



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΣΧΟΛΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΓΕΩΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Σκέψεις και αντιλήψεις του υγειονομικού προσωπικού για την
αποτελεσματική στελέχωση των Μονάδων Υγείας.
Εμπειρική μελέτη.**

ΜΥΛΩΝΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Αθήνα 2015

Επταμελής Επιτροπή

- ❖ ANNA ΣΑΪΤΗ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ)
- ❖ ΠΕΤΡΟΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ (ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ)
- ❖ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΦΑΣΟΥΛΗΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΕΚΠΑ (ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ)
- ❖ ΧΡΗΣΤΟΣ ΚΟΛΛΙΑΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
- ❖ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΟΝΔΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
- ❖ ΘΕΟΛΟΓΟΣ - ΜΙΧΑΗΛ ΧΛΕΤΣΟΣ, ΑΝΑΠΛΗΤΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
- ❖ ΝΙΚΟΛΑΣ ΜΠΕΝΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Δημοσιεύσεις

- ❖ Saiti Anna & Mylona Vasiliki (2015a), "Health Care Human Resources' Planning and Programming Act as a Necessary Tool for the Effectiveness and Strengthening of the Health Care Sector", *European Journal of Social Sciences Education and Research*, 5(1),349-356
- ❖ Saiti Anna & Mylona Vasiliki (2015b), "Professional Development Plan of a Health Care Workforce as a Qualitative Indicator of the Health Care System's Well-Being", *e-Journal of Educational Policy* (Υπό δημοσίευση)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής, νιώθω τη χαρά και την ανάγκη να ευχαριστήσω μία σειρά από ιδιαίτερους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην όλη την πορεία αυτή.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου, την Επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου, κα Άννα Σαϊτή, που με εμπιστεύτηκε, με καθοδήγησε και με στήριξε όλα αυτά τα χρόνια. Την ευχαριστώ που μου έδωσε αυτή την ευκαιρία και που παρόλες τις δυσκολίες που προέκυψαν, πίστεψε σε μένα και μου έδειξε τον δρόμο που έπρεπε να ακολουθήσω για να κατακτήσω τον στόχο μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Ομότιμο Καθηγητή, κ. Σαϊτή Χρήστο, για την πολύτιμη καθοδήγησή και βοήθειά του καθώς και τον Ομότιμο Καθηγητή κ. Παπαγεωργίου Πέτρο και τον Καθηγητή κ. Κων/νο Φασούλη για τις ουσιαστικές παρατηρήσεις τους.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις διοικήσεις των νοσοκομείων που ανταποκρίθηκαν θετικά στην έρευνα και όλους όσους συμμετείχαν και βοήθησαν στη διακίνηση των ερωτηματολογίων. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κ. Λιάνα (Νοσοκομείο Πατρών) και τον κ.Λαζάρου (Νοσοκομείο ΚΑΤ) για τη σημαντική συμβολή τους.

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον άνθρωπο που είναι δίπλα μου, με στηρίζει και δείχνει πάντα μεγάλη υπομονή, τον σύζυγό μου, Βασίλη Μπούρη. Και τους γονείς μου που με στηρίζουν σε κάθε βήμα της ζωής μου. Φυσικά, δε θα μπορούσα να μην αναφέρω τα παιδιά μου, Ανδρέα και Μαρία, που αποτέλεσαν την κινητήρια δύναμη για την ολοκλήρωση αυτού του έργου. Τέλος, την καλή φίλη Μαρίνα Κρούσκη που με βοήθησε να ξεκινήσω την παρούσα διατριβή.

Στον γιό μου & την κόρη μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.	Οριοθέτηση του θέματος	Σελ. 12
2.	Εξοικείωση με τις έννοιες του τομέα της υγείας	Σελ. 19
2.1	Τι είναι «υγεία»	Σελ. 19
2.2	Παροχή υπηρεσιών υγείας	Σελ. 20
2.3	Συστήματα Υγείας	Σελ. 23
2.3.1	Γενικά	Σελ. 23
2.3.2	Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα	Σελ. 25
2.3.3	Νοσοκομείο	Σελ. 27
2.3.4	Υγειονομικό Προσωπικό	Σελ. 28
3.	Δομή της εργασίας	Σελ. 29

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.	Διατύπωση του προβλήματος της έρευνας	Σελ. 30
2.	Σκοπός της έρευνας	Σελ. 34
3.	Ερευνητικές υποθέσεις	Σελ. 35
4.	Αναγκαιότητα της έρευνας	Σελ. 35
5.	Σπουδαιότητα της έρευνας	Σελ. 36
6.	Προϋποθέσεις της έρευνας	Σελ. 37
7.	Οριοθέτηση του προβλήματος	Σελ. 37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.	Η έρευνα για τη στελέχωση των μονάδων υγείας	Σελ. 38
1.1	Η έρευνα στο εξωτερικό	Σελ. 40
1.2	Η έρευνα στην Ελλάδα	Σελ. 43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Η ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.	Η σύγχρονη διοίκηση στον δημόσιο τομέα της υγείας	Σελ. 47
	Εισαγωγικές Παρατηρήσεις	Σελ. 47
1.1	Τι είναι διοίκηση	Σελ. 48
1.1.1	Γενικά	Σελ. 48
1.1.2	Λειτουργίες της διοίκησης	Σελ. 49
1.2	Διοίκηση των νοσηλευτικών μονάδων	Σελ. 50
1.3	Διοίκηση ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας	Σελ. 55
1.4	Στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα της υγείας	Σελ. 58
1.4.1	Τι είναι στρατηγική	Σελ. 58
1.4.2	Σκοπός της στρατηγικής	Σελ. 59
1.4.3	Στρατηγική διοίκηση	Σελ. 60
1.4.4	Στρατηγική Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας	Σελ. 61
2.	Έννοια και περιεχόμενο του όρου «στελέχωση»	Σελ. 63
2.1	Τι σημαίνει στελέχωση	Σελ. 63
2.2	Στάδια στελέχωσης	Σελ. 64
2.2.1	Προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού	Σελ. 65

2.2.2	Προσέλκυση ανθρώπινου δυναμικού	Σελ. 71
2.2.3	Επιλογή ανθρώπινου δυναμικού	Σελ. 75
2.2.4	Τοποθέτηση και ένταξη	Σελ. 78
2.2.5	Εκπαίδευση	Σελ. 79
3.	Εργασιακές συνθήκες στον χώρο της υγείας	Σελ. 85
3.1	Παροχή κινήτρων και παρακίνηση εργαζομένων	Σελ. 86
3.2	Επαγγελματική ικανοποίηση	Σελ. 87
4.	Η λειτουργία του νοσοκομείου υπό το πρίσμα της συστημικής θεώρησης	Σελ. 89
4.1	Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου «σύστημα»	Σελ. 89
4.2	Το νοσοκομείο ως «ανοικτό» σύστημα	Σελ. 91
5.	Η συμβολή του υγειονομικού προσωπικού στην αποτελεσματική λειτουργία του δημόσιου νοσοκομείου	Σελ. 93
6.	Προϋποθέσεις αποτελεσματικής στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού του δημόσιου νοσοκομείου	Σελ. 96
6.1	Η ικανή ηγεσία (διοίκηση) του νοσοκομείου	Σελ. 96
6.2	Η ωριμότητα του υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 97
6.3	Η θετική συνύπαρξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 98
6.4	Η ωριμότητα των ασθενών – συγγενών	Σελ. 99
6.5	Η οργανωσιακή υποστήριξη	Σελ. 99

ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.	Εισαγωγή	Σελ. 101
2.	Συλλογή δεδομένων και διανομή ερωτηματολογίων	Σελ. 102
3.	Το δείγμα	Σελ. 105
4.	Το ερωτηματολόγιο	Σελ. 106
4.1	Προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 107
4.2	Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 109
4.3	Επιμόρφωση και ανάπτυξη προσωπικού	Σελ. 111
5.	Εργαλεία στατιστικής	Σελ. 113

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

1.	Επεξεργασία δεδομένων	Σελ. 114
2.	Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης	Σελ. 115
2.1	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	Σελ. 115
2.1.1	Ιατρικό προσωπικό	Σελ. 118
2.2.2	Νοσηλευτικό προσωπικό	Σελ. 119
2.2	Σκέψεις και αντιλήψεις του υγειονομικού προσωπικού για την αποτελεσματική στελέχωση των μονάδων υγείας	Σελ. 121
2.2.1	Προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 121
2.2.2	Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 130
2.2.3	Εκπαίδευση και ανάπτυξη	Σελ. 161
3.	Οικονομετρικά υποδείγματα	Σελ. 172
3.1	Προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 172
3.2	Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 174

3.3	Εκπαίδευση και ανάπτυξη	Σελ. 175
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ		
ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ		
	Εισαγωγικές Παρατηρήσεις	Σελ. 177
1.	Προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 178
2.	Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 183
3.	Εκπαίδευση και ανάπτυξη	Σελ. 187
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ		
ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ		
	Συμπεράσματα και Προτάσεις	Σελ. 191
<u>ΕΝΟΤΗΤΑ Γ'</u>		
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		Σελ. 198
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ		
1.	Αίτηση διακίνησης ερωτηματολογίων στα δημόσια νοσοκομεία	Σελ. 230
2.	Ερωτηματολόγιο	Σελ. 231

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	Φύση και ταξινόμηση της φροντίδας υγείας	Σελ. 21
Πίνακας 4.1	Νοσοκομεία ανά περιφέρεια, που συμμετείχαν στην έρευνα	Σελ. 106
Πίνακας 5.1	Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων	Σελ. 116
Πίνακας 5.2	Στοιχεία σχετικά με την εκπαίδευση των εργαζομένων	Σελ. 117
Πίνακας 5.3	Ιατρικό προσωπικό ανά βαθμό και ειδικότητα	Σελ. 118
Πίνακας 5.4	Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κατηγορία εκπαίδευσης	Σελ. 119
Πίνακας 5.5	Νοσηλευτικό προσωπικό ανά τμήμα εργασίας	Σελ. 120
Πίνακας 5.6	Βαθμός συμφωνίας ερωτηθέντων με τις προτάσεις του προγραμματισμού στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 121
Πίνακας 5.7	Περιγραφικά στοιχεία (Descriptive Statistics) προγραμματισμού στελέχωσης	Σελ. 123
Πίνακας 5.8	Eigenvalues - Προγραμματισμός στελέχωσης	Σελ. 124
Πίνακας 5.9	Factor Loadings – Παράγοντας - Προγραμματισμός στελέχωσης	Σελ. 124
Πίνακας 5.10	Student t-test – Παράγοντας 1 ^{ος} - Προγραμματισμός στελέχωσης	Σελ. 127
Πίνακας 5.11	ANOVA – Παράγοντας 1 ^{ος} - Προγραμματισμός στελέχωσης	Σελ. 128
Πίνακας 5.12	Πολλαπλές συσχετίσεις – Παράγοντας 1 ^{ος} - Προγραμματισμός στελέχωσης	Σελ. 129
Πίνακας 5.13	Βαθμός συμφωνίας ερωτηθέντων με τις προτάσεις της στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 130
Πίνακας 5.14	Περιγραφικά στοιχεία προτάσεων στελέχωσης υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 135
Πίνακας 5.15	Eigenvalues - Στελέχωση υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 136
Πίνακας 5.16	Factor Loadings – Στελέχωση υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 137
Πίνακας 5.17	Student t-Test – παράγοντας 1 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 141
Πίνακας 5.18	ANOVA – παράγοντας 1 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 141
Πίνακας 5.19	Πολλαπλές συσχετίσεις – Παράγοντας 1 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 142
Πίνακας 5.20	Student t-test – Παράγοντας 2 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 144
Πίνακας 5.21	ANOVA - Παράγοντας 2 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 145
Πίνακας 5.22	Πολλαπλές συσχετίσεις – Παράγοντας 2 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 146
Πίνακας 5.23	t-test - Παράγοντας 3 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 148
Πίνακας 5.24	ANOVA - Παράγοντας 3 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 149
Πίνακας 5.25	Πολλαπλές συσχετίσεις 3 ^{ου} παράγοντα στελέχωσης – σχέση εργασίας	Σελ. 149
Πίνακας 5.26	t-test 4 ^{ος} παράγοντας – Εργασιακές συνθήκες	Σελ. 150
Πίνακας 5.27	ANOVA 4 ^{ος} παράγοντας – Εργασιακές συνθήκες	Σελ. 151

Πίνακας 5.28	t-test – Παράγοντας 5 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 152
Πίνακας 5.29	ANOVA – Παράγοντας 5 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 153
Πίνακας 5.30	Πολλαπλές συσχετίσεις 5 ^{ου} παράγοντα με μεταβλητή σχέση εργασίας	Σελ. 153
Πίνακας 5.31	t-test – Παράγοντας 6 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 154
Πίνακας 5.32	ANOVA – Παράγοντας 6 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 155
Πίνακας 5.33	t-test – Παράγοντας 7 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 157
Πίνακας 5.34	ANOVA – Παράγοντας 7 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 157
Πίνακας 5.35	Πολλαπλές συσχετίσεις 7 ^{ου} παράγοντα με μεταβλητή ηλικία	Σελ. 158
Πίνακας 5.36	t-test – Παράγοντας 8 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 159
Πίνακας 5.37	ANOVA – Παράγοντας 8 ^{ος} - Στελέχωση	Σελ. 160
Πίνακας 5.38	Πολλαπλές συσχετίσεις 8 ^{ου} παράγοντα στελέχωσης με μεταβλητή ηλικία	Σελ. 160
Πίνακας 5.39	Βαθμός συμφωνίας ερωτηθέντων με τις προτάσεις αναφορικά με την εκπαίδευση και ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 161
Πίνακας 5.40	Περιγραφικά στοιχεία προτάσεων εκπαίδευσης και ανάπτυξης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 163
Πίνακας 5.41	Eigenvalue - Εκπαίδευση και ανάπτυξη προσωπικού	Σελ. 164
Πίνακας 5.42	Factor Loadings – εκπαίδευσης και ανάπτυξης	Σελ. 165
Πίνακας 5.43	t-test – Παράγοντας 1 ^{ος} – Εκπαίδευση και ανάπτυξη	Σελ. 167
Πίνακας 5.44	ANOVA - Παράγοντας 1 ^{ος} – Εκπαίδευση και ανάπτυξη	Σελ. 168
Πίνακας 5.45	Πολλαπλές συσχετίσεις - Παράγοντας 1 ^{ος}	Σελ. 169
Πίνακας 5.46	t-test – Παράγοντας 2 ^{ος} – Εκπαίδευση και ανάπτυξη υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 170
Πίνακας 5.47	ANOVA– Παράγοντας 2 ^{ος} – Εκπαίδευση και ανάπτυξη υγειονομικού προσωπικού	Σελ. 171
Πίνακας 5.48	Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή: «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού»	Σελ. 173
Πίνακας 5.49	Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή: «τρόπος επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας»	Σελ. 176
Πίνακας 5.50	Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή: «επαγγελματική ανάπτυξη και την εργασιακή επιμόρφωση»	Σελ. 180
Πίνακας 6.1	Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε αναλογία με κατοίκους	Σελ. 182

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1	Δομή Εθνικού Συστήματος Υγείας	Σελ. 26
Γράφημα 3.1	Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη λειτουργία του συστήματος υγείας	Σελ. 51
Γράφημα 3.2	Πυραμίδα διοικητικών επιπέδων νοσοκομείου	Σελ. 53
Γράφημα 3.3	Ενδεικτικό οργανόγραμμα δημόσιου νοσοκομείου	Σελ. 54
Γράφημα 3.4	Κινητήριες δυνάμεις του εργατικού δυναμικού στην υγεία	Σελ. 66
Γράφημα 3.5	Σκοπός του σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία	Σελ. 66
Γράφημα 3.6	Το νοσοκομείο ως ανοικτό σύστημα	Σελ. 91
Γράφημα 5.1	Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο που εργάζονταν	Σελ. 115
Γράφημα 5.2	Ιατρικό προσωπικό ανά βαθμό	Σελ. 119

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΣΕΠ	ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΑΕΠ	ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΙΟΝ
ΕΣΥ	ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΠΔΔ	ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ
ΝΠΙΔ	ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ
ΟΟΣΑ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
OECD	ORGANIZATION for ECONOMIC COOPERATION & DEVELOPMENT
ΠΟΥ	ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Οριοθέτηση του θέματος

Η υγεία εκτιμάται ότι είναι ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μίας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η υγεία αν και θεωρείται ότι είναι πολύτιμο αγαθό από μόνη της, ταυτόχρονα αποτελεί και μοχλό για την ανάπτυξη μίας χώρας. Σύμφωνα με μελέτες σε διεθνές επίπεδο (Stenberg, Axelson, Sheehan, Anderson et al, 2014; Frenk, 2010; Bhargava, Jamison, Lawrence & Murray, 2001; Bloom, Canning & Sevilla, 2001; Van Ourti, Doorslaer & Koolman, 2009; Sen A., 1999), η άνοδος του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, επιδρά ευεργετικά στην οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας.

Η διατήρηση υγιών και ενεργών ανθρώπων για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχει θετικό αντίκτυπο τόσο στην παραγωγικότητα, όσο και στην ανταγωνιστικότητα μιας χώρας. Συγκεκριμένα, ένας υγιής πληθυσμός μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως το ανθρώπινο δυναμικό του, ενώ οι δαπάνες για την υγεία θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι αποτελούν επένδυση για μία χώρα (Van Ourti et al, 2009; Folland, Goodman & Stano, 2007; Mushkin, 1962; Σωτηριάδου, Σαράφης & Μαλλιάρου, 2012; Σούλης, 1999).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την υγεία των λαών τους, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών μέτρων (WHO, 2002; Callahan, 1973). Για τον λόγο αυτό, στην Ελλάδα υπάρχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), σκοπός του οποίου είναι, η καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και χαμηλή συμμετοχή στο κόστος (Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου & Λιαρόπουλος, 2008; Tountas, Karnaki & Pavi, 2002).

Τα δημόσια νοσοκομεία στη χώρα μας λειτουργούν στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ρόλος τους είναι η παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους πολίτες, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις (ν.1397/83; ν.2889/2001) και όπως αυτές τροποποιήθηκαν μεταγενέστερα. Κύριος σκοπός του δημόσιου νοσοκομείου είναι η «αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, η εξασφάλιση της ισότητας των πολιτών στην πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών υγείας, η ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση του ασθενή και των συγγενών του» (Πολύζος, 2014:158,160). Δηλαδή, στοχεύει στην

επίτευξη των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων, μέσω της παροχής ποιοτικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας (Χυτήρης, 2006; Μπουραντάς, 2002).

Όπως σε όλους τους οργανισμούς, έτσι και στα νοσοκομεία, η βιωσιμότητα και η επιτυχία τους μακροχρονίως εξαρτάται από τον συνδυασμό αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς του στο υψηλότερο δυνατό σημείο ισορροπίας (Χυτήρης, 2006; Μακρυδημήτρης, 2004). Συνεπώς, οι διοικήσεις στρέφονται στη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας μέσω της υιοθέτησης των κατάλληλων διοικητικών πολιτικών και πρακτικών, όπως είναι: η ικανή-υπεύθυνη διοίκηση, η υιοθέτηση κατάλληλης στρατηγικής, η προσεγμένη οργανωτική δομή, η σωστή διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, το θετικό περιβάλλον εργασίας, η διαθεσιμότητα υλικου-τεχνικού εξοπλισμού και η οργανωσιακή υποστήριξη (Πολύζος, 2014; Sullivan & Decker, 2005; Μακρυδημήτρης, 2004; Μπουραντάς, 2002).

Σε αντίθεση όμως με άλλους οργανισμούς, η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων μετριέται με δείκτες που παρουσιάζουν τα ποσοστά επιβίωσης και ίασης των ασθενών τους (West, Guthrie, Dawsor, Borrill & Carter, 2006; Buchan, 2004; Atkins et al, 1996). Οι δείκτες αυτοί επηρεάζονται σημαντικά από την επάρκεια (ποσοτική και ποιοτική), την κατανομή και την εργασιακή ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού τους (Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008; Boselie, Paauwe, Richardson, 2003; Cartmill, Comans, Ash & Sheppard, 2012). Επιπλέον, λόγω της πολύ-επαγγελματικής δομής των υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας τους εξαρτάται και από τις αναλογίες και το συνδυασμό του υγειονομικού προσωπικού τους (Λιαρόπουλος, 2007, WHO, 2000; Dussault et al, 2003).

Επομένως, οι άνθρωποι πόροι και συγκεκριμένα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελούν έναν από τους πιο χρήσιμους συντελεστές της λειτουργίας και της εξέλιξης ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, το οποίο προκειμένου να είναι ανταγωνιστικό, οφείλει να διατηρεί υψηλά επίπεδα εξειδίκευσης, ευελιξίας, προσαρμοστικότητας και τεχνογνωσίας (Σουλιώτης, 2006; Τερζίδης & Τζωρτζάκης, 2004). Στο σύγχρονο, απαιτητικό, διαρκώς μεταβαλλόμενο και ανταγωνιστικό περιβάλλον, ο άνθρωπος παράγοντας παραμένει σημαντικός συντελεστής για τη λειτουργία και εξέλιξη κάθε οργανισμού, καθώς η κατάλληλη αξιοποίησή του προσφέρει σημαντικό πλεονέκτημα στην αποτελεσματικότητά του (Πολύζος, 2014; Ahmad et al, 2013; Pruit et al, 2005; Becker et al, 1996).

Επιπλέον, το ανθρώπινο δυναμικό αναφέρεται συχνά και ως η «καρδιά» της στρατηγικής ενός οργανισμού, καθώς οι ικανότητες, οι δυνατότητες και η εμπειρία του προσωπικού του μπορούν να αποτελέσουν κινητήριο δύναμη για την επίτευξη των στόχων του (Hongoro & McPake, 2004; Huselid, Jackson & Schuler, 1997; Παπαδάκης, 2002). Έτσι λοιπόν, τα θέματα της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, θεωρούνται κεντρικής σημασίας, στρατηγικής και υπευθυνότητας για τους περισσότερους διοικητές οργανισμών υγείας (Cortvriend & Hyde, 2007; Johnson & Scholes, 1999; Becker & Gerhart, 1996).

Η επιστήμη της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων έχει μία ιστορία αρκετών ετών, η οποία αν και ξεκίνησε ως μία απλή διαδικασία καταγραφής του προσωπικού, με την πάροδο των ετών έστρεψε το ενδιαφέρον της στην ψυχολογία και στην ικανότητα των προϊσταμένων να στηρίζουν τους υπαλλήλους τους και να στηρίζονται από αυτούς, έγινε αυτόνομη και κατέληξε να είναι τομέας στρατηγικής σημασίας για έναν οργανισμό (Ferris, Perrewé, Ranft, Zinko, Stoner, Brouer & Laird, 2007; Fottler, Khatri, Savage, 2012; Khatri, Wells, McKune, Brewer, 2006). Η διοίκηση ενός νοσοκομείου επενδύοντας πάνω στη γνώση, την εμπειρία και το ταλέντο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, μπορεί να επιτύχει τους στόχους του και να βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητά του (Fritzen, 2007; Fottler, Khatri & Savage, 2010; Khatri, Wells, McKune & Brewer, 2006).

Λόγω του ότι τα νοσοκομεία δραστηριοποιούνται σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κοινωνικο-πολιτικό-οικονομικό και τεχνολογικό περιβάλλον, ο σχεδιασμός ενός πλάνου διοίκησης και η προσαρμογή του στις εκάστοτε συνθήκες, συμβάλλει ενεργά στην ποιοτική και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας (Jackson & Schuler, 2000; Sullivan et al, 2009; Johnson & Scholes, 1999). Επομένως, ο σχεδιασμός αναγκών σε υγειονομικό προσωπικό αποτελεί πρόκληση για τους σχεδιαστές των πολιτικών υγείας, καθώς πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη όχι μόνο τους στόχους και τις ανάγκες στην υγεία, αλλά να εξασφαλίζουν και τον επαρκή αριθμό όλων των ειδικοτήτων του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ανά γεωγραφική περιοχή, είδος νοσοκομείου και φύλο (Dubois, McKee & Norte, 2006; Buchan, 1994).

Ο προγραμματισμός στελέχωσης ενός νοσηλευτικού ιδρύματος εξασφαλίζει το απαραίτητο, κατάλληλο και αποτελεσματικό προσωπικό, την κατάλληλη χρονική στιγμή, στο σωστό μέρος, προκειμένου να είναι ικανό να επιτύχει τους αντικειμενικούς σκοπούς του οργανισμού με τον καλύτερο και αποδοτικότερο τρόπο

(Bratton & Gold, 2007; Drucker, 2003; Μακρυδημήτρης, 2004). Πρόκειται για μία συνεχή ευέλικτη διαδικασία, η οποία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του οργανισμού, μέσα από μία συγκεκριμένη προσέγγιση μελετώντας το εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον του (Dussault, et al, 2003; Fritzen, 2007; Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Κατόπιν, με τον όρο στελέχωση αναφερόμαστε στη διαδικασία εξασφάλισης του απαραίτητου ποσοτικά και ποιοτικά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που απαιτείται από έναν οργανισμό υγείας, έτσι ώστε να μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του και να λειτουργεί αποτελεσματικά (Sullivan & Decker, 2005; Μακρυδημήτρης, 2004; Bratton J. et al, 2007). Συγκεκριμένα, για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, θα επικεντρωθούμε στη διαδικασία προσέλκυσης, επιλογής, τοποθέτησης – ένταξης και διατήρησης του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού.

Μερικά στοιχεία που επηρεάζουν τη στελέχωση του υγειονομικού προσωπικού είναι η εκπαίδευσή του, η εμπειρία του, η βαρύτητα των περιστατικών, η διαθέσιμη τεχνολογία, η διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, ο αριθμός εισαγωγών, εξιτηρίων και διακομιδών, αλλά και οι ιατρικές μέθοδοι που εφαρμόζονται στο νοσοκομείο (McGillis, Doran & Pink, 2004; Hurst, 2002; Buchan, 2000). Η διαδικασία της «σωστής στελέχωσης» εξασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών των ασθενών από το υγειονομικό προσωπικό, τις κατάλληλες συνθήκες για ασφαλή εργασία του προσωπικού, την ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων, την ικανοποίησή του προσωπικού από την εξάσκηση του επαγγέλματος του και επομένως την καλύτερη απόδοσή του (Becker & Gerhart, 1996; Gebbie & Turnock, 2006; Jackson & Schuler, 2000; Sullivan et al, 2009; Λιαρόπουλος, 2007).

Επιπροσθέτως, η εκπαίδευση και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού αποτελούν σημαντικές διεργασίες της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων καθώς οι διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες (ιδίως στις επιστήμες υγείας) επιβάλλουν τη διαρκή επιμόρφωση και απόκτηση νέων γνώσεων προκειμένου οι εργαζόμενοι να μπορούν να φέρουν εις πέρας την εργασία τους και να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους (Dilintas, 2010; Fritzen, 2007; Kontodimopoulos, Nanos & Niakas, 2006). Έτσι λοιπόν, οι διαδικασίες εκπαίδευσης, επιμόρφωσης, κατάρτισης και ανάπτυξης, αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού.

Ύστερα από τα παραπάνω, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι α) να εξετάσει τις μεθόδους στελέχωσης των γενικών δημόσιων νοσοκομείων της χώρας σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διαμέσου της διερεύνησης των αντιλήψεων και

των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα, β) να ερευνήσει, με βάση την παραγοντική ανάλυση, ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα στελέχωσης (προγραμματισμό, τοποθέτηση και ένταξη, εκπαίδευση και κατάρτιση) του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας όπως αυτή αποτυπώνεται από τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού και γ) να παρουσιάσει, ανάλογα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τις προτάσεις τους για την καλύτερη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας.

Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι, παρά τη σπουδαιότητα του αγαθού «υγεία» και τον σημαντικό ρόλο του υγειονομικού προσωπικού στην αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών μονάδων, εντούτοις η στελέχωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας παρουσιάζει αρκετές δυσλειτουργίες.

Αρχικά, μελέτες στο χώρο (Βαρδιάμπασης, Τσιρώνη, Νικολέντζος, Μωυσόγλου, Γαλάνης, Σταυροπούλου, Αθανασοπούλου & Πρεζεράκος, 2014; Μανιού, Ιακωβίδου, 2009; Κοπανιστάνου & Μπροκαλάκη, 2009; Σαράφης, Μαλλιαρού & Σωτηριάδου, 2010; Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000; Giokas, 2001) τονίζουν τις σημαντικές ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, την ανισοκατανομή στελέχωσης, την προτίμηση του συστήματος σε ιατρικό προσωπικό και τον σχεδιασμό αναγκών βάση πρόχειρων εκτιμήσεων και όχι βάση μελετών που να αναδεικνύουν τις πραγματικές ανάγκες των δημόσιων νοσοκομείων.

Επίσης, έρευνες στον τομέα της υγείας (Κοπανιστάνου & Μπροκαλάκη, 2009; Γούλα, Κέφης, Πιερράκος & Σαρρής, 2014; Βαρδιάμπασης, κά, 2014; Καλογεροπούλου, 2011) παρουσιάζουν ότι η σύνθεση του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας λειτουργεί μη ορθολογικά, με λανθασμένες αναλογίες προσωπικού (ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών) και χωρίς σαφές προσδιορισμένο καθηκοντολόγιο, δημιουργώντας σημαντικά προβλήματα στον τρόπο λειτουργίας τους. Ταυτόχρονα, αρκετοί ερευνητές (Cartmill, Commans, Clark, Ash & Sheppard, 2012; Βλαχιώτη, Δούσης & Μάτζιου, 2011; Παντουβάκης & Μπογιατζίδης, 2012) υποστηρίζουν ότι η επαρκής (ποιοτικά και ποσοτικά) στελέχωση και η ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού εξασφαλίζει όχι μόνο την ασφαλή λειτουργία των νοσοκομείων αλλά επηρεάζει θετικά και την εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού, την εξέλιξη της πορείας των ασθενών, την ποιότητα της παροχής φροντίδας και την αποτελεσματική λειτουργία των

νοσοκομείων (Κωσταγιόλας, Πλατής & Ζήμερας, 2006; Cartmill, et al, 2012; Frith, Anderson, Caspers, Tseng, Sanford, Hoyt & Moore, 2010).

Επίσης, όσον αφορά την εκπαίδευση και ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού, μελέτες στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα (Γώγος, 2011; Κέλεση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010; Πιερράκος, Σαρρής, Αμίτσης, Κυριόπουλος & Σούλης, 2006; Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000) φανερώνουν την ανεπαρκή εκπαίδευση και επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού, με το πρόβλημα να εντοπίζεται κυρίως στο νοσηλευτικό τομέα, ενώ δεν δίνονται κίνητρα για ανάπτυξη και επιμόρφωση τους. Ενώ ταυτόχρονα έρευνες στο χώρο της υγείας διεθνώς (Arthur & Boyles, 2007; Ankli & Palliam, 2012; Dilintas, 2010; Nanos & Niakas, 2006; Xenos, et al, 2014) τονίζουν ότι το υγειονομικό προσωπικό οφείλει να είναι εξοικειωμένο με τα σύγχρονα πρότυπα παροχής υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας συνεχή επιμόρφωση πάνω στα νέα τεχνολογικά και επιστημονικά δεδομένα, προκειμένου να είναι σε θέση να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Παντουβάκη & Μπογιατζίδη (2012), ένα σημαντικό πρόβλημα που καλείται να διαχειριστεί η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας είναι η απουσία υιοθέτησης μέτρων και πρακτικών για τη βελτίωση της εσωτερικής ποιότητας των υπηρεσιών, ώστε να επιτευχθεί η ικανοποίηση τόσο των ασθενών, όσο και των εργαζομένων και κατ' επέκταση η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, ένα νέο εν δυνάμει φαινόμενο που θα πρέπει να κινητοποιήσει τις διοικήσεις του δημόσιου τομέα της υγείας είναι η μετανάστευση του υγειονομικού προσωπικού προς τις αναπτυγμένες χώρες, με σκοπό την αναζήτηση καλύτερων συνθηκών εργασίας. Το γεγονός αυτό θα συμβάλλει στην αποστέρηση της χώρας μας από κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (το οποίο η ίδια η χώρα έχει επενδύσει να εκπαιδεύσει) (Βλαχιώτη κά, 2011; Χαραλάμπους & Τρίτση, 2010).

Κατόπιν, σημαντική πρόκληση για την διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας, αποτελεί η αύξηση της ζήτησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, λόγω της αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού, του νέου νοσολογικού προτύπου και της εισόδου νέας τεχνολογίας που συνεπάγεται αύξηση του λειτουργικού κόστους των νοσοκομείων και πίεση στο ήδη υπάρχον υγειονομικό προσωπικό. Επιπλέον, η οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση των φαινομένων της ανεργίας, της ανασφάλειας στο χώρο εργασίας, καθώς και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010; Καλογεροπούλου & Κατοστάρας, 2010).

Από τα παραπάνω προκύπτει πως είναι χρήσιμο να μελετηθούν αναλυτικότερα οι απόψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τη στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων της χώρας, καθώς η συμβολή τους είναι καθοριστική στην εύρυθμη λειτουργία τους. Το υγειονομικό προσωπικό αποτελεί ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα που συμβάλλει στην αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων, καθώς η ποιότητα και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών που παρέχονται εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από αυτό. Η επαρκής στελέχωση, η ορθολογική κατανομή, η εμπειρία και η εκπαίδευση του προσωπικού, καθώς και η διάθεσή του για απόδοση, διαμορφώνουν τις κατάλληλες συνθήκες, κάτω από τις οποίες η νοσηλευτική μονάδα μπορεί να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί ότι, τη χρονική περίοδο που έλαβε χώρα η παρούσα έρευνα (2012-2015), η Ελλάδα αντιμετώπιζε μία έντονη οικονομική κρίση, λόγω των δεσμεύσεων που έλαβαν οι κυβερνήσεις έναντι των δανειστών της. Η κρίση αυτή, δε θα μπορούσε να μην πλήξει τον δημόσιο τομέα της υγείας, έναν τομέα ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη και τη βιωσιμότητα της χώρας. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι επιπτώσεις της κρίσης είχαν αντίκτυπο και στο υγειονομικό προσωπικό, καθώς μειώθηκαν οι πόροι για την υγεία (υλικοί και άυλοι), και αυξήθηκε η ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Αναλυτικά, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (OECD), τα τελευταία χρόνια υπήρξε σταδιακή μείωση των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα. Έτσι λοιπόν, ενώ το 2009 οι δαπάνες για την υγεία ήταν στο 9,8% του ΑΕΠ (6,8% για τη δημόσια υγεία), το 2013 οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν στο 9,2% του ΑΕΠ (6% για τη δημόσια υγεία). Επίσης, το 2011 η κυβέρνηση προέβη σε «πάγωμα» των προσλήψεων στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ ταυτόχρονα έδωσε κίνητρα στο προσωπικό για αποχώρηση (πρώρες συνταξιοδοτήσεις, άδειες άνευ αποδοχών κά) και θεσμοθετήθηκε η αναλογία 1:5 (μία πρόσληψη για 5 αποχωρήσεις) για τις μελλοντικές προσλήψεις. Οι ελλείψεις που προέκυψαν αντιμετωπίστηκαν προσωρινά με προσλήψεις επικουρικού προσωπικού.

Όλα τα ανωτέρω είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση του ανθρώπινου δυναμικού, όπου σε συνδυασμό με την αυξημένη ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δημιούργησαν αυξημένη πίεση και φόρτο εργασίας στο ήδη υπάρχον προσωπικό και εμφάνιση άγχους και ανασφάλειας για την εργασία τους. Τα φαινόμενα αυτά θεωρούμε ότι επηρέασαν σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

2. Εξοικείωση με τις έννοιες του τομέα της υγείας

2.1 Τι είναι «υγεία»

Με την πάροδο των ετών αρκετοί προσπάθησαν να ορίσουν την έννοια της υγείας. Σύμφωνα με τον Pearson (1979), η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, ενώ κατά την παραδοσιακή αντίληψη, η υγεία αναγνωρίζεται ως «η έλλειψη συμπτωμάτων νόσου ή αναπηρίας» (Τούντας, 2000:15). Ο τελευταίος, περιγράφει την αρνητική κατάσταση της υγείας του ατόμου και αναφέρεται μόνο σε γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες, ενώ η υγεία είναι συνισταμένη πολιτισμικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών, γενετικών, ψυχολογικών και γενικών παραγόντων (Λιαρόπουλος, 2007; Ραγιά, 1998).

Τις τελευταίες δεκαετίες έγινε αντιληπτό ότι η έννοια της υγείας περιλαμβάνει διαστάσεις που μπορούν να αυξήσουν «την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας και απέκτησε μία θετική διάσταση, η οποία τονίζει πλήρως το δυναμικό του ατόμου προς την κατάσταση της υγείας του» (Λιαρόπουλος, 2007:32). Ακολουθώντας τη διάσταση αυτή και για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, αποδεχόμαστε τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946), σύμφωνα με τον οποίο «η υγεία είναι η πλήρης σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1946:1)

Επιπλέον, η υγεία, ανεξάρτητα από τον ορισμό της, αποτελεί «βασική ανθρώπινη αξία, ανθρώπινο δικαίωμα, αλλά και προσωπική ευθύνη κάθε ενήλικα ανάλογα με τις ικανότητές του» (Ραγιά, 1998:51). Πρόκειται για μία μη σταθερή κατάσταση, η οποία μεταβάλλεται διαρκώς και επηρεάζεται τόσο από εσωτερικούς (γενετική προδιάθεση), όσο και από εξωτερικούς παράγοντες (συμπεριφορά του ατόμου, φυσικό περιβάλλον κα) του ατόμου (Λιαρόπουλος, 2007; Ραγιά, 1998).

Ωστόσο, η αξία της υγείας γίνεται συνήθως αντιληπτή με την εμφάνιση της ασθένειας. Σύμφωνα με την Amartya Sen (2002), «η ασθένεια δεν οδηγεί μόνο στη μείωση της ποιότητας ζωής, αλλά και στην απώλεια της ελευθερίας να κάνει κάποιος αυτά που θέλει» (Sen A., 2002: 663). Επομένως, όπως έχει ήδη αναφερθεί, «η καλή υγεία δεν είναι απλώς ένα εργαλείο για ανάπτυξη, αλλά αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανάπτυξης» (Sen A., 1999: 623). Το αγαθό υγεία είναι μοναδικής αξίας, διαθέτει πολύπλοκα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία μιας κοινωνίας (Saiti & Mylona,

2015a). Παράλληλα η σωστή διαχείριση του αγαθού «υγεία» δυναμώνει και εξοπλίζει τις κοινωνίες προκειμένου να αντιμετωπίσουν επείγοντα θέματα όπως για παράδειγμα τη διαχείριση μιας κρίσης, αφού διαμέσου της ορθολογικής διαχείρισης αντιμετωπίζεται με καλύτερο τρόπο η διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση και οι προσδοκίες μιας κοινωνίας (Buchan, 2000; Dussault & Dubois, 2003; Λανάρα, 2003; Niakas, 2004; Saiti & Mylona, 2015a).

2.2 Παροχή υπηρεσιών υγείας

Στη σύγχρονη εποχή το πεδίο αναφοράς της υγείας είναι ιδιαίτερα ευρύ σε σχέση με το παρελθόν και αυτό γιατί οι απαιτήσεις των χρηστών (ασθενών, υγειονομικού προσωπικού κα) έχουν αυξηθεί και η έννοια της υγείας συνδέεται με τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Η έννοια της υγείας, σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007), περιλαμβάνει τέσσερις διακριτές έννοιες, την *φροντίδα υγείας* (care), τη *θεραπεία* (cure), τον *έλεγχο* (control) και τη *κοινότητα* (community).

Με τον όρο «φροντίδα υγείας» αναφερόμαστε στη συνολική αντιμετώπιση του θέματος της υγείας σε ατομικό και συνολικό επίπεδο. Η «θεραπεία» περιλαμβάνει τις ιατρονοσηλευτικές ενέργειες που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας. Ο «έλεγχος» αναφέρεται στην εξέταση των παραγόντων κινδύνου που απειλούν την υγεία, κυρίως μέσα από μέτρα δημόσιας υγείας. Τέλος, η «κοινότητα» αποτελεί το πεδίο εφαρμογής της πολιτικής υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Λανάρα, 1999; Λιαρόπουλος, 2007).

Η φροντίδα υγείας συχνά αναφέρεται και ως υγειονομική περίθαλψη. Όμως η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν συμπτώματα κάποιας ασθένειας ή νόσου. Αντίθετα, η φροντίδα υγείας είναι ευρύτερη έννοια και αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται τόσο σε άτομα που έχουν εκδηλώσει κάποια ασθένεια, όσο και σε υγιή άτομα. Επομένως, η φροντίδα υγείας απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας (Λιαρόπουλος, 2007; Ραγιά, 1998; Evans & Stoddart, 1990).

Οι υπηρεσίες υγείας παράγονται σε μονάδες, οι οποίες λειτουργούν στο πλαίσιο του συστήματος υγείας και παρέχονται στους ασθενείς. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν οργανισμούς στους οποίους εργάζονται δύο ή περισσότεροι άνθρωποι, για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας διακρίνονται ανάλογα με τη νομική τους μορφή σε *ιδιωτικές* και *δημόσιες*, και ανάλογα με το είδος υπηρεσιών που προσφέρουν σε *μονάδες ανοικτής*

περίθαλψης (ιδιωτικά ιατρεία, κέντρα υγείας, πολυϊατρεία κλπ) και σε μονάδες κλειστής περίθαλψης (νοσοκομεία, ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης κλπ) (Plsek & Greenhalgh, 2001; Spector, 1985; Πολύζος, 2014; Δίκαιος, Κουτούζης, Πολύζος, Σιγάλας & Χλέτσος, 1999).

Επίσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας καθορίζεται και από τον σκοπό του συστήματος υγείας και διακρίνεται σε: α) πρωτοβάθμια, αν ο σκοπός είναι η πρόληψη, β) δευτεροβάθμια, αν ο σκοπός είναι η θεραπεία και γ) τριτοβάθμια, αν ο σκοπός είναι η αποκατάσταση (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1. Φύση και ταξινόμηση της φροντίδας υγείας

Φύση	Επίπεδο παροχής	Δομές παροχής φροντίδας υγείας
Πρόληψη	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Κέντρα υγείας, διαγνωστικά κέντρα κ.ά.
Θεραπεία	Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας	Νοσοκομεία
Αποκατάσταση	Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας	Κέντρα Αποκατάστασης, Νοσοκομεία κ.ά.

Ιστορικά, η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθορίστηκε το 1978, με τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα και περιλαμβάνει τη βασική φροντίδα υγείας, βασισμένη σε πρακτικές επιστημονικά τεκμηριωμένες (Φιλαληθής, 2008; WHO, 1981). Αναλυτικά, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δίνει έμφαση στην πρόληψη, την «αγωγή υγείας των πολιτών (εκπαίδευση σε θέματα υγείας), την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την αυτοφροντίδα του ατόμου και της οικογένειας και τη συμμετοχή της κοινότητας στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης» (Ραγιά, 1998:59).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται είτε σε δομές (πχ. κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία, κέντρα διαγνωστικής απεικόνισης), είτε με κατ' οίκον νοσηλεία από ομάδες επαγγελματιών υγείας, είτε μέσω κοινοτικής υπηρεσίας υγείας (ενημερώσεις – μαθήματα σε δημόσιους φορείς, σχολεία κλπ) (Sullivan et al, 2005; Ραγιά, 1998). Τα τελευταία χρόνια, έχει κάνει την εμφάνισή της και η χρήση της ηλεκτρονικής υγείας (e-health) στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσω ηλεκτρονικών συσκευών επικοινωνίας με ηλικιωμένους ή χρόνιους ασθενείς σε δυσπρόσιτες κυρίως περιοχές (Andreassen, Bujnowska – Fedak, Chronaki, Dumitru, Pudule, Santana, Voss & Wynn, 2007; Eysenbach, 2001; Γκορτζής, 2007).

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται σε νοσηλευτικές δομές και ως στόχο έχει τη θεραπεία των ατόμων που εκδηλώνουν συμπτώματα κάποιας ασθένειας. Τέλος, η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται σε νοσηλευτικές δομές και σε κέντρα εξωνοσοκομειακής φροντίδας – κέντρα αποκατάστασης και έχει ως στόχο την αποκατάσταση ατόμων, των οποίων η υγεία έχει αποκατασταθεί, αλλά συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της ασθένειας (πχ. κινητικά προβλήματα) (Λιαρόπουλος, 2007; Λανάρα, 1999; Ραγιά, 1998).

Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις πολιτικές που θα εξασφαλίσουν την ορθολογική κατανομή προσωπικού και τη δυνατότητα εξασφάλισης ικανοποιημένων χρηστών (εσωτερικών και εξωτερικών). Με τον όρο «ορθολογική κατανομή προσωπικού», εννοούμε το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, στον σωστό αριθμό, τη σωστή στιγμή, στο σωστό μέρος (Chopra, Munro, Lavis, Vist & Bennett, 2008; Ben-Tovim, Bassham, Bolch, Martin, Dougherty & Szwarcbord, 2007; Gulliford, Figueroa-Munoz, Morgan, Hughes, Gibson, Beech & Hudson, 2002; Smith & Godfrey, 2002). Πράγματι, η διασφάλιση της ποιότητας ενός υγειονομικού συστήματος εξαρτάται από την ικανότητα και την επιδεξιότητα του υγειονομικού προσωπικού. Με δεδομένο ότι τα υγειονομικά συστήματα υγείας αποτελούνται από ένα ετερογενές προσωπικό (ως προς τις ειδικότητες) η απόκτηση των απαραίτητων ικανοτήτων και η συνεχής κατάρτισή του θεωρείται υποχρεωτική (Allegrante, Moon, Auld & Gebbie, 2001; Buchan & Dal Roz, 2002; Saiti & Mylona, 2015a).

Τέλος, αναφορικά με τη σπουδαιότητα των υπηρεσιών υγείας, αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο, «η ευημερία της κοινωνίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες αυτές είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό σε κόστος που τόσο η κοινωνία, όσο και τα άτομα, είναι σε θέση να επωμισθούν, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η δυνατότητά τους να απολαύσουν όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες από τα οποία εξαρτάται η συνολική ευημερία» (Λιαρόπουλος, 2007:25).

Με βάση το γεγονός ότι τα υγειονομικά συστήματα είναι ανοιχτά και δέχονται εξωτερικές και εσωτερικές επιδράσεις, η ευελιξία στη διαδικασία διαχείρισης των διαθέσιμων πηγών (π.χ. ανθρώπινων) και η προσαρμογή τους στις όποιες περιβαλλοντικές συνθήκες είναι δύο στοιχεία απαραίτητα για την επίτευξη του στόχου, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Bloor

& Maynard 2003; Dussault & Dubois, 2003; Hitiris, 2006; Saiti & Mylona, 2015b; Walker, 1976)

2.3 Συστήματα Υγείας

2.3.1 Γενικά

Η υλοποίηση των πολιτικών υγείας από τους κυβερνητικούς φορείς, προϋποθέτει την ύπαρξη συγκεκριμένων δομών και οργανώσεων που ονομάζονται συστήματα υγείας. Αρκετοί ορισμοί έχουν δοθεί με το πέρασμα των ετών για τα συστήματα υγείας, μερικοί εκ των οποίων ακολουθούν παρακάτω.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας» (WHO, 2000:5).

Κατά τον Roemer, σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό» (Roemer, 1993:335).

Οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, αναφέρουν ότι το σύστημα υγείας «αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού» (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτα, 2007:81).

Στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο, ενώ ταυτόχρονα να εξασφαλίζει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες (WHO, 2000; Frenk, 1994; Roemer, 1991; Πολύζος, 2014; Λιαρόπουλος, 2007; Καλογεροπούλου κά, 2007).

Παράλληλα, υπάρχουν ορισμένα οργανωτικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τα συστήματα υγείας, τα οποία είναι: α) ο βαθμός ισοτιμίας στη χρηματοδότηση και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, β) η έκταση της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, ανάλογα με τους πόρους που διατίθενται, γ) το είδος των υπηρεσιών στις οποίες δίνει έμφαση το σύστημα, δ) η σχέση ιδιωτικού και δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών και ασφάλισης, ε) ο βαθμός ελευθερίας επιλογών των χρηστών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας, στ) η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του συστήματος (Λιαρόπουλος, 2007; Καλογεροπούλου κά, 2007).

Με βάση τα παραπάνω, τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε τρεις βασικές μορφές: το *ιδιωτικό* (ή φιλελεύθερο σύστημα υγείας), το *κρατικό ή δημόσιο* (ή εθνικό σύστημα υγείας – τύπου Beveridge) και το *σύστημα κοινωνικής ασφάλισης* (σύστημα τύπου Bismark) (Tulchinsky & Varavikova, 2014; WHO, 2000; Roemer, 1991; Τούντας, 2001).

Στο ιδιωτικό σύστημα υγείας (φιλελεύθερο ή σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης) η κρατική παρέμβαση περιορίζεται: α) στο να προσφέρει υπηρεσίες υγείας μόνο προς αυτούς που δε μπορούν να τις αγοράσουν από την αγορά και β) στο να διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών – παραγωγών. Το πρότυπο αυτό βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης, όπου ο καταναλωτής έχει πλήρη ελευθερία επιλογών, οι υπηρεσίες παρέχονται από ιδιώτες και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται από τους χρήστες (έχοντας υπόψη τις τιμές). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σύστημα υγείας των ΗΠΑ (Fincham, 2009; Schoen, Osborn, Trang Huynh, Doty, Peugh & Zapert, 2006; Καλογεροπούλου κά, 2007; Τούντας, 2001; Roemer, 1991).

Το κρατικό σύστημα υγείας (ή εθνικό σύστημα υγείας) αναπτύχθηκε με βάση τις αρχές του Beveridge και στηρίχθηκε στη φιλοσοφία της καθολικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, ως κοινωνικό δικαίωμα των πολιτών. Το σύστημα αυτό βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Η χρηματοδότησή του προέρχεται από τη φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές. Κυριότερος εκπρόσωπος του συστήματος αυτού είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS) (Tulchinsky et al, 2014; Zeynep, Chantal, Lisac, Vrangbaek, Winblad & Bevan, 2010; Καλογεροπούλου κά, 2007).

Τέλος, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχθηκε στο πρότυπο του Bismark. Πρόκειται για ένα σύστημα που στηρίζεται στη φιλοσοφία ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καλύπτεται με βάση τη λογική της ασφάλισης. Τα χαρακτηριστικά του είναι: η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού και η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη. Η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των ασφαλιζομένων, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας είναι είτε κρατικοί είτε ιδιώτες και οι υπηρεσίες παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος. Κυριότεροι

εκπρόσωποί τους είναι η Γερμανία και η Γαλλία (Tulchinsky, 2014; Taquri et al, 2008; WHO, 2000; Roemer, 1993; Τούντας, 2003).

2.3.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας Ελλάδας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία αποτελεί θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό και είναι υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες του. Στην Ελλάδα το 1983 με το ν.1397 θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), στα πλαίσια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης. Με την πάροδο των ετών το σύστημα υγείας έχει υποστεί αρκετές τροποποιήσεις και το 2001 έγινε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του (ν.2889/2001).

Σκοπός του συγκεκριμένου συστήματος, ήταν η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στην Ελλάδα, μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών και αιχμή του ήταν η αναβάθμιση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στη χώρα (ν.1397/1983). Σήμερα, οι βασικοί στόχοι του ισχύοντος συστήματος υγείας είναι η αύξηση των πόρων για τη δημόσια υγεία, η αποκέντρωση και διοικητική αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, η ανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αναβάθμιση των νοσοκομείων, η ενίσχυση των ανθρώπινων πόρων, καθώς και ο έλεγχος του ιδιωτικού τομέα (Καϊτελίδου, 2014; Economou, 2010; Tountas, Karnaki & Pavi, 2002).

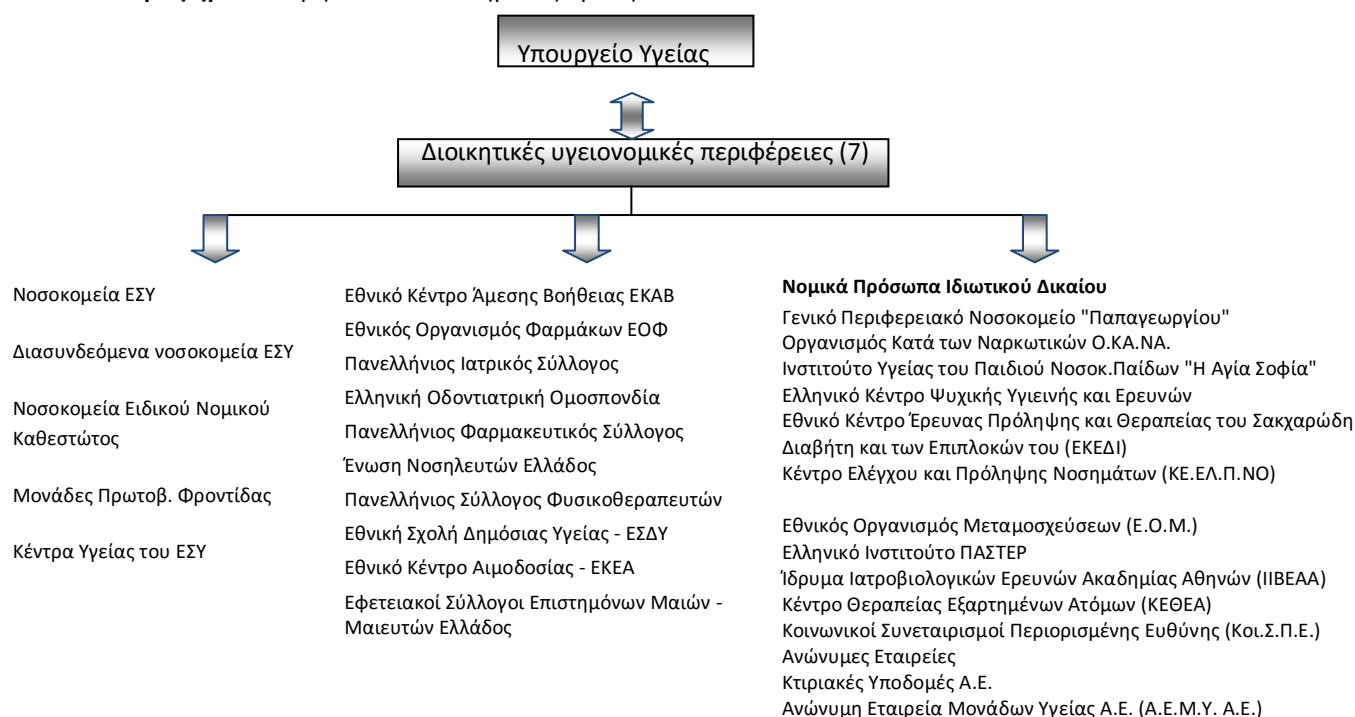
Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, αν και ακολουθεί ως βάση το πρότυπο του Beveridge, χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Πρόκειται για ένα σύστημα το οποίο βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, όμως υπάρχει αυξημένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας γίνεται από την φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Τα βασικότερα πλεονεκτήματά του είναι η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας, η πλήρης κάλυψη του πληθυσμού και η περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος (Καλογεροπούλου κά, 2007; Τούντας, 2001; Tountas et al, 2002; Liaropoulos & Tragakes, 1998).

Βασικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι ότι: α) η υγεία αποτελεί κοινωνικό όφελος και δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους της αγοράς, β) όλοι οι πολίτες, παρά την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση ή τον τόπο διαμονής τους, έχουν ίσα δικαιώματα σε υψηλής ποιότητας κοινωνικής και υγειονομικής

περίθαλψης, γ) η προστασία της υγείας του έθνους αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους, η οποία ασκείται μέσω ενός ενιαίου, αποκεντρωμένου και δημοκρατικού υγειονομικού συστήματος (Λιαρόπουλος, 2007; Tountas et al, 2001; Liaropoulos et al, 1998).

Αναλύοντας τη δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, παρατηρούμε ότι στην κορυφή του βρίσκεται το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι «υπεύθυνο για τη διασφάλιση των σκοπών και των θεμελιωδών αξιών για την υγεία» (Πολύζος, 2014: 156). Το Υπουργείο Υγείας διοικείται από τον Υπουργό Υγείας, τους Υφυπουργούς Υγείας και τον Γενικό Γραμματέα. Στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας βρίσκονται οι επτά (7) Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (ν.4052/ 2012), οι οποίες με τη σειρά τους ελέγχουν τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τις δομές υγείας. Στο Διάγραμμα 1, παρουσιάζεται αναλυτικά η δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Γράφημα 1: Δομή Εθνικού Συστήματος Υγείας



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2015 (<http://www.moh.gov.gr/articles/health/c25-epopteyomenoi-foreis/129-foreis>)

2.3.3 Νοσοκομείο

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το νοσοκομείο αποτελεί έναν οργανισμό που ασχολείται με την παροχή δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις, μέσω των τακτικών εξωτερικών ιατρείων ή των εργαστηρίων ή των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας, μπορεί να καλύψει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αν και οι ορισμοί για τον όρο «νοσοκομείο» ποικίλουν, ωστόσο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, ο συγκεκριμένος όρος εκλαμβάνεται ως «ένας οργανισμός που παρέχει ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, δίνοντας κάλυψη στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας» (Sullivan et al, 2009:16). Σκοπός του νοσοκομείου είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Ο νοσοκομειακός τομέας περιλαμβάνει διαφορετικούς τύπους ιδρυμάτων (Πολύζος, 2014; Λιαρόπουλος, 2007; ν.2889/2001; ν.3329/2005) που διακρίνονται ανάλογα με:

α) τον σκοπό και τη λειτουργία τους, σε *γενικά* και σε *ειδικά*. Τα γενικά νοσοκομεία έχουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μία θεραπευτικές κατηγορίες, ενώ τα ειδικά εξειδικεύονται σε συγκεκριμένες ειδικότητες (πχ. ψυχιατρικά, μαιευτικά κ.ά.),

β) το είδος των περιπτώσεων που νοσηλεύουν, σε *οξείας νοσηλείας* και *χρόνιων περιπτώσεων*. Στα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας η διάρκεια νοσηλείας είναι μικρότερη από ένα μήνα, ενώ στα νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων είναι συνήθως αρκετά μεγαλύτερη (πχ. ψυχιατρικά),

γ) τη νομική τους μορφή, σε *δημόσια* αν είναι Ν.Π.Δ.Δ. (κρατικά, δημοτικά, κοινωφελή, ιδρύματα ασφαλιστικών οργανισμών) και *ιδιωτικά* αν είναι Ν.Π.Ι.Δ. Η κυριότερη διάκρισή τους αφορά την ιδιοκτησία τους, τη χρηματοδότησή τους και την οργάνωσή τους,

δ) τον εκπαιδευτικό τους ρόλο, σε *πανεπιστημιακά* ή *μη πανεπιστημιακά*. Η ένταξη πανεπιστημιακών τμημάτων σε νοσοκομεία τα καθιστά πανεπιστημιακά και στόχος τους είναι η εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού (εκτός της θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας των ασθενών).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι (α) η κατάταξη των νοσοκομείων στις παραπάνω κατηγορίες γίνεται σύμφωνα με τον οργανισμό τους και με τις διατάξεις των ν.2889/2001 και ν.3329/2005 και (β) η δομή μίας νοσηλευτικής μονάδας αποτελείται από πολλά διοικητικά επίπεδα (διοικητής, διευθύνσεις,

υποδιευθύνσεις, τμηματάρχες, προϊστάμενοι κλπ.), στα οποία θα αναφερθούμε αναλυτικά στο τρίτο κεφάλαιο, ενώ τα άτομα που τη συγκροτούν (γιατροί, νοσηλευτές, τεχνολόγοι, διοικητικοί, τεχνικοί, βοηθητικό προσωπικό), διαφέρουν ως προς το εκπαιδευτικό υπόβαθρό τους και το κοινωνικό τους προφίλ.

2.3.4 Υγειονομικό Προσωπικό

Με τον όρο «υγειονομικό προσωπικό» αναφερόμαστε στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μας ενδιαφέρει ως επί το πλείστον στην παρούσα εργασία. Στόχος τόσο των ιατρών, όσο και των νοσηλευτών είναι η παροχή υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στα άτομα που έχουν ανάγκη. Λόγω της ποικιλομορφίας του προσωπικού στα νοσοκομεία, οι εργαζόμενοι ομαδοποιούνται κατά ειδικότητα (σύμφωνα με την οποία ασκούν τα καθήκοντά τους), προκειμένου να διευκολυνθεί η διοίκηση του οργανισμού (Πολύζος, 2014; Λιαρόπουλος, 2007).

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, σύμφωνα με το ν. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», οι βαθμοί των ειδικευμένων ιατρών είναι: Επιμελητής Β΄, Επιμελητής Α΄, Διευθυντής και Συντονιστής Διευθυντής. Στο ιατρικό προσωπικό ανήκει και το ειδικευόμενο και το επικουρικό ιατρικό προσωπικό. Το ιατρικό προσωπικό ασκεί την επιστήμη της ιατρικής και ασχολείται με την έρευνα και την εφαρμογή μεθόδων και τεχνικών για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών του ανθρώπου (Marietti, 2011; ν.3418/2005).

Με τον όρο «νοσηλευτικό προσωπικό» αναφερόμαστε στους νοσηλευτές πανεπιστημιακής (ΠΕ), τεχνολογικής (ΤΕ) και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ). (ν.3528/2007). Κύριος ρόλος των νοσηλευτών είναι η φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας όσον αφορά την πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της. Τα καθήκοντά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η διαλογή ασθενών και η παροχή βοήθειας στον ιατρό, κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων (Ραγιά, 1998; Chapman, 1980).

3. Δομή της εργασίας

Η ερευνητική αυτή εργασία αποτελείται από *τρεις* συνολικά ενότητες:

Η **Πρώτη Ενότητα** αποτελεί τη θεωρητική διερεύνηση του θέματος και αποτελείται από τρία κεφάλαια.

Το **πρώτο κεφάλαιο** παρουσιάζει τον προβληματισμό της έρευνας. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στην τοποθέτηση του προβλήματος, στον σκοπό της εργασίας, στις ερευνητικές υποθέσεις, στην αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας και γίνεται η οριοθέτηση του προβλήματος.

Το **δεύτερο κεφάλαιο** αποτελείται από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και παρουσιάζει την ελληνική και διεθνή έρευνα αναφορικά με τη στελέχωση των μονάδων υγείας.

Το **τρίτο κεφάλαιο** παρουσιάζει το θεωρητικό πλαίσιο αναφοράς και συγκεκριμένα εστιάζει κυρίως στη στελέχωση των μονάδων υγείας.

Η **Δεύτερη Ενότητα** της εργασίας αποτελεί την εμπειρική προσέγγιση του θέματος και αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια.

Στο **τέταρτο κεφάλαιο** αποτυπώνεται η μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Πιο αναλυτικά, παρουσιάζει την επιλογή του δείγματος, τη μεθοδολογική διαδικασία και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων.

Στο **πέμπτο κεφάλαιο** αναφέρεται η στατιστική ανάλυση και συγκεκριμένα οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν.

Στο **έκτο κεφάλαιο** επιχειρείται η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Στο **έβδομο κεφάλαιο** παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προέκυψαν από την έρευνα, καθώς και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Στην **Τρίτη Ενότητα**, υπάρχει η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε, ελληνική και ξενόγλωσση, και τέλος στο παράρτημα το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Διατύπωση του προβλήματος της έρευνας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το νοσοκομείο εκλαμβάνεται ως ένας οργανισμός που παρέχει δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις, μέσω των τακτικών εξωτερικών ιατρείων μπορεί να παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Bloor & Maynard, 2003; Buchan, 2000; Dussault & Dubois, 2003; Λανάρα, 2003; Λιαρόπουλος, 2010; Niakas, 2004).

Το νοσοκομείο, όπως και κάθε κοινωνική οργάνωση, αποτελεί ένα σύστημα, μία ολότητα συνιστάμενη από αλληλεπιδρώντα μέρη στα πλαίσια ενός ευρύτερου περιβάλλοντος, τα χαρακτηριστικά του οποίου είναι (Μπουραντάς, 2002; Πολύζος, 2014; Σαϊτή & Σαϊτής, 2012β).

- ❖ Οι *πόροι* (ανθρώπινοι και υλικοί). Με τον όρο «ανθρώπινοι πόροι» αναφερόμαστε στο ανθρώπινο δυναμικό που είναι το υγειονομικό προσωπικό του νοσοκομείου, αλλά και οι ασθενείς που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας. Οι υλικοί πόροι αποτελούνται από τα μηχανήματα, τις εγκαταστάσεις και γενικότερα την υλικο-τεχνική υποδομή, που θεωρούνται αναγκαία για την καθημερινή λειτουργία του νοσοκομείου.
- ❖ Οι *πληροφορίες*, που σχετίζονται με τις γνώσεις τόσο στο εσωτερικό, όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου και στοχεύουν στην καλύτερη λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας.
- ❖ Η *δομή* του, με βάση την οποία καθορίζεται το πλαίσιο δράσης κάθε ατόμου και σε ποιόν χρειάζεται να αποδώσει λόγο.
- ❖ Τις *λειτουργίες* που επιτελούνται για την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων. Σύμφωνα με την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία (Sullivan et al, 2009; Σουλιώτης, 2006; Carignani, 2000; Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000; Λανάρα, 1999) προκειμένου να θεωρηθεί ένα νοσοκομείο αποτελεσματικό, πρέπει να διακρίνεται εκτός των άλλων, για την επάρκεια, την ποιότητα και την άρτια κατανομή του υγειονομικού προσωπικού του. Πραγματικά, ένα αποτελεσματικό νοσοκομείο

συμβάλλει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και είναι σε θέση να ικανοποιεί τόσο τους εργαζομένους του, όσο και τους ασθενείς του. Άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι «η καλή υγεία δεν είναι απλώς ένα εργαλείο για ανάπτυξη, αλλά αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανάπτυξης» (Sen, 1999:623).

Παρά τη σπουδαιότητα του ρόλου του υγειονομικού προσωπικού στον χώρο της υγείας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων δεν έτυχε της πρέπουσας σημασίας από τη διοίκηση των νοσοκομείων και από το υπουργείο υγείας, αφού σχετικές μελέτες έδειξαν ότι:

- ❖ «Η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας απομακρυσμένων και απομονωμένων περιοχών με ιατρικό προσωπικό, αποτελεί μείζον πρόβλημα για τις κυβερνήσεις τόσο των αναπτυσσόμενων όσο και των αναπτυγμένων χωρών. Η αναζήτηση αποτελεσματικών λύσεων οδήγησε τις κυβερνήσεις προς δύο κατευθύνσεις: α) στη δημιουργία προγραμμάτων με σκοπό την προσέλκυση και εκπαίδευση οικογενειακών ιατρών, β) τη θεσμοθέτηση κινήτρων που θα προσελκύσουν και θα διατηρήσουν τους ιατρούς στις περιοχές αυτές» (Βαρδιάμπασης κά, 2014:48,49).
- ❖ «Η εσωτερική ποιότητα στα νοσοκομεία διαμορφώνεται σύμφωνα με την αντίληψη ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και αυτό από μόνο του αυξάνει τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του πολίτη, αλλά και του επαγγελματία υγείας που παρέχονται από το σύστημα» (Παντουβάκης, κά, 2012:49).
- ❖ «Στην Ελλάδα, παρατηρείται υπερβολική ανάληψη αλλότριων καθηκόντων κυρίως των νοσηλευτών, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα και την παραγωγικότητα και δεν αποτυπώνεται σε επίσημα στοιχεία διαθεσιμότητας νοσηλευτικού προσωπικού. Δεν έχουν θεσμοθετηθεί πρότυπα στελέχωσης που να διασφαλίζουν την ασφάλεια και την ποιότητα, ενώ ταυτόχρονα δεν έχει γίνει ποτέ κάποια προσπάθεια εκτίμησης του φόρτου εργασίας και της παραγωγικότητας του έργου» (Βλαχιώτη κά, 2011:181).
- ❖ «Οι πολίτες, ανησυχούν για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν, ενώ ταυτόχρονα οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία αγχώνονται για το ενδεχόμενο απώλειας της εργασίας τους, για τις συνθήκες εργασίας

τους, για τη μισθοδοσία τους και γενικότερα για το μέλλον τους. Και αυτό γιατί η απασχόληση είναι από τους βασικότερους παράγοντες οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης» (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010:837).

- ❖ «Στη χώρα μας εκτιμάται ότι, λόγω οικονομικής κρίσης, η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας» (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010:837).
- ❖ «Η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως το σύνδρομο της σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης του επαγγελματία υγείας. Οι επιπτώσεις της δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην κοινωνική-προσωπική του ζωή. Επίσης, εμπλέκονται θέματα εργασιακής ασφάλειας, ικανοποίησης και στελέχωσης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, καθώς επίσης θέματα αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας» (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008: 642,645).
- ❖ «Η εφαρμογή των δυνατοτήτων της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων στον δημόσιο τομέα της Ελλάδας και κατ' επέκταση στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, παρουσιάζει πολλά εμπόδια, λόγω της δομής, της εξέλιξης και των πακέτων αποζημίωσης (ενιαίο βαθμολόγιο, μισθολόγιο δημοσίων υπαλλήλων) και είναι δύσκολο να βελτιωθούν διότι καθορίζονται και παρέχονται από κυβερνητικούς φορείς» (Σουλιώτης, 2006:219).
- ❖ «Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί δομικό συστατικό των συστημάτων υγείας. Κατά συνέπεια, η λήψη μέτρων για την αναβάθμιση και την καλύτερη δυνατή αξιοποίησή του, έχει αντίκτυπο στη συνολική εικόνα και λειτουργία των νοσοκομείων της χώρας. Δεδομένης της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογικής παραγωγής στον υγειονομικό τομέα, αλλά και των ολοένα αυξανόμενων απαιτήσεων των πολιτών, η εναρμόνιση του ανθρώπινου δυναμικού αντίστοιχα με τους δύο αυτούς παράγοντες, δεν

αποτελεί επιλογή, αλλά επιτακτική ανάγκη για την πολιτική της υγείας» (Πιερράκος κά, 2006:550).

- ❖ «Υπάρχει έλλειψη μηχανισμού παρακολούθησης και ανατροφοδότησης στη διαδικασία της εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα στην αποτελεσματικότητα της» (Πιερράκος κά, 2006).
- ❖ «Η απογοήτευση και η πτώση των ηθικών αξιών είναι σύνηθες φαινόμενο, ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στο ιατρικό προσωπικό. Η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, προκαλούν τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού» (Πολύζος κά, 2000: 628).
- ❖ «Η Διοίκηση ενός νοσοκομείου, για να καταφέρει να θεωρηθεί επιτυχημένη, πρέπει να είναι σε θέση να ικανοποιεί τόσο τους εξωτερικούς (ασθενείς), όσο και τους εσωτερικούς ενδιαφερόμενους (υγειονομικό προσωπικό) στον χώρο υγείας» (Carignani, 2000:8).

Από τα παραπάνω αναδύεται το ερώτημα το αν και κατά πόσο η υφιστάμενη στελέχωση του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας συμβάλλει στην αποτελεσματικότητά τους. Η διερεύνηση αυτής της διάστασης αποτελεί την καρδιά της έρευνάς μας, η οποία με τη μέθοδο του ανώνυμου ερωτηματολογίου και με μία σειρά υποθέσεων, έχει στόχο να διερευνήσει τον αποτελεσματικό τρόπο στελέχωσης με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας.

2. Σκοπός της έρευνας

Σύμφωνα με τα παραπάνω και με τη βεβαιότητα ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συνδράμει καθοριστικά στην αποτελεσματική λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, η εργασία αυτή έχει στόχο:

- ❖ Να εξετάσει τις μεθόδους στελέχωσης των γενικών δημόσιων νοσοκομείων της χώρας σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διαμέσου της διερεύνησης των αντιλήψεων και των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα.
- ❖ Να ερευνήσει, με βάση την παραγοντική ανάλυση, ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα στελέχωσης (προγραμματισμό, τοποθέτηση και ένταξη, εκπαίδευση και κατάρτιση) του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας όπως αυτή αποτυπώνεται από τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού. Επιπρόσθετα, στην παρούσα εργασία γίνεται και η διερεύνηση του κατά πόσο τα προσωπικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του υγειονομικού προσωπικού επηρεάζουν τις αντιλήψεις του για τον τρόπο στελέχωσης των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας.
- ❖ Να παρουσιάσει, ανάλογα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τις προτάσεις τους για την καλύτερη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας.

3. Ερευνητικές Υποθέσεις

Οι επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις είναι οι εξής:

(Y1) Πραγματοποιείται προγραμματισμός στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις νοσηλευτικές μονάδες.

(Y2) Το υπάρχον υγειονομικό προσωπικό επαρκεί για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων.

(Y3) Η υφιστάμενη διαδικασία επιλογής του υγειονομικού προσωπικού βοηθά τη διοίκηση του νοσοκομείου να προσλάβει το απαραίτητο και κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό με αξιοκρατία, αντικειμενικότητα και σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις.

(Y4) Το υγειονομικό προσωπικό είναι ικανοποιημένο από τις χρηματικές αποδοχές του, τα ωράρια εργασίας του και το εργασιακό του περιβάλλον.

(Y5) Τα οφέλη που απορρέουν από την εργασία, συμπεριλαμβανομένου και της εκπαίδευσης του προσωπικού, σχετίζονται με το επάγγελμα.

(Y6) Η τοποθέτηση του νέου υγειονομικού προσωπικού συνδέεται με εισαγωγικά εκπαιδευτικά προγράμματα και γνωριμία με όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.

(Y7) Οι διοικήσεις των νοσοκομείων διοργανώνουν σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα είτε στο χώρο του νοσοκομείου, είτε σε συνεργασία με άλλους φορείς.

(Y8) Το ισχύον καθεστώς του νοσοκομείου περιλαμβάνει συνεχή επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού στις νέες τεχνολογίες που εισάγονται στο νοσοκομείο.

(Y9) Η στάση του υγειονομικού προσωπικού έναντι της επιμόρφωσης διαφοροποιείται ανάλογα με το επάγγελμά του.

Οι παραπάνω υποθέσεις που έχουν υγειονομική, κοινωνική, διοικητική και οικονομική διάσταση, οριοθετούν, κατά τη γνώμη μας, το γενικότερο πρόβλημα της στελέχωσης στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας.

4. Αναγκαιότητα της έρευνας

Τα τελευταία χρόνια η χώρα μας έχει να αντιμετωπίσει μία τεράστιας έκτασης οικονομική κρίση. Η κρίση αυτή δε θα ήταν δυνατόν να μην πλήξει τον ευαίσθητο τομέα των υπηρεσιών υγείας. Οι επιπτώσεις της κρίσης κάνουν την εμφάνισή τους κυρίως στην αυξημένη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, στο «πάγωμα» των

προσλήψεων, στην έλλειψη προσωπικού, στη μείωση των υλικών πόρων για την υγεία και στις συγχωνεύσεις των νοσηλευτικών μονάδων. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με την αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού, τις αυξημένες απαιτήσεις των χρηστών και την ανάπτυξη της τεχνολογίας στις υπηρεσίες υγείας, κάνουν επιτακτική την ανάγκη για ορθολογική διαχείριση των πόρων των νοσηλευτικών μονάδων, τόσο των υλικών, όσο και των ανθρώπινων πόρων.

Οι μέχρι τώρα έρευνες για παράδειγμα Bloor & Maynard (2003), Eitzen-Strassel, et al (2014), Dussault & Dubois (2003), Kontodimopoulos, Nanos & Niakas (2006), Labrelli & O' Donnell (2011), Polyzos, et.al. (2013), Walker (1976), κλπ., μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το υγειονομικό προσωπικό συμβάλλει στην αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομείου. Ενώ όμως έχουν γίνει αρκετές έρευνες και μελέτες σχετικά με τα νοσοκομεία στη χώρα μας όπως για παράδειγμα Dilintas (2010), Economou (2010), Halkos & Tzeremes (2011), Kastanioti, et.al. (2013) Kontodimopoulos, Nanos & Niakas (2006), Labrelli & O' Donnell (2011), Λιαρόπουλος (2007), Polyzos, et.al. (2013), Πολύζος (2014), κλπ., δεν έχει διερευνηθεί η στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία σε πανελλαδικό επίπεδο. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε την υφιστάμενη κατάσταση στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού, τις απόψεις και αντιλήψεις του σχετικά με τη στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, προκειμένου αυτά να λειτουργούν αποτελεσματικά.

5. Σπουδαιότητα της έρευνας

Η σπουδαιότητα αυτής της ερευνητικής εργασίας έγκειται στο γεγονός ότι το συγκεκριμένο θέμα δεν έχει διερευνηθεί στην Ελλάδα. Από τη βιβλιογραφία που έχουμε στη διάθεσή μας, καμία συγκριτική μελέτη δεν υπάρχει που να εστιάζει αποκλειστικά στη στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μαζί. Ύστερα από την επισήμανση αυτή, εκτιμούμε ότι από τα ευρήματα της έρευνας πιθανόν να αντιμετωπιστούν τυχόν δυσλειτουργίες των νοσηλευτικών μονάδων της χώρας μας.

6. Προϋποθέσεις της έρευνας

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία του γραπτού ανώνυμου ερωτηματολογίου για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας. Επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο, ως μέσο συλλογής πληροφοριών, διότι λόγω του φόρτου εργασίας του υγειονομικού προσωπικού στον χώρο εργασίας τους, είχαν τη δυνατότητα συμπλήρωσής του στον ελεύθερο χρόνο τους και παράδωσής του την επόμενη ημέρα.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας έπρεπε να εξασφαλιστεί αφενός μεγάλη ανταπόκριση από τις διοικήσεις νοσοκομείων από όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, αφετέρου γραπτή άδεια διακίνησης ερωτηματολογίων από τα επιστημονικά συμβούλια των αντίστοιχων νοσοκομείων. Επίσης, τα απαντημένα ερωτηματολόγια θα έπρεπε να διακρίνονται για τη σαφήνεια και την ειλικρίνεια τους, ενώ ταυτόχρονα θα έπρεπε να έχουν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις.

Η τεχνική των δειγματοληπτικών ερευνών που βασίζονται σε ερωτηματολόγια παρουσιάζουν αρκετά μειονεκτήματα. Σημαντικότερο εκ των οποίων είναι ότι τα δεδομένα επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων και μπορεί να υπάρχει μεροληψία, ή μπορεί οι αποκρινόμενοι να μη λάβουν σοβαρά την απάντηση του ερωτηματολογίου (Robson, 2010:274).

Στη συγκεκριμένη έρευνα κρίθηκε ότι η μέθοδος του ανώνυμου ερωτηματολογίου είναι η ιδανική, διότι επιτρέπουν την ανωνυμία, σημαντικό για τον υγειονομικό τομέα και λόγω της πανελλαδικής έκτασης της έρευνας θα μπορούσε άνετα να αποδειχτεί ως ο μόνος βιώσιμος τρόπος διεξαγωγής μιας τέτοιας έρευνας (Cohen et al, 2000:138; Robson, 2010:274).

7. Οριοθέτηση του προβλήματος

Η εργασία που ακολουθεί διερευνά την αποτελεσματική στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ειδικότερα, αντικείμενο της παρούσας έρευνας είναι η υφιστάμενη κατάσταση στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, καθώς και η διερεύνηση των απόψεων και αντιλήψεων του υγειονομικού προσωπικού πάνω στο θέμα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Η έρευνα για τη στελέχωση των μονάδων υγείας

Στη σύγχρονη εποχή γίνεται αντιληπτό ότι το αγαθό της υγείας περιλαμβάνει και διαστάσεις που μπορούν να αυξήσουν την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας και όχι, απλώς να την προφυλάξουν. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η παροχή των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης τα τελευταία χρόνια από τους ερευνητές στον κλάδο, και αυτό γιατί έχει μεγάλη επιρροή στη διαμόρφωση πολιτικής για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας (Becker & Gerhart, 1996; Bloor & Maynard, 2003; Cartmill, Comans, Clark, Ash & Sheppard, 2012; Chen, Evans, Anand et.al., 2004; Gebbie & Turnock, 2006; Jackson & Schuler, 2000; Κοπανιτσάνου, Μπροκαλάκη, 2009; Λιαρόπουλος, 2007; Mossialos, Allin, S. & Davaki, 2005; Notara, Koupidis, Vaga & Grammatikopoulos, 2010; Πολύζος, 2014; Saiti & Milona, 2015a; Swansburg, 1999; Zurn, Dal Roz, Stiwell & Adams, 2004, etc.). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά οι υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα οι νοσηλευτικές μονάδες, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα και την ποσότητα του υγειονομικού τους προσωπικού.

Αν και το ενδιαφέρον της έρευνας στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας άργησε να εμφανιστεί, πλέον όλο και αυξάνονται οι μελέτες για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Υπάρχει πληθώρα ερευνών (Feldman et al, 2015; Κοπανιτσάνου κά, 2009; Merkouris et al, 2003; Scherzer et al, 2010) σχετικά με τις ελλείψεις και τις ανισοκατανομές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία. Επιπλέον, παρουσιάζεται σημαντικός αριθμός ερευνών (Adams et al, 2003; Cooper C et al, 2002; Γούλα κα, 2014; Διλιντάς, 2010; Leonard, et al 2014; Newman et al, 2011; Gunnarsdottir et al, 2009; Παντουβάκης, κα, 2012; Σιουρούνη, κά, 2006) σχετικά με το εργασιακό κλίμα και την επαγγελματική εξουθένωση του υγειονομικού προσωπικού.

Επιπροσθέτως, αρκετές έρευνες (Comiskey et al, 2015; Frehywot, 2013; Soontornchai et al, 2009; Jen-Her Wu et al, 2009; Kendall, 1991; Χαλαζωνίτης κα, 2008; Πιερράκος κά, 2006) εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στην ανάγκη για συνεχή

επιμόρφωση και ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων του τομέα. Επιπλέον, αρκετοί ερευνητές (Aiken et al, 2002; Cho et al, 2009; Geralis et al, 2003; Gosden et al, 2002; Landon et al, 2003; Μακρής κá, 2011; Numata et al, 2006; Παντουβάκης κá, 2012, κ.λπ.) παρουσιάζουν τη δυναμική σχέση των συνθηκών εργασίας του υγειονομικού προσωπικού με την έκβαση της πορείας των ασθενών. Ταυτόχρονα, αρκετές έρευνες (Aiken et al, 2003; Beecroft et al, 2008; Βλαχιώτη κá, 2011; Kennedy, 2001; Needleman et al, 2002; Stratton, 2008; Stegenga et al, 2002) τονίζουν ότι η στελέχωση των μονάδων υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα φροντίδας, την ασφάλεια των ασθενών και την εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού.

Ειδικότερα, για την περίπτωση της Ελλάδας, αρκετοί έλληνες ερευνητές (Dilintas, 2010; Economou, 2010; Halkos & Tzeremes, 2011; Kastanioti, et.al., 2013; Kontodimopoulos, Nanos & Niakas, 2006; Labrelli & O' Donnell, 2011; Mossialos, Allin, S. & Davaki, 2005; Notara, et.al., 2010; Πολύζος, 2014; Polyzos, et.al. 2013; Xenos, et.al. 2014) στον κλάδο της υγείας συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι ο κλάδος αντιμετωπίζει τεράστια προβλήματα, ενώ οι ελλείψεις κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό στην χώρα δημιουργούν πολλαπλά προβλήματα και εμποδίζουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους χρήστες.

Στην προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων και της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, το κλειδί εντοπίζεται στον βαθμό επίδρασης της επάρκειας του υγειονομικού προσωπικού στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια εξαιτίας των φαινομένων της οικονομικής κρίσης σε διεθνή επίπεδο και της παγκοσμιοποίησης (οι συνέπειες των οποίων λαμβάνουν μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία έτη και είναι πλέον εμφανείς στις οικονομίες των περισσότερων χωρών), οι επαγγελματίες υγείας έχουν οδηγηθεί σε μεγάλη κινητοποίηση, γεγονός που επηρεάζει αναμφισβήτητα την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Με βάση τις παραπάνω σκέψεις, περισσότερο από ποτέ, η ενδυνάμωση του περιβάλλοντος του κλάδου διαμέσου της αποτελεσματικής διαχείρισης του υγειονομικού προσωπικού και η συνεχόμενη ανάπτυξη αυτού είναι τα δύο στοιχεία που μπορούν να ενδυναμώσουν, αλλά και να επιφέρουν την πολυπόθητη ισορροπία, στην αποδοτικότητα του υγειονομικού κλάδου και τη βελτίωση της ποιότητας των παροχών υπηρεσιών.

1.1 Η έρευνα στο εξωτερικό

Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία μπορούμε να επισημαίνουμε τα εξής:

- ❖ Οι καλές εργασιακές σχέσεις, η «σωστή» συμπεριφορά και η εχεμύθεια του προσωπικού στον τομέα της υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων (Kongstvedt, 2012).
- ❖ Ο αποτελεσματικός τρόπος διοίκησης και στρατηγικής διοίκησης των ανθρώπινων πόρων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις γνώσεις και τις ικανότητες του «μάνατζερ» (διοικητή) τους (Buchbinder & Shanks, 2012).
- ❖ Η οικονομία μιας χώρας επηρεάζει άμεσα την υγεία των κατοίκων της, αλλά και η υγεία των ατόμων της επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την οικονομία της (Folland et al, 2007).
- ❖ Σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική λειτουργία των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων διαδραματίζουν οι πολιτικές της διοίκησης που εφαρμόζονται (Flynn, 2007).
- ❖ Η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού υγείας (Sullivan & Decker, 2005).
- ❖ Η ποικιλομορφία, οι γνώσεις, οι ικανότητες και τα κίνητρα του υγειονομικού προσωπικού επηρεάζουν σημαντικά την απόδοση των οργανισμών υγείας (WHO, 2000).
- ❖ Η αναδόμηση και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων (Flynn, 1992).

Σε ό,τι αφορά τη στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων, σχετικές έρευνες έδειξαν ότι:

- ❖ Η χρησιμοποίηση αναλογιών για τον καθορισμό του απαραίτητου υγειονομικού προσωπικού μπορεί να αποτελέσει ένα αξιόλογο εργαλείο για τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το εργαλείο αυτό έχει ήδη αξιοποιηθεί αρκετά στον τομέα της νοσηλευτικής και στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Cartmill et al, 2012).
- ❖ Στόχος του κάθε επαγγελματία υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας δίχως λάθη, όμως υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν τις δυνατότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και καθιστούν το έργο του δύσκολο

- (πχ. ανεπαρκής στελέχωση, ανισοκατανομή στελέχωσης, έλλειψη κινήτρων και εκπαίδευσης) (Frith, Anderson, Caspers et al, 2010).
- ❖ Η επαρκής στελέχωση ενός οργανισμού με υγειονομικό προσωπικό, καθώς και η ορθολογική κατανομή τους στα τμήματα, συμβάλλει θετικά στην αποφυγή λαθών που οδηγούν στο θάνατο των ασθενών (Frith, Anderson, Caspers et al, 2010).
 - ❖ Στα καθήκοντα των διευθυντών της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας υπάρχει η διατήρηση της κατανομής και της επάρκειας του προσωπικού τους (Massey, Esain & Wallis, 2007).
 - ❖ Κλειδί στον τομέα της διαχείρισης και ανάπτυξης των ανθρώπινων πόρων στην υγεία αποτελεί η ανάπτυξη μίας σειράς λειτουργιών, που είναι οι εξής: α) σχεδιασμός και παραγωγή ανθρώπινων πόρων, β) ανάλυση στο σχεδιασμό θέσεων εργασίας, γ) στελέχωση, συμπεριλαμβανομένης και της στρατολόγησης και επιλογής προσωπικού, δ) αξιολόγηση της απόδοσης και συστήματα αποζημίωσης, ε) εκπαίδευση, κατάρτιση και σχεδιασμός καριέρας, στ) βελτίωση εργασιακών σχέσεων, ζ) υγεία και ασφάλεια (Som, 2007).
 - ❖ Η θνησιμότητα των ασθενών που νοσηλεύονταν σε χειρουργικά τμήματα ήταν μεγαλύτερη όταν οι νοσηλευτές είχαν κατώτερη της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Numata, Schulzer, Wal, Globberman, Semeniuk, Balka & FitzGerald, 2006).
 - ❖ Τα χαμηλά επίπεδα στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (ιδιαίτερα σε τμήματα με αυξημένη ζήτηση, ή μονάδες εντατικής φροντίδας) έχουν συνδεθεί με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών (Watkin, 2005).
 - ❖ Παρατηρείται ανισοκατανομή του υγειονομικού προσωπικού λόγω της οικονομικής κρίσης, με σημαντική έλλειψη ιατρών και νοσηλευτών στις αναπτυσσόμενες χώρες (Pruit & Epping- Jordan, 2005).
 - ❖ Τα νοσοκομεία εξαρτώνται περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη επιχείρηση ή οργανισμό από το ανθρώπινο δυναμικό τους, του οποίου οι ικανότητες βασίζονται στη γνώση και στην εξειδίκευση (Dussault et al, 2003).
 - ❖ Τα επαρκή επίπεδα νοσηλευτικής στελέχωσης επηρέαζαν θετικά την έκβαση της κατάστασης υγείας των ασθενών (Potter et al, 2003).

- ❖ Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των νοσηλευτών που στελεχώνουν ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, τόσο υψηλότερη είναι η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Neddleman, Buerhaous, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002).
- ❖ Ο σχεδιασμός και οι πολιτικές για το ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας συμβάλλουν στην ανάπτυξη του οράματος, στον ορισμό βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων, στον ορισμό προτεραιοτήτων και στον καθορισμό της σειράς των ενεργειών που πρέπει να εφαρμοστούν (WHO, 2000).
- ❖ Όταν η σύνθεση μιας νοσηλευτικής μονάδας γίνεται με λανθασμένες αναλογίες πτυχιούχων νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών, τότε δημιουργούνται προβλήματα σε ότι αφορά τον καταμερισμό των καθηκόντων και στην οργάνωση της εργασίας γενικότερα (Swansburg, 1999).
- ❖ Στόχος της διαδικασίας προγραμματισμού αποτελεί η απόκτηση και διατήρηση προσωπικού, η βέλτιστη αξιοποίηση και διοίκηση αυτού και η ικανότητα εκτίμησης των διοικητικών προβλημάτων που απορρέουν από υπερπροσφορά ή έλλειψη προσωπικού (Armstrong, 1984).

Από αυτά που προηγήθηκαν γίνεται σαφές ότι η επαρκής ιατρική και νοσηλευτική στελέχωση, με τις κατάλληλες αναλογίες και τον απαραίτητο προγραμματισμό συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, στην αποφυγή λαθών και στο καλό εργασιακό περιβάλλον.

1.2 Η έρευνα στην Ελλάδα

Μελετώντας την ελληνική βιβλιογραφία που έχουμε στη διάθεσή μας, παρατηρούμε ότι:

- ❖ Τα τελευταία χρόνια γίνεται μία προσπάθεια εκσυγχρονισμού της διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Ο εκσυγχρονισμός αυτός ξεκίνησε με τον διορισμό των «μάνατζερ» (διοικητών) στα νοσοκομεία και την εφαρμογή οργανωτικών και πολιτικών της διοίκησης που συνάδουν με τις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας (Πολύζος, 2014).
- ❖ Η κουλτούρα, οι γνώσεις και οι ικανότητες του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και ο κατάλληλος τρόπος διοίκησής τους, επηρεάζουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα των μονάδων υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).
- ❖ Η ποιότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό από την αποτελεσματική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (Σουλιώτης, 2006).
- ❖ Η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας θα πρέπει να φροντίζει για την αξιολόγηση, επιμόρφωση και ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού της (Λανάρα, 2003).
- ❖ Προκειμένου μία νοσηλευτική μονάδα να θεωρηθεί αποτελεσματική, θα πρέπει να ικανοποιεί τόσο τους εξωτερικούς (ασθενείς, συγγενείς, προμηθευτές) όσο και τους εσωτερικούς χρήστες της (προσωπικό). Για να επιτευχθεί αυτό, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος, Λιονής, Σουλιώτης & Τσάκος, 2003).
- ❖ Ο όρος «υγεία» έχει ψυχολογική, σωματική και κοινωνική διάσταση και επηρεάζεται θετικά ή αρνητικά από πλήθος παραγόντων (Τούντας, 2000).

Σε ό,τι αφορά τις σχετικές έρευνες, αναφέρουμε τα εξής:

- ❖ Το ανθρώπινο δυναμικό στις χώρες του ΟΟΣΑ, απορροφά το 60% των δαπανών υγείας και είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών, καθώς και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Ξένος, Νεκτάριος, Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2014).
- ❖ Η απόδοση των δημόσιων νοσοκομείων θα μπορούσε να βελτιωθεί με αλλαγή της οργανωσιακής τους κουλτούρας. Προβλήματα όπως, η δυσκαμψία του γραφειοκρατικού μοντέλου, η ύπαρξη φόβου για εκσυγχρονισμό και ο

περιορισμένος βαθμός αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού συμβάλλουν στην έλλειψη αισθήματος ικανοποίησής του (Γούλα, Κέφης, Σταμούλης, Πιερράκος & Σαπρής, 2014).

- ❖ Στις απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές της χώρας παρουσιάζονται σημαντικά προβλήματα υποστελέχωσης υγειονομικού προσωπικού. Πρόκειται για ένα μείζον θέμα, το οποίο θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την παροχή κινήτρων για προσέλκυση και διατήρηση προσωπικού στις περιοχές αυτές (Βαρδιάμπαση, Τσιρώνη, Νικολέντζος, Μώυσογλου, Γαλάνης, Σταυροπούλου, Αθανασοπούλου & Πρεζεράκος, 2014).
- ❖ Η εργασιακή σχέση σχετίζεται θετικά με τα διαδραστικά και φυσικά χαρακτηριστικά της εσωτερικής ποιότητας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σύμφωνα με τις αντιλήψεις της κλινικής ηγεσίας τους (Παντουβάκης & Μπογιατζίδης, 2012).
- ❖ Η στελέχωση των μονάδων υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα φροντίδας και την ασφάλεια των παιδιών. Η κατάλληλη στελέχωση έχει θετική επίδραση στη μείωση της θνησιμότητας, στην επίπτωση των λοιμώξεων και στη μείωση των νοσηλευτικών λαθών (Βλαχιώτη, Δούσης & Μάτζιου, 2011).
- ❖ Η εκτίμηση της αποδοτικότητας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων είναι αναγκαία, ενώ σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό χρησιμοποίησης του διαθέσιμου υγειονομικού προσωπικού (Καλογεροπούλου, 2011).
- ❖ Η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας οφείλει να δημιουργεί διεξόδους για το νοσηλευτικό προσωπικό και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διοίκησης του νοσοκομείου (Σαράφης, Μαλλιαρού & Σωτηριάδου, 2010).
- ❖ Η οικονομική κρίση σε συνάρτηση με τις επιπτώσεις της στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, παρά την αρνητική επιρροή της, μπορεί να έχει και θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας τους διοικούντες σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία και την ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας.
- ❖ Η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει τη λειτουργία των συστημάτων υγείας τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό, ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους που εγκυμονεί είναι η αποστέρηση της χώρας από ικανό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω μετανάστευσης στις αναπτυγμένες χώρες (Χαραλάμπους & Τρίτση, 2010).

- ❖ Οι καλές εργασιακές συνθήκες, κυρίως όσον αφορά τις βάρδιες και το ωράριο, φαίνεται ότι προφυλάσσουν τους εργαζόμενους του νοσοκομείου από τη συναισθηματική εξάντληση (Διλιντας, 2010).
- ❖ Η καλύτερη δυνατή στελέχωση των νοσοκομείων θα εξασφαλίσει την επάρκεια και τις σωστές συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να παρέχεται φροντίδα υγείας σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα (Κοπανιτσάνου & Μπροκαλάκη, 2009).
- ❖ Η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού συσχετίζονται με την έκβαση υγείας των ασθενών (Παππά, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008).
- ❖ Η βελτίωση του επιπέδου επιστημονικής γνώσης και η απόκτηση σύγχρονων γνώσεων και δεξιοτήτων (ηλεκτρονική μάθηση) από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τους προσδίδουν τα απαραίτητα προσόντα για την αποτελεσματική στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Χαλαζωνίτης, Κουμαριανός & Αποστολάκης, 2008).
- ❖ Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας, αποτελεί πεδίο που χρίζει περεταίρω έρευνα στην Ελλάδα (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).
- ❖ Σημαντικό κομμάτι του σκελετού των υπηρεσιών υγείας αποτελεί το ανθρώπινο δυναμικό τους (Kontodimopoulos, Nanos & Niakas, 2006).
- ❖ Το ιατρικό προσωπικό παρακολουθεί περισσότερα εκπαιδευτικά προγράμματα σε σχέση με το νοσηλευτικό και σημαντική συμβολή στη διαδικασία κατάρτισης θα έχει η δημιουργία μηχανισμού παρακολούθησης και ανατροφοδότησης (Πιερράκος, Σαρρής, Αμίτσης, Κυριόπουλος & Σούλης, 2006).
- ❖ Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν βασικές εκροές της φροντίδας υγείας (Κωσταγιόλας, Πλατής & Ζήμερας, 2006).
- ❖ Η αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων εξαρτάται από την καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση τόσο των υλικών, όσο και των ανθρώπινων πόρων τους (Giokas, 2001).
- ❖ Το προσωπικό που υπηρετεί στα νοσοκομεία της χώρας υπολείπεται αριθμητικά του προβλεπόμενου για την κάλυψη των αναγκών της υπάρχουσας δομής. Συγκεκριμένα, παρουσιάζει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, κυρίως πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και εμφανίζει μεγάλη

έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων, ιδίως στην περιφέρεια (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Από την παραπάνω βιβλιογραφική επισκόπηση, προκύπτει ότι καμία εμπειρική έρευνα δεν προσεγγίζει τη στελέχωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μαζί στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Η παρούσα ερευνητική μελέτη καταγράφει τις αντιλήψεις και τις απόψεις τόσο του ιατρικού, όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετούν στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας για την αποτελεσματική στελέχωσή τους σε υγειονομικό προσωπικό.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ρ Ι Τ Ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ:

Η ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Η σύγχρονη διοίκηση στον δημόσιο τομέα της υγείας

Η σύγχρονη διοίκηση στον δημόσιο τομέα αμφισβητεί τη γραφειοκρατία και μεταφέρει αποτελεσματικά εργαλεία διοίκησης από τον ιδιωτικό τομέα, όπως είναι η στρατηγική διοίκηση, η είσοδος των πληροφοριακών συστημάτων στη διοίκηση, η διοίκηση βάση στόχων, του λιτού management (lean management), κ.ά. Αυτή η προσέγγιση χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια και ανταγωνιστικότητα. Επίσης, δέχεται επιρροές από τις παρεμβάσεις της κοινωνίας και κρίνεται «εκ των αποτελεσμάτων» και των δεικτών απόδοσης που η ίδια έχει προκαθορίσει και των συγκριτικών επιδόσεών της (Πολύζος, 2014; Ραμματά, 2011).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκαν ραγδαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής, στην ανάπτυξη της τεχνολογίας, στην εδραίωση της παγκοσμιοποίησης, στις πολιτικές και οικονομικές καταστάσεις της χώρας κλπ. που επηρέασαν και ενέτειναν τη σύγχρονη διοίκηση. Η επιτυχημένη διοίκηση οφείλει να ακολουθεί τις παραπάνω αλλαγές και να προσαρμόζεται σύμφωνα με αυτές, οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν κινητήρια δύναμη οργανωτικών αλλαγών, βελτιώσεων και προόδου. Η εφαρμογή της σύγχρονης διοίκησης στον δημόσιο τομέα και συγκεκριμένα στον τομέα της υγείας είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθούν χρονικά οι στόχοι αποτελεσματικότητας.

Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούμε στην έννοια της διοίκησης γενικά, της διοίκησης των νοσηλευτικών μονάδων, της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων και της στρατηγικής διοίκησης στον τομέα της υγείας, και πως οι έννοιες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία της σύγχρονης διοίκησης, από τις διοικήσεις των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

1.1 Τι είναι «διοίκηση»

1.1.1 Γενικά

Η δημιουργία και η ύπαρξη κοινωνικών οργανισμών έχουν ως σκοπό την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων τους, μέσω της αποτελεσματικής αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων τους.

Η διοίκηση ως επιστήμη έχει καθολική μορφή και είναι απαραίτητη σε όλες τις οργανώσεις. Με βάση το γεγονός ότι κάθε οργανισμός (δημόσιος ή ιδιωτικός) έχει συγκεκριμένους στόχους και σκοπούς και επιθυμεί να πετύχει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, η διοίκηση εντοπίζεται σε κάθε οργανισμό, αφού μόνο διαμέσου αυτής της διαδικασίας μπορούν να πραγματοποιηθούν οι στόχοι του. Πρόκειται για έναν τομέα που παρουσιάζει ετερογένεια, αφού μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, έτσι ώστε να συντονιστούν όλες οι δραστηριότητες ενός οργανισμού και να επιτευχθούν οι στόχοι του.

Με το πέρασμα των ετών, αρκετοί ορισμοί έχουν δοθεί για τον όρο «διοίκηση» (ή μάνατζμεντ). Σύμφωνα με τον Scanlan (1974:4), διοίκηση είναι «η εναρμόνιση όλων των συντελεστών παραγωγής (ανθρώπινων και υλικών πόρων) για την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος». Για τον Kotter (2001) διοίκηση είναι «το σύνολο των διαδικασιών που μπορούν να συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία ενός πολύπλοκου συστήματος προσώπου και τεχνολογιών» (όπως αναφέρουν οι Σαϊτή & Σαϊτής, 2012:26).

Κατά την Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς (2003:19), η «Διοίκηση είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων που αποβλέπουν στην επίτευξη των στόχων μιας επιχείρησης/ οργανισμού μέσω της αξιοποίησης των υλικών και ανθρώπινων πόρων». Παρόλο που υπάρχουν πολλοί ορισμοί της διοίκησης από διάφορους ερευνητές, όλοι συγκλίνουν στην άποψη ότι διαμέσου των λειτουργιών και των εργαλείων της διοίκησης είναι δυνατή η επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Και επειδή οι οργανισμοί (δημόσιοι ή ιδιωτικοί) δεν αποτελούνται μόνο από υλικούς πόρους αλλά έχουν και το πολύ σημαντικό ανθρώπινο στοιχείο (ανθρώπινοι παράγοντες), η επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού σχετίζεται άμεσα και ξεκάθαρα με την αποτελεσματική διαχείριση των υλικών και κυρίως των ανθρώπινων πόρων. Εξάλλου, η άσκηση των διοικητικών λειτουργιών και εργαλείων γίνεται από τον ανθρώπινο παράγοντα. Με άλλα λόγια η ευθύνη και η υπευθυνότητα για την επίτευξη των στόχων απαιτεί αξιολόγηση καταστάσεων και αποφάσεις. Τα δύο τελευταία στοιχεία είναι καθαρά θέματα του ανθρώπινου παράγοντα.

Μια οικονομία αποτελείται από διάφορους κλάδους και κατ' επέκταση οργανισμούς / επιχειρήσεις. Ανεξάρτητα από το σε ποιον κλάδο ανήκουν οι οργανισμοί / επιχειρήσεις, όλοι τους είναι ανοιχτά συστήματα και επηρεάζονται τόσο από το εσωτερικό όσο και από το εξωτερικό τους περιβάλλον. Η διοίκηση είναι κοινό χαρακτηριστικό όλων των οργανισμών ανεξάρτητα από τον κλάδο στον οποίο ανήκουν ή όπως υποστήριξε ο P.Ducker «υπάρχουν πολύ λίγες διαφορές ανάμεσα στο μανάτζμεντ ενός νοσοκομείου, ενός πανεπιστημίου, ενός ερευνητικού κέντρου, ενός σωματείου ή μιας κρατικής υπηρεσίας» (Χυτήρης, 2006:30). Άρα, λοιπόν, ο κλάδος της υγείας δεν αποτελεί την εξαίρεση του κανόνα και σαφέστατα ο τρόπος διοίκησης επηρεάζει τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος.

1.1.2 Λειτουργίες της διοίκησης

Η ανάθεση του διοικητικού έργου έχει πολύπλευρες διαστάσεις ενώ ταυτόχρονα το διοικητικό στέλεχος έχει την ευθύνη για την αποτελεσματική εναρμόνιση όλων των διοικητικών δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα, η διοίκηση, σύμφωνα με τους Koontz, et al. (1980), Μπουραντάς (2002), Σαϊτης (2014), Σαϊτη & Σαϊτης (2012), Shetmehorne (2012) και Χυτήρης (2006) συνίσταται στις λειτουργίες του *προγραμματισμού*, της *λήψης αποφάσεων*, της *οργάνωσης*, της *διεύθυνσης* και του *ελέγχου*.

Ο *προγραμματισμός* αναφέρεται στη διαδικασία καθορισμού στόχων και διαμόρφωσης σχεδίων δράσης για την επίτευξή τους, λαμβανομένων υπόψη των περιορισμών και ευκαιριών που υπάρχουν στο περιβάλλον – εσωτερικό και εξωτερικό – της επιχείρησης.

Η *λήψη αποφάσεων* έχει σα βασικό στόχο τον προσδιορισμό της δράσης, του προβλήματος που πρέπει να αντιμετωπιστεί, τη διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων που υπάρχουν, την επιλογή της καλύτερης δυνατής λύσης, την εφαρμογή της και την αξιολόγηση του αποτελέσματος.

Η *οργάνωση* θεωρείται η λειτουργία καταμερισμού εργασίας, κατανομής (υλικών) πόρων, ανάθεσης εργασιών σε άτομα και καθορισμού των σχέσεων εξουσίας και ευθύνης. «Οι δραστηριότητες αυτές οδηγούν στη δημιουργία του κατάλληλου οργανωσιακού περιβάλλοντος, στο πλαίσιο του οποίου διευκολύνεται η άσκηση ηγεσίας και μεθοδεύεται ορθολογικά η συμπεριφορά των εργαζομένων, καθώς και η αποτελεσματική χρησιμοποίηση πόρων για την πραγματοποίηση συγκεκριμένων στόχων» (Σαϊτη και Σαϊτης, 2012:30).

Η λειτουργία της *διεύθυνσης* αναφέρεται στη διαχείριση του ανθρώπινου παράγοντα, δηλαδή στην κατεύθυνση, επίβλεψη των εργαζομένων και επηρεασμού της συμπεριφοράς τους, μέσω συστημάτων και διαδικασιών παρακίνησης, επικοινωνίας, διαμόρφωσης οράματος, κουλτούρας και εργασιακού κλίματος και διευθέτησης συγκρούσεων. Στη λειτουργία της *διεύθυνσης* υπάγεται και η *στελέχωση*. Όπως θα αναλύσουμε εκτενώς στο Κεφάλαιο 3, η «*στελέχωση*» εκλαμβάνεται ως «η σαφής και συστηματική διαδικασία προσδιορισμού της αριθμητικής και ποιοτικής σύνθεσης του νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται για την εξασφάλιση της παροχής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας προκαθορισμένων προτύπων σε μία ομάδα ασθενών και σε συγκεκριμένο περιβάλλον» (Κοπανιτσάνου κá, 2009:50).

Τέλος, ο *έλεγχος* περιλαμβάνει τη μέτρηση του πραγματοποιούμενου αποτελέσματος, σε σχέση με εκείνο που είχε αρχικά προγραμματιστεί. Ο έλεγχος εφαρμόζεται σε πρόσωπα, πράγματα, και πράξεις και σε όλες τις βαθμίδες της ιεραρχικής κλίμακας και η αποστολή του είναι τριπλή: α) κανονική (εκτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης του οργανισμού, β) κυρωτική (επιβολή επιβραβεύσεων ή ποινών ανάλογα με τις αποκλίσεις μεταξύ προβλέψεων και αποτελεσμάτων), γ) δημιουργική (λήψη μέτρων για βελτίωση της παραγωγικότητας).

1.2 Διοίκηση των νοσηλευτικών μονάδων

Η διοίκηση των μονάδων υγείας αφορά έναν νέο επιστημονικό κλάδο, τα πρώτα βήματα του οποίου ξεκίνησαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, μετά από την εμφάνιση έντονων προβληματισμών στον τομέα της υγείας.

Στην Ελλάδα, με το ν.2889/2001, έγινε μία προσπάθεια εισαγωγής του επαγγελματικού management υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία με τον θεσμό των «διοικητών», οι οποίοι επιλέγονται από την Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας. Ο θεσμός διατηρήθηκε και υπέστη κάποιες αλλαγές με το ν.3329/2005 και τον ν.4052/2012.

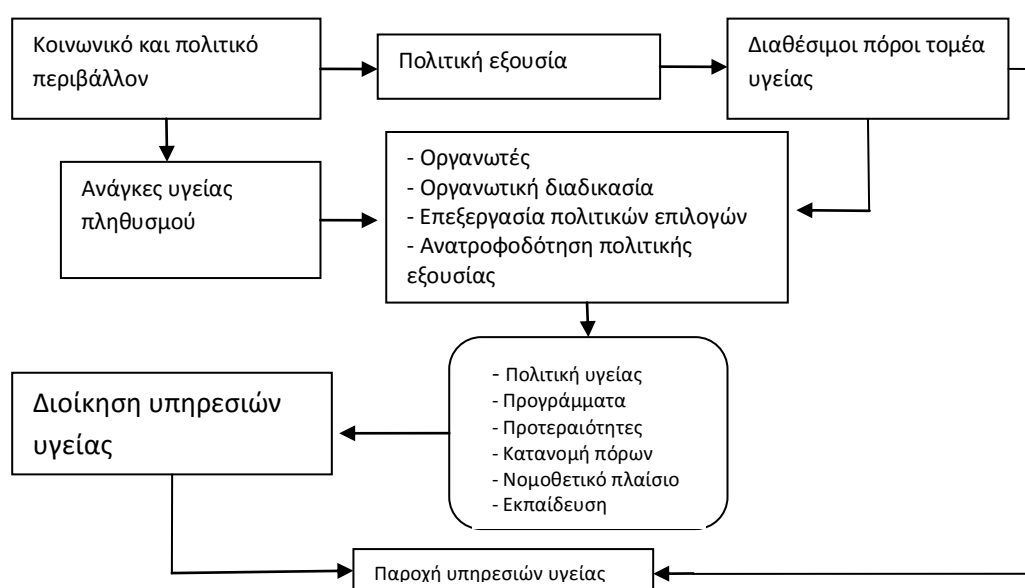
Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007:44) η διοίκηση μονάδων υγείας είναι «η συνειδητή και αποτελεσματική χρησιμοποίηση των πόρων του τομέα της υγείας». Περαιτέρω, ο Πολύζος (2014:161) ορίζει τη διοίκηση μονάδων υγείας ως τη διοίκηση «που έχει ως στόχο τον συντονισμό των υλικών και των ανθρώπινων πόρων, ώστε να επιτευχθεί ένα βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς».

Σκοπός της διοίκησης και οργάνωσης των μονάδων υγείας είναι η ικανοποίηση όλων τους των χρηστών, τόσο των εξωτερικών (ασθενείς, κοινωνικό περιβάλλον), όσο και των εσωτερικών (εργαζόμενοι). Δηλαδή, η διοίκηση στον τομέα της υγείας στοχεύει στη μεγιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, που προσφέρουν τα νοσοκομεία, μέσω της αποτελεσματικής χρησιμοποίησης των πόρων του (Allegrante, et al., 2001; Atkins et al, 1996; Carignani, 2000; Gebbie & Turnock, 2006; Harter et al, 2002).

Στον χώρο της υγείας, η διοίκηση έρχεται αντιμέτωπη με την ιδιομορφία του αγαθού «υγεία», τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την οργάνωση και τη λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, την ανάγκη συντονισμού πολλών και ποικίλων δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται σε αυτές, την κατάσταση της συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητάς τους, τις κρίσιμες και συχνά επείγουσες καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν, τις αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών και τις προσδοκίες της κοινωνίας (Dussault & Dubois, 2003; Λανάρα, 2003; Niakas, 2004; Saiti & Milona, 2015b). Όλοι αυτοί, είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες που επηρεάζουν σοβαρά τη διοίκηση στον τομέα της υγείας (Λανάρα, 2003; Νιάκας, 2004; Χριστοπούλου κ.α., 2015).

Στο Γράφημα 3.1, παρουσιάζεται η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Γράφημα 3.1. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη λειτουργία του συστήματος υγείας



Πηγή: Λιαρόπουλος, 2007

Επιπλέον, ο τομέας της διοίκησης μονάδων υγείας στον δημόσιο τομέα έχει να αντιμετωπίσει πληθώρα προκλήσεων και δυσκολιών, εξαιτίας της ποικιλομορφίας του προσωπικού της, της έντονης κρατικής παρέμβασης, των νέων νομοθετικών πλαισίων, των νέων τεχνολογικών εξελίξεων, της συνεχούς εξέλιξης των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας, των αυξημένων απαιτήσεων των πολιτών για αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας και τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους (Allegrante, et.al., 2001; Buchan & Dal Roz, 2002; Γώγος, 2011; Dussault & Dubois, 2003; Merode, Groothuis & Hasman, 2002; Πολύζος, 2014).

Όσον αφορά την οργάνωση της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα, η συνηθέστερη επιλογή είναι «ο κάθετος και ιεραρχικός συντονισμός». Με τον όρο αυτό εννοούμε ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται προς τα κάτω για εφαρμογή. Ενδεικτικά, ένα οργανόγραμμα δημόσιου νοσοκομείου, παρουσιάζεται στο Γράφημα 3.3. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το οργανόγραμμα κάθε νοσοκομείου διαμορφώνεται σύμφωνα με τον οργανισμό του και την ισχύουσα νομοθεσία.

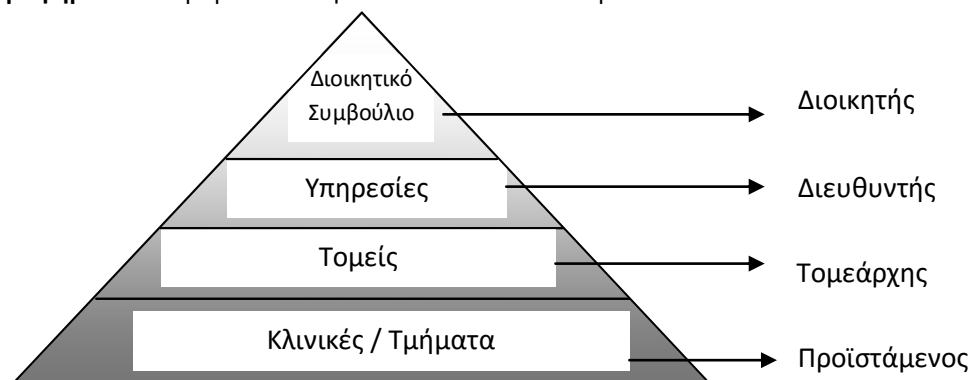
Αναλυτικά, στην κορυφή της ιεραρχίας ενός δημόσιου νοσοκομείου βρίσκεται το διοικητικό συμβούλιο, το οποίο έχει ως πρόεδρο τον διοικητή του νοσοκομείου και ως αντιπρόεδρο τον αναπληρωτή διοικητή, σε όσα νοσοκομεία προβλέπεται (νοσοκομεία με 400 οργανικές κλίνες και άνω και διασυνδεδεμένα νοσοκομεία), ειδάλλως ορίζεται ως αντιπρόεδρος ένα μέλος του διοικητικού συμβουλίου. Το Διοικητικό Συμβούλιο είναι πενταμελές για νοσοκομεία έως 339 οργανικές κλίνες και επταμελές με 400 οργανικές κλίνες και άνω. Τα 2 μέλη των πενταμελών συμβουλίων (ή τα 3 για τα επταμελή συμβούλια) ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας (μαζί με τα αναπληρωματικά τους μέλη), ένα μέλος είναι εκπρόσωπος του ιατρικού προσωπικού και ένα μέλος του λοιπού προσωπικού του νοσοκομείου (με τους αναπληρωτές τους) (ν.3868/2010).

Στη συνέχεια, κάθε νοσοκομείο, σύμφωνα με τον οργανισμό του και το οργανόγραμμά του, αποτελείται από τις υπηρεσίες του, οι οποίες αν και είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, τελούν συνολικά υπό την ηγεσία του διοικητικού συμβουλίου και του διοικητή γενικότερα. Κάθε υπηρεσία εστιάζει στις δικές της αρμοδιότητες, αλλά συνεργάζεται και με τις υπόλοιπες υπηρεσίες για την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου.

Ένα τυπικό γενικό νοσοκομείο αποτελείται συνήθως από την *ιατρική*, τη *νοσηλευτική*, και την *διοικητική* υπηρεσία (η *τεχνική υπηρεσία* είναι είτε διεύθυνση

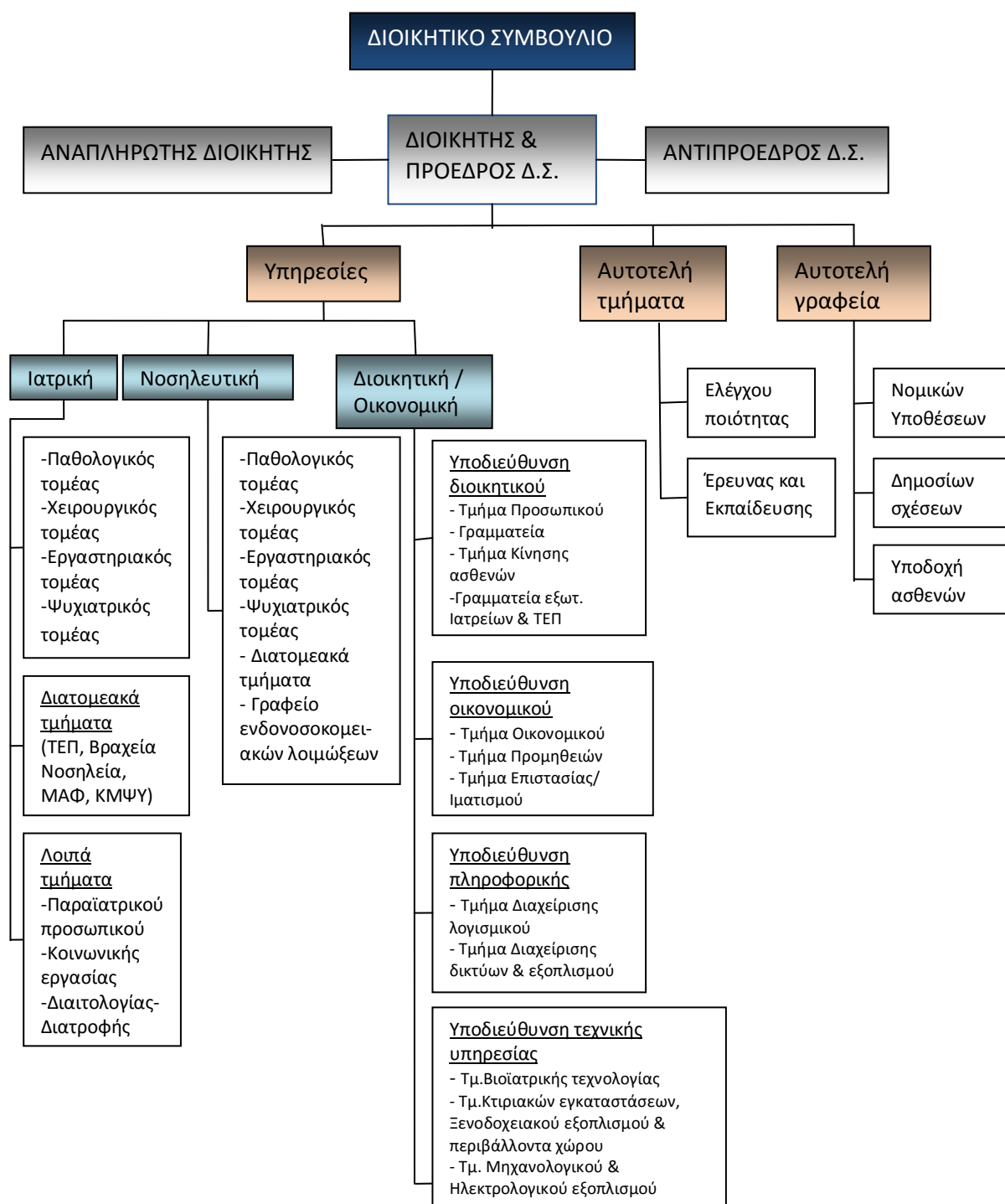
είτε υποδιεύθυνση), καθώς και από αυτοτελή τμήματα και αυτοτελή γραφεία. Η κάθε υπηρεσία με τη σειρά της, διαιρείται σε *υποδιευθύνσεις, τομείς, κλινικές και τμήματα*, καθένα από τα οποία έχει τον αρμόδιο προϊστάμενό του (βλ.Γράφημα 3.2).

Γράφημα 3.2: Πυραμίδα διοικητικών επιπέδων νοσοκομείου



Στην κορυφή της διοίκησης της ιατρικής υπηρεσίας προΐσταται ιατρός με θέση Συντονιστή Διευθυντή, ή ο μοναδικός Διευθυντής προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας του τομέα αυτού. Το ίδιο ισχύει και για τους τομείς της ιατρικής υπηρεσίας (ν.3868/2010). Στη νοσηλευτική υπηρεσία και στη διοικητική υπηρεσία προΐσταται ΠΕ ή ΤΕ υπάλληλος (νοσηλευτικής ή διοικητικός αντίστοιχα) με βαθμό Α΄. Η επιλογή των λοιπών προϊσταμένων γίνεται κατόπιν κρίσεως και βάση της προϋπηρεσίας τους, του βαθμού τους και των τυπικών και ουσιαστικών προσόντων τους (ν.4052/2012; 4024/2011; ν.3839/2010).

Γράφημα 3.3: Ενδεικτικό οργανόγραμμα δημόσιου νοσοκομείου



1.3 Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας

1.3.1 Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων

Οι ανθρωπίνους πόροι αποτελούν το σύνολο των ταλέντων και τη διάθεση για απόδοση όλων των ανθρώπων ενός οργανισμού, οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία και ολοκλήρωση της αποστολής, του οράματος, της στρατηγικής και των στόχων του (Jackson et al, 2000; Huselid, 2005; Mullins, 2007; Townley, 2005). Η σπουδαιότητα του ανθρωπίνου παράγοντα στη λειτουργική διοίκηση οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι άνθρωποι ορίζουν συνολικές στρατηγικές και στόχους, σχεδιάζουν συστήματα εργασίας και παράγουν αγαθά και υπηρεσίες (Delaney & Huselid, 1996; Mullins, 2007; Yukl, 2002)

Η επιστήμη που ασχολείται με τον τομέα αυτό ονομάζεται Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων και εστιάζει στις διαδικασίες και στις πρακτικές που αφορούν το σχεδιασμό και τη διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού, όπως η πρόσληψη, η επιλογή και η διατήρηση του προσωπικού, η παροχή κινήτρων και η κατάρτισή του (Mullins, 2007; Stone, Stone-Romero, Lukaszewski, 2007; Storey, 2001; Yukl, 2002).

Η επιστήμη της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων έχει μία ιστορία αρκετών ετών, η οποία ξεκίνησε ως μία απλή διαδικασία καταγραφής του ανθρωπίνου δυναμικού, με την πάροδο των ετών έστρεψε το ενδιαφέρον της στην ψυχολογία και στην ικανότητα των προϊσταμένων να στηρίζουν τους υπαλλήλους τους και να στηρίζονται από αυτούς, έγινε αυτόνομη και κατέληξε να είναι τομέας στρατηγικής σημασίας για έναν οργανισμό (Ferris, Perrewé, Ranft, Zinko, Stoner, Brouer & Laird, 2007; Fottler, Khatri, Savage, 2012; Khatri, Wells, McKune, Brewer, 2006). Τα τελευταία χρόνια, αρκετή προσοχή έχει δοθεί από τους μελετητές (Borril, West, Shapiro & Rees, 2013; Harris, Cortvriend & Hyde, 2007 κλπ.) στη διερεύνηση των διασυνδέσεων μεταξύ της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων και της λειτουργίας και απόδοσης των οργανισμών στον τομέα της υγείας.

Χωρίς αμφιβολία, λοιπόν, η διαχείριση του ανθρωπίνου παράγοντα (ο τρόπος) αποτελεί το κλειδί για την ανταγωνιστικότητα και την αποδοτικότητα μιας επιχείρησης και επομένως την επίτευξη των στόχων και του οράματος ενός οργανισμού (Gebbie & Turnock, 2006; Jackson & Schuler, 2000; Saiti & Milona, 2015a). Τέλος, σημαντικά εργαλεία της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων αποτελούν α) ο προγραμματισμός των ανθρωπίνων πόρων, β) η ανάλυση εργασίας, γ) η προσέλκυση

και η επιλογή προσωπικού, δ) η εκπαίδευση και ανάπτυξή του και ε) η αξιολόγησή του. Οι έννοιες αυτές θα αναλυθούν εκτενώς στο κεφάλαιο 2.

1.3.2 Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στις νοσηλευτικές μονάδες

Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στην ανάπτυξη πολιτικών υγείας, ενώ ταυτόχρονα πολλοί αναλυτές συμμερίζονται την άποψη ότι η αποτυχία της εφαρμογής τους οφείλεται σε ανεπαρκή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι πολιτικές υγείας βοηθούν στην ανάπτυξη οράματος για το μέλλον, στον καθορισμό των στόχων, των προτεραιοτήτων και τον σχεδιασμό των κινήσεων για την επίτευξη των στόχων. Η απουσία όμως κατάλληλων πολιτικών στον τομέα ανθρώπινων πόρων στα συστήματα υγείας δημιουργεί ανισορροπία και πολλαπλά προβλήματα στην εργασία στο χώρο της υγείας (Buchan, 2004; Dussault & Dubois, 2003; Ferris et al, 1991).

Ο ανθρώπινος παράγοντας αποτελεί το κέντρο της υγειονομικής περίθαλψης, η παροχή της οποίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο διοίκησης του ανθρώπινου παράγοντα (Khatri et al, 2006). Η συμβολή του είναι καθοριστική στην υλοποίηση πολιτικής υγείας, στην άμεση και ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας στους ασθενείς, στην ανάπτυξη και υλοποίηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας αλλά και στη διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την παραγωγή και έγκαιρη διανομή μιας επαρκούς και ποιοτικής δέσμης φροντίδων υγείας, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο προϋποθέτει μακρόχρονη και εξειδικευμένη εκπαίδευση και ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού (Becker & Gerhart, 1996; Gebbie & Turnock, 2006; Jackson & Schuler, 2000; Δίκαιος κ.ά, 1999; Κοπανιτσάνου, κ.ά, 2009; Παπαδάκης, 2002; Sibbald, Shen & McBride, 2004; Σουλιώτης, 2006).

Αναλυτικά, ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα, αλλά και από την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού στα νοσοκομεία της χώρας. Είναι αξιοσημείωτο ότι το ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας απαιτεί σχεδιασμό μεγάλης διάρκειας, που θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, παράλληλα με την εσωτερική διαδικασία της παρακίνησης του προσωπικού και της ορθολογικής διαχείρισής του. Η ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία έχει βέβαια άμεση σχέση με τον καθορισμό του υγειονομικού στόχου που θα

πρέπει να επιτευχθεί (Allegrante, et.al., 2001; Cheng, 2004; Gebbie & Turnock, 2006; Γώγος, 2011; Hongoro & McPake 2004; Πολύζος, 2014; Χαραλάμπους, 2010).

Όσον αφορά τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, είναι κοινώς αποδεκτό ότι δραστηριοποιούνται σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, το οποίο συνεχώς εξελίσσεται τεχνολογικά (Giokas, 2001; Λανάρα, 2003; Λιαρόπουλος, 2007; Mossialos, Allin & Davaki 2005; Notara, et.al., 2010; Plati, et al., 1998; Πολύζος, 2014; Saiti & Mylona, 2015a,b). Οι διοικήσεις των νοσοκομείων αντιμετωπίζουν τη διπλή πρόκληση της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, με όσο το δυνατόν χαμηλό κόστος, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές. Για να επιτευχθεί το ζητούμενο, απαραίτητη προϋπόθεση είναι είναι η ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού και η εξασφάλιση ικανοποιημένων χρηστών (προσωπικού, πολιτών κλπ).

Τα τελευταία έτη, η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει πληθώρα προκλήσεων. Αρχικά, όπως είναι γνωστό η χώρα αντιμετωπίζει μίας μεγάλης έντασης οικονομική κρίση. Βέβαια, λόγω της οικονομικής κρίσης, που έχει επιπτώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, οι αρνητικές επιπτώσεις στα υγειονομικά συστήματα της πλειοψηφίας των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο, έχουν ήδη κάνει την εμφάνισή τους, προκαλώντας αυξημένη πίεση τόσο στο προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία, όσο και στους πολίτες που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας καθώς οι υλικοί και άυλοι πόροι διαρκώς περιορίζονται (Chen, et al, 2004; Cartmill, et al, 2012; Frith, et al, 2010; Jourdain & Chenevert, 2010; Saiti & Mylona, 2015a,b). Η πίεση αυτή προκαλεί αρνητικές συνέπειες στο εργασιακό περιβάλλον και στη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας.

Παράλληλα, οι δεσμεύσεις που ανέλαβε η χώρα έναντι των δανειστών της, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των μισθών, την ελαχιστοποίηση των προσλήψεων, τη μείωση του ΑΕΠ για την υγεία και τις συγχωνεύσεις των νοσοκομείων (ν.3845/2010; Ν.3833/2010). Επιπλέον, η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με την αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού έχουν αυξήσει τη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, γεγονός που οξύνει το πρόβλημα της διαχείρισης των πόρων και της παροχής υπηρεσιών υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα (Κυριόπουλος, 2010; Saiti & Mylona, 2015a,b; Σουλιώτης, 2006).

Παράλληλα, η έλλειψη μακροχρόνιου προγραμματισμού στελέχωσης από την κυβέρνηση, η ανισοκατανομή στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού με σημαντικές ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (ιδίως στην

περιφέρεια), η απουσία παροχής κινήτρων στο προσωπικό και η ανασφάλεια του για το μέλλον (μείωση αποδοχών, διαθεσιμότητα) ευνοούν την εμφάνιση φαινομένων όπως το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, τις τάσεις φυγής από το επάγγελμα και τη μετανάστευση (Βαρδιάμπασης, 2014; Βλαχιώτη κά, 2011; Μάρκοβιτς, Μοναστηρίδου, 2011; Saiti & Mylona, 2015b; Χαραλάμπους, 2010).

Με βάση τα παραπάνω αλλά και του γεγονότος ότι η εποχή μας χαρακτηρίζεται από ραγδαία τεχνολογική πρόοδος τόσο στην βιοϊατρική τεχνολογία, όσο και στην τεχνολογία της πληροφορίας επιβάλλουν την καλύτερη δυνατή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον κλάδο της υγείας στη χώρα μας καθώς και τον προσεκτικό προγραμματισμό του και τη διαρκή επιμόρφωση του (Kontodimopoulos, Nanos & Niakas, 2006; Landon, Reschovsky & Blumenthal, 2003; Λιαρόπουλος, 2007; Πολύζος, 2014; Saiti & Mylona, 2015a; Xenos, et.al., 2014; Χαραλάμπους, 2010).

Συμπερασματικά, το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον πυρήνα των υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, η λήψη μέτρων για την αναβάθμιση και όσο το δυνατόν καλύτερη αξιοποίησή του έχει αντίκτυπο στη συνολική εικόνα και λειτουργία των νοσοκομείων της χώρας. Δεδομένης της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογίας παραγωγής στον υγειονομικό τομέα, αλλά και των ολοένα αυξανόμενων απαιτήσεων των πολιτών, η εναρμόνιση του ανθρώπινου δυναμικού αντίστοιχα με τους δύο αυτούς παράγοντες, δεν αποτελεί επιλογή, αλλά επιτακτική ανάγκη για την πολιτική της υγείας (Πιερράκος, 2006).

1.4 Στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα της υγείας

1.4.1 Τι είναι στρατηγική

Ο όρος «στρατηγική» έχει τις ρίζες του στην αρχαία Ελλάδα και συγκεκριμένα προέρχεται από τη λέξη στρατηγός. Αν και ο όρος αυτός αναφερόταν τότε ως «τέχνη των στρατηγών», πλέον χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο, για να εκφράσει ένα γενικό πρόγραμμα δράσης για επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (Johnson & Scholes, 2010; Armstrong, 2000; Porter, 1980; Chandler, 1962; Παπαδάκης, 2002; Σαΐτη & Σαΐτης, 2012).

Αρκετές ερμηνείες έχουν δοθεί με την πάροδο των ετών για τον όρο της «στρατηγικής». Σύμφωνα με τον καθηγητή του Harvard Michael Porter (1996:18) η

στρατηγική είναι κυρίως «η δημιουργία μιας μοναδικής και πολύτιμης θέσης που περιλαμβάνει ένα διαφορετικό σύνολο των δραστηριοτήτων». Επιπλέον, ο Porter (1980) τονίζει ότι για να επιβιώσει ένας οργανισμός μέσα σε ένα οξύ ανταγωνιστικό περιβάλλον, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος από αυτόν.

Ο Chandler (1962) ορίζει τη στρατηγική ως «τον καθορισμό των βασικών μακροχρόνιων στόχων και σκοπών μιας επιχείρησης και την υιοθέτηση μίας σειράς πράξεων και τον προσδιορισμό των αναγκαίων μέσων για την πραγματοποίηση των στόχων αυτών» (Chandler, 1962:4). Τέλος, η στρατηγική σύμφωνα με τους Johnson & Scholes (2002) «είναι η μακροπρόθεσμη κατεύθυνση και το πεδίο εφαρμογής ενός οργανισμού προκειμένου να πετύχει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τον οργανισμό, μέσω διαμόρφωσης των πόρων σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, εκπληρώνοντας τις προσδοκίες των χρηστών» (Johnson & Scholes, 2002:6)

Από αυτά που προηγήθηκαν, μπορούμε να πούμε ότι η στρατηγική αποτελεί σημαντικό και αναπόσπαστο στοιχείο κάθε οργανισμού, ανεξάρτητα από το μέγεθος, το είδος δραστηριότητας και το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται. Λόγω του ότι το περιβάλλον ενός οργανισμού διαρκώς μεταβάλλεται, ο οργανισμός θα πρέπει να μελετά σε συνεχή βάση τα δεδομένα από αυτό και να διαμορφώνει τη στρατηγική του (Fritzen, 2007; Παπαδάκης, 2002; Σαϊτή & Σαϊτής, 2012).

1.4.2 Σκοπός της στρατηγικής

Κύριος ρόλος της στρατηγικής είναι το να βοηθά στην αποτελεσματική λειτουργία ενός οργανισμού. Σύμφωνα με αρκετούς μελετητές (Delaney, et al, 1996; Gobard, 2004; Huselid et al, 1997) η στρατηγική έχει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της αποδοτικότητας ενός οργανισμού και έχει θετική επιρροή στην οργανωτική λειτουργία. Οπότε, αν και η στρατηγική δεν μπορεί να εξασφαλίσει πάντα την επιτυχία, σίγουρα βοηθάει στην επίτευξή της (Besai, 2000; Παπαδάκης, 2002). Μερικοί από τους βασικότερους ρόλους της στρατηγικής που συμβάλλουν στην επιτυχία ενός οργανισμού είναι οι εξής: α) να θέτει κατευθύνσεις, β) να υποστηρίζει τη λήψη ομοιομόρφων αποφάσεων, γ) να συγκεντρώνει την προσπάθεια και συντονίζει δραστηριότητες, δ) να ορίζει την επιχείρηση και τη θέση της απέναντι στον οργανισμό, ε) να μειώνει την αβεβαιότητα και στ) να μπορεί να προσδώσει ένα βιώσιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Τα κυριότερα στάδια του στρατηγικού σχεδιασμού επικεντρώνονται στο *που είμαστε* (situation analysis), στο *που θέλουμε να πάμε* (strategy formulation) και στο *πως θα πάμε εκεί που θέλουμε* (strategy implementation and control). Τα σημαντικότερα οφέλη που προκύπτουν από τη διαδικασία του στρατηγικού σχεδιασμού είναι η δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος για τον οργανισμό, η βελτίωση της οργανωτικής του λειτουργίας, η ικανοποίηση των χρηστών του και η αποτελεσματικότητα της διοίκησής του (Πολύζος, 2014).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό, ότι η στρατηγική υποστηρίζει τις καθημερινές αποφάσεις της διοίκησης και διασφαλίζει τη συμφωνία τους με τους μακροπρόθεσμους στόχους του οργανισμού. Αντίθετα, η έλλειψη στρατηγικής μπορεί να έχει μελλοντικά αρνητικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα ενός οργανισμού.

1.4.3 Στρατηγική διοίκηση

Η επιτυχία της στρατηγικής ενός οργανισμού, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα χαρακτηριστικά των ανθρώπινων πόρων και για τον λόγο αυτό οι άνθρωποι πόροι θεωρούνται και ως η καρδιά της στρατηγικής ενός οργανισμού. Όμως, οι άνθρωποι πόροι από μόνοι τους δεν μπορούν να εγγυηθούν επιτυχία, διότι απαιτείται και στρατηγική ικανότητα από τη διοίκηση. Η ικανότητα αυτή, περιλαμβάνει τη διοίκηση των ανθρώπων με έλεγχο, κίνητρα, ανταπόδοση, στοχοθεσία και δημιουργία ευχάριστων συνθηκών εργασίας, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης (Johnson et al, 2002; Παπαδάκης, 2002).

Με τον όρο «στρατηγική διοίκηση» αναφερόμαστε «στη διαδικασία του συντονισμού και των προσπαθειών του στρατηγικού προγραμματισμού και στην εξασφάλιση ότι οι στρατηγικές υλοποιούνται με επιτυχία» (Ζαβλάνος, 1998:127). Η στρατηγική διοίκηση (strategic management) αποτελεί πλέον κυρίαρχη σχολή σκέψης στην εποχή μας, στην οποία όλοι οι οργανισμοί καλούνται να λειτουργήσουν και να αναπτυχθούν σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο και ιδιαίτερα ανταγωνιστικό περιβάλλον.

Μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία (Fritzen, 2007; Hill, Jones & Schilling, 2014; Johnson & Scholes, 2002; Πολύζος, 2014; Σαϊτή & Σαϊτης, 2012; Παπαδάκης, 2002; Ζαβλάνος, 1998), παρατηρούμε ότι τα βασικά στοιχεία που αντικατοπτρίζουν το περιεχόμενο της στρατηγικής διοίκησης είναι τα εξής: α) η *στρατηγική ανάλυση* (συλλογή πληροφοριών προκειμένου να πάρουν τεκμηριωμένες αποφάσεις), β) η *στρατηγική επιλογή* (μετά τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών και

αναγνωρίζοντας την αποστολή και το στόχο του οργανισμού, τα ηγετικά στελέχη καλούνται να δημιουργήσουν εναλλακτικές στρατηγικές και να επιλέξουν την καλύτερη), γ) *στρατηγική εφαρμογή* (περιλαμβάνει τη γνωστοποίηση της στρατηγικής που επιλέχθηκε σε όλους όσους θα κληθούν να προσαρμοστούν και να την υλοποιήσουν).

1.4.4 Στρατηγική διοίκηση ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας

Ο ανθρώπινος παράγοντας αποτελεί το κέντρο της υγειονομικής περιθάλψης, η παροχή της οποίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο διοίκησης του. Το υγειονομικό προσωπικό αποτελεί το σύνολο των ταλέντων και τη διάθεση για απόδοση όλων των ιατρών και νοσηλευτών ενός νοσοκομείου, οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία και ολοκλήρωση της αποστολής, του οράματος, της στρατηγικής και των στόχων του (Fritzen, 2007; Haux, 2006; Jackson, et al, 2000; Khatri et al, 2006; Stacey, 2007; Swayne, Duncan & Ginter, 2012). Τα τελευταία έτη, έχει υπάρξει μία δραματική στροφή του ρόλου της διοίκησης υπηρεσιών υγείας προς τη στρατηγική. Αυτό συμβαίνει διότι η στρατηγική διοίκηση των ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στη παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Anderson & McDaniel Jr, 2000; Bartman, et al, 2007; Fritzen, 2007; Gowen III, McFadden & Tallon, 2006; Khatri, et al, 2006).

Η στρατηγική στη διοίκηση κερδίζει αυξανόμενη σημασία διότι σε μία οικονομία βασισμένη στη γνώση, δίνεται έμφαση στους εργαζομένους που θεωρούνται ως κύριο συστατικό για την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Τα θέματα του υγειονομικού προσωπικού αφορούν άμεσα τη στρατηγική, καθώς επηρεάζουν τη συνολική απόδοση του συστήματος, τη σκοπιμότητα και τη βιωσιμότητα των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας. Κοιτάζοντας τα θέματα του ανθρώπινου δυναμικού στρατηγικά, οι υγειονομικές αρχές αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν τα κενά μεταξύ πολιτικής και εφαρμογής στις αναπτυσσόμενες χώρες (Khatri, et al, 2006; Werbel, et al, 2005).

Παράλληλα, η επίτευξη του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μπορεί να επιτευχθεί όταν η διοίκηση συνδυάζει τη διαχείριση του υγειονομικού προσωπικού της με τις ευκαιρίες, τις απειλές, τις δυνατότητες και τις ανάγκες του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης (Ferris, et al, 2007; Stacey, 2007; Stone, et al, 2007; Swayne, Duncan & Ginter, 2012). Κατάλληλες στρατηγικές εργατικού δυναμικού μπορούν να επιφέρουν τεράστια αύξηση της αποδοτικότητας

(Ahmad, et al, 2003; Chen, et al, 2004; Freeman, 2010; Gowen III, McFadden & Tallon, 2006; Swaney, Duncan & Ginter, 2012).

Τέλος, γίνεται αντιληπτό ότι η εφαρμογή της στρατηγικής στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα στο υγειονομικό προσωπικό της, που πρωτίστως ενδιαφερόμαστε στην παρούσα εργασία, μπορεί να προσδώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στον οργανισμό και να βοηθήσει σε σημαντικό βαθμό στην αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του.

2. Έννοια και περιεχόμενο του όρου «στελέχωση»

Εισαγωγικές Παρατηρήσεις

Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί ίσως τον βασικότερο συντελεστή για την επιτυχία των στόχων ενός οργανισμού και αυτό γιατί όσο καλά και αν έχει οργανωθεί ένας οργανισμός, δεν μπορεί να αποδώσει δίχως την ανθρώπινη προσπάθεια. Αυτό συμβαίνει διότι οι άνθρωποι ορίζουν συνολικές στρατηγικές και στόχους, δημιουργούν σχέδια-προγράμματα, συντονίζουν τις ενέργειες του οργανισμού, αξιοποιούν τα υλικά μέσα, παράγουν αγαθά και υπηρεσίες, παρακολουθούν την ποιότητα και αναπτύσσουν κριτήρια αποδοτικότητας και συστήματα ελέγχου για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας του οργανισμού (Anderson & McDaniel Jr, 2000; Ankli & Palliam, 2012; Carignani, 2000; Dilintas, 2010; Fritzen, 2007; Johnson et al, 2002; Kontodimopoulos, Landon, Reschovsky & Blumenthal, 2003; Τερζίδης κá, 2004; Saiti & Mylona, 2015a,b; Xenos, et.al., 2014).

Όλες οι παραπάνω «διοικητικές δραστηριότητες, εξαρτώνται από τις γνώσεις, τη θέληση και τις ικανότητες των ανθρώπων που εργάζονται σε έναν οργανισμό» (Σαΐτη & Σαΐτης, 2012:347). Τα δημόσια νοσοκομεία υπάγονται σε αυτόν τον κανόνα και η οργάνωσή τους δε μπορεί να φέρει αποδοτικά αποτελέσματα δίχως το κατάλληλο υγειονομικό προσωπικό. Επιπλέον, παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας, όπως είναι η αριθμητική επάρκεια του υγειονομικού προσωπικού, ο αποτελεσματικός τρόπος οργάνωσης της εργασίας, οι κατάλληλες υποδομές, η παροχή κινήτρων και οι ευκαιρίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, έχουν καθοριστικό ρόλο στον τρόπο άσκησης του ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος, αλλά και την ικανοποίηση των επαγγελματιών και των ασθενών από αυτό (Aiken et al, 2009; Αναγνωστοπούλου κá, 2013; Friese et al, 2008).

2.1 Τι σημαίνει «στελέχωση»

Οι ορισμοί του όρου «στελέχωση» ποικίλουν στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Οι Sullivan & Decker (2005) ορίζουν τη «στελέχωση» ως τη «διαδικασία διασφάλισης του κατάλληλου αριθμού και σύνθεσης προσωπικού που απαιτούνται από έναν οργανισμό, ώστε να καλύπτονται οι πραγματικές ή οι προβλεπόμενες ανάγκες του για την αποτελεσματική λειτουργία του» (Sullivan & Decker, 2005:231).

Ο Μακρυδημήτρης (2004) ορίζει τη «στελέχωση» ως τη «συνιστώσα της διοικητικής- διευθυντικής λειτουργίας που περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ενέργειες που αποσκοπούν στην προσέλκυση και τη διατήρηση του ικανοποιητικού, κατάλληλου και επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τη συγκεκριμένη οργάνωση, επιχείρηση και υπηρεσία» (Μακρυδημήτρης, 2004:203).

Σύμφωνα με τον Ζαβλάνο (2002) «Στελέχωση είναι η διαδικασία κατά την οποία ο οργανισμός ικανοποιεί τις ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό. Το κλειδί επιτυχίας της στελέχωσης είναι η επιλογή ατόμων των οποίων οι ικανότητες να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της εργασίας» (Ζαβλάνος, 2002:334).

Τέλος, αρκετοί συγγραφείς όπως για παράδειγμα (Johnson et al, 2002; Κούρτης, 1982; Parry & Tyson, 2008; Σαΐτη & Σαΐτης, 2012, κλπ.) ορίζουν τη «στελέχωση» σε έναν οργανισμό, ως τη διαδικασία διασφάλισης του αναγκαίου και κατάλληλου σε γνώσεις και ικανότητες προσωπικού, τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον.

Η στελέχωση είναι δύσκολη δραστηριότητα για τη διοίκηση ενός οργανισμού, *πρώτον*, γιατί η εξασφάλιση του προσωπικού που θα χρειαστεί στο μέλλον ο οργανισμός διακρίνεται για την αβεβαιότητά του και *δεύτερον* διότι η διαχείριση του ανθρώπινου παράγοντα διαφέρει με τις υπόλοιπες δραστηριότητες ενός οργανισμού, καθώς απαιτεί ιδιαίτερο χειρισμό και εξειδικευμένες γνώσεις από τους διοικούντες του οργανισμού.

Κλείνοντας την παρούσα υποενότητα, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι σκοπός της λειτουργίας της στελέχωσης (staffing) σε μία νοσηλευτική μονάδα είναι να διασφαλίσει τον κατάλληλο αριθμό και σύνθεση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να καλύπτονται οι πραγματικές και οι προβλεπόμενες ανάγκες περίθαλψης των ασθενών με αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο.

2.2 Στάδια στελέχωσης

Μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία (Anderson & McDaniel Jr, 2000; Bratton J. et al, 2007; Fritzen, 2007; Gowen III, McFadden & Tallon, 2006; Koontz & O'Donnel, 1982; Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003; Ployhart et al, 2006; Ζαβλάνος, 2002, κλπ.) η διαδικασία στελέχωσης αποτελείται από τα εξής στάδια: α) προγραμματισμό ανθρώπινου δυναμικού (εύρεση ανθρώπινων αναγκών), β) επιλογή προσωπικού, γ) τοποθέτηση και ένταξη και δ) εκπαίδευση και επιμόρφωση.

2.2.1 Προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού

Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού σε έναν οργανισμό αποτελεί το πρώτο βήμα της διαδικασίας στελέχωσης και διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού γενικότερα. Με τον όρο «προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού» εννοούμε τη διαδικασία που περιλαμβάνει την εξασφάλιση του απαραίτητου, κατάλληλου και αποτελεσματικού προσωπικού, την κατάλληλη χρονική στιγμή, στο σωστό μέρος, προκειμένου να είναι ικανό να επιτύχει τους αντικειμενικούς σκοπούς του οργανισμού με τον καλύτερο και αποδοτικότερο τρόπο (Bratton & Gold, 2007; Drucker, 2003; Dussault, et al, 2003; Fritzen, 2007; Huselid, Jackson, Sculer, 1997; Mullins, 2007; Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003; Swayne, Duncan & Ginter, 2012).

Ο προγραμματισμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό θεωρείται ως μία διαδικασία καθορισμού στόχων και εκ των προτέρων προσδιορισμό και σχεδιασμό των μελλοντικών ενεργειών (Drucker, 2003; Hendry, 2012; Parry & Tyson, 2008; Tyson, 2004). Πρόκειται για μία συνεχή ευέλικτη διαδικασία, η οποία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του οργανισμού και τις τυχόν αλλαγές του περιβάλλοντός του (Βλ. Διάγραμμα 3.4).

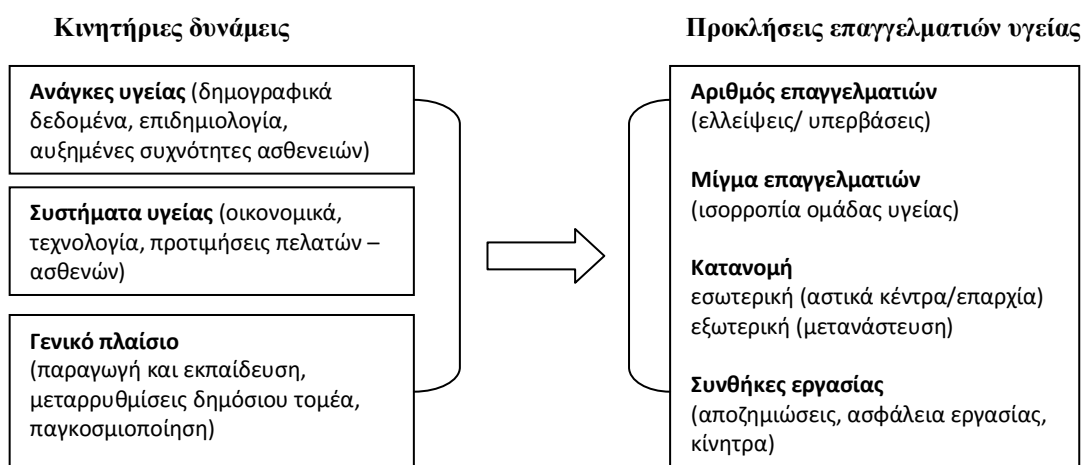
Προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού στις μονάδες υγείας

Σε ότι αφορά τον τομέα της υγείας, ο Harper (2002) αναφέρει ότι, οι διοικήσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να προγραμματίζουν τις ανάγκες τους σε υγειονομικό προσωπικό μέσα από μία συγκεκριμένη προσέγγιση χρησιμοποιώντας το μέσο όρο των υγειονομικών αναγκών, της διάρκειας παραμονής των ασθενών, της διάρκειας των χειρουργικών επεμβάσεων κλπ. Επίσης, το όποιο σχέδιο πρέπει να προσαρμόζεται, σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες που προκύπτουν, σε νέες ειδικότητες τόσο στον ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό κλάδο (Bloor & Maynard, 2003; Buchan, 2000; Dussault, et al, 2003; Eitzen-Strassel, et al, 2014; Parry & Tyson, 2008; Saiti & Mylona, 2015b; Walker, 1976; Zurn, Dal Roz, Stilwell & Adams, 2004).

Σκοπός της διαδικασίας προγραμματισμού στελέχωσης στην υγεία, αποτελεί η επίτευξη και η διατήρηση του απαραίτητου αριθμού υγειονομικού προσωπικού με τις κατάλληλες ικανότητες, στο σωστό μέρος και στη σωστή στιγμή, ώστε να είναι σε θέση να επιτελέσει την εργασία του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Απαραίτητη προϋπόθεση στο εν ενεργεία προσωπικό είναι να διαθέτει τη σωστή συμπεριφορά και

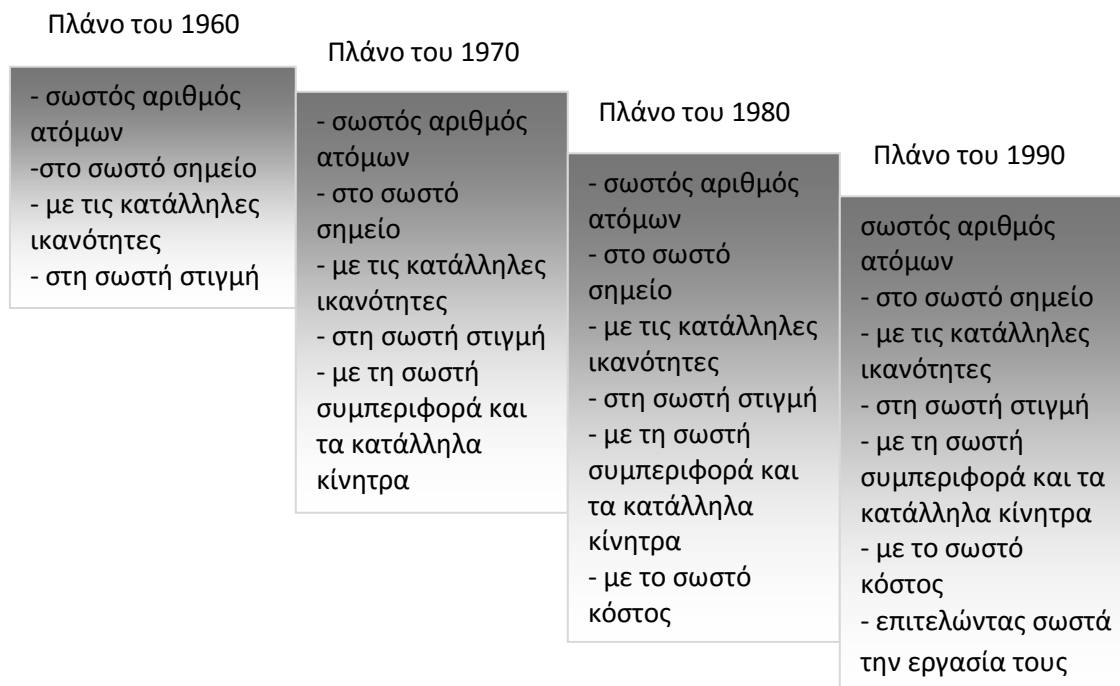
τα κατάλληλα κίνητρα, να δεσμεύει μία ορθολογική ποσότητα πόρων και να ασχολείται με το σωστό αντικείμενο βάσει γνώσεων και εξειδίκευσης (Σκρουμπέλος, κά, 2012). Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.5, ο σκοπός αυτός προσαρμόζεται με την πάροδο των ετών.

Γράφημα 3.4. Κινητήριες δυνάμεις του εργατικού δυναμικού στην υγεία



Πηγή: ΠΟΥ, 2006

Γράφημα 3.5: Σκοπός του σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία



Πηγή: Σκρουμπέλος κά, 2012

Επιπλέον, στόχος του προγραμματισμού στελέχωσης είναι η απόκτηση και διατήρηση του προσωπικού, η βέλτιστη αξιοποίηση και διοίκηση αυτού και η ικανότητα εκτίμησης των διοικητικών προβλημάτων που απορρέουν από υπερπροσφορά ή έλλειψη προσωπικού. Ο σχεδιασμός της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στα νοσοκομεία δε μπορεί να ακολουθήσει την ίδια διαδικασία που ισχύει για τους περισσότερους οργανισμούς. Ο λόγος είναι η ποικιλομορφία και η ιδιαιτερότητα του υγειονομικού προσωπικού και ο τρόπος λειτουργίας ενός νοσοκομείου.

Στάδια προγραμματισμού ανθρώπινου δυναμικού

Πολλοί μελετητές στην πορεία των ετών έχουν ασχοληθεί με τα βήματα του προγραμματισμού ανθρώπινου δυναμικού. Για τις ανάγκες τις παρούσας εργασίας, αναφέρουμε τα παρακάτω *στάδια προγραμματισμού*, τα οποία είναι: α) η μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης (στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον), β) η πρόβλεψη των μελλοντικών μεταβολών (αποχωρήσεις, μετακινήσεις), και γ) προσφορά και ζήτηση ανθρώπινου δυναμικού, δ) η διαμόρφωση σχεδίων, ε) η αξιολόγηση του προγράμματος και οι διορθωτικές ενέργειες που τροποποιούν τον σχεδιασμό (Armstrong, 2000; Narasimhan et al, 2004).

Η *μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης* αποτελεί το *πρώτο στάδιο* της διαδικασίας προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει την ανάλυση του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης, όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό της. Με τα δεδομένα που θα προκύψουν, η διοίκηση θα μπορεί να προβλέψει πιθανές ευκαιρίες, απειλές, αδυναμίες και δυνατότητες που μπορούν να εμφανιστούν, ώστε το πλάνο που θα σχεδιάσει να πλησιάζει όσο το δυνατόν καλύτερα τις μελλοντικές ανάγκες της (Carigianni, 2000; Hendry, 2012; Hill, Jones & Schilling, 2014).

Η παρακολούθηση της υφιστάμενης κατάστασης στο εσωτερικό του οργανισμού δίνει σαφή ποιοτική και ποσοτική εικόνα του ανθρώπινου δυναμικού της. Βασικό εργαλείο της διαδικασίας αυτής, αποτελεί ο πίνακας απογραφής του προσωπικού, η κατασκευή του οποίου έχει απλοποιηθεί με τη χρησιμοποίηση των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Ο πίνακας αυτός δίνει μία άμεση εικόνα της υπάρχουσας κατάστασης σε ανθρώπινο δυναμικό και παρέχει στοιχεία για τη μελλοντική διαθεσιμότητα του προσωπικού (Παπακωνσταντίνου κά, 2013; Τερζίδης κά, 2004).

Ταυτόχρονα, η μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης στο εξωτερικό περιβάλλον λαμβάνει υπόψη διάφορους παράγοντες, όπως είναι η εθνική και η

διεθνής οικονομία, η κατάσταση που επικρατεί στον τομέα που δραστηριοποιείται η επιχείρηση, η τεχνολογική πρόοδος, η οικονομική κρίση, οι νέοι στόχοι της επιχείρησης, η μελλοντική δομή της διοίκησης, οι τάσεις του τοπικού πληθυσμού και οι πολιτικές αποφάσεις (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Στη φάση αυτή, η διοίκηση ενός οργανισμού προσπαθεί να εκτιμήσει τις μελλοντικές ανάγκες του σε ανθρώπινο δυναμικό. Αρχικά, για να είναι σε θέση η διοίκηση να εκτιμήσει τις ανάγκες αυτές, χρειάζεται να έχει προηγηθεί η *ανάλυση της εργασίας*, η οποία περιλαμβάνει την *περιγραφή της θέσης εργασίας* (Job description) και την *περιγραφή των προσόντων* (Job specification). Η περιγραφή της θέσης εργασίας περιλαμβάνει το περιεχόμενο της εργασίας, ενώ η περιγραφή των προσόντων περιλαμβάνει τα προσόντα που πρέπει να έχει το άτομο που θα αναλάβει συγκεκριμένη θέση στον οργανισμό.

Έχοντας πλέον η διοίκηση στη διάθεσή την ανάλυση θέσεων εργασίας και τη μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης, θα συμπληρώσει την εικόνα που έχει για το προσωπικό της με υποκειμενικές απόψεις στελεχών της διοίκησης, επιστημόνων, εργαζομένων, ώστε να προκύψει το πόρισμά της για τις μελλοντικές της ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό.

Η *πρόβλεψη των μελλοντικών μεταβολών* αποτελεί το *δεύτερο στάδιο* της διαδικασίας προγραμματισμού. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει την «πρόβλεψη των μεταβολών στο εσωτερικό του οργανισμού και βασίζεται στον υπολογισμό των αναμενόμενων αποχωρήσεων, συνταξιοδοτήσεων, προαγωγών στο υπάρχον δυναμικό σε σχέση με τις προσδοκώμενες μεταβολές στις ανάγκες για ανθρώπινο δυναμικό» (Παπαλεξανδρή, Μπουραντάς, 2003:151).

Κατόπιν, το *τρίτο στάδιο* της διαδικασίας προγραμματισμού αποτελεί η *εκτίμηση της προσφοράς και της ζήτησης σε ανθρώπινο δυναμικό*. Ο τομέας των ανθρώπινων πόρων στην υγεία διαφέρει από κάθε άλλο τομέα εντάσεως εργασίας, καθώς αποτελείται από μία αλληλεπίδραση μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. Ειδικά για τον τομέα αυτό, σημαντικό βήμα για την αποτελεσματικότητά του αποτελεί η εξισορρόπηση προσφοράς και ζήτησης (Bloor & Maynard, 2003; Buchan et al, 1994; Saiti & Milona, 2015b).

Η ζήτηση των ανθρώπινων πόρων στην υγεία προέρχεται από τους ασθενείς και, κατ' επέκταση, από τον πληθυσμό της χώρας για υπηρεσίες υγείας και εξαρτάται από το μέγεθός του, τις προσδοκίες των ασθενών και την κατανομή του εισοδήματος στην κοινωνία. Από την άλλη μεριά, η προσφορά ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες

υγείας καθορίζεται από αρκετούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου του εισοδήματος και του κύρους των επαγγελματιών υγείας και της σχέσης μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας (Bloor & Maynard, 2003; Dussault & Dubois, 2003; Merode, Groothuis & Hasman, 2002).

Στη συνέχεια, *τέταρτο στάδιο* της διαδικασίας προγραμματισμού αποτελεί η *διαμόρφωση σχεδίων* για το ανθρώπινο δυναμικό. Οπότε, έχοντας προβλέψει τις μελλοντικές ανάγκες του οργανισμού, οι οποίες προκύπτουν από τη γενικότερη στρατηγική της επιχείρησης και την ανάλυση των συνθηκών ζήτησης και προσφοράς προσωπικού, διαμορφώνεται ο «σχεδιασμός του προγραμματισμού σε ανθρώπινο δυναμικό. Τα σχέδια δράσης πρέπει να είναι άμεσα και όσο το δυνατόν ευέλικτα» (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003:160).

Συγκεκριμένα, η διοίκηση θα αποφασίσει αν χρειάζεται «να προαγάγει ή να προσλάβει προσωπικό, θα είναι σε θέση να ανασχεδιάσει τυχόν αναγκαίες αλλαγές σε υπάρχουσες θέσεις εργασίας, θα μελετήσει την περίπτωση ανάθεσης εργασιών σε εξωτερικές εταιρείες» (Παπακωνσταντίνου κ.α., 2013:53). Δηλαδή, η διοίκηση θα προβεί σε μεταβολές του προσωπικού, οι οποίες μπορεί να είναι μηδενικές (καμία μεταβολή), αφαιρετικές (μείωση προσωπικού), ή προσθετικές (προσλήψεις) (Τερζίδης & Τζωρτζάκης, 2004).

Πέμπτο και τελευταίο βήμα της διαδικασίας του προγραμματισμού αποτελεί η *μελέτη της πορείας του και η αξιολόγησή του*. Με τον τρόπο αυτό, θα φανεί το κατά πόσο επιτυγχάνονται και ολοκληρώνονται τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Η αξιολόγηση βέβαια, χρειάζεται να γίνεται σε συνεχή βάση και θα πρέπει τα σχέδια να προσαρμόζονται σύμφωνα με τα εκάστοτε δεδομένα, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στο οργανωσιακό περιβάλλον. Επομένως, γίνεται αντιληπτό, ότι με τον σχεδιασμό καθορίζονται οι στόχοι και με τον έλεγχο εξασφαλίζεται ότι οι επιδιωκόμενοι στόχοι έχουν επιτευχθεί (Merode, Groothuis, Hasman, 2004).

Προγραμματισμός στελέχωσης στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα

Την κύρια ευθύνη για τον προγραμματισμό της στελέχωσης των δημόσιων μονάδων υγείας στην Ελλάδα, έχει το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών.

Αρχικά, πρώτο βήμα της διαδικασίας προγραμματισμού στελέχωσης των υγειονομικών μονάδων, αποτελεί η μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, το υπουργείο υγείας τα τελευταία χρόνια (από το

2011) εξασφάλισε την μηνιαία επικαιροποίηση των δεδομένων του προσωπικού κάθε νοσοκομείου μέσω της εφαρμογής esynet του υπουργείου (www.esynet.gr). Η εφαρμογή αυτή αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο πληροφόρησης και ελέγχου, το οποίο λειτουργεί στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης και αντικατέστησε τη χρονοβόρα αρχικά χειρόγραφη (και μετέπειτα ηλεκτρονική σε πίνακες excel) καταγραφή του προσωπικού κάθε νοσοκομείου. Με τον τρόπο αυτό το υπουργείο έχει άμεση γνώση της υφιστάμενης κατάστασης κάθε νοσοκομείου. (Πολύζος, 2014; Υπουργείο Υγείας, 2014).

Επίσης, προκειμένου το υπουργείο να έχει αναλυτική εικόνα των άμεσων και μελλοντικών αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό, οι διοικήσεις των νοσοκομείων αποστέλλουν μία φορά το χρόνο στο υπουργείο υγείας ένα πλάνο με τις ανάγκες που αντιμετωπίζουν σε προσωπικό, μετά από γνώση της οικείας συνδικαλιστικής οργάνωσης (ν.3580/2007). Το πλάνο αυτό είναι αποτέλεσμα μελέτης της υφιστάμενης κατάστασης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, των ενδεχόμενων αλλαγών που μπορεί να προκύψουν και λαμβάνοντας υπόψη τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου και τις εισηγήσεις των διευθυντών των υπηρεσιών τους (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική κλπ).

Στη συνέχεια, το υπουργείο υγείας, σε συνεργασία με το υπουργείο εσωτερικών συντονίζουν τον προγραμματισμό των μελλοντικών αναγκών για όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, στο πλαίσιο της ευρύτερης κυβερνητικής πολιτικής. Κατόπιν, αν κριθεί αναγκαίο, γίνεται προκήρυξη πλήρωσης θέσεων των ειδικοτήτων που θα χρειαστούν τα νοσοκομεία μελλοντικά, η οποία δημοσιεύεται υποχρεωτικά σε ειδικό τεύχος της εφημερίδας της Κυβερνήσεως (ν.3580/2007).

Ωστόσο, η έντονη οικονομική κρίση που αντιμετωπίζει η χώρα τα τελευταία χρόνια, έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις προσλήψεις και στις αποδοχές στον δημόσιο τομέα. Ιδιαίτερα στα νοσοκομεία, η κατάσταση αυτή έχει φέρει σημαντικά προβλήματα, καθώς έχουν γίνει σοβαρές μειώσεις στην αναλογία των προσλήψεων (μία πρόσληψη για πέντε αποχωρήσεις) και οι αποδοχές καθορίζονται από το ενιαίο μισθολόγιο (ν.3845/2010; ν.3833/2010).

Αν και όπως αναφέρεται παραπάνω, βάση νομοθετικού πλαισίου είναι απαραίτητος ο προγραμματισμός στελέχωσης του ανθρώπινου δυναμικού, παρόλα αυτά, παρουσιάζονται αρκετά συχνά ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι ελλείψεις αυτές οφείλονται κυρίως στον ανεπαρκή μακροχρόνιο προγραμματισμό, στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης,

στην ανισοκατανομή στελέχωσης (κυρίως στην περιφέρεια) και στις μετακινήσεις του προσωπικού. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με ερευνητές στον κλάδο της υγείας, δεν γίνεται καμία μέριμνα για δημιουργία ενός μακροχρόνιου πλάνου στελέχωσης και μελλοντικής εξασφάλισης των νοσοκομείων με το απαραίτητο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με τις ανάγκες που αναμένεται να προκύψουν (Mossialos, et al, 2005; Notara, et al, 2010; Plati, et al, 1998; Πολύζος, 2014; Saiti & Mylona, 2015b).

Για τον λόγο αυτό, το υπουργείο δίνει τη δυνατότητα κάλυψης έκτακτων αναγκών με επικουρικό προσωπικό, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων. Συγκεκριμένα, σε τακτά χρονικά διαστήματα (μία με δύο φορές το χρόνο για το ιατρικό προσωπικό και δύο με τρεις φορές για το νοσηλευτικό προσωπικό, εκτός εκτάκτων αναγκών, πχ. επιδημίας), το υπουργείο καλεί τα νοσοκομεία να δηλώσουν τις ανάγκες τους για προσωρινό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Κατόπιν, οι διοικήσεις των νοσοκομείων ενημερώνουν τις υγειονομικές περιφέρειες σχετικά με τις ελλείψεις τους και στη συνέχεια η περιφέρεια δηλώνει τις ελλείψεις αυτές στο υπουργείο υγείας, προκειμένου να προβεί στις απαραίτητες προσλήψεις. Βέβαια, κάθε αίτημα νοσοκομείου θα πρέπει να είναι πλήρως αιτιολογημένο και να συνοδεύεται από τη βεβαίωση δέσμευσης της ανάλογης πίστωσης (ν.4052/2012; ν.3580/2007).

2.2.2 Προσέλκυση ανθρώπινου δυναμικού

Τη διαδικασία προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού ακολουθεί η διαδικασία της προσέλκυσης των κατάλληλων υποψηφίων για την κάλυψη των κενών θέσεων εργασίας του οργανισμού. Με τον όρο «προσέλκυση ανθρώπινου δυναμικού» εννοούμε τη «διαδικασία εντοπισμού και πρόσκλησης κατάλληλων ανθρώπων/επαγγελματιών για την κάλυψη κενών θέσεων εργασίας» (Πολύζος, 2014:211).

Όπως αναφέρουν οι Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς (2003:182) «στόχος της διαδικασίας προσέλκυσης του ανθρώπινου δυναμικού είναι να εξασφαλίσει για κάθε κενή θέση προς πλήρωση το κατάλληλα ποσοτικά και ποιοτικά αριθμό υποψηφίων, ώστε να επιλεγεί ο καταλληλότερος για την κάλυψη της κενής θέσης». Ας σημειωθεί ότι απαραίτητη προϋπόθεση αυτού του σταδίου, αποτελεί η ύπαρξη κενών θέσεων εργασίας στον οργανισμό.

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της διαδικασίας προσέλκυσης είναι ο «σαφής προσδιορισμός του προφίλ, των προσόντων, των ικανοτήτων και των άλλων χαρακτηριστικών που θα πρέπει να διαθέτει ο ιδανικός άνθρωπος για την κάλυψη της θέσης» (Παπαλεξανδρή κά, 2003:186). Με τον όρο «ιδανικός άνθρωπος» (υπό την ευρύτερη έννοια, εννοούμε το στέλεχος που ταιριάζει με τις απαιτήσεις της θέσης, όσο και με την κουλτούρα, τις στρατηγικές και τις πολιτικές του οργανισμού. Συνεπώς, σκοπός της προσέλκυσης είναι το καλύτερο δυνατό ταίριασμα μεταξύ ατόμου και θέσης, αλλά και μεταξύ ατόμου και οργανισμού.

Οι υποψήφιοι για τη στελέχωση των κενών θέσεων μπορούν να αναζητηθούν είτε από το *εσωτερικό*, είτε από το *εξωτερικό* περιβάλλον του οργανισμού. Όταν ακολουθείται η εσωτερική προσέλκυση, τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν είναι τα εξής: α) οι εργαζόμενοι είναι ήδη εξοικειωμένοι με τον οργανισμό, β) εξοικονομείται χρήμα και χρόνος, γ) παρακινούνται οι εργαζόμενοι για εξέλιξη και ανάπτυξή τους. Αντίθετα, η εξωτερική προσέλκυση μπορεί να φέρει νέες ιδέες και απόψεις, να αποφύγει τη σύγχυση ρόλων και να αντιμετωπίσει την αυξημένη ζήτηση από τη γρήγορη ανάπτυξη (Παπαλεξανδρή κά, 2003; Τερζίδης κά, 2004).

Προσέλκυση ανθρώπινου δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία

Το υγειονομικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, μπορεί να είναι είτε μόνιμο (περιλαμβάνονται και οι συμβάσεις αορίστου χρόνου), είτε προσωρινό (επικουρικό προσωπικό με συμβάσεις ορισμένου χρόνου). Η διαδικασία προσέλκυσής του υγειονομικού προσωπικού πραγματοποιείται μέσω προσκλήσεων ενδιαφέροντος (για το προσωρινό προσωπικό) και μέσω προκηρύξεων πλήρωσης θέσεων εργασίας (για το μόνιμο προσωπικό). Επίσης, βασική προϋπόθεση για την προσέλκυση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι η ύπαρξη είτε κενών οργανικών θέσεων εργασίας (βάση του οργανισμού του νοσοκομείου), είτε η εμφάνιση εκτάκτων αναγκών (πχ.επιδημία). Η όλη διαδικασία πραγματοποιείται βάσει των ισχυουσών, κάθε φορά κανόνων δικαίου και διαφοροποιείται ανάλογα με το επάγγελμα και τη σχέση εργασίας.

Ιατρικό προσωπικό

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα απασχολούν ιατρικό προσωπικό είτε πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (μόνιμο προσωπικό), είτε μερικής απασχόλησης (επικουρικό προσωπικό). Το προσωπικό αυτό

προσλαμβάνεται σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 2071/1992, ν.4052/2012, ν.3329/2005, της εγκυκλίου Α2α/Γ.Π.οικ. 46322/19-6-15 και της υπουργικής απόφασης 1078/Β/9-6-2015, καθώς και τις τροποποιήσεις αυτών.

Αναφορικά με το *μόνιμο ιατρικό προσωπικό*, η πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης γίνεται ύστερα από προκήρυξή τους από τον υπουργό υγείας και για την υπόλοιπη επικράτεια από τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων μετά από έγκριση του υπουργού υγείας (ν.2071/1992). Κάθε προκήρυξη δημοσιεύεται σε ειδικό τεύχος στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως και για την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ενημέρωσης των ενδιαφερομένων, περίληψη της προκήρυξης δημοσιεύεται δια του τύπου στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ν.3528/2007).

Στην προκήρυξη αναφέρεται αναλυτικά η ειδικότητα, ο βαθμός και τα προσόντα, τα οποία θα πρέπει να έχουν οι ενδιαφερόμενοι ιατροί προκειμένου να υποβάλλουν την αίτησή τους. Επίσης, απαιτούνται κάποια απαραίτητα τυπικά προσόντα, όπως είναι η ελληνική ιθαγένεια (ή ιθαγένεια ευρωπαϊκού κράτους), τίτλος ιατρικής ειδικότητας, άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, εγγραφή στον ιατρικό σύλλογο, να μην ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, ηλικία, προϋπηρεσία, κ.ά.

Όσον αφορά το *επικουρικό ιατρικό προσωπικό*, το υπουργείο υγείας, από τον Ιούνιο του 2015, διατηρεί ηλεκτρονικό κατάλογο ιατρών ανά ειδικότητα, οι οποίοι επιθυμούν να εργαστούν ως επικουρικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία. Ο κατάλογος είναι αναρτημένος στην ιστοσελίδα του υπουργείου (www.moh.gov.gr) και επικαιροποιείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Οι ενδιαφερόμενοι ιατροί καταθέτουν αίτηση στο υπουργείο υγείας προκειμένου να ενταχθούν στον ηλεκτρονικό κατάλογο. Η τοποθέτηση των επικουρικών ιατρών στον κατάλογο γίνεται βάση σειράς προτεραιότητας της αίτησης καταχώρησής τους. Όταν το υπουργείο αποφασίζει να προσλάβει επικουρικό προσωπικό για ορισμένα νοσοκομεία, τότε δημοσιεύει πρόσκληση ενδιαφέροντος, στην οποία αναφέρονται αναλυτικά οι θέσεις εργασίας (ειδικότητα, νοσοκομείο, υγειονομική περιφέρεια) που πρόκειται να καλυφθούν με έκτακτο προσωπικό.

Νοσηλευτικό προσωπικό

Το νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, μπορεί να είναι είτε μόνιμο προσωπικό (δημόσιοι υπάλληλοι ή με σύμβαση αορίστου) είτε με συμβάσεις ορισμένου χρόνου. Το προσωπικό αυτό προσλαμβάνεται σύμφωνα με την

ισχύουσα νομοθεσία (ν.3528/2007, ν.3329/2005, ν.4052/2012 και τροποποιήσεις αυτών).

Αναφορικά με το *μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό*, απαραίτητη προϋπόθεση για την προκήρυξη θέσεων αποτελεί η ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων στα νοσοκομεία. Όταν το υπουργείο υγείας αποφασίζει την πλήρωση συγκεκριμένων θέσεων εργασίας σε ορισμένα νοσοκομεία, τότε δημοσιεύει προκήρυξη, στην οποία αναφέρονται αναλυτικά οι θέσεις εργασίας ανά βαθμίδα, νοσοκομείο και περιφέρεια. Κάθε προκήρυξη δημοσιεύεται σε ειδικό τεύχος στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως και για την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ενημέρωσης των ενδιαφερομένων, περίληψη της προκήρυξης δημοσιεύεται δια του τύπου στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ν.3528/2007).

Βέβαια, όπως έχει ήδη αναφερθεί, στα πλαίσια της αναδιάρθρωσης των οργανισμών υγείας και των δεσμεύσεων που έλαβε η χώρα κατόπιν της έντονης οικονομικής κρίσης, οι διορισμοί νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας έχουν ελαχιστοποιηθεί (1 θέση ανά 5 αποχωρήσεις). Επίσης, μετά τις συγχωνεύσεις των δημόσιων νοσοκομείων το 2012, αρκετές κενές οργανικές θέσεις εξαλείφθηκαν. Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι, τα τελευταία πέντε χρόνια, το υπουργείο υγείας δεν έχει προκηρύξει καμία θέση εργασίας, ενώ αρκετοί εργαζόμενοι έχουν αποχωρήσει με συνταξιοδότηση.

Οπότε, μοναδική αλλά και ταυτόχρονα προσωρινή λύση, είναι η κάλυψη των αναγκών των νοσοκομείων με επικουρικό νοσηλευτικό προσωπικό. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλλουν τις αιτήσεις τους καθ' όλη τη διάρκεια του έτους στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στη συνέχεια, οι υγειονομικές περιφέρειες καταρτίζουν καταλόγους επικουρικού προσωπικού, κατά κλάδο (ν.4052/2012; ν.3329/2005 και τροποποιήσεις αυτών). Όταν το υπουργείο αποφασίσει την κάλυψη των αναγκών ορισμένων νοσοκομείων με επικουρικό προσωπικό, τότε η οικεία υγειονομική περιφέρεια αναρτά πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και στη συνέχεια προχωρά στην επιλογή τους από τους συμπληρωμένους πίνακες επικουρικού προσωπικού.

2.2.3 Επιλογή ανθρώπινου δυναμικού

Το στάδιο αυτό προϋποθέτει: πρώτον, τη σαφή περιγραφή θέσης και προσόντων, προκειμένου να καλυφθούν οι θέσεις εργασίας με το κατάλληλο προσωπικό και δεύτερον, την ολοκλήρωση του προηγούμενου σταδίου, της διαδικασίας στελέχωσης.

Η διαδικασία επιλογής για πρόσληψη αποτελεί σημαντική δραστηριότητα, διότι η κατάληξή της θα επηρεάσει τον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού. Έτσι για παράδειγμα, η επιλογή ακατάλληλων ατόμων για κάλυψη κενών θέσεων, είναι λογικό να επηρεάζει τους συνεργάτες, το προσωπικό, το εργασιακό κλίμα, την ποιότητα παροχής υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής μονάδας.

Τα βήματα που ακολουθούνται στο στάδιο της επιλογής ποικίλουν και ο λόγος είναι η ιδιαιτερότητα και οι απαιτήσεις του κάθε οργανισμού. Οι τρόποι επιλογής ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνουν συνήθως: *την προκαταρκτική συνέντευξη, τη συμπλήρωση έντυπης αίτησης, το βιογραφικό σημείωμα, τις συστατικές επιστολές, τη συνέντευξη εργασίας, το τεστ (δοκιμασία) για την επιλογή, την ιατρική εξέταση και την απόφαση επιλογής.*

Η επιλογή του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία

Σήμερα (2015), στα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα της Ελλάδας, η διαδικασία επιλογής υγειονομικού προσωπικού ακολουθεί την νομοθεσία και τις επακόλουθες διατάξεις (ν.1397/1983; ν.3528/2007). Συγκεκριμένα, η διαδικασία προκήρυξης κενών θέσεων ακολουθείται από τις αιτήσεις των ενδιαφερομένων, της αξιολόγησής τους από τον αρμόδιο φορέα, την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων και την αποδοχή των θέσεων από τους αιτούντες. Η πλήρωση κενών οργανικών θέσεων υγειονομικού προσωπικού γίνεται «με σειρά προτεραιότητας βάση αντικειμενικών τυπικών και ουσιαστικών κριτηρίων. Η διαδικασία πρόσληψης ανακοινώνεται στο φύλλο της εφημερίδας της κυβέρνησης υποχρεωτικά για τη διασφάλιση του κριτηρίου της διαφάνειας και της δημοσιότητας» (Ραμματά, 2011:134).

Αναφορικά με το καθεστώς προσλήψεων του ιατρικού προσωπικού, οι υποψήφιοι γιατροί κρίνονται, με βάση τα προσόντα και την προϋπηρεσία τους, από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του άρθρου 6 του ν.1278/82. Κάθε γιατρός έχει τη δυνατότητα να υποβάλλει αίτηση και να κριθεί για περισσότερες από μία θέσεις. Τα συμβούλια κρίσεως και επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους (με τη σειρά αξιολόγησής τους) για κάθε θέση για την οποία έχουν

υποβάλλει υποψηφιότητα. Σχετικά με το επικουρικό ιατρικό προσωπικό, οι ενδιαφερόμενοι καταθέτουν αίτηση στο υπουργείο προκειμένου να ενσωματωθούν στους ηλεκτρονικούς καταλόγους. Στη συνέχεια, επιλέγονται βάση προσόντων και προτίμησης υγειονομικής περιφέρειας.

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, οι ανωτέρω διαδικασίες τελούν υπό τον έλεγχο ανεξάρτητης διοικητικής αρχής (ΑΣΕΠ). Η πλήρωση των θέσεων εργασίας διέπεται από τις αρχές της ίσης ευκαιρίας συμμετοχής, της αξιοκρατίας, της αντικειμενικότητας, της κοινωνικής αλληλεγγύης, της διαφάνειας και της δημοσιότητας και γίνεται με δημόσιο διαγωνισμό ή με σειρά προτεραιότητας (άρθρα 11-14, ν.3528/2007). Οι νοσηλευτές που διορίζονται στα δημόσια νοσοκομεία θεωρούνται δημόσιοι υπάλληλοι.

Προκειμένου να διοριστεί κάποιος στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, θα πρέπει να έχει ελληνική ιθαγένεια (εκτός εξαιρέσεων πολιτών ΕΕ), οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τη στρατιωτική τους θητεία, να έχουν καλή κατάσταση υγείας ώστε να μπορούν να επιτελέσουν τα καθήκοντά τους, να μην έχουν απολυθεί από θέση στο δημόσιο τομέα και φυσικά να έχουν τα τυπικά προσόντα για τον διορισμό τους, οι ιατροί θα πρέπει να μην έχουν υπερβεί το 63^ο έτος της ηλικίας τους, ενώ οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ολοκληρώσει το 21^ο έτος ηλικίας τους. (αρ.10, ν.3528/2007).

Η υπαλληλική σχέση καταρτίζεται με τον διορισμό του επιτυχόντος και ακολουθεί η ορκωμοσία του που δηλώνει την αποδοχή του. Ο νέος υπάλληλος εισέρχεται στην υπηρεσία με τον εισαγωγικό βαθμό που προβλέπεται στην κατηγορία του, εκτός κι αν έχει αυξημένα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, οπότε εισέρχεται σε ανώτερο βαθμό (ν.3528/2007). Ο υπάλληλος όταν διορίζεται καλείται δόκιμος υπάλληλος και μετά την παρέλευσή δύο ετών και κατόπιν επιτυχούς παρακολούθησης της εισαγωγικής εκπαίδευσης μονιμοποιείται.

Το γραφείο προσωπικού (ανθρώπινων πόρων) κάθε νοσοκομείου, οφείλει μετά από διορισμό νέου υπαλλήλου, να δημιουργήσει φάκελο – προσωπικό μητρώο του υπαλλήλου, ο οποίος περιλαμβάνει τα στοιχεία της ταυτότητάς του, την οικογενειακή και περιουσιακή του κατάσταση, τους τίτλους σπουδών του, τις εκθέσεις αξιολόγησής του, αποφάσεις και έγγραφα που τον αφορούν και κάθε άλλο στοιχείο που καταθέτει ο υπάλληλος στην υπηρεσία του (ν.3528/9-2-07).

Το υγειονομικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων κατατάσσεται σύμφωνα με την ειδικότητά του σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Πέρα

από την ειδικότητά τους, τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό διαχωρίζεται σε επιπλέον βαθμίδες. Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, σύμφωνα με τον ν. 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», οι βαθμοί των ειδικευμένων ιατρών είναι: Επιμελητής Β΄, Επιμελητής Α΄, Διευθυντής και Συντονιστής Διευθυντής. Στην ιατρική υπηρεσία υπάγονται και οι ειδικευόμενοι ιατροί. Η διαδικασία προκήρυξης, διορισμού, η μισθοδοσία και αλλαγή βαθμού του ιατρικού προσωπικού γίνονται σύμφωνα με τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας και τις τροποποιήσεις της (ν.3918/2011; ν.3754/2009; ν.3554/2007; ν.3453/2006; ν.3336/2005; ν.3205/2003)

Αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, οι νοσηλευτές κατατάσσονται αρχικά βάση της εκπαιδευτικής βαθμίδας τους σε ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ κατηγορίες (πανεπιστημιακής, τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αντίστοιχα) και στη συνέχεια σύμφωνα με την προϋπηρεσία τους και τα προσόντα τους σε βαθμό (α΄, β΄, γ΄, δ΄, ε΄, στ΄). Εισαγωγικός βαθμός για την κάθε κατηγορία είναι ο στ΄ (εκτός των κατόχων διδακτορικών και μεταπτυχιακών σπουδών που είναι δ΄ και ο ε΄ αντίστοιχα), ενώ καταληκτικός βαθμός για τις κατηγορίες ΠΕ, ΤΕ είναι ο α΄ και για την κατηγορία ΔΕ ο β΄ (ν.4024/2011). Η βαθμολογική και η μισθολογική εξέλιξη του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με βάση το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο και όπως αυτό έχει τροποποιηθεί (ενιαίο βαθμολόγιο - μισθολόγιο ν.4024/2011; ν.3528/9-2-07; Π.Δ.318/1992; ΔΙΔΑΔ/Φ.32.8/492/8501).

Στη συνέχεια, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δικαιούται κανονική άδεια με αποδοχές, δύο μήνες μετά το διορισμό τους, που ισοδυναμεί με δύο ημέρες ανά μήνα, αλλά δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 20 εργάσιμες ημέρες ανά έτος (κάθε χρόνο γίνεται προσαύξηση μίας ημέρας, έως να φθάσουν τις 25 ημέρες ανά έτος). Κατόπιν αίτησης του υπαλλήλου, 15 ημέρες χορηγούνται υποχρεωτικά κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Η υπηρεσία δικαιούται να κάνει ανάκληση της άδειας, μόνο για σοβαρούς υπηρεσιακούς λόγους. Η άδεια που δε χορηγείται μέσα στο έτος, χορηγείται υποχρεωτικά το επόμενο έτος. Συμπληρωματικά, οι δημόσιοι υπάλληλοι δικαιούνται και ειδικές άδειες, αναρρωτικές άδειες, εκπαιδευτικές άδειες και άδειες άνευ αποδοχών. Τα τελευταία έτη, λόγω της έντονης οικονομικής κρίσης και των αυξημένων αναγκών σε προσωπικό, καταργήθηκε η μηχανογραφική άδεια και οι εκπαιδευτικές άδειες για μεταπτυχιακές και διδακτορικές σπουδές (ν.3528/2007; ν.4210/2013).

2.2.4 Τοποθέτηση και ένταξη

Μετά την επιλογή του κατάλληλου προσωπικού, στόχος της διοίκησης είναι η ομαλή εισαγωγή και προσαρμογή του στον οργανισμό. Η τοποθέτηση και ένταξη του νέου προσωπικού είναι μία διαδικασία που αφορά όλους του εργαζομένους ενός οργανισμού δημόσιου ή ιδιωτικού. Η διαδικασία αυτή θεωρείται ως μία σημαντική παράμετρος στην αποτελεσματική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και διασφαλίζει την αρμονική ένταξη των εργαζομένων και τη μέγιστη αξιοποίηση των ικανοτήτων και δυνατοτήτων τους.

Οι κυριότεροι στόχοι της συγκεκριμένης διαδικασίας είναι η κοινωνικοποίηση και η αποδοτικότητα του νεοεισερχόμενου υπαλλήλου, καθώς και η υιοθέτηση της οργανωσιακής κουλτούρας από αυτόν (Bush & Middlewood, 2005; Drucker, 2003; Hendry, 2012; Robbins et al, 2011; Swayne, Duncan & Ginter, 2012). Λέγοντας «κοινωνικοποίηση» εννοούμε τη δυνατότητα του εργαζομένου να εισαχθεί ως μέλος της ομάδας εργασίας και του οργανισμού κατ' επέκταση. Με τον όρο «αποδοτικότητα» δεν εννοούμε ότι ο νέος εργαζόμενος θα είναι σε θέση να είναι αποδοτικός από την πρώτη μέρα εργασίας του. Όμως, η κατάλληλη διαδικασία ένταξης θα δώσει τη δυνατότητα στον εργαζόμενο να προσαρμοστεί και να κατανοήσει πλήρως τη νέα του εργασία και να αποδώσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Τέλος, με τον όρο «οργανωσιακή κουλτούρα» εννοούμε την κατανόηση και υιοθέτηση των αρχών και του τρόπου λειτουργίας του οργανισμού από τον νέο εργαζόμενο (Hoffman et al, 2005; Robbins et al, 2011; Sorensen, 2002).

Τοποθέτηση και ένταξη προσωπικού στον δημόσιο τομέα της υγείας

Στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, η διαδικασία της τοποθέτησης και ένταξης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ακολουθεί τις διατάξεις του ν.3528/2007, όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα.

Περιληπτικά, ο νέο-διοριζόμενος υπάλληλος τοποθετείται με τη σύμφωνη γνώμη του προϊσταμένου του, στη θέση για την κατάληψη της οποίας συμμετείχε στη διαδικασία πρόσληψης και οφείλει να εκτελεί τα καθήκοντα του κλάδου ή της ειδικότητάς του και μόνο σε περιπτώσεις επιτακτικής υπηρεσιακής ανάγκης επιτρέπεται να του ανατίθενται καθήκοντα άλλου κλάδου ή ειδικότητας. Οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν δικαίωμα κινητικότητας, δηλαδή μπορούν να ζητήσουν μετακίνηση, μετάθεση, απόσπαση ή μετάταξη σε άλλη θέση ή σε άλλο νοσοκομείο μόνο εφόσον

μονιμοποιηθούν και το εγκρίνει η υπηρεσία τους (Ραμματά, 2011; Λανάρα 2003; Πολύζος, 2014; Saiti, 2012).

2.2.5 Εκπαίδευση

Είναι γενικά παραδεκτό ότι, η εκπαίδευση και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν σημαντικά διοικητικά εργαλεία στην προσπάθεια των οργανισμών να ανταποκριθούν στο έντονα ανταγωνιστικό, ταραχώδες και ευμετάβλητο περιβάλλον.

Ιδιαίτερα στη σημερινή εποχή, που επικρατεί η έννοια της παγκοσμιοποίησης, της διαπολιτισμικότητας και των ραγδαίων τεχνολογικών εξελίξεων, η διοίκηση ενός οργανισμού οφείλει να εστιάζει στην προετοιμασία των εργαζομένων της για συνεργασία με ανθρώπους άλλης κουλτούρας και διαφορετικού τρόπου σκέψης, να τους παρέχει πιο ανταγωνιστικές επαγγελματικές δεξιότητες και να τους καταρτίζει στις πιο σύγχρονες εφαρμογές της τεχνολογίας (Cheng, 2004).

Με τον όρο «εκπαίδευση» εννοούμε τη «διαδικασία μάθησης που αποσκοπεί στη βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων. Πρόκειται για μία προγραμματισμένη διαδικασία, η οποία στοχεύει στην απόκτηση και βελτίωση γνώσεων, στην ανάπτυξη ικανοτήτων και επαγγελματικών δεξιοτήτων και στην τροποποίηση της στάσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων» (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003:266).

Οι όροι «Επιμόρφωση» και «Ανάπτυξη» προσωπικού συγχέονται πολλές φορές με την έννοια της εκπαίδευσης, όμως και οι δύο αυτές έννοιες προϋποθέτουν την ύπαρξη μορφωτικού επιπέδου και δυνατοτήτων επαγγελματικής εξέλιξης και αναφέρονται συνήθως σε προσωπικό μεσαίων και ανώτερων βαθμίδων. Μπορεί η εκπαίδευση να περιλαμβάνεται στην έννοια της ανάπτυξης, όμως επικεντρώνεται κυρίως στην απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων των εργαζομένων, προκειμένου να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους.

Με τον όρο «Κατάρτιση», αναφερόμαστε στον τεχνικό ή εισαγωγικό χαρακτήρα της εκπαίδευσης και αφορά συνήθως το νέο προσωπικό ή το προσωπικό βάσης. Με τον όρο *Παιδεία ενηλίκων*, εστιάζουμε στην άνοδο του μορφωτικού επιπέδου των ενηλίκων. Τέλος, με τον όρο «Δια βίου εκπαίδευση» επισημαίνεται η ανάγκη εκπαίδευσης των ατόμων ανά τακτά χρονικά διαστήματα, καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ώστε να μπορούν να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις της εργασίας τους και της ζωής τους γενικότερα.

Η πρόσληψη του κατάλληλου προσωπικού δεν σημαίνει ότι θα μπορεί πάντα να ικανοποιεί τις απαιτήσεις της θέσης του. Η εκπαίδευση του προσωπικού ενός οργανισμού αποτελεί σημαντική διεργασία τόσο για τον οργανισμό, όσο και για τον εργαζόμενο. Το πλεονέκτημα για τον οργανισμό είναι ότι η απόκτηση έμπειρου και κατάλληλα καταρτισμένου προσωπικού, του δίνει την δυνατότητα να υλοποιήσει τους στόχους του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ταυτόχρονα, όσον αφορά τους εργαζόμενους, η απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων για τη θέση εργασίας τους, τους προσφέρει αίσθημα ασφάλειας και προσωπικής ικανοποίησης (Ankli & Palliam, 2012; Carignani, 2000; Dilintas, 2010; Fritzen, 2007; Kontodimopoulos, Nanos & Niakas, 2006; Landon, Reschovsky & Blumenthal, 2003; Saiti & Mylona, 2015a; Xenos, et.al., 2014).

Σύμφωνα με τον Kendall (1991), ο συνδυασμός εργασίας και εκπαίδευσης αγγίζει κάτι πολύ βασικό για το ανθρώπινο πνεύμα και τη σχέση του με τα άλλα ανθρώπινα όντα, καθώς και με την κουλτούρα του περιβάλλοντός του. Ο συνδυασμός αυτός ενσωματώνει την καρδιά με το μυαλό του ανθρώπινου είδους, ενισχύοντας τη μοναδική ικανότητα του ατόμου τόσο για δράση, όσο και για προβληματισμό (Baroukh & Kleiner, 2002).

Τα οφέλη που προκύπτουν από την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού είναι η αύξηση της παραγωγικότητας σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, η ανύψωση του ηθικού των εργαζομένων, η περιορισμένη ανάγκη επίβλεψης, η αύξηση της ασφάλειας και η μείωση των ατυχημάτων, η ενίσχυση της οργανωσιακής σταθερότητας και ευελιξίας, η υψηλή ελκυστικότητα των οργανισμών, η αύξηση της αφοσίωσης και υποκίνησης των εργαζομένων και η ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας που χαρακτηρίζεται από συνεχή μάθηση και βελτίωση της απόδοσης (Soontornchai et al, 2009).

Η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού δεν αποτελεί κάτι καινούριο στην επιστημονική βιβλιογραφία. Σύμφωνα με ένα άρθρο του American Journal of Medicine το 1979, όπου αναφέρεται στις τότε «μοντέρνες» μεθόδους εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού εκτός νοσοκομείου, η υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης ομάδων εργαζομένων, τόσο ιατρών, αλλά και νοσηλευτών κρίνεται απαραίτητη με στόχο τον εκσυγχρονισμό της παροχής υπηρεσιών υγείας και της καλύτερης δυνατής φροντίδας στον ασθενή (Stoeckle et al, 1979).

Τα στάδια που θα πρέπει να ακολουθεί η εκπαιδευτική διαδικασία σε έναν οργανισμό προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι είναι οι εξής: α) ο

εντοπισμός εκπαιδευτικών αναγκών, β) ο σχεδιασμός προγραμμάτων δράσης, γ) η επιλογή μεθόδων εκπαίδευσης και δ) η υλοποίηση και αξιολόγησή τους.

Πρώτο βήμα της διαδικασίας εκπαίδευσης σε έναν οργανισμό, αποτελεί ο *εντοπισμός των εκπαιδευτικών αναγκών*. Στο στάδιο αυτό προσδιορίζονται οι ειδικές ικανότητες που απαιτούνται για την απόδοση μιας συγκεκριμένης θέσης εργασίας. Συγκεκριμένα, γίνεται μία εκτίμηση των προσδοκώμενων δεξιοτήτων των εκπαιδευόμενων (trainees) και καθορίζονται οι στόχοι βασισμένοι σε οποιεσδήποτε ελλείψεις. Λόγω του ότι μόνο τα εκπαιδευτικά ιδρύματα έχουν την εκπαίδευση ως αυτοσκοπό, οι υπόλοιποι οργανισμοί θα πρέπει να αιτιολογήσουν πως μπορεί μία εκπαιδευτική δραστηριότητα να βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων τους .

Ο *σχεδιασμός προγραμμάτων δράσης* αποτελεί το δεύτερο βήμα της διαδικασίας εκπαίδευσης. Έτσι λοιπόν, αφού επιτευχθεί ο εντοπισμός εκπαιδευτικών αναγκών από τη διοίκηση, ακολουθεί ο σχεδιασμός του εκπαιδευτικού προγράμματος, ο οποίος περιλαμβάνει τον καθορισμό του περιεχομένου και των στόχων της εκπαίδευσης, την επιλογή των εκπαιδευόμενων και των εκπαιδευτικών, την επιλογή μεθόδου εκπαίδευσης, καθώς και του χώρου και του χρόνου που θα πραγματοποιηθεί η εκπαίδευση.

Οι προδιαγραφές του προγράμματος εκπαίδευσης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη α) τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευομένων, δηλαδή τα προσωπικά τους στοιχεία, το μορφωτικό τους επίπεδο, τον χρόνο που θα παραμείνουν στην επιχείρηση και τις μαθησιακές τους προτιμήσεις, καθώς και β) τις ιδανικές συνθήκες μάθησης, τη χρήση εμπειρίας (πχ. με αμφίδρομη επικοινωνία, ομαδικές συζητήσεις, παιχνίδια υπόδησης ρόλων κα) και τη σύνδεση εκπαίδευσης-εργασίας).

Τρίτο βήμα της διαδικασίας εκπαίδευσης αποτελεί η *επιλογή μεθόδων εκπαίδευσης*. Η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να επιτευχθεί είτε α) στον χώρο εργασίας του, είτε β) εκτός χώρου εργασίας, είτε γ) εξ' αποστάσεως. Η επιλογή τους θα εξαρτηθεί από τις ανάγκες και τις δυνατότητες του νοσοκομείου, καθώς και από τις πιθανές επιθυμίες του προσωπικού της. Αν και το μεγαλύτερο μέρος της εκπαίδευσης προσωπικού πραγματοποιείται από το τμήμα προσωπικού, η υλοποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων αποτελεί και ευθύνη της κάθε υπηρεσίας του νοσοκομείου (ιατρική, νοσηλευτική) χωριστά. Η εκπαίδευση του προσωπικού ανάλογα με την αναγκαιότητά της, μπορεί να θεωρηθεί είτε προαιρετική είτε απαραίτητη.

Αρχικά, η εκπαίδευση στον χώρο εργασίας έχει το πλεονέκτημα ότι γίνεται εντός νοσοκομείου, τις ώρες εργασίας και στις συνθήκες εργασίας και βοηθά στην ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων. Κύριοι μέθοδοι στον χώρο εργασίας είναι η επίδειξη, η εκπαίδευση μέσω καθοδήγησης, η εκπαίδευση μέσω μέντορα, τα προγράμματα ελεγχόμενης μαθητείας, η εκπαίδευση με εργασιακή ενημέρωση, η πρακτική άσκηση, η συμμετοχή σε επιτροπές, η εναλλαγή θέσεων εργασίας, ο εμπλουτισμός θέσεως εργασίας, η εκπαίδευση μέσω προσομοίωσης και οι γραπτές εργασίες με συμμετοχή σε έργα (projects) (Hendry, 2012; Hill, Jones & Schilling, 2014; Perrotta et al, 2009; Soontornchai & Tipkamon, 2009).

Η διαδικασία προσομοίωσης αποτελεί επανάσταση στη σύγχρονη ιατρική, αλλά και στη νοσηλευτική. Αποτελεί στρατηγική μέθοδο διδασκαλίας, δίνοντας τη δυνατότητα στον εκπαιδευόμενο να αναπτυχθεί σε διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης δημιουργώντας ρεαλιστικά σενάρια, σε ασφαλές περιβάλλον. Οι διαδικασίες προσομοίωσης προσδίδουν ικανότητες, κριτική σκέψη, κλινική εμπειρία και ψυχολογική προετοιμασία (Perrotta et al, 2009; Prentice, Taplay, Horsley et al, 2011).

Στις μεθόδους εκπαίδευσης εκτός χώρου εργασίας, ανήκουν οι ειδικές διαλέξεις, τα σεμινάρια, τα συνέδρια/ ημερίδες, η ανάθεση εκπαίδευσης σε ιδιωτικούς ή δημόσιους φορείς, οι μελέτες περίπτωσης, τα επιχειρηματικά παίγνια, η υπόδυση ρόλων, οι προσομοιώσεις και η διαμόρφωση συμπεριφοράς. Επίσης, ανήκουν προγράμματα προπτυχιακών, μεταπτυχιακών και διδακτορικών σπουδών των πανεπιστημίων, καθώς και προγράμματα εκπαίδευσης ιδιωτικών σχολών.

Στην εξ' αποστάσεως εκπαίδευση ανήκουν οι μέθοδοι προγραμματισμένης διδασκαλίας μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών και το e-learning (Soontornchai & Tipkamon, 2009). Η χρήση του υπολογιστή ως εκπαιδευτικού εργαλείου τα τελευταία χρόνια λαμβάνει εκπληκτικές διαστάσεις.

Ειδικότερα, η εκπαίδευση που διαμορφώθηκε με τις νέες τεχνολογίες θα μπορούσε να κατηγοριοποιηθεί στις παρακάτω κατηγορίες: α) *Εκπαίδευση βασισμένη σε υπολογιστές* (computer based training). Πρόκειται για σειρές μαθημάτων που διατίθενται σε ηλεκτρονική μορφή, β) *Εκπαίδευση βασισμένη στον παγκόσμιο ιστό ή το διαδίκτυο*. Πρόκειται για μία επέκταση της εκδοχής της εκπαίδευσης που βασίζεται σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές, γ) *Εκπαίδευση μέσω επιστημονικών διαδικτυακών βάσεων* ή external knowledge networking προκειμένου ο εργαζόμενος να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί σε θέματα της επιστήμης του (Anand et al, 2008;

Παντάνο-Ρόκου, 2005; Jen-Her Wu et al, 2009; Sullivan & Decker, 2009; Soontornchai et al, 2009; Χαλαζωνίτης, Κουμαριανός & Αποστολάκης, 2008).

Μετά τον σχεδιασμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων ακολουθεί η υλοποίησή τους, καθώς και η αξιολόγησή τους. Κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας θα πρέπει να δίνεται προσοχή στην τήρηση του χρονοδιαγράμματος, στην ακρίβεια στην προέλευση των εκπαιδευτών και εκπαιδευομένων, τη σωστή διανομή του εκπαιδευτικού υλικού και την καλή λειτουργία των χώρων διεξαγωγής της εκπαίδευσης .

Πολύ σημαντικό επίσης αποτελεί και η μεταδοτικότητα του εκπαιδευτή, η αμφίδρομη επικοινωνία και η συμμετοχή των εκπαιδευομένων. Την καθημερινή επίβλεψη των προγραμμάτων εκπαίδευσης συνήθως αναλαμβάνει ο υπεύθυνος εκπαίδευσης και εάν δεν υπάρχει, τότε αναλαμβάνει ο προϊστάμενος προσωπικού.

Η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία

Στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, η διαδικασία της εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού τους, διέπεται από τους νόμους τους κράτους και συγκεκριμένα από τον «δημόσιο-υπαλληλικό κώδικα» (ν.3528/2007). Την οργάνωση και την εποπτεία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στις νοσοκομειακές μονάδες αναλαμβάνει ο αντίστοιχος υπεύθυνος εκπαίδευσης (ανάλογα με το αντικείμενο), ή ο προϊστάμενος του τμήματος προσωπικού.

Αρχικά, κάθε νέος υπάλληλος περνάει υποχρεωτικά από πρόγραμμα εισαγωγικής εκπαίδευσης, το οποίο υλοποιείται από το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης - Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Η παρακολούθηση του συγκεκριμένου προγράμματος είναι προαπαιτούμενη για τη μονιμοποίηση του δημόσιου υπαλλήλου (ν.3528/2007). Σύμφωνα με τη Ραμματά (2011:136) «η εισαγωγική εκπαίδευση αποτελεί τον θεμέλιο λίθο για την ομαλή και έγκαιρη ένταξη των δόκιμων υπαλλήλων στο εργασιακό περιβάλλον της δημόσιας διοίκησης».

Εκτός όμως της εισαγωγικής εκπαίδευσης, κάθε υπάλληλος έχει δικαίωμα να παρακολουθεί εκπαιδευτικά προγράμματα (επιμόρφωση, μετεκπαίδευση και προγράμματα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης), που θα του δώσουν τη δυνατότητα να εξελιχθεί στο χώρο εργασίας του. Η παρακολούθηση των προγραμμάτων αυτών είναι προαιρετική και έγκειται στη θέληση του εργαζομένου, αλλά και στις δυνατότητες της υπηρεσίας για να του παρασχεθεί η αντίστοιχη άδεια. Σε ορισμένες μόνο

εξαιρέσεις η παρακολούθηση είναι υποχρεωτική (πχ. εκμάθηση συγκεκριμένου προγράμματος ή μηχανήματος ή τεχνικής).

Τα επιμορφωτικά προγράμματα που απευθύνονται σε δημόσιους υπαλλήλους, διενεργούνται στην χώρα μας κυρίως από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α). Η υπηρεσία είναι υποχρεωμένη να μεριμνά για την επιμόρφωση των υπαλλήλων της σε όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους ανεξάρτητα από την κατηγορία, κλάδο, την ειδικότητα και το βαθμό τους. Το είδος της επιμόρφωσης ποικίλλει και μπορεί είτε να είναι γενική, είτε να έχει τη μορφή εξειδίκευσης σε αντικείμενα της υπηρεσίας του υπαλλήλου (Ραμματά, 2011).

Η μετεκπαίδευση έχει ως σκοπό την απόκτηση από τον υπάλληλο των ειδικών γνώσεων που είναι απαραίτητες για την άσκηση των καθηκόντων του. Γίνεται σε φορείς δημόσιους ή ιδιωτικούς, στην Ελλάδα, ή στο εξωτερικό, ιδίως σε Πανεπιστήμια, ΤΕΙ και στο Ε.Κ.Δ.Δ.Α. Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση γίνεται με τη συμμετοχή του υπαλλήλου σε προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακών σπουδών που εκτελούνται σε αναγνωρισμένα Πανεπιστήμια του εσωτερικού ή εξωτερικού, είτε αυτοτελώς είτε σε σύμπραξη με ΤΕΙ. Ως προγράμματα ή κύκλοι μεταπτυχιακών σπουδών νοούνται όσα καθορίζονται από τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις για την ανώτατη εκπαίδευση (ν.3528/2007, άρθρο 47).

Ανακεφαλαιώνοντας, οι οργανισμοί και κυρίως τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα που μας απασχολούν στην παρούσα μελέτη, καλούνται να δραστηριοποιηθούν σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο πολιτικο-κοινωνικό-τεχνολογικό-οικονομικό περιβάλλον και η απόδοσή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάλληλη και ορθολογική στελέχωσή τους σε υγειονομικό προσωπικό.

Για να ανταποκριθεί τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό στις απαιτήσεις και τους στόχους της νοσηλευτικής μονάδας, θα πρέπει να έχει προηγηθεί ο κατάλληλος σχεδιασμός ανθρώπινου δυναμικού, το υγειονομικό προσωπικό που προσλαμβάνεται να έχει τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την κάλυψη των θέσεων εργασίας, η διοίκηση θα πρέπει να φροντίζει για τις εκπαιδευτικές ανάγκες του προσωπικού της και να προβαίνει σε αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού της.

Εξασφαλίζοντας τις παραπάνω προϋποθέσεις, η διοίκηση ενός νοσοκομείου θα είναι σε θέση να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για την αποτελεσματική λειτουργία του και σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού του.

3. Εργασιακές συνθήκες στον χώρο της υγείας

Πρόκληση για τις διοικήσεις των νοσοκομείων αποτελεί η απόκτηση και διατήρηση επαρκούς αριθμού υγειονομικού προσωπικού, με τις απαραίτητες ειδικότητες και ικανότητες και τη σωστή αναλογία βάση αναγκών και ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Προκειμένου να επιτευχθούν τα παραπάνω, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η εξασφάλιση καλού εργασιακού περιβάλλοντος, κινήτρων και ασφάλειας στον χώρο εργασίας και επαγγελματικής ικανοποίησης (Ankli & Palliam, 2012; Διλιντάς, 2010; Fritzen, 2007; Landon, Reschovsky & Blumenthal, 2003; Σκρουμπέλος κά, 2012; Swayne, Duncan & Ginter, 2012; Xenos, et.al., 2014).

Πράγματι, τα υποστηρικτικά περιβάλλοντα εργασίας επηρεάζουν σημαντικά τόσο την ποιότητα των συνθηκών εργασίας του υγειονομικού προσωπικού, όσο και την πορεία έκβασης των ασθενών (Aiken et al, 2008; Frieze et al, 2008; Grol et al, 1985; Gunnarsdottir et al, 2009). Απαραίτητη προϋπόθεση για δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος εργασίας, αποτελεί η υποστήριξή του από την ηγεσία του οργανισμού, αλλά και από τους προϊστάμενους των διαφόρων τμημάτων και ειδικοτήτων. Αρκετοί ερευνητές καλούν τις ηγεσίες να δημιουργήσουν ποιοτικά περιβάλλοντα εργασίας, να εφαρμόσουν νέα μοντέλα φροντίδας υγείας και να φέρουν την υγεία και την ευημερία στο εξαντλημένο και αγχωμένο υγειονομικό προσωπικό (Buchan, 1999; Fritzen, 2007; Gummings et al, 2009)

Σύμφωνα με τον Διλιντά (2010), η κουλτούρα και οι συνθήκες εργασίας (εργασιακές συνθήκες, καθηκοντολόγιο και ωράριο εργασίας) που επικρατούν σε έναν οργανισμό, είναι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στις νοσηλευτικές μονάδες. Το σύνδρομο αυτό είναι αποτέλεσμα έντονου εργασιακού stress και εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα και σε τομείς με υψηλές απαιτήσεις (Παππά κά, 2008; Shanafelt et al, 2002).

3.1 Παροχή κινήτρων και παρακίνηση εργαζομένων

Το μεγαλύτερο ίσως κεφάλαιο των υπηρεσιών υγείας είναι το ίδιο το ανθρώπινο δυναμικό. Η εφαρμογή αποτελεσματικών πακέτων κινήτρων «αντιπροσωπεύει μία επένδυση, μέσω της οποίας το εν λόγω απαραίτητο στοιχείο μπορεί να προστατευθεί και να αναπτυχθεί» (Ξένος κá, 2014:173).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, για να είναι το προσωπικό ικανοποιημένο και αποδοτικό, θα πρέπει η διοίκηση να στηρίζει και να παρέχει κίνητρα στο ανθρώπινο δυναμικό της. Δύο είναι οι κύριες μέθοδοι που μπορεί να χρησιμοποιήσει η διοίκηση για τον σκοπό αυτό. Η πρώτη μέθοδος αναφέρεται σε ένα δίκαιο σύστημα ανταμοιβών, σύμφωνα με το οποίο το προσωπικό πληρώνεται μερικώς ή ολικώς με βάση τα αποτελέσματα της εργασίας του, και η δεύτερη μέθοδος αναφέρεται στην επικοινωνία, τη διαπραγμάτευση, τις συμβάσεις και την ανταλλαγή οργανωσιακών αξιών (Carignani, 2000).

Η παροχή κινήτρων (υλικών και άυλων) στους εργαζομένους, αποσκοπεί στη βελτίωση του αισθήματος ικανοποίησης τους από την εργασία τους και στην αύξηση της αποδοτικότητάς τους. Ο όρος «κίνητρα» χρησιμοποιείται εκτενώς, αν και λίγα διοικητικά στελέχη γνωρίζουν πως λειτουργεί. Πρόκειται για πολύ απλή διαδικασία, που εστιάζει στη συμπεριφορά προς τους εργαζομένους και στην κατανόηση του ότι αν η οργάνωση σέβεται και εκτιμά τους εργαζομένους της, οι εργαζόμενοι θα τη σεβαστούν και θα την εκτιμήσουν.

Στόχος της παροχής κινήτρων από τις διοικήσεις, είναι να δημιουργήσουν ευχάριστο κλίμα εργασίας για τους εργαζομένους και να έχουν την ικανότητα να μαθαίνουν και να αντιλαμβάνονται καταστάσεις, και να είναι υπεύθυνοι και δημιουργικοί στην εργασία τους. Η πρώτη εικόνα που εισπράττουν οι διοικήσεις, είναι η αλλαγή συμπεριφοράς των εργαζομένων. Χαρακτηριστικά, οι Deci και Ryan (2002) ανέπτυξαν τη θεωρία του αυτό-προσδιορισμού (SDT), που εστιάζει στην ανάπτυξη της προσωπικότητας ως μία θεωρία αυτό-υποκινούμενης αλλαγής συμπεριφοράς μέσω κινήτρων. Η θεωρία αυτή εξηγεί πως η παροχή κινήτρων οδηγεί στην ηθική ικανοποίηση και στην αυτοβελτίωση στον χώρο εργασίας (Ankli et al, 2012).

Σχετικά με την παρακίνηση των εργαζομένων στο δημόσιο νοσηλευτικό τομέα, έχουν διατυπωθεί μία σειρά από θεωρίες και μεθόδους, που σαν στόχο έχουν την αποτελεσματικότητα, την παραγωγικότητα και την ικανοποίησή τους. Με βάση τη βιβλιογραφία (Armstrong, 2013; Janus, 2010; Miner, 2005; Robbins et al, 2012;

Smith, Farmer & Yellowley, 2013) παρατηρούμε ότι υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για την παρακίνηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Ο Μάρκοβιτς (2002:130) αναφέρει ότι παρακίνηση είναι ««μια διαδικασία λήψης αποφάσεων μέσω της οποίας το άτομο αποφασίζει τα επιθυμητά αποτελέσματα και θέτει σε δράση εκείνες τις συμπεριφορές που θα το οδηγήσουν στην επίτευξη των προκαθορισμένων επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων». Τέλος, οι Robbins & Judge (2012:188) ορίζουν την παρακίνηση ως «τις διεργασίες που ευθύνονται για την ένταση, την κατεύθυνση και την επιμονή των προσπαθειών ενός ατόμου για την κατάκτηση ενός στόχου.

Για την παρακίνηση των εργαζομένων έχουν διατυπωθεί μια σειρά από θεωρίες και μεθόδους, που στοχεύουν στην αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα στην εργασία και στην ικανοποίηση των εργαζομένων. Η πιο γνωστή θεωρία παρακίνησης είναι η ιεράρχηση αναγκών του Maslow και ακολουθούν η Θεωρία Χ και Ψ, των δύο παραγόντων, των αναγκών του McClelland, καθώς και οι σύγχρονες θεωρίες παρακίνησης, όπως η θεωρία της αυτοδιάθεσης, της στοχοθέτησης, της αυτό-αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της προσδοκίας (Ankli et al, 2012; Armstrong, 2013; Grant et al, 2007; Janus, 2010; Ortega, 2001; Smith, Farmer & Yellowley, 2013).

3.2 Επαγγελματική ικανοποίηση

Η εργασιακή ικανοποίηση στην υγειονομική περίθαλψη έχει αντίκτυπο στην ποιότητα, στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα της εργασίας (Bodus, 2002; Landon et al, 2003; Rose, 2003; Weiss, 2002; Wright & Davis, 2001). Επίσης, έχει συνδεθεί και με μεταβλητές όπως είναι η ψυχολογική και σωματική ευημερία, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, την κινητικότητα στον χώρο εργασίας και την τάση για αποχώρηση, την ικανοποίηση των ασθενών, τις σχέσεις με την οικογένεια και την ικανοποίηση του εργαζομένου με τον τρόπο ζωής του (Διλιντάς, 2010; Μακρής κά, 2011; Παππά κά, 2008; Rose, 2003; Weiss, 2002).

Η ικανοποίηση από το επάγγελμα είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες (Coomber et al, 2007; Hellman, 1997). Μερικοί εκ των οποίων είναι η ικανότητα για εργασία, η ικανοποίηση στον χώρο εργασίας, η κουλτούρα του οργανισμού, καθώς και η επαγγελματική εξουθένωση δρουν άμεσα στην απόφαση του υγειονομικού προσωπικού, προκειμένου να αλλάξουν επαγγελματική πορεία (Camerino et al, 2008; Jourdain et al, 2010; Wright

& Davis, 2001). Σύμφωνα με τον Hellman (1997) η αύξηση της δυσαρέσκειας από το επάγγελμα, έχει ως συνέπεια την κατεύθυνση των εργαζομένων προς άλλα επαγγέλματα.

Αντίθετα, υπάρχουν παράγοντες που ευνοούν την ικανοποίηση του προσωπικού από το επάγγελμά του και τον χώρο εργασίας του, μερικοί εκ των οποίων είναι: η ανταπόκριση του επαγγέλματος στην κοινωνία, οι απαιτήσεις της κοινωνίας, η κουλτούρα και οι προσδοκίες του οργανισμού, οι εναλλακτικές πηγές εισοδήματος, η ασφάλεια στην εργασία, τον μισθό, τους στόχους της διοίκησης και φυσικά οι προσδοκίες και οι δυνατότητες για ανάπτυξη καριέρας (Fritzen, 2007; Harris et al, 2007; Janus, 2010).

4. Η λειτουργία του νοσοκομείου υπό το πρίσμα της συστημικής θεώρησης

4.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου «σύστημα»

Η συστημική προσέγγιση αποτελεί μία μέθοδο μελέτης των φαινομένων και των οργανισμών. Τα θεμέλιά της στηρίζονται στις αρχές της θεωρίας των συστημάτων, τα οποία τέθηκαν αρχικά από τον βιολόγο Von Bertalanffy (1956) και στη συνέχεια από τους Boulding (1956), Wiener (1948,1950) και Ashby (1956), Shannon και Weaver (1949), Parson (1951) και Easton (1953) (Χυτήρης, 2006; Μακρυδημήτρης, 2004; Bertalanffy, 1956; Boulding, 1956).

Ο όρος σύστημα αποτελεί «γενική έννοια» και συναντάται σε όλες τις μορφές της ανθρώπινης ζωής. Το «σύστημα και οι ερμηνείες του δεν συγκροτούν απλά μία νέα θεωρία με αντίστοιχες ουσιαστικές ή εμπειρικές προτάσεις, όσο έναν νέο τρόπο σκέψης και αντίληψης της πραγματικότητας στις κοινωνικές επιστήμες» (Μακρυδημήτρης, 2004:251). Κάθε σύστημα είναι ταυτοχρόνως υποσύστημα ενός μεγαλύτερου συστήματος και υπερσύστημα άλλων μικρότερων συστημάτων. «Όσο πιο πολύπλοκος είναι ένας οργανισμός, τόσο περισσότερο κρίνεται αναγκαία η μελέτη της αλληλεπίδρασης των υποσυστημάτων του, καθώς και της επιρροής του περιβάλλοντός του».

Παρόλο που ο ορισμός της έννοιας «σύστημα» ποικίλει στη σχετική βιβλιογραφία (Bertalanffy, 1970; Chen et al,1993; Μπουραντάς, 2002; Rice, Waugh, 2001; Χυτήρης, 2006), ωστόσο, στη γενική θεωρία των συστημάτων ο όρος «σύστημα» εκλαμβάνεται ως «ο συνδυασμός αλληλεπιδρώντων και αλληλεξαρτώμενων μερών, τα οποία λειτουργούν ως ένα όλον, για να επιτευχθεί ένας συγκεκριμένος σκοπός/ στόχος» (Χυτήρης, 2006:60), «ένα σύνολο στοιχείων ή μερών τα οποία, συνδεόμενα μεταξύ τους μέσω σχέσεων αλληλεπίδρασης, αποτελούν μία ολότητα» (Μπουραντάς, 2002:32) και «ένα σύνολο αλληλεπιδρώντων μερών, το σύνολο των οποίων παρουσιάζει συγκεκριμένη συμπεριφορά» (Chen et al,1993:447).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι: α) ως σύστημα μπορεί να θεωρηθεί οποιαδήποτε ολότητα, η οποία γίνεται αντιληπτή από τον άνθρωπο (πχ. σύμπαν, πανεπιστήμιο, νοσοκομείο κ.λπ.), β) το κάθε σύστημα αποτελείται από έναν αριθμό στοιχείων ή υποσυστημάτων, τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, γ) το κάθε σύστημα βρίσκεται σε ένα ευρύτερο περιβάλλον που αποτελείται από άλλα συστήματα, δ) κάθε σύστημα αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του (ανταλλαγή υλικών και άυλων πόρων, είτε ως εκροές είτε ως εισροές), ε) το

σύστημα και τα υποσυστήματά του, έχουν κατευθυνόμενη συμπεριφορά προς ένα καθορισμένο στόχο (Λαδόπουλος, 1995; Miller et al, 2001; Σαΐτη & Σαΐτης, 2012).

Προκειμένου να γίνει αντιληπτή η έννοια του συστήματος, ακολουθεί αναφορά των βασικών μερών που συνθέτουν ένα σύστημα, (Μπουραντάς, 2002; Σαΐτη & Σαΐτης, 2012; Χυτήρης, 2006) και τα οποία είναι:

Οι Εισροές: η ύπαρξη και η λειτουργία κάθε συστήματος απαιτεί την ύπαρξη εισροών από το εξωτερικό του περιβάλλον. Οι εισροές αυτές μπορεί να είναι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι, πληροφορίες κ.λπ.

Τα Όρια: το κάθε σύστημα οριοθετείται έναντι του περιβάλλοντός του. Επειδή η έννοια των ορίων είναι σχετική, καθώς κάθε σύστημα αποτελεί υποσύστημα ενός ευρύτερου συστήματος, ο ορισμός τους καθορίζεται από τον μελετητή σύμφωνα με τον στόχο του.

Οι Διαδικασίες επεξεργασίας/ μετασχηματισμού: τα υποσυστήματα του κάθε συστήματος αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, επεξεργάζονται τις εισροές που λαμβάνουν από το εξωτερικό περιβάλλον και τις μετατρέπουν σε προϊόντα ή υπηρεσίες.

Οι Εκροές: πρόκειται για τα αποτελέσματα της λειτουργίας του κάθε συστήματος, δηλαδή το αποτέλεσμα της επεξεργασίας/ μετασχηματισμού των εισροών, το οποίο το σύστημα παραδίδει στο περιβάλλον. Οι εκροές κάθε συστήματος συνήθως αποτελούν εισροές για άλλα συστήματα του περιβάλλοντος. Επομένως οι εκροές είναι «η διοχέτευση δηλαδή του τελικού προϊόντος στο κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο και επηρεάζει» (Σαΐτη και Σαΐτης, 2012:202).

Οι Εκροές: πρόκειται για τα αποτελέσματα της λειτουργίας του κάθε συστήματος, δηλαδή το αποτέλεσμα της επεξεργασίας/ μετασχηματισμού των εισροών, το οποίο το σύστημα παραδίδει στο περιβάλλον. Οι εκροές κάθε συστήματος συνήθως αποτελούν εισροές για άλλα συστήματα του περιβάλλοντος. Επομένως οι εκροές είναι «η διοχέτευση δηλαδή του τελικού προϊόντος στο κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο και επηρεάζει» (Σαΐτη και Σαΐτης, 2012:202).

Μηχανισμός επαναπληροφόρησης/ ελέγχου (feedback): Η επαναπληροφόρηση μπορεί να ορισθεί ως η κυκλική διαδικασία/μηχανισμός του συστήματος που μεταφέρει πληροφορίες και μηνύματα σχετικά με τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος ως προς τις εκροές του. Δηλαδή, «είναι ο μηχανισμός που μεσολαβεί μεταξύ στόχων και συμπεριφοράς του συστήματος» (Chen et al, 1993:448).

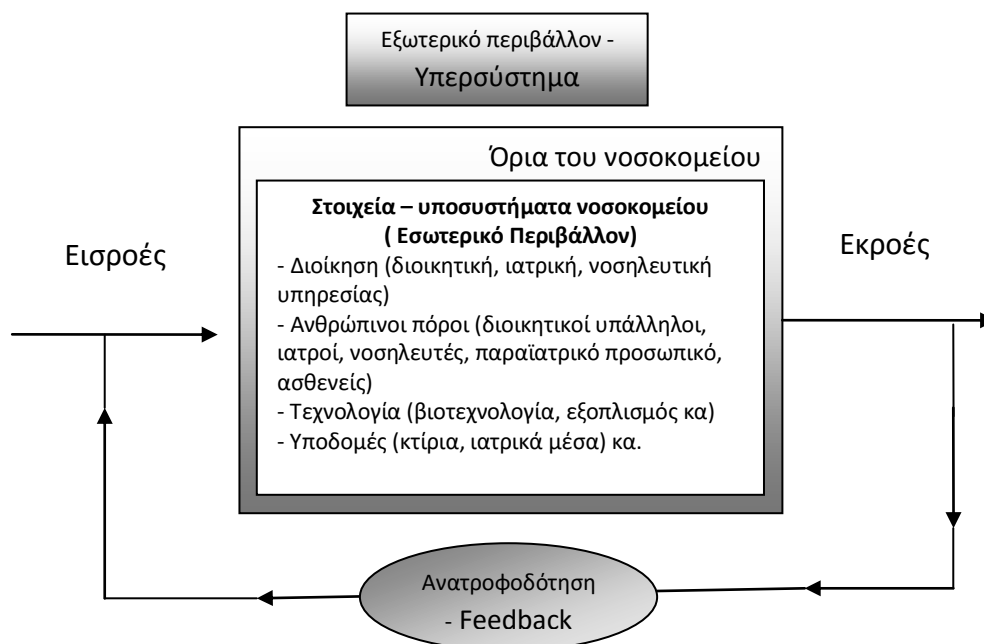
Επιπλέον, τα συστήματα ανάλογα με το αν αλληλεπιδρούν με το εξωτερικό τους περιβάλλον διαχωρίζονται σε ανοικτά ή κλειστά συστήματα. Κάθε σύστημα που

αλληλεπιδρά με το περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως *ανοικτό* σύστημα, δηλαδή λαμβάνει εισροές από το εξωτερικό περιβάλλον του και τις μετατρέπει σε εκροές, τις οποίες διοχετεύει στο περιβάλλον, ενώ το σύστημα που δεν έχει καμία αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του θεωρείται *κλειστό* σύστημα και είναι αυτό που δημιουργεί από μόνο του εισροές, τις επεξεργάζεται και «καταναλώνει» το ίδιο τις εκροές του (Boulding; 1956; Μπουραντάς, 2002; Χυτήρης, 2006).

4.2 Το νοσοκομείο ως «ανοικτό» σύστημα

Όπως κάθε κοινωνική οργάνωση, έτσι και το νοσοκομείο, αποτελεί ένα σύστημα, δηλαδή θα μπορούσε να μελετηθεί μέσω της θεωρίας των συστημάτων. Η θεωρία των συστημάτων δίνει έμφαση στη μελέτη των συστατικών στοιχείων ενός οργανισμού - νοσοκομείου, όπως είναι το ανθρώπινο δυναμικό, η τεχνολογία, οι πληροφορίες και οι σχέσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ τους, αλλά και με το εξωτερικό τους περιβάλλον. Το νοσοκομείο λόγω της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον του θεωρείται ανοικτό σύστημα, καθώς λαμβάνει εισροές από το εξωτερικό του περιβάλλον και τις μετατρέπει σε εκροές – υπηρεσίες υγείας (Πολύζος, 2014: 164).

Γράφημα 3.6 : Το νοσοκομείο ως ανοικτό σύστημα



Με βάση το σχήμα 3.6 παρατηρούμε, ότι το νοσοκομείο ως «ανοικτό» σύστημα αποτελείται από υποσυστήματα (διευθύνσεις και τμήματά του, οι

ανθρώπινοι πόροι του, η διοίκησή του, η τεχνολογία του, οι υποδομές του κ.λπ), τα οποία αλληλοσυνδέονται και αλληλοεξαρτώνται μεταξύ τους, καθώς και με το περιβάλλον τους. Επιπλέον, οι εισροές (ανθρώπινοι πόροι, υλικοί πόροι, τεχνολογία, εξοπλισμός, υποδομές, πληροφορίες κα) που εισέρχονται στο νοσοκομειακό σύστημα από το περιβάλλον του, επεξεργάζονται μέσα από μία σειρά διαδικασιών και παράγουν τις εκροές του (υπηρεσίες υγείας), τις οποίες παρέχουν στο περιβάλλον – κοινωνία. Ο μηχανισμός της ανατροφοδότησης παρέχει στο νοσοκομείο τη δυνατότητα ελέγχου των εκροών του, των στόχων του και προσαρμογής του ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντός του.

Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι οποιαδήποτε μεταβολή σε κάποιο υποσύστημα, επηρεάζει τη λειτουργία τόσο των υπόλοιπων υποσυστημάτων, όσο και του νοσοκομειακού συστήματος ως σύνολο. Οπότε σημαντικός ρόλος της διοίκησης στις νοσηλευτικές μονάδες είναι η εξεύρεση λύσεων εξισορρόπησης των υποσυστημάτων τους (Chen et al, 1993; Kast et al, 1972; Μπουραντάς 2002).

Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η διοίκηση υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομειακό σύστημα αντιμετωπίζει μία σειρά εμποδίων που λειτουργούν αφενός συνδυαστικά, αφετέρου ανασταλτικά στην εξεύρεση των παραπάνω λύσεων εξισορρόπησης και τα οποία είναι: α) η έλλειψη γνώσης ή η αδυναμία διαχείρισης της γνώσης για το (ιατρικό) αποτέλεσμα, β) η φύση του ιατρικού επαγγέλματος (γνώση, νομιμοποίηση, δύναμη επιβολής κλπ), γ) η οργανωτική εσωτερική πολυπλοκότητα και δ) οι εξωτερικές επιδράσεις (κυβέρνηση, ασφαλιστικά ταμεία, ασθενείς κ.ο.κ.) (Πολύζος, 2014:164-165).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η αποτελεσματική λειτουργία ενός νοσοκομειακού συστήματος εξαρτάται από τα υποσυστήματά του, καθώς και από την αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους. Καθώς το υγειονομικό προσωπικό αποτελεί υποσύστημα ενός νοσοκομειακού συστήματος, μπορούμε να στηρίξουμε ότι κάθε μεταβολή στη σύνθεσή και κατανομή του, μπορεί να επιφέρει αλλαγές τόσο στα υπόλοιπα υποσυστήματα, όσο και στην αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομείου γενικότερα.

5. Η συμβολή του υγειονομικού προσωπικού στην αποτελεσματική λειτουργία του δημόσιου νοσοκομείου.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το νοσοκομείο είναι ένας οργανισμός παροχής δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ο οποίος δραστηριοποιείται σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και επηρεάζεται άμεσα από αυτό. Αναφέραμε επίσης ότι, κύριος στόχος των δημόσιων νοσοκομείων είναι η προαγωγή φροντίδας υγείας, η επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου παροχής υγειονομικών υπηρεσιών σε πολίτες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, η εξασφάλιση της ισότητας των πολιτών στην πρόσβαση και η ικανοποίηση τόσο των πολιτών όσο και του υγειονομικού προσωπικού τους.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι, το νοσοκομείο αντιμετωπίζει ιδιαίτερες προκλήσεις που το διαφοροποιούν από άλλους οργανισμούς. Και αυτό γιατί απαρτίζεται από μείγμα εργαζομένων με διαφορετικά επαγγέλματα (υγειονομικό, διοικητικό, τεχνικό, βοηθητικό προσωπικό κα) και δραστηριοποιείται με γνώμονα το ευαίσθητο θέμα της υγείας. Ταυτόχρονα, η εσωτερική ποιότητα στα νοσοκομεία διαμορφώνεται σύμφωνα με την αντίληψη ότι «η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και αυτό από μόνο του αυξάνει τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του πολίτη, αλλά και του επαγγελματία υγείας που παρέχονται από το σύστημα» (Παντουβάκης, κ.ά, 2012:44).

Περαιτέρω, στην καθημερινή λειτουργία του νοσοκομείου παρουσιάζονται δύσκολες περιπτώσεις που σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης, τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών, τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, την ικανοποίηση των χρηστών του, τις οικονομικές συνθήκες, τις δημογραφικές και επιδημιολογικές μεταβάσεις, την προσαρμογή στις μεταρρυθμίσεις, τη μείωση των ανατροπών των υπαλλήλων, τη συμπλήρωση ηλεκτρονικών αρχείων υγείας και την καθιέρωση δικτύων πληροφοριών υγείας (Fottler, Khatri, Savage, 2010; Πολύζος 2014; Supic, Bjegovic, Marinkovic, Milicevic & Vasic 2010; Σουλιώτης, 2006).

Επιπλέον, το διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον του νοσοκομείου (τεχνολογικές – οικονομικές – κοινωνικές – πολιτικές αλλαγές) καθιστά το έργο του δύσκολο και η απόδοσή του επηρεάζεται άμεσα από αυτό. Άλλωστε στα συστήματα υγείας, «η μέτρηση της αποτελεσματικότητας στις νοσηλευτικές μονάδες είναι

συνήθως το πρώτο βήμα για την κατανόηση της οργανωτικής τους λειτουργίας» (Kontodimopoulos, Nanos & Niakas, 2006:49).

Από αυτά που προηγήθηκαν, γίνεται σαφές ότι η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του νοσοκομείου αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα, καθώς η «ευθύνη» για το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εξαρτώνται κυρίως από αυτό. Επομένως, η παρουσία ικανού και επαρκούς υγειονομικού προσωπικού (Bodganovic, et al, 2012; Buchan, 1994; Carignani, 2000; Dussault & Dubois, 2003; Eitzen-Strassel, et al, 2014; Khatri, et al, 2006; Κωσταγιόλας, Πλατής & Ζήμερας, 2006; Parry & Tyson, 2008; Σκρουμπέλος, Δάγλας, Σκουτέλης & Κυριόπουλος, 2012; Yi et al, 2009) στις νοσηλευτικές μονάδες αποτελεί ουσιαστική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία τους, την ανάπτυξη και επιβίωσή τους, καθώς και την επίτευξη των στόχων τους.

Παραπέρα, οι λειτουργικές ανάγκες των σύγχρονων μονάδων υγείας απαιτούν από κάθε υγειονομικό στέλεχος να παράγει υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας. Το ικανό και εξειδικευμένο προσωπικό ενός νοσοκομείου μπορεί να παρέχει έγκαιρα υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. Όμως, η υψηλή ποιότητα υγειονομικού προσωπικού δεν συνεπάγεται και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας και αυτό γιατί χρειάζεται και η διάθεσή τους για απόδοση έργου. Οπότε, καλείται η διοίκηση να διαμορφώσει συνθήκες εργασίας μέσα στις οποίες το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί να αξιοποιήσει τα προσόντα που διαθέτει.

Αναλυτικά, η διοίκηση καλείται να διαχειριστεί επαγγελματίες με πολύ υψηλή εκπαίδευση και εξειδίκευση, που έχουν εκτεθεί και κοινωνικοποιηθεί σε ένα πολύ δυνατό επαγγελματικό περιβάλλον και είναι συνηθισμένοι να λαμβάνουν περίπλοκες και βασιζόμενες στη γνώση, αποφάσεις. Ως εκ τούτου, η διοίκηση με κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας είναι κρίσιμη, καθώς η έκβαση των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαρτάται από τις αποφάσεις και τα κίνητρά τους.

Επιπλέον, η διατήρηση, η ανάπτυξη και η επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού των νοσοκομείων συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς οι καλά εκπαιδευμένοι ιατροί και νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να αποφύγουν τα λάθη και να αποδώσουν το βέλτιστο δυνατό (Angelini, 1995; Numata et al, 2006). Άλλωστε σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι συνάρτηση και της ιατρο-νοσηλευτικής στελέχωσης.

Επίσης, η ασφαλής και «σωστή» αναλογία υγειονομικού προσωπικού επιδρά θετικά στη μείωση της θνησιμότητας, των λοιμώξεων και των λαθών στη χορήγηση των φαρμάκων (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber, 2003; Βλαχιώτη κá, 2011; Stratton, 2008; Stregenga, Matlow, 2002).

Τέλος, η διοίκηση οφείλει να εξασφαλίζει ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον, καθώς όπως έχει ήδη αναφερθεί, επηρεάζει άμεσα την ψυχολογία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όπως και την ικανότητα για εργασία τους.

Συμπερασματικά, το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί δομικό συστατικό των συστημάτων υγείας. Δεδομένης της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογικής παραγωγής στον υγειονομικό τομέα, αλλά και των ολοένα αυξανόμενων απαιτήσεων των πολιτών, η εναρμόνιση του ανθρώπινου δυναμικού αντίστοιχα με τους δύο αυτούς παράγοντες, δεν αποτελεί επιλογή, αλλά επιτακτική ανάγκη για την πολιτική της υγείας. Τούτο διότι, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχουν να επιτελέσουν πολύ σημαντικό και αξιосέβαστο ρόλο στο δημόσιο νοσοκομείο, αλλά και στην κοινωνία γενικότερα.

6. Προϋποθέσεις αποτελεσματικής στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία

Σε ένα σωστά οργανωμένο νοσοκομείο, το υγειονομικό προσωπικό του κατέχει τον σπουδαιότερο ρόλο στην εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του. Για να μπορέσει, όμως, ένα δημόσιο νοσοκομείο να ανταποκριθεί με επιτυχία στο έργο του, πρέπει να συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες είναι και οι εξής:

6.1 Η ικανή ηγεσία (διοίκηση) του νοσοκομείου

Αδιαμφισβήτητα, η αποτελεσματικότητα μιας νοσηλευτικής μονάδας, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ηγεσία τους. Για να θεωρηθούν τα διοικητικά στελέχη ενός νοσοκομείου επιτυχημένα, πρέπει να έχουν την ικανότητα να ηγούνται και να δημιουργούν ευνοϊκούς όρους ηγεσίας. Η καλή διοίκηση επιφέρει την τάξη και τη σταθερότητα, ενώ η ηγεσία σχετίζεται με τον χειρισμό των αλλαγών. Οι ηγέτες σε ένα νοσοκομείο προσδιορίζουν την κατεύθυνση αναπτύσσοντας ένα όραμα για το μέλλον.

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), οι χαρακτηριστικές ικανότητες ενός ηγέτη είναι: α) το όραμα, β) η ενδυνάμωση του προσωπικού, γ) η διαίσθηση, δ) οι αξίες και η ενσωμάτωσή τους στο πλαίσιο της ομάδας.

Το *όραμα* αναφέρεται στη διορατικότητα ενός ηγέτη να προβλέπει το μέλλον και να προσβλέπει σε αυτό. Στο σημείο αυτό εντοπίζεται η διαφορά μεταξύ ηγέτη και «manager» (διαχειριστή). Ο ηγέτης διακρίνεται για το όραμα, δείχνει ενδιαφέρον για το προσωπικό του και γι αυτό που εκπροσωπεί, ενώ ο μάνατζερ διαχειρίζεται τα θέματα ορθολογικά.

Η *ενδυνάμωση* του προσωπικού επιτυγχάνεται με την ανάθεση αρμοδιοτήτων και ενθαρρύνοντάς το να αναλάβει ευθύνες. «Η ενδυνάμωση έχει πολλές διαστάσεις, αν και οι πιο σύγχρονες ερμηνείες της, την τοποθετούν σε ένα πλαίσιο συνυφασμένη με τη δημιουργικότητα, την παραγωγικότητα, την αυτονομία, την αυτοδυναμία και τη συμμετοχή στις αποφάσεις».

Η *διαίσθηση* αφορά την ικανότητα έμπνευσης και επινοητικότητας του προσωπικού σε περιόδους αβεβαιότητας, ενώ οι αξίες αφορούν το ήθος ενός ηγέτη.

Οι *αξίες* πρέπει να βασίζονται σε ηθικές αξίες και αρετές, προκειμένου να λαμβάνουν σωστές αποφάσεις και να ικανοποιούν τις ανάγκες του προσωπικού τους.

Ένας ακόμα βασικός παράγοντας για την αποτελεσματική ηγεσία θεωρείται η *συναισθηματική νοημοσύνη*. Ο όρος αυτός ερμηνεύεται ως «η ικανότητα διαχείρισης του εαυτού μας και των σχέσεών μας αποτελεσματικά» και αποτελείται από τέσσερις θεμελιώδεις ικανότητες, οι οποίες είναι: η αυτοδιαχείριση, η κοινωνική ευαισθητοποίηση και η κοινωνική δεξιότητα (Goleman, 2000:80)

Η λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας είναι μία πολύπλοκη διαδικασία καθώς συμμετέχουν πολλοί και διαφορετικοί επαγγελματίες. Σημαντική διεργασία της διοίκησης αποτελεί ο χειρισμός του ανθρώπινου παράγοντα, ο οποίος δεν είναι εύκολη υπόθεση. Αυτό συμβαίνει διότι κάθε άνθρωπος φέρνει στην εργασία του τα χαρακτηριστικά του χαρακτήρα του, την κουλτούρα του, τις αξίες του, τις δυνάμεις του και τις ανασφάλειές του. Όλα αυτά μπορούν να αποφέρουν δυσαρμονία στην ανάπτυξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων στα μέλη του νοσοκομείου, αλλά και προβλήματα στη λειτουργία του νοσοκομείου κατ' επέκταση.

6.2 Η ωριμότητα του υγειονομικού προσωπικού

Η διοίκηση ενός οργανισμού και ενός νοσοκομείου, μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητά του, όμως δεν μπορεί από μόνη της να αποφέρει αποτέλεσμα δίχως τη συμβολή του υγειονομικού προσωπικού. Το ικανό, έμπειρο και ορθολογικά κατανοημένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει τη δύναμη να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την λειτουργία μίας νοσηλευτικής μονάδας, καθώς οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται εξαρτώνται σε μέγιστο βαθμό από αυτό .

Με τον όρο «ωριμότητα» του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, εννοούμε το προσωπικό να διαθέτει σωστή συμπεριφορά, τα κατάλληλα κίνητρα, να δεσμεύει μία ορθολογική ποσότητα πόρων και να ασχολείται με το σωστό αντικείμενο βάση εξειδίκευσης (Σκρουμπέλος κá, 2012). Η σωστή συμπεριφορά εξασφαλίζει την καλή επικοινωνία τόσο με τον ασθενή, όσο και με τους συναδέλφους. Η καλή επικοινωνία με τον ασθενή είναι σημαντική στα πλαίσια της ασθενο-κεντρικής φροντίδας υγείας (Nundy et al, 2014). Προκειμένου όμως να εξασφαλιστούν όλα τα παραπάνω, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η εξασφάλιση του ιατρο- νοσηλευτικού απορρήτου (Liebler, 2012).

Παράλληλα, τα κατάλληλα κίνητρα, δηλώνουν ότι ο ιατρός ή ο νοσηλευτής εργάζονται κάτω από το πλαίσιο της παροχής ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας. Η δέσμευση ορθολογικής ποσότητας πόρων αντικατοπτρίζει τον σεβασμό στους πόρους του νοσοκομείου και τη συμβολή στην αποτελεσματική λειτουργία του. Τέλος, η

απασχόληση με το σωστό αντικείμενο βάση εξειδίκευσης, δίνει τη δυνατότητα στον επαγγελματία να είναι αποδοτικός και αποτελεσματικός, δίχως λάθη.

Όλα αυτά βέβαια, προϋποθέτουν την ύπαρξη θετικού κλίματος εργασίας, καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ του προσωπικού, αλλά και του προσωπικού τόσο με τη διοίκηση, όσο και με τους ασθενείς..

6.3 Η θετική συνύπαρξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Η εύρυθμη λειτουργία αποτελεί τον σημαντικότερο στόχο της διοίκησης κάθε οργανισμού. Βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά σε αυτό, είναι η επικοινωνία, η συνεργασία, το θετικό κλίμα και η επαγγελματική επάρκεια του υγειονομικού προσωπικού (Gunnarsdottir et al, 2009; Porter - O'Grady, 2004; Sweet et al, 1995; Φουντούκη κά, 2009). Γίνεται αντιληπτό ότι, λόγω της ιδιαιτερότητας του αγαθού υγείας, το εργασιακό κλίμα και οι αρμονικές σχέσεις του προσωπικού, είναι απαραίτητο στοιχείο για την αποφυγή λαθών και την καλύτερη δυνατή υποστήριξη και παροχή φροντίδας στον ασθενή.

Σε ένα νοσοκομείο, ο ασθενής λαμβάνει υπηρεσίες υγείας από μία ομάδα εργαζομένων. Τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης και η θετική συνύπαρξή τους αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Η αποτελεσματική επικοινωνία τους και η ομαδικότητα συμβάλλει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, τόσο για την υγεία των ασθενών, όσο και για την υγεία των εργαζομένων (Braun et al, 2015; Fagin et al, 2004; Gjerberg et al, 2001; Gunnarsdóttir et al, 2009; Leonard et al, 2014).

Επιπλέον, οι σχέσεις ανάμεσα στο υγειονομικό προσωπικό επηρεάζουν άμεσα το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης και ένα αρνητικό κλίμα εργασίας μπορεί να αποτελέσει αιτία για εμφάνιση του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης» που αναφέρθηκε προηγουμένως (Embriaco et al, 2007; Forte, 1997; Μακρής κά, 2011; Παππά κά, 2008; Σταθοπούλου, 2006). Οπότε, ο σεβασμός και η αρμονική συνύπαρξή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να αποτελέσει κινητήριο δύναμη για την επίτευξη καλού εργασιακού κλίματος, όπου τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του.

6.4 Η ωριμότητα των ασθενών - συγγενών

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η συμμετοχή των ασθενών στην έκβαση και πορεία της ασθένειάς τους αποτελεί παράγοντα επιτυχίας για τις υπηρεσίες υγείας, καθώς ικανοποιεί τον χρήστη και συμβάλλει την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Η αναζήτηση ευκαιριών και κατάλληλων πλαισίων για επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ υγειονομικού προσωπικού και οικογενείας, θα πρέπει να αποτελεί βασικό μέλημα και των δύο πλευρών.

Η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης και οι ρόλοι που αναπτύσσονται εντός αυτής, καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά των εμπλεκόμενων μελών δηλαδή, των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Η επικοινωνία αποτελεί προϋπόθεση της θεραπευτικής σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών διότι διαμορφώνει το πλαίσιο, όπου τα δύο μέρη συμφωνούν ως προς τις προτεινόμενες θεραπευτικές επιλογές και προσδοκούν αμφότερα τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα κάθε θεραπευτικής πράξης (Κανέλου, 2014; Kondro, 2010; Suarez-Almazor, 2004).

Τόσο το υγειονομικό προσωπικό, όσο και οι ασθενείς από μόνοι τους θα πρέπει να προσπαθούν για την ανάπτυξη καλών σχέσεων μεταξύ τους. Ωστόσο, η δημιουργία μιας πραγματικής συνεργασίας είναι αληθινή πρόκληση και απαιτεί προσπάθεια και από τις δύο μεριές. Επίσης, εξαρτάται από την κουλτούρα τόσο του οργανισμού, όσο και των ανθρώπων που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας. Η συνεργασία υγειονομικού προσωπικού και ασθενών αξίζει να υπάρχει, απαιτεί δεσμεύσεις, ευελιξία και συντονισμένες προσπάθειες και ωριμότητα και από τις δύο πλευρές.

6.5 Η οργανωσιακή υποστήριξη

Σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική λειτουργία μίας οργάνωσης, άρα και μίας νοσηλευτικής μονάδας, αποτελεί η οργανωσιακή υποστήριξή της, τόσο από το κράτος όσο και από τις δράσεις της διοίκησής της. Πραγματικά, ο επαρκής υλικός και τεχνολογικός εξοπλισμός, οι επαρκείς άνθρωποι πόροι και η δυνατότητα εξέλιξης των εργαζομένων δίνουν τη δυνατότητα στον οργανισμό να λειτουργήσει κάτω από συνθήκες που μπορούν να του αποφέρουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Η ύπαρξη των παραμέτρων που αναφέρθηκαν μπορούν να συμβάλλουν στην εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία ενός νοσοκομείου, έτσι ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί με επιτυχία στην αποστολή του. Εξάλλου, τα νοσοκομεία που

χαρακτηρίζονται αποτελεσματικά και έχουν δυνατότητες βελτίωσης και ανάπτυξης, διαθέτουν ικανή ηγεσία και υγειονομικό προσωπικό. Κατά συνέπεια, επένδυση στην ποιότητα του υγειονομικού προσωπικού αποτελεί εγγύηση για ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, κάτι που κρίνεται αναγκαίο ολοένα και περισσότερο.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Εισαγωγή

Στη διαδικασία διεξαγωγής μίας έρευνας, ιδιαίτερα σημαντική έννοια αποτελεί η έννοια της μεθοδολογίας. Ο όρος *μεθοδολογία* αναφέρεται στην προσέγγιση, το πρότυπο ή το παράδειγμα, στο οποίο βασίζεται μία έρευνα και η *μέθοδος* στα εργαλεία συλλογής δεδομένων (Blaxter, Morgan & Swann, 2004). Σύμφωνα με τους Field & Hole (2010), οι βασικοί τρόποι απάντησης των ερωτημάτων μίας έρευνας είναι: α) μέσω της παρατήρησης του τι συμβαίνει στον πραγματικό κόσμο, χωρίς παρέμβαση σε αυτόν (observational or correlational methods) και β) μέσω χειρισμού ενός ζητήματος του περιβάλλοντος χώρου και η παρατήρηση των επιπτώσεών του (experimental method).

Σημαντικό κομμάτι της ερευνητικής διαδικασίας, αποτελεί η αναζήτηση της κατάλληλης μεθοδολογίας που θα χρησιμοποιηθεί. Η αναζήτηση αυτή οδηγεί στις δύο κυρίαρχες ερευνητικές προσεγγίσεις, της ποιοτικής και της ποσοτικής μεθόδου έρευνας (Βάμβουκας, 2010; Πηγιάκη, 1994). Αναλυτικά, η *ποιοτική έρευνα*, αναφέρεται σε μία εμπειρική έρευνα, όπου τα δεδομένα δεν παρουσιάζονται με τη μορφή αριθμών, ενώ η *ποσοτική έρευνα*, αναφέρεται σε μία εμπειρική έρευνα, όπου τα δεδομένα παρουσιάζονται με τη μορφή των αριθμών (Punch, 1998:4). Βασικά εργαλεία των δύο αυτών μορφών έρευνας, θεωρούνται η παρατήρηση και η συνέντευξη για την ποιοτική και το ερωτηματολόγιο για την ποσοτική έρευνα (Κυριαζή, 2002).

Η επιλογή της οποιασδήποτε μεθόδου έρευνας που θα χρησιμοποιηθεί, γίνεται κατά κύριο λόγο, σε συνάρτηση με τις ιδιαιτερότητες τόσο της έρευνας, όσο και του πληθυσμού, έτσι ώστε το δείγμα που θα συλλεχθεί να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν καλύτερα στον πληθυσμό (Βαμβούκας, 2010). Παράλληλα, σύμφωνα με τους Field & Hole (2010), η αντιπροσωπευτικότητα σχετίζεται άμεσα και με το μέγεθος του δείγματος, καθώς όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα, τόσο καλύτερα αντιπροσωπεύει τον προς μελέτη πληθυσμό.

Στην παρούσα διατριβή, το κυρίαρχο εγχείρημα είναι η διαδικασία προσέγγισης των απόψεων και αντιλήψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού

προσωπικού σχετικά με τον προγραμματισμό, τη στελέχωση και την επιμόρφωσή-ανάπτυξή τους, προκειμένου να αναδειχθούν τα αδύνατα σημεία προς περεταίρω διερεύνηση και βελτίωση. Για την προσέγγιση του συγκεκριμένου θέματος, προηγήθηκε ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σε ελληνικό και διεθνές επίπεδο και ακολούθησε η διεξαγωγή της εμπειρική έρευνας. Μέσα από τη διενέργεια της εμπειρικής έρευνας, επιχειρείται – με ποσοτικά δεδομένα – η επικύρωση, η επέκταση ή και η αναίρεση των στοιχείων που συνθέτουν το θεωρητικό πλαίσιο.

2. Συλλογή δεδομένων και διανομή ερωτηματολογίων

Προκειμένου να επιτευχθεί η συγκέντρωση των απαραίτητων δεδομένων για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, επιλέχθηκε η ποσοτική εμπειρική έρευνα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ποσοτική μέθοδος προσπαθεί να εξηγήσει τα φαινόμενα με τη συλλογή των αριθμητικών δεδομένων, τα οποία στη συνέχεια αναλύονται με στατιστικές μεθόδους (Aliaga & Gunderson, 2000). Στόχος της ποσοτικής μεθόδου είναι ο έλεγχος των εμπειρικά προδιατυπωμένων υποθέσεων, οι οποίες έχουν συνταχθεί από τον ερευνητή, κατόπιν μελέτης της του θεωρητικού πλαισίου (Robson, 2007; Κυριαζή, 2002). Κύριος λόγος επιλογής της συγκεκριμένης μεθόδου αποτέλεσε το γεγονός ότι, διενεργείται στο φυσικό περιβάλλον των ερωτηθέντων χωρίς τη μεσολάβηση του ερευνητή (Κυριαζή, 2002; Πηγιάκη, 1994).

Κατόπιν, η άντληση του πρωτογενούς υλικού επιτεύχθηκε μέσω δειγματοληπτικής έρευνας. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την επιλογή του ερευνητικού δείγματος ήταν η τυχαία δειγματοληψία, με βασικό παράγοντα την υγειονομική γεωγραφική εξακτίνωση και διαστρωμάτωση του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η δειγματοληψία έγινε με βάση το διαχωρισμό του υγειονομικού πληθυσμού της χώρας στις επτά διοικητικές υγειονομικές περιφέρειες, προκειμένου να υπάρξει αντιπροσωπευτική εικόνα, από όλες τις περιφέρειες της χώρας.

Η επιλογή της δειγματοληπτικής έρευνας οδήγησε αντίστοιχα και στην επιλογή του κατάλληλα δομημένου και διαμορφωμένου γραπτού αυτοσυμπληρώμενου ανώνυμου ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τον Robson (2007), το ερωτηματολόγιο συνδέεται άμεσα με τις δειγματοληπτικές έρευνες και τα οφέλη που προσφέρει είναι ότι: α) εξασφαλίζει την ειλικρίνεια των απαντήσεων μέσω της ανωνυμίας και της απουσίας του ερευνητή, β) αποτελεί μέσο συλλογής δεδομένων

για καταστάσεις που δεν είναι εύκολο να παρατηρηθούν και γ) δίνει τη δυνατότητα συλλογής αρκετών παρατηρήσεων και πληροφοριών σε σύντομο χρονικό διάστημα (Κυριαζή, 2011; Βάμβουκα, 2010). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, καθώς και τις απαιτήσεις της παρούσας έρευνας, το ερωτηματολόγιο κρίθηκε ως το πιο χρήσιμο εργαλείο για τη διερεύνηση των υποθέσεων που μας απασχολούν.

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η μέθοδος της αυτοσυμπλήρωσης ως η καταλληλότερη μέθοδος, καθώς σύμφωνα με τον Robson (2007), αποφεύγεται η συμμετοχή του ερευνητή και λαμβάνονται πιο αντικειμενικά αποτελέσματα. Επίσης, σημαντικοί παράμετροι που ώθησαν στην επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου ήταν ο όγκος των ερωτηματολογίων που έπρεπε να συλλεχθούν, η κάλυψη νοσοκομείων σε όλη τη χώρα και ο φόρτος εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα νοσοκομεία είναι ένα ομαδικό περιβάλλον, κρίθηκε ότι η συλλογική διανομή και συλλογή τους θα ήταν περισσότερο αποτελεσματική τόσο για εξοικονόμηση χρόνου, όσο και για διευκόλυνση των εργαζομένων.

Επιπλέον, μετά την εκτενή μελέτη του θεωρητικού πλαισίου, αλλά και της σύγχρονης ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και σε συνδυασμό με τους στόχους της έρευνας, προέκυψε το προσχέδιο του ερωτηματολογίου. Στην αρχική αυτή διαμόρφωση οι παράγοντες που λήφθηκαν υπόψη ήταν ο συνολικός αριθμός των ερωτημάτων, η σειρά παρουσίασής τους, η ευκολία κατανόησής τους, ο τύπος των απαντήσεών τους και η εκτίμηση του χρόνου συμπλήρωσής του. Έπειτα, το προσχέδιο αυτό τέθηκε σε πιλοτική εφαρμογή, προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του ερωτηματολογίου. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό στάδιο της έρευνας, κατά το οποίο ερευνώνται ο βαθμός κατανόησης, «αποδοχής» και ερμηνείας του ερωτηματολογίου, τα οποία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη σύνταξη του οριστικού ερωτηματολογίου (Javeau, 1996).

Η πιλοτική έρευνα έλαβε χώρα τον Σεπτέμβριο του 2012, σε δύο δημόσια γενικά νοσοκομεία και μοιράστηκαν 50 ερωτηματολόγια σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Από αυτά συλλέχτηκαν συμπληρωμένα τα 30, στα οποία ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha εκτιμήθηκε ίσος με 0,78, οπότε το ερωτηματολόγιο κρίθηκε αξιόπιστο. Αναφορικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, δεν παρατηρήθηκε δυσκολία στη συμπλήρωσή τους και την κατανόηση των ερωτήσεών τους. Τα βασικά σημεία που εντοπίστηκαν ήταν α) μη εξοικείωση του υγειονομικού προσωπικού σε συμμετοχή σε ερευνητικό πεδίο εκτός του αντικειμένου τους, β) άρνηση της διοίκησης να αναφερθεί και να χρησιμοποιηθεί το όνομα του

νοσοκομείου ή η περιφέρεια όπου ανήκει και γ) απαιτείται αρκετή γραφειοκρατία και επαφή με πολλά διαφορετικά διοικητικά επίπεδα για την υλοποίηση της έρευνας σε μία νοσηλευτική μονάδα.

Επόμενο βήμα στην πορεία της έρευνας, ήταν η υποβολή αιτήσεων προς τις διοικήσεις των νοσοκομείων και των επιστημονικών τους συμβουλίων προκειμένου να χορηγηθεί άδεια διενέργειας της ερευνητικής διαδικασίας. Σύμφωνα με το υπ' αρ.πρ. Φ.900/ΕΚΕΠΥ/878/24-02-2009 εγγράφου του Υπουργείου Υγείας, προκειμένου να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε έρευνα σε δημόσιο νοσοκομείο, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αίτηση του ενδιαφερομένου (συνοδευόμενη από την άδεια επιβλέποντος καθηγητή, τον τίτλο εργασίας, τον σκοπό εργασίας και το ερωτηματολόγιο) και η θετική γνωμοδότησή της από τα επιστημονικά συμβούλια των νοσοκομείων.

Αναλυτικά, σε πρώτο χρόνο, απεστάλησαν αιτήσεις προς τέσσερα δημόσια νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας (28 νοσοκομεία συνολικά). Από αυτά απάντησαν θετικά μόλις τρία νοσοκομεία. Σε δεύτερο χρόνο και έπειτα από προσωπική επαφή με τους διοικητές των νοσοκομείων, καταφέραμε να συλλέξουμε 13 εγκρίσεις από νοσηλευτικές μονάδες όλων των υγειονομικών περιφερειών. Η όλη διαδικασία κατέστη χρονοβόρα και καθυστέρησε αρκετά την πορεία διεκπεραίωσης της έρευνας και της διδακτορικής διατριβής (Πίνακας 4.1).

Τέλος, τα ερωτηματολόγια διακινήθηκαν με το συνδυασμό τριών τρόπων, οι οποίοι ήταν οι εξής: α) απεστάλησαν ταχυδρομικά στις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες για τη διανομή και συλλογή τους, β) μοιράστηκαν και συλλέχθηκαν από εμάς, γ) συμπληρώθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή στο διαδίκτυο. Η διαφοροποίηση της διακίνησης των ερωτηματολογίων υπήρξε λόγω του μεγάλου αριθμού των ερωτηματολογίων που έπρεπε να συλλεχθούν και της διαφορετικής ανταπόκρισης τόσο των διοικήσεων, όσο και του υγειονομικού προσωπικού των νοσηλευτικών μονάδων.

3. Το δείγμα

Η έρευνα έλαβε χώρα από τις 21/11/2012 έως τις 12/2/2015. Αναλυτικά, μοιράστηκαν 1500 ανώνυμα ερωτηματολόγια σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό γενικών δημόσιων νοσοκομείων της χώρας. Από τα 1500 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, παρελήφθησαν συμπληρωμένα μόλις τα 529. Η ανταπόκριση ήταν δηλαδή της τάξης του 35,2%. Από αυτά, τα 195 (36,8%) συμπληρώθηκαν από ιατρούς και τα 334 (63,2%) από νοσηλευτές.

Ο στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις του υγειονομικού προσωπικού σχετικά με τη στελέχωση των μονάδων υγείας. Από το προσωπικό των νοσοκομείων επιλέχθηκε το υγειονομικό προσωπικό και συγκεκριμένα το ιατρικό και νοσηλευτικό, διότι τα άτομα αυτά α) έχουν άμεση εικόνα των αναγκών και των αδυναμιών του συστήματος υγείας, β) έχουν την ευθύνη για την ποσότητα, το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και γ) υποστηρίζονται για την ολοκλήρωση του έργου τους από όλο το υπόλοιπο προσωπικό του οργανισμού (Χριστοπούλου κά, 2015; Buchan et al, 2002; Gebbie et al, 2006).

Επίσης, συμμετείχαν νοσοκομεία από όλες τις υγειονομικές περιφέρειες. Στόχος αυτής της επιλογής ήταν η απόκτηση μίας ολοκληρωμένης εικόνας της κατάστασης που επικρατεί στις νοσηλευτικές μονάδες της χώρας, όσον αφορά τη στελέχωσή τους, καθώς και των αντιλήψεων του υγειονομικού προσωπικού τους σχετικά με αυτή.

Αναλυτικά, από την 1^η διοικητική υγειονομική περιφέρεια συμμετείχαν το Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ και το Σισμανόγλειο, από τη 2^η υγειονομική περιφέρεια το Γενικό Νοσοκομείο Χίου «Σκυλίτσειο», από την 3^η υγειονομική περιφέρεια το Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, το Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς και το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ.Παπανικολάου», από την 4^η υγειονομική περιφέρεια Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, το Γενικό Νοσοκομείο Σερρών και το Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, από την 5^η υγειονομική περιφέρεια το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, από την 6^η υγειονομική περιφέρεια το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια» και το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «ο Άγιος Ανδρέας» από την 7^η υγειονομική περιφέρεια το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος». Παρατηρούμε ότι, οι περιφέρειες που είχαν τη μεγαλύτερη ανταπόκριση (από τρία νοσοκομεία), ήταν η 3^η και η 4^η (Πίνακας 4.1).

Πίνακας 4.1: Νοσοκομεία ανά περιφέρεια, που συμμετείχαν στην έρευνα

Υγειονομική Περιφέρεια	Νοσοκομείο που συμμετείχε	Αρ.έγκρισης
1 ^η Αττικής	Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ	ΔΣ358/28-3-2013
	Σισμανόγλειο	24268/30-9-2013
2 ^η Πειραιώς & Αιγαίου	Γενικό Νοσοκομείο Χίου «Σκυλίτσειο»	9769/22-11-2012
3 ^η Μακεδονίας	Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας	12588/18-12-2012
	Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς	952/17-3-2014
	Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ.Παπανικολάου»	10066/28-5-2014
4 ^η Μακεδονίας & Θράκης	Νοσοκομείο Καβάλας	7971/Α5β/22-5-2014
	Γενικό Νοσοκομείο Σερρών	5935/29-5-2014
	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης	1008ΙΥ/5-7-2013
5 ^η Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας	8294/20-2-2015
6 ^η Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας	Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»	20821/11-12-2012
	Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «ο Άγιος Ανδρέας»	11256/3-4-2014
7 ^η Κρήτης	Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος»	635/7-5-2014

4. Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε διαμορφώθηκε κατόπιν μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου αποτελείται από τρεις (3) σελίδες και περιλαμβάνει δύο ενότητες. Ο εκτιμώμενος χρόνος συμπλήρωσής του είναι οκτώ λεπτά. Η πρώτη ενότητα αφορά τη συγκέντρωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και αναλύεται σε οκτώ (8) ερωτήματα. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει τα ερωτήματα της έρευνας και χωρίζεται σε τρεις (3) υποενότητες. Η πρώτη υποενότητα αποτελείται από οκτώ (8) ερωτήματα, η δεύτερη από είκοσι τέσσερα (24) και η τρίτη από εννέα (9) ερωτήματα.

Αναλυτικά, η πρώτη ενότητα συλλέγει στοιχεία δημογραφικού (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), επαγγελματικού (Επάγγελμα, έτη υπηρεσίας, σχέση

εργασίας) και μορφωτικού (επιπρόσθετες σπουδές, γνώσεις ηλεκτρονικού υπολογιστή, πτυχίο ξένων γλωσσών) χαρακτήρα, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στη στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου. Η συγκεκριμένη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου πολλαπλής επιλογής, με εξαίρεση το ερώτημα 2 και 4 και υποερωτήματα των ερωτήσεων 3, 6, 8, που είναι ανοιχτού τύπου.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει τις «απόψεις και αντιλήψεις του υγειονομικού προσωπικού σχετικά με τη στελέχωση των μονάδων υγείας» και αποτελείται από τρεις υποενότητες: α) τον προγραμματισμό στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, β) τη στελέχωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και γ) την επιμόρφωση και ανάπτυξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες είναι διαβαθμισμένες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, (όπου το 1=διαφωνώ, το 2= διαφωνώ μερικώς, το 3= ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 4= συμφωνώ αρκετά και το 5= συμφωνώ πάρα πολύ).

Η επιλογή των κλειστών ερωτήσεων έγινε, διότι επιτρέπουν τη χρήση ποσοτικών αναλύσεων, κάνουν συγκρίσιμες τις απαντήσεις των ερωτηθέντων και διευκολύνουν τη διαδικασία της αυτοσυμπλήρωσης (Ζαφειρόπουλος, 2005; Robson, 2007). Επιπλέον, επιλέχθηκε η πενταβάθμια κλίμακα Likert, διότι προσφέρει τη δυνατότητα καταγραφής του βαθμού συμφωνίας των ερωτηθέντων και όχι μόνο τη συμφωνία ή ασυμφωνία με μία πρόταση. Επιπλέον, δίνει την δυνατότητα στον ερωτώμενο να επιλέξει τη μεσαία – ουδέτερη θέση.

4.1 Προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Στην παρούσα υποενότητα γίνεται μία προσπάθεια εντοπισμού των απόψεων του υγειονομικού προσωπικού, όσον αφορά τον προγραμματισμό στελέχωσης των νοσηλευτικών μονάδων σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, τα ερωτήματα της έρευνας διερευνούν αν ακολουθείται ορθολογικός προγραμματισμός στελέχωσης από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, αν το υπάρχον προσωπικό επαρκεί για την ομαλή στελέχωσή τους και αν ο προγραμματισμός προσαρμόζεται ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες.

Αναλυτικά, το ερώτημα 1, εστιάζει στη διερεύνηση των απόψεων του υγειονομικού προσωπικού αναφορικά με το αν υπάρχει ορθολογικός

προγραμματισμός στελέχωσης στις μονάδες υγείας. Επίσης, το ερώτημα 2, διερευνά αν η διοίκηση του νοσοκομείου εφαρμόζει προγραμματισμό στελέχωσης για το υγειονομικό προσωπικό της, το ερώτημα 3, μελετά το αν ο προγραμματισμός στελέχωσης προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου και το ερώτημα 4, ερευνά το αν η διοίκηση προβαίνει έγκαιρα σε ενέργειες για κάλυψη κενών θέσεων προσωπικού, όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες.

Μελετώντας διεξοδικά το θεωρητικό πλαίσιο (κεφ.3) και τη διεθνή βιβλιογραφία, κατέστη αντιληπτό ότι, ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού σε ένα νοσοκομείο αποτελεί το πρώτο βήμα της διαδικασίας στελέχωσης και διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού. Πρόκειται για μία διαδικασία που στοχεύει στην επαρκή στελέχωση των νοσοκομείων με το κατάλληλο ποιοτικά και ποσοτικά υγειονομικό προσωπικό, τον κατάλληλο συνδυασμό τους, τη μελέτη του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντός τους και την κατανομή τους βάση αναγκών (Eitzen-Strassel, et al, 2014; Σκρουμπέλος κά, 2012; Tyson, 2004; Dussalt, et al, 2003).

Κατόπιν, τα ερωτήματα 5, 6 μελετούν το αν επαρκεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων. Παράλληλα, τα ερωτήματα 7, 8 διερευνούν το αν βοηθά η ύπαρξη ειδικευόμενου ιατρικού προσωπικού και νοσηλευτικού προσωπικού πρακτικής άσκησης, στην ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο σχεδιασμός και οι πολιτικές για το ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη του οράματος, στον ορισμό βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων, στον ορισμό προτεραιοτήτων και στον καθορισμό της σειράς των ενεργειών που πρέπει να εφαρμοστούν (WHO, 2000). Ο σχεδιασμός στελέχωσης αποτελεί σημαντική διεργασία για τις διοικήσεις των νοσοκομείων, καθώς η ομαλή και αποδοτική στελέχωση μίας νοσηλευτικής μονάδας έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία του υγειονομικού προσωπικού, στην παροχή των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται και στην πορεία της υγείας των ασθενών (Aiken, et al, 2002; Atkins, et al, 1996; Beecroft, et al, 2008).

4.2 Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Στη συγκεκριμένη υποενότητα, στόχος είναι η διερεύνηση των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη στελέχωση των νοσοκομείων σε υγειονομικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, τα ερωτήματα της έρευνας αποσκοπούν στο να μελετήσουν το καθεστώς επιλογής, τοποθέτησης, μετακίνησης/μετάθεσης και αδειών του υγειονομικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων.

Αρχικά, τα ερωτήματα 1, 2, 3, 4, 5 και 6 μελετούν το αν η επιλογή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια, αξιοκρατικά μέσα και αν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.

Μελετώντας το θεωρητικό πλαίσιο (κεφ.3) και την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, γίνεται αντιληπτό ότι η διαδικασία επιλογής νέου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αποτελεί σημαντική δραστηριότητα, καθώς το αποτέλεσμα της θα επηρεάσει τον τρόπο λειτουργίας της νοσηλευτικής μονάδας. Αυτό συμβαίνει διότι, η επιλογή κατάλληλων εκπαιδευμένων ατόμων που θα «ταιριάζουν» στην ομάδα εργασίας, θα έχει ως αποτέλεσμα το θετικό κλίμα εργασίας, θα φέρουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους στο χώρο εργασίας και θα επηρεάσουν θετικά την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας και την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου κατ' επέκταση (Frith, et al, 2010; Κέλεση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010; Dubois, et al, 2006; Dussault, et al, 2003)

Κατόπιν, τα ερωτήματα 7, 8 και 11 διερευνούν αν η τοποθέτηση του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας, αν τα προσόντα του υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε ανάλογο τμήμα και αν οι αρμοδιότητές τους είναι ανάλογες των προσόντων και της εμπειρίας τους.

Η διαδικασία ένταξης και τοποθέτησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ενός οργανισμού αποτελεί σημαντική παράμετρο στην αποτελεσματική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και διασφαλίζει την αρμονική ένταξη των εργαζομένων, καθώς και την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ικανοτήτων τους. Οι κυριότεροι στόχοι της συγκεκριμένης διαδικασίας είναι η κοινωνικοποίηση και η αποδοτικότητα του νέου εργαζομένου και η υιοθέτηση της κουλτούρας του οργανισμού από αυτόν (Morley, 2007; Bush & Middlewood, 2006).

Επιπλέον, τα ερωτήματα 9 και 10 αφορούν τη μελέτη του αν οι διαδικασίες μετακίνησης, μετάθεσης, απόσπασης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.

Σύμφωνα με τον κώδικα δημοσίων υπαλλήλων (ν.3528/2007), οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν δικαίωμα κινητικότητας, δηλαδή μπορούν να ζητήσουν μετακίνηση, μετάθεση, απόσπαση ή μετάταξη σε άλλη θέση ή σε άλλο νοσοκομείο μόνο εφόσον μονιμοποιηθούν και το εγκρίνει η υπηρεσία τους. Πρόκειται για μείζον θέμα που απασχολεί τις διοικήσεις των νοσοκομείων, καθώς η καταγραφή και η οργάνωση της κινητικότητας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι σε αρχικό στάδιο και απουσιάζουν στοιχεία στον τομέα αυτό.

Τα ερωτήματα 13, 14, 15 καλούν τους ενδιαφερόμενους να εκφράσουν σε ποιο βαθμό συμφωνούν με το αν η θέση τους καλύπτεται σε περίπτωση αδείας, αν οργανώνεται από το γραφείο προσωπικού και τον προϊστάμενό τους και αν οι άδειές του προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας.

Το υγειονομικό προσωπικό στο δημόσιο τομέα της χώρας δικαιούται κανονική άδεια με αποδοχές δύο μήνες μετά το διορισμό τους, που ισοδυναμεί με δύο μέρες ανά μήνα. Η υπηρεσία δικαιούται να κάνει ανάκληση της άδειας, μόνο για σοβαρούς υπηρεσιακούς λόγους. Στα συγκεκριμένα ερωτήματα, γίνεται μία προσπάθεια διερεύνησης του τρόπου χειρισμού και οργάνωσης των αδειών και αν προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας. Και αυτό, διότι έχει διαπιστωθεί ότι σε περιόδους διακοπών και αργιών αυξάνονται τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών, καθώς ο μη ορθολογικός προγραμματισμός κατανομής, σύνθεσης και κάλυψης του υγειονομικού προσωπικού επιφέρει προβλήματα στην αποτελεσματική λειτουργία του (Bellanti, Carelo, Della Croce & Tadei, 2004; Aickelin, Dowsland, 2000; Dowsland, 1998).

Επιπροσθέτως, τα ερωτήματα 16, 17, 18 και 19 διερευνούν το αν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εναλλάσσεται σε τμήματα όταν χρειάζεται και αν είναι εκπαιδευμένο γι αυτό.

Λόγω οικονομικής κρίσης, πολλά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν πληθώρα ελλείψεων σε υγειονομικό προσωπικό, κάτι που οξύνεται σε περιπτώσεις αδειών και αποχωρήσεων. Η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, η ορθολογική κατανομή του και η χρησιμοποίησή του σε παρεμφερή τμήματα, αποτελεί ίσως τη λύση για την αντιμετώπιση της έλλειψης προσωπικού. Καθώς στα τμήματα που αντιμετωπίζουν έντονες ελλείψεις σε προσωπικό, το προσωπικό τους εμφανίζεται εξουθενωμένο,

γίνονται λάθη και το προσωπικό σκέφτεται να αλλάξει επάγγελμα (Needleman, et al, 2011; Cavanagh, et al, 2006; Dugan, et al, 1996).

Τέλος, τα ερωτήματα 20, 21, 22, 23 και 24 μελετούν τις εργασιακές συνθήκες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και συγκεκριμένα το αν το προσωπικό εμφανίζεται ικανοποιημένο από τα ωράρια και προγράμματα εργασίας, τις χρηματικές αποδοχές, καθώς και το περιβάλλον εργασίας.

Όπως έχει γίνει αντιληπτό μελετώντας το θεωρητικό πλαίσιο, η ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων υγείας, έχει άμεσο αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών τους. Η ικανοποίηση των εργαζομένων σχετίζεται με τα ωράρια εργασίας τους, τις χρηματικές απολαβές του, το περιβάλλον εργασίας του και την επικοινωνία με τους συναδέλφους του (Κοπανιτσάνου κá, 2009; Carignani, 2000). Παράλληλα, η ικανοποίηση του υγειονομικού προσωπικού συνδέεται με την πορεία έκβασης των ασθενών, με τα ποσοστά θνησιμότητας, με την επαγγελματική εξουθένωση και την τάση φυγής από το επάγγελμα (Leonard, Graham & Bonacum, 2014; Jourdain, et al, 2010; Landon, et al, 2003).

4.3 Επιμόρφωση και ανάπτυξη προσωπικού

Η συγκεκριμένη υποενότητα του ερωτηματολογίου, πραγματεύεται τις συνθήκες εισαγωγικής εκπαίδευσης, την υποδοχή του νέου υπαλλήλου, την επιμόρφωση και την παροχή κινήτρων για εκπαίδευση, καθώς και τη διευκόλυνση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην παρακολούθηση κάποιου προγράμματος σπουδών.

Αναλυτικά, τα ερωτήματα 1 και 2 αναφέρονται στην εισαγωγική εκπαίδευση των νέων υπαλλήλων και συγκεκριμένα στο αν όντως ακολουθείται εισαγωγική εκπαίδευση και αν αυτή περιλαμβάνει γνωριμία με όλα τα τμήματα του νοσοκομείου. Επίσης, το ερώτημα 3 εστιάζει στο αν το προσωπικό του νοσοκομείου εκπαιδεύει με ευχαρίστηση και άνεση τον νέο υπάλληλο.

Σύμφωνα με τη Ραμματά (2011), η εισαγωγική εκπαίδευση αποτελεί τον θεμέλιο λίθο για την ομαλή και έγκαιρη ένταξη των δόκιμων υπαλλήλων στο εργασιακό περιβάλλον της δημόσιας διοίκησης. Πρόκειται για μία διαδικασία ένταξης των νέων υπαλλήλων στις νοσηλευτικές μονάδες, η οποία έπεται στις διατάξεις του ν.3528/2007. Εκτός της εισαγωγικής εκπαίδευσης, ο νεοδιοριζόμενος ιατρός ή νοσηλευτής απαιτείται να ενημερωθεί για τον τρόπο λειτουργίας του τμήματός του και της νοσηλευτικής μονάδας κατ' επέκταση. Σημαντική διεργασία

αποτελεί η εισαγωγική εκπαίδευσή του εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, είτε από τους συναδέλφους του, είτε από τον προϊστάμενό του (Morley, 2007; Ferris, 2007). Πρόκειται για μία άτυπη διαδικασία στα δημόσια νοσοκομεία και για το λόγο αυτό, τα συγκεκριμένα ερωτήματα διερευνούν την ύπαρξή της και τον τρόπο λειτουργίας της.

Κατόπιν, το ερώτημα 4 διερευνά το αν η υπηρεσία τους δίνει κίνητρα για επιμόρφωση. Παράλληλα, τα ερωτήματα 5 και 6 μελετούν αν οι διοικήσεις των νοσοκομείων πραγματοποιούν σεμινάρια επιμόρφωσης και εκπαιδευτικά προγράμματα για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τους, είτε μόνοι τους, είτε σε συνεργασία με άλλους φορείς. Επίσης, το ερώτημα 7 μελετά το αν δίνεται η δυνατότητα στο υγειονομικό προσωπικό να χρησιμοποιεί τη δημιουργικότητά του στο χώρο εργασίας του με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής του. Παράλληλα, το ερώτημα 9, διερευνά το αν η υπηρεσία διευκολύνει το προσωπικό όταν παρακολουθεί κάποιο προπτυχιακό, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πρόγραμμα σπουδών.

Το μεγαλύτερο ίσως κεφάλαιο των υπηρεσιών υγείας είναι το ίδιο το ανθρώπινο δυναμικό. Σύμφωνα με τους Soontornchai, et al (2009) το κλειδί για την ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού είναι η εκπαίδευση και η επιμόρφωσή του. Το ανθρώπινο δυναμικό όταν εκπαιδεύεται βελτιώνει την επάρκειά και το υπόβαθρό του στο αντικείμενο εργασίας του, ενώ ταυτόχρονα ενισχύει και την ψυχολογία του. Ο χώρος της υγείας απαιτεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να είναι ενημερωμένο με τα νέα δεδομένα των επιστημών τους προκειμένου να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, το περιβάλλον εργασίας, η παροχή κινήτρων και η εργασιακή ικανοποίηση γενικότερα είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική εργασία του υγειονομικού προσωπικού (Ξένος, Νεκτάριος, Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2014; Ankli, et al, 2012; Landon, et al, 2003; Carignani, 2000; Nelson, 1999). Τέλος, η παροχή ευνοϊκών συνθηκών (πχ. άδειες) στα άτομα που συμμετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα σπουδών, έχουν εξαλειφτεί λόγω της οικονομικής κρίσης, και υπάγονται στην εύνοια των προϊσταμένων τους.

Τέλος, το ερώτημα 8 εστιάζει το ενδιαφέρον του στο αν για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο, το προσωπικό που επρόκειτο να το χρησιμοποιήσει εκπαιδεύεται πρώτο με αντίστοιχο πρόγραμμα.

Τα τελευταία χρόνια, οι οργανισμοί υγείας αντιμετωπίζουν την πρόκληση της υιοθέτησης και εφαρμογής των πληροφοριακών προγραμμάτων. Σύμφωνα με τον Simpson (2005), για την καλύτερη δυνατή υιοθέτησή τους, απαραίτητη προϋπόθεση

αποτελεί η κατάλληλη ιατρική και νοσηλευτική διοίκηση. Όμως απαραίτητο εργαλείο για τις διοικήσεις, αποτελεί η ύπαρξη ατόμων με ικανότητες και δεξιότητες που θα μπορούν να εφαρμόσουν τα προγράμματα αυτά. Έτσι λοιπόν, έχει αυξηθεί η ανάγκη ύπαρξης ατόμων με ικανότητες στην πληροφορία της υγείας και έχει αυξηθεί η ανάγκη εκπαίδευσης των ήδη υπαρχουσών στελεχών (Lammintakanen, Saranto, Kivinen, 2010; Westra & Delaney, 2008).

5. Εργαλεία στατιστικής

Ο σκοπός της δειγματοληψίας, είναι να διερευνηθούν οι κάτωθι ερευνητικές υποθέσεις:

(Y1) Πραγματοποιείται προγραμματισμός στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις νοσηλευτικές μονάδες.

(Y2) Το υπάρχον υγειονομικό προσωπικό επαρκεί για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων.

(Y3) Η υφιστάμενη διαδικασία επιλογής του υγειονομικού προσωπικού βοηθά τη διοίκηση του νοσοκομείου να προσλάβει το απαραίτητο και κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό με αξιοκρατία, αντικειμενικότητα και σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις.

(Y4) Το υγειονομικό προσωπικό είναι ικανοποιημένο από τις χρηματικές αποδοχές του, τα ωράρια εργασίας του και το εργασιακό του περιβάλλον.

(Y5) Τα οφέλη που απορρέουν από την εργασία, συμπεριλαμβανομένου και της εκπαίδευσης του προσωπικού, σχετίζονται με το επάγγελμα.

(Y6) Η τοποθέτηση του νέου υγειονομικού προσωπικού συνδέεται με εισαγωγικά εκπαιδευτικά προγράμματα και γνωριμία με όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.

(Y7) Οι διοικήσεις των νοσοκομείων διοργανώνουν σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα είτε στο χώρο του νοσοκομείου, είτε σε συνεργασία με άλλους φορείς.

(Y8) Το ισχύον καθεστώς του νοσοκομείου περιλαμβάνει συνεχή επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού στις νέες τεχνολογίες που εισάγονται στο νοσοκομείο.

(Y9) Η στάση του υγειονομικού προσωπικού έναντι της επιμόρφωσης διαφοροποιείται ανάλογα με το επάγγελμά του.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω ερευνητικές υποθέσεις, τους στόχους της παρούσας έρευνας και τη δομή του ερωτηματολογίου, θα ακολουθήσει στο επόμενο κεφάλαιο η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

1. Επεξεργασία δεδομένων

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες.

Επίσης, για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test και για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων).

Επιπλέον, για την διερεύνηση της δομής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε "factor analysis" (*Rotation Method: Varimax*). Για να ελεγχθεί η εγκυρότητα δομής του ερωτηματολογίου υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των παραγόντων όπως προέκυψαν από την "factor analysis". Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's-α. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Τέλος, για τη συσχέτιση των παραγόντων που προέκυψαν από την factor analysis με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη μέθοδο enter και τη stepwise.

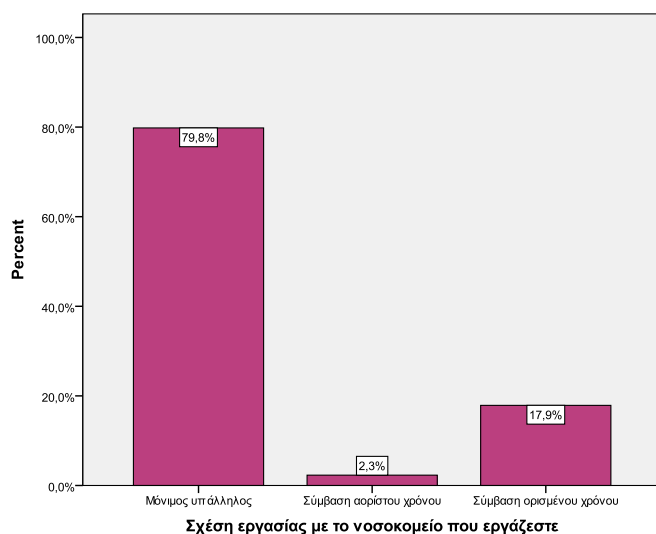
2. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

2.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Μετά τη μελέτη των δημογραφικών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας (Βλ. Πίνακα 5.1), προέκυψαν τα εξής:

- ❖ το σύνολο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 529 άτομα,
- ❖ η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες με ποσοστό 66,9%,
- ❖ η πλειοψηφία ήταν μεταξύ 31-40 ετών με ποσοστό 43%,
- ❖ το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (54,2%) ήταν παντρεμένοι,
- ❖ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές (N=334) με ποσοστό 63,1%
- ❖ το 79,8% του δείγματος δήλωσε ότι ήταν μόνιμοι υπάλληλοι (Γράφημα 5.1),
- ❖ η μέση τιμή εργασίας τους στο δημόσιο σύστημα υγείας ήταν 10,6 έτη, ενώ η μέση τιμή στο νοσοκομείο που εργάζονταν, ήταν 7,7 έτη,
- ❖ το 13,1% ανέφερε ότι είχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και μόλις το 2,1% ότι είχε διδακτορικό τίτλο σπουδών,
- ❖ το 36,7% του δείγματος απάντησε ότι είχε πολύ καλή σχέση με τους υπολογιστές
- ❖ το 75,4% του δείγματος ανέφερε ότι είχε πτυχίο κάποιας ξένης γλώσσας (Βλ. Πίνακα 5.2)

Γράφημα 5.1: Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο που εργάζονταν



Πίνακας 5.1: Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων

Μεταβλητές		N	%
Φύλο	Άνδρες	175	33,1
	Γυναίκες	354	66,9
Ηλικία	20-30	91	17,2
	31-40	227	43
	41-50	184	34,8
	51-60	24	4,5
	60+	2	0,4
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	177	33,5
	Διαζευγμένος/η	47	8,9
	Έγγαμος/η	286	54,2
	Ελεύθερη Συμβίωση	13	2,5
	Εν διαστάσει	3	0,6
	Χήρος/α	2	0,4
Επάγγελμα	Ιατροί	195	36,9
	Νοσηλευτές	334	63,1
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο που εργάζεστε	Μόνιμος υπάλληλος	415	79,8
	Σύμβαση αορίστου χρόνου	12	2,3
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	93	17,9
Σε περίπτωση που δεν εργάζεστε στο φορέα που έχετε διοριστεί, με ποιόν από τους παρακάτω τρόπους έχετε μεταφερθεί στο νοσοκομείο που εργάζεστε σήμερα;	Δυπε	1	0,2
	Με απόσπαση	2	0,4
	Με διάθεση	13	2,5
	Με μετάθεση	16	3
	Με μετακίνηση	17	3,2
	Πρακτική άσκηση	1	0,2
	Συνυπηρέτηση	3	0,6
Μεταβλητές	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Έτη υπηρεσίας συνολικά στο δημόσιο σύστημα υγείας	10,6 (8,2)	10,6 (8,2)	
Έτη υπηρεσίας στο νοσοκομείο που εργάζεστε σήμερα	8,8 (7,7)	8,8 (7,7)	

Πίνακας 5.2: Στοιχεία σχετικά με την εκπαίδευση των εργαζομένων

Μεταβλητές		N	%
Εκτός από τις βασικές σπουδές, τι άλλες σπουδές έχετε κάνει;	Ι.Ε.Κ.	1	0,2
	ΑΣΠΑΙΤΕ	1	0,2
	Διδακτορικό	11	2,1
	Δίπλωμα Μετα-δευτερ.Εκπαίδευσης	1	0,2
	Εξειδίκευση	3	0,6
	Μεταπτυχιακό	69	13,1
	ΟΑΕΔ ΤΕΕ	1	0,2
	Πτυχίο ΑΕΙ	28	5,3
	Πτυχίο ΤΕΙ	40	7,6
Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας πάνω στους Η/Υ;	Άριστη	70	13,3
	Πολύ καλή	193	36,7
	Καλή	166	31,6
	Μέτρια	89	16,9
	Καμία σχέση	8	1,5
Διάθετε πτυχίο ξένων γλωσσών:	Όχι	129	24,6
	Ναι	396	75,4
Εάν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση, παρακαλώ επιλέξτε σε ποια:	Αγγλικά	327	61,8
	Αγγλικά & Γερμανικά	4	0,8
	Αγγλικά & Γαλλικά	4	0,8
	Αγγλικά & Ιταλικά	4	0,8
	Γαλλικά	13	2,5
	Γερμανικά	8	1,5
	Ισπανικά	3	0,6
	Ιταλικά	28	5,3

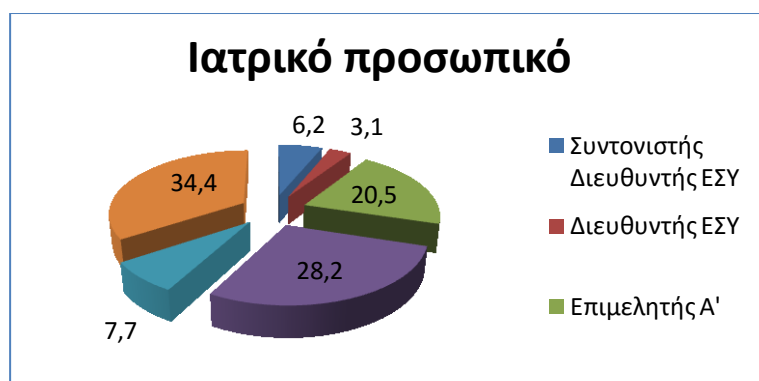
2.1.1 Ιατρικό προσωπικό

Στον Πίνακα 5.3 παρουσιάζεται ο βαθμός και η ειδικότητα του ιατρικού προσωπικού του δείγματος. Ως προς το βαθμό, η πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού ήταν ειδικευόμενοι, με ποσοστό 34,4% και ακολουθούσαν οι Επιμελητές Β' και Α' με ποσοστά 28,2% και 20,5% αντίστοιχα (Βλ. Γράφημα 5.3). Επίσης, όσον αφορά την ειδικότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν χειρουργοί (15,4%) και παθολόγοι (14,4%).

Πίνακας 5.3: Ιατρικό προσωπικό ανά βαθμό και ειδικότητα

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		N	%
Βαθμός	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΣΥ	12	6,2
	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	67	34,4
	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ	15	7,7
	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α	40	20,5
	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β	55	28,2
	ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΣΥ	6	3,1
		N	%
Ειδικότητα	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	2	1,0
	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	2	1,0
	ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ	4	2,1
	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ	3	1,5
	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	8	4,1
	ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	25	12,8
	ΓΕΝΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	1	0,5
	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	2	1,0
	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	1	0,5
	ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	1	0,5
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	24	12,3
	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ	5	2,6
	ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	5	2,6
	ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	3	1,5
	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	14	7,2
	ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	12	6,2
	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	28	14,4
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	4	2,1
	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	1	0,5
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	30	15,4
	ΩΡΛ	8	4,1

Γράφημα 5.2: Ιατρικό προσωπικό ανά βαθμό



2.1.2 Νοσηλευτικό προσωπικό

Στον Πίνακα 5.4 δίνεται η κατηγορία εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ στον Πίνακα 5.5 το τμήμα απασχόλησής τους. Από τη μελέτη των στοιχείων αυτών, παρατηρούμε ότι όσον αφορά την κατηγορία εκπαίδευσης, το 67% του δείγματος ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 27,6% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ μόλις το 5,5% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Δηλαδή, η πλειοψηφία των νοσηλευτών ήταν ΤΕ, ενώ η κατηγορία ΠΕ καταλάμβανε πολύ μικρό ποσοστό. Επίσης, ως προς το τμήμα εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος, το 12,3% εργαζόταν σε παθολογική κλινική, το 9,9% σε χειρουργική κλινική και το 8,4% σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Πίνακας 5.4: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κατηγορία εκπαίδευσης

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		N	%
Κατηγορία εκπαίδευσης	ΠΕ (Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης)	18	5,5%
	ΤΕ (Τεχνολογικής Εκπαίδευσης)	221	67%
	ΔΕ (Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης)	91	27,6%

Πίνακας 5.5: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά τμήμα εργασίας

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ			N	%
Τμήμα εργασίας	Αιματολογική κλινική		1	0,3
	Αιμοδοσία		17	5,1
	Αιμοδυναμικό εργαστήριο		1	0,3
	Ακτινοθεραπευτική		1	0,3
	Αναισθησιολογικό		11	3,3
	Αποκατάσταση		2	0,6
	Γραφείο λοιμώξεων		4	1,2
	Γυναικολογική		18	5,4
	Εξωτερικά ιατρεία		1	0,3
	Επείγοντα ΤΕΠ		4	1,2
	Καρδιολογική		18	5,4
	Κέντρο απεξάρτησης		1	0,3
	Λεχώνων		1	0,3
	ΜΕΘ		28	8,4
	Μονάδα αιμοκάθαρσης		1	0,3
	Μονάδα εμφραγμάτων		1	0,3
	MTN		16	4,8
	Νευροχειρουργική		4	1,2
	Νεφρολογική		1	0,3
	Νοσηλευτική υπηρεσία		2	0,6
	Ογκολογική		6	1,8
	Ορθοπεδική		11	3,3
	Ουρολογική		4	1,2
	Παθολογική		41	12,3
	Παθολογική, καρδιολογική		1	0,3
	Παιδιατρική		14	4,2
	ΠΓΝΠ		1	0,3
	Πνευμονολογική		10	3
	Ρευματολογική κλινική		1	0,3
	Χειρ/κη-ορθ/κη		1	0,3
	Χειρουργείο		32	9,9
	Χειρουργική		20	6
	ΨΝΤ		1	0,3
	Ψυχιατρείο ξενώνας		3	0,9
	Ψυχιατρικό		8	2,4
	ΩΡΛ		6	1,8
	Άλλο		4	1,2

2.2 Σκέψεις και αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την αποτελεσματική στελέχωση των μονάδων υγείας

2.2.1 Προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των ερωτηθέντων με τις προτάσεις που αφορούν τον προγραμματισμό στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Πίνακας 5.6: Βαθμός συμφωνίας ερωτηθέντων με τις προτάσεις του προγραμματισμού στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Σύνολο	Διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ αρκετά		Συμφωνώ πάρα πολύ		Διαφωνώ & διαφωνώ μερικώς		Συμφωνώ αρκετά & συμφωνώ πάρα πολύ	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεστε προγραμματίζει τις ανάγκες στελέχωσης σε υγειονομικό προσωπικό.	529	67	12,7	124	23,4	172	32,5	80	15,1	86	16,3	191	36,1	166	31,4
Ο προγρ/σμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου.	529	59	11	126	23,8	138	26,1	126	23,8	81	15,3	184	34,8	207	39,1
Όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες σε υγειονομικό προσωπικό, η διοίκηση του νοσοκομείου προβαίνει έγκαιρα σε ενέργειες για πρόσληψη προσωπικού και κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου.	529	98	18,5	107	20,2	90	17	64	12,1	170	32,1	205	38,7	234	44,2
Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	529	100	18,9	133	25,1	117	22,1	95	18	84	15,9	233	44	179	33,9
Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	529	86	16,3	109	20,6	78	14,7	107	20,2	149	28,2	195	36,9	256	48,4

Αρχικά, όπως παρατηρούμε από τον Πίνακα 5.6, το 36,1% του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα, δήλωσε ότι

διαφωνεί/διαφωνεί μερικώς με την πρόταση «Η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεστε προγραμματίζει τις ανάγκες στελέχωσης σε υγειονομικό προσωπικό», το 31,4% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ, ενώ μόλις το 32,5%, απέφυγε να πάρει θέση. Στη συγκεκριμένη ερώτηση μπορούμε να αναφέρουμε ότι οι απαντήσεις μοιράστηκαν ανάμεσα στους συμμετέχοντες.

Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (39,1%), συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση «Ο προγραμματισμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου», ενώ το 34,8% διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς με την πρόταση αυτή. Δηλαδή οι απόψεις σχεδόν μοιράζονται, συν ότι υπάρχει ένα 26,1% που απέφυγε να πάρει θέση.

Αναφορικά με τις έκτακτες ανάγκες των νοσηλευτικών μονάδων σε υγειονομικό προσωπικό, παρατηρούμε ότι το 44,2% των συμμετεχόντων στην έρευνα, ανέφεραν ότι συμφωνούν αρκετά/ πάρα πολύ με το ότι «η διοίκηση του νοσοκομείου προβαίνει έγκαιρα σε ενέργειες για πρόσληψη προσωπικού και κάλυψη αναγκών». Παράλληλα, το 38,7% των ερωτηθέντων παρουσιάστηκε να διαφωνεί/διαφωνεί μερικώς με την πρόταση αυτή.

Σχετικά με την «επάρκεια των δημόσιων νοσοκομείων σε ιατρικό προσωπικό», το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα το 44%, απάντησε ότι διαφωνεί/διαφωνεί μερικώς, με την πρόταση ότι το ιατρικό προσωπικό επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου, ενώ το 33,9% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ. Παράλληλα, ως προς την «επάρκεια των δημόσιων νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό», το 48,4% των συμμετεχόντων απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/πάρα πολύ με την πρόταση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου, ενώ το 36,9% απάντησε ότι διαφωνεί/διαφωνεί μερικώς. Δηλαδή, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, πιστεύει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για την ομαλή στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ το ιατρικό προσωπικό όχι.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 5.7 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των προτάσεων του προγραμματισμού στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της παρούσας έρευνας, με την επιλογή του Descriptive Statistics. Στην πρώτη στήλη εμφανίζεται ο αριθμός των έγκυρων απαντήσεων. Από τη δεύτερη στήλη παρατηρούμε ότι οι μέσες τιμές απαντήσεων για τις συγκεκριμένες προτάσεις κυμάνθηκαν από 2,87 έως 3,23, με τη μικρότερη μέση τιμή (μεγαλύτερο

βαθμό συμφωνίας) να έχει η πρόταση «Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του» και τη μεγαλύτερη μέση τιμή να έχει η πρόταση «Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του».

Τέλος, για τη μελέτη της αξιοπιστίας της εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha, ο οποίος ήταν 0,806. Λόγω του ότι ο συντελεστής ήταν άνω του 0,7 η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε αποδεκτή (Cronbach, 1951; Litwin, 1995; Bland et al, 1997; Bland et al, 2002; Bounton, 2004; Γαλάνης, 2013).

Πίνακας 5.7: Περιγραφικά στοιχεία προτάσεων προγραμματισμού στελέχωσης

Προτάσεις προγραμματισμού στελέχωσης	N	Mean	S. D.
Η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεστε προγραμματίζει τις ανάγκες στελέχωσης σε υγειονομικό προσωπικό.	529	2,99	1,243
Ο προγραμματισμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου.	529	3,09	1,234
Όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες σε υγειονομικό προσωπικό (πχ. λόγω αποχώρησης, συνταξιοδότησης, μακροχρόνιων αναρρωτικών αδειών κλπ), η διοίκηση του νοσοκομείου προβαίνει έγκαιρα σε ενέργειες για πρόσληψη προσωπικού και κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου (δηλ. επικουρικό προσωπικό).	529	3,19	1,522
Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	529	2,87	1,345
Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	529	3,23	1,461

Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis) – Προγραμματισμός στελέχωσης

Στη συνέχεια, προκειμένου να διερευνηθεί η εσωτερική δομή του ερωτηματολογίου «προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού», έγινε παραγοντική ανάλυση (factor analysis), με τη μέθοδο Principal Component Analysis και την περιστροφή Varimax. Από την ανάλυση αυτή, σύμφωνα με τον Πίνακα 5.8, προέκυψε μόνο ένας παράγοντας με Eigenvalue πάνω από το 1, ο οποίος εξηγεί το 57,6% του συνολικού δείγματος. Ο παράγοντας αυτός είναι

ποσοτική μεταβλητή. Τα loadings του συγκεκριμένου παράγοντα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.9.

Πίνακας 5.8: Eigenvalues - Προγραμματισμός στελέχωσης

factor	Eigenvalue	% of Variance
1	2,880	57,603

Πίνακας 5.9: Factor Loadings – Παράγοντας - Προγραμματισμός στελέχωσης

Factors	Variables	Loadings
Factor 1	Η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεστε προγραμματίζει τις ανάγκες στελέχωσης σε υγειονομικό προσωπικό	,763
	Ο προγραμματισμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου	,835
	Όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες σε υγειονομικό προσωπικό (πχ. λόγω αποχώρησης, συνταξιοδότησης, μακροχρόνιων αναρρωτικών αδειών κλπ), η διοίκηση του νοσοκομείου προβαίνει έγκαιρα σε ενέργειες για πρόσληψη προσωπικού και κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου (δηλ. επικουρικό προσωπικό).	,854
	Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	,490
	Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.	,794

Από τα παραπάνω εμπειρικά δεδομένα:

- ❖ Προέκυψε ένας παράγοντας, ο οποίος είναι ο εξής: *«Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού»*. Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει τις προτάσεις: «Η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεστε προγραμματίζει τις ανάγκες στελέχωσης σε υγειονομικό προσωπικό», «Ο προγραμματισμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου», «Όταν

προκύπτουν έκτακτες ανάγκες σε υγειονομικό προσωπικό (πχ. λόγω αποχώρησης, συνταξιοδότησης, μακροχρόνιων αναρρωτικών αδειών κλπ), η διοίκηση του νοσοκομείου προβαίνει έγκαιρα σε ενέργειες για πρόσληψη προσωπικού και κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου (δηλ. επικουρικό προσωπικό)», «Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του», «Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του».

Παράγοντας: «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού»

Προκειμένου να ελεγχθεί αν ο παράγοντας «προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού» επηρεάζεται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος μέσω των τιμών independent-samples t-test και η ανάλυση διακύμανσης (one way ANOVA). Ο παράγοντας αυτός είναι ποσοτική μεταβλητή.

Αναλυτικά, το t-test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων (φύλο, επάγγελμα, πτυχίο ξένων γλωσσών) και η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών άνω των δύο ομάδων (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή σχέση, γνώση υπολογιστών) (Γναρδέλλης, 2009; Σκιώμοκας κ.α., 2005).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα 5.10, όπου παρουσιάζεται η ανάλυση student t-test για τον παράγοντα «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού» σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- ❖ Για τη μεταβλητή «φύλο»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,504 > 0,05$, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t-test. Από τη μελέτη του t-test παρατηρείται ότι $t_{(527)} = -0,497$ και $p=0,619 > 0,05$, άρα δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με το φύλο.
- ❖ Για τη μεταβλητή «επάγγελμα»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,000 < 0,05$, δηλαδή είναι στατιστικά σημαντικό, οπότε μελετήθηκαν τα δεδομένα της δεύτερης γραμμής του πίνακα (equal variances not assumed), όπου $t_{(465,169)} = -4,842$ και $p=0,000 < 0,05$. Άρα, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μεταβλητής του επαγγέλματος συγκριτικά με τον παράγοντα. Στο

ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Το t είναι αρνητικό, άρα οι νοσηλευτές είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τον προγραμματισμό στελέχωσης υγειονομικού προσωπικού, συγκριτικά με το ιατρικό προσωπικό.

- ❖ Για τη μεταβλητή «πτυχίο ξένων γλωσσών»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,488>0,05$, δηλαδή είναι στατιστικά μη σημαντικό, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t -test. Από τη μελέτη του t -test παρατηρείται ότι $t_{(523)}=-0,2$ και $p=0,842 > 0,05$, άρα δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με την κατοχή πτυχίου ξένων γλωσσών.

Κατόπιν, από την ανάλυση διακύμανσης (One way Anova) του παράγοντα «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού» σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων και μετά τη διόρθωση Bonferroni, λόγω πολλαπλών συγκρίσεων (Βλ. Πίνακες 5.11, 5.12), προέκυψαν τα εξής:

- ❖ Για τη μεταβλητή «Ηλικία»: $F(4,523)=2,547$ και $p=0,39>0,05$, άρα δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού» με τη μεταβλητή ηλικία.
- ❖ Για τη μεταβλητή «Οικογενειακή κατάσταση»: $F(5,522)=1,142$ και $p=0,337>0,05$, άρα δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού» με τη μεταβλητή Οικογενειακή Κατάσταση.
- ❖ Για τη μεταβλητή «Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο»: $F(2,517)=11,999$ και $p=0,000<0,05$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τον παράγοντα «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού» με τη μεταβλητή «σχέση εργασίας». Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 5.12, περισσότερο ικανοποιημένοι από τον προγραμματισμό στελέχωσης παρουσιάστηκαν τα άτομα με σύμβαση αορίστου χρόνου, ακολούθησαν οι μόνιμοι υπάλληλοι και λιγότερο ικανοποιημένοι ήταν τα άτομα με σύμβαση ορισμένου χρόνου.

- ❖ Για τη μεταβλητή «Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών»: $F(4,521)=4,123$ και $p=0,003<0,05$, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με τον παράγοντα «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού». Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Αναλυτικά, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 5.12, οι συμμετέχοντες που είχαν πολύ καλή/ πολύ καλή / άριστη σχέση με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με τον προγραμματισμό στελέχωσης, συγκριτικά με τα άτομα που δεν είχαν γνώσεις ηλεκτρονικών υπολογιστών.

Πίνακας 5.10: Student t-test – Παράγοντας 1^{ος} - Προγραμματισμός στελέχωσης

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού»		Levene's Test for Equality of Variances		t-test			95% Confidence Interval of the Difference	
			F	Sig.	t	df	p		
			Lower	Upper					
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,448	,504	-,497	527	,619	-,22765211	,13567147
		Equal variances not assumed			-,501	353,082	,617	-,22662303	,13464239
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	13,574	,000	-4,619	527	,000	-,58224238	-,23478077
		Equal variances not assumed			-4,842	465,169	,000	-,57429216	-,24273099
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,482	,488	,200	523	,842	-,17787093	,21819023
		Equal variances not assumed			,195	208,342	,846	-,18391662	,22423592

Πίνακας 5.11: ANOVA – Παράγοντας 1^{ος} - Προγραμματισμός στελέχωσης

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	10,028	4	2,507	2,547	,039
		Within Groups	514,777	523	,984		
		Total	524,804	527			
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος, -η / Έγγαμος, -η / Ελ. Συμβίωση / Εν διαστάσει / Χήρος,-α	Between Groups	5,705	5	1,141	1,142	,337
		Within Groups	521,457	522	,999		
		Total	527,162	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος	Between Groups	23,010	2	11,505	11,999	,000
	Σύμβαση αορίστου	Within Groups	495,708	517	,959		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Total	518,718	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	16,161	4	4,040	4,126	,003
		Within Groups	510,193	521	,979		
		Total	526,355	525			

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας 5.12 : Πολλαπλές συσχετίσεις – Παράγοντας 1^{ος} - Προγραμματισμός στελέχωσης

			Mean Difference	S.E.	P	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο που εργάζεστε	Μόνιμος υπάλληλος	Σύμβαση αορίστου χρόνου	-,70790991*	,28672595	,042	-,13965672	-,0192526
		Σύμβαση ορισμένου χρόνου	,45421169*	,11233991	,000	,1843941	,7240293
	Σύμβαση αορίστου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	,70790991*	,28672595	,042	,0192526	1,3965672
		Σύμβαση ορισμένου χρόνου	1,16212160*	,30035184	,000	,4407377	1,8835055
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	-,45421169*	,11233991	,000	-,7240293	-,1843941
		Σύμβαση αορίστου χρόνου	-1,16212160*	,30035184	,000	-1,8835055	-,4407377
Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας πάνω στους Η/Υ;	Άριστη	Πολύ καλή	,07217419	,13806978	1,000	-,3170502	,4613986
		Καλή	,22401918	,14102671	1,000	-,1735409	,6215793
		Μέτρια	,29974431	,15808948	,585	-,1459165	,7454051
		Καμία σχέση	1,30531609*	,36931906	,004	,2641904	2,3464418
	Πολύ καλή	Άριστη	-,07217419	,13806978	1,000	-,4613986	,3170502
		Καλή	,15184499	,10475215	1,000	-,1434557	,4471456
		Μέτρια	,22757013	,12679418	,733	-,1298679	,5850082
		Καμία σχέση	1,23314191*	,35704488	,006	,2266176	2,2396662
	Καλή	Άριστη	-,22401918	,14102671	1,000	-,6215793	,1735409
		Πολύ καλή	-,15184499	,10475215	1,000	-,4471456	,1434557
		Μέτρια	,07572513	,13000782	1,000	-,2907723	,4422226
		Καμία σχέση	1,08129691*	,35819871	,027	,0715199	2,0910739
	Μέτρια	Άριστη	-,29974431	,15808948	,585	-,7454051	,1459165
		Πολύ καλή	-,22757013	,12679418	,733	-,5850082	,1298679
		Καλή	-,07572513	,13000782	1,000	-,4422226	,2907723
		Καμία σχέση	1,00557178	,36525343	,061	-,0240927	2,0352363
	Καμία σχέση	Άριστη	-1,30531609*	,36931906	,004	-2,3464418	-,2641904
		Πολύ καλή	-1,23314191*	,35704488	,006	-2,2396662	-,2266176
		Καλή	-1,08129691*	,35819871	,027	-2,0910739	-,0715199
		Μέτρια	-1,00557178	,36525343	,061	-2,0352363	,0240927

2.2.2 Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των ερωτηθέντων με τις προτάσεις που αφορούν τον προγραμματισμό στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Πίνακας 5.13: Βαθμός συμφωνίας ερωτηθέντων με τις προτάσεις της στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Σύνολο	Διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ αρκετά		Συμφωνώ πάρα πολύ		Διαφωνώ & διαφωνώ μερικώς		Συμφωνώ αρκετά & συμφωνώ πάρα πολύ	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	529	32	6	102	19,3	230	43,5	94	17,8	71	13,4	134	25,3	165	31,2
Η επιλογή του επικουρικού ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	529	37	7	110	20,8	201	38	107	20,2	74	14	147	27,8	181	34,2
Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιολογικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ).	529	127	24	112	21,2	125	23,6	91	17,2	74	14	239	45,2	165	31,2
Η επιλογή του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιολογικά μέσα.	529	49	9,3	132	25	208	39,3	84	15,9	56	10,6	181	34,3	140	26,5
Η επιλογή ιατρικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	529	22	4,2	110	20,8	218	41,2	113	21,4	66	12,5	132	25	179	33,9
Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	529	35	6,6	105	19,8	206	38,9	136	25,7	47	8,9	140	26,4	183	34,6
Η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας.	529	68	12,9	147	27,8	196	37,1	67	12,7	51	9,6	215	40,7	118	22,3
Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα.	529	40	7,6	107	20,2	177	33,5	97	18,3	108	20,4	147	27,8	205	38,7
Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις ιατρών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς	529	70	13,2	107	20,2	148	28	79	14,9	125	23,6	177	33,4	204	38,5

λόγους για κάλυψη αναγκών.															
Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	529	31	5,9	95	18	149	28,2	145	27,4	109	20,6	126	23,9	254	48
Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας.	529	91	17,2	105	19,8	140	26,5	114	21,6	79	14,9	196	37	193	36,5
Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους.	529	114	21,6	87	16,4	77	14,6	109	20,6	142	26,8	201	38	251	47,4
Όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδερφος που σας αντικαθιστά.	529	141	26,7	126	23,8	91	17,2	72	13,6	99	18,7	267	50,5	171	32,3
Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού.	529	146	27,6	126	23,8	115	21,7	53	10	89	16,8	272	51,4	142	26,8
Οι άδειές σας προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας.	529	123	23,3	127	24	124	23,4	90	17	65	12,3	250	47,3	155	29,3
Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει τμήματα και εφημερίες συναφών ειδικοτήτων όταν χρειάζεται.	529	62	11,7	121	22,9	136	25,7	97	18,3	113	21,4	183	34,6	210	39,7
Το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα.	529	58	11	109	20,6	151	28,5	137	25,9	74	14	167	31,6	211	39,9
Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών.	529	109	20,6	143	27	168	31,8	73	13,8	36	6,8	252	47,6	109	20,6
Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται.	529	63	11,9	118	22,3	154	29,1	74	14	120	22,7	181	34,2	194	36,7
Οι χρηματικές αποδοχές σας είναι ικανοποιητικές.	529	116	21,9	61	11,5	81	15,3	73	13,8	198	37,4	177	33,4	271	51,2
Το περιβάλλον εργασίας σας είναι ιδιαίτερα ευχάριστο.	529	79	14,9	105	19,8	156	29,5	111	21	78	14,7	184	34,7	189	35,7
Το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό.	529	73	13,8	114	21,6	146	27,6	83	15,7	113	21,4	187	35,4	196	37,1

Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας).	529	115	21,7	51	9,6	93	17,6	80	15,1	190	35,9	166	31,3	270	51
Σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας (με τον προϊστάμενό σας και τους συναδέλφους σας).	529	114	21,6	117	22,1	139	26,3	94	17,8	65	12,3	231	43,7	159	30,1

Αρχικά, από τον Πίνακα 5.13 προκύπτει ότι 43,5% των ερωτηθέντων απέφυγε να πάρει θέση στο ερώτημα του αν η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια. Επίσης, το 31,2% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση αυτή και το 25,3% διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς. Ως προς την επιλογή του επικουρικού προσωπικού με αντικειμενικά κριτήρια, το 34,2% του δείγματος συμφώνησε πολύ/πάρα πολύ, το 38% απέφυγε να πάρει θέση, ενώ το 27,8% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς.

Κατόπιν, ως προς την επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού με αξιοκρατικά μέσα, χαρακτηριστικό αποτέλεσε το γεγονός ότι το 45,2% των συμμετεχόντων, απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς, το 31,2% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ και το 23,6% απέφυγε να πάρει θέση. Στη συνέχεια, όσον αφορά την επιλογή του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού με αξιοκρατικά μέσα, αξιοσημείωτο ήταν ότι το 39,3% των ερωτηθέντων απέφυγε να πάρει θέση, το 34,3% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς και μόλις το 26,5% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά έως πάρα πολύ .

Επιπλέον, σχετικά με το εάν η επιλογή του ιατρικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, χαρακτηριστικό αποτέλεσε το γεγονός ότι το 41,2% των συμμετεχόντων απέφυγε να πάρει θέση, το 33,9% θεωρεί ότι ανταποκρίνεται (συμφώνησε αρκετά/ πάρα πολύ), ενώ το 25% διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς. Παράλληλα, στην πρόταση εάν η επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων και πάλι, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (38,9%) απέφυγε να πάρει θέση, το 34,6% συμφώνησε από αρκετά έως πάρα πολύ και το 26,4% διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς.

Κατόπιν, σχετικά με την πρόταση «η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας», η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι

διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς, το 37,1% απέφυγε να πάρει θέση, ενώ μόλις το 22,3% συμφώνησε αρκετά/ πάρα πολύ. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι, το 38,7% των συμμετεχόντων συμφώνησε αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση «Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα, το 33,5% απάντησε ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί και το 27,8% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς.

Επιπροσθέτως, το 38,5% των ερωτηθέντων συμφώνησαν αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση «Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις ιατρών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών», το 33,4% συμφώνησε διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς, ενώ το 28% απέφυγε να πάρει θέση.

Παράλληλα, ως προς τις μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών και αν αυτές γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών, το 48% των συμμετεχόντων συμφώνησε αρκετά/πάρα πολύ, το 28,2% απέφυγε να πάρει θέση, ενώ το 23,9% διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς. Το 36,5% των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/πάρα πολύ με την πρόταση «οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας», το 37% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς, ενώ μόλις το 26,5% απέφυγε να πάρει θέση. Στο σημείο αυτό παρατηρούμε ότι οι θετικές και οι αρνητικές απαντήσεις των ερωτηθέντων είχαν περίπου τα ίδια ποσοστά.

Επίσης, το 47,4% των ερωτηθέντων απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση «εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους», το 38% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς, ενώ το 14,6% απέφυγε να πάρει θέση. Το 50,5% των συμμετεχόντων διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς με την πρόταση «όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδελφος που σας αντικαθιστά», το 32,3% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ και το 17,2% απέφυγε να πάρει θέση. Δηλαδή, σύμφωνα με το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, δεν γίνεται προγραμματισμένη κάλυψη των κενών θέσεων σε περιπτώσεις αδειών. Το ίδιο συμπέρασμα εξάγεται και από την επόμενη ερώτηση.

Επιπροσθέτως, το 51,4% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς με την πρόταση «το ποιός θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια, οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού», το 26,8% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ και το 21,7% απάντησε ότι ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί. Σχετικά με το αν οι άδειες προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας, το 47,3% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς, το

29,3% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ και το 23,4% απέφυγε να πάρει θέση.

Κατόπιν, ως προς την κάλυψη τμημάτων και εφημεριών συναφών ειδικοτήτων όταν απαιτείται από το ιατρικό προσωπικό, το 39,7% του δείγματος απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ και το 34,6% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς. Παράλληλα, σχετικά με την πρόταση «το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα», το 39,9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/πάρα πολύ και το 31,6% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς.

Επίσης, το 47,6% πιστεύει ότι δε γίνεται (διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς) εναλλαγή νοσηλευτικού προσωπικού στα τμήματα για κάλυψη αναγκών, ενώ μόλις το 20,6% πιστεύει ότι γίνεται (συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ). Επίσης, όσον αφορά την πρόταση «το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται», οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχεδόν μοιράστηκαν. Συγκεκριμένα, το 36,7% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση αυτή και το 34,2% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς. Σχετικά με τις χρηματικές αποδοχές των συμμετεχόντων στην έρευνα, το 51,2% θεώρησε ότι είναι ικανοποιητικές (βαθμός συμφωνίας αρκετά/ πάρα πολύ), ενώ το 33,4% απάντησε ότι δεν είναι ικανοποιημένο (διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς).

Σχετικά με το αν είναι ευχάριστο το περιβάλλον εργασίας των συμμετεχόντων στην έρευνα, τα ποσοστά των απαντήσεων μοιράστηκαν. Αναλυτικά, το 35,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι ιδιαίτερα ευχάριστο, ενώ το 34,7% απάντησε ότι δεν είναι (διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς). Το ίδιο παρατηρούμε και με τις απαντήσεις που δόθηκαν όσον αφορά την ικανοποίηση από το ωράριο εργασίας. Συγκεκριμένα, το 37,1% των συμμετεχόντων απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση «το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό» και το 35,4% ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς με την πρόταση αυτή.

Επίσης, το 51% των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση «ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα», ενώ το 31,3% απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς. Τέλος, το 43,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί/ διαφωνεί μερικώς με την πρόταση «σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας», ενώ το 30,1% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 5.14 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των προτάσεων της στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

της παρούσας έρευνας, με την επιλογή του Descriptive Statistics. Στην πρώτη στήλη εμφανίζεται ο αριθμός των έγκυρων απαντήσεων. Από την δεύτερη στήλη παρατηρούμε ότι οι μέσες τιμές απαντήσεων για τις συγκεκριμένες προτάσεις κυμάνθηκαν από 2,59 έως 3,39, με την μικρότερη μέση τιμή (μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας) να έχει η πρόταση «Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για κάλυψη αναγκών» και τη μεγαλύτερη μέση τιμή να έχει η πρόταση «Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών».

Κατόπιν, για τη μελέτη της αξιοπιστίας της εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha, ο οποίος ήταν 0,773. Λόγω του ότι ο συντελεστής ήταν άνω του 0,7 η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε αποδεκτή (Cronbach, 1951; Litwin, 1995; Bland, Altman, 1997; Bland, Altman, 2002; Γαλάνης, 2013).

Πίνακας 5.14: Περιγραφικά στοιχεία προτάσεων στελέχωσης υγειονομικού προσωπικού

Προτάσεις στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	N	Mean	S. D.
Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	529	3,13	1,065
Η επιλογή του επικουρικού ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	529	3,13	1,111
Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ).	529	2,76	1,360
Η επιλογή του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα.	529	2,94	1,096
Η επιλογή ιατρικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	529	3,17	1,029
Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	529	3,10	1,033
Η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας.	529	2,78	1,123
Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα.	529	3,24	1,204
Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις ιατρών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	529	3,16	1,344
Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	529	3,39	1,168
Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας.	529	2,97	1,305
Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους.	529	3,15	1,513
Όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδερφος που σας αντικαθιστά.	529	2,74	1,458
Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού.	529	2,65	1,412
Οι άδειές σας προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας.	529	2,71	1,323

Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει τμήματα και εφημερίες συναφών ειδικοτήτων όταν χρειάζεται.	529	3,15	1,310
Το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα.	529	3,11	1,205
Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών.	529	2,59	1,158
Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται.	529	3,13	1,316
Οι χρηματικές αποδοχές σας είναι ικανοποιητικές.	529	3,33	1,588
Το περιβάλλον εργασίας σας είναι ιδιαίτερα ευχάριστο	529	3,01	1,264
Το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό	529	3,09	1,332
Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας).	529	3,34	1,563
Σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας (με τον προϊστάμενό σας και τους συναδέλφους σας).	529	2,77	1,305

Παραγοντική ανάλυση – Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Προκειμένου να διερευνηθεί η εσωτερική δομή του ερωτηματολογίου που αφορά τη στελέχωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, έγινε factor analysis και βρέθηκαν οκτώ (8) παράγοντες, με Eigenvalue πάνω από το 1. Οι παράγοντες αυτοί είναι ποσοτικές μεταβλητές (scale). Οι παράγοντες αυτοί εξηγούν το 64,911% του συνολικού δείγματος (Βλ. Πίνακα 5.15). Στον Πίνακα 5.16, δίνονται τα Factor loadings που προέκυψαν από τη factor analysis με τη μέθοδο Principal Component Analysis και την περιστροφή Varimax.

Πίνακας 5.15: Eigenvalues - Στελέχωση υγειονομικού προσωπικού

Factor	Eigenvalues	% Variance
1	4,460	18,581
2	3,582	14,924
3	1,706	7,108
4	1,333	5,553
5	1,232	5,134
6	1,180	4,916
7	1,085	4,519
8	1,002	4,176
Total:		64,911

Πίνακας 5.16: Factor Loadings – Στελέχωση υγειονομικού προσωπικού

Παράγοντας	Μεταβλητές (Variables)	Loadings
1 ^{ος}	Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	,770
	Η επιλογή του επικουρικού ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	,768
	Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ).	,462
	Η επιλογή του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα.	,759
	Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας	,399
2 ^{ος}	Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα.	,564
	Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις ιατρών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	,739
	Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	,687
	Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται.	,574
3 ^{ος}	Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους.	-,490
	Οι άδειές σας προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας.	,686
	Οι χρηματικές αποδοχές σας είναι ικανοποιητικές.	-,508
	Σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας (με τον προϊστάμενό σας και τους συναδέλφους σας).	,609
4 ^{ος}	Το περιβάλλον εργασίας σας είναι ιδιαίτερα ευχάριστο.	,706
	Το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό.	,782
	Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας).	,647
5 ^{ος}	Η επιλογή ιατρικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	,799
	Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	,809
6 ^{ος}	Όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδερφος που σας αντικαθιστά.	,798
	Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού	,813
7 ^{ος}	Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει τμήματα και εφημερίες συναφών ειδικοτήτων όταν χρειάζεται.	,836
	Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών.	,461
8 ^{ος}	Η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας.	,452
	Το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα.	-,636

Βασιζόμενοι στα παραπάνω εμπειρικά δεδομένα:

- ❖ Ο *πρώτος παράγοντας* που προέκυψε σχετίζεται με τον «*τρόπο επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας*». Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει τις προτάσεις: «Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια», «Η επιλογή του επικουρικού ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια», «Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ)», «Η επιλογή του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά» μέσα και «Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας».
- ❖ Ο *δεύτερος παράγοντας* σχετίζεται με «*τις μετακινήσεις και τις αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα /κλινικές/ νοσοκομεία*». Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει τις προτάσεις: «Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα», «Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις ιατρών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών», «Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών» και «Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται».
- ❖ Ο *τρίτος παράγοντας* σχετίζεται με «*τα οφέλη που απορρέουν από την εργασία*» και περιλαμβάνει τις προτάσεις: «Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους», «Οι άδειές σας προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας», «Οι χρηματικές αποδοχές σας είναι ικανοποιητικές» και «Σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας (με τον προϊστάμενό σας και τους συναδέλφους σας)».
- ❖ Ο *τέταρτος παράγοντας* σχετίζεται με «*τις εργασιακές συνθήκες*» και συγκεκριμένα αποτελείται από τις προτάσεις: «Το περιβάλλον εργασίας σας είναι ιδιαίτερα ευχάριστο», «Το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό» και «Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας)».
- ❖ Ο *πέμπτος παράγοντας* που προέκυψε σχετίζεται με το «*κατά πόσο η επιλογή του υγειονομικού δυναμικού καλύπτει τις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, δηλαδή εάν η επιλογή ανταποκρίνεται στη σύγχρονη*

πραγματικότητα» και περιλαμβάνει τις προτάσεις: «Η επιλογή ιατρικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων» και «Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων».

- ❖ *Ο έκτος παράγοντας που προέκυψε σχετίζεται με τον «τρόπο αντικατάστασης του προσωπικού όταν παίρνουν άδεια» και περιλαμβάνει τις προτάσεις: «Όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδερφος που σας αντικαθιστά» και «Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού».*
- ❖ *Ο έβδομος παράγοντας που προέκυψε σχετίζεται με «την κάλυψη των αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού» και περιλαμβάνει τις προτάσεις: «Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει τμήματα και εφημερίες συναφών ειδικοτήτων όταν χρειάζεται» και «Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών».*
- ❖ *Ο όγδοος παράγοντας που προέκυψε σχετίζεται με «την τοποθέτηση και την κατανομή του υγειονομικού δυναμικού» και περιλαμβάνει τις προτάσεις: «Η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας» και «Το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα».*

Στη συνέχεια, προκειμένου να ελεγχθεί αν οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζονται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, χρησιμοποιήθηκε το t-test και ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Αναλυτικά, το students t-test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων (φύλο, επάγγελμα, πτυχίο ξένων γλωσσών) και ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών άνω των δύο ομάδων (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή σχέση, γνώση υπολογιστών) (Γναρδέλλης, 2009; Σκιάμκος κá, 2005).

1ος παράγοντας: «τρόπος επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας»

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων του student t-test (Βλ. Πίνακα 5.17) όσον αφορά τον πρώτο παράγοντα, συγκριτικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- ❖ Υπήρξε *στατιστικά σημαντική διαφορά* με τη μεταβλητή «φύλο». Σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,756>0,05$ και $t_{(527)}=2,908$ και $p=0,004<0,05$. Άρα, υπάρχει *στατιστικά σημαντική διαφορά της μεταβλητής «φύλο»* συγκριτικά με τον παράγοντα. Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Δηλαδή οι άνδρες παρουσιάστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον τρόπο επιλογής του υγειονομικού προσωπικού.

Επίσης, από τη μελέτη των αποτελεσμάτων της ανάλυσης One Way ANOVA και κατόπιν της διόρθωσης Bonferroni (Βλ. Πίνακα 5.18), έγινε αντιληπτό ότι:

- ❖ υπήρξε *στατιστικά σημαντική διαφορά* με τη μεταβλητή «γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών». Συγκεκριμένα $F_{(4,521)}=4,033$ και $p=0,003<0,05$, άρα υπάρχει *στατιστικά σημαντική διαφορά* για τον παράγοντα με τη μεταβλητή «γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών». Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 5.19, τα άτομα με καλή/πολύ καλή γνώση ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον τρόπο επιλογής του υγειονομικού προσωπικού συγκριτικά με τα άτομα που είχαν άριστη σχέση.
- ❖ Για τη μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση», παρατηρήθηκε ότι $F_{(5,522)}=2,610$ και $p=0,024<0,05$, όμως κατόπιν της μελέτης των πολλαπλών συσχετίσεων και της διόρθωσης Bonferroni δεν προέκυψε σημαντική συσχέτιση με τον παράγοντα.

Πίνακας 5.17: Student t-Test – παράγοντας 1^{ος} - Στελέχωση

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: «τρόπος επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας»		Levene's Test for Equality of Variances		t-test				
			F	Sig.	t	df	P	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,097	,756	2,908	527	,004	,08660245	,44712971
		Equal variances not assumed			2,937	355,909	,004	,08816717	,44556500
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	2,689	,102	1,637	527	,102	-,02946267	,32406560
		Equal variances not assumed			1,602	379,602	,110	-,03347293	,32807586
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,174	,677	-1,375	523	,170	-,33626379	,05932911
		Equal variances not assumed			-1,386	220,287	,167	-,33539891	,05846423

Πίνακας 5.18: ANOVA – παράγοντας 1^{ος} - Στελέχωση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	8,396	4	2,099	2,113	,078
		Within Groups	519,539	523	,993		
		Total	527,935	527			
Οικογενειακή ή κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος, - η / Έγγαμος, -η / Ελ. Συμβίωση / Εν διαστάσει / Χήρος,-α	Between Groups	12,865	5	2,573	2,610	,024
		Within Groups	514,509	522	,986		
		Total	527,374	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος	Between Groups	,694	2	,347	,346	,708
	Σύμβαση αορίστου	Within Groups	518,466	517	1,003		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Total	519,159	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	15,744	4	3,936	4,033	,003
		Within Groups	508,503	521	,976		
		Total	524,247	525			

Πίνακας 5.19: Πολλαπλές συσχετίσεις – Παράγοντας 1^{ος} - Στελέχωση

			Mean Difference	P	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας πάνω στους Η/Υ;	Άριστη	Πολύ καλή	-,46059142*	,009	-,8491707	-,0720122
		Καλή	-,49580563*	,005	-,8927068	-,0989045
		Μέτρια	-,29414867	,629	-,7390707	,1507734
		Καμία σχέση	-,81748365	,270	-1,8568836	,2219163
	Πολύ καλή	Άριστη	,46059142*	,009	,0720122	,8491707
		Καλή	-,03521421	1,000	-,3300254	,2595970
		Μέτρια	,16644275	1,000	-,1904028	,5232883
		Καμία σχέση	-,35689223	1,000	-1,3617481	,6479636
	Καλή	Άριστη	,49580563*	,005	,0989045	,8927068
		Πολύ καλή	,03521421	1,000	-,2595970	,3300254
		Μέτρια	,20165696	1,000	-,1642330	,5675469
		Καμία σχέση	-,32167802	1,000	-1,3297812	,6864252
	Μέτρια	Άριστη	,29414867	,629	-,1507734	,7390707
		Πολύ καλή	-,16644275	1,000	-,5232883	,1904028
		Καλή	-,20165696	1,000	-,5675469	,1642330
		Καμία σχέση	-,52333498	1,000	-1,5512927	,5046228
	Καμία σχέση	Άριστη	,81748365	,270	-,2219163	1,8568836
		Πολύ καλή	,35689223	1,000	-,6479636	1,3617481
		Καλή	,32167802	1,000	-,6864252	1,3297812
		Μέτρια	,52333498	1,000	-,5046228	1,5512927

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

2ος παράγοντας: «μετακινήσεις και αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα /κλινικές/ νοσοκομεία»

Από την ανάλυση t-test (Βλ. Πίνακα 5.20) προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- ❖ Υπήρξε *στατιστικά σημαντική διαφορά* με τη μεταβλητή «φύλο». Σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,613>0,05$. Και σύμφωνα με το t-test $t_{(527)}=-3,459$ και $p=0,001<0,05$. Άρα, υπάρχει *στατιστικά σημαντική διαφορά της μεταβλητής «φύλο»* συγκριτικά με τον παράγοντα. Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Λόγω του ότι το t είναι αρνητικό, σημαίνει ότι οι γυναίκες συμφωνούσαν περισσότερο από τους άνδρες σχετικά με τον τρόπο που γίνονται οι μετακινήσεις και οι αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού.
- ❖ Υπήρξε *στατιστικά σημαντική διαφορά* με τη μεταβλητή «επάγγελμα». Σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,007<0,05$, άρα μελετούμε τα δεδομένα της δεύτερης γραμμής. $t_{(457,812)}=5,812$ και $p=0,000<0,05$. Άρα υπάρχει *στατιστικά σημαντική διαφορά* του παράγοντα με τη μεταβλητή «επάγγελμα». Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Συγκεκριμένα, οι ιατροί παρουσίαστηκαν να συμφωνούν περισσότερο με τον τρόπο που γίνονται οι μετακινήσεις και οι αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού στις κλινικές και στα νοσοκομεία.

Από την ανάλυση διακύμανσης One Way ANOVA και μετά τη διόρθωση Bonferroni, λόγω πολλαπλών συγκρίσεων (Βλ. Πίνακες 5.21, 5.22), προέκυψαν τα εξής:

- ❖ *στατιστικά σημαντική διαφορά με τη μεταβλητή: «ηλικία»*. Συγκεκριμένα, $F_{(4,523)}=5,550$ και $p=0,000<0,05$. Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Αναλυτικά, προέκυψε ότι τα άτομα ηλικιακής βαθμίδας 41-50 συμφωνούσαν περισσότερο με τον τρόπο μετακινήσεων και αποσπάσεων, συγκριτικά με τα άτομα ηλικίας 20-30. Επίσης τα άτομα ηλικίας 51-60 ήταν περισσότερο ικανοποιημένα από τα άτομα ηλικίας 41-50.

- ❖ για τη μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση», αν και $F_{(5,522)}=2,961$ και $p=0,012<0,05$, όμως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, καθώς εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, περιλαμβάνεται η τιμή του μηδέν, άρα η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.
- ❖ για τη μεταβλητή «εργασιακή σχέση»: $F_{(2,517)}=3,985$ και $p=0,019<0,05$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Συγκεκριμένα, περισσότερο ικανοποιημένοι από τον τρόπο μετακινήσεων και αποσπάσεων ήταν τα άτομα με σύμβαση αορίστου χρόνου συγκριτικά με τα άτομα με σύμβαση ορισμένου χρόνου.

Πίνακας 5.20: Student t-test – Παράγοντας 2^{ος} - Στελέχωση

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: «μετακινήσεις και αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα /κλινικές/ νοσοκομεία»		Levene's Test for Equality of Variances		t-test				
			F	Sig.	t	Df	P	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,257	,613	-3,459	527	,001	-,49608775	-,13673639
		Equal variances not assumed			-3,430	338,950	,001	-,49788998	-,13493416
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	7,227	,007	-5,578	527	,000	-,66115192	-,31674661
		Equal variances not assumed			-5,812	457,812	,000	-,65427326	-,32362527
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Όχι - Ναι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,196	,658	2,561	523	,011	,05954879	,45179183
		Equal variances not assumed			2,563	217,775	,011	,05905920	,45228142

- ❖ για τη μεταβλητή «γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών»: $F_{(4,521)}=3,195$ και $p=0,013<0,05$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τον παράγοντα με τη μεταβλητή αυτή. Στο ίδιο συμπέρασμα θα καταλήγαμε εξετάζοντας το 95% διάστημα εμπιστοσύνης των μέσων, όπου δεν περιλαμβάνεται η τιμή

μηδέν και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Συγκεκριμένα, τα άτομα με άριστη/ πολύ καλή/ μέτρια σχέση με τη χρήση Η/Υ είχαν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκριτικά με τα άτομα με καμία σχέση με τον τρόπο επιλογής και απόσπασης του υγειονομικού προσωπικού.

Πίνακας 5.21: ANOVA - Παράγοντας 2^{ος} - Στελέχωση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	21,496	4	5,374	5,550	,000
		Within Groups	506,400	523	,968		
		Total	527,896	527			
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος, -η / Έγγαμος, -η / Ελ. Συμβίωση / Εν διαστάσει / Χήρος, -α	Between Groups	14,551	5	2,910	2,961	,012
		Within Groups	513,052	522	,983		
		Total	527,603	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος Σύμβαση αορίστου Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Between Groups	7,879	2	3,939	3,985	,019
		Within Groups	511,134	517	,989		
		Total	519,012	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	12,619	4	3,155	3,195	,013
		Within Groups	514,402	521	,987		
		Total	527,020	525			

Πίνακας 5.22: Πολλαπλές συσχετίσεις – Παράγοντας 2^{ος} - Στελέχωση

Μεταβλητές	Συγκρίσεις		Mean Difference	P	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Ηλικία	20-30	31-40	-,33693004	,060	-,6810980	,0072379
		41-50	-,51660054*	,000	-,8720904	-,1611107
		51-60	,08798712	1,000	-,5485344	,7245087
		60+	-1,03328663	1,000	-3,0161660	,9495927
	41-50	20-30	,51660054*	,000	,1611107	,8720904
		31-40	,17967050	,662	-,0954922	,4548332
		51-60	,60458767*	,048	,0025722	1,2066031
		60+	-,51668609	1,000	-2,4887595	1,4553873
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο που εργάζεστε	Σύμβαση αορίστου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	,48773635	,284	-,2115537	1,1870264
		Ορισμένου χρόνου	,73256190*	,050	,0000400	1,4650838
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	-,24482555	,097	-,5188091	,0291579
		Αορίστου χρόνου	-,73256190*	,050	-1,4650838	-,0000400
Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας πάνω στους Η/Υ;	Άριστη	Πολύ καλή	,04588820	1,000	-,3449383	,4367146
		Καλή	,19798266	1,000	-,2012138	,5971791
		Μέτρια	-,03133867	1,000	-,4788338	,4161564
		Καμία σχέση	1,11657588*	,027	,0711650	2,1619868
	Πολύ καλή	Άριστη	-,04588820	1,000	-,4367146	,3449383
		Καλή	,15209447	1,000	-,1444216	,4486106
		Μέτρια	-,07722687	1,000	-,4361361	,2816824
		Καμία σχέση	1,07068769*	,030	,0600206	2,0813548
	Καλή	Άριστη	-,19798266	1,000	-,5971791	,2012138
		Πολύ καλή	-,15209447	1,000	-,4486106	,1444216
		Μέτρια	-,22932133	,796	-,5973272	,1386846
		Καμία σχέση	,91859322	,109	-,0953400	1,9325264
	Μέτρια	Άριστη	,03133867	1,000	-,4161564	,4788338
		Πολύ καλή	,07722687	1,000	-,2816824	,4361361
		Καλή	,22932133	,796	-,1386846	,5973272
		Καμία σχέση	1,14791455*	,018	,1140120	2,1818171
	Καμία σχέση	Άριστη	-1,11657588*	,027	-2,1619868	-,0711650
		Πολύ καλή	-1,07068769*	,030	-2,0813548	-,0600206
		Καλή	-,91859322	,109	-1,9325264	,0953400
		Μέτρια	-1,14791455*	,018	-2,1818171	-,1140120

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

3^{ος} παράγοντας: «οφέλη που απορρέουν από την εργασία»

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων του t-test, όσον αφορά τον παράγοντα «οφέλη που απορρέουν από την εργασία» συγκριτικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων (Βλ.Πίνακα 5.23), προέκυψε ότι:

- ❖ Για τη μεταβλητή «φύλο»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,740>0,05$, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t-test. Από τη μελέτη του t-test παρατηρείται ότι $t_{(527)}=2,364$ και $p=0,018<0,05$, άρα προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με το φύλο. Συγκεκριμένα, οι άνδρες παρουσιάστηκαν

περισσότερο ικανοποιημένοι από τα οφέλη που απορρέουν από την εργασία τους.

- ❖ Για τη μεταβλητή «επάγγελμα»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,572>0,05$, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t-test. Από τη μελέτη του t-test παρατηρείται ότι $t_{(527)}=4,265$ και $p=0,000<0,05$, άρα προκύπτει *στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με το επάγγελμα*. Συγκεκριμένα, το ιατρικό προσωπικό φάνηκε περισσότερο ικανοποιημένο από τα οφέλη που απορρέουν από την εργασία τους.

Επιπλέον, από τη μελέτη της ανάλυσης διακύμανσης One Way ANOVA (Βλ.Πίνακα 5.24) προέκυψαν τα παρακάτω:

- ❖ Για τη μεταβλητή «σχέση εργασίας»: $F(2,517)=8,095$ και $p=0.000<0,05$, άρα προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με τη μεταβλητή αυτή. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα 5.25, οι εργαζόμενοι με σύμβαση ορισμένου χρόνου ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τα εργασιακά οφέλη από τους μόνιμους υπαλλήλους και τα άτομα με σύμβαση αορίστου χρόνου.
- ❖ για τη μεταβλητή «γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών»: $F_{(4,521)}=3,818$ και $p=0,005<0,01$, *άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τον παράγοντα με τη μεταβλητή αυτή, σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,01$.*

Πίνακας 5.23: t-test - Παράγοντας 3^{ος} - Στελέχωση

ΜΕΤΑΒΗ ΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: <i>οφέλη που απορρέουν από την εργασία</i>		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
			F	Sig.	t	df	P	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,110	,740	2,364	527	,018	,21749472	,09200862	,03674602	,39824342
		Equal variances not assumed			2,377	351,915	,018	,21749472	,09149807	,03754291	,39744653
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,320	,572	4,265	527	,000	,37826340	,08869117	,20403176	,55249505
		Equal variances not assumed			4,277	409,646	,000	,37826340	,08843557	,20441925	,55210755
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,064	,800	1,265	523	,206	,12623137	,09976487	-,06975773	,32222048
		Equal variances not assumed			1,282	222,245	,201	,12623137	,09849975	-,06788164	,32034439

Πίνακας 5.24: ANOVA - Παράγοντας 3^{ος} - Στελέχωση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	5,681	4	1,420	1,423	,225
		Within Groups	522,071	523	,998		
		Total	527,753	527			
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος, -η / Έγγαμος, -η / Ελ. Συμβίωση / Εν διαστάσει / Χήρος, -α	Between Groups	1,973	5	,395	,392	,854
		Within Groups	525,697	522	1,007		
		Total	527,670	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος Σύμβαση αορίστου Σύμβαση ορισμ.χρόνου	Between Groups	16,191	2	8,095	8,218	,000
		Within Groups	509,313	517	,985		
		Total	525,504	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	14,938	4	3,735	3,818	,005
		Within Groups	509,644	521	,978		
		Total	524,583	525			

Πίνακας 5.25: Πολλαπλές συσχετίσεις 3^{ου} παράγοντα στελέχωσης – σχέση εργασίας

			Mean Difference	Std. Error	P	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο που εργάζεστε	Μόνιμος υπάλληλος	Σύμβαση αορίστου χρόνου	,29391498	,29063401	,937	-,4041287	,9919586
		Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-,43763281*	,11387110	,000	-,7111280	-,1641376
	Σύμβαση αορίστου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	-,29391498	,29063401	,937	-,9919586	,4041287
		Σύμβαση ορισμένου χρόνου	-,73154779*	,30444561	,050	-1,4627641	-,0003315
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	,43763281*	,11387110	,000	,1641376	,7111280
		Σύμβαση αορίστου χρόνου	,73154779*	,30444561	,050	,0003315	1,4627641

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

4^{ος} παράγοντας: «Εργασιακές συνθήκες»

Από την ανάλυση t-test και την ανάλυση διακύμανσης One Way ANOVA του παράγοντα «εργασιακές συνθήκες» συγκριτικά με τα δημογραφικά δεδομένα των συμμετεχόντων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά (Βλ. Πίνακες 5.26, 5.27).

Πίνακας 5.26: t-test 4^{ος} παράγοντας – Εργασιακές συνθήκες

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: «Εργασιακές συνθήκες»		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
			F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differenc e	Std. Error Differenc e	95% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	6,470	,011	,761	527	,447	,07030812	,09244440	-,11129666	,25191289
		Equal variances not assumed			,804	402,008	,422	,07030812	,08744558	-,10159963	,24221586
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	7,883	,005	1,867	527	,062	-,16790322	,08991182	-,34453280	,00872635
		Equal variances not assumed			1,967	470,940	,050	-,16790322	,08535752	-,33563195	-,00017449
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,305	,581	1,686	523	,092	-,17095565	,10138006	-,37011781	,02820652
		Equal variances not assumed			1,671	214,349	,096	-,17095565	,10227934	-,37255775	,03064646

Πίνακας 5.27: ANOVA 4^{ος} παράγοντας – Εργασιακές συνθήκες

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	3,314	2	1,657	1,677	,188
		Within Groups	518,763	525	,988		
		Total	522,077	527			
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος, -η / Έγγαμος, -η / Ελ. Συμβίωση / Εν διαστάσει / Χήρος,-α	Between Groups	6,171	5	1,234	1,237	,291
		Within Groups	521,061	522	,998		
		Total	527,232	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος	Between Groups	3,460	2	1,730	1,730	,178
	Σύμβαση αορίστου	Within Groups	516,958	517	1,000		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Total	520,418	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	8,346	4	2,087	2,101	,080
		Within Groups	517,485	521	,993		
		Total	525,831	525			

5^{ος} παράγοντας: «κατά πόσο η επιλογή του υγειονομικού δυναμικού καλύπτει τις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, δηλαδή εάν η επιλογή ανταποκρίνεται στη σύγχρονη πραγματικότητα»

Από την ανάλυση t-test (Βλ. Πίνακα 5.28) για τον παράγοντα «κατά πόσο η επιλογή του υγειονομικού δυναμικού καλύπτει τις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, δηλαδή εάν η επιλογή ανταποκρίνεται στη σύγχρονη πραγματικότητα» παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με τις μεταβλητές φύλο, επάγγελμα και πτυχίο ξένων γλωσσών.

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης One Way ANOVA και κατόπιν διόρθωσης Bonferroni, λόγω πολλαπλών συγκρίσεων (Πίνακας 5.29), προέκυψαν τα παρακάτω:

- ❖ Για τη μεταβλητή «σχέση εργασίας με το νοσοκομείο»: $F(2,517)=4,072$ και $p=0,018<0,05$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τον παράγοντα με τη μεταβλητή αυτή. Αναλυτικά, σύμφωνα με τον Πίνακα 5.30, οι μόνιμοι

υπάλληλοι συμφωνούσαν περισσότερο με το ότι η επιλογή του υγειονομικού προσωπικού καλύπτει τις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, συγκριτικά με τους εργαζόμενους με σύμβαση ορισμένου χρόνου.

Πίνακας 5.28: t-test – Παράγοντας 5^{ος} - Στελέχωση

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: «κατά πόσο η επιλογή του υγειονομικού δυναμικού καλύπτει τις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων»		Levene's Test for Equality of Variances		t-test				
			F	Sig.	t	Df	P	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	3,207	,074	1,606	527	,109	-,03311191	,32941130
		Equal variances not assumed			1,566	324,786	,118	-,03799854	,33429792
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,007	,932	-,194	527	,846	-,19471337	,15969998
		Equal variances not assumed			-,194	404,588	,846	-,19504076	,16002736
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,251	,616	1,616	523	,107	-,03511525	,36095202
		Equal variances not assumed			1,607	215,459	,110	-,03690514	,36274192

Πίνακας 5.29: ANOVA – Παράγοντας 5^{ος} - Στελέχωση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P.
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	5,131	4	1,283	1,285	,275
		Within Groups	522,250	523	,999		
		Total	527,381	527			
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος, -η / Έγγαμος, -η / Ελ. Συμβίωση / Εν διαστάσει / Χήρος, -α	Between Groups	7,495	5	1,499	1,509	,185
		Within Groups	518,660	522	,994		
		Total	526,154	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος Σύμβαση αορίστου Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Between Groups	8,115	2	4,058	4,072	,018
		Within Groups	515,219	517	,997		
		Total	523,335	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	2,534	2	1,267	1,261	,284
		Within Groups	525,329	523	1,004		
		Total	527,862	525			

Πίνακας 5.30: Πολλαπλές συσχετίσεις 5^{ου} παράγοντα με μεταβλητή σχέση εργασίας

Μεταβλητή	Συγκρίσεις		Mean Difference (I-J)	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο που εργάζεστε	Μόνιμος υπάλληλος	Σύμβαση αορίστου χρόνου	-,01509756	1,000	-,7171769	,6869818
		Σύμβαση ορισμένου χρόνου	,32550937*	,014	,0504330	,6005857
	Σύμβαση αορίστου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	,01509756	1,000	-,6869818	,7171769
		Σύμβαση ορισμένου χρόνου	,34060693	,800	-,3948369	1,0760507
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	-,32550937*	,014	-,6005857	-,0504330
		Σύμβαση αορίστου χρόνου	-,34060693	,800	-1,0760507	,3948369

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

6^{ος} παράγοντας: «τρόπος αντικατάστασης του προσωπικού όταν παίρνουν άδεια»

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του t-test (Βλ. Πίνακα 5.31) παρατηρήθηκαν τα παρακάτω:

- ❖ Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά με τη μεταβλητή «επάγγελμα». σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,067>0,05$, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t-test. Από τη μελέτη του t-test παρατηρείται ότι $t_{(527)}= 2,223$ και $p=0,027<0,05$. Δηλαδή, το ιατρικό προσωπικό είναι περισσότερο ικανοποιημένο από τον τρόπο αντικατάστασής τους σε περίπτωση που πάρουν άδεια.

Επίσης, από την ανάλυση διακύμανσης One Way ANOVA και κατόπιν της διόρθωσης Bonferroni (Βλ. Πίνακα 5.32), προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με τις μεταβλητές «ηλικία», «οικογενειακή κατάσταση», «σχέση εργασίας» και «γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών».

Πίνακας 5.31: t-test – Παράγοντας 6^{ος} - Στελέχωση

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού»		Levene's Test for Equality of Variances		t-test				95% Confidence Interval of the Difference	
			F	Sig.	t	df	P	Mean Difference		
			Lower	Upper						
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,622	,431	1,698	527	,090	,15666863	-,02454051	,33787777
		Equal variances not assumed			1,721	358,973	,086	,15666863	-,02238336	,33572062
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	3,358	,067	2,223	527	,027	,19960509	,02321719	,37599299
		Equal variances not assumed			2,278	436,661	,023	,19960509	,02735680	,37185338
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	1,649	,200	-1,156	523	,248	-,11711415	-,31609925	,08187096
		Equal variances not assumed			-1,105	202,422	,270	-,11711415	-,32608915	,09186086

Πίνακας 5.32:ANOVA – Παράγοντας 6^{ος} - Στελέχωση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	7,306	4	1,826	1,835	,121
		Within Groups	520,643	523	,995		
		Total	527,949	527			
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος, -η / Έγγαμος, -η / Ελ. Συμβίωση / Εν διαστάσει / Χήρος, -α	Between Groups	,959	5	,192	,191	,966
		Within Groups	524,142	522	1,004		
		Total	525,101	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος	Between Groups	2,165	2	1,082	1,075	,342
	Σύμβαση αορίστου	Within Groups	520,633	517	1,007		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Total	522,798	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	5,803	4	1,451	1,482	,206
		Within Groups	509,899	521	,979		
		Total	515,702	525			

7^{ος} παράγοντας: «κάλυψη αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού»

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του t-test (Βλ. Πίνακα 5.33) παρατηρήθηκαν τα παρακάτω:

- ❖ Για τη μεταβλητή «φύλο»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,646>0,05$, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t-test. Από τη μελέτη του t-test παρατηρείται ότι $t_{(527)}=0,031$ και $p=0,031<0,05$, άρα προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά με τη μεταβλητή φύλο. Συγκεκριμένα, οι άνδρες (συγκριτικά με τις γυναίκες) παρουσιάστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι με την κάλυψη των αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού.

- ❖ Για τη μεταβλητή «επάγγελμα»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,103>0,05$, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t-test. Από τη μελέτη του t-test παρατηρείται ότι $t_{(527)}=3,367$ και $p=0,001<0,05$, άρα προκύπτει *στατιστικά σημαντική διαφορά με τη μεταβλητή επάγγελμα*. Αναλυτικά, το ιατρικό προσωπικό ήταν περισσότερο ικανοποιημένο από την κάλυψη αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού, σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό.
- ❖ Για τη μεταβλητή *πτυχίο* «ξένων γλωσσών»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,654>0,05$, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t-test. Από τη μελέτη του t-test παρατηρείται ότι $t_{(523)}=2,165$ και $p=0,031<0,05$, άρα *υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με τη μεταβλητή αυτή*. Τα άτομα που δεν είχαν πτυχίο ξένων γλωσσών είχαν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκριτικά με αυτούς που είχαν.

Από τα εμπειρικά δεδομένα κατόπιν της ανάλυσης διακύμανσης One Way ANOVA και κατόπιν διόρθωσης Bonferroni λόγω πολλαπλών συγκρίσεων, (Βλ. Πίνακα 5.34), προέκυψαν τα εξής:

- ❖ Για τη μεταβλητή «ηλικία»: $F(4,523)=2,978$ και $p=0,019<0,05$, όμως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μεταβλητής αυτής με τον παράγοντα «*κάλυψη αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού*», διότι όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.35 η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.

Πίνακας 5.33:t-test – Παράγοντας 7^{ος} - Στελέχωση

ΜΕΤΑΒΗ ΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: «κάλυψη αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού»		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
			F	Sig.	t	df	P	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,211	,646	2,160	527	,031	,19892480	,09208833	,01801953	,37983008
		Equal variances not assumed			2,130	334,402	,034	,19892480	,09337562	,01524717	,38260244
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	2,670	,103	3,367	527	,001	,30051409	,08925394	,12517690	,47585127
		Equal variances not assumed			3,411	422,329	,001	,30051409	,08810761	,12733004	,47369814
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Όχι - Ναι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,202	,654	-2,165	523	,031	-,21665867	,10008706	-,41328073	-,02003662
		Equal variances not assumed			-2,187	221,326	,030	-,21665867	,09905749	-,41187526	-,02144209

Πίνακας 5.34: ANOVA – Παράγοντας 7^{ος} - Στελέχωση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	11,757	4	2,939	2,978	,019
		Within Groups	516,188	523	,987		
		Total	527,945	527			
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος, -η / Έγγαμος, -η / Ελ. Συμβίωση / Εν διαστάσει / Χήρος,-α	Between Groups	6,989	5	1,398	1,403	,222
		Within Groups	520,127	522	,996		
		Total	527,115	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος Σύμβαση αορίστου Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Between Groups	1,922	2	,961	,954	,386
		Within Groups	520,763	517	1,007		
		Total	522,684	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	1,265	4	,316	,313	,869
		Within Groups	525,876	521	1,009		
		Total	527,142	525			

Πίνακας 5.35: Πολλαπλές συσχετίσεις 7^{ου} παράγοντα με μεταβλητή ηλικία

			Mean Difference	P	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Ηλικία	20-30	31-40	-,32971198	,077	-,6771900	,0177660
		41-50	-,20038385	1,000	-,5592927	,1585250
		51-60	-,40800364	,741	-1,0506469	,2346397
		60+	-1,60562960	,242	-3,6075793	,3963201
	31-40	20-30	,32971198	,077	-,0177660	,6771900
		41-50	,12932813	1,000	-,1484810	,4071372
		51-60	-,07829167	1,000	-,6794179	,5228346
		60+	-1,27591763	,711	-3,2649287	,7130934
	41-50	20-30	,20038385	1,000	-,1585250	,5592927
		31-40	-,12932813	1,000	-,4071372	,1484810
		51-60	-,20761980	1,000	-,8154251	,4001855
		60+	-1,40524576	,472	-3,3962855	,5857940
	51-60	20-30	,40800364	,741	-,2346397	1,0506469
		31-40	,07829167	1,000	-,5228346	,6794179
		41-50	,20761980	1,000	-,4001855	,8154251
		60+	-1,19762596	1,000	-3,2587942	,8635422
	60+	20-30	1,60562960	,242	-,3963201	3,6075793
		31-40	1,27591763	,711	-,7130934	3,2649287
		41-50	1,40524576	,472	-,5857940	3,3962855
		51-60	1,19762596	1,000	-,8635422	3,2587942

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

8^{ος} παράγοντας: «τοποθέτηση και κατανομή του υγειονομικού δυναμικού»

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του t-test που πραγματοποιήθηκε για τον παράγοντα «τοποθέτηση και κατανομή του υγειονομικού δυναμικού» συγκριτικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα (Βλ. Πίνακα 5.36) παρατηρήθηκαν τα παρακάτω:

- ❖ Για τη μεταβλητή «φύλο»: σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,135>0,05$, οπότε μπορεί να εφαρμοστεί το t-test. Από τη μελέτη του t-test παρατηρείται ότι $t_{(527)}= 2,574$ και $p=0,010 < 0,05$, άρα προκύπτει *στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με το φύλο*. Δηλαδή, οι άνδρες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με την τοποθέτηση και την κατανομή του υγειονομικού προσωπικού, σε σχέση με τις γυναίκες.

Επίσης, από την ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων που προέκυψαν από την ανάλυση διακύμανσης One Way ANOVA (Βλ. Πίνακα 5.37), παρατηρήθηκε ότι:

- ❖ υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά με τη μεταβλητή ηλικία. Συγκεκριμένα, $F(4,523)=5,851$ και $p=0,000<0,05$. Από τον Πίνακα 5.38 γίνεται αντιληπτό ότι, οι ιατροί και νοσηλευτές ηλικίας 41-51 ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την τοποθέτηση και κατανομή του υγειονομικού προσωπικού, συγκριτικά με τις ηλικίες 20-30 και 31-40, και οι επαγγελματίες ηλικίας 60+ ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τα άτομα ηλικίας 20-30, 31-40 και 41-60.

Πίνακας 5.36: t-test – Παράγοντας 8^{ος} - Στελέχωση

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού»		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
			F	Sig.	t	Df	P	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	2,237	,135	2,574	527	,010	,05603982	,41718532
		Equal variances not assumed			2,639	370,412	,009	,06029730	,41292785
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	8,419	,004	1,145	527	,253	-,07380122	,28018449
		Equal variances not assumed			1,219	482,979	,223	-,06311762	,26950089
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	,011	,917	1,018	523	,309	-,09450156	,29790460
		Equal variances not assumed			1,024	219,508	,307	-,09405676	,29745980

Πίνακας 5.37: ANOVA – Παράγοντας 8^{ος} - Στελέχωση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	22,612	4	5,653	5,851	,000
		Within Groups	505,286	523	,966		
		Total	527,899	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος	Between Groups	1,553	2	,776	,769	,464
	Σύμβαση αορίστου	Within Groups	522,086	517	1,010		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Total	523,639	519			

Πίνακας 5.38: Πολλαπλές συσχετίσεις 8^{ου} παράγοντα στελέχωσης με μεταβλητή ηλικία

			Mean Difference	P	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Ηλικία	20-30	31-40	-,01862828	1,000	-,3624175	,3251609
		41-50	-,36698249*	,037	-,7220811	-,0118838
		51-60	-,06569943	1,000	-,7015204	,5701216
		60+	-2,12717891*	,026	-4,1078760	-,1464819
	31-40	20-30	,01862828	1,000	-,3251609	,3624175
		41-50	-,34835421*	,004	-,6232141	-,0734943
		51-60	-,04707115	1,000	-,6418159	,5476736
		60+	-2,10855063*	,026	-4,0764464	-,1406549
	41-50	20-30	,36698249*	,037	,0118838	,7220811
		31-40	,34835421*	,004	,0734943	,6232141
		51-60	,30128306	1,000	-,3000698	,9026360
		60+	-1,76019642	,121	-3,7300994	,2097066
	51-60	20-30	,06569943	1,000	-,5701216	,7015204
		31-40	,04707115	1,000	-,5476736	,6418159
		41-50	-,30128306	1,000	-,9026360	,3000698
		60+	-2,06147948*	,045	-4,1007664	-,0221926
	60+	20-30	2,12717891*	,026	,1464819	4,1078760
		31-40	2,10855063*	,026	,1406549	4,0764464
		41-50	1,76019642	,121	-,2097066	3,7300994
		51-60	2,06147948*	,045	,0221926	4,1007664

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

2.2.3 Εκπαίδευση και ανάπτυξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Στον Πίνακα 5.39 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων στην έρευνα με τις προτάσεις που αφορούν την επιμόρφωση και ανάπτυξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία .

Πίνακας 5.39 : Βαθμός συμφωνίας ερωτηθέντων με τις προτάσεις αναφορικά με την εκπαίδευση και ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Σύνολο	Διαφωνώ		Διαφωνώ μερικώς		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ αρκετά		Συμφωνώ πάρα πολύ		Διαφωνώ & διαφωνώ μερικώς		Συμφωνώ αρκετά & συμφωνώ πάρα πολύ	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ο διορισμός νέου υπαλλήλου στο νοσοκομείο, ακολουθείται από την εισαγωγική εκπαίδευσή του.	529	66	12,5	104	19,7	166	31,4	76	14,4	117	22,1	170	32,2	193	36,5
Η εισαγωγική εκπαίδευση περιλαμβάνει γνωριμία και εκπαίδευση σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.	529	93	17,6	76	14,4	122	23,1	71	13,4	167	31,6	169	32	238	45
Το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος.	529	52	9,8	110	20,8	195	36,9	108	20,4	64	12,1	162	30,6	172	32,5
Η υπηρεσία σας, σας δίνει κίνητρα (ευέλικτο ωράριο, εκπαιδευτικές άδειες κλπ) για επιμόρφωση σε όλο το προσωπικό	529	74	14	132	25	138	26,1	81	15,3	104	19,7	206	39	185	35
Η υπηρεσία σας πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης των ιατρών και των νοσηλευτών στο νοσοκομείο.	529	86	16,3	160	30,2	121	22,9	85	16,1	77	14,6	246	46,5	162	30,7
Η υπηρεσία σας διοργανώνει με άλλους φορείς εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωσή σας	529	96	18,1	139	26,3	116	21,9	96	18,1	82	15,5	235	44,4	178	33,6
Σας παρέχεται η δυνατότητα να χρησιμοποιείται τη δημιουργικότητά σας στο χώρο εργασίας σας, με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής σας.	529	87	16,4	126	23,8	136	25,7	118	22,3	62	11,7	213	40,2	180	34
Για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο και επρόκειτο να το χρησιμοποιήσετε, εκπαιδεύεστε με αντίστοιχο πρόγραμμα πρώτα.	529	74	14	105	19,8	125	23,6	108	20,4	117	22,1	179	33,8	225	42,5
Η υπηρεσία σας, σας διευκολύνει όταν παρακολουθείται κάποιο προπτυχιακό, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πρόγραμμα σπουδών	529	61	11,5	112	21,2	157	29,7	99	18,7	100	18,9	173	32,7	199	37,6

Αρχικά, μελετώντας τα δεδομένα παρατηρείται ότι το 36,5% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι συμφωνούν αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση «ο διορισμός νέου υπαλλήλου στο νοσοκομείο, ακολουθείται από την εισαγωγική εκπαίδευσή του», το 32,2% απάντησε ότι διαφωνεί / διαφωνεί μερικώς, ενώ το 31,4% απέφυγε να πάρει θέση. Παράλληλα, γίνεται αντιληπτό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό

των συμμετεχόντων (45%) συμφώνησε αρκετά/ πάρα πολύ με την πρόταση «η εισαγωγική εκπαίδευση περιλαμβάνει γνωριμία και εκπαίδευση σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου», ενώ το 32% απάντησε ότι διαφωνεί / διαφωνεί μερικώς.

Κατόπιν, παρατηρείται ότι στην πρόταση «το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος», το 36,9 % των συμμετεχόντων απέφυγε να πάρει θέση, το 32,5% συμφώνησε αρκετά/ πάρα πολύ και το 30,6% απάντησε ότι διαφωνεί / διαφωνεί μερικώς. Επιπλέον, ως προς την παροχή κινήτρων για επιμόρφωση, το 39% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί / διαφωνεί μερικώς και το 35% ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ .

Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι, στην πρόταση «η υπηρεσία σας πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης των ιατρών και νοσηλευτών στο νοσοκομείο», το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί / διαφωνεί μερικώς (46,5%) και το 30,7% ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ. Παρομοίως, στην πρόταση «η υπηρεσία σας διοργανώνει με άλλους φορείς εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωσή σας», το 44,4% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί / διαφωνεί μερικώς, ενώ το 33,6% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ.

Κατόπιν, όσον αφορά την πρόταση «σας παρέχεται η δυνατότητα να χρησιμοποιείται τη δημιουργικότητά σας στο χώρο εργασίας σας, με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής σας», το 40,2% απάντησε ότι διαφωνεί / διαφωνεί μερικώς και το 34% ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ. Επίσης, σχετικά με την πρόταση «για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο και επρόκειτο να το χρησιμοποιήσετε, εκπαιδεύεστε με αντίστοιχο πρόγραμμα πρώτα», το 42,5% απάντησε ότι συμφωνεί αρκετά/ πάρα πολύ και το 33,8% απάντησε ότι διαφωνεί / διαφωνεί μερικώς. Τέλος, ως προς την διευκόλυνση των υπαλλήλων όταν παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα σπουδών, το 37,6% απάντησε ότι η υπηρεσία τους διευκολύνει, το 32,7% απάντησε ότι δεν έχει διευκόλυνση και το 29,7% απέφυγε να πάρει θέση.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 5.40 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των προτάσεων της επιμόρφωσης και ανάπτυξης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της παρούσας έρευνας, με την επιλογή του Descriptive Statistics. Στην πρώτη στήλη εμφανίζεται ο αριθμός των έγκυρων απαντήσεων. Από την δεύτερη στήλη παρατηρούμε ότι οι μέσες τιμές απαντήσεων για τις συγκεκριμένες προτάσεις κυμάνθηκαν από 2,59 έως 3,39, με τον μικρότερη μέση τιμή βαθμού συμφωνίας να

έχει η πρόταση «Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών» και το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας να έχει η πρόταση «Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών».

Στη συνέχεια υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α και ήταν 0,855 (άνω του αποδεκτού ορίου 0,7) και το ερωτηματολόγιο κρίθηκε αξιόπιστο.

Πίνακας 5.40 :Περιγραφικά στοιχεία προτάσεων εκπαίδευσης και ανάπτυξης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

	N	Mean	S. D.
Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	529	3,13	1,065
Η επιλογή του επικουρικού ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.	529	3,13	1,111
Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ).	529	2,76	1,360
Η επιλογή του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα.	529	2,94	1,096
Η επιλογή ιατρικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	529	3,17	1,029
Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.	529	3,10	1,033
Η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας.	529	2,78	1,123
Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα.	529	3,24	1,204
Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις ιατρών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	529	3,16	1,344
Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.	529	3,39	1,168
Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας.	529	2,97	1,305
Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους.	529	3,15	1,513
Όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδερφος που σας αντικαθιστά.	529	2,74	1,458
Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού.	529	2,65	1,412
Οι άδειές σας προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας.	529	2,71	1,323
Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει τμήματα και εφημερίες συναφών ειδικοτήτων όταν χρειάζεται.	529	3,15	1,310
Το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα.	529	3,11	1,205
Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών.	529	2,59	1,158
Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται.	529	3,13	1,316

Οι χρηματικές αποδοχές σας είναι ικανοποιητικές.	529	3,33	1,588
Το περιβάλλον εργασίας σας είναι ιδιαίτερα ευχάριστο	529	3,01	1,264
Το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό	529	3,09	1,332
Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας).	529	3,34	1,563
Σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας (με τον προϊστάμενό σας και τους συναδέλφους σας).	529	2,77	1,305

Factor Analysis - Εκπαίδευση και ανάπτυξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Κατόπιν, προκειμένου να διερευνηθεί η εσωτερική δομή του ερωτηματολογίου που αφορά την επιμόρφωση και ανάπτυξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, έγινε factor analysis και βρέθηκαν δύο (2) παράγοντες, με Eigenvalue πάνω από το 1. Οι δύο αυτοί παράγοντες είναι ποσοτικές μεταβλητές (scale) και εξηγούν το 58,252% του συνολικού δείγματος (Βλ. Πίνακα 5.41). Στον Πίνακα 5.42, δίνονται τα Factor loadings που προέκυψαν από τη factor analysis με τη μέθοδο Principal Component Analysis και την περιστροφή Varimax.

Πίνακας 5.41: Eigenvalue - Εκπαίδευση και ανάπτυξη προσωπικού

Factor	Eigenvalues	% of Variance
1	4,184	46,493
2	1,058	11,759
Total:		58,252

Από τον πίνακα 5.42 προκύπτει:

- ❖ Ο πρώτος παράγοντας σχετίζεται με «την επαγγελματική ανάπτυξη και την εργασιακή επιμόρφωση». Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει τις εξής προτάσεις: «Η υπηρεσία σας, σας δίνει κίνητρα (ευέλικτο ωράριο, εκπαιδευτικές άδειες κλπ) για επιμόρφωση σε όλο το προσωπικό», «Η υπηρεσία σας πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης των ιατρών και των νοσηλευτών στο νοσοκομείο», «Η υπηρεσία σας διοργανώνει με άλλους φορείς εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωσή σας» και «Για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο και

επρόκειτο να το χρησιμοποιήσετε, εκπαιδεύστε με αντίστοιχο πρόγραμμα πρώτα».

- ❖ Ο δεύτερος παράγοντας σχετίζεται με «την εισαγωγική εκπαίδευση». Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει τις εξής προτάσεις: «Ο διορισμός νέου υπαλλήλου στο νοσοκομείο, ακολουθείται από την εισαγωγική εκπαίδευσή του», «Η εισαγωγική εκπαίδευση περιλαμβάνει γνωριμία και εκπαίδευση σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου», «Το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος» και «Η υπηρεσία σας, σας διευκολύνει όταν παρακολουθείται κάποιο προπτυχιακό, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πρόγραμμα σπουδών».

Πίνακας 5.42: Factor Loadings – εκπαίδευσης και ανάπτυξης

Παράγοντας	Μεταβλητές (Variables)	Loadings
Factor 1	Η υπηρεσία σας, σας δίνει κίνητρα (ευέλικτο ωράριο, εκπαιδευτικές άδειες κλπ) για επιμόρφωση σε όλο το προσωπικό.	,672
	Η υπηρεσία σας πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης των ιατρών και των νοσηλευτών στο νοσοκομείο.	,822
	Η υπηρεσία σας διοργανώνει με άλλους φορείς εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωσή σας	,907
	Σας παρέχεται η δυνατότητα να χρησιμοποιείται τη δημιουργικότητά σας στο χώρο εργασίας σας, με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής σας.	,526
	Για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο και επρόκειτο να το χρησιμοποιήσετε, εκπαιδεύστε με αντίστοιχο πρόγραμμα πρώτα.	,613
Factor 2	Ο διορισμός νέου υπαλλήλου στο νοσοκομείο, ακολουθείται από την εισαγωγική εκπαίδευσή του.	,670
	Η εισαγωγική εκπαίδευση περιλαμβάνει γνωριμία και εκπαίδευση σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.	,473
	Το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος.	,776
	Η υπηρεσία σας, σας διευκολύνει όταν παρακολουθείται κάποιο προπτυχιακό, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πρόγραμμα σπουδών	,750

Στη συνέχεια, προκειμένου να ελεγχθεί αν οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζονται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος μέσων τιμών independent-samples t-test και η ανάλυση διακύμανσης (one way ANOVA), για κάθε έναν παράγοντα. Αναλυτικά, το t-test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων

(φύλο, επάγγελμα, πτυχίο ξένων γλωσσών) και η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών άνω των δύο ομάδων (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή σχέση, γνώση υπολογιστών) (Γναρδέλλης, 2009; Σκιάμκος κá, 2005).

Πρώτος παράγοντας: «επαγγελματική ανάπτυξη και την εργασιακή επιμόρφωση»

Αρχικά, κατόπιν ανάλυσης t-test (Βλ.Πίνακα 5.43) του παράγοντα «επαγγελματική ανάπτυξη και εργασιακή επιμόρφωση» με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- ❖ Για τη μεταβλητή *επάγγελμα* προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Levene's Test το $p=0,000<0,05$, οπότε μελετήθηκαν τα δεδομένα της δεύτερης γραμμής του πίνακα (equal variances not assumed), όπου $t=3,801$ και $p=0,000<0,05$. Άρα, το ιατρικό προσωπικό ήταν περισσότερο ικανοποιημένο από την επαγγελματική του ανάπτυξη και επιμόρφωση, συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Επίσης, όπως παρατηρήθηκε από την ανάλυση διακύμανσης One Way ANOVA (Βλ.Πίνακα 5.44) έχουμε τα εξής:

- ❖ Για τη μεταβλητή *ηλικία*: $F(4,523)=4,579$ και $p=0,01<0,05$, άρα προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με τη μεταβλητή ηλικία. Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.49, οι ηλικίες 31-40 και 41-50 είχαν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκριτικά με τις ηλικίες 20-30 όσον αφορά τον παράγοντα επαγγελματική ανάπτυξη και εργασιακή επιμόρφωση.
- ❖ Για τη μεταβλητή *σχέση εργασίας*: $F(2,517)=4,585$ και $p=0,011<0,05$, άρα προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του παράγοντα με τη μεταβλητή σχέση εργασίας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα 5.50, οι μόνιμοι υπάλληλοι και τα άτομα με σύμβαση αορίστου χρόνου ήταν περισσότερα ικανοποιημένα από τον παράγοντα, συγκριτικά με τους εργαζόμενους με σύμβαση ορισμένου χρόνου.
- ❖ Για τη μεταβλητή *γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών*: $F(4,521)=3,690$ και $p=0,006<0,05$, οπότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με τον

παράγοντα. Αναλυτικά, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.45, τα άτομα με άριστη/ πολύ καλή/ μέτρια σχέση, ήταν περισσότερο ικανοποιημένα από τον παράγοντα επαγγελματική ανάπτυξη και εργασιακή επιμόρφωση, συγκριτικά με τα άτομα που δεν είχαν καμία σχέση με ηλεκτρονικούς υπολογιστές.

Πίνακας 5.43: t-test – Παράγοντας 1^{ος} – Εκπαίδευση και ανάπτυξη

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1		Levene's Test for Equality of Variances		t-test				
			F	Sig.	t	Df	P	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	12,725	,000	,699	527	,485	-,11695993	,24628036
		Equal variances not assumed			,746	411,689	,456	-,10570007	,23502050
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	32,637	,000	-3,512	527	,000	-,48832542	-,13797506
		Equal variances not assumed			-3,801	500,112	,000	-,47503089	-,15126959
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	4,691	,031	-,794	523	,428	-,27946473	,11865485
		Equal variances not assumed			-,852	247,339	,395	-,26626557	,10545569

Πίνακας 5.44: ANOVA - Παράγοντας 1^{ος} – Εκπαίδευση και ανάπτυξη

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	17,790	4	4,447	4,579	,001
		Within Groups	507,957	523	,971		
		Total	525,746	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος	Between Groups	9,134	2	4,567	4,585	,011
	Σύμβαση αορίστου	Within Groups	514,993	517	,996		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Total	524,127	519			
Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών	Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή/ Μέτρια/ Καμία σχέση	Between Groups	14,421	4	3,605	3,690	,006
		Within Groups	509,082	521	,977		
		Total	523,503	525			

Πίνακας 5.45: Πολλαπλές συσχετίσεις - Παράγοντας 1^{ος}

			Mean Difference	P	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Ηλικία	20-30	31-40	-,50061729*	,000	-,8453137	-,1559209
		41-50	-,42209676*	,009	-,7781324	-,0660611
		51-60	-,19873062	1,000	-,8362295	,4387682
		60+	-,01171711	1,000	-,19976409	1,9742066
	31-40	20-30	,50061729*	,000	,1559209	,8453137
		41-50	,07852053	1,000	-,1970647	,3541057
		51-60	,30188666	1,000	-,2944275	,8982008
		60+	,48890018	1,000	-,14841885	2,4619889
	41-50	20-30	,42209676*	,009	,0660611	,7781324
		31-40	-,07852053	1,000	-,3541057	,1970647
		51-60	,22336614	1,000	-,3795736	,8263059
		60+	,41037965	1,000	-,15647215	2,3854808
	51-60	20-30	,19873062	1,000	-,4387682	,8362295
		31-40	-,30188666	1,000	-,8982008	,2944275
		41-50	-,22336614	1,000	-,8263059	,3795736
		60+	,18701352	1,000	-,18576547	2,2316817
	60+	20-30	,01171711	1,000	-,19742066	1,9976409
		31-40	-,48890018	1,000	-,24619889	1,4841885
		41-50	-,41037965	1,000	-,23854808	1,5647215
		51-60	-,18701352	1,000	-,22316817	1,8576547
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο που εργάζεστε Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας πάνω στους Η/Υ;	Μόνιμος υπάλληλος	Σύμβαση αορίστου χρόνου	-,46729968	,331	-,11692246	,2346252
		Σύμβαση ορισμένου χρόνου	,28056602*	,044	,0055502	,5555819
	Σύμβαση αορίστου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	,46729968	,331	-,2346252	1,1692246
		Σύμβαση ορισμένου χρόνου	,74786570*	,045	,0125837	1,4831477
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Μόνιμος υπάλληλος	-,28056602*	,044	-,5555819	-,0055502
		Σύμβαση αορίστου χρόνου	-,74786570*	,045	-,14831477	-,0125837
	Άριστη	Πολύ καλή	,06693282	1,000	-,3218676	,4557332
		Καλή	-,08844313	1,000	-,4855701	,3086839
		Μέτρια	-,07231779	1,000	-,5174931	,3728575
		Καμία σχέση	1,21431187*	,011	,1743204	2,2543033
	Πολύ καλή	Άριστη	-,06693282	1,000	-,4557332	,3218676
		Καλή	-,15537595	1,000	-,4503549	,1396030
		Μέτρια	-,13925061	1,000	-,4962993	,2177980
		Καμία σχέση	1,14737905*	,014	,1419513	2,1528068
	Καλή	Άριστη	,08844313	1,000	-,3086839	,4855701
		Πολύ καλή	,15537595	1,000	-,1396030	,4503549
		Μέτρια	,01612533	1,000	-,3499728	,3822235
		Καμία σχέση	1,30275500*	,003	,2940781	2,3114319
	Μέτρια	Άριστη	,07231779	1,000	-,3728575	,5174931
		Πολύ καλή	,13925061	1,000	-,2177980	,4962993
		Καλή	-,01612533	1,000	-,3822235	,3499728
		Καμία σχέση	1,28662966*	,005	,2580869	2,3151724
	Καμία σχέση	Άριστη	-1,21431187*	,011	-,22543033	-,1743204
		Πολύ καλή	-1,14737905*	,014	-,21528068	-,1419513
		Καλή	-1,30275500*	,003	-,23114319	-,2940781
		Μέτρια	-1,28662966*	,005	-,23151724	-,2580869

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Δεύτερος παράγοντας: «εισαγωγική εκπαίδευση»

Από τις αναλύσεις t-test και ANOVA όσον αφορά τον παράγοντα «εισαγωγική εκπαίδευση» σε σύγκριση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Βλ.Πίνακες 5.46, 5.47), δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά με καμία μεταβλητή.

Πίνακας 5.46: t-test – Παράγοντας 2^{ος} – Εκπαίδευση και ανάπτυξη υγειονομικού προσωπικού

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: 2 ^{ος}		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
			F	Sig.	t	df	P	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Φύλο - Άνδρες - Γυναίκες	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	6,955	,009	-1,358	527	,175	-,30680444	,05596992
		Equal variances not assumed			-1,423	392,276	,156	-,29872725	,04789272
Επάγγελμα - Ιατροί - Νοσηλ/τές	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	3,479	,063	-,534	527	,593	-,22535432	,12897572
		Equal variances not assumed			-,543	426,614	,587	-,22258362	,12620502
Πτυχίο ξένων γλωσσών - Ναι - Όχι	REGR factor score 1 for analysis 1	Equal variances assumed	3,453	,064	,866	523	,387	-,11172347	,28784312
		Equal variances not assumed			,920	242,312	,359	-,10049486	,27661451

Πίνακας 5.47: ANOVA– Παράγοντας 2^{ος} – Εκπαίδευση και ανάπτυξη υγειονομικού προσωπικού

Δημογραφικά χαρακτηριστικά			ANOVA				
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Ηλικία	20-30 / 31-40/ 41-50 / 51-60 / 60+	Between Groups	6,690	4	1,672	1,681	,153
		Within Groups	520,190	523	,995		
		Total	526,880	527			
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο	Μόνιμος υπάλληλος	Between Groups	2,306	2	1,153	1,141	,320
	Σύμβαση αορίστου	Within Groups	522,362	517	1,010		
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	Total	524,669	519			

3. Οικονομετρικά Υποδείγματα

Προκειμένου να διερευνήσουμε εάν τα δημογραφικά (προσωπικά, επαγγελματικά, μορφωτικά) χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων επηρεάζουν τον προγραμματισμό στελέχωσης, τη στελέχωση και την επιμόρφωση/ανάπτυξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, έγινε εκτίμηση οικονομετρικών υποδειγμάτων με τη μέθοδο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση είναι μία διαδικασία γενικής φύσεως, μέσω της οποίας μπορούμε να αναλύσουμε τη σχέση μίας ποσοτικής μεταβλητής με ένα σύνολο άλλων ερμηνευτικών μεταβλητών (predictors). Οι σημαντικότερες χρήσεις της σε περιγραφικό επίπεδο είναι: α) να ορίσει τη βέλτιστη εξίσωση, η οποία εκτιμά τις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής από τις τιμές των ανεξάρτητων, αξιολογώντας ταυτόχρονα την προσαρμογή της στα δειγματικά δεδομένα και β) να προσδιορίσει την «καθαρή επίδραση κάθε μίας ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη», αφού πρώτα απομακρύνει τις τυχόν επιδράσεις των υπόλοιπων μεταβλητών (Γναρδέλλης, 2009:553,554).

3.1 Προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, από τη factor analysis προέκυψε μόνο ένας παράγοντας στο ερωτηματολόγιο του προγραμματισμού στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, με τίτλο: «*Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού*». Ο παράγοντας αυτός εξηγεί το 57,6% του συνολικού δείγματος και έχει eigenvalue 2,880 (Βλ.Πίνακα 5.8). Πρόκειται για ποσοτική μεταβλητή.

Στη συνέχεια, προκειμένου να γίνει διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων με τον ανωτέρω παράγοντα, πραγματοποιήθηκε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με τη μέθοδο Linear Regression (LIN) και συγκεκριμένα τη μέθοδο stepwise. Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο παράγοντας «*Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού*» και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων.

Από την παλινδρόμηση προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα (Βλ.Πίνακα 5.48):

- ❖ η συσχέτιση του παράγοντα του προγραμματισμού στελέχωσης με τη μεταβλητή «επάγγελμα» ($p=0,001$), είναι σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%.
- ❖ η συσχέτιση του παράγοντα του προγραμματισμού στελέχωσης με τη μεταβλητή «σχέση εργασίας» ($p=0,038$) είναι σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.
- ❖ η συσχέτιση του παράγοντα του προγραμματισμού στελέχωσης με τη μεταβλητή «γνώση H/Y» ($p=0,004$) είναι σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%.

Πίνακας 5.48: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή: «Προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού»

Μεταβλητές	Συντελεστής εξάρτησης	S.E.
Σταθερός όρος	0,064	0,579
Φύλο	-0,162	0,104
Ηλικία	0,033	0,065
Οικογενειακή κατάσταση	-0,026	0,046
Επάγγελμα	0,391*	0,116
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε	-0,138**	0,066
Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας πάνω στους H/Y;	-0,137*	0,047
Διαθέτετε πτυχίο ξένων γλωσσών;	0,027	0,108

Σημείωση: R-squared= 0,071 , F Statistics=4,947

*υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα 1%, **υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα 5%

3.2 Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, από τη factor analysis προέκυψαν οκτώ παράγοντες (ποσοτικές μεταβλητές) στο ερωτηματολόγιο της στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, οι οποίοι είναι οι εξής:

- ❖ ο πρώτος παράγοντας σχετίζεται με τον *«τρόπο επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας»*.
- ❖ ο δεύτερος παράγοντας σχετίζεται *«με τις μετακινήσεις και τις αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα /κλινικές/ νοσοκομεία»*.
- ❖ ο τρίτος παράγοντας σχετίζεται με *«τα οφέλη που απορρέουν από την εργασία»*
- ❖ ο τέταρτος παράγοντας σχετίζεται με τις *«εργασιακές συνθήκες»*
- ❖ ο πέμπτος παράγοντας που προέκυψε σχετίζεται με το *«κατά πόσο η επιλογή του υγειονομικού δυναμικού καλύπτει τις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, δηλαδή εάν η επιλογή ανταποκρίνεται στη σύγχρονη πραγματικότητα»*.
- ❖ ο έκτος παράγοντας που προέκυψε σχετίζεται με τον *«τρόπο αντικατάστασης του προσωπικού όταν παίρνουν άδεια»*.
- ❖ ο έβδομος παράγοντας που προέκυψε σχετίζεται με *«την κάλυψη των αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού»*.
- ❖ ο όγδοος παράγοντας που προέκυψε σχετίζεται με *«την τοποθέτηση και την κατανομή του υγειονομικού δυναμικού»*.

Προκειμένου να ελεγχθεί η επιρροή των δημογραφικών χαρακτηριστικών στους παραπάνω παράγοντες, χρησιμοποιήθηκε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση - Linear Regression με τη μέθοδο enter και στη συνέχεια stepwise, χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τον σημαντικότερο παράγοντα της στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού: *«τρόπος επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας»* (ποσοτική μεταβλητή) και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Ο παράγοντας αυτός εξηγεί το 10,5% του συνολικού δείγματος και έχει eigenvalue 4,460 (Βλ.Πίνακα 5.15).

Από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση προέκυψε ότι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές είναι σημαντικές, συγκεκριμένα (Βλ.Πίνακα 5.49):

- ❖ η μεταβλητή «φύλο»: $p=0,004$, είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.
- ❖ η μεταβλητή «γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών»: $p=0,014$, είναι σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 5.49: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή: «τρόπος επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας»

Μεταβλητές	Συντελεστής εξάρτησης	S.E.
Σταθερός όρος	-,144	,591
Φύλο	-,274**	,106
Ηλικία	-,063	,066
Οικογενειακή κατάσταση	,017	,047
Επάγγελμα	,030	,118
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε	,024	,068
Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας πάνω στους Η/Υ;	,119**	,048
Διαθέτετε πτυχίο ξένων γλωσσών;	,128	,110

Σημείωση: R-squared=0,031 και F Statistics=2,109

**υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα 5%

3.3 Εκπαίδευση και ανάπτυξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, από τη factor analysis προέκυψαν δύο παράγοντες στο ερωτηματολόγιο της εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όπου ο πρώτος σχετίζεται με «την επαγγελματική ανάπτυξη και την εργασιακή επιμόρφωση» και ο δεύτερος σχετίζεται με «την εισαγωγική εκπαίδευση».

Με σκοπό να διερευνηθεί αν υπάρχει συσχέτιση της εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση - Linear Regression (LIN).

Συγκεκριμένα, έγινε χρήση της μεθόδου enter, χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τον σημαντικότερο παράγοντα (ποσοτική μεταβλητή) του ερωτηματολογίου, ο οποίος είναι: «επαγγελματική ανάπτυξη και εργασιακή επιμόρφωση» και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων (Βλ. Πίνακα 5.50). Ο ανωτέρω παράγοντας εξηγεί το 32,809% του συνολικού δείγματος και έχει Eigenvalue 4,184 (Βλ.Πίνακα 5.41).

Από την παλινδρόμηση (Βλ.Πίνακα 5.50) προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- ❖ για τη μεταβλητή «φύλο» : $p=0,004<0,01$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%.
- ❖ Για τη μεταβλητή «ηλικία»: $p=0,087 <0,10$, άρα υπάρχει στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%.
- ❖ Για τη μεταβλητή «επάγγελμα»: $p=0,000<0,01$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%.
- ❖ Για τη μεταβλητή «πτυχίο ξένων γλωσσών»: $p=0,018<0,05$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 5.50: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή: «επαγγελματική ανάπτυξη και την εργασιακή επιμόρφωση»

Μεταβλητές	Συντελεστής εξάρτησης	S.E.
Σταθερός όρος	-1,456	,582
Φύλο	-,300*	,104
Ηλικία	,112***	,065
Οικογενειακή κατάσταση	,066	,046
Επάγγελμα	,526*	,116
Σχέση εργασίας με το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε	-,002	,067
Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας πάνω στους Η/Υ;	,019	,048
Διαθέτετε πτυχίο ξένων γλωσσών;	,257**	,108

Σημείωση: R-squared= 0,063 και F Statistics=4,345

*υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα 1%, **υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα 5%, ***υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα 10%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι γνώσεις, οι ικανότητες και η κουλτούρα του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και ο τρόπος διοίκησής τους επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την πορεία έκβασης των ασθενών και συνδράμουν καθοριστικά στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Cartmill et al, 2012; Frith et al, 2010; Chen et al, 2004; Sullivan & Decker, 2005; Saiti & Mylona, 2015a; Koranitsanou & Brokalaki, 2009; Λιαρόπουλος, 2007; Σουλιώτης, 2006).

Ο αποτελεσματικός τρόπος διοίκησης και στρατηγικής διοίκησης του υγειονομικού προσωπικού στα νοσηλευτικά ιδρύματα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, αφενός από τις γνώσεις και τις ικανότητες των διοικητών τους, αφετέρου από τις πολιτικές διοίκησης που εφαρμόζουν (Buchbinder et al, 2012; Πολύζος, 2014; Flynn, 2007; Kaluzny et al, 1994). Κλειδί στον τομέα της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, στους οργανισμούς υγείας, αποτελεί η ανάπτυξη μίας σειράς λειτουργιών, όπως είναι ο προγραμματισμός και σχεδιασμός του υγειονομικού προσωπικού, η επιλογή, η κατανομή και η ένταξή του, η εκπαίδευση και η ανάπτυξή του, καθώς και η εξασφάλιση ασφαλούς και θετικού εργασιακού περιβάλλοντος (Som, 2007; Massey et al, 2007; Godefridus et al, 2004).

Η παρούσα μελέτη, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποσκοπεί να ερευνήσει τις μεθόδους στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας (προγραμματισμό, τοποθέτηση και ένταξη, εκπαίδευση και κατάρτιση) και να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητά της, όπως αυτή αποτυπώνεται από την οπτική γωνία του υγειονομικού προσωπικού. Στη συνέχεια ακολουθεί μία ερμηνευτική προσέγγιση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την ποσοτική επεξεργασία των δεδομένων της εμπειρικής έρευνας.

1. Προγραμματισμός στελέχωσης υγειονομικού προσωπικού

Αρχικά, όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, ο σχεδιασμός – προγραμματισμός στελέχωσης του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για τη διοίκηση κάθε οργανισμού, ιδίως στον τομέα της υγείας, όπου «οι ανισορροπίες στο προσωπικό αποτελούν πολύ σημαντική πρόκληση» (Zurn, et al 2004,p.1). Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι, όσο πιο γρήγορα η διοίκηση ενός οργανισμού καθορίσει τους στόχους της, αναγνωρίσει τις δυνάμεις και τις αδυναμίες της και σχεδιάσει το στρατηγικό πλάνο και τις ενέργειες που θα πρέπει να ακολουθήσει για το ανθρώπινο δυναμικό της, τόσο πιο γρήγορα ο οργανισμός θα είναι σε θέση να εξασφαλίσει την ποιότητα και την απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Saiti & Mylona, 2015b).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση, οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης στον παράγοντα «προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού», ο οποίος κάλυψε το 57,603% του συνολικού δείγματος. Το αποτέλεσμα αυτό, συμπίπτει με την αναφορά του ΠΟΥ, σύμφωνα με την οποία, οι πολιτικές της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων και ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, συμβάλλουν στην ανάπτυξη του οράματος και στον καθορισμό μίας σειράς διαδικασιών που χρειάζεται να εφαρμοστούν, προκειμένου να επιτευχθούν οι βραχυπρόθεσμοι και οι μακροπρόθεσμοι στόχοι για την υγεία (WHO, 2000).

Διάφοροι ερευνητές (Buchan, 1994; Dussault & Dubois, 2003; Eitzen-Strassel et al, 2014; Parry & Tyson, 2008; Skroubelos et al, 2012) έχουν προτείνει τη διαδικασία του προγραμματισμού στελέχωσης ως τον μόνο τρόπο προκειμένου οι διοικήσεις των νοσοκομείων να μπορέσουν να διαχειριστούν αποτελεσματικά και αποδοτικά το απαραίτητο και ικανό υγειονομικό προσωπικό. Οπότε, η επένδυση στους ανθρώπινους πόρους αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Παράλληλα, έρευνες στον τομέα της υγείας (Bloor & Maynand, 2003; Cartmill et al, 2012; Chen et al, 2004; Kopanitsanou & Brokalaki, 2009; Sarafis, Malliarou & Sotiriadou, 2010; Swansburd, 1999; Zurn et al, 2004) τονίζουν ότι, ο καλύτερος δυνατός συνδυασμός του απαραίτητου και ικανού υγειονομικού προσωπικού μπορεί να προσδώσει στη διοίκηση ενός οργανισμού υγείας το απαραίτητο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, προκειμένου να επιτύχει τους στόχους της.

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης (factor analysis, t-test, anova, regression analysis), προέκυψε ότι υπήρξε σημαντική συσχέτιση του παράγοντα «προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού» με α) το επάγγελμα, β) τη σχέση εργασίας και γ) τη γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Σχετικά με το επάγγελμα, το νοσηλευτικό προσωπικό εμφάνισε μεγαλύτερη ικανοποίηση στον παράγοντα, συγκριτικά με το ιατρικό προσωπικό. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι, το ιατρικό προσωπικό έχει τη δυνατότητα να απασχοληθεί μόνο σε συγκεκριμένα τμήματα (λόγω της ειδικότητάς του), ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να απασχοληθεί σε όλα τα τμήματα μίας νοσηλευτικής μονάδας. Δηλαδή, μπορεί ποσοτικά να παρουσιάζεται ότι το ιατρικό προσωπικό επαρκεί, ενώ στην πραγματικότητα να υπάρχει υπερκάλυψη κάποιων ειδικοτήτων και σημαντικές ελλείψεις άλλων.

Στο ίδιο αποτέλεσμα έχουν καταλήξει και άλλες έρευνες (Βαρδιάμπαση, κά, 2014; Σακελλαρόπουλος, Οικονόμου κά, 2012; Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000) οι οποίες τονίζουν το σημαντικό πρόβλημα της ανισοκατανομής του ιατρικού προσωπικού και της μεγάλης αναντιστοιχίας των ιατρικών ειδικοτήτων στα νοσοκομεία της χώρας, με το πρόβλημα να οξύνεται στην περιφέρεια. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που αποτελεί πρόκληση για τη διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας και η λύση της πηγάζει στον απαραίτητο σχεδιασμό – προγραμματισμό του ιατρικού προσωπικού, τόσο από τα νοσοκομεία, όσο και από το υπουργείο υγείας.

Επίσης, σύμφωνα με τα δεδομένα που προκύπτουν από τον ΟΟΣΑ (Βλ. Πίνακα 6.1) το 2012 η αναλογία ιατρικού προσωπικού – κατοίκων, ήταν 6,2 ιατροί ανά 1000 κατοίκους, την ίδια στιγμή που ο μέσος όρος στις υπόλοιπες χώρες ήταν 3,2 ιατροί ανά 1000 κατοίκους. Ταυτόχρονα, η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ήταν 3,3 ανά 1000 κατοίκους, σημαντικά μικρότερη από το μέσο όρων των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ που ήταν 8,8 ανά 1000 κατοίκους. Συμπερασματικά, η χώρα μας εμφανίζει πλεόνασμα ιατρικού και έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Από τα παραπάνω προκύπτει, ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις ιατρικών ειδικοτήτων, αλλά και νοσηλευτικού προσωπικού, οι οποίες δυσχεραίνουν τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ιδίως στην περιφέρεια και στις απομακρυσμένες περιοχές. Για το λόγο αυτό, σημαντική προϋπόθεση για την ομαλή

λειτουργία ενός νοσοκομείου αποτελεί ο προγραμματισμός στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού βάσει ειδικοτήτων και αναγκών.

Πίνακας 6.1: Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε αναλογία με κατοίκους

Ανθρώπινο δυναμικό στην υγεία	Ελλάδα		ΟΟΣΑ	
	2012	2000	2012	2000
Αρ. ιατρών (ανά 1000 κατοίκους)	6,2	4,3	3,2	2,7
Αρ. νοσηλευτών (ανά 1000 κατοίκους)	3,3	2,7	8,8	7,5

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014 (www.oecd.org/health/healthdata)

Αναφορικά με τη *σχέση εργασίας* του υγειονομικού προσωπικού, όπως προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση, τα άτομα με σύμβαση αορίστου χρόνου, καθώς και οι μόνιμοι υπάλληλοι, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον προγραμματισμό στελέχωσης και την επάρκεια του υγειονομικού προσωπικού, συγκριτικά με τα άτομα με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Το συμπέρασμα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι, τα άτομα με συμβάσεις ορισμένου χρόνου έχουν μεγαλύτερο αίσθημα ανασφάλειας και καλύπτουν κενές οργανικές θέσεις (οπότε γνωρίζουν και τις ελλείψεις που υπάρχουν), ενώ τα άτομα με σύμβαση αορίστου και οι μόνιμοι υπάλληλοι, νιώθουν ασφάλεια από την εργασιακή σταθερότητα και το εισόδημά τους, οπότε εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι.

Το ανωτέρω αποτέλεσμα συμπίπτει με έρευνες (McDonald, Makin, 2000; Virtanen et al, 2005; Kalleberg, 2000; Wilkin, 2012; Κουράκος, Καυκιά, Ρεκλείτη, Ζυγά, Κοτρώτσιου & Γκούβα, 2012; Locke, 1976) σύμφωνα με τις οποίες το αίσθημα ασφάλειας και η εργασιακή ικανοποίηση είναι πολύ μεγαλύτερη στα άτομα με μόνιμο συμβόλαιο εργασίας, ενώ οι εργασιακές υποχρεώσεις των υπαλλήλων με σύμβαση ορισμένου χρόνου είναι πολύ μεγαλύτερες συγκριτικά με τους μόνιμους υπαλλήλους.

Επιπροσθέτως, όσον αφορά τη συσχέτιση του παράγοντα «προγραμματισμός στελέχωσης και επάρκεια υγειονομικού προσωπικού» με τη *γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών* των συμμετεχόντων, προέκυψε ότι τα άτομα που γνώριζαν ηλεκτρονικούς υπολογιστές, ήταν περισσότερο ικανοποιημένα. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι, τα άτομα που χειρίζονται ηλεκτρονικούς υπολογιστές έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία, τη νομοθεσία και την επιμόρφωση.

Παράλληλα, τα άτομα που έχουν εξοικείωση με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές αναγνωρίζουν τη χρησιμότητά τους στην εργασία τους και πως συμβάλλουν στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους.

Σύμφωνα με έρευνες στο πεδίο (Τσορομώκος, Πρεζεράκος κά, 2014; Χαλαζωνίτης, Κουμαριανός, Αποστολάκης, 2008; Πιερράκος κά 2006; Σαριβουγιούκας κά, 2008) η χρήση των Η/Υ αυξάνει τις δυνατότητες του προσωπικού, βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, δίνει τη δυνατότητα στο υγειονομικό προσωπικό να ενημερώνεται και να επιμορφώνεται για τα νέα επιστημονικά δεδομένα και βοηθά τη διοίκηση του νοσοκομείου στη διαχείριση όχι μόνο του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και των λοιπών λειτουργιών ενός νοσοκομείου (ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, διαχείριση προμηθειών, διαχείριση κόστους κά).

Επιπλέον, χαρακτηριστικό αποτέλεσε το γεγονός ότι, το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας των ερωτηθέντων είχε η πρόταση «το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του» και ακολούθησαν οι προτάσεις «Όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες σε υγειονομικό προσωπικό, η διοίκηση του νοσοκομείου προβαίνει σε ενέργειες για πρόσληψη προσωπικού και κάλυψη των αναγκών του» και «ο προγραμματισμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου».

Το αποτέλεσμα αυτό αποδεικνύει ότι, τα νοσοκομεία όντως προγραμματίζουν σε σημαντικό βαθμό τις ανάγκες τους σε ανθρώπινο δυναμικό και αντιμετωπίζουν τις έκτακτες ανάγκες τους με πρόσληψη προσωπικού με συμβάσεις ορισμένου χρόνου. Όπως αναφέρθηκε στο τρίτο κεφάλαιο, σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, οι διοικήσεις των νοσοκομείων είναι υποχρεωμένες μία φορά το χρόνο να προγραμματίζουν τις ανάγκες τους σε ανθρώπινο δυναμικό, και δύο με τρεις φορές το χρόνο να καταθέτουν τις ελλείψεις τους, προκειμένου να γίνουν προσλήψεις ορισμένου χρόνου. Επίσης, σε μηνιαία βάση, όλα τα νοσοκομεία της χώρας, από το 2011, καταχωρούν σε ηλεκτρονική βάση του υπουργείου υγείας το ανθρώπινο δυναμικό τους, προκειμένου να υπάρχει μία άμεση εικόνα της ισχύουσας κατάστασης. Βέβαια, λόγω της έντονης οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα τα τελευταία έτη, πλέον δεν γίνονται προσλήψεις μόνιμου προσωπικού και γίνεται προσπάθεια κάλυψης των αναγκών με προσωρινό προσωπικό.

Έτσι λοιπόν, βάση των ανωτέρω, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι η ερευνητική υπόθεση Υ1: «Πραγματοποιείται προγραμματισμός στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού στις δημόσιες νοσηλευτικές μονάδες» εν μέρει επιβεβαιώνεται. Όσον αφορά την ερευνητική υπόθεση Υ2: «Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων» σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης απορρίπτεται.

Εν κατακλείδι, ο τομέας της διοίκησης της υγείας διαφέρει από οποιονδήποτε άλλο τομέα διοίκησης, καθώς πραγματεύεται το πολύτιμο «αγαθό» της υγείας και απασχολεί ποικιλόμορφο προσωπικό, του οποίου οι ικανότητες βασίζονται στη γνώση και την εξειδίκευση (Liebler et al, 2012; Zurn, et al 2004; Dussault et al, 2003). Ωστόσο, η διοίκηση κάθε νοσοκομείου, όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχει να αντιμετωπίσει πληθώρα προκλήσεων στον τομέα αυτό, όπως είναι οι συνεχόμενες αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο, η γραφειοκρατία, η οικονομική κρίση και η ελλιπής κληρονομιά σε υγειονομικό προσωπικό.

Όπως αναφέρουν οι Broor & Maynand (2003) οι απρόβλεπτες ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό μπορούν να εξαλειφτούν αν οι διοικήσεις των νοσοκομείων προβαίνουν σε «σωστό» προγραμματισμό και προσαρμόζονται έγκαιρα στις αλλαγές που προκύπτουν από το περιβάλλον τους. Στόχος της διαδικασίας του προγραμματισμού αποτελεί η βέλτιστη αξιοποίηση και διοίκηση του υγειονομικού προσωπικού και η αντιμετώπιση των διοικητικών προβλημάτων που απορρέουν από την υπερπροσφορά ή την έλλειψη προσωπικού (Armstrong, 1984; Saiti & Mylona, 2015a).

2. Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Το ερωτηματολόγιο της στελέχωσης του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, περιλάμβανε τη διαδικασία της προσέλκυσης, επιλογής, ένταξης και τοποθέτησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και των συνθηκών εργασίας τους.

Από τη στατιστική ανάλυση που προηγήθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, προέκυψαν οκτώ παράγοντες οι οποίοι κάλυψαν το 64,911% του συνολικού δείγματος, ο οποίος ήταν οι εξής: 1^{ος} «τρόπος επιλογής του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας», 2^{ος} «μετακινήσεις και αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα/ κλινικές/ νοσοκομεία», 3^{ος} «οφέλη που απορρέουν από την εργασία», 4^{ος} εργασιακές συνθήκες», 5^{ος} «κατά πόσο η επιλογή του υγειονομικού δυναμικού καλύπτει τις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, δηλαδή εάν η επιλογή ανταποκρίνεται στη σύγχρονη πραγματικότητα», 6^{ος} «τρόπος αντικατάστασης του προσωπικού όταν παίρνουν άδεια», 7^{ος} «κάλυψη αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού» και 8^{ος} «τοποθέτηση και κατανομή του υγειονομικού δυναμικού».

Οι διαδικασίες επιλογής και πρόσληψης του προσωπικού στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, υπάγονται σε ανεξάρτητη διοικητική αρχή (ΑΣΕΠ) και στο υπουργείο υγείας. Όμως, όσον αφορά την τοποθέτηση, ένταξη και διατήρηση του υγειονομικού προσωπικού η όλη διαδικασία εξαρτάται από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Πρόκειται για έναν δύσκολο τομέα που απαιτεί την προσοχή των διοικητικών στελεχών, καθώς ένα λάθος μπορεί να στερήσει τον οργανισμό από ένα ικανό στέλεχος (Lee & Nickols, 2014; Cohn and Harlow, 2009; Sigler, 1999).

Αρκετές έρευνες στον τομέα της διοίκησης (Burke et al, 2001; Aiken et al, 2002; Vahey et al, 2004; George, 2015; Govaerts et al, 2011; Biggs et al, 2006; Newman et al, 2002; Antoniou et al, 2003; Διλιντάς, 2010) τονίζουν ότι, η επιλογή και η διατήρηση ικανού ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν πρόκληση για την ομαλή λειτουργία των οργανισμών, ιδίως στον τομέα της υγείας, όπου οι εργασιακές συνθήκες είναι δύσκολες, τα ωράρια εξαντλητικά και είναι αρκετά συχνά τα φαινόμενα της επαγγελματικής εξουθένωσης, της έλλειψης εργασιακής ικανοποίησης και της τάσης φυγής από το επάγγελμα (κυρίως όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό). Οι Tymon et al (2011, p.293) τονίζουν ότι, η διατήρηση ικανών και με

προσόντα επαγγελματιών ελαχιστοποιεί τις προσλήψεις αντικατάστασης και ενισχύει τον οργανισμό με άτομα εξειδικευμένα.

Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι, οι άνδρες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον πρώτο παράγοντα «τρόπος επιλογής του υγειονομικού προσωπικού», από τον τρίτο παράγοντα «οφέλη που απορρέουν από την εργασία», και από τον έβδομο παράγοντα «κάλυψη των αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού». Ενώ οι γυναίκες ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τον τέταρτο παράγοντα «μετακινήσεις και αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα/ κλινικές/ νοσοκομεία».

Τα ανωτέρω συμπίπτουν με μελέτες (Burke, 2002; Burke & Nelson, 2002; Skalpe, 2007; Catalyst, 1998; Akktas et al, 2001) που έχουν γίνει σχετικά με τις εργασιακές συνθήκες, την επιλογή προσωπικού και την εργασιακή ικανοποίηση και έχουν δείξει ότι οι άνδρες επιτυγχάνουν μεγαλύτερη ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, βιώνουν καλύτερες εργασιακές συνθήκες, και έχουν περισσότερες δυνατότητες για επαγγελματική ανάπτυξη συγκριτικά με τις γυναίκες. Αν και αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Antoniou, Davidson & Cooper (2003) για την εργασιακή ικανοποίηση των ειδικευόμενων ιατρών των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα, όπου δεν προέκυψε σημαντική συσχέτιση με τη μεταβλητή φύλο.

Επιπλέον, από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι, το ιατρικό προσωπικό είχε μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας με τον δεύτερο παράγοντα «μετακινήσεις και αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα/ κλινικές/ νοσοκομεία», τον τρίτο παράγοντα «οφέλη που απορρέουν από την εργασία», τον έκτο παράγοντα «τρόπος αντικατάστασης του προσωπικού όταν παίρνουν άδεια» και τον έβδομο παράγοντα «κάλυψη αναγκών σε περιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθεί έλλειψη προσωπικού». Επομένως, οι ιατροί ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις εργασιακές συνθήκες (μετακινήσεις, αντικατάσταση, κάλυψη αναγκών) συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, το ιατρικό προσωπικό οργανώνεται καλύτερα ως προς τις συνθήκες εργασίας του συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό. Το γεγονός δείχνει όμως και την έλλειψη συνεργασίας μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας ως προς την οργανωτική λειτουργία και την κάλυψη των αναγκών.

Μελέτες στον τομέα της υγείας (Sweet, Norman, 1995; Jongoro, McPake, 2004; Bourhis, Roth, MacQueen, 1989; Banham & Connelly, 2002; Μπιτσώρη, 2013) δείχνουν ότι η συνεργασία και η επικοινωνία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού έχει καλύτερο αποτέλεσμα τόσο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και στην αποτελεσματική λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας.

Σε μελέτη των Πελέχα & Αντωνιάδη (2013) σε δύο δημόσια νοσοκομεία, προέκυψε ότι τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό είχαν ανύπαρκτη εργασιακή ικανοποίηση και καταλυτικός παράγοντας γι αυτούς ήταν η δυσμενής συνύπαρξη και η ανεπαρκής συνεργασία με τους συναδέλφους.

Επιπροσθέτως, όσον αφορά τη μεταβλητή σχέση εργασίας, προέκυψε ότι, τα άτομα με σύμβαση αορίστου χρόνου ήταν περισσότερο ικανοποιημένα από τον δεύτερο παράγοντα «μετακινήσεις και αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα/ κλινικές/ νοσοκομεία», οι μόνιμοι υπάλληλοι ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον πέμπτο παράγοντα «κατά πόσο η επιλογή του υγειονομικού δυναμικού καλύπτει τις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, δηλαδή εάν η επιλογή ανταποκρίνεται στη σύγχρονη πραγματικότητα» και το προσωπικό με σύμβαση ορισμένου χρόνου ήταν περισσότερο ικανοποιημένο από τον τρίτο παράγοντα «οφέλη που απορρέουν από την εργασία».

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι εργαζόμενοι με μακροχρόνιο συμβόλαιο εργασίας, έχουν μεγαλύτερο αίσθημα εργασιακής ικανοποίησης και νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια. Επίσης, μόνο το μόνιμο προσωπικό (και με σύμβαση αορίστου) έχει δικαίωμα να μετακινηθεί ή να αποσπαστεί. Τα άτομα με προσωρινές συμβάσεις εργασίας, καλύπτουν τις ανάγκες των τμημάτων που δημιουργούνται από τις ελλείψεις μόνιμου προσωπικού. Οπότε, έχοντας την αίσθηση της εργασιακής ανασφάλειας, συμφωνούν με τα οφέλη που απορρέουν από τη μονιμότητα στο δημόσιο τομέα.

Όσον αφορά το πώς επηρέασε η ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρήθηκε ότι, όσο μεγαλύτερες ήταν οι ηλικίες, τόσο μεγαλύτερη ήταν η ικανοποίηση στον δεύτερο παράγοντα «μετακινήσεις και αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα/ κλινικές/ νοσοκομεία» και στον όγδοο παράγοντα «τοποθέτηση και κατανομή του υγειονομικού δυναμικού». Δηλαδή, οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο χώρο της δημόσιας υγείας στη χώρα, συμφωνούν περισσότερο με τις μετακινήσεις και την τοποθέτηση του προσωπικού. Πιθανόν να οφείλεται ότι, οι μεγαλύτεροι σε

ηλικία έχουν μεγαλύτερη εμπειρία και κατανοούν περισσότερο τις ανάγκες και τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων.

Τέλος, σχετικά με τη γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, τα άτομα που είχαν γνώσεις στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές ήταν περισσότερο ικανοποιημένα από τον δεύτερο παράγοντα «μετακινήσεις και αποσπάσεις του υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα στα διάφορα τμήματα/ κλινικές/ νοσοκομεία». Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι, τα άτομα που έχουν γνώσεις ηλεκτρονικών υπολογιστών, έχουν πρόσβαση στην πληροφορία, στη νομοθεσία και στον τρόπο με τον οποίο επιτελούνται πλέον οι μετακινήσεις και οι αποσπάσεις του δημόσιου υγειονομικού προσωπικού.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με τα ποσοστά συμφωνίας των ερωτηθέντων με τις προτάσεις που αφορούν την επιλογή του υγειονομικού προσωπικού, υπήρξε μεγάλο ποσοστό διαφωνίας στις προτάσεις που αφορούσαν την επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού με αξιοκρατικά μέσα (45,2% και 34,3%), ενώ οι υπόλοιπες προτάσεις είχαν χαμηλά ποσοστά συμφωνίας (26,5-34,6%). Οπότε, η ερευνητική υπόθεση Υ3: «Η υφιστάμενη διαδικασία επιλογής του υγειονομικού προσωπικού βοηθά τη διοίκηση του νοσοκομείου να προσλάβει το απαραίτητο και κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό με αξιοκρατία, αντικειμενικότητα και σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις», δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί.

Επιπλέον, χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι τα ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας των προτάσεων που αφορούν τα ωράρια εργασίας και το εργασιακό περιβάλλον ήταν παρόμοια, ενώ σε ότι αφορά την πρόταση που αφορούσε την ικανοποίηση από τις χρηματικές απολαβές, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό συμφωνίας ήταν μεγάλο (51%).

Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι, τα τελευταία χρόνια η χώρα αντιμετωπίζει έντονη οικονομική κρίση, η οποία έχει δημιουργήσει μεγάλη ανασφάλεια και φόβο στους επαγγελματίες υγείας (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012; Καραϊσκού, Μαλλιαρού, Σαράφης, 2012; Μπούτσιου, Σαράφης, 2013; Κυριόπουλος κ.α., 2010). Οπότε, το αίσθημα της ασφάλειας στην εργασία και του μηνιαίου μισθού είναι κάτι πολύ σημαντικό, προκειμένου ο εργαζόμενος να ικανοποιήσει τις προσωπικές και επαγγελματικές του ανάγκες. Έτσι λοιπόν, γίνεται αντιληπτό ότι, η ερευνητική υπόθεση Υ4 «Το υγειονομικό προσωπικό είναι ικανοποιημένο από τις χρηματικές αποδοχές του, τα ωράρια εργασίας του και το εργασιακό του περιβάλλον» δε μπορεί να επιβεβαιωθεί.

3. Εκπαίδευση και ανάπτυξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης του ερωτηματολογίου της εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, προέκυψε ότι η εργασιακή ανάπτυξη και η επαγγελματική επιμόρφωση αποτελούν σημαντικά εργαλεία για τη διοίκηση κάθε οργανισμού που επιθυμεί να αξιοποιήσει στο βέλτιστο το ανθρώπινο δυναμικό της.

Ο συνδυασμός εργασίας και εκπαίδευσης συνδυάζει την καρδιά με το μυαλό του ανθρώπινου είδους (Kendall, 1991) και τα οφέλη που προκύπτουν είναι ποικίλα, τόσο σε ομαδικό, όσο και σε ατομικό επίπεδο, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων των εργαζομένου, προκειμένου να φέρει εις πέρας καλύτερα την εργασία του, του προσφέρει αίσθημα ασφάλειας και προσωπικής ικανοποίησης (Fritzen, 2007; Landon et al, 2003; Saiti & Mylona, 2015a; Xenos et al, 2014; Carignani, 2000).

Επίσης, έρευνες στο πεδίο (Jasper, 2003; Beck, 2000; George, 2015; Dussault et al, 2003; Chen et al, 2004; Hongoro, et al, 2000) τονίζουν ότι σημαντικοί παράμετροι που συμβάλλουν στη διατήρηση του ικανού ανθρώπινου δυναμικού είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον, η επιμόρφωση και η ανάπτυξή τους, η δυνατότητα να εξελίσσονται και να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητά τους και τέλος, η εξισορρόπηση της επαγγελματικής με τη προσωπική τους ζωή.

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, από την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψαν δύο παράγοντες, οι οποίοι ήταν οι εξής: η «Εκπαίδευση και ανάπτυξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού» και η «εισαγωγική εκπαίδευση». Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης στον πρώτο παράγοντα, ο οποίος κάλυψε το 46,493% του συνολικού δείγματος. Ο δεύτερος παράγοντας εξήγησε μόλις το 11,759% του συνολικού δείγματος και δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Από τη στατιστική ανάλυση παρατηρήθηκε ότι, όσον αφορά τον πρώτο παράγοντα: «Εκπαίδευση και ανάπτυξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού», υπήρξε σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές επάγγελμα, ηλικία, σχέση εργασίας και γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών.

Αρχικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το ιατρικό προσωπικό ήταν περισσότερο ικανοποιημένο από την εκπαίδευση και ανάπτυξή του συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό. Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με την έρευνα των Πιερράκος, Σαρρής, Αμίσης, Κυριόπουλος, Σούλης (2006), σύμφωνα με την οποία το ιατρικό προσωπικό υπερτερεί σημαντικά έναντι του νοσηλευτικού, ως προς τη συμμετοχή του σε προγράμματα κατάρτισης και επιμόρφωσης. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι η επιστημονική δραστηριότητα για το ιατρικό προσωπικό αποτελεί κριτήριο εξέλιξης, κάτι το οποίο προς το παρόν δε συμβαίνει για το νοσηλευτικό προσωπικό. Άρα, επιβεβαιώνεται μερικώς η ερευνητική υπόθεση Υ9: «Η στάση του υγειονομικού προσωπικού έναντι της επιμόρφωσης διαφοροποιείται ανάλογα με το επάγγελμά του».

Επίσης, τα άτομα ηλικίας 31-50 είχαν σημαντικά στατιστική διαφορά με τους επαγγελματίες ηλικίας 20-30, δηλαδή οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την εκπαίδευση και την εργασιακή ανάπτυξή τους. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα ηλικίας 20-30 είναι συνήθως νεοδιοριζόμενα ή με συμβάσεις ορισμένου χρόνου. Οπότε τα άτομα αυτά δεν έχουν τις ίδιες ευκαιρίες για επιμόρφωση συγκριτικά με τους μόνιμους υπαλλήλους που έχουν εδραιώσει τη θέση τους στον οργανισμό και η υπηρεσία τους ενδιαφέρεται για την εκπαίδευσή τους.

Κατόπιν, υπήρξε σημαντική συσχέτιση του παράγοντα με τη σχέση εργασίας των συμμετεχόντων στην έρευνα. Συγκεκριμένα, τα άτομα με σύμβαση αορίστου και οι μόνιμοι υπάλληλοι, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον παράγοντα συγκριτικά με τους εργαζόμενους με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται από μία σειρά μελετών (McDonald et al, 2000; Chambel et al, 2015; Wilkin, 2013; Katou et al, 2012; Rynes, 1991; Kalleberg, 2000) σύμφωνα με τις οποίες τα άτομα με προσωρινό συμβόλαιο είναι συνήθως δυσαρεστημένα από την εργασία τους και την επιμόρφωσή τους, ενώ οι εργαζόμενοι με μόνιμο συμβόλαιο εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία, την ανάπτυξη και επιμόρφωσή τους.

Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του παράγοντα με τη γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών. Συγκεκριμένα, τα άτομα που χειρίζονται ηλεκτρονικούς υπολογιστές (από λίγο έως άριστα), ήταν περισσότερο ικανοποιημένα από την εκπαίδευση και ανάπτυξή τους, συγκριτικά με τα άτομα που δεν είχαν καμία σχέση με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Κάτι το οποίο λογικά οφείλεται στο

γεγονός ότι η εργασιακή επιμόρφωση και ανάπτυξη σχετίζεται πλέον άμεσα με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και την τεχνολογία γενικότερα. Σύμφωνα με έρευνες στο πεδίο (Τσορομάκος, Πρεζεράκος κά, 2014; Μπαμπάτσικου κά, 2012; Χαλαζωνίτης κά, 2008; Πιερράκος κά 2006) η χρήση των Η/Υ αυξάνει τις γνώσεις και δυνατότητες των ατόμων στην εργασία τους.

Από την ανάλυση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης του παράγοντα «Εκπαίδευση και ανάπτυξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού» με τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, προέκυψε άλλη μία σημαντική συσχέτιση, η οποία ήταν το φύλο των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες εμφανίστηκαν να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τους άντρες, όσον αφορά την εκπαίδευση, επιμόρφωση και εργασιακή ανάπτυξή τους. Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί σαν συμπέρασμα, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα (67%) ήταν γυναίκες.

Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός, ότι μεγάλο βαθμό διαφωνίας των συμμετεχόντων είχαν οι προτάσεις «Η υπηρεσία σας πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης των ιατρών και των νοσηλευτών στο νοσοκομείο» (46,5%) και «η υπηρεσία σας διοργανώνει με άλλους φορείς εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωσή σας» (44,4%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτά, απορρίπτεται μερικώς η υπόθεση Υ7: Οι διοικήσεις των νοσοκομείων διοργανώνουν σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα είτε στο χώρο του νοσοκομείου, είτε σε συνεργασία με άλλους φορείς.

Επιπλέον, μεγάλο βαθμό συμφωνίας είχαν οι προτάσεις «Η εισαγωγική εκπαίδευση περιλαμβάνει γνωριμία και εκπαίδευση με όλα τα τμήματα του νοσοκομείου» (45%), «Για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να το χρησιμοποιήσετε, εκπαιδεύετε με αντίστοιχο πρόγραμμα πρώτα» (42,5%). Οπότε, με βάση τα παραπάνω, οι ερευνητικές υποθέσεις Υ6: «Η τοποθέτηση του νέου υγειονομικού προσωπικού συνδέεται με εισαγωγικά εκπαιδευτικά προγράμματα και γνωριμία με όλα τα τμήματα του νοσοκομείου» και Υ8: «Το ισχύον καθεστώς του νοσοκομείου περιλαμβάνει συνεχή επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού στις νέες τεχνολογίες που εισάγονται στο νοσοκομείο» εν μέρει επιβεβαιώνονται.

Τέλος, με βάση τα ανωτέρω, η ερευνητική υπόθεση Υ5: «Τα οφέλη που απορρέουν από την εργασία, συμπεριλαμβανομένου και της εκπαίδευσης του προσωπικού, σχετίζονται με το επάγγελμα» δύναται να επιβεβαιωθεί, καθώς το

ιατρικό προσωπικό ήταν περισσότερο ικανοποιημένο και από τον παράγοντα «τα οφέλη που απορρέουν από την εργασία» και από την «εκπαίδευση και ανάπτυξη» του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε Β Δ Ο Μ Ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προγραμματισμός στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Όπως είναι γνωστό, η εδραίωση μίας ομαλής σύνδεσης μεταξύ του παρελθόντος και του μέλλοντος, προκειμένου να σχεδιαστούν μακροπρόθεσμα σχέδια για μελλοντικές δράσεις μίας νοσηλευτικής μονάδας δεν είναι κάτι εύκολο. Αυτό συμβαίνει διότι, η διοίκηση ενός οργανισμού δεν έχει τη δυνατότητα να προβλέψει όλους τους εξωγενείς παράγοντες που μπορεί να προκύψουν. Ταυτόχρονα, οι διοικήσεις έχουν να αντιμετωπίσουν την πρόκληση της βελτίωσης στο μέγιστο της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας, αναπτύσσοντας παραγωγικές μεθόδους, πρότυπα και πρακτικές προκειμένου να προβλεφθούν και να αντιμετωπιστούν οι μελλοντικές ανάγκες. Κλειδί για τη βελτίωση των προβλέψεων αυτών είναι η συλλογή δεδομένων και η ανάλυση των πληροφοριών.

Η διαδικασία σχεδιασμού των ανθρωπίνων πόρων αποτελεί βασική ένδειξη της συνολικής ποιότητας του συστήματος (Jabnoun & Chaker, 2003). Ωστόσο, οι Bloor & Maynard (2003) έχουν δείξει ότι, για πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο, ένα σημαντικό εμπόδιο για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου και συστηματικού σχεδιασμού του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης είναι το πολιτικό περιβάλλον. Στη συγκεκριμένη περίπτωση (Ελλάδα), σχετικές μελέτες, όπως Halkos & Tzeremes (2011) και Mossialos et.al., (2005) τόνισαν ότι οι πολιτικές δυνάμεις και οι πελατειακές σχέσεις αναστέλλουν την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του συστήματος δημόσιας υγείας. Αυτό αποσπά το ελληνικό σύστημα υγείας από όλες τις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να εφαρμοστούν προκειμένου να προβλεφτούν οι μελλοντικές ανάγκες.

Τα ανωτέρω έχουν ως αποτέλεσμα, το σύστημα υγείας να μην έχει τον κατάλληλο προγραμματισμό και τον σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού που θα έπρεπε να έχει. Ο ιδανικός προγραμματισμός θα έδινε μία βιώσιμη λύση στα προβλήματα που παρουσιάζονται στα νοσοκομεία από τις ανισορροπίες, τις ανισοκατανομές και τις ελλείψεις του υγειονομικού προσωπικού στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Τα προβλήματα αυτά δείχνουν ότι, το ελληνικό σύστημα υγείας αδυνατεί να ξεπεράσει σημαντικά προβλήματα του τομέα. Σίγουρα η προσπάθεια

μιας χώρας να επιφέρει βελτιώσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί σεβασμό, αλλά η μονόπλευρη εστίαση είτε βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα δεν φέρνει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Ως εκ τούτου, για κάθε χώρα που επιθυμεί να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στις πολιτικές της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων της στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και να καθορίσει την ποιότητα του συστήματος, υπάρχει ένα μονοπάτι για την λύση:

- ❖ ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός του προσωπικού, που θα προσαρμόζεται σύμφωνα με τις ανάγκες που θα προκύπτουν,
- ❖ η υλοποίηση όλων των βημάτων του προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού απαλλαγμένη από πολιτικές πιέσεις,
- ❖ η σωστή κατανομή του υγειονομικού προσωπικού σε όλη τη χώρα και σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα (βάση αναγκών, αναλογιών προσωπικού και ειδικοτήτων)
- ❖ η πρόσληψη ικανών διοικητικών στελεχών (με γνώσεις, εμπειρία και ικανότητες)

ώστε να μπορεί το σύστημα υγείας να προσφέρει υπηρεσίες βέλτιστης ποιότητας.

Στελέχωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Στο σύγχρονο, απαιτητικό, διαρκώς μεταβαλλόμενο και ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι άνθρωποι πόροι αποτελούν ίσως το πιο χρήσιμο συντελεστή για τη λειτουργία και εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας. Κάθε θεραπευτική, επεμβατική ή διαγνωστική πράξη εξαρτάται από το ανθρώπινο δυναμικό. Η αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επάρκεια και το συνδυασμό του υγειονομικού προσωπικού τους.

Η διοίκηση κάθε οργανισμού – ιδίως στον τομέα της υγείας - προσπαθεί να προσελκύσει τους ικανότερους επαγγελματίες στους χώρους του. Η απόκτηση, διατήρηση και κατάλληλη αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων αποτελεί σημαντική διαδικασία για κάθε οργανισμό, καθώς δύναται να τον οδηγήσει στην επίτευξη των στόχων του.

Σύμφωνα με αρκετές μελέτες στο χώρο (Buchan, 2005; Ellet et al, 2007; Joo, 2010; George, 2015; Jasper, 2007) σημαντικοί παράγοντες που συντελούν στη διατήρηση του ικανού υγειονομικού προσωπικού είναι το ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, οι καλές επαγγελματικές σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους, η

εργασιακή πολιτική, η ικανοποίηση από την αμοιβή και το αίσθημα ότι οι επαγγελματικές γνώσεις και ικανότητες έχουν αξία και αναγνωρίζονται.

Στην Ελλάδα, ο τομέας της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στη δημόσια υγεία έρχεται αντιμέτωπος με σημαντικά εμπόδια που δυσχεραίνουν το έργο του, τα οποία είναι: α) η έλλειψη οριοθέτησης ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει σαφές καθηκοντολόγιο στο νοσηλευτικό επάγγελμα και αρκετές νοσηλευτικές πράξεις πραγματοποιούνται από ιατρούς (Mossialos et al, 2005; Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000), β) οι ελεύθερες μετακινήσεις του υγειονομικού προσωπικού (Σακελαρόπουλος κá, 2015), γ) η έλλειψη της προσωπικής συνέντευξης από τη διαδικασία πρόσληψης προσωπικού, δ) το αρνητικό κλίμα εργασίας (Παντουβάκης κá, 2012; Δημητρόπουλος κá, 2008) , ε) η έλλειψη συνεργασίας και επικοινωνίας ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, καθώς και συναδέλφων (Πελέχα κá, 2013; Μπιτσώρη, 2013) και στ) η τάση φυγής από το επάγγελμα, όσον αφορά τους νοσηλευτές (Διλιντάς, 2010; Παππά κá, 2008).

Με βάση τα ανωτέρω, η διοίκηση ενός νοσηλευτικού ιδρύματος για να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να αντιμετωπίσει μία σειρά προκλήσεων που είναι:

- ❖ η εξασφάλιση ευχάριστων συνθηκών εργασίας,
- ❖ η ένταξη της προσωπικής επαφής (συνέντευξης) στη διαδικασία προσέλκυσης και επιλογής,
- ❖ η ένταξη του τόπου διαμονής ως κριτήριο επιλογής, προκειμένου να αποφεύγονται οι αποσπάσεις/ μεταθέσεις,
- ❖ η υποστήριξη της εθελούσιας κινητικότητας
- ❖ η θεσμοθέτηση σαφούς καθηκοντολογίου και περιγραφής – ανάλυσης της θέσης εργασίας
- ❖ συνεργασία και θετικό κλίμα μεταξύ συναδέλφων
- ❖ συνεργασία ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας

Όλα τα παραπάνω, θεωρούμε ότι θα συντελέσουν στην καλύτερη δυνατή στελέχωση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Εκπαίδευση και ανάπτυξη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Σε κάθε τομέα, ο ουσιαστικός παράγοντας που συμβάλλει στην αποτελεσματική απόδοση είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Οι υλικοί πόροι δε μπορούν να αξιοποιηθούν και να αναπτυχθούν προγράμματα, στόχοι και στρατηγικές χωρίς τις

προσπάθειες και τις ενέργειες του ανθρώπινου δυναμικού. Οι άνθρωποι πόροι είναι αυτοί που σχεδιάζουν και συντονίζουν όλες τις διαδικασίες που απαιτεί η λειτουργία ενός οργανισμού. Οι διαχειριστικές αυτές δραστηριότητες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη γνώση, τη θέληση και τις ικανότητες του εργατικού δυναμικού.

Η διοίκηση ενός οργανισμού δε μπορεί να επιτύχει τους στόχους της, αν δεν αναπτύξει και εκπαιδεύσει κατάλληλα το ανθρώπινο δυναμικό της. Ως εκ τούτου, η εκπαιδευτική πολιτική για τους εργαζόμενους (και στον τομέα της υγείας) θα πρέπει να επικεντρώνεται στην επαγγελματική κατάρτιση και επιμόρφωση του ανθρώπινου παράγοντα - μια κερδοφόρα επένδυση που μακροπρόθεσμα προσφέρει στον κλάδο μεγάλα οφέλη.

Η ανάλυση παραγόντων οδήγησε σε δύο ομάδες των καταστάσεων, ενώ όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στο πρώτο στοιχείο σχετικό με την επαγγελματική εκπαίδευση και ανάπτυξη είχαν υψηλά φορτία. Αυτό δείχνει έντονα την ανάγκη για την επαγγελματική κατάρτιση και επιμόρφωση σε νέες γνώσεις και δεξιότητες για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη εκτέλεση της εργασίας τους. Κάθε προσπάθεια μεταρρύθμισης στην οργάνωση και τη λειτουργία των μονάδων υγείας θα πρέπει να συνοδεύεται από τη σχετική κατάρτιση του υγειονομικού δυναμικού. Η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να καλύπτει πλήρως τις σύγχρονες εκπαιδευτικές και κοινωνικές ανάγκες και θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην προσαρμογή στις τρέχουσες απαιτήσεις.

Στην Ελλάδα, ωστόσο, η εκπαιδευτική πολιτική για το υγειονομικό δυναμικό δεν έχει φτάσει στο κατάλληλο επίπεδο συνειδητοποίησης και δεν αντιμετωπίζει πλήρως το βασικό παράγοντα της ανάπτυξης και της κατάρτισης με αποτελεσματικό τρόπο. Σε αυτό το πλαίσιο, το νομοθετικό πλαίσιο δεν φαίνεται να επικεντρώνεται στο σαφή στόχο της ανάπτυξης και της κατάρτισης, έτσι ώστε να παρέχονται ευκαιρίες για μια βιώσιμη πολιτική για την αποτελεσματική εκπαίδευση. Πράγματι, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν την ανάγκη για μια πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική πολιτική στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Με βάση τα ανωτέρω και λαμβάνοντας υπόψη ότι τα ιατρικά και νοσηλευτικά επαγγέλματα είναι ιδιαίτερα στον τομέα των υπηρεσιών (εφόσον είναι επιφορτισμένα με τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού) οι συστάσεις της εκπαιδευτικής πολιτικής για την επαγγελματική ανάπτυξη είναι:

- ❖ Η ανάπτυξη οργανωμένων προγραμμάτων εισαγωγικής εκπαίδευσης τόσο για τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, εμπλουτισμένα με θεωρία και πράξη σύμφωνα με τις τελευταίες εξελίξεις και τις βέλτιστες πρακτικές.
- ❖ Η εφαρμογή ενδοϋπηρεσιακών προγραμμάτων εκπαίδευσης για την ανάπτυξη των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας, σε μόνιμη βάση, τα οποία θα επικεντρώνονται στις τρέχουσες εξελίξεις στις επιστήμες υγείας.
- ❖ Η παροχή κινήτρων στο υγειονομικό προσωπικό για την εκπαίδευση και ανάπτυξή τους.
- ❖ Συνεργασία με πανεπιστημιακά ιδρύματα.

Η εκπαιδευτική πολιτική του υγειονομικού τομέα μπορεί να ενισχυθεί με τη συμμετοχή των τμημάτων των Πανεπιστημιακών σχολών. Καθώς τα πανεπιστήμια, είναι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και προνομιακοί κάτοχοι των γνώσεων και δεξιοτήτων, η θέσπιση της συμμετοχής των πανεπιστημίων στην πολιτική ανάπτυξης και της κατάρτισης του υγειονομικού προσωπικού, πιθανόν να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα ξεπερνώντας κάθε στρέβλωση στο σύστημα (Saiti & Mylona, 2015a)

Βέβαια, για μια χώρα όπως η Ελλάδα, η οποία αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα, μια τέτοια πολιτική ανάπτυξης και κατάρτισης θα αυξήσει το οικονομικό κόστος. Ωστόσο, η οικονομική θυσία του ελληνικού κράτους (και μάλιστα κάθε κράτους) είναι απαραίτητη, διότι μόνο μέσω της εκπαίδευσης, μπορούν οι χώρες να ενισχύσουν την οικονομική τους ανάπτυξη.

Είναι σαφές από τα παραπάνω ότι, οποιαδήποτε προσπάθεια διατήρησης και ανάπτυξης στην κοινωνία, είναι στην πραγματικότητα ένας αγώνας για την εκπαίδευση και τη γνώση. Για το λόγο αυτό, η εκπαιδευτική πολιτική σε όλους τους τομείς της οικονομίας θα πρέπει να έχει ένα μόνο στόχο: την επαγγελματική κατάρτιση και επιμόρφωση του εργατικού δυναμικού.

Πράγματι, τα παραγωγικά μέλη της κοινωνίας είναι εκείνα που καθορίζουν περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, τις μακροπρόθεσμες προοπτικές για την οικονομική ανάπτυξη και ουσιαστικά μπορούν να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν τις προοπτικές ανάπτυξης μιας χώρας, δεδομένου ότι με την κατάλληλη αξιοποίηση των δεξιοτήτων και των επιστημονικών γνώσεων του ανθρώπινου δυναμικού η παραγωγικότητα μπορεί να αυξηθεί.

Συμπερασματικά, η παρούσα εργασία υπογραμμίζει τρεις βασικές και σημαντικές λειτουργίες της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα, συγκεκριμένα: τον προγραμματισμό, τη στελέχωση και την εκπαίδευση. Είναι γεγονός ότι, η εργασία αυτή αναλύει ένα μεγάλο μέρος των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων ως προς τις τρεις βασικές λειτουργίες της διαχείρισης του υγειονομικού προσωπικού, από τη στιγμή που το δείγμα που αναλύει προέρχεται από τις 7 υγειονομικές περιφέρειες της χώρας.

Ωστόσο η εργασία υπόκειται σε περιορισμούς και προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα της έρευνας χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Μεγαλύτερη συλλογή δεδομένων απ' όλες τις υγειονομικές περιφέρειες είναι απαραίτητη, τόσο για τη σύγκριση όσο και για την επιβεβαίωση των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό τα εμπειρικά αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δεν μπορούν να γενικευτούν για όλο το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, ενώ πράγματι η συλλογή περισσότερων δεδομένων σε μια μελλοντική έρευνα σαφέστατα θα ενισχύσει την αξία των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας.

Με βάση την ανάλυση τόσο του θεωρητικού πλαισίου όσο και των ερευνητικών αποτελεσμάτων είναι φανερό ότι, η διαχείριση του υγειονομικού δυναμικού στη χώρα μας χρειάζεται αναθεώρηση εάν πράγματι η χώρα επιθυμεί να επιτύχει υψηλά επίπεδα ποιότητας στο υγειονομικό σύστημα. Ταυτόχρονα είναι αλήθεια το γεγονός ότι, η ομαλή σύνδεση μεταξύ παρελθόντος και μέλλοντος δεν είναι εύκολη υπόθεση, αφενός λόγω της ανεπάρκειας του προγραμματισμού στελέχωσης, αφετέρου λόγω της αβεβαιότητας του μέλλοντος που καλείται ένα σύστημα να αντιμετωπίσει.

Από την άλλη μεριά όμως, εάν ένα σύστημα και συγκεκριμένα το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, θέλει να βελτιστοποιήσει την ποιότητα στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, θα πρέπει να αναπτύξει παραγωγικές μεθόδους ή μοντέλα για την καλύτερη εκτίμηση των μελλοντικών υγειονομικών αναγκών. Η ποιότητα ενός συστήματος (και επομένως και του υγειονομικού) εξαρτάται από τις ικανότητες, τις γνώσεις και τις δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και τις υποδομές και τις προϋποθέσεις πάνω στις οποίες βασίζεται το σύστημα έτσι ώστε να υπάρξει εγγύηση στους χρήστες του συστήματος για την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών.

Η παρούσα εργασία υποστηρίζει την άποψη ότι, η ανταπόκριση του υγειονομικού συστήματος στην ποιοτική παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί μονόδρομο και αυτός είναι η σωστή εφαρμογή, ανεξάρτητη από πολιτικές πιέσεις,

των αρχών της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. Συγκεκριμένα, απαιτείται η υιοθέτηση των πρακτικών και πολιτικών διοίκησης, της διοίκησης ανθρώπινων πόρων, προκειμένου κάθε οργανισμός υγείας να προγραμματίζει έγκαιρα τις ανάγκες του σε ανθρώπινο δυναμικό, να προβλέπει τις ανάγκες που θα προκύψουν, να εξασφαλίζει το επαρκές και ικανό υγειονομικό προσωπικό για την ομαλή λειτουργία του και να προωθεί την εκπαίδευση του προσωπικού του, έτσι ώστε να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Μόνον έτσι θα επιτραπεί στο υγειονομικό σύστημα μακροπρόθεσμη προοπτική για ανάπτυξη και βιωσιμότητα.

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ'

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Adams, A. & Bond, S. (2003). Staffing in acute hospital ward: part 2. Relationships between grate mix, Staff stability and Features of ward organizational environment. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 293-298.
- Ahmad, S. & Schroeder, R. (2013). The impact of human resource management practices on operational performance: recognizing country and industry differences. *Journal of Operations Management*, 21(1), 19-43.
- Ahmadi, H., Nilashi, M. & Ibrahim, O. (2015). Organizational decision to adopt hospital information system: An empirical investigation in the case of Malaysian public hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, 84(3), 166-188.
- Aickelin, U. & Dowsland, K.A. (2000). Exploiting problem structure in a genetic algorithm approach to a nurse rostering problem. *Journal of Scheduling* 3, 139–153.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, LH., Clarke, SP., Cheung, RB., Sloane, DM. & Silber, JH. (2003). Education levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290(12), 1617-1623.
- Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Lake, ET. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality ant nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Lake, ET., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, AM. & Shamian, J. (2009). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3),43-47.

- Akktas, A., Aksu, A.A., Ehtiyar, R. & Cengiz, A. (2001). Audit of manpower research in the hospitality sector: an example from the Anatolya region of Turkey. *Managerial Audit Journal*, 16 (9), 530-535.
- Alexandros-Stamatios G. Antoniou Marilyn J. Davidson & Cary L. Cooper, (2003). Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology*, 18(6), 592 – 621.
- Aliaga, M. & Gunderson, B. (2003). *Interactive statistics*, 2nd edition, Upper Saddle River, NJ USA: Pearson Prentice-Hal.
- Allegrante, J.P., Moon, R.W., Elaine Auld, M. & Gebbie, K.M. (2001). Continuing-education needs of the currently employed public health education workforce. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1230-1234.
- Anand ,S., Fan, V.Y., Zhang,, L., Ke, Y., Dong, Z. & Chen, L. (2008). China's human resources for health: quantity, quality and distribution. *Lancet* 372 (9651), 1774-1781.
- Anderson, R., Crabtree, B. F., Steele, D.J. & McDaniel, R. R. (2005). Case Study Research: The view from complexity science. *Qualitative Health Resource*, 15(5), 669–685.
- Andreassen, H.K., Bujnowska – Fedak, M., Chronaki, C.E., Dumitru, R.C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H. & Wynn, R. (2007). European citizens' use of e-health services: A study of seven countries. *Public Health* 7, 53. Available from: www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-53.pdf (online 7 pages)
- Angelini, D.J. (1995). Mentoring in the Career Development of Hospital Staff Nurses: Models and Strategies. *Journal of Professional Nursing*, 11(2), 89-97.
- Ankli, R.E. & Palliam, R. (2012). Enabling a motivated workforce: exploring the sources of motivation. *Development and Learning in Organizations: An International Journal*, 26(2), 7-10.
- Antoniou, A.-S.G., Davidson, M.J. & Cooper, C.L., (2003). Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology*, 18 (6), 592 – 621.
- Armstrong, P. (1984). Competition Between the Organizational Professions and the Evolution of Management Control Strategies. In *Thompson, E. (ed.) Work*

- Employment and Unemployment* (pp. 97-120), Milton Keynes: Open University Press.
- Armstrong, M. (2000). *Strategic Human Resource Management, A guide to action*. 2nd Edition, London and Philadelphia: Kogan Page.
- Ashby, R. (1956). *Self-regulation and requisite variety*. in Emery, F. (Ed.), *Systems Thinking*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Atkins, P.M., Marsall, B.S. & Javalgi, R.G. (1996). Happy employees lead to loyal patients. Survey of nurses and patients shows a strong link between employee satisfaction and patient loyalty. *Journal of Health Care Marketing* 16(4), 14-23.
- Banham, L. & Connelly, J. (2002). Skill mix doctors and nurses: substitution or diversification? *Journal of Management in Medicine*, 16(4), 259-270.
- Baroukh, N. & Kleiner, B.H. (2002). Recruitment and training of public servants. *Management Research News*, 25(3), 28-42.
- Bartman, T., Stanton, P., Leggat, S., Casimir, G. & Fraser, B. (2007). Lost in translation: exploring the link between HRM and performance in healthcare. *Human Resource Management Journal*, 17(1), 21-41.
- Beck, K., (2000). *Extreme programming explained: embrace change*. USA: Addison-Wesley.
- Becker, B. & Gerhart, B. (1996). The impact of human resource management on organizational performance: Progress and prospects. *Academy of Management Journal*, 39(4), 779-801.
- Beecroft, P.C., Dorey, F. & Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: A multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 41-52.
- Bellanti, F., Carello, G., Della Croce, F. & Tadei, R. (2004). A greedy-based neighborhood search approach to a nurse rostering problem. *European Journal of Operational Research*, 153(1), 28-40.
- Ben-Tovim, D.I., Bassham, J.E., Bolch, D., Martin, M.A., Dougherty, M. & Szwarcbord, M. (2007). Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Center. *Australian Health Review*, 31(1), 10-15.

- Bertalanffy, L.V., (1970). *General Systems Theory Foundations, Development Applications*. Revised Edition, N.York: G.Braziller.
- Besai, A.B. (2000). Does strategic planning create value? The stock market's belief. *Management Decision*, 38(1), 685-693.
- Bhargava, A., Jamison, D.T., Lawrence, J.K. & Murray, C.J.L. (2001). Modeling the effects of health on economic growth. *Journal of Health Economics*, 20(3), 423-440.
- Bland, J.M. & Altman, D.G.(1997). Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, 314, 570-572.
- Bland, J.M. & Altman, D.G. (2002). Statistics notes: Validating scales and indexes. *British Medical Journal*, 324, 606–607.
- Blaxter, M., Morgan, A. & Swann, C., (2004). *Questions and their meanings in social capital surveys. Social capital for health; issues of definition, measurement and links to health*. London: Health Development Agency.
- Bloom, D.E., Canning, D. & Sevilla, J. (2001). The effect of health on economic growth: theory and evidence. NBER, working paper, No.8587.
- Bloor, K. & Maynard, A. (2003). *Planning human resources in health care: Towards an economic approach. An international comparative review*. Ontario: Canadian Health Services Research Foundation.
- Bodganovic, A.J. & Jovic, G. (2012). Trends in Human Resource Management. *International Journal of Economics and Law*, 6, 22-28.
- Bodur, S. (2002). Job satisfaction of health care staff employed at health centers in Turkey. *Occupational Medicine (Lond)* 52(6), 353–355.
- Borrill, C., West, M., Shapiro, D. & Rees, A. (2013). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Healthcare Management*, 6 (8), 364-371.
- Boselie, P., Paauwe, J. & Richardson, R. (2003). Human resource management, institutionalization and organizational performance: a comparison of hospitals, hotels and local government. *The International Journal of Human Resource Management*, 14(8), 1407-1429.

- Boulding, K. (1956). General Systems Theory. The skeleton of science. *Management Science*, 2(3), 197-208. Available from: <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.2.3.197>
- Bourhis, RY, Roth, S. & MacQueen, G. (1989). Communication in the hospital setting: A survey of medical and everyday long use amongst patients, nurses and doctors. *Social Science and Medicine*, 28(4), 339-346.
- Bratton, J. & Gold, J. (2007). *Human resources management: theory and practice*. 4th edition, N.York: Palgrave.
- Braun, H.J., O'Sullivan, P.S., Dusch, M.N., Antrum, S. & Ascher, N.L. (2015). Improving interprofessional collaboration: Evaluation of implicit attitudes in the surgeon–nurse relationship. *International Journal of Surgery* 13, 175-179.
- Buchan, J. & Dal Roz, M.R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (7), 575-580.
- Buchan, J. (1994). Nursing shortages and human resource planning. *International Journal of Nursing Studies*, 31(5), 460-470.
- Buchan, J. (2000). Planning for change: developing a policy framework for nursing labour market. *International Nursing Review*, 47, 199-206.
- Buchan, J. (2004). What difference (“good”) HRM make? *Human resources for Health* 2:6. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4491-2-6.pdf> (online 7 pages).
- Buchan J., Jobanputra R. & Gough P. (2005). Should I stay or should I go? A new survey from the King's Fund and the RCN challenges the NHS to reform its recruiting practices for staff from overseas. *Nursing Standard*, 19(36), 14-16.
- Buchbinder S.B & Shanks N.H. (2012). *Introduction to Health Care Management*. Second Edition, Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Burke R.J. & Nelson D.L. (2002). *Advancing Women's Careers*. Available from: http://www.blackwellpublishing.com/content/BPL/Images/Content_store/Sample_chapter/0631223894%5Cburke.pdf
- Burke R.J. & Greenglass E.R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*. 16(5), 583-594.

- Bush, T. & Middlewood, D. (2006). *Leading and Managing People in Education*. London Sage.
- Callahan, D. (1973). Bioethics as a discipline. *Hastings Center Studies*, 1, 66–73.
- Camerino, D., Conway, P.M., Heijden B.I.J.M., Estry-Behar M., Costa G. & Hasselhorn H.M. (2008). Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1645-1659.
- Carignani, V. (2000). Management of change in health care organisations and human resource role. *European Journal of Radiology*, 33(1), 8-13.
- Cartmill, L., Comans, T.A., Clark, M.J., Ash, S. & Sheppard, L. (2012). Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions. *Human Resources for Health*. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/2> (online 8 pages).
- Casanova J., Pay K., Dorpat D., Hendricks B., Theis L. & Wiesman S. (2007). Nurse - physician work relations and role expectations. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), 68-70.
- Chandler, AD. (1962). *Strategy and Structure*. MIT Press, Cambridge, MA.
- Capman C.M. (1980). The rights and responsibilities of nurses and patients. *Journal of Advanced Nursing* 5 (2), 127–134.
- Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J.I., Brown, H., Chowdhury, M., Cueto, M., Dare, L., Dussault, G., Elzinga, G., Fee, E., Habte, D., Hanvoravongchai, P., Jacobs, M., Kurowski, C., Michael, S., Pablos-Mendez, A., Sewankambo, N., Solimano, G., Stilwell, B., Waal, A. & Wibulpolprasert, S. (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 364, 1984-1990.
- Chen, D. & Stroup, W. (1993). General System Theory: Toward a Conceptual framework for science and technology education for all. *Journal of Science Education and Technology*, 2(3), 447-459.
- Cheng, Y.C. (2004). Fostering local knowledge and human development. *Journal of Educational Management*, 18(1), 7-24.

- Chopra, M., Munro, S., Lavis, J.N., Vist, G. & Bennett, S. (2008). Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* 371, 668-674.
- Cohn, K.H. & Harlow, D.C.(2009). Field-tested Strategies for Physician Recruitment and Contracting. *Journal of Healthcare Management*, 54(3), 151-158.
- Comiskey, C.M., Matthews, A., Williamson, Ch., Bruce, J., Mulaudzi, M. & Klopper, H. (2015). Scaling up nurse education: An evaluation of a national PhD capacity development programme in South Africa, in the context of the global shortage of nursing graduates. *Nurse Education Today*, 35(5), 647-652.
- Coomber B., Barriball & K.L. (2007). Impact of job satisfaction component on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297-314.
- Cooper, R.A., Getzen, T.E., McKee, H.J. & Laud, P. (2002). Economic and Demographic Trends signal: An Impending Physician Shortage. *Health Affairs*, 21(1), 140-154.
- Cronbach LJ (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. University of Rochester Press, Rochester NY.
- Delaney, J.T. & Huselid, M.A. (1996). The impact of human resource management practices on perceptions of organizational performance. *Academy of Management Journal*, 39(4), 949-969.
- Dilintas, A. (2010). Study of professional burnout in health care workforce. *Arheia Ellinikis Iatrikis*, 27(3), 498-508.
- Dowsland, K.A (1998). Nurse scheduling with tabu search and strategic oscillation, *European Journal of Operational Research*, 106 , 393–407.
- Dubois, C.A., Mckee, M. & Nolte, E. (2006). Human Resources for health in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, New York.

- Dussault, G. & Dubois, E.A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, Available: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1> (online 16 pages).
- Economou, C. (2010). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies*, 12(7), 1-180.
- Eitzen-Strassel, J.V., Vrijhoef, H.JM., Derckx, E.W.C.C. & Bakker, D.H. (2014). Personnel planning in general practices: development and testing of a skill mix analysis method, *Human Resources for Health*. Available from: www.biomedcentral.com/content/12/1/53
- Embriaco N., Papazian L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F. & Azoulay E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13(5), 482–488
- Evans R. G. & Stoddart G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science & Medicine*. 31(12), 1347-1363
- Eysenbach, G.(2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2).
- Fagin L. & Garelick A. (2004). The doctor nurse relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10 (4), 277-286.
- Feldman, H.R., Greenberg, M.J., Jaffe-Ruiz, M., Kaufman, S.R. & Cignarale S. (2015). Hitting the Nursing Faculty Shortage Head On: Strategies to Recruit, Retain and Develop Nursing Faculty. *Journal of Professional Nursing* 31(3), 170-178.
- Ferris G. R. & King T. R. (1991). Politics in human resources decisions: A walk on the dark side. *Organizational Dynamics* 20(2), 59-71.
- Ferris, G.R, Perrewew, P.L., Ranft, A.L., Zinko, R., Stoner J.S., Brouer R.L. & Laird M.D.(2007). Human resources reputation and effectiveness. *Human Management Review*, 17(2), 117-130.
- Field, A. & Hole, G.J. (2003). *How to Design and Report Experiments*. London: Sage Publications.
- Fincham J.E. (2009). The healing of America: a global quest for better, cheaper, and fairer health care. *Bulletin World Health Organization* 87(7), 549-554.

- Flynn N. (2007). *Public sector management*. Fifth edition, London: Sage Publications.
- Flynn R. (1992). *Structures of control in health management*. First edition, London: Routledge.
- Folland, S., Goodman, A.C. & Stano, M. (2007). *The Economics of health and health care*. Fifth Edition, Pearson Education, Prentice Hall.
- Forrier, A. & Sels, L. (2003). Temporary Employment and Employability: Training Opportunities and Efforts of Temporary and Permanent Employees in Belgium. *Work Employment & Society*, 17(4), 641-666
- Fottler, M.D., Khatri, N. & Savage, G.T. (2010). Introduction: Current and future directions for strategic human resource management in health care, in Fottler, M.D., Khatri, N., & Savage, G.T. (ed.), *Strategic Human Resource Management in Health Care (Advances in Health Care Management, Volume 9)* Emerald Group Publishing Limited, pp.xi – xvi. Available from: [http://dx.doi.org/10.1108/S1474-8231\(2010\)0000009004](http://dx.doi.org/10.1108/S1474-8231(2010)0000009004)
- Frehywot, S., Vovides, Y., Talib, Z., Mikhail, N., Ross, H., Wohltjen, H., Bedada, S., Korhumel, K., Koumare, A.K. & Scott, J. (2013). E-learning in medical education in resource constrained low – and middle – income countries, *Human resources for health*, 11:4. Available from: www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4491-11-4.pdf (online 15 pages).
- Frenk J. (1994). Dimensions of health system reform. *Health policy*. 27(1), 19-34.
- Frenk J. (2010). The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *Plos Medicine*, 7(1) DOI: 10.1371/journal.pmed.1000089
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mentez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. *The Lancet* 2010, 376, 1923-58.
- Friese, C., Lake, E., Aiken, L., Silber, J. & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes of surgical oncology patients. *Health Services Research*, 43(4), 1145-1163.

- Frith, K.H., Anderson, E.F., Caspers, B., Tseng, F., Sanford, K., Hoyt, N. & Moore, K. (2010). Effects of nurse staffing on hospital acquired conditions and length of stay in community hospitals. *Manage Health Care*, 19 (2), 147-155.
- Fritzen, S.A. (2007). Strategic management of the health workforce in developing countries: What have we learned? *Human Resources for Health*, 5:4, Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/4> (online 9 pages). Retrieved 28/5/2015.
- Gebbie, K.M. & Turnock, B.J. (2006). The public health workforce, 2006: New challenges. *Health Affairs*, 25(4), 923-933.
- Geralis, M. & Terziovski, M. (2003). A quantitative analysis of the relationship between empowerment practices and service quality outcomes. *Total Quality Management*, 14, 45–62.
- George C. (2015). Retaining professional workers: what makes them stay? *Employee Relations*, 37(1), 102-121.
- Giokas, D. (2001). Greek hospitals: how well their resources are used. *Omega* 29, 73-83.
- Gjerberg, El. & Kjølørød, L. (2001). The doctor–nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Social Science & Medicine*, 52(2), 189-202.
- Godard, J. (2004). A critical assessment of the high – performance paradigm. *British Journal of Industrial Relations*, 42(2), 340-378
- Goleman, D. (2000), *Leadership that gets results*. Harvard Business Review
- Gosden, T., Williams, J., Petchey, R., Leese, B. & Sibbald, B. (2002). Salaried contracts in UK general practice: A study of job satisfaction and stress. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(1), 26–33.
- Govaerts N., Kyndt E., Dochy F. & Baert H. (2011). Influence of learning and working climate on the retention of talented employees. *Journal of Workplace Learning*, 23(1), 35-55.
- Grant M., Campbell E.M., Chen G., Cottone K., Lapedis D. & Lee K. (2007). Impact and the art of Motivation Maintenance: The effects of Contact with Beneficiaries

- on Persistence Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 103(1), 53-67.
- Grol, R., Mokkink, H., Smit, A., Van Eijk, J., Beek, M., Mesker, P. & Mesker-Niesten, J. (1985). Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice*, 2, 128–135.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. & Hudson, M. (2002). What does ‘access to health care’ mean?, *Journal Health Services Research policy*, 7(3), 186-188.
- Gummings, G.G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo, E., Muise, M. & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 363-385.
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S.P., Rafferty, A.M. & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse–doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 920-927.
- Halkos, E.G. & Tzeremes, N.G. (2011). A conditional nonparametric analysis for measuring the efficiency of regional public healthcare delivery: An application to Greek prefectures. *Health Policy*, 103(1), 73-82.
- Harris, C., Cortvriend, P. & Hyde, P. (2007). Human resource management and performance in healthcare organizations. *Journal of Health Organization and Management*, 21(4/5), 448-459.
- Harter, J.K., Schmidt, F.L. & Hayes, T.L. (2002). Business- unit- level relationship between employee satisfaction, employee engagement and business outcomes: A meta – analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.
- Hellman, C.M. (1997). Job satisfaction and intend to leave. *The Journal of social Psychology*, 137(6), 677-689.
- Hoffman D.A. & Jones L.M. (2005). Leadership, Collective Personality and Performance. *Journal of Applied Psychology* 90(3), 509-522.
- Hongoro, C. & McPake, B. (2004). How to bridge the gap in human resources for health, *Lancet* 364 (October), 1451-1456.

- Hurst K. (2002). *Selectioning and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams*. Nuffield Institute for health. Leeds University. Leeds.
- Huselid, M.A., Jackson, S.E. & Schuler, R.S. (1997). Technical and strategic human resource management effectiveness as determinants of firm performance, *Academy of Management Journal*, 40(1), 171-188
- Jabnoun, N. & Chaker, M. (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(4), 290-299.
- Jackson, S. & Schuler, R.S. (1995). Understanding human resource management in the context of organizations and their environments. In J.T. Spence, J.M. Darley & D.J. Foss (Eds), *Annual Review of Psychology*, 46, (pp. 237-264). Palo Alto: Annual Reviews.
- Jackson, S.E. & Schuler, R.S. (2000). *Managing human resource management: a partnership perspective*. Fifth edition, Southwestern, Cincinnati, OH.
- Janus, K. (2010). Managing motivation among health care professionals. *Strategic Human Resource Management in Health Care*, 9, 47-77.
- Jasper, M. (2007). The challenges of Nursing Management. *Journal of Nursing Management*. 15, 373-374.
- Johnson, G. & Scholes, K., (2002). *Exploring Corporate Strategy*. Text and Cases. Sixth edition, Prentice Hall.
- Jourdain, G. & Chenevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 709-722.
- Jung-Yu, L. & Chun-Yi, C. (2008). *A strategic approach of internal service quality for improving employees' job satisfaction in e-business*. New York: ACM SIGMIS CPR.
- Kalleberg A.L. (2000). Nonstandard Employment Relations: Part-time, temporary and contract work. *Annual Review of Sociology*, 26, 341-365.
- Kast, F. & Rosenzweig, J. (1972). General systems theory: Applications for organization and management. *Academy of Managing Journal*, 15(4), 447-465.

- Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N., Stasinopoulos, D., Kapeteneas, N. & Polyzos, N. (2013). Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis. *Health Policy*, 109(1), 7-13.
- Katou, A. & Budhwar, P.S. (2012). The Link Between HR Practices, Psychological Contract Fulfillment, and Organizational Performance: The Case of the Greek Service Sector. *Thunderbird International Business Review*, 54 (6), 793-809.
- Kendall, P.C. (1991). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York : Guilford Press.
- Kennedy I. (2001). Learning from Bristol: The report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. CM5207 (London: The Stationery Office). Chapter 24, Available at: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090811143745/http://www.bristol-inquiry.org.uk/final_report/the_report.pdf
- Khan, L.J. & Morrow, P.C. (1991). Objective and subjective underemployment relationships to job satisfaction. *Journal of Business Research*, 22(3), 211-218
- Khatri, N., Budhwar, P.S. (2002). A study of strategic HR issues in an Asian context. *Personnel Review*, 31(2), 166-188
- Khatri, N., Wells, J., McKune, J. & Brewer, M. (2006), "Strategic Human Resource Management Issues in Hospitals: A study of a University and a Community Hospital. *Research and Perspectives on Healthcare*, 84(4), 9-20
- Khatri, N., Baveja, A., Agrawal, N.M. & Brown, G.D. (2010). HR and IT capabilities and complementarities in knowledge – intensive services. *The International Journal of Human Resource Management*, 21(15), 2889-2909
- Kondro W. (2010). Medical errors increasing because of complexity of care and breakdown in doctor-patient relationship, physician consultant says. *CMAJ*. 182(13), 645-646
- Kongstvedt P.R. (2012). *Essentials of Managed Health Care* (6th Edition). Jones and Bartlett Learning
- Kontodimopoulos, N., Nanos, P. & Niakas, D. (2006). Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece. *Health Policy*, 76(1), 49-57.

- Koontz, H., O'Donnell, C. & Weihrich, H. (1980). *Management*. Fifth edition, New York.: McGraw-Hill.
- Labrelli, D. & O'Donnell, O. (2011). The importance of price controls: Failed attempts to constrain pharmaceutical expenditures in Greece. *Health Policy*, 101 (2), 162-171.
- Lammintakanen, J., Saranto K. & Kivinen, T. (2010). Use of electronic information systems in nursing management. *International Journal of Medical Informatics*, 79(5), 324-331.
- Landon, B.E., Reschovsky, J. & Blumenthal, D. (2003). Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians 1997-2001. *The Journal of American Medical Association (JAMA)*, 289 (4), 442-449.
- Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. (2014). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety Health Care*, 13:85-90.
- Liaropoulos L. & Tragakes E. (1998). Public/ private financing in the Greek health care system: implications for equity. *Health Policy* 43(2), 153-169.
- Litwin, MS. (1995). *How to measure survey reliability and validity*. Sage Publications, London, 1995.
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1993). The Intelligence of Emotional Intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.
- Massey, L., Esain, A. & Wallis, M. (2009). Managing the complexity of nurse shortage: A case study of bank and agency staffing in an acute care. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 912-919.
- Maslach, C. & Jackson & S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Second edition, Mountain View, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- McDonald D.J. & Makin P.J. (2000). The psychological contract, organisational commitment and job satisfaction of temporary staff. *Leadership & organization Development Journal*, 21(2), 84-91.
- Mc Gillis L., Doran D. & Pink G. (2004). Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes. *JOVA*, 34, 41-45.

- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D.E., Pistolas, D., Papagiannaki, V, Floros, J. & Lemonidou, C. (2003). Staffing and Organisation of Nursing Care in Cardiac Intensive Care Units in Greece. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(2), 123-129.
- Merode, G.G., Groothuis, S. & Hasman, A. (2004). Enterprise resource planning for hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, 73(6), 493-501.
- Miller, E. & Rice, A. (2001), *Systems of Organization: The control of task and sentient boundaries*. Reprinted Roulledge.
- Elisa Moncarz, E, Zhao & J., Kay, C. (2009). An exploratory study of US lodging properties' organizational practices on employee turnover and retention. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 21(4), 437 – 458.
- Moon, M.J. (2002). The Evolution of R-government Among Municipalities: Rhetoric or Reality? *Public Administration Review*, 62(4), 424-433.
- Morley, M. (2007). Person – organization fit. *Journal of Managerial Psychology*, 22(2), 109-117.
- Mossialos, E., Allin, S. & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14(1), 151-168.
- Mullins, L.J. (2007). *Management and organisational behaviour*. Ninth edition, FT Pearson, Prentice Hall.
- Musgrove, J. (2002). Working as staff. Make-Up, Hair and Costume for Film and Television. In: Musgrove, J., *Media Manuals* (pp. 18-19), Focal Press, Taylor and Francis.
- Mushkin, S. (1962). Investment in Human Beings. *Journal of Political Economy*, 70 (5), 129-157.
- Narasimhan, V., Brown, H., Pablos- Mentez, A., Adams, O., Dussault, G., Elzinga, G., Nordstrom, A., Habte, D., Jacobd, M., Solimano, G., Sewankambo, N., Wibulpolprasert, S., Evans, T. & Chen, L. (2004). Responding to the global human resources crisis. *The Lancet*, 363(9419), 1469-1472.

- Neddleman J, Buerhaous P, Mattke S, Stewart M. & Zelevinsky K (2002). Nurse - staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, S., Leibson, C.L., Stevens, S. & Harris, M. (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364, 1037-1045.
- Newman K. Maylor, U. & Chansarkar, B. (2002). The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain: Implications for management of recruitment and retention. *Journal of Management in Medicine*, 16(4), 271 – 291
- Newman, C.J., Vries D.H., Kanakuze, J. & Ngendahimana G. (2011). Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: Increasing safety and gender equality. *Human resources for Health*, 9:19, Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/9/1/19>
- Niakas D. , Gnardellis, C. & Theodorou, M. (2004). Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Heath Services Management Research*, 17(1), 60-69.
- Notara, V., Koupidis, S.A., Vaga, E. & Grammatikopoulos, I.A. (2010). Economic crisis and challenges for the Greek health care system: the emergent role of nursing management. *Journal of Nursing Management*, 18(5), 501-504.
- Numata, Y., Schulzer, M., Wal, R.V., Globerman, J., Semeniuk, P., Balka, E. & FitzGerald, M. (2006). Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta – analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 435-448.
- Nundy, S. & Oswald, J. (2014). Relationship-centered care: A new paradigm for population health management. *Healthcare*, 2 (4), 216-219.
- Ohana, M., Meyer, M. (2010). Should I stay or should I go now? Investigating the intention to quit of the permanent staff in social enterprises. *European Management Journal*, 28(6), 441-454.
- Ortega J. (2001). Job Rotation as Learning Mechanism. *Management Science*. 47(10), 1361-1370.

- Parry, E. & Tyson, S. (2008). An analysis of the use and success of online recruitment methods in the UK. *Human Resources Management Journal*, 18(3), 257-274.
- Parson, T. (1951). *The social System*. The Free Press: New York.
- Perrota, D., Cecchetti, C., Stoppa & F., Pirozzi, N. (2009). Simulation and training at the Bambino Gesù Children's Hospital. *Paediatrics and child health* 19 (2), 120-122
- Plati, C., Lemonidou, C., Katostaras, Th., Mantas, J. & Lanara, V. (1998). Nursing manpower development and strategic planning in Greece. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 329-333.
- Ployhart, R.E., Schneider, B., Schmitt, N. & Mahwah, N.J. (2006). *Staffing Organizations: Contemporary practice and theory*. 3rd edition, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, US
- Plsek P.E. & Greenhalgh T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal* 323(7313), 625–628.
- Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C. & Kontodimopoulos, N. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy*, 109(1), 14-22.
- Porter, M. (1980), *Competitive Strategy: Techniques for Analysing Industries and Competitors*. Free Press: New York.
- Porter, M. (1996). What is Strategy? *Harvard Business Review*, 74(6), 61-80
- Prentice, D., Taplay, K., Horsley, E., Payeur-Grenier & S., Belford, D. (2011). International Simulation: An effective Training Experience for Health Care Professionals Working in Community Hospitals. *Clinical Simulation in Nursing*, 7(2), 61-67 .
- Pruit, S.D. & Epping-Jordan, J. (2005). Preparing the 121st century global healthcare workforce. *British Medical Journal*, 330, 637–639, Available from: <http://www.bmj.com/content/330/7492/637.short>
- Punch, K.F.(2005). *Introduction to Social Research – Quantitative and Qualitative Approaches*. London: Sage Publications.

- Rice, P. & Waugh, P. (2001). *Modern literary theory: A reader*. Oxford University Press.
- Roemer M.I. (1991). National health systems of the world: The Countries, *Oxford University Press* 1, 1-127.
- Rynes, S.L. & Cable, D.M. (2003), Recruitment research in the 21st century: moving to a higher level, In Borman W., Ilgen P., Klimoski, R. (Eds), *The handbook of Psychology*, Vol. 12, John Wiley, N.York, pp.55-77.
- Saiti, A. & Mylona, V. (2015a). Professional Development Plan of a Health Care Workforce as a Qualitative Indicator of the Health Care System's Well-Being. *E-Journal of Educational Policy* (Υπό δημοσίευση)
- Saiti, A. & Mylona, V. (2015b). Health Care Human Resources' Planning and Programming Act as a Necessary Tool for the Effectiveness and Strengthening of the Health Care Sector. *European Journal of Social Sciences Education and Research*, 5(1), 349-356.
- Saiti, A. (2012). Leadership and quality management: An analysis of three key features of the Greek education system. *Quality Assurance in Education*, 20(2), 110 – 138.
- Scanlan, B.K. (1947). *Management* 18. N.York: J.Wiley
- Schoen, C., Osborn, R., Trang Huynh, P., Doty, M., Peugh, J. & Zapert K. (2006). On The Front Lines Of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, And Views In Seven Countries. *Health Affairs*, 25(6), 555-571.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press. Available from: https://books.google.gr/books?id=NQs75PEa618C&printsec=frontcover&hl=el&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659-666
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J., Back, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358–367.
- Shannon, C.E., Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. London and New York: Univ. Illinois Press

- Sibabald, B., Shen J., McBride, A. (2004). Changing the skill mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9 (1), 28-38.
- Sigler K. J., (1999). Challenges of employee retention. *Management Research News*, 22 (10), 1-5.
- Skalpe O. (2007). The CEO gender pay gap in the tourism industry - evidence from Norway. *Tourism Management*, 28, 845-853.
- Smith, K.V. & Godfrey, N.S. (2002). Being a good nurse and doing the right thing: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 9(3), 301-312.
- Smith, P., Farmer, M. & Yellowley, W. (2013). *Organizational Behavior*. 2nd edition, New York, Routledge.
- Som, C.V. (2007). Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy* 80(2), 281-296.
- Soontornchai, P., Tipkamon, S. & Kenner, C. (2009). Neonatal Staff Development in Thailand, *Newborn and Infant Reviews*, 9(2), 79-80.
- Sorensen J.B (2002). The strength of Corporate Culture and the Reability of Firm Performance. *Administrative Science Quarterly*. 47(1),71-90
- Spector, R. (1985). *Cultural Diversity in Health and Illness*. Eighth edition, Upper Saddle River, N.J. Pearson Prentice Hall.
- Stacey, R.D. (2007). *Strategic Management and Organisational Dynamics: The Challenge of Complexity to Ways of Thinking about Organisations*. Fifth edition, Financial Times, Prentice Hall. (e-book version). Available from: https://books.google.gr/books?id=PENbGZDXTU4C&printsec=frontcover&hl=en&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Stegenga, J., Bell, E., Matlow, A. (2002). The Role of Nurse Understaffing in Nosocomial Viral Gastrointestinal Infections on a General Pediatrics Ward. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 23(3), 133-136
- Stenberg, K., Axelson, H., Sheehan, P., Anderson, I., Gülmezoglu, A.M., Temmerman, M., Mason, E., Friedman, H.S., Bhutta, Z., Lawn, J.E., Sweeny, K., Tulloch, J., Hansen, P., Chopra, M., Gupta, A., Vogel, J.P., Ostergren, M., Rasmussen, B., Levin, C., Boyle, C., Kuruvilla, S., Koblinsky, M., Walker, N.,

- Francisco, A., Novcic, N., Presern, C., Jamison, D. & Bustreo, F. (2014). Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *The Lancet*, 383(9925), 1333-1354
- Stoeckle, JD, Leaf, A., Grossman, J & Goroll A.H. (1979). *The American Journal of Medicine*. 66(6), 1008-1014.
- Stone, D., Stone-Romero, E.F. & Lukaszewski, K.M.(2007). The impact of cultural values on the acceptance and effectiveness of human resource management policies and practices. *Human resource Management Review*, 17(2), 152-165
- Storey, J. (2001). *Human resource management: a critical text*. 2nd edition, London, UK.: Thomson.
- Stratton, K.M. (2008). Pediatric nurse and quality of care in the hospital setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(2), 105-114.
- Stregenga, J., Bell, E. & Matlow, A. (2002). The role of nurse understaffing in nosocomial viral gastrointestinal infections on a general pediatrics ward. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 23(3), 133-136.
- Suarez-Almazor, ME. (2004). Patient-physician communication. *Current Opinion in Rheumatology*, 16(2), 91-5.
- Supic, Z.T., Bjegovic, V., Marinkovic, J., Milicevic, M.S. & Vasic, V. (2010). Hospital management training and improvement in managerial skills: Serbian experience. *Health Policy*, 96, 80-89.
- Swansburg, R.C. (1999). *Introductory Management and Leadership for Clinical Nurses*. Boston: Jones & Bartlet.
- Swayne, L.E., Duncan, W.J. & Ginter P.M. (2012). *Strategic management of health care organizations*. Sixth edition. (e-book version). Available from: [https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=InjBkmPVTUUC&oi=fnd&pg=PR3&dq=Swayne,+L.E.,+Duncan,+WJ+%26+Ginter+P.M.+\(2012\).+Strategic+management+of+health+care+organizations&ots=joGvkAGPR1&sig=ZM-tfJqGLrpLVRlom9zfwUpcM1c&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=InjBkmPVTUUC&oi=fnd&pg=PR3&dq=Swayne,+L.E.,+Duncan,+WJ+%26+Ginter+P.M.+(2012).+Strategic+management+of+health+care+organizations&ots=joGvkAGPR1&sig=ZM-tfJqGLrpLVRlom9zfwUpcM1c&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Sweet S.J. & Norman I.J. (1995). The nurse - doctor relationship: a selective literature review. *Journal of advanced nursing*, 22(1), 165-170.

- Taguri A.El. & Nasef A. (2008). The French Health Care System; What can We learn? *Libyan Journal of Medicine*, 3 (4), 186-191.
- Tountas, Y., Karnaki, P. & Pavi, E. (2002). Reforming the reform: the greek national health system in transition. *Health Policy*, 62(1), 15-29.
- Tulchinsky T.H. & Varavikova E.A. (2014). *The New Public Health. An introduction for the 21st Century*. (Chapter 13: National Health Systems, pp. 643-728), Third edition, Academic Press. pp.643-728. (e-book version). Available from: <https://books.google.gr/books?id=2hg2Ix9WngC&printsec=frontcover&dq=The+New+Public+Health,+An+introduction+for+the+21st+Century.&hl=el&sa=X&ved=0CB4Q6AEwAGoVChMI9t-k6fzJyAIVE4MaCh33dw2i#v=onepage&q=The%20New%20Public%20Health%2C%20An%20introduction%20for%20the%2021st%20Century.&f=false>
- Tymon, W.G., Stephen, Jr. & Stumpf S.A, (2011). Manager support predicts turnover of professionals in India. *Career Development International*, 16 (3), 293 – 312.
- Tyson, S., (1997). Human resource strategy: a process for managing the contribution of HRM to organizational performance. *International Journal of Human Resource Management*, 8 (3), 277 - 290.
- Tyson, P.D. & Pongruengphant, R. (2004). Five-year follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand. *International Journal of Nursing Studies*, 41(3), 247-254.
- Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., Clarke S.P. & Vardas D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42(2): II57–II66.
- Van Ourti, T., Van Doorslaer, E. & Koolman, X. (2009). The effect of income growth and inequality on health inequality: Theory and empirical evidence from the European Panel. *Journal of Health Economics*, 28(3), 525-539.
- Virtanen, M., Kivimaki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M. & Vahtera J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*, 34(3), 610-622.
- Walker, J.W. (1976). Human resource planning: managerial concerns and practices. *Business Horizons*, 19(3), 55-59.

- Watkin, S.L. (2005). Managing safe staffing. *Seminars in fetal and neonatal medicine* 10(1), 91-98.
- Weiss, H.M.(2002). Introductory Comments: Antecedents of Emotional Experiences at Work. *Motivation and Emotion*, 26(1), 1-2.
- Werbel, J.D., DeMarie, S.M. (2005). Aligning strategic human resource management and person environment fit. *Human Resource Management Review*, 15(4), 247-262.
- Westra, B.L. & Delaney, C.W. (2008). Informatics competencies for nursing and healthcare leaders. In: Suermondt, J., Evans, S.R. & Ohno-Machado, L. (Eds.), *Biomedical and Health Informatics: From Foundations to Applications to Policy*, (804–808) AMIA 2008, Symposium Proceedings.
- World Health Organization (WHO) (1946). *Constitution of the world health organization*. New York: International Health Conference.
- World Health Organization (WHO) (2001). *World Health Report 2001: Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (1981). *World Health Report 1981: Strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2002). *The world health report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- Wiener, N. (1948, 1950). *The human use of human beings. Cybernetics and society*, London: Free Accociation Books.
- Wilkin C.L. (2012). I can't get no job satisfaction: Meta-analysis comparing permanent and contingent workers. *Journal of Organizational Behavior*. 34(1), 47-64.
- Yukl, G. (2002). *Leadership in organizations* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Zeynep O., Chantal C., Lisac M., Vrangbaek K., Winblad U., Bevan G. (2010). Health Economics, *Policy & Law*, 5(3), 269-293.

Zurn, P., Dal Roz, M.R., Stilwell, B., Adams, O. (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13> (online 12 pages)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αναγνωστοπούλου, Δ., Μαρνέρας, Χ., Τσιμητρέα, Ε., Χαρίση, Ε, Μουχάκη, Στ, Αργυροπούλου, Δ. & Παϊναρλή Β. (2013), «Εκτίμηση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτών τριτοβάθμιου νοσοκομείου και διερεύνηση της σχέσης με την πιθανότητα αποχώρησης από την εργασία», *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5(2),74-84.

Αντωνίου Α. & Τζαβάρα Χ. (2005). Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. *Νέα Υγεία*. 47, 8.

Βάμβουκας, Μ.Ι. (2010). *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία*. Αθήνα: Γρηγόρη

Βαρδιάμπασης Β.Ν., Τσιρώνη Μ., Νικολέντζος Α., Μώυσογλου Ι., Γαλάνης Π., Σταυροπούλου Ε., Αθανασοπούλου Γ. & Πρεζεράκος Π. (2014), «Στελέχωση των απομακρυσμένων και απομονωμένων υπηρεσιών υγείας με ιατρικό προσωπικό. Κίνητρα προσέλκυσης και παραμονής του ιατρικού προσωπικού», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1),48-54.

Βλαχιώτη, Ε., Δούσης Ε. & Μάτζιο Β. (2011), Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία, *Νοσηλευτική* 50 (2), 177-184.

Γαλάνης Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνική Ιατρικής* 30(1), 97-110.

Γκορτζής Ε. (2007). *Υπηρεσίες Ιατρικής Πληροφορικής & Τηλεϊατρικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Γκιούρδας

Γναρδέλλης Χ. (2009). *Ανάλυση δεδομένων με το PASW Statistics 17.0. Η νέα μετονομασμένη έκδοση του SPSS*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Γούλα, Α., Κέφης, Β., Σταμούλη, Α., Πιερράκος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2014). Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(4), 452-460.

- Γώγος, Χρ. (2011). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(1), 10-21.
- Δημητριάδης, Α. (1998). *Διοίκηση - Διαχείριση Πληροφοριακών Συστημάτων*, Αθήνα: Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών
- Δημητριάδου - Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., Τσαλογλίδου, Α. & Καυκιά, Θ.Β.(2009). Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(3), 222-239.
- Δημητρόπουλος, Χ. & Φιλίππου, Ν., (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), 642-647.
- Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3), 498-508.
- Έλληνας, Δ. (2004). Προγραμματισμός και Οργάνωση στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Ομοιότητες και Διαφορές. *Επιθεώρηση Υγείας*, 25(87), 17-21.
- Ζαβλάνος, Μ. (1998). *Μάνατζμεντ*, Αθήνα: Εκδόσεις Ελλήν.
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πως γίνεται μία επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Καϊτελίδου Δ. (2014). Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. *Νοσηλευτική*, 53(20), 129-132.
- Καλογεροπούλου Μ. & Μουρδουκούτας Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*. Τόμος Α'. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Καλογεροπούλου, Μ. (2011). Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(6), 794-803.
- Καλογεροπούλου, Μ. & Κατοστάρας, Θ. (2010). Γνώσεις και απόψεις των εργαζομένων για την προμήθεια των υλικών στα ελληνικά νοσοκομεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(4), 662-668.

- Κανέλλου,Ε.(2014). Θεραπευτική σχέση. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*,3(3), 125-126.
- Καραϊσκού Α., Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης Π. (2012). Οικονομική κρίση: Η επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(2), 49-54.
- Καρασούλος, Χ. (2014). Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(1), 6-19.
- Κελέση – Σταυροπούλου, Μ. & Σταυροπούλου, Μ. (2010). Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(3), 280-307.
- Kotter, P.J. (2001). *Ηγέτης στις αλλαγές*. μτφ Σοκοδήμος, Α., Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Κοπανιτσάνου, Π. & Μπροκαλάκη, Η. (2009). Μέθοδοι στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων. *Νοσηλευτική 2009*, 48(1),50-57.
- Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Ρεκλείτη, Μ., Ζυγά, Σ., Κοτρώτσιου, Ε. & Γκούβα, Μ. (2012). Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας-νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), 61-69.
- Κυριαζή, Ν. (2002). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική Επισκόπηση μεθόδων και τεχνικών*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Κυριόπουλος,Γ. & Τσιάντου,Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), 834-840
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ. & Τσάκος Γ. (2003). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο, Κοινωνία και Υγεία.
- Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής, Χ.Γ. & Ζήμερας, Σ. (2006). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6), 603-614.
- Λανάρα, Β. (1999). *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο*. Έκδοση Α΄, Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Λανάρα, Β. (2003). *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο*. Έκδοση Ι΄, Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.

- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Α' τόμος, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Μ. & Middleton, Ν. (2011). Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(2), 234-244.
- Μακρυδημήτρης, Α. (2004). *Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων*, 4η έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης Π. (2015). Οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 5(4), 147-161.
- Μανιού Μ. & Ιακωβίδου Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπείου*. 8(4), 380-400.
- Μάρκοβιτς Γ. (2002). Διοίκηση ανθρώπινου παράγοντα: παρακίνηση – εξουσία. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Marietti, A.K. (2011). Οι έννοιες του φυσιολογικού και του παθολογικού σύμφωνα με τον Georges Canguilhem. Μφρ. Βλαστός, Φ. , *Ιατροϊστορικά Σύμμεικτα*, 60-66. Διαθέσιμο από: http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_44/iatroistorika.pdf
- Μάρκοβιτς Ι. & Μοναστηρίδου Σ. (2011). Η Διαχείριση Αλλαγών στην Υγεία: Η Περίπτωση της Εισαγωγής Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος σε Δημόσιο Νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 50(4), 366-374.
- Μπιτσώρη, Ζ. (2013). Ο ρόλος της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική* 2(2), 65-72.
- Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ - Θεωρητικό Υπόβαθρο Σύγχρονες Πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Μπούτσιου, Στ. & Σαράφης Π. (2013). Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5(4), 147-161.
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν. & Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2), 172-185.
- Παντάνο-Ρόκου, Φρ. (2005). Μοντέλα και σημασία του διδακτικού σχεδιασμού για το e-learning. *Ανοιχτή Εκπαίδευση*, 1(1), 43-68.

- Παντουβάκης, Α. & Μπογιατζίδης, Π. (2012). Η σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και εσωτερικής ποιότητας μέσω των αντιλήψεων της κλινικής ηγεσίας νοσηλευτικών τμημάτων, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), 44-50.
- Παπαδάκης, Β.Μ. (2002). *Στρατηγική των Επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής εμπειρία*. Τόμος Α': Θεωρία, 4η έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Παπακωνσταντίνου, Γ. & Αναστασίου, Σ. (2013). *Αρχές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Παπαλεξανδρή, Ν. & Μπουραντάς Δ. (2003). *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*. Αθήνα: Εκδόσεις Γ.Μπένου.
- Παππά,Ε.Α., Αναγνωστόπουλος,Φ. & Νιάκας, Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25(1), 94-101.
- Πελέχας, Ε. & Αντωνιάδης, Δ. (2013). Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3), 325-334
- Πηγιάκη, Π. (1994). Εθνογραφία. *Η μελέτη της ανθρώπινης διάστασης στην κοινωνική και παιδαγωγική έρευνα*. Αθήνα: Γρηγόρης
- Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Αμίσης, Γ., Κυριόπουλος, Γ. & Σούλης, Σ. (2006). Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας. *Νοσηλευτική*, 45(4), 543-551.
- Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική,
- Πολύζος, Ν. & Υφαντόπουλος, Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6), 627-639.
- Πουζουκίδου, Α., Θεοδώρου, Μ. & Καϊτελίδου, Δ. (2006). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική*, 46, 537–544.

- Ραγιά, Α. (1998). *Βασική Νοσηλευτική, θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.
- Ραμματά, Μ. (2011). *Σύγχρονη Ελληνική Δημόσια Διοίκηση, Ανάμεσα στη γραφειοκρατία και το μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Robson, C. (2000). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου, Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. Μφρ. Νταλάκου, Β., Βασιλικού, Κ. Εκδόσεις Gutenberg
- Σαϊτή, Α. & Σαϊτής, Χρ. (2012). *Οργάνωση και διοίκηση της εκπαίδευσης - Θεωρία, Έρευνα και Μελέτη Περιπτώσεων*. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Θωμάς, Δ., Κυριαζής, Σ. & Φιλιποπούλου, Μ. (2012). Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Αθήνα: ΑΔΕΔΥ, Κοινωνικό Πολυκέντρο.
- Σαπουτζή-Κρέπια Δ. (2001). *Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική Φροντίδα*, Αθήνα: Εκδόσεις Ελλήν.
- Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ. & Σωτηριάδου, Κ. (2010). Ο διάκριτος ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μάνατζμεντ του νοσοκομείου. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 2 (4), 148-154.
- Σαριβουγιούκας, Ι., Βαγγελάτος, Α., Κατραβά, Α. & Καλαμαρά, Χ. (2008). Τμήμα επειγόντων περιστατικών και πληροφοριακή υποστήριξη. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 25(1), 102-110.
- Σιουρούνη, Ε., Θεοδώρου, Μ. & Χόνδρος, Π. (2006). Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. *Επιθεώρηση Υγείας*, 17, 31-35.
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. & Λιαρόπουλος, Α. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), 663-672.
- Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ. & Κυριόπουλος, Γ. (2012). Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις. 5ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο ENNE. Ανακτήθηκε στις 24/4/2013 από <http://www.esdy.edu.gr/>

- Σούλης, Σ. (1999). *Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σουλιώτης, Κ. (2006). *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Sullivan E. & Decker Ph. (2005). *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*. [Μφρ. Μπελλάλη, Θ.](#) Αθήνα: Εκδόσεις Γκιούρδας
- Σωτηριάδου, Κ., Σαράφης, Π. & Μαλλιαρού, Μ. (2012). Οικονομική ανάπτυξη και βελτίωση του επιπέδου υγείας. *Νοσηλεία και έρευνα*, 34, 42-52.
- Τερζίδης, Κ. & Τζωρτζάκης, Κ. (2004). *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Αθήνα: Εκδόσεις Rosili.
- Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, Νέα υγεία.
- Τούντας Γ. (2001). Τα συστήματα υγείας στον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 79, 215-217.
- Τριχόπουλος, Δ., Τζώνου, Α. & Κατσουγιάννη, Κ. (2000). *Βιοστατιστική*, Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Τσορομάκος, Δ., Πρεζεράκος, Π., Τζιαφέρη, Σ. & Λαζακίδου, Α. (2014). Διερεύνηση των Γνώσεων και Στάσεων των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με τη Χρήση Υπολογιστών με τη Βοήθεια Ηλεκτρονικού Ερωτηματολογίου στο Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(6), 702-717.
- Φιλαληθής, Α. (2008). 30 χρόνια μετά την Άλμα - Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 20, 108–110.
- Χαλαζωνίτης, Α.Ν., Κουμαριανός, Δ. & Αποστολάκης, Ι. (2008). Ηλεκτρονική μάθηση e-learning. Γενική θεώρηση και εφαρμοσμένο παράδειγμα από την ειδικότητα της ακτινοδιαγνωστικής. *Αρχεία Ελληνική Ιατρικής*, 25(6), 811-822.
- Χαραλάμπους, Α. & Τρίτση, Θ. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχεία Ελληνική Ιατρικής*, 27(1), 106-112.
- Χριστοπούλου, Μ. & Καρακώστας, Κ. (2015). Η Διοίκηση ενός Νοσηλευτικού Τμήματος σε Δημόσιο Νοσοκομείο. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4:1, 19-27.
- Χυτήρης, Λ. (2006). *Μάνατζμεντ - Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων*. Αθήνα: Εκδόσεις Interbooks.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- ν. 1278/1982 (ΦΕΚ Α' 105/31-8-1982) «Συμβούλια επιλογής ιατρικού προσωπικού»
- ν. 1397/1983, ΦΕΚ 143 Α', «Ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας»
- ν. 2071/1992, ΦΕΚ 123Α', «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»
- ν.2889/2001, ΦΕΚ. 37 Α', «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
- ν. 3172/2003, ΦΕΚ 197 Α', «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»
- ν. 3205/2003, ΦΕΚ 297 Α', «Μισθολογικές ρυθμίσεις λειτουργών και υπαλλήλων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και ΟΤΑ και άλλες συναφείς διατάξεις»
- ν. 3329/2005, ΦΕΚ. 81 Α', «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
- ν. 3336/2005, ΦΕΚ 96 Α', «Εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την Οδηγία 2003/96/ΕΚ του Συμβουλίου της 27ης Οκτωβρίου 2003 περί επιβολής Ειδικού Φόρου Κατανάλωσης και άλλες διατάξεις»
- ν. 3418/2005, ΦΕΚ 287 Α', «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας»
- ν. 3453/2006, ΦΕΚ 37 Α', «Ρυθμίσεις στο φορολογικό καθεστώς των Συνδεδεμένων Εταιρειών και άλλες διατάξεις»
- ν. 3528/2007, ΦΕΚ 26 Α', «Νέος Υπαλληλικός Κώδικας»
- ν. 3554/2007, ΦΕΚ 80 Α', «Εισοδηματική πολιτική έτους 2007, φορολογικές και άλλες διατάξεις»
- ν. 3580/2007, ΦΕΚ 134 Α', «Προμήθειες φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις»
- ν.3754/2009, ΦΕΚ 43Α, «Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το π.δ. 76/2005 και άλλες διατάξεις»
- ν. 3833/2010, ΦΕΚ 40 Α', «Προστασία της εθνικής οικονομίας – Επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης»

- ν.3839/29-3-2010, ΦΕΚ 51 Α', «Σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αντικειμενικά και αξιοκρατικά κριτήρια - Σύσταση Ειδικού Συμβουλίου Επιλογής Προϊσταμένων (ΕΙ.Σ.Ε.Π.) και λοιπές διατάξεις».
- ν.3845/2010, ΦΕΚ 65 Α', «Μέτρα για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη – μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο»
- ν.3868/2010, ΦΕΚ 129 Α', «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»
- ν.3979/2011, ΦΕΚ 138 Α', «Για την ηλεκτρονική διακυβέρνηση και λοιπές διατάξεις»
- ν. 3918/2011, ΦΕΚ 31 Α', «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»
- ν.3981/2011, ΦΕΚ 140 Α', «Κύρωση του Μνημονίου Συνεργασίας»
- ν.4024/2011, ΦΕΚ. 226 Α', «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις»
- ν.4052/2012, ΦΕΚ.41 Α', «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις»
- ν.4210/21-11-13, ΦΕΚ 254 Α', «Ρυθμίσεις Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και άλλες διατάξεις».
- ν.4325/2015
- Π.Δ.318/1992, Αξιολόγηση των ουσιαστικών προσόντων του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών - πλην των εκπαιδευτικών λειτουργών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης - και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου

ΔΙΔΑΔ/Φ.32.8/492/8501 Τροποποίηση διατάξεων του Π.Δ. 318/1992 (Α' 161) περί αξιολόγησης των ουσιαστικών προσόντων του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των ν.π.δ.δ.

Υπουργική απόφαση: 1078/Β/9-6-2015 «Κατάρτιση και τήρηση καταλόγου – διαδικασία επικουρικού ιατρικού προσωπικού»

Το υπ' αρ.πρ. Φ.900/ΕΚΕΠΥ/878/24-02-2009 εγγράφο του υπουργείου υγείας σχετικά με τις άδειες διακίνησης ερωτηματολογίων στα δημόσια νοσοκομεία.

SITES

www.esynet.gr

www.moh.gov.gr

www.oecd.org/health/healthdata

<http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database>

<http://ygeiamap.gov.gr/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Ημερομηνία: 20/01/2013

ΑΙΤΗΣΗ

της **Μυλωνά Βασιλικής**

ΠΡΟΣ : Διοίκηση Νοσοκομείου

Υποψ.Διδάκτωρ στη «Διοίκηση Μονάδων
Υγείας» . Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών
Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Σαϊτή Άννα –
Καθηγήτρια
Τηλ.Επικ. 6946375536,
email: vmilona@hua.gr και
vicky.milona@gmail.com
Δ/νση: Δαναού 39, 21200 Άργος.

1. Διοικητή
2. Διοικητικό Συμβούλιο
3. Επιστημονικό Συμβούλιο

ΘΕΜΑ: «Διακίνηση ερωτηματολογίων για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής».

Παρακαλώ όπως μας εγκρίνεται η διακίνηση του επισυναπτόμενου ερωτηματολογίου στο νοσοκομείο σας με σκοπό τη διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και απευθύνονται στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας και δεν ζητείται να αναγράφεται το νοσοκομείο όπου εργάζονται.

Η διακίνηση θεωρούμε ότι θα ήταν αποτελεσματικότερο να γίνει από το ίδιο το νοσοκομείο. Οι λόγοι είναι οι εξής: Το νοσοκομείο σας θα είναι σίγουρο ότι όντως έχει γίνει σωστά η δειγματοληψία και έχει συμμετάσχει στην παρούσα έρευνα και εμείς θα έχουμε πιο γρήγορα και πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Προτεινόμενος τρόπος είναι η διακίνηση των ερωτηματολογίων να γίνει είτε με έντυπα ερωτηματολόγια (που θα σας αποσταλούν) από το γραφείο Προσωπικού του Νοσοκομείου, μέσω των διευθυντών και των προϊσταμένων των νοσηλευτικών τμημάτων.

Παρακαλώ να μας απαντήσετε στην παρούσα αίτηση εγγράφως είτε είναι θετική, είτε είναι αρνητική η απάντησή σας. Θα ήταν χαρά μας να συνεργαστούμε με το νοσοκομείο σας και υποσχόμαστε ότι στο τέλος της έρευνας θα σας αποστείλουμε τα αποτελέσματα αυτής.

Με εκτίμηση,
Μυλωνά Βασιλική

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί διανέμεται στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με τίτλο: «**Σκέψεις και αντιλήψεις του υγειονομικού προσωπικού για την αποτελεσματική στελέχωση των μονάδων Υγείας. Εμπειρική μελέτη**». Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, σχετικά με τη στελέχωσή τους σε υγειονομικό προσωπικό. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικό σκοπό.

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία: ετών
3. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η ☐ Άγαμος/η ☐
Χήρος/α ☐ Ελεύθερη συμβίωση ☐
Διαζευγμένος/η ☐ Εν διαστάσει ☐

4. Επάγγελμα:

- α) Ιατρός: Συντονιστής ☐ Διευθυντής ☐ Επιμελητής Α' ☐
Επιμελητής Β' ☐ Επικουρικός ☐ Ειδικευόμενος ☐
- β) Νοσηλεύτης: ΠΕ ☐ ΤΕ ☐ ΔΕ ☐

5. Σχέση εργασίας:

- Μόνιμο προσωπικό ☐ Με απόσπαση/διάθεση/μετακίνηση ☐
Σύμβαση αορίστου ☐ Σύμβαση ορισμένου χρόνου ☐

6. Εκτός από τις βασικές σπουδές, τι άλλες σπουδές έχετε κάνει; (επιλογή περισσότερο από μία απαντήσεις),

- Πτυχίο Α.Ε.Ι. ☐ Πτυχίο Τ.Ε.Ι. ☐ Μεταπτυχιακό ☐ Διδακτορικό ☐

7. Έχετε γνώσεις ηλεκτρονικού υπολογιστή;

- Άριστη ☐ Πολύ καλή ☐ Καλή ☐ Μέτρια ☐ Καθόλου ☐

8. Διάθετε πτυχίο ξένων γλωσσών:

- Ναι ☐ Όχι ☐

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.

(Σε κλίμακα από το 1 έως το 5, όπου 1: διαφωνώ, το 2: διαφωνώ μερικώς, το 3: ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 4: συμφωνώ αρκετά και 5: συμφωνώ πάρα πολύ – παρακαλούμε να απαντήσετε στις παρακάτω υποθέσεις)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ					
	1	2	3	4	5
1. Η διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζεστε προγραμματίζει τις ανάγκες στελέχωσης σε υγειονομικό προσωπικό.					
2. Ο προγραμματισμός στελέχωσης του νοσοκομείου σας προσαρμόζεται σύμφωνα με τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του νοσοκομείου.					
3. Όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες σε υγειονομικό προσωπικό (πχ. λόγω αποχώρησης, συνταξιοδότησης, μακροχρόνιων αναρρωτικών αδειών κλπ), η διοίκηση του νοσοκομείου προβαίνει έγκαιρα σε ενέργειες για πρόσληψη προσωπικού και κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου (δηλ. επικουρικό προσωπικό).					
4. Το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.					
5. Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σας επαρκεί για την ομαλή λειτουργία του.					

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ					
	1	2	3	4	5
1. Η επιλογή του μόνιμου ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.					
2. Η επιλογή του επικουρικού ιατρικού προσωπικού γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια.					
3. Η επιλογή του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα (πχ. ΑΣΕΠ).					
4. Η επιλογή του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται με αξιοκρατικά μέσα.					
5. Η επιλογή ιατρικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.					
6. Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων.					
7. Η τοποθέτηση νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου σχετίζεται με τις ανάγκες της υπηρεσίας.					
8. Τα προσόντα του νεοδιοριζόμενου υπαλλήλου λαμβάνονται υπόψη για την τοποθέτησή του σε αντίστοιχο τμήμα.					
9. Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις ιατρών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.					
10. Οι μετακινήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις νοσηλευτών γίνονται μόνο για υπηρεσιακούς λόγους για κάλυψη αναγκών.					
11. Οι αρμοδιότητές σας σχετίζονται άμεσα με τα προσόντα σας και την εμπειρία σας.					
12. Εξαντλείτε την κανονική άδεια που δικαιούστε εντός του έτους.					
13. Όταν λείπετε με άδεια, υπάρχει κάποιος συνάδερφος που					

σας αντικαθιστά.					
14. Το ποιος θα σας αντικαταστήσει όταν παίρνετε άδεια οργανώνεται από τον προϊστάμενό σας και το γραφείο προσωπικού.					
15. Οι άδειές σας προγραμματίζονται με βάση τις ανάγκες της υπηρεσίας.					
16. Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει τμήματα και εφημερίες συναφών ειδικοτήτων όταν χρειάζεται.					
17. Το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει μόνιμα σε ένα τμήμα.					
18. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδέχεται να εναλλάσσεται στα τμήματα για την κάλυψη αναγκών.					
19. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο για την κάλυψη και άλλων τμημάτων, όταν χρειάζεται.					
20. Οι χρηματικές αποδοχές σας είναι ικανοποιητικές.					
21. Το περιβάλλον εργασίας σας είναι ιδιαίτερα ευχάριστο.					
22. Το ωράριο εργασίας σας είναι ικανοποιητικό.					
23. Ενημερώνεστε για το πρόγραμμα εργασίας σας στην αρχή του μήνα, για όλο το μήνα (μηνιαίο πρόγραμμα εργασίας).					
24. Σας δίνεται η δυνατότητα να κάνετε αλλαγές στο ωράριο εργασίας σας (με τον προϊστάμενό σας και τους συναδέλφους σας).					

ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ					
	1	2	3	4	5
1. Ο διορισμός νέου υπαλλήλου στο νοσοκομείο, ακολουθείται από την εισαγωγική εκπαίδευσή του.					
2. Η εισαγωγική εκπαίδευση περιλαμβάνει γνωριμία και εκπαίδευση σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.					
3. Το προσωπικό εκπαιδεύει με άνεση και ευχαρίστηση το νέο μέλος του τμήματος.					
4. Η υπηρεσία σας, σας δίνει κίνητρα (ευέλικτο ωράριο, εκπαιδευτικές άδειες κλπ) για επιμόρφωση σε όλο το προσωπικό.					
5. Η υπηρεσία σας πραγματοποιεί σεμινάρια επιμόρφωσης των ιατρών και των νοσηλευτών στο νοσοκομείο.					
6. Η υπηρεσία σας διοργανώνει με άλλους φορείς εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωσή σας.					
7. Σας παρέχεται η δυνατότητα να χρησιμοποιείται τη δημιουργικότητά σας στο χώρο εργασίας σας, με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής σας.					
8. Για κάθε νέο πληροφοριακό πρόγραμμα που εισάγεται στο νοσοκομείο και επρόκειτο να το χρησιμοποιήσετε, εκπαιδεύεστε με αντίστοιχο πρόγραμμα πρώτα.					
9. Η υπηρεσία σας, σας διευκολύνει όταν παρακολουθείται κάποιο προπτυχιακό, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πρόγραμμα σπουδών.					

Σας ευχαριστούμε θερμά που διαθέσατε χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συμβάλλοντας έτσι στην έρευνά μας για την στελέχωση του υγειονομικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.