



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΜΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ – ΔΗΜΟΣΙΟ
MANAGEMENT

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Σύγχρονες προκλήσεις στη Δημόσια Υγεία.

Μελέτη Περίπτωσης: Κρατικό Θεραπευτήριο – Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο
Υγείας Λέρου»

Συγγραφέας

Βασιλική Μουντάκη

ΑΜ: ΔΜ2064

Επιβλέπων: Δρ. Φαίδων Κομισόπουλος

Λέρος, Ιούνιος 2022



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF MANAGEMENT & ECONOMICS
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION
MSc PUBLIC ADMINISTRATION – PUBLIC MANAGEMENT

Diploma Thesis

**“Modern challenges in Public Health. Case study: The Public
Hospital of Leros”**

Student name and surname:

Vasiliki Mountaki

Registration Number: ΔΜ2064

Supervisor name and surname:

Dr. Faidon Komisopoulos

Leros, June 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΜΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ – ΔΗΜΟΣΙΟ
MANAGEMENT

**«Σύγχρονες προκλήσεις στη Δημόσια Υγεία.
Μελέτη Περίπτωσης: Κρατικό Θεραπευτήριο – Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο
Υγείας Λέρου»**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Δρ. Φαίδων Κομισόπουλος	
2	Ιωάννης Μπουρής	
3	Πέτρος Τομάρας	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Βασιλική Μουντάκη του Δημητρίου με αριθμό μητρώου ΔΜ2064 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Διοίκηση – Δημόσιο Μάνατζμεντ του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης & Οικονομίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι.....

και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



Περίληψη

Με το ξέσπασμα της πανδημίας, οι απανταχού κρατικές αρχές κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν μια σειρά σημαντικών προκλήσεων συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού και της προετοιμασίας για άγνωστες και απρόβλεπτες καταστάσεις, της αντιμετώπισης επειγουσών καταστάσεων και της επαρκούς ανταπόκρισης στα αιτήματα, αλλά και τις προσδοκίες του πολίτη. Στο πλαίσιο αυξημένης αβεβαιότητας, η πανδημία ανέδειξε με μεγαλύτερη ακρίβεια τα υπάρχοντα προβλήματα των υγειονομικών συστημάτων, ενισχύοντας τις ελλείψεις τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις σύγχρονες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία μέσω μιας μελέτης περίπτωσης του δημόσιου νοσοκομείου Λέρου. Από μεθοδολογικής άποψης, πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα και δη ημι-δομημένη συνέντευξη. Το δείγμα αποτελούνταν από 10 μέλη του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου. Από τα ευρήματα προκύπτει, ότι η αξιοποίηση των σύγχρονων εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης είναι ανεπαρκής, ενώ τονίζεται η σημασία της εκπαίδευσης για τη χρήση των σχετικών συστημάτων. Περαιτέρω, απαραίτητες φαίνεται πως είναι οι παρεμβάσεις στο πεδίο της επαγγελματικής κατάρτισης, εφόσον δεν φαίνεται πως παρέχονται επαρκή κίνητρα και διευκολύνσεις για την κατάρτιση του προσωπικού. Ακόμη, η διάσταση της ποιότητας δεν φαίνεται πως αποτελεί προτεραιότητα για το υπό μελέτη νοσοκομείο. Όσον αφορά την αλλαγή, οι εργαζόμενοι φαίνεται πως είναι θετικά διακείμενοι προς αυτή, ωστόσο αναγνωρίζουν την ύπαρξη μιας σειράς εμποδίων στην πραγματοποίηση εκτεταμένων αλλαγών στους σύγχρονους υγειονομικούς οργανισμούς.

Λέξεις-Κλειδιά: προκλήσεις, νοσοκομείο, ηλεκτρονική διακυβέρνηση, αντίσταση στην αλλαγή, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, επαγγελματική κατάρτιση/εκπαίδευση

Abstract

With the outbreak of the pandemic, governmental authorities everywhere faced a significant number of challenges including planning and preparing for unknown and unforeseen situations, dealing with emergencies and responding adequately to citizens' demands and expectations. In the context of increased uncertainty, the pandemic has more than ever highlighted the existing problems of healthcare systems, underlining their shortcomings. The purpose of this study was to investigate the current challenges public health faces, through a case study of the public hospital of Leros. From a methodological point of view, a qualitative research and a semi-structured interview were conducted. The sample consisted of 10 members of the hospital's medical, administrative and nursing staff. The findings show that the use of modern e-government tools is insufficient, while emphasizing the importance of education for the utilization of relevant systems. Furthermore, it seems that interventions in the field of vocational training are necessary, since it seems that sufficient incentives and facilities are not provided for the personnel. Furthermore, the quality dimension does not seem to be a priority for the hospital under study. As far as change is concerned, employees seem to be positive about it, but nonetheless recognize the existence of a number of barriers to implementing extensive changes in modern healthcare organizations.

Keywords: challenges, hospital, e-government, resistance to change, Total Quality Management, vocational training / education

Ευχαριστίες

Η πραγματοποίηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας σηματοδοτεί το πέρας των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Ένα θερμό ευχαριστώ οφείλω στον επιβλέποντα μου κ. Κομισόπουλο για την πολύτιμη καθοδήγηση και στήριξη του σε κάθε στάδιο της εκπόνησης της. Επίσης, θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω την οικογένεια, φίλους, αλλά και συναδέλφους στο Νοσοκομείο Λέρου, που τόσο με στήριξαν όλο αυτό το διάστημα.

Πίνακας Περιεχομένων

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	4
Περίληψη.....	1
Abstract	2
Ευχαριστίες.....	3
Πίνακας Περιεχομένων	4
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή	6
1.1 Σύγχρονες Προκλήσεις & Δημόσια Διοίκηση.....	6
1.2 Προκλήσεις, Δημόσια Υγεία & Πανδημία Covid-19	12
1.3 Σημαντικότητα θέματος	16
1.4 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	17
1.5 Ερευνητική Μεθοδολογία.....	17
Κεφάλαιο 2. Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση	18
2.1 Ορισμός	18
2.2 Ηλεκτρονική Υγεία & Κινητή Υγεία.....	19
2.3 Προκλήσεις στην εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Υγείας	24
Κεφάλαιο 3. Η εκπαίδευση/κατάρτιση του Προσωπικού	28
3.1 Έννοια & σημασία της εκπαίδευσης κατάρτισης προσωπικού	28
3.2 Εκπαίδευση προσωπικού στην υγεία	33
3.3 Εκπαίδευση/ κατάρτιση εργατικού δυναμικού & ικανοποίηση από την εργασία.....	37
Κεφάλαιο 4. Η Διάσταση της Ποιότητας στην Υγεία.....	40
4.1 Ορισμοί της Ποιότητας στην Υγεία	40
4.2 Διαστάσεις της Ποιότητας.....	43
4.3 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στην Υγεία	45
Κεφάλαιο 5. Αντίσταση στην Αλλαγή.....	48
5.1 Αλλαγή & Τομέας της Υγείας.....	48
5.2 Αντίσταση στην Αλλαγή	50
5.3 Διαχείριση της Αλλαγής	52
Κεφάλαιο 6. Μεθοδολογία	55
6.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	55

6.2 Μεθοδολογικές διευκρινήσεις και επισημάνσεις	55
6.3 Ερευνητικές τεχνικές & εργαλεία συλλογής δεδομένων	59
6.4 Σχεδιασμός της έρευνας	61
6.4.1 Οδηγός Συνέντευξης.....	61
6.4.3 Το δείγμα της έρευνας	62
6.5 Μέθοδος Ανάλυσης.....	63
6.6 Δεοντολογία της Έρευνας.....	65
Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα	66
7.1 Πυλώνας: Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση	66
7.2 Πυλώνας: Εκπαίδευση/ Κατάρτιση Προσωπικού	67
7.3 Πυλώνας: Η Διάσταση της Ποιότητας.....	69
7.4 Πυλώνας: Αντίσταση στην Αλλαγή.....	71
Κεφάλαιο 8. Συμπεράσματα	73
8.1 Περιορισμοί Έρευνας	74
8.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	75
Βιβλιογραφία	76

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

1.1 Σύγχρονες Προκλήσεις & Δημόσια Διοίκηση

Τα περισσότερα από τα σπουδαία γεγονότα που συνέβησαν στην ανθρώπινη κοινωνία πιθανότατα επιτεύχθηκαν μέσω της σημαντικής συμβολής, του μορφώματος, που σήμερα θα αποκαλούσαμε δημόσια διοίκηση (Frederickson et al., 2016). Για παράδειγμα, η μετάβαση από τη φεουδαρχική κοινωνία στο διευρυμένο έθνος-κράτος στην Ευρώπη (19^{ος} αιώνας) ή η επιδίωξη ορισμένων σύγχρονων ιδανικών και επιταγών όπως η δημοκρατία, η ελευθερία, η ασφάλεια, η δικαιοσύνη, η υγειονομική περίθαλψη, η εκπαίδευση, η ισότητα και η πρόσβαση σε θέσεις εργασίας αποτελούν απτά παραδείγματα της αξίας της Δημόσιας Διοίκησης (Vigneri, 2020). Αυτή μπορεί να οριστεί ως *«όλες οι διαδικασίες, οι οργανισμοί και τα άτομα που ενεργούν σε επίσημες θέσεις και ρόλους, που σχετίζονται με την εφαρμογή νόμων και άλλων κανόνων που έχουν εγκριθεί ή που εκδίδονται από νομοθετικά σώματα, στελέχη και δικαστήρια (πολλές δραστηριότητες αφορούν επίσης τη διατύπωση αυτών των κανόνων)»* (Kumari, 2020). Ως εκ τούτου, η δημόσια διοίκηση είναι μια συνεργατική προσπάθεια μιας ομάδας ανθρώπων για την επιδίωξη κοινού στόχου στη διαδικασία διαχείρισης των δημοσίων υποθέσεων. Υπό αυτό το πρίσμα ο όρος δύναται να χρησιμοποιηθεί με δύο έννοιες, τη στενότερη και την ευρύτερη έννοια. Με τη στενή της έννοια, η δημόσια διοίκηση περιλαμβάνει τις δραστηριότητες μόνο της εκτέλεση της πολιτικής (Adejare Morenikeji and John Oluwafemi, 2022).

Από την παραδοσιακή προοπτική, τα θεμέλια της δημόσιας διοίκησης είναι:

- Αναγνωρισμένη επίσημη εξουσία,
- Θεσπισμένοι νόμοι και κανόνες,
- Διαχωρισμός αρμοδιοτήτων με βάση εξειδικευμένη εμπειρογνομosύνη,
- Ιεραρχία ως μέθοδος αντιμετώπισης του συντονισμού,
- Γραπτά αρχεία για τη διασφάλιση της συνέχειας,
- Διαχωρισμός μεταξύ του οργανισμού και των ατόμων που κατέχουν θέσεις σε αυτόν,
- Ενδιαφέρον για τις οργανωτικές τεχνολογίες (Vigneri, 2020).

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1970, τα αναδυόμενα κοινωνικοπολιτικά και οικονομικά ζητήματα ήρθαν να αμφισβητήσουν το κλασικό μοντέλο της Δημόσιας Διοίκησης. Ο ηγετικός ρόλος της κυβέρνησης στην προώθηση των κοινωνικών αλλαγών και του οικονομικού μετασχηματισμού δέχθηκε πυρά λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης, με την ανάδειξη και υπογράμμιση ορισμένων παραγόντων ως των κύριων αιτιών των δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Ειδικότερα, η ρύθμιση της αγοράς, οι κανόνες και οι τρόποι οργάνωσης της παραγωγής, η καθολική παροχή δημόσιων υπηρεσιών, η απουσία λογοδοσίας τόσο των πολιτικών, όσο και των διευθυντικών στελεχών, η εξουσία της γραφειοκρατίας και η διάδοση της διαφθοράς των πολιτικών κομμάτων, προσδιορίστηκαν ως καθοριστικοί παράγοντες για την πτωχή απόδοση των δημόσιων θεσμών (Indahsari and Raharja, 2020).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ένα νέο ρεύμα σκέψης άρχισε να θέτει εν αμφιβόλω και να εκτοπίζει σταδιακά την παραδοσιακή δημόσια διοίκηση. Με άλλα λόγια, προωθήθηκε ένας νέος τρόπος Δημόσιας Διοίκησης. Οι αυξημένες προσδοκίες του κοινού οδήγησαν στην εμφάνιση εναλλακτικών μορφών παροχής υπηρεσιών, καθώς επίσης σε ένα νέο κίνημα μεταρρυθμίσεων. Έτσι, εκκίνησε μια πλημμυρίδα αλλαγών στην ουσία και στο ιδεολογικό πλαίσιο της δημόσιας διοίκησης. Η εν λόγω κυρίαρχη προσέγγιση ονομάστηκε Νέα Δημόσια Διοίκηση (New Public Management – NPM) (Bryson et al., 2014).

Η Νέα Δημόσια Διοίκηση αναδύθηκε ως απάντηση στην αυξανόμενη πολυπλοκότητα και τις δημοσιονομικές κρίσεις, που αντιμετωπίζουν οι κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο και αποτέλεσε τη βάση ενός μεγάλου ρεύματος μεταρρυθμίσεων του δημόσιου τομέα των δυτικών χωρών. Οι δημοσιονομικές πιέσεις ανάγκασαν τα δημόσια ιδρύματα να υιοθετήσουν προγράμματα πολιτικής με στόχο τη συρρίκνωση του υπερδιογκωμένου κρατικού μηχανισμού και τη μείωση της πληθώρας των δημόσιων ιδρυμάτων και υπηρεσιών. Επιπλέον, οι ραγδαίες εξελίξεις στις Τεχνολογίες της Πληροφορίας & των Επικοινωνιών (ΤΠΕ) έθεσαν σε νέα βάση τις σχέσεις μεταξύ οργανισμών και προσωπικού, επιτρέποντας επίσης την παγκόσμια επικοινωνία, ενώ το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης ενίσχυσε τον ανταγωνισμό και διεκδίκησε την κατάργηση των οικονομικών εθνικών συνόρων, ιδιαίτερα εντός των ευρωπαϊκών χωρών. Με τη σειρά της, η απελευθέρωση αρκετών οικονομικών τομέων προώθησε τον ανταγωνισμό μεταξύ των οργανισμών στην παροχή υπηρεσιών και τη ζήτηση των

πολιτών για ορισμένα πρότυπα ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών (Hughes, 2003; Pollitt and Bouckaert, 2011; Vigneri, 2020).

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η δημόσια διοίκηση και η παραδοσιακή διακυβέρνηση επανεφευρίσκονται συνεχώς, αλλά με μια πολύ ευρύτερη έννοια, από αυτήν που απαντάται στη βιβλιογραφία και τις συζητήσεις περί παραδοσιακής και νέας «Νέας Δημόσιας Διοίκησης». Αυτό που παρατηρείται ανά τον κόσμο, είναι ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου τόσο των κυβερνήσεων, όσο και της δημόσιας διοίκησης, από τον καθορισμό, την παραγωγή και την άμεση παροχή υπηρεσιών, έως την ολοένα και μεγαλύτερη διευκόλυνση και ρύθμιση της παροχής δημόσιων υπηρεσιών και δημόσιων αγαθών (Werner, 2007). Στην προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι κύριοι περιορισμοί και οι παγίδες των μεταρρυθμίσεων που προσανατολίζονται στο NPM, έχει αναδυθεί η ανάγκη για μια ολιστική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ζητημάτων. Αρκετοί συγγραφείς έχουν αναπτύξει εννοιολογικά πλαίσια με στόχο την κατανόηση των αλλαγών, που επήλθαν στην πρακτική διαχείρισης των οργανισμών του δημόσιου τομέα (Provan και Kenis, 2007). Το κυρίαρχο τέτοιο εννοιολογικό πλαίσιο είναι η λεγόμενη έννοια της διακυβέρνησης, της δημόσιας διακυβέρνησης ή της νέας δημόσιας διακυβέρνησης, η οποία έχει εμπνεύσει και παρακινήσει μια μακροχρόνια θεωρητική συζήτηση στο πεδίο της δημόσιας διοίκησης (Klijn, 2008).

Η διακυβέρνηση λοιπόν, περιγράφει όλες τις νέες θεσμικές ρυθμίσεις που προκύπτουν, και οι οποίες παραπέμπουν στη διατήρηση του συντονισμού και της συνοχής μεταξύ μιας μεγάλης ποικιλίας παραγόντων με διαφορετικούς σκοπούς και στόχους, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών παραγόντων και θεσμών, των ομάδων συμφερόντων, της κοινωνίας των πολιτών, μη κυβερνητικών και διεθνικών οργανώσεων. Αποτελεί δε, μια πολύ ευρύτερη έννοια από την κυβέρνηση και τη δημόσια διοίκηση, τόσο διαρθρωτικά, όσο και λειτουργικά, και επομένως αντανάκλα μια προσαρμογή σε νέες ρυθμίσεις για τη διακυβέρνηση μιας κοινωνίας. Από μια πολύ ευρεία οπτική, η διακυβέρνηση αφορά διαφορετικές θεσμικές ρυθμίσεις και διαφορετικές μορφές θεσμικής καθοδήγησης. Περιλαμβάνει διάφορες μορφές διευθέτησης κοινωνικών θεμάτων και επίλυσης συλλογικών προβλημάτων και, κατά συνέπεια, περιλαμβάνει την ιεραρχική λήψη αποφάσεων από κράτη με μονοπώλιο στη νόμιμη χρήση βίας («διακυβέρνηση από την κυβέρνηση»), τη συνεργασία των

κυβερνήσεων με δίκτυα άλλων δημόσιων και ιδιωτικών παραγόντων («διακυβέρνηση με την κυβέρνηση»), καθώς και αύξηση της αυτορρύθμισης και του αυτοσυντονισμού από μη κρατικούς φορείς ή την κοινωνία των πολιτών («διακυβέρνηση χωρίς την κυβέρνηση»). Όλα αυτά ισχύουν ιδιαίτερα για τα αναπτυγμένα κράτη. Θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει, ότι παρατηρείται μια διάβρωση των «κρατικών ορίων», όπου τα σύνορα μεταξύ δημόσιων, ιδιωτικών και οργανισμών και δομών της κοινωνίας των πολιτών είναι καθίστανται ολοένα και περισσότερο ασαφή (Werner, 2007). Η διακυβέρνηση προώθησε τον συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και επέτρεψε στη δημόσια διοίκηση να γνωρίσει νέους αποτελεσματικούς τρόπους για την ικανοποίηση των δημόσιων αναγκών (Vigneri, 2020).

Συνάγεται λοιπόν, το συμπέρασμα, ότι το παραδοσιακό βεμπεριανό κράτος ιεραρχικά ολοκληρωμένου, συνεκτικού δημόσιου τομέα και πολιτικού συστήματος αμφισβητείται. Τα σύγχρονα κράτη διαθέτουν συμπαγή δίκτυα δημόσιων, ιδιωτικών και κοινωνικών παραγόντων, γεγονός που απομειώνει την αυτονομία τους και την ικανότητά τους να ελέγχουν άμεσα τον χαρακτήρα και την ποιότητα των δημόσιων αγαθών και υπηρεσιών. Ωστόσο, αν αυτές οι αλλαγές μειώνουν ή ενισχύουν την ικανότητα των κρατών να επιφέρουν επιθυμητά κοινωνικά και συλλογικά αποτελέσματα, αυτό παραμένει ένα αναπάντητο ερώτημα. Ταυτόχρονα, όχι μόνο παρατηρούνται νέες διευθετήσεις διακυβέρνησης με και χωρίς κυβέρνηση, αλλά και αυξάνονται τα προβλήματα διακυβέρνησης εντός της κυβέρνησης (Pollitt, 2003).

Σήμερα, οι απανταχού δημόσιες κυβερνήσεις αντιμετωπίζουν περισσότερο από ποτέ την πρόκληση της προσαρμογής σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον (Torres, Pina and Royo, 2005). Πρωτίστως η ανάδυση των νέων τεχνολογιών έρχονται να διαμορφώσουν ένα λειτουργικό πλαίσιο, χαρακτηριζόμενο από διαρκή αλλαγή. Παράλληλα, οι εκτεταμένες αλλαγές στη μορφή της εργασίας έχουν οδηγήσει στην ταχύτατη αναδιάταξη των σχέσεων εντός των παραγωγικών οργανισμών, με τους δημόσιους οργανισμούς να μην αποτελούν εξαίρεση. Παράλληλα, παρατηρείται μια εξέλιξη των συλλογικών αναγκών, καθώς επίσης η ανάδυση ενός νέου είδους κοινού, το οποίο είναι περισσότερο ενημερωμένο και απαιτητικό. Περαιτέρω, η σταδιακή συγκρότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), που αποτελεί ένα ιδιότυπο υπερεθνικό, πολιτειακό μόρφωμα, γέννησε μια δυναμική θεσμικής και πολιτικής φύσεως, που

ασκεί εντονότερες επιδράσεις στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των εθνικών πολιτικό-διοικητικών συστημάτων των ευρωπαϊκών κρατών, του ελληνικού πολιτικό-διοικητικού συστήματος συμπεριλαμβανομένου (Πασσάς και Τσέκος, 2014).

Αργή και σταθερή είναι επίσης και η αναδιάταξη των παραδοσιακών επιπέδων λήψης αποφάσεων με τη μεταφορά αρμοδιοτήτων, που παραδοσιακά ασκούσε το κεντρικό κράτος σε άλλα επίπεδα (ενωσιακό/υπερεθνικό ή περιφερειακό) (Mahor and Stenens, 1997). Εμφανής είναι και υποχώρηση της αποκλειστικής προσήλωσης πολλών ευρωπαϊκών δημόσιων διοικήσεων, συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής, στην τυπική νομιμότητα, αλλά και στις προβλεπόμενες διαδικασίες, με την απόδοση σταδιακά μεγαλύτερης έμφασης στις έννοιες της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας και της οικονομικότητας του διοικητικού έργου. Αυτός ο αποπροσανατολισμός έχει εκτεταμένες και σημαντικές επιπτώσεις στην εν γένει λειτουργία της δημόσιας διοίκησης και δη στις πτυχές της εργασίας και της διαχείρισης του ανθρώπινου παράγοντα. Κοινή συνισταμένη των αναμενόμενων μεταβολών είναι το πιεστικό αίτημα για ενίσχυση της ευελιξίας, της προσαρμοστικότητας και της ικανότητας προς καινοτομία της σύγχρονης δημόσιας διοίκησης, η οποία πέραν των εργαλείων που προσφέρει η τυπική νομιμότητα, θα είναι σε θέση να αξιοποιεί αποτελεσματικά ποσοτικές μεθόδους διοίκησης, τεχνικές για τη στοχοθεσία, το χρονοπρογραμματισμό και τον έλεγχο, αλλά και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η σύγχρονη διοίκηση θα πρέπει επίσης να έχει την ικανότητα να κατανοεί και να είναι σε θέση να αξιοποιήσει αποτελεσματικά το νέο υπερεθνικό και πολυεπίπεδο πλαίσιο άσκησης δημοσίων πολιτικών (Gerton and Mitchell, 2019).

Όσον αφορά την ελληνική δημόσια διοίκηση, αυτή πέραν των ομοιοτήτων που φέρει με άλλες διοικήσεις ευρωπαϊκών κρατών, αυτή παρουσιάζει και ορισμένες ιδιομορφίες, που ασφαλώς παραπέμπουν στις ιδιαίτερες συνθήκες σύστασης του ελληνικού κράτους (Σωτηρόπουλος, 2021, σελ. 6-7). Στον πυρήνα των παθογενειών του ελληνικού πολιτικό-διοικητικού συστήματος βρισκόταν ανέκαθεν η ύπαρξη ενός υπερδιογκωμένου κέντρου, το οποίο ωστόσο ήταν αδύναμο και αναποτελεσματικό ως προς τη ρύθμιση των κοινωνικών και οικονομικών του λειτουργιών ή ακόμη και της ίδιας της εσωτερικής του λειτουργίας. Οι εν λόγω παθογένειες συνδέονται με την ανάδυση φυγόκεντρων τάσεων, κατακερματισμού και άναρχων πρακτικών, οι οποίες εν πολλοίς επιδρούν ανασχετικά στο συντονισμό, αλλά και στο σχεδιασμό και

υλοποίηση συνεκτικών στρατηγικών και αφαιρούν από τη διαφάνεια και τη δημοκρατική λογοδοσία. Παράλληλα, η συνύπαρξη του φορμαλισμού και παράκαμψης των τυπικών κανόνων συνθέτουν την εικόνα ενός πολιτικό-διοικητικού συστήματος, το οποίο ενώ φαινομενικά τηρεί τις υφιστάμενες νομικές και διαδικαστικές δεσμεύσεις, στην πραγματικότητα τις παρακάμπτει (Σπανού, 2001, 2018).

Οι παθογένειες αυτές έχουν αποδοθεί στην μακρά πελατειακή παράδοση που συνδέεται με προσλήψεις έκτακτου και εποχιακού προσωπικού, αλλά και μετακλητών στελεχών, την αιχμαλωσία της δημόσιας πολιτικής από την ύπαρξη κατακερματισμένων συντεχνιακών και μερικών συμφερόντων, την έντονη κομματικοποίηση, που είναι υπερβολικά ακόμα και για χώρα του ευρωπαϊκού νότου, τον υπερ-συγκεντρωτισμό σε επίπεδο λήψης αποφάσεων, την υιοθέτηση παραδοσιακών, αργών και συχνά αναποτελεσματικών μεθόδων εργασίας, την κακονομία και την πολυνομία, το χάσμα εφαρμογής, που αναφέρεται στο βαθύ χάσμα μεταξύ των θεσπισμένων ρυθμίσεων και των ακολουθούμενων πρακτικό σε πληθώρα τομέων της δημόσιας πολιτικής, τη μη βέλτιστη κατανομή των ανθρώπινων πόρων, καθώς επίσης και τα κατά τόπους φαινόμενα διαφθοράς (Μακρυδημήτρης και Πραβίτα, 2012, Makrydemetres, Zervopoulos and Pravita, 2016; Σωτηρόπουλος και Χριστόπουλος, 2016). Ωστόσο, ενδεχομένως το χαρακτηριστικότερο οργανωσιακό γνώρισμα της ελληνικής διοίκησης είναι ο υψηλός βαθμός συγκεντρωτισμού της, εφόσον η πληθώρα εποπτευόμενων νομικών προσώπων, αλλά και οι κεντρικές και αποκεντρωμένες υπηρεσίες εξαρτώνται από τις αποφάσεις της ηγεσίας στο εκάστοτε Υπουργείο σε λειτουργικό, οικονομικό ή ακόμα και επιχειρησιακό επίπεδο (Σωτηρόπουλος, 2021, σελ.7).

Τέλος, μια ακόμα ιδιομορφία της οργάνωσης και λειτουργίας της εθνικής δημόσιας διοίκησης έγκειται στον έντονο φορμαλισμό (νομικισμό), που τη διακατέχει. Και τούτο διότι, η τήρηση των επιταγών που απορρέουν από την αρχή της νομιμότητας, η οποία εκ των πραγμάτων είναι καθόλα απαραίτητη για τη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης οποιουδήποτε κράτους, συχνά έρχεται να θέσει σε δεύτερη μοίρα την αποτελεσματικότητα της διοικητικής δράσης. Έτσι, η τυπολατρική προσήλωση στη διαδικασία και στα βήματα έρχεται να επισκιάσει την επίτευξη των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων με την απορρόφηση των κονδυλίων των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών

Ταμείων στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ να αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα (Νικολαΐδης, 2016). Σε αυτή την τάση φαίνεται πως συμβάλει και η υιοθέτηση πολύ παραδοσιακών μεθόδων οργάνωσης του τρόπου εργασίας του δημόσιου τομέα εν γένει, που απέχουν παρασάγγας από τις προτροπές του σύγχρονου μανάτζμεντ π.χ. αναφορικά με την ανάγκη αξιολόγησης των μετρήσιμων αποτελεσμάτων ενός δημόσιου οργανισμού. Ωστόσο αυτή η τάση φαίνεται πως έχει αρχίσει και υποχωρεί, μέσω της μερικής εφαρμογής της λεγόμενης «διοίκησης με στόχους», που υιοθετήθηκε ως απάντηση σε εξωτερικές πιέσεις στο πλαίσιο της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, που περιδίνισε τη χώρα τη δεκαετία του 2010, καθώς και της εντατικής ψηφιοποίησης της λειτουργίας της διοίκησης και των παρεχόμενων υπηρεσιών (Εκθεση Πισσαρίδη 2020, σελ. 28-29).

Ωστόσο, παρά την ύπαρξη των διαχρονικών αδυναμιών, που αναλύθηκαν ανωτέρω, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι ιδίως στο πέρασμα των δυο τελευταίων δεκαετιών, έχει συντελεστεί σημαντικής πρόοδος στην κατεύθυνση της εξυπηρέτησης και της παροχής υπηρεσιών προς πολίτες και επιχειρήσεις, της ψηφιοποίησης των διαδικασιών και παρεχόμενων υπηρεσιών και της επικοινωνίας μεταξύ διαφορετικών φορέων της διοίκησης, των προσλήψεων μόνιμου προσωπικού, της βελτίωσης του συντονισμού των επιμέρους υπηρεσιών σε κεντρικό επίπεδο. του συντονισμού των επί μέρους υπηρεσιών υπό την ηγεσία των υπουργείων και της κυβέρνησης, της υιοθέτησης ευρωπαϊκών προτύπων αναφορικά με τον τρόπο απορρόφησης των κοινοτικών κονδυλίων και παρακολούθησης των υπό υλοποίηση έργων και της μερικής έστω αποκέντρωσης αρμοδιοτήτων με τη μεταβίβαση τους στην περιφερειακή και τοπική αυτοδιοίκηση (Σωτηρόπουλος, 2021, σελ. 6-7).

1.2 Προκλήσεις, Δημόσια Υγεία & Πανδημία Covid-19

Μια εξέλιξη, η οποία αναδιέταξε «εν μια νυκτί» τόσο το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, όσο και το περιβάλλον σε όρους υγιεινής και ασφάλειας, εντός του οποίου λειτουργεί η σύγχρονη δημόσια διοίκηση είναι η πανδημία. Με την πανδημία ακόμα να μαίνεται, οι απανταχού κρατικές αρχές κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν μια σειρά σημαντικών προκλήσεων συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού και της προετοιμασίας για άγνωστες και απρόβλεπτες καταστάσεις, της αντιμετώπισης

επειγουσών καταστάσεων και της επαρκούς ανταπόκρισης στα αιτήματα, αλλά και τις προσδοκίες του πολίτη (Christensen and Rykkja, 2020).

Στο πλαίσιο αυξημένης αβεβαιότητας, η πανδημία ανέδειξε με μεγαλύτερη ακρίβεια τα υπάρχοντα προβλήματα των υγειονομικών συστημάτων, ενισχύοντας τις ελλείψεις τους. Στην ουσία, οι διαφορές που εντοπίζονται μεταξύ των υπαρχόντων συστημάτων δημόσιας υγείας καθορίζονται από τις υποδομές, την ποιότητα των δημοσίων πολιτικών, την κουλτούρα, τη νομοθεσία, τους ανθρώπινους πόρους. Ωστόσο το σοκ που προκάλεσε η πανδημία ήταν τεράστιο ακόμα και σε κράτη με προηγμένα συστήματα υγείας, τα οποία αντιμετώπισαν σοβαρές δυσκολίες στον έλεγχο των επιπτώσεων του COVID-19. Οι πόροι των συστημάτων σε επίπεδο ευρωπαϊκών κρατών, συμπεριλαμβανομένης της χώρας μας (ιατροί, νοσηλευτές, κλίνες) ήταν ανεπαρκείς, με την πλειοψηφία αυτών να φτάνουν τη μέγιστη χωρητικότητα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Παρά τη διάθεση πρόσθετων οικονομικών και τεχνικών πόρων στα συστήματα υγείας, η ικανότητα αντιμετώπισης της πανδημίας αποδείχθηκε μεγάλη πρόκληση, δεδομένης της ταχείας εξέλιξης της πανδημίας και των τεράστιων αναγκών που δημιουργούνται (Lupu and Tiganasu, 2022).

Όσον αφορά την ελληνική δημόσια διοίκηση, οι προαναφερόμενες παθογένειες και προκλήσεις που αυτή αντιμετωπίζει ήταν εγνωσμένες από καιρό. Ωστόσο, η ανάγκη για ταχύτατη κινητοποίηση του διοικητικού μηχανισμού υπό το βάρος μια κρίσης δημόσιας υγείας άνευ προηγούμενου, όπως η πανδημία, ανέδειξε την κρισιμότητα τους και τις δυνητικά επικίνδυνες επιπτώσεις τους για την προστασία της υγείας των πολιτών. Ειδικότερα, η ελληνική δημόσια διοίκηση κλήθηκε να αυξήσει την αποδοτικότητα της, προκειμένου να ανταπεξέλθει στην αιφνίδια ανάγκη για γρήγορα και αποτελεσματικά μέτρα έναντι της διασποράς του ιού COVID-19. Ως εκ τούτου, η διαχρονική έλλειψη συντονισμού μεταξύ των δημόσιων φορέων έπρεπε να αντιμετωπιστεί σε ταχύτατος χρόνους, ενώ μια πιθανή λήψη μέτρων δημόσιας πολιτικής, που δεν είναι εμπειριστατωμένα και επιστημονικά τεκμηριωμένα (evidence-based policy making) θα συνεπάγονταν σημαντικούς κινδύνους, ενώ αντίστοιχα αρνητικές επιπτώσεις θα είχε και η συνηθισμένη καθυστέρηση εφαρμογής του νομοθετικού πλαισίου. Εν συνόλω και εν συγκρίσει με την ανταπόκριση άλλων χωρών, εκτιμάται ότι η ελληνική κυβέρνηση επέδειξε μάλλον καλά αντανακλαστικά, λαμβάνοντας μέτρα με αποφασιστικότητα και με καλό συγχρονισμό για την

αντιμετώπιση της πρωτοφανούς συγκυρίας (Παπαϊωάννου και Γεωργοπούλου 2020), ενώ η ανταπόκριση της δημόσιας διοίκησης στις τιθέμενες προκλήσεις ήταν ικανοποιητική (Διέλλας 2020).

Στην αιχμή του δόρατος της ανταπόκρισης στην πανδημία βρέθηκαν τα μέτρα εκείνα που στόχευαν στην κατεύθυνση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης και της ψηφιοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, με προεξάρχον παράδειγμα την ηλεκτρονική πλατφόρμα gov.gr, η οποία σε ταχύτατο χρόνο τέθηκε σε λειτουργία για την εξυπηρέτηση των πολιτών. Η τηλεργασία στο δημόσιο, η τηλεκπαίδευση, η παροχή λύσεων τηλεϊατρικής, η πλατφόρμα για την εθνική εκστρατεία εμβολιασμού emvolio.gov.gr, η απλούστευση των διαδικασιών, η ενοποίηση των νεφο-υπολογιστικών δομών του δημοσίου, αλλά και η έκδοση στρατηγικών κειμένων για τη στρατηγική της ηλεκτρονικής διακυβέρνηση όπως η Ψηφιακή Βίβλος Μετασχηματισμού αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα της ταχείας ανταπόκρισης της κυβέρνησης στην πανδημία, προκειμένου να διασφαλιστεί η απρόσκοπτη συνέχιση της οικονομικής λειτουργίας και η εξυπηρέτηση πολίτη και επιχείρησης (Σπινέλλης και συν., 2021).

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι στις μέρες μας, οι επιπτώσεις των κοινωνικοοικονομικών, τεχνολογικών και πολιτισμικών αλλαγών οδηγούν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης προσδίδουν στα υγειονομικά συστήματα μια αυξημένη δυναμικότητα και πολυπλοκότητα. Ένας βασικός παράγοντας της συνεχιζόμενης επιτυχίας και της επίτευξης στόχων σε αυτά τα πολύπλοκα περιβάλλοντα είναι το ανθρώπινο δυναμικό (Carcich and Rafti, 2007). Η έλλειψη εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού σε αυτόν τον τομέα, η χαμηλή ποιότητα των γνώσεων αυτού και η ακατάλληλη κατανομή των δεξιοτήτων τους μπορούν να θεωρηθούν ως μεγάλο εμπόδιο στην επίτευξη των στόχων οργανωτικής ανάπτυξης στην τρίτη χιλιετία (Pallikadavath et al., 2013), πολλώ δε μάλλον μεσούσης της πανδημίας (Yusefi et al., 2022).

Από την άλλη πλευρά, η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται σοβαρά από το ανθρώπινο δυναμικό. Οι κύριες ανησυχίες σε αυτόν τον τομέα περιλαμβάνουν τον την έλλειψη προσωπικού, το είδος, τη μέθοδο κατανομής και την απόδοση του προσωπικού στον υγειονομικό τομέα. Από αυτή την άποψη, η βέλτιστη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού υγείας θεωρείται ως ενδεχομένως η

σημαντικότερη ευθύνη των ιθυνόντων υγειονομικών οργανισμών για τη βελτίωση του επιπέδου ικανοτήτων και την αύξηση της γνώσης καθώς και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού (ibid). Αν και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο, αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερο τις προκλήσεις των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό και της ακατάλληλης κατανομής των δεξιοτήτων τους, η εφαρμογή βέλτιστης διαχείρισης μαζί με εφαρμοσμένα σχέδια για τη βελτίωση της ποιότητας αυτών των πόρων μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση των ικανοτήτων καθώς και στην αύξηση την ποιότητα των υπηρεσιών και τη μείωση των σχετικών προκλήσεων (Gallagher, 2007; Parish, 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, αναδεικνύεται η βαρύνουσα σημασία της εκπαίδευσης, αλλά και της συνεχούς κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού, που απασχολείται στον τομέα της υγείας (Yusefi et al., 2022).

Περαιτέρω, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο δύναται να διαδραματίσει η εισαγωγή της διάστασης της ποιότητας στον τομέα της υγείας, η οποία θα μπορούσε να οριστεί ως *«η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα»* (Department of Health, UK, 2003 στο Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012). Η βελτίωση της ποιότητας επιθυμεί συνεχή ενίσχυση εισροών, εκροών και διεργασιών. Για τη βελτίωση της ποιότητας της δημόσιας υπηρεσίας, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) εστιάζει ιδιαίτερα στη διαχείριση προσωπικού έναντι στη διαχείριση των διαδικασιών. Η ποιότητα και η αποτελεσματική παροχή των δημόσιων υπηρεσιών εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα του εργατικού δυναμικού. Η εισαγωγή της διαχείρισης της απόδοσης σε οργανισμούς του δημόσιου τομέα συνδέεται με την εφαρμογή της ΔΟΠ (Sila and Ebrahimpour, 2005; Ashaduzzaman, 2018). Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ποιότητα δεν δύναται να εισαχθεί σε δημόσιες υπηρεσίες, εφόσον εξαιτίας της ίδιας της φύσης των οργανισμών, της εργασιακής κουλτούρας στις δημόσιες υπηρεσίες και της έννοιας των πελατών στις δημόσιες υπηρεσίες (Hsieh, Chou and Chen, 2002, Enggartyasti and Caraka, 2017). Ωστόσο, ειδικά στον τομέα της υγείας, η συμβολή της κρίνεται καίρια στη διασφάλιση της ασφάλειας και της ικανοποίησης των ασθενών και ως εκ τούτου θα πρέπει να αποτελεί κύρια προτεραιότητα των υγειονομικών οργανισμών (Ρίκος, 2015).

Σε μια εποχή λοιπόν, όπου οι αλλαγές σε όλους τους κύκλους της ζωής επιταχύνονται, αναδύεται η απαίτηση για γρήγορη προσαρμογή των οργανισμών, προκειμένου να ανταποκριθούν στις αναδυόμενες προκλήσεις (Amjad and Rehman, 2018). Ωστόσο, ένας παράγοντας, που επηρεάζει τη διαδικασία αλλαγής αναβάλλοντας ή αναστέλλοντας την έναρξή της είναι η λεγόμενη αντίσταση στην αλλαγή, η οποία εμποδίζει ή αποτρέπει την εκτέλεσή της και αυξάνει το κόστος της (Ansoff, 1991). Επιπλέον, αντίσταση μπορεί να είναι οποιαδήποτε συμπεριφορά επιχειρεί να διατηρήσει την παρούσα τάξη πραγμάτων (Maurer, 1996). Υπό το πρίσμα της πανδημίας, καθίσταται εύλογο, ότι η αντίσταση στις ραγδαίες επιχειρούμενες αλλαγές για τη διαχείριση της κρίσης ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την αποτελεσματικότητα της δημόσιας διοίκησης, αλλά και του συστήματος υγείας εν γένει (Ahmad and Chowdhury, 2021).

1.3 Σημαντικότητα θέματος

Λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω ανάλυση, η οποία αφορά τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η ελληνική δημόσια διοίκηση γενικότερα, αλλά και στο πλαίσιο της μαινόμενης πανδημίας αναδεικνύεται η ανάγκη διερεύνησης των προκλήσεων, που αντιμετωπίζουν οι κρατικοί υγειονομικοί οργανισμοί. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι η διερεύνηση των προκλήσεων, που αντιμετωπίζει το κρατικό θεραπευτήριο και εν προκειμένω Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου εστιάζοντας στα πεδία της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού, της εισαγωγής της ποιότητας στην υγείας, αλλά και της αντίστασης στην αλλαγή, που διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην αποτελεσματικότητα του υπό μελέτη οργανισμού στην παρούσα συγκυρία.

Όσον αφορά τη δομή της διπλωματικής εργασίας, το Πρώτο Κεφάλαιο αποτελεί την εισαγωγή στο θέμα, το Δεύτερο Κεφάλαιο διερευνά την έννοια της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης και τον τρόπο αξιοποίησης της στο πλαίσιο ενός νοσοκομείου. Περαιτέρω, το Τρίτο Κεφάλαιο εξετάζει τη διάσταση της εκπαίδευσης/ κατάρτισης του προσωπικού και το Τέταρτο διερευνά το ζήτημα της ποιότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας. Περαιτέρω, το Πέμπτο Κεφάλαιο μελετά την αντίσταση στην αλλαγή. Η ερευνητική μεθοδολογία παρουσιάζεται αναλυτικά στο Έκτο Κεφάλαιο, ενώ τα αποτελέσματα της έρευνας παρατίθενται στο Έβδομο Κεφάλαιο. Τέλος, στο

Όγδοο Κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα και κατατίθενται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

1.4 Ερευνητικά Ερωτήματα

Στη βάση της ανωτέρω προβληματικής τέθηκαν τα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι προκλήσεις, που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όσον αφορά την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση;
2. Ποιες είναι οι προκλήσεις, που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όσον αφορά την εκπαίδευση/ επιμόρφωση του προσωπικού;
3. Ποιες είναι οι προκλήσεις, που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όσον αφορά την εισαγωγή της διάστασης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας;
4. Ποιες είναι οι προκλήσεις, που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όσον αφορά την αντίσταση των εργαζομένων στην αλλαγή;

1.5 Ερευνητική Μεθοδολογία

Προς επίρρωση του ερευνητικού σκοπού θα πραγματοποιηθεί ποιοτική έρευνα και δη μελέτη περίπτωσης, στο πλαίσιο της οποίας για τη συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί ημι-δομημένη συνέντευξη (Ισαρη και Πουρκός, 2020) με εργαζομένους του υπό μελέτη θεραπευτηρίου.

Κεφάλαιο 2. Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση

2.1 Ορισμός

Οι αναδύομενες τεχνολογίες χαρακτηρίζονται από αυξημένη πολυπλοκότητα σε όρους ταχύτητας και μεταξύ τους συνέργειας, ενώ επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε επίπεδο κοινωνίας, όσο και κράτους. Επιπρόσθετα, η φύση των τεχνολογιών στο πλαίσιο της σύνθετης, μετασχηματιζόμενης και κατακερματισμένης φύσης της Τέταρτης Βιομηχανικής Επανάστασης είναι αυξανόμενα πολιτική (Algazo, Ibrahim and Yusoff, 2021). Περαιτέρω, οι ανάδυση των νέων τεχνολογιών έχει αλλάξει δραματικά τον τρόπο, με τον οποίο οι πολίτες αλληλεπιδρούν με τις κυβερνήσεις τους, γεγονός που με τη σειρά του έρχεται να μεταβάλει τις προσδοκίες τους. Η ψηφιακή διακυβέρνηση είναι το πλαίσιο, που χρησιμοποιείται για τον καθορισμό των ευθυνών, του ρόλου και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων ενός οργανισμού στο πλαίσιο της ψηφιακής του παρουσίας (Wang, Medaglia and Zheng, 2018).

Σύμφωνα με τον ορισμό της UNESCO¹ «η ηλεκτρονική διακυβέρνηση συνίσταται στην αξιοποίηση των ΤΠΕ από τον δημόσιο τομέα με στόχο τη βελτίωση της παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών, την ενθάρρυνση της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την ενίσχυση της υπευθυνότητας, διαφάνειας και αποτελεσματικότητας της κυβέρνησης. Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση περιλαμβάνει νέα στυλ ηγεσίας, νέους τρόπους συζήτησης και λήψης αποφάσεων για πολιτικές και επενδύσεις, νέους τρόπους πρόσβασης στην εκπαίδευση, νέους τρόπους ακρόασης των πολιτών και νέους τρόπους οργάνωσης και παροχής πληροφοριών και υπηρεσιών. Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση θεωρείται γενικά μια ευρύτερη έννοια και μπορεί να επιφέρει μια αλλαγή στον τρόπο, που οι πολίτες σχετίζονται με τις κυβερνήσεις και μεταξύ τους. Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση μπορεί να αναδεικνύει νέες έννοιες της ιδιότητας του πολίτη, τόσο όσον αφορά τις ανάγκες, όσο και τις ευθύνες των πολιτών. Στόχος της είναι να εμπλέξει, να ενεργοποιήσει και να ενδυναμώσει τον πολίτη». Οι Mohammed and Drew (2013) την ορίζουν ως τον τρόπο, με τον οποίο οι κυβερνήσεις χρησιμοποιούν τις πιο καινοτόμες ΤΠΕ, ιδίως διαδικτυακές εφαρμογές, προκειμένου

¹ Βλ. www.unesco.org

να παρέχουν στους πολίτες και τις επιχειρήσεις πιο εύκολη πρόσβαση σε κρατικές πληροφορίες και υπηρεσίες, να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών και να παρέχουν μεγαλύτερες ευκαιρίες να συμμετέχουν σε δημοκρατικούς θεσμούς και διαδικασίες. Τέλος, σύμφωνα με ένα άλλο ορισμό, αυτή *«αφορά τη χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών (ΤΠΕ) από κυβερνητικούς φορείς, οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να μεταμορφώσουν τις σχέσεις των φορέων αυτών με τους πολίτες, τις επιχειρήσεις και άλλους τομείς του κράτους»* (Καλογήρου και Παναγιωτόπουλος, 2016).

Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση έχει αναδειχθεί ως ένας αποτελεσματικός μηχανισμός για τη βελτίωση της ικανοποίησης των πολιτών, καθώς τείνει να μειώσει τα διοικητικά κόστη, να ελαχιστοποιήσει τις επαφές με τρίτα μέρη και να παράσχει τη δυνατότητα στους πολίτες να συναλλάσσονται μόνοι τους (Karim, 2015; Obodo and Anigbata, 2018). Έρχεται να επηρεάσει θετικά μια σειρά παραγόντων συμπεριλαμβανομένης της διαφάνειας, της λογοδοσίας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, ενισχύοντας παράλληλα τη συμπερίληψη του πολίτη στις διαδικασίες της διακυβέρνησης και ενδυναμώνει τις επιχειρήσεις παρέχοντας τους πρόσβαση σε ένα φάσμα πολύτιμων πληροφοριών. Ο κύριος στόχος της είναι να παρέχει διαφανή, δίκαιη και υπεύθυνη παροχή υπηρεσιών στους πολίτες, καθώς και να βελτιώσει την ποιότητα που χαρακτηρίζει τη διακυβέρνηση εν συνόλω, μέσω της διασφάλισης της συμμετοχή των πολιτών στη διαδικασία διακυβέρνησης μέσα από ηλεκτρονικούς διαύλους. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι δεν αφορά μόνο ιστότοπους δημοσίων οργανισμών και φορέων ή μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή οικονομικές συναλλαγές. Έχει υποστηριχθεί, ότι αναμένεται να *«αλλάξει τόσο τον τρόπο, με τον οποίο οι πολίτες σχετίζονται με την κυβέρνηση, όσο και τον τρόπο, με τον οποίο οι πολίτες συνδέονται μεταξύ τους»* (Katyal, 2002). Επίσης, κάνει αναφορά στις δυνατότητες που παρέχουν οι ΤΠΕ στις δημοκρατικές διαδικασίες της εκάστοτε χώρας συμπεριλαμβανομένων των εθνικών εκλογών (Biswas, 2020).

2.2 Ηλεκτρονική Υγεία & Κινητή Υγεία

Η ηλεκτρονική υγεία (e-Health) ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ένα ευρύτερο πεδίο συστημάτων και εργαλείων, το οποίο λειτουργεί γύρω από

προηγμένες ΤΠΕ, με σκοπό την πιο αποτελεσματική διαχείριση τόσο της υγείας όσο και του συνολικού τρόπου ζωής (WHO, 2016). Επίσης, η έννοια της ηλεκτρονικής υγείας περιλαμβάνει τη μεταφορά πόρων για την υγεία, καθώς και τη φροντίδα υγείας, μέσω ηλεκτρονικών συστημάτων και εμπεριέχει τις ακόλουθες παραμέτρους (ibid):

- Παροχή πληροφοριών υγείας στους επαγγελματίες και καταναλωτές μέσω διαδικτυακών και τηλεπικοινωνιακών συστημάτων,
- Εισαγωγή των ΤΠΕ και του ηλεκτρονικού εμπορίου με σκοπό τη ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα (π.χ. προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας),
- Υιοθέτηση μεθόδων και πρακτικών ηλεκτρονικού εμπορίου (e-commerce) και ηλεκτρονικής εργασίας (e-business) για την καλύτερη διαχείριση των συστημάτων υγείας.

Επιπλέον, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, 2018), η έννοια της ηλεκτρονικής υγείας αναφέρεται στη χρήση εργαλείων και υπηρεσιών σχετικών με τις ΤΠΕ και μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της πρόληψης, τη διάγνωσης, τη θεραπείας κ.λπ. Ακόμη, περιλαμβάνει την ανταλλαγή δεδομένων και πληροφοριών, ανάμεσα στους ασθενείς, τους υγειονομικούς παρόχους, τα νοσοκομεία, καθώς και τα δίκτυα πληροφοριών για την υγεία. Επιπλέον, σε αυτή συμπεριλαμβάνονται μεταξύ άλλων τα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, η τηλεϊατρική, τα φορητά συστήματα παρακολούθησης ασθενών, το λογισμικό για τον προγραμματισμό των χειρουργείων και η ρομποτική χειρουργική. Τα προαναφερθέντα στοιχεία θα προσφέρουν οφέλη σε όλο το κοινωνικό σύνολο, καθώς μπορούν οδηγήσουν στη διευκόλυνση της πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και γενικότερα, στην ενίσχυση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του τομέα υγείας.

Επιπροσθέτως, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προσδιορίζει τις ακόλουθες προτεραιότητες που τίθενται στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής υγείας:

1. Ενίσχυση και διευκόλυνση της ασφαλούς πρόσβασης των πολιτών στα προσωπικά δεδομένα τους, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της υγείας, σε διασυνοριακό επίπεδο και σε ολόκληρη την ΕΕ.

2. Παροχή εξατομικευμένων ιατρικών υπηρεσιών, μέσω μια ενιαίας υποδομής δεδομένων, έτσι ώστε οι ερευνητές και οι λοιποί επαγγελματίες να μπορούν να συγκεντρώνουν πόρους (τεχνογνωσία, δεδομένα, δυνατότητες επεξεργασίας και αποθήκευσης υπολογιστικών συστημάτων) σε επίπεδο ΕΕ.
3. Προώθηση της ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας, μέσω ψηφιακών μεθόδων και εργαλείων, με σκοπό την ενδυνάμωση των ληπτών υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να καθίστανται ενεργοί και ικανοί να φροντίζουν την υγεία τους, την ενίσχυση της πρόληψης και τη διευκόλυνση της ανατροφοδότησης και της αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών και των υγειονομικών παρόχων (ibid).

Οι προαναφερθείσες διαδικτυακές εφαρμογές μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε από επαγγελματίες υγείας είτε από λήπτες υπηρεσιών υγείας, υιοθετώντας μια φιλοσοφία ολιστικής προσέγγισης και στοχεύοντας στη διαχείριση της πρόληψης, τη διάγνωση, της θεραπείας, καθώς και της μετέπειτα παρακολούθησης (Ball and Lillis, 2001). Ειδικότερα, το πεδίο της Ηλεκτρονικής Υγείας (e-Health) περιλαμβάνει προγράμματα, συστήματα και υπηρεσίες, που ξεπερνούν τις απλές διαδικτυακές εφαρμογές. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν τα οργανωμένα δίκτυα πληροφοριών υγείας, οι εφαρμογές ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής, κ.ά. (Παπαδοπούλου και Πέτσα, 2014).

Σε κάθε περίπτωση, η διασφάλιση τη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθορίζεται και από το πόσο καλά είναι σχεδιασμένο ένα σύστημα υγείας. Παρά το γεγονός, ότι σε θεωρητικό επίπεδο κάτι τέτοιο φαντάζει εύκολο, στην πραγματικότητα τον εν λόγω διακύβευμα αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες. Η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την ύπαρξη σημαντικών ελλειμμάτων και μειονεκτημάτων σε πληθώρα τομέων. Ειδικότερα, στην Ελλάδα φαίνεται πως η δημόσια υγεία αντιμετωπίζει δυσκολίες, εφόσον δεν διαθέτει τις απαραίτητες δυνάμεις, προκειμένου να πατάξει την υφιστάμενη παραοικονομία, παρέχοντας συχνά υπηρεσίες, που έχουν απαξιωθεί λόγω της ύπαρξης μιας πληθώρας εμποδίων τόσο γραφειοκρατικών, όσο και άλλων. Επί παραδείγματι, είναι σύνηθες φαινόμενο υπερσύγχρονος και πανάκριβος εξοπλισμός να παραμένει εκτός λειτουργίας για μεγάλα χρονικά διαστήματα λόγω έλλειψης προσωπικού, με αποτέλεσμα την απαξίωση της συγκεκριμένης τεχνολογίας. Αναμφίβολα, οι ψηφιακές τεχνολογίες, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό των προβλημάτων και

στον περιορισμό τους, εφόσον η σωστή και έγκαιρη πληροφόρηση συνεπάγεται τη λήψη ορθότερων αποφάσεων και κατάλληλο σχεδιασμό. Πληροφοριακά συστήματα, λύσεις και εφαρμογές δύνανται να συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών, εφόσον συχνά οδηγούν στην αναδιοργάνωση των υπηρεσιών αυτών (Κουμπούρος, 2015).

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα έγκειται στο γεγονός, ότι ο σημερινός ασθενής δεν έχει καθόλου κοινά χαρακτηριστικά με τους ασθενείς των προηγούμενων δεκαετιών (Ball and Lillis, 2001). Στις μέρες μας, ο ασθενής έχει καλή πληροφόρηση και ενημέρωση και συνήθως, πριν την ιατρική επίσκεψη έχει αναζητήσει πληροφορίες που σχετίζονται με τα υπάρχοντα συμπτώματα ή την ενδεχόμενη ασθένεια, έχει συζητήσει με άλλους ασθενείς με αντίστοιχα συμπτώματα, μέσω διαδικτυακών forums και έχει ενημερωθεί για τις διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπείες, ενώ μπορεί να έχει ξεκινήσει να λαμβάνει και φαρμακευτική αγωγή, με δική του πρωτοβουλία. Αυτές οι πρακτικές ενισχύουν τη σφαίρα του Διαδικτύου και την ευρεία και καθολική διαθεσιμότητα των πληροφοριών, ωστόσο, εγκυμονούν σημαντικούς κινδύνους που προκύπτουν από τη δυσκολία διάκρισης από την πλευρά των ασθενών, των έγκυρων πληροφοριών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες ενέργειες με σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην υγεία τους όσο και στην ποιότητα ζωής τους (Glick, 2013). Με άλλα λόγια, οι ΤΠΕ και μεν παρέχουν πολυάριθμα και πολύτιμα εργαλεία, ωστόσο το ίδιο το άτομο θα πρέπει να είναι σε θέση να τα διαχειριστεί με τον ενδεδειγμένο τρόπο, προκειμένου να απολαύσει τα οφέλη τους και να αποφύγει τυχόν κινδύνους (Hunt, Koteyko and Gunter, 2015). Η εισαγωγή των νέων τεχνολογιών στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να διευκολύνει σε μεγάλο βαθμό, το ανθρώπινο δυναμικό που εργάζεται σε αυτό τον τομέα και να συμβάλει στην αύξηση της αποδοτικότητας και παράλληλα, στη μείωση του χρόνου απασχόλησης ανά εργαζόμενο. Αυτός ο σκοπός μπορεί να επιτευχθεί μέσω της άμεσης διάθεσης των επιθυμητών πληροφοριών στον χώρο και στον χρόνο που προκύπτει η ανάγκη. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί στην αύξηση της παραγωγικότητας ανά μονάδα χρόνου, στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, στη μείωση ή εξάλειψη των σφαλμάτων και στην ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας (Αγγελίδης, 2015; Κουμπούρος, 2015).

Ένας κλάδος της ηλεκτρονικής υγείας που έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια, λόγω των ραγδαίων εξελίξεων στις νέες ψηφιακές τεχνολογίες και κυρίως, της ανάπτυξης των έξυπνων κινητών, είναι αυτός της κινητής υγείας (m-health) (Σπυριδάκη και συν., 2019). Η κινητή υγείας σύμφωνα με ένα ορισμό του ΠΟΥ (2011) έχει οριστεί ως «η άσκηση της Ιατρικής και των πρακτικών δημόσιας υγείας μέσω έξυπνων κινητών συσκευών, όπως κινητά τηλέφωνα (*smart phones*) και *tablets*, προσωπικών ψηφιακών βοηθών (*PDA*s) και άλλων ασύρματων συσκευών». Ο τύπος αυτός ηλεκτρονικής υγείας αποτελεί ένα συνδυασμό απλών τεχνολογιών, (π.χ. μετάδοση φωνής, ανταλλαγή γραπτών μηνυμάτων, τηλεπικοινωνιών τρίτης και τέταρτης γενεάς, τεχνολογιών εντοπισμού θέσης (GPS), τεχνολογιών Bluetooth, κλπ.). Αυτές οι εφαρμογές, θεωρείται ότι μπορούν να συμβάλουν στην παροχή μιας πιο οικονομικής, πιο εύκολα προσβάσιμης, πιο ταχείας και πιο αποτελεσματικής φροντίδας υγείας. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που συνέβαλαν στην ανάπτυξη αυτού του τύπου ηλεκτρονικής υγείας, θεωρούνται η γήρανση του πληθυσμού με τις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες και προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας, η ωρίμανση του τομέα της βιομηχανοποιημένης υγείας, καθώς και οι τάσεις για παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών υγείας (Bardosh et al., 2017).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει διαπιστωθεί ότι οι πιο συνηθισμένες χρήσεις της mHealth είναι η λειτουργία τηλεφωνικών κέντρων ή γραμμών υποστήριξης για θέματα υγείας, οι δωρεάν τηλεφωνικές γραμμές για επείγοντα περιστατικά, καθώς και η παροχή τηλεϊατρικής, μέσω κινητών τηλεφώνων. Οι εφαρμογές που χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά αφορούν στην διεξαγωγή μελετών για τον υγειονομικό τομέα, οι υπηρεσίες για την ευαισθητοποίηση των πολιτών, τα συστήματα υποστήριξης αποφάσεων και οι υπηρεσίες επιτήρησης (Σπυριδάκη και συν., 2019). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 2011) οι χώρες με υψηλότερο βιοτικό επίπεδο διαθέτουν περισσότερες εφαρμογές mHealth συγκριτικά με αυτές που έχουν χαμηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα. Σχεδόν το 1/3 των χωρών που ερευνήθηκαν, έχουν αναπτύξει εφαρμογές για την πιο αποτελεσματική συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή (τα ποσοστά μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών διέφεραν σε διπλάσιο ποσοστό, περίπου). Χώρες της Αμερικής, της Ανατολικής Μεσογείου και της Νοτιο-Ανατολικής Ασίας σημείωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά ως προς τη χρήση εφαρμογών

mHealth, ενώ η χρήση γραπτών μηνυμάτων (SMS) ήταν ο πρωταρχικός τρόπος επικοινωνίας.

Η m-health μπορεί να προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στην υγεία του πληθυσμού που ζει σε απομακρυσμένες περιοχές, σε ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες, καθώς και στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, καθώς φαίνεται να διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Σπυριδάκη και συν., 2019). Οι εφαρμογές για τον έλεγχο χρόνιων ασθενειών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα κινητής υγείας (Eberle, Löhnert and Stichling, 2021). Οι ασθενείς κατεβάζοντας αυτές τις εφαρμογές στο smart phone τους, μπορούν να εκπαιδευθούν για τη διαχείριση της ασθένειάς τους, να εισάγουν μετρήσεις γλυκόζης κ.ο.κ.

2.3 Προκλήσεις στην εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Υγείας

Τα μοντέλα περίθαλψης παραδοσιακού τύπου, τα οποία εστιάζουν κυρίως στην επίσκεψη σε κάποιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, δεν καταφέρνουν να επικεντρωθούν στον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος αποτελεί και τον πιο σημαντικό πόρο στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων. Η ραγδαία ανάπτυξη του Διαδικτύου και των ΤΠΕ παρέχει τη δυνατότητα για μια πιο αποδοτική επικοινωνία, από οικονομικής απόψεως, μεταξύ ασθενών και υγειονομικών παρόχων, καθώς και απομακρυσμένης από τον χώρο του ιατρείου. Προς αυτή την κατεύθυνση, η παρακολούθηση των ασθενών κατ' οίκον μπορεί να συμβάλει στην πιο αποτελεσματική συμμετοχή των ασθενών στη διαχείριση του χρόνιου νοσήματος τους, καθώς και στη μείωση του κόστους, ενώ παράλληλα προσφέρονται στους υγειονομικούς παρόχους σημαντικές πληροφορίες για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων στη διαχείριση της φροντίδας υγείας (Κουμπούρος, 2015).

Συμπερασματικά, η χρήση και η εκμετάλλευση εφαρμογών και υπηρεσιών ηλεκτρονικής και κινητής υγείας φαίνεται ότι μπορεί να προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, ωστόσο στην πράξη, δεν είναι ευρέως διαδεδομένες. Διαπιστώνεται ότι αυτές οι εφαρμογές λειτουργούν συχνά σε πιλοτικό επίπεδο και στη συνέχεια σταματά η χρήση τους ή φθίνει με την πάροδο του χρόνου. Κατά συνέπεια, η εξέταση των παραγόντων που δυσχεραίνουν τη

διαδεδομένη χρήση αυτών υπηρεσιών είναι πρωταρχικής σημασίας. Ακόμη, παρατηρείται ότι αυτές οι πιλοτικές εφαρμογές, συχνά χρηματοδοτούνται στο πλαίσιο ερευνητικών προγραμμάτων, ενώ μετά τη λήξη τους σταματά και η λειτουργία τους (Bardosh et al., 2017).

Στην περίπτωση της κινητής υγείας, παρά την πανταχού παρουσία των φθηνών κινητών τηλεφώνων, οι ιατρικές εφαρμογές δεν έχουν ακόμη υιοθετηθεί ευρέως στον τομέα της πολιτικής υγείας ή δεν έχουν ενσωματωθεί σε συστήματα υγείας πέρα από τη σφαίρα του ενθουσιασμού (Chib, van Velthoven and Car, 2015). Οι έρευνες που αξιολογούν το επίπεδο αποτελεσματικότητας, αλλά και κλιμάκωσης αντίστοιχων εφαρμογών είναι επίσης περιορισμένες (Gurman, 2012). Όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Tomlinson et al. (2013) *«το τρέχον κύμα παρεμβάσεων mHealth είναι το ισοδύναμο των μαύρων κουτιών. Κάθε μικρός επιχειρηματίας ή ερευνητής περιλαμβάνει όσα εντυπωσιακά χαρακτηριστικά του επιτρέπει η χρηματοδότησή του σε μια προσπάθεια να επιδείξει την αποτελεσματικότητά του»*. Ως εκ τούτου, η μετάβαση από την ανάπτυξη των εφαρμογών κινητής υγείας στη διάχυση τους στον πραγματικό κόσμο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (Bardosh et al., 2017).

Επιπροσθέτως, η υιοθέτηση των εφαρμογών και υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας προϋποθέτουν μεγάλες και εκτεταμένες αλλαγές στην οργάνωση και τη λειτουργία των οργανισμών υγείας και πολλές φορές, το υγειονομικό προσωπικό δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες εργασίας, με αποτέλεσμα να απαξιώνονται αυτές οι εφαρμογές (Landaeta et al., 2018). Είναι γνωστό ότι η αντίδραση στην αλλαγή αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων και πρέπει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά από τις διοικήσεις των οργανισμών που αποτελούν σπουδαίο σύμμαχο στην προσπάθεια υιοθέτησης εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της έγκαιρης ενημέρωσης και κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού και την εύρεση των κατάλληλων συμμάχων (Abdellatif et al., 2017). Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι, ενώ η απόφαση για την εφαρμογή συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας λαμβάνεται από τις διοικήσεις των οργανισμών, είναι απαραίτητη η προετοιμασία των εργαζόμενων, για την όσο το δυνατόν πιο ομαλή αποδοχή και υιοθέτηση των νέων εφαρμογών και συνθηκών εργασίας, έτσι ώστε να μπορέσει ο οργανισμός να ανταπεξέλθει στις

ολοένα και αυξανόμενες προκλήσεις, τόσο σε οικονομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο (Hospodková et al., 2021).

Επιπλέον, η έλλειψη διαλειτουργικότητας στα υπάρχοντα πληροφοριακά συστήματα αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την πιο αποτελεσματική εφαρμογή των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας. Η έννοια της διαλειτουργικότητας αφορά στη χρήση και ολοκλήρωση διαφορετικών συστημάτων χωρίς εμπόδια. Η διαλειτουργικότητα συμβάλλει στην άμεση και ασφαλή πρόσβαση στις πληροφορίες για την υγεία και στις υπηρεσίες. Αντίθετα, αυτή η έλλειψη περιορίζει σημαντικά τη χρήση των υφιστάμενων εφαρμογών και δυσχεραίνει την υιοθέτησή τους από τους οργανισμούς αλλά και από τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Αυτό το πρόβλημα αφορά θέματα προτυποποίησης, ταξινόμησης, ανταλλαγής μηνυμάτων ιατρικού περιεχομένου, κ.λπ. Η αντιμετώπιση αυτών των εμποδίων θα πρέπει να είναι συνολική και σε επίπεδο ΕΕ, με κεντρικό άξονα τις εφαρμογές που έχουν υλοποιηθεί έως σήμερα και την ενίσχυση της διαλειτουργικότητά τους (Alkhalidi et al., 2014).

Μια άλλη σημαντική πρόκληση είναι η μέριμνα για τον μη αποκλεισμό των ευάλωτων ομάδων από τις υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας, όπως είναι οι μετανάστες, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι ηλικιωμένοι, οι άνθρωποι που διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές, με χαμηλό βιοτικό ή μορφωτικό επίπεδο, κ.λπ. Η εξασφάλιση της ίσης πρόσβασης αυτών των ομάδων στις εφαρμογές και υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας είναι ύψιστης σημασίας, ενώ είναι απαραίτητος ο κατάλληλος σχεδιασμός αυτών των εφαρμογών, λαμβάνοντας υπόψη και τις ανάγκες αυτών των ομάδων (Rój, 2022).

Επίσης, η ασφάλεια και η εμπιστευτικότητα αποτελούν σημαντικά ζητήματα στην εφαρμογή και στην ευρεία διάδοση των συστημάτων ηλεκτρονικής και κινητής υγείας. Τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο υφίσταται το κατάλληλο οργανωτικό και νομοθετικό πλαίσιο που εξασφαλίζει την προστασία των δεδομένων προσωπικού και ευαίσθητου χαρακτήρα (π.χ. GDPR), καθώς και όσον αφορά, στην ηλεκτρονική εμπιστευτικότητα και στην αναμετάδοση δεδομένων και πληροφοριών τέτοιας φύσεως. Το θέμα της ασφάλειας και της αξιοπιστίας πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στοιχείο των τελικών εφαρμογών, λόγω της ευαίσθητης φύσεως των δεδομένων υγείας. Οι ίδιες οι εφαρμογές οφείλουν να διασφαλίζουν πως δεν θα

διαρρεύσουν δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και κατά τη χρήση της να αποφεύγεται ο κίνδυνος αλλοίωσης ή οποιασδήποτε αλλαγής. Σε αυτό το πλαίσιο εξασφαλίζεται πως οι πληροφορίες που αναζητούνται (π.χ. από τον θεράποντα ιατρό) δεν έχουν αλλοιωθεί, λόγω διάφορων προβλημάτων (π.χ. τεχνικών) και ότι δεν θα επηρεαστεί αρνητικά η διάγνωσή και η θεραπεία των ασθενών. Ακόμη, σε περίπτωση βλάβης της τελικής εφαρμογής, θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι δεν θα επηρεαστούν αρνητικά οι ίδιοι οι ασθενείς (Kruse et al., 2017).

Η οικοδόμηση και η ενίσχυση της εμπιστοσύνης των ασθενών στη χρήση εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας τελεί υπό εξάρτηση από τις προαναφερθείσες παραμέτρους και είναι προαπαιτούμενο για την ανάπτυξη αυτών των συστημάτων στη σύγχρονη κοινωνία της πληροφορίας. Περαιτέρω, το αίσθημα ασφάλειας για το ότι τα προσωπικά δεδομένα δεν πρόκειται να διαρρεύσουν, είναι καίριας σημασίας για τους οργανισμούς που υιοθετούν αυτές τις εφαρμογές, αλλά και για τους τελικούς τους χρήστες. Τα προαναφερθέντα είναι πολύ σημαντικά, αν σκεφτεί κανείς το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που δεν διενεργούν ηλεκτρονικές συναλλαγές υπό τον φόβο υποκλοπής των προσωπικών δεδομένων τους (επί παραδείγματι στοιχεία πιστωτικής κάρτας ή τραπεζικού λογαριασμού) (Rajamäki et al., 2017).

Κεφάλαιο 3. Η εκπαίδευση/κατάρτιση του Προσωπικού

3.1 Έννοια & σημασία της εκπαίδευσης κατάρτισης προσωπικού

Η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό παράγοντα, που επηρεάζει την επίτευξη της στοχοθεσίας του εκάστοτε οργανισμού, μέσω ενός συγκερασμού των συμφερόντων του οργανισμού και εκείνων του εργατικού δυναμικού. Είναι γνωστό, ότι η γνώση διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του προσωπικού και των οργανισμών. Στην πραγματικότητα, είναι μια κρίσιμη επένδυση που θα οδηγήσει στην επιτυχία των οργανωσιακών σχεδίων και στρατηγικών, παρέχοντας επαγγελματική εξέλιξη και ικανοποίηση από την εργασία. Ως εκ τούτου, τα επιμορφωτικά προγράμματα είναι ζωτικής σημασίας για τους οργανισμούς, που επιθυμούν να επιβιώσουν εντός ολοένα και πιο ανταγωνιστικού περιβάλλοντος (Chaghari et al., 2013).

Στην εποχή μας, οι έντονες αλλαγές, η ολοένα και αυξανόμενη αβεβαιότητα και η ραγδαία ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών οδηγούν στη δυναμική αναδιαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος (Mikołajczyk, 2021). Τις τελευταίες δεκαετίες και ειδικότερα από το '70 και έπειτα, η διαδικασία της παγκοσμιοποίησης, στην οποία εισήλθε ο κόσμος, επέφερε ραγδαία ανάπτυξη της διεθνοποιημένης αγοράς, αύξηση της διείσδυσης των κεφαλαίων σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς και έντασης του οικονομικού ανταγωνισμού. Οι προαναφερθείσες εξελίξεις, σε συνδυασμό με την ραγδαία τεχνολογική ανάπτυξη και την αυτοματοποίηση έκαναν επιτακτική την ανάγκη για διαρκή εκσυγχρονισμό των οικονομιών σε εθνικό επίπεδο, έτσι ώστε να προσαρμοστούν καλύτερα σε αυτές τις συνεχείς αλλαγές. Ειδικότερα, αυτές οι επιχειρήσεις οφείλουν να πραγματοποιήσουν αλλαγές στο αντικείμενό τους με πιο ταχείς ρυθμούς και να επαναπροσδιορίσουν τη στρατηγική τους, με το να στραφούν σε δραστηριότητες με μεγαλύτερη προστιθέμενη αξία και κυρίως, στους τομείς των ψηφιακών τεχνολογιών, της τεχνολογίας της πληροφορίας και των υπηρεσιών υψηλής εξειδίκευσης. Αυτές οι τάσεις οδηγούν στη ανάπτυξη νέων μορφών απασχόλησης και ειδικοτήτων. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι αναγκαία η αναπροσαρμογή των δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, έτσι ώστε να

ανταποκριθεί πιο αποτελεσματικά και με μεγαλύτερη ευελιξία (πχ μετακίνηση σε διαφορετικές θέσεις ή/και επαγγελματικές κατηγορίες) σε αυτές τις νέες και διαφοροποιημένες ανάγκες της διαδικασίας παραγωγής (Beqiri and Mazreku, 2020).

Διαπιστώνεται ότι η επαγγελματική κατάρτιση είναι το κλειδί στην προσπάθεια του ανθρώπινου δυναμικού να προσαρμόζεται στις νέες εξελίξεις και θα πρέπει να υλοποιείται υπό τη διευρυμένη της μορφή, συνδυάζοντας τόσο τη θεωρητική γνώση όσο και την πρακτική άσκηση σε ένα ειδικό αντικείμενο, καθώς και την πολυεπίπεδη ενίσχυση δεξιοτήτων βάσει εξατομικευμένων προγραμμάτων. Η επαγγελματική κατάρτιση, μέσω της παροχής γνώσεων και δεξιοτήτων στοχεύει στην ανάπτυξη του ατόμου ως παραγωγικού συντελεστή, καθώς και στην ολοκλήρωσή του, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Με άλλα λόγια, η επαγγελματική κατάρτιση αποτελεί ένα θεσμό με βασική αποστολή την παροχή δεξιοτήτων στα άτομα, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Αυτοί οι θεσμοί μπορούν να επιφέρουν οφέλη τόσο σε επίπεδο οικονομίας, μέσω της παροχής κατάρτισης σε ένα ευρύ φάσμα ανταγωνιστικών δεξιοτήτων, λόγω της υψηλής ζήτησής τους, στον τομέα της απασχόλησης, όσο και στην ανάπτυξη της προσωπικότητας των συμμετεχόντων, μέσω της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Κόκκος και συν., 2021).

Για τον χαρακτηρισμό ενός προγράμματος κατάρτισης ως «επαγγελματικό» είναι απαραίτητο αυτό να παρέχει δεξιότητες και γνώσεις, που μπορούν να εφαρμοστούν άμεσα στην αγορά εργασίας. Τα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης, ανάλογα με το που στοχεύουν μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- Αρχική Επαγγελματική Κατάρτιση που στοχεύει στην παροχή βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων, με σκοπό την ένταξη ή/και την επανένταξη του ατόμου στην αγορά εργασίας, καθώς και στην ανάπτυξή του, σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.
- Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση για τη συμπλήρωση, την επικαιροποίηση και την ενίσχυση των γνώσεων και δεξιοτήτων που έχουν ήδη αποκτηθεί στο πλαίσιο της σχολικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, των προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, ή της επαγγελματικής εμπειρίας, με σκοπό την ένταξη ή/και την επανένταξη

του ατόμου στην αγοράς εργασίας και την επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξή του (IOBE, 2021).

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι το άτομο μπορεί να αποκτήσει επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες, χωρίς οργανωμένο τρόπο, μέσω της επαγγελματικής εμπειρίας που αποκτάται (π.χ. χρήση ψηφιακών τεχνολογιών, συνεργασία με συναδέλφους, έκθεση ή και ανάληψη καθηκόντων υψηλών απαιτήσεων, κλπ). Κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, οι δραστηριότητες άτυπης επαγγελματικής μάθησης αποτελούν πεδίο έρευνας, εξαιτίας του σημαντικού ρόλου τους στην ενίσχυση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού (Illeris, 2016).

Επιπλέον, η επαγγελματική κατάρτιση αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση πολλαπλών στόχων, μέσω της διασύνδεσης της εκπαίδευσης με τις υφιστάμενες ανάγκες στην αγορά εργασίας, με πρωταρχική λειτουργία, τον εφοδιασμό των νεότερων ατόμων με ένα ευρύ φάσμα γνώσεων και δεξιοτήτων, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ομαλή ένταξή τους στην αγορά εργασίας. Επιπροσθέτως, στοχεύει στη διαρκή ενίσχυση των δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, καθ' όλη τη διάρκεια του εργασιακού βίου, γεγονός καίριας σημασίας, λόγω των ραγδαίων αλλαγών σε κοινωνικό και τεχνολογικό επίπεδο, στο πλαίσιο της παγκόσμιοποιημένης κοινωνίας. Ακόμη, η επαγγελματική κατάρτιση είναι ένα μέσο μετάδοσης, καθώς και αλλαγής των δεξιοτήτων και πρακτικών που παρατηρούνται σε μια συγκεκριμένη οικονομία. Η αναβάθμιση των δεξιοτήτων του εγχώριου ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της παραγωγικότητας της οικονομίας και κατ' επέκταση στη συνολική οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Τέλος, μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη ενσωμάτωση των πιο ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, φαίνεται ότι η επαγγελματική κατάρτιση και εκπαίδευση αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για την πιο αποτελεσματική εφαρμογή πολιτικών απασχόλησης, την ενίσχυση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της βιώσιμης ανάπτυξης (IOBE, 2021).

Τα παρεχόμενα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης θα πρέπει να πληρούν ένα σημαντικό αριθμό προδιαγραφών, οι οποίες σχετίζονται με το θεωρητικό υπόβαθρο του τομέα της εκπαίδευσης ενηλίκων. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενήλικα άτομα που έχουν την

ανάγκη επαγγελματικής και κοινωνικής ανάπτυξης, καθώς και την επιθυμία να λαμβάνουν μέρος στις διαδικασίες που τους αφορούν. Συνεπώς, για τον σχεδιασμό του κάθε προγράμματος επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ξεχωριστές μαθησιακές ανάγκες του ατόμου και να καθιστάται συνυπεύθυνο για την επιλογή της ύλης που θα διδαχθεί, καθώς και για τις μεθόδους που θα υιοθετηθούν (Fuller, 2006). Σε αρκετές έρευνες έχει παρατηρηθεί ή δημιουργία αρνητικών στάσεων σχετικά με τη μάθηση, από την πλευρά των καταρτιζόμενων, όταν δεν πληρούνται οι απαιτούμενες προδιαγραφές (Beckett and Hager, 2002). Αντίθετα, τα εκπαιδευτικά προγράμματα που προσφέρουν μαθησιακές ευκαιρίες και οδηγούν στην ανάπτυξη χρήσιμων δεξιοτήτων για την μετέπειτα ζωή, θεωρούνται πιο ελκυστικά και ενδιαφέροντα (Κόκκος και συν., 2021).

Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι η ποιότητα της κατάρτισης σε ενδοεπιχειρησιακό επίπεδο εξαρτάται από την αντίληψη που έχει η κάθε επιχείρηση για το πόσο σημαντική είναι για τη λειτουργία της, γεγονός που θα της επέτρεπε να χαρακτηριστεί ως «μανθάνων οργανισμός» (learning organization) (Aliev and Sigov, 2017). Επιπλέον, η ποιότητα της ενδοεπιχειρησιακής κατάρτισης σχετίζεται άμεσα με έναν μεγάλο αριθμό παραγόντων, όπως η κουλτούρα, οι αξίες, οι κανόνες λειτουργίας της επιχείρησης, καθώς και οι υπάρχουσες συνθήκες εργασίας, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα εξής: κατανομή των καθηκόντων εργασίας, μισθολογική πολιτική, διαδικασίες αξιολόγησης, αξιοποίηση των δεξιοτήτων του προσωπικού, δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης, παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης, κ.λπ. (Urbancová et al., 2021).

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί η στενή σύνδεση της επαγγελματικής κατάρτισης με την έννοια της διά βίου μάθησης. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται πληθώρα ευκαιριών για εκπαίδευση και ανάπτυξη, λόγω της εκτεταμένης χρήσης του Διαδικτύου και της ανοιχτής πρόσβασης σε μεγάλο όγκο πληροφοριών που αυτή συνεπάγεται. Σε αυτό το πλαίσιο, η διατήρηση και η ενίσχυση των εσωτερικών κινήτρων του ανθρώπινου δυναμικού, έτσι ώστε να μπορεί να χρησιμοποιεί αυτές τις διαφορετικές και αυξανόμενες γνώσεις, καθημερινά στο περιβάλλον εργασίας, αποτελεί σημαντικό διακύβευμα για μια επιχείρηση. Φαίνεται ότι, η αξία της δια βίου μάθησης, συχνά υπερβαίνει ακόμη και αυτή της επίσημης εκπαίδευσης (Maheshwari and Vohra, 2018). Οι εργοδότες έχοντας αυτή τη γνώση χρησιμοποιούν όλο και πιο

συχνά, σύγχρονες μεθόδους και εργαλεία για την προσέλκυση και τη διατήρηση στην εταιρεία, εργαζόμενων που διαθέτουν ταλέντο. Η υπάρχουσα αντίληψη για την έννοια της καριέρας αναγκάζει τις επιχειρήσεις να παρέχουν στους εργαζόμενους (και αρκετές φορές με τους όρους που αυτοί θέτουν), ένα περιβάλλον ανάπτυξης που θα είναι συνεχώς προσβάσιμο και θα επιτρέπει την ταχεία ανάπτυξη ή και την αναμόρφωση των υφιστάμενων δεξιοτήτων τους. Η συστηματική επένδυση στην ενίσχυση της γνώσης και στην απόκτηση νέων δεξιοτήτων, είναι βασική παράμετρος για τους οργανισμούς που βασίζονται, σε σημαντικό βαθμό, στο ανθρώπινο δυναμικό τους για την επίτευξη των στόχων τους. Το περιβάλλον των επιχειρήσεων διαρκώς μεταβάλλεται, η τεχνολογική ανάπτυξη είναι ραγδαία, και ο εργαζόμενος για να θεωρείται αποτελεσματικός οφείλει να διευρύνει συνεχώς τις γνώσεις του και να αναπτύσσει τις ικανότητες και τις δυνατότητές του (Britz, 2018). Τα τελευταία χρόνια, η ανάγκη αυτή κατέστη ακόμα πιο επιτακτική, λόγω της πανδημίας (Cormier et al., 2020). Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι, η καλλιέργεια νοοτροπίας δια βίου μάθησης στο ανθρώπινο δυναμικό μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της αντικειμενικής, αλλά και της υποκειμενικής επιτυχίας στον επαγγελματικό βίο (Drewery et al., 2020). Ακόμη, η εξέλιξη σε επαγγελματικό επίπεδο οδηγεί στην ενίσχυση της εργασιακής ικανοποίησης και παράλληλα, στη μείωση των οικειοθελών αποχωρήσεων του προσωπικού (Glazer et al., 2019).

Σε επίπεδο δημόσιας διοίκησης, οι κυβερνήσεις καλούνται όλο και περισσότερο να αντιμετωπίσουν πολύπλοκα και αλληλένδετα προβλήματα, επομένως αναδεικνύεται η ανάγκη για τοποθέτηση διευθυντών, τεχνικών εμπειρογνομόνων και υπαλλήλων στις σωστές θέσεις εργασίας με τις κατάλληλες δεξιότητες, στον κατάλληλο χρόνο. Πλέον είναι σύνηθες, πολύπλοκα δημόσια προγράμματα να διαχειρίζονται ένα πολυσύνθετο εργατικό δυναμικό προερχόμενο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, επίπεδα διακυβέρνησης και από δημόσιους και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, με τις ευθύνες και αρμοδιότητες των εργαζομένων αυτών να είναι αλληλένδετες και συχνά ασαφείς. Επιπλέον, πολλοί δημόσιοι υπάλληλοι είναι ήδη σε ηλικία συνταξιοδότησης και η απόσυρση τους από το εργατικό δυναμικό θα αποστερήσει τη δημόσια διοίκηση από εργατικό δυναμικό με πολύτιμα ταλέντα, γνώση και εμπειρία, γεγονός που καθιστά άμεση την ανάγκη προσέλκυσης νέου και καταρτισμένου εργατικού δυναμικού (Gerton and Mitchell, 2019).

Προκειμένου η δημόσια υγεία να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις αναδυόμενες, πολυσύνθετες προκλήσεις, απαραίτητη προϋπόθεση κρίνεται η ύπαρξη νέων στάσεων, γνώσεων και δεξιοτήτων από πλευράς του ανθρώπινου δυναμικού της. Η εξοικείωση των δημοσίων υπαλλήλων με τα νομικής φύσεως εργαλεία, που είναι απαραίτητα για τη διοικητική εργασία, οι αργοί ρυθμοί αλλαγής, η συσταλτική ερμηνεία του νόμου και ο προσανατολισμός στη διαδικασία και όχι στο συναλλασσόμενο πλέον δεν επαρκούν για την αποτελεσματική ανταπόκριση στις νέες συνθήκες. Περαιτέρω, το χάσμα ανάμεσα στις υφιστάμενες και αναγκαίες στάσεις, γνώσεις και δεξιότητες παρουσιάζει τάσεις διεύρυνσης εις βάρος βεβαίως των πρώτων. Ως εκ τούτου, αυτό θα πρέπει να καλυφθεί με τρόπο ταχύ και ουσιαστικό. Και η διασφάλιση της ύπαρξης συστηματικής και αποτελεσματικής εκπαίδευσης είναι ο μόνος τρόπος να επιτευχθεί κάτι τέτοιο. Σε συνθήκες, όπου το εσωτερικό και εξωτερικό εργασιακό περιβάλλον μεταβάλλεται ραγδαία και ριζικά, η εκπαίδευση των στελεχών της δημόσιας διοίκησης ανάγεται σε κύριο παράγοντα για την ικανοποιητική εξυπηρέτηση του πολίτη και της επιχείρησης, την αποτελεσματική άσκηση της δημόσιας πολιτικής, αλλά και την επιτυχή διακυβέρνηση εν γένει (Πασσάς και Τσέκος, 2004).

3.2 Εκπαίδευση προσωπικού στην υγεία

Η πολιτική για το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας θα πρέπει να είναι εναρμονισμένη με τους τιθέμενους στόχους της ευρύτερης πολιτικής για την υγεία και να αποτελεί μέσο για την επίτευξη των στόχων αυτών. Αυτό συνεπάγεται, ότι η ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας θα πρέπει να εκκινεί με τον προσδιορισμό των εργασιών, που θα πρέπει να διεκπεραιωθούν, καθώς επίσης και τον καθορισμό του συνόλου των δεξιοτήτων, που θα πρέπει να υπάρχουν. Κατά συνέπεια, η επίτευξη των επιμέρους στόχων της πολιτικής υγείας σε μεγάλο βαθμό καθορίζεται από τη δυνατότητα για πρόσληψη, εκπαίδευση και διακράτηση προσωπικού, που διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες (Hongoro and Normand, 2006). Ένας από τους σημαντικότερους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας που αναλαμβάνει την υγειονομική περίθαλψη και προστατεύει το κεφάλαιο της δημόσιας υγείας στην κοινωνία είναι και το νοσοκομείο, το οποίο με την επαγγελματική του

γραφειοκρατική δομή απασχολεί ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών για την παροχή εξειδικευμένων κλινικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών (Ghaleei, 2014).

Όπως και στην περίπτωση άλλων οργανισμών, αντίστοιχα οι υγειονομικοί οργανισμοί και δη τα νοσοκομεία έχουν αναγνωρίσει τη σημασία της εκπαίδευσης των εργαζομένων και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για τη μείωση των διαρροών ανθρώπινου δυναμικού και προκειμένου να επωφεληθούν από την ανάπτυξη νέας γνώσης και καινοτόμων ιατρικών τεχνολογιών. Σε αυτή την κατεύθυνση, έχουν επίσης δημιουργήσει οργανωτικά συστήματα κατάρτισης, ώστε να ενδυναμώσουν το ανθρώπινο δυναμικό τους. Ωστόσο, το θέμα που πρέπει να εξεταστεί εδώ είναι ο τρόπος λειτουργίας των τμημάτων εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της απόδοσης των εργαζομένων. Και τούτο διότι, ο έγκαιρος προσδιορισμός των αναγκών κατάρτισης και η διεξαγωγή συναφών προγραμμάτων κατάρτισης καλύπτουν τις ανάγκες σε γνώσεις και δεξιότητες, ικανοποιώντας έτσι ασθενείς και πελάτες, γεγονός που με τη σειρά του εγγυάται τη βιωσιμότητα του οργανισμού (Reisi, Javadi and Mohamadnezhad, 2017).

Οι επιστημονικές, τεχνολογικές και ερευνητικές εξελίξεις μαζί με τις νέες ανακαλύψεις στο πλαίσιο των στρατηγικών προαγωγής και πρόληψης της υγείας, ιδίως όσον αφορά το σχεδιασμό και τη διαχείριση των νοσοκομειακών δομών, απαιτούν μια βαθιά θεώρηση του συνόλου των προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι το νοσοκομειακό περιβάλλον αποτελεί έναν από τους πλέον σύνθετους τομείς εργασίας (Gola et al., 2020). Υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη εξειδίκευσης με μια διεπιστημονική προσέγγιση, που σχετίζεται με τις διαδικασίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, το σχεδιασμό λειτουργικών διατάξεων, τις μηχανολογικές εγκαταστάσεις, τις στρατηγικές ασφάλειας και υγιεινής κ.λπ. (Brambilla et al., 2019). Υπάρχει μια αυξανόμενη ανησυχία για την ευεξία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και τα αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης της ευεξίας των εργαζομένων με την ενσωμάτωση νέων σχεδίων στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Peta et al., 2008). Για αυτό το λόγο, ο σχεδιασμός της υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσεται σταδιακά προς μια πιο ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση στο σχεδιασμό και/ή τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης (Gola et al., 2020).

Οι ταχύτατες εξελίξεις στην επιστήμη και στην τεχνολογία στον τομέα της υγείας έχουν οδηγήσει και στην αυξανόμενη έμφαση, που αποδίδεται στη διά βίου μάθηση, η οποία εκ των πραγμάτων χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα και προσδιορίζεται από το βαθμό στον οποίο, το άτομο είναι ανοικτό σε ένα φάσμα νέων ιδεών, αποφάσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών (Πεταλωτή, 2010). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2006) η διά βίου μάθηση θα πρέπει να αποτελέσει τον οδηγό από την έναρξη ακόμα της επαγγελματικής σταδιοδρομίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας προκειμένου να επιτευχθούν τα μεγαλύτερα δυνατά οφέλη για τους ασθενείς. Τα οφέλη της εκπαίδευσης είναι πολλά: βελτιώνει το ηθικό των εργαζομένων, αυξάνει το αίσθημα εργασιακής ασφάλειας και την ικανοποίηση από την εργασία, βοηθά στην ανανέωση των προϋφιστάμενων γνώσεων και πρακτικών, ενώ βοηθά στον εντοπισμό και τη διόρθωση των σφαλμάτων (Onyango and Wanyoike, 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, κάθε χώρα θα πρέπει να ανιχνεύει συστηματικά τις πραγματικές ανάγκες σε ειδικευόμενους και εξειδικευμένους εργαζομένους, καθώς επίσης να υιοθετεί ήδη δοκιμασμένα προγράμματα, που έχουν καθιερωθεί ως αποτελεσματικά σε άλλες χώρες, αλλά και να αξιολογεί την επάρκεια του εργατικού δυναμικού, που απασχολείται στην υγεία. Σημαντική ωστόσο κρίνεται και η ενεργή συμμετοχή των επαγγελματιών στην ανάπτυξη των γνώσεων, καθώς επίσης και της κλινικής πρακτικής (Πεταλωτή, 2010). Ειδικά το νοσηλευτικό προσωπικό, έχει αυξημένη ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς είναι αυτό που σε μεγάλο βαθμό καθοδηγεί την κλινική πράξη και ως εκ τούτου οι ιθύνοντες της πολιτικής της υγείας, θα πρέπει να μεριμνούν για τη συνεχή κατάρτιση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να βελτιωθούν τα αποτελέσματα της περίθαλψης του ασθενούς (Πεταλωτή, 2010; Τζιάλλας και συν., 2018).

Ωστόσο, οι περισσότεροι μελετητές υποστηρίζουν, ότι η επίσημη ακαδημαϊκή εκπαίδευση καθώς και η περιορισμένη εκπαίδευση που λαμβάνουν πριν την ανάληψη υπηρεσίας, δεν προετοιμάζουν επαρκώς τους νοσηλευτές για την αποτελεσματική εκπλήρωση των καθηκόντων τους (Reisi et al., 2017). Επομένως, αναδύεται η αναγκαιότητα αξιολόγησης των αναγκών και κατάλληλου σχεδιασμού για την προετοιμασία, ανάπτυξη και εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που σχετίζονται με τις ατομικές, επαγγελματικές και οργανωτικές ανάγκες των νοσηλευτών, ως μέσο για την απόκτηση γνώσεων και την ανταπόκριση στις γρήγορες

αλλαγές στο σύστημα υγείας και την προώθηση των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων (Ghaleei, 2014). Για την εξέλιξη και τον συντονισμό του νοσηλευτικού επαγγέλματος με τις τεχνολογικές εξελίξεις, η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση θεωρείται μια πολύτιμη και οικονομική μέθοδος, εφόσον εξοικειώνει το προσωπικό με τις τρέχουσες ανάγκες και του δίνει την ευκαιρία να προσαρμοστεί στις συνθήκες, που σχετίζονται με τα καθήκοντά του. Λαμβάνοντας υπόψη την ταχεία πρόοδο της τεχνολογίας και της γνώσης, καθώς και την πολύ στενή σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών και άλλων ιατρικών ομάδων και της κοινωνίας, η εκπαίδευσή τους φαίνεται να είναι περισσότερο απαραίτητη, από ποτέ (Reisi et al., 2017).

Με άλλα λόγια, λόγω του ουσιαστικού ρόλου των νοσηλευτών και της επιστημονικής προόδου στη νοσηλευτική φροντίδα, η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, τη μελέτη και την εξοικείωση με καινοτόμες μεθόδους (ibid). Μολαταύτα, η παροχή εκπαίδευσης και κατάρτισης δεν επαρκεί από μόνη της, προκειμένου να αλλάξει ριζικά η υφιστάμενη κατάσταση. Είναι αναγκαία, η πραγματοποίηση πολυεπίπεδων παρεμβάσεων, προκειμένου να διασφαλιστούν τα βέλτιστα αποτελέσματα περίθαλψης. Παράλληλα, οι απαιτήσεις σε όρους βελτίωσης της ποιότητας, υπευθυνότητας και αποτελεσματικότητας στην παροχή φροντίδας εκ νέου υπογραμμίζουν τη σημασία της επίδειξης ενδιαφέροντος από τον ίδιο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να ενημερώνεται συνεχώς για τις νέες γνώσεις, αλλά και τις τεχνολογικές εξελίξεις στο επάγγελμα τους εξελίξεις (Πεταλωτή, 2010; Τζιάλλας και συν., 2018).

Περαιτέρω, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αναπτύσσουν παρεμβάσεις κατάρτισης και επαγγελματικής ανάπτυξης, προκειμένου να υποστηρίξουν το διοικητικό και διευθυντικό εργατικό δυναμικό τους. Η εκπαίδευση ή η επαγγελματική ανάπτυξη μπορεί να κατευθυνθεί στη βελτίωση των ικανοτήτων μεμονωμένων διευθυντών ή διοικητικών υπαλλήλων (Day and Dragoni, 2015). Εναλλακτικά, η εκπαίδευση ή η επαγγελματική ανάπτυξη μπορεί να στοχεύει στην ενίσχυση των συλλογικών ικανοτήτων μιας ομάδας, οργανισμού ή συστήματος για την επίτευξη αποτελεσματική διοίκησης (McCauley et al., 2010). Συνηθέστερα, οι ευκαιρίες κατάρτισης και επαγγελματικής εξέλιξης εστιάζονται στην επέκταση της ικανότητας των ατόμων, ώστε αυτά να επαυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους, όταν κληθούν

να διαδραματίσουν διοικητικούς ή ηγετικούς ρόλους (Ayeleke et al., 2019). Τόσο οι επίσημες, όσο και οι άτυπες στρατηγικές μάθησης θεωρούνται σημαντικές για την ενίσχυση των ικανοτήτων του διοικητικού και ηγετικού εργατικού δυναμικού, ειδικά σε πολύπλοκα, συνεχώς εξελισσόμενα συστήματα όπως τα συστήματα υγείας (Briggs et al., 2012).

3.3 Εκπαίδευση/ κατάρτιση εργατικού δυναμικού & ικανοποίηση από την εργασία

Όπως προαναφέρθηκε, η εκπαίδευση σε ένα οργανισμό είναι ουσιαστικά μια διαδικασία μάθησης, στην οποία οι ευκαιρίες μάθησης δομούνται σκόπιμα από τη διοίκηση και το εκπαιδευτικό προσωπικό, που συνεργάζονται στενά σε αυτήν την κατεύθυνση. Ο στόχος της διαδικασίας είναι να αναπτύξει τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις στάσεις των εργαζομένων, οι οποίες έχουν καθοριστεί ως απαραίτητες για την παρακίνηση τους και την αποτελεσματική εκτέλεση της εργασίας τους και ως εκ τούτου την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Επομένως, οι εργοδότες εξαρτώνται από την ποιότητα της απόδοσης των εργαζομένων τους για την επίτευξη των οργανωσιακών σκοπών και στόχων. Αυτός είναι και ο λόγος, που η εκπαίδευση έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα για την αναβάθμιση των δεξιοτήτων και των γνώσεων των απασχολούμενων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης ή κατάρτισης για την παρακίνηση και τη βελτίωση των πρακτικών των εργαζομένων αυτών, δεν έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική λόγω της μη αποτύπωσης των υφιστάμενων προβλημάτων και της έλλειψης αξιολόγησης των εκπαιδευτικών αναγκών (WHO, 2006).

Υπάρχει η αντίληψη, ότι η εκπαίδευση σχετίζεται με διαφορές που αντικατοπτρίζονται στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης και στις δεξιότητες που απαιτούνται στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς και στις μεθόδους που εμπλέκονται στην παροχή της (Mathauer and Imhoff, 2006). Εκτός από τις μεθόδους παροχής εκπαίδευσης, η πραγματική πρόσβαση στην εκπαίδευση μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας διαφοροποιείται σημαντικά (Dieleman et al., 2006). Οι ανεπαρκείς γνώσεις, δεξιότητες και οι ακατάλληλες συμπεριφορές μπορούν συνεργιστικά να αποτελέσουν εμπόδια στην παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Ως αποτέλεσμα, η πρόοδος στις γνώσεις για τη θεραπεία και τη

διάγνωση, καθώς και οι αλλαγές στους ρόλους και τις ευθύνες, απαιτούν συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και αυτό χρησιμεύει ως παράγοντας παρακίνησης και βελτίωσης της ικανοποίησης των εργαζομένων (Momanayi et al., 2016). Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει ένα σύστημα υγείας σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό ικανοποίησης των επαγγελματιών, που εργάζονται σε αυτό το σύστημα (WHO, 2006).

Η εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως *«ένα θετικό συναίσθημα του ατόμου για την εργασία του, που προκύπτει από την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της»* (Gil-Lacruz et al., 2019). Ένα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία σημαίνει, ότι ο εργαζόμενος θα έχει θετικά συναισθήματα για την εργασία του και το αντίστροφο. Με βάση αυτή την υπόθεση, η εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται άμεσα με τις στάσεις του εργαζομένου και τις συνθήκες εργασίας του. Οι Gülergüz et al. (2008) έχουν ταξινομήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση σε δύο ομάδες: τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς. Οι εγγενείς παράγοντες περιλαμβάνουν την προσωπική ανάπτυξη (δυνατότητες εκπαίδευσης και προαγωγής), τον βαθμό αναγνώρισης, την ευθύνη και την αυτονομία και τους στόχους εργασίας. Οι εξωτερικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την αμοιβή, τις σχέσεις με προϊστάμενους και συναδέλφους, τις συνθήκες εργασίας, καθώς επίσης τις συνθήκες εργασιακής υγιεινής και ασφάλειας (Gil-Lacruz et al., 2019).

Στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, μια πολλά υποσχόμενη ερευνητική γραμμή έχει συνδέσει την επαγγελματική ικανοποίηση με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής και το εργασιακό περιβάλλον. Η ποιότητα της εργασιακής ζωής είναι μια σύνθετη έννοια που λαμβάνει υπόψη τις ώρες εργασίας, το μισθό, το περιβάλλον εργασίας, τα ωφελήματα και τις υπηρεσίες, τις δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης, την πρόσβαση σε πληροφορίες, τις ανθρώπινες σχέσεις και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση και απόδοση (ibid). Από την άλλη, οι επιπτώσεις της μειωμένης εργασιακής ικανοποίησης έγκεινται στο, ότι οι εργαζόμενοι δεν ταυτίζονται με τον οργανισμό υγείας και ότι μειώνεται η απόδοσή τους. Ως εκ τούτου, οι παρεμβάσεις είναι απαραίτητες σε διάφορα επίπεδα και η εκπαίδευση θεωρείται πως είναι ζωτικής σημασίας, καθώς μπορεί να παρακινήσει σημαντικά τους εργαζόμενους. Παρέχει τις βάσεις για την ανάπτυξη των δυνατοτήτων των

εργαζομένων και δύναται να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο μιας στρατηγικής ανταμοιβής τους. Η επαγγελματική κατάρτιση συνδέεται περαιτέρω με μεγαλύτερη επαγγελματική αυτονομία, επαγγελματική αναγνώριση και ανέλιξη (Halldorsdottir, Einarsdottir and Edvardsson, 2018).

Η κατάρτιση ως στοιχείο, που επηρεάζει τα κίνητρα και την εργασιακή ικανοποίηση, σχετίζεται επίσης με τη συνεχή ανάπτυξη της ιατρικής γνώσης και τεχνολογίας. Είναι σαφώς ζωτικής σημασίας τα νοσοκομεία και τα ιατρικά κέντρα να ενημερώνουν το προσωπικό τους για τις πιο πρόσφατες επιστημονικές εξελίξεις. Τα προγράμματα κατάρτισης μπορούν να βελτιώσουν την ψυχολογική ευεξία, αυξάνοντας τον έλεγχο των επαγγελματιών υγείας στην εργασία τους και ενθαρρύνοντας την κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους και τους διευθυντές τους (Campbell et al., 2010).

Η συνεχής εκπαίδευση επιτρέπει στον επαγγελματία να αναβαθμίσει τις γνώσεις και τις δεξιότητές του, βελτιώνοντας την αυτοπεποίθηση και τα κίνητρα του, ώστε να παρέχει μια εγγυημένη ποιότητα φροντίδας. Η εκπαίδευση μπορεί περαιτέρω να θεωρηθεί ως μια στρατηγική για τη βελτιστοποίηση της επαγγελματικής δραστηριότητας που μπορεί να οδηγήσει σε προαγωγή και επαγγελματική ανάπτυξη, η οποία, με τη σειρά της, δημιουργεί κίνητρα. Στο πλαίσιο της υπηρεσίας υγείας, η συνεχής εκπαίδευση μπορεί να αποτελέσει κινητήρια δύναμη για οργανωτική αλλαγή, για δύο λόγους: (i) επηρεάζει θετικά την εργασιακή ικανοποίηση και (ii) είναι μέρος μιας διαδικασίας βελτίωσης της επαγγελματικής ικανότητας που αφορά την πράξη (απόκτηση γνώσης, που ο επαγγελματίας χρειάζεται για την αποτελεσματική εκτέλεση των δραστηριοτήτων του), τη γνώση (ανάλυση και ερμηνεία της γνώσης), αλλά και την αξιοποίηση αυτής της γνώσης (Gil-Lacruz et al., 2019). Με άλλα λόγια, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν σχετίζεται μόνο με την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, αλλά περιλαμβάνει επίσης την εφαρμογή αυτών των γνώσεων και δεξιοτήτων και τη βελτίωση της ικανότητας και της ποιότητας της φροντίδας, όπως γίνεται αντιληπτή από τον επαγγελματία (Garafalo, 2016). Σε κάθε περίπτωση, κατά την υλοποίηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, η επιλογή της μεθοδολογίας είναι θεμελιώδης για την επιτυχία και την επίτευξη των στόχων (Gracia-Perez and Gil-Lacruz, 2018).

Κεφάλαιο 4. Η Διάσταση της Ποιότητας στην Υγεία

4.1 Ορισμοί της Ποιότητας στην Υγεία

Η ποιότητα έχει αναδειχθεί σε ένα ολοένα και πιο κυρίαρχο μέρος της καθημερινότητας του σύγχρονου ανθρώπου. Οι άνθρωποι σήμερα αναζητούν συνεχώς ποιοτικά προϊόντα και υπηρεσίες. Αυτή η επιθυμία για ποιότητα έχει αναγκάσει τη διοίκηση πληθώρας εταιρειών σε παγκόσμιο επίπεδο, να θέτουν την ποιότητα ως στρατηγικό στόχο, προκειμένου να επιτύχουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε μια αυξανόμενα ανταγωνιστική, παγκόσμια αγορά. Η υψηλή ποιότητα δε, συνεπάγεται μείωση του κόστους, αύξηση της παραγωγικότητας και προσφορά υψηλότερης ποιότητας προϊόντων ή υπηρεσιών στους καταναλωτές, που με τη σειρά τους ενισχύουν την οργανωσιακή απόδοση (Mohammad Mosadeghrad, 2013).

Ο W. Edward Deming, ο οποίος αποτέλεσε τον αναδιαμορφωτή ηγέτη της επανάστασης της ποιότητας στο βιομηχανικό κλάδο, στην Ιαπωνία και τις Ηνωμένες Πολιτείες, χαρακτηριστικά ανέφερε: *«ένα προϊόν ή μια υπηρεσία έχει ποιότητα εάν βοηθά κάποιον και εάν απολαμβάνει μια καλή και βιώσιμη θέση στην αγορά»*. Σημειώνεται, ότι ο Deming δεν ορίζει την ποιότητα με άμεσο τρόπο, αλλά αναφέρεται στην αξία ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ως προς τη χρησιμότητα τους στον καταναλωτή, καθώς και τα επίπεδα εμπορευσιμότητας τους (Buttell, Hendler and Daley, 2007). Η ποιότητα, ούσα μια άυλη, υποκειμενική και εν πολλοίς αφηρημένη έννοια, επιδέχεται πολλών ερμηνειών, γεγονός που εξηγεί και την ύπαρξη ποικίλων ορισμών, που διαφοροποιούνται ανάλογα με την οπτική γωνία και το πλαίσιο, εντός του οποίου εξετάζεται η ποιότητα (Mohammad Mosadeghrad, 2013).

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ακόμα δυσκολότερο να ορισθεί ή να μετρηθεί. Ορισμένα χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης, όπως το γεγονός, ότι είναι άυλη και ετερογενής, καθιστούν δύσκολο τον ορισμό, αλλά και τη μέτρηση της με ποσοτικούς δείκτες (McLaughlin και Kaluzny, 2006). Η περίπλοκη φύση της, η πληθώρα εμπλεκόμενων μερών, που έχουν διαφορετικά ενδιαφέροντα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και ορισμένοι ηθικοί προβληματισμοί έρχονται να

περιπλέξουν ακόμη περισσότερο τον ορισμό της ποιότητας στην υγεία (Eiriz and Figueiredo, 2005). Επομένως, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί έναν πολυδιάστατο ορισμό, που να περιλαμβάνει τις διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες των ενδιαφερομένων μερών στον τομέα της υγείας (Buttell et al., 2007).

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δεν αποτελούν ένα απτό προϊόν και συνεπώς δεν μπορούν να μετρηθούν φυσικά. Επί παραδείγματι στην περίπτωση της παραγωγής υλικών αγαθών είναι δυνατός ο ποσοτικός προσδιορισμός της ποιότητας, εφόσον είναι δυνατή η δειγματοληψία και ο έλεγχος της ποιότητας σε κάθε στάδιο της παραγωγής. Ωστόσο, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της άυλης φύσης της, εξαρτάται από τις εμπλεκόμενες διαδικασίες, καθώς και τις αλληλεπιδράσεις πελατών και παρόχων υπηρεσιών (Naveh and Stern, 2005). Μια σειρά κύριων διαστάσεων της ποιότητας στην υγεία, συμπεριλαμβανομένης της συνέπειας, της πληρότητας και της αποτελεσματικότητας μπορούν να μετρηθούν μόνο με την υποκειμενική αξιολόγηση του πελάτη. Επιπλέον, η παραγωγή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας είναι ταυτόχρονη και η αποθήκευσή τους για μελλοντική κατανάλωση αδύνατη. Αυτά τα χαρακτηριστικά της καθιστούν τον έλεγχο της ποιότητας μια δύσκολη υπόθεση, εφόσον οι πελάτες δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν την «ποιότητα» πριν αγοράσουν και καταναλώσουν τις υπηρεσίες υγείας (Mohammad Mosadeghrad, 2013).

Ο Donabedian (1988), ηγετική φυσιογνωμία στη θεωρία και τη διαχείριση της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, όρισε εν γένει την ποιότητα ως *«την ικανότητα επίτευξης επιθυμητών στόχων με τη χρήση θεμιτών μέσων»*. Ο παραπάνω εννοιολογικός προσδιορισμός είναι ενδεικτικός της πολυδιάστατης χρήσης της ποιότητας. Στην πραγματικότητα, η εκτεταμένη χρήση του όρου είναι και ο λόγος πίσω από τη σύγχυση για το τι σημαίνει ουσιαστικά η ποιότητα στην υγεία. Πράγματι, οι ιθύνοντες για τη χάραξη πολιτικής, αλλά και η ερευνητική κοινότητα χρησιμοποιούν τον όρο, προκειμένου να περιγράψουν όλες τις θετικές/επιθυμητές ιδιότητες ενός συστήματος υγείας. Ωστόσο, ο ίδιος παρέχει έχει προτείνει έναν ειδικότερο ορισμό της ποιότητας στην υγεία, δηλώνοντας ότι *«η περίθαλψη αναμένεται να μεγιστοποιήσει ένα μέτρο χωρίς αποκλεισμούς της ευημερίας του ασθενούς, αφού λάβει κανείς υπόψη το ισοζύγιο αναμενόμενων κερδών και ζημιών που συνοδεύουν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα της τα μέρη»* (Donabedian, 1980).

Ενδεχομένως ο ευρύτερα αναφερόμενος ορισμός της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης διατυπώθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) το 1990. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα συνίσταται στον *«βαθμό στον οποίο, οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση»* (Lohr, Donaldson και Harris-Wehling, 1992). Οι Buttell et al. (2007) επέκτειναν τον ορισμό του IOM δηλώνοντας ότι *«η ποιότητα συνίσταται στον βαθμό στον οποίο, οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας (αρχές ποιότητας), συνάδουν με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση (δεξιότητα επαγγελματία) και ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των χρηστών υγειονομικής περίθαλψης (αγορά)»*.

Στην ίδια κατεύθυνση, ο ΠΟΥ (2022) ορίζει την *«ποιότητα της περίθαλψης ως τον βαθμό στον οποίο, οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας. Βασίζεται σε τεκμηριωμένη επαγγελματική γνώση και είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας»*. Παρά την ύπαρξη πολλών ορισμών είναι πλέον εγνωσμένο, ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από:

- Αποτελεσματικότητα.
- Ασφάλεια.
- Ανθρωπο-κεντρικότητα.

Ο Donabedian (2005) προτείνει, ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης καθορίζεται από έναν περίπλοκο συνδυασμό τεχνικών και επιστημονικών θεμάτων, διαπροσωπικών σχέσεων και άλλων στοιχείων του περιβάλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης. Η συμμετοχή των εμπλεκόμενων παραγόντων είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας. Η σχετική βιβλιογραφία καταδεικνύει τη σημασία της εξέτασης της ικανοποίησης των ασθενών από τα αποτελέσματα και τις διαδικασίες της θεραπείας τους, την ποιότητα των υπηρεσιών και το έργο των επαγγελματιών υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να μετρηθεί με αντικειμενικές ερωτήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της χρήσης των πόρων υγείας, για παράδειγμα τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τα προληπτικά μέτρα (Schoenfelder, Klewer and Kugler, 2011).

Οι αντιλήψεις του ασθενούς αναφορικά με την ποιότητα που χαρακτηρίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, επηρεάζουν τις επιλογές τους ή κατά πόσον θα συστήσουν ένα υγειονομικό πάροχο σε οικογένεια/κοινωνικό περίγυρο. Συνεπώς, οι ιθύνοντες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να υλοποιούν προγράμματα για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας, ώστε να διασφαλίσουν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή. Ωστόσο, δεν είναι δυνατή η βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών χωρίς τον καθορισμό και την ακριβή μέτρηση τους. Σημειώνεται, δε ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης διαμορφώνονται από μια ευρεία γκάμα εμπλεκόμενων συμπεριλαμβανομένων πελατών, παρόχων, ρυθμιστικών αρχών, πληρωτών και προμηθευτών. Συνεπώς, οι οπτικές αυτών των εμπλεκόμενων μερών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε κάθε απόπειρα για βελτίωση των συστημάτων υγείας (Radwin, 2000; Hudelson et al., 2008).

4.2 Διαστάσεις της Ποιότητας

Το τρέχον μοντέλο κλινικής διοίκησης της υπηρεσίας υγείας δίνει προτεραιότητα στις αρχές της ολοκληρωμένης θεραπείας ασθενών, της αποτελεσματικής διαχείρισης των οργανισμών και της χρηστής διακυβέρνησης με βάση τη διαφάνεια και την κοινωνική ευθύνη (WHO, 2014). Οι οργανισμοί υγείας αναμένεται να υιοθετήσουν στρατηγικές για τη βελτίωση του συστήματος υγείας, που προσανατολίζονται στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Cunnigham et al., 2016).

Η ποιότητα της περίθαλψης αναφέρεται πως έχει τρεις διαστάσεις: την ασφάλεια των ασθενών, την κλινική αποτελεσματικότητα και την εμπειρία του ασθενούς (κατανόηση, συμπόνια, αξιοπρέπεια και σεβασμός) (Black, Varaganum and Hutchings, 2014). Ο ΠΟΥ αναφέρει, ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει τη διάσταση της ασφάλειας (αποφυγή τραυματισμών και ιατρικών λαθών σε άτομα, για τα οποία προορίζεται η φροντίδα), της αποτελεσματικότητας (παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης βάσει επιστημονικών δεδομένων σε όσους τις χρειάζονται), την εστίαση στον άνθρωπο και την εγκαιρότητα (μειώσεις των χρόνων αναμονής, αλλά και επιβλαβών καθυστερήσεων) (Upadhyai et al., 2019).

Η έρευνα που αφορά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχει εντοπίσει διάφορα χαρακτηριστικά, που περιλαμβάνουν την τεχνική απόδοση, τη διαχείριση των διαπροσωπικών σχέσεων, τις ανέσεις και την ανταπόκριση στις προτιμήσεις του ασθενούς, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα σε όρους κόστους (Ransom, Joshi and Nash, 2005, σελ. 26). Ο Donabedian (1966) δήλωσε, ότι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει τρεις πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή τη δομή (δηλαδή, προσόντα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, καλά εξοπλισμένα και καλά οργανωμένα περιβάλλοντα), τη διαδικασία (καταλληλότητα και ικανότητα στις ενέργειες που εκτελούνται) και το αποτέλεσμα (δείκτες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς). Ο Donabedian (1988) τόνισε επίσης τη σημασία της τεχνικής ποιότητας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των διαπροσωπικών σχέσεων στην ποιότητα.

Οι τεχνικές πτυχές συμπεριλαμβάνουν τη γνώση και την κρίση του παρόχου υπηρεσιών, ενώ η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του παρόχου φροντίδας και του αποδέκτη της φροντίδας αυξάνει τη συνεργασία στη φροντίδα. Οι Baltussen et al. (2002) απέδωσαν επίσης αυξημένη σημασία στην έννοια της τεχνικής και της διαπροσωπικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι Piligrimiene and Buciuiniene (2008) σημείωσαν, ότι οι λειτουργικές πτυχές της ποιότητας είναι πιο σημαντικές για τους ασθενείς, εν συγκρίσει με τις τεχνικές πτυχές της ποιότητας. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο θετικά διακείμενοι προς τις τεχνικές πτυχές της περίθαλψης. Οι De Silva and Valentine (2000) εξέφεραν επίσης την άποψη, ότι η ανταπόκριση και η ικανοποίηση είναι δύο διαφορετικές κατασκευές, με τη δεύτερη να αξιολογεί τις κλινικές αλληλεπιδράσεις στις δομές υγειονομικής περίθαλψης και την πρώτη να αξιολογεί την ποιότητα του συστήματος υγείας.

Ο Zineldin (2006) ισχυρίστηκε, ότι υπάρχουν πέντε διαστάσεις της ποιότητας ήτοι η τεχνική, η λειτουργική, η υποδομή, η αλληλεπίδραση και η ατμόσφαιρα. Οι Choi et al. (2005) υποστήριξαν, ένα μοντέλο της ποιότητας τεσσάρων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου του ενδιαφέροντος του ιατρού και του προσωπικού, της ευκολίας της διαδικασίας φροντίδας και των υλικών στοιχείων, που αντικατοπτρίζουν τις πτυχές της τεχνικής, της λειτουργικής, της περιβαλλοντικής και της διοικητικής ποιότητας. Οι Itumalla Acharyulu and Shekhar (2014) υποστήριξαν, ότι πέραν των

υποστηρικτικών υπηρεσιών, οι προσδιοριστικοί παράγοντες της συνολικής ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών περιλαμβάνουν τη νοσηλευτική, διοικητική και ιατρική υπηρεσία, από κοινού με την επικοινωνία με τους ασθενείς.

Περαιτέρω, οι κύριες διαστάσεις που αποτελούν συνιστώσες της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα στρατηγικούς στόχους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012), διακρίνονται ως ακολούθως. Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο επιτυγχάνονται, οι στόχοι που θέτει μια υπηρεσία/ οργανισμός, ενώ η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στη διάσταση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων εν συγκρίσει με τους χρησιμοποιούμενους πόρους (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Η ασφάλεια αφορά κατά κύριο λόγο την πρόληψη ή ακόμα και την ελαχιστοποίηση τυχόν παρενεργειών και ανεπιθύμητων συμβαμάτων υγείας στο πλαίσιο της φροντίδας του ασθενούς (Cooper et al., 2000). Σε αυτή την κατεύθυνση, η ασφάλεια των ασθενών θα πρέπει να αποτελεί κύρια προτεραιότητα στις πολιτικές και στρατηγικές για την υγεία, προωθώντας και εφαρμόζοντας καλές πρακτικές, ώστε να αποτραπούν και να μειωθούν οι δυνητικοί κίνδυνοι και οι βλάβες, που θα μπορούσαν να αποτραπούν (WHO, 2019).

Επιπροσθέτως, η ανταποκρισιμότητα περιγράφει πώς τα συστήματα υγείας μέσω της αυξανόμενης εστίασης στους ασθενείς, διευκολύνουν τα άτομα να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες, που έχουν από την υγειονομική φροντίδα (WHO, 2000). Επιπλέον, η προσβασιμότητα των υπηρεσιών αναφέρεται στην ικανότητα των ασθενών ή ληπτών υπηρεσιών υγείας να λαμβάνουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα στο σωστό μέρος και χρόνο που ταιριάζει στις ανάγκες τους (International Working Group on Quality Indicators, 2004).

Επιπλέον, η ισότητα ή ισοτιμία αναφέρεται στην ίση και χωρίς διακρίσεις μεταχείριση των ασθενών/ληπτών υπηρεσιών υγείας από το σύστημα υγείας (Kelley and Hurst, 2006; Ζέρβας, 2020).

4.3 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στην Υγεία

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αναδείχθηκε σε μια από τις ανταγωνιστικές προσεγγίσεις διοίκησης, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και έχει

εφαρμοστεί ευρέως σε πολλούς οργανισμούς (Mosaddeghrad, 2005). Υπάρχει γενική συμφωνία, ότι μια αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ σχετίζεται με την οικονομική απόδοση και τη βιωσιμότητα μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού (Hendricks and Singhal, 2001; Kaynak, 2003). Η επιτυχία της ΔΟΠ σε πληθώρα επιχειρήσεων, έχει ενθαρρύνει πολλούς διαχειριστές στον τομέα της υγείας να διερευνήσουν κατά πόσον η εφαρμογή της στον τομέα τους θα ήταν αποτελεσματική.

Η έννοια της ΔΟΠ ορίζεται ως μια έννοια διοίκησης, η οποία επιτρέπει σε κάθε εργαζόμενο στην επιχείρηση να βελτιώσει την εταιρική ποιότητα και την απόδοση, καθώς και να ενσταλάξει και να καθιερώσει τους πυλώνες και τις έννοιες της ποιότητας (Talib, Rahman and Azam, 2010). Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν μια μεγάλη ποικιλία σημαντικών πτυχών της ποιότητας. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ως πάροχοι θεωρούνται οι ιατροί, τα νοσοκομεία, οι κλινικές κ.λπ., αφού προσφέρουν και παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προς πώληση με βάση συγκεκριμένες τιμές. Από την άλλη πλευρά, ο αγοραστής είναι μόνο ο ασθενής ή ο πελάτης, που θα αγοράσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε μια προκαθορισμένη τιμή (Patel, 2015).

Ως αποτέλεσμα, πολλοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έχουν υιοθετήσει σταδιακά τις αρχές της ΔΟΠ για τη βελτίωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων και της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας. Μια αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ επιτρέπει στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να εντοπίζουν τις επιθυμίες των πελατών, να παρέχουν κατάλληλη φροντίδα και να καθιερώνουν βέλτιστες πρακτικές και διαδικασίες, προκειμένου να μειώσουν τη σοβαρότητα, αλλά και τη σοβαρότητα των σφαλμάτων υγειονομικής περίθαλψης (Macinati, 2008). Η ΔΟΠ είναι γνωστή για τη συνεχή βελτίωση και τη διαχείριση ποιότητας, καθώς και τον συνολικό έλεγχο της (McClellan και Rivlin, 2014). Θεωρείται μια καινοτόμος προσέγγιση στη διαχείριση των οργανισμών. Στον τομέα της υγείας, η ΔΟΠ ενσωματώνει τον ποιοτικό προσανατολισμό σε όλες τις διαδικασίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Alzoubi et al., 2019). Η έρευνα των Víturi και Évora (2015) καταδεικνύει, ότι οι αρχές της ΔΟΠ έχουν υιοθετηθεί πλήρως σε πληθώρα υγειονομικών οργανισμών.

Η ΔΟΠ, ως καθολική έννοια διοίκησης, περιλαμβάνει όλες τις ακόλουθες έννοιες: συμμετοχή των εργαζομένων, πρόληψη σφαλμάτων, εστίαση στον πελάτη, ομαδική εργασία, συστηματοποίηση της ηγεσίας και συνεχείς βελτιώσεις ποιότητας. Αυτές οι έννοιες μπορούν να μεταφερθούν σε οποιοδήποτε επιχειρηματικό περιβάλλον. Η ποιότητα είναι το θεμελιώδες και βασικό εργαλείο μέτρησης της ΔΟΠ, όπου η συνεχής βελτίωση θεωρείται ως φιλοσοφία και από την πλευρά της εμπλοκής των εργαζομένων ως προσέγγιση. Έτσι, στην υγειονομική περίθαλψη, οι εφαρμογές της ΔΟΠ μπορούν να μετρηθούν χωρίς να καταβληθεί μεγάλη προσπάθεια και χωρίς την ανάγκη απόκτησης βαθιάς και συγκεκριμένης γνώσης σχετικά με τις μοναδικές συνθήκες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Abu Daqar and Constantinovits, 2020).

Η εφαρμογή του ΔΟΠ στην υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα. Αν και οι τεχνικές διαχείρισης ποιότητας έχουν γίνει ευρέως διαδεδομένες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από τη δεκαετία του 1990, έχουν εκφραστεί αμφιβολίες και δισταγμοί σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΔΟΠ και την τελική της επίδραση στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών. Αρκετοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης έχουν αντιμετωπίσει δυσκολίες στην αποτελεσματική εφαρμογή της (Huq and Martin, 2000). Μερικά πιθανά εμπόδια περιλαμβάνουν διαφορές στη συμπεριφορά, το πολιτισμικό υπόβαθρο και τον τρόπο ζωής. Αρκετοί επικριτές έχουν περιγράψει τη ΔΟΠ ως μια ασαφή και ανούσια μόδα, με άυλο περιεχόμενο (Bigelow and Arndt, 1995).

Κεφάλαιο 5. Αντίσταση στην Αλλαγή

5.1 Αλλαγή & Τομέας της Υγείας

Η μόνη σταθερά στους σύγχρονες υγειονομικές μονάδες είναι η συνεχής αλλαγή. μια σειρά παραγόντων συμπεριλαμβανομένων των τεχνολογικών εξελίξεων, της δημογραφικής γήρανσης, της αλλαγής των τάσεων των σύγχρονων νοσημάτων και των νέων ιατρικών ανακαλύψεων καθιστούν αναγκαία την αυξημένη προσαρμοστικότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Alonso, Clifton and Díaz-Fuentes, 2015). Απαιτούνται ακόμη αλλαγές σε επίπεδο οργάνωσης, ώστε να αντιμετωπιστούν ορισμένες κοινωνικο-οικονομικές εξελίξεις, που έχουν αυξήσει σημαντικά τις προσδοκίες των ασθενών σε όρους πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, βελτίωσης της παρεχόμενης εμπειρίας και της ενίσχυσης της συμμετοχής του ασθενούς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, που σχετίζονται με την περίθαλψη. Η συνεχής επαγγελματική κατάρτιση, καθίσταται ολοένα και σημαντικότερη για τη διασφάλιση της συνεχούς ενημέρωσης και αναβάθμισης των δεξιοτήτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να ανταποκριθεί στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες (Nilsen et al., 2020).

Ο τομέας της υγείας καλείται να διαχειριστεί τις νέες τεχνολογίες και τα σύγχρονα επιχειρηματικά μοντέλα (π.χ. τηλεϊατρική), που είναι βαρύνουσας σημασίας, εάν η υγειονομική περίθαλψη θέλει να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες σε τομείς όπως η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών. Η εμπειρία του ασθενούς εξελίσσεται σε μια ευρύτερη εμπειρία, καθώς περισσότεροι ασθενείς εμπλέκονται στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους, αναδεικνύοντας τη σημασία των σχέσεων ασθενούς/παρόχου, που βασίζονται στη συνεργασία και την αμοιβαία ενδυνάμωση (Thimbleby, 2013).

Η διαθέσιμη βιβλιογραφία, καταδεικνύει, ότι οι αλλαγές που συμβαίνουν στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζουν διάφορα χαρακτηριστικά, αλλά η κυρίαρχη τάση είναι η πραγματοποίηση αλλαγών, που αφορούν τις ψηφιακές καινοτομίες. Η διαδικασία των ψηφιακών μετασχηματισμών θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από επαρκή έλεγχο, καλή διαχείριση και να ακολουθεί ένα σαφές όραμα. Τα καινοτόμα ψηφιακά προϊόντα χαρακτηρίζονται από σχετικά σύντομους

κύκλους ανάπτυξης, δημιουργώντας μια ταχέως μεταβαλλόμενη αγορά. Οι νέες καινοτομίες απαιτούν επανεκτίμηση των εσωτερικών διαδικασιών εργασίας, που εφαρμόζονται επί του παρόντος στον συγκεκριμένο οργανισμό. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό όχι μόνο να ανταποκρίνονται οι οργανισμοί με ευελιξία στις νέες τάσεις, αλλά και να δημιουργούν προϋποθέσεις για την εφαρμογή τους μέσω της διαχείρισης της αλλαγής. Το ερώτημα είναι εάν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης διαθέτουν την απαραίτητη ευελιξία, προκειμένου να αντιμετωπίσουν την έλευση των πολλών ψηφιακών καινοτομιών. Σημειώνεται, ότι οι δεξιότητες διαχείρισης είναι απαραίτητες σε πολλά επίπεδα, προκειμένου να ενσωματωθούν επιτυχώς τέτοιες καινοτομίες (Hosprodková et al., 2021).

Οι μεταρρυθμίσεις σε επίπεδο οργανισμού, που έρχονται να επηρεάσουν τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, δεν παραμένουν ανεπηρέαστες από ένα σύνολο πολιτικών μεταρρυθμίσεων και πρωτοβουλιών. Η εμφάνιση του New Public Management, ήρθε να θέσει εν αμφιβόλω την παραδοσιακή διοικητική προσέγγιση και εισήγαγε την οπτική του μάνατζμεντ στην υγεία. Με άλλα λόγια, είναι πλέον αναγκαία η οργάνωση και ο έλεγχος της εργασίας από τη διοίκηση για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της λειτουργίας των υγειονομικών οργανισμών. Οι αλλαγές σχετίζονται επίσης με το κίνημα της τεκμηριωμένης νοσηλευτικής και ιατρικής πρακτικής, το οποίο έχει προκύψει στον απόηχο του NPM και φιλοδοξεί να θέσει την επαγγελματική πρακτική σε ισχυρές επιστημονικές βάσεις (Nilsen et al., 2020).

Εν γένει, οι αλλαγές συνεπάγονται σημαντικές προκλήσεις, λόγω της αντίθεσης τους στη βαθειά ριζωμένη ανάγκη του ανθρώπου για σταθερότητα. Έχει καταδειχθεί, ότι οι αλλαγές που πραγματοποιούνται σε οργανισμούς, προκαλούν αυξημένη αβεβαιότητα στους εργαζόμενους λόγω της δυνητικής τους επίδρασης στην εργασιακή και την προσωπική τους ζωή εν συνόλω (Ead, 2015). Περαιτέρω, οι εκτεταμένες αλλαγές φαίνεται πως επηρεάζουν την υγεία και ευημερία των εργαζομένων (Day, Crown and Ivany, 2017).

5.2 Αντίσταση στην Αλλαγή

Η υλοποίηση αλλαγών στους υγειονομικούς οργανισμούς δεν είναι εύκολη υπόθεση. Συνήθως, μόνο ένα μικρό τμήμα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι θετικά διακείμενο προς την αλλαγή (Di Fabio and Gori, 2016). Έχει παρατηρηθεί, ότι η συχνότητα και η έκταση της αλλαγής είναι μεγαλύτερη, όταν οι εργαζόμενοι την αντιμετωπίζουν με δυσπιστία, αμφιβολία ή όταν την απορρίπτουν. Η ενδεχόμενη αντίσταση στις αλλαγές είναι συνάρτηση της επικρατούσας κουλτούρας. Οι ψυχολόγοι, που ασχολούνται με τη διαχείριση της οργανωσιακής αλλαγής αναφέρουν, ότι η αντίσταση αποτελεί αναπόφευκτο επακόλουθο της αλλαγής και ως εκ τούτου οι φορείς της αλλαγής θα πρέπει να λαμβάνουν κάτι τέτοιο υπόψη. Ο εργαζόμενος εγκαταλείπει κάτι γνώριμο για κάτι άγνωστο. Στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης, η αντίσταση του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού είναι συνηθισμένη (Mareš, 2018). Επιπλέον, έχει εκτιμηθεί, ότι στη μεγάλη τους πλειονότητα (70%) τα προγράμματα αλλαγής αποτυγχάνουν (Miller, 2001).

Οι αντιδράσεις στην αλλαγή έχουν συνήθως περιγραφεί με τον όρο αντίσταση στην αλλαγή. Ένας βασικός ορισμός της αντίστασης στην αλλαγή είναι αυτός του Bauer (1993), ο οποίος πρότεινε, ότι η *«αντίσταση στην αλλαγή είναι μια μη επίσημη και συγκαλυμμένη συμπεριφορά των εργαζομένων σε ένα οργανισμό»*. Σε αντιδιαστολή, θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι υπάρχουν και επίσημες διαμαρτυρίες από οργανώσεις που εκπροσωπούν τους εργαζόμενους στις διαπραγματεύσεις με τις διοικήσεις των ιδρυμάτων. Από τη σκοπιά της ψυχολογίας, ένας ορισμός προτείνει, ότι η *«αντίσταση στην αλλαγή είναι η δράση που αναλαμβάνουν άτομα και ομάδες όταν αντιλαμβάνονται μια αλλαγή που εμφανίζεται ως απειλή για αυτά»*. Οι λέξεις-κλειδιά εδώ είναι το «αντιλαμβάνομαι» και «απειλή». Συνήθως, η απειλή αναφέρεται στην αλλαγή εντός οργανισμού, αν και βρίσκεται και αλλού με άλλες μορφές. Η αντίσταση μπορεί να λάβει πολλές μορφές, συμπεριλαμβανομένης της ενεργητικής ή παθητικής, φανεράς ή κεκαλυμμένης, ατομικής ή οργανωμένης, επιθετικής ή συνεσταλμένης. Ένας άλλος ορισμός, από την οπτική της ψυχολογίας του μάνατζμεντ δηλώνει, ότι αυτή συνίσταται σε *«κάθε συμπεριφορά που χρησιμεύει στη διατήρηση του status quo ενόψει της πίεσης για αλλαγή του status quo»* (Mareš, 2018).

Από τη διοικητική πλευρά, «η αντίσταση στην αλλαγή είναι μια μορφή οργανωτικής διαφωνίας σε μια διαδικασία (ή πρακτική) αλλαγής που το άτομο θεωρεί δυσάρεστη ή δυσάρεστη ή άβολη με βάση προσωπικές ή/και ομαδικές αξιολογήσεις. Η πρόθεση της αντίστασης στην αλλαγή είναι να ωφεληθούν τα συμφέροντα του συμμετέχοντος ή της ομάδας (στην οποία ανήκει ο συμμετέχων) χωρίς να υπονομεύονται εκτενώς οι ανάγκες του οργανισμού. Η αντίσταση στην αλλαγή εκδηλώνεται σε μη θεσμοθετημένες ατομικές ή συλλογικές δράσεις. Μπορεί να έχει τη μορφή μη βίαιης, αδιάφορης, παθητικής ή ενεργητικής συμπεριφοράς» (Giancreco, 2002, σελ. 14).

Στους ορισμούς που αναφέρονται, αναφέρονται ορισμένοι τύποι αντίστασης, ως ακολούθως (Mareš, 2018):

- Ανάλογα με το επίπεδο δραστηριότητας των συμμετεχόντων, διακρίνουμε δύο είδη αντίστασης – ενεργητική και παθητική.
- Ανάλογα με την εξωτερική εκδήλωση αντίστασης, υπάρχει κεκαλυμμένη αντίσταση (μειωμένη απόδοση, πιο αργή εργασία, απόκρυψη πληροφοριών) και εμφανής (εκφρασμένη διαφωνία, απόρριψη ορισμένων δραστηριοτήτων).
- Ανάλογα με τον αριθμό των συμμετεχόντων, μπορεί να διαφοροποιηθεί η ατομική και η ομαδική αντίσταση, ενώ υπάρχει ο όρος «οργανωσιακή αντίσταση».
- Με βάση το επίπεδο προσδοκίας, διαφοροποιείται η αναμενόμενη από την μη αναμενόμενη αντίσταση.
- Με βάση το επίπεδο κινδύνου που απειλεί τους συμμετέχοντες, διακρίνεται μεταξύ χαμηλού, μεσαίου και υψηλού κινδύνου.
- Με βάση το χρόνο ανάπτυξης, η αντίσταση διαφοροποιείται μεταξύ προσωρινής και μόνιμης αντίστασης.
- Με βάση τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, η αντίσταση μπορεί να βασίζεται σε μια σειρά παραγόντων συμπεριλαμβανομένων των συναισθημάτων των στάσεων, των γνώσεων και της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στην αντίσταση.

5.3 Διαχείριση της Αλλαγής

Μεταξύ των κύριων παραγόντων στον τομέα της υγείας είναι και η διαχείριση της συνεχούς αλλαγής. Προκειμένου να είναι σε ευθυγράμμιση με τις εξελίξεις, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να φροντίζουν για την απόκτηση και διατήρηση της απαιτούμενης γνώσης και τεχνογνωσίας για την επαρκή άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων (Al-Abri και Al-Hashmi, 2007).

Η διαχείριση των αλλαγών αφορά την αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας των διαδικασιών και μεταξύ άλλων περιλαμβάνει τις διαστάσεις της αξιολόγησης, του σχεδιασμού και της υλοποίησης των αλλαγών. Πρόκειται για μια πολυσύνθετη διαδικασία, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη δυσκολία και μεταβλητότητα. Δεν επιτάσσει απλώς την πραγματοποίηση της βέλτιστης επιλογής μεταξύ τεχνογνωσίας ή λύσεων που επικεντρώνονται στον άνθρωπο, αλλά μάλλον έναν συνδυασμό πόρων και λύσεων (Hospodková et al., 2021).

Η αποτελεσματική αλλαγή έχει περιγραφεί ως μια διαδικασία τριών σταδίων που εκκινεί με το «ξεπάγωμα» των παλαιών συμπεριφορών, την υιοθέτηση νέων συμπεριφορών και τέλος το εκ νέου «πάγωμα» αυτών. Περαιτέρω, οι αλλαγές που πραγματοποιούνται μπορεί να είναι συνεχείς, σποραδικές, περιστασιακές ή σπάνιες. Οι αλλαγές που είναι προβλέψιμες, δίνουν στον εκάστοτε οργανισμό την ικανότητα να προετοιμαστεί επαρκώς, ενώ εκείνες που είναι απρόβλεπτες αντιμετωπίζουν και τις μεγαλύτερες προκλήσεις σε όρους αποτελεσματικής υλοποίησης. Στον τομέα της υγείας, οι ταχύτεροι ρυθμοί των αναδυόμενων αλλαγών καθιστούν την πιθανότητα να είναι προβλέψιμες μεγαλύτερη (Al-Abri, 2007).

Σήμερα, οι οργανισμοί που επιθυμούν να επιβιώσουν θα πρέπει να φέρουν την ικανότητα να αλλάζουν, να προσαρμόζονται και να εξελίσσονται. Συχνοί παράγοντες αποτυχίας των αλλαγών είναι η απουσία ενός σαφούς οράματος και στρατηγικής, η μειωμένη δέσμευση από την ηγεσία, αλλά και ο ελλιπής σχεδιασμός. Η τρέχουσα έρευνα υποδηλώνει, ότι για την επιτυχή διαχείριση της αλλαγής τίθενται διαφορετικές προκλήσεις για τις διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες του οργανισμού. Επί παραδείγματι, ενώ οι ανώτατες βαθμίδες διοίκησης είναι εκείνες, που συνήθως αναγνωρίζουν, οραματίζονται και υποστηρίζουν την ανάγκη για αλλαγή μέσω της

παροχής πόρων, είναι τα στελέχη των μεσαίων διοικητικών στρωμάτων εκείνα, που θα καθορίσουν την επιτυχία της υλοποίησης της, καθώς είναι αυτά που θα κληθούν να την εφαρμόσουν. Καθίσταται λοιπόν σαφές, ότι οι σχέσεις μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων διοίκησης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, δεδομένου ότι ο τρόπος που η ανώτατη διοίκηση αντιμετωπίζει την αλλαγή, επηρεάζει την ένταση της δέσμευσης των μεσαίων στρωμάτων διοίκησης (Barry et al., 2018). Δυστυχώς, σύμφωνα με τους Birken et al. (2015) η μεσαία διοίκηση λαμβάνει συχνά πολύ μικρή υποστήριξη από την ανώτατη διοίκηση.

Σημειώνεται, ότι ακόμα και αν η αλλαγή γίνει αποδεκτή, το προσωπικό του εκάστοτε οργανισμού θα πρέπει να ενημερωθεί, αλλά και να καταλάβει τα αίτια που την καθιστούν αναγκαία. Για το λόγο αυτό, η πραγματοποίηση της αλλαγής είναι κοπιώδης, χρονοβόρα και απαιτητική διαδικασία και απαιτεί επιμονή από πλευράς διοίκησης, για την απεμπολή των παλαιών και εδραιωμένων συμπεριφορών και την υιοθέτηση νέων. Περαιτέρω, η διοίκηση θα πρέπει να λάβει τα απαραίτητα διοικητικά μέτρα για να προλάβει τυχόν αντιδράσεις, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν το υλοποιούμενο πρόγραμμα αλλαγής σε αποτυχία (Al-Abri, 2007).

Ένας παράγοντας, που φαίνεται πως επιδρά αρνητικά στην πραγματοποίηση αλλαγών είναι η γραφειοκρατία, εφόσον φαίνεται πως αποστερεί τους οργανισμούς από την απαραίτητη ευελιξία (Steiner, 2001). Περαιτέρω, η διαμόρφωση ενός συνεκτικού οράματος για την αλλαγή έχει αναγνωριστεί ως κύριος προσδιοριστικός παράγοντας της επιτυχίας της, ενώ η συνεχής ανατροφοδότηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων συμβάλλει σημαντικά στον εντοπισμό αναδυόμενων προβλημάτων και στην αποτίμηση της επιτυχίας του προγράμματος αλλαγής, που θα επιτρέψει στη διοίκηση του οργανισμού να πραγματοποιήσει τις απαραίτητες προσαρμογές (Hospodková et al., 2021).

Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της αλλαγής διαδραματίζει η κατάρτιση και η εκπαίδευση του προσωπικού. Η μελέτη των Sung και Choi (2014) είναι μία από τις λίγες μελέτες, που εξετάζουν τις επιπτώσεις των δραστηριοτήτων κατάρτισης και ανάπτυξης στην οργανωσιακή καινοτομία. Οι συγγραφείς ειδικότερα προτείνουν, ότι οι επενδύσεις ενός οργανισμού στην εκπαίδευση επηρεάζουν την καινοτομία απόδοσή του προωθώντας διάφορες πρακτικές μάθησης. Οι συγγραφείς έλεγξαν εμπειρικά την

υπόθεσή τους χρησιμοποιώντας δεδομένα από 260 κορεατικές εταιρείες, από διάφορους κλάδους. Η ανάλυσή τους κατέδειξε, ότι οι εταιρικές δαπάνες για την εκπαίδευση προβλέπουν διαπροσωπικές και οργανωτικές πρακτικές μάθησης, οι οποίες, με τη σειρά τους, αυξάνουν την καινοτόμο απόδοση. Τα δεδομένα αποκαλύπτουν επίσης ότι η θετική σχέση μεταξύ διαπροσωπικών και οργανωτικών πρακτικών μάθησης και καινοτόμων επιδόσεων είναι ισχυρότερη σε οργανισμούς που έχουν ισχυρότερο κλίμα καινοτομίας. Η μελέτη παρέχει μια εύλογη εξήγηση για έναν μηχανισμό μέσω του οποίου, οι επενδύσεις ενός οργανισμού στους εργαζομένους ενισχύουν την καινοτόμο απόδοσή του, αλλά δεν παρέχει αξιοποιήσιμα συμπεράσματα για τον τρόπο, με τον οποίο τα άτομα σε οργανισμούς θα πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να είναι επιδεκτικά σε καινοτομίες και αλλαγές.

Κεφάλαιο 6. Μεθοδολογία

6.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι η διερεύνηση των προκλήσεων, που αντιμετωπίζει το κρατικό θεραπευτήριο και εν προκειμένω Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου εστιάζοντας στα πεδία της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού, της εισαγωγής της ποιότητας στην υγεία, αλλά και της αντίστασης στην αλλαγή, που διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην αποτελεσματικότητα του υπό μελέτη οργανισμού στην παρούσα συγκυρία. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν τα ακόλουθα:

1. Ποιες είναι οι προκλήσεις, που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όσον αφορά την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση;
2. Ποιες είναι οι προκλήσεις, που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όσον αφορά την εκπαίδευση/ επιμόρφωση του προσωπικού;
3. Ποιες είναι οι προκλήσεις, που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όσον αφορά την εισαγωγή της διάστασης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας;
4. Ποιες είναι οι προκλήσεις, που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όσον αφορά την αντίσταση των εργαζομένων στην αλλαγή;

6.2 Μεθοδολογικές διευκρινήσεις και επισημάνσεις

Ο σκοπός της επιστημονικής κοινωνικής έρευνας είναι να κατανοήσει και να αναπαραστήσει την όψη της κοινωνικής πραγματικότητας, μέσω της συστηματικής και μεθοδικά ελεγχόμενης, ανάλυσης, καθώς και της ερμηνείας των εμπειρικών δεδομένων. Ενδεδειγμένη ερευνητική μέθοδος για την πραγματοποίηση μιας κοινωνικής έρευνας είναι η ποιοτική έρευνα (Τσιώλης, 2015). Στο πλαίσιο της πραγματοποίησης της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε μελέτη περίπτωσης, που συγκαταλέγεται στις ποιοτικές ερευνητικές μεθόδους, που μεταξύ άλλων

περιλαμβάνουν την εθνογραφική έρευνα, την ανάλυση περιεχομένου, την ιστορική έρευνα κ.ά. Αυτά τα είδη έρευνας εμπίπτουν στις ποιοτικές ερευνητικές μεθόδους, διότι τα πορίσματα, στα οποία καταλήγουν δύνανται να χρησιμοποιηθούν από τον εκάστοτε ερευνητή ως λεκτικά σύνολα, τα οποία υπόκεινται σε επεξεργασία και σε αντίθεση με τις ποσοτικές ερευνητικές μεθόδους δεν μετατρέπονται σε αριθμητικά δεδομένα (Αθανασίου, 2007).

Οι ποσοτικές έρευνες χαρακτηρίζονται από την επιδίωξη των ερευνητών να συλλέξουν ένα σύνολο αντικειμενικών και γενικών δεδομένων αναφορικά με κάποιο φαινόμενο και εν συνεχεία να μετατρέψουν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν σε αριθμητικά ή στατιστικά στοιχεία, προκειμένου να πραγματοποιήσουν συγκρίσεις ανάμεσα σε διαφορετικές μεταβλητές και να παράσχουν αντικειμενικές επεξηγήσεις ως προς τα αίτια ή τις αιτιώδεις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μεταβλητών, που με τη σειρά τους θα παράσχουν μια θεωρία για το υπό μελέτη φαινόμενο. Εν αντιθέσει, η ποιοτική έρευνα είναι χαρακτηρισμένη από την επιδίωξη των ερευνητών να εξερευνήσουν και να κατανοήσουν εις βάθος τις αντιλήψεις, πεποιθήσεις και εμπειρίες ενός συνόλου ατόμων που εμπλέκονται σε ένα φαινόμενο, προκειμένου να αποκρυσταλλώσουν μια γνώση που είναι πιο βαθιά, άρτια και περισσότερο επεξεργασμένη για το φαινόμενο αυτό και που παρέχει μια βαθύτερη, πλέον ολιστική ερμηνεία για τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα και το περιβάλλον αυτών (Mantzoukas, 2004; Μαντζούκας, 2007). Υπό αυτό το πρίσμα, οι ποσοτικές μέθοδοι αποσκοπούν να εξηγήσουν, ενώ οι ποιοτικές μέθοδοι να κατανοήσουν τα διάφορα φαινόμενα που μελετούν (Ίσαρη και Πουρκός, 2020).

Οι ποιοτικές έρευνες παρέχουν τα εχέγγυα για την εις βάθος διερεύνηση και ερμηνεία διαφόρων διαστάσεων, που προσλαμβάνουν οι ανθρώπινες πεποιθήσεις, οι συμπεριφορές, οι στάσεις, οι εμπειρίες, οι αξίες, οι απόψεις και οι γνώσεις των ανθρώπων, κάτι που δεν δύναται να επιτευχθεί με τις ποσοτικές ερευνητικές μεθόδους. Τέλος, είναι ιδιαιτέρως χρήσιμες σε περιπτώσεις, που διερευνούν ένα θέμα σε πρωταρχικό επίπεδο και ως εκ οι ερευνητές δεν έχουν αποκτήσει εις βάθος κατανόηση και διαθέτουν περιορισμένη γνώση (Γαλάνης, 2017).

Στα πλεονεκτήματα των ποιοτικών μεθόδων συγκαταλέγονται η σημαντική συμβολή τους στη διερεύνηση νέων ερευνητικών θεμάτων και στην κατασκευή θεωριών με

επαγωγικό τρόπο. Περαιτέρω, η ερευνητική διαδικασία σε αυτές είναι αναδυόμενη και δυναμική, υπό την έννοια ότι ο ερευνητικός σχεδιασμός που πραγματοποιήθηκε αρχικά δεν είναι οριστικός, αλλά ένα προσχέδιο που καθώς προχωρά η έρευνα δύναται να αναπροσαρμοστεί ή να αλλάξει σε οποιοδήποτε στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας. Επιπλέον, το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζει στο να καταγράψει και να αναλύσει σύνθετα, μοναδικά και δυναμικά φαινόμενα. Τέλος, επισημαίνεται, ότι η ποιοτική μεθοδολογία κατά βάσει συνιστά μια ερμηνευτική διαδικασία, εφόσον σε όλες τις φάσεις της ερευνητικής διαδικασίας ο ερευνητής προχωρά στην ερμηνεία των όσων βλέπει, ακούει και κατανοεί (Ισαρη και Πουρκός, 2020).

Ωστόσο, η ποιοτική έρευνα παρουσιάζει και ορισμένα μειονεκτήματα. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα της υπό διεξαγωγή έρευνας επηρεάζεται σημαντικά από τις δεξιότητες των ερευνητών, καθώς και από τις προκαταλήψεις και την ιδιοσυγκρασία τους. Επίσης, η ανάλυση και η ερμηνεία των δεδομένων καθίσταται συχνά χρονοβόρα, λόγω του μεγάλου όγκου τους, ενώ αρκετές φορές, η ποιοτική μέθοδος δεν χαιρεί της ίδιας αποδοχής με την ποσοτική έρευνα στους κόλπους της επιστημονικής κοινότητας. Σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί και η συχνά αναπόφευκτη παρουσία των ερευνητών κατά το στάδιο συλλογής των δεδομένων, γεγονός που θα μπορούσε να ασκήσει κάποια επίδραση στις απαντήσεις των ερωτώμενων. Περαιτέρω δυσκολίες κατά την παρουσίαση των δεδομένων θα μπορούσαν να προκληθούν από τα ζητήματα που άπτονται της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας των υποκειμένων. Τέλος, στις ποιοτικές έρευνες η οπτικοποίηση των ευρημάτων μπορεί να αποτελέσει μια δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία (Anderson, 2010; Rahman, 2017).

Όσον αφορά στη μεθοδολογία της μελέτης περίπτωσης, αυτή μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διερεύνηση και κατανόηση ζητημάτων αυξημένης πολυπλοκότητας και να αναδειχθεί σε μια πολύτιμη ερευνητική μέθοδο και ειδικότερα, όταν είναι αναγκαία μια ολιστική και εις βάθος έρευνα (Zaidah, 2007). Έχοντας αναγνωριστεί ως πολύτιμη μέθοδος σε ένα μεγάλο αριθμό ερευνών στο πεδίο των κοινωνικών επιστημών, αναδεικνύεται ο καίριος ρόλος της, κατά την εξέταση θεμάτων σχετικών με την εκπαίδευση (Gulsecen and Kubat, 2006), την κοινωνιολογία (Grassel and Schirmer, 2006), καθώς και διαφόρων ζητημάτων σε επίπεδο κοινότητας (Johnson, 2006). Από όλες τις μεθόδους έρευνας των κοινωνικών επιστημών, η μελέτη

περίπτωσης έχει ενδεχομένως υποστεί τη δριμύτερη κριτική, λόγω της έλλειψης σαφώς καθορισμένου πρωτοκόλλου. Έχει υποστηριχθεί, ότι η μεθοδολογική κριτική που απευθύνεται στις μελέτες περίπτωσης βασίζεται επίσης στο, ότι αυτές δεν μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για την αιτιότητα και τις γενικές περιστάσεις. Παρόλο που η μελέτη περίπτωσης υφίσταται έντονη κριτική, η μέθοδος δεν στερείται υποστηρικτών με ένα τεράστιο αριθμό περιπτώσιολογικών μελετών να εκπονείται και να δημοσιεύεται ετησίως σε επιστημονικά περιοδικά (Reis, 2013; Krusevnic, 2016). Η μελέτη περίπτωσης αποτελεί μια εντατική ερευνητική μέθοδο και μπορεί να οριστεί ως μια σε βάθος έρευνα λίγων μονάδων με πολλές μεταβλητές, η οποία στοχεύει στην απόκτηση μιας πιο πλήρους εικόνας για ένα φαινόμενο ή γεγονός και επικεντρώνεται σε συγκεκριμένη μονάδα. Οι αναφερθείσες μονάδες είναι διαφορετικών ειδών και σχετίζονται τόσο με τον χώρο, όσο και με τον χρόνο και μπορεί να αφορούν ένα άτομο, μια ομάδα, έναν οργανισμό ή μια κοινότητα σε τοπικό επίπεδο. Οι μελέτες περίπτωσης είναι κατάλληλες για την καλύτερη κατανόηση της διάδρασης μεταξύ ενός πλαισίου και ενός φαινομένου (Krusevnic, 2016).

Στα πλεονεκτήματα της μελέτης περίπτωσης, συγκαταλέγεται το γεγονός, ότι τα δεδομένα εξετάζονται συνήθως στο πλαίσιο χρήσης τους, ήτοι στην κατάσταση, όπου αναδύεται η μελετώμενη δραστηριότητα. Επιπλέον, οι διαφορές που εντοπίζονται σε όρους εγγενών, οργανικών και συλλογικών προσεγγίσεων καθιστούν δυνατή την πραγματοποίηση και ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης δεδομένων. Ακόμη, οι λεπτομερείς ποιοτικές καταγραφές, που προκύπτουν συχνά στο πλαίσιο περιπτώσιολογικών μελετών επιτρέπουν όχι μόνο στο να διερευνηθούν και να περιγραφούν τα δεδομένα στο πλαίσιο της πραγματικότητας, αλλά να εξηγηθούν οι περιπλοκές των πραγματικών καταστάσεων, που ενδεχομένως δεν καταγράφονται μέσα από μια ποσοτική έρευνα (Zaidah, 2007; Krusevnic, 2016).

Όσον αφορά τα μειονεκτήματα των περιπτώσιολογικών μελετών, συχνά υπόκεινται σε κριτική ως προς την έλλειψη αυστηρότητας και την παροχή ελάχιστης βάσης για την πραγματοποίηση επιστημονικών γενικεύσεων, εφόσον βασίζονται σε περιορισμένο αριθμό θεματικών και αξόνων. Συχνά δε, έχει επισημανθεί, ότι είναι χρονοβόρες, παρουσιάζουν δυσκολίες ως προς την διεξαγωγή τους, ενώ παράγουν τεράστιο όγκο δεδομένων. Εν κατακλείδι, οι μελέτες περίπτωσης χαρακτηρίζονται ως έχουσες σημαντική χρησιμότητα στην έρευνα, εφόσον επιτρέπουν στον ερευνητή να

εξετάσουν δεδομένα σε μακροπρόθεσμο επίπεδο και συνιστούν μια πρακτική λύση στην περίπτωση δυσκολίας επίτευξης ενός μεγάλου μεγέθους δείγματος. Παρά τις επικρίσεις αναφορικά με την έλλειψη αυστηρότητας, το μικρό μέγεθος δείγματος και το ενδεχόμενο προκατειλημμένης ερμηνείας των δεδομένων από πλευράς ερευνητή, η ερευνητική μέθοδος εξακολουθεί να χρησιμοποιείται εκτεταμένα σε μελέτες, που διερευνούν πραγματικές καταστάσεις και αφορούν μια σειρά κοινωνικών ζητημάτων και προβλημάτων (ibid).

6.3 Ερευνητικές τεχνικές & εργαλεία συλλογής δεδομένων

Περαιτέρω, χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική συνέντευξη, η οποία είναι μια εκ των ευρύτερα διαδεδομένων μεθόδων, προκειμένου να συλλεχθούν και να παραχθούν ποιοτικά ερευνητικά δεδομένα. Η διαφορά μεταξύ ποιοτικής και ποσοτικής συνέντευξης, έγκειται στο ότι η τελευταία είναι βασισμένη στη λογική, ότι αποτελεί ένα αντικειμενικό εργαλείο, το οποίο παρέχει τη δυνατότητα να συλλεχθούν πληροφορίες από τις συνεντεύξεις, οι οποίες είναι αντανάκλαση της πραγματικότητας. Εν αντιθέσει, η μέθοδος της ποιοτικής συνέντευξης είναι βασισμένη στην εθνομεθοδολογική προσέγγιση, που εκλαμβάνεται την συνέντευξη ως μια συζήτηση, καθώς επίσης ως διαδικασία για την κατασκευή κοινωνικού νοήματος. Από αυτή την οπτική, η συνέντευξη είναι μια ζωντανή διαδικασία για την κατεργασία και διαμόρφωση νοήματος, όπου συμμετέχουν τόσο συνεντεύκτης, όσο και συνεντευξιαζόμενος μέσω μιας σχέσης αμοιβαιότητας και αλληλεπίδρασης (Κυριαζή, 2009; Λάλλας, 2019).

Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ημιδομημένης συνέντευξης, που εκ φύσεως είναι ανοιχτή και δεν έχει να συμπεριλάβει ένα σύνολο από προκαθορισμένες ερωτήσεις, αλλά αντιθέτως μια σειρά ευρέων θεματικών, επί των οποίων ο συνεντευξιαζόμενος καλείται να τοποθετηθεί με ελευθερία γύρω από ένα συγκεκριμένο ζήτημα. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ερευνητής επιλέγει ένα σύνολο θεματικών, που ο ίδιος θεωρεί σημαντικές και επί των θεματικών αυτών θα βασιστεί η διάδραση μεταξύ του συνεντεύκτη και του συνεντευξιαζόμενου (Ισαρη και Πουρκός, 2015). Η ημιδομημένη συνέντευξη προσλαμβάνει τη μορφή συζήτησης, στο πλαίσιο της οποίας οι ερευνώμενοι-ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να

αναπτύξουν τη δική τους σκέψη και λόγο, ή άλλως ειπείν να απαντήσουν με τους δικούς τους όρους χωρίς την καθοδήγηση σαφώς διατυπωμένων ερωτήσεων, που κατά το σύνηθες αποτελούν έκφραση του τρόπου αντίληψης και των εννοιολογικών των κατηγοριών του ερευνητή επί του μελετώμενου φαινομένου (Λάλλας, 2019). Ενώ στο πλαίσιο της δομημένης συνέντευξης, από τον ερευνητή τίθεται ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων στους συνεντευξιαζόμενους από ένα οδηγό συνέντευξης σε έντυπη μορφή και τα χαρακτηριστικά της προσιδιάζουν έντονα σε εκείνα ενός προφορικού ερωτηματολογίου, στην περίπτωση της ημιδομημένης συνέντευξης, ο ερευνητής δεν είναι αυστηρά περιορισμένος στο να θέσει τα αρχικά ερωτήματα, αλλά έχει τη δυνατότητα παρέμβασης ζητώντας επιπρόσθετες διευκρινήσεις, ενώ οι ερωτώμενοι δύνανται να εκφράσουν την άποψη τους ελεύθερα (Κασσωτάκης, 2018).

Το σημαντικό πλεονέκτημα της προσέγγισης αυτής έγκειται στο γεγονός, ότι έχει τη δυνατότητα ανάδειξης νέων μη προκαθορισμένων από τον ερευνητή θεμάτων που προκύπτουν μέσα από τις τοποθετήσεις των ίδιων των συνεντευξιαζόμενων. Επιπλέον, παρουσιάζει αξιοσημείωτη ευελιξία, εφόσον παρέχει:

1. Τη δυνατότητα να τροποποιηθεί το περιεχόμενο των ερωτήσεων ανάλογα με τον εκάστοτε συνεντευξιαζόμενο,
2. Τη δυνατότητα εμβάθυνσης σε ορισμένα ζητήματα που μελετώνται στην έρευνα με ερευνώμενους, που θεωρούνται κατάλληλοι,
3. Τη δυνατότητα αλλαγής της σειράς, με την οποία ο ερευνητής απευθύνει τις ερωτήσεις στον ερωτώμενο, και
4. Τη δυνατότητα πρόσθεσης ή αφαίρεσης ερωτήσεων ή θεματικών προς συζήτηση (Ισαρη και Πουρκός, 2015).

Ωστόσο, η μέθοδος δεν στερείται μειονεκτημάτων, εφόσον θέτει σημαντικές απαιτήσεις και είναι χρονοβόρα τόσο στο στάδιο της διεξαγωγής, όσο και στο στάδιο σχεδιασμού και ανάλυσης των δεδομένων. Περαιτέρω, θέτει σημαντικές απαιτήσεις ως προς τις ικανότητες –και δη τις επικοινωνιακές– του ερευνητή, ο οποίος θα πρέπει να είναι ευέλικτος, καθώς επίσης να διαθέτει αυξημένη ευαισθησία σε ζητήματα, που άπτονται της ηθικής και δεοντολογίας και να επιδεικνύει γνήσιο ενδιαφέρον. Τέλος, δεν συνιστά εύκολη επιλογή, εν αντιθέσει με την κρατούσα άποψη βάσει της οποίας,

η ημιδομημένη συνέντευξη δεν διαφέρει σημαντικά από μια καθημερινή συζήτηση, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί από οποιονδήποτε, εύκολα και ελλείψει ερευνητικού σχεδιασμού (Mason, 2009, σελ. 130; Ίσαρη και Πουρκός, 2015).

6.4 Σχεδιασμός της έρευνας

6.4.1 Οδηγός Συνέντευξης

Η συνέντευξη βασίστηκε σε ένα οδηγό αποτελούμενο από 4 κύριες θεματικές, ήτοι την ηλεκτρονική διακυβέρνηση, την εκπαίδευση κατάρτιση του προσωπικού, τη διάσταση της ποιότητας και την αντίσταση στην αλλαγή. Κάθε ένας από τους άξονες περιλαμβάνει 4 ερωτήματα ως ακολούθως:

ΠΥΛΩΝΑΣ: Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση

1. Θεωρείτε ότι στο νοσοκομείο η αξιοποίηση των σύγχρονων εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης είναι επαρκής;
2. Θεωρείτε ότι τα ηλεκτρονικά εργαλεία που σας παρέχονται στο νοσοκομείο κάνουν τη δουλειά σας ευκολότερη;
3. Αξιολογήστε την ικανότητα σας να χρησιμοποιείται με ευχέρεια τα ηλεκτρονικά εργαλεία και συστήματα που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο.
4. Ποια ζητήματα αντιμετωπίζει το νοσοκομείο ως προς την ηλεκτρονική διακυβέρνηση;

ΠΥΛΩΝΑΣ: Εκπαίδευση/ Κατάρτιση Προσωπικού

1. Περιγράψτε μας την εμπειρία σας γύρω από την εκπαίδευση/κατάρτιση.
2. Θεωρείτε, ότι σας παρέχονται τα κίνητρα και οι απαραίτητες διευκολύνσεις για τη συμμετοχή σας σε επιμορφωτικά προγράμματα/σεμινάρια;
3. Το νοσοκομείο σας παρέχει επαρκείς ευκαιρίες για εκπαίδευση/κατάρτιση;
4. Θεωρείτε, ότι η επαγγελματική εκπαίδευση/κατάρτιση σας συμβάλλει ουσιαστικά στην επαγγελματική σας εξέλιξη;

ΠΥΛΩΝΑΣ: Η Διάσταση της Ποιότητας

1. Θεωρείτε πως η λειτουργία και οργάνωση του νοσοκομείου είναι προσανατολισμένη στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες; Ποιες σχετικές δράσεις γνωρίζετε;
2. Πιστεύετε, ότι το Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης επιτελεί αποτελεσματικά το έργο του; Εξηγήστε.
3. Μετρούνται κατά τη γνώση σας στο νοσοκομείο δείκτες ποιότητας (πτώσεις, κατακλίσεις, ικανοποίηση πολιτών κ.λπ.);
4. Θεωρείτε, ότι το νοσοκομείο διαπνέεται από μια κουλτούρα που είναι προσανατολισμένη στην ποιότητα; Εξηγήστε.

ΠΥΛΩΝΑΣ: Αντίσταση στην Αλλαγή

1. Θεωρείτε πως οι αλλαγές είναι κάτι το αρνητικό;
2. Αντιμετώπισατε δυσκολίες να προσαρμοστείτε σε κάποια αλλαγή, που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο π.χ. την εισαγωγή ενός νέου πληροφοριακού συστήματος; Εξηγήστε.
3. Λαμβάνετε κατά τη γνώμη σας την απαραίτητη υποστήριξη, προκειμένου προσαρμοστείτε στις αλλαγές που πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο;
4. Θεωρείτε, ότι είναι εύκολο ή δύσκολο να πραγματοποιηθούν σημαντικές αλλαγές στο νοσοκομείο; Εξηγήστε τους λόγους.

6.4.3 Το δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 10 εργαζόμενοι του υπό μελέτη θεραπευτηρίου, που προέρχονται από το σύνολο των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Προκειμένου να ληφθεί μια πληρέστερη εικόνα για το πως η έλευση της πανδημίας επηρέασε την εφαρμογή της τηλεργασίας, αλλά και την επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων/στελεχών επιλέχθηκαν εργαζόμενοι από όλες τις κλίμακες της ιεραρχίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε διάστημα τριών μηνών, ήτοι από τον Μάρτιο έως τον Ιούνιο του 2022, ενώ για τη διεξαγωγή της ελήφθησαν οι απαραίτητες άδειες από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου Λέρου.

Η μέθοδος δειγματοληψίας που πραγματοποιήθηκε ήταν ευκολίας, επιλογή που υπαγορεύτηκε από μια σειρά πρακτικών και χρονικών περιορισμών (Ζαφειρόπουλος, 2017). Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 13 συνεντεύξεις, εκ των οποίων οι 3 ήταν πιλοτικές, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η στάθμιση των ερωτήσεων του οδηγού της συνέντευξης. Οι υπόλοιπες 10 αποτέλεσαν το τελικό δείγμα της μελέτης, από το οποίο αντλήθηκαν και τα πορίσματα της. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείται από γυναίκες και άνδρες, ενώ συμμετέχοντες προέρχονταν από την ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία, προκειμένου να διασφαλιστεί η ισότιμη συμμετοχή εργαζομένων από το σύνολο των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

6.5 Μέθοδος Ανάλυσης

Μετά το πέρας της συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανάλυση τους μέσω τις μεθόδου ανάλυσης περιεχομένου και πιο συγκεκριμένα της θεματικής ανάλυσης (thematic analysis), η οποία εστιάζει σε ζητήματα που άπτονται του υπό μελέτη αντικειμένου και ανακύπτουν από τη μελέτη του προφορικού ή του γραπτού λόγου (Γιαννιάς, 2015). Στόχος της θεματικής ανάλυσης είναι η συστηματική ανίχνευση, οργάνωση και κατανόηση προτύπων νοήματος (θεμάτων) από ένα σύνολο δεδομένων, παρέχοντας τρόπον τινά γνωστική πρόσβαση σε ένα σύνολο συλλογικών σημασιοδοτήσεων και εμπειριών (Τσιώλης, 2015, σελ. 479). Πρόκειται για μια ιδιαίτερος εύχρηστη μέθοδο, μέσα από την οποία οι νέοι ερευνητές δύνανται να αποκτήσουν δεξιότητες, οι οποίες θα μπορούσαν να αποδειχθούν πολύ χρήσιμες στο πλαίσιο προσεγγίσεων της ποιοτικής ανάλυσης, που είναι περισσότεροι εξειδικευμένες (Ισαρη και Πουρκός, 2015). Η εν λόγω προσέγγιση εντάσσεται στις θεωρητικές ή επιστημολογικές θέσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από αυξημένη ευελιξία και ως εκ τούτου καθιστούν ευκολότερη την αξιοποίηση τους από οποιοδήποτε ερευνητή, ανεξαρτήτου θεωρητικού υποβάθρου (Τσιώλης, 2015).

Ωστόσο, η ευελιξία της εν λόγω προσέγγισης, από κοινού με την έλλειψη επαρκούς οριοθέτησης της συγκεκριμένης προσέγγισης στη βιβλιογραφία, δημιουργούν την ανάγκη προσδιορισμού της ανάλυσης του σε όρους θεωρητικού, όσο και επιστημολογικού επιπέδου. Περαιτέρω, οι επιδιώξεις του ερευνητή και το τι αντιπροσωπεύουν τα αναδυόμενα μοτίβα και θέματα θα πρέπει να οριοθετηθούν με

σαφήνεια (Ισαρη & Πουρκός, 2015). Ειδικότερα, θα ακολουθηθεί μια απαγωγική πορεία για την ανάλυση των δεδομένων, στο πλαίσιο της οποίας ναι μεν το μελετώμενο πεδίο προσεγγίζεται υπό το πρίσμα ενός θεωρητικού και εννοιολογικού πλαισίου, αλλά χωρίς ο ερευνητής να προσκολλάται σε αυτό δογματικά. Αντιθέτως, το πλαίσιο αυτό δύναται να υποστεί μετασχηματισμό στο στάδιο της επεξεργασίας των δεδομένων.

Επί της ουσίας, σε πρώτο στάδιο πραγματοποιήθηκε μια βιβλιογραφική επισκόπηση, προκειμένου να συγκροτηθούν τα εννοιολογικά σχήματα και θέματα, αλλά κατά τη φάση της κωδικοποίησης τα αποτελέσματα δεν ταξινομήθηκαν στη βάση αυτών εννοιολογικών θεμάτων και σχημάτων, αλλά μάλλον τα τελευταία υπόκεινται σε μετασχηματισμό, προκειμένου να ευθυγραμμιστούν τα ευρήματα της μελέτης με σκοπό την παραγωγή της νέας γνώσης. Μέσα από αυτή την αναλυτική πορεία, ο ερευνητής δεν διαδραματίζει το ρόλο του παθητικού δέκτη των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Αντιθέτως, έρχεται να αναπτύξει μια διαλογική σχέση με τα δεδομένα, με τρόπο δημιουργικό και μπορεί να εντοπίσει χωρίς δογματισμούς ευρήματα, τα οποία ενδεχομένως είναι αδογμάτιστα και τον οδηγούν να κατασκευάσει νέα θεωρητικά σχήματα (Τσιώλης, 2015).

Επιπρόσθετα, η μελέτη περίπτωσης αναλύθηκε υπό το πρίσμα της διατμηματικής προσέγγισης, στο πλαίσιο της οποίας εντοπίζεται κατατομή μεταξύ διαφορετικών περιπτώσεων και πραγματοποιείται η κατηγοριοποίηση τους μέσα από ένα σύστημα από κώδικες ή κάποιους θεματικούς άξονες, που έχουν τεθεί από τον ερευνητή. Το επίπεδο για την ανάλυση των δεδομένων, το οποίο επιλέχθηκε είναι η ανάλυση επιτέλεσης, που είναι γνωστή και ως διαλογική ανάλυση. Η επιλογή αυτή υπαγορεύθηκε από την επικοινωνιακή σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ομιλητών και ακροατών, η οποία είναι διαλογική και ο χαρακτήρας της είναι επιτελεστικός. Εντός του πλαισίου αυτού, από τον ερευνητή θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες συνθήκες, οι υφιστάμενες κοινωνικές συμβάσεις, η επίδραση της παρουσίας του, κ.λπ. Έτσι, τα πρότυπα και νοήματα αντλούνται από ένα ευρύτερο πλαίσιο, εντός του οποίου κατά τη διαδικασία επεξεργασίας των δεδομένων επιλέχθηκε η ερμηνευτική ανάγνωση. Μέσα από αυτήν την τεχνική ανάγνωσης δίδεται η δυνατότητα εντοπισμού των υποβοσκομένων μοτίβων, μέσω των οποίων δρουν οι συμμετέχοντες

στην έρευνα, των μηχανισμών αιτιότητας που υφέρπουν στην κοινωνική πράξη, καθώς και των αντιλήψεων τους για ορισμένα κοινωνικά φαινόμενα (ibid).

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι κατά το στάδιο της ανάλυσης των αποτελεσμάτων θα πραγματοποιηθεί η παράθεση ορισμένων αυτούσιων αποσπασμάτων από τις συνεντεύξεις για την έκφραση των απόψεων των συμμετεχόντων, από κοινού με το σχολιασμό του ερευνητή στις περιπτώσεις εκείνες, που κάτι τέτοιο θεωρείται δόκιμο, ώστε να αποσαφηνιστούν ορισμένες λεπτομέρειες (Κασσωτάκης, 2018).

6.6 Δεοντολογία της Έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας τηρήθηκαν οι επιταγές του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR). Ειδικότερα, τηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων, ενώ καμία απάντηση δεν μπορεί να οδηγήσει σε φυσικό πρόσωπο. Περαιτέρω, λήφθηκαν τα μέτρα προστασίας κατά του COVID-19 (μάσκα κ.λπ.). Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν, ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι σε εθελοντική βάση, ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές, καθώς επίσης ότι τα δεδομένα, που συλλέχθηκαν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα για κάθε πυλώνα που εξετάστηκε. Σημειώνεται, ότι όλα τα ερωτήματα απαντήθηκαν από τους συμμετέχοντες.

7.1 Πυλώνας: Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση

Όσον αφορά τις απόψεις των εργαζομένων για την επάρκεια ως προς την αξιοποίηση των σύγχρονων εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν προκύπτει, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων δεν θεωρεί, ότι το υπό μελέτη θεραπευτήριο αξιοποιεί επαρκώς τις σύγχρονες τεχνολογίες. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε, *«όχι, η αξιοποίηση των σύγχρονων εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στο νοσοκομείο δεν είναι επαρκής από μεγάλη μερίδα του προσωπικού»* (Σ2).

Επιπλέον, το σύνολο των συνεντευξιαζόμενων εξέφρασε την άποψη, ότι τα ηλεκτρονικά εργαλεία που τους παρέχονται στο νοσοκομείο καθιστούν την καθημερινή τους εργασία ευκολότερη και δη όσον αφορά την εξοικονόμηση χρόνου, τη μείωση του σφάλματος και την αύξηση αποδοτικότητας: *«ναι, βοηθούν πολύ στην καλύτερη λειτουργία του τμήματος. Εξοικονομείται χρόνος, οι εξετάσεις των ασθενών προγραμματίζονται ηλεκτρονικά κάτι που είναι πολύ πιο ασφαλές και διευκολύνει την ομαλή λειτουργία του τμήματος και την γρηγορότερη διεκπεραίωση των εργασιών»* (Σ4).

Θετικά αξιολογούν οι εργαζόμενοι και την ικανότητα τους να χρησιμοποιούν με ευχέρεια τα ηλεκτρονικά εργαλεία και συστήματα που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο. Σημειώνεται, ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αξιολογεί την ευχέρεια τους ως μέτρια έως αρκετά ικανοποιητική, ενώ ως άριστη την αξιολόγησε μόνο ένας συμμετέχων. Από τα δεδομένα καταδεικνύεται, ότι η αυξανόμενη τριβή με τα υφιστάμενα εργαλεία και συστήματα φαίνεται πως βελτιώνει την ικανότητα των συνεντευξιαζόμενων να τα χρησιμοποιούν *«η ικανότητα μου στο χειρισμό των ηλεκτρονικών εργαλείων είναι μέτρια αλλά βελτιώνεται όσο χρησιμοποιώ το πρόγραμμα»* (Σ10).

Αναφορικά με τα ζητήματα που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο σε όρους ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, η πλειοψηφία των ερωτώμενων, ανέδειξε κατά κύριο λόγο την ελλιπή κατάρτιση/εκπαίδευση των εργαζομένων για την αποτελεσματική χρήση των νέων εργαλείων και ειδικότερα: *«δεν κατέχουν όλοι οι Διοικητικοί υπάλληλοι τις δεξιότητες ως προς την πλήρη χρήση όλων των ηλεκτρονικών εργαλείων και καθώς πολύ συχνά προστίθενται νέα, προκύπτει η αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση κυρίως υπαλλήλων μεγαλύτερης ηλικίας»* (Σ1). Περαιτέρω, ένας συνεντευξιαζόμενος ανέδειξε και το ζήτημα της έλλειψης υποδομών και του φόβου για την τεχνολογία: *«τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε αφορούν την ελλιπή εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, την έλλειψη υποδομών, αλλά και το φόβο- άρνηση στις νέες τεχνολογίες»* (Σ2). Επιπλέον, ορισμένοι εργαζόμενοι του θεραπευτηρίου υποδεικνύουν ορισμένα πρακτικής φύσεως ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής ταχύτητας του δικτύου ως ακολούθως: *«.....η σύνδεση στο διαδίκτυο είναι αργή κάποιες φορές προκαλώντας προβλήματα στην ομαλή λειτουργία των αναλυτών και στην ταχύτητα διεξαγωγής των εργασιών....»* (Σ4).

7.2 Ψυλώνας: Εκπαίδευση/ Κατάρτιση Προσωπικού

Όσον αφορά την παροχή εκπαίδευσης/κατάρτισης στο διοικητικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, το ήμισυ περίπου των συμμετεχόντων δήλωσε, ότι δεν έχει λάβει κάποια σχετική εκπαίδευση ή θεωρεί την παρεχόμενη εκπαίδευση ανεπαρκή: *«λάβαμε στοιχειώδη- μηδενική εκπαίδευση. Η γνώση αποκτήθηκε κυρίως με την προσωπική ενασχόληση με τα ηλεκτρονικά εργαλεία- συστήματα και προϋπάρχουσες γνώσεις μου σε ηλεκτρονικά εργαλεία (H/Y, προγράμματα)»* (Σ2). Περαιτέρω, από την κωδικοποίηση των δεδομένων προκύπτει, ότι κατά κύριο λόγο η εκπαίδευση αφορούσε εξειδικευμένα τμήματα της λειτουργίας του νοσοκομείου, όπως επί παραδείγματι τη χρήση του νέου πληροφοριακού συστήματος, που εισήχθη στο νοσοκομείο: *«αρκετές φορές μέσα στο έτος χρειάζεται να συμμετάσχουμε σε εκπαίδευση και επιμόρφωση ως προς τη χρήση κυρίως των νέων δυνατοτήτων στην πλατφόρμα μηχανογράφησης του νοσοκομείου* (Σ3). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι υπήρξαν και εργαζόμενοι, που εξέφρασαν ικανοποίηση ως προς την παρεχόμενη εκπαίδευση: *«αρκετά χρήσιμη και κατατοπιστική καθώς μέσα από την εκπαίδευση και κατάρτιση έγιναν κατανοητές οι διαδικασίες, οι νόμοι που*

πρέπει να εφαρμόζονται καθώς και το νομικό πλαίσιο που καλύπτει το εκάστοτε προσωπικό ανάλογα με τον τομέα – υπηρεσία που εργάζονται» (Σ5).

Αρνητικές είναι και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα κίνητρα και τις διευκολύνσεις, που τους παρέχονται για τη συμμετοχή τους σε επιμορφωτικά προγράμματα/σεμινάρια: *«όχι σε καμία περίπτωση το αντίθετο θα έλεγα» (Σ9), «όχι, θεωρώ πως δεν υπάρχουν κίνητρα καθώς και οι απαραίτητες ενημερώσεις σχετικά με τα επιμορφωτικά προγράμματα. Η συμμετοχή εξαρτάται από την επιθυμία του εργαζόμενου να συμμετέχει σε τέτοια προγράμματα» (Σ5).* Αναδεικνύονται επίσης και ορισμένα πρακτικά εμπόδια για τη συμμετοχή σε σεμινάρια ή επιμορφωτικά προγράμματα, ειδικά όταν αυτά πραγματοποιούνται εκτός νησιού *«κίνητρα για τον καθένα ξεχωριστά για το αντικείμενο του θεωρώ πως υπάρχουν, οι απαραίτητες διευκολύνσεις είναι ίσως λίγο υποκειμενικό. Μία εκπαιδευτική άδεια είναι σαφώς διευκόλυνση, ίσως και κίνητρο. Η μη δυνατή κάλυψη ευθυνών για κάποιον που πρέπει να φύγει από το νησί για να πάει να παρακολουθήσει σεμινάριο σε άλλο τόπο θα μπορούσε να είναι εμπόδιο» (Σ7).*

Παρόμοια είναι και η εικόνα ως προς τις αντιλήψεις των εργαζομένων για τις παρεχόμενες ευκαιρίες για εκπαίδευση, εφόσον η συντριπτική πλειοψηφία αξιολόγησε αρνητικά τις παρεχόμενες ευκαιρίες εκπαίδευσης. Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει, ότι κατά κύριο λόγο τα επιμορφωτικά προγράμματα, που προσφέρονται, απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες του προσωπικού, όπως επί παραδείγματι το νοσηλευτικό προσωπικό: *«από το 2017 που εργάζομαι στο νοσοκομείο δεν έχει οργανωθεί κάποια δραστηριότητα για επιμόρφωση πέραν του μηχανογραφικού συστήματος. Γνωρίζω όμως, ότι στο νοσηλευτικό τομέα γίνονται σεμινάρια εξ αποστάσεως τα οποία παρακολουθούν ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μέσω της Τηλεϊατρικής αίθουσας» (Σ3), «όχι δυστυχώς, τουλάχιστον στο δικό μου τομέα. Ίσως λόγω κόστους αν και τα προγράμματα/σεμινάρια γίνονται πια εξ αποστάσεως χωρίς να χρειάζεται μετακίνηση σε άλλο τόπο» (Σ8).*

Απόλυτη ομοφωνία παρατηρήθηκε στις απόψεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη συμβολή της επαγγελματικής εκπαίδευσης/κατάρτισης στην επαγγελματική τους εξέλιξη, οι οποίοι μάλιστα τονίζουν, ότι αυτή συμβάλλει πέραν της επαγγελματικής και στην προσωπική τους εξέλιξη: *«οι ευκαιρίες για εκπαίδευση/κατάρτιση θα*

βοηθούσαν όχι μόνο στην προσωπική εξέλιξη μου αλλά κ στην καλύτερη απόδοση μου στην εργασία μου. Η διαρκής εκπαίδευση βοηθά στην διαρκή εξέλιξη και γνώση» (Σ4).

Σημαντικό είναι, ότι οι εργαζόμενοι του θεραπευτηρίου αναγνωρίζουν τη σημασία της επαγγελματικής εκπαίδευσης/κατάρτισης, προκειμένου αυτό να ανταπεξέλθει επαρκώς στις προκλήσεις ενός ταχέως μεταβαλλόμενου κόσμου: *«η επαγγελματική εκπαίδευση σε μια εποχή που τα πάντα έχουν ψηφιοποιηθεί, είναι επιβεβλημένη για όλο το Διοικητικό προσωπικό, αν θέλουμε ως φορέας να ανταπεξέλθουμε επαρκώς στις όλο και αυξανόμενες επαγγελματικές ανάγκες. Καθώς υπάρχουν διοικητικοί υπάλληλοι, οι οποίοι την εποχή που προσλήφθηκαν δεν ήταν προαπαιτούμενη η γνώση χρήσης Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, επιβάλλεται η κατάρτιση/εκπαίδευση τους, προκειμένου να εξελίσσονται επαγγελματικά» (Σ1), «εννοείται ότι συμβάλλει στην επαγγελματική εξέλιξη, κάθε είδους εκπαίδευση είναι απαραίτητη, διότι τα δεδομένα και οι διαδικασίες αλλάζουν πολύ γρήγορα ανά διαστήματα και οφείλουμε να ενημερωνόμαστε και να εκπαιδευόμαστε εφόσον επιθυμούμε επαγγελματική, αλλά και προσωπική εξέλιξη θα έλεγα» (Σ5).*

7.3 Πυλώνας: Η Διάσταση της Ποιότητας

Αντιφατικά είναι τα ευρήματα αναφορικά με το κατά πόσον το υπό μελέτη θεραπευτήριο είναι προσανατολισμένο στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αφενός, αρκετοί εργαζόμενοι ανέφεραν, ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα, αφενός οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν να αναφέρουν κάποιες σχετικές δράσεις. Όσον αφορά τις υλοποιηθείσες δράσεις, ενδεικτικά αναφέρθηκαν: *«... τα τελευταία χρόνια η λειτουργία και οργάνωση του νοσοκομείου είναι προσανατολισμένη στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από ορισμένες αλλαγές όπως η εγκατάσταση πληροφοριακού συστήματος, η Εγκατάσταση και λειτουργία νέου ιατρικού εξοπλισμού (αζονικός, καλλιέργειες ούρων κ.α.), η πρόσληψη ιατρών (ειδικότητες όπως Ω.Ρ.Λ., ουρολόγος), η πρόσληψη μόνιμου, επικουρικού προσωπικού και συμβασιούχων, η χρήση της τηλεϊατρικής, Ανακαινίσεις (χώρος ραντεβού, Ε.Ι.) και η δημιουργία νέου Τ.Ε.Π. και λειτουργία Μ.Τ.Ν.» (Σ2).* Ωστόσο, εκφράστηκε η άποψη, ότι οι εργαζόμενοι δεν συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και καλούνται εκ των υστέρων να εφαρμόσουν αλλαγές, που αποφασίστηκαν από τη διοίκηση

χωρίς να ζητηθεί η γνώμη τους. Ειδικότερα: «ο προσανατολισμός από μόνος του, δεν εξασφαλίζει υψηλό επίπεδο στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Όλες οι αναβαθμίσεις που γίνονται, συνήθως είναι επιβεβλημένες από τα πάνω (δηλαδή δεν προκύπτουν ως ανάγκη για τη βελτίωση λειτουργίας του Νοσοκομείου), χωρίς να γίνεται οποιαδήποτε προετοιμασία/ενημέρωση/εκπαίδευση του προσωπικού, για την αναγκαιότητα που εξυπηρετείται από την κάθε εγκατάσταση/αναβάθμιση..... .Οι μη εκπαιδευμένοι υπάλληλοι, οι οποίοι αναγκάζονται εκ των συνθηκών να «μάθουν» ένα νέο αντικείμενο με το οποίο δεν είναι εξοικειωμένοι, κατέχονται από άγχος, το οποίο επιτείνεται λόγω της αίσθησης ανεπάρκειας πάνω σε ένα αντικείμενο, που μέχρι πριν θεωρούσαν ότι κατέχουν»(Σ1).

Περαιτέρω, από τις συνεντεύξεις προκύπτει, ότι στο κρατικό νοσοκομείο Λέρου δεν έχει συσταθεί Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, παρά το γεγονός, ότι υπάρχει σχετική νομοθετική πρόβλεψη. Περαιτέρω, δεν φαίνεται πως υπάρχει συστηματική καταγραφή των δεικτών ποιότητας, εφόσον όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται: «όχι συστηματικά. Συνήθως εκφράζουν ορισμένοι εξυπηρετούμενοι είτε παράπονα είτε ευχαριστίες» (Σ1).

Τέλος, αναφορικά με την ύπαρξη ή μη μιας κουλτούρας ποιότητας, η πλειονότητα των ερωτηθέντων αναφέρει, ότι λόγω και της έλλειψης πόρων εναπόκειται στο προσωπικό να κάνει, ότι καλύτερο μπορεί για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών «..... Το κάθε τμήμα προσπαθεί για το καλύτερο. Ωστόσο δεν είναι πάντα στο χέρι των εργαζόμενων η ποιοτική παροχή υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους, καθώς υπάρχουν σοβαρές ανεπάρκειες σε προσωπικό, σε δομές και σε υποστηρικτικό υλικό. Συνεπώς αυτό που πρέπει να αποσαφηνιστεί είναι ο προσδιορισμός της έννοιας της κουλτούρας και προς τα πού αυτή προσανατολίζεται...» (Σ1), «θεωρώ ότι το προσωπικό στην πλειοψηφία του προσπαθεί για το καλύτερο και για την εξέλιξη του νοσοκομείου» (Σ4). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες εντοπίζουν, ότι η εστίαση του νοσοκομείου είναι στην ποσότητα και όχι στην ποιότητα των εκροών του νοσοκομείου «αν και τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, δυστυχώς ο κύριος στόχος παραμένουν είναι οι αριθμοί, δηλαδή οικονομικά έξοδα, πλήθος εξετάσεων, πλήθος πελατών» (Σ5), «στόχος πιστεύω ήταν και θα είναι πάντα η ποσότητα, υπάρχουν όμως θετικά σημάδια βελτίωσης και στη ποιότητα» (Σ7).

7.4 Πυλώνες: Αντίσταση στην Αλλαγή

Τέλος, όσον αφορά τη στάση του προσωπικού προς τις αλλαγές, η συντριπτική πλειοψηφία τις αντιμετωπίζει ως κάτι θετικό, όπως άλλωστε αναφέρεται: *«οι αλλαγές προς όφελος και διευκόλυνση είναι η εξέλιξη και μόνο θετικές μπορούν να χαρακτηριστούν»* (Σ7). Ωστόσο, έμφαση αποδίδουν στις προϋποθέσεις, που θα πρέπει να υφίστανται για την επιτυχή υλοποίηση τους *«αρκεί να υπάρχει ενημέρωση, εκπαίδευση-κατάρτιση, κατανοητή γλώσσα, χρόνος, υπομονή και ανοικτά κανάλια επικοινωνίας»* (Σ2), *«... νέα αλλαγή χρειάζεται και τον απαραίτητο χρόνο για την εφαρμογή της»* (Σ5).

Ως προς τυχόν δυσκολίες προσαρμογής σε κάποια αλλαγή, που εισήχθη στο νοσοκομείο, η πλειονότητα των εργαζομένων δεν ανέφερε κάποια δυσκολία προσαρμογής. Τα όποια προβλήματα αναφέρθηκαν αφορούσαν κατά κύριο λόγο τα νέα πληροφοριακά συστήματα, ωστόσο φαίνεται πως οι εργαζόμενοι λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη *«αντιμετώπισα κάποιες δυσκολίες με την χρήση του πληροφοριακού συστήματος του νοσοκομείου και νέου ιατρικού εξοπλισμού. Όμως με την πάροδο του χρόνου, την τεχνική υποστήριξη του τμήματος πληροφορικής του νοσοκομείου και της απομακρυσμένης υποστήριξης της εταιρείας που το εγκατέστησε ξεπεράστηκαν σε μεγάλο βαθμό»* (Σ9).

Επιπλέον, αντιφατικά είναι τα ευρήματα ως προς την παροχή υποστήριξης για την προσαρμογή στις αλλαγές που πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο, με τους μισούς συμμετέχοντες να αναφέρουν πως υπάρχει και τους υπόλοιπους, πως δεν υπάρχει σχετική υποστήριξη.

Τέλος, οι συμμετέχοντες φαίνεται πως θεωρούν μάλλον δύσκολη υπόθεση την πραγματοποίηση σημαντικών αλλαγών στο νοσοκομείο. Τη δυσκολία αυτή αποδίδουν σε μια σειρά παράγοντες όπως το μεγάλο όγκο δεδομένων που διαχειρίζεται το νοσοκομείο *«.....καθώς ο όγκος των δεδομένων που θα πρέπει να τροποποιηθούν και να μεταφερθούν θα είναι αρκετά χρονοβόρος και δύσκολος»* (Σ3), τις διαφορές του προσωπικού *«σε ηλικιακό, γνωστικό επίπεδο και ιδεολογία και δύσκολα θα μπορούσε να λειτουργήσει οργανωμένα για το γενικότερο καλό του νοσοκομείου»* (Σ4), την ύπαρξη γραφειοκρατίας *«μπορεί να οφείλεται σε αρκετούς*

παράγοντες όπως η γραφειοκρατία κάποιο κόλλημα, οπότε χάνεται πολύτιμος χρόνος έως ότου παρθεί απόφαση ή να δοθεί έγκριση» (Σ7), αλλά και «άρνηση του προσωπικού να μάθει κάτι καινούργιο» (Σ8). Ακόμη, η δυσκολία πραγματοποίησης αλλαγών αποδόθηκε στο αυξημένο οικονομικό κόστος, που αυτές επιφέρουν, καθώς και στην «προσκόλληση με έναν τρόπο που έχει αποδειχθεί αποτελεσματικός για χρόνια (όμως όχι όμως αποδοτικός)» (Σ1).

Κεφάλαιο 8. Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τις σύγχρονες προκλήσεις, που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία, εξετάζοντας ως μελέτη περίπτωσης το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Λέρου. Δεδομένου του ταχέως μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος, όπου συχνά αναδύονται έκτακτες και απρόβλεπτες καταστάσεις, όπως η πανδημία, οι σύγχρονοι υγειονομικοί οργανισμοί θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από αυξημένη ευελιξία και να χρησιμοποιούν όλα τα διαθέσιμα εργαλεία όπως η ηλεκτρονική διακυβέρνηση, η ΔΟΠ και η επαγγελματική εκπαίδευση, προκειμένου να είναι σε θέση να προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες.

Από την παραπάνω ανάλυση, προκύπτει μια σειρά σημαντικών ευρημάτων. Αναφορικά με την αξιοποίηση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, οι συμμετέχοντες κρίνουν ότι αυτή δεν κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα στο νοσοκομείο. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το υπό μελέτη νοσοκομείο αφορούν κυρίως στην ανάγκη εκπαίδευσης και κατάρτισης για τη χρήση των νέων ηλεκτρονικών εργαλείων και ως εκ τούτου στην κατεύθυνση της κάλυψης αυτού του εκπαιδευτικού κενού θα πρέπει να κινηθούν οι όποιες μελλοντικές πρωτοβουλίες.

Όσον αφορά την εκπαίδευση, αρνητικές φαίνεται να είναι οι απόψεις των συμμετεχόντων ως προς την επάρκεια της παροχής κινήτρων και υποστήριξης για την πραγματοποίηση εκπαιδύσεων, ενώ φαίνεται πως οι όποιες εκπαιδύσεις πραγματοποιήθηκαν αφορούν συγκεκριμένες ομάδες του προσωπικού. Ωστόσο, το σύνολο των ερωτηθέντων αναγνωρίζει τη σημασία της εκπαίδευσης στην επαγγελματική, αλλά και προσωπική τους ακόμα εκπαίδευση. Συνεπώς το Νοσοκομείο καλείται να πραγματοποιήσει τις κατάλληλες προσαρμογές, στις ήδη παρεχόμενες ευκαιρίες για εκπαίδευση, μέσω της συμπερίληψης του συνόλου του προσωπικού και της παροχής της απαραίτητης υποστήριξης, στους εργαζομένους, που επιθυμούν να επιμορφωθούν.

Αναφορικά με τη διάσταση της ποιότητας, οι εργαζόμενοι αξιολογούν πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα μεν, ωστόσο δεν ήταν σε θέση να περιγράψουν σχετικές πρωτοβουλίες, δε. Ακόμη, σημαντικό εύρημα είναι ότι δεν έχει συσταθεί Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και

Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, παρά το γεγονός, ότι υπάρχει σχετική νομοθετική πρόβλεψη. Ακόμη, οι δείκτες ποιότητας δεν φαίνεται να μετρούνται, ενώ αναδεικνύεται και η αντίληψη του προσωπικού, ότι η στόχευση της λειτουργίας του νοσοκομείου είναι περισσότερο προσανατολισμένη στην ποσότητα, παρά στην ποιότητα των εκροών. Περαιτέρω, οι εργαζόμενοι αναφέρουν μιας σειρά εμποδίων στην εισαγωγή της διάστασης της ποιότητας στη λειτουργία του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης προσωπικού και πόρων, ενώ αποδίδουν αυξημένη έμφαση την ατομική και συλλογική προσπάθεια του προσωπικού για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Συνάγεται λοιπόν το συμπέρασμα, ότι η διάσταση της ποιότητας είναι εκείνη, που συνιστά και τη μεγαλύτερη πρόκληση για το Νοσοκομείο Λέρου, εφόσον φαίνεται πως έχει μεγάλη απόσταση να διανύσει.

Τέλος, τα ευρήματα από την ανάλυση του άξονα της αντίστασης στην αλλαγή καταδεικνύουν, ότι το προσωπικό αναγνωρίζει την αλλαγή ως κάτι θετικό, ενώ δεν εντοπίζει προβλήματα ως προς την ικανότητα του να προσαρμόζεται στις αλλαγές. Αντιφατικά ωστόσο είναι τα ευρήματα για την παρεχόμενη υποστήριξη, που λαμβάνουν από τη διοίκηση. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τις προκλήσεις, που συνδέονται με την πραγματοποίηση εκτεταμένων αλλαγών στον τομέα της υγείας, οι οποίες μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν τις διαφορές μεταξύ του προσωπικού, τη γραφειοκρατία, το κόστος, αλλά και την αντίσταση του προσωπικού.

Τα ευρήματα της ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε, υπογραμμίζουν την ανάγκη πραγματοποίησης σημαντικών αλλαγών και τη λήψη μέτρων, τα οποία θα πρέπει να προσανατολίζονται κατά κύριο λόγο προς την παροχή ευκαιριών κατάρτισης, την εφαρμογή αρχών της ΔΟΠ, τη μέτρηση δεικτών ποιότητας, αλλά και τη μεγαλύτερη συμμετοχή των εργαζομένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με τις σχεδιαζόμενες αλλαγές, εφόσον είναι εκείνοι, που στην ουσία θα κληθούν να τις εφαρμόσουν.

8.1 Περιορισμοί Έρευνας

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Ο κύριος περιορισμός είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος, το οποίο δεν επιτρέπει γενικεύσεις. Περαιτέρω, το υπό μελέτη νοσοκομείο αποτελεί ένα μικρό νοσοκομείο της περιφέρειας και ως εκ

τούτου, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά του συνόλου των δημόσιων νοσοκομείων. Τέλος, ένας άλλος περιορισμός αφορά την υποκειμενικότητα των συμμετεχόντων.

8.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Λαμβάνοντας υπόψη τη μεταβλητότητα του περιβάλλοντος, εντός του οποίου λειτουργούν οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και των σημαντικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν στην έγκαιρη και ενδεδειγμένη πραγματοποίηση αλλαγών, είναι αναγκαία η περαιτέρω πραγματοποίηση ερευνών προς αυτή την κατεύθυνση. Ειδικότερα, αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον θα είχε η εκπόνηση ερευνών σε μεγαλύτερες νοσοκομειακές μονάδες και δη τις προκλήσεις που αυτές αντιμετωπίζουν κατά κύριο λόγο ως προς τους πυλώνες της ποιότητας και της εκπαίδευσης, που εμφανίστηκαν ως οι πλέον προβληματικοί στην παρούσα έρευνα.

Βιβλιογραφία

- Abdellatif, A. B., Djellal, A., Abdellatif, T. and Ismail, I. (2017). Study of resistance to digital applications in healthcare organizations. *Journal of humanities and cultures studies R&D*, 2(2), pp. 1-20.
- Adejare Morenikeji, A. and John Oluwafemi, O. (2022). Towards a Theoretical Definition of Public Administration. *OSR Journal of Business and Management*, 16(3), pp. 65-70.
- Ahmad, A. and Chowdhury, D. (2021). Resistance to change during uncertainty- perspective of covid-19: An empirical investigation into resistance management in the healthcare organizations. *Review of Applied Socio-Economic Research*, 22(2), pp. 5 -20.
- Al-Abri R. (2007). Managing change in healthcare. *Oman medical journal*, 22(3), pp. 9–10.
- Al-Abri, R. K. and Al-Hashmi, I. S. (2007). The learning organisation and health care education. *Sultan Qaboos University medical journal*, 7(3), pp. 207–214.
- Algazo, F. A., Ibrahim, S. and Yusoff, W. S. (2021). Digital Governance Emergence and Importance. *Journal of Information System and Technology Management*, 6(24), pp. 18-26.
- Aliev, I. M. and Sigov, V. I. (2017). Creating a Learning Organization as an Increase in the Adaptability of a Company's Human Capital to the Volatility of the External Environment. *European Research Studies Journal*, 20(4), pp. 57-69.
- Alkhalidi, B., Sahama, T., Huxley, C. and Gajanayake, R. (2014). Barriers to implementing eHealth: a multi-dimensional perspective. *Studies in health technology and informatics*, 205, pp. 875–879.
- Alonso, J., Clifton, J. and Díaz-Fuentes, D. (2015). The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals. *Health Policy*, 119(3), pp.333-340.
- Alzoubi, M., Kadir Shahar, H., Abdul Manaf, R., Ariffin, A. and Zaid M, A. (2019). Total quality management in the health-care context: integrating the literature

- and directing future research. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, pp.167-177.
- Amjad, A. and Rehman, M. (2018). Resistance to Change in Public Organization: Reasons and How to Overcome It. *European Journal of Business Science and Technology*, 4(1), pp.56-68.
- Anderson C. (2010). Presenting and evaluating qualitative research. *American journal of pharmaceutical education*, 74(8), p. 141.
- Ansoff, H. I. (1991). Critique of Henry Mintzberg's. The Design School: Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management. *Strategic Management Journal*, 12(6), pp. 449–461.
- Ashaduzzaman, N. (2018). Implementation of Total Quality Management (TQM) in Public Organizations: A Review. *Jahangirnagar Journal of Administrative Studies, Department of Public Administration*, 11, pp. 1-15.
- Ayeleke, R., North, N., Dunham, A. and Wallis, K. (2019). Impact of training and professional development on health management and leadership competence. *Journal of Health Organization and Management*, 33(4), pp. 354-379.
- Ball, M. and Lillis, J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61(1), pp. 1-10.
- Baltussen, R. M. P. M., Yé, Y., Haddad, S. and Sauerborn, R. S. (2002). Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 17(1), pp. 42–48.
- Bardosh, K., Murray, M., Khaemba, A., Smillie, K. and Lester, R. (2017). Operationalizing mHealth to improve patient care: a qualitative implementation science evaluation of the WelTel texting intervention in Canada and Kenya. *Globalization and Health*, 13(1).
- Barry, S., Dalton, R. and Eustace-Cook, J. (2018). *Understanding Change in Complex Health Systems-A Review of the Literature on Change Management in Health and Social Care 2007–2017*. Kells, Ireland: Organisation Development and Design Services.

- Bauer, M. (1993). *Resistance to change: a functional analysis of response to technical change in Swiss Bank*. London: University of London, Department of Sociology.
- Beckett, D. and Hager, P. (2002). *Life, work and learning: Practice in postmodernity*. London: Routledge.
- Beqiri, T. and Mazreku, I. (2020). ‘Lifelong Learning, Training and Development Employee’s Perspective’, *Journal of Educational and Social Research*, 10(2), pp. 94-102.
- Bigelow, B. and Arndt, M. (1995). Total quality management: Field of dreams? *Health Care Management Review*, 20(4), pp. 15-25.
- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., Weiner, B. J., Chin, M. H., Chiu, M. and Schaefer, C. T. (2015). From strategy to action: How top managers’ support increases middle managers’ commitment to innovation implementation in health care organizations. *Health Care Manag. Rev.*, 40, pp. 159–216.
- Biswas A. (2020). *E-Governance: Meaning, Objectives, Features, and 4 Types* [online]. Διαθέσιμο στο: <https://schoolofpoliticalscience.com/what-is-e-governance/> [τελευταία πρόσβαση 02.03.2022].
- Black, N., Varaganum, M. and Hutchings, A. (2014). Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Quality & Safety*, 23(7), pp. 534–542.
- Brambilla, A., Rebecchi, A. and Capolongo, S. (2019). Evidence Based Hospital Design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 31(2), pp. 165–180.
- Briggs, D., Smyth, A. and Anderson, J. (2012). In search of capable health managers: what is distinctive about health management and why does it matter?. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 7(2), pp. 71-78.
- Britz, M. (2018). Don’t think training first for employee development. *The Central New York Business Journal*, 32(18), pp. 5-7.

- Bryson, J., Crosby, B. and Bloomberg, L. (2014). Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public Administration Review*, 74(4), pp.445-456.
- Busse, R., Panteli, D. and Quentin, W. (2019). An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. In: Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., et al. (eds.). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* [online]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. Health Policy Series, No. 53. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549277/> [τελευταία πρόσβαση 02.03.2022].
- Buttell, P., Hendler, R. and Daley, J. (2007). *Quality in Healthcare: Concepts and Practice* [online]. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/255620653_Quality_in_Healthcare_Concepts_and_Practice [τελευταία πρόσβαση 21.02.2022].
- Campbell, C., Silver, I., Sherbino, J., Cate, O. T. and Holmboe, E. S. (2010). Competency-based continuing professional development. *Medical teacher*, 32(8), pp. 657–662.
- Carcich, G. and Rafti, K. (2007). Experienced Registered Nurses' Satisfaction With Using Self-Learning Modules Versus Traditional Lecture/ Discussion to Achieve Competency Goals During Hospital Orientation. *Journal for Nurses in Staff Development (JNSD)*, 23(5), pp.214-220.
- Chaghari, M., Saffari, M., Ebadi, A. and Ameryoun, A. (2017). Empowering Education: A New Model for In-service Training of Nursing Staff. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 5(1), pp. 26–32.
- Chib, A., van Velthoven, M. H., & Car, J. (2015). mHealth adoption in low-resource environments: a review of the use of mobile healthcare in developing countries. *Journal of health communication*, 20(1), pp. 4–34.
- Choi, K., Cho, W., Lee, S., Lee, H. and Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice. *Journal of Business Research*, 57(8), pp. 913-921.

- Christensen, T. and Rykkja, L. (2020). Organizing for Crisis Management: Building Governance Capacity and Legitimacy. *Public Administration Review*, 76(6), pp.887-897.
- Coch, L. and French J. R. P. Jr. (1981). Overcoming resistance to change. *Hum Relat*, 1(4), pp. 512–532.
- Cooper, J. B., Gaba, D. M., Liang, B., Woods, D. and Blum, L. N. (2000). The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *MedGenMed : Medscape general medicine*, 2(3), p. E38.
- Cormier, G., Gino, F., Green, P. I., Chatman, J., John, L., Southwick, D., Tussing, D., Boghrati, R., Duckworth, A., Jang, L., Quirk, A., Tsay, C. and Ungar, L. (2020). The future of employee development: Fostering developmental relationships and addressing barriers. *Academy of Management Annual Meeting Proceedings*, 1, 7232.
- Cunningham, F. C., Ferguson-Hill, S., Matthews, V. and Bailie, R. (2016). Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: a mixed methods study. *BMC health services research*, 16(1), p. 583.
- Day, A., Crown, S. H. and Ivany, M. (2017). Organisational change and employee burnout: the moderating effects of support and job control. *Saf Sci.*, 100, pp. 4–12.
- Day, D.V. and Dragoni, L. (2015). Leadership development: an outcome-oriented review based on time and levels of analyses. *Annual Review Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2(1), pp. 133-156.
- De Silva, A. and Valentine, N. (2000). *A framework of measuring responsiveness* [online]. GPE Discussion Paper Series: No. 32. Geneva: World Health Organization.
- Διαθέσιμο στο:
- <https://file.qums.ac.ir/repository/vct/parastari/%d8%a8%d8%a7%d9%86%d9%83%20%d8%a7%d8%b7%d9%84%d8%a7%d8%b9%d8%a7%d8%aa/%d9%83%d8%aa%d8%a8%20%d9%85%d8%b1%d8%ac%d8%b9%d8%b3%d9>

[%84%d8%a7%d9%85%d8%aa/A+Framework+For+Measuring+Responsiveness.pdf](#) [τελευταία πρόσβαση 02.03.2022].

- Di Fabio, A. and Gori, A. (2016). Developing a new instrument for assessing acceptance of change. *Front Psychol*, 7(802), pp. 1–10.
- Dieleman, M., Toonen, J., Touré, H. and Martineau, T. (2006). The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali. *Human Resources for Health*, 4, 2.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 44(3), pp. 166–203.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment* (vol. 1). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan, USA: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. *Journal of the American Medical Association* 260, pp. 1743–1748.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), pp. 691–729.
- Drewery, D. W., Sproule, R. and Pretti, T. J. (2020). Lifelong learning mindset and career success: evidence from the field of accounting and finance. *Higher Education, Skills and Work-Based Learning*, 10(3), pp. 567-580.
- Drewery, D. W., Sproule, R. and Pretti, T. J. (2020). Lifelong learning mindset and career success: evidence from the field of accounting and finance. *Higher Education, Skills and Work-Based Learning*, 10(3), pp. 567-580.
- Ead H. (2015). Change Fatigue in Health Care Professionals-An Issue of Workload or Human Factors Engineering?. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of Peri Anesthesia Nurses*, 30(6), pp. 504–515.
- Eberle, C., Löhnert, M., & Stichling, S. (2021). Effectiveness of disease-specific mhealth apps in patients with Diabetes Mellitus: Scoping Review. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(2), e23477.

- Eiriz, V. and Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in healthcare services based on customer-provider relationships. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 18(6), pp. 404-412.
- Enggartyasti, A. and Caraka, R. (2017). A Preview of Total Quality Management (TQM) in Public Services. *E-Jurnal Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana*, p. 3285.
- European Commission (2018). *eHealth: Digital health and care. Overview* [online]. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/health/ehealth-digital-health-and-care/overview_enf [τελευταία πρόσβαση 21.02.2022].
- Frederickson, H. G., Smith, K. B., Larimer, C. W. and Licari, M. J. (2016). *The public administration theory primer* [online]. Boulder, US: Westview Press. Διαθέσιμο στο: <http://site.ebrary.com/id/11077361> [τελευταία πρόσβαση 21.02.2022].
- Fuller, A. (2006). Participative learning through work. *European Journal of Vocational Training*, 37(1), pp. 68-80.
- Gallagher, L. (2007). Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today*, 27(5), pp. 466-473.
- Garafalo, L. (2016). Continuing Nursing Education and Outcomes: Making a Difference in Patient Care. *J. Contin. Educ. Nurs.* 47, pp. 103–105.
- Gerton, T. and Mitchell, J. (2019). Grand challenges in public administration: Implications for public service education, training, and research. *Journal of Public Affairs Education*, 25(4), pp. 435-440.
- Ghaleei A. A. (2014). Survey on the effectiveness of the training courses on the nurses of Tabriz Social Security Organization Hospital. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*, 11(12), pp. 961-970.
- Giangreco, A. (2002). Conceptualisation and operationalization of resistance to change. Liuc Papers No. 103. *Econom Aziend*, 11(Suppl.), pp. 1–28.
- Gil-Lacruz, M., Gracia-Pérez, M. L. and Gil-Lacruz, A. I. (2019). Learning by Doing and Training Satisfaction: An Evaluation by Health Care

- Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 16(8), p. 1397.
- Glazer, S., Mahoney, A. C. and Randall, Y. (2019). Employee development's role in organizational commitment: a preliminary investigation comparing generation X and millennial employees. *Industrial and Commercial Training*, 51(1), pp. 1-12.
- Glick, M. (2013). The Internet-informed patient. *Journal of the American Dental Association*, 144(3), pp. 239-240.
- Gola, M., Brambilla, A., Barach, P., Signorelli, C. and Capolongo, S. (2020). Educational Challenges in Healthcare Design: Training Multidisciplinary Professionals for Future Hospitals and Healthcare. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 32(5), pp. 549–566.
- Gracia-Pérez, M. L. and Gil-Lacruz, M. (2018). The impact of a continuing training program on the perceived improvement in quality of health care delivered by health care professionals. *Evaluation and program planning*, 66, pp. 33–38.
- Grassel, E. and Schirmer, B. (2006). The use of volunteers to support family careers of dementia patients: results of a prospective longitudinal study investigating expectations towards and experience with training and professional support. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 39 (3), pp. 217-226.
- Güleryüz, G., Güney, S., Aydın, E. and Aşan, Ö. (2008). The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), pp.1625-1635.
- Gulsecen, S. and Kubat, A. (2006). Teaching ICT to teacher candidates using PBL: A qualitative and quantitative evaluation. *Educational Technology & Society*, 9 (2), pp. 96-106.
- Gurman, T., Rubin, S., & Roess, A. (2012). Effectiveness of mHealth Behavior Change Communication Interventions in Developing Countries: A Systematic Review of the Literature. *Journal Of Health Communication*, 17(sup1), pp. 82-104.

- Halldorsdottir, S., Einarsdottir, E. J. and Edvardsson, I. R. (2018). Effects of cutbacks on motivating factors among nurses in primary health care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), pp. 397–406.
- Hendricks, K. B. and Singhal, V. R. (2001). Firm characteristics, total quality management and financial performance. *Journal of Operations Management*, 19(3), pp. 269-285.
- Hongoro, C. and Normand, C. (2006). Health Workers: Building and Motivating the Workforce. In Jamison, D. T., Breman, J. G., Measham, A. R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D. B., Jha, P., Mills, A., Musgrove, P. (eds.). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, pp. 1309-1322.
- Hospodková, P., Berežná, J., Barták, M., Rogalewicz, V., Severová, L. and Svoboda, R. (2021). Change Management and Digital Innovations in Hospitals of Five European Countries. *Healthcare*, 9, 1508.
- Hospodková, P., Berežná, J., Barták, M., Rogalewicz, V., Severová, L. and Svoboda, R., (2021). Change Management and Digital Innovations in Hospitals of Five European Countries. *Healthcare*, 9(11), p. 1508.
- Hsieh, A. T., Chou, C. H. and Chen, C. M. (2002). Job standardization and service quality: A closer look at the application of total quality management to the public sector. *Total Quality Management*, 13(7), pp. 899-891.
- Hudelson, P., Cleopas, A., Kolly, V., Chopard, P. and Perneger, T. (2008). What is quality and how is it achieved? Practitioners' views versus quality models. *Quality and Safety in Health Care*, 17(1), pp. 31-36.
- Hughes, O. E. (2003). *Public Management and Administration*. 3rd ed [online]. New York: Palgrave Macmillan. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.it/books?id=fViwQgAACAAJ> [τελευταία πρόσβαση 11.02.2022].

- Hunt, D., Koteyko, N. and Gunter, B. (2015). UK policy on social networking sites and online health: From informed patient to informed consumer?. *Digital Health*, 1, p. 205520761559.
- Huq, Z. and Martin, T. N. (2000). Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in hospitals. *Health Care Management Review*, 25(3), pp. 80-93.
- Illeris, K. (2016). *Ο Τρόπος Που Μαθαίνουμε: Οι Πολλαπλές Διαστάσεις Της Μάθησης Στην Τυπική Και Άτυπη Εκπαίδευση*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Indahsari, C. and Raharja, S. (2020). New Public Management (NPM) as an Effort in Governance. *Jurnal Manajemen Pelayanan Publik*, 3(2), p.73.
- International Working Group on Quality Indicators (2004). *First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's*. The Commonwealth Fund.
- Itumalla, R., Acharyulu, G. and Shekhar, B. (2014). Development of Hospital Qual: A Service Quality Scale for Measuring In-patient Services in Hospital. *Operations and Supply Chain Management: An International Journal*, pp.54-63.
- Johnson, M. P. (2006). Decision models for the location of community corrections centers. *Environment and Planning B-Planning & Design*, 33(3), pp. 393-412.
- Karim M. R. (2015). E-government in service delivery and citizen's satisfaction: a case study on public sectors in Bangladesh, *International Journal of Managing Public Sector Information and Communication Technologies (IJMPICT)*, 6(2), pp. 49-60.
- Katyal N. (2002). The white box revolution. *Data Quest*, 20(14), pp. II-IV.
- Kaynak, H. (2003). The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance. *Journal of Operations Management*, 21(4), pp. 405-435.
- Kelley, E. and Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper*. OECD Health Working Papers No. 23. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).

- Klijn, E. H. (2008). Governance and Governance Networks in Europe. *Public Management Review*, 10(4), pp. 505–525.
- Kruse, C. S., Frederick, B., Jacobson, T. and Monticone, D. K. (2017). Cybersecurity in healthcare: A systematic review of modern threats and trends. *Technology and health care: official journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 25(1), pp. 1–10.
- Krusevnic, L. (2016). *Using Case Studies as a Scientific Method: Advantages and Disadvantages* [online]. Διαθέσιμο στο: <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1054643/FULLTEXT01.pdf> [τελευταία πρόσβαση 01.06.2022].
- Kuldosheva, G. (2021). *Challenges and Opportunities of Digital Transformation in the Public Sector in Transition Economies: Examination of the Case of Uzbekistan* [online]. ADBI Working Paper 1248. Tokyo: Asian Development Bank Institute. Διαθέσιμο στο: <https://www.adb.org/publications/challenges-opportunities-digital-transformation-uzbekistan> [τελευταία πρόσβαση 27.04.2022].
- Kumari, A. (2021). Public Administration: Meaning, Scope and Its Nature. *SSRN Electronic Journal*. doi: 10.2139/ssrn.3765649.
- Laffel, G. (1989). The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organizations. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 262(20), p. 2869.
- Landaeta, R., Mun, J., Rabadi, G. and Levin, D. (2008). Identifying sources of resistance to change in healthcare. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 9(1), p.74.251.
- Lohr, K. N., Donaldson, M. S. and Harris-Wehling, J. (1992). Medicare: a strategy for quality assurance, V: Quality of care in a changing health care environment. *QRB. Quality review bulletin*, 18(4), pp. 120–126.
- Lupu, D. and Tiganasu, R. (2022). COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. *Health Economics Review*, 12(1). doi: 10.1186/s13561-022-00358-y.

- Macinati, M. S. (2008). The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. *Health Policy*, 85(2), pp. 228-241.
- Maheshwari, S. and Vohra, V. (2018). Role of training and development practices in implementing change. *International Journal of Learning and Change*, 10(2), pp. 131-162.
- Mahor, M. and Stevens, H. (1997). Measuring the Impact of New Public Management and European Integration on Recruitment and training in the UK Civil Service. *Public Administration*, 75(3), pp. 531-551.
- Makrydemetres, A., Zervopoulos, P. D. and Pravita, M. A. (2016). Reform of public administration in Greece: evaluating structural reform of central government departments in Greece: application of the DEA methodology. *GreeSE papers* (97). London, UK: Hellenic Observatory, European Institute.
- Mantzoukas, S. (2004). Issues of representation within qualitative inquiry. *Qual Health Res*, 14, pp. 994–1007.
- Mason, J. (2009). *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας* (8^η εκδ.) (μτφρ. Ε. Δημητριάδου, επιμ. Ν. Κυριαζή). Αθήνα: Πεδίο.
- Mathauer, I. and Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4(1).
- Maurer, R. (1996). Using Resistance to Build Support for Change. *The Journal for Quality and Participation*, 19 (3), pp. 56-64.
- McCauley, C., Van Velsor, E. and Ruderman, M. (2010). Introduction: our view of leadership development. In Van Velsor, E., McCauley, C. D. and Ruderman, M. N. (eds), *The Center for Creative Leadership Handbook of Leadership Development*, San-Francisco: Jossey-Bass, pp. 1-26.
- McClellan, M. and Rivlin, A. (2014). *Improving Health while Reducing Cost Growth: What is Possible*. Engelberg Center for Health Care Reform at Brookings. Διαθέσιμο στο: <https://www.brookings.edu/research/health-policy-issue-brief->

[improving-health-while-reducing-cost-growth-what-is-possible/](#) [τελευταία πρόσβαση 25.05.2022].

McLaughlin, C. P. and Kaluzny, A. D. (2006). *Continuous Quality Improvement in Health Care* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Mikołajczyk, M. (2021). *Changes in the Approach to Employee Development in Organisations as a Result of the COVID-19 Pandemic* [online]. Emerald Publishing. Διαθέσιμο στο: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/EJTD-12-2020-0171/full/pdf> [τελευταία πρόσβαση 22.02.2022].

Miller, D. (2001). Successful change leaders: what makes them? What do they do that is different? *J Change Manage.* 2(2), pp. 359-368.

Mohammad Mosadegh Rad, A. (2006). The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. *TQM Magazine*, 18(6), pp. 606–625.

Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), pp.203-219.

Mohammed, H. and Drew, S. (2013). Cross-Cultural Differences in International Management. *Journal of American Academy of Business*, 2(1), pp. 34-41.

Momanyi, G. O., Adoyo, M. A., Mwangi, E. M. and Mokuu, D. O. (2016). Value of training on motivation among health workers in Narok County, Kenya. *The Pan African medical journal*, 23, 261.

Mosadeghrad, A. M. (2005). A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organisations. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 18(3), pp. 12-34.

Naveh, E. and Stern, Z. (2005). How quality improvement programmes can affect general hospital performance. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 18(4), pp. 249-270.

- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. and Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Services Research*, 20(1).
- Obodo, N. and Anigbata, D. (2018). Challenges of Implementing Electronic Governance in Public Sector Organizations in Nigeria. *International Journal of Applied Economics, Finance and Accounting*, 2(1), pp. 30-35.
- Onyango, J. W. and Wanyoike, D. M. (2014). Effects of training on employee performance: a survey of health workers in Siaya County, Kenya. *European Journal of Material Sciences*, 1(1), pp. 11-15.
- Pallikadavath, S., Singh, A., Ogollah, R., Dean, T. and Stones, W. (2013). Human resource inequalities at the base of India's public health care system. *Health & Place*, 23, pp.26-32.
- Parish, C., (2008). Staff development framework too complicated, says leading manager. *Nursing Standard*, 22(46), pp.11-11.
- Patel, G. (2015). Total Quality Management in Healthcare. *The MIDAS Journal*. Διαθέσιμο στο: <https://www.midasjournal.org/browse/publication/690> [τελευταία πρόσβαση 25.05.2022].
- Pati, D., Harvey, T. E., Jr and Barach, P. (2008). Relationships between exterior views and nurse stress: an exploratory examination. *HERD*, 1(2), pp. 27–38.
- Piligrimiene, Z. and Buciuniene, I. (2008). Different perspectives of health care quality: Is consensus possible? *Engineering Economics*, 1(56), pp. 104–111.
- Pollitt, C. (2003). Public Management Reform. *OECD Journal on Budgeting*, 3(3), pp.121-134.
- Pollitt, C. and Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis* [online]. Oxford, UK: Oxford University Press. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.it/books?id=E0fdN3KiPmgC> [τελευταία πρόσβαση 21.02.2022].

- Provan, K. G. and Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), pp. 229–252.
- Radwin, L. (2000). Oncology patients’ perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing and Health*, 23(3), pp. 179-190.
- Rahman, S. (2017). The Advantages and Disadvantages of Using Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Language “Testing and Assessment” Research: A Literature Review. *Journal of Education and Learning*, 6(1), pp. 101-112.
- Rajamäki, J. and Pirinen, R. (2017). Towards the cyber security paradigm of ehealth: Resilience and design aspects. *AIP Conference Proceedings*, 1836(1), 020029.
- Ransom, S. B., Joshi, M. S. and Nash, D. B. (2005). *The healthcare quality book: Vision, strategy, and tools*. Chicago, IL: Health Administration Press.
- Reis, R. (2013). *Strengths and Limitations of Case Studies* [online]. Stanford: Tomorrow’s Professor Postings. Διαθέσιμο στο: <https://tomprof.stanford.edu/posting/1013> [Τελευταία πρόσβαση 11.05.2022].
- Reisi, A., Javadi, M. and Mohamadnezhad, R. (2017). Investigation of challenges ahead of inservice training for nurses in educational hospitals of Isfahan City in 2016: a qualitative study. *Evidence Based Health Policy, Management & Economics*, 1(3), pp. 142-150.
- Rójs, J. (2022). Inequity in the Access to eHealth and Its Decomposition Case of Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 2340.
- Schoenfelder, T., Klewer, J. and Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(5), pp. 503-509.
- Sila, I. and Ebrahimpour, M. (2005). Critical linkages among TQM factors and business results. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(11), pp. 1123–1155.

- Steiner C. (2001). A role for individuality and mystery in managing change. *J Organ Change Manage*, 14, pp. 150-167 .
- Sung, S. Y. and Choi, J. N. (2014). Do organizations spend wisely on employees? Effects of training and development investments on learning and innovation in organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 35(3), pp. 393–412.
- Talib, F., Rahman, Z. and Azam, M. (2010). Total Quality Management Implementation in the Healthcare Industry: A Proposed Framework. In *2nd International Conference on Production and Industrial Engineering (CPIE-2010)*, pp. 1361-1368.
- Thimbleby, H. (2013). Technology and the future of healthcare. *J Public Health Res*, 2(3), p. e28.
- Tomlinson, M., Rotheram-Borus, M., Swartz, L., & Tsai, A. (2013). Scaling Up mHealth: Where Is the Evidence?. *Plos Medicine*, 10(2), e1001382.
- Torres, L., Pina, V. and Royo, S. (2005). E-government and the transformation of public administrations in EU countries. *Online Information Review*, 29(5), pp. 531-553.
- Upadhyai, R., Jain, A., Roy, H. and Pant, V. (2019). A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement. *Journal of Health Management*, 21(1), pp.102-127.
- Urbancová, H., Vrabcová, P., Hudáková, M. and Petrů, G. (2021). Effective Training Evaluation: The Role of Factors Influencing the Evaluation of Effectiveness of Employee Training and Development. *Sustainability*, 13(5), p. 2721.
- Vigneri, V. (2020). *Changes and current challenges in Public Administration* [online]. Διαθέσιμο στο: <https://www.vincenzovignieri.com/wp-content/uploads/2020/05/Changes-and-current-challenges-in-Public-Administration-.pdf> [τελευταία πρόσβαση 21.02.2022].
- Vituri, D. W. and Évora Y. D. M. (2015). Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*, 68 (5), pp. 945–952.

- Wang, C., Medaglia, R. and Zheng, L. (2018). Towards a typology of adaptive governance in the digital government context: The role of decision-making and accountability. *Government Information Quarterly*, 35(2), pp. 306-322.
- Werner, J. (2008). Public Administration under Pressure – the Search for New Forms of Public Governance [online]. In: Bertucci, G. and Rosenbaum, A. (eds). *Implementing the Millennium Development Goals: Challenges and Responses for Public Administration*. New York: United Nations, pp. 16-28. Διαθέσιμο στο: https://publicadministration.un.org/publications/content/PDFs/E-Library%20Archives/2007%20Implementing%20MDGs_Challenges%20and%20Responses%20for%20Public%20Admin.pdf [τελευταία πρόσβαση 21.02.2022].
- WHO (2022). *Quality of care* [online]. Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 [τελευταία πρόσβαση 12.05.2022].
- World Health Organization (2006). *Improving health worker performance: in search of promising practices*. Geneva: WHO Department for Human Resources for Health.
- World Health Organization (2011). *mHealth: New horizons for health through mobile technologies: Second global survey on eHealth* [online]. Geneva: World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607> [τελευταία πρόσβαση 12.04.2022].
- World Health Organization (2014). *Health Systems Governance for Universal Health Coverage Action Plan*. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization-WHO (2000). *The World Health Report*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization-WHO (2019). *Patient Safety- Global action on patient safety. Report by the Director-General*. Geneva: Διαθέσιμο στο: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf [τελευταία πρόσβαση 25.01.2022].

- Yusefi, A., Sharifi, M., Nasabi, N., Rezabeigi Davarani, E. and Bastani, P. (2022). Health human resources challenges during COVID-19 pandemic; evidence of a qualitative study in a developing country. *PLOS ONE*, 17(1), p.e0262887.
- Zaidah, Z. (2007). Case study as a research method [online]. *Jurnal Kemanusiaan*, 9. Διαθέσιμο στο: <https://core.ac.uk/download/pdf/11784113.pdf> [τελευταία πρόσβαση 01.05.2022].
- Zineldin M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 19(1), pp. 60–92.
- Αγγελίδης, Π. (2015). Ηλεκτρονική Υγεία [online]. Διαθέσιμο στο: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5994> [τελευταία πρόσβαση 12.04.2022].
- Αθανασίου, Λ. (2007). *Μέθοδοι και τεχνικές έρευνας στις επιστήμες της αγωγής: Ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις*. Ιωάννινα: Εφύρα.
- Γαλάνης, Π. (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(6), σελ. 834-840.
- Γιαννιάς, Π. (2015). *Επιχειρησιακές Επικοινωνίες. Ανάλυση Περιεχομένου* [online]. ΤΕΙ Πειραιά, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων. Διαθέσιμο στο: <http://eclass.teipir.gr/openeclass/modules/document/file.php/BUSI111/e6.pdf> [τελευταία πρόσβαση 22.05.2022].
- Διέλλας, Γ. (2020). «Η δημόσια διοίκηση στην περίοδο της κρίσης» [online]. *Το Βήμα*, 31.03.2020. Διαθέσιμο στο <https://www.tovima.gr/2020/03/31/opinions/idimosia-dioikisi-stin-periodo-tis-krisis/> [τελευταία πρόσβαση 01.02.2022].
- Έκθεση Πισσαρίδη (2020). *Σχέδιο ανάπτυξης για την ελληνική οικονομία* [online]. Ενδιάμεση Έκθεση, 27 Ιουλίου 2020. Διαθέσιμο στο <https://government.gov.gr/schedio-anaptixis-gia-tin-elliniki-ikonomia-endiamesi-ekthesi/> [τελευταία πρόσβαση 01.02.2022].

- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2017). *Εισαγωγή στη Στατιστική και τις Πιθανότητες*. Αθήνα: Κριτική.
- Ζέρβας, Δ. (2020). Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας και προσδιορισμός της στις υπηρεσίες υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(1), σελ. 8-21.
- IOBE (2021). *Επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση στην Ελλάδα* [online]. Διαθέσιμο στο: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_F_27042021_REP_GR.pdf [τελευταία πρόσβαση 11.04.2022].
- Ίσαρη, Μ. και Πουρκός, Μ. (2015). Παραγωγή Ποιοτικών Ερευνητικών Δεδομένων, σε: Ίσαρη, Μ. και Πουρκός, Μ., *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας*, Αθήνα: Σύλλογος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Ίσαρη, Φ. και Πουρκός, Μ. (2020). *Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή στην Ποιοτική Έρευνα* [online]. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/340183520_Chapter_1_An_Introduction_to_Qualitative_Research_Kephalaio_1_Eisagoge_sten_Poiotike_Ereuna_2?enrichId=rgreq-654b13d2a3001c05c0cbe9807eedd42-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM0MDE4MzUyMDtBUzo4NzNmZNDk1MzAwMTc3OTthAMTU4NTIzNDE2MjQ0NA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf [Τελευταία πρόσβαση 11.04.2021].
- Κασσωτάκης, Μ. (2018). *Αξιολόγηση των σχολικών μονάδων και των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Κόκκος, Α., Βαϊκούση, Δ., Βεργίδης, Δ., Κουλαουζίδης, Γ., Κωσταρά, Ε., Παυλάκης, Μ., και Σακκούλης, Σ. (2020). Η Εκπαίδευση και Κατάρτιση Ενηλίκων στην Ελλάδα [online]. *ΔιαΝΕΟσις*, Οκτώβριος 2021. Διαθέσιμο στο: https://www.dianeosi.org/Wp-Content/Uploads/2021/10/EKE_Study_Version_4-10-2021.Pdf [τελευταία πρόσβαση 11.04.2022].
- Κούμπουρος, Ι. (2015). *Ηλεκτρονική υγεία (e-health)* [online]. Διαθέσιμο στο: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/284/2/02_chapter_07.pdf [τελευταία πρόσβαση 12.04.2022].

- Κυριαζή Ν. (2000). *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Β' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λάλλας, Δ. (2019). *Μεθοδολογία και Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας: Ποσοτικές και Ποιοτικές Μέθοδοι*. [online]. Διαθέσιμο στο: <https://eclass.aueb.gr/modules/document/file.php/OIK308/%CE%9C%CE%A%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B1%205%CE%BF.pdf> [Τελευταία πρόσβαση 21.05.2022].
- Μακρυδημήτρης, Α. και Πραβίτα, Μ. Η. (2012). *Δημόσια διοίκηση*. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μαντζούκας, Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1), σελ. 88–98.
- Νικολαΐδης, Η. (2016). ΕΣΠΑ: Μια περίεργη, πολύτιμη, πολύπλοκη ιστορία [online]. *διαΝΕΟσις*, Φεβρουάριος 2016. Διαθέσιμο στο: <https://www.dianeosis.org/2016/02/espa-main/> [τελευταία πρόσβαση 11.02.2022].
- Παπαδοπούλου, Δ. και Πέτσα, Α. (2015). Διαδικτυακή ιατρική πληροφορία και ηλεκτρονική υγεία. *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(1), σελ. 27-40.
- Παπαϊωάννου, Α. και Γεωργοπούλου, Β. (2020). *Ηγεσία, πολιτική και κορονοϊός*. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), σελ. 480-488.
- Πασσάς, Α. και Τσέκος, Θ. (2004). *Η Επαγγελματική Εκπαίδευση των Δημοσίων Υπάλληλων. Ευρωπαϊκή και ελληνική εμπειρία* [online]. Έκθεση, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ. Διαθέσιμο στο: https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH_20.pdf [τελευταία πρόσβαση 11.02.2022].
- Πεταλωτή, Σ. (2010). Η Διά Βίου Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική Επιστήμη και Πράξη: μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 2(2), σελ. 47-51.

- Ρίκος, Ν. (2015). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 14(4), σελ. 247-252.
- Σπανού Κ. (2001). Δημόσια Διοίκηση και δημόσια πολιτική, Στο Σπηλιωτόπουλος, Ε. και Μακρυδημήτρης, Α. (επιμ.). *Η δημόσια διοίκηση στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα, σελ. 169-188.
- Σπανού, Κ. (2018). *Μεταρρυθμίσεις στη Δημόσια Διοίκηση στη Διάρκεια της Κρίσης. Επισκόπηση/ Περιγραφή/ Αποτίμηση* [online]. Αθήνα: ΕΛΙΑΜΕΠ. Διαθέσιμο στο: <https://www.eliamep.gr/wp-content/uploads/2018/11/metarrythmiseis-sth-dimosia-dioikisi-sti-diarkeia-tis-krisis.pdf> [τελευταία πρόσβαση 11.02.2022].
- Σπινέλλης, Δ., Μιχαλόπουλος, Μ., Βασιλάκης, Ν., Πουλούδη, Ν. και Τσούμα, Ν. (2021). Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση στην Ελλάδα στη μετακορωνοϊό εποχή [online]. *διαΝΕΟσις*, Σεπτέμβριος 2021. Διαθέσιμο στο: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/09/e-gov_policy-paper.pdf [τελευταία πρόσβαση 02.02.2022].
- Σπυριδάκη, Α., Αντωνάκος, Ι., Αποστολάκης, Ι. και Τούντας, Ι. (2019). Εφαρμογές της «κινητής υγείας» (mobile health) στα χρόνια νοσήματα και διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς τους. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1), σελ. 73-80.
- Σωτηρόπουλος, Δ. Α. (2021). Η Δημόσια Διοίκηση στην εποχή μετά τον κορωνοϊό [online]. *διαΝΕΟσις*, Ιανουάριος 2021. Διαθέσιμο στο: [dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/01/Sotiropoulos_final.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/01/Sotiropoulos_final.pdf) [τελευταία πρόσβαση 11.02.2022].
- Σωτηρόπουλος, Δ. Α. και Χριστόπουλος, Λ. (2016). Κακονομία και πολυνομία στην Ελλάδα [online]. *διαΝΕΟσις*, Ιούλιος 2016. Διαθέσιμο στο: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2017/02/overregulation_final_edited.pdf [τελευταία πρόσβαση 01.02.2022].
- Τζιάλλας, Δ., Γκούτζιας, Ε., Κωνσταντινίδου, Ε. Ξ., Δημακόπουλος, Γ. και Δημακόπουλος, Γ. (2018). Ποσοτική και Ποιοτική Καταγραφή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ. *Νοσηλευτική*, 57(4), σελ. 420-449.

- Τούντας Γ. και Οικονόμου Ν. Α. (2007). Οικονομικά της Υγείας. Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), σελ. 7–21.
- Τσιώλης, Γ. (2015). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες', σε: Πυργιωτάκης, Γ. και Θεοφιλίδης, Χ. (επιμ.) *Ερευνητική Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Εκπαίδευση. Συμβολή στην επιστημολογική θεωρία και την ερευνητική πράξη*. Αθήνα: Πεδίο, σελ. 473-498.