

Ανάλυση S.W.O.T. Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε Υγειονομικούς Οργανισμούς

Θεοδώρα Μαλάμου

Νοσηλεύτρια, MSc, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, Μονάδα Αιμοδυναμικού εργαστηρίου
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανάλυση S.W.O.T. είναι προτεινόμενο μέσο στρατηγικής ανάλυσης, για τους οργανισμούς υγείας. Τα θέματα που εντοπίζονται στην ανάλυση S.W.O.T. κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες. Από το εσωτερικό περιβάλλον της υπηρεσίας είναι τα δυνατά (strengths) σημεία, όπως προσπελασιμότητα, καλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, έμπειρο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, σύγχρονο επίπεδο τεχνολογικού-βιοϊατρικού εξοπλισμού, διοίκηση προσανατολισμένη σε διαδικασίες ποιότητας, ικανοποίηση προσωπικού και τα αδύνατα (weaknesses) σημεία, σε ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού και εξοπλισμού, ψυχική και σωματική κόπωση, μη εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων διαχείρισης θεραπείας, ασαφές νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο, ανεπαρκής ή μειωμένη επιμόρφωση προσωπικού, κουλτούρα εργαζόμενων. Από το εξωτερικό περιβάλλον, είναι οι ευκαιρίες (opportunities), έναρξη και λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, συνειδητοποίηση των αδυναμιών της υπηρεσίας, ιατρικός φάκελος, εθελοντισμός, ιδιωτικές μορφές χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων, πολιτισμικότητα και οι απειλές (threats), όπως, οικονομική κρίση και κρίση αξιών, γραφειοκρατία στην διαχείριση καθημερινών θεμάτων, παρουσία σημαντικού αριθμού μεταναστών και ανασφάλιστων, δυσαρέσκεια χρηστών υγείας, φροντίδα σε ιδιωτικό τομέα, αλλαγή επιδημιολογικού προτύπου. Σκοπός του άρθρου, είναι η ανάδειξη της εφαρμογής της ανάλυσης S.W.O.T. ως σημαντικό εργαλείο στα χέρια της νοσηλευτικής διοίκησης, στη λήψη αποφάσεων και στη διαμόρφωση μελλοντικής στρατηγικής των υπηρεσιών υγείας. Η ανάλυση S.W.O.T. σε υγειονομικές υπηρεσίες είναι ένα χρήσιμο, αλλά όχι αυτοδύναμο εργαλείο, στρατηγικού σχεδιασμού, που υπόσχεται στις υπηρεσίες υγείας να προβαίνουν σε μελετημένες αποφάσεις και μην αφήνουν τίποτε στην τύχη, προκειμένου να είναι αποδοτικές και ανταγωνιστικές.

Λέξεις κλειδιά: Ανάλυση S.W.O.T, αδύνατα σημεία, απειλές, δυνατά σημεία, ευκαιρίες, υπηρεσίες υγείας.

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Θεοδώρα Μαλάμου
e-mail:dmalamou@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: Ιανουάριος 2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2020

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων

Αναφορά του άρθρου ως: Μαλάμου Θ. (2020). Ανάλυση S.W.O.T. Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε υγειονομικούς οργανισμούς. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 13(1): 9-22, DOI: <https://doi.org/10.24283/hjns.202012>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Ο προγραμματισμός είναι η κυριότερη διοικητική λειτουργία για επίτευξη σκοπών.
- Η ανάλυση S.W.O.T. είναι βασικό, προκαταρκτικό εργαλείο λήψεων αποφάσεων.
- Ανάλυση S.W.O.T. προτεινόμενο μέσο στρατηγικής ανάλυσης, για τους οργανισμούς υγείας.
- Δυνατά (Strengths) – αδύνατα (weaknesses) σημεία εσωτερικού περιβάλλοντος
Ευκαιρίες (opportunities) – απειλές (threats) εξωτερικού περιβάλλοντος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο οργανισμός υγείας, στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες, με τη μεγάλη στενότητα πόρων, με τα μέσα που διαθέτει πρέπει, να κατορθώσει να μεγιστοποιήσει το παραγόμενο έργο (Lee 2012) και να αξιοποιήσει διαθέσιμους πόρους, για την επίτευξη των επιδιωκόμενων σκοπών, συμπεριλαμβάνοντας υγειονομική, νοσοκομειακή περίθαλψη (ιατρικές, νοσηλευτικές δραστηριότητες, διάγνωση ασθένειας, θεραπεία ασθενή) (Κουτουζής 1999, Γώγος 2014).

Συγκεκριμένα, ο σκοπός της μονάδας υγείας, είναι να παρέχει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στον πληθυσμό ευθύνης, της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας που υπάγεται, αλλά και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλη περιφέρεια. Να παρέχει ειδικευση, εκπαίδευση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας, εφαρμογή μεθόδων περίθαλψης, για την αποτελεσματική ικανοποίηση των αναγκών υγείας, συνεργασία με άλλους φορείς υγειονομικούς για προώθηση της υγείας, της εκπαίδευσης και της έρευνας (WHO 2007).

Τα συστήματα υγείας, αντιμετωπίζουν, όλο και περισσότερες νέες προκλήσεις, οι οποίες ξεπερνούν τον αρχικό σκοπό του τομέα υγείας που αναφέρθηκε. Η πρόοδος της ιατρικής γνώσης, της τεχνολογίας, οι προσδοκίες των ασθενών, η οικονομική κρίση σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η γήρανση του πληθυσμού, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι για την υγεία, έχουν φέρει στην επιφάνεια, την αναγκαιότητα προγραμματισμού. Η κάθε υγειονομική υπηρεσία, θα επιλέξει την πορεία της, σύμφωνα με τις νέες προκλήσεις και με τις ανάγκες, που καλείται να ικανοποιήσει, εισάγοντας εργαλεία και μεθόδους, που εφαρμόστηκαν στον ιδιωτικό τομέα των επιχειρήσεων, προκειμένου να πετύχουν στόχους και να ανταπεξέλθουν στο συνεχόμενο εξελισσόμενο ανταγωνιστικό περιβάλλον (Swayne et al 2006, Van Wijngaarden et al 2012).

Η ανάλυση S.W.O.T είναι βασικό, προκαταρκτικό εργαλείο λήψεως αποφάσεων. Χρησιμοποιείται από πολλές επιχειρήσεις, προκειμένου να αξιολογηθεί η τρέχουσα κατάσταση τους. Ο σκοπός είναι να πάρουν αποφάσεις και να διαμορφώσουν την μελλοντική στρατηγική τους

(Suarez et al 2016). Τα τελευταία πενήντα χρόνια, στο πλαίσιο της διοίκησης επιχειρήσεων, είναι αρκετά διαδεδομένη, ως σημαντικό εργαλείο του στρατηγικού σχεδιασμού, με δυνατότητα εφαρμογής και στους υγειονομικούς οργανισμούς (Van Wijngaarden et al 2012).

Η ανάλυση S.W.O.T (Suarez et al 2016), είναι προτεινόμενο μέσο στρατηγικής ανάλυσης, για τους οργανισμούς υγείας. Τα θέματα που εντοπίζονται στην ανάλυση S.W.O.T, κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες. Είναι ένα αρκτικόλεξο, που σχηματίζεται από τον εντοπισμό και την περιγραφή των δυνατών (strengths) και των αδύνατων σημείων (weaknesses) του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού και της υπηρεσίας, των ευκαιριών (opportunities) και απειλών (threats) που υπάρχουν στο εξωτερικό περιβάλλον του.

Σκοπός του άρθρου, είναι η ανάδειξη της εφαρμογής της ανάλυσης S.W.O.T. ως σημαντικό εργαλείο στα χέρια της νοσηλευτικής διοίκησης, στη λήψη αποφάσεων και διαμόρφωσης μελλοντικής στρατηγικής των υπηρεσιών υγείας.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Το νοσοκομείο, ως μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, γενικό, περιφερειακό και κάθε ειδικό, απαρτίζεται από υπηρεσίες (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική-οικονομική, τεχνική), αυτοτελή τμήματα (οργάνωσης και πληροφορικής) και γραφείο εξυπηρέτησης πολίτη (Σιγάλας 1999). Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου, καθορίζεται η νομική του μορφή, η επωνυμία του, οι υπηρεσίες του, η διάθρωση του σε τομείς (υποδιευθύνσεις) και τμήματα, συνολικός αριθμός κλινών, ειδικές αρμοδιότητες υπηρεσιών και τμημάτων, οι θέσεις κατά κατηγορία και κλάδο προσωπικού και η ιεραρχική διαβάθμιση των θέσεων. Κάθε υπηρεσία, έχει την δική της ιεραρχική οργάνωση και διαχωρίζεται σε ανάλογους τομείς. Η Νοσηλευτική υπηρεσία είναι διεύθυνση. Διαθρώνεται σε επιμέρους νοσηλευτικούς τομείς, σε επίπεδο διευθύνσεων, που υπάγονται ιεραρχικά στο διοικητή του νοσοκομείου.

Οι αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, με την ανάλογη επιστημονική γνώση της νοσηλευτικής επιστήμης. Επίσης,

στις αρμοδιότητες αυτές περιλαμβάνονται η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης, η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και ο έλεγχος του προσωπικού και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, ο καθορισμός και υποστήριξη νοσηλευτικών προγραμμάτων επιμόρφωσης φοιτητών, σπουδαστών και εργαζόμενων, ο προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού στο πλαίσιο ευθύνης της, η τήρηση των αρχών λειτουργίας του νοσοκομείου και η συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία του. Παράλληλα, διενεργεί διαχειριστικό έλεγχο και καταγραφή υλικών, οργανώνει και προγραμματίζει τις νοσηλευτικές πράξεις, με επιστημονική κατάρτιση, για τη συνεχή βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας με θεραπευτικές και προληπτικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της (Wolper 2001).

Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο προγραμματισμός είναι η κυριότερη διοικητική λειτουργία, που συμβάλλει στην επίτευξη των σκοπών του νοσηλευτικού τμήματος και κατά επέκταση και του νοσηλευτικού ιδρύματος. Οι Koontz και O' Donnel (1984) επιστημονούν, ότι με το σχεδιασμό αποφασίζεται από πριν τι θα γίνει, πότε θα γίνει και ποιος θα το κάνει. Ο Μπουραντάς (2002) αναφέρει, ότι ο προγραμματισμός συνιστάται στον προσδιορισμό των στόχων, της στρατηγικής, των τακτικών ενεργειών και των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Ο προγραμματισμός – σχεδιασμός διακρίνεται στο στρατηγικό και στον τακτικό- επιχειρησιακό προγραμματισμό. Η διαδικασία του στρατηγικού, βοηθάει στη διαμόρφωση αποστολής, οράματος, μακροπρόθεσμων στόχων και στρατηγικών αποφάσεων (Μπογιατζίδης 2016). Αντανακλά, την οργανωτική πολιτική και τη φυσιογνωμία του ιδρύματος. Ορίζει, το καθοδηγητικό πλαίσιο, παρέχοντας τα τελικά κριτήρια αξιολόγησης της διοικητικής συμπεριφοράς, του οργανισμού και της πορείας του (Μπουραντάς 2002, Suarez et al 2016).

Ο τακτικός- επιχειρησιακός προγραμματισμός, έχει βραχύτερο χρονικό ορίζοντα. Αποσαφηνίζονται, ποσοτικά, ποιοτικά και χρονικά, ενέργειες που θα γίνουν και μέσα που θα χρησιμοποιούν, στην επίτευξη μετρήσιμων βραχυπρόθεσμων και μεσοπρόθεσμων στόχων.

Η ανάλυση SWOT είναι στρατηγική τεχνική (Wijngaarden et al 2012, Suarez et al 2016), που θα αποτυπώσει στοιχεία εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, προκειμένου να υπάρξει προγραμματισμός των κύριων στρατηγικών προβληματισμών, να γίνει διαμόρφωση των στρατηγικών επιλογών για την επίτευξη σκοπών και μελλοντικής ανάπτυξης. Στη συνέχεια, θα τεθούν ρεαλιστικοί στόχοι που να συμβαδίζουν με την ικανοποίηση των σκοπών, του νοσηλευτικού ιδρύματος

και αντικατοπτρίζουν το όραμα του και την αποστολή του (Μπογιατζίδης 2016).

Η διαμόρφωση, με σαφήνεια, των στόχων της διοίκησης του νοσηλευτικού τμήματος, είναι το πρώτο βήμα του στρατηγικού προγραμματισμού (Harrison 2010). Η παράλληλη θέσπιση δεικτών, για μέτρηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και των συνεπειών τους είναι αναγκαία. Ο καθορισμός των στόχων, περιλαμβάνει αρχικά, τη συλλογή και την αξιολόγηση βασικών δεδομένων (Gibis et al 2001), όπως ανάγκες ασθενών, στοιχεία πληθυσμού και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας του, πηγές χρηματοδότησης της περίθαλψης, την τρέχουσα κατάσταση της ιατρικής τεχνολογίας, καθορισμό των αναγκών των εργαζόμενων και των υλικών πόρων, για την αποδοτική ποιοτική παροχή των υπηρεσιών υγείας, σε συνάρτηση με τις συνολικές πραγματικές δυνατότητες του οργανισμού.

Στο δεύτερο βήμα του στρατηγικού προγραμματισμού, συλλέγονται και εκτιμώνται δεδομένα, εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η εκτίμηση και η πρόβλεψη μελλοντικών τάσεων γίνεται, με την ταξινόμηση των δεδομένων, σε τέσσερις κατηγορίες (Harrison 2010, Καϊτελίδου 2011): δυνατά (strengths), αδύνατα (weaknesses) σημεία, ευκαιρίες (opportunities) και απειλές (threats). Η αποτύπωση της παραπάνω, υφισταμένης κατάστασης της υπηρεσίας, δηλαδή η ανάλυση SWOT, σε ένα πίνακα διευκολύνει την ανάπτυξη των επιχειρηματικών διορθωτικών λύσεων (πίνακας 1).

Στο τρίτο βήμα η αποτύπωση, χαρτογράφηση της υφισταμένης κατάστασης, διαμόρφωση στρατηγικής – S.W.O.T ανάλυση, οδηγεί στην διαμόρφωση των στρατηγικών στόχων. Τέλος, ενσωματώνεται η ανάλυση SWOT στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, για τη μελλοντική εναλλακτική πορεία της υπηρεσίας, ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στο συνολικό στρατηγικό σχέδιο του οργανισμού (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου 2008, Wijngaarden et al 2012).

ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ - ΑΝΑΛΥΣΗ SWOT ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανάλυση S.W.O.T., στα χέρια της διοίκησης του οργανισμού, ανιχνεύει στοιχεία για τη βελτίωση της λειτουργίας του, την επίτευξη στόχων μέσω της αξιοποίησης των δυνατών σημείων, της εξάλειψης των αδυναμιών, της εκμετάλλευσης των ευκαιριών και της αντιμετώπισης των απειλών. Με την ανάλυση SWOT (πίνακας 1) της νοσηλευτικής υπηρεσίας ενός υγειονομικού οργανισμού - νοσοκομείου θα συγκεκριμενοποιηθούν κρίσιμα σημεία, για τη διαμόρφωση στρατηγικής και θα εκτιμηθεί, το τι εφαρμόζεται σωστά ή τι χρειάζεται να γίνει, για να λειτουργεί η υπηρεσία αποτελεσματικά και αποδοτικά (Swayne et al 2006, Wijngaarden et al 2012).

Πίνακας 1. S.W.O.T Ανάλυση Νοσηλευτικής υπηρεσίας

S.W.O.T ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	
ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ-ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS POINTS)	ΤΑ ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ- ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (WEAKNESSES POINTS)
<ul style="list-style-type: none"> Γεωγραφική θέση -προσπελασιμότητα καλό επίπεδο υπηρεσιών καλή γνώση περιβάλλοντος έμπειρο εξειδικευμένο προσωπικό προγράμματα ανάπτυξης και εκπαίδευσης σύγχρονο επίπεδο εξοπλισμού αναπτυγμένο πληροφοριακό σύστημα 	<ul style="list-style-type: none"> Ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό Ανεπαρκής ή μειωμένη επιμόρφωση προσωπικού Ψυχική και σωματική κόπωση των εργαζόμενων. Μη ικανοποιητικό εργασιακό κλίμα. Ελλείψεις σε εξοπλισμό. Ασαφές νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο. Απουσία κατάλληλων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, διαχείρισης θεραπειάς Αδύναμο μάντζμεντ. Η κουλτούρα των εργαζόμενων Εσωτερικές μεταβολές
<ul style="list-style-type: none"> διαδικασίες ποιότητας, σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις ικανοποίηση προσωπικού καλές διαπροσωπικές σχέσεις καινοτόμες δράσεις δικτύωση υπηρεσίας ενδιαφέρον για επιμόρφωση 	
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΑΠΕΙΛΕΣ (THREATS)
<ul style="list-style-type: none"> Έναρξη και λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας σε τμήματα και υπηρεσίες (πληροφορική –πλειάτρική) Ο Ιατρικός φάκελος Το θεσμικό πλαίσιο για τις προμήθειες Οι μελλοντικές προσλήψεις στον τομέα της υγείας, από εξειδικευμένο αναγκαίο προσωπικό. Πολιτισμικότητα. Εθελοντισμός Ιδιωτικές μορφές χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων. Συνειδητοποίηση των αδυναμιών της υπηρεσίας. 	<ul style="list-style-type: none"> Οικονομική κρίση και κρίση αξιών. Γραφειοκρατία, στην διαχείριση καθημερινών θεμάτων. Η εμφάνιση, εναλλακτικών μορφών παροχής φροντίδας. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ιδιωτικό τομέα. Δυσαρέσκεια των χρηστών υγείας, Παρουσία σημαντικού αριθμού μεταναστών και ανασφάλιστων. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων Αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου

Πηγή: 1.Harrison J. (2010). *Strategic Planning and SWOT analysis. In: Harrison J. Essentials of Strategic Planning in Healthcare. Health Administration Press.*

2.Καϊτελίδου Δ.(2011). *Στρατηγικός προγραμματισμός. Σημειώσεις-διδασκική Ύλη Μεταπτυχιακού προγράμματος «ΔΜΥ», θεματικής ενότητας 50. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.*

Δυνατά σημεία – Πλεονεκτήματα (strengths)

Τα δυνατά σημεία, είναι εσωτερικά χαρακτηριστικά, που είναι καλά στο παρόν. Μπορούν να είναι καθοριστικά, στην βελτίωση της λειτουργίας της υπηρεσίας (Harrison 2010).

Γεωγραφική θέση – προσπελασιμότητα

Η ευκολία της προσπέλασης στην υπηρεσία υγείας, είναι παράγοντας, που διαμορφώνει το είδος και το ύψος της ζήτησης. Εξαρτάται, από γεωγραφικούς και οικονο-

μικούς παράγοντες, συγκοινωνιακά μέσα, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα (ασφαλιστική κάλυψη, μείωση της χρήσης των υπηρεσιών) (Τούντας & Οικονόμου 2007). Προσβασιμότητα και καλή γεωγραφική θέση δημιουργούν προϋποθέσεις για ανάπτυξη αποδοτικών προγραμμάτων. Η δυνατότητα των χρηστών υγείας, να έχουν φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο, τόπο και σύμφωνα με τις ανάγκες τους, είναι χαρακτηριστικά σύμφωνα με τον WHO (2002), που προσδίδουν υψηλή απόδοση των υπηρεσιών υγείας.

Καλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Οι σύγχρονες μονάδες υγείας, απαιτούν υψηλής ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες, από κάθε εργαζόμενο. Οι απαιτήσεις και οι ανάγκες των χρηστών υγείας, γίνονται όλο και πιο πολύπλοκες (Sofaer & Firminger 2005). Ο οργανισμός υγείας, χρειάζεται να προσπαθεί να ικανοποιεί ανάγκες, σύμφωνα με τις προσδοκίες των χρηστών υγειονομικών υπηρεσιών και συγχρόνως να ικανοποιεί και τους στόχους του.

Πολύ καλή γνώση του περιβάλλοντος λειτουργίας

Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι καλό, να γνωρίζει τη δυνατότητα εξυπηρέτησης των πολιτών, προκειμένου να προγραμματίσει και να ρυθμίσει το παραγόμενο έργο. Ο αριθμός περιστατικών, που εξυπηρετεί ο οργανισμός, συγκριτικά με άλλα νοσοκομεία και η παροχή πληθώρας εξειδικευμένων, υπηρεσιών, προκαλούν τη σταθερή προτίμηση των πολιτών. Η λειτουργία και η ανάπτυξη διατομεακών τμημάτων (επειγόντων περιστατικών, βραχείας νοσηλείας κλπ), σε συνδυασμό με τη λειτουργία τμημάτων και ιατρείων, όπως: ενδοσκοπικά, αλλεργιολογικά, αρτηριακής πίεσης, ανώδυνου τοκετού, στεφανιαίων μονάδων, αιμοδυναμικού, τεχνητού νεφρού, οικογενειακού προγραμματισμού, ανάπτυξη ψυχικών δομών, οδηγούν σε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών (Τούντας 2006). Η καλή φήμη του νοσοκομείου και η αξιοπιστία, αποτελεί κυρίαρχο ρόλο στο κοινωνικό σύνολο, ως προς την παροχή φροντίδων υγείας (Γώγος 2014).

Έμπειρο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό

Είναι σημαντικό, η υπηρεσία να διαθέτει ανθρώπινο δυναμικό έμπειρο, με δεξιότητες και ικανότητες, για την αποτελεσματική εκτέλεση των καθηκόντων τους, με μείωση χρόνου και κόστος νοσηλείας των ασθενών (Οικονομάκης 2004, Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου 2010). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, είναι κυρίαρχος παράγοντας αύξησης, της προτίμησης του φορέα. Εξειδικευμένο προσωπικό έχει συνεχές, μακροχρόνιο όφελος για τον οργανισμό. Τη χρονική στιγμή, που οι μεγάλες εξελίξεις στην υγεία και στις απαιτήσεις των πολιτών, επέρχονται με γρήγορους ρυθμούς, οι μεγαλύτερες εξειδικεύσεις του ανθρώπινου παράγοντα, αποτελούν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Προγράμματα ανάπτυξης – εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, αποτελεί βασικό παράγοντα επιτυχημένης λειτουργίας, ενός νοσηλευτικού τμήματος (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου 2010). Οι επαγγελματίες υγείας, εργάζονται σε περιβάλλον συνεχών αλλαγών. Απαιτείται, εκσυγχρονισμός γνώσεων και δεξιοτήτων, αναθεώρηση και τροποποίηση της υπάρχουσας γνώσης, ανατροφοδό-

τηση, αλλαγή στάσης και συμπεριφορών στο περιβάλλον εργασίας, εκπαίδευση σε νέες τεχνολογίες, ενίσχυση της απόδοσης ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, βελτίωση της κλινικής πράξης και προσωπική, επαγγελματική εξέλιξη του εργαζόμενου, που συμβαδίζει, με την ικανοποίηση που αποκομίζει ο καθένας, από την εργασία του, σύμφωνα με τις προσωπικές προσδοκίες (Dahlgard et al 2002).

Η διεξαγωγή εκπαιδευτικών, εσωτερικών ή εξωτερικών προγραμμάτων, η παρακολούθηση συνεδρίων ή σεμιναρίων από τους εργαζόμενους, όλων των βαθμίδων, προγράμματα ανταλλαγής εργαζόμενων (HOPE, ERASMUS) και προγράμματα «δια βίου μάθησης», θα πρέπει να συμβαδίζουν με το όραμα και τους στόχους της υπηρεσίας. Η «δια βίου μάθηση», αποτελεί επένδυση για κάθε φορέα (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου 2010). Όλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα, στηρίζουν την απασχόληση και τη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών, στην εργασιακή ένταση. Αυξάνουν σημαντικά την παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών (Kabene et al 2006). Τα τελευταία χρόνια, η «δια βίου μάθηση» ακολουθεί ταχεία ανάπτυξη. Υποστηρίζεται από το εθνικό σύστημα υγείας, εναρμονίζεται με στρατηγικούς στόχους, συνδέοντας τη θεωρητική κατάρτιση με την πρακτική εφαρμογή της, στον τομέα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σύγχρονο επίπεδο τεχνολογικού –ιατρικού, βιοϊατρικού εξοπλισμού

Η εισαγωγή, διάδοση και η χρήση της νέας τεχνολογίας, από τον οργανισμό υγείας, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη λειτουργικότητα του. Όταν χρησιμοποιηθεί, ορθολογικά, με βάση ιεραρχημένες ανάγκες, πετυχαίνεται μείωση του χρόνου νοσηλείας, μικρότερο κόστος στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία, μείωση των ωρών εργασίας, βέλτιστη ποιότητα παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, διαίρεση νοσηλευτικής εργασίας και εκπαίδευση στελεχών. Η παροχή ποιοτικής φροντίδας και ασφάλειας των ασθενών, απαιτεί εφαρμογή γνώσεων βασισμένων σε ενδείξεις και νέων εξειδικευμένων τεχνικών, που θα είναι αλληλένδετες με την φροντίδα και θα στοχεύουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος 2010).

Καλά αναπτυγμένο πληροφοριακό σύστημα

Η ύπαρξη ανεπτυγμένου πληροφοριακού συστήματος παίζει, καθοριστικό ρόλο στη διεκπεραίωση των διαγνωστικών, θεραπευτικών, προληπτικών και διοικητικών διαδικασιών, για τους εξυπηρετούμενους πολίτες. Σε περιπτώσεις ύπαρξης πολλών τμημάτων με ιδιαιτερότητες, και διαφορετικές απαιτήσεις μηχανογράφησης, είναι επιτακτική η ανάγκη ανταλλαγής και εύκολης πρόσβασης, στα δεδομένα ενός ασθενή, από απομακρυσμένα σημεία και συστήματα, από πολλούς ενδιαφερόμενους

(ιατρούς, νοσηλευτές, οικονομικές υπηρεσίες κτλ.) (Βουτσίδου & Μωραϊτίης 2016).

Η ηλεκτρονική καταγραφή των δεδομένων του ασθενή που λαμβάνει ο νοσηλευτής από τον ίδιο και από το περιβάλλον του, καθώς και των παρεμβάσεων, εξυπηρετεί την επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας. Ένα αναπτυγμένο πληροφοριακό σύστημα, επιφέρει σημαντικές αλλαγές και βελτιώσεις στη διαχείριση της φροντίδας. Ενδεικτικά, αναφέρεται, πρόληψη και αποφυγή λαθών, προαγωγή της υγειονομικής φροντίδας, εξοικονόμηση χρόνου με την εύκολη και σωστή διαχείριση μεγάλου όγκου πληροφοριών. Η αξία της ηλεκτρονικής, νοσηλευτικής τεκμηρίωσης – καταγραφής, εξασφαλίζει γρήγορα συλλογή στοιχείων για ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα και παρέχει νομική κατοχύρωση των επαγγελματιών υγείας. Αποφεύγονται άσκοπες εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, εξοικονομούνται χρήματα και διαχειρίζεται αποδοτικά μεγάλος όγκος της ιατρικής πληροφορίας (Vagelatos 2001, DesRoches et al 2008).

Διοίκηση προσανατολισμένη σε διαδικασίες ποιότητας

Ηγεσία, διοικητική και κλινική που βασίζεται, σε αρχές βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κατά επέκταση διοίκηση ολικής ποιότητας, είναι μια φιλοσοφία, που οδηγεί σε ορθολογική διαχείριση των πόρων (Sofaer & Firminger 2005). Η επιχειρηματική φιλοσοφία του νοσοκομείου, καθορίζει τον τρόπο και το βαθμό της αντιμετώπισης της ζήτησης, τη χρήση και την αξιοποίηση των δομών και των μεθόδων, που εφαρμόζονται, την προσφορά υπηρεσιών ποιότητας, την καταγραφή και την πιστοποίησή τους (Lee 2012).

Σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις

Οι κτιριακές εγκαταστάσεις, αποτελούν βασικό δομικό κριτήριο, για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο σωστός σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων, η διαρκής ανανέωση και η συντήρηση αυτών, η ασφαλής άνετη διαμονή των ασθενών, είναι παράγοντες που προσδιορίζουν, την ποιότητα της υγείας (Backstrom et al 2014). Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις. Το διαπροσωπικό τμήμα (προτιμήσεις και ανάγκες ασθενών), τεχνικό τμήμα (γνώση, επιστημονική κατάρτιση, κατάλληλα μέσα για το επιθυμητό αποτέλεσμα) και το ξενοδοχειακό (υποδομές περιβάλλοντος, συνθήκες παροχής νοσηλείας).

Ικανοποίηση προσωπικού

Όλοι οι εργαζόμενοι, είναι η βάση του συστήματος και το κλειδί της επιτυχίας, στην ποιοτική παροχή και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η συστηματική εκπαίδευση τους, τα εργαλεία, οι τεχνικές και η υποστή-

ριξη που τους παρέχεται, είναι βασικές προϋποθέσεις, στην αποτελεσματική λήψη σωστών αποφάσεων και στην προσωπική τους ικανοποίηση. Η ηγεσία, οφείλει να καταλαβαίνει τις ανάγκες, τις επιδιώξεις και τις αδυναμίες του προσωπικού, προκειμένου να οργανώνει προγράμματα ενδυνάμωσης, επιμόρφωσης και αξιολόγησης δυνατοτήτων (Ugboro & Obeng 2000). Ομαδικό πνεύμα, επικοινωνία, ανατροφοδότηση, ενδυνάμωση και προσωπική ανάπτυξη, συμβάλλουν σε καλύτερο αποτέλεσμα, με λιγότερο χρόνο και κόστος. Εργαζόμενοι με υψηλό ηθικό, οδηγούν σε αυξημένη παραγωγικότητα και απόδοση (Jackson 2001).

Καλές διαπροσωπικές σχέσεις- Συνεργασία του προσωπικού

Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού, είναι σημαντικές, για την ποιότητα της φροντίδας και την επίλυση προβλημάτων, που εμφανίζονται στην καθημερινότητα (Ugboro & Obeng 2000, Jackson 2001). Οι τακτικές, προγραμματισμένες, συναντήσεις του Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, των προϊστάμενων τομέων και των προϊστάμενων νοσηλευτικών τμημάτων και οι καλές επαγγελματικές σχέσεις του προσωπικού, με την επιβλέπουσα αρχή, συμβάλλουν στην εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας. Είναι ευθύνη, της διοίκησης, να εμπνέει σεβασμό, ακεραιότητα, όραμα για ποιότητα, ευκαιρίες για επαγγελματική και ηθική ολοκλήρωση.

Καινοτόμες Δράσεις

Η υγειονομική υπηρεσία, μπορεί να ακολουθεί δράσεις, που συμβάλλουν στη βελτίωση της εικόνας της και στην αύξηση της κοινωνικής αποδοχής (WHO 2007). Δράσεις δημόσιας υγείας, για κάπνισμα, προληπτική οδοντιατρική, εμβολιασμό ευπαθών ομάδων, προγράμματα συλλογής φαρμάκων, υλικών πρώτης ανάγκης. Επίσης, προγράμματα ενημέρωσης του κοινού για θέματα ενδιαφέροντος υγείας και νοσηλευτικής φροντίδας, συμβάλλουν στη θετική αξιολόγηση και στην ικανοποίηση των χρηστών υγείας (Van Wijngaarden et al 2012).

Δικτύωση της Υπηρεσίας

Η Δικτύωση της υπηρεσίας με άλλες ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες και με δομές παροχής υπηρεσιών της ευρύτερης περιοχής, όπως κέντρα υγείας, νοσοκομεία, κοινωνικές υπηρεσίες, ΚΑΠΗ, βοηθούν στην εξυπηρέτηση των ασθενών (Gibis et al 2001).

Ενδιαφέρον για επιμόρφωση

Το ενδιαφέρον και η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, για επιμόρφωση, για περαιτέρω επαγγελματική εξέλιξη, το αίσθημα κοινωνικής ευθύνης και προσφοράς, συντελούν στην προσφορά επιστημονι-

κής, συνεχούς φροντίδας (Karja & Hasmi Abu Hassan Assari 2006). Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί, την κινητήρια δύναμη. Κρίνεται, απαραίτητη η ανίχνευση των ενδιαφερόντων και των ιδιαίτερων ικανοτήτων του, σχεδιάζοντας την εφαρμογή τους στην κλινική πράξη.

Αδύνατα σημεία-μειονεκτήματα (weaknesses)

Τα αδύνατα σημεία, είναι τα εσωτερικά χαρακτηριστικά της υπηρεσίας, που την καθιστούν προβληματική και ανεπαρκή στην παροχή των υπηρεσιών της (Harrison 2010).

Ελλείψεις σε νοσηλευτικό, βοηθητικό και παραϊατρικό προσωπικό

Η επαρκής στελέχωση ενός τμήματος, με ανάλογο αριθμητικά, προσωπικό, αποτελεί προϋπόθεση, ενός επιτυχημένου μοντέλου λειτουργίας τμήματος. Οι οργανωτικές προσπάθειες ενός νοσοκομείου, όταν δεν συνοδεύονται από αύξηση του προσωπικού αποτυγχάνουν (Λιαρόπουλος 2010). Η ποιοτική απόδοση υπηρεσιών υγείας, η ικανοποίηση των εργαζόμενων και των ασθενών εξαρτώνται από τον επαρκή αριθμό προσωπικού. Το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού οδηγεί, σε μείωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών (Pravikoff et al 2005).

Ανεπαρκής ή μειωμένη επιμόρφωση προσωπικού

Η έλλειψη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, σε διάφορους τομείς εντός της μονάδας υγείας, στην ψυχική υγεία ή στην αντιμετώπιση προβλημάτων των ευπαθών ομάδων, στερεί από την υπηρεσία, οφέλη που αποκομίζονται, από προσωπικό ενημερωμένο στις νέες τάσεις, με επιστημονική γνώση στο χώρο της νοσηλευτικής, της ψυχολογικής υποστήριξης και στην εφαρμογή καινοτόμων αποδοτικών προγραμμάτων (Τούντας 2006).

Ψυχική και σωματική κόπωση των εργαζόμενων

Ο μεγάλος αριθμός, προβλημάτων υγείας του προσωπικού, οι συχνές αναρρωτικές άδειες και τα χρόνια προβλήματα υγείας υποδηλώνουν εξουθενωμένους εργαζόμενους, χωρίς ενδιαφέρον και θετικά συναισθήματα για την εργασία τους και για τους ασθενείς. Οι εργαζόμενοι νιώθουν, ανικανοποίητοι από το αντικείμενο εργασίας τους και την απόδοσή τους, με αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους (Lee et al 2004). Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι δαπανηρές για τους οργανισμούς υγείας. Η κόπωση σχετίζεται με μειωμένη απόδοση των εργαζόμενων και χαμηλή ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας (Lee et al 2004).

Μη ικανοποιητικό εργασιακό κλίμα

Η μη ικανοποιητική συνεργασία μεταξύ όλων των

εμπλεκόμενων φορέων στον οργανισμό, και τα προβλήματα επικοινωνίας που τυχόν υπάρχουν, επιβαρύνουν τη λειτουργία του. Σε περιβάλλον έντασης, εκδηλώνονται προβλήματα στις σχέσεις του προσωπικού, συγκρούσεις και αντιπαράθεσεις, οι οποίες, είναι δυνατόν να αποσυντονίσουν την καθημερινή ροή των εργασιών (Mosadeghrad 2014b).

Ελλείψεις σε εξοπλισμό

Πολλές δομές υγείας, λειτουργούν χωρίς απαραίτητο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Το πληροφοριακό σύστημα, δεν είναι ολοκληρωμένο στις βασικές καθημερινές νοσηλευτικές δραστηριότητες, με εμφάνιση προβλημάτων στις παραγγελίες των απαραίτητων υλικών, στο νοσηλευτικό – ιατρικό φάκελο του ασθενή ή και στην τήρηση αρχείων (Backstrom et al 2014). Ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός είναι παλαιωμένος, με δυσκολία αντικατάστασης και με εμφανή σημεία κινδύνου για την ασφάλεια ασθενών, αλλά και εργαζόμενων.

Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός περιλαμβάνει σειρά προϊόντων (Βοζίκης & Κασκαρέλη 2012), από τις απλές χειρουργικές γάζες έως πολύπλοκα εμφυτεύσιμα μηχανήματα, τα οποία απευθύνονται, σε όλους τους τύπους ιατρικών ειδικοτήτων. Σκοπός είναι, η βελτίωση της υγείας και η παροχή υψηλότερου επιπέδου φροντίδας υγείας, μείωση των επώδυνων χειρουργικών επεμβάσεων, σμίκρυνση του χρόνου αποκατάστασης και αποθεραπείας των ασθενών.

Ασαφές νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί, πολλές δραστηριότητες στην καθημερινή κλινική λειτουργία των τμημάτων. Υπάρχουν παράμετροι, που αποτρέπουν την εφαρμογή και την τήρηση βασικών καθημερινών ενεργειών, σύμφωνα με τη νοσηλευτική επιστημονική εκπαίδευση, όπως το θεωρητικό υπόβαθρο, με την εμφάνιση πολλών επιπέδων εκπαίδευσης στον τομέα της νοσηλευτικής (Σακελαρόπουλος και συν 2012). Στο νομικό πλαίσιο, σύμφωνα με το π.δ.351/8-6/1989, το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει υποχρεώσεις και καθήκοντα, είναι όμως, έντονη η ανάγκη αναθεώρησης τους, συμβαδίζοντας με την ακαδημαϊκή και την επιστημονική εκπαίδευσή τους και συνδυάζοντας, το επίπεδο γνώσεων τους με την κλινική πρακτική. με σαφήνεια ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους, σε ποικίλα περιβάλλοντα εργασίας. Το γεγονός αυτό, οδηγεί σε σύγχυση, συγκρούσεις και σε μη νομική κατοχύρωση των δραστηριοτήτων. Εμφανίζεται σύγκρουση ρόλων, ανικανοποίητοι εργαζόμενοι και επαγγελματική κόπωση.

Η ύπαρξη, σαφών επαγγελματικών δικαιωμάτων, θέτει όρια ασφάλειας για νοσηλευτές και για ασθενείς. Προστασία και κύρος του επαγγέλματος και της μονάδας υγείας. Ο κάθε εργαζόμενος, γνωρίζει με σαφήνεια το

αντικείμενο εργασίας του.

Απουσία κατάλληλων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, διαχείρισης θεραπείας

Τα πρωτοκόλλα περιγράφουν με σαφήνεια, λιτότητα, ακρίβεια τις νοσηλευτικές πράξεις, τις διαδικασίες και τις συμπεριφορές, με ολιστική προσέγγιση της θεραπείας και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Η ικανοποίηση και κατοχύρωση των επαγγελματιών υγείας και η μείωση του κόστους νοσηλείας των ασθενών, βασίζεται στην επιστημονική τεκμηριωμένη ένδειξη, με την εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικών πρωτοκόλλων φροντίδας (Νακάκης & Ουζούνη 2008).

Αδύναμο μάντζιμεντ

Συνήθως, υπάρχει πολύ μικρός αριθμός ατόμων, με στοιχειώδεις γνώσεις διοίκησης, είτε θεωρητικές, είτε εμπειρικές. Το αποτέλεσμα είναι λάθος χειρισμοί, ελλιπής διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και ανεπαρκής σχεδιασμός δράσεων, προγραμματισμού, στελέχωσης, ανάθεσης αρμοδιοτήτων, αξιολόγησης και διδασκαλίας (Mosadeghrad 2013). Ο ρόλος των ανώτερων στελεχών, εστιάζεται στην εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης, στη δημιουργία και διατήρηση οράματος, στην βέλτιστη ποιότητα, παρακίνηση, επιβράβευση, αξιολόγηση και διάρθωση, που με συνεχή επιμόρφωση σε σύγχρονες μεθόδους διοίκησης επιφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα (Backstrom et al 2014).

Η κουλτούρα των εργαζόμενων

Ο όρος κουλτούρα, περιλαμβάνει αξίες, φιλοσοφίες, πιστεύω, ηθικό, σχέσεις, διαθέσεις, προσδοκίες και αντιλήψεις, που χαρακτηρίζει μια ομάδα (Γερογιάννη & Πλεξίδα 2008). Η αποτελεσματικότητα της ομάδας, βασίζεται σε συλλογικό πνεύμα, κοινούς στόχους, εμπιστοσύνη, συνεργασία και σεβασμό. Οι εργαζόμενοι, πρέπει να δίνουν έμφαση, σε θέματα ποιότητας, να αναλαμβάνουν την ευθύνη για το αποτέλεσμα της εργασίας τους, να μετρούν την απόδοσή τους, να προγραμματίζουν βελτιωτικές ενέργειες. Χρειάζεται προσαρμογή, από όλους, στις νέες απαιτήσεις, αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς, στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές αντιλήψεις, στην προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη (Scott et al 2003). Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002), η αλλαγή σε έναν οργανισμό, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα επιτυχίας του οργανισμού και προϋπόθεση επιβίωσης.

Εσωτερικές μεταβολές

Οι εσωτερικές μεταβολές του νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ. μετατάξεις), μειώνουν αριθμητικά το σύνολο των θέσεων. Η εσωτερική αλλαγή θέσεων, αρμοδιοτήτων προσωπικού, πρέπει να διέπεται από κριτήρια δυνατοτήτων, επιστημονικών γνώσεων, χρόνων εργασίας

ή αναγκών της υπηρεσίας και προσωπικών επιδιώξεων των εργαζόμενων (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου 2010). Προσωπικό με πολλά χρόνια εργασίας ή/και ο μικρός αριθμός νέων, ηλικιακά, εργαζόμενων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι μη ξεκάθαροι στόχοι, η έλλειψη κριτηρίων απόδοσης και παρακολούθησης των διαδικασιών και η απουσία της αξιολόγησης αποτελεσμάτων, είναι μερικά μειονεκτήματα που η υπηρεσία οφείλει να συνεκτιμήσει στο μελλοντικό προγραμματισμό της.

Οι ευκαιρίες (opportunities)

Οι ευκαιρίες είναι συνθήκες, που δίνουν τη δυνατότητα βελτίωσης της υπηρεσίας. Είναι καταστάσεις με θετικές ή ενδιαφέρουσες τάσεις βελτίωσης, από το εξωτερικό περιβάλλον (Cibis 2001).

Έναρξη και λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας σε τμήματα και υπηρεσίες (πληροφορική –τηλεϊατρική)

Ο εκσυγχρονισμός της εργασίας, βελτιώνει σημαντικά την εσωτερική λειτουργία της. Το νοσοκομείο είναι σύνθετος οργανισμός όπου, διακινείται μεγάλος αριθμός, εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών, συνοδοί, επισκέπτες, προμηθευτές, φοιτητές επαγγελματιών υγείας. Παράγονται πλήθος διοικητικών, οικονομικών και τεχνικών πληροφοριών (Jackson 2001). Χρήσιμο εργαλείο, για τη διαχείριση των δεδομένων αυτών, αποτελούν τα πληροφορικά συστήματα των νοσοκομείων. Μέσω αυτών, οργανώνεται εσωτερικά και εξωτερικά η ροή των πληροφοριών, η συλλογή, η επεξεργασία και η αποθήκευση τους. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα πληροφορόρησης, συνδέεται με όλα τα υποσυστήματα του οργανισμού. Παρέχει ανά πάσα στιγμή, αξιόπιστα στοιχεία για την αποδοτικότητα, και την ποιότητα της υπηρεσίας. Δίνεται η δυνατότητα αξιολόγησης, με αξιόπιστα δεδομένα, Συλλέγονται συμπεράσματα, για την προώθηση κατάλληλων διορθωτικών παρεμβάσεων (Τσούνης & Σαράφης 2012).

Ο ιατρικός φάκελος

Η ανάπτυξη του ιατρικού φακέλου, είναι ο πυρήνας της νέας σύγχρονης αντίληψης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Έχει επίκεντρο τον ασθενή και γενικώς το χρήστη υγείας. Ο ιατρικός φάκελος περιλαμβάνει, όλα τα δεδομένα του χρήστη υγείας, όσον αφορά την υγεία του. Παρέχει πληροφοριακή κάλυψη, ενός ασφαλισμένου πληθυσμού. Είναι η βάση της διάγνωσης, της θεραπείας, της ανάπτυξης ερευνών, προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας. Παράλληλα, παρέχει πληροφορίες διοικητικής και οικονομικής φύσης, συμβάλλοντας, έτσι, στον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας (Τσούνης & Σαράφης 2012).

Ο ιατρικός φάκελος, διευκολύνει την επικοινωνία

και την ανταλλαγή πληροφοριών, εντός του οργανισμού, όσο και μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών και οργανισμών, χωρίς να αυξάνει το φόρτο εργασίας των εργαζόμενων. Συμβάλλει στη βελτίωση της λήψης απόφασης, στη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, με εστίαση στις ανάγκες του ασθενή, στη συνέχεια ανάμεσα στις διάφορες δομές υγείας, στη διευκόλυνση των υπηρεσιών και στην ικανοποίηση νέων ασθενών (Shekelle et al 2006).

Το θεσμικό πλαίσιο για τις προμήθειες

Το σύστημα προμηθειών στο δημόσιο νοσοκομείο, με το σχεδιασμό των αναγκών, με βάση πραγματικά δεδομένα του πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τη μεγαλύτερη κίνηση για διάφορες περιόδους, τις τουριστικές περιοχές ή τα ανερχόμενα προβλήματα ανάλογα με την περιοχή, θα μπορέσει, από πολύπλοκο και εκτεταμένο που είναι, να διέπεται, από πιο σύντομες συνοπτικές διαδικασίες (Καρασούλης 2014, ν.4412/2016). Ο απώτερος στόχος, είναι η αύξηση των εσόδων από την αύξηση των χρηστών των υπηρεσιών, η διαφάνεια, η ενίσχυση των διαδικασιών, της διατίμησης των προϊόντων και των υπηρεσιών, με τη σύνταξη τεχνικών προδιαγραφών και προτύπων. Με τη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων, για τη ζήτηση υπηρεσιών, των αδυναμιών παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών, με βάση το νοσολογικό προφίλ, θεσπίζονται νέες, ευέλικτες μορφές συμβάσεων και συμφωνιών προμηθειών και εισάγονται μακροοικονομικά και μικροοικονομικά μέτρα ελέγχου (Γούλα 2007).

Οι μελλοντικές προσλήψεις στον τομέα της υγείας εξειδικευμένου αναγκαίου προσωπικού

Ένα οργανωμένο νοσοκομείο, για να πετυχαίνει ταχεία διακίνηση ασθενών, έχει μεγαλύτερες ανάγκες στελέχωσης, λόγω της αυξημένης έντασης στην ιατρική, νοσηλευτική και εργαστηριακή φροντίδα (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου 2010). Ο ορθολογικός προγραμματισμός και η ακριβής ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων, θα πρέπει να συμβαδίζει, με τις πραγματικές ανάγκες και τις απαραίτητες ειδικότητες, στον αναγκαίο τόπο και χρόνο. Αν και ο αριθμός απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας, καθορίζεται αποκλειστικά από τη δυνατότητα πληρωμής, οι διαδικασίες οικονομικής διαχείρισης, θα πρέπει να αποδεσμευτούν από αναποτελεσματικές δημοσιοϋπαλληλικές πρακτικές (Πολύζος & Υφαντόπουλος 2000).

Πολιτισμικότητα

Η σύγχρονη πραγματικότητα χαρακτηρίζεται, από μεγάλη ανθρώπινη κινητικότητα, που καθιστά τις κοινωνίες πολυπολιτισμικές. Οι άνθρωποι, συνοδεύονται και φέρουν τα ιδιαίτερα, πολιτιστικά χαρακτηριστικά τους, τις δικές τους απόψεις για την υγεία και την ασθένεια. Η

υγεία είναι θεμελιώδες, ανθρώπινο δικαίωμα και η διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα, αποτελεί έκφραση της ολιστικής προσέγγισης, των χρηστών υγείας (Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου).

Βασικό στοιχείο, της προσαρμογής των λειτουργιών υγείας, στο πολυπολιτισμικό περιβάλλον, είναι η πολιτισμική επάρκεια τους, η δυνατότητα ανταπόκρισης στις ανάγκες των ατόμων που μπορεί να έχουν διαφορετική κουλτούρα και πολιτιστικό πλαίσιο. Η πολιτισμική φροντίδα, ενώνει τις διανοητικές και πρακτικές διαστάσεις της νοσηλευτικής, με έναν νέο τρόπο παροχής φροντίδας (Leininger 2002).

Εθελοντισμός

Ο Εθελοντισμός είναι μη αμειβόμενη εργασία, εθελούσια ανιδιοτελής προσφορά (Πολυζώης 2006), προκειμένου να επιτευχθεί ένας κοινωφελής σκοπός. Έχει πολιτιστικά και κοινωνικά οφέλη. Προωθεί αξίες ανοχής, ευσπλαχνίας της πολυμορφίας και αυξημένης κατανόησης των κοινωνικών προβλημάτων. Ο εθελοντής αποκομίζει αίσθηση πληρότητας, ικανοποίησης και προσφοράς, ενώ ο αποδέκτης των εθελοντικών οργανώσεων, έχει την αίσθηση, της φροντίδας και της ικανοποίησης, που του προσφέρεται.

Ο εθελοντισμός αποτελεί ένα ισχυρό κοινωνικό ιστό, για τις ευπαθείς και αδύναμες ομάδες πληθυσμού. Αυξάνει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών φροντίδας που παρέχει ο κρατικός μηχανισμός, τα άτομα ή οργανώσεις (εθελοντική αιμοδοσία, εθελοντές σε δομές ψυχικής υγείας, επιδοτούμενα προγράμματα για νέους, εθελοντικές ομάδες εργαζομένων ή συνταξιούχων) (Πολυζώης 2006). Η αξιοποίηση, των δεξιοτήτων και των γνώσεων των εθελοντών, συμβάλλουν στην ιατρική, νοσηλευτική φροντίδα και στη διοικητική υποστήριξη, με συγκεκριμένες προϋποθέσεις και αρχές, που συμβαδίζουν, με τις ανάγκες του φορέα (Rochester et al 2009).

Ιδιωτικές μορφές χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων

Δωρεές και φιλανθρωπίες, οικονομικά κονδύλια από μη κυβερνητικές φιλανθρωπικές οργανώσεις, εθνικές και παγκόσμιες (ΠΟΥ, ΟΟΣΑ, ΕΕ, Παγκόσμια τράπεζα), κληροδοτήματα και κτήσεις από άλλους, είναι χρηματοδοτικές μέθοδοι, που χρησιμοποιούνται από όλες τις βαθμίδες περίθαλψης. Αυξάνουν την καθαρή δαπάνη υγείας (Σίσκου 2010). Υποκαθιστούν, μέρος της κρατικής χρηματοδότησης. Αποσκοπούν, στην ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών και στη βελτίωση της υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν, να αξιοποιούν χρηματοδοτικά προγράμματα, στο μέγιστο δυνατό βαθμό, για την ολοκλήρωση προμηθειών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, με ιδιαίτερη έμφαση στην αναβάθμιση των υπηρεσιών (Σίσκου 2010).

Συνειδητοποίηση των αδυναμιών της υπηρεσίας

Όταν εντοπίζονται ανάγκες, αδυναμίες και ευκαιρίες αλλαγών, δημιουργείται μία κατάσταση ετοιμότητας για κάτι νέο. Ανοίγεται ένα πλαίσιο θετικών προσδοκιών και οραμάτων, μια νέα επιθυμητή κατάσταση, προγράμματα δράσεων για αλλαγή αξιών, στάσεων, συμπεριφορών, ανάπτυξη κοινής επαφής και κοινών προσδοκιών μεταξύ όλων των ενδιαφερόμενων (Μπουραντάς 2002).

Απειλές (Threats)

Απειλή θεωρείται, κάθε εξωτερική περίπτωση, που δημιουργεί σοβαρό ενδεχόμενο υπονόμησης της αποτελεσματικής λειτουργίας της υπηρεσίας (Cibis 2001).

Οικονομική κρίση και κρίση αξιών

Η πρόσφατη οικονομική κρίση, η ύφεση και τα δημοσιονομικά ελλείμματα της Ελλάδας, έχουν αναδείξει, μεταξύ των άλλων, και το πρόβλημα της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας. Οι μειώσεις των προϋπολογισμών, τα σημαντικά προβλήματα στην υγεία των πολιτών και η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, επιβαρύνουν δημόσιες μονάδες υγείας, γιατί οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη (Πατελάρου και συν 2011).

Η ανεργία, το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και η ανέχεια μειώνουν τις δαπάνες για την υγεία, κυρίως σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Ενισχύουν την καθυστέρηση της θεραπείας και τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, συμβάλλοντας στην αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας (Κυριόπουλος & Τσιάντου 2010). Άτομα και οικογένειες, με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, διατρέχουν δύο φορές περισσότερο κίνδυνο, για αυξημένη νοσηρότητα και πρόωρο θάνατο. Επιπλέον, η δυσανεμία των πολιτών εστιάζεται στις υψηλές δαπάνες στην παραοικονομία, στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και στην μη ικανοποίηση των αναγκών τους. Θνησιμότητα, κακοπληρωμένοι εργαζόμενοι, μειώσεις προϋπολογισμών νοσοκομείων, πρόβλημα πληρωμών των νοσηλίων από τα ασφαλιστικά ταμεία, ενισχύουν αρνητικά τη φροντίδα υγείας (Κυριόπουλος & Τσιάντου 2010).

Γραφειοκρατία, στη διαχείριση καθημερινών θεμάτων

Το δημόσιο νοσοκομείο λειτουργεί, με γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης, με μεγάλη καθυστέρηση των διαδικασιών των προσλήψεων του προσωπικού και της υλοποίησης επενδυτικών προγραμμάτων. Εμφανίζει, φαινόμενα διαρθρωτικού κατακερματισμού (Σιγάλας 1999) σύγχυσης αρμοδιοτήτων, έλλειψης συντονισμού, λανθασμένης γραφειοκρατικής νοοτροπίας, έλλειψης εμπιστοσύνης, δυσανεμίας του κοινού, πελατειακών σχέσεων, φόβου εκσυγχρονισμού, τάσης προς την αδιαφάνεια, περιορισμένο βαθμό αξιοποίησης των ανθρωπίνων πόρων και προβλήματα στην πληρωμή των

αναλώσιμων υλικών (προμηθευτές-οικονομικές συναλλαγές) (Οικονόμου 2012).

Η εμφάνιση, εναλλακτικών μορφών παροχής φροντίδας

Οι μέθοδοι εναλλακτικής θεραπείας, παρουσιάζουν μεγάλη δημοτικότητα τα τελευταία χρόνια. Διαφοροποιούνται με κριτήριο την μέθοδο θεραπείας που ακολουθούν. Το χαμηλό κόστος ορισμένων εναλλακτικών θεραπειών τις καθιστά προσιτές στις χαμηλότερες εισοδηματικά τάξεις και στους ανασφάλιστους (Ευκαρπίδης 2011). Ο τεχνοκρατισμός και η αποπροσωποποίηση της συμβατικής ιατρικής, οδηγούν μεγάλο αριθμό ασθενών στην αναζήτηση άλλων θεραπειών, κυρίως στα χρόνια νοσήματα, όπου δεν υπάρχει σαφής αντιμετώπιση τους. Η επιθυμία των ανθρώπων, εστιάζεται στην ανάπτυξη αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης μεταξύ των θεραπευτών και ασθενών, κάτι που λείπει από τη νοσοκομειακή φροντίδα.

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ιδιωτικό τομέα

Η αρνητική εικόνα που υπάρχει, για το δημόσιο σύστημα υγείας και η έλλειψη εμπιστοσύνης στα νοσοκομεία, εκδηλώνεται με τη μετακίνηση ασθενών από επαρχιακά σε κεντρικά νοσοκομεία. Ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των ασθενών, υπάρχει και μετακίνηση σε νοσοκομεία του εξωτερικού, ή στην ιδιωτική παροχή φροντίδας, αναμένοντας εξυπηρέτηση με ολοκληρωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και με μέτρηση των αποτελεσμάτων (Πιερράκος & Τομάρας 2009).

Δυσανεμία των χρηστών υγείας

Οι ασθενείς, τα τελευταία χρόνια, αναφέρουν παράπονα κυρίως στις συνθήκες καθαριότητας, διαμονής, ποιότητας φαγητού, συμπεριφοράς προσωπικού, χρόνου αναμονής εξυπηρέτηση και τη διάρκεια διεκπεραίωσης της θεραπείας. Τα προβλήματα έγκεινται, στην έλλειψη ικανοποίησης των προσδοκιών τους και των βασικών τους αναγκών (Αντεριώτη & Αντωνίου 2014). Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται, κυρίως, με την αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες. Ο οργανισμός υγείας δεν γνωρίζει τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών, δε διαθέτει τα κατάλληλα πρότυπα εξυπηρέτησης, οι εργαζόμενοι αδυνατούν να αντεπεξέλθουν και υπάρχει αδιαφορία των ανώτερων στελεχών να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου 2011).

Παρουσία σημαντικού αριθμού μεταναστών και ανασφάλιστων

Τη σημερινή εποχή, το θέμα της μετανάστευσης έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις, ως αποτέλεσμα κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών αλλαγών και παραγόντων. Οι

μετανάστες, ερχόμενοι σε κάποια άλλη χώρα προσπαθούν, να ενταχθούν στην νέα καθημερινότητα και, συχνά, βρίσκονται σε κατάσταση οικονομικής ανέχειας.

Πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, έχουν το ίδιο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με τους Έλληνες πολίτες. Προβλέπεται, δωρεάν νοσηλεία και περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία. Το ίδιο, ισχύει και για τους ανασφάλιστους ή με μικρό εισόδημα. Αυτό ενέχει επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και στη ζήτηση τους. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων αυτών, επιφέρει αλλαγές στους δείκτες υγείας, στο προσδόκιμο επιβίωσης, στη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Κοτσώνη 2009). Η φτώχεια, οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης και διατροφής, σχετίζονται με την εμφάνιση ασθενειών. Τα άτομα που ζουν σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού, εκτίθενται σε διπλάσιο κίνδυνο να νοσήσουν ή να πεθάνουν από πρόωρο θάνατο (Αθανασοπούλου και συν 2013).

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Τα υγειονομικά προβλήματα των ηλικιωμένων, διαφέρουν από αυτά των νέων και για αυτό το λόγο χρειάζονται ειδική προσέγγιση. Αντανακλούν μια πολυσύνθετη αλληλεπίδραση, σωματικών αλλαγών, με τα ψυχολογικά επακόλουθα και με ποικίλες παθολογικές διαδικασίες που συντελούνται κατά τη γήρανση (Αγραφιώτης 1998). Οι ηλικιωμένοι έχουν συχνότερη πρόσβαση σε νοσοκομεία για την αντιμετώπιση κάποιας οξείας κατάστασης ή χρόνιας νόσου, με διάρκεια παραμονής μεγαλύτερη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες του πληθυσμού. Όσο περισσότερο ζουν τα άτομα, τόσο πιο κοστοβόρα είναι η αποκατάσταση της υγείας τους. Απαιτούνται, πιο σύγχρονες, δαπανηρές μέθοδοι θεραπείας και μακροχρόνια φροντίδας από το σύστημα υγείας. Το κόστος περίθαλψης των ηλικιωμένων διαφοροποιείται ανάλογα με την ομάδα των ηλικιών (60-70, 70-80, 80+). Το κόστος των υπερηλικών είναι αισθητά υψηλότερο (Κυριόπουλος 1998).

Αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου

Με την αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου, αυξήθηκε η συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους. Παρατηρείται αύξηση των χρόνιων εκφυλιστικών ασθενειών, οξέων καταστάσεων, όπως λοιμώξεις, ψυχικές διαταραχές και νοσήματα (Χαραλάμπους & Ρούσου 2010). Η αύξηση ή/και η μείωση διαφόρων παθήσεων, ανάλογα με τα δεδομένα της εποχής και της περιοχής (π.χ. πιθανή αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων, του καρκίνου ή και των ψυχικών νοσημάτων), διαμορφώνουν νέο πλαίσιο προσέγγισης από τη νοσοκομειακή μονάδα (Χαραλάμπους & Ρούσου 2010).

Τα δυνατά σημεία-πλεονεκτήματα από το εσωτερικό περιβάλλον, με το έμπειρο, εξειδικευμένο νοσηλευτικό

προσωπικό και το ενδιαφέρον του, η προσπάθεια που καταβάλλουν για επιμόρφωση και περαιτέρω επαγγελματική ανάπτυξη, η υποστήριξη – εφαρμογή νοσηλευτικών διαδικασιών, με επιστημονική γνώση και με άριστη επαγγελματική κατάρτιση, καθώς και οι ευκαιρίες, από το εξωτερικό περιβάλλον, βοηθούν καθοριστικά, όταν συνδυαστούν οι δυνάμεις τους, για τον περιορισμό των εσωτερικών αδυναμιών, αποφεύγοντας διάφορες απειλές από το περιβάλλον.

Η εξωτερική ανάλυση, προσδιορίζει τις ευκαιρίες που προσφέρει το περιβάλλον. Η υπηρεσία, θα πρέπει να επωφεληθεί και να τις χρησιμοποιήσει για το σχέδιο δράσης που θα ακολουθήσει, παράλληλα με τις απειλές, από τις οποίες πρέπει να προστατευτεί, για να ελαχιστοποιήσει τις πιθανές επιπτώσεις τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προσαρμογή της υπηρεσίας στις συνεχείς εξελίξεις στο χώρο της υγείας απαιτεί ανάπτυξη νέων μεθόδων, αλλά και εκμετάλλευση υπαρχόντων θετικών στοιχείων. Η ανάλυση S.W.O.T, μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για κάθε υπηρεσία. Δεν αποσκοπεί, στην ατέλειωτη συλλογή λεπτομερών στοιχείων και πληροφοριών, αλλά στην ανάλυση στοιχείων και πληροφοριών, που έχουν άμεση επίδραση στην πορεία του. Σκοπεύει στην εξερεύνηση συγκεκριμένων θεμάτων, με βάση τα οποία, ένας μάντζερ θα μπορεί να καθορίσει και να αξιολογήσει τις στρατηγικές επιλογές.

Τα τελευταία χρόνια, το στρατηγικό μάντζμεντ, άρχισε να ξεφεύγει σταδιακά από την ορθολογική, στατική αυτή ανάλυση και να περνάει στο επιχειρηματικό πνεύμα. Οι παγκόσμιες αγορές, απαιτούν γρήγορα αντανακλαστικά. Αν και η ανάλυση S.W.O.T, έχει δεχθεί κριτικές, ότι στην ουσία είναι ένας εκτεταμένος κατάλογος παραγόντων χωρίς να αξιολογείται η χρησιμότητά τους (Oliver 2000), γενικά, είναι ένα παραγωγικό και χρήσιμο εργαλείο στρατηγικής ανάλυσης, μόνο αν εφαρμόζεται κατάλληλα. Διαφορετικά, μπορεί να αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία, χωρίς ιδιαίτερο νόημα.

Η ανάλυση S.W.O.T αποτελεί μηχανισμό αποτίμησης του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος και μόνο, αν και πολλές φορές, θεωρείται ένα αυτοδύναμο εργαλείο ανάλυσης της στρατηγικής, την ώρα που άλλες μέθοδοι και νέα αξιολογικά εργαλεία έχουν εισαχθεί στις υπηρεσίες. Είναι ένα χρήσιμο, αλλά όχι αυτοδύναμο εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού, που υπόσχεται στις υπηρεσίες υγείας να προβαίνουν σε μελετημένες αποφάσεις, με έμφαση στη δημιουργία αξίας και να μην αφήνουν τίποτα στην τύχη, προκειμένου να είναι ανταγωνιστικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Backstrom I., Lagrosen Y. & Erikson L. (2014). Change of the quality management Culture through health-promotion activities? *Total Quality Management & Business Excellence* 25(11-12):1236-1246
- DesRoches C., Donelan K., Buerhaus P. & Zhonghe L. (2008). Registered nurses' use of electronic health records: findings from a national survey. *Medscape Journal of Medicine* 10(7):164.
- Donabedian A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Administration Press.
- Gibis B., Artiles J., Corabian P., Meiesaar K., Koppel A., Jacobs P., Serrano P. & Menon D. (2001). Application of strengths, weaknesses, opportunities and threats analysis in the development of a health technology assessment program. *Health policy* 58(1):27-35
- Harrison J. (2010). Strategic Planning and SWOT analysis. In: Harrison J. *Essentials of Strategic Planning in Healthcare*. Health Administration Press.
- Jackson S. (2001). Successfully implementing total quality management tools within Healthcare: what are the key action? *International Journal of Health care Quality Assurance* 14(4):157-163
- Kabene S., Orchard C., Howard J., Soriano M. & Ledue R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health* 4:20
- Karia N. & Hasmi Abu Hassan Assari. (2006). The effects of total quality management practices on employees' work-related attitudes. *The TQM Magazine* 18(1): 30-43.
- Lee D.H. (2012). Implementation of Quality Programs in Health Care Organizations. *Service Business* 6:387-404
- Lee H., Hwang S., Kim J. & Daly B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing* 48(6):632-41
- Leininger M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Nursing. *Journal of Professional Nursing* 13(3):182-192.
- Mosadeghrad M.A. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of health care Quality Assurance* 26(2):147-173.
- Mosadeghrad M.A. (2014). Essentials of total quality management: a meta analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 27(6):544-558.
- Oliver R. (2000). Real Time Strategy: The Real Time Toolbox. *Journal of Business Strategy* 21(2):7-10
- Pravikoff DS., Tanner AB. & Pierce ST. (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence based practice. *American Journal of Nursing* 105(9):40 -51
- Rochester C., Elliw Paine A, & Howlett S. (2009). *Volunteering and Society in the 21st Century*. Cheltenham. University of Gloucestershire. Department of Natural & Social Sciences.
- Scott T., Mannion R., Huwt D. & Marshall M. (2003). Implementing Culture Change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in healthcare* 15(2):111-118.
- Shekelle PG., Morton S. & Keeler B. (2006). Costs and Benefits of health information Technology. *Evidence Report technology Assessment* 132:1-71.
- Sofaer S. & Firminger K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health* 26:513-559.
- Suarez E., Calvo Mora A. & Roldan J. (2016). The Role of strategic planning in excellence management systems. *European Journal of Operational research* 248(2):532-542.
- Swayne LE., Duncan WJ. & Ginter PM. (2006). *Strategic Management of health care organizations*. Blackwell: Oxford
- Ugboro I. & Obeng K. (2000). Top management leadership, employee empowerment, job satisfaction and customer satisfaction in TQM organizations: an empirical study. *Journal of Quality management* 5(2):247-272.
- Vagelatos A. (2001). Standardization in Medical Informatics. *Archives of Hellenic Medicine* 18(6):601-615.
- Van Wijngaarden J., Scholten G. & Van wijk K. (2012). Strategic analysis for health care organizations: the suitability of SWOT-analysis. *The international journal of Health planning and management* 22(1):34-49.
- Wolper LF. (2001). *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*. Τόμος Α. Αθήνα. Mediforce Services S.A.
- World Health Organization WHO (2002). A Background for national quality Policies in health systems. Copenhagen. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107458> [Accessed 07 December 2018]
- World Health Organization WHO (2007). *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva.
- Koontz H. & O' Donnel C. (1984). Οργάνωση και διοίκηση. Μια Συστηματική και ενδοοικονομική ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών. Αθήνα. Παπαζήσης.
- Αγραφιώτης Δ. (1998). Τρίτη Ηλικία: Κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιότητες του παρόντος και του μέλλοντος. Στο: *Τα βιολογικά αίτια της γήρανσης και τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Αδαμακίδου Θ. & Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. (2008). *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική* 47(3):320-333
- Αθανασοπούλου Μ. & Χριστοδούλου Ε. (2011). Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα από τους επαγγελματίες υγείας. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 4(3):62-66.
- Αθανασοπούλου Μ., Μεχίλι -Ενκελείντ Α., Αθανασοπούλου Α. & Διομήδους Μ. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 5(4):162-167.
- Αντερίωτη Π. & Αντωνίου Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική* 1(1): 62-68
- Βαζικίς Α. & Κασκαρέλη Α. (2012). Ο κλάδος του Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στην Ελλάδα: Οικονομική ανάλυση του υποκλάδου των μονάδων απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού(MRI). *Το Βήμα του Ασκληπιού* 11(3):405-421.
- Βουτσίδου Σ. & Μωραίτης Ε. (2016). Η ηλεκτρονική διαχείριση της πληροφορίας στο νοσοκομειακό Μάνατζμεντ. *Το βήμα του Ασκληπιού* 15(3):237-245.
- Γερογιάννη Κ. & Πλεξίδα Α. (2008). Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαίες στην Ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 7(2):113-119.
- Γούλα Β.Α. (2007). *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*. 2^η έκδοση. Αθήνα, Παπαζήση.
- Γώγος Χ. (2014). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 10(1):10-21
- Ευκαρπίδης Α. (2011). Το φαινόμενο της αύξησης της χρησιμοποίησης εναλλακτικών μορφών θεραπείας διεθνώς. Ανάλυση των αιτίων του φαινομένου και παρουσίαση των διαφορών στην αντιμετώπιση των ασθενειών μεταξύ της παραδοσιακής ορθόδοξης δυτικής ιατρικής και των εναλλακτικών μορφών θεραπείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης* 4(4):77-82
- Καλογεροπούλου Μ. (2011) Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* 28(5):667-673
- Καϊτελίδου Δ. (2011). Στρατηγικός προγραμματισμός. Σημειώσεις - Διαδραστικό Έγγραφο Μεταπτυχιακού προγράμματος «ΔΜΥ», θεματικής ενότητας 50. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

- Καρασούλης Χ. (2014). Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 13(1):5-19.
- Κελέση-Σταυροπούλου Μ. & Σταυροπούλου Μ.(2010). Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 9(3):280-307
- Κοτσιώνη Ι. (2009) MIGHEALTHNET – Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα Διαθέσιμο στο : <http://www.mighealth.net/el> Πρόσβαση :20/12/2018
- Κουτούζης Μ. (1999). Διοίκηση ενός οργανισμού. Στο: Δίκαιος Κ, Κουτουζής Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι & Χλέτσος Μ. (Συντ.). *Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα. Ε.Α.Π.*
- Κυριόπουλος Γ. & Τσιάντου Β. (2010). Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5):834-840.
- Κυριόπουλος Γ. (1998): Οικονομικές Επιπτώσεις της Γήρανσης του Πληθυσμού στον Υγειονομικό Τομέα. Στο: *Τα βιολογικά αίτια της γήρανσης και τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Λιαρόπουλος Λ. (2010). Τεχνολογία υγείας και ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Στο: Λιαρόπουλος Λ. *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*, Α΄ τόμος. Αθήνα Βήτα.
- Μπαμπάτσικου Φ. & Γερογιάννη Γ. (2012). Νοσηλευτικό τμήμα: Κριτήριο δημιουργίας ενός επιτυχημένου μοντέλου. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 11(1):17-27
- Μπογιατζίδης Π. (2016). Διοίκηση με στόχους- Διοίκηση έργων. Διδακτικές σημειώσεις επιμορφωτικού προγράμματος «Εξ αποστάσεως εκπαίδευση προϊστάμενων τμημάτων». Θεσσαλονίκη. Ινστιτούτο επιμόρφωσης, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης.
- Μπουραντάς Δ. (2002). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Στο: Μπουραντάς Δ. *Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες πρακτικές*. 3η έκδοση Αθήνα. Μπένου.
- Νόμος 4412 (ΦΕΚ Α΄ 147/08-08-2016). Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)
- Νακάκης Κ. & Ουζούνη Χ. (2008). Νοσηλευτική Βασισμένη σε ενδείξεις. Μια νέα προοπτική για την Ελληνική Νοσηλευτική. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 7(3):208-220
- Οικονομάκης Μ. (2004). Είναι αναγκαία μια πολιτική ανθρώπινων πόρων για το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων βάση των θεωριών υποκίνησης στις υπηρεσίες υγείας. *Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*. Αθήνα. Mediforce.
- Οικονόμου Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος Υγείας. Επιστημονικές εκθέσεις (reports 7). Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ.
- Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε. & Πατελάρου Ε. (2011). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία - προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης* 4(3):53-61
- Πιερράκος Γ. & Τομάρας Π. (2009). Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας. *Νοσηλευτική* 48(1):104-113.
- Πολύζος Ν. & Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού συστήματος υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 17(6):627-639.
- Πολυζώης Π. (2006). *Ο Εθελοντισμός στην κοινωνική προστασία*. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.
- Προεδρικό Διάταγμα 351/8.6.1989.(1989). Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων πτυχιούχων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων.
- Σακελλαρόπουλος Θ., Οικονομου Χ., Γεωργούση Ε., Θωμάς Δ., Κυριαζής Σ. & Φίλιππου Μ. (2012). *Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα*. Αθήνα. Κοινωνικό Πολύκεντρο.
- Σιγάλας Ι. (1999). Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας. Στο: Δίκαιος Κ, Κουτουζής Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι & Χλέτσος Μ.(Συντ.). *Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα. Ε.Α.Π.
- Σίσκου Ο. (2010). Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Στο: Λιαρόπουλος Λ. *Οργάνωση Υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Α΄ τόμος. Αθήνα Ιατρικό Βήμα.
- Τούντας Γ. & Οικονόμου Ν. (2007). Αξιολόγηση Υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24(1):7-21.
- Τούντας Γ. (2006). Ο Σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 23(1):72-83.
- Τσούνης Α. & Σαράφης Π. (2012). Η ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών στις υπηρεσίες υγείας ως εργαλείο διασφάλισης της ολικής ποιότητας. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας* 4(3):91-92
- Χαραλάμπους Α. & Ρούσου Ε.(2010). Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην «επιδημιολογική μετάβαση» και οι επιπτώσεις της παραπάνω τάσης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 27(6):976-983.

S.W.O.T analysis of the Department of Nursing in healthcare organizations

Theodora Malamou

Nurse, MSc, Deputy Head Cardiac Catheterization Laboratory, General Hospital of Ioannina "G. Ghatzikosta"

ABSTRACT

S.W.O.T analysis is a proposed strategic analysis tool for healthcare organizations. The issues identified in the S.W.O.T. analysis are classified into four categories. From the internal environment of the service are the strength points, such as accessibility, good level of provided health services, experienced and specialized nursing staff, modern level of technological-biomedical equipment, management oriented to quality procedures, staff satisfaction and the weakness points, such as shortages of human resources and equipment, mental and physical fatigue, non-application of treatment protocols, vague nursing tasks, modest or reduced staff training, worker culture. From the external environment, there are opportunities, start-up and operation of quality assurance systems, awareness of service weaknesses, medical records, volunteering, private forms of hospital funding, multiculturalism, and threats, such as financial and values crisis, bureaucracy in day-to-day management, the presence of a significant number of migrants and uninsured people, health users' displeasure, private care, change of epidemiological model. The purpose of the article is to highlight the application of the S.W.O.T. analysis as an important tool in the hands of nursing administration, decision-making and shaping a future strategy of health services. S.W.O.T is a useful, but not a stand-alone, strategic planning tool that promises health services to make informed decisions and leave nothing to chance in order to be efficient and competitive.

Keywords: Health services, opportunities, strengths points, S.W.O.T analysis, threats, weakness points.

Corresponding Author: Theodora Malamou
e-mail: dmalamou@gmail.com

Submission date: January 2019
Publication date: January 2020

Citation: Malamou T. (2020). S.W.O.T. analysis of the Department of Nursing in healthcare organizations. *Hellenic Journal of Nursing Science* 13(1): 9-22, DOI: <https://doi.org/10.24283/hjns.202012>