

2015

þÿ " 1 ç - 0 . Ã . ± 1/2 , Á É À - 1/2 É 1/2 À ì Á É 1/2 Á
þÿ Ç Î Á ç Å Â Å 3 µ - ± Â

Neophytou, Timothea

þÿ Á ì 3 Á ± 1/4 1/4 ± " . 1/4 ì Ã 1 ± Â " 1 ç - 0 . Ã . Â , £ Ç ç » ® ÿ 1 0 ç 1/2 ç 1/4 1 0 î 1/2 • À 1 Ã Ä . 1/4 î 1/2 0 ± 1 " 1 ç - 0 .
þÿ ± 1/2 µ À 1 Ã Ä ® 1/4 1 ç • µ ÷ À ç » 1 Â ÷ Æ ç Å

<http://hdl.handle.net/11728/7010>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΣ

Διοίκηση Ανθρώπινων
Πόρων στους χώρους
Υγείας

ΝΕΟΦΥΤΟΥ ΤΙΜΟΘΕΑ

2015

ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ 2015

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΣ

ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ.

Τίτλος Μεταπτυχιακής Εργασίας

Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων στους χώρους Υγείας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΝΕΟΦΥΤΟΥ ΤΙΜΟΘΕΑ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Κος Σ.ΒΛΙΑΜΟΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ 2015
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή

2. Οι μάνατζερ της Υγείας

3. Μέθοδος Εργασίας

4. Συμπεράσματα της Έρευνας

5. Ορισμός της Υγείας

6. Το σύστημα Υγείας και ο ρόλος του ανθρώπου

7. Οι προκλήσεις του 21ου αιώνα

Μέρος Α'

8. Αρχές διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στους χώρους της Υγείας

9. Διοίκηση ολικής ποιότητας στα νοσοκομεία

10. Πολιτική Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

10.1 Προσδιορισμός των αναγκών και πλήρωση θέσεων στις υγειονομικές μονάδες.

10.2. Γενικό πλαίσιο για τον κεντρικό σχεδιασμό της κάλυψης των θέσεων

10.3. Προσέλκυση των επαγγελματιών υγείας στην εργασία.

10.4. Επιλογή και πιστοποίηση για την ανάθεση των καθηκόντων.

10.5. Διαδικασίες αξιολόγησης των υποψηφίων για πρόσληψη

10.6. Επιλογή μονίμου προσωπικού διορισμοί .

11. Παραγωγικότητα της Εργασίας

11.1. Βαθμολογικές κλίμακες εξέλιξης κλίμακες σταδιοδρομίας

11.2. Πολιτικές προαγωγών με βάση ορισμένα κριτήρια

11.3. Πειθαρχικό Σύστημα για τον Έλεγχο του Προσωπικού

11.4. Προσδοκίες και ικανοποίηση από την εργασία

11.5. Ο κλάδος της φροντίδας υγείας αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα με τη διατήρηση ικανών επαγγελματιών σε διάφορες θέσεις εργασίας.

11.6. Κατάρτιση και επιμόρφωση προσωπικού

12. Αξιολόγηση της Απόδοσης των Εργαζομένων

13. Πρακτικές Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

14. Περιορισμοί στις σύγχρονες προσεγγίσεις διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού

15. Το Ανθρώπινο Δυναμικό του Υγειονομικού Τομέα στην Κύπρο και Ελλάδα.

Μέρος Β'

16. Συμπεράσματα

17. Συμπερασματικές διαπιστώσεις- Επίλογος

18. Βιβλιογραφία

1.Εισαγωγή

Πολλά στοιχεία από την θεωρία της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού προέρχονται από τα γενικά πεδία των επιχειρήσεων και της διοίκησης.

Η νοσηλευτική διοίκηση περιλαμβάνει γνώσεις για τη διαχείριση του προσωπικού που σχετίζονται με την προσέλκυση, την επιλογή, την πιστοποίηση, την ανάθεση των καθηκόντων, τη διατήρηση και την προαγωγή. Όσο οι υπεύθυνοι της διοίκησης όσο και οι υπεύθυνοι των οικονομικών σε κάθε επιχείρηση ασχολούνται με την αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας και την ικανοποίηση από την εργασία, επειδή χωρίς συνδυασμό αυτών των δύο δεν μπορεί κανείς να μιλά για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Γενικότερα, βέβαια, στόχος κάθε επιχείρησης κερδοσκοπικής ή μη είναι να κάνει τον καλύτερο συνδυασμό παραγωγικών συντελεστών με στόχο τη μέγιστη απόδοση χωρίς απώλειες. Συγκεκριμένα, όμως στον τομέα της υγείας ο σημαντικότερος παραγωγικός συντελεστής είναι οι άνθρωποι πόροι. Στις νοσοκομειακές μονάδες, λοιπόν, το διοικητικό έργο εστιάζεται στην σωστή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού .

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διαρθρωτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών του ανθρώπινου δυναμικού το οποίο απασχολείται στον δημόσιο υγειονομικό τομέα της Κύπρου. Η μελέτη επικεντρώνεται ιδιαίτερα στους εργαζόμενους στη νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία των δημόσιων νοσοκομείων όπου παρατηρούνται και τα περισσότερα προβλήματα σχετικά με τη στελέχωση και τις συνθήκες εργασίας.

Στόχος της μελέτης είναι να αναδείξει τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία, μεταξύ άλλων, επιδρούν και προσδιορίζουν τη συνεισφορά του ανθρώπινου δυναμικού στη διαδικασία παροχής επαρκών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Η σημασία του ανθρώπινου παράγοντα στον υγειονομικό τομέα ως παραγωγικού συντελεστή είναι σημαντική δεδομένου ότι πρόκειται για έναν τομέα που χαρακτηρίζεται από υψηλή ένταση εργασίας. Στο πλαίσιο αυτό, το ανθρώπινο κεφάλαιο καθίσταται πρωταρχικής σημασίας για την άσκηση αποδοτικής και αποτελεσματικής πολιτικής υγείας. Ως εκ τούτου, η ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών

υγείας είναι συνάρτηση όχι μόνο του μεγέθους και της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και παραμέτρων όπως οι συνθήκες και ο φόρτος εργασίας στα οποία καλούνται να ανταποκριθούν οι εργαζόμενοι, το είδος των σχέσεων που αναπτύσσουν με προϊσταμένους και συναδέλφους, οι προοπτικές εξέλιξης, τα κίνητρα για βελτίωση των δεξιοτήτων καθώς και η άποψη που έχουν για το επάγγελμα. Τα στοιχεία αυτά προσδιορίζουν το βαθμό ικανοποίησης ο οποίος είναι σημαντικός παράγοντας υποκίνησης. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι προφανές ότι η διοίκηση οφείλει να εξασφαλίζει τις κατάλληλες προϋποθέσεις μεγιστοποίησης της ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού προκειμένου να επιτευχθεί η εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού τομέα.

2.Οι μάννατζερ της Υγείας

Οι μάννατζερ της Υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο έρχονται αντιμέτωποι με όλο και μεγαλύτερες προκλήσεις. Οι πόροι που χρειάζονται για να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού για υγειονομικές υπηρεσίες συχνά δεν επαρκούν. Η κατανομή των ανθρώπινων πόρων είναι σε γενικές γραμμές άνιση μεταξύ των αστικών και των επαρχιακών περιοχών, καθώς και ανάμεσα στο πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης. Οι προγραμματικές παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των ασθενειών, όπως εκείνες που περιλαμβάνονται στους Στόχους Ανάπτυξης της Χιλιετίας (Millenium Development Goals), διαφέρουν από την ανανεωμένη προσέγγιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Σε αντίθεση με τη θεώρηση που επικεντρώνεται στις ασθένειες, η προσέγγιση πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιζητά ένα μεγαλύτερο βαθμό ενσωμάτωσης των υπηρεσιών,¹ καλύτερες δομές

¹ - Αδαλή Ε., Πριάμη Ε., Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μούγια Β. (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού»

Νοσηλευτική, 41(1):105-114.

- Αλεξόπουλος Ε. (2007). *Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου*. Αθήνα: ΕΛΙΝΥΑΕ.

- Ανδριώτη Δ. (1998). *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα:Εξάντας.

- Ανδριώτη Δ. (1994). *Οι ανθρώπινοι πόροι στον υγειονομικό τομέα*. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

διακυβέρνησης και βελτιωμένες συνθήκες συνεργασίας. Αυτά λαμβάνουν χώρα σε ένα όλο και πιο περίπλοκο περιβάλλον συνεργατών, το οποίο επίσης γεννά νέες προκλήσεις για τους μάνατζερ. Οι ανησυχίες για την εξισορρόπηση των ανθρώπινων πόρων μέσα σε ένα ίδρυμα αλλά και μεταξύ διαφορετικών εγκαταστάσεων βρίσκονται στο προσκήνιο στην προσπάθεια εύρεσης των καλύτερων δυνατών τρόπων αντιμετώπισης προκλήσεων, όπως αυτές που προαναφέρθηκαν. Οι ανθρώπινοι πόροι, δηλαδή οι εργαζόμενοι που στην πραγματικότητα προσφέρουν τις υπηρεσίες της Υγείας, είναι ο πιο δαπανηρός και ταυτόχρονα ο λιγότερο άμεσα διαθέσιμος πόρος ενός συστήματος υγείας. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της Υγείας είναι επίσης αναντικατάστατοι, καθώς ο τομέας αυτός δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς τη συμβολή τους. Οι μάνατζερ σε εθνικό και τοπικό επίπεδο πασχίζουν καθημερινά να βρουν τρόπους αποτελεσματικής διαχείρισης αυτού του δαπανηρού αλλά και απαραίτητου πόρου, προκειμένου να επιτύχουν μια καταλληλότερη κατανομή του φόρτου εργασίας και βελτιωμένη παραγωγικότητα.

Ο στόχος της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού είναι να έχει: • το σωστό αριθμό ανθρώπων • με τα κατάλληλα προσόντα • στη σωστή θέση • την κατάλληλη χρονική στιγμή • με την κατάλληλη συμπεριφορά • εκτελώντας τη σωστή εργασία • με το σωστό κόστος • και με το επιθυμητό αποτέλεσμα εργασίας. Στόχος αυτής της εργασίας είναι η πρόταση μιας ολοκληρωμένης μεθόδου προσδιορισμού των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που προαναφέρθηκαν και να επιτευχθούν οι στόχοι του τομέα της Υγείας. Η σωστή οργάνωση και κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να περιορίσει τις άσκοπες δαπάνες για την Υγεία, καθώς και να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και, συνεπώς, της ίδιας της υγείας του πληθυσμού. Μέχρι στιγμής οι δυνατότητες του κλάδου των προβλέψεων δεν έχουν επιστρατευθεί για την επίλυση αυτού του προβλήματος. Στην παρούσα εργασία οι προβλέψεις αποτελούν το πρωτεύον εργαλείο για το σχεδιασμό και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού. Συνδυάζοντάς τις με την κατευθυντήρια γραμμή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, διαμορφώνεται μία ολοκληρωμένη και αποτελεσματική μέθοδος για τον προσδιορισμό των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό σε μια νοσοκομειακή μονάδα και σε οποιαδήποτε άλλη εγκατάσταση προσφέρει υπηρεσίες Υγείας.

3. Μέθοδος Εργασίας:

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας από διεθνή και ελληνικά συγγράμματα καθώς και αναζήτηση από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Pub med, Scopus).

4. Συμπεράσματα της Έρευνας

Ο θεμέλιος λίθος της θεωρίας της νοσηλευτικής διοίκησης είναι ότι οι εργαζόμενοι διοικούνται με στόχο την μέγιστη παραγωγικότητα και την εκπλήρωση της αποστολής του οργανισμού. Η αποδοτικότητα των ανθρώπινων πόρων στον υγειονομικό τομέα είναι συνισταμένη της ιεραρχικής εξέλιξης, των κινήτρων, της ικανοποίησης του εργαζομένου, των συνθηκών εργασίας αλλά και της δια βίου επιμόρφωσης.

Λέξεις κλειδιά:

Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, υγειονομικές μονάδες, παραγωγικότητα της εργασίας.

Abstract

There are many common points between the theory of the management of human resources and other general fields such as the business theory and the management theory. Especially, the management of nurses includes all the procedures which are involved in order to hire the right people for the job. The necessary procedures are in chronicle sequence the attraction of employees, the choice between the most skilful of them, their control and certification, the proper delegation of duties and the preservation of this personnel or its promotion to the next level.

The aim of the present study is the analysis of the parameters relative to management strategies in nurse departments. Method: This study was based on a search which was carried out through relative bibliographical references both from international and

Greek textbooks and also through the Internet in recognized databases. Conclusions: The foundation stone in the theory of nursing management is the idea that the employees have to meet a double challenge. This challenge is the maximization of their productivity and at the same time the fulfillment of the organization purposes. The efficiency of human resources at the health sector is resultant of many powers. These are the hierarchical promotion, the motives, the employee's satisfaction, the working conditions and the in-service training which should be provided for life. Key words: Management of human resources, health-care units, works' productivity.

5. Ορισμός της Υγείας

Ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας (Π.Ο.Υ) στο διεθνές συνέδριο που διεξήχθη στην Ν. Υόρκη το 1946 όρισε την υγεία ως: «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Στην συνέχεια διατυπώθηκαν και άλλοι ορισμοί χαρακτηρίζοντας την υγεία ως μία διαρκή και εξελισσόμενη διαδικασία ενός φαινομένου που έχει βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές, περιβαλλοντικές και πολιτισμικές προεκτάσεις. Τα κυριότερα προβλήματα που εμφανίζονται στην οργάνωση και στην δομή του συστήματος υγείας είναι η απουσία οικογενειακών γιατρών, αλλά και η μη επαρκώς δομημένη Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.) και η σύνδεση της με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ένα φαινόμενο που ταλαιπωρεί το σύστημα υγείας είναι το πολυάριθμο εργατικό δυναμικό που δεν μπορεί να απορροφηθεί από το σύστημα, εξαιτίας της ανεπάρκειας οικονομικών πόρων και στη μεγάλη έλλειψη που παρατηρείται στην απουσία διοίκησης ολικής ποιότητας και στον ανεπαρκή έλεγχο τόσο των δαπανών αλλά και των παρεχόμενων υπηρεσιών.

6. Το σύστημα Υγείας και ο ρόλος του ανθρώπου

Στο σύστημα Υγείας Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει το σύστημα Υγείας (WHO, 2007) ως εξής : «Ένα σύστημα Υγείας αποτελείται από όλους τους οργανισμούς, τους ανθρώπους και τις δράσεις, των οποίων ο βασικός στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση και η διατήρηση της Υγείας. Στις δράσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται οι προσπάθειες να επηρεάσουν θετικά καθοριστικούς παράγοντες για τον τομέα της Υγείας, αλλά και πιο άμεσες δραστηριότητες που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας. Συνεπώς, ένα σύστημα Υγείας είναι κάτι παραπάνω από μία πυραμίδα εγκαταστάσεων δημόσιας ιδιοκτησίας που προσφέρουν υγειονομικές υπηρεσίες. Περιλαμβάνει, για παράδειγμα, μία μητέρα που φροντίζει το άρρωστο παιδί της, αλλά και ιδιωτικούς παρόχους, καμπάνιες ελέγχου φορέων και οργανισμούς ασφάλισης. Περιλαμβάνει, ακόμα, διατομεακές δράσεις από το υγειονομικό προσωπικό, όπως η ενθάρρυνση του Υπουργείου Παιδείας να προωθήσει την εκπαίδευση του γυναικείου φύλου, έναν γνωστό καθοριστικό παράγοντα για τη βελτίωση της Υγείας.»

Οι βασικοί στόχοι ενός συστήματος Υγείας είναι η βελτίωση της υγείας και της ισότητας στην υγειονομική περίθαλψη με μεθόδους που είναι οικονομικά δίκαιες και χρησιμοποιούν με τον καλύτερο και πιο αποδοτικό τρόπο τους διαθέσιμους πόρους. Προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους τους, όλα τα συστήματα Υγείας πρέπει να επιτελούν κάποιες λειτουργίες, ανεξάρτητα από τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένα: πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες, να αναπτύσσουν τους εργαζόμενους και τους υπόλοιπους σημαντικούς πόρους, να κατανέμουν τους χρηματικούς πόρους και να εξασφαλίζουν τη διοίκηση και τη διακυβέρνηση του υγειονομικού συστήματος. Οι λειτουργίες που πρέπει να επιτελεί ένα σύστημα Υγείας χωρίζονται σε έξι θεμελιώδεις δομές από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2000) : ²• Οι υγειονομικές υπηρεσίες πρέπει να παρέχουν αποτελεσματικές,

² - Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2005). *Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού Υ.Υ.Κ.Α. Αθήνα.*

- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2001). *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα.*

- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000). *Σχέδιο μεταρρύθμισης: Υγεία του πολίτη, Αθήνα.*

- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (1994). *Επετηρίδα υγείας 1992. Συγκεντρωτικά και αναλυτικά λειτουργικά στοιχεία νοσοκομείων. ΕΣΥ, Αθήνα.*

- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (1995). *Επετηρίδα υγείας 1993.*

Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων στους χώρους Υγείας

ασφαλείς και ποιοτικές, προσωπικές και μη, υγειονομικές παρεμβάσεις σε αυτούς που τις χρειάζονται, ανεξαρτήτως χρόνου και τόπου, με την ελάχιστη σπατάλη πόρων.

- Το ανθρώπινο δυναμικό πρέπει να λειτουργεί σωστά και με τρόπο που είναι αποδοτικός, δίκαιος και εξασφαλίζει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τους δεδομένους πόρους και υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες. Για παράδειγμα, πρέπει να υπάρχει επαρκές και ικανό προσωπικό, κατανομημένο με σωστό τρόπο και να λειτουργεί αποδοτικά και παραγωγικά.
- Ένα πληροφοριακό σύστημα για την υγεία πρέπει να εξασφαλίζει την παραγωγή, την ανάλυση, τη διάδοση και τη χρήση αξιόπιστης και επίκαιρης πληροφορίας σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία, την απόδοση του υγειονομικού συστήματος και την κατάσταση της Υγείας.
- Ένα σύστημα υγείας πρέπει να εξασφαλίζει ίση πρόσβαση στα απαραίτητα ιατρικά προϊόντα, σε εμβόλια και τεχνολογίες, για τα οποία έχει διασφαλιστεί η ποιότητα και η ασφάλεια.
- Το σύστημα χρηματοδότησης του τομέα της Υγείας αυξάνει τη χρηματοδότηση της υγείας, με τρόπο που εξασφαλίζει ότι οι άνθρωποι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες, και να προστατεύονται από την οικονομική καταστροφή ή υποβάθμιση που συνεπάγεται η πληρωμή των υπηρεσιών αυτών από ίδιους πόρους.
- Η ηγεσία και η διακυβέρνηση πρέπει να εξασφαλίζουν την ύπαρξη πλαισίων στρατηγικής πολιτικής σε συνδυασμό με την αποτελεσματική εποπτεία, την παροχή κατάλληλων κανονισμών και κινήτρων, την προσοχή στο σχεδιασμό του συστήματος και την υπευθυνότητα. Παρά τον κοινό αυτό άξονα που διαμορφώνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το εθνικό σύστημα υγείας κάθε χώρας είναι δομημένο με διαφορετικό τρόπο και η δομή αυτή καθορίζεται και από κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες.

7.Οι προκλήσεις του 21ου αιώνα

Κατά τον 21ο αιώνα ο τομέας της υγείας καλείται να αντιμετωπίσει πολύ σημαντικές προκλήσεις που αφορούν τη διαχείριση του εργατικού δυναμικού που απασχολεί. Σύμφωνα

Συγκεντρωτικά και αναλυτικά λειτουργικά στοιχεία νοσοκομείων. ΕΣΥ, Αθήνα.

- Φακιολάς Ν. (2000). Επαγγελματικός προσανατολισμός, ειδίκευση και επιλογή καριέρας αποφοίτων ιατρικής στην Ελλάδα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

με τους Adams και Hirschfeld (1998), η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού και η ορθή κατανομή του είναι αναγκαίες συνθήκες για την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και τη βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρουν στους πολίτες. Παρόλο που ένα πολύ σημαντικό μέγεθος πόρων έχει επενδυθεί στον τομέα αυτό, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλά σημεία βελτίωσης. Ειδικότερα, τα τελευταία χρόνια γίνεται αισθητή η ανάγκη μιας πιο ολοκληρωμένης προσέγγισης όσον αφορά τη διαχείριση του δυναμικού στον τομέα της υγείας, προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι σύγχρονες δημογραφικές, επιδημιολογικές, τεχνολογικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές. Μέχρι πρόσφατα το ενδιαφέρον επικεντρωνόταν στην εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, που αποτελούν βέβαια έναν καθοριστικό παράγοντα για τη βέλτιστη λειτουργία του συστήματος υγείας μιας χώρας, ωστόσο είναι πλέον προφανές, ότι η χάραξη μιας πολιτικής, καθώς και η οργάνωση και διαχείριση του δυναμικού πρέπει να λάβουν τη δέουσα προσοχή. Οι πρωτοβουλίες για μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας δεν έχουν συμπεριλάβει μέχρι στιγμής στα σχέδιά τους την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων ως αναπόσπαστο στοιχείο των διαδικασιών τους, γεγονός που, σε πολλές περιπτώσεις, οδήγησε τις μεταρρυθμίσεις αυτές στην αποτυχία.

Η οργάνωση και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων πρέπει να ανέβουν στην ιεραρχία των προτεραιοτήτων της υγειονομικής πολιτικής που χαράσσεται από μια χώρα, σε αντίθεση με την κατάσταση που επικρατούσε τον προηγούμενο αιώνα, ενώ πρέπει να υπάρξει συνεργασία μεταξύ των παραγόντων που εμπλέκονται στην Υγεία προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι μελλοντικές προκλήσεις. Έπειτα από έναν αιώνα στον οποίο σημειώθηκε η πιο θεαματική πρόοδος στον τομέα της Υγείας στην ανθρώπινη ιστορία, ερχόμαστε αντιμέτωποι με μία κρίση χωρίς προηγούμενο. Μερικές από τις φτωχότερες χώρες αντιμετωπίζουν σημαντική άνοδο των δεικτών θνησιμότητας και ταυτόχρονη μείωση του προσδόκιμου χρόνου ζωής (De Waal and Whiteside, 2003). Η πρόοδος που έχει πραγματοποιηθεί στην ανθρώπινη επιβίωση εξουδετερώνεται από τα αδύναμα εθνικά συστήματα υγείας. Στην πρώτη γραμμή ενός συστήματος υγείας βλέπουμε υπερφορτωμένους εργαζόμενους, ανεπαρκείς σε αριθμό σε πολλές χώρες και χωρίς να έχουν τη βοήθεια που χρειάζονται. Πολλοί λυγίζουν υπό το βάρος της πίεσης, ενώ άλλοι αναχωρούν για πλουσιότερες χώρες προς αναζήτηση μιας καλύτερης ζωής και μιας πιο ανταποδοτικής εργασίας. Οι σύγχρονες δραματικές ανατροπές στον τομέα της Υγείας θέτουν σε κίνδυνο όχι μόνο την ανθρώπινη επιβίωση στις φτωχότερες χώρες, αλλά και την υγεία, την ανάπτυξη και την ασφάλεια σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο τρόπος με τον οποίο η παγκόσμια κοινότητα ανταποκρίνεται σε αυτές τις προκλήσεις θα διαμορφώσει την πορεία της Παγκόσμιας Υγείας για ολόκληρο τον 21ο αιώνα.

Η παγκόσμια υγειονομική κρίση εμφανίζεται σε ένα φόντο μαζικής φτώχειας, άνισης οικονομικής ανάπτυξης και πολιτικής αστάθειας. Η αδυναμία αντιμετώπισης απειλητικών ασθενειών επιδεινώνεται από τρεις μεγάλες δυνάμεις που ταλαιπωρούν τους εργαζόμενους στον τομέα της Υγείας: 1. Οι καταστροφικές επιπτώσεις του ιού του AIDS, μία απειλή που αυξάνει το φόρτο εργασίας για το υγειονομικό προσωπικό και τους εκθέτει στον κίνδυνο μόλυνσης (Tawfik and Kinoti, 2003). Περισσότερο πλήττονται οι χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, ωστόσο ο ιός εξαπλώνεται ραγδαία σε σημεία της Ασίας, της Αμερικής και της Ανατολικής Ευρώπης. 2. Η επιτάχυνση της μετανάστευσης εργατικού δυναμικού προκαλεί απώλεια νοσοκόμων και γιατρών από χώρες που μετά βίας μπορούν να αντιμετωπίσουν τη μετανάστευση εξειδικευμένων επαγγελματιών (Alkire and Chen, 2004). 3. Η χρηματοδότηση των ανθρώπινων πόρων είναι ελλιπής. Δύο δεκαετίες οικονομικών και υγειονομικών μεταρρυθμίσεων έθεσαν ένα άνω όριο στις δαπάνες, πάγωσαν τις προσλήψεις και τους μισθούς και περιόρισαν τους δημόσιους προϋπολογισμούς, επιδεινώνοντας το εργασιακό περιβάλλον (Narasimhan et al., 2004).

Αυτές οι δυνάμεις έπληξαν περισσότερο τις οικονομικά ασθενείς και πολιτικά εύθραυστες χώρες. Ακόμα και υπό αυτές τις συνθήκες, όμως, οι αφοσιωμένοι εργαζόμενοι σε όλο τον κόσμο επιδεικνύουν υπέρ του δέοντος κοινωνική δέσμευση. Η ευαισθητοποίησή τους αυτή συνοδεύεται, επιτέλους, από νέες πολιτικές προτεραιότητες και μεγαλύτερες δαπάνες για την υγεία, καθώς η επιδημία του AIDS πυροδοτεί το δημόσιο ενδιαφέρον και τον κοινωνικό ακτιβισμό. Η χρηματοδότηση, παρότι δεν είναι ακόμα επαρκής, ενισχύεται, και τα φάρμακα, τα εμβόλια και οι τεχνολογίες είναι³ πολύ φθηνότερες και ευρύτερα διαθέσιμες σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Η δυναμική αυτή συνοδεύεται από ένα γενικότερο σύμφωνο ανάπτυξης που δημιουργήθηκε από τα Ηνωμένα Έθνη προκειμένου να επιτευχθούν οι Στόχοι Ανάπτυξης της Χιλιετίας (Millennium Development Goals) μέχρι το 2015.

³ - Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994). «Ανθρώπινο δυναμικό» στο: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος, (σελ. 215-237). Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

- Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. (επιμ.). (1994). Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

- Σουλιώτης Κ. (2000). Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης.

Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων στους χώρους Υγείας

Αυτοί οι παγκόσμιοι στόχοι αφορούν κυρίως την Υγεία και απαιτούν τη σύμπραξη των διεθνών δυνάμεων. Την περίοδο αυτή αναδύονται πολλά νέα προγράμματα, μηχανισμοί και οικονομικές στρατηγικές. Αυτό που χρειάζεται για την εκμετάλλευση αυτών των δυνατοτήτων είναι ένα ισχυρό σύστημα υγείας. Όπως είναι φυσικό, η ανάπτυξη ενός τέτοιου συστήματος είναι αδύνατη χωρίς τη συμβολή του εργατικού δυναμικού, που αποτελεί τον θεμελιώδη πόρο των συστημάτων υγείας. Αναμφισβήτητα χρειάζεται χρηματοδότηση και φάρμακα, ωστόσο απαιτείται και ένα αποδοτικό ανθρώπινο δυναμικό, επειδή οι άνθρωποι κυρίως, και όχι τα εμβόλια και τα φάρμακα, αποτρέπουν τις ασθένειες και χειρίζονται τη θεραπεία τους. Οι εργαζόμενοι είναι ενεργός συντελεστής για τις αλλαγές στην υγεία. Συχνά απορροφούν τα 2/3 των δαπανών για την Υγεία, αποτελούν το συνδετικό κρίκο των στοιχείων που συνθέτουν το σύστημα Υγείας και ηγούνται της παραγωγής (Bergman et al., 2004). Έχει, επίσης, αποδειχθεί ότι το ανθρώπινο δυναμικό κρατά τα ηνία της απόδοσης του συστήματος υγείας (Anand and Bärnighausen, 2004; World Bank, 1993). Η μεγαλύτερη πυκνότητα εργαζομένων και η καλύτερη ποιότητα εργασίας βελτιώνουν την ανθρώπινη επιβίωση. Η πυκνότητα των εργαζομένων σε έναν πληθυσμό είναι στενά συνδεδεμένη με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τους Στόχους Ανάπτυξης της Χιλιετίας. Για παράδειγμα, οι προοπτικές για 80% κάλυψη των εμβολιασμών για την ιλαρά ενισχύθηκαν σημαντικά στις περιοχές όπου η πυκνότητα των εργαζομένων ξεπερνούσε του 2.5 εργαζόμενους ανά 1000 άτομα. 75 χώρες με συνολικό πληθυσμό 2.5 δισεκατομμύρια βρίσκονταν κάτω από το ελάχιστο αυτό όριο το 2004 (WHO, 2004), ενώ και για το 2010 η εικόνα δεν ήταν πιο αισιόδοξη.

Οι καταγεγραμμένοι επαγγελματίες είναι κατανεμημένοι με πολύ άνισο τρόπο ανάμεσα σε χώρες και περιοχές. Η Υποσαχάρια Αφρική έχει το 1/10 των γιατρών και των νοσοκόμων σε σχέση με την Ευρώπη. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η Αιθιοπία (με πληθυσμό 82 εκατομμύρια) έχει το 1/50 των επαγγελματιών σε σχέση με τον αριθμό αυτών που διαθέτει η Ιταλία (με πληθυσμό 60 εκατομμύρια). Με δεδομένη αυτή την ευρεία διακύμανση στο μέγεθος του δυναμικού, κάθε χώρα πρέπει να αναπτύξει μία στρατηγική που αρμόζει στις δικές της υγειονομικές της ανάγκες και το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό. Εξετάζοντας χώρες βρέθηκε ότι όλες, είτε φτωχότερες είτε πλουσιότερες, αντιμετωπίζουν γεωγραφικές ανισότητες ή ανισότητες ως προς τον αριθμό των εργαζομένων.

Επίσης, όλες οι χώρες μπορούν να επιταχύνουν τις βελτιώσεις στην Υγεία επενδύοντας και διοικώντας το εργατικό δυναμικό τους με πιο στρατηγικό τρόπο. Οι παγκόσμιες προκλήσεις που αφορούν όλες τις χώρες είναι οι εξής: • Παγκόσμια έλλειψη. Υπάρχει μία παγκόσμια έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της Υγείας. Η έλλειψη αυτή εκτιμάται σε περίπου 4 εκατομμύρια εργαζομένους παγκοσμίως. Οι Υποσαχάριες χώρες πρέπει σχεδόν να τριπλασιάσουν τα σημερινά τους προσωπικά, προκειμένου να επιτύχουν τους Στόχους Ανάπτυξης της Χιλιετίας, προσθέτοντας 1 εκατομμύριο εργαζόμενους μέσω προσλήψεων και εκπαίδευσης. • Ανισότητες στις δεξιότητες. Σχεδόν όλες οι χώρες αντιμετωπίζουν ανισότητες στο θέμα των δεξιοτήτων, γεγονός που προκαλεί πολλές δυσλειτουργίες. Πολλές χώρες πρέπει να αναδιοργανώσουν τα σχέδιά τους με στόχο ένα εργατικό δυναμικό που ανταποκρίνεται στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, κυρίως μέσω της εκμετάλλευσης επικουρικού προσωπικού. • Άνιση κατανομή και μετανάστευση. Σχεδόν όλες οι χώρες αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την άνιση κατανομή του προσωπικού, το οποίο ενισχύεται από την ανεξέλεγκτη μετανάστευση. Η συγκέντρωση των εργαζομένων στα μεγάλα αστικά κέντρα είναι ένα καθολικό φαινόμενο. Για την εξάλειψη αυτού του φαινομένου απαιτείται η προσέλκυση των εργαζομένων σε αγροτικές και παραμεθόριες περιοχές και η διατήρησή τους εκεί. Παρατηρείται, επίσης, άνιση κατανομή ανάμεσα στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα σε πολλές χώρες, ενώ η διεθνής ισότητα επηρεάζεται σημαντικά από τη μετανάστευση, καθώς η απώλεια νοσοκόμων και γιατρών ακρωτηριάζει τα συστήματα υγείας σε πολλές φτωχές χώρες από τις οποίες αναχωρούν. • Άσχημες συνθήκες εργασίας. Σχεδόν όλες οι χώρες πρέπει να βελτιώσουν τις εργασιακές συνθήκες πολλαπλασιάζοντας τις πρακτικές για την ενίσχυση της διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων, την εξασφάλιση επαρκούς εφοδιασμού και εγκαταστάσεων και τη δημιουργία χρηματικών και μη κινήτρων για τη διατήρηση και την παρακίνηση του προσωπικού. • Ασθενής βάση γνώσης.

Οι περιορισμένες γνώσεις στα θέματα ανθρώπινου δυναμικού παρεμποδίζουν το σχεδιασμό και την ανάπτυξη κατάλληλων πολιτικών. Η πληροφορία είναι διάσπαρτη, τα δεδομένα

⁴ - Παππά Ε. Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2008). «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1): 94-101.

- Πιερράκος Γ., Σαρής Μ., Αμίτσης Γ., Κυριόπουλος Γ., Σούλης Σ. (2006). «Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας» *Νοσηλευτική*, 45(4): 543-551.

αποσπασματικά και η έρευνα περιορισμένη, ελλείψεις που θα έπρεπε να διορθωθούν. Η έντονη αυτή ανησυχία για τις ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη που διαρκώς διευρύνονται, τα μειούμενα ποσοστά απόδοσης των επενδύσεων στην υγεία, καθώς και η ανεξέλεγκτη ανάγκη για αύξηση των δαπανών έχουν ωθήσει πολλές χώρες να πραγματοποιήσουν μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Σε χώρες με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, διεθνείς οργανισμοί και άλλοι φορείς δίνουν μεγάλη προτεραιότητα στην υγεία και την αντιμετωπίζουν ως τον ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια καταπολέμησης της φτώχειας (Dussault and Dubois, 2003).

Μέρος Α'

8. Αρχές διοίκησης ανθρώπινων πόρων στους χώρους της Υγείας

Οι αρχές διοίκησης συμβάλλουν στην αμεσότερη και αποτελεσματικότερη επίλυση προβλημάτων που δημιουργούνται στο περιβάλλον του οργανισμού και προσφέρουν στην απλοποίηση των προβλημάτων. Στον χώρο της υγείας οι αρχές διοίκησης διαφέρουν σε σχέση με κάθε άλλο οργανισμό. Οι βασικές αρχές που διέπουν τον χώρο της υγείας είναι:

α) ο σκοπός της διοίκησης είναι η παροχή υπηρεσιών σε άτομα, β) ο κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να εκτελεί την εργασία του, γ) για να είναι επιτυχημένος ο σκοπός του νοσοκομείου θα πρέπει να υπάρχει κοινός στόχος, χρησιμοποιώντας όλα τα μέσα που διατίθενται και όλα να κατανοούν τον κοινό σκοπό, δ) η αύξηση της τεχνολογίας καθιστά απαραίτητη τη διοίκηση, ε) οι αρχές διοίκησης στοχεύουν όλο το ανθρώπινο δυναμικό μιας υγειονομικής μονάδας από τους γιατρούς μέχρι τη διοίκηση, οπότε είναι απαραίτητη η καθολική εφαρμογή τους.⁵

⁵ Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε. (2001). «Ασφαλιστική κάλυψη και ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας» στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Α., Μπουρσανίδης 154

Χ., Οικονόμου Χ. (επιμ.). *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα* (σελ. 127-136). Αθήνα: Θεμέλιο.

9.Διοίκηση ολικής ποιότητας στα νοσοκομεία

Είναι σημαντικό να αναφερθούμε και στη Διοίκηση ολικής ποιότητας (Δ.Ο.Π.) γιατί αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο management στην προσπάθεια των μονάδων υγείας να ελέγξουν το κόστος αφού συγχρόνως φροντίζουν για την ικανοποίηση των ασθενών / πελατών και δημιουργώντας επίσης ένα εργαλείο συνεχούς βελτίωσης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα χαρακτηριστικά της Δ.Ο.Π. είναι:

α) η εστίαση στον πελάτη, β) η συμμετοχή ολοκλήρου του οργανισμού, γ) η χρησιμοποίηση ποιοτικών εργαλείων και στατιστικών μεθόδων μετρήσεων και ο εντοπισμός των σημείων που χρήζουν βελτίωσης. Η αλλαγή φιλοσοφίας που επέφερε η διοίκηση της ποιότητας επικεντρώνεται στην πρόληψη των κινδύνων και στην διαρκή αναζήτηση τρόπων βελτίωσης των υπηρεσιών περίθαλψης. Ο στόχος Δ.Ο.Π. είναι η ικανοποίηση του καταναλωτή, η μείωση του κόστους, καθώς και η μείωση των σπαταλών. Ο πελάτης θα είναι ικανοποιημένος μόνο εάν το προϊόν που θα λάβει είναι τέλειο ή σχεδόν τέλειο και βρίσκεται στην καλύτερη τιμή της αγοράς. Η Δ.Ο.Π στοχεύει στην ικανοποίηση του πελάτη – καταναλωτή μέσα από έρευνες που γίνονται γύρω από τις ανάγκες του και έχοντας ως εργαλείο την συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών/προϊόντων. Για να επιτύχει οποιοδήποτε εγχείρημα που θα προσπαθήσει να εφαρμοστεί χρησιμοποιώντας τη Δ.Ο.Π θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη ηγεσία και καθοδήγηση– παρακίνηση από μια ηγετική μορφή.

- Κυριόπουλος Γ., Λέβεν Τ., Νιάκας Δ. (επιμ.). (1994). *Η διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

- Κωνσταντινοπούλου Β., Κωνσταντινίδης Θ., Μπαμπάτσικου Φ., Καραγιάννη Β., Κρυστάλλη Ε., Κουτής Χ. (2011). «*Αποκειμενική εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου ιατρών και νοσηλευτών εργαζομένων στο χώρο των χειρουργείων*» *Υγεία και Εργασία*, 2(1): 161-178.

Επίσης είναι σημαντικό να γίνει μια αναφορά από τον μάνατζερ γύρω από τη φιλοσοφία, τους στόχους της επιχείρησης αλλά και τις κατάλληλες πολιτικές που πρέπει να εφαρμοστούν. Η Δ.Ο.Π. απαιτεί από τους υπάλληλους να γίνουν όλες οι ενέργειες διαφορετικά από ότι στο παρελθόν, στοχεύει στο προϊόν και στις ανάγκες αλλά και στην ικανοποίηση των πελατών. Δημιουργείται μια φιλοσοφία που αποσκοπεί στη μείωση των δαπανών και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της επιχείρησης. Βασικός άξονας είναι ο συνεχής έλεγχος που ασκείται και τμηματικά αλλά και στο σύνολο της παράγωγης, κάνοντας τον εντοπισμό τυχών λαθών εύκολη υπόθεση.

10. ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

10.1 Προσδιορισμός των αναγκών και πλήρωση θέσεων στις υγειονομικές μονάδες.

Ο σχεδιασμός για την κάλυψη των αναγκαίων θέσεων σε μια νοσοκομειακή μονάδα είναι συνάρτηση της μελέτης των γενικότερων αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό. Η έρευνα γύρω από τις απαιτήσεις σε προσωπικό είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που γίνεται σωστά μόνο λαμβάνοντας υπόψη ορισμένα κριτήρια. Ωστόσο, στον δημόσιο τομέα τα πράγματα απλοποιούνται λόγω του χαρακτηρισμού των θέσεων ως οργανικών που είναι και πολύ συγκεκριμένος ο αριθμός τους αλλά και λόγω νομοθετικών, δημοσιονομικών περιορισμών και σαφώς καθορισμένων οικονομικών πόρων. Σε επίπεδο, βέβαια, ιδιωτικού νοσοκομείου ή δημόσιας μονάδας στα οποία τα παραπάνω δε θα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν οι εξής ενέργειες: να οριοθετηθούν τα εργασιακά πεδία και να βρίσκονται σε πλήρη αρμονία με τις αντίστοιχες ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας.

Αυτό συνεπάγεται και την τήρηση αναλογίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας είτε αυτοί είναι οι γιατροί με τους νοσηλευτές, είτε αυτοί είναι το ιατρικό με το εργαστηριακό προσωπικό, να προσδιοριστεί ο όγκος παραγωγής υπηρεσιών που παρέχεται και η δυναμικότητα των κλινών καθώς και το αν υπάρχει και σε

ποιο βαθμό προτυποποιημένη σχέση ανάμεσα στους επαγγελματίες, να υπολογιστούν οι παραγόμενες ποσότητες απεικονιστικών εξετάσεων τόσο ανά μηχάνημα όσο και ανά τεχνολόγο που τις διενεργεί, να υπάρχει μια γενική εικόνα της αγοράς εργασίας και των εκροών του εκπαιδευτικού συστήματος στις κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Σε δεύτερο επίπεδο, η προσφορά ειδικευμένου προσωπικού έγκειται και στα επαγγελματικά δικαιώματα που δύνανται να απολαμβάνουν τα άτομα αυτά, καθώς και στις συνθήκες που επικρατούν στα επαγγελματικά σωματεία των επαγγελματιών υγείας και στο αν και κατά πόσο αυτά τους δίνουν τη δυνατότητα διεκδίκησης δικαιωμάτων.

10.2. Γενικό πλαίσιο για τον κεντρικό σχεδιασμό της κάλυψης των θέσεων

Σε κρατικό επίπεδο ο προγραμματισμός των θέσεων του προσωπικού γίνεται από το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με βάση πάντα τις ανάγκες των υπηρεσιών. Ειδικότερα, για τον Νοσοκομειακό Δημόσιο Τομέα, οι νέες προσλήψεις στηρίζονται στις κενές θέσεις που δημιουργούνται στον Οργανισμό του Νοσοκομείου είτε από την ίδρυσή του είτε από μετέπειτα τροποποιήσεις.

Οι τροποποιήσεις αυτές άλλοτε ανοίγουν θέσεις εργασίας, άλλοτε μετατρέπουν τις ήδη υπάρχουσες κάνοντας μια αναδιανομή για όλες τις υφιστάμενες ειδικότητες. Αναλυτικότερα, για τις θέσεις εργασίας αποφασίζει το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, αφού μελετήσει τις εισηγήσεις των Διευθυντών και των Προϊσταμένων των Τμημάτων αναφορικά με τις ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους. Βέβαια, σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις διαδραματίζουν και οι υπάρχουσες οργανικές θέσεις που καθορίζουν την ποσότητα αλλά κυρίως την ποιότητα του προσωπικού που απαιτείται.

10.3. Προσέλκυση των επαγγελματιών υγείας στην εργασία.

Η Υγεία όπως και κάθε άλλος κλάδος προσπαθεί να προσελκύσει τους ικανότερους επαγγελματίες στους χώρους της. Ωστόσο, πρέπει η εν λόγω «αγγελία» εργασίας όποια μορφή κι αν έχει, να τηρεί κάποιες βασικές αρχές του

marketing προκειμένου να επιτύχει το στόχο της. Αναλυτικότερα, πρέπει ο υποψήφιος για τη θέση εργασίας να ειδωθεί ως καταναλωτής μιας υπηρεσίας προκειμένου να προωθηθεί σωστά η κάλυψη της θέσης.⁶ Υπάρχει μια ορισμένη σειρά από βήματα που θα πρέπει να γίνουν προκειμένου να δημιουργηθεί μια αποτελεσματική αγγελία- προκήρυξη οποιουδήποτε είδους. Αρχικά, είναι απαραίτητο να καθορισθεί ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται η αγγελία.

Έπειτα, πρέπει με κάθε τρόπο να προσελκυθεί η προσοχή του αναγνώστη, ενδεχομένως και με τη χρήση οπτικών μέσων. Επίσης, στην αίτηση πρόσληψης πρέπει να γίνεται ρητή αναφορά σε όλες τις προϋποθέσεις που θα πρέπει να τηρούνται και στα προσόντα που οφείλει να διαθέτει ο υποψήφιος. Αν αυτό το προκαταρκτικό στάδιο εξέτασης του βιογραφικού λήξει με επιτυχία, τότε πρέπει ο διάλογος μεταξύ εργοδότη και εργαζομένου να έρθει σε πιο προσωπικό επίπεδο. Αυτό θα γίνει δραστικά μέσω της διεξαγωγής της συνέντευξης.

10. 4. Επιλογή και πιστοποίηση για την ανάθεση των καθηκόντων.

Η συνέντευξη του υποψηφίου είναι ένα κομβικό σημείο στην πορεία κρίσης του για πρόσληψη. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο είθισται να ακολουθεί την πρώτη συνέντευξη μια δεύτερη η οποία οριστικοποιεί την απόφαση των εργοδοτών. Τα βασικά σημεία όσον αφορά τη συνέντευξη είναι η ύπαρξη ενός ειδικού συνεντευξιαστή που να έχει γνώση για θέματα ανθρώπινων πόρων και θα είναι προετοιμασμένος έχοντας διαβάσει τον προσωπικό φάκελο του υποψηφίου να του υποβάλλει τις ανάλογες ερωτήσεις, αλλά και να απαντήσει στις δικές του. Ειδικότερα, το περιεχόμενο των ερωτήσεων είναι σκόπιμο να έχει συνάφεια με το βιογραφικό του εργαζομένου. Φυσικά, η συνέντευξη είναι αναγκαίο να διεξάγεται στον κατάλληλο χώρο χωρίς διαρκείς οχλήσεις και με διαθέσιμο όλο τον χρόνο που απαιτείται.

⁶ - Φακιολάς Ν. (2000). *Επαγγελματικός προσανατολισμός, ειδίκευση και επιλογή καριέρας αποφοίτων ιατρικής στην Ελλάδα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.*

- Φέτση Α. (1990). *Η αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στα εισοδήματα των νοικοκυριών*• β. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 73Α: 182-198.

- Φουντούκη Α., Γκατζέλης Θ., Πάντας Δ., Θεοφανίδης Δ. (2009). *Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4): 336-352

Ξεκινώντας τη συνέντευξη επιβάλλεται ο υπεύθυνος να σηκωθεί από το γραφείο του, να σταθεί μπροστά από αυτό και να χαιρετήσει δια χειραψίας τον υποψήφιο προσφωνώντας τον με το όνομά του συστηνόμενος και ο ίδιος και ύστερα να του ζητήσει να καθίσει. Οι ερωτήσεις στις οποίες θα υποβληθεί ο υποψήφιος δίνονται και από πρότυπα συνέντευξης, τα οποία μπορούν να διανθιστούν. Η ουσία πάντως είναι, ότι ο εξεταζόμενος αντιμετωπίζεται ως επαγγελματίας και οι απαντήσεις δεν καταγράφονται επακριβώς, γιατί έτσι αποσπάται η προσοχή και των δύο, χρονοτριβεί η διαδικασία και προκαλείται αγωνία στον υποψήφιο. Στη συνέχεια, και ο ίδιος ο υποψήφιος δύναται να υποβάλλει ερωτήσεις και να ζητήσει σχετικές πληροφορίες. Είναι αρκετά σημαντικό να είναι σε θέση ο συνεντευξιαστής να απαντά στις ερωτήσεις του υποψηφίου προκειμένου ευθύς εξαρχής να χτιστεί μια θετική, φιλική σχέση στο πλαίσιο της οποίας θα διατυπωθούν προσωπικές απόψεις και θα αποκαλυφθούν οι ικανότητες και τα επιτεύγματα του συνεντευξιαζόμενου. Για να καταλήξει η συνέντευξη σε ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα μέσα σε εύλογο χρόνο θα πρέπει ο υπεύθυνος των προσλήψεων που αναλαμβάνει τις συνεντεύξεις να φροντίσει κατ' αρχήν για τα εξής: να έχει αποφασίσει εκ των προτέρων τι αναζητά και να έχει έτοιμη την ανάλογη πρόταση εργασίας, να γνωρίζει σαφώς τα χαρακτηριστικά του ατόμου που απαιτεί η θέση και ο οργανισμός σαν σύνολο, να στοχεύει στην κατάκτηση της εμπιστοσύνης του ανθρώπου που αντιμετωπίζει, να αποκτήσει παράλληλα και εικόνα των αξιών του υποψηφίου και εικόνα για το αν αυτές συνταιριάζονται με την αποστολή και τη φιλοσοφία του οργανισμού.

Να θέσει προδιαγραφές για το ντύσιμο, τις χειρονομίες και άλλα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του υποψηφίου. Ειδικότερα, για τον κώδικα ένδυσης ο υποψήφιος εφόσον είναι άνδρας πρέπει να φροντίσει ώστε να είναι καλά ξυρισμένος και χτενισμένος και να φοράει κοστούμι με ή χωρίς γραβάτα και ανάλογα υποδήματα. Η γενειάδα είναι δεκτή μόνο σε περίπτωση που είναι φροντισμένη. Αν ο υποψήφιος είναι γυναίκα πρέπει επίσης να είναι καλά χτενισμένη, ντυμένη με κοστούμι, φόρεμα ή ταγιέρ με κάλτσες και τα ανάλογα κοσμήματα. Το μακιγιάζ και το άρωμα αν αυτά διατίθενται πρέπει να είναι διακριτικά. Γενικά, η εμφάνιση του υποψηφίου και η στάση του σώματός του κάθε στιγμή πρέπει να αποπνέει καλαισθησία και ικανότητα να κάνει τις σωστές επιλογές. Έτσι, δίνεται από την πλευρά του υποψηφίου βαρύτητα στη διαδικασία της συνέντευξης και μια

αίσθηση μοναδικότητας. Φυσικά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν ισχύουν τα αντίστοιχα στο ντύσιμο για τον ίδιο τον συνεντευξιαστή. Από την πλευρά του υποψηφίου για να έχει επιτυχία η συνέντευξη πρέπει ο ίδιος να δίνει το προσωπικό του στίγμα με μια θετική χροιά.

Συγκεκριμένα, πρέπει να αναδύει την αύρα του συνεργάσιμου και ευχάριστου ατόμου που μπορεί να χειρίζεται καταστάσεις με λεπτότητα και αντικειμενικότητα. Επιπλέον, καλό είναι να χαρακτηρίζεται από ψυχραιμία χωρίς συμπεριφορικά ξεσπάσματα ή τάση δουλοπρέπειας. Εννοείται, ωστόσο, ότι είναι ελεύθερος να εκφράζει τις προτιμήσεις του και τις ενστάσεις του όπου υπάρχουν. Σε αυτό το πλαίσιο δύναται να μην απαντά σε ερωτήσεις που θίγουν τα προσωπικά του δεδομένα. Σε όλη τη διάρκεια της συνέντευξης το κλειδί είναι και για τα δύο μέρη είναι η επιδίωξη της αρμονικής αλληλεπίδρασης. Αυτό συνεπάγεται την τήρηση του μέτρου σε όλα τα επίπεδα, αλλά και την προσήλωση στο στόχο.

10.5. Διαδικασίες αξιολόγησης των υποψηφίων για πρόσληψη.

Η αξιολόγηση είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία για την επιχείρηση. Μέσω αυτής επιδιώκει να βρει τους καταλληλότερους συνεργάτες και να απορρίψει όσους στερούνται προδιαγραφών ή δεν ταιριάζουν απόλυτα στο προφίλ της θέσης εργασίας που επιθυμεί να καλύψει. Ουσιαστικά, θέτει η αξιολόγηση τα κριτήρια για την εκτίμηση εκτεταμένων συνεντεύξεων που παρουσιάζουν διάφορες προοπτικές ενός υποψηφίου. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι για όλους του παραπάνω λόγους τόσο η διαδικασία των συνεντεύξεων όσο και αυτή της αξιολόγησης πρέπει να διεκπεραιώνονται από ανώτερα διοικητικά στελέχη. Συγκεκριμένα, οι συνεντευξιαστές και οι υπεύθυνοι των αξιολογήσεων έχουν μπροστά τους λίστες με τις διάφορες διαστάσεις της εργασίας προκειμένου να είναι πιο γρήγοροι και αντικειμενικοί.

Μια από αυτές τις λίστες καταγράφει τις εξής μεταβλητές: επίπεδο ενεργητικότητας, προϋπηρεσία στη νοσηλευτική, προσαρμοστικότητα, ευελιξία στη συμπεριφορά, σχεδιασμός και οργάνωση, ανοχή στο στρες, ανάλυση των προβλημάτων, δεξιότητες επικοινωνίας, επίλυση προβλημάτων με λήψη δραστικών αποφάσεων, αντίληψη, ευαισθησία ανάπτυξη υφισταμένων, κατηγορηματικότητα, ανάθεση αρμοδιοτήτων/έλεγχος διοίκησης, ανάληψη πρωτοβουλιών/ηγεσία, προσπελασιμότητα. Το ζητούμενο είναι εξετάζοντας όλα αυτά τα κριτήρια πρόσληψης, αλλά και πολλά άλλα

που μπορεί να θέτει και από μόνος του ο εργοδότης να οδηγείται η επιχείρηση σε μια αποτελεσματική πρόσληψη. Βασική προϋπόθεση, βέβαια, είναι συγχρόνως η ύπαρξη ειδικά εκπαιδευμένων αξιολογητών. Επιπλέον, μέσω μιας τέτοιας διαδικασίας καθίσταται δυνατό να εξαλειφθούν οι οποιεσδήποτε είδους διακρίσεις φυλετικές, σεξιστικές, κοινωνικές ή ακόμη και θρησκευτικές. Συμπερασματικά, αυτό το σύστημα αξιολόγησης προσφέρει υποψηφίους με προσόντα και συνέπεια που υπερτερούν αντικειμενικά και ενισχύει το κύρος της διοίκησης. Φυσικά, μια τόσο εξονυχιστική αξιολόγηση απαιτεί αρκετό χρόνο και ίσως να προκαλεί αρκετό στρες στους υποψηφίους, αλλά συντελεί στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για όλους.

10.6. Επιλογή μονίμου προσωπικού διορισμοί .

Η επιλογή του προσωπικού διαφέρει ως διαδικασία από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα. Φυσικά, αυτό είναι λογικό και εξηγείται από το γεγονός ότι στο Δημόσιο επιδιώκεται ο μεγαλύτερος δυνατός βαθμός τυποποίησης για οικονομία χρόνου και πόρων.

Αρχικά, στον δημόσιο τομέα η⁷ διαδικασία πρόσληψης στην Κύπρο πραγματοποιείται από την επιτροπή πρόσληψης δημόσιας υπηρεσίας που είναι μια ανεξάρτητη αρχή υποκείμενη σε κυβερνητικό και άλλο έλεγχο. Συγκεκριμένα, η

⁷ - Οικονόμου Χ. (2004). *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.

- Οικονόμου Χ. (1994). «*Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Ο εφαρμογή του θεσμού των κέντρων υγείας*» *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 3(2): 83-95.

- ΟΚΕ (2005). *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*. Αθήνα: Γνώμη 128.

- Παππά Ε. Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2008). «*Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας*» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1): 94-101.

- Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Αμίτσης Γ., Κυριόπουλος Γ., Σούλης Σ. (2006). «*Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας*» *Νοσηλευτική*, 45(4): 543-551.

επιτροπή αυτή διεξάγει δημόσιο διαγωνισμό είτε γραπτά είτε, κατ' εξαίρεση, προφορικά με βάση την αυστηρή σειρά προτεραιότητας. Αυτή η μέθοδος έχει θεωρηθεί η πλέον δίκαιη και αντικειμενική εξαιτίας της τόσο υψηλής προσφοράς υποψηφίων. Για να κινηθεί όμως ο μηχανισμός του διαγωνισμού αυτού πρώτα προκηρύσσονται οι εν λόγω θέσεις που απαιτούν κάλυψη. Η προκήρυξη, λοιπόν, δημοσιεύεται σε ειδικό τεύχος της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως και μια περίληψή της περιλαμβάνεται στον ημερήσιο τύπο. Ακόμη, για την πρόσληψη σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η μοριοδότηση που είναι θα μπορούσε να πει κάποιος μια αποτίμηση των προσόντων του υποψηφίου σε μόρια με βάση αξιολογικούς πίνακες εγκεκριμένους από το Υπουργείο. Στη συνέχεια, όταν ο υπάλληλος σε ένα Νοσοκομείο για παράδειγμα διοριστεί και ορκιστεί τότε δημιουργείται το προσωπικό του μητρώο στο Γραφείο Προσωπικού. Αυτό συμβαίνει ανεξάρτητα από τη θέση ή τη βαθμίδα του και περιλαμβάνει την ατομική, οικογενειακή, περιουσιακή και τέλος την υπηρεσιακή του κατάσταση. Έπειτα, ο Διοικητής του Νοσοκομείου μαζί με τον αρμόδιο Διευθυντή τοποθετούν τον υπάλληλο όπου κρίνουν απαραίτητο και αναλαμβάνει ο προϊστάμενος του εκάστοτε τμήματος την ανάθεση των καθηκόντων. Στον ιδιωτικό τομέα, προκειμένου να εξασφαλιστεί η υψηλότερη δυνατή ποιότητα των υπηρεσιών η αξιολόγηση του υποψηφίου γίνεται από ένα καθορισμένο άτομο ή Γραφείο ώστε και οι έλεγχοι να είναι πιο διεξοδικοί. Συνεπώς, πέρα από τα βασικά προσόντα που είναι η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, η εκπαίδευση, η κατάρτιση και η πιστοποίηση από ειδική επιτροπή ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην προϋπηρεσία και στις συστατικές επιστολές που ενδεχομένως συνοδεύουν αυτή. Σε ένα πιο εξειδικευμένο επίπεδο, συμπεριλαμβάνονται στην «πιστοποίηση» του υποψηφίου η απόδειξη ειδικής κατάρτισης και εκτέλεσης νοσηλευτικών διαδικασιών ή της ειδικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της κατάρτισης και των προηγούμενων διορισμών.⁸ Ωστόσο, η εξέταση του υποψηφίου

⁸ - Πολύζος Ν. (2007). *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας*. Αθήνα: Διόνικος.

- Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). *«Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας»* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6): 627-639.

- Ρούπα Ζ., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Κοτρώτσιου Ε. (2008).

«Έχρηση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που

δεν σταματά εκεί, αλλά προχωρά αρκετά παραπέρα. Το άτομο ή η επιτροπή που είναι αρμόδια στην πιστοποίηση υποψηφίων ερευνά για ενδείξεις συχνής αλλαγής εργοδοτών ή γενικά εργασιακού περιβάλλοντος. Ακόμη, ελέγχεται η αποφοίτηση από σχολές του εξωτερικού και οι ενδείξεις μηνύσεων για αδικήματα που διαπράχθηκαν στη διάρκεια εκτέλεσης καθηκόντων ή και η λήψη επαγγελματικών πειθαρχικών μέτρων για πειθαρχικά παραπτώματα εντός του οργανισμού. Αν τελικά προκύψουν ενδείξεις για οτιδήποτε από τα προαναφερθέντα τότε μπορεί να αναθεωρηθεί μια υποψηφιότητα.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι είναι συχνό φαινόμενο πια να ανατίθεται η διαδικασία πιστοποίησης-επιλογής προσωπικού σε ειδικά γραφεία για μαζικές προσλήψεις. Έτσι, επιτυγχάνεται τόσο οικονομία χρόνου όσο και χρήματος. Εντούτοις, η πιστοποίηση από τους μανάτζερ- νοσηλευτές συμβάλλει στην ανύψωση του κύρους τόσο των νοσηλευτών όσο και της ίδιας της νοσηλευτικής διοίκησης. Συμπερασματικά, τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας επιδιώκουν στο βαθμό που αυτό είναι δυνατό να εξασφαλίσουν την αντικειμενικότητα, την αμεροληψία και την ακεραιότητα της επαγγελματικής πιστοποίησης. Δίνουν, λοιπόν, ιδιαίτερη σημασία σε αυτό καθώς είναι γνωστό ότι μόνο οι αξιόλογες μονάδες μπορούν να συνθέσουν ένα δυνατό και αποτελεσματικό σύνολο.

11. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

11.1. Βαθμολογικές κλίμακες εξέλιξης κλίμακες σταδιοδρομίας

Οι κλίμακες εξέλιξης σε σχέση με τις κλίμακες σταδιοδρομίας διαφέρουν ως προς τον προσανατολισμό τους. Από τη μια στην κλίμακα εξέλιξης ουσιαστικά προωθείται η μετακίνηση στην ιεραρχία, ενώ από την άλλη η κλίμακα σταδιοδρομίας συνεπάγεται τη μετάβαση σε άλλους κλάδους, δηλαδή από την κλινική νοσηλευτική στη διοίκηση, στην εκπαίδευση ακόμη και στην έρευνα. Ωστόσο,

εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα.» Νοσηλευτική, 47(2): 247-255.

- Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994). «Ανθρώπινο δυναμικό» στο: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος, (σελ. 215-237). Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

και στις δύο περιπτώσεις είτε της ανόδου στην ιεραρχία είτε της αλλαγής βασικού αντικειμένου πρέπει να σημειώνονται εκτιμητές αλλαγές στον μισθό, στα καθήκοντα, στις ευθύνες και στις απαιτούμενες δεξιότητες προκειμένου να υφίστανται κίνητρα. Επιπλέον, κοινό σημείο αναφοράς είναι η προσωπική προσπάθεια που είναι αναγκαία είτε για την εξέλιξη είτε για την σταδιοδρομία. Βέβαια, συγχρόνως επιτυγχάνεται μέσω αυτών η ικανοποίηση των νοσηλευτών και η αύξηση της παραγωγικότητας του εκάστοτε εργοδότη. Στις κλίμακες εξέλιξης τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη διαφέρουν ελαφρώς μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Για το νοσηλευτικό προσωπικό σύμφωνα με τον νόμο πιο βαρύνουσα σημασία έχουν: ο βαθμός εισαγωγής (που είναι ανάλογος με το αν οι υπάλληλοι είναι ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ, κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος, απόφοιτοι της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης ή απόφοιτοι της Εθνικής Σχολής Τοπικής Αυτοδιοίκησης), τα έτη προυπηρεσίας, οι εκθέσεις αξιολόγησης που έχει δεχθεί και οι τυπικοί εκπαιδευτικοί τίτλοι. Για το ιατρικό προσωπικό τα πράγματα είναι κάπως διαφορετικά αφού ως βασικά κριτήρια εξέλιξης θεωρούνται η ηλικία, η συνολική διάρκεια απασχόλησης και ειδικότερα η διάρκεια απασχόλησης στην αντίστοιχη ειδικότητα. Φυσικά, πέρα από αυτά κεντρική θέση στη διαδικασία εξέλιξης εξακολουθεί να έχει η μονιμοποίηση του ιατρικού δυναμικού στους οργανισμούς. Όσον αφορά στην σταδιοδρομία η κρίση των υποψηφίων γίνεται από μια επιτροπή επαγγελματιών του ίδιου αντικειμένου που εξετάζουν την προαγωγή και ως προς άλλους τομείς που έχουν τρέχουσες ανάγκες.

Τα πλεονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι, λοιπόν, η ικανοποίηση από την εργασία, οι βελτιωμένες (κλινικές και όχι μόνο) δεξιότητες και η δημιουργία θετικών κινήτρων για την αποδοχή συνεχιζόμενων ευθυνών είτε στην ηγεσία είτε στην εκπαίδευση. Το μόνο μειονέκτημα-εμπόδιο στη διαδικασία αυτή είναι η απουσία κενών θέσεων σε υψηλότερα επίπεδα όπως αυτό της διοίκησης. Συνεπώς, σταδιοδρομία ή εξέλιξη καλλιεργούν και οι δύο τη φιλοδοξία του προσωπικού και την αναζήτηση της τελειότητας. Άρα, διαμορφώνουν ένα ανθρώπινο δυναμικό υψηλής ποιότητας και αυξημένων απαιτήσεων ενισχύοντας, δυστυχώς, παράλληλα πολλές φορές τον αθέμιτο ανταγωνισμό.

11. 2. Πολιτικές προαγωγών με βάση ορισμένα κριτήρια

Η προαγωγή όπως και κάθε άλλη διαδικασία πρέπει να γίνεται με βάση κάποιες μεταβλητές και όχι αυθαίρετα προκειμένου να είναι αποτελεσματική. Ο βασικός στόχος της τοποθέτησης ορισμένων κριτηρίων είναι να έχουν πρόσβαση στις προαγωγές όλες οι κατηγορίες επαγγελματιών υγείας και ίσες ευκαιρίες ως προς αυτές. Οι προδιαγραφές αυτές είναι ως επί το πλείστον τυπικές επί της διαδικασίας αν και η εφαρμογή τους αποφέρει πολλά παράπλευρα αποτελέσματα. Κατ' αρχάς, αφετηρία όλων είναι ότι όλες οι θέσεις πρέπει να συμπληρώνονται ακόμα και όταν δεν μεταβάλλεται ο μισθός ή η βαθμίδα. Μπορεί, δηλαδή, απλά ο εκάστοτε υπάλληλος να μεταφερθεί σε άλλη μονάδα, ειδικότητα ή και βάρδια. Επιπλέον, όλοι οι ενδιαφερόμενοι οφείλουν να καταθέσουν στο τμήμα ανθρωπίνου δυναμικού την απαραίτητη αίτηση ζητώντας προαγωγή. Τέλος, μετά την υποβολή της αίτησης οι υποψήφιοι πρέπει να περάσουν από συνέντευξη για την οποία και θα βαθμολογηθούν. Στη συνέχεια, αφού δοθούν οι όποιες προαγωγές αυτό θα πρέπει να ανακοινωθεί επίσημα μέσα από πίνακες προακτέων. Συγχρόνως, οι πίνακες αυτοί οφείλουν να ακολουθούν αξιολογική σειρά, από τον πιο προσοντούχο στον λιγότερο προσοντούχο, αναγράφοντας όμως και τα αντικειμενικά κριτήρια που εκτιμήθηκαν (εμπειρία, προϋπηρεσία, εκπαίδευση). Με λίγα λόγια, όλα τα παραπάνω καταδεικνύουν την ανάγκη ένα σύστημα προαγωγών να είναι κυρίως δίκαιο και να θεωρείται δίκαιο και από το ίδιο το προσωπικό. Αυτό είναι καθοριστικής σημασίας ιδίως όταν το περιβάλλον είναι πολύ ανταγωνιστικό όπως είναι σήμερα που οι υποψήφιοι με τα πλήρη προσόντα είναι περισσότεροι, ενώ οι θέσεις εργασίας στους οργανισμούς μειώνονται αισθητά κάθε χρόνο.

11.3. Πειθαρχικό Σύστημα για τον Έλεγχο του Προσωπικού

Ο έλεγχος και η πειθαρχία είναι τα συστατικά της επιτυχίας για ένα καλά οργανωμένο και λειτουργικό τμήμα. Για να υφίστανται, όμως, αυτές οι σταθερές πρέπει να ισχύουν και κάποιες ποινές για τυχόν παραβίασή τους και κατά απόλυτη αναλογία το μέγεθος των ποινών αυτών να καθορίζει και το ηθικό επίπεδο των εργαζομένων σε αυτό τον χώρο. Συνεπώς, γίνεται σαφές ότι το πειθαρχικό σύστημα των επιχειρήσεων δρα βασικά προληπτικά σαν τείχος προστασίας των υπηρεσιών και των πελατών τους (ασθενών) απέναντι σε λάθη και αυθαιρεσίες του προσωπικού. Φυσικά, δεν είναι πάντα εφικτό να παραμείνει

στην πρόληψη και αν η συμπεριφορά δεν χαλιναγωγείται περνά το σύστημα στη διαδικασία καταστολής των παραπτώματων με τη βοήθεια του νόμου . Ως πειθαρχικό παράπτωμα ορίζεται η παράβαση του υπαλληλικού καθήκοντος που συντελείται με υπαίτια πράξη ή παράλειψη και μπορεί να καταλογισθεί στον υπάλληλο. Το υπαλληλικό καθήκον προσδιορίζεται τόσο από τις υποχρεώσεις που επιβάλλουν στον υπάλληλο οι κείμενες διατάξεις, οι εντολές και οδηγίες, όσο και από τη συμπεριφορά που οφείλει ν. Αρχικά, θα γίνει αναφορά σε πειθαρχικά παραπτώματα που αφορούν κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό: ενέργειες που εκφράζουν άρνηση αναγνώρισης του Συντάγματος και απαξία προς την Πατρίδα και την Δημοκρατία , παράβαση καθήκοντος σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα ή άλλους ποινικούς νόμους ,παράβαση της υποχρέωσης εχεμύθειας , άσκηση έργου με αμοιβή χωρίς άδεια υπηρεσίας ,ανάρμοστη συμπεριφορά προς τους πολίτες, μη εξυπηρέτησή τους , χρησιμοποίηση τρίτων προσώπων στην απόκτηση υπηρεσιακής εύνοιας , φθορές λόγω ασυνήθιστης χρήσης, εγκατάλειψη ή παράνομη χρήση των πόρων της υπηρεσίας , σύναψη στενών κοινωνικών σχέσεων σε επαγγελματικό περιβάλλον εξάρτηση , άρνηση σύμπραξης, συνεργασίας και παροχής στοιχείων σε άλλους Δημόσιους φορείς , ολιγωρία στη δίωξη κάποιου παραπτώματος παράβαση της αρχής της αμεροληψίας, αποχή από την εκτέλεση καθηκόντων, χρησιμοποίηση της δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας ή άλλων πληροφοριών της υπηρεσίας για εξυπηρέτηση ιδιωτικών συμφερόντων , αποδοχή υλικής εύνοιας ή ανταλλάγματος για τον χειρισμό μιας υπόθεσης αδικαιολόγητη προτίμηση νεότερων υποθέσεων με ταυτόχρονη παραμέληση παλαιότερων άρνηση προσέλευσης για ιατρική εξέταση άρνηση ή παρέλκυση εκτέλεσης εξουσίας , αμέλεια ατελής εκπλήρωση καθήκοντος , ή άσκηση κριτικής των πράξεων της προϊσταμένης αρχής δημοσίως χρήση ανακριβών στοιχείων και απρεπών εκφράσεων, αδικαιολόγητη μη έγκαιρη σύνταξη έκθεσης αξιολόγησης , μη έγκαιρη απάντηση σε αναφορές πολιτών .

Τα πειθαρχικά παραπτώματα διαφοροποιούνται, βέβαια, στην περίπτωση του ιατρικού προσωπικού: άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος , απουσία από την εφημερία, συνεργασία με ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικές κλινικές αν ο υπάλληλος έχει διοριστεί στο δημόσιο ,άνιση μεταχείριση αρρώστων και ανάρμοστη συμπεριφορά προς αυτούς , δωροληψία. παραβίαση οποιουδήποτε κανόνα ιατρικής δεοντολογίας . Αν και τα πειθαρχικά παραπτώματα διαφέρουν σημαντικά

μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών λόγω της επαφής που έχει ο κάθε επαγγελματίας με τους ασθενείς και των ευθυνών που φέρει απέναντί τους, δεν ισχύει το ίδιο και με τις ποινές. Οι πειθαρχικές ποινές είναι κοινές καθώς ακολουθείται μια γενικότερη τάση συστηματοποίησης και τυποποίησης. Ειδικότερα, οι ποινές που προβλέπονται για όλα τα προαναφερθέντα παραπτώματα είναι: η έγγραφη επίπληξη, πρόστιμο που ποικίλει ως προς το μέγεθος ανάλογα με τη βαρύτητα του σφάλματος, στέρηση του δικαιώματος προαγωγής για διάστημα που ποικίλει, υποβιβασμός, προσωρινή παύση για διάστημα που ποικίλει, οριστική παύση, αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσωρινά ή μόνιμα. Το πειθαρχικό σύστημα ελέγχου είναι απαραίτητο για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού και τη διατήρηση της τάξης. Σε γενικές γραμμές, προβλέπει τα περισσότερα είδη παραβάσεων και επιβάλλει ποινές αυστηρές αλλά όχι απάνθρωπες. Φυσικά, σε αυτό συντελεί και το σύστημα δικαιοσύνης το οποίο αναλαμβάνει την τελική κρίση.

11.4. Προσδοκίες και ικανοποίηση από την εργασία

Ο λόγος για τον οποίο οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μεγάλη κινητικότητα ως κλάδος και πολλοί από αυτούς ακόμη φτάνουν στο σημείο να εγκαταλείπουν το επάγγελμα είναι η πολύ χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία. Αντίθετα, αυτό που διαχέεται προς τα έξω είναι μια αυξανόμενη δυσαρέσκεια που αφορά διάφορους τομείς της δουλειάς. Συγκεκριμένα, με αξιολογική σειρά τα προβλήματα ξεκινούν από τη χρηματική αμοιβή που θεωρείται από τους περισσότερους ως εξαιρετικά ανεπαρκής. Έπειτα, ακολουθούν σε απόλυτη σειρά προτεραιότητας τα θέματα της μη αναγνώρισης της προσφοράς του εργαζομένου ή ακόμη και της απαξίωσης αυτής, του ακατάστατου και υπερφορτωμένου ωραρίου εργασίας, των πολλαπλών ευθυνών του επαγγελματία σε σχέση με τον πελάτη χωρίς να υπάρχει αντιστοιχία και στο μισθό και τέλος εκείνο του υπερβολικού άγχους που απορρέει από όλα τα παραπάνω.

Συνεπώς, τα προβλήματα είναι αλληλένδετα και αλληλοεπηρεάζονται άμεσα. Ωστόσο, αυτά είναι ζητήματα και εμπόδια που παρουσιάζονται στην καθημερινότητα της δουλειάς, αλλά οι προσδοκίες των νεαρών επαγγελματιών υγείας είναι πολύ διαφορετικές πριν βγουν στην αγορά εργασίας. Οι προσδοκίες είναι συνώνυμο των φιλοδοξιών οι οποίες δεν μπορεί να είναι χαμηλές ή μετριοπαθείς ιδίως σε έναν νέο άνθρωπο οποίος ξεκινά γεμάτος όρεξη και όνειρα

την καριέρα του. Μερικά από τα «υπεραισιόδοξα σχέδια» των νεαρών πτυχιούχων νοσηλευτών ακολουθούν παρακάτω: εργασία πλήρους απασχόλησης, ικανοποιητική αμοιβή, αναγνώριση και ενθάρρυνση, ευχάριστες συνθήκες εργασίας, ημέρες εργασίας και βάρδιες της αρεσκείας του κάθε εργαζομένου, απόλυτη ικανοποίηση και αίσθηση του πετυχημένου από την προσφορά της καταλληλότερης και πιο ολοκληρωμένης φροντίδας, εργασία σε ένα μεσαίο ή και μεγάλο νοσοκομείο, συνεχή εποπτεία από υπεύθυνους μάνατζερ νοσηλευτές, επαγγελματική αυτονομία, εξουσία, πρωτοβουλία, εργασία γενικότερα σε μια υγιή κοινωνία με ευκαιρίες ανώτερης εκπαίδευσης και ανάπτυξης οικογενείας. Αυτό συνεπάγεται ένα αποτελεσματικό εκπαιδευτικό σύστημα, εξάλειψη της εγκληματικότητας, σταθερή οικονομία, χαμηλή φορολογία και κόστος ζωής. Φυσικά, αν όλα τα παραπάνω ίσχυαν θα επρόκειτο για την τέλεια εικόνα της πραγματικότητας που πρακτικά δεν υφίσταται. Αυτό δεν σημαίνει ότι κάποιες από αυτές τις προδιαγραφές δεν εφαρμόζονται και σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε πολλές περιπτώσεις ή ότι δεν γίνεται προσπάθεια για την επίτευξη τους απλά σίγουρα υπάρχουν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Εξάλλου, όταν κάποιος δεν έχει εμπειρία των πραγματικών συνθηκών μπορεί να αγνοεί διάφορα στοιχεία, να υποτιμά άλλα και να θέτει ανούσια κριτήρια. Πέρα από όσα ήδη αναφέρθηκαν για τις αντιφάσεις ανάμεσα στις προσδοκίες και την πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν οι νέοι νοσηλευτές ο Drucker εντοπίζει και ένα άλλο σφάλμα που ισχυρίζεται ότι είναι η πηγή πολλών άλλων.

Το σφάλμα αυτό είναι σφάλμα νοοτροπίας, ότι δηλαδή οι νοσηλευτές δεν αφήνονται από τους γιατρούς περισσότερο να ασχοληθούν με τη νοσηλευτική και τον ασθενή αλλά τους μεταχειρίζονται σαν «λαντζέρηδες» και «καθαριστές». Επομένως, παραγκωνίζονται, θίγεται η αυτοπεποίθησή τους και η αξία τους και δεν δύνανται να προσφέρουν αυτά που μπορούν. Δημιουργείται, λοιπόν, το ερώτημα μήπως τελικά οι προσδοκίες και το κατά πόσο αυτές ικανοποιούνται είναι θέμα νοοτροπίας και οπτικής. Μήπως όταν κάποιος για διάφορους λόγους δεν έχει σε εκτίμηση τον εαυτό του και το αντικείμενό του δε θα νιώσει ποτέ ικανοποιημένος ό,τι κι αν καταφέρει;

Μήπως, δηλαδή, η ικανοποίηση του ατόμου ξεκινά από το να επιβάλλει την παρουσία του στο περιβάλλον του;⁹

11.5. Ο κλάδος της φροντίδας υγείας αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα με τη διατήρηση ικανών επαγγελματιών σε διάφορες θέσεις εργασίας.

Φυσικά, υπάρχει μια γενικότερη τάση που υποδεικνύει την αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος αρκετές φορές στη διάρκεια της ενεργούς δράσης.

Εντούτοις, στην περίπτωση των νοσηλευτών με αυτές τις συχνές αλλαγές επιτυγχάνονται μακροπρόθεσμοι στόχοι σταδιοδρομίας.

Οι εν λόγω αλλαγές άλλοτε αφορούν την ειδικότητα του εργαζομένου και άλλοτε τον ρόλο του που διαφοροποιείται στον υφιστάμενο, Αλλαγή του προσωπικού του επαγγελματικού χώρου.

Αναλυτικότερα, επειδή το ποσοστό του προσωπικού που αλλάζει-μετακινείται μέσα σε έναν οργανισμό είναι πολύ υψηλό γίνεται σε μικρά χρονικά διαστήματα ένας υπολογισμός και για το ανθρώπινο δυναμικό που πρόκειται να αλλάξει αλλά και για τα κριτήρια της αλλαγής. Τα στοιχεία του προσωπικού που αποχωρεί που λαμβάνονται συνήθως υπόψη είναι αρκετά συγκεκριμένα και αφορούν στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, στο είδος του προγράμματος του οποίου ήταν απόφοιτοι, στην ενδεχόμενη επιπλέον εκπαίδευσή τους, στα χρόνια της προϋπηρεσίας, στην ειδικότητα, στο φύλο, στη φυλή και στις πολιτικές τοποθετήσεις. Οι λόγοι για τους οποίους μελετάται επιμελώς η αλλαγή των υπαλλήλων δεν είναι μόνο ποιοτικοί, διότι απομακρύνονται ικανότατοι και έμπειροι επαγγελματίες αλλά και οικονομικοί. Οι μετακινήσεις προσωπικού δημιουργούν αστάθεια στην οργάνωση αυτού, αλλά και σημαντική αύξηση στο κόστος πρόσληψης και προσανατολισμού

⁹ - Φακιολάς Ν. (2000). *Επαγγελματικός προσανατολισμός, ειδίκευση και επιλογή καριέρας αποφοίτων ιατρικής στην Ελλάδα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

- Φέτση Α. (1990). • *αΗ αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στα εισοδήματα των νοικοκυριών*• β. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 73Α: 182-198.

- Φουντούκη Α., Γκατζέλης Θ., Πάντας Δ., Θεοφανίδης Δ. (2009). • *αΗ διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου*• β. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4): 336-352.

του υπαλλήλου. Η αύξηση του κόστους με τη σειρά της οδηγεί στη συρρίκνωση του περιθωρίου κέρδους και στην πτώση της ανταγωνιστικότητας, διότι δεν πρέπει να ξεχνά κανείς ότι το σύστημα Υγείας αποτελείται τουλάχιστον κατά το ήμισυ από εμπορικές κερδοσκοπικές επιχειρήσεις (ιδιωτικός τομέας). Από την άλλη πλευρά, η αλλαγή του προσωπικού όταν συνεπάγεται την αντικατάστασή του παρουσιάζει και οφέλη. Κατ' αρχάς πραγματοποιούνται εξοικονομήσεις σε μισθούς και επιδόματα. Σε ένα άλλο επίπεδο, μεταβιβάζονται νέες γνώσεις και ιδέες και πείρα σε νέα μέλη του συστήματος. Παρ' όλα αυτά, η διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού ποτέ δε χάνει την αξία της. Υπάρχουν ισχυρά κίνητρα προκειμένου η διοίκηση να στοχεύει στη σταθερότητα του προσωπικού. Τέτοια είναι ορισμένα οικονομικά οφέλη κυρίως από λειτουργικά έξοδα και έξοδα επιμόρφωσης, ευελιξία στον προγραμματισμό με τις όποιες δύσκολες συνθήκες και η συμμετοχική διοίκηση που είναι εξαιρετικά αποδοτική όταν εφαρμόζεται.

11.6. Κατάρτιση και επιμόρφωση προσωπικού

Η συνεχής επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί υπηρεσιακή υποχρέωση και αναγκαιότητα. Μάλιστα, το δικαίωμα αυτό των εργαζομένων υποστηρίζεται με ειδικά προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση με την συνεργασία πάντα του Υπουργείου Υγείας. Τα προγράμματα αυτά καλούνται προγράμματα «δια βίου μάθησης». Η δια βίου μάθηση αποτελεί επένδυση για κάθε οργανισμό υγείας. Μέσω αυτής βελτιώνονται οι δεξιότητες και οι ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού. Έτσι, τουλάχιστον την τελευταία δεκαπενταετία η εκπαίδευση των νοσοκομειακών ιδίως υπαλλήλων παρουσιάζει συνεχώς μια αυξητική τάση. Φυσικά, σε αυτό συνέβαλε και η χρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και η αύξηση των διατιθέμενων εθνικών πόρων προς τον σκοπό αυτό. Η διαρκής κατάρτιση δεν σχετίζεται αποκλειστικά με τους ανθρώπινους πόρους της Υγείας, αλλά και με εκείνους της Ψυχικής Υγείας και της Πρόνοιας ώστε να βελτιωθούν οι υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες σε όλους τους τομείς και για όλες τις ειδικότητες. Συνεπώς, τα προγράμματα δια βίου μάθησης επιτελούν σαφώς καθορισμένους στόχους. Αρχικά, στηρίζουν την απασχόληση με δημιουργία ευκαιριών και των αναγκαίων δυνατοτήτων για πλήρη εργασιακή ένταξη. Έπειτα, αυξάνουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα των υπηρεσιών και με την συμβολή του ίδιου του προσωπικού σε αυτή την ποιοτική

αναβάθμιση. Επιπλέον, προωθούν την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Τέλος, συνδέουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα με τους στρατηγικούς στόχους της μεταρρύθμισης και εναρμονίζουν το περιεχόμενο της εκπαίδευσης με τις διοικητικές, οργανωτικές και λειτουργικές αλλαγές του Εθνικού Συστήματος Υγείας και του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας ή πιο απλά συνδέουν την θεωρία με την πρακτική εφαρμογή της στην καθημερινότητα με τις υφιστάμενες συνθήκες. Η εκπαίδευση όμως σε όλα τα στάδιά της καθορίζεται και από το νομικό πλαίσιο. Πέρα, λοιπόν, από την προνοητική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την πρωτοβουλία του κράτους να ενισχύσει την προσπάθεια αυτή ο νόμος ορίζει ως δικαίωμα του υπαλλήλου την επιμόρφωση, μετεκπαίδευση και την μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Ειδικότερα, η εισαγωγική εκπαίδευση που καλύπτει την πρώτη διετία μετά τον διορισμό του υπαλλήλου είναι υποχρεωτική και συνιστά στην εξοικείωση του ατόμου με τα αντικείμενα της υπηρεσίας. Επίσης, η επιμόρφωση των υπαλλήλων είναι υποχρεωτική διαδικασία σε κάθε δημόσια υπηρεσία ανεξάρτητα με την ειδικότητα, τον κλάδο ή τον βαθμό των εργαζομένων. Σε επόμενο επίπεδο, βρίσκεται η μετεκπαίδευση-εξειδίκευση που σκοπεύει στην απόκτηση εξειδικευμένων πλέον γνώσεων. Η μεταπτυχιακή, δηλαδή, εκπαίδευση η οποία πραγματοποιείται σε οργανωμένα προγράμματα ή κύκλους από αναγνωρισμένα Ιδρύματα Ανώτατης Εκπαίδευσης με στόχο τη λήψη διδακτορικού διπλώματος, μεταπτυχιακού τίτλου ή ανάλογου πιστοποιητικού. Φυσικά, για τη συμμετοχή του σε τέτοια προγράμματα ο υπάλληλος δικαιούται άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης που του χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας ή από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου μετά την έγκριση του υπηρεσιακού συμβουλίου. Εντούτοις, ειδικές άδειες χορηγούνται και για την συμμετοχή των εργαζομένων σε συνέδρια, ημερίδες, επιστημονικά συμπόσια και σεμινάρια .

¹⁰ - Φουντούκη Α., Γκατζέλης Θ., Πάντας Δ., Θεοφανίδης Δ. (2009). Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου.

Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(4): 336-352

12.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

12.1. Σύστημα αξιολόγησης νοσηλευτικού προσωπικού Η αξιολόγηση του προσωπικού που εργάζεται ήδη σε έναν υγειονομικό οργανισμό είναι καίριας σημασίας για να καταδείξει τις όποιες αδυναμίες, ελλείψεις και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την καταπολέμησή τους. Η διαδικασία αυτή, βέβαια, γίνεται με ένα ορισμένο σύστημα αξιολόγησης το οποίο διέπεται από αρχές όπως η αμεροληψία και η επαγγελματική ικανότητα που επιδεικνύει ο εξεταζόμενος. Αναλυτικότερα, εργαλεία του τυποποιημένου αυτού συστήματος αξιολόγησης είναι οι εκθέσεις αξιολόγησης. Οι εκθέσεις αυτές συντάσσονται τον Ιανουάριο κάθε έτους και περιλαμβάνουν τους επαγγελματίες όλων των κατηγοριών. Η συμπλήρωση των εντύπων αυτών είναι, βέβαια, υποχρεωτική και αναλαμβάνεται από δύο προϊσταμένους ή διευθυντές, γενικά δύο αξιολογητές για κάθε υπάλληλο που απασχολείται για πέντε μήνες τουλάχιστον στον εκάστοτε τμήμα. Ακολουθείται, λοιπόν, μια τυπική διαδικασία για πολύ ουσιαστικούς και πρακτικούς σκοπούς. Τα κύρια κριτήρια που εξετάζονται μέσω της θέσης ολόγησης είναι: οι τίτλοι σπουδών-μετεκπαίδευση- επιμόρφωση, η συνοπτική περιγραφή του έργου που έχει επιτελεστεί, η γνώση του αντικειμένου, η αποτελεσματικότητα, οι ποινές αν υπάρχουν, οι διακρίσεις αν υπάρχουν, οι διοικητικές σχέσεις, οι υπηρεσιακές σχέσεις, η συμπεριφορά και η προσωπικότητα, το ενδιαφέρον και η δημιουργικότητα, η οργανωτική ικανότητα. Φυσικά, καθένα από τα προαναφερθέντα κριτήρια αναλύεται στις περαιτέρω παραμέτρους του οι οποίες εξετάζονται εξονυχιστικά. Στην πραγματικότητα η αξιολόγηση κάθε άλλο παρά απλή είναι, διότι είναι και σχετικά χρονοβόρα και σχετικά δαπανηρή. Επιπλέον, η αξιολόγηση απαιτεί και την ύπαρξη ικανών και έμπειρων λεγκτών για να είναι επιτυχημένη.

13.Πρακτικές Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

Ένα από τα κυριότερα θέματα που απασχολούν τη Διοικητική Επιστήμη είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που βοηθούν στην πρόβλεψη της αποτελεσματικότητας και

της επίδοσης της διοίκησης μιας επιχείρησης. Μέχρι στιγμής έχουν εξετασθεί διάφοροι παράγοντες όπως η δομή της επιχείρησης, η διαθέσιμη τεχνολογία, η στρατηγική που ακολουθείται και οι περιβαλλοντικές συνθήκες (Burns and Stalker, 1961; Thompson, 1967; Woodward, 1958). Στη σχετική βιβλιογραφία εξετάζεται επίσης εκτενώς η επίδραση της διαχείρισης του προσωπικού. Σε πολλές από αυτές τις έρευνες παρατηρείται μια αντίθεση ανάμεσα στις «παραδοσιακές» και τις «προοδευτικές» τεχνικές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού. Οι παραδοσιακές πρακτικές βασίζονται συνήθως στον Τεϊλορισμό που επιβάλλει τον έλεγχο της εργασίας και την ελαχιστοποίηση του κόστους (Wood, 1999). Οι προσεγγίσεις αυτές περιλαμβάνουν κυρίως μονότονες εργασίες με περιορισμένη αυτονομία και ελαχιστοποίηση των δαπανών για την επιλογή, την εκπαίδευση, την ανάπτυξη και την πληρωμή του προσωπικού. Οι προοδευτικές τεχνικές, αντίθετα, στοχεύουν στη βελτιστοποίηση της γνώσης και των ικανοτήτων των εργαζομένων, και δίνουν έμφαση στα κίνητρα που τους δίνονται. Παραδείγματα αυτών των πρακτικών αποτελούν εγκεκριμένες διαδικασίες επιλογής προσωπικού, ολοκληρωμένα προγράμματα εκπαίδευσης, συστηματική αξιολόγηση της απόδοσης, μη χρηματικές παροχές, κίνητρα, ομαδική εργασία και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών επισημαίνει ότι οι προοδευτικές πρακτικές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού σχετίζονται άμεσα με την αύξηση της παραγωγικότητας και των κερδών των επιχειρήσεων, μέσω της βελτίωσης της γνώσης, των δεξιοτήτων και, συνεπώς, της επίδοσης των εργαζομένων (Jackson et al., 1989; Neal and Griffin, 1999, Wright and McMahan, 1992).

Επισημαίνεται, ακόμη, ότι συγκεκριμένες μέθοδοι επιλογής και κατάρτισης του προσωπικού είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την ενίσχυση της αποδοτικότητας των εργαζομένων (Borman et al., 1997; Tannenbaum and Yukl, 1992). Ωστόσο, μόνο ένα μικρό μέρος αυτών των ερευνών έχει λάβει χώρα σε νοσοκομειακές μονάδες και δεν είναι γνωστό αν οι πρακτικές αυτές Διαχείρισης του Ανθρώπινου Δυναμικού έχουν εφαρμογή στον τομέα αυτό που είναι τόσο περίπλοκος στην οργάνωσή του. Ο κύριος λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι η μέτρηση της απόδοσης ενός νοσοκομείου είναι ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα. Υπάρχουν, ωστόσο, στοιχεία που επιβεβαιώνουν ότι αποτελεσματικές στρατηγικές ανθρώπινου δυναμικού ενισχύουν την απόδοση των συστημάτων υγείας, ακόμα και σε δύσκολες συνθήκες (Bertodano, 2003; WHO 2000; World Bank, 2004). Στην πραγματικότητα ο μόνος τρόπος για την επίτευξη των Στόχων Ανάπτυξης της Χιλιετίας που έχουν τεθεί για το 2015 είναι αναμφίβολα με τη βοήθεια των εργαζομένων. Ωστόσο η λύση αυτή δεν είναι πανάκεια. Η ανάπτυξη ενός εργατικού δυναμικού υψηλής απόδοσης απαιτεί επίμονη και συνεχή

προσπάθεια. Προκειμένου να είναι αποτελεσματικοί οι εργαζόμενοι θα πρέπει να τους διατίθενται τα κατάλληλα μέσα και κυρίως τα φάρμακα που χρειάζονται για την περίθαλψη των ασθενών, ενώ για να χρησιμοποιήσουν τα διαθέσιμα μέσα με αποδοτικό τρόπο θα πρέπει να διαθέτουν τις κατάλληλες δεξιότητες και την απαραίτητη υποστήριξη. Οι σωστές στρατηγικές ανθρώπινου δυναμικού μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικό κέρδος ως προς την αποδοτικότητα. Η επιτυχία των στρατηγικών εξασφαλίζεται όταν βασίζονται στα δεδομένα της συγκεκριμένης χώρας, καθοδηγούνται από τις ανάγκες της και έχουν τη βοήθεια διεθνών ενισχύσεων. Όλες οι στρατηγικές θα πρέπει να επικεντρώνονται στη διασφάλιση της πρόσβασης κάθε οικογένειας σε έναν ικανό και εξειδικευμένο εργαζόμενο. Πέρα από το προσωπικό που βρίσκεται στην πρώτη γραμμή, υπάρχουν οι γιατροί, οι νοσοκόμοι, οι μαίες, οι επαγγελματικοί συνεργάτες, οι μάνατζερ και μη ιατρικό προσωπικό που υποστηρίζουν την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών.

Τα σημεία μόχλευσης της ανάπτυξης του εργατικού δυναμικού είναι οι κυβερνήσεις, οι οποίες καθορίζουν την πολιτική γραμμή, εξασφαλίζουν τη χρηματοδότηση, υποστηρίζουν την κατάρτιση και διοικούν το δημόσιο τομέα, ενώ ταυτόχρονα ελέγχουν τον ιδιωτικό τομέα. Οι διαφορές στις εθνικές συνθήκες συνεπάγονται διαφορετικές λύσεις για τις προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει η κάθε χώρα. Ωστόσο, όλες οι στρατηγικές θα πρέπει να έχουν πέντε βασικές διαστάσεις: συμμετοχή των ηγετών και των μετόχων, σχεδιασμό των επενδύσεων στους ανθρώπινους πόρους, διαχείριση των επιδόσεων, ανάπτυξη πολιτικών και βελτίωση των ικανοτήτων παράλληλα με την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων. Η ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού δεν αποτελεί μία καθαρά τεχνική διαδικασία. Απαιτεί τη συνεργασία όλων των συμμετεχόντων, τοποθετώντας στο κέντρο τους εργαζόμενους αλλά συμπεριλαμβάνοντας τον τομέα της υγείας και την κυβέρνηση.

Τα υπουργεία Οικονομικών, Υγείας και Παιδείας, οι ακαδημαϊκοί, τα εργατικά συνδικάτα, οι επαγγελματικοί σύλλογοι, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και οι μη-κυβερνητικές οργανώσεις – ο καθένας με τους δικούς του στόχους, δυνατότητες και ενδιαφέροντα –¹¹ θα πρέπει να εμπλακούν στον καθορισμό των εθνικών στόχων, στο σχεδιασμό στρατηγικών, στην κατάρτιση σχεδίων και στην εφαρμογή πολιτικών και προγραμμάτων. Για την καθοδήγηση αυτής της διαδικασίας είναι απαραίτητη η συλλογή κατάλληλων δεδομένων. Η διαχείριση

¹¹ - Φουντούκη Α., Γκατζέλης Θ., Πάντας Δ., Θεοφανίδης Δ. (2009). Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου.

Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(4): 336-352

του ανθρώπινου δυναμικού με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσης συνδέει τον τομέα της Υγείας με τον τομέα της Εκπαίδευσης προκειμένου να επιτευχθούν τρεις βασικοί στόχοι : 1. η κάλυψη του πληθυσμού 2. η διαμόρφωση κινήτρων για τους εργαζόμενους 3. η εξέλιξη των ικανοτήτων των εργαζομένων.

Οι στρατηγικές κάλυψης προωθούν την αριθμητική επάρκεια των εργαζομένων, τον κατάλληλο συνδυασμό των δεξιοτήτων τους και την παροχή υπηρεσιών σε ευάλωτους πληθυσμούς. Οι στρατηγικές διαμόρφωσης κινήτρων επικεντρώνονται στην επαρκή αμοιβή, το θετικό περιβάλλον εργασίας και τα υποστηρικτικά συστήματα υγείας. Η εξέλιξη των ικανοτήτων των εργαζομένων πραγματοποιείται μέσω της εκπαίδευσής τους για τις κατάλληλες δεξιότητες, μιας εκπαίδευσης που έχει το χαρακτήρα της συνεχούς μάθησης και καλλιέργειας του αισθήματος της επιχειρηματικότητας και της καινοτομίας. Η πρόοδος θα πρέπει να ελέγχεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας προκειμένου να πραγματοποιούνται διορθώσεις στα ενδιάμεσα στάδια. Η παγκόσμια ευθύνη πρέπει να μοιράζεται, καθώς οι χώρες αλληλεξαρτώνται στο θέμα της ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού. Λόγω της διακρατικής ροής εργασίας, γνώσης και χρημάτων, η επιτυχία των εθνικών στρατηγικών εξαρτάται από τη διεθνή ενίσχυση.

Αν αμεληθεί η ροή επαγγελματιών από μία χώρα προς άλλες αυτό μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τη χώρα αυτή, σε περίπτωση που δεν καλύπτονται οι ανάγκες της σε ανθρώπινους πόρους. Αν, όμως, αξιοποιηθεί σωστά η ροή εργαζομένων μεταξύ των κρατών μπορεί να λειτουργήσει θετικά. Η βελτίωση της διαχείρισης της μετανάστευσης των εξειδικευμένων επαγγελματιών είναι ένα πολύ σημαντικό έργο. Η ροή αυτή μεταναστών μπορεί να έχει πολλά οφέλη, αλλά και να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα. Επειδή η απαγόρευση της μετακίνησης πληθυσμών παραβιάζει τα ανθρώπινα δικαιώματα και είναι αδύνατο να εφαρμοστεί, η παγκόσμια διαχείριση της μετανάστευσης υγειονομικού προσωπικού πρέπει να προστατεύσει τόσο τα ανθρώπινα δικαιώματα όσο και τα δικαιώματα που αφορούν την Υγεία, μετριάζοντας τις δυνάμεις ώθησης στις χώρες από τις οποίες φεύγουν οι επαγγελματίες και μειώνοντας τις ελκτικές δυνάμεις από τις χώρες-προορισμούς, διατηρώντας τα ταλέντα των πρώτων και στοχεύοντας στην αυτάρκεια μέσω της εκπαίδευσης των τελευταίων (Donlo, 2003). Οι παγκόσμιες ευκαιρίες πρέπει να διευρυνθούν μέσω της μαζικής αύξησης των επενδύσεων στην εκπαίδευση στις χώρες-πηγές και επιταχύνοντας την ανάστροφη ροή εργαζομένων από καλύτερα επιχορηγούμενες σε

ελλειμματικές χώρες (Mutume, 2003). Η δυνατότητα που υπάρχει για την αξιοποίηση της διακρατικής ροής γνώσης για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού παραμένει ανεκμετάλλευτη. Η διάδοση της γνώσης δικαιολογεί τη θεαματική ανάπτυξη της Υγείας κατά τον περασμένο αιώνα. Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό και η έρευνα είναι διάσπαρτα. Οι στρατηγικές πρέπει να επικεντρώσουν στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ γνώσης και πράξης, προωθώντας την πρόσβαση όλων στη γνώση και ενισχύοντας τη βάση γνώσης που υπάρχει. Η διαμόρφωση μιας ερευνητικής κουλτούρας και η διάδοση της καινοτομίας ανάμεσα στις χώρες είναι πολύ σημαντικές. Έπειτα από μία δεκαετία στασιμότητας, η επίσημη αναπτυξιακή βοήθεια επιτέλους αυξάνεται. Εκτιμάται ότι από τα 57 δισεκατομμύρια δολάρια που αποτέλεσαν την επίσημη αναπτυξιακή βοήθεια για το 2002, το 13% επενδύθηκε στην Υγεία. Εκτιμάται, επίσης, ότι το 30-50% αυτού του ποσού (περίπου 4 δισεκατομμύρια δολάρια) χρησιμοποιήθηκε για τους ανθρώπινους πόρους – μισθοί, επιδόματα, εκπαίδευση, κατάρτιση, τεχνική βοήθεια (Michaud, 2003). Τα σύγχρονα πρότυπα χρηματοδότησης των ανθρώπινων πόρων είναι κατακερματισμένα και αναποτελεσματικά. Προκειμένου οι επενδύσεις στον τομέα αυτό να γίνονται πιο στρατηγικά, ο συντονισμός των επενδυτών και η συνοχή της πολιτικής γραμμής πρέπει να βελτιωθούν σημαντικά (αλλάζοντας τη στάση που τηρείται απέναντι στους εργαζόμενους στον τομέα της Υγείας και εξασφαλίζοντας φορολογικές πολιτικές που υποστηρίζουν βελτιώσεις του ανθρώπινου δυναμικού). Για χώρες που βρίσκονται σε έκτακτη ανάγκη, διεθνείς οικονομικοί οργανισμοί πρέπει να συμμετάσχουν στην άρση των ανώτατων ορίων που υπάρχουν στις δημόσιες δαπάνες, επιτρέποντας τη χρηματοδότηση της μαζικής κινητοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού που κρίνεται απαραίτητη.

14.Περιορισμοί στις σύγχρονες προσεγγίσεις διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού

Αν οι υγειονομικές πολιτικές, όντας στο πρώιμο στάδιο του σχεδιασμού, δε λάβουν υπόψη την οικονομική και κοινωνική πραγματικότητα, η επιρροή που θα ασκήσουν είναι ελάχιστη. Η επιτυχία τους βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον τρόπο με τον οποίο θα διεξαχθεί η διαδικασία ανάπτυξης και υλοποίησής τους. Πολλοί αναλυτές υποστηρίζουν ότι ο βασικότερος παράγοντας που ευθύνεται για την ενδεχόμενη αποτυχία των υγειονομικών πολιτικών είναι η ανεπαρκής εξέταση των θεμάτων που αφορούν τη διαχείριση των

ανθρώπινων πόρων (Buchan, 2000; PAHO, 2001). Σε πολλές μεταρρυθμίσεις παρατηρείται μία δυσαναλογία ανάμεσα στο ενδιαφέρον που εναποτίθεται σε θέματα χρηματοδότησης και διαρθρωτικών αλλαγών, τα οποία τοποθετούνται στην κορυφή των προτεραιοτήτων, σε αντίθεση με τα θέματα διαχείρισης ανθρώπινων πόρων (Healy and McKee, 1997), που συχνά αντιμετωπίζονται ως ένα απλό τμήμα της παραγωγής (Filmer, Hammer and Pritchett, 2000). Η ανάγκη για μεταρρυθμίσεις στη διαχείριση του εργατικού δυναμικού αναδύεται εκ των υστέρων, όταν οι αρμόδιοι συνειδητοποιούν ότι τα σχέδια που κατά τα άλλα προτείνονται είτε δεν μπορούν να εφαρμοστούν λόγω του υψηλού κόστους για τις αμοιβές του προσωπικού είτε φαίνεται να μην είναι ρεαλιστικές με βάση της παρούσα κατάσταση, ή απαιτούν αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας που είναι σχεδόν ανέφικτο να εφαρμοστούν (SARA, 2001). Το περιορισμένο ενδιαφέρον που παρατηρείται για θέματα που αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό προκαλεί έκπληξη δεδομένου του βασικού ρόλου του στην επίτευξη των στόχων που θέτουν τα εκάστοτε σχέδια (PAHO, 1997), αλλά και της σχέσης που έχει αναδειχθεί ανάμεσα στη διαχείριση του προσωπικού σε νοσοκομεία και των δεικτών θνησιμότητας σε αυτά (West et al., 2002).

Γίνεται, ωστόσο, κατανοητό αν λάβουμε υπόψη τις δυσκολίες που υπεισέρχονται στη διαχείρισή του. Ακόμα και στις περιπτώσεις που τα θέματα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού λαμβάνουν τη δέουσα προσοχή ο τρόπος που αντιμετωπίζονται χαρακτηρίζεται συνήθως από:

- Μία θεώρηση του προβλήματος που περιορίζεται στη διοίκηση του προσωπικού, όπως, για παράδειγμα, επιχειρησιακά καθήκοντα που έχουν να κάνουν με την πρόσληψη, τη διατήρηση της πειθαρχίας και το χειρισμό των παραπόνων. Η θεώρηση αυτή υποβαθμίζει το ρόλο των Υπεύθυνων Ανθρώπινου Δυναμικού και τους απομονώνει από τα υπόλοιπα μέρη του οργανισμού (Bach, 1999).
- Διασκορπισμό των ευθυνών και έλλειψη συντονισμένων κινήσεων. Οι υπεύθυνοι των υπουργείων υγείας που ασχολούνται με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού συνήθως περιορίζουν το ρόλο τους στο σχεδιασμό και την κατανομή του προσωπικού και αφήνουν τα πιο λεπτά θέματα στους αρμόδιους για τη λήψη αποφάσεων.

Η πρακτική αυτή έχει σαν αποτέλεσμα τη διάσπαση των υγειονομικών πολιτικών και των δράσεων της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων που απαιτούνται για την υλοποίησή τους (Buchan and Seccombe, 1994). Μπορεί, για παράδειγμα, τα προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού να επαναλαμβάνονται χωρίς απαραίτητα να ανταποκρίνονται στις τρέχουσες ανάγκες. Η έλλειψη τακτικών συσκέψεων με συμμετέχοντες τα πιο σημαντικά πρόσωπα που

ασχολούνται με το σχεδιασμό και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να οδηγήσει σε ασυντόνιστες και αντιφατικές παρεμβάσεις (Biscoe, 2000).

- Σπασμωδικές κινήσεις στη διαχείριση του προσωπικού. Έχει παρατηρηθεί, στην Τουρκία για παράδειγμα (Ozcan, Taranto and Hornby, 1995), ότι οι κυβερνήσεις θέτουν πολύ ευρείς στόχους χωρίς να ακολουθούν κάποιο γενικότερο πολιτικό πλαίσιο και χωρίς άμεση σύνδεση με τις ανάγκες του κλάδου. Η ίδρυση νέων σχολών, η αύξηση των θέσεων στις υπάρχουσες σχολές ή ακόμη και η προσωρινή διευκόλυνση της μετακίνησης του υγειονομικού προσωπικού από μια περιοχή σε μια άλλη χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση προβλημάτων που θα μπορούσαν να είχαν προβλεφθεί (Adams and Hirschfeld, 1998).
- Ισχυρή επίδραση των οικονομικών παραγόντων στις αποφάσεις. Σε πολλές περιπτώσεις οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζονται ως ένα απλό εργαλείο της παραγωγής, όπως όταν παρουσιάζονται οικονομικά κίνητρα για την αύξηση της παραγωγικότητας χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι υπόλοιπες διαστάσεις της εργασίας. Αυτό έχει ως συνέπεια τα μέτρα που εφαρμόζονται συνήθως να μην κατορθώνουν να οδηγήσουν στα επιθυμητά αποτελέσματα (Brito, Galin and Novick, 2000). Οι κυβερνήσεις καθοδηγούνται περισσότερο από μακροοικονομικά μεγέθη, όπως το πλήθος των εργαζομένων και το ύψος των μισθών (Bach, 2000), παραβλέποντας άλλους σημαντικούς παράγοντες που αφορούν την οργάνωση της εργασίας και τις επιδόσεις του προσωπικού.
- Βραχυπρόθεσμη αντίληψη της Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού. Αυτό αναφέρεται στην τάση που επικρατεί να αντιμετωπίζονται προβλήματα συμπτωματικά χωρίς να εξετάζονται τα αίτια ή οι μακροπρόθεσμες συνέπειές τους. Στον Καναδά η ιατρική περίθαλψη πέρασε σοβαρή κρίση λόγω δυσκολιών στην πρόσληψη και τη διατήρηση του προσωπικού. Η αιτία αυτών των προβλημάτων συνδέεται άμεσα με τις συνθήκες εργασίας, ωστόσο δεν υπήρξε δραστική αντιμετώπισή τους, ακόμα και όταν πραγματοποιήθηκαν απεργίες που διήρκεσαν αρκετές ημέρες (Dussault G., 2001b). Σε άλλες περιπτώσεις το μέγεθος του προσωπικού μειώθηκε λόγω περικοπών στις δημοσιονομικές δαπάνες δημιουργώντας στη συνέχεια ελλείψεις που ήταν πολύ πιο δύσκολο να καλυφθούν. Στο Κεμπέκ, αντίστοιχες μειώσεις που έλαβαν χώρα στα μέσα της δεκαετίας του 1990 ως μέρος της δέσμευσης για τον ισοσκελισμό του προϋπολογισμού της κυβέρνησης οδήγησαν σε περικοπές του κλινικού και του διοικητικού προσωπικού, αυξημένο φόρτο εργασίας και προκάλεσαν έντονη δυσφορία τόσο στους εργαζόμενους όσο και στους ανθρώπους που δέχονται τις αντίστοιχες υπηρεσίες (CESSSS, 2000). Αυτές οι παρατηρήσεις δίνουν μια εικόνα των δυσκολιών που πρέπει να αντιμετωπισθούν προτού η διαχείριση του προσωπικού ενσωματωθεί πλήρως στην υγειονομική πολιτική γραμμή. Τα προβλήματα

οργάνωσης ανθρώπινου δυναμικού ανήκουν στα πιο πολύπλοκα ζητήματα της διεθνούς ατζέντας μεταρρυθμίσεων για την υγεία. Ακόμα και σε χώρες όπου υπάρχει εθνικός σχεδιασμός για την ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού, αυτός δεν έχει υλοποιηθεί παρά μόνο μερικώς, ενώ μόνο λίγες χώρες έχουν σημειώσει εξέλιξη σε αυτό τον τομέα. Ως εκ τούτου, τα θέματα αυτά είναι κρίσιμης σημασίας και η παράβλεψή τους μπορεί να αποβεί επιζήμια για τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις.¹²

15. ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

Ο υγειονομικός τομέας χαρακτηρίζεται ως τομέας έντασης εργασίας, δεδομένου ότι η παραγωγική διαδικασία σε αυτόν απαιτεί υψηλή απασχόληση έμπειρου και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Η υλοποίηση της πολιτικής υγείας και η απόδοση των υγειονομικών συστημάτων εξαρτάται σε πρωταρχικό βαθμό από τις γνώσεις, τις ικανότητες και το βαθμό υποκίνησης των ατόμων που είναι υπεύθυνα για την παροχή των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2000). Κάτω από αυτή την οπτική, το μέγεθος, η σύνθεση και η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοτική και αποτελεσματική διαχείριση των υλικών και οικονομικών υγειονομικών πόρων. Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, η ερμηνεία της ιδιαίτερης σημασίας που αποδίδεται στο ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό θα μπορούσε να συνοψιστεί σε τέσσερις διαστάσεις (Mercer et al., 2002). Πρώτον, οι ανθρώπινοι πόροι στον υγειονομικό τομέα αποτελούν σημαντικό παράγοντα της παραγωγής, της διαχείρισης και της διανομής των υπηρεσιών υγείας. Δεύτερον, η απόδοση και η αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και των μονάδων εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα και το μίγμα των ειδικοτήτων των εργαζομένων και βασίζεται στην ορθολογική διαχείριση της γνώσης. Οι ανθρώπινοι πόροι είναι αυτοί που καθιστούν δυνατή οποιαδήποτε προληπτική και θεραπευτική παρέμβαση προσδιορίζοντας τον χρόνο, τον τόπο και τον τρόπο της παρέμβασης. Τρίτον, ο υγειονομικός τομέας αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους

¹² Σοφία – Ήρα Κτενά/Αθήνα, Ιούλιος 2012 ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ ΣΧΟΛΗ ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΤΟΜΕΑΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΜΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

εργοδότες και το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά πάνω από το μισό του συνολικού προϋπολογισμού που προορίζεται για την υγεία. Τέταρτον, το οικονομικό και το ανθρώπινο εναλλακτικό κόστος στις υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλό σε περίπτωση κακής διαχείρισης του ανθρώπινου κεφαλαίου. Οι χώρες μεταξύ τους παρουσιάζουν σημαντικές ανισορροπίες στο ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στον υγειονομικό τομέα. Οι ανισορροπίες αυτές οφείλονται μεταξύ άλλων στις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας, την μακροοικονομική κατάσταση, την πολιτική ανάπτυξης των ανθρωπίνων πόρων και τις μεταναστευτικές τάσεις και λαμβάνουν τρεις μορφές (Adams, 1998): α) αριθμητική ανισορροπία μεταξύ της υφιστάμενης κατάστασης των διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας και των πραγματικών αναγκών σε αριθμό και ειδικότητες, β) ποιοτική ανισορροπία μεταξύ του υφιστάμενου τύπου και επιπέδου εκπαίδευσης και αυτού που είναι πραγματικά αναγκαίος και γ) ανισορροπία ως προς την κατανομή μεταξύ γεωγραφικών περιφερειών, υπηρεσιών και μονάδων, ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα καθίσταται σημαντικός άξονας της πολιτικής υγείας και της αγοράς εργασίας των κρατών, με κύρια επιδίωξη τον περιορισμό των ανισορροπιών μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης (Poulton, 1993), ιδιαίτερα μάλιστα στις περιπτώσεις που λαμβάνει χώρα μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια (Hall and Mejia, eds, 1979).

Τα προβλήματα του υγειονομικού δυναμικού στην Κύπρο -Ελλάδα από την ανάλυση που προηγήθηκε, τα πορίσματα ερευνών και την επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η αύξηση του υγειονομικού δυναμικού και ο σχεδόν διπλασιασμός του τα τελευταία 20 χρόνια στην Κύπρο Ελλάδα, ήταν αποτέλεσμα μιας άναρχης και χωρίς προγραμματισμό ανάπτυξης, η οποία συνοδεύτηκε από την αναπαραγωγή μιας σειράς στρεβλώσεων που δείχνουν να εμμένουν πεισματικά (Σουλιώτης κ.α., 2006). Οι στρεβλώσεις αυτές εντοπίζονται στον αριθμό, τη σύνθεση και την γεωγραφική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και στην ποιότητα της εκπαίδευσης και οφείλονται κυρίως στην αποσύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης ως συνέπεια της απουσίας συγκεκριμένης πολιτικής ανάπτυξης των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας (Ανδριώτη, 1998). Η κατάσταση αυτή έχει αρνητικές επιπτώσεις στην επάρκεια και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών προς τους πολίτες. Συνοπτικά, τα βασικότερα προβλήματα και οι επιπτώσεις τους είναι (Καλαματιανού, 1993, Ρούπας και Πολύζος, 1994, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, 1998, Andrioti et al., 1998, Μαρουδιάς, 2000, Υπουργείο

Υγείας και Πρόνοιας 2001: (α) Η υψηλή πυκνότητα του ιατρικού και οδοντιατρικού δυναμικού η οποία, όπως διαπιστώσαμε ξεπερνά κατά πολύ τις αναλογίες των χωρών μελών του ΟΟΣΑ. Ο υψηλός όμως ιατρικός πληθωρισμός στη χώρα και η απουσία μέτρων ελέγχου της ιατρικής δημογραφίας σε συνδυασμό με τις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών οδηγεί πιθανά στην εισαγωγή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες και στην αύξηση των δαπανών υγείας (Niakas, 1996) καθώς και στην εμφάνιση εκτεταμένων πρόσθετων πληρωμών και παραοικονομίας (Kygiouroulos et al., 1998). (β) Η κάθετη, μεταξύ των περιφερειών και η οριζόντια, μεταξύ των ειδικοτήτων, άνιση κατανομή των γιατρών. Το αποτέλεσμα είναι αφενός η ταυτόχρονη ύπαρξη θυλάκων υπερ- προσφοράς και υπο- προσφοράς, η εμφάνιση μορφών ανεργίας και υποαπασχόλησης και η ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών συγκεκριμένων περιοχών όπως επισημάνθηκε παραπάνω.

Η μεγάλη πλειοψηφία (άνω του 70%) ειδικοτήτων όπως αναισθησιολόγοι, ακτινολόγοι, μικροβιολόγοι, καρδιολόγοι, ορθοπαιδικοί, γυναικολόγοι, ψυχίατροι και νευροχειρουργοί δραστηριοποιούνται στην Αθήνα. Αφετέρου εμφανίζεται η ανορθολογική χρησιμοποίηση των ανθρωπίνων πόρων και η δυσκολία αλλαγής πλεύσης στην πολιτική υγείας. Για παράδειγμα, ο μικρός σχετικά αριθμός των γενικών γιατρών θέτει περιορισμούς στην πλήρη ανάπτυξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (γ) Οι σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό που κατατάσσουν την Κύπρο- Ελλάδα τελευταία μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και η άνιση γεωγραφική κατανομή του. Το αποτέλεσμα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία είναι η λειτουργία μέσα σε αυτά ενός μεγάλου αριθμού αποκλειστικών νοσοκόμων με βάση ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και χωρίς να διαθέτουν πάντα το κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσης.

Εκτός από την έλλειψη και την ανισοκατανομή, εμφανίζεται και δυσμενής σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης δεδομένου ότι συνυπάρχουν κατηγορίες με τετραετή ή τριετή εκπαίδευση σε ΑΕΙ και ΤΕΙ, διετή και μονοετή εκπαίδευση σε Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές ή Τεχνικά Λύκεια καθώς και νοσηλευτικό προσωπικό που διαθέτει μόνο πρακτική εμπειρία και όχι θεωρητική εκπαίδευση (Σαπουντζή και Λεμονίδου, επιμ., 1994, Gitona et al., 1998). (δ) Το πρόβλημα της ποιότητας της εκπαίδευσης στα επαγγέλματα υγείας. Τυπικά, η παρεχόμενη ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση ακολουθεί τα πρότυπα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς τα διδασκόμενα μαθήματα και το περιεχόμενο αυτών. Ωστόσο εμφανίζονται διαχρονικές ποιοτικές αδυναμίες που σχετίζονται με την αναλογία διδακτικού προσωπικού / φοιτητών, τη διαθεσιμότητα ενδεδειγμένου εξοπλισμού, το χρόνο της κλινικής άσκησης και την επάρκεια

των χώρων διδασκαλίας (Ανδριώτη, 1994). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, το εκπαιδευτικό σύστημα εμφανίζεται αναποτελεσματικό ως προς την επιλογή των σπουδών και της ειδίκευσης και τον τρόπο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος (Φακιολάς, 2000). Από την άλλη μεριά, το σύστημα συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης στον τομέα της υγείας εμφανίζει αδυναμίες που επικεντρώνονται στην έλλειψη ενιαίας πολιτικής, σχεδιασμού, εποπτείας και συντονισμού των δραστηριοτήτων κατάρτισης στα πλαίσια ενός ενιαίου συστήματος, στην απουσία μηχανισμών ανίχνευσης αναγκών, τυποποίησης των προγραμμάτων και πιστοποίησης της παρεχόμενης κατάρτισης καθώς και στην περιορισμένη διεξαγωγή προγραμμάτων που να απευθύνονται σε ανέργους (ΕΣΔΥ και ΤΕΙ Αθήνας, 1998). Το αποτέλεσμα είναι να εμφανίζεται μια ανομοιογένεια μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών από τη μια μεριά και λοιπών ειδικοτήτων από την άλλη. Το ιατρικό προσωπικό κυρίως και σε μικρότερο βαθμό το νοσηλευτικό, συμμετέχει ενεργά σε πολλαπλά προγράμματα κατάρτισης, ενώ το διοικητικό και το τεχνολογικό-παραϊατρικό προσωπικό απέχουν από ενέργειες κατάρτισης. Σε κάποιο βαθμό, η διαφορά σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό οφείλεται στο ότι, για τους τελευταίους, η επιστημονική δραστηριότητα αποτελεί κριτήριο εξέλιξης, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει στις υπόλοιπες κατηγορίες, παρέχοντας έτσι στους πρώτους και στερώντας από τους δεύτερους ένα ισχυρό κίνητρο για τη συμμετοχή τους (Πιερράκος κ.α., 2006). (ε) Ελλείψεις σε επαγγέλματα που είναι απαραίτητα για την επιδίωξη του μεταρρυθμιστικού στόχου. Εδώ εντάσσονται κατηγορίες όπως ικανά διευθυντικά στελέχη με γνώση των σύγχρονων τεχνικών διοίκησης / διαχείρισης, στελέχη πληροφορικής, επιχειρησιακοί ερευνητές, φυσικοί της ιατρικής, ηλεκτρονικοί ιατρικών μηχανημάτων κ.λπ. (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000). Για την άρση των παραπάνω δυσχερειών στελέχωσης που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας έχει επισημανθεί η ανάγκη σχεδιασμού και προγραμματισμού του υγειονομικού δυναμικού και η εκτίμηση των τρεχουσών και μελλοντικών συνθηκών προσδιορισμού της ζήτησης, της προσφοράς και της παραγωγικότητας του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και της τεχνολογίας παραγωγής (Ανδριώτη, 1994, Νιάκας, 1994, Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000). Επίσης, μεταξύ άλλων έχουν προταθεί μέτρα όπως (Νιάκας, 1994, Δερβένης και Πολύζος, 1995, Μαρουδιάς, 2000):

- i) η σύσταση ενός εθνικού συμβουλίου υπεύθυνου για τον προγραμματισμό του αριθμού, της γεωγραφικής κατανομής και της κατανομής σε ειδικότητες του ιατρικού δυναμικού,
- ii) ο προσδιορισμός συγκεκριμένου αριθμού αδειών άσκησης ιατρικού επαγγέλματος και ο καθορισμός ανώτατου αριθμού γιατρών ανά ειδικότητα για κάθε περιφέρεια,
- iii) ο διαχωρισμός απόκτησης πτυχίου και απόκτησης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος,

iv) η καθιέρωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της επαναξιολόγησης όλων των γιατρών, v) η κατάργηση της επετηρίδας και η αντικατάστασή της με τη διεξαγωγή εξετάσεων για έναρξη ειδικότητας, vi) η καθιέρωση οικονομικών και άλλων κινήτρων για την αύξηση της παραγωγικότητας, vii) η υποκατάσταση του ιατρικού προσωπικού με νοσηλευτικό κ.λπ. Τα περισσότερα από τα μέτρα αυτά επαναλαμβάνονται στα διάφορα σχέδια που έχουν κατά καιρούς διαμορφωθεί για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, όπως για παράδειγμα το μεταρρυθμιστικό σχέδιο «Υγεία για τον πολίτη» που παρουσιάστηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το 2000, ή περιλαμβάνονται σε νομοσχέδια τα οποία δεν ψηφίστηκαν (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005). Η υλοποίησή τους, λοιπόν, δεν έχει προχωρήσει μέχρι σήμερα. Συνεπώς καθίσταται επιτακτική η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου σχεδίου ανάπτυξης των ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας.

Μέρος Β'

16.Συμπεράσματα

Ο θεμέλιος λίθος της θεωρίας της διοίκησης είναι ότι το προσωπικό διοικείται με στόχο την μέγιστη παραγωγικότητα και την εκπλήρωση της αποστολής του οργανισμού. Η μέγιστη αποδοτικότητα των ανθρωπίνων πόρων στο νοσοκομειακό σύστημα ,βέβαια, είναι συνισταμένη πολλών παραμέτρων όπως της ιεραρχικής εξέλιξης ή οποιουδήποτε άλλου κινήτρου παρέχεται, της ικανοποίησης του ιδίου του εργαζομένου από το αντικείμενό του και της συνθήκες δουλειάς αλλά και της κατάρτισης και επιμόρφωσης που πρέπει να συνοδεύει δια βίου τον υπάλληλο. Προτού όμως φτάσει η διοίκηση στην αναζήτηση της άριστης απόδοσης πρέπει να έχει ετοιμάσει ένα σχέδιο που θα διερευνά τις ανάγκες για προσωπικό, την προσέγγιση προς τους επαγγελματίες υγείας και τον έλεγχο της καταλληλότητας τους. Μέσα από αυτή τη διαδικασία διαλογής ανθρώπινου δυναμικού επιτυγχάνεται και η τοποθέτηση στόχων που θα γίνουν πραγματικότητα από τους ανάλογους ανθρώπους. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι η δια βίου επιμόρφωση αν και είναι μια πολυέξοδη διαδικασία συνιστά επένδυση για το επιχειρηματικό¹³ μέλλον του οργανισμού. Ωστόσο, χωρίς την πρόεπουσα και επαρκή εκπαίδευση σε στάδιο πρόσληψης ή και ακόμα νωρίτερα σε στάδιο σπουδών ή και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης- προσανατολισμού, η επιμόρφωση είναι εντελώς αβάσιμη έως και περιττή. Συγκεκριμένα, για αυτόν τον λόγο γίνεται μια προσπάθεια συνεργασίας ανάμεσα στους μάνατζερ των διαφόρων τμημάτων στον τομέα της υγείας, αλλά και παραπέρα ανάμεσα σε μάνατζερ και καθηγητές ή συμβούλους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που μπορούν να προετοιμάσουν τη νέα γενιά για μια σταδιοδρομία στον χώρο της υγείας. Συμπερασματικά, η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων απαιτεί συστηματική μελέτη και μεθοδικότητα για να

¹³ - Φουντούκη Α., Γκατζέλης Θ., Πάντας Δ., Θεοφανίδης Δ. (2009). Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου.

Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(4): 336-352

οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα. Βεβαίως, άτομα που απασχολούνται στη διοίκηση δεν μπορούν να ενεργούν χωρίς τον απαραίτητο προγραμματισμό, θέτοντας πάντα προτεραιότητες. Μια από αυτές και μάλλον η βασικότερη στον χώρο της υγείας όπως και οπουδήποτε αλλού είναι η εκπαίδευση- εξάσκηση από την πρώιμη φάση της επαγγελματικής ζωής του ατόμου και σε όλη τη διάρκεια αυτής.

17.Συμπερασματικές διαπιστώσεις- Επίλογος

Το σύγχρονο νοσοκομείο ως μέρος ενός κράτους πρόνοιας αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού, στοχεύοντας στην περίθαλψη και θεραπεία του. Οι παροχές αυτές οφείλουν να είναι δωρεάν για τους ασθενείς, διότι καλύπτονται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία, αλλά και το ίδιο το κράτος μεριμνά για τη προστασία των ευπαθών ομάδων που δεν καλύπτονται ασφαλιστικά. Το πρόβλημα ωστόσο, που διαπιστώνεται είναι ο αναποτελεσματικός έλεγχος των δαπανών υγείας, τόσο σε επίπεδο κλινικών εξετάσεων, αλλά και σε νοσήλια, καθώς και σε συντήρηση ιατρικών μηχανημάτων. Για να γίνει ένας πλήρης έλεγχος και ταυτόχρονα καλύτερη παροχή υπηρεσιών, οι σύγχρονες νοσοκομειακές μονάδες υιοθέτησαν τεχνικές που εφαρμόζονται σε επιχειρήσεις, όπως είναι τα διάφορα πρότυπα (ISO), καθώς και την εφαρμογή της διοίκησης ολικής ποιότητας, αλλά και μεθοδολογίες, που αποσκοπούν στην εκπαίδευση όλων των μελών που απαρτίζουν μια νοσοκομειακή μονάδα, την μείωση του κόστους (εξετάσεων, νοσηλίων, ιατρικών ειδών κ.α.) καθώς και στην αποτελεσματική και άμεση ανατροφοδότηση (feedback), ώστε να γίνεται άμεσος έλεγχος όλων των επιμέρους μερών ενός νοσοκομείου. Όλα τα παραπάνω αποβλέπουν στην καλύτερη του επιπέδου παροχής υπηρεσιών, τον εξ ορθολογισμό του κόστους, χωρίς να παραγκωνίζεται η κοινωνική υπόσταση του νοσοκομείου.

Το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας στην Κύπρο εμφανίζει σοβαρά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά αφορούν πρώτον, στην ανισορροπία μεταξύ της υφιστάμενης κατάστασης και των πραγματικών αναγκών σε κατηγορίες επαγγελματιών: ο ιατρικός πληθωρισμός συνοδεύεται από σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Δεύτερον, στο εσωτερικό του ιατρικού σώματος παρατηρείται μια υπεραντιπροσώπηση των ιατρών ειδικοτήτων και ελλείψεις σε γενικούς ιατρούς. Τρίτον, υπάρχει άνιση κατανομή μεταξύ των γεωγραφικών

περιφερειών της χώρας, τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, παράγοντες όπως οι άσχημες συνθήκες εργασίας, η ένταση των διεπαγγελματικών και διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο εργασίας και οι χαμηλές αμοιβές συμβάλλουν στην περιορισμένη ικανοποίηση του προσωπικού και την εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης. Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις, μια πολιτική ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να επικεντρωθεί στα ακόλουθα ζητήματα: α) Τον προγραμματισμό του υγειονομικού δυναμικού σύμφωνα με τις ανάγκες της χώρας τόσο ως προς τις απαιτούμενες ειδικότητες όσο και ως προς τον αριθμό αυτών. β) Την παροχή κινήτρων οικονομικών, επαγγελματικών και επιστημονικών έτσι ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη γεωγραφική κατανομή των ανθρώπινων πόρων. γ) Τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας με τον εκσυγχρονισμό των κτιριακών και τεχνολογικών εγκαταστάσεων των υπηρεσιών υγείας. δ) Την αλλαγή του οργανωτικού και διοικητικού προτύπου των υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε να επιτευχθούν συνθήκες διεπαγγελματικής και διαπροσωπικής συνεργασίας.

18.Βιβλιογραφία

- Αδαλή Ε., Πριάμη Ε., Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μούγια Β. (2002). «Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού» *Νοσηλευτική*, 41(1):105-114.
- Αλεξόπουλος Ε. (2007). *Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου*. Αθήνα: ΕΛΙΝΥΑΕ.
- Ανδριώτη Δ. (1998). *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα:Εξάντας.
- Ανδριώτη Δ. (1994). *Οι ανθρώπινοι πόροι στον υγειονομικό τομέα*. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κτενάς Ε., Κυριόπουλος Γ. (1994). «Ακανοποίηση και προσδοκίες των νοσηλευτών/τριών από την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στα δημόσια νοσοκομεία» στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. (επιμ.). *Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα* (σελ. 89-120). Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε. (2001). «Ασφαλιστική κάλυψη και ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας» στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Α., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. (επιμ.). *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα* (σελ. 127-136). Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος Γ., Λέβεν Τ., Νιάκας Δ. (επιμ.). (1994). *Η διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Κωνσταντινοπούλου Β., Κωνσταντινίδης Θ., Μπαμπάτσικου Φ., Καραγιάννη Β., Κρυστάλλη Ε., Κουτής Χ. (2011). «Ψυχοκειμενική εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου ιατρών και νοσηλευτών εργαζομένων στο χώρο των χειρουργείων» *Υγεία και Εργασία*, 2(1): 161-178.
- Μαρουδιάς Ν. (2000). «Η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα» στο: Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν., Σισσούρας Α. (επιμ.). *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, (σελ. 181-192). Αθήνα: Θεμέλιο.

- Μαρούλη Δ., Αϊβατίδη Χ., Μακρή Α., Νιάκας Δ. (2002). Η λειτουργική ικανότητα των κέντρων υγείας της Περιφέρειας Αττικής»στο: Νιάκας Δ., Στάθης Γ. (επιμ.) Υγειονομική μεταρρύθμιση και μανάτζμεντ. Προβληματισμοί και προοπτικές (σελ. 57-67). Αθήνα: Mediforce.
- Μεργούπης Θ. (2003). Εισόδημα και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Μια μικροανάλυση με στοιχεία από το Ευρωβαρόμετρο»στο: Βενιέρης Δ., Παπαθεοδώρου Χ. (επιμ.) Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές (σελ. 293-332). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μόσιαλος Η., Θεοδώρου Μ. (2003). Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη»στο: Νιάκας Δ. (επιμ.) Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας (σελ. 25-48). Αθήνα: Mediforce.
- Μπελλάλη Θ., Κοντοδημόπουλος Ν., Καλαφάτη Μ., Νιάκας Δ. (2007). «Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών»Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (Συμπλ. 1): 75-84.
- Μπέσης Ν. (1993). Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: IOBE.
- Νιάκας Δ. (1994). Η αγορά εργασίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα στο: Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. (επιμ.). Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές, (σελ. 25-40). Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- Ντάτσης Α., Τραγούδα Ε., Χανιά Μ., Ρογδάκης Α., Γερόλυμος Μ., Σπηλιώτης Ι. (2007). Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον. Νοσηλευτική, 46(2): 268-281.
- Οικονόμου Χ. (2004). Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες, Αθήνα: Διώνικος.
- Οικονόμου Χ. (1994). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Ο εφαρμογή του θεσμού των κέντρων υγείας»Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 3(2): 83-95.
- ΟΚΕ (2005). Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. Αθήνα: Γνώμη 128.
- Παππά Ε. Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας»Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1): 94-101.
- Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Αμίτσης Γ., Κυριόπουλος Γ., Σούλης Σ. (2006). Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας.

Νοσηλευτική, 45(4): 543-551.

- Ποζουκίδου Α., Θεοδώρου Μ., Καϊτελίδου Δ. (2007). *Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο.*

Νοσηλευτική, 46(4): 537-544.

- Πολύζος Ν. (2007). *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας.* Αθήνα: Διόνικος.

- Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). *Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6): 627-639.

- Ρούπα Ζ., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Κοτρώτσιου Ε. (2008). *«Έχηση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα.»* *Νοσηλευτική*, 47(2): 247-255.

- Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994). *Ανθρώπινο δυναμικό*» στο: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, *Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος*, (σελ. 215-237). Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

- Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. (επιμ.). (1994). *Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές.* Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

- Σουλιώτης Κ. (2000). *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας.* Αθήνα: Παπαζήσης.

- Σουλιώτης Κ., Γκόλνα Χ., Δρίτσας Θ. (2006). *Ανθρώπινο δυναμικό και υπηρεσίες υγείας*» στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.) *Πολιτική και οικονομία της υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός – Οργάνωση και διοίκηση – Οικονομική λειτουργία – Τομεακές πολιτικές*, (σελ. 203-222). Αθήνα: Παπαζήσης.

- Sullivan E., Decker P. (2009). *Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας.* Αθήνα: Γκιούρδας.

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2005). *Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού Υ.Υ.Κ.Α.* Αθήνα.

- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2001). *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα.

- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000). *Σχέδιο μεταρρύθμισης: Υγεία του πολίτη*, Αθήνα.

- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (1994). *Επετηρίδα υγείας 1992. Συγκεντρωτικά και αναλυτικά λειτουργικά στοιχεία νοσοκομείων.* ΕΣΥ, Αθήνα.

- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (1995). *Επετηρίδα υγείας 1993.*

Συγκεντρωτικά και αναλυτικά λειτουργικά στοιχεία νοσοκομείων. ΕΣΥ, Αθήνα.

- Φακιολάς Ν. (2000). *Επαγγελματικός προσανατολισμός, ειδίκευση και επιλογή καριέρας αποφοίτων ιατρικής στην Ελλάδα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.*
- Φέτση Α. (1990). • *αΗ αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στα εισοδήματα των νοικοκυριών*• β. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 73Α: 182-198.*
- Φουντούκη Α., Γκατζέλης Θ., Πάντας Δ., Θεοφανίδης Δ. (2009). • *αΗ διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου*• β. *Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(4): 336-352.*