

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ».

ΠΑΡΑΣΧΟΥ ΕΛΕΝΗ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Μάϊος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ».

ΠΑΡΑΣΧΟΥ ΕΛΕΝΗ
Νοσηλεύτρια ΠΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Αναπληρωτής Καθηγητής Παναγιώτης Πρεζεράκος

Μέλος: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Σοφία Ζυγά

Μέλος: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαρία Τσιρώνη

Μάϊος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΠΑΡΑΣΧΟΥ ΕΛΕΝΗ 2015
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Πρεζεράκος Παναγιώτης

Ζυγά Σοφία

Τσιρώνη Μαρία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στελέχωση είναι η διαδικασία απόκτησης, ανάπτυξης και διατήρησης ενός εργατικού δυναμικού, επαρκούς ποσότητας και ποιότητας ώστε να δημιουργήσει θετικές επιπτώσεις στην λειτουργία και αποτελεσματικότητα του οργανισμού, Αποτελεί μία από τις βασικές λειτουργίες της διοίκησης και περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή του στις προβλεπόμενες θέσεις που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση, η οποία είναι η λειτουργία της διοίκησης που προηγείται της στελέχωσης.

Σκοπός: Η αποτύπωση των απόψεων εμπειρογνομόνων σχετικά με τη στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 75 προϊστάμενοι νοσηλευτές της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων κλειστού τύπου, μέσα από τις οποίες καταγράφεται η έννοια και το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού, η ποσοτική σχέση μεταξύ ιατρών - νοσηλευτών και μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και νοσηλευτών ΤΕ, η δυνατότητα αναβάθμισης του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού, η βελτίωση των συνθηκών παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και η άρση των δυσχερειών, που υπάρχουν στις υπηρεσίες υγείας.

Αποτελέσματα : Το 58,7% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως ο γενικός όρος «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ ενώ το 89,3% δήλωσαν πως ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ, το 100% των νοσηλευτών δήλωσαν πως το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού, που διαθέτει το σύστημα, είναι ανεπαρκές είτε βάσει του πληθυσμού είτε βάσει των διαθέσιμων κλινών, ενώ το 96% δήλωσαν πως είναι ανεπαρκές βάσει του αριθμού των ιατρών. Το 78,7% των συμμετεχόντων στη μελέτη δήλωσαν πως ο σπουδαιότερος τομέας, στον οποίο τίθεται ζήτημα επαναπροσδιορισμού του ρόλου και καταμερισμού εργασίας είναι η συνταγογράφηση, η πρόληψη, η διαχείριση χρονίως πασχόντων, η ανάγνωση και η ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως συμφωνεί πολύ με την εισαγωγή υποχρεωτικού προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και με την περιοδική πιστοποίηση επαγγελματικής δεξιότητας και γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο συνίσταται στην ανανέωση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος

Συμπεράσματα: Τα συστήματα υγείας, και ιδιαίτερα το ελληνικό, είναι εντάσεως όσο και εξάρτησης εργασίας, με αποτέλεσμα το υγειονομικό προσωπικό να αποτελεί το

σημαντικότερο πυλώνα διατήρησης ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος υγείας. Ειδικότερα, οι τρέχουσες και επικείμενες μεταρρυθμίσεις οφείλουν να κινηθούν προς την αναγνώριση του έργου των νοσηλευτών και των συνθηκών, υπό τις οποίες αυτό διεκπεραιώνεται- και να ληφθούν μέτρα προς αντιστάθμιση άνισων κατανομών και ικανοποίησης τόσο του προσωπικού όσο και των ασθενών σε περιοχές όπου εμφανίζονται ελλείψεις προσωπικού στις Νοσηλευτικές Διευθύνσεις των νοσοκομείων.

Λέξεις - κλειδιά: ανθρώπινο δυναμικό, στελέχωση προσωπικού, νοσηλευτικό προσωπικό, υπηρεσίες υγείας

ABSTRACT

Introduction: Recruitment is the process of acquiring, developing and maintaining a workforce of sufficient quantity and quality to create a positive impact on functioning and efficiency of the organization. It is one of the basic functions of management and includes personnel selection, placement and retention in relevant locations identified by the organization, which is the function before the recruitment.

Purpose: The mapping of expert opinions regarding the recruitment of nursing personnel.

Material and Methods: The target population was 75 head nurses of 1st Sanitary Attica Region. For data collection a questionnaire of 22 close-ended questions was used through which, the concept and the size of the nursing staff, the quantitative relationship between doctors – nurses, between nurses of Academic Education and nurses of Technological Education, the possibility of upgrading the role of the nursing staff, the improvement of the conditions of nursing care and the elimination of difficulties that exist in health services was recorded.

Results: 58.7% of respondents indicated that the general term "nursing personnel" includes nurses of Academic Education and Technological Education and support staff such as Nursing Assistants and Assistant Staff while 89.3% stated that the conceptual definition of the nursing profession includes nurses of Academic Education and Technological Education, 100% of nurses felt that the number of the nursing personnel is insufficient either in relation to the population or on the basis of available beds, while 96% said that they are insufficient based on the number of doctors. 78.7% of participants in the study said that the most important areas, which set an issue to redefine the role and the allocation of work, are prescription, prevention, managing chronically illnesses, the reading and interpretation of diagnostic tests. The majority of the sample said that they agree a lot with the introduction of a compulsory program of ongoing education of the nursing staff and the periodic certification of professional skill and knowledge of the nursing staff, which consists in the renewal of the professional license

Conclusions: Health systems, particularly the Greek one is intensive and work dependent, leading health professionals to be the most important pillar maintaining an effective and sustainable health system. In particular, current and forthcoming reforms must recognize the work of nurses and the conditions under which it is performed and take measures in order to compensate for unequal distribution and satisfy both staff and patients in areas where shortages occur in Nursing Departments of hospitals.

Key - words: Human resources, staff recruitment, nursing staff, health services

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 6 |
| ABSTRACT..... | 8 |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ..... | 10 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 12 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... | 14 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΕΡΙ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ: ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ..... | 15 |
| Προγραμματισμός..... | 15 |
| Ευέλικτες Δομές – Ανάθεση Καθηκόντων – Μεταβίβαση Εξουσίας..... | 19 |
| Ηγεσία και Μάνατζμεντ..... | 23 |
| Ηγετικός χαρακτήρας: Η ουσία της Ηγεσίας..... | 25 |
| Ηγετικά στυλ..... | 27 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΕΡΙ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ: ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ..... | 31 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ..... | 36 |
| Ανάλυση θέσεων εργασίας..... | 36 |
| Περιγραφή της θέσης εργασίας:..... | 37 |
| Περιεχόμενο της περιγραφής της θέσης εργασίας..... | 37 |
| Προσέλκυση εργαζομένων..... | 38 |
| Στόχοι της προσέλκυσης..... | 38 |
| Πηγές Προσέλκυσης..... | 39 |
| Επιλογή προσωπικού..... | 40 |
| Μέθοδοι Επιλογής προσωπικού..... | 40 |
| 3.1. Στελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού..... | 43 |
| 3.2. Μέθοδοι στελέχωσης..... | 45 |
| Προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης..... | 46 |
| Μέθοδος αριθμού νοσηλευτών ανά κρεβάτι..... | 47 |
| Μέθοδος συσχέτισης βαρύτητας-ποιότητας..... | 47 |
| Μέθοδος χρονικού προσδιορισμού της κάθε δραστηριότητας..... | 48 |
| Μοντέλα παλινδρόμησης..... | 49 |
| 3.3. Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση..... | 49 |
| 3.4. Η νοσηλευτική στελέχωση σε διεθνές επίπεδο..... | 50 |
| Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής..... | 50 |
| Αυστραλία..... | 51 |
| Νότια Κορέα..... | 51 |

| | |
|--|----|
| Καναδάς | 52 |
| 3.5. Η νοσηλευτική στελέχωση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο | 53 |
| 3.6. Το Νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα | 55 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... | 58 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ..... | 59 |
| Υλικό και μέθοδος..... | 59 |
| Σκοπός της μελέτης..... | 59 |
| Υλικό και μέθοδος..... | 59 |
| Στατιστική Ανάλυση | 60 |
| Στοιχεία Δεοντολογίας..... | 61 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 62 |
| Περιγραφικά αποτελέσματα | 62 |
| Συσχετίσεις..... | 72 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 79 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 82 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 84 |
| Ελληνική..... | 84 |
| Ξενόγλωσση | 86 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ..... | 89 |
| Παράρτημα I: ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΣΥΜΒΟΥΛΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΙΟΙΚΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ..... | 89 |
| Παράρτημα II: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ..... | 91 |
| Παράρτημα III: ΑΔΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ..... | 98 |
| Παράρτημα IV: Γραφήματα | 99 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στελέχωση είναι η διαδικασία απόκτησης, ανάπτυξης και διατήρησης ενός ανθρώπινου δυναμικού που χαρακτηρίζεται από επαρκή ποσότητα και ποιότητα, τέτοιες ώστε να δημιουργήσει θετικές επιπτώσεις στη λειτουργία και αποτελεσματικότητα του οργανισμού (Heneman, 2006).

Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή του στις προβλεπόμενες θέσεις που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση, η οποία είναι η λειτουργία της διοίκησης που προηγείται της στελέχωσης. Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός των απαιτήσεων κάθε θέσης, ο οποίος εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα, όπως εκπαίδευση, πείρα και ατομικά χαρακτηριστικά. Αυτά χρησιμοποιούνται ως βάση για την προσέλκυση, επιλογή, πρόσληψη, αμοιβή και κατάρτιση των στελεχών και γενικά του προσωπικού που στελεχώνει τη σχεδιασθείσα οργανωτική διάρθρωση. Η στελέχωση προσδιορίζει το σύστημα εργασίας και καθορίζει τα προγράμματα του προσωπικού (Λανάρα, 2004).

Η στελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού συνδέεται με τον αριθμό και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον ασθενή. Είναι υπεράνω αριθμών καθώς συμπεριλαμβάνει και άλλες μεταβλητές, οι οποίες επηρεάζουν την κάλυψη των αναγκών των ασθενών και την παροχή της ασφαλούς φροντίδας. Αυτές οι μεταβλητές συμπεριλαμβάνουν το φόρτο εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του παρεχόμενου έργου, τη σοβαρότητα-πολυπλοκότητα της κατάστασης του ασθενούς και το επίπεδο ικανοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού (Mc Gillis Hall, 2005).

Οι ασφαλείς πρακτικές στελέχωσης ενσωματώνουν την πολυπλοκότητα των δραστηριοτήτων και την ένταση των νοσηλευτών: ποικίλα επίπεδα προετοιμασίας των νοσηλευτών, ικανότητα και εμπειρία, ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού, υποστήριξη της διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οργανωτικό και εκτελεστικό επίπεδο, πλαίσιο και τεχνολογικό περιβάλλον της υποστήριξης καθώς και διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης (ICN, 2006).

Η τρέχουσα οικονομική συγκυρία και η πολιτική, η οποία ασκείται προς αντιστάθμιση των ελλειμματικών προϋπολογισμών και ενδυνάμωσης της προοπτικής διαχείρισης των δημοσιονομικών χρεών, απαιτεί τον εξορθολογισμό του δημοσίου τομέα τόσο σε επίπεδο δαπανών όσο και σε επίπεδο αποτελεσματικότητας και οργάνωσης. Ο υγειονομικός τομέας είναι τόσο εντάσεως εργασίας όσο και εξάρτησης εργασίας και κατ' επέκταση η ποσότητα και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή στελέχωση των δομών υγείας καθώς και από την εκπαίδευση και τις ικανότητες του προσωπικού. Χρήζει ιδιαίτερης σημασίας η ύπαρξη μιας ολοκληρωμένης και συνεκτικής στρατηγικής σχεδιασμού των ανθρωπίνων πόρων. Παρόλα αυτά, για τη χάραξη μιας πολιτικής σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού είναι απαραίτητη η κατανόηση τόσο των παραγόντων που διαμορφώνουν τη ζήτηση για υπηρεσίες εντάσεως εργασίας όσο και τα προβλήματα που καλείται κάθε πολιτική να αντιμετωπίσει (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού ευθύνης αποτελούν δύο από τους βασικούς παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης τόσο για υπηρεσίες υγείας όσο και για ανθρώπινο δυναμικό. Παράλληλα, το ύψος και το σύστημα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, η διαθέσιμη τεχνολογία και οι προτιμήσεις των καταναλωτών συνεισφέρουν σημαντικά στη διαμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

Τέλος, η σχέση ανθρώπινου δυναμικού και εκπαίδευσης, οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στον υγειονομικό τομέα, το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης όπως και η μετακίνηση επαγγελματιών υγείας προς αναζήτηση ικανοποιητικότερου εισοδήματος και συνθηκών εργασίας συγκαταλέγονται επίσης στις κινητήριες δυνάμεις των ανθρωπίνων πόρων στην υγεία (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

Ένας από τους στόχους όλων των πολιτικών υγείας σήμερα στις κοινωνίες είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό -καλύπτοντας το 35-45% των θέσεων εργασίας- παίζει τεράστιο ρόλο στη συνολική παραγωγικότητα του νοσοκομείου. Η παρακίνηση των νοσηλευτών αποτελεί ένα δύσκολο έργο που καλούνται να φέρουν εις πέρας επιτυχώς οι διοικούντες τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΕΡΙ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ: ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Διοίκηση είναι η διαδικασία επιλογής στόχων, η διαδικασία καταμερισμού ανθρώπινων, τεχνολογικών και φυσικών πόρων σε επί μέρους δραστηριότητες που συμμετέχουν στην επίτευξη των στόχων και η διαδικασία συντονισμού της δράσης για μεγιστοποίηση της απόδοσης των κατανεμημένων πόρων (Πόζιος & Παπανίκος, 1993). Η διοίκηση αποτελείται από τρεις λειτουργίες: τον προγραμματισμό, την οργάνωση και την στελέχωση (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003)

Προγραμματισμός

Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού είναι η διαδικασία, με την οποία η επιχείρηση προγραμματίζει και ο διευθυντής της επιχείρησης καθορίζει τους στόχους και τους σκοπούς της, όπως και την οριοθέτηση του σημείου στο οποίο θα φτάσουν αυτοί οι στόχοι και οι σκοποί. Αυτό προϋποθέτει τη σωστή ανάμειξη των επιμέρους συστατικών στοιχείων του κεφαλαίου, του εξοπλισμού και των ανθρωπίνων πόρων (Hersey et al., 1996). Παράλληλα εξετάζει και θέματα ορθής κατανομής, τοποθέτησης και ανάπτυξης των ανθρώπων, με στόχο την αναβάθμιση και την αξιοποίησή τους καθώς τα έξοδα μισθοδοσίας αποτελούν από τα σοβαρότερα κονδύλια κόστους στη σύγχρονη επιχείρηση (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003).

Ο προγραμματισμός ανθρωπίνων πόρων ευθυγραμμίζεται με τους στόχους του οργανισμού ώστε να εξυπηρετεί τις ανάγκες του σε μακροχρόνιο, βραχυχρόνιο ή εποχιακό διάστημα. Οι οργανισμοί πραγματοποιούν πλάνο για το εργατικό τους δυναμικό τόσο σε βραχυχρόνιο όσο και σε μακροχρόνιο διάστημα (Βαξεβανίδου & Ρεκλείτης, 2008).

Βασικές δραστηριότητες – λειτουργίες του προγραμματισμού ανθρωπίνου δυναμικού είναι:

- ❖ Η ανάλυση της ζήτησης και της προσφοράς ανθρωπίνου δυναμικού στην αγορά εργασίας
- ❖ Η πρόβλεψη των αναγκών σε ανθρωπινό δυναμικό ανάλογα με τα σχέδια και τους στόχους της επιχείρησης

- ❖ Η κατάρτιση πλάνου για την εξασφάλιση του απαραίτητου ανθρώπινου δυναμικού σε ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο
- ❖ Η επιτυχής αντιμετώπιση προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν από την ποιοτική ανεπάρκεια είτε από την ποσοτική έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, ο προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει την υφιστάμενη κατάσταση στο εσωτερικό της επιχείρησης, δηλαδή να έχει σαφή γνώση των προσόντων, των δυνατοτήτων και των επιδιώξεων του ανθρώπινου δυναμικού που ήδη απασχολείται στην επιχείρηση. Επίσης να παρακολουθεί τις εξελίξεις στο εξωτερικό της επιχείρησης, δηλαδή την αγορά εργασίας, προβλέποντας τη μελλοντική ζήτηση και προσφορά σε διάφορες ειδικότητες (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003). Εξετάζεται δηλαδή το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού ώστε να εξακριβωθεί η θέση του στο οικονομικό και κοινωνικό σύστημα. Επίσης πρέπει να προγραμματίζει τις αναγκαίες ενέργειες για την εξασφάλιση του ανθρώπινου δυναμικού που απαιτείται για την πραγματοποίηση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων της επιχείρησης. Τέλος καλείται να αξιολογήσει το πρόγραμμα και γίνονται οι διορθωτικές ενέργειες όπου κρίνεται απαραίτητο (Corbridge & Pilbeam, 1998).

Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού καθορίζεται και εξαρτάται άμεσα από τη γενικότερη στρατηγική της επιχείρησης. Η γενική κατεύθυνση της επιχείρησης όπως και το πλαίσιο δραστηριοτήτων της προσδιορίζουν και τις ανάγκες της σε ανθρώπινο δυναμικό. Για το λόγο αυτόν απαιτείται άμεση συνεργασία ανάμεσα στους υπεύθυνους χάραξης στρατηγικής και τους υπεύθυνους για τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003).

Ο προγραμματισμός ανθρωπίνων πόρων στοχεύει στον περιορισμό των σφαλμάτων κατά την πρόσληψη των εργαζομένων με την αποτελεσματική πρόβλεψη σε πιθανές ελλείψεις. Αποσκοπεί δηλαδή, στη μείωση του κόστους πρόσληψης ανθρώπινου δυναμικού προσανατολιζόμενος σε προσλήψεις ανθρώπινου δυναμικού με τις επιθυμητές δεξιότητες και ικανότητες. Επίσης αποσκοπεί στην αποδοτική αξιοποίηση και στον περιορισμό της αβεβαιότητας του υπάρχοντος δυναμικού, με την ανάπτυξη και την εκπαίδευση του (Ξένος, 2003).

Όπως αναφέρει ο Armstrong (2000), σε γενικές γραμμές κατά τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να ακολουθηθούν τα ακόλουθα βήματα:

1.Μελέτη Υφιστάμενης Κατάστασης

- ❖ Μελέτη Εξωτερικής Αγοράς Εργασίας
- ❖ Μελέτη Επιχειρησιακών Σχεδίων
- ❖ Μελέτη Εσωτερικού Περιβάλλοντος, δηλαδή της προσφοράς και της ζήτησης στο εσωτερικό της επιχείρησης

2.Πρόβλεψη Μεταβολών σε Ανθρώπινο Δυναμικό

3.Προσδιορισμός Αναγκών

4.Σχεδιασμός Προγράμματος κάλυψης αναγκών σε συνδυασμό με Προϋπολογισμό Οικονομικών Μέσων

5.Αξιολόγηση Προγράμματος και Διορθωτικές Ενέργειες που τροποποιούν το Σχεδιασμό μελλοντικών προγραμμάτων.

Ακολουθώντας τα παραπάνω βήματα καταλήγουμε στον προσδιορισμό των αναγκών, οι οποίες οδηγούν στον σχεδιασμό του προγράμματος. Ένα πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει εναλλακτικές πολιτικές και σχέδια για προσλήψεις, εκπαίδευση, ανάπτυξη και ενίσχυση της απόδοσης των εργαζομένων, αύξηση της παραγωγικότητας, εσωτερικές μετακινήσεις, μειώσεις ανθρώπινου δυναμικού και ευέλικτες μορφές απασχόλησης (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003).

Αφού λοιπόν καθοριστούν όλα τα παραπάνω θα πρέπει να γίνει ανάλυση θέσεως εργασίας δηλαδή διαδικασία συγκέντρωσης και καταγραφής των σημαντικών δραστηριοτήτων τις οποίες εκτελεί ένας εργαζόμενος, των απαιτήσεων, των τεχνικών και περιβαλλοντικών δεδομένων της θέσης. Επίσης, θα πρέπει να γίνει καταγραφή του συνόλου των προσόντων, των γνώσεων, των ικανοτήτων και των υπευθυνοτήτων που πρέπει να συνδυάζει ο εργαζόμενος για την επιτυχή διεξαγωγή της εργασίας του. Η ανάλυση της θέσης εργασίας αποτελεί κατά βάση μια διαδικασία συλλογής πληροφοριών, της οποίας μπορεί να έχει

προηγηθεί ο σχεδιασμός της θέσης εργασίας που γίνεται στα αρχικά στάδια οργάνωσης μιας μονάδας ή ενός τμήματος. Ο σχεδιασμός της θέσης εργασίας αποτελεί διαδικασία καθορισμού των καθηκόντων που θα έχει ο εργαζόμενος και του τρόπου με τον οποίο θα εκτελεί την εργασία. Για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό θέσεων εργασίας πρέπει να κατανοήσουμε απολύτως την καθεμιά θέση αυτή καθαυτή (μέσω της ανάλυσης της εργασίας) αλλά και σε συνάρτηση με τη ροή της εργασίας μέσα στην επιχείρηση (Χυτήρης,2001).

Μετά την ανάλυση της θέσης εργασίας θα πρέπει να προχωρήσουμε στην αναλυτική περιγραφή των θέσεων εργασίας. Η περιγραφή της θέσης εργασίας προκύπτει από την ανάλυση της θέσης εργασίας. Παρέχει βασικές πληροφορίες για τη θέση ορίζοντας τον τίτλο θέσης, αναφέροντας τις σχέσεις, το συνολικό σκοπό και τα πρωταρχικά καθήκοντα ή τις κύριες ασχολίες της θέσης. Η περιγραφή της θέσης εργασίας στη σύγχρονη επιχείρηση πρέπει να μπορεί να εξυπηρετεί τους ακόλουθους στόχους (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003):

- ❖ Να καθορίσει πού εντάσσεται η κάθε θέση εργασίας στον οργανισμό και να διευκρινίσει τόσο στους κατόχους της θέσης όσο και στους υπόλοιπους τη συνεισφορά στην επίτευξη των στόχων της επιχείρησης ή του τμήματος, στο οποίο ανήκει
- ❖ Να παρέχει τις πληροφορίες για την θέση που χρειάζονται για την προσέλκυση και την ενημέρωση των υποψηφίων που ενδιαφέρονται για τη θέση
- ❖ Να είναι η βάση για τη σύνταξη της σύμβασης απασχόλησης με τον εργαζόμενο στη θέση
- ❖ Να είναι η βάση για την εκτίμηση του παραγόμενου έργου και της αξιολόγησης του εργαζόμενου

Έπειτα από όλα τα παραπάνω και έχοντας καταρτιστεί σαφής κατάλογος για τις ελλείψεις – απαιτήσεις της επιχείρησης σε ανθρώπινο δυναμικό η διαδικασία της στελέχωσης συνεχίζεται περνώντας στο δεύτερο στάδιο, αυτό της προσέλκυσης των υποψηφίων εργαζομένων (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003).

Ευέλικτες Δομές – Ανάθεση Καθηκόντων – Μεταβίβαση Εξουσίας

Η αύξηση του μεγέθους των επιχειρήσεων και της αβεβαιότητας του περιβάλλοντος έχουν ως συνέπεια τη σημαντική αύξηση των λειτουργιών, της πολυπλοκότητας και της αλληλεξάρτησης των καθηκόντων τα οποία με την σειρά τους δημιουργούν μεγαλύτερες ανάγκες συντονισμού, ενοποίησης της δράσης και ευελιξίας της επιχείρησης. Όλες αυτές οι αλλαγές οδηγούν σε αλλαγή στη φιλοσοφία διοίκησης των επιχειρήσεων. Δίνεται έμφαση στη δημιουργία ισχυρής οργανωσιακής κουλτούρας που βασίζεται στη δέσμευση και αφοσίωση των εργαζομένων, στη δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών και έκφρασης καινοτόμων ιδεών, στη συμμετοχή, στην ανταμοιβή όσων αποδίδουν και βελτιώνουν τις ικανότητες τους, στην πρόβλεψη και επίλυση προβλημάτων, στην αποκέντρωση των αποφάσεων. Ο συγκεντρωτισμός των εξουσιών, η τυφλή εμπιστοσύνη και η αποστροφή προς την ανάληψη κινδύνου ή πρωτοβουλίας θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι δεν έχουν θέση στην σύγχρονη επιχείρηση (Μπουραντάς, 2002).

Οι αλλαγές αυτές του περιβάλλοντος και η ανάγκη των επιχειρήσεων για προσαρμογή οδήγησαν στην υιοθέτηση νέων τρόπων οργάνωσης των επιχειρήσεων, οι οποίες αναπόφευκτα διαφοροποιούν τις απαιτήσεις τους από το ανθρώπινο δυναμικό. Σύμφωνα με τον Polychroniou στο άρθρο “Human resources management theory & practice: the impact on modern organizations” (2008), θα πρέπει να σχεδιαστεί ένα οργανικό σύστημα διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων που θα προάγει την ανάπτυξη ενός συνόλου ανθρωπίνων πόρων, οι οποίοι θα κατέχουν ένα πλατύ εύρος ικανοτήτων και θα μπορούν να υιοθετούν μεγάλη ποικιλία συμπεριφορών. Επίσης πρακτικές όπως η συμμετοχή των εργαζομένων στην αξιολόγηση, η εναλλαγή των θέσεων εργασίας, η εργασιακή ασφάλεια, είναι θετικά συσχετισμένες με σημαντικά κριτήρια της οργανωσιακής απόδοσης και προάγουν ευελιξία σε ένα δυναμικό και απρόβλεπτο περιβάλλον. Όλα τα παραπάνω προσδιορίζουν την «ευέλικτη επιχείρηση», δηλαδή τις ευέλικτες οργανωτικές δομές.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να ανοίξουμε μια παρένθεση και να αναφερθούμε στο οργανωτικό σχεδιασμό μιας επιχείρησης, προκειμένου να κατανοήσουμε την έννοια των ευέλικτων οργανωτικών δομών και την σύνδεσή τους με την ευελιξία της επιχείρησης. Ο

οργανωτικός σχεδιασμός περιλαμβάνει δύο διαστάσεις, τη δομική διάσταση και τη λειτουργική διάσταση. Η δομική διάσταση αναφέρεται στο σχεδιασμό των θέσεων εργασίας μια επιχείρησης, την ομαδοποίηση των θέσεων εργασίας σε τμήματα (τμηματοποίηση), τον καθορισμό του εύρους διοίκησης και των ιεραρχικών επιπέδων της επιχείρησης, τον καθορισμό των σχέσεων εξουσίας μεταξύ των διάφορων θέσεων εργασίας και ιεραρχικών επιπέδων, τον καθορισμό του βαθμού συγκέντρωσης και αποκέντρωσης της εξουσίας. Η λειτουργική διάσταση του οργανωτικού σχεδιασμού περιλαμβάνει τον σχεδιασμό των διαδικασιών, των κανόνων και των προτύπων της λήψης αποφάσεων, της ροής πληροφοριών που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της επιχείρησης και προσδιορίζουν τη δράση και μέσω αυτής την επίτευξη των στόχων της (Μπουραντάς, 2002).

Πρωταρχικό ζήτημα της δομικής διάστασης είναι ο καθορισμός των θέσεων εργασίας που κάθε άτομο ή ομάδα ατόμων θα αναλάβει. Έτσι λοιπόν το συνολικό έργο της επιχείρησης διαιρείται σε επιμέρους ρόλους εργασίας ή καθήκοντα που αντιστοιχούν σε κάθε θέση εργασίας. Με αυτόν τον τρόπο κάθε εργαζόμενος γνωρίζει τα καθήκοντά του, ελέγχεται και ανταμείβεται για αυτά. Η διαίρεση της εργασίας συνδέεται άμεσα με την εξειδίκευση της εργασίας. Αυτή μπορεί να είναι οριζόντια (εύρος ποικιλίας καθηκόντων που περιλαμβάνει η θέση εργασίας) ή κάθετη (δικαίωμα για λήψη αποφάσεων σχετικά με ζητήματα που αφορούν στην εκτέλεση καθηκόντων της θέσης) (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003).

Μετά το σχεδιασμό των θέσεων εργασίας ένα άλλο ζήτημα της δομικής διάστασης του οργανωτικού σχεδιασμού που θα πρέπει να εξετάσουμε είναι ο καθορισμός του εύρους διοίκησης ή ελέγχου και των ιεραρχικών επιπέδων της επιχείρησης. Σε κάθε επιχείρηση-οργανισμό οι θέσεις εργασίας συνδέονται μεταξύ τους με σχέσεις εξουσίας. Για έναν αριθμό θέσεων εργασίας υπάρχει συνήθως μια προϊστάμενη διοικητική θέση που έχει το δικαίωμα να ασκεί εξουσία στις πρώτες. Ο αριθμός αυτός των θέσεων που ασκεί εξουσία ή διοικεί μια προϊστάμενη θέση λέγεται εύρος ελέγχου ή διοίκησης. Ουσιαστικά πρόκειται για τον αριθμό των υφισταμένων που αναφέρονται σε κάθε προϊστάμενο. Κάθε προϊστάμενος έχει δυνατότητα να διοικήσει ένα περιορισμένο αριθμό υφισταμένων. Το εύρος ελέγχου ή διοίκησης συνδέεται αντίστροφα με τον αριθμό των ιεραρχικών επιπέδων και καθορίζει την μορφή της ιεραρχικής δομής της επιχείρησης. Μικρό εύρος ελέγχου συνεπάγεται μεγάλο αριθμό ιεραρχικών επιπέδων και υψηλή ιεραρχική δομή. Μεγάλος εύρος ελέγχου

συνεπάγεται μικρό αριθμό ιεραρχικών επιπέδων και πεπλατυσμένη ιεραρχική δομή. Οι ευέλικτες και λιτές οργανωτικές δομές χαρακτηρίζονται από λίγα ιεραρχικά επίπεδα που συμβάλλουν στην αύξηση της ευελιξίας της επιχείρησης (Μπουραντάς, 2002).

Ένα ακόμα ζήτημα που καλούμαστε να εξετάσουμε στο πλαίσιο του οργανωτικού σχεδιασμού είναι ο καθορισμός των σχέσεων εξουσίας και η κατανομή αυτής μεταξύ των θέσεων εργασίας. Σε αυτό το σημείο τίθενται δύο βασικά ζητήματα. Πρώτον, ο τρόπος μεταβίβασης της εξουσίας προς τις διάφορες θέσεις εργασίας και το περιεχόμενο της εξουσίας που θα μεταβιβαστεί. Δεύτερον, τίθεται το ερώτημα αν οι αποφάσεις θα λαμβάνονται μόνο στην κορυφή (συγκέντρωση εξουσίας) ή και σε κατώτερα κλιμάκια διοίκησης (αποκέντρωση εξουσίας) (Μπουραντάς, 2002).

Βασική επιδίωξη κάθε επιχείρησης είναι η αποτελεσματικότητα. Η αποτελεσματική υλοποίηση του συνολικού έργου μιας επιχείρησης απαιτεί τον συντονισμό των διαφόρων θέσεων εργασίας. Ο εν λόγω συντονισμός επιτυγχάνεται με την ομαδοποίηση των θέσεων αυτών σε τμήματα ή διαφορετικά μέσω της τμηματοποίησης μιας επιχείρησης. Τέσσερις μορφές οργανωτικών δομών συναντάμε πιο συχνά. Την τμηματοποίηση κατά λειτουργία, τμηματοποίηση κατά προϊόν, τμηματοποίηση κατά υπηρεσία και τέλος τμηματοποίηση κατά γεωγραφική περιοχή. Ωστόσο στην πραγματικότητα μια επιχείρηση χρησιμοποιεί περισσότερα από ένα κριτήρια ή μορφές τμηματοποίησης. Σε αυτήν την περίπτωση μιλάμε για μικτή τμηματοποίηση. Μια τέτοια θεωρείται και η μητρική οργάνωση που χαρακτηρίζεται από δύο διαστάσεις, την ταυτόχρονη τμηματοποίηση κατά λειτουργία και κατά προϊόν ή γεωγραφική περιοχή (Μπουραντάς, 2002).

Η λειτουργική οργανωτική δομή καθώς και η κατά προϊόν που κυριάρχησαν για πολλά χρόνια στον κόσμο των επιχειρήσεων και βασίζονταν σε πολυπληθέστατες τάξεις μεσαίων στελεχών τόσο για την αμφίδρομη ροή των στοιχείων στην ιεραρχία όσο και για τον συντονισμό και έλεγχο πολλών λειτουργιών της επιχείρησης παραμερίζονται όλο και περισσότερο. Τη θέση τους παίρνουν νέες, ολοκληρωμένες δομές που αποσκοπούν στη βελτίωση της παραγωγικότητας μέσω της μείωσης του κόστους και αύξησης της ταχύτητας διεκπεραίωσης των εργασιών, προσδίδοντας στην επιχείρηση ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Κυρίαρχη θέση κατέχουν η «οριζόντια οργάνωση» και η «δυναμική δομή δικτύων». Η «οριζόντια οργάνωση» απαιτεί ριζική αναδιοργάνωση των διαδικασιών και έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- ❖ Η δομή αναπτύσσεται σύμφωνα με τη ροή της εργασίας και όχι κατά τμήματα με ξεχωριστές αρμοδιότητες,
- ❖ Η κάθετη ιεραρχία έχει λίγα επίπεδα δεδομένου ότι διατηρούνται ορισμένα ανώτατα στελέχη στις παραδοσιακές υπηρεσίες υποστήριξης, όπως οικονομικά, ανθρωπίνων πόρων,
- ❖ Η εξουσιοδότηση είναι ευρύτατη. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι εργάζονται σε πολυειδικευμένες, αυτοδιοικούμενες ομάδες που αναλαμβάνουν την εκτέλεση συγκεκριμένων διαδικασιών ή προγραμμάτων, και
- ❖ Η δομή αυτή έχει ως στόχο την πλήρη εξυπηρέτηση του πελάτη (Ξένος,2003).

Οι εργαζόμενοι βρίσκονται σε τακτική άμεση επαφή με τους πελάτες αλλά και με τους προμηθευτές. Οι αυτοδιοικούμενες ομάδες αποτελούνται από 3-30 εργαζομένους διαφορετικών δεξιοτήτων εναλλάσσονται στις θέσεις εργασίας και παράγουν ένα ολοκληρωμένο προϊόν ή υπηρεσία. Αναλαμβάνουν τον προγραμματισμό της εργασίας, παραγγέλλουν τα υλικά, συντονίζονται με τις άλλες ομάδες, επιλέγουν τα νέα μέλη και αποφασίζουν για τις διακοπές. Συγκεκριμένα η ομάδα έχει πλήρη και υπεύθυνη πρόσβαση σε όσους και όποιους πόρους είναι απαραίτητοι για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου (εξοπλισμό, πληροφορίες κλπ) (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003).

Στο πλαίσιο μιας τέτοιας φιλοσοφίας διαφοροποιείται ο ρόλος του προϊστάμενου. Ο παραδοσιακός προϊστάμενος που έδινε εντολές για να εκτελεστούν χωρίς να εξηγεί και να ενημερώνει συντονίζοντας απλά τους υφισταμένους του, δίνει τη θέση του στον προϊστάμενο – ηγέτη που κατευθύνει, δίνει εξειδικευμένη συμβουλή, ενθαρρύνει, επιβραβεύει, συνεργάζεται για τη λύση των προβλημάτων και επιδιώκει με τους συνεργάτες πραγματικές αλλαγές μέσα στην επιχείρηση. Με άλλα λόγια «διοικεί» αλλά ταυτόχρονα «επηρεάζει». Οι παραδοσιακές δομές εξαφανίζονται και το δικαίωμα λήψης αποφάσεων ανατίθεται σε δίκτυα και ομάδες (Ξένος, 2003).

Ηγεσία και Μάνατζμεντ

Το μάνατζμεντ κατά κύριο λόγο αντιμετωπίζει την πολυπλοκότητα στις σύγχρονες επιχειρήσεις κι οργανισμούς, δηλαδή ασχολείται με τις περίπλοκες υποθέσεις. Είναι η εκτέλεση των αναγκαίων λειτουργιών που είναι απαραίτητες για την επιτυχία ενός οργανισμού ή τμήματος αυτού (Μπουραντάς, 2001).

Οι πρακτικές και οι διαδικασίες του μάνατζμεντ, σε μεγάλο βαθμό, αποτελούν μια απάντηση στη σημαντικότερη ίσως εξέλιξη του 20^{ου} αιώνα, αυτής της εμφάνισης κι ανάπτυξης μεγάλων επιχειρήσεων και οργανισμών. Χωρίς καλό μάνατζμεντ, μεγάλες επιχειρήσεις τείνουν να καταστούν χαοτικές με τρόπους που απειλούν την ύπαρξή τους. Αντίθετα, το καλό μάνατζμεντ εξασφαλίζει συνήθως την τάξη και τη συνέπεια σε κρίσιμες διαστάσεις της επιχείρησης όπως πχ η ποιότητα και η κερδοφορία των προϊόντων (Μπουραντάς, 2001).

Η ηγεσία, σε αντίθεση με το μάνατζμεντ, αντιμετωπίζει τις αλλαγές του σύγχρονου κόσμου. Το γεγονός ότι ο κόσμος των επιχειρήσεων έχει γίνει πιο ασταθής και περισσότερο ανταγωνιστικός είναι ένας από τους λόγους που ο ρόλος της ηγεσίας έχει καταστεί τόσο σημαντικός την περίοδο που ζούμε. Είναι κατά κύριο λόγο η ικανότητα των διοικούντων να επιβλέπουν αλλά και να συνεργάζονται με τους υφισταμένους τους για την αποτελεσματικότερη κι αποδοτικότερη εκτέλεση του έργου που τους έχει ανατεθεί ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού.

Ο γρήγορος ρυθμός αλλαγής της τεχνολογίας, ο μεγαλύτερος διεθνής ανταγωνισμός, η απορρύθμιση των αγορών καθώς και οι δημογραφικές αλλαγές του εργατικού δυναμικού είναι μεταξύ των πολλών παραγόντων που έχουν συνεισφέρει σε αυτή την αλλαγή. Δεν αποτελεί πλέον για τις επιχειρήσεις φόρμουλα επιτυχίας, αν ότι γίνεται σήμερα στην επιχείρηση είναι το ίδιο με αυτό που γινόταν χτες ή αν γίνεται το ίδιο πράγμα κατά 5-10% καλύτερα. Απαιτούνται μεγαλύτερου εύρους αλλαγές, οι οποίες είναι ολοένα και περισσότερο αναγκαίες για την επιβίωση και την αποτελεσματική ανταγωνιστικότητα του νέου επιχειρησιακού περιβάλλοντος που διαμορφώνεται (Μπουραντάς, 2001).

Η ηγεσία διαφέρει από το μάνατζμεντ όχι όμως για τους λόγους που νομίζουν οι περισσότεροι. Δεν είναι μυστική και μυστηριώδης, δεν έχει σχέση με το «χάρισμα» και τη χαρισματικότητα του ατόμου ή άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, ούτε είναι αρμοδιότητα των ολίγων επιλεγμένων. Επίσης, η ηγεσία δεν είναι κατ' ανάγκη καλύτερη του μάνατζμεντ. Είναι πρώτα και πάνω απ' όλα μια διαπροσωπική σχέση. Αυτοί οι οποίοι θέλουν να δουν αν είναι ηγέτες το μόνο που χρειάζεται να κάνουν είναι να κοιτάξουν πίσω να δουν αν τους ακολουθούν. Αυτή η σχέση, η οποία βοηθά τον Α να κάνει τον Β να πράξει κάτι (εκτέλεση έργου) για να επιτευχθεί ο στόχος Γ, είναι η ουσία της διαδικασίας της ηγεσίας. Είναι μια καθημερινή αλληλεπίδραση, η οποία μαθαίνεται. Αν και το θέμα της ηγεσίας έχει αποτελέσει αντικείμενο θεωρητικών κι εμπειρικών ερευνών για πολλές δεκαετίες τώρα (τόσο στις επιχειρήσεις - βιομηχανία όσο και σε κοινωνικές ομάδες) μέχρι τώρα δεν υπάρχει μια μόνη θεωρία ή υπόδειγμα που να εξηγεί ακριβώς τι είναι ηγεσία και γιατί (πώς και με βάση ποια κριτήρια) κάποιος χαρακτηρίζεται αποτελεσματικός ή αναποτελεσματικός ηγέτης (Μπουραντάς, 2005).

Η Διοίκηση (Management) και η Ηγεσία (Leadership) είναι δύο διαφορετικές μέθοδοι να οργανώσει κάποιος μια ομάδα ανθρώπων προκειμένου αυτή να πετύχει ένα στόχο. Είναι απαραίτητα στοιχεία για να φτάσει κανείς στην επιτυχία του σκοπού του, μα όχι απαραίτητα συμβατά μεταξύ τους. Είναι δυο συστήματα πράξεων, διαφοροποιημένα και συμπληρωματικά μεταξύ τους. Τα δυο αυτά συστήματα διαμορφώνουν τις δικές τους λειτουργίες και χαρακτηριστικές δραστηριότητες και είναι αναγκαία για την επιτυχία σ' ένα αυξητικά πολύπλοκο και ασταθές επιχειρησιακό περιβάλλον (Μπουραντάς, 2005).

Καθένα από τα συστήματα αυτά, περιλαμβάνει διαδικασίες λήψης αποφάσεων σχετικά με τις επόμενες τρεις ενότητες πράξεων στην επιχείρηση, τις οποίες βέβαια εκτελεί και με διαφορετικό τρόπο. Δηλαδή,

- ❖ Τι πρέπει να γίνει,
- ❖ Με ποιους και πώς πρέπει να γίνει, δηλαδή τη δημιουργία δικτύων ανθρώπων και σχέσεων που μπορούν να φέρουν σε πέρας μια ατζέντα

- ❖ Έλεγχος αποτελεσμάτων, δηλαδή την εξασφάλιση ότι οι εργαζόμενοι πράγματι κάνουν σωστά την εργασία που τους έχει ανατεθεί (Μπουραντάς, 2005).

Οι επιχειρήσεις διαχειρίζονται την περιπλοκότητα των καταστάσεων με τον προγραμματισμό (σχεδιασμό) και τον οικονομικό προϋπολογισμό. Σε αντίθεση η καθοδήγηση ενός οργανισμού προς κάποια θετική αλλαγή αρχίζει με την οριοθέτηση της κατεύθυνσης του οργανισμού.

Το μάνατζμεντ αναπτύσσει την ικανότητα επίτευξης των σχεδίων του, με την οργάνωση και στελέχωση ενώ η ισοδύναμη δραστηριότητα της ηγεσίας είναι αυτή της ευθυγράμμισης των ατόμων με τις επιχειρηματικές κατευθύνσεις και τις στρατηγικές αλλαγής καθώς και η δημιουργία κλίματος επικοινωνίας. Τέλος, το μάνατζμεντ εξασφαλίζει την εκτέλεση των σχεδίων του, με τον έλεγχο και την επίλυση των προβλημάτων, ενώ για την ηγεσία, η επιτυχία του οράματος απαιτεί παρακίνηση και έμπνευση (Μπουραντάς, 2001).

Ηγετικός χαρακτήρας: Η ουσία της Ηγεσίας

Πολλοί αναποτελεσματικοί ηγέτες προσβλέπουν σε μια ηγετική θέση πιστεύοντας ότι θα έχουν τη δύναμη και την εξουσία να κάνουν κάποια πράγματα. Έχουν την εντύπωση ότι θα αποκτήσουν τη δύναμη αν κάνουν κάποια πράγματα με τον τρόπο που εκείνοι θέλουν ή πιστεύουν. Ωστόσο, η εμπειρία μάς λέει ότι οι πιο πολλοί αποτελεσματικοί ηγέτες αρχίζουν να αναπτύσσονται ρωτώντας τους εαυτούς τους όχι τι θα μπορούσαν να κάνουν έχοντας τη δύναμη του ηγέτη αλλά τι είδους ηγέτες θα ήθελαν να είναι. Αυτή η ενδοσκοπήση και η αυτοαξιολόγηση αποτελούν αρχές και αξίες που καταδεικνύουν το ηγετικό πνεύμα που μπορεί να διαθέτει κάποιος.

Ο Daniel Goleman στο βιβλίο του με τίτλο «Συναισθηματική Νοημοσύνη» (2011) περιγράφει αυτά τα στοιχεία ως τους πιο σημαντικούς παράγοντες και ικανότητες που πρέπει να έχει ένας ηγέτης και αναφέρεται σε αυτά με τον όρο «Ηγετικός Χαρακτήρας».

Ο Ηγετικός Χαρακτήρας αποτελείται από αξίες, χαρακτηριστικά και μια καθαρότητα του σκοπού και του ευρύτερου στόχου που θέτει, σε ατομικό επίπεδο, ο κάθε ηγέτης. Εκφράζεται μέσω της συνέπειας της συμπεριφοράς – που είναι ο βαθμός στον οποίο ένας ηγέτης συνδέει τις πράξεις του με όσα λέει και εκφράζει. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν βιώσει, είτε στην επαγγελματική είτε στη προσωπική τους ζωή, έναν ηγέτη που λειτούργησε ως πρότυπο Ηγετικού Χαρακτήρα (Goleman, 2011).

Ήταν εκείνος ο ηγέτης που επέδειξε πραγματικό ενδιαφέρον για σας, σε ατομικό επίπεδο, που σας βοήθησε ή υποστήριξε να αναπτυχθείτε επαγγελματικά και που πάντα έμοιαζε να παίρνει αποφάσεις έχοντας διαύγεια, καθαρότητα και σαφή προσανατολισμό. Είναι το είδος του ηγέτη το οποίο «τραβάει» τους ανθρώπους και τους καθιστά πρόθυμους να δώσουν το υψηλότερο επίπεδο της ενέργειας τους (Goleman, 2011).

Έχουμε καταλήξει ότι λίγες εταιρίες ή ηγέτες καταφέρνουν να καθορίσουν τα σημαντικά στοιχεία του Ηγετικού Χαρακτήρα ακριβώς με τον ίδιο τρόπο. Στην πραγματικότητα, η έρευνα μας έχει υποδείξει περισσότερους από 16 παράγοντες ηγετικού χαρακτήρα που σχετίζονται με την επιτυχημένη ηγεσία και κατηγοριοποιούνται σε τρία βασικά συστατικά στοιχεία: Προσωπικός Χαρακτήρας, Κοινωνικός Χαρακτήρας και Εταιρικός Χαρακτήρας.

- ❖ Προσωπικός Χαρακτήρας: Είναι ο χαρακτήρας που θα πρέπει να παραμένει σταθερός και αποφασιστικός σε κάθε αλλαγή που συμβαίνει στο περιβάλλον
- ❖ Κοινωνικός Χαρακτήρας: Δείχνοντας σεβασμό στους άλλους, κατανόηση και αναγνωρίζοντας τις ατομικές διαφοροποιήσεις
- ❖ Εταιρικός Χαρακτήρας: Η προθυμία να τοποθετήσουμε τις ανάγκες των πελατών και της εταιρίας μπροστά από τις προσωπικές μας ανάγκες (Goleman, 2011).

Οι αποτελεσματικοί ηγέτες επιδεικνύουν μια ισορροπία και των τριών βασικών συστατικών στοιχείων και τις δέχονται ως πρωταρχικές αξίες.

Ο Ηγετικός Χαρακτήρας αποτελεί τη βάση ή την Ουσία για την αποτελεσματική ηγεσία. Πρόκειται, επίσης, για ένα από τα ελάχιστα απτά στοιχεία της ηγεσίας. Υπάρχουν κάποιοι που πιστεύουν ότι ο Ηγετικός Χαρακτήρας δεν μπορεί να αναπτυχθεί – είτε το έχουν κάποιοι μέσα τους είτε όχι. Από την άλλη υπάρχει η άποψη ότι όχι μόνο οι άνθρωποι μπορούν να αναπτύξουν τον Ηγετικό Χαρακτήρα αλλά θα πρέπει να το κάνουν αν έχουν τη φιλοδοξία να βελτιώσουν τις ηγετικές τους ικανότητες. Τοποθετώντας το πιο απλά, δεν μπορεί κάποιος να αναπτύξει ένα ηγέτη αν πρώτα δεν μπορεί να αναπτύξει το άτομο. Επιπλέον, οι επιχειρήσεις δεν αναπτύσσουν Ηγετικό Χαρακτήρα με τους ίδιους τρόπους που αναπτύσσουν άλλες ικανότητες ηγεσίας. Η ανάπτυξη του Ηγετικού Χαρακτήρα προϋποθέτει από τους ηγέτες να κατανοήσουν και να αξιολογήσουν το δικό τους σύστημα αξιών, να αυξήσουν το επίπεδο της αυτογνωσίας τους, να βιώσουν την επιρροή του χαρακτήρα τους στις ζωές τους και να απεμπλακούν από ξεπερασμένα πρότυπα σκέψης και δράσης. Μέσα από ένα συνδυασμό εμπειριών, καθοδήγησης και υποστήριξης, κάποιος μπορεί να δημιουργήσει το απαραίτητο υπόβαθρο προκειμένου να αναπτύξει τον Ηγετικό του Χαρακτήρα (Goleman, 2011).

Ηγετικά στυλ

Κανένα ηγετικό στυλ δεν είναι αποτελεσματικό σε όλες τις καταστάσεις και για όλους τους μανάτζερ. Το πρόβλημα επομένως είναι ποιό στυλ είναι κατάλληλο για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, πώς και κάτω από ποιές συνθήκες. Το ποιό είναι αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως:

- ❖ Προσωπικότητα, μόρφωση, εμπειρία και σύστημα αξιών του μανάτζερ
- ❖ Χαρακτήρας, μόρφωση, εμπειρία, γνώση του έργου και προσδοκίες των υφισταμένων
- ❖ Παράγοντες της κατάστασης: Τεχνολογία του οργανισμού, δομή, πολιτικές, ηγετικό στυλ ανωτέρων

Οι θεωρίες περί ηγεσίας που ακολουθούν είναι οι πλέον γνωστές και προτείνουν η κάθε μια τον ιδανικό τύπο ηγέτη για τον κόσμο των επιχειρήσεων (Στειακάκης & Κατζός, 2002).

Βασικές κατηγορίες ηγετικών στυλ.

Αυταρχικός: Ο Ηγέτης διατηρεί όσο το δυνατό περισσότερη δύναμη και το δικαίωμα λήψης απόφασης, δηλαδή παίρνει μόνος του τις αποφάσεις και τις μεταβιβάζει στην ομάδα για εκτέλεση. Εφαρμόζεται σε νέους εργαζόμενους ή σε αυτούς που είναι δύσκολο να διοικηθούν.

Πειστικός: Ο Ηγέτης αφήνει το πεδίο ελεύθερο και χρησιμοποιείται για εργαζόμενους που θα εργαστούν πρόθυμα και θα κάνουν αυτό που τους λένε οι άλλοι εφόσον τους εξηγήσουν τους λόγους που πρέπει να το κάνουν.

Ανθρωπιστικός: Ο Ηγέτης συνεργάζεται (ή ζητά τη συμμετοχή) όσο είναι δυνατό με τους εργαζόμενους σε θέματα εργασίας που τους αφορούν και τους επηρεάζουν. Η συμβολή των υφισταμένων ζητείται και επιδιώκεται, αφού συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων και εξουσιοδοτούνται σε μεγάλο βαθμό.

Αδιάφορος/ Εξουσιοδοτημένος: Ο μάνατζερ τηρεί μια πολιτική "μη ανάμειξης". Εξουσιοδοτεί, παραλείπον τις υποχρεώσεις του" αρκετή εξουσία και δικαίωμα λήψης απόφασης στους εργαζόμενους. Δίνει λίγες οδηγίες - κατευθύνσεις και επιτρέπει στους υφισταμένους του εκτεταμένη ελευθερία. Ο ρόλος του ηγέτη εδώ είναι πολύ περιορισμένος.

Δημοκρατικός: Ο ηγέτης δημιουργεί συνθήκες τέτοιες που αυξάνουν τη δημιουργικότητα τη παραγωγικότητα και το ηθικό των υπαλλήλων. Σε κάθε του απόφαση λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις απόψεις, τις προτάσεις, τις ανάγκες και τις επιθυμίες των μελών της ομάδας ή και συχνά ζητά τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων. Συμπερασματικά έχουμε εργαζόμενους με ανάμιξη στη παραγωγή (Στειακάκης & Κατζός, 2002).

Άλλες κατηγορίες ηγετικών στυλ:

Οραματιστής (Visionary)

Χαρακτηριστικά ηγέτη: Εμπνέει τους υφισταμένους του, πιστεύει στο όραμα του και το προωθεί με κάθε δύναμη και εξηγεί πώς -και γιατί- η προσπάθεια των ατόμων συνεισφέρει στο κοινό «όνειρο».

Αντίκτυπο: Παρακινεί τα άτομα προς το «κοινό» όραμα.

Που είναι κατάλληλο: Όταν χρειάζεται ένα νέο όραμα, ή μια καθαρή διεύθυνση, ή μια δραστική αλλαγή.

Καθοδηγητής (Coach)

Χαρακτηριστικά Ηγέτη: Ακούει τους υφισταμένους του, βοήθα τους ανθρώπους να εντοπίσουν τις δυνάμεις και τις αδυναμίες τους, λειτουργεί ως σύμβουλος, ενθαρρύνει την προσπάθεια και αναθέτει καθήκοντα και αναπτύσσει ανθρώπους.

Αντίκτυπο: Συνδέει αυτό που θέλει το άτομο με το στόχο της επιχείρησης.

Πότε είναι κατάλληλο: Για να χτίσει μακροπρόθεσμες ικανότητες αυξάνοντας την ανταγωνιστικότητά και την απόδοση.

Συνεργατικός (affiliative)

Χαρακτηριστικά ηγέτη: Προωθεί την αρμονία μεταξύ των μελών της ομάδας, είναι φιλικός με όλους, προωθεί την ανάπτυξη του ηθικού και λύνει διαμάχες αν και όταν αυτές προκύψουν.

Αντίκτυπο: Δημιουργεί αρμονία, συνδέοντας τους ανθρώπους μεταξύ τους.

Πότε είναι κατάλληλο: Όταν χρειάζεται παρακίνηση σε αγχώδεις περιόδους. Χρήσιμο για τη σύσφιξη των σχέσεων.

Δημοκρατικός (Democratic)

Χαρακτηριστικά ηγέτη: Άριστος ακροατής, ομαδικός παίκτης, συνεργάζεται με τους υφισταμένους του και επηρεάζει αντιλήψεις.

Αντίκτυπο: Εκτιμά τη συνεισφορά των ατόμων και παίρνει δέσμευση μέσω της συμμετοχής τους.

Πότε είναι κατάλληλο: Όταν χρειάζεται η δημιουργία υποστηρικτικών τμημάτων και η ανατροφοδότηση από τους υπάλληλους

Πρωτοπόρος (Pacesseting)

Χαρακτηριστικά ηγέτη: Έχει ισχυρή θέληση για επιτεύγματα, διαθέτει υψηλά προσωπικά standards, είναι αυτοπαρακινούμενος, ανυπόμονος και έχει μικρές ικανότητες συνεργασίας.

Αντίκτυπο: Φέρνει εις πέρας προκλητικούς και συναρπαστικούς στόχους.

Που είναι κατάλληλο: Όταν χρειάζεται η επίτευξη στόχων υψηλής ποιότητας από μια ικανή ομάδα. Κατάλληλο για πωλήσεις.

Επιβλητικός (Commanding)

Χαρακτηριστικά ηγέτη: Δίνει διαταγές, απειλεί, σφιχτός έλεγχος, καταστρέφει το κλίμα και διώχνει τα talέντα.

Αντίκτυπο: Μειώνει το φόβο με ξεκάθαρες κατευθύνσεις σε καιρούς ανάγκης.

Πότε είναι κατάλληλο: Σε περιόδους κρίσης ή προβληματικούς υπάλληλους. Σε περιόδους επείγουσας αλλαγής πορείας (Μάντζαρης,2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΕΡΙ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ: ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Η οργάνωση είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, κομβικό σημείο του οποίου είναι η συνεργασία δύο ή και περισσότερων ατόμων για την επίτευξη κάποιου σκοπού. Ο όρος οργάνωση, ετυμολογικά, προέρχεται από το ρήμα οργανώνω, δηλαδή «τακτοποιώ τα μέρη ενός συνόλου, ώστε να λειτουργεί κανονικά και αποτελεσματικά, συγκροτώ την οργάνωση» και σημαίνει «κατάλληλη διάταξη των μερών συνόλου, ώστε να λειτουργεί κανονικά και αποτελεσματικά» (Ανδρέου & Παπακωνσταντίνου, 1994).

Η έννοια της οργάνωσης παρουσιάζεται με διάφορες μορφές από τους μελετητές. Σύμφωνα με μία γενική θεώρηση η οργάνωση αποτελεί το υπόβαθρο πάνω στο οποίο θα στηριχθεί το οικοδόμημα της διοίκησης. Μια άλλη άποψη της έννοιας της οργάνωσης αναφέρεται στη σύνδεση και την αλληλεξάρτηση των δομών ενός συστήματος για την επιτυχία ενός αντικειμενικού σκοπού. Ως οργάνωση θεωρείται η κατάλληλη διάρθρωση διαφόρων επιμέρους συντελεστών και η κατάλληλη διασύνδεσή τους με βασική επιδίωξη την καλύτερη δυνατή επίτευξη ενός προκαθορισμένου αντικειμενικού σκοπού. Τέλος, Οργάνωση σημαίνει προσδιορισμός και εκχώρηση καθηκόντων σε πρόσωπα καθώς και καθιέρωση εξουσίας και συντήρηση σχέσεων ιεραρχίας μεταξύ των ομαδοποιημένων δραστηριοτήτων (Σαΐτης, 2008).

Στο χώρο της Οργανωτικής Επιστήμης παρουσιάζεται μία τριπλή θεώρηση οργάνωση:

α) Ως ενέργεια ή λειτουργία, η οποία δηλώνει τη δραστηριότητα της οργάνωσης και της ρύθμισης της λειτουργίας ενός συστήματος ή συνόλου ανθρώπων που επιδιώκουν ένα στόχο. Με την έννοια αυτή η οργάνωση είναι ρυθμιστική. Η ρύθμιση αυτή μπορεί να αναφέρεται, σύμφωνα με τους θεωρητικούς της συστημικής ανάλυσης, στην ορθολογική οργάνωση των δομών, της ροής των πληροφοριών, των μέσων, ώστε να υπάρχει ισορροπία στο σύστημα. Για τους επιστήμονες της ψυχολογίας η ρύθμιση αναφέρεται στις σχέσεις μιας ομάδας ανθρώπων που επιδιώκουν κοινούς σκοπούς και στον καθορισμό και την παραχώρηση ευθύνης και εξουσίας μεταξύ των μελών αυτής.

β) Ως το αποτέλεσμα της διαδικασίας της οργάνωσης, όπως είναι η κατάρτιση ενός οργανογράμματος, για τη διευθέτηση και τη συσχέτιση των καθηκόντων μεταξύ των διαφόρων θέσεων εργασίας.

γ) Ως οργανισμός και ως οντότητα, όπως είναι το σχολείο, το υπουργείο κ.ά., που ενεργεί στον κοινωνικό χώρο. Σε κάθε οργανισμό μπορεί κανείς να διακρίνει σαφώς τον αντικειμενικό σκοπό, την οργάνωση ή οργανωτική δομή και το έμψυχο υλικό που ενεργοποιεί τον οργανισμό (Ανδρέου-Παπακωνσταντίνου, 1994)

Με την έννοια της οντότητας οι οργανώσεις έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά:

- ❖ Τους ανθρώπους, οι οποίοι διαδραματίζουν το σπουδαιότερο ρόλο για την επιτυχία ή την αποτυχία μιας κοινής προσπάθειας και αποτελούν το πλέον δυναμικό στοιχείο στον οργανωσιακό χώρο με βούληση, ανάγκες, συνήθειες και κίνητρα
- ❖ Την επιδίωξη αντικειμενικών σκοπών, διότι οι οργανισμοί συγκροτούνται για την πραγματοποίηση ορισμένων στόχων
- ❖ Την οργανωτική δομή, η οποία καθορίζεται από τις αρχές και τους κανόνες μιας οργάνωσης και προσδιορίζονται οι γραμμές εξουσίας και επικοινωνίας των μελών της, αλλά και επιδιώκεται ο συντονισμός όλων των επιμέρους δραστηριοτήτων για την πραγματοποίηση των σκοπών της οργάνωσης. Η δομή είναι δυναμική και προσαρμόζεται με τις εκάστοτε αλλαγές που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού (Σαΐτης, 2008).

Με την έννοια της οντότητας, οι οργανώσεις μπορεί να διακριθούν σε δύο μορφές, την τυπική ή επίσημη οργάνωση (Formal Organization) και την άτυπη ή ανεπίσημη οργάνωση (Informal Organisation). Μια οργάνωση θεωρείται τυπική (ή επίσημη), όταν οι ενέργειες δύο ή περισσότερων ατόμων συντονίζονται ενσυνείδητα για την πραγματοποίηση των στόχων που έχουν καθοριστεί (Σαΐτης, 2008). Κατά μία άλλη αντίληψη, η επίσημη οργάνωση είναι μία διοικητική σχεδίαση που προϋποθέτει σκοπούς, πολιτική και προγράμματα και δείχνει τις προγραμματισμένες σχέσεις ανάμεσα στις θέσεις που υπάρχουν στην οργάνωση και τις λειτουργίες που αντιστοιχούν στις θέσεις αυτές, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένα άτομα (Ζαβλανός, 1998).

Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι μία τυπική οργάνωση μπορεί να διακριθεί από μία μη τυπική με βάση δύο κριτήρια: την ενσυνείδητη συνεργασία των μελών της και την ύπαρξη κάποιου συγκεκριμένου στόχου. Οι λόγοι σύστασης των τυπικών οργανώσεων είναι η αύξηση της παραγωγικότητας μέσα από την εξειδίκευση της εργασίας, τη συνδυασμένη δράση και τις συλλογικές αποφάσεις αλλά και οι περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι. Μία τυπική οργάνωση θα είναι αποτελεσματική, αν η υλοποίηση των στόχων της επιτευχθεί με το λιγότερο δυνατό κόστος και τις λιγότερες θυσίες (Σαΐτης, 2008).

Από την άλλη πλευρά, οι άνθρωποι σχηματίζουν μικρές ομάδες και αναπτύσσουν κοινωνικές σχέσεις, για να ικανοποιήσουν ανάγκες και επιθυμίες τους. Αυτό είναι γνωστό ως άτυπη οργάνωση και υπάρχει εντός κάθε τυπικής οργάνωσης και μπορεί να επιδρά θετικά ή αρνητικά στην αποτελεσματικότητα της τυπικής. Η άτυπη οργάνωση είναι αυτή που αναφέρεται σε εκείνες τις κοινωνικές αντιπιδράσεις που δεν έχουν κοινό ή συνειδητά συντονιζόμενο σκοπό. Η άτυπη οργάνωση, σε αντίθεση με την τυπική, δε διαθέτει δομή ούτε κανόνες και κανονισμούς λειτουργίας, αλλά στηρίζεται στο συναισθηματικό στοιχείο και σε άτυπους κανόνες (Σαΐτης, 2008).

Η ανεπίσημη οργάνωση έχει ως πλαίσιο δράσης τον εργασιακό χώρο κάθε οργανισμού και δρα παράλληλα και ταυτόχρονα με την τυπική οργάνωση. Υποστηρίζεται δε, ότι τα βασικά αίτια σύνδεσης ενός μέλους μιας τυπικής οργάνωσης με μια ανεπίσημη οργάνωση είναι τα εξής:

- ❖ Η ικανοποίηση του κοινωνικού αισθήματος, για να δημιουργήσει, μέσω της καθημερινής επαφής στο χώρο εργασίας με άλλα άτομα, φίλιες και κοινωνικές σχέσεις
- ❖ Οι κοινοί στόχοι, όπου οι άνθρωποι μέσω της άτυπης οργάνωσης επιδιώκουν κοινά συμφέροντα
- ❖ Η ταύτιση αντιλήψεων, ανάλογα με την ηλικία, τα ενδιαφέροντα, τη μόρφωση, προκειμένου να ενταχθούν τα άτομα σε μια ομάδα (Σαΐτης, 2008)

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η άτυπη οργάνωση μπορεί να συμβάλλει θετικά ή αρνητικά στο έργο της επίσημης οργάνωσης και ειδικότερα:

- ❖ Στην αποδοτικότητα, λόγω του ότι το συναισθηματικό στοιχείο μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την απόδοση των εργαζομένων
- ❖ Στις αλλαγές που θέτει η διοίκηση του οργανισμού. Για παράδειγμα, η εισαγωγή ή η κατάργηση ενός θεσμού εξαρτάται συνήθως από τη στάση που θα τηρήσουν οι εργαζόμενοι
- ❖ Στη διοίκηση, διότι τα άτομα που ηγούνται των άτυπων ομάδων μπορούν να επηρεάσουν και να υποκινήσουν τα μέλη των ομάδων, με συνέπεια να βοηθούν ή να δυσκολεύουν το έργο της διοίκησης

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι δύο τύποι οργανώσεων αλληλοσυμπληρώνονται και αλληλοβοηθούνται, με αποτέλεσμα να πραγματοποιούνται οι στόχοι του οργανισμού, κάτι που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τα ηγετικά στελέχη των οργανισμών για να εξασφαλίζουν την αύξηση της αποδοτικότητας στις τυπικές οργανώσεις (Σαΐτης, 2008).

Και οι δύο μορφές οργάνωσης ρυθμίζουν τη συμπεριφορά των μελών τους βάσει κανόνων, που στη μεν άτυπη οργάνωση στηρίζονται στα ήθη, στο συναίσθημα και στις κοινές αντιλήψεις των μελών της, ενώ στην περίπτωση της τυπικής οργάνωσης οι κανόνες ανακύπτουν από νομοθετικές διατάξεις. Παράλληλα, όσον αφορά στον τρόπο επιβολής κυρώσεων, στην τυπική οργάνωση το είδος της ποινής που επιβάλλεται εξαρτάται από τις ισχύουσες διατάξεις, ενώ στην άτυπη οργάνωση τα άτομα που παραβαίνουν τους κανόνες της τιμωρούνται από τα ίδια τα μέλη της ομάδας με κοινωνική απομόνωση.

Τέλος, είναι ο συνδυασμός των δομών (θέσεων εργασίας, τμημάτων, σχέσεων εξουσίας, ιεραρχικών επιπέδων), των διαδικασιών και των κανόνων λειτουργίας, ώστε να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα στην επιχείρηση (ή στον οργανισμό). Με τη λειτουργία αυτή γίνεται σαφές ποιος είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή μιας δράσης, τη λήψη μιας απόφασης, τα είδη διαδικασιών και κανόνων, σύμφωνα με τα οποία επιλύονται τα προβλήματα σε έναν οργανισμό, όπως η επιχείρηση, το σχολείο κτλ. Επομένως, η οργάνωση είναι η διαδικασία με την οποία το σύνολο των εργασιών που απαιτούνται για την επίτευξη

των στόχων της επιχείρησης ταξινομείται σε επιμέρους καθήκοντα, κατανέμεται στα κατάλληλα στελέχη, στα οποία αναθέτονται παράλληλα οι σχετικές ευθύνες και διαθέτονται οι κατάλληλοι πόροι. Η λειτουργία αυτή καθιστά αναγκαία την ύπαρξη ενός "οργανισμού" με συγκεκριμένη δομή και λειτουργική διάρθρωση. Η επιχείρηση αποτελεί μία μορφή τέτοιου οργανισμού που ασχολείται με παραγωγικές δραστηριότητες με σκοπό την επίτευξη κέρδους. Επομένως, η οργάνωση εκφράζεται συνήθως με: Οργανόγραμμα, το οποίο παρουσιάζει την οργανωτική διάρθρωση, δηλαδή μια σχηματική απεικόνιση σε διάγραμμα διευθύνσεων, τμημάτων κτλ. που υπάρχουν σε μια επιχείρηση, Καταμερισμό των Εργασιών, Εκχώρηση Εξουσίας σε χαμηλότερα κλιμάκια διοίκησης και Τμηματοποίηση των Λειτουργιών ή οποιαδήποτε άλλη μορφή τμηματοποίησης (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή,1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Είναι κλάδος της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων και είναι η διαδικασία απόκτησης, ανάπτυξης και διατήρησης ενός εργατικού δυναμικού, επαρκούς ποσότητας και ποιότητας, ώστε να δημιουργήσει θετικές επιπτώσεις στην λειτουργία και αποτελεσματικότητα του οργανισμού (Heneman, 2006). Περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή του στις προβλεπόμενες θέσεις που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003). Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός των απαιτήσεων κάθε θέσης, ο οποίος εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα, όπως εκπαίδευση, πείρα και ατομικά χαρακτηριστικά. Αυτά χρησιμοποιούνται ως βάση για την προσέλκυση, επιλογή, πρόσληψη, αμοιβή και κατάρτιση των στελεχών και γενικά του προσωπικού που στελεχώνει τη σχεδιασθείσα οργανωτική διάρθρωση. Η στελέχωση προσδιορίζει το σύστημα εργασίας και καθορίζει τα προγράμματα του προσωπικού (Λανάρα, 2004).

Ανάλυση θέσεων εργασίας

Ένα από τα πρωταρχικά καθήκοντα της διοίκησης είναι η ανάλυση των θέσεων εργασίας από την οποία προκύπτουν κυρίως οι βασικές περιγραφές των θέσεων. Με τον όρο ανάλυση θέσεως εργασίας εννοούμε τη διαδικασία συγκέντρωσης και καταγραφής των σημαντικών δραστηριοτήτων, τις οποίες εκτελεί ένας εργαζόμενος, των απαιτήσεων και των τεχνικών δεδομένων της θέσης, καθώς και του συνόλου των προσόντων, των γνώσεων, των ικανοτήτων και των υπευθυνοτήτων που πρέπει να συνδυάζει ο εργαζόμενος για την επιτυχή διεξαγωγή της εργασίας του (Χυτήρης, 1996).

Στόχοι της ανάλυσης των θέσεων εργασίας είναι :

- ❖ Η περιγραφή θέσης εργασίας, η οποία περιλαμβάνει πληροφορίες που αφορούν στα κύρια καθήκοντα και το περιεχόμενο της θέσης με στόχο να διευκολύνει την προσέλκυση, εκπαίδευση, αξιολόγηση του εργαζομένου και της θέσης εργασίας.
- ❖ Η ανάλυση του ρόλου, η οποία και αυτή συλλέγει πληροφορίες που σχετίζονται με τη θέση αλλά κυρίως ασχολείται με το ρόλο που καλούνται οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της εργασίας. Οι προδιαγραφές θέσης, οι οποίες ορίζουν τη μόρφωση,

προσόντα, εκπαίδευση, εμπειρία και χαρακτηριστικά που απαιτεί η κάθε θέση προκειμένου ο εργαζόμενος που θα πάρει τη θέση, να είναι αποτελεσματικός.

- ❖ Η ανάλυση απόδοσης, η οποία αναφέρεται στις απαιτήσεις για απόδοση στο χώρο εργασίας, δηλαδή τι θα πρέπει να είναι ικανός να κάνει ο εργαζόμενος και τα επίπεδα απόδοσης που αναμένονται να επιτευχθούν.
- ❖ Οι προδιαγραφές μάθησης, οι οποίες ορίζουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που χρειάζονται για να επιτευχθεί ένα αποδεκτό επίπεδο απόδοσης και χρησιμοποιούνται ως βάση για την κατάρτιση των προγραμμάτων εκπαίδευσης που μπορούν να σχεδιαστούν με βάση τα χαρακτηριστικά τα οποία περιλαμβάνει η θέση (Χολέβας, 1995).

Περιγραφή της θέσης εργασίας:

Η περιγραφή προκύπτει από την ανάλυση και παρέχει βασικές πληροφορίες για τη θέση ορίζοντας τον τίτλο της θέσης αναφέροντας τις σχέσεις, το σκοπό και τα πρωταρχικά καθήκοντα της θέσης. Ουσιαστικά, παράγει τον καθολικό σκοπό, το περιεχόμενο, τις ευθύνες, τα κριτήρια απόδοσης, τις υπευθυνότητες, τους οργανωσιακούς παράγοντες, τους παράγοντες υποκίνησης, τους παράγοντες ανάπτυξης και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Χολέβας, 1995).

Επιπλέον, η θέση εργασίας θα πρέπει να καθορίζει πού εντάσσεται η κάθε θέση εργασίας και να διευκρινίζει και στους κατόχους της θέσης και στους υπολοίπους τη συνεισφορά στην επίτευξη των στόχων της επιχείρησης, να παρέχει τις πληροφορίες για την περιγραφή των θέσεων που χρειάζονται για την προσέλκυση των υποψηφίων, να είναι η βάση για τη σύνταξη της σύμβασης απασχόλησης με τον εργαζόμενο και τέλος να είναι η βάση για την εκτίμηση του παραγόμενου έργου και της αξιολόγησης του εργαζομένου.

Περιεχόμενο της περιγραφής της θέσης εργασίας

Το περιεχόμενο της θέσης εργασίας μπορεί να διαφοροποιηθεί δίνοντας έμφαση στις πληροφορίες που απαιτούνται σε κάθε περίπτωση. Πιο συγκεκριμένα, η περιγραφή εργασίας για οργανωτικούς σκοπούς, προσέλκυσης ή διαμόρφωσης της σύμβασης περιλαμβάνει τον

τίτλο της θέσης, έναν ορισμό για το συνολικό σκοπό και μία λίστα με τις πρωταρχικές ευθύνες, τις περιοχές αποτελεσμάτων, τις δουλειές και τις δραστηριότητες ή τα καθήκοντα.

Για σκοπούς αξιολόγησης πρέπει να περιέχει πληροφορίες που περιλαμβάνονται σε μία οργανωτική περιγραφή καθώς και μία ανάλυση της θέσης σε συνδυασμό με τους παράγοντες αξιολόγησης του εργαζόμενου. Η ανάλυση παραγόντων που περιλαμβάνεται στην περιγραφή της δουλειάς, περιγράφει κάθε παράγοντα αξιολόγησης της δουλειάς, όπως οι γνώσεις, οι ικανότητες, οι ευθύνες, οι αποφάσεις και οι επαφές.

Τέλος, για σκοπούς εκπαίδευσης πρέπει εκτός των άλλων να περιέχει και ορισμένες πρόσθετες πληροφορίες, όπως μία ανάλυση ιδιοτήτων, των γνώσεων και των ικανοτήτων που χρησιμοποιούνται στη δουλειά (Χολέβας, 1995).

Προσέλκυση εργαζομένων

Προσέλκυση είναι η διαδικασία με την οποία οι οργανισμοί εντοπίζουν και προσελκύουν άτομα για να καλύψουν τις κενές θέσεις εργασίας. Οι περισσότερες επιχειρήσεις έχουν συνεχώς ανάγκη να προσλαμβάνουν νέους εργαζόμενους για να αντικαταστήσουν είτε αυτούς που έφυγαν από την επιχείρηση είτε αυτούς που παίρνουν κάποια προαγωγή. Η διαδικασία αυτή είναι πολυσύνθετη και περιλαμβάνει έναν αριθμό βημάτων και αποφάσεων, ώστε να γίνει η κατάλληλη επιλογή για την θέση. Απαραίτητες προϋποθέσεις για μία αποτελεσματική διαδικασία προσέλκυσης είναι: η γνώση των απαιτήσεων σε ανθρώπινο δυναμικό, η γνώση της εξέλιξης των προαγωγών μέσα στον οργανισμό, η πρόβλεψη των μελλοντικών αλλαγών, η γνώση του τύπου του ανθρώπου που φαίνεται να ταιριάζει με τη θέση και οι αποφάσεις σχετικά με το αν θα χρησιμοποιηθούν εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές προσέλκυσης (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Στόχοι της προσέλκυσης

Ένας δημοφιλής αλλά δαπανηρός στόχος είναι η προσέλκυση μεγάλου αριθμού υποψηφίων. Επιπλέον, η προσέλκυση στοχεύει σε υποψηφίους που ταιριάζουν πλήρως με τη θέση. Τέλος, η διαδικασία προσέλκυσης πρέπει να υποστηρίζει και να προωθεί τους ήδη εργαζόμενους στην επιχείρηση. Οι παραπάνω στόχοι πρέπει να πραγματοποιούνται με τη μέγιστη δυνατή ταχύτητα και το ελάχιστο δυνατό κόστος για την επιχείρηση.

Πηγές Προσέλκυσης

Δύο είναι οι κύριοι τρόποι προσέλκυσης. Η εσωτερική και η εξωτερική προσέλκυση. Η απόφαση με ποιον τρόπο θα καλυφτεί η θέση είναι συνήθως μία αρχική απόφαση στον σχεδιασμό της προσέλκυσης για μία συγκεκριμένη θέση. Συνήθως, οι εισαγωγικές θέσεις καλύπτονται εξωτερικά, ενώ οι άλλες θέσεις καλύπτονται εσωτερικά σύμφωνα με την απόδοση των εργαζομένων.

Εσωτερική προσέλκυση

Όταν χρησιμοποιείται η εσωτερική προσέλκυση, η θέση καλύπτεται από ένα άτομο, το οποίο έχει δείξει τις ικανότητές του. Αυτό σημαίνει ότι ο εργοδότης γνωρίζει από πριν εάν είναι κατάλληλος για την καινούργια θέση. Επιπλέον, αυτός ο τρόπος δίνει κίνητρο στους εργαζόμενους να είναι περισσότερο αποτελεσματικοί και αποδοτικοί. Επίσης, με την εσωτερική προσέλκυση σίγουρα χρειάζεται λιγότερος χρόνος εκπαίδευσης και προσαρμογής του εργαζόμενου που αναλαμβάνει τη νέα θέση. Τέλος, η κάλυψη των κενών θέσεων εσωτερικά προκαλεί στους εργαζόμενους ένα αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίησης από την εργασία τους. Από την άλλη πλευρά, πολλές φορές μπορεί να προκύψουν ελλείψεις ικανών ατόμων για την εσωτερική κάλυψη με αποτέλεσμα να προάγονται άτομα πριν να είναι έτοιμα για την καινούργια θέση. Επίσης, σε μερικούς οργανισμούς οι διαδικασίες της αξιολόγησης είναι χρονοβόρες. Και τέλος, με την εσωτερική προσέλκυση υπάρχει κίνδυνος ο οργανισμός να μάθει να αρκείται σε αυτόν τον τρόπο, με αποτέλεσμα να χάσει την ευελιξία του (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Εξωτερική προσέλκυση

Όταν οι θέσεις εργασίας δεν μπορούν να καλυφθούν εσωτερικά είτε γιατί είναι πολύ εξειδικευμένες είτε γιατί δεν υπάρχουν στελέχη από την εταιρεία να καλύψουν τις αναγκαιότητες των θέσεων, η προσέλκυση υποψηφίων πρέπει να γίνεται εξωτερικά, από την αγορά εργασίας (Robertson & Smith, 2001). Γενικά, η εξωτερική προσέλκυση μπορεί να φέρει νέες ιδέες και απόψεις και να αποφύγει την σύγχυση που προκαλεί το ripple effect. Το ripple effect ή αλλιώς αντίδραση κυματισμού συμβαίνει όταν μία κενή θέση, που καλύπτεται εσωτερικά, προκαλεί ένα δεύτερο κενό στη θέση του πρώτου που πήρε προαγωγή, δημιουργώντας ένα τρίτο κενό. Σε αυτή την περίπτωση η επιχείρηση θα πρέπει να καλύψει τρεις τουλάχιστον εσωτερικές μετακινήσεις με όλα όσα αυτό συνεπάγεται σε σχέση

με τη διεκπεραίωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, την προσαρμογή και την εκπαίδευση των εργαζομένων που αναλαμβάνουν νέα καθήκοντα. Ένα άλλο πλεονέκτημα είναι η εξοικονόμηση του κόστους εκπαίδευσης, προσλαμβάνοντας ανθρώπους με εμπειρία από άλλους οργανισμούς. Το πιο βασικό μειονέκτημα της εξωτερικής προσέλευσης είναι το υψηλό κόστος λόγω της ευρύτερης αγοράς εργασίας. Επιπλέον, πάντα υπάρχει ο κίνδυνος να γίνει πρόσληψη ενός ατόμου που τελικά είναι ανεπαρκές για τις ανάγκες της θέσης και του οργανισμού. Τέλος, η εξωτερική προσέλευση δρα αποθαρρυντικά για τους εργαζόμενους γιατί περιορίζει τις ευκαιρίες που έχουν για προαγωγή (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Επιλογή προσωπικού

Ένας από τους πιο σημαντικούς για μια επιχείρηση τομείς είναι η επιλογή του κατάλληλου ατόμου για την κατάλληλη θέση. Όσο και να αναπτύσσεται η τεχνολογία, η συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα παραμένει πολύ σημαντική. Μια επιχείρηση είναι τόσο καλή όσο το σύνολο των ανθρώπων που απασχολεί. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς ότι η επιλογή προσωπικού είναι μια ιδιαίτερα πολύπλοκη διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας πρέπει να ληφθούν πολυδιάστατες αποφάσεις. Η δυσκολία ή πολυπλοκότητα ενός προβλήματος απόφασης πρέπει να αναζητηθεί κυρίως σε δύο παράγοντες: στον πολυδιάστατο χαρακτήρα των επιπτώσεων των δράσεων και στη βεβαιότητα ή αβεβαιότητα που διέπει τα δεδομένα του προβλήματος (Jacquet-Lagrece & Siskos, 1982).

Μέθοδοι Επιλογής προσωπικού

Η επιχείρηση για να επιλέξει το κατάλληλο προσωπικό πρέπει πρώτα να αποφασίσει ποιες μεθόδους θα χρησιμοποιήσει. Αυτές θα τις αποφασίσει λαμβάνοντας υπόψη την εγκυρότητα, την αξιοπιστία, το κόστος καθώς επίσης και τη δυσκολία εφαρμογής της κάθε μεθόδου. Μία μέθοδος είναι έγκυρη όταν μετράει καλά τα χαρακτηριστικά για τα οποία είναι σχεδιασμένη και αξιόπιστη όταν δίνει σταθερά αποτελέσματα σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις.

Τα δημοφιλέστερα εργαλεία επιλογής υποψηφίων είναι:

- ❖ Το βιογραφικό σημείωμα, το οποίο αποτελεί μία περίληψη της εκπαίδευσης των ικανοτήτων και των επαγγελματικών εμπειριών του υποψηφίου. Παρέχει προσωπικά

στοιχεία και στοιχεία εκπαίδευσης και συστάσεις από προηγούμενους εργοδότες. Σημαντικό είναι ότι το βιογραφικό σημείωμα συντάσσεται από τον υποψήφιο σε ελεύθερο ύφος με σκοπό να προβληθούν τα θετικά του και να υποβαθμιστούν τα αρνητικά του στοιχεία (Σκουλάς & Οικονομάκη, 1998). Η αξιολόγηση και η σύγκρισή του με άλλα βιογραφικά είναι μια χρονοβόρα διαδικασία.

- ❖ Η Έντυπη αίτηση απασχόλησης, περιλαμβάνει συγκεκριμένες ερωτήσεις που καλύπτουν βασικές απαιτήσεις της θέσης εργασίας όπως ηλικία, σπουδές, προϋπηρεσία και συστάσεις. Πολλοί οργανισμοί την προτιμούν από το βιογραφικό σημείωμα καθώς αποτελεί πιο αντικειμενική πηγή άντλησης πληροφοριών και αυτό συμβάλει στην ίση αντιμετώπιση των υποψηφίων. Αποτελεί μία έγκυρη βάση για τις ερωτήσεις της συνέντευξης επιλογής (Χυτήρης, 2001). Επίσης, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι έντυπες αιτήσεις έχουν τη δυνατότητα να εντοπίσουν διαπροσωπικά και γνωστικά χαρακτηριστικά όπως η υποκίνηση. Μελέτες έχουν δείξει ότι αποτελούν ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο επιλογής επειδή δίνει την δυνατότητα να συλλεχθούν στοιχεία που δεν συλλέγονται με άλλους τρόπους (Jackson & Schuler, 2003).
- ❖ Το ερωτηματολόγιο βιοδεδομένων, περιλαμβάνει ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις δείχνουν την αντίδραση και τη συμπεριφορά του υποψηφίου σε συγκεκριμένες καταστάσεις στο παρελθόν. Είναι σημαντικό οι ερωτήσεις να σχετίζονται αυστηρά με τη θέση εργασίας (Χυτήρης, 2001). Βασίζεται στην υπόθεση ότι οι προηγούμενες συμπεριφορές και οι εμπειρίες διαμορφώνουν τη μελλοντική συμπεριφορά του υποψηφίου. Η αξιολόγηση των προσωπικών πληροφοριών έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει στην πρόβλεψη της επιτυχίας του υποψηφίου στη θέση εργασίας. Η εγκυρότητά του είναι σχετικά υψηλή (Sherman et al, 1998).
- ❖ Τα δείγματα έργου, είναι μία ιδιαίτερη μορφή δοκιμασίας, στα οποία ο υποψήφιος καλείται να εκτελέσει κάποιο είδος έργου που έχει άμεση και ουσιαστική σχέση με τη δουλειά, στην οποία πιθανώς θα εργασθεί. Τα δείγματα έργου μπορούν να υπαχθούν σε τέσσερις κατηγορίες: α. ψυχοκινητικά, β. ατομική, συγκυριακή λήψη αποφάσεων, γ. πληροφορίες σχετικές με την εργασία, και δ. ομαδικές συζητήσεις και ομαδική λήψη αποφάσεων. Σημαντικό είναι ότι τα δείγματα έργου προϋποθέτουν ήδη υπάρχουσα γνώση της εργασίας. Για άτομα τα οποία δεν έχουν γνώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ειδικές δοκιμασίες εκπαιδευσιμότητας, με τις οποίες γίνεται προσπάθεια να προβλεφθεί η επιτυχία σε εκπαιδευτικά προγράμματα και προγράμματα κατάρτισης (Roberttson & Kandola, 1982).

- ❖ Τα κέντρα αξιολόγησης είναι μία διαδικασία αξιολόγησης που περιλαμβάνει μια σειρά μεθόδων και τεχνικών για την αξιολόγηση και την επιλογή εργαζομένων. Με αυτές τις μεθόδους αναγνωρίζονται ικανότητες και χαρακτηριστικά τα οποία έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με την αναμενόμενη μελλοντική επίδοση των υποψηφίων στα καθήκοντά τους (Κάντας, 1998). Συνήθως, η αξιολόγηση στα κέντρα διαρκεί 1-3 ημέρες, συμμετέχουν 6-12 άτομα και συντελείται υπό τις οδηγίες ειδικά εκπαιδευμένων στελεχών των οργανισμών (Jackson & Schuler, 2003). Παρόλο που τα κέντρα αξιολόγησης είναι ακριβά στην λειτουργία τους, το κόστος δικαιολογείται αν υπολογιστεί η υψηλή τους εγκυρότητα (Κάντας, 1998).
- ❖ Οι συστάσεις δίνονται από τους προηγούμενους εργοδότες του υποψηφίου είτε για επιβεβαίωση των πληροφοριών που έχει αναφέρει ο υποψήφιος είτε για αναζήτηση νέων πληροφοριών (Russell, 1998). Βασικά μειονεκτήματα των συστάσεων είναι ότι ο υποψήφιος επιλέγει το πρόσωπο, το οποίο θα του συντάξει την επιστολή, και για το λόγο αυτό υπάρχει βαθμός μεροληψίας στο περιεχόμενό της (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).
- ❖ Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες εξετάζουν δυνατότητες και αντιδράσεις σε άγνωστες συνθήκες. Υπάρχουν δύο είδη δοκιμασιών που χρησιμοποιούν οι επιχειρήσεις, της νοημοσύνης και της προσωπικότητας. Εκείνες της νοημοσύνης διαφοροποιούνται σε δοκιμασίες ικανότητας, δοκιμασίες των ντόμινο, τα matrix του raven, δοκιμασίες της τράπουλας και δοκιμασίες σειρών. Οι δοκιμασίες προσωπικότητας αντίστοιχα σε δοκιμασίες του Rorschach, δοκιμασίες εικόνων, δοκιμασίες του δέντρου, των κόμικς και του Mira y Lopez. Τα πρωτότυπα των δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται από τις εταιρίες ανήκουν σε αυτές και απαγορεύεται η δημοσίευσή τους (Descoin & Βιταντζάκης, 1993). Τέλος, τα δεδομένα που προκύπτουν από αυτές τις δοκιμασίες, λειτουργούν ως συμπληρωματικά. Σε αυτά δεν υπάρχει η έννοια της βαθμολογίας απλά υπάρχουν διαφορετικοί άνθρωποι, οι οποίοι περιγράφονται μέσω αυτών (Ρεβελιώτης, 2000).
- ❖ Η γραφολογία αναλύει τα στοιχεία του γραφικού χαρακτήρα του υποψηφίου για να προσδιοριστούν διάφορα στοιχεία σε σχέση με την προσωπικότητά του. Σύμφωνα με έρευνες, η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται από τις περισσότερες επιχειρήσεις της Γαλλίας. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της δοκιμασίας είναι μικρή και η ορθότητα των αξιολογήσεων εξαρτάται από τις ικανότητες του γραφολόγου (Χυτήρης, 2001).
- ❖ Η συνέντευξη επιλογής είναι μία από τις δημοφιλέστερες μεθόδους επιλογής προσωπικού αλλά και η πιο διαδεδομένη. Είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της

διαδικασίας πρόσληψης καθώς και ένα κομμάτι που ο περισσότερος κόσμος θεωρεί το πιο κρίσιμο (Descoin & Βιταντάκης, 1993). Ορίζεται ως μία πρόσωπο με πρόσωπο ανταλλαγή πληροφοριών σχετικών με την εργασία ανάμεσα σε εκπροσώπους ενός οργανισμού και κάποιο υποψήφιο. Συνήθως η συνέντευξη δεν χρησιμοποιείται μόνη της αλλά σε συνδυασμό με τα βιογραφικά σημειώματα, τις έντυπες αιτήσεις και τις συστάσεις (Cook, 2004). Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλογής προσωπικού απασχολεί τη ψυχολογία και αυτό επειδή υπάρχει αρκετά μεγάλη διάσταση ανάμεσα στην αποτελεσματικότητά της και στη δημοτικότητά της (Spector, 2000). Αρκετές φορές έχει αποτελέσει κεντρικό θέμα αρκετών μελετητών είτε συνολικά ως μέθοδος είτε ως προς το κατά πόσο μπορεί μια τέτοια διαδικασία να είναι έγκυρη και αξιόπιστη (Riggio, 2003). Σχετικές έρευνες ανέδειξαν τις συνεντεύξεις, τις συστάσεις και τις συνοπτικές επιστολές ως τις πλέον προτιμητέες από τους υποψηφίους, εν αντιθέσει με τις γραφολογικές αναλύσεις (Κληροδέτη & Τσιμπουκάι, 2008).

3.1. Στελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού

Ως στελέχωση ορίζεται η σαφής και συστηματική διαδικασία προσδιορισμού της αριθμητικής και ποιοτικής σύνθεσης του νοσηλευτικού προσωπικού, που απαιτείται για την εξασφάλιση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας προκαθορισμένων προτύπων σε μια ομάδα ασθενών και σε συγκεκριμένο περιβάλλον (Swansburg, 1999). Το επαρκές, αριθμητικά και ποιοτικά, νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει στην ανάπτυξη και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς η εργασιακή απασχόληση στην υγεία βρίσκεται σε συνάρτηση με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Λανάρα, 2004).

Η στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων αποτελεί πρωταρχική και κρίσιμη απόφαση για τη διοίκηση του νοσοκομείου και αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας (Κοπανισάνου & Μπροκαλάκη, 2009).

Ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται σε ένα νοσηλευτικό τμήμα δεν αποτελεί από μόνος του το ασφαλέστερο κριτήριο για την αξιολόγηση του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας και κατ' επέκταση για την αξιολόγηση των αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό (Κοπανισάνου & Μπροκαλάκη, 2009). Η κλινική βαρύτητα των νοσηλευόμενων ασθενών, η

διαθέσιμη υλικοτεχνική υποδομή, η εμπειρία του προσωπικού, ο χρόνος νοσηλείας, η κίνηση των ασθενών (αριθμός εισαγωγών, εξιτηρίων και μεταφορών) αλλά και οι εφαρμοζόμενες ιατρικές πρακτικές είναι μόνο μερικά από τα κριτήρια που διαμορφώνουν τις ανάγκες σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Το επαρκές, αριθμητικά και ποιοτικά, νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει στην ανάπτυξη και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς η εργασιακή απασχόληση στην υγεία βρίσκεται σε συνάρτηση με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η ελλιπής στελέχωση των τμημάτων ενός νοσοκομείου έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στον τρόπο άσκησης της Νοσηλευτικής και στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας όσο και στο ηθικό του προσωπικού, προκαλώντας απουσίες από την εργασία λόγω σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αντίθετα, η χρησιμοποίηση υπεράριθμου νοσηλευτικού προσωπικού συνεπάγεται αυξημένο κόστος και μειωμένη παραγωγικότητα (Swansburg, 1999).

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN), οι πρακτικές στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς, να ενσωματώνουν όλα τα επίπεδα που καθορίζουν την πολυπλοκότητα αλλά και την ένταση της νοσηλευτικής εργασίας τα οποία είναι: η ικανότητα και εμπειρία, το οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας της Νοσηλευτικής υπηρεσίας, η υποστήριξη της διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οργανωτικό και εκτελεστικό επίπεδο, η υποστήριξη σε τεχνολογικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο ανθρώπινων και υλικών πόρων και η ανάπτυξη ικανοτήτων του προσωπικού με προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (International Council of Nurses, 2007).

Τέλος, οι παράγοντες που επηρεάζουν το σχεδιασμό των πολιτικών της στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων διακρίνονται σε:

- ❖ Παράγοντες που αφορούν στο νοσηλευτικό τμήμα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα και αφορούν κυρίως χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων ασθενών (ηλικία, διάγνωση, συν- νοσηρότητα, στάδιο φροντίδας) καθώς και οργανωτικές παραμέτρους, όπως ροή ασθενών, αριθμός κατειλημμένων κλινών ανά ημέρα κλπ

- ❖ Πολιτικές νοσηλευτικής στελέχωσης: Αναλογία νοσηλευτών / ασθενών ανά ημέρα νοσηλείας και ανά ωράριο εργασίας, κατανομή προσωπικού ανά τμήμα, προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, υπερωριακή απασχόληση, εργασία το Σαββατοκύριακο
- ❖ Παράγοντες που αφορούν στο νοσηλευτικό προσωπικό: ηλικία, εμπειρία, συμβόλαιο εργασίας (αφορά κυρίως στον ιδιωτικό τομέα), επίπεδο εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού
- ❖ Οργανωτικοί παράγοντες νοσηλευτικής όπως είναι το μοντέλο διοίκησης και το ύψος της ηγεσίας
- ❖ Παράγοντες σχετιζόμενοι με το νοσοκομείο ως Οργανισμό: ιδιοκτησιακό καθεστώς, αποστολή, είδος νοσοκομείου, επίπεδο τεχνολογίας (Kane et al, 2007).

3.2. Μέθοδοι στελέχωσης

Ο αριθμός των ασθενών δεν εκφράζει από μόνος του το φόρτο και την κατανομή του χρόνου της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού. Η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών, η διαθέσιμη τεχνολογία, η εργονομία των χώρων, η εμπειρία του προσωπικού, η διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, ο αριθμός των εισαγωγών, των εξιτηρίων και των μεταφορών και οι εφαρμοζόμενες ιατρικές μέθοδοι αναφέρονται επίσης ως παράγοντες, που επηρεάζουν τη στελέχωση (Λαζάρου & Οικονομόπουλος, 2007). Επίσης, η βράχυνση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών συνεπάγεται εντατικοποίηση της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (Huang, 1999).

Η υπόθεση ότι όλοι οι ασθενείς με την ίδια διάγνωση τυγχάνουν της ίδιας νοσηλευτικής φροντίδας απορρίπτεται ως λανθασμένη, επειδή ο χρόνος, που δαπανάται από το νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα των ασθενών, που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν, είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τους ασθενείς με την ίδια διάγνωση που εφαρμόζουν αυτοφροντίδα. Για τον αρχικό προγραμματισμό συνιστάται η αναγνώριση των κοινών παραμέτρων στελέχωσης των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου, όπως ο κοινός αριθμός αδειών, αργιών και εργάσιμων ημερών και στη συνέχεια προτείνεται ο υπολογισμός του αριθμού του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε τμήμα νοσηλείας (Welton et al, 2006).

Προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, λαμβάνεται εκ των προτέρων η απόφαση να στελεχωθούν τα νοσηλευτικά τμήματα με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού. Στη συνέχεια, ο συνολικός χρόνος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού μετατρέπεται σε ισοδύναμα χρόνου. Για παράδειγμα, για ένα τμήμα που λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση μπορεί να ληφθεί η απόφαση να στελεχωθεί με 3 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού στο πρωινό και απογευματινό ωράριο εργασίας και 2 άτομα στο βραδινό. Ο συνολικός χρόνος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού είναι 455 ώρες την εβδομάδα. Για να καλυφθεί ο χρόνος των αργιών και των αδειών που δικαιούται το προσωπικό, απαιτείται επιπλέον χρόνος, ο οποίος υπολογίζεται με την πρόσθεση 22% επιπλέον αυτού του χρόνου, δηλαδή $0,22 \times 455$ ώρες = 100,1 στο τελικό σύνολο των 455 ωρών, οπότε ο συνολικός εργάσιμος χρόνος είναι ίσος με 555,1 ώρες. Προκειμένου να μετατραπούν σε ισοδύναμα χρόνου, οι ώρες αυτές διαιρούνται με τον αριθμό 37,5 που αντιστοιχεί στο σύνολο των εργάσιμων ωρών ενός μέλους νοσηλευτικού προσωπικού κάθε εβδομάδας (7,5 ώρες εργασίας καθημερινά \times 5 ημέρες την εβδομάδα), οπότε στο παράδειγμά μας προκύπτουν περίπου 15 ισοδύναμα χρόνου, τα οποία αντιπροσωπεύουν τον αριθμό των νοσηλευτών που χρειαζόμαστε σε εβδομαδιαία βάση προκειμένου να διατηρούμε καθημερινά την προσχεδιασμένη αναλογία νοσηλευτών ανά βάρδια (Averill & Fairbrother ,2000).

Σημειώνεται, ότι κάθε φορά που το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται για ένα ολόκληρο οκτάωρο προκειμένου να συμπληρωθεί ο χρόνος μέχρι την έναρξη του επόμενου ωραρίου εργασίας, ο χρόνος της υπερωρίας καταγράφεται και αθροίζεται για να δοθεί αργότερα ως οφειλόμενη ημερήσια ανάπαυση. Επομένως, για τη στελέχωση με 3 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού στο πρωινό και το απογευματινό ωράριο εργασίας και με 2 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού στο νυκτερινό ωράριο εργασίας για ένα τμήμα, το οποίο λειτουργεί 7 ημέρες την εβδομάδα χρειαζόμαστε 15 άτομα. Η συγκεκριμένη μέθοδος στελέχωσης είναι αυτή, που εφαρμόζεται στα περισσότερα ελληνικά νοσοκομεία (Averill & Fairbrother ,2000).

Η μέθοδος κρίνεται απλή, γρήγορη και οικονομική και μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε τμήμα με ελάχιστες τροποποιήσεις. Ωστόσο, παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα, όπως η απόφαση που λαμβάνεται εκ των προτέρων για τη στελέχωση με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς να αξιολογείται η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών. Συνεπώς, δεν

εξασφαλίζονται η παροχή της καλύτερης δυνατής νοσηλευτικής φροντίδας και η επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού. Επίσης, δεν διασφαλίζεται η απαραίτητη ευελιξία όταν αλλάζουν οι ανάγκες των ασθενών, οπότε αν η κατάσταση της υγείας τους επιδεινώνεται, το τμήμα ενδεχομένως να μοιάζει ανεπαρκώς στελεχωμένο (Hurst, 2002).

Μέθοδος αριθμού νοσηλευτών ανά κρεβάτι

Σύμφωνα με αυτή την εμπειρική μέθοδο υπολογισμού του αριθμού του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού, κάθε ασθενής χρειάζεται συγκεκριμένα ισοδύναμα χρόνου νοσηλευτικού προσωπικού. Για παράδειγμα, αν χρησιμοποιείται η αναλογία 1,35 ισοδύναμων χρόνου για κάθε ασθενή σε ένα νοσηλευτικό τμήμα με 24 ασθενείς απαιτούνται περίπου $1,35 \times 24 = 32$ άτομα νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να εξασφαλίζεται η σωστή του λειτουργία. Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι απλή, η οποία μάλιστα προσδιορίζει τον απαραίτητο αριθμό προσωπικού εύκολα ακόμη και όταν ο αριθμός των ασθενών αλλάζει αιφνίδια. Συνιστά μειονέκτημά της το γεγονός ότι βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα, τα οποία πιθανόν να έχουν προκύψει από τμήματα με διαφορετική οργάνωση, εργονομία και βαρύτητα ασθενών, οπότε δεν μπορούν να γενικευτούν χωρίς να προηγηθεί αξιολόγηση αυτών των παραγόντων. Επιπλέον, σύμφωνα με τη θεωρία της μεθόδου, η κατάσταση και ο αριθμός των ασθενών παραμένουν σταθερά (Hurst, 2002).

Μέθοδος συσχέτισης βαρύτητας-ποιότητας

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, οι ασθενείς διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με τις νοσηλευτικές τους ανάγκες και, κυρίως, με την ικανότητά τους να εξυπηρετηθούν ως προς τη σίτιση, την ατομική υγιεινή, την κινητικότητα, τις ανάγκες τους για συναισθηματική υποστήριξη και, τέλος, τις ειδικές διαδικασίες και θεραπείες, που εφαρμόζονται. Η μέθοδος προσαρμόζεται στις ανάγκες οποιουδήποτε τμήματος και είναι σχετικά απλή. Στα μειονεκτήματα κατατάσσεται το γεγονός ότι:

- (α) απαιτείται παρατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να καταγραφεί ο χρόνος που δαπανάται σε κάθε ασθενή,
- (β) ίσως να μην μετράται επαρκώς ο χρόνος που δαπανάται για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και

(γ) προϋποθέτει οι ανάγκες όλων των ασθενών της ίδιας κατηγορίας να είναι όμοιες. Ενδεχομένως, σε ένα τμήμα αμιγώς στελεχωμένο από νοσηλευτές οι χρόνοι να είναι μικρότεροι (Lundgren & Segesten, 2005).

Μέθοδος χρονικού προσδιορισμού της κάθε δραστηριότητας

Με τη μέθοδο αυτή, το νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφει τις νοσηλευτικές πράξεις και τον απαιτούμενο χρόνο για την καθεμιά. Έτσι, υπολογίζεται ο συνολικός χρόνος της νοσηλευτικής φροντίδας και γίνονται οι αντίστοιχες τροποποιήσεις για το χρόνο των αδειών, με τον ίδιο τρόπο, όπως περιγράφηκε προηγουμένως. Ως μειονέκτημα αυτής της μεθόδου αναφέρεται το γεγονός ότι προσθέτει φόρτο εργασίας προκειμένου να καταγραφούν οι παρεμβάσεις, καθώς είναι γνωστό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήδη καταναλώνει το 60% του εργάσιμου χρόνου στην καταγραφή των πληροφοριών. Επίσης, τα νοσηλευτικά καθήκοντα ίσως να εμφανίζονται μόνο ως ένας κατάλογος από εργασίες που πρέπει να γίνουν. Επιπλέον, οι πληροφορίες που συλλέγονται με αυτόν τον τρόπο είναι ενδεχομένως αναξιόπιστες, αφού αναφέρονται διαφορές έως και 4,53 ώρες την ημέρα, ανάλογα με το σύστημα ταξινόμησης ασθενών που χρησιμοποιείται (Harrington, 2005).

Η μέθοδος, που χρησιμοποιείται περισσότερο στα ελληνικά νοσοκομεία είναι η προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης, όπου η απόφαση για τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνεται εκ των προτέρων και χωρίς να αξιολογούνται ο αριθμός και η κατάσταση της υγείας των ασθενών. Συνεπώς, όταν, για παράδειγμα, οι ανάγκες των ασθενών στο τμήμα αυξάνονται, τότε φαίνεται ότι είναι ανεπαρκώς στελεχωμένο, το νοσηλευτικό προσωπικό καταπονείται και δεν τηρούνται οι προϋποθέσεις για παροχή εξατομικευμένης φροντίδας (Averill & Fairbrother, 2000).

Όλες οι μέθοδοι παρουσιάζουν πολλά πλεονεκτήματα και κάποια βασικά μειονεκτήματα ενώ οι αριθμοί που προκύπτουν τελικά ενδεχομένως διαφέρουν. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται η χρησιμοποίηση τριών μεθόδων στελέχωσης για τη λήψη της ορθότερης απόφασης.

Πριν από την εφαρμογή οποιουδήποτε δείκτη στελέχωσης κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση όλων των παραγόντων που επηρεάζουν τη στελέχωση όπως, για παράδειγμα, η εργονομία των χώρων. Σε ένα νοσηλευτικό τμήμα με μεγάλους διαδρόμους το νοσηλευτικό

προσωπικό δαπανά επιπλέον χρόνο για να καλύψει τις μεγάλες αποστάσεις και αυτός ο χρόνος πρέπει οπωσδήποτε να συνυπολογιστεί κατά τη λήψη της απόφασης για τη στελέχωση.

Ακόμη και στο εξωτερικό, η σχέση μεταξύ των διαφόρων μεθόδων στελέχωσης και των πρακτικών αποτελεσμάτων τους στην κατάσταση της υγείας των ασθενών και στην ικανοποίηση του προσωπικού βρίσκεται σε επίπεδο διερεύνησης, ενώ η βιβλιογραφία εμφανίζεται σχετικά ελλιπής σε ό,τι αφορά στις προτάσεις για τη σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας. Η καλύτερη στελέχωση των νοσοκομείων θα εξασφαλίσει την επάρκεια και τις σωστές συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να παρέχεται φροντίδα υγείας σύμφωνη με τα διεθνή πρότυπα (Averill & Fairbrother ,2000).

Μοντέλα παλινδρόμησης

Με τη μέθοδο των μοντέλων παλινδρόμησης μπορεί να γίνει πρόβλεψη για μελλοντικές απαιτήσεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Ως ανεξάρτητη μεταβλητή ορίζεται, για παράδειγμα, ο αριθμός των ασθενών ή των χειρουργικών επεμβάσεων και ως εξαρτημένη μεταβλητή ο απαραίτητος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού. Στο σύνολό της πρόκειται για μια οικονομική μέθοδο εφόσον εφαρμοστεί. Ωστόσο, δεδομένα από τμήματα με μικρότερο αριθμό ασθενών δεν είναι βέβαιο ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μεγαλύτερα τμήματα. Επιπλέον, οι στατιστικές τεχνικές ενδεχομένως δεν γίνονται εύκολα κατανοητές από το νοσηλευτικό προσωπικό (Hurst, 2002).

3.3. Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση

Οι ασφαλείς πρακτικές στελέχωσης ενσωματώνουν την πολυπλοκότητα των δραστηριοτήτων και την ένταση εργασίας των νοσηλευτών: ποικίλα επίπεδα προετοιμασίας των νοσηλευτών, ικανότητα και εμπειρία, ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού, υποστήριξη της διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οργανωτικό και εκτελεστικό επίπεδο, πλαίσιο και τεχνολογικό περιβάλλον της υποστήριξης, διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης (ICN, 2006).

Μια από τις προσεγγίσεις για την εξασφάλιση της εγγυημένης στελέχωσης στη Νοσηλευτική είναι η θεσμοθέτηση των αξιόπιστων - ασφαλών αναλογιών στελέχωσης. Οι αναλογίες είναι ο μέγιστος αριθμός ασθενών που μπορούν να ανατεθούν σε ένα νοσηλευτή κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας και διαφοροποιείται στις μονάδες φροντίδας οξέων περιστατικών. Στο Βέλγιο ήδη από το 1987 υπάρχει νομοθεσία που καθορίζει 12 νοσηλευτές ανά 30 κρεβάτια το 24 ώρο (Μαλλιαρού και συν., 2008). Στην Καλιφόρνια το 2001 καθιερώθηκε συγκεκριμένη αναλογία νοσηλευτών/νοσηλευομένων ως μέρος της εθνικής κίνησης προστασίας ασθενών ενώ το 2005 νοσηλευτικές ενώσεις πρότειναν ποσοστό 3:1 (σε νοσηλευτικό τμήμα) ενώ τελικά τέθηκε ο στόχος των 5:1 μέσα σε διάστημα 18 μηνών με απώτερο στόχο το 3:1 (Μαλλιαρού και συν., 2008). Στη Βικτόρια της Αυστραλίας συγκεκριμένες αναλογίες ασθενών ανά νοσηλευτή ισχύουν με νόμο από το 2000 και προσδιορίζονται επακριβώς ανάλογα με τον τύπο νοσοκομείου και ανάλογα με το νοσολογικό φάσμα των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτά (μαιευτήριο, παιδιατρικό, ψυχιατρικό κλπ) (Μαλλιαρού και συν. 2008).

3.4. Η νοσηλευτική στελέχωση σε διεθνές επίπεδο

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Στις ΗΠΑ η νοσηλευτική στελέχωση αποτελεί την τελευταία 15ετία το επίκεντρο συζητήσεων και αποτέλεσμα αυτών των συζητήσεων ήταν η νομοθέτηση αναλογίας νοσηλευτών/ασθενών σε 7 Πολιτείες, με πρώτη αυτή της Καλιφόρνιας, που έχει νομοθετήσει τις αναλογίες από το 1999. Αποτέλεσμα της πρακτικής αυτής ήταν να αυξηθούν οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές κατά 40% από το 1999 έως το 2012. Επίσης, σε μια μελέτη που αφορούσε την εφαρμογή του νομοσχεδίου στη Καλιφόρνια και τη σύγκρινε με δύο Πολιτείες (New Jersey και Πενσυλβανία), που δεν είχαν ανάλογο νομοσχέδιο, βρέθηκε ότι υπήρχαν λιγότεροι μετεγχειρητικοί θάνατοι στη Καλιφόρνια. Αν εφαρμόζαν τον νόμο και στις άλλες δυο πολιτείες θα είχε το New Jersey 13,9% και η Πενσυλβανία 10,6% λιγότερους χειρουργικούς θανάτους (Aiken et al, 2010).

Σύμφωνα με την αναφορά των χωρών του ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης)το έτος 2013 οι ΗΠΑ έχουν αντιστοιχία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμό 11,1/1000 για το έτος 2011 με μια ετήσια αύξηση 0,8% από το 2000. Την ίδια στιγμή ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 8,8/1000 με αύξηση ετήσια 1,6%. Η

αντιστοιχία νοσηλευτών ανά ιατρό στις ΗΠΑ είναι 4,3:1 και ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ 2,8:1 (OECD,2013).

Αυστραλία

Στην Πολιτεία της Βικτώρια στην Αυστραλία ήδη από το 2001 είναι υποχρεωτικό με νομοθετική ρύθμιση η αντιστοιχία νοσηλευτών προς ασθενείς υπό τον φόβο της αποχώρησης πολλών νοσηλευτών από την εργασία και ως επακόλουθο τη μείωση της ασφάλειας των ασθενών. Παρόμοιο νομοσχέδιο έχουν εφαρμόσει και στη πολιτεία της Νέας Νότιας Ουαλίας από το 2010 (New South Wales Nurses association, 2010). Τα θετικά αποτελέσματα από τις αναλογίες νοσηλευτών προς ασθενείς, που εφαρμόστηκαν στη πολιτεία της Βικτωρία, έχουν είδη αποτιμηθεί παρά το ό,τι είναι ακόμα νωρίς για να βγουν τελικά συμπεράσματα. Οι νοσηλευτές νιώθουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και έχει αυξηθεί η ικανότητα για ομαδική εργασία και για σωστή κλινική κρίση (Kane et al, 2007). Η κυβέρνηση της Βικτώρια έχει αναφέρει ήδη πως 2650 νοσηλευτές έχουν επανέλθει στη νοσηλευτική πράξη και έχει αυξηθεί κατά 25% η ζήτηση σε νοσηλευτικά προπτυχιακά προγράμματα (Simeons et al, 2005).

Στην αναφορά του ΟΟΣΑ για το έτος 2011 η Αυστραλία έχει αντιστοιχία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμό 10,2/1000 για το έτος 2009 με μια ετήσια αύξηση 0,2% από το 2000. Ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 8,4/1000 με αύξηση ετήσια 1,8%. Τέλος η αντιστοιχία νοσηλευτών προς ιατρούς είναι 3,4:1 και ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ 2,8:1 (New South Wales Nurses association, 2010).

Νότια Κορέα

Στη Νότια Κορέα η κυβέρνηση εφάρμοσε μια οικονομική διαχείριση όπου η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γινόταν κατά νοσηλευτή ανά κλίνες. Ο νόμος αυτός εφαρμόστηκε με σκοπό να μειώσει την κατ' οίκον νοσηλεία των ασθενών από τα μέλη της οικογένειας, η οποία είχε δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή. Ο στόχος ήταν να επιτευχθεί αναντιστοιχία νοσηλευτών ανά ασθενή όχι μεγαλύτερη από 1:2,5 εσωτερικούς ασθενείς σε γενικά νοσοκομεία και 1:2 σε τριτογενείς μονάδες. Τα αποτελέσματα αυτής της μεθόδου έχουν

αποδειχθεί φτωχά λόγω μη συμμόρφωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με την νομοθεσία (Kim et al, 2005).

Στην αναφορά του ΟΟΣΑ το έτος 2013 η Κορέα έχει αντιστοιχία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμό 4,7/1000 για το έτος 2011, μικρότερου του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (8,8/1000), με μια ετήσια αύξηση 4,3% από το 2000. Τέλος η αντιστοιχία νοσηλευτών: ιατρών είναι 2,3:1 και ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ 2,8:1.

Καναδάς

Η στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στη Καναδά γίνεται κατά περίπτωση, ενώ δεν υπάρχει κάποια νομοθετική ρύθμιση που καθιστά υποχρεωτική κάποια αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς ή κάποια μέθοδο στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων. Μια πρόταση που είχε παρουσιαστεί από κοινού από ερευνητές και τον Καναδικό Νοσηλευτικό Σύνδεσμο το 2003 και θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα, απλά βασιζόμενοι σε βασικές αρχές λήψης αποφάσεων για στελέχωση, συνοψίζει τα εξής (CAN, 2003):

- ❖ Η λήψη των αποφάσεων για στελέχωση λαμβάνονται έχοντας υπόψη ότι πρέπει να υπάρχει αρκετός αριθμός θέσεων για να παρέχεται ασφαλής, επαρκής και ηθικά αποδεκτή φροντίδα (Simeons et al, 2005)
- ❖ Οι νοσηλευτές διοίκησης, οι υπεύθυνοι προσωπικού, οι προϊστάμενοι και οι υπεύθυνοι βάρδιας είναι αυτοί που ευθύνονται για τη σωστή κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού
- ❖ Να τηρούνται τυχόν υπάρχοντες νομοθετικοί και επαγγελματικοί παράμετροι
- ❖ Η ασφάλεια του ασθενή δεν πρέπει να διακυβεύεται με αντικατάσταση των διπλωματούχων νοσηλευτών με λιγότερο εκπαιδευμένο προσωπικό, όταν αυτοί θεωρούνται απαραίτητοι
- ❖ Η διαδικασία λήψης αποφάσεων θα πρέπει να σέβεται την μοναδικότητα και τις ικανότητες της κάθε εργασιακής ομάδας
- ❖ Η υπευθυνότητα και οι ευθύνες του κάθε εργαζόμενου να είναι ξεκάθαρες
- ❖ Οι νοσηλευτές να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τη νοσηλευτική πρακτική, τη φροντίδα του ασθενή και το εργασιακό περιβάλλον
- ❖ Οι αποφάσεις στελέχωσης να είναι βασισμένες στις ενδείξεις

- ❖ Οι οργανισμοί και οι μέτοχοι, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών, είναι υπεύθυνοι για την ύπαρξη των κατάλληλων προϋποθέσεων που χαρακτηρίζουν ένα σωστό εργασιακό περιβάλλον
- ❖ Οι νοσηλευτές αποτελούν τους συντονιστές που εφαρμόζουν τη σωστή πρακτική και επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας παροχής φροντίδας.

Το 2013 ο Καναδάς έχει αντιστοιχία νοσηλευτών ανά πληθυσμό 9,3/1000 για το έτος 2011 με μια μέση ετήσια αύξηση 1% από το 2000, κοντά στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (8,8/1000). Τέλος η αντιστοιχία νοσηλευτών: ιατρών είναι 4,3:1 και ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ 2,8:1 (OECD, 2013).

3.5. Η νοσηλευτική στελέχωση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο

Στην Ευρώπη η νοσηλευτική στελέχωση αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα διότι σε όλη την επικράτεια (για τις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ) παρατηρείται μια αυξομείωση των Νοσηλευτών σε απόλυτους αριθμούς από τις αρχές της δεκαετίας του '90 (New South Wales Nurses Association, 2010). Στην πλειοψηφία όμως των Ευρωπαϊκών χωρών έχουμε αύξηση της αναλογίας νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού κατά την τελευταία δεκαετία. Η Πορτογαλία είναι η χώρα με τη μεγαλύτερη αύξηση σε αναλογία (μέσο ποσοστό 5,4%) και η Πολωνία με την Εσθονία έχει την μικρότερη αύξηση (μέσο ποσοστό 0.4%). Μια μόνο χώρα στη ήπειρο έχει μείωση των νοσηλευτών και αυτή είναι η Σλοβακία (μέσο ποσοστό - 2%) (OECD, 2013).

Κάποιες χώρες της Ευρώπης αναφέρουν πως την τελευταία δεκαετία έχουν μεγάλο αριθμό νοσηλευτών που ενώ αποφοίτησαν δεν άσκησαν ποτέ το επάγγελμα. Η Πολωνία, ενδεικτικά αναφέρει ότι από τους 27.000 που αποφοίτησαν την τελευταία δεκαετία μόνο οι 18.000 εγγράφηκαν στον σύλλογο που εκδίδει τις άδειες άσκησης του επαγγέλματος, δηλαδή υπήρξε απώλεια 33% σε δυναμικό. Αιτίες για την μη άσκηση του επαγγέλματος έχουν αναφερθεί οι άσχημες εργασιακές συνθήκες και οι χαμηλές αποδοχές (Main Council of Nursing and Midwifery, 2010).

Επίσης γίνεται συνεχής αναφορά για μείωση των επαγγελματιών στον νοσηλευτικό τομέα σε χώρες που έγιναν πρόσφατα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και για αυτό έχει ενοχοποιηθεί κατεξοχήν η εσωτερική μετανάστευση στην ΕΕ προς τα παλαιότερα κράτη μέλη, όπου έχουν αποδεδειγμένα καλύτερες απολαβές και συνθήκες εργασίας (Wójcik et al, 2007).

Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης δεν έχουν νομοθετήσει τη νοσηλευτική στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, παρά μόνο γνωμοδοτούν για την καλύτερη στελέχωση αυτών. Μια από αυτές τις χώρες είναι και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου μέσω του Βασιλικού Κολλεγίου των Νοσηλευτών (Royal College of Nursing) κάνει τις πιο ξεκάθαρες και λεπτομερείς συστάσεις, οι οποίες συνοψίζονται ως εξής (Royal College of Nursing, 2012):

1. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων:

Οι βασικές αρχές στη στελέχωση των μονάδων είναι: Κάθε ασθενής πρέπει να έχει δυνατότητα για φροντίδα από εξειδικευμένο νοσηλευτή. Οι ασθενείς σε μηχανικό αερισμό πρέπει να έχουν δυνατότητα για ένα προς ένα νοσηλευτή. Η αναλογία των νοσηλευτών προς ασθενή θα πρέπει να είναι το πολύ 1:2. Κάθε ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) με πάνω από 5 κρεβάτια πρέπει να έχει έναν επιβλέποντα κλινικό νοσηλευτή.

2. Κοινωνική Νοσηλευτική Φροντίδα Έφηβων και Παιδιών

Η αναλογία του πληθυσμού πρέπει να είναι κατά ελάχιστο 2 ειδικοί κοινωνικοί νοσηλευτές ανά 5.000 παιδιά ή έφηβους.

3. Παιδιατρικά Τμήματα

Για παιδιά κάτω των 2 ετών να υπάρχει αναλογία νοσηλευτών/παιδιών 1 προς 3, ενώ για άνω των 2 ετών σε βάρδια ημέρας 1:4 και σε νυκτερινή βάρδια 1:5.

4. Νεογνικές ΜΕΘ

Σε νεογνικές ΜΕΘ αναλογία 1:1, σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) 1:2 και σε τμήματα ειδικής φροντίδας 1:4.

5. Γεροντολογικές Κλινικές

Στις κλινικές ή οίκους ευγηρίας θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα για νοσηλευτική φροντίδα από διπλωματούχο νοσηλευτή όλο το 24ωρο σε αναλογία 1:5 στη πρωινή βάρδια, 1:6 την απογευματινή και 1:10 τη νυκτερινή.

6. Ψυχιατρικές Κλινικές

Οι ανάγκες των νοσοκομείων με ψυχιατρικές κλινικές είναι ανάλογες με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου και τον αριθμό των επίφοβων ασθενών για αυτοτραυματισμό που εισάγονται ετησίως. Για παράδειγμα σε ίδρυμα με 650 κρεβάτια και 750 επίφοβες για αυτοτραυματισμό εισαγωγές ετησίως πρέπει να υπάρχουν: 1 ιατρικός σύμβουλος, 1 νοσηλευτής Α' βαθμού, 3 νοσηλευτές Β' βαθμού, 1 ψυχολόγος Α' βαθμού και 1,5 προσωπικό ασφάλειας. Σε τμήμα με βαρέα ψυχιατρικά περιστατικά συνιστάται τουλάχιστον 1 νοσηλευτής για 15 ασθενείς κατά τη διάρκεια της ημέρας και 2 νοσηλευτές κατά τη νυκτερινή βάρδια.

3.6. Το Νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα

Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί διεθνώς έναν από τους βασικούς τομείς της οικονομίας και έναν από τους μεγαλύτερους εργοδότες. Στις χώρες του ΟΟΣΑ και την Ευρωπαϊκή Ένωση ο τομέας της υγείας την δεκαετία το 1990 απορροφούσε το 5% και 4,6 % του εργατικού δυναμικού αντίστοιχα, εν αντιθέσει με το ελληνικό σύστημα υγείας όπου απασχολούσε το μικρότερο ποσοστό επαγγελματιών υγείας μεταξύ των χωρών μελών και ανερχόταν στο 3,5% του εργατικού δυναμικού της χώρας (Πολύζος, 2000).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το αντίστοιχο ποσοστό για το έτος 2007 εμφανίζει μεγαλύτερη απόκλιση από ό,τι στην δεκαετία του 1990 και το μέσο όρο των χωρών μελών του Οργανισμού, καθώς η απασχόληση στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας αντιστοιχούσε στο 9,8% της συνολικής απασχόλησης στις χώρες του ΟΟΣΑ ενώ στην Ελλάδα άγγιζε μόλις το 5,3% του εργατικού δυναμικού, και συγκεκριμένα 240.854 εργαζόμενους (OECD, 2010).

Η παρατήρηση των παραπάνω δεδομένων υποδηλώνει προφανή υποστελέχωση του υγειονομικού συστήματος αλλά η αναλυτικότερη προσέγγιση των δεδομένων εμφανίζει ότι η υποστελέχωση παρατηρείται σε συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας (OECD, 2010).

Μία από τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, είναι η συντριπτική υπεροχή του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού, όπως προκύπτει από τη δημογραφική

τους εξέλιξη, με συνέπεια το νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα να υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων στις επιμέρους συγκρίσεις.

Από το 1990 έως το 2009 ο ρυθμός αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζεται μεσοσταθμικά σταθερός εν αντιθέσει του αντίστοιχου ρυθμού των ιατρών, ο οποίος βαίνει σταθερά αυξανόμενος. Κατ' επέκταση είναι λογικό ο λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό να υπολογίζεται εμφανώς δυσανάλογος καταλαμβάνοντας την τελευταία θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2009. Αναλυτικότερα, ο λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό υπολογίζεται στους 0,61 όταν ο μέσος όρος στις χώρες μέλη του οργανισμού είναι 4,6 φορές μεγαλύτερος (2,83 νοσηλευτές/ιατρό (OECD, 2010).

Το 2009 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) απασχολούσε νοσηλευτικό προσωπικό της τάξεως των 35.420 ατόμων εκ των οποίων 2,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) 46% τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), 41,3 % δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΥ) και 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ). Από τους νοσηλευτές το 94,5% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων και το 5,5% απόφοιτοι πανεπιστημιακών ιδρυμάτων ενώ από το βοηθητικό προσωπικό το 80,4% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 19,6% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

Εν τούτοις, η παρατήρηση του μεγέθους του ιατρικού σώματος σε σχέση με το αντίστοιχο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού σε διεθνές επίπεδο αποδεικνύει την έντονη όχι μόνο δυσαναλογία των επαγγελματιών υγείας αλλά και την προφανή έλλειψη νοσηλευτικών υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού.

Η εκτίμηση του δείκτη «νοσηλευτές ανά κλίνη» κατατάσσει την χώρα μας σε μία από τις τελευταίες θέσεις μεταξύ των χωρών - μελών του ΟΟΣΑ καθώς ο δείκτης παίρνει τιμή 0,67 όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στον ΟΟΣΑ ανέρχεται στους 2,03 νοσηλευτές/κλίνη. Το γεγονός αυτό σε συνάρτηση με το δεδομένο ότι ο συνολικός αριθμός κλινών της χώρας ανά 1.000 κατοίκους βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο του ΟΟΣΑ, υποδηλώνει ότι σε σημαντικό βαθμό τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας αντιμετωπίζουν θέματα υποστελέχωσης

νοσηλευτικού προσωπικού (Σκρουμπέλος και συν., 2012). Το ελληνικό σύστημα υγείας υπολείπεται σημαντικά το μέσου όρου νοσηλευτών του ΟΟΣΑ ενώ ταυτόχρονα το υπάρχον προσωπικό κατανέμεται στην περιφέρεια χωρίς ορθολογικά κριτήρια. Ως εκ τούτου, η ανάγκη υιοθέτησης ενός υποδείγματος σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία εμφανίζεται επιτακτική προς βελτίωση της λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και άρσης φαινομένων ανισότητας στην πρόσβαση των ασθενών (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα εμφανίζει σημαντική έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό. Παρά ταύτα, το πρόβλημα οξύνεται περισσότερο όταν ο ήδη μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού ανισοκατανέμεται μεταξύ των περιοχών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας δημιουργώντας έτσι περιοχές υπερβάλλουσας ζήτησης για νοσηλευτικές υπηρεσίες και λειτουργικά προβλήματα στα κατά τόπους ιδρύματα (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

Βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα φαίνεται να κατανέμεται δυσανάλογα μεταξύ των νομών της χώρας, γεγονός το οποίο υποδηλώνει έλλειψη σχεδιασμού και ανυπαρξία κριτηρίων κατανομής. Ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί το ότι αντίθετα με τους ιατρούς, οι οποίοι συγκεντρώνονται σε περιοχές υψηλού βιοτικού επιπέδου και στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα, οι νοσηλευτές δεν φαίνεται να ακολουθούν το νόμο αυτό καθώς η υψηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών εμφανίζεται στο νομό Ιωαννίνων, Άρτας, Έβρου και Κιλκίς και όχι στα αστικά κέντρα της χώρας. Παρά ταύτα, περιοχές όπως Κυκλάδες και Εύβοια εμφανίζουν τη χαμηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών αριθμώντας λιγότερους από 2 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Όσον αφορά στην κατανομή των νοσηλευτών ανά νομό, βάσει της προσφοράς κλινών, η ανισοκατανομή είναι επίσης εμφανής υποδηλώνοντας υποστελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε αρκετές των περιπτώσεων. Η συγκέντρωση των νοσηλευτών σε αυτήν την περίπτωση εμφανίζεται διαφορετική σε αρκετούς νομούς από ό,τι αυτή βάσει του δείκτη νοσηλευτές/1000 κάτοικοι, γεγονός το οποίο αναδεικνύει την ανισοκατανομή και των κλινών (OECD, 2010)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Υλικό και μέθοδος

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση των απόψεων εμπειρογνομόνων (προϊσταμένων νοσηλευτών) σχετικά με τη στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών με νοσηλευτικό προσωπικό.

Στόχοι της μελέτης ήταν:

- ❖ Η διευκρίνιση του όρου «νοσηλευτικό προσωπικό»,
- ❖ Η εκτίμηση του άριστου μεγέθους του νοσηλευτικού προσωπικού,
- ❖ Η διευκρίνιση των παραγόντων, που έχουν επιτελέσει στη διαμόρφωση της παρούσας κατάστασης,
- ❖ Η εξέταση της δυνατότητας αναβάθμισης του ρόλου τους και πως αυτή δύναται να οριοθετηθεί,
- ❖ Η βελτίωση του παραγόμενου αγαθού των νοσηλευτικών υπηρεσιών,
- ❖ Η εκτίμηση του καταλληλότερου υποδείγματος διάρθρωσης της αγοράς νοσηλευτικού δυναμικού, και
- ❖ Η ανεύρεση του καταλληλότερου μείγματος πολιτικής προς άρση των δυσχερειών, που παρουσιάστηκαν δεδομένης της οικονομικής συγκυρίας.

Υλικό και μέθοδος

Πληθυσμός στόχος - Δειγματοληπτικό πλαίσιο

Το δείγμα, βάσει του οποίου πραγματοποιήθηκε η παρούσα μελέτη, ήταν το σύνολο των προϊσταμένων νοσηλευτών όλων των νοσηλευτικών τμημάτων δύο Νοσοκομειακών Μονάδων της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Από το σύνολο των 84 νοσηλευτών, στους οποίους διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο, επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 75 (ποσοστό ανταπόκρισης 89,3%). Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιούνιο του 2014 έως και τον Σεπτέμβριο του ίδιου έτους. Οι

συμμετέχοντες έλαβαν γνώση για τους σκοπούς της έρευνας, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, την εξασφάλιση της ανωνυμίας, την τήρηση του απορρήτου καθώς και τη μη χρήση των στοιχείων τους σε άλλες έρευνες ή άλλους σκοπούς. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε προϊστάμενους νοσηλευτές που εργάζονται σε δύο νοσοκομεία στην πόλη της Αθήνας. Συγκεκριμένα τα βήματα που ακολουθήθηκαν ήταν:

- ❖ Αποστολή αίτησης έγκρισης διεξαγωγής της μελέτης στη Διοίκηση των Νοσοκομείων,
- ❖ Χορήγηση έγκρισης διεξαγωγής της μελέτης από τα Επιστημονικά Συμβούλια και τους Διοικητές των Νοσοκομειακών Μονάδων (Παράτημα Ι),
- ❖ Διανομή των ερωτηματολογίων στους προαναφερθέντες νοσηλευτές,
- ❖ Συμπλήρωση ερωτηματολογίων, και
- ❖ Συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων από την ερευνήτρια, σε εβδομαδιαία βάση.

Ερευνητικό εργαλείο

Η παρούσα μελέτη είναι μία συγχρονική (cross sectional) μελέτη. Για την εκπόνηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων κλειστού τύπου (Παράρτημα ΙΙ), μέσα από τις οποίες καταγράφεται:

- ❖ η έννοια και το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού,
- ❖ η ποσοτική σχέση μεταξύ ιατρών - νοσηλευτών και μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και νοσηλευτών ΤΕ,
- ❖ η δυνατότητα αναβάθμισης του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού,
- ❖ η βελτίωση των συνθηκών παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και η άρση των δυσχερειών, που υπάρχουν στις υπηρεσίες υγείας.

Το ερωτηματολόγιο συνετάχθη από τον Καθηγητή Ιωάννη Κυριόπουλο και τον Δρα Αναστάσιο Σκρουμπέλο (2012) από τους οποίους ζητήθηκε άδεια για τη χρήση του, η οποία και χορηγήθηκε (Παράρτημα ΙΙΙ).

Στατιστική Ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών

χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Στοιχεία Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μίας έρευνας. Ειδικότερα, τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες, που αφορούν στους συμμετέχοντες και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού, κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στους Πίνακες 1, 2 και 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των προϊσταμένων νοσηλευτών αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και τη στελέχωση στα νοσοκομεία. Το 58,7% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως ο γενικός όρος «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ, το 32% δήλωσαν πως περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και το 9,3 δήλωσαν πως περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ, βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ, μάλιστα ΤΕ και φυσικοθεραπευτές ΤΕ (Εικόνα 1).

Το 89,3% των νοσηλευτών δήλωσαν πως ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ, ενώ το 10,7% δήλωσαν πως περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ (Εικόνα 2).

Το 45,3% των νοσηλευτών δήλωσαν πως το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο τον πληθυσμό είναι 9-10,5 / 1000 κατοίκους, το 14,7% δήλωσαν πως είναι 6-7,5 / 1000 κατοίκους, το 14,7% δήλωσαν πως είναι 10,5-12 / 1000 κατοίκους, το 10,7% δήλωσαν πως είναι 13,5-15 / 1000 κατοίκους και το 4% δήλωσαν πως είναι >15 / 1000 κατοίκους (Εικόνα 4).

Το 100% των νοσηλευτών δήλωσαν πως το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει το σύστημα είναι ανεπαρκές είτε βάσει του πληθυσμού είτε βάσει των διαθέσιμων κλινών, ενώ το 96% δήλωσαν πως είναι ανεπαρκές βάσει του αριθμού των ιατρών (Εικόνες 3, 5 και 7).

Το 26,7% των νοσηλευτών δήλωσαν πως το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο τον αριθμό κλινών είναι 3-3,5 / κλίνη, το 21,3% δήλωσαν πως είναι 6 είναι 1-1,5 / κλίνη, το 10,7% δήλωσαν πως είναι 2,5-3 / κλίνη, το 10,7% δήλωσαν πως είναι 1,5-2 /

κλίνη, το 10,7% δήλωσαν πως είναι 3,5-4 / κλίνη και το 4% δήλωσαν πως είναι 2-2,5 / κλίνη (Εικόνα 6).

Το 31,9% των νοσηλευτών δήλωσαν πως το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο τον αριθμό ιατρών είναι 3-3,5 / ιατρό, το 25% δήλωσαν πως είναι 6 είναι 3,5-4 / ιατρό, το 9,7% δήλωσαν πως είναι 1-1,5/ ιατρό, το 9,7% δήλωσαν πως είναι 1,5-2 / ιατρό, το 9,7% δήλωσαν πως είναι 2-2,5 / ιατρό, το 9,7% δήλωσαν πως είναι 3-3,5 / ιατρό, το 9,7% δήλωσαν πως είναι >5 / ιατρό και το 4,2% δήλωσαν πως είναι 0,5-1 / ιατρό (Εικόνα 8).

Το 74,7% των νοσηλευτών δήλωσαν πως η ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και νοσηλευτών ΤΕ (5,5% ΠΕ και 94,5% ΤΕ) δεν είναι ικανοποιητική. Το 55,4% των νοσηλευτών δήλωσαν πως η βέλτιστη ποσοτική σχέση είναι 100% ΠΕ και 0% ΤΕ, το 14,3% δήλωσαν πως είναι 20% ΠΕ και 80% ΤΕ, το 8,9% δήλωσαν πως είναι 50% ΠΕ και 50% ΤΕ, το 5,4% δήλωσαν πως είναι 10% ΠΕ και 90% ΤΕ, το 5,4% δήλωσαν πως είναι 25% ΠΕ και 75% ΤΕ, το 5,4% δήλωσαν πως είναι 75% ΠΕ και 25% ΤΕ και το 5,4% δήλωσαν πως είναι 80% ΠΕ και 20% ΤΕ (Εικόνες 9 και 10).

Το 56,0% των νοσηλευτών δήλωσαν πως η υποστελέχωση του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό οφείλεται στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος, το 38,7% δήλωσαν πως οφείλεται στις διαρροές από το επάγγελμα, στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος, στην έλλειψη προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες του συστήματος υγείας και στην απροθυμία των νέων να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα και το 5,3% δήλωσαν πως οφείλεται στις διαρροές από το επάγγελμα (Εικόνα 11).

Το 89,7% των νοσηλευτών δήλωσαν πως οι διαρροές και η απροθυμία άσκησης του επαγγέλματος του νοσηλευτή οφείλονται στην αμοιβή, στην επαγγελματική κόπωση, στην μη ικανοποίηση από την άσκηση του επαγγέλματος, στην έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης και στην απουσία επιστημονικής καταξίωσης (Εικόνα 12).

Το 60,8% των νοσηλευτών δήλωσαν πως το ύψος του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία πρέπει να καθορίζεται βάσει προσφοράς και ζήτησης, με προσδιορισμένο αριθμό (numerus clausus) και με οικονομικά κίνητρα και διαφοροποίηση αμοιβών βάσει γεωγραφικών κριτηρίων και νοσολογικών προτύπων, το 18,9% δήλωσαν πως πρέπει να καθορίζεται βάσει προσφοράς και ζήτησης, το 14,9% δήλωσαν πως πρέπει να καθορίζεται με προσδιορισμένο αριθμό (numerus clausus) και το 5,4% δήλωσαν πως πρέπει να καθορίζεται με οικονομικά κίνητρα και διαφοροποίηση αμοιβών βάσει γεωγραφικών κριτηρίων και νοσολογικών προτύπων (Εικόνα 13).

Το 64,3% των νοσηλευτών δήλωσαν πως τα ζητήματα υποστελέχωσης και διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας μπορούν να αντιμετωπιστούν με ανακατανομή προσωπικού μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων, το 22,9% με γεωγραφική ανακατανομή προσωπικού και το 12,9% με γεωγραφική ανακατανομή προσωπικού, ανακατανομή προσωπικού μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ανακατανομή προσωπικού μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων, υποκατάσταση ιατρών από νοσηλευτές, υποκατάσταση νοσηλευτών ΠΕ από ΤΕ και υποκατάσταση νοσηλευτών ΤΕ από ΔΕ και ΥΕ (Εικόνα 14).

Πίνακας 1. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και τη στελέχωση στα νοσοκομεία.

| Μεταβλητή | N (%) |
|---|--------------|
| Ο γενικός όρος «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» περιλαμβάνει | |
| • Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ | 24 (32,0) |
| • Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ | 44 (58,7) |
| • Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ, βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ, μαίες ΤΕ και φυσικοθεραπευτές ΤΕ | 7 (9,3) |
| Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος περιλαμβάνει | |
| • Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ | 67 (89,3) |
| • Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ | 8 (10,7) |
| Το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει το σύστημα (3,4 /1000 κάτοικοι) είναι επαρκές βάσει του πληθυσμού | |

| | |
|-------|---------------|
| • Ναι | 0 (0,0) |
| • Όχι | 75 (100,0) |

Το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο τον πληθυσμό είναι

| | |
|----------------------------|-----------|
| • 6-7,5 / 1000 κατοίκους | 11 (14,7) |
| • 7,5-9 / 1000 κατοίκους | 8 (10,7) |
| • 9-10,5 / 1000 κατοίκους | 34 (45,3) |
| • 10,5-12 / 1000 κατοίκους | 11 (14,7) |
| • 12-13,5 / 1000 κατοίκους | |
| • 13,5-15 / 1000 κατοίκους | 8 (10,7) |
| • >15 / 1000 κατοίκους | 3 (4,0) |

Το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει το σύστημα (0,67 / κλίνη) είναι επαρκές βάσει των διαθέσιμων κλινών

| | |
|-------|---------------|
| • Ναι | 0 (0,0) |
| • Όχι | 75 (100,0) |

Το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο τον αριθμό κλινών είναι

| | |
|-----------------|-----------|
| • 0,5-1 / κλίνη | 12 (16,0) |
| • 1-1,5 / κλίνη | 16 (21,3) |
| • 1,5-2 / κλίνη | 8 (10,7) |
| • 2-2,5 / κλίνη | 3 (4,0) |
| • 2,5-3 / κλίνη | 8 (10,7) |
| • 3-3,5 / κλίνη | 20 (26,7) |
| • 3,5-4 / κλίνη | 8 (10,7) |

Πίνακας 2. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και τη στελέχωση στα νοσοκομεία.

| Μεταβλητή | N (%) |
|-----------|-------|
|-----------|-------|

Το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει το σύστημα (0,61 / ιατρό) είναι επαρκές βάσει του αριθμού των ιατρών

- | | |
|-------|-----------|
| • Ναι | 3 (4,0) |
| • Όχι | 72 (96,0) |
-

Το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο τον αριθμό των ιατρών είναι

- | | |
|-----------------|-----------|
| • 0,5-1 / ιατρό | 3 (4,2) |
| • 1-1,5 / ιατρό | 7 (9,7) |
| • 1,5-2 / ιατρό | 7 (9,7) |
| • 2-2,5 / ιατρό | 7 (9,7) |
| • 2,5-3 / ιατρό | 7 (9,7) |
| • 3-3,5 / ιατρό | 23 (31,9) |
| • 3,5-4 / ιατρό | 18 (25,0) |
| • >5 / ιατρό | 7 (9,7) |
-

Η ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και νοσηλευτών ΤΕ (5,5% ΠΕ και 94,5% ΤΕ) είναι ικανοποιητική

- | | |
|-------|-----------|
| • Ναι | 19 (25,3) |
| • Όχι | 56 (74,7) |
-

Η βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ είναι

- | | |
|---------------------|-----------|
| • 10% ΠΕ και 90% ΤΕ | 3 (5,4) |
| • 20% ΠΕ και 80% ΤΕ | 8 (14,3) |
| • 25% ΠΕ και 75% ΤΕ | 3 (5,4) |
| • 50% ΠΕ και 50% ΤΕ | 5 (8,9) |
| • 75% ΠΕ και 25% ΤΕ | 3 (5,4) |
| • 80% ΠΕ και 20% ΤΕ | 3 (5,4) |
| • 100% ΠΕ και 0% ΤΕ | 31 (55,4) |
-

Πίνακας 3. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και τη στελέχωση στα νοσοκομεία.

| Μεταβλητή | N (%) |
|---|--------------|
| Η υποστελέχωση του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό οφείλεται | |
| • Στις διαρροές από το επάγγελμα | 4 (5,3) |
| • Στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος | 42 (56,0) |
| • Στις διαρροές από το επάγγελμα, στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος, στην έλλειψη προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες του συστήματος υγείας και στην απροθυμία των νέων να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα | 29 (38,7) |
| Οι διαρροές και η απροθυμία άσκησης του επαγγέλματος του νοσηλευτή οφείλονται | |
| • Στην αμοιβή | 4 (5,9) |
| • Στην επαγγελματική κόπωση | 3 (4,4) |
| • Στην αμοιβή, στην επαγγελματική κόπωση, στην μη ικανοποίηση από την άσκηση του επαγγέλματος, στην έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης και στην απουσία επιστημονικής καταξίωσης | 61 (89,7) |
| Το ύψος του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία πρέπει να καθορίζεται | |
| • Βάσει προσφοράς και ζήτησης | 14 (18,9) |
| • Με προσδιορισμένο αριθμό (numerus clausus) | 11 (14,9) |
| • Με οικονομικά κίνητρα και διαφοροποίηση αμοιβών βάσει γεωγραφικών κριτηρίων και νοσολογικών προτύπων | 4 (5,4) |
| • Όλα τα παραπάνω | 45 (60,8) |
| Τα ζητήματα υποστελέχωσης και διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας μπορούν να αντιμετωπιστούν με: | |
| • Γεωγραφική ανακατανομή προσωπικού | 16 (22,9) |
| • Ανακατανομή προσωπικού μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων | 45 (64,3) |

- Γεωγραφική ανακατανομή προσωπικού, ανακατανομή προσωπικού μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ανακατανομή προσωπικού μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων, 9 (12,9) υποκατάσταση ιατρών από νοσηλευτές, υποκατάσταση νοσηλευτών ΠΕ από ΤΕ και υποκατάσταση νοσηλευτών ΤΕ από ΔΕ και ΥΕ
-

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το ρόλο των νοσηλευτών.

Το 100% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως τίθεται ζήτημα επαναπροσδιορισμού του ρόλου και καταμερισμού εργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Το 78,7% των συμμετεχόντων στη μελέτη δήλωσαν πως ο σπουδαιότερος τομέας, στον οποίο τίθεται ζήτημα επαναπροσδιορισμού του ρόλου και καταμερισμού εργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι η συνταγογράφηση, η πρόληψη, η διαχείριση χρονίως πασχόντων, η ανάγνωση και η ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων και το 17,3% δήλωσαν πως είναι η πρόληψη.

Το 82,7% των προϊσταμένων νοσηλευτών δήλωσαν πως ο σπουδαιότερος τομέας, στον οποίο δύναται να οριοθετηθεί η συνταγογράφηση των νοσηλευτών είναι το υγειονομικό υλικό, τα φάρμακα κοινής χρήσης, τα φάρμακα για χρόνια νοσήματα, οι παρακλινικές εξετάσεις και οι παραπομπές σε ιατρούς και το 17,3% δήλωσαν πως είναι τα φάρμακα κοινής χρήσης.

Το 100% των νοσηλευτών δήλωσαν πως ο σπουδαιότερος τομέας, στον οποίο δύναται να οριοθετηθεί η εμπλοκή των νοσηλευτών στις υπηρεσίες πρόληψης είναι η αγωγή και η προαγωγή της υγείας, οι οδηγίες σε ασθενείς, οι οδηγίες για αυτοεκπαίδευση ασθενών και συγγενών, η διαχείριση εγκεκριμένων πρωτοκόλλων προσυμπτωματικού ελέγχου και ο εμβολιασμός.

Το 94,7% των νοσηλευτών δήλωσαν πως ο σπουδαιότερος τομέας, στον οποίο δύναται να οριοθετηθεί η εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση χρονίων νοσημάτων

είναι η διαχείριση πρωτοκόλλων, η παρακολούθηση και ρύθμιση ασθενών, η παραπομπή σε ιατρούς και οι οδηγίες για αυτοεκπαίδευση ασθενών και συγγενών.

Πίνακας 4. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το ρόλο των νοσηλευτών.

| Μεταβλητή | N (%) |
|--|---------------|
| Τίθεται ζήτημα επαναπροσδιορισμού του ρόλου και καταμερισμού εργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών | |
| • Ναι | 75 (100,0) |
| • Όχι | 0 (0,0) |
| Ο σπουδαιότερος τομέας στον οποίο τίθεται ζήτημα επαναπροσδιορισμού του ρόλου και καταμερισμού εργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών | |
| • Πρόληψη | 13 (17,3) |
| • Συνταγογράφηση, πρόληψη, διαχείριση χρονίως πασχόντων, ανάγνωση και ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων | 59 (78,7) |
| • Άλλο | 3 (4,0) |
| Ο σπουδαιότερος τομέας στον οποίο δύναται να οριοθετηθεί η συνταγογράφηση από νοσηλευτές είναι: | |
| • Φάρμακα κοινής χρήσης | 13 (17,3) |
| • Υγειονομικό υλικό, φάρμακα κοινής χρήσης, φάρμακα για χρόνια νοσήματα, παρακλινικές εξετάσεις και παραπομπές σε ιατρούς | 62 (82,7) |
| Ο σπουδαιότερος τομέας στον οποίο δύναται να οριοθετηθεί η εμπλοκή των νοσηλευτών στις υπηρεσίες πρόληψης: | |
| • Αγωγή και προαγωγή της υγείας, οδηγίες σε ασθενείς, οδηγίες για αυτοεκπαίδευση ασθενών και συγγενών, διαχείριση εγκεκριμένων πρωτοκόλλων προσυμπτωματικού ελέγχου, εμβολιασμός | 75 (100,0) |
| • Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ | 0 (0,0) |
| Ο σπουδαιότερος τομέας στον οποίο δύναται να οριοθετηθεί η εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση χρονίων νοσημάτων | |
| • Διαχείριση πρωτοκόλλων, παρακολούθηση και ρύθμιση ασθενών, παραπομπή σε ιατρούς, οδηγίες για αυτοεκπαίδευση ασθενών και | 71 (94,7) |

συγγενών

- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

4 (5,3)

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Το 86,1% των συμμετεχόντων νοσηλευτών δήλωσαν πως δεν συμφωνούν καθόλου με την εισαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης κατά την εργασία (training on the job), που θα παρέχει τη δυνατότητα στους ΥΕ και ΔΕ μετά από εξετάσεις και αξιολόγηση να ανέρχονται σε ανώτερες βαθμίδες, το 5,6% δήλωσαν πως συμφωνούν λίγο, το 4,2% δήλωσαν πως συμφωνούν αρκετά και το 4,2% δήλωσαν πως συμφωνούν πολύ.

Το 93,3% των συμμετεχόντων νοσηλευτών δήλωσαν πως συμφωνούν πολύ με την εισαγωγή υποχρεωτικού προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και το 6,7% δήλωσαν πως συμφωνούν αρκετά.

Το 60% των συμμετεχόντων νοσηλευτών δήλωσαν πως συμφωνούν πολύ με την περιοδική πιστοποίηση επαγγελματικής δεξιότητας και γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο συνίσταται στην ανανέωση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, το 20% δήλωσαν πως δεν συμφωνούν καθόλου, το 16% δήλωσαν πως συμφωνούν αρκετά και το 4% δήλωσαν πως συμφωνούν μέτρια.

Πίνακας 5. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Μεταβλητή

N (%)

| | |
|--|-----------|
| <p>Βαθμός συμφωνίας με την εισαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης κατά την εργασία (training on the job) που θα παρέχει τη δυνατότητα στους ΥΕ και ΔΕ μετά από εξετάσεις και αξιολόγηση να ανέρχονται σε ανώτερες βαθμίδες</p> | |
| Πολύ | 3 (4,2) |
| Αρκετά | 3 (4,2) |
| Μέτρια | 0 (0,0) |
| Λίγο | 4 (5,6) |
| Καθόλου | 62 (86,1) |
| <p>Βαθμός συμφωνίας με την εισαγωγή υποχρεωτικού προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού</p> | |
| Πολύ | 70 (93,3) |
| Αρκετά | 5 (6,7) |
| Μέτρια | 0 (0,0) |
| Λίγο | 0 (0,0) |
| Καθόλου | 0 (0,0) |
| <p>Βαθμός συμφωνίας με την περιοδική πιστοποίηση επαγγελματικής δεξιότητας και γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο συνίσταται στην ανανέωση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος</p> | |
| Πολύ | 45 (60,0) |
| Αρκετά | 12 (16,0) |
| Μέτρια | 3 (4,0) |
| Λίγο | 0 (0,0) |
| Καθόλου | 15 (20,0) |

Συσχετίσεις

Συσχέτιση 1: Ποια είναι η σχέση μεταξύ του τι ορίζουν οι ερωτώμενοι ως νοσηλευτικό προσωπικό και του τι θεωρούν ότι περιλαμβάνει.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του γενικού όρου «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» και του εννοιολογικού προσδιορισμού του νοσηλευτικού επαγγέλματος ($p=0,3$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Σχέση μεταξύ του γενικού όρου «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» και του εννοιολογικού προσδιορισμού του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

| | | Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος περιλαμβάνει | |
|---|--|--|---|
| | | Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ |
| Ο γενικός όρος «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» περιλαμβάνει | Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ | 22 (91,7) | 2 (8,3) |
| | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ | 40 (90,9) | 4 (9,1) |
| | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ, βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ, μαίες ΤΕ και φυσικοθεραπευτές ΤΕ | 5 (71,4) | 2 (28,6) |

Έλεγχος χ^2 , $p=0,3$

Συσχέτιση 2: Ποια είναι η σχέση μεταξύ της άποψης των ερωτώμενων σχετικά με το τι ορίζεται νοσηλευτικό προσωπικό και εάν είναι ικανοποιημένοι με την αναλογία μεταξύ ΠΕ και ΤΕ.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του γενικού όρου «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» και της ικανοποίησης από την ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ (Πίνακας 7), ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που δήλωσαν πως ο γενικός όρος «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ δήλωσαν συχνότερα πως είναι ικανοποιητική η ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ.

Πίνακας 7. Σχέση μεταξύ του γενικού όρου «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» και της ικανοποίησης από την ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ.

| | | Η ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ είναι ικανοποιητική | |
|---|--|--|------------|
| | | Ναι | Όχι |
| Ο γενικός όρος «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» περιλαμβάνει | Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ | 0 (0,0) | 24 (100,0) |
| | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ | 19 (43,2) | 25 (56,8) |
| | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ, βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ, μαίες ΤΕ και φυσικοθεραπευτές ΤΕ | 0 (0,0) | 7 (100,0) |

Έλεγχος χ^2 , $p < 0,001$

Συσχέτιση 3: Ποια είναι η σχέση μεταξύ της άποψης των ερωτώμενων σχετικά με το τι ορίζεται νοσηλευτικό προσωπικό και ποια είναι η καλύτερη αναλογία μεταξύ ΠΕ και ΤΕ.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του γενικού όρου «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» και της δήλωσης για τη βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ (Πίνακας 8) ($p=0,13$).

Πίνακας 8. Σχέση μεταξύ του γενικού όρου «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» και της δήλωσης για τη βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ.

| | | Βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ | |
|---|---|--|----------------------|
| | | Οποιαδήποτε άλλη αναλογία | 100% ΠΕ και 0% ΤΕ |
| Ο γενικός όρος «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος» περιλαμβάνει | Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ | 7 (29,2) | 17 (70,8) |
| | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ | 14 (56,0) | 11 (44,0) |
| | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ, βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ, μαίες ΤΕ και φυσικοθεραπευτές ΤΕ | 4 (57,1) | 3 (42,9) |

Έλεγχος χ^2 , $p=0,13$

Συσχέτιση 4: Ποια είναι η σχέση μεταξύ της άποψης των ερωτώμενων σχετικά με το τι περιλαμβάνει το νοσηλευτικό επάγγελμα και εάν είναι ικανοποιημένοι με την αναλογία μεταξύ ΠΕ και ΤΕ.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εννοιολογικού προσδιορισμού του νοσηλευτικού επαγγέλματος και της ικανοποίησης από την ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ (Πίνακας 9), ($p=0,9$).

Πίνακας 9. Σχέση μεταξύ του εννοιολογικού προσδιορισμού του νοσηλευτικού επαγγέλματος και της ικανοποίησης από την ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ

| | | Η ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ είναι ικανοποιητική | |
|--|---|--|-----------|
| | | Ναι | όχι |
| Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος περιλαμβάνει | Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ | 17 (25,4) | 50 (74,6) |
| | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ | 2 (25,0) | 6 (75,0) |

Έλεγχος χ^2 , $p=0,9$

Συσχέτιση 5: Ποια είναι η σχέση μεταξύ της άποψης των ερωτώμενων σχετικά με το τι περιλαμβάνει το νοσηλευτικό επάγγελμα και ποια είναι η καλύτερη αναλογία μεταξύ ΠΕ και ΤΕ.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εννοιολογικού προσδιορισμού του νοσηλευτικού επαγγέλματος και της δήλωσης για τη βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ (Πίνακας 10), ($p=0,04$). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που δήλωσαν πως ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος περιλαμβάνει νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ δήλωσαν συχνότερα πως η βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ είναι 100% ΠΕ και 0% ΤΕ.

Πίνακας 10. Σχέση μεταξύ του εννοιολογικού προσδιορισμού του νοσηλευτικού επαγγέλματος και της δήλωσης για τη βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ.

| | | Βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ | |
|--|---|--|----------------------|
| | | Οποιαδήποτε άλλη αναλογία | 100% ΠΕ και 0% ΤΕ |
| Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος περιλαμβάνει | Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ | 20 (40,0) | 30 (60,0) |
| | Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ | 5 (83,3) | 1 (16,7) |

Έλεγχος χ^2 , $p=0,04$

Συσχέτιση 6: Συσχέτιση της άποψης του που οφείλεται η υποστελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού και του ποιος είναι ο κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης της υποστελέχωσης διατηρώντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αιτιών της υποστελέχωσης του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό και των παραγόντων, που πρέπει να καθορίζουν το ύψος του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία (Πίνακας 11), ($p<0,001$). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι η υποστελέχωση του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό οφείλεται στις διαρροές από το επάγγελμα, στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος, στην έλλειψη προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες του συστήματος υγείας και στην απροθυμία των νέων να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα δήλωσαν συχνότερα πως ο τρόπος αντιμετώπισης της υποστελέχωσης είναι η γεωγραφική κατανομή του προσωπικού.

Πίνακας 11. Σχέση μεταξύ των αιτιών της υποστελέχωσης του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό και των τρόπων αντιμετώπισης της υποστελέχωσης.

| | Τρόποι αντιμετώπισης της υποστελέχωσης | | |
|---|--|--|-----------------|
| | Γεωγραφική ανακατανομή προσωπικού | Ανακατανομή προσωπικού μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων | Όλα τα παραπάνω |
| Στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος | 0 (0,0) | 42 (100,0) | 0 (0,0) |
| Στις διαρροές από το επάγγελμα, στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος, στην έλλειψη προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες του συστήματος υγείας και στην απροθυμία των νέων να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα | 12 (50,0) | 3 (12,5) | 9 (37,5) |

Έλεγχος χ^2 , $p < 0,001$

Συσχέτιση 7: Συσχέτιση της άποψης στο που οφείλεται η υποστελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού και του ποιος είναι ο κατάλληλος τρόπος να καθορίζεται το ύψος του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αιτιών της υποστελέχωσης του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό και των τρόπων αντιμετώπισης της υποστελέχωσης

(Πίνακας 12), ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που δήλωσαν πως η υποστελέχωση του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό οφείλεται στις διαρροές από το επάγγελμα, στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος, στην έλλειψη προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες του συστήματος υγείας και στην απροθυμία των νέων να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα δήλωσαν συχνότερα πως το ύψος του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία πρέπει καθορίζεται με προσδιορισμένο αριθμό (numerus clausus).

Πίνακας 12. Σχέση μεταξύ των αιτιών της υποστελέχωσης του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό και του καθορισμού του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία

| | | Το ύψος του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία πρέπει να καθορίζεται | | |
|--|---|---|--|-----------------|
| | | Βάσει προσφοράς και ζήτησης | Με προσδιορισμένο αριθμό (numerus clausus) | Όλα τα παραπάνω |
| Η υποστελέχωση του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό οφείλεται | Στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 42 (100,0) |
| | Στις διαρροές από το επάγγελμα, στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος, στην έλλειψη προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες του συστήματος υγείας και στην απροθυμία των νέων να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα | 10 (41,7) | 11 (45,8) | 3 (12,5) |

Έλεγχος χ^2 , $p < 0,001$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρουσίαση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της έρευνας αποδεικνύεται ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας εμφανίζει σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Στη μελέτη υπήρξε ομοφωνία σχετικά με την επιτακτική ανάγκη αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού ενώ ο καθορισμός του αρίστου μεγέθους νοσηλευτών τόσο βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων όσο και βάσει κλινών και ιατρών αποτέλεσε σημείο εμφανών αντιθέσεων μεταξύ των συμμετεχόντων στη μελέτη. Σίγουρα αυτό επηρεάζεται από το γεγονός ότι το δείγμα προερχόταν από το χώρο της νοσηλευτικής και κατ' επέκταση οι δυσχέρειες στην εκτέλεση των καθηκόντων και η αδιαμφισβήτητη επαγγελματική κόπωση, που έχει επιφέρει η παρούσα κατάσταση, επηρέασε την εκτίμησή τους ως προς αυτή την κατεύθυνση.

Η αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών έτυχε μεγάλης αποδοχής από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, συνηγορώντας υπέρ της επέκτασης των καθηκόντων των νοσηλευτών σε όλες τις προτεινόμενες υπηρεσίες (συνταγογράφηση, πρόληψη, διαχείριση χρονίως πασχόντων και ανάγνωση και ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων). Παρόλα αυτά η επέκταση των καθηκόντων και η υποκατάσταση στους προαναφερθέντες τομείς ιατρών από νοσηλευτές προσκρούει στο ζήτημα της υποστελέχωσης και της έντονης δυσαναλογίας των δύο ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα να καθιστά την εισαγωγή τέτοιων παρεμβάσεων προς το παρόν δυσχερή. Εν τούτοις, μια τέτοια παρέμβαση αποδεικνύεται ότι θα διεύρυνε τους επαγγελματικούς και επιστημονικούς ορίζοντες του επαγγέλματος, αποτελώντας κίνητρο για την ενασχόληση με το αντικείμενο και παρέμβαση για την αντιμετώπιση του φαινομένου της υποπροσφοράς.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στη μελέτη ισχυρίστηκε ότι η αναλογία ΠΕ νοσηλευτών προς ΤΕ νοσηλευτές οφείλει να αλλάξει υπέρ αυτών με πανεπιστημιακή εκπαίδευση, γεγονός που υποδηλώνει την άποψή τους ότι η ποιότητα των υπηρεσιών σχετίζεται άμεσα με την εκπαίδευση. Παρόλα αυτά, ενώ κατά ομοφωνία συμφώνησαν υπέρ εκπαιδευτικών προγραμμάτων δεν θεώρησαν ότι αυτά δύνανται να αναβαθμίσουν νοσηλευτές ΔΕ και ΥΕ σε ΤΕ ή ακόμα και ΠΕ, θεωρώντας ίσως ότι η βασική τους εκπαίδευση δεν είναι επαρκής και ούτε μπορεί να καλυφθεί με προγράμματα training on the job. Η περιοδική πιστοποίηση, η οποία θα συνδέεται με την ανανέωση της άδειας εργασίας, βρήκε θετική την πλειοψηφία του δείγματος.

Τέλος, δεδομένων των περιορισμένων πόρων και της αδυναμίας αύξησης του υγειονομικού προσωπικού, οι συμμετέχοντες εμπειρογνώμονες συνέκλιναν στο ό,τι τα προβλήματα, που αναλύθηκαν προηγουμένα, μπορούν να επιλυθούν εν μέρει μέσω της ανακατανομής του υπάρχοντος προσωπικού με κριτήριο το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης και των κλινών των νοσοκομείων. Παρά ταύτα, η παραπάνω πρόταση δεν δύναται να αποτελέσει παρά μόνον προσωρινή λύση καθώς το φαινόμενο της υποστελέχωσης είναι αρκετά εκτεταμένο και μεγάλης έκτασης.

Τα ευρήματα της μελέτης συμφωνούν σημαντικά με τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών, τα οποία υποδηλώνουν προβλήματα υποστελέχωσης στην Ελλάδα αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

Αρχικά, στην έρευνα του Σκρουμπέλου (2012) και των συνεργατών του βλέπουμε κοινά ποσοστά δυσαρέσκειας των νοσηλευτών σχετικά με το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει το σύστημα είτε βάσει του πληθυσμού είτε βάσει των διαθέσιμων κλινών είτε βάσει του αριθμού των ιατρών. Στα ίδια αποτελέσματα κυμαίνεται και η έρευνα του Μυριανθεύς (2011) και των συνεργατών του σχετικά με την υποστελέχωση στην Ελλάδα, δίνοντας βάση στα τμήματα της ΜΕΘ όπου οι νοσηλευτές είναι απαραίτητοι για την παροχή σωστής εντατικής φροντίδας.

Σχετικά με την έρευνα των Μαλλίδου & Giovannetti (2005) βλέπουμε ότι υπάρχουν προβλήματα υποστελέχωσης εκτός από την Ελλάδα και στην Δ. Ευρώπη (Αγγλία, Γερμανία, Σκωτία), τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Pennsylvania) και τον Καναδά (Alberta, Βρετανική Κοινοπολιτεία, Ontario) όπου τα ευρήματα σχετίζονται με τη θνησιμότητα, την αποτυχία διάσωσης, τα ανεπιθύμητα κλινικά συμβάντα και την ποιότητα φροντίδας. Σύμφωνα με την έρευνα οι σημαντικότεροι παράγοντες που επιδρούν σε αυτά τα κλινικά αποτελέσματα είναι η στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων με ανεπαρκή αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, και ιδιαίτερα με νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Στη συγκεκριμένη μελέτη βλέπουμε ότι η πλειοψηφία θεωρεί άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού την αντιστοιχία 3-3.5 νοσηλευτές/κλίνη και 3-3.5 νοσηλευτές/ιατρό ενώ σύμφωνα με την ανασκόπηση της Μαλλιαρού και των συνεργατών της (2008), το διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών προτείνει 4 ασθενείς ανά 1 νοσηλευτή και τονίζει ότι αυξάνοντας το φόρτο εργασίας σε 6 θεωρεί αξιόπιστο το ποσοστό 4 νοσηλευτών ανά 1 γιατρό

Οι τρέχουσες οικονομικές εξελίξεις καθιστούν προφανείς προτάσεις αύξησης του δυναμικού και πόσο μάλλον τριπλασιασμού του, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης. Παρόλα αυτά, οφείλεται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην οργάνωση και διοίκηση των παραγωγικών συντελεστών εργασίας καθώς τα συστήματα υγείας και -κυρίως- το ελληνικό είναι τόσο εντάσεως εργασίας όσο και εξάρτησης εργασίας και το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το σημαντικότερο πυλώνα διατήρησης ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος. Ειδικότερα, οι τρέχουσες και επικείμενες μεταρρυθμίσεις οφείλουν να κινηθούν προς την αναγνώριση του έργου των νοσηλευτών και των συνθηκών κάτω από τις οποίες αυτό διεκπεραιώνεται και να ληφθούν μέτρα προς αντιστάθμιση άνισων κατανομών και ικανοποίησης, τόσο του προσωπικού, όσο και των ασθενών σε περιοχές όπου εμφανίζονται ελλείψεις νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλά πρότυπα στελέχωσης και τροποποιημένης εβδομαδιαίας εργασίας, με πλέον διαδεδομένο το 12ωρο ωράριο σύμφωνα με τα άρθρα των Κορομπέλη 2010 και 2012, Μαλλιαρού 2008 και Axelsson 2005. Το κύριο επιχείρημα για την υιοθέτησή του αναφέρεται στο γεγονός ότι προκύπτουν περισσότερες ημέρες ανάπαυσης για τον εργαζόμενο. Στην Ελλάδα, η οργάνωση των ωραρίων είναι συνήθως ακανόνιστη και ταχέως εναλλασσόμενη. Η στελέχωση γίνεται εμπειρικά και καλύπτει μόνο βασικές ανάγκες φροντίδας, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις και τις προσωπικές ανάγκες των νοσηλευτών. Επιπλέον, παράγοντες όπως η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών, η διαθεσιμότητα εξειδικευμένου εξοπλισμού και προμηθειών για την παροχή της αναγκαίας φροντίδας, η οικογενειακή συμμετοχή και η χρήση κατευθυντήριων γραμμών στελέχωσης στο μέτρο του δυνατού, είναι κρίσιμης σημασίας και πρέπει να εξετάζονται συμπληρωματικά για την ασφαλή στελέχωση των τμημάτων, έτσι ώστε όλοι να λαμβάνουν υψηλής ποιότητας φροντίδα.

Το κόστος για επαρκή στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτές δε φαίνεται να υπερβαίνει το κόστος αντιμετώπισης δυσμενών επιπλοκών, όπως η αύξηση των νοσοκομειακών λοιμώξεων και το ποσοστό θνησιμότητας (Βλαχιώτη, 2011). Σαφέστατα, μεμονωμένα κάθε νοσηλευτής δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της υποστελέχωσης. Τώρα, όμως περισσότερο από κάθε άλλη φορά, οφείλουμε να είμαστε, αν και λίγοι, οι καλύτεροι, οι ειδικοί, οι έμπειροι.

Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Νοσηλευτών προτείνει να καθιερωθούν και να βελτιωθούν τα πρότυπα νοσηλευτικής στελέχωσης (Βλαχιώτη, 2011). Ο κανονισμός αυτός απαιτεί τη δημιουργία ενός νόμιμα συγκροτημένου σώματος που θα καταγράψει σε ενιαίο αρχείο όλους τους νοσηλευτές και θα καθορίζει τα πρότυπα και τις οδηγίες για την νοσηλευτική εκπαίδευση, πρακτική και συμπεριφορά.

Τέλος, εκτός των προβλημάτων που προκαλεί η υποστελέχωση από το συνδυασμό των παραμέτρων που προηγήθηκαν, το φαινόμενο προκαλεί δυσχέρεια στην εκτέλεση των καθηκόντων των νοσηλευτών, επαγγελματική κόπωση, μη ικανοποίηση από την άσκηση του επαγγέλματος καθώς και αναντιστοιχία αμοιβών και παραγόμενου προϊόντος. Ως εκ τούτου έμμεσα η παρούσα κατάσταση αποτελεί αντικίνητρο ενασχόλησης των νέων με το λειτούργημα του νοσηλευτή, με αποτέλεσμα την υποπροσφορά αντίστοιχου εργατικού δυναμικού και την περεταίρω τροφοδότηση της υπερβάλλουσας ζήτησης.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σε λειτουργικό επίπεδο είναι ευθύνη των διευθυντικών στελεχών να προτείνουν τα κατάλληλα ποσοστά νοσηλευτών όλων των βαθμίδων για τη διασφάλιση της ποιότητας και τον συνδυασμό τους σε ένα περιβάλλον προσφοράς και ζήτησης. Τα περιβάλλοντα φροντίδας υγείας ποικίλλουν, αλλά η ανάγκη για επαρκές προσωπικό είναι κοινή.

Η αριθμητική σύνθεση των εργαζομένων και η μεταξύ τους αναλογία στις υγειονομικές μονάδες σε διεθνές επίπεδο βασίζεται πλέον πάνω σε αυστηρά νομικά πλαίσια που όμως παρά τις νομοθετικές ρυθμίσεις ακόμη γίνεται προσπάθεια να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα για την ασφαλή χορήγηση της φροντίδας. Στην Ελλάδα χρειάζεται να γίνουν ρυθμίσεις, που αφορούν τόσο στη ρύθμιση των αναλογιών των εργαζομένων, όσο και στη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών εργασίας, ώστε οι νοσηλευτές να μην εμφανίζονται δυσαρεστημένοι και επαγγελματικά εξουθενωμένοι και τελικά καταφεύγουν στον επαναπροσδιορισμό της επαγγελματικής τους ιδιότητας ή στην απασχόληση με την εκπαίδευση και τη διοίκηση και όχι την κλινική πράξη.

Η φροντίδα των ασθενών εξασφαλίζεται μέσω της ύπαρξης ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος για το προσωπικό υγείας. Η ποιότητα φροντίδας σχετίζεται άμεσα με την

επαρκή στελέχωση με νοσηλευτές, την καταγραφή στατιστικών στοιχείων σε όλα τα νοσοκομεία και την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος (Μαλλιαρού 2008).

Συμπερασματικά, είναι απαραίτητη η άμεση αντιμετώπιση της υποστελέχωσης των νοσοκομείων με προτεραιότητες παρέμβασης σε σημαντικά σημεία, όπως είναι η θεσμική ρύθμιση διακριτών αρμοδιοτήτων των νοσηλευτών, η υποχρεωτική νομοθεσία σχεδίων στελέχωσης, η συνεχής και συστηματική καταγραφή των αναγκών των μονάδων υγείας για την έγκαιρη πρόβλεψη των αναγκαίων θέσεων εργασίας.

Επίσης, είναι αναγκαία η ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης των διαρροών του επαγγέλματος και αποτελεσματικής διαχείρισης του πρόσφατα αυξημένου ενδιαφέροντος για νοσηλευτική εκπαίδευση (κίνητρα προσέλκυσης και απορρόφησης νέων νοσηλευτών στο σύστημα υγείας), καθώς και για τη διεξαγωγή ερευνητικών μελετών σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ ικανοποιητικής στελέχωσης, παραγωγικότητας, ποιότητας νοσηλευτικού έργου και αυξημένων δαπανών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Ανδρέου Α & Παπακωνσταντίνου Γ. Εξουσία και οργάνωση-διοίκηση του εκπαιδευτικού συστήματος. Εκδόσεις Νέα Σύνορα -Λιβάνη, Αθήνα 1994.

Βαξεβανίδου Μ & Ρεκλείτης Π. Management Ανθρώπινων Πόρων. Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα 2008

Βλαχιώτη Ε, Δούσης Ε & Μάτζιου Β. Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση σε παιδιατρικά νοσοκομεία Νοσηλευτική 2001, 50(2): 177-184

Ζαβλανός Μ. Μάνατζμεντ, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998.

Κάντας Α. Οργανωτική ψυχολογία, Επιλογή- Αξιολόγηση Προσωπικού. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1998.

Κληροδέτης Θ & Τσιμπουκάι Μ. Οργανωσιακή δικαιοσύνη και επιλογή προσωπικού. HR Professional 2008, Τεύχος 43

Κοπανιτσάνου Π & Μπροκαλάκη Η. Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων Νοσηλευτική 2009, 48(1): 50–57

Κορομπέλη Α. Οι επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου σε νοσηλευτικό προσωπικό. Υγιεινή & Ασφάλεια της εργασίας 2012, 49: 19

Κορομπέλη Α, Σουρτζή Π. Οργάνωση του κυκλικού ωραρίου εργασίας σε υπηρεσίες υγείας για τη μείωση των επιπτώσεών του στους εργαζόμενους. Νοσηλευτική 2010, 49:131–140

Λαζάρου Π, Οικονομοπούλου Χ. Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Νοσηλευτική 2007, 46:199–214

Λανάρα Β. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Αθήνα 2004. Β' έκδοση.

Μαλλιάρου Μ, Καραθανάση Κ, Σαράφης Π. Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: μία συστηματική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2008; 1(1): 40-48.

Μαλλίδου Α, Giovannetti Ρ. Κλινικά αποτελέσματα ασθενών εξαρτώμενα από οργανωτικά χαρακτηριστικά και στελέχωση νοσηλευτών- Μέρους ΙΙ. Νοσηλευτική 2005, 44 (2): 212-222

Μάντζαρης Γ. Σύγχρονη οργάνωση και διοίκηση. Εκδόσεις Β. Γκούρδας, Αθήνα 2003

Μπουραντάς Δημήτρης. Μάνατζμεντ. Εκδόσεις ΜΠΕΝΟΣ, Αθήνα 2001.

Μπουραντάς Δ. Μάνατζμεντ- θεωρητικό υπόβαθρο & σύγχρονες πρακτικές. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα 2002

Μπουραντάς Δημήτρης. Ηγεσία Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας. Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ Α.Ε, Αθήνα 2005

Μπουραντάς Δ. & Παπαλεξανδρή Ν. Εισαγωγή στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα 1998.

Μυριανθούς Π, Μπούτζουκα Ε, Φιλντίσης Γ, Μπαλτόπουλος Γ, Τσιμογιάννη Α, Λαδάκης Χ. Στελέχωση πολυδύναμων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας: Παρούσα κατάσταση. Πνεύμων 2001, 14 (1): 38-46

Ξένος Δ. Συστήματα Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού Για εφαρμογή σε επιχειρήσεις και Δημόσιους Οργανισμούς. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003

Παπαλεξανδρή Ν & Μπουραντάς Δ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα 2003

Ποζιός Ι.& Γ. Παπανίκος, Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων. Εκδόσεις ΑΙΑΣ, Αθήνα 1993.

Σαΐτης Χ. Οργάνωση και Διοίκηση της Εκπαίδευσης-Θεωρία και Πράξη. Αυτοέκδοση, Αθήνα 2008.

Σκουλάς Ν & Οικονομάκη Κ. Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων, Οι συνεντεύξεις με τους υποψηφίους. Εκδόσεις Δ & Γ Καλοφωλιάς, Αθήνα 1998

Σκρουμπέλος Α, Δάγλας Α, Σκουτέλης Δ, Κυριόπουλος Γ. Το Νοσηλευτικό Προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις. 5ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού συνεδρίου της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας. Κέρκυρα 2012.

Στειακάκης Ε. & Κατζός Ν. Management, μία σύγχρονη άποψη. Εκδόσεις Ζήτη, Θεσσαλονίκη 2002

Χολέβας Γ. Οργάνωση και Διοίκηση (Management). Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα 1995.

Χυτήρης Λ. Οργανωτική Συμπεριφορά.. Η Ανθρώπινη Συμπεριφορά σε Οργανισμούς και Επιχειρήσεις. Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα 1996.

Χυτήρης Λ. Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, Επιλογή υποψηφίων . Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα 2001

Ξενόγλωσση

Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, Spetz J, Smith HL. Implications of the California nurse staffing mandate for the states. *Health Services Research*, 2010, 45(4):904-921.

Armstrong M.. Strategic human resource management: a guide to action, London: Kogan Page 2000

Averill C, Fairbrother M. Developing a statewide patient classification system. *Nurs Adm Q* 2000, 24:29–35

Axelsson J. Long shifts, short rests and vulnerability to shift work. Department of Psychology, Stockholm University, National Institute of Psychosocial Medicine, Stockholm, 2005

CAN (2003). Staffing decisions for the delivery of safe nursing care.

Corbridge M. & Pilbeam S. Employment Resourcing, UK: Prentice Hal 1998

Descoin C & Βιταντζάκης N (1993). Επιλογή Προσωπικού, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Harrington C. Nurse staffing in nursing homes in the United States, part 2. *J Gerontol Nurs* 2005, 31:9–15

Heneman H, Judge T. Staffing organizations. *Ηνωμένες Πολιτείες* 2006. Η Έκδοση.

Hersey P. & Blanchard H.K. & Johnson E.D. Management of organizational Behavior Utilizing Human Resources, 7th edition, New Jersey: Prentice Hal, 1996

Huang F. A primary shift rotation nurse scheduling using zero-one linear goal programming. *Comput Nurs* 1999, 17:135–144

Hurst K. Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams. Nuffield Institute for Health, Leeds University, Leeds, 2002

International Council of Nurses, 2007. Positive Practice Environments Workplace = Quality Patient Care. ICN, Geneva.

Jackson S & Schuler R (2003). Managing Resources through strategic partnerships. Thomson South- Western 8th edition

Jacquet – Lagréze E. and Siskos Y., (1982), Assessing a set of additive utility functions for multicriteria decision making. European Journal of Operational Research, Vol.10, No 2, p. 151-164

Kane R.L, Shamliyan,T, Mueller C, Duval, S, Wilt,T (2007). Nursing Staffing and quality of patient care. Evidence Report/ Technology Assessment

Kim YM, June KJ, Cho SH (2005). Factors related to nurse staffing levels in tertiary and general hospitals. Journal of Korean Academy of Nursing, 35(8):1493-1499.

Lundgren S, Segesten K. Job satisfaction in relation to change to al-RN staffing. J Nurs Manag 2005, 13:322–328

Main Council of Nursing and Midwifery. Preliminary assessment of nurse and midwife staff resources in Poland by 2010. Warsaw, June 2010

McGillis Hal, L. Strategies employed to rebuild nursing following restructuring: Canadian perspectives. Journal of Research in Nursing 2005; 10(1): 57-64.

New south Wales Nurses Association (2010). What is the nurse staff ratio claim.

OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

OECD Health data Database, Version October 2010

Polychroniou V. P.Human resources management theory & practice: the impact on modern organizations, Advances in management volume no.1 (4), 2008

Riggio R (2003). Introduction to Industrial/Organizational Psychology, California 4th edition

Robertson I & Kandola R Work sample tests: validity,adverse impact and applicant reaction. Journal of Occupational Psychology (1982), 55, p 171-183

Robertson, I. T., & Smith, M. Personnel selection. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2001, 74: 441–472.

Royal College of Nursing (2012). *Mandatory Nurse Staffing Levels, Policy briefing*, March 2012, London, UK.

Sherman A, Bohlander G, Snell S (1998) *Managing Human Resources*, Western College Publishing 11th edition

Simeons S, Villeneuve M, Hurts J (2005). *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*, Paris:OECD.

Swansburg RS, Swansburg RJ. Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. Μετάφραση Ανδρέας Σοκοδήμος, 2^η έκδοση. Εκδόσεις Λαγός Δ, Αθήνα, 1999:123–163

Welton J, Unruh L, Haloran E. Nurse staffing, nursing intensity, staff mix and direct nursing care costs across Massachusetts hospitals. *JONA* 2006, 36:416–425

Wojcik G, Sienkiewicz Z, Wronska I (2007). Occupational migration of nursing staff as a new challenge for health care system. *Nursing Topics*. 2-3 (15): 120-127.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: ΆΔΕΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ ΤΑ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΣΥΜΒΟΥΛΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΙΟΙΚΗΤΕΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

2

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
Λ.ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 154 11527
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
Πληρ.: Ειρ. Τόλη
Τηλ.: 2132032158

Αθήνα 13/5/14

Αρ. Γρωτ. 12101

✓ ΠΡΟΣ
κ. Ελένη Παράσχου
Ευγενίδη 1, 171 21 Ν. Σμόρνη

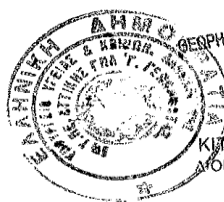
Θέμα: «Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης».

Σε απάντηση της 5861/6-3-2014 αιτήσεως σας, σας γνωρίζουμε ότι το
Επιστημονικό Συμβούλιο στην αριθμ. 5^η /10-4-2014 τακτική συνεδρίαση του,
ομόφωνα ενέκρινε την διανομή ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης
της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα: «Η στελέχωση με νοσηλευτικό
προσωπικό των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα».

Με το εν λόγω θέμα είναι σύμφωνη και η Διευθύντρια της
Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Γ. Νταβώνη, δεδομένου ότι το Νοσοκομείο δεν
θα επιβαρυνθεί οικονομικά και υπό την προϋπόθεση της τήρησης και της
προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ ΑΡΓΥΡΩ



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

ΚΥΤΡΙΔΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

Κοινοποίηση:
Τμήμα Γραμματείας



Από: Διοίκηση Νοσοκομείου
Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας,
Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
Πληροφορίες: ΜΑΝΤΩ ΒΙΓΓΑΕΖΟΠΟΥΛΟΥ
Τηλέφωνο: 213 2058876
E-mail: poiotita@sismanoglio.gr

Ημερομηνία: 25/09/2014

Αρ. Πρωτ.: 93991/969-14

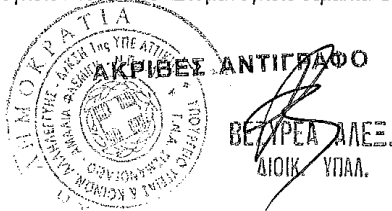
ΠΡΟΣ: Ελένη Παράσχου
Φοιτήτρια ΜΠΣ «Διοίκηση Υπηρεσιών και Διαχείριση Κρίσεων» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Ευγενίδη 1
171 21 ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ ΑΤΤΙΚΗΣ
elenaparaschou@gmail.com

Θέμα : Έγκριση διενέργειας έρευνας
Σχετ : α) η με 25/05.09.2014 θ. 22 ΗΔ απόφαση Δ.Σ. Νοσοκομείου
β) η με αρ. 40/31.07.2014 Θ. 1 ΗΔ (αρ. πρωτ. 19289/07.08.2014) απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου «Σισμανόγλειο»
γ) η με αρ. πρωτ. 9412/16.04.2014 αίτησή σας

Με την (α) σχετική απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΝΑ «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ» και του διασυνδεδεμένου σε αυτό Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης, μετά από θετική γνωμοδότηση (σχετικό β) του Επιστημονικού Συμβουλίου επί της (α) σχετικής αίτησης, εγκρίθηκε η χορήγηση άδειας διανομής δομημένου ερωτηματολογίου στο προσωπικό του Νοσοκομείου μας, στο πλαίσιο των υποχρεώσεών σας, ως Φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα «Η στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα».

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81^Α) περί Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, όπως τροποποιήθηκε με τον Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/τ. Α'/9-2-2007) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το ΥΥΚΑ και λοιπές διατάξεις» και με τον Ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129/τ. Α'/3-8-2010) «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» αρ. 9 παρ 3 περ. β και ε «...Στις αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου περιλαμβάνονται:....ε) Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.»

Με το πέρας της έρευνας παρακαλείσθε να καταθέσετε αντίγραφο της εργασίας στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Στη μελέτη να αναφέρεται ως πηγή των δεδομένων η Νοσοκομειακή Μονάδα «Σισμανόγλειο» του ΓΝΑ «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ» ΝΠΔΔ.



Ο Αναπληρωτής Διοικητής
Νοσοκομειακή Μονάδα «Σισμανόγλειο»

Γεώργιος Σμέρος

Εσωτερική Διανομή

1. Επιστημονικό Συμβούλιο
 2. Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
- τε/με/έγκριση ΔΣ ΠΑΡΑΣΧΟΥ/2014

Παράρτημα ΙΙ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου και πραγματεύεται θέματα όπως είναι ο ορισμός και το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού, η ποσοτική σχέση μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών και μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ-νοσηλευτών ΤΕ, η δυνατότητα αναβάθμισης του νοσηλευτικού έργου και η εξεύρεση πιθανών λύσεων για την άρση δυσχερειών που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες υγείας.

Θεωρώντας την άποψή σας πολύ σημαντική στην διεξαγωγή της έρευνας, θα θέλαμε να αφιερώσετε λίγο από τον χρόνο σας ώστε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί (ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι 6 min).

Σημειώστε ένα Χ μπροστά ή πίσω από την απάντηση που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο στην κάθε ερώτηση.

1. Ποιοι κατά τη γνώμη σας περιλαμβάνονται με τον γενικό όρο προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος ;

- 1) Νοσηλευτές ΠΕ
- 2) Νοσηλευτές ΤΕ
- 3) Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ
- 4) Βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ
- 5) Βοηθητικό προσωπικό.ΥΕ
- 6) Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθητικό προσωπικό ΔΕ και ΥΕ
- 7) Μαίες ΤΕ
- 8).Φυσικοθεραπευτές ΤΕ
- 9) Όλα τα παραπάνω
- 10) Άλλο
- 11) ΔΓ/ΔΑ

2. Τι περιλαμβάνει κατά τη γνώμη σας ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος ;

- 1) Νοσηλευτές ΠΕ
- 2) Νοσηλευτές ΤΕ
- 3) Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ
- 4) Βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ
- 5) Βοηθητικό προσωπικό.ΥΕ
- 6) Όλα τα παραπάνω
- 7) ΔΓ/ΔΑ

3. Θεωρείτε ότι βάσει του πληθυσμού είναι επαρκές το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού.που διαθέτει το σύστημα **(3,4 /1000 κάτοικοι)**;

- 1) ΝΑΙ
- 2) ΟΧΙ
- 3) ΔΓ/ΔΑ

4. Αν ΟΧΙ, ποιο είναι κατά τη γνώμη σας το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με βάση τον πληθυσμό ;

- 1) 1,5 – 3 / 1000 κάτοικοι
- 2) 3 - 4,5 / 1000 κάτοικοι
- 3) 4,5 – 6 / 1000 κάτοικοι
- 4) 6 - 7,5 / 1000 κάτοικοι
- 5) 7,5 – 9 / 1000 κάτοικοι
- 6) 9 – 10,5 / 1000 κάτοικοι
- 7) 10,5 – 12 / 1000 κάτοικοι
- 8) 12 – 13,5 / 1000 κάτοικοι
- 9) 13,5 – 15 / 1000 κάτοικοι
- 10) >15./ 1000 κάτοικοι

5. Θεωρείτε ότι βάσει των διαθέσιμων κλινών είναι επαρκές το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού.που διαθέτει το σύστημα **(0,67/ κλίνη)**;

- 1) ΝΑΙ
- 2) ΟΧΙ
- 3) ΔΓ/ΔΑ

6. Αν ΟΧΙ, ποιο είναι κατά τη γνώμη το άριστο μέγεθος νοσηλευτικού προσωπικού.με κριτήριο των αριθμό κλινών;

- 1) 0,5 - 1 / κλίνη
- 2) 1 - 1,5 / κλίνη
- 3) 1,5 - 2 / κλίνη
- 4) 2 - 2,5 / κλίνη
- 5) 2,5 - 3 / κλίνη
- 6) 3 - 3,5 / κλίνη
- 7) 3,5 - 4 / κλίνη
- 8) 4 - 4,5 / κλίνη
- 9) 4,5 - 5 / κλίνη
- 10) > 5 / κλίνη

7. Θεωρείτε ότι βάσει του αριθμού των ιατρών είναι επαρκές το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει το σύστημα **(0,61/ ιατρό)**;

- 1) ΝΑΙ
- 2) ΟΧΙ
- 3) ΔΓ/ΔΑ

8. Αν ΟΧΙ, ποιο είναι κατά τη γνώμη σας το άριστο μέγεθος νοσηλευτικού προσωπικού με βάση τον αριθμό ιατρών;

- 1) 0,5 - 1 / ιατρό
- 2) 1 - 1,5 / ιατρό
- 3) 1,5 - 2 / ιατρό
- 4) 2 - 2,5 / ιατρό
- 5) 2,5 - 3 / ιατρό
- 6) 3 - 3,5 / ιατρό
- 7) 3,5 - 4 / ιατρό
- 8) 4 - 4,5 / ιατρό
- 9) 4,5 - 5 / ιατρό
- 10) > 5 / ιατρό

9. Θεωρείτε ικανοποιητική την ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και νοσηλευτών ΤΕ **(5,5% ΠΕ και 94,5% ΤΕ)**.

- 1) ΝΑΙ
- 2) ΟΧΙ
- 3) ΔΓ/ΔΑ

10. Αν ΟΧΙ, ποια κατά τη γνώμη σας είναι η βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ;

- 1) 10% ΠΕ και 90% ΤΕ
- 2) 20% ΠΕ και 80% ΤΕ
- 3) 25% ΠΕ και 75 % ΤΕ
- 4) 50% ΠΕ και 50% ΤΕ
- 5) 75% ΠΕ και 25% ΤΕ
- 6) 80% ΠΕ και 20% ΤΕ
- 7) 90% ΠΕ και 10% ΤΕ
- 8) Όλοι ΠΕ

- 9) Όλοι ΤΕ
- 10) ΔΓ/ΔΑ

11. Θεωρείτε ότι τίθεται ζήτημα επαναπροσδιορισμού του ρόλου και καταμερισμού εργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών;

- 1) ΝΑΙ
- 2) ΟΧΙ
- 3) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

12. Αν ΝΑΙ σε ποιους τομείς; (Παρακαλώ επιλέξτε το σπουδαιότερο)

- 1) Συνταγογράφηση
- 2) Πρόληψη
- 3) Διαχείριση χρονίως πασχόντων
- 4) Ανάγνωση και ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων
- 5) Όλα τα παραπάνω
- 6) Άλλο
- 7) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

13. Σε ποιους τομείς θεωρείτε ότι δύναται να οριοθετηθεί η συνταγογράφηση των νοσηλευτών; (Παρακαλώ επιλέξτε το σπουδαιότερο)

- 1) Υγειονομικό υλικό
- 2) Φάρμακα κοινής χρήσης
- 3) Φάρμακα για χρόνια νοσήματα
- 4) Παρακλινικές εξετάσεις
- 5) Παραπομπές σε ιατρούς
- 6) Όλα τα παραπάνω
- 7) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

14. Σε ποιους τομείς θεωρείτε ότι δύναται να οριοθετηθεί η εμπλοκή των νοσηλευτών στις υπηρεσίες πρόληψης; (Παρακαλώ επιλέξτε το σπουδαιότερο)

- 1) αγωγή και προαγωγή της υγείας
- 2) οδηγίες σε ασθενείς
- 3) οδηγίες για αυτοεκπαίδευση ασθενών και συγγενών
- 4) διαχείριση εγκεκριμένων πρωτοκόλλων προσυμπτωματικού ελέγχου
- 5) εμβολιασμός
- 6) όλα τα παραπάνω
- 7) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

15. Σε ποιους τομείς θεωρείτε ότι δύναται να οριοθετηθεί η εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων; (Παρακαλώ επιλέξτε το σπουδαιότερο)

- 1) διαχείριση πρωτοκόλλων
- 2) παρακολούθηση και ρύθμιση ασθενών
- 3) παραπομπή σε ιατρούς
- 4) οδηγίες για αυτοεκπαίδευση ασθενών και συγγενών
- 5) όλα τα παραπάνω
- 6) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

16. Δεδομένης της έλλειψης νοσηλευτών κατά πόσο συμφωνείτε με την εισαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης κατά την εργασία (training on the job) που θα παρέχει τη δυνατότητα στους ΥΕ και ΔΕ μετά από εξετάσεις και αξιολόγηση να ανέρχονται σε ανώτερες βαθμίδες;

- 1) Πολύ
- 2) Αρκετά
- 3) Μέτρια
- 4) Λίγο
- 5) Καθόλου
- 6) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

17. Κατά πόσο συμφωνείτε με την εισαγωγή υποχρεωτικού προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού;

- 1) Πολύ
- 2) Αρκετά
- 3) Μέτρια
- 4) Λίγο
- 5) Καθόλου
- 6) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

18. Κατά πόσο θεωρείτε ότι πρέπει να υφίσταται περιοδική πιστοποίηση επαγγελματικής δεξιότητας και γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο συνίσταται στην ανανέωση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος;

- 1) Πολύ
- 2) Αρκετά
- 3) Μέτρια
- 4) Λίγο

- 5) Καθόλου
- 6) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

19. Που οφείλεται κατά τη γνώμη σας η υποστελέχωση του συστήματος σε νοσηλευτικό προσωπικό;

- 1) στην απροθυμία των νέων να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα
- 2) στην έλλειψη προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες του συστήματος υγείας
- 3) στις διαρροές από το επάγγελμα
- 4) στην έλλειψη σχεδιασμού από το κράτος
- 5) σε όλα τα παραπάνω
- 6) σε κανένα από τα παραπάνω
- 7) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

20. Που θεωρείτε ότι οφείλονται οι διαρροές και η απροθυμία άσκησης του επαγγέλματος του νοσηλευτή;

- 1) αμοιβές
- 2) ικανοποίηση από την άσκηση του επαγγέλματος
- 3) επαγγελματική κόπωση
- 4) κοινωνική αναγνώριση
- 5) επιστημονική καταξίωση
- 6) όλα τα παραπάνω
- 7) κανένα απ τα παραπάνω
- 8) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

21. Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να καθορίζεται το ύψος του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία;

- 1) βάσει προσφοράς και ζήτησης
- 2) με προσδιορισμένο αριθμό (numerus clausus)
- 3) με οικονομικά κίνητρα και διαφοροποίηση αμοιβών βάσει γεωγραφικών κριτηρίων και νοσολογικών προτύπων
- 4) όλα τα παραπάνω
- 5) κανένα από τα παραπάνω
- 6) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

22. Δεδομένης της οικονομικής συγκυρίας και της αναγκαστικής μείωσης του ανθρώπινου δυναμικού πως θεωρείτε ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν ζητήματα υποστελέχωσης και διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας; (Παρακαλώ επιλέξτε το σπουδαιότερο)

- 1) γεωγραφική ανακατανομή προσωπικού
- 2) ανακατανομή προσωπικού μεταξύ 1^ο βάρδιας, 2^ο βάρδιας και 3^ο βάρδιας περιθαλψής
- 3) ανακατανομή προσωπικού μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων
- 4) υποκατάσταση ιατρών από νοσηλευτές
- 5) υποκατάσταση νοσηλευτών ΠΕ από ΤΕ
- 6) υποκατάσταση νοσηλευτών ΤΕ από ΔΕ και ΥΕ
- 7) όλα τα παραπάνω
- 8) κανένα από τα παραπάνω
- 9) Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ

Παράρτημα ΙΙΙ: ΑΔΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

5/11/2015

Gmail - Ερωτηματολόγιο ΕΣΔΥ



Elena Paraschou <elenaparaschou@gmail.com>

Ερωτηματολόγιο ΕΣΔΥ

Anastasis Skroubelos <skroubelos@gmail.com>

3 Ιουλίου 2013 - 1:21 μ.μ.

Προς: elenaparaschou@gmail.com

Αγαπητή κα. Παράσχου

Βεβαίως μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα που αναφέρεστε

Θα παρακαλούσα μόνον να γίνει το ανάλογο reference στην εργασία σας

Είμαι στη διάθεσή σας

Φιλικά,

Αναστάσης Σκρουμπέλος

—

Αναστάσιος Σκρουμπέλος

Οικονομολόγος της Υγείας

Επιστημονικός Συνεργάτης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Τομέας Οικονομικών της Υγείας


Λ.Αλεξάνδρας 196- Αθήνα 115 21

τηλ. 213-2010240

Fax: 210-6449571

E-mail: skroubelos@gmail.com askroumpelos@esdy.edu.gr

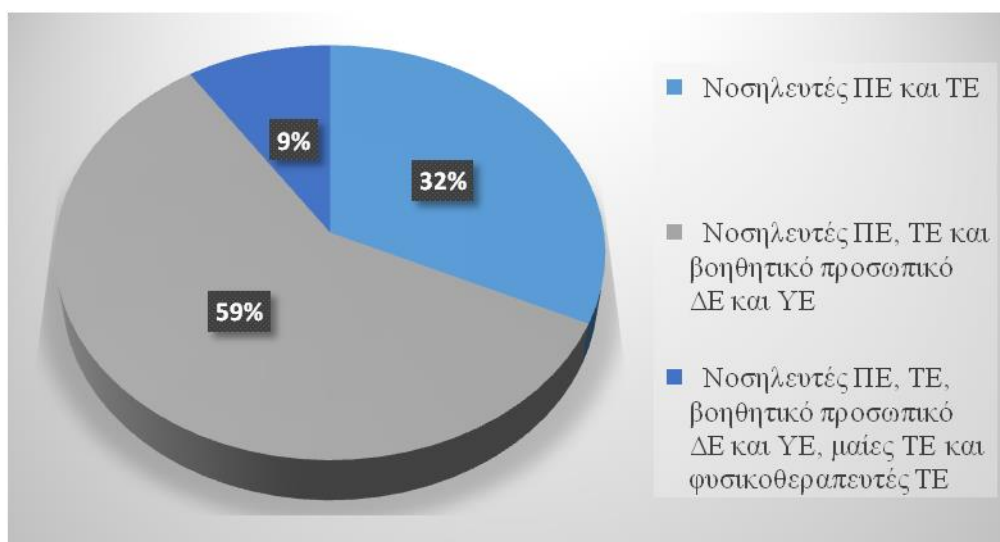
2 συνημμένα αρχεία

 νοσηλευτικό προσωπικό questions.docx
22K

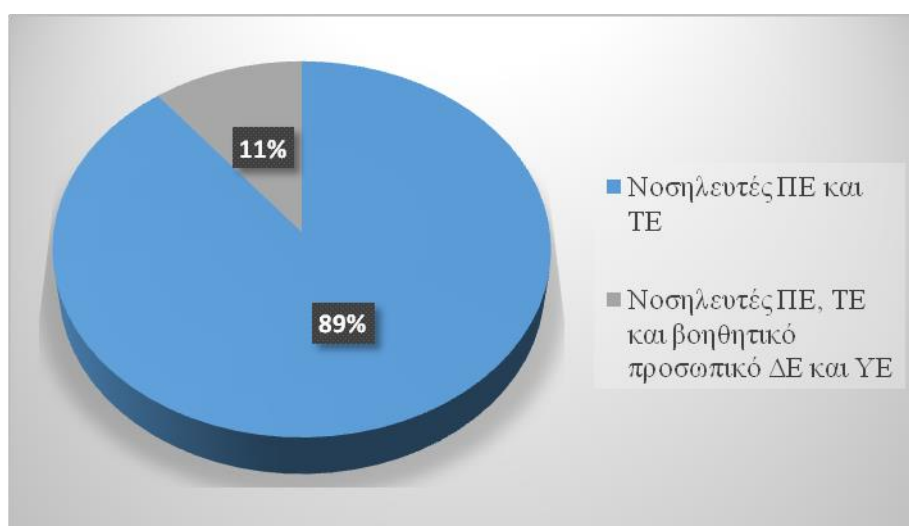
 expert panel results.pptx
1105K

Παράρτημα IV: Γραφήματα

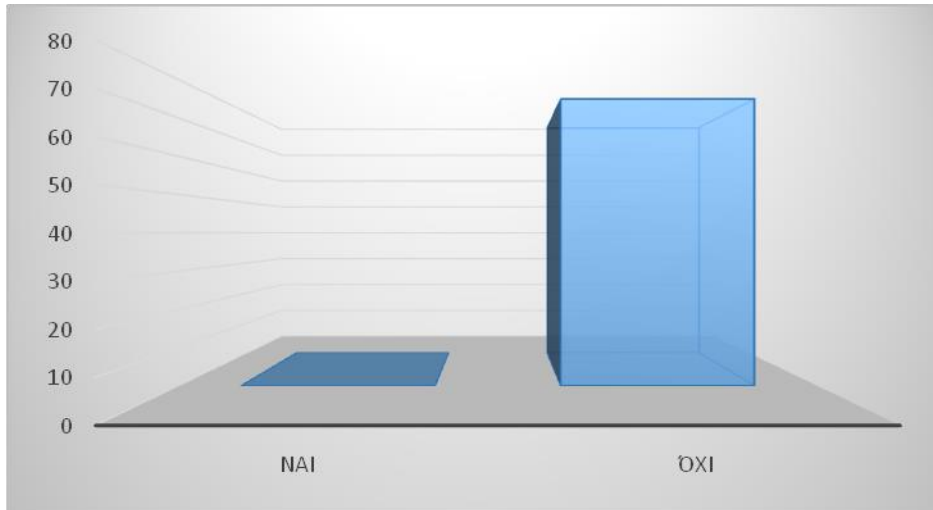
Στο παρόν Παράρτημα παρουσιάζονται τα γραφήματα, που αφορούν στις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη.



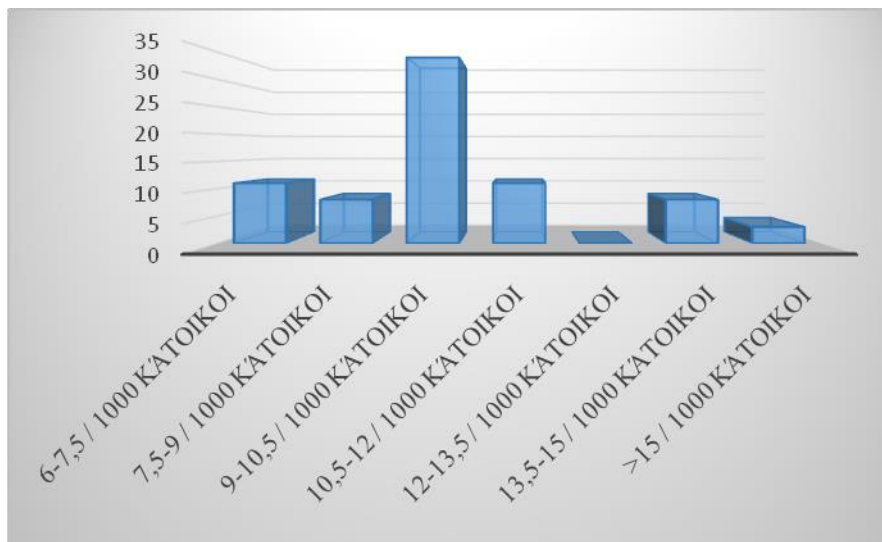
Εικόνα 1: Ο γενικός όρος «προσωπικό νοσηλευτικού επαγγέλματος»



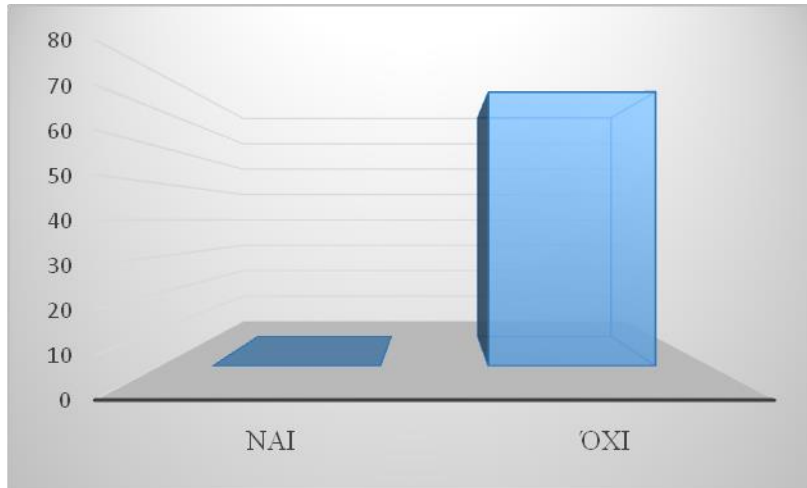
Εικόνα 2: Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος



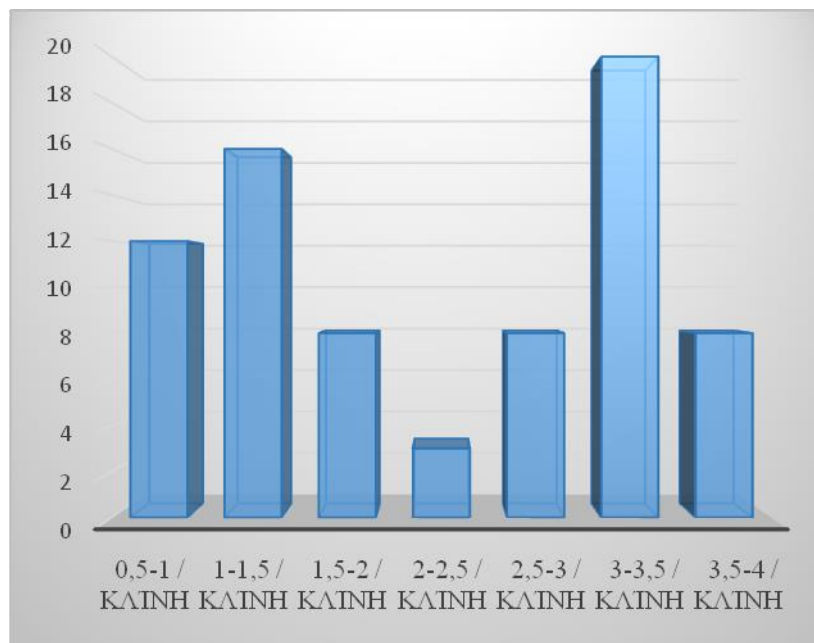
Εικόνα 3: Το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει το σύστημα είναι επαρκές βάσει του πληθυσμού



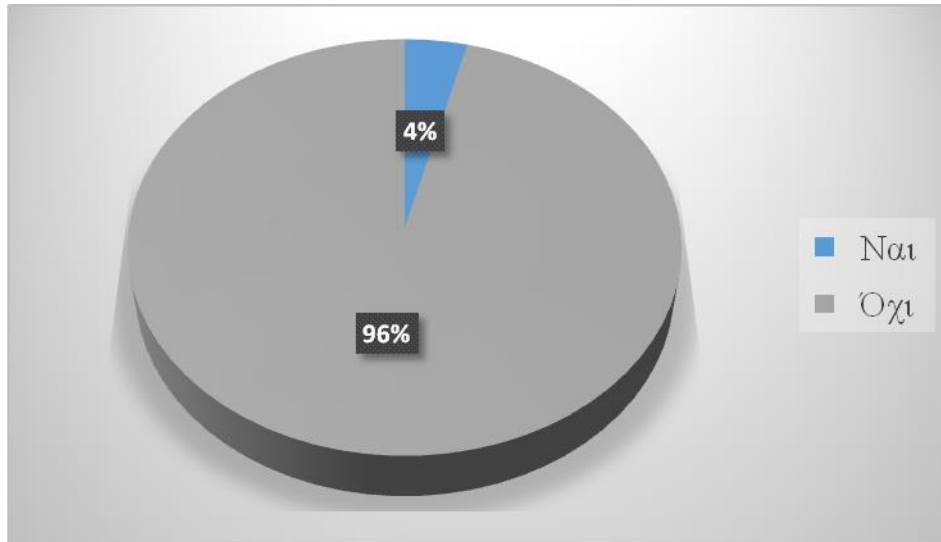
Εικόνα 4: Το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο τον πληθυσμό



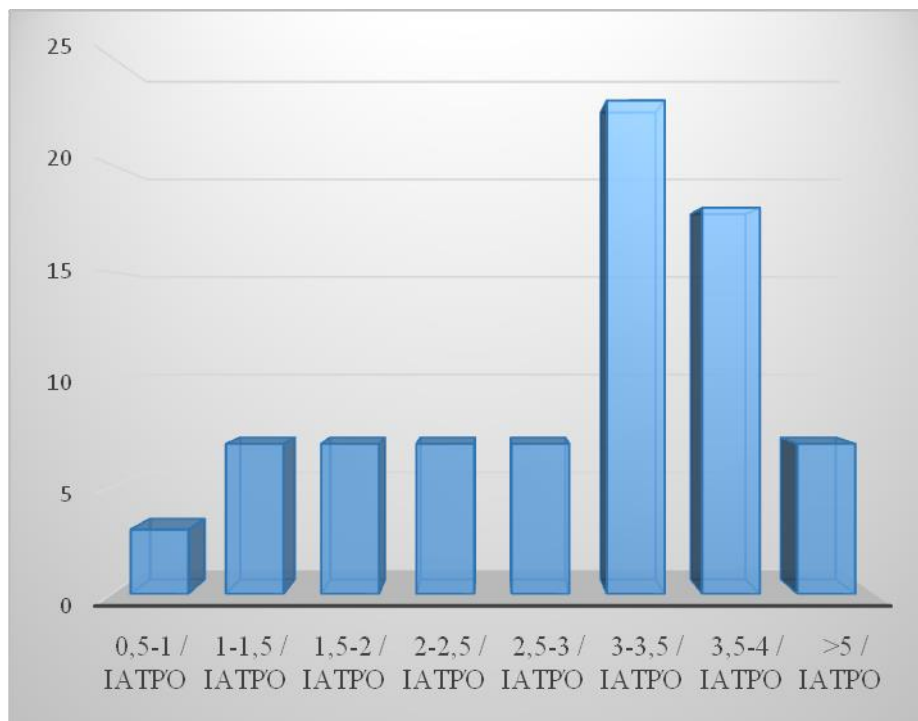
Εικόνα 5: Το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού, που διαθέτει το σύστημα, είναι επαρκές βάσει των διαθέσιμων κλινών



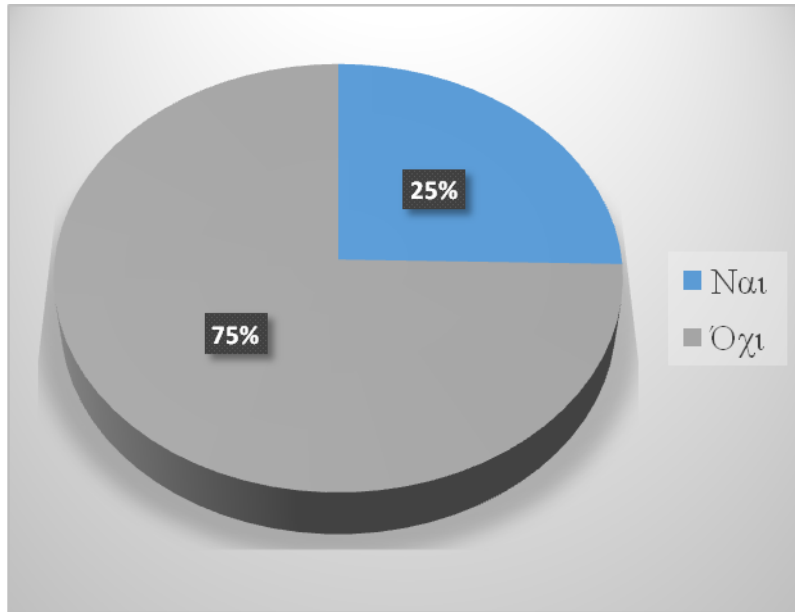
Εικόνα 6: Το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού βάσει των διαθέσιμων κλινών



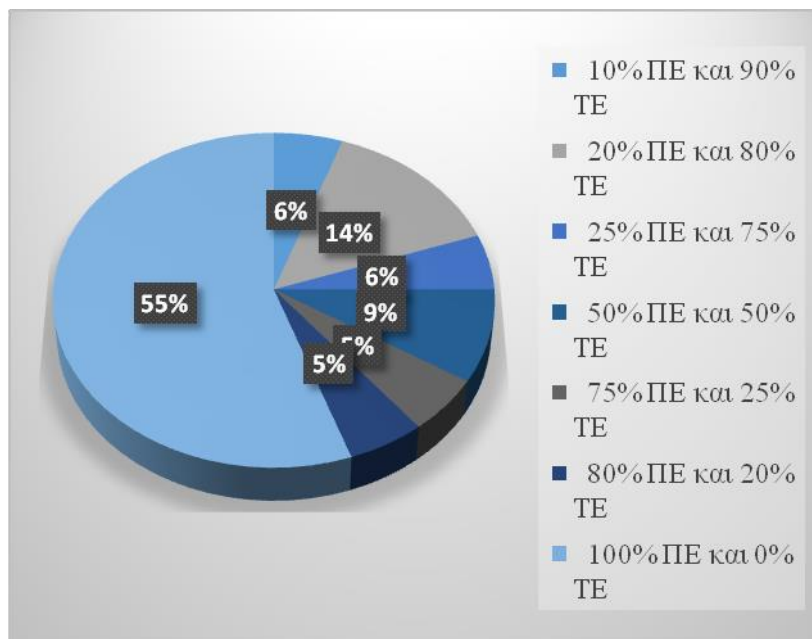
Εικόνα 7: Το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού, που διαθέτει το σύστημα, είναι επαρκές βάσει του αριθμού των ιατρών



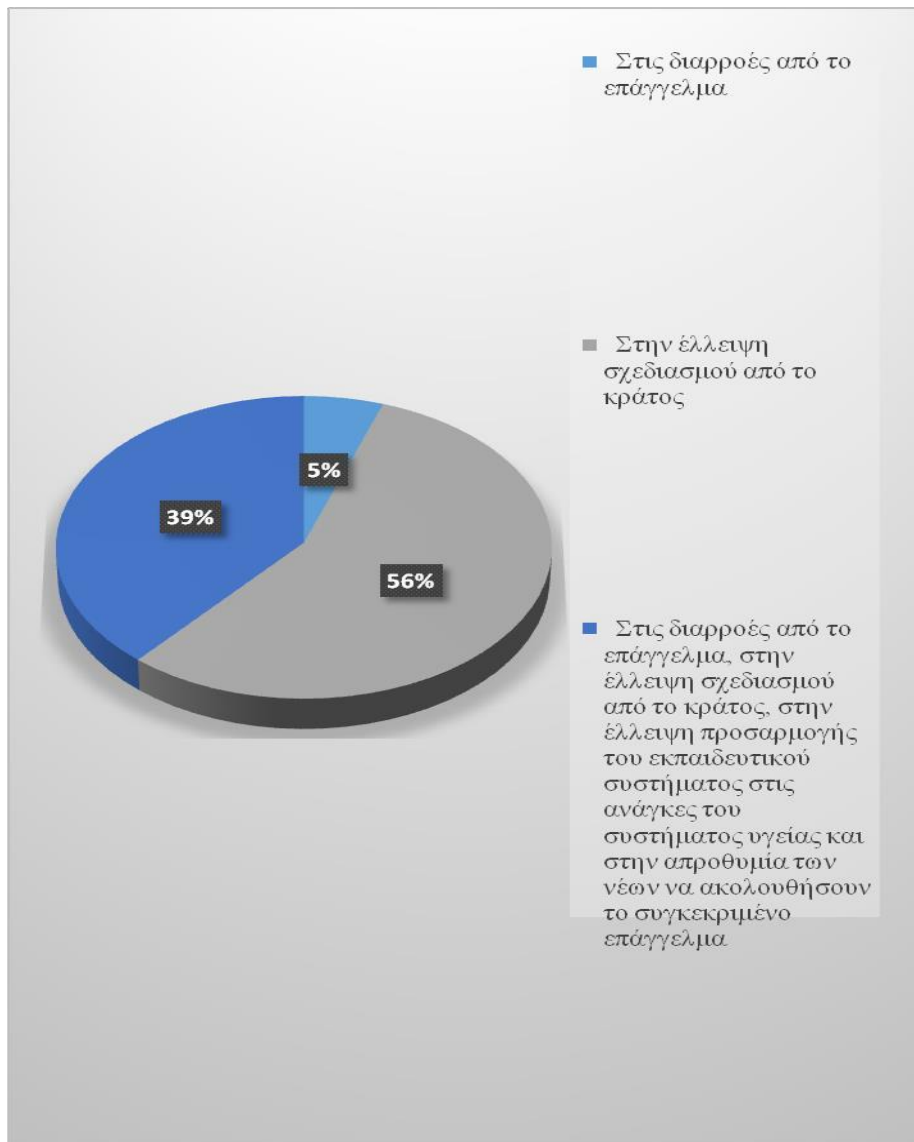
Εικόνα 8: Το άριστο μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού με κριτήριο τον αριθμό των ιατρών



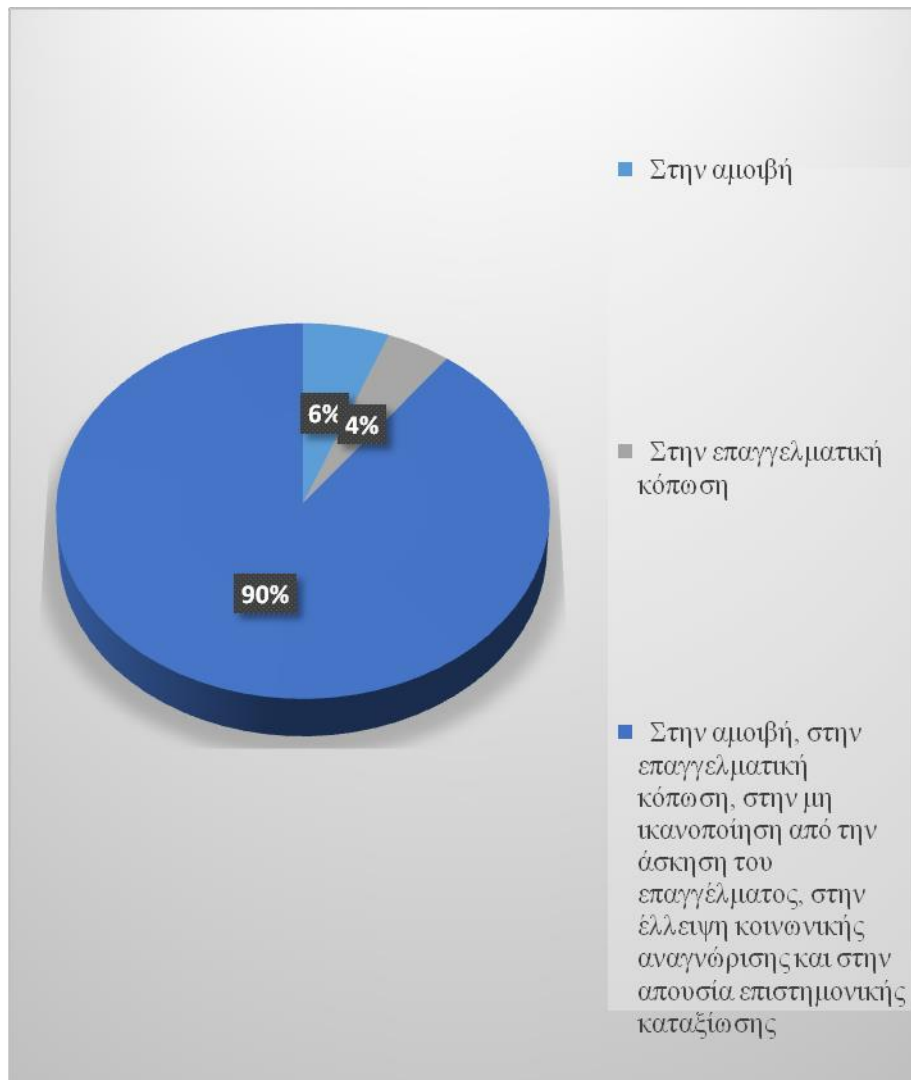
Εικόνα 9: Η ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και νοσηλευτών ΤΕ είναι ικανοποιητική



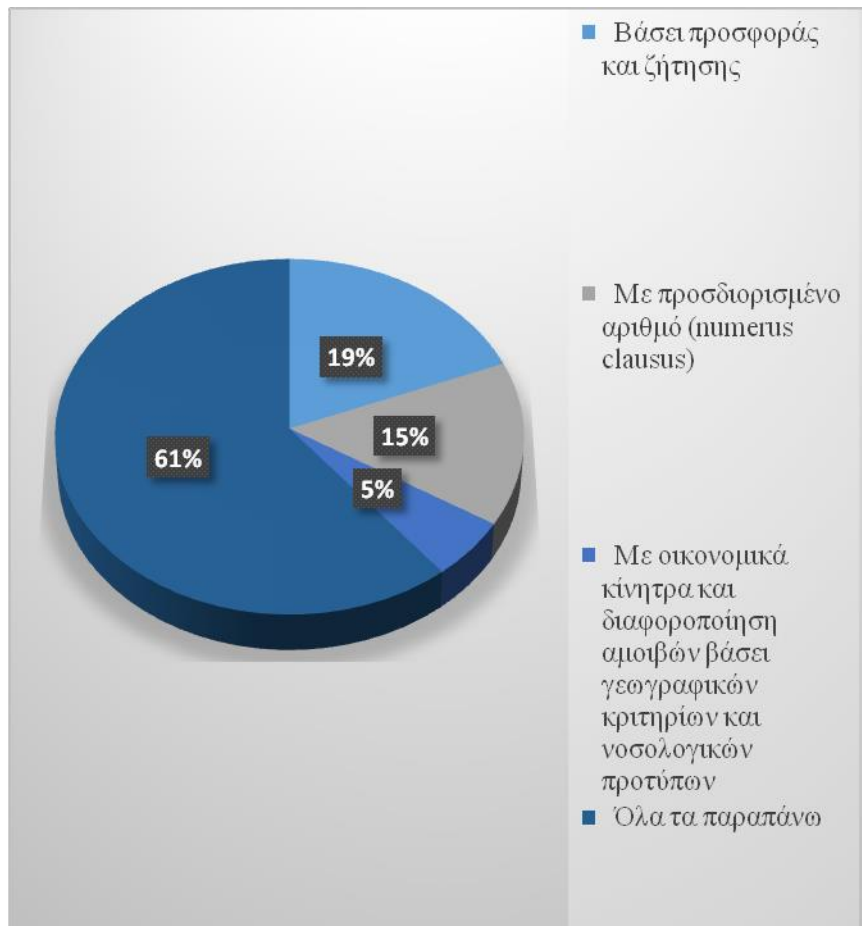
Εικόνα 10: Η βέλτιστη ποσοτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ



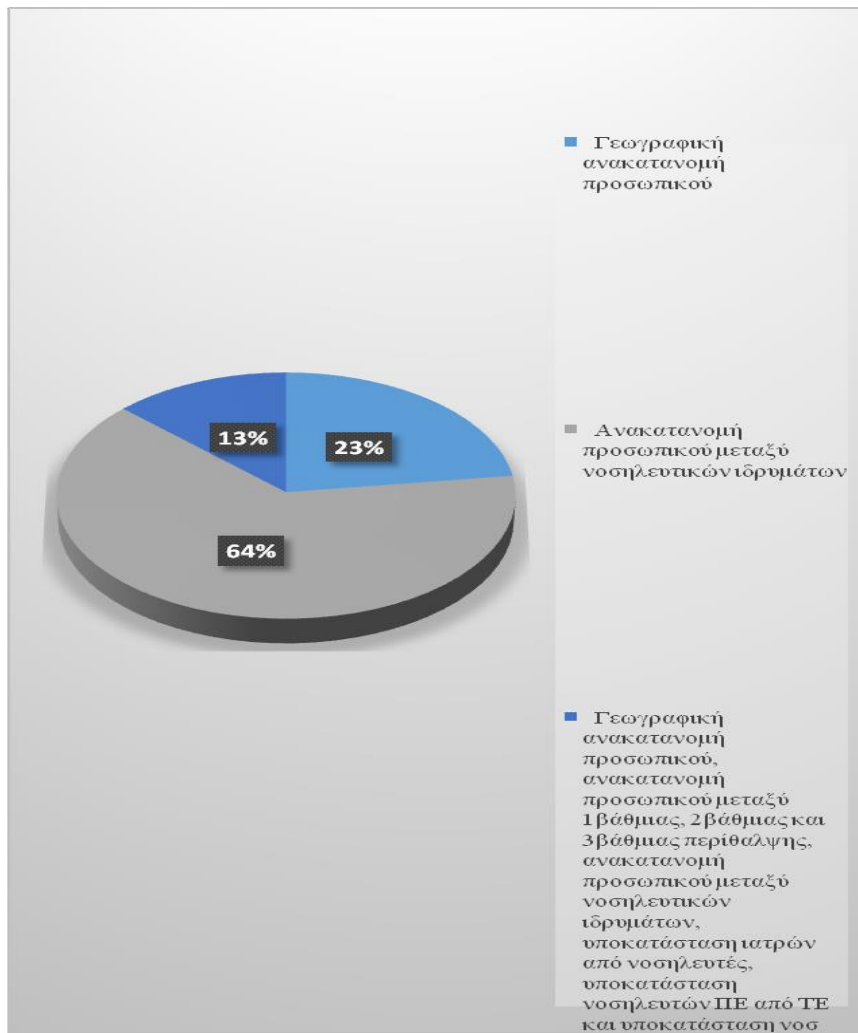
Εικόνα 11: Αιτίες υποστελέχωσης του συστήματος με νοσηλευτικό προσωπικό



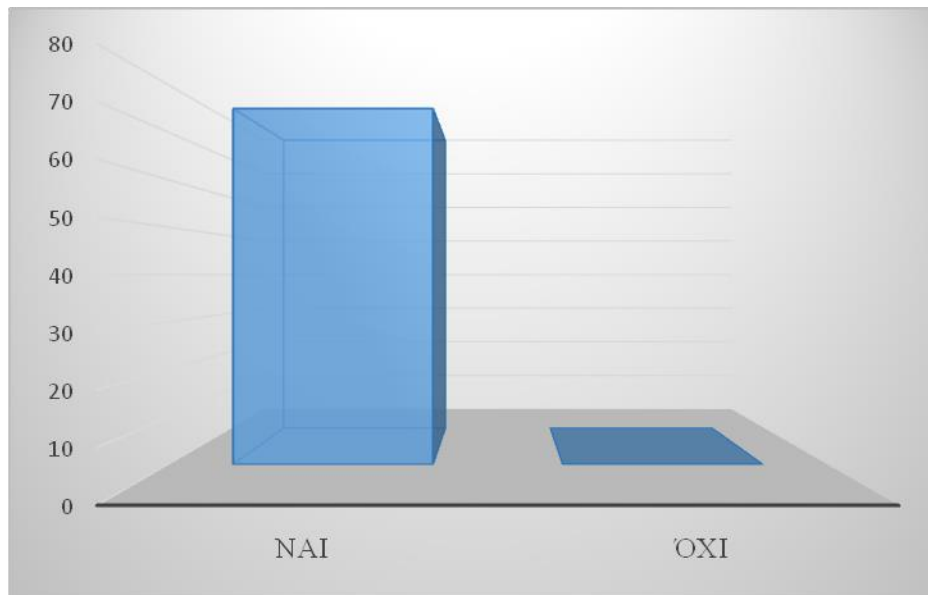
Εικόνα 12: Αιτίες διαρροών και απροθυμίας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος



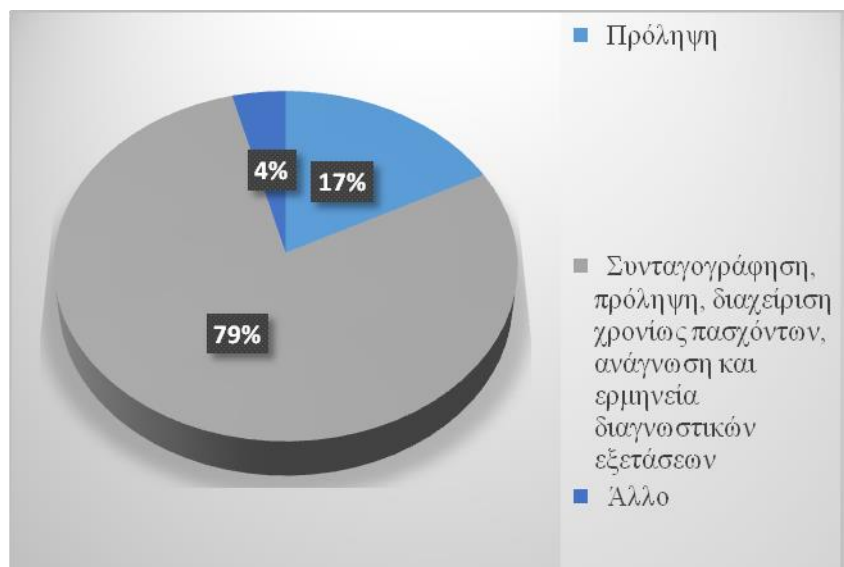
Εικόνα 13: Κριτήρια καθορισμού του ύψους του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία



Εικόνα 14: Μέτρα αντιμετώπισης της υποστελέχωσης και διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου παρεχόμενης φροντίδας υγείας



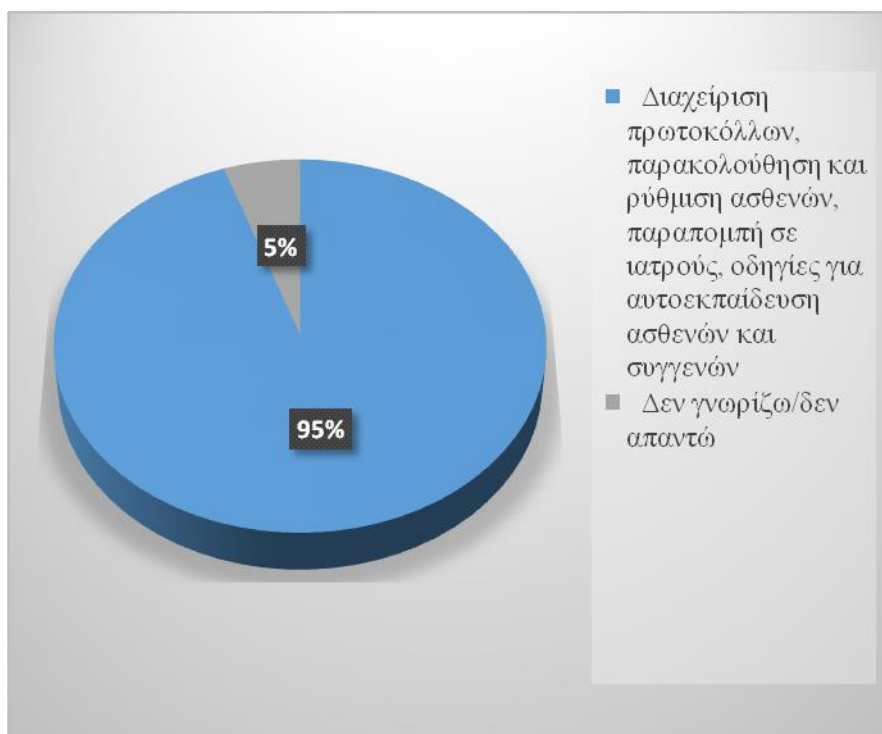
Εικόνα 15: Θέση ζητήματος επαναπροσδιορισμού του ρόλου και του καταμερισμού εργασίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών



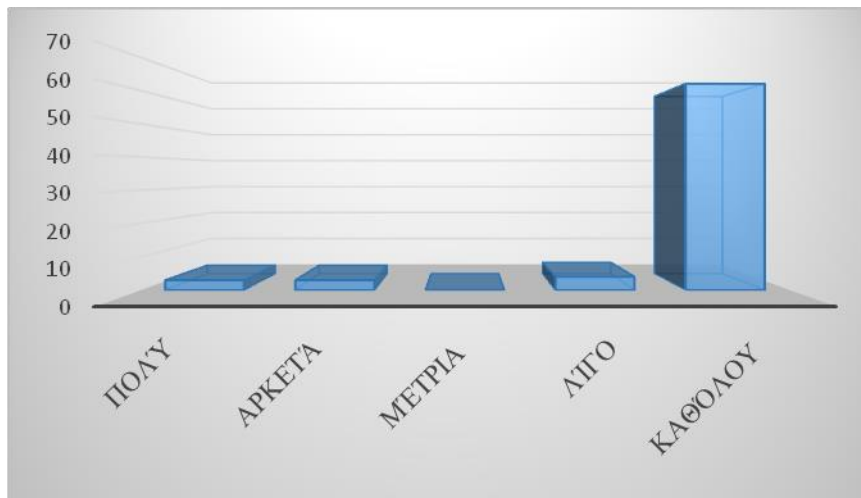
Εικόνα 16: Ο σπουδαιότερος τομέας, στον οποίο τίθεται ζήτημα επαναπροσδιορισμού του ρόλου και του καταμερισμού εργασίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών



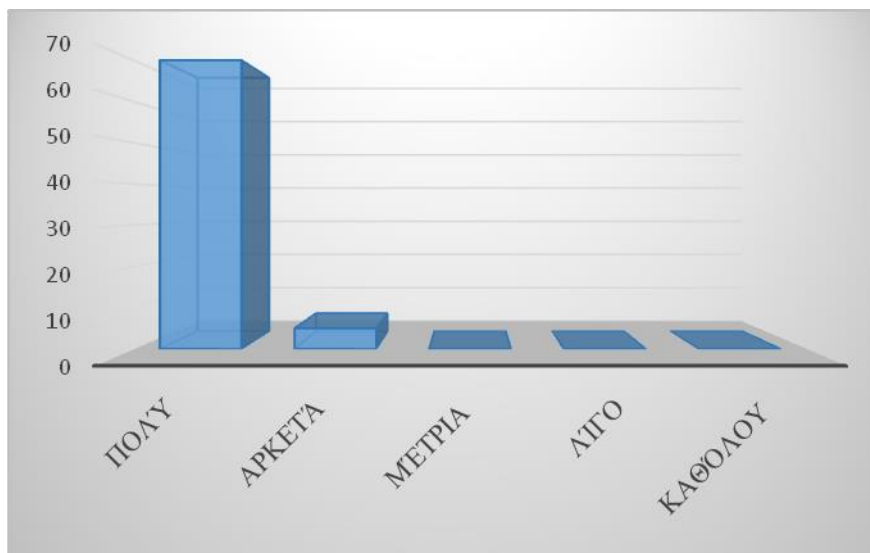
Εικόνα 17: Ο σπουδαιότερος τομέας, στον οποίο δύναται να οριοθετηθεί η συνταγογράφηση από νοσηλεύτες



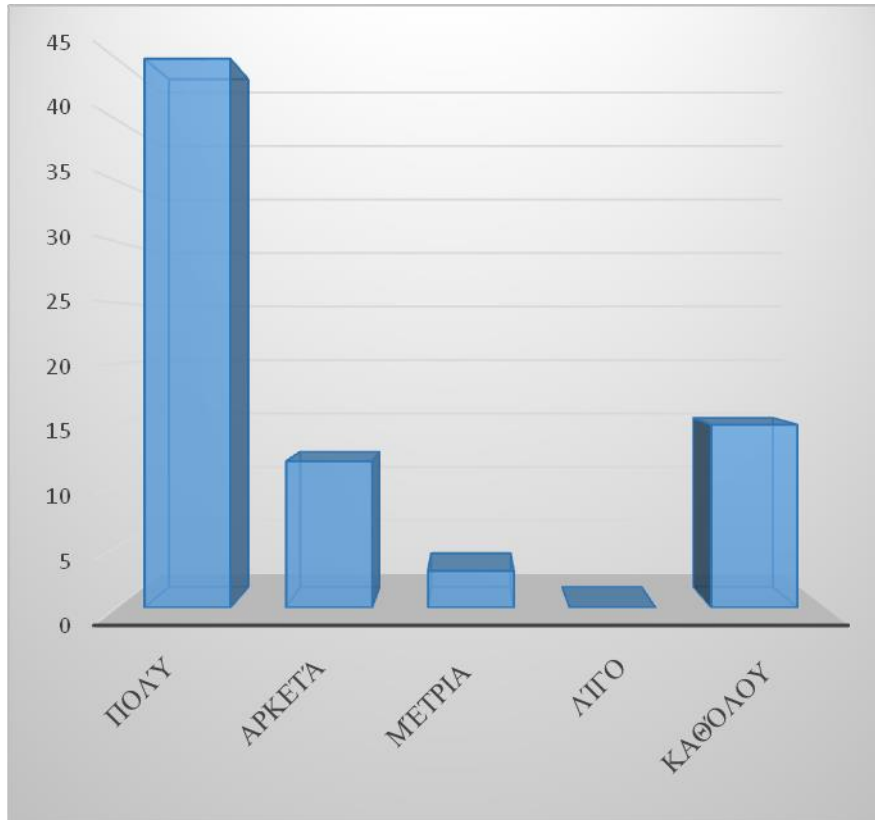
Εικόνα 18: Ο σπουδαιότερος τομέας, στον οποίο δύναται να οριοθετηθεί η εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων



Εικόνα 19: Βαθμός συμφωνίας με την εισαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης κατά την εργασία, που θα παρέχει τη δυνατότητα στους ΔΕ και ΥΕ μετά από εξετάσεις να ανέρχονται σε ανώτερες βαθμίδες



Εικόνα 20: Βαθμός συμφωνίας με την εισαγωγή υποχρεωτικού προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού



Εικόνα 21: Βαθμός συμφωνίας με την περιοδική πιστοποίηση επαγγελματικής δεξιότητας και γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο συνίσταται στην ανανέωση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος