότητα είναι μια επιθυμητή πρωτοβουλία για την επιβίωση οποιασδήποτε σύγχρονης οργάνωσης, οι λιγότερο αισιόδοξοι προειδοποιούν ότι θα μπορούσε να είναι αρκετά δύσκολο να εφαρμοστεί ειδικά στο σύστημα αποτροπής του κινδύνου για τη δημόσια υγεία που επηρεάζεται ιδιαίτερα από τις παραδόσεις, τους κανόνες και τις δομές που περιορίζουν τις ευκαιρίες για πιο καινοτόμες εφευρέσεις. [11] Ωστόσο, οι Nicolaidis και Costa [12] πιστεύουν ακράδαντα ότι η πραγματοποίηση της πρωτοβουλίας ενδοεπενδυτικότητας σε έναν οργανισμό απαιτεί συνέργεια του εξαιρετικού συνδυασμού διοικητικών και επιχειρηματικών δεξιοτήτων για την επίτευξη οργανωτικής καινοτομίας, ανάπτυξης και ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.

Το μεταρρυθμιστικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να ενθαρρύνει τις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης να είναι πιο δημιουργικές και καινοτόμες ώστε να είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν τα επιθυμητά αποτελέσματα βελτίωσης της ποιότητας.

Προκειμένου να αναπτυχθεί η ενδοπεριφερειακή καινοτομία στον τομέα της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, η διοίκηση πρέπει να εξετάσει την ουσιαστική κατανομή των πόρων, τον μακροπρόθεσμο προγραμματισμό και μια πεποίθηση στο μέλλον. Ο Shukla [13] αναγνωρίζει την ενδοεπενδυτικότητα ως έναν νέο τρόπο για να καταστήσει τους οργανισμούς πιο κερδοφόρους μέσω των ευφάνταστων υπαλλήλων τους που προωθούν αδιάκοπα επιχειρηματικές σκέψεις που επηρεάζουν τις εταιρείες να επανφεύγουν και, συνεπώς, να βελτιώνουν την απόδοση. Οι Goosenet.al[14] εντοπίζουν έντεκα κρίσιμα συστατικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την προώθηση της ενδοπεριφερειακής πρακτικής μέσα σε έναν οργανισμό, π.χ. επιχειρηματικές ομάδες, ελευθερία και ενδυνάμωση των υπαλλήλων, εκτελεστικοί πρωταθλητές, εμπιστοσύνη και καλές μορφές διαχείρισης, όπως επικοινωνία και ανατροφοδότηση, ανταμοιβές και αναγνώριση ενδοπυρηνικών

δραστηριοτήτων, κοινή χρήση, δημιουργικότητα και καινοτομία και προώθηση της επιτυχίας.

Το ζήτημα της έξυπνης ενδοπυρηνικής συμπεριφοράς εξετάζεται περαιτέρω από μια σειρά μελετητών, συμπεριλαμβανομένων των Seshadri και Tripathy [15], οι οποίοι φέρνουν στο προσκήνιο άλλες κρίσιμες ιδιότητες των ενδοεπενδυτών που είναι εμφανείς μέσω της ικανότητάς τους να χαράζουν νέα μονοπάτια, να ξεκινούν νέες επιχειρήσεις και να αψηφούν την status quo στους οργανισμούς τους. Αυτή η εξαιρετική ενδοεπενδυτική συμπεριφορά αντικατοπτρίζεται μέσω της ανθεκτικότητας και της ενέργειας που ισχύει για τους ενδοεπενδυτές που προορίζονται να γυρίσουν περίπλοκες γραφειοκρατίες κοινές σε μεγάλους οργανισμούς του δημόσιου τομέα. [16]

Προκειμένου η ενδοεπενδυτική ανάπτυξη να αναπτυχθεί εντός ενός οργανισμού του δημόσιου τομέα, η ηγεσία θα πρέπει να δημιουργήσει ένα εργασιακό περιβάλλον που να επιτρέπει την αυτονομία / διακριτική ευχέρεια των εργαζομένων χωρίς κυρώσεις για πειραματισμό. Ένα τέτοιο περιβάλλον θα πρέπει επίσης να γνωρίζει τις ανάγκες διαχείρισης για ένα σύστημα επιβράβευσης / ενίσχυσης. Το ενδοπυρηνικό περιβάλλον εργασίας - πρέπει να δομηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να αναγνωρίζει την πραγματική επίτευξη των εργαζομένων που δέχονται όλο και πιο απαιτητικές εργασίες. Η διοίκηση πρέπει επίσης να αξιοποιήσει χρόνο για να βελτιώσει την καινοτομία δημιουργώντας ένα ευέλικτο περιβάλλον εργασίας, επιτρέποντας στους υπαλλήλους να συμβουλευονται με άλλα δημιουργικά μέλη της ομάδας για την επίλυση προβλημάτων.

Τα οργανωτικά όρια πρέπει να επεκταθούν για να επιτύχουν την επιτυχή ολοκλήρωση νέων ιδεών που στοχεύουν στον μετριασμό των ευρέων θεμελιωδών προβλημάτων του οργανισμού. [17] Προκειμένου η ηγεσία να είναι πραγματικά επιτυχής στην επίτευξη βιώσιμων καινοτόμων ενδοπεριφερειακών ομάδων, πρέπει να συντονιστούν οι προσπάθειες των βασικών ρόλων. Για να βελτιωθεί η παροχή υγειονομικής περίθαλψης, απαιτείται η ενσωμάτωση των βασικών ρόλων στο ενδοπεριφερειακό πεδίο εργασίας. Τέτοιοι ρόλοι έχουν χαρακτηριστικά όπως: δημιουργία ιδεών, καινοτομία, ηγεσία έργου και πρωτοπόροι καινοτομίας. [18]

Φαίνεται να υπάρχει έλλειψη ή ελάχιστη κατανόηση της έννοιας της ενδοεπενδυτικότητας από τους διευθυντές νοσοκομειακών μονάδων, η οποία έχει αντίκτυπο στις προβλεπόμενες προγενέστερες ενδοπυρηνικές πρακτικές στα δημόσια νοσοκομεία. Η σημασία της ενδοεπενδυτικότητας, η οποία είναι αρκετά ξένη για τη νοσηλευτική, δεν γίνεται κατανοητή επαρκώς από τις νοσοκόμες. Τα ευρήματα, αν και αρκετά περιορισμένα, αντικατοπτρίζουν το τι προσφέρουν τα δύσκολα δημόσια νοσοκομεία σε επιχειρησιακό επίπεδο. πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας, κατάρτιση και ανάπτυξη, σχεδιασμός υφιστάμενης επιχειρηματικής προσέγγισης και καινοτομίας. Αντανάκλαση των εσωτερικών περιβαλλοντικών διαδικασιών όπως: κουλτούρα, πολιτικές και συστήματα που περιλαμβάνουν τύπο ηγεσίας που δεν υπήρχε πειστικά από τους συμμετέχοντες. Τέτοιες ασυμφωνίες μεταξύ των αποτελεσμάτων και της βιβλιογραφίας αποκαλύπτουν την τρέχουσα έλλειψη σύλληψης μιας μεγαλύτερης εικόνας σχετικά με τον αντίκτυπο που θα μπορούσε να έχει μια τόσο σημαντική προσπάθεια για την αλλαγή της απαρχαιωμένης εικόνας των δημόσιων νοσοκομείων.

Οι πολυάριθμες προκλήσεις υγείας που αντιμετωπίζουν τα δημόσια νοσοκομεία υγείας στη Νότια Αφρική θέτουν σε τρομερό κίνδυνο την προβλεπόμενη περίθαλψη ποιότητας. Σύμφωνα με τον Cullinan [10] μερικές από τις βασικές προκλήσεις που παρατηρήθηκαν σε ορισμένα δημόσια νοσοκομεία περιλαμβάνουν: κακή διαχείριση ασθενών, παραμέληση και κακοποίηση, τρομακτικά πρότυπα περίθαλψης, έλλειψη υγιεινής, έλλειψη μέτρων ελέγχου της μόλυνσης και έλλειψη λογοδοσίας πολλά νοσοκομεία και εγκαταστάσεις υγείας, υποεκτίμηση, κακή λειτουργία εξοπλισμού, κλοπή σεντονιών και φαρμάκων.

Πάνω από είκοσι χρόνια μετά τη δημοκρατία, ορισμένα από αυτά τα ζητήματα είναι μόνο μια άκρη του παγόβουνου που αμαυρώνει περαιτέρω την ήδη αρνητική εικόνα των δημόσιων νοσοκομείων στη Νότια Αφρική. [10] Το South African Department of Health, Quality Quality Guide to 2012 [19] παρουσιάζει τους ακόλουθους επτά τομείς που στοχεύουν στη συνεχή αντιμετώπιση διαφορετικών προκλήσεων μέσω της γνώσης. Δικαιώματα των ασθενών, ασφάλεια των ασθενών, υπηρεσίες κλινικής υποστήριξης, δημόσια υγεία, ηγεσία και εταιρική διακυβέρνηση, επιχειρησιακή διαχείριση, τέλος,

εγκαταστάσεις και υποδομή. Η ίδρυση συμπαγών ενδοεπιχειρηματικών ομάδων στο πλαίσιο της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα σε διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα.

Παρόλο που η ενδοεπιχειρηματικότητα είναι μια επιθυμητή πρωτοβουλία για τη σύγχρονη οργάνωση επιβίωσης, οι απαισιόδοξοι προειδοποιούν ότι θα μπορούσε να είναι αρκετά δύσκολο να εφαρμοστεί ιδιαίτερα στο σύστημα πρόληψης κινδύνου για τη δημόσια υγεία, επηρεασμένο πολύ από παραδόσεις, κανόνες και δομές που περιορίζουν τις ευκαιρίες για πιο καινοτόμες εφευρέσεις. [11]

Η μεταρρύθμιση της νοτιοαφρικανικής υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να ενθαρρύνει τις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης να είναι πιο δημιουργικές και καινοτόμες για να μπορούν να πραγματοποιήσουν τα επιθυμητά αποτελέσματα βελτίωσης της ποιότητας. Η ενδοεπιχειρηματικότητα θεωρείται ένας τρόπος εισαγωγής συναρπαστικής καινοτομίας σε μια εταιρεία μέσω της χρήσης δημιουργικού ταλέντου που υπάρχει μέσα στο εργατικό δυναμικό που προσφέρει στους εργαζόμενους την ελευθερία να βελτιώσουν την οργανωτικότητά τους. Οι Jarna και Kaisu [20] συμφωνούν με άλλους μελετητές που θεωρούν ότι η διαδικασία της επιχειρηματικής άσκησης εξαρτάται από παράγοντες που περιλαμβάνουν το εξωτερικό περιβάλλον και τον οργανισμό και τη στρατηγική και τις διαχειριστικές του δραστηριότητες. Οι Jarna και Kaisu [20] επιμένουν ότι οι δυναμικές συνθήκες που επικρατούν τόσο στο εξωτερικό όσο και στο εσωτερικό περιβάλλον δημιουργούν πίεση στους οργανισμούς να υιοθετούν ενδοεπαγγελματικές πρακτικές.

Η εξέχουσα τοποθέτηση της διοίκησης στην προώθηση ή την απόρριψη των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων δεν μπορεί να υπερτονιστεί. Οι ενδοεπαγγελματικές οργανωτικές κουλτούρες εκδηλώνονται σε μεμονωμένους υπαλλήλους που ασχολούνται διαρκώς με καινοτόμες και δημιουργικές δραστηριότητες που στοχεύουν στην επιδίωξη αλλαγής. Τέτοια άτομα, προωθούν σταθερά τις ικανότητές τους μαθαίνοντας νέα πράγματα για τη βελτίωση της απόδοσης. Αυτό κορυφώνεται με την ποιοτική φροντίδα που φαίνεται μέσω της ικανοποίησης των πελατών, της εργασιακής ικανοποίησης και της καλής χρηματοοικονομικής επίδοσης από τον οργανισμό. [20]

Προκειμένου η ενδοεπαγγελματική καινοτομία να κυριαρχήσει στον τομέα της δημόσιας υγείας, η διοίκηση θα πρέπει να εξετάσει τη σημαντική κατανομή πόρων, τον μακροπρόθεσμο προγραμματισμό και τη πίστη στο μέλλον. Ο Shukla [13] αναγνωρίζει την επιχειρηματικότητα ως έναν νέο τρόπο να κάνουν τους οργανισμούς πιο προνομιακούς μέσω των ευφάνταστων υπαλλήλων τους που ασχολούνται ασταμάτητα με επιχειρηματικές σκέψεις που επηρεάζουν τις εταιρείες να επαναπροσδιορίζουν τον εαυτό τους και έτσι να βελτιώνουν την απόδοσή τους. Οι Goosenet.al. [14] εντοπίζουν έντεκα βασικά συστατικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την προώθηση της ενδοεπιχειρηματικής πρακτικής μέσα σε έναν οργανισμό, π.χ. επιχειρηματικές ομάδες, ελευθερία και ενδυνάμωση των εργαζομένων, πρώην πρωταθλητές, σχέσεις εμπιστοσύνης και καλής διαχείρισης, επικοινωνία και ανατροφοδότηση, ανταμοιβές και αναγνώριση ενδοεπαγγελματικών δραστηριοτήτων, κοινής χρήσης, δημιουργικότητας και καινοτομίας, ενδοκεφαλαίου, νέου αίματος και προώθησης της επιτυχίας.

Το ζήτημα της έξυπνης ενδοεπιχειρηματικής συμπεριφοράς εξετάζεται περαιτέρω από μια σειρά μελετητών συμπεριλαμβανομένων των Seshadri και Tripathy [15] που έφεραν στο προσκήνιο άλλους. Οι κρίσιμες ιδιότητες των ενδοεπιχειρηματιών είναι εμφανείς μέσω της ικανότητάς τους να χαράσσουν νέους δρόμους, να ξεκινούν νέες επιχειρήσεις και να αφήσουν τη θετική κατάσταση των οργανώσεών τους. Μια τέτοια εξαιρετική ενδοεπιχειρηματική συμπεριφορά αντανακλάται μέσω της ανθεκτικότητας και της ενέργειας που εφαρμόζεται σε επιχειρηματίες που προορίζονται να μετατρέψουν περίπλοκες γραφειοκρατίες συχνές σε μεγάλους οργανισμούς του δημόσιου τομέα. [16]

Δημόσιος τομέας ή διοργάνωση, η ηγεσία θα πρέπει να δημιουργήσει ένα εργασιακό περιβάλλον που να επιτρέπει την αυτονομία/διακριτική ευχέρεια των εργαζομένων χωρίς κυρώσεις και προκαταβολές. Ένα τέτοιο περιβάλλον θα πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες διαχείρισης για ένα σύστημα ανταμοιβής/ενίσχυσης. Το επιχειρηματικό περιβάλλον εργασίας-πρέπει να δομηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να αναγνωρίζει την πραγματική επίδοση των εργαζομένων που δέχονται ολοένα και πιο δύσκολες εργασίες. Η διοίκηση πρέπει επίσης να αξιοποιήσει χρόνο για να βελτιώσει τη δημιουργικότητα, δημιουργώντας ένα ευέλικτο εργασιακό περιβάλλον, επιτρέποντας στους

υπαλλήλους να συμβουλευονται άλλα μέλη της δημιουργικής ομάδας για την επίλυση προβλημάτων.

Τα οργανωτικά όρια πρέπει να διευρυνθούν για να διευκολύνουν την επιτυχή ολοκλήρωση νέων ιδεών που αποσκοπούν στην άμβλυση των ευρύτερων θεμελιωδών προβλημάτων της οργάνωσης. Προκειμένου η ηγεσία να είναι πραγματικά επιτυχής στη δημιουργία βιώσιμων καινοτόμων ενδοεπιχειρηματικών ομάδων, πρέπει να συντονιστούν πολλές βασικές ομάδες ρόλων. [17] Η ενσωμάτωση των βασικών παραγόντων ρόλου στο ενδοεπιχειρησιακό πεδίο είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Τέτοιοι ρόλοι θα πρέπει να έχουν κοινά χαρακτηριστικά όπως δημιουργία ιδεών, καινοτομία, ηγεσία έργων και καινοτομίες. [18]

Φαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη ή ελάχιστη κατανόηση της έννοιας της ενδοεπαγγελματικής άσκησης από διευθυντές νοσηλευτών μονάδων, επηρεάζοντας έτσι τις προηγούμενες συμβουλές της ενδοεπαγγελματικής πρακτικής στα δημόσια νοσοκομεία. Η σημασία της ενδοεπαγγελματικής, η οποία είναι αρκετά ξένη για τη νοσηλευτική, δεν γίνεται κατανοητή από τους νοσηλευτές. Τα ευρήματα, αν και αρκετά περιορισμένα, αντανακλούν το τι προσφέρουν τα αγωνιστικά δημόσια νοσοκομεία σε επιχειρησιακό επίπεδο. πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας, κατάρτιση και ανάπτυξη, σχεδιασμός υφιστάμενης επιχειρηματικής προσέγγισης και καινοτομίας. Ωστόσο, οι σχετικότερες πτυχές δεν αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, οι οποίες είναι γνωστό ότι προωθούν την ενδοεπιχειρηματικότητα, συμπεριλαμβανομένων εξωτερικών περιβαλλοντικών παραγόντων.

Ο αντίκτυπος από εσωτερικές περιβαλλοντικές διαδικασίες όπως κουλτούρα, πολιτικές και συστήματα που περιλαμβάνουν τύπους ηγεσίας, δεν υπήρξε πειστικός από τους συμμετέχοντες. Τέτοιες ασυμφωνίες μεταξύ των αποτελεσμάτων και της βιβλιογραφίας αποκαλύπτουν την τρέχουσα έλλειψη ερμηνείας μιας μεγαλύτερης εικόνας για τον αντίκτυπο που θα μπορούσε να έχει μια τέτοια ουσιώδης προσπάθεια στην αλλαγή της τρέχουσας εικόνας των δημόσιων νοσοκομείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

3.1 ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο είναι δομημένα με διάφορους τρόπους, αντανακλώντας διαφορετικά πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά πλαίσια. Τα συστήματα αυτά υπαγορεύουν τον τρόπο χρηματοδότησης, παροχής και ρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης. Ακολουθούν ορισμένες εξέχουσες μορφές συστημάτων υγείας:

Μοντέλο Beveridge:

Το σύστημα αυτό, που πήρε το όνομά του από τον λόρδο William Beveridge, συναντάται κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο. Χαρακτηρίζεται από την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τη χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτελεί παράδειγμα αυτού του μοντέλου, εξασφαλίζοντας καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία. [21]

Μοντέλο Μπίσμαρκ:

Προερχόμενο από τη Γερμανία, το μοντέλο Bismarck βασίζεται σε προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης όπου τόσο οι εργοδότες όσο και οι εργαζόμενοι συνεισφέρουν σε ένα ταμείο υγείας. Το μοντέλο αυτό είναι κοινό σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και το Βέλγιο. Δίνει έμφαση στην αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, εξασφαλίζοντας ευρεία πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. [22]

Μοντέλο εθνικής ασφάλισης υγείας:

Αυτό το μοντέλο, με παράδειγμα τον Καναδά, χαρακτηρίζεται από ένα δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα που παρέχει βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες. Η χρηματοδότηση προέρχεται από ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα που λειτουργεί από την κυβέρνηση. Σε αυτό το σύστημα, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι ως επί το πλείστον

ιδιωτικές οντότητες και η κυβέρνηση ενεργεί ως μοναδικός φορέας πληρωμής.
[23]

Μοντέλο Out-of-Pocket:

Σε αυτό το σύστημα, τα άτομα πληρώνουν για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης απευθείας στο σημείο περίθαλψης. Είναι διαδεδομένο σε πολλές χώρες με χαμηλό εισόδημα και αναπτυσσόμενες χώρες όπου τα επίσημα συστήματα ασφάλισης υγείας είναι περιορισμένα ή απουσιάζουν. Αυτή η μορφή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οδηγήσει σε εμπόδια στην πρόσβαση για τα άτομα με περιορισμένους οικονομικούς πόρους. [24]

Μικτό μοντέλο:

Πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών, έχουν ένα μικτό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Συνδυάζει στοιχεία διαφορετικών μοντέλων, που συχνά περιλαμβάνουν συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών πηγών χρηματοδότησης. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, δημόσια προγράμματα όπως το Medicare και το Medicaid συνυπάρχουν με την ιδιωτική ασφάλιση και τις πληρωμές από την τσέπη. [25]

Συστήματα εναλλακτικής ιατρικής:

Ορισμένες χώρες, όπως η Ινδία, έχουν καθιερωμένα συστήματα εναλλακτικής ιατρικής, όπως η Αγιουρβέδα, η Ομοιοπαθητική και η Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική, τα οποία συνυπάρχουν με τη συμβατική δυτική ιατρική. Τα συστήματα αυτά έχουν συχνά τα δικά τους ρυθμιστικά πλαίσια και τους δικούς τους επαγγελματίες. [26]

Κοινωνικοποιημένη ιατρική:

Αυτό το σύστημα, που αποτελεί παράδειγμα χωρών όπως η Σουηδία και η Νορβηγία, περιλαμβάνει την ιδιοκτησία και τη λειτουργία των εγκαταστάσεων

υγειονομικής περίθαλψης από την κυβέρνηση. Οι γιατροί είναι συνήθως κυβερνητικοί υπάλληλοι και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται χωρίς κόστος για τους ασθενείς. [27]

Ιδιωτικοποιημένο σύστημα:

Σε ορισμένες χώρες, ιδίως σε εκείνες με ισχυρή πίστη στις ελεύθερες αγορές, η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται κυρίως από ιδιωτικούς φορείς. Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν έναν σημαντικό ιδιωτικό τομέα, όπου τα άτομα συχνά αποκτούν ασφάλιση υγείας μέσω εργοδοτών ή ιδιωτικών προγραμμάτων. [28]

Αυτές οι διαφορετικές μορφές συστημάτων υγείας αντικατοπτρίζουν την πολύπλοκη αλληλεπίδραση πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων σε κάθε χώρα. Ενώ κάθε σύστημα έχει τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του, ο απώτερος στόχος παραμένει ο ίδιος: η παροχή προσιτής, υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό.

3.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΗΓΕΣΙΑΣ

Μιλώντας για τον νοσηλευτή που έχει έναν επιπλέον σημαντικό ρόλο αυτό του ηγέτη έχει μεγάλο ενδιαφέρον να αναλυθούν τα μοντέλα ηγεσίας. Υπάρχουν οι πιο παλιές μορφές ηγεσίας οι οποίες είναι οι θεωρίες του Fiedler και του Hersey&Blanchard αλλά και άλλες επτά πιο σύγχρονες οι οποίες και θα αναλυθούν πιο κάτω.

3.2.1 ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FIELDER

Ο Fiedler υποστηρίζει ότι ο ηγέτης πρέπει να έχει ένα σταθερό στυλ με το οποίο πορεύεται και διοικεί χωρίς να το αλλάζει. Επιπλέον υποστηρίζει ότι η αποτελεσματικότητα αυτού του μοντέλου ηγεσίας εξαρτάται από δύο παράγοντες.

Ο πρώτος είναι η επικρατούσα κατάσταση που σχετίζεται με τις σχέσεις που έχουν αναπτυχθεί μεταξύ ηγέτη-μελών, την ισχύ της θέσης του ηγέτη αλλά και η δομή των καθηκόντων που έχει ορίσει. [29]

Ο δεύτερος παράγοντας σχετίζεται με το στυλ της ηγεσίας που υιοθετεί ο κάθε ηγέτης το οποίο είτε θα είναι προσανατολισμένο προς τα καθήκοντα των υφισταμένων του είτε προς τους ανθρώπους και τις σχέσεις που έχουν αναπτυχθεί.

Το πρώτο γίνεται πιο αποδοτικό όταν οι καταστάσεις βρίσκονται στα άκρα δηλαδή όταν είναι είτε πολύ ευνοϊκές είτε σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ενώ η αποτελεσματικότητα του δεύτερου παράγοντα έχει αποδειχτεί ότι είναι μεγαλύτερη σε ενδιάμεσες καταστάσεις. [29-31]

3.2.2 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ HERSEY&BLAUCHARD

Στο μοντέλο της θεωρίας του κύκλου ζωής των Hersey&Blanchard επικρατεί η θεωρία της ευελιξίας του ηγέτη. Σε αυτό το μοντέλο ο ηγέτης απαιτείται ανάλογα των συνθηκών να εφαρμόσει το πιο αποτελεσματικό στυλ ηγεσίας. Επιπλέον ο ηγέτης προσανατολίζεται και στις ανθρώπινες σχέσεις που αναπτύσσονται αλλά και στα καθήκοντα των υφισταμένων του δημιουργώντας έτσι τέσσερα διαφορετικά είδη ηγετικών στυλ: το συμβουλευτικό, το υποστηρικτικό, το διευθυντικό και το εξουσιοδοτικό. [32]

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η αποδοτικότητα του στυλ σχετίζεται με την ωριμότητα του ηγέτη να χρησιμοποιήσει το καταλληλότερο ανάλογα με τις συνθήκες και τις περιστάσεις. [33]

3.2.3 ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Αυτό το στυλ ηγεσίας είναι αποδοτικότερο σε συνθήκες κρίσεις καθώς εδώ ο ηγέτης λειτουργεί ως εμπνευστής για τους εργαζόμενους και ταυτόχρονα υπάρχει συγκεκριμένο όραμα-στόχος. Στο συγκεκριμένο στυλ ο ηγέτης θεωρείτε φορέας αλλαγής, είναι χαρισματικός, δείχνει μεγάλη σημασία –

ευαισθησία στις ανθρώπινες ανάγκες καθώς είναι πολύ κοντά και στηρίζει έμπρακτα τους υφισταμένους του. Ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις τα αποτελέσματα μπορεί να είναι αντίθετα των προσδοκιών καθώς υπάρχει κίνδυνος εκδήλωσης φανατισμού και ακραίων συμπεριφορών από τους υφισταμένους. [34]

ΣΥΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Η θεωρίες αυτές επικεντρώνονται κυρίως στο τρόπο με τον οποίο ο ηγέτης τιμωρεί ή επιβραβεύει τον υφιστάμενο του αλλά και στους στόχους και την διασαφήνιση των ρόλων του τελευταίου. [35]

Στη **συναλλακτική** ηγεσία υπάρχουν ηγετικές συμπεριφορές που περιλαμβάνουν την παθητική διοίκηση κατ' εξαίρεση(ενεργεί μόνο όταν χρειαστεί) ,την ενεργή διοίκηση κατ' εξαίρεση(παρακολουθεί συνεχώς και ενεργεί όπου αυτός κρίνει αναγκαίο) και την ενδεχόμενη ανταμοιβή(παρέχει ψυχολογικές και υλικές ανταμοιβές στους υφιστάμενους του).

Στη **μετασχηματιστική** ηγεσία ο ηγέτης οφείλει να υπερβεί το ατομικό συμφέρον του και να θέσει ως προτεραιότητα την επίτευξη του γενικού στόχου. Σε αυτό τη θεωρία υπάρχουν τέσσερις ηγετικές συμπεριφορές. Η εμπνευσμένη παρακίνηση(αναφέρεται στους τρόπους παρακίνησης),η πνευματική διέγερση(αναφέρεται στις δράσεις του ηγέτη),εξατομικευμένη φροντίδα(αναφέρεται στην συμπεριφορά του ηγέτη) και στην εξιδανικευμένη επιρροή (αναφέρεται στο χάρισμα και την ικανότητα του ηγέτη)

ΗΓΕΣΙΑ LAISSEZ-FAIRE

Αυτό το μη συναλλακτικό-φιλελεύθερο στυλ ηγεσίας θεωρείται και είναι το πιο μη αποτελεσματικό και μη αποδοτικό στυλ καθώς εδώ ο ηγέτης έχει υιοθετήσει μία παθητική συμπεριφορά αποφεύγοντας την λήψη αποφάσεων και διώχνοντας από πάνω του όλες τις ευθύνες της εξουσίας που έχει. [35]

ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΒΑΣΣ

Σε αυτό το μοντέλο ηγεσίας πλήρους φάσματος του Bass εμπεριέχονται όλες οι ηγετικές συμπεριφορές των προηγούμενων μοντέλων. Ο Bass υποστηρίζει ότι η μετασχηματιστική ηγεσία βασίζεται στην συναλλακτική ηγεσία ενώ το αντίθετο δεν μπορεί να συμβεί. Επίσης υποστηρίζει ότι ένας καλός ηγέτης πρέπει να χρησιμοποιεί συνδυαστικά και τις δύο μορφές ηγεσίας. [34]

ΑΥΘΕΝΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Αυτό το στυλ ηγεσίας άρχισε να αναφέρεται χρονολογικά μετά το 2000. Σε αυτό το στυλ ηγεσίας ο ηγέτης αναφέρεται να διαθέτει αυτογνωσία , να είναι αμερόληπτος , να δίνει το καλό παράδειγμα , να συνάδουν να λόγια με τις πράξεις του , να είναι αυθεντικός. [36-37]

ΗΘΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Σε αυτό το στυλ ηγεσίας έχουμε δύο διαστάσεις ηγετικής συμπεριφοράς αυτή του ηθικού μάντζερ όπου γίνεται αναφορά στις ενέργειες που κάνει ο ηγέτης για να δείξει στους υφιστάμενους του τι είναι ηθικό και τι όχι αλλά και της ηθικής του ατόμου που αναφέρεται στην υποδειγματική συμπεριφορά του ηγέτη. [32] [38]

ΜΟΝΤΕΛΟ GOLEMAN

Αυτό το μοντέλο επικρατεί τα τελευταία χρόνια και αναφέρεται στην συναισθηματική νοημοσύνη ενός ηγέτη την οποία ο GOLEMAN ορίζει ως «την ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του και τα συναισθήματα των άλλων, να τα χειρίζεται αποτελεσματικά και να δημιουργεί κίνητρα για τον εαυτό του».

Σε αυτό το **μοντέλο συναισθηματικής νοημοσύνης** επικρατούν τέσσερις διαστάσεις:

1. αυτοδιαχείριση(συναισθηματικός αυτοέλεγχος, ευσυνειδησία, επίτευξη, αξιοπιστία, προσαρμοστικότητα, πρωτοβουλία)

2. αυτογνωσία(ακριβής αυτοαξιολόγηση, αυτοπεποίθηση, συναισθηματική αυτοεπίγνωση)
3. κοινωνικές δεξιότητες(έμπνευση, επιρροή, ομαδική εργασία, οικοδόμηση δικτύου σχέσεων, διαχείριση συγκρούσεων, καταλύτης αλλαγών, ανάπτυξη άλλων, επικοινωνία)
4. κοινωνική επίγνωση(οργανωσιακή επίγνωση, ενσυναίσθηση, προσανατολισμό στην εξυπηρέτηση) [39-40]

Έχοντας γνώμονα λοιπόν σε αυτές τις διαστάσεις οGOLEMANέφτιαξε **έξι στυλ ηγεσίας** τα οποία βασίζονται σε διαφορετικές συναισθηματικές ικανότητες και είναι τα εξής:

ΤΟ ΣΤΥΛ ΤΗΣ ΑΥΘΕΝΤΙΑΣ: Αυτό το στυλ βασίζεται πάνω στην ενσυναίσθηση, αυτοπεποίθηση και τον καταλύτη αλλαγών από τις δεξιότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης και προωθείται η κινητοποίηση των ανθρώπων προς ένα ξεκάθαρο για όλους όραμα αφήνοντας ο ηγέτης όμως τους υφιστάμενους του να ενεργούν με ελευθερία και με τα δικά τους εφόδια.

ΤΟ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟ ΣΤΥΛ: Αυτό το στυλ βασίζεται πάνω στην επίτευξη, την πρωτοβουλία και τον αυτοέλεγχο από τις δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης. Σε αυτή την περίπτωση ο ηγέτης είναι απειλητικός και αυταρχικός και απαιτεί να τηρούνται κατά γράμμα οι κανόνες τους οποίους ο ίδιος θέτει.

ΤΟ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΣΤΥΛ: Αυτό το στυλ βασίζεται πάνω στην συνεργασία της ομάδας και στην μεταξύ τους επικοινωνία από τις δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης .Σε αυτή την περίπτωση ο ηγέτης λαμβάνει αποφάσεις δημοκρατικά δηλαδή με την πλήρη έγκριση των υφισταμένων του.

ΤΟ ΣΥΝΑΔΕΛΦΙΚΟ ΣΤΥΛ: Αυτό το στυλ βασίζεται στην ενσυναίσθηση, την οικοδόμηση σχέσεων και την επικοινωνία από τις δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης. Το στυλ αυτό αποδίδει σε περιπτώσεις που πρέπει να ενισχυθεί το ηθικό της ομάδας καθώς βασίζεται στην δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης.

ΤΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΙΚΟ ΣΤΥΛ: Αυτό το στυλ βασίζεται στην ευσυνειδησία, την πρωτοβουλία και την προσπάθεια επίτευξης από τις δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης. Αυτό το στυλ δεν ενδείκνυται να χρησιμοποιείται

μόνο του καθώς προωθεί σαφώς τις τέλειες επιδόσεις αλλά με ιδιαίτερα πειστικό και επιθετικό τρόπο.

ΤΟ ΠΡΟΠΟΝΗΤΙΚΟ ΣΤΥΛ: Αυτό το στυλ βασίζεται στην ενσυναίσθηση, στην αυτοεπίγνωση και στην ανάπτυξη των άλλων από τις δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης. Το στυλ αυτό αποδίδει καλά όταν οι εργαζόμενοι γνωρίζουν που υστερούν και δέχονται την καθοδήγηση από τους ηγέτες. [39]

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν υπάρχει κατάλληλο και σωστό στυλ ηγεσίας. Ο κάθε ηγέτης θα ήταν έξυπνο να κάνει συνδυαστική χρήση και εφαρμογή του κάθε στυλ ανάλογα με τις συνθήκες, τις απαιτήσεις και τα δεδομένα που έχει να χειριστεί. Αυτός ο συνδυασμός θα βοηθήσει στην καλύτερη και πιο αποδοτική ηγεσία φτάνοντας τον κάθε ηγέτη στον ατομικό ή ομαδικό στόχο που έχει.

3.3 Η ΗΓΕΣΙΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή τα τελευταία χρόνια έχει αναβαθμιστεί καθώς έχει εμπλουτιστεί με παραπάνω ευθύνες και υποχρεώσεις. Η πιο σημαντική αναβάθμιση είναι ο ρόλος του ηγέτη-νοσηλευτή που του έχει δοθεί. Ο λόγος που έχει προστεθεί αυτή η ιδιότητα είναι η ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη και ο ολοένα αυξανόμενος ανταγωνισμός θέσεων εργασίας που επιβάλλουν στο νοσηλευτή του σήμερα να αναλάβει επιπλέον ευθύνες και ρόλους. Ο σύγχρονος επαγγελματίας υγείας είναι υπεύθυνος για την παροχή φροντίδας, τη διαχείριση-ανάπτυξη πρωτόκολλων εργασίας αλλά και για τον έλεγχο-διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας της εργασίας του. [40]

3.3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΙΕΡΑΡΧΙΑΣ

Οι λειτουργίες των δημόσιων νοσοκομείων απαρτίζονται από την Ιατρική υπηρεσία, την Νοσηλευτική υπηρεσία και την Διοικητική υπηρεσία. Κάθε μία από αυτές λειτουργούν αυτόνομα αλλά ταυτόχρονα εξαρτάται η μία από την άλλη καθώς απαιτείται η τέλεια συνεργασία τους για την καλύτερη παροχή φροντίδας που είναι και το ζητούμενο. Η νοσηλευτική υπηρεσία λοιπόν αποτελεί μία ανεξάρτητη διεύθυνση και έχει την δική της ιεραρχική διάρθρωση.

Τα επίπεδα νοσηλευτικής διοίκησης είναι τρία ξεκινώντας από το πιο χαμηλά ιεραρχικά που είναι αυτό του Προϊστάμενου Τμήματος, ακολουθεί ο Προϊστάμενος Νοσηλευτικού Τομέα-Τομεάρχης και καταλήγει στο Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ο οποίος ηγείται όλων των προηγούμενων και κατ' επέκταση όλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Έχει ιδιαίτερη σημασία να τονιστεί ότι ανάλογα την θέση που διακατέχει ο καθένας από αυτούς οφείλει να είναι πλήρως εκπαιδευμένος και ενημερωμένος ώστε να μπορέσει να διοικήσει με αποτελεσματικό τρόπο.[5]

3.3.2 ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΗΓΕΤΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό των ηγετών-νοσηλευτών είναι το όραμα που έχουν σε συνδυασμό με την ικανότητα της επικοινωνίας. Ακόμα υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές-ηγέτες είναι απαραίτητο να είναι κοντά με τους υφιστάμενούς τους, να τους καθοδηγούν και να τους εκπαιδεύουν έχοντας πάντα στο μυαλό τους τις ηθικές αξίες σύμφωνα με τις οποίες οφείλουν να διοικούν. [40]

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθούν οι πέντε δεξιότητες που οφείλουν να έχουν οι νοσηλευτές που διοικούν σύμφωνα με την Αμερικάνικη Οργάνωση Διευθυντών Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (American Organization of Nurse Executives –AONE), και είναι οι εξής:

1. επαγγελματισμός
2. επιχειρηματικές δεξιότητες
3. επικοινωνία και δημιουργία σχέσεων
4. ηγετικές ικανότητες
5. γνώση του περιβάλλοντος φροντίδας υγείας [41]

3.3.3 ΤΟΜΕΙΣ ΠΟΥ ΚΥΡΙΑΡΧΟΥΝ ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΗΓΕΤΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Σύμφωνα με τους Hanson και Hamric[42] οι ικανότητες του ηγέτη-νοσηλευτή δεν είναι προσαρμοσμένες μόνο για την κλινική και επαγγελματική του πρακτική αλλά και για παράδειγμα πολιτικούς τομείς ηγεσίας που αφορούν την παροχή υγείας. Έχοντας λοιπόν ως γνώμονα τον αριθμό των ικανοτήτων των ηγετών-νοσηλευτών, οι τομείς όπου εμπλέκονται τα καθήκοντά τους αφορούν τους εξής: τους κλινικούς τομείς, τους επαγγελματικούς τομείς και τα συστήματα υγείας.

3.3.3.1 ΤΟΜΕΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

- ❖ Παρέχει ηγεσία στην εργασιακή του ομάδα με σκοπό α. την προαγωγή της υγείας, β. τη διευκόλυνση της αυτό-διαχείρισης των μελών της, γ. τη βελτίωση της επικοινωνίας και της συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους και δ. την πρόληψη της επιδείνωσης της υγείας τους και της μεταφοράς σε ανώτερο επίπεδο φροντίδας υγείας ή επανεισαγωγή στο νοσοκομείο.
- ❖ Αποκτά, ως κλινικός ειδικός, έναν ηγετικό ρόλο στην εφαρμογή και στον έλεγχο του επιπέδου της κλινικής πρακτικής για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς, περιλαμβάνοντας διεπιστημονική επιτήρηση σε συναδέλφους.
- ❖ Υιοθετεί τον ρόλο του βοηθού, του δασκάλου, του εκπαιδευτή, του μέντορα και του πρότυπου νοσηλευτή στην επίδειξη κριτικής σκέψης και επίλυσης προβλημάτων.
- ❖ Συμμετέχει σε νοσηλευτικές πρακτικές υψηλού επιπέδου και παρέχει ηγεσία με κλινική πρακτική βασισμένη σε έρευνα. Για συμβεί αυτό απαιτείται γνώση των δραστηριοτήτων εφαρμογής, αναγνώριση των τωρινών και σχετικών επιστημονικών πληροφοριών για την υγεία, μετάφραση επιστημονικών ερευνών, εκτίμηση της κλινικής πρακτικής, βελτίωση της αξιοπιστίας των επαγγελματιών υγείας και συμμετοχή σε συλλογικές έρευνες.

- ❖ Αναλύει τα συστήματα οργάνωσης για τα εκάστοτε εμπόδια που προκύπτουν και αναζητεί λύσεις οι οποίες επηρεάζουν θετικά τους ασθενείς
- ❖ Ενώνει την κλινική πρακτική με τους γενικούς οργανωτικούς στόχους
- ❖ Παρέχει ηγεσία και υιοθετεί το ρόλο του διαμεσολαβητή με άλλες υπηρεσίες και άλλους επαγγελματίες υγείας, συμμετέχει στην αξιολόγηση και την εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας με στόχο τη βελτίωση των εκβάσεων για τους ασθενείς/τους πελάτες/ τις κοινότητες.
- ❖ Συμμετέχει με άλλους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβάνοντας το ιατρικόπροσωπικό, εξιδικευμένων νοσηλευτών, προϊστάμενων νοσηλευτών στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση σχεδίων υγείας.

3.3.3.2 ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- ❖ Υιοθετεί ηγετικό ρόλο στην διεπιστημονική ομάδα υγείας με στόχο τη παροχή εξατομικευμένης φροντίδας υγείας και της εκτίμησης της ποιότητας υγειονομικών παροχών σε σχέση με τις δαπάνες.
- ❖ Παρουσιάζει ηγετικό ρόλο στη βελτίωση της δυναμικής της ομάδας και της επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ των μελών της εντός του εργασιακού περιβάλλοντος.
- ❖ Συμμετέχει στην δημιουργία εφαρμογή και έλεγχο των προτύπων οργάνωσης.

3.3.3.3 ΤΟΜΕΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

- ❖ Επιστρατεύει δεξιότητες συμβουλευτικής κι ηγεσίας με τις ενδοεπαγγελματικές και διεπαγγελματικές ομάδες με σκοπό την δημιουργία αλλαγών στην υγεία και σε σύνθετα συστήματα παροχής υγείας.
- ❖ Παρέχει ηγεσία στην ανάπτυξη και την ενσωμάτωση του ρόλου κλινικού νοσηλευτή στο σύστημα υγείας.
- ❖ Συμμετέχει σε επαγγελματικές ενώσεις και οργανισμούς που επηρεάζουν θετικά την εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης.
- ❖ Αναλαμβάνει την ευθύνη της προσωπικής επαγγελματικής του εξέλιξης, αναζητώντας εκπαιδευτικές ευκαιρίες, συμμετέχοντας σε νοσηλευτικά συνέδρια και ερευνητικές ομάδες, προσφέροντας συνεχώς στο επαγγελματικό του περιβάλλον και αναζητώντας συνεχώς βελτιώσεις στην κλινική πρακτική.
- ❖ Συμμετέχει σε σχετικά επικοινωνιακά δίκτυα τα οποία είναι τοπικά εθνικά και διεθνικά.
- ❖ Συμμετέχει σε ερευνητικές δραστηριότητες όπως εκδόσεις άρθρων και έρευνες.

3.3.3.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- ❖ Παρέχει ηγεσία στην εκτίμηση και την επίλυση νομικών και ηθικών προβλημάτων μέσα στα συστήματα υγείας σχετικά με την χρήση πληροφοριών , τα δίκτυα επικοινωνίας και την ανταλλαγή πληροφοριών.
- ❖ Προετοιμάζει μέσο εκπαίδευσης και καθοδήγησης τις επόμενες γενιές των νοσηλευτών-ηγετών.

3.3.3.5 ΤΟΜΕΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- ❖ Επισημαίνει την αξία της νοσηλευτικής σε άτομα «κλειδιά» και πολιτικούς.
- ❖ Οδηγεί ,δημιουργεί και παρέχει ηγεσία σε πολιτικές σχετικές με την βελτίωση της κλινικής πρακτικής των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών πολιτικών.

3.3.3.6 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- ❖ Υποστηρίζει και συμμετέχει στην δημιουργία ενός οργανωμένου περιβάλλοντος το οποίο παρέχει ασφαλή φροντίδα στους ασθενείς ,ομαδική εργασία και επαγγελματική εξέλιξη.
- ❖ Δημιουργεί ένα θετικό και υγιές περιβάλλον εργασίας στο οποίο το κάθε μέλος της ομάδας αισθάνεται ασφάλεια και ότι η γνώμη του θα εισακουστεί.
- ❖ Χρησιμοποιεί εξελιγμένες ιδιότητες επικοινωνίας με σκοπό να οδηγήσει στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και της ασφάλειας των ασθενών στα συστήματα υγείας.
- ❖ Εφαρμόζει αρχές εργασίας ,οικονομικές και πολιτικών υγείας δημιουργώντας και εφαρμόζοντας αποτελεσματικά σχέδια για το επίπεδο κλινικής πρακτικής με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας παροχής φροντίδας. [43]

3.4 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΗΓΕΤΗΣ-ΜΙΑ ΜΟΡΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναφέρει ότι υπάρχει μία επιπλέον μορφή νοσηλευτικής ηγεσίας αυτή του κλινικού ηγέτη. Ως κλινικός ηγέτης είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν είναι απαραίτητο να είναι ο προϊστάμενος ενός τμήματος αλλά μπορεί να είναι κάποιος άλλος εξειδικευμένος νοσηλευτής που εργάζεται στο τμήμα και παρέχει αυξημένη φροντίδα υγείας έχοντας

μαζί του την εύνοια των συγγενών αλλά και των συναδέλφων του. Έχοντας τις δεξιότητες του να συντονίζει συγγενείς, ασθενείς και συναδέλφους και να λαμβάνει αποφάσεις σαφώς σε περιορισμένο επίπεδο ο κλινικός ηγέτης αναπτύσσει ικανότητες που θα τον βοηθήσουν να εξελιχθεί στο μέλλον και να είναι έτοιμος να αναλάβει μία μεγαλύτερη θέση ευθύνης. [44-45] Ο Patrick [45] αναφέρει ότι η ικανότητες των κλινικών ηγετών καθορίζονται από την εμπειρία, τον συντονισμό, την κατανόηση, την συνεργασία και την αποτελεσματική επικοινωνία. Τέλος ο κλινικός ηγέτης για να είναι αποτελεσματικός υποστηρίζεται ότι πρέπει να έχει νέες ιδέες, να έχει όραμα, όρεξη για δουλειά, να εμπνέει όλους τους άλλους γύρω του και να είναι προσηλωμένος στον στόχο του, δηλαδή στην καλύτερη παροχή υγείας. [45-46]

3.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ

Η παρακίνηση αποτελεί κρίσιμη κινητήρια δύναμη στο νοσηλευτικό επάγγελμα, επηρεάζοντας τους νοσηλευτές και τα στελέχη ώστε να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα και να ηγούνται αποτελεσματικά σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα βασικά στοιχεία του νοσηλευτικού κινήτρου περιλαμβάνουν τόσο εσωτερικούς όσο και εξωτερικούς παράγοντες:

1. Τα εσωτερικά κίνητρα, που προκύπτουν από την προσωπική ικανοποίηση και το γνήσιο πάθος για τη φροντίδα των ασθενών, χρησιμεύουν ως ζωτικής σημασίας κινητήρια δύναμη για τους νοσηλευτές και τους διευθυντές. [47] Αυτή η εσωτερική επιθυμία να έχουν θετικό αντίκτυπο στη ζωή των ασθενών και να συμβάλλουν στην ευημερία τους αποτελεί το θεμέλιο της αφοσίωσής τους.
2. Η ενσυναίσθηση και η συμπόνια, η ικανότητα σύνδεσης με τους ασθενείς και η επίδειξη αυθεντικής φροντίδας, αποτελούν ισχυρά κίνητρα τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους διευθυντές. [48]

Αυτή η συναισθηματική σύνδεση προάγει την αίσθηση του σκοπού και της εκπλήρωσης κατά την παροχή φροντίδας.

3. Η έντονη επιθυμία για συνεχή μάθηση και επαγγελματική ανάπτυξη ωθεί τους νοσηλευτές και τα στελέχη να επιδιώκουν ανώτερες πιστοποιήσεις, να συνεχίζουν την τριτοβάθμια εκπαίδευση και να ενημερώνονται για τις εξελισσόμενες πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η φιλοδοξία για ανάπτυξη και βελτίωση των γνώσεων αποτελεί κοινό κίνητρο.
4. Η δέσμευση για την υπεράσπιση των ασθενών, διασφαλίζοντας ότι οι φωνές των ασθενών ακούγονται και τα δικαιώματά τους προστατεύονται, είναι ένας παράγοντας παρακίνησης που έχει τις ρίζες του στο γνήσιο ενδιαφέρον για την ευημερία των ασθενών. [49] Η συνηγορία γίνεται κατευθυντήρια αρχή για την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή.
5. Η αίσθηση ικανοποίησης που προέρχεται από τη θέαση απτών βελτιώσεων στην υγεία και την ευημερία των ασθενών λειτουργεί ως ισχυρό κίνητρο για τους νοσηλευτές και τους διευθυντές. [50] Η θέαση θετικών αποτελεσμάτων ενισχύει την αξία και τον αντίκτυπο της εργασίας τους.
6. Η συντροφικότητα και η αμοιβαία υποστήριξη εντός μιας ομάδας υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν ως παράγοντες παρακίνησης για τους νοσηλευτές και τους διευθυντές. [51] Ένα θετικό και συνεργατικό εργασιακό περιβάλλον ενισχύει την αίσθηση του ανήκειν και του κοινού σκοπού.
7. Η αναγνώριση και η εκτίμηση για τις συνεισφορές και τα επιτεύγματα αποτελούν ισχυρά κίνητρα για τους νοσηλευτές και τους διευθυντές. [52] Η αναγνώριση από τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τους ασθενείς ενισχύει την αίσθηση της αξίας και ενθαρρύνει τη συνεχή αφοσίωση.
8. Η ικανότητα πλοήγησης στις προκλήσεις και προσαρμογής σε δυναμικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί ως κίνητρο για τους νοσηλευτές και τους διευθυντές. [53] Η υπέρβαση των εμποδίων και η επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων παρά τις αντιξοότητες ενισχύει την αίσθηση της ολοκλήρωσης.

9. Η τήρηση των ηθικών προτύπων και της επαγγελματικής ακεραιότητας αποτελεί θεμελιώδες κίνητρο για τους νοσηλευτές και τους διευθυντές. [54] Αυτή η δέσμευση για την ηθική πρακτική και τη διατήρηση της εμπιστοσύνης εντός της υγειονομικής κοινότητας οδηγεί στην αφοσίωσή τους.
10. Η βαθιά ριζωμένη αίσθηση καθήκοντος και ευθύνης απέναντι στους ασθενείς και το επάγγελμα του ιατρού λειτουργεί ως ισχυρό κίνητρο για τους νοσηλευτές και τους διευθυντές. [55] Αυτή η εγγενής υποχρέωση τροφοδοτεί την αφοσίωση και την ισχυρή εργασιακή ηθική.

Συμπερασματικά, τα κίνητρα των νοσηλευτών περιλαμβάνουν μια σύνθετη αλληλεπίδραση των εγγενών αξιών, της προσωπικής ολοκλήρωσης, της επαγγελματικής ανάπτυξης και της βαθιάς δέσμευσης για φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Αυτά τα κίνητρα ωθούν τους νοσηλευτές και τα στελέχη να υπερέχουν στους ρόλους τους και να συμβάλλουν στα θετικά αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η επιβάρυνση του συστήματος υγείας έχει σοβαρό αντίκτυπο στη διοίκηση των νοσοκομείων καθώς μειώνεται η ποιότητα παροχής υγείας η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της διοίκησης μιας επιχείρησης-ενός οργανισμού. [56]

4.1ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι Parasuraman και συν. το 1985 [57] προσδίδουν 11 διαστάσεις στην ποιότητα υγείας:

- i. Αξιοπιστία: αναφέρεται στην παροχή των υπηρεσιών με τρόπο αξιόπιστο και έγκυρο.
- ii. Ανταπόκριση: αναφέρεται στη δυνατότητα άμεσης απάντησης στα παράπονα των πελατών –ασθενών με αποτελεσματικό τρόπο.
- iii. Εξυπηρέτηση των πελατών: αναφέρεται στην προσπάθεια της υπηρεσίας να εξυπηρετεί και τις πιο εξεζητημένες απαιτήσεις των πελατών.
- iv. Εμπιστευτικότητα: αναφέρεται στην ικανότητα της υπηρεσίας να μη μοιράζεται απόρρητες πληροφορίες του χρήστη.
- v. Επαγγελματική επάρκεια: αναφέρεται στο επίπεδο γνώσεων, πληροφόρησης και κλινικών δεξιοτήτων του προσωπικού.
- vi. Προσβασιμότητα: αναφέρεται στην εύκολη προσέγγιση και επικοινωνία της υπηρεσίας από το χρήστη.
- vii. Αβρότητα: αναφέρεται στην ευγένεια και στους καλούς τρόπους του προσωπικού σε σχέση με το χρήστη.
- viii. Επικοινωνία: αναφέρεται στην ενημέρωση των χρηστών σε γλώσσα κατανοητή από την υπηρεσία.
- ix. Ασφάλεια: αναφέρεται στη διατήρηση του αισθήματος ασφάλειας των χρηστών και στην απουσία των πιθανών κινδύνων.
- x. Ορατά χαρακτηριστικά: αναφέρεται στην κατάσταση των κτηριακών υποδομών, του εξοπλισμού, την εμφάνιση του προσωπικού.

- xi. Κατανόηση και γνώση των αναγκών του πελάτη: αναφέρεται στην κατανόηση των αναγκών των πελατών και την παροχή εξιδανικευμένων υπηρεσιών. [58]

4.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο πρώτος που είχε ασχοληθεί με ποιότητα ήταν ο Donabedian [59] του οποίου οι θεωρίες έδωσαν μία άλλη διάσταση στην διοίκηση της παροχής φροντίδας καθώς εστίασε στο:

- (α) τεχνικό μέρος (εφαρμογή ιατρικής και τεχνολογίας),
- (β) διαπροσωπικό μέρος (περιλαμβάνει τον ανθρώπινο παράγοντα)
- (γ) ξενοδοχειακή υποδομή (περιλαμβάνει τον χώρο και τις συνθήκες)

Στην συνέχεια χρονολογικά κάπου μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο οι Ιάπωνες ανακάλυψαν μία λίγο διαφορετική φιλοσοφία που ονομάζεται Διοίκηση Ποιότητας (Quality Management, QM) και εστίασε

- (α) Στη συνεχή ποιοτική βελτίωση.
- (β) Στην συμμετοχή όλου του εργατικού δυναμικού.
- (γ) Στην υπευθυνότητα των ανώτερων στελεχών.
- (Δ) Στην εκπαίδευση σε όλες τις λειτουργίες και όλα τα επίπεδα.

Σήμερα έχει επικρατήσει ο όρος Διοίκηση Ολικής Ποιότητας λόγω της ανάγκης για συμμετοχή όλων των εργαζομένων και της κάλυψης όλων των δραστηριοτήτων και των λειτουργιών στα πλαίσια της φιλοσοφίας την διοίκησης. [56]

4.2.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η σύγκριση ποιότητας από τη βιομηχανική προσέγγιση σε συνάρτηση με την ποιότητα της φροντίδας υγείας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι έχουν πολλά κοινά στοιχεία αλλά ταυτόχρονα και πολλές αδυναμίες. [59]

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ
Αγνοεί στοιχεία σχέσης ιατρού-ασθενή, νοσηλευτή-ασθενή
Αντιμετωπίζει την ποιότητα ως αυτόνομη αγνοώντας τις συναλλαγές ποιότητας κόστους
Δίνει περισσότερη έμφαση στις υποστηρικτικές δραστηριότητες και λιγότερο στις κλινικές
Δίνει λιγότερη έμφαση στην εκπαίδευση

Το ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ δίνει στο ΜΟΝΤΕΛΟ ΦΡΟΝΤΙΝΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΑ ΕΞΗΣ:
Εκτίμηση παροχής ποιότητας υγείας
Προσοχή στις απαιτήσεις ,αξίες και προσδοκίες καταναλωτών
Μεγαλύτερη προσοχή στον σχεδιασμό συστημάτων και διαδικασιών για την παροχή φροντίδας
Την ανάγκη για εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων στην παροχή φροντίδας
Την ανάγκη για μεγαλύτερο ρόλο της διοίκησης για την διασφάλιση της σωστής παροχής φροντίδας
Την ανάγκη για ανάπτυξη μεθόδων για την βελτίωση της παροχής υγείας
Την ανάγκη την προσωπικής αυτονομίας ιατρών και νοσηλευτών

4.3 ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και με την μεγιστοποίηση των αναγκών για καλύτερη παροχή υγειονομικής περίθαλψης τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν κάποια μοντέλα μέτρησης:

Το μοντέλο Healthqual, το οποίο ξεκίνησε από τις ΗΠΑ που το χρησιμοποιούσαν για προγράμματα σχετικά με τον ιό HIV και στην συνέχεια

χρησιμοποιήθηκε παγκοσμίως κυρίως σε Αφρική και Ασία. Σύμφωνα με αυτό καταμετρείται η απόδοση της νοσηλευτικής μονάδας και ελέγχεται η διαδικασία εισαγωγής του αρρώστου στο νοσοκομείο ,ελέγχονται οι παρεχόμενες εγκαταστάσεις του νοσοκομείου στους ασθενείς, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, οι ανέσεις ,ο γενικός συντονισμός και το εξιτήριο του ασθενή. Συνοπτικά το μοντέλο αυτό είναι υπεύθυνο για την μέτρηση της απόδοσης, την βελτίωση της ποιότητας και το πρόγραμμα Διαχείρισης της ποιότητας. [60]

Το μοντέλο Servqual, το οποίο χρησιμοποιείται παγκοσμίως για την μέτρηση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών εντοπίζοντας διάφορα χάσματα στην διαδικασία παροχής αυτών των υπηρεσιών και έχει σκοπό την εξάλειψη τους. Εστιάζει στις προσδοκίες των ασθενών-πελατών από τις υπηρεσίες που τους δίνονται αλλά και στην άποψη τους σχετικά με τις υπηρεσίες που τους παραχωθήκαν. Μερικές από τις ποιοτικές παραμέτρους που καταμετρούνται είναι το αίσθημα εμπιστοσύνης, η ασφάλεια, η ανταπόκριση, η θετική ή αρνητική εικόνα που αποκομίζει ο ασθενείς από τις υπηρεσίες. [61]

Το μοντέλο JCAHO, εδρεύει στις ΗΠΑκαι περιλαμβάνει διάφορες παραμέτρους αξιολόγησης όπως η καταλληλότητα φροντίδας, η τήρηση χρόνου φροντίδας που είναι απαραίτητη για έναν ασθενή, ο βαθμός συντονισμού μεταξύ του προσωπικού, η αποδοτικότητα φροντίδας κ.α. Ακόμα εστιάζει στον έλεγχο και την πρόληψη λοιμώξεων, την ηγεσία, την βελτίωση απόδοσης, το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό. [62]

4.4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Οι δείκτες ποιότητας είναι εργαλεία που έχουν οριστεί από επίσημους φορείς και έχουν σαν σκοπό την εκτίμηση και την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Μετράνε και συγκρίνουν την απόδοση των υγειονομικών υπαλλήλων αλλά των τμημάτων μιας υγειονομικής υπηρεσίας. Επιπλέον παρέχουν άμεσα τα αποτελέσματα και αποτελούν το έναυσμα για συνεχή βελτίωση. Τέτοιοι δείκτες είναι:

A) Οι Δείκτες Δομής: κατάλληλες εγκαταστάσεις, προσβασιμότητα, αισθητική και ασφάλεια των χώρων, υγιεινή, επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, αριθμός έκτακτων συμβάντων που θέτουν τον εξοπλισμό εκτός λειτουργίας,

συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού, αναλογία ιατρών/ασθενών, αναλογία νοσηλευτών/κλινών κ.ά.

Β) Οι Δείκτες Διαδικασιών: πληρότητα ιατρικού φακέλου ασθενών, χρόνος αναμονής, αριθμός ασθενών σε θεραπεία/ώρα, εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας κ.ά.

Γ) Οι Δείκτες Αποτελέσματος-Έκβασης: ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, διάστημα ελεύθερο νόσου, ποιότητα ζωής ασθενών, ικανοποίηση ασθενών κ.ά. [58]

4.5 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΣΕ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ, ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ, ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

Τα κράτη με τα πιο ολοκληρωμένα πλαίσια ΚΔ είναι:

Βασικοί πυλώνες της ΚΔ στο Ηνωμένο Βασίλειο
Κλινική αποτελεσματικότητα
Διαχείριση κινδύνων
Συμμετοχή ασθενών
Κλινικός έλεγχος
Διαχείριση προσωπικού
Χρησιμοποίηση πληροφοριών
Εκπαίδευση και κατάρτιση

Βασικοί πυλώνες της ΚΔ στη Νέα Ζηλανδία [63]
Δέσμευση και συμμετοχή καταναλωτών
Κλινική αποτελεσματικότητα
Βελτίωση ποιότητας και ασφάλεια ασθενών

Δεσμευμένο και αποτελεσματικό εργατικό δυναμικό

Βασικοί πυλώνες της ΚΔ στην Αυστραλία [64]
--

Διακυβέρνηση, Ηγεσία και Κουλτούρα

Ασφάλεια Ασθενών και συστήματα βελτίωσης της ποιότητας
--

Κλινική απόδοση και αποτελεσματικότητα
--

Ασφαλές περιβάλλον για την παροχή φροντίδας

Συνεργασία με τους καταναλωτές

Στην Ελλάδα, μέχρι σήμερα, δεν έχει καθοριστεί πλαίσιο ΚΔ. Το 2020 με το νόμο 4715 ιδρύεται ο «Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία ΑΕ - Ο.ΔΙ.ΠΥ ΑΕ», με σκοπό τη βελτίωση, με βάση τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα, της ασφάλειας, επάρκειας και καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. [65]

Ο.ΔΙ.ΠΥ στην Ελλάδα [65]

Ανάπτυξη-υιοθέτηση προτύπων ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας και τις διοικητικές πρακτικές
--

Διαμόρφωση διεθνώς αποδεκτών δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας υγείας.
--

Αξιολόγηση των παροχών υπηρεσιών υγείας.
--

4.6 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ ΩΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένας από τους σημαντικούς παράγοντες για την διαρκή βελτίωση της ποιότητας υγείας στα νοσοκομεία είναι αυτός της κατάλληλης ηγεσίας. Η νοσηλευτική διοίκηση αποτελεί ουσιαστικά μια διαδικασία επιρροής στάσεων και συμπεριφορών ενός συνόλου, ώστε αυτοί που το απαρτίζουν να μπορέσουν να συνεργαστούν για να υλοποιήσουν τους στόχους και την αποστολή της ομάδας με την καλύτερη δυνατή

αποτελεσματικότητα.[66]Επιπλέον αποτελεί τον κρίσιμο παράγοντα υλοποίησης ενός οράματος με το οποίο είναι συνυφασμένη γι'αυτό τον λόγο μπορεί να χαρακτηριστεί και ως οραματική ηγεσία (visionary leadership).Είναι μείζονος σημασίας οι νοσηλευτές-διευθυντικά στελέχη να γνωρίζουν αλλά και να έχουν κατανοήσει τις βασικές αρχές και ιδέες της διοίκησης ολικής ποιότητας καθώς τα τελικά οφέλη από την προσαρμογή στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών μπορεί να είναι σημαντικά. Τέλος, αποτελεσματική νοσηλευτική ηγεσία των υπηρεσιών του νοσοκομείου παίζει σημαντικό ρόλο στην οικοδόμηση ενός όμορφου κλίματος που ξεπερνά κάθε είδους εμπόδια όπως οι εξωτερικές πιέσεις της αγοράς ,λειτουργικές πολυπλοκότητες και οποιαδήποτε άλλη πιθανή σύνθετη αντίσταση στην ποιότητα των υπηρεσιών που μπορεί να υπάρχουν.[67]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΔΙΕΥΤΥΝΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΕΝ ΚΑΙΡΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

5.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ

Είναι παγκοσμίως γνωστό το φαινόμενο της πανδημίας που ταλαιπωρεί ολόκληρο τον κόσμο τα τελευταία χρόνια και έχει «γονατίσει» τα εθνικά συστήματα υγείας πολλών χωρών. Μιλάμε σαφώς για τον ιό COVID 19 που έχει εξαπλωθεί με ιλιγγιώδη ταχύτητα ανά τον κόσμο και έχει σκοτώσει χιλιάδες ανθρώπους επηρεάζοντας σχεδόν όλους τους τομείς της καθημερινότητας τους σε παγκόσμιο επίπεδο ξεκινώντας από την σωματική και ψυχική τους υγεία και φτάνοντας να επηρεάζει την οικονομία των χωρών αλλά και την πολιτική σκηνή καθώς ένα μεγάλο και κύριο κομμάτι που ασχολείται η πολιτική μιας χώρας είναι η ΥΓΕΙΑ της.

Η πανδημία είναι μια επιδημία που εκδηλώνεται σε κλίμακα που ξεπερνά τα διεθνή σύνορα, επηρεάζοντας συνήθως τους ανθρώπους σε παγκόσμια κλίμακα. Ο ορισμός της πανδημίας αφορά κατά βάση την επέκταση και την εξάπλωση της νόσου και δεν σχετίζεται με τη θνητότητά της. Επίσης, μια ασθένεια ή κατάσταση δεν είναι πανδημία απλώς και μόνο επειδή είναι διαδεδομένη ή σκοτώνει πολλούς ανθρώπους. Πρέπει επίσης να είναι μολυσματική. Για παράδειγμα, ο καρκίνος είναι υπεύθυνος για πολλούς θανάτους αλλά δεν θεωρείται πανδημία, επειδή η ασθένεια δεν είναι μεταδοτική (δηλαδή εύκολα μεταδοτική) και δεν είναι καν λοιμώδης.

5.1.1 ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΜΙΑΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η πανδημία χωρίζεται σε 6 φάσεις οι οποίες είναι:

Περιγραφές φάσης πανδημίας γρίπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)

Φάση 1	Φάση 2	Φάση 3	Φάση 4	Φάση 5	Φάση 6	Μετά την αιχμή	Πιθανό νέο κύμα	Μετά την πανδημία
Αβέβαιη πιθανότητα πανδημίας			Μεσαία έως υψηλή πιθανότητα	Υψηλή έως σίγουρη πιθανότητα	Πανδημία σε εξέλιξη	-	-	-
Μόλυνση από ζώο σε ζώο μόνο	Μόλυνση από ζώο σε άνθρωπο	Σποραδικά ή ομαδοποιημένα περιστατικά σε ανθρώπους	-	-	-	-	-	-
-	(Θεωρείται ανθρώπινη πανδημική απειλή)	Δεν υπάρχουν συνεχείς εστίες σε επίπεδο κοινότητας	Συνεχής έξαρση σε επίπεδο κοινότητας	Έξαρση σε δύο χώρες σε μία περιοχή του ΠΟΥ	Έξαρση εντός χώρας σε άλλη περιοχή του ΠΟΥ	Τα επίπεδα πέφτουν κάτω από την κορυφή στις περισσότερες χώρες	Η δραστηριότητα αυξάνεται ξανά στις περισσότερες χώρες	Τα επίπεδα επιστρέφουν στα συνηθισμένα εποχικά επίπεδα

Φάση 1 δεν έχει αναφερθεί ότι κανένας ιός που κυκλοφορεί μεταξύ των ζώων προκαλεί λοιμώξεις στους ανθρώπους.

Στη **Φάση 2**, ένας ιός της γρίπης των ζώων που κυκλοφορεί μεταξύ οικόσιτων ή άγριων ζώων είναι γνωστό ότι έχει προκαλέσει λοίμωξη στον άνθρωπο και, ως εκ τούτου, θεωρείται πιθανή απειλή πανδημίας.

Στη **φάση 3**, ένας ιός της γρίπης των ζώων ή των ανθρώπων-ζώων έχει προκαλέσει σποραδικά κρούσματα ή μικρές ομάδες ασθενειών στους ανθρώπους, αλλά δεν έχει οδηγήσει σε μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο επαρκή για τη διατήρηση εστιών σε επίπεδο κοινότητας. Περιορισμένη μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο μπορεί να συμβεί υπό ορισμένες συνθήκες, για παράδειγμα, όταν υπάρχει στενή επαφή μεταξύ ενός μολυσμένου ατόμου και ενός μη προστατευμένου φροντιστή. Ωστόσο, η

περιορισμένη μετάδοση υπό τέτοιες περιορισμένες συνθήκες δεν υποδηλώνει ότι ο ιός έχει αποκτήσει το επίπεδο μεταδοτικότητας μεταξύ των ανθρώπων που είναι απαραίτητο για την πρόκληση πανδημίας.

Η φάση 4 χαρακτηρίζεται από επαληθευμένη μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο ενός ιού που μπορεί να προκαλέσει «εστίες σε επίπεδο κοινότητας». Η ικανότητα πρόκλησης παρατεταμένων εστιών ασθένειας σε μια κοινότητα σηματοδοτεί μια σημαντική ανοδική μετατόπιση του κινδύνου πανδημίας. Κάθε χώρα που υποπτεύεται ή έχει επαληθεύσει ένα τέτοιο συμβάν θα πρέπει να διαβουλευτεί επείγοντως με τον ΠΟΥ, ώστε η κατάσταση να μπορεί να αξιολογηθεί από κοινού και να ληφθεί απόφαση από την πληγείσα χώρα, εάν δικαιολογείται η εφαρμογή ταχείας επιχείρησης ανάσχεσης της πανδημίας. Η φάση 4 υποδεικνύει σημαντική αύξηση του κινδύνου πανδημίας, αλλά δεν σημαίνει απαραίτητα ότι μια πανδημία είναι ένα χαμένο συμπέρασμα.

Η φάση 5 χαρακτηρίζεται από εξάπλωση του ιού από άνθρωπο σε άνθρωπο σε τουλάχιστον δύο χώρες σε μία περιοχή του ΠΟΥ. Ενώ οι περισσότερες χώρες δεν θα επηρεαστούν σε αυτό το στάδιο, η κήρυξη της **Φάσης 5** είναι ένα ισχυρό μήνυμα ότι επίκειται πανδημία και ότι ο χρόνος για την οριστικοποίηση της οργάνωσης, της επικοινωνίας και της εφαρμογής των προγραμματισμένων μέτρων μετριασμού είναι σύντομος.

Η φάση 6, η φάση πανδημίας, χαρακτηρίζεται από εστίες σε κοινοτικό επίπεδο σε τουλάχιστον μία άλλη χώρα σε διαφορετική περιοχή του ΠΟΥ, επιπλέον των κριτηρίων που ορίζονται στη **φάση 5**. Ο χαρακτηρισμός αυτής της φάσης θα υποδηλώνει ότι βρίσκεται σε εξέλιξη μια παγκόσμια πανδημία.

Κατά την περίοδο **μετά την περίοδο αιχμής**, τα επίπεδα πανδημικής νόσου στις περισσότερες χώρες με επαρκή επιτήρηση θα έχουν πέσει κάτω από τα μέγιστα παρατηρούμενα επίπεδα. Η περίοδος μετά την περίοδο αιχμής σημαίνει ότι η πανδημική δραστηριότητα φαίνεται να μειώνεται. Ωστόσο, είναι αβέβαιο εάν θα εμφανιστούν πρόσθετα κύματα και οι χώρες θα πρέπει να προετοιμαστούν για ένα δεύτερο κύμα.

Οι προηγούμενες πανδημίες χαρακτηρίστηκαν από κύματα δραστηριότητας που εξαπλώθηκαν σε διάστημα μηνών. Μόλις πέσει το επίπεδο της δραστηριότητας της νόσου, ένα κρίσιμο καθήκον επικοινωνίας θα είναι να

εξισορροπηθούν αυτές οι πληροφορίες με την πιθανότητα ενός άλλου κύματος. Τα πανδημικά κύματα μπορούν να διαχωριστούν από μήνες και ένα άμεσο σήμα «ηρεμίας» μπορεί να είναι πρόωρο.

Κατά την περίοδο **μετά την πανδημία**, η δραστηριότητα της νόσου της γρίπης θα έχει επιστρέψει στα επίπεδα που παρατηρούνται κανονικά για την εποχική γρίπη. Αναμένεται ότι ο πανδημικός ιός θα συμπεριφερθεί ως ιός εποχικής γρίπης Α. Στο παρόν στάδιο, είναι σημαντικό να διατηρηθεί η επιτήρηση και να επικαιροποιηθούν αναλόγως τα σχέδια ετοιμότητας και αντίδρασης σε πανδημίες. Μπορεί να απαιτηθεί εντατική φάση ανάκαμψης και αξιολόγησης.

Αυτή η σταδιακή προσέγγιση έχει ως στόχο να βοηθήσει τις χώρες και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς να προβλέψουν πότε ορισμένες καταστάσεις θα απαιτήσουν τη λήψη αποφάσεων και να αποφασίσουν σε ποιο σημείο θα πρέπει να υλοποιηθούν οι κύριες δράσεις. [68]

5.1.2 COVID 19

Στις 11 Μαρτίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτήρισε την εξάπλωση του COVID-19 ως πανδημία. [70] Στέλεχος κορωνοϊού εντοπίστηκε για πρώτη φορά στην πόλη Ουχάν της Κίνας ,στα τέλη του Δεκεμβρίου 2019 , και προκάλεσε συρροές περιπτώσεων οξείας αναπνευστικής νόσου. Περισσότερες από 200 χώρες και εδάφη πλήγηκαν από τον COVID-19, με μεγάλες εστίες να εμφανίζονται στη Βραζιλία, τη Ρωσία, την Ινδία, το Μεξικό, το Περού, τη Νότια Αφρική, τη Δυτική Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Στις 24 Μαΐου 2022, ο αριθμός των ατόμων που μολύνθηκαν με τον COVID-19 έφτασε τους 528.548.250 παγκοσμίως, από τους οποίους 498.956.040 είχαν αναρρώσει. Ο αριθμός των νεκρών ήταν 6.302.499. Πιστεύεται ότι αυτά τα στοιχεία είναι υποεκτιμημένα καθώς οι διαγνωστικοί έλεγχοι δεν ξεκίνησαν στα αρχικά στάδια της επιδημίας και πολλοί άνθρωποι που έχουν μολυνθεί από τον ιό δεν έχουν ή έχουν μόνο ήπια συμπτώματα και μπορεί να μην έχουν διαγνωστεί. [69]



Εικόνα 8:Σκίτσο νοσηλεύτη εν καιρό πανδημίας

5.20 ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ CLINICDEBARCELONAΣΤΗΝ ΕΝ ΚΑΙΡΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID 19

Το νοσοκομείο Clínic de Barcelona είναι ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Ισπανίας με 713 κλίνες και 4.635 επαγγελματίες.. Η Νοσηλευτική Διεύθυνση του Νοσοκομείου Clínic de Barcelona αποτελείται από περισσότερους από 2.500 επαγγελματίες οι οποίοι απαρτίζουν:

α) την ομάδα διαχείρισης ή την Τεχνική Επιτροπή της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής (CTDE) που αποτελείται από τον διευθυντή, τον αναπληρωτή διευθυντή, τους βοηθούς και τους επικεφαλής της Νοσηλευτικής των ινστιτούτων, των κέντρων και των περιοχών, καθώς και τους συντονιστές φροντίδας και τους γενικούς επόπτες

β)τους διαχειριστές ασθενών

γ) τους νοσοκόμους κλινικής λειτουργίας

δ) τους νοσηλευτές προχωρημένης πρακτικής και

ε) όλους τους επαγγελματίες που απαρτίζουν τη Διεύθυνση

Στο πλαίσιο της δομής του έχει:

- τον τομέα των διαδικασιών και της επαγγελματικής δραστηριότητας,
- τον τομέα της διδασκαλίας και της έρευνας,
- τον τομέα του εξοπλισμού και της διαχείρισης γνώσεων και
- τον τομέα των κλινικών έργων.

Με αυτά τα δεδομένα λοιπόν το το Νοσοκομείο Clínic de Barcelona, σε στενή συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και άλλα κλινικά κέντρα, για να διαχειριστεί την κρίση υγειονομικής περίθαλψης διπλασίασε τη φροντίδα τόσο των μονάδων νοσηλείας όσο και των μονάδων εντατικής θεραπείας, με αποτέλεσμα σχεδόν ολόκληρο το νοσοκομείο να έχει φροντίδα για ασθενείς με COVID-19.

Η Νοσηλευτική Διεύθυνση αναλαμβάνει ηγετικούς ρόλους σε σχέση με τον COVID-19, τη φροντίδα που σχετίζεται με αυτούς τους ασθενείς, την ασφάλεια των επαγγελματιών της και του ασθενούς και τον περιορισμό του ιού.

Επιπλέον δημιουργείται επιτροπή κρίσης αποτελούμενη από την Ιατρική Διεύθυνση, τη **Διεύθυνση Νοσηλευτικής**, τη Διεύθυνση Ανθρώπων, την Περιοχή Επικοινωνίας, τη Διεύθυνση Επειγόντων Περιστατικών, τη Διεύθυνση του Ινστιτούτου Ιατρικής και Δερματολογίας και την Υπηρεσία Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας.

5.2.1 ΣΧΕΔΙΟ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ

ΠΡΩΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

- Ενισχύθηκε ειδική υποστήριξη στην Υπηρεσία Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας,
- Εξορθολογίστηκαν βασικές υπηρεσίες, όπως η επείγουσα διαλογή και η μεταφορά ασθενών που έφθασαν σε αυτές και οι οποίοι έπρεπε να εισαχθούν στη μονάδα λοιμώξεων ή στη μονάδα εντατικής θεραπείας για ασθενείς που χρειάζονται απομόνωση

- Δημιουργήθηκε επίσης ειδικός χώρος για τον εντοπισμό ασθενών με υποψία λοίμωξης εν αναμονή της επιβεβαίωσης της διάγνωσης
- Ζητήθηκε από όλες τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης να επιταχύνουν τις διαδικασίες εισαγωγής των ασθενών έκτακτης ανάγκης και να δώσουν εξιτήριο στους ασθενείς, προκειμένου να έχουν μεγαλύτερη διαθεσιμότητα κουτιών έκτακτης ανάγκης για ασθενείς με COVID-19
- Μικροβιολογική Υπηρεσία άρχισε να αυξάνει την ταχύτητα ανταπόκρισης στις δοκιμές ιολογικής επιβεβαίωσης
- Πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης και διαδικτυακά ενημερωτικές συναντήσεις για επαγγελματίες (νοσηλευτές, γιατρούς, τεχνικό επικουρικής νοσηλευτικής φροντίδας [ΤΚΑΕ], αχθοφόρους, προσωπικό καθαριότητας κ.λπ.).

ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

- Ξεκίνησε η εκπαίδευση των επαγγελματιών νοσηλείας στο σπίτι
- Ξεκίνησε σταδιακά η εκπαίδευση στη χρήση μέσων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) και στη θεραπεία ασθενών με κορονοϊό για τους επαγγελματίες της ΜΕΘ, ξεκινώντας από τη μονάδα εντατικής αναπνευστικής θεραπείας, ακολουθούμενη από τις μονάδες νοσηλείας.
- Το νοσοκομείο χωρίστηκε σε ζώνες COVID-19 και μη COVID-19,
- Δόθηκαν σε όλους τους επαγγελματίες ενημερωτικά χάρτια σχετικά με τις γενικές πτυχές του κορονοϊού, τα μέτρα προστασίας και την επίβλεψη της υγείας.
- Δημιουργήθηκε ένας φάκελος στο intranet του νοσοκομείου για τη διευκόλυνση των επικοινωνιών, των πρωτοκόλλων του Υπουργείου Υγείας και του ίδιου του νοσοκομείου.
- Ακυρώθηκε η δια ζώσης συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών σε συνέδρια, σεμινάρια και μαθήματα

- Πραγματοποιήθηκε η πρώτη επίσκεψη του Υπουργού Υγείας για να συζητηθεί η προγραμματισμένη διαχείριση και να ευχαριστήσει τους επαγγελματίες υγείας για τις προσπάθειες που καταβάλλουν
- Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής καθιέρωσε επίσης ολόκληρο το κύκλωμα διαχείρισης πτωμάτων ακολουθώντας τους καθιερωμένους κανονισμούς, βοηθώντας τα γραφεία τελετών και διευκολύνοντας την επικοινωνία με τις οικογένειες τους.

ΤΡΙΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

- συνεχίζεται η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση προστατευτικού εξοπλισμού
- Δημιουργείται νοσοκομείο σε κοινοτικό επίπεδο στην περιοχή Clínic για την αποστράγγιση ασθενών με COVID-19 (Νοσοκομείο Plató)
- Οι επισκέψεις περιορίζονται σε έναν συνοδό ανά νοσηλευόμενο
- Η τηλεργασία ενθαρρύνεται όπου είναι δυνατόν
- Η Υπηρεσία Πρόληψης Επαγγελματικού Κινδύνου διαχειρίζεται όλες τις πιθανές επαφές για να διαπιστώσει ποιοι είναι οι επαγγελματίες που μπορεί να έχουν μολυνθεί και με τον ίδιο τρόπο παρακολουθεί
- Ακυρώνονται όλα τα προγραμματισμένα χειρουργεία που δεν είναι επείγοντα
- Ελαχιστοποιείται επίσης ο αριθμός των επαγγελματιών που παρευρίσκονται στην τραπεζαρία και διατηρείται πάντα η απαραίτητη απόσταση ασφαλείας τουλάχιστον 1 m μεταξύ των ατόμων
- Υπενθυμίζεται οι καθημερινές ανακοινώσεις που αποστέλλονται σχετικά με τον κορωνοϊό από την Ιατρική Διεύθυνση και τη Διεύθυνση Νοσηλευτικής να προωθούνται σε όλους τους επαγγελματίες προς κάθε κατεύθυνση.

ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

- Επικαιροποιούνται τα πρωτόκολλα μέτρων προστασίας και διαγνωστικών εξετάσεων
- Ενισχύονται οι ομάδες νοσηλευτών στους τομείς φροντίδας ασθενών με COVID-19.
- Πραγματοποιείται παράταση των συμβάσεων και προωθείται την ένταξη εθελοντικού προσωπικού που θέλει να συνεργαστεί για βοήθεια.
- Ψυχολογική υποστήριξη προσφέρεται σε επαγγελματίες που το ζητούν σε σχέση με το άγχος που προέρχεται από την τρέχουσα κατάσταση φροντίδας
- Ενεργοποιείται η δημοτική πρωτοβουλία για δωρεάν πάρκινγκ για τους επαγγελματίες που το έχουν ανάγκη
- Δίνεται η θετική και ελπιδοφόρα είδηση ότι πήραν εξιτήριο οι πρώτοι 8 ασθενείς COVID-19 που εισήχθησαν στο νοσοκομείο.

ΠΕΜΠΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

- Οι ασθενείς με COVID-19 παραπέμπονται στο Νοσοκομείο Ιερής Καρδιάς. Η συσκευή Hotel-Health τίθεται σε λειτουργία, υπό τον συντονισμό της Κοινοπραξίας Υγείας της Βαρκελώνης
- Κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου διαχειρίζεται αυτούς τους ασθενείς σε συνδυασμό με την κατ' οίκον νοσηλεία
- Υπήρξε σημαντική αύξηση των ασθενών με ήπια και μέτρια συμπτώματα, οπότε δεδομένης της έλλειψης νοσοκομειακών κλινών, αποφασίστηκε να μετατραπεί το Hotel-Salud σε ιατρικό ξενοδοχείο για τη φροντίδα αυτών των ασθενών.
- Οι τελειόφοιτοι προσλαμβάνονται ως ειδικοί γιατροί ή νοσηλευτές
- Άδειες του προσωπικού του νοσοκομείου ακυρώνονται,

- Τα δωμάτια του ξενοδοχείου ενεργοποιούνται για να ευνοήσουν τους επαγγελματίες που δεν μπορούν να πάνε στα σπίτια τους για λόγους της κατάστασης .
- Ξεκινούν ερευνητικές μελέτες που σχετίζονται με ασθενείς με COVID-19
- Το νοσοκομείο φτάνει σε κορεσμό υγειονομικής περίθαλψης και το εξιτήριο των ασθενών με COVID-19 είναι η μόνη δυνατότητα εισαγωγής εντός αυτού.
- Η νοσηλεία στο σπίτι και οι ιατροκοποιημένες ξενοδοχειακές συσκευές επεκτείνονται γρήγορα για να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών

5.30 ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΓΡΑΜΜΗ ΕΝ ΚΑΙΡΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Ο ρόλος των μελών της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή κατά της πανδημίας είναι ουσιαστικός. Ακολουθούν τα βήματα και οι ενέργειες που έγιναν για τη διαχείριση του σχεδίου έκτακτης ανάγκης για την πανδημία COVID-19 από τη Διεύθυνση Νοσηλευτικής:

- **Κατεύθυνση και έλεγχος:** Ο διευθυντής νοσηλευτικής συγκαλεί αμέσως καθημερινές συναντήσεις με όλα τα νοσηλευτικά ΚΑΠ κάθε ινστιτούτου, κέντρου και περιοχών για τη δημιουργία μιας ομάδας διαχείρισης νοσοκομειακής περίθαλψης και αναφέρει τις αποφάσεις που λαμβάνονται στην επιτροπή κρίσης για την υλοποίηση ολόκληρης της λειτουργίας
- **Επικοινωνία:**(α)Καθιερώνει απλουστευμένους μηχανισμούς ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου, των επικεφαλής τμημάτων/μονάδων και του προσωπικού των εγκαταστάσεων(β)Διασφαλίζει την έγκριση όλων των επικοινωνιών προς το κοινό, τα μέσα ενημέρωσης και το προσωπικό γενικά.
- **Ασφάλεια & Προστασία:**(α)Δίνει προτεραιότητα στις ανάγκες ασφάλειας, στους χώρους διαλογής και σε άλλους τομείς ροής ασθενών,

κυκλοφορίας και τελικού προορισμού, (β)Θέτει τη πρόσβαση επισκεπτών σε περιορισμό(γ)Προγραμματίζει συνεχής εκπαίδευση προωθώντας τα μέσα ατομικής προστασίας

- **Διαλογή:**Προσδιορίζει ένα σημείο έκτακτης ανάγκης για τη λήψη και ταξινόμηση ασθενών
- **Ανταπόκριση:**(α)Υπάρχει προτεραιότητα στις εγκαταστάσεις απομόνωσης, στα επείγοντα περιστατικά, στις ΜΕΘ και στις κλίνες χαμηλής, μεσαίας και υψηλής πολυπλοκότητας επειγόντως.(β) Χωρίζει τους χώρους του νοσοκομείου για να χρησιμοποιηθούν π.χ ως προσωρινό νεκροτομείο όταν υπάρχει ανάγκη
- **Ανθρώπινο δυναμικό:**(α)Δίνει οδηγίες βέλτιστης πρακτικής σε όλους τους επαγγελματίες που ενδέχεται να παρέχουν άμεση φροντίδα σε άτομα που έχουν βρεθεί θετικά σε αυτόν τον ιό, συμπεριλαμβανομένης της αυτοαπομόνωσης(β)Προσλαμβάνει και εκπαιδεύει επιπλέον προσωπικό
- **Συνέχεια των βασικών υπηρεσιών:**(α)Υποστηρίζει και προστατεύει την υγεία και ευημερία των εργαζομένων μέσω διαθέσιμων ψυχολόγων, (β)Αναλαμβάνει εσωτερικά μέτρα υποστήριξης του προσωπικού ζητώντας π.χ. θέσεις στάθμευσης, δωμάτια ξενοδοχείων, γεύματα και αναψυκτικά.
- **Logistics και διαχείριση προμηθειών:**(α) Αναλαμβάνει τη διαβούλευση με τις αρχές για τη διασφάλιση της συνεχούς παροχής βασικών φαρμάκων και προμηθειών, όπως ρυθμιζόμενα κρεβάτια, παλμικά οξύμετρα, αναπνευστήρες, προστατευτικός εξοπλισμός, ταμπλέτες/τηλέφωνα, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να επικοινωνούν με τους συγγενείς τους., (β) Μια στρατηγική μεταφοράς έκτακτης ανάγκης συντονίζεται με προ-νοσοκομειακά δίκτυα και υπηρεσίες μεταφοράς για να διασφαλιστεί η συνεχής μεταφορά ασθενών
- **Υποστήριξη προσωπικού:**(α)Παρέχεται υποστήριξη σε νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας στην πρώτη γραμμή, τόσο σε εργασία όσο και σε καραντίνα, διασφαλίζοντας ότι έχουν επαρκείς περιόδους ανάπαυσης, καθώς και επαρκή εξοπλισμό ατομικής προστασίας και

ψυχολογική βοήθεια.(β)Επαρκής αναγνώριση των υπηρεσιών που παρέχονται από το προσωπικό, τους εθελοντές, το εξωτερικό προσωπικό και τους δωρητές κατά την αντιμετώπιση καταστροφών και την αποκατάσταση.(γ)Δημοσιοποιούνται πρωτοβουλίες στήριξης, αναγνώρισης, θετικής έκφρασης από οποιοδήποτε μέλος της συλλογικότητας. Όλες οι πρωτοβουλίες δημοσιεύονται.

Οι νοσηλευτικές διευθύνσεις διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή βασικής φροντίδας στις κοινότητες κατά τη διάρκεια αυτών των τύπων καταστροφών, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε ταχεία κλιμάκωση των υπηρεσιών και οι οποίες μπορούν να κατακλύσουν τη λειτουργική ικανότητα και την ασφάλεια των νοσοκομείων και του συστήματος υγείας γενικότερα. Η ικανότητα ομαδικής εργασίας, η συναισθηματική διαχείριση και ο σεβασμός στις οργανωτικές αποφάσεις που λαμβάνονται μας δίνουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε τις προκλήσεις που μας θέτει μπροστά μας η πανδημία.

5.4 ΟΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΟΥ ΩΦΕΙΛΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΩΘΟΥΝ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ.

Η υγεία είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα αγκυροβλημένο σε αξίες ως βασική ανάγκη της ζωής. Προωθεί την ευημερία των ατόμων, των κοινοτήτων, την οικονομική ευημερία και την εθνική ανάπτυξη. Η πανδημία της νόσου του κορωνοϊού-2019 (COVID-19) έπιασε τον κόσμο απληροφόρητο και απροετοίμαστο. Αποτέλεσε τεράστια πρόκληση για τα συστήματα υγείας και οικονομίας κάθε χώρας. Σε όλο το φάσμα της ανθρώπινης προσπάθειας και ελευθερίας, έχουν τεθεί αρκετά ηθικά ερωτήματα σχετικά με τη διαχείρισή της, ιδιαίτερα με τα μέτρα ελέγχου της δημόσιας υγείας.



Εικόνα 9: Εκτέλεση νοσηλευτικής πράξης

Οι τέσσερις βασικές ηθικές αρχές της υγειονομικής περίθαλψης που οφείλουν οι νοσηλευτές-διευθυντικά στελέχη να προάγουν και να τηρούν πρώτοι από όλους είναι οι εξής: Σεβασμός (α) της αυτονομίας, (β) της ευεργεσίας, (γ) της μη κακομεταχείρισης και (δ) της διανεμητικής δικαιοσύνης.

Το καθήκον του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εκτίθεται στο πλαίσιο αυτών των δεοντολογικών αρχών. Ωστόσο υπάρχουν και άλλες σημαντικές ηθικές αρχές της δημόσιας υγείας, ιδίως κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας όπως (α) το καθήκον προστασίας της δημόσιας υγείας, (β) το καθήκον μέριμνας και (γ) των δημόσιων αγαθών και των ατομικών δικαιωμάτων της ιδιωτικής ζωής και της ελευθερίας.

Παρόλο που κατά τη διάρκεια επιδημιών και πανδημιών, η ατομική επιλογή περιορίζεται, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια δεν διαβρώνεται. Αυτό οφείλουν οι νοσηλευτές-διοικητικά στελέχη να το κάνουν με αμεροληψία και δικαιοσύνη. Κάθε μέλος της κοινωνίας πρέπει να το αντιμετωπίζουν δίκαια και με σεβασμό. Κατά τη διαδικασία εφαρμογής παρεμβάσεων ελέγχου της πανδημίας, ο κίνδυνος καταπάτησης σε ηθικά-

δεοντολογικά θέματα απέναντι στον ασθενή θα πρέπει να ελαχιστοποιείται όσο το δυνατόν περισσότερο.

Τα μέτρα δημόσιας υγείας συχνά εγείρουν δύσκολα και περίπλοκα ερωτήματα σχετικά με τη σχέση μεταξύ του κράτους και των πολιτών και των οργανισμών που επηρεάζονται από τις δημόσιες πολιτικές. Έτσι, η προσοχή στα δεοντολογικά ζητήματα της επιδημίας και η προώθηση και υιοθέτηση μιας δεοντολογικής προσέγγισης από τους «στρατιώτες πρώτης γραμμής» τους νοσηλευτές-διευθυντικά στελέχη θα μπορούσε να είναι επωφελής για τη διατήρηση της εμπιστοσύνης του κοινού.

Σε αυτό το πλαίσιο, πρέπει να εξεταστεί η ηθική του περιορισμού των κοινωνικών επαφών όπου οι υγειονομικές αρχές της κυβέρνησης οι οποίες απαρτίζονται και από νοσηλευτές-διευθυντικά στελέχη των λοιμώξεων, πρέπει να αποφασίζουν τι συνιστά νόμιμη και δίκαιη διαδικασία. Ωστόσο, τα βασικά στοιχεία της δίκαιης διαδικασίας πρέπει να περιλαμβάνουν διαφάνεια σχετικά με τους λόγους των αποφάσεων, την προσφυγή σε λογικές αποδεκτές για τη δίκαιη κάλυψη των αναγκών υγείας και τις διαδικασίες αναθεώρησης των αποφάσεων υπό το πρίσμα των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν.

5.5 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ

Οι συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες, οι οποίοι οδηγούν σε δυνητικά επιβλαβείς αντιδράσεις ψυχοκοινωνικού στρες για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αντιπροσωπευτικές έρευνες έδειξαν ότι σχεδόν ένας στους δύο γιατρούς ή νοσηλευτές επηρεάζεται από επαγγελματική εξουθένωση και ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ηγετικής συμπεριφοράς και της υγείας των εργαζομένων. Τα προγράμματα προαγωγής της υγείας στο χώρο εργασίας

μπορούν να είναι επιτυχημένα και βιώσιμα μόνο εάν τα υποστηρίζουν οι διευθυντές. [71]



From left: Francesca Ruggeri, an ICU nurse; Silvia Ligi, an anesthesiologist; and Federico Paolin, an intensive-care doctor and anesthesiologist

Εικόνα 10:Επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν κάτω από αντίξοες συνθήκες στο covid-19

Ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας του 2020, εν καιρό πανδημίας, έδειξε ότι, σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης βιώνουν τη μεγαλύτερη ένταση εργασίας, υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις λόγω του αυξανόμενου αριθμού επιθετικών ασθενών ή συγγενών, και ότι υπάρχει το υψηλότερο ποσοστό εργαζομένων που υποβάλλονται σε κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, για παράδειγμα εκφοβισμό, ταπεινωτική συμπεριφορά ή σωματική βία. [72] Άλλες έρευνες δείχνουν ότι σχεδόν ένας στους τρεις νοσηλευτές επηρεάζεται από επαγγελματική-ψυχική εξουθένωση. [73]

Τα διευθυντικά στελέχη διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην εκτίμηση κινδύνου και στην επακόλουθη βελτίωση των ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας. Έχει αποδειχθεί ότι η υποστήριξη από τους διευθυντές είναι ένας από τους βασικούς

παράγοντες για την επιτυχία ή την αποτυχία των οργανωτικών παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας. [74]

Η έλλειψη υποστήριξης από τους διευθυντές έχει αποκαλυφθεί ως ένα από τα κύρια προβλήματα για την μη επιτυχή εφαρμογή των μέτρων προαγωγής της υγείας. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές-διευθυντές πρέπει να διαθέσουν χρόνο και ανθρώπινους πόρους προκειμένου να καταστήσουν εφικτά τα μέτρα. Επιπλέον, τα νοσηλευτικά-διευθυντικά στελέχη πρέπει να ενημερώνουν τους υπαλλήλους τους σχετικά με τις παρεμβάσεις, να κοινοποιούν τους στόχους παρέμβασης με ενθαρρυντικό τρόπο και να επιτρέπουν στους υπαλλήλους τους να συμμετέχουν. Τελικά, είναι οι διαχειριστές που αποφασίζουν εάν εφαρμόζεται ένα μέτρο προαγωγής της υγείας. [75]

Είναι γνωστό ότι όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την πανδημική αβεβαιότητα και το απρόβλεπτο, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα φόβου και άγχους, τα οποία ενεργοποιούν την αντίδραση του σώματός τους στο στρες . Σε όλες τις καταστάσεις κρίσης στον τομέα της υγείας, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, σε συνδυασμό με τον χρόνο που περνούν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς τους καθιστά στην ομάδα των εργαζομένων της υγείας που έχει βιώσει τα υψηλότερα επίπεδα άγχους . Αναμφίβολα, το επίπεδο του στρες αυξάνεται με τη διάρκεια της πανδημίας. [76] Σε αυτό το πλαίσιο, οι διευθυντές νοσηλευτών διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην απόδοση του νοσοκομείου, στα αποτελέσματα των ασθενών, στην ικανοποίηση και την ενδυνάμωση του προσωπικού και στη δημιουργία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. Ως εκ τούτου, ο ρόλος των διευθυντών νοσηλευτών είναι πολύ αγχωτικός. Κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας, στη συνήθη εργασιακή τους ρουτίνα, είχαν το πρόσθετο καθήκον να φροντίσουν το προσωπικό τους και την ψυχοσυναισθηματική τους υγεία. Ως εκ τούτου, οι διευθυντές νοσηλευτών έχουν αναλάβει το βάρος του χειρισμού της κρίσης όχι μόνο λειτουργικά, αλλά και διανοητικά, συναισθηματικά, ακόμη και ηθικά.

Μία από τις πιο σημαντικές ικανότητες ενός νοσηλευτή-ηγέτη είναι η ανθεκτικότητά του. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι πολλές ώρες, η απουσία πληροφοριών και δεδομένων, η ταχεία λήψη αποφάσεων, τα ηθικά διλήμματα και η ιεράρχηση των πόρων εκφοβισμού είναι μόνο μερικά από τα καθημερινά

προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει ένας ηγέτης-νοσηλευτής. Επίσης μελέτες αναφέρουν ότι η ανθεκτικότητα συνδέεται με την αυτογνωσία, ενώ ο Duncan υπογράμμισε τη σημασία των στρατηγικών αντιμετώπισης και της αυτο-αποτελεσματικότητας. [77]

Οι ηγέτες των νοσηλευτών πρέπει να κατανοήσουν το ψυχολογικό κεφάλαιο των νοσηλευτών το οποίο περιλαμβάνει τα επίπεδα ελπίδας, αποτελεσματικότητας, ανθεκτικότητας και αισιοδοξίας ενός ατόμου. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά είναι χαρακτηριστικά ενός αυθεντικού ηγέτη. Οι αυθεντικοί ηγέτες νοσηλευτών κατανοούν επίσης ότι υπάρχει αμοιβαία σχέση μεταξύ ηγετών και μελών του προσωπικού. Οι ηγέτες νοσηλευτών με τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά είναι καλά εξοπλισμένοι για να οδηγήσουν τους νοσηλευτές πρώτης γραμμής στις προκλήσεις μιας πανδημίας και να τους βοηθήσουν να αναπτύξουν ανθεκτικότητα. [78] Επιπλέον, οι νοσηλευτές ηγέτες θα πρέπει να επικεντρωθούν στην εξειδικευμένη επικοινωνία, τη συνεργασία, την αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και την κατάλληλη στελέχωση, καθώς και στην ουσιαστική αναγνώριση του προσωπικού. Τέλος προτάθηκε επίσης ότι τα αυθεντικά και διαφανή συλλογικά ηγεσικά υποστηρίζουν το προσωπικό και την οργανωτική ανθεκτικότητα. [79]



Margherita Lambertini, a first-aid surgeon (left), and Silvia Giulianelli, an ICU nurse

Εικόνα 11:Επαγγελματίες υγείας σε άσχημη σωματική και ψυχολογική κατάσταση

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή- διοικητικού στελέχους στα σύγχρονα νοσοκομεία είναι πολυδιάστατος. Πρώτα απ' όλα είναι νοσηλεύτης, κατά δεύτερον επικεφαλής του υπόλοιπου νοσηλευτικού προσωπικού και τέλος έχει διοικητικές αρμοδιότητες καθώς είναι υπεύθυνος για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, το συντονισμό και την αξιολόγηση του παρεχόμενου νοσηλευτικού έργου. Οφείλει να ασκεί διοικητικές ικανότητες, προσπαθώντας να διατηρεί τις ισορροπίες ανάμεσα στις ανάγκες του προσωπικού αλλά και των ασθενών. Επιπλέον σε περίοδο πανδημίας, ο ρόλος του νοσηλευτή-διοικητικού στελέχους δυσκολεύει ολοένα και περισσότερο καθώς έχει να αντιμετωπίσει άγνωστες, για τα τωρινά δεδομένα, καταστάσεις, να οριοθετήσει καταστάσεις, να οργανώσει και να λάβει μείζονος σημασίας αποφάσεις ώστε να προάγει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο υψηλής ποιότητας υγεία. Ευθύνη των προϊστάμενων των νοσηλευτικών τμημάτων στα σύγχρονα νοσοκομεία είναι η εύρεση μεθόδων και παροχή κινήτρων ώστε να μπορέσει το προσωπικό τους να αποδώσει στο μέγιστο βαθμό. Τελικός στόχος ενός νοσηλευτή-διοικητικού στελέχους θα πρέπει να είναι η παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η διαρκής αναζήτηση τρόπων βελτίωσης και αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ανεξάρτητα από τις υπάρχουσες συνθήκες που μερικές φορές δυσκολεύουν το ήδη δύσκολο έργο τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Pishgooie AH, Atashzadeh-Shoorideh F, Falcó-Pegueroles A, Lotfi Z. Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *J Nurs Manag.* 2019 Apr;27(3):527–34.
2. Tang JHC, Hudson P. Evidence-Based Practice Guideline: Nurse Retention for Nurse Managers. *J Gerontol Nurs.* 2019 Nov 1;45(11):11–9.
3. Letsie TM. Antecedents of intrapreneurship practice among public hospital unit nurse managers. *International Journal of Africa Nursing Sciences.* 2017 Jan 1;7:126–35.
4. Σαρρής Σ., Σούλης Μ., Θεοδώρου Μ. *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, 1996.
5. Λανάρα Β. *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. 1999
6. Σιγάλας Ι. *Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων: Πανεπιστημιακές Παραδόσεις*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας. 1999
7. Περγλέκος Β. *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας*. 2004 (Διπλωματική Εργασία)
8. Wilson A, Whitaker N, Whitford D. Rising to the challenge of health care reform with entrepreneurial and intrapreneurial nursing initiatives. *Online J Issues Nurs.* 2012 Dec 31;17(2):5.
9. Amo BW. Employee innovation behaviour in health care: the influence from management and colleagues. *Int Nurs Rev.* 2006 Sep;53(3):231–7.
10. Cullinan K. Health services in South Africa: A Basic Introduction. 2006 Jan 1;1.
11. E V, J H, U H. Intrapreneurial risk-taking in public health care – challenging existing boundaries [Internet]. Edward Elgar Publishing; 2022 [cited 2024 May 25]. Available from: <https://www.utupub.fi/handle/10024/172515>
12. Nicolaidis D, Kosta G. Intrapreneurship as a Unique Competitive. *International Journal Of Social Behavioral Educational And Technology.* 2011;5(11).
13. Shukla P. Impact of contextual factors, brand loyalty and brand switching on purchase decisions. *Journal of Consumer Marketing.* 2009 Jul 31;26(5):348–57.
14. Goosen CJ, De Coning TJ, Smit EVDM. Corporate entrepreneurship and financial performance: The role of management. *SAJBM.* 2002 Dec 31;33(4):21–7.

15. Seshadri DVR, Tripathy A. Innovation through Intrapreneurship: The Road Less Travelled. *Vikalpa*. 2006 Jan;31(1):17–30.
16. Manimala MJ, Jose PD, Thomas KR. Organizational Constraints on Innovation and Intrapreneurship: Insights from Public Sector. *Vikalpa: The Journal for Decision Makers*. 2006;31(1):49.
17. Elenkov DS, Manev IM. Top Management Leadership and Influence on Innovation: The Role of Sociocultural Context. *Journal of Management*. 2005 Jun;31(3):381–402.
18. Antoncic B, Hisrich RD. Intrapreneurship: Construct refinement and cross-cultural validation. *Journal of Business Venturing*. 2001;16(5):495–527.
19. National Department of Health, Office of Standards Compliance. *Quality improvement Guide*. 2012
20. Jarna H, Kaisu K. How about measuring interpreneurship? [Internet]. 2003.
21. Elsby MWL, Michaels R, Ratner D. The Beveridge Curve: A Survey. *Journal of Economic Literature*. 2015 Sep;53(3):571–630.
22. Bosch G. The German welfare state: from an inclusive to an exclusive Bismarckian model. In Vaughan-Whitehead D. (ed) 'The European Social Model in Crisis: Is Europe Losing Its Soul?' Edward Elgar Publishing; 2015. 640 p.
23. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*. 2011 Jun;89(2):256–88.
24. Davidoff AJ, Erten M, Shaffer T, Shoemaker JS, Zuckerman IH, Pandya N, et al. Out-of-pocket health care expenditure burden for Medicare beneficiaries with cancer. *Cancer*. 2013 Mar 15;119(6):1257–65.
25. Rais A, Viana A. Operations Research in Healthcare: a survey. *International Transactions in Operational Research*. 2011;18(1):1–31.
26. Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P. Traditional, complementary and alternative medical systems and their contribution to personalisation, prediction and prevention in medicine—person-centred medicine. *EPMA J*. 2012 Nov 6;3(1):15.
27. Baek SU, Lee WT, Kim MS, Lim MH, Yoon JH, Won JU. Self-Esteem Trajectories After Occupational Injuries and Diseases and Their Relation to Changes in Subjective Health: Result From the Panel Study of Workers' Compensation Insurance (PSWCI). *J Korean Med Sci*. 2023 Aug 18;38(37):e284.
28. Chary A, Rohloff P. *Privatization and the New Medical Pluralism: Shifting Healthcare Landscapes in Maya Guatemala*. Lexington Books; 2015. 227 p.29
29. Yukl GA. *Leadership in Organizations*. Pearson/Prentice Hall; 2006. 542 p.
30. Fiedler Fred E. A Contingency Model of Leadership Effectiveness¹. In: Berkowitz L, editor. *Advances in Experimental Social Psychology* [Internet]. Academic Press; 1964 [cited 2024 May 25]. p. 149–90. Available from:

31. Μπουράντας Δ. Μάνατζμεντ. (2^η έκδοση). Εκδόσεις Μπένου. 2015.
32. Hersey P, Blanchard KH, Natemeyer WE. Situational Leadership, Perception, and the Impact of Power. *Group & Organization Studies*. 1979 Dec 1;4(4):418–28.
33. Robbins SP, Judge TA, Judge T. *Organizational Behavior*. Prentice Hall; 2011. 730 p.
34. Antonakis J, Avolio BJ, Sivasubramaniam N. Context and leadership: An examination of the nine-factor full-range leadership theory using the Multifactor Leadership Questionnaire. *The Leadership Quarterly*. 2003;14(3):261–95.
35. Avolio BJ, Gardner WL. Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*. 2005;16(3):315–38.
36. Shamir B, Eilam G. “What’s your story?” A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*. 2005;16(3):395–417.
37. Uhl-Bien M. *Relational Leadership Theory: Exploring the social processes of leadership and organizing*. Leadership Institute: Faculty Publications [Internet]. 2006 Dec 1;
38. Goleman D. Leadership that gets results. In *Leadership perspectives 2017* May 15 (pp. 85-96). Routledge. <https://digitalcommons.unl.edu/leadershipfacpub/19>
39. Balsanelli AP, Cunha ICKO. The work environment and leadership in nursing: an integrative review. *RevEscEnfermUSP*. 2014 Oct;48(5):938–43.
40. Johnson SW. Characteristics of effective health care managers. *Health Care Manag (Frederick)*. 2005;24(2):124–8.
41. AONE Nurse Executive Competencies. *Nurse Leader*. 2005 Feb;3(1):15–22.
42. Hamric, Hamson. *Advanced Practice Nursing: An integrative approach (7th edition)*. Elsevier Publications. 2023.
43. Heinen M, van Oostveen C, Peters J, Vermeulen H, Huis A. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *J Adv Nurs*. 2019 Nov;75(11):2378–92.
44. Hilton J. Resilient leadership. *Management in Education*. 2020 Jan 1;34(1):24–5.
45. Patrick A, Laschinger HKS, Wong C, Finegan J. Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *J Nurs Manag*. 2011 Dec;19(4):449–60.
46. Stanley D, Sherratt A. Lamp light on leadership: clinical leadership and Florence Nightingale. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(2):115–21.

47. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1985 [cited 2024 May 25]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-2271-7>
48. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2018;23(5):899–920.
49. ANA [Internet]. 2017 [cited 2024 May 25]. Code of Ethics for Nurses. Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/>
50. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *J Nurs Manag*. 2013 Jul;21(5):709–24.
51. Udod SA, Wagner J. Common Change Theories and Application to Different Nursing Situations. 2018 Jun 30 [cited 2024 May 25]; Available from: <https://pressbooks.pub/leadershipandinfluencingchangeinnursing/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>
52. Regan S, Laschinger HKS, Wong CA. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *J Nurs Manag*. 2016 Jan;24(1):E54-61.
53. McAllister S, Robert G, Tsianakas V, McCrae N. Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2019 Dec;93:106–18.
54. Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs*. 2010 Nov;66(11):2510–9.
55. Clark, M. The Power of Duty and Responsibility in Nursing Practice: A Case Study. *Nursing Ethics*. 2015.
56. Μπουράντας Δ. Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές. Εκδόσεις Μπένου. 2002.
57. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 1985;49(4):41–50.
58. Ραφτόπουλος Β. Τα ευ και τα φευ της ποιότητας και της ασφάλειας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας . Στο: Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα και Πολιτικές . Λευκωσία: Broken Hill Publishers Ltd; 2020:σελ482.
59. Donabedian A. Continuity and change in the quest for quality. *Clin Perform Qual Health Care*. 1993;1(1):9–16.
60. Nemati R, Bahreini M, Pouladi S, Mirzaei K, Mehboodi F. Hospital service quality based on HEALTHQUAL model and trusting nurses at Iranian university and non-

- university hospitals: a comparative study. *BMC Nurs.* 2020 Dec 10;19:118.
61. Jonkisz A, Karniej P, Krasowska D. The Servqual Method as an Assessment Tool of the Quality of Medical Services in Selected Asian Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jun 26;19(13):7831.
 62. Schwartz HW. Quality improvement: the JCAHO model. *Radiol Manage.* 1992;14(3):45–57.
 63. EXECUTIVE SUMMARY. In: 2017 National Healthcare Quality and Disparities Report [Internet] [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 [cited 2024 May 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579747/>
 64. Australian Atlas of Healthcare Variation 2017 [Internet]. [cited 2024 May 25]. Available from: <https://meteor.aihw.gov.au/content/674758>
 65. odigostoupoliti. Οδηγός του Πολίτη. 2020 [cited 2024 May 25]. Νόμος 4715/2020. Ρυθμίσεις για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Available from: <https://www.odigostoupoliti.eu/nomos-4715-2020-rythmiseis-gia-poiotikes-ypiresies-ygeias/>
 66. Παπανικολάου, Β. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπαζήσης. 2007.
 67. Sureshchandar GS, Rajendran C, Anantharaman RN. A holistic model for total quality service. *International Journal of Service Industry Management.* 2001 Oct 1;12(4):378–412.
 68. THE WHO PANDEMIC PHASES - Pandemic Influenza Preparedness and Response - NCBI Bookshelf [Internet]. 2020 [cited 2024 May 25]. Available from: <https://web.archive.org/web/20200421161230/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143061/>
 69. Listings of WHO's response to COVID-19 [Internet]. [cited 2024 May 25]. Available from: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covid-timeline>
 70. COVID - Coronavirus Statistics - Worldometer [Internet]. [cited 2024 May 25]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
 71. Pislarj T, van der Lippe T, den Dulk L. Health among hospital employees in Europe: a cross-national study of the impact of work stress and work control. *Soc Sci Med.* 2011 Mar;72(6):899–906
 72. Trastek VF, Hamilton NW, Niles EE. Leadership models in health care - a case for servant leadership. *Mayo Clin Proc.* 2014 Mar;89(3):374–81.
 73. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014 Dec 24;383(9931):1824–30.
 74. Gregersen S, Kuhnert S, Zimmer A, Nienhaus A. [Leadership behaviour and health - current research state]. *Gesundheitswesen.* 2011 Jan;73(1):3–12.

75. Petrou P, Demerouti E, Schaufeli WB. Crafting the Change: The Role of Employee Job Crafting Behaviors for Successful Organizational Change. *Journal of Management*. 2018 May;44(5):1766–92.
76. White JH. A Phenomenological Study of Nurse Managers' and Assistant Nurse Managers' Experiences during the COVID-19 Pandemic in the United States. *J Nurs Manag*. 2021 Sep;29(6):1525–34.
77. Louise Duncan D. What the COVID-19 pandemic tells us about the need to develop resilience in the nursing workforce. *Nurs Manag (Harrow)*. 2020 Jun 2;27(3):22–7.
78. 6th European working conditions survey - Publications Office of the EU [Internet]. [cited 2024 May 25]. Available from: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b4f8d4a5-b540-11e7-837e-01aa75ed71a1/language-en>
79. Dimino K, Horan KM, Stephenson C. Leading Our Frontline HEROES Through Times of Crisis With a Sense of Hope, Efficacy, Resilience, and Optimism. *Nurse Lead*. 2020 Dec;18(6):592–6.