

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικές Επιστήμες και Διοίκηση

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή



Στρατηγικές Αντιμετώπισης των προβλημάτων του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πριν και μετά COVID – 19 εποχή, μέσω μοντέλων Διοίκησης

Χρυσόστομος Θεοδώρου

Επιβλέπων Καθηγητής

Τσιότρας Γεώργιος

Νοέμβριος 2022

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικές Επιστήμες και Διοίκηση

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Στρατηγικές Αντιμετώπισης των προβλημάτων του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πριν και μετά COVID – 19 εποχή, μέσω μοντέλων Διοίκησης

Χρυσόστομος Θεοδώρου

Επιβλέπων Καθηγητής

Τσιότρας Γεώργιος

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας από τη Σχολή Οικονομικές Επιστήμες και Διοίκηση του

Ανοικτού Πανεπιστήμιο Κύπρου

Νοέμβριος 2022

Περίληψη

Εισαγωγή: Η διοίκηση οργανισμών και μονάδων υγειονομικού ενδιαφέροντος πάντα είχε ως προτεραιότητα τη διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού με ιδιαίτερη έμφαση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς αποτελεί το τμήμα εκείνο το οποίο παράγει την επιθυμητή υπηρεσία. Ωστόσο, διαχρονικά μέσα από την τριβή του προσωπικού δημιουργούνται προβλήματα τα οποία κάθε διοίκηση καλείται να επίλυση μέσα από τη χάραξη συγκεκριμένων στρατηγικών. Η κρίση που επέφερε η πανδημία του COVID – 19 ανέδειξε και άλλα προβλήματα που απασχολούν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τα οποία σχετίζονται περισσότερο με την ατομικότητα του προσωπικού.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι η περιγραφή των νέων μοντέλων διοίκησης και οι αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η συσχέτισή τους με τα διαχρονικά και νέα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Μεθοδολογία: Η έρευνα θα είναι ποιοτική και θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση της διεθνής και εγχώριας βιβλιογραφίας επάνω στο αντικείμενο της έρευνας.

Συμπεράσματα: Όπως διαπιστώθηκε, οι νέες προσεγγίσεις επάνω στη διοίκηση και στη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων έχουν την ικανότητα της κατανόησης περισσότερο σύνθετων και πολύπλοκων προβλημάτων που σχετίζονται με τη σύγχρονη εποχή και αυτά που ανέδειξε η πανδημία του COVID – 19.

Λέξεις ευρετηριασμού: Διοίκηση Οργανισμών Υγείας, Στρατηγική Διοίκηση, Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού, Κορονοϊός - 19.

Summary

Introduction: The administration of sanitary organization and individual companies has as priority the management of human resources by giving special attention to medical and nursing personnel. Moreover, throughout the years new challenges arised. The crisis that the COVID– 19 brough revealed more issues that concerns the medical and nursing personnel. Related with the individuality of the personnel.

Purpose: The purpose of this research is the briefing of the modern models of management and the revenant strategies for resolving the issues concerning the medical & nursing personnel as well as the relation of medical & nursing personnel with the existing and the upcoming issues that might arise.

Methodology: The research is qualitative taking into account the national & international bibliography based on the topic of the research. and will be carried out using international and domestic literature on the subject of the research.

Conclusions: As concluded, the modern approaches of the management of human resources have the ability of understanding the complexity of the existing issues as well as the issues arised due to COVID– 19.

Keywords: management of health organizations, Strategic Management, Human Resources Management, COVID - 19.

Ευχαριστίες

Για να φτάσω έως εδώ, στην ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών σπουδών μου, χρειάστηκαν αρκετές ώρες, όπου αρκετές φορές με κράτησαν μακριά από την οικογένεια μου και τους φίλους μου. Για το λόγο αυτό θέλω να ευχαριστήσω την σύντροφο μου που με στήριξε πολύ, σε ειδικά δύσκολες στιγμές, και ιδιαίτερα του γονείς μου.

Επίσης, ευχάριστο τον κ.Γεώργιο Τσιότρα, τον οποίο τον εκτιμώ ιδιαίτερα για της γνώσεις του, απλότητα και την ευκαιρία που μου έδωσε να αναπτύξω το επίκαιρο θέμα.

Όσο για μένα, χαίρομε και μόνο που εφοδιάστηκα με αυτές τις πολύτιμες γνώσεις από την σχολή και ελπίζω η ζωή μου να είναι πάντα γεμάτη με τέτοιου είδους περάσματα.

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή.....	1
1.1. Σκοπός.....	3
1.2. Μεθοδολογία.....	3
2. Επισκόπηση της έννοιας της Διοίκησης Υγειονομικών Μονάδων.....	5
2.1. Η Υγεία στον 21 ^ο Αιώνα.....	6
2.2. Η ανάγκη για την ύπαρξη της διοίκησης και των διοικητών σε μονάδες υγείας.....	9
2.3. Αρμοδιότητες της Διοίκησης Υγειονομικών Μονάδων.....	10
2.4. Ο ρόλος της Διοίκησης στην εξασφάλιση Υψηλής Απόδοσης.....	12
2.5. Ο ρόλος της Διοίκησης στην ανάπτυξη Ηγεσίας.....	13
2.6. Νέες προσεγγίσεις στα Μοντέλα Διοίκησης Υγειονομικών Μονάδων.....	15
2.6.1 Διαχείριση Υγειονομικών Μονάδων βάσει στοιχείων.....	16
2.6.2 Η Τεχνολογία της Πληροφορίας στην διοίκηση των Υγειονομικών Μονάδων.....	17
2.6.3. Ηθική και Δίκαιο.....	20
3. Ηγεσία και Στρατηγικός Σχεδιασμός Υγειονομικών Μονάδων.....	22
3.1. Η διαφορά μεταξύ Διοίκησης και Ηγεσίας.....	22
3.2. Σύγχρονα Μοντέλα Ηγεσίας.....	24
3.3. Πλέγμα Ικανοτήτων Ηγεσίας.....	26
3.4. Η Στρατηγική Ηγεσία στη Διαχείριση της Υγειονομικής Περίθαλψης.....	28
3.5. Στρατηγικός Σχεδιασμός και Ανάλυση SWOT.....	30
3.5.1. Ανάλυση SWOT.....	31
3.5.2. Το εργατικό δυναμικό της Υγείας στην ανάλυση SWOT.....	35
4. Στρατηγική Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού.....	36
4.1. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες που επηρεάζουν τη Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού.....	38
4.2. Υποστήριξη Εργατικού Δυναμικού.....	40
4.2.1. Σχέσεις εργαζομένων και δέσμευση με τον οργανισμό.....	40
4.2.2. Εκπαίδευση και εξέλιξη εργατικού δυναμικού.....	42
4.2.3. Θεωρίες Παρακίνησης.....	43
4.2.4. Προκατάληψη στο χώρο εργασίας.....	47
4.3. Η σύνδεση μεταξύ της πολιτικής μακροεπίπεδου και των αποτελεσμάτων του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης.....	48
4.4. Εκτίμηση της Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας: Επιδημιολογία.....	50
4.5. Η επίδραση του ανθρώπινου δυναμικού στη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας.....	51
5. Τα προβλήματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.....	52

5.1. Διαχρονικά Προβλήματα.....	52
5.1.2. Φυσικοί κίνδυνοι	54
5.1.3. Χημικοί – Βιολογικοί Κίνδυνοι.....	54
5.1.4. Κίνδυνοι ακτινοβολίας	55
5.1.5. Βία.....	55
5.1.6. Εξουθένωση.....	55
5.1.7. Ψυχική υγεία, αυτοκτονίες, κατάχρηση ουσιών.....	56
5.2. Η πανδημία του COVID – 19 και επίδρασή της στη διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού των υγειονομικών μονάδων.....	57
5.3. Προβλήματα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που ανέδειξε η πανδημία του COVID – 19.....	59
5.3.1. Εργασιακό Άγχος	59
5.3.2. Ηθικά Διλήμματα	60
5.3.3. Ανάγκη για εκπαίδευση	61
5.3.4. Ψυχολογικές Επιπτώσεις	62
5.3.5. Υπερέκθεση σε Κινδύνους – Ευαλωτότητα	62
5.3.6. Ηθική Βλάβη	64
5.4. Η πανδημία του COVID – 19 και η ανάδειξη νέων προσεγγίσεων στη διοίκηση υγειονομικών μονάδων και στη διαχείριση του υγειονομικού προσωπικού	65
6. Συμπεράσματα	68
6.1. Ερευνητικά Συμπεράσματα	68
6.2. Κατευθύνσεις για τη μελλοντική έρευνα.....	71
Βιβλιογραφία	72

Κεφάλαιο 1

1. Εισαγωγή

Η πανδημία του COVID-19 δοκίμασε την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Η έκβαση της πανδημίας επηρεάζεται από τις επιλογές διαχείρισης της υγείας που έγιναν κατά τη διάρκεια της εξάπλωσης του ιού, οι οποίες με τη σειρά τους εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το υποκείμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης - όπως αντικατοπτρίζεται από το γεγονός ότι οι περιφερειακές εμπειρίες πανδημίας διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, στην Ιταλία (μια χώρα που επηρεάστηκε περισσότερο από το ξέσπασμα του COVID-19), τα ποσοστά μόλυνσης και θνησιμότητας ποικίλλουν πολύ μεταξύ των περιοχών (Plagg, Piccoliori , Oschmann , Engl , & Eisendle, 2021). Η πανδημία Covid-19 είναι μια ισχυρή υπενθύμιση ότι ζούμε σε έναν εξαιρετικά περίπλοκο και απρόβλεπτο κόσμο. Για τους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι αποτελεσματικές απαντήσεις στην πανδημία απαιτούσαν αποκλίσεις από πολλές συμβατικές πρακτικές.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται στην πρώτη γραμμή στην αντιμετώπιση μιας υγειονομικής κρίσης, ειδικά όταν η φύση της κρίσης σχετίζεται στενά με τη συνολική κοινωνική ευημερία. Βάζουν τον εαυτό τους στη γραμμή του καθήκοντος και δεν φεύγουν προσπαθειών για να σώσουν ζωές και να ελαχιστοποιήσουν τον ανθρώπινο πόνο. Η πανδημία της νόσου του κορονοϊού (COVID-19) είναι το τελευταίο και χαρακτηριστικό παράδειγμα της αφοσίωσης που δείχνουν οι επαγγελματίες υγείας και των θυσιών τους για να βοηθήσουν άλλους σε μια τόσο κρίσιμη στιγμή. Αν και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εκτίθενται σε πολλούς κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία υπό κανονικές συνθήκες, αυτοί οι κίνδυνοι είναι πιο εμφανείς κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, όπως η πανδημία. Αυτοί οι κίνδυνοι περιλαμβάνουν λοιμώξεις, εξάντληση, ψυχική και σωματική υγεία και κοινωνικές και οικογενειακές πιέσεις. Ωστόσο, οι δύο κύριοι κίνδυνοι μείζονος ανησυχίας κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας είναι η έκθεση σε λοιμώξεις και η ψυχική υγεία. Ωστόσο, δεν υπάρχει ολοκληρωμένο σχέδιο για την συνολική αντιμετώπιση των ζητημάτων. Ένα τέτοιο σχέδιο θα πρέπει να καθοδηγεί

τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και τη διοίκηση σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης των υπηρεσιών κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής κρίσης, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την ευημερία του προσωπικού καθώς και την ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών που λαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Jazieh, 2020).

Η ευημερία και η συναισθηματική ανθεκτικότητα των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι βασικά συστατικά της διατήρησης των βασικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της επιδημίας του ιού COVID-19. Ως εκ τούτου, θα είναι κρίσιμο να προβλεφθούν οι πιέσεις που συνδέονται με αυτό το έργο και να τεθούν σε εφαρμογή οι μέθοδοι υποστήριξης για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης θα είναι σημαντική, σε συνδυασμό με τις προσπάθειες για την εξασφάλιση της επιτυχούς επανένταξής τους με τους συναδέλφους τους, εάν οι ίδιοι μολυνθούν. Μια μελέτη 1257 εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε 34 νοσοκομεία εξοπλισμένα με κλινικές πυρετού ή πτέρυγες για ασθενείς με COVID-19 στην Κίνα έδειξε ότι ένα «σημαντικό» ποσοστό εργαζομένων στον τομέα της υγείας ανέφερε συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, αϋπνίας και αγωνίας. Αυτό ίσχυε ιδιαίτερα για τις γυναίκες, τις νοσοκόμες, εκείνες στη Γουχάν και τους εργαζόμενους στην πρώτη γραμμή υγείας που ασχολούνται άμεσα με τη διάγνωση, τη θεραπεία ή την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο COVID-19¹.

Όλα τα παραπάνω δείχνουν ότι η πανδημία του COVID – 19 έχει μεταβάλλει το τοπίο και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας σε όλο τον κόσμο και έχει προκαλέσει καταστάσεις που τα παραδοσιακά μοντέλα διοίκησης δεν μπόρεσαν αν αντιμετωπίσουν τουλάχιστον χωρίς να αναπροσαρμοστούν. Η συγκεκριμένη προσαρμογή με την υιοθέτηση νέων στρατηγικών ακολουθεί τις τάσεις που έχουν αναπτυχθεί τις προηγούμενες δεκαετίες, όπως η χρήση της τεχνολογίας και της τεχνητής νοημοσύνης, αλλά αυτό δεν επαρκεί καθώς θα πρέπει η διοίκηση των μονάδων υγείας να επιλύσει τα προβλήματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που σχετίζονται με τη διαχείριση της πανδημίας και είναι από τη φύση τους σύνθετα και πολύπλευρα.

¹ insights.omnia-health.com/coronavirus-updates/how-protect-wellbeing-healthcare-staff-covid-19-crisis

1.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι η περιγραφή των διοικητικών μοντέλων διοίκησης στον τομέα της Υγείας και η θεωρητική τους εξέταση στο κατά πόσο έχουν τη δυνατότητα να επιλύουν τόσο διαχρονικών προβλημάτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όσο και όσων προβλημάτων ανέδειξε η εμφάνιση της πανδημίας του COVID – 19 και η πίεση που άσκησε στα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Μέσα από την εν λόγω εξέταση που προαναφέρθηκε επιδιώκεται η παραγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ωφελιμότητα και την χρησιμότητα των νέων προσεγγίσεων που έχουν αναπτυχθεί σε θεωρητικό επίπεδο στον τομέα του στρατηγικού σχεδιασμού και της διοίκησης μονάδων υγειονομικού ενδιαφέροντος με έμφαση στη διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού.

1.2. Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία της έρευνας αφορά σε επιστημονικά κείμενα (άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά και βιβλία επιστημονικών εκδόσεων) που ασχολούνται σε θεωρητικό επίπεδο με τη διαχείριση των υγειονομικών μονάδων, την ηγεσία και τη στρατηγική στις μονάδες αυτές με έμφαση σε νέες προσεγγίσεις. Συναφώς, εξετάζεται η επιστημονική βιβλιογραφία που ασχολείται με την καταγραφή των προβλημάτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε παγκόσμιο επίπεδο, τα οποία προέκυψαν τόσο από ποιοτικές όσο και από ποσοτικές έρευνες, με σκοπό την άντληση εμπειρικών συμπερασμάτων τα οποία θα μας βοηθήσουν να επιβεβαιώσουμε τα θεωρητικά σχήματα που αφορούν στη διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού. Η μέθοδος που θα ακολουθηθεί είναι η ποιοτική, και συγκεκριμένα η επιστημονική περιγραφή, δηλαδή η καταγραφή των γεγονότων και η ένταξή τους ή η ερμηνεία τους μέσα από ένα θεωρητικό σχήμα (Toshkov , 2020). Το «θεωρητικό αντικείμενο» ουσιαστικά της παρούσης έρευνας (Καλλάς , 2015) είναι η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων σε υγειονομικές μονάδες υπό το πρίσμα των μοντέλων στη διοίκηση και με εμπειρική επαλήθευση από την καταγραφή των προβλημάτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά και μετά την πανδημία του COVID – 19. Η μέθοδος που θα ακολουθηθεί έχει ως σκοπό την διαπίστωση σε θεωρητικό επίπεδο της δυνατότητας που παρέχεται από διάφορες προσεγγίσεις επάνω στη διαχείριση του ανθρωπίνου

δυναμικού αρχικά στην κατανόηση των νέων προβλημάτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού λόγω της πανδημίας, κατά δεύτερο στην δυνατότητα παραγωγής στρατηγικών και κανόνων αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων.

Κεφάλαιο 2

2. Επισκόπηση της έννοιας της Διοίκησης Υγειονομικών Μονάδων

Η διοίκηση υγειονομικών μονάδων είναι ένα αναπτυσσόμενο πεδίο με αυξανόμενες ευκαιρίες τόσο σε περιβάλλοντα άμεσης όσο και μη άμεσης φροντίδας. Όπως ορίζουν οι Buchbinder και Thompson (Buchbinder & Thompson, 2010) οι δομές άμεσης φροντίδας είναι «οι οργανισμοί που παρέχουν φροντίδα απευθείας σε έναν ασθενή, κάτοικο ή πελάτη που αναζητά υπηρεσίες από τον οργανισμό». Οι δομές μη άμεσης φροντίδας δεν εμπλέκονται άμεσα στην παροχή φροντίδας σε άτομα που χρειάζονται υπηρεσίες υγείας, αλλά υποστηρίζουν τη φροντίδα των ατόμων μέσω προϊόντων και υπηρεσιών που διατίθενται σε χώρους άμεσης φροντίδας. Η διοίκηση μονάδων υγείας αναφέρεται τόσο σε εγκαταστάσεις ενδονοσοκομειακής όσο και σε εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, με τη μεγαλύτερη ανάπτυξη σε διευθυντικές θέσεις να σημειώνεται σε κέντρα εξωτερικών ασθενών, κλινικές και ιατρεία. Τα νοσοκομεία, επίσης, έχουν μεγάλο αριθμό διευθυντικών θέσεων εργασίας λόγω του μεγάλου μεγέθους του νοσοκομειακού τομέα.

Η διοίκηση μονάδων υγείας είναι το επάγγελμα που παρέχει ηγεσία και κατεύθυνση σε οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και σε τμήματα, μονάδες ή υπηρεσίες εντός αυτών των οργανισμών. Η κατανόηση των ρόλων, των ευθυνών και των λειτουργιών που εκτελούνται από τους διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντική ώστε να γίνει κατανοητό πώς λαμβάνονται τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με το "κατάλληλο" και το «σωστό» κατά τη διοίκηση υγειονομικών μονάδων. Στη διοίκηση ο ανθρώπινος παράγοντας είναι κρίσιμος καθόσον γιατί είναι τόσο ο παραγωγός όσο και ο αποδέκτης των υπηρεσιών (Χολέβας, 1995). Εδώ βέβαια πρέπει να γίνει μία σαφής διάκριση μεταξύ της διοίκησης (management) που λαμβάνει χώρα σε μία ιδιωτική μονάδα υγείας από αυτή που λαμβάνει χώρα σε μία δημόσια. Στην πρώτη περίπτωση, ο σκοπός είναι η αύξηση του κέρδους της επιχείρησης ενώ στην

δεύτερη η παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες ανεξαιρέτως (Θανασιάς & Χαραλάμπους, 2016).

2.1. Η Υγεία στον 21^ο Αιώνα

Ο εικοστός αιώνας μπορεί να θεωρηθεί ως αιώνας της πολυπλοκότητας, ο οποίος είχε βαθύ αντίκτυπο στα μοντέλα ιατρικής και υγειονομικής περίθαλψης. Το παράδειγμα της σύγχρονης επιστήμης και, ειδικότερα, ο θρίαμβος της προόδου άρχισε να αμφισβητείται, καθώς η συνειδητοποίηση της ευαλωτότητας και των κινδύνων αυξήθηκε, ευνοώντας την προοδευτική επιβεβαίωση μιας πιο περίπλοκης και μετριοπαθούς σχέσης μεταξύ του ανθρώπου και της φύσης, όχι με όρους ελέγχου, αλλά μάλλον της αρμονίας και της αλληλεξάρτησης. Ταυτόχρονα, η σύγχρονη αντίληψη του Ανθρώπου που βασίζεται στη διχοτόμηση σώμα/ψυχή συζητούνταν κριτικά και προέκυψε μια πιο ολιστική θεώρηση του Ανθρώπου ως προϊόντος πολλαπλών συνδεδεμένων παραγόντων. Κατά συνέπεια, μια νέα ολιστική αντίληψη για την υγεία, σε συνάρτηση με τη νέα αντίληψη για τον άνθρωπο και τη δική του σχέση με τη Φύση, άρχισε να διαμορφώνεται στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες. Αυτή η πολιτιστική επανάσταση εξελίχθηκε από κοινού με άλλες εξελίξεις στον επιδημιολογικό τομέα. Ενώ οι οξείες μολυσματικές ασθένειες μειώθηκαν, εμφανίστηκαν νέες παθολογίες, που δημιουργήθηκαν από σύνθετα και συνδυασμένα αίτια, εν μέρει άγνωστα και χαρακτηριζόμενα από μη σαφή φαρμακευτική θεραπεία. Επιπλέον, η κατάχρηση αντιβιοτικών προκάλεσε τον χρονισμό των παθογόνων διεργασιών και τη μετατροπή της μάχης κατά των βακτηρίων από μια αποσπασματική μάχη σε έναν παρατεταμένο πόλεμο, χωρίς νικητές ούτε ηττημένους. Ο επιδημιολογικός μετασχηματισμός προώθησε την γνωσιολογική αλλαγή της ιατρικής από ένα κριτήριο ισχυρής αιτιότητας, χαρακτηριστικό των μολυσματικών ασθενειών, σε αυτήν της ασθενούς αιτιότητας, χαρακτηριστική των χρόνιων εκφυλιστικών παθολογιών (Κονταράτος, 1990).

Ο εικοστός αιώνας χαρακτηρίζεται επίσης, τουλάχιστον στην Ευρώπη και τις δυτικές αναπτυγμένες χώρες, από την ανάπτυξη ταμείων ασθένειας, ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (προαιρετικής ή υποχρεωτικής), ιδιωτικής ασφάλισης ενσωματωμένης στα εθνικά συστήματα υγείας (με βάση τις αρχές της καθολικής κάλυψης, της ισότητας, αλληλεγγύη), ιδιωτική ασφάλιση ενσωματωμένη από δημόσια χρηματοδοτούμενα

προγράμματα για φτωχούς, ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρία. Για το λόγο αυτό, τα νοσοκομεία και άλλοι οργανισμοί παράδοσης, δημόσιοι ή ιδιωτικοί, υπόκεινται σε κανόνες ολόκληρου του συστήματος, όπως δομικές και λειτουργικές απαιτήσεις, πρότυπα ανθρώπινου δυναμικού σε σχέση με τα κρεβάτια, παραμέτρους που σχετίζονται με συστήματα χρηματοδότησης ή αποζημίωσης (διάρκεια παραμονής, τυπολογία της θεραπείας/χειρουργικής επέμβασης, άλλα). Σε αυτό το όλο και πιο περίπλοκο περιβάλλον, η υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται από μεγάλο αριθμό παραγόντων (Adinolfi & Borgononi, 2016), όπως:

- Κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον, ιδίως μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης (καθολική κάλυψη, ταμεία ασθενείας, ιδιωτική ασφάλιση, δημόσια ιδιωτική χρηματοδότηση και παράδοση) και πολιτική υγείας (ρόλος πρόληψης, οξεία φροντίδα, θεραπεία εξωτερικών ασθενών, χρόνια νόσος, συνέχεια της περίθαλψης, κατ' οίκον φροντίδα).
- Πολιτικές-θεσμικές διαδικασίες, ιδίως ο καθορισμός προτεραιοτήτων μεταξύ των διαφορετικών συνθηκών υγείας και η σχέση μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων του θεσμικού συστήματος (Κράτος, Περιφέρεια, τοπική οργάνωση υγείας, νοσοκομείο, κ.λπ.).
- Διοικητικά μοντέλα, ιδίως για δημόσιες αρχές, ρυθμιστικές αρχές, φορείς χάραξης πολιτικής. Τα βασικότερα μοντέλα διοίκησης που εφαρμόζονται σήμερα είναι το συγκεντρωτικό μοντέλο, το αποκεντρωτικό, το γραφειοκρατικό και το συμμετοχικό μοντέλο (Κονταράτος, 1990).
- Οργανωτικά μοντέλα, ιδίως οι κανόνες λειτουργίας των νοσοκομείων.
- Τεχνολογικές εξελίξεις, ιδίως σε φάρμακα, εξοπλισμό για εργαστηριακές δοκιμές και συσκευές απεικόνισης και άλλες ιατρικές τεχνολογίες.
- Επαγγελματικές προσεγγίσεις, ιδίως νέες λύσεις στην πρόκληση εξειδίκευσης-ενσωμάτωσης, λόγω της εξέλιξης από τη θεραπεία (για ασθενείς με οξεία νόσο) στη συνέχεια της περίθαλψης (για χρόνιες παθήσεις υγείας), από την εστίαση στις ασθένειες σε μια εστίαση στην υγεία.

Συναφώς, στην αρχή του 21^{ου} αιώνα καταγράφονται συγκεκριμένες τάσεις οι οποίες καθορίζονται από τη συνολική κοινωνικοπολιτική και τεχνολογική κατάσταση που επικρατεί σε παγκόσμιο επίπεδο και επηρεάζουν αλλά και καθορίζουν τον τρόπο με

τον οποίο λειτουργεί ο τομέας της Υγείας στις σημερινές κοινωνίες. Αυτό συνεπάγεται και μία νέα προσέγγιση στη διοίκηση των υγειονομικών μονάδων μέσα από νέες στρατηγικές που θα ανταποκρίνονται στα προβλήματα της εποχής, ειδικά μετά από την πανδημία του COVID – 19. Οι κυριότερες τάσεις που καταγράφονται τα τελευταία έτη είναι οι παρακάτω (Adinolfi & Borgonovi, 2016):

α. Προώθηση της γνώσης σχετικά με τα αίτια των ασθενειών, την πρόληψη ασθενειών και τις ευκαιρίες ανάκαμψης για σωματικές βλάβες που υπέστησαν οι άνθρωποι.

β. Παρέχεται στους γιατρούς (και στους άλλους ειδικούς) αυξανόμενη δύναμη όσον αφορά τη σωματική και ψυχική ευημερία των ανθρώπων. Η εν λόγω τάση ενισχύει τις παραδοσιακές ιεραρχικές σχέσεις και, κατά συνέπεια, απαιτείται μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον επαγγελματισμό και την ηθική των επαγγελματιών υγείας από την πλευρά των ασθενών.

γ. Τα παραδοσιακά επαγγέλματα και οι ειδικότητες (καθίστανται απαρχαιωμένα και θα καταστραφούν. νέες διεπιστημονικές προσεγγίσεις και διεπαγγελματικές προσεγγίσεις απαιτούνται και θα απαιτούνται όλο και περισσότερο για την επιτυχή αντιμετώπιση των συνθηκών υγείας σε διαφορετικά περιβάλλοντα (νοσοκομείο για οξεία φροντίδα, μετα-οξεία φροντίδα για εξωτερικούς ασθενείς, περιβάλλοντα κοινοτικής φροντίδας, γηροκομεία, οργανώσεις μακράς παραμονής, κατ' οίκον φροντίδα).

δ. Κατακόρυφη ενίσχυση της πρόσβασης των ασθενών σε πληροφορίες και γνώσεις. Οι ανακαλύψεις που σχετίζονται με την υγεία, τα θετικά αποτελέσματα δοκιμών για συγκεκριμένες ασθένειες, η διαθεσιμότητα νέων φαρμάκων, τεχνολογίας ή θεραπείας είναι ευρέως διαδεδομένα μέσω του Διαδικτύου, λίγο πολύ σε πραγματικό χρόνο. Δεκάδες προγράμματα μέσω μαζικής ενημέρωσης για την υγεία, εκατοντάδες και χιλιάδες ιστοσελίδες που προτείνουν διάγνωση και θεραπεία σε όλους, αυξάνουν τις προσδοκίες των ασθενών.

2.2. Η ανάγκη για την ύπαρξη της διοίκησης και των διοικητών σε μονάδες υγείας

Οι μονάδες υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύπλοκες και δυναμικές δομές. Η φύση των δομών αυτών απαιτεί από τους διευθυντές να παρέχουν ηγεσία, καθώς και την επίβλεψη και τον συντονισμό των εργαζομένων. Οι οργανισμοί δημιουργήθηκαν για να επιτύχουν στόχους πέρα από τις δυνατότητες οποιουδήποτε ατόμου. Στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, το εύρος και η πολυπλοκότητα των καθηκόντων που εκτελούνται κατά την παροχή υπηρεσιών είναι τόσο μεγάλη που το μεμονωμένο προσωπικό που λειτουργεί μόνο του δεν μπορούσε να ολοκληρώσει τη δουλειά. Επιπλέον, τα απαραίτητα καθήκοντα για την παραγωγή υπηρεσιών σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν τον συντονισμό πολλών πολύ εξειδικευμένων κλάδων που πρέπει να συνεργάζονται απρόσκοπτα. Οι διευθυντές χρειάζονται για να διασφαλίσουν ότι τα οργανωτικά καθήκοντα εκτελούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για την επίτευξη των οργανωτικών στόχων και ότι οι κατάλληλοι πόροι, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, είναι επαρκείς για την υποστήριξη του οργανισμού.

Οι διευθυντές υγειονομικών μονάδων διορίζονται σε θέσεις εξουσίας, όπου διαμορφώνουν τον οργανισμό λαμβάνοντας σημαντικές αποφάσεις. Τέτοιες αποφάσεις σχετίζονται, για παράδειγμα, με την πρόσληψη και ανάπτυξη προσωπικού, την απόκτηση τεχνολογίας, τις προσθήκες και μειώσεις υπηρεσιών και την κατανομή και τη δαπάνη οικονομικών πόρων. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται από τους διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης δεν εστιάζονται μόνο στη διασφάλιση ότι ο ασθενής λαμβάνει τις πιο κατάλληλες, έγκαιρες και αποτελεσματικές υπηρεσίες, αλλά επίσης αφορούν και στην επίτευξη των στόχων απόδοσης που επιθυμεί ο διευθυντής. Τελικά, οι αποφάσεις που λαμβάνονται από έναν μεμονωμένο διευθυντή επηρεάζουν τη συνολική απόδοση του οργανισμού (Thompson, Buchbinder, & Shanks, 2017).

Οι διευθυντές πρέπει να εξετάζουν δύο τομείς καθώς εκτελούν διάφορα καθήκοντα και λαμβάνουν αποφάσεις (Thompson, 2007). Αυτοί οι τομείς ονομάζονται εξωτερικοί και εσωτερικοί τομείς. Ο εξωτερικός τομέας αναφέρεται στις επιρροές, τους πόρους και τις δραστηριότητες που υπάρχουν εκτός των ορίων του οργανισμού αλλά που επηρεάζουν

σημαντικά τον οργανισμό. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τις ανάγκες της κοινότητας, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και την αποζημίωση από εμπορικούς ασφαλιστές, καθώς και κυβερνητικά σχέδια, κυβερνητικούς κανόνες και σχετική νομοθεσία. Ο εσωτερικός τομέας αναφέρεται σε εκείνους τους τομείς εστίασης που πρέπει να αντιμετωπίζουν οι διευθυντές σε καθημερινή βάση, όπως η διασφάλιση του κατάλληλου αριθμού προσωπικού και εκπαίδευσής του, οικονομική απόδοση και ποιότητα φροντίδας. Αυτοί οι εσωτερικοί τομείς αντικατοπτρίζουν τη λειτουργία του οργανισμού όπου ο διευθυντής έχει τον μεγαλύτερο έλεγχο. Η διατήρηση της προοπτικής εξέλιξης και στους δύο τομείς απαιτεί σημαντική ισορροπία και προσπάθεια εκ μέρους της διοίκησης προκειμένου να ληφθούν καλές αποφάσεις.

2.3. Αρμοδιότητες της Διοίκησης Υγειονομικών Μονάδων

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η διαχείριση είναι απαραίτητη για την υποστήριξη και τον συντονισμό των υπηρεσιών που παρέχονται στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η διοίκηση έχει οριστεί ως η διαδικασία, που αποτελείται από κοινωνικές και τεχνικές λειτουργίες και δραστηριότητες, που λαμβάνουν χώρα εντός των οργανισμών με σκοπό την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων μέσω ανθρώπινων και άλλων πόρων (Longest, Rakich, & Darr, 2000). Υπονοείται στον ορισμό ότι οι διευθυντές εργάζονται και με άλλα άτομα, εκτελώντας τεχνικές και διαπροσωπικές δραστηριότητες για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων του οργανισμού. Άλλοι έχουν δηλώσει ότι διευθυντής είναι οποιοσδήποτε στον οργανισμό που υποστηρίζει και είναι υπεύθυνος για την απόδοση της εργασίας ενός ή περισσότερων άλλων ατόμων (Lombardi & Schermerhorn).

Οι διευθυντές εφαρμόζουν έξι λειτουργίες διαχείρισης καθώς εκτελούν τη διαδικασία της διαχείρισης (Longest, Rakich, & Darr, 2000):

α) **Σχεδιασμός:** Αυτή η λειτουργία απαιτεί από τον διευθυντή να ορίσει μια κατεύθυνση και να καθορίσει τι πρέπει να επιτευχθεί. Σημαίνει τον καθορισμό προτεραιοτήτων και τον καθορισμό στόχων απόδοσης.

β) **Οργάνωση:** Αυτή η λειτουργία διαχείρισης αναφέρεται στον συνολικό σχεδιασμό του οργανισμού ή του συγκεκριμένου τμήματος, μονάδας ή υπηρεσίας για την οποία είναι υπεύθυνος ο διευθυντής. Επιπλέον, σημαίνει προσδιορισμό σχέσεων αναφοράς και μοτίβων αλληλεπίδρασης. Ο καθορισμός θέσεων, οι αναθέσεις ομαδικής εργασίας και η κατανομή εξουσίας και ευθύνης είναι κρίσιμα συστατικά αυτής της λειτουργίας (Γούλα, 2007).

γ) **Στελέχωση:** Αυτή η λειτουργία αναφέρεται στην απόκτηση και διατήρηση ανθρώπινου δυναμικού. Αναφέρεται επίσης στην ανάπτυξη και διατήρηση του εργατικού δυναμικού μέσω διαφόρων στρατηγικών και τακτικών.

δ) **Έλεγχος:** Αυτή η λειτουργία αναφέρεται στην παρακολούθηση των δραστηριοτήτων και της απόδοσης του προσωπικού και στη λήψη των κατάλληλων ενεργειών για διορθωτικές ενέργειες για αύξηση της απόδοσης (Μπουραντάς, 2002).

ε) **Διεύθυνση:** Η εστίαση σε αυτή τη λειτουργία είναι στην έναρξη δράσης στον οργανισμό μέσω αποτελεσματικής ηγεσίας και παρακίνησης και επικοινωνίας με τους υφισταμένους.

στ) **Λήψη αποφάσεων:** Αυτή η λειτουργία είναι κρίσιμη για όλες τις προαναφερθείσες λειτουργίες διαχείρισης και σημαίνει λήψη αποτελεσματικών αποφάσεων με βάση την εξέταση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των εναλλακτικών επιλογών.

Για να εκτελέσει αποτελεσματικά αυτές τις λειτουργίες, ο διευθυντής πρέπει να διαθέτει αρκετές βασικές ικανότητες. Ο Katz (Katz, 1974) προσδιόρισε τις βασικές ικανότητες του αποτελεσματικού μάνατζερ, συμπεριλαμβανομένων των εννοιολογικών, τεχνικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Ο όρος ικανότητα αναφέρεται σε μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο έχει την απαιτούμενη ή επαρκή ικανότητα ή ιδιότητες για να εκτελέσει ορισμένες λειτουργίες (Ross, Wenzel, & Mitleyng, 2002). Αυτές οι ικανότητες ορίζονται ως εξής:

α) **Εννοιολογικές δεξιότητες:** είναι εκείνες οι δεξιότητες που περιλαμβάνουν την ικανότητα κριτικής ανάλυσης και επίλυσης σύνθετων προβλημάτων.

β) **Τεχνικές δεξιότητες:** είναι εκείνες οι δεξιότητες που αντικατοπτρίζουν την τεχνογνωσία ή την ικανότητα εκτέλεσης μιας συγκεκριμένης εργασίας.

γ) **Διαπροσωπικές δεξιότητες:** είναι εκείνες οι δεξιότητες που επιτρέπουν στον διευθυντή να επικοινωνεί και να συνεργάζεται καλά με άλλα άτομα, ανεξάρτητα από το αν είναι ομοιόβαθμοι, προϊστάμενοι ή υφιστάμενοι.

2.4. Ο ρόλος της Διοίκησης στην εξασφάλιση Υψηλής Απόδοσης

Σε γενικές γραμμές, ο ρόλος του διευθυντή είναι να διασφαλίσει ότι η μονάδα, η υπηρεσία, το τμήμα ή ο οργανισμός που ηγείται επιτυγχάνει υψηλή απόδοση (Ζαβλάνος, 1996). Τι ακριβώς σημαίνει υψηλή απόδοση; Για να κατανοήσει κανείς την απόδοση, πρέπει να εκτιμήσει την αξία του καθορισμού και της επίτευξης στόχων για τη μονάδα/την υπηρεσία και τον οργανισμό συνολικά, όσον αφορά το έργο που εκτελείται. Οι στόχοι είναι επιθυμητά τελικά σημεία για τη δραστηριότητα και αντικατοπτρίζουν στρατηγικές και επιχειρησιακές κατευθύνσεις για τον οργανισμό. Είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, ουσιαστικοί και προσανατολισμένοι στον χρόνο. Οι στόχοι για μεμονωμένες μονάδες πρέπει να αντικατοπτρίζουν τις πρωταρχικές ανάγκες και προσδοκίες του οργανισμού στο σύνολό του, επειδή όλες οι οντότητες συνεργάζονται για να επιτύχουν υψηλά επίπεδα συνολικής οργανωτικής απόδοσης.

Ο Studer (Studer, 2003) θεωρεί ότι ο οργανισμός πρέπει να είναι προσανατολισμένος στα αποτελέσματα, με καθορισμένους πυλώνες αριστείας ως πλαίσιο για τους συγκεκριμένους στόχους του οργανισμού. Αυτοί οι πυλώνες είναι οι άνθρωποι (εργαζόμενοι, ασθενείς και γιατροί), οι υπηρεσίες, η ποιότητα, τα οικονομικά και η ανάπτυξη. Ο Griffith (Griffith, 2000) αναφέρεται στους οργανισμούς με υψηλές επιδόσεις ως οργανισμούς πρωταθλήματος—δηλαδή, αναμένουν να έχουν καλή απόδοση σε διαφορετικά αλλά ουσιαστικά μέτρα απόδοσης. Ο Griffith ορίζει περαιτέρω τις «διαδικασίες πρωταθλήματος» και την ανάγκη ανάπτυξης μέτρων απόδοσης σε καθένα από τα ακόλουθα: διακυβέρνηση και στρατηγική διαχείριση, κλινική ποιότητα, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης των πελατών· κλινική οργάνωση, οικονομικός σχεδιασμός, προγραμματισμός και μάρκετινγκ, υπηρεσίες πληροφόρησης, ανθρώπινο δυναμικό και εγκαταστάσεις - προμήθειες. Για κάθε διαδικασία, ο οργανισμός θα πρέπει να καθορίζει δείκτες της επιθυμητής απόδοσης που θα καθοδηγούν τον οργανισμό. Παραδείγματα δεικτών περιλαμβάνουν λάθη

φαρμακευτικής αγωγής, χειρουργικές επιπλοκές, ικανοποίηση ασθενών, ποσοστά εναλλαγής προσωπικού, ικανοποίηση εργαζομένων, μερίδιο αγοράς, περιθώριο κέρδους και αύξηση εσόδων, μεταξύ άλλων. Με τη σειρά τους, αντίστοιχα τμήματα, μονάδες και υπηρεσίες θα θέσουν στόχους και θα πραγματοποιήσουν δραστηριότητες για την αντιμετώπιση βασικών διαδικασιών απόδοσης. Η δουλειά του διευθυντή, τελικά, είναι να διασφαλίσει ότι αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται εκτελώντας τις προηγουμένως καθορισμένες λειτουργίες διαχείρισης. Μια διαδικασία ελέγχου για τους διευθυντές έχει προωθηθεί από τους Ginter, Swayne και Duncan (Ginter , Swayne , & Duncan, 2002) που περιγράφει πέντε βασικά βήματα στη διαδικασία διαχείρισης απόδοσης: προσδιορισμός στόχων, μέτρηση απόδοσης, σύγκριση απόδοσης με στόχους, προσδιορισμός απόκλισης και λήψη διορθωτικών μέτρων. Η αποστολή της διοίκησης είναι να διασφαλίζει ότι η απόδοση διατηρείται ή, εάν είναι κατώτερη των προσδοκιών, να βελτιώνεται.

2.5. Ο ρόλος της Διοίκησης στην ανάπτυξη Ηγεσίας

Επειδή οι μονάδες υγειονομικής περίθαλψης είναι φύσει πολύπλοκες και αντιμετωπίζουν προκλήσεις από εσωτερικά και εξωτερικά περιβάλλοντα, η ανάγκη για ηγετικές δεξιότητες των διευθυντών σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού έχει καταστεί ύψιστη. Οι επιτυχημένοι οργανισμοί που επιδεικνύουν υψηλές επιχειρησιακές επιδόσεις εξαρτώνται από ισχυρούς ηγέτες (Squazzo, 2009). Τα ανώτερα στελέχη έχουν πρωταρχικό ρόλο διασφαλίζοντας ότι τα διευθυντικά στελέχη σε ολόκληρο τον οργανισμό έχουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να παρέχουν αποτελεσματική ηγεσία για να επιτύχουν τα επιθυμητά επίπεδα οργανωτικής απόδοσης. Τα ανώτερα στελέχη διαδραματίζουν επίσης βασικό ρόλο στον σχεδιασμό διαδοχής για να διασφαλιστεί ότι οι κενές θέσεις στα μεσαία και ανώτερα επίπεδα του οργανισμού λόγω συνταξιοδοτήσεων, αποχωρήσεων και προαγωγών πληρώνονται με ικανούς ηγέτες. Ως εκ τούτου, μία από τις βασικές ευθύνες των διευθυντών είναι να εντοπίζουν μελλοντικούς ηγέτες μέσω πρωτοβουλιών ανάπτυξης ηγεσίας και να συμμετέχουν στον σχεδιασμό διαδοχής στη Διοίκηση ώστε να υπάρχει συνέχεια.

Τα προγράμματα ανάπτυξης ηγεσίας αποτελούνται σε γενικές γραμμές από πολλές συγκεκριμένες οργανωτικές υπηρεσίες που προσφέρονται για την ενίσχυση των ηγετικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων του διευθυντικού προσωπικού σε οργανισμούς

υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάπτυξη ηγεσίας ορίζεται ως οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες ανάπτυξης δεξιοτήτων που έχουν σχεδιαστεί για τη βελτίωση των ηγετικών ικανοτήτων των ατόμων (Kim & Thompson, 2012) (McAlearney, 2005). Τέτοιες πρωτοβουλίες δεν χρησιμεύουν μόνο για την αύξηση των ηγετικών δεξιοτήτων και συμπεριφορών, αλλά διασφαλίζουν επίσης τη σταθερότητα στο οργανωτικό ταλέντο και την κουλτούρα μέσω της εξέλιξης της σταδιοδρομίας και του σχεδιασμού (Burt, 2005). Προκειμένου να υποστηρίξουν την ανάπτυξη ηγεσίας, οι διευθυντές παρέχουν τεχνική και ψυχολογική ενίσχυση στο προσωπικό τους μέσω μιας σειράς δραστηριοτήτων ανάπτυξης ηγεσίας:

α) **Πρόγραμμα ανάπτυξης ηγεσίας:** Εκπαίδευση και ανάπτυξη ηγεσίας σε μια ποικιλία απαιτούμενων θεμάτων, μέσω ενός επίσημα καθορισμένου προγράμματος, με χρήση δομημένης μάθησης και αξιολόγησης βάσει ικανοτήτων χρησιμοποιώντας διάφορες μορφές, μέσα και τοποθεσίες (Kim & Thompson, 2012).

β) **Καθοδήγηση:** Επίσημες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από οργανισμούς για την αντιστοίχιση επίδοξων ηγετών με την εμπλοκή μεσαίου και ανώτερου επιπέδου στελεχών για να υποβοηθήσουν στη μάθηση και την προσωπική τους νέων ηγετών (Garman, 2010) (Landry & Bewley, 2010).

γ) **Καθοδήγηση προσωπικής ανάπτυξης:** Συνήθως προορίζεται για στελέχη ανώτερου επιπέδου. Αυτές οι επίσημες οργανωτικές προσπάθειες βοηθούν στη βελτίωση της απόδοσης διαμορφώνοντας στάσεις και συμπεριφορά εστιάζοντας στην ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων (Garman, 2010) (Scott, 2009).

δ) **Διεύρυνση εργασίας:** Η ανάθεση διευρυμένων ευθυνών, αναπτυξιακών αναθέσεων και ειδικών έργων σε άτομα με σκοπό την καλλιέργεια ηγετικών δεξιοτήτων για πρόοδο εντός του οργανισμού (Fernandez-Araoz, 2009) (Garman, 2010) (Landry & Bewley, 2010)

ε) **Ανατροφοδότηση απόδοσης 360 μοιρών:** Δαπανηρή, υψηλής έντασης διαδικασία, η οποία συνήθως προορίζεται για στελέχη ανώτερων επιπέδων. Αφορά στην προσέγγιση ανατροφοδότησης πολλαπλών πηγών όπου ένα μεμονωμένο μέλος του προσωπικού ή διευθυντής λαμβάνει μια αξιολόγηση της απόδοσης από πολλά βασικά άτομα (π.χ. συνομηλίκους, ανώτερους, άλλους διευθυντές και υφισταμένους) σχετικά

με την απόδοση και τις ευκαιρίες για βελτίωση (Garman, 2010) (Landry & Bewley, 2010).

Λόγω της ανταγωνιστικής φύσης των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και της ανάγκης για υπαλλήλους με υψηλά κίνητρα και δεξιότητες, οι διευθυντές αντιμετωπίζουν την πρόκληση του σχεδιασμού διαδοχής για τους οργανισμούς τους. Ο σχεδιασμός διαδοχής αναφέρεται στην έννοια της λήψης μέτρων για να διασφαλιστεί ότι το προσωπικό μπορεί να ανέβει σε διοικητικούς ρόλους εντός του οργανισμού για να αντικαταστήσει εκείνους τους διευθυντές που συνταξιοδοτούνται ή μετακινούνται σε άλλους οργανισμούς. Για να συνεχιστεί η έμφαση στην υψηλή απόδοση στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, οι Διευθύνοντες Σύμβουλοι και άλλα ανώτερα στελέχη ενδιαφέρονται να βρουν και να καλλιεργήσουν ηγετικά ταλέντα στους οργανισμούς τους που μπορούν να αναλάβουν την ευθύνη και να προωθήσουν το σημαντικό έργο αυτών των οργανισμών.

2.6. Νέες προσεγγίσεις στα Μοντέλα Διοίκησης

Υγειονομικών Μονάδων

Τα περισσότερα από τα κλασικά μοντέλα που αναφέρονται στη διοίκηση νοσοκομειακών μονάδων επικεντρώνονται στη διάρθρωση και στη δομή, στην κατανομή αρμοδιοτήτων και πόρων και στον τρόπο με τον οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις (Σταυροπούλου, 2021). Ωστόσο, αυτά τα μοντέλα δεν έχουν μεγάλη επιτυχία στην αναγνώριση και τον εντοπισμό των προβλημάτων, την τοποθέτηση των προβλημάτων σε ένα ευρύτερο πλαίσιο και στην υιοθέτηση καινοτόμων λύσεων από όλο το φάσμα της κοινωνικοπολιτικής ζωής. Συγκεκριμένα, η πανδημία του COVID – 19 όχι μόνο άσκησε μεγάλη πίεση στα συστήματα υγείας αλλά και έφερε στην επιφάνεια προβλήματα που παλαιότερα δεν συσχετιζόταν με τη λειτουργία του οργανισμού, τουλάχιστον όχι με την ένταση που εμφανίστηκαν στην πανδημία, όπως ψυχικές νόσους, ταχύτητα μεταφοράς πληροφοριών, ηθικά ζητήματα, νομικά ζητήματα, βία κλπ. Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων απαιτείται η διοίκηση των μονάδων υγειονομικού ενδιαφέροντος να αποκτήσει άλλη προσέγγιση, η οποία θα λειτουργεί συμπληρωματικά προς τα κλασικά μοντέλα διοίκησης.

2.6.1 Διαχείριση Υγειονομικών Μονάδων βάσει στοιχείων

Υπάρχουν πολλά στοιχεία ότι στη διοίκηση υγειονομικών μονάδων υπάρχει ένα κενό μεταξύ της ερευνητικής πρακτικής και της πολιτικής διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης (Lomas 1997). Αυτά το κενό έχει λάβει πολύ λιγότερη προσοχή και έχει λιγότερη τεκμηρίωση, αν και τα ποσοτικά δεδομένα που το αφορούν είναι δύσκολο να βρεθούν, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτά αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό κόστος για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης ή ότι έχουν πραγματικό αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης και στα αποτελέσματα των ασθενών. Εκ πρώτης όψεως, η υπερβολή στην πολιτική φαίνεται να είναι το κυρίαρχο πρόβλημα στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης. Η διευθυντική πρακτική έχει συχνά επικριθεί επειδή επηρεάζεται από μόδες και μόδες που υιοθετούνται με υπερβολικό ενθουσιασμό, εφαρμόζονται ανεπαρκώς και στη συνέχεια απορρίπτονται πρόωρα υπέρ της τελευταίας τάσης. Ωστόσο, είναι επίσης αλήθεια ότι ορισμένες πολλά υποσχόμενες καινοτομίες διαχείρισης είναι πολύ αργές στη διάδοση και μπορεί να παρατηρηθεί υποχρησιμοποίηση τους. Ωστόσο, η διαχείριση βάσει στοιχείων δεν φαίνεται να έχει αντικαταστήσει μέρος της κλασικής διαχείρισης που ασκείται αυτή τη στιγμή (Walshe & Rundall, 2001).

Η τεκμηριωμένη διαχείριση βάσει στοιχείων εφαρμόζει την ιδέα της λήψης αποφάσεων που βασίζονται σε στοιχεία και εφαρμόζεται σε επιχειρησιακές και σε στρατηγικές αποφάσεις οργανισμών υπηρεσιών υγείας. Με απλά λόγια, η διαχείριση βάσει στοιχείων είναι η συστηματική εφαρμογή των καλύτερων διαθέσιμων στοιχείων στην αξιολόγηση των διαχειριστικών στρατηγικών για τη βελτίωση της απόδοσης των οργανισμών υπηρεσιών υγείας. Αυτό που διακρίνει τη διοίκηση βάσει στοιχείων από άλλες προσεγγίσεις στη λήψη αποφάσεων είναι η ιδέα ότι, όποτε είναι δυνατόν, οι διευθυντές υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να ενσωματώνουν στη λήψη αποφάσεων αποδεικτικά στοιχεία από καλά διεξαγόμενη έρευνα διαχείρισης. Πρέπει να τονιστεί ότι άλλες πηγές πληροφοριών και γνώσεων, όπως προσωπική εμπειρία, εμπειρίες άλλων σε παρόμοιες καταστάσεις, γνώμη ειδικού και απλή επιθεώρηση τάσεων και προτύπων δεδομένων, μπορούν και πρέπει να χρησιμοποιηθούν εάν αυτές οι πληροφορίες είναι τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία για δεδομένης απόφασης. Όπως συμβαίνει με την τεκμηριωμένη ιατρική, τα ερευνητικά στοιχεία που χρησιμοποιεί

κάποιος στη διαχείριση βάσει στοιχείων δεν αντικαθιστά, αλλά συμπληρώνει άλλα είδη γνώσης και πληροφοριών.

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων ξεκινά με τον εντοπισμό ενός προβλήματος ή πιο συγκεκριμένα, τον εντοπισμό της ασυμφωνίας μεταξύ μιας υπάρχουσας και μιας επιθυμητής κατάστασης πραγμάτων. Ο υπεύθυνος λήψης αποφάσεων χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές, τύπους πληροφοριών, αναλύσεις και ενέργειες για να ολοκληρώσει τον κύκλο λήψης απόφασης, με πληροφορίες που λαμβάνονται από την αξιολόγηση της απόφασης να βοηθούν στον προσδιορισμό εάν το πρόβλημα θα συνεχίσει να υπάρχει στο μέλλον. Η ιδιαιτερότητα της διοίκησης της βάσει στοιχείων είναι ότι ενσωματώνοντας τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία τη στιγμή που πρέπει να αξιολογηθούν εναλλακτικές λύσεις και η απόφαση που θα ληφθεί θα οδηγήσει σε καλύτερες αποφάσεις, βελτιώνοντας έτσι την απόδοση του οργανισμού.

Το σκεπτικό για τη χρήση μιας τεκμηριωμένης προσέγγισης για τη διαχείριση οργανισμών υπηρεσιών υγείας αντικατοπτρίζει το σκεπτικό της ιατρικής που βασίζεται σε στοιχεία. Η μετάβαση προς την κλινική πρακτική βασισμένη σε τεκμήρια ξεκίνησε από την παρατήρηση ανεξήγητων παραλλαγών στα πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής που είχαν να κάνουν με την διαχείριση της μονάδας, από την κακή αποδοχή θεραπειών γνωστής αποτελεσματικότητας και από την επίμονη χρήση θεραπειών και τεχνολογιών που είναι γνωστό ότι είναι αναποτελεσματικές. Αυτά τα προβλήματα είναι κοινά στη διοικητική πρακτική σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Rundall & Kovner, 2009).

2.6.2 Η Τεχνολογία της Πληροφορίας στην Διοίκηση των Υγειονομικών Μονάδων

Η τεχνολογία της πληροφορίας έχει παραδοσιακά υποβιβαστεί στις διοικητικές λειτουργίες της υγειονομικής περίθαλψης — κυρίως στη μισθοδοσία και στη λογιστική των μονάδων υγείας. Σήμερα, καθώς αυξάνονται οι πιέσεις για ασφαλέστερη και οικονομικότερη φροντίδα και καθώς οι εφαρμογές λογισμικού γίνονται πιο εύχρηστες, η εισαγωγή της τεχνολογίας της πληροφορίας στο κλινικό περιβάλλον έχει επιταχυνθεί. Ενώ εισάγει μια νέα πολυπλοκότητα, το φαινόμενο αυτό δημιουργεί επίσης μεγάλες ευκαιρίες για ασφαλέστερη φροντίδα, πιο τυποποιημένη πρακτική, μεγαλύτερη

ακρίβεια και φορητότητα δεδομένων και πληροφοριών. Τα συστήματα πληροφοριών υγείας (Health Information Systems - HIS) έχουν οριστεί από τον Balgrosky (Balgrosky, 2015) «ως αυτά που περιλαμβάνουν όλα τα συστήματα υπολογιστών (συμπεριλαμβανομένου υλικού, λογισμικού, λειτουργικών συστημάτων και συσκευών τελικού χρήστη που συνδέουν άτομα με τα συστήματα), δίκτυα (η ηλεκτρονική συνδεσιμότητα μεταξύ συστημάτων, ανθρώπων, και οργανισμούς), και τα δεδομένα τα οποία δημιουργούνται και αποτυπώνονται μέσω της χρήσης λογισμικού». Αυτά είναι τα «δομικά στοιχεία» για όλες τις λειτουργίες και τις εφαρμογές που περιλαμβάνουν το έργο των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των οργανισμών και των επαγγελματιών. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές δυσκολίες για την εφαρμογή όλων των παραπάνω στις πλήρεις εκφάνσεις τους (Ρωσσίδης, 2014).

Οι κύριοι σκοποί των κλινικών και άλλων διοικητικών συστημάτων πληροφορικής είναι να παρέχουν τις πληροφορίες και τα πρωτογενή δεδομένα που απαιτούνται για τη λειτουργία ενός αποτελεσματικού και αποτελεσματικού οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό συμβαίνει στο επίπεδο Συστημάτων και Διαχείρισης του μοντέλου. Αυτά τα δεδομένα, με τη σειρά τους, παρέχουν τα θεμέλια για άλλους σκοπούς ανώτερου επιπέδου. Δηλαδή, τα δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην πληροφορική υγείας, την ανάλυση, την έρευνα και την πολιτική. Ωστόσο, η εξέλιξη αυτού το μοντέλου αφορά ένα ευρύτερο πλαίσιο το οποίο συμπεριλαμβάνει τόσο τους ασθενείς όσο και τις κυβερνήσεις (Shanks & Buchbinder, 2018).

Η εποχή της μεταφοράς του προσωπικού ιατρικού ιστορικού σε μια κάρτα στην τσάντα, το πορτοφόλι σας ή ενσωματωμένη κάτω από το δέρμα σε ένα μικροτσιπ με κάθε πιθανή ιατρική πληροφορία για εσάς είναι στον άμεσο ορίζοντα. Η δυνατότητα να αξιολογήσει ένας νέος γιατρός το ιατρικό ιστορικό κάποιου χωρίς να τον δει ποτέ φυσικά και η δυνατότητα να διαγνώσει και να θεραπεύσει χωρίς να χρειάζεται να επισκεφτεί ένα ιατρείο ή μία κλινική, είναι κάτι επίσης πολύ πιθανό στο άμεσο μέλλον. Μια νέα εφαρμογή για κινητά smartphone επιτρέπει στους ασθενείς να παρακολουθούν το κρυολόγημα, τη γρίπη, την αλλεργία και άλλα συμπτώματα και ένα λογισμικό μπορεί και τα χαρτογραφεί σαρώνοντας αυτόματα τα κοινωνικά δίκτυα και τα μέσα ενημέρωσης για συμπτώματα αναδυόμενων εστιών (Barris, 2015).

Το μέλλον της τεχνολογίας της πληροφορίας στην υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει μια σειρά από πρόσθετους τομείς που πρέπει να γνωρίζουν οι διοικήσεις των υγειονομικών μονάδων (Shanks & Buchbinder , 2018), όπως:

α) E-Health: είναι η μεταφορά πόρων υγείας και υγειονομικής περίθαλψης με ηλεκτρονικά μέσα.

β) MHealth: είναι η χρήση τεχνολογιών κινητής τηλεφωνίας για σκοπούς υγειονομικής περίθαλψης, δημόσιας υγείας και δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την υγεία σε ατομικό επίπεδο (Balgrosky, 2015).

γ) Η τηλεϊατρική, η οποία είναι διαθέσιμη εδώ και λίγο καιρό και σχετίζεται με τη χρήση της τεχνολογίας για την παροχή κλινικής φροντίδας σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές.

δ) Η τηλε - υγεία, η οποία είναι ένας σχετικός όρος με την τηλεϊατρική, αλλά αναφέρεται στην ελαφρώς διαφορετική ιδέα της παροχής «της εξ αποστάσεως παράδοσης πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία από τον έναν ιστότοπο στον άλλο μέσω ηλεκτρονικών επικοινωνιών για τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης ενός ατόμου για την υγεία και της πρόσβασης σε πληροφορίες σχετικά με την υγεία» (Balgrosky, 2015).

ε) Πληροφορική Υγείας: Η Πληροφορική σχετίζεται με «τη χρήση πληροφοριακών συστημάτων και τεχνολογίας για τον επανασχεδιασμό, τη βελτίωση και τη δημιουργία των τρόπων με τους οποίους κλάδοι όπως η πρακτική της ιατρικής, η νοσηλευτική, η ιατρική απεικόνιση και η δημόσια υγεία κάνουν τη δουλειά τους» (Balgrosky, 2015).

Στ) Analytics/Big Data: Αυτό αναφέρεται στη διαδικασία ανάλυσης μεγάλου όγκου συγκεντρωτικών δεδομένων, αναζήτησης μοτίβων και στατιστικών για τη βελτίωση των διαδικασιών και δημιουργία πληροφοριών που τελικά οδηγούν σε νέες γνώσεις που συμβάλλουν στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας στην υγειονομική περίθαλψη.

ζ) Έρευνα και πολιτική: Τα μεγάλα δεδομένα και τα αναλυτικά στοιχεία ενισχύουν την ικανότητα διεξαγωγής έρευνας και αξιοποίησης των ερευνητικών ευρημάτων για τη χάραξη πολιτικής μεγάλης κλίμακας.

Περισσότερο από ποτέ, το εργασιακό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί τη γνώση των νέων πληροφοριακών συστημάτων. Αυτό σημαίνει ότι οι διευθυντές υγειονομικών μονάδων πρέπει να έχουν τις ικανότητες για να αξιολογούν αποτελεσματικά την εμπειρία του προσωπικού τους στη χρήση των απαιτούμενων συστημάτων καθώς και την ικανότητα να προσαρμόζονται οι ίδιοι γρήγορα σε νέα εργαλεία για τη διαχείριση του φόρτου εργασίας τους.

2.6.3. Ηθική και Δίκαιο

Η ηθική και ο νόμος αναφέρονται συχνά με την ίδια σημασία, αλλά για όλες τις περιπτώσεις στις οποίες μοιάζουν παρόμοιες, υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους διαφέρουν. Οι δύο κατηγορίες, ο νόμος και η ηθική, αλληλοεπικαλύπτονται, με ηθικές αρχές που διέπουν την ανάπτυξη των νόμων, αλλά προσεγγίζουν τον κόσμο της υγειονομικής περίθαλψης από κάπως διαφορετικές οπτικές γωνίες. Ο νόμος χρησιμοποιείται για να βοηθήσει στον προσδιορισμό των ενεργειών μας και των ενεργειών άλλων όταν πρόκειται για συναλλαγές με άτομα, οργανισμούς και άλλες τέτοιες οντότητες. Ουσιαστικά, ο νόμος λειτουργεί ως ένα σύνολο επίσημων κανόνων συμπεριφοράς, που υπόκεινται σε ερμηνεία και αλλαγή με την πάροδο του χρόνου.

Η «ηθική» είναι ένας όρος που έχει χρησιμοποιηθεί με πολλούς διαφορετικούς (μερικές φορές αντιφατικούς) τρόπους. Μιλάμε για ηθική συμπεριφορά, που σημαίνει την ικανότητα να διακρίνουμε το σωστό και το λάθος. Αλλά από πού προέρχεται η «αίσθηση του σωστού και του λάθους»; Σε ατομικό επίπεδο, οι ηθικές προοπτικές προέρχονται γενικά από την οικογενειακή ανατροφή ή/και τη θρησκεία. Είμαστε επίσης μέλη κοινοτήτων (εθνοτικών, οικιστικών, εθνικών) και επαγγελματιών που έχουν κώδικες, παραδόσεις και πρακτικές που θέτουν πρότυπα ηθικής συμπεριφοράς. Σε οργανωτικό επίπεδο, μιλάμε για παρόμοια πρότυπα, τα οποία μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο του υπό εξέταση οργανισμού (δημόσιος/ιδιωτικός, κερδοσκοπικός/μη κερδοσκοπικός, θρησκευτικός/μη θρησκευτικός). Σε όλα αυτά τα περιβάλλοντα, πρέπει επίσης να διακρίνουμε μεταξύ της «κανονιστικής» ηθικής, η οποία θέτει ένα πρότυπο του τι πρέπει να γίνει, και της «περιγραφικής» ηθικής, που απεικονίζει τι γίνεται στην πραγματικότητα. Σε θεωρητικό επίπεδο, οι συζητήσεις ηθικής στην υγειονομική περίθαλψη ανατρέχουν σε ηθικές φιλοσοφίες όπως, μεταξύ άλλων, ο ωφελιμισμός, η δεοντολογία, ο φυσικός νόμος και η υβριδική φιλοσοφία του

John Rawls (η οποία χρησιμοποιεί τμήματα πολλών από αυτές τις φιλοσοφικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου ζητήματος ή πρόβλημα, δηλ. ηθική). Καθώς οι κρίσεις στην έρευνα για το ανθρώπινο υποκείμενο ήρθαν στην προσοχή του κοινού τον 20ο αιώνα, εμφανίστηκε ένα εντελώς νέο πεδίο «βιοηθικής», που εξέταζε όχι μόνο τη σχέση γιατρού-ασθενούς, αλλά και τομείς όπως η κατανομή σπάνιων πόρων, η γενετική, η μεταμόσχευση, και φροντίδα στο τέλος της ζωής (Zeiler, 2018). Η πανδημία του COVID – 19, έφερε στο προσκήνιο την αναγκαιότητα αναφορικά με αποφάσεις που σχετίζονται με την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και την αναστολή εργασίας τους σε περίπτωση που δεν είναι εμβολιασμένο. Σχετική απόφαση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου αναφέρει:

«Οι εργαζόμενοι του τομέα της υγείας διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην επίτευξη του στόχου να βελτιωθούν τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης. Προς στήριξη των προσπαθειών τους, θα πρέπει να τους παρέχονται ευκαιρίες για συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση σχετικά με τον εμβολιασμό σύμφωνα με τις εθνικές συστάσεις.

Θα πρέπει να εξεταστούν οι περιπτώσεις όπου τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων του τομέα της υγείας είναι ανεπαρκή σε σχέση με τις εθνικές συστάσεις προκειμένου να προστατευτούν οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι και οι ασθενείς τους.»²

Ωστόσο, δεν υπήρχε κοινή αντιμετώπιση του θέματος από όλα τα κράτη – μέλη της ΕΕ σχετικά με το συγκεκριμένο ζήτημα, γεγονός το οποίο δείχνει τη σημασία της ηθικής και του δικαίου στη διαχείριση των ζητημάτων που αφορούν την υγεία και κατ' επέκταση το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

² ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 7ης Δεκεμβρίου 2018 σχετικά με την ενίσχυση της συνεργασίας για την καταπολέμηση των ασθενειών που προλαμβάνονται με εμβολιασμό (2018/C 466/01).

Κεφάλαιο 3

3. Ηγεσία και Στρατηγικός Σχεδιασμός Υγειονομικών Μονάδων

Ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για τους οργανισμούς να βελτιώσουν την κατανομή των πόρων τους. Οι πόροι πρέπει να κατανέμονται με τρόπο που να επιτρέπει στους οργανισμούς να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά. Η έρευνα έχει δείξει ότι η αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης στην παραγωγική διαδικασία συνδέεται με τη βελτίωση της ποιότητας (Harrison & Coppola, 2007). Η ενότητα που ακολουθεί εξετάζει τον ρόλο των ηγετών των νοσοκομείων, ιδιαίτερα τη λειτουργία τους στον στρατηγικό σχεδιασμό.

3.1. Η διαφορά μεταξύ Διοίκησης και Ηγεσίας

Σε κάθε επιχειρηματικό περιβάλλον, πρέπει να υπάρχουν ηγέτες καθώς και διευθυντές. Είναι όμως αυτοί οι ίδιοι άνθρωποι; Όχι απαραίτητα. Υπάρχουν ηγέτες που είναι καλοί διευθυντές και υπάρχουν διευθυντές που είναι καλοί ηγέτες, αλλά συνήθως σε καμία περίπτωση δεν είναι αυτός ο κανόνας. Στην υγειονομική περίθαλψη, αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να το αναγνωρίσουμε λόγω της ανάγκης και των δύο προτύπων. Η υγειονομική περίθαλψη είναι μοναδική στο ότι είναι ένας κλάδος υπηρεσιών που εξαρτάται από μεγάλο αριθμό υψηλά εκπαιδευμένου προσωπικού καθώς και εργαζομένων στο εμπόριο. Όποια κι αν είναι η ρύθμιση, είτε πρόκειται για νοσοκομείο, μονάδα μακροχρόνιας περίθαλψης, κέντρο περιπατητικής φροντίδας, εταιρεία ιατρικών συσκευών, ασφαλιστική εταιρεία, υπεύθυνος οργανισμός φροντίδας ή κάποια άλλη οντότητα υγειονομικής περίθαλψης, απαιτούνται ηγέτες καθώς και διευθυντές ώστε να διατηρηθεί η ικανότητα του οργανισμού να κινείται προς τα εμπρός και, ταυτόχρονα, να διατηρήσει τις τρέχουσες λειτουργίες του σε επάρκεια. Αυτό γίνεται

με την ηγεσία και τη διαχείριση των ανθρώπων της και τη διασφάλιση καλών επιχειρηματικών πρακτικών (Πετρίδου, 2006).

Στο βασικό επίπεδο, η ηγεσία είναι η ικανότητα που έχει ένα άτομο να καθοδηγεί, να επηρεάζει και να εμπνέει άτομα να επιτύχουν στόχους. Οι ηγέτες συνήθως εστιάζουν περισσότερο στο εξωτερικό περιβάλλον, ενώ οι διευθυντές εστιάζουν περισσότερο στο εσωτερικό. Παρόλο που πρέπει να είναι σίγουροι ότι η μονάδα υγειονομικής περίθαλψής τους πρέπει να λειτουργεί σωστά, οι ηγέτες τείνουν να αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στην επικοινωνία και την ευθυγράμμιση με εξωτερικές ομάδες που μπορούν να ωφελήσουν τους οργανισμούς τους (συνεργάτες, κοινότητα, πωλητές) ή να τους επηρεάσουν (κυβέρνηση, δημόσιοι φορείς, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης). Σχετικά υπάρχει μία σύγκλιση και ταύτιση μεταξύ ηγετών και διευθυντών σε διάφορους τομείς, αν και παραμένει η διάκριση σε ορισμένα καθήκοντα και ευθύνες (Πετρίδου, 2006).

Συνήθως το άτομο με την υψηλότερη θέση σε έναν οργανισμό (π.χ. Διευθύνων Σύμβουλος, Διαχειριστής, Διευθυντής) έχει πλήρη και τελική ευθύνη. Αυτός ο τύπος ηγέτη μπορεί να υπαγορεύεται από τις τρέχουσες συνθήκες που αντιμετωπίζει ο οργανισμός. Σε πολλές περιπτώσεις χρειάζεται ένας ηγέτης με στρατηγική, ο οποίος καθορίζει το σκοπό και το όραμα και ευθυγραμμίζει τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και τις αξίες. Σε άλλες περιπτώσεις χρειάζεται ένας ηγέτης δικτύου, ο οποίος θα μπορούσε να συνδέει ανθρώπους σε κλάδους, οργανωτικά τμήματα και περιοχές. Όποιος τύπος και αν είναι, θα υπάρχουν αρκετοί διευθυντές που θα αναφέρουν σε αυτό το άτομο, όλοι εκ των οποίων έχουν διάφορες λειτουργικές ευθύνες για διαφορετικούς τομείς του οργανισμού (π.χ. Διευθυντής Νοσηλευτικής, Διευθυντής Ιατρού, Διευθυντής Πληροφοριών). Αυτοί οι διευθυντές μπορούν σίγουρα να είναι ηγέτες στους δικούς τους τομείς, αλλά η εστίασή τους θα είναι πιο εσωτερική στις λειτουργίες του οργανισμού. Είναι οι επιχειρησιακοί ηγέτες της οργάνωσης. Μαζί, αυτοί οι τρεις τύποι ηγετών παράγουν ένα αλληλεξαρτώμενο σύστημα ηγεσίας, μια ομάδα που θα αποδειχθεί υψηλότερη απόδοση στον τρέχοντα τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Maccoby, Norman, Norman, & Margolies, 2013).

Οι ηγέτες έχουν ένα συγκεκριμένο σύνολο ικανοτήτων που απαιτούν περισσότερη μελλοντική σκέψη από αυτές των διευθυντών. Οι ηγέτες πρέπει να ορίσουν ένα όραμα ή μια κατεύθυνση για τον οργανισμό. Πρέπει να είναι σε θέση να παρακινούν τους

υπαλλήλους τους, καθώς και άλλους ενδιαφερόμενους, ώστε η επιχείρηση να συνεχίσει να υπάρχει και, ελπίζουμε, να ευδοκιμήσει σε περιόδους αλλαγών. Κανένας κλάδος δεν είναι τόσο δυναμικός όσο η υγειονομική περίθαλψη, με ραγδαίες αλλαγές λόγω της πολυπλοκότητας του συστήματος και των κυβερνητικών κανονισμών. Χρειάζονται ηγέτες για να διατηρήσουν την οντότητα στην πορεία και να κάνουν ελιγμούς γύρω από εμπόδια, όπως ένας καπετάνιος που κυβερνά το πλοίο του στη θάλασσα. Τα διευθυντικά στελέχη πρέπει να τείνουν προς την υπό εξέταση επιχείρηση και να βεβαιωθούν ότι το προσωπικό ακολουθεί τις σωστές διαδικασίες και εκπληρώνει καθορισμένους στόχους και στόχους (Rubino, 2017).

3.2. Σύγχρονα Μοντέλα Ηγεσίας

Γενικά δεν υπάρχει συγκεκριμένο μοντέλο ηγεσίας το οποίο να έχει αναπτυχθεί συγκεκριμένα για τις μονάδες υγειονομικού ενδιαφέροντος. Πολλοί διευθυντές επιλέγουν να ασκήσουν ένα συγκεκριμένο μοντέλο αντλώντας από μια ποικιλία παραδοσιακών και σύγχρονων μοντέλων. Στη συνέχεια θα αναλυθούν μερικά από τα σύγχρονα μοντέλα άσκησης ηγεσίας τα οποία έχουν εφαρμογή στη διοίκηση μονάδων υγείας.

α) Μοντέλο Συναισθηματικής Νοημοσύνης

Η Συναισθηματική Νοημοσύνη είναι μια έννοια που έγινε διάσημη από τον Daniel Goleman στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Υποδηλώνει ότι υπάρχουν ορισμένες δεξιότητες (ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές) που χρειάζεται ένα άτομο για να προσαρμοστεί καλά στον σημερινό κόσμο. Αυτές οι δεξιότητες περιλαμβάνουν την αυτογνωσία (βαθιά κατανόηση των συναισθημάτων, τα δυνατά σημεία, τις αδυναμίες, τις ανάγκες και τις ορμές κάποιου), την αυτορρύθμιση (την τάση για προβληματισμό, την ικανότητα προσαρμογής στις αλλαγές, τη δύναμη να λέμε όχι σε παρορμητικές παρορμήσεις), το κίνητρο (να οδηγηθείς να επιτύχεις, να είσαι παθιασμένος με το επάγγελμά σου, να απολαμβάνεις τις προκλήσεις), την ενσυναίσθηση (συνεκτιμώντας τα συναισθήματα των άλλων όταν αλληλοεπιδράς) και τις κοινωνικές δεξιότητες (κίνηση των ανθρώπων προς την κατεύθυνση που επιθυμείς λόγω της ικανότητάς σου να αλληλοεπιδράς αποτελεσματικά) (Freshman & Rubino, 2002). Η έρευνα δείχνει ότι η Συναισθηματική Νοημοσύνη μπορεί να διακρίνει εξαιρετικούς ηγέτες και ισχυρές

οργανωτικές επιδόσεις (Goleman, 1998). Για την υγειονομική περίθαλψη ως κλάδο και για τους διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης, αυτό φαίνεται ότι είναι αποδοτικό ειδικά σε περιπτώσεις που συμβαίνουν μεγάλες αλλαγές (Delmatoff & Lazarus, 2014). Στην περίπτωση που εξετάζουμε, αυτό συσχετίζεται με τις μεγάλες αλλαγές που έφερε η πανδημία του COVID – 19, τόσο στις κοινωνίες όσο και στα υγειονομικά συστήματα των κοινωνιών.

β) Αυθεντική Ηγεσία

Η κεντρική εστίαση της αυθεντικής ηγεσίας είναι ότι οι άνθρωποι θέλουν να συναναστρέφονται φυσικά με κάποιον που ακολουθεί την εσωτερική πυξίδα του αληθινού σκοπού τους (George & Sims, 2007). Οι ηγέτες που ακολουθούν αυτό το μοντέλο είναι εκείνοι που γνωρίζουν τον αυθεντικό τους εαυτό, καθορίζουν τις αξίες και τις αρχές ηγεσίας τους, κατανοούν τι τους παρακινεί, δημιουργούν μια ισχυρή ομάδα υποστήριξης και παραμένουν προσγειωμένοι ενσωματώνοντας όλες τις πτυχές της ζωής τους. Οι αυθεντικοί ηγέτες έχουν τέτοια χαρακτηριστικά όπως αυτοπεποίθηση, ελπίδα, αισιοδοξία, ανθεκτικότητα, υψηλά επίπεδα ακεραιότητας και θετικές αξίες (Brown & Gardner, 2007). Οι αξιολογήσεις που δόθηκαν σε τέτοιους ηγέτες έδωσαν την τεκμηριωμένη γνώση ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αυθεντικής ηγεσίας και των θετικών αποτελεσμάτων (Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing, & Peterson, 2008).

γ) Ηγεσία της διαφορετικότητας

Η νέες παγκόσμιες στις κοινωνίες αναγκάζουν τους ηγέτες της υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίζουν θέματα διαφορετικότητας, είτε με τους ασθενείς τους είτε με τους υπαλλήλους τους. Η προσέγγιση της διαφορετικότητας είναι απαραίτητη για να είναι επιτυχημένος ο σημερινός ηγέτης. Για παράδειγμα, το εργασιακό περιβάλλον πρέπει να αξιολογηθεί, ώστε να μπορούν να τεθούν στόχοι που να αγκαλιάζουν την έννοια της διαφορετικότητας σε θέματα όπως η πρόσληψη εργαζομένων και οι πρακτικές προώθησης, η επικοινωνία με τους ασθενείς και η σύνθεση του διοικητικού συμβουλίου. Πρέπει να αναπτυχθούν στρατηγικές για να λειτουργήσει η διαφορετικότητα για τον οργανισμό. Ο ηγέτης που αναγνωρίζει τη σημασία της διαφορετικότητας και σχεδιάζει την αποδοχή της στην οργανωτική κουλτούρα ενδέχεται να είναι περισσότερο επιτυχημένος (Warden, 1999) καθώς συμπεριλαμβάνει στις αποφάσεις του περισσότερα στοιχεία που αλληλοεπιδρούν με τα

υπόλοιπα που παραδοσιακά λαμβάνουν υπόψη οι ηγεσίες. Οι ηγέτες της υγειονομικής περίθαλψης καλούνται να αποτελέσουν πρότυπα πολιτιστικής ικανότητας και να είναι σε θέση να προσελκύουν, να καθοδηγούν και να καθοδηγούν άτομα διαφορετικού, καθώς και παρόμοιου υπόβαθρου (Dolan, 2009).

δ) Ανθεκτική ηγεσία

Η διοίκηση μονάδων υγειονομικής περίθαλψης είναι μια εξαιρετικά επίπονη και κοπιαστική εργασία. Τα στελέχη δέχονται μεγάλο βάρος ευθύνης το οποίο μεταφράζεται σε άγχος και χρειάζεται ένας ισχυρός, ανθεκτικός ηγέτης για να ξεπεράσει αυτές τις πιέσεις, να ανακάμψει και να κρατήσει τον οργανισμό σε σταθερή πορεία. Ορισμένες πρακτικές οικοδόμησης ανθεκτικότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ηγέτη για την οικοδόμηση εσωτερικής δύναμης και επιμονής (Wicks & Buck, 2013). Ένα πρωτόκολλο αυτοεξυπηρέτησης που περιλαμβάνει αυτογνωσία, επίγνωση και διατήρηση μιας υγιούς προοπτικής μπορεί να είναι απαραίτητο όχι μόνο για τον ηγέτη αλλά και για την καθοδήγηση των μελών της ομάδας του/της για την αποφυγή της εξουθένωσης και την ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού.

3.3. Πλέγμα Ικανοτήτων Ηγεσίας

Ένας ηγέτης χρειάζεται ορισμένες δεξιότητες, γνώσεις και ποιοτικά χαρακτηριστικά για να είναι επιτυχημένος. Αυτές στο σύνολό τους ονομάζονται ικανότητες. Η πίεση που ασκείται στους εργαζομένους στον κλάδο της υγείας συνεπάγεται ότι απαιτείται από το άτομο που ασκεί διοίκηση να διαθέτει ένα συγκεκριμένο πλέγμα ικανοτήτων ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του επαγγέλματος (Dye & Garman, 2015). Ορισμένες από αυτές τις ικανότητες είναι τεχνικές — για παράδειγμα, η κατοχή αναλυτικών δεξιοτήτων, η πλήρης κατανόηση του νόμου και η ικανότητα μάρκετινγκ και συγγραφής κειμένων. Ορισμένες από τις ικανότητες είναι συμπεριφορικές - για παράδειγμα, αποφασιστικότητα, επιχειρηματικότητα και ικανότητα επίτευξης καλής ισορροπίας μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής. Καθώς οι άνθρωποι αναρριχούνται σε οργανισμούς, οι ικανότητες που σχετίζονται με την συμπεριφορά είναι πιο καθοριστικές για την επιτυχία τους ως ηγέτες παρά οι τεχνικές τους ικανότητες (Hutton & Moulton, 2004). Ένας άλλος τρόπος εξέτασης των ικανοτήτων ηγεσίας είναι κάτω

από τέσσερις κύριες ομάδες ή τομείς. Ο Λειτουργικός και Τεχνικός Τομέας είναι απαραίτητος αλλά όχι αρκετός για έναν ικανό ηγέτη. Τρεις άλλοι τομείς παρέχουν ικανότητες που είναι συμπεριφορικές και σχετίζονται τόσο με το άτομο (Αυτοανάπτυξη και Αυτοκατανόηση) όσο και με άλλα άτομα (Διαπροσωπική). Ένα τέταρτο σύνολο ικανοτήτων εμπίπτει στην ενότητα Οργανωτικές και έχει μια ευρύτερη προοπτική. Βλέπε παρακάτω Πίνακα «1». Πηγή: (Hilberman, 2005).

Πίνακας «1»

Πεδία Ηγεσίας και Ικανοτήτων

Λειτουργικές και τεχνικές ικανότητες	Ικανότητες αυτοανάπτυξης και αυτοκατανόησης
Γνώση εργασίας Στρατηγικό όραμα Ποιότητα διαμόρφωσης και λήψης αποφάσεων Ηθική Επίλυση προβλημάτων Αποφυγή ασάφειας Διακυβέρνηση Συστηματική σκέψη	Επίγνωση και αυτοπεποίθηση Αυτορρύθμιση και υπευθυνότητα Ειλικρίνεια και εντιμότητα Δια βίου μάθηση Κινητοποίηση Εμπάθεια και κατανόηση Ευελξία Επιμονή Ισορροπία προσωπικής/επαγγελματικής ζωής
Διαπροσωπικές ικανότητες	Οργανωτικές ικανότητες
Επικοινωνία Ενδυνάμωση υφισταμένων Διοίκηση ομάδων Διαχείριση κρίσεων/συγκρούσεων Διαπραγμάτευση Επίσημη παρουσίαση Κοινωνική διάδραση	Οργανωσιακός σχεδιασμός Χτίσιμο ομάδας Καθορισμός προτεραιοτήτων Πολιτική σκέψη Διαχείριση και μέτρηση απόδοσης Διαχείριση εξωτερικών πόρων Διαχείριση κουλτούρας/διαφορετικότητας

3.4. Η Στρατηγική Ηγεσία στη Διαχείριση της Υγειονομικής Περίθαλψης

Η στρατηγική ηγεσία είναι το απόλυτο απεριόριστο πρόβλημα, γεμάτο πολυπλοκότητα και αβεβαιότητα, όπου η αιτία και το αποτέλεσμα μπορεί να είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να διαπιστωθούν καθαρά. Υπάρχει μεγάλη απόκλιση αν συγκριθεί αυστηρά με την ιατρική όπου οι εξετάσεις οδηγούν στη διάγνωση, η διάγνωση ενημερώνει τη θεραπεία και η θεραπεία οδηγεί σε ένα αποτέλεσμα. Στη στρατηγική ηγεσία, η αιτία και το αποτέλεσμα σπάνια ορίζονται τόσο καλά. Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα μια διαδικασία που γίνεται από ομάδες και όχι ατομικά. Αυτό σημαίνει ότι το περιβάλλον στο οποίο διεξάγεται είναι περίπλοκο. Στην πολυπλοκότητα προστίθενται περαιτέρω οι αδιάκοπες αλλαγές κανόνων με τον αντίκτυπο της εγχώριας και της ευρωπαϊκής νομοθεσίας στην περίπτωση των κρατών – μελών της ΕΕ, η ταχέως μεταβαλλόμενη τεχνολογία, τα δημογραφικά στοιχεία, οι προσδοκίες και η έναρξη της παγκοσμιοποίησης. Όλα αυτά προσθέτουν επιπλέον πιέσεις στο σύστημα και στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί (Hodder & Marples, 2005).

Η δημιουργία μιας ξεκάθαρης κουλτούρας από την αρχή και η ενθάρρυνση του προσωπικού να τηρεί τη συγκεκριμένη δεοντολογία είναι η βάση για την δημιουργία μίας επιτυχημένης στρατηγικής. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα όραμα θα λειτουργήσει καλύτερα εκεί που είναι επιθυμητό. Επιπλέον, είναι σημαντικό να μην είναι απλώς ένα κενό αφήγημα, αλλά να υποστηρίζεται από μια σαφή ιδέα για το τι πρέπει να επιτευχθεί, από πότε, από ποιον και με τι – το «πώς» πρέπει να παραμείνει η αρμοδιότητα του ατόμου εντός των ορίων του κώδικας συμπεριφοράς. Όσο οι προσπάθειες των ατόμων κατευθύνονται προς τους στόχους, θα πρέπει να αναμένονται μικρές αποκλίσεις από την κατεύθυνση που έχει καθοριστεί. Ωστόσο, αυτές οι αποκλίσεις εφόσον δεν επιβαρύνουν την γενική στρατηγική δεν θα πρέπει να εμποδίζονται. Μερικές από αυτές αποτελούν τη βάση για την ανανέωση και την καινοτομία. Η ικανότητα, φυσικά, είναι να γνωρίζουμε πότε πρέπει να επιτρέψουμε στο προσωπικό να λειτουργεί κατ' αυτόν τον τρόπο και πότε η διοίκηση πρέπει να παρέμβει. Αυτό απαιτεί μια ισορροπία για την οποία δεν υπάρχουν αυστηροί και καθορισμένοι κανόνες. Η συγκεκριμένη ισορροπία καθορίζεται από την κατανόηση

των διαφορετικών οντοτήτων που λειτουργούν μέσα σε μία μονάδα υγειονομικού ενδιαφέροντος.

Με ποιόν τρόπο μπορεί μία διοίκηση να δημιουργήσει ένα περιβάλλον στο οποίο οι στρατηγικές της προθέσεις παρακινούν το προσωπικό να τις πραγματοποιήσει; Η θεωρία της ηγεσίας στις αρχές του 1900 όριζε ότι οι ηγέτες γεννιούνται και δεν γίνονται, επομένως η αποτελεσματική στρατηγική ηγεσία ήταν ο τομέας λίγων ταλαντούχων ηγετών. Αντίθετα, σήμερα θεωρείται ότι είναι η ικανότητα δημιουργίας σωστού περιβάλλοντος η οποία παρακινεί το προσωπικό και όχι τα άτομα. Το σωστό περιβάλλον επιτυγχάνεται μέσα από (Hodder & Marples, 2005):

α) Τα Δυνατά σημεία – σε αυτόν τον σύγχρονο κόσμο κανείς ηγέτης δεν μπορεί να περιμένει να έχει όλα τα απαιτούμενα χαρακτηριστικά, αν και συχνά μας αρέσει να πιστεύουμε στον χαρισματικό ηγέτη με όλες τις απαντήσεις. Η πραγματικότητα είναι πιο πιθανό είναι ότι αυτοί τα άτομα με ηγετικό ρόλο έχουν εντοπίσει τα δυνατά τους σημεία και τα έχουν χρησιμοποιήσει με το μέγιστο αποτέλεσμα. Ωστόσο, ταυτόχρονα αναγνωρίζουν ότι άλλα άτομα έχουν συμπληρωματικές δεξιότητες και έχουν δημιουργήσει τις ομάδες τους πάνω σε αυτή τη βάση.

β) Τη Διαχείριση γνώσης – για να προσδιοριστούν τα δυνατά σημεία μιας ομάδας, πρέπει να προσδιοριστεί αρχικά η υφιστάμενη γνώση που επιτρέπει στον οργανισμό να λειτουργεί. Η συλλογή αυτής της γνώσης μπορεί να είναι δύσκολη, αλλά μια ολοκληρωμένη βάση δεδομένων δεξιοτήτων και γνώσεων μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό του κατάλληλου ατόμου για να αντιμετωπίσει ένα έργο ή ένα περιστατικό. Η γνώση των συμπεριφορών που λειτουργούν επιτρέπει επίσης να αναπτυχθεί το επόμενο επίπεδο διαχείρισης. Η γνώση για τα πάντα και για οτιδήποτε είναι σπάνια δυνατή στον σύγχρονο κόσμο. Για παράδειγμα, γνωρίζουμε περισσότερα από ποτέ για τον καρκίνο, πόσα όμως περισσότερα θα ξέρουμε σε 1 ή 10 χρόνια; Ή ποια μέρη του σώματος θα αντικατασταθούν έως το 2020; Η διαχείριση αυτής της γνώσης προσφέρει ένα καλά δομημένο όραμα που πρέπει να εισάγει ο ηγέτης μέσα από τη στρατηγική του.

γ) Τη Δέσμευση και την ενδυνάμωση – η δέσμευση και η ενδυνάμωση του προσωπικού είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Ο ρόλος της στρατηγικής ηγεσίας είναι να συλλάβει αυτόν τον ενθουσιασμό και στη συνέχεια να τον στρέψει στη βελτίωση. Οι τελευταίες έρευνες έχουν δείξει ότι ο ενθουσιασμός είναι πολύ μεταδοτικός στα μέλη μίας ομάδας και

υπάρχουν νέες προσεγγίσεις μπορούν να ξεπεράσουν προηγούμενα εμπόδια σε αυτό το κομμάτι της διοίκησης, την διαχείριση του ενθουσιασμού με σκοπό την εμπέδωση του προσωπικού στη στρατηγική του οργανισμού³.

3.5. Στρατηγικός Σχεδιασμός και Ανάλυση SWOT

Κάθε οργανισμός για να επιβιώσει πρέπει να είναι επιτυχημένος μακροπρόθεσμα. Ένας κρίσιμος παράγοντας που οδηγεί σε αυτήν την επιτυχία έγκειται στο πόσο καλά ένας οργανισμός μπορεί να προγραμματίσει για το μέλλον και να αξιοποιήσει τις ευκαιρίες της αγοράς. Ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι η διαδικασία προσδιορισμού μιας επιθυμητής μελλοντικής κατάστασης για έναν οργανισμό και ενός μέσου για την επίτευξή της. Μέσω μιας συνεχούς ανάλυσης του λειτουργικού περιβάλλοντος του οργανισμού, σε συνδυασμό με τις δικές του εσωτερικές δυνατότητες, η ηγεσία ενός οργανισμού είναι σε θέση να προσδιορίσει στρατηγικές που θα οδηγήσουν τον οργανισμό από την παρούσα κατάστασή του στην επιθυμητή μελλοντική κατάσταση.

Στο λειτουργικό περιβάλλον οποιουδήποτε οργανισμού υπάρχουν οι δυνάμεις της αγοράς, οι οποίες διαχωρίζονται σε ελεγχόμενες και σε μη ελεγχόμενες, και αναμφίβολα επηρεάζουν τη μελλοντική επιτυχία ενός οργανισμού. Μόνο με τον εντοπισμό αυτών των δυνάμεων και τον σχεδιασμό τρόπων προσαρμογής σε αυτές μπορεί ένας οργανισμός να επιτύχει τη μεγαλύτερη επιτυχία. Στο ένα άκρο, η πλήρης αγνόηση αυτών των δυνάμεων μπορεί σίγουρα να οδηγήσει σε «οργανωτικό θάνατο». Ο σκοπός του στρατηγικού σχεδιασμού είναι να εντοπίσει τις δυνάμεις της αγοράς και τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να επηρεάσουν τον οργανισμό και να καθορίσει μια κατάλληλη στρατηγική κατεύθυνση που θα λάβει ο οργανισμός που θα εξουδετερώσει αυτές τις δυνάμεις ή/και θα αξιοποιήσει τις δυνατότητές τους. Επιπλέον, ο στρατηγικός σχεδιασμός χρησιμεύει στην εστίαση του οργανισμού και επίσης στην κατανομή των πόρων του. Σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή, υπάρχουν πολλαπλές και συχνά ανταγωνιστικές πρωτοβουλίες και έργα που πρέπει να αναληφθούν σε έναν οργανισμό. Με την κατανόηση του λειτουργικού περιβάλλοντος του οργανισμού και τον

³ Σε άλλες αναφορές το συγκεκριμένο θέμα καλύπτεται και από τη θεωρία της παρακίνησης. Το ζήτημα της παρακίνησης είναι το πιο πολυσυζητημένο και αμφιλεγόμενο στη θεματολογία της Εργασιακής Ψυχολογίας και της Οργανωσιακής Συμπεριφοράς. Οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί είναι πολυάριθμες και οι μεταξύ τους αντιθέσεις έντονες και συχνά αγεφύρωτες. Η εμπειρική έρευνα δεν έχει οδηγήσει σε συμπεράσματα που να συγκλίνουν. Για περισσότερα βλέπε: (Robbins & Judge, 2011).

προσδιορισμό μιας στρατηγικής για την επίτευξη μιας επιθυμητής μελλοντικής κατάστασης, οι πόροι μπορούν να κατανεμηθούν κατάλληλα και αποτελεσματικά σε όλους (Casciani, 2017).

Η διαδικασία στρατηγικού σχεδιασμού αποτελείται κυρίως από δύο αλληλένδετες δραστηριότητες: την ανάπτυξη του στρατηγικού σχεδίου και την εκτέλεση της στρατηγικής του οργανισμού. Η ανάπτυξη του σχεδίου γίνεται τις περισσότερες φορές με πολυετή χρονικό ορίζοντα (3, 5 ή 10 χρόνια, για παράδειγμα) και ενημερώνεται ετησίως. Η εκτέλεση της στρατηγικής, από την άλλη πλευρά, γίνεται σε συνεχή βάση και είναι ο κρίσιμος παράγοντας στη διαχείριση των στρατηγικών προθέσεων του οργανισμού, παρέχοντας βέλτιστα συνεχή ανατροφοδότηση για την ανάπτυξη οποιωνδήποτε μελλοντικών σχεδίων.

3.5.1. Ανάλυση SWOT

Αν και ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι μια δυναμική και όχι μια γραμμική διαδικασία, προσπαθεί να απεικονίσει μια λογική εξέλιξη των βημάτων που αναλαμβάνονται για την ανάπτυξη ενός στρατηγικού σχεδίου. Όπως φαίνεται στον Πίνακα «2» η Ανάλυση SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats - Δυνατά σημεία, Αδυναμίες, Ευκαιρίες, Απειλές) παρέχει τη βάση για την ανάπτυξη στρατηγικής. Αυτή η ανάλυση εξυπηρετεί δύο σημαντικές λειτουργίες: να συγκεντρώσει ένα στιγμιότυπο του τρόπου με τον οποίο ο οργανισμός αλληλεπιδρά αυτήν τη στιγμή με την αγορά σε σύγκριση με τις εσωτερικές δυνατότητες και την προβλεπόμενη στρατηγική κατεύθυνση του οργανισμού, και να εντοπίσει ευκαιρίες και απειλές της αγοράς που ο οργανισμός μπορεί να θέλει να αντιμετωπίσει στο μελλοντικές στρατηγικές προσπάθειες.

Ανάλυση SWOT

Conduct a SWOT Analysis Specific Areas of Analysis

What are Your Strengths?	What are your Weaknesses?
<ul style="list-style-type: none">• What advantages does your organization have?• What do you do better than others?• What unique or lowest-cost resources can you draw upon that others cannot?• What is your organization's unique selling proposition?• What do people in your market see as your strengths?• What factors mean that you "get the sale"?	<ul style="list-style-type: none">• What could you improve?• What should you avoid?• What factors limit your growth?• What are people in your market likely to see as your weaknesses (challenges)?• What factors may cause you to lose your sale?
What are your Opportunities?	What are Your Threats?
<ul style="list-style-type: none">• What good opportunities can you spot?• What interesting trends are you aware of?• Who can be your partner?• Who can be your potential donor?• How to keep and develop your key stakeholders' interests?	<ul style="list-style-type: none">• What obstacles are you facing?• Are quality standards or specifications for your job, products or services changing?• Is changing technology challenging your position?• Are changing policies or social context challenging your service area?• Do you have bad debt or cash-flow problems?• Could any of your weaknesses (challenges) seriously affect your business?• What are your competitors doing?

Μέσω της ανάλυσης SWOT, μπορεί να ξεκινήσει ο προσδιορισμός της στρατηγικής. Σε αυτό το στάδιο, η ηγετική ομάδα του οργανισμού χρησιμοποιεί τις πληροφορίες που παρέχονται στην ανάλυση SWOT για να εντοπίσει συγκεκριμένες στρατηγικές που μπορεί να είναι άξιες επιδίωξης είτε για την ανάπτυξη του οργανισμού είτε για την προστασία των σημερινών περιοχών ισχύος. Μόλις εντοπιστούν αυτές οι στρατηγικές, πρέπει να περιοριστούν σε έναν διαχειρίσιμο αριθμό μέσω επιλογής και ιεράρχησης και πρέπει να δημιουργηθούν σχέδια τακτικής εφαρμογής. Με την ολοκλήρωση του στρατηγικού σχεδίου, αναπτύσσονται σχέδια λειτουργίας, μάρκετινγκ και άλλα υποστηρικτικά σχέδια. Ακολουθεί έλεγχος και παρακολούθηση του σχεδίου και γίνεται πιο αποτελεσματικά σε συνεχή βάση καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Ωστόσο, είναι σημαντικό να έχουμε και πάλι υπόψη ότι ο στρατηγικός σχεδιασμός δεν είναι μια γραμμική διαδικασία. Ο βρόχος ανάδρασης που απεικονίζεται στον Πίνακα «2» δείχνει

την κρίσιμη φύση του σχεδιασμού ως μια συνεχιζόμενη, δυναμική, επαναληπτική διαδικασία (Quincy, Lu, & Huang, 2012).

Η παραδοσιακή ανάλυση SWOT περιλαμβάνει 4 στάδια όπως παρακάτω (Harrison, 2010):

α) Δυνάμεις - Η παραδοσιακή ανάλυση SWOT θεωρεί τα δυνατά σημεία ως τρέχοντες παράγοντες που έχουν οδηγήσει στην εξαιρετική απόδοση του οργανισμού. Μερικά παραδείγματα περιλαμβάνουν τη χρήση ιατρικού εξοπλισμού τελευταίας τεχνολογίας, τις επενδύσεις στην πληροφορική της υγειονομικής περίθαλψης και την εστίαση σε 1να περιλαμβάνουν προσωπικό με υψηλή ικανότητα, σαφή κατανόηση μεταξύ των εργαζομένων των στόχων του οργανισμού και εστίαση στη βελτίωση της ποιότητας.

β) Αδυναμίες - Οι αδυναμίες είναι οργανωτικοί παράγοντες που θα αυξήσουν το κόστος υγειονομικής περίθαλψης ή θα μειώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Παραδείγματα περιλαμβάνουν τις γηρασμένες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και την έλλειψη συνέχειας στις κλινικές διαδικασίες, που μπορεί να οδηγήσει σε διπλές προσπάθειες. Οι αδυναμίες μπορούν να αναλυθούν περαιτέρω για να εντοπιστούν οι υποκείμενες αιτίες. Για παράδειγμα, η διαταραχή στη συνέχεια της φροντίδας προκύπτει συχνά από κακή επικοινωνία. Οι αδυναμίες γεννούν και άλλες αδυναμίες. Η κακή επικοινωνία διαταράσσει τη συνέχεια της φροντίδας και, στη συνέχεια, αυτός ο κατακερματισμός οδηγεί σε αναποτελεσματικότητα σε ολόκληρο το σύστημα. Οι αναποτελεσματικότητες, με τη σειρά τους, εξαντλούν οικονομικούς και άλλους πόρους.

Άλλες κοινές αδυναμίες περιλαμβάνουν την κακή χρήση της πληροφορικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, την ανεπαρκή κατάρτιση διαχείρισης, την έλλειψη οικονομικών πόρων και μια οργανωτική δομή που περιορίζει τη συνεργασία με άλλους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Ένας συνδυασμός πληρωτών που περιλαμβάνει μεγάλους αριθμούς ανασφάλιστων ασθενών μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά την οικονομική απόδοση ενός οργανισμού και η έλλειψη σχετικών και έγκαιρων δεδομένων για τους ασθενείς μπορεί να αυξήσει το κόστος και να μειώσει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.

γ) Ευκαιρίες - Η παραδοσιακή ανάλυση SWOT βλέπει τις ευκαιρίες ως σημαντικές νέες επιχειρηματικές πρωτοβουλίες που είναι διαθέσιμες σε έναν οργανισμό

υγειονομικής περίθαλψης. Παραδείγματα περιλαμβάνουν τη συνεργασία μεταξύ των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μέσω της ανάπτυξης δικτύων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, της αυξημένης χρηματοδότησης για την πληροφορική της υγειονομικής περίθαλψης, της κοινοτικής συνεργασίας για την ανάπτυξη νέων προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης και της εισαγωγής κλινικών πρωτοκόλλων για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας. Τα ολοκληρωμένα δίκτυα παροχής υγειονομικής περίθαλψης έχουν την ευκαιρία να επηρεάσουν την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης σε τοπικό, πολιτειακό και εθνικό επίπεδο. Έχουν επίσης την ευκαιρία να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών αυξάνοντας τη συμμετοχή του κοινού και διασφαλίζοντας την εκπροσώπηση των ασθενών στα συμβούλια και τις επιτροπές.

δ) Απειλές - Οι απειλές είναι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την απόδοση του οργανισμού. Παραδείγματα περιλαμβάνουν πολιτική ή οικονομική αστάθεια, αυξανόμενη ζήτηση από ασθενείς και γιατρούς για ακριβή ιατρική τεχνολογία που δεν είναι οικονομικά αποδοτική, αύξηση των ελλειμμάτων του κρατικού και ομοσπονδιακού προϋπολογισμού, αυξανόμενος ανασφάλιστος πληθυσμός, και αυξανόμενη πίεση για μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης.

Γενικότερα, η ανάλυση SWOT είναι ένας πρόδρομος της διαδικασίας στρατηγικού σχεδιασμού. Στην ιδανική περίπτωση, η ανάλυση SWOT περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, σε βάθος ανάλυση δεδομένων και στοιχεία από μια ομάδα ειδικών στην ανάλυση SWOT. Τα ευρήματα από την ανάλυση ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες: δυνατά σημεία, αδυναμίες, ευκαιρίες και απειλές. Η ανάλυση δυναμικού πεδίου συμπληρώνει την ανάλυση SWOT εντοπίζοντας τις δυνάμεις που οδηγούν τα δυνατά σημεία, τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τις απειλές. Για να τελειοποιηθούν ακόμη περισσότερο αυτές οι αναλύσεις, μπορεί να πραγματοποιηθεί ανάλυση κενών⁴ για να προσδιοριστεί πού υπάρχουν ελλείψεις στην παροχή φροντίδας από έναν οργανισμό. Τέτοιες αναλύσεις προωθούν την καλύτερη κατανόηση των εμποδίων στην αλλαγή, την καινοτομία και τη μεταφορά της γνώσης στην πράξη, βελτιωμένα

⁴ Η ανάλυση κενών (Gap analysis) είναι μια ανασκόπηση του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού με σκοπό την αποκάλυψη, όπως υποδηλώνει το όνομα, των κενών. Τα κενά είναι οι διαφορές μεταξύ του σημείου που βρίσκεται ο οργανισμός αυτή τη στιγμή και του πού πρέπει να βρίσκεται όσον αφορά την απόδοση. Αυτά τα κενά γίνονται τα σημεία εστίασης που διαμορφώνουν το στρατηγικό σχέδιο.

αποτελέσματα. και αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης.

3.5.2. Το εργατικό δυναμικό της Υγείας στην ανάλυση SWOT

Η δύναμη του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχει σημαντικές στρατηγικές επιπτώσεις για κάθε οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, καθώς το εργατικό δυναμικό αποτελείται από την πρώτη γραμμή των φροντιστών και του προσωπικού υποστήριξης στην παροχή υπηρεσιών. Στην ανάλυση SWOT, ένας οργανισμός θα πρέπει να εξετάσει τη διαθεσιμότητα όλων των υποομάδων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που είναι κρίσιμες για την επιτυχία του. Για παράδειγμα, εάν η μαιευτική είναι ένα σημαντικό κλινικό πρόγραμμα του οργανισμού, ο οργανισμός θα πρέπει να εξετάσει προσεκτικά τη μελλοντική αναμενόμενη προσφορά και ζήτηση για μαιευτήρες στην αγορά του. Με τις σημαντικές αυξήσεις στην ασφάλιση αθέμιτων πρακτικών που απευθύνεται σε μαιευτήρες σε όλη τη χώρα, πολλοί ιατροί επέλεξαν να διακόψουν τον τοκετό και να επικεντρωθούν αποκλειστικά στη γυναικολογία, ενώ άλλοι επέλεξαν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα. Αυτό έχει μειώσει δραματικά την προσφορά μαιευτηρίων σε πολλές περιοχές της χώρας και ανάγκασε ορισμένα νοσοκομεία να προσλάβουν το συνεργαζόμενο μαιευτικό προσωπικό τους, σε μια προσπάθεια να καλύψουν τα ασφάλιστρα για αμέλεια και να συνεχίσουν να ασκούν το επάγγελμά τους. Άλλα νοσοκομεία έχουν αναπτύξει μαιευτήρες που προσλαμβάνονται αποκλειστικά για να εργάζονται στο νοσοκομείο και να γεννούν μωρά. Αυτές οι κινήσεις είναι παραδείγματα στρατηγικών που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν από οργανισμούς είτε για να διατηρήσουν είτε να αναπτύξουν τις μαιευτικές τους υπηρεσίες και ανταποκρίνονται στις τάσεις της αγοράς (Casciani, 2017).

Ένα άλλο παράδειγμα της δύναμης του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης είναι η πιθανή επέκταση των ειδικών ελλείψεων προσωπικού (π.χ. νοσηλευτική). Με την έλλειψη προσωπικού, οι μισθοί και τα έξοδα πρόσληψης αυξάνονται, θέτοντας σε κίνδυνο τη δυνατότητα προσφοράς αυτών των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Μια έλλειψη νοσηλευτικών μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός νοσοκομείου να προσθέτει κρεβάτια για να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες. Η έλλειψη τεχνικών ακτινολογίας μπορεί να επηρεάσει την ευκαιρία ενός οργανισμού να προσφέρει νέες τεχνολογίες αιχμής. Η επιρροή και η διαθεσιμότητα

αυτού και άλλου προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (και η εξάρτηση του οργανισμού από αυτά) πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάπτυξη μελλοντικών στρατηγικών.

Κεφάλαιο 4

Στρατηγική Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού

Στην υγειονομική περίθαλψη, η παραγωγή της υπηρεσίας που αγοράζεται και η κατανάλωση αυτής της υπηρεσίας συμβαίνουν ταυτόχρονα. Έτσι, η αλληλεπίδραση

μεταξύ των καταναλωτών υγειονομικής περίθαλψης και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παροχής υπηρεσιών υγείας. Δεδομένης της εξάρτησης από τους επαγγελματίες υγείας για την παροχή υπηρεσιών, η πιθανότητα ύπαρξης ετερογένειας στην ποιότητα των υπηρεσιών πρέπει να αναγνωρίζεται τόσο σε έναν εργαζόμενο (καθώς οι δεξιότητες και οι ικανότητες αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου) αλλά και μεταξύ των εργαζομένων (καθώς διαφορετικά άτομα ή εκπρόσωποι διαφόρων επαγγελμάτων παρέχουν μια υπηρεσία).

Ως ανθρώπινο δυναμικό εννοούμε όλα τα άτομα που συνεισφέρουν στο έργο του οργανισμού καθώς και εκείνοι που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στο μέλλον και εκείνοι που έχουν συνεισφέρει στο πρόσφατο παρελθόν. Ο όρος ανθρώπινοι πόροι (Human Resources) αναφέρεται επίσης στη διαχείριση των συνεισφορών αυτών των ανθρώπων και με αυτή την έννοια συχνά χρησιμοποιείται και στην ελληνική βιβλιογραφία η συντομογραφία HR. Η εντατική χρήση του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού για την παροχή υπηρεσιών και η δυνατότητα μεταβλητότητας στην επαγγελματική πρακτική απαιτούν από τους ηγέτες του κλάδου να κατευθύνουν την προσοχή τους στη διαχείριση της απόδοσης των ατόμων που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών. Η αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπων απαιτεί τα στελέχη υγειονομικής περίθαλψης να κατανοούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση των ατόμων που απασχολούνται στους οργανισμούς τους. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν όχι μόνο τις παραδοσιακές δραστηριότητες διαχείρισης ανθρώπινων πόρων (δηλαδή πρόσληψη και επιλογή, εκπαίδευση και ανάπτυξη, αξιολόγηση, αποδοχές και σχέσεις με τους εργαζομένους) αλλά και τις περιβαλλοντικές και άλλες οργανωτικές πτυχές που επηρεάζουν τις δραστηριότητες του ανθρώπινου δυναμικού.

Η στρατηγική διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού (Strategic human resources management - SHRM) είναι η διαδικασία διαμόρφωσης στρατηγικών ανθρώπινου δυναμικού και τακτικών εφαρμογής που ευθυγραμμίζονται και ενισχύουν την επιχειρηματική στρατηγική του οργανισμού. Απαιτεί την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συνόλου διευθυντικών δραστηριοτήτων και καθηκόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη και τη διατήρηση ενός ειδικευμένου εργατικού δυναμικού. Αυτό το εργατικό δυναμικό, με τη σειρά του, συμβάλλει στην οργανωτική αποτελεσματικότητα, όπως ορίζεται από τους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού. Η SHRM εμφανίζεται σε ένα περίπλοκο και δυναμικό περιβάλλον δυνάμεων μέσα στο

οργανωτικό πλαίσιο. Μια σημαντική τάση τα τελευταία χρόνια είναι οι διευθυντές ανθρώπινου δυναμικού να υιοθετούν μια στρατηγική προοπτική στη δουλειά τους και να αναγνωρίζουν κρίσιμους δεσμούς μεταξύ της οργανωτικής στρατηγικής και των στρατηγικών HR (Fottler, 2015).

Η διαχείριση ανθρώπινων πόρων περιλαμβάνει τόσο διοικητικά όσο και στρατηγικά στοιχεία. Σε στρατηγικό επίπεδο, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας ανταγωνίζονται στην προσφορά παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιθυμούν επαρκή προσφορά εργασίας και τον κατάλληλο συνδυασμό ποιοτικών και αφοσιωμένων επαγγελματιών υγείας για να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες. Η στρατηγική προοπτική αναγνωρίζει ότι η οργανωτική απόδοση εξαρτάται από την ατομική ανθρώπινη απόδοση. Οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας πρέπει να βλέπουν το ανθρώπινο δυναμικό τους ως ένα στρατηγικό πλεονέκτημα που βοηθά στη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος (Becker, Huselid, & Ulrich, 2001). Επιπλέον, οι οργανισμοί πρέπει να έχουν την ικανότητα να κατανοούν τις τρέχουσες και μελλοντικές τους ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό και να αναπτύσσουν και να εφαρμόζουν μια ξεκάθαρη στρατηγική για την κάλυψη αυτών των αναγκών για την επίτευξη της οργανωσιακής επιχειρηματικής στρατηγικής. Διοικητικά, υπάρχει μια σειρά από συγκεκριμένες λειτουργίες και βήματα δράσης που πρέπει να πραγματοποιηθούν για την υποστήριξη της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού υπηρεσιών υγείας για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου απόδοσης.

4.1. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες που επηρεάζουν τη Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαθεσιμότητα και τις επιδόσεις του ανθρώπινου δυναμικού στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας. Το περιβάλλον για αυτούς τους οργανισμούς είναι ο εξωτερικός χώρος πέρα από τον οργανισμό που περιλαμβάνει άλλους δρώντες και δυνάμεις που ασκούν επιρροή τον οργανισμό. Για παράδειγμα, η μείωση των επιστροφών από κρατικούς πληρωτές και άλλα τρίτα μέρη μπορεί να μειώσει τα έσοδα των μονάδων υγείας. Η μείωση των αποζημιώσεων για τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας τους έχει αφήσει με λιγότερους πόρους για την

πρόσληψη, την αποζημίωση και την ανάπτυξη του εργατικού τους δυναμικού. Επειδή και άλλοι οργανισμοί σε τοπικές και περιφερειακές αγορές ανταγωνίζονται επίσης για το ίδιο εργατικό δυναμικό, αυτό έχει καταστήσει πιο δύσκολη την πρόσληψη και τη διατήρηση του προσωπικού σε μονάδες υγείας στην κοινωνία μας (Πετρίδου, 2006), (Μερκούρης, 2010).

Συναφώς, η χαμηλή προσφορά εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης – και ιδιαίτερα του εξαιρετικά εξειδικευμένου κλινικού προσωπικού- έχει κάνει την πρόσληψη του απαραίτητου προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης πολύ δύσκολη (Fottler, Ford, & Heaton, 2002). Σε πολλές χώρες υπάρχει έλλειψη σε νοσηλευτικό, διαγνωστικό και θεραπευτικό προσωπικό, ένα φαινόμενο που έχει αφήσει υποστελεχωμένες πολλές μονάδες υγείας, απαιτώντας από το υπόλοιπο προσωπικό να εργάζεται περισσότερες ώρες την εβδομάδα (Shanahan, 1993). Αυτό συνέβαλε επίσης σε χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης του προσωπικού και υψηλότερα ποσοστά εναλλαγής σε ορισμένες θέσεις προσωπικού, γεγονός που με τη σειρά του έχει αυξήσει το κόστος της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων.

Επιπλέον, ο ανταγωνισμός μεταξύ των οργανισμών υπηρεσιών υγείας έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια λόγω της αύξησης της προσφοράς παραδοσιακών μονάδων υγείας όπως νοσοκομεία και γηροκομεία, καθώς και της επιρροής των νεοεμφανιζόμενων, όπως οι κοινότητες συνταξιοδότησης, οι εγκαταστάσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης και προγράμματα περιπατητικής φροντίδας. Οι μονάδες υγείας έχουν εμπλακεί σε έναν ανταγωνισμό υπηρεσιών και, σε μικρότερο βαθμό, ανταγωνισμό τιμών προσπαθώντας να ξεπεράσουν τους ανταγωνιστές τους. Ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες και ο ανταγωνισμός για την εργασία έχουν συμβάλει στην αύξηση των απαιτήσεων για τη διαχείριση ανθρώπινων πόρων.

Σε όλα τα παραπάνω προστίθεται και το γεγονός ότι σε παγκόσμιο επίπεδο οι ανάγκες του πληθυσμού για υγειονομική περίθαλψη έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες και θα συνεχίσουν να αυξάνονται κατά τα επόμενα χρόνια καθώς ο πληθυσμός γερνάει. Οι ηλικιωμένοι απαιτούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας, και ως εκ τούτου, οι μονάδες υγείας θα απαιτήσουν περισσότερους εργαζομένους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης με σκοπό να φροντίζουν τον αυξανόμενο όγκο των ασθενών που εξυπηρετούνται στις εγκαταστάσεις τους. Αυτό περιπλέκεται περαιτέρω από το γεγονός ότι μεγάλο μέρος του τρέχοντος εργατικού δυναμικού της υγειονομικής

περίθαλψης πλησιάζει το ίδιο στην ηλικία συνταξιοδότησης (Burt, 2005). Έτσι, στο μέλλον, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας θα βρεθούν αντιμέτωποι με τη μείωση του εργατικού δυναμικού λόγω των συνταξιοδοτήσεων, αφενός, και τις διευρυμένες απαιτήσεις από τον πληθυσμό, αφετέρου. Το παραπάνω θέτει τις μονάδες υγείας σε μία περίπλοκη κατάσταση: χρειάζονται επιπλέον εργαζόμενοι για τη φροντίδα του αυξημένου φόρτου εργασίας των ασθενών, ενώ η προσφορά εργαζομένων σε πολλές κατηγορίες εξακολουθεί να είναι χαμηλή.

4.2. Υποστήριξη Εργατικού Δυναμικού

Οι λειτουργίες υποστήριξης των εργαζομένων περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις βασικές δραστηριότητες που αφορούν τη φροντίδα, την υποστήριξη και την ανάπτυξη των εργαζομένων για να διευκολύνουν τη μακροπρόθεσμη δέσμευσή τους στον οργανισμό. Οι βασικές λειτουργίες υπό τη διατήρηση των εργαζομένων περιλαμβάνουν σχέσεις και δέσμευση εργαζομένων, εκπαίδευση και ανάπτυξη, διαχείριση αποδοχών και παροχών, παροχή προγραμμάτων βοήθειας εργαζομένων, αξιολόγηση απόδοσης, διαχείριση εργασιακών σχέσεων, παροχή προγραμμάτων ανάπτυξης ηγεσίας και προσφορά προγραμμάτων προτάσεων εργαζομένων.

4.2.1. Σχέσεις εργαζομένων και δέσμευση με τον οργανισμό

Ο σκοπός των σχέσεων με τους εργαζομένους και των προσπαθειών δέσμευσης που συντονίζονται από το προσωπικό ανθρώπινου δυναμικού είναι ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση των αναγκών των εργαζομένων έτσι ώστε να είναι ικανοποιημένοι, να αποδίδουν σε υψηλό επίπεδο και να παραμείνουν στον οργανισμό. Όλο και περισσότερο, οι διοικήσεις μονάδων υγείας μέσα από τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού χρησιμοποιούν προγνωστικές αναλύσεις για να προσδιορίσουν τις ανάγκες των εργαζομένων τους, τους παράγοντες που οδηγούν στην ικανοποίηση των εργαζομένων τους και τους παράγοντες που οδηγούν στη διατήρηση των εργαζομένων τους στον οργανισμό (Davenport, Harris, & Shapiro, 2010). Έχει αποδειχθεί μέσω

εμπειρικής μελέτης ότι οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και φροντίδα (Angermeier, Dunford, Boss, & Boss, 2009). Ως αποτέλεσμα, συχνά διοικήσεις μονάδων υγείας έχουν αυξήσει τις προσπάθειές τους για να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες του προσωπικού, να βελτιώσουν το εργασιακό περιβάλλον και να επανασχεδιάσουν θέσεις εργασίας και διοικητικές δομές για να παρέχουν προσωπική μάθηση και επαγγελματική ανάπτυξη (Becker, Huselid, & Ulrich, 2001). Πρωτοβουλίες για την αύξηση της συμμετοχικής διαχείρισης, μέσω της μεγαλύτερης συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων από τους εργαζομένους σχετικά με πτυχές της εργασίας τους και της κοινής χρήσης οργανωτικών μετρήσεων σχετικά με την απόδοση έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την ικανοποίηση και τη δέσμευση των εργαζομένων και μειώνουν την πιθανότητα αποχώρησης από τον οργανισμό (Angermeier, , Dunford, Boss, & Boss, 2009). Επίσης, έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες για την εφαρμογή προγραμμάτων αναγνώρισης και επιβράβευσης, όπως ο υπάλληλος του μήνα, οι εκδηλώσεις εκτίμησης του προσωπικού και η μεγαλύτερη βελτίωση ανά τμήμα ή μονάδα στα μέτρα ισορροπημένης καρτέλας βαθμολογίας.

Το τμήμα ανθρώπινου δυναμικού μίας μονάδας υγείας καθορίζει σε συνεργασία με τη διοίκηση το κατάλληλο πλαίσιο σχέσης με τους εργαζομένους και συνήθως συγκροτούνται διαλειτουργικές επιτροπές για να αποτυπωθούν συγκεκριμένοι κανόνες. Οι έρευνες δέσμευσης και ικανοποίησης των εργαζομένων χρησιμοποιούνται συνήθως για την αξιολόγηση της ικανοποίησης και για να βοηθήσουν το προσωπικό ανθρώπινου δυναμικού και τα μεμονωμένα στελέχη να εντοπίσουν λειτουργικούς τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Μερικές φορές οι μονάδες υγείας προχωρούν σε συμβάσεις με εταιρείες συμβούλων για την έρευνα των εργαζομένων με ανώνυμο τρόπο, συνήθως μία φορά το χρόνο, ώστε να συλλεχθούν οι αντιλήψεις και οι προτάσεις των εργαζομένων και να αξιολογηθεί η πρόοδος στην αντιμετώπιση προηγούμενων θεμάτων.

Μια άλλη κοινή τακτική των διοικήσεων υγειονομικών μονάδων για τη μέτρηση των αντιλήψεων και της ικανοποίησης των εργαζομένων είναι μέσω των περιηγήσεων των διευθυντών, των συναντήσεων με τις ομάδες των εργαζομένων. Αυτές οι προσπάθειες μπορούν να χρησιμοποιηθούν επιπλέον των ερευνών δέσμευσης και οι οργανισμοί που ασκούν σχέσεις υψηλής συμμετοχής εργαζομένων χρησιμοποιούν αυτές τις πρόσθετες τεχνικές τακτικά. Αυτές οι μέθοδοι επιτρέπουν μεγαλύτερη σαφήνεια των ζητημάτων και των ανησυχιών των εργαζομένων μέσω του διαλόγου με έναν διευθυντή. Οι

επακόλουθες απαντήσεις στους υπαλλήλους από τους διευθυντές είναι κρίσιμες για το κλείσιμο του βρόχου σχετικά με τις ανησυχίες και τις προθέσεις της διοίκησης. Επιπλέον, η παρατήρηση των μονάδων εργασίας και η συνάντηση με τους υπαλλήλους μέσω του διαλόγου δημιουργεί μια σύνδεση μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων που σηματοδοτεί το διευθυντικό ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους και μια μεγαλύτερη αίσθηση εκ μέρους της διοίκησης ως προς τις καθημερινές εργασίες και τις προκλήσεις των εργαζομένων (Studer, 2003). Οι παρατηρήσεις καταγράφονται σε ημερολόγια ή ημερολόγια και χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό των απαραίτητων βελτιώσεων. Μερικές φορές, οι εργαζόμενοι μπορεί να αισθάνονται περιορισμένοι στη συμβολή τους και στη συζήτηση με τους διευθυντές—ιδιαίτερα τον δικό τους διευθυντή— καθώς μπορεί να θεωρούν τη συνεισφορά τους ως παράπονο. Ωστόσο, συχνά παρατηρείται ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της διοίκησης και του προσωπικού όπου η εισροή και η ανταλλαγή απόψεων και προτάσεων αποτελούν βασικό μέρος της οργανωσιακής κουλτούρας.

4.2.2. Εκπαίδευση και εξέλιξη εργατικού δυναμικού

Η εκπαίδευση και η ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού είναι εξαιρετικά σημαντικές λειτουργίες αναφορικά με τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού σε έναν οργανισμό. Πρώτον, η ανάγκη του οργανισμού για συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες αλλάζει πάντα λόγω των ραγδαίων αλλαγών που βιώνουν οι μονάδες υγείας από τις οποίες αποτελείται. Για παράδειγμα, οι μονάδες υγείας συχνά προσθέτουν νέες ιατρικές τεχνολογίες που απαιτούν διαφορετικές τεχνικές δεξιότητες των εργαζομένων. Ένα άλλο παράδειγμα πρόσθετων δεξιοτήτων που απαιτούνται είναι στον τομέα της τεχνολογίας πληροφοριών, όπου αποκτώνται νέα πληροφοριακά συστήματα υπολογιστών, ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία, βάσεις δεδομένων και ολοκληρωμένα συστήματα δεδομένων ασθενών και οικονομικών δεδομένων για τη δημιουργία, αποθήκευση και ανάκτηση πληροφοριών σε επίπεδο ασθενούς και οργάνωσης. Δεύτερον, η κατάρτιση είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού. Για παράδειγμα το κλινικό προσωπικό χρειάζεται συνεχή εκπαίδευση για την πιστοποίησή του. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο η κλινική εκπαίδευση όσο και η εκπαίδευση για μη κλινικό προσωπικό μπορεί να παρέχεται διαδικτυακά μέσω του ενδοδικτύου του οργανισμού ή του ιστότοπου τρίτου μέρους.

Το προσωπικό ανθρώπινου δυναμικού το επιτυγχάνει συνήθως μέσω αξιολογήσεων αναγκών σε επίπεδο οργανισμού ή μέσω προσδιορισμού συγκεκριμένων αναγκών κατάρτισης που γίνονται γνωστές στο προσωπικό ανθρώπινου δυναμικού από τους διευθυντές. Συνήθως, το κόστος των προγραμμάτων κατάρτισης και ανάπτυξης προβλέπεται στον προϋπολογισμό του ανθρώπινου δυναμικού (Thompson J. , *The Strategic Management of Human Resources*, 2018).

Ο στόχος οποιασδήποτε προσπάθειας εκπαίδευσης ή ανάπτυξης είναι να προσφέρει αξία στον οργανισμό επιστρέφοντας τα επιδιωκόμενα οφέλη, όπως αυξημένη παραγωγικότητα, μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, υψηλότερη ποιότητα, μεγαλύτερος συντονισμός φροντίδας και βελτιωμένη εξυπηρέτηση ασθενών ή πελατών. Ως εκ τούτου, τα προγράμματα κατάρτισης και ανάπτυξης αξιολογούνται από τους ανθρώπινους πόρους ως προς τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας για να διασφαλιστεί ότι η εκπαίδευση είναι αποτελεσματική όσον αφορά την απόδοση της επένδυσης και οι μέθοδοι εκπαίδευσης είναι κατάλληλες (Phillips, 1996). Τα προγράμματα κατάρτισης καλύπτουν μια σειρά θεμάτων, συμπεριλαμβανομένης της τεχνικής εκπαίδευσης σε προγράμματα εξοπλισμού και λογισμικού, εκπαίδευση εξυπηρέτησης πελατών και εκπαίδευση για τη βελτίωση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και των ηγετικών δεξιοτήτων, μεταξύ άλλων. Η εκπαίδευση και η ανάπτυξη ομάδων εντός των μονάδων υγείας είναι επίσης ολοένα και πιο συχνή, καθώς το προσωπικό εργάζεται συχνά σε ομάδες για να συντονίσει την παροχή φροντίδας. Η αποτελεσματικότητα των ηγετών αυτών των ομάδων έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τη μάθηση, την ανάπτυξη και την απόδοση της ομάδας (Edmondson, Bohmer , & Pisano, 2004).

4.2.3. Θεωρίες Παρακίνησης

Οι ψυχολόγοι έχουν μελετήσει εκτενώς τα ανθρώπινα κίνητρα και έχουν αντλήσει ποικίλες θεωρίες σχετικά με το τι παρακινεί τους ανθρώπους. Αυτή η ενότητα υπογραμμίζει εν συντομία τις θεωρίες κινήτρων που είναι ευρέως γνωστές στον τομέα του μάνατζμεντ. Αυτές περιλαμβάνουν θεωρίες που εστιάζουν στο ότι τα κίνητρα είναι συνάρτηση (1) των αναγκών των εργαζομένων διαφόρων τύπων, (2) των εξωγενών παραγόντων και (3) των εσωτερικών παραγόντων (Shanks & Dore, *Management and Motivation*, 2018). Οι κυριότερες από αυτές είναι οι παρακάτω:

α) Η Ιεραρχία των Αναγκών του Maslow

Ο Maslow (1954) υπέθεσε μια ιεραρχία αναγκών που εξελίσσεται από τις χαμηλότερες ανάγκες σε επίπεδο διαβίωσης στο υψηλότερο επίπεδο αυτογνωσίας και πραγματοποίησης. Μόλις εκπληρωθεί κάθε επίπεδο, η θεωρία ισχυρίζεται ότι ένα άτομο θα παρακινηθεί και θα προσπαθήσει να προχωρήσει για να ικανοποιήσει το επόμενο υψηλότερο επίπεδο ανάγκης.

Φυσιολογικές ανάγκες—συμπεριλαμβανομένης της τροφής, του νερού, της σεξουαλικής ορμής και άλλων αναγκών που σχετίζονται με την επιβίωση·

Ανάγκες ασφάλειας—συμπεριλαμβανομένης της στέγης, ενός ασφαλούς οικιακού περιβάλλοντος, της απασχόλησης, ενός υγιούς και ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος, της πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη, χρήματα και άλλες βασικές ανάγκες·

Ανάγκη του ανήκειν—συμπεριλαμβανομένης της επιθυμίας για κοινωνική επαφή και αλληλεπίδραση, φιλία, στοργή και διάφορα είδη υποστήριξης.

Ανάγκες εκτίμησης—συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης, της αναγνώρισης και του θετικού σεβασμού. Και

Ανάγκες αυτοπραγμάτωσης—συμπεριλαμβανομένης της επιθυμίας για επιτεύγματα, της προσωπικής ανάπτυξης και ανάπτυξης και της αυτονομίας.

Η μετακίνηση από το ένα επίπεδο στο άλλο ονομάστηκε πρόοδος ικανοποίησης από τον Maslow, και υποτέθηκε ότι με την πάροδο του χρόνου τα άτομα παρακινούνταν να προοδεύουν συνεχώς προς τα πάνω μέσω αυτών των επιπέδων. Αν και χρήσιμο από θεωρητική άποψη, τα περισσότερα άτομα δεν βλέπουν τις ανάγκες τους με αυτόν τον τρόπο, καθιστώντας αυτή την προσέγγιση στα κίνητρα μη ρεαλιστική.

β) Η Θεωρία του Alderfer

Οι τρεις συνιστώσες που εντόπισε ο Alderfer (1972) στη θεωρία του βασίστηκαν στη θεωρία του Maslow, αλλά πρότειναν επίσης ότι τα άτομα είχαν κίνητρα να προχωρήσουν προς τα εμπρός και προς τα πίσω μέσω των επιπέδων όσον αφορά τα κίνητρα. Μείωσε τα επίπεδα του Maslow από πέντε στα ακόλουθα τρία:

Ύπαρξη—η οποία σχετίζεται με τις δύο πρώτες ανάγκες του Maslow, συνδυάζοντας έτσι τις φυσιολογικές ανάγκες και τις ανάγκες ασφάλειας σε ένα επίπεδο.

Σχέση—η οποία αντιμετώπιζε τις ανάγκες του ανήκειν

Ανάπτυξη—η οποία αφορούσε τις δύο τελευταίες ανάγκες, συνδυάζοντας έτσι την εκτίμηση και την αυτοπραγμάτωση.

γ) Η Θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg

Ο Herzberg (2003) τροποποίησε περαιτέρω τη θεωρία των αναγκών του Maslow και την εδραίωσε σε δύο τομείς αναγκών που παρακινούσαν τους εργαζόμενους. Αυτά ονομάστηκαν:

παράγοντες υγιεινής ή διατήρησης — κίνητρα κατώτερου επιπέδου που περιλάμβαναν, για παράδειγμα, «πολιτική και διοίκηση της εταιρείας, επίβλεψη, διαπροσωπικές σχέσεις, συνθήκες εργασίας, μισθός, κατάσταση και ασφάλεια».

παράγοντες παρακίνησης — παράγοντες υψηλότερου επιπέδου που εστιάζονταν σε πτυχές της εργασίας, όπως «επίτευγμα, αναγνώριση για επιτεύγματα, η ίδια η εργασία, υπευθυνότητα και ανάπτυξη ή πρόοδος».

δ) Η Θεωρία απόκτησης αναγκών του McClelland

Η ιδέα εδώ είναι ότι οι ανάγκες αποκτώνται σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Δηλαδή, οι ανάγκες δεν είναι έμφυτες αλλά μαθαίνονται ή αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα των εμπειριών της ζωής κάποιου (McClelland, 1985). Αυτή η θεωρία εστιάζει σε τρεις τύπους αναγκών:

Ανάγκη για επίτευγμα—η οποία τονίζει τις επιθυμίες για επιτυχία, για την κατάκτηση των καθηκόντων και για την επίτευξη στόχων.

Ανάγκη για αλληλεγγύη—η οποία εστιάζει στην επιθυμία για σχέσεις και συναναστροφές με άλλους. Και

Ανάγκη για δύναμη—η οποία σχετίζεται με τις επιθυμίες για ευθύνη, έλεγχο και εξουσία επί των άλλων.

Και οι τέσσερις αυτές θεωρίες προσεγγίζουν τις ανάγκες από μια κάπως διαφορετική οπτική γωνία και βοηθούν στην κατανόηση των κινήτρων των εργαζομένων με βάση

τις ανάγκες. Ωστόσο, άλλες θεωρίες κινήτρων έχουν επίσης διατυπωθεί και απαιτούν εξέταση.

Μια άλλη προσέγγιση για την κατανόηση των κινήτρων επικεντρώνεται σε εξωτερικούς παράγοντες και τον ρόλο τους στην κατανόηση των κινήτρων των εργαζομένων. Ακολουθούν οι πιο γνωστές από αυτές τις θεωρίες.

α) Θεωρία Ενίσχυσης

Ο B. F. Skinner (1953) μελέτησε την ανθρώπινη συμπεριφορά και πρότεινε ότι τα άτομα παρακινούνται όταν οι συμπεριφορές τους ενισχύονται.

β) Θεωρίες ενδογενών παραγόντων του κίνητρου

Οι θεωρίες που βασίζονται σε εγγενείς ή ενδογενείς παράγοντες επικεντρώνονται σε εσωτερικές διαδικασίες σκέψης και αντιλήψεις για τα κίνητρα.

γ) Θεωρίες Διαχείρισης Κινήτρων

Άλλες προσεγγίσεις σχετικά με τα κίνητρα των ανθρώπων καθοδηγούνται από πτυχές της διαχείρισης, όπως η παραγωγικότητα, οι ανθρώπινοι πόροι και άλλοι παράγοντες

δ) Εξωτερικές - Εγγενείς ανταμοιβές

Υπάρχουν πολλά εξωτερικά πράγματα που μπορούν να παρέχουν οι διευθυντές που μπορεί να χρησιμεύσουν ως κίνητρα για τους υπαλλήλους να ασχοληθούν περισσότερο με έναν οργανισμό και να αυξήσουν την παραγωγικότητά τους. Αυτές περιλαμβάνουν απτές ανταμοιβές, όπως: χρήματα, παροχές, ευέλικτα χρονοδιαγράμματα, επαγγελματικές ευθύνες και καθήκοντα, προαγωγές κλπ.

Αντιθέτως, οι εγγενείς ανταμοιβές είναι εσωτερικές του ατόμου και είναι από πολλές απόψεις λιγότερο απτές. Στην πραγματικότητα, είναι εξαιρετικά υποκειμενικές καθώς αντιπροσωπεύουν το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται και αισθάνεται για την εργασία και την αξία της.

Οι εγγενείς ανταμοιβές, σε συνδυασμό με τις εξωγενείς, οδηγούν σε υψηλή προσωπική ικανοποίηση και χρησιμεύουν ως κίνητρα για τους περισσότερους υπαλλήλους.

4.2.4. Προκατάληψη στο χώρο εργασίας

Η προκατάληψη είναι ένα σύνολο απόψεων που έχουν άτομα για μέλη άλλων ομάδων. Η προκατάληψη είναι ως επί το πλείστον ψυχολογική προδιάθεση και ως εκ τούτου, δεν βασίζεται σε γεγονότα ή εμπειρία. Επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιδρούν και σκέφτονται τους άλλους ανθρώπους και μπορεί να είναι τόσο αθώο όσο τα παιδιά που επιλέγουν να μην παίζουν με παιδιά που θεωρούν διαφορετικά από τον εαυτό τους ή τόσο επιβλαβές όσο οι ενήλικες που δεν συναναστρέφονται με συγκεκριμένα άτομα επειδή τα ελληνικά δεν είναι η μητρική τους γλώσσα.

Τυπικά, η προκατάληψη μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο θεσμοθετημένων υποθέσεων, στάσεων και πρακτικών που έχει μια αόρατη επίδραση στη συστηματική πλεονεκτήματα μελών ισχυρότερων ομάδων έναντι μελών λιγότερο κυρίαρχων ομάδων. Αυτό το είδος προκατάληψης εμφανίζεται σε πολλά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Μερικά παραδείγματα περιλαμβάνουν πολιτισμικά προκατειλημμένα κριτήρια αξιολόγησης και επιλογής, πολιτισμικούς κανόνες που αποδέχονται ή επιτρέπουν τη φυλετική ή σεξουαλική παρενόχληση, χαμηλότερες προσδοκίες απόδοσης για ορισμένες ομάδες και μια συλλογική παρανόηση για μια συγκεκριμένη ομάδα που υποβιβάζει τα μέλη της ομάδας σε άδικες θέσεις. Ένα παράδειγμα του τελευταίου είναι τα στερεότυπα.

Η έννοια της «άνεσης και του κινδύνου» σχετίζεται με τη φυσική ανάγκη ενός ανθρώπου να αισθάνεται άνετα και να αποφεύγει τον κίνδυνο. Οι άνθρωποι τείνουν να προτιμούν να συνεργάζονται με άλλους από παρόμοιο υπόβαθρο, επειδή κάτι τέτοιο τους παρέχει μια ορισμένη άνεση και τους προστατεύει από έναν ορισμένο κίνδυνο. Αν και οι σχέσεις κατώτερου-ανώτερου που περιλαμβάνουν άτομα από διαφορετικά υπόβαθρα λειτουργούν αρκετά για να επιτρέψουν στους ανθρώπους να ολοκληρώσουν τη δουλειά τους, συχνά αποτυγχάνουν να οδηγήσουν σε στενούς δεσμούς που σχηματίζονται μεταξύ ενός μέντορα και ενός προστατευόμενου (Evans Sr., 2015). Η στάση που κράτησαν αρκετοί υγειονομικοί απέναντι στον υποχρεωτικό εμβολιασμό για την αντιμετώπιση του κορονοϊού δημιούργησε θέματα που σχετίζονται με τη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας έχουν ισχυρή επιρροή στη συμπεριφορά εμβολιασμού και στην αποδοχή των εμβολίων των ασθενών τους και του κοινού γενικότερα. Ωστόσο, η

αξιοποίηση της θετικής επιρροής των εργαζομένων στον τομέα της υγείας για τον εμβολιασμό κατά του COVID-19 είναι πολύπλοκη, καθώς οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ενδέχεται να αντιμετωπίσουν εμπόδια και προκλήσεις που σχετίζονται με τον εμβολιασμό των ασθενών τους και μπορεί να έχουν ανησυχίες σχετικά με τον εμβολιασμό οι ίδιοι (WHO, 2021).

Δεδομένης της συστημικής ύπαρξης προκατάληψης και του τρόπου με τον οποίο επηρεάζει τη νοοτροπία και τη συμπεριφορά των ανθρώπων στο χώρο εργασίας, η δίκαιη και ακριβής αξιολόγηση των εργαζομένων (φροντιστές, προσωπικό υποστήριξης και διευθυντές) παραμένει ένα οργανωτικό δίλημμα παρά μια καθιερωμένη πρακτική. Για παράδειγμα, η βιβλιογραφία παρέχει στοιχεία ότι οι διευθυντές δίνουν συστηματικά υψηλότερες βαθμολογίες απόδοσης σε υφισταμένους που ανήκουν στην ίδια ομάδα με αυτούς (Thomas & Gabarro, 1999).

4.3. Η σύνδεση μεταξύ της πολιτικής μακροεπίπεδου και των αποτελεσμάτων του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης

Ο στόχος του σχεδιασμού στον τομέα του εργατικού δυναμικού στην υγεία είναι να *«παρέχει στον σωστό αριθμό εργαζομένων στον τομέα της υγείας τις σωστές γνώσεις, δεξιότητες, στάσεις και προσόντα, εκτελώντας τα σωστά καθήκοντα στο σωστό μέρος τη σωστή στιγμή»* (Fraher & Morrison, 2015). Όσοι πραγματοποιούν το στρατηγικό σχεδιασμό στον τομέα της υγείας πρέπει να επιτύχουν αυτόν τον στόχο, επιτυγχάνοντας παράλληλα τον «τριπλό στόχο» της υγειονομικής περίθαλψης – του χαμηλότερου κόστους, της υψηλότερης ικανοποίησης των ασθενών και της βελτίωσης της υγείας του γενικού πληθυσμού (Berwick, Nolan, and Whittington 2008). Για να ανταποκριθούν στις αλλαγές στο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγείας στρέφονται όλο και περισσότερο στην ανάδειξη του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης ως κρίσιμο στοιχείο της οργανωτικής στρατηγικής. Από οργανωτική άποψη, η λήψη μιας στρατηγικής και

προληπτικής προσέγγισης στον σχεδιασμό του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βοηθήσει τον οργανισμό να κάνει τα εξής:

α) Να βελτιώσει την παροχή φροντίδας στους ασθενείς διασφαλίζοντας ότι ο οργανισμός διαθέτει τον σωστό αριθμό και συνδυασμό δεξιοτήτων εργαζομένων στον τομέα της υγείας που απαιτούνται για την παροχή φροντίδας στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα ποιότητας και ικανοποίησης των ασθενών και με το χαμηλότερο κόστος.

β) Να μειώσει το κόστος για τον ίδιο τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης μειώνοντας το κόστος πρόσληψης, κύκλου εργασιών και εκπαίδευσης εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Μια καλά σχεδιασμένη ομάδα εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας μπορεί να βελτιώσει την παραγωγικότητα, το ηθικό και τη διατήρηση του προσωπικού, τα οποία με τη σειρά τους αυξάνουν την αποτελεσματικότητα στη διαδικασία παροχής φροντίδας.

γ) Να βελτιώσει τη δέσμευση των εργαζομένων, κάτι που είναι ωφέλιμο επειδή οι οργανισμοί με υψηλότερα επίπεδα δέσμευσης εργαζομένων έχουν 37 τοις εκατό χαμηλότερο ποσοστό απουσιών του προσωπικού, έχουν 41 τοις εκατό λιγότερα περιστατικά ασφάλειας και είναι 21 τοις εκατό πιο παραγωγικοί και 22 τοις εκατό πιο κερδοφόροι από τους οργανισμούς με χαμηλότερα επίπεδα δέσμευσης στην απασχόληση (Gallup 2013).

δ) Επίτευξη αποτελεσματικότητας για τους εργοδότες και τα συστήματα υγείας, επειδή ο στρατηγικός και μακροπρόθεσμος σχεδιασμός του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας που συνδέεται με την αποστολή του οργανισμού οδηγεί σε καλύτερα λειτουργικά και οικονομικά αποτελέσματα ως αποτέλεσμα της καλύτερης χρήσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Οι αλλαγές πολιτικής σε μακροεπίπεδο που επηρεάζουν τον αριθμό των εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας και ως εκ τούτου επηρεάζουν τη συνολική προσφορά εργαζομένων που είναι διαθέσιμοι για εργασία. Οι κανονισμοί που διέπουν το πεδίο πρακτικής των εργαζομένων καθορίζουν τους τύπους υπηρεσιών που μπορούν να παρέχουν στους ασθενείς. Ο τρόπος με τον οποίο αμείβονται οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζει τις σταδιοδρομίες που επιλέγουν να εισέλθουν, και δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τα άτομα επιλέγουν συχνά υψηλότερα αμειβόμενες θέσεις στην

ειδική περίθαλψη αντί για χαμηλότερα αμειβόμενες θέσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Fraher & Morrison, 2015).

4.4. Εκτίμηση της Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας:

Επιδημιολογία

Για τον σκοπό της εκτίμησης του ποσού της φροντίδας που θα χρειάζονται οι ασθενείς στο μέλλον, είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι διαφορετική από την ανάγκη των ασθενών για ή τη χρήση της περίθαλψης. Το να καθοριστεί ποιες και πόσες υπηρεσίες χρειάζονται για να αντιμετωπιστεί το βάρος της ασθένειας του πληθυσμού είναι μια υποκειμενική και δύσκολη διαδικασία που απαιτεί τον καθορισμό των σωστών ερωτήσεων. Η εκτίμηση της ζήτησης είναι περίπλοκη και οι κύριοι παράγοντες είναι (1) η δημογραφία. (2) επιδημιολογία. (3) μοντέλα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της τεχνολογίας. και (4) οικονομικούς παράγοντες.

Σχετικά με τον παράγοντα της επιδημιολογίας, καθόσον η με την εν λόγω έρευνα εξετάζονται οι επιπτώσεις της πανδημίας του COVID – 19, τα μοντέλα ζήτησης υγειονομικής περίθαλψης πρέπει επίσης να λαμβάνουν υπόψη τον επιπολασμό παραγόντων κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα, ο διαβήτης, η υπέρταση και άλλοι παράγοντες που είναι γνωστό ότι αυξάνουν τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι προβλέψεις για το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας προσπαθούν να εξηγήσουν πώς οι αλλαγές που ενδέχεται να συμβούν στην κατανομή αυτών των παραγόντων κινδύνου στον πληθυσμό θα επηρεάσουν τη μελλοντική ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η εκτίμηση αυτών των ποσοστών μπορεί να είναι δύσκολη επειδή είναι δύσκολο να προσδιοριστεί πώς ο αυξανόμενος επιπολασμός ορισμένων παθήσεων (π.χ. αυξημένη χρόνια νόσος στους ηλικιωμένους) μπορεί να αντισταθμιστεί από τη μείωση σε άλλες (π.χ. μείωση των ποσοστών καπνιστών).

Στην περίπτωση της τελευταίας πανδημίας οι επιδημιολόγοι και οι στατιστικολόγοι έχουν κληθεί να παίξουν ηγετικό ρόλο στην απόκριση του COVID-19 μαζί με εργαστηριακά και κλινικά επαγγέλματα—2 ομάδες που παρουσίασαν μικρή έως καθόλου ανάπτυξη εργατικού δυναμικού τα προηγούμενα χρόνια (Carlin, Ensign , &

Person, 2021). Η πανδημία επίσης αύξησε τη ζήτηση συγκεκριμένου νοσηλευτικού προσωπικού σε μονάδες υγείας το οποίο είχε την ικανότητα να διαχειριστεί ασθενείς σε μονάδες εντατικές θεραπείας. Το γεγονός αυτό ήταν ένα ζήτημα για την διαχείριση ανθρωπίνων πόρων και έπρεπε να γίνει η επεξεργασία αποτελεσματικών λύσεων ώστε να ξεπεραστούν οι ανάγκες που έφερε η πανδημία σε εύλογο χρονικό διάστημα και χωρίς μεγάλο κόστος.

4.5. Η επίδραση του ανθρώπινου δυναμικού στη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας

Κατά την εξέταση των παγκόσμιων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, είναι χρήσιμο και σημαντικό να διερευνηθεί ο αντίκτυπος των ανθρωπίνων πόρων στη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας. Ενώ η συγκεκριμένη διαδικασία μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης ποικίλλει ανά χώρα, μπορούν να εντοπιστούν ορισμένες τάσεις. Τρεις από τις κύριες τάσεις περιλαμβάνουν στόχους αποτελεσματικότητας, ισότητας και ποιότητας.

Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες πρωτοβουλίες πάνω στη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού σε μια προσπάθεια να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα που παρέχουν οι υγειονομικές μονάδες. Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών έχει χρησιμοποιηθεί για τη μετατροπή των πάγιων δαπανών εργασίας σε μεταβλητό κόστος ως μέσο βελτίωσης της αποτελεσματικότητας. Η σύναψη συμβάσεων, οι συμβάσεις εκτέλεσης και οι εσωτερικές συμβάσεις αποτελούν επίσης παραδείγματα μέτρων που χρησιμοποιούνται σε παγκόσμιο επίπεδο.

Πολλές πρωτοβουλίες ανθρώπινου δυναμικού για τη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας περιλαμβάνουν επίσης προσπάθειες για αύξηση της ισότητας ή της δικαιοσύνης. Οι στρατηγικές που στοχεύουν στην προώθηση της ισότητας σε σχέση με τις ανάγκες απαιτούν πιο συστηματικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Ορισμένες από αυτές τις στρατηγικές περιλαμβάνουν την εισαγωγή μηχανισμών οικονομικής προστασίας, τη στόχευση συγκεκριμένων αναγκών και ομάδων και υπηρεσίες αναδιάρθρωσης.

Η διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού στην περίπτωση της μεταρρύθμισης του τομέα της υγείας επιδιώκει επίσης να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών και την

ικανοποίηση των ασθενών. Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ορίζεται γενικά με δύο τρόπους: την τεχνική ποιότητα και την κοινωνικοπολιτισμική ποιότητα. Η τεχνική ποιότητα αναφέρεται στον αντίκτυπο που μπορούν να έχουν οι διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας στις συνθήκες υγείας ενός πληθυσμού. Η κοινωνικοπολιτισμική ποιότητα μετρά τον βαθμό αποδοχής των υπηρεσιών και την ικανότητα ικανοποίησης των προσδοκιών των ασθενών (Kabene , Orchard, Howard, Soriano, & Leduc, 2006).

Κεφάλαιο 5

Τα προβλήματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε καθημερινή βάση αντιμετωπίζει έναν μεγάλο αριθμό κινδύνων – προβλημάτων όπου επηρεάζουν προσωπική του υγεία και ευημερία. Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζουν δεκατέσσερις κατηγορίες πηγών κινδύνων όπου θα αναλυθούν στην πιο κάτω ενότητα (Gorman, et al., 2013).

5.1. Διαχρονικά Προβλήματα

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν φροντίδα και υπηρεσίες σε ασθενείς είτε άμεσα ως γιατροί και νοσηλευτές είτε έμμεσα ως βοηθοί, τεχνικοί, βοηθοί ή χειριστές ιατρικών απορριμμάτων. Πολλά έχουν μελετηθεί και γραφτεί για την ευημερία και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών και έχουν γίνει μεγάλα βήματα στην αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών, αλλά ελάχιστη προσοχή έχει επικεντρωθεί στην ευημερία των εργαζομένων και ειδικότερα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Ο Γαληνός ο Έλληνας γιατρός (130-200 μ.Χ.) είχε πει: «Ο γιατρός δύσκολα θα θεωρηθεί πολύ προσεκτικός για την υγεία των ασθενών του αν παραμελήσει τη δική του». Στην πραγματικότητα, πολλοί γιατροί

έχουν χάσει την προσωπική τους υγεία και ευημερία, ενώ αντιμετωπίζουν το άγχος του αυξημένου φόρτου εργασίας, της ταχέως διευρυνόμενης βάσης γνώσεων, της εισαγωγής νέων υγειονομικών κανονισμών, και του τρόπου με τον οποίο ισορροπούν την προσωπική και επαγγελματική τους ζωή.

Επιπλέον, η σύγχρονη τεχνολογία έχει κάνει την υγειονομική περίθαλψη πολύ περίπλοκη και με πολλούς κινδύνους. Το είδος των κινδύνων που αντιμετωπίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι φυσικοί, χημικοί, βιολογικοί, η έκθεση σε ακτινοβολία, αναπαραγωγική υγεία, στρες, ψυχιατρικές διαταραχές, βία από ασθενείς. Από έρευνες που έχουν διεξαχθεί οι τραυματισμοί από βελόνα, η έκθεση σε ακτινοβολία, η βία, οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι αυτοκτονίες είναι κοινά προβλήματα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όπως φαίνεται από τον κάτωθι πίνακα.

Πίνακας «3»

Η συχνότητα των κινδύνων για την υγεία των εργαζομένων στην εργασία

Πηγή: (Gorman, et al., 2013)

Εμπειρίες Υγείας Συχνότητα (n=200) (%)	
Βιολογικοί κίνδυνοι	79 (39,5)
Αιχμηρά τραύματα	43 (21,5)
Κοψίματα και πληγές	34 (17)
Άμεση επαφή με μολυσμένα δείγματα	21 (10,5)
Αερομεταφερόμενες ασθένειες	18 (9)
Λοιμώδη νοσήματα ή/και λοιμώξεις	15 (7,5)
Άλλα (αιματογενή παθογόνα, ασθένειες που μεταδίδονται με φορείς	15 (7,5)
Μη βιολογικοί κίνδυνοι	63 (31,5)
Άγχος	43 (21,5)
Σωματική, ψυχολογική, κοινωνική ή/και σεξουαλική κακοποίηση	21 (10,5)
Μυοσκελετικές κακώσεις	21 (10,5)
Πτώσεις	12 (6)
Κατάγματα	10 (5)
Άλλα (χημικές διαρροές, θόρυβος, εγκαύματα και ακτινοβολία)	20 (10)

5.1.2. Φυσικοί κίνδυνοι

Οι σοβαροί σωματικοί τραυματισμοί του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι κυρίως οι μυοσκελετικές διαταραχές που παρατηρούνται υψηλότερα στους νοσηλευτές. Αυτό συμβαίνει λόγω χειρισμού ασθενών, τοποθέτησης, ανύψωσης, στρώσης κρεβατιού σε εξαιρετικά άβολες στάσεις, μεταφοράς σε κρεβάτι, καρέκλα, τουαλέτα, για διαγνωστικά και θεραπεία. Αυτά τα προβλήματα επιδεινώνονται από τον αυξανόμενο αριθμό παχύσαρκων ασθενών. Οι ώμοι, η μέση, οι μύες της γάμπας και οι μύες των χεριών είναι τα μέρη του σώματος που επηρεάζονται περισσότερο. Μια μελέτη αποκάλυψε ότι οι μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την ειδικότητα επηρεάζουν κυρίως τους επαγγελματίες οδοντιάτρους σε πολύ πρώιμο στάδιο της σταδιοδρομίας τους (Mohanty, Kabi, & Mohant, 2019).

5.1.3. Χημικοί – Βιολογικοί Κίνδυνοι

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκτεθειμένο σε διάφορους χημικούς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων των καθαριστικών που χρησιμοποιούνται για την καθαριότητα σε όλο το νοσοκομείο και τους χώρους αναμονής. Οι κύριες οδοί έκθεσης σε καθαριστικά μέσα είναι η εισπνοή σταγονιδίων, ατμών και η έκθεση στο δέρμα. Μερικές από αυτές τις χημικές ουσίες είναι το οξείδιο του αιθυλενίου, η φορμαλδεΐδη, η γλουτεραλδεΐδη, ο μεθακρυλικός μεθυλεστέρας, τα αέρια υποπροϊόντα, το λατέξ, αμμωνία και ο υδράργυρος (Mohanty et al., 2019). Όλες αυτές οι χημικές ουσίες οδηγούν σε ερεθισμό των ματιών, των αναπνευστικών οδών (προκαλώντας πονόλαιμο, βήχα και ρινικό ερεθισμό) και η παρατεταμένη έκθεση μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονίτιδα, υπερευαισθησία και άσθμα. Η άμεση επαφή με το δέρμα μπορεί να προκαλέσει φαγούρα, κάψιμο, ερυθρότητα, πρήξιμο και σκάσιμο. Ο χειρισμός πολλών φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των αντινεοπλασματικών και άλλων φαρμάκων, είναι επικίνδυνος καθώς μπορεί να προκαλέσει δερματικά εξανθήματα και καρκίνο. Συναφώς, σχετικά με τους βιολογικούς κινδύνους οι κύριες οδοί προσβολής είναι η άμεση επαφή, τα σταγονίδια και η αερομεταφερόμενη. Οι ιοί της γρίπης, της ιλαράς, του ρινοϊού, της ανεμευλογιάς και του SARS μπορούν όλοι να μεταδοθούν σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης μέσω της αερομεταφερόμενης οδού.

5.1.4. Κίνδυνοι ακτινοβολίας

Η ιονίζουσα ακτινοβολία από μηχανήματα ακτίνων X, ακτινοσκόπια και αξονική τομογραφία που χρησιμοποιούνται για διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες, διαδικασίες καθοδήγησης με εικόνα, καρδιακό καθετηριασμό, αγγειογραφήματα, διαχείριση πόνου και άλλες είναι επικίνδυνες. Η μη ιονίζουσα ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία έχει λιγότερη ενέργεια και, ως εκ τούτου, δεν είναι αρκετά ισχυρή ώστε να προκαλέσει ιονισμό (ή απομάκρυνση ηλεκτρονίων) των μορίων.

5.1.5. Βία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η βία στο χώρο εργασίας, ένα φαινόμενο που επηρεάζει κάθε χώρα, κάθε χώρο εργασίας και κάθε επαγγελματική ομάδα, είναι τόσο κοινό πρόβλημα που μπορεί να χαρακτηριστεί ως επιδημία. Σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να πέσουν θύματα βίας. Η βία στο χώρο εργασίας είναι ένας από τους πιο περίπλοκους και επικίνδυνους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι βοηθοί. Στην υγειονομική περίθαλψη, υπάρχει αυξημένη αναμονή για βία λόγω πολλών παραγόντων, ενός πληθυσμού ασθενών ιδιαίτερα υπό την επήρεια τοξικών ουσιών όπως ναρκωτικών και αλκοόλ, μεταβολικών διαταραχών, τραύματος, ψύχωσης ή διαταραχών προσωπικότητας⁵. Μπορεί επίσης να οφείλεται σε αυξημένα επίπεδα άγχους σε ασθενείς και συγγενείς, πολλές ώρες αναμονής, απεριόριστη πρόσβαση επισκεπτών, συνωστισμό και ούτω καθεξής. Η βία στο χώρο εργασίας μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και στους ασθενείς.

5.1.6. Εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πρόβλημα που δεν αναγνωρίζεται και δεν αναφέρεται ελάχιστα, το οποίο χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση ψυχικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης αίσθησης προσωπικής ολοκλήρωσης. Επηρεάζει περισσότερο από το 60% του ιατρονοσηλευτικού

⁵ <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>

προσωπικού. Εάν δεν αναγνωριστεί, το κόστος για τον γιατρό και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι τεράστιο επειδή η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών, διαζυγίων, αυτοκτονιών, ιατρικών λαθών και φθοράς. Εάν αναγνωριστεί σωστά, είναι διαθέσιμες οι κατάλληλες θεραπείες. Μέχρι πρόσφατα, οι περισσότερες πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης των γιατρών επικεντρώνονταν στη βελτίωση της ανθεκτικότητας των μεμονωμένων γιατρών. Αυτά τα μέτρα είναι απαραίτητα αλλά ανεπαρκή. Είναι πλέον αναγνωρισμένο ότι οι οργανισμοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση, την πρόληψη και τον μετριασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των γιατρών.

Η εξουθένωση πρέπει να αντιμετωπιστεί με οργανωτική αλλαγή. Οι γιατροί μπορούν να μειώσουν την εξουθένωση με τη χρήση τεχνικών ενσυνειδητότητας και διαχείρισης του άγχους. Πέρα από το επίπεδο του μεμονωμένου ιατρού, οι διοικήσεις της των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αναγνωρίζουν τα οφέλη της υποστήριξης της ευημερίας του γιατρού και να κάνουν την ιατρική μια ανταποδοτική και υγιή εμπειρία (Martin , 2018).

5.1.7. Ψυχική υγεία, αυτοκτονίες, κατάχρηση ουσιών

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει υψηλά επίπεδα στρες στο χώρο εργασίας, εξουθένωση και άλλες ψυχικές ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία. Μια μελέτη έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε το υψηλότερο επίπεδο ψυχικής ασθένειας «σχετιζόμενη με την εργασία». Η νοσηλευτική είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο επάγγελμα. Όταν είναι στη δουλειά είτε είναι γεμάτοι είτε όχι, και επομένως είναι αρκετά δύσκολο να λειτουργήσουν σωστά αν όχι καλά. Μια μελέτη για την αυτοκτονία στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει ότι η πιο κοινή μέθοδος ήταν η αυτοδηλητηρίαση, συχνά με φάρμακα που λαμβάνονται από την εργασία και οι αναισθησιολόγοι διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο σε πολλούς θανάτους από αυτοκτονία. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να κινδυνεύει από κατάχρηση ουσιών, εν μέρει λόγω της σχετικά εύκολης πρόσβασης και της τάσης για αυτοθεραπεία. Υπάρχουν υψηλά ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών μεταξύ των γιατρών, με αναδυόμενες ενδείξεις για παρόμοια προβλήματα μεταξύ άλλων. Ειδικά γιατροί και νοσηλευτές διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια όταν υποφέρουν από συμπτώματα

ψυχικής διαταραχής λόγω της επαγγελματικής προόδου. Στην περίπτωση της ψυχικής διαταραχής, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ανησυχίες για την εμπιστευτικότητα είναι ένα από τα κύρια εμπόδια που εμποδίζουν τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να αναζητήσουν βοήθεια (Mohanty, Kabi, & Mohant, 2019).

5.2. Η πανδημία του COVID – 19 και επίδρασή της στη διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού των υγειονομικών μονάδων

Η πανδημία του COVID – 19 ξεκίνησε στην Κίνα και εκεί υπήρξε πρώτη προσπάθεια διαχείρισή της. Αρχικά, η Κίνα έλαβε όλα τα απαραίτητα μέτρα, απαγορεύοντας στους Κινέζους πολίτες να καταναλώνουν άγρια ζώα και εν τω μεταξύ, ανακοίνωσε την προσωρινή απαγόρευση της εμπορίας άγριων ζώων ως μέρος των μέτρων που έλαβε για τον περιορισμό της εξάπλωσης του νέου κορωνοϊού, ο οποίος κυκλοφόρησε από μια αγορά όπου τέτοια ζώα πουλήθηκαν. Από αυτά που γνωρίζουμε για τον ιό, το SARS-Cov-2 εξαπλώνεται κυρίως μέσω στενής επαφής με προσβεβλημένα άτομα ή μέσω σταγονιδίων του αναπνευστικού μετά από βήχα ή φταρνίσματα ενός μολυσμένου ατόμου. Ο ιός μπορεί να επιβιώσει για σχετικά μεγάλες περιόδους στις επιφάνειες. Ο COVID-19 έχει αποδειχθεί ότι εξαπλώνεται στους ανθρώπους μετά από στενή επαφή. Το Υπουργείο Υγείας της Κίνας για το λόγο αυτό συνέστησε πλύσιμο των χεριών με τυπικό σαπούνι και νερό ή απολυμαντικό χεριών που περιέχει τουλάχιστον 60% αλκοόλ και καθαρισμό επιφανειών με απορρυπαντικά ή κοινά απολυμαντικά (διάλυμα χλωρίνης ή επίσης χρήση αλκοολούχου διαλύματος 70%). Η στενή επαφή εξακολουθεί να είναι ο κύριος τρόπος με τον οποίο εξαπλώνεται αυτή η ασθένεια. Αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι σε στρατηγικό επίπεδο, η διαχείριση της πανδημίας αφορούσε ως επί το πλείστον στο περιβάλλον έξω από τις υγειονομικές μονάδες.

Σε δεύτερο στάδιο όμως, η επαφή που υπάρχει μεταξύ του ασθενούς και των ατόμων που τον φροντίζουν ή η παραμονή στον ίδιο χώρο με τον ασθενή κατά τη φάση της μόλυνσης είναι το κρίσιμο σημείο το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με εισαγωγή νέων πρωτοκόλλων. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μετάδοσης του ιού από ασθενείς στο νοσηλευτικό προσωπικό και ακόμη διερευνώνται περιπτώσεις μετάδοσης από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ο ΠΟΥ υπογραμμίζει ότι όλοι οι άνθρωποι (υγιείς ή μη) πρέπει

να προστατεύονται από τη μόλυνση από τον COVID-19 προκειμένου να προστατεύσουν ολόκληρο τον πληθυσμό μέσω των κανόνων της «Ορθολογικής χρήσης ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού για τη νόσο του κορωνοϊού 2019 (COVID-19)». Πράγματι, οι περιφερειακές πολιτικές και τα μέσα ενημέρωσης σε κάθε χώρα συνιστούν τις μέγιστες προφυλάξεις και τονίζουν τη σημασία για όλες τις κοινότητες να προστατεύουν τον εαυτό τους και τους άλλους με τη χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (γάντια και ιατρικές μάσκες) ως μέτρα πρόληψης για τον περιορισμό της εξάπλωσης και την αποφυγή συσσωματώσεων ανθρώπων και πολυσύχναστους χώρους, διατηρώντας απόσταση τουλάχιστον ενός μέτρου από οποιοδήποτε άτομο. Υπήρξαν αυστηρά μέτρα κοινωνικής απομόνωσης και ο αποκλεισμός της δημόσιας κυκλοφορίας υποχρεωτικά σε όλο τον κόσμο για την αποφυγή ανθρώπινης επαφής και συνεπώς της εξάπλωσης του ιού (Charitos, και συν., 2020). Το γεγονός αυτό συνιστά την έναρξη της διαχείρισης της πανδημίας εντός των υγειονομικών μονάδων μέσα από την υιοθέτηση νέων πρωτοκόλλων τα οποία καλείται να εφαρμόσει τόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και οι ασθενείς.

Σχετικά με αυτό, τον Φεβρουάριο του 2020, η Ολλανδία έλαβε μέτρα επίσης για την αντιμετώπιση του COVID-19. Η εθνική ομάδα διαχείρισης επιδημιών της Ολλανδίας (DNEM) συναντήθηκε τον Μάρτιο για να συζητήσει τους περιορισμούς και να κατανοήσει την εξάπλωση σε ολόκληρη τη χώρα. Η στρατηγική ήταν η πρόληψη και η διαχείριση μιας υποθετικής κοινοτικής λοίμωξης: χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία διαφορετικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας από τα κύρια νοσοκομεία για την κατανομή πρόσθετων επαγγελματιών σε συγκεκριμένες περιοχές της χώρας. Η Ολλανδία πραγματοποίησε μια ταχεία διήμερη μελέτη σε εννέα νοσοκομεία για να παρατηρήσει την υγεία των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτές τις περιοχές της χώρας, ειδοποιώντας τις τοπικές αρχές όταν εμφάνιζαν ήπια αναπνευστικά συμπτώματα. Ζητήθηκε από τα νοσοκομεία να παρέχουν το τεστ προσυμπτωματικού ελέγχου στους χειριστές. Χάρη σε αυτά τα δεδομένα, οι περιφερειακές αρχές αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν περιοριστικά μέτρα για να περιορίσουν τη μόλυνση σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Από αυτές τις δύο περιπτώσεις, της Ιταλίας και της Ολλανδίας, είναι σαφές πώς η διαχείριση κινδύνου των πανδημιών έχει προστατεύσει τις ευρωπαϊκές χώρες από μια πιο σοβαρή διάδοση της μόλυνσης. Τα επαρκή μέτρα περιορισμού, ανάλογα με την εξέλιξη της επιδημιολογικής κατάστασης, με βάση τα σχέδια πανδημίας που έχουν εκπονηθεί σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ, έχουν

αποτρέψει απρόβλεπτους κινδύνους για την υγεία και έχουν συντονίσει την εθνική ανταπόκριση στην επείγουσα ιατρική κατάσταση (Fusco, Dicuonzo, Dell'Atti, & Tatullo, 2020).

Το παράδειγμα της Ολλανδίας ακολούθησαν και άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό συνιστά μία διαχείριση της υγειονομικής κατάστασης βάσει στοιχείων. Δηλαδή, εξάγεται το συμπέρασμα ότι στην πρώτη φάση της πανδημίας στις περισσότερες περιπτώσεις η διοίκηση των οργανισμών υγείας για να αντιμετωπίσει την ταχέως εξελισσόμενη κατάσταση και να λάβει τα ανάλογα μέτρα κατευθύνθηκε όχι σε παραδοσιακά μοντέλα διοίκησης αλλά σε διαχείριση βάσει στοιχείων μέσα από άμεσες έρευνες που έγιναν για το σκοπό αυτό. Σε σχέση με τη διαχείριση του προσωπικού των υγειονομικών μονάδων, αυτό σήμανε την αύξηση της ζήτησης σε συγκεκριμένες ειδικότητες και όπου αυτό δεν ήταν δυνατό, στην αναζήτηση επικαιροποιημένης πληροφορίας μέσα από έρευνες που έγιναν σε άλλα μέρη ή από διεθνείς οργανισμούς ώστε να είναι δυνατή η λήψη των καταλληλότερων αποφάσεων που θα προστάτευαν το υγειονομικό προσωπικό.

5.3. Προβλήματα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που ανέδειξε η πανδημία του COVID – 19

5.3.1. Εργασιακό Άγχος

Υπάρχουν συγκεκριμένες πηγές άγχους για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας που θεραπεύουν ασθενείς με τον ιό COVID-19. Αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες περιλαμβάνουν τα κάτωθι (National Center for PTSD, March 2020):

α) Ανάγκη λήψης αυστηρών μέτρων βιοασφάλειας.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που καλούνται να βοηθήσουν ή να θεραπεύσουν άτομα με COVID-19 μπορεί να βιώσουν άγχος που σχετίζεται με:

- φυσική καταπόνηση του προστατευτικού εξοπλισμού (αφυδάτωση, θερμότητα, εξάντληση).

- φυσική απομόνωση (περιορισμοί στο άγγιγμα άλλων, ακόμη και μετά τις ώρες εργασίας).
- συνεχής ευαισθητοποίηση και επαγρύπνηση σχετικά με τις διαδικασίες ελέγχου των λοιμώξεων.
- πιέσεις σχετικά με τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν (έλλειψη αυθορμητισμού) Κίνδυνος μετάδοσης της νόσου.

β) Ο έλεγχος των λοιμώξεων είναι μια σημαντική ανησυχία που μπορεί να επιδεινωθεί από:

- Συχνά συμπτώματα γρίπης και κρυολογήματος που μπερδεύονται με COVID-19.
- η εκτεταμένη περίοδος επώασης χωρίς συμπτώματα του COVID-19.
- σχετικά υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε σύγκριση με τη γρίπη.
- η ένταση μεταξύ των προτεραιοτήτων της δημόσιας υγείας και των επιθυμιών των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με την καραντίνα.

γ) Πολλαπλές ιατρικές και προσωπικές απαιτήσεις Η πολυπλοκότητα της απόκρισης στον COVID-19 μπορεί να οδηγήσει σε αντικρουόμενες προσωπικές και επαγγελματικές απαιτήσεις, όπως:

- Ο συνεχής καθημερινός φόρτος εργασίας απαιτεί ανταγωνισμό με τα μέτρα προετοιμασίας και θεραπείας για τον COVID-19.
- ανάγκη διατήρησης υψηλών προτύπων ενόψει ενός γεγονότος χαμηλής συχνότητας εντός του οποίου οι επίσημες συστάσεις και οι πολιτικές αλλάζουν τακτικά.
- πιθανός χωρισμός και ανησυχία για μέλη της οικογένειας.
- φόβοι για μόλυνση και επακόλουθες συνέπειες για τον εαυτό, τους ασθενείς και την οικογένεια.
- εσωτερική σύγκρουση για ανταγωνιστικές ανάγκες και απαιτήσεις.

5.3.2. Ηθικά Διλήμματα

Η άνευ προηγουμένου πρόκληση που αντιπροσωπεύει ο COVID-19 έχει φέρει νέα και δραματικά ηθικά διλήμματα, που κυμαίνονται από ζητήματα πολιτικής (π.χ. εστίαση στον περιορισμό και τον μετριασμό έναντι της ανοσίας της αγέλης), καθώς και κλινικά διλήμματα (π.χ. λαμβάνοντας υπόψη όλους τους ασθενείς με τον ίδιο τρόπο έναντι των ασθενών που αξιολογούν ανάλογα με την ηλικία, συννοσηρότητες και αναμενόμενη πρόγνωση, παρόμοια με άλλες καταστροφικές περιστάσεις). Η στενή αλληλεπίδραση μεταξύ υποστηρικτών ασθενών, κυβερνητικών αξιωματούχων και ρυθμιστικών αρχών, καθώς και ομάδων ιατρών, διοικητών νοσοκομείων και άλλων κοινωνικών ηγετών θα είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση αυτών των ηθικών προκλήσεων (Driggin & Madhavan, 2020).

5.3.3. Ανάγκη για εκπαίδευση

Οι πληροφορίες σχετικά με τα πιο ενημερωμένα στοιχεία σχετικά με τη διαχείριση και τη θεραπεία ασθενών με COVID-19 πρέπει να διαδίδονται ευρέως και πρέπει να παρέχονται σε ενδεικτικές μορφές (π.χ. infographics) που βελτιώνουν τη γνώση και την κατανόηση του κοινού. Η ελεύθερη ροή επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και των νοσοκομείων είναι πρωταρχικής σημασίας για την αποτελεσματική καταπολέμηση της πανδημίας. Η περίθαλψη ασθενών με COVID-19 απαιτεί την τεχνογνωσία πολλών εξειδικευμένων υπηρεσιών, όπως η πνευμονολογία, οι λοιμώδεις νόσοι, η καρδιολογία, η χειρουργική επέμβαση, η φαρμακευτική και η διαχείριση νοσοκομείων μεταξύ άλλων. Οι βέλτιστες στρατηγικές ελέγχου λοιμώξεων και θεραπείας για τον COVID-19 πρέπει να κοινοποιούνται σε ολόκληρη την κοινότητα υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για την παροχή σαφών και σαφών πληροφοριών στους ασθενείς και τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων, καταπολεμώντας μύθους και ψευδείς ειδήσεις που μπορεί να προκαλέσουν πανικό ή ψευδή αισιοδοξία. Καθώς η δεξαμενή των στοιχείων γύρω από τον COVID-19 και τη διαχείρισή του εξελίσσεται σε καθημερινή βάση, η διάδοση ακριβών πληροφοριών πρέπει να πραγματοποιείται σε πραγματικό χρόνο (Driggin & Madhavan, 2020). Αυτό συνεπάγεται περισσότερη και εντατικότερη εκπαίδευση για ένα μεγάλο μέρος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

5.3.4. Ψυχολογικές Επιπτώσεις

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 έχουν ήδη εντοπιστεί σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας στην επαρχία Γουχάν της Κίνας, το επίκεντρο της πανδημίας. Ήδη από τον Ιανουάριο του 2020, εντοπίστηκε υψηλός επιπολασμός συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και συνδυασμού κατάθλιψης και άγχους (48,3%, 22,6% και 19,4%, αντίστοιχα), από μια διαδικτυακή έρευνα σε 5.000 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Η αυξημένη έκθεση στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αναγνωρίστηκε ως πιθανός παράγοντας επιδείνωσης των συμπτωμάτων της διαταραχής της διάθεσης¹. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η σοβαρή κατάθλιψη ήταν πιο συχνή στους νοσηλευτές σε σύγκριση με τους γιατρούς και ότι το άγχος ήταν υψηλότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Αν και ο επιπολασμός της αϋπνίας ήταν συνολικά χαμηλός, ελαφρώς περισσότεροι εργαζόμενοι πρώτης γραμμής από τους εργαζόμενους δεύτερης γραμμής (10,5 έναντι 4,0%, $p < .001$) είχαν μέτρια σοβαρή αϋπνία στον Δείκτη Σοβαρότητας Αϋπνίας. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στο Ομάν, όπου έως και το 30% των γιατρών και των νοσοκόμων που θέραπευαν ασθενείς με COVID-19 παρουσίασαν μέτριο έως σοβαρό άγχος. Αυτά τα ευρήματα, σε συνδυασμό με τις γνωστές σχέσεις μεταξύ ύπνου, διαταραχών διάθεσης και στρες υπογραμμίζουν ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση των αλλαγών ύπνου και διάθεσης στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Μέχρι σήμερα, οι ΗΠΑ έχουν την υψηλότερη επιβάρυνση κρουσμάτων και από ό,τι γνωρίζουμε, οι επιπτώσεις της ψυχικής υγείας σε αυτόν τον πληθυσμό δεν έχουν ακόμη αξιολογηθεί (Congoy, και συν., 2020).

5.3.5. Υπερέκθεση σε Κινδύνους – Ευαλωτότητα

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης – και, μάλιστα, οι ασθενείς που εισάγονται σε μια υγειονομική μονάδα για άλλους λόγους – είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη μόλυνση από «συμβάντα υπερ-εξάπλωσης». Σε μια περίπτωση στη Γουχάν της Κίνας εμφανίστηκε ένα μεγάλο σύμπλεγμα λοιμώξεων σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και σε ασθενείς. Αυτές οι λοιμώξεις εντοπίστηκαν σε ασθενή με κοιλιακά συμπτώματα που είχε εισαχθεί στο χειρουργικό τμήμα. Ο εντοπισμός και ο

έλεγχος γεγονότων υπερ-εξάπλωσης μέσα στα νοσοκομεία απαιτεί πόρους. Οι κίνδυνοι μόλυνσης από COVID - 19 μπορεί να είναι υψηλότεροι μεταξύ των επαγγελματιών που εργάζονται σε στενή φυσική εγγύτητα με ασθενείς, όπως οφθαλμίατροι και οδοντίατροι. Επιπλέον, ορισμένες διαδικασίες, όπως ο μη επεμβατικός αερισμός, ο ρινικός σωληνίσκος υψηλής ροής και ο αερισμός με σακούλα με μάσκα μπορεί να δημιουργήσουν υψηλότερους όγκους αερολύματος, αλλά να αποτελούν βασικές μεθόδους θεραπείας σε περιβάλλοντα χωρίς μηχανικούς αναπνευστήρες. Οι κίνδυνοι μόλυνσης των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να μετριαστούν με τις κατάλληλες προφυλάξεις στις εγκαταστάσεις υγείας. Κατά κύριο λόγο, αυτό περιλαμβάνει τη χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού που περιλαμβάνει φόρεμα, γάντια, μάσκα προσώπου και ασπίδα προσώπου ή γυαλιά. Η προσεκτική τοποθέτηση και αφαίρεση αυτού του εξοπλισμού παραμένει βασική άμυνα, αλλά απαιτεί σημαντική εκπαίδευση και επίβλεψη (Chersich, et al., 2020).

Η πρώτη αναφορά σχετικά με τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας και τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου μεταξύ των υγειονομικών ασθενών πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με εκθέσεις που προέρχονται από την Κίνα, επιβεβαιώνοντας ένα σημαντικό ποσοστό ζητημάτων ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα μεταξύ των νεαρών γυναικών και των υγειονομικών προσώπων πρώτης γραμμής (Rossi , Socci, Pacitti , Di Lorenzo, & Di Marco,, 2020). Σε πολλές περιπτώσεις, οι υγειονομικοί πόροι θα φθάσουν στο όριο χρήσης λόγω μιας επιδημίας/ μολυσματικής νόσου και, όπως έχουμε ήδη δει στο COVID-19, πρέπει να ληφθούν δύσκολες αποφάσεις σχετικά με το ποιος είναι κατάλληλος για επεμβατικές θεραπείες, όπως η υποστήριξη της ζωής ενός ασθενούς και η μη υποστήριξη ενός άλλου. Αυτές οι αποφάσεις θεραπείας σε ορισμένες περιπτώσεις θα διαφέρουν από τις αποφάσεις που θα μπορούσαν να είχαν ληφθεί εάν η ασθένεια δεν ήταν τόσο μολυσματική ή οι πόροι ήταν μεγαλύτεροι. Η σοβαρότητα της κατάστασης είναι καλά κατανοητή από τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας, λιγότερο από το κοινό, και αυτό μπορεί να κάνει την κατάσταση πιο δύσκολη μεταφέροντας δυσανάλογο βάρος ευθύνης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες απαντήσεις σε περιόδους κρίσης, και είναι χρήσιμο για το υγειονομικό προσωπικό να κατανοήσει τη μεταβλητότητα των απαντήσεων και ότι αυτές θα κυμαίνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλές αντιδράσεις του προσωπικού θα εξακολουθούν να είναι εντός

αυτού που θεωρείται «φυσιολογική αντίδραση» και σε πολλές περιπτώσεις δεν θα συνιστούν παθολογία ψυχικής υγείας. Έχουν ήδη προκύψει ανησυχίες σχετικά με αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όπως εξάντληση, κόπωση από συμμόνια, άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες και ηθική βλάβη.

5.3.6. Ηθική Βλάβη

Η ηθική βλάβη είναι παρούσα όταν υπάρχει προδοσία του ορθού, είτε από τον εαυτό του είτε από κάποιον με νόμιμη εξουσία, σε κατάσταση υψηλού κινδύνου. Ενώ η πανδημία που αντιμετωπίζουμε αυτή τη στιγμή είναι ένα είδος φυσικής καταστροφής, οι αντιδράσεις όσων έχουν «νόμιμη εξουσία» θα εκληφθούν από πολλούς ως «προδοσία του σωστού». Πολλοί από αυτούς που το γνωρίζουν και επηρεάζονται από αυτό είναι στην υγειονομική περίθαλψη και σε παρακείμενους τομείς. Είναι σαφές ότι ακόμη και στο χειρότερο σενάριο, αυτή η πανδημία θα είχε κατακλύσει τους υπάρχοντες πόρους λόγω του αριθμού των ασθενών που χρειάζονται διασωλήνωση και εντατική θεραπεία, αλλά είναι επίσης αλήθεια ότι θα μπορούσαν να είχαν γίνει περισσότερα στον διαθέσιμο χρόνο προετοιμασίας. Επίσης, σε ατομικό επίπεδο, θα πρέπει να ληφθούν κλινικές αποφάσεις που έρχονται σε αντίθεση με τα ήθη εκείνων που τις λαμβάνουν (Walton, Murray , & Christian, 2020).

Για παράδειγμα, η επιλογή των ασθενών που δεν θα λάβουν υποστήριξη ζωής εάν υπάρχουν ελλείψεις πόρων. Αυτές οι αποφάσεις θα υποστηρίζονται από πρωτόκολλο, αλλά διαφέρουν από τη συνήθη πρακτική και τις κατευθυντήριες γραμμές πριν από την COVID-19. Ήδη το προσωπικό αναφέρει ότι ανησυχεί μήπως χρειαστεί να λάβουν αυτές τις αποφάσεις, έχοντας δει την εμπειρία των συναδέλφων τους σε άλλες χώρες, και βιώνουν αναμενόμενες ενοχές ενώ περιμένουν να φτάσει η κρίση στις χώρες τους. Θα είναι σημαντικό για τους ηγέτες όλων των επιπέδων να υπενθυμίζουν στο προσωπικό ότι δεν λαμβάνουν τις αποφάσεις μόνοι τους, ότι υπάρχει πρωτόκολλο και επίσης να αναγνωρίσουν ότι παρόλο που αυτές οι αποφάσεις είναι αντίθετες με την ηθική των περισσότερων είναι επιτακτικές. Θα είναι απαραίτητο να παρέχεται συνεχή υποστήριξη σε όλο το προσωπικό για κάποιο χρονικό διάστημα μετά το πέρας της πιο δύσκολης φάσης αυτής της πανδημίας.

5.4. Η πανδημία του COVID – 19 και η ανάδειξη νέων προσεγγίσεων στη διοίκηση υγειονομικών μονάδων και στη διαχείριση του υγειονομικού προσωπικού

Η κλασική προσέγγιση στη διαμόρφωση της στρατηγικής διοίκησης ενός οργανισμού υγειονομικού ενδιαφέροντος και κατά αντιστοιχία μία υγειονομικής μονάδας αναδεικνύει τη σημασία που έχει η Ηγεσία ή διάφορα μοντέλα διοίκησης όπως το συγκεντρωτικό μοντέλο, το αποκεντρωτικό, το γραφειοκρατικό και το συμμετοχικό μοντέλο. Όμως, όπως περιεγράφηκε στα προηγούμενα κεφάλαια υπάρχει η ανάγκη για αναθεώρηση παλαιότερων απόψεων επάνω στη στρατηγική διοίκηση ενός οργανισμού υγείας και ο επαναπροσδιορισμός τους βάσει των εμπειριών που άφησε η πανδημία του COVID – 19. Αυτό που κυρίως ανέδειξε η πανδημία ήταν πολυπλοκότητα που υπάρχει στις σύγχρονες κοινωνίες.

Για παράδειγμα, η έννοια της Ηγεσίας έχει αμφισβητηθεί ως προς την ικανότητά της να παράγει αποτελέσματα. Η νέα ηγεσία σε έναν οργανισμό μπορεί σίγουρα να βοηθήσει, τουλάχιστον όταν αντικαθιστά μια ηγεσία που ήταν χειρότερη. Τι σημαίνει όμως αποτελεσματική ηγεσία σε έναν τομέα όπου οι επαγγελματίες όπως οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν τόση δύναμη; Στα νοσοκομεία, για παράδειγμα, οι γιατροί συνήθως ανταποκρίνονται πολύ περισσότερο στις δικές τους ιεραρχίες επαγγελματικής θέσης από τις διευθυντικές ιεραρχίες της επίσημης εξουσίας. Ως εκ τούτου, αυτό που μπορεί να προσδιοριστεί ως νέα ηγεσία και νέος τρόπος διαχείρισης μπορεί να είναι κακό για την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό φάνηκε ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας όταν ο όγκος της αντιμετώπισης έπεσε στο προσωπικό που διαχειριζόταν την πληθώρα των ασθενών και δεν υπήρχε αρχικά τουλάχιστον μία στρατηγική αντιμετώπισης της πανδημίας αλλά περισσότερο προσπάθειες στήριξης του συστήματος.

Επίσης, η ίδια η έννοια της στρατηγικής η οποία ξεκινάει από την κορυφή για να καταλήξει στα χαμηλότερα στρώματα του οργανισμού αναθεωρήθηκε κατά τη φάση της πανδημίας. Εάν η κλασική στρατηγική αφορά την τοποθέτηση προϊόντων και

υπηρεσιών για τους χρήστες, τότε σε ένα νοσοκομείο οι υπηρεσίες είναι συγκεκριμένα είδη θεραπειών για συγκεκριμένες ασθένειες. Επίσης αυτά τα »προϊόντα« προέρχονται κυρίως από τις δραστηριότητες των επαγγελματιών ιατρών: ανησυχία για μια νέα ασθένεια, εφαρμογή μιας νέας θεραπείας κλπ. Με άλλα λόγια, η στρατηγική ενός νοσοκομείου είναι σε μεγάλο βαθμό το άθροισμα των πολλών εγχειρημάτων του επαγγελματικού του προσωπικού. Οι επαγγελματίες στην πρώτη γραμμή του καθήκοντος, που δεν είναι διευθυντές, είναι υπεύθυνοι για τις περισσότερες από τις στρατηγικές πρωτοβουλίες στον τομέα της υγείας. Σίγουρα υπάρχουν και άλλες, πιο συμβατικές στρατηγικές που καθορίζονται γενικά, αλλά πολλές από αυτές είναι ενσωματωμένες στη δομή του οργανισμού (Mintzberg, 2018).

Το Σύστημα Υγείας είναι ένα σύνθετο προσαρμοστικό σύστημα όπου οποιοσδήποτε τροποποιήσεις σε ένα στοιχείο του συστήματος απαιτούν αλλαγές στα άλλα στοιχεία για να διασφαλιστεί η ισορροπία και η βιωσιμότητα του συστήματος. Αυτό συνέβη και με την πανδημία του COVID – 19. Σε αυτό το πλαίσιο, ο όρος «σύνθετο» υποδηλώνει την ποικιλομορφία, δηλαδή πολυάριθμες συνδέσεις μέσα σε μια σειρά στοιχείων. Στον ίδιο ορισμό, ο όρος «προσαρμοστικό» υποδηλώνει την ιδέα της αλλαγής, που προκύπτει από την εμπειρία, ενώ ο όρος «σύστημα» συμβολίζει την ιδέα ενός συνόλου συνδεδεμένων ή αλληλεξαρτώμενων πραγμάτων. Η κλασική θεωρία διαχείρισης ασχολείται με τις αλληλεπιδράσεις, το πλαίσιο και άλλες εξελισσόμενες διαστάσεις. Τέτοιες συνθήκες συνεπάγονται ότι οι ηγέτες και διευθυντές θα πρέπει να δημιουργούν βιώσιμα συστήματα λόγω της ικανότητάς που έχουν να σχεδιάζουν βιώσιμα μοντέλα ανάπτυξης. Οι παραδοσιακές θεωρίες διαχείρισης επικεντρώνονται στην προβλέψιμη και στην ελεγχόμενη διάσταση της διαχείρισης. Ωστόσο, στερούνται την ικανότητα διαχείρισης του απρόβλεπτου (Botti & Tommasetti, 2018).

Η πανδημία του COVID - 19 δοκίμασε την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Η έκβαση της πανδημίας επηρεάζεται από τις επιλογές διαχείρισης υγείας που έγιναν κατά τη διάρκεια της καταστροφής, οι οποίες με τη σειρά τους εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το υποκείμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης — όπως αντικατοπτρίζεται από το γεγονός ότι οι περιφερειακές εμπειρίες πανδημίας διέφεραν σημαντικά. Στον απόηχο της πανδημίας, είναι απαραίτητη μια προσεκτική ανάλυση των συστημάτων υγείας, των οργανωτικών αδυναμιών και των δομικών παγίδων προκειμένου να αναπτυχθούν ολοκληρωμένα και πρακτικά μοντέλα φροντίδας.

Φυσικά, διαφορετικοί και πολλαπλοί παράγοντες συγχωνεύονται και αλληλεπιδρούν στο πλαίσιο μιας καταστροφής, προσθέτοντας στην πολυπλοκότητα της κρίσης.

Όπως αναδείχθηκε από την πανδημία του COVID – 19, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν πίεση εξωτερικά και εσωτερικά. Εξωτερικά, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισε προκλήσεις που είχαν να κάνουν με την κρατική παρέμβαση και νομοθεσία, την έλλειψη υλικών, την απροθυμία από μέρους του πληθυσμού να συμμορφωθεί προς τις υγειονομικές υποδείξεις και τη συζήτηση γύρω από την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού. Εσωτερικά, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισε πιέσεις που προέρχονται από προκλήσεις όπως ελλείψεις ορισμένων τύπων εργαζομένων στον τομέα της υγείας, αύξηση των απαιτήσεων διαπίστευσης, αύξηση των κανονισμών, αντιμετώπιση περιορισμένων πόρων, αύξηση των ευθυνών που συνδέονται με την παροχή ποιοτικής περίθαλψης και διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών. Αυτές οι πιέσεις μπορεί να οδηγήσουν τους υπαλλήλους να αισθάνονται εξαντλημένοι, απογοητευμένοι και καταπονημένοι. Καθώς οι υπάλληλοι της υγειονομικής περίθαλψης καλούνται συνεχώς να αυξήσουν τις ευθύνες τους με λιγότερους πόρους, οι διευθυντές πρέπει να δημιουργήσουν ένα εργασιακό περιβάλλον στο οποίο οι εργαζόμενοι είναι αφοσιωμένοι, χαρούμενοι στη δουλειά τους, εμπνευσμένοι και παρακινημένοι. Αυτό απαιτεί την εισαγωγή νέων, περισσότερο σύνθετων μοντέλων παρακίνησης τα οποία θα συνδυάζουν την εσωτερική προδιάθεση του ατόμου με την εξωτερική υποστήριξη στο έργο του. Αυτό συμβαίνει διότι το μεγαλύτερο μέρος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αντιμετώπισε προβλήματα ηθικής φύσεως.

Κεφάλαιο 6

Συμπεράσματα

6.1. Ερευνητικά Συμπεράσματα

Ο σκοπός της διοίκησης σε ένα οργανισμό είναι η βελτίωση της απόδοσής του και η επιτυχία των στόχων που τίθενται. Η στρατηγική δίνει τα μέσα και τον τρόπο για την επίτευξη των στόχων της διοίκησης. Όπως φάνηκε και από την ανάλυση SWOT σχετικά με τους οργανισμούς και τις μονάδες υγειονομικού ενδιαφέροντος, το προσωπικό στον τομέα της υγείας και ειδικότερα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων. Αυτό συμβαίνει διότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στελεχώνει την πρώτη γραμμή παροχής υπηρεσιών στις μονάδες υγειονομικού ενδιαφέροντος και η απόδοσή του έχει άμεση σχέση με το παραγόμενο αποτέλεσμα που είναι η φροντίδα των ασθενών.

Όπως σε όλες τις επιχειρήσεις έτσι και στις μονάδες υγειονομικού ενδιαφέροντος το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκτεθειμένο σε καταστάσεις οι οποίες δημιουργούν με τη σειρά τους προβλήματα τα οποία απαιτούν επίλυση. Αυτά τα προβλήματα κατανέμονται σε ένα ευρύ φάσμα από φυσικά (π.χ. έλλειψη υλικών, τραυματισμοί, ασθένειες) σε πνευματικά (απαίτηση για γνώση νέων αντικειμένων), σε ψυχολογικά (π.χ. στρες) και ηθικά (διλλήματα διάκρισης μεταξύ ασθενών, διλλήματα υποχρεωτικότητας). Όλα αυτά τα προβλήματα είχαν ένα συγκεκριμένο φάσμα κατανομής με τα φυσικά να αποτελούν την πλειοψηφία από αυτά και την διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού να κατευθύνεται προς την επίλυσή τους περισσότερο από ότι τα άλλα προβλήματα που απασχολούσαν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Επομένως, οι στρατηγικές διοίκησης που είχαν υιοθετήσει οι περισσότερες υγειονομικές μονάδες εστίαζαν στην φυσική πληρότητα και στην παραγωγή κινήτρων προς το προσωπικό μέσα από αυτό το μοντέλο (κλασικές θεωρίες παρακίνησης – κινήτρων).

Ωστόσο, ακόμη και πριν από την εμφάνιση της πανδημίας του COVID – 19, λόγω του γεγονότος ότι η διοίκηση ενός οργανισμού υγειονομικού ενδιαφέροντος εμπίπτει στο σχήμα εσωτερικοί – εξωτερικοί παράγοντες, πολλές φορές διαπιστώθηκε η έλλειψη των παραδοσιακών μοντέλων διοίκησης να εξασφαλίσουν μία λειτουργία με τα ελάχιστα προβλήματα καθώς το εξωτερικό περιβάλλον εισάγαγε στον οργανισμό με διαφορετικό τρόπο σε κάθε χώρα, λόγω του ξεχωριστού κοινωνικοπολιτικού περιβάλλοντος κάθε χώρας, προβληματικές που είχαν να κάνουν με διάφορα πράγματα όπως η τεχνολογία, η γήρανση του πληθυσμού, η αλλαγή στα οικονομικά δεδομένα της χώρας, νέοι υγειονομικοί κανόνες, ανταγωνισμός κ.ά. Όλα τα παραπάνω ασκούσαν πίεση στις διοικήσεις καθώς έπρεπε να προσαρμόσουν το υγειονομικό τους προσωπικό στα νέα δεδομένα. Σε αυτό το σημείο, νέες προσεγγίσεις σχετικά με την τοποθέτηση κινήτρων που εστιάζονται είτε σε ανάγκες, είτε στην προσωπικότητα κάθε ατόμου υιοθετήθηκαν ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερος βαθμός προσαρμοστικότητας χωρίς την εμφάνιση προβλημάτων.

Σε αυτό το πλαίσιο που προαναφέρθηκε, η φυσική ηγεσία των οργανισμών και των μονάδων υγειονομικού ενδιαφέροντος έχει ιδιαίτερα σπουδαίο ρόλο, αρκεί να κατανοήσει την κρισιμότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Προκύπτει κατ' αυτόν τον τρόπο μία διττή σχεδίαση στον στρατηγικό σχεδιασμό που ξεκινάει τόσο από επάνω όσο και από κάτω. Μία νέα προσέγγιση διοίκησης είναι η διοίκηση βάσει στοιχείων όπου μέσα από τη διεξαγωγή έρευνας στο πεδίο λαμβάνεται η ορθότερη βάσει κριτηρίων απόφαση για ένα οργανισμό. Όπως διαπιστώθηκε κατά την πρώτη φάση της διαχείρισης της πανδημίας, πολλές χώρες στην προσπάθειά τους να εξασφαλίσουν ότι οι αποφάσεις που θα λάμβαναν ήταν όσο το πιο δυνατόν ορθές διεξήγαγαν σειρά από έρευνες στο πεδίο οι οποίες έδειχναν και τις τάσεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η μεγάλη πίεση που ασκήθηκε στα συστήματα υγείας και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παγκοσμίως μεταφέρθηκε κυρίως στην πρώτη γραμμή, στους ιατρούς και στους νοσηλευτές. Αυξημένο στρες, εξουθένωση και υπερέκθεση στους κινδύνους του ιού ήταν τα αναμενόμενα προβλήματα που περίμεναν όλοι ότι θα αντιμετωπίσουν. Με βάση τα προβλήματα που αντιμετωπίζαν οι υπηρεσίες υγείας μας θα εφαρμόσουμε την θεωρία του Maslow (Η Ιεραρχία των Αναγκών). Η θεωρία βασίζεται σε ένα ιεραρχικό σύστημα πέντε βασικών αναγκών τις βιολογικές, την ασφάλεια, το μέλος ομάδας, την αυτοεκτίμησης και στο υψηλότερο επίπεδο της πυραμίδας βρίσκετε η αυτό-ολοκλήρωση. Βιολογικές και σωματικές ανάγκες

βρίσκονται στην τελευταία βαθμίδα της πυραμίδας, γιατί είναι οι πιο απαραίτητες και σημαντικές για τους εργαζόμενους. Για παράδειγμα οι εργαζόμενοι να μην είναι κουρασμένοι, πεινασμένοι, με ευέλικτα ωράρια γιατί κουρασμένοι και πεινασμένοι εργαζόμενοι δεν θα μπορούν να είναι επικεντρωμένοι στα καθήκοντα τους, θα δημιουργούν προβλήματα και λάθη κατά την εργασία τους. Με συνέπεια η υγειονομική μονάδα να έχει οικονομικές και ανθρώπινες απώλειες. Κατά την διάρκεια την πανδημία όπου ο χρόνος ήταν πολύτιμος και μη επισκέψιμος για λάθη. Επιπρόσθετα όταν υπάρχει η απουσία αυτών των αναγκών είναι δύσκολο να ανέβουμε βαθμίδα στην πυραμίδα του Maslow. Στο Δεύτερος σκαλί είναι το αίσθημα της ασφαλείας όπου κατά την διάρκεια της πανδημίας το προσωπικό των μονάδων υγείας της πλείστες περίπτωσης ήταν εκτεθειμένο στους κινδύνους. Όπου υπήρχε έλλειψη τόσο των Μέσων Ατομικής Προστασίας και της ψυχολογικής υποστηρίξεις από τους ηθικούς κινδύνους και την πολύωρη εργασία. Η κοινωνία μας θα έπρεπε να προσλάβει άμεσα προσωπικό για την πρώτη γραμμή και άμεση αγορά εξοπλισμού προστασίας. Τώρα περνάμε στο επίπεδο μέλος ομάδας όπου θα δημιουργούσαμε ομάδες από το προσωπικό ανάλογα με τα προσόντα τους ώστε να υπάρχουν μια πληθώρα στις επιλογές του διευθυντή και μια ισοδύναμη ποιότητα σε όλες τις ομάδες. Στο προτελευταίο σκαλοπάτι είναι η αυτοεκτίμηση όπου ανήκει ο σεβασμός, η φήμη, το κύρος και η απόκτηση γοήτρου όπου θα δέχονταν από τους συναδέλφους, μέσα μαζικής επικοινωνίας και τους ασθενείς. Στην κορυφή βρίσκεται η αυτό-ολοκλήρωση όπου είναι το αίσθημα της προσωπικής του εξέλιξης, επιτυχίας, πληρότητας και εσωτερικής τους ισορροπίας. Πρόκειται για την την εσωτερική του επιθυμία να κατακτήσει όλο και περισσότερο γνώσεις και επιτυχίες στην ζωή τους.

Όμως, διαπιστώθηκε επίσης αύξηση των περιστατικών βίας έναντι στους ιατρούς και στους νοσηλευτές, αύξηση των ψυχικών ασθενειών σε αυτή την κατηγορία και εμφάνιση αποδέσμευσης από τον οργανισμό στις περιπτώσεις που κυρίως ιατροί υπέστησαν ηθική βλάβη. Αυτό συνέβη όταν κλήθηκαν να επιλέξουν τη φροντίδα ενός ασθενή έναντι άλλου λόγω έλλειψης πόρων. Επομένως, μέσα από μία νέα προσέγγιση η Ηγεσία των υγειονομικών οργανισμών μπορεί και πρέπει να απαλλάξει από αυτά τα προβλήματα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνοντας αυτή το κόστος διαχείρισης αυτών των προβλημάτων. Για παράδειγμα, η απόφαση για τη φροντίδα ή μη ενός ασθενούς να ανήκει στη διοίκηση, ή η διοίκηση να ενσωματώσει τεχνολογίες και προγράμματα εκπαίδευσης σε αυτές που θα επιτρέπουν αφενός την καλύτερη

μεταφορά τεχνογνωσίας και αφετέρου τη διασύνδεση με άλλους κρατικούς φορείς ώστε να υπάρξει κάλυψη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε όλα τα επίπεδα (ασφάλεια, ψυχική υγεία, σωστή νομοθεσία).

Με βάση όλα όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, κρίνεται ότι ο σκοπός της έρευνας επιτεύχθη, καθώς μέσα από τη παρουσίαση όλων των νέων προσεγγίσεων φαίνεται ότι υπάρχει η δυνατότητα καταρχήν κατανόησης των νέων προβλημάτων που ανέδειξε η κρίση που έφερε η πανδημία του COVID- 19 στα συστήματα υγείας και κατά δεύτερο προβολής συγκεκριμένων λύσεων.

6.2. Κατευθύνσεις για τη μελλοντική έρευνα

Από την εξέταση του θέματος διαπιστώθηκε ότι στην αρχή της υγειονομικής κρίσης διεξήχθησαν έρευνες από διάφορα συστήματα υγείας σε διάφορες χώρες. Το εν λόγω στοιχείο αναδεικνύει αφενός την εμφάνιση στο προσκήνιο της διαχείρισης βάσει στοιχείων αφετέρου τη σημασία της τεχνολογίας για την ταχεία μεταφορά και διάχυση των δεδομένων των ερευνών στις υγειονομικές μονάδες ενδιαφέροντος. Επομένως, κρίνεται σκόπιμο ότι θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθεί μία έρευνα στο κατά πόσο η διαχείριση υγειονομικών μονάδων επηρεάζεται από τη χρήση της τεχνολογίας και αν αυτό απαιτεί επιπλέον εκπαίδευση από το προσωπικό ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα. Επίσης, λόγω της νέας τάσης για την ηλεκτρονική ταυτότητα ασθενούς πως διασυνδέεται αυτή η τάση με τη διαχείριση βάσει στοιχείων και ποιο νομικό καθεστώς θα επέτρεπε την άμεση διεξαγωγή ερευνών από τα ηλεκτρονικά ιστορικά ασθενών που θα έχει στη διάθεσή του ένας οργανισμός ή μία μονάδα υγειονομικού ενδιαφέροντος.

Βιβλιογραφία

- Evans Sr., R. (2015). Workforce Diversity. Στο E. Bruce J. Fried and Myron D. Fottler, *Human Resources in healthcare Managing for Success*. Chicago: Health Administration Press.
- Fraher, E., & Morrison, M. (2015). Workforce Planning In A Rapidly Changing Healthcare System. Στο E. Bruce J. Fried and Myron D. Fottler, *Human Resources In Healthcare Managing for Success*. Chicago: Health Administration Press.
- Jazieh, A. (2020, MAY). Managing Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*.
- Katz, R. (1974). *Skills of an Effective Administrator*. Cambridge: Harvard Business Review.
- Adinolfi , P., & Borgonovi, E. (2016). The Historical Evolution of Health Concepts and Approaches: The Challenge of Complexity. Στο P. A. Editors, *The Myths of Health Care Towards New Models of Leadership and Management in the Healthcare Sector* . Cham: Springer.
- Angermeier, , I., Dunford, B., Boss, A., & Boss, , R. (2009). The impact of participative management perceptions on customer service, medical errors burnout, and turnover intentions . *Journal of Healthcare Management*.
- Balgrosky, J. (2015). *Essentials of health information systems and technology*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Barris, M. (2015, June). McNeil Consumer Healthcare's app helps users manage cold symptoms. *Mobile Marketer*.
- Becker, B., Huselid, M., & Ulrich, D. (2001). *The HR scorecard*. Boston: Harvard Business School Press.
- Botti , A., & Tommasetti, A. (2018). Leadership and Management. Στο P. A. Borgonovi, *The Myths of Health Care Towards New Models of Leadership and Management in the Healthcare Sector*. Cham: Springer.
- Brown , J., & Gardner, W. (2007). Effective modeling of authentic leadership. *Academic Exchange Quarterly*, 11(2),.
- Buchbinder, S., & Thompson, J. (2010). *Career opportunities in health care management: Perspectives from the field*. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Burt, T. (2005). Leadership development as a corporate strategy: Using talent reviews to improve senior management. *Healthcare Executive*.
- Carlin, M., Ensign , K., & Person, C. (2021, January/February). State of the Public HealthWorkforce: Trends and Challenges Leading Up to the COVID-19 Pandemic . *Journal of Public Health Management and Practice* .

- Casciani, S. (2017). Strategic Planning. Στο Ν. Η. Edited by Sharon B. Buchbinder, *Introduction to Health Care Management*. Burlington,: Jones & Bartlett Learning.
- Charitos, I., Del Prete, R., Inchingolo, F., Mosca, A., Carretta, D., Ballini, A., & Santacro, L. (2020). What we have learned for the future about COVID-19 and healthcare management of it?. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 91.
- Chersich, M., Gray, G., Fairlie, L., Eichbaum, Q., Mayhew, S., Allwood, B., . . . Scorgie, F. (2020). COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Globalization and Health* .
- Cole-Ingait, P. (2015). Factors influencing changes in strategic management.
- Conroy, D., Hadler, N., Cho, E., Moreira, A., MacKenzie,, C., Swanson, L., . . . Goldstein, C. (2020, September). The effects of COVID-19 stay-at-home order on sleep, health, and working patterns: a survey study of United States health care workers. *Journal of Clinical Sleep Medicine*.
- Davenport, T., Harris, J., & Shapiro, J. (2010). Competing on talent analytics. *Harvard Business Review*, 88.
- Delmatoff, J., & Lazarus, I. (2014). The most effective leadership style for the new landscape of healthcare. *Journal of Healthcare Management* 59.
- Dolan, T. (2009). Cultural competency and diversity. *Healthcare Executive*.
- Driggin , E., & Madhavan, M. (2020). Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Journals of the American College of Cardiology*.
- Dye, C., & Garman, A. (2015). *Exceptional leadership: 16 critical competencies for healthcare executives*. Chicago: Health Administration Press.
- Edmondson, A., Bohmer , R., & Pisano, G. (2004). Speeding up team learning. Στο *Harvard Business Review on teams that succeed*. Boston: Harvard Business School Press.
- Fernandez-Araoz, C. (2009). 21st century talent spotting. *Harvard Business Review*.
- Fottler, M. (2015). Strategic Human Resources Management. Στο E. Bruce J. Fried and Myron D. Fottler, *Human Resources In Healthcare Managing for Success*. Chicago: Health Administration Press.
- Fottler, M., Ford, R., & Heaton, C. (2002). *Achieving service excellence Strategies for healthcare*. Chicago: Health Administration Press.
- Freshman, B., & Rubino, , L. (2002). Emotional intelligence: A core competency for health care administrators. *The Health Care Manager*.
- Fusco, A., Dicuonzo, G., Dell'Atti, V., & Tatullo, M. (2020). Blockchain in Healthcare: Insights on COVID-19. *Journal of Environmental Resources and Public Health* , 17.

- Garman, A. (2010). Leadership development in the interdisciplinary context. Στο L. R. B. Freshman, *Collaboration across the disciplines in health care*. Sudbury: Jones and Bartlett.
- George, B., & Sims, P. (2007). *True north: Discover your authentic leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ginter, P., Swayne, L., & Duncan, W. (2002). *Strategic management of healthcare organizations (4th ed.)*. Malden: Blackwell.
- Goleman, D. (1998, December). What makes a leader? *Harvard Business Review*.
- Gorman, T., Dropkin, J., Kamen, J., Nimbalkar, S., Zuckerm, N., Lowe, T., . . . Freund, A. (2013). Controlling health hazards to hospital workers. *New Solut.* ;23.
- Griffith, J. (2000). Championship management for healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*.
- Harrison, J. (2010). *HarrisonEssentials of Strategic Planning in Healthcare*. Chicago: Health Administration Press.
- Harrison, J., & Coppola, M. (2007). The Impact of Quality and Efficiency on Federal Healthcare.”. *International Journal of Public Policy* 2.
- Hilberman, D. (2005). *Final report: Pedagogy enhancement project on leadership skills for healthcare management*. Washington,: Association of University Programs in Health Administration.
- Hodder, M., & Marples, S. (2005). Strategic Leadership for Healthcare Management. Στο M. J. Melanie Jasper, *Effective Healthcare Leadership*. Online: Blackwell Publishing Ltd.
- Hutton, D., & Moulton, S. (2004). Behavioral competencies for health care leaders. . *Best of H&HN OnLine. American Hospital Association*.
- Kabene, S., Orchard, C., Howard, J., Soriano, M., & Leduc, R. (2006, July). The importance of human resources management in health care: global context. *Human Resources for Health*.
- Kim, T., & Thompson, J. (2012). Organizational and market factors associated with leadership development programs in hospitals: A national study. *Journal of Healthcare Management*.
- Landry, A., & Bewley, L. (2010). Leadership development, succession planning and mentoring . Στο S. R. O’Connor, *Strategic management of human resources in health services organizations*. Clifton Park: Delmar.
- Lombardi, D., & Schermerhorn, J. (χ.χ.).
- Longest, B., Rakich, J., & Darr, K. (2000). *Managing health services*. Baltimore: Health Professions Press.

- Maccoby , M., Norman , C., Norman, C., & Margolies, R. (2013). *Transforming health care leadership: A systems guide to improve patient care, decrease costs, and improve population health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Martin , M. (2018 , Aug). Physician Well-Being: Physician Burnout. *FP Essent.* .
- McAlearney, A. (2005). Exploring mentoring and leadership development in health care organizations: Experience and opportunities . *Career Development International*,.
- Mintzberg, H. (2018). Managing the Myths of Health Care. Στο P. A. Borgonovi, *The Myths of Health Care Towards New Models of Leadership and Management in the Healthcare Sector*. Cham: Springer.
- Mohanty, A., Kabi, A., & Mohant, A. (2019 , Aug). Health problems in healthcare workers: A review. *J Family Med Prim Care.* 8.
- Μερκούρης, Α. (2010). *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: Ιων.
- National Center for PTSD. (March 2020).
- Palmieri, P., & Peterson, L. (2009, July). Attribution theory and healthcare culture: Translational management science contributes a framework to identify the etiology of punitive clinical environments. *Advances in Health Care Management* .
- Phillips, J. (1996, April). How much is the training worth? *Training and Development*,.
- Plagg, B., Piccoliori , G., Oschmann , J., Engl , A., & Eisendle, K. (2021, Sep). Health Care and Hospital Management During COVID-19: Lessons from Lombardy. *Risk Manag Healthc Policy*.
- Quincy, R., Lu, S., & Huang, C.-C. (2012). *SWOT Analysis Raising Capacity of Your Organization*. Huamin Research Center, School of Social Work, Rutgers University.
- Robbins, S., & Judge, T. (2011). *Οργανωσιακή συμπεριφορά: Βασικές έννοιες και σύγχρονες προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Ross, A., Wenzel , F., & Mitlyng, J. (2002). *Leadership for the future: Core competencies in health care*. Chicago: Health Administration Press.
- Rossi , R., Socci, V., Pacitti , F., Di Lorenzo, G., & Di Marco,, A. (2020). *Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health CareWorkers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy*. Research Letter | Psychiatry.
- Rubino, L. (2017). Leadership. Στο E. b. Shanks, *Introduction to Health Care Management*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Rundall , T., & Kovner, A. (2009). Evidence-Based Management Reconsidered. Στο D. J. Anthony R. Kovner, *Evidence-Based Management In Healthcare*. Chicago: Health Administration Press.

- Scott, G. (2009). The leader as coach. *Healthcare Executive*.
- Shanahan, M. (1993). comparative analysis of recruitment and retention of health care professionals. *Health Care Management Review, 18*.
- Shanks, N., & Buchbinder, S. (2018). Information Technology. Στο N. H. Edited by Sharon B. Buchbinder, *Introduction to Health Care Management*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Shanks, N., & Dore, A. (2018). Management and Motivation. Στο E. b. Shanks, *Introduction to Health Care Management*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Squazzo, J. (2009, November/December). Cultivating tomorrow's leaders: Comprehensive development strategies ensure continued success. *Healthcare Executive*.
- Studer, Q. (2003). *Hardwiring excellence*. Gulf Breeze: Fire Starter.
- Thomas, D., & Gabarro, J. (1999). *Breaking Through: The Making of Minority Executives in Corporate America*. Boston: Harvard Business School Press.
- Thompson, J. (2007). Health services administration. Στο In S. Chisolm (Ed.), *The health professions: Trends and opportunities in U.S. health care*. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Thompson, J. (2018). The Strategic Management of Human Resources. Στο N. H. Edited by Sharon B. Buchbinder, *Introduction to Health Care Management*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Thompson, J., Buchbinder, S., & Shanks, N. (2017). An Overview of Health Care Management. Στο N. H. Sharon B. Buchbinder, *Introduction to Health Care Management*. Burlington,: Jones & Bartlett Learning.
- Toshkov, D. (2020). Σχεδιασμός Έρευνας. Στο D. M. Επιστημονική επιμέλεια Vivien Lowndes, *Θεωρία και Μέθοδοι της Πολιτικής Επιστήμης*,,. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Walshe, K., & Rundall, T. (2001). Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *The Milbank Quarterly, Vol. 79, No. 3*, .
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*.
- Walumbwa, F., Avolio, B., Gardner, W., Wernsing, T., & Peterson, S. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*.
- Warden, G. (1999). Leadership diversity. *Journal of Healthcare Management*.
- WHO. (2021). *Policies and practices for successful public response to COVID-19 vaccination*. World Health Organization .

- Wicks, R., & Buck, T. (2013). Riding the dragon: Enhancing resilient leadership and sensible self-care in the healthcare executive. *Frontiers of Health Services Management*.
- Zeiler, K. (2018). Ethics and Law. Στο N. H. Edited by Sharon B. Buchbinder, *Introduction to HealthCare Management*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Γούλα, Α. (2007). *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Ζαβλάνος, Μ. (1996). *Οργάνωση και Διοίκηση*. Αθήνα: Έλλην.
- Θανασιάς, Ι., & Χαραλάμπους, Μ. (2016). Βασικές αρχές δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Επιστημονικά Χρονικά 21*.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Καλλάς, Γ. (2015). *Θεωρία, Μεθοδολογία και Ερευνητικές Υποδομές στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Καλογεροπούλου, Μ., & Μπουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Κονταράτος, Α. (1990). *Η τέχνη της Διοίκησης των επιχειρήσεων*. Αθήνα: ΕΛΚΕΠΑ.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας Πανεπιστημιακές παραδόσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Μπιτσάνη, Ε. (2006). *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*. Αθήνα: Διόνικος.
- Μπουραντάς, Δ. (2005). *Ηγεσία: Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας*. Αθήνα: Κριτική.
- Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μανατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα: Μπένος.
- Παγκάγκης, Γ. (2002). *Δημόσια Διοίκηση και Κοινωνία*. Αθήνα: Σάκκουλα.
- Πετρίδου, Ε. (2006). *Διοίκηση - Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Ζυγός.
- Ρωσσίδης, Ι. (2014). *Εφαρμογές του Επιχειρησιακού Μάνατζμεντ στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση*. Αθήνα: Σταμούλη.
- Σταυροπούλου, Ε. (2021). *Αρχές και Μοντέλα Διοίκησης στις Υπηρεσίες Υγείας*. Διπλωματική Εργασία: Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
- Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Νέα Υγεία.
- Τούντας, Γ. (2002). *Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: Οδύσσεια/Νέα Υγεία.
- Τούντας, Γ. (2006). *Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας*. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.
- Χολέβας, Ι. (1995). *Οργάνωση και Διοίκηση*. Αθήνα: Interbooks.