Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών
και Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διοίκηση ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και ικανοποίηση ασθενών από τις αναμονές: η περίπτωση των επειγόντων περιστατικών»

ΠΛΑΤΑΝΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ ΧΑΛΙΚΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρωτίστως, για τη διεκπεραίωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ Μιλτιάδη Χαλικιά, για τη συνεργασία, την καθοδήγησή και την πολύτιμη συμβολή του στην ολοκλήρωση της.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής εργασίας για την ουσιαστική επιστημονική υποστήριξη καθόλη τη διάρκεια της συγγραφής.

Ομοίως, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Διευθυντή του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών Επίκουρο Καθηγητή κ Δημήτριο Βελισσάρη, για την υποστήριξή και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, επιτρέποντάς μου την απρόσκοπτη πρόσβασή στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου για την διεξαγωγή της έρευνάς μου και την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τον Διευθυντή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών, τους Καθηγητές καθώς και όλο το Επιστημονικό Προσωπικό που το στελέχωσε για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μετέδωσαν.

Ένα μεγάλο Ευχαριστώ στο Προσωπικό της γραμματείας της Σχολής για την διοικητική υποστήριξη και την άρτια οργάνωση των κύκλων των μαθημάτων.

Τέλος, θα ήθελα προσωπικά να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που με στήριξε και με στηρίζει σε κάθε προσπάθειά μου όλα αυτά τα χρόνια .

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη……..…….σελ.6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Εισαγωγή…… ...σελ.8

1.1 Σημαντικότητα έρευνας……...……σελ.10

1.2 Πεδίο Εφαρμογής της Έρευνας……...…σελ.10

1.3 Σκοπός- Επικαιρότητα Έρευνας…….…….σελ.10

1.4 Θεωρητικοί Στόχοι Έρευνας……....σελ.11

1.5 Ερευνητικοί Στόχοι Έρευνας……σελ.12

1.6 Διατύπωση ερευνητικών ερωτήσεων……...σελ.12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2- ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ερμηνεία του όρου Ποιότητα …….σελ.13

2.2 Ερμηνεία του όρου Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας……σελ.15

2.3 Διαστάσεις της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας……σελ.16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 –ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

3.1 Οργάνωση Λειτουργία Στελέχωση ΤΕΠ……..……...σελ.17

3.2 Δείκτες ποιότητας στα ΤΕΠ……....σελ.21

3.3 Οφέλη της βελτίωσης ποιότητας στα ΤΕΠ…….……...….σελ.24

3.4 Παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιότητα στα ΤΕΠ……..σελ.24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

4.1 Διαδικασίες Διοίκησης Ολικής Ποιότητας……...σελ.25

4.2 Αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας……..σελ.27

4.3 Εφαρμογή της ΔΟΠ στις Υπηρεσίες Υγείας……...σελ.28

4.4 Οφέλη από την εφαρμογή της ΔΟΠ ……...σελ.29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ

5.1 Εννοιολογική προσέγγιση της Ηγεσίας…….……..σελ.30

5.2 Χαρακτηριστικά του καλού Ηγέτη…….…….σελ.32

5.3 Ηγεσία και Διοίκηση: Ομοιότητες – Διαφορές……σελ.33

5.4 Στυλ Ηγεσίας……σελ.35

5.5 Ο ρόλος της Ηγεσίας στις Μονάδες Υγείας……σελ.38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6- ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

6.1 Εννοιολογική προσέγγιση της Οργανωσιακής Κουλτούρας…….....σελ.41

6.2 Τύποι Οργανωσιακής Κουλτούρας…….σελ.41

6.3 Αξία και ρόλος Οργανωσιακής Κουλτούρας……..σελ.45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

7.1 Σημασία της επικεντροποίησης στα συναισθήματα των ασθενών……....σελ.46

7.2 Μελέτη περίπτωσης 1 ΤΕΠ Καναδά……..σελ.49

7.2.1 Επιλογή ασθενούς – Περιγραφή δείγματος…….σελ.50

7.2.2 Συναισθήματα ασθενών και παροχή φροντίδας……..σελ.51

7.2.3 Μοντέλο του ρόλου των συναισθημάτων στην ικανοποίηση…….σελ.53

7.2.4 Άμεσες και Έμμεσες επιδράσεις των συναισθημάτων στην ικανοποίηση.σελ54

7.2.5 Επίδραση του χρόνου αναμονής στην ικανοποίηση……σελ.55

7.3 Μελέτη περίπτωσης 2 ΤΕΠ Σουηδίας…….σελ.57

7.3.1 Επιλογή Δείγματος……σελ.58

7.3.2 Κριτήρια επιλογής συμμετεχόντων……...σελ.58

7.3.3 Συλλογή Δεδομένων……..σελ.59

7.3.4 Αποτελέσματα Έρευνας…….σελ.60

7.3.5 Συμπεράσματα……σελ.64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8- ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 Μέθοδος- Σχεδιασμός- Δημιουργία Ερωτηματολογίου……σελ.66

8.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας……..σελ.67

8.3 Περιορισμοί Έρευνας……σελ.67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

9.1 Έλεγχος αξιολόγησης ερωτηματολογίου…….σελ.68

9.2 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά……σελ.69

9.3 Συναισθήματα αθενών……..σελ.77

9.4 Ικανοποίηση ασθενών……σελ.85

9.5 Αφοσίωση –Πίστη ασθενών…….σελ.103

9.6 Έλεγχος σχέσης χρόνου αναμονής- συνολικής ικανοποίησης ασθενών……..σελ.104

9.7 Έλεγχος σχέσης χρόνου αναμονής- συναισθημάτων ασθενών……σελ.105

9.8 Συζήτηση……..σελ.107

9.9 Συμπεράσματα……...…σελ.110

Παράρτημα…….…...….σελ.113

Βιβλιογραφία…….…….....σελ.125

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας, η οποία οδήγησε στην επιβολή σκληρών μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής στη χώρα μας είχε σαν αποτέλεσμα και τον περιορισμό των κοινωνικών δαπανών και ταυτόχρονα τη φτωχοποίηση μεγάλου μέρους του πληθυσμού. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όλο και μεγαλύτερες πληθυσμιακές ομάδες αναζητούν περίθαλψη στις Δημόσιες υπηρεσίες υγείας.
Μεγάλος αριθμός ατόμων προσέρχεται καθημερινά στα ΤΕΠ των νοσοκομείων όπου η πολύωρη αναμονή έρχεται να επιτείνει την ήδη βεβαρυμμένη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Η ανακούφιση της προσέγγισης στο νοσοκομείο γρήγορα εξανεμίζεται όταν το άγχος, ο φόβος, και η αγανάκτηση τον κατακλύζουν. Συναισθήματα που ολοένα και εντείνονται καθώς ο χρόνος αναμονής αυξάνεται και ο στόχος της επαφής με το γιατρό φαίνεται ακόμα πιο μακρινός.
Η παρούσα μελέτη διακρίνεται σε θεωρητικό και πρακτικό μέρος.
Στο θεωρητικό μέρος γίνεται αναφορά και ερμηνεία των θεωρητικών όρων Ποιότητα και Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών. Επίσης, παρουσιάζονται οι παράγοντες εκείνοι που επιδρούν στην ποιότητα, κυρίως στον ιδιαίτερο τομέα των Τεπ. Επιπλέον, εξετάζονται οι αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και βασικές έννοιες αυτής που σκοπό έχουν τη βελτίωση των λειτουργιών του Οργανισμού και την αύξηση της Ικανοποίησης των αναγκών του ασθενούς.
Τέλος γίνεται αναφορά στα συναισθήματα των ασθενών όπως αυτά διαμορφώνονται από τις αναμονές και τις παρεχόμενες υπηρεσίες και εξετάζονται δυο διαφορετικές μελέτες περίπτωσης που προκύπτουν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.
Στο πρακτικό μέρος προσεγγίζουμε τα συναισθήματα των ασθενών χαμηλής προτεραιότητας στο Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι και με τους μεγαλύτερους χρόνους αναμονής. Εξετάζουμε πώς αυτά εξελίσσονται μέχρι να περατωθούν οι διαδικασίες (ιατρικές- διοικητικές) και ο ασθενής να

εξέλθει. Επίσης εξετάζεται η ικανοποίηση του ασθενούς από τις επιμέρους Υπηρεσίες Υγείας.
Τέλος, γίνεται έλεγχος συσχέτισης του χρόνου αναμονής με τα συναισθήματα και του χρόνου αναμονής με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ικανοποίηση ασθενών, Ηγεσία, Οργανωσιακή κουλτούρα, Ποιότητα, Ποιοτικό μάνατζμεντ, Διοικητής, Συναισθήματα, Τμήμα επειγόντων περιστατικών, Υπηρεσίες υγείας, Αναμονές.

ABSTRACT

The economic crisis of the last decade, which led to the imposition of tough fiscal adjustment measures in our country, has also resulted in a reduction in social spending and, at the same time, the poverty of a large part of the population. Actually, this means that larger and larger population groups are looking for care in public health services.
A large number of people arrive daily in the Emergency Department, in which long-term waiting is added to the already burdened patient s psychological condition. Relief because of the hospital approach quickly erodes when stress, fear, and indignation overwhelm him. Emotions are getting stronger as the waiting time increases and the goal of contact with the doctor seems even more far off.
The present study is divided in a theoretical and a practical part.
The theoretical part refers to, and interprets the theoretical terms of Quality and Quality of Services Provided. Also, there are the factors that effect quality, especially in the particular field of ED. In addition, the principles of Total Quality Management and basic concepts of this are examined, which aim at improving the Agency's operations and increasing the patient's satisfaction.
Finally, reference is made to the feelings of patients as they are shaped by waiting and by the services provided and two different case studies resulting from the bibliographic review are examined.
In the practical part, we approach the feelings of low-priority patients at the Greek public hospital, who are also faced with the longer waiting times. We look at how these are progressing until the procedures (medical-administrative) are completed and the patient leaves. Patient satisfaction is also examined by the individual Health Services.
Finally, the correlation of waiting time with emotions and waiting time with total patient satisfaction is checked.

KEY- WORDS: Patient Satisfaction, Leadership, Organizational culture, Quality, Quality management, Hospital managers, emotions, health services, waiting time.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα σύγχρονο πεδίο έρευνας και πρακτικής εφαρμογής που συγκεντρώνει το ενδιαφέρον ατόμων που προέρχονται από τον κλάδο της υγείας και της διοίκησης είναι η διοίκηση λειτουργιών και ο σχεδιασμός υπηρεσιών. Αυτό έφερε στο προσκήνιο το ενδιαφέρον για τη συνολική εμπειρία του ασθενή από τη στιγμή που θα εισέλθει εντός του χώρου ενός νοσοκομείου, με έμφαση στην αρχή της " επικεντροποίησης στον ασθενή".

Αυτή η εξέλιξη έχει τις ρίζες της στην ταυτόχρονη ανάπτυξη πολλών κλάδων. Ο πιο προφανής από αυτούς είναι η διοίκηση επιχειρήσεων, από όπου προέκυψε το ενδιαφέρον για αποτελεσματικότερη οργάνωση των λειτουργιών και για την εξέλιξη των διοικητικών διαδικασιών. Ο επόμενος κλάδος είναι η Ψυχολογία και οι διάφοροι υπο-κλάδοι της, από όπου προήλθαν τα θεωρητικά μοντέλα αλλά και τα πειραματικά μεθοδολογικά εργαλεία για την στήριξη των νέων λειτουργικών και χωροταξικών διευθετήσεων. Τέλος, η υπολογιστική προσομοίωση έδωσε τη δυνατότητα για έλεγχο πιθανών υποθέσεων και εκτέλεση δοκιμών υπό διάφορες συνθήκες (Dube et al, 2002).

Μία άλλη εξέλιξη, η οποία έχει δώσει ώθηση στην έρευνα και τη βελτίωση της εμπειρίας που προσφέρει ένα νοσοκομείο είναι οι κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές, οι οποίες έχουν μετατρέψει τον τρόπο θέασης του ασθενή από πολίτη σε πελάτη, και της υγείας σε εμπορικό αγαθό**.** Επομένως, μιλάμε πια με όρους ικανοποίησης πελάτη-ασθενή (customer satisfaction).

Με την ευρύτερη έννοια, η ικανοποίηση πελάτη αφορά την αλληλεπίδραση με ένα χώρο και με μία ομάδα επαγγελματιών σε κλίμα ενδιαφέροντος κι αμοιβαίας δέσμευσης, και με στόχο την κάλυψη των αναγκών, είτε αυτές είναι προφανείς και ρητές είτε άρρητες και καλυμμένες. Ο ορισμός της ικανοποίησης πελάτη στο χώρο της υγείας, επομένως, κινείται σε αυτό το πλαίσιο, κι αποτελεί την συμπερίληψη των προσδοκιών του ασθενή από πλευράς νοσοκομείου. Η ικανοποίηση μπορεί να είναι υψηλή ή χαμηλή.

Πολλά νοσοκομεία ανά τον κόσμο έχουν θέσει σε εφαρμογή πιλοτικά προγράμματα ενίσχυσης της ικανοποίησης των ασθενών, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν χωροταξικές ή διαδικαστικές αλλαγές και προσθήκες, και μετρούν περιοδικά τα αποτελέσματα. Το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όμως, παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες που καθιστούν δύσκολη την ικανοποίηση του προσερχόμενου ασθενή, καθώς ο ίδιος βρίσκεται σε ανάγκη, πόνο, ή κίνδυνο (Ginsburg, 2017).

1.1 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της έντονης δυσαρέσκειας στους χώρους υποδοχής και αναμονής των νοσοκομείων της χώρας μας, όπου σημειώνονται παρεξηγήσεις, προστριβές, παρανοήσεις, και μεγάλες αναμονές πολλές φορές με επίπτωση στο αποτέλεσμα. Η οργάνωση πάσχει τόσο σε επίπεδο χωρικής διάταξης, όσο και σε επίπεδο διοίκησης λειτουργιών.

Επομένως, είναι πολύτιμη η συνεισφορά μιας μελέτης η οποία θα ασχολείται:

Α) Με τη βελτίωση της εμπειρίας των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους,

Β) Με τη βελτίωση της εμπειρίας των εργαζομένων των δομών υγείας, καθώς αποτελούν την επαγγελματική ομάδα που παρουσιάζει τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου burn out.

Γ) Με τις δυσχέρειες που ταλαιπωρούν τα συμβαλλόμενα μέρη ενός νοσοκομείου, οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν παρελθόν μέσα από μία έρευνα εστιασμένη στη λύση.

Η έρευνά μας είναι σημαντική γιατί ασχολείται με ένα πρακτικό ζήτημα και παρουσιάζει σκέψεις, προγράμματα και λύσεις που εφαρμόζονται και ήδη αποφέρουν αποτελέσματα σε δομές υγείας σε διάφορα σημεία του πλανήτη. Έχει ,λοιπόν, απόλυτα πρακτικές κι εφαρμόσιμες προεκτάσεις.

Η βιβλιογραφία που θα παρουσιάσουμε περιλαμβάνει πρακτικές οι οποίες δεν απαιτούν παρά μικρές μεταβολές στο ισχύον καθεστώς προκειμένου να ενσωματωθούν ικανοποιητικά σε αυτό. Φυσικά, αναγνωρίζουμε ότι ακόμη και η πιο

μικρή αλλαγή σε ένα μεγάλης κλίμακας πλαίσιο απαιτεί μια περίοδο οργανωσιακής προσαρμογής.

Σε κάθε περίπτωση, η βελτίωση της αντιμετώπισης του ασθενή έχει τεράστιο θετικό κοινωνικό αντίκτυπο, δεδομένου του αριθμού και της συχνότητας επισκέψεων στα νοσοκομεία. Επίσης, είναι ένας χώρος όπου επιβάλλεται να εξασφαλίζει τη βέλτιστη δυνατή αντιμετώπιση του ασθενούς. Πρέπει να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια καθώς βρίσκεται σε κατάσταση τουλάχιστον δυσάρεστη.

1.2 ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε η παρούσα έρευνα έχει υπαρκτό κι άμεσο πεδίο εφαρμογής τους χώρους αναμονής των επειγόντων περιστατικών στο δημόσια νοσοκομείο και συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε στα Τεπ του Π.Γ.Ν. Πατρών.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός κι ως πηγή έμπνευσης για την διάρθρωση και χωροταξική διευθέτηση των χώρων υποδοχής κι αναμονής. Δηλαδή, για το ποιά διαδρομή και διαδικασία ακολουθεί ο ασθενής από την ώρα που εισέρχεται, μέχρι την ώρα που θα κληθεί για εξέταση και θα αποχωρήσει αν δεν νοσηλευτεί.

Αυτό περιλαμβάνει πολλά στάδια: ύπαρξη σημάτων καθοδήγησης στους τοίχους, διαθεσιμότητα κατάλληλου προσωπικού για την παροχή κατευθύνσεων, επαφή με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και καταγραφή του επείγοντος περιστατικού.

Πέρα από το καθαρά λειτουργικό μέρος, η παρούσα εργασία μπορεί να λειτουργήσει κι εκπαιδευτικά ως προς τον τρόπο θέασης κι αλληλεπίδρασης με τον ασθενή που προσέρχεται έκτακτα, ποιές είναι οι ανάγκες και ποιοί οι περιορισμοί του, και σε τι μπορεί να χρειαστεί τη συνδρομή του διοικητικού προσωπικού.

1.3 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθούν πρώτον, τα συναισθήματα ασθενών χαμηλής προτεραιότητας κατά την αναμονή τους σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών. Δεύτερον, μελετάται η ικανοποίηση των ασθενών από τις

παρεχόμενες υπηρεσίες στα ΤΕΠ. Επιπλέον, γίνεται προσπάθεια συσχέτισης των συναισθημάτων των ασθενών με τους χρόνους αναμονής και την ικανοποίηση. Τέλος γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά της τρέχουσας βιβλιογραφίας.

Η έρευνά μας έχει πρακτικό κι εφαρμόσιμο χαρακτήρα, καθώς βρισκόμαστε σε μια εποχή κατά την οποία προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας είναι τεταμένα κι υψηλότερα σε συχνότητα και ένταση, και ταυτόχρονα έχει αυξηθεί ο πληθυσμός που προσέρχεται στις δημόσιες δομές υγείας.

Η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε κοινωνική και υγειονομική κρίση. Προβλήματα σχετιζόμενα με άγχος, όπως νεοπλάσματα, τα καρδιαγγειακά και τα δερματολογικά νοσήματα έχουν αυξηθεί κατακόρυφα στον ελληνικό πληθυσμό. Δεδομένου ότι υπάρχει ελλιπέστατη ενημέρωση για την επίδραση του στρες στη σωματική υγεία, οι πολίτες

προσέρχονται για θεραπεία σε κλινικό ιατρό έχοντας παθήσεις με κυριότερη την ψυχολογική συνιστώσα που προέρχεται από την οικονομική ανασφάλεια και την συνεπακόλουθη ανασφάλεια σε όλους τους υπόλοιπους τομείς.

Το άγχος όμως επιδρά και δευτερογενώς, καθώς το άτομο έχει λιγότερη ανοχή κι υπομονή όταν προσέρχεται και αναμένει να εξεταστεί. (Chapman, 2014).

Ένας άλλος παράγοντας της ιδιαίτερα αυξημένης προσέλευσης του πληθυσμού στα επείγοντα, είναι η αδυναμία των ατόμων να ανταποκριθούν στα έξοδα εξέτασης από ιδιώτη γιατρό. Αυτό έχει προκύψει λόγω του αυξανόμενου αριθμού των ανέργων, των υποαπασχολούμενων, και των μεταναστών και προσφύγων, ειδικά στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Είναι προφανές ότι όλες αυτές οι εξελίξεις πιέζουν προς την κατεύθυνση διοικητικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων στο νοσοκομείο για την επίτευξη αποτελεσματικότητας σε ικανοποιητικό βαθμό.

1.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Μέσω της παρούσας έρευνας επιδιώκεται η εννοιολογική προσέγγιση και ερμηνεία των όρων της ποιότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Προσδιορίζονται οι διαστάσεις της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.

Επίσης, γίνεται προσπάθεια να παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά και οι δείκτες ποιότητας στα Τεπ καθώς και τα οφέλη από την εφαρμογή της ποιότητας σε αυτά.

Επιπλέον, προσδιορίζεται η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και όροι που σχετίζονται με αυτήν όπως: η ηγεσία και η οργανωσιακή κουλτούρα.

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετάται η σημασία των συναισθημάτων των ασθενών κατά τις αναμονές και ο ρόλος τους στην ικανοποίηση.
Τέλος, γίνεται αναφορά σε δυο μελέτες περίπτωσης ασθενών σε Ευρώπη και Καναδά κατά την αναμονή τους στα Τεπ και εξάγονται συμπεράσματα ως προς τα συναισθήματα και την ικανοποίηση.

1.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Αποσκοπούμε στη διεύρυνση της επιστημονικής μας κατάρτισης και της καταγραφής όλων των σχετιζόμενων μεταβλητών και του τρόπου μέτρησής αυτών. Μέσω αυτού, στοχεύουμε στη διεύρυνση της αντίληψής μας για το υπό διερεύνηση θέμα και την εξέτασή του με ποιοτικούς και ποσοτικούς όρους.

Επιδιώκεται να καταγραφούν:

Τα συναισθήματα που προκαλούνται στους ασθενείς κατά την αναμονή στα ΤΕΠ.
Τα συναισθήματα που προκαλούνται στους ασθενείς μετά την παροχή υπηρεσιών υγείας.
Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα τεπ.

1.6 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Οι χρόνοι αναμονής σχετίζονται θετικά με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

Οι χρόνοι αναμονής σχετίζονται θετικά με τα συναισθήματα των ασθενών.

Τα συναισθήματα σχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Η έννοια της ποιότητας έχει αποδοθεί κατά καιρούς από διάφορους επιστήμονες. Δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος- αυστηρός ορισμός για αυτήν. Πρόκειται για μια έννοια που συνεχώς μεταβάλλεται και επαναπροσδιορίζεται ανάλογα με τις επικρατούσες κάθε φορά συνθήκες της αγοράς και της κοινωνίας γενικότερα.
Έτσι, σύμφωνα με τον Juran (1950): «ποιότητα είναι η καταλληλότητα ενός προϊόντος ή αγαθού προς χρήση ».Σύμφωνα με τον ορισμό αυτόν λέξεις- κλειδιά της ποιότητας αποτελούν «η καταλληλότητα» και « η χρήση». Δηλαδή, εξετάζει κατά πόσον είναι αποτελεσματικό ή ωφέλιμο ένα προϊόν – αγαθό ή μια υπηρεσία σε σχέση με τις ανάγκες του πελάτη καταναλωτή που εξυπηρετεί (Juran 1998).
Σύμφωνα με τον Crosby (1979) : «ποιότητα είναι η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών του προϊόντος στις απαιτήσεις του πελάτη». Λέξεις – κλειδιά αποτελούν «η συμμόρφωση» και «οι απαιτήσεις». Επομένως, κατά τον Crosby η ποιότητα ορίζεται από τον πελάτη – καταναλωτή. Κατά αυτήν την έννοια, το προϊόν ή η υπηρεσία πρέπει να πληροί τεχνικές προδιαγραφές ή πρωτόκολλα, αντίστοιχα, τα οποία καθορίζονται από Διεθνείς Οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στον εκάστοτε τομέα. Μέσα από συνεχή μελέτη, εμπειρία και διαβούλευση καθορίζουν τις παραμέτρους για την κατασκευή ενός προϊόντος ή την παροχή μιας υπηρεσίας. Σε τακτά χρονικά διαστήματα τα πρότυπα αυτά αναπροσαρμόζονται προκειμένου να ικανοποιούν τις ανάγκες του πελάτη-καταναλωτή όπως αυτές διαμορφώνονται .
Σύμφωνα με τον Deming (1982): «ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη καταναλωτή». Η ικανοποίηση εκφράζεται από την σχέση:
Ικανοποίηση = Τωρινή Απόδοση – Αναμενόμενη Απόδοση
Όταν η τωρινή απόδοση είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη απόδοση τότε η ικανοποίηση των πελατών αυξάνεται. Λέξεις κλειδιά κατά τον ορισμό αυτόν «η ικανοποίηση» και «ο πελάτης». Ο ορισμός αυτός είναι ο πιο πελατοκεντρικός από όλους τους προηγούμενους. Δε θέτει όρους ,δεν αναφέρεται ούτε σε πρότυπα ούτε σε τεχνικές προδιαγραφές ή κατευθύνσεις του προϊόντος ή της υπηρεσίας που παράγεται ή παρέχεται.

Ανεξαρτήτως από το τι θα ακολουθηθεί τελικός στόχος είναι η ικανοποίηση των αναγκών του καταναλωτή (https:// www.simplilearn.com/deming-vs-juran-vs-crosby-comparison-article).

Σύμφωνα με τον Feigenbaum (1991): «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών του προϊόντος ή των υπηρεσιών, τα οποία έχουν σχέση με το μάρκετινγκ, την τεχνολογία ,την κατασκευή και τη συντήρηση μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία ικανοποιεί τις προσδοκίες του πελάτη. Πρόκειται για πελατοκεντρικό ορισμό λιγότερο ρεαλιστικό από τους προηγούμενους, αφού ο μέσος καταναλωτής δεν μπορεί να αξιολογήσει όλες τις παραμέτρους που απαιτούνται για να οδηγήσουν στην ικανοποίηση των προσδοκιών του πελάτη.

Σύμφωνα με τον Taguchi (1986) : «ποιότητα είναι η απώλεια που ένα προϊόν προξενεί στην κοινωνία μετά την αποστολή του. Είναι οι συνέπειες της κακής ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας».

Πρόκειται για μια τεχνοκρατική προσέγγιση της ποιότητας που σχετίζεται με την κουλτούρα και τη φιλοσοφία των Ιαπώνων. Οι Ιάπωνες λαμβάνουν ως δεδομένο ότι για να κυκλοφορήσει ένα προϊόν ή για να παραχθεί μια υπηρεσία αυτά προσφέρονται σωστά, δηλαδή πληρούν τις προδιαγραφές για τις οποίες έχουν δημιουργηθεί. Επομένως, όσο λιγότερες οι αρνητικές συνέπειες ,τα αρνητικά χαρακτηριστικά ενός προϊόντος- υπηρεσίας για την κοινωνία τόσο πιο ποιοτικό είναι το προϊόν και τόσο λιγότερη η μη ικανοποίηση του πελάτη.

Τέλος, ο Pfeffer γράφει σχετικά με την ποιότητα : «Όλοι μας τη θαυμάζουμε. Πολλοί από εμάς τη θέλουμε. Λίγοι μπορούμε να την έχουμε». Διαφορετικός ορισμός χωρίς πελατοκεντρική ή τεχνοκρατική προσέγγιση. Έχει άμεση συνάφεια με την Αμερικανική κουλτούρα. Πρόκειται για απτή προσέγγιση που προβάλλει το συναίσθημα , εκφράζει την επιθυμία και το όνειρο του πελάτη για την απόκτηση ποιοτικών αγαθών –προϊόντων. Ωστόσο, ο ορισμός αυτός μικρή εφαρμογή βρίσκει στις Υπηρεσίες Υγείας.

Οι παραπάνω ορισμοί αντανακλούν μια περίοδο πενήντα ετών κατά την οποία η εξέλιξη της ζωής και της τεχνολογίας διαμορφώνει την έννοια της ποιότητας (Δρόσος 2017).

2.2 ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ποικίλοι ορισμοί έχουν αποδοθεί στην Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, οι οποίοι οδηγούν σε διαφορετικές προσεγγίσεις τόσο στην αξιολόγηση όσο και στη βελτίωση αυτής.

Πρώτος ο Donabedian (1980) ορίζει ως ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη ταυτόχρονα τόσο τα κέρδη όσο και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης ».

Κατά αντιστοιχία με τους προηγούμενους ορισμούς της ποιότητας πρόκειται για πελατοκεντρικό ορισμό, κατά τον οποίο στο κέντρο της διαδικασίας βρίσκεται ο ασθενής. Αφορά τόσο σε Δημόσιο όσο και σε Ιδιωτικό τομέα με ορισμένες διαφοροποιήσεις δεδομένου ότι ο Δημόσιος Φορέας Υγείας δε στοχεύει στο κέρδος (ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός), ωστόσο μέσα από διαδικασίες αυτοχρηματοδότησης μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα. Επιπλέον, ο ορισμός αυτός λαμβάνει υπόψη και τις ζημιές που προκύπτουν από τη διαδικασία περίθαλψης για να μιλήσει για ποιότητα.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ (IOM-1990) ορίζει την ποιότητα στην Υγεία ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για το σύνολο των ατόμων και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την Υγεία και είναι σύμφωνη με τις ισχύουσες επαγγελματικές γνώσεις».

Ο αμερικανικός αυτός ορισμός δεν περιλαμβάνει το κόστος προκειμένου να επιτευχθεί η ποιότητα. Δηλαδή, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το αμερικανικό σύστημα υγεία, στο οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με το μέγεθος της ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενούς. Επιπλέον, λαμβάνει υπόψη τα επιθυμητά αποτελέσματα για τον ασθενή. Δηλαδή, εμφανίζει συναισθηματική αλλά και τεχνοκρατική προσέγγιση αφού σύμφωνα με τα ιαπωνικά πρότυπα τα επιθυμητά αποτελέσματα μπορούν να προκύψουν μέσα από συνεχείς ελέγχους και διορθώσεις.

Τέλος, η American Medical Association (2000) ορίζει την ποιότητα υγείας ως «τη μορφή περίθαλψης η οποία συμβάλλει με συνέπεια στη βελτίωση ή και τη διατήρηση της ποιότητας ή και της διάρκειας της ζωής». Πρόκειται ταυτόχρονα για πελατοκεντρικό, τεχνοκρατικό και συναισθηματικό ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο η ιατρική φροντίδα στοχεύει στην πρόληψη των ασθενειών ,την έγκαιρη παρέμβαση στην ενημέρωση των ασθενών, δίνει προσοχή στην επιστημονική βάση της ιατρικής και χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους.

2.3 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις υπηρεσίες υγείας ποικίλουν αφού η ποιότητα δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο αλλά το σύνολο των υπηρεσιών και φροντίδων που παρέχονται στους χώρους υγείας.
Σύμφωνα με τη θεωρία του Donabedian (1988) στις υπηρεσίες υγείας διακρίνονται τρεις μεταβλητές για τη μέτρηση της ποιότητας:
Η Δομή (structure) : αφορά στο υπόβαθρο βάσει του οποίου λαμβάνουν χώρα οι υπηρεσίες. Περιλαμβάνει ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμό, ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, πρόσβαση.
Οι Διαδικασίες(process):δηλαδή η υλοποίηση του έργου μιας υπηρεσίας υγείας ακολουθώντας συγκεκριμένες προδιαγραφές.
Η Έκβαση του περιστατικού (outcome) : το τελικό αποτέλεσμα των συνολικών δράσεων και διαδικασιών. Διαμορφώνει την εικόνα της ποιότητας του συστήματος υγείας στο εξωτερικό περιβάλλον (Donabedian 1988).

Βασικές διαστάσεις ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας αποτελούν:

Προσβασιμότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: πρόκειται για τις συνθήκες που δημιουργούνται από ένα περιβάλλον προκειμένου όλα τα μέλη της κοινωνίας χωρίς διακρίσεις να μπορούν αυτόνομα και με ασφάλεια να προσεγγίσουν και να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας.
Αποτελεσματικότητα :προσδιορίζεται από τον βαθμό επίτευξης του στόχου, ο οποίος αφορά στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη γενικότερη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης.

Αποδοτικότητα: προσδιορίζεται ως η ικανότητα απόδοσης του προσδοκώμενου αποτελέσματος με τη μικρότερη δυνατή δαπάνη (αποτελεσματικότερη διαχείριση πόρων).

Επαγγελματική Δεξιότητα :πρόκειται για τη δυνατότητα του επαγγελματία υγείας να επιτυγχάνει το επιθυμητό αποτέλεσμα στο εργασιακό του πεδίο με την ελάχιστη δυνατή προσπάθεια στον μικρότερο χρόνο. Αυτό επιτυγχάνεται όταν στο γνωστικό υπόβαθρο προστίθεται και η εμπειρία στο ειδικό εργασιακό αντικείμενο.

Αξιοπιστία :η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία (τήρηση προβλεπόμενων διαδικασιών).

Ανταπόκριση: η προθυμία-θέληση του προσωπικού να εξυπηρετήσει πλήρως τον ασθενή.

Ακρίβεια : η εκτέλεση μιας υπηρεσίας χωρίς την ύπαρξη σφαλμάτων με την πρώτη φορά (π.χ η διενέργεια μιας αιμοληψίας, η λήψη μιας α/ας κλπ).

Ασφάλεια Υπηρεσιών Υγείας: είναι η μέριμνα για την αποφυγή ενδεχόμενων κινδύνων που αφορούν στη σωματική ή ψυχική ακεραιότητα των ατόμων.

Επικεντροποίηση στον ασθενή : η εφαρμογή μιας ανθρωποκεντρικής στρατηγικής υγείας που σέβεται τις προτεραιότητες και την αξιοπρέπεια του ασθενούς και παράλληλα διασφαλίζει τη διαφάνεια στη διαχείριση πόρων.

Συνεχής φροντίδα (follow up): η διαδικασία συνεχούς παρακολούθησης και ελέγχου μετά το πέρας της νοσηλείας του ασθενούς.

Συνεχής βελτίωση υπηρεσιών: περιλαμβάνει χρήση νέων τεχνολογιών, κατάρτιση επιμόρφωση προσωπικού.

Μοναδικότητα: η παροχή υπηρεσιών διαφορετικών για κάθε ασθενή, εξατομικευμένων στις ανάγκες του (Binns- Jensen 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

3.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Η διαχείριση των ιατρικών επειγόντων περιστατικών αποτελεί ύψιστη υποχρέωση του κράτους. Για τον σκοπό αυτό απαιτείται ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης των περιστατικών από τον τόπο του συμβάντος μέχρι τον τόπο της

οριστικής τους θεραπείας. Η δυσλειτουργία του συστήματος αυτού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτων κατά την παροχή επείγουσας φροντίδας υγείας.

Ο πρώτος κρίκος στην παροχή επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας υγείας αποτελεί το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Πρόκειται για τον κύριο χώρο άσκησης επείγουσας ιατρικής με ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που περιλαμβάνει:.

Διαλογή- αναγνώριση και αντιμετώπιση ασθενών με απειλητικές για τη ζωή και τη λειτουργικότητα μελών ή οργάνων καταστάσεις.

Υποστήριξη βαρέως πασχόντων έως τη μεταφορά τους σε διαθέσιμη κλίνη ΜΕΘ.

Σταθεροποίηση ασθενών που χρήζουν διακομιδής.

Αναγνώριση και αρχική αντιμετώπιση ασθενών που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας ή εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Βραχεία νοσηλεία ασθενών για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς λόγους.

Αντιμετώπιση περιστατικών που δε χρήζουν νοσηλείας και έξοδος με οδηγίες.

ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σύμφωνα με τον Νόμο 3868/10 Φεκ 129Α αρ φύλου 874 (20 Μαρτίου 2012):

1. Σε κάθε νοσοκομείο με δυναμικότητα πάνω από 300 κλίνες, καθώς και στο Νοσοκομείο με την μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφέρειας δύναται να λειτουργήσει αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.).
2. Το Τ.Ε.Π. λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο με κυλιόμενες 8ωρες βάρδιες.
   Για την αποφυγή συνωστισμού ή ανάπτυξης επικουρικών κλινών ο ασθενής ο οποίος εξετάζεται σε ένα ΤΕΠ μπορεί να μεταφέρεται και σε άλλο νοσοκομείο, Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για την εικόνα στα ΤΕΠ έτσι ώστε να κατευθύνει αναλόγως το ΕΚΑΒ.
3. Ο βασικός χωροταξικός σχεδιασμός κάθε ΤΕΠ περιλαμβάνει :
   Υποδοχή – Γραμματεία − Διαλογή • Αίθουσα αναμονής − Χώρος ενημέρωσης συγγενών • Αίθουσα Αναζωογόνησης • Εξεταστήρια – Αίθουσα γύψου • Αίθουσα ελάσσονος τραύματος (μικρό χειρουργείο) • Θάλαμοι βραχείας νοσηλείας • Χώρος απομόνωσης μολυσματικών ασθενών • Ακτινολογικό και Βιοπαθολογικό Εργαστήριο • Χώρος απολύμανσης εκτεθειμένου ατόμου • Χώρος ανάπαυσης προσωπικού • Γραφεία − Αποθήκες .
4. Ο εξοπλισμός του ΤΕΠ θα πρέπει να είναι ο απολύτως απαραίτητος ανάλογα με τις ανάγκες, τις δυνατότητες και τις κλίνες του νοσοκομείου .
5. Συνεργασία Τ.Ε.Π- Ε.Κ.Α.Β.
   Κατά την μεταφορά των διακομιζόμενων με ασθενοφόρα του Ε.Κ.Α.Β. ασθενών στα Τ.Ε.Π. γίνεται άμεσα :εκτίμηση της κατάστασης των διακομιζόμενων.

Ο χώρος πρόσβασης/στάθμευσης των ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β.πρέπει να διατηρείται πάντοτε ελεύθερος.

Κατά την παραλαβή των διακομιζόμενων με ασθενοφόρα του Ε.Κ.Α.Β. υπογράφεται έγγραφο – έντυπο παράδοσης και παραλαβής του περιστατικού στο οποίο καταγράφονται η κατάσταση του ασθενούς κατά τον χρόνο παραλαβής του και οι παρασχεθείσες υπηρεσίες μέχρι την παράδοσή του στα Τ.Ε.Π.

Για την διευκόλυνση της παράδοσης - παραλαβής των διακομιζόμενων με Ε.Κ.Α.Β., οι προϊστάμενοι των Τ.Ε.Π. ή αναπληρωτές τους πρέπει να μεριμνούν προκειμένου να εξασφαλίζεται η συνεχής διαθεσιμότητα φορείων και υλικών, σε σχέση με τα χρησιμοποιούμενα από το Ε.Κ.Α.Β. Επίσης, η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να εξασφαλίζει τους διακομιζόμενους ασθενείς, καθώς και τα πληρώματα των ασθενοφόρων από τις καιρικές συνθήκες με την ύπαρξη των κατάλληλων υποδομών.

6. Στο Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. προΐσταται ιατρός με βαθμό Διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας – Φυματιολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση σε ΜΕΘ ή ΜΑΦ, ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προνοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση – συντονισμό του έργου της εφημερίας.
7. Στο ΤΕΠ των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων: δύναται να προΐσταται ιατρός μέλος ΔΕΠ αντίστοιχης βαθμίδας και ειδικότητας.
8. Το.Τ.Ε.Π. στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το Τμήμα αυτό, καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα . Για το πρόγραμμα εφημεριών υπεύθυνος είναι ο Διοικητής ή Αναπλ. Διοικητής του Νοσοκομείου.
9. Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με ιατρικό προσωπικό συνιστώνται:
   - Μία (1) θέση Διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας – Φυματιολογίας
   - Δύο (2) θέσεις Επιμελητή Α, και μία (1) θέση Επιμελητή Β του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Χειρουργικής ή Πνευμονολογίας – Φυματιολογίας ή Ορθοπεδικής
10. Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. προσαυξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου ώστε η

στελέχωση του Τ.Ε.Π. σε ιατρικό προσωπικό να είναι ένας (1) Δ/ντής, δύο (2) Επ. Α και τέσσερις (4) Επ. Β αναλόγων ειδικοτήτων. Με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου ή του Δ.Σ. τις ημέρες εφημερίας του νοσοκομείου και ανάλογα με τον μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών, καθορίζεται ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται για την επιπλέον στελέχωση του Τ.Ε.Π.

11. Μέχρι την πλήρωση των παραπάνω θέσεων τηρείται η ακόλουθη διαδικασία: Για τη θέση προϊσταμένου Τ.Ε.Π. υποβάλλουν αίτηση και πλήρες βιογραφικό σημείωμα εντός δέκα (10) ημερών από τη δημοσίευση σχετικής πρόσκλησης του Διοικητή ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων, γιατροί Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των υποψηφίων με κριτήρια: α) την επιστημονική επάρκεια, β) τη διοικητική ικανότητα, γ) την εμπειρία και γνώση του στην επείγουσα ιατρική, δ) την εξειδίκευση σε ΜΕΘ.
12. Ο πίνακας αξιολόγησης των υποψηφίων υποβάλλεται στο Διοικητή του νοσοκομείου ή στο Δ.Σ. των νοσοκομείων . Ο Διοικητής του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. με απόφαση του τοποθετεί ως προϊστάμενο Τ.Ε.Π. έναν από τους τρεις πρώτους στον πίνακα . Εάν δεν υποβληθούν αιτήσεις μέσα στην αποκλειστική προθεσμία των δέκα (10) ημερών, ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζεται από τον Διοικητή του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. μετά από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας. Για τις λοιπές θέσεις ιατρικού προσωπικού τηρείται η ίδια διαδικασία που προβλέπεται για τον ορισμό του προϊσταμένου. Η θητεία των γιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. είναι για ένα (1) έτος η οποία δύναται να ανανεώνεται μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου
13. Οι ιατροί του Τ.Ε.Π. μπορούν να καλούν για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων από τους εφημερεύοντες στα τμήματα, οι οποίοι υποχρεούνται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Τ.Ε.Π.
14. Η κάλυψη των αναγκών του Τ.Ε.Π. με μη ιατρικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας γίνεται με βάση μηνιαίο πρόγραμμα που καταρτίζεται από το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με το Διευθυντή του Τ.Ε.Π.
15. Στο Τ.Ε.Π. προΐσταται νοσηλευτής/τρια κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα νοσηλευτική.
16. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις εφημερίες του νοσοκομείου, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών.
17. Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται υπόψη η προϋπηρεσία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ΜΕΘ,

ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης καθώς και η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕΠ σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος.

18. Σε κάθε περίπτωση ο αριθμός των εργαζομένων στα Τ.Ε.Π. Ιατρών, Νοσηλευτών και Διοικητικών θα πρέπει να είναι ανάλογος του αριθμού των προσερχομένων, ανά ώρα, ασθενών.
19. Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. σε συνεργασία με το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου καθορίζει τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού που θα καλύψει τις ανάγκες του Τ.Ε.Π. σε γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και για την καθαριότητα και ασφάλεια του χώρου.
20. Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. έχει την ευθύνη λειτουργίας του Τ.Ε.Π.
21. Για τις ημέρες Γενικής Εφημερίας ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζει έναν Επ. Α΄ ως υπεύθυνο εφημερίας. Μόνο σε περίπτωση που δεν υπηρετεί Επ. Α΄ ορίζει ως υπεύθυνο εφημερίας γιατρό με βαθμό Επ. Β΄
22. Δημιουργείται στα ΤΕΠ χώρος διαλογής .Οι απειλητικές για τη ζωή και υπερεπείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σταθερή κατάσταση αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π. και στη συνέχεια εναλλακτικά είτε:

    α. του χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθησή του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία,

    β. οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του Τ.Ε.Π. μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο αναγκαίο για την περίπτωση του τμήμα.

    γ. εισάγεται στο οικείο με την πάθηση του τμήμα.

    δ. διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο

3.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Σε ένα τμήμα όπως τα Τεπ που αποτελεί ένα κατεξοχήν αγχογόνο περιβάλλον υπάρχει αυξημένη ανάγκη για ποιότητα υπηρεσιών. Η ποιότητα περιλαμβάνει έννοιες όπως:

Συνέπεια εκτέλεσης ιατρικών-νοσηλευτικών πράξεων.

Ανταπόκριση – ετοιμότητα προσωπικού, μιας και αποτελεί την ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης burn out.

Ικανότητα- ευγένεια –κατανόηση και επικοινωνία του προσωπικού σε συνδυασμό με τον επαγγελματισμό του.
Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Ασφάλεια παρεχόμενων υπηρεσιών (Ελληνική εταιρεία επείγουσας ιατρικής 2018).

Οι δείκτες ποιότητας αποτελούν εργαλεία χρήσιμα για την εικόνα και τη λειτουργία του τμήματος επειγόντων περιστατικών ,τόσο σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας όσο και για τη σύγκριση μεταξύ τμημάτων.
Μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες:
Α) Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση):
- καταλληλότητα εγκαταστάσεων, προσβασιμότητα, χώρος στάθμευσης
- προδιαγραφές και επάρκεια λειτουργίας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- εκπαίδευση προσωπικού
- αναλογία ασθενών/προσωπικού

Β) Δείκτες διαδικασιών:
- Μέσος χρόνος αναμονής στα Τεπ
-μέση διάρκεια νοσηλείας στη μονάδα Β.Ν
-ακρίβεια διαλογής
- πληροφόρηση – ενημέρωση ασθενών κοινού
- αξιοπρεπής μεταχείριση ασθενών
-πληρότητα –ενημέρωση ιατρικού φακέλου ασθενούς

Γ) Δείκτες αποτελέσματος:
-ποσοστό σύμπτωσης διάγνωσης –αιτίας εισόδου με τελική διάγνωση
- επάνοδος στα τεπ λόγω επιπλοκής
-ποσοστά θνησιμότητας
-επίπεδο ικανοποίησης ασθενών
(Κωσταγιόλας 2008).

Συγχρόνως οι δείκτες αξιολόγησης και διαχείρισης ποιότητας που απεικονίζουν την κατάσταση λειτουργίας των ΤΕΠ μπορούν να ταξινομηθούν σε ποσοτικούς και ποιοτικούς .(Λάμπρου 2005).

Ποσοτικοί	**- Ποιοτικοί**
Μέσος ημερήσιος αριθμός περιστατικών στο ΤΕΠ	Προσβασιμότητα-χώρος στάθμευσης
Μέσος ετήσιος αριθμός περιστατικών στο ΤΕΠ	Πληροφόρηση-ενημέρωση ασθενών και κοινού
% εισαγωγών στο νοσοκομείο	Αξιοπρεπής μεταχείριση ασθενών (οπτική απομόνωση)
Μέσος χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ	Επίπεδο ικανοποίησης ασθενών
Αριθμός ασθενών που αναμένουν > 180	Εντυπώσεις - απόψεις ασθενών
Μέση διάρκεια νοσηλείας στη Μ.Β.Ν	Ύπαρξη παραπόνων ασθενών
Μέσος χρόνος αναμονής, κατά διαγνωστική ομάδα ασθενών	Επίπεδο ικανοποίησης επαγγελματιών υγείας
Ακρίβεια διαλογής (ορθή προτεραιότητα ασθενή)	Ποιότητας τροφίμων και τρόπος σερβιρίσματος στη Μ.Β.Ν
% σύμπτωσης διάγνωσης – αιτίας εισόδου με τελική διάγνωση	Καθαριότητα εγκαταστάσεων
Αριθμός αποχωρήσεων χωρίς εξέταση από ιατρό	Λειτουργία εξοπλισμού
Επάνοδος στο ΤΕΠ (λόγω επιπλοκής)	Απόδοση επαγγελματιών υγείας (π.χ σύστημα αξιολόγησης)
Αριθμός αποχωρήσεων ενάντια στις ιατρικές οδηγίες	Ειδικοί δείκτες αποτίμησης διεργασιών κατά διαγνωστική ομάδα π.χ θωρακικός πόνος , λιποθυμική συνδρομή, τραύμα κτλ
Αριθμός θανάτων στο ΤΕΠ	

Πίνακας 1:ποσοτικοί και ποιοτικοί δείκτες αξιολόγησης ποιότητας στα Τεπ

3.3 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΤΕΠ

Τα οφέλη από τη βελτίωση της Ποιότητας στο Τεπ και τη διατήρηση των υπηρεσιών σε ένα επαρκές υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα και διακρίνονται σε οφέλη για:
Τον ασθενή: τα οποία σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής και γενικότερα τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.
Τον επαγγελματία υγείας :τα οποία συνίστανται σε εμπιστοσύνη και σεβασμό από τους ασθενείς και ως εκ τούτου σε μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, στην απαλλαγή από τον καθημερινό εκνευρισμό και το άγχος, στην ικανοποίηση από την εργασία τους και σε καλύτερες συνθήκες συνεργασίας.
Τις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας: περιλαμβάνουν μείωση του λειτουργικού κόστους και εξοικονόμηση πόρων οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη αναγκών περισσότερων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού και την επιμόρφωση αυτού, για κλινική έρευνα (Κρητικός 2004).

3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΤΕΠ

Παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Τεπ αποτελούν:
Η απουσία οργάνωσης τόσο σε επίπεδο χωρικής διάταξης όσο και σε επίπεδο διοικητικών λειτουργιών.
Η έλλειψη ηλεκτρονικών συστημάτων διαχείρισης.

Η απουσία οργάνωσης σε θέσεις εργασίας.
Η απουσία ακριβούς καθηκοντολογίου ή η αδυναμία εφαρμογής αυτού.
Η ανεπαρκής στελέχωση.
Προβλήματα επικοινωνίας και σύγκρουσης ρόλων που δυσχεραίνουν την συνεργασία και την ομαδική εργασία.
Η πίεση χρόνου με αποτέλεσμα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη.
Όλα αυτά οδηγούν σε αδυναμία στοχοθεσίας, παρακολούθησης και μέτρησης αποτελεσμάτων αλλά και σε αδυναμία αξιολόγησης της απόδοσης και των παρεχόμενων υπηρεσιών (Ελληνική εταιρεία επείγουσας ιατρικής 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

4.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ώθηση στην ανάπτυξη της ποιότητας έδωσε η επικράτηση του μοντέλου της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Πρόκειται για μια αντίληψη – φιλοσοφία που επικράτησε από τις αρχές της δεκαετίας του 80 στην Ευρώπη, νωρίτερα στην Ιαπωνία. Εμφανίζει ως προτεραιότητα την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των εξυπηρετούμενων, με τον πιο επαρκή και αποτελεσματικό τρόπο μέσα από συνεχή διαδικασία αλλαγής, βελτίωσης των δυνατοτήτων όλων των εμπλεκομένων και βελτιστοποίησης των διαδικασιών και των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται.
Η τάση επικράτησης της ΔΟΠ προέκυψε από τη διαπίστωση της επικράτησης των Ιαπώνων στη βιομηχανία, οι οποίοι βασίστηκαν όπως αναφέραμε στον τεχνοκρατικό ορισμό της ποιότητας κατά Juran. Το βασικό σημείο της φιλοσοφίας του εστιάζεται στις τρεις κύριες διαδικασίες ποιότητας που καλούνται « Η τριλογία της ποιότητας».
Οι τρεις διαδικασίες είναι:
Προγραμματισμός ποιότητας :
Κατά τον προγραμματισμό σχεδιάζουμε το πλάνο της εισαγωγής της ποιότητας στον οργανισμό. Συγκεκριμένα, σε αυτήν την διαδικασία :
Προσδιορίζουμε τους πελάτες, σε εξωτερικούς και εσωτερικούς.
Προσδιορίζουμε τις ανάγκες των πελατών.

Αναπτύσσουμε τα χαρακτηριστικά του προϊόντος – υπηρεσίας τα οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες του καταναλωτή.
Σχεδιάζουμε τις διαδικασίες ώστε να ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές των νέων προϊόντων.
Μεταφέρουμε τα πλάνα σε λειτουργικό επίπεδο.

Έλεγχος ποιότητας :
Κατά τον έλεγχο διαπιστώνουμε αν εκπληρώθηκαν οι στόχοι της ποιότητας .Συγκεκριμένα σε αυτήν τη διαδικασία :
Διατυπώνουμε τα πρότυπα απόδοσης.
Αξιολογούμε την πραγματική απόδοση του προϊόντος – υπηρεσίας.
Συγκρίνουμε την πραγματική απόδοση με τα πρότυπα που θέσαμε.
Προβαίνουμε σε διορθωτικές ενέργειες στην περίπτωση κατά την οποία υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτών των δυο καταστάσεων.

Βελτίωση ποιότητας :
Η διαδικασία βελτίωσης περιλαμβάνει τα παρακάτω :
Εγκαθιστούμε την υποδομή και προσδιορίζουμε τις διαδικασίες που χρειάζονται βελτίωση.
Συγκροτούμε ομάδες στις οποίες παρέχουμε όλα τα μέσα την εκπαίδευση και τα κίνητρα. για ν α διαγνώσουν τις αιτίες.
Παρέχουμε λύσεις για την αντιμετώπιση. (Δρόσος 2017)

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) είναι το σύστημα διοίκησης με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζόμενων.
Ένας άλλος ορισμός αναφέρει ότι: ΔΟΠ είναι η φιλοσοφία και οι δραστηριότητες που αποσκοπούν στη συνεχή ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη με ελαχιστοποίηση του κόστους και ενεργοποιώντας όλους τους εργαζόμενους στην επιχείρηση ή τον οργανισμό.
Στην εφαρμογή της η ΔΟΠ περιλαμβάνει μια σειρά από δραστηριότητες και μεθόδους που αποσκοπούν στη δημιουργία οργανωσιακής κουλτούρας όπου όλοι οι εργαζόμενοι ενστερνίζονται τη νέα νοοτροπία και αναζητούν τη συνεχή αύξηση της αξίας των προσφερόμενων προϊόντων και υπηρεσιών.

Η ΔΟΠ βασίζεται σε ανθρώπους και υπηρετεί ανθρώπους. Οι δραστηριότητες και οι μέθοδοι είναι απλώς εργαλεία για την ικανοποίηση των πελατών των προμηθευτών και των εργαζομένων. Τα εργαλεία αυτά εξελίσσονται συνέχεια ώστε να διευκολύνουν περισσότερο την όλη προσπάθεια. Η προσπάθεια είναι ομαδική. Οι πελάτες αποτελούν μια προέκταση της επιχείρησης με την έννοια ότι οι παρατηρήσεις τους οι απαιτήσεις τους και γενικότερα η γνώμη τους λαμβάνονται υπόψη στην εξέλιξη του συστήματος.

Η εξέλιξη και η επιτυχία ενός συστήματος ΔΟΠ εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων όπως η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον της επιχείρησης ή του οργανισμού, η συνεργασία και ο συντονισμός των διαφόρων υποσυστημάτων της επιχείρησης. Για τον σκοπό αυτό είναι απαραίτητη η οργάνωση ενός πληροφοριακού συστήματος διοίκησης που να είναι ανοικτό και ολοκληρωμένο. Ανοικτό είναι ένα σύστημα όταν μπορεί να προσαρμόζεται με ευκολία στις εξωτερικές αλλαγές, ενώ η ολοκλήρωση αναφέρεται στη δυνατότητα συντονισμού και συνεργασίας των διαφόρων τμημάτων της επιχείρησης ή του οργανισμού.

Προκειμένου να είναι δυνατή η ανάπτυξη της ΔΟΠ σε έναν οργανισμό είναι απαραίτητο να υπάρχουν κοινές κατευθύνσεις ή αρχές που να ακολουθούνται με συνέπεια (Ζαβλάνος 2003).

4.2 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η εφαρμογή της ΔΟΠ βασίζεται στις αρχές και πρακτικές κατευθύνσεις που ανέπτυξαν οι θεωρητικοί της Διοίκησης και κυρίως ο Juran οι οποίες διαφέρουν σε αρκετά σημεία και από οργανισμό σε οργανισμό.

Οι αρχές αυτές όπως αναφέρονται από την Πετρίδου (2002) είναι οι εξής:

Η διαμόρφωση οράματος, αποστολής, πολιτικής ποιότητας .Η ύπαρξη οράματος προσδιορίζεται με σαφείς στόχους, η ύπαρξη αποστολής και ο σχεδιασμός στρατηγικής που εξειδικεύεται σε συγκεκριμένες πολιτικές αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών. Στη ΔΟΠ όλα αυτά τα στοιχεία συνδέονται με την επιδίωξη της ποιότητας.

Η δέσμευση της ηγεσίας στην εφαρμογή της φιλοσοφίας της ΔΟΠ. Η υιοθέτηση της ΔΟΠ είναι μια στρατηγική επιλογή η οποία συνδέεται με σημαντικές μεταβολές στη
νοοτροπία των εργαζομένων και στις πρακτικές του οργανισμού υγείας. Ως εκ τούτου η εφαρμογή της απαιτεί αφενός την αναγνώριση της σημασίας της ως πρωταρχικού
παράγοντα αποτελεσματικότητας αφετέρου την ανάληψη της ευθύνης προώθησης και υποστήριξης αυτής της επιλογής.

Η έμφαση στην ικανοποίηση των πελατών. Στον βαθμό που η ποιότητα συνδέεται με την ικανοποίηση των προσδοκιών του πελάτη είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός αυτών των προσδοκιών και η συστηματική παρακολούθηση και η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης. Η ΔΟΠ στηρίζεται σε δεδομένα για τον σχεδιασμό λύσεων. Για τη συγκέντρωση τεκμηριωμένων πληροφοριών είναι απαραίτητη η αξιοποίηση στατιστικών μεθόδων ανάλυσης και μεθόδων επιστημονικής έρευνας.

Η δέσμευση και η ενεργός συμμετοχή των εργαζομένων στην εφαρμογή της φιλοσοφίας της ΔΟΠ. Για το σκοπό αυτόν κρίνεται απαραίτητη η παροχή ευκαιριών συνεχούς επιμόρφωσης για την καλλιέργεια της νοοτροπίας και της κουλτούρας της ΔΟΠ. Επιπλέον, είναι αναγκαία η ενθάρρυνση της συνεχούς εκπαίδευσης και η παρακίνηση των εργαζομένων με την παροχή κατάλληλων κινήτρων. Τέλος, απαιτείται η ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ των ειδικοτήτων που μπορεί να συμβάλλει στη μεγιστοποίηση της απόδοσης.

Η έμφαση στην πρόληψη των προβλημάτων και των λαθών, με σκοπό τη μείωση του κόστους ,την αύξηση της παραγωγικότητας και την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τους ασθενείς. Για το σκοπό αυτό κάθε οργανισμός θα πρέπει να επιδιώκει το μηδενισμό των σφαλμάτων κυρίως μέσα από α) επιτυχημένο συντονισμό της προσπάθειας των ατόμων
β) τον ενδελεχή σχεδιασμό και προγραμματισμό των ενεργειών και γ) την επικέντρωση στο έργο και στην κατάλληλη προετοιμασία αυτών που πρόκειται να αναλάβουν την υλοποίηση (Πετρίδου 2002).

4.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΔΟΠ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το μοντέλο των αρχών της ΔΟΠ εντάσσεται σε ένα συνεκτικό και ολοκληρωμένο μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης του οποίου η εφαρμογή οδηγεί σε πλήρη μετασχηματισμό του τρόπου λειτουργίας του οργανισμού αλλά και κάθε επιμέρους μονάδας του ,με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας. Κάτι τέτοιο απαιτεί την απόλυτη δέσμευση όλων απέναντι στις αρχές και στις διαδικασίες. Επομένως, θα λέγαμε ότι η εφαρμογή της ΔΟΠ στον τομέα της Υγείας εμφανίζει τους ίδιους περιορισμούς που εμφανίζει γενικά η εφαρμογή των αρχών της σύγχρονης διοίκησης σε ένα οργανωμένο σύστημα.

Οι περιορισμοί αυτοί στη χώρα μας αναφέρονται :

Στον συγκεντρωτικό χαρακτήρα του συστήματος μιας και η λήψη αποφάσεων καθορίζεται κυρίως από αποφάσεις της κεντρικής εξουσίας. Κάτι τέτοιο περιορίζει την αυτονομία και τη δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών και δεν επιτρέπει στις επιμέρους λειτουργικές μονάδες την ανάπτυξη δράσεων και διαδικασιών που απαιτούνται για την εφαρμογή της ΔΟΠ.

Στην ανυπαρξία παρά την πρόσφατη θεσμοθέτηση ενός συστήματος αξιολόγησης, θεσμοθετημένων επιστημονικών μεθόδων συλλογής και ανάλυσης στοιχείων καθώς και κριτηρίων ποιότητας που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν τη συγκέντρωση των απαραίτητων δεδομένων σχετικά με τις προσδοκίες και με τις ανάγκες όλων των εμπλεκομένων στις διαδικασίες. Για να υπάρξει δυνατότητα ουσιαστικής βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει η αξιολόγηση να είναι συνεχής να εφαρμόζονται συγκεκριμένοι δείκτες ποιότητας σε κάθε σημείο της διαδικασίας με επιστημονικά τεκμηριωμένες στατιστικές μεθόδους.

Δυσλειτουργίες που σχετίζονται με το σύστημα στελέχωσης μιας και στο σύνολό τους τα νοσοκομεία της χώρας και ειδικότερα τα ΤΕΠ εμφανίζονται υποστελεχομένα γεγονός που δεν επιτρέπει την διαμόρφωση ισχυρής οργανωσιακής κουλτούρας και την ανάπτυξη δέσμευσης του προσωπικού στοιχεία απαραίτητα για την εφαρμογή ΔΟΠ.

Στην έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού ποιότητας ο οποίος περιλαμβάνει το όραμα, την αποστολή και τις πολιτικές ποιότητας παρά της προσπάθειες των τελευταίων ετών.

Στην έλλειψη ενός συστήματος επιμόρφωσης ηγετικών στελεχών το οποίο να βασίζεται στην πρακτική της εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της εργασίας και στην ενθάρρυνση της συνεχούς εκπαίδευσης και αυτοβελτίωσης των εργαζομένων.

Επομένως για την εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ είναι απαραίτητη η αλλαγή βασικών διαδικασιών και η υιοθέτηση νέων πρότυπων διαδικασιών οι οποίες πρέπει

να είναι αποδοτικές , τεκμηριωμένες, γνωστές σε όλους όσοι τις εφαρμόζουν και επηρεάζονται
από αυτές να εφαρμόζονται επί της ουσίας, να επιθεωρούνται και να ενημερώνονται τακτικά (Everard & Morris 1999).

4.4 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΔΟΠ.

Ένα από τα σημαντικότερα οφέλη από την εφαρμογή της ΔΟΠ είναι η ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων του οργανισμού. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει εκτός από την αύξηση της ανταγωνιστικότητας ένα καλύτερο κοινωνικό περιβάλλον όπου μπορούν να επιτευχθούν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα της ζωής. Η υψηλή ποιότητα και απόδοση και η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση δημιουργούν εργαζόμενους υψηλής αποτελεσματικότητας, με συνέπεια την ικανοποίηση τόσο των ίδιων όσο και των ασθενών.
Η ΔΟΠ ενσωματώνει την ανάπτυξη σχέσεων ολικής ποιότητας μεταξύ οργανισμού – προμηθευτών με αποτέλεσμα οι σχέσεις αυτές να αποκτούν πολλαπλασιαστική ισχύ της αλυσιδωτής εξάρτησης των οργανισμών μεταξύ τους. Οι απαιτήσεις του οργανισμού βασισμένες στη ΔΟΠ υποχρεώνουν τους προμηθευτές να την εφαρμόζουν ώστε να μπορούν να αντεπεξέλθουν στον ανταγωνισμό. Το φαινόμενο αυτό εμφανίζει πολλαπλασιαστικά οφέλη σε κοινωνικό ή ακόμα και σε εθνικό επίπεδο (Τσιότρας 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ

5.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

Η ηγεσία αποτελεί μια από τις κεντρικές έννοιες στη θεωρία της Διοικητικής επιστήμης. Θεωρείται μια από τις βασικές συνιστώσες στην επιτυχία ή στην αποτυχία των κοινωνικών οργανώσεων. Η αποτελεσματική άσκηση αυτής αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο απασχόλησης, ενώ το περιεχόμενό της δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί με τρόπο σαφή και κοινά αποδεκτό.
Αποτελεί, δηλαδή, δυναμική έννοια που συνεχώς εξελίσσεται, διαμορφώνεται και λαμβάνει διάφορα μοτίβα ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες κάθε οργανισμού.
Σύμφωνα με έναν κλασσικό ορισμό η ηγεσία μπορεί να θεωρηθεί ως η διαδικασία που επηρεάζει τις δραστηριότητες μιας οργανωμένης ομάδας στις προσπάθειές της για τον καθορισμό και την επίτευξη στόχων (Stogdill 1950).
Ενώ, σύμφωνα με τον Northhouse (2004) η ηγεσία είναι μια διαδικασία στην οποία το άτομο επηρεάζει μια ομάδα ατόμων για να επιτύχει έναν κοινό στόχο. Ο ίδιος αναφέρει ότι η ηγεσία είναι ,επίσης, μια διαδικασία που σχετίζεται με την επιρροή, λαμβάνει χώρα σε ένα ομαδικό πλαίσιο και συνδέεται με την επίτευξη στόχων.
Ο Μαντάς και οι συνεργάτες του (1994) διατείνονται ότι η ηγεσία αποτελεί την προσπάθεια επηρεασμού των ενεργειών μιας ομάδας ανθρώπων από ένα και μόνο άτομο, τον ηγέτη, με τρόπο που αποσπά την ηθελημένη και πρόθυμη συμμετοχή της ομάδας για υλοποίηση των στόχων της επιχείρησης με το μικρότερο δυνατό κόστος.
Τέλος , ο Ζαβλάνος (2003) αναφέρει ότι η ηγεσία είναι μια δυναμική κατάσταση που ποικίλει ανάλογα με τις καταστάσεις και τις αλλαγές που συμβαίνουν μέσα σε

έναν οργανισμό και διαμορφώνουν ανάλογα της συμπεριφορά των ηγετών και των υφισταμένων τους.

Σημεία κοινής αποδοχής για τους περισσότερους ορισμούς αποτελούν : η θεώρηση της ηγεσίας ως διαδικασίας άσκησης επιρροής δηλαδή ικανότητα επίδρασης πάνω στη συμπεριφορά των άλλων ,η αναφορά στις έννοιες "των στόχων ", "της ομάδας " και "των άλλων ατόμων", δηλαδή αυτών που ακολουθούν τον ηγέτη.

Επομένως θα λέγαμε ότι η ηγεσία είναι η επιρροή, η ικανότητα, η τέχνη ή διαδικασία επηρεασμού των ατόμων ώστε να εργασθούν με ζήλο και εμπιστοσύνη. Ο ζήλος αντικατοπτρίζει προθυμία και ένταση στην εκτέλεση της εργασίας ,ενώ η εμπιστοσύνη πείρα και τεχνική ικανότητα. Το να ηγείται κανείς σημαίνει να πείθει, να εμπνέει, να προτείνει, να διευθύνει, να κατευθύνει, να προηγείται , όχι να ακολουθεί.

Άλλοι πάλι βλέπουν την ηγεσία τουλάχιστον όπως εφαρμόζεται στις τυπικές οργανώσεις ως ισχυρή επιρροή πέρα και πάνω από τη μηχανική συμμόρφωση με τις γενικές συνθήκες του οργανισμού .Οπωσδήποτε έχει άμεση σχέση με την υποκίνηση και την επικοινωνία.

5.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΛΟΥ ΗΓΕΤΗ

Ένας καλός ηγέτης:

1. Είναι αυτός που διαθέτει όραμα, θέτει στόχους, εκφράζει διάθεση για καθοδήγηση . για εργασία, για οριζόντιες αλλαγές.
2. Είναι δημιουργικός-καινοτόμος ακόμα και όταν συναντήσει δυσκολίες τολμά αλλαγές προς όφελος του οργανισμού.
3. Είναι αυτός που καταφέρνει να αξιοποιήσει στο μέγιστο τις ικανότητες των υφισταμένων του χωρίς δυσαρέσκειες και εντάσεις. Είναι ικανός δηλαδή να αποσπάσει το καλύτερο από τους ανθρώπους.
4. Αναγνωρίζει την επιτυχία των άλλων, απολαμβάνει αυτήν την επιτυχία χωρίς να απειλείται, ενώ παράλληλα μπορεί να εκτιμήσει τα ταλέντα και την ικανότητα των υπολοίπων και δεν αισθάνεται ότι μπορεί να τα κάνει όλα.

5. Διαθέτει υψηλή αίσθηση της αποστολής του. Αναλαμβάνει την ευθύνη αυτών που πιστεύει και επιθυμεί να πάρει ευθύνες όχι μόνο για τη δόξα αλλά και για τις αποτυχίες.
6. Έχει ισχυρό πελατοκεντρικό προσανατολισμό. Ο αποτελεσματικός ηγέτης ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη. Μάλιστα, ο ισχυρός προσανατολισμός προς τον πελάτη οδηγεί στην υποκίνηση των υφισταμένων να εργασθούν προς όφελος αυτού.
7. Διακατέχεται από ηθικές αξίες δηλαδή είναι δίκαιος με τους συνεργάτες του και τίμιος στις συναλλαγές του.
8. Διαθέτει ακεραιότητα και εντιμότητα.
(Goleman 2014).

5.3 ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ: ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

Παρά την ύπαρξη διαφορετικών απόψεων η πλειονότητα των μελετητών υιοθετεί την άποψη ότι πρόκειται για επικαλυπτόμενους σε κάποιο βαθμό και αλληλοσυμπληρούμενους όρους με σαφώς διακριτούς ρόλους.
Έτσι, και οι δυο έννοιες προϋποθέτουν την εργασία με άλλους ανθρώπους, ασχολούνται με την επίτευξη σκοπών και συνδέονται με την επιρροή άλλων ατόμων.
Εμφανίζουν ορισμένα κοινά καθήκοντα όπως η δημιουργία καλού εργασιακού κλίματος και κουλτούρας, η εκπαίδευση, η καθοδήγηση, η ενδυνάμωση και η διευκόλυνση των υφισταμένων.
Στην πράξη η διάκριση των δυο εννοιών γίνεται εμφανής από την επισήμανση ότι κάθε διοικητικό στέλεχος δεν αποτελεί εξ ορισμού έναν ηγέτη, όμως για να είναι αποτελεσματικό, θα πρέπει αυτό να μπορεί να ασκεί ηγεσία.
Το διοικητικό στέλεχος έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τη συμπεριφορά των άλλων, λόγω της επίσημης εξουσίας που του παρέχει η θέση του. Αντίθετα ο ηγέτης έχει την ικανότητα άσκησης επιρροής ανεξάρτητα από τη θέση που κατέχει. Είναι δυνατόν να αναδυθεί από τη δυναμική μιας ομάδας ακόμα και αν δεν κατέχει επίσημη εξουσία.

Η Διοίκηση κατά κύριο λόγο αντιμετωπίζει την πολυπλοκότητα στις σύγχρονες επιχειρήσεις και οργανισμούς δηλαδή ασχολείται με τις δύσκολες υποθέσεις (Management is about coping with complexity).Πρόκειται για την εκτέλεση των αναγκαίων λειτουργιών που είναι απαραίτητες για την επιτυχία ενός οργανισμού. Χωρίς καλό μάνατζμεντ μεγάλες επιχειρήσεις και οργανισμοί τείνουν να καταστούν χαοτικοί με τρόπο που απειλούν τη
ύπαρξή τους. Αντίθετα το καλό μάνατζμεντ εξασφαλίζει συνήθως την τάξη και τη συνέπεια σε κρίσιμες διαστάσεις της επιχείρησης.

Η ηγεσία από την άλλη, αντιμετωπίζει τις αλλαγές του σύγχρονου κόσμου (Leadership is about coping with change).Ο γρήγορος ρυθμός αλλαγής της τεχνολογίας ο μεγαλύτερος διεθνής ανταγωνισμός, η απορρύθμιση των αγορών οι δημογραφικές αλλαγές είναι μεταξύ των παραγόντων που έχουν καταστήσει το περιβάλλον των επιχειρήσεων ασταθές γεγονός που καθιστά περισσότερο σημαντικό το ρόλο της ηγεσίας.

Σύμφωνα με τον Zaleznik (1977) : Οι μάνατζερ προσπαθούν να επιλύσουν τα προβλήματα των υφισταμένων τους με όσο το δυνατόν λιγότερη συναισθηματική εμπλοκή ,ενώ οι ηγέτες είναι συναισθηματικά συνδεδεμένοι με αυτούς. Παράλληλα , οι ηγέτες αλλάζουν τη στάση των υφισταμένων τους(συγκεκριμένα αναφέρεται: η ηγεσία μεταβάλλει τον τρόπο που σκέπτονται οι άνθρωποι για το τι είναι επιθυμητό, δυνατό, αναγκαίο), ενώ οι μάνατζερ τη δική τους συμπεριφορά.

Οι Bennis & Nanus (1985) εξέφρασαν τις διαφορές μεταξύ ηγέτη και μάνατζερ με την ακόλουθη φράση: «οι μάνατζερ είναι άνθρωποι που κάνουν σωστά τα πράγματα, ενώ οι ηγέτες είναι άνθρωποι που κάνουν το σωστό».

Μια πιο σύγχρονη προσέγγιση προτείνει ο Rowe (2001), ο οποίος αναφέρει ότι η ηγεσία διαφέρει από τη διοίκηση ως προς την αίσθηση ελεύθερης βούλησης. Αυτό σημαίνει ότι οι μάνατζερ παίρνουν αποφάσεις που δεν καθορίζονται από τους ίδιους αλλά από τους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται. Αντίθετα, οι ηγέτες παίρνουν αποφάσεις οι οποίες έχουν επίδραση στους οργανισμούς.

Σύμφωνα με τον Kotter (1998) οργανισμοί πρέπει να διαθέτουν τόσο ισχυρή ηγεσία , όσο και ισχυρό μάνατζερ. Τέλος, αναφέρει ότι οι οργανισμοί έχουν ανάγκη από άτομα που είναι ταυτόχρονα ηγέτες και μάνατζερ.

Ο Μπουραντάς (2002)συγκεντρώνει σε ένα πίνακα αντιστοίχησης τις βασικές διαφορές μεταξύ μάνατζερ και ηγέτη όπως αυτές προκύπτουν από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας.

Μάνατζερ – Προϊστάμενος	**Ηγέτης**
Διορίζεται	Αναδεικνύεται
Χρησιμοποιεί νόμιμη-δοτή δύναμη (εξουσία)	Χρησιμοποιεί προσωπική δύναμη
Δίνει οδηγίες-εντολές , ανταμοιβές-τιμωρίες	Περνά όραμα, εμπνέει , πείθει
Ελέγχει	Κερδίζει την εμπιστοσύνη
Δίνει έμφαση σε διαδικασίες , συστήματα, λογική-μυαλό	Δίνει έμφαση στους ανθρώπους, στα συναισθήματα
Κινείται σε προκαθορισμένα τυπικά πλαίσια	Ανοίγει ορίζοντες, διευρύνει το πλαίσιο
Δέχεται και διαχειρίζεται την κατεστημένη κατάσταση	Προκαλεί το κατεστημένο, κάνει αλλαγές, καινοτομεί
Αποδέχεται την πραγματικότητα	Ερευνά την πραγματικότητα
Βραχυπρόθεσμη προοπτική	Μακροπρόθεσμη προοπτική
Κάνει τα πράγματα σωστά	Κάνει τα σωστά πράγματα

Πίνακας 2: Διαφορές μεταξύ μάνατζερ και ηγέτη

Ανεξάρτητα πάντως από την άποψη που υιοθετείται σχετικά με τη διάκριση των δυο εννοιών ,στην ηγεσία και στη διοίκηση πρέπει να αποδίδεται η ίδια μεγάλη σημασία και πρέπει να επιδιώκεται ο άριστος συνδυασμός τους που εξασφαλίζει αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση των ανθρώπων.

5.4 ΣΤΥΛ ΗΓΕΣΙΑΣ

Τα στυλ ηγεσίας έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας αυτών που μελετούν θέματα ηγεσίας. Ο Goleman (2014) προτείνει τα παρακάτω έξι στυλ ηγεσίας κάποια από τα οποία είναι αποτελεσματικά και κάποια όχι.

Το καταπιεστικό
Το εξουσιοδοτημένο
Το ανθρωπιστικό-συνεργατικό
Το δημοκρατικό
Το καθοδηγητικό- ρυθμιστικό
Το συμβουλευτικό- υποστηρικτικό

Καταπιεστικό - προστακτικό στυλ: ο καταπιεστικός ηγέτης απαιτεί άμεση συμμόρφωση στις διαταγές του χωρίς να εξηγεί το λόγο. Αν οι υφιστάμενοι δεν τις εκτελέσουν χωρίς αμφισβήτηση τότε εκείνοι καταφεύγουν σε απειλές. Επιπλέον, ασκεί αυστηρό έλεγχο, εμφανίζει εμμονή στον έλεγχο και διατηρεί το δικαίωμα λήψης απόφασης και μεταβίβασης αυτής για εκτέλεση. Επηρεάζει αρνητικά το ηθικό και τη διάθεση των γύρω του για εργασία. Το καταπιεστικό στυλ ηγεσίας συχνά δηλητηριάζει το εργασιακό κλίμα λόγω του συναισθηματικού κόστους που προκαλεί η αποκλειστική εφαρμογή του. Χαρακτηριστική είναι η έλλειψη συναισθηματικής αυτοδιαχείρισης. Όσο μεγαλύτερη η πίεση για το αποτέλεσμα τόσο εντονότερο το άγχος που προκαλεί ,ενώ η διαρκής και αφόρητη ένταση μπορεί να αποβεί διαλυτική. Η ανατροφοδότηση που παρέχεται εστιάζεται αδιάκριτα στα λάθη των ανθρώπων παρά στις επιτυχίες τους. Αποτελεί ένα κατεξοχήν δυσαρμονικό στυλ. Ωστόσο, μπορεί να υιοθετηθεί σε εξαιρετικά κρίσιμες καταστάσεις όπως σε ορισμένες περιπτώσεις αντιμετώπισης κρίσεων στα τεπ.

Παρόλα αυτά, το στυλ αυτό εξισορροπείται από άλλες προσεγγίσεις που επιδιώκουν την ανάπτυξη της δέσμευσης των εργαζομένων όπως το συλλογικό πνεύμα και η ομαδικότητα στην εργασία.

Στυλ με όραμα: ο οραματιστής ηγέτης ανεβάζει δυναμικά τη συναισθηματική ατμόσφαιρα και μεταμορφώνει τον οργανισμό σε όλα σχεδόν τα επίπεδα. Αποσαφηνίζει τον προσανατολισμό της ομάδας του, χωρίς να επιβάλλει τον τρόπο που θα φτάσουν εκεί αφήνοντας περιθώρια στους υπαλλήλους να καινοτομήσουν, να πειραματιστούν, να ρισκάρουν. Οι ηγέτες με όραμα διατυπώνουν έναν σκοπό αληθινό για τους ίδιους τον οποίον εναρμονίζουν με τις κοινές αξίες της ομάδας τους. Πάντως το στυλ αυτό ηγεσίας δεν αποδίδει σε κάθε περίπτωση. Αποτυγχάνει για παράδειγμα όταν ο ηγέτης καλείται να συνεργαστεί με μια ομάδα εμπειρογνωμόνων ή συναδέλφων του πολύ πιο έμπειρων οι οποίοι ενδέχεται να θεωρήσουν το όραμά του πομπώδες και ανεφάρμοστο. Συγχρόνως, αν ο ηγέτης αυτός αντί για οραματιστής αποβεί αυταρχικός μπορεί να υπονομεύσει τελικά το πνεύμα ισότητας της ομάδας.

Ανθρωπιστικό – συνεργατικό στυλ: ο συνεργατικός ηγέτης τείνει να εκτιμά τους ανθρώπους και τα συναισθήματά τους. Δίνει μικρότερη έμφαση στην ολοκλήρωση των καθηκόντων και την επίτευξη των στόχων και μεγαλύτερη στις συναισθηματικές ανάγκες των υπαλλήλων. Ενδιαφέρεται κυρίως να προάγει την αρμονία και την καλλιέργεια φιλικών αλληλεπιδράσεων.

Συνεργάζεται με τους εργαζόμενους σε θέματα που τους αφορούν και τους επηρεάζουν. Εξυψώνει το ηθικό και επιλύει τις συγκρούσεις.

Δεδομένου ότι το στυλ αυτό ηγεσίας εστιάζει στον έπαινο, είναι δυνατόν να παραβλέψει την κακή απόδοση και να θεωρηθεί ότι ανέχεται τη μετριότητα. Τέλος, επειδή οι ηγέτες που υιοθετούν αυτό το στυλ ηγεσίας σπάνια παρέχουν εποικοδομητικές επαγγελματικές συμβουλές είναι πιθανόν να αφήνου τους υπαλλήλους να λειτουργούν μόνοι τους.

Δημοκρατικό στυλ : ο δημοκρατικός ηγέτης αποτελεί εξαιρετικό ακροατή ομαδικό και συνεργατικό παίκτη και διαθέτει εξαιρετική ικανότητα στη διαχείριση των συγκρούσεων. Σε κάθε απόφαση που λαμβάνει υπολογίζει τις απόψεις, τις προτάσεις, τις ανάγκες και τις επιθυμίες των μελών της ομάδας και ζητά συχνά τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Ωστόσο και το στυλ αυτό ηγεσίας εμφανίζει και τα μειονεκτήματά του. Βασικότερο η αναβολή κρίσιμων αποφάσεων έως ότου επιτευχθεί πλήρης ομοφωνία. Αυτό όμως ενέχει τον κίνδυνο καθυστέρησης της πορείας των εργασιών με συνέπεια τον αποπροσανατολισμό, τη βραδύτητα των πράξεων και συχνά την κλιμάκωση των συγκρούσεων.

Κατευθυντικό - ρυθμιστικό στυλ: ο ηγέτης ρυθμιστής είναι φιλόδοξος θέτει υψηλά standards παίρνει πρωτοβουλίες δεν είναι ομαδικός παίκτης και έχει τάση στη μικροδιαχείριση.

Το συγκεκριμένο στυλ ηγεσίας μπορεί να λειτουργήσει μόνο αν συνδυαστεί με κάποια άλλα κυρίως με το πάθος της ηγεσίας με όραμα και με την ομαδικότητα της συνεργατικής ηγεσίας. Όταν οι ηγέτες χρησιμοποιούν αποκλειστικά αυτό το στυλ ηγεσίας ή το εφαρμόζουν με αναποτελεσματικό τρόπο δε συγκαλύπτουν μόνο το όραμα αλλά δημιουργούν και δυσαρμονία. Συνήθως κύριο μέλημα αποτελούν οι αριθμοί οι οποίοι δεν επαρκούν όμως για να εμπνεύσουν οι να ενεργοποιήσουν τους υπαλλήλους.

Συμβουλευτικό – υποστηρικτικό στυλ :ο συμβουλευτικός ηγέτης ακούει και βοηθά τους υφισταμένους του να καθορίσουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους. Βοηθά τους ανθρώπους να βρουν τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία τους και να τα συνδέσουν με τις προσωπικές και επαγγελματικές φιλοδοξίες τους. Ενθαρρύνει την προσπάθεια Αναθέτει καθήκοντα, διευκολύνει τον καταμερισμό ευθυνών αναθέτοντας στους υπαλλήλους αποστολές που αφυπνίζουν. Αυτό το στυλ ηγεσίας αποδίδει άριστα με όσους υπαλλήλους δείχνουν πρωτοβουλία και έχουν βλέψεις για περαιτέρω επαγγελματική εξέλιξη. Όταν όμως δεν εφαρμόζεται σωστά καταλήγει να μοιάζει περισσότερο με ατομική επιθεώρηση, γεγονός που μπορεί να υπονομεύσει την αυτοπεποίθηση του υπαλλήλου και να οδηγήσει σε μείωση της απόδοσής του.

5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ρόλος της ηγεσίας στις Μονάδες Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας είναι εξαιρετικά σημαντικός, όχι μόνο γιατί θεωρείται ένα από τα σπουδαιότερα στοιχεία για την απόδοσή τους, αλλά και γιατί χωρίς την ύπαρξή της καμία λειτουργία των Μονάδων Υγείας δε θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί.

Η ηγεσία έχει ως στόχο τη δημιουργία πρόσφορων συνθηκών, οι οποίες θα οδηγήσουν στην αποδοτικότερη και συνειδητή εργασία των εργαζομένων.

Παράλληλα , η ηγεσία συμβάλλει στην εύρυθμη ομαλή και επιτυχημένη δραστηριότητα της Μονάδας στην οποία ασκείται. Όταν είναι επιτυχημένη συμβάλλει επίσης :

Στη θετική επίδοση, την επιβίωση, την ανάπτυξη, την ψυχική υγεία των εργαζομένων και της ομάδας.

Στην αφοσίωση των υφισταμένων στους στόχους της ομάδας.

Στην καλύτερη αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης.

Η μορφή της ηγεσίας είναι σημαντική στην παροχή ιατρικής φροντίδας και τη λειτουργία των υπηρεσιών. Πρόσφατα η Chapman (2014) μελέτησε τα στυλ ηγεσίας που εφαρμόζονται από ηγέτες ιατρούς. Τόνισε ότι η χρησιμοποίηση των διαφορετικών στυλ ηγεσίας έχει επίδραση σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο και μπορεί να επηρεάσει βαθιά την παραγωγικότητα του νοσοκομείου και ειδικότερα του τμήματος επειγόντων και τις αλληλεπιδράσεις με τα άλλα μέλη της ομάδας.

Ως ηγέτης ιατρός θεωρείται ένας γιατρός που κατέχει ανώτερο διευθυντικό ρόλο σε οργανωσιακό επίπεδο και εξ ορισμού έχει δυο ηγετικούς ρόλους :α) ως ανώτερος κλινικός γιατρός υπεύθυνος για την κλινική ομάδα που παρέχει ιατρική φροντίδα και β) ως μέρος της διευθυντικής δομής του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης.

Στη μελέτη αυτήν εξετάστηκε ο μη κλινικός ρόλος και διερευνήθηκε η πρακτική της ηγεσίας από μια ομάδα κορυφαίων ιατρών –ηγετών στο Γιόρκσαϊρ και στο Χάμπερ εστιάζοντας σε έξι στυλ ηγεσίας :

Ο συνεργατικός ηγέτης (affiliative): προωθεί καλές σχέσεις ενδιαφέρεται για την ευημερία των μελών, έχει υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης στην ομάδα και παρέχει ευελιξία στη δουλεία τους. Ωστόσο, προσπαθεί να αποφύγει δύσκολες αντιπαραθέσεις.

Ο συμβουλευτικός ηγέτης (coaching) : ασχολείται με την υποστήριξη των προσπαθειών των άλλων και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους. Βλέπει τα λάθη και τη χαμηλή απόδοση ως ευκαιρίες μάθησης. Ωστόσο, η εστίαση στα άτομα μπορεί να περιορίσει την παραγωγικότητα της ομάδας.

Ο απολυταρχικός ηγέτης (commanding): διατάζει ασκεί αυστηρό έλεγχο, επηρεάζει αρνητικά το ηθικό και τη διάθεση των γύρω του, όμως παρέχει σαφή κατεύθυνση και προωθεί την ομάδα στο στόχο. Αποτελεσματικός στα προβλήματα προωθεί την αφοσίωση στο έργο.

Ο δημοκρατικός ηγέτης (democratic): ενθαρρύνει τη συμμετοχή και την ανταλλαγή ιδεών σχετικά με τις κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθήσει η ομάδα και εστιάζει στις ενέργειες που πρέπει να δοθεί προτεραιότητα. Όταν ανακύπτει πρόβλημα ζητά ιδέες, ωστόσο αναβάλλει τη λήψη δύσκολων αποφάσεων.

Ο ρυθμιστής ηγέτης (pace –setting) : θέτει υψηλά πρότυπα απόδοσης για τον εαυτό του, οδηγεί με παράδειγμα, επικεντρώνεται στο αποτέλεσμα. Αν όμως κάποιος από την ομάδα υπολείπεται σε αποτελεσματικότητα, μεταβιβάζει την εργασία σε άλλον που θεωρεί περισσότερο ικανό.

Ο εξουσιοδοτημένος (authoritative): δίνει λίγες κατευθύνσεις και παρέχει στους υφιστάμενους εκτεταμένη ελευθερία. Έχει περιορισμένο ηγετικό ρόλο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι τα άτομα διαφέρουν στη φυσική τους τάση να χρησιμοποιούν τα συγκεκριμένα στυλ ηγεσίας.

Υπάρχει, επίσης, συσχετισμός μεταξύ προτιμώμενου στυλ και κλινικής ειδικότητας. Έτσι, οι ηγέτες χειρουργικών ειδικοτήτων ακολουθούν περισσότερο το μοντέλο του ρυθμιστή η απολυταρχικού ηγέτη ενώ οι άλλες ειδικότητες είναι περισσότερο δημοκρατικοί,

σύμβουλοι συνεργάτες διότι εξαρτώνται περισσότερο από πολυεπαγγελματικές ομάδες για την επίλυση προβλημάτων.

Άλλο συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι με την πάροδο της ηλικίας και την αύξηση της εμπειρίας οι ηγέτες ιατροί απομακρύνονται από τα αυστηρά στυλ ηγεσίας και διαθέτουν μεγαλύτερη ευελιξία στη λήψη αποφάσεων.

Επίσης, το στυλ ηγεσίας που επιλέγεται σχετίζεται και με το επιτελούμενο κάθε φορά έργο. Έτσι, για παράδειγμα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης υπερισχύει το αυταρχικό ,ρυθμιστικό στυλ έναντι των υπολοίπων.

Τέλος, η Chapman καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα στυλ ηγεσίας είναι το συνεργατικό, το δημοκρατικό και το απολυταρχικό ενώ τα υπόλοιπα χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά. Η χρήση τους επηρεάζεται από μια σειρά εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την οργάνωση, τις προσωπικές προτιμήσεις τη δραστηριότητα και την ομάδα με την οποία εργάζεται ο ηγέτης . Πάντως όπως είναι φυσικό οι διοικητικοί ηγεσιακοί παράγοντες επηρεάζουν και την ικανοποίηση που έχουν οι εργαζόμενοι. Όταν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι τότε είναι σε θέση να αποδώσουν τα μέγιστα. Επίσης, ο σχεδιασμός των υπηρεσιών είναι καταλληλότερος όπως και η παροχή τους και η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Ωστόσο ,οι υπηρεσίες συνήθως δεν είναι επαρκώς καθορισμένες και αυτό αποτελεί πηγή παρανόησης και δυσαρέσκειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΔΙΟΙΗΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

6.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Η κουλτούρα ως έννοια αφορά ένα υποσύνολο του πολιτισμού. Εμβαθύνοντας , διαπιστώνουμε ότι η έννοια της κουλτούρας είναι ευμετάβλητη εξαιτίας διαφόρων παραγόντων (θρησκεία, παράδοση, μορφωτικό επίπεδο, πολιτικές παρεμβάσεις, στρατηγική επιβίωσης της πολιτικής κοινωνίας).
Στις σύγχρονες κοινωνίες (σύμφωνα με τον Gjuraj 2013) , ως κουλτούρα θεωρείται το φυσικό ή ψυχολογικό περιβάλλον το οποίο μοιράζεται μια ομάδα ατόμων περικλείοντας στον ορισμό αυτό και το χώρο-πλαίσιο της εργασίας.
Στο πλαίσιο ενός οργανισμού η έννοια της κουλτούρας χρησιμοποιείται για να περιγράψει την επιρροή και αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων καθώς και μεταξύ εργαζομένων και οργανισμού.
Για την οργανωσιακή κουλτούρα έχουν διατυπωθεί αρκετοί ορισμοί ,οι περισσότεροι από τους οποίους συγκλίνουν στην παραδοχή ότι πρόκειται για ένα σύστημα αξιών, πεποιθήσεων, κανόνων και συμπεριφορών τις οποίες μοιράζονται τα μέλη ενός οργανισμού και μεταδίδουν στα νεότερα μέλη (Xiaoming & Junchen 2012).
Ο πιο δημοφιλής ορισμός έχει αποδοθεί από τον Schein (2004) σύμφωνα με τον οποίο: η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί έννοια δυναμική και σχετίζεται με το

βαθύτερο επίπεδο των βασικών παραδοχών και πεποιθήσεων που μοιράζονται τα μέλη ενός οργανισμού . Δηλαδή τα άτομα οικειοποιούνται ένα υπόδειγμα νοημάτων το οποίο λειτουργεί ασυνείδητα και καθορίζει τις απόψεις της οργάνωσης για την ίδια και το περιβάλλον της. Αυτές οι παραδοχές αποτελούν ,επίσης , μαθημένες αποκρίσεις των μελών μιας ομάδας προς τα προβλήματα της επιβίωσης της και προς τα προβλήματα της εσωτερικής της ολοκλήρωσης.

Επιπρόσθετα ο Schein (2004) διέκρινε τρία επίπεδα οργανωσιακής κουλτούρας :

Τα παρατηρήσιμα επιφαινόμενα που αφορούν στα ακόλουθα:

Τοποθεσία, αρχιτεκτονική, διευθέτηση του χώρου, προϊόντα τεχνολογίας.

Έκδηλες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων και των εργασιακών ομάδων.

Μύθοι και ιστορίες που αναφέρονται στον οργανισμό .

Ορατά (εργασιακά ή μη πρωτόκολλα).

Γραπτά αρχεία και γραπτοί κανόνες.

Τρόπος επικοινωνίας, γλώσσα, ορολογία εργαζομένων, κώδικας ντυσίματος.

Φιλοσοφία του οργανισμού.

Οι αξίες: είναι έννοιες – πεποιθήσεις που σχετίζονται με τις επιθυμητές εργασιακές καταστάσεις ή συμπεριφορές, υπερέχουν των καταστάσεων συνδέονται με την αξιολόγηση των εργασιακών συμπεριφορών ή εργασιακών γεγονότων και έχουν μεγάλη σημασία.

Διακρίνονται σε δυο κυρίως είδη :

Στις αξίες που προτιμώνται από το οργανισμό και έχουν θεσπιστεί είτε από τον ιδρυτή του είτε από κάποιο διοικητικό στέλεχος.

Στις αξίες που εκδηλώνονται ή αλλάζουν στην πραγματικότητα μέσω της συμπεριφοράς των εργαζομένων ή σε εκείνες που αποδίδονται από τους εργαζόμενους μέσω των καθημερινών παρατηρήσεων.

Οι παραδοχές δηλαδή ο πυρήνας και η βάση της οργανωσιακής κουλτούρας . Προέρχονται από αξίες, παρατηρήσιμα σχήματα που είναι τόσο δεδομένα, ώστε μετατράπηκαν σε παραδοχές. Χρησιμοποιούνται για την αντίληψη και κατανόηση συγκεκριμένων καταστάσεων και καθορίζουν τη συμπεριφορά οργανισμού. Είναι ανθεκτικές στις αλλαγές, ωστόσο με το πέρασμα του χρόνου εξελίσσονται καθώς τα μέλη μιας εργασιακής ομάδας αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων.

6.2 ΤΥΠΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Ένα από τα πιο διαδεδομένα μοντέλα της οργανωσιακής κουλτούρας αναπτύχθηκε από τους Quinn & Cameron (2006) οι οποίοι διακρίνουν τέσσερις τύπους οργανωσιακής κουλτούρας .

Η ιεραρχική κουλτούρα – κουλτούρα των κανόνων (Bureaucracy Culture). Σε έναν οργανισμό με τέτοιου τύπου κουλτούρα η συμπεριφορά των μελών καθορίζεται από τυπικούς επίσημους κανόνες και σταθερές διαδικασίες και πολιτικές.

Ο συντονισμός επιτυγχάνεται με σχέσεις ιεραρχικής αναφοράς. Η προσοχή εστιάζεται στις εσωτερικές διαδικασίες ,στη σταθερότητα και το χαμηλό κόστος. Επικρατεί κυρίως στους Δημόσιους Οργανισμούς προκειμένου να εξασφαλίζεται η ενιαία και όχι η επιλεκτική αντιμετώπιση των πελατών – πολιτών. Οι ηγέτες των οργανισμών αυτών ενδιαφέρονται για τον συντονισμό και αντλούν τη δύναμη από τη θέση που κατέχουν.

Η συμμετοχική – οικογενειακή κουλτούρα (Clan Culture): είναι εστιασμένη στο εσωτερικό του οργανισμού, με ιδιαίτερη έμφαση όχι τόσο στον τυπικό έλεγχο αλλά στην
παράδοση, την εμπιστοσύνη, την αυτοδέσμευση. Η επιτυχία βασίζεται στη συνεργασία ,στο φιλικό και ευχάριστο περιβάλλον εργασίας όπου το εργατικό δυναμικό θεωρείται ως μια διευρυμένη οικογένεια. Οι ηγέτες τέτοιων οργανισμών αποτελούν συμβούλους , μέντορες. Προάγουν τη συνοχή, την άτυπη επικοινωνία και τους άτυπους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων.

Η προσαρμοστική –ανοιχτού συστήματος κουλτούρα (Entrepreneurial – adhocracy Culture).Βασίζεται στην δημιουργία και την καινοτομία. Εδώ, υπάρχει εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον. Ενισχύεται, η πρωτοβουλία, η ευελιξία, ο δυναμισμός, η ανάληψη ρίσκων.

Αποτελεί τύπο κουλτούρας σύγχρονων οργανισμών που δραστηριοποιούνται εκμεταλλευόμενοι τις δυνατότητες της νέας τεχνολογίας, του διαδικτύου, ενώ ευνοεί την ανάπτυξη νέων προϊόντων - υπηρεσιών. Οι ηγέτες αυτών των οργανισμών λειτουργούν ως οραματιστές προσανατολισμένοι στην καινοτομία, το ρίσκο, το μέλλον.

Η κουλτούρα των στόχων- προσανατολισμένη στην αγορά (The market Culture). Οι σχέσεις μεταξύ των μελών περιορίζονται στην επίτευξη των στόχων και στην ολοκλήρωση του έργου, ενώ ορίζονται στη βάση αμοιβαιότητας – ανταποδοτικότητας. Οι οργανισμοί που υιοθετούν αυτόν τον τύπο κουλτούρας δίνουν έμφαση στην υψηλή ανταγωνιστικότητα και στην επίτευξη μετρίσιμων στόχων. Οι ηγέτες εδώ διακρίνονται για το ανταγωνιστικό τους πνεύμα και για την ικανότητα παρακίνησης. Είναι σκληροί και απαιτητικοί.

Σύμφωνα με τους Suarez & Canto (2016) σε ένα ίδρυμα υγείας, και κατ' επέκταση σε ένα χώρο επειγόντων, οφείλουν να συνεργαστούν ειδικότητες που ανήκουν σε τέσσερις υποκατηγορίες και εμπίπτουν σε διαφορετικές υποκουλτούρες:

Της φροντίδας: που αποτελείται από νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι υποστηρίζουν τη θεραπευτική διαδικασία.

Της θεραπείας: που αποτελείται κυρίως από το ιατρικό προσωπικό.

Της διοίκησης

Της ευρύτερης κοινότητας: που εκπροσωπείται από τους διαχειριστές του συστήματος υγείας και τους εξωτερικούς αντιπροσώπους.

Ο βαθμός αυτονομίας μεταξύ τους είναι ένα θέμα που αγγίζει κι επηρεάζει την αποτελεσματικότητα του τμήματος.

Πιο συγκεκριμένα, είναι ενδιαφέρον να διαπιστωθεί αν σε ένα ίδρυμα υγείας κυριαρχεί ο προσανατολισμός προς την ποιότητα υπηρεσιών, προς τη δέσμευση των ασθενών, ή προς την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών και των ιατρών. Παρόλο που υπάρχει κάποια συνάφεια μεταξύ αυτών των προσανατολισμών, υπάρχουν όρια και μάλιστα σαφή στο πώς διαμορφώνουν τελικά τις υπηρεσίες και την καθημερινή λειτουργία.

Συγκεκριμένα η έρευνα καταλήγει στη διαπίστωση, μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις, ότι η ομάδα των ιατρών ήταν περισσότερο προσανατολισμένη στην ποιότητα υπηρεσιών, η
ομάδα των νοσηλευτών ήταν προσανατολισμένη στη δέσμευσή της απέναντι στον ασθενή, ενώ η ομάδα των διαχειριστών φάνηκε περισσότερο προσανατολισμένη στην ιεραρχική κουλτούρα δηλαδή στην εφαρμογή κανόνων με σκοπό τη σταθερότητα και το χαμηλό κόστος.

Στην ίδια δημοσίευση αναφέρονται και οι παρόμοιοι διαχωρισμοί που γίνονται από τον Altamirano (2011) και την Kralewski (2005). Ο μεν διακρίνει τους προσανατολισμούς σε: έμφαση στο έργο, έμφαση στις εξουσίες, στην απόδοση και στην υποστήριξη. Η δε, διακρίνει την εργασιακή κουλτούρα σε συναδελφικότητα,

επεξεργασία της πληροφορίας, διαχείριση ποιότητας, οργανωτική ταυτότητα, αυτονομία, καινοτομία, εμπιστοσύνη και σύμπνοια (Suarez & Canto, 2016).

Στο ίδιο μήκος κύματος εκπέμπει και η δημοσίευση των Backstrom, Larsson & Wuklund (2009), οι οποίοι έχουν προσδιορίσει μέσα από τις δουλειές τους τις αρετές ενός τμήματος διοίκησης ποιότητας. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών ήταν καλύτερα όταν το προσωπικό είχε προσανατολισμό προς τις διαδικασίες και εστίαζε στον ασθενή, παρουσίαζε δέσμευση στην αποτελεσματικότητα και ακολουθούσε λιγότερο αυστηρές γραμμές έτσι ώστε να προστίθεται ευελιξία στη δουλειά. Εδώ αξίζει να σταθούμε διότι συνοψίζεται η πιο αποτελεσματική οργανωσιακή κουλτούρα για ένα νοσοκομείο. Αυτή συνίσταται σε μεγαλύτερη αυτονομία κινήσεων στον εργαζόμενο με βάση το συμφέρον του ασθενή, προσωποκεντρική αντιμετώπιση και εξειδίκευση στις εκάστοτε ανάγκες. Αυτό οδηγεί σε μικρότερους χρόνους αναμονής, μεγαλύτερη κατανόηση των αναγκών από όλες τις πλευρές, ευκολότερη διαχείριση και διοίκηση των λειτουργιών, και παροχή μιας εμπειρίας με θετικό νόημα και πρόσημο (Backstrom, Larsson & Wuklund, 2009).

6.3 ΑΞΙΑ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Όπως γίνεται αντιληπτό, ο τύπος της οργανωσιακής κουλτούρας επηρεάζει τη λειτουργία και την ευημερία ενός οργανισμού. Η αξία κάθε τύπου καθορίζεται βάσει της συνολικής ευημερίας, της εύρυθμης λειτουργίας και της επίτευξης των στόχων του οργανισμού.

Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας είναι σημαντικός καθώς περιγράφει, απεικονίζει και διαμορφώνει τις σωστές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο οργανισμός, τις κατάλληλες συμπεριφορές των εργαζομένων, τις στάσεις απέναντι στον ίδιο τον οργανισμό και τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα θα επιτελέσουν την εργασία που τους έχει ανατεθεί (ταχύτητα-τρόπος διεκπεραίωσης).

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι απαραίτητη για τέσσερις ακόμα λόγους :

Αναπτύσσει στα μέλη του οργανισμού την έννοια της οργανωσιακής ταυτότητας.

Διευκολύνει τη συλλογική δέσμευση.

Προάγει την κοινωνική σταθερότητα.

Βοηθά τους εργαζόμενους να κατανοήσουν τον λόγο δράσης του οργανισμού και τον τρόπο με τον οποίο σκοπεύει να επιτύχει μακροχρόνιους στόχους (Ντάνος & Σαμαντά 2015) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

7.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η "επικεντροποίηση" στον ασθενή ως βασική αρχή οργάνωσης για τη διαχείριση της φροντίδας και της υγειονομικής περίθαλψης έχει αποκτήσει σταθερά μια ευρύτερη αποδοχή τις τελευταίες δεκαετίες.

Οι κλινικοί γιατροί έχουν υιοθετήσει ένα στυλ αλληλεπίδρασης που λαμβάνει υπόψη τις προτιμήσεις και τις αντιλήψεις των ασθενών, ενθαρρύνοντας την από κοινού λήψη αποφάσεων και τη συμμετοχή στη φροντίδα τους.

Υπάρχουν επίσης νέα μοντέλα περίθαλψης που τοποθετούν ρητά τους ασθενείς στο κέντρο σύνθετων αξιολογήσεων και εξειδικευμένων σχεδίων θεραπείας. Από την πλευρά της διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν διευθυντικά στελέχη και υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα που αναλαμβάνουν την πρόκληση του επανασχεδιασμού των διαδικασιών και των συστημάτων διανομής για να προσφέρουν συνεχή φροντίδα στον ασθενή που περιλαμβάνει ολοκληρωμένη και εξειδικευμένη περίθαλψη (Ινστιτούτο Ιατρικής,

2000, 2001).

Τέλος, τα κριτήρια πιστοποίησης και τα προγράμματα διαχείρισης της ποιότητας απαιτούν την κατανόηση των καταναλωτών αναφορικά με τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα στις διάφορες διαστάσεις της φροντίδας, όπως η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η διασφάλιση ή η ενσυναίσθηση (Safran et al., 1998, Sower et al. , 2001).

Συνήθως, η συνεισφορά των διαστάσεων αυτών συνεκτιμάται, στην αντίληψη της ποιότητας της φροντίδας και της ικανοποίησης, ενώ παράλληλα η ικανοποίηση χρησιμεύει ως βασικό αποτέλεσμα του ασθενούς στη διαχείριση της ποιότητας (Bowers, Swan & Koehler, 1994, O'Connor, Trinh & Shewchuk, 2000, Ford , Bach & Fouler, 1997, Sower et aï., 2001).

Αυτά τα σχετικά μεγάλα βήματα που έγιναν εστιάζοντας στη υγειονομική περίθαλψη , αν και απέχουν πολύ από την πρακτική ρουτίνας (Holman, 2000, Laine & Davidoff, 1996), έχουν αποδώσει με διάφορους τρόπους.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι κλινικοί γιατροί που εγγράφουν τους ασθενείς στις αποφάσεις και στη διαχείριση της περίθαλψης τους, ιδίως στο πλαίσιο των χρόνιων ασθενειών - σε σύγκριση με εκείνους που δεν το κάνουν - έχουν καλύτερη έκβαση όσον αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών, στην κατάσταση της υγείας τους , καθώς και στη χρήση των υπηρεσιών (Barry 1995, Greenfield , 1985, 1988, Lorrig 1999, Wagner 1999, Wagner , 2001).

Επιπλέον, ο βαθμός εμπιστοσύνης που ένας γιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατορθώνει να εμπνεύσει στους ασθενείς βοηθάει σε μεγάλο βαθμό στην προθυμία των ατόμων να επιχειρήσουν τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής (Cooper-Patrick 1999, Safran 1998).

Οι θετικές επιδράσεις της επικεντροποίησης στον ασθενή μπορούν επίσης να αναφερθούν και στη διαχείριση της ποιότητας. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι θετικότερες αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης σχετίζονται με την υψηλότερη ικανοποίηση και την πρόθεση να χρησιμοποιήσουν την ίδια υπηρεσία και στο μέλλον, αν χρειαστεί (Bowers, Swan & Koehler, 1994, O'Conneor, Schewchuck & Bowers, 1992, Taylor & Baker, 1994, Woodside, Frey & Daly, 1989). Η αντίληψη του ασθενούς για υψηλή ποιότητα φροντίδας και η ικανοποίηση βοηθούν στη συμμόρφωση με τις συμβουλές του γιατρού και τα θεραπευτικά σχήματα (Hulka e 1976), στην επιλογή του προτεινόμενου σχεδίου , ενώ αποφεύγονται οι νομικές αγωγές κακής πρακτικής (Brown, Bronkesh, Nelson & Wook, 1993) , καθώς βοηθούν και σε καλύτερα αποτελέσματα της υγείας (Elbeck, 1987).

Ένας περιορισμένος αριθμός μελετών που έχει επικεντρωθεί στον τομέα του

κέρδους της βιομηχανίας έχει διαπιστώσει ότι τα υψηλά επίπεδα εκτίμησης της ποιότητας από πλευράς των ασθενών συνδέονται θετικά με την οικονομική απόδοση ενός οργανισμού (Koska 1990, Nelson 1992, Press, Ganey & Malone 1991,Cooper-Patrick 1999, Safran 1998).

Αυτό που είναι εντυπωσιακό στις προηγούμενες έρευνες σχετικά με την "επικεντροποίηση στον ασθενή", είναι η αποκλειστική εστίαση στη γνωστική, ορθολογική πλευρά του ασθενούς, είτε πρόκειται για τα διάφορα μοντέλα περίθαλψης που εμπλέκουν έναν ορθολογικό και με υψηλό ενδιαφέρον ασθενή (καταναλωτή), ή σε προγράμματα διαχείρισης της ποιότητας που βασίζονται σε άτομα όλων των γνωστικών κρίσεων.

Αυτή η εστίαση στον ορθολογισμό καταδεικνύεται σε δύο πρόσφατες εκθέσεις του Ινστιτούτου Ιατρικής (2000, 2001). Σε αυτές εξετάζονται οι επιμέρους διαστάσεις που περιλαμβάνουν: εξατομικευμένες πληροφορίες, συντονισμό και ενσωμάτωση της περίθαλψης σε διάφορες συνθήκες και ρυθμίσεις και με την πάροδο του χρόνου, κοινή λήψη αποφάσεων από κλινικούς γιατρούς με τους ασθενείς και τις οικογένειες, δεξιότητες αυτοδιαχείρισης κλπ.

Είναι χαρακτηριστικό ότι δε γίνεται καμία αναφορά στη συναισθηματική πλευρά του ασθενούς η οποία θα μπορούσε επίσης να αξιολογηθεί και να ενσωματωθεί όταν σχεδιάζεται και προτείνεται το είδος περίθαλψης (Koska, 1990, Nelson 1992, Press, Ganey & Malone, 1991,Cooper-Patrick 1999, Safran 1998).

Σε πολλές περιπτώσεις, όμως, οι κρίσεις, οι επιλογές και οι συμπεριφορές δεν βασίζονται σε λογική κατανόηση μιας κατάστασης, αλλά στα συναισθήματα που προκύπτουν. Τα συναισθήματα είναι θετικά και αρνητικά αισθήματα που σηματοδοτούν την εμφάνιση γεγονότων που σχετίζονται με σημαντικούς στόχους (Oatley & Jenkins, 1992), οδηγώντας στην ενέργεια με συγκεκριμένο τρόπο (Carstensen & Turk-Charles, 1994).

Στην πραγματικότητα, η ανάγκη να συμπεριληφθούν τα συναισθήματα των ασθενών στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας μπορεί να γίνει ιδιαίτερα πιεστική, καθώς μεγάλο μέρος της ανάγκης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αφορά μια πελατεία μεγάλης ηλικίας που πάσχει από χρόνιες παθήσεις. Η πίεση αυτή ασκείται με την σύσταση/υπόδειξη της κατάλληλης αγωγής για την αποκατάσταση της υγείας που υποστηρίζεται από τον ασθενή (ή το περιβάλλον κοινωνικής υποστήριξής του), έξω από τα παραδοσιακά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν τώρα ισχυρά στοιχεία που δείχνουν ότι με την αυξανόμενη ηλικία, τα συναισθήματα μπορεί να γίνουν πιο ισχυρά από ότι η ορθολογική γνώση ως κίνητρο για δράση (Carstensen & TurkCharles, 1994, Gross κ.ά., 1997, Labouvie-Vief, De Voe & Bulka, 1989, Levenson et αϊ., 1991, Leventhal,

2000).Μέχρι τώρα, η εξέταση των συναισθημάτων των ασθενών στην παροχή φροντίδας συνίστατο κυρίως σε τυπικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που αφορούν σε συνταγογραφήσεις όταν οι ασθενείς εμφανίζουν αρνητικά συναισθήματα σε κλινικό επίπεδο. Ως μέρος της «τέχνης της φροντίδας», οι επαγγελματίες υγείας εφαρμόζουν επίσης ορισμένους γενικούς κανόνες για να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια σοβαρών ασθενειών (Frazier, 2000, Holahan 1997) ή εξαιρετικά αγχωτικές ιατρικές παρεμβάσεις ή διαγνωστικές διαδικασίες.(Anderson, 1987, Anderson & Masur, 1983, Devine, 1992, Suls & Wan, 1989). Παρόλα αυτά, πολυάριθμες συνθήκες υγείας, ιατρικές διαδικασίες ή διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες δεν θα χαρακτηρίζονταν απαραίτητα ως αρκετά σοβαρές ή αγχωτικές για να απαιτούν επίσημες ψυχολογικές ή ψυχιατρικές παρεμβάσεις, συχνά θεωρούνται από τον ασθενή ως απειλητικές και συνεπώς προκαλούν αρνητικά συναισθήματα (Lykouras 1989, Markel, 2000). Οι έρευνες δείχνουν ότι τέτοια αρνητικά συναισθήματα μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες για την υγεία και τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης (Dracup 1995, Everson, 1997).

Επομένως, γίνεται αποδεκτό ότι υπάρχει ανάγκη να επεκταθεί η έννοια "της επικεντροποίησης στον ασθενή", πέρα από την τρέχουσα άποψη του ασθενούς ως ένα μοναδικά ορθολογικό, γνωστικό ον, και να συμπεριλάβει και τα συναισθήματα και τον αντίκτυπό τους. Στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που απαιτούν την παρουσία των ασθενών στις εγκαταστάσεις φροντίδας, μια εις βάθος κατανόηση του πώς θετικά και αρνητικά συναισθήματα προκύπτουν καθώς ξετυλίγεται η διαδικασία, είτε κατά τους χρόνους αναμονής είτε κατά την παροχή της υπηρεσίας, θα μπορούσε να είναι πολύ χρήσιμη.

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι πάροχοι μπορούν να εντοπίσουν τα σημάδια από τα συναισθήματα των ασθενών και να τα χρησιμοποιήσουν για να ρυθμίσουν καλύτερα την ποιότητα της φροντίδας τους, με τρόπο που να βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα αρνητικά τους συναισθήματα, προκαλώντας έτσι μεγαλύτερη ικανοποίηση (Dube 2002). Στις υπηρεσίες υγείας η ανταπόκριση του παρόχου στα συναισθήματα του πελάτη είναι σημαντική επειδή το προϊόν που προκύπτει τη συγκεκριμένη στιγμή είναι το ανθρώπινο συναίσθημα. Αυτό σημαίνει ότι ο έλεγχος ποιότητας σε αυτή την πτυχή της εμπειρίας του πελάτη είναι σχετικά άχρηστος (Dube, Johnson & Renaghan 1999).

Έτσι, η κατανόηση, η μέτρηση και η παρακολούθηση των συναισθημάτων των ασθενών μπορεί να είναι απαραίτητες για να υποστηρίξουν το σχεδιασμό νέων διαδικασιών περίθαλψης ή την επανεκτίμηση των υπαρχουσών, με τρόπο που είναι πλήρως ελεγχόμενος από τον ασθενή και λειτουργικά αποτελεσματικός.

7.2 ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 1- ΤΕΠ ΚΑΝΑΔΑ

Αναφέρουμε μια μελέτη που σχεδιάστηκε για να διερευνήσει τους μηχανισμούς με τους οποίους τα συναισθήματα των ασθενών επηρεάζουν τα αποτελέσματα της φροντίδας - συγκεκριμένα, την ικανοποίηση των ασθενών.
Η μελέτη διεξήχθη σε δύο σημεία των ΤΕΠ ενός μεγάλου Πανεπιστημιακού Κέντρου υγειονομικής περίθαλψης στο Μόντρεαλ του Καναδά. Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν για την παρούσα μελέτη ανήκαν στην κατηγορία χαμηλής φροντίδας .
Ως ασθενείς χαμηλής φροντίδας θεωρούνται οι ασθενείς εκείνοι οι οποίοι δεν εμφανίζουν κρίσιμες ή απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις ή τραυματισμούς. Έτσι, ένα κατά τα άλλα υγιές άτομο με λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού ή ένα άτομο που χρήζει ραμμάτων λόγω κάποιου τραυματισμού είναι παραδείγματα ασθενών χαμηλής - μικρής φροντίδας.
Λαμβάνοντας υπόψη το στόχο της παρούσας μελέτης, ο πληθυσμός αυτός παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα: (1) Η επείγουσα περίθαλψη είναι εγγενώς συναισθηματικά φορτισμένη. (2) Σε ασθενείς με μικρή φροντίδα δίνεται σχετικά χαμηλή προτεραιότητα σε σύγκριση με ασθενείς με σοβαρή ασθένεια ή σοβαρό τραυματισμό και ως εκ τούτου είναι ευαίσθητοι σε μεγάλο χρόνο αναμονής, κατά τον οποίο οι συναισθηματικές καταστάσεις είναι πιθανό να αλλάζουν (3) Ολόκληρο το περιστατικό περίθαλψης (δηλ. η επίσκεψη στα ΤΕΠ) είναι σχετικά περιορισμένο στο χρόνο και στο χώρο, παρέχοντας έτσι ένα σχετικά ελεγχόμενο περιβάλλον για τη μελέτη των συναισθημάτων και τον

αντίκτυπό τους στην ικανοποίηση.
Κατά την άφιξη τους οι ασθενείς ταξινομούνται ευρέως σε τρεις κατηγορίες: (1) προηγμένη ς περίθαλψης (2)δευτερεύουσας περίθαλψης (3) ψυχιατρικής περίθαλψης.
Οι ασθενείς ήσσονος φροντίδας που επιλέχθηκαν στη συνέχεια κάθονται στην ειδική για μικρή φροντίδα περιοχή αναμονής μέχρι τη συνάντηση με τον γιατρό. Το επίκεντρο της παρούσας έρευνας είναι ο χρόνος που αφιερώνεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, μέχρι να φτάσουν στο ιατρείο. Η έρευνα έδειξε ότι η διάρκεια αυτού του χρόνου αναμονής, πολύ περισσότερο από τη συνολική διάρκεια της επίσκεψης, είναι κρίσιμη για την ικανοποίηση του ασθενούς (Yarnold 1998, Thompson & Yarnold 1995, Thompson 1996). Στην πραγματικότητα, οι Bursch, Beezy και Shaw (1993) διαπίστωσαν ότι ο χρόνος αναμονής πριν από τη λήψη ιατρικής περίθαλψης είναι ο παράγοντας που έχει μεγαλύτερη σημασία στη μέτρηση της μεταβλητότητας της ικανοποίησης του ασθενούς από την ΤΕΠ.
Εκτός από τα συναισθήματά που βίωσαν οι ασθενείς ήσσονος φροντίδας που περίμεναν διαφορετικό χρονικό διάστημα πριν τη συνάντηση με τον γιατρό οι ασθενείς ανέφεραν την αντίληψή τους για τη συνολική ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες κατά την επίσκεψή τους στα ΤΕΠ.
Οι ερευνητικές προτάσεις αφορούσαν τους άμεσους και έμμεσους τρόπους με τους οποίους τα συναισθήματα των ασθενών επηρέασαν την ικανοποίησή τους και την αύξηση του αντίκτυπου καθώς ο χρόνος αναμονής αυξάνεται.

7.2.1ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η μελέτη διεξήχθη σε μια περίοδο 4 εβδομάδων και παρουσιάστηκε στους ασθενείς στα ΤΕΠ ως "Μήνας Ικανοποίησης Ασθενών". Οι αφίσες αναρτήθηκαν σε διάφορες περιοχές των ΤΕΠ, ανακοινώνοντας τη μελέτη. Οι επιλέξιμοι ασθενείς ήταν εκείνοι που ταξινομήθηκαν στην κατηγορία της ήσσονος περίθαλψης. Εξαιρέθηκαν οι ανήλικοι κάτω των 14 ετών, όπως και οι ασθενείς περαιτέρω φροντίδας, οι ασθενείς που θα γίνονταν δεκτοί στο νοσοκομείο και οι ασθενείς ψυχιατρικής περίθαλψης. Συνολικά 283 ασθενείς ολοκλήρωσαν την έρευνα. Οι γυναίκες ήταν παρούσες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (58% έναντι 42%), ενώ το δείγμα εκτάθηκε σχετικά ομοιόμορφα σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες. Το δείγμα ήταν καλά ισορροπημένο όσον αφορά την ημέρα της εβδομάδας και το χρόνο μέσα σε μια ημέρα που οι ασθενείς

επισκέπτονταν τα ΤΕΠ. Το προφίλ του δείγματος αντανακλά το προφίλ του ασθενή ΤΕΠ.

7.2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η φύση των συναισθημάτων του ασθενούς

Στη βιβλιογραφία, τα συναισθήματα έχουν προσδιοριστεί λειτουργικά με δύο τρόπους, δηλ. είτε με ταξινόμηση διακεκριμένων πρωτογενών συναισθημάτων, όπως η χαρά , η λύπη και ο φόβος(Izard, 1977) ή ως περιορισμένος αριθμός βασικών διαστάσεων όπως η ευχαρίστηση / διέγερση. (Russell, 1980), ή θετικές / αρνητικές επιπτώσεις (Watson & Tellegen, 1988). Και οι δύο προσεγγίσεις στα συναισθήματα μπορούν να βρεθούν στην έρευνα μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης.

Μεγάλος αριθμός ερευνών για την υγεία έχει κατευθυνθεί σε συγκεκριμένα συναισθήματα όπως η κατάθλιψη (Meeks, Murrell & Mehl, 2000) και το άγχος (Calvo & Miguel-Tobal, 1998, Martelli 1987) ως δυνητικοί συνεισφέροντες στην υγεία που έχουν οδηγήσει σε δυνητικά αποτελέσματα διαφόρων παθολογιών και παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης.

Η εργασία πάνω στην προσέγγιση των διαστάσεων των συναισθημάτων, επικεντρώθηκε κυρίως στην θετική / αρνητική επίπτωση, όπως η εκτίμηση της δομής και της ποικιλότητας της συναισθηματικής εμπειρίας που συνδέεται με συγκεκριμένες ασθένειες (Shifren, ,Brown & Moskowitz 1997, Diefenbach 1996, Watson & Pennebaker 1989).

Υπάρχουν άμεσα και έμμεσα αποδεικτικά στοιχεία που δείχνουν την επίδραση των συναισθημάτων στην επεξεργασία πληροφοριών, τις αποφάσεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία ενός ατόμου, καθώς όταν τα άτομα είναι συναισθηματικά φορτισμένα, δεν παρακολουθούν και δεν θυμούνται τις ίδιες διαστάσεις των εξωτερικών ερεθισμάτων συγκριτικά με πιο ουδέτερες καταστάσεις (Brett-Halberstadt & Niedenthal, 1997, Dube & Morgan, 1996, Metcalfe, 1998, Niedenthal & Brett-Halberstadt, 1995). Για παράδειγμα, η έρευνα έδειξε ότι το άγχος επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας γενικά (Eysenck & Calvo, 1992), και ότι τα άτομα που βιώνουν άγχος (Byrne & Eysenck, 1995), θυμό (Averill, 1980 & Watts 1990) ή κατάθλιψη σε μη κλινικό επίπεδο εμφανίζουν τις αρνητικές διαστάσεις του ερεθίσματος ταχύτερα και θυμούνται περισσότερο αυτό (το αρνητικό μέρος του ερεθίσματος) από το

ουδέτερο ή το θετικό του περιεχόμενο.

Επίσης, οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ευάλωτοι από τους νέους ως προς τις επιπτώσεις των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων στις διαδικασίες μνήμης (Backman & Molander, 1986, Deptula, Singh & Pomara, 1993).

Η επίδραση των συναισθημάτων στη λήψη αποφάσεων και στις συμπεριφορές, υποστηρίζεται επίσης από πολλές έρευνες. Για παράδειγμα, η έρευνα δείχνει ότι το άγχος και ο φόβος που προκύπτουν κατά την εμφάνιση ορισμένων ασθενειών (Dracup 1995 για την περίπτωση καρδιακής προσβολής) μπορεί να αναγκάσουν τους ασθενείς να καθυστερήσουν την αναζήτηση θεραπείας, ακόμη και όταν είναι γνωστό ότι η βέλτιστη αποτελεσματικότητα της φροντίδας σχετίζεται με έγκαιρη παρέμβαση (Cooper 1986, Maynard 1989). Τα αρνητικά συναισθήματα γενικά έχουν συσχετιστεί με αρνητικά αποτελέσματα όπως η κακή κατάσταση υγείας (Croyle & Uretsky 1987, Hemenover & Dienstbier 1998, Salovey & Birnbaum, 1989) και με περισσότερες αναφορές συμπτωμάτων (Brown & Moskowitz 1997, Diefenbach 1996, Costa & McCrae, 1987, Watson & Pennebaker, 1989). Οι ερευνητές έχουν επίσης διαπιστώσει ότι η εμπειρία του θυμού, είτε καταστέλλεται σιωπηλά είτε εκφράζεται , γενικά συνοδεύεται από δυνητικά επιβλαβείς φυσιολογικές αντιδράσεις, όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση (Dembroski 1985, Everson, 1987).

Επομένως, διαπιστώνεται ότι η θετική και αρνητική συναισθηματική συμπεριφορά επηρεάζει την αντίληψη, τη μνήμη και την κρίση και έχει σημαντικές επιπτώσεις σε διάφορους αντικειμενικούς δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και γενικότερα στην κατάσταση της υγείας. Έτσι, τα συναισθήματα των ασθενών παρουσιάζουν σαφώς σημαντικό δυναμικό παρέμβασης - ή συνέργιας - σε διάφορα σημεία της φυσιολογικής ροής της καθημερινής παροχής της υγειονομικής φροντίδας και όχι μόνο μέσα στο περιορισμένο πλαίσιο ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε εξαιρετικά σοβαρές και εξαιρετικά αγχωτικές ιατρικές καταστάσεις. Επιπλέον, τα συναισθήματα των ασθενών μπορεί να έχουν ακόμη ισχυρότερες επιπτώσεις σε πιο υποκειμενικούς δείκτες της ποιότητας της περίθαλψης των αποτελεσμάτων, όπως η ικανοποίηση.

Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζουμε ένα μοντέλο για τον μηχανισμό με τον οποίο τα συναισθήματα των ασθενών επηρεάζουν την ικανοποίηση, το αποτέλεσμα εστιασμένης φροντίδας στην παρούσα μελέτη.

7.2.3 ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει την συνοπτική αξιολόγηση της εμπειρίας κάποιου σχετικά με τις υπηρεσίες που έλαβε (Oliver, 1997). Από όλα τα μέτρα για την ποιότητα της περίθαλψης (Donabedian, 1988), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο πιο άμεσος δίαυλος μέσω του οποίου οι ασθενείς μπορούν να εκφράσουν την εκτίμησή τους για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν (Weisman & Koch, 1989). Επιπλέον, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί πρόβλεψη συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία όπως η συμμόρφωση και η συνέχεια της περίθαλψης (Pascoe, 1983, Atkinson & Roberts, 1983). Στην Εικόνα 1, παρουσιάζουμε το δομικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για τη χαρτογράφηση των άμεσων και έμμεσων τρόπων με τους οποίους τα συναισθήματα των ασθενών επηρεάζουν την ικανοποίηση και πώς αυτά είναι ευαίσθητα στο χρόνο αναμονής μέχρι τη συνάντηση με τον γιατρό.

Πριν εξετάσουμε τους μηχανισμούς επιρροής των συναισθημάτων των ασθενών στην ικανοποίηση, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα υιοθετήθηκε η θετική / αρνητική προσέγγιση για την αναφορά στα συναισθήματα των ασθενών. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, οι ασθενείς παρέχουν αυτο-αναφορές για την ένταση ή τη συχνότητα της εμπειρίας από ένα σύνολο θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.

Στις δυτικές χώρες, οι αναφορές των αρνητικών συναισθημάτων τείνουν να είναι λιγότερο έντονες από αυτές των θετικών συναισθημάτων. Για παράδειγμα, στην παρακολούθηση των συναισθημάτων σε ασθενείς με οξεία περίθαλψη, οι Dube και Morgan (1996, 1998) παρατήρησαν την πρώτη ημέρα της νοσηλείας κατά μέσο όρο ,από μια κλίμακα 7 σημείων, 3,97 να αντιστοιχούν σε θετικά συναισθήματα έναντι 1,94 σε αρνητικά συναισθήματα. Μια παρόμοια σύνθεση συναισθηματικής εμπειρίας, με φυσική κυριαρχία θετικών και αρνητικών επιδράσεων και σχετική ανεξαρτησία των δύο διαστάσεων, έχει βρεθεί σε άλλα πλαίσια, όπως σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες με αναπηρία (Shifren 1997) ή στην αναμονή σε ένα αεροδρόμιο (Taylor 1994), καθώς και στην καθημερινή ζωή (Brown & Moskowitz 1997).

7.2.4 ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η έρευνα δείχνει ότι η ικανοποίηση των ασθενών οφείλεται κατά κύριο λόγο στην

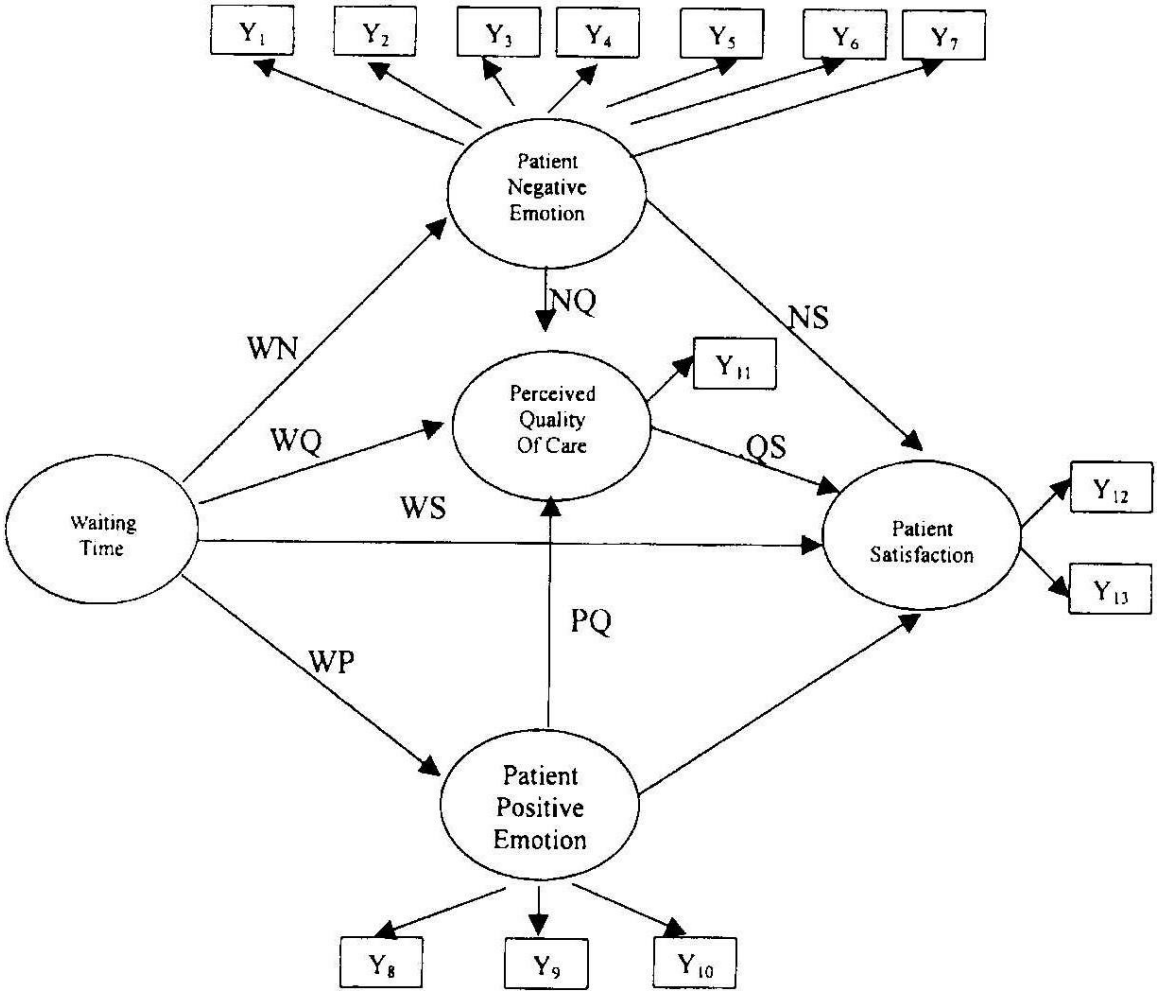
αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει, με την υψηλότερη ποιότητα να οδηγεί σε υψηλότερη ικανοποίηση (Donabedian, 1988, Pascoe, 1983, Pascoe, Atkinson & Roberts, 1983).

(Αυτή η σχέση είναι τυποποιημένη στον σύνδεσμο QS στην Εικόνα 1).

Όπως προκύπτει από την έρευνα τα συναισθήματα (θετικά και αρνητικά) είναι πιθανό να επηρεάσουν την ικανοποίηση μέσω της έμμεσης οδού ενώ τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να έχουν άμεση επίδραση στην ικανοποίηση (σύνδεσμος NS). Σύμφωνα με τον Oliver (1997) η ικανοποίηση δεν απορρέει μόνο από την αντίληψη της ποιότητας των παροχών, αλλά και από διάφορες πτυχές της εμπειρίας κάποιου, όπως οι προηγούμενες προσδοκίες και ο βαθμός στον οποίο πληρούνται οι παροχές, η αίσθηση της δικαιοσύνης και το ενδιαφέρον, που αποτελούν εδώ τις βασικές αποτιμήσεις.

Συνεπώς, ακόμη και αν τα αρνητικά συναισθήματα που συνοδεύουν μια πραγματική ή εν δυνάμει ασθένεια δεν σχετίζονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, όταν αυτά βιώνονται στην μονάδα Υγείας, σωστά ή λανθασμένα, αποδίδονται εν μέρει στον πάροχο και επηρεάζουν αντιστρόφως και άμεσα την ικανοποίηση.

Αυτή η σχέση παριστάνεται στην παρακάτω εικόνα από τον σύνδεσμο NS.



Εικόνα 1:Άμεσες και έμμεσες επιδράσεις των συναισθημάτων των ασθενών στην ικανοποίηση

7.2.5 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Επειδή πολλές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παράγονται και παρέχονται

παρουσία του ασθενούς, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς εξελίσσεται η σύνθεση των συναισθημάτων των ασθενών και οι σχέσεις τους με την ικανοποίηση καθώς παρέρχεται ο χρόνος για την πραγματική παροχή φροντίδας.

Όπως είπαμε, υπάρχουν διακυμάνσεις κατά το χρονικό διάστημα αναμονής προς τον ιατρό (δηλαδή μέχρι να ληφθεί ο πυρήνας της υγειονομικής υπηρεσίας) οι οποίες έχουν ιδιαίτερη σημασία επειδή επιτρέπουν την ανάπτυξη και τον έλεγχο προβλέψεων που βασίζονται σε θεωρητικούς λόγους.

Με βάση τη θεωρία πεδίου του Kurt Lewin (1943), οι ερευνητές στον τομέα της διαχείρισης υπηρεσιών (Hui, Thakor & Gill, 1998, Dube, Schmitt & Leclerc, 1991) έχουν διαπιστώσει ότι η αναμονή σε αρχικό στάδιο της διαδικασίας, πριν να παρασχεθεί η βασική υπηρεσία, είναι ένα ιδιαίτερα αποτρεπτικό γεγονός επειδή εμποδίζει τη πρόσβαση κάποιου προς την επίτευξη του στόχου του. Όσο μακρύτερος είναι ο δρόμος προς το στόχο, τόσο μεγαλύτερη είναι η απογοήτευση και τα άλλα αρνητικά συναισθήματα και η προσοχή του ασθενούς επικεντρώνεται σε αυτήν την αποσπασματική εμπειρία.

Παρόμοια συμπεράσματα σχετικά με την ευαισθησία της συναισθηματικής εμπειρίας στη διάρκεια αποσπασματικών συνθηκών μπορούν να εξαχθούν από τα αποτελέσματα της έρευνας για την κλιμάκωση της επίμονης ενόχλησης (Berkowitz, 1989, Mikolic, Parker & Pruitt, 1997). Ως εκ τούτου, καθώς η διάρκεια της αναμονής για την εμφάνιση ενός γιατρού αυξάνεται, η συναισθηματική εμπειρία του ασθενούς θα επιδεινωθεί όσον αφορά τα λιγότερο έντονα θετικά συναισθήματα και τα πιο έντονα αρνητικά συναισθήματα και θα οδηγήσει επίσης σε πιο αρνητική αντίληψη της ποιότητας της φροντίδας και σε μικρότερη ικανοποίηση.

Επιπλέον, είναι πιθανό ότι η συνεισφορά των συναισθημάτων ως παράγοντας πρόβλεψης της ικανοποίησης θα αυξηθεί σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Η έρευνες στην κοινωνική ψυχολογία (Brett-Halberstadt & Niedenthal, 1997 · Epstein, 1994 · Epstein et al., 1992 · Kirkpatrick & Epstein, 1992) και νευροεπιστήμη (Bechara 1997, Damasio, 1996) διαπιστώνουν ότι οι έντονα συναισθηματικές, συνειδητές και ασυνείδητες διαδικασίες μπορεί να λειτουργούν μετατοπίζοντας τις κρίσεις, τις αποφάσεις ή τις συμπεριφορές των ασθενών μακριά από το να βασίζονται στην ορθολογική επεξεργασία των πληροφοριών, δηλ. λιγότερο ανακλαστικές αποφάσεις και ενέργειες βασισμένες στα συναισθήματα . Με άλλα λόγια, όσο πιο έντονες γίνονται οι συγκινήσεις, τόσο περισσότερο οι κρίσεις γίνονται σε συναισθηματική βάση, με μικρότερη αποκλειστική εκτίμηση των πληροφοριών (π.χ αντίληψη περί ποιότητας της φροντίδας στην παρούσα περίπτωση). Αυτό υποδηλώνει ότι με την αύξηση του χρόνου αναμονής του ασθενούς για την εξέταση από τον γιατρό, οι διαπιστωμένες σχέσεις μεταξύ των θετικών (έμμεσων) και των αρνητικών (άμεσων και έμμεσων)

συναισθημάτων και της ικανοποίησης των ασθενών γίνονται ισχυρότερες από αυτές που παρατηρούνται με μικρότερο χρόνο αναμονής.

7.3 ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 2 –ΤΕΠ ΣΟΥΗΔΙΑΣ

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η εμπειρία των ασθενών με χαμηλότερη προτεραιότητα που περιμένουν για περίθαλψη στα Τεπ. Η μελέτη αυτή χρησιμοποίησε την ερμηνευτική φαινομενολογική προσέγγιση, η οποία είναι μια ποιοτική ερευνητική μέθοδος που βασίζεται στην τεχνική του Paul Ricoeur για την ανάλυση κειμένου (Svedlund 2000). Ο σκοπός της ερμηνευτικής φαινομενολογικής μεθόδου είναι να περιγράψει και να κατανοήσει τη σημασία ενός φαινομένου. Ο Ricoeur υποστηρίζει ότι υπάρχει μια αμοιβαία σχέση μεταξύ της φαινομενολογίας και της ερμηνευτικής. Η φαινομενολογία επικεντρώνεται στο περιεχόμενο της εμπειρίας ενός ατόμου, που μπορεί να προσεγγιστεί με μια συνέντευξη με το άτομο που είχε την εμπειρία. Η ερμηνευτική συνεπάγεται την ερμηνεία του κειμένου της συνέντευξης προκειμένου να αποκαλυφθεί ολόκληρη η έννοια της εμπειρίας του ατόμου (Lindseth 2000 , Ricoeur1976).
Σύμφωνα με τον Lindseth (2004) πραγματικές φαινομενολογικές περιγραφές είναι ανεπαρκείς για τους σκοπούς της έρευνας σχετικά με μια αντιληπτή εμπειρία. Αυτές τις περιγραφές πρέπει κάποιος να τις ερμηνεύσει για να είναι χρήσιμες και πλήρως κατανοητές. Μια φαινομενολογική ερμηνεία σημαίνει επίσης να αποκτήσουμε καλύτερη κατανόηση του εαυτού μας και των άλλων με νέους αλλά όχι άγνωστους τρόπους.

7.3.1 ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Οι ασθενείς έχουν προτεραιότητα στην ταξινόμηση σε κλίμακα πέντε σημείων (σχήμα 1), το οποίο απεικονίζει τους χρόνους αναμονής για τις καθορισμένες κατηγορίες

ταξινόμησης. Η επιλογή των ερωτηθέντων για τη μελέτη αυτή έγινε από ασθενείς χαμηλότερης προτεραιότητας στα Τεπ οι οποίοι περιμένουν και το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να εξυπηρετηθούν . Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν από αυτούς που είχαν προτεραιότητα 4 (πράσινο) και προτεραιότητα 5 (μπλε).Η ιατρική ιεράρχηση καθορίζει το χρονικό διάστημα έως ότου ο ασθενής να συναντηθεί με τον γιατρό.
Με τον καθορισμό του αριθμού των ασθενών σε κάθε κατηγορία της σειράς ταξινόμησης, μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα τον φόρτο εργασίας ενός τμήματος επειγόντων. Για να μετρήσουμε ποιοτικά την αποτελεσματικότητα , μπορούμε να συγκρίνουμε τους συνιστώμενους μέγιστους χρόνους αναμονής για κάθε ασθενή με τους πραγματικούς χρόνους αναμονής(Mackway-Jones 1997).

Level	Nomenclature	Color	Waiting time in minutes
1	Immediate	Red	0 minutes, patiens with life-threatening condition. In need of immediate attention
2	Critical	Orange	10 minutes, patiens that can develop into life-threatening situations if they are kept waiting or are having extreme pain. In need of attention in a relatively short period of time
3	Urgent	Yellow	60 minutes, patients who have a medical condition but can wait some time before treatment without medical risk.
4	Standard	Green	120 minutes, patients who are able to wait while others with more critical needs go before them in priority. No medical risk in waiting.
5	Non-emergency	Blue	240 minutes, patients that have symptoms of illness but are not in immediate medical need of attention.

πίνακας 3 : Ονοματολογία και χρόνος αναμονής για ταξινόμηση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σύμφωνα με το «The Triage Group » του Μάντσεστερ.

7.3.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων ήταν: ηλικία >18 ετών, χρόνος αναμονής μεγαλύτερος των τριών ωρών για ιατρική περίθαλψη, παθολογική ,ορθοπεδική εξέταση

ή χειρουργική επέμβαση. Τα κριτήρια αποκλεισμού περιελάμβαναν εγκυμοσύνη, ηλικία μικρότερη των 18 ετών και προηγούμενη θεραπεία από προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης που συμμετείχε στη μελέτη. Για να επιλεγούν οι συμμετέχοντες, αποστέλλονται συνολικά 60 επιστολές στην περιοχή Skaraborg, στην περιοχή Västra Götaland. Από τους 60 πιθανούς συμμετέχοντες, 19 απάντησαν ότι ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν. Από αυτή την ομάδα, οι τέσσερις δεν μπορούσαν να προσεγγιστούν τηλεφωνικά, όταν οι συνεντεύξεις είχαν εγγραφεί για τη συνέντευξη, και ένα άτομο άλλαξε γνώμη για συμμετοχή. Δεκατέσσερα άτομα υπέγραψαν το έντυπο γραπτής συγκατάθεσης για να συμμετάσχουν και αυτή η ομάδα περιλάμβανε εννέα γυναίκες και πέντε άνδρες .Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 36-85 (μέσος όρος 66,3) χρόνια.
Λόγοι που δόθηκαν για την παρακολούθηση περιλαμβάνουν πόνο στο στήθος, άλλος πόνος ή ατύχημα.

7.3.3 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια περιόδου έξι εβδομάδων από τον Οκτώβριο έως τον Νοέμβριο του 2007 με τη χρήση αφηγητικών συνεντεύξεων.
Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο σπίτι του ερωτώμενου, στο χώρο εργασίας τους ή στην πραγματική αίθουσα που είχαν επισκεφθεί. Οι συνεντεύξεις βασίστηκαν σε έναν οδηγό συνέντευξης.
Ο οδηγός συνέντευξης δεν είχε σχεδιαστεί για να ακολουθηθεί κατά λέξη, αλλά χρησιμοποιήθηκε για να παρέχει μια γενική δομή για τη συνέντευξη. Ήταν σημαντικό ότι ο ερωτώμενος αισθάνθηκε ελεύθερος να εξηγήσει πλήρως την εμπειρία του, με τα δικά του λόγια και ήταν σημαντικό για τον ερευνητή να αισθάνεται ελεύθερος να κάνει ερωτήσεις για μια πληρέστερη κατανόηση της εμπειρίας του ασθενούς. Μια πιλοτική συνέντευξη διεξήχθη για να δώσει στον ερευνητή κάποια εμπειρία στη τεχνική συνέντευξης και να βοηθήσει στην ανάπτυξη του οδηγού συνέντευξης.
Καμία από τις συνεντεύξεις δεν διεξήχθη ενώ οι ερωτώμενοι ήταν ακόμη ασθενείς. Όλες οι συνεντεύξεις ξεκίνησαν με την ίδια ανοικτή ερώτηση, δηλαδή: "Μπορείτε να μου πείτε για την επίσκεψή σας στην αίθουσα αναμονής στα Τεπ και να ξεκινήσετε με την άφιξή σας στο θάλαμο;" Ζητήθηκε η υποστήριξη σε ερωτήσεις όπως "Θα μπορούσατε να επεξεργαστείτε;" να λάβετε πιο ολοκληρωμένες απαντήσεις από τους ερωτηθέντες. Οι συνεντεύξεις ήταν μαγνητοσκοπημένες και κυμαινόταν σε χρονικό διάστημα από 15 έως 45 λεπτά. Τα αντίγραφα επεξεργάστηκαν αμέσως από τον ερευνητή για να πάρουν την πληρέστερη εκδοχή της συνέντευξης.

Αυτή η εκδοχή περιελάμβανε τον τρόπο με τον οποίο ο ερωτώμενος εξέφραζε τον εαυτό του, συμπεριλαμβανομένου του γέλιου, της σιωπής ή άλλων κινήσεων έμφασης (Kuale 1996).

7.3.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το αντικείμενο της έρευνας είναι το αποτέλεσμα ενός ατόμου που βρίσκεται σε μια θέση όπου δεν μπορεί να φροντίσει για τον εαυτό του. Αυτό οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση από την επαγγελματική φροντίδα, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι βασικές ανάγκες. Ως αποτέλεσμα της ανάγκης για επείγουσα περίθαλψη, το άτομο βρίσκεται στα Τεπ. Κατά την άφιξη, ο ασθενής έρχεται σε επαφή με έναν νοσηλευτή που εκτιμά την κατάστασή του. Ο ασθενής αμέσως εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού να εκτιμήσει την κατάστασή του. Μεγάλο μέρος αυτής της εκτίμησης βασίζεται στην ικανότητα του ασθενούς να εκφράσει με σαφήνεια ποιες είναι οι δυσκολίες του σχετικά με την κατάσταση της υγείας του. Μερικοί από τους συνεντευξιαζόμενους είχαν δυσκολία να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αλλά συνειδητοποίησαν πόσο σημαντικό ήταν να δώσουν στο προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης ακριβή εικόνα των συμπτωμάτων που τους ώθησαν να αναζητήσουν θεραπεία στα Τεπ. Όταν οι ερωτηθέντες αισθάνθηκαν ότι είχαν το περιθώριο να εκφράσουν ελεύθερα τα συμπτώματά τους και τα συναισθήματά τους, είχαν την αίσθηση ότι αναγνωρίστηκαν και λήφθηκαν σοβαρά υπόψη. Μερικοί από τους ασθενείς θεώρησαν ότι ήταν σημαντικό και απαραίτητο να γνωρίζουν τι οι νοσηλευτές καταγράφουν στα αρχεία τους. Αρκετοί ασθενείς εξέφρασαν στη δήλωσή τους ότι δεν ήταν σίγουροι για το τι οι νοσηλευτές είχαν αποτυπώσει και τους έκανε να αισθάνονται αβέβαιοι. "Η νοσηλεύτρια με ρώτησε όταν γεννήθηκα ... έγραψε κάτι σε ένα κομμάτι χαρτί ... Δεν ξέρω τι έγραψε και ποτέ δεν μίλησε γι 'αυτό."

Από την αρνητική πλευρά, όταν ο ασθενής έχει χαμηλή προτεραιότητα , το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να μην του δώσει επαρκή προσοχή, γεγονός που τους αποθαρρύνει από την πλήρη έκφραση τους. Χωρίς την κατάλληλη προσοχή, ένας ασθενής που χρήζει φροντίδας μπορεί να αισθάνεται ότι είναι ενοχλητικός, γεγονός που με τη σειρά του τον κάνει να νιώθει αβοήθητος και ανασφαλής. Μερικές φορές η παραμονή ενός ασθενούς συμπίπτει με την αλλαγή προσωπικού από βάρδια σε βάρδια και αυτό θα μπορούσε να συμβάλει στην αίσθηση ότι αγνοείται. Μπορούν ακόμη και να αρχίσουν να αναρωτιούνται αν έπρεπε να αναζητήσουν βοήθεια στο ΤΕΠ. "Δεν είχα καμία φροντίδα κατά την περίοδο αναμονής. Αυτό ήταν αρκετά απογοητευτικό. Γιατί δεν έρχεται κανείς

να μου μιλήσει ... Γιατί δεν υπάρχει καμία εξήγηση για το λόγο που κάθομαι εδώ μόνος μου και περιμένω; "

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες θεώρησαν ότι δεν έλαβαν τη φροντίδα που είχαν το δικαίωμα να περιμένουν και αυτό τους άφησε να αισθάνονται ότι τα δικαιώματά τους παραβιάζονται. Άλλοι θεώρησαν ότι ένας σημαντικός παράγοντας για το γεγονός ότι δεν έλαβαν επαρκή προσοχή ήταν το γεγονός ότι ο θάλαμος δεν είχε αρκετά καθίσματα. Λόγω της σοβαρότητας των περιπτώσεων υψηλότερης προτεραιότητας στον θάλαμο, η πλειονότητα των πόρων έπρεπε να αφιερωθεί σε αυτές τις περιπτώσεις.

Οι θετικές πτυχές της εξάρτησης του συμμετέχοντα από το νοσηλευτικό προσωπικό συνέβησαν όταν οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την φροντίδα των νοσηλευτών Μέσα από την εξάρτησή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι σχημάτισαν θετικές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσοκόμες που θεωρούνταν διαθέσιμες, προσεκτικές και ανταποκρίνονταν καταλλήλως στις ανάγκες του ασθενούς εκτιμήθηκαν σε μεγάλο βαθμό . «Συναντήθηκα με την ίδια νοσηλεύτρια πολλές φορές ... Επέστρεψε πολλές φορές και μου είπε ότι ο γιατρός καθυστέρησε ... μου έδωσε καφέ και σάντουιτς και βεβαιώθηκε ότι οι συγγενείς μου ήρθαν στην αίθουσα εξετάσεων από την αίθουσα αναμονής και έτσι θα μπορούσαμε να περάσουμε μαζί τον χρόνο αναμονής. Αυτή η στήριξη ήταν πραγματικά σημαντική για μένα εκείνη τη στιγμή. "

Η παρουσία τόσο των αρνητικών όσο και των θετικών πτυχών της κατάστασης φροντίδας στην αίθουσα αναμονής δημιούργησε μερικές φορές ένα αίσθημα σύγκρουσης για τους ασθενείς.

Μερικές φορές αισθάνθηκαν σαν να πρέπει να επιλέξουν μεταξύ συμπάθειας με το προσωπικό για τις αυστηρές απαιτήσεις του χρόνου τους και τις ανησυχίες τους σχετικά με την υγεία τους. Επίσης, οι απομαγνητοφωνήσεις απεκάλυψαν ότι ασθενείς χαμηλής προτεραιότητας υποβλήθηκαν σε περιττή ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια παρατεταμένων χρόνων αναμονής. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεγάλους χρόνους αναμονής υπέστησαν λόγω βασικών ανεκπλήρωτων αναγκών, όπως έλλειψη τροφίμων και ποτών και ανεπαρκή ανακούφιση από τον πόνο. Αυτοί οι τύποι αναγκών θεωρήθηκαν ως αναγκαιότητες από τους ασθενείς για να αντιμετωπίσουν τον χρόνο αναμονής τους . Είναι ανθρώπινη φύση να ικανοποιεί τις ανάγκες του ατόμου όταν είναι δυνατόν, αλλά όταν ένας ασθενής δεν μπορεί να διαχειριστεί μόνος του την κατάστασή του, πρέπει να ζητήσει βοήθεια. Μερικοί από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι θεωρούν ότι αν πονούσαν περισσότερο θα είχαν ληφθεί σοβαρότερα υπόψη. «Πιθανότατα δεν είχα αρκετό πόνο για να είμαι κατάλληλος για άμεση φροντίδα ... Αν είχα περισσότερο πόνο, πιθανότατα θα είχα λάβει καλύτερη φροντίδα».

Οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης δυσκολευόταν να καταλάβει πόσο πόνο και δυσφορία έζησαν κατά τη διάρκεια της αναμονής για εξέταση. "Ζήτησα την ανακούφιση του πόνου αλλά δεν έκαναν τίποτα ... οι άνθρωποι της υγειονομικής περίθαλψης αισθανόμουν ότι θα μπορούσα να περιμένω, αλλά δεν ένιωθα ότι θα μπορούσα ... να βλάψει τόσο άσχημα ... έτσι πήρα το δικό μου φάρμακο που είχα μαζί μου. "

Ο ασθενής έφτασε στο όριο της έκθεσής του επειδή το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είδε ή δεν κατανόησε τις ανάγκες του. Οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι δεν αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό και ότι τα συμπτώματά τους δεν ελήφθησαν σοβαρά υπόψη. Ήταν ανίσχυροι σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που τους έκανε να αισθάνονται εκτεθειμένοι. Ο χρόνος αναμονής ήταν δύσκολο να κατανοηθεί για τους ασθενείς όταν αναγκάστηκαν να περιμένουν ιατρικό προσωπικό από άλλες αίθουσες. "Έπρεπε να περιμένω έναν άλλο γιατρό επειδή ο πρώτος ήθελε να συμβουλευτεί με έναν άλλο ... και όταν άρχισε το δεύτερο ... έκανε μια εξήγηση στον πρώτο γιατρό για την περίπτωσή μου ... Όταν ήρθε η ώρα να λάβω μια εξήγηση που γνώρισα ένας άλλος γιατρός επειδή ο αρχικός είχε πάει στο σπίτι. "

Πολλοί ερωτηθέντες απάντησαν ότι αισθάνονταν άχρηστοι. Αναρωτιόταν πώς θα μπορούσαν να επιστήσουν την προσοχή στις ανάγκες τους στην ευάλωτη θέση τους. Ένιωσαν ξεχασμένοι και παραμελημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό και αυτά τα συναισθήματα έδωσαν τη θέση τους σε αισθήματα προσβολής και ταπείνωσης. "Αισθανόμουν άχρηστος, όταν καθόμουν εκεί και περίμενα βοήθεια ... δεν φαινόταν να νοιάζεται κανείς. Το προσωπικό έτρεχε πάνω κάτω. Ήμουν εντελώς ανήμπορος και αισθάνθηκα τρομερά μοναχικός και εγκαταλελειμμένος. "

Τα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού συνίσταντο σε ορισμένες διαδικασίες ρουτίνας που οι ασθενείς θεωρούσαν δυσάρεστες. Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό δεν εξήγησε τις διαδικασίες που εκτελούσαν και τις πιθανές διακλαδώσεις, οι ασθενείς ήταν περισσότερο απογοητευμένοι. Το αποτέλεσμα αυτής της έλλειψης επικοινωνίας ήταν ότι ο ασθενής εκδήλωσε πρόσθετο άγχος και ανησυχία, γεγονός που τον άφησε να αισθάνεται ότι δεν συμμετείχε στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τη δική του υγειονομική περίθαλψη. "Η νοσοκόμα πήρε ένα ΗΚΓ και την αρτηριακή μου πίεση, μου είπε ότι οι γιατροί θα δουν το υλικό ... τότε έφυγε. Μετά από λίγο, το πιεσόμετρο σηκώθηκε και σκέφτηκα: «Θεέ μου, το έχει ξεχάσει, κι αν δεν επιστρέψει; Τι συμβαίνει τότε;

Όταν ένα άτομο ασθενεί χάνει κάποια από την προσωπική του ακεραιότητα και η ασθένειά του ή ο τραυματισμός του τον κάνουν ευάλωτο. Οι άνθρωποι που θεωρούνται υπό άλλες συνθήκες ως ισχυροί και ανθεκτικοί, θεωρούνται ευάλωτοι ως ασθενείς. Γίνονται ακόμα πιο ευάλωτοι όταν είναι χαμηλής προτεραιότητας στα Τεπ. Οι

ασθενείς με χαμηλή προτεραιότητα είναι πιο πιθανό να αισθάνονται ευάλωτοι επειδή μπορεί να αισθάνονται ότι δεν ανήκουν στην πιο σημαντική ομάδα ασθενών Αυτή η ευπάθεια εντοπίστηκε όταν οι ασθενείς αισθάνονταν εγκαταλελειμμένοι από το προσωπικό. "Γιατί δεν βγαίνει κάποιος σε μένα και να εξηγήσει γιατί παίρνει τόσο πολύ; Ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος, αλλά φαινόταν να είναι για πάντα ... Ένιωσα εντελώς μόνος μου και εγκαταλείφθηκα. "

Οι ασθενείς εξήγησαν ότι αισθάνονταν ότι αντιμετωπίζονταν με μη εξυπηρετικό τρόπο από το προσωπικό και ότι ένιωθαν αόρατοι. "Αυτό που πραγματικά αισθανόμουνα ήταν ότι με έβλεπαν όλη την ώρα ... αλλά είχα την εντύπωση ότι δεν τους ένοιαζε".

Η έλλειψη πληροφόρησης θεωρήθηκε ότι συνέβαλε στην ταλαιπωρία τους, δεδομένου ότι οι ασθενείς έπρεπε να περιμένουν χωρίς να ξέρουν γιατί. Όταν οι νοσηλευτές θεωρούνταν αντιπαθητικοί, αυτό προκάλεσε επιπλέον ψυχική ταλαιπωρία για τους ασθενείς.

Από την άλλη, τα αντίγραφα των συνεντεύξεων έδειξαν ότι οι ασθενείς ένιωσαν ασφάλεια κατά την παραμονή τους στην αίθουσα αναμονής. Η αίσθηση της ασφάλειας οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν ότι η βοήθεια ήταν πολύ κοντά και ότι μπορούσαν να υπολογίζουν στην ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού και να έχουν σωστή διάγνωση σχετικά με την κατάστασή τους.

Αυτή η αίσθηση ασφάλειας επικυρώθηκε όταν το νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε κατανόηση και συμπόνια για την κατάσταση του ασθενούς. Όταν οι ασθενείς μπόρεσαν να μεταβιβάσουν την ευθύνη για την υγεία τους στο αρμόδιο νοσηλευτικό προσωπικό και τους γιατρούς, ένιωσαν ασφαλείς. Το αίσθημα ασφάλειας αυξήθηκε όταν ο ασθενής έφθασε σε προσωπική επαφή με το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης. "Ένιωσα ήρεμος και ασφαλής αμέσως μόλις μπήκα στην αίθουσα των επειγόντων και ήρθα σε επαφή με το προσωπικό εκεί ... Ένιωσα ότι ήμουν σε καλά χέρια."

Μόλις έχει υπάρξει επαφή με τον ασθενή, είναι σημαντικό να διατηρηθεί η επαφή, διαφορετικά ο ασθενής μπορεί να χάσει εύκολα την εμπιστοσύνη του στο προσωπικό εάν δεν ακολουθήσει τις υποσχέσεις του. "Το προσωπικό απλά υπόσχεται και υπόσχεται ... αλλά τίποτα δεν συμβαίνει ... δεν μπορεί να εμπιστευτεί".

Όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τραυματισμό ή ασθένεια, η φυσική απάντηση είναι να ανησυχούν και νευρικοί για μια αβέβαιη και απειλητική κατάσταση. Μια κατάσταση που μπορεί να θεωρηθεί ως αγχωτική για ένα άτομο δεν μπορεί να θεωρηθεί προβληματική για άλλη. Οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν και συμπεριφέρθηκαν με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με το πόσο ασφαλείς αισθάνονταν στην κατάστασή τους. Εάν μια κατάσταση θεωρηθεί σοβαρή ή απειλητική, οι συναισθηματικές αντιδράσεις που κυμαίνονται από το θυμό, το άγχος, μέχρι την απελπισία, μπορεί να είναι αρκετά χαρακτηριστικές. Όταν οι ασθενείς τίθενται αρχικά στην ουρά αναμονής

σε περίπτωση αναμονής, αρχίζουν χρησιμοποιώντας τη δική τους στρατηγική αντιμετώπισης. Οι ασθενείς που έχουν προηγούμενη εμπειρία στα ΤΕΠ μπορεί να είναι σε θέση να αξιοποιήσουν την εμπειρία τους για να τους βοηθήσουν να αισθάνονται ασφαλείς και να διαχειρίζονται τις αντιδράσεις τους.

7.3.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς από τη φροντίδα που δέχεται είναι ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. (Thomson 1996, Attree 2001). Σύμφωνα με τον Nyström (2003), οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη είχαν την προσδοκία ότι, όταν μπήκαν στην αίθουσα αναμονής των επειγόντων, θα γίνουν καλά δεκτοί, κατανοητοί και αποδεκτοί. Όταν οι συμμετέχοντες δεν έλαβαν την δέουσα προσοχή από το νοσηλευτικό-ιατρικό προσωπικό, θεωρήθηκε ως παραβίαση της αξιοπρέπειάς τους. Το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από τον ασθενή προκειμένου να έχει εργασία , και οι ασθενείς εξαρτώνται από τη γνώση και τη φροντίδα του επαγγελματία υγείας.. Έτσι, το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης και οι ασθενείς έχουν εξάρτηση, αλλά όχι αμοιβαία, επειδή το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης και οι ασθενείς δεν μπορούν να αλλάξουν θέση (Kasen 2002).

Οι ασθενείς εξαρτώνται πλήρως από το νοσηλευτικό προσωπικό που θα αξιολογήσει το ιστορικό της υγείας τους. Οι άνθρωποι που έχουν ανάγκη φροντίδας αναγκάζονται να εμπιστευτούν το προσωπικό, τόσο σωματικά όσο και διανοητικά (Wiman 2003). Η κατανόηση της ευπάθειας του ασθενούς στην υγειονομική περίθαλψη απαιτεί ένα σοβαρό υπόβαθρο στις επιστήμες φροντίδας. Η πραγματική προοπτική είναι η πραγματικότητα στην οποία ζούμε και αυτό συνήθως θεωρείται δεδομένο (Nystrom 2003).

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν ότι οι ασθενείς χαμηλής προτεραιότητας δεν λαμβάνουν επαρκή προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς που δεν δέχονται προσοχή αισθάνονται περιθωριοποιημένοι. Όταν οι ασθενείς με υψηλή προτεραιότητα στο θάλαμο έχουν προωθηθεί μέσω του συστήματος, σπάνια υπάρχει αρκετός χρόνος για να δοθεί στους ασθενείς με χαμηλότερη προτεραιότητα και να τους δοθεί το επίπεδο προσοχής που χρειάζονται (Nystrom 2003).

Σε αυτή τη μελέτη, η αρτηριακή πίεση, ο παλμός και η θερμοκρασία του ασθενούς ελέγχθηκαν στην αίθουσα αναμονής των Τεπ. Αυτό δίνει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη φυσική κατάσταση του ασθενούς, αλλά αυτό δεν δίνει όλη την εικόνα. Το σύστημα προτεραιότητας αφήνει την ιατρική εξειδίκευση και το νοσηλευτικό έργο ανατίθεται σε λιγότερο προωθητικό ρόλο, όπως ελάχιστο περιθώριο υποκειμενικών

κρίσεων. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η λεκτική περιγραφή του ασθενούς για τα ιατρικά συμπτώματά του και ο τρόπος με τον οποίο εκφράζει τη συναισθηματική του κατάσταση παρέχει στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι όταν οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζονται ολιστικά μπορούν να βιώσουν σύγχυση και να αισθανθούν ότι η ακεραιότητά τους έχει παραβιαστεί(Kasen 2002, Lindseth 2004).

Οι ιστορίες των συμμετεχόντων έδειξαν ότι δεν κατανοούσαν πάντα το σύστημα ,από την άποψη του τι συνέβη και τι θα συνέβαινε. Αυτή η έλλειψη κατανόησης μπορεί να ερμηνευθεί ως παραβίαση του δικαιώματος του ασθενούς σε αυτοεκτίμηση. Εάν οι ασθενείς έχουν καλύτερη και ενημερωμένη πληροφόρηση σχετικά με τον πιθανό χρόνο αναμονής τους, τους δίνει μια καλύτερη εικόνα της φροντίδας που λαμβάνουν και ενισχύει την αίσθηση ότι συμμετέχουν και σε μια αίσθηση συνεννόησης με το προσωπικό (Stuart 2003). Στόχος της νοσοκομειακής περίθαλψης στα Τεπ είναι η μείωση ή πρόληψη περιττών ταλαιπωριών και ευάλωτων περιπτώσεων. Στόχος του προσωπικού πρέπει να είναι η δημιουργία συνθηκών που βελτιώνουν την ευημερία και σταθεροποιούν τους ασθενείς, ενώ περιμένουν τη θεραπεία, ενσωματώνοντας την ιατρική τους εμπειρογνωμοσύνη με το νοσηλευτικό τους περιβάλλον (Wiman 2003).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τηρούνται τα δικαιώματα του ασθενούς, τα οποία μπορεί να χαθούν ή να αγνοηθούν κατά την ιεράρχηση της θεραπείας. Όταν οι επαγγελματίες υγείας με διαφορετικές αρμοδιότητες στα Τεπ διαιρούνται στην περίθαλψη των ασθενών, υπάρχει ο κίνδυνος να χαθεί η μεγάλη εικόνα. Αυτή η έλλειψη εστίασης ή συνέχειας μπορεί ενδεχομένως να ενισχύσει την αντίληψη του ασθενούς για τη δική του ευπάθεια (Fernandes 2005). Η αποτελεσματική επικοινωνία καθίσταται όλο και πιο σημαντική στις καταστάσεις νοσηλείας που συμβαίνουν σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Είναι επίσης σημαντικό στα Τεπ να παρέχεται εξατομικευμένη περίθαλψη που να σχετίζεται και να βασίζεται στις ανάγκες του ασθενούς. Αυτό περιλαμβάνει τον ασθενή που αντιμετωπίζεται ως μοναδικό άτομο, για τον οποίο πρέπει να τηρούνται τα ατομικά δικαιώματα και η αξιοπρέπεια. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό το επίπεδο εξατομικευμένης φροντίδας, είναι σημαντικό να ενθαρρυνθεί μια σχέση φροντίδας. Η ικανότητα φροντίδας για τις συναισθηματικές ανάγκες ενός ασθενούς σε μια επείγουσα κατάσταση εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού να δημιουργεί μια σχέση φροντίδας που να στοχεύει τις βραχυπρόθεσμες ανάγκες του ασθενούς και να αντιμετωπίζει την άμεση κατάστασή τους (Nystrom 2003, Travellbee 1971).

Επειδή ο χρόνος είναι τόσο κρίσιμος στο τμήμα επειγόντων , η έμφαση δίδεται στον τρόπο διαχείρισης και εκτίμησης ιατρικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης γρήγορα και αποτελεσματικά και όχι στην εστίαση στις ανάγκες των ασθενών.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι μεγάλοι φόρτοι εργασίας και οι δύσκολες χρονικές δυσχέρειες είναι δύο βασικοί λόγοι που δυσχεραίνουν την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών.

Οι ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν τις ανάγκες τους όταν οι επαγγελματίες υγείας ήταν αδικαιολόγητα αγχωμένοι. (Stuart 2000, Attree 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 ΜΕΘΟΔΟΣ-ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ- ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας κρίθηκε καταλληλότερη η χρήση της ποσοτικής μεθόδου η οποία αναζητά τις σχέσεις μεταξύ μεταβλητών ή θέτει ερευνητικές υποθέσεις και εξετάζει την ορθότητά τους.

Η έρευνα μας διεξάγεται με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια κατόπιν μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Στον σχεδιασμό αυτού ,τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τη μορφή των ερωτήσεων, συνέβαλαν οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες περίπτωσης που αναφέρθηκαν παραπάνω, τόσο με τη μορφή ερωτηματολογίου όσο και με τη μορφή της προσωπικής συνέντευξης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από κλειστού τύπου ερωτήσεις και διακρίνεται σε δυο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ,την μέρα και ώρα προσέλευσης και τους χρόνους αναμονής, ενώ το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις σχετικά με τα συναισθήματα και την ικανοποίηση των ασθενών.

Αντίστοιχα ερωτηματολόγια έχουν αξιοποιηθεί στο παρελθόν σε πολυάριθμες μελέτες θεωρείται ότι εξυπηρετεί τους σκοπούς της έρευνας, ενώ οι ερωτήσεις δε θίγουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, δεν προσβάλλουν με οποιονδήποτε τρόπο και δεν υπονοούν ότι μια απάντηση είναι σωστή ή επιθυμητή σε σχέση με κάποια άλλη.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια αφού προηγουμένως είχε ζητηθεί η αντίστοιχη γραπτή άδεια από τη Διοίκηση του νοσοκομείου και από τον αρμόδιο διευθυντή – επικεφαλής του ΤΕΠ. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική ενώ δεν υπήρχε καμία αμοιβή για τους συμμετέχοντες. Πριν τη διανομή των ερωτηματολογίων έγινε ενημέρωση σχετικά με το στόχο και το περιεχόμενο της έρευνας. Τονίστηκε ότι η παρούσα έρευνα έχει καθαρά ερευνητικό ακαδημαϊκό χαρακτήρα, ότι η συμπλήρωση γίνεται ανώνυμα ενώ οι συμμετέχοντες μπορούν να αποχωρήσουν από τη διαδικασία χωρίς κάποια επίπτωση.

Σχετικά με την τήρηση των κανόνων δεοντολογίας δεν υπήρξε πρόθεση για εξαπάτηση ή πρόκληση οποιασδήποτε μορφής βλάβης των ασθενών για τους

σκοπούς της έρευνας. Δεν υπήρξε οικονομικό όφελος ή άλλου είδους αμοιβή της ερευνήτριας. Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν υπήρξε οπτική επαφή της ερευνήτριας με το ερωτηματολόγιο, δε δόθηκαν κατευθύνσεις προς κάποια απάντηση ούτε ασκήθηκε κριτική για το περιεχόμενο των απαντήσεων. Δεν υπήρξε αποκλεισμός ασθενών λόγω πολιτισμικών, κοινωνικών ή άλλων διαφορών.

8.2 ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Ο πληθυσμός της έρευνας στον οποίο απευθυνθήκαμε ήταν ενήλικοι άνδρες ή γυναίκες που επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ στο διάστημα Νοέμβριος 2017 - Μάρτιος 2018 και κατατάσσονται στους ασθενείς χαμηλής προτεραιότητας.

Εξαιρέθηκαν ασθενείς < 18 ετών ,ασθενείς που τελικά εισήχθηκαν στο νοσοκομείο καθώς και ψυχιατρικοί ασθενείς.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας μοιράστηκαν συνολικά 220 ερωτηματολόγια. Από αυτά επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 215.Από αυτά εξαιρέθηκαν τα 9 διότι ήταν ημισυμπληρωμένα. Συνεπώς, διενεργήθηκε στατιστική ανάλυση για 206 ασθενείς (N=206).

Για τις απαντήσεις ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε η πενταβάθμια κλίμακα Likert με διαβάθμιση από πολύ ικανοποιημένος έως πολύ δυσαρεστημένος.

Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας το εργαλείο μέτρησης υποβάλλεται σε έλεγχο αξιοπιστίας alpha του Cronbach.

Τα δεδομένα καταχωρηθήκαν και επεξεργαστήκαν από το στατιστικό υπολογιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences).

Η ανάλυση των δεδομένων γίνεται με δύο τρόπους: Με την περιγραφική ανάλυση μελετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, ενώ με την επαγωγική ανάλυση ερευνώνται πιο σύνθετα ζητήματα που αφορούν κυρίως τα συναισθήματα και την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με τους χρόνους αναμονής.

8.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Θα πρέπει να σημειωθούν κάποιοι περιορισμοί στην έρευνα που πιθανόν δυσχεραίνουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Πρώτον, το χρονικό διάστημα

που δόθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περιορισμένο και ενδεχομένως οδήγησε κάποιους από τους ερωτώμενους στη γρήγορη συμπλήρωσή του, χωρίς ίσως να σκεφτούν επαρκώς τις απαντήσεις.

Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα διεξάγεται σε περιφερειακό νοσοκομείο της Δυτικής Ελλάδος το οποίο εξυπηρετεί κυρίως ασθενείς από τον νομό Αχαΐας και γειτονικούς νομούς. Το δείγμα θεωρείται αρκετά επαρκές προκειμένου τα αποτελέσματα να γενικευτούν στον υπό μελέτη πληθυσμό. Παρόλα αυτά, η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο των ασθενών θα πρέπει να αποφεύγεται. Ενδιαφέρον θα είχε ωστόσο η διεξαγωγή συγκριτικής μελέτης με δεδομένα άλλων νοσοκομείων όπως αυτών της πρωτεύουσας.

Τέλος, στο χρονικό διάστημα που διεξάγεται η έρευνα παρουσιάζονται πολλές διοικητικές εξελίξεις στη λειτουργία του συγκεκριμένου νοσοκομείου (αλλαγή διοικητή νοσοκομείου) με συνέπεια οι αλλαγές αυτές να επηρεάσουν τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας και του τμήματος επειγόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

9.1 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

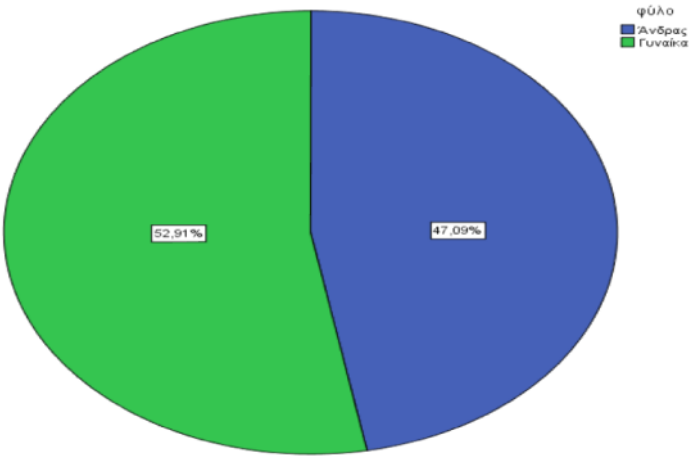
Για τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος του Cronbach’s Alpha βάσει του οποίου η τιμή προέκυψε 0,827. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου κρίθηκαν αξιόπιστες καθώς ο έλεγχος εμφάνιση τιμή 82,7% μεγαλύτερη του 80%.

Cronbach's Alpha	N of Items
,827	40

Πίνακας 3 Έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's Alpha

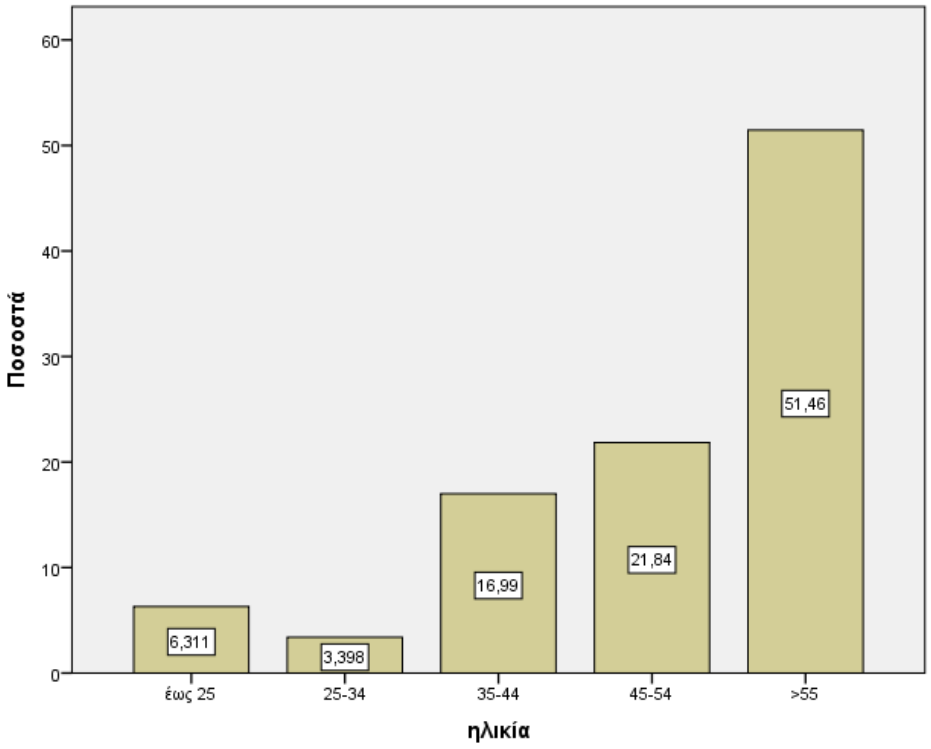
9.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 206 ασθενείς. Από αυτούς οι 190 ήταν γυναίκες και οι 97 άνδρες καθώς 2 δεν απάντησαν στην ερώτηση.



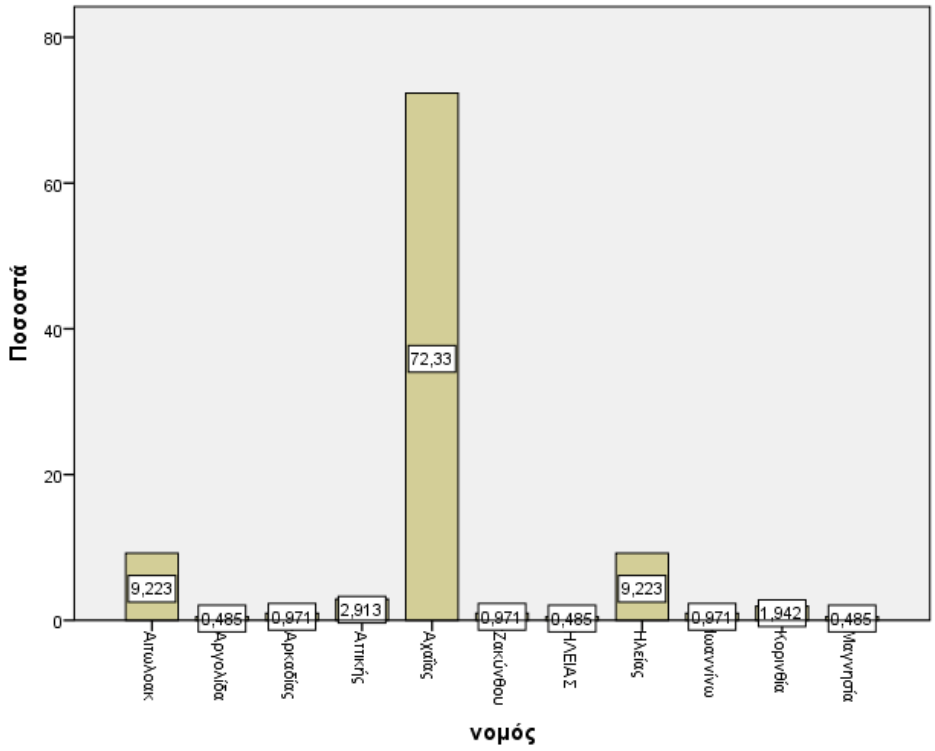
Διάγραμμα 1 φύλο

Από τους 206 ασθενείς η πλειοψηφία, οι 106 ασθενείς ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 55 ετών με ποσοστό 51%. Οι 45 ασθενείς με ποσοστό 21,6% ήταν ηλικίας 45-54 ετών. Οι 37 ασθενείς με ποσοστό 17,8% ήταν ηλικίας 35-44 ενώ συνολικά 20(7 ασθενείς 25-34 ετών και 13 ασθενείς έως 25 ετών) ήταν ηλικίας μικρότερης των 34 ετών.



Διάγραμμα 2 Ηλικία

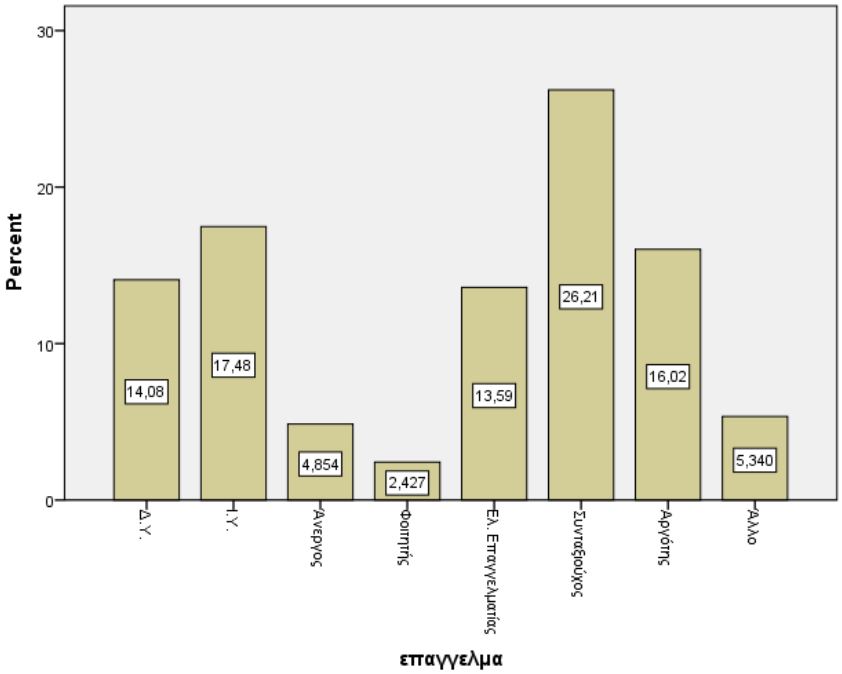
Κυρίως οι ασθενείς κατάγονταν από τον νομό Αχαΐας συνολικά 149 ασθενείς με ποσοστό 71,6%.



Διάγραμμα 3 Νομός

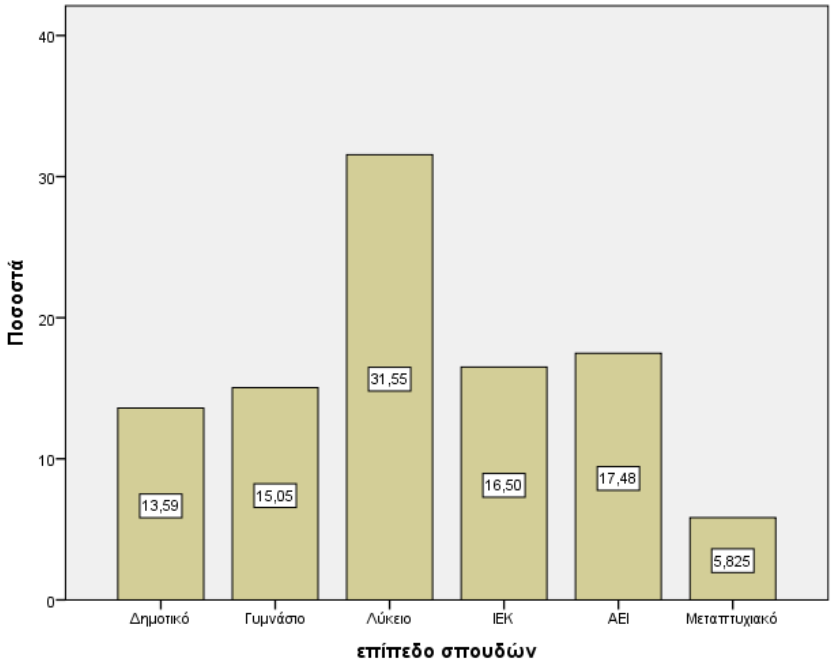
Η κύρια ιθαγένεια των ασθενών ήταν η ελληνική με ποσό ασθενών 178 και αντίστοιχο ποσοστό 85,6%. Άλλες ιθαγένειες μεμονωμένες που δηλώθηκαν ήταν αλβανικής, πακιστανικής, ρωσικής, βουλγάρικης κα.

Από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα οι 29 με ποσοστό 13,9% δήλωσαν πως είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Οι 36 ασθενείς με ποσοστό 17,3% δήλωσαν πως απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα. Οι 10 με ποσοστό 4,8% ήταν άνεργοι και μόλις 5 με ποσοστό 2,4% ήταν φοιτητές. Οι 28 ασθενείς με ποσοστό 13,5% ήταν ελεύθεροι επαγγελματικές και οι 54 ε ποσοστό 26% συνταξιούχοι. Οι 33 ασθενείς με ποσοστό 15,9% ήταν αγρότες ενώ 11 δήλωσαν πως απασχολούνται με κάτι άλλο.



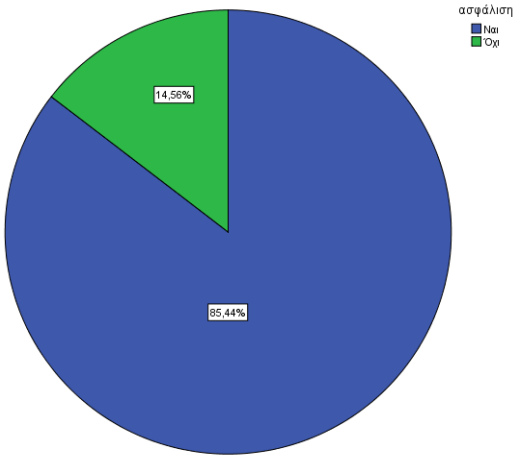
Διάγραμμα 4 Επάγγελμα

Το βασικό επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι λυκείου συνολικά 65 με ποσοστό 31,3%. Απόφοιτοι ΙΕΚ δήλωσαν 34 με ποσοστό 16,3%, απόφοιτοι ΑΕΙ δήλωσαν 36 με ποσοστό 17,3%. Κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών δήλωσαν οι 12 με ποσοστό 5,8%. Απόφοιτοι δημοτικού
δήλωσαν οι 28 με ποσοστό 13,5% και απόφοιτοι γυμνασίου δήλωσαν οι 31 με ποσοστό 14,9%



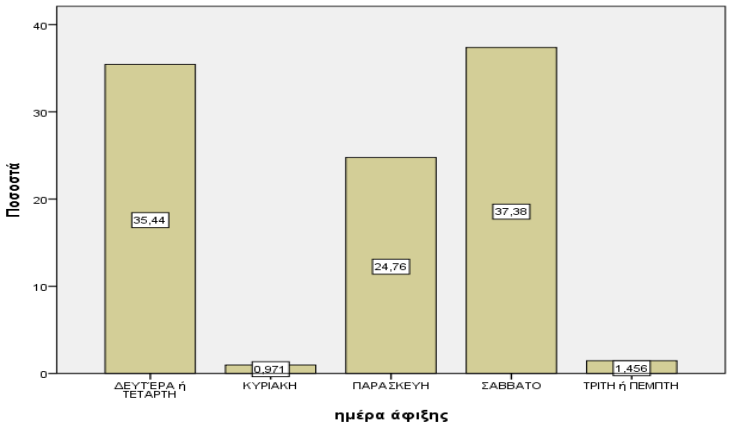
Διάγραμμα 5 Επίπεδο σπουδών

Ασφαλισμένη δήλωσε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα με ποσό 176 ασθενών και ποσοστό 84,6% και χωρίς ασφάλεια δήλωσαν οι 30 ασθενείς με ποσοστό 14,6%.



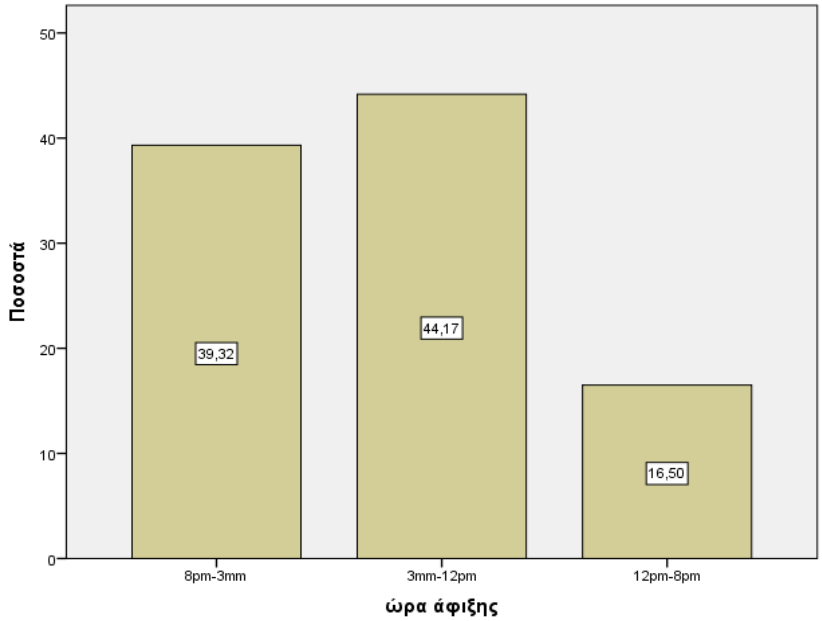
Διάγραμμα 6 Ασφάλιση

Η πιο συχνή άφιξη σημειώθηκε το Σάββατο όπου συνολικά επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ 77 ασθενείς με ποσοστό 37,4, την Δευτέρα ή Τετάρτη επισκέφτηκαν 73 ασθενείς με ποσοστό 35,4%, την Τρίτη ή Πέμπτη επισκέφτηκαν 3 ασθενείς με ποσοστό 1,5% και την Κυριακή επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ μόλις 2 ασθενείς με ποσοστό 1%.



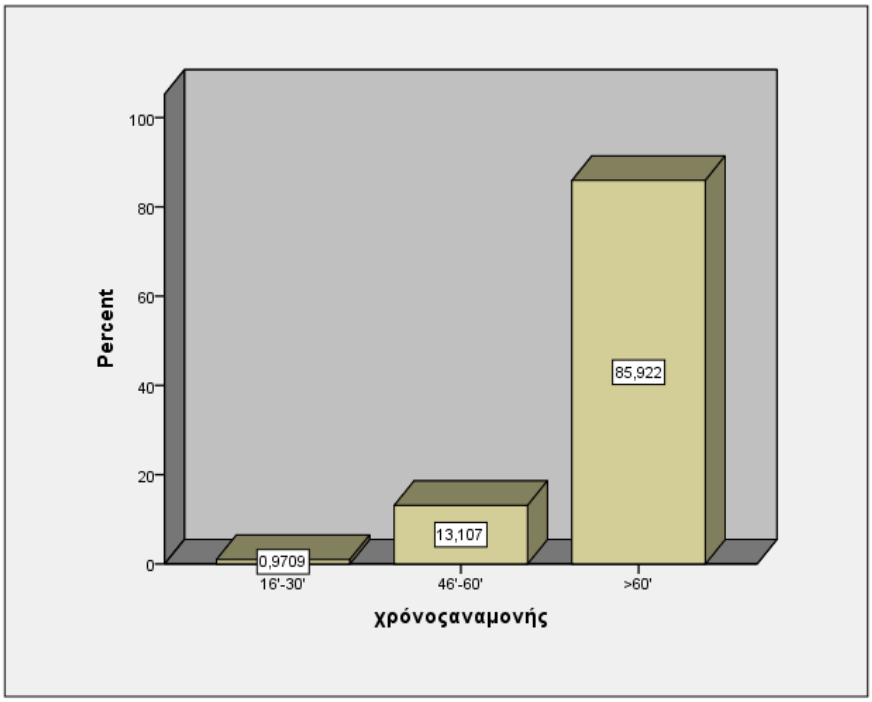
Διάγραμμα 7 Ημέρα Άφιξης

Οι ώρες άφιξης των ασθενών κατά το πλείστων συγκεντρώνονται στο διάστημα 3 μ.μ. έως 12 π.μ. όπου συνολικά 91 ασθενείς με ποσοστό 44,2% επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ. Επίσης και στο διάστημα 3π.μ. μέχρι και 3 μμ., 81 ασθενείς με ποσοστό 39,9% επισκέφτηκαν την κλινική. Η λιγότερο δημοφιλής ώρα άφιξης των ασθενών είναι στις 12 π.μ. μέχρι τις 8 π.μ. όπου συνολικά 34 ασθενείς με ποσοστό 16,5% επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ.



Διάγραμμα 8 Ώρα άφιξης

Ο συνολικός χρόνος αναμονής των ασθενών κατά το πλείστον ξεπερνούσε την μία ώρα. Οι πλειοψηφία των ασθενών 177 σε πλήθος και 85,9%, δήλωσε πως ανέμεναν περισσότερο από 60΄ για να εξεταστούν. Από 46’ έως μια ώρα περίμενα οι 13 ασθενείς με ποσοστό 13,1% και λιγότερο από μισή ώρα περίμεναν μόνο 2 ασθενείς με ποσοστό 1%



Διάγραμμα 9 Χρόνος αναμονής

		ΠΟΣΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΦΥΛΟ	Άνδρας	97	47,1
	Γυναίκα	109	52,9
ΗΛΙΚΙΑ	έως 25	13	6,3
	25-34	7	3,4
	35-44	35	17,0
	45-54	45	21,8
	>55	106	51,5
ΝΟΜΟΣ	Αιτωλοακαρνανία	19	9,2
	Αργολίδα	1	,5
	Αρκαδίας	2	1,0
	Αττικής	6	2,9
	Αχαΐας	149	72,3
	Ζακύνθου	2	1,0
	ΗΛΕΙΑΣ	1	,5
	Ηλείας	19	9,2
	Ιωάννινα	2	1,0
	Κορινθία	4	1,9
	Μαγνησία	1	,5
ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ	Ελληνική	178	86,4
	Άλλη	28	14,6

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Δ.Υ.	29	14,1
	Ι.Υ.	36	17,5
	Άνεργος	10	4,9
	Φοιτητής	5	2,4
	Ελ. Επαγγελματίας	28	13,6
	Συνταξιούχος	54	26,2
	Αγρότης	33	16,0
	Άλλο	11	5,3
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ	Δημοτικό	28	13,6
	Γυμνάσιο	31	15,0
	Λύκειο	65	31,6
	ΙΕΚ	34	16,5
	ΑΕΙ	36	17,5
	Μεταπτυχιακό	12	5,8
ΑΣΦΑΛΙΣΗ	Ναι	176	85,4
	Όχι	30	14,6
ΗΜΕΡΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	Δευτέρα/Τετάρτη	73	35,4
	Κυριακή	2	1,0
	Παρασκευή	51	24,8
	Σάββατο	77	37,4
	Τρίτη ή Πέμπτη	3	1,5
	8pm-3mm	81	39,3
ΩΡΑ ΑΦΙΞΗΣ	3mm-12pm	91	44,2
	12pm-8pm	34	16,5
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	16'-30'	2	1,0
	46'-60'	27	13,1
	πάνω από 60΄	177	85,9

Πίνακας 4 Γενικά χαρακτηριστικά ασθενών

9.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι ασθενείς ερωτήθηκαν αναφορικά με τα συναισθήματά τους κατά την αναμονή τους για εξέταση στα ΤΕΠ. Τα βασικά συναισθήματα που επικράτησαν σε αρκετά μεγάλο βαθμό, στους ασθενείς ήταν το αίσθημα της αισιοδοξίας με ποσοστό 55,8%, της ανησυχίας με ποσοστό 50%, του άγχους με ποσοστό 66% και της αβεβαιότητας με ποσοστό 45,6%.
Σε μέτριο βαθμό αισθάνθηκαν ασφάλεια με ποσοστό 57,3%, αδυναμία σε ποσοστό 53,4% θυμό σε ποσοστό 36,4% και αγανάκτηση-εκνευρισμό σε ποσοστό 47,6%.
Σε μικρότερο βαθμό αισθάνθηκαν σεβασμό με ποσοστό 51,9%.

	Καθόλου	*Λίγο*	*Μέτρια*	*Αρκετά*	*Απόλυτα*
Ασφάλεια	7 3.4%	53 25.7%	118 57.3%	25 12.1%	2 1%
Σεβασμός	19 9.2%	107 51.9%	66 32%	12 5.8%	1 0.5%
Αισιοδοξία	0 0%	0 0%	32 16.%	115 56.%	58 28%
Ανησυχία	0 0%	1 0.5%	31 15%	103 50%	70 34%
Άγχος	0 0%	4 1.9%	49 23.8%	136 66%	16 7.8%
Αβεβαιότητα	0 0%	17 8.3%	94 45.6%	94 45.6%	0 0%
Αδυναμία(εξάρτηση από τρίτους)	0 0%	64 31.1%	110 53.4%	30 14.6%	1 0.5%
Θυμός	0 0%	54 26.2%	75 36.4%	70 34%	6 2.9%
Αγανάκτηση – Εκνευρισμός	0 0%	48 23.3%	98 47.6%	59 28.6%	0 0%

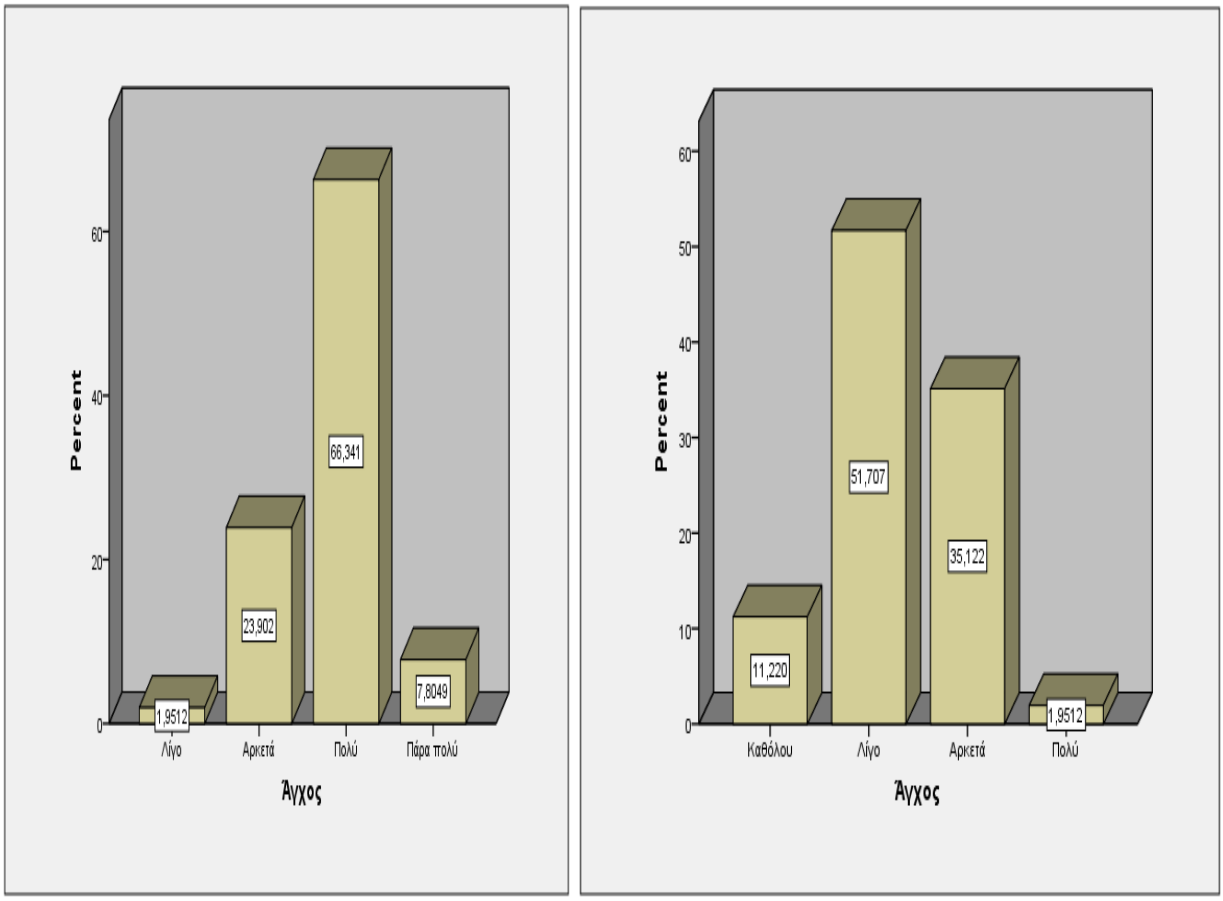
Πίνακας 5 Συναισθήματα κατά την διάρκεια της αναμονής

Το συναίσθημα που επικράτησε μετά την εξυπηρέτηση στα ΤΕΠ των ασθενών ήταν η ασφάλεια με ποσοστό 49%. Σε μέτρια βαθμό αισθάνθηκαν σεβασμό με ποσοστό 51,5%, αισιοδοξία με ποσοστό 47,1%, και ανησυχία με ποσοστό 56,8%. Επίσης, σε αρκετά μεγάλο βαθμό αισθάνθηκαν αβεβαιότητα με ποσοστό 61,2%, θυμό με ποσοστό 56,8% και αγανάκτηση σε ποσοστό 57,8%. Λιγότερο έντονο ήταν το συναίσθημα του άγχους και της αδυναμίας με ποσοστό 51,5% και 50,5% αντίστοιχα.

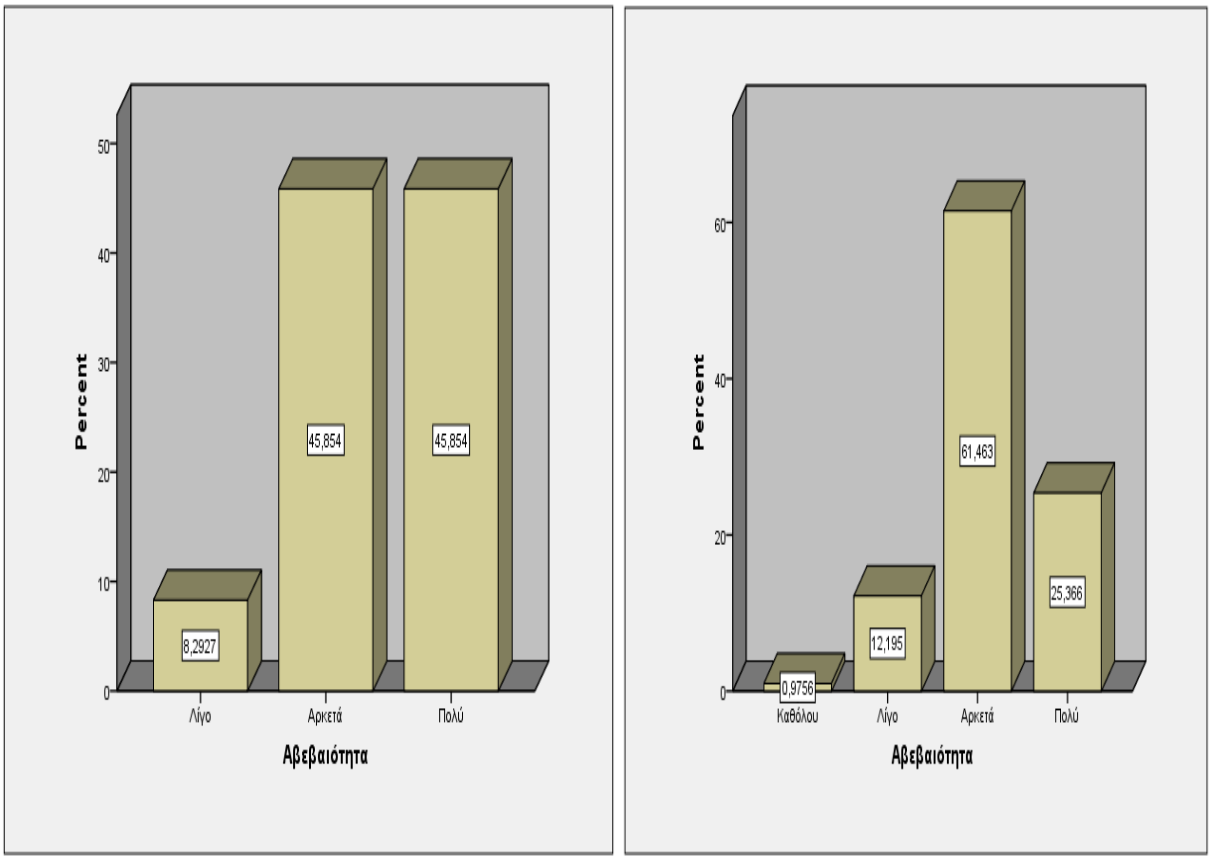
	Καθόλου	*Λίγο*	*Μέτρια*	*Αρκετά*	*Απόλυτα*
Ασφάλεια	0 0%	7 3.4%	97 47.1%	101 49%	0 0%
Σεβασμός	0 0%	12 5.8%	106 51.5%	87 42.2%	0 0%
Αισιοδοξία	4 1.9%	96 46.6%	97 47.1%	8 3.9%	0 0%
Ανησυχία	0 0%	83 40.3%	117 56.8%	5 2.4%	0 0%
Άγχος	23 11.2%	106 51.7%	72 35%	4 1.9%	0 0%
Αβεβαιότητα	2 1%	25 12.1%	126 61.2%	52 25.2%	0 0%
Αδυναμία(εξάρτηση από τρίτους)	25 12.1%	104 50.5%	68 33%	8 3.9%	0 0%
Θυμός	25 12.1%	45 21.8%	117 56.8%	18 8.7%	0 0%
Αγανάκτηση – Εκνευρισμός	26 12.6%	45 21.8%	119 57.8%	15 7.3%	0 0%

Πίνακας 6 Συναισθήματα μετά την παροχή υπηρεσιών υγείας

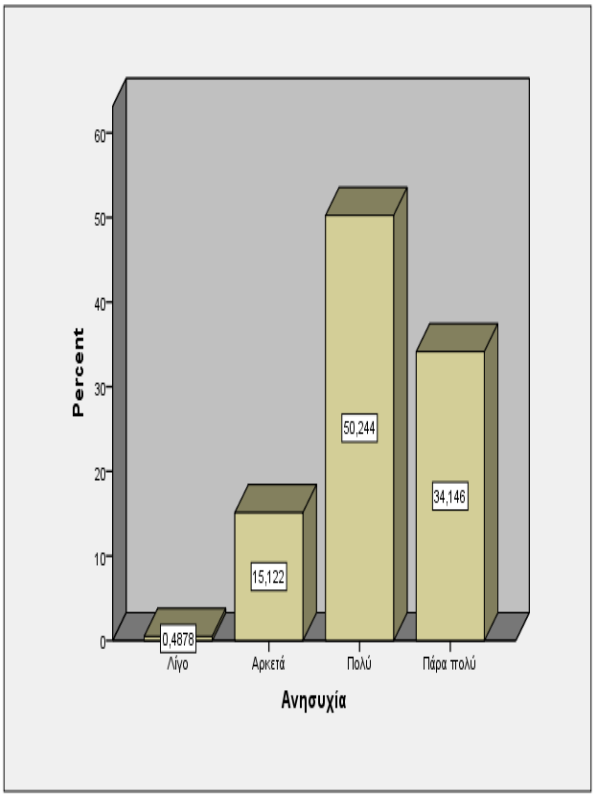
Σύγκριση Συναισθημάτων κατά την αναμονή και μετά την εξυπηρέτηση

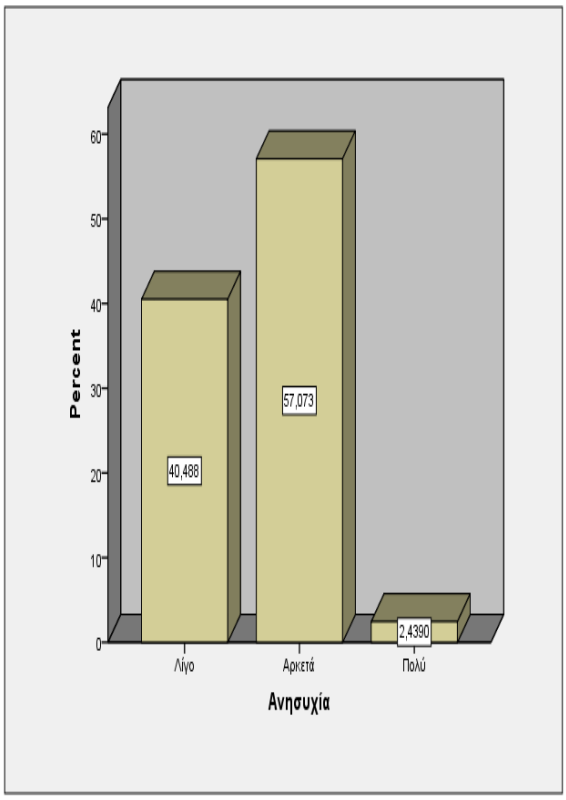


Διάγραμμα 11 Συναισθήματα κατά και μετά την αναμονή-Άγχος

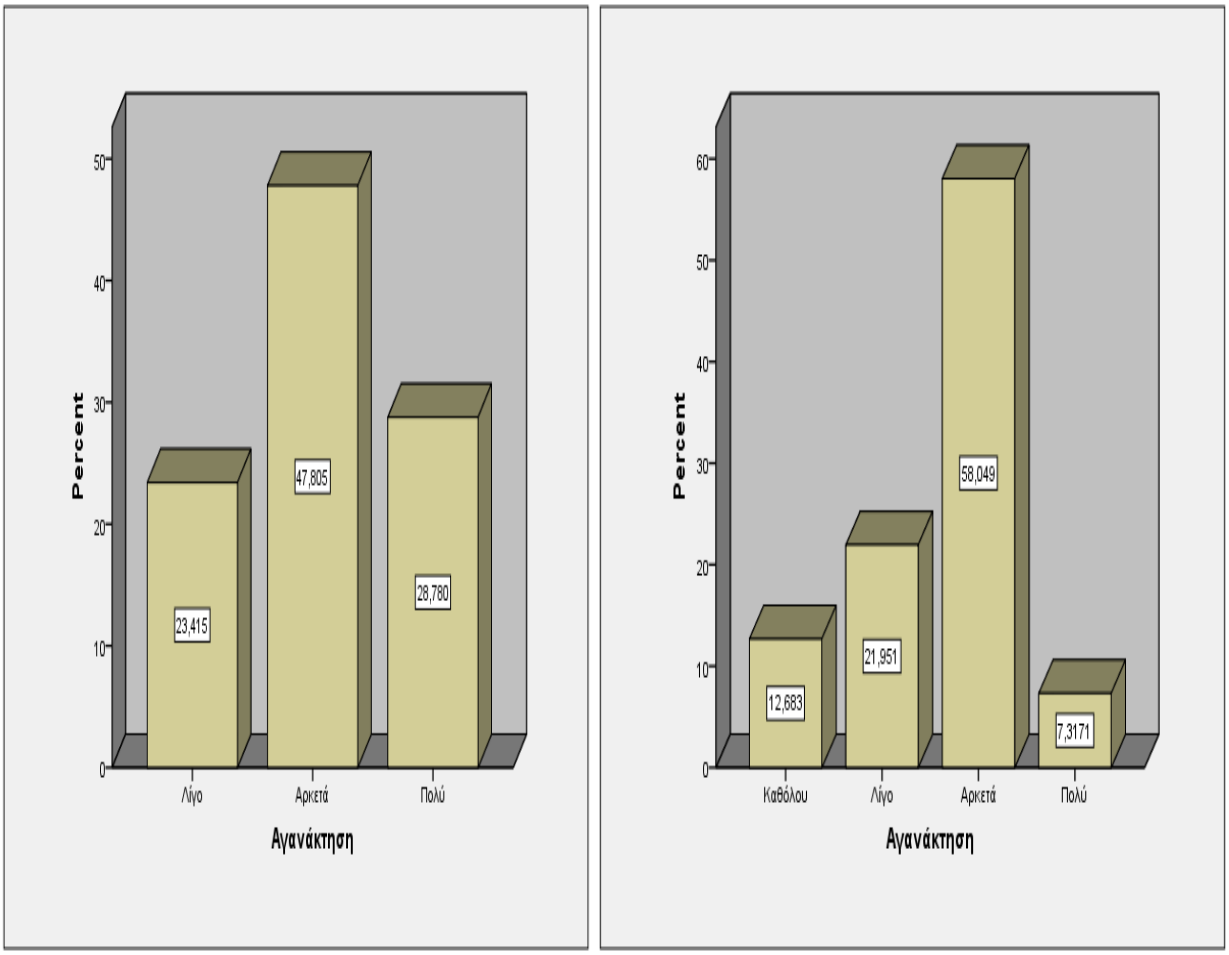


Διάγραμμα 12 Συναισθήματα κατά και μετά την αναμονή-Αβεβαιότητα

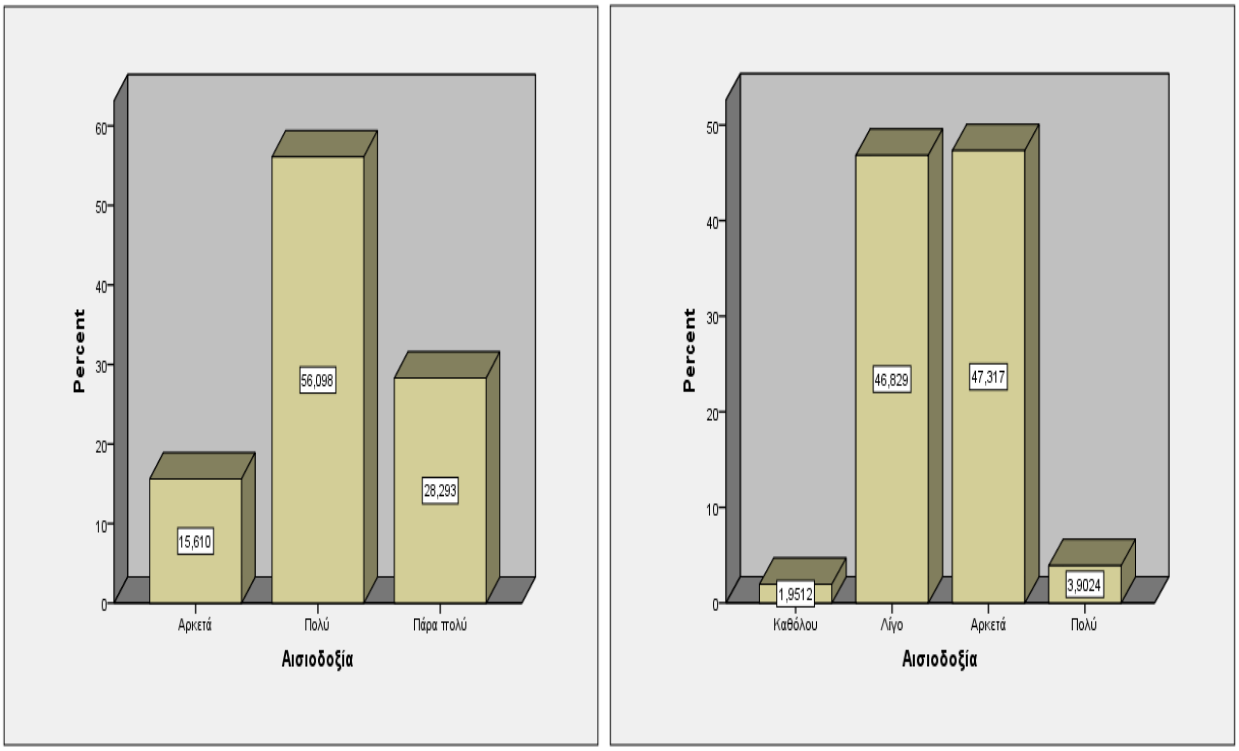




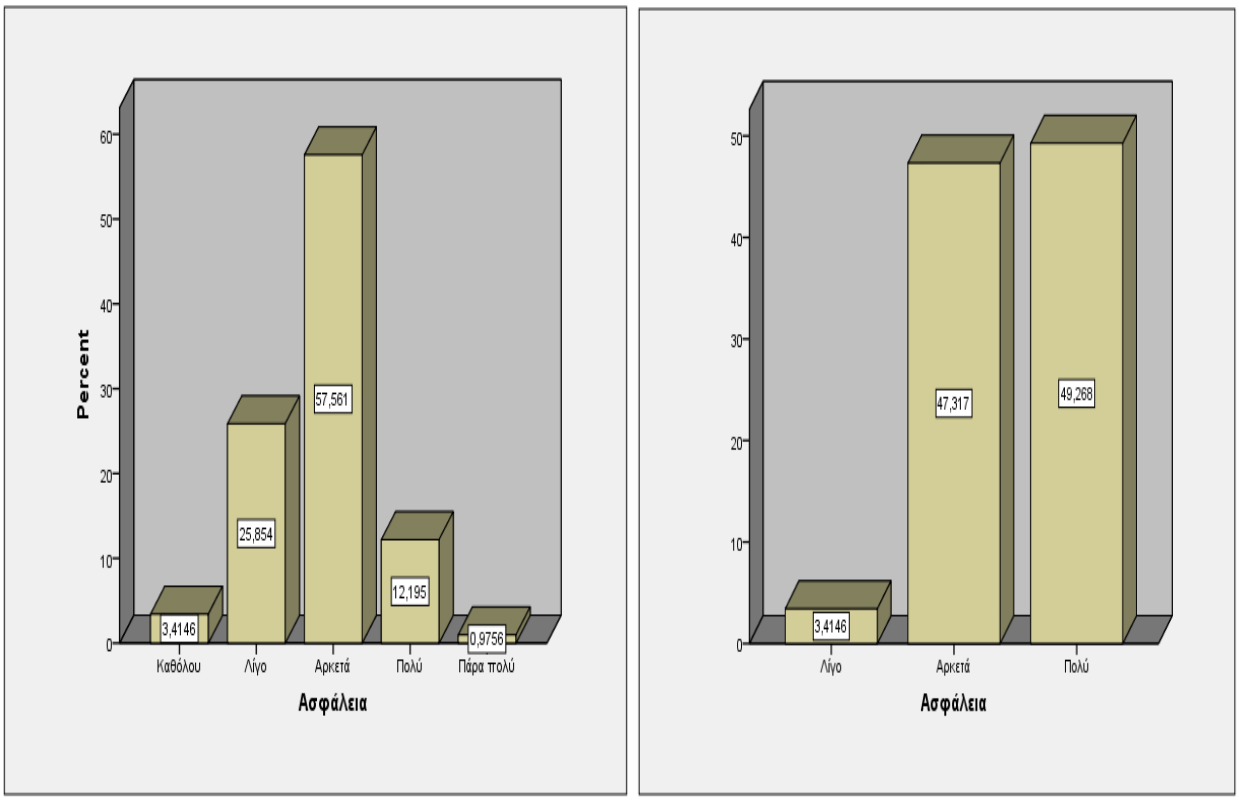
Διάγραμμα 13 Συναισθήματα κατά και μετά την αναμονή-Ανησυχία



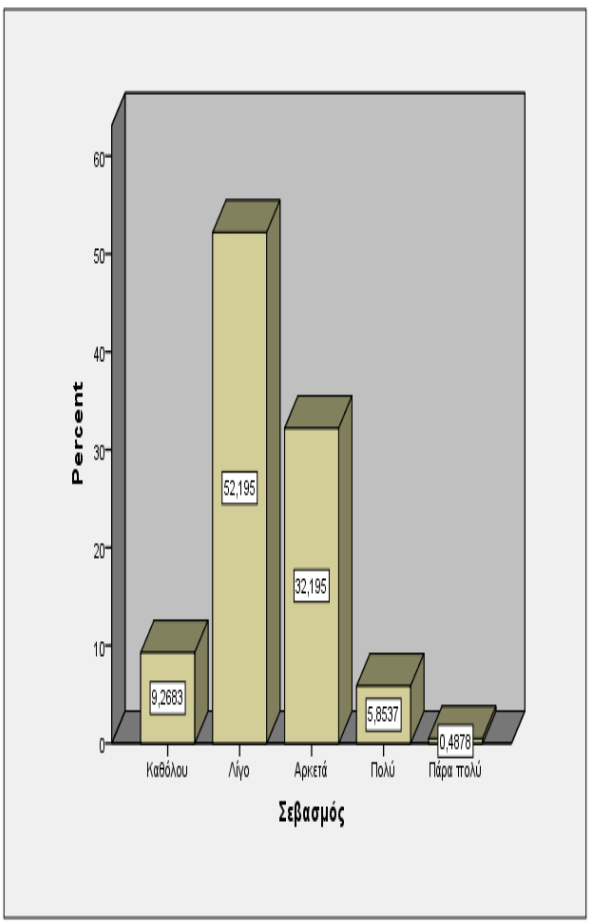
Διάγραμμα 14 Συναισθήματα κατά και μετά την αναμονή-Αγανάκτηση

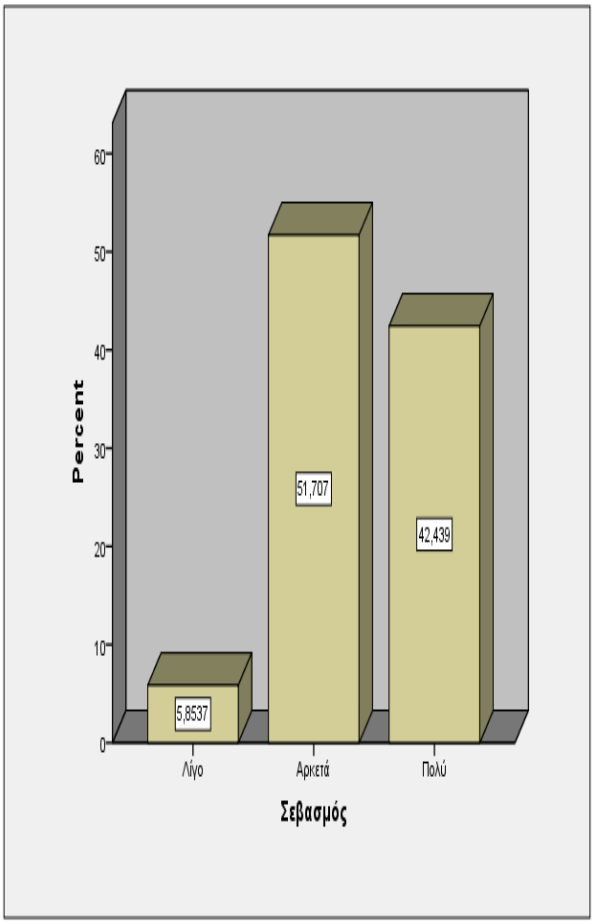


Διάγραμμα 15 Συναισθήματα κατά και μετά την αναμονή-Αισιοδοξία



Διάγραμμα 16 Συναισθήματα κατά και μετά την αναμονή-Ασφάλεια





Διάγραμμα 17 Συναισθήματα κατά και μετά την αναμονή- Σεβασμός

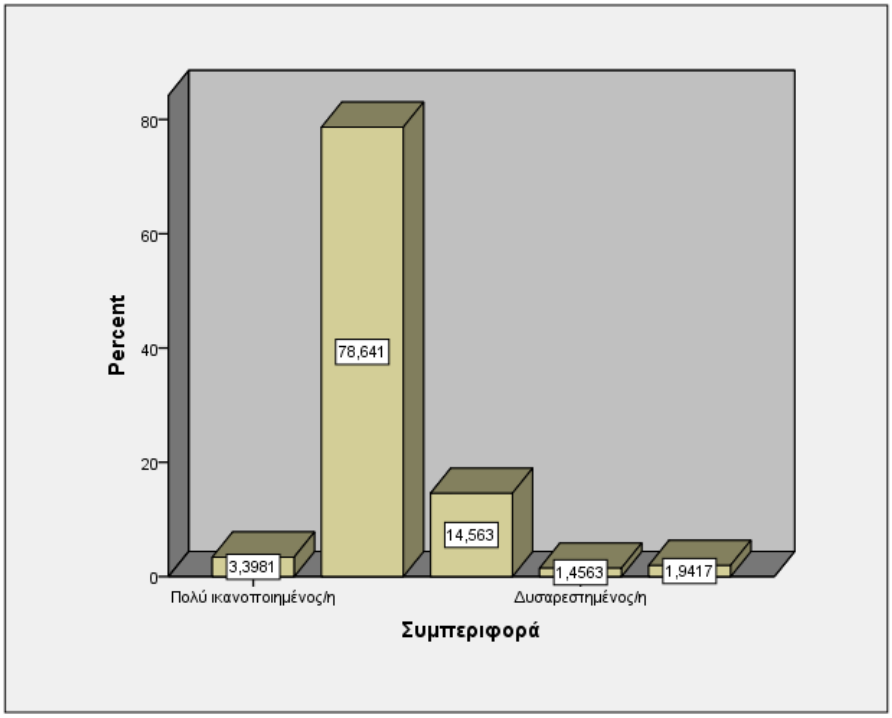
9.4 ΙΚΑΝΟΝΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

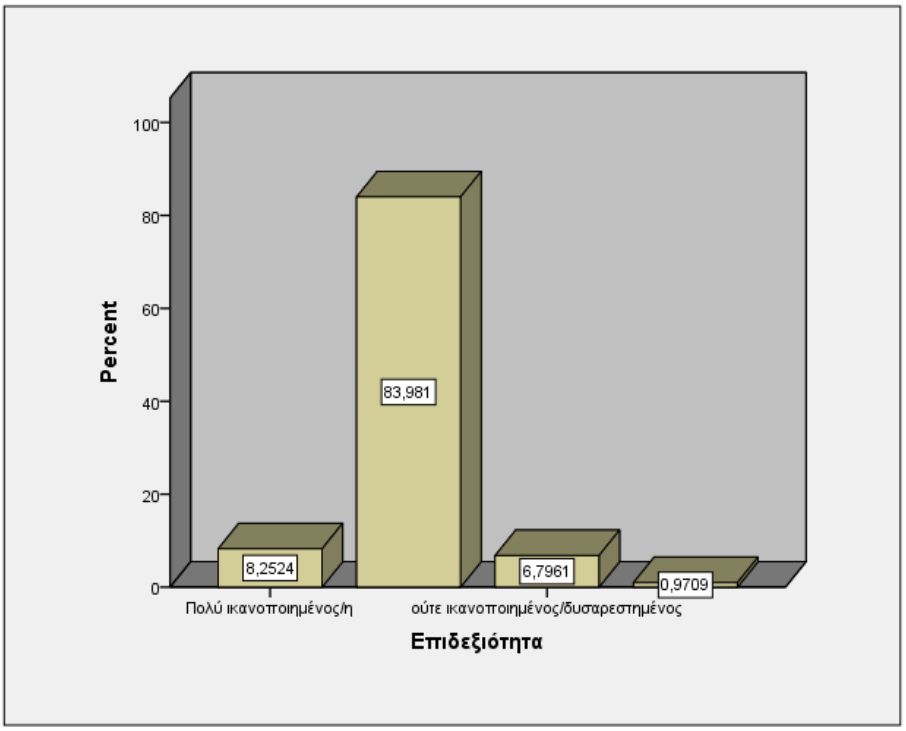
Ακολούθως οι ασθενείς αξιολόγησαν τα επίπεδα ικανοποίησής τους. Από το ιατρικό προσωπικό δήλωσαν σε γενική ομολογία ικανοποιημένοι οι ασθενείς. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση ήταν από την εγκαιρότητα της διάγνωσης και την επιδεξιότητα με αντίστοιχα ποσοστό 88,8% και 84%. Από την συμπεριφορά των γιατρών έμεινα ικανοποιημένοι οι ασθενείς με ποσοστό 78,6% και από τις οδηγίες που τους έδωσαν σε ποσοστό 68,9% και από την ενημέρωση σε ποσοστό 65,5%. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών αναδείχθηκε ικανοποιητική με ποσοστό 82,5%.

Ιατρικό προσωπικό	*Πολύ Ικανοποιημένος /η*	*Ικανοποιημένος/η*	*Ούτε Ικανοποιημένος /η Ούτε Δυσαρεστημένος/η*	*Δυσαρεστημένος /η*	*Πολύ Δυσαρεστημένος/η*
Τη συμπεριφορά	7 3,4%	**162 78,6%**	30 14,6%	3 1,5%	4 1,9%
Την επιδεξιότητα	17 8,3%	**173 84%**	14 6,8%	2 1%	0 0%
Τις οδηγίες	6 2,9%	**142 68,9%**	44 21,4%	13 6,3%	0 0%
Την ενημέρωση	0 0%	**135 65,5%**	58 28,2%	13 6,3%	0 0%
Το έγκαιρο της διάγνωσης	8 3,9%	**183 88,8%**	10 4,9%	4 1,9%	1 0,5%
Συνολική ικανοποίηση	8 3,9%	**170 82,5%**	25 12,1%	3 1,5%	0 0%

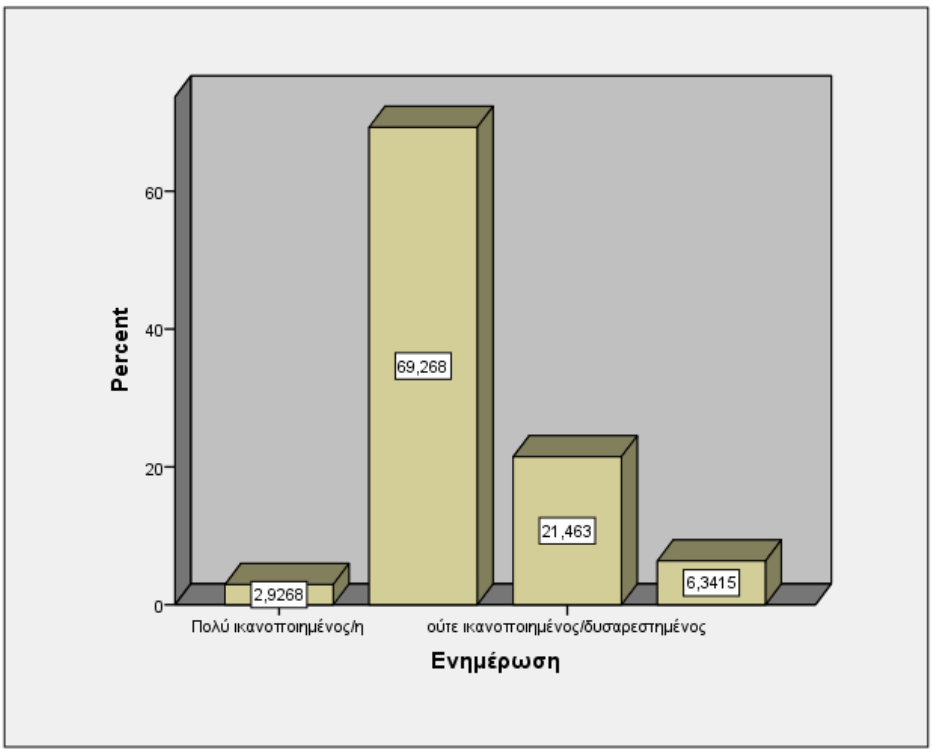
Πίνακας 7 Ικανοποίηση από την ιατρική μέριμνα



Διάγραμμα 18 Ικανοποίηση από την ιατρική μέριμνα- Συμπεριφορά

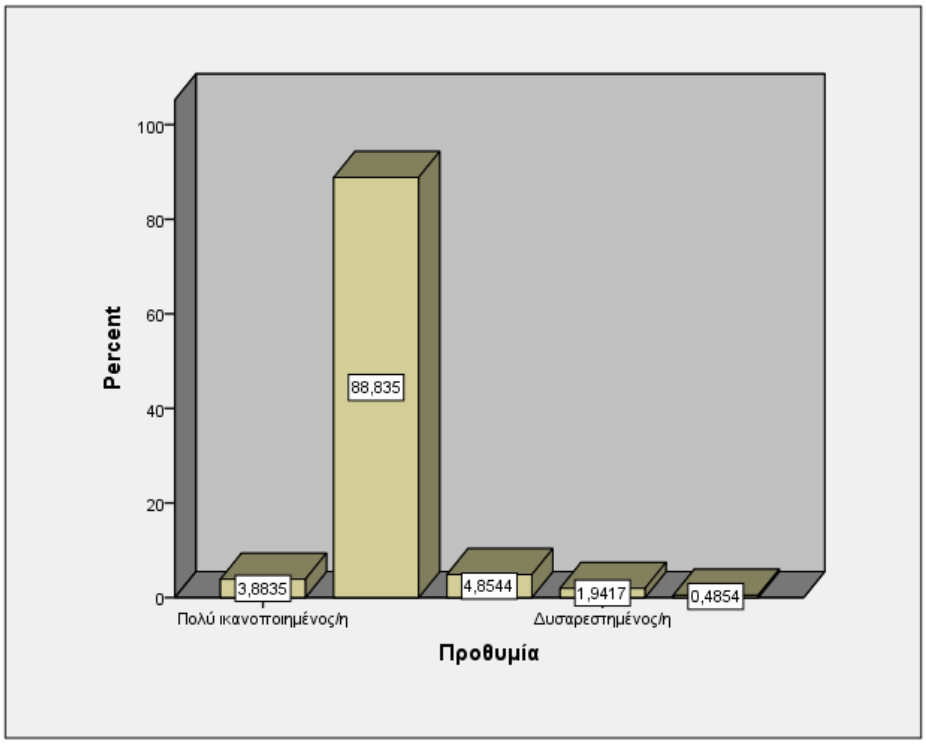


Διάγραμμα 19 Ικανοποίηση από την ιατρική μέριμνα- Επιδεξιότητα

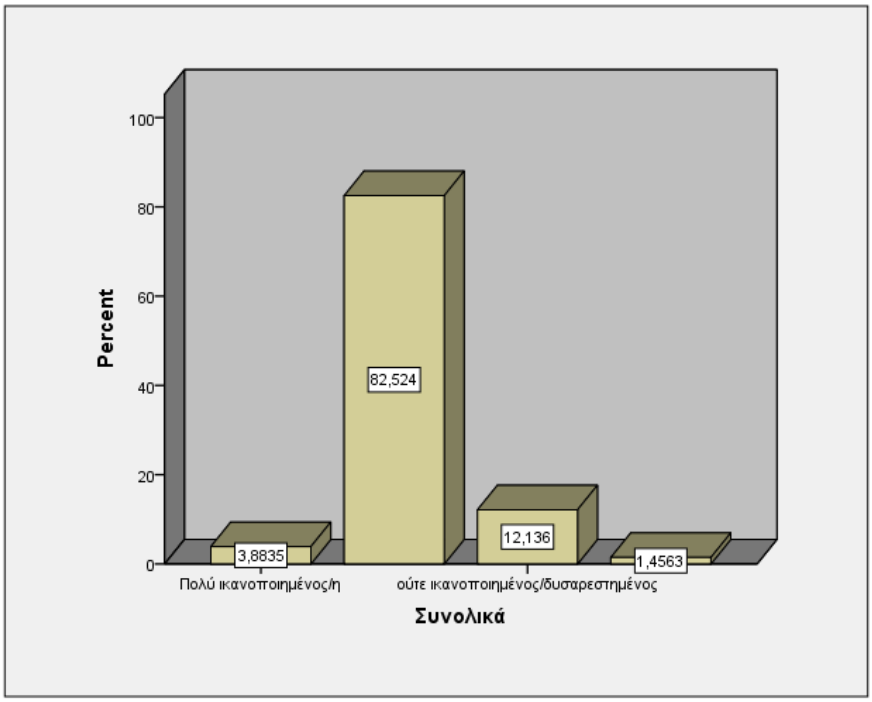


Διάγραμμα 20 Ικανοποίηση από την ιατρική μέριμνα - Ενημέρωση

Διάγραμμα 21 Ικανοποίηση από την ιατρική μέριμνα -Διάγνωση



Διάγραμμα 22 Ικανοποίηση από την Ιατρική μέριμνα Προθυμία



Διάγραμμα 23 Συνολική Ικανοποίηση από την ιατρική μέριμνα

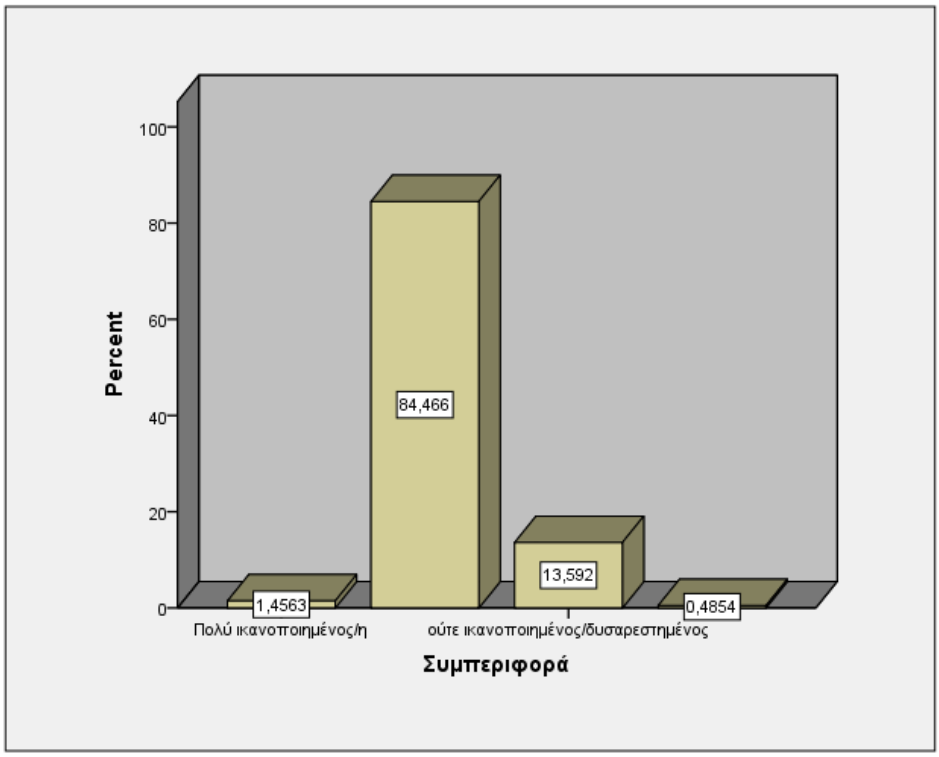
<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ</u>

Από το νοσηλευτικό προσωπικό οι ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι σε συνολικό ποσοστό 80,6%. Από την συμπεριφορά τους έμειναν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 84,5%, από την επιδεξιότητά τους, σε ποσοστό 79,1%, από την εξυπηρέτησή τους σε ποσοστό 69,4% και από την προθυμία τους σε ποσοστό 77,7%.

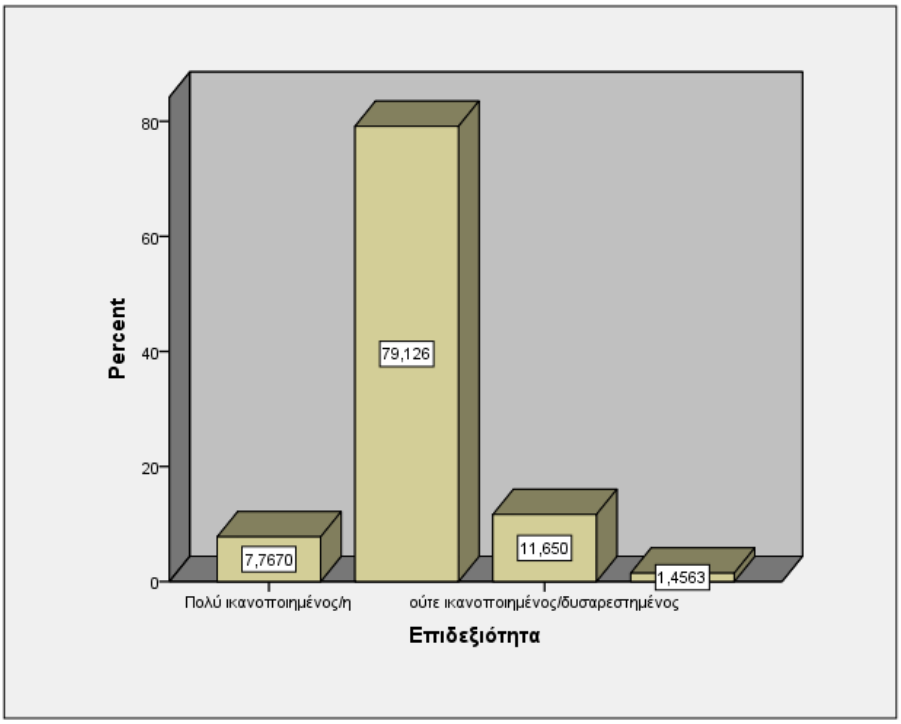
Νοσηλευτικό προσωπικό	*Πολύ Ικανοποιημένος /η*	*Ικανοποιημένος/η*	*Ούτε Ικανοποιημένος /η Ούτε Δυσαρεστημένος/η*	*Δυσαρεστημένος /η*	*Πολύ Δυσαρεστημένος/η*
Τη συμπεριφορς	3 1,5%	**174 84,5%**	28 13,6%	1 0,5%	0 0%
Την επιδεξιότητα	16 7,8%	**163 79,1%**	24 11,7%	3 1,5%	0 0%

Την εξυπηρέτηση	4 1,9%	**143 69,4%**	52 25,2%	7 3,4%	0 0%
Την προθυμία	1 0,5%	**160 77,7%**	37 18%	8 3,9%	0 0%
Συνολική ικανοποίηση	7 3,4%	**166 80,6%**	29 14,1%	4 1,9%	0 0%

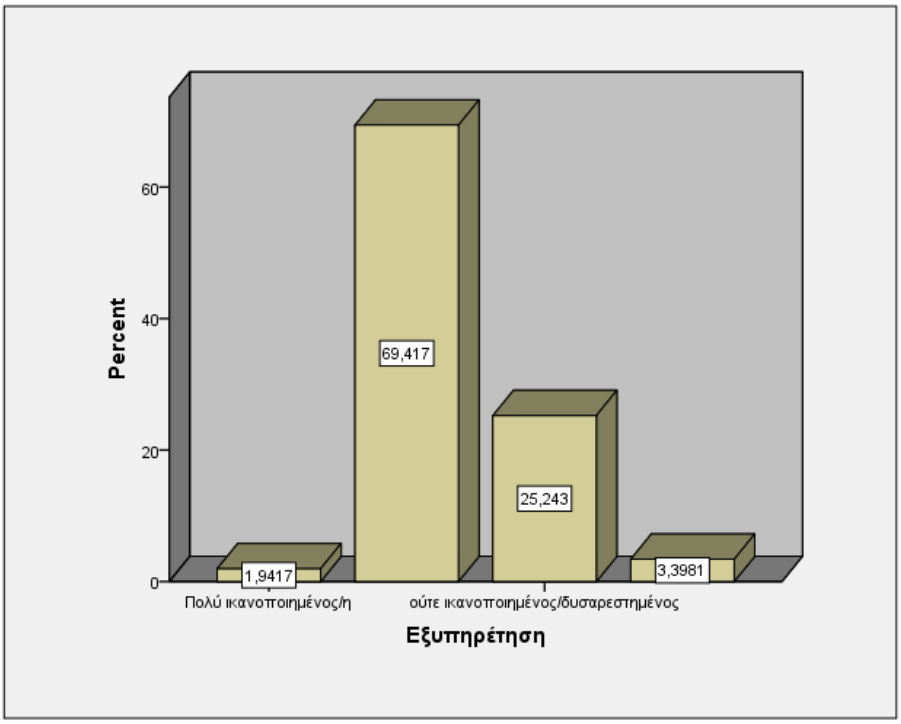
Πίνακας 8 Ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Μέριμνα



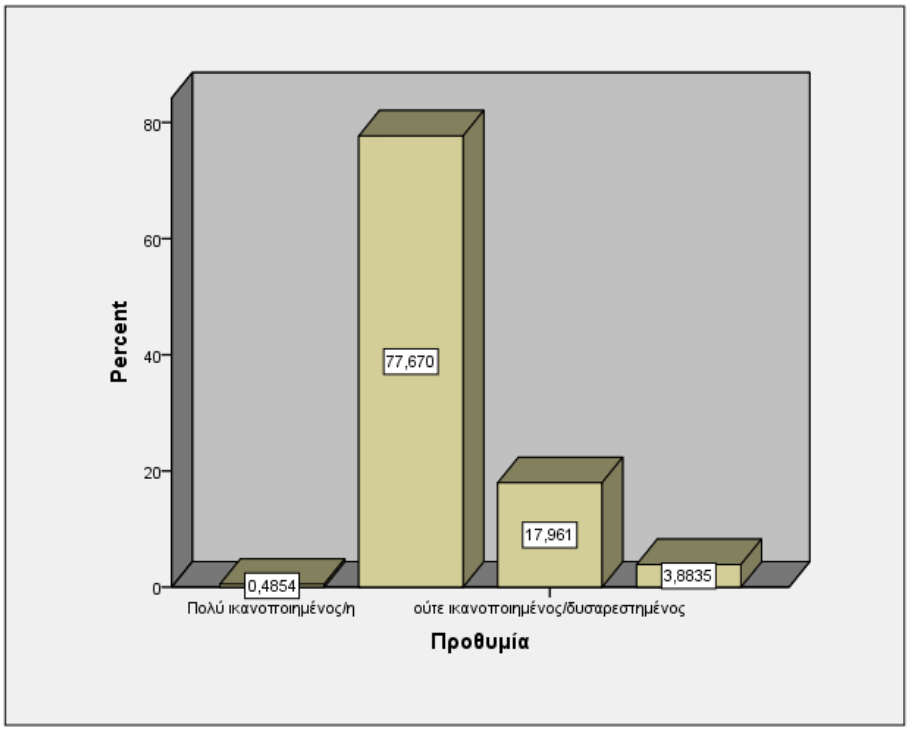
Διάγραμμα 24 Ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Μέριμνα-Συμπεριφορά



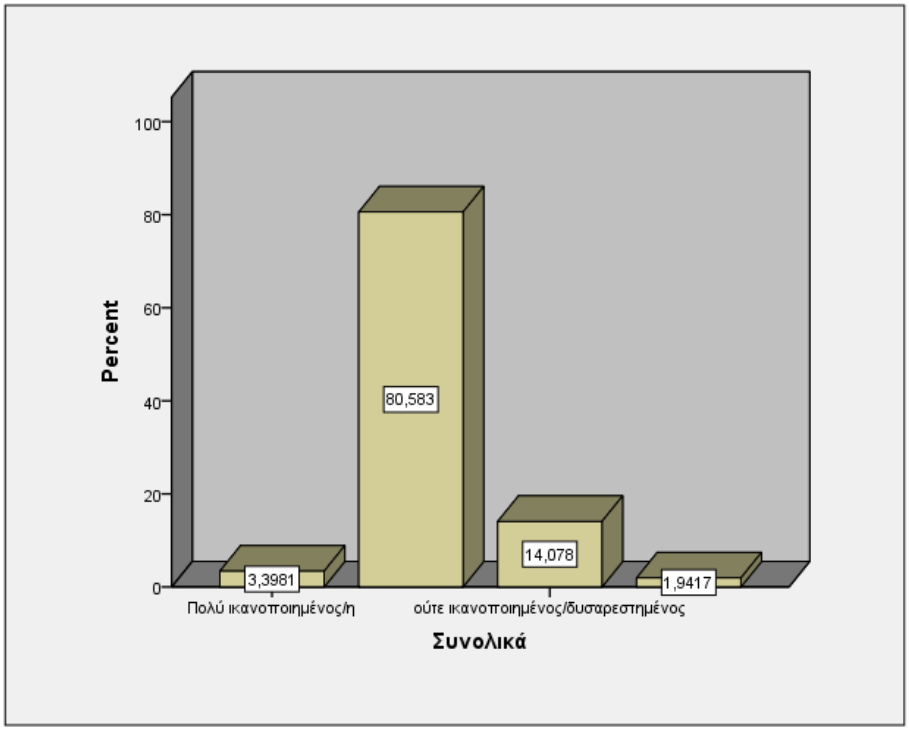
Διάγραμμα 25 Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική μέριμνα-Επιδεξιότητα



Διάγραμμα 26 Ικανοποίηση από την νοσηλευτική μέριμνα Εξυπηρέτηση



Διάγραμμα 27 Ικανοποίηση από την νοσηλευτική μέριμνα-Προθυμία



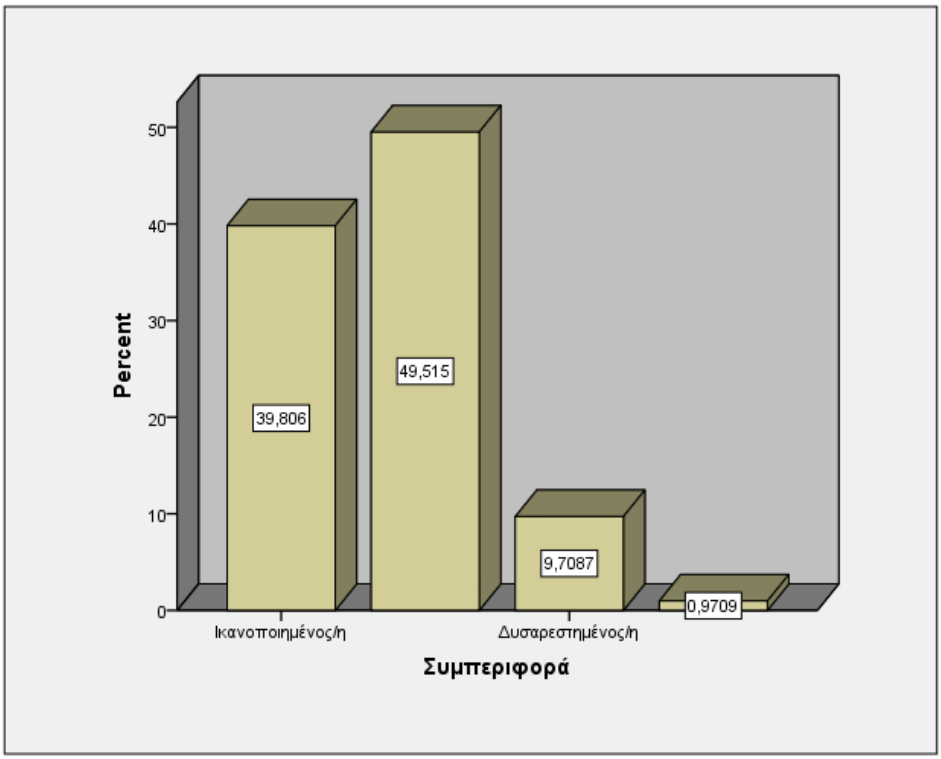
Διάγραμμα 28 Συνολική Ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Μέριμνα

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

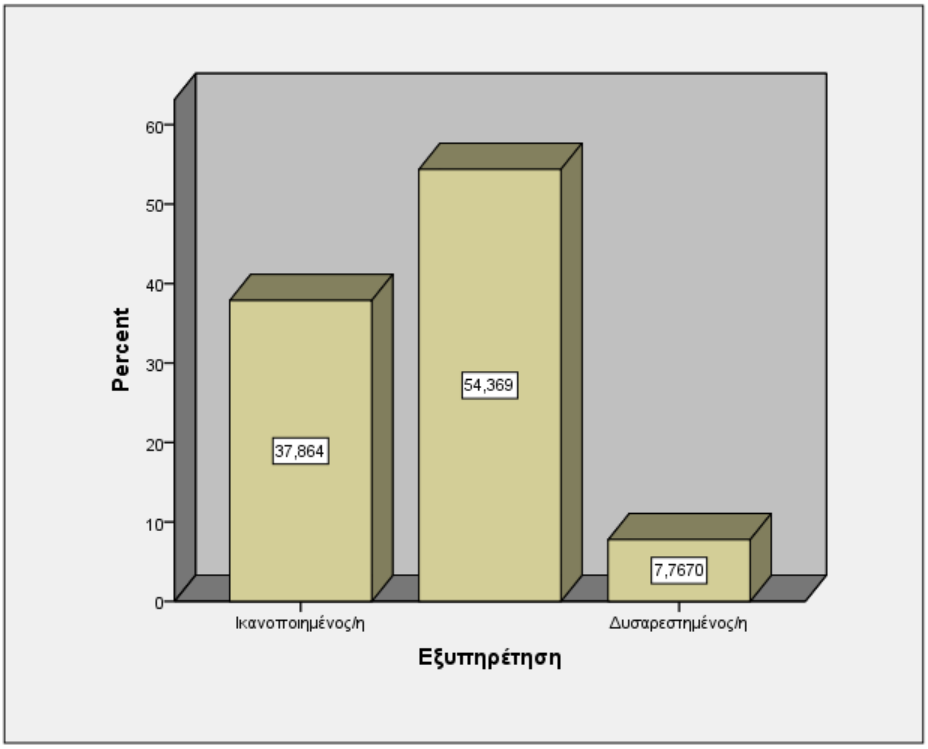
Από το διοικητικό προσωπικό του ΤΕΠ οι ασθενείς δεν έμειναν ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι με ποσοστό 55,3%. Αδιάφορους τους άφησε οι συμπεριφορά των διοικητικών με ποσοστό 49,5%, η εξυπηρέτησή τους με ποσοστό 54,4%, η προθυμία τους με ποσοστό 59,2% η ενημέρωσή τους με ποσοστό 55,3% και η ταχύτητα διεκπεραίωσης με ποσοστό 50%.

Διοικητικό προσωπικό	*Πολύ Ικανοποιημένος /η*	*Ικανοποιημένος/η*	*Ούτε Ικανοποιημένος /η Ούτε Δυσαρεστημένος/η*	*Δυσαρεστημένος /η*	*Πολύ Δυσαρεστημένος/η*
Τη συμπεριφορς	0 0%	82 39,8%	**102 49,5%**	20 9,7%	2 1%
Την εξυπηρέτηση	0 0%	78 37,9%	**112 54,4%**	16 7,8%	0 0%
Την προθυμία	0 0%	62 30,1%	**122 59,2%**	20 9,7%	2 1%
Την ενημέρωση	0 0%	65 31,6%	**114 55,3%**	16 7,8%	9 4,4%
Την ταχύτητα διεκπεραίωσης	0 0%	79 38,8%	**103 50%**	24 11,7%	0 0%
Συνολική ικανοποίηση	0 0%	72 35%	**114 55,3%**	18 8,7%	2 1%

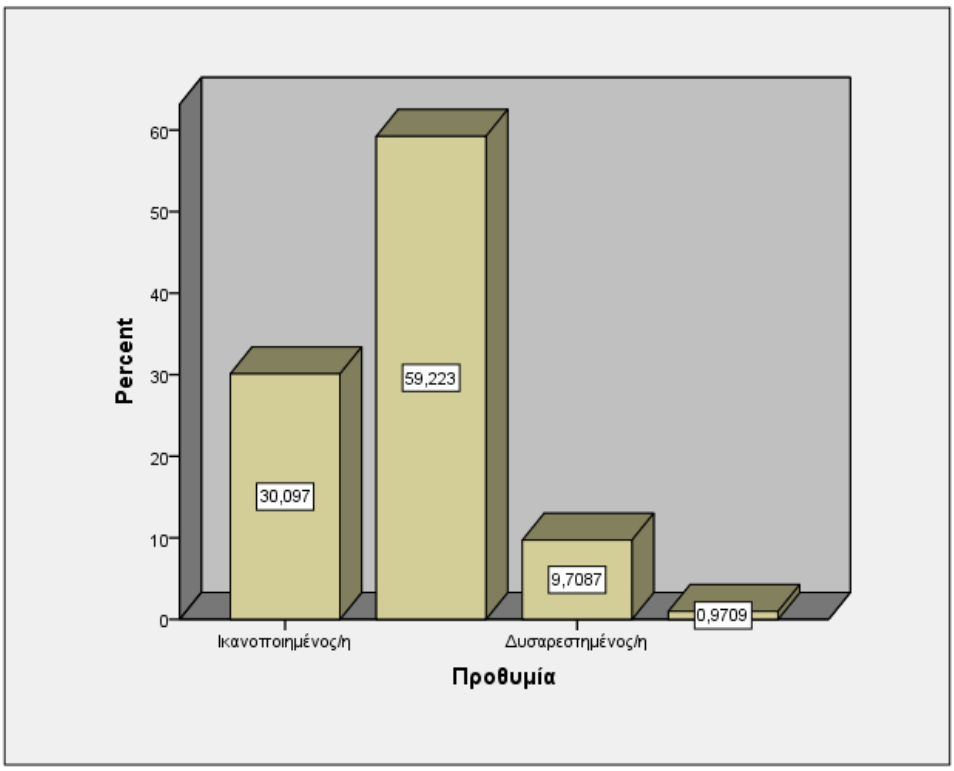
Πίνακας 9 Ικανοποίηση από την διοικητική μέριμνα



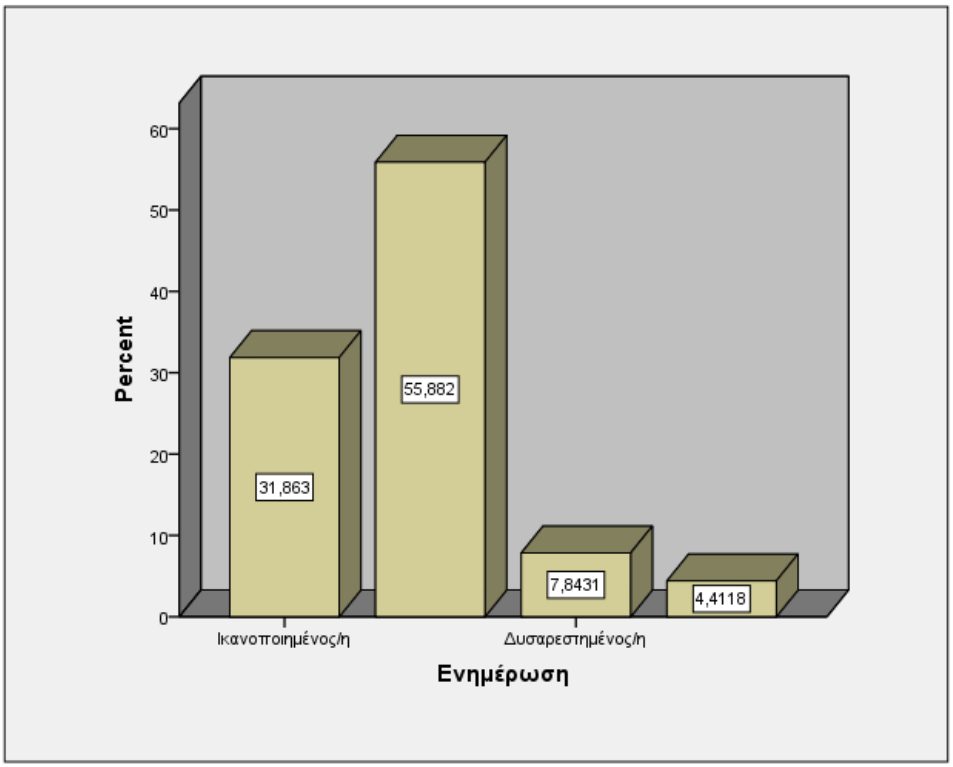
Διάγραμμα 29 Ικανοποίηση από την διοικητική μέριμνα-Συμπεριφορά



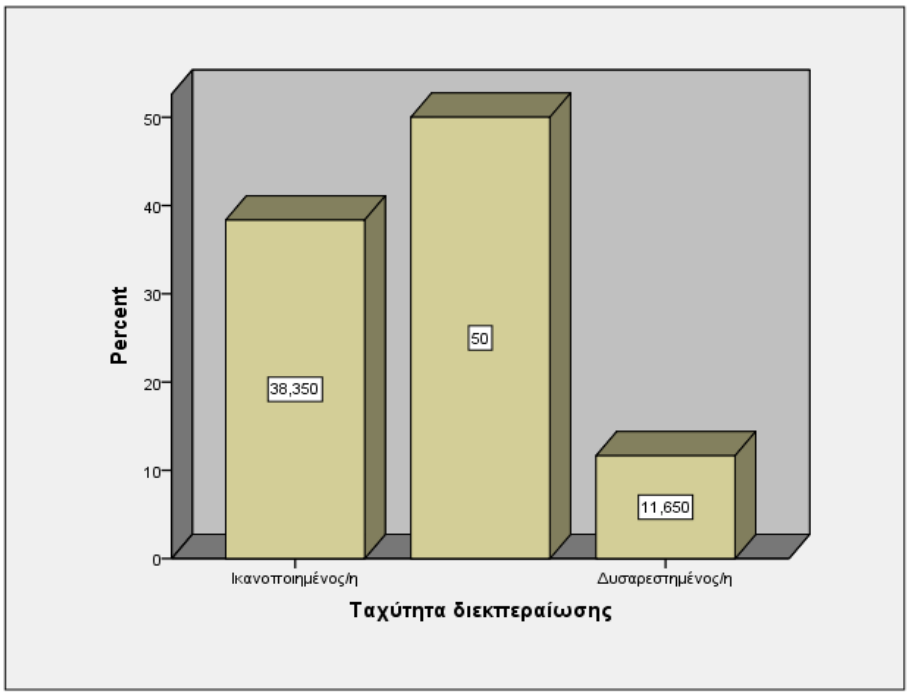
Διάγραμμα 30 Ικανοποίηση από την διοικητική μέριμνα-Εξυπηρέτηση



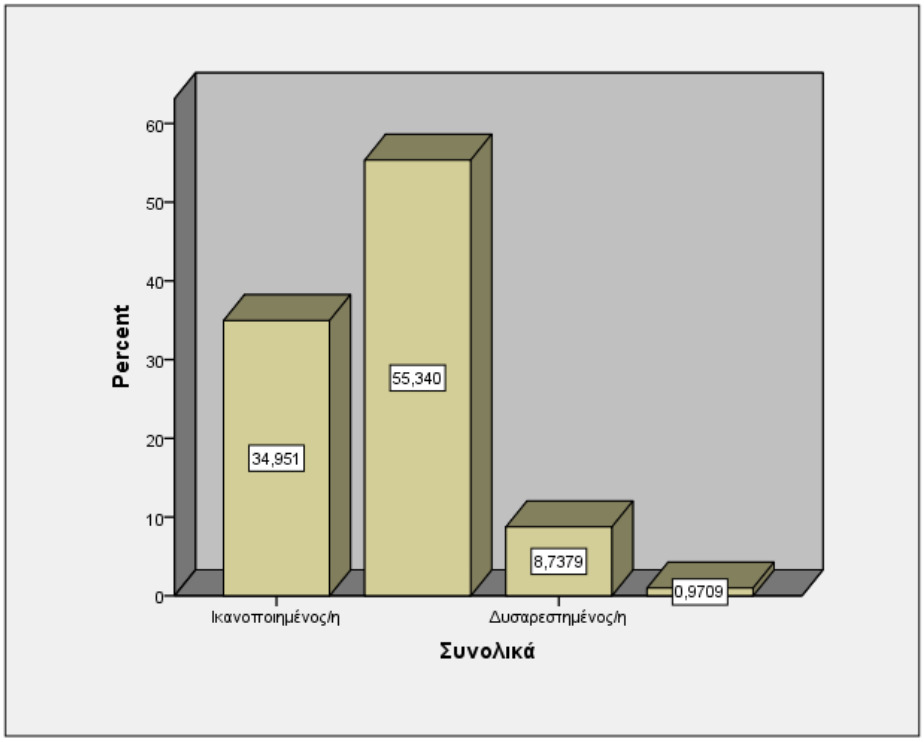
Διάγραμμα 31 Ικανοποίηση από την διοικητική μέριμνα-Προθυμία



Διάγραμμα 32 Ικανοποίηση από την διοικητική μέριμνα-ενημέρωση



Διάγραμμα 33 Ικανοποίηση από την διοικητική μέριμνα-Ταχύτητα Διεκπεραίωσης



Διάγραμμα 34 Συνολική Ικανοποίηση από την Διοικητική Μέριμνα

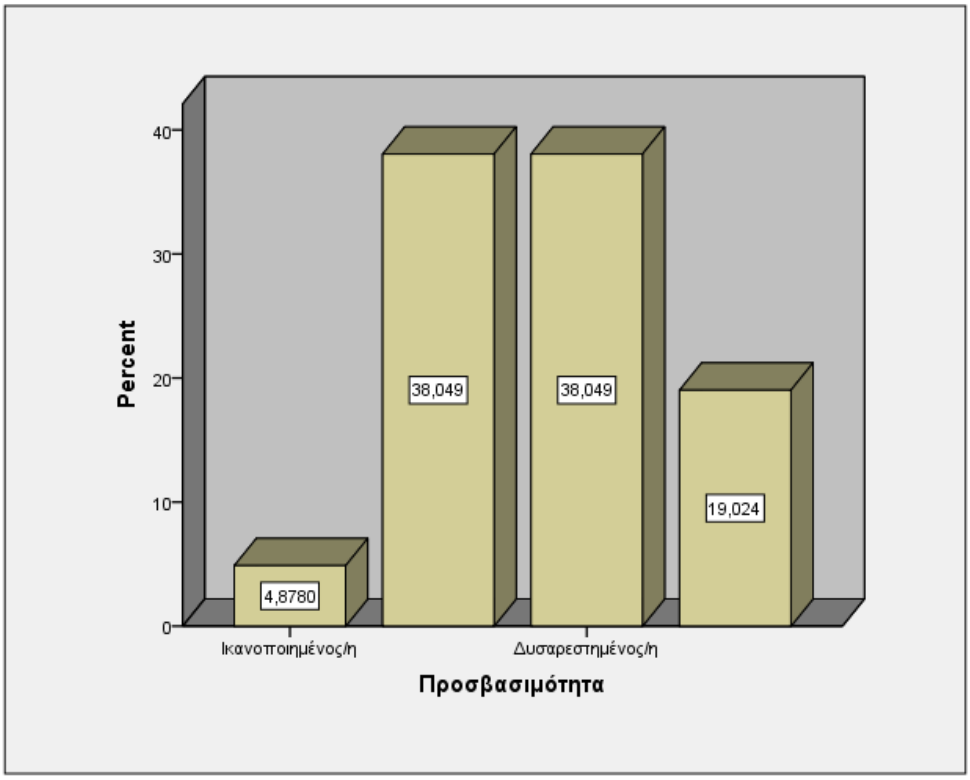
<u>ΥΠΟΔΟΜΕΣ</u>

Οι υποδομές των ΤΕΠ επέφεραν δυσαρέσκεια στους ασθενείς με συνολικό ποσοστό δυσαρέσκειας 42,7%. Η μόνη ικανοποίηση των ασθενών φάνηκε στην χωροταξική διάταξη με ποσοστό 48,1%. Δυσαρεστημένοι με ποσοστό 37,9% δήλωσαν από την προσβασιμότητα, με 35,9% από την καθαριότητα των αιθουσών αναμονής και 41,3% από την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής.

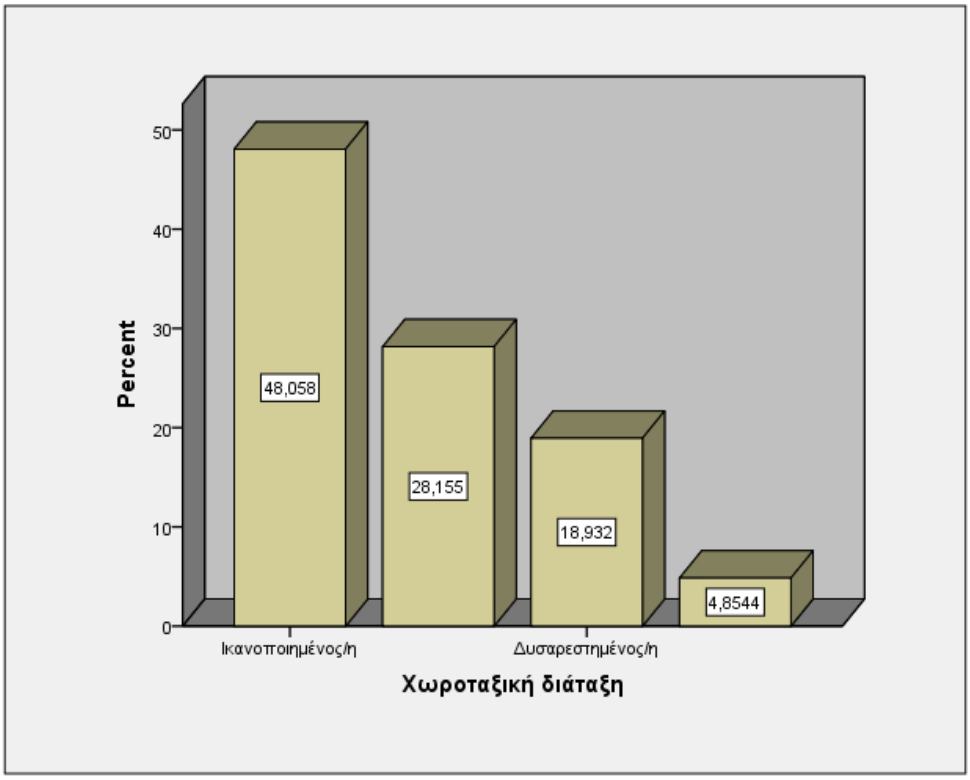
Υποδομές	*Πολύ Ικανοποιημένος /η*	*Ικανοποιημένος/η*	*Ούτε Ικανοποιημένος /η Ούτε Δυσαρεστημένος/η*	*Δυσαρεστημένος /η*	*Πολύ Δυσαρεστημένος/η*
Την προσβασιμότητα	0 0%	10 4.9%	78 37.9%	78 37.9%	39 18.9%

Την χωροταξική διάταξη	0 0%	99 48.1%	58 28.2%	39 18.9%	10 4.9%
Την καθαριότητα αίθουσας αναμονής	0 0%	42 20.4%	64 31.1%	74 35.9%	26 12.6%
Την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής	0 0%	30 14.6%	51 24.8%	85 41.3%	40 19.4%
Συνολική ικανοποίηση	0 0%	40 19.4%	55 26.7%	88 42.7%	23 11.2%

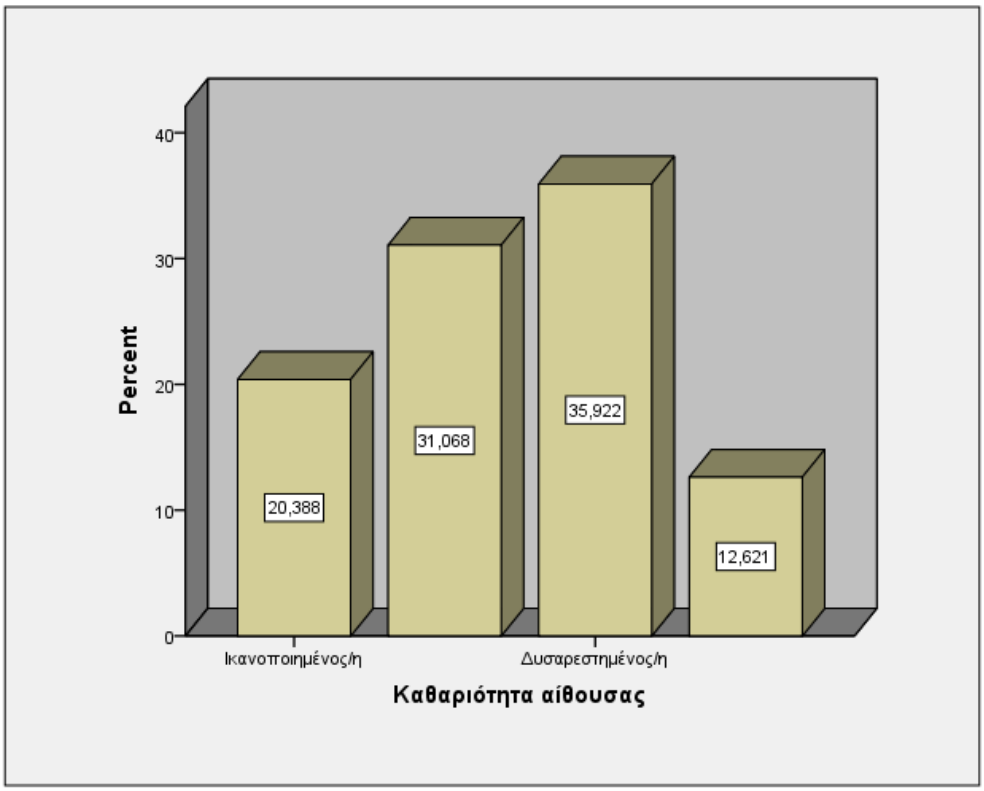
Πίνακας 10 Ικανοποίηση από τις υποδομές



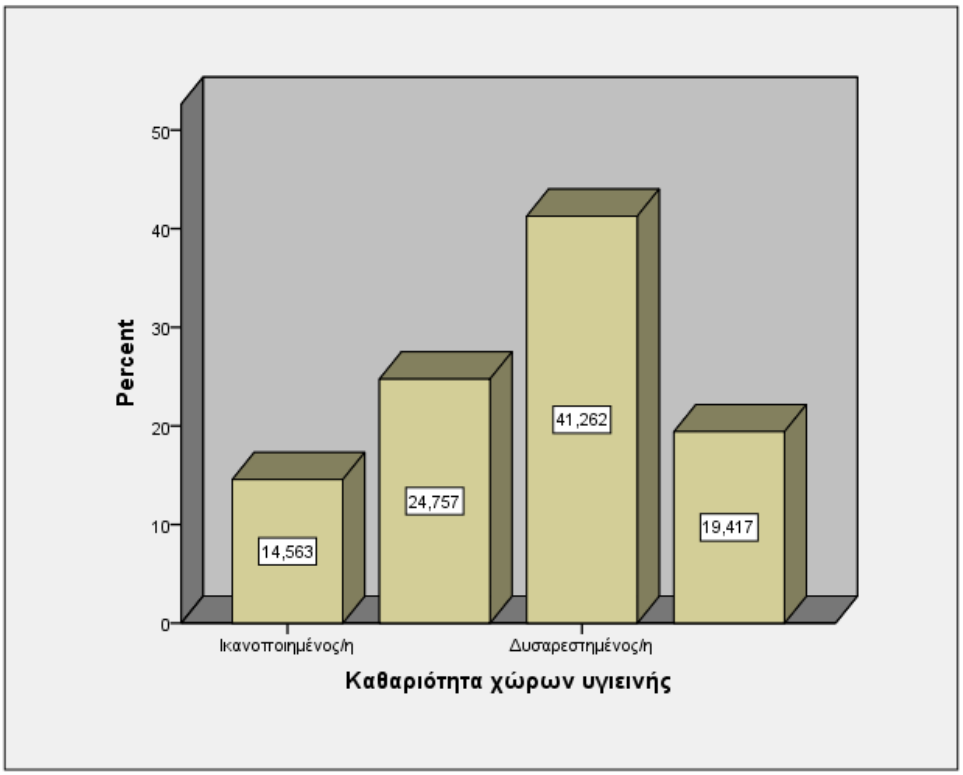
Διάγραμμα 35 Συνολική ικανοποίηση από τις υποδομές-Προσβασιμότητα



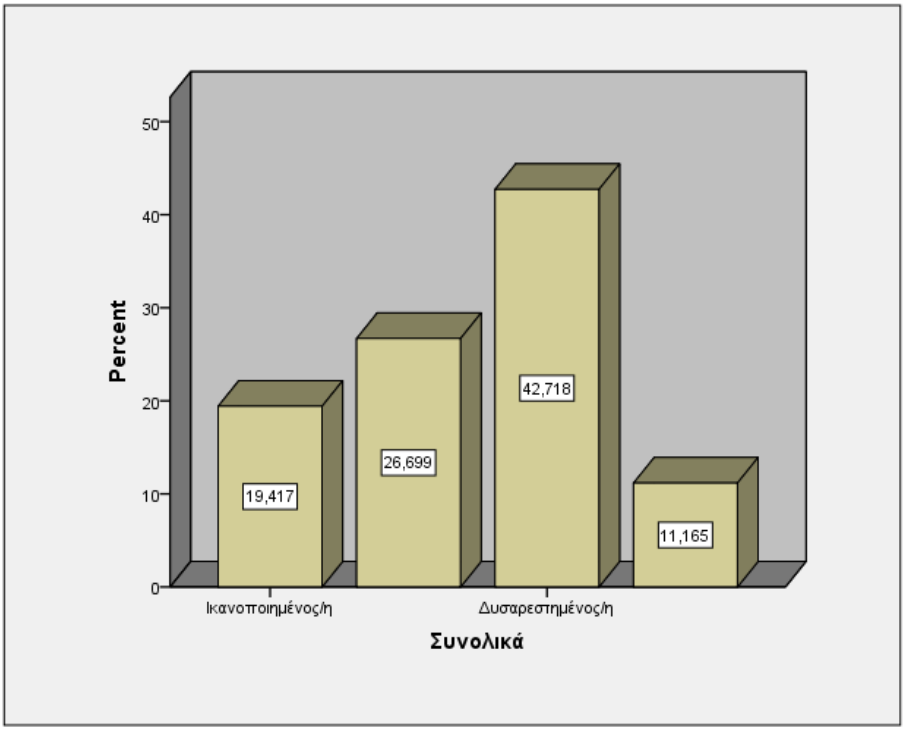
Διάγραμμα 36 Συνολική ικανοποίηση από τις υποδομές-Χωροταξική διάταξη



Διάγραμμα 37 Συνολική ικανοποίηση από τις υποδομές-Καθαριότητα αίθουσας



Διάγραμμα 38 Συνολική ικανοποίηση από τις υποδομές-Καθαριότητα χώρων υγιεινής



Διάγραμμα 39 Συνολική ικανοποίηση από τις υποδομές

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Κατά μέσο όρο οι ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η μέση τιμή ικανοποίησης ανήλθε στο 2,05 κοντά στο 2 που αντιστοιχεί στην κλίμακα ικανοποίησης και με μικρή απόκλιση της τάξης των 0,71 μονάδων.

	N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση
Συνολική ικανοποίηση	206	2,0534	,70681

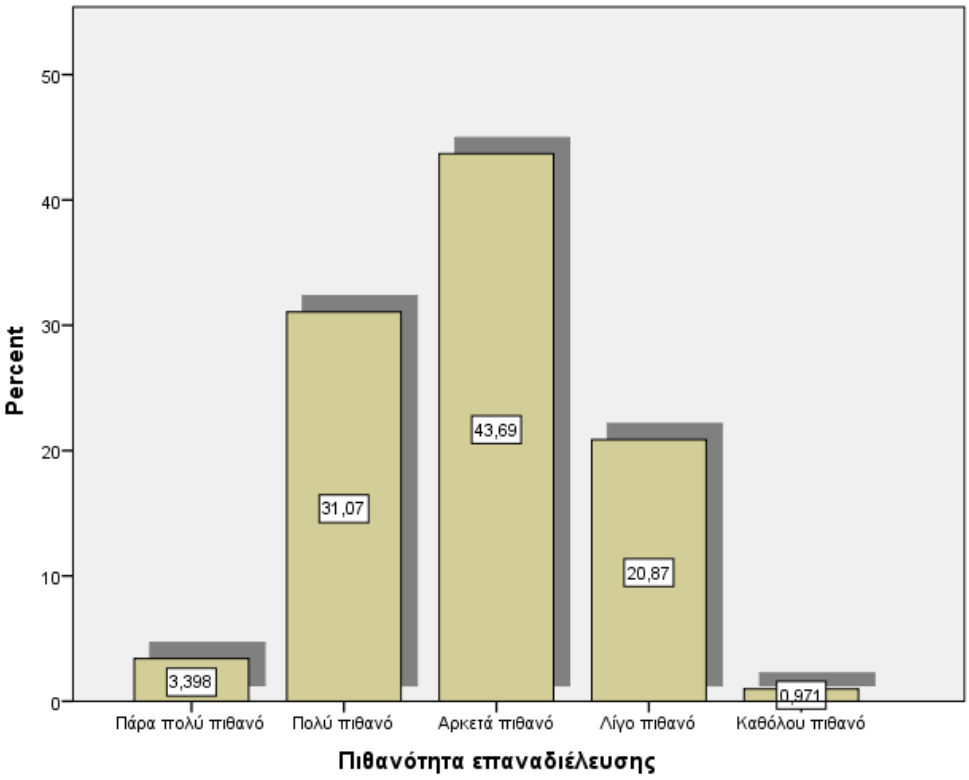
Πίνακας 11 Συνολική ικανοποίηση

9.5 ΑΦΟΣΙΩΣΗ ΚΑΙ ΠΙΣΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι ασθενείς δήλωσαν πως είναι αρκετά πιθανό να επιλέξουν στο μέλλον τα ίδια ΤΕΠ για κάποιο πρόβλημα υγείες τους με συνολικό ποσοστό 43,7%

Πάρα πολύ πιθανό	Πολύ πιθανό	Αρκετά πιθανό	Λίγο πιθανό	Καθόλου πιθανό
7 3.4%	64 31.1%	90 43.7%	43 20.9%	2 1%

Πίνακας 12 Πιθανότητα Επαναδιέλευσης



Διάγραμμα 41 Πιθανότητα Επαναδιέλευσης

9.6 ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΧΕΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Για την διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ του χρόνου αναμονής των ασθενών και της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες των ΤΕΠ χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Όπως περιγράφεται στον παρακάτω πίνακα, ο χρόνος αναμονής εμφάνισε τιμή για το στατιστικό p-value μεγαλύτερη του 0,05 επιπέδου σημαντικότητας για τον έλεγχο και διαπιστώνεται μη ύπαρξη σχέσης σύνδεσης. Συγκεκριμένα ο χρόνος αναμονής των ασθενών δεν επηρέασε την ικανοποίηση του από το νοσηλευτικό(p-value=0.952>0.05), το διοικητικό(p-value=0.475>0.05), το ιατρικό προσωπικό (p-value=0.769>0.05) ή τις υποδομές(p-value=0.601>0.05). Η ικανοποίηση ή μη των ασθενών από τις παροχές είναι ανεξάρτητη με τον χρόνο αναμονής του. Ο χρόνος

αναμονής επίσης είναι ανεξάρτητος και με την πιθανότητα ο ασθενής να επισκεφτεί ξανά τα ΤΕΠ όπως είναι ανεξάρτητος (p-value=0.308>0.05) και από την συνολική του ικανοποίηση από τις παροχές περίθαλψης (p-value=0.308>0.05)

		Χρόνος Αναμονή	
		p-value	Τιμή
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	*Ιατρική μέριμνα*	0,769	0,021
	Διοικητική μέριμνα	0,475	-0,050
	Νοσηλευτική μέριμνα	0,952	-0,004
	Υποδομές	0,601	-0,037
	Συνολική ικανοποίηση	0,308	-0,071
	Επαναδιέλευση	0,730	-0,024

Πίνακας 13 Έλεγχος ανεξαρτησίας Χρόνου αναμονής και ικανοποίησης

9.7 ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΧΕΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Ο χρόνος αναμονής, σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman, είναι ανεξάρτητος από το συναίσθημα της ασφάλειας (p-value=0.279>0.05), του σεβασμού (p-value=0.754>0.05), της αισιοδοξίας (p-value=0.950>0.05), της ανησυχίας (p-value=0.117>0.05), του άγχους (p-value=0.528>0.05), της αβεβαιότητας (p-value=0.838>0.05), της αδυναμίας (p-value=0.437>0.05)και της αγανάκτησης(p-value=0.660>0.05). Αρνητική σχέση όμως παρατηρείται μεταξύ του συναισθήματος θυμού και του χρόνου αναμονής (p-value=0.011<0.05) με τιμή στον έλεγχο αρνητική, -0,176, καθώς όσο αυξάνεται ο χρόνος αναμονής τόσο μειώνονται τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών και αυξάνεται το αίσθημα του θυμού.

	Χρόνος Αναμονής	
	p-value	Τιμή
Ασφάλεια	0.279	0.076
Σεβασμός	0,754	-0.22
Αισιοδοξία	0,950	-0.004
Ανησυχία	0,117	-0.110
Άγχος	0,528	0.044
Αβεβαιότητα	0,838	0.014
Αδυναμία (εξάρτηση από τρίτους)	0,437	-0.55
Θυμός	0,011	-0.176
Αγανάκτηση – Εκνευρισμός	0,660	0.031

Πίνακας 14 Έλεγχος ανεξαρτησίας για τον χρόνο αναμονής και τα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της αναμονής

Όσον αφορά τα συναισθήματα των ασθενών μετά την ολοκλήρωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ΤΕΠ στον χρόνο αναμονής τους διαφαίνεται ανεξαρτησία στον έλεγχο του Spearman. Κανένα από τα παρακάτω συναισθήματα δεν επηρεάζεται από τον χρόνο αναμονής καθώς τα στατιστικά p-values για όλες τις μεταβλητές προέκυψαν με τιμή μεγαλύτερη του 5% επιπέδου σημαντικότητας.

	Χρόνος Αναμονής	
	p-value	Τιμή
Ασφάλεια	0,158	0,999
Σεβασμός	0,417	0,057
Αισιοδοξία	0,345	0,066
Ανησυχία	0,507	0,047

Άγχος	0,275	0,077
Αβεβαιότητα	0,901	0,009
Αδυναμία (εξάρτηση από τρίτους)	0,414	0,057
Θυμός	0,925	0,007
Αγανάκτηση – Εκνευρισμός	0,492	0,013

Πίνακας 15 Έλεγχος ανεξαρτησίας για τον χρόνο αναμονής και τα συναισθήματα μετά την ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας

9.8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως αναφέραμε ο αριθμός των ασθενών που απευθύνεται στα Τεπ για την παροχή Υπηρεσιών ολοένα και αυξάνεται εξαιτίας της κακής οικονομικής κατάστασης αλλά και της γενικότερης δημοσιονομικής δυσπραγίας. Είναι προφανές ότι δεν υπάρχει άμεση προοπτική για την αύξηση των δαπανών για τη Δημόσια Υγεία για την αναβάθμιση – υποστήριξη των ιατρικών διαδικασιών.
Προκειμένου λοιπόν, να ικανοποιηθούν οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών και να επιτευχθεί η « επικεντροποίηση στον ασθενή » το προσωπικό του νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό , διοικητικό) οφείλει να εστιάσει εκτός από το ιατρικό – θεραπευτικό κομμάτι και στα συναισθήματα των ασθενών.
Στην παρούσα έρευνα εστιάσαμε καταρχήν στον χρόνο αναμονής των ασθενών χαμηλής προτεραιότητας και θέτουμε ως πρώτο ερευνητικό ερώτημα αν ο χρόνος αναμονής σχετίζεται θετικά με τη συνολική ικανοποίηση.
Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο χρόνος αναμονής στα τεπ σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση του ασθενούς. Ο χρόνος αναμονής μπορεί να διακριθεί σε δύο ξεχωριστές κατηγορίες. Τον χρόνο αναμονής όπως τον αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής και τον πραγματικό χρόνο αναμονής.
Κατά την αναμονή τους οι ασθενείς βιώνουν αυτόν τον χρόνο σε δύο διαφορετικά επίπεδα, δηλαδή σε ψυχολογικό επίπεδο και σε φυσιολογικό επίπεδο. Ο ελεύθερος χρόνος εκλαμβάνεται ως μεγαλύτερος από τον καταλαμβανόμενο χρόνο και, επιπλέον, η σωματική δυσφορία, η ανησυχία και η αβεβαιότητα καθιστούν τον χρόνο αναμονής μεγαλύτερης διάρκειας από ό, τι στην πραγματικότητα είναι (Nystrom 2003).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ποιοτικές πτυχές της περίθαλψης στα Τεπ, όπως η φροντίδα για τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς και η στάση του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς, δεν αποτελούν προτεραιότητα για το προσωπικό στο ΤΕΠ.

Ο χρόνος αναμονής ενός ασθενούς στα Τεπ καθορίζεται από την αξιολόγηση της ταξινόμησης.

Οι ασθενείς που πρέπει να περιμένουν μια αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους πρέπει να αντιμετωπίζονται με καλές δεξιότητες επικοινωνίας και πρέπει να τους παρέχονται έγκαιρες και πλήρεις πληροφορίες (Wiman 2003).Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη φαίνεται πως οι ασθενείς δεν μένουν ικανοποιημένοι από την ενημέρωση και τις οδηγίες του προσωπικού.

Στη συνέχεια, τίθεται το ερώτημα αν ο χρόνος αναμονής σχετίζεται θετικά με τα συναισθήματα των ασθενών. Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμφώνα με τους Dube, L (2002) και Camacho, F. (2006) ο χρόνος αναμονής σε θέματα που αφορούν την εξυπηρέτηση γενικότερα και τον τομέα της υγεία ειδικότερα, είναι ζήτημα που προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα σε όλους τους ανθρώπους.

Όταν δε προσέλθει ο ασθενείς σε μια νοσηλευτική μονάδα ως έκτακτο περιστατικό αντιμετωπίζει μια καθυστέρηση που επηρεάζει αρνητικά τα συναισθήματά του. Συγχρόνως, όταν αποδίδεται χαμηλή προτεραιότητα στα συμπτώματα και τις ανησυχίες ενός ασθενούς, αυτός ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί αγνοημένος και ότι δεν λαμβάνεται η κατάστασή του σοβαρά υπόψη (Dube, L 2002, Camacho, F. 2006).

Ο Nyström (2003) έδειξε ότι οι ασθενείς προσβάλλονται από συμπεριφορές που δείχνουν αδιαφορία ή έλλειψη συμπάθειας, και αυτή η έλλειψη φροντίδας συμβάλλει στην ταλαιπωρία τους. Οι αρνητικές συναντήσεις με τους επαγγελματίες υγείας αυξάνουν την αίσθηση ευπάθειας του ασθενούς και συμβάλλουν στην αύξηση του πόνου.

Οι μεγαλύτεροι ασθενείς όσο περισσότερο χρόνο πρέπει να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, τόσο περισσότερο αισθάνονται ότι δεν έχουν τον έλεγχο της κατάστασής τους.

Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ότι βρίσκονται σε αγχωτικό και ανήσυχο περιβάλλον που περιβάλλεται από άλλους ασθενείς στην ίδια κατάσταση. Όταν οι ασθενείς γίνονται δεκτοί σε αίθουσα εξετάσεων, μπορεί να καταλήξουν να περιμένουν ένα άλλο παρατεταμένο χρονικό διάστημα, γεγονός που τους δίνει το λόγο να χάσουν την αίσθηση της ακεραιότητας ή την αίσθηση ότι δεν έχουν τον έλεγχο της κατάστασής τους και μπορεί να αρχίσουν να αισθάνονται αφρόντιστοι.

Οι Byrne και Heyman (1997) απέδειξαν ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν δυσαρεστημένοι με τη νοσηλεία που δεν εκτελέσθηκε επαρκώς ή δεν εκτελέστηκε

όταν έπρεπε να γίνει. Σε αυτή τη μελέτη, η έλλειψη ρουτίνας στη νοσηλευτική φροντίδα ενίσχυσε την αρνητική εικόνα του ασθενούς για την εμπειρία του.
Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής αποθαρρύνουν τους ασθενείς και τους συγγενείς τους να εγκαταλείψουν το χώρο ακριβώς μπροστά από την αίθουσα εξετάσεων λόγω ανησυχίας ότι, εάν δεν βρίσκονται εκεί, θα ερμηνευόταν ως έλλειψη ενδιαφέροντος ή πιθανόν να χάσουν κάποιες πολύτιμες πληροφορίες με αποτέλεσμα να δημιουργείται έντονος συνωστισμός (Kihlgren 2004).
Τέλος, τίθεται το ερευνητικό ερώτημα αν τα συναισθήματα σχετίζονται με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, καθώς η αναμονή αυξάνεται, η συναισθηματική εμπειρία του ασθενούς επιδεινώνεται όσον αφορά τα έντονα αρνητικά συναισθήματα, γεγονός που οδηγεί σε αρνητική αντίληψη της ποιότητας της φροντίδας και σε μικρότερη ικανοποίηση (Mikolic,Parker,Pruitt 1997).Στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται υπερίσχυση αρνητικών συναισθημάτων κατά την αναμονή παρόλα αυτά δε φαίνεται να επηρεάζεται η άποψη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς οι ασθενείς εμφανίζονται σε πολύ υψηλό ποσοστό ικανοποιημένοι από το προσωπικό του νοσοκομείου.
Οι ασθενείς ζητούν εξατομικευμένη περίθαλψη που σχετίζεται και βασίζεται στις ανάγκες τους. Η εξατομικευμένη φροντίδα με ολιστική προσέγγιση σημαίνει ότι κάθε ασθενής αντιμετωπίζεται ως άτομο και πρέπει να απολαμβάνει το σεβασμό για τα ατομικά του δικαιώματα, την αξιοπρέπεια και την ανάγκη για ιδιωτικό απόρρητο (Attree 2001).
Ενώ, η φροντίδα για τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς σε ένα ΤΕΠ βασίζεται στην ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να δημιουργεί σχέσεις φροντίδας που στοχεύουν στις βραχυπρόθεσμες ανάγκες του ασθενούς και στην άμεση ανακούφισή του (Nystrom 2002).

9.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

Στην έρευνά μας δεν φάνηκε να επηρεάζει ιδιαίτερα τους ασθενείς η αναμονή. Από τον έλεγχο συσχέτισης χρόνου αναμονής – συναισθημάτων φαίνεται ότι το μοναδικό συναίσθημα με αρνητική συσχέτιση και p- value < 0.05 είναι ο θυμός.
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ικανοποίησης της έρευνας οι ασθενείς που έλαβαν τις υπηρεσίες των Τεπ , εξέφρασαν καθαρά την ικανοποίησή τους από το ανθρώπινο δυναμικό που σχετίζεται με την υγεία και την νοσηλεία.
Αυτό έρχεται να συμφωνήσει με την έρευνα του Suki το 2011 η οποία υποστήριξε πως η εμπιστοσύνη του ασθενή στον γιατρό και η αφοσίωση σε αυτόν είναι σημαντικός παράγοντας της σχέσης με τον ασθενή και την ικανοποίησή του.

Η ικανοποίηση αυτή δεν συνεχίστηκε σε θέματα που αφορούν την υποδομή του τμήματος επειγόντων .Τόσο σε τομείς πολύ σημαντικούς για την υγεία ενός ασθενή, όπως είναι η καθαριότητα των χώρων αναμονής και υγιεινής όσο και στην προσβασιμότητα και τη χωροταξική διάταξη ,παρατηρήθηκε σημαντική έλλειψη επάρκειας .

Όμοια δυσαρέσκεια διαπιστώθηκε και σε ζητήματα που αφορούν το διοικητικό προσωπικό που εξυπηρετεί τα Τεπ του νοσοκομείου. Μικρά ποσοστά ικανοποίησης και μεγαλύτερα ποσοστά αδιαφορίας και δυσαρέσκειας εμφανίστηκαν σε θέματα συμπεριφοράς, εξυπηρέτησης, προθυμίας ,ενημέρωσης και ταχύτητας διεκπεραίωσης με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η συνολική γνώμη και να προκύπτουν δυσάρεστες εντυπώσεις.

Κρίνοντας από την συνολική εμπειρία όμως των ασθενών, 1 στους 2 είναι ικανοποιημένος από την παροχή φροντίδας στα Τεπ .

Η εμπειρία αυτή όπως αποδεικνύεται από την έρευνα είναι ανεξάρτητη των χρόνων αναμονής γεγονός που εξηγεί και τον λόγο για τον οποίο θα επέλεγε ξανά το ίδιο τμήμα για παροχή ιατρικής φροντίδας.

Δεδομένου ότι τα αρνητικά συναισθήματα των ασθενών πηγάζουν από την αύξηση των αναμονών ,καθώς σηματοδοτούν την απομάκρυνση από τον στόχο, είναι προφανές ότι η μείωση του χρόνου αναμονής θα πρέπει να είναι ο πρωταρχικός στόχος στην πρόληψη αρνητικών συναισθημάτων. Άλλωστε , αν σκεφτούμε ότι και η πρώτη εικόνα είναι και η πιο σημαντική σαφέστατα πρόκειται για ένα κομμάτι που χρήζει άμεσα βελτίωσης.

Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μέσω πληροφόρησης- ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με τον ρόλο των Τεπ και τις υπηρεσίες που παρέχει.

Συγχρόνως, οι κακές περιβαλλοντικές συνθήκες , όπως οι υψηλές θερμοκρασίες , ο επίμονος θόρυβος και η δυσάρεστη οσμή αλλά και η απομάκρυνση των μη απαραίτητων συνοδών, η τήρηση των σειρών προτεραιότητας η πληροφόρηση σχετικά με τις διαδικασίες είναι μερικές παράμετροι που αν βελτιωθούν μπορεί να αποτρέψουν αρνητικά συναισθήματα.

Επιπρόσθετα , όσον αφορά το διοικητικό κομμάτι, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού και η βελτίωση της επικοινωνιακής του δεξιότητας μπορεί να συμβάλλει στην ταχύτερη εξυπηρέτηση και άμεση ενημέρωση γεγονός που κατευνάζει τα αρνητικά συναισθήματα και τη δυσαρέσκεια των ασθενών.

Επίσης ,θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη βελτίωση των υποδομών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη μεταφορά πόρων από το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό προς τις υποδομές .Όχι με την έννοια της μείωσης προσωπικού, αφού αυτό ούτως ή άλλως δεν επαρκεί, αλλά πόρων που προέρχονται παραδείγματος χάρη από απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία για:

- Πρόσληψη βοηθητικού προσωπικού (βοηθών θαλάμου), προσωπικού καθαριότητας
- Θέσπιση και αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής. (εκπαίδευση προσωπικού)
- Αναβάθμιση εξοπλισμού και βελτίωση των εγκαταστάσεων εφαρμογής συστήματος ελέγχου.

Τέλος θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι μελέτες για την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι αναπόσπαστο κομμάτι για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας. Η εκτίμηση και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελούν έναν ασφαλή και ακριβή τρόπο για την συλλογή αναγκαίων δεδομένων, την επεξεργασία τους, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους, καθώς και την αξιολόγησή τους.
Η διαχείριση όλης αυτής της διαδικασίας έχει ως στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η παροχή τους σε όσους τις έχουν ανάγκη. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχει αμφισβήτηση για το κατά πόσο οι ασθενείς έχουν τη γνώση για να κρίνουν αυτό που τους παρέχεται και κατά πόσο η ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση τους επηρεάζει. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, η αξιολόγηση και η καθιέρωση στόχων για ανώτερα επίπεδα παροχής υπηρεσιών συμβάλλει στην ενεργοποίηση όλου του οργανισμού και των ασθενών ώστε να ανταποκρίνονται με ειλικρίνεια και χωρίς καχυποψία σε μελέτες αξιολόγησης με όραμα την βελτίωση του οργανισμού μέσα από την αλλαγή στάσεων, απόψεων και κουλτούρας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΑΜΟΝΩΝ , ΣΤΑ ΤΕΠ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΦΟΡΕΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο Ασθενούς:

- Άνδρας □
- Γυναίκα □

2. Ηλικία:

- □ έως 24 ετών
- □ 25-34 ετών
- □ 35-44 ετών
- □ 45-54 ετών
- □ >55 ετών

3. Σε ποιο νομό διαμένετε:

- Νομός Αχαΐας □
- Άλλο □.....

4. Ιθαγένεια/Υπηκοότητα:

- Ελληνική □
- Άλλη □ (σημειώστε ποια)…….

5. Ποια είναι η εργασιακή σας κατάσταση:

- Δ.Υ. □
- Ι.Υ. □
- Άνεργος □
- Φοιτητής □
- Ελ. Επαγγελματίας □
- Συνταξιούχος □
- Αγρότης □
- Άλλο □ ……

6. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας:

- Απόφοιτος Δημοτικού □
- Απόφοιτος Γυμνασίου □
- Απόφοιτος Λυκείου □
- Σχολή /ΙΕΚ □
- Απόφοιτος ΑΕΙ □
- Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό □

7. Είστε ασφαλισμένος/η;

- Ναι □ (σημειώστε το ταμείο σας) …….
- Όχι □

8. Ποια η μέρα άφιξης στα ΤΕΠ

- □ Δευτέρα ή Τετάρτη
- □ Τρίτη ή Πέμπτη
- □ Παρασκευή
- □ Σάββατο
- □ Κυριακή

9. Ποια η ώρα άφιξής σας στα Τεπ

- □ 8 π.μ – 3 μ.μ
- □ 3μ.μ -12 π.μ
- □ 12π.μ – 8 π.μ

10. Μέσος χρόνος αναμονής από την είσοδό σας στα Τεπ μέχρι την συνάντησή σας από τον γιατρό.

- □ έως 15 λεπτά
- □ 16-30 λεπτά
- □ 31-45 λεπτά
- □ 46-60 λεπτά
- □ > 60 λεπτά

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

11. Ποια η ένταση των παρακάτω συναισθημάτων (σε κλίμακα από 1 έως 5)κατά την αναμονή της εξέτασής σας στα ΤΕΠ;

	Καθόλου				Απόλυτα
Ασφάλεια	1	2	3	4	5
Σεβασμός	1	2	3	4	5
Αισιοδοξία	1	2	3	4	5
Ανησυχία	1	2	3	4	5
Άγχος	1	2	3	4	5

Αβεβαιότητα	1	2	3	4	5
Αδυναμία(εξάρτηση από τρίτους)	1	2	3	4	5
Θυμός	1	2	3	4	5
Αγανάκτηση - Εκνευρισμός	1	2	3	4	5
Παραμέληση - Εγκατάλειψη	1	2	3	4	5

12. Ποια η ένταση των παρακάτω συναισθημάτων (σε κλίμακα από 1 έως 5) μετά την παροχή των υπηρεσιών υγείας ;

	Καθόλου				Απόλυτα
Ασφάλεια	1	2	3	4	5
Σεβασμός	1	2	3	4	5

Αισιοδοξία	1	2	3	4	5
Ανησυχία	1	2	3	4	5
Άγχος	1	2	3	4	5
Αβεβαιότητα	1	2	3	4	5
Αδυναμία(εξάρτηση από τρίτους)	1	2	3	4	5
Θυμός	1	2	3	4	5
Αγανάκτηση - Εκνευρισμός	1	2	3	4	5
Παραμέληση - Εγκατάλειψη	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

13. Ιατρική μέριμνα: Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από:

Πίνακας 1. Ιατρική Μέριμνα

Ιατρικό προσωπικό	Πολύ Ικανοποιημένος /η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος /η Ούτε Δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος /η	Πολύ Δυσαρεστημένος/η
Τη συμπεριφορά					

Την επιδεξιότητα	
Τις οδηγίες	
Την ενημέρωση	
Το έγκαιρο της διάγνωσης	
Συνολική ικανοποίηση	

14. Νοσηλευτική μέριμνα: Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από:

Πίνακας 2. Νοσηλευτική μέριμνα

Νοσηλευτικό προσωπικό	Πολύ Ικανοποιημένος /η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος /η Ούτε Δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος /η	Πολύ Δυσαρεστημένος/η
Τη συμπεριφορά					
Την					

επιδεξιότητα	
Την εξυπηρέτηση	
Την προθυμία	
Συνολική ικανοποίηση	

15. Διοικητική Μέριμνα: Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από:

Πίνακας 3. Διοικητική Μέριμνα

Διοικητικό προσωπικό	Πολύ Ικανοποιημένος /η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος /η Ούτε	Δυσαρεστημένος /η	Πολύ Δυσαρεστημένος/η

	Δυσαρεστη μένος/η
Τη συμπεριφορά	
Την εξυπηρέτηση	
Την προθυμία	
Την ενημέρωση	
Την ταχύτητα διεκπεραίωσης	
Συνολική ικανοποίηση	

16. ΥΠΟΔΟΜΕΣ: Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από:

Πίνακας 4. Υποδομές

Υποδομές Τεπ	Πολύ Ικανοποιημένος /η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος /η Ούτε Δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος /η	Πολύ Δυσαρεστημένος/η
Την προσβασιμότητα					
Την χωροταξική διάταξη					
Την καθαριότητα αίθουσας αναμονής					
Την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής					
Συνολική ικανοποίηση					

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

17. Συνολικά πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα Τεπ;

- Πολύ ικανοποιημένος □
- Ικανοποιημένος □
- Ούτε ικανοποιημένος-ούτε δυσαρεστημένος □
- Δυσαρεστημένος □
- Πολύ δυσαρεστημένος □

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΦΟΣΙΩΣΗΣ-ΠΙΣΤΗΣ

18. Πόσο πιθανό θεωρείτε να συνεχίσετε να χρησιμοποιείτε της υπηρεσίες του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

- Πάρα πολύ πιθανό □
- Πολύ πιθανό □
- Αρκετά πιθανό □
- Λίγο πιθανό □
- Καθόλου πιθανό □

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

https:// www.simplilearn.com/deming-vs-juran-vs-crosby-comparison-article)

http://www.hesem.gr/

Press, I. (2014). Concern for the patient's experience comes of age. *Patient experience journal. 1*(1). Available at: http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/2

London, K. Jeffrey, D. Silver, M. & Finefrock, D. (2016). Teaching the emergency department patients experience: needs assessment from the CORD-EM task force. *Western journal of emergency medicine. 18*(1), 56–59.

Tyalor, C. & Benger, R. (2003). Patient satisfaction in emergency medicine. Archives of emergency medicine. 21(5), 528-32.

Huisman, E R C. (2012). Healing environment: a review of the impact of physical environment. *Building and environment*, *58*, 70-80.

Backstrom, I. Larsson, J, Wiklund, H. (2009). Are healthy and successful organizations working accordingly to quality management? *International journal of workplace health management.* *2*(3), 245-257. Available at: https://doi.org/10.1108/17538350910993430.

Dube, L. et al. (2002*)*. Emotions, the neglected side of patient-centered health care management: the case of emergency department patients waiting to see a physician. *Advances in health care management*. *3* Bingley, U.K.: Emerald.

Camacho, F. (2006). The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. Public health sciences. 14 (1), 85-102, Available at: https://doi.org/10.1108/MRJIAM-07-2015-0601.

Tenenbensel, T. Chalmers, L. & Willing, E. (2016). Comparing the implementation consequences of the immunization and emergency department health targets in New Zeeland: a tale of two targets. *Journal of health organization and management. 30* (6), 1009-1024, Available at: https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2015-0126.

Suarez, T. (2016). Cultural differences in a public hospital in Mexico. *Journal of Iberoamerican of management. 14* (1), 85-102, https://doi.org/10.1108/MRJIAM-07-2015-0601.

Ginsburg, L. (2017). Total quality management in health care. *Advances in health care management. 2*, 265–290, Emerald Group Publishing Limited, Available at: http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1016/S1474-8231%2801%2902030-4.

Chapman, A LN. (2014). Leadership styles used by senior medical leaders: patterns, influences, and applications for leader development. *Leadership in Health Services*, *27* (4), 283-298, Available at: https://doi.org/10.1108/LHS-03-2014-0022

Dahlén, Westin, Adolfsson A (2012). Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychology Research and Behavior Management* (5),1-9 , Available at: https://doi.org/10.2147/PRBM.S27790

Crosby, P. B., (1979). Quality Is Free. s.l.:The New American Library.

Donabedian, A., (1966). Assessment and measurement of quality assurance in healthcare. (44), . 194−196.

Donabedian, A., (1980.) The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. s.l.:Health Administration Press.

Donabedian, A., (1988). Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means.. Inquiry, (25), 173–192.

Donabedian, A., 1988. The quality of care. How it can be assessed?. JAMA, (260), 1743–1748.

Binns GS. (1991).The relationship among quality, cost, and market share in hospitals. Top Health Care Financ (18) ,21-32

Jensen J. (1991) Marketing hospital quality. Top Health Care Financ (18) ,58-66

Juran, J. M. & Gryna, F. M., 1993. Quality Planning and Analysis. New York: McGraw-Hill, 3-5, 15-36, 123-124.

Schein H.E. (2004). Organizational Culture and Leadership Defined. Published by Jossey Bass

Everard & Morris (1999). Αποτελεσματική Εκπαιδευτική Διοίκηση, Πάτρα .ΕΑΠ

Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework*. (Rev. ed.). San Francisco, CA: Wiley (Jossey Bass).

Goleman D. (2014). Ο Νέος Ηγέτης .Εκδόσεις Πεδίο.

Suki, NM. Assessing patient satisfaction, trust, commitment loyalty and doctors' reputation towards doctor services. Pakistan Journal of Medical Science 2011; 27(5):1207-1210

Papakonstanti A.(2012). Quality in health care and its evaluation. Archives of Hellenic Medicine, 29 (4) ,480- 488

Κωσταγιόλας Π.(2008).Βελτιώνοντας την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας ,εκδόσεις Παπασωτηρίου ,Αθήνα.

Λάμπρου Π. (2005) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Οργάνωση και Λειτουργία. Mediforce Επιστήμες Διοίκησης-Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα ,σ.264.

Κρητικός Α. (2004).Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μια θεωρητική προσέγγιση. Available at : http://www.econ.uoi.gr/

Τσιότρας Δ.Γ. (1995). Βελτίωση Ποιότητας. Εκδόσεις Ευγ.Μπένου ,Αθήνα.

Ζαβλάνος Μ.(2003).Η ολική ποιότητα στην εκπαίδευση. Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης ,Αθήνα.

Πετρίδου Ε. (2002).Διοίκηση ποιότητας στην εκπαίδευση. Διοικητική Ενημέρωση (22) , 55-61.

Πιερράκος Γ., 2013. Συγκριτική ανάλυση δυο Ερευνών Μέτρηση Ικανοποίησης των εξωτερικών Ασθενών στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 30(3):316-324

Dr. Ντάνος Α. 2017 Διαχείριση ανθρωπίνων πόρων στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας 6: 1-5

Δρόσος Δ. 2017 Διοίκηση Ολικής ποιότητας 1 : 1-10

Δρόσος Δ.2017 Ιστορική Αναδρομή της Φιλοσοφίας της ΔΟΠ 2: 52-53