



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ, ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΤΟΥ
ΣΤΕΛΕΧΙΑΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

της

Μαγδαληνής Ι. Βόβα-Χατζή

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΑΝ.ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
(ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΖΙΜΟΓΙΑΝΝΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΑΝ.ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Κόρινθος, Ιούνιος 2023

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους που συνέβαλλαν ουσιαστικά, άμεσα ή έμμεσα, στην ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Χωρίς την παρουσία, την υποστήριξη και την ανεκτικότητα κάποιων ανθρώπων, δεν θα ήταν δυνατή η υλοποίησή της.

Αρχικά οφείλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον αείμνηστο καθηγητή Γιάννη Κυριόπουλο, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα, τη συνεχή υποστήριξη, γενικότερη συμπαράσταση, καθοδήγηση, επίβλεψη, επιμονή και υπομονή και την άψογη συνεργασία. Όλα όσα με δίδαξε με όρεξη και ενδιαφέρον και οι πολύτιμες συμβουλές του με ενέπνευσαν όχι μόνο όσον αφορά στην εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής μου αλλά και στη ζωή μου γενικότερα.

Τα λόγια και οι ευχαριστίες όμως δεν είναι αρκετά για να αποδώσουν αυτά που αξίζει να αποδοθούν στο Καθηγητή Κυριάκο Σουλιώτη. Η τύχη και η τιμή της γνωριμίας μου μαζί του δεν μπορεί να αποδοθεί σε μία μόνο παράγραφο. Η ανεκτίμητη επιστημονική του βοήθεια, η συνεχής και υπομονετική καθοδήγησή του, τόσο στα πρώτα στάδια της διατριβής όσο και σε όλη την διάρκεια της εκπόνησής της συνέβαλλαν τα μέγιστα για το τελικό αποτέλεσμα αυτής, το οποίο δεν θα ήταν το ίδιο χωρίς τη δική του συμβολή. Τον ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που διέθεσε, τις εποικοδομητικές παρατηρήσεις του και τις ενδιαφέρουσες συζητήσεις που με ώθησαν να συνεχίσω μέχρι τέλους με μεγάλη όρεξη.

Ιδιαίτερη μνεία αξίζουν οι συνεπιβλέποντες Ξενοφών Κοντιάδης, Καθηγητής του Παντείου Πανεπιστημίου και Αθανάσιο Τζιμογιάννη, Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, οι συμβουλές των οποίων υπήρξαν πολύτιμες για την λογική ροή και τη βέλτιστη δομή της διδακτορικής διατριβής.

Δεν θα μπορούσα να μην αναφερθώ σε αυτό το σημείο στους εξαιρετους, επιστήμονες, εμπειρογνώμονες των τεσσάρων κατηγοριών ανθρωπίνου δυναμικού (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνολογικό), που πρόθυμα δέχτηκαν, ανιδιοτελώς, να συμμετάσχουν στην

έρευνα, χωρίς των οποίων τη βοήθεια, τη γνώση και την εμπειρία δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η μελέτη. Τους ευχαριστώ θερμά εκ καρδιάς.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου Γιάννη και Νίκη Βόβα για την οικονομική και την ηθική στήριξη που μου παρείχαν στη ζωή μου. Ιδιαίτερα θα ήθελα να αναφερθώ στην αδερφή μου Χαρά, για την ολόψυχη αγάπη και υποστήριξή της όλα αυτά τα χρόνια. Την ευχαριστώ για τη βοήθεια, την αισιοδοξία που μου ενέπνεε κάθε φορά που λύγιζα και τον ενθουσιασμό που διοχέτευε με τα λόγια της που με οδήγησαν να κάνω το όραμα πραγματικότητα. Τέλος, ευχαριστώ τον αδερφό μου Γιώργο που ήταν πάντα δίπλα μου όταν τον χρειαζόμουν και για την πίστη και εμπιστοσύνη του ότι θα τα καταφέρω.

Αφιερώνω τη διατριβή στην οικογένειά μου.

Μαγδαληνή Βόβα- Χατζή

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ & ΣΥΝΤΑΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	6
	ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
	ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	11
	ΠΡΟΛΟΓΟΣ	12
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	17
	ABSTRACT	19
	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	20
	ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΓΕΝΙΚΟΜΕΡΟΣ	23
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η Δια Βίου Μάθηση και η Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση στην Ελλάδα	24
1.1.	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση (ΣΕΚ)	25
1.1.1.	Έννοια και αναγκαιότητα	25
1.1.2.	Ιστορική αναδρομή	29
1.1.3.	Ισχύον Νομοθετικό Πλαίσιο	34
1.2	Το Κοινό Πλαίσιο Εκσυγχρονισμού και τα Χρηματοδοτικά εργαλεία στην Ε.Ε.	38
1.2.1.	Οργανισμοί υποστήριξης της ΣΕΚ στην Ε.Ε.	39
1.2.2.	Θεσμοί και εργαλεία προώθησης της ΣΕΚ σε ευρωπαϊκό επίπεδο	41
1.3.	Οργανισμοί και Φορείς αρμόδιοι για τη ΣΕΚ σε εθνικό επίπεδο	42
1.3.1.	Επικουρικοί Φορείς εποπτείας της ΣΕΚ	46
1.3.2.	Φορείς που υλοποιούν δράσεις ΣΕΚ σε εθνικό επίπεδο	47
1.4.	Μηχανισμοί χρηματοδότησης του συστήματος της ΣΕΚ σε εθνικό επίπεδο	50
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η παρακίνηση των ενηλίκων για συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕΚ	55
2.1.	Παρακίνηση	55
2.1.1.	Η παρακίνηση στον εργασιακό χώρο	56
2.1.2.	Η σημασία της παρακίνησης	58
2.1.3.	Θεωρίες- Μοντέλα Ερμηνείας της Συμμετοχής των ενηλίκων στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση	60
2.2.	Κίνητρα και λόγοι συμμετοχής σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης ενηλίκων	63
2.2.1.	Συστηματικές διερευνήσεις των Κινήτρων Συμμετοχής για εκπαίδευση	66
2.3.	Εμπόδια συμμετοχής σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Ενηλίκων	68
2.4.	Εκπαιδευτικά Προγράμματα και οι προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητά τους	70

2.5.	Κίνητρα συμμετοχής ενηλίκων σε προγράμματα ΣΕΚ, σε εθνικό επίπεδο	73
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Αποτύπωση των προκλήσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα	76
3.1.	Δυσχέρειες- αδυναμίες στη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση στην Ελλάδα	79
3.2.	Περίοδος της οικονομικής κρίσης και ΣΕΚ	83
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ανθρώπινο Δυναμικό και ΣΕΚ στον τομέα της υγείας	87
4.1.	Εκπαίδευση Ενηλίκων ανθρώπινου δυναμικού	87
4.2.	Χαρακτηριστικά Ενήλικων Εκπαιδευομένων ανθρώπινου δυναμικού	88
4.3.	Σχεδιασμός και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα	90
4.4.	Βάσεις δεδομένων και δυσκολίες στη διαχείρισή τους ως προς την αποτύπωση της συμμετοχής σε ΣΕΚ	94
4.5.	Αποτύπωση της συμμετοχής σε ΣΕΚ στην Ελλάδα	96
	ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	103
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αντικείμενο και Μεθοδολογία της έρευνας	104
5.1.	Σχεδιασμός της έρευνας	104
5.2.	Προσδιορισμός ερευνητικού προβλήματος και ερευνητικών ερωτημάτων	105
5.3.	Στρατηγική έρευνας	107
5.3.1.	Επιλογή μεθόδου	107
5.3.2.	Η μέθοδος Delphi	108
5.4.	Μεθοδολογία της έρευνας	111
5.4.1.	Συγκρότηση Ομάδων Ειδικών (Expert Panels)	111
5.4.1.1.	Επιλογή των μελών της ομάδας	112
5.4.1.2.	Μέγεθος του δείγματος	113
5.5.	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	114
5.6.	Συλλογή, έλεγχος και επεξεργασία δεδομένων	119
	ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	121
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.	Αποτελέσματα της Έρευνας	122
6.1.	Αποτελέσματα Ιατρικού Δυναμικού	122
6.1.1.	Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ιατρικού Δυναμικού	122
6.1.2.	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση Ιατρικού Δυναμικού	123
6.1.3.	Προτεραιότητες Θεματικών Ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης Ιατρικού Δυναμικού	137

6.2.	Αποτελέσματα Νοσηλευτικού Δυναμικού	147
6.2.1.	Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικού Δυναμικού	147
6.2.2.	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση Νοσηλευτικού Δυναμικού	148
6.2.3.	Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης Νοσηλευτικού Δυναμικού	157
6.3.	Αποτελέσματα Διοικητικού Δυναμικού	168
6.3.1.	Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Διοικητικού Δυναμικού	168
6.3.2.	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση Διοικητικού Δυναμικού	169
6.3.3.	Προτεραιότητες Θεματικών Ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης Διοικητικού Δυναμικού	181
6.4.	Αποτελέσματα Τεχνολογικού Δυναμικού	192
6.4.1.	Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Τεχνολογικού Δυναμικού	192
6.4.2.	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση Τεχνολογικού Δυναμικού	193
6.4.3.	Προτεραιότητες Θεματικών Ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης Τεχνολογικού Δυναμικού	204
6.5.	Σύγκριση απόψεων 3^{ης} φάσης ανά κατηγορία προσωπικού	214
6.6.	Σύγκριση απόψεων 3^{ης} φάσης με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ανά κατηγορία προσωπικού	233
6.6.1.	Ιατρικό δυναμικό	233
6.6.2.	Νοσηλευτικό δυναμικό	236
6.6.3.	Διοικητικό δυναμικό	238
6.6.4.	Τεχνολογικό δυναμικό	242
6.7.	Μοντέλα Προβλέψεων	251
7.	Συζήτηση	261
8.	Συμπεράσματα και προτάσεις	277
9.	ΕΠΙΛΟΓΟΣ	290
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	295
	Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	295
	Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	303
	ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ	315
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	316
I	Ερωτηματολόγιο για την εκπόνηση της Διδακτορικής Διατριβής	316
II	Δημοσιεύσεις Επιστημονικών Άρθρων σε Διεθνή και Ελληνικά Επιστημονικά Περιοδικά στο Πλαίσιο Εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής	325

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΙ	Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΓΣΕΒΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδας
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας
ΔΒΜ	Δια Βίου Μάθηση
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟ	Ευρωπαϊκή Οδηγία
ΕΕΚ	Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση
ΕΚΔΔΑ	Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης
ΕΚΕΠΙΣ	Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΕΟΠΠΕΠ	Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού
ΕΠΠ	Εθνικό Πλαίσιο Προσόντων
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΣΕΕΚΑ	Εθνικό Σύστημα Σύνδεσης της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης με την Απασχόληση
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΥΣΕΚΤ	Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου
ΙΕΚ	Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΙΝΕ	Ινστιτούτο Εργασίας
ΚΕΚ	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΚΠΣ	Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης
ΛΑΕΚ	Λογαριασμός για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση
ΟΑΕΔ	Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΑΕΠ	Παρατηρητήριο Απασχόλησης Ερευνητική-Πληροφορική Α.Ε.
ΣΕΕΚ	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση
ΣΕΚ	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση
ΤΕΙ	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΥΠΕ	Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδας
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
CEDEFOP	European Centre for the Development of Vocational Training
ECVET	Ευρωπαϊκό Σύστημα Πιστωτικών Μονάδων για την Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση
EQAVET	Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Αναφοράς για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στην Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση
EQF	Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Προσόντων
EQUIP	European association for Quality in general practice/family medicine
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice
WHO	World Health Organization

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1:	<i>Κοινωνικο- δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ιατρικού Δυναμικού</i>	122
Πίνακας 2:	<i>Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	123
Πίνακας 3:	<i>Σημασία της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης στη δουλειά, ανά φάση; (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	124
Πίνακας 4:	<i>Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης, άρθρα, συνέδρια, βιβλία, σεμινάρια, ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	125
Πίνακας 5:	<i>Εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	126
Πίνακας 6:	<i>Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική; , ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	127
Πίνακας 7:	<i>Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι δεν δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης των εργαζομένων, που πιστεύεται ότι οφείλεται αυτό; , ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	128
Πίνακας 8:	<i>Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	129
Πίνακας 9:	<i>Διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που προτιμάτε άλλο μηχανισμό επιμόρφωσης, ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	131
Πίνακας 10:	<i>Εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	132
Πίνακας 11:	<i>Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε άλλο εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	134
Πίνακας 12:	<i>Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια; , ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	135
Πίνακας 13:	<i>Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης; , ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	136
Πίνακας 14:	<i>Προτεραιότητες Θεματικών Ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης, ανά φάση (Ιατρικό Δυναμικό)</i>	137
Πίνακας 15:	<i>Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικού Δυναμικού</i>	147
Πίνακας 16:	<i>Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά φάση (Νοσηλευτικό Δυναμικό)</i>	148
Πίνακας 17:	<i>Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης-άρθρα, συνέδρια, βιβλία, σεμινάρια, ανά φάση (Νοσηλευτικό Δυναμικό)</i>	150
Πίνακας 18:	<i>Εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ανά φάση (Νοσηλευτικό Δυναμικό)</i>	151
Πίνακας 19:	<i>Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική; ανά φάση (Νοσηλευτικό Δυναμικό)</i>	152

Πίνακας 20:	Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση (Νοσηλευτικό Δυναμικό)	154
Πίνακας 21:	Εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά φάση (Νοσηλευτικό Δυναμικό)	155
Πίνακας 22:	Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης, ανά φάση (Νοσηλευτικό Δυναμικό)	157
Πίνακας 23:	Προτεραιότητες Θεματικών Ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης, ανά φάση (Νοσηλευτικό Δυναμικό)	158
Πίνακας 24:	Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Διοικητικού Δυναμικού	168
Πίνακας 25:	Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	169
Πίνακας 26:	Σημασία της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης στη δουλειά, ανά φάση; (Διοικητικό Δυναμικό)	170
Πίνακας 27:	Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης, άρθρα, συνέδρια, βιβλία, σεμινάρια, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	171
Πίνακας 28:	Εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	173
Πίνακας 29:	Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	174
Πίνακας 30:	Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	175
Πίνακας 31:	Διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που προτιμάτε άλλο μηχανισμό επιμόρφωσης, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	177
Πίνακας 32:	Εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	178
Πίνακας 33:	Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε άλλο εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	179
Πίνακας 34:	Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	180
Πίνακας 35:	Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης, ανά φάση (Διοικητικό Δυναμικό)	181
Πίνακας 36:	Προτεραιότητες αντικειμένων επαγγελματικής κατάρτισης Διοικητικού Δυναμικού	182
Πίνακας 37:	Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Τεχνολογικού Δυναμικού	192
Πίνακας 38:	Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)	193
Πίνακας 39:	Σημασία της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης στη δουλειά, ανά φάση; (Τεχνολογικό Δυναμικό)	194
Πίνακας 40:	Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν	

	<i>καλό τρόπο επιμόρφωσης, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	195
Πίνακας 41:	<i>Εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	196
Πίνακας 42:	<i>Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	197
Πίνακας 43:	<i>Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι δεν δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης των εργαζομένων, που πιστεύεται ότι οφείλεται αυτό, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	198
Πίνακας 44:	<i>Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	199
Πίνακας 45:	<i>Διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που προτιμάτε άλλο μηχανισμό επιμόρφωσης, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	200
Πίνακας 46:	<i>Εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό).</i>	201
Πίνακας 47:	<i>Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε άλλο εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	202
Πίνακας 48:	<i>Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	203
Πίνακας 49:	<i>Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης, ανά φάση (Τεχνολογικό Δυναμικό)</i>	204
Πίνακας 50:	<i>Προτεραιότητες αντικειμένων επαγγελματικής κατάρτισης Τεχνολογικού Δυναμικού</i>	205
	Σύγκριση απόψεων 3ης φάσης ανά κατηγορία προσωπικού	
Πίνακας 51:	<i>Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά κατηγορία</i>	215
Πίνακες 52-54:	<i>Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης –ανά κατηγορία</i>	216-217
Πίνακας 55:	<i>Μπορούν με άλλο τρόπο να αρθούν τα προβλήματα της μη Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης, ανά κατηγορία</i>	217
Πίνακας 56:	<i>Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική, ανά κατηγορία</i>	218
Πίνακας 57:	<i>Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης - ΚΕΚ, ανά κατηγορία</i>	219
Πίνακας 58:	<i>Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης,- Ιδιωτικός φορέας, ανά κατηγορία</i>	220
Πίνακας 59:	<i>Εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης- Έλλειψη χρόνου, ανά κατηγορία</i>	220
Πίνακες 60-79:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης ανά κατηγορία</i>	221-231
	Σύγκριση απόψεων 3ης φάσης με κοινωνικο -δημογραφικά	

	<i>χαρακτηριστικά ανά κατηγορία</i>	
Πίνακες 80-82:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης Ιατρικού Δυναμικού, σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης</i>	235-236
Πίνακες 83-84:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης Ιατρικού Δυναμικού, σε σχέση με τις μονάδες υγείας</i>	236-237
Πίνακας 85:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης Νοσηλευτικού Δυναμικού, σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης</i>	238
Πίνακες 86-87:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης Νοσηλευτικού Δυναμικού, σε σχέση με τις μονάδες υγείας</i>	238-239
Πίνακες 88-90:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης Διοικητικού Δυναμικού, σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης</i>	240-241
Πίνακες 91-93:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης Διοικητικού Δυναμικού, σε σχέση με τις μονάδες υγείας</i>	242
Πίνακες 94-103:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης Τεχνολογικού Δυναμικού, σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης</i>	244-249
Πίνακες 104-108:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης Τεχνολογικού Δυναμικού, σε σχέση με τις μονάδες υγείας</i>	249-251
	Μοντέλα Προβλέψεων	
Πίνακες 109-119:	<i>Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης σε σχέση με τις επαγγελματικές κατηγορίες, το επίπεδο εκπαίδευσης και τις μονάδες υγείας εργασίας</i>	252-260

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1:	<i>Χρονικά σημεία- σταθμοί στην εξέλιξη της εκπαίδευσης ενηλίκων στην Ελλάδα</i>	36
Διάγραμμα 2:	<i>Η διαδικασία της παρακίνησης και οι παράγοντες που την επηρεάζουν</i>	57
Διάγραμμα 3:	<i>Ποσοστό συμμετοχής σε εκπαίδευση και κατάρτιση στις χώρες μέλη της Ε.Ε., ηλικιακή ομάδα 25-64 χρονών, 2010-2019</i>	97
Διάγραμμα 4:	<i>Συμμετοχή στην εκπαίδευση και στην κατάρτιση ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, ηλικιακή ομάδα 25-64, 2009-2013</i>	97
Διάγραμμα 5:	<i>Ποσοστό συμμετοχής εργαζομένων σε προγράμματα ΣΕΚ, 2020</i>	98
Διάγραμμα 6:	<i>Ποσοστό επιχειρήσεων που προσφέρουν κατάρτιση στους εργαζόμενους τους, 2020</i>	99
Διάγραμμα 7:	<i>Ποσοστό συμμετοχής σε (τυπική και μη τυπική) εκπαίδευση και κατάρτιση, ανά φύλο, 2019</i>	100
Διάγραμμα 8:	<i>Ποσοστό συμμετοχής σε (τυπική και μη τυπική) εκπαίδευση και κατάρτιση, άτομα ηλικίας 25-64 χρόνων, 2019</i>	100
Διάγραμμα 9:	<i>Ποσοστό συμμετοχής σε άτυπη μάθηση, 2019</i>	101
Διαγράμματα 10-11:	<i>Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης – Ιατρικού Δυναμικού</i>	145
Διάγραμμα 12:	<i>Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης- Ιατρικού Δυναμικού</i>	146
Διαγράμματα 13-14:	<i>Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης – Νοσηλευτικού Δυναμικού</i>	166-167
Διάγραμμα 15:	<i>Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης- Νοσηλευτικού Δυναμικού</i>	167
Διάγραμμα 16:	<i>Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης– Διοικητικού Δυναμικού</i>	190
Διάγραμμα 17:	<i>Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης- Διοικητικού Δυναμικού</i>	191
Διάγραμμα 18:	<i>Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης – Τεχνολογικού Δυναμικού</i>	212
Διάγραμμα 19:	<i>Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης- Τεχνολογικού Δυναμικού</i>	213
Διάγραμμα 20:	<i>Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης – Όλες οι κατηγορίες Ανθρώπινου Δυναμικού</i>	231
Διάγραμμα 21:	<i>Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης 3^{ης} φάσης- Όλες οι κατηγορίες Ανθρώπινου Δυναμικού</i>	232

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εκπόνηση της διατριβής «Διερεύνηση, Καταγραφή & Αξιολόγηση των Αναγκών Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΣΕΚ) του Στελεχιακού Δυναμικού του Τομέα Υγείας» αποσκοπεί στο να περιγράψει, αναλύσει και τεκμηριώσει τις ανάγκες κατάρτισης των εργαζομένων καθώς και να προτείνει τους καλύτερους τρόπους επίτευξής της μέσα από μια συνολική και συγκροτημένη αποτύπωση από το στελεχιακό δυναμικό του τομέα της υγείας, έτσι ώστε να συμβάλλει στην αναβάθμιση της ποιότητας της προσφερόμενης κατάρτισης και στην περαιτέρω ανάπτυξη του στελεχιακού δυναμικού στον Τομέα της Υγείας.

Ένας απαραίτητος συντελεστής για αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες στη σύγχρονη πορεία της χώρας μας είναι η επαγγελματική εκπαίδευση. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στον πολίτη μπορεί να υλοποιηθεί με την επένδυση στην ανάπτυξη ικανότητας του ανθρώπινου δυναμικού για συνδυαστική χρήση των διαθέσιμων πόρων-μέσων (υλικών, οικονομικών, τεχνολογικών, δομικών, λειτουργικών και θεσμικών). Η εκπαιδευτική διαδικασία και ο προσανατολισμός του περιεχόμενου της, στη σύγχρονη αγορά εργασίας και κοινωνία, είναι το εργαλείο για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην επίτευξη των παραπάνω στόχων.

Ακρογωνιαίο λίθο για τον τομέα της υγείας αποτελεί ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας των υπηρεσιών Υγείας για την παραγωγή και έγκαιρη διανομή μιας επαρκούς και ποιοτικής φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο προϋποθέτει μακρόχρονη και εξειδικευμένη εκπαίδευση και ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού (Ανδριώτη & Κυριόπουλος, 1995; Πεχλιβανίδου και συν., 2008). Η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στηρίζεται πλέον στην καθιέρωση μιας Οικονομίας και Διαχείρισης της γνώσης κύριο χαρακτηριστικό της οποίας είναι η Δια Βίου Μάθηση (ΔΒΜ) και η ΣΕΚ. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση είναι απαίτηση στους οργανισμούς που επιθυμούν την ποιότητα (Policy Document of EQUIP and EURACT, 2002) και αποβλέπει στη συντήρηση, ανανέωση, αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων (Peck et al., 2000; The John Hopkins University, 2007). Η ΣΕΚ στο μέτρο που της αναλογεί, μπορεί να διαδραματίσει έναν περισσότερο ορατό και νευραλγικό ρόλο με στόχο την ενίσχυση των

αδυνάτων και των εχόντων με ελάχιστα εκπαιδευτικά προσόντα, στην επαγγελματική εξέλιξη των εργαζομένων, στην ανάπτυξη της τεχνογνωσίας του εργατικού δυναμικού, στη προώθηση της καινοτομίας και κυρίως στη μείωση της ανεργίας (ΚΑ.ΝΕΠ ΓΣΕΕ, 2013).

Η ΣΕΚ αποτελεί μια διαρκή διαδικασία που έχει σκοπό να διασφαλίσει ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες του ατόμου προσαρμόζονται συνεχώς και ανταποκρίνονται στις εξελισσόμενες απαιτήσεις της θέσης εργασίας του και των αναγκών της αγοράς εργασίας (Paul, 2002). Έχει καθοριστεί ως ένας από τους βασικούς στόχους του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ), ενώ καθορίζεται και το ποσοστό της συνδρομής της Κοινότητας σε σχετικές ενέργειες (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003). Η ΣΕΚ από εφελτήριο για μια ανταγωνιστική, σε παγκόσμια κλίμακα Ευρώπη, έγινε και μια σημαντική πολιτική-οικονομική παρέμβαση για την αντιμετώπιση /ανάσχεση της ραγδαία αυξανόμενης ανεργίας, αλλά και για την επανεκκίνηση της οικονομίας.

Σταθμό στον εκσυγχρονισμό της εκπαίδευσης με έμφαση στην ανανέωση και στην καινοτομία και της κοινωνικής πρόνοιας στα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτέλεσε το Μάρτιο του 2000 η Στρατηγική της Λισσαβόνας με κυρίαρχο σύνθημα «μια κοινωνία βασισμένη στη γνώση». Οι στόχοι της στον τομέα της Υγείας επικεντρώθηκαν σε δύο θεματικούς άξονες: i) Στη Δια Βίου Εκπαίδευση (Lifelong Learning) και ii) στην έρευνα-καινοτομία (Research and Development). Αναλυτικότερα συγκεκριμενοποιήθηκαν: α) Στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, β) στην ορθή διαχείριση των κοινοτικών κεφαλαίων στήριξης, γ) στη βελτίωση της απασχολησιμότητας του ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού και δ) στην ανάπτυξη ιατροφαρμακευτικού βιοτεχνολογικού κλάδου μέσα από τη θεσμική κατοχύρωση συνεργασιών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (European Council, 2000).

Οι αρχηγοί των κρατών και κυβερνήσεων, στα διαδοχικά εαρινά Ευρωπαϊκά Συμβούλια στη Λισσαβόνα (2000), στη Στοκχόλμη (2001) και στη Βαρκελώνη (2002), (ΕΥΣΕΚΤ, 2003), επιβεβαίωσαν το ρόλο και τη σημασία της εκπαίδευσης και της κατάρτισης και καθόρισαν προτεραιότητες για από κοινού δράση σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Πεγλιβανίδου και συν., 2008). Αν η Συνθήκη της Λισσαβόνας έθεσε το προφίλ/ταυτότητα ενός συστήματος εκπαίδευσης

και επαγγελματικής κατάρτισης το οποίο απαντά στις απαιτήσεις της νέας εποχής, οι επακόλουθες Διακηρύξεις της Μπολόνια και της Κοπεγχάγης το 2002, δεσμεύτηκαν για τη προώθηση των στόχων αυτών στους τομείς της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης αντίστοιχα. Στον τομέα της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης, η Διακήρυξη της Κοπεγχάγης διαμόρφωσε το πολιτικό πλαίσιο ενίσχυσης της Ευρωπαϊκής συνεργασίας για την προώθηση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, της διαφάνειας και της αναγνώρισης των προσόντων και των τίτλων σπουδών, προϋποθέσεις απαραίτητες, όπως αναφέρεται, για την αύξηση της κινητικότητας των εργαζομένων στον Ευρωπαϊκό χώρο. Στόχος τους, όπως χαρακτηριστικά διατυπώνεται, ήταν η "άρση" των γεωγραφικών, κλαδικών και θεσμικών εμποδίων στην εκπαίδευση και την ΣΕΚ (Σταύρου, 2010).

Το 2009, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο κατέληξε σε ένα «νέο στρατηγικό πλαίσιο για την ευρωπαϊκή συνεργασία στον τομέα της εκπαίδευσης και της κατάρτισης» των ενηλίκων, με στόχο τη «βιώσιμη οικονομική ευμάρεια και απασχολησιμότητα». Και αυτό γιατί από τη συνθήκη της Λισαβόνας (2000) μέχρι το 2005, τα αποτελέσματα της αξιολόγησης δεν ήταν τα αναμενόμενα (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009). Το νέο στρατηγικό πλαίσιο περιλάμβανε: α) την υλοποίηση της ΔΒΜ και της κινητικότητας, β) τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της εκπαίδευσης και της κατάρτισης, γ) τη προαγωγή της ισοτιμίας, της κοινωνικής συνοχής και της ενεργού συμμετοχής στα κοινά, δ) την ενίσχυση της καινοτομίας και της δημιουργικότητας, καθώς και του επιχειρηματικού πνεύματος, σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης και κατάρτισης (Ν.3879/2010- ΦΕΚ Α 163/21.09.2010-Ανάπτυξη της Δια Βίου Μάθησης και Λοιπές διατάξεις). Έτσι στη σύνοδο της Μπριζ το 2010, το όραμα για μια κατάρτιση, η οποία θα έχει παγκόσμια εμβέλεια και αναγνώριση, έθεσε ένα κοινό πλαίσιο για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, μεταξύ των οποίων την αναγνώριση και την πιστοποίηση κάθε μαθησιακής διαδικασίας, με κοινούς δείκτες τόσο σε εθνικό όσο και ευρωπαϊκό επίπεδο. Στη συνέχεια στη Ρίγα (2015), όπου αποτυπώθηκαν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της Ευρωπαϊκής πολιτικής για την κατάρτιση, για την περίοδο 2015-2020, το αρχικό αυτό πλαίσιο εξειδικεύτηκε (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015).

Το κείμενο για τη στρατηγική ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης «Ευρώπη 2020» τη δεκαετία (2010-2020) ανέφερε την ΣΕΚ, ως ένα από τα κρίσιμα εργαλεία για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, για την αντιμετώπιση των «διαρθρωτικών αδυναμιών της ευρωπαϊκής οικονομίας, τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας και της παραγωγικότητας και τη βάση για μια βιώσιμη κοινωνική οικονομία της αγοράς και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη». Υπογραμμίζεται πως η ΣΕΚ και γενικότερα η ΔΒΜ, συμβάλλουν στην αύξηση της απασχόλησης, αλλά και στην επίτευξη μιας κοινωνικής και ταυτόχρονα ανταγωνιστικής σε παγκόσμιο επίπεδο Ευρώπης. Επιπρόσθετα, είναι σημαντικά εργαλεία πολιτικής για την αντιμετώπιση της τρέχουσας οικονομικής κρίσης, της γήρανσης του πληθυσμού και της ευρύτερης οικονομικής και κοινωνικής στρατηγικής της Ε.Ε., στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης (European Commission, 2010a).

Ωστόσο στην Ελλάδα, η έλλειψη βασικών δομών σχεδιασμού και προγραμματισμού σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια, για μεγάλο χρονικό διάστημα εγκαθίδρυσης αποτελεσματικών μηχανισμών ουσιαστικής παρακολούθησης, ελέγχου και αξιολόγησης της παρεχόμενης ΣΕΚ συντέινε σε μεγάλο βαθμό στην υστέρηση της χώρας μας στον τομέα αυτό. Άλλοι λόγοι είναι η έλλειψη αξιοπιστίας στην πιστοποίηση των επαγγελματικών προσόντων, η ανορθολογική επιλογή ειδικοτήτων και εκπαιδευτών, η ύπαρξη παρωχημένων ειδικοτήτων και προγραμμάτων κατάρτισης, η απουσία συμμετοχής των κοινωνικών εταίρων στο σχεδιασμό της Επαγγελματική Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΕΕΚ) και αλληλοεπικαλύψεις μεταξύ των δομών και εκπαιδευτικών διεργασιών.

Μελέτες για τον καθορισμό των αναγκών ΣΕΚ στον τομέα της Υγείας, όπως θα αναφερθούν παρακάτω, έχουν γίνει ελάχιστες. Η διατριβή αποτελείται από τις ακόλουθες ενότητες και υπο-ενότητες, οι οποίες επιτρέπουν μία σαφή εικόνα των απαιτήσεων του έργου και μία επιστημονική και συστηματική προσέγγιση που εγγυάται την ακρίβεια και αξιοπιστία των συμπερασμάτων. Συγκεκριμένα η μελέτη διαρθρώνεται ως εξής:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην εισαγωγή περιγράφεται ο σκοπός της διατριβής, αποτυπώνεται το ερευνητικό πρόβλημα και προσδιορίζονται οι ερευνητικοί στόχοι.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ. Στο γενικό μέρος, ορίζονται οι έννοιες της επαγγελματικής εκπαίδευσης και της ΣΕΚ καθώς και η αναγκαιότητά της. Περιγράφονται τα θεσμικά πλαίσια, οι φορείς, οι δομές που τα διέπουν, ο τρόπος χρηματοδότησής τους καθώς και τα κίνητρα παρακίνησης των εργαζομένων σε προγράμματα ΣΕΚ. Επίσης, γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της ΣΕΚ στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα καθώς επίσης και περιγραφή των παραγόντων που προσδιορίζουν την ανάγκες κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ. Παρουσιάζεται αναλυτικά η μεθοδολογία της σχετικής μελέτης καθώς και η τεχνική δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε. Η διεξαγωγή της μελέτης έγινε με την ποιοτική έρευνα μέσω της μεθόδου Delphi. Επίσης, περιγράφεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στις τέσσερις κατηγορίες εργαζομένων του τομέα υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνολογικό προσωπικό), για να αποτυπώσει τις ανάγκες κατάρτισης. Σκοπός του ερωτηματολογίου ήταν να πετύχει την αποδοτικότερη και πληρέστερη συλλογή των δεδομένων και να δώσει τη σαφή αποτύπωση της υφισταμένης κατάστασης.

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ. Στο τελευταίο μέρος της διατριβής παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας. Μέσα από τη μελέτη αναδείχτηκαν κάποια προβλήματα που δυσχεραίνουν την ΣΕΚ αλλά τέθηκαν και ορισμένες προτάσεις για την επίλυσή τους. Τέλος, παρατίθενται αναλυτικά οι πίνακες με στοιχεία που προέκυψαν από την επεξεργασία και την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν και αφορούν στη διερεύνηση γνώμης του προσωπικού ανά κλάδο εργασίας. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται όλες οι πηγές, έντυπες και ηλεκτρονικές, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την περάτωση της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ανθρώπινο κεφάλαιο αποτελεί παγκοσμίως σήμερα τον κυριότερο συντελεστή παραγωγής. Υπάρχουν άπειρες ενδείξεις παγκοσμίως, ότι η επένδυση στην Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση (ΣΕΚ) είναι ζωτικής σημασίας. Και αυτό γιατί μπορεί να ενισχύσει την οικονομική και ανταγωνιστική απόδοση σε ατομικό, οργανωτικό και κοινωνικό επίπεδο. Η ΣΕΚ αποτελεί μια διαρκή διαδικασία που έχει σκοπό να διασφαλίσει ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες του ατόμου προσαρμόζονται συνεχώς και ανταποκρίνονται στις εξελισσόμενες απαιτήσεις της θέσης εργασίας του και των αναγκών της αγοράς εργασίας.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να περιγράψει, αναλύσει και τεκμηριώσει τις ανάγκες κατάρτισης των εργαζομένων καθώς και να προτείνει τους βέλτιστους τρόπους επίτευξής της, μέσα από μια συνολική και συγκροτημένη αποτύπωση από το στελεχιακό δυναμικό του τομέα υγείας, έτσι ώστε να συμβάλλει στην αναβάθμιση της ποιότητας της προσφερόμενης κατάρτισης και στην περαιτέρω ανάπτυξη του στελεχιακού δυναμικού στον Τομέα της Υγείας. Για την επίτευξη των στόχων της εργασίας πραγματοποιήθηκε η μέθοδος Delphi, χρησιμοποιώντας ένα πάνελ 103 έμπειρων επαγγελματιών υγείας από όλη την Ελλάδα. Μέσα από τη μελέτη αναδείχτηκαν τα προβλήματα που δυσχεραίνουν τη ΣΕΚ (όπως η απουσία συστηματικού σχεδίου κατάρτισης προσωπικού από τη κεντρική διοίκηση του κράτους, η έλλειψη οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, η έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ της διαδικασίας κατάρτισης και της αξιολόγησης και επαγγελματικής εξέλιξης των εργαζομένων).

Η έρευνά μας στοχεύει να δείξει, ότι για ένα καλύτερο και αποτελεσματικότερο σύστημα υγείας η κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας πρέπει να σχεδιάζεται και να οργανώνεται μέσω ενός συστηματικού σχεδίου για την ανάλυση των εκπαιδευτικών αναγκών. Η εκπαίδευση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας πρέπει επίσης να είναι ολιστική, περιλαμβάνοντας αντικείμενα επιμόρφωσης που σχετίζονται με το πληθυσμό, τον εργασιακό χώρο των εργαζομένων, τον ασθενή και τη γνώση, με διαφορετική όμως επιλογή προτεραιότητας ανά κατηγορία προσωπικού.

Η παρούσα μελέτη μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής του τομέα υγείας στην ΣΕΚ. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης με την έλλειψη οικονομικών πόρων, η αναβάθμιση και η ενίσχυση του προσωπικού του Τομέα Υγείας σύμφωνα με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες της κοινωνίας είναι απαραίτητη περισσότερο από ποτέ.

Λέξεις κλειδιά: Μέθοδος Delphi, Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση, Επαγγελματίες υγείας, Εκπαιδευτικές ανάγκες.

ABSTRACT

Human capital is the main factor of production worldwide nowadays. The acceptance of the concept that the initial professional training is sufficient to provide the knowledge and skills in a person's professional life is no longer valid. There are countless signs globally showing that investing in Continuing Professional Education (CPE) is vital. This is because it can enhance the economic and competitive performance at the individual, organizational and societal level. Continuing Professional Education (CPE) is an ongoing process that aims to ensure that an individual's knowledge and skills are constantly adjusted and meet the evolving job requirements and labor market needs.

The present study aims to describe, analyze and document the employee training needs, as well as to propose the optimal ways of achieving it, in order to contribute to the enhancement of the quality of the offered training, as well as to the further development of the Health Sector personnel. A three-round e-Delphi method was undertaken, using a panel of 103 experienced Health professionals throughout Greece. Through the present study, some of the problems that hinder CPE were emerged (such as the absence of a systematic personnel training plan by the central administration of the State, the lack of financial and human resources, the absence of interconnection between the training process and the employee performance and evaluation).

The research study showed that health workforce training should be designed and organized through a systematic plan for the Analysis of Educational Needs for a better and more efficient health system. The health workforce training should also be holistic, including learning objects related to the population, the employees' workplace, the patient and the knowledge, with different priorities per each personnel category. The present study can be a useful tool for health policymakers in the field of professional training. In times of economic crisis with the lack of financial resources, upgrading and empowering Health Sector personnel according to the demands and needs of society is necessary more than ever.

Keywords: Delphi method, continuing professional development, health professionals, professional needs.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αλλαγές που συντελούνται κατά τις τελευταίες δεκαετίες αναδεικνύουν το προβληματικό ρόλο που κατέχει η εκπαίδευση και η κατάρτιση στη διαχείριση του κοινωνικού γίγνεσθαι. Στις αναγκαίες θεσμικές μεταρρυθμίσεις στη δημόσια διοίκηση που κινείται η χώρα μας ακολουθώντας τα διεθνή πρότυπα, αποτελεί πρωτίστως η αναβάθμιση του στελεχιακού της δυναμικού. Η τελευταία προϋποθέτει το σχεδιασμό και την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των λειτουργών της. Αυτό το σύστημα θα πρέπει να στηρίζεται στην ελληνική πραγματικότητα και να λαμβάνει υπόψη του τις υφιστάμενες αδυναμίες μιας δαιδαλώδους κατάστασης στον τομέα της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης των εργαζομένων της. Η Ελληνική κοινωνία σήμερα, έχει ανάγκη μια σύγχρονη και αποτελεσματική δημόσια διοίκηση ικανή να ανταποκριθεί στις προκλήσεις της παγκοσμιοποίησης και των ραγδαίων τεχνολογικών εξελίξεων. Αυτή η πορεία του εκσυγχρονισμού του ανθρωπίνου δυναμικού περνά μέσα από την κατάκτηση της γνώσης, με σύγχρονες διαδικασίες μάθησης για όλους τους εργαζόμενους στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Οι εργαζόμενοι τα τελευταία χρόνια φαίνεται να αναγνωρίζουν την αξία της γνώσης ως εργαλείο ανάπτυξης και τη ΔΒΜ ως διαδικασία κατάκτησης της γνώσης και είναι έτοιμοι να στηρίζουν μια καλά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη κοινή πορεία απόκτησής της.

Η πραγματοποίηση της εν λόγω μελέτης, έχει ως βασικό σκοπό τη συστηματική καταγραφή των μορφών, των τρόπων και των περιεχομένων της επιμόρφωσης του στελεχιακού δυναμικού του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Απώτερος σκοπός αυτής της μελέτης δεν είναι να δώσει έτοιμες απαντήσεις σχετικά με τις ανάγκες επιμόρφωσης του. Η προτεραιότητά μας εστιάστηκε στη χαρτογράφηση της κατάστασης έτσι ώστε η πολιτική ηγεσία να θέσει τις κατευθύνσεις μίας πιο στοχευόμενης έρευνας και ταυτόχρονα να ανοίξει ένας συστηματικός διάλογος για τις ανάγκες επιμόρφωσης του στελεχιακού δυναμικού του τομέα υγείας στη χώρα μας με βάση επιστημονικά δεδομένα.

Η παρούσα μελέτη μπορεί να βοηθήσει στην ανάδειξη μίας ολοκληρωμένης εικόνας της έννοιας και της διαμόρφωσης της περιφερειακής στρατηγικής για την ΣΕΚ. Η ανίχνευση των εκπαιδευτικών αναγκών, που επιχειρείται με την παρούσα εργασία, το προτεινόμενο σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα οργάνωσης της εκπαίδευσης καθώς και, η

αποτύπωση της εμπειρίας των στελεχών σε ότι αφορά την ΣΕΚ του προσωπικού στον τομέα του ελληνικού συστήματος υγείας, θα συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και μακροπρόθεσμα θα συνδράμουν στην υλοποίηση μελλοντικής υγειονομικής μεταρρύθμισης. Επιπλέον, η διερεύνηση και καταγραφή των θεματικών πεδίων κατάρτισης θα αναδείξει τα τρωτά της ΣΕΚ και θα τεθούν προτεραιότητες για την επίλυσή τους. Επιδίωξη αποτελεί πρωτίστως η επεξεργασία βασικών μεθοδολογικών κατευθύνσεων για τη διαμόρφωση ενός συστήματος ανίχνευσης εκπαιδευτικών αναγκών και δευτερευόντως η ανάπτυξη ενός μηχανισμού παροχής και αξιολόγησης της εκπαίδευσης στο ανθρώπινο δυναμικό.

Πιο συγκεκριμένα θα διερευνηθούν διάφοροι παράμετροι ανάμεσα στους οποίους:

- Η σπουδαιότητα και η αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας.
- Η διερεύνηση των διαφόρων τρόπων επιμόρφωσης και η εξεύρεση του βέλτιστου τρόπου κατάρτισης σύμφωνα με τις ανάγκες των επιμορφωμένων.
- Η προτίμηση των φορέων υλοποίησης προγραμμάτων ΣΕΚ.
- Ο προσδιορισμός των παραγόντων μη συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και η παράθεση προτάσεων αντιμετώπισης αυτών των εμποδίων.
- Η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών ΣΕΚ καθώς και των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίες συνδέονται με την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Η μελέτη μας, θα συμβάλλει στη προώθηση της βελτίωσης τόσο της διοίκησης και οργάνωσης όσο και της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, μέσω της εφαρμογής της ΣΕΚ από το υγειονομικό προσωπικό σε όλους τους τομείς.

Στον υγειονομικό τομέα η αξιολόγηση των αναγκών ΣΕΚ του στελεχικού δυναμικού έχει σήμερα απόλυτη προτεραιότητα. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση μπορεί να ενσωματωθεί στη διαδικασία της αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού. Η αξιολόγηση θα δώσει τη δυνατότητα στον εργαζόμενο να «ανακαλύψει» κενά στην απόδοσή του έτσι ώστε να

μπορέσει να τα καλύψει. Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με διαρκή ανατροφοδότηση και εξάσκηση, που αποβλέπουν σε συγκεκριμένο στόχο με ορισμένο χρόνο εφαρμογής, δύναται να παρέχουν τη δυνατότητα της συνεχούς βελτίωσης και της προσαρμογής στα νέα δεδομένα των αναγκών της αγοράς εργασίας. Όπως και μπορεί περαιτέρω να επιχειρηθεί ένας στρατηγικός και επιχειρησιακός σχεδιασμός ανάπτυξης εξειδικευμένων προγραμμάτων κατάρτισης που θα αναφέρονται στη συνεχή ανάγκη για διοικητική και λειτουργική ανάπτυξη και βελτίωση των δομών του συστήματος υγείας.

Τέλος, ελπίζουμε η συγκεκριμένη μελέτη να φανεί χρήσιμη στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής υγείας στην Ελλάδα ώστε να τεθούν νέοι στόχοι για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη πολιτικών υγείας πιο σύγχρονων και αποτελεσματικών, εναρμονισμένων με τις ανάλογες πολιτικές της Ε.Ε.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η Διά Βίου Μάθηση και η Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το Ν.3879/2010 η ΔΒΜ, “αφορά όλες τις μορφές μαθησιακών δραστηριοτήτων στην διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, που αποσκοπούν στην απόκτηση ή την ανάπτυξη γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων, οι οποίες συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας, στην επαγγελματική ένταξη και εξέλιξη του ατόμου, στην κοινωνική συνοχή, στην ανάπτυξη της ικανότητας ενεργού συμμετοχής στα κοινά και στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη” (Ν.3879/2010- ΦΕΚ Α 163/21.09.2010- Ανάπτυξη της Δια Βίου Μάθησης και Λοιπές διατάξεις).

Στο πλαίσιο της ΔΒΜ, ασκούνται λειτουργίες οι οποίες διακρίνονται σε βασικές και υποστηρικτικές.

Οι **βασικές λειτουργίες** της ΔΒΜ, είναι:

- Η αρχική επαγγελματική κατάρτιση
- Η ΣΕΚ και
- Η γενική εκπαίδευση ενηλίκων.

Οι κύριες **υποστηρικτικές λειτουργίες** της είναι:

- Διερεύνηση και καταγραφή των επιμορφωτικών και εκπαιδευτικών αναγκών των ενηλίκων σε σχέση με τις ανάγκες της αγοράς εργασίας καθώς και της κοινωνίας
- Παροχή υπηρεσιών δια βίου συμβουλευτικής και επαγγελματικού προσανατολισμού
- Πιστοποίηση των επαγγελματικών περιγραμμάτων, των δομών, των προγραμμάτων και των εκπαιδευτών της μη τυπικής εκπαίδευσης
- Αναγνώριση των προσόντων και πιστοποίηση των γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων των ατόμων
- Αναγνώριση και κατοχύρωση των επαγγελματικών δικαιωμάτων που αντιστοιχούν σε επαγγελματικά προσόντα, τα οποία έχουν αποκτηθεί στο πλαίσιο της ΔΒΜ, εξαιρουμένης της ανώτατης εκπαίδευσης» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή-Eurydice, 2021) .

Οι διαβαθμίσεις του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος στη χώρα μας, διαχωρίζουν την Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση (ΕΕΚ) σε τρεις μορφές: τη τυπική εκπαίδευση

(επαγγελματική εκπαίδευση), τη μη τυπική εκπαίδευση (επαγγελματική κατάρτιση) και την άτυπη μάθηση. Η τυπική ΕΕΚ παρέχεται στο πλαίσιο του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος καθώς αποτελεί μέρος της διαβαθμισμένης εκπαιδευτικής κλίμακας και οδηγεί στην απόκτηση πιστοποιητικών αναγνωρισμένων σε εθνικό επίπεδο από τις δημόσιες αρχές. Η μη τυπική ΕΕΚ προφέρεται σε οργανωμένο εκπαιδευτικό πλαίσιο εκτός του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος και δύναται να οδηγήσει στην απόκτηση πιστοποιητικών αναγνωρισμένων σε εθνικό επίπεδο. Τα προγράμματα τα οποία περιλαμβάνονται στη μη τυπική ΕΕΚ, είναι προγράμματα αρχικής κατάρτισης και ΣΕΚ, καθώς και γενικής εκπαίδευσης ενηλίκων. Τέλος, η άτυπη μάθηση αφορά μαθησιακές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα εκτός οργανωμένου εκπαιδευτικού πλαισίου, σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου και στο πλαίσιο του ελεύθερου χρόνου ή επαγγελματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δραστηριοτήτων. Κάθε είδους δραστηριότητας αυτομόρφωσης, καθώς και γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες που αποκτά το άτομο από την επαγγελματική εμπειρία του, περιλαμβάνονται στην άτυπη μάθηση (Ν. 3879/2010).

1.1. Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση (ΣΕΚ)

1.1.1. Έννοια και αναγκαιότητα

Στην βιβλιογραφία ο εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου ΣΕΚ είναι δύσκολος, καθώς το περιεχόμενό του αποδίδεται και με άλλους παρεμφερείς –αλλά όχι ταυτόσημους- όρους, όπως «δια βίου εκπαίδευση», «επανακατάρτιση», «συνεχής επιμόρφωση» κ.ά. Όπως ορίζεται στο Άρθρο 2 του Ν.3879/2010 όπου και αντικαταστάθηκε με το Ν. 4763/2020 ως ΣΕΚ ορίζεται *«η κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού που συμπληρώνει, εκσυγχρονίζει ή και αναβαθμίζει ήδη υπάρχουσες γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες, οι οποίες αποκτήθηκαν από τα συστήματα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, μεταδευτεροβάθμιας τυπικής και μη τυπικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης, τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή από επαγγελματική εμπειρία, με στόχο την ένταξη στην αγορά εργασίας, τη διασφάλιση της εργασίας, καθώς και την επαγγελματική και προσωπική ανέλιξη».*

Η ΣΕΚ αποτελεί μια διαρκή μαθησιακή διαδικασία όπου, ενταγμένη μέσα σε ένα μόνιμο θεσμικό πλαίσιο, έχει σκοπό να διασφαλίσει ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες του ατόμου

προσαρμόζονται συνεχώς και ανταποκρίνονται τόσο στις εξελισσόμενες απαιτήσεις της θέσης εργασίας του όσο και των αναγκών της αγοράς εργασίας. Περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης και επιμόρφωσης που υλοποιούνται εκτός του θεσμοθετημένου συστήματος των βαθμίδων της Αρχικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (OECD, 2002). Έτσι, η ΣΕΚ αποβλέπει στη συντήρηση, ανανέωση, αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Ανώτερος στόχος είναι η ένταξη ή /και επανένταξη στην αγορά εργασίας, η διασφάλιση της εργασίας, η επαγγελματική εξέλιξη και η προσωπική ανάπτυξη (Brigley et al., 1997; CEDEFOP, τ.50,2002 και τ.90, 2004; Παπασταμάτης, 2010).

Η αναγκαιότητα για τη ΣΕΚ, που διέπει τις σύγχρονες κοινωνίες, αποτυπώθηκε με χαρακτηριστικό τρόπο στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο που έγινε σε επίπεδο πρωθυπουργών στη Λισαβόνα, το Μάρτιο του 2000. Το Συμβούλιο κατέθεσε Υπόμνημα με το οποίο δεσμεύτηκε, ότι η ευρωπαϊκή στρατηγική που θα ακολουθήσει θα βασιστεί στην αισθητή αύξηση των επενδύσεων σε ανθρώπινους πόρους και στην εξασφάλιση καθολικής και συνεχούς πρόσβασης στη μάθηση για την απόκτηση και ανανέωση των γνώσεων που απαιτούνται για τη διαρκή συμμετοχή σε όλους τους τομείς της σύγχρονης δημόσιας ζωής, την παρακολούθηση των ταχύρρυθμων εξελίξεων στον τομέα των τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας και για την ανταπόκριση στις αυξημένες ανάγκες της παγκοσμιοποιημένης κοινωνίας της γνώσης και της νέας ανταγωνιστικής οικονομίας. Η ικανότητα χρήσης των τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας από όλους είναι απαραίτητη όσο ποτέ (Jimojiannis & Gravani, 2010). Τέλος, τονίστηκε η σημασία της ένταξης της ΣΕΚ στην καθημερινότητα του ατόμου, η οποία προσφέρει σημαντικά οφέλη όπως:

- Προσωπική ολοκλήρωση και εξέλιξη (με αφετηρία τον άνθρωπο και τις ανάγκες του).
- Επαγγελματική κατάρτιση και ενίσχυση ανταγωνιστικότητας.
- Επαγγελματική δραστηριότητα και προσαρμοστικότητα σε διαφορετικά εργασιακά περιβάλλοντα.
- Απόκτηση δεξιοτήτων και ικανοτήτων (ΣΕΒ, 2020).
- Ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων στον προγραμματισμό του τμήματος (με επιχειρησιακό σχέδιο, λειτουργικό προγραμματισμό, καινοτόμες ιδέες) και στη λήψη αποφάσεων (Μακρυδημήτρης & Υφαντόπουλος, 2004).

Η αναγκαιότητα της ΣΕΚ στις διάφορες υπηρεσίες, φαίνεται από τις σχετικές με την επαγγελματική κατάρτιση πολιτικές, οι οποίες υπήρξαν μέρος της κοινωνικής πολιτικής της ΕΟΚ και μετέπειτα της Ε.Ε. Ωστόσο, σε κοινοτικό επίπεδο, η κοινωνική πολιτική επικεντρώνεται κυρίως σε ζητήματα που σχετίζονται με την αγορά εργασίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2000). Τη τελευταία δεκαετία, οι εξελίξεις που σημειώνονται στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης στην Ελλάδα, καθορίζονται κύρια από τις ευρωπαϊκές πολιτικές, στις οποίες κατάρτιση και διά βίου μάθηση αναγνωρίζονται περισσότερο από ποτέ ως εργαλεία για την ανάπτυξη της ανταγωνιστικότητας και της οικονομίας και πρόσφατα ως ένα βασικό μέσο για την αντιμετώπιση της ανεργίας στην περίοδο της κρίσης.

Οι αποφάσεις πολιτικής που λαμβάνονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο διαμορφώνουν το περιβάλλον μέσα στο οποίο η Ελλάδα προσαρμόζεται και δρα για τη προώθηση της ΔΒΜ. Στο ευρωπαϊκό αυτό επίπεδο, η Γενική Διεύθυνση Εσωτερικής Αγοράς και Υπηρεσιών στο πλαίσιο της επικείμενης αναθεώρησης της Ευρωπαϊκής Οδηγίας (ΕΟ) 36/2005 για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, έθεσε κείμενο προς διαβούλευση για την αξιολόγηση της ΕΟ όπου γίνεται μνεία για τη ΣΕΚ. Αναφέρεται η σπουδαιότητα της ΣΕΚ στην απαιτούμενη απόκτηση νέων ικανοτήτων και δεξιοτήτων για την επιδιωκόμενη προσωπική επαγγελματική ανάπτυξη αλλά και η αναγκαιότητά της από την πλευρά των συνεχώς αυξανόμενων απαιτήσεων των καταναλωτών υγείας για υψηλού επιπέδου παροχές υπηρεσιών. Επίσης, αναδεικνύεται η συνεχόμενα αυξανόμενη τάση για την αποτύπωση του υποχρεωτικού χαρακτήρα της ΣΕΚ καθώς και της μοριοδότησης της εκπαίδευσης (Μπίζας, 2011; Giri et al, 2012). Το Συμβούλιο της Ε.Ε. για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη παρακολούθηση των στόχων επίτευξης της «Ευρώπης 2020», έθεσε ποσοτικά κριτήρια αξιολόγησης, μεταξύ των οποίων έως το 2020, το 15% του ανθρώπινου δυναμικού μεταξύ 25-64 ετών θα πρέπει να συμμετέχει σε δράσεις διά βίου μάθησης (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2009, Βλ. σημ. 11, Παράρτημα Ι).

Η αναγκαιότητα και τα οφέλη της ΣΕΚ τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για έναν οργανισμό, έχουν αποδειχτεί και αποδοθεί μέσα και από διάφορες μελέτες και έρευνες τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Σύμφωνα με μια έρευνα του Νιάκα για να είναι αποτελεσματική και ποιοτική η πολιτική υποκίνησης στον τομέα υγείας, θα πρέπει να

θεωρείται η εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση μακροχρόνια επένδυση και αναγκαιότητα για προσαρμογή στις αλλαγές και όχι δαπάνη ή πρόβλημα. Η ακριβέστερη αντιστοίχιση ανάμεσα στα προσόντα και τα εργασιακά καθήκοντα έδειξε ότι ωφελεί τόσο τους εργοδότες όσο και τους εργαζόμενους (Νιάκας, 2004). Επιπλέον, η μελέτη των Guest, Conway & Dewe (2004) ανέδειξε οφέλη όπως αύξηση παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας, αύξηση αριθμού πιστοποιημένων υπαλλήλων, καλύτερη παρακίνηση. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και η μελέτη των Yfantis et al. το 2010, όπως και ότι η ανανέωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των εργαζομένων παρέχει ποιοτικότερη φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Μέσα από τη μελέτη των Aiken et al. (2002), αποδείχτηκε ότι όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών τόσο αυξάνεται η αποδοτικότητά τους μέσω της μείωσης της θνησιμότητας των ασθενών, το καλύτερο προγραμματισμό των εργασιών καθώς και την αύξηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Μακρυδημήτρης και Υφαντόπουλος, 2004). Αύξηση της αποτελεσματικότητας της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας, καταγράφεται μέσα από μια μετανάλυση των Brown et al., (2002) και του Institute of Medicine (2009) τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά. Τέλος, η έρευνα των Bukowitz, Williams & Mactas (2004) και Petaloti (2015) ανέφερε ως μεγαλύτερο όφελος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης την ικανοποίηση των εργαζομένων.

Ένα επίσης χαρακτηριστικό παράδειγμα των πλεονεκτημάτων και της αναγκαιότητας της ΣΕΚ αποτελεί και η μελέτη των μάνατζερ στο χώρο της υγείας. Ο Gorman (2003), εξέτασε τη διαφορά των ικανοτήτων και την επάρκεια που απαιτούνταν για τη ΣΕΚ. Στη μελέτη αυτή προσδιορίστηκαν συγκεκριμένες ικανότητες απαραίτητες για έναν μάνατζερ στο χώρο της υγείας για να μπορέσει να ολοκληρώσει τη ΣΕΚ. Επίσης, αποδείχτηκε ότι βελτιώνονται οι δεξιότητες των μάνατζερ υγείας οι οποίες τους βοηθούν στην επιτυχημένη ολοκλήρωση της στρατηγικής σχεδίων στο τομέα της υγείας. Έρευνα του Βρετανικού Ινστιτούτου Μάνατζμεντ (Chartered Management Institute) το 2013, κατέληξε στο γενικό συμπέρασμα ότι «σχεδόν ένας στους τρεις ανώτερους διευθυντές κρίνεται αναποτελεσματικός». Αυτό οφείλεται στο ότι το ποσό που επενδύεται στην εκπαίδευση του μάνατζερ στον κλάδο της υγείας είναι μικρότερο από εκείνο το οποίο μπορεί να αυξήσει επαρκώς την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα αλλά και την απόδοση των εργαζομένων. Τα άτομα τα οποία προτείνονται ως κατάλληλοι μάνατζερ στο κλάδο της υγείας, σύμφωνα με την παραπάνω

έκθεση, θα πρέπει να έχουν τα χαρακτηριστικά του μάνατζμεντ όπως είναι η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, η καλή επικοινωνία, η ικανοποίηση των αναγκών αλλά και η ανταπόκρισή τους στους πόρους για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα. Θα πρέπει να κάνουν τους εργαζόμενους να νιώθουν δεσμευμένοι με τον οργανισμό τους, γιατί τότε το προσωπικό έχει υψηλότερα επίπεδα ευφορίας, οι ασθενείς είναι περισσότερο ευχαριστημένοι και τα ποσοστά απουσιών λόγω ασθένειας, είναι χαμηλότερα. Και το σημαντικότερο που έδειξε η έρευνα, είναι ότι ο μάνατζερ θα πρέπει να ενθαρρύνει το προσωπικό του ώστε να αποκτήσει προσόντα και να θέτει στόχους, η επίτευξη των οποίων προσδίδει περισσότερο ενδιαφέρον και μεγαλύτερη πρόκληση κατά την εργασία τους (Worrall&Cooper, 2013).

1.1.2. Ιστορική αναδρομή

Η συνταγματική κατοχύρωση της επαγγελματικής κατάρτισης απορρέει από τη συνταγματική αναγνώριση της ελευθερίας της επιστήμης και της διδασκαλίας (άρθρο 16 του Συντάγματος). Από το χρονικό εκείνο σημείο και έπειτα εντοπίζεται πληθώρα νομοθετικών παρεμβάσεων τόσο σε επίπεδο σχεδιασμού πολιτικής όσο και σε επίπεδο παροχής δράσεων στον τομέα της ΣΕΚ. Στο **Διάγραμμα 1** αποτυπώνονται τα χρονικά σημεία - σταθμοί στην εξέλιξη της εκπαίδευσης ενηλίκων στην Ελλάδα. Αξίζει να τονιστεί ότι:

- Με το **Νόμο 1836/1989** «Προώθηση της Απασχόλησης και της Επαγγελματικής Κατάρτισης», κατοχυρώθηκε το υποσύστημα της ΣΕΚ, που προωθείται από το Υπουργείο Απασχόλησης. Το συγκεκριμένο υλοποιείται μέσω του Εθνικού Συμβουλίου Επαγγελματικής Κατάρτισης και Απασχόλησης (Ε.Σ.Ε.Κ.Α.) σε εθνικό επίπεδο, των Περιφερειακών Επιτροπών Επαγγελματικής Κατάρτισης και Απασχόλησης (Π.Ε.Ε.Κ.Α.) σε περιφερειακό επίπεδο, των Νομαρχιακών Επιτροπών Επαγγελματικής Κατάρτισης και Απασχόλησης (Ν.Ε.Ε.Κ.Α.) σε επίπεδο Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, καθώς και των φορέων εκτέλεσης προγραμμάτων ΣΕΚ.
- Με το **Νόμο 2009/92**, ιδρύθηκε ο Οργανισμός Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΟΕΕΚ) που έχει ως σκοπό την οργάνωση, λειτουργία των δημόσιων ΙΕΚ, την εποπτεία των ιδιωτικών ΙΕΚ και την πραγματοποίηση των στόχων του ΕΣΕΕΚ.

- Με το **Νόμο 2224/94**, ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης Δομών ΣΕΚ (ΕΚΕΠΙΣ), ΝΠΙΔ, εποπτευόμενο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στο άρθρο 22 του Ν.2469/97 εξειδικεύονται οι σκοποί, η νομική φύση και οι δραστηριότητες του ΕΚΕΠΙΣ. Ο κύριος ρόλος του είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος γενικής εμβέλειας για την τυπική πιστοποίηση των δράσεων ΣΕΚ. Η λειτουργία του ΕΚΕΠΙΣ εξειδικεύθηκε με την έκδοση του Π.Δ. 67/97 για θέματα οργάνωσης, στελέχωσης και μηχανισμών υλοποίησης των στόχων του.
- Με το **Νόμο 2469/97**, το Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης Δομών και Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών αντικαθιστά το πρώην ΕΚΕΠΙΣ (βλ.Α.17 ν.2224/94) (Αμίτσης,2000).

Και μετά το 2000 συνεχίστηκαν οι θεσμικές αλλαγές. Το 2001 (Ν.2909), η Γ.Γ. Λαϊκής Επιμόρφωσης μετονομάστηκε σε Γ.Γ. Εκπαίδευσης Ενηλίκων και σε Γ.Γ. Δια Βίου Μάθησης το 2008 Ν.3699), για να συγχωνευτεί με τη Γ.Γ. Νέας Γενιάς σε Γ.Γ. Δια Βίου Μάθησης και Νέας Γενιάς (προεδρικό διάταγμα 114/2014) και εν τέλει να μετονομαστεί σε Γ.Γ. ΕΕΚ, ΔΒΜ και Νεολαίας το 2020 (Ν.4763). Το 2003 ξεκίνησε η λειτουργία των Κέντρων Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΚΕΕ) και των Σχολών Γονέων, ενώ το 2010 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων (ΕΟΠΠ). Επιγραμματικά:

- Με το **Νόμο 3191** (ΦΕΚ258/7.11.03) θεσμοθετείται το Εθνικό Σύστημα Σύνδεσης της Επαγγελματικής εκπαίδευσης της κατάρτισης με την Απασχόληση (Ε.Σ.Σ.Ε.Ε.Κ.Α) σε μια προσπάθεια να μεθοδευτεί η ενοποίηση διαφορετικών συστημάτων τα οποία εποπτεύονται από διαφορετικά Υπουργεία (Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης, Γεωργίας, Εμπορικής Ναυτιλίας, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Γεωργίας). Με τον εν λόγω νόμο προσδιορίζονται 6 συγκεκριμένα Συστήματα:
 - *Σύστημα Έρευνας των Αναγκών της Αγοράς εργασίας*
 - *Σύστημα της Τεχνικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης*
 - *Σύστημα Αρχικής Επαγγελματικής Κατάρτισης*
 - *Σύστημα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης*

- Σύστημα Πιστοποίησης της Επαγγελματικής Κατάρτισης και των Επαγγελματικών προσόντων
- Σύστημα Συμβουλευτικής, Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Σύνδεσης με την Αγορά Εργασίας.
- Με το **Νόμο 3369** (ΦΕΚ 171/6.7.05) για τη Συστηματοποίηση της Δια βίου Μάθησης, ο οποίος συμπληρώνει κενά και επαναπροσδιορίζει διατάξεις του Ν.2009/12.2.1992\δ34ΦΕΚ18/Β/14.2.1992) Εθνικό Σύστημα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης, επιχειρείται η οριοθέτηση του πεδίου της αρχικής επαγγελματικής κατάρτισης. Επίσης, ο ΟΕΕΚ ως αρμόδιος φορέας του Υπουργείου Παιδείας μέσω των ΙΕΚ γίνεται ο βασικός εποπτεύων του πεδίου οργανισμός.

Επιπροσθέτως, με το ίδιο νομοσχέδιο (**Ν.3369 /05**) διέπεται και το Σύστημα της ΣΕΚ όπου το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας μέσω του εποπτευόμενου Εθνικού Κέντρου Πιστοποίησης Συνεχιζόμενης Κατάρτισης (ΕΚΕΠΙΣ) αποτελεί τον αρμόδιο φορέα για τη ΣΕΚ μέσω των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ) καθώς και για την πιστοποίηση των επαγγελματικών περιγραμμάτων.

Με το ίδιο νομοσχέδιο ακόμα καθορίζονται:

- οι φορείς παροχής δια βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης
- ο διαχωρισμός των προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης και δια βίου κατάρτισης (αρχικής & συνεχιζόμενης)
- οι διαδικασίες αξιολόγησης και πιστοποίησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης.
- Με το **Νόμο 3577/2007**, ο οποίος έχει τίτλο «Δημιουργία Φορέα Διαχείρισης Ολοκληρωμένου Προγράμματος Δια βίου Μάθησης, ρύθμιση θεμάτων ιδιωτικής εκπαίδευσης και φορέων εποπτείας Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και άλλες διατάξεις» ιδρύεται, Οργανισμός Διαχείρισης Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων με την επωνυμία «Σόλων».
- Με το **Νόμο 3699/2008** συστήνεται η Εθνική Επιτροπή Δια Βίου Μάθησης υπό την εποπτεία της Γενικής Γραμματείας Δια βίου Μάθησης η οποία είναι αρμόδια για το συντονισμό και τη διασύνδεση των φορέων παροχής προγραμμάτων δια βίου μάθησης με το Εθνικό Σύστημα Σύνδεσης της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης της

Κατάρτιση με την Απασχόληση, καθώς επίσης και για τη διερεύνηση και αξιολόγηση των αναγκών.

Το 2011, μετά την υπογραφή του «Μνημονίου 1» για τον περιορισμό των δημοσιονομικών δαπανών και τη δημοσιονομική προσαρμογή της χώρας, πραγματοποιείται στη δημόσια και ευρύτερη δημόσια διοίκηση ένας κύκλος συγχωνεύσεων και καταργήσεων οργανισμών. Έτσι, στο νέο αυτό περιβάλλον, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, έχει ως βασική αρμοδιότητα στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης, την εφαρμογή και διαχείριση δράσεων που αφορούν την κατάρτιση και τη σύνδεσή της με την αγορά εργασίας. Οι επιτελικοί φορείς του για την υλοποίηση των δράσεων αυτών είναι:

- ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), ο οποίος παρεμβαίνει στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης μέσω δύο βασικών δράσεων: τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα και τα προγράμματα που υλοποιεί με πόρους από τον «Λογαριασμό για Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση» (ΛΑΕΚ).
- το Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού (ΕΙΕΑΔ), που αντικατέστησε τη κατάργηση δύο εταιρειών των «ΕΚΑΕ» και «ΠΑΕΠ». Περιλαμβάνει όλα τα αντικείμενα αρμοδιότητας των δύο συγχωνευθέντων φορέων και εμπλέκεται στη ΣΕΚ μέσω των συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων που διαχειρίζεται και των μελετών-ερευνών που διενεργεί για τον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης.

Κοινές Υπουργικές αποφάσεις

Στην προέκταση των νομοσχεδίων αυτών αξίζει να παραθέσουμε μια σειρά από κοινές υπουργικές αποφάσεις οι οποίες έχουν υπογραφεί από τους αντίστοιχους υπουργούς Εργασίας, Απασχόλησης και Κοινωνικής προστασίας και τον Υπουργό οικονομίας και οικονομικών, με θέμα την ενίσχυση και την προώθηση της επαγγελματικής κατάρτισης και της σύνδεσής της με την απασχόληση. Ειδικότερα:

- Κ.Υ.Α 40091/19.5/31.5.1989, ξεκίνησε η εφαρμογή προγραμμάτων ΣΕΚ και ορίστηκε η κατηγοριοποίηση των δικαιούχων που θα τα παρακολουθήσουν.

- Κ.Υ.Α 110542/31.5.1992, του Υπουργού Εργασίας ορίζονται οι φορείς υλοποίησης ενεργειών και με την Κ.Υ.Α 113801/27.7.1993 του ίδιου Υπουργείου διευρύνονται οι ανωτέρω φορείς.
- Κ.Υ.Α 115372/11.11.1994 και Κ.Υ.Α 111457/8.7.1996 του Υπουργείου Εργασίας, καθορίζονται τα κριτήρια πιστοποίησης των Κέντρων Άτυπης ΣΕΚ (ΚΕΚ) και εισάγονται διακρίσεις των ΚΕΚ ανάλογα με τη χωροθέτησή τους (Εθνική-περιφερειακή εμβέλεια) και την εξειδίκευσή τους (θεματικά-κλαδικά ΚΕΚ).
- Κ.Υ.Α 115373/11.11.1994 του Υπουργού Εργασίας, που τροποποιήθηκε με την Κ.Υ.Α 108009/17.4.1996 και τελικά αντικαταστάθηκε από την Κ.Υ.Α 111456/8.7.1996, εγκαινιάστηκε ένα αυτοτελές σύστημα διαχείρισης και παρακολούθησης ενεργειών ΣΕΚ.
- Κ.Υ.Α 107454/2.6.1998 του Υπουργού Εργασίας ορίζει και περιλαμβάνει δραστηριότητες όλων των κατηγοριών των πιστοποιημένων ΚΕΚ(Αμίτσης,2000).
- Κ.Υ.Α 105127/8.1.2001 Υπ. Απόφαση θεσμοθετήθηκε το σύστημα πιστοποίησης των ΚΕΚ.
- Κ.Υ.Α 19059/2002 των Υπουργών Εργασίας και Ανάπτυξης ιδρύθηκε το Παρατηρητήριο Απασχόλησης Ερευνητική-Πληροφορική Α.Ε.-ΠΑΕΠ, με αντικείμενο την έρευνα και μελέτη των εξελίξεων στις αγορές εργασίας, το προσδιορισμό των αναγκών κατάρτισης καθώς και την παροχή πληροφορικής και τεχνικής υποστήριξης προς τον ΟΑΕΔ (Ευστράτογλου, 2004).
- Κ.Υ.Α 111384/13.5.2003 (Φ.Ε.Κ 616/Β/19.5.2003) για το Σύστημα παρακολούθησης και Αξιολόγησης των ΚΕΚ.
- Κ.Υ.Α 110327/21.2.2005 (Φ.Ε.Κ 320/21.2.2005) για το Σύστημα Πιστοποίησης των ΚΕΚ.
- Κ.Υ.Α 110328/14.2.2005 (Φ.Ε.Κ 231/21.2.2005) για το Σύστημα Πιστοποίησης, παρακολούθησης και αξιολόγησης Εξειδικευμένων Κέντρων για την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη των ΑΜΕΑ και εξειδικευμένων Κέντρων για άτομα υπό απεξάρτηση ή απεξαρτημένα άτομα.
- Κ.Υ.Α 113708/15/12/05 (Φ.Ε.Κ 1914/30-12/05) για το Σύστημα Πιστοποίησης προγραμμάτων, γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων.

- Κ.Υ.Α 113709/15.12.2005 (Φ.Ε.Κ 1821 Β/23/12/2005) για το Σύστημα Πιστοποίησης Στελεχών Σ.Υ.Υ.
- Κ.Υ.Α 112281/31.8.2006 (Φ.Ε.Κ 1095/Β/10.8.2006) για το Ενιαίο Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου των Ενεργειών Επαγγελματικής Κατάρτισης συγχρηματοδοτούμενων από το Ε.Κ.Τ στο πλαίσιο του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (2000-2006 για όλα τα Επιχειρησιακά Προγράμματα που εμπεριέχουν δράσεις Κατάρτισης).
- Κ.Υ.Α 113613/9.11.2006 (Φ.Ε.Κ 1700Β/21.11.2006) για το Σύστημα Πιστοποίησης Εκπαιδευτών Ενηλίκων.
- Κ.Υ.Α 110998/24.3.06 (Φ.Ε.Κ 566/08-05-06) για την Πιστοποίηση Επαγγελματικών Περιγραμμάτων.

1.1.3. Ισχύον Νομοθετικό Πλαίσιο

Το νομοθετικό πλαίσιο της ΕΕΚ αποτελείται με διατάξεις σε νομοσχέδια και με παράγωγα νομοθετήματα. Συγκεκριμένα,

Ο **Νόμος 3879/2010** (ΦΕΚ 163 21.9.10) Ανάπτυξη της Δια Βίου Μάθησης και λοιπές διατάξεις, αποτέλεσε το βασικό νομοθέτημα για την ανάπτυξή της στη χώρα. Ειδικότερα:

- διαμόρφωσε τις προτεραιότητες στον συγκεκριμένο τομέα και ρύθμισε θέματα που διέπουν τις δράσεις για τη ΔΒΜ, όπως ο ορισμός για τις βασικές έννοιες και η διάκριση των φορέων σε φορείς διοίκησης και φορείς παροχής υπηρεσιών (σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο).
- εγκαινίασε την πολιτική της αποκέντρωσης, αφού μέρος της ΔΒΜ πέρασε στις περιφέρειες και τους δήμους.
- Σύνδεσε τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων ΔΒΜ με την εκπαιδευτική τους αξιολόγηση, την κοινωνική και εκπαιδευτική τους αποτελεσματικότητα
- καθόρισε διασύνδεση τυπικής και μη τυπικής εκπαίδευσης.
- θεσμοθέτησε το Εθνικό Πλαίσιο Προσόντων (το οποίο θα συναρτάται με το αντίστοιχο Ευρωπαϊκό) και το Εθνικό Δίκτυο Δια Βίου Μάθησης. Ο ρόλος του Εθνικού Πλαισίου Προσόντων είναι η αναγνώριση προσόντων και πιστοποίησης γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων.

- Δημιούργησε ένα ενοποιημένο εθνικό πλαίσιο αξιολόγησης και πιστοποίησης για όλες τις μορφές κατάρτισης και γενικής εκπαίδευσης ενηλίκων, με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ) (Εθνική Έκθεση ΟΟΣΑ, 2003).

Ο **Νόμος 3848/2010**, καθορίζει πρότυπα για την αξιολόγηση και αξιοκρατία στην εκπαίδευση.

Ο **Νόμος 4009/2011**, αναφέρεται στη δομή, τη λειτουργία, τη διασφάλιση ποιότητας σπουδών και τη διεθνοποίηση των ιδρυμάτων ανώτερης εκπαίδευσης.

Ο **Νόμος 4186/2013**, συστήθηκε για την αναδιάρθρωση της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και καθορίζει θέματα οργάνωσης και διοίκησης των φορέων μη τυπικής εκπαίδευσης.

Η **Κ.Υ.Α 26381/2017 (Φ.Ε.Κ. 490Β/20.2.2017)**, περιλαμβάνει ρυθμίσεις για την αναβάθμιση των εκπαιδευτικών μεθόδων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μαθητείας.

Πολλές από τις διατάξεις των Νόμων 3879/2010 και 4186/2013 αντικαταστάθηκαν με τον **Νόμο 4763/2020** για το Εθνικό Σύστημα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Διά Βίου Μάθησης, καθώς κρίθηκε ότι το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο δεν ήταν στη θέση να αντιμετωπίσει τα χρονίζοντα προβλήματα του τομέα της ΕΕΚ και ΔΒΜ. Ειδικότερα, τα σημαντικότερα αυτά προβλήματα περιλάμβαναν:

- ✓ Αλληλοεπικαλύψεις μεταξύ δομών και εκπαιδευτικών διαδρομών.
- ✓ Ύπαρξη ειδικοτήτων και οδηγών κατάρτισης που δεν ανταποκρίνονται στα σύγχρονα δεδομένα.
- ✓ Ανεπαρκής διασύνδεση με τις πραγματικές ανάγκες της αγοράς εργασίας, μεταξύ άλλων λόγω της απουσίας συμμετοχής εκπροσώπων από όλους τους τομείς της κοινωνίας στο σχεδιασμό της ΕΕΚ και της λανθασμένης επιλογής ειδικοτήτων και εκπαιδευτών.
- ✓ Έλλειψη αξιοπιστίας στην πιστοποίηση των επαγγελματικών προσόντων.
- ✓ Προβλήματα στην οργάνωση της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης που παρέχεται στα Κέντρα Διά Βίου Μάθησης (ΚΔΒΜ) που επιτείνει το χάσμα δεξιοτήτων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή- Eurydice, 2021).

Διάγραμμα 1. Χρονικά σημεία - σταθμοί στην εξέλιξη της εκπαίδευσης ενηλίκων στην Ελλάδα



Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Eurydice

Όπως αναφέρθηκε, εκτός από τον Ν.3879/2010, μέρος του οποίου είναι ακόμα σε ισχύ, οι προτεραιότητες πολιτικών δράσεων, καθορίζονται κυρίως από τον πρόσφατο Ν. 4763/2020, ο οποίος επιχειρεί μια ολιστική μεταρρύθμιση της ΕΕΚ και ΔΒΜ σε **τρεις άξονες**:

Στον **πρώτο** άξονα, δημιουργείται κοινός στρατηγικός σχεδιασμός της ΕΕΚ και της ΔΒΜ. Βασικός στόχος εδώ είναι η αποφυγή επικαλύψεων δομών και υπηρεσιών, με τη θέσπιση διακριτών επιπέδων προσόντων. Ειδικότερα, καθιερώνεται το Εθνικό Σύστημα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης (ΕΣΕΕΚ), το οποίο αναπτύσσεται στα επίπεδα τρία (3), τέσσερα (4) και πέντε (5) του Εθνικού Πλαισίου Προσόντων, κατ' αντιστοιχία με αυτά του Ευρωπαϊκού Πλαισίου Προσόντων. Ειδικότερα, στο επίπεδο 3 εντάσσονται οι Επαγγελματικές Σχολές Κατάρτισης (ΕΣΚ) και οι Επαγγελματικές Σχολές Μαθητείας (ΕΠΑΣ) του ΟΑΕΔ, στο επίπεδο 4 τα Επαγγελματικά Λύκεια (ΕΠΑΛ) και στο επίπεδο 5 τα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ) και το Μεταλυκειακό Έτος-Τάξη Μαθητείας των ΕΠΑΛ.

Στο **δεύτερο** άξονα, εντάσσονται αλλαγές που έχουν ως στόχο τη διασύνδεση της ΕΕΚ και ΔΒΜ με τις πραγματικές ανάγκες της αγοράς εργασίας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, συγκροτείται Κεντρικό Συμβούλιο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτιση (ΚΣΕΕΚ), με εκπροσώπους από τα παραγωγικά υπουργεία, τους κοινωνικούς εταίρους (οργανώσεις εργοδοτών και εργαζομένων) και τα επιμελητήρια. Προβλέπεται η δυνατότητα σύστασης Κλαδικών Συμβουλίων Δεξιοτήτων (ΚΣΔ) για τη συστηματική παρακολούθηση των αναγκών συγκεκριμένων κλάδων σε επαγγελματικές δεξιότητες. Σε περιφερειακό επίπεδο, δημιουργούνται Συμβούλια Σύνδεσης με την Παραγωγή και την Αγορά Εργασίας (ΣΣΠΑΕ), στην έδρα κάθε Περιφέρειας της χώρας. Προβλέπεται, επίσης, νέα διάρθρωση της Γενικής Γραμματείας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Διά Βίου Μάθησης.

Τέλος, στον **τρίτο** άξονα, εντάσσονται οι υπόλοιπες ρυθμίσεις του νόμου που έχουν ως στόχο την αναβάθμιση της παρεχόμενης αρχικής και ΣΕΚ. Ειδικότερα, προβλέπεται η ίδρυση Επαγγελματικών Σχολών Κατάρτισης (ΕΣΚ) διετούς φοίτησης επιπέδου 3 για αποφοίτους Γυμνασίου (υποχρεωτικής εκπαίδευσης), με ιδιαίτερη στόχευση την ένταξη των ευπαθών και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στην επαγγελματική ζωή. Υπουργεία, επιμελητήρια, οργανώσεις εργοδοτών ή εργαζομένων ακόμα και από τον ιδιωτικό τομέα θα μπορούν να

ιδρύουν ΕΣΚ. Επιπλέον, θεσμοθετείται η δυνατότητα ίδρυσης Πειραματικών ΕΠΑΣ Μαθητείας του ΟΑΕΔ στο επίπεδο 3 του Εθνικού Πλαισίου Προσόντων, καθώς και πρότυπων επαγγελματικών λυκείων (ΠΕΠΑΛ). Εισάγεται η πρόβλεψη χορήγησης Πτυχίου ΕΕΚ επιπέδου 3 στους αποφοίτους των ΣΕΚ, ΕΣΚ και ΕΠΑΣ Μαθητείας του ΟΑΕΔ, μετά από πιστοποίηση. Τέλος, ο νόμος θεσπίζει μια σειρά από άλλες ρυθμίσεις σε επίπεδο δομών, διαδικασιών, προγραμμάτων σπουδών και πιστοποίησης στον τομέα της ΕΕΚ και ΔΒΜ (Ν.4763/20).

1.2. Το Κοινό Πλαίσιο Εκσυγχρονισμού και τα Χρηματοδοτικά Εργαλεία στην Ε.Ε.

Η ΕΕΚ αποτελεί βασικό εργαλείο για τις μεταρρυθμίσεις των χωρών στην οικονομία, την αγορά εργασίας και τα συστήματα παραγωγής γενικότερα. Για αυτό το λόγο, η ευρωπαϊκή συνεργασία στα θέματα που σχετίζονται με την ΕΕΚ έχει ενισχυθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η έναρξη της κοινής πολιτικής επαγγελματικής κατάρτισης έγινε με τη Συνθήκη της Ρώμης, η οποία προωθήθηκε περαιτέρω με την διαβούλευση της Κοπεγχάγης το 2002 και ενισχύθηκε στη συνέχεια με τη θέσπιση ενός ενιαίου πλαισίου εκσυγχρονισμού της ΕΕΚ με το Ανακοινωθέν της Μπριζ (2010) υπό τη σύσταση του Συμβουλίου της Ε.Ε.(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010). Το αρχικό αυτό πλαίσιο στη συνέχεια εξειδικεύτηκε με τα Συμπεράσματα της Ρίγα (2015), έτσι ώστε η ΣΕΚ να προσαρμόζεται καλύτερα στις ανάγκες της αγοράς εργασίας κάθε χώρας. Όλες αυτές οι πολιτικές έγιναν προκειμένου αυτές να συμβάλουν πιο αποτελεσματικά στην επίτευξη των στόχων της στρατηγικής «Ευρώπη 2020».

Κύριος στόχος των κρατών μελών, είναι η αναγνώριση και η πιστοποίηση κάθε μαθησιακής διαδικασίας, με κοινούς δείκτες τόσο σε εθνικό όσο και ευρωπαϊκό επίπεδο (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2012). Για να επιτευχθεί αυτό, το ευρωπαϊκό συμβούλιο πρότεινε και υιοθέτησε δύο βασικές αρχές: α) ισότιμη πρόσβαση στη διά βίου μάθηση και β) επικύρωση των μαθησιακών αποτελεσμάτων. Σκοπός της κοινής αυτής ευρωπαϊκής αντίληψης είναι τα επαγγελματικά προσόντα να είναι μετρήσιμα και συγκρίσιμα μεταξύ των κρατών-μελών, έτσι ώστε να εφαρμοστεί με μεγαλύτερη ευκολία, αποτελεσματικότητα και ταχύτητα η εργασιακή και γεωγραφική κινητικότητα.

Τα σημαντικότερα χρηματοδοτικά εργαλεία για την επίτευξη των στόχων της στρατηγικής «Ευρώπη 2020», είναι το Πρόγραμμα Erasmus και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ). Κάθε χρόνο, επωφελούνται από τις ευκαιρίες κινητικότητας τόσο εκπαιδευόμενοι όσο και εργαζόμενοι, ενώ ετησίως χρηματοδοτούνται σχεδόν 500 έργα στον τομέα της ΣΕΚ. Τέλος, το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) έχει διαθέσει αρκετά δις. ευρώ για την επίτευξη στόχων, όπως την ενίσχυση της ισότιμης πρόσβασης στη ΔΒΜ, τη προώθηση ευέλικτων οδών πρόσβασης και τη βελτίωση της συνάφειας των συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης με την αγορά εργασίας (European Commission- Eurycide, 2020).

1.2.1. Οργανισμοί υποστήριξης της ΣΕΚ στην Ε.Ε.

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα προκειμένου να συμβάλλει στην προαγωγή και στην υλοποίηση της ευρωπαϊκής στρατηγικής και στο συντονισμό επίλυσης των προβλημάτων της ΕΕΚ, έχει θεσμοθετήσει ορισμένους Οργανισμούς και Δίκτυα όπως είναι το *Δίκτυο Ευρυδίκη (Eurydice)*, το *CEDEFOP (European Centre for the Development of Vocational Training)* και το *Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ETF-European Training Foundation)*.

Δίκτυο "Ευρυδίκη" (Eurydice)

Το δίκτυο "*Ευρυδίκη*" ιδρύθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα κράτη μέλη της τότε Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας και λειτουργεί από το 1980. Στόχο έχει να προωθήσει τη συνεργασία στον τομέα της εκπαίδευσης και κατάρτισης παρέχοντας πληροφόρηση για τα εκπαιδευτικά συστήματα των κρατών μελών, τις υφιστάμενες εκπαιδευτικές πολιτικές και τις τρέχουσες εξελίξεις.

Το δίκτυο "Ευρυδίκη" αποτελείται από:

- 40 Εθνικές Μονάδες, που προέρχονται από 36 χώρες που συμμετέχουν στο πρόγραμμα για τη Δια Βίου Μάθηση της Ε.Ε. (τα κράτη-μέλη της Ε.Ε., ΠΓΔΜ, Ισλανδία, Μαυροβούνιο, Σερβία, Τουρκία, Λιχτενστάιν, Νορβηγία και Ελβετία).
- την Ευρωπαϊκή Μονάδα, που εδρεύει στις Βρυξέλλες, η οποία υπάγεται στον Εκτελεστικό Οργανισμό Εκπαίδευσης, Οπτικοακουστικών Θεμάτων και Πολιτισμού

και είναι υπεύθυνη για το συντονισμό του σχεδιασμού και της υλοποίησης των δραστηριοτήτων του Δικτύου (Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων).

Η αντίστοιχη εθνική υπηρεσία της Ελλάδας υπάγεται στη Δ/ση Ε.Ε. του Υπουργείου Παιδείας: Γ΄ Τμήμα, Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Εκπαίδευση "Ευρυδίκη".

CEDEFOP (European Centre for the Development of Vocational Training)

Το Cedefop που εδρεύει στη Θεσσαλονίκη, είναι το κέντρο αναφοράς της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση, παρέχοντας πληροφορίες, τεκμηρίωση και επιστημονικές αναλύσεις σχετικά με τα συστήματα, τις πολιτικές, την έρευνα, τις απαιτήσεις δεξιοτήτων και την πρακτική που συνδέονται με αυτή. Επιπλέον, προωθεί την ανάπτυξη μίας συντονισμένης ευρωπαϊκής προσέγγισης στα προβλήματα της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης διευκολύνοντας τις ανταλλαγές, τη συνεργασία και τη συνέργεια μεταξύ διαφορετικών ομάδων στόχου: υπεύθυνων φορέων για τη χάραξη στρατηγικής, κοινωνικών εταίρων, ερευνητών και επαγγελματιών της επαγγελματικής κατάρτισης.

Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ETF-European Training Foundation).

Το ETF, το οποίο εδρεύει στο Τορίνο της Ιταλίας από το 1994, συνεπικουρεί και υποστηρίζει τη διαδικασία μεταρρύθμισης και εκσυγχρονισμού των συστημάτων επαγγελματικής κατάρτισης στις συνεργαζόμενες χώρες, στα πλαίσια της εξωτερικής πολιτικής της Ε.Ε. Αποστολή του ιδρύματος είναι να συμβάλει στην ανάπτυξη των συστημάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης που είναι επιλέξιμες για οικονομική ενίσχυση, και στις οποίες μπορεί να περιλαμβάνονται γειτονικές χώρες που δεν είναι μέλη της Ε.Ε. ή χώρες που προετοιμάζονται για ένταξη στην Ε.Ε. Βοηθά στον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση πολιτικών και προγραμμάτων που έχουν ως στόχο, να προωθήσουν την κοινωνική κινητικότητα και την κοινωνική ένταξη, να μεταρρυθμίσουν τα συστήματα εκπαίδευσης και κατάρτισης και να επιτύχουν μεγαλύτερη ισορροπία ανάμεσα στις ικανότητες των συστημάτων αυτών και τις ανάγκες της αγοράς εργασίας. Μέσω των δραστηριοτήτων του Ιδρύματος, έχουν οφέλη, οι εργαζόμενοι που είναι εκπαιδευμένοι και έχουν αποκτήσει δεξιότητες αφού έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν δουλειά στη χώρα τους, κάτι που σημαίνει ότι κινδυνεύουν λιγότερο από κοινωνικό

αποκλεισμό, φτώχεια και παράτυπη μετανάστευση. Οι χώρες-εταίροι αφού αποκτούν μεγαλύτερη ευημερία και σταθερότητα, δημιουργώντας περισσότερες ευκαιρίες για εμπόριο και επενδύσεις καθώς και οι χώρες της ΕΕ, οι οποίες έχουν ευκαιρίες να προσλάβουν εργαζομένους με προσόντα. Οι εργαζόμενοι αυτοί, έρχονται στην Ευρώπη με έναν καλύτερα ρυθμισμένο τρόπο για να καλύψουν τα κενά δεξιοτήτων που προκαλούν οι δημογραφικές αλλαγές (European Commission- Eurycide, 2020).

1.2.2. Θεσμοί και εργαλεία προώθησης της ΣΕΚ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο

Για να επιτευχθεί η σύνδεση της κατάρτισης με την αγορά εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν κάποια κοινά εργαλεία και θεσμοί προώθησης, για την αναγνώριση γνώσεων, δεξιοτήτων, ικανοτήτων, της άτυπης και της τυπικής εκπαίδευσης, ενώ βελτιώθηκε σημαντικά η ποιότητα των συστημάτων κατάρτισης και εκπαίδευσης και η συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών στον τομέα αυτό. Το πρώτο το οποίο ψηφίστηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο το 2004, ήταν το «*Europass*», με το οποίο για πρώτη φορά γίνεται προσπάθεια δημιουργίας μιας κοινής ευρωπαϊκής φόρμας «βιογραφικού σημειώματος», για τις γνώσεις και τα επαγγελματικά προσόντα των ευρωπαίων πολιτών με ενιαίο και διάφανο τρόπο (Council of the European Union, 2004). Στη συνέχεια με τη προοπτική της Ευρώπης του 2020, αποφασίζονται τρία επιπλέον, από τα σημαντικότερα εργαλεία στον τομέα της ΔΒΜ. Το «*Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Προσόντων*» (ΕΠΠ, EQF) (2008) υπό τη μορφή Σύστασης (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2008), το «*Ευρωπαϊκό Σύστημα Πιστωτικών Μονάδων για την Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση*» (ECVET) (2009) και την ίδια χρονιά το «*Ευρωπαϊκό πλαίσιο αναφοράς για τη διασφάλιση της ποιότητας στην επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση*» (EQAVET) (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009). Και τα τρία αυτά εργαλεία, στοχεύουν στη συγκρισιμότητα, τη ποιότητα και, τη διαφάνεια των επαγγελματικών προσόντων των ευρωπαίων πολιτών, τα οποία αποκτήθηκαν μέσα από κάθε διαδρομή μάθησης, τυπικής, άτυπης, εντός και εκτός της χώρας τους. Ένας ακόμη θεσμός προώθησης που ενίσχυσε την αναπτυξιακή στρατηγική της ΕΕΚ, αποτέλεσε και η *Ευρωπαϊκή Συμμαχία για θέσεις Μαθητείας (EafA)*. Σκοπός της είναι, η ενίσχυση της ποιότητας, της προσφοράς και της συνολικής προβολής των προγραμμάτων μαθητείας σε ολόκληρη την Ευρώπη,

προάγοντας παράλληλα την κινητικότητα των μαθητευομένων (European Commission-Eurycide, 2020).

Τα αναλυτικά προγράμματα σπουδών διαμορφώνονται σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του ECVET, που περιγράφεται στη Σύσταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2009 (E.E.C 155/02 της 8.7.2009). Για τη διαμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών κάθε τομέα και ειδικότητας λαμβάνονται υπόψη, εφόσον υπάρχουν, και τα σχετικά επαγγελματικά περιγράμματα που πιστοποιούνται από τον Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 3369/2005 (Α'171).

1.3. Οργανισμοί και Φορείς αρμόδιοι για τη ΣΕΚ σε εθνικό επίπεδο

Η παροχή υψηλού επιπέδου προσόντων αποτελεί το κύριο έργο των Οργανισμών και Φορέων της ΣΕΚ, με απώτερο σκοπό την απορρόφηση των καταρτιζόμενων στη σφαίρα της απασχόλησης με τρόπο που οι παρεχόμενες ειδικότητες να ανταποκρίνονται στις πραγματικές και τρέχουσες ανάγκες της αγοράς εργασίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με:

- την επιλογή και διαμόρφωση πιστοποιημένων προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης με ειδικότητες και προσόντα, βάσει διερεύνησης των αναγκών της αγοράς εργασίας·
- την επιλογή υψηλά καταρτισμένων εκπαιδευτών τόσο με ανάλογες γνώσεις ή όσο και με εμπειρία·
- δομές πλήρως εξοπλισμένες για την υλοποίηση των προγραμμάτων ώστε να εξασφαλίζεται το κατάλληλο περιβάλλον για την ολοκληρωμένη κατάρτισή τους (Policy Document of EQUIP&EURACT, 2002; ΕΥΣΕΚΤ, 2003; Hager et al., 2008).

Το σύστημα ΕΕΚ στην Ελλάδα, τουλάχιστον έως τη θέσπιση του Νόμου 4763/2020, αποτελούνταν από πολλά υποσυστήματα, με ταυτόχρονη περίπλοκη κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ τους.

Σε ανώτατο επίπεδο, η ευθύνη και ο σχεδιασμός για την εκπαίδευση και την κατάρτιση ενηλίκων κατανέμεται μεταξύ δύο υπουργείων, το Υπουργείο Παιδείας και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Κάθε υπουργείο έχει υπό την επίβλεψή του φορείς που συμμετέχουν στη χάραξη και εφαρμογή πολιτικών για την ΕΕΚ, καθώς επίσης και συμβουλευτικούς φορείς και οργανώσεις κοινωνικών εταίρων, ώστε να αποφεύγονται τυχόν αστοχίες και παραλείψεις. Ειδικότερα, το Υπουργείο Παιδείας είναι υπεύθυνο για την τυπική και μη τυπική εκπαίδευση ενηλίκων, τη ΔΒΜ, την εκπαίδευση και κατάρτιση των νέων, την κοινωνικό-πολιτιστική μη τυπική εκπαίδευση και τον εθελοντισμό. Αντίθετα, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, είναι υπεύθυνο για Πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης της ανεργίας και την Αντιμετώπιση της κοινωνικής ένταξης των ευάλωτων ομάδων. Για το σκοπό αυτό παρέχει Αρχική και συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση, Μαθητεία και Επαγγελματικό προσανατολισμό (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020). Υπεύθυνοι για την παρακολούθηση, αξιολόγηση και χρηματοδότηση των δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων ΣΕΚ είναι:

- Η *Γενική Γραμματεία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης, και Δια Βίου Μάθησης και Νεολαίας (ΓΓΕΕΚΔΒΜ & Ν)*.
- Το *Κεντρικό Συμβούλιο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΚΣΕΕΚ)*.
- Η *Κεντρική Επιστημονική Επιτροπή (ΚΕΕ)*.
- Τα *Συμβούλια Σύνδεσης με την Παραγωγή και την Αγορά Εργασίας*.

Ειδικότερα,

Η Γενική Γραμματεία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης, Διά Βίου Μάθησης και Νεολαίας (ΓΓΕΕΚΔΒΜ & Ν)

Φορέας του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, υπεύθυνος για την ΕΕΚ και τη ΔΒΜ. Κύριος ρόλος της είναι ο σχεδιασμός, ο συντονισμός, η υλοποίηση και η παρακολούθηση σε εθνικό επίπεδο ενεργειών που αφορούν τη ΣΕΚ σύμφωνα με διεθνή κριτήρια. Ρυθμίζει την αρχική και συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση, καθώς και τη γενική εκπαίδευση ενηλίκων. Βεβαίως, ένα επίσης από τα καθήκοντά της είναι και η αξιολόγηση των δράσεων αυτών καθώς και των προγραμμάτων στους τομείς της ΕΕΚ, της ΔΒΜ και της νεολαίας, δίχως διακρίσεις και αποκλεισμούς.

Ειδικότερα, οι κυριότεροι στόχοι της είναι:

- η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού της χώρας με προσόντα, δεξιότητες και γνώσεις προσαρμοσμένα στις πραγματικές ανάγκες της αγοράς εργασίας,
- η αύξηση της απασχόλησης σε ποιοτικές θέσεις εργασίας,
- η καλύτερη οργάνωση και ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας,
- η προσωπική ανάπτυξη και αναβάθμιση των δεξιοτήτων των πολιτών,
- η διασφάλιση των δικαιωμάτων και των ίσων ευκαιριών του συνόλου των νέων, συμπεριλαμβανομένων των νέων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις.

Το Κεντρικό Συμβούλιο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΚΣΕΕΚ).

Αποτελεί το βασικό όργανο διακυβέρνησης με κύριο ρόλο την ενίσχυση της ευελιξίας και της εξωστρέφειας του συστήματος της ΕΕΚ. Η κύρια αρμοδιότητά του είναι η υποβολή προτάσεων και εισηγήσεων προς τον Υπουργό Παιδείας και Θρησκευμάτων για τον σχεδιασμό της εθνικής πολιτικής σε θέματα ΕΕΚ και ΔΒΜ. Με σκοπό τη γνωμοδότηση, τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, έχει οριστεί ένα πλαίσιο προώθησης της γνώσης, της βιώσιμης ανάπτυξης, της αξιοποίησης των ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού και της σύνδεσης της εκπαίδευσης με την αγορά εργασίας και την απασχόληση.

Στο Συμβούλιο συμμετέχουν Γενικοί Γραμματείς των καθ' ύλην Υπουργείων, ο Διοικητής του ΟΑΕΔ, οι Πρόεδροι του Εθνικού Κέντρου Πιστοποίησης και του Οργανισμού Πιστοποίησης Προσόντων, εκπρόσωποι των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργοδοτών, Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών Ελλάδας (ΓΣΕΒΕΕ), η Εθνική Συνομοσπονδία Ελληνικού Εμπορίου (ΕΣΕΕ), η Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ, της τριτοβάθμιας συνδικαλιστικής οργάνωσης των εργαζομένων (ΓΣΕΕ), της ΑΔΕΔΥ, του ΕΚΔΔΑ, της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας και της Ένωσης Περιφερειών.

Η Κεντρική Επιστημονική Επιτροπή (ΚΕΕ).

Ο κύριος ρόλος της είναι η διεξαγωγή επιστημονικών ερευνών και μελετών με σκοπό την τεκμηρίωση θεμάτων που αφορούν στη βελτίωση της ποιότητας και της

αποτελεσματικότητας της ΕΕΚ, καθώς και των προγραμμάτων της ΔΒΜ.Η υλοποίηση προγραμμάτων και ερευνών για την κατάρτιση, καθορίζει κατά επέκταση τη διαμόρφωση και εφαρμογή των πολιτικών κατάρτισης και απασχόλησης. Στα πλαίσια της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας, την οποία συνυπέγραφαν οι κοινωνικοί εταίροι με την κυβέρνηση, προβλεπόταν η παροχή επαγγελματικής κατάρτισης από τις επιχειρήσεις στους εργαζόμενους, καθώς στην επιτροπή για τη διαμόρφωση των επαγγελματικών περιγραμμάτων, συμμετείχαν και εκείνοι.

Τα Συμβούλια Σύνδεσης με την Παραγωγή και την Αγορά Εργασίας.

Για την καλύτερη και σωστότερη εφαρμογή της πολιτικής της συνεχιζόμενης κατάρτισης ανά την Ελλάδα, τα ΣΣΠΑΕ λειτουργούν στις 13 περιφέρειες της χώρας. Ο κύριος στόχος είναι η αποκέντρωση του συστήματος διακυβέρνησης της ΕΕΚ με επιτελικό και ρυθμιστικό ρόλο σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Οι κυριότερες αρμοδιότητες των ΣΣΠΑΕ είναι:

1. Η διερεύνηση των τοπικών αναγκών σε θέματα ΕΕΚ και ΔΒΜ και η υποβολή εισηγήσεών τους στο ΚΣΕΕΚ για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών.
2. Η υποβολή εισηγήσεων στο ΚΣΕΕΚ για τους τομείς, τις ειδικότητες, τα ειδικά μαθήματα, τα προγράμματα και τις δραστηριότητες που πρέπει να λειτουργήσουν στα ΙΕΚ, στο Μεταλλυκειακό Έτος - Τάξη Μαθητείας, στα ΕΠΑΛ, στις ΕΣΚ και στις ΕΠΑΣ Μαθητείας του ΟΑΕΔ της περιφέρειάς τους.
3. Η υποβολή προτάσεων στο ΚΣΕΕΚ για τη διαμόρφωση εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων επιχειρηματικότητας και καινοτομίας.
4. Η υποστήριξη της μαθητείας στην περιφέρειά τους, με βάση τις κατευθύνσεις του ΚΣΕΕΚ.
5. Με την καθοδήγηση του ΚΣΕΕΚ, ενημερώνονται και κινητοποιούνται οι τοπικές επιχειρήσεις προς την πρακτική άσκηση και μαθητεία.
6. Η σύνταξη της ετήσιας έκθεσης για τα πεπραγμένα τους και ο προγραμματισμός του επόμενου έτους. Η έκθεση υποβάλλεται στον Υπουργό Παιδείας και Θρησκευμάτων και τον Πρόεδρο του ΚΣΕΕΚ (Eurycide,2020).

1.3.1. Επικουρικοί Φορείς εποπτείας της ΣΕΚ

Στην αποστολή επίτευξης του έργου των προαναφερόμενων οργανισμών, συνεπικουρούν και διάφοροι άλλοι φορείς, με σκοπό τη συστηματοποίηση και επικαιροποίηση των πλατφορμών, έτσι ώστε η πρόσβαση στη γνώση να είναι δυνατή σε όλη τη παραγωγική ζωή ενός ατόμου. Συγκεκριμένα υπάρχουν:

- *Κρατικοί φορείς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Παιδείας*
- *Κρατικοί φορείς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων*

Κρατικοί φορείς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Παιδείας

Υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων βρίσκονται ο *Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ)* και το *Ίδρυμα Νεολαίας και Δια Βίου Μάθησης (ΙΝΕΔΙΒΙΜ)*. Ειδικότερα:

- *Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ)*

Αποτελεί το εθνικό σύστημα πιστοποίησης της μη-τυπικής εκπαίδευσης ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένης της Αρχικής (ΑΕΚ) και Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΣΕΚ). Κύριος ρόλος του είναι η παροχή επιστημονικής υποστήριξης σε υπηρεσίες επαγγελματικού προσανατολισμού και συμβουλευτικής τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό/περιφερειακό επίπεδο.

- *Ίδρυμα Νεολαίας και Δια Βίου Μάθησης (ΙΝΕΔΙΒΙΜ)*

Προέκυψε από τη συγχώνευση δια απορροφήσεως του Ινστιτούτου Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΙΔΕΚΕ) και του Ινστιτούτου Νεολαίας σε ενιαίο φορέα (ΚΥΑ 127175/Η ΦΕΚ Β2508/411-2011). Έχει ως σκοπό την υλοποίηση δράσεων, προγραμμάτων, μελετών και έργων για τη ΔΒΜ που απευθύνονται στη νέα γενιά. Επιπλέον αρμοδιότητές του είναι η διαχείριση θεμάτων που σχετίζονται με τη μαθητική και φοιτητική μέριμνα καθώς και η παρακολούθηση του προγράμματος Erasmus+ (από κοινού με το ΙΚΥ) και του προγράμματος του Ευρωπαϊκού Σώματος Αλληλεγγύης.

Κρατικοί φορείς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων

Υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, βρίσκεται ο **Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ)** ο οποίος έχει ως κύριες λειτουργίες την προώθηση στην απασχόληση, την ασφάλιση της ανεργίας και την κοινωνική προστασία της μητρότητας και της οικογένειας καθώς και, την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση.

Ο ΟΑΕΔ αποτελεί τη δημόσια αρχή που είναι αρμόδια για την υλοποίηση ενεργητικών πολιτικών για την αγορά εργασίας και προγράμματα ΣΕΚ ενηλίκων, τόσο για άνεργους όσο και για εργαζόμενους. Επίσης, εφαρμόζει παθητικές πολιτικές που αφορούν σε μέτρα ασφάλισης της ανεργίας (βασικό επίδομα ανεργίας) και άλλων επιδομάτων και παροχών κοινωνικής προστασίας. Επιπρόσθετα, ο ΟΑΕΔ εφαρμόζει προγράμματα αρχικής επαγγελματικής εκπαίδευσης σε συνδυασμό με πρακτική άσκηση στο πλαίσιο του συστήματος μαθητείας των επαγγελματικών σχολών και διαχειρίζεται το Πρόγραμμα Επαγγελματικής Κατάρτισης Εργαζομένων με το οποίο διατίθενται οι πόροι του Λογαριασμού Απασχόλησης και Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΛΑΕΚ). Τέλος, παρατηρείται στην Ελλάδα το εξής παράδοξο: τα προγράμματα κατάρτισης ανέργων να χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Εργασίας, ενώ η κατάρτιση των εργαζομένων να επιδοτείται από τον ΟΑΕΔ (European Commission- Eurycide, 2020).

1.3.2 Φορείς που υλοποιούν δράσεις ΣΕΚ σε εθνικό επίπεδο

Στην Ελλάδα οι δράσεις ΣΕΚ, όπως αναφέρθηκε, πραγματοποιούνται από ένα μεγάλο αριθμό φορέων, που ανήκουν στο δημόσιο, ιδιωτικό και ευρύτερο κοινωνικό τομέα, όπως Υπουργεία, ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ, οργανισμούς, συνδικάτα και ιδιωτικές επιχειρήσεις, έχοντας στόχο:

- τη παροχή επαγγελματικής κατάρτισης στους συμμετέχοντες,
- την απόκτηση των κατάλληλων προσόντων (ανάλογα με την επιλεγόμενη ειδικότητα) μέσω της παροχής επιστημονικών, τεχνικών, επαγγελματικών και πρακτικών γνώσεων,
- τη δυνατότητα ανάπτυξης των αντίστοιχων με την ειδικότητά τους δεξιοτήτες,

- τη διευκόλυνση της επαγγελματικής ένταξής τους στην κοινωνία και την αγορά εργασίας,
- την εξασφάλιση της προσαρμογής τους στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της παραγωγικής διαδικασίας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι δραστηριότητες επαγγελματικής κατάρτισης που παρέχονται από μεγάλες συνήθως επιχειρήσεις και οργανισμούς, στο πλαίσιο αναβάθμισης των προσόντων του εργατικού τους δυναμικού. Οι δράσεις αυτές περιλαμβάνουν:

- Κατάρτιση ανέργων
- Κατάρτιση εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα
- Κατάρτιση εργαζομένων του δημόσιου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα
- Κατάρτιση κοινωνικά ευαίσθητων ομάδων.

Ειδικότερα, αναφορικά με τη ΣΕΚ, παρέχονται προγράμματα τυπικής επαγγελματικής εκπαίδευσης (μέσα από το Ανοιχτό Πανεπιστήμιο) και μη τυπικής εκπαίδευσης (μέσα από τα Κέντρα ΔΒΜ) και κατάρτισης (μέσω ΛΑΕΚ για τους εργαζόμενους και του Συστήματος Επιταγών Κατάρτισης - training vouchers για τους ανέργους), ενώ η ΣΕΚ παρέχει και την δυνατότητα της άτυπης μάθησης.

Οι φορείς που παρέχουν ΣΕΚ, εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Δια Βίου Μάθησης. Συγκεκριμένα:

- Τα Κέντρα Δια Βίου Μάθησης (ΚΔΒΜ), Δημόσια και Ιδιωτικά. Αυτά διακρίνονται στα τύπου Ι (πρώην ΚΕΚ) και τύπου ΙΙ (πρώην Εργαστήρια Ελευθέρων Σπουδών). Προσφέρουν ΣΕΚ, γενική εκπαίδευση ενηλίκων, επαγγελματικό προσανατολισμό και συμβουλευτική δια βίου μάθησης. Μετά το πέρας παρακολούθησης προγράμματος ΣΕΚ σε ΚΔΒΜ, οι επαγγελματίες μπορούν να λάβουν Πιστοποιητικό Επάρκειας, εφόσον επιτύχουν στις εξετάσεις πιστοποίησης του ΕΟΠΠΕΠ.
- Οι φορείς και οι δομές του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος (όπως το Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο και άλλα ΑΕΙ) κατά το μέρος που παρέχουν υπηρεσίες ή εφαρμόζουν προγράμματα δια βίου μάθησης. Εδώ εντάσσονται και τα Κέντρα Επιμόρφωσης και Δια Βίου Μάθησης (ΚΕΔΙΒΙΜ) των ΑΕΙ (πρώην Ινστιτούτα Δια Βίου Εκπαίδευσης και Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης).

- Οι δημόσιοι φορείς που παρέχουν άτυπη εκπαίδευση στο ανθρώπινο δυναμικό του δημόσιου και ευρύτερου δημόσιου τομέα (όπως το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης-ΙΝΕΠ).
- Το Ίδρυμα Νεολαίας και Δια Βίου Μάθησης (ΙΝΕΔΙΒΙΜ) κατά το μέρος που παρέχει υπηρεσίες δια βίου μάθησης.
- Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ), δημόσια και ιδιωτικά.
- Τα Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης (ΚΠΑ) κατά το ποσοστό που παρέχουν υπηρεσίες δια βίου συμβουλευτικής και επαγγελματικού προσανατολισμού.
- Οι φορείς που παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες ή/και υπηρεσίες επαγγελματικού προσανατολισμού.
- Οι φορείς των επαγγελματικών ενώσεων και επιμελητηρίων που παρέχουν μη τυπική εκπαίδευση στα μέλη τους.
- Οι φορείς που δημιουργούνται από τις τριτοβάθμιες συνδικαλιστικές οργανώσεις εργαζομένων και εργοδοτών που συνυπογράφουν την εθνική συλλογική σύμβαση εργασίας, (όπως το ΙΝΕ - ΓΣΕΕ, ΚΑΝΕΠ – ΓΣΕΕ, ΙΜΕ - ΓΣΕΒΕΕ και το Κοινωνικό Πολύκεντρο της ΑΔΕΔΥ).
- Οι φορείς παροχής υπηρεσιών γενικής (τυπικής και μη τυπικής) εκπαίδευσης ενηλίκων, όπως τα Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας (ΣΔΕ).
- Οι φορείς παροχής άτυπης μάθησης του δημόσιου, ιδιωτικού και κοινωνικού τομέα (όπως σχολεία, μουσεία, βιβλιοθήκες, κοινωνικοί, επιμορφωτικοί και πολιτιστικοί φορείς).
- Το Ίδρυμα Ποιμαντικής Επιμορφώσεως (ΙΠΕ) της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών κατά το μέρος που παρέχει υπηρεσίες ΔΒΜ αποκλειστικά σε θέματα ποιμαντικής επιμόρφωσης
- Το Κέντρο Μελετών Ασφάλειας (ΚΕΜΕΑ) του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη.
- Οι φορείς που οργανώνουν και υλοποιούν προγράμματα ενδοεπιχειρησιακής κατάρτισης, τα οποία χρηματοδοτούνται από δημόσιους πόρους, ως προς τη διαμόρφωση του εκπαιδευτικού πλαισίου των προγραμμάτων αυτών (Νόμος 3879/2010; ΓΤΕΕΚΔΒΜ & Ν, 2014; CEDEFOP, 2014).

1.4. Μηχανισμοί Χρηματοδότησης του συστήματος της ΣΕΚ σε εθνικό επίπεδο

Η ΔΒΜ και οι δραστηριότητες συνεχιζόμενης κατάρτισης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, ήταν έννοιες σχεδόν άγνωστες στην Ελλάδα. Μόνο οι μεγάλες δημόσιες και ιδιωτικές εταιρίες διεθνούς κύρους είχαν κάποιο σύστημα κατάρτισης για τους υπαλλήλους τους. Στο παρελθόν, υπήρχε η νοοτροπία ότι μόνο οι νεοπροσληφθέντες υπάλληλοι χρειάζονταν κατάρτιση κάτι το οποίο γινόταν με την «κατάρτιση κατά την εργασία» όπου οι παλιότεροι πιο πεπειραμένοι υπάλληλοι μετέφεραν τη βασική γνώση και τις δεξιότητες στους νέους υπαλλήλους. Μόλις πρόσφατα άρχισε να γίνεται συνείδηση στους εργοδότες και στους εργαζόμενους ότι η συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕΚ συμβάλλει στην επαγγελματική ανάπτυξη των υπαλλήλων, στην παραγωγικότητα των επιχειρήσεων και στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Η ανάπτυξη του συστήματος της ΣΕΚ στην Ελλάδα στηρίχθηκε σχεδόν αποκλειστικά στις παρεμβάσεις του ΕΚΤ. Για πρώτη φορά στο πλαίσιο του Β'ΚΠΣ έλαβε θεσμική μορφή και διασφαλίστηκε η ποιότητα μέσω των διάφορων διαδικασιών πιστοποίησης.

Οι κύριοι στόχοι της δημόσιας χρηματοδότησης της εκπαίδευσης και κατάρτισης ενηλίκων είναι:

- ο στρατηγικός σχεδιασμός και η εφαρμογή της ΕΕΚ με στόχο τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου, της αγοράς εργασίας και της ελληνικής οικονομίας
- η άμεση σύνδεση της επαγγελματικής εκπαίδευσης, κατάρτισης και διά βίου μάθησης με τις εξελίξεις και τις ανάγκες αγοράς εργασίας με την καθολική και ουσιώδη συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων
- η καθιέρωση και η ενίσχυση της συνεργασίας όλων των μηχανισμών διερεύνησης και παρακολούθησης των αναγκών της αγοράς εργασίας
- η ενίσχυση της ανεξάρτητης δράσης (αυτονομίας) των παρόχων δράσεων ΕΕΚ, με ενεργή συμμετοχή των εκπροσώπων της τοπικής κοινωνίας,
- ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ολοκληρωμένων εκπαιδευτικών δράσεων με αποδέκτες τη νεολαία, σύμφωνα με το πλαίσιο στρατηγικής για την αναβάθμιση των προσόντων και ικανοτήτων των νέων (European Commission- Eurycide, 2020).

Ανάλογα με το νομικό καθεστώς των φορέων υλοποίησης και την κατηγορία ομάδων-στόχων που απευθύνονται, το σύστημα χρηματοδότησης της ΣΕΚ περιλαμβάνει δημόσιους – εθνικούς, κοινοτικούς και ιδιωτικούς πόρους. Η εθνική συμμετοχή καταβάλλεται από τους φορείς που είναι υπεύθυνοι για την υλοποίηση των εν λόγω προγραμμάτων (Υπ.Οικ., Υπ.Απασχ., Υπ.Υγείας κ.λπ.) από τα σχετικά κονδύλια που έχουν δεσμευθεί στον προϋπολογισμό τους, κατά κύριο λόγο από τα επιχειρησιακά προγράμματα (ΕΠ) του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) τα οποία συγχρηματοδοτούνται από την Ελλάδα και από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.). Η κοινοτική συμμετοχή περιλαμβάνει ενδεικτικά τα Επιχειρησιακά Προγράμματα «Συνεχιζόμενη Κατάρτιση και Προώθηση της Απασχόλησης», Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας», «Υγεία-Πρόνοια», «Βιομηχανία», «Τουρισμός-Πολιτισμός», «Ερευνα και Τεχνολογία», «Τηλεπικοινωνίες».

Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση ενηλίκων χρηματοδοτείται σε μόνιμη βάση από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων μέσω της **ΓΓΕΕΚΑΒΜ** (Π.Δ.84/2019). Τα εκπαιδευτικά και αναπτυξιακά προγράμματα συγχρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ESF), κύριο χρηματοδοτικό όργανο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Κατά τη χρηματοδότηση λαμβάνονται υπόψη ατομικά χαρακτηριστικά των μονάδων εκπαίδευσης όπως ο αριθμός των εκπαιδευομένων/εκπαιδευτικών.

Επιπρόσθετα, το βασικό συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ (Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης) 2014-2020 για τη Δια Βίου Μάθηση και τη Μαθητεία είναι το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «*Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση & Δια Βίου Μάθηση (ΑΝΑΔ-ΕΔΒΜ)*» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου για την ανάπτυξη 2014-2020, το που εντάσσει δράσεις για την Ανάπτυξη της Δια Βίου Μάθησης και την Επαγγελματική Κατάρτιση με στόχο τη βελτίωση της σύνδεσης της εκπαίδευσης και κατάρτισης με την αγορά εργασίας (European Commission- Eurycide,2020).

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και ειδικότερα η Γενική Γραμματεία Διαχείρισης Κοινοτικών και Άλλων Πόρων (ΓΓΔΚ & ΑΠ) η οποία συστάθηκε με το ΠΔ 475/1993 της Ειδικής Υπηρεσίας Συντονισμού και Παρακολούθησης των Δράσεων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΥΣΕΚΤ), (ΠΔ 475/1993), καθώς και των

εποπτευόμενων φορέων του, τον ΟΑΕΔ, την «Επαγγελματική Κατάρτιση ΑΕ» (ΕΚΑΕ) και το «Παρατηρητήριο Απασχόλησης Ερευνητική - Πληροφορική ΑΕ» (ΠΑΕΠ), ασχολείται με την εφαρμογή και τη μελέτη έργων και δράσεων επαγγελματικής κατάρτισης, καθώς και τη σύνδεσή της με την αγορά εργασίας. Από το 2007, η ΓΓΔΚ & ΑΠ είναι αρμόδια για τον συντονισμό του συνόλου των παρεμβάσεων που συγχρηματοδοτούνται από το ΕΚΤ και το ελληνικό δημόσιο και διαχειρίζεται τους πόρους του ΕΠ «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» (ΕΠΑΝΑΔ) μέσω της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης (ΕΥΔ).

Ειδικότερα, χρηματοδοτούνται προγράμματα ΣΕΚ που αφορούν τόσο την *κατάρτιση εργαζομένων* όσο και την *κατάρτιση ανέργων*. Συγκεκριμένα:

Κατάρτιση εργαζομένων

Σημαντικότερη είναι η πρωτοβουλία των κοινωνικών εταίρων στη χρηματοδότηση των προγραμμάτων ΣΕΚ. Συγκεκριμένα η ΓΣΕΕ και ο ΣΕΒ συμπεριέλαβαν στην Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας του 1993 την καθιέρωση δύο λογαριασμών για την αντιμετώπιση της ανεργίας μέσω της επανεκπαίδευσης ανέργων και εργαζομένων. Καθιερώθηκε ειδικός λογαριασμός “Λογαριασμός για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση” (ΛΑΕΚ), κατόπιν συμφωνίας μεταξύ των κοινωνικών εταίρων για την υποστήριξη δραστηριοτήτων συνεχιζόμενης κατάρτισης υπέρ εργαζομένων ασφαλισμένων στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), καθώς και για άνεργους. Ο λογαριασμός αυτός άρχισε να λειτουργεί το 1996 (Αμίτσης, 2000).

Έτσι, όσον αφορά τα προγράμματα κατάρτισης εργαζομένων, η χρηματοδότηση των προγραμμάτων που απευθύνονται σε εργαζόμενους προέρχεται από τον Ενιαίο Λογαριασμό για την Εφαρμογή Κοινωνικών Πολιτικών (ΕΛΕΚΠ), στον οποίον έχουν ενοποιηθεί λειτουργικά ο Λογαριασμός Κοινωνικής Πολιτικής και ο Λογαριασμός για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση (ΛΑΕΚ), ως διακριτοί κλάδοι υποκείμενοι σε χωριστή παρακολούθηση με απόλυτη διαχειριστική αυτοτέλεια (Νόμος 4144/2013). Στον κλάδο ΛΑΕΚ του ΕΛΕΚΠ εντάσσονται ο Ειδικός Λογαριασμός Προγραμμάτων Επαγγελματικής Κατάρτισης και Εκπαίδευσης (ΕΛΠΕΚΕ) και ο Ειδικός Κοινός Λογαριασμός Ανεργίας (ΕΚΛΑ). Οι πόροι του κλάδου ΛΑΕΚ του ΕΛΕΚΠ προέρχονται από τις εισφορές εργοδοτών

και εργαζομένων για τους ασφαλισμένους που υπάγονται έστω και σε έναν κλάδο ασφάλισης του ΟΑΕΔ.

Η διαχείριση του ΕΛΕΚΠ γίνεται από τον ΟΑΕΔ, ενώ η λειτουργία του συντονίζεται από μια επιτροπή, αποτελούμενη από τον Διοικητή του ΟΑΕΔ και εκπροσώπους από τη ΓΣΕΕ, ΣΕΒ, ΕΣΣΕ, ΣΕΤΕ, ΣΒΕ και ΓΣΕΒΕΕ, καθώς και από εμπειρογνώμονες που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Η επιτροπή καταθέτει προτάσεις προς το Διοικητικό Συμβούλιο του ΟΑΕΔ όσον αφορά τον τρόπο διαχείρισης του ΕΛΕΚΠ.

Ο ΟΑΕΔ διενεργεί ελέγχους σχετικά με την ορθή υλοποίηση των προγραμμάτων κατάρτισης, ωστόσο δεν προβλέπεται διαδικασία εκ των υστέρων αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων, ούτε η χρηματοδότησή τους διασυνδέεται άμεσα με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Υπάρχει εμπιστοσύνη και στήριξη του ΟΑΕΔ ως προς τους εργοδότες ότι θα υλοποιούν ή θα επιλέγουν τα προγράμματα κατάρτισης των εργαζομένων με τρόπο που πράγματι αναβαθμίζει τις δεξιότητες των εργαζομένων τους. (ΟΑΕΔ, 2019).

Κατάρτιση ανέργων

Στα προγράμματα κατάρτισης για τους ανέργους, η κύρια χρηματοδότηση γίνεται από κοινοτικούς πόρους του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου. Οι πόροι κατανέμονται μέσα από το Σύστημα Επιταγών Κατάρτισης το οποίο διαχειρίζεται από την Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής Συγχρηματοδοτούμενων Ενεργειών του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Οι ωφελούμενοι λαμβάνουν επιταγές (vouchers) με τις οποίες μπορούν να λάβουν υπηρεσίες κατάρτισης από πιστοποιημένους παρόχους της επιλογής τους.

Το σύστημα αυτό λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε οι πραγματικές ανάγκες των ανέργων με βάση την εκάστοτε αγορά εργασίας, να οδηγούν στην προσφορά των προγραμμάτων κατάρτισης και ο ανταγωνισμός μεταξύ των φορέων παροχής ΣΕΚ για προσέλκυση ωφελούμενων να οδηγεί σε αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για τα καλύτερα αποτελέσματα λειτουργίας του συγκεκριμένου συστήματος, απαραίτητη

προϋπόθεση είναι η επαρκής πληροφόρηση προς τους ωφελούμενους για τις πραγματικές αποδόσεις των προγραμμάτων κατάρτισης σε όρους βελτίωσης των προοπτικών εξεύρεσης εργασίας (European Commission- Eurycide, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Παρακίνηση των ενηλίκων για συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕΚ

2.1. Παρακίνηση

Η παρακίνηση είναι μια ψυχολογική διαδικασία συνυφασμένη με την έννοια της εργασιακής ικανοποίησης και απαραίτητη στη κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Από τη λατινική λέξη «movere», που σημαίνει κινώ, προέρχεται ο αγγλικός όρος «motivation», που στη νεοελληνική γλώσσα μεταφράζεται ως παρακίνηση ή υποκίνηση. Συχνά ο όρος αυτός ταυτίζεται με τις λέξεις θέληση, επιθυμία, κίνητρο, στόχος. Επομένως η παρακίνηση ορίζεται ως η δύναμη που ωθεί τους εργαζόμενους να προσπαθούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και να ενεργήσουν με ενθουσιασμό και επιμονή έτσι ώστε να πετύχουν τους στόχους που θέτει ο οργανισμός όπου ανήκουν.

Το πλαίσιο ανάπτυξης της διαδικασίας της παρακίνησης περιλαμβάνει τις ανάγκες, τα κίνητρα και τους στόχους. Πρώτα γίνεται εκτίμηση των αναγκών του ατόμου, στη συνέχεια ακολουθεί ο προσδιορισμός των κινήτρων και έπεται ο καθορισμός των στόχων. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας της παρακίνησης με την επίτευξη των στόχων έχει ως συνέπεια την ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου στο χώρο εργασίας του (Μπουραντάς, 2002).

Αρκετές φορές παρατηρείται το φαινόμενο ασυμφωνίας μεταξύ της ικανοποίησης των αναγκών και της επίτευξης των στόχων, ή και των συγκρούσεων μεταξύ κινήτρων και οφέλους. Αυτό συμβαίνει γιατί οι παράγοντες επίδρασης τόσο του εσωτερικού όσο και του εξωτερικού περιβάλλοντος εργασίας του ατόμου, καθώς επίσης και τα ατομικά χαρακτηριστικά του διαφέρουν ανά περίπτωση (Herzberg, 2003).

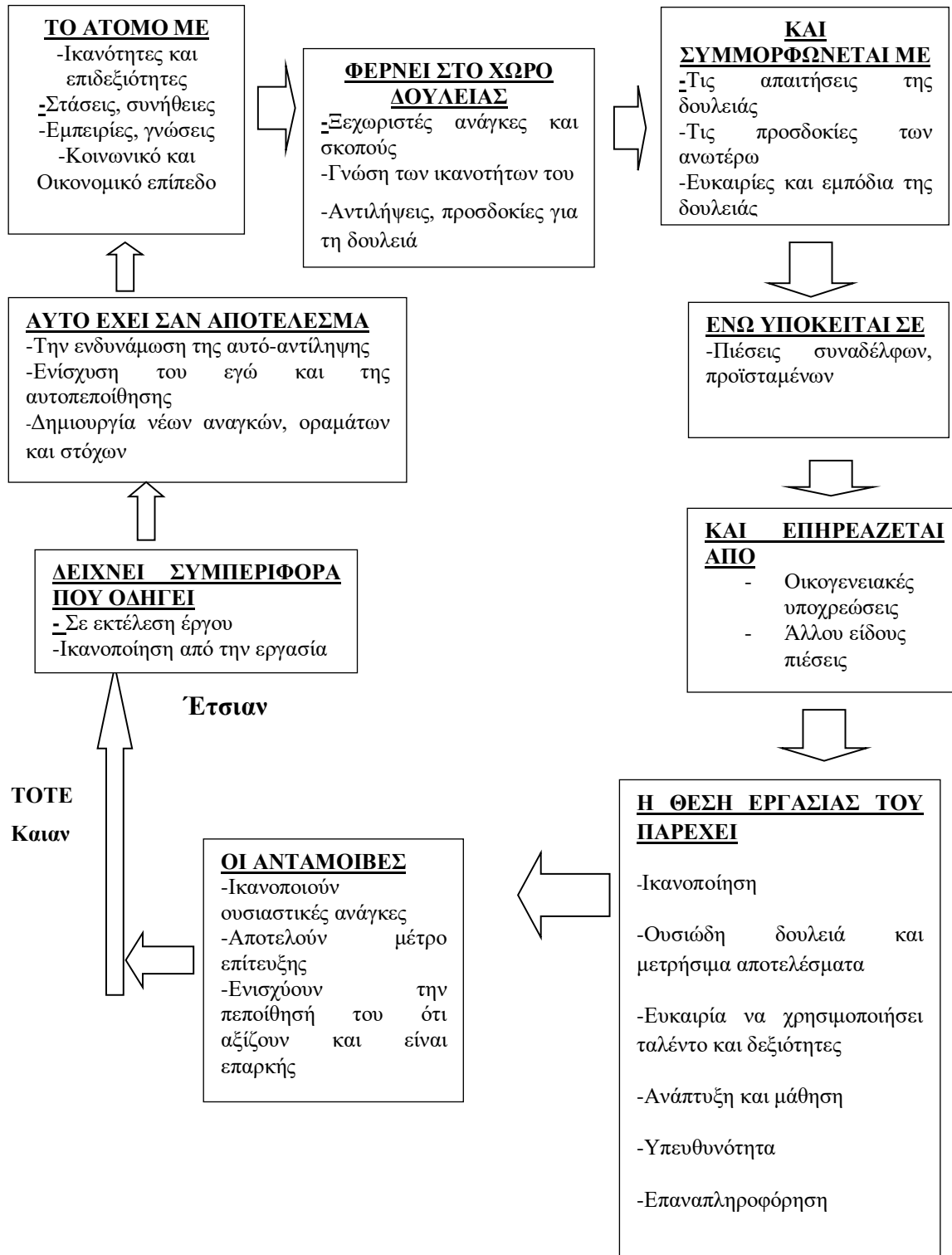
2.1.1. Η παρακίνηση στον εργασιακό χώρο

Βιβλιογραφικά έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί σχετικά με την παρακίνηση στο εργασιακό περιβάλλον. Ενδεικτικά ορίζεται ως:

- «η εσωτερική διεργασία που ενεργοποιεί και καθοδηγεί την συμπεριφορά, ιδιαιτέρως την προσανατολισμένη σε στόχους συμπεριφορά (goal-directed)» (Baron, 1991).
- «η προσπάθεια δημιουργίας κατάλληλων κινήτρων και ερεθισμάτων, ικανών να κινητοποιήσουν τις δυνατότητες και ικανότητες των εργαζομένων, έτσι ώστε να υπάρχει συνεργασία, εξέλιξη, ομαδικότητα, για την πραγματοποίηση των προσωπικών στόχων στο χώρο της εργασίας» (Κουτουζής, 1999; Θεοδωράτος, 2004).
- «το σύνολο των ενεργειών και των δράσεων που εφαρμόζει και πράττει η διοίκηση, ώστε να οδηγήσει τον εργαζόμενο να συμπεριφερθεί κατά συγκεκριμένο τρόπο» (Χυτήρης, 2001).

Η διαδικασία της παρακίνησης και οι παράγοντες οι οποίοι την επηρεάζουν απεικονίζονται συνοπτικά στο Διάγραμμα 2 (Χυτήρης, 2006). Αρχικά το άτομο εμφανίζει κάποια ανάγκη, επιθυμία ή προσδοκία, που του δημιουργεί μια κατάσταση ανισορροπίας (disequilibrium) την οποία προσπαθεί να εξαλείψει. Η ανικανοποίητη ανάγκη δημιουργεί το κίνητρο που οδηγεί σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά με στόχο την ικανοποίηση αυτής. Όταν η συμπεριφορά αυτή είναι πετυχημένη, το άτομο λαμβάνει την ανταμοιβή του από την άποψη ότι ικανοποιείται η ανάγκη του. Η διαδικασία αυτή είναι πολυσύνθετη αφού εξαρτάται τόσο από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου (στάσεις, ανάγκες, ενδιαφέροντα), όσο και από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εργασίας, του εργασιακού χώρου και την αλληλεπίδρασή τους (Καντάς, 1998).

Διάγραμμα 2. Η διαδικασία της παρακίνησης και οι παράγοντες οι οποίοι την επηρεάζουν



Πηγή: Gribbin, J.J. (1981): Strategies for Organizational Effectiveness, A.M.A., N.Y.

2.1.2. Η σημασία της παρακίνησης

Οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί σήμερα με τις ραγδαίες εξελίξεις στην αγορά, προκειμένου να επιβιώσουν και να αναπτυχθούν, πρέπει να χρησιμοποιήσουν καταλλήλως όλα τα δεδομένα και μέσα που έχουν για τη καλύτερη απόδοση. Οι ορθολογικές διαδικασίες του management όπως ο στρατηγικός προγραμματισμός για προσαρμογή στη καινοτομία και στη διαφοροποίηση, η διαχείριση των αλλαγών, η στοχοθέτηση και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, πρέπει να είναι καθημερινή πρακτική στο χώρο εργασίας. Επίσης, το εργασιακό περιβάλλον όσο και η εταιρική κουλτούρα μπορεί να ωθήσει στην επίτευξη των στόχων (Μπουραντάς, 2002; Καπετανούδη και συν., 2012).

Η αποτελεσματικότερη στρατηγική ενός οργανισμού για την επίτευξη των στόχων του είναι η κατάλληλη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού του με τις ικανότητες, γνώσεις και δεξιότητες που έχει. Η υποκίνηση με τα κατάλληλα κίνητρα (ηθικά, ψυχολογικά, υλικά), παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του επιπέδου απόδοσης των εργαζομένων, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την αποτελεσματικότητα με την οποία θα αντιμετωπιστούν οι στόχοι της εργασιακής μονάδας. Μέσω της υποκίνησης οι εργαζόμενοι ενεργούν με τη δική τους βούληση. Οι άνθρωποι υποκινούνται βασικά ή οδηγούνται να συμπεριφέρονται κατά τρόπο που τους δημιουργεί το αίσθημα της ανταμοιβής. Όμως, μια ανταμοιβή που θεωρεί ένα άτομο ενδιαφέρουσα είναι πιθανό να μην αποτελεί κίνητρο για κάποιον άλλο. Οι άνθρωποι διαφέρουν πάρα πολύ στον τρόπο που εκτιμούν τις ευκαιρίες. Τότε η υποκίνηση γίνεται σύνθετη. Μόνο όταν υπάρχει άμεση σύνδεση προσπάθειας-ανταμοιβής και ταυτόχρονα ζήτησης από την πλευρά του εργαζόμενου για την ανταμοιβή αυτή θα υπάρξει υποκίνηση. Το πόσο αποτελεσματικός είναι κάθε εργαζόμενος εξαρτάται τόσο από τα προσόντα που απαιτεί η θέση, το περιεχόμενο της εργασίας καθώς και την ύπαρξη κινήτρων για εργασία. Απαραίτητο λοιπόν είναι να βρεθούν εκείνοι οι μηχανισμοί που θα ενεργοποιήσουν το ανθρώπινο δυναμικό (Σακκά & Χαΐδου, 2009).

Ορισμένα άτομα επιζητούν τα υλικά μέσα, για να αποκτήσουν κύρος, ενώ άλλα τις ηθικές ανταμοιβές, που εξασφαλίζουν το σεβασμό και τη παραδοχή των άλλων. Τα άτομα με έντονη ανάγκη για γόητρο- κύρος ικανοποιούνται μόνο όταν έχουν δυνατότητα αναρρίχησης. Στο

χώρο εργασίας η παρακίνηση για συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση οφείλεται και ξεκινάει κυρίως από την εσωτερική θέληση του κάθε επαγγελματία να αποβλέπει στην απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις νέες προκλήσεις της αγοράς. Η αυτοεκπαίδευση διαμορφώνεται με την ελεύθερη βούληση του κάθε ατόμου, κατευθύνεται από εσωτερικές δυνάμεις, από τις προσωπικές του εμπειρίες, προέρχεται δηλαδή από εσωτερική ευαισθητοποίηση, συνειδητοποίηση των αναγκών και αναγνώριση των ελλείψεων του κατά την καθημερινή εξάσκηση του επαγγέλματός του. Όλοι αυτοί οι παράγοντες διαμορφώνουν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο το άτομο θέτει τους αντικειμενικούς στόχους του, καθορίζοντας παράλληλα την ένταση της επιθυμίας του για εκπαίδευση και την προσήλωση σε αυτούς (Jackson, 2001; Institute of Medicine, 2009).

Σήμερα, πέρα από το μακροχρόνιο σχεδιασμό κάλυψης των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό, για την προσέλκυση νέων στον τομέα της υγείας και τη διατήρηση των εργαζομένων σε αυτό, είναι απαραίτητη η παροχή κινήτρων με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας-παραγωγικότητας, και την αύξηση της ικανοποίησης του στελεχιακού δυναμικού (Σουλιώτης 2019; Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Η κύρια πρακτική παρακίνησης είναι η σύνδεση της απόδοσης του εργαζομένου με την ανταμοιβή, ανεξαρτήτου αν συνδέεται με χρήματα ή όχι, και έχει την έννοια της επιβράβευσης και της αναγνώρισης του εργαζομένου για τα αποτελέσματά του και τη συνεισφορά του στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Αυτή η πρακτική ενσωματώνει τις οικονομικές ανταμοιβές (bonus) και τα μη οικονομικά κίνητρα με τη μορφή δημόσιας αναγνώρισης για τα επιτεύγματα της απόδοσής του. Η δύναμη του κινήτρου καθορίζεται από οικονομικούς όρους (όπως η αναλογία απόδοσης και σταθερής πληρωμής), όπου αυτό θεωρείται ισχυρό κίνητρο για ένα εργαζόμενο να δουλεύει σκληρά. Τα πιο παραγωγικά άτομα προσελκύονται από κίνητρα μεγάλης ισχύος τα οποία προέρχονται από τη συμβολική αξία της αναγνώρισης για επιτεύγματα γνωρίζοντας ότι μπορούν να έχουν τις μεγαλύτερες ανταμοιβές κάτω από το πρίσμα απόδοσης-ανταμοιβής. Τα κίνητρα αυτά θα είναι χαμηλής ισχύος αν τα επιδόματα ή η αναγνώριση δίνονται σε πολλούς υπαλλήλους και ακόμη αν η μεμονωμένη απόδοση ενός εργαζομένου δεν έχει σχέση με το μερίδιο των ανταμοιβών του.

Η κατανόηση των κινήτρων συμβάλλει στην κατανόηση της συμπεριφοράς, η οποία με τη σειρά της, οδηγεί στη δυνατότητα πρόβλεψης της συμπεριφοράς, κάτι το οποίο είναι και ζητούμενο. Με τη πρόβλεψη μιας μορφής συμπεριφοράς, μπορεί να επηρεαστεί και η εκδήλωσή της (με την αλλαγή των συνθηκών και τη μεταβολή των χαρακτηριστικών της). Βασιζόμενοι σε αυτό, μπορούμε να πάρουμε αποφάσεις σχετικά με το πώς επιλέγουμε τα κατάλληλα άτομα για τις κατάλληλες θέσεις εργασίας, ποια θα πρέπει να είναι η μετεκπαίδευση των εργαζομένων, ποιος είναι ο πιο κατάλληλος σχεδιασμός εργασίας καθώς και του περιβάλλοντος εργασίας, πώς να συντονίσουμε τις προσπάθειες για αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία, με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας ή τη βελτίωση ποιότητας του παραγόμενου έργου κοκ. Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στις παραμέτρους: κίνητρα- απόδοση- ικανοποίηση από την εργασία. Μεταβολή σε μια από αυτές έχει επίδραση και στις υπόλοιπες (Ντάτσης και συν., 2007; Πεχλιβανίδου και συν., 2008).

2.1.3. Θεωρίες – Μοντέλα Ερμηνείας της συμμετοχής των ενηλίκων στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Η έννοια της παρακίνησης στη ΣΕΕ, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης για πολλούς επιστήμονες. Οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί γύρω από αυτήν, προσπαθούν να απαντήσουν στα ερωτήματα ποιοι είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες και ποιοι αποτελούν τροχοπέδη παρακίνησης για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, και ποιες μεταβλητές πρέπει να επηρεασθούν ως προς αύξηση αυτών. Σήμερα, έχει επικρατήσει η άποψη ότι δεν υπάρχει μία και μοναδική καθολική θεωρία, που μπορεί να ερμηνεύσει τη συμπεριφορά στο χώρο εργασίας. Οι συνδυασμοί θεωριών είναι αυτοί, που πιθανόν να οδηγούν σε καλύτερη κατανόηση της παρακίνησης στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Η **Θεωρία Δυναμικής του πεδίου (Force-Field Analysis)**: Εκφραστής της θεωρίας αυτής ήταν ο Miller (1967), ο οποίος υποστήριζε ότι η σχέση μεταξύ κοινωνικό-οικονομικής θέσης και συμμετοχής του ενήλικα σε εκπαιδευτικά προγράμματα ήταν αναπόφευκτη.

Η Θεωρία της συνταύτισης (Congruence Model): Σύμφωνα με τον Boshier (1971), το κίνητρο μάθησης είναι μια λειτουργία αλληλεπίδρασης, μεταξύ εσωτερικών ψυχολογικών παραγόντων και εξωτερικών περιβαλλοντικών. Η συμμετοχή κάποιου μπορεί να αποτελεί το αποτέλεσμα συνταύτισης της αντίληψης που έχει για τον εαυτό του (αυτο-αντίληψη), με τον τύπο του εκπαιδευτικού προγράμματος αλλά και του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος (Πέλλας & Καζανίδης, 2012).

Η θεωρία της «Ανδραγωγικής», με κυριότερο μελετητή τον Malkom Knowles (1970), υποστηρίζει ότι η μάθηση είναι μία διαδραστική διεργασία ερμηνείας, η οποία οδηγεί στο συνεχή μετασχηματισμό των βιωμάτων των ενήλικων εκπαιδευομένων. Το άτομο, στην πορεία προς την ωρίμανσή του, συσσωρεύει ένα σημαντικό αριθμό εμπειριών οι οποίες αποκτούν νόημα δια μέσου της διεργασίας της μάθησης. Η θεωρία της Ανδραγωγικής αναφέρεται στην ανάγκη των ενήλικων εκπαιδευομένων για αυτοπραγμάτωση, δηλαδή για αναγνώριση και ανάπτυξη όλου του δυναμικού τους. Δίνει δε ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο με τον οποίο οι εκπαιδευτές μπορούν να διευκολύνουν τους εκπαιδευομένους, ώστε να επιτύχουν αυτόν το στόχο (Knowles 1980).

Σύμφωνα με το **μοντέλο της «Αλυσίδας των Αντιδράσεων» (Chain of Response - COR)** της Cross (1981), η συμμετοχή των ενήλικων σε εκπαιδευτικά προγράμματα ξεκινά από δύο εσωτερικούς παράγοντες: την αυτοαξιολόγηση και τις στάσεις έναντι της εκπαίδευσης. Αυτοί οι εσωτερικοί παράγοντες επηρεάζουν τους στόχους που θέτει ο εκπαιδευόμενος και την προσδοκία ότι μέσω της συμμετοχής θα επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι. Οι προσδοκίες αυτές καθορίζονται και επηρεάζονται από τις μεταβάσεις και τις αλλαγές στη ζωή του ενήλικου και την ανάληψη των απαιτούμενων δράσεων. Οι διαθέσιμες ευκαιρίες για προγράμματα, τα εμπόδια και η πληροφόρηση που διαθέτει ο ενήλικος καθορίζουν στη συνέχεια το αν θα συμμετάσχει τελικά σε μια εκπαιδευτική δραστηριότητα (Cross 1981).

Η θεωρία του D. Kolb (1984) ορίζει την εμπειρική εκπαίδευση ως μια διεργασία όπου «η γνώση δημιουργείται μέσα από τον μετασχηματισμό της εμπειρίας», με στόχο να προκύψουν ιδέες που θα οδηγήσουν σε νέα δράση, η οποία δίνει τη δυνατότητα στο άτομο για βαθύτερη κατανόηση επιτρέποντάς του την ενεργητική συμμετοχή στη διαμόρφωση της

πραγματικότητας. Έτσι η μάθηση συμβάλλει στην αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον καθώς και στη δημιουργική του προσαρμογή στον κόσμο. Και συνοψίζει λέγοντας ότι η γνώση «διαρκώς δημιουργείται κι αναδημιουργείται, δεν είναι μία ανεξάρτητη οντότητα που πρέπει να αποκτηθεί ή να μεταβιβαστεί» (Κόκκος, 2005).

Η θεωρία της «Μετασχηματίζουσας μάθησης» αναπτύχθηκε από τον Jack Mezirow (1991) και καταρχήν υποστηρίζει ότι σε έναν ενήλικο δημιουργείται κίνητρο για μάθηση όταν η αντίληψή του για την πραγματικότητα βρεθεί σε δυσαρμονία με μια συγκεκριμένη κατάσταση, όταν δηλαδή δεν υπάρχει σύμπτωση μεταξύ πραγματικότητας και εμπειρίας. Στη συνέχεια, προχωρά στη διαμόρφωση μιας διπλής τυπολογίας για τη διεργασία της μάθησης υποστηρίζοντας οι ενήλικοι έχουν περισσότερο την ανάγκη να αποκτήσουν νέες νοηματοδοτικές προοπτικές στα ήδη υπάρχοντα νοηματοδοτικά τους σχήματα με τα οποία ερμηνεύουν την πραγματικότητα (μετασχηματίζουσα μάθηση).

Ο Mezirow προχωρά επίσης και σε έναν τριμερή χωρισμό της μάθησης που αφορά όχι στο κίνητρο αλλά στην ίδια τη διεργασία. Η πρώτη μορφή μάθησης, κατά τον Mezirow, είναι η εργαλειακή μάθηση (instrumental learning) η οποία προκύπτει μέσα από την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων και από τον καθορισμό της σχέσης μεταξύ αίτιου και αιτιατού. Ως δεύτερη μορφή μάθησης ορίζει την επικοινωνιακή μάθηση (communicative learning), η οποία είναι η προσπάθεια να γίνει κάποιος κατανοητός και να κατανοήσει τους άλλους στο πλαίσιο ανταλλαγής ιδεών μέσω του προφορικού και γραπτού λόγου αλλά και όλων των μορφών τέχνης και δημιουργίας. Τέλος την τρίτη μορφή μάθησης, ο Mezirow, την ονομάζει απελευθερωτική μάθηση (emancipator learning). Η μάθηση αυτή περιλαμβάνει την αναγνώριση και την αμφισβήτηση απόψεων και νοημάτων μέσα από τη διεργασία του κριτικού (αυτο)στοχασμού (Mezirow, 1991).

Το *θεωρητικό παράδειγμα «Προσδοκία-Σθένος» (Expectancy-Valence Paradigm)*. Για τον Rubenson (1994), οι ενήλικες που συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες πιστεύουν πως είναι σε θέση να μάθουν αλλά και να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα μάθησής τους, τα οποία θεωρούν ότι εμπίπτουν στις προσωπικές τους ανάγκες. Μέσα στο πλαίσιο αυτό η συμμετοχή είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της κατάστασης κατά της

οποίας: (α) κάποιος «προσδοκά» κάτι και (β) του «σθένους» (δύναμη/ελπίδα), στην οποία αποδίδουμε στην εκπαίδευση και το οποίο εξαρτάται από τα αναμενόμενα αποτελέσματα συμμετοχής μας σε αυτή.

Το Μοντέλο της Περιορισμένης Δράσης (Bounded Agency Model) των Rubenson & Dejardins (2009), διατυπώνει τη θέση πως ο βαθμός αυτονομίας και επιλογής των ατόμων να συμμετέχουν σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης, επηρεάζεται τόσο από τα ατομικά χαρακτηριστικά όσο και από τις κοινωνικές καταστάσεις. Το μοντέλο αυτό, ομαδοποιεί τους δύο πρώτους τύπους εμποδίων της τυπολογίας Cross [καταστασιακά (situational) όπως φροντίδα προσώπων, εργασιακές υποχρεώσεις κ.λπ. και θεσμικά (organizational) π.χ. ωράρια προγραμμάτων, κακή οργάνωση, περιορισμένη προσφορά, προϋποθέσεις εισαγωγής] σε μία κατηγορία, τα δομικά (structural barriers), υπό την έννοια ότι και οι δύο τύποι αναφέρονται εντέλει σε κοινωνικές συνθήκες και δομές, ενώ διατηρούν την τρίτη κατηγορία (προδιαθετικά/ dispositional), που περιλαμβάνουν τις δυνατότητες (capabilities) και την επίγνωση (consciousness) (Καραλής, 2013).

2.2. Κίνητρα και λόγοι συμμετοχής σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Ενηλίκων

Η ΔΒΜ οδηγεί στην ολοκλήρωση του ανθρώπου μέσω της διαρκούς μόρφωσης και καλλιέργειας. Για την ανάπτυξη της διά βίου εκπαίδευσης, απαιτούνται τρεις αλληλένδετες προϋποθέσεις: οι ευκαιρίες, τα κίνητρα αλλά και οι δυνατότητες για εκπαίδευση (Dave, 1976). Σύμφωνα με τον Dave, οι ευκαιρίες στη διά βίου εκπαίδευση υφίστανται μόνο αν συνοδεύονται από κίνητρα και κυρίως από τη δυνατότητα των ατόμων να ξεπεράσουν τα εμπόδια και τους δομικούς και θεσμικούς περιορισμούς ώστε να αξιοποιηθούν αυτές οι ευκαιρίες. Επομένως, η διερεύνηση των κινήτρων και δυνατοτήτων των ενηλίκων εκπαιδευομένων, ουσιαστικά συνδέεται άμεσα με την αξιοποίηση των ευκαιριών και τη συμμετοχή των εκπαιδευομένων σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες.

Τα κίνητρα που ωθούν τους ενηλίκους να συμμετέχουν σε οποιαδήποτε μορφής εκπαιδευτικής διαδικασίας αποτελούν μια από τις πλέον σημαντικές πτυχές ενασχόλησης

τόσο στο θεωρητικό όσο και στο ερευνητικό πεδίο της εκπαίδευσης ενηλίκων. Στο πέρασμα των ετών διατυπώθηκαν πολλά μοντέλα μέσα από τα οποία έγινε μια προσπάθεια να ερμηνευτούν οι λόγοι της συμμετοχής των ενηλίκων σε διάφορες εκπαιδευτικές δραστηριότητες στα οποία συνδυάστηκαν τα χαρακτηριστικά των ενηλίκων, τα κίνητρα αλλά και οι ανασταλτικοί παράγοντες συμμετοχής τους. Μέσα από αυτά τα μοντέλα αναδεικνύεται η πολυπλοκότητα αυτού του ζητήματος (Καραλής, 2013).

Το κίνητρο είναι μια ψυχολογική διαδικασία που όταν εξωτερικεύεται από το άτομο δραστηριοποιεί, υποκινεί και κατευθύνει την ανθρώπινη συμπεριφορά του για την επιτυχία των στόχων του (Κωσταρίδου -Ευκλείδη, 1997). Οι θεωρίες παρακίνησης παρέχουν τις ψυχολογικές εξηγήσεις για τις διαφορές στην προτίμηση των κινήτρων σε ατομικό επίπεδο αλλά και στα χαρακτηριστικά των κοινωνικο-πολιτιστικών ομάδων. Οι διαστάσεις των κινήτρων παρακίνησης είναι η κατεύθυνση (τι προσπαθεί να πετύχει ο άνθρωπος), η προσπάθεια (βαθμός προσπάθειας) και η επιμονή (διάρκεια της προσπάθειας) (Δημητρακοπούλου, 2015).

Οι ενήλικοι εκπαιδευόμενοι επιδιώκουν να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές διεργασίες, παρακινούμενοι από κίνητρα, τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά (Τσιμπουκλή & Φίλλιπς, 2008). Τα εξωτερικά κίνητρα των ενηλίκων εκπαιδευομένων αφορούν κυρίως τη θέση τους στο εργασιακό περιβάλλον και την ανάγκη τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του κοινωνικού τους ρόλου. Τα εσωτερικά κίνητρα σχετίζονται με την ανάγκη τους να συμπληρώσουν κενά και ελλείψεις στην εκπαίδευσή τους. Από τις δύο αυτές κατηγορίες (εσωτερικά- εξωτερικά κίνητρα), τα εσωτερικά κίνητρα είναι εκείνα τα οποία είναι και τα πιο ισχυρά για να οδηγήσουν έναν ενήλικα στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Κόκκος, 2005).

Σύμφωνα με τον Kehr 2004, τα εσωτερικά κίνητρα «πιέζουν» και τα εξωτερικά «ωθούν» σε δράση. Ειδικότερα:

ι) Εσωτερικά κίνητρα

Σχετίζονται με ανάγκες του υποσυνείδητου οι οποίες είναι δύσκολο να διερευνηθούν γιατί αναφέρονται σε ψυχικές ανάγκες. Οδηγούν σε αυθόρμητη συμπεριφορά και δεν επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τους κανόνες συμπεριφοράς της κοινωνίας.

Αναφέρονται στο βαθύ ενδιαφέρον και στην ικανοποίηση που νιώθει κάποιος μέσα από τη δραστηριότητα με την οποία ασχολείται. Ορισμένα από τα σημαντικότερα εσωτερικά κίνητρα είναι:

- ✓ Ιδιοσυγκρασία (Cheng & Robertson, 2006; Peterson & Byron, 2007; Lambrou et al., 2010).
- ✓ Αυτοσεβασμός (Pierce & Gardner, 2004).
- ✓ Αίσθημα επιτυχίας (Μπουραντάς, 2005; Cheng & Roberson, 2005).
- ✓ Πρωτοβουλίες (Μάρκοβιτς, 2002; Μπουραντάς, 2005; Satinsky, 2008).
- ✓ Ανάπτυξη και εξέλιξη των εργαζομένων (Μπουραντάς, 2005).
- ✓ Κίνητρο για μάθηση.
- ✓ Έχει αποδειχτεί ότι αρκετές από τις μεταβλητές της προσωπικότητας του ατόμου (εξωστρέφεια, συναισθηματική σταθερότητα και προθυμία), παίζουν θεμελιώδη ρόλο στην παρακίνηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Η εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει ανάλογα με τα ήδη έμφυτα ή επίκτητα προσόντα του εργαζόμενου, τις γνώσεις (Knowledge), τις στάσεις (Attitudes), τις ικανότητες (Skills) και τις επαγγελματικές δεξιότητες (Competencies) του (Rowold, 2007).
- ✓ Το ενδιαφέρον περιεχόμενο της εργασίας (Ortega, 2001; UNESCO, 2002).
- ✓ Το εργασιακό περιβάλλον (Knowels, 1970; Ross, 2005; Τσιριντάνη και συν., 2010).

ii) Εξωτερικά κίνητρα

Διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου (επίκτητα) από τις επιρροές που δέχεται από το περιβάλλον του. Σε αυτή τη κατηγορία ανήκουν τα χρήματα, τα προνόμια, η αύξηση, η προαγωγή, το κύρος, η εξουσία, η κοινωνική θέση κ.α. Ικανοποιούν κοινωνικές ανάγκες του ατόμου, ανάγκες για αυτοεκτίμηση και για αυτοεκπλήρωση (Institute of Medicine, 2009). Το γόητρο, το κύρος, η δύναμη και γενικά η αναγνώριση των υπηρεσιών που προσφέρει ο εργαζόμενος, ικανοποιούν τις ανάγκες για αυτοεκτίμηση.

2.2.1. Συστηματικές διερευνήσεις των Κινήτρων Συμμετοχής για εκπαίδευση

Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες μόνο από τις έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τα κίνητρα παρακίνησης για εκπαίδευση.

- Ο C.O. Houle (1956) είναι ο πρώτος που μελέτησε τα κίνητρα και τους λόγους συμμετοχής των ενήλικων εκπαιδευόμενων στη δια βίου εκπαίδευση μέσα από την ερευνητική διαδικασία των συνεντεύξεων με εκπαιδευόμενους που είχαν πάρει μέρος σε διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης ενηλίκων. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας του, προχώρησε στη διαμόρφωση μιας τυπολογίας των ενήλικων εκπαιδευόμενων. Σε αυτήν περιλαμβάνονταν οι προσανατολισμένοι στους στόχους (goal-oriented), οι προσανατολισμένοι στην εκπαιδευτική δραστηριότητα με κύριο γνώμονα την ποσότητα και την ποιότητα των ανθρώπινων σχέσεων που αναπτύσσονται στη διάρκεια της, αναζητώντας πρώτιστα την κοινωνική επαφή (activity-oriented) και οι προσανατολισμένοι στη μάθηση (learning-oriented) (Καραλής 2013). Αργότερα, με βάση την παραπάνω κατανομή, περιγράφηκαν ως κινητήριες κατευθύνσεις (motivational orientations) ή απλά κίνητρα, οι διαστάσεις στις οποίες βασίστηκαν οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα συμμετέχουν στη ΣΕΕ και, οι οποίες αντανακλούν τις τρέχουσες ανάγκες, τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τις στάσεις και τις αντιλήψεις που σχετίζονται με τη ΣΕ (Flores & Castillo 2006).
- Ο Tough (1968) μέσω της διαδικασίας επίσης των συνεντεύξεων που πραγματοποίησε, κατέληξε στο βασικό συμπέρασμα, ότι η συμμετοχή των εκπαιδευόμενων σε κάποιο πρόγραμμα δεν οφείλεται σε έναν λόγο αλλά σε πολλούς. Μάλιστα αναφέρει ότι επιθυμία όλων των εκπαιδευόμενων ήταν η διάθεσή τους να εφαρμόσουν στην πράξη τις γνώσεις που είχαν αποκτήσει από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.
- Ο Boshier (1971) δημιούργησε τη Κλίμακα Εκπαιδευτικής Συμμετοχής (Educational Participation Scale) (EPS) εστιάζοντας στους τύπους των εκπαιδευόμενων, αλλά και στα κίνητρα που προκύπτουν από τους προσανατολισμούς τους. Αυτά ομαδοποιήθηκαν στις εξής κατηγορίες: α) *ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων*, β) *εξωτερικές προσδοκίες*, γ) *κοινωνική προσφορά*, δ) *επαγγελματική αναβάθμιση* ε) *διαφυγή από άλλες καταστάσεις*, στ') *ενδιαφέρον για τη γνώση* και η) *βελτίωση ικανότητας επικοινωνίας*.
- Μετά από μια δεκαετία εφαρμογής της κλίμακας (EPS) σε διάφορα περιβάλλοντα μάθησης της εκπαίδευσης ενηλίκων και σε διαφορετικούς πληθυσμούς, οι Grotelueschen et al. (1981)

την επικαιροποίησαν και την αναπροσάρμοσαν σε μια νέα κλίμακα, την Κλίμακα συμμετοχής (PRS) η οποία περιλάμβανε τις εξής κατηγορίες:

α) *Επαγγελματική βελτίωση και ανάπτυξη (Professional improvement and development)*, β) *Επαγγελματικές υπηρεσίες (Professional Services)*, γ) *Μάθηση και αλληλεπίδραση με συναδέλφους (learning and interaction with colleagues)*, δ) *Προσωπικό όφελος και επαγγελματική ασφάλεια (personal benefits and job security)*, ε) *Επαγγελματική δέσμευση (Professional commitment)*" (Καραλής 2013).

Με τα κίνητρα ασχολήθηκε και η Cross (1981) καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότιτο εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για τη συμμετοχή του σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Όσο υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχει κάποιος τόσο περισσότερο συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα.

Τέλος, από τις πρόσφατες σημαντικές μελέτες είναι εκείνη της Rowold το 2007, η οποία απέδειξε ότι το κίνητρο για μάθηση οδηγεί σε υψηλή μορφή παρακίνησης (transfer motivation). Σύμφωνα με τη Rowold, το κίνητρο για μάθηση διακρίνεται σε:

- Κίνητρο της εκπαίδευσης.

Λόγω των ραγδαίων εξελίξεων στην εργασιακή αγορά, μια από τις μεθόδους ενίσχυσης της παραγωγικότητας του ατόμου και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού είναι η συνεχής εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού και η βελτίωση απόδοσης του εργαζομένου. Η εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει ανάλογα με τα ήδη έμφυτα ή επίκτητα προσόντα του εργαζομένου, τις γνώσεις (Knowledge), τις στάσεις (Attitudes), τις ικανότητες (Skills) και τις επαγγελματικές δεξιότητες (Competencies) του (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς 2003; Kamariannaki et al. 2017).

- Κίνητρο της ικανοποίησης από τη συμμετοχή στα εκπαιδευτικά προγράμματα.

Οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό θα πρέπει συνεχώς να καταρτίζονται ώστε να ακολουθούν τις ραγδαίες εξελίξεις στη παγκόσμια αγορά και κοινωνία. Η ικανοποίηση που λαμβάνει ο εργαζόμενος από την εργασιακή εκπαίδευση επηρεάζει τη γενικότερη ικανοποίησή του από την εργασία. Υπάρχουν τρεις παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση από την εργασιακή εκπαίδευση: η μεθοδολογία, ο τύπος κατάρτισης και το χρονικό διάστημα που διαρκεί η κατάρτιση (Schmidt 2007; Lambrou et al. 2010).

- *Η Παραγωγή Γνώσης ως Κίνητρο αύξησης της Απόδοσης.*

Η γνώση σε μια επιχείρηση, συνδέεται με τη πληροφορία ή τα δεδομένα και αφορά πεποιθήσεις, δέσμευση, δράση και έννοιες. Η πληροφορία είναι μια ροή μηνυμάτων, ενώ η γνώση δημιουργείται από αυτήν ακριβώς τη πληροφορία, βασιζόμενη στις πεποιθήσεις και τη δέσμευση του κατόχου της. Η γνώση συγκαταλέγεται στις σημαντικότερες ικανότητες μιας επιχείρησης, για αυτό και οι οργανισμοί χρησιμοποιούν διάφορους μηχανισμούς παραγωγής της. Στη συνέχεια η γνώση αυτή διαχέεται σε όλα τα επίπεδά του οργανισμού, ενσωματώνεται στον τρόπο και τη μεθοδολογία του εργαζόμενου και με τη σειρά της γίνεται το έναυσμα για την παραγωγή περισσότερης γνώσης. Ο εργαζόμενος πρέπει να συμμετέχει στη παραγωγή γνώσης. Απαραίτητη προϋπόθεση για να το πετύχει αυτό, είναι το εργασιακό περιβάλλον όπου ο υπάλληλος θα αισθάνεται ελεύθερος να πράξει κάτι παραπάνω από αυτό που είναι υποχρεωμένος να πράξει. Ενεργώντας από τη προσωπική του βούληση γίνεται όχι μόνο παραγωγός αλλά και φορέας γνώσης (Knowles, 1980; Rowold, 2007).

2.3. Εμπόδια συμμετοχής σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Ενηλίκων

Μεταξύ των χαρακτηριστικών των ενήλικων εκπαιδευόμενων που επηρεάζουν την αποτελεσματική μάθηση τους είναι τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά τη μαθησιακή διεργασία. Συνεπώς κρίνεται σκόπιμο η εμπειριστατωμένη μελέτη των εμποδίων, όχι μόνο ως προς τη μάθηση αλλά ως προς τη συμμετοχή τους.

Με τον όρο εμπόδια στη μάθηση εννοούμε κάθε παράγοντα που εμποδίζει ή ακυρώνει τη μαθησιακή διαδικασία. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να υπάρχει μέσα στο ίδιο το άτομο (εσωτερικά εμπόδια) ή στο περιβάλλον του (εξωτερικά εμπόδια), με αποτέλεσμα να δυσκολεύει τόσο στην παρακολούθηση του προγράμματος όσο και στην απόκτηση νέας γνώσης. Εμπόδιο μπορεί να συνιστά μια πρότερη γνώση, προκατάληψη, στάση, άποψη ή μπορεί να αφορά μια εκπαιδευτική τεχνική, μια συναισθηματική κατάσταση, μια διαδικασία, ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα, έναν εκπαιδευτή κ.λπ.

Σύμφωνα με τον Rogers (1999), τα εμπόδια στη μάθηση ενηλίκων κατατάσσονται σε:

α) Εμπόδια που προκύπτουν από τα εκπαιδευτικά προγράμματα όπως: κακή οργάνωση, μαθησιακά περιεχόμενα χαμηλής μορφωτικής αξίας, αναποτελεσματικές εκπαιδευτικές τεχνικές κ.ά.

β) Εμπόδια που προκύπτουν από παράγοντες όπως: υποχρεώσεις και δεσμεύσεις, αντίξοους φυσικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, ακατάλληλο μαθησιακό κλίμα, κακές διαπροσωπικές σχέσεις κ.ά.

γ) Εσωτερικά εμπόδια. Υποστηρίζει ότι οι εσωτερικοί αυτοί φραγμοί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία μάθησης των ενηλίκων και σχετίζονται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των συμμετεχόντων ενηλίκων. Τους ταξινομεί σε δύο υποκατηγορίες. Στην πρώτη εντάσσονται εμπόδια που συνδέονται με ψυχολογικούς παράγοντες όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη αυτοπεποίθησης και άγχος και στη δεύτερη εμπόδια που σχετίζονται με προϋπάρχουσες γνώσεις και αξίες. Οι αιτίες που προκαλούν άγχος στους ενήλικες εκπαιδευόμενους είναι συνήθως, ο φόβος της αξιολόγησης, της αποτυχίας, της γελοιοποίησης, της έλλειψης εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και η αμφιβολία για το αν θα καταφέρουν να ανταποκριθούν μπροστά στις νέες απαιτήσεις του προγράμματος. Αυτό το άγχος εκδηλώνεται είτε ως ανησυχία μπροστά στην απειλή επιβεβλημένων απαιτήσεων είτε ως ανησυχία για την ικανότητα ανταπόκρισης μπροστά στις νέες συνθήκες. Όσον αφορά τη δεύτερη υποκατηγορία, είναι γεγονός ότι οι ενήλικοι φέρουν μαζί τους ένα σύνολο από γνώσεις, αξίες και εμπειρίες τις οποίες έχουν αποκτήσει κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σε αυτές τις υπάρχουσες γνώσεις είναι συχνά προσκολλημένοι με αποτέλεσμα αυτό συχνά να τους εμποδίζει στο να δεχθούν τη νέα γνώση. Είναι δύσκολο για έναν ενήλικα να αναθεωρήσει τις απόψεις που έχει ήδη σχηματίσει για τον κόσμο, γιατί συχνά έχει επενδύσει συναισθηματικά σε αυτές τις αξίες και αντιλήψεις. Συνεπώς, αν κάποιος (π.χ. ο εκπαιδευτής) επιδιώξει να μετασχηματίσει τις δικές του απόψεις, τότε αυτόματα θεωρείται ότι τους αμφισβητεί (Rogers, 1999).

Η Cross (1981) κατέταξε τα εμπόδια για συμμετοχή στην εκπαίδευση στις ακόλουθες κατηγορίες, αν και το βασικότερο εμπόδιο συμμετοχής στην εκπαίδευση κατά τη γνώμη της, για τους λιγότερο εκπαιδευμένους, είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος:

- *Καταστασιακά (situational)*: αφορούν εμπόδια που σχετίζονται με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ενήλικας εκπαιδευόμενος σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, όπως

είναι για παράδειγμα η έλλειψη χρόνου, το ανεπαρκές εισόδημα, οικογενειακές υποχρεώσεις κ.λπ.

- *Θεσμικά (organizational)*: περιλαμβάνονται όλοι οι παράγοντες και διαδικασίες που συνδέονται με την εκπαιδευτική διαδικασία/εμπειρία και μπορούν να εμποδίσουν (αποθαρρύνουν ή αποκλείουν) τους ενήλικους στη συμμετοχή τους. Παραδείγματα αυτής της κατηγορίας αποτελούν η κακή οργάνωση εκπαιδευτικού προγράμματος, οι εγκαταστάσεις, τα ωράρια διεξαγωγής, οι προϋποθέσεις εισαγωγής σε ορισμένους τύπους προγραμμάτων, τα περιορισμένα προγράμματα κ.ο.κ.

- *Προδιαθετικά (dispositional)*: περικλείουν όλες τις στάσεις, αντιλήψεις, προκαταλήψεις και προηγούμενες εμπειρίες (ιδιαίτερα εκπαιδευτικές) των εκπαιδευομένων. Για παράδειγμα ενήλικοι με χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο θεωρούν ότι δεν θα μπορέσουν να ολοκληρώσουν την εκπαίδευση (Cross, 1981; Καραλής, 2013).

Τέλος, σύμφωνα με τον Κόκκο (2005), τα εμπόδια διακρίνονται σε εσωτερικά και σε εξωτερικά. Τα εσωτερικά όμως, είναι αυτά που κατά τη γνώμη του, διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην απόφαση του εκπαιδευομένου να παραμείνει ή όχι στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και να επενδύσει ή όχι στη μάθηση.

2.4. Εκπαιδευτικά Προγράμματα ΣΕΚ και οι προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητά τους

Η δημιουργία κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων στηρίζεται στην αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών καθώς επίσης και στο επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευομένων, τις δυνατότητές τους και τις παρακινητικές ανάγκες τους. Σε περιπτώσεις που η παρακίνηση είναι σε χαμηλά επίπεδα, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται παρεμβάσεις που θα ωθούν το κίνητρο της μάθησης, όπως π.χ. πλήρης ενημέρωση από τον μάνατζερ του οργανισμού σχετικά με την εκπαίδευση, τους στόχους της και τη σχέση της με την επαγγελματική εξέλιξή τους. Η κατάλληλη χρήση εκπαιδευτικών μεθόδων ανάλογα με το απευθυνόμενο εκπαιδευόμενο προσωπικό καθώς επίσης και η επιλογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες των εργαζομένων, θα συντελέσουν επίσης, στην αύξηση του κινήτρου της εκπαίδευσης (Rowold, 2007).

Οι κύριες προϋποθέσεις για ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα ΣΕΚ ενηλίκων, είναι οι ακόλουθες:

- *Εθελοντική συμμετοχή*: Οι εκπαιδευόμενοι καλό είναι να συμμετέχουν στο πρόγραμμα επιμόρφωσης με τη δική τους θέληση και πρωτοβουλία και όχι κατόπιν πίεσης και εξαναγκασμού. Σε περίπτωση που η συμμετοχή του εκπαιδευόμενου δεν είναι εθελοντική, τότε είναι πολύ πιθανόν να υπάρξουν προβλήματα στην ομαλή διεξαγωγή της εκπαιδευτικής διαδικασίας.
- *Καθορισμός σκοπού και στόχων*: Ο σκοπός του προγράμματος πρέπει να είναι ξεκάθαρος και σαφής από την έναρξη του προγράμματος, ενώ οι επιμέρους στόχοι πρέπει να διακρίνονται σε στόχους γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα του αντικειμένου ώστε να μπορέσουν να καλύψουν σε ένα μεγάλο ποσοστό τις πραγματικές ανάγκες των εκπαιδευομένων (Βεργίδη, 1999; Κόκκος, 2005β). Απαιτείται αποτελεσματικός επαγγελματικός προσανατολισμός.
- *Επιλογή περιεχομένου*: Το περιεχόμενο ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, θα πρέπει να σχετίζεται με τις τρέχουσες εξελίξεις της αγοράς εργασίας και να ανταποκρίνεται με τις τρέχουσες προκλήσεις (οικονομικές, κοινωνικές, πολιτισμικές, κ.λπ.) ώστε να μπορεί να καλύψει τις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες των εκπαιδευομένων. Κύρια προϋπόθεση κατά τη δημιουργία του περιεχομένου, είναι να λαμβάνονται υπόψη οι τρέχουσες γνώσεις και εμπειρίες των εκπαιδευομένων, με σκοπό ότι αποκτηθεί από την επιμόρφωση (νέες γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες) να εφαρμοστεί άμεσα στη πράξη και να ανταποκρίνονται στην αγορά εργασίας (Knowles et.al, 1998).
- *Επιλογή διδακτικών μεθόδων, τεχνικών και μέσων*: Οι επιλεγόμενοι μέθοδοι διδασκαλίας θα πρέπει να προσελκύουν το ενδιαφέρον των εκπαιδευομένων, να ανταποκρίνονται στις προτιμήσεις τους, να είναι ανάλογες με κάθε περίπτωση και να εναλλάσσονται συχνά προκειμένου να αποφεύγεται η κούραση των συμμετεχόντων και αφετέρου να καλύπτουν τις εκπαιδευτικές ανάγκες των ενηλίκων εκπαιδευομένων (Κόκκος, 2005β; Τσιμπουκλή & Φίλιπς, 2008).
- *Προσδιορισμός προϋποθέσεων υλοποίησης*: Οι εκπαιδευόμενοι θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στο πρόγραμμα επιμόρφωσης. Για αυτό το λόγο, θα πρέπει να τους παρέχονται τα κατάλληλα κίνητρα ώστε το ενδιαφέρον συμμετοχής τους να παραμένει αμείωτο από την

αρχή έως το πέρας του προγράμματος. Επιπλέον, ένας πολύ σημαντικός παράγοντας αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος είναι η αναγνώριση των εμποδίων που δυσχεραίνουν τη συμμετοχή των εκπαιδευομένων. Επομένως, οι εκπαιδευτές οφείλουν να εφαρμόζουν κατάλληλες πολιτικές και ενέργειες, όχι μόνο αναγνώρισης, αλλά και αντιμετώπισης αυτών των εμποδίων. Ευελιξία και μάθηση επομένως, με κέντρο τον εκπαιδευόμενο.

- *Οργάνωση προγράμματος*: ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι η σωστή οργάνωση του προγράμματος, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ποιότητά του, από το σχεδιασμό μέχρι και την ολοκλήρωσή του. Συγκεκριμένα, λαμβάνονται υπόψιν ο χώρος υλοποίησης, ο χρόνος υλοποίησης, η διάρκεια του προγράμματος, τα εποπτικά μέσα και ο εργαστηριακός εξοπλισμός, καθώς και η στελέχωση του προγράμματος με το κατάλληλο εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό (Βεργίδη, 1999; Κόκκος, 2005β).

Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα, συνήθως έχει μια από τις κάτωθι μορφές:

- *Εναλλαγή στις θέσεις εργασίας (job rotation)*: ο εργαζόμενος μετακινείται και αλλάζει τμήματα ανά εύλογο χρονικό διάστημα. Έτσι, αποκτά εμπειρίες σε διαφορετικές λειτουργίες και τμήματα, έχοντας καλύτερη αντίληψη για τον οργανισμό.
- *Προσωπική καθοδήγηση*: ο εργαζόμενος παίρνει οδηγίες θεωρητικού και πρακτικού περιεχομένου από τον άμεσο προϊστάμενό του, από τον οποίο ενημερώνεται και για τη πρόοδό του.
- *Καθοδήγηση ή κηδεμονία (counselling and mentoring)*: πρόκειται για οικειοθελή καθοδήγηση, διδασκαλία, υποστήριξη και ενθάρρυνση ενός εργαζομένου από ένα έμπειρο ανώτερο στέλεχος.
- *Μελέτη περιπτώσεων (case studies)*: οι εκπαιδευόμενοι χωρισμένοι σε ομάδες μελετούν ένα οργανωσιακό πρόβλημα πραγματικό ή όχι, το οποίο τους δίνεται γραπτώς, με στόχο την κατανόηση των προβλημάτων, τους παράγοντες που θα επηρεάσουν τη λήψη αποφάσεων και κυρίως τις προτάσεις λύσεων.
- *Σεμινάρια ή πανεπιστημιακά προγράμματα/ μαθήματα* (Γρέβιας, 2018).

Τέλος, οι μάνατζερ ενός οργανισμού, που εκτελούν και αναπτύσσουν επιμορφωτικά προγράμματα, θα πρέπει να εξετάζουν την ικανοποίηση που προέρχεται από την επαγγελματική εκπαίδευση από τη σκοπιά του εργαζόμενου. Οι ευκαιρίες κατάρτισης που θα

προσφέρονται θα επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση όλων των εργαζομένων του οργανισμού και κατά συνέπεια, θα διαμορφώνονται οι εργασιακές συμπεριφορές τους και η οργανωσιακή δέσμευσή τους. Η αύξηση ικανοποίησης από την επαγγελματική εκπαίδευση μπορεί να επιτευχθεί όταν η εκπαίδευση εστιάζεται στις ατομικές ανάγκες του καθενός, στο χρόνο που ξοδεύεται, στο περιεχόμενο και στη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται και τη θεωρούν πιο αποδοτική για αυτούς (Schmidt, 2007; Institute of Medicine, 2009; Lambrou et al., 2010).

2.5. Κίνητρα συμμετοχής ενηλίκων σε προγράμματα ΣΕΚ, σε εθνικό επίπεδο

Η ελληνική πολιτεία ενθαρρύνει τη συμμετοχή στην ΣΕΚ, παρέχοντας κίνητρα σε άτομα, επιχειρήσεις και φορείς επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης. Στόχος της είναι η επικαιροποίηση ή αναβάθμιση των γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού. Τα σημαντικότερα κίνητρα συμμετοχής σε ΣΕΚ τα οποία έχουν ληφθεί από το ελληνικό κράτος είναι:

1. Τη θέσπιση κινήτρων (Νόμος 3879/2010, άρθρο 18) για την ανάπτυξη της ΔΒΜ και την επικαιροποίηση των γνώσεων, δεξιοτήτων, ικανοτήτων και επάρκειας του ανθρώπινου δυναμικού της χώρας, στα οποία καθιερώνονται:
 - Ατομικοί εκπαιδευτικοί λογαριασμοί με συμμετοχή του εργοδότη και του εργαζόμενου, με σκοπό την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών τους εργαζόμενου. Στους λογαριασμούς αυτούς μπορεί να συμβάλλει οικονομικά και το κράτος.
 - Ατομικοί λογαριασμοί μαθησιακού χρόνου των εργαζομένων για την παρακολούθηση προγραμμάτων ΣΕΚ.
 - Χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών για τη συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕΚ, ειδικότερα για εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα.
 - Η σύνδεση της αξιολόγησης φορέων ΔΒΜ με τη χρηματοδότησή τους.
 - Σύνδεση προγραμμάτων μη τυπικής εκπαίδευσης με το σύστημα της τυπικής εκπαίδευσης, μέσω προγραμμάτων μάθησης. Αυτά παρέχουν τη δυνατότητα

αναγνώρισης, άθροισης και μεταφοράς πιστωτικών μονάδων εκπαίδευσης από το ένα σύστημα στο άλλο.

- Η συμμετοχή στη δημόσια ΣΕΕΚ είναι δωρεάν και εξασφαλίζει στους αποφοίτους των περισσότερων ειδικοτήτων πρόσβαση στο επάγγελμα και στην αγορά εργασίας.
2. Σχετικά με τα κίνητρα των μαθητευόμενων στη ΣΕΚ, για τη συμμετοχή στα προγράμματα (για κατάρτιση και πρακτική άσκηση) του Συστήματος Επιταγών Κατάρτισης (Training Voucher) προβλέπεται αποζημίωση για την εκπαίδευση στη θέση εργασίας. Η χρήση της επιταγής κατάρτισης δίνει τη δυνατότητα στους εκπαιδευόμενους να επιλέγουν οι ίδιοι την υπηρεσία και τον πάροχο.
3. Ως προς τα κίνητρα των επιχειρήσεων για συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕΚ, οι επιχειρήσεις:
- Δικαιούνται επιστροφής των συνεισφορών τους στο ΛΑΕΚ υπό την προϋπόθεση της διενέργειας εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ανθρώπινο δυναμικό τους. Πολλές επιχειρήσεις λαμβάνουν χρηματοοικονομικά κίνητρα για να προσφέρουν εκπαιδευτικές θέσεις εργασίας κυρίως σε φοιτητές ή απόφοιτους προγραμμάτων ΕΕΚ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα προγράμματα μαθητείας για τα ΕΠΑΛ και τα ΕΠΑΣ. Π.χ. το πρόγραμμα ΛΑΕΚ (0,24%) όπου κάθε επιχείρηση καταβάλλει υποχρεωτικά στο Λογαριασμό για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση (ΛΑΕΚ) του ΟΑΕΔ εργοδοτική εισφορά ύψους 0,24% επί των ετήσιων ακαθάριστων αποδοχών των εργαζομένων της.
 - Επιπρόσθετα, λαμβάνουν επιδοτήσεις για συμμετοχή τους σε δράσεις επαγγελματικής εκπαίδευσης συνδυάζοντας την πρακτική εκπαίδευση με τη συμβουλευτική και τα προγράμματα εύρεσης εργασίας. Η χρηματοδότηση των επιδοτήσεων αυτών προκύπτουν από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το ΕΣΠΑ (CEDEFOP, 2014).
 - Τα Ολοκληρωμένα Σχέδια Διαρθρωτικής Προσαρμογής των Επιχειρήσεων και Εργαζομένων. Πρόκειται για προγράμματα του ΟΑΕΔ που στοχεύουν τόσο σε κλάδους εργαζομένων όσο και σε ανέργους με σκοπό την προσαρμογή αυτών αλλά και των επιχειρήσεων σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Επιπλέον η ενίσχυση των επιχειρήσεων γίνεται και με την ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών (European Commission, 2020).

Το ποσοστό συμμετοχής των ατόμων στη ΣΕΚ, θα αυξηθεί μελλοντικά, εάν εφαρμοστούν καθολικά οι θεσμικά κατοχυρωμένες κάτωθι πρωτοβουλίες:

- Η ανάπτυξη του συστήματος επικύρωσης και πιστοποίησης των προσόντων που αποκτώνται μέσω της τυπικής και της άτυπης μάθησης.
- Η αναγνώριση και η αντιστοίχιση των μαθησιακών αποτελεσμάτων όλων των μορφών τυπικής, μη τυπικής και άτυπης μάθησης και η σύνδεσή τους με τα επίπεδα του εθνικού πλαισίου προσόντων.
- Η ανάπτυξη και η εφαρμογή συστήματος μεταφοράς πιστωτικών μονάδων για την ΕΕΚ.
- Η εφαρμογή εθνικού πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας στην ΕΕΚ και στη ΔΒΜ.
- Αξιολόγηση των φορέων παροχής υπηρεσιών ΣΕΚ, που χρηματοδοτούνται από δημόσιους πόρους με βάση την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά τους, σύμφωνα με την υλοποίηση των στόχων που έχουν τεθεί στο αντίστοιχο πρόγραμμα ΔΒΜ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αποτύπωση των προκλήσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα

Μια από τις μεγαλύτερες δημοσιονομικές προκλήσεις σήμερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες αποτελεί ο χώρος της υγείας με τις δαπάνες υγείας να κινούνται σε ολοένα αυξανόμενα επίπεδα, σε σχέση με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ). Η ύπαρξη μέχρι πρότινος μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών ταμείων και προμηθευτών με διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές παρείχε υπηρεσίες που ήταν ασυντόνιστες και άνισες μεταξύ τους, εξαιτίας των αλληλοεπικαλύψεων, των διαφορών στη ποιότητα και την έκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής και τη στελέχωση. Το πρόβλημα διογκωνόταν ακόμη περισσότερο και από τη μη λειτουργία αστικών κέντρων υγείας. Έτσι, διαμορφώνονταν οι όροι ώστε τα ασφαλιστικά ταμεία να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για υπηρεσίες που δεν μπορούσαν να προσφέρουν. Ειδικότερα, η έλλειψη μηχανισμών ελέγχου των παραπομπών σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια δαπανηρών εξετάσεων επιβάρυνε τα ταμεία με αδικαιολόγητες δαπάνες. Η απουσία συστήματος παραπομπής βασισμένου στη θεσμοθέτηση του γενικού ιατρού, καθώς και ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή, δημιουργούσε προβλήματα στη συνέχεια της φροντίδας, υπερφόρτωσε το σύστημα με περιττές επισκέψεις και υπερχρέωσε τα ταμεία. Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και η απουσία ολοκληρωμένων συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός συναισθήματος δυσπιστίας των χρηστών δημόσιων υπηρεσιών και στην αναζήτηση δεύτερης γνώμης από τον ιδιωτικό τομέα.

Η αύξηση του κόστους των ταμείων προήλθε και από την εισαγωγή προκλητής ζήτησης από τον σχετικά μεγάλο αριθμό των συμβεβλημένων με τα ταμεία ιατρών και την αμοιβή τους κατά πράξη. Επιπρόσθετα, η απουσία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων έκανε αδύνατη τη διάθεση δεδομένων σχετικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών και την οικονομική και διαχειριστική κατάσταση των μονάδων. Ως εκ τούτου, ήταν δύσκολη η αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος με βάση καλά προσδιορισμένους δείκτες επίδοσης, επιτείνοντας τη διαμόρφωση μιας κουλτούρας απουσίας υπευθυνότητας και λογοδοσίας (Κυριόπουλος και συν, 2000; De Kervasdoue, 2009).

Η αριθμητική και κατανομητική ανισορροπία των ανθρώπινων πόρων που οδηγεί σε αναντιστοιχία μεταξύ της γεωγραφικής κατανομής και της ποικιλίας των διαθέσιμων ειδικοτήτων συνεχίζουν να αποτελούν σημαντικά προβλήματα του συστήματος υγείας. Η παλαιότητα κτιρίων και τεχνολογικού εξοπλισμού αλλά και η απουσία κατάλληλης μηχανοργάνωσης επιβαρύνουν επίσης τη κατάσταση. Η επίπτωση των παραπάνω είναι η άνιση κατανομή των υγειονομικών πόρων η οποία οδηγεί σε δυσκολίες στην πρόσβαση, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων, και το μεγαλύτερο μέρος της δραστηριότητας των κέντρων υγείας να περιορίζεται στη συνταγογράφηση και τη παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία (Mossiallos, Allin, & Davaki, 2005).

σύστημα υγείας αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα τα οποία θα μπορούσαν να συνοψιστούν στις εξής κάτωθι παραμέτρους:

- α) Απουσία μηχανισμών παρακολούθησης, αξιολόγησης και ελέγχου του κόστους, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.
- β) Κακή διοίκηση και διαχείριση των μονάδων υγείας με αποτέλεσμα την κατασπατάληση τόσο των οικονομικών όσο και των υγειονομικών πόρων.
- γ) Ανυπαρξία μηχανισμού-φορέα συγκέντρωσης και ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και μεταξύ των περιφερειών, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.
- δ) Ανεπάρκεια λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- ε) Συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών που στερούσαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας (Κυριόπουλος και συν, 2000; Economidou, 2010; Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012).

Τα τελευταία χρόνια, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) έχει υποστεί ριζικό μετασχηματισμό και κινείται με αργούς ρυθμούς προς τη διαμόρφωση ενός πιο σύγχρονου, αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος. Στην αρχή οι πρώτες μεταρρυθμίσεις που έγιναν είχαν ως στόχο διαθρωτικές ενέργειες για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και τη μείωση του κόστους. Στη συνέχεια αυτές που ακολούθησαν εστιάστηκαν στη θέσπιση και την ενίσχυση μηχανισμών για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων, αντιμετωπίζοντας συνέχεια προηγούμενες αδυναμίες, όπως ο κατακερματισμός στη διαχείριση ανθρώπινων και υλικών

πόρων, τις υπερβολικές φαρμακευτικές δαπάνες και την αναποτελεσματικότητα των δημόσιων συμβάσεων. Τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που έχουν εφαρμοστεί στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά το 2010 με την εισαγωγή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης και διαχείρισης των μονάδων υγείας, είχαν ως στόχο και δύναται να οδηγήσουν στον εξορθολογισμό του συστήματος, στην εξοικονόμηση των πόρων, στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και, στην αντιμετώπιση των ανεπαρειών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με τα τελευταία νομοσχέδια για τη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ και την ίδρυση του ΤΟΜΥ, επιχειρήθηκε η κατανομή των παραγωγικών συντελεστών να είναι ισότιμη και δίκαιη σε όλες τις κατηγορίες πληθυσμού και σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες. Ταυτόχρονα, το ενδιαφέρον εστιάστηκε στον ίδιο τον ασθενή, τον χρήστη υπηρεσιών υγείας, γιατί οι οποιεσδήποτε ανεπάρκειες και δυσλειτουργίες του συστήματος αντανακλώνται στον ίδιο. Παρόλα αυτά, οι αργοί ρυθμοί διοικητικής αποκέντρωσης οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό την κάνει να είναι εξαρτημένη από τη κεντρική διοίκηση, έχουν ως αποτέλεσμα να μην η περιφερειοποίηση του συστήματος υγείας να αντιμετωπίζει ενδογενή και εξωγενή προβλήματα αλλά από την άλλη να παρουσιάζονται αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών.

Ωστόσο, το θέμα ανάπτυξης πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, δυστυχώς, αποτελεί προς το παρόν μεταρρύθμιση στα χαρτιά. Διάφοροι παράγοντες που ευθύνονται για τη μερική εφαρμογή της μεταρρύθμισης παρά να αποτελεί ζήτημα επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο και στη δημόσια υγεία είναι: α) η έλλειψη συνέχειας στη πολιτική υγείας στη χώρα μας και η μη αφομοίωση της εμπειρίας άλλων χωρών, β) η διατήρηση των κατακερματισμένων ασφαλιστικών υπηρεσιών και η ματαίωση της προβλεπόμενης ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, γ) η έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού αποτελεσματικής οργάνωσης, διαχείρισης και κατανομής των υφιστάμενων πόρων και χρηματοδότησης και δ) οι ουτοπιστές διαχειριστές του συστήματος σε σχέση με την επικρατούσα συγκυρία.

Η χάραξη εθνικής πολιτικής για την υγεία αποτελεί προϋπόθεση για την οριοθέτηση του πεδίου της λήψης αποφάσεων, για το προσδιορισμό των πηγών της χρηματοδότησης αλλά και των κριτηρίων κατανομής της σε περιφερειακό επίπεδο, την συστηματική αξιολόγηση

των αναγκών και τη μεθοδική αντιμετώπισή τους. Τα βασικά βήματα της μεθοδολογίας του σχεδιασμού προϋποθέτουν:

- Σαφή προσδιορισμό του σκοπού και των στόχων
- Διαμόρφωση εθνικών και περιφερειακών δράσεων με σαφώς προσδιορισμένο χρονογράφημα υλοποίησης
- Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- Ανατροφοδότηση με στόχο την πραγματοποίηση βελτιωτικών παρεμβάσεων σε επίπεδο σχεδιασμού αρχικά και ενεργειών υλοποίησης σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο στη συνέχεια (WHO, 2013).

3.1. Δυσχέρειες-αδυναμίες στη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση στην Ελλάδα

Το σύστημα ΕΕΚ στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες σε σχέση με τα αντίστοιχα συστήματα άλλων χωρών, κάτι που οφείλεται τόσο στην εσωτερική του συνοχή και στη διάρθρωση των διαφόρων επιπέδων και κατευθύνσεων που αυτό συμπεριλαμβάνει, όσο και στην ευρύτερη κοινωνικό-οικονομική του λειτουργικότητα. Η έλλειψη βασικών δομών σχεδιασμού και προγραμματισμού σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια για μεγάλο χρονικό διάστημα αποτελεσματικών μηχανισμών ουσιαστικής παρακολούθησης, ελέγχου και αξιολόγησης της παρεχόμενης ΣΕΚ συνέτεινε σε μεγάλο βαθμό στην υστέρηση της χώρας μας στον τομέα αυτό.

Η ανάπτυξη της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης στην Ελλάδα, άρχισε ουσιαστικά, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τη δεκαετία του '60 με την καθοδήγηση και βοήθεια διεθνών οργανισμών (Ο.Ο.Σ.Α, Ε.Ο.Κ.) και με στόχο την κάλυψη των άμεσων αναγκών της νέο-αναπτυσσόμενης βιομηχανίας σε ειδικευμένο εργατικό δυναμικό. Αναφέρουμε ενδεικτικά, τις σχολές του Υπ. Υγείας (Σχολές Νοσηλευτριών στα μεγάλα νοσοκομεία, Σχολές του Ερυθρού Σταυρού, κ.ά.). Σε αυτό το πλαίσιο δημιουργήθηκαν σταδιακά διάφοροι τύποι και μορφές επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης. Με την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε. αυξήθηκε το ενδιαφέρον για την επαγγελματική κατάρτιση, προσανατολισμένο κυρίως προς την επιμόρφωση και τη συνεχιζόμενη κατάρτιση. Κατά τη

διάρκεια της δεκαετίας του '80 και στις αρχές της δεκαετίας του '90, στα πλαίσια των γενικών κατευθύνσεων και χρηματοδοτήσεων των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών Ταμείων, αναπτύχθηκαν ραγδαία και ασυντόνιστα διάφοροι τύποι και μορφές επαγγελματικής κατάρτισης (Κ.Ε.Κ., Ενδοεπιχειρησιακά Προγράμματα Κατάρτισης Εργαζομένων, Ι.Ε.Κ. κ.ά.). Για να αντιμετωπιστεί η παραπάνω κατάσταση, θεσπίστηκε για πρώτη φορά το 1993 η πιστοποίηση των δομών της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, με την μορφή των Κ.Ε.Κ., ως απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση των προγραμμάτων κατάρτισης. Ωστόσο, την περίοδο 1994-1995 διαπιστώθηκαν από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρατυπίες στη διαδικασία πιστοποίησης, που είχαν ως αποτέλεσμα το πάγωμα το 1996 της χρηματοδότησης της ΣΕΚ από τους κοινοτικούς πόρους και τη διακοπή των σχετικών προγραμμάτων. Η λύση δόθηκε από το Υπουργείο Εργασίας, το οποίο προέβη σε αναμόρφωση του συστήματος πιστοποίησης. Έτσι, από τη δειλή παρουσία της επαγγελματικής εκπαίδευσης στις δεκαετίες του '60 και '70, η χώρα πέρασε στη φάση της ραγδαίας, άναρχης και ασυντόνιστης ανάπτυξης διαφόρων πολιτικών και δομών επαγγελματικής κατάρτισης, υπό την επίδραση τρεχόντων και εξωγενών παραγόντων, και κάτω από την πίεση της απορρόφησης των κοινοτικών πόρων, χωρίς να υφίσταται μια Ενιαία και Ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική (Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή-ΟΚΕ, 1998).

Διαπιστώσεις ειδικών που έχουν ασχοληθεί με την εκπαίδευση και την κατάρτιση στην Ελλάδα, κατέληξαν ότι μέχρι πρόσφατα, παρά τη σημαντική αύξηση του όγκου της, η εφαρμογή της αναπτύχθηκε κυρίως στη βάση της διαθεσιμότητας των σχετικών χρηματοδοτήσεων από την Ε.Ε. (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και όχι ως απάντηση στις απαιτήσεις της αγοράς και εν γένει της ζήτησης της οικονομίας. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη συστηματικών ερευνών για τις εξελίξεις της ελληνικής αγοράς εργασίας - και ιδιαίτερα των περιφερειακών αγορών εργασίας-. Η εξέλιξη αυτή συντέλεσε στο να συσσωρευτούν μια σειρά από δυσλειτουργίες και αδυναμίες που δεν έχουν επιτρέψει την ανάπτυξη ενός διαρθρωμένου και αποτελεσματικού συστήματος ΣΕΚ.

Συγκεκριμένα ως βασικότερες αδυναμίες της ΣΕΚ αναφέρονται:

Η έλλειψη ενιαίας πολιτικής, σχεδιασμού, εποπτείας και συντονισμού των δραστηριοτήτων κατάρτισης στο πλαίσιο ενός Εθνικού Συστήματος Επαγγελματικής

Εκπαίδευσης και Κατάρτισης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επικάλυψη και υποκατάσταση δραστηριοτήτων κατάρτισης, τόσο ανάμεσα στην αρχική και τη συνεχιζόμενη, όσο και ανάμεσα στους διάφορους φορείς και προγράμματα της συνεχιζόμενης κατάρτισης.

Η ανισομερή περιφερειακή και ανά κλάδο κατανομή των δραστηριοτήτων κατάρτισης, καθώς και η απουσία ορθολογικού κεντρικού σχεδιασμού καθιστά αρκετά υψηλό το λειτουργικό κόστος των εν λόγω δραστηριοτήτων, σε σχέση και με την παρεχόμενη ποιότητα των προγραμμάτων κατάρτισης.

Η ανυπαρξία ενός θεσμοθετημένου συστήματος στρατηγικού σχεδιασμού-αξιολόγησης-παρακολούθησης των δραστηριοτήτων της ΣΕΚ-Επιμόρφωσης σε Εθνικό και Περιφερειακό επίπεδο. Η ανυπαρξία ενός θεσμοθετημένου συστήματος επιμόρφωσης ενός μητρώου επιμορφωτών και οι συνακόλουθες ελλείψεις και ανεπάρκειες σε αυτόν τον τομέα.

Η έλλειψη μηχανισμών ανίχνευσης αναγκών. Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη των προγραμμάτων της ΣΕΚ γίνεται χωρίς να λαμβάνονται συστηματικά υπόψη οι νέες και διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες της αγοράς εργασίας. Δεν έχουν αναπτυχθεί θεσμοί παρακολούθησης των αναγκών της αγοράς εργασίας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο. Η συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων στην ανίχνευση των αναγκών και το σχεδιασμό προγραμμάτων συνεχιζόμενης κατάρτισης, δεν κρίνεται ως ικανοποιητική.

Η έλλειψη μηχανισμών τυποποίησης των προγραμμάτων σπουδών, καθώς και πιστοποίησης της παρεχόμενης κατάρτισης και καθορισμού των επαγγελματικών δικαιωμάτων των καταρτισθέντων σε διάφορες επαγγελματικές ειδικότητες. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η μεγάλη ανομοιογένεια των αναλυτικών προγραμμάτων στις ομοειδείς επαγγελματικές ειδικότητες.

Η ανεπαρκής επικαιροποίηση θεσμοθετημένων προδιαγραφών για την ίδρυση και λειτουργία αυτόνομων φορέων ή Διευθύνσεων της ΣΕΚ-Επιμόρφωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο χώρος να καλύπτεται από ένα μεγάλο αριθμό φορέων, οι οποίοι αν και έχουν πιστοποιηθεί για την τεχνολογική υποδομή και επάρκεια του στελεχιακού δυναμικού, εντούτοις φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν λειτουργικά και οργανωτικά προβλήματα (Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος, 1998;ΚΑ.ΝΕΠ ΓΣΣΕΕ, 2013).

Η αναγνώριση των προαναφερθέντων ελλείψεων και προβλημάτων είχε σαν αποτέλεσμα να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση από τις ελληνικές αρχές στα πλαίσια του άξονα “Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού” του Β΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης για την Ελλάδα, σε συγκεκριμένα μέτρα και ενέργειες για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος ΣΕΚ που να ανταποκρίνεται στις προτεραιότητες που δημιουργούνται από την πλευρά της ζήτησης της οικονομίας. Στο πλαίσιο αυτό, διατυπώθηκαν οι κάτωθι στόχοι:

- Δημιουργία και ανάπτυξη βασικών δομών σχεδιασμού και προγραμματισμού της ΣΕΚ ώστε η παροχή κατάρτισης να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της αγοράς εργασίας.
- Δημιουργία, ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συστήματος πιστοποίησης κέντρων παροχής ΣΕΚ, εκπαιδευτών και σπουδών ΣΕΚ, που να εναρμονίζεται με το υπάρχον σύστημα αρχικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης.
- Δημιουργία αποτελεσματικών μηχανισμών εφαρμογής, παρακολούθησης, ελέγχου και αξιολόγησης της παρεχόμενης ΣΕΚ.

Στο βιβλίο *«Μεταμορφώσεις του κοινωνικού κράτους στην εποχή της παγκοσμιοποίησης: Η θεσμική διάσταση»* από τον κ. Κοντιάδη Ξ. και συγκεκριμένα στο κεφάλαιο «Θεσμικά προβλήματα και προοπτικές μεταρρύθμισης του συστήματος επαγγελματικής κατάρτισης», παρουσιάζονται εμπεριστατωμένα οι θεσμοί και οι πολιτικές επαγγελματικής κατάρτισης, ως «τεχνικές» για την εφαρμογή των ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης. Διαπιστώνονται επίσης, μέσω της συγκριτικής προσέγγισης με τα ισχύοντα σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη, οι αδυναμίες και οι εναλλακτικές μεταρρυθμιστικές προτάσεις στο συντονισμό της αρχικής και συνεχιζόμενης κατάρτισης (Κοντιάδης, 2001).

3.2. Περίοδος της οικονομικής κρίσης και ΣΕΚ

Η Ελλάδα έχει σήμερα το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό ανεργίας και το υψηλότερο ποσοστό μακροχρόνια ανέργων στην Ε.Ε. Αυτή η πραγματικότητα αναδεικνύει το μεγάλο πρόβλημα το οποίο είναι η έλλειψη θέσεων εργασίας στην οικονομία, η οποία προέκυψε από την “κάμψη” του παραγωγικού συστήματος, την μείωση των επενδύσεων και το παραγωγικό/αναπτυξιακό κενό που προκάλεσαν η ύφεση του 2008 και η λιτότητα των Μνημονίων, παρά την ανάκαμψη των επενδύσεων μετά το 2016 και τη σταθερή αύξηση της απασχόλησης από το 2014 και μετά. Επιπλέον, το ελληνικό σύστημα ΣΕΚ είναι από τα πλέον υπανάπτυκτα, άναρχα και αναποτελεσματικά στην Ε.Ε

Παρόλα αυτά η ΣΕΚ αποτελεί ένα απαραίτητο και χρήσιμο εργαλείο της πολιτικής μιας χώρας τόσο για την απασχόληση όσο και για την ανάπτυξή της. Με την ανανέωση, αναβάθμιση των γνώσεων, των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων του το ανθρώπινο δυναμικό, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το ποσοστό ανεργίας σε μια χώρα, μειώνοντας παράλληλα το χάσμα επιλογής των ομάδων με τα λιγότερα εκπαιδευτικά και επαγγελματικά προσόντα. Αυτό έχει ως συνέπεια, την κοινωνική επανένταξη των μακροχρόνια ανέργων, καθώς επίσης και την ανάπτυξη τεχνολογικών, καινοτόμων και οργανωτικών αλλαγών μείζονος σημασίας στις «οικονομίες της γνώσης» (Ανανεωμένη Κοινωνική Ατζέντα (2.7.2008).

Από το 2011 και μετά, τα χρόνια της πιο σοβαρής οικονομικής κρίσης που βίωσε η Ελλάδα στην μεταπολιτευτική της ιστορία, σημειώνονται σημαντικές εξελίξεις στην επαγγελματική κατάρτιση οι οποίες ακολουθούν δύο βασικές κατευθύνσεις. Η μία σχετίζεται με τις «υποχρεώσεις» και δεσμεύσεις της χώρας απέναντι στους ευρωπαίους εταίρους αναφορικά με τους στόχους που έχουν τεθεί για την επίτευξη της «Ευρώπης 2020» και η άλλη, αφορά την «αξιοποίηση» της επαγγελματικής κατάρτισης στην αντιμετώπιση της «κρίσης ανεργίας», που πλήττει με κατατρεχτικό τρόπο τη χώρα. Από τη μια το ασταθές αυτό περιβάλλον σε συνδυασμό με τους λιγοστούς οικονομικούς πόρους που υπήρχαν, και από την άλλη απαιτούνταν άμεσες και επιτυχημένες λύσεις για τη συγκράτηση της ανεργίας και τη προσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού στις νέες οικονομικές, εργασιακές και κοινωνικές συνθήκες.

Ενδεικτικά, το διάστημα 2015-2019 πραγματοποιήθηκαν σημαντικές ενέργειες και δράσεις αλλαγής του μοντέλου κατάρτισης, με έμφαση στην εξατομίκευση των αναγκών των ανέργων, κυρίως με τη δημιουργία και τη θεσμοθέτηση του Μηχανισμού Διάγνωσης Αναγκών της Αγοράς Εργασίας και τη μεταρρύθμιση του ΟΑΕΔ. Όμως, όσον αφορά τις θεσμικές αλλαγές και την αποτελεσματικότητά τους στο πεδίο της ΕΕΚ, και κατά επέκταση στο πεδίο της ΣΕΚ, δεν έχουν ακόμα φανεί καθώς η μεταρρύθμιση ολοκληρώθηκε πρόσφατα με το Νόμο 4763/2020 και τα αποτελέσματα της θα φανούν σε βάθος χρόνου.

Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ένα σημαντικό εργαλείο ΣΕΚ, το οποίο εισήχθη το Μάιο του 2011 από το Υπουργείο Εργασίας στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ (2007-2013) και συνεχίζεται να εφαρμόζεται και ως σήμερα, στον τομέα της υλοποίησης και διαχείρισης προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης με θέμα το «Ενιαίο Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου των Ενεργειών Επαγγελματικής Κατάρτισης συγχρηματοδοτούμενων από το ΕΚΤ ή το ΕΤΠΑ. Συγκεκριμένα, εισάχθηκε το μοντέλο της «Επιταγής Κατάρτισης» (Training Voucher) για τους δικαιούχους των προγραμμάτων όταν και εφόσον αυτοί πληρούν τις προϋποθέσεις που θέτει η εκάστοτε προκήρυξη. Προσφέρει τη δυνατότητα στους άμεσα ωφελούμενους, εργαζόμενοι και άνεργοι, να λαμβάνουν υπηρεσίες κατάρτισης από πιστοποιημένους παρόχους. Η χρήση του ανωτέρω μοντέλου παροχής υπηρεσιών δίνει δυνατότητα στους ωφελούμενους να επιλέγουν οι ίδιοι την υπηρεσία και τον πάροχο. Χάρη σε αυτό το σύστημα το οποίο αποτέλεσε μια καινοτομία για τη ΣΕΚ: α) επιτυγχάνεται ποιοτική αναβάθμιση των εκπαιδευτικών υπηρεσιών από τα ΚΕΚ, αφού στο πλαίσιο του ανταγωνισμού ο ενδιαφερόμενος μπορεί να επιλέγει διάφορους φορείς, β) προωθείται η διαφάνεια στη διαχείριση των πόρων για εκπαίδευση και κατάρτιση και γ) παρέχεται μεγαλύτερη ευελιξία στον ενδιαφερόμενο ως προς τον χρόνο και τον τόπο που θα καταρτισθεί (Υπουργείο Εργασίας, ΦΕΚ 915/Β/20.5.2011).

Οι οικονομικές και κοινωνικές ανατροπές των τελευταίων ετών, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, επηρέασαν και συνεχίζουν να επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργία όλων των εμπλεκόμενων μερών στη ΣΕΚ περιορίζοντας σημαντικά ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους. Πέρα από τις καταργήσεις και συγχωνεύσεις φορέων και οργανισμών, είχαμε περιορισμό της δημόσιας δαπάνης για συγχρηματοδοτούμενες από το ΕΚΤ δράσεις που

αφορούν την κατάρτιση και τη ΔΒΜ μέσω δύο μεγάλων Επιχειρησιακών προγραμμάτων «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» και «Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση». Λαμβάνοντας υπόψη ότι, στην παρούσα περίοδο, τα κοινοτικά κονδύλια (ΕΣΠΑ) είναι ο βασικός χρηματοδοτικός μηχανισμός των δράσεων κατάρτισης ΔΒΜ, μένει να δούμε σε βάθος χρόνου, τις συνέπειες αυτών των περικοπών. Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται ότι υπήρξε και σχετικός ανασχεδιασμός δράσεων κατάρτισης στην κατεύθυνση της άμεσης ανάσχεσης της ανεργίας και της διατήρησης θέσεων απασχόλησης. Η αναλυτικότερη προσέγγιση του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού», έδειξε επίσης ότι η μείωση της συνολικής δημόσιας δαπάνης δεν επηρέασε ένα σημαντικό Άξονα του ΕΠΑΝΑΔ που αφορά τις ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης για «Διευκόλυνση της πρόσβασης στην απασχόληση». Η έναρξη υλοποίησης ενός μεγάλου μέρους των σχετικών προγραμμάτων μόλις το 2011-2012, όταν δηλαδή η κρίση είχε εκδηλωθεί με έντονο τρόπο και με ραγδαία αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας, μπορεί να μην έκανε εμφανή την οποιαδήποτε αποτελεσματικότητά τους, ωστόσο λαμβάνοντας υπόψη το βάθος της κρίσης μπορούμε να υποθέσουμε ότι λειτούργησαν ανασχετικά στην επιδείνωσή της.

Μέχρι το 2020, και με τις διατάξεις του Ν. 4763/2020 έγινε μια εκ νέου προσπάθεια να ρυθμιστεί το Εθνικό Σύστημα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Διά Βίου Μάθησης, με σκοπό τον επανασχεδιασμό του ρυθμιστικού πλαισίου για την επαγγελματική εκπαίδευση, επαγγελματική κατάρτιση, διά βίου μάθηση και νεολαία, δίχως διακρίσεις και αποκλεισμούς. Ο νέος νόμος για την ΕΕΚ περιλαμβάνει παρεμβάσεις για την ισχυρότερη συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων στον σχεδιασμό του συστήματος, αλλά πρέπει να εξασφαλιστεί ότι θα επιτευχθεί και στην πράξη η ενίσχυση του ρόλου των παραγωγικών επιχειρήσεων στον σχεδιασμό των προγραμμάτων. Απώτερος στόχος της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης είναι η ανάπτυξη, σε εθνικό επίπεδο, ανταγωνιστικών ανθρώπινων πόρων στο διεθνοποιημένο περιβάλλον της οικονομίας, βελτίωση της απασχόλησης, την καταπολέμησης της ανεργίας καθώς και τη διασφάλιση δικαιωμάτων και ίσων ευκαιριών του συνόλου των πολιτών.

Διασυνδέοντας την εκπαίδευση με τις ανάγκες της αγοράς εργασίας, η ΣΕΚ εξυπηρετεί πολλαπλούς στόχους. Ο κυριότερος είναι η συνεχής ανάπτυξη δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια του επαγγελματικού βίου ενός ανθρώπου - μια λειτουργία με ολοένα και αυξανόμενη σημασία λόγω των ραγδαίων τεχνολογικών και κοινωνικών εξελίξεων στην παγκόσμια οικονομία. Επιπρόσθετα, μέσα από την ΕΕΚ μεταδίδονται και μεταβάλλονται οι επαγγελματικές δεξιότητες και πρακτικές σε μια οικονομία. Με την ενίσχυση των δεξιοτήτων του εργατικού δυναμικού, η ΣΕΚ βελτιώνει την παραγωγικότητα στην οικονομία, με σημαντικές προεκτάσεις για την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας. Τέλος, βοηθάει τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού να πετύχουν πληρέστερη κοινωνική ενσωμάτωση (Σουλιώτης & Λύτρας, 2004; Οικονόμου, 2006).

Επομένως, η ΣΕΚ αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την εφαρμογή πολιτικών απασχόλησης, κοινωνικής ενσωμάτωσης και βιώσιμης ανάπτυξης και μπορεί να συμβάλει στην παραγωγική ανασυγκρότηση, αναδιάρθρωση και αναβάθμιση της οικονομίας και στην άνοδο της παραγωγικότητας, εφόσον ενταχθεί στον αναπτυξιακό σχεδιασμό και ενσωματωθεί στο πλαίσιο λειτουργίας της οικονομίας που προάγουν την τεχνολογική/οργανωτική αλλαγή και την καινοτομία. Επιπρόσθετα, με τις θεσμικές και μεταρρυθμιστικές αλλαγές που γίνονται στο τομέα αυτό, μπορούν ταυτόχρονα να βελτιωθούν και να εξασφαλιστούν αξιοπρεπείς, καλοί μισθοί και συνθήκες εργασίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ανθρώπινο Δυναμικό και ΣΕΚ στον τομέα της υγείας

Στον τομέα της υγείας ο σημαντικότερος παραγωγικός συντελεστής είναι οι ανθρώπινοι πόροι. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η χάραξη μιας πολιτικής σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού εξαρτάται τόσο από τους παράγοντες που διαμορφώνουν τη ζήτηση για υπηρεσίες εντάσεως εργασίας όσο και από τα προβλήματα που καλείται κάθε πολιτική να αντιμετωπίσει (World Health Organization, 2006). Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που εξετάζονται στη διαμόρφωση και τη ζήτηση τόσο του εργατικού δυναμικού όσο και των υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα, είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού ευθύνης. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν είναι το ύψος και το σύστημα χρηματοδότησης, οι προτιμήσεις των καταναλωτών, οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στον υγειονομικό τομέα, η διαθέσιμη τεχνολογία, το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης και η μετακίνηση επαγγελματιών υγείας προς αναζήτηση ικανοποιητικότερου εισοδήματος και συνθηκών εργασίας.

Στην πολιτική σχεδιασμού και διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων στην υγεία αυτό που εξετάζεται είναι η επαρκή στελέχωση του συστήματος τόσο σε αριθμό επαγγελματιών υγείας όσο και σε ποιότητα προσωπικού (με τις κατάλληλες ικανότητες και δεξιότητες) και κατάλληλου μείγματος διαφορετικών ειδικοτήτων και κατανομής του ανά την περιφέρεια βάσει αναγκών και ζήτησης. Για να λειτουργεί ομαλά το σύστημα αυτά που απαιτούνται για σωστές συνθήκες εργασίας είναι η ανταμοιβή, τα κίνητρα και ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον.

4.1. Εκπαίδευση ενηλίκων ανθρώπινου δυναμικού

Παρατηρείται σε ένα μεγάλο μέρος των ευρωπαϊκών, εθνικών και διεθνών κειμένων διαμόρφωσης εκπαιδευτικής πολιτικής, ο όρος ΔΒΜ να χρησιμοποιείται προκειμένου να παραπέμψει αρχικά στην εκπαίδευση ενηλίκων και εν συνεχεία στη ΣΕΚ, που έχει ως κύριο στόχο την αναβάθμιση, ανανέωση γνώσεων και δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, δηλαδή των εργαζομένων ή και των ανέργων.

Η εκπαίδευση ενηλίκων εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ΔΒΜ και γενικότερα της εκπαίδευσης, και συμπεριλαμβάνει όλες τις σχεδιασμένες και οργανωμένες μαθησιακές δραστηριότητες που απευθύνονται αποκλειστικά σε ενηλίκους (Κόκκος, 2007). Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές μελέτες τόσο για τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο μαθαίνουν οι ενήλικοι, όσο και τους λόγους που τους ωθούν στη συμμετοχή τους σε προγράμματα εκπαίδευσης και επιμόρφωσης. Οι μελέτες αυτές είχαν ως στόχο τη διαμόρφωση του θεωρητικού πλαισίου της εκπαίδευσης ενηλίκων, μέσα στο οποίο περιγράφονται τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τους ενήλικους σε σχέση με τους ανήλικους εκπαιδευόμενους καθώς επίσης και τους λόγους για τους οποίους παρακινούνται για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ΣΕΚ.

Παγκόσμιοι Οργανισμοί όπως είναι η UNESCO και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχουν υιοθετήσει τη διευρυμένη έννοια της εκπαίδευσης ενηλίκων και μέσα σε αυτήν εντάσσουν κάθε δραστηριότητα σχεδιαζόμενης μάθησης είτε έχει γενικό, τεχνικό ή επαγγελματικό χαρακτήρα. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ΟΟΣΑ «*Η εκπαίδευση ενηλίκων αφορά οποιαδήποτε οργανωμένη μαθησιακή δραστηριότητα ή πρόγραμμα, σκόπιμα σχεδιασμένο από κάποιον εκπαιδευτικό φορέα για να ικανοποιήσει οποιαδήποτε ανάγκη κατάρτισης ή ενδιαφέρον, που ενδέχεται να πραγματοποιηθεί σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής ενός ανθρώπου που έχει υπερβεί την ηλικία της υποχρεωτικής εκπαίδευσης και η κύρια δραστηριότητά του δεν είναι πλέον η εκπαίδευση. Το πλαίσιο το οποίο περιλαμβάνει επομένως, καλύπτει μη επαγγελματικές, επαγγελματικές, γενικές, τυπικές και μη τυπικές σπουδές, καθώς επίσης και εκπαίδευση που έχει συλλογικό κοινωνικό σκοπό*» (ΟΟΣΑ, 1977; Rogers, 2002; Κόκκος, 2007).

4.2. Χαρακτηριστικά Ενήλικων Εκπαιδευομένων ανθρώπινου δυναμικού

Στα έργα κλασικών θεωρητικών της εκπαίδευσης ενηλίκων όπως του E. C. Lindeman (The Meaning of Adult Education, 1926) και του B. Yaxlee (Lifelong Education, 1929) μελετώνται τα χαρακτηριστικά, τα κίνητρα και τα εμπόδια στη συμμετοχή των ενηλίκων εκπαιδευομένων. "Σύμφωνα με τον Κόκκο (2005β), παρ' όλες τις διαφορές τους οι

εκπαιδευόμενοι ενήλικοι έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία διαφοροποιούνται σε σχέση με τους ανήλικους εκπαιδευόμενους. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα ακόλουθα:

A) Συγκεκριμένοι στόχοι: όταν συμμετέχει ένας ενήλικας σε κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης, έχει συγκεκριμένους, καθορισμένους και πολύ συχνά προσδιορισμένους στόχους (προσωπικούς, επαγγελματικούς, κοινωνικούς, κ.ά.), ακόμα και πριν την έναρξη του προγράμματος επιμόρφωσης. Ο περιορισμένος χρόνος τους λόγω οικογενειακών, κοινωνικών και εργασιακών υποχρεώσεων, τους κάνει να επιλέγουν προγράμματα εκπαίδευσης των οποίων η χρησιμότητα και η διασύνδεσή τους με όσα τους απασχολούν στην επαγγελματική, στη κοινωνική και την προσωπική τους ζωή, είναι σαφή και πρακτικά. Ξέρουν τις ανάγκες και τις προτεραιότητες τους. Οι ενήλικοι επομένως επιλέγουν οι ίδιοι το πρόγραμμα επιμόρφωσης στο οποίο θα συμμετάσχουν, σε αντίθεση με τους ανήλικους, όπου η παρακολούθηση των μαθημάτων στο σχολείο είναι υποχρεωτική.

B) Πολλές και διαφορετικές εμπειρίες: στην επιλογή του εκπαιδευόμενου προγράμματός τους οι ενήλικοι έχουν την ανάγκη: i) να συνδέεται το περιεχόμενο της εκπαίδευσής τους με τις εμπειρίες που ήδη έχουν αποκομίσει στη διάρκεια της ζωής τους, και ii) να γίνεται κατάλληλη αξιοποίηση των εμπειριών αυτών.

Η συμμετοχή τους στα επιμορφωτικά προγράμματα γίνεται με συγκεκριμένες προθέσεις, προσδοκίες και ανάγκες. Στο κατά πόσο μέσα στη νέα εκπαιδευτική διεργασία αξιοποιηθούν οι θετικές στάσεις και μετασηματιστούν οι αρνητικές αναμένεται να διαμορφωθεί ένα μαθησιακό κλίμα κατάλληλο για την ανέλιξη της ομάδας.

Γ) Συγκεκριμένοι τρόποι μάθησης: η προσωπικότητα, οι εμπειρίες, οι γνώσεις, οι αξίες, οι διαμορφωμένες αντιλήψεις και οι ικανότητες του κάθε ενήλικα που προέρχονται από την κοινωνική και επαγγελματική του δραστηριότητα, καθορίζουν και τον τρόπο μάθησης τον οποίο προτιμά. Έτσι, κάποιος μαθαίνει καλύτερα με την πρακτική εξάσκηση, άλλος παρακολουθώντας τον εκπαιδευτή να μεταδίδει νέες γνώσεις, άλλος μελετώντας μόνος του στο προσωπικό χώρο και χρόνο του. Για αυτό το λόγο, η εξατομικευμένη διδασκαλία είναι, ίσως, η πιο κατάλληλη για αυτούς.

Δ) Ενεργητική συμμετοχή: Οι ενήλικοι εκπαιδευόμενοι, είναι αυτοδύναμα άτομα με διαμορφωμένη προσωπικότητα. Επιθυμούν συνεπώς, να συμμετέχουν ενεργά στις διάφορες φάσεις της μαθησιακής διαδικασίας, από τον σχεδιασμό της μέχρι και τη φάση της υλοποίησής της: στον προσδιορισμό των στόχων και του περιεχομένου, στην ανάπτυξη του

προβληματισμού, στην εξαγωγή συμπερασμάτων, στην αξιολόγηση. Ο διάλογος, η επικοινωνία και το να μπορούν να εκφέρουν ελεύθερα την άποψή τους, είναι απαραίτητα στοιχεία για τη συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει με τους ανήλικους εκπαιδευόμενους.

Ε) Εμπόδια στη μάθηση: Οι ενήλικοι αντιμετωπίζουν μια σειρά εμποδίων τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος. Τα κυριότερα εμπόδια είναι: α) εμπόδια λόγω κακής οργάνωσης της μαθησιακής διαδικασίας, β) εμπόδια εξαιτίας κοινωνικών υποχρεώσεων και γ) εσωτερικά εμπόδια (π.χ. προκαταλήψεις, χαμηλή αυτοπεποίθηση). Η άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπισή τους είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση ενός αποτελεσματικού προγράμματος (Κόκκος, 2005).

4.3. Σχεδιασμός και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα

Τα συστήματα υγείας βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους και ως εκ τούτου θεωρούνται συστήματα εντάσεως εργασίας, έντασης διαχείρισης και υψηλού καταμερισμού της εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τη σημαντικότερη από τις εισροές σε έναν οργανισμό που απορροφά τους περισσότερους οικονομικούς πόρους. Στην ποιότητα και όχι μόνο στον αριθμό του ανθρώπινου δυναμικού επίσης εξαρτάται η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Μαρουδιάς, 2000). Κατά συνέπεια σε μια χώρα απαραίτητος είναι ο στρατηγικός σχεδιασμός των ανθρώπινων πόρων. Η ανάγκη υιοθέτησης ενός υποδείγματος σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία με τη σωστή αξιοποίησή του, εμφανίζεται επιτακτική προς βελτίωση της λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και άρσης φαινομένων ανισότητας στη πρόσβαση των ασθενών.

Ωστόσο, μια από τις αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η οργάνωση και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, κάτι το οποίο δημιουργεί προβλήματα στη πρόσβαση καθώς και στην εμφάνιση φαινομένων ανισότητας και αποκλίσεων στις εκβάσεις υγείας. Η απουσία μακροχρόνιας, αποτελεσματικής, αποδοτικής, και σαφούς στόχευσης και πολιτικής που αφορά το ανθρώπινο δυναμικό στην Ελλάδα, δυστυχώς έχει ως αποτέλεσμα τη στρεβλή

και άναρχη ανάπτυξή του. Αυτό που απαιτείται ως κύρια προτεραιότητα είναι ο εθνικός σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα με κεντρικό πυρήνα την πλήρη σύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης (Ανδριώτη & Κυριόπουλος, 1995).

Κατά το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού τα δεδομένα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι ο αριθμός του απαιτούμενου προσωπικού, οι διαδικασίες και ο τρόπος επιλογής, η εκπαίδευση και μετεκπαίδευση, η αποχώρηση, η συνταξιοδότηση, καθώς επίσης και η δυνατότητα παροχής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Ένα πλήρες σύστημα πληροφόρησης/καταγραφής για τα επαγγέλματα υγείας μπορεί να μας παρέχει τα παραπάνω στοιχεία με ακρίβεια, το οποίο θα ανανεώνει τις πληροφορίες και συνεχώς θα εξελίσσεται. Το σύνολο των διαθέσιμων πληροφοριών παρέχει τη δυνατότητα προσδιορισμού, με σχετική ακρίβεια, του υπάρχοντος και προβλεπόμενου ανθρώπινου δυναμικού το οποίο είναι απαραίτητο για τη στελέχωση υπηρεσιών υγείας μιας χώρας (Σιγάλας, 2009).

Επομένως, ο σχεδιασμός πολιτικής ανθρώπινου δυναμικού υγείας απαιτεί:

- Ανάλυση των ικανοτήτων και του αριθμού της παρούσας εργατικής δύναμης
- Επαρκείς και αξιόπιστες πληροφορίες
- Διαπραγματεύσεις και συζητήσεις με όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς και παράγοντες
- Εκπαίδευση, κατάρτιση και αξιολόγηση απόδοσης και παραγωγικότητας
- Αξιολόγηση των απαιτήσεων και των αναγκών των χρηστών υπηρεσιών

Δυστυχώς, τις τελευταίες δεκαετίες η συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας δεν υπήρξε ποτέ προτεραιότητα των μεταρρυθμίσεων. Για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής και μακροχρόνιας λύσης απαιτείται η συνεργασία διαφόρων υπουργείων όπως Υγείας, Παιδείας, Εργασίας και Οικονομικών. Ο σχεδιασμός αναλαμβάνει να πιστοποιήσει ότι το απαραίτητο εκπαιδευμένο προσωπικό θα είναι διαθέσιμο και θα πρέπει να χρησιμοποιείται στη σωστή αναλογία και στις κατάλληλες θέσεις εργασίας προκειμένου να εξασφαλιστεί η απρόσκοπτη λειτουργία του τομέα της υγείας. Επίσης, διασφαλίζει την ελαχιστοποίηση των ανισορροπιών και παράλληλα την παροχή ικανοποιητικών κινήτρων στα εκπαιδευτικά

ιδρύματα και στο προσωπικό, επαγγελματικές ευκαιρίες για την προσέλκυση και την παραμονή του στην υπηρεσία και την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου ατομικής απόδοσης (Οικονόμου, 2000). Οι δεξιότητες και οι γνώσεις που αποκτά κάθε εργαζόμενος, αποτελούν μια μορφή κεφαλαίου, το ανθρώπινο κεφάλαιο. Οι δεξιότητες και οι γνώσεις αυτές αποκτούνται μέσα από οργανωμένες, συστηματικές επενδύσεις στην ΕΕΚ και συμβάλλουν δραστικά στη μεγιστοποίηση ποιότητας και παραγωγής. Η ΕΕΚ αποτελεί επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο και για αυτό το λόγο, προϋποθέτει δυνατότητα μέτρησης του ανταποδοτικού οφέλους και τη δυνατότητα αναλύσεων κόστους σε σχέση με το εύρος των δαπανών που απαιτούνται, όπως ακριβώς αναλύεται η ανταποδοτικότητα των επενδύσεων όταν έχουμε να κάνουμε με συμβατικό, φυσικό κεφάλαιο (Schultz, 1961).

Η τρέχουσα οικονομική και πολιτική κατάσταση στην χώρα μας απαιτεί τον εξορθολογισμό του δημόσιου τομέα τόσο σε επίπεδο δαπανών όσο και σε επίπεδο αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Ο υγειονομικός τομέας είναι ένας από τους τομείς που χρειάζεται αναδιάρθρωση και εξορθολογισμό. Με τις καλπάζουσες εξελίξεις της παγκοσμιοποίησης και τις δημογραφικές αλλαγές, το οικονομικό τοπίο αγοράς έχει αναδιαμορφωθεί. Κατά συνέπεια και το ανθρώπινο δυναμικό προσαρμόστηκε ανάλογα ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες της σημερινής οικονομίας και αγορά εργασίας, ανάγκες που βασίζονται πλέον στις υπηρεσίες και στη γνώση.

Παρόλα αυτά, η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη χώρα μας υπήρξε εδώ και αρκετά χρόνια απρογραμμάτιστη και άναρχη, με αποτέλεσμα την ενίσχυση των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Το θεσμικό πλαίσιο για την υγεία είναι πολυκερατισμένο, ασαφές και παρουσιάζει αδυναμία να ακολουθήσει τις σύγχρονες εξελίξεις, ενώ τα πολιτικά κόμματα περιορίζονται σε αλληλοαναιρέσεις νόμων. Σε αυτό συνεπικουρούν και τα χαρακτηριστικά του λεγόμενου από ορισμένους «Νότιο – Ευρωπαϊκού μοντέλου» και της «πελατειακής ταυτότητας». Αυτό που απαιτείται είναι ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα επενδύσεων σε εκπαίδευση και κατάρτιση, το οποίο σε συνδυασμό με την αποτελεσματική διαχείριση και τον έλεγχο της δημογραφίας των επαγγελματιών υγείας, θα αναδείξει τους ανθρώπινους πόρους ως βασικό εργαλείο της ελληνικής οικονομικής ανάπτυξης (Σουλιώτης, 2004).

Η εξάρτηση των διοικήσεων των φορέων από την εκάστοτε πολιτική και κομματική εξουσία, περιορίζει την αποτελεσματικότητά τους, συγκαλύπτει τις τυχόν δυσλειτουργίες και προωθεί συμφέροντα που δεν σχετίζονται με την υγεία. Η εύρυθμη λειτουργία του συστήματος εμποδίζεται από τη μη επαρκή στελέχωση των φορέων, τη μη αποτελεσματική λειτουργία μηχανισμών αξιολόγησης, τη μη καταστολή φαινομένων κακοδιοίκησης ή και παρανομιών, κ.ά. Η αποδοτικότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα των εργαζομένων εξαρτώνται από την οργάνωση, δομή και διοίκηση των υπηρεσιών, την τεχνολογία, την ευελιξία στην ενσωμάτωση και χρησιμοποίηση καινοτομίας, στον τρόπο απασχόλησης του προσωπικού, στην αξιολόγηση του παραγόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, καθώς επίσης και στη νομική κατοχύρωση του προσωπικού (Dreesch et al., 2005).

Μια από τις κύριες προτεραιότητες στον υγειονομικό τομέα αποτελεί και η εφαρμογή της αξιολόγησης των εργαζομένων. Η αξιολόγηση, ως αυτόνομο επιστημονικό / επαγγελματικό πεδίο, αποτελεί έναν ταχύτατα εξελισσόμενο τομέα της διοίκησης. Τα τεράστια ελλείμματα στην υγεία ακόμη και σε υγιείς οικονομίες, σε συνδυασμό με τη παγκόσμια ύφεση, η ραγδαία αύξηση της παρεμβατικής ιατρικής με την ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας αλλά και ο αντίκτυπος στην υγεία από την αυξανόμενη μόλυνση του περιβάλλοντος και τη γήρανση του πληθυσμού, ιδίως στο δυτικό κόσμο, επιβάλλουν τη σωστή διαχείριση και αξιολόγηση των ανθρωπίνων πόρων σε κάθε περίπτωση, ώστε να υπόσχεται δυνατότητα αλλαγών και επομένως πρόβλεψη συνετής διαχείρισης της κρίσης και έξοδο από αυτήν (Μπουραντάς, 2002). Η αξιολόγηση, ίσως το σημαντικότερο τμήμα του σχεδιασμού, δεν αφορά μόνον την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και την οικονομία των υπηρεσιών υγείας, αλλά αφορά επίσης, την ισότητα και την δικαιοσύνη στην παροχή των υπηρεσιών (Κανελόπουλος, 2002). Η βασική φιλοσοφία που διέπει την αξιολόγηση των ανθρωπίνων πόρων είναι να επηρεάσει την ατομική και ομαδική συμπεριφορά, έτσι ώστε με την αύξηση συμμετοχής και ικανοποίησης από την εργασία να βελτιωθεί η απόδοση του ατόμου-μέλους ενός συνόλου και κατά επέκταση, η παραγωγικότητα όλου του οργανωτικού σχήματος ή οργανισμού. Η κύρια μέθοδος που ακολουθείται, είναι η ανάπτυξη άριστης επικοινωνίας σε όλο το εύρος δράσης του οργανισμού και επικεντρώνεται στη συστηματική και διαρκή εκπαίδευση και εξάσκηση η οποία περιλαμβάνει όλο το φάσμα δραστηριοτήτων εργασίας. Η προσθήκη της γνώσης των κινήτρων ή υποκίνησης για μάθηση, εκπαίδευση, ανάπτυξη δεξιοτήτων και

ικανοτήτων που προσαρμόζουν τη μεταβαλλόμενη ανθρώπινη συμπεριφορά στην εργασία, στην όσο το δυνατόν επιθυμητή για τον οργανισμό, ολοκληρώνει τον τρόπο της αντιμετώπισης του εκάστοτε ανθρώπινου παράγοντα (Δήμου, 2003). Δυστυχώς όμως, η απουσία μηχανογραφικών υποδομών και η υπολειμματική έρευνα στον τομέα της υγείας τη στερεί από δείκτες, όπως αυτοί έχουν καθιερωθεί από διεθνείς οργανισμούς.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση μπορεί να ενσωματωθεί στη διαδικασία της αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού αφού αποτελεί και ένα από τα απαραίτητα προσόντα για την εξέλιξη ενός επαγγελματία υγείας. Ένα από τα κύρια κριτήρια που εξετάζονται μέσω της έκθεσης αξιολόγησης είναι και οι τίτλοι σπουδών μετεκπαίδευσης-επιμόρφωσης (Κελέση & Σταυροπούλου, 2010). Η αξιολόγηση πρέπει να δίνει τη δυνατότητα στον εργαζόμενο να «ανακαλύπτει» ελλείψεις και αδυναμίες στην απόδοσή του και να μπορεί να τις βελτιώσει. Η συνεχής επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί υποχρέωση και αναγκαιότητα. Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με διαρκή ανατροφοδότηση και εξάσκηση, με προηγμένη και κατάλληλα προσαρμοσμένη γνώση, που αποβλέπουν σε συγκεκριμένο στόχο σε ορισμένο χρόνο, παρέχουν τη δυνατότητα της συνεχούς βελτίωσης και της προσαρμογής σε νέα δεδομένα και στη βελτίωση και ανάπτυξη δεξιοτεχνιών, ικανοτήτων, ευθυνών και αρμοδιοτήτων (Καυγά και συν., 2012).

Στο πλαίσιο της αναζήτησης μιας μεταρρύθμισης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, ο σχεδιασμός και η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων αποτελεί μέγιστη προτεραιότητα. Σχεδιασμός που θα πιστοποιεί ότι το απαραίτητο εκπαιδευμένο προσωπικό θα είναι διαθέσιμο όποτε χρειαστεί και θα χρησιμοποιείται στη σωστή αναλογία και στις κατάλληλες θέσεις εργασίας προκειμένου να εξασφαλίζεται η απρόσκοπτη λειτουργία του τομέα της υγείας. Επίσης, θα διασφαλίζει την ελαχιστοποίηση των ανισορροπιών και ανισοτήτων με την προσέλκυση και παραμονή.

4.4. Βάσεις δεδομένων και δυσκολίες στη διαχείρισή τους ως προς την αποτύπωση της συμμετοχής σε ΣΕΚ

Το ζήτημα της αποτύπωσης του ποσοστού συμμετοχής των ενηλίκων σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες αποτελεί διαχρονικά ένα από τα δυσχερέστερα ερευνητικά εγχειρήματα.

Ήδη από το 1977 οι εμπειρογνώμονες του ΟΟΣΑ, επισήμαναν τις ακόλουθες αιτίες που καθιστούν δύσκολη τη συγκέντρωση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων ακόμη και για τη περίπτωση μιας χώρας:

1. Ασάφεια ως προς το εύρος και τον τύπο των δραστηριοτήτων που καλύπτει η εμβέλεια της εκπαίδευσης ενηλίκων (λ.χ. περιλαμβάνονται και δραστηριότητες άτυπης εκπαίδευσης και σε ποιο βαθμό;).
2. Σύγχυση ως προς την έννοια της συμμετοχής (όπως π.χ. «αν ένας πολίτης παρακολουθήσει μια διάλεξη μέσα σε ένα χρόνο καταγράφεται ως συμμετέχων;»).
3. Ύπαρξη μεγάλου αριθμού φορέων που παρέχουν διαφόρων τύπων εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε ενήλικους.
4. Απουσία μέριμνας των εθνικών αρχών για τη συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων.
5. Αναξιοπιστία, ποικιλία και ανομοιογένεια των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή των στατιστικών στοιχείων από τις εθνικές αρχές.
6. Η ταυτόχρονη συμμετοχή ενηλίκων σε περισσότερα από ένα προγράμματα (OECD, 1977).

Κρίσιμης σημασίας επίσης είναι ορισμένα επιπλέον ζητήματα, ειδικά ως προς τη συγκρισιμότητα των στατιστικών στοιχείων:

- (α) Ο τρόπος που τίθενται οι σχετικές ερωτήσεις προς τους συμμετέχοντες σε μια έρευνα (για παράδειγμα ποιοι όροι χρησιμοποιούνται, ποιες είναι οι πιθανές νοηματοδοτήσεις αυτών των όρων από τους συμμετέχοντες, σε ποιόν βαθμό οι συμμετέχοντες ταυτοποιούν/ θεωρούν μια δραστηριότητα ως εκπαιδευτική, κ.ο.κ.).
- (β) Το παράθυρο χρόνου που επιλέγεται για κάποια έρευνα. Στο σημείο αυτό οι αποκλίσεις μπορεί να είναι σημαντικές καθώς στη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίζονται έρευνες στις οποίες το παράθυρο χρόνου είναι ο τελευταίος (προηγούμενος της διεξαγωγής της έρευνας) μήνας και άλλες στις οποίες είναι το τελευταίο έτος.
- (γ) Το εύρος ηλικιών που καλύπτεται από την έρευνα. Η συνηθέστερη πρακτική είναι να επιλέγεται το εύρος 25-64 έτη, που αποκλείει την εκπαίδευση της τρίτης ηλικίας, αλλά και τους πολίτες ηλικιών 18-24 που δεν συμμετέχουν στην τυπική εκπαίδευση αλλά παρακολουθούν προγράμματα μη τυπικής εκπαίδευσης.

(δ) Ο πληθυσμός-στόχος των ερευνών, αφού σε ορισμένες περιπτώσεις επιλέγεται ο γενικός πληθυσμός, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η έρευνα περιορίζεται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς.

(ε) Η σύγκυση μεταξύ των όρων «συμμετοχή» και «συμμετέχων». Στην πρώτη περίπτωση αναφερόμαστε στο συνολικό αριθμό των εκπαιδευομένων, οι οποίοι πιθανώς να συμμετείχαν περισσότερες από μια φορές σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα, ενώ στη δεύτερη καταγράφεται το ποσοστό των εκπαιδευομένων που συμμετείχαν σε προγράμματα, ανεξαρτήτως της έντασης συμμετοχής.

Τα παραπάνω δεδομένα επηρεάζουν σημαντικά και την καταγραφή των σχετικών ποσοστών για την Ελλάδα, καθώς παρατηρούνται ασυνέχειες και σημαντικές διαφοροποιήσεις. Οι ασυνέχειες θα μπορούσαν να αποδοθούν στην απουσία μιας κεντρικής υπηρεσίας για τη καταγραφή των συμμετεχόντων ή έστω τη στατιστική διερεύνηση των ποσοστών. Για τους λόγους αυτούς, οι ερευνητές αναγκαστικά χρησιμοποιούν στοιχεία από μια ποικιλία εθνικών και διεθνών φορέων ή και δεδομένα από έρευνες και μελέτες, στα οποία όμως εντοπίζονται προβλήματα και δυσχέρειες (INE-IME-ΓΣΕΒΕΕ,2013).

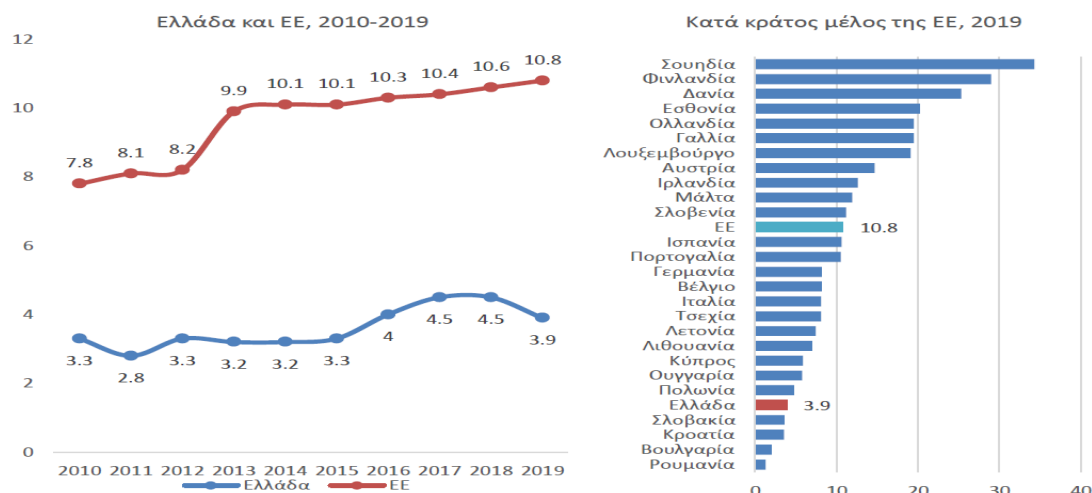
4.5. Αποτύπωση της συμμετοχής σε ΣΕΚ στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα δυστυχώς, η ΣΕΚ δεν θεωρείται απαραίτητο εργαλείο ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Είναι χαρακτηριστικό ότι ως χώρα κατέχει την τελευταία θέση μεταξύ των κρατών της Ευρώπης, ως προς τη συμμετοχή των πολιτών ηλικίας 25-64 ετών σε προγράμματα επανακατάρτισης. Έτσι, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το ποσοστό του πληθυσμού της Ελλάδας της αναφερόμενης ηλικιακής ομάδας εργασιακού καθεστώσ που ακολουθούσε προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης το 2010 ήταν 3,3% και το 2019 έφτασε στο 3,9%, ενώ το ποσοστό στα 28 κράτη-μέλη της Ευρώπης την ίδια χρονιά ήταν 10,8%. Δυστυχώς όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 3, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα βρίσκεται στην 5η χειρότερη θέση στην Ε.Ε. (Eurostat, 2020).

Όσον αφορά τη κατανομή ατόμων ηλικιακής ομάδας 25-64 ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, σε στοιχεία της Eurostat το 2014, τη μεγαλύτερη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης την είχαν άτομα που κατοικούσαν στην Αττική με ποσοστό 4,4% και

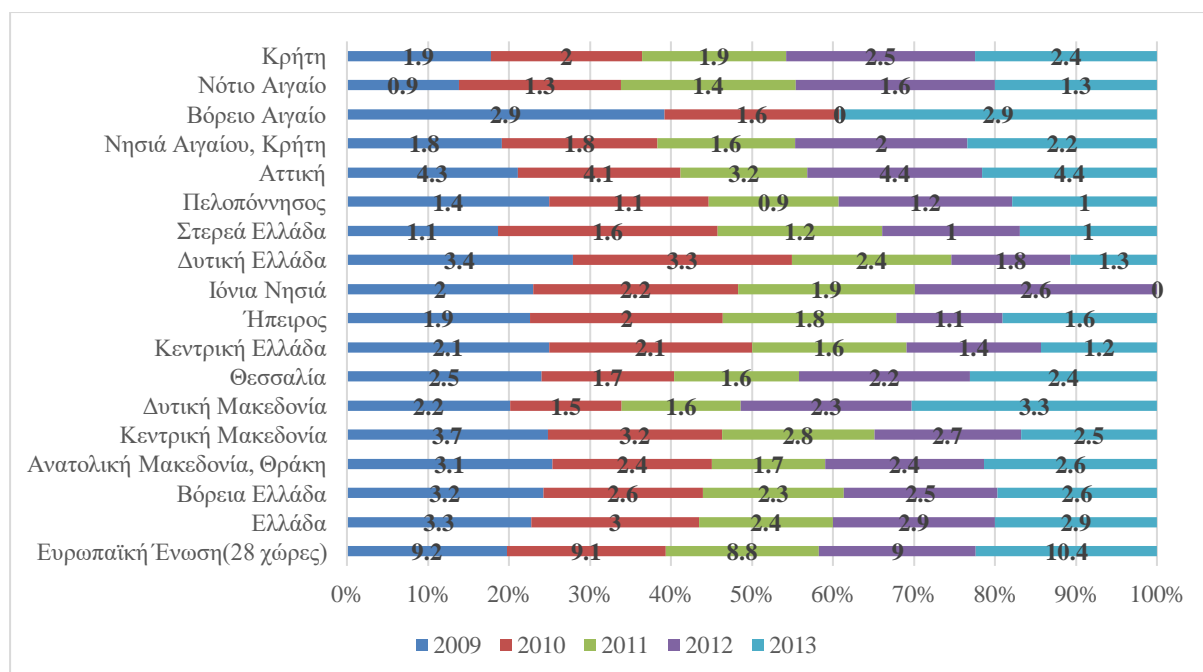
ακολουθούσε η Δυτική Μακεδονία με 3,3%. Το χαμηλότερο ποσοστό παρατηρούνταν στη Στερεά Ελλάδα και στη Πελοπόννησο (Διάγραμμα 4) (Eurostat, 2014).

Διάγραμμα 3. Ποσοστό συμμετοχής σε εκπαίδευση και κατάρτιση στις χώρες μέλη της Ε.Ε., ηλικιακή ομάδα 25-64 χρονών, 2010-2019



Πηγή: Eurostat, 2020

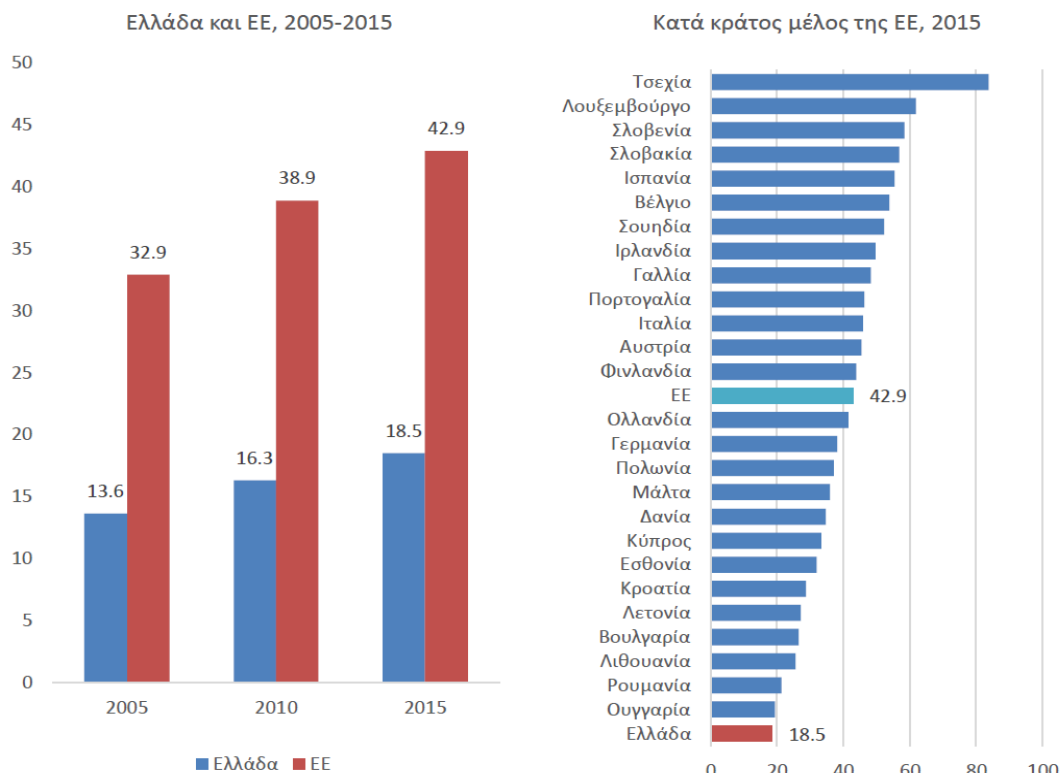
Διάγραμμα 4. Συμμετοχή στην εκπαίδευση και στην κατάρτιση ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, ηλικιακή ομάδα 25-64, 2009-2013



Πηγή: Eurostat 2014

Ειδικότερα, όσον αφορά τη συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα ΣΕΚ στην Ελλάδα, ακολουθείται διαχρονικά ανοδική πορεία, ωστόσο το χάσμα σε σχέση με την Ε.Ε. διευρύνεται. Συγκεκριμένα, από την πλευρά των εργαζομένων, η συμμετοχή τους αυξήθηκε κατά 36,0%, φθάνοντας το 18,5% του συνόλου εργαζομένων το 2015, από 13,6% το 2005. Παρά την άνοδο, η Ελλάδα βρίσκεται στην τελευταία θέση στην ΕΕ ως προς τη συμμετοχή εργαζομένων σε προγράμματα ΣΕΚ (18,5% έναντι 42,9% κατά μέσο όρο στην Ε.Ε. - Διάγραμμα 5).

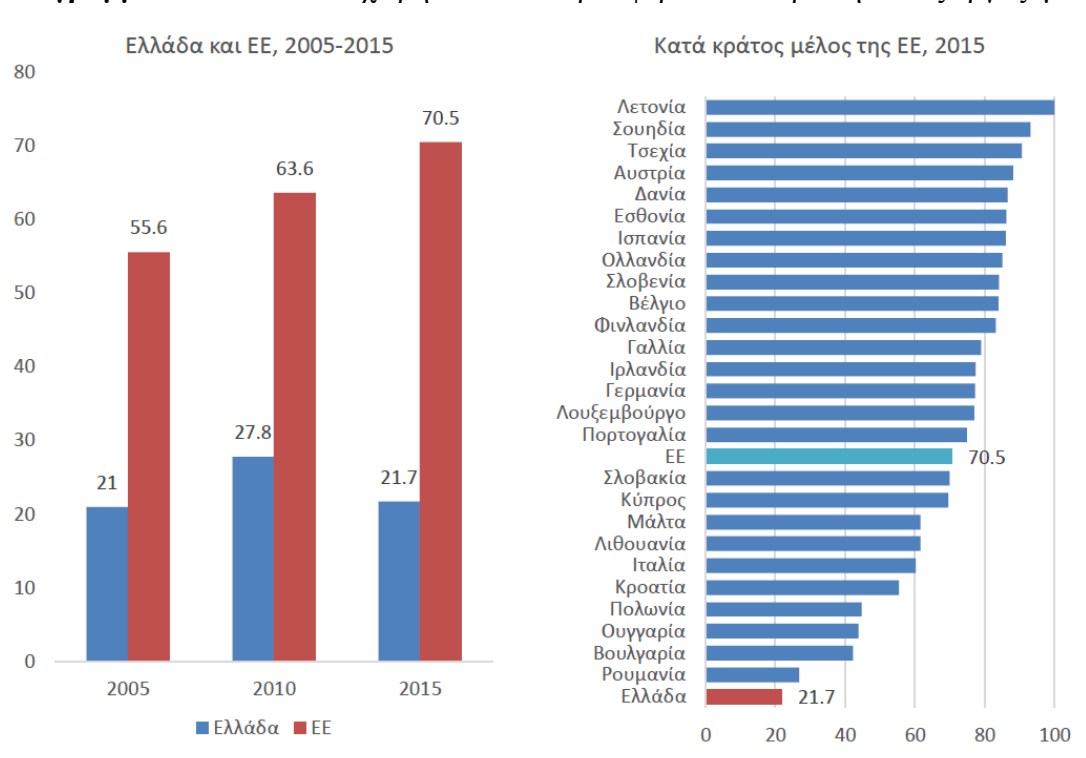
Διάγραμμα 5. Ποσοστό συμμετοχής εργαζομένων σε προγράμματα ΣΕΚ



Πηγή: Eurostat, 2020

Τέλος, το ποσοστό των επιχειρήσεων που προσφέρουν κατάρτιση στους εργαζόμενους τους παραμένει εξαιρετικά χαμηλό, με καθοδική πορεία τα τελευταία χρόνια, από 27,8% το 2010 σε 21,7% το 2015. Σε ευρωπαϊκή κλίμακα, η Ελλάδα είναι και πάλι στην τελευταία θέση ως προς τη προσφορά κατάρτισης από τις επιχειρήσεις στους εργαζόμενους τους (21,7% έναντι 70,5% κατά μέσο όρο στην ΕΕ - Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 6. Ποσοστό επιχειρήσεων που προσφέρουν κατάρτιση στους εργαζόμενους τους

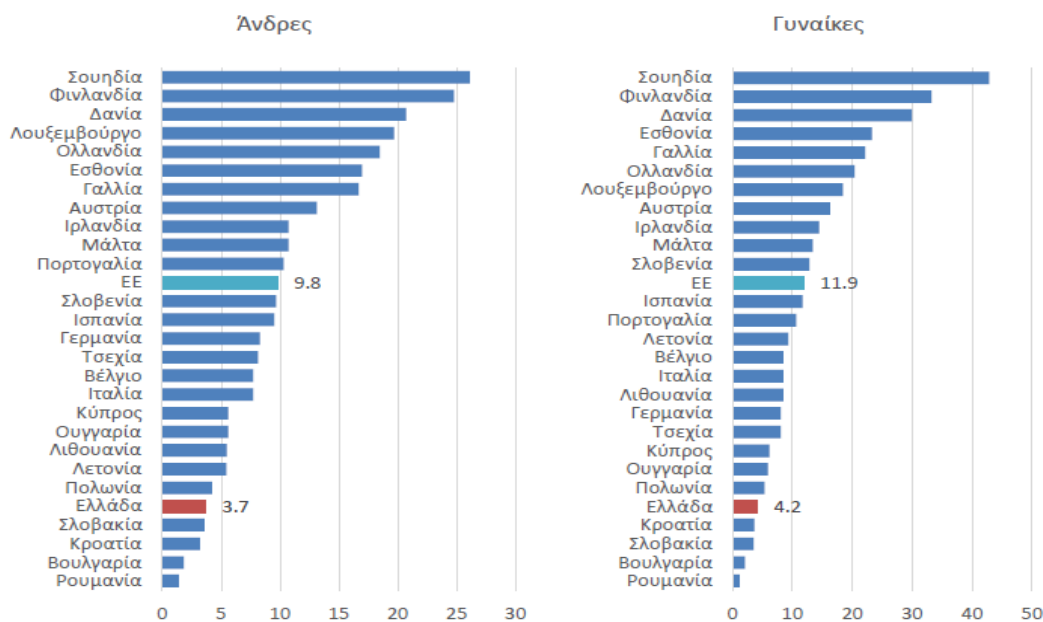


Πηγή: Eurostat, 2020

Ως προς το φύλο (Διάγραμμα 7), τόσο η συμμετοχή των ανδρών όσο και εκείνη των γυναικών σε (τυπική και μη τυπική) εκπαίδευση και κατάρτιση υστερεί σημαντικά σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, με ποσοστά 3,7% και 4,2% αντίστοιχα. Η χώρα λαμβάνει την πέμπτη (5η) χαμηλότερη θέση στην ΕΕ, με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο να είναι στο 9,8% για τη συμμετοχή των ανδρών και 11,9% για τη συμμετοχή των γυναικών.

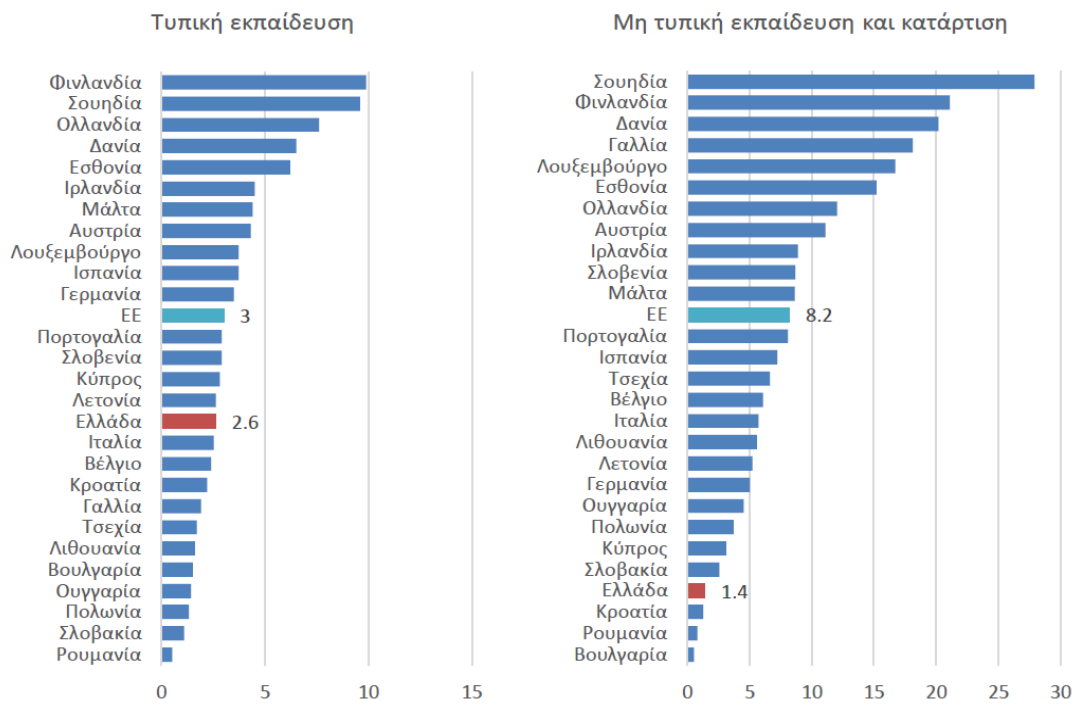
Ως προς το τύπο εκπαίδευσης και κατάρτισης (Διάγραμμα 8), η Ελλάδα υστερεί στη συμμετοχή τυπικής και μη τυπικής εκπαίδευσης και κατάρτισης έναντι των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών. Ιδιαίτερα χαμηλό, ωστόσο, είναι το ποσοστό συμμετοχής στη μη τυπική εκπαίδευση. Στην περίπτωση της τυπικής εκπαίδευσης, το ποσοστό συμμετοχής στην Ελλάδα ανέρχεται στο 2,6% όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 3%. Αναφορικά με τη μη τυπική εκπαίδευση, η απόκλιση από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο διευρύνεται, με την Ελλάδα να έχει 1,4% και την ΕΕ να είναι στο 8,2%.

Διάγραμμα 7. Ποσοστό συμμετοχής σε (τυπική και μη τυπική) εκπαίδευση και κατάρτιση, ανά φύλο, 2019



Πηγή: Eurostat, 2020

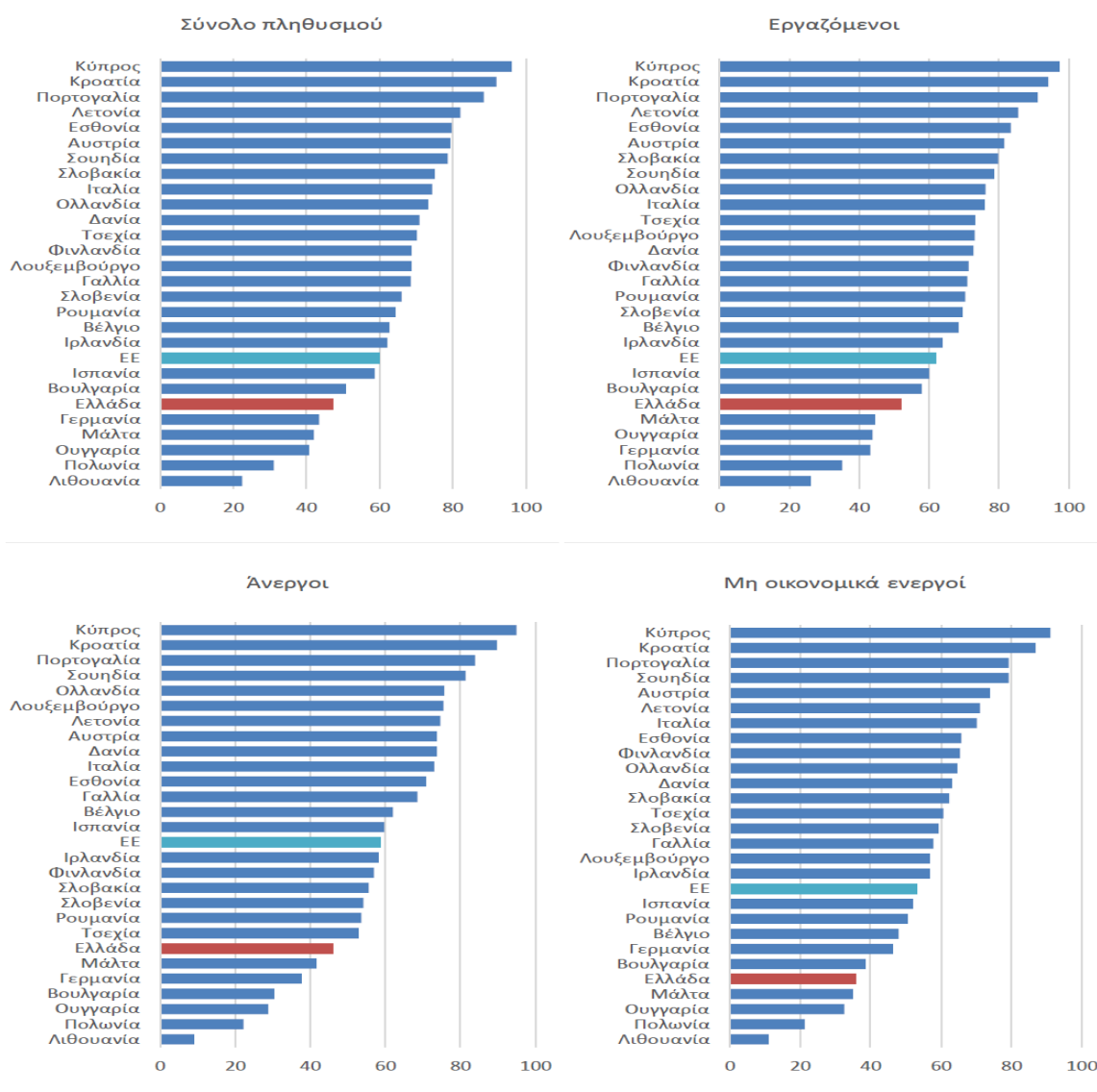
Διάγραμμα 8. Ποσοστό συμμετοχής σε (τυπική και μη τυπική) εκπαίδευση και κατάρτιση, άτομα ηλικίας 25-64 χρονών, 2019



Πηγή: Eurostat, 2020

Σχετικά με την άτυπη μάθηση (Διάγραμμα 9), η συμμετοχή στις εν λόγω δραστηριότητες είναι αρκετά χαμηλή στην Ελλάδα, τόσο σε επίπεδο συνολικού πληθυσμού όσο και ανά κατηγορία εργατικού δυναμικού. Ειδικότερα, σχεδόν 1 στα 2 άτομα στην Ελλάδα συμμετέχουν σε δραστηριότητες άτυπης μάθησης, όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι στο 60%. Η κατηγορία με την μεγαλύτερη απόκλιση από την Ε.Ε. είναι οι οικονομικά μη ενεργοί, όπου μόλις το 36% συμμετέχει σε άτυπη μάθηση σε σύγκριση με την Ε.Ε. που είναι στο 53%.

Διάγραμμα 9. Ποσοστό συμμετοχής σε άτυπη μάθηση, 2019



Πηγή: Eurostat, 2020

Ως προς τις ηλικιακές ομάδες που συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις ηλικίες 35-39 για τα έτη 2012 και 2013. Το εκπαιδευτικό επίπεδο αυτών ήταν απόφοιτοι Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, και ακολουθούσαν οι πτυχιούχοι Ανώτερων Τεχνικών Σχολών και σε μικρότερο ποσοστό οι έχοντες απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης (Λύκειο) και οι κάτοχοι μεταπτυχιακών διπλωμάτων. Από τα παραπάνω διαπιστώθηκε ότι όσοι εργαζόμενοι είχαν ένα μεσαίο ή υψηλό επίπεδο σπουδών, επιδίωκαν τη καθιέρωσή τους στην αγορά εργασίας με ένα ακόμη τίτλο ή πιστοποιητικό σπουδών σε αντίθεση με αυτούς που έχουν χαμηλά ή τυπικά προσόντα, οι οποίοι δεν εντάσσονται εύκολα σε μια νέα εκπαιδευτική διαδικασία. Τέλος, η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα οφείλεται σε πρωτοβουλία του εργαζομένου παρά σε απαίτηση του εργοδότη (ΕΛΣΤΑΤ, 2013).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, θα λέγαμε ότι υπάρχει μια αντίφαση σχετικά με αυτό που επιχειρείται να «κτιστεί» θεσμικά και αυτού που πραγματοποιείται μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων στη χώρα μας. Ενώ δηλαδή, μιλάμε για επενδύσεις σε ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, έτσι ώστε να επιτύχουμε οικονομική ανάπτυξη και ανταγωνιστικότητα, από την άλλη η κατάρτιση δεν φαίνεται να ελκύει ή να θεωρείται από το μεγαλύτερο μέρος του ενεργού πληθυσμού ως επαγγελματική και προσωπική επένδυση, ως διά βίου διεργασία αναβάθμισης γνώσεων και δεξιοτήτων του, σε μια αγορά που αλλάζει με γοργούς ρυθμούς και γίνεται ολοένα και πιο ανταγωνιστική. Φαινόμενο συχνότερο και εντονότερο κυρίως στο μεγαλύτερης ηλικίας εργατικό δυναμικό. Αυτό έχει ως συνέπεια τη μειωμένη αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε πράξης και δράσης με εργαλείο τη κατάρτιση, βραχυχρόνια και μακροχρόνια.

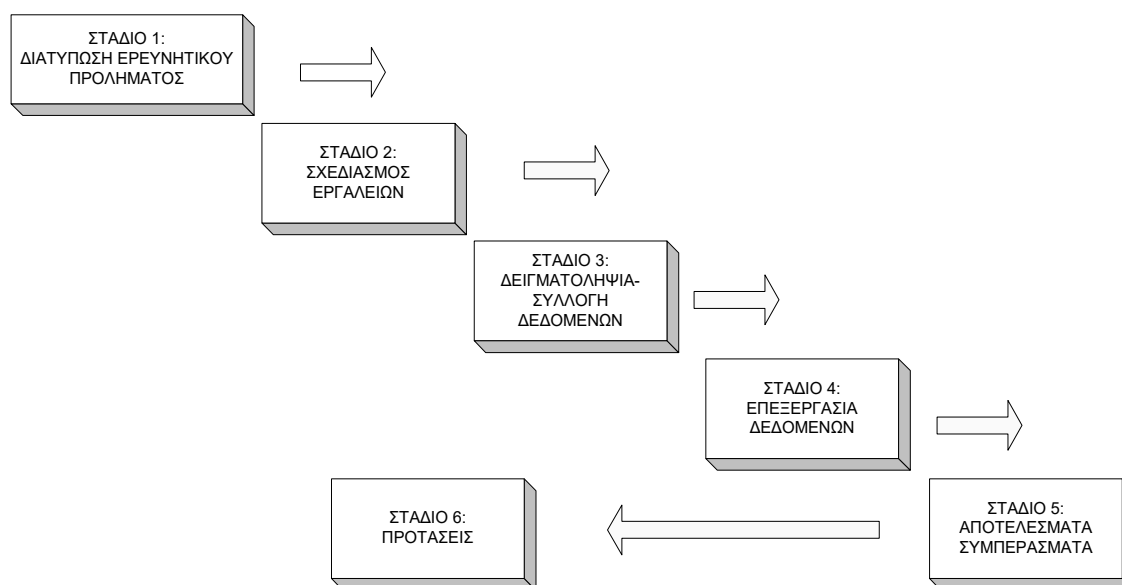
ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αντικείμενο και Μεθοδολογία της έρευνας

5.1. Σχεδιασμός της έρευνας

Το ερευνητικό πρόβλημα και οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι διαμορφώνουν το πλαίσιο στο οποίο αναπτύσσεται η έρευνα, κύριος σκοπός της οποίας είναι η διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών του στελεχιακού δυναμικού του τομέα Υγείας. Με βάση το σχεδιασμό της μεθοδολογίας, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα στάδια που ακολουθούν:



Τα παραπάνω στάδια συνθέτουν τη μεθοδολογία της έρευνας, ένα οργανωμένο σύνολο από διαδικασίες, τεχνικές, εργαλεία και μέσα τεκμηρίωσης που καθοδηγούν την ερευνητική ομάδα στο γνωστικό πεδίο της δια βίου εκπαίδευσης και της ΣΕΚ. Μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τη σύνθεση των συμπερασμάτων, η έρευνα ολοκληρώνεται με τη διατύπωση και επεξεργασία ορισμένων προτάσεων οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Στη συνέχεια περιγράφονται τα στάδια της έρευνας όπως αυτά πραγματοποιήθηκαν στη διάρκεια της υλοποίησής της.

5.2. Προσδιορισμός ερευνητικού προβλήματος και ερευνητικών ερωτημάτων

Γενικό πλαίσιο ερευνητικού προβλήματος

Η καθιέρωση της κοινωνίας της γνώσης ήδη από τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα αναδεικνύει τη σημαντικότητα των ανθρώπινου δυναμικού ως το βασικότερο παραγωγικό συντελεστή μιας σύγχρονης οικονομίας και επιτάσσει την αναθεώρηση των επενδύσεων προς την κατεύθυνση του ανθρώπινου κεφαλαίου. Η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στηρίζεται πλέον στην καθιέρωση μιας Οικονομίας και Διαχείρισης της γνώσης κύριο χαρακτηριστικό της οποίας είναι η ΔΒΜ και η ΣΕΚ. Η συνεχής ανανέωση των γνώσεων, η διαρκής βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού φαίνεται ότι αποτελούν την ικανή και αναγκαία συνθήκη μιας ανθρώπινης ανάπτυξης. Επίκεντρο της ανθρώπινης αυτής ανάπτυξης είναι η διαμόρφωση συνθηκών και όρων μιας κοινωνικό-οικονομικής και κοινωνικό-πολιτιστικής ανάπτυξης σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής του σύγχρονου ατόμου.

Οι εξελίξεις αυτές στην οργάνωση της σύγχρονης κοινωνίας δεν αφήνουν ανεπηρέαστο τον τομέα της εργασίας, ο οποίος σε συνδυασμό με τις τεχνολογίες της πληροφορίας και επικοινωνίας, επιτάσσει την αναμόρφωση όλων των προτύπων και των προσόντων στην επαγγελματική ζωή του ανθρώπου. Ζητήματα αναδιάρθρωσης της οργάνωσης της εργασίας μέσω των τεχνολογικών εξελίξεων προϋποθέτουν τη διαρκή προσαρμογή των εργαζομένων στις νέες κάθε φορά απαιτήσεις και προκλήσεις προς την κατεύθυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας του παραγόμενου έργου. Με βάση τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου, η οποία εξηγεί πως οι δεξιότητες και γνώσεις που αποκτά κάθε εργαζόμενος μέσω ΣΕΚ, οφείλεται και η οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας, η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο είναι άκρως απαραίτητη (Schultz, 1961).

Πολλά ερωτήματα συχνά παραπέμπουν στα σημαντικά ζητήματα της ΔΒΜ και της εκπαίδευσης ενηλίκων όπως και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οι εργαζόμενοι που παρακολουθούν προγράμματα κατάρτισης μέσα από

οργανωμένες, συστηματικές επενδύσεις στην ΕΕΚ με την επικαιροποίηση των γνώσεων αναμένεται βελτίωση των δεξιοτήτων και περαιτέρω συμβολή στη βελτίωση της παραγωγής και ποιότητας των υπηρεσιών. Η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου φέρνει για πρώτη φορά την ΕΕΚ της μεγάλης πλειοψηφίας του εργατικού δυναμικού στο επίκεντρο, ως πυλώνα της οικονομικής μεγέθυνσης (Ashton & Green, 1996).

Δεδομένου αυτού, σκοπός της παρούσας ερευνητικής διατριβής είναι η αξιολόγηση των αναγκών της ΣΕΚ με έμφαση στην επιλογή προτεραιότητας των θεματικών ενοτήτων κατάρτισης του στελεχιακού δυναμικού του τομέα υγείας.

Προσδιορισμός ερευνητικών ερωτημάτων

Ο τομέας των κοινωνικών υπηρεσιών με επίκεντρο το σύστημα της υγείας δεν μένει ανεπηρέαστος από τις εξελίξεις και τις ανάγκες της αγοράς εργασίας με αποτέλεσμα να θεωρείται επιτακτική ανάγκη και άμεση προτεραιότητα η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στο πλαίσιο αυτό ανακύπτουν ερωτήματα στα οποία αναζητούνται απαντήσεις:

- α) Ποια είναι η άποψη των εμπειρογνομόνων ως προς την ανανέωση των γνώσεων και τη βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων τους και πόσο σημαντικό ρόλο παίζει στην εργασία τους;
- β) Τι προτείνουν οι εμπειρογνώμονες για την ενίσχυση της συνεχιζόμενης επαγγελματικής και εκπαιδευτικής κατάρτισης που θα πρέπει να εφαρμοστούν από τις διοικήσεις των μονάδων υγείας;
- γ) Ποιες είναι οι κύριες προτεραιότητες ΣΕΚ σύμφωνα με τους ειδικούς;
- δ) Πώς επηρεάζουν την άποψη των εμπειρογνομόνων για τη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση παράγοντες όπως το επίπεδο εκπαίδευσης και το είδος του φορέα απασχόλησης (δημόσιος ή ιδιωτικός);

5.3. Στρατηγική έρευνας

5.3.1. Επιλογή μεθόδου

Με βάση τα ερευνητικά μας ερωτήματα και λαμβάνοντας υπόψη ότι, η έρευνα στη κατάρτιση πολλές φορές δεν αναγνωρίζει το πολύπλοκο και συστηματικό χαρακτήρα της ΣΕΚ και δεν αντιμετωπίζει το θέμα με ολοκληρωμένο τρόπο, κρίθηκε απαραίτητο να βρεθούν νέες προσεγγίσεις για την ανάλυση της ΣΕΚ, που θα επιτρέπουν να κινηθεί πέρα από μια διαδοχική προοπτική και που θα λαμβάνει υπόψη μόνο μεμονωμένες πολιτικές ή μεταβλητές. Συνεπώς, ένα πρώτο απαραίτητο βήμα ήταν να εξεταστούν οι πολλαπλοί σχετικοί παράγοντες (αυτοί που μπορούν να χρησιμεύσουν ως κατάλληλες μεταβλητές της έρευνας) που προκαλούν τα συνδυασμένα αποτελέσματα της ΣΕΚ.

Η μέθοδος Delphi διερευνήθηκε βιβλιογραφικά και αποδείχθηκε ως η πλέον κατάλληλη για την αντιμετώπιση της ερευνητικής μας ανάγκης για τους κάτωθι λόγους:

1. Τα δεδομένα για το υπό μελέτη θέμα, ήταν ανεπαρκή ή ακατάλληλα για να αξιοποιηθούν μέσω άλλων ερευνητικών μεθόδων.
2. Επιλέχθηκε ποιοτική μελέτη ώστε με το συνδυασμό υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων να έχουμε περισσότερα οφέλη.
3. Η Delphi στηρίζεται στις προβλέψεις που βασίζονται στη γνώμη και στις πληροφορίες στελεχών με διαφορετική ειδικότητα και ρόλο, έτσι ώστε εξασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.
4. Αποτελεί ένα αντικείμενο μελέτης ενός περιβάλλοντος που μεταβάλλεται ταχύτατα και ποικιλοτρόπως κάτι που με τη συγκεκριμένη μέθοδο μπορεί να εξεταστεί από διαφορετικές πλευρές.
5. Όταν ο χρόνος, η απαιτούμενη δαπάνη, διαφορετικές τοποθεσίες ή και άλλοι λόγοι δεν επιτρέπουν στην ομάδα να συναντηθεί (Linstone & Turoff, 2002; Yousuf, 2007; Grisham, 2009; Green, R.,2013).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η μέθοδος Delphi αποδείχθηκε ως η πλέον κατάλληλη για την επίτευξη των στόχων της έρευνάς μας και για την απάντηση των ερευνητικών μας ερωτημάτων που έχουν σαν κύριο σκοπό το προσδιορισμό των κρίσιμων παραγόντων, χαρακτηριστικών και δεικτών που θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν στο σχεδιασμό και

αξιολόγηση της πολιτικής της ΣΕΚ (Louglin & Moore, 1979; De Meyrick, 2003; Santaguida et al. 2018).

5.3.2. Η μέθοδος Delphi

Η μέθοδος Delphi, συνίσταται στην επαναλαμβανόμενη συλλογή και ανατροφοδότηση των απόψεων ειδικών και εμπειρογνομόνων για συγκεκριμένα θέματα, μέσα από δομημένα ερωτηματολόγια. Την αρχική επινόηση και εφαρμογή της τεχνικής την είχαν οι Helmer και Dalkey της εταιρείας RAND (Research and Development), και η πρώτη μελέτη πραγματοποιήθηκε για να επιτευχθεί σύγκλιση απόψεων μεταξύ ειδικών σχετικά με ένα θέμα άμυνας της στρατιωτικής αεροπορίας των Η.Π.Α (Dalkey & Helmer, 1963; Hsu & Sandford, 2007; Donohoe, 2011).

A) Μεθοδολογία Delphi

«Παρακάτω παρουσιάζονται, σύμφωνα με τους Μπελλάλη και Καραμήτρη (2011), τα βήματα της μεθόδου Delphi που ακολουθούνται όπως όρισαν οι Linstone and Turoff το 1975»:

- 1^ο στάδιο-Προκαταρκτικό στάδιο: Στο στάδιο αυτό επιλέγεται το ερευνητικό πρόβλημα, στο οποίο θα εφαρμοστεί η μέθοδος Delphi. Ακολουθεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση του προβλήματος καθώς και η εύρεση των εμπειρογνομόνων οι οποίοι θεωρούνται κατάλληλοι για την συμμετοχή τους στην συγκεκριμένη έρευνα.
- 2^ο στάδιο-Θέματα πρώτου γύρου: Στο στάδιο αυτό διατυπώνονται τα ερωτήματα του πρώτου γύρου. Αρχικά συντάσσεται η ενημερωτική επιστολή για τους συμμετέχοντες και οργανώνονται τα διαδικαστικά θέματα όπως ο τρόπος αποστολής και συλλογής των δεδομένων. Στη συνέχεια καθορίζονται τα κριτήρια ένταξης – αποκλεισμού των διατυπώσεων του επόμενου γύρου και ακολουθεί η πιλοτική αποστολή του ερωτηματολογίου και η διόρθωσή του έπειτα από συζήτηση. Τέλος τα ερωτηματολόγια αποστέλλονται στους συμμετέχοντες της έρευνας, συλλέγονται τα δεδομένα και καταχωρούνται.
- 3^ο στάδιο-Θέματα δεύτερου γύρου: Αναλύονται και ομαδοποιούνται οι απαντήσεις του πρώτου ερωτηματολογίου και απορρίπτονται οι ακατάλληλες (συνήθως οι πιο

ακραίες απόψεις). Συντάσσεται το δεύτερο ερωτηματολόγιο (το οποίο μπορεί να μην διαφέρει σχεδόν καθόλου από το πρώτο που δόθηκε στους ειδικούς εφόσον τους έχει καλύψει πλήρως) και επιλέγεται ο τρόπος συμφωνίας – διαφωνίας (π.χ. κλίμακα Likert). Ακολουθεί ο καθορισμός των κριτηρίων επίτευξης συναίνεσης και το ερωτηματολόγιο αποστέλλεται πιλοτικά και ακολουθεί η διόρθωσή του μετά από συζήτηση. Τέλος αποστέλλεται το δεύτερο ερωτηματολόγιο στους εμπειρογνώμονες, συλλέγονται και καταχωρούνται τα αποτελέσματα.

- 4^ο στάδιο-Θέματα επόμενων γύρων: Στο στάδιο αυτό υπολογίζεται η συναίνεση για κάθε διατύπωση. Προαιρετικά η διαδικασία συνεχίζεται και με την σύνταξη ενός τρίτου ερωτηματολογίου, επιλέγεται ο τρόπος αποτύπωσης της συναίνεσης (π.χ. ταξινόμηση) και αναφέρονται τα αποτελέσματα στους εμπειρογνώμονες. Επίσης προαιρετικά συνεχίζεται η διαδικασία σε επόμενους γύρους με τη σύνταξη των ανάλογων ερωτηματολογίων (νέο αντίγραφο του ερωτηματολογίου και ενημερωμένη περίληψη όλων των απαντήσεων του προηγούμενου γύρου).
- 5^ο στάδιο- Στάδιο κλεισίματος : Στο στάδιο αυτό γίνεται ομαδοποίηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων με τελικό στόχο την διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων» (Turoff, 1970; Rayens & Hahn, 2000; Linstone & Turoff, 2002; Κοσμίδης και συν., 2011; Μπελλάλη & Καραμήτρη, 2011).

Η χρησιμοποίηση διαδοχικών ερωτηματολογίων και η διεργασία της ανατροφοδότησης με αυτή την διαδικασία επανάληψης έχει σαν κύριο στόχο να επιτευχθεί συμφωνία απόψεων μεταξύ των μελών της ομάδας επί του θέματος που ερευνάται, κάτι που δε θα ήταν δυνατή σε ένα γύρο με την παραδοσιακή μέθοδο ανταλλαγής απόψεων. Η σταθερότητα των απαντήσεων ανά γύρο, είναι ένας αξιόπιστος δείκτης ομοφωνίας (Crisp et al.,1997; Hasson et al.,2000; Giannarou & Zervas, 2014).

Επειδή δεν υπάρχει προσωπική επαφή μεταξύ των μελών, ο ερευνητής έχει την ευθύνη να γεφυρώσει το κενό (Dalkey, 1969). Μπορεί να επικοινωνήσει (κατά τη διαδικασία) με τα μέλη της ομάδας στις περιπτώσεις που είναι απαραίτητο να διασαφηνίσει κάποια αδιευκρίνιστα σημεία όπως επίσης και τα μέλη της ομάδας μπορούν να κάνουν το ίδιο οποιαδήποτε στιγμή, όταν θέλουν να ξεκαθαρίσουν διαδικαστικές απορίες που μπορεί να

παρουσιαστούν. Η απόφαση του ερευνητή να σταματήσει τη διαδικασία βασίζεται στην ανάλυση των πληροφοριών που του δίδονται υπό το φως των αντικειμενικών σκοπών της μελέτης. Αυτό που δείχνουν οι έρευνες είναι ότι οι απόψεις των συμμετεχόντων γενικά συγκλίνουν γύρω με τον γύρο, γεγονός που αντανακλάται σε μια μειωμένη διακύμανση των εκτιμήσεων. Το πρακτικό ερώτημα είναι, ποιος είναι ο βέλτιστος αριθμός δομημένων γύρων; Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τρεις διαρθρωμένοι γύροι είναι επαρκείς για την μέθοδο των Δελφών όταν το ερωτηματολόγιο είναι κλειστού και ανοιχτού τύπου και το δείγμα είναι σχετικά μεγάλο (πάνω από 30 ειδικούς) (Dalkey, 1969; Linstone & Turoff, 1975; Gupta & Clarke, 1996; Thangaratinam & Redman, 2005; Giannarou & Zervas, 2014).

B) Τύποι της Delphi.

Ο ανωτέρω ήταν ο αρχικός τρόπος εφαρμογής της Delphi. Αργότερα, διάφοροι ερευνητές διατύπωσαν και εφάρμοσαν διάφορες τροποποιήσεις της, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιείται σε μεγαλύτερο εύρος περιπτώσεων (Linstone & Turoff, 2002). Παρόλα αυτά στη βιβλιογραφία, αναφέρονται τρεις κύριοι τύποι με αρκετά σαφή διάκριση (Mead & Moseley, 2001):

- Η «Κλασική ή Συμβατική Τεχνική των Δελφών» (Classic or Conventional Delphi)
- Η «Τεχνική των Δελφών Πολιτικής» (Policy Delphi) και
- Η «Τεχνική των Δελφών Απόφασης» (Decision Delphi)

Η «Κλασική ή Συμβατική Τεχνική των Δελφών», αναζητά τη συναίνεση μεταξύ ειδικών στη διερεύνηση αντικειμένων έρευνας. Στόχος είναι η ανεύρεση αξιόπιστων προγνώσεων για συγκεκριμένα ζητήματα. Ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται, αναφέρθηκε παραπάνω (Dalkey, 1969).

Η «Τεχνική των Δελφών Πολιτικής» παρότι σαν διαδικασία δεν έχει μεγάλες διαφορές με την κλασική μέθοδο, έχει ως κύριο στόχο τη παραγωγή εναλλακτικών, ακόμη και αντιφατικών πολιτικών πάνω σε ένα θέμα, χρησιμοποιώντας ένα δομημένο δημόσιο διάλογο. Επομένως, η συγκεκριμένη μεθοδολογία είναι ένα μέσο για ανάλυση μιας κοινωνικής κυρίως κατάστασης. Τα μέλη της ομάδας των ειδικών (expert panel), είναι μέλη διαφορετικών ομάδων πίεσης (λόμπι) (Dunn, 2004; Κοσμίδης και συν., 2011).

Η «Τεχνική των Δελφών Απόφασης» χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων. Η διαφορά από τους δύο προηγούμενους τύπους της τεχνικής είναι στο ότι η επιλογή της ομάδας γίνεται με βάση την τρέχουσα θέση τους στην ιεραρχία (υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων) (Aichholzer, 2001; Avella, 2016).

Γ) Delphi: Αδύνατα σημεία

- Ότι απαιτείται αρκετός χρόνος για την ολοκλήρωση της έρευνας
- Η ανωνυμία μερικές φορές μπορεί να προκαλέσει έλλειψη δέσμευσης
- Ότι μπορεί να υπάρξουν συστηματικά λάθη (π.χ. επιθυμητά γεγονότα προκρίνονται ως περισσότερο πιθανά, ειδικοί συχνά δεν έχουν τη γνώση που απαιτείται για τελικές αποφάσεις, κ.λπ.) (Stitt-Gohdes & Crews, 2004; Μπελλάλη-Καραμήτρη, 2011; Donohoe & Needham, 2009); Donohoe et al., 2012; Green, 2013).

5.4. Μεθοδολογία της έρευνας

Η μεθοδολογία που επιλέχτηκε για την υλοποίηση της μελέτης, περιλάμβανε τα παρακάτω στάδια:

- Συγκρότηση ομάδων εργασίας (expert panels) με εμπειρογνώμονες-στελέχη του τομέα υγείας ανά κατηγορία δυναμικού: διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνολογικό.
- Πιλοτική φάση εφαρμογής.
- Συγκέντρωση των ερωτηματολογίων και στατιστική επεξεργασία.

5.4.1. Συγκρότηση ομάδων ειδικών (expert panels)

5.4.1.1. Επιλογή των μελών της ομάδας

Στη “DELPHI” μέθοδο, ανάλογα με το θέμα που εξετάζουμε επιλέγουμε και τα μέλη της ομάδας των ειδικών. Ειδικός είναι αυτός που κατέχει πολλές γνώσεις και εμπειρίες, έτσι ώστε να είναι συχνά ικανός να κάνει αξιόπιστες προβλέψεις αναφορικά με κάποια υπόθεση-θέμα (Dalkey, 1968; Powell, 2003; Maukscha et al., 2020).

Η επιλογή των ειδικών του δείγματός μας σύμφωνα και με την βιβλιογραφία, βασίστηκε στα παρακάτω κριτήρια (Hasson et al.,2000; Skulmoski et al.,2007; Giannarou & Zervas, 2014; Avella, 2016):

- i) Εξειδικευμένη Γνώση για το υπό εξέταση θέμα της έρευνάς μας.
- ii) Επαγγελματική εμπειρία.
- iii) Προέλευση από διαφορετικούς χώρους και θέσεις εργασίας.
- iv) Διερεύνηση ενδιαφέροντος για το υπό εξέταση θέμα, έτσι ώστε να αποφευχθούν τυχόν αστοχίες (εγκατάλειψη διαδικασίας πριν την ολοκλήρωση της μελέτης).
- v) Διερεύνηση χρονικής διαθεσιμότητας για τη διενέργεια της μελέτης.

Όσον αφορά τα κριτήρια της γνώσης, η κατοχή πτυχίου, μεταπτυχιακού ή ακόμη και διδακτορικού διπλώματος πάνω στο αντικείμενο της έρευνας τέθηκαν ως αποδεικτικά στοιχεία επιλογής του ειδικού. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η τεχνογνωσία δεν αποτελεί θέμα συζητήσεων μόνο ακαδημαϊκών. Για αυτό το λόγο η προέλευση ειδικών διαφόρων ειδικοτήτων και με διαφορετικούς επαγγελματικούς ρόλους ήταν απαραίτητη. Αφού, κάθε μέλος είναι ειδικός για ένα μέρος του προβλήματος, αλλά κανείς δεν είναι ειδικός για ολόκληρο το πρόβλημα (Akins et al.,2005).

Αναφορικά με το κριτήριο της εμπειρίας, ορίστηκε με βάση τη βιβλιογραφία, ότι έπρεπε να διαθέταν προγενέστερη εργασιακή εμπειρία τουλάχιστον 5 χρόνια, σε δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες ή υπηρεσίες υγείας (Akins et al., 2005; Donohoe, 2011; Kleynen et al., 2014; Avella, 2016).

Έτσι, για τον εντοπισμό των εμπειρογνομόνων, συνδυάσαμε δύο προσεγγίσεις, τη *σκόπιμη δειγματοληψία* (judgement sampling) και τη *δειγματοληψία “χιονοστιβάδας”* (snowball sampling). Με βάση τη πρώτη προσέγγιση, ήρθαμε σε επαφή με τους Πανελλήνιους Συλλόγους, Οργανισμούς και Εταιρείες των τεσσάρων κατηγοριών επαγγελματιών Υγείας. Ειδικότερα, κατόπιν επαφής με την Ελληνική Εταιρεία Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, το Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, την Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος και τη Πανελλήνια Ένωση Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων μας υπέδειξαν ονόματα ατόμων του χώρου υγείας, τα οποία κάλυπταν τα κυριότερα κριτήρια που τους θέσαμε (τη γνώση και την εμπειρία). Στη συνέχεια οι επιλεγμένοι αυτοί πρώτοι εμπειρογνώμονες μας συνέστησαν κατόπιν ερωτήσεως

μας ή με δική τους υπόδειξη, με βάση πάλι τα κριτήρια που είχαμε θέσει, τα υπόλοιπα ονόματα εμπειρογνομόνων που υπολείπονταν ώστε να συμπληρωθεί το δείγμα μας (snowball sampling) (Slade SC, et al., 2014; Giannarou & Zervas, 2014; Santaguida et al., 2018).

Επομένως, η συγκρότηση των ομάδων ειδικών (expert panels) του ιατρικού, του διοικητικού, του νοσηλευτικού και του τεχνολογικού δυναμικού όπως ειπώθηκε, έγινε με κύριο κριτήριο την εμπειρογνωμοσύνη και την ιδιότητά τους, με το 75% να εργάζονται στο δημόσιο τομέα και το 25% στον ιδιωτικό. Έτσι, Διευθύνοντες και στελεχιακό δυναμικό του τομέα υγείας που εργάζεται στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, στα Κέντρα Υγείας, στις Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδας (ΥΠΕ), στο Υπουργείο Υγείας, σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία ή Κλινικές, σε Ακαδημαϊκά και Πανεπιστημιακά Κέντρα, σε Εργαστήρια, Managers Δημοσίων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων, Διευθυντές Εκπαίδευσης σε φορείς υγείας, με τεράστια εμπειρία στον επαγγελματικό τους χώρο κ.λπ., αποτέλεσαν τους ειδικούς της έρευνας.

Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό περιλαμβάνονται εμπειρογνώμονες και από τις επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίστηκε αφενός η ομοιογένεια του δείγματος σε επίπεδο περιφερειών και αφετέρου αναδύθηκαν καλύτερα οι ανάγκες κατάρτισης και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στην περιφέρεια π.χ. γεωγραφική απόσταση, λιγότερα κονδύλια κ.λπ. (Hasson et al., 2000; Balasubramanian et al., 2012).

5.4.1.2. Μέγεθος του δείγματος

Η βιβλιογραφία δε δίνει συγκεκριμένα κριτήρια για τον καθορισμό του αριθμού των μελών της ομάδας του δείγματος για την τεχνική Delphi (Dalkey & Helmer, 1963; Akins et al., 2005; Avella, 2016). Το μέγεθος της ομάδας ποικίλλει σημαντικά, ανάλογα με τον σκοπό της μελέτης, το είδος του θέματος που ερευνάται και τη δυνατότητα χρησιμοποίησης, διαθεσιμότητας μεγάλου αριθμού ειδικών. Είναι εύλογο ότι το εύρος της ομάδας θα πρέπει να είναι ικανό, ώστε να περιλαμβάνει τους απαραίτητους ειδικούς, για να είναι δυνατή η επιτυχής έκβαση της διαδικασίας που προβλέπεται από την Delphi. Βιβλιογραφικά

ενδείκνυται, το μέγεθος της ομάδας να ελαττώνεται στο ελάχιστο εφικτό, ώστε να μειώνεται η δαπάνη, αλλά και για να ελαττώνεται ο μεγάλος αριθμός δεδομένων-πληροφοριών, που δημιουργούν δυσκινησία, χωρίς ουσιαστικά να δίνουν περισσότερες πληροφορίες για τη μελέτη. Η τρέχουσα βιβλιογραφία παρουσιάζει μόνο εμπειρικές επιλογές για μεγέθη δειγμάτων ειδικών που έγιναν από μεμονωμένους ερευνητές, με δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), με σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling) και δειγματοληψία κριτηρίου (criterion sampling) (Akins et al.,2005; Giannarou & Zervas, 2014; Avella,2016).

Το συνολικό δείγμα των εμπειρογνομόνων της μελέτης μας αποτελούνται από 103 άτομα, τα οποία κατανέμονται ως εξής: 25 ιατρικό, 25 νοσηλευτικό, 28 τεχνολογικό και 25 διοικητικό προσωπικό. Ο αριθμός του δείγματος ορίστηκε με βάση τη μεθοδολογία που απαιτείται σε τέτοιου είδους αναλύσεις και προέκυψε από την πιλοτική εφαρμογή. Συγκεκριμένα, αρχικά ορίστηκε σύμφωνα με την βιβλιογραφία σε κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας ο αριθμός να κυμαίνεται από 25-30 άτομα. Κατά την πιλοτική φάση ανταποκρίθηκαν αντίστοιχα σε κάθε μια κατηγορία δυναμικού (ιατρικό, διοικητικό και νοσηλευτικό) 25 άτομα και στη κατηγορία του τεχνολογικού δυναμικού 28.

5.5. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για το σκοπό της έρευνας μας διαμορφώθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο είχε δημιουργηθεί σύμφωνα με τα πρότυπα των ερευνητικών εργαλείων αντίστοιχης μελέτης που είχε διεξαχθεί κατά το παρελθόν 1998 (Κυριόπουλος και Σούλης)και μεταγενέστερα σε μελέτη για το Υπουργείο Υγείας το 2003 (Κυριόπουλος και συν.). Το ερωτηματολόγιο αυτό στη συνέχεια τροποποιήθηκε και επικαιροποιήθηκε έτσι ώστε να συμπεριλάβει νέα δεδομένα και νέα θεματικά πεδία κατάρτισης.

Αρχικά, πριν από την οριστική διαμόρφωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε πιλοτική δοκιμασία συλλογής δεδομένων. Το ερωτηματολόγιο πρώτα υποβλήθηκε στα μέσα Απριλίου του 2012, σε πιλοτική διαδικασία δοκιμασίας (pretested), με αντιπροσωπευτικό δείγμα εμπειρογνομόνων όλων των κατηγοριών του ανθρώπινου δυναμικού. Η πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου βοήθησε στο να αντιμετωπιστούν έγκαιρα κάποια

ενδεχόμενα προβλήματα, ασάφειες ή παραλείψεις και να διασφαλιστεί η συνοχή, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του. Συγκεκριμένα μετά την πιλοτική δοκιμασία, όπου κάθε μία από κατηγορίες των εμπειρογνομόνων είχε κληθεί να προτείνει 10 αντικείμενα επιμόρφωσης απαραίτητα για την αναβάθμιση του στελεχιακού δυναμικού του τομέα υγείας, προστέθηκαν δυο επιπλέον αντικείμενα επιμόρφωσης τα οποία φάνηκαν ότι ήταν αναγκαία και δεν περιλαμβάνονταν στο αρχικό ερωτηματολόγιο. Αυτά ήταν τα **“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)”** και η **“Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της”**. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της εισαγωγής των νέων αυτών αντικειμένων επιμόρφωσης πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα ποιοτικός έλεγχος αυτών. Ο έλεγχος αφορούσε την εξακρίβωση της ορθότητας των εισαγόμενων στοιχείων καθώς και τον έλεγχο πληρότητας των απαντήσεων. Επιπρόσθετα, οι ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο και οι θεματικές ενότητες κατάρτισης ήταν ίδιες σε όλες τις κατηγορίες στελεχιακού δυναμικού γιατί σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Sottas et al., 2013), για ένα αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, η ΣΕΚ του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να είναι ολιστική και όχι μονοδιάστατη. Η πιλοτική φάση ολοκληρώθηκε στις αρχές Μαΐου του 2012.

Μετά την υλοποίηση της πιλοτικής φάσης προέκυψε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην ποιοτική έρευνα για τη διερεύνηση γνώμης των στελεχών εμπειρων στον τομέα υγείας. Έτσι, το ερωτηματολόγιο περιείχε 8 κύριες ερωτήσεις και 6 υπο-ερωτήσεις, κλειστού και ανοικτού τύπου. Ήταν μικρού μεγέθους (6 σελίδες), ελκυστικό και ευέλικτο για τη συμπλήρωσή του, έτσι ώστε να μειωθεί όσο το δυνατό περισσότερο ο κίνδυνος της μη ανταπόκρισης και να είναι εφικτή η συμπλήρωσή του σε μικρό χρονικό διάστημα.

Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο (**δες Παράρτημα**) αποτελούνταν από δύο μεγάλες ενότητες. Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου, σκοπό είχε τη συλλογή βασικών δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων εμπειρογνομόνων στην έρευνα. Σε αυτή συμπεριλαμβάνονταν το εργασιακό status και το επαγγελματικό και εκπαιδευτικό προφίλ του κάθε συμμετέχοντα ειδικού. Επιπρόσθετα, αναφέρεται η Περιφέρεια, ο Φορέας και η Περιοχή απ' όπου προέρχονται οι ειδικοί για να υπάρξει πλήρης εικόνα των αναγκών που σημειώνονται ανά την επικράτεια.

Επίσης συμπεριλαμβάνονταν στοιχεία που καθορίζουν την άποψη του ερωτώμενου για τη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση (**Ερωτήσεις 1-7**). Οι ερωτήσεις αφορούσαν:

- Τη σπουδαιότητα της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στην εργασία.
- Τον καλύτερο τρόπο επιμόρφωσης.
- Τη τεκμηρίωση της γνώμη τους για το αν δίνονται ή όχι ευκαιρίες επιμόρφωσης και που οφείλεται αυτό.
- Τους καταλληλότερους φορείς για τη πραγματοποίηση προγραμμάτων επιμόρφωσης.
- Τα εμπόδια που θεωρούσαν οι ειδικοί ότι υπάρχουν για τη μη συμμετοχή τους στην επιμόρφωση και με ποιον τρόπο μπορούν αυτά να αρθούν.
- Την «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης.

Στη δεύτερη ενότητα, συμπεριλαμβάνονταν η επιλογή πρώτης και δεύτερης προτεραιότητας θεματικών ενοτήτων της επαγγελματικής τους κατάρτισης (**Ερώτηση 8**). Οι ερωτώμενοι καλούνταν να αξιολογήσουν μια σειρά θεματικών ενοτήτων ως πρώτης (**άκρως απαραίτητη**), ή δευτερεύουσας (**επιθυμητής**) προτεραιότητας για την επαγγελματική τους κατάρτιση. Η συγκέντρωση αυτών των στοιχείων αποτέλεσε για τη μελέτη οδηγό για την πραγματοποίηση των τελικών προτάσεων. Οι θεματικές ενότητες κατάρτισης ήταν οι κάτωθι:

- Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας
- Οικονομικά της υγείας
- Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές

- Δικαιώματα ασθενών
- Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας
- Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας
- Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)
- Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων
- Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης
- Επικοινωνία και υγεία
- Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας
- Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής
- Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)
- Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της
- Γενικά θέματα επιδημιολογίας. Επιδημιολογική επιτήρηση
- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα
- Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα
- Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας
- Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)
- Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος
- Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.
- Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών. Διεπιστημονική συνεργασία
- Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας
- Αντιμετώπιση πόνου
- Ιατρικός τουρισμός
- Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων
- Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας

- Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας
- Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών
- Δημόσια υγεία και νοσηλευτική
- Ψυχική υγεία και νοσηλευτική

Στην αρχή της έρευνας θέσαμε ως κριτήριο η μελέτη να ολοκληρωθεί σε τρεις γύρους (Meshkat et al., 2014; Giannarou & Zervas, 2014). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στον πρώτο γύρο της έρευνας, όπου και απαντήθηκε από τους εμπειρογνώμονες. Στη συνέχεια, στο δεύτερο γύρο της έρευνας, αποστείλαμε για συμπλήρωση το ερωτηματολόγιο που προέκυψε από την πρώτη φάση της έρευνας με τη μορφή των αποτελεσμάτων όπου παρουσιάζεται το επίπεδο ομοφωνίας. Στο σημείο αυτό ζητούσαμε δικαιολόγηση της απόψεως από τους ειδικούς, σε περίπτωση όπου μια άποψη συνέχιζε να αποκλίνει σημαντικά από το μέσο όρο. Έπειτα στην τρίτη φάση της έρευνας, τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου που προέκυπταν από τη δεύτερη φάση, περιλάμβαναν το τελικό επίπεδο ομοφωνίας και τις τελικές απόψεις της ομάδας, τις εκτιμήσεις του κάθε μέλους και τη δικαιολόγηση για τη διαφωνία ενός μέλους σε περίπτωση που αυτή υπήρχε. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ομοφωνία των απόψεων των ειδικών που προέκυψε στην έρευνά μας είναι σύμφωνη με τη βιβλιογραφία η οποία προτάσσει όταν οι απόψεις των ειδικών να συγκλίνουν (σταθερότητα και συμφωνία) κατά τη δεύτερη και τρίτη φάση χωρίς ιδιαίτερη μεταβολή, να πετυχαίνεται συναίνεση. Η συναίνεση και η σταθερότητα υποδεικνύεται επίσης και από την τάση αύξησης των ποσοστών συμφωνίας των απαντήσεων (Dajani et al., 1979; Crisp et al., 1997; Hasson et al., 2000; Holey et al., 2007).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση του ερωτηματολογίου αυτού είχε διττό στόχο: αφενός τη συλλογή δομημένων στοιχείων από τα στελέχη, προκειμένου η επεξεργασία τους να πραγματοποιηθεί με ομοίμορφο τρόπο από την ερευνήτρια και αφετέρου με τη συλλογή των στοιχείων που προέκυπταν από τις απαντήσεις των στελεχών σε ερωτήσεις ανοικτού τύπου, να παρέχουν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να αναπτύξουν τις απόψεις και τις προτάσεις τους, προκειμένου η δυναμική της συζήτησης να ενταχθεί εντός προκαθορισμένου πλαισίου σύμφωνα με τους ερευνητικούς στόχους της μελέτης.

5.6. Συλλογή, έλεγχος και επεξεργασία δεδομένων

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων, με τη χρήση του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά μέσω e-mail σε τρεις κύκλους σύμφωνα με τη μέθοδο “Delphi” και ολοκληρώθηκε για όλες τις κατηγορίες του στελεχιακού δυναμικού του τομέα της υγείας, στις αρχές Μαΐου του 2013. Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας τα στοιχεία καταχωρούνταν ταυτόχρονα σε μια βάση δεδομένων. Η εισαγωγή των στοιχείων συνοδεύεται με τον ταυτόχρονα ποιοτικό έλεγχο αυτών. Ο έλεγχος αφορούσε την εξακρίβωση της ορθότητας των εισαγόμενων στοιχείων καθώς και τον έλεγχο πληρότητας των απαντήσεων. Η επεξεργασία των πρώτων ερευνητικών δεδομένων ξεκίνησε στις αρχές Ιουλίου του 2012 και η τελική ανάλυση τους ολοκληρώθηκε στα τέλη Αυγούστου.

Ηθική και δεοντολογία της μελέτης

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε η άδεια και η έγκριση από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, η οποία και έδωσε τη συναίνεση της για τη χρήση του ερωτηματολογίου και την πραγματοποίηση της μελέτης.

Στις *ομάδες εργασίας (expert panels)* συμμετείχαν εμπειρογνώμονες οι οποίοι απασχολούνταν σε δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς. Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, το φορέα διενέργειας καθώς και για την διαδικασία της συζήτησης και έλαβαν διαβεβαίωση για την τήρηση των κανόνων ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας. Οι εμπειρογνώμονες της μελέτης μας συναίνεσαν και έδωσαν την συγκατάθεση τους για τη συμμετοχή στην έρευνα.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Δημιουργήθηκε μια βάση δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε για την αξιόπιστη ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

A) Περιγραφική στατιστική

Παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με ποσοστιαίες κατανομές που αφορούσαν τα κοινωνικό-δημογραφικά των εμπειρογνώμων και τις απαντήσεις αυτών σχετικά με τις απόψεις τους για τη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και την επιλογή πρώτης και δεύτερης προτεραιότητας ενοτήτων που αφορούν στην επαγγελματική κατάρτιση.

B) Επαγωγική Στατιστική

B1) Έλεγχοι Υποθέσεων

Στοχεύοντας στη διαφορά μεταξύ των τριών φάσεων των απαντήσεων των εμπειρογνώμων, προκειμένου να αξιολογηθεί η συνάφεια αυτών, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Επειδή τα δεδομένα ήταν ποιοτικές μεταβλητές, άρα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή επιλέχθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Pearson's χ^2 test ή Fisher's exact test (όπου ήταν απαραίτητο). Επίσης ο παραπάνω έλεγχος χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ των απόψεων των εμπειρογνώμων σχετικά με τη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και την επιλογή πρώτης και δεύτερης προτεραιότητας ενοτήτων που αφορούν στην επαγγελματική κατάρτιση και της μονάδες υγείας στην οποία εργάζονται ή του επιπέδου εκπαίδευσης αυτών.

B2) Ανάλυση Παλινδρόμησης

Τέλος, στοχεύοντας στη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών, του επιπέδου εκπαίδευσης και τις μονάδες υγείας εργασίας, σε σχέση με τις θεματικές ενότητες της επαγγελματικής κατάρτισης πραγματοποιήθηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση. Στο κάθε υπόδειγμα ως εξαρτημένη μεταβλητή ετέθη η κάθε μια θεματική ενότητα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές ετέθησαν οι τέσσερις ομάδες των επαγγελματιών υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνολογικό δυναμικό), το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και η μονάδα υγείας εργασίας. Ως μέθοδος για τη λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε η Backward LR.

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ:
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Αποτελέσματα της έρευνας

6.1.Αποτελέσματα Ιατρικού Δυναμικού

Στην έρευνα μας και στις τρεις (3) φάσεις συμμετείχαν συνολικά 25 εμπειρογνώμονες που είχαν επιλεγθεί για το δείγμα μας.

6.1.1. Κοινωνικο- δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ιατρικού Δυναμικού

Η πλειοψηφία του δείγματος του ιατρικού δυναμικού (48%) προερχόταν από την 1^η ΥΠΕ, το 40% του δείγματος μας εργαζόταν σε δημόσιο νοσοκομείο, το 60% κατείχε διδακτορικό τίτλο και το 80% ήταν άνδρες (Πιν.1).

Πίνακας 1.Κοινωνικο- δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ιατρικού Δυναμικού

	N	(%)
Υγειονομική Περιφέρεια		
1η ΥΠΕ (Αττική)	12	48,0
5η ΥΠΕ (Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα)	3	12,0
6η ΥΠΕ (Ηπειρο, Πελοπόννησο, Ιόνια Νησιά)	5	20,0
7η ΥΠΕ (Κρήτη)	5	20,0
Μονάδα Υγείας		
Δημόσιο Νοσοκομείο	10	40,0
ΕΣΔΥ	2	8,0
Εταιρεία Ιδιωτική	2	8,0
Ιδιωτικό Ιατρείο	4	16,0
Ιδιωτικό Νοσοκομείο	3	12,0
Κέντρο Υγείας	1	4,0
Πανεπιστήμιο	3	12,0
Μονάδα Υγείας		
Δημόσιο	16	64,0
Ιδιωτικό	9	36,0
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Α.Ε.Ι.	5	20,0
Μεταπτυχιακός τίτλος	5	20,0
Διδακτορικός τίτλος	15	60,0
Φύλο		
Θήλυ	5	20,0
Άρρεν	20	80,0

6.1.2.Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση Ιατρικού Δυναμικού

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι απόψεις των ειδικών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανά φάση.

Στην Ερώτηση: «1.1.Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 2.

Η αναγκαιότητα της ΣΕΚ αναδεικνύεται και στις τρεις φάσεις της μελέτης μέσα από τη διαμόρφωση της γνώμης των ειδικών. Σε όλες τις φάσεις εξέτασης, πάνω από το 80% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η ανάγκη επιμόρφωσης για τη δουλειά του είναι πάρα πολύ σημαντική. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών φάσεων ($p=0.125$) (Πιν.2). Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει διαφορά απόψεων ανά φάση, αλλά όλοι τους συμφωνούσαν από τον πρώτο κιόλας γύρο της έρευνας περί της μεγάλης αναγκαιότητας υλοποίησης προγραμμάτων κατάρτισης, εκφράζοντας με απόλυτο σχεδόν τρόπο την προσδοκία αφενός της βελτίωσης των ικανοτήτων του προσωπικού και των παρεχόμενων υπηρεσιών και αφετέρου της ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στις συνεχείς εξελίξεις της τεχνολογίας παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις θέτουν ζητήματα αναδιάρθρωσης της οργάνωσης της εργασίας και της παραγωγικής διαδικασίας.

Πίνακας 2.Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά φάση

		Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ	P value
1^η Φάση	N (%)	3 (12,0)	1 (4,0)	21 (84,0)	0.125
2^η Φάση	N (%)	1 (4,0)	0 (0,0)	24 (96,0)	
3^η Φάση	N (%)	0 (0,0)	3 (12,0)	22 (88,0)	

Στην Ερώτηση: «1.2 Παρακαλώ εξηγήστε τη σημασία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στη δουλειά σας», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 3.

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού απάντησε για την αναγκαιότητα της “Γνώσης νέων μεθόδων – τεχνολογιών και τη βελτίωση της αποδοτικότητας” η οποία θα επιτευχθεί μόνο μέσω της επιμόρφωσης και της ΣΕΚ στη δουλειά του. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών φάσεων ($p=0.437$) (Πίν.3). Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει διαφορά απόψεων ανά φάση, αλλά όλοι τους συμφωνούσαν από τον πρώτο κιόλας γύρο της έρευνας περί τα οφέλη της ΣΕΚ.

Πίνακας 3.Σημασία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στη δουλειά, ανά φάση

		Γνώση νέων μεθόδων - τεχνολογιών	Γνώση νέων μεθόδων – τεχνολογιών- βελτίωση της αποδοτικότητας	Γνώση νέων μεθόδων - τεχνολογιών επαγγελματική εξέλιξη	P value
1^ηΦάση	N (%)	8 (32,0)	10 (40,0)	7 (28,0)	0.437
2^ηΦάση	N (%)	6 (24,0)	14 (56,0)	5 (20,0)	
3^ηΦάση	N (%)	3 (12,0)	14 (56,0)	8 (32,0)	

Η απόρροια της ανανέωσης των γνώσεων του προσωπικού μέσω των προγραμμάτων κατάρτισης φαίνεται να βοηθάει και να συμβάλει στην εξέλιξη θέσης στην εργασία τους.

Στην Ερ.2: «Ποιον προτιμάτε ως καλύτερο τρόπο επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στον Πίνακα4.

Στην πρώτη και στη δεύτερη φάση το 100% του ιατρικού δυναμικού δεν ανέφερε τα “Άρθρα” ως επιλογή επιμόρφωσης, ενώ στην τρίτη φάση το 100% απάντησε θετικά. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.001$) που σημαίνει ότι υπάρχει διαφορά απόψεων ανά φάση.

Όσον αφορά τα “Συνέδρια”, το 56% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε στην πρώτη και στην δεύτερη φάση ότι δεν αποτελούν επιλογή επιμόρφωσης, ενώ στη τρίτη φάση το 56% δήλωσε

ότι αποτελούν. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.618$).

Πίνακας 4. Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης – άρθρα, συνέδρια, βιβλία, σεμινάρια, ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Άρθρα	25 (100)	0 (0,0)
	Συνέδρια	14 (56,0)	11 (44,0)
	Βιβλία	18 (72,0)	7 (28,0)
	Σεμινάρια	22 (88,0)	3 (12,0)
2^η Φάση	Άρθρα	25 (100)	0 (0,0)
	Συνέδρια	14 (56,0)	11 (44,0)
	Βιβλία	19 (76,0)	6 (24,0)
	Σεμινάρια	24 (96,0)	1 (4,0)
3^η Φάση	Άρθρα	0 (0,0)	25 (100)
	Συνέδρια	11 (44,0)	14 (56,0)
	Βιβλία	5 (20,0)	20 (80,0)
	Σεμινάρια	1 (4,0)	24 (96,0)

Στην πρώτη και δεύτερη φάση η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού δεν ανέφερε τα “**Βιβλία**” και τα “**Σεμινάρια**” ως επιλογή επιμόρφωσης. Ενώ στην τρίτη φάση το 80% και το 96% όσον αφορά τα “**Βιβλία**” και τα “**Σεμινάρια**” αντίστοιχα, απάντησε ότι αποτελούν επιλογή. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης τόσο για τα “**Βιβλία**” ($p=0.001$) όσο και για τα “**Σεμινάρια**” ($p=0.001$).

Από την παραπάνω ανάλυση, είναι φανερό ότι το ιατρικό δυναμικό στην πλειοψηφία του προτιμά «παραδοσιακές» μεθόδους εκπαίδευσης, χρησιμοποιώντας κατά κόρον έντυπα εκπαιδευτικά εργαλεία και συμμετέχοντας σε συνέδρια και σεμινάρια (σε ιδιαίτερα αυξημένη μάλιστα συχνότητα).

Στην ερώτηση: «Προτείνετε εναλλακτικό τρόπο επιμόρφωσης».

Στη πρώτη φάση, η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού πρότεινε ότι οι εξειδικευμένες ομάδες αποτελούν εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ενώ στη δεύτερη και τρίτη φάση η πλειοψηφία πρότεινε την ελεύθερη πρόσβαση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.094$) (Πίν.5).

Πίνακας 5. Εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ανά φάση

		Ελεύθερη πρόσβαση	Εξειδικευμένες ομάδες	Εξ αποστάσεως	Θεματικά forum	P value
1^η Φάση	N (%)	5 (23,8)	10 (47,6)	2 (9,5)	4 (19,0)	0.094
2^η Φάση	N (%)	13 (59,1)	5 (22,7)	3 (13,6)	1 (4,5)	
3^η Φάση	N (%)	14 (58,3)	5 (20,8)	4 (16,7)	1 (4,2)	

Η ελεύθερη πρόσβαση στα sites/blogs πιθανότατα να κατέχει τόσο μεγάλο ποσοστό προτίμησης από τους γιατρούς, επειδή αποτελεί ένα γρήγορο μέσο ενημέρωσης των ιατρικών εξελίξεων χωρίς να απαιτείται υποχρεωτική χρονική και τοπική παρουσία. Επιπρόσθετα, η ελεύθερη αυτή πρόσβαση φαίνεται να συμβάλει στην εξοικονόμηση οικονομικών πόρων σε αντιδιαστολή για παράδειγμα με τη συμμετοχή τους σε σεμινάρια. Επιπλέον, με την ελεύθερη πρόσβαση και την άντληση στοιχείων για τη συγγραφή άρθρων οι γιατροί έχουν την δυνατότητα να αναδείξουν το επιστημονικό τους έργο.

Στην Ερ.3: «Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητικές;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 6.

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού πιστεύει ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης δεν είναι καθόλου ικανοποιητικές. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.924$) (Πίν.6).

Πίνακας 6.Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική, ανά φάση

		Καθόλου	Αρκετά	Πολύ	P value
1^η Φάση	N (%)	12 (48,0)	12 (48,0)	1 (4,0)	0.924
2^η Φάση	N (%)	13 (52,0)	10 (40,0)	2 (8,0)	
3^η Φάση	N (%)	14 (56,0)	10 (40,0)	1 (4,0)	

Στο Πίνακα 7, παρατίθενται οι απόψεις των εμπειρογνομόνων, με τις οποίες εξηγούν «τους λόγους οι οποίοι κατά τη γνώμη τους ευθύνονται στο ότι δεν δίνονται ευκαιρίες στο δυναμικό του τομέα υγείας για συνεχιζόμενη κατάρτιση».

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η *έλλειψη συστηματικού σχεδίου* αποτελεί την αιτία που δεν δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης των εργαζομένων. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.853$) (Πίν.7).

Πίνακας 7. Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι δε δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης των εργαζομένων, που πιστεύεται ότι οφείλεται αυτό, ανά φάση

		Απουσία Log- Book	Δεν είναι υποχρεωτική η επιμόρφωση	Δεν υπάρχει σύνδεση επιμόρφωσης	Έλλειψη προσωπικού	Έλλειψη συστηματικού σχεδίου	Όλα όσα αναφέρονται	P value
1^ηΦάση	N (%)	5 (20,0)	3 (12,0)	5 (20,0)	5 (20,0)	7 (28,0)	0 (0,0)	0.853
2^ηΦάση	N (%)	2 (8,0)	3 (12,0)	6 (24,0)	3 (12,0)	9 (36,0)	2 (8,0)	
3^ηΦάση	N (%)	3 (12,0)	1 (4,0)	6 (24,0)	5 (20,0)	8 (32,0)	2 (8,0)	

Η έλλειψη αυτού του συστηματικού σχεδίου πιστεύουν ότι είναι η κύρια αιτία για όλα τα υπόλοιπα όπως τη μη χρηματοδότηση των εργαζομένων για συνεχιζόμενη κατάρτιση, τη μη σύνδεση της επιμόρφωσης με την αξιολόγηση και την επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού κ.λπ.

Στην Ερώτηση 4: «Ποιοι κατά τη γνώμη σας από τους κάτωθι φορείς είναι κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά φάση αντίστοιχα παρουσιάζονται στο Πίνακα 8.

Στην πρώτη και δεύτερη φάση η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού ανέφερε ότι το “Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης” αποτελεί κατάλληλο φορέα για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ στην τρίτη φάση η πλειοψηφία απάντησε ότι δεν αποτελεί (56%). Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.360$).

Πίνακας 8. Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	9 (36,0)	16 (64,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	22 (88,0)	3 (12,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	12 (48,0)	13 (52,0)
	Δημόσιος Φορέας	19 (76,0)	6 (24,0)
2^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	11 (44,0)	14 (56,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	23 (92,0)	2 (8,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	15 (60,0)	10 (40,0)
	Δημόσιος Φορέας	20 (80,0)	5 (20,0)
3^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	14 (56,0)	11 (44,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	2 (8,0)	23 (92,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Δημόσιος Φορέας	4 (16,0)	21 (84,0)

Όσον αφορά την “Επιστημονική Εταιρεία” και το “Δημόσιο Φορέα” ως φορείς διεξαγωγής προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού ανέφερε ότι δεν αποτελεί κατάλληλο φορέα στην πρώτη και δεύτερη φάση, ενώ στην τρίτη φάση η πλειοψηφία απάντησε ότι η “Επιστημονική Εταιρεία” σε ποσοστό 92% και το “Δημόσιο” σε ποσοστό 84% ότι αποτελούν κατάλληλοι φορείς. Αναφορικά για τον “Ιδιωτικό Φορέα”,

στην πρώτη φάση η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού ανέφερε ότι αποτελεί κατάλληλο φορέα για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, στην δεύτερη φάση δήλωσαν ότι δεν αποτελεί, ενώ στην τρίτη φάση η πλειοψηφία απάντησε ότι αποτελεί (76%). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης τόσο για την **“Επιστημονική Εταιρεία”** ($p=0.001$) και τον **“Ιδιωτικό φορέα”** ($p=0.003$) όσο και για το **“Δημόσιο φορέα”** ($p=0.001$).

Οι επιστημονικές εταιρείες φαίνεται να έχουν «κατοχυρώσει» την αξιοπιστία τους ως προτιμώμενου φορέα κατάρτισης στη συνείδηση του ιατρικού δυναμικού. Επίσης έχουν την οικονομική δυνατότητα να προσκαλούν ως εισηγητές και εκπαιδευτές στα σεμινάρια που διοργανώνουν, άτομα με μεγάλη κλινική ή και ερευνητική εμπειρία, κάτι το οποίο φαίνεται να προσελκύει αρκετούς ιατρούς που θέλουν να ενημερωθούν για τις ραγδαίες εξελίξεις στο τομέα τους.

Όσον αφορά την ερώτηση: «Άλλος προτεινόμενος φορέας επιμόρφωσης».

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η επιμόρφωση σε *πανεπιστήμια ή άλλα ακαδημαϊκά κέντρα* αποτελεί μια εναλλακτική πρόταση μηχανισμό επιμόρφωσης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.989$) (Πιν.9).

Πίνακας 9. Διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που προτιμάτε άλλο μηχανισμό επιμόρφωσης, ανά φάση

		Επιμόρφωση σε πανεπιστήμια ή άλλα ακαδημαϊκά κέντρα	Ευρωπαϊκά κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης	Υπουργείο / Υγειονομικές περιφέρειες	Ο ίδιος ο φορέας εργασίας	P value
1^η Φάση	N (%)	6 (42,9)	2 (14,3)	3 (21,4)	3 (21,4)	0.989
2^η Φάση	N (%)	8 (42,1)	2 (10,5)	6 (31,6)	3 (15,8)	
3^η Φάση	N (%)	11 (47,8)	3 (13,0)	6 (26,1)	3 (13,0)	

Το μεγάλο ποσοστό των γιατρών που προτιμάει τα *πανεπιστήμια ή άλλα ακαδημαϊκά κέντρα* φαίνεται πιθανότατα στο υψηλό καταρτισμένο και έμπειρο επίπεδο των εκπαιδευτών όπου αυτά διαθέτουν, καθώς και στη καινοτομία των προγραμμάτων επιμόρφωσης που τους παρέχουν, γεγονός που φαίνεται να συμβάλλει εποικοδομητικά στο επάγγελμά τους συμβαδίζοντας με τις τρέχουσες εξελίξεις.

Στην Ερώτηση 5: «Ποια από τα κάτωθι θεωρείτε ότι αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Στην πρώτη και δεύτερη φάση η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού ανέφερε ότι η **“Έλλειψη χρόνου”** και οι **“Οικονομικοί λόγοι”** δεν αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ενώ στην τρίτη φάση η πλειοψηφία απάντησε ότι αποτελούν (72%) και (92%), αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης τόσο για την **“Έλλειψη χρόνου”**($p=0.005$) όσο και για τους **“Οικονομικούς λόγους”** ($p=0.001$).

Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζουν και τα άλλα δυο εμπόδια συμμετοχής όπου αποτυπώνεται ότι η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού στη πρώτη και δεύτερη φάση υποστηρίζει ότι οι **“Υποχρεώσεις στη δουλειά”** και οι **“Οικογενειακοί λόγοι”** δεν αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ενώ στην τρίτη φάση η πλειοψηφία απάντησε ότι αποτελούν (76%) και (68%), αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης τόσο για τις **“Υποχρεώσεις στη δουλειά”**($p=0.001$) όσο και για τους **“Οικογενειακούς λόγους”** ($p=0.005$).

Πίνακας 10.Εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	17 (68,0)	8 (32,0)
	Οικονομικοί λόγοι	20 (80,0)	5 (20,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	18 (72,0)	7 (28,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	9 (36,0)	16 (64,0)
2^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	17 (68,0)	8 (32,0)
	Οικονομικοί λόγοι	22 (88,0)	3 (12,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	18 (72,0)	7 (28,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	6 (24,0)	19 (76,0)
3^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	7 (28,0)	18 (72,0)
	Οικονομικοί λόγοι	2 (8,0)	23 (92,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	6 (24,0)	19 (76,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	17 (68,0)	8 (32,0)

Το ποσοστό των γιατρών που συμμετείχε στη μελέτη μας, ήταν το μεγαλύτερο από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είχαν σταθερή ετήσια συνεχιζόμενη κατάρτιση με κάθε είδους μορφή. Οι σημαντικές αλλαγές που παρατηρήθηκαν έντονα στο χώρο της υγείας τα τελευταία χρόνια, με την οικονομικές διακυμάνσεις και την μείωση των μισθών από την μια και, την έλλειψη των ανθρώπινων πόρων από την άλλη, με το προσωπικό να μην μπορεί να ασκήσει το αναφαίρετο δικαίωμα της άδειας και της απουσίας του από την εργασία, είχαν ως συνέπεια και τον περιορισμό της επιμόρφωσής τους. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι οι πολλές ώρες εργασίας και το κυκλικό ωράριο, αποτελούν δύο σημαντικούς παράγοντες μη παρακολούθησης προγράμματος συνεχιζόμενης κατάρτισης, καθώς ένα τέτοιο πρόγραμμα θα στερούσε επιπλέον, πολύτιμο χρόνο από την οικογένεια.

Στην ερώτηση: «Αναφέρετε άλλο εμπόδιο μη συμμετοχής σε ΣΕΚ» παρουσιάζονται στο Πίνακα 11.

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η *έλλειψη κινήτρων υποκίνησης και καθοδήγησης εργαζομένων* αποτελεί εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.939$) (Πιν.11).

Πίνακας 11. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε άλλο εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ανά φάση

		Απουσία κουλτούρας συνεχιζόμενης κατάρτισης	Έλλειψη κινήτρων υποκίνησης και καθοδήγησης εργαζομένων	Έλλειψη συστηματικού σχεδίου επιμόρφωσης προσωπικού δε δίνονται ίσες ευκαιρίες για όλους	Κατάρτιση όχι προσανατολισμένη στις πραγματικές ανάγκες	Συνδυασμός όλων των αναφερόντων	P value
1^η Φάση	N (%)	6 (35,3)	7 (41,2)	2 (11,8)	2 (11,8)	0 (0,0)	0.939
2^η Φάση	N (%)	6 (30,0)	9 (45,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	
3^η Φάση	N (%)	7 (29,2)	9 (37,5)	4 (16,7)	3 (12,5)	1 (4,2)	

Οι γιατροί επιζητούν από τις διοικήσεις των οργανισμών ,σε οποιοδήποτε φορέα και αν εργάζονται, να τους δίνονται κίνητρα τόσο οικονομικά όσο και κίνητρα σύνδεσης με την αποδοτικότητα και προαγωγή τους στο χώρο εργασίας, έτσι ώστε να θεωρείται αυτονόητη η συνεχή κατάρτιση για ποιοτικότερη υγεία.

Στην Ερώτηση: «6. Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια;», οι απόψεις ανά φάση απεικονίζονται στο Πίνακα 12.

Στη πρώτη φάση η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι μέσω *υποχρεωτικής επιμόρφωσης* μπορούν να αρθούν τα εμπόδια στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ενώ στη δεύτερη και τρίτη φάση η πλειοψηφία δήλωσε ότι αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της *σύνδεσης της επιμόρφωσης με την αξιολόγηση και απόδοση υπάλληλου*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.647$) (Πίν.12).

Πίνακας12.Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια, ανά φάση

		Ίσες ευκαιρίες και επαναλαμβανόμενα προγράμματα επιμόρφωσης για όλους	Κίνητρα υποκίνησης και καθοδήγησης εργαζομένων	Σύνδεση επιμόρφωσης με αξιολόγηση και απόδοση υπάλληλου	Υποχρεωτική επιμόρφωση	P value
1^η Φάση	N (%)	4 (16,7)	3 (12,5)	6 (25,0)	11 (45,8)	0.647
2^η Φάση	N (%)	3 (12,0)	5 (20,0)	10 (40,0)	7 (28,0)	
3^η Φάση	N (%)	3 (12,0)	3 (12,0)	12 (48,0)	7 (28,0)	

Στην Ερώτηση: «7. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η "ιδανική" χρονική διάρκεια διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 13.

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού ανέφερε ότι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης είναι σε *ώρες εργασίας*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.938$) (Πίν.13). Επίσης προτάθηκε και ο συνδυασμός εντός και εκτός ωρών εργασίας.

Πίνακας 13. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης, ανά φάση

		Σε ώρες εργασίας	Εκτός ωρών εργασίας	Άλλο	P value
1^η Φάση	N (%)	14 (56,0)	5 (20,0)	6 (24,0)	0.938
2^η Φάση	N (%)	11 (44,0)	7 (28,0)	7 (28,0)	
3^η Φάση	N (%)	13 (52,0)	6 (24,0)	6 (24,0)	

6.1.3. Προτεραιότητες Θεματικών Ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης Ιατρικού Δυναμικού

Στην Ερώτηση: «8. Σημειώσατε στις κάτωθι θεματικές ενότητες εκείνες τις οποίες πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη προτεραιότητας για την επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (άκρως απαραίτητα – 1^η επιλογή), και σε εκείνες τις θεματικές ενότητες που είναι δευτερεύουσας προτεραιότητας (επιθυμητά – 2^η επιλογή)», οι απόψεις ανά φάση απεικονίζονται στο Πίνακα 14.

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 80% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι οι προτεραιότητες για *“Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας”*, για *“Οικονομικά της υγείας”* και για *“Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας”* είναι *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις τρεις αυτές προτεραιότητες ($p=0.889$), ($p=0.446$) και ($p=0.689$), αντίστοιχα.

Πίνακας 14. Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη
1^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	4 (16,0)	21 (84,0)
	Οικονομικά της υγείας	5 (20,0)	20 (80,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	7 (28,0)	18 (72,0)
	Δικαιώματα ασθενών	7 (28,0)	18 (72,0)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	5 (20,0)	20 (80,0)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	8 (32,0)	17 (68,0)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	8 (32,0)	17 (68,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα	7 (28,0)	18 (72,0)

Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων		
Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	10 (40,0)	15 (60,0)
Επικοινωνία και υγεία	20 (80,0)	5 (20,0)
Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	9 (36,0)	16 (64,0)
Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	16 (64,0)	9 (36,0)
Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN- DRGS)	18 (72,0)	7 (28,0)
Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	9 (36,0)	16 (64,0)
Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	16 (64,0)	9 (36,0)
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	11 (44,0)	14 (56,0)
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	12 (48,0)	13 (52,0)
Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	19 (76,0)	6 (24,0)
Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	16 (64,0)	9 (36,0)
Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	4 (16,0)	21 (84,0)
Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	13 (52,0)	12 (48,0)
Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	11 (44,0)	14 (56,0)
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	4 (16,0)	21 (84,0)
Αντιμετώπιση πόνου	17 (68,0)	8 (32,0)
Ιατρικός τουρισμός	19 (76,0)	6 (24,0)
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	25 (100,0)	0 (0,0)
Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	2 (8,0)	23 (92,0)
Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	3 (12,0)	22 (88,0)
Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία-	4 (16,0)	21 (84,0)

	Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών		
	Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	25 (100,0)	0 (0)
	Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	25 (100,0)	0 (0)
2^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Οικονομικά της υγείας	2 (8,0)	23 (92,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	6 (24,0)	19 (76,0)
	Δικαιώματα ασθενών	8 (32,0)	17 (68,0)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	5 (20,0)	20 (80,0)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	7 (28,0)	18 (72,0)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ(Windows, Word, Excel, Internet)	8 (32,0)	17 (68,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	7 (28,0)	18 (72,0)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	10 (40,0)	15 (60,0)
	Επικοινωνία και υγεία	19 (76,0)	6 (24,0)
	Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	8 (32,0)	17 (68,0)
	Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	17 (68,0)	8 (32,0)
	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	18 (72,0)	7 (28,0)
	Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	9 (36,0)	16 (64,0)
	Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	16 (64,0)	9 (36,0)
	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	10 (40,0)	15 (60,0)
	Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	12 (48,0)	13 (52,0)
	Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	19 (76,0)	6 (24,0)
	Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	16 (64,0)	9 (36,0)
	Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	4 (16,0)	21 (84,0)
Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη	13 (52,0)	12 (48,0)	

	κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.		
	Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	11 (44,0)	14 (56,0)
	Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	5 (20,0)	20 (80,0)
	Αντιμετώπιση πόνου	17 (68,0)	8 (32,0)
	Ιατρικός τουρισμός	18 (72,0)	7 (28,0)
	Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	24 (96,0)	1 (4,0)
	Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	2 (8,0)	23 (92,0)
	Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	3 (12,0)	22 (88,0)
	Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	25 (100,0)	0 (0)
	Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	25 (100,0)	0 (0)
3^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	4 (16,0)	21 (84,0)
	Οικονομικά της υγείας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	5 (20,0)	20 (80,0)
	Δικαιώματα ασθενών	8 (32,0)	17 (68,0)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	7 (28,0)	18 (72,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	6 (24,0)	19 (76,0)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	8 (32,0)	17 (68,0)
	Επικοινωνία και υγεία	19 (76,0)	6 (24,0)

Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	8 (32,0)	17 (68,0)
Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	16 (64,0)	9 (36,0)
Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	18 (72,0)	7 (28,0)
Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	7 (28,0)	18 (72,0)
Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	14 (56,0)	11 (44,0)
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	10 (40,0)	15 (60,0)
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	11 (44,0)	14 (56,0)
Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	19 (76,0)	6 (24,0)
Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	14 (56,0)	11 (44,0)
Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	4 (16,0)	21 (84,0)
Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	11 (44,0)	14 (56,0)
Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	10 (40,0)	15 (60,0)
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	4 (16,0)	21 (84,0)
Αντιμετώπιση πόνου	14 (56,0)	11 (44,0)
Ιατρικός τουρισμός	18 (72,0)	7 (28,0)
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	25 (100,0)	0 (0,0)
Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	2 (8,0)	23 (92,0)
Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	3 (12,0)	22 (88,0)
Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	2 (8,0)	23 (92,0)
Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	25 (100,0)	0 (0)
Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	25 (100,0)	0 (0)

Το 70% και πάνω του ιατρικού δυναμικού, σε όλες τις φάσεις, δήλωσε ότι οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης **“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”** και **“Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων”** είναι **“άκρως απαραίτητες”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.803$) και ($p=0.934$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης για **“Δικαιώματα ασθενών”**, για **“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”** και για **“Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)”** δηλώθηκαν από το 60% και πάνω του ιατρικού δυναμικού ως **“άκρως απαραίτητες”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις τρεις αυτές προτεραιότητες με ($p=0.939$), ($p=0.820$) και ($p=0.939$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 70% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Επικοινωνία και υγεία”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.927$).

Για τις τρεις προτεραιότητες για **“Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης”**, για τη **“Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας”** και για την **“Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της”**, σε όλες τις φάσεις, το 60% και πάνω του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις τρεις προτεραιότητες με ($p=0.796$), ($p=0.942$) και ($p=0.787$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, το 60% και πάνω και το 72% του ιατρικού δυναμικού, δήλωσαν ως **“επιθυμητές”** τις προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης για τις **“Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής”** και για τα **“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)”**, αντίστοιχα. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.943$) και ($p=1.000$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 50% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι τα **“Γενικά θέματα επιδημιολογίας-Επιδημιολογική επιτήρηση”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης και η **“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”** είναι

“άκρως απαραίτητη”. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.799$) και ($p=0.946$), αντίστοιχα.

Σε ποσοστό πάνω από το 50% του ιατρικού δυναμικού, σε όλες τις φάσεις, η προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης για **“Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα”** και η προτεραιότητα για **“Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος”** δηλώθηκαν ότι είναι **“άκρως απαραίτητες”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.948$) και ($p=1.000$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 70% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι οι **“Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας”** και το 60% και πάνω του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)”** είναι **“επιθυμητές”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=1.000$) και ($p=0.799$), αντίστοιχα.

Στην πρώτη και δεύτερη φάση η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ στη τρίτη φάση η πλειοψηφία (56%) δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.808$).

Σε όλες τις φάσεις, η προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης **“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία”** σε ποσοστό πάνω από το 50% του ιατρικού δυναμικού και η προτεραιότητα για **“Ιατρικός-Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας”** για το 80% και πάνω του ιατρικού δυναμικού δηλώθηκαν ότι είναι **“άκρως απαραίτητες”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.947$) και ($p=0.911$) αντίστοιχα.

Πάνω από το 50% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Αντιμετώπιση πόνου”** και πάνω από το 70% του ιατρικού δυναμικού ανέφερε ότι ο **“Ιατρικός τουρισμός”** είναι **“επιθυμητές”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης, σε όλες τις φάσεις. Δεν βρέθηκε

στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης τόσο για την *“Αντιμετώπιση πόνου”* ($p=0.594$) όσο και για το *“Ιατρικός τουρισμός”* ($p=0.934$).

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 90% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι το *“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”* είναι *“επιθυμητή”* προτεραιότητα και ότι η *“Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας”* είναι *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες των θεματικών ενοτήτων με ($p=0.363$) και ($p=0.999$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 80% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η *“Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας”* και ο *“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”* είναι *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Και στις δυο αυτές προτεραιότητες δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=0.998$) και ($p=0.686$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, το 100% του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι η *“Δημόσια υγεία και νοσηλευτική”* και η *“Ψυχική υγεία και νοσηλευτική”* είναι *“επιθυμητές”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

Στα παρακάτω **Διαγράμματα (10-12)**, παρουσιάζονται οι θεματικές ενότητες της **Τρίτης (3^{ης}) Φάσης** σύμφωνα με τις απαντήσεις του ιατρικού δυναμικού.

Στα **Διαγράμματα (10-11)** αποτυπώνονται οι *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης, με την *“Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: αναλύσεις κόστους-οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας”* και το *“Στρατηγικός σχεδιασμός στην υγεία, μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων, εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”* να ορίζονται, έτσι όπως αναφέρθηκαν από την συντριπτική πλειοψηφία της ιατρικής υπηρεσίας, ως οι δυο *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

Διάγραμμα 10. Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης – του Ιατρικού Δυναμικού (1)

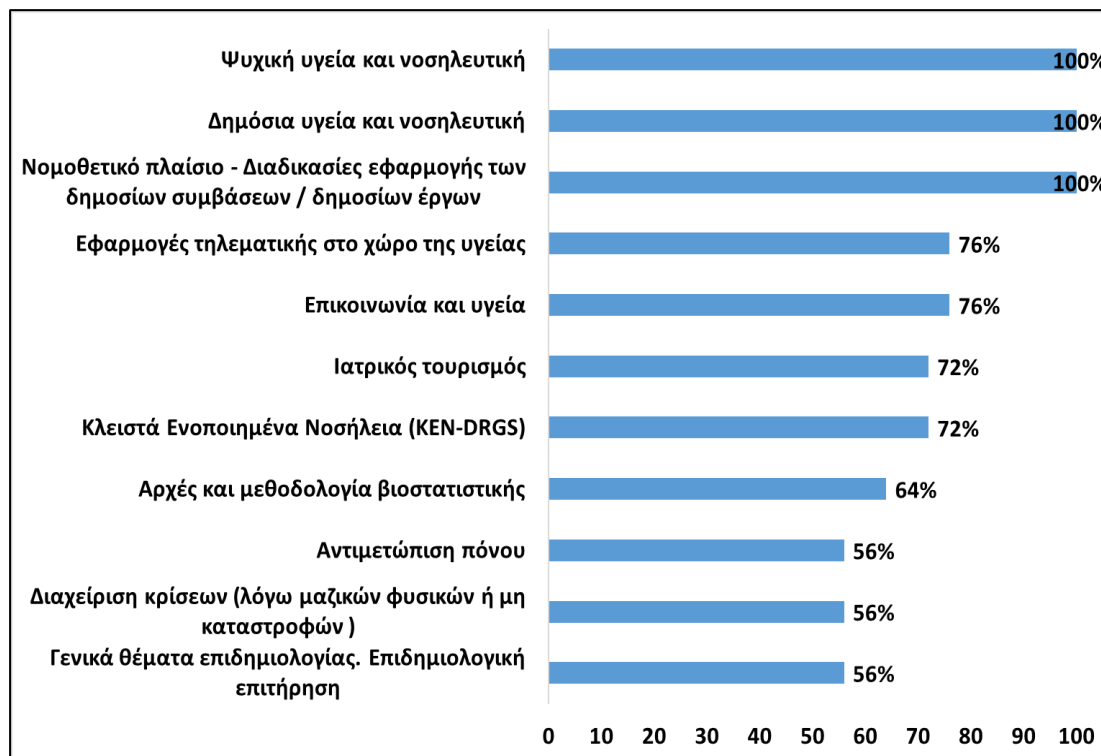


Διάγραμμα 11. Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα – του Ιατρικού Δυναμικού (2)



Επιπρόσθετα, στο **Διάγραμμα 12** οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης για *“Δημόσια υγεία και νοσηλευτική”*, για *“Ψυχική υγεία και νοσηλευτική”* και για το *“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”* αναφέρθηκαν από την πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού ως οι πιο *“επιθυμητές”* προτεραιότητες.

Διάγραμμα 12.Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης– του Ιατρικού Δυναμικού



6.2. Αποτελέσματα Νοσηλευτικού Δυναμικού

Συνολικά συμμετείχαν και στις 3 φάσεις της έρευνας 25 εμπειρογνώμονες που είχαν επιλεγθεί για το δείγμα μας.

6.2.1. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικού Δυναμικού

Η πλειοψηφία του δείγματος του νοσηλευτικού δυναμικού (44%) προερχόταν από την 1^η ΥΠΕ, 80% εργαζόταν σε δημόσιο νοσοκομείο, 32% είχε ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο και 72% ήταν γυναίκες (Πιν.15).

Πίνακας 15. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικού Δυναμικού

	N	%
Υγειονομική Περιφέρεια		
1η ΥΠΕ (Αττική)	11	44,0
2η ΥΠΕ (Δ. Αττική, Δωδεκάνησα και Αιγαίο)	2	8,0
3η ΥΠΕ (Θεσσαλονίκη, Δ. Μακεδονία)	1	4,0
4η ΥΠΕ (Αν. Μακεδονία και Θράκη)	1	4,0
5η ΥΠΕ (Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα)	3	12,0
6η ΥΠΕ (Ηπειρο, Πελοπόννησο, Ιόνια Νησιά)	3	12,0
7η ΥΠΕ (Κρήτη)	4	16,0
Μονάδα Υγείας		
Δημόσιο Νοσοκομείο	20	80,0
Ε.Ο.Π.Π.Υ.	1	4,0
Φορέας Εκπαίδευσης	1	4,0
Ιδιωτικό Νοσοκομείο	2	8,0
ΤΕΙ	1	4,0
Μονάδα Υγείας		
Δημόσιο	22	88,0
Ιδιωτικό	3	12,0
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
T.E.I.	8	32,0
T.E.I. - MSc	8	32,0
A.E.I. - MSc	6	24,0
A.E.I. - PhD	3	12,0
Φύλο		
Θήλυ	18	72,0
Άρρεν	7	28,0

6.2.2. Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση Νοσηλευτικού Δυναμικού

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι απόψεις των ειδικών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανά φάση.

Στην Ερώτηση: «1.1.Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 16.

Η αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης αναδεικνύεται και στις τρεις φάσεις της μελέτης μέσα από τη διαμόρφωση της γνώμης των ειδικών. Σε όλες τις φάσεις εξέτασης, πάνω από το 80% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η ανάγκη επιμόρφωσης για τη δουλειά του είναι πάρα πολύ σημαντική. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών φάσεων ($p = 0.581$) (Πιν.16). Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει διαφορά απόψεων ανά φάση, αλλά όλοι τους συμφωνούσαν από τον πρώτο κιόλας γύρο της έρευνας περί της μεγάλης αναγκαιότητας υλοποίησης προγραμμάτων κατάρτισης, εκφράζοντας με απόλυτο σχεδόν τρόπο την προσδοκία αφενός της βελτίωσης των ικανοτήτων του προσωπικού και των παρεχόμενων υπηρεσιών και αφετέρου της ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στις συνεχείς εξελίξεις της τεχνογνωσίας παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις θέτουν ζητήματα αναδιάρθρωσης της οργάνωσης της εργασίας και της παραγωγικής διαδικασίας.

Πίνακας 16.Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά φάση

		Πολύ	Πάρα Πολύ	P value
1^η Φάση	N (%)	3 (12,0)	22 (88,0)	0.581
2^η Φάση	N (%)	2 (8,0)	23 (92,0)	
3^η Φάση	N (%)	1 (4,0)	24 (96,0)	

Στην Ερώτηση: «1.2 Παρακαλώ εξηγήστε τη σημασία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στη δουλειά σας», οι ειδικοί του νοσηλευτικού δυναμικού σε όλες τις φάσεις δήλωσαν τα παρακάτω:

- ❖ Η ΣΕΚ είναι σημαντική στην αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και συμβάλλει στην πρόληψη για την αποφυγή επαγγελματικής εξουθένωσης.
- ❖ Η ΣΕΚ είναι απαραίτητη διότι είναι αναγκαία όσο ποτέ η βελτίωση της ολιστικής φροντίδας του ασθενή.
- ❖ Η ΣΕΚ συμβάλλει στην ανανέωση, στην αναβάθμιση, στην επικαιροποίηση των επαγγελματικών γνώσεων και στον εκσυγχρονισμό των δεξιοτήτων ως σημαντικό επακόλουθο έτσι ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις αλλεπάλληλες εξελίξεις στο χώρο της υγείας με σκοπό την επαγγελματική τους εξέλιξη, τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ❖ Η ΣΕΚ με τη συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση συμβάλλει ενεργά στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και ικανοποίησης των εργαζομένων.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι νοσηλευτές/τριες που παρακολουθούν προγράμματα κατάρτισης, δηλώνουν, στην πλειοψηφία τους, ότι τα προγράμματα τους βοηθούν να αναβαθμίσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η ποιότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την κλινική αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα του κόστους και τη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση. Εν προκειμένω η διατήρηση της ποιότητας στην πράξη και η βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών, σύμφωνα με τους ειδικούς του νοσηλευτικού δυναμικού, απαιτεί από τους εργαζόμενους να επικαιροποιούν τις γνώσεις τους και να αναδεικνύουν την ανάγκη για έρευνα και για τεκμηριωμένη πρακτική. Τέλος, η ΣΕΚ δεν φαίνεται να βοηθάει και να συμβάλλει στη λήψη αποφάσεων γιατί το καθήκοντολόγιο, η οργάνωση και η φύση της εργασίας τους δεν τους το επιτρέπει.

Στην Ερ.2: «Ποιον προτιμάτε ως καλύτερο τρόπο επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 17.

Στην πρώτη φάση το 52% του νοσηλευτικού δυναμικού ανέφερε τα “*Άρθρα*” ως επιλογή επιμόρφωσης, ποσοστό που αυξήθηκε σε 80% στη δεύτερη φάση και 84% στην τρίτη φάση. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.023$) που σημαίνει ότι υπάρχει διαφορά απόψεων ανά φάση.

Πίνακας 17. Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης – άρθρα, συνέδρια, βιβλία, σεμινάρια ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Άρθρα	12 (48,0)	13 (52,0)
	Συνέδρια	8 (32,0)	17 (68,0)
	Βιβλία	14 (56,0)	11 (44,0)
	Σεμινάρια	4 (16,0)	21 (84,0)
2^η Φάση	Άρθρα	5 (20,0)	20 (80,0)
	Συνέδρια	4 (16,0)	21 (84,0)
	Βιβλία	9 (36,0)	16 (64,0)
	Σεμινάρια	2 (8,0)	23 (92,0)
3^η Φάση	Άρθρα	4 (16,0)	21 (84,0)
	Συνέδρια	6 (24,0)	19 (76,0)
	Βιβλία	7 (28,0)	18 (72,0)
	Σεμινάρια	1 (4,0)	24 (96,0)

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 60% του νοσηλευτικού δυναμικού και πάνω από το 80% ανέφερε ότι τα “*Συνέδρια*” και τα “*Σεμινάρια*”, αντίστοιχα αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης τόσο για τα “*Συνέδρια*” ($p=0.416$) όσο και για τα “*Σεμινάρια*” ($p=0.332$).

Στην πρώτη φάση το νοσηλευτικό δυναμικό δεν ανέφερε τα “*Βιβλία*” ως επιλογή επιμόρφωσης, ενώ στην δεύτερη και τρίτη φάση το 64% και 72% αντίστοιχα απάντησε ότι αποτελούν επιλογή. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.115$).

Στην ερώτηση: «Προτείνετε εναλλακτικό τρόπο επιμόρφωσης».

Στην πρώτη φάση το 31,8% του νοσηλευτικού δυναμικού ανέφερε τις *ηλεκτρονικές πηγές* και την *εξ' αποστάσεως εκπαίδευση* ως εναλλακτικό τρόπο επιμόρφωσης, στη δεύτερη φάση το 33,3% απάντησε την *εξ' αποστάσεως εκπαίδευση* και στη τρίτη φάση το 31,8% τις *ηλεκτρονικές πηγές* και την *εξ' αποστάσεως εκπαίδευση*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.855$) (Πιν.18).

Πίνακας 18. Εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ανά φάση

		Ηλεκτρονικές πηγές	Εξειδικευμένες ομάδες	Θεματικά forum	Εξ' αποστάσεως εκπαίδευση	Όλοι οι προτεινόμενοι τρόποι	P value
1^η Φάση	N (%)	7 (31,8)	3 (13,6)	2 (9,1)	7 (31,8)	3(13,6)	0.855
2^η Φάση	N (%)	5 (27,8)	5 (27,8)	2 (11,1)	6 (33,3)	0 (0,0)	
3^η Φάση	N (%)	7 (31,8)	3 (13,6)	2 (9,1)	7 (31,8)	3 (13,6)	

Στην Ερώτηση: «3. Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητικές;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 19.

Στην πρώτη και δεύτερη φάση η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης δεν είναι *καθόλου* ικανοποιητικές, ενώ στη τρίτη φάση η πλειοψηφία (56%) δήλωσε ότι είναι *αρκετά* ικανοποιητικές. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.261$) (Πιν.19).

Πίνακας 19: Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική, ανά φάση

		Καθόλου	Αρκετά	Πολύ	P value
1^η Φάση	N (%)	16 (64,0)	7 (28,0)	2 (8,0)	0.261
2^η Φάση	N (%)	13 (52,0)	11 (44,0)	1 (4,0)	
3^η Φάση	N (%)	11 (44,0)	14 (56,0)	0 (0,0)	

Στην ερώτηση: «Για ποιους λόγους κατά τη γνώμη σας ευθύνονται στο ότι δεν δίνονται ευκαιρίες στο δυναμικό του τομέα υγείας για συνεχιζόμενη κατάρτιση»,

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού σε όλες τις φάσεις δήλωσε ότι οι *λόγοι που δεν δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης στους εργαζόμενους* είναι:

- ❖ Απουσία LOG-BOOK και κονδυλίου ανά έτος για κάθε εργαζόμενο.
- ❖ Δεν είναι υποχρεωτική η επιμόρφωση.
- ❖ Δεν λειτουργούν τα γραφεία εκπαίδευσης σύμφωνα με τις τρέχουσες ανάγκες και τις εξελίξεις της αγοράς εργασίας ώστε να παρακινούν τους εργαζόμενους για συμμετοχή σε ΣΕΚ ως επιτακτική ανάγκη.
- ❖ Υπάρχει μεροληψία υπέρ κάποιων συγκεκριμένων ατόμων με αποτέλεσμα να αποτρέπεται η καθολικότητα στην επιλογή των εκπαιδευομένων για συμμετοχή σε ΣΕΚ.
- ❖ Δεν υπάρχει η κουλτούρα στο ότι η ΣΕΚ βοηθά στην αποδοτικότητα και παραγωγικότητα των εργαζομένων.

- ❖ Δεν θεωρούν ότι η κατάρτιση είναι ευκαιρία εφόσον δεν υπάρχει σύνδεση της επιμόρφωσης με την αξιολόγηση και απόδοση του υπάλληλου.
- ❖ Έλλειψη προσωπικού και αυξημένος φόρτος εργασίας.
- ❖ Έλλειψη συστηματικού σχεδίου επιμόρφωσης προσωπικού.
- ❖ Η διοίκηση και ο παράγοντας της αναξιοκρατίας λειτουργούν ως τροχοπέδη σε τέτοιες προσπάθειες.
- ❖ Οι διοικητικά αρμόδιοι παρέχουν ελλιπή ενημέρωση στο προσωπικό για προγράμματα ΣΕΚ με αποτέλεσμα να χάνεται η ευκαιρία για επιμόρφωση.
- ❖ Οι ελάχιστοι οικονομικοί πόροι.
- ❖ Μικρός αριθμός προγραμμάτων επιμόρφωσης.
- ❖ Η έλλειψη γνώσης υπολογιστών σε μια κατηγορία ατόμων, αποτρέπει στη παρακολούθηση προγραμμάτων που παρέχονται μέσω E-learning.

Στην Ερώτηση 4: «Ποιοι κατά τη γνώμη σας από τους κάτωθι φορείς είναι κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά κατηγορία δυναμικού και ανά φάση αντίστοιχα παρουσιάζονται στο Πίνακα 20.

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού ανέφερε ότι το **“Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης”**, η **“Επιστημονική Εταιρεία”** και ο **“Δημόσιος φορέας”** αποτελούν κατάλληλους φορείς για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τους τρεις αυτούς φορείς αντίστοιχα (**p=0.339**), (**p=0.168**) και (**p=0.932**), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού ανέφερε ότι ο **“Ιδιωτικός φορέας”** δεν αποτελεί κατάλληλο φορέα για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης (**p=0.911**).

Πίνακας 20. Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	12 (48,0%)	13 (52,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	10 (40,0)	15 (60,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	21 (84,0)	4 (16,0)
	Δημόσιος Φορέας	7 (28,0)	18 (72,0)
2^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	9 (36,0)	16 (64,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	4 (16,0)	21 (84,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	21 (84,0)	4 (16,0)
	Δημόσιος Φορέας	6 (24,0)	19 (76,0)
3^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	7 (28,0)	18 (72,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	7 (28,0)	18 (72,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	20 (80,0)	5 (20,0)
	Δημόσιος Φορέας	6 (24,0)	19 (76,0)

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού σε όλες τις φάσεις πρότεινε τα παρακάτω όσον αφορά τους μηχανισμούς και τους κατάλληλους φορείς επιμόρφωσης:

- ❖ Το επίπεδο των εκπαιδευτών και η οργάνωση της εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι σημαντικότερα από τον φορέα που διενεργεί την επιμόρφωση.
- ❖ Ενδοτμηματικά μαθήματα με σύγχρονες τεχνικές εκμάθησης.
- ❖ Εξ' αποστάσεως επιμόρφωση.
- ❖ Εκπαιδευτές της ΣΕΚ, να είναι εξειδικευμένοι εργαζόμενοι του άμεσου εργασιακού χώρου.
- ❖ Επιμόρφωση σε πανεπιστήμια ή αλλά ακαδημαϊκά κέντρα.
- ❖ Παρακολούθηση προγραμμάτων ΣΕΚ από Ευρωπαϊκά κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης.
- ❖ Ο ίδιος ο φορέας εργασίας.
- ❖ Υπουργείο υγείας, υγειονομικές περιφέρειες.
- ❖ E-learning.

Στην Ερώτηση 5: «Ποια από τα κάτωθι θεωρείτε ότι αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 21.

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού ανέφερε ότι η “*Έλλειψη χρόνου*”, οι “*Οικονομικοί λόγοι*” και οι “*Υποχρεώσεις στη δουλειά*” αποτελούν εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τα τρία αυτά εμπόδια συμμετοχής ($p=0.067$), ($p=0.165$) και ($p=0.521$), αντίστοιχα.

Πίνακας 21. Εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	12 (48,0)	13 (52,0)
	Οικονομικοί λόγοι	10 (40,0)	15 (60,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	6 (24,0)	19 (76,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	11 (44,0)	14 (56,0)
2^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	6 (24,0)	19 (76,0)
	Οικονομικοί λόγοι	8 (32,0)	17 (68,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	4 (16,0)	21 (84,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	10 (40,0)	15 (60,0)
3^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	5 (20,0)	20 (80,0)
	Οικονομικοί λόγοι	4 (16,0)	21 (84,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	3 (12,0)	22 (88,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	13 (52,0)	12 (48,0)

Στην πρώτη και δεύτερη φάση η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού ανέφερε ότι οι “*Οικογενειακοί λόγοι*” αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ενώ στην τρίτη φάση η πλειοψηφία απάντησε ότι δεν αποτελούν (52%) Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.686$).

Στην ερώτηση: «Παραθέστε άλλα εμπόδια τα οποία δεν αναφέρονται παραπάνω ως υπεύθυνα για τη μη συμμετοχή σε συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση;»

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού σε όλες τις φάσεις ανέφερε επιπλέον τα κάτωθι εμπόδια συμμετοχής στη ΣΕΚ:

- ❖ Ανταγωνιστικότητα στο χώρο εργασίας μεταξύ των εργαζομένων και εχθρικό κλίμα.
- ❖ Έλλειψη κουλτούρας συνεχιζόμενης κατάρτισης.
- ❖ Έλλειψη κινήτρων υποκίνησης και καθοδήγησης εργαζομένων π.χ. συμμετοχή σε κέντρα λήψης αποφάσεων και στις διαδικασίες αλλαγών στο χώρο εργασίας.
- ❖ Έλλειψη συστηματικού σχεδίου επιμόρφωσης προσωπικού, δε δίνονται ίσες ευκαιρίες σε όλους για συμμετοχή σε ΣΕΚ.
- ❖ Κατάρτιση όχι προσανατολισμένη στις πραγματικές ανάγκες της αγοράς εργασίας με αποτέλεσμα να μην προκαλούν ενδιαφέρον συμμετοχής στους εργαζόμενους.
- ❖ Το στερεότυπο που επικρατεί στον επαγγελματικό τομέα της υγείας για το νοσηλευτικό δυναμικό ότι δεν χρήζουν βελτίωσης με τη συμμετοχή τους στη ΣΕΚ τους αποτρέπει (κοινωνική επαγγελματική απαξίωση).

Στην Ερώτηση: «6. Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια;», η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού σε όλες τις φάσεις πρότεινε τους παρακάτω τρόπους που μπορούν να αρθούν τα εμπόδια:

- ❖ Αλλαγή τρόπου σκέψης και παιδείας για τη σημασία της γνώσης μέσω της επιμόρφωσης και της ΣΕΚ.
- ❖ Ανάπτυξη κουλτούρας εκπαίδευσης και διευκόλυνση συμμετοχής των εργαζομένων που το επιθυμούν.
- ❖ Συστηματικό σχέδιο επιμόρφωσης προσωπικού.
- ❖ Επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού.
- ❖ Ευελιξία στον προγραμματισμό των προγραμμάτων κατάρτισης π.χ. επανάληψη αυτών σε διαφορετικές ώρες και μέρες.
- ❖ Ίσες ευκαιρίες για επιμόρφωση, επανακαθορισμό εκπαιδευτικής διαδικασίας.
- ❖ Κατάρτιση προσανατολισμένη στις πραγματικές ανάγκες του προσωπικού.
- ❖ Κίνητρα κατάρτισης.
- ❖ Νομοθετική ρύθμιση υποχρεωτικής κατάρτισης και επιμόρφωσης.
- ❖ Προγράμματα και στην επαρχία, όχι μόνο σε μεγάλες πόλεις.
- ❖ Προγραμματισμός επαγγελματικών υποχρεώσεων.
- ❖ Σύνδεση επιμόρφωσης με αξιολόγηση και απόδοση υπάλληλου.

Στην Ερώτηση: «7. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η "ιδανική" χρονική διάρκεια διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο (Πίνακα 22).

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού ανέφερε ότι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης είναι σε *ώρες εργασίας*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.572$). Επίσης αναφέρθηκε ο συνδυασμός εντός και εκτός ωρών εργασίας.

Πίνακας 22. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης, ανά φάση

		Σε ώρες εργασίας	Εκτός ωρών εργασίας	Άλλο	P value
1^η Φάση	N (%)	16 (64,0)	7 (28,0)	2 (8,0)	0.572
2^η Φάση	N (%)	15 (60,0)	5 (20,0)	5 (20,0)	
3^η Φάση	N(%)	15 (60,0)	4 (16,0)	6 (24,0)	

6.2.3. Προτεραιότητες Θεματικών Ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης Νοσηλευτικού Δυναμικού

Στην Ερώτηση: «8. Σημειώσατε στις κάτωθι θεματικές ενότητες εκείνες τις οποίες πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη προτεραιότητας για την επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (άκρως απαραίτητα – 1^η επιλογή), και σε εκείνες τις θεματικές ενότητες που είναι δευτερεύουσας προτεραιότητας (επιθυμητά – 2^η)», οι απόψεις ανά φάση απεικονίζονται στο Πίνακα 23.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες της επαγγελματικής κατάρτισης “*Οργάνωση-Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας*” και “*Οικονομικά της υγείας*” δηλώθηκαν ως “*άκρως απαραίτητες*” σε ποσοστό πάνω από το 60% και πάνω από το 50% του νοσηλευτικού δυναμικού, αντίστοιχα. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.611$) και ($p=0.681$), αντίστοιχα.

Πίνακας 23. Προτεραιότητες θεματικών ενότητων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση

1 ^η Φάση		N (%)	
		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη
	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	8 (32,0)	17 (68,0)
	Οικονομικά της υγείας	12 (48,0)	13 (52,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	9 (36,0)	16 (64,0)
	Δικαιώματα ασθενών	9 (36,0)	16 (64,0)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	4 (16,0)	21 (84,0)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	4 (16,0)	21 (84,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	7 (28,0)	18 (72,0)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	7 (28,0)	18 (72,0)
	Επικοινωνία και υγεία	5 (20,0)	20 (80,0)
	Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	7 (28,0)	18 (72,0)
	Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	20 (80,0)	5 (20,0)
	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	11 (44,0)	14 (56,0)
	Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	7 (28,0)	18 (72,0)
	Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	14 (56,0)	11 (44,0)
	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	11 (44,0)	14 (56,0)
	Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	4 (16,0)	21 (84,0)
	Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	13 (52,0)	12 (48,0)
	Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	13 (52,0)	12 (48,0)
	Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	9 (36,0)	16 (64,0)
	Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής	25 (100,0)	0 (0)

	γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.		
	Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	3 (12,0)	22 (88,0)
	Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Αντιμετώπιση πόνου	9 (36,0)	16 (64,0)
	Ιατρικός τουρισμός	25 (100,0)	0 (0)
	Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	25 (100,0)	0 (0)
	Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	13 (52,0)	12 (48,0)
	Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	5 (20,0)	20 (80,0)
	Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	3 (12,0)	22 (88,0)
	Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	3 (12,0)	22 (88,0)
	Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	8 (32,0)	17 (68,0)
2^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Οικονομικά της υγείας	10 (40,0)	15 (60,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	8 (32,0)	17 (68,0)
	Δικαιώματα ασθενών	8 (32,0)	17 (68,0)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	4 (16,0)	21 (84,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	7 (28,0)	18 (72,0)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	7 (28,0)	18 (72,0)

Επικοινωνία και υγεία	5 (20,0)	20 (80,0)
Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	6 (24,0)	19 (76,0)
Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	20 (80,0)	5 (20,0)
Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	11 (44,0)	14 (56,0)
Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	6 (24,0)	19 (76,0)
Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	13 (52,0)	12 (48,0)
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	10 (40,0)	15 (60,0)
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	4 (16,0)	21 (84,0)
Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	10 (40,0)	15 (60,0)
Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	12 (48,0)	13 (52,0)
Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	9 (36,0)	16 (64,0)
Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	25 (100,0)	0 (0)
Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	3 (12,0)	22 (88,0)
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	3 (12,0)	22 (88,0)
Αντιμετώπιση πόνου	8 (32,0)	17 (68,0)
Ιατρικός τουρισμός	25 (100,0)	0 (0)
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	25 (100,0)	0 (0)
Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	12 (48,0)	13 (52,0)
Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	4 (16,0)	21 (84,0)
Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	3 (12,0)	22 (88,0)
Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	3 (12,0)	22 (88,0)

	Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	8 (32,0)	17 (68,0)
3^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	5 (20,0)	20 (80,0)
	Οικονομικά της υγείας	9 (36,0)	16 (64,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	7 (28,0)	18 (72,0)
	Δικαιώματα ασθενών	7 (28,0)	18 (72,0)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	4 (16,0)	21 (84,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	6 (24,0)	19 (76,0)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	7 (28,0)	18 (72,0)
	Επικοινωνία και υγεία	5 (20,0)	20 (80,0)
	Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	20 (80,0)	5 (20,0)
	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	10 (40,0)	15 (60,0)
	Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	6 (24,0)	19 (76,0)
	Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	12 (48,0)	13 (52,0)
	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	10 (40,0)	15 (60,0)
	Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	4 (16,0)	21 (84,0)
	Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	10 (40,0)	15 (60,0)
	Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	12 (48,0)	13 (52,0)
	Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	9 (36,0)	16 (64,0)
	Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	25 (100,0)	0 (0)
	Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών -	3 (12,0)	22 (88,0)

Διεπιστημονική συνεργασία		
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	3 (12,0)	22 (88,0)
Αντιμετώπιση πόνου	7 (28,0)	18 (72,0)
Ιατρικός τουρισμός	25 (100,0)	0 (0)
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	25 (100,0)	0 (0)
Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	12 (48,0)	13 (52,0)
Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	4 (16,0)	21 (84,0)
Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	3 (12,0)	22 (88,0)
Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	3 (12,0)	22 (88,0)
Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	8 (32,0)	17 (68,0)

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες της επαγγελματικής κατάρτισης **“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”** και τα **“Δικαιώματα ασθενών”** δηλώθηκαν ως **“άκρως απαραίτητες”** σε ποσοστό πάνω από το 60% του νοσηλευτικού δυναμικού και για τις δυο προτεραιότητες. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=0.832$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης **“Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων”** και **“Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος”** σε ποσοστό πάνω από 70% και 64% αντίστοιχα του νοσηλευτικού δυναμικού, δηλώθηκαν ως **“άκρως απαραίτητες”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.934$) και ($p=1.000$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, το 76%, το 70% και πάνω από το 80% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”**, η **“Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)”** και η **“Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας”** αντίστοιχα, ότι είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες

επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης για όλες αυτές τις προτεραιότητες ($p=1.000$), ($p=0.704$) και ($p=0.891$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης”* σε ποσοστό 72% του νοσηλευτικού δυναμικού και οι *“Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα”* σε ποσοστό 84% του νοσηλευτικού δυναμικού δηλώθηκαν ως *“άκρως απαραίτητες”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, το 80% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η *“Επικοινωνία και υγεία”* και ότι η *“Ψυχική υγεία και νοσηλευτική”* σε ποσοστό 68%, είναι *“επιθυμητές”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 70% και πάνω από το 55% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η *“Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας”* και ότι τα *“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια(KEN-DRGS)”*, αντίστοιχα είναι *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.932$) και ($p=0.947$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, το 80% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι οι *“Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής”* είναι *“επιθυμητή”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=1.000$).

Σε όλες τις φάσεις, σε ποσοστό πάνω από το 70% της νοσηλευτικής υπηρεσίας και πάνω από το 50% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η *“Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της”* και η *“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”*, αντίστοιχα είναι *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.932$) και ($p=0.946$), αντίστοιχα.

Στη πρώτη και δεύτερη φάση η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι τα *“Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση”* είναι *“επιθυμητή”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Στη τρίτη φάση η πλειοψηφία (52%) δήλωσε ότι

είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.852$).

Στη πρώτη φάση το 52% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι οι **“Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Στη δεύτερη και τρίτη φάση το 60% δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.614$).

Στη πρώτη φάση το 52% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Στη δεύτερη και τρίτη φάση το 52% δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.948$).

Σε όλες τις φάσεις, το 100% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της E.E.”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης.

Σε όλες τις φάσεις, στο ίδιο ποσοστό (88%) του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία”** και ο **“Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας”** είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, το 60% και πάνω και το 80% και πάνω του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Αντιμετώπιση πόνου”** και η **“Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας”** είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.832$) και ($p=0.911$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, στο ίδιο ποσοστό (100%) του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι ο **“Ιατρικός τουρισμός”** και το **“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”** είναι **“επιθυμητές”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Στην πρώτη φάση το 52% του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους-οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ στη δεύτερη και τρίτη φάση το 52% δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.948$).

Σε όλες τις φάσεις, το ίδιο ποσοστό (88%) του νοσηλευτικού δυναμικού δήλωσε ότι ο **“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων- Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”** και η **“Δημόσια υγεία και νοσηλευτική”** είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Στα παρακάτω **Διαγράμματα (13-15)** παρουσιάζονται οι θεματικές ενότητες της **Τρίτης (3^{ης}) Φάσης** σύμφωνα με τις απαντήσεις του νοσηλευτικού δυναμικού.

Στα **Διαγράμματα (13-14)** αποτυπώνονται όλες οι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης, με την **“Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας”**, την **“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - διεπιστημονική συνεργασία”**, τον **“Ιατρικός- νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας”** και το **“Στρατηγικός σχεδιασμός στην υγεία, μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων, εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”** να ορίζονται από την συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού ως οι πιο **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

Επιπρόσθετα, στο **Διάγραμμα 15** οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης για το **“Νομοθετικό πλαίσιο, διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”**, για τον **“Ιατρικό τουρισμό”** και για την **“Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.”** αναφέρθηκαν από την συντριπτική πλειοψηφία της νοσηλευτικής υπηρεσίας ως οι πιο **“επιθυμητές”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

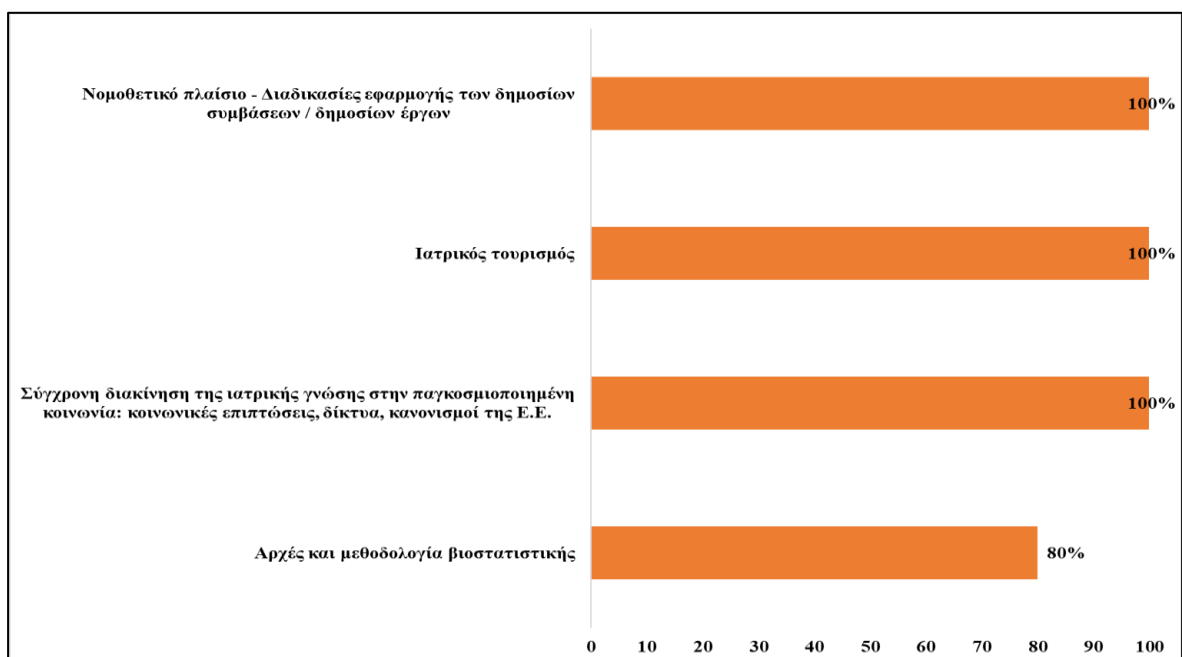
Διάγραμμα 13. Ακρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης – Νοσηλευτικό Δυναμικό (1)



Διάγραμμα 14. Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης – Νοσηλευτικό Δυναμικό (2)



Διάγραμμα 15. Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης- Νοσηλευτικό Δυναμικό



6.3. Αποτελέσματα Διοικητικού Δυναμικού

Συνολικά συμμετείχαν και στις 3 φάσεις της έρευνας 25 εμπειρογνώμονες που είχαν επιλεγθεί για το δείγμα μας.

6.3.1. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Διοικητικού Δυναμικού

Η πλειοψηφία του δείγματος του διοικητικού δυναμικού (64%) προερχόταν από την 1^η ΥΠΕ, 40% εργαζόταν σε δημόσιο νοσοκομείο, 46,7% κατείχε διδακτορικό τίτλο και 96% ήταν άνδρες (Πιν.24).

Πίνακας 24. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Διοικητικού Δυναμικού

	N	(%)
Υγειονομική Περιφέρεια		
1η ΥΠΕ (Αττική)	16	64,0
3η ΥΠΕ (Θεσσαλονίκη, Δ. Μακεδονία)	1	4,0
5η ΥΠΕ (Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα)	4	16,0
6η ΥΠΕ (Ηπειρο, Πελοπόννησο, Ιόνια Νησιά)	3	12,0
7η ΥΠΕ (Κρήτη)	1	4,0
Μονάδα Υγείας		
Δημόσιο Νοσοκομείο	10	40,0
ΕΚΑΒ	1	4,0
Ερευνητικό Κέντρο	1	4,0
Εταιρεία Ασφαλιστική	1	4,0
Εταιρεία Ιδιωτική	1	4,0
Ιδιωτικό Νοσοκομείο	6	24,0
Κέντρο Υγείας	2	8,0
Πανεπιστήμιο	2	8,0
Πρώην Διοικητής	1	4,0
Μονάδα Υγείας		
Δημόσιο	16	64
Ιδιωτικό	9	36
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
T.E.I. - MSc	1	4,0
A.E.I.	4	16,0
A.E.I. - MSc	9	36,0
A.E.I. - PhD	11	44,0
Φύλο		
Θήλυ	1	4,0
Άρρεν	24	96,0

6.3.2. Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση Διοικητικού Δυναμικού

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι απόψεις των ειδικών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανά φάση.

Στην Ερώτηση: «1.1.Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 25.

Στη πρώτη φάση το 48% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι η ανάγκη επιμόρφωσης για τη δουλειά τους είναι **πολύ** σημαντική και το ίδιο ποσοστό ανέφερε ότι είναι **πάρα πολύ** σημαντική. Στη δεύτερη και τρίτη φάση η πλειοψηφία δήλωσε ότι η ανάγκη επιμόρφωσης για τη δουλειά της είναι **πάρα πολύ** σημαντική. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων ($p= 0.233$).

Πίνακας 25. Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά φάση

		Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ	P value
1^η Φάση	N (%)	1 (4,0)	12 (48,0)	12 (48,0)	0.233
2^η Φάση	N (%)	0 (0,0)	9 (36,0)	16 (64,0)	
3^η Φάση	N (%)	0 (0,0)	6 (24,0)	19 (76,0)	

Στην Ερώτηση: «1.2 Παρακαλώ εξηγήστε τη σημασία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στη δουλειά σας», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 26.

Στη πρώτη φάση η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού απάντησε ότι η επιμόρφωση μέσω της ΣΕΚ είναι αναγκαία, γιατί συνδέεται άμεσα με τη *γνώση νέων μεθόδων – τεχνολογιών* στη δουλειά της, ενώ στη δεύτερη και τρίτη φάση δήλωσαν ότι είναι σημαντική για τη *γνώση νέων μεθόδων – τεχνολογιών και τη βελτίωση της αποδοτικότητας*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών φάσεων ($p = 0.437$) (Πιν.26).

Πίνακας 26. Σημασία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στη δουλειά, ανά φάση

		Γνώση νέων μεθόδων - τεχνολογιών	Γνώση νέων μεθόδων - τεχνολογιών βελτίωση της αποδοτικότητας	Γνώση νέων μεθόδων - τεχνολογιών επαγγελματική εξέλιξη	P value
1^η Φάση	N (%)	9 (45,0)	6 (30,0)	5 (25,0)	0.419
2^η Φάση	N (%)	8 (32,0)	9 (36,0)	8 (32,0)	
3^η Φάση	N (%)	5 (20,0)	13 (52,0)	7 (28,0)	

Στην Ερ.2: «Ποιον προτιμάτε ως καλύτερο τρόπο επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στον Πίνακα 27.

Στην πρώτη φάση το 64% του διοικητικού δυναμικού ανέφερε τα “*Άρθρα*” ως επιλογή επιμόρφωσης. Στη δεύτερη και τρίτη φάση το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 88% και 92% αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.023$).

Πίνακας 27. Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης – άρθρα, συνέδρια, βιβλία, σεμινάρια ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Άρθρα	9 (36,0)	16 (64,0)
	Συνέδρια	15 (60,0)	10 (40,0)
	Βιβλία	16 (64,0)	9 (36,0)
	Σεμινάρια	2 (8,0)	23 (92,0)
2^η Φάση	Άρθρα	3 (12,0)	22 (88,0)
	Συνέδρια	10 (40,0)	15 (60,0)
	Βιβλία	8 (32,0)	17 (68,0)
	Σεμινάρια	0 (0,0)	25 (100,0)
3^η Φάση	Άρθρα	2 (8,0)	23 (92,0)
	Συνέδρια	9 (36,0)	16 (64,0)
	Βιβλία	7 (28,0)	18 (72,0)
	Σεμινάρια	0 (0,0)	25 (100,0)

Το 40% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι τα “*Συνέδρια*” αποτελούν επιλογή επιμόρφωσης στην πρώτη φάση, ποσοστό που αυξήθηκε σε 60% και 64% στη δεύτερη και τρίτη φάση. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.009$).

Στην πρώτη φάση το διοικητικό δυναμικό ανέφερε τα “*Βιβλία*” ως επιλογή επιμόρφωσης, ενώ στην δεύτερη και τρίτη φάση το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 68% και 72%, αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.018$). Σε όλες τις φάσεις πάνω από το 90% του διοικητικού δυναμικού ανέφερε τα “*Σεμινάρια*” ως επιλογή

επιμόρφωσης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.128$).

Στην ερώτηση: «Παραθέστε άλλους τρόπους επιμόρφωσης που δεν αναφέρονται παραπάνω»,

Στη πρώτη και στην τρίτη φάση το 36% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι τα *θεματικά forum* αποτελούν εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης. Στη δεύτερη φάση, το 36% ανέφερε την *εξ' αποστάσεως εκπαίδευση*. Ωστόσο δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων ($p = 0.892$) (Πιν.28).

Πίνακας 28. Εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ανά φάση

		Ηλεκτρονικές πηγές	Εξειδικευμένες ομάδες	Θεματικά forum	Εξ' αποστάσεως εκπαίδευση	P value
1^η Φάση	N (%)	7 (28,0)	4 (16,0)	9 (36,0)	5 (20,0)	0.892
2^η Φάση	N (%)	6 (24,0)	3 (12,0)	7 (28,0)	9 (36,0)	
3^η Φάση	N (%)	7 (28,0)	4 (16,0)	9 (36,0)	5 (20,0)	

Στην Ερώτηση: «3. Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητικές;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 29.

Στη πρώτη φάση το 36% του διοικητικού δυναμικού πιστεύει ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης δεν είναι **καθόλου** ικανοποιητικές. Στη δεύτερη και τρίτη φάση η πλειοψηφία (52%) απάντησε ότι είναι **αρκετά** ικανοποιητικές. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.021$).

Πίνακας 29. Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική, ανά φάση

		Καθόλου	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ	P value
1η Φάση	N(%)	9 (36,0)	8 (32,0)	7 (28,0)	1 (4,0)	0.021
2η Φάση	N(%)	4 (16,0)	13 (52,0)	7 (28,0)	1 (4,0)	
3η Φάση	N(%)	4 (16,0)	13 (52,0)	7 (28,0)	1 (4,0)	

Σχετικά με τους λόγους που δεν δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης των εργαζομένων, σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού απάντησε τα παρακάτω:

- ❖ Απουσία Log-Book και κονδυλίου ανά έτος για κάθε εργαζόμενο.
- ❖ Η έλλειψη συστηματικού σχεδίου επιμόρφωσης των στελεχών υγείας.
- ❖ Υπάρχει μεροληψία υπέρ κάποιων συγκεκριμένων ατόμων με αποτέλεσμα να αποτρέπεται η καθολικότητα στην επιλογή των εκπαιδευομένων για συμμετοχή σε ΣΕΚ.
- ❖ Δεν θεωρούν ότι η κατάρτιση είναι ευκαιρία εφόσον δεν υπάρχει σύνδεση της επιμόρφωσης με την αξιολόγηση και απόδοση του υπάλληλου.
- ❖ Έλλειψη προσωπικού

Στην Ερώτηση 4: «Ποιοι κατά τη γνώμη σας από τους κάτωθι φορείς είναι κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά φάση αντίστοιχα παρουσιάζονται στο Πίνακα 30.

Στην πρώτη και στην τρίτη φάση στο ίδιο ποσοστό (52%) του διοικητικού δυναμικού ανέφερε ότι το “Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης” δεν αποτελεί κατάλληλο φορέα για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης ενώ στην δεύτερη φάση το 52% απάντησε ότι αποτελεί. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.948$).

Πίνακας 30. Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	13 (52,0)	12 (48,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	10 (40,0)	15 (60,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	14 (56,0)	11 (44,0)
	Δημόσιος Φορέας	9 (36,0)	16 (64,0)
2^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	12 (48,0)	13 (52,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	8 (32,0)	17 (68,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	11 (44,0)	14 (56,0)
	Δημόσιος Φορέας	3 (12,0)	22 (88,0)
3^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	13 (52,0)	12 (48,0)
	Επιστημονική Εταιρεία	6 (24,0)	19 (76,0)
	Ιδιωτικός Φορέας	9 (36,0)	16 (64,0)
	Δημόσιος Φορέας	3 (12,0)	22 (88,0)

Σε όλες τις φάσεις πάνω από το 60% του διοικητικού δυναμικού ανέφερε ότι η “Επιστημονική Εταιρεία” αποτελεί κατάλληλο φορέα για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.479$).

Στην πρώτη φάση το 56% του διοικητικού δυναμικού ανέφερε ότι ο “Ιδιωτικός Φορέας” δεν αποτελεί κατάλληλο φορέα για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης,

ενώ στην δεύτερη και τρίτη φάση δήλωσαν ότι αποτελεί με τα ποσοστά να αυξάνουν σε 56% και 64% αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.050$).

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού ανέφερε ότι ο “**Δημόσιος Φορέας**” αποτελεί κατάλληλο φορέα για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.150$).

Όσον αφορά την ερώτηση: «Παραθέστε άλλο τρόπο επιμόρφωσης».

Σε όλες τις φάσεις, η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού πρότεινε ότι η *επιμόρφωση σε πανεπιστήμια ή αλλά ακαδημαϊκά κέντρα* αποτελούν εναλλακτική πρόταση μηχανισμού επιμόρφωσης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης (**p=0.961**) (Πιν.31).

Πίνακας 31. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που προτιμάτε άλλο μηχανισμό επιμόρφωσης, ανά φάση

		Επιμόρφωση σε πανεπιστήμια ή αλλά ακαδημαϊκά κέντρα	Ευρωπαϊκά κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης	Ο ίδιος ο φορέας εργασίας	Υπουργείο, υγειονομικές περιφέρειες	P value
1^η Φάση	N (%)	7 (41,2)	3 (17,6)	4 (23,5)	3 (17,6)	0.961
2^η Φάση	N (%)	4 (26,7)	3 (20,0)	5 (33,3)	3 (20,0)	
3^η Φάση	N (%)	7 (41,2)	3 (17,6)	4 (23,5)	3 (17,6)	

Στην Ερώτηση 5: «Ποια από τα κάτωθι θεωρείτε ότι αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 32.

Σε όλες τις φάσεις, η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού ανέφερε ότι η **“Έλλειψη χρόνου”**, οι **“Υποχρεώσεις στη δουλειά”** και οι **“Οικονομικοί λόγοι”** αποτελούν εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τα τρία αυτά εμπόδια συμμετοχής με ($p=0.846$), ($p=0.671$) και ($p=0.053$), αντίστοιχα.

Πίνακας 32.Εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	11 (44,0)	14 (56,0)
	Οικονομικοί λόγοι	11 (44,0)	14 (56,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	11 (44,0)	14 (56,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	16 (64,0)	9 (36,0)
2^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	10 (40,0)	15 (60,0)
	Οικονομικοί λόγοι	5 (20,0)	20 (80,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	9 (36,0)	16 (64,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	17 (68,0)	8 (32,0)
3^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	9 (36,0)	16 (64,0)
	Οικονομικοί λόγοι	4 (16,0)	21 (84,0)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	8 (32,0)	17 (68,0)
	Οικογενειακοί Λόγοι	17 (68,0)	8 (32,0)

Σε όλες τις φάσεις, η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού ανέφερε ότι οι **“Οικογενειακοί λόγοι”** δεν αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.942$).

Όσον αφορά την ερώτηση: «*Παραθέστε άλλο εμπόδιο συμμετοχής σε ΣΕΚ, που δεν αναφέρεται παραπάνω*», σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι η *απουσία κουλτούρας* και η *κατάρτιση όχι προσανατολισμένη στις πραγματικές ανάγκες* αποτελούν εμπόδια συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.685$) (Πιν.33).

Πίνακας 33. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε άλλο εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ανά φάση

		Απουσία κουλτούρας	Έλλειψη συστηματικού σχεδίου	Έλλειψη κινήτρων	Συνδυασμός όλων των αιτιών	Κατάρτιση όχι προσανατολισμένη στις πραγματικές ανάγκες	P value
1^η Φάση	N (%)	8 (40,0%)	3 (15,0%)	4 (20,0%)	1 (5,0%)	8 (40,0%)	0.685
2^η Φάση	N (%)	6 (37,5%)	5 (31,3%)	3 (18,8%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)	
3^η Φάση	N (%)	8 (40,0%)	3 (15,0%)	4 (20,0%)	1 (5,0%)	8 (40,0%)	

Στην Ερώτηση: «6. Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια;», οι απόμενες ανά φάση απεικονίζονται στο Πίνακα 34.

Στη πρώτη και τρίτη φάση, η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού πρότεινε ότι η *σύνδεση επιμόρφωσης με αξιολόγηση και απόδοση υπαλλήλου*, μπορεί να άρει τα εμπόδια. Στη δεύτερη φάση, η πλειοψηφία πρότεινε τα *κίνητρα υποκίνησης και καθοδήγησης εργαζομένων*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης (**p=0.868**).

Πίνακας 34. Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια, ανά φάση

		Σύνδεση επιμόρφωσης με αξιολόγηση και απόδοση υπαλλήλου	Κίνητρα υποκίνησης και καθοδήγησης εργαζομένων	Ίσες ευκαιρίες και επαναλαμβανόμενα προγράμματα επιμόρφωσης για όλους	Υποχρεωτική επιμόρφωση	P value
1^η Φάση	N (%)	10 (40,0)	9 (36,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	0.868
2^η Φάση	N (%)	8 (32,0)	9 (36,0)	5 (20,0)	3 (12,0)	
3^η Φάση	N (%)	10 (40,0)	9 (36,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	

Στην Ερώτηση: «7. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η "ιδανική" χρονική διάρκεια διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο (Πίνακα 35).

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού ανέφερε ότι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης είναι *εκτός ωρών εργασίας*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.218$). Επίσης, προτάθηκε ο συνδυασμός εντός και εκτός ωρών εργασίας.

Πίνακας 35. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης, ανά φάση

		Σε ώρες εργασίας	Εκτός ωρών εργασίας	Άλλο	P value
1^η Φάση	N (%)	10 (40,0)	15 (60,0)	0 (0,0)	0.218
2^η Φάση	N (%)	9 (36,0)	12 (48,0)	4 (16,0)	
3^η Φάση	N (%)	10 (40,0)	10 (40,0)	5 (20,0)	

6.3.3. Προτεραιότητες Θεματικών Ενοτήτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης Διοικητικού Δυναμικού

Στην Ερώτηση: «8. Σημειώσατε στις κάτωθι θεματικές ενότητες εκείνες τις οποίες πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη προτεραιότητας για την επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (άκρως απαραίτητα – 1^η επιλογή), και σε εκείνες τις θεματικές ενότητες που είναι δευτερεύουσας προτεραιότητας (επιθυμητά – 2^η)», οι απόψεις ανά φάση απεικονίζονται στο Πίνακα 36.

Σε όλες τις φάσεις, σε ίδιο ποσοστό (πάνω από το 60%) του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι η *“Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας”*, ο *“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”* και τα *“Δικαιώματα ασθενών”* είναι *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά

σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης για αυτές τις προτεραιότητες με ($p=0.611$), ($p=0.832$) και ($p=0.832$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης “*Οικονομικά της υγείας*” και “*Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας*” σε ποσοστό πάνω από το 50% και πάνω από το 80%, αντίστοιχα, του διοικητικού δυναμικού δηλώθηκαν ότι είναι “*άκρως απαραίτητες*”. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.681$) και ($p=0.891$), αντίστοιχα.

Πίνακας 36. Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση

		Αριθμός (%)	
		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη
1^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	8 (32,0)	17 (68,0)
	Οικονομικά της υγείας	12 (48,0)	13 (52,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	9 (36,0)	16 (64,0)
	Δικαιώματα ασθενών	9 (36,0)	16 (64,0)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	4 (16,0)	21 (84,0)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	6 (24,0)	19 (76,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	7 (28,0)	18 (72,0)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	7 (28,0)	18 (72,0)
	Επικοινωνία και υγεία	5 (20,0)	20 (80,0)
	Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	7 (28,0)	18 (72,0)
	Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	20 (80,0)	5 (20,0)
	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	11 (44,0)	14 (56,0)
	Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	7 (28,0)	18 (72,0)
	Γενικά θέματα επιδημιολογίας -	14 (56,0)	11 (44,0)

	Επιδημιολογική επιτήρηση		
	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	11 (44,0)	14 (56,0)
	Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	4 (16,0)	21 (84,0)
	Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	13 (52,0)	12 (48,0)
	Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	13 (52,0)	12 (48,0)
	Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	9 (36,0)	16 (64,0)
	Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	25 (100,0)	0 (0)
	Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	3 (12,0)	22 (88,0)
	Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Αντιμετώπιση πόνου	9 (36,0)	16 (64,0)
	Ιατρικός τουρισμός	25 (100,0)	0 (0)
	Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	25 (100,0)	0 (0)
	Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	13 (52,0)	12 (48,0)
	Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	5 (20,0)	20 (80,0)
	Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	3 (12,0)	22 (88,0)
	Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	3 (12,0)	22 (88,0)
	Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	8 (32,0)	17 (68,0)
2^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Οικονομικά της υγείας	10 (40,0)	15 (60,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	8 (32,0)	17 (68,0)

Δικαιώματα ασθενών	8 (32,0)	17 (68,0)
Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	3 (12,0)	22 (88,0)
Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	6 (24,0)	19 (76,0)
Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	4 (16,0)	21 (84,0)
Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	7 (28,0)	18 (72,0)
Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	7 (28,0)	18 (72,0)
Επικοινωνία και υγεία	5 (20,0)	20 (80,0)
Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	6 (24,0)	19 (76,0)
Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	20 (80,0)	5 (20,0)
Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	11 (44,0)	14 (56,0)
Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	6 (24,0)	19 (76,0)
Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	13 (52,0)	12 (48,0)
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	10 (40,0)	15 (60,0)
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	4 (16,0)	21 (84,0)
Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	10 (40,0)	15 (60,0)
Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	12 (48,0)	13 (52,0)
Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	9 (36,0)	16 (64,0)
Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	25 (100,0)	0 (0)
Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	3 (12,0)	22 (88,0)
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	3 (12,0)	22 (88,0)
Αντιμετώπιση πόνου	8 (32,0)	17 (68,0)
Ιατρικός τουρισμός	25 (100,0)	0 (0)
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων /	25 (100,0)	0 (0)

	δημοσίων έργων		
	Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	12 (48,0)	13 (52,0)
	Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	4 (16,0)	21 (84,0)
	Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	3 (12,0)	22 (88,0)
	Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	3 (12,0)	22 (88,0)
	Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	8 (32,0)	17 (68,0)
3^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	5 (20,0)	20 (80,0)
	Οικονομικά της υγείας	9 (36,0)	16 (64,0)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	7 (28,0)	18 (72,0)
	Δικαιώματα ασθενών	7 (28,0)	18 (72,0)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	3 (12,0)	22 (88,0)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση H/Y (Windows, Word, Excel, Internet)	4 (16,0)	21 (84,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	6 (24,0)	19 (76,0)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	7 (28,0)	18 (72,0)
	Επικοινωνία και υγεία	5 (20,0)	20 (80,0)
	Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	6 (24,0)	19 (76,0)
	Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	20 (80,0)	5 (20,0)
	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	10 (40,0)	15 (60,0)
	Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	6 (24,0)	19 (76,0)
	Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	12 (48,0)	13 (52,0)
	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	10 (40,0)	15 (60,0)
	Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	4 (16,0)	21 (84,0)

Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	10 (40,0)	15 (60,0)
Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	12 (48,0)	13 (52,0)
Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	9 (36,0)	16 (64,0)
Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	25 (100,0)	0 (0)
Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	3 (12,0)	22 (88,0)
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	3 (12,0)	22 (88,0)
Αντιμετώπιση πόνου	7 (28,0)	18 (72,0)
Ιατρικός τουρισμός	25 (100,0)	0 (0)
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	25 (100,0)	0 (0)
Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	12 (48,0)	13 (52,0)
Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	4 (16,0)	21 (84,0)
Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	3 (12,0)	22 (88,0)
Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	3 (12,0)	22 (88,0)
Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	8 (32,0)	17 (68,0)

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”*, *“Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης”* και *“Επικοινωνία και υγεία”* σε ποσοστό 76%, 72% και 80%, αντίστοιχα, του διοικητικού δυναμικού δηλώθηκαν ότι είναι *“άκρως απαραίτητες”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και στις τρεις αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, στο ίδιο ποσοστό (πάνω από το 70%) του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)”* και *“Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων”* είναι *“άκρως απαραίτητες”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.704$) και ($p=0.934$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, στο ίδιο ποσοστό (70% και πάνω) του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας”* και η *“Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της”* είναι *“άκρως απαραίτητες”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με $p=0.932$ και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, το 80% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι οι *“Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής”* είναι *“επιθυμητή”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=1.000$).

Στη πρώτη και δεύτερη φάση πάνω από το 50% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι τα *“Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση”* είναι *“επιθυμητή”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ στη τρίτη φάση η πλειοψηφία δήλωσε ότι είναι *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.852$).

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)”* και *“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”* σε ίδιο ποσοστό (50% και πάνω) του διοικητικού δυναμικού δηλώθηκαν ότι είναι *“άκρως*

απαραίτητες”. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες με ($p=0.947$) και($p=0.946$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, το 84% και το 64% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε για τις προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης **“Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα”** και **“Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος”**, αντίστοιχα, ότι είναι **“άκρως απαραίτητες”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Στη πρώτη φάση, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης **“Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας”** και **“Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)”** δηλώθηκαν στο ίδιο ποσοστό (52%) του διοικητικού δυναμικού ότι είναι **“επιθυμητές”** προτεραιότητες. Ενώ στη δεύτερη και τρίτη φάση το 60% και το 52% του διοικητικού δυναμικού για τις δυο προτεραιότητες, αντίστοιχα, δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητες”**. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.614$) και ($p=0.948$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες, αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, το 100% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι είναι **“επιθυμητές”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης η **“Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.”**, ο **“Ιατρικός τουρισμός”** και το **“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με($p=1.000$) και για τις τρεις αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, στο ίδιο ποσοστό του διοικητικού δυναμικού (88%) δήλωσε ότι οι τρεις προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης **“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία”**, ο **“Ιατρικός-Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας”** και ο **“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων- Εκπαίδευση διεθντικών στελεχών”** είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις τρεις αυτές προτεραιότητες.

Στη πρώτη φάση το 52% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ στη δεύτερη και τρίτη φάση το 52% δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.948$).

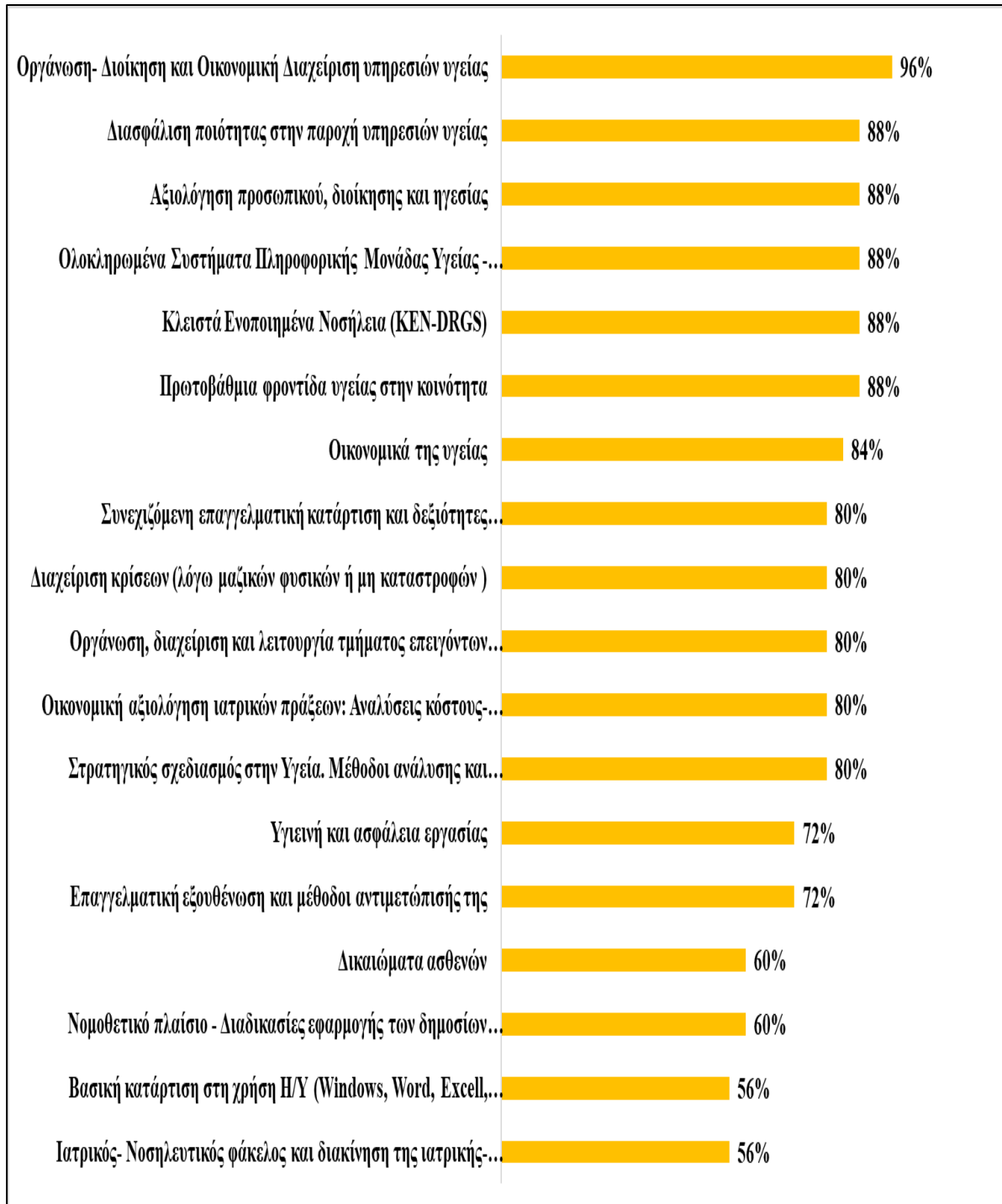
Σε όλες τις φάσεις, το 60% και πάνω και το 80% και πάνω του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Αντιμετώπιση πόνου”** και η **“Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας”**, αντίστοιχα, ότι είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.832$) και ($p=0.911$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης **“Δημόσια υγεία και νοσηλευτική”** και **“Ψυχική υγεία και νοσηλευτική”** σε ποσοστό 88% και 68%, αντίστοιχα, του διοικητικού δυναμικού δηλώθηκαν ότι είναι **“επιθυμητές”** προτεραιότητες. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Στα παρακάτω **Διαγράμματα (16-17)** παρουσιάζονται οι θεματικές ενότητες της **Τρίτης (3^{ης}) Φάσης** σύμφωνα με τις απαντήσεις του διοικητικού δυναμικού.

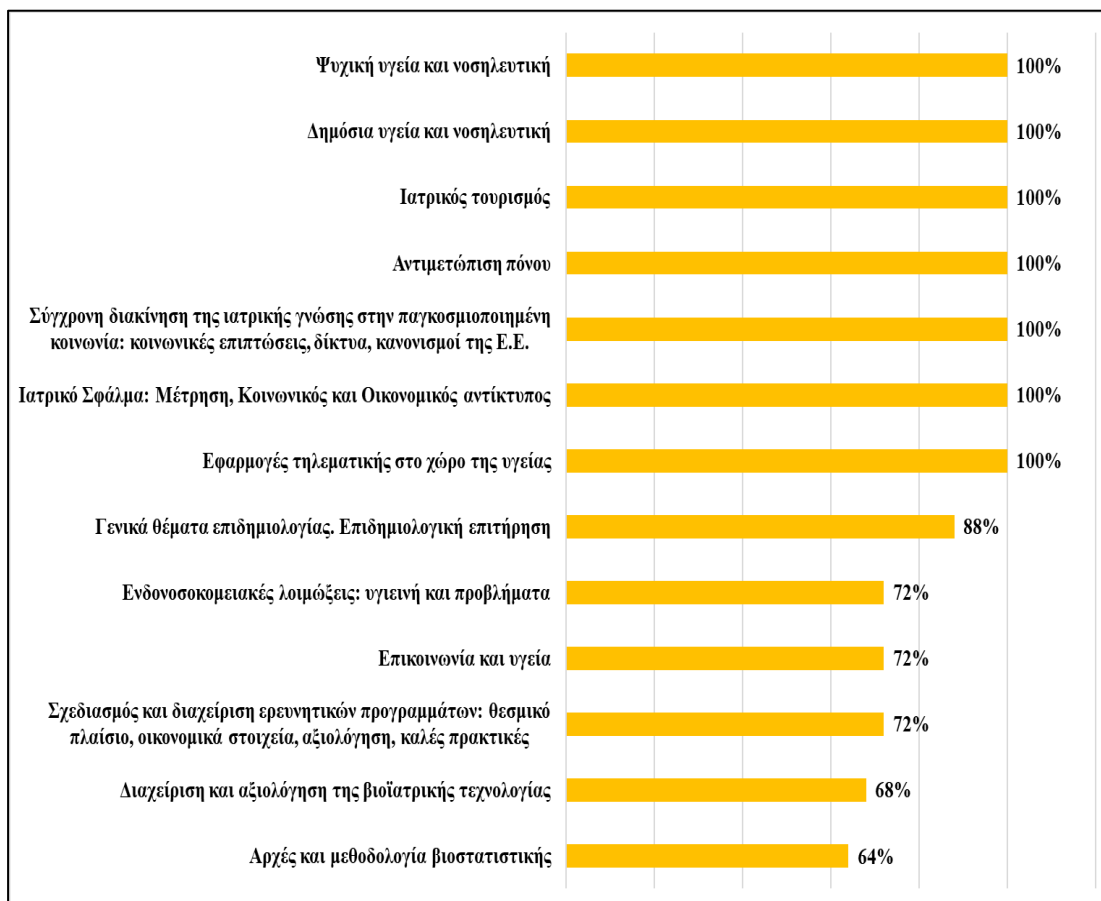
Στο **Διάγραμμα (16)** αποτυπώνονται όλες οι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης, με την **“Οργάνωση- διοίκηση και οικονομική διαχείριση υπηρεσιών υγείας”** να αναφέρεται από την συντριπτική πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού ως η πιο **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης.

Διάγραμμα 16. Ακρώς απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης-Διοικητικό δυναμικό



Επιπρόσθετα, στο *Διάγραμμα (17)* οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης για “*Δημόσια υγεία και νοσηλευτική*”, για “*Ψυχική υγεία και νοσηλευτική*”, για τη “*Αντιμετώπιση πόνου*”, για τον “*Ιατρικός τουρισμός*”, για το “*Ιατρικό σφάλμα: μέτρηση, κοινωνικός και οικονομικός αντίκτυπος*”, για τη “*Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.*” και για τις “*Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας*” αναφέρθηκαν από την συντριπτική πλειοψηφία της διοικητικής υπηρεσίας ως οι πιο “*επιθυμητές*” προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

Διάγραμμα 17. Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης- Διοικητικό Δυναμικό



6.4. Αποτελέσματα Τεχνολογικού Δυναμικού

Συνολικά συμμετείχαν και στις 3 φάσεις της έρευνας 25 εμπειρογνώμονες που είχαν επιλεγθεί για το δείγμα μας.

6.4.1. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Τεχνολογικού Δυναμικού

Η πλειοψηφία του δείγματος του τεχνολογικού δυναμικού (64,3%) προερχόταν από την 1^η ΥΠΕ, 32,1% εργαζόταν σε δημόσιο νοσοκομείο, 71,4% είχε ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και 71,4% ήταν γυναίκες.

Πίνακας 37. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Τεχνολογικού Δυναμικού

	N	%
Υγειονομική Περιφέρεια		
1η ΥΠΕ (Αττική)	18	64,3
3η ΥΠΕ (Θεσσαλονίκη, Δ. Μακεδονία)	2	7,1
4η ΥΠΕ (Αν. Μακεδονία και Θράκη)	2	7,1
5η ΥΠΕ (Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα)	1	3,6
6η ΥΠΕ (Ηπειρο, Πελοπόννησο, Ιόνια Νησιά)	1	3,6
7η ΥΠΕ (Κρήτη)	4	14,3
Μονάδα Υγείας		
Δημόσιο Νοσοκομείο	9	32,1
Ε.Ο.Π.Π.Υ.	6	21,4
Φορέας Εκπαίδευσης	2	7,2
Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας	1	3,6
Εταιρεία Διαγνωστικών Προϊόντων	1	3,6
Ιδιωτικό Νοσοκομείο	8	28,6
Κέντρο Υγείας	1	3,5
Μονάδα Υγείας		
Δημόσιο	17	60,7
Ιδιωτικό	11	39,2
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
T.E.I.	20	71,4
T.E.I. - MSc	7	25,0
A.E.I.	1	3,6
Φύλο		
Θήλυ	20	71,4
Άρρεν	8	28,6

6.4.2. Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση Τεχνολογικού Δυναμικού

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι απόψεις των ειδικών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανά φάση.

Στην Ερώτηση: «1.1.Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 38.

Σε όλες τις φάσεις εξέτασης, πάνω από το 55% του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι η ανάγκη επιμόρφωσης για τη δουλειά του είναι **πάρα πολύ** σημαντική. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων ($p=0.997$).

Πίνακας 38. Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά φάση

		Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ	P value
1^η Φάση	N (%)	6 (21,4)	6 (21,4)	16 (57,1)	0.997
2^η Φάση	N (%)	6 (21,4)	6 (21,4)	16 (57,1)	
3^η Φάση	N (%)	6 (21,4)	7 (25,0)	15 (53,6)	

Στην Ερώτηση: «1.2 Παρακαλώ εξηγήστε τη σημασία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στη δουλειά σας», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 39.

Σε όλες τις φάσεις εξέτασης, η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι η επιμόρφωση μέσω της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης είναι αναγκαία, γιατί συνδέεται άμεσα με την *βελτίωση της αποδοτικότητας* στη δουλειά τους. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων ($p=0.555$).

Πίνακας 39. Σημασία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στη δουλειά, ανά φάση

		Βελτίωση αποδοτικότητας	Βελτίωση παρεχόμενων υπηρεσιών	Γνώση νέων μεθόδων-τεχνολογιών	Διασφάλιση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών	Επαγγελματική εξέλιξη	Καλύτερη κατανόηση του αντικειμένου - συμπίεση με τις εξελίξεις της επιστήμης	P value
1 ^η Φάση	N (%)	6 (31,6)	3 (15,8)	7 (36,8)	1 (5,3)	1 (5,3)	1 (5,3)	0.555
2 ^η Φάση	N (%)	6 (31,6)	3 (15,8)	7 (36,8)	1 (5,3)	1 (5,3)	1 (5,3)	
3 ^η Φάση	N (%)	7 (33,3)	0 (0,0)	7 (33,3)	2 (9,5)	5 (23,8)	0 (0,0)	

Στην Ερ.2: «Ποιον προτιμάτε ως καλύτερο τρόπο επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 40.

Στην πρώτη και δεύτερη φάση το 50% του τεχνολογικού δυναμικού ανέφερε τα “*Άρθρα*” ως επιλογή επιμόρφωσης, ενώ στην τρίτη φάση το 57,1% απάντησε αρνητικά. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.826$).

Πίνακας 40. Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης – άρθρα, συνέδρια, βιβλία, σεμινάρια ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^ηΦάση	Άρθρα	14 (50,0)	14 (50,0)
	Συνέδρια	13 (46,4)	15 (53,6)
	Βιβλία	16 (57,1)	12 (42,9)
	Σεμινάρια	6 (21,4)	22 (78,6)
2^ηΦάση	Άρθρα	14 (50,0)	14 (50,0)
	Συνέδρια	13 (46,4)	15 (53,6)
	Βιβλία	16 (57,1)	12 (42,9)
	Σεμινάρια	6 (21,4)	22 (78,6)
3^ηΦάση	Άρθρα	16 (57,1)	12 (42,9)
	Συνέδρια	10 (35,7)	18 (64,3)
	Βιβλία	16 (57,1)	12 (42,9)
	Σεμινάρια	5 (17,9)	23 (82,1)

Σε όλες τις φάσεις, η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι τα “*Συνέδρια*” και τα “*Σεμινάρια*” αποτελούν επιλογή επιμόρφωσης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης τόσο για τα “*Συνέδρια*” ($p=0.646$) όσο και για τα “*Σεμινάρια*” ($p=0.928$).

Σε όλες τις φάσεις το 42,9% του τεχνολογικού δυναμικού ανέφερε τα “*Βιβλία*” ως επιλογή επιμόρφωσης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=1.000$).

Όσον αφορά την ερώτηση: «*Παραθέστε άλλους τρόπους επιμόρφωσης που δεν αναφέρονται παραπάνω*», έχουμε

Στη πρώτη φάση το 58,3% του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι με το *E-Learning* μπορούν να αρθούν τα προβλήματα της μη συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, ποσοστό που αυξήθηκε σε 87,5% στη δεύτερη φάση και μειώθηκε σε 50% στη τρίτη φάση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.173$) (Πιν.41).

Πίνακας 41. Εναλλακτική πρόταση τρόπου επιμόρφωσης, ανά φάση

		Ηλεκτρονικές Πηγές	E-Learning	Εξειδικευμένες Ομάδες	Θεματικά Forum	P value
1^η Φάση	N (%)	2 (8,3)	14 (58,3)	5 (20,8)	3 (12,5)	0.173
2^η Φάση	N (%)	0 (0,0)	14 (87,5)	2 (12,5)	0 (0,0)	
3^η Φάση	N (%)	6 (21,4)	14 (50,0)	5 (17,9)	3 (10,7)	

Στην Ερώτηση 3: «Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητικές;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 42.

Στη πρώτη και δεύτερη φάση, το 67,9% του τεχνολογικού δυναμικού πιστεύει ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης δεν είναι **καθόλου** ικανοποιητικές, ενώ στη τρίτη φάση το 53,6% απάντησε ότι είναι **αρκετά** ικανοποιητικές. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.021$).

Πίνακας 42. Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική, ανά φάση

		Καθόλου	Αρκετά	Πολύ	P value
1^η Φάση	N (%)	19 (67,9)	9 (32,1)	0 (0,0)	0.021
2^η Φάση	N (%)	19 (67,9)	9 (32,1)	0 (0,0)	
3^η Φάση	N (%)	10 (35,7)	15 (53,6)	3 (10,7)	

Στη πρώτη φάση, το 50% του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι οι δυο βασικοί λόγοι που δεν δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης των εργαζομένων είναι πρώτον διότι *δεν είναι υποχρεωτική η επιμόρφωση* και δεύτερον λόγω *έλλειψης συστηματικού σχεδίου*. Στη δεύτερη φάση δηλώθηκαν λόγοι της *μη υποχρεωτικής επιμόρφωσης* και *η μη σύνδεση της επιμόρφωσης*, ενώ στη τρίτη φάση η πλειοψηφία δήλωσε ότι *δεν υπάρχει σύνδεση επιμόρφωσης*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.881$) (Πιν.43).

Πίνακας 23. Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι δεν δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης των εργαζομένων, που πιστεύεται ότι οφείλεται αυτό, ανά φάση

		Απουσία Log-Book	Δεν είναι υποχρεωτική η επιμόρφωση	Δεν υπάρχει σύνδεση επιμόρφωσης	Έλλειψη προσωπικού	Έλλειψη συστηματικού σχεδίου	P value
1^η Φάση	N (%)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0.881
2^η Φάση	N (%)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
3^η Φάση	N(%)	8 (28,6)	3 (10,7)	12 (42,9)	5 (17,9)	0 (0,0)	

Στην Ερώτηση 4: «Ποιοι κατά τη γνώμη σας από τους κάτωθι φορείς είναι κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά φάση αντίστοιχα παρουσιάζονται στο Πίνακα 44.

Σε όλες τις φάσεις, το “Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης” και ο “Ιδιωτικός Φορέας” δηλώθηκε από το τεχνολογικό δυναμικό σε ποσοστό 71,4% και 78% και πάνω, αντίστοιχα, ότι δεν αποτελούν κατάλληλοι φορείς για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τους δυο αυτούς φορείς ($p=1.000$) και ($p=0.929$), αντίστοιχα.

Πίνακας 44. Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση

		N(%)	
		Όχι	Ναι
1 ^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	20 (71,4)	8 (28,6)
	Επιστημονική Εταιρεία	12 (42,9)	16 (57,1)
	Ιδιωτικός Φορέας	22 (78,6)	6 (21,4)
	Δημόσιος Φορέας	8 (28,6)	20 (71,4)
2 ^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	20 (71,4)	8 (28,6)
	Επιστημονική Εταιρεία	12 (42,9)	16 (57,1)
	Ιδιωτικός Φορέας	22 (78,6)	6 (21,4)
	Δημόσιος Φορέας	8 (28,6)	20 (71,4)
3 ^η Φάση	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	20 (71,4)	8 (28,6)
	Επιστημονική Εταιρεία	11 (39,3)	17 (60,7)
	Ιδιωτικός Φορέας	23 (82,1)	5 (17,9)
	Δημόσιος Φορέας	11 (39,3)	17 (60,7)

Σε όλες τις φάσεις, η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού ανέφερε ότι η “Επιστημονική Εταιρεία” και ο “Δημόσιος Φορέας” αποτελούν κατάλληλοι φορείς για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τους δυο αυτούς φορείς ($p=0.952$) και ($p=0.612$), αντίστοιχα.

Σχετικά με την ερώτηση: «*Παραθέστε άλλο μηχανισμό επιμόρφωσης*», έχουμε:

Στη πρώτη και δεύτερη φάση η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού ανέφερε ότι το *E-learning* μπορεί να αποτελέσει μηχανισμό επιμόρφωσης, ενώ στη τρίτη φάση η πλειοψηφία δήλωσε την *Επιμόρφωση σε πανεπιστήμια ή αλλά ακαδημαϊκά κέντρα* και τα *Ευρωπαϊκά κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης* (Πίν.45).

Πίνακας 45. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που προτιμάτε άλλο μηχανισμό επιμόρφωσης, ανά φάση

		E-learning	Επιμόρφωση σε πανεπιστήμια ή αλλά ακαδημαϊκά κέντρα	Ευρωπαϊκά κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης	Ο ίδιος ο φορέας εργασίας	Συνεργασία δημοσίου με ιδιωτικού φορέα	Υπουργείο υγειονομικές περιφέρειες	P value
1^η Φάση	N (%)	13 (92,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,1)	0 (0,0)	0.961
2^η Φάση	N (%)	13 (92,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,1)	0 (0,0)	
3^η Φάση	N (%)	0 (0,0)	6 (28,6)	6 (28,6)	5 (23,8)	0 (0,0)	4 (19,0)	

Στην Ερώτηση 5: «Ποια από τα κάτωθι θεωρείτε ότι αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 46.

Στην πρώτη και δεύτερη φάση το 50% του τεχνολογικού δυναμικού ανέφερε ότι η *“Έλλειψη χρόνου”* δεν αποτελεί εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ενώ στην τρίτη φάση η πλειοψηφία απάντησε ότι αποτελεί (57,1%). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.821$).

Πίνακας 46.Εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Όχι	Ναι
1^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	14 (50,0)	14 (50,0)
	Οικονομικοί λόγοι	6 (21,4)	22 (78,6)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	10 (35,7)	18 (64,3)
	Οικογενειακοί Λόγοι	14 (50,0)	14 (50,0)
2^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	14 (50,0)	14 (50,0)
	Οικονομικοί λόγοι	6 (21,4)	22 (78,6)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	10 (35,7)	18 (64,3)
	Οικογενειακοί Λόγοι	14 (50,0)	14 (50,0)
3^η Φάση	Έλλειψη χρόνου	16 (57,1)	12 (42,9)
	Οικονομικοί λόγοι	9 (32,1)	19 (67,9)
	Υποχρεώσεων στη δουλειά	10 (35,7)	18 (64,3)
	Οικογενειακοί Λόγοι	14 (50,0)	14 (50,0)

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού ανέφερε ότι οι *“Οικονομικοί λόγοι”* και οι *“Υποχρεώσεις στη δουλειά”* αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τα δυο αυτά εμπόδια συμμετοχής με ($p=0.565$) και ($p=1.000$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις το 50% του τεχνολογικού δυναμικού ανέφερε ότι οι *“Οικογενειακοί Λόγοι”* αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ενώ το υπόλοιπο 50% ότι δεν αποτελούν. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=1.000$).

Στη δεύτερη και τρίτη φάση, η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ως εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση την *έλλειψη κινήτρων υποκίνησης*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.310$) (Πιν.47).

Πίνακας 47. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε άλλο εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ανά φάση

		Απουσία κουλτούρας	Έλλειψη κινήτρων υποκίνησης	Έλλειψη συστηματικού σχεδίου	Κατάρτιση όχι προσανατολισμένη στις ανάγκες	Συνδυασμός όλων των αναφερόντων	P value
1^η Φάση	N (%)	6 (30,0)	11 (55,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	0.310
2^η Φάση	N (%)	6 (30,0)	11 (55,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	
3^η Φάση	N (%)	6 (27,3)	9 (40,9)	4 (18,2)	3 (13,6)	0 (0,0)	

Στην Ερώτηση: «6. Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια;», οι απόμενες ανά φάση απεικονίζονται στο Πίνακα 48.

Στη πρώτη φάση, η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε τους τρόπους που μπορούν να αρθούν τα εμπόδια κατατάσσοντας πρώτα τα “*Κίνητρα επιμόρφωσης*” και έπειτα το “*E-learning*”. Στη δεύτερη και τρίτη φάση η πλειοψηφία δήλωσε τη “*Σύνδεση επιμόρφωσης με αξιολόγηση*” ως έναν από τους πρωταρχικούς τρόπους να αρθούν τα εμπόδια. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.877$).

Πίνακας 48. Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια, ανά φάση

		Σύνδεση επιμόρφωσης με αξιολόγηση	Κίνητρα επιμόρφωσης	Ίσες ευκαιρίες για όλους	Υποχρεωτική επιμόρφωση	E-learning	P value
1^η Φάση	N (%)	1 (10,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	0.877
2^η Φάση	N (%)	8 (40,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	3 (15,0)	4 (20,0)	
3^η Φάση	N (%)	9 (32,1)	11 (39,3)	5 (17,9)	3 (10,7)	0 (0,0)	

Στην Ερώτηση: «7. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η "ιδανική" χρονική διάρκεια διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης;», τα αποτελέσματα ανά φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 49.

Σε όλες τις φάσεις η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού ανέφερε ότι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης είναι *σε ώρες εργασίας*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.948$).

Πίνακας 49. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης, ανά φάση

		Σε ώρες εργασίας	Εκτός ωρών εργασίας	Άλλο	P value
1^η Φάση	N (%)	20 (71,4)	7 (25,0)	1 (3,6)	0.948
2^η Φάση	N (%)	20 (71,4)	7 (25,0)	1 (3,6)	
3^η Φάση	N (%)	18 (64,3)	8 (28,6)	2 (7,1)	

6.4.3. Προτεραιότητες θεματικών ενότητων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης Τεχνολογικού Δυναμικού

Στην Ερώτηση: «8. Σημειώσατε στις κάτωθι θεματικές ενότητες εκείνες τις οποίες πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη προτεραιότητας για την επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (άκρως απαραίτητα – 1η επιλογή), και σε εκείνες τις θεματικές ενότητες που είναι δευτερεύουσας προτεραιότητας (επιθυμητά – 2η)», οι απόψεις ανά φάση απεικονίζονται στο Πίνακα 50.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης **“Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας”** και **“Οικονομικά της υγείας”** δηλώθηκαν ότι είναι **“επιθυμητές”** σε ποσοστό πάνω από το 60% του τεχνολογικού δυναμικού και για τις δυο αυτές προτεραιότητες. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες με ($p=0.945$) και ($p=0.807$), αντίστοιχα.

Πίνακας 50. Προτεραιότητες θεματικών ενοτήτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, ανά φάση

		N (%)	
		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη
1^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	18 (64,3)	17 (35,7)
	Οικονομικά της υγείας	20 (71,4)	8 (28,6)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	9 (32,1)	19 (67,9)
	Δικαιώματα ασθενών	15 (53,6)	13 (46,4)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	3 (10,7)	25 (89,3)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	17 (60,7)	11 (39,3)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	8 (28,6)	20 (71,4)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	10 (35,7)	18 (64,3)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	5 (17,9)	23 (82,1)
	Επικοινωνία και υγεία	12 (42,9)	16 (57,1)
	Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	2 (7,1)	26 (92,9)
	Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	10 (35,7)	18 (64,3)
	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	20 (71,4)	8 (28,6)
	Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	11 (39,3)	17 (60,7)
	Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	24 (85,7)	4 (14,3)
	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	8 (28,6)	20 (71,4)
	Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	10 (35,7)	18 (64,3)
	Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	28 (100,0)	0 (0)
	Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	19 (67,9)	9 (32,1)
	Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	8 (28,6)	20 (71,4)

	Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	28 (100,0)	0 (0)
	Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	10 (35,7)	18 (64,3)
	Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	2 (7,1)	26 (92,9)
	Αντιμετώπιση πόνου	28 (100,0)	0 (0)
	Ιατρικός τουρισμός	28 (100,0)	0 (0)
	Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	28 (100,0)	0 (0)
	Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	28 (100,0)	0 (0)
	Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	2 (7,1)	26 (92,9)
	Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	15 (53,6)	13 (46,4)
	Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	28 (100,0)	0 (0)
	Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	28 (100,0)	0 (0)
2^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	17 (60,7)	11 (39,3)
	Οικονομικά της υγείας	18 (64,3)	10 (35,7)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	8 (28,6)	20 (71,4)
	Δικαιώματα ασθενών	15 (53,6)	13 (46,4)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	3 (10,7)	25 (89,3)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	16 (57,1)	12 (42,9)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	7 (25,0)	21 (75,0)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	9 (32,1)	19 (67,9)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση	4 (14,3)	24 (85,7)

και δεξιότητες αυτομάθησης		
Επικοινωνία και υγεία	11 (39,3)	17 (60,7)
Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	2 (7,1)	26 (92,9)
Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	9 (32,1)	19 (67,9)
Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	19 (67,9)	9 (32,1)
Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	10 (35,7)	18 (64,3)
Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	24 (85,7)	4 (14,3)
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	7 (25,0)	21 (75,0)
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	9 (32,1)	19 (67,9)
Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	28 (100,0)	0 (0)
Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	18 (64,3)	10 (35,7)
Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	7 (25,0)	21 (75,0)
Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	28 (100,0)	0 (0)
Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία	9 (32,1)	19 (67,9)
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	2 (7,1)	26 (92,9)
Αντιμετώπιση πόνου	28 (100,0)	0 (0)
Ιατρικός τουρισμός	28 (100,0)	0 (0)
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	28 (100,0)	0 (0)
Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	28 (100,0)	0 (0)
Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	2 (7,1)	26 (92,9)
Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	14 (50,0)	14 (50,0)

	Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	28 (100,0)	0 (0)
	Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	28 (100,0)	0 (0)
3^η Φάση	Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	17 (60,7)	11 (39,3)
	Οικονομικά της υγείας	18 (64,3)	10 (35,7)
	Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	8 (28,6)	20 (71,4)
	Δικαιώματα ασθενών	15 (53,6)	13 (46,4)
	Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	3 (10,7)	25 (89,3)
	Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	15 (53,6)	13 (46,4)
	Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	6 (21,4)	22 (78,6)
	Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	8 (28,6)	20 (71,4)
	Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	4 (14,3)	24 (85,7)
	Επικοινωνία και υγεία	10 (35,7)	18 (64,3)
	Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	2 (7,1)	26 (92,9)
	Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	9 (32,1)	19 (67,9)
	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	19 (67,9)	9 (32,1)
	Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	9 (32,1)	19 (67,9)
	Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση	24 (85,7)	4 (14,3)
	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	6 (21,4)	22 (78,6)
	Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	8 (28,6)	20 (71,4)
	Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	28 (100,0)	0 (0)
	Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	17 (60,7)	11 (39,3)
	Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	6 (21,4)	22 (78,6)
	Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	28 (100,0)	0 (0)
	Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία	8 (28,6)	20 (71,4)

τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία		
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	2 (7,1)	26 (92,9)
Αντιμετώπιση πόνου	28 (100,0)	0 (0)
Ιατρικός τουρισμός	28 (100,0)	0 (0)
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	28 (100,0)	0 (0)
Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	28 (100,0)	0 (0)
Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	2 (7,1)	26 (92,9)
Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	14 (50,0)	14 (50,0)
Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	28 (100,0)	0 (0)
Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	28 (100,0)	0 (0)

Σε όλες τις φάσεις, στο ίδιο ποσοστό (60% και πάνω) το τεχνολογικό δυναμικό δήλωσε, ότι ο **“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”** και τα **“Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων”** είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για αυτές τις προτεραιότητες με ($p=0,945$) και ($p=0.849$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης τα **“Δικαιώματα ασθενών”** και η **“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”** δηλώθηκαν από το τεχνολογικό δυναμικό σε ποσοστό 53,6% και 60% και πάνω, αντίστοιχα, ότι είναι **“επιθυμητές”**. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες με ($p=1.000$) και ($p=0.864$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, το 70% και πάνω και το 89,3% του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι η **“Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)”** και η **“Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας”**, αντίστοιχα, ότι είναι **“άκρως απαραίτητες”**

προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες με ($p=0.827$) και ($p=1.000$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης”*, *“Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας”* και *“Επικοινωνία και υγεία”* δηλώθηκαν σε ποσοστό πάνω από το 80%, το 92,9% και πάνω από το 50%, αντίστοιχα, του τεχνολογικού δυναμικού ότι είναι *“άκρως απαραίτητες”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις τρεις αυτές προτεραιότητες με ($p=0.913$), ($p=1.000$) και ($p=0.861$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια(KEN-DRGS)”* και *“Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)”* δηλώθηκαν από το τεχνολογικό δυναμικό σε ποσοστό 60% και πάνω ότι είναι *“επιθυμητές”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.946$) και ($p=0.856$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, στο ίδιο ποσοστό (60% και πάνω) του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι οι *“Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής”* και η *“Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της”* είναι *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης και για τις δυο αυτές προτεραιότητες ($p=0.948$) και ($p=0.856$), αντίστοιχα.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση”* και *“Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.”* δηλώθηκαν από το τεχνολογικό δυναμικό σε ποσοστό 85,7% και 100%, αντίστοιχα, ότι είναι *“επιθυμητές”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, πάνω από το 70% του τεχνολογικού δυναμικού και για τις δυο προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”* και *“Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος”* δήλωσε ότι είναι *“άκρως απαραίτητες”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=0.827$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα”* και η *“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών - Διεπιστημονική συνεργασία”* σε ποσοστό πάνω από το 60% του τεχνολογικού δυναμικού και για τις δυο αυτές προτεραιότητες, δηλώθηκαν ότι είναι *“άκρως απαραίτητες”*. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=0.849$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, το ίδιο ποσοστό (92,9%) του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης *“Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας”* και *“Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας”* είναι άκρως απαραίτητες. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης με ($p=1.000$) και για τις δυο αυτές προτεραιότητες.

Σε όλες τις φάσεις, το ίδιο ποσοστό αυτό του 100% του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι οι *“Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας”*, η *“Αντιμετώπιση πόνου”*, ο *“Ιατρικός τουρισμός”*, το *“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”* και η *“Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας”* είναι *“επιθυμητές”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

Στη πρώτη φάση το 53,6% του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι ο *“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία- Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων-Εκπαίδευση διεθνοντικών στελεχών”* είναι *“επιθυμητή”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ποσοστό που μειώθηκε σε 50% στη δεύτερη και τρίτη φάση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φάσεων εξέτασης ($p=0.953$).

Σε όλες τις φάσεις, το 100% του τεχνολογικού δυναμικού δήλωσε ότι η *“Δημόσια υγεία και νοσηλευτική* και η *“Ψυχική υγεία και νοσηλευτική”* είναι *“επιθυμητές”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

Στα παρακάτω **Διαγράμματα (18-19)**, παρουσιάζονται οι θεματικές ενότητες της **Τρίτης (3^{ης}) Φάσης** σύμφωνα με τις απαντήσεις του τεχνολογικού δυναμικού.

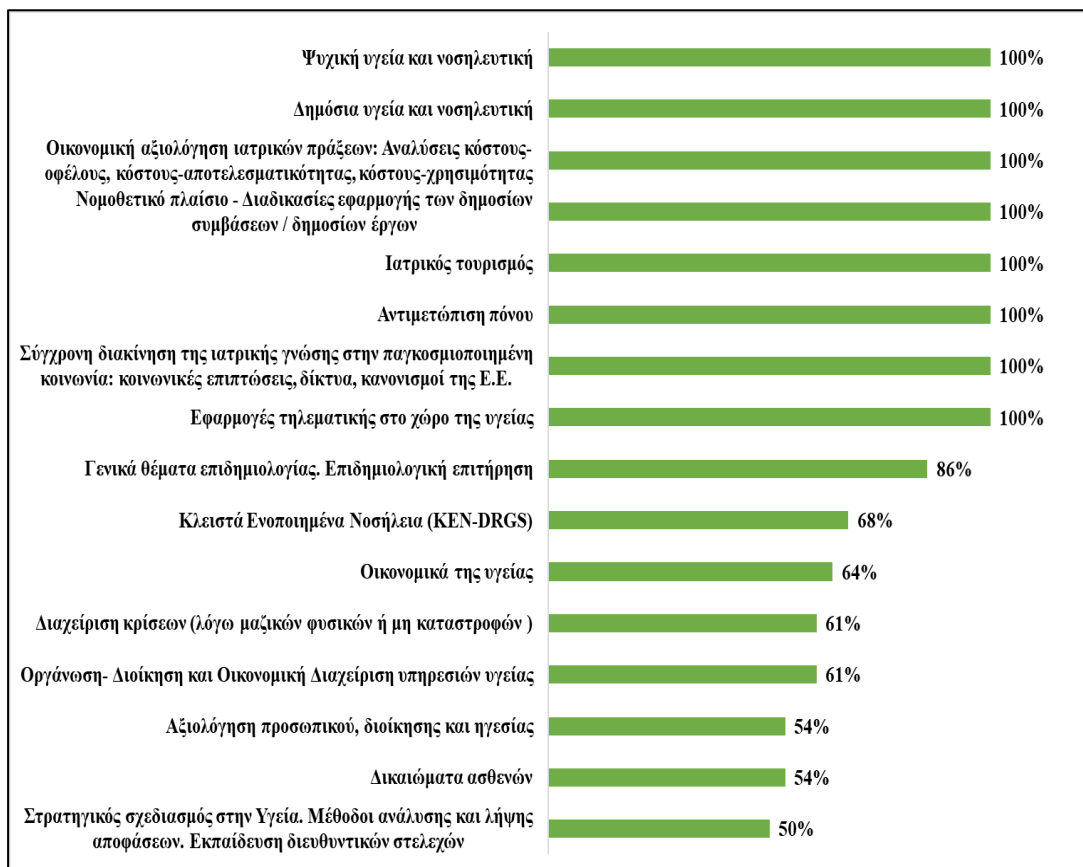
Στο **Διάγραμμα (18)** αποτυπώνονται οι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης, με την **“Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας”**, το **“Ιατρικό-νοσηλευτικό φάκελο και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας”** και τη **“Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας”** να ορίζονται, έτσι όπως αναφέρθηκαν από την συντριπτική πλειοψηφία της τεχνολογικής υπηρεσίας, ως οι τρεις **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

Διάγραμμα 18. Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης – Τεχνολογικό Δυναμικό



Επιπρόσθετα, στο **Διάγραμμα 19** οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης για “*Δημόσια υγεία και νοσηλευτική*”, για “*Ψυχική υγεία και νοσηλευτική*” για τη “*Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας*», για το “*Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων*” για το “*Ιατρικός τουρισμός*”, για την “*Αντιμετώπιση πόνου*”, για τη “*Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.*” και για τις «*Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας*» αναφέρθηκαν από την συντριπτική πλειοψηφία του τεχνολογικού προσωπικού ως οι πιο “*επιθυμητές*” προτεραιότητες.

Διάγραμμα 19. Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης- Τεχνολογικό Δυναμικό



6.5. Σύγκριση απόψεων 3^{ης} Φάσης ανά κατηγορία προσωπικού

Στην Ερώτηση: «1.1.Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά κατηγορία δυναμικού στην 3^η Φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 51.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειοψηφία όλων των κατηγοριών δήλωσε ότι η ανάγκη επιμόρφωσης είναι **“πάρα πολύ”** σημαντική για τη δουλειά του. Ενώ και το 20% περίπου του τεχνολογικού και διοικητικού προσωπικού απάντησε **“αρκετά”** και **“πολύ”** αντίστοιχα. Ειδικότερα, στην τελική φάση, το 76% του διοικητικού δυναμικού, το 88% του ιατρικού και το 96% του νοσηλευτικού υπερτόνισαν την αναγκαιότητα για επιμόρφωση στη δουλειά τους. Σε αντίθεση το τεχνολογικό δυναμικό σε ποσοστό 53,6% έκρινε ότι η ΣΕΚ δεν είναι τόσο σημαντική για τη δουλειά του όπως στις άλλες κατηγορίες. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της ανάγκης επιμόρφωσης ($p=0.001$) (Πιν.51).

Πίνακας 51. Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης, ανά κατηγορία

		Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	6 (21,4)	7 (25,0)	15 (53,6)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	0 (0,0)	6 (24,0)	19 (76,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	0 (0,0)	1 (4,0)	24 (96,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	0 (0,0)	3 (12,0)	22 (88,0)	

Στην Ερ.2: «Ποιον προτιμάτε ως καλύτερο τρόπο επιμόρφωσης;», τα αποτελέσματα ανά κατηγορία δυναμικού στην 3^η φάση παρουσιάζονται στους Πίνακες 52-54.

Από τα συνήθως χρησιμοποιούμενα μέσα επιμόρφωσης του στελεχιακού δυναμικού του τομέα υγείας για τις διαμορφούμενες εξελίξεις στο επάγγελμα του ή ευρύτερα στις υπηρεσίες υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό όπως φαίνεται από τη μελέτη μας στη τελική φάση της

έρευνας, τάσσεται υπέρ της συμμετοχής “Σεμιναρίων” για τις τρεις κατηγορίες απασχολούμενων σε ποσοστό 100% για τους διοικητικούς, 96% για τους νοσηλευτές και σε 82,1% για το τεχνολογικό προσωπικό. Τα “Άρθρα” και τα “Βιβλία” συγκαταλέγονται ως οι καλύτεροι τρόποι επιμόρφωσης στις προτιμήσεις τους (100% των γιατρών, του 92% των διοικητικών και του 84% των νοσηλευτών).

Ειδικότερα, το 80% και άνω του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι τα “Άρθρα” αποτελούν τρόπο επιμόρφωσης, ενώ το 57,1% του τεχνολογικού δυναμικού απάντησε αρνητικά. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών του δυναμικού και των άρθρων ως τρόπος επιμόρφωσης ($p=0.001$) (Πιν.52).

Πίνακας 52. Τρόπος επιμόρφωσης- Άρθρα, ανά κατηγορία

		Άρθρα		P value
		Όχι	Ναι	
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	16 (57,1)	12 (42,9)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	2 (8,0)	23 (92,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	4 (16,0)	21 (84,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	0 (0,0)	25 (100,0)	

Όσον αφορά τα “Βιβλία” το 70% και άνω του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι αποτελούν τρόπο επιμόρφωσης, ενώ το 57,1% του τεχνολογικού δυναμικού απάντησε αρνητικά. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και των βιβλίων ως τρόπος επιμόρφωσης ($p=0.022$) (Πιν.53).

Πίνακας 53. Τρόπος επιμόρφωσης- Βιβλία, ανά κατηγορία

		Βιβλία		P value
		Όχι	Ναι	
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	16 (57,1)	12 (42,9)	0.022
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	7 (28,0)	18 (72,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	7 (28,0)	18 (72,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	5 (20,0)	20 (80,0)	

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η πλειοψηφία όλων των εμπειρογνομόνων του δείγματος μας δήλωσε ότι τα “*Σεμινάρια*” αποτελούν τρόπο επιμόρφωσης. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και των σεμιναρίων ως τρόπος επιμόρφωσης ($p=0.049$) (Πιν.54).

Πίνακας 54. Τρόπος επιμόρφωσης- Σεμινάρια, ανά κατηγορία

		Σεμινάρια		P value
		Όχι	Ναι	
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	5 (17,9)	23 (82,1)	0.049
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	0 (0,0)	25 (100,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	1 (4,0)	24 (96,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	1 (4,0)	24 (96,0)	

Στην Ερώτηση: «Μπορούν με άλλο τρόπο να αρθούν τα προβλήματα της μη συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης;», τα αποτελέσματα ανά κατηγορία δυναμικού στην 3^η φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 55.

Η πλειοψηφία των εμπειρογνομόνων του δείγματός μας δήλωσε ότι μπορούν με άλλο τρόπο να αρθούν τα προβλήματα της μη συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης. Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο ότι το 20% περίπου του τεχνολογικού δυναμικού, σε αντίθεση με τις άλλες κατηγορίες δυναμικού, απάντησε αρνητικά. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών δυναμικού και της εν λόγω ερώτησης ($p=0.043$) (Πιν.55).

Πίνακας 55. Μπορούν με άλλο τρόπο να αρθούν τα προβλήματα της μη Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης, ανά κατηγορία

		Όχι	Ναι	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	6 (21,4%)	22 (78,6)	0.043
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	0 (0,0%)	25 (100,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	3 (12,0%)	22 (88,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	1 (4,0%)	24 (96,0)	

Στην Ερώτηση: «3. Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητικές;», τα αποτελέσματα ανά κατηγορία δυναμικού στην 3^η φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 56.

Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες από το νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνολογικό δυναμικό πιστεύουν ότι είναι **“αρκετά”** ικανοποιητικές οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης, ενώ η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού (56%) δήλωσε **“καθόλου”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω ερώτησης (**p=0.017**) (Πιν.56). Αξίζει να τονιστεί το γεγονός ότι οι εμπειρογνώμονες θεωρούν ότι δεν είναι **“πολύ”** ούτε **“πάρα πολύ”** ικανοποιητική η συμμετοχή των εργαζομένων λόγω των ευκαιριών που δίνονται. Το γεγονός αυτό είναι ένδειξη του συστήματος στην Ελλάδα ότι η συνεχιζόμενη κατάρτιση δεν αποτελεί προτεραιότητα της δημόσιας διοίκησης του κράτους κάτι που έχει περάσει και στη κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 56. Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική, ανά κατηγορία

		Καθόλου	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	10 (35,7)	15 (53,6)	3 (10,7)	0 (0,0)	0.017
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	4 (16,0)	13 (52,0)	7 (28,0)	1 (4,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	11 (44,0)	14 (56,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	14 (56,0)	10 (40,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	

Στην Ερώτηση 4: «Ποιοι κατά τη γνώμη σας από τους κάτωθι φορείς είναι κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά κατηγορία δυναμικού στην 3^η φάση αντίστοιχα παρουσιάζονται στους Πίνακες 57-58.

Η πλειοψηφία τους τεχνολογικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι το “Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης” δεν είναι κατάλληλος φορέας για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό του 72% της νοσηλευτικής υπηρεσίας το οποίο απάντησε θετικά. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω ερώτησης ($p=0.017$) (Πιν.57).

Πίνακας 57. Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης – Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ), ανά κατηγορία

		Όχι	Ναι	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	20 (71,4)	8 (28,6)	0.017
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	13 (52,0)	12 (48,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	7 (28,0)	18 (72,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	14 (56,0)	11 (44,0)	

Η πλειοψηφία του τεχνολογικού και νοσηλευτικού δυναμικού απάντησαν ότι ο “**Ιδιωτικός Φορέας**” δεν είναι κατάλληλος φορέας για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο η πλειοψηφία του διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησε θετικά. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω ερώτησης ($p=0.001$) (Πιν.58). Οι ιδιωτικοί φορείς δεν προτιμώνται και δεν επιλέγονται γιατί πιθανότατα ο επιμορφωμένος επιβαρύνεται ο ίδιος αυξάνοντας τον οικονομικό του προϋπολογισμό με την καταβολή χρηματικού ποσού συμμετοχής.

Πίνακας 58. Φορείς κατάλληλοι για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης – Ιδιωτικός Φορέας, ανά κατηγορία

		Όχι	Ναι	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	23 (82,1)	5 (17,9)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	9 (36,0)	16 (64,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	20 (80,0)	5 (20,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	6 (24,0)	19 (76,0)	

Στην Ερώτηση 5: «Ποια από τα κάτωθι θεωρείτε ότι αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης;» τα αποτελέσματα ανά κατηγορία δυναμικού στην 3^η φάση παρουσιάζονται στο Πίνακα 59.

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι η “*Έλλειψη χρόνου*” αποτελεί εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης. Ωστόσο το τεχνολογικό δυναμικό σε ποσοστό 57,1% απάντησε αρνητικά. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω ερώτησης (**p=0.030**) (Πιν.59).

Πίνακας 59. Εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, ανά κατηγορία

		Έλλειψη χρόνου		P value
		Όχι	Ναι	
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	16 (57,1)	12 (42,9)	0.030
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	9 (36,0)	16 (64,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	5 (20,0)	20 (80,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	7 (28,0)	18 (72,0)	

Στην Ερώτηση: «8. Σημειώσατε στις κάτωθι θεματικές ενότητες εκείνες τις οποίες πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη προτεραιότητας για την επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (άκρως απαραίτητα – 1^η επιλογή), και σε εκείνες τις θεματικές ενότητες που είναι δευτερεύουσας προτεραιότητας (επιθυμητά – 2^η)», οι απόψεις ανά κατηγορία δυναμικού στην τελική φάση απεικονίζονται στους Πίνακες 60-79.

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι η “**Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας**” αποτελεί “**άκρως απαραίτητη**” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο, το 60,7% του τεχνολογικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί δευτερεύουσα προτεραιότητα (“**επιθυμητή**”). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.60).

Πίνακας 60. Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N(%)	17 (60,7)	11 (39,3)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	1 (4,0)	24 (96,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	5 (20,0)	20 (80,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	4 (16,0)	21 (84,0)	

Όσον αφορά τα “**Οικονομικά της υγείας**” η πλειοψηφία του νοσηλευτικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι αποτελούν “**άκρως απαραίτητη**” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ενώ, η πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού έκρινε ότι αποτελεί “**επιθυμητή**” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.61).

Πίνακας 61. Οικονομικά της υγείας, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	18 (64,3)	10 (35,7)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	4 (16,0)	21 (84,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	9 (36,0)	16 (64,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	3 (12,0)	22 (88,0)	

Ο “Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές” δηλώθηκε από την πλειοψηφία του τεχνολογικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού ότι αποτελεί “**άκρως απαραίτητη**” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο η πλειοψηφία του διοικητικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί δευτερεύουσα (“**επιθυμητή**”) προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.62).

Πίνακας 62. Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	8 (28,6)	20 (71,4)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	18 (72,0)	7 (28,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	7 (28,0)	18 (72,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	5 (20,0)	20 (80,0)	

Η πλειοψηφία του διοικητικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι η “**Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας**” αποτελεί “**άκρως απαραίτητη**” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ενώ, το τεχνολογικό δυναμικό σε ποσοστό 53,6% έκρινε ότι αποτελεί “**επιθυμητή**” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.006$) (Πιν.63).

Πίνακας 63. Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	15 (53,6)	13 (46,4)	0.006
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	3 (12,0)	22 (88,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	6 (24,0)	19 (76,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	6 (24,0)	19 (76,0)	

Η “*Επικοινωνία και υγεία*” κρίνεται ως “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης από την πλειοψηφία του τεχνολογικού και νοσηλευτικού δυναμικού. Ωστόσο η πλειοψηφία του διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί “*επιθυμητή*” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας (**p=0.001**) (Πιν.64).

Πίνακας 64. Επικοινωνία και υγεία, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	10 (35,7)	18 (64,3)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	18 (72,0)	7 (28,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	5 (20,0)	20 (80,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	19 (76,0)	6 (24,0)	

Η πλειοψηφία του διοικητικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι οι “*Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής*” αποτελούν δευτερεύουσα (“*επιθυμητή*”) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο, το τεχνολογικό δυναμικό σε ποσοστό 67,9% έκρινε ότι αποτελεί “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας (**p=0.004**) (Πιν.65).

Πίνακας 65. Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	9 (32,1)	19 (67,9)	0.004
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	16 (64,0)	9 (36,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	20 (80,0)	5 (20,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	16 (64,0)	9 (36,0)	

Τα “Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)” αποτελούν “επιθυμητή” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης για την πλειοψηφία του τεχνολογικού και ιατρικού δυναμικού. Ωστόσο, ως “άκρως απαραίτητη” προτεραιότητα δηλώθηκε από τη πλειοψηφία του διοικητικού και νοσηλευτικού δυναμικού. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.66).

Πίνακας 66. Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS) , ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	19 (67,9)	9 (32,1)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	3 (12,0)	22 (88,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	10 (40,0)	15 (60,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	18 (72,0)	7 (28,0)	

Η πλειοψηφία του τεχνολογικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι τα “Γενικά θέματα επιδημιολογίας - Επιδημιολογική επιτήρηση” αποτελούν δευτερεύουσα (“επιθυμητή”) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το νοσηλευτικό δυναμικό σε ποσοστό 52% την έκρινε ως “άκρως απαραίτητη” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.002$) (Πιν.67).

Πίνακας 67. Γενικά θέματα επιδημιολογίας. Επιδημιολογική επιτήρηση, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N(%)	24 (85,7)	4 (14,3)	0.002
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	22 (88,0)	3 (12,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	12 (48,0)	13 (52,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	14 (56,0)	11 (44,0)	

Οι “Ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα” ως “άκρως απαραίτητη” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης από την πλειοψηφία του τεχνολογικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού. Ενώ το 72% του διοικητικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί δευτερεύουσα (“επιθυμητή”) προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.68).

Πίνακας 68. Ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	8 (28,6)	20 (71,4)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	18 (72,0)	7 (28,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	4 (16,0)	21 (84,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	11 (44,0)	14 (56,0)	

Η πλειοψηφία του τεχνολογικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι οι “Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας” αποτελούν “επιθυμητή” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο η πλειοψηφία του νοσηλευτικού δυναμικού, με ποσοστό 60%, απάντησε ότι αποτελεί “άκρως απαραίτητη” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.69).

Πίνακας 69. Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	28 (100,0)	0 (0,0)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	10 (40,0)	15 (60,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	19 (76,0)	6 (24,0)	

Η “*Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)*” αποτελεί δευτερεύουσα (“*επιθυμητή*”) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης για την πλειοψηφία του τεχνολογικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού. Ωστόσο ως “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα δηλώθηκε από τη πλειοψηφία του διοικητικού και νοσηλευτικού δυναμικού. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας (**p=0.017**) (Πιν.70).

Πίνακας 70. Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών) , ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	17 (60,7)	11 (39,3)	0.017
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	5 (20,0)	20 (80,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	12 (48,0)	13 (52,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	14 (56,0)	11 (44,0)	

Το “*Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος*” δηλώθηκε ως “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης από όλο σχεδόν το δυναμικό των εμπειρογνομόνων του δείγματος μας, με εξαίρεση το διοικητικό δυναμικό όπου απάντησε ότι αποτελεί “*επιθυμητή*” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας (**p=0.001**) (Πιν.71).

Πίνακας 71. Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	6 (21,4)	22 (78,6)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	9 (36,0)	16 (64,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	4 (16,0)	21 (84,0)	

Η πλειοψηφία του τεχνολογικού, διοικητικού και νοσηλευτικού δυναμικού απάντησαν ότι η *“Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.”* αποτελεί δευτερεύουσα (*“επιθυμητή”*) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού δήλωσε ότι αποτελεί *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.72).

Πίνακας 72: Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε. , ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	28 (100,0)	0 (0,0)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	11 (44,0)	14 (56,0)	

Ως δευτερεύουσα (*“επιθυμητή”*) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης δηλώθηκε η *“Αντιμετώπιση πόνου”* από την πλειοψηφία του τεχνολογικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού. Ωστόσο, το 72% του νοσηλευτικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί *“άκρως*

απαραίτητη” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.73).

Πίνακας 73. Αντιμέτωπιση πόνου, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	28 (100,0)	0 (0,0)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	7 (28,0)	18 (72,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	14 (56,0)	11 (44,0)	

Το “*Νομοθετικό πλαίσιο-Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων/δημοσίων έργων*” αποτελεί για την πλειοψηφία του τεχνολογικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού “*επιθυμητή*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ενώ το 60% του διοικητικού δυναμικού δήλωσε ότι αποτελεί “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.74).

Πίνακας 74. Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	28 (100,0)	0 (0,0)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	10 (40,0)	15 (60,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	

Η πλειοψηφία του διοικητικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι η “*Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας*” αποτελεί “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ενώ το 100% του τεχνολογικού δυναμικού

έκρινε ότι αποτελεί δευτερεύουσα (“*επιθυμητή*”) προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.75).

Πίνακας 75. Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	28 (100,0)	0 (0,0)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	5 (20,0)	20 (80,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	12 (48,0)	13 (52,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	2 (8,0)	23 (92,0)	

Η “*Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας*” κρίθηκε ως “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης από τη πλειοψηφία του τεχνολογικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού. Ενώ το 68% του διοικητικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί “*επιθυμητή*” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.76).

Πίνακας 76. Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	2 (7,1)	26 (92,9)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	17 (68,0)	8 (32,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	4 (16,0)	21 (84,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	3 (12,0)	22 (88,0)	

Η πλειοψηφία του διοικητικού, νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι ο *“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία, Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων, Εκπαίδευση διεθυντικών στελεχών”* αποτελούν *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο, το 50% του τεχνολογικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί *“επιθυμητή”* προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.77).

Πίνακας 77. Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διεθυντικών στελεχών, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	14 (50,0)	14 (50,0)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	5 (20,0)	20 (80,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	3 (12,0)	22 (88,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	2 (8,0)	23 (92,0)	

Το 100% του τεχνολογικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι η *“Δημόσια υγεία και νοσηλευτική”* αποτελεί *“επιθυμητή”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ πλειοψηφία(88,0%) του νοσηλευτικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.78).

Πίνακας 78. Δημόσια υγεία και νοσηλευτική, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	28 (100,0)	0 (0,0)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	3 (12,0)	22 (88,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	

Η “*Ψυχική υγεία και νοσηλευτική*” δηλώθηκε από την πλειοψηφία του τεχνολογικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού ως δευτερεύουσα (“*επιθυμητή*”) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ενώ το 68% του νοσηλευτικού δυναμικού απάντησε ότι αποτελεί “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των κατηγοριών και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.79).

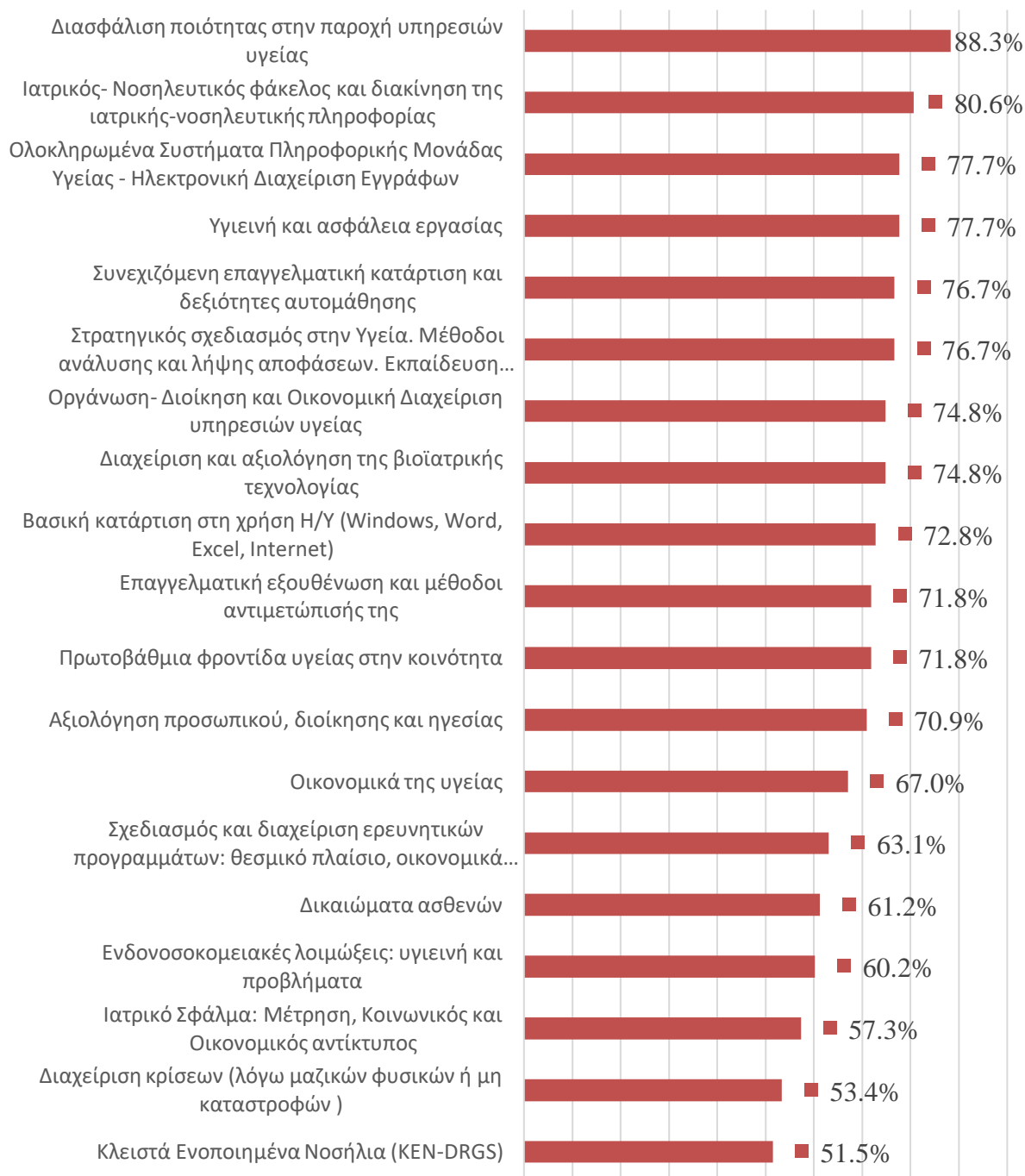
Πίνακας 79. Ψυχική υγεία και νοσηλευτική, ανά κατηγορία, ανά κατηγορία

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Τεχνολογικό δυναμικό	N (%)	28 (100,0)	0 (0,0)	0.001
Διοικητικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	
Νοσηλευτικό δυναμικό	N (%)	8 (32,0)	17 (68,0)	
Ιατρικό δυναμικό	N (%)	25 (100,0)	0 (0,0)	

Στα παρακάτω **Διαγράμματα (20-21)**, παρουσιάζονται οι θεματικές ενότητες της **Τρίτης (3^{ης}) Φάσης** σύμφωνα με τις απαντήσεις όλων των εμπειρογνομόνων του δυναμικού του δείγματός μας.

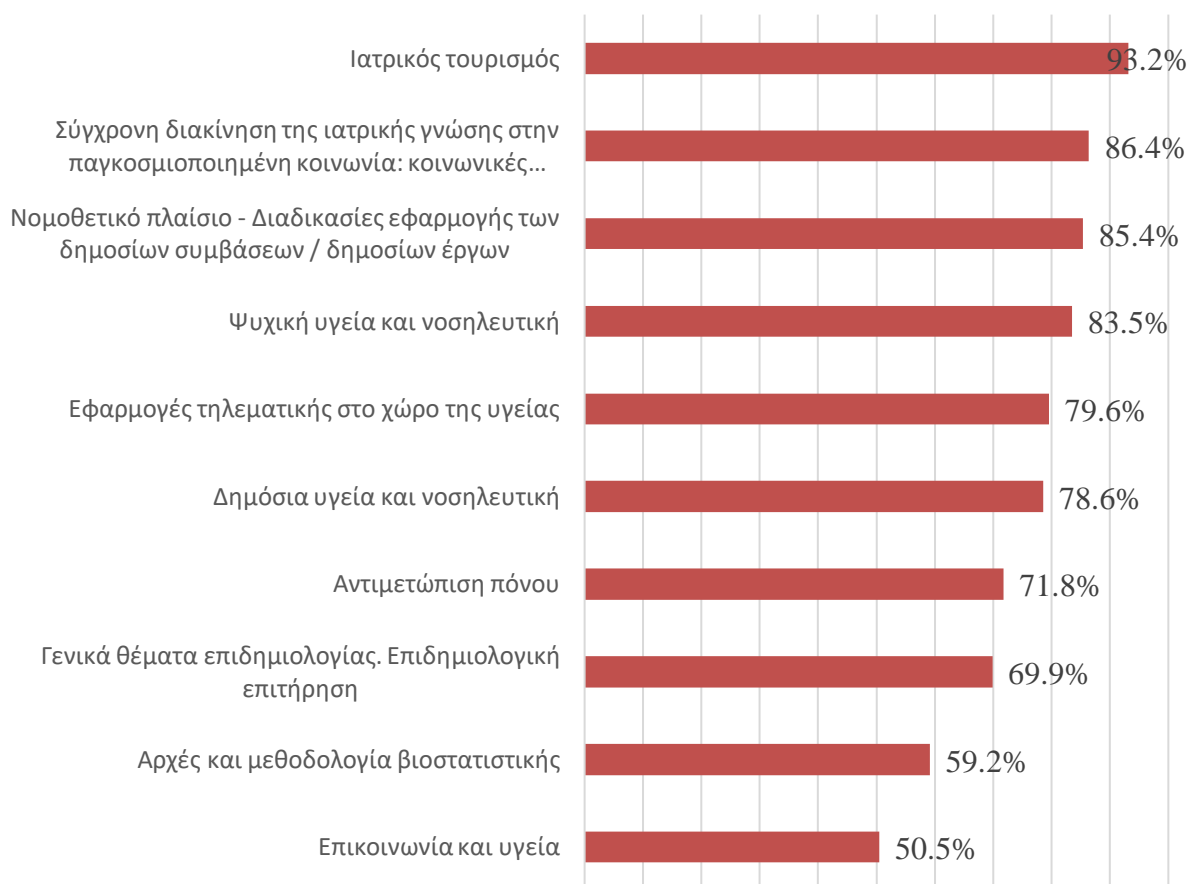
Στο **Διάγραμμα (20)** αποτυπώνονται οι “*άκρως απαραίτητες*” προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης, με τη “*Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας*” με ποσοστό 88,3% και τον “*Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας*” με ποσοστό 80,6%, να ορίζονται από όλους τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνά μας ως οι πιο “*άκρως απαραίτητες*” προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης.

Διάγραμμα 20. Άκρως Απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης



Επιπρόσθετα, στο **Διάγραμμα 21** οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης για το **“Ιατρικός τουρισμός”** με ποσοστό 93,2%, για τη **“Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.”** με ποσοστό 86,4%, για το **“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων/δημοσίων έργων”** με ποσοστό 85,4% και για **“Ψυχική υγεία και νοσηλευτική”** με ποσοστό 83,5% αναφέρθηκαν από την πλειοψηφία του συνόλου των ειδικών του δείγματος μας ως οι πιο **“επιθυμητές”** προτεραιότητες.

Διάγραμμα 21. Επιθυμητή προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης



6.6. Σύγκριση απόψεων 3ης φάσης με κοινωνικό δημογραφικά χαρακτηριστικά ανά κατηγορία

6.6.1. Ιατρικό Δυναμικό

Όσον αφορά το ιατρικό δυναμικό σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, παρατηρούμε ότι όσοι έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές σε σχέση με αυτούς που έχουν μόνο πανεπιστημιακή εκπαίδευση, θεωρούν ως προτεραιότητες για συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και *“άκρως απαραίτητες”* τις ακόλουθες θεματικές ενότητες: το *“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”* και τα *“Δικαιώματα ασθενών”*. Επιπρόσθετα, οι εμπειρογνώμονες με πανεπιστημιακή και διδακτορική εκπαίδευση θεωρούν ως *“άκρως απαραίτητη”* τη θεματική ενότητα *“Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα”* ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακών σπουδών τη θεωρούν *“επιθυμητή”*. Επίσης, οι ειδικοί που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα σε σχέση με αυτούς του ιδιωτικού τομέα ως πρωταρχικές ενότητες επιμόρφωσης έθεσαν το *“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”*, και την *“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”*. Αναλυτικότερα, στους Πίνακες (80-82) αποτυπώνονται οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης του ιατρικού δυναμικού σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και στους Πίνακες (83-84) αποτυπώνονται οι προτεραιότητες σε σχέση με τις μονάδες υγείας που εργάζονται οι εμπειρογνώμονες του δείγματός μας, αυτής της κατηγορίας ανθρώπινου δυναμικού.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Το 100% των εμπειρογνομόνων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσαν ότι ο *“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”* είναι δευτερεύουσα (*“επιθυμητή”*) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των ατόμων που έχουν

ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.80).

Πίνακας 80. Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΑΕΙ	N (%)	5 (100,0)	0 (0,0)	0.001
Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	0 (0,0)	5 (100,0)	
Διδακτορικός τίτλος	N (%)	0 (0,0)	15 (100,0)	

Τα **“Δικαιώματα ασθενών”** δηλώθηκαν από το 80% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση ότι είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 80% των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές έκριναν ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.020$) (Πιν.81).

Πίνακας 81. Δικαιώματα ασθενών σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΑΕΙ	N (%)	4 (80,0)	1 (20,0)	0.020
Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	1 (20,0)	4 (80,0)	
Διδακτορικός τίτλος	N (%)	3 (20,0)	12 (80,0)	

Το 100% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση και το 53,8% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι οι **“Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 80% των ειδικών του δείγματός μας που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές δήλωσαν ότι είναι **“επιθυμητή”**. Στατιστικά

σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επίπεδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.037$) (Πιν.82).

Πίνακας 82. Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΑΕΙ	N (%)	0 (0,0)	5 (100,0)	0.037
Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	4 (80,0)	1 (20,0)	
Διδακτορικός τίτλος	N (%)	7 (46,7)	8 (53,3)	

Μονάδες Υγείας

Το 93,8% των εμπειρογνομόνων του δείγματός μας που εργάζονται στο δημόσιο τομέα δήλωσαν ότι ο *“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”* είναι *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ μόνο το 55,6% των ειδικών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα έκριναν το ίδιο. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.022$) (Πιν.83).

Πίνακας 83. Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	1 (6,3)	15 (93,8)	0.022
Ιδιωτικό	N (%)	4 (44,4)	5 (55,6)	

Η “Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας” δηλώθηκε από το 62,5% των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα ότι είναι “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, σε σύγκριση με το 100% των ειδικών του δείγματός μας που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.035$) (Πιν.84).

Πίνακας 84. Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	6 (37,5)	10 (62,5)	0.035
Ιδιωτικό	N (%)	0 (0,0)	9 (100,0)	

6.6.2. Νοσηλευτικό Δυναμικό

Όσον αφορά το νοσηλευτικό δυναμικό σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, παρατηρούμε ότι όσοι έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές σε σχέση με αυτούς που έχουν μόνο τεχνολογική εκπαίδευση, θεωρούν ως ανάγκη πρώτης προτεραιότητας (“*άκρως απαραίτητη*”) για συνεχιζόμενη κατάρτιση τα “*Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων*”. Επιπρόσθετα, οι ειδικοί που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα ως πρωταρχική ενότητα επιμόρφωσης έθεσαν την “*Αντιμετώπιση πόνου*”, ενώ οι εμπειρογνώμονες που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα την “*Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας*”. Αναλυτικότερα, στο Πίνακα 85 αποτυπώνεται η προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης του νοσηλευτικού δυναμικού σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και στους Πίνακες (86-87) αποτυπώνονται οι προτεραιότητες σε σχέση με τις μονάδες υγείας που εργάζονται οι εμπειρογνώμονες του δείγματός μας αυτής της κατηγορίας ανθρώπινου δυναμικού.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Το 85,7% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση δήλωσαν ότι τα “Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων” είναι “*επιθυμητή*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές και διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι είναι “*άκρως απαραίτητη*”. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.85).

Πίνακας 85. Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N (%)	6 (85,7)	1 (14,3)	0.001
Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	0 (0,0)	8 (100,0)	
Διδακτορικός τίτλος	N (%)	0 (0,0)	10 (100,0)	

Μονάδες Υγείας

Η “*Αντιμετώπιση πόνου*” δηλώθηκε ότι είναι “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης από το 83,3% των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, σε σύγκριση με το 57,1% των εμπειρογνομόνων μας που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα που δήλωσαν ότι είναι “*επιθυμητή*”. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.043$) (Πιν.86).

Πίνακας 86. Αντιμετώπιση πόνου σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	3 (16,7)	15 (83,3)	0.043
Ιδιωτικό	N (%)	4 (57,1)	3 (42,9)	

Το 61,1% ειδικών του δείγματός μας που εργάζονται στο δημόσιο τομέα δήλωσαν ότι η *“Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας”* είναι δευτερεύουσα (*“επιθυμητή”*) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 85,7% των ατόμων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα δήλωσαν ότι είναι *“άκρως απαραίτητη”*. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.035$) (Πιν.87).

Πίνακας 87.Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	11 (61,1)	7 (38,9)	0.035
Ιδιωτικό	N (%)	1 (14,3)	6 (85,7)	

6.6.3. Διοικητικό Δυναμικό

Όσον αφορά το διοικητικό δυναμικό σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, παρατηρούμε ότι όσοι έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές σε σχέση με αυτούς που έχουν μόνο πανεπιστημιακή ή τεχνολογική εκπαίδευση, θεωρούν ως *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες για συνεχιζόμενη κατάρτιση την *“Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας”*, τα *“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)”* και την *“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών, Διεπιστημονική συνεργασία”*. Επιπρόσθετα, οι ειδικοί που εργάζονται στο δημόσιο τομέα σε σχέση με αυτούς του ιδιωτικού τομέα ως πρωταρχικές ενότητες επιμόρφωσης έθεσαν τα *“Οικονομικά της υγείας”*, και το *“Νομοθετικό πλαίσιο-Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων/δημοσίων έργων”*, ενώ οι εμπειρογνώμονες που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα την *“Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας”*. Αναλυτικότερα, στους Πίνακες (88-90) αποτυπώνονται οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης του

διοικητικού δυναμικού σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και στους **Πίνακες (91-93)** αποτυπώνονται οι προτεραιότητες σε σχέση με τις μονάδες υγείας που εργάζονται οι εμπειρογνώμονες του δείγματός μας αυτής της κατηγορίας ανθρώπινου δυναμικού.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Το 100% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή ή τεχνολογική εκπαίδευση δήλωσαν ότι η **“Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ με χαμηλό ποσοστό η πλειοψηφία των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι είναι **“επιθυμητή”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας (**p=0.043**)(Πιν.88).

Πίνακας 88. Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ-ΑΕΙ	N (%)	0 (0,0)	4 (100,0)	0.043
Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	2 (22,2)	7 (77,8)	
Διδακτορικός τίτλος	N (%)	5 (41,7)	7 (58,3)	

Τα **“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)”** δηλώθηκαν από την πλειοψηφία όλων των εμπειρογνομόνων μας, ανεξαρτήτου επιπέδου εκπαίδευσης, ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Υψηλότερα ήταν τα ποσοστά των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές ενώ έπεται από το ποσοστό των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή ή τεχνολογική εκπαίδευση. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας (**p=0.027**) (Πιν.89).

Πίνακας 89. Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS) σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ-ΑΕΙ	N (%)	1 (25,0)	3 (75,0)	0.027
Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	1 (11,1)	8 (88,9)	
Διδακτορικός τίτλος	N (%)	1 (8,3)	11 (91,7)	

Το 75% των εμπειρογνομόνων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή ή τεχνολογική εκπαίδευση, αλλά και τα άτομα με διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι η **“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών. Διεπιστημονική συνεργασία”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ υψηλότερο ήταν το ποσοστό των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.027$) (Πιν.90).

Πίνακας 90. Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ-ΑΕΙ	N (%)	1 (25,0)	3 (75,0)	0.027
Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	1 (11,1)	8 (88,9)	
Διδακτορικός τίτλος	N (%)	3 (25,0)	9 (75,0)	

Μονάδες Υγείας

Τα **“Οικονομικά της υγείας”** δηλώθηκαν από το 100% των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ μόνο το 55,6% των ειδικών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα δήλωσαν το ίδιο. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.004$) (Πιν.91).

Πίνακας 91. Οικονομικά της υγείας σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	0 (0,0)	16 (100,0)	0.004
Ιδιωτικό	N (%)	4 (44,4)	5 (55,6)	

Το 81,3% των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα δήλωσαν ότι το *“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”* είναι *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, σε σύγκριση με το 77,8% των εμπειρογνομόνων του δείγματός μας που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα που το θεωρούν ως δευτερεύουσα (*“επιθυμητή”*) προτεραιότητα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.004$) (Πιν.92).

Πίνακας 92. Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	3 (18,8)	13 (81,3)	0.004
Ιδιωτικό	N (%)	7 (77,8)	2 (22,2)	

Η *“Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας”* δηλώθηκε ότι είναι *“επιθυμητή”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης από το 87,5% των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, σε σύγκριση με το 66,7% των ειδικών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα που το θεωρούν ως *“άκρως απαραίτητη”*. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.005$) (Πιν.93).

Πίνακας 93. Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	14 (87,5)	2 (12,5)	0.005
Ιδιωτικό	N (%)	3 (33,3)	6 (66,7)	

6.6.4. Τεχνολογικό Δυναμικό

Όσον αφορά το τεχνολογικό δυναμικό σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, παρατηρούμε ότι όσοι έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές σε σχέση με αυτούς που έχουν μόνο τεχνολογική εκπαίδευση, θεωρούν ως *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες για συνεχιζόμενη κατάρτιση την *“Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας”*, και το *“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”*. Τα άτομα που έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση σε σχέση με αυτούς με τεχνολογική εκπαίδευση ή και μεταπτυχιακές σπουδές, θεωρούν ως *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες για συνεχιζόμενη κατάρτιση τα *“Οικονομικά της υγείας”*, τα *“Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων”*, και τα *“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KENDRGS)”*. Η ίδια κατηγορία των ειδικών δήλωσαν ως *“επιθυμητές”* προτεραιότητες για συνεχιζόμενη κατάρτιση το *“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”* τη *“Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης”* τη *“Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της”*, τη *“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”* και την *“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών, Διεπιστημονική συνεργασία”*.

Επιπρόσθετα, οι ειδικοί που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα σε σχέση με αυτούς του ιδιωτικού τομέα ως πρωταρχικές ενότητες επιμόρφωσης έθεσαν τη *“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”*, το *“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”*, και το *“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία, Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων, Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”*, ενώ οι εμπειρογνώμονες που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα: τη *“Επικοινωνία και υγεία”*, τη *“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”*, το *“Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση,*

Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος”. Αναλυτικότερα, στους **Πίνακες (94-103)** αποτυπώνονται οι προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης του τεχνολογικού δυναμικού σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και στους **Πίνακες (104-108)** αποτυπώνονται οι προτεραιότητες σε σχέση με τις μονάδες υγείας που εργάζονται οι εμπειρογνώμονες του δείγματός μας, αυτής της κατηγορίας ανθρώπινου δυναμικού.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Το 75% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση δήλωσε ότι η **“Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 71,4% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές και το 100% που έχουν ολοκληρώσει διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας (**p=0.001**) (Πιν.94).

Πίνακας 94. Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N(%)	15 (75,0)	5 (25,0)	0.001
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	2 (28,6)	5 (71,4)	
ΑΕΙ	N(%)	0 (0,0)	1 (100,0)	

Τα **“Οικονομικά της υγείας”** δηλώθηκαν από το 70% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και από το 57,1% των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές ότι είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των εμπειρογνώμωνων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας (**p=0.018**) (Πιν.95).

Πίνακας 95. Οικονομικά της υγείας σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N(%)	14 (70,0)	6 (30,0)	0.018
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	4 (57,1)	3 (42,9)	
ΑΕΙ	N (%)	0 (0,0)	1 (100,0)	

Το 75% των εμπειρογνομόνων τους δείγματός μας που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και το 71,4% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές δήλωσαν ότι ο *“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”* είναι *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι *“επιθυμητή”*. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.025$) (Πιν.96).

Πίνακας 96. Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N(%)	5 (25,0)	15 (75,0)	0.025
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	2 (28,6)	5 (71,4)	
ΑΕΙ	N (%)	1 (100,0)	0 (0,0)	

Οι ειδικοί που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση σε ποσοστό 75% και οι εμπειρογνώμονες του δείγματός μας σε ποσοστό 71,4% που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές δήλωσαν ότι τα *“Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων”* είναι *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι *“επιθυμητή”*. Στατιστικά

σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επίπεδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.037$) (Πιν.97).

Πίνακας 97. Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N (%)	5 (25,0)	15 (75,0)	0.037
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	2 (28,6)	5 (71,4)	
ΑΕΙ	N (%)	1 (100,0)	0 (0,0)	

Η “*Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης*” δηλώθηκε από το 90% των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και από το 85,7% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές ότι είναι “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των εμπειρογνομόνων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι “*επιθυμητή*”. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επίπεδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.98).

Πίνακας 98. Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N(%)	2 (10,0)	18 (90,0)	0.001
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	1 (14,3)	6 (85,7)	
ΑΕΙ	N (%)	1 (100,0)	0 (0,0)	

Το 65% των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και το 85,7% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές δήλωσαν ότι τα “*Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)*” είναι δευτερεύουσα (“*επιθυμητή*”) προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των εμπειρογνομόνων του δείγματός μας που

έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επίπεδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.008$) (Πιν.99).

Πίνακας 99. Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS) σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N(%)	13 (65,0)	7 (35,0)	0.008
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N(%)	6 (85,7)	1 (14,3)	
ΑΕΙ	N(%)	0 (0,0)	1 (100,0)	

Η **“Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της”** δηλώθηκε από το 65% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και από το 85,7% που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι **“επιθυμητή”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επίπεδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.006$) (Πιν.100).

Πίνακας 100. Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N (%)	7 (35,0)	13 (65,0)	0.006
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	1 (14,3)	6 (85,7)	
ΑΕΙ	N (%)	1 (100,0)	0 (0,0)	

Οι εμπειρογνώμονες τους δείγματος μας που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση σε ποσοστό 80% και οι ειδικοί που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές σε ποσοστό 85,7% δήλωσαν ότι η **“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των ατόμων που

έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι *“επιθυμητή”*. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επίπεδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.009$) (Πιν.101).

Πίνακας 101. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N(%)	4 (20,0)	16 (80,0)	0.009
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	1 (14,3)	6 (85,7)	
ΑΕΙ	N (%)	1 (100,0)	0 (0,0)	

Το 75% των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και το 71,4% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές δήλωσαν ότι η *“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών. Διεπιστημονική συνεργασία”* είναι *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των εμπειρογνομόνων του δείγματός μας που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι *“επιθυμητή”*. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επίπεδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.037$) (Πιν.102).

Πίνακας 102. Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών. Διεπιστημονική συνεργασία σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N (%)	5 (25,0)	15 (75,0)	0.037
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	2 (28,6)	5 (71,4)	
ΑΕΙ	N (%)	1 (100,0)	0 (0,0)	

Ο *“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”* δηλώθηκε από το 65% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση ότι είναι δευτερεύουσα (*“επιθυμητή”*) προτεραιότητα

επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 85,7% των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές και το 100% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επίπεδου εκπαίδευσης και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.103).

Πίνακας 103. Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
ΤΕΙ	N (%)	13 (65,0)	7 (35,0)	0.001
ΤΕΙ -Μεταπτυχιακός τίτλος	N (%)	1 (14,3)	6 (85,7)	
ΑΕΙ	N (%)	0 (0,0)	1 (100,0)	

Μονάδες Υγείας

Το 57,9% των εμπειρογνομόνων του δείγματός μας που εργάζονται στο δημόσιο τομέα δήλωσαν ότι η **“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, σε σύγκριση με το 77,8% των ειδικών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και δήλωσαν ότι είναι **“επιθυμητή”**. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.001$) (Πιν.104).

Πίνακας 104. Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	8 (42,1)	11 (57,9)	0.001
Ιδιωτικό	N (%)	7 (77,8)	2 (22,2)	

Οι ειδικοί του δείγματός μας, τόσο αυτοί που εργάζονται στο δημόσιο τομέα όσο και αυτοί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, δήλωσαν ότι η **“Επικοινωνία και υγεία”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, σε ποσοστό 57,9% και 77,8%, αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.047$) (Πιν.105).

Πίνακας 105. Επικοινωνία και υγεία σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	P value
Δημόσιο	N (%)	8 (42,1)	11 (57,9)	0.047
Ιδιωτικό	N (%)	2 (22,2)	7 (77,8)	

Το 73,7% των εμπειρογνομόνων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα και το 88,9% των ειδικών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα δήλωσαν ότι η **“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.028$) (Πιν.106).

Πίνακας 106. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα		P value
		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	
Δημόσιο	N (%)	5 (26,3)	14 (73,7)	0.028
Ιδιωτικό	N (%)	1 (11,1)	8 (88,9)	

Ως **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης δηλώθηκε το **“Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος”** από το 68,4% των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα και από το 100% εμπειρογνομόνων του δείγματός μας που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.028$) (Πιν.107).

Πίνακας 107. Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος σε σύγκριση με μονάδες υγείας

		Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος		P value
		Επιθυμητή	Άκρως Απαραίτητη	
Δημόσιο	N (%)	6 (31,6)	13 (68,4)	0.028
Ιδιωτικό	N (%)	0 (0,0)	9 (100,0)	

Ο “Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών” δηλώθηκε από το 57,9% των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα ότι είναι “*άκρως απαραίτητη*” προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 66,7% των ειδικών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα δήλωσαν ότι είναι “*επιθυμητή*”. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας και της εν λόγω θεματικής ενότητας ($p=0.049$) (Πιν.108).

Πίνακας 108. Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών σε σύγκριση με μονάδες υγείας

Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών			P value	
		Επιθυμητή		Άκρως Απαραίτητη
Δημόσιο	N (%)	8 (42,1)	11 (57,9)	0.049
Ιδιωτικό	N(%)	6 (66,7)	3 (33,3)	

6.7. Μοντέλα Προβλέψεων

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών, του επίπεδου εκπαίδευσης και τις μονάδες υγείας εργασίας, σε σχέση με τις θεματικές ενότητες της επαγγελματικής κατάρτισης πραγματοποιήθηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση.

Στο κάθε υπόδειγμα ως εξαρτημένη μεταβλητή ετέθη η κάθε μια θεματική ενότητα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές ετέθησαν οι τέσσερις ομάδες των επαγγελματιών υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνολογικό δυναμικό), το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και η μονάδα υγείας εργασίας. Ως μέθοδος για τη λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε η Backward LR.

Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 28,472$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση $2LL = 90,035$ και το R^2 (Nagelkerke) = 0,353, που σημαίνει ότι 35,3% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες. Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το ιατρικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει την Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 8,114 φορές περισσότερο.
- ✓ Το νοσηλευτικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει την Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 6,182 φορές περισσότερο.
- ✓ Το διοικητικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει την Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 37,091 φορές περισσότερο.

Πίνακας 109. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Ιατρικό δυναμικό	2,094	0,002	8,114	2,187	30,098
Νοσηλευτικό δυναμικό	1,822	0,004	6,182	1,790	21,344
Διοικητικό δυναμικό	3,613	0,001	37,091	4,367	315,039
Constant	-0,435	0,261	0,647		

Οικονομικά της υγείας

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 30,427$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση 2LL = 100,228 και το R^2 (Nagelkerke) = 0,356, που σημαίνει ότι 35,6% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το ιατρικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει τα Οικονομικά της υγείας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 13,848 φορές περισσότερο.
- ✓ Το νοσηλευτικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει τα Οικονομικά της υγείας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 3,180 φορές περισσότερο.
- ✓ Το διοικητικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει τα Οικονομικά της υγείας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 26,4328 φορές περισσότερο.
- ✓ Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα έχουν μειωμένη πιθανότητα να αναφέρουν τα Οικονομικά της υγείας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,614 φορές λιγότερο.

Πίνακας 110. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Οικονομικά της υγείας

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Ιατρικό δυναμικό	2,628	0,000	13,848	3,277	58,510
Νοσηλευτικό δυναμικό	1,157	0,045	3,180	1,026	9,854
Διοικητικό δυναμικό	5,577	0,046	264,328	1,118	62496,408
Μονάδα Υγείας	-0,487	0,091	0,614	0,349	1,080
Constant	0,048	0,929	1,049		

Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 22,287$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση 2LL = 113,340 και το R^2 (Nagelkerke) = 0,266, που σημαίνει ότι 26,6% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το διοικητικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει τον Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,089 φορές λιγότερο.
- ✓ Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναφέρουν τον Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 3,058 φορές περισσότερο.

Πίνακας 111. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Διοικητικό δυναμικό	-2,416	0,000	0,089	0,029	0,275
Επίπεδο εκπαίδευσης	1,118	0,028	3,058	1,129	8,286
Constant	-0,624	0,425	0,536		

Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 12,148$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση 2LL = 112,128 και το R^2 (Nagelkerke) = 0,159, που σημαίνει ότι 15,9% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το ιατρικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει την Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 3,654 φορές περισσότερο.
- ✓ Το νοσηλευτικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει την Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 3,654 φορές περισσότερο.
- ✓ Το διοικητικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει την Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 8,462 φορές περισσότερο.

Πίνακας 112. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Ιατρικό δυναμικό	1,296	0,031	3,654	1,122	11,899
Νοσηλευτικό δυναμικό	1,296	0,031	3,654	1,122	11,899
Διοικητικό δυναμικό	2,136	0,003	8,462	2,052	34,887
Constant	-0,143	0,706	0,867		

Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 4,440$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση 2LL = 116,087 και το R^2 (Nagelkerke) = 0,061, που σημαίνει ότι 6,1% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το διοικητικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει την Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,355 φορές περισσότερο.

Πίνακας 113. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Διοικητικό δυναμικό	-1,036	0,033	0,355	0,136	0,922
Constant	1,278	0,000	3,588		

Επικοινωνία και υγεία

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 22,424$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση 2LL = 120,355 και το R^2 (Nagelkerke) = 0,261, που σημαίνει ότι 26,1% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το ιατρικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει την Επικοινωνία και υγεία ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,125 φορές περισσότερο.
- ✓ Το διοικητικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει την Επικοινωνία και υγεία ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,154 φορές περισσότερο.

Πίνακας 114. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Επικοινωνία και υγεία

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Ιατρικό δυναμικό	-2,082	0,000	0,125	0,042	0,373
Διοικητικό δυναμικό	-1,874	0,001	0,154	0,053	0,442
Constant	0,930	0,002	2,533		

Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 21,449$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση 2LL = 117,814 και το R^2 (Nagelkerke) = 0,254, που σημαίνει ότι 25,4% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το ιατρικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει τις Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,079 φορές περισσότερο.
- ✓ Το νοσηλευτικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει τις Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,037 φορές περισσότερο.

- ✓ Το διοικητικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει τις Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,074 φορές περισσότερο.
- ✓ Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναφέρουν τις Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 6,100 φορές περισσότερο.

Πίνακας 115. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Ιατρικό δυναμικό	-2,539	0,003	0,079	0,014	0,433
Νοσηλευτικό δυναμικό	-3,292	0,000	0,037	0,006	0,221
Διοικητικό δυναμικό	-2,597	0,003	0,074	0,013	0,417
Επίπεδο εκπαίδευσης	1,808	0,020	6,100	1,324	28,091
Constant	-1,387	0,149	0,250		

Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 25,784$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση $2LL = 116,917$ και το R^2 (Nagelkerke) = 0,295, που σημαίνει ότι 29,5% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το νοσηλευτικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS) ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 3,469 φορές περισσότερο.
- ✓ Το διοικητικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS) ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 16,958 φορές περισσότερο.

Πίνακας 116. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Νοσηλευτικό δυναμικό	1,244	0,014	3,469	1,286	9,354
Διοικητικό δυναμικό	2,831	0,000	16,958	4,435	64,847
Constant	-0,838	0,005	0,432		

Γενικά θέματα επιδημιολογίας. Επιδημιολογική επιτήρηση

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 15,720$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση $2LL = 110,287$ και το R^2 (Nagelkerke) = 0,201, που σημαίνει ότι 20,1% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το ιατρικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει τα Γενικά θέματα επιδημιολογίας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 5,163 φορές περισσότερο.
- ✓ Το νοσηλευτικό δυναμικό έχει αυξημένη πιθανότητα να αναφέρει τα Γενικά θέματα επιδημιολογίας ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 7,119 φορές περισσότερο.

**Πίνακας 117. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Γενικά θέματα επιδημιολογίας.
Επιδημιολογική επιτήρηση**

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Ιατρικό δυναμικό	1,642	0,004	5,163	1,684	15,835
Νοσηλευτικό δυναμικό	1,963	0,001	7,119	2,330	21,756
Constant	-1,883	0,000	0,152		

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 6,856$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση 2LL = 115,593 και το R^2 (Nagelkerke) = 0,093, που σημαίνει ότι 9,3% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Το ιατρικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,307 φορές περισσότερο.
- ✓ Το νοσηλευτικό δυναμικό έχει μειωμένη πιθανότητα να αναφέρει την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 0,307 φορές περισσότερο.

Πίνακας 118. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Ιατρικό δυναμικό	-1,181	0,031	0,307	0,105	0,898
Νοσηλευτικό δυναμικό	-1,181	0,031	0,307	0,105	0,898
Constant	1,587	0,000	4,889		

Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών

Το αρχικό από το τελικό μοντέλο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 = 9,298$ ($p \leq 0.05$). Η συνάρτηση 2LL = 102,537 και το R^2 (Nagelkerke) = 0,130, που σημαίνει ότι 45,6% της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες.

Το μοντέλο έδειξε ότι:

- ✓ Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναφέρουν τον Στρατηγικό σχεδιασμό στην Υγεία, Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων, Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών ως άκρως απαραίτητη προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης κατά 4,318 φορές περισσότερο.

Πίνακας 119. Μοντέλο Παλινδρόμησης – Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Επίπεδο εκπαίδευσης	1,463	0,003	4,318	1,651	11,297
Constant	-1,080	0,155	0,340		

7. Συζήτηση

Τα τελευταία χρόνια, διαφαίνεται σε παγκόσμιο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο η επιτακτική ανάγκη να καθοριστούν τόσο η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, όσο η κατάρτιση και η επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού ως πρωταρχικές προτεραιότητες. Διεθνώς έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες διερεύνησης αναγκών ΣΕΚ (Harrington & Walker, 2002; Millete & Martel, 2005 κ.α.). Ωστόσο, στη χώρα μας έχουν γίνει ελάχιστες προσπάθειες συστηματικής συλλογής και αποτίμησης πληροφορίας σχετικά με την διερεύνηση, καταγραφή και αξιολόγηση των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης του στελεχιακού δυναμικού του τομέα Υγείας, ενώ φαίνεται ότι για τους διαμορφωτές της πολιτικής υγείας, έννοιες όπως συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση δεν αποτελούν κύριες προτεραιότητες.

Η ανασκόπηση των μελετών που αφορούν στο ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, προσανατολίζονται κατά κύριο λόγο στις ελλείψεις σε ποσοτικό επίπεδο (Υπουργείο Υγείας, 2012; Σκουμπέλος, Δάγλας, Σκουτέλης & Κυριόπουλος, 2012) και λιγότερο στις ανάγκες για εκπαίδευση και κατάρτιση (Υφαντόπουλος & Σούλης, 1993; Abel Smith και συν., 1994; Σούλης, 1996; Κυριόπουλος & Σούλης, 1998; Σούλης και συν., 1998; Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2000; Υπουργείο Υγείας, 2004; Σούλης και συν., 2004; Σαρρής κ. συν., 2006; Ανδριώτη κ. συν., 2011). Ειδικότερα, οι περισσότεροι μελετητές προσανατολίζονται κυρίως στο πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτών, ιατρών συγκεκριμένων ειδικοτήτων (π.χ. γενικών γιατρών) και διοικητικών στελεχών στα δημόσια νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας και λιγότερο στο ζήτημα της επάρκειας γνώσεων οι οποίες είναι απαραίτητες για την εναρμόνιση του ανθρώπινου παράγοντα με τις σύγχρονες τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, η μελέτη μας δεν επικεντρώθηκε στη ποσοτική διάσταση του στελεχιακού δυναμικού του τομέα υγείας αλλά στην ποιοτική του διάσταση με την διερεύνηση,

καταγραφή και αξιολόγηση των αναγκών συνεχιζόμενης κατάρτισης. Ειδικότερα, τα αποτελέσματά της έρευνας μας ανέδειξαν ότι οι κυριότεροι λόγοι συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας σε ΣΕΚ είναι η αύξηση της αποδοτικότητας με απώτερο σκοπό την επαγγελματική εξέλιξη. Επιπρόσθετα, το νοσηλευτικό δυναμικό μεμονωμένα είχε ως κίνητρο και τη βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αναλυτικότερα, η μελέτη μας ανέδειξε ότι η ΣΕΚ στη πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού συμβάλλει στην ανανέωση της γνώσης νέων μεθόδων–τεχνολογιών με αποτέλεσμα τη βελτίωση της αποδοτικότητας τους και κατά συνέπεια την επαγγελματική τους εξέλιξη. Το ίδιο αναδείχτηκε τόσο για το διοικητικό όσο και το τεχνολογικό δυναμικό ενώ στο νοσηλευτικό δυναμικό η μελέτη μας, υπογράμμισε ότι η αναβάθμιση γνώσεων κατά κύριο λόγο συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης μας είναι μια σειρά μελετών οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί από ξένους και Έλληνες ερευνητές και οι οποίες αποδεικνύουν την αναγκαιότητά για τη ΣΕΚ και κατάρτιση για τη πληρότητα και τη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. Ενδεικτικά, αναφέρουμε, την τελευταία δεκαετία με έρευνες όπως των Aiken et al. (2002), Cho et al. (2003) και The John Hopkins University (2007), που έγιναν σε νοσοκομεία στις πολιτείες των ΗΠΑ στο υγειονομικό προσωπικό, αναδείχτηκε η συσχέτιση των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης με την αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, μελέτες όπως των Needleman et al. (2002), Stanton(2004) και Kane et al. (2007), απέδειξαν ότι οι υγειονομικοί λειτουργοί με την παρακολούθηση προγραμμάτων κατάρτισης εμπλουτίζουν την υφιστάμενή τους γνώση, βελτιώνουν τις δεξιότητές τους και συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η μελέτη των Bamrah et al. (2011) στην Αγγλία, έδειξε ότι η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση στους ψυχιάτρους, ήταν απαραίτητη για την αναβάθμιση των γνώσεων τους και την ποιότητα των υπηρεσιών τους. Τα ίδια οφέλη απέδειξε ότι προσφέρει στους φυσικοθεραπευτές και η έρευνα της Julia O'Sullivan(2003). Η έρευνα του Παπαδημητρίου κ. συν. (2005) στην Ελλάδα, ανέδειξε την πλειοψηφία των νοσηλευτών να επιθυμούν να

συνεχίζουν την κατάρτισή τους σε επίπεδο ειδικότητας. Σε μελέτη της Καμαργιανάκη (2006), η επαγγελματική ανάπτυξη, η εξέλιξη και η ασφάλεια ήταν τα σημαντικότερα κίνητρα για συμμετοχή σε ΣΕΚ, ώστε να προαχθεί η υγεία του ατόμου και η ανάπτυξη της Νοσηλευτικής Κουλτούρας. Ένα επιπλέον σημαντικό εύρημα της μελέτης μας, όπως επισήμαναν οι ειδικοί, είναι ότι οι εσωτερικοί παράγοντες υποκίνησης αναφέρονται ως οι σημαντικότεροι παράγοντες για την υποκίνηση των Νοσηλευτών για συμμετοχή σε Προγράμματα ΣΕΚ. Ανάλογα αποτελέσματα έδειξε και η μελέτη που έγινε από τους Bjork IT. et al., το 2007, στη Νορβηγία. Ενώ σε μελέτη που έγινε από τους Flores Peña Y. et al., το 2006, στο Μεξικό, επαγγελματικοί παράγοντες όπως το εισόδημα και η επαγγελματική εξέλιξη αναδείχθηκαν ως σημαντικότεροι παράγοντες υποκίνησης.

Η ΣΕΚ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί μία από τις βασικότερες προϋποθέσεις για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και όπλο κατά του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), οι συνέπειές των οποίων εκφράζονται με τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (Association of & American Association of Colleges of Nursing, 2010). Σύμφωνα με τις βασικότερες προϋποθέσεις για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι και η μελέτη μας, στην οποία η *“Διασφάλιση ποιότητας”* στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε ποσοστό 88,3% και ο *“Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας”* σε ποσοστό 80,6% αξιολογήθηκε από όλους τους επαγγελματίες υγείας, ως *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Ενδεικτικό της αναγκαιότητας της ΣΕΚ ως όπλο κατά του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) αποτελεί το εύρημα της μελέτης μας στο οποίο, το 71,8% των ειδικών επιλέγουν την *“επαγγελματική εξουθένωση”* ως μια από τις πρώτες κύριες θεματικές ενότητες επιμόρφωσης.

Επιπρόσθετα, η μελέτη μας ανέδειξε ότι η ανάγκη της επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας για τη δουλειά τους σε όλες τις φάσεις της έρευνας ήταν *πάρα πολύ σημαντική*. Συγκεκριμένα, το ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό βαθμολόγησε με ποσοστό πάνω από 80% για την αναγκαιότητα της επιμόρφωσης, και, το διοικητικό και το τεχνολογικό δυναμικό πάνω από 76% και 55% αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα μας συμπίπτουν με δυο μελέτες των Καρανικόλα και συν. (2008) και του Διλιντά (2010), οι οποίες έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες (νοσηλευτές), σε έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, φάνηκε να αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της ΣΕΚ, καθώς τη συνδέανε με την ενδυνάμωση και τον επαγγελματισμό τους, τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και με την ενίσχυση συναισθημάτων ικανοποίησης, αυτοπεποίθησης και επάρκειας

Όσον αφορά το πιο συχνό μέσο επιμόρφωσης που επιλέγουν οι επαγγελματίες υγείας, τα αποτελέσματα μέσα από πλήθος μελετών ποικίλουν, αλλά συνάδουν με τα δικά μας ευρήματα όπου η πλειοψηφία του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού δυναμικού υπογράμμισε ότι τα άρθρα, τα βιβλία και τα σεμινάρια αποτελούν τους καλύτερους τρόπους επιμόρφωσης τους, σε αντίθεση με το τεχνολογικό δυναμικό που επιλέγουν τα συνέδρια και τα σεμινάρια. Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι το Institute of Medicine (2009) ανέδειξε ότι διαφέρει ο τρόπος επιμόρφωσης ανά κατηγορία δυναμικού, κάτι που προκύπτει από μελέτη διαφόρων ερευνών. Σε μελέτη τους οι Burrows&Fear (1993) κατέληξαν ότι οι αναισθησιολόγοι προτιμούν τα άρθρα και τα σεμινάρια σε αντίθεση με την ηλεκτρονική τεχνολογία. Το ίδιο έδειξε και για άλλους επαγγελματίες υγείας, μελέτες της Josiab Macy Jr Foundation (2008 & 2010) και του National Council of Nursing (2004). Το Agency for Healthcare Research and Quality (2007) υποστήριξε ότι τα σεμινάρια και λιγότερο τα συνέδρια συντελούν στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, έρευνα του Ταρακτσή (2002) αναδεικνύει την επιθυμία για εύκολη πρόσβαση σε ηλεκτρονικές βάσεις, ενώ ο Χάλαρης (2006) έδειξε ότι η ηλεκτρονική μάθηση κατείχε την πρώτη θέση. Ο τρόπος εκπαίδευσης που συνήθως χρησιμοποιείται από τους εργαζόμενους περιλαμβάνει νέο

προσανατολισμό στις ανάγκες της αγοράς όπως εξ-αποστάσεως εκπαίδευση (Spears&Parker, 2002), καθοδήγηση προγραμμάτων και εκπαίδευση μέσα και έξω από το χώρο εργασίας κ.λπ. (Guest et al., 2004). Τέλος, οι Bamrah et al. (2011), κατέληξαν ότι προτιμότερη είναι η εκπαίδευση να γίνεται με εξειδικευμένες ομάδες εργασίας (ομότιμοι συνάδελφοι) ανά τακτά χρονικά διαστήματα και κυρίως με συναντήσεις σε διεθνές και όχι τόσο σε τοπικό επίπεδο. Μεγάλη προτίμηση επίσης, κατέχει και η εκπαίδευση μέσα στο χώρο εργασίας καθώς επίσης και η μάθηση που ανακτάται ως υποσύνολό της τη στιγμή που ένα κλινικό περιστατικό προκύπτει, δραστηριότητες δηλαδή που βασίζονται στην πρακτική άσκηση ή προσομοιώσεις με την αξιολόγηση ταυτοχρόνως των αποτελεσμάτων τους (Point-of-Care Learning) (Josiah Macy Jr Foundation, 2010).

Όσον αφορά το φορέα υλοποίησης προγραμμάτων τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν ως τον καταλληλότερο φορέα η πλειοψηφία του τεχνολογικού (71,4%), του διοικητικού (52%) και του ιατρικού δυναμικού (56%) της μελέτης μας, υποστήριξαν ότι το ΚΕΚ δεν είναι ο κατάλληλος φορέας για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι ότι εν αντιθέσει με τους άλλους επαγγελματίες υγείας το νοσηλευτικό δυναμικό σε ποσοστό της τάξης του 72% αξιολόγησε το ΚΕΚ ως το πλέον κατάλληλο φορέα. Επιπρόσθετα, αξιοπρόσεκτο είναι η στήριξη της πλειοψηφίας ορισμένων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας να παραμείνει ο δημόσιος χαρακτήρας του φορέα επαγγελματικής κατάρτισης. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των τεχνολόγων (82,1%) και νοσηλευτών/τριών (80%), προτιμούν ο Δημόσιος φορέας να είναι υπεύθυνος για τη διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης παρά τον ιδιωτικό φορέα, σε αντίθεση με τους διοικητικούς (64%) και τους ιατρούς (76%). Τα αποτελέσματα μας συμπίπτουν αλλά και ποικίλουν με τα ευρήματα και άλλων μελετών. Συγκεκριμένα, ως καταλληλότερο φορέα υλοποίησης προγραμμάτων η Academy of Medical Royal Colleges (2010) και το National Council of Nursing (2004) ανέδειξαν τα Ακαδημαϊκά Ιδρύματα. Άλλοι πάροχοι εκπαίδευσης εκτός τους παραπάνω, είναι εξειδικευμένοι οργανισμοί συνεχιζόμενης κατάρτισης και ΚΕΚ

(Hegney et al., 2007; General Medical Council, 2012). Το Institute of Medicine (2009) υποστηρίζει ότι καλό είναι για ένα αποτελεσματικό σύστημα ΣΕΚ να συνεργάζονται περισσότεροι από έναν φορέα όπως εκτός από το ίδιο το κράτος, τα ακαδημαϊκά κέντρα, αλλά και να υπάρχει ένας φορέας σύμπραξης ιδιωτικών και δημοσίων στελεχών επιμόρφωσης. Στη Σλοβακία το 60% των πιστοποιημένων μορίων επαγγελματικής κατάρτισης, οι γιατροί πρέπει να το λαμβάνουν μέσω επίσημης πιστοποιημένης εκπαιδευτικής μονάδας, ενώ στον Καναδά πρέπει να παρακολουθήσουν προγράμματα που πραγματοποιούνται από δύο συγκεκριμένα Ακαδημαϊκά Κέντρα (Murgatroyd, 2011). Τέλος, μια μελέτη των Giri et al. το 2012 για τη συνεχιζόμενη κατάρτιση στις αναπτυσσόμενες χώρες, έδειξε ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας ακολουθούν προγράμματα εκπαίδευσης που διοργανώνουν τόσο ακαδημαϊκοί και επαγγελματικοί οργανισμοί, όσο και φαρμακευτικές εταιρείες, υπουργείο υγείας, υγειονομικές περιφέρειες, κερδοσκοπικές εταιρείες υγειονομικής περίθαλψης κ.λπ.

Την αναγκαιότητα να δίνονται ευκαιρίες για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα ΣΕΚ αναδεικνύουν τα αποτελέσματα της μελέτης μας όπου η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού (56%) έκρινε ως καθόλου ικανοποιητικές τις ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης εν αντιθέσει με τους μισούς σχεδόν συμμετέχοντες από το νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνολογικό δυναμικό όπου πιστεύουν ότι οι ευκαιρίες που δίνονται είναι αρκετά ικανοποιητικές. Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των εμπειρογνομόνων της μελέτης μας υποστήριξαν ότι η ΣΕΚ πρέπει να γίνει υποχρεωτική καθώς και ότι πρέπει να καθιερωθεί ετήσιο κονδύλιο εργαζομένου για αυτό το σκοπό. Τα αποτελέσματα μας συνάδουν με τα αποτελέσματα άλλων μελετών ξένων και Ελλήνων ερευνητών. Συγκεκριμένα, μια έρευνα στην Αυστραλία για το χρονικό διάστημα 2004-2007 σε νοσηλευτές έδειξε ότι 50% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι είναι καλές και επαρκείς οι ευκαιρίες (Hegney et al., 2007). Μερικά ακόμη ευρήματα των μελετών σχετικά με τις ευκαιρίες για ΣΕΚ ήταν: η υποχρεωτική ετήσια εκπαίδευση, η μοριοδότηση, η

πιστοποίηση της εκάστοτε κατάρτισης καθώς και το ετήσιο κονδύλιο εκπαίδευσης ανά εργαζόμενο (Josiab Macy Jr Foundation, 2008; Bamrah et al., 2011; Badu-Nyarko, 2013; Ross et al., 2013). Στην Αμερική, Αυστραλία και στην Αγγλία οι νοσηλευτές/τριες υποχρεούνται να ανανεώνουν την πιστοποίησή τους με υποχρεωτικές ώρες εκπαίδευσης ώστε να παραμένουν ανταγωνιστικές (Gallagher, 2006; Edmuds, 2007). Παρόλα αυτά, στην Αμερική δεν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις για το αν η συνεχιζόμενη υποχρεωτική επαγγελματική εκπαίδευση οδηγεί σε επαγγελματική εξέλιξη και βελτίωση της απόδοσης. Σύμφωνα με την Cross (1981) όλες οι σχετικές έρευνες καταδεικνύουν ότι «όσο περισσότερη εκπαίδευση έχουν οι άνθρωποι, τόσο περισσότερο ενδιαφέρονται για περαιτέρω εκπαίδευση» ή διαφορετικά: «η μάθηση είναι εθιστική, όσο περισσότερη εκπαίδευση έχουν οι άνθρωποι, τόσο περισσότερη επιθυμούν». Στην Ελλάδα η μελέτη των Παπαθανάσογλου και συν. (2005), ανέδειξε ότι στην πράξη δυστυχώς, οι ευκαιρίες για ΣΕΚ είναι πολύ λίγες. Πιο συγκεκριμένα, σε δείγμα 30 μονάδων εμφραγμάτων της χώρας, μόνο το 27,5% του προσωπικού είχε ειδική εκπαίδευση πριν από την τοποθέτησή τους στο τμήμα, ενώ εκπαίδευση κατόπιν τοποθέτησης είχε μόνο το 30%. Επίσης, χαρακτηριστικό είναι ότι στο 23,3% του δείγματος δεν δόθηκε καμία ολιγοήμερη εκπαιδευτική άδεια για ΣΕΚ. Η έρευνα των Μακρυδημήτρη & Υφαντόπουλου (2004) κατέληξε στο ότι ενώ οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν απαραίτητη την ΣΕΚ, δεν τους δίνονται δυνατότητες και μόνο με δική τους πρωτοβουλία επανακαταρτίζονται. Η μελέτη των Γραμματικόπουλου και συν. (2013), ανέδειξε ότι τόσο τα χρηματικά όσο και τα μη χρηματικά κίνητρα είναι σημαντικά για να παρακινήσουν τους επαγγελματίες υγείας, εστιάζοντας σε ενέργειες διαχείρισης που βελτιώνουν τις επιδόσεις (κυρίως ενδογενείς παράγοντες) αλλά και σε μεγάλο ποσοστό την εκπαίδευση.

Όσον αφορά το κύριο εναλλακτικό τρόπο να αρθούν τα εμπόδια για αύξηση του ποσοστού συμμετοχής σε ΣΕΚ, τα αποτελέσματα της μελέτης μας ανέδειξαν ότι η πλειοψηφία του ιατρικού δυναμικού προτείνει την σύνδεση της επιμόρφωσης με την αξιολόγηση και την

απόδοση του εργαζομένου σε ποσοστό 48%, με δεύτερο εναλλακτικό τρόπο, να ακολουθεί σε ποσοστό 28%, την υποχρεωτική μορφή επιμόρφωσης κάτι το οποίο στηρίζει και το νοσηλευτικό δυναμικό. Αναφορικά με το διοικητικό δυναμικό, η σύνδεση της επιμόρφωσης με την αξιολόγηση και απόδοση του εργαζομένου (40%) καθώς και τα κίνητρα υποκίνησης και καθοδήγησης του (36%) προτείνονται ως σημαντικότεροι τρόποι άρσης των εμποδίων και μόνο το 12% του διοικητικού δυναμικού προτείνει την υποχρεωτική μορφή επιμόρφωσης. Σύνδεση με την αξιολόγηση και κίνητρα στηρίζονται περισσότερο από άλλους τρόπους και για τους τεχνολόγους. Η αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων για τη αύξηση του ποσοστού συμμετοχής σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης από μια σειρά ερευνητών πολλών χωρών των οποίων τα αποτελέσματα συμπίπτουν με τα ευρήματα της μελέτης μας. Συγκεκριμένα, στην Ε.Ε., σε 17 από τα κράτη μέλη η ΣΕΚ είναι υποχρεωτική για ορισμένα στελέχη του τομέα υγείας, καθώς και πολλά από τα υπόλοιπα δέκα κράτη έχουν κατευθυντήριες γραμμές για ενθάρρυνση συμμετοχής. Η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο δεν έχουν μηχανισμούς επιβολής της υποχρεωτικής μορφής της. Ενώ στην Αυστρία και το Βέλγιο η ΣΕΚ δεν έχει υποχρεωτικό ύφος, οι Αυστριακοί γιατροί επιμορφώνονται επειδή «φοβούνται» τις δικαστικές διαμάχες (Giri et al., 2012). Στο Βέλγιο επίσης, το οποίο έχει επίσημο αλλά εθελοντικό σύστημα επιμόρφωσης, η αύξηση του μισθού τους σε ποσοστό 4% μετά από μια πιστοποιημένη κατάρτιση σε χρονικό διάστημα τριών ετών, αποτελεί ισχυρό κίνητρο παρότρυνσης. Το ίδιο ισχύει και στη Νορβηγία (Murgatroyd, 2011). Στις περισσότερες χώρες της Αφρικής δεν απαιτείται επανακατάρτιση. Στη Σιγκαπούρη από το 2005 για τη διατήρηση της άδειας των γιατρών απαιτείται ΣΕΚ, ενώ στη Μαλαισία μόνο αυτοί που εργάζονται στο δημόσιο τομέα. Στην Ιαπωνία παρόλο που δεν είναι υποχρεωτική, ένα 70% του ιατρικού δυναμικού είναι πιστοποιημένο. Στη Σουηδία ενώ είναι μη υποχρεωτική η ΣΕΚ για τους γιατρούς, το κράτος με διάφορα κίνητρα ενθαρρύνει τους εργαζόμενους τουλάχιστον να επιμορφώνονται 10 μέρες το χρόνο. Επιπρόσθετα, και στην Ελλάδα η ερευνητική μελέτη των Τυρίμου κ. συν. (2008), οι νοσηλευτές εκτός του ότι αναγνωρίζουν τη σημασία της συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης, δηλώνουν ότι πρέπει

να είναι υποχρεωτική για όλους και εθελοντική μόνο για συγκεκριμένες και εξειδικευμένες περιπτώσεις. Μεγάλο ποσοστό γιατρών (70%) θεωρεί ότι ο αριθμός των ωρών που θα πρέπει να δαπανάει υποχρεωτικά σε συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση (Continuing Medical Education-CME) θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 30 ώρες ετησίως (Politi & Souliotis, 2013). Εκτός των κύριων εναλλακτικών τρόπων να αρθούν τα εμπόδια για την αύξηση του ποσοστού συμμετοχής σε ΣΕΚ, αξίζει να σημειωθεί ότι τα μόρια πιστοποίησης που απαιτούνται στις χώρες με υποχρεωτικό σύστημα κατάρτισης είναι διαφορετικά και ποικίλλουν. Χαρακτηριστικό βέβαια είναι ότι στις περισσότερες χώρες κάθε μια ώρα επιμόρφωσης αντιστοιχεί σε ένα μόριο πιστοποίησης. Στην Αμερική και στο Κάνσας η ΣΕΚ απαιτεί για τους γιατρούς 50 μόρια, στον Καναδά 80 μόρια και στην Κένυα μόνο 5 μόρια πιστοποίησης το χρόνο. Ο αριθμός των μορίων υποχρεωτικής συνεχιζόμενης επιμόρφωσης ανά έτος κυμαίνεται επίσης και στις χώρες της Ε.Ε., από 10 μόρια στη Σλοβενία έως 150 μόρια στη Βουλγαρία (Giri et al., 2012). Στο Βέλγιο απαιτούνται 60 μόρια πιστοποίησης σε χρονικό διάστημα τριών ετών. Στην Ελλάδα υπάρχει από το 1983 σύστημα ΣΕΚ για τους γιατρούς (100 ώρες/ έτος), με τη δυνατότητα του υπουργού υγείας να πάρει την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από κάποιον που δεν το πράττει, κάτι το οποίο δε γίνεται εφόσον δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα αξιολόγησης και παρακολούθησης της επιμόρφωσής τους καθώς και ανανέωσης της επαγγελματικής άδειας. Έτσι η ΣΕΚ γίνεται σε εθελοντική βάση, χωρίς σταθερούς κανόνες, χωρίς πραγματική αξιολόγηση και χωρίς νομική υπόσταση. Στη Νότια Αφρική και στις Κάτω Χώρες δεν επιβάλλονται κατευθείαν κυρώσεις σε επαγγελματίες υγείας που δεν επανακαταρτίζονται, αλλά τους παρέχεται επιπλέον χρόνος (μέχρι και ένα επιπλέον έτος) για να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους. Στον Καναδά αυτόν τον ρόλο τον παίζει ο επαγγελματικός σύμβουλος (Murgatroyd, 2011). Ο υποχρεωτικός χαρακτήρας ΣΕΚ στην Ελλάδα ισχύει μόνο στους γιατρούς (100 ώρες το χρόνο) αλλά εν μέρει είναι εθελοντικός αφού δεν υπάρχει ανατροφοδότηση στο αν γίνεται ή όχι. Στη μελέτη μας, σε ποσοστό 28% οι ιατροί, 12% οι διοικητικοί και 10,7% οι τεχνολόγοι ειδικοί αντίστοιχα, υποστήριξαν ότι η υποχρεωτική μορφή ΣΕΚ μπορεί να βοηθήσει στην

άρση των εμποδίων συμμετοχής σε αυτή. Την πρόταση αυτή έθεσαν και υποστήριξαν και οι νοσηλευτές ειδικοί.

Τα κυριότερα εμπόδια και οι σημαντικότερες αιτίες μη συμμετοχής σε ΣΕΚ υπογραμμίστηκαν από την μελέτη μας, η οποία ανέδειξε ότι οι οικονομικοί λόγοι είναι η σημαντικότερη αιτία μη παρακολούθησης προγραμμάτων ΣΕΚ για όλες τις κατηγορίες στελεχιακού δυναμικού. Επιπλέον, το τεχνολογικό δυναμικό έκρινε ότι οι οικογενειακοί λόγοι αποτελούν τροχοπέδη της συμμετοχής τους, ενώ για το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό δυναμικό οι υποχρεώσεις στη δουλειά είναι αυτές που αναστέλλουν το ενδιαφέρον τους για προγράμματα ΣΕΚ. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού (80%), του διοικητικού (64%) και του ιατρικού δυναμικού (72%) υποστήριξαν ότι η έλλειψη χρόνου αποτελεί εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης εν αντιθέσει με τη πλειοψηφία του τεχνολογικού δυναμικού (57,1%) που έκρινε ότι η απουσία χρόνου δεν παρεμποδίζει την συμμετοχή τους στη ΣΕΚ. Αναφορές στα χαρακτηριστικά, τα κίνητρα και τα εμπόδια στη συμμετοχή των ενηλίκων εκπαιδευομένων εντοπίζονται ήδη στο έργο κλασικών θεωρητικών της εκπαίδευσης ενηλίκων όπως του E. C. Lindeman (The Meaning of Adult Education, 1926) και του B. Yaxlee (Lifelong Education, 1929). Σε μελέτη που έγινε από τους Πιερράκο και συν, το 2006, σε εργαζόμενους σε νοσοκομεία του ΕΣΥ στην Αθήνα, προέκυψε ότι η μη συμμετοχή των Νοσηλευτών σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, οφειλόταν στο μεγαλύτερο ποσοστό σε επαγγελματικές υποχρεώσεις (έλλειψη προσωπικού) και ακολουθούσαν οικογενειακοί λόγοι, η έλλειψη χρόνου και οικονομικοί λόγοι, ενώ ένα μικρό ποσοστό δε διευκρίνισε τους πιθανούς λόγους μη συμμετοχής. Η μελέτη της Καμαργιανάκη (2006), επισήμανε την έλλειψη πληροφόρησης και ενθάρρυνσης από τη διοίκηση, την έλλειψη προσωπικού, το υψηλό κόστος, τις οικογενειακές υποχρεώσεις, την απόσταση και την έλλειψη χρόνου ως σημαντικότερα εμπόδια στην παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Τα κυριότερα εμπόδια παρακολούθησης προγραμμάτων κατάρτισης σύμφωνα με τους

Bamrah et al. (2011) και την Academy of Medical Royal Colleges (2010), είναι η έλλειψη χρόνου, το οικονομικό ζήτημα καθώς και ότι πολλές φορές τα αντικείμενα των προγραμμάτων δεν είναι ενδιαφέροντα. Το οικονομικό πρόβλημα ως φραγμό στην ΣΕΚ, ανέδειξε και η μελέτη των Aboshaigah et al. (2012) για τους νοσηλευτές στη Σαουδική Αραβία, όπως επίσης και η χρονική αλλά και η τακτική δέσμευση παρακολούθησης ενός εκπαιδευτικού προγράμματος. Ο χρόνος, οι πόροι, ο φόρτος εργασίας και το μέρος διεξαγωγής ήταν τα κυριότερα εμπόδια μη παρακολούθησης ως συμπέρασμα των μελετών των Gibson (1998), των Davies & Ford (2001), Yfantis et al. (2010), των Fentahun & Molla (2012) και των Politi & Souliotis (2013). Όλα τα αναφερόμενα εμπόδια καθώς επίσης και οι οικογενειακές δεσμεύσεις και η μη ενθάρρυνση των διοικητών των οργανισμών αποτελούν τροχοπέδη στη μη συμμετοχή των εργαζομένων σε ΣΕΚ αναφέρουν η Julia O' sullivan (2003), το National Council of Nursing (2004), οι Gallagher (2006) και οι Penz et al. (2007). Η προσβασιμότητα επίσης λόγω γεωγραφικής απόστασης στα κύρια κέντρα εκπαίδευσης πολλές φορές δεν είναι εφικτή (Penz et al., 2007; Καραλή, 2013; Politi & Souliotis, 2013).

Οι θεματικές ενότητες των προγραμμάτων κατάρτισης αποτελούν αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ανέδειξαν ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού αξιολόγησε ότι οι θεματικές ενότητες επιμόρφωσης: **“Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας”**, **“Οικονομικά της Υγείας”** και **“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας, Στρατηγικός σχεδιασμός στην υγεία”**, αποτελούν **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης σε αντίθεση με το τεχνολογικό δυναμικό. Ενώ, η πλειοψηφία του νοσηλευτικού, τεχνολογικού και ιατρικού δυναμικού απάντησαν ότι οι θεματικές ενότητες επιμόρφωσης: **“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”**, **“Αιμώξεις και Βιοϊατρική”**, αποτελούν **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης σε αντίθεση με το διοικητικό δυναμικό. Σύμφωνα με όλους τους επαγγελματίες υγείας η

“Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας” με ποσοστό 88,3% και ο *“Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας”* με ποσοστό 80,6% αποτελούν *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Επίσης, ο *“Ιατρικός τουρισμός”* με ποσοστό 93,2%, η *“Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.”* με ποσοστό 86,4%, το *“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”* με ποσοστό 85,4% και η *“Ψυχική υγεία και νοσηλευτική”* με ποσοστό 83,5% αποτελούν *“επιθυμητή”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης. Χαρακτηριστικό των αποτελεσμάτων της μελέτης μας σχετικά με το εύρος που θα πρέπει να καλύπτουν οι θεματικές ενότητες των προγραμμάτων κατάρτισης αποτελεί και η συνάντηση ογδόντα εμπειρογνομώνων σε θέματα υγείας από Ελβετία, Γερμανία και Αυστρία το 2013 για την «Ευρώπη 2020», στην οποία για ένα αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ΣΕΚ του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να είναι ολιστική και όχι μονοδιάστατη και να καλύπτει τέσσερις τομείς. Ειδικότερα, να περιλαμβάνει το τομέα που σχετίζεται με τον πληθυσμό (προαγωγή υγείας, πρόληψη, δημόσια υγεία), το τομέα που αφορά τον οργανισμό όπου εργάζονται (διοίκηση, οικονομικά, λογιστικά, τεχνολογία), το τομέα σχετικά με τον ασθενή (διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση) και το τομέα που σχετίζεται με ιδέες και γνώση (έρευνα, αξιολόγηση, ποιότητα φροντίδα υγείας κ.λπ.) (Sottasetal., 2013). Επιπρόσθετα, μελέτες σχετικά με το αντικείμενο επιμόρφωσης έγιναν αρκετές και αντίστοιχα έδειξαν ότι τα προγράμματα θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες κάθε ομάδας επαγγελματιών υγείας την κάθε φορά (Charles & MamaryEM, 2002; Gallagher, 2006). Όσον αφορά τις θεματικές ενότητες που ενδιαφέρουν περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας οι Bamrah et al. (2011), κατέληξαν ότι οι απαιτήσεις των αντικειμένων της εκπαίδευσης θα πρέπει να κατευθύνονται περισσότερο στην ανταγωνιστική αγορά, σε κλινικές δεξιότητες, καθώς και σε τρόπους περιορισμού των πόρων. Οι Peck et al. (2000) και Schostak et al. (2010), κατέγραψαν ως θεματικές ενότητες ενδιαφέροντος των

γιατρών όχι μόνο την κλινική ιατρική αλλά και διοικητικές, κοινωνικές, προσωπικές και διαπροσωπικές δεξιότητες. Οι Squires et al. (2011) απέδειξαν τη σημασία της κλινικής έρευνας στην καλύτερη ποιότητα φροντίδα υγείας. Η χρήση τέλος της τεχνολογίας αποτελεί απαραίτητο εργαλείο στην ΣΕΚ (Ross, 2005; Mugisha, 2009). Σύμφωνα με το General Medical Council στη Γερμανία το 70% και στη Σιγκαπούρη το 20% της ΣΕΚ των ειδικευμένων γιατρών θα πρέπει να αφορά θέματα της ειδικότητάς τους. Στη Νότια Αφρική η επανακατάρτιση των ιατρών εκτός από θέματα της ειδικότητάς τους πρέπει να αφορά και θέματα ηθικής, ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά και ιατρικού δίκαιου. Στο Βέλγιο περιλαμβάνονται τόσο η ηθική όσο και οικονομικά θέματα (Murgatroyd, 2011). Στην μελέτη των Perron et al., 2014, οι γιατροί εστίαζαν σε θέματα χρόνιας περίθαλψης ενώ οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (π.χ. νοσηλευτές, μαίες, ιατρικοί βοηθοί κ.λπ.) έδωσαν μεγαλύτερη προσοχή σε θέματα επικοινωνίας. Κοινές θεματικές ενότητες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για όλους τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελβετία αποτελούσαν η «συνεχής επαγγελματική εκπαίδευση» και η οργάνωση του συστήματος υγείας.

Επιπλέον, αξίζει να τονιστεί ότι στη μελέτη μας έγινε σύγκριση των απόψεων της 3^{ης} φάσης με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά ανά κατηγορία των επαγγελματιών υγείας. Από όσο γνωρίζουμε, παγκοσμίως δεν έχουν αναφερθεί μελέτες με αντίστοιχη ανάλυση στις συγκεκριμένες συντεταγμένες. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν έχει εντοπιστεί σε μελέτες να γίνεται διάκριση του επιπέδου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την επιλογή θεματικών ενότητων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε όλες τις κατηγορίες παρά μόνο στη κατηγορία των νοσηλευτών (Cui, Shen, & Zhao, 2011).

Έτσι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, όσον αφορά το ιατρικό δυναμικό και το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσαν ότι ο **“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”** καθώς και τα

“Δικαιώματα ασθενών” είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Όσον αφορά τη πλειοψηφία των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, δήλωσαν ότι ο **“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”** καθώς και η **“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”** είναι **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.

Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των ατόμων νοσηλευτικού δυναμικού που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση δήλωσαν ότι τα **“Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές και διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Όσον αφορά τη πλειοψηφία των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, δήλωσαν ότι η **“Αντιμετώπιση πόνου”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, σε σύγκριση με το 57,1% των ατόμων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα που δήλωσαν ότι είναι **“επιθυμητή”**. Ενώ η **“Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας”**, θεωρείται **“άκρως απαραίτητη”** για αυτούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.

Το 100% των ατόμων του διοικητικού δυναμικού που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή ή τεχνολογική εκπαίδευση δήλωσαν ότι η **“Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας”**, τα **“Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)”**, καθώς και η **“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών, η Διεπιστημονική συνεργασία”**, είναι θεματικές ενότητες **“επιθυμητές”** προτεραιότητας επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές δήλωσαν ότι είναι

“άκρως απαραίτητη”. Η πλειοψηφία των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα δήλωσαν ότι τα **“Οικονομικά της υγείας”** καθώς και το **“Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων”**, αποτελούν θεματικές ενότητες **“άκρως απαραίτητης”** προτεραιότητας επαγγελματικής κατάρτισης, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Αντίστοιχα, η **“Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας”** είναι **“άκρως απαραίτητη”** για αυτούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.

Τέλος, όσον αφορά το τεχνολογικό δυναμικό, η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση δήλωσε ότι η **“Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, σε σχέση με την πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές και διδακτορικές σπουδές που δήλωσαν ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές δήλωσαν ότι τα **“Οικονομικά της υγείας”** είναι **“επιθυμητή”** προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ το 100% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση δήλωσε ότι είναι **“άκρως απαραίτητη”**. Το αντίστροφο συμβαίνει για τις θεματικές ενότητες: **“Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”**, τη **“Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης”**, τη **“Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της”**, τη **“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”**, τα **“Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων”** καθώς και τη **“Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών, Διεπιστημονική συνεργασία”**, όπου θεωρούνται **“άκρως απαραίτητες”** προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης από τη πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές.

Επίσης, η πλειοψηφία των ατόμων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα δήλωσαν ότι η *“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”*, η *“Επικοινωνία και υγεία”*, η *“Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα”*, το *“Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος”* και ο *“Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία, Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων, Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”* είναι *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης, σε σύγκριση με το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και δήλωσαν ότι είναι *“επιθυμητές”*.

Επιπλέον, στοχεύοντας στη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών, του επίπεδου εκπαίδευσης και τις μονάδες υγείας εργασίας, σε σχέση με τις θεματικές ενότητες της επαγγελματικής κατάρτισης η μελέτη μας υπογράμμισε ότι το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό δυναμικό είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν τις θεματικές ενότητες *“Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας”*, τα *“Οικονομικά της υγείας”* και την *“Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας”*, ως *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης σε σχέση με το τεχνολογικό δυναμικό. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα έχουν μειωμένη πιθανότητα να αναφέρουν τα *“Οικονομικά της υγείας”* ως *“άκρως απαραίτητη”* προτεραιότητα επαγγελματικής κατάρτισης σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο δημόσιο τομέα. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναφέρουν τις *“Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής”*, τον *“Στρατηγικό σχεδιασμό στην Υγεία, Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων, Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών”* και το *“Σχεδιασμό και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές”* ως *“άκρως απαραίτητες”* προτεραιότητες επαγγελματικής κατάρτισης σε σχέση με εκείνους με άλλο επίπεδο εκπαίδευσης.

8. Συμπεράσματα και προτάσεις

Οι στόχοι της μελέτης μας ήταν η ανάδειξη των αναγκών κατάρτισης των ανώτερων στελεχών και των εργαζομένων, ο εντοπισμός των αδυναμιών και των φραγμών της μη παρακολούθησης των προγραμμάτων κατάρτισης, η αξιολόγηση και η καταγραφή των προτεραιοτήτων κατάρτισης σε συγκεκριμένα θεματικά πεδία ενδιαφέροντος και να συνεισφέρει προτείνοντας μια δέσμη προτάσεων σε επιτελικό επίπεδο για τη βελτίωση και ανάπτυξη της ΣΕΚ.

Αρχικά αξιοσημείωτο είναι ότι η ανανέωση των γνώσεων μέσω της ΣΕΚ και η προσωπική εξειδίκευση αξιολογήθηκε από τη πλειοψηφία των κατηγοριών όλου του στελεχιακού δυναμικού ως άκρως αναγκαία. Ωστόσο, παρά την παραδεχόμενη αυτή διαπίστωση και αναγνώριση από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας δεν διαφαίνεται να συντελείται αποτελεσματικότητα και ωφέλεια στην εργασία σε συλλογικό επίπεδο. Εν αντιθέσει, φαίνεται να καρπώνεται το όφελος από την ΣΕΚ και τη βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του, μεμονωμένα το άτομο για τη δική του εξέλιξη. Επιπλέον, στη μελέτη μας αναδείχτηκε ότι ενώ εν μέρει η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών με την αναβάθμιση των δεξιοτήτων του προσωπικού διαφαίνεται να είναι διακριτά μέρη ωστόσο συνδέονται μεταξύ τους σε σημαντικό βαθμό. Ειδοποιός διαφορά διαπιστώθηκε από το ιατρικό δυναμικό, όπου η ΣΕΚ είναι απαιτούμενο στην επαγγελματική του εξέλιξη.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων στο σύνολό της ανέδειξε τη διαφοροποίηση των προτεραιοτήτων σε αντικείμενα κατάρτισης ανά κατηγορία, την ανομοιογένεια του στελεχιακού δυναμικού σε ότι αφορά την ανάγκη για ΣΕΚ και τη ζήτηση προγραμμάτων κατάρτισης αλλά και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στη ΣΕΚ. Ειδικότερα:

- Ανομοιογένεια παρατηρείται ως προς τη σύνθεση του δείγματος των εμπειρογνομόνων μας. Η πλειοψηφία του δείγματος των ειδικών τόσο του ιατρικού όσο και του διοικητικού δυναμικού είναι άνδρες, γεγονός που αποτυπώνει την κατάσταση που ισχύει στην Ελλάδα όπου το σύνολο των θέσεων λήψεων αποφάσεων καταλαμβάνεται συνήθως από τους άντρες με μεγάλη υστέρηση του ποσοστού γυναικών σε αυτές τις κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Δεδομένου αυτού και σύμφωνα με τα στοιχεία του OECD 2021, παρατηρούμε στο δείγμα των ειδικών του ιατρικού μας δυναμικού όσον αφορά τις θέσεις λήψεων αποφάσεων, το οποίο αποτελεί μια μικρογραφία της κατάστασης που επικρατεί στην Ελλάδα, στην πλειοψηφία τους να καταλαμβάνονται από τους άντρες παρόλο που ο αριθμός των γυναικών γιατρών τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει αυξηθεί σημαντικά (σε ποσοστό 43%) και έχει φτάσει περίπου στο μισό του αριθμού των αντρών γιατρών στην Ελλάδα το 2019 (OECD Health Statistics 2021). Εν αντιθέσει, η πλειοψηφία του δείγματος των ειδικών του νοσηλευτικού δυναμικού, ήταν γυναίκες, γεγονός που αποτυπώνει ότι κατά κόρον γυναίκες είναι αυτές που επιλέγουν ως επάγγελμα τη νοσηλευτική και κατά συνέπεια για αυτό και κατέχουν και τις περισσότερες θέσεις λήψεων αποφάσεων στην Ελλάδα σε αυτή την κατηγορία επαγγελματιών υγείας. Αυτό αποτυπώνεται και συνάδει να αντικατοπτρίζει την παραδοσιακή σύνθεση των φύλων του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ όπου κατά μέσο όρο το 92% των νέων που ασχολούνται με τη νοσηλευτική είναι γυναίκες (OECD 2021). Αντίστοιχα, και στο τεχνολογικό δυναμικό η πλειοψηφία του δείγματος των ειδικών, ήταν γυναίκες (Πανελλήνια Ένωση Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, 2021).
- Ανομοιογένεια παρατηρείται και ως προς τη συμμετοχή του στελεχιακού δυναμικού που υπηρετεί στο τομέα υγείας σε προγράμματα ΣΕΚ. Το ιατρικό προσωπικό (και σε μικρότερο βαθμό το νοσηλευτικό προσωπικό) συμμετέχει ενεργά σε πολλαπλά προγράμματα κατάρτισης εν αντιθέσει με το διοικητικό προσωπικό αλλά και το

τεχνολογικό-παραϊατρικό προσωπικό όπου διαφαίνεται να υστερούν σε ενέργειες κατάρτισης. Η εν λόγω διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι για το ιατρικό προσωπικό η επιστημονική δραστηριότητα αποτελεί κριτήριο εξέλιξης, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει στις υπόλοιπες κατηγορίες, παρέχοντας έτσι στο ιατρικό δυναμικό και στερώντας από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας ένα ισχυρό κίνητρο για τη συμμετοχή τους. Σε αντιδιαστολή με το υπόλοιπο στελεχιακό δυναμικό όπου δεν είναι ευδιάκριτη η προστιθέμενη αυτή αξία της εξειδίκευσης.

- Στην πλειοψηφία του, το ιατρικό δυναμικό προτιμά «παραδοσιακές» μεθόδους εκπαίδευσης, χρησιμοποιώντας κατά κόρον έντυπα εκπαιδευτικά εργαλεία και συμμετέχοντας σε συνέδρια και σεμινάρια (σε ιδιαίτερα αυξημένη μάλιστα συχνότητα). Τα σεμινάρια και κυρίως εκείνα με εργαστηριακό κομμάτι είναι στην κύρια προτίμησή τους γιατί από την παρακολούθησή τους πιθανότατα αποκτούν γνώση στη καινοτομία που μπορούν να την εφαρμόσουν στην πράξη με σκοπό τη βελτίωση της δουλειάς τους. Πιο σύγχρονες, οικονομικά αποτελεσματικότερες μέθοδοι εκπαίδευσης (π.χ. *Regional and National Electronic Health Libraries, Electronic Platforms, κ.λπ.*), μέσω e-learning, όπου το κόστος ανά συμμετέχοντα μειώνεται όσο αυξάνεται ο αριθμός των συμμετεχόντων και ο βαθμός συγκράτησης της αποκτούμενης γνώσης αγγίζει το 75-90% (The National Training Laboratory UK), φαίνεται στην Ελλάδα να έχουν περιορισμένη ακόμη διείσδυση στο ιατρικό δυναμικό του συστήματος - ίσως και εξαιτίας της περιορισμένης δυνατότητας χρήσης Η/Υ ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες – παρατήρηση που συνάδει με τη διαγνωσμένη προτίμηση των ιατρών για εκπαίδευση στη χρήση νέων τεχνολογιών τα τελευταία χρόνια.
- Αναφορικά με την οργάνωση και την επιλογή των αντικειμένων κατάρτισης από τους φορείς, υπήρξε σύγκλιση απόψεων μεταξύ των στελεχών τόσο στο γεγονός ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις και προβλήματα όσο και στο ότι δεν υπάρχει κεντρικός σχεδιασμός του Υπουργείου και ανά επίπεδο φορέα. Επιπλέον, υπήρξε ταύτιση

απόψεων στο ότι ορισμένα αντικείμενα κατάρτισης από την προτεινόμενη δεξαμενή θεματικών ενοτήτων, δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις εξελίξεις της αγοράς, με αποτέλεσμα να εντείνεται η ευκαιριακή συμμετοχή των παρακολουθούντων και να συμβάλλει η όλη δομημένη κατάσταση στην έλλειψη προσανατολισμού/κατεύθυνσης του συστήματος κατάρτισης. Επιπρόσθετα, άλλα εμπόδια που εντοπίστηκαν από το στελεχιακό δυναμικό στη ΣΕΚ, είναι οι οικονομικοί λόγοι όπως επισημάνθηκε σχεδόν από τη πλειοψηφία των ερωτηθέντων καθώς και οι επαγγελματικές δεσμεύσεις (ιδίως για το ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνολογικό προσωπικό). Η έλλειψη κινήτρων και η παρακίνηση των εργαζομένων καθώς και η απουσία κουλτούρας της σημασίας της συνεχούς κατάρτισης, αποτέλεσαν επίσης τροχοπέδη για το σύνολο σχεδόν των επαγγελματιών υγείας.

- Η έλλειψη μηχανισμού παρακολούθησης (follow up) και ανατροφοδότησης (feedback) αναφέρθηκε από τους εμπειρογνώμονες της μελέτης μας, ως σοβαρό πρόβλημα της διαδικασίας κατάρτισης. Μία πρόταση που διατυπώθηκε επανειλημμένα από το στελεχιακό δυναμικό αφορά στην υποχρέωση κατάρτισης σε συγκεκριμένο αριθμό σεμιναρίων ή ωρών και στη ταυτόχρονη τεκμηρίωση των ωρών παρακολούθησης, με την ύπαρξη και συνεχιζόμενη ενημέρωση «φακέλου εξέλιξης (log-book)» των εργαζομένων.
- Οι επαγγελματίες υγείας της μελέτης υποστήριξαν ότι η επιλογή των καταρτιζόμενων, παρά την ύπαρξη γενικών κριτηρίων, έχει συνήθως ευκαιριακό χαρακτήρα. Παρόλο το γεγονός ότι η διαδικασία της επιλογής των καταρτιζόμενων, παρέχει τη δυνατότητα και επιπρόσθετης εφαρμογής ειδικών κριτηρίων ανά κατηγορία ανθρώπινου δυναμικού και για κάθε γνωστικό αντικείμενο ξεχωριστά, ωστόσο η δυνατότητα ΣΕΚ δεν δίνεται σε όλους ανεξαιρέτως.
- Η κριτική θεώρηση των προτεινόμενων αντικειμένων κατάρτισης αποκαλύπτει ότι ο κύριος όγκος της ανάγκης εντοπίζεται σε αντικείμενα που παρέχουν βασικές ή απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες (core knowledge), ενώ ακολουθούν τα

αντικείμενα εξειδικευμένης ή τεχνολογικής γνώσης (specialized knowledge). Συγκεκριμένα, για ένα αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, οι εμπειρογνώμονες σε θέματα υγείας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ΣΕΚ του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να είναι ολιστική και όχι μονοδιάστατη με φάσμα κάλυψης τεσσάρων τομέων. Οι εν λόγω τομείς περιλαμβάνουν τον τομέα που σχετίζεται με τον πληθυσμό (προαγωγή υγείας, πρόληψη, δημόσια υγεία), τον τομέα που αφορά τον οργανισμό όπου εργάζονται (διοίκηση, οικονομικά, λογιστικά, τεχνολογία), τον τομέα σχετικά με τον ασθενή (διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση) και τον τομέα που σχετίζεται με ιδέες και γνώση (έρευνα, αξιολόγηση, ποιότητα φροντίδα υγείας κ.λπ.). Η μόνη διαφορά που εντοπίστηκε από το στελεχιακό δυναμικό ήταν η κατάταξη στη σειρά προτεραιότητας των αντικειμένων γνώσεων ανά κατηγορία εργαζομένων.

Γενικότερα, κατά τη διεξοδική έρευνα που αναπτύχθηκε με τα στελέχη που συμμετείχαν σε αυτή, εντοπίστηκαν βασικά προβλήματα της ΣΕΚ και συστήθηκαν κύριες προτάσεις για τη περαιτέρω βελτίωση των επιπτώσεων των προγραμμάτων κατάρτισης τόσο στο πεδίο βελτίωσης των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του προσωπικού, όσο και στο πεδίο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα προβλήματα που επισημάνθηκαν αφορούν κυρίως τόσο το σχεδιασμό των προγραμμάτων κατάρτισης και τη μη συστηματική καταγραφή των αναγκών κατάρτισης, όσο και την έλλειψη οικονομικών πόρων αλλά και των αυξημένων υποχρεώσεων των επαγγελματιών υγείας στο εργασιακό τους χώρο με αποτέλεσμα το μειωμένο ποσοστό συμμετοχής σε ΣΕΚ.

Ειδικότερα, διαφάνηκε ότι ο αρχικός σχεδιασμός των προγραμμάτων κατάρτισης αποτελεί εν τη γενέσει του ένα σημαντικό πρόβλημα καθώς τα προγράμματα κατάρτισης δεν εντάσσονται σε ένα ενιαίο πλαίσιο εκπαιδευτικής πολιτικής των φορέων. Από τη πλειοψηφία των στελεχών αναφέρθηκε ο ευκαιριακός ή αποσπασματικός χαρακτήρας του προσδιορισμού

των αντικειμένων κατάρτισης ενώ συγχρόνως επισημάνθηκε και η αδυναμία σχεδιασμού της ΣΕΚ του προσωπικού σε επίπεδο φορέα. Επιπλέον, εντοπίστηκε από τους εμπειρογνώμονες της μελέτης ότι η απουσία συστηματικής ανίχνευσης των αναγκών κατάρτισης του προσωπικού στο χώρο εργασίας του, λαμβανομένου υπόψη τόσο των εξελίξεων στα γνωστικά πεδία των επιστημών υγείας όσο και των τεχνολογικών εξελίξεων που καθιστούν αναγκαία την αναθεώρηση της τεχνογνωσίας παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, δυσχεραίνει την άσκηση εκπαιδευτικής πολιτικής από την πλευρά του Φορέα με αποτέλεσμα τη μη ποιοτική αναβάθμιση του προσωπικού και της ποιότητας των υπηρεσιών.

Ως προς την επιλογή των καταρτιζόμενων, παρατηρήθηκε ότι αν και προβλέπονται κριτήρια επιλογής που αφορούν στη συνάφεια του γνωστικού αντικειμένου κατάρτισης με το αντικείμενο εργασίας των καταρτιζόμενων ή με την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών και της οργάνωσης της εργασίας, εντούτοις πολλά διευθυντικά στελέχη υπογράμμισαν τις δυσκολίες που εντοπίζονται στη πλήρη εφαρμογή των προβλεπόμενων κριτηρίων. Χαρακτηριστικά όπως αναφέρθηκε, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο τα δύο αυτά βασικά κριτήρια να εφαρμόζονται κατά περίπτωση και με αποσπασματικό τρόπο, ιδιαίτερα όταν διαπιστώνονται δυσχέρειες συμπλήρωσης του απαιτούμενου αριθμού καταρτιζόμενων λόγω μειωμένης εκδήλωσης ενδιαφέροντος του προσωπικού ή λόγω φόρτου εργασίας και έλλειψης προσωπικού.

Τα στελέχη επικέντρωσαν επίσης την προσοχή τους στον εντοπισμό και στην ανάδειξη προβλημάτων που προκύπτουν τόσο από την έλλειψη οικονομικών πόρων όσο και από τις αυξημένες υποχρεώσεις τους στο εργασιακό χώρο με συνέπεια το μειωμένο ποσοστό συμμετοχής σε ΣΕΚ. Η έλλειψη αυτή συνδέεται γενικότερα και με την έλλειψη ειδικών κονδυλίων για τη ΣΕΚ του προσωπικού σε πάγια και συστηματική βάση ανεξαρτήτως της περιοδικής υλοποίησης χρηματοδοτούμενων ενεργειών κατάρτισης.

Συνοψίζοντας, τα βασικά προβλήματα στον τομέα της ΣΕΚ όπως εντοπίστηκαν και επισημάνθηκαν από τους εμπειρογνώμονες της μελέτης, θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν στα εξής:

- Ανυπαρξία συστηματικού σχεδίου επαγγελματικής κατάρτισης ανθρώπινου δυναμικού από τη κεντρική διοίκηση.
- Μη συστηματική καταγραφή αναγκών κατάρτισης.
- Έλλειψη μηχανισμού παρακολούθησης (follow up) και ανατροφοδότησης (feedback) της συνεχιζόμενης κατάρτισης.
- Έλλειψη οικονομικών πόρων.
- Έλλειψη ανθρώπινων πόρων και οι αυξημένες επαγγελματικές υποχρεώσεις αυτών.
- Απουσία διασύνδεσης της κατάρτισης με την αξιολόγηση και την απόδοση του εργαζομένου.
- Έλλιπής ενημέρωση για τα προγράμματα που διενεργούνται.
- Έλλειψη κινήτρων, καθοδήγησης και παρακίνησης των εργαζομένων στη δια βίου κατάρτιση και η ασαφής συσχέτιση της ΣΕΚ με την επαγγελματική τους εξέλιξη.
- Έλλειψη εξειδικευμένων εκπαιδευτών, με δυνατότητα συνδυασμού θεωρητικών και εμπειρικών γνώσεων και δεξιοτήτων.
- Ανεπαρκής αξιολόγηση εκπαιδευτών.
- Έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού για τη στελέχωση των Γραφείων Εκπαίδευσης και των Φορέων υλοποίησης προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Δυνατά σημεία και περιορισμοί της μελέτης

Το κύριο πλεονέκτημα της μελέτης είναι ότι είναι η πρώτη ποιοτική μελέτη στην Ελλάδα που διερευνά την απόψεις των ειδικών σχετικά με την έρευνα και αξιολόγηση των αναγκών επαγγελματικής εκπαίδευσης **τεσσάρων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας**. Επίσης, στη μελέτη συμμετείχαν 103 ειδικοί, οι οποίοι υπηρετούν τόσο στον **δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα και προέρχονται και από τις 7 ΥΠΕ**. Η εμπειρογνωμοσύνη τους

υποδηλώνει ότι το πάνελ μας είναι αρκετά ευρύ και έμπειρο και ικανό να κάνει ακριβείς κρίσεις και προβλέψεις. Ο κύριος περιορισμός της έρευνας ήταν ότι η παρούσα μελέτη δεν αξιολόγησε αν οι θεματικές ενότητες εκπαίδευσης που προτείνονται από τους ειδικούς συνδέονται με τις πραγματικές απαιτήσεις της αγοράς εργασίας για την υγεία, αλλά **αποτυπώνει την δική τους οπτική για το θέμα**. Ο περιορισμός αυτός όμως δεν θεωρείται μεγάλος από την άποψη ότι οι ειδικοί του δείγματος λόγω της εμπειρογνομosύνης τους είναι γνώστες του αντικειμένου.

Μέσω της μελέτης μας το στελεχιακό δυναμικό του τομέα υγείας συνέδραμε και απέφερε την κατάθεση ορισμένων κύριων εμπειριστατωμένων προτάσεων για την εξάλειψη των προαναφερθέντων προβλημάτων, όσο αυτό είναι εφικτό, και τη διασφάλιση της ποιοτικής κατάρτισης του προσωπικού. Οι προτάσεις αυτές διαμορφώνουν το φάσμα μιας εκπαιδευτικής πολιτικής σε επίπεδο φορέα η οποία απαιτείται, όπως τονίστηκε, να ενταχθεί στο πλαίσιο ενός κεντρικού στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού σε εθνικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, σε επίπεδο φορέα, η συστηματική ανίχνευση, καταγραφή και προσδιορισμός των εκπαιδευτικών αναγκών του προσωπικού σε τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με το εύρος των υπηρεσιών που σχεδιάζονται να παρέχονται, σύμφωνα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των χρηστών, χαρακτηρίστηκε ως μέτρο άμεσης προτεραιότητας και βασικό στοιχείο διαμόρφωσης εκπαιδευτικής πολιτικής. Δεδομένου του γεγονότος ότι σχεδόν πρόσφατα τα περισσότερα Νοσοκομεία διαθέτουν Επιχειρησιακά Σχέδια Δράσης στα οποία εντάσσεται επίσης το ζήτημα της αναβάθμισης των ανθρωπίνων πόρων, λαμβανομένου υπόψη των ταχύρρυθμων επιστημονικών και τεχνολογικών εξελίξεων, η άσκηση εκπαιδευτικής πολιτικής καθίσταται εφικτή τουλάχιστον σε μεσοβραχυπρόθεσμο επίπεδο. Για αυτό προτάθηκε από τους εμπειρογνώμονες η συνεργασία με εκπαιδευτικά ιδρύματα, προκειμένου να καθίσταται δυνατή,

Επιπλέον, η επιλογή των καταρτιζόμενων, σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες, οφείλει να αποκτήσει χαρακτηριστικά βέλτιστης λειτουργικότητας προκειμένου η ΣΕΚ να συμβάλλει στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Για αυτό το λόγο επισημαίνεται από τους ειδικούς της μελέτης μας ότι η αξιολόγηση των καταρτιζόμενων δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο σε επίπεδο προγράμματος κατάρτισης αλλά θα πρέπει να υιοθετήσει στοιχεία πιστοποίησης ανάλογα με τη συνολική διάρκεια εκπαίδευσης και τους τομείς εξειδίκευσης. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η θέσπιση κινήτρων κατάρτισης που συνδέονται με την εξέλιξη θέσης στην εργασία και την επαγγελματική εξέλιξη του εργαζόμενου.

Η συνεργασία των φορέων κατάρτισης με εκπαιδευτικούς φορείς (ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΕΣΔΥ, ΕΚΔΔΑ κ.ά.) προτάθηκε εμφιατικά από τους ειδικούς προκειμένου να αντιμετωπισθούν προβλήματα εφαρμογής σύγχρονων μεθόδων και τεχνικών της εκπαιδευτικής διαδικασίας και του παραγόμενου εκπαιδευτικού έργου. Έτσι, επιτυγχάνεται αφενός η μεταφορά της συσσωρευμένης εκπαιδευτικής τεχνογνωσίας που διαθέτουν και αφετέρου η εξειδικευμένη εφαρμογή τους στην ανίχνευση των αναγκών κατάρτισης, στις νέες μορφές εκπαιδευτικών μεθόδων και τεχνικών καθώς και στη σχεδίαση και εφαρμογή δεικτών αξιολόγησης του παραγόμενου εκπαιδευτικού έργου σε επίπεδο φορέα.

Επίσης προτάθηκε η συνεργασία μεταξύ φορέων κατάρτισης του Τομέα Υγείας με Ευρωπαϊκά Κέντρα Κατάρτισης με τη δημιουργία κοινών προγραμμάτων κατάρτισης με έμφαση στην ολοκληρωμένη προσέγγιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας στην παγκοσμιοποιημένη αγορά. Η ελεύθερη πρόσβαση σε ηλεκτρονικές πηγές και βάσεις, τα θεματικά forum με εξειδικευμένα στελέχη και η εξ αποστάσεως επιμόρφωση είναι προτεινόμενοι εναλλακτικοί τρόποι επιμόρφωσης που πρέπει να ενισχυθούν. Επίσης, διαπιστώθηκε επιτακτική ανάγκη για την καθιέρωση προγραμμάτων κατάρτισης στο χώρο εργασίας διότι συνάδουν σε μεγάλο βαθμό με τις ιδιαιτερότητες της

ιατρονοσηλευτικής, κλινικό-εργαστηριακής και διοικητικό-διαχειριστικής πράξης στις υπηρεσίες υγείας και της εκ των πραγμάτων υψηλής εξειδίκευσης.

Οι ανασταλτικοί παράγοντες (οι οικονομικές και οι επαγγελματικές δεσμεύσεις) μη συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης όπως επισημάνθηκαν από το σύνολο του στελεχιακού δυναμικού της μελέτης μας, και η βελτίωση αυτής της κατάστασης με ποικίλους τρόπους, κρίνεται εκ των ων ουκ άνευ. Η θέση αυτή από την πλειονότητα των εμπειρογνώμων επιβεβαιώνει σε μεγάλο βαθμό την ανάγκη να διευκολυνθεί η συμμετοχή των εργαζομένων σε εκπαιδευτικά προγράμματα με τη διαμόρφωση ευέλικτων προγραμμάτων κατάρτισης, παρέχοντας ειδικές άδειες κατάρτισης και επιτυγχάνοντας με αυτό το τρόπο τη δυνατότητα συνέχισης των υπηρεσιών ροής εργασίας. Η επιβεβαίωση και η αποδοχή λοιπόν, στο πλαίσιο αυτό, δείχνει την ιδιαίτερα διευρυμένη αναγνώριση της αξίας της εκπαίδευσης, η οποία στρέφει το σύγχρονο management του τομέα υγείας στην περαιτέρω ανάπτυξη και επένδυση της ΣΕΚ. Η θέσπιση κινήτρων κατάρτισης και η σύνδεση της ΣΕΚ με την επαγγελματική εξέλιξη των καταρτιζόμενων, προτάθηκαν επίσης ως μέτρα βελτίωσης του ενδιαφέροντος του προσωπικού για τη συμμετοχή του σε προγράμματα κατάρτισης.

Η αξιολόγηση των καταρτιζόμενων σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες της μελέτης μας, παρόλο που προβλέπεται στο πλαίσιο υλοποίησης ενός προγράμματος, δύναται να συνδεθεί με την εξέλιξη θέσης στην εργασία, αποφέροντας στοιχεία μοριοποιημένων κριτηρίων βαθμολογικής εξέλιξης του προσωπικού. Τέλος, η σύνδεση της κατάρτισης με την εξέλιξη στην εργασία γίνεται αντιληπτή όχι μόνο ως κίνητρο συμμετοχής του προσωπικού στα προγράμματα κατάρτισης αλλά, βάσει των προτάσεων που διατυπώθηκαν, η αντίληψη αυτή διευρύνεται και συνδέεται με την ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης στην εργασία και προγραμμάτων τηλε-εκπαίδευσης. Οι δύο αυτές κατηγορίες προγραμμάτων μπορούν να συνδυαστούν, δημιουργώντας συνθήκες είτε εξατομικευμένης είτε ομαδικής κατάρτισης,

μεγιστοποιώντας έτσι τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα τα οποία ελέγχονται και αξιολογούνται σε πραγματικές συνθήκες εργασίας.

Εν κατακλείδι, οι κύριες προτάσεις που μπορούν να βελτιώσουν το επίπεδο ΣΕΚ, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης μας, θα πρέπει να βασίζονται στα παρακάτω:

1. Συστηματική διερεύνηση, καταγραφή και αξιολόγηση των αναγκών κατάρτισης σύμφωνα με τις ειδικές ανάγκες κάθε Οργανισμού (tailor-made training) αλλά και τις τάσεις της αγοράς.
2. Εφαρμογή ενός συνολικού σχεδίου κατάρτισης στη βάση της Ανάλυσης των Εκπαιδευτικών Αναγκών για όλη την Επικράτεια, σύμφωνα με τα παραπάνω.
3. Καθιέρωση υποχρεωτικού χαρακτήρα της ΣΕΚ. Να γίνονται επαναλαμβανόμενα προγράμματα επιμόρφωσης και να δίνονται ίσες ευκαιρίες συμμετοχής για όλους. Δημιουργία και συνεχιζόμενη ενημέρωση «φακέλου εξέλιξης (log-book)» των εργαζομένων.
4. Σύνδεση της επιμόρφωσης με την αξιολόγηση και την απόδοσή του εργαζομένου και καθώς και την επαγγελματική του εξέλιξη.
5. Παροχή κινήτρων, υποκίνησης και καθοδήγησης των εργαζομένων για επιμόρφωση και ανάπτυξη κουλτούρας για τη σημασία της συνεχιζόμενης κατάρτισης.
6. Συνεργασία φορέων υγείας ιδιωτικού και δημοσίου τομέα για τη δημιουργία κοινών προγραμμάτων κατάρτισης, με έμφαση στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της πορείας του ασθενούς στο σύστημα υγείας.
7. Δημιουργία προγραμμάτων κατάρτισης σε συνεργασία με πανεπιστήμια και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα και Ευρωπαϊκά Κέντρα κατάρτισης.
8. Έμφαση σε προγράμματα κατάρτισης στο χώρο της εργασίας (On the job training).
9. Ανάπτυξη συστημάτων e-learning (εξ αποστάσεως ηλεκτρονική εκπαίδευση), προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της έλλειψης χρόνου των εργαζομένων.

10. ΣΕΚ στην εργασία με παροχή ποιοτικής εκπαίδευσης στο χρήστη αξιοποιώντας τις νέες τεχνολογίες που έχουν εισαχθεί ή σχεδιάζονται με στόχο την προαγωγή της επιστημονικής εξειδίκευσης.
11. Κατάρτιση και αξιολόγηση των εκπαιδευτών. Επιλογή εκπαιδευτών με επιστημονικά κριτήρια που διαθέτουν τεχνογνωσία και εμπειρία.
12. Αξιολόγηση των προγραμμάτων κατάρτισης από τους συμμετέχοντες και επανασχεδιασμός τους όπου χρειαστεί.

Σε πρακτικό επίπεδο, η μελέτη μας έδωσε τη δυνατότητα στους εμπειρογνώμονες να διερευνήσουν και να αξιολογήσουν τις ανάγκες της ΣΕΚ αλλά και τα κενά της γνώσης, έτσι ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις εκπαιδευτικές ανάγκες των εργαζομένων σε εθνικό επίπεδο για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Σε επίπεδο πρωτοβουλιών, χάραξης πολιτικής και διοίκησης, και λήψης αποφάσεων η μελέτη μας δύναται να συνεισφέρει με τις κατευθυντήριες γραμμές της στη ΣΕΚ για την επαγγελματική εξέλιξη των εργαζομένων. Ειδικότερα, η εφαρμογή των συμπερασμάτων και των προτάσεων της μελέτη μας στη πολιτική υγείας είναι μονόδρομος καθώς οι κλινικές γνώσεις και δεξιότητες αποτελούν ισχυρά εργαλεία στην υγειονομική περίθαλψη που επηρεάζουν σημαντικά την ασφάλεια και την ποιότητα φροντίδας των ασθενών. Ως εκ τούτου, ενόψει της αξιολόγησης γνώσεων που σχετίζεται με την εργασία, η μελέτη μας ως εργαλείο δύναται να συνεισφέρει στους ερευνητές, στους εμπειρογνώμονες και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να διερευνήσουν περαιτέρω και να συγκρίνουν το επίπεδο και τα κενά γνώσεων των επαγγελματιών υγείας με επέκταση, την επίδρασή τους προς όφελος των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και όπου κρίνεται απαραίτητο παρεμβατικά να προσαρμόζονται και να εφαρμόζονται προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες.

Συμπερασματικά, οι πολιτικές ΣΕΚ και επαγγελματικής ανάπτυξης ήταν, είναι και θα είναι πάντα απαραίτητες ιδίως σε χώρες περιορισμένων οικονομικών πόρων όπως είναι η

περίπτωση της Ελλάδας. Σε αυτό το πλαίσιο είναι σημαντική η συνεισφορά της έρευνας μας, όπου συνδέει την αξιολόγηση των αναγκών επιμόρφωσης με τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και τη δημόσιας υγεία. Επιπλέον, είναι σημαντική η συμβολή της στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, στις διοικήσεις των επαγγελματιών υγείας και στο σχεδιασμό αποτελεσματικών προγραμμάτων ΣΕΚ. Τέλος, η μελέτη μας μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο και σε άλλες χώρες με ίδιο ή παρόμοιο σύστημα ΣΕΚ στον τομέα της υγείας επιφέροντας οφέλη για όλες τις ενδιαφερόμενες ομάδες: επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, διοικούντες, κοινωνικό σύνολο.

9.Επίλογος

Η εκπαίδευση και η ΣΕΚ αποτελούν θεμέλιους λίθους της επαγγελματικής πρακτικής για την ανάπτυξη επαγγελματικών προσόντων και το κύριο μέσο για την υλοποίηση λειτουργικών και οργανωτικών αλλαγών τόσο σε Δημόσιους όσο και σε Ιδιωτικούς Φορείς. Ήτοι συνιστούν βιώσιμη επιλογή και πρόκληση για τον σύγχρονο επαγγελματία υγείας καθώς ζούμε σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον και σε μια εποχή που οι τεχνολογικές και οι άλλες αλλαγές διαδέχονται η μία την άλλη με ραγδαίους ρυθμούς.

Βασικό ρόλο στο στρατηγικό σχεδιασμό ενός συστήματος εκπαίδευσης και του συστήματος κατάρτισης των εργαζομένων κατέχει η συστηματική καταγραφή, διερεύνηση και αξιολόγηση των αναγκών κατάρτισης. Το πλήθος των μελετών που διεξήχθησαν στο πεδίο διερεύνησης των αναγκών κατάρτισης και των λόγων συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στη ΣΕΚ αναδεικνύει τη βαρύτητα του ερευνητικού αυτού πεδίου.

Η επιβίωση και η ανάπτυξη κάθε φορέα και οργανισμού εξαρτάται από το πόσο καλά προσαρμόζεται πάντοτε στις απαιτήσεις της αγοράς και στις διάφορες αλλαγές, οικονομικές, τεχνολογικές, πολιτικές, κοινωνικό-πολιτιστικές και μια σειρά από πληθώρα άλλες αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον τους. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, πρέπει η διοίκηση των οργανισμών, να εκπαιδεύει συνεχώς τους υπαλλήλους της στις νέες τεχνικές γνώσεις και δεξιότητες, ώστε αυτοί να ανταποκρίνονται στις διαμορφούμενες αλλαγές. Επιπρόσθετα, όταν ο ίδιος ο οργανισμός έχει προσδιορίσει και προκαλέσει την αναγκαιότητα αλλαγών, είτε σε οργανωτικό είτε και σε επιτελικό επίπεδο, επιβάλλεται να έχει λάβει υπόψιν του την αναγκαιότητα ενός πλαισίου ενημέρωσης, εκπαίδευσης και προσαρμογής όλων των εμπλεκόμενων συντελεστών και παραγόντων στις νέες συνθήκες. Συγκεκριμένα, τα άτομα που αποτελούν το ανθρώπινο δυναμικό μέσα στον οργανισμό θα πρέπει να εκπαιδεύονται με στόχο όχι μόνο να βελτιώσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους αλλά να ενημερώνονται και να μαθαίνουν τα γενικά και επιμέρους στοιχεία που αποτελούν το νέο περιβάλλον.

Αναγκαίο είναι η εκπαίδευση και η κατάρτιση να παρέχει τη δυνατότητα σε όλο το στελεχιακό δυναμικό του τομέα υγείας ανεξαιρέτως, να βελτιώνουν τα πρότυπα παρεχόμενης φροντίδας μέσα από την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και την υιοθέτηση νέας στάσης και συμπεριφοράς. Με αυτόν τον τρόπο, η ΣΕΚ θα συμβάλλει στη βελτίωση των αποτελεσμάτων φροντίδας, στην αύξηση της ασφάλειας του ασθενούς και στην αύξηση της εμπιστοσύνης του κοινωνικού συνόλου απέναντι στους επαγγελματίες υγείας και στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, μακροπρόθεσμα η εκπαίδευση θα συμβάλλει στην ανάπτυξη των ανθρώπινων δυνατοτήτων που θα βοηθήσουν μεμονωμένα τα άτομα αλλά και τον οργανισμό μακροπρόθεσμα, να υλοποιήσουν τους στρατηγικούς και τακτικούς στόχους που θέτει ο οργανισμός σε μικρο- και σε μακροεπίπεδο. Άλλωστε, η εμπειρία από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, δείχνει ότι όσο καλύτερα συγκροτημένος και συνδεδεμένος με την απασχόληση είναι ο τομέας της ΣΕΚ, τόσο μεγαλύτερα είναι τα ποσοστά συμμετοχής και κυρίως η αποτελεσματικότητά της.

Είναι ευρέως γνωστό ότι η ΣΕΚ είναι μία συνεχής διαδικασία που πραγματοποιείται και ολοκληρώνεται σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας ενός ατόμου. Η αναγκαιότητά της πηγάζει από τη θετική επίδραση που ασκεί:

- στη παραγωγικότητα της επιχείρησης / οργανισμού
- στο ηθικό των εργαζομένων
- στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων
- στην ανάπτυξη κοινωνικής συναίνεσης
- στη μεγαλύτερη ικανοποίηση των “πελατών”
- στη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών και των παραγόμενων προϊόντων.

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση είναι ένας βασικός παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών που παράγει ένας οργανισμός. Η σημασία και η χρησιμότητά της, γίνεται φανερή και από το γεγονός ότι τα σχετικά προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούν ύψιστη προτεραιότητα απορροφώντας σημαντικά κονδύλια. Ωστόσο, παρά το γεγονός της αυξημένης ζήτησης και της προτεραιότητας που δίνουν τα κράτη της Ε.Ε. για τη ΣΕΚ, έχει παρατηρηθεί το γεγονός πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα να έχουν αποτύχει και αυτό γιατί, το περιεχόμενό τους είχε σχεδιαστεί όχι με βάση τις ανάγκες και τους περιορισμούς του συγκεκριμένου οργανισμού, αλλά με γνώμονα έτοιμα εκπαιδευτικά προγράμματα που πιθανόν να είχαν υλοποιηθεί σε άλλους ομοειδείς οργανισμούς. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία για να είναι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα “αποδοτικό” και “επιτυχημένο” θα πρέπει ο προσδιορισμός και η διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών να προκύπτει κάθε φορά λαμβάνοντας υπόψη:

- Τις ανάγκες της αγοράς εργασίας και,
- Τις ανάγκες για νέες ειδικότητες οι οποίες θα ενσωματώνονται και θα προσαρμόζονται στους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις, με κύριο στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού στόχου.

Εκ παραλλήλου, κατά την υλοποίηση ενός προγράμματος ΣΕΚ θα πρέπει να τίθενται τα εξής ερωτήματα:

- Προσδιορίζονται ικανοποιητικά οι εκπαιδευτικές ανάγκες των οργανισμών;
- Σχεδιάζονται σωστά τα εκπαιδευτικά προγράμματα;
- Αποδίδουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα;
- Βελτιώνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες των υπαλλήλων;

Ο κύριος στόχος ενός “εφαρμόσιμου και επιτυχημένου” προγράμματος ΣΕΚ είναι να αναπτυχθούν βασικές μεθοδολογικές κατευθυντήριες γραμμές για την ανάπτυξη ενός συστήματος αναγνώρισης των εκπαιδευτικών αναγκών με βάση το ανθρώπινο δυναμικό, έτσι

ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της αγοράς εργασίας και των υπηρεσιών υγείας (παρέχοντας εξατομικευμένη κατάρτιση). Ένα σημαντικό κλειδί σε αυτό, εκτός από την αναγνώριση, είναι η ιεράρχηση των ενοτήτων εκπαίδευσης ανά κατηγορία προσωπικού. Πρόσθετα, με βάση το σύστημα αναγνώρισης των εκπαιδευτικών αναγκών του ανθρώπινου δυναμικού, πρέπει να αναπτυχθεί ένας μηχανισμός για την κατάρτιση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του, εξασφαλίζοντας με τον καλύτερο τρόπο ότι οποιαδήποτε επένδυση που θα πραγματοποιείται στον τομέα της ΣΕΚ θα αποφέρει σωρευτικά ό,τι πραγματικά χρειάζεται κάθε θεσμικό όργανο.

Σε περιόδους κρίσεων με την έλλειψη οικονομικών πόρων, η αναβάθμιση και η ενίσχυση του προσωπικού του τομέα υγείας σύμφωνα με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες της κοινωνίας είναι απαραίτητη περισσότερο από ποτέ. Στην Ελλάδα το ΕΣΥ της μεταμνημονιακής περιόδου των νέων συνθηκών και των πληθώρα αντιφατικών τάσεων βρίσκεται σε φάση αναδιοργάνωσης, τόσο οργανωτικής όσο και λειτουργικής. Οι υπεύθυνοι χάραξης εκπαιδευτικής πολιτικής υγείας οφείλουν να δώσουν έμφαση πρωτίστως στη ποιότητα, η οποία αποτελεί βασική συνιστώσα για να έχουμε ένα αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Σε αυτή τη γραμμή τάσσεται και η μελέτη μας η οποία θα συμβάλλει στην αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης, με την προσαρμογή των Δημοσίων Υπηρεσιών στο νέο πολιτικό-οικονομικό περιβάλλον, την ανταπόκριση των εργαζομένων στα πιο σύνθετα αιτήματα του πολίτη αλλά και στην αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας του ανθρώπινου δυναμικού.

Η αναβάθμιση και η ενδυνάμωση όλων των κατηγοριών του προσωπικού του τομέα της υγείας αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχία μιας αλλαγής και, γενικότερα, μιας δομικής αναγκαίας μεταρρύθμισης. Αποτελεί επένδυση προς όφελος των ενδιαφερομένων η συμμετοχή σε δράσεις ΣΕΚ, η απόκτηση και η επικαιροποίηση γνώσεων και δεξιοτήτων διατηρώντας με αυτό τον τρόπο ενεργή τη «δυνατότητα» της εργασιακής και κοινωνικής

ένταξης-παραμονής με συνέπεια τη βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού και κατά επέκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Εκτός τούτου, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο πλαίσιο της προετοιμασίας και του στρατηγικού σχεδιασμού ενός φορέα στον άξονα της ανάπτυξης των ανθρώπινου κεφαλαίου, με κριτήριο ότι αυτό μπορεί να αποτελέσει το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα του φορέα στην κοινωνία της γνώσης που διανύουμε, προς όφελος του τελικού αποδέκτη: του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, αλλά και του κοινωνικού συνόλου. Διαφορετικά ελλοχεύει ο κίνδυνος να δημιουργηθεί ένα αυξανόμενο «κενό δεξιοτήτων» μεταξύ των συμμετεχόντων και των μη συμμετεχόντων και ο σταδιακός αποκλεισμός των τελευταίων από οποιαδήποτε απασχόληση, με συνέπεια την φτωχοποίηση και περιθωριοποίησή τους. Σε περιόδους κρίσεων (οικονομικών και μη-) και διεύρυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων, αυτό αποκτά ιδιαίτερη αξία τόσο για την κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη όσο για τη συνολική κοινωνική ευημερία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Αμίτσης, Γ. (2000). Θεσμοί και Πολιτικές Επαγγελματικής Κατάρτισης: Ευρωπαϊκή πρόκληση και η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Επαγγελματικής Κατάρτισης, (σελ.51-105, 108-112, 179-180), Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Ανανεωμένη Κοινωνική Ατζέντα (2.7.2008). *Ευκαιρίες, πρόσβαση και αλληλεγγύη στην Ευρώπη του 21ου αιώνα*, Βρυξέλλες, COM(2008) 412 τελικό.

Ανδριώτη, Δ. & Κυριόπουλος, Γ. (1995). Το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, *Επιθεώρηση Υγείας*, 3(34):47(175)-54(182).

Ανδριώτη, Δ., Κομματάς, Δ., Σκίτσου, Α., Χαραλάμπους, Γ. & Μπάρο, Χ. (2007). Εκτίμηση των Αναγκών Εκπαίδευσης και Κατάρτισης των Ανθρώπινων Πόρων Υγείας στη Χώρα μας στο Πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1), 32-38.

Βεργίδης, Δ. (1999). Επιμόρφωση (ή εκπαίδευση) ενηλίκων. Στο Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό (τόμος 4ος). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Γραμματικόπουλος, Η., Κουπίδης, Σ., Μόραλης, Δ., Σαδραζάμης, Α., Αθηναίου, Δ. & Γκιουζέπας, Ι. (2013). Παράγοντες παρακίνησης εργαζομένων και κίνητρα απόδοσης ως εργαλεία αποτελεσματικής διαχείρισης. Μελέτη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30 (1):46-58.

Γρέβιας, Δ. (2018). Εκπαίδευση προσωπικού σε μια μικρή επιχείρηση. ΚΕΜΕΛ (Κέντρο Εθελοντών Μάνατζερ Ελλάδος). <https://www.kemel.gr/library/ekpaidefsi-prosopikou>

Δημητρακοπούλου, Ι. (2015). Θεωρίες παρακίνησης ανθρώπινου δυναμικού και εφαρμογή τους στο χώρο της υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διπλωματική Εργασία.

Δήμου, Ν. (2003). *Διοίκηση Προσωπικού*, Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ -Γ. ΠΑΡΙΚΟΣ & ΣΙΑ.Ε.Ε.

Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3):498-508.

Εθνική Ελληνική Έκθεση στον ΟΟΣΑ, (31/03/2003): «Ο ρόλος των εθνικών συστημάτων πιστοποίησης και αναγνώρισης προσόντων στην προώθηση της δια βίου μάθησης, *EKEΠΠΣ*, σελ.17.

ΕΛΣΤΑΤ 2013

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2010): Ανακοινωθέν της Bruges

Ευρωπαϊκή Επιτροπή(2020). Πρόταση Σύσταση του Συμβουλίου σχετικά με την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση (ΕΕΚ) για βιώσιμη ανταγωνιστικότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και ανθεκτικότητα, Pub. L. No. COM(2020) 275 final.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή(2020). Στήριξη της απασχόλησης των νέων: Γέφυρα προς την απασχόληση για την επόμενη γενιά, Pub. L. No. COM 276 final. <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0276&from=EN>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή-Eurydice, 2021

ΕΥΣΕΚΤ (2003): Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, Οκτώβριος, Αθήνα.

Ευστράτογλου, Α. (2004). Η συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση στη Ελλάδα, *INE-ΓΣΕΕ*, Ενημέρωση-τεύχος 106, σελ.5-7.

Θεοδωράτος, Ε. (2004). *Διοίκηση και Οργανωτική Συμπεριφορά*, σελ.176, Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ (ΜΑΡΤΙΟΣ 2012): «*Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα*» Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας Επιστημονικές Εκθέσεις(Reports)/7.

INE-IME-ΓΣΕΒΕΕ, (2013). Κίνητρα και Εμπόδια για τη συμμετοχή των ενηλίκων στη Δια Βίου Εκπαίδευση. Εκδόσεις INE-IME-ΓΣΕΒΕΕ.

Καμαργιανάκη, Δ. (2006). Κίνητρα και αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη Δια βίου Μάθηση και τη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. *Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία*. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

ΚΑ.ΝΕΠ ΓΣΣΕΕ (Κέντρο Ανάπτυξης Εκπαιδευτικής Πολιτικής) (2013): «Κατάρτιση, Απασχόληση, Εκπαιδευτική Πολιτική. Διερεύνηση της σύνδεσης της επαγγελματικής κατάρτισης με την απασχόληση».

Κανελόπουλος, Χ. (2002). *Διοίκηση Προσωπικού Ανθρώπινου Δυναμικού*, Αθήνα: Εκδόσεις ΚΑΝΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Χ.

Καντάς, Α. (1998). Οργανωτική και Βιομηχανική Ψυχολογία. Μέρος 1^ο, Κίνητρα, Επαγγελματική Ικανοποίηση, Ηγεσία, σελ.48-49, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Καπετανούδη, Σ., Μαλλιάρου, Μ., Αλεξάκου, Ζ., Αγγέλη, Δ., Κολοβός, Π., Πολύζος, Ν. & Ζυγά, Σ. (2012). Παράγοντες παρακίνησης εργαζομένων σε δημόσιο νοσοκομείο της περιφέρειας. Μελέτη περίπτωσης, *Υγεία και Εργασία*, 3(3), 77-94, Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος.

Καραλής, Θ. (2013). Μελέτη: Κίνητρα και Εμπόδια για τη Συμμετοχή των ενηλίκων στη Δια Βίου Εκπαίδευση. ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ-ΙΝΕ ΓΣΕΕ.

Καρανικόλα, Μ., Παπαθανάσογλου, Ε., Παπαδάτου, Δ., και συν. (2008). Ποιοτική Διερεύνηση των Παραγόντων Επαγγελματικής Ικανοποίησης σε Ελληνικό Νοσηλευτικό Προσωπικό, *Νοσηλεία και Έρευνα*, Τεύχος 21, 11-22.

Καυγά, Α., Γκοβίνα, Ο., Βλάχου, Ε., Παυλάτου, Ν., Κουλούρη, Α. & Σταθοπούλου, Χ. (2012). Διερεύνηση των Παραγόντων που επηρεάζουν τη Συμμετοχή των Νοσηλευτών σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 51(3): 288–296.

Κελέση-Σταυροπούλου, Μ. & Σταυροπούλου, Μ. (2010). Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα, *Το Βήμα του Ασκληπίου*, 9(3):281-300, Ιούλιος-Σεπτέμβριος.

Κόκκος Α. (2005), *Μεθοδολογία Εκπαίδευσης Ενηλίκων, Θεωρητικό πλαίσιο και προϋποθέσεις μάθησης*, Πάτρα, ΕΑΠ.

Κόκκος Α. (2007) «Η εκπαίδευση ενηλίκων ως διακριτό θεσμικό και επιστημονικό πεδίο», *Δια Βίου/ Επιστημονική Επιθεώρηση για τη Δια Βίου Μάθηση*, τ.1.

Κοντιάδης, Ξ. (2001). Θεσμικά προβλήματα και προοπτικές μεταρρύθμισης του συστήματος επαγγελματικής κατάρτισης, στο «*Μεταμορφώσεις του κοινωνικού κράτους στην εποχή της παγκοσμιοποίησης. Η θεσμική διάσταση*», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Κοσμίδης, Δ., Κουτσούκη, Σ., Θεοφανίδης, Δ. (2011). Η τεχνική των Δελφών στη Νοσηλευτική Έρευνα-Μέρος 1^ο. Η κλασική μεθοδολογική προσέγγιση και οι βασικές τροποποιήσεις, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(20), Απρίλιος-Ιούνιος.

Κουτουζής, Μ. (1999). «Γενικές Αρχές Μάνατζμεντ», Τόμος Α΄, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ.172.

Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Σ.& Οικονόμου, Χ. (2000). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας: A priori versus a posteriori κριτήρια αποζημίωσης, στο Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν. & Σισσούρας, Α. (επιμ.), *Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις: Θεμέλιο.

Κυριόπουλος, Ι., Σούλης, Σ. και συν. (1998). Μελέτη: «Καθορισμός των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης εργαζομένων και ανέργων ανά περιφέρεια και ειδικότητα στον τομέα της Υγείας». Έρευνα για το Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας- Απόφαση 915/2-4-98.

Κυριόπουλος, Γ., Σούλης, Σ. και συν. (2003). Έρευνα: «Διερεύνηση, Καταγραφή & Αξιολόγηση των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης του Στελεχιακού Δυναμικού του Τομέα Υγείας-Πρόνοιας». Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας, αρ. σύμβασης 75/2003,(Δ.1).

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1997): «Ψυχολογία κινήτρων», Θεσσαλονίκη:ArtofText.

Μακρυδημήτρης Α. και Υφαντόπουλος Ι. (2004): «Έρευνα για τη βελτίωση της Απόδοσης του Ανθρώπινου Δυναμικού και του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Παναγιώτη και Αγλαΐα Κυριακού», *Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης*, Εργαστήριο Διοικητικών Επιστημών, Αθήνα.

Μάρκοβιτς, Γ. (2002).*Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού Παρακίνηση- Εξουσία*, Θεσσαλονίκη:University Studio Press.

Μαρουδιάς, Ν. (2000). Η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Στο *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης –διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, σελ.181-192. Αθήνα: Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.

Μπελλάλη, Θ. & Καραμήτρη, Ι. (2011). Η ερευνητική μεθοδολογία Delphi και η εφαρμογή της στις επιστήμες υγείας. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 28(6):839-848.

Μπίζας, Α. (2011). Πιστοποίηση και αναγνώριση της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Μάρτιος, 4(1):3-4.

Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Γ.Μπένου.

Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ, Θεωρητικό υπόβαθρο, Σύγχρονες πρακτικές*, σελ.284-285,483-484.Αθήνα: Εκδόσεις Γ.Μπένου.

Μπουραντάς, Δ.(2002). *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Αθήνα: Εκδόσεις Γ.Μπένου.

Μπουραντάς, Δ.(2005). *Ηγεσία. Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ.

Νιάκας, Δ. (2004). *Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, 5ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα.

Ντάτσης, Α., Τραγούδα, Ε., Χανιά, Μ., Ρογδάκης, Α., Γερόλυμος, Μ., & Σπηλιώτης, Ι. (2007). Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία του και το εργασιακό περιβάλλον. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 46(2):268–281.

Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (2005):. «Εθνικό σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», *Γνώμη 128, ΟΚΕ*.

Οικονόμου, Χ. (2006). Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», στο Οικονόμου Χ. και Φερόνας Α. (επιμ.), *Οι Εκτός των Τειχών: Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις Σύγχρονες Κοινωνίες*. Αθήνα: Διόνικος.

Οικονόμου, Χ. (2000). Διασυνοριακό Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας Ελλάδας-Αλβανίας-Βουλγαρίας: Πρόγραμμα INTERREGII : Διασυνοριακή πρωτοβουλία για τη δημόσια υγεία στα Βαλκάνια, Τόμος 5, Η ανάπτυξη των Ανθρώπινων Πόρων στον Υγειονομικό Τομέα, Ευρωπαϊκή Ένωση, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Παπαδημητρίου, Μ., Κούρτης, Γ., Μητρούλιας, Γ. & Φιλιππάτος, Γ. (2005). Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 42:194-205.

Παπαθανάσογλου, Ε., Μερκούρης, Α., Πιστόλας, Δ., Παπαγιαννάκη, Β., Τζιάλλας, Δ. & Λεμονίδου, Χ. (2005). Μονάδες εντατικής θεραπείας εμφραγματιών στην Ελλάδα: Διερεύνηση της οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 42:206-218.

Παπαλεξανδρή, Ν. & Μπουραντάς, Δ. (2003). *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*,σελ.415-419. Αθήνα: Εκδόσεις Γ.Μπένου.

- Παπαλεξανδρή, Ν. και Μπουραντάς, Δ. (2003). Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Αθήνα: Εκδόσεις Κυριακίδης.
- Παπασταμάτης, Α. (2010). *Εκπαίδευση Ενηλίκων: Θεμέλια της Διδακτικής Πράξης*, Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Πέλλας, Ν. & Καζανίδης, Ι. (2012). Διερεύνηση των προφίλ και των αντιλήψεων των ενήλικων χρηστών σε πολυχρηστικά εικονικά περιβάλλοντα. 8^ο Συνέδριο ICT in Education.
- Πεγλιβανίδου, Α., Σουλιώτης, Κ., Καλαφάτη, Μ., Μπελλάλη, Θ., Τσαμαδιάς, Ι., Γιαννακά, Φ. & Τούντας, Γ. (2008). Διερεύνηση των κριτηρίων που επηρεάζουν την επιλογή ιατρικής ειδικότητας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (2):167-176.
- Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Αμίτσης, Γ., Κυριόπουλος, Γ. & Σούλης, Σ. (2006) Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 45(4):543-551.
- Πολύζος, Ν.& Υφαντόπουλος, Ι. (2000): Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6): 627-639.
- Σακκά, Β.& Χαΐδου, Ι. (2009). *Συστήματα Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού*, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ) Δυτικής Μακεδονίας.
- Σαρρής, Μ., Πιερράκος, Γ., Αμίτσης, Γ.,Κυριόπουλος, Γ. & Σούλης, Σ. (2006). Αξιολόγηση δομών συνεχιζόμενης κατάρτισης στις υπηρεσίες υγείας, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 45(1):118-128.
- ΣΕΒ (2020). Επανακατάρτιση και αναβάθμιση δεξιοτήτων ανθρώπινου δυναμικού: Οι προκλήσεις για την ενίσχυση των εργαζομένων και την ανάπτυξη των επιχειρήσεων.
- Σιγάλας, Ι. (2009). 2ο Πανελλήνιο Συμπόσιο με θέμα: Εκπαίδευση, Αγορά Εργασίας και Συστήματα Υγείας, Ναύπλιο.
- Σκρουμπέλος Α, Δάγλας Α, Σκουτέλης Δ, Κυριόπουλος Γ. (2012). Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις. Διαθέσιμο στο [http:// www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias)
- Σούλης, Σ. (1996). Μελέτη: «Η δημογραφία των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα».

Σούλης, Σ. (1996). Μελέτη: «Το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα και η επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό στον υγειονομικό τομέα».

Σούλης, Σ., Σαρρής, Μ., Χρυσάκη, Μ., Αμίτση, Γ. & Κοντιάδης, Ξ. (1998). Μελέτη: «Καθορισμός των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης εργαζομένων και ανέργων ανά περιφέρεια και ειδικότητα στον τομέα Πρόνοιας». Υπουργείο Υγείας- Πρόνοιας, Απόφαση 915/ 2-4-98.

Σούλης, Σ., Κυριόπουλος, Ι., Σαρρής, και συν. (2004): Μελέτη: «Διερεύνηση, Καταγραφή και Αξιολόγηση των αναγκών Επαγγελματικής κατάρτισης του στελεχιακού δυναμικού του τομέα υγείας και πρόνοιας».

Σουλιώτης, Κ. και Λύτρας, Α. (2004). *Αποκλεισμοί στην Παγκοσμιοποίηση*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης Κ. (2019). *Τεκμηριωμένη Πολιτική Υγείας: μια πρόταση για την Ελλάδα*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Σταύρου, Στ. (Ιανουάριος 2010). «*Η πολιτική για την εκπαίδευση & επαγγελματική κατάρτιση στην Ε.Ε. – Μια σύντομη ιστορική αναδρομή*», Κείμενο εργασίας στο πλαίσιο της δημόσιας διαβούλευσης για την σύνταξη ενός Ελληνικού Πλαισίου Επαγγελματικών Προσόντων.

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2009), Βλ. σημ. 11, Παράρτημα Ι

Ταρακτσής, Α.: «Η εκπαίδευση στην Ψηφιακή Εποχή», Πρώτη Εργασία Μαθήματος, Σχολή Θετικών Επιστημών, Κρήτη.

Τσιμπουκλή, Α., & Φίλλιπς, Ν. (2008). Εκπαίδευση Εκπαιδευτών Ενηλίκων. Αθήνα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων. Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων.

Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σ. & Γούλα, Α. (2010). Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 49(1): 40–52.

Τυρίμου, Π., Μιχαήλ, Σ. και συν. (2007). *Αξιολόγηση αναγκών μάθησης Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Δημόσια Νοσοκομεία*, 14^ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, Λευκωσία.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000). *Σχέδιο Μεταρρύθμισης: Υγεία για τον Πολίτη*, Αθήνα.

ΥΥΚΑ -Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα: «Υγεία- Πρόνοια 2000-2006», *Μέτρο 1.4 «Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας»*, Μελέτη: «Διερεύνηση, Καταγραφή και Αξιολόγηση των Αναγκών Επαγγελματικής Κατάρτισης του Στελεχικού Δυναμικού του Τομέα Υγείας-Πρόνοιας» (2004).

Υφαντόπουλος, Γ. & Σούλης, Σ. (1993). *Μελέτη: «Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα υγείας στην Ελλάδα 1980-2000»*, Σούλης Σ., Έρευνα για τη V Διεύθυνση του ΕΚΤ της ΕΟΚ.

Χάλαρης, Ι. (2006). Σύγχρονα Εργαλεία Εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική Πρακτική: Από τη Θεωρία στη Πράξη, 7^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο ΕΣΥ, Ερέτρια.

Χυτήρης, Λ. (2001). Οργανωσιακή συμπεριφορά, η ανθρώπινη συμπεριφορά σε Οργανισμούς και Επιχειρήσεις,σελ.150. Αθήνα, Εκδόσεις Interbooks..

Χυτήρης, Λ. (2006). *Μάνατζμεντ, Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων*,σελ.195.Αθήνα, Εκδόσεις Interbooks.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, Ad., Evans, R., Holland, W., Jarman, B. & Μόσσιαλος, Η. (1994). *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Έκδοση: Φαρμέτρικα.

Aboshaiqah, A., Qasim, A., Abualwafa, N. & Al-Bashaireh, A. (May 2012). Barriers for Continuing Professional Development among Nurses in Saudi Arabia. *Middle East Journal of Nursing*, 6(3):22-27.

Agency for Healthcare Research and Quality (2007). *Effectiveness of Continuing Medical Education, Evidence Report/ Technology Assessment*, Number 149, Johns Hopkins University.

Aichholzer, G. (2001). The Austrian foresight program: organization and expert profile. *International Journal of Technology Management*, 21(7/8): 739-755.

Aiken, L., Clarke, S., Sloan, D., Sochalski, J. & Silber, J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288(16): 1987-1993.

Akins, R.B., Tolson, H. & Cole, B.R., (2005). Stability of response and characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. *BMC Medical Research Methodology*, 5 (37).

Ashton D. & Green F. (1996). *Education, Training and the Global Economy*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Association of American Medical Colleges & American Association of Colleges of Nursing (2010). *Lifelong Learning in Medicine and Nursing*, Josiah Macy Foundation.

Avella, J. R. (2016). Delphi panels: Research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies*, 11: 305-321. Retrieved from <http://www.informingscience.org/Publications/3561>

Badu-Nyarko, S.K. (2013). Mandatory continuing education among nurses in Ghana, *Academia Journal of Educational Research*, 1(5): 065-071.

Balasubramanian, R.& Agarwal, D. (2012). Delphi Technique- A Review. *International Journal of Public Health Dentistry*, 3(2): 16-25.

Bamrah, J.S., Gray, D.A., Purandare, N. and Merve, S. et al. (2011). Continuing professional development for physiatrists: surveying current practice in the UK. *The Physiatrist*, 35(4):151-154.

Baron, R.A. (1991). Motivation in work settings: reflections on the core of organizational research. *Motivation and Emotion*, 15(1):1-8, p.3.

Bjork IT, Hansen BS, Samdal GB, Torstad S, Hamilton GA (2007). Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1):88-94.

Brigley,S., Young,Y., Littlejohns, P. & McEwen, J. (1997). Continuing education for medical professionals: a reflective model. *Postgraduate Medical Journal*,73(588):23-26.

Brown, C.A., Belfield,C.R. & Field, S.J.(2002). Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of the evidence. *BMJ*, 324:652-655.

Bukowitz,W.R., Williams,R.L., & Mactas,E.S. (2004). Human capital measurement. *Research Technology Management*, 47(3): 43-49.

Burrows, F., & Fear, D. (1993). Continuing medical education practices of community-based and university-affiliated anesthesiologists in Ontario. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 40(6): 480-486.

CEDEFOP (2004). Η χρηματοδότηση της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης στην Ελλάδα. Περιγραφή του συστήματος χρηματοδότησης. Επιμέλεια: Ι. Τσεκούρας, Μ. Σταμπουλής, Μ. Λιτσαρδάκης, series 90, Λουξεμβούργο .

CEDEFOP (2009/10). Δομές Συστημάτων Εκπαίδευσης και Κατάρτισης στην Ευρώπη.

CEDEFOP (2014). Επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση στην Ελλάδα. Συνοπτική περιγραφή. Λουξεμβούργο.

Charles, P.A. & Mamary, E.M. (2002). New choices for continuing education: a statewide survey of the practices and preferences of nurse practitioners. *The Journal of Continuing Education in Nursing*,38(2):88-91.

Cheng, P.L.K. & Robertson, R.W. (2006). Not for Bread Alone -Motivation Among Hospitals Employees in Singapore, *Public Organization Review*, 6, 155-166, p.156.

Cho, SH., Ketefian, S., Barkauskas, VH. & Smith, DG. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*, 52(2):71-79.

Cui, J., Shen, F., Ma, X& Zhao, J. (2011). What Do Nurses Want to Learn from Death Education? A Survey of Their Needs. *Oncology Nursing Forum*. 38(6):402-408.

Crisp J., Peiletier D., Duffield C., Adams A. & Nagy S. (1997). The Delphi Method. *Nursing Research*, 46, 116-118.

Cross, P., K. (1981). Adults as learners: increasing participation and facilitating

Dalkey, N. and Helmer, O. (1963). An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. *Management Science*, 9(3) (April) :458-467.

Dalkey, N.C. (1968). *Predicting the Future, 1968*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.rand.org/pubs/papers/P3948.html>, (12/10/2010).

Dajani, J.S., Sincoff, M.Z. & Talley, W.K. (1979). Stability and agreement criteria for the termination of Delphi studies. *Technological Forecasting and Social Change*. 13(1):83-90.

Dalkey, N. C. (1969). *The Delphi Method. An experimental study of group opinion*. Santa Monica, CA: The RAND Corporation.

Dave, R.H. (1976). Foundations of Lifelong Education. Oxford: UNESCO Institute for Education and Pergamon Press.

Davies, M. & Ford, M. (2001). Towards successful implementation of continuing professional development- a survey of psychiatrists' attitudes. *Psychiatric Bulletin*, 25:334-336.

de Kervasdoue, J. (2009). Health care system in Greece, *Working Paper V5*, OECD Public Management Reviews: Strengthening public administration reform in Greece.

De Meyrick, J. (2003). The Delphi Method and Health Research. *Health Education*, 103(1): 7-15.

Donohoe, H. M. & Needham, R. D. (2009): «Moving best practice forward: Delphi. Characteristics, advantages, potential problems and solutions», *International Journal of Tourism Research*, 11 (5), 415-437.

Donohoe, H. M. (2011). Defining culturally sensitive ecotourism: a Delphi consensus. *Current Issues in Tourism*, 14 (1), 27-45.

Donohoe, H., Stellefson, M.& Tennant, B. (2012). Advantages and Limitations of the e-Delphi Technique: Implications for Health Education Researchers. *American Journal of Health Education*, January/February, 43(1) :38-46.

Dreesch, N., Dolea, C., Dal Poz, MR., Goubarev, A. & et al. (2005). *An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals*. Published by Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Dunn, W.N. (2004). *Public Policy Analysis. An Introduction*. 3rd ed., New Jersey: Pearson Prentice Hall, p.182-183.

Economou, Ch. (2010). *Greece: Health System Review: Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Edmunds, MW. (2007). *Editorial: New Changes on the Continuing Education Frontier*. *The Journal for Nurse Practitioners* 3,71.

European Commission (2005). Working together for growth and jobs. A new start for the Lisbon strategy, [COM (2005) 24 final].

European Commission- Eurycide,2020

Eurostat (2008, 2010, 2012,2013, 2014, 2018& 2020).

Fentahun, N.& Molla, A. (2012). Determinants of and opportunities for continuing education among health care professionals in public health care institutions in Jimma township, Southwest Ethiopia. *Advances in Medical Education and Practice*, 3:89–96.

Flores, P.Y.&, Castilo, M.A. (2006). Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(3):309-315.

Gallagher, L. (2006). Continuing education in nursing: a concept analysis. *Nurse Education Today* 27: 466-473.

General Medical Council (2012). Continuing professional development: guidance for all doctors. June, p.1-30.

Giannarou, L.& Zervas, E. (2014). Using Delphi technique to build consensus in practice. *Int. Journal of Business Science and Applied Management*, Volume 9, Issue 2, p. 65-82.

Gibson, J. M.E. (1998). Using the Delphi technique to identify the content and context of nurses' continuing professional development needs. *Journal of Clinical Nursing*, 7:451-459.

Giri, K. et al. (2012). Keeping Up to Date: Continuing Professional Development for Health Workers in Developing Countries. *Technical Brief* 6: 1-6.

Gorman, H. (2003). Which skills do care managers need? A research project on skills, competency and continuing professional development. *Social Work Education*, 22 (3): 245-259.

Green, R. (2013). The Delphi technique for library research. *International Journal of Library and Information Science*, 5(9): 267-274, October.

Gribbin, J.J. (1981). *Strategies for Organizational Effectiveness*. A.M.A., N.Y., p.230.

Grisham, T. (2009). The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2(1):37-52.

Guest, D., Conway, N. & Dewe, P. (2004). Using sequential tree analysis to search for "bundles" of HR practices. *Human Resource Management Journal*, 14(1): 79-96.

Gupta, U.G. & Clarke, R.E. (1996). Theory and applications of the Delphi technique: A bibliography 1975-1994. *Technological Forecasting and Social Change*, 53(2): 185-211.

Hager, M., Russel, S., Fletcher, S. (2008). Continuing Education in the Health Professions: Improving Healthcare Through Lifelong Learning. New York: Josiab Macy, Jr. Foundation.

Harrington, SS.&Walker, BL. (2002). A comparison of computer based and instructor led training for long term care staff. *Journal of Continuing Education Nursing*, Jan Feb, 33 (1) :39-45.

Hasson, F., Keeney S. & McKenna H.(2000).Research guidelines for the Delphi survey technique.*Journal of Advanced Nursing*, 32(4): 1008-1015.

Hegney, D., Parker, D., Tuckett, A. &Eley, R. (2007).*Access to and support for continuing professional education amongst Queensland nurses:2004 and 2007*.Australia: The University of Queensland, School of Nursing and Midwifery, Research and Practice Development Centre.

Herzberg, F. (2003). One More Time How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*: 1-13, January.

Holey, E.A., Feeley, J.L., Dixon, J. & Whittaker, V.J. (2007). An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Medical Research Methodology*, 7:52,1-10.

Hsu, C-C.& Sandford, B.A. (2007). The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus.*Practical Assessment, Research &Evaluation*, 12(10), August.

Institute of Medicine (2009). Redesigning Continuing Education in the Health Professions.*National Academy of Science*, p.200.

Jackson,S. (2001). Successfully Implementing Total Quality Management Tools within Health Care Quality Assurance.*Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(4):157-163.

Jimoyiannis, A. & Gravani, M. (2010). Digital Literacy in a Lifelong Learning Programme for Adults: Educators 'Experiences and Perceptions on Teaching Practices. *International Journal of Digital Literacy and Digital Competence*,1 (1), 40-60, January- March.

Josiab Macy Foundation (2010). *Lifelong Learning in Medicine and Nursing*, Hosted by the Association of American Medical Colleges and the American Association of Colleges of Nursing, p.1-108.

Josiab Macy, Jr. Foundation (2008). *Continuing Education in the Health Professions: Improving Health care Through Lifelong Learning*, p.1-240. New York Edited by: Hager M., Russell S. and Fletcher S.

Kamariannaki, D., Alikari, V., Sachlas, A., Stathoulis, J., Fradelos, E.C. & Zyga, S. (2017). Motivations for the participation of nurses in continuing nursing education programs. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE*, 34(2):229-235.

Kane, R.L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S. & Wilt, T.J. (2007). Nurse staffing and quality of patient care. *Evidence Report Technology Assessment*, 151:1-115.

Kehr, H.M. (2004). Integrating implicit motives, explicit motives and perceived abilities: the compensatory model of work motivation and volition. *Academy of Management Review*, 29(3): 479–499.

Kleynen M. et al. (2014). Using a Delphi Technique to Seek Consensus Regarding Definitions, Descriptions and Classification of Terms Related to Implicit and Explicit Forms of Motor Learning. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100227>

Knowles, M.S. (1970). *The Modern Practice of Adult Education, Andragogy versus Pedagogy*, New York: Association Press. 376 pp.

Knowles, M.S., Elwood, R., Holton III, R. & Swanson, A. (1998). *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. 5th edition, New York: Heinemann.

Lambrou P., Kontodimopoulos, N. & Niakas, D. (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health*, 8:26.

Lindeman, E. C. (1926). *The Meaning of Adult Education*. New York: New Republic.

Linstone, H., Turoff, M. & Helmer, O. (2002). *The Delphi method: Techniques and applications*. London, UK: Murray Turoff and Harold A. Linstone.

Louglin K.G. & Moore, L.F. (1979). Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a pediatrics department. *Journal of Medical Education*, 54(2):101-106. doi: 10.1097/00001888-197902000-00006

Maukscha, S., von der Gracht, H.A. & Gordon, T. J. (2020). Who is an expert for foresight? A review of identification methods. *Technological Forecasting & Social Change*, 154.

Mead, D.M. & Moseley, L.G. (2001). Considerations in using the Delphi approach: design, questions and answers. *Nurse Researcher*, 8:24-37.

Meshkat, B. et al. (2014). Using an e-Delphi technique in achieving consensus across disciplines for developing best practice in day surgery in Ireland. *Journal of Hospital Administration*, 3(4):1-8. <http://dx.doi.org/10.5430/jha.v3n4p1>

Mezirow, J. (1991). Toward a Theory of Practice, *Adult Education Journal*, 21(3):135-147.

Millete, I.H., Richard, L., Martel, M.J. (2005). Evaluation of a developmental care training programme for neonatal nurses. *Journal Child Health Care*, Jun 9 (2) 94-109.

Mossiallos, E., Allin, S. & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14, pp. 151-168.

Mugisha, J.F. (2009). Using information and communication technology to revalitise continuing professional development for rural health professionals: evidence from a pilot project. *Rural and Remote Health Journal*, 9:1222.

Murgatroyd, G.B. (2011). Continuing Professional Development, the international perspective. UK: General Medical Council, 1-106.

National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2004): «*Report on the Continuing Professional Development of Staff Nurses and Staff Midwives*», May, p. 1-51.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22): 1715-1722.

OECD (1977). Learning Opportunities for Adults (v. IV: Participation in Adult Education). Paris: OECD.

OECD (2002) (2003) & (2010). *OECD Health Data*. Paris: OECD.

OECD (2011), (2013) (2016) & (2021) *Health at a Glance: Europe 2011,2013,2016&2019*. Paris: OECD Publishing.

Ortega, J. (2001). Job Rotation As a Learning Mechanism. *Management Science*, 47 (10), October: 1361-1370, pp.1361-1362.

O'Sullivan, J. (2003). Unlocking the Workforce Potential: is support for effective continuing professional development the key? *Research in Post-Compulsory Education*, 8(1): 107-122.

Paul, J. (2002). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Peck, C., McCall, M., McLaren, B. & Rotem, T. (2000). Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*, 320:432-435.

Penz, K., D' Arcy, C., Stewart, N., Kosteniuk, J., Morgan, D. & Smith, B. (2007). Barriers to participation in continuing education activities among rural and remote nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(2):58-67.

Perron, N.J., Cerutti, B., Picchiottino P. & Empeyta, S.F. et al. (2014). Needs assessment for training in interprofessional skills in Swiss primary care: a Delphi study. *Journal of Interprofessional Care*, Early Online: 1–3.

Petaloti, S. (2015). Lifelong Learning in Nursing Science and Practice: A Bibliographic Review. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 02(02): 45-48.

Peterson, S.J. & Byron, K. (2008). Exploring the role of hope in job performance: results from four studies. *Journal of Organizational Behavior*, 29(6):785 – 803.

Pierce, J.L. & Gardner, D.G. (2004). Self-Esteem Within the Work and Organizational Context: A Review of the Organization- Based Self-Esteem Literature. *Journal of Management*, 30(5):591-622, pp.593-594.

Policy Document of EQUIP (European association for Quality in general practice/family medicine) and EURACT (European Academy of Teachers in General Practice), (2002). *Quality Development Integrated with Continuing Medical Education*.

Politi, E.D.& Souliotis, K. (2013). Understanding the weaknesses and the threats of continuous medical education in the 21st century. *Problems of education in the 21st century*, Volume 56:105-114.

Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4): 376–382.

Rayens, M. &Hahn, E. (2000). Building Consensus Using the Policy Delphi Method Policy. *Politics and Nursing Practice*, 1(4):308-315.

Rogers, A. (1999). *Η εκπαίδευση ενηλίκων*. Εκδόσεις ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ.

Rogers,A. (2002). Ομιλία στη Διεθνή Συνδιάσκεψη για την Εκπαίδευση Ενηλίκων». Στο: Α. ΚΟΚΚΟΣ (επιμ.): Διεθνής Συνδιάσκεψη για την Εκπαίδευση Ενηλίκων. Αθήνα: Μεταίχμιο, 49-52.

Ross,H. (2005). The Use of Technology in Education and Professional Development for Health Care Providers.University of Saskatchewan:1-18.

Ross, K., Barr, J. & Stevens, J. (2013). Mandatory continuing professional development requirements: what does this mean for Australian nurses.*BMC Nursing* 12:9.

Rowold, J. (2007). The Impact of Personality on Training- Related Aspects of Motivation: Test of a Longitudinal Model.*Human Resource Development Quarterly*, 18(1), Spring, 9-31, p.10.

Rubenson, K., & Desjardins, R. (2009). The Impact of Welfare State Regimes on Barriers to Participation in adult Education: A Bounded Agency Model, *Adult Education Quarterly*, 59/3, pp. 187-207.

Santaguida et al. (2018).Protocol for a Delphi consensus exercise to identify a core set of criteria for selecting health related outcome measures (HROM)to be used in primary health care. *BMC Family Practice*.19(152):1-14.<https://doi.org/10.1186/s12875-018-0831-5>

Satinsky, M. (2008). Tips for Motivating Employees, *Physician ' s Weekly*, Vol.XXV, No. 19.

Schmidt, S.W. (2007). The Relationship Between Satisfaction With Workplace Training And Overall Job Satisfaction. *Human Resource Development Quarterly*, 18(4), Winter, 481-497, p.484.

Schostak, J. et al. (2010). The Effectiveness of Continuing Professional Development, Academy of Medical Royal Colleges. General Medical Council, Final Report, p.1-128.

Schultz, T.W. (1961). Investment in Human Capital, *The American Economic Review*, Vol. 51, No. 1, pp. 1-17.

Skulmoski G.J, Hartman F.T.& Krahn, J. (2007). The Delphi Method for Graduate Research. *Journal of Information Technology Education*, 6:1-21.

Slade SC, et al.(2014). Standardised method for reporting exercise programmes: protocol for a modified Delphi study. *BMJ Open*;4:e006682. doi:10.1136/bmjopen-2014-006682

Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J.M. & Probst, J. (2013). *Educating Health Professionals: an Intersectoral Policy Approach*. Zurich: Careum Dialogues, working paper 7:1-44.

Spears, M.C. & Parker, D.F. (2002). A probit analysis of the impact of training on performance appraisal satisfaction. *American Business Review*, 20 (2):12-16.

Squires, J., Estabrooks, C.A., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *BioMed Central, Implementation Science*, 6:1.

Stanton, M. (2004). Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. *Agency for Healthcare Research and Quality*, Issue 14, No.04-0029.

Stitt-Gohdes W.L. & Crews T.B. (2004). The DELPHI TECHNIQUE: A Research Strategy for Career and Technical Education, *Journal of Career and Technical Education*, Volume 20, Number 2, Spring.

Thangaratnam, S & Redman, C WE. (2005). The Delphi technique. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 7:120-125.

The Bruges Communiqué on enhanced European Cooperation in Vocational Education and Training for the period 2011-2020 (2010).

The John Hopkins University (2007). Effectiveness of Continuing Medical Education, *Agency for Healthcare Research and Quality*, Number 149.

Tough, A. (1968). Why Adults Learn: a Study of the Major Reasons for Beginning and Continuing a Learning Project. Toronto: Ontario Institute for Studies in Education.

Turoff, M. (1970). The design of a policy Delphi. *Technological Forecasting and Social Change*, 2(2):149-171.

UNESCO-International Academy of Education (2002): «Motivation to learn», Educational Practices Series- Monique Boekaerts, No 10.

World Health Organization (2006): «World Health Report: Working together for health», *The World Health Report*. WHO Geneva. <http://www.who.int>

WHO: World Health Organization (2013):«Transforming and Scaling up Health Professional Education and Training. Policy Brief on Financing Education of Health Professionals».

Worrall, L. & Cooper, C. (2013): «Improving the Quality of Working Life: positive steps for senior management steps», *Chartered Management Institute*.

Yaxlee, B. (1929). Lifelong Education. London: Cassell, pp.166.

Yfantis, A., Tiniakou, I.& Yfanti E. (2010): «Nurses' attitudes regarding Continuing Professional Development in a district hospital of Greece», *Health Science Journal*, Volume 4, Issue 3, p. 193-200.

Yousuf, M.I. (2007): «Using Experts' Opinions Through Delphi Technique», *Practical Assessment, Research and Evaluation*, A peer-reviewed electronic journal, Volume 12, Number 4, May.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ & ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης: www.aspete.gr

Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού: www.asep.gr

Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης: www.gsae.edu.gr

Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας: www.statistics.gr

Γενική Γραμματεία Έρευνας και τεχνολογίας: www.gsrt.gr

Διεπιστημονικός Οργανισμός Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης /
HELLENICNARIC: www.doatap.gr

Εθνική Βιβλιοθήκη: www.nlg.gr

Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας: www.ein.gr

Εθνικό Κέντρο Επαγγελματικού Προσανατολισμού: www.ekep.gr

Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης:
www.ekepis.gr/main/

Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013 / Ε.Σ.Π.Α.: www.espa.gr

Εθνικό Συμβούλιο Παιδείας: www.yperth.gr

Επιταγών Κατάρτισης: www.voucher.gov.gr

Ερευνητικό Ακαδημαϊκό Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών: www.cti.gr

Κέντρο Εκπαιδευτικής Έρευνας: www.kee.gr

Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού: www.oaed.gr

Οργανισμός Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης: www.oEEK.gr

Οργανισμός Επιμόρφωσης Εκπαιδευτικών/ Ο.ΕΠ.ΕΚ.: www.oEPEK.gr

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: www.who.int

Παιδαγωγικό Ινστιτούτο: www.PI-schools.gr

Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων: www.yperth.gr

Υπουργείο Υγείας: <http://www.mohaw.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ

1. Ονοματεπώνυμο:
2. Τηλέφωνο επικοινωνίας:
3. Ηλεκτρ. Διεύθυνση:

Ερωτηματολόγιο για την συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση του <u>Ανθρώπινου</u> δυναμικού του Τομέα Υγείας	
4. Περιφέρεια	
5. Νομός	
6. Μονάδα Υγείας: (Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις)	
Νοσοκομείο Δημόσιο (αναφορά)	<input type="checkbox"/>
Νοσοκομείο Ιδιωτικό(αναφορά)	<input type="checkbox"/>
Κέντρο Υγείας	<input type="checkbox"/>
Άλλο (αναφορά)	
7. Εκπαίδευση: (Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις)	
ΤΕΙ	<input type="checkbox"/>
ΑΕΙ	<input type="checkbox"/>
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ	<input type="checkbox"/>
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ	<input type="checkbox"/>
Άλλο (αναφορά)	
8. Φύλο	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>

ΟΔΗΓΙΕΣ

- Απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα με βάση τη γνώση και την εμπειρία σας.
- Γράψτε τυχόν σχόλια ή παρατηρήσεις στο τέλος του ερωτηματολογίου.
- Στείλτε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στην ηλεκτρ. διεύθυνση magdalininova@gmail.com μέσα σε 7 ημέρες

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή παρατήρηση είμαστε στη διάθεση σας.

Υπεύθυνος επικοινωνίας: Μαγδαληνή Βόβα

τηλ. 6972500168

email: magdalinivova@gmail.com

Ερώτηση 1.

Πόσο σημαντική είναι για την δουλειά σας η ανάγκη επιμόρφωσης; Επιλέξτε την απάντηση (διπλοπατήστε πάνω στο αντίστοιχο τετραγωνάκι και επιλέξτε checked ή επιλεγμένο)

1.1	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Παρακαλώ εξηγήστε τη σημασία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης στη δουλειά σας.

Ερώτηση 2.

Από τις ακόλουθες επιλογές ποιες κατά την γνώμη σας αποτελούν καλό τρόπο επιμόρφωσης; ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ (διπλοπατήστε πάνω στο αντίστοιχο τετραγωνάκι και επιλέξτε checked ή επιλεγμένο)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1. Άρθρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Συνέδρια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. Βιβλία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Σεμινάρια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Άλλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.6. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που δε συμφωνείτε με τον προτεινόμενο τρόπο-επιμόρφωσης κάποιου από τα παραπάνω αλλά επιλέγετε κάποιον άλλο τρόπο

Ερώτηση 3.

Θεωρείτε ότι οι ευκαιρίες που δίνονται για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα κατάρτισης είναι ικανοποιητική; Επιλέξτε την απάντηση (διπλοπατήστε πάνω στο αντίστοιχο τετραγωνάκι και επιλέξτε checked ή επιλεγμένο)

3.1	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2. Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι δεν δίνονται ευκαιρίες κατάρτισης των εργαζομένων, που πιστεύεται ότι οφείλεται αυτό;

Ερώτηση 4.

Ποιοι από τους κάτωθι φορείς είναι κατάλληλοι κατά την γνώμη σας για διεξαγωγή προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης; ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ(διπλοπατήστε πάνω στο αντίστοιχο τετραγωνάκι και επιλέξτε checked ή επιλεγμένο)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.1. Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Επιστημονική Εταιρεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Ιδιωτικός Φορέας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Δημόσιος Φορέας (π.χ. Εθνική Σχολή Δημόσια Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. Άλλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.6. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που προτιμάτε άλλο μηχανισμό επιμόρφωσης

Ερώτηση 5.

Ποια από τα κάτωθι θεωρείτε ότι αποτελούν εμπόδιο συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης; ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ (διπλοπατήστε πάνω στο αντίστοιχο τετραγωνάκι και επιλέξτε checked ή επιλεγμένο)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5.1. Έλλειψη χρόνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Οικονομικοί λόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. Υποχρεώσεων στη δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. Οικογενειακοί λόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. Άλλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.6. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε άλλο εμπόδιο συμμετοχής στη συνεχιζόμενη κατάρτιση

Ερώτηση 6.

Με ποιον τρόπο μπορούν να αρθούν τα εμπόδια;

Ερώτηση 7.

Ποια κατά την γνώμη σας είναι η «ιδανική» χρονική στιγμή διεξαγωγής των προγραμμάτων κατάρτισης; **ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ**(διπλασιάστε πάνω στο αντίστοιχο τετραγωνάκι και επιλέξτε checked ή επιλεγμένο)

7.1. Σε ώρες εργασίας	<input type="checkbox"/>
7.2. Εκτός ωρών εργασίας	<input type="checkbox"/>
7.3. Άλλο	<input type="checkbox"/>

7.4. Παρακαλώ διατυπώστε την εναλλακτική σας πρόταση στην περίπτωση που προτείνετε άλλο χρονικό ορίζοντα πραγματοποίησης προγραμμάτων επιμόρφωσης

Ερώτηση 8.

Σημειώσατε στις κάτωθι θεματικές ενότητες εκείνες τις οποίες πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη **προτεραιότητας** για την επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (άκρως απαραίτητα – 1^η επιλογή), και σε εκείνες τις θεματικές ενότητες που είναι δευτερεύουσας προτεραιότητας (επιθυμητά – 2^η) **ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ**.

Θεματικές ενότητες κατάρτισης	
Οργάνωση- Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση υπηρεσιών υγείας	2 nd Choice 1 st Choice
Οικονομικά της υγείας	2 nd Choice

	1 st Choice
Σχεδιασμός και διαχείριση ερευνητικών προγραμμάτων: θεσμικό πλαίσιο, οικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, καλές πρακτικές	2 nd Choice 1 st Choice
Δικαιώματα ασθενών	2 nd Choice 1 st Choice
Διασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας	2 nd Choice 1 st Choice
Αξιολόγηση προσωπικού, διοίκησης και ηγεσίας	2 nd Choice 1 st Choice
Βασική κατάρτιση στη χρήση Η/Υ (Windows, Word, Excel, Internet)	2 nd Choice 1 st Choice
Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής Μονάδας Υγείας - Ηλεκτρονική Διαχείριση Εγγράφων	2 nd Choice 1 st Choice
Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και δεξιότητες αυτομάθησης	2 nd Choice 1 st Choice
Επικοινωνία και υγεία	2 nd Choice 1 st Choice
Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας	2 nd Choice 1 st Choice
Αρχές και μεθοδολογία βιοστατιστικής	2 nd Choice 1 st Choice
Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGS)	2 nd Choice 1 st Choice
Επαγγελματική εξουθένωση και μέθοδοι αντιμετώπισής της	2 nd Choice 1 st Choice
Γενικά θέματα επιδημιολογίας. Επιδημιολογική επιτήρηση	2 nd Choice 1 st Choice
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην κοινότητα	2 nd Choice 1 st Choice
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: υγιεινή και προβλήματα	2 nd Choice 1 st Choice
Εφαρμογές τηλεματικής στο χώρο της υγείας	2 nd Choice 1 st Choice

Διαχείριση κρίσεων (λόγω μαζικών φυσικών ή μη καταστροφών)	2 nd Choice 1 st Choice
Ιατρικό Σφάλμα: Μέτρηση, Κοινωνικός και Οικονομικός αντίκτυπος	2 nd Choice 1 st Choice
Σύγχρονη διακίνηση της ιατρικής γνώσης στην παγκοσμιοποιημένη κοινωνία: κοινωνικές επιπτώσεις, δίκτυα, κανονισμοί της Ε.Ε.	2 nd Choice 1 st Choice
Οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών. Διεπιστημονική συνεργασία.	2 nd Choice 1 st Choice
Ιατρικός- Νοσηλευτικός φάκελος και διακίνηση της ιατρικής-νοσηλευτικής πληροφορίας	2 nd Choice 1 st Choice
Αντιμετώπιση πόνου	2 nd Choice 1 st Choice
Ιατρικός τουρισμός	2 nd Choice 1 st Choice
Νομοθετικό πλαίσιο - Διαδικασίες εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων / δημοσίων έργων	2 nd Choice 1 st Choice
Οικονομική αξιολόγηση ιατρικών πράξεων: Αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας	2 nd Choice 1 st Choice
Διαχείριση και αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας	2 nd Choice 1 st Choice
Στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία. Μέθοδοι ανάλυσης και λήψης αποφάσεων. Εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών	2 nd Choice 1 st Choice
Δημόσια υγεία και νοσηλευτική	2 nd Choice 1 st Choice
Ψυχική υγεία και νοσηλευτική	2 nd Choice 1 st Choice

Παρακαλώ διατυπώστε τυχόν σχόλια επί του συνόλου των παραπάνω ερωτήσεων

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!

Σημείωση:

1. Θα πρέπει να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις
2. Οι απόψεις των ειδικών θα συλλεχθούν μέσω 3 γύρων (3 ερωτηματολόγια)
3. Θα διατηρηθεί η ανωνυμία των απαντήσεων
4. Παρακαλώ να αποστείλετε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο **magdalinivova@gmail.com**, τελική ημερομηνία :

II. Δημοσιεύσεις Επιστημονικών Άρθρων σε Διεθνή και Ελληνικά Περιοδικά

International Journal of Caring Sciences May – August 2019 Volume 12 | Issue 2| Page 737
www.internationaljournalofcaringsciences.org

Original Article

Investigation, Recording and Assessment of Professional Education Needs of the Health Sector Personnel in Greece via Delphi Technique

Magdalini Vova-Chatzi, PhD(c)

Department of Social and Educational Policy, University of Peloponnese, Corinth, Greece

Maria Saridi, PhD

Director of Nursing, General Hospital of Korinthos, Greece and Research Fellow, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Corinth, Greece

Xenophon Contiades, PhD

Professor of Public Law, Panteion University and Managing Director, Centre for European Constitutional Law, Athens, Greece

Athanasios Jimoyiannis, PhD

Professor, Department of Social and Educational Policy, University of Peloponnese, Corinth, Greece

Kyriakos Souliotis, PhD

Associate Professor of Health Policy, Department of Social and Educational Policy, University of Peloponnese, Corinth, Greece

Correspondence: Maria Saridi, PhD, Director of Nursing, General Hospital of Korinthos, Greece and Research Fellow, Department of Social and Educational Policy, University of Peloponnese, Corinth, Greece, Ina 33 str. Corinth. Greece. e-mail: sarmar32@windowslive.com

Abstract

Background: Continuing Professional Education is an ongoing process which aims at ensuring that knowledge and skills of an individual are constantly adjusted and meet the evolving job requirements and labor market needs.

Purpose: The present study aims to describe, analyze and document the employee training needs, as well as to propose the optimal ways of achieving it, in order to contribute to the enhancement of the quality of the offered training, as well as to the further development of the Health Sector personnel.

Material and Method: A three-round e-Delphi method was undertaken, using a panel of 103 experienced Health professionals throughout Greece.

Results: Through the present study, some of the problems that hinder CPE were emerged (such as the absence of a systematic personnel training plan by the central administration of the State, the lack of financial and human resources, the absence of interconnection between the training process and the employee performance and evaluation). The research study showed that for a better and more efficient health system, health workforce training should be designed and organized through a systematic plan for the Analysis of Educational Needs. The health workforce training should also be holistic including learning objects related to the population, the employees' workplace, the patient and the knowledge, with different priority per each personnel category.

Conclusions: The present study can be a useful tool for health policymakers in the field of professional training. In times of economic crisis with the lack of financial resources, upgrading and empowering Health Sector personnel according to the demands and needs of society is necessary more than ever.

Key Words: Delphi method, Continuing Professional Development, Health Professionals, Professional Needs.

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης-Hellenic Journal of Nursing Science. Ιανουάριος-Φεβρουάριος –Μάρτιος 2020. Τόμος 13, Τεύχος 1, σελ.: 23-31.

DOI: <https://doi.org/10.24283/hjns.202013>

Παράγοντες Παρακίνησης για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας

Μαγδαληνή Βόβα- Χατζή¹, Μαρία Σαρίδη², Κυριάκος Σουλιώτης³

1. Υποψήφια Διδάκτωρ, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος, Ελλάδα.
2. Διευθύντρια Ν.Υ., Γ.Ν. Κορίνθου, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος, Ελλάδα.
3. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος, Ελλάδα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα βασικά ζητήματα της Διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, αποτελεί η παρακίνηση των εργαζομένων σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση κυρίως στις περιόδους οικονομικής κρίσης όπως αυτή που βιώνουμε σήμερα. Η επένδυση στη συνεχιζόμενη κατάρτιση είναι ζωτικής σημασίας και αυτό γιατί μπορεί να ενισχύσει την οικονομική και ανταγωνιστική απόδοση σε ατομικό, οργανωτικό και κοινωνικό επίπεδο. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση και η κατανόηση των παραγόντων που παρακινούν τα άτομα και ειδικότερα τους επαγγελματίες υγείας για Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με κύριο στόχο τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας τους. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στηριζόμενη σε ερευνητικές και ανασκοπικές μελέτες που αντλήθηκαν από διεθνείς (Medline, PubMed) και ελληνικές

(IATROTEK) βάσεις δεδομένων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι μελέτες ανέδειξαν ως επικρατέστερους παρακίνητικούς παράγοντες, την απόκτηση γνώσεων, τη διατήρηση και τη βελτίωση των δεξιοτήτων, την επαγγελματική ανάπτυξη και βελτίωση, την προαγωγή υγείας, την επαγγελματική αυτογνωσία και ενδυνάμωση, την αλληλεπίδραση με συναδέλφους, την άνοδο του επαγγελματικού τους κύρους. Η έλλειψη χρόνου, οι οικονομικοί λόγοι, η υπερφόρτωση της εργασίας και οι οικογενειακές υποχρεώσεις αποτελούν τα κυριότερα εμπόδια για συμμετοχή σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Σε μια περίοδο παρατεταμένης οικονομικής ύφεσης, ο τομέας υγείας αντιμετωπίζει περιορισμένους δημοσιονομικούς πόρους και ταυτόχρονα, αυξημένες απαιτήσεις για αποτελεσματικότερες και αποδοτικότερες υπηρεσίες. Όταν λαμβάνονται υπόψη τα κίνητρα που ωθούν τους επαγγελματίες υγείας προς τη ΣΕΕ, τότε προγραμματίζονται και εφαρμόζονται στρατηγικές εκπαίδευσης οι οποίες έχουν ως πυλώνα και προσανατολισμό τις εξειδικευμένες εκπαιδευτικές ανάγκες των εργαζομένων με απώτερο όφελος τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη ταυτόχρονη κάλυψη των αυξημένων αναγκών και προσδοκιών του κοινωνικού συνόλου.

Λέξεις- Κλειδιά: Εκπαιδευτικές ανάγκες επαγγελματιών υγείας, Επαγγελματίες υγείας, Παρακίνηση για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, Συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση.

Motivation factors for continuing education of health professionals

Magdalini Vova-Chatzi¹, Maria Saridi², Kyriakos Souliotis³

1. PhD Candidate, Department of Social and Educational Policy, University of Peloponnese, Corinth, Greece.
2. Director of Nursing, General Hospital of Korinthos, Greece and Research Fellow, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Corinth, Greece.
3. Associate Professor of Health Policy, Department of Social and Educational Policy, University of Peloponnese, Corinth, Greece.

ABSTRACT

One of the key issues of Human Resource Management is the motivation of employees in continuing education, especially in times of economic crisis such as the one we are experiencing today. Investing in continuing training is crucial because it can boost economic and competitive performance at an individual, organizational and social level. The aim of this bibliographic review is to present and understand the factors motivating individuals and, in particular, health professionals for Continuing Education with the primary aim of maximizing their effectiveness and efficiency. A review of the literature was carried out on the basis of research and review studies drawn from international (Medline, PubMed) and Greek (IATROTEK) databases. According to the bibliography, the predominant motivational factors were acquiring new knowledge, maintaining and improving skills, professional development and improvement, health promotion, professional self-knowledge and empowerment, interaction with colleagues and the rise of professional prestige. Lack of time, economic reasons, overworking and family obligations are the main obstacles to participation in continuing education. In a period of protracted economic downturn, the health sector faces the problem of limited budgetary resources while at the same time the demands for more effective and efficient services are increased. Taking into account the incentives that drive health professionals towards the CE, training strategies are planned and implemented which have as their pillar and orientation the specialized training needs of the employees with the ultimate benefit of improving the health services provided while meeting the increased needs and the expectations of society as a whole.

Keywords: Continuing Professional Development, Health Professionals, Professional Needs, Motivation for continuing education