



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: Η επίδραση του Covid 19 ως κρίση στη διαχείριση του οργανισμού. Το παράδειγμα του Γ.Ν. Νίκαιας.

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

ΑΜ: mlead20018

ΑΘΗΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΙΤΛΟΣ: Η επίδραση του Covid 19 ως κρίση στη
διαχείριση του οργανισμού. Το παράδειγμα του Γ.Ν.
Νίκαιας.**

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΥΤΟΓΛΟΥ

ΑΜ: mlead20018

Επιβλέπων καθηγητής: Μανιαδάκης Νικόλαος

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2023

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
2	ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΚΙΒΙΑΔΗΣ	ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
3	ΛΙΑΡΙΓΚΟΒΙΝΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	ΕΔΙΠ Α΄	

Σελίδα μη λογοκλοπής

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

Υπογραφή: Αναστάσιος Μύτογλου

Σελίδα Πνευματικών Δικαιωμάτων

Copyright © <Αναστάσιος Μύτογλου>, <2023>
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κρίσεις είναι γεγονότα άμεσα συνυφασμένα με την εξέλιξη της ανθρωπότητας και έχουν συνήθως τον χαρακτήρα του “ξαφνικού” και του “απροειδοποίητου”, ενώ σπάνια μπορεί να υπάρχουν προβλεπτικοί παράγοντες. Η κρίση είναι τις περισσότερες φορές συνυφασμένη με την έννοια της απειλής που μπορεί να προκαλέσει από ανώδυνες ως ολέθριες συνέπειες, σε περίπτωση που χαθεί ο έλεγχος, στους ανθρώπους και τον οργανισμό. Η πρόκληση της διαχείρισης της κρίσης είναι πολύ μεγάλη και πρέπει να εστιαστεί κυρίως στα χαρακτηριστικά της και το ρυθμό που αυτά μεταβάλλονται. Η στρατηγική αντιμετώπισης που θα επιλεγεί ώστε να μπορέσει ο οργανισμός να προσαρμοστεί, να ανταποκριθεί και τελικά να την ξεπεράσει βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά και τις ικανότητες της ηγετικής ομάδας διαχείρισης της κρίσης.

Η παρούσα μελέτη είναι αναδρομική μελέτη περίπτωσης.

Σκοπός της μελέτης ήταν να γίνει η καταγραφή των προκλήσεων που αντιμετώπισαν οι Οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας, μέσω της εμπειρίας ενός εκ των μεγαλύτερων νοσοκομείων της Αττικής (Γ.Ν.Νίκαιας).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι στόχοι που επιτεύχθηκαν ήταν η ανάπτυξη σχεδίου διαχείρισης της υγειονομικής κρίσης στο μικροπεριβάλλον του Οργανισμού, διερευνήθηκαν οι μεταβολές σε αδρούς δείκτες ώστε να εκτιμηθεί η επιβάρυνση συστήματος υγείας λόγω της COVID-19, αναγνωρίστηκαν και αντιμετωπίστηκαν οι υλικές ανάγκες και τα μέσα που απαιτούνται προκειμένου να ανταπεξέλθει πιο άμεσα και πιο αποτελεσματικά ο Οργανισμός στο έργο που καλείται να επιτελέσει. Συμπερασματικά, η προσαρμογή της κουλτούρας των στελεχών που ασκούν δημόσια Διοίκηση στις καινούργιες και συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες που δημιουργεί η κρίση και η διαχείριση της, σε περιόδους εκτάκτων αναγκών, παραμένει σημαντική παράμετρος.

Η αξιολόγηση του σχεδίου διαχείρισης και οι οργανωτικές αλλαγές που απαιτούνται στη διάρθρωση της διοίκησης θα ολοκληρώσουν την μετά κρίση εποχή.

Λέξεις κλειδιά: COVID-19, SARS-CoV-2, ΠΟΥ, ΕΟΔΥ, διαχείριση κρίσεων, εισροές, εκροές, ΜΑΠ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	vi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	vii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	2
Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	2
1.1 Θεωρητική Προσέγγιση και Ορισμοί.....	2
1.2 Χαρακτηριστικά της κρίσης.....	3
1.3 Η εξέλιξη της κρίσης.....	8
1.4 Τα στάδια της κρίσης.....	11
1.5 Είδη κρίσεων.....	12
1.6 Οι επιπτώσεις της κρίσης.....	15
Κεφάλαιο 2: ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ COVID-19.....	20
2.1 Ορισμός της πανδημίας.....	20
2.2 Η πανδημία COVID-19.....	20
2.3 Επιδημιολογία.....	22
2.4 Συμπτωματολογία.....	24
2.5 Διάγνωση.....	27
2.6 Θεραπεία.....	31
2.7 Πρόληψη.....	31
2.8 Διαχείριση της COVID-19.....	35
Κεφάλαιο 3. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ.....	38
3.1 Ορισμός Διαχείρισης κρίσεων.....	38
3.2. Το γενικό πλαίσιο της διαχείρισης κρίσεων.....	39
3.3 Ανάλυση της διαχείρισης των κρίσεων.....	41
3.4 Οργανωτική διαχείριση της κρίσης.....	43
3.5 Διαδικασία ανάπτυξης σχεδίου για την αντιμετώπιση της κρίσης.....	46
3.6 Χαρακτηριστικά ενός αποτελεσματικού σχεδίου για την αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης.....	47
3.7 Η διαχείριση κρίσεων σε επίπεδο ηγεσίας.....	49
3.8 Διαχείριση κρίσεων σε νοσοκομειακές μονάδες.....	50
Κεφάλαιο 4. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΛΟΓΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19.....	53
4.1 Εισαγωγικά.....	53
4.2 Η κρίση λόγω COVID-19.....	53
4.3. Χαρακτηριστικά του νέου κορωνοϊού.....	54
4.4 Συμπτωματολογία και τρόποι μετάδοσης.....	55
4.5 Η εξέλιξη της πανδημίας σε παγκόσμιο επίπεδο.....	57
4.6 Διαχειριστικά μέτρα στον πληθυσμό.....	58
4.7 Διαχειριστικά μέτρα σε ασθενείς.....	59
Κεφάλαιο 5. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19.....	62
5.1 Καθορισμός προτεραιοτήτων.....	62
5.2 Ανάπτυξη σχεδίου και συντονισμός.....	62
5.3 Παρακολούθηση εργασιών και αξιολόγηση.....	63
5.4 Πρόληψη και μείωση της διασποράς.....	64
5.6 Εμπλεκόμενοι Φορείς.....	65
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	69
Κεφάλαιο 6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	69

Κεφάλαιο 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	70
1. Σχεδιασμός της μελέτης.....	70
2. Στατιστική Ανάλυση.....	70
Κεφάλαιο 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	71
Μελέτη περίπτωσης του ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων».....	71
8.1 Η ταυτότητα του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων”	71
8.2 Το όραμα και η αποστολή του νοσοκομείου.....	73
8.4 Παρουσίαση ανάπτυξης σχεδίου για τη διαχείριση της υγειονομικής κρίσης στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων”	74
8.5 Παρεχόμενες Υπηρεσίες.....	77
8.6 Υπολογισμός Δεικτών Εκροών	78
8.7 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ.....	82
8.8 ΝΟΣΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	86
8.9 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΚΑΙ ΕΞΙΤΗΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19	86
8.10 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΜΕΣΩΝ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	88
Κεφάλαιο 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	91
Κεφάλαιο 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	96

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1 Διάρκεια ζωής του κορωνοϊού σε διάφορες συνθήκες περιβάλλοντος	26
Πίνακας 2.2 Εγκεκριμένα και αδειοδοτημένα φάρμακα για την COVID-19 νόσο	31
Πίνακας 2.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα μεταξύ των διαφορετικών πλατφορμών εμβολίων για τον COVID-19	32
Πίνακας 2.4 Τα εμβόλια κατά της νόσου COVID-19	33
Πίνακας 3.1 Τα πλαίσια διαχείρισης κρίσεων σε επίπεδο ηγεσίας	49
Πίνακας 8.1 Παραγωγική λειτουργία του νοσοκομείου για τα έτη 2019-2021	81
Πίνακας 8.2 Δείκτες εκροών τμημάτων για τον Α΄ Παθολογικό τομέα για το έτος 2019	82
Πίνακας 8.3 Δείκτες εκροών τμημάτων για το Β΄ Παθολογικό τομέα για το έτος 2019	82
Πίνακας 8.4 Δείκτες εκροών τμημάτων Α΄ Χειρουργικού τομέα για το έτος 2019	83
Πίνακας 8.5 Δείκτες εκροών τμημάτων Β΄ Χειρουργικού τομέα για το έτος 2019	83
Πίνακας 8.6 Εισαγωγές ασθενών ανά κλινική κατά τα έτη 2019, 2020, 2021 και 2022	84
Πίνακας 8.7 Στοιχεία περιγραφικής στατιστικής των εισαγωγών ανά έτος	86
Πίνακας 8.8 Διαφορές μεταξύ των ετών 2019-2022 για το σύνολο των εισαγωγών στις 28 κλινικές	86
Πίνακας 8.9 Αποτελέσματα pair t-test εισαγωγών μεταξύ των ετών 2019-2022	87
Πίνακας 8.10 Διαφορές μεταξύ πανδημίας (έτη 2020 και 2021) και του έτους 2022	87
Πίνακας 8.11 Δαπάνες ΜΑΠ μεταξύ των ετών 2020-2022	90
Πίνακας 8.12 Κόστος ΜΑΠ για τα έτη 2020-2022	91
Πίνακας 8.13 Αποτελέσματα pair t-test για ΜΑΠ μεταξύ των ετών 2019-2022.	92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 2.1 Τα κρούσματα στην Κίνα	21
Γράφημα 2.2 Μοντέλο μετάδοσης του COVID-19	35
Γράφημα 3.1 Στρατηγικό πλαίσιο διαχείρισης κρίσεων	40

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1 Οι μηχανισμοί κρίσης	4
Διάγραμμα 2.1 Η επίδραση του R0 στις επιδημικές καμπύλες	27
Διάγραμμα 2.2 Ο στόχος του μετριασμού της κοινότητας	36
Διάγραμμα 4.1 Χρονικό διάστημα από τη μόλυνση έως την ίαση	56
Διάγραμμα 8.1 Παράθεση εισαγωγών ανά κλινική για τα έτη 2019-2022	85

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 2.1 Ο μηχανισμός πρόσδεσης της S (spike) πρωτεΐνης του SARS-CoV-2 στον υποδοχέα ACE2 του ξενιστή και ο κύκλος ζωής του ιού	25
Σχήμα 3.1 Κύκλος εξέλιξης κρίσεων (υποβόσκουσες)	46

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Ραβδόγραμμα 8.1 Προσωπικό που νόσησε μεταξύ των ετών 2020-2022	88
Ραβδόγραμμα 8.2 Ο αριθμός των εισαγωγών και των εξιτηρίων ασθενών με COVID-19 μεταξύ των ετών 2020-2022	89
Ραβδόγραμμα 8.3 Κατανομή του κόστους ανά είδος ΜΑΠ μεταξύ των ετών 2020-2022	91

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.1 Περιγραφή των φάσεων και σταδίων της κρίσης	9
Εικόνα 1.2 Τα στάδια της κρίσης με λεπτομερείς δραστηριότητες αντιμετώπισης της	9
Εικόνα 1.3 Τα στάδια της κρίσης (Pre-crisis, Crisis response και Post-crisis)	10
Εικόνα 2.1 Επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19 ανά 1000 πληθυσμού ως τις 6-8-2023	22
Εικόνα 2.2 Χάρτης των χωρών ως προς τα συνολικά επιβεβαιωμένα κρούσματα, έως 20-11-2022	22
Εικόνα 2.3 Κατά κεφαλήν θάνατοι από COVID-19, έως 19-5-2023	23
Εικόνα 2.4 Συμπτώματα της νόσου	24
Εικόνα 2.5 Τρόποι μετάδοσης του SARS-CoV-2	26
Εικόνα 2.6 Η δομή του SARS-CoV-2	28
Εικόνα 2.7 Πιθανή ζωική προέλευση των κορωνοϊών που προσβάλλουν τον άνθρωπο	29
Εικόνα 2.8 Η ταξινόμηση των κορωνοϊών	30
Εικόνα 2.9 Η ανάπτυξη των εμβολίων από τον SARS και MERS στον COVID-19	32
Εικόνα 2.10 Μέτρα προστασίας	37
Εικόνα 3.1 Ο κύκλος σταδίων διαχείρισης κρίσεων	39
Εικόνα 4.1 Στάδια εξέλιξης της COVID-19 λοίμωξης	55

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΔΚ	Διαχείριση Κρίσης
ΜΑΠ	Μέσα Ατομικής Προστασίας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Μ.Μ.Ε	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
WHO	World Health Organization
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνηση της.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Νικόλαο Μανιαδάκη, για την ανάθεση του θέματος, την ουσιαστική υποστήριξη και τις εποικοδομητικές του υποδείξεις κατά τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τον ομότιμο καθηγητή Κύριο Αλκιβιάδη Βατόπουλο και την καθηγήτρια κυρία Αγγελική Λιαριγκοβινού για την συμβολή τους ως μέλη της τριμελούς επιτροπής.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

1.1 Θεωρητική Προσέγγιση και Ορισμοί

Οι κρίσεις αποτελούν γεγονότα άμεσα συνυφασμένα με την εξέλιξη της ανθρωπότητας, η παγκόσμια ιστορία εξάλλου βρίθει παραδειγμάτων. Η κρίση ως γεγονός συνήθως έχει το χαρακτήρα του «ξαφνικού-αιφνίδιου» και του «απροειδοποίητου-μη αναμενόμενου» και σπάνια μπορεί να υπάρχουν προβλεπτικοί παράγοντες (Πανηγυράκης, 2001; Al-Khrabsheh & Zainal, 2014). Η κρίση σκιαγραφείται συνήθως κατά τη φάση της αξιολόγησης του κρίσιμου γεγονότος, η έγκαιρη δε διερεύνηση και ο έγκαιρος προσδιορισμός των προβλεπτικών παραγόντων συμβάλλουν στην ταχεία και αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Οι παρεμβάσεις αυτές αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ορθολογική σωστή και διαχείριση των κρίσεων (Devlin, 2007).

Ως έννοια, η κρίση είναι πολυδιάστατη και συχνά χρησιμοποιείται για να αποδοθεί μια περίοδος ανωμαλίας και αντικανονικότητας. Η κρίση είναι μια μετατροπή των τρεχουσών καταστάσεων κανονικότητας σε μία μη φυσιολογική κατάσταση που μπορεί να χαρακτηρίζεται από μία απλή διαταραχή και να φτάνει ως ακραίες καταστάσεις μη ελέγξιμων και διαχειρίσιμων γεγονότων. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς, ότι η κρίση είναι συνυφασμένη έννοια με την απειλή που επηρεάζει τους οικονομικούς πόρους και το ανθρώπινο δυναμικό και μπορεί να προκαλέσει την απώλεια του ελέγχου και κλιμακωτές συνέπειες στο ανθρώπινο δυναμικό και στη συντριπτική πλειοψηφία των παραμέτρων του οργανισμού (Πανηγυράκης, 2001).

Σύμφωνα με ένα δημοφιλή ορισμό, η κρίση είναι μια χρονική περίοδος κινδύνου ή ανησυχίας, που παρομοιάζεται ως καμπή, στην πολιτική ή στο εμπόριο (Sykes, 1985; Luecke and Barton, 2004). Ο John R. Darling επιχειρεί να διευρύνει τον ορισμό αυτό καθώς υποστηρίζει ότι η κρίση είναι μια κρίσιμη καμπή, μία αποφασιστική στιγμή ή μια κρίσιμη χρονική στιγμή.

Σύμφωνα με μία άλλη θεωρητική προσέγγιση (Ευαγγελόπουλος, 2006) η κρίση θα μπορούσε να οριστεί ως ένα περιστατικό με μία αρχή και ένα τέλος. Το χρονικό διάστημα από τις πρώτες ενδείξεις της κρίσης που έρχεται μέχρι το χρονικό διάστημα εκδήλωσης της χρήσης όπου προκαλείται ζημιά καλείται “έναρξη της κρίσης”. Το διάστημα αυτό χαρακτηρίζεται από την πραγματοποίηση όλων εκείνων των αναγκαίων ενεργειών προκειμένου να αποτραπεί η κρίση (όσο αυτό είναι δυνατό) καθώς και οι επερχόμενες επιπτώσεις. Οι προσπάθειες αυτές, οι οποίες πραγματοποιούνται από τους διαχειριστές της κρίσης και τους υπεύθυνους που παίρνουν μέρος στην όλη προσπάθεια, καλούνται «*διαχείριση της έναρξης της κρίσης και της εν λόγω κατάστασης*» (Ευαγγελόπουλος 2006).

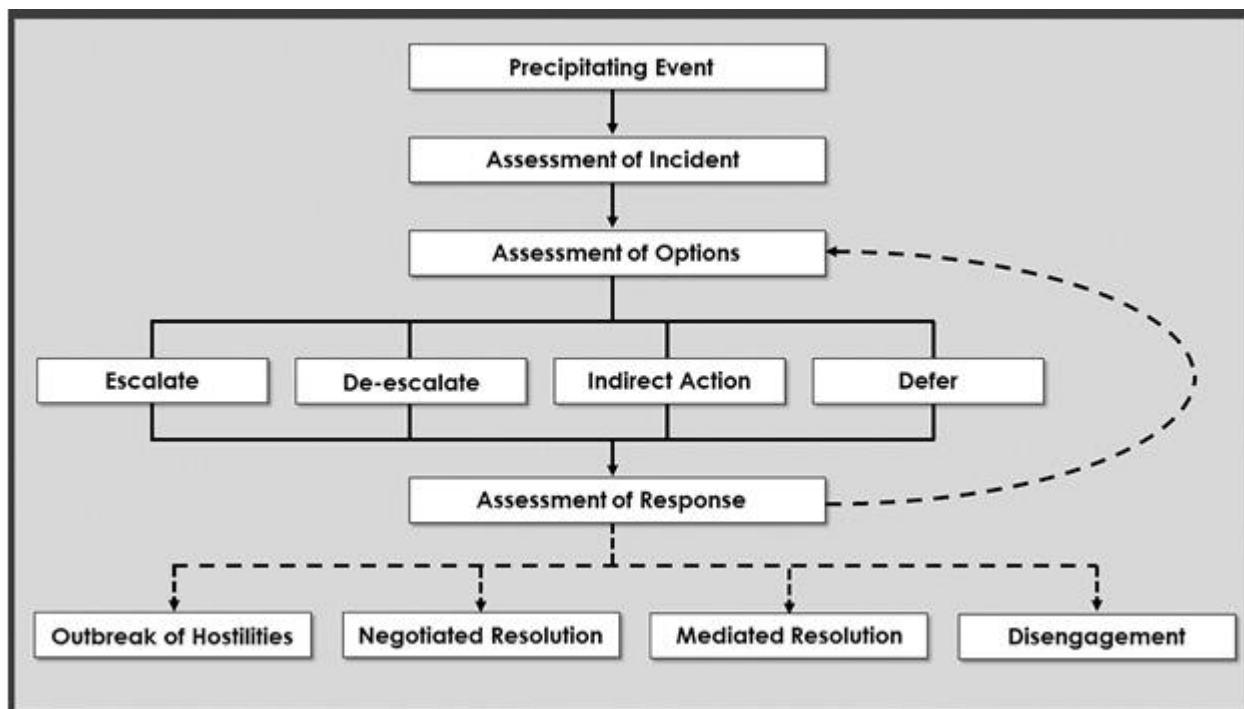
Επισημαίνεται ότι, συχνά, παρά τις μεγάλες προσπάθειες που γίνονται προκειμένου να αντιμετωπιστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η κρίση, δεν παράγουν αποτέλεσμα άμεσα με φυσικό επακόλουθο να γίνονται αισθητές οι συνέπειες στο ανθρώπινο και μη δυναμικό του οργανισμού. Οι προσπάθειες αυτές που λαμβάνουν χώρα ώστε να αποφευχθούν οι επιπτώσεις της κρίσης ονομάζονται «*διαχείριση των εν λόγω επιπτώσεων από την κρίση*» (Ευαγγελόπουλος 2006).

1.2 Χαρακτηριστικά της κρίσης

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι, η κρίση χαρακτηρίζεται από 3 βασικά σημεία, διάγραμμα 1.1 (Ahmed, 2006; Seymour & Moore, 2000; Fischer, et al., 2016). Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι, ο ελάχιστος χρόνος αντίδρασης. Δεύτερο χαρακτηριστικό είναι, η απουσία σαφούς εικόνας για το βάθος, την έκταση και την ταχύτητα εξέλιξης του προβλήματος, ειδικά δε μάλιστα στο χρονικό διάστημα της έναρξης. Τρίτο χαρακτηριστικό της κρίσης είναι ότι, μπορεί να αποτελέσει απειλή για το ανθρώπινο γένος αλλά και για το σύνολο των πόρων που συμπληρώνουν το ψηφιδωτό του πλανήτη μας (Health, 1998).

Κατά τον Congleton (2005) η κρίση έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά: Καταρχάς η κρίση είναι απροσδόκητη. Δεύτερον, δημιουργεί μια καινούργια και συνεχώς μεταβαλλόμενη καθημερινότητα που τα προηγούμενα πρωτόκολλα λειτουργίας είναι χαμηλής ή πολύ μέτριας αποδοτικότητας στο πλαίσιο της κρίσης. Τρίτον, η κρίση απαιτεί ενεργοποίηση, σχεδιασμό και όσο το δυνατόν πιο τάχιση αντιμετώπιση (Congleton, 2005).

Διάγραμμα 1.1 Οι μηχανισμοί κρίσης.



Πηγή: <https://www.parleypolicy.com/post/the-characteristics-of-crisis>

Η κρίση, και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που έχει, είναι μια μεγάλη πρόκληση ως προς την διαχείριση της ή την διαχείριση των φυσικών επακολούθων που θα προκύψουν και θα επηρεάσουν τη κυβερνησιμότητα του οργανισμού. Ο τρόπος που θα αντιμετωπιστεί αυτή η ακραία και έκτακτη κατάσταση που δημιουργεί η κρίση, είναι πολύ σημαντικός γιατί εκτός από απειλή μπορεί να έχει τον ρόλο της ευκαιρίας για αλλαγή του ίδιου του οργανισμού (Coombs, 2007).

Μια άλλη προσέγγιση σχετιζόμενη με τη διερεύνηση της φύσης κρίσης (Ahmed, 2006) υποστηρίζει ότι, οι κρίσεις ανεξάρτητα το γορέα ή τον οργανισμό που θα παρουσιαστούν έχουν κάποια χαρακτηριστικά που κυρίως αφορούν 1) το σοκ που προκαλεί το γεγονός στην, 2) την εξέλιξη διαφορετικών εικόνων και γεγονότων που ξεφεύγουν από την καθημερινή ρουτίνα του οργανισμού, 3) την διαχείριση συνεχώς μεταβαλλόμενων καταστάσεων και πληροφοριών, 4) το αίσθημα φόβου και ανασφάλειας του ανθρωπίνου δυναμικού, 5) τη συνεχόμενη προσπάθεια διατήρησης της κατάστασης υπό έλεγχο, 6) την εμπλοκή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (M.M.E) για το γεγονός όπου προκύπτει, που μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτη ζημιά στη δημόσια εικόνα του οργανισμού και την εμπλοκή Κρατικών φορέων.

Από τα παραπάνω μπορεί κανείς να διαμορφώσει την αντίληψη ότι, η κάθε κρίση χαρακτηρίζεται από τις δυσμενείς συνέπειες που επέρχονται όταν αυτή εκδηλώνεται. Εξάλλου, ο όρος κρίση είναι απόλυτα συνυφασμένος με αρνητικές συνέπειες (Ευαγγελόπουλος, 2006). Πολλές φορές ωστόσο, η κρίση χαρακτηρίζεται από τις επιπτώσεις της και όχι από το αίτιο που την προκάλεσε ή την αρχική της μορφή.

Κατά τον Ευαγγελόπουλο (Ευαγγελόπουλος, 2006) υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία που χαρακτηρίζουν ένα φαινόμενο το οποίο όταν εκδηλώνεται λαμβάνει διαστάσεις κρίσης. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιλαμβάνουν: α) την φύση του εν λόγω φαινομένου, β) την έκταση που θα πάρει, γ) τη δυναμική που θα αναπτύξει, δ) τη διάρκεια και την συχνότητά του, ε) τον τρόπο εκδήλωσης και εξέλιξης, στ) τις συνέπειες του.

Βάσει των ανωτέρω αντιλαμβάνεται κανείς ότι μια κρίση μπορεί να χαρακτηριστεί ως «κοινωνική», «οικονομική» ή κρίση που σχετίζεται με κάποια φυσική καταστροφή ή καιρικό φαινόμενο. Επίσης, η κρίση μπορεί να είναι μικρή ή μεγάλη, σοβαρή ή ήπια ή ακόμη και καταστροφική. Η κρίση μπορεί να είναι ξαφνική ή προοδευτική και να έχει μεγάλη μικρή ή μεσαία διάρκεια ενώ μπορεί να εξελίσσεται με αργό ή γρήγορο ρυθμό.

Πέραν των ανωτέρω χαρακτηριστικών, οι κρίσεις χαρακτηρίζονται και από κάποια εγγενή χαρακτηριστικά τα οποία κατά βάση αναφέρονται σε κρίσιμες καταστάσεις και στον τρόπο διαχείρισής τους (Ευαγγελόπουλος 2006). Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι ο κίνδυνος που υπάρχει, η έλλειψη χρόνου, ο χρόνος προσαρμοστικότητας, το ανεξέλεγκτο, το αναπάντεχο, η σύγχυση και η διαφορετικότητα τα οποία και αναλύονται παρακάτω:

- **Επικινδυνότητα:** είναι προφανές ότι, κάθε κρίση είναι μια κατάσταση που δεν συνάδει με την ρουτίνα και την κανονικότητα και κατ'επέκταση έχει κυρίως αρνητικά αποτελέσματα για τον οργανισμό και από τη φύση της εμπερικλείει πολλούς κινδύνους (Ευαγγελόπουλος, 2006). Οι κίνδυνοι αυτοί περιλαμβάνουν τον κίνδυνο απώλειας της ζωής, τον κίνδυνο να χαθούν περιουσίες, τον κίνδυνο να προκληθούν και άλλες κρίσεις ως αλυσίδα, τον κίνδυνο να χαθούν θέσεις εργασίας, τον κίνδυνο της προσβολής της φήμης και της αξιοπιστίας ατόμων, δομών και συνόλων (Glaesser, 2006).
- **Έκτακτες ανάγκες:** Είναι κατά κανόνα ευθέως ανάλογες της έκτασης και της σοβαρότητας της κρίσης και εμφανίζονται κατά κύριο λόγο στα πρώτα στάδια του κρίσιμου γεγονότος, δηλαδή πριν τη λήψη περιοριστικών και δραστικών μέτρων

προκειμένου να εξαλειφθεί ή να περιοριστεί το φαινόμενο. Είναι εξάλλου κύριο γνώρισμα των εκτάκτων αναγκών η έλλειψη χρόνου για τη λήψη άμεσων αναγκαίων μέτρων και παρεμβάσεων με στόχο τον περιορισμό του προβλήματος. Συμπερασματικά, αντιλαμβάνεται εύκολα κανείς ότι, εάν τα εμπλεκόμενα μέλη αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικότητα τη φάση των εκτάκτων αναγκών, τότε κατά κανόνα γενικότερα η κρίση θα διαχειριστεί αποτελεσματικά (Ευαγγελόπουλος, 2006).

➤ Έλλειψη χρόνου/ ή μη επάρκεια χρόνου: Οι κρίσεις αποτελούν περιόδους αυξημένης πίεσης από πλευράς χρόνου, καθώς η εξέλιξη των γεγονότων συντελείται γρήγορα και επιπλέον η απαίτηση για ταχείες αντιδράσεις προκειμένου η κατάσταση να τεθεί υπό έλεγχο είναι επιβεβλημένη. Αυτό συμβαίνει επειδή η κρίση αντιμετωπίζεται ως ασθένεια για την οποία άμεσα πρέπει να βρεθεί θεραπεία και οποιαδήποτε κωλυσιεργία θα προκαλέσει μεγαλύτερα προβλήματα . Επομένως, τα κρίσιμα γεγονότα είναι συνυφασμένα με τη δημιουργία εκτάκτων αναγκών που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση, οι συνέπειες τους δε, αυξάνονται τάχιστα. Τέλος, οι απρόβλεπτες και ρευστές συνθήκες υπό τις οποίες αναπτύσσονται οι κρίσεις μικραίνουν κατά πολύ τα διαθέσιμα χρονικά περιθώρια δραστικών παρεμβάσεων.

➤ Ανάγκη για προσαρμοστικότητα: Ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι το πόσο γρήγορα ο διαχειριστής της κρίσης θα καταφέρει να προσαρμοστεί και να προσαρμόσει τον οργανισμό στα νέα δεδομένα που δημιουργεί η κρίση ώστε να μπορέσει να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις και να μπορέσει να ανταπεξέλθει με επιτυχία ο οργανισμός στις έκτακτες ανάγκες που θα δημιουργηθούν. Συνήθως σε περιπτώσεις κρίσεων επειδή η έναρξη τους είναι ραγδαία δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου περιθώρια διοικητικών ελιγμών (Ευαγγελόπουλος, 2006).

➤ Οι πιέσεις που ασκούνται: Κατά τη διάρκεια περιόδων κρίσεων, αναδύεται συχνά ο ρόλος των ομάδων πίεσης. Ο διαχειριστής της κρίσης μπορεί να δέχεται πολλών ειδών και μορφών πιέσεις από «άλλους» όπως είναι οι εργαζόμενοι, οι πολιτικές παρατάξεις και τα ΜΜΕ, πιέσεις ασκούμενες από την ίδια την κρίση, όπως είναι η έλλειψη χρόνου και οι απρόβλεπτες συνθήκες που δημιουργούνται. Τέλος, αναφέρονται στη βιβλιογραφία και οι ψυχολογικές πιέσεις και πιέσεις προσωπικότητας. Όπως είναι πασιφανές αναφέρεται στις εσωτερικές πιέσεις και μάχες που δίνει ο διαχειριστής της κρίσης με τον εαυτό του προκειμένου να μπορέσει να ανταπεξέλθει και να φέρει εις πέρας την αποστολή που έχει επιφορτιστεί.

➤ Η έννοια του απρόβλεπτου: Η κρίση φέρει εγγενώς το στοιχείο της αβεβαιότητας και του άγνωστου. Οι συνέπειες της κρίσης είναι απρόβλεπτες και αυτή η ιδιότητα είναι εντονότερη στο αρχικό χρονικό διάστημα της έναρξης της κρίσης. Επομένως, μία απρόβλεπτη εξέλιξη θα μπορούσε να οδηγήσει σε ένα απρόβλεπτο αποτέλεσμα. Άρα, απρόβλεπτες είναι και οι συνέπειες, καθώς η ένταση στα αρχικά στάδια είναι τέτοια που δύσκολα μια σειρά από περιοριστικά μέτρα θα μπορέσουν να υλοποιηθούν. Το φαινόμενο του απρόβλεπτου, αλλά και οι απότοκες δυσκολίες που αντιμετωπίζονται διευρύνοντας την πρόβλεψη για την πιθανότητα κρίσης βάσει των ενδείξεων που λαμβάνουν χώρα (Ευαγγελόπουλος, 2006).

➤ Ο πανικός και οι συνθήκες χάους: Η γρήγορη εξέλιξη των γεγονότων, οι απρόσμενες καταστάσεις και τα διαδοχικά ανεπάντεχα συμβάντα που λαμβάνουν χώρα σε μια κρίση οδηγούν σε σύγχυση και πανικό. Κατά τον Ευαγγελόπουλο, πρόκειται για χαρακτηριστικά που υπονομεύουν την ορθή διαχείριση της κρίσης (Ευαγγελόπουλος, 2006).

➤ Διαφορετικότητα: Ο τρόπος που ο διαχειριστής θα εναργήσει κατά την έναρξη και την διάρκεια της κρίσης διαφέρει ανάλογα την ένταση, την ταχύτητα της εξέλιξης και τα αίτια, οπότε όπως γίνεται αντιληπτό οι κρίσεις αντιμετωπίζονται με τελείως διαφορετικό τρόπο με βασικό στόχευση την μείωση των αρνητικών επιπτώσεων και αποτελεσμάτων και την διατήρηση της λειτουργικότητας του οργανισμού. Τα αρνητικά αυτά αποτελέσματα και οι συνέπειες διαφοροποιούνται από τόπο σε τόπο, από χρόνο σε χρόνο.

1.2.1 Διάκριση κρίσεων

Ανάμεσα στις κρίσεις, παρατηρείται διαφορετικότητα που σχετίζεται αφενός από τη δυνατότητα να προβλεφθεί ή όχι, το βαθμό προβλεψιμότητας και αφετέρου από το αν είναι αναμενόμενη ή ξαφνική. Ως προς αυτά τα στοιχεία, οι κρίσεις μπορεί να είναι: 1) ξαφνικές, δεδομένου ότι εμφανίζονται με περιορισμένη ή ανύπαρκτη προειδοποίηση και ως εκ τούτου δεν υπάρχει δυνατότητα πρόβλεψης τους (sudden crises), όπως παραδείγματι από απώλεια στελεχών, φυσικών καταστροφών, ατυχημάτων στο χώρο εργασίας, κ.ά., 2) υποβόσκουσες, κατά τις οποίες υπάρχουν προβλέψεις και στοιχεία που υποδηλώνουν τάσεις για την εμφάνισή τους (smoldering crises), όπως για παράδειγμα εργασιακές κινητοποιήσεις, μακροχρόνιες απεργίες, οικονομική κρίση της Ελλάδας λόγω οικονομικού χρέους στο πρόσφατο παρελθόν, που οδήγησε τη χώρα στα μνημόνια.

Επιπλέον, ανάλογα με τη χρονική στιγμή εμφάνισης, η κρίση μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε φάσεις: πιθανές, λανθάνουσες και οξείες κρίσεις (Zuzák & Rymešová, 2008; Bloch, 2014).

Αναλυτικότερα: 1) οι πιθανές κρίσεις, χαρακτηρίζουν τη φάση κατά την οποία η κρίση αποτελεί υποθετικό γεγονός, χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί η ύπαρξη της και περιγράφεται ως «σχεδόν κανονική λειτουργία της επιχείρησης» (Krystek 1987), 2) οι λανθάνουσες κρίσεις αποτυπώνουν τη φάση εκείνη κατά την οποία έχει ήδη πυροδοτηθεί η κρίση, πλην όμως δεν έχει σαφώς προσδιοριστεί στα πλαίσια της επιχείρησης ή του οργανισμού, 3) η οξεία κρίση παρουσιάζει πλέον εμφανή σημάδια των επιζήμιων συνεπειών της κρίσης και γίνονται προσπάθειες αντιμετώπισης τους. (Krystek, 1987; Zuzák & Rymešová, 2008).

1.3 Η εξέλιξη της κρίσης

Η κρίση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένη διαδικασία εξέλιξης, εικόνα 1.1 Το σημείο εκκίνησης είναι εκείνο όπου αρχίζουν να κάνουν την εμφάνιση τα πρώτα δείγματα που αποτυπώνουν την πιθανή έναρξη της, ακολουθεί η εκδήλωση της και συνεχίζει την ανάπτυξη της αυξάνοντας την ισχύ της, ενώ στο τελευταίο στάδιο παρατηρείται η κάμψη της και το σημείο λήξης, αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να περιλαμβάνεται η εξέλιξη της και η ακολουθία των λοιπών σταδίων (Goh, 2016). Είναι χαρακτηριστικό ότι ανάλογα τα χαρακτηριστικά της, την χρονική περίοδο, την δομή και την ιδιαιτερότητα του οργανισμού που θα έρθει αντιμέτωπος με την κρίση τα στάδια εξέλιξης μπορεί να διαφέρουν σημαντικά ως προς την διάρκεια αλλά και την βαρύτητα τους. Σημαντικό ρόλο στα παραπάνω έχει η ικανότητα αλλά και η αποτελεσματικότητα του διαχειριστή ή της ομάδας που θα δημιουργηθεί προκειμένου να αναλάβει την διαχείριση της κρίσης με πρωτεύοντα γνώμονα τα στάδια εξέλιξης να έχουν σύντομη διάρκεια με όσο το δυνατόν λιγότερες επιπτώσεις για τον οργανισμό.

Εικόνα 1.1 Περιγραφή των φάσεων και σταδίων της κρίσης.

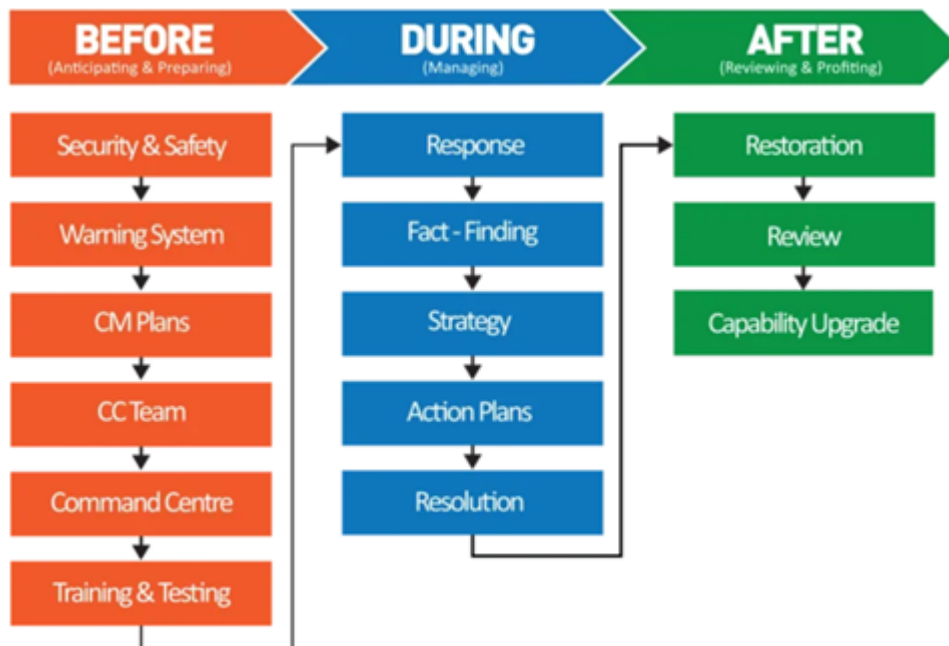
Crisis	Phase	Stage	Description
Before	Identification/Discovery	Pre-crisis	Before the event.
During	Preparation/Planning	During crisis	Warning: Indications that there are or may be or could be events liable to cause significant impact to the organization.
	Response/Control		Crisis Point: When the event begins to cause a significant impact on the organization.
	Recovery		Recovery: The acute stage of the crisis has passed, and the organization can focus on a return to normal operations.
After	Learning	Post-crisis	Evaluation of the effects. Repair of the organization.

Πηγή: <https://blog.bcm-institute.org/crisis-management/identify-the-stages-of-a-crisis>

Η κρίση αποτελεί απότοκο γεγονός μιας αιτίας που καλείται γενεσιουργός αιτία ή αίτιο και χαρακτηρίζεται από απρόσμενες και απρόβλεπτες συνθήκες που προκαλούν αρνητικές επιπτώσεις .

Πρόκειται για γεγονός με εγγενή διαδικασία εξέλιξης και με επιτακτική την ανάγκη αντιμετώπισης του, καθώς και με συγκεκριμένα στάδια και απαιτεί στοχευμένους τρόπους αντιμετώπισης, εικόνα 1.2 (Καριώτης,1992).

Εικόνα 1.2 Τα στάδια της κρίσης με λεπτομερείς δραστηριότητες αντιμετώπισης της.



Πηγή: <https://blog.bcm-institute.org/crisis-management/identify-the-stages-of-a-crisis>

Βάσει των ανωτέρω προκύπτει η εξής ακολουθία: «φαινόμενο- αρνητικές συνέπειες από την εκδήλωση του- κρίση- αντιμετώπιση της κρίσης» με τους εξής τέσσερις κύριους πυλώνες, εικόνα 1.3:

1ος πυλώνας: Προειδοποιητική φάση/ένδειξη

2ος πυλώνας: Εκδήλωση του φαινομένου

3ος πυλώνας: Εκδήλωση δευτερογενών φαινομένων

4ος πυλώνας: Αποδυνάμωση του φαινομένου

Εικόνα 1.3 Τα στάδια της κρίσης (Pre-crisis, Crisis response και Post-crisis).



Πηγή: <https://blog.bcm-institute.org/crisis-management/identify-the-stages-of-a-crisis>

Το πρώτο στάδιο που αφορά τη φάση προειδοποίησης εκδηλώνεται σταδιακά με προοδευτικές νέες ενδείξεις. Απαιτεί αφενός την συνύπαρξη πολλών παραγόντων και αφετέρου την συσσώρευση πολλών αιτιών, (Darling, 1994; Ritchie, 2004).

Λόγω του γεγονότος ότι κάθε κρίση είναι τελείως διαφορετική και ανεξάρτητη δεν μπορεί να προσδιοριστεί ο χρόνος διάρκειας της φάσης αυτής αφού εξαρτάται πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες που την χαρακτηρίζουν. Η εκδήλωση του φαινομένου μπορεί να χαρακτηρίζεται από το «ξαφνικό», είτε να εμφανίζεται σταδιακά με την παρουσία προειδοποιητικών ενδείξεων. Τα δευτερογενή φαινόμενα, αναφέρονται κυρίως στις επιπτώσεις που προκάλεσε το κύριο φαινόμενο και που η σφοδρότητα τους είναι σε άμεση εξάρτηση από τις ενέργειες αντιμετώπισης που έκανε ο διαχειριστής αλλά και από τα χαρακτηριστικά που είχε το κύριο φαινόμενο.

Η αποδυνάμωση του φαινομένου ,που είναι και το θεμιτό για τον διαχειριστή ώστε να κλείσει ο επίπονος κύκλος της κρίσης, μπορεί να εκδηλωθεί με δύο τρόπους, είτε απότομα είτε προοδευτικά. Για παράδειγμα , μια πανδημία συνήθως έχει μεγάλη διάρκεια και το τέλος επέρχεται με τη δημιουργία της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Αυτό όμως σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι οι αρνητικές επιπτώσεις και συνέπειες θα εξαφανιστούν, κάθε άλλο θα εξακολουθήσουν να υφίσταται σε πολύ μικρότερο βαθμό και με πολύ μικρότερη βαρύτητα. Πρακτικά λοιπόν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι η διάρκεια της φάσης αποδυνάμωσης στη συντριπτική πλειοψηφία των κρίσεων είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή της έναρξης (Καριώτης,1992).

1.4 Τα στάδια της κρίσης

Τα στάδια της κρίσης αναφέρονται στο βαθμό στον οποίο η κρίση φέρνει σε κίνδυνο τους στόχους του Οργανισμού, αλλά και τον ίδιο τον Οργανισμό ως οντότητα. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται δύο κατηγορίες:

- 1) Η κρίση που απειλεί την ύπαρξη του Οργανισμού: Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι στο χέρι του διαχειριστή ή της ομάδας διαχείρισης της κρίσης να μπορέσει με τους κατάλληλους διοικητικούς ελιγμούς ή ενέργειες να αποσοβήσει τυχόν αρνητικές επιπτώσεις και συνέπειες.
- 2) Η κρίση που καταστρέφει την ύπαρξη του Οργανισμού: Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν πολύ μικρά περιθώρια ελιγμών και η προσπάθεια που πρέπει να καταβάλλει ο διαχειριστής τεράστια που πολλές φορές επειδή προέρχεται από απρόβλεπτους εξωγενείς παράγοντες είναι πολύ δύσκολο να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν (Γεωργόπουλος, 2015).

Ο κίνδυνος είναι πολύ μικρότερος όταν τα αίτια ή ο τρόπος εξέλιξης της κρίσης είναι οικείος στον διαχειριστή ή σε μέλος της ομάδας του οπότε έχει την γνώση, την αυτοπεποίθηση αλλά και την εμπειρία να τον αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο εκμηδενίζοντας ταυτόχρονα τις αρνητικές επιπτώσεις και συνέπειες για τον οργανισμό. Επίσης, όταν οι παράμετροι του φαινομένου δεν προκαλούν μεγάλο φόβο ή δεν είναι θανατηφόροι ή η ανάληψη της διαχείρισης από το άτομο που κινδυνεύει κάνει την κατάσταση πολύ πιο εύκολη.

Αντίθετα, ο κίνδυνος χαρακτηρίζεται από μεγάλη σοβαρότητα όταν είναι θανατηφόρος, όταν είναι εκτός ελέγχου, όταν δεν υπάρχει κατάλληλη πληροφόρηση, όταν δεν υπάρχει πρότερη γνώση και εμπειρία αντιμετώπισης, όταν δεν γίνεται αντιληπτός με τις αισθήσεις (Θαλασσοχώρη, 2008).

1.5 Είδη κρίσεων

Η πιο συνηθισμένη ομαδοποίηση των κρίσεων είναι μεταξύ των ανθρώπινων και των φυσικών καταστροφών (Τοκάκης, 2012).

Κατά τον Lerbinger (1986) οι κρίσεις διακρίνονται ως εξής :

- ❖ Κρίσεις που προέρχονται από την τεχνολογία λόγω ανθρώπινου λάθους ή δυσλειτουργίας στα συστήματα ασφαλείας και προστασίας,
- ❖ συγκρουσιακές κρίσεις, οι οποίες προέρχονται από τις αποφάσεις της Κυβέρνησης,
- ❖ κρίσεις που προέρχονται από κακόβουλους που στόχο έχουν να πλήξουν τον οργανισμό και
- ❖ κρίσεις που προέρχονται από ανεπάρκεια ή ανικανότητα του διαχειριστή του οργανισμού.

Ο Mitroff (2001) έδωσε την δική του εκδοχή για το πώς πρέπει να γίνεται η κατηγοριοποίηση των κρίσεων και εστίασε κυρίως στα γεγονότα που τις προκαλούν προκειμένου να καταλήξει στα παρακάτω:

(1) Οικονομικές επιθέσεις που προέρχονται από εξωγενείς παράγοντες, (2). Οι επιθέσεις από εξωγενείς παράγοντες προκειμένου να συγκεντρώσουν πληροφορίες, (3). Οι εσωτερικές αστοχίες και μη ορθή εσωτερική λειτουργία, (4). Οι μαζικές καταστροφές, (5). Οι ψυχολογικές κρίσεις. Επίσης, όπως έχουμε αναφέρει παραπάνω ένας οργανισμός έρχεται πολύ συχνά αντιμέτωπος με ένα σύνολο απειλών, οι οποίες αν δεν αντιμετωπιστούν με μεγάλη προσοχή, έγκυρα και με σωστή μεθόδευση, εξελίσσονται σε κρίσεις. Ο Τοκάκης σε μία δική του ερμηνεία και προσέγγιση στο πως μπορούν να ομαδοποιηθούν με ευκρινή διαχωριστικά όρια μεταξύ τους κατέληξε στις παρακάτω κατηγορίες: 1) ατυχήματα εξαιτίας τεχνικού σφάλματος, 2) δημιουργία ελαττωματικού προϊόντος που οφείλεται σε ανθρώπινο λάθος, 3) ατύχημα εξαιτίας ανθρώπινου σφάλματος και σφάλμα διοίκησης, 4) εξωτερικοί παράγοντες, 5) φυσικές καταστροφές, 6) Η βία που προκαλείται στον χώρο εργασίας, 7) η κακή

έξωθεν μαρτυρία που μπορεί να προέλθει από κακόβουλες φήμες, 8) Τεχνικό λάθος που μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία ελαττωματικού προϊόντος, (Τοκάκης, 2012). Ο Persons (1996), εστιάζοντας στο χρόνο έναρξης αλλά και στη διάρκεια κατηγοριοποιεί τις κρίσεις σε: α) Άμεσες : όπου δεν υπάρχει σχεδόν καθόλου λειτουργικός χρόνος προετοιμασίας προκειμένου να αντιμετωπιστεί από τον διαχειριστή και στις περισσότερες περιπτώσεις ξεκινούν απότομα χωρίς κάποιες προειδοποιητικές ενδείξεις, 2) Οι Αναδυόμενες: είναι αυτές που εξελίσσονται πάρα πολύ αργά με αποτέλεσμα να μην επηρεάζουν ιδιαίτερα τον οργανισμό αφού δίνουν το χρόνο προσαρμογής και αντιμετώπισης. 3) Οι Διαρκείς: που δρουν και επηρεάζουν τον οργανισμό για μακρά χρονική περίοδο και διαρκούν ακόμη και από πολλούς μήνες ως και χρόνια (Ritchie, 2003).

Τα στάδια κατά τον Fink (1986) είναι:

- ✓ Το πρώιμο στάδιο: είναι αυτό κατά το οποίο οι ενδείξεις είναι τόσο ισχυρές που γίνεται κατανοητό πως πλέον δεν υπάρχει τρόπος αποφυγής της κρίσης.
- ✓ Φάση έξαρσης: Είναι η φάση κατά την οποία εξελίσσεται και αναπτύσσεται με όλη του τη σφοδρότητα το φαινόμενο της κρίσης. Οι βασικοί στόχοι κατά την φάση αυτή είναι ο περιορισμός των αρνητικών συνεπειών και η τάχιστη αντίδραση σε όλες τις αρνητικές παραμέτρους που θα αναπτυχθούν και αποτελούν φυσική συνέπεια του αρχικού φαινομένου και τείνουν να βλάψουν τον οργανισμό. Η φάση αυτή υποδηλώνει ξεκάθαρα ότι δεν υπάρχει τρόπος αποφυγής αλλά μόνο τρόπος αντιμετώπισης.
- ✓ Χρόνιο στάδιο: Είναι το στάδιο κατά το οποίο έχει κοπάσει η σφοδρότητα της κρίσης και κατ'επέκταση οι βλαπτικές συνέπειες για τον οργανισμό και δρομολογείται με βάση την ανάλυση των παραμέτρων ο καθαρισμός και η θεραπεία.
- ✓ Ανάλυση: Κατά το στάδιο αυτό ο οργανισμός επιστρέφει στη καθημερινή προ κρίσης ρουτίνα του, είτε σοφότερος είτε δυνατότερος και έχοντας θεραπεύσει τις «πληγές» είτε μερικώς είτε πλήρως.

Εξειδικεύοντας λίγο περισσότερο στις πιο γνωστές στη καθημερινότητά μας κρίσεις, που αφορούν το κλάδο του επιχειρείν, θα λέγαμε ότι οι ερευνητές έχουν συγκλίνει σε 5 στάδια εμφάνισης μιας τυπικής κρίσης:

1. Αρχική ένδειξη (σήμα): Η ένδειξη σε περιπτώσεις που η κρίση έχει απότομη έναρξη γίνονται σπανίως αντιληπτά λόγω της έλλειψης χρόνου, προσαρμογής και επεξεργασίας του καινούργιου δεδομένου. Δυστυχώς, οι ενδείξεις αυτές δεν

αξιολογούνται και δεν αντιμετωπίζονται άμεσα και οι πιθανοί λόγοι μπορεί να είναι οι εξής: (1) Η ψευδής αίσθηση ότι σχεδόν αδύνατον να έρθουν αντιμέτωποι με τόσο σοβαρά προβλήματα που θα δημιουργήσουν κρίση στον οργανισμό και δεν πρόκειται τέτοιες καταστάσεις να συμβούν στους ίδιους, (2) Η άρνηση του διαχειριστή ή της ομάδας διοίκησης να αποδεχτούν πως όντως υπάρχει πρόβλημα που φανερώνεται και είναι πλέον αντιληπτό από την επεξεργασία των ενδείξεων αλλά και των δεδομένων με αποτέλεσμα να μην γίνονται οι κατάλληλες ενέργειες αντιμετώπισης αφήνοντας «γυμνό» τον οργανισμό, (3) Η αποτυχία του διαχειριστή/ ηγέτη να αναγνωρίσει και να «διαβάσει» σωστά το προειδοποιητικό ή αρχικό σήμα ώστε να πάρει τις σωστές αποφάσεις. Η πλειονότητα των κρίσεων στο τομέα που εξετάζουμε συμβαίνουν λόγω έλλειψης διαχειριστικής ικανότητας ή ορθής αντίδρασης στις αρχικές ενδείξεις.

2. Προετοιμασία / Πρόληψη: Είναι ίσως η πιο σημαντική παράμετρος στη διαχείριση οργανισμών, γνωρίζοντας τις αδυναμίες και τυχόν τρωτά τους σημεία να έχει γίνει η κατάλληλη προετοιμασία ώστε να αποφευχθεί μία καταστροφική κρίση. Με αυτό τον τρόπο και λειτουργώντας διορατικά μπορεί να γίνει ο κατάλληλος σχεδιασμός διαχείρισης και να προληφθεί η πλειονότητα των κρίσεων χωρίς αυτό σε καμιά των περιπτώσεων να σημαίνει ότι ο οργανισμός ή η επιχείρηση είναι πλήρως θωρακισμένη αφού κρίσεις υπάρχουν και θα υπάρχουν αφού είναι αδύνατον να αποφευχθούν όλες.

3. Έλεγχος/ περιορισμός αρνητικών συνεπειών: Σε αυτή τη φάση βασικό μέλημα και προτεραιότητα είναι η επιβίωση της επιχείρησης και να αξιολογηθούν τάχιστα το σύνολο των απειλών προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν και να ανακάμψει η επιχείρηση με όσο το δυνατόν λιγότερες οικονομικές ή άλλης υφής συνέπειες. Η στρατηγική αντιμετώπισης που θα χαράξει ο διαχειριστής σε αυτή τη φάση παίζει μείζονος σημασίας ρόλο.

4. Ανάκαμψη επιχειρήσεων: Η φάση αυτή αναφέρεται κατ ουσίαν στην επιστροφή στη κανονικότητα της επιχείρησης και διαχείρισης των πληγών της ως προς τα στελέχη της, τους πελάτες της αλλά και το εξωτερικό δίκτυο συνεργατών της αφού θα πρέπει να πείσει για την ουσιαστική αυτή επιστροφή και ότι τίποτα δεν θα είναι διαφορετικό από την προ κρίσης εποχή. Συνοψίζοντας, είναι η φάση κατά την οποία πρέπει να αποδειχθεί έμπρακτα και στο εξωτερικό αλλά και στο εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης ότι η κρίση πέρασε χωρίς να δημιουργήσει προβλήματα ,ότι δεν χάθηκε η αξιοπιστία της και ότι δεν θα υπαρξεί κανένα απολύτως πρόβλημα σε όλο το μήκος της επιχειρηματικής αλυσίδας που έχει

δημιουργηθεί καθ' όλη τη διάρκεια ύπαρξής της (Darling, 1994; Sarriegi & Paseo, 2009).

5. Μάθηση: Σπουδαίο ρόλο έχει και το τελευταίο στάδιο αφού ο ηγέτης οφείλει να παροτρύνει το προσωπικό να συμμετέχει στην οργανωτική μάθηση που θα προσφέρει καινούργια γνώση και ερμηνεία νέων πληροφοριών ώστε να γίνουν οι κατάλληλες διαρθρωτικές και οργανωτικές αλλαγές στην επιχείρηση προκειμένου αυτή να δημιουργήσει νέα προληπτικά συστήματα για να μπορέσει να αποφύγει ή να αντιδράσει άμεσα σε κάθε μελλοντική απειλή που στόχο θα έχει να βλάψει την επιχείρηση. Σε αυτό το στάδιο καταλυτικό ρόλο παίζει η στάση που θα κρατήσει ο ηγέτης ώστε η αρνητική/βλαπτική εμπειρία να αξιοποιηθεί με τον καλύτερο τρόπο ώστε να γίνει η ασπίδα της επιχείρησης στο μέλλον (James & Wooten, 2005).

1.6 Οι επιπτώσεις της κρίσης

Είναι προφανές ότι η κρίση όταν εκδηλωθεί έχει αρνητικές συνέπειες, ακόμα και όταν το αντίκτυπο στο φάρμα είναι μικρό. Είναι σαφές ότι, οι αναλύσεις των συνεπειών οφείλουν να εμπεριέχουν την πλήρη και εξονυχιστική ανάλυση του φαινομένου, τον τρόπο διαχείρισης του ήγεται αλλά και του υπόλοιπου έμψυχου δυναμικού. Πολλές φορές, οι πολιτικές αντιμετώπισης διακατέχονται από ένα εντελώς θεωρητικό υπόβαθρο το οποίο δεν έχει καμία πρακτική εφαρμογή με αποτέλεσμα την αποτυχία στην ορθή και ουσιαστική διαχείριση της. Η ανάλυση του κρίσιμου περιστατικού οφείλει να περιλαμβάνει μια πολυεπίπεδη έρευνα, που στόχο θα έχει τις πιθανές επιπτώσεις σε όλο τον ευρύτερο μικρόκοσμο του οργανισμού και γενικά στο πληθυσμό (Καριώτης, 1992).

Οι προαναφερόμενες αναλύσεις αποτελούνται από επιμέρους σημαντικά επίπεδα ανάλυσης και η κάθε μια από αυτές προετοιμάζει το τελικό προς επίτευξη αποτέλεσμα. Κατά την ανάλυση του κρίσιμου περιστατικού και στην περίπτωση όπου οι πληροφορίες χαρακτηρίζονται ελλιπείς, μπορούν να χρησιμοποιηθούν δύο διαφορετικές μεθοδολογίες ανάλυσης ώστε να μετρηθούν στην ουσία το κόστος και ο κίνδυνος που επέφερε η κρίση (Καριώτης, 1992).

Η πρώτη μέθοδος αναφέρεται κυρίως στο κατά πόσο είναι πιθανό να συμβεί ένα υποτιθέμενο γεγονός και η δεύτερη μέθοδος που είναι πιο αναλυτική και πραγματεύεται πιο τελικά είναι το κόστος, ποια τα θετικά και ποιος ο κοινωνικός αντίκτυπος. Στην εν λόγω μέθοδο γίνεται και πλήρης ανάλυση του συνόλου των

έμψυχων και άψυχων παραγόντων που είχε στη διάθεση του ο ηγέτης προκειμένου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κρίση (Κουσκουβέλης,1997). Από το χρονικό σημείο όπου και θα προσδιοριστεί η πιθανότητα ενός περιστατικού και έχει γίνει και η ανάλυση του περιστατικού τότε θα προχωρήσει στην διεξοδικότερη ανάλυση του φαινομένου και των παραγόντων που το προκάλεσαν. Τελικά, η ερευνητική αυτή διαδικασία θα οδηγήσει σε αποτελεσματικότερη διαχείριση και σχεδιασμό και ταυτόχρονα θα επιτρέψει να αποδοθούν και κάποιες προτεραιότητες (Κουσκουβέλης,1997).

Σε σχέση με το πώς ο διαχειριστής προσπαθεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις, η αρχική εικόνα μπορεί να μην είναι η πραγματική. Οι φορείς που έχουν ως αντικείμενο τη διαχείριση των κρίσεων, έχουν ως βασικό γνώμονα να βρεθεί η κατάλληλη αλληλουχία ενεργειών προκειμένου να οδηγηθούν στο επιθυμητό αποτέλεσμα που είναι να ξεπεράσει ο οργανισμός το εν λόγω φαινόμενο. Έτσι λοιπόν γίνεται κατανοητό ότι προσπαθούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των ενεργειών του διαχειριστή μειώνοντας ταυτόχρονα την εκδήλωση των αρνητικών συνεπειών (Κουσκουβέλης,1997).

Στις ημέρες μας είναι επιτακτική ανάγκη για όλα τα στελέχη οργανισμών, επιχειρήσεων αλλά και για τους θεωρητικούς να εκπαιδευτούν και να εξειδικευτούν στη διαχείριση κρίσεων ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν και να προστατεύουν τους φορείς που είτε διοικούν είτε εργάζονται από αυτό το τόσο συχνό πλέον φαινόμενο. Είναι δε χαρακτηριστικό στην εκπαιδευτική κοινότητα η ραγδαία αύξηση των μεταπτυχιακών προγραμμάτων και των σεμιναρίων με κεντρικό αντικείμενο την κρίση που δίνει τη δυνατότητα κατανόησης κρίσιμων ζητημάτων όπως αυτό της επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, την αгаστή συνεργασία της ομάδας διαχείρισης της κρίσης, την επικοινωνιακή πολιτική κ.α.

Το σημείο διαχείρισης κρίσεων που σχετίζεται με τη μείωση των συνεπειών, επικεντρώνεται κυρίως στην αλληλουχία ενεργειών που πρέπει να αναπτυχθεί και στην οργάνωση αυτών προκειμένου να ξεπεραστεί η κρίση. Όταν μειώνονται οι κίνδυνοι, μειώνεται η σπατάλη χρόνου και σε συνδυασμό με την συνετή διαχείριση των πόρων μειώνονται και οι κρίσιμες καταστάσεις για τον εκάστοτε πληθυσμό σε κίνδυνο. Με γνώμονα τα παραπάνω εμφανίζονται τέσσερις εφαρμογές που έχουν άμεση συσχέτιση μεταξύ τους ως προς την ανάκαμψη, τη μείωση και την ετοιμότητα (Κουσκουβέλης,1997).

Οι τέσσερις αυτές εφαρμογές αναφέρονται στο χώρο/ φορέα που θα εμφανισθεί η κρίση, στις κτιριακές υποδομές που εμπλέκονται στην παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών, στους μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται για τη διατήρηση των προϊόντων και υπηρεσιών και βέβαια στο έμπυχο δυναμικό που χειρίζονται τους μηχανισμούς αυτούς και τις κτιριακές δομές, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στο σύνολο της διαχείρισης.

Έτσι λοιπόν γίνεται κατανοητό ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά αποτελούν τα καθοριστικά σημεία για την ορθή αξιολόγηση και την σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου μετριάζοντας όσο το δυνατόν περισσότερο τις αρνητικές συνέπειες και κάθε είδους απώλειες. Κρίσιμο σημείο σε αυτή τη περίπτωση είναι και η τάχιστα αντιμετώπιση από πλευράς διαχειριστικής ομάδας προκειμένου να αποφευχθεί κατασπατάληση ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων. Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η διαχείριση της κρίσης είναι ένας συνεχής και αδιάκοπος αγώνας μείωσης των αρνητικών συνεπειών μέχρι να επιστρέψει ο οργανισμός στην προ κρίσης κατάσταση κανονικότητας (Κουσκουβέλης,1997).

Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς στο σημείο αυτό και την σημασία της εκπαίδευσης στη διαχείριση των κρίσεων. Σημειώνονται επιπλέον τέσσερις μείζονος σημασίας παράμετροι που λειτουργούν καταλυτικά όπως: α) το πρακτικό κομμάτι διαχείρισης, β) οι δυνατότητες και οι ικανότητες του έμπυχου δυναμικού, 3) τα μέτρα προστασίας και ασφάλειας και τέλος, 4) η εκπαίδευση ως σύνολο του έμπυχου δυναμικού και το καθηκοντολόγιο που θα αναλάβει η κάθε μονάδα του οργανισμού.

Για τη μείωση των επιπτώσεων και των συνεπειών της κρίσης, έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα παγκοσμίως με μοναδικό γνώμονα την όσο το δυνατόν μικρότερη αντίκτυπο και βλάβη που θα υποστεί ο οργανισμός. Έτσι λοιπόν παγκοσμίως έχουν επικρατήσει τρία μοντέλα μείωσης, αυτό της ετοιμότητας, της αντιμετώπισης και της ανάκαμψης (Κουσκουβέλης,1997).

Το μοντέλο στρατηγικής που έχει να κάνει με την ετοιμότητα, είναι στρατηγική η όποια έχει σαν επίκεντρο το χώρο, τις κτιριακές δομές, τα τεχνολογικά συστήματα και τους ανθρώπινους πόρους. Η ετοιμότητα πραγματεύεται κυρίως με τους ανθρώπινους πόρους και την προετοιμασία που έχουν κάνει ώστε να αντιμετωπίσουν με επιτυχία το φαινόμενο. Επομένως, αυτές οι στρατηγικές ελάττωσης σχετίζονται άμεσα με τη διασφάλιση, ότι ο εξοπλισμός, και τα έμπυχα συστήματα ή μη βρίσκονται σε πλήρη ετοιμότητα ώστε με σωστό προγραμματισμό να δράσουν προς όφελος του οργανισμού. Επίσης, στις εν λόγω στρατηγικές, κρίσιμο είναι οι

διαχειριστές να βρίσκονται σε συνεχή εγρήγορση και προετοιμασμένοι να μεταβάλλουν αν παραστεί ανάγκη το επιχειρησιακό σχέδιο ακόμη και αρκετές φορές ώστε να έχει θετικό πρόσημο η όλη προσπάθεια αντιμετώπισης. Ένα ακόμη μείζονος σημασίας κομμάτι είναι η κατάλληλη εκπαίδευση που πρέπει να έχει το ανθρώπινο δυναμικό σε ομαδικό επίπεδο ώστε να αλληλεπιδράσουν μαζικά, ουσιαστικά και αποτελεσματικά προκειμένου να έρθει το επιθυμητό αποτέλεσμα (Van Bavel et al., 2020).

Το δεύτερο μοντέλο στρατηγικής έχει να κάνει με την αντιμετώπιση. Το μοντέλο αυτό έχει να κάνει κυρίως με το πώς το περιβάλλον, και με ποιους τρόπους, μπορεί να παίξει καταλυτικό ρόλο στη προσπάθεια αντιμετώπισης του φαινομένου. Σε αυτό το σημείο καθορίζονται όλες οι επιμέρους στρατηγικές ώστε το περιβάλλον που βρίσκεται στο κέντρο των εξελίξεων να συνδράμει ευεργετικά σε συνδυασμό πάντα με το εκπαιδευμένο έμψυχο δυναμικό του φορέα που έχει καθοριστικής σημασίας ρόλο στην οργάνωση, την υποστήριξη αλλά και στην αποφυγή λαθών σε όλη τη μακροσκελή αλυσίδα που δημιουργείται προκειμένου να γίνει η αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης (Van Bavel et al., 2020). Σύμφωνα με τους Boin & Lagadec (2000) πολύ σημαντικό ρόλο παίξει και πάλι η εκπαίδευση για την αντιμετώπιση των μελλοντικών κρίσεων, προτείνουν δε την εκπαίδευση σε 50 υποθετικά σενάρια ώστε να δημιουργηθούν προληπτικοί μηχανισμοί καταστολής των κρίσεων εν τη γενέση τους. Ο καθησυχασμός στις κλασικές περιπτώσεις εμφάνισης κρίσεως μπορεί να προκαλέσει το ψευδές αίσθημα ασφάλειας κάτι που μπορεί μελλοντικά να αποβεί μοιραίο για τον οργανισμό.

Τέλος, το μοντέλο ανάκαμψης, χαρακτηρίζεται από τον σχεδιασμό της ανάκαμψης που περιλαμβάνει την εργασία με την φύση του περιβάλλοντος αντί να πηγαίνει εναντίον του. Η έλλειψη χρόνου και η λάθος διαχείριση των πόρων μπορούν να αντιμετωπιστούν από την ανάπτυξη της λίστας των επιθυμιών για την ανάκαμψη.

Η μείωση των συνεπειών της κρίσης έχει δύο κύριες παραμέτρους. Σε πρώτο χρόνο ο ηγέτης ή η ομάδα διαχείρισης οφείλουν να διασφαλίσουν ότι οι κατάλληλες μονάδες του εμψύχου δυναμικού βρίσκονται στη κατάλληλη θέση ευθύνης προκειμένου να γίνουν όλες οι απαραίτητες ενέργειες ανάκαμψης. Δεύτερον ο ηγέτης ή η ομάδα διαχείρισης πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη την ανθρώπινη προοπτική και τις δύο περιπτώσεις που την χαρακτηρίζουν. Η πρώτη περίπτωση έχει να κάνει με τη στήριξη που πρέπει να δοθεί σε αυτούς που επηρεάστηκαν πρακτικά από την κρίση είτε σωματικά είτε συναισθηματικά και η δεύτερη περίπτωση στη προσπάθεια βελτίωσης

της κατάστασης όλων αυτών που επηρεάστηκαν από την κρίση (Κουσκουβέλης,1997).

Συμπερασματικά, είναι προφανές ότι, προκειμένου να γίνει ορθή και αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης η αλληλουχία των ενεργειών πρέπει να ξεκινά αμέσως μετά από την εμφάνιση της πρώτης ένδειξης εκδήλωσης. Όσο πιο οργανωμένο είναι το περιβάλλον, όσο πιο ικανό και εκπαιδευμένο είναι το έμψυχο δυναμικό και πιο σωστά δομημένα τα συστήματα, τόσο πιο μειωμένες θα είναι οι αρνητικές συνέπειες για τον οργανισμό. Η διαχείριση της κρίσης και της ανάκαμψης γίνονται με βάση δραστηριότητες μέσα στο ευρύτερο περιβάλλον (Κουσκουβέλης,1997).

Κεφάλαιο 2: ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ COVID-19

2.1 Ορισμός της πανδημίας

Ανάλογα με τη χρονική συσσώρευση και τη διάρκεια τους, τα λοιμώδη νοσήματα κατηγοριοποιούνται σε ενδημίες, επιδημίες και πανδημίες.

Ως ενδημία χαρακτηρίζεται η παρουσία μικρού αριθμού περιστατικών ενός λοιμώδους νοσήματος σε έναν συγκεκριμένο τόπο, καθ' όλη τη διάρκεια του έτους.

Ως επιδημία χαρακτηρίζονται οι εξάρσεις των νοσημάτων που εμφανίζονται σε έναν ανθρώπινο πληθυσμό και δεδομένη χρονική περίοδο, σε βαθμό μεγαλύτερο του αναμενόμενου. Η επιδημία μπορεί να περιορίζεται γεωγραφικά σε ένα τόπο ή μια ολόκληρη χώρα. Στην περίπτωση που η επιδημία εξαπλώνεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς σε ήπειρο ή σε παγκόσμια κλίμακα, τότε ορίζεται ως πανδημία (Τριχόπουλος, 2002).

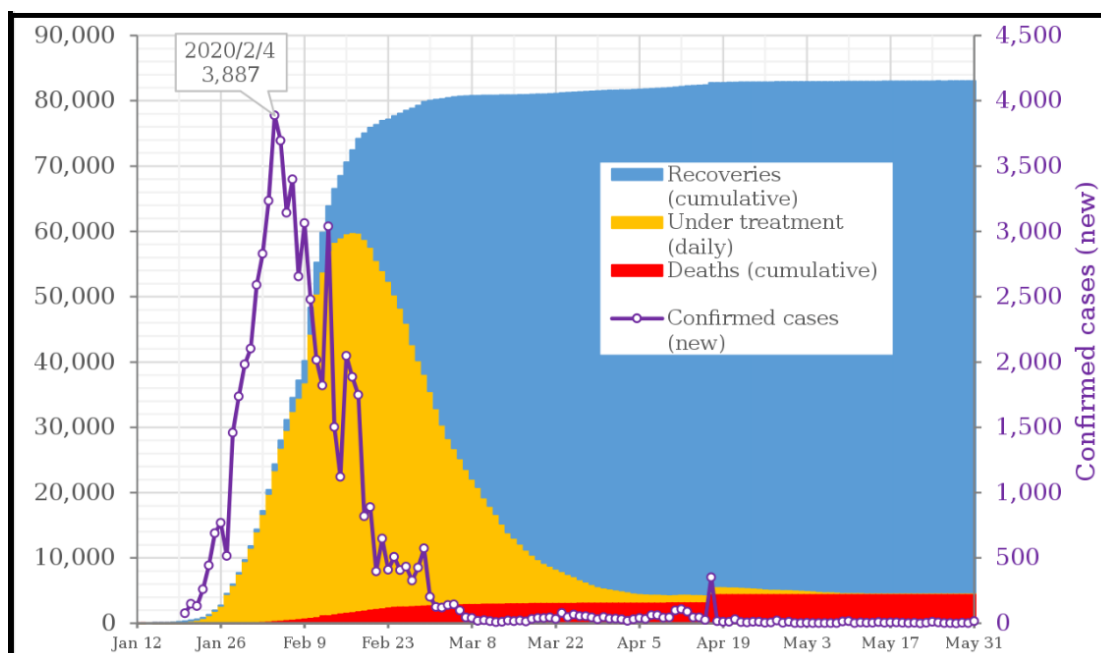
Στην ιστορία της ανθρωπότητας, κατά καιρούς, μεγάλες επιδημίες έχουν πλήξει τις κοινωνίες, επισείοντας σημαντικές ιστορικές και κοινωνικές αλλαγές. Παραδείγματα από το πρόσφατο παρελθόν είναι η πανδημία της ισπανικής γρίπης το 1918, προκαλώντας το θάνατο 100 εκατομμυρίων ανθρώπων, η επιδημία γρίπης H3N2 το 1968 καταγράφοντας 1 εκατομμύριο θανάτους, η πανδημία HIV/AIDS με 36 εκατομμύρια θανάτους μεταξύ των ετών 1981 έως 2012, η πανδημία H1N1 το 2009 και τελευταία, η πρόσφατη πανδημία της COVID-19 νόσου που αποτελεί μια από τις πιο δύσκολες υγειονομικές κρίσεις, που κλήθηκε να αντιμετωπίσει η ανθρωπότητα.

2.2 Η πανδημία COVID-19

Η επιδημία νέου κορωναϊού SARS-CoV-2 εμφανίστηκε αρχικά στα τέλη του 2019 στην πόλη Wuhan, της επαρχίας Hubei της Κίνας σε ομάδες ατόμων που παρουσίασαν πνευμονία χωρίς σαφή αιτία. Τα περισσότερα από αυτά τα άτομα εργάζονταν στην Αγορά Θαλασσινών όπου επίσης πωλούνταν ζώα που βρίσκονταν εν ζωή. Η επιστημονική κοινότητα της Κίνας κατάφεραν να απομονώσουν το στέλεχος του κορωναϊού, που πήρε αρχικά την ονομασία 2019-nCoV, το οποίο παρουσίασε ιδιότητες που προσομοίαζαν κατά πολύ μεγάλο ποσοστό με τον SARS-CoV. Παρακάτω παρουσιάζουμε γράφημα κρουσμάτων ανά ημερολογιακή ημέρα που πιστοποιήθηκαν με την μοριακή μέθοδο PCR που αναπτύχθηκε τάχιστα από την

επιστημονική κοινότητα προκειμένου να μπορούν να ταυτοποιούν τον νέο ιό γράφημα 2.1.

Γράφημα 2.1 Τα κρούσματα στην Κίνα.



Πηγή:<https://el.wikipedia.org/COVID-19>

Στις 20 Ιανουαρίου 2020, η Κίνα στην προσπάθεια της να περιορίσει και να ελέγξει την επερχόμενη επιδημία που προκαλεί πνευμονία πήρε γενναίες και δύσκολες αποφάσεις που σε ένα βαθμό ήταν σε πρώτο χρόνο αποτελεσματικές. Στις 23 Ιανουαρίου 2020, η Wuhan εφάρμοσε την καραντίνα, σταμάτησαν όλες οι μετακινήσεις από και προς τη Wuhan, προληπτικά όλες οι κοντινές πόλεις τέθηκαν επίσης σε παρόμοια καραντίνα, ενώ αναβλήθηκαν κάθε είδους εορταστικές εκδηλώσεις που θα προκαλούσαν και ανέστειλαν προσωρινά τη λειτουργία όλων των σχολικών μονάδων. Η ζήτηση μέτρων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) αυξήθηκαν κατακόρυφα, με κυβερνητική οδηγία περιορίστηκαν στο ελάχιστο τα ταξίδια προς τρίτες χώρες ενώ πολλές χώρες έβγαλαν οδηγίες για τους πολίτες τους που τους επιστούσαν την προσοχή για την παραμονή τους στην Κίνα. Οι ταξιδιώτες που αναγκαστικά έπρεπε να επισκεφθούν τη Κίνα έμπαιναν σε υποχρεωτική καραντίνα 15 ημερών ώστε να διαπιστωθεί με απόλυτη σιγουριά ότι δεν είναι φορείς του νέου ιού, ενώ στα αεροδρόμια, στα λιμάνια και τους σταθμούς των τρένων υπήρχε εξονυχιστική θερμομέτρηση ανά ταξιδιώτη και συμπλήρωση πλήρους ερωτηματολογίου.

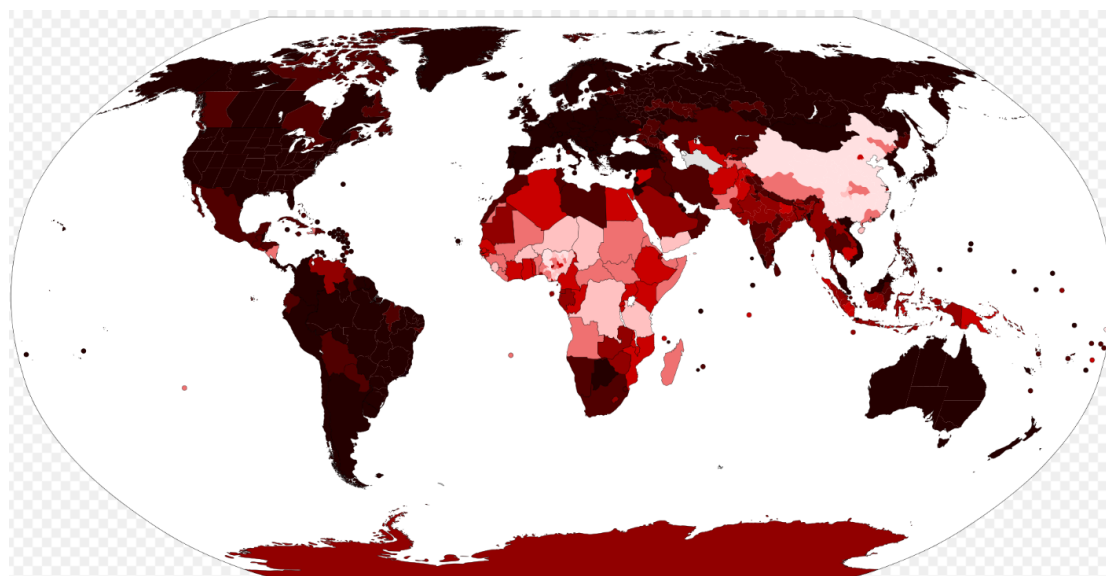
Οι προσπάθειες όμως που κατέβαλαν προκειμένου να περιοριστεί η νόσος δεν ήταν αποτελεσματικές και ο ΠΟΥ ανακήρυξε την περιοχή σε έκτακτη δημοσιονομική ανάγκη και στη συνέχεια να χαρακτηριστεί στις 11 Μαρτίου ως πανδημία (WHO 2020). Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης σταμάτησε με νέα ανακοίνωση του ΠΟΥ στις 5 Μαΐου 2023 και χαρακτηρίστηκε ως το πρώτο κύμα της πανδημίας.

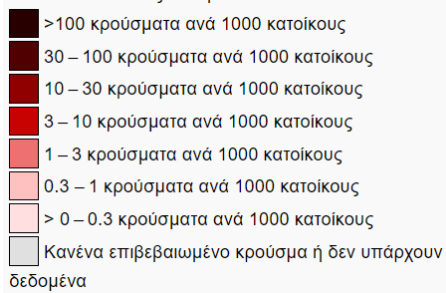
Η εν λόγω πανδημία με βάση τα επίσημα στοιχεία καταγραφής προκάλεσε σχεδόν 6 εκατομμύρια θανάτους σε αριθμό μολύνσεων που ξεπερνά τα 575 εκατομμύρια, πράγμα που την κατατάσσει πάρα πολύ ψηλά στην κλίμακα των πιο θανατηφόρων πανδημιών που έπληξαν την ανθρωπότητα.

2.3 Επιδημιολογία

Μέχρι τις 20 Ιουλίου 2022, σχεδόν 575.000.000 επίσημα καταγεγραμμένες περιπτώσεις είχαν επιβεβαιωθεί σε όλα τα μήκη και πλάτη της γης («COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University) ενώ θεωρείται βέβαιο ότι οι περιπτώσεις είναι πολύ περισσότερες αλλά λόγω της ήπιας συμπτωματολογίας δεν έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις ταυτοποίησης ώστε να καταγραφούν, εικόνες 2.1-2.3 (Li, et al, 2020; Sun, et al., 2020).

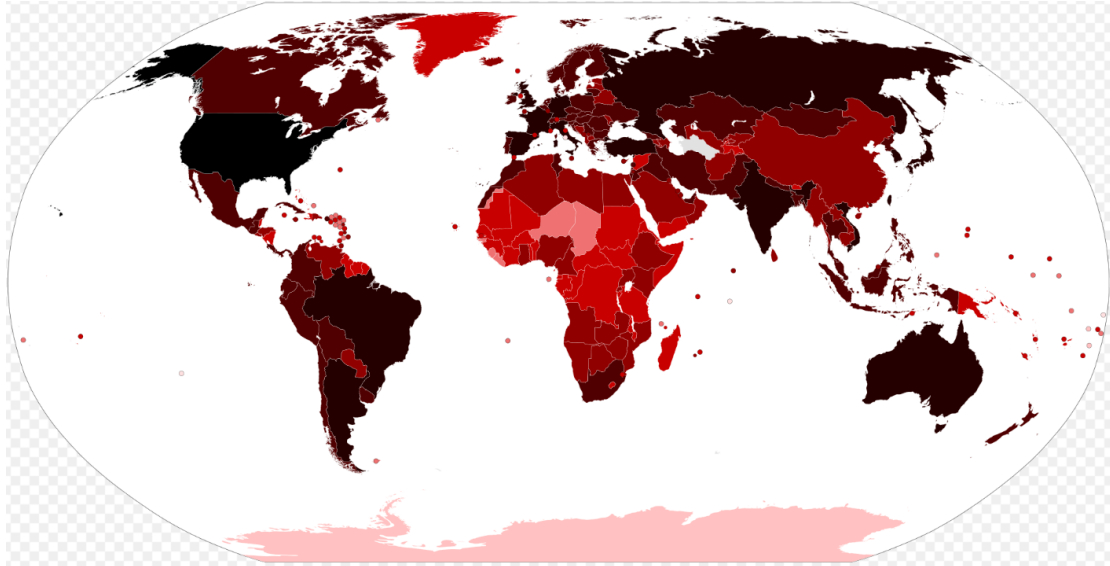
Εικόνα 2.1 Επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19 ανά 1000 πληθυσμού ως τις 6-8-2023.





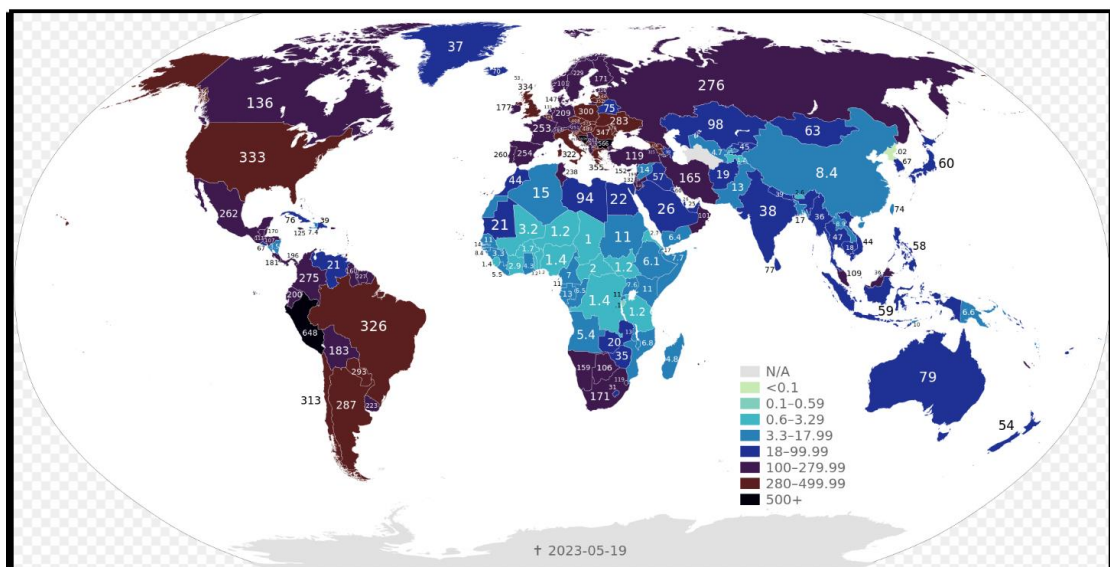
Πηγή:<https://el.wikipedia.org/COVID-19>

Εικόνα 2.2 Χάρτης των χωρών ως προς τα συνολικά επιβεβαιωμένα κρούσματα, έως 20-11-2022.



Πηγή:<https://el.wikipedia.org/COVID-19>

Εικόνα 2.3 Κατά κεφαλήν θάνατοι από COVID-19, έως 19-5-2023.



Πηγή:<https://el.wikipedia.org/COVID-19>

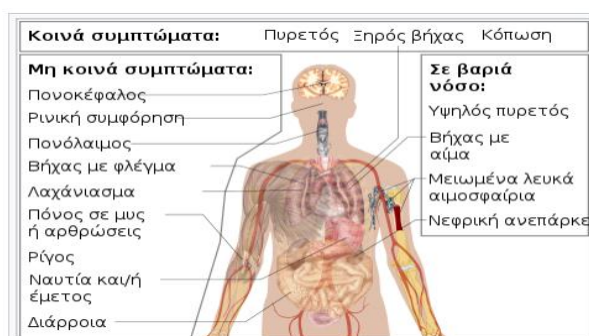
Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία που εξέδωσε το Υπουργείο Υγείας της Κίνας, ως τις 14 Μαρτίου 2020, περίπου 5.400 θανάτων οφείλονταν στην COVID-19 και οι

περισσότεροι θάνατοι αφορούσαν ηλικιωμένους ασθενείς. Περίπου το 78% των θανάτων που καταγράφηκαν ήταν άτομα ηλικίας άνω των 63 ετών και το 72% είχαν συνοδά επιβαρυντικά προβλήματα υγείας όπως, αναπνευστικά προβλήματα, παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη, («Coronavirus: Window of opportunity to act, World Health Organization says», 2020). Το ποσοστό θνησιμότητας όπως αυτό αναλύθηκε από τις επίσημες καταγραφές κυμάνθηκε μεταξύ 2,5-3% (Guarner, 2020). Σε παγκόσμιο επίπεδο, συνολικά οι περιπτώσεις που είχαν επιβεβαιωθεί από την πανδημία COVID-19 ανέρχονται σε 768.237.788 με 6.951.677 θανάτους και 761.286.111 αναρρώσαντες (<https://www.who.int/diseases/novel-coronavirus-2019>). Στην Ελλάδα, τα κρούσματα της πανδημίας COVID-19 ανέρχονται συνολικά στα 6.101.379, καταγράφηκαν 37.089 θάνατοι και ανάρρωσαν 6.064.290 (<https://www.covidstats.gr/eody.html>).

2.4 Συμπτωματολογία

Στην πλειοψηφία τους, τα μολυσμένα άτομα αρχικά παρουσίασαν συμπτωματολογία, που προσομοίαζε σε γρίπη, όπως εμπύρετο, βήχας, προβλήματα αναπνευστικά, έντονη κούραση και μυικούς πόνους, εικόνα 2.4. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι ανορεξία, γενική κακουχία, απώλεια όσφρησης και γεύσης, δεκαδική πυρετική κίνηση, καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγία, διάρροιες, κλπ. Η περαιτέρω εξέλιξη της νόσου μπορεί να οδηγήσει σε πολύ βαριά αναπνευστικές προβλήματα που η συνεχόμενη επιδείνωση τους να οδηγήσει στο θάνατο. Συμπτωματολογία που αφορά το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα δεν εμφάνιζαν μεγάλη συχνότητα (Huang, et al., 2020). Αρκετά συχνά παρατηρήθηκε το φαινόμενο ασθενείς να βγάζουν θετικό το μοριακό έλεγχο χωρίς να παρουσιάζουν το παραμικρό σύμπτωμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις η στενή παρακολούθηση του στενού περιβάλλοντος του ασυμπτωματικού ασθενή ήταν επιβεβλημένη (Pan, et al., 2020).

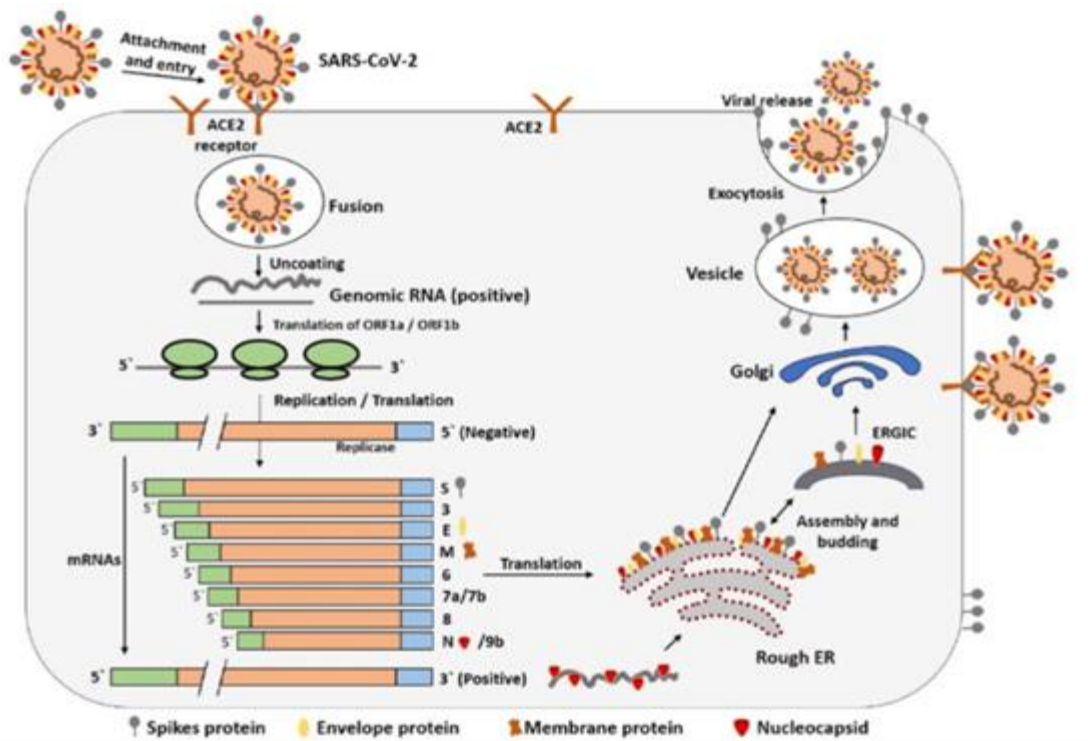
Εικόνα 2.4 Συμπτώματα της νόσου.



Πηγή:<https://el.wikipedia.org/COVID-19>

Η περίοδος επώασης μπορούσε να κυμανθεί από 1 έως 14 ημέρες, αν και συνήθως είναι 5 ημέρες, ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία υπήρχαν αναφορές και 27 ημερών, σχήμα 2.1 (World Health Organization, 2020; Reuters, 2020).

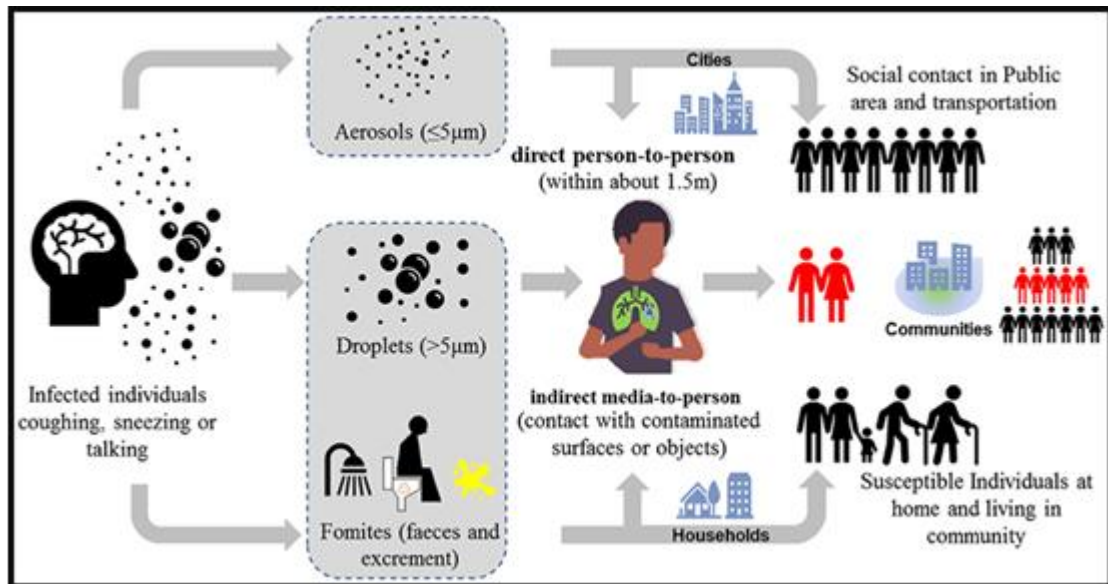
Σχήμα 2.1 Ο μηχανισμός πρόσδεσης της S (spike) πρωτεΐνης του SARS-CoV-2 στον υποδοχέα ACE2 του ξενιστή και ο κύκλος ζωής του ιού.



Πηγή: Shereen et al., 2020

Ο κύριος τρόπος μετάδοσης είναι με τα σταγονίδια που αποβάλλονται από το φτέρνισμα ή το βήξιμο και μεταφέρονται κατά την ανθρώπινη επαφή, ακόμη και από ανθρώπινα σταγονίδια που μπορεί να πέσουν πάνω σε επιφάνειες και να μεταδώσουν τον ιό όταν ο άνθρωπος αγγίξει την επιφάνεια, και στη συνέχεια αγγίξει κάποια από τις πύλες εισόδου του σώματος του (World Health Organization., 2020). Τα εν λόγω σταγονίδια που μεταφέρουν τον ιό έχουν ελάχιστο χρόνο παραμονής στον αέρα, πίνακας 2.1 (Hu, et al., 2021).

Εικόνα 2.5 Τρόποι μετάδοσης του SARS-CoV-2.



Πηγή: Hu et al., 2021

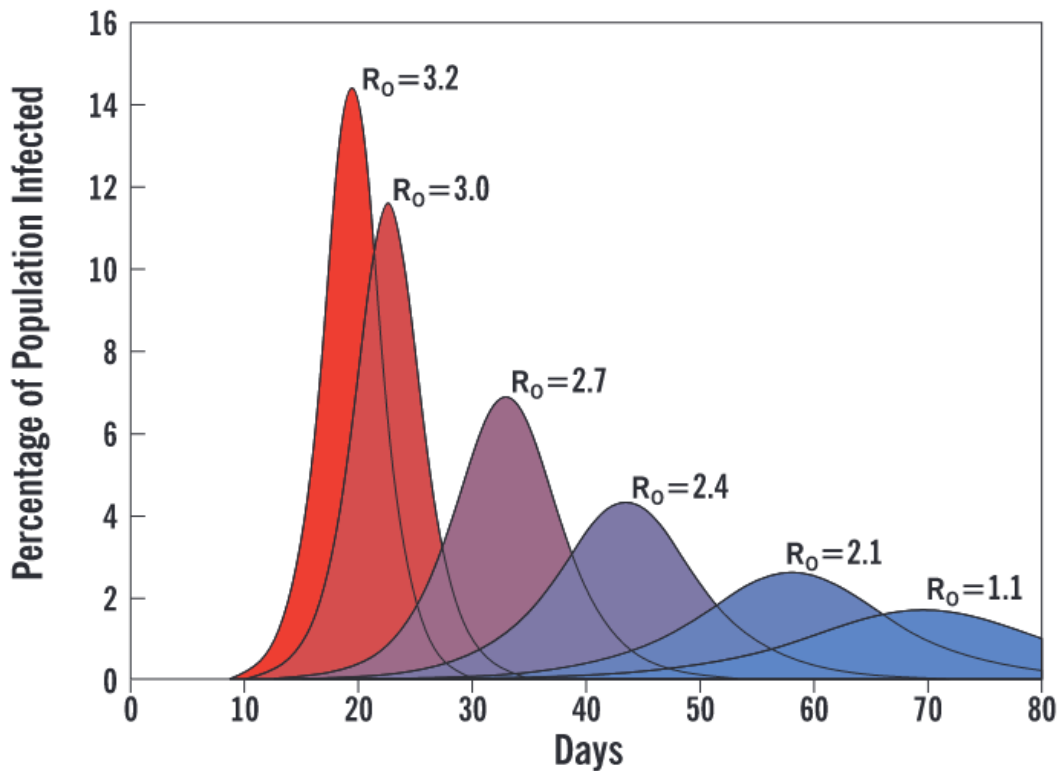
Πίνακας 2.1 Διάρκεια ζωής του κοροναϊού σε διάφορες συνθήκες περιβάλλοντος.

Virus	Aerosol (θ)	Solid surface (θ)				Water (θ)		
		Plastic	Stainless steel	Copper	Cardboard	Type	4°C	20-25°C
SARS-Cov	3 h	72 h	72 h	8 h	8 h	Tap water	>14 d	2-3 d
						Normal saline	>14 d	>14 d
						Feces	>17 d	3-17 d
SARS-Cov-2	3 h	72 h	72 h	4 h	24 h	NA	NA	NA

Πηγή: Hu et al., 2021

Οι εκτιμήσεις για τον αριθμό μετάδοσης R_0 (ένα μολυσμένο άτομο πόσα μεσοσταθμικά άτομα μπορεί να μολύνει), κυμαίνονται από 2,12 έως 4,81, αν και υπάρχει αναφορά ότι στις 24-1-2020 ο ιός μεταδόθηκε σε μια σειρά έως και τεσσάρων ατόμων, διάγραμμα 2.1 (Yang et al., 2020; Hu et al., 2021).

Διάγραμμα 2.1 Η επίδραση του R_0 στις επιδημικές καμπύλες.



Πηγή: CDC, 2017

Σε μία από τις επισημάνσεις του ΠΟΥ αναφέρθηκε ότι ο ιός δεν μεταδίδεται μέσω των τροφίμων αλλά σε κάθε περίπτωση θα ήταν επιθυμητό τα τρόφιμα ζωικής προελεύσεως να είναι πολύ καλά μαγειρεμένα (WHO Coronavirus Disease Situation Report 32).

Ο ιός πιθανολογείται ότι είναι ζωικής προελεύσεως και πιθανότατα μεταδίδεται από το ζωικό βασίλειο στον άνθρωπο αλλά για το συγκεκριμένο δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες ενδείξεις και πόσο μάλλον να έχει αποδεδειγμένα ταυτοποιηθεί (Cyranoski, 2020; Paden et al., 2018).

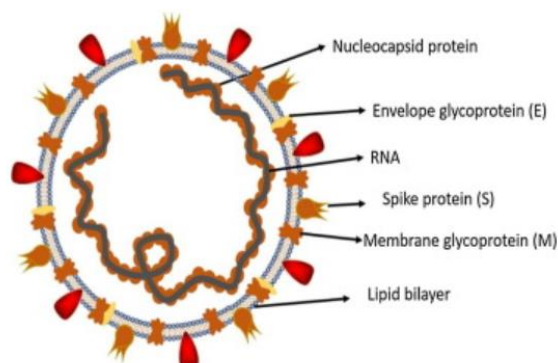
2.5 Διάγνωση

Η έντονη και οξεία αναπνευστική δυσλειτουργία κορωναϊού 2 είναι η αιτία της COVID-19 νόσου (Zhou et al., 2020).

Οι κορωναϊοί ανήκουν στην οικογένεια *Coronaviridae* της τάξης *Nidovirales*. Στην εξωτερική επιφάνεια του ιού υπάρχουν αιχμές (ακίδες) που μοιάζουν με κορόνα και σε αυτές οφείλεται η ονομασία του, εικόνα 2.6 (Shereen et al., 2020). Οι κορωναϊοί

είναι μικροσκοπικοί σε μέγεθος, με διάμετρο περίπου 70-120 nm και είναι RNA ιός θετικής πολικότητας (+) και το μέγεθός του είναι από 27 έως 33kbs.

Εικόνα 2.6 Η δομή του SARS-CoV-2.



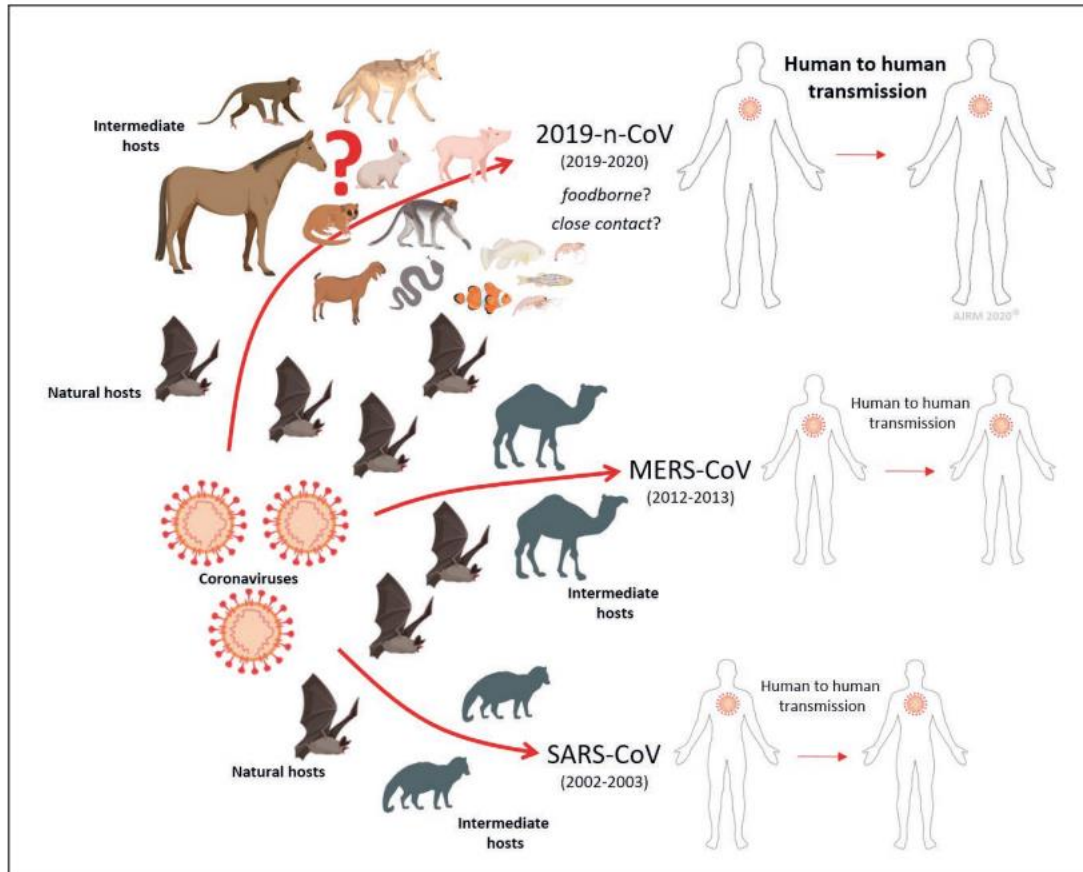
Πηγή: Shereen et al., 2020

Η οικογένεια των κορωνοϊών διακρίνεται σε : α , β , γ και δ κορωνοϊοί που είναι στην ουσία οι υποομάδες. Ο (SARS-CoV), ο H5N1 της γρίπης Α, ο H1N1 2009 και ο κορωνοϊός MERS-CoV μπορεί να εμφανίσουν οξεία πνευμονική βλάβη (ALI) και το πολύ επικίνδυνο σύνδρομο ARDS που οδηγεί σε ανεπάρκεια της πνευμονικής λειτουργίας με πολύ μεγάλη πιθανότητα να οδηγήσει και στο θάνατο. Οι εν λόγω ιοί, με βάση τις ταυτοποιήσεις και τα καταγεγραμμένα περιστατικά, θεωρούνταν ότι μολύνουν μόνο ζώα, μέχρι που οι έως τότε θεωρίες διαψεύστηκαν παταγωδώς με την εμφάνιση του SARS το 2002 στην Guangdong της Κίνας με την μορφή επιδημίας (Zhong et al., 2003). Μετά από δέκα περίπου χρόνια, ένας άλλο παθογόνο στέλεχος της οικογένειας του κορωνοϊού, που προκαλούσε το αναπνευστικό σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (MERS-CoV) προκάλεσε ενδημία στις εν λόγω χώρες (Wang, et al., 2013).

Όλα τα μέχρι τώρα στοιχεία που έχουν καταγεγραμμένα οι επιστήμονες υποδηλώνουν ότι ο SARS-CoV-2 κατά πολύ μεγάλη πιθανότητα είναι ζωικής προελεύσεως εικόνα 2.7 (Rodriguez-Morales, et al., 2020). Οι εργαστηριακές αναλύσεις που πραγματοποιήσαν γενετιστές κατέληξαν στην άμεση συσχέτιση του κορωνοϊού με τον *Betacoronavirus*, μαζί με δύο στελέχη που προέρχονται από νυχτερίδα, εικόνα 2.8. Ο ιός εμφανίζει ταύτιση της τάξεως του 96% στο σύνολο του σε σχέση με άλλους τύπους κορωνοϊού (BatCov RaTG13) (Xiao, et al., 2020). Παράλληλα, σε έρευνες

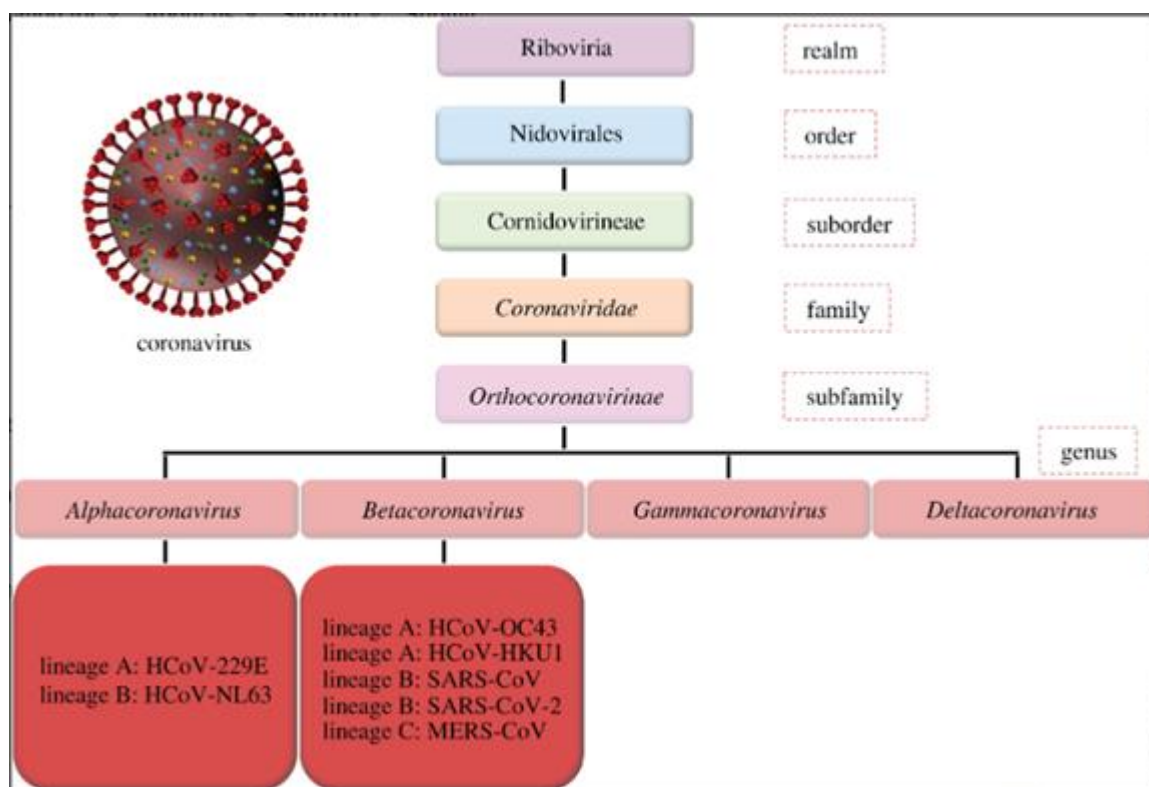
που διεξήχθησαν στη Κίνα διαπιστώθηκε πανομοιότυπη γονιδιακή αλληλουχία μεταξύ των ιών που βρίσκονται στους ανθρώπους και αυτούς που βρίσκονται στους μυρμηγκοφάγους παγκουλίνους με την μικρή διαφορά κάποιων αμινοξέων. Η παραπάνω διαπίστωση μπορεί να οδηγήσει στην υπόθεση ότι οι εν λόγω μυρμηγκοφάγοι μπορεί να έπαιξαν το ρόλο του ενδιάμεσου ξενιστή (Cui et al., 2019).

Εικόνα 2.7 Πιθανή ζωική προέλευση των κορωναιών που προσβάλλουν τον άνθρωπο.



Πηγή: Rodriguez-Morales et al., 2020

Εικόνα 2.8 Η ταξινόμηση των κορωνοϊών.



Πηγή: Tang et al., 2020

Ο ΠΟΥ δημοσίευσε διάφορα πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες ελέγχων για τον SARS-CoV-2 (World Health Organization, 2020;). Η βασική στόχευση ήταν η ανίχνευση του ιού σε πάρα πολύ γρήγορους χρόνους και με όσο το δυνατόν πιο εύρηστο τρόπο εξαγωγής του δείγματος με σκοπό τον περιορισμό της πανδημίας. Έτσι αναπτύχθηκε η μέθοδος PCR με δείγματα είτε βρογχικών εκκρίσεων είτε ρινοφαρυγγικά, είτε πτυέλων αλλά ακόμη και με το (Brueck, 2020; GlobeNewswire News Room, 2020).

Οι απεικονιστικές που είχαν μεγάλη διαγνωστική αξία στην περίπτωση του κορωνοϊού ήταν της απλής ακτινογραφίας αλλά και της αξονικής τομογραφίας στη περιοχή του θώρακα. Η αξονική τομογραφία είχε μεγαλύτερη διαγνωστική αξία ειδικά μέχρι τις 4 πρώτες ημέρες της νόσου παρόλο που το 19% των νοσούντων τις πρώτες αυτές ημέρες δεν παρουσίαζαν καθόλου ανησυχητικά ή παθολογικής φύσεως ευρήματα. Οι βασικές εικόνες που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία έχουν την όψη θαμπής υάλου με ή χωρίς συνοδές πυκνώσεις, ή αλλοιώσεις με τη μορφή πλακόστρωτου . Οι βλάβες που περιγράφονται στην αξονική τομογραφία

παρουσιάζονται κατά κύριο λόγο στις περιοχές του υπεζωκότα και των παρακείμενων ιστών, εμφανίζονται συνήθως στους κάτω λοβούς και των δύο πλευρών (Kim 2020; Pan et al., 2020).

2.6 Θεραπεία

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων δεν υπάρχει κάποιο φάρμακο για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού, πλην όμως πραγματοποιούνται κλινικές δοκιμές ως προς την αποτελεσματικότητα τους στην καταπολέμηση του ιού στα εξής: Ρεμοδεσιβίρη (remdesivir), Λοπιναβίρη/η Ριτοναβίρη (lopinavir/ritonavir), Χλωροκίνη και Υδροξυχλωροκίνη (chloroquine and hydroxychloroquine), Ιντερφερόνες (interferons) και ιδιαίτερα οι Ιντερφερόνες βήτα (interferons beta) και Μονοκλωνικά αντισώματα (monoclonal antibodies), πίνακας 2.2 (<https://www.ema.europa.eu/>; ACTIV, WHO).

Πίνακας 2.2 Εγκεκριμένα και αδειοδοτημένα φάρμακα για την COVID-19 νόσο.

Drug name	Developer	Highest development stage for COVID-19	Regions
Veklury (remdesivir)	Gilead Sciences Inc	Approved	Global
Dexamethasone	None (generic)	Approved	Global
Favipiravir	Fujifilm Toyama Chemical	Approved (as generics)	Russia, India
Bamlanivimab & etesevimab	Eli Lilly	EUA	US
Casirivimab and imdevimab (REGN-COV2)	Regeneron/Sanofi	EUA	US
Olumiant (baricitinib)	Eli Lilly	EUA	US
Sotrovimab	Vir Biotechnology/GSK	EUA	US

Πηγή: Global data, 2021

2.7 Πρόληψη

Ένα από τα σημαντικότερα και κρίσιμα σημεία είναι η πρόληψη. Με αποκλειστικό γνώμονα της ελάττωσης του ρυθμού μεταδοτικότητας η επιστημονική κοινότητα ενθάρρυνε τον πληθυσμό στην αποφυγή επαφής με μολυσμένα άτομα, στην αποφυγή συχνής επαφής των χεριών με τα μάτια και το στόμα και πάρα πολύ τακτικό και επιμελές πλύσιμο των χεριών με σαπούνι προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν μολύνσεις από αντικείμενα που ήρθε σε επαφή το άτομο (United States: Centers for Disease Control and Prevention. 2020; World Health Organisation, 2020).

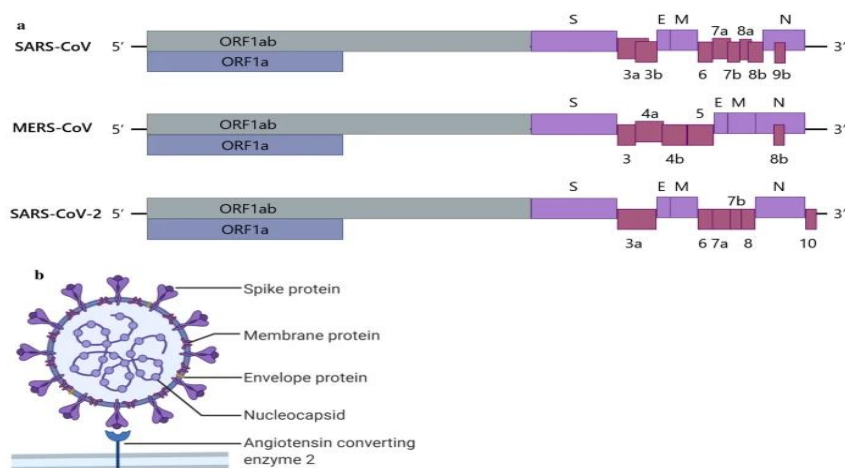
Ο πληθυσμός που δεν κατάφερε να αποφύγει την μόλυνση έπρεπε να ακολουθήσει τις συστάσεις των ειδικών και να μένει σε κατ'οίκον περιορισμό προκειμένου να

περιοριστεί η μετάδοση σε τρίτους και σε περίπτωση που έπρεπε να μετακινηθούν για ιατρικούς λόγους εκτός σπιτιού αυτό θα συνέβαινε με μάσκα υψηλής προστασίας. Σημαντική επίσης κατευθυντήρια γραμμή από τους ειδικούς ήταν να αποφεύγεται με κάθε τρόπο να μοιράζονται προσωπικά αντικείμενα υγιεινής που είναι μία από τους βασικούς τρόπους μετάδοσης (United States: Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Ένα καθοριστικής σημασίας σημείο είναι και το γεγονός ότι δεν υπήρχε η πρότερη εμπειρία και γνώση με αποτέλεσμα κατά την έναρξη της πανδημίας δεν υπήρχαν διαθέσιμα εξειδικευμένα εμβόλια κατά του κορωνοϊού τα οποία ξεκίνησαν να αναπτύσσονται από τις αρχές του 2020 και διοχετεύονται στους ασθενείς μαζικά από τις αρχές του 2021 εικόνα 2.9 (Li, et al., 2020).

Τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα μεταξύ των διαφόρων εμβολίων παραθέτονται στον πίνακα 2.3

Εικόνα 2.9 Η ανάπτυξη των εμβολίων από τον SARS και MERS στον COVID-19.



Πηγή: Li et al., 2020

Πίνακας 2.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα μεταξύ των διαφορετικών πλατφορμών εμβολίων για τον COVID-19.

Vaccine platform	Advantages	Disadvantages	Clinically approved examples
Whole inactivated virus vaccine	Stronger immune response; Safer than live attenuated virus	Potential epitope alteration by inactivation process	Typhoid, Cholera, Hepatitis A virus, Plague, Rabies, Influenza, Polio (Salk)
Live attenuated virus vaccine	Stronger immune response; Preservation of native antigen; Mimicking natural infection	Risk of residual virulence, especially for immunocompromised people	Measles, Mumps, Polio (Sabin), Rota virus, Yellow Fever, Bacillus Calmette–Guérin (BCG), Rubella, Varicella
Viral vector vaccine	Stronger immune response; Preservation of native antigen; Mimicking natural infection	More complicated manufacturing process; Risk of genomic integration; Response dampened by pre-existing immunity against vector	Ebola virus
Subunit vaccine	Safe and well-tolerated	Lower immunogenicity; Requirement of adjuvant or conjugate to increase immunogenicity	Pertussis, Influenza, <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae type b</i>
Viral-like particle vaccine	Safe and well-tolerated; mimicking native virus conformation	Lower immunogenicity; More complicated manufacturing process	Hepatitis B virus, Human Papillomavirus
DNA vaccine	Safe and well-tolerated; Stable under room temperature; Highly adaptable to new pathogen; Native antigen expression	Lower immunogenicity; Difficult administration route; Risk of genomic integration	NA
RNA vaccine	Safe and well-tolerated; Highly adaptable to new pathogen; Native antigen expression	Lower immunogenicity; Requirement of low temperature storage and transportation; Potential risk of RNA-induced interferon response	NA

Πηγή: Li et al., 2020

Η πρώτη έγκριση για την ευρεία διάθεση εμβολίου κατά της COVID-19 δόθηκε από την καθ' όλα αρμόδια επιτροπή στην εταιρεία Pfizer & BioNTech κατόπιν αιτήσεως που είχε υποβάλει με αποτέλεσμα στις 08 Δεκεμβρίου 2020 να αρχίσουν επίσημα οι πρώτοι εμβολιασμοί. Στη χώρα μας οι εμβολιασμοί ξεκίνησαν στις 03/01/2021 με ένα πολύ καλά οργανωμένο σύστημα αυστηρής προτεραιοποίησης το οποίο ονομάστηκε «Επιχείρηση Ελευθερία» με πολύ καλά αποτελέσματα αφού η συντριπτική πλειοψηφία, παρά τις πρόσκαιρες αντιδράσεις εμβολιάστηκε επιτυχώς. Τα εμβόλια κατά της COVID-19 θεωρείται ήταν αποτελεσματικά αφού μειώθηκε δραματικά η βαρύτητα και η θνητότητα. Τα εμβόλια αναπτύχθηκαν και παρασκευάστηκαν σε ταχύ χρονικό διάστημα, προκειμένου να αναχαιτιστεί η μετάδοση του πανδημικού ιού και να μειωθεί η επίπτωση της COVID-19 νόσου στον πληθυσμό. Τα εμβόλια που εγκρίθηκαν και έλαβαν την σχετική άδεια κυκλοφορίας, έως τον Αύγουστο 2021 αναφέρονται στον πίνακα 2.4

Πίνακας 2.4 Τα εμβόλια κατά της νόσου COVID-19.

Vaccine name	Developer	Highest development stage for COVID-19	Regions
Ad26COVS1	Johnson & Johnson	EUA	US, Canada, EU, UK
Sputnik V	Gamaleya Center of Epidemiology and Microbiology	EUA	Russia, Argentina, Bolivia, UAE, etc.
EpiVacCorona	Vector State Virology and Biotechnology Center	EUA	Russia
mRNA-1273	Moderna	EUA	US, EU, UK, Canada, Israel, Japan
Comirnaty (BNT162b2)	Pfizer/BioNTech	Approved	US, EU, UK, Canada, Israel, Japan etc.
AZD-1222	AstraZeneca/Oxford University	EUA	EU, UK, India, Japan, Mexico, etc.
BBIBP-CoV	Sinopharm Group	Approved	China, Bahrain, UAE
CoronaVac	Sinovac Biotech	Approved	China, Indonesia
Covaxin	Bharat Biotech	EUA	India
Ad5-CoV	CanSino Biologics	EUA	Mexico
CoviVac	Chumakov Centre	EUA	Russia
Recombinant COVID-19 Vaccine	Chinese CDC and Chinese Academy of Sciences	EUA	China, Uzbekistan

CDC = Center for Disease Control and Prevention; EU = European Union; EUA = emergency use authorization; UK = United Kingdom; US = United States; UAE = United Arab Emirates
Source: Global data, 2021

Πηγή: Global data, 2021

Ο περιορισμός των ταξιδιωτικών μετακινήσεων αποτελεί μέτρο πρόληψης για τη μετάδοση του ιού και λήφθηκαν ειδικά μέτρα και εκδόθηκαν κυβερνητικές συστάσεις, βάσει του κέντρου ελέγχου των ασθενειών στην Αμερική.

Αναλυτικότερα, τα μέτρα πρόληψης αφορούν:

Πλύσιμο των χεριών

Ένα από τα πολύ βασικά μέτρα που έγινε και παγκόσμια καμπάνια γι αυτό είναι το συστηματικό πλύσιμο των χεριών με σκοπό την μείωση της πιθανότητας εξάπλωσης του ιού ειδικά σε περιπτώσεις που θα ακολουθούσε επαφή των χεριών με τις πύλες

εισόδου του σώματος όπως είναι το στόμα και τα μάτια. Σπουδαίο ρόλο στη προσπάθεια περιορισμού έπαιξαν και τα αντισηπτικά τα οποία βοήθησαν στη μη εξάπλωση του ιού αφού με την τοπική απολύμανση των χεριών που προσέφεραν δεν τον άφηναν να επιβιώσει (U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020).

Αναπνευστική υγιεινή

Συνιστάται να καλύπτεται το στόμα και η μύτη με μαντήλι κατά το βήξιμο ή το φτάρνισμα ή σε περίπτωση μη διαθέσιμου μαντηλιού να χρησιμοποιείται το μανίκι (CDC, 2020).

Χρήση χειρουργικών масκών

Οι μάσκες ήταν ίσως το βασικότερο όπλο πρόληψης και προφύλαξης σε όλη αυτή τη πορεία της πανδημίας αφού μπορούσαν να περιορίσουν το πρόβλημα από τη πηγή του περιορίζοντας τα σταγονίδια που βγαίνουν από το στόμα μολυσμένου ατόμου, είτε από βήχα, είτε από φτέρνισμά, είτε απλά από έντονη ομιλία . Οι καμπάνιες παγκοσμίως για τη χρήση της αλλά και την ευεργετική της δράση στη προφύλαξη κόστισε δισεκατομμύρια στα κράτη ανά τον κόσμο. Είναι χαρακτηριστικό οι συχνές οδηγίες που έβγαιναν από το παγκόσμιο οργανισμό υγείας για το πώς ακριβώς πρέπει να χρησιμοποιείται, τότε ενδείκνυται να αλλάζεται, σε ποιες περιπτώσεις πρέπει άμεσα να απορρίπτεται, ότι πρέπει άμεσα να αντικαθίσταται με καινούργια σε περίπτωση που γίνεται υγρή, ότι απαγορεύεται ρητά να χρησιμοποιηθεί δεύτερη φορά κ.α (www.who.int, 2020).

Οι οδηγίες για τους νοσοκομειακούς αλλά και για όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας ήταν ακόμη πιο αυστηρές λόγω της τακτικής επαφής με ασθενείς. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι χρησιμοποιούσαν μάσκες υψηλής προστασίας τεχνολογίας FFP2 ή ισοδύναμο που παρείχε προστασία >95% και ένα μεγάλο σύνολο ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού όπως προστατευτικές μπότες και γυαλιά, καλύμματα κεφαλής, προσωπίδες, φόρμες τεχνολογίας tyvek (World Health Organization, 2020).

Κοινωνική αποστασιοποίηση

Η παράμετρος αυτή χρησιμοποιήθηκε σε όλες τις χώρες ώστε να μειωθεί η μετάδοση του ιού απομακρύνοντας τους ανθρώπους μεταξύ τους και μειώνοντας δραματικά την επαφή. Είναι χαρακτηριστικό ότι πολλά σχολεία σταμάτησαν προσωρινά τη λειτουργία τους, στις επιχειρήσεις εφαρμόστηκε η εκ περιτροπής εργασία ή τα κυλιόμενα ωράρια, μειώθηκαν τα ταξίδια σε άλλες χώρες και σε διαπροσωπικό

επίπεδο σταμάτησαν οι χειραψίες, οι ανθρώπινες αγκαλιές και τα χαιρετιστήρια φιλιά κ.α (who.int, 2020; Government of the United Kingdom, 2020).

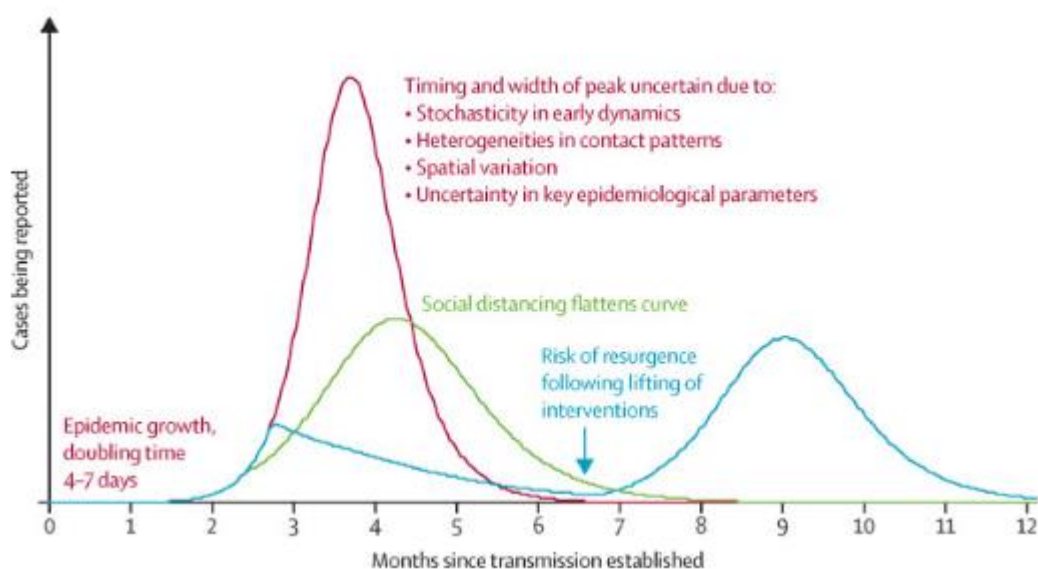
Αυτοαπομόνωση

Οι οδηγίες για τα άτομα που νοσούν με COVID-19 και για όσους υποψιάζονται ότι έχουν μολυνθεί, αφορούν στον περιορισμό των δραστηριοτήτων τους εκτός του σπιτιού, με εξαίρεση την περίπτωση που θα πρέπει να λάβουν παροχή ιατρικής περίθαλψης. Οι μετακινήσεις με χρήση των μέσων μαζική μεταφοράς, η συνεπιβίβαση σε ΙΧ ή ταξί συνιστάται να αποφεύγονται (GOV.UK, 2020).

2.8 Διαχείριση της COVID-19

Στόχος της διαχείρισης της COVID-19 είναι να μετριαστεί η μετάδοση του ιού στην κοινότητα, να καθυστερήσει η αιχμή της έκρηξης, να μειωθεί η επιβάρυνση της κορύφωσης στην υγειονομική περίθαλψη (επιπέδωση της καμπύλης) και να μειωθούν τα κρούσματα συνολικά με τις αντίστοιχες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, γράφημα 2.2 (Baird, 2020; Anderson, et al., 2020; Fraser et al., 2004; Li et al., 2020).

Γράφημα 2.2 Μοντέλο μετάδοσης του COVID-19.



Πηγή: Anderson et al., 2020

Υπάρχουν δύο βασικές στρατηγικές για τον έλεγχο μιας εστίας: η συγκράτηση και ο μετριασμός, διάγραμμα 2.2 (Fraser et al., 2004; Li et al., 2020).

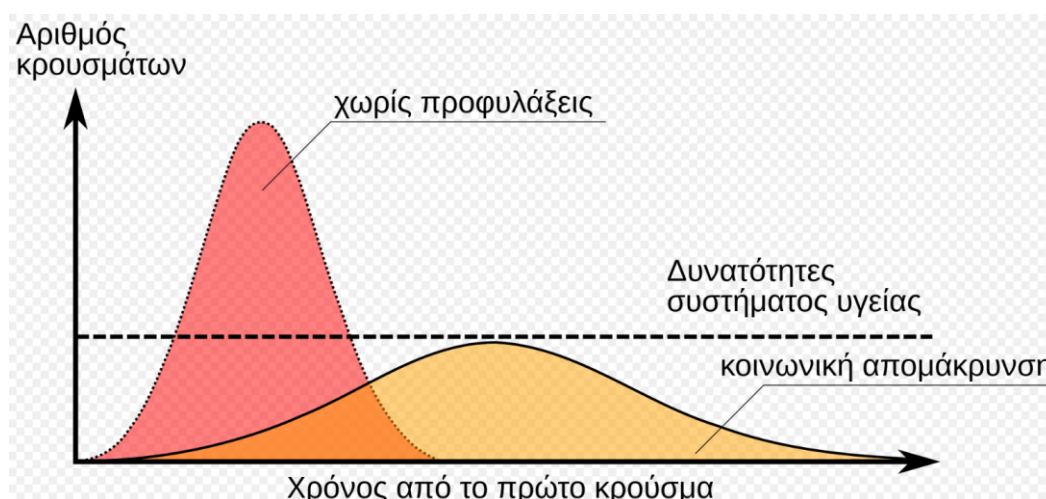
Η συγκράτηση πραγματοποιείται στα αρχικά στάδια της επιδημίας και στοχεύει στο να εντοπίσει και να απομονώσει τα μολυσμένα άτομα ώστε να αναχαιτισθεί η

εξάπλωση της ασθένειας στον υπόλοιπο πληθυσμό. Όταν πλέον δεν είναι δυνατός ο περιορισμός της εξάπλωσης της νόσου, οι προσπάθειες μεταφέρονται στη φάση μετριασμού, οπότε λαμβάνονται μέτρα για την επιβράδυνση της εξάπλωσης και στο μετριασμό των επιπτώσεων της νόσου στο σύστημα υγείας και στην κοινωνία γενικότερα. Ο συνδυασμός των μέτρων περιορισμού και του μετριασμού μπορεί να γίνει ταυτόχρονα (Hellewell et al., 2020; Keeling et al., 2020).

Μέρος της διαχείρισης μιας εστίας μολυσματικών ασθενειών αποτελεί η μείωση της επιδημικής κορύφωσης (επιπέδωση της επιδημικής καμπύλης) (China CDC Weekly, 2020). Μέσω αυτού μειώνεται αφενός ο κίνδυνος κατάρρευσης των υπηρεσιών υγείας και αφετέρου παρέχεται περισσότερος χρόνος προκειμένου να αναπτυχθούν εμβόλια και θεραπείες (Anderson et al., 2020).

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις διαχείρισης αφορά κυρίως την προσωπική φροντίδα και υγιεινή αλλά και τις κεντρικές παρεμβάσεις κοινοτικών μέτρων που έγιναν όπως κλείσιμο εμπορικών καταστημάτων και σχολείων αλλά και μέτρα που αφορούν το περιβάλλον που ζούμε όπως καθαρισμός επιφανειών κ.α. εικόνα 2.10 (Qualls et al., 2017).

Διάγραμμα 2.2



Πηγή: Anderson et al., 2020

Εικόνα 2.10 Μέτρα προστασίας.



Πηγή: ΕΟΔΥ, 2020

Κεφάλαιο 3. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ

3.1 Ορισμός Διαχείρισης κρίσεων

Διαχείριση των κρίσεων (Crisis Management) είναι πλέον από τους πιο αναπτυσσόμενους κλάδους στην επιστημονική αλλά και στην εκπαιδευτική κοινότητα δεδομένου ότι είναι ένας βασικός παράγοντας για να «προστατεύει» ένας οργανισμός ή ένας φορέας ή ένα ολόκληρο σύστημα που μπορεί να είναι και μία χώρα. Αφορά κυρίως την ανάλυση και τη βαθύτερη γνώση των κινδύνων που μπορεί να εμφανισθούν και την αλληλουχία των διοικητικών κινήσεων και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν ώστε να μειωθούν το μέγιστο δυνατό η εμφάνιση των αρνητικών συνεπειών μέχρι να ολοκληρωθεί και να κλείσει ο κύκλος της κρίσης. Το κρίσιμο σημείο σε αυτή τη περίπτωση είναι να γίνει κατανοητό ότι δεν ανεφέρεται μόνο στην αντιμετώπιση αλλά κυρίως στη πρόληψη και στη σωστή χρήση των εργαλείων που έχει ο διαχειριστής στη διάθεση του.

Έτσι λοιπόν ο κύκλος της κρίσης ανοίγει με την σωστή διαχείριση, τις κινήσεις πρόληψης ώστε να αποφευχθεί με την εμφάνιση των πρώτων ενδείξεων και σε περίπτωση εκδήλωσης, ολοκληρώνεται μόλις αποκατασταθούν πλήρως οι αρνητικές συνέπειες στον οργανισμό που έπληξε (Devlin, 2007).

Τα βήματα που ακολουθούνται στη διαχείριση κρίσεων είναι:

- Η δημιουργία της ομάδας διαχείρισης της κρίσης
- η σωστή ανάγνωση όλων των επιβαρυντικών παραμέτρων, των κινδύνων και η σωστή επεξεργασία όλων των μετρήσιμων μεγεθών
- όσο το δυνατόν πιο ακριβής προσπάθεια καταγραφής των αρνητικών συνεπειών που αναμένεται να πλήξουν τον οργανισμό
- η δημιουργία σχεδίου δράσης που να λαμβάνει υπόψιν του όλες τις παραπάνω παραμέτρους
- να επιβεβαιωθεί το σχέδιο δράσης, χρησιμοποιώντας τεχνικές προσομοίωσης στις συνθήκες που έχουμε υπολογίσει ότι θα υπάρξουν
- τη συνεχή επικαιροποίηση του σχεδίου δράσης δεδομένου ότι η κρίση έχει δυναμικό και συνεχώς ευμετάβλητο χαρακτήρα και απαιτεί για την σωστή αντιμετώπιση της συνεχείς προσαρμογές

Η διαχείριση των κρίσεων έχει την εικόνα κύκλου, στοχεύοντας αφενός στη διασφάλιση της διαρκούς παρακολούθησης των αλλαγών τόσο στο εσωτερικό, όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού και αφετέρου στη διασφάλιση της προσαρμογής σε αυτές τις αλλαγές, εικόνα 3.1

Εικόνα 3.1 Ο κύκλος σταδίων διαχείρισης κρίσεων.



Πηγή: slideplayer.gr

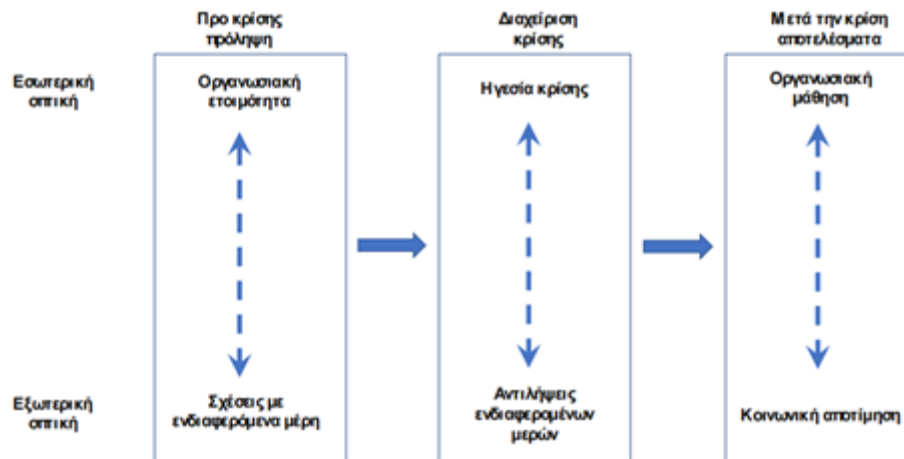
3.2. Το γενικό πλαίσιο της διαχείρισης κρίσεων.

Βιβλιογραφικά αναφέρονται δύο ειδών καταστάσεων εκτάκτων αναγκών: α) αυτές που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμφανισθούν στο μέλλον (π.χ πλημμύρες) και υπάρχει πρόβλεψη αντιμετώπισης β) τις σκιάδες που κατά κύριο λόγο έχουν απρόσμενη μορφή εμφάνισης και κατά τις οποίες όποια σχέδια πρόληψης είχαν προετοιμαστεί να είναι παντελώς άχρηστα λόγω της διαφορετικότητάς του φαινομένου και της άμεσης ανάγκης τάχιστου επανασχεδιασμού προκειμένου να μπορέσει να επιβιώσει ο οργανισμός που θα πληγεί.

Οι Bundy et al. (2017) παρουσίασαν ,μετά από μια μακροχρόνια μελέτη, μια άλλη προσέγγιση η οποία πλεονεκτεί ως προς τη διακριτή διαφορά ανάμεσα στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον και για να καταστεί επιτυχημένη η διαχείριση της κρίσης

συνδέεται η στρατηγική με την οργανωσιακή θεωρία και την οργανωσιακή συμπεριφορά, γράφημα 3.1 (Bundy et al., 2017).

Γράφημα 3.1 Στρατηγικό πλαίσιο διαχείρισης κρίσεων.



Πηγή: Bundy et al., 2017

Στο μοντέλο αυτό υπάρχει ένας σαφής διαχωρισμός της εσωτερικής οπτικής που αφορά τεχνικά και δομικά σημεία του φαινομένου και της εξωτερικής που αφορά κάθε άλλο στοιχείο που είναι έξω από τον οργανισμό αλλά έχει μορφή συνεργασίας ή σε άμεση συνάρτηση (π.χ συνεργαζόμενοι φορείς). Παρά το γεγονός των σαφών ορίων μεταξύ των δύο οπτικών, υπάρχει μια άρρηκτη διασύνδεση μεταξύ τους.

Η έρευνα των Farhangi et al. (2013) συμπεραίνει οργανωσιακή επικοινωνία που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια του φαινομένου είναι πολύ σημαντική μόνο κατά το κρίσιμο αυτό διάστημα ενώ δεν προσφέρει σχεδόν τίποτα στο μετέπειτα διάστημα που ο χρόνος δεν παίζει μείζονος σημασίας ρόλο στον επανασχεδιασμό και στην αναδιοργάνωση της λειτουργίας του φορέα (Farhangi et al., 2013).

Στη διεθνή βιβλιογραφία επισημαίνεται ότι, οι Οργανισμοί πρέπει για να μπορούν να αντιμετωπίζουν και να ξεπερνούν τις κρίσεις με όσο το δυνατόν λιγότερες αρνητικές συνέπειες, πρέπει να έχουν αυξημένο βαθμό προσαρμοστικότητας και να είναι ευμετάβλητοι (Batorski 2011; Robbins & Judge 2018). Προς επίτευξη του στόχου της δημιουργίας οργανισμών μάθησης, η αλλαγή κουλτούρας θεωρείται απαραίτητη (Robbins & Judge, 2018). Ειδικότερα δε, σε φορείς του δημοσίου, η κατανόηση της

αναγκαιότητας για μάθηση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση του φαινομένου (Rochet, 2008).

Μόλις εμφανιστεί η κρίση, οι συμμετέχοντες αλλά και οι ίδιοι οι Οργανισμοί ως οντότητες, επιχειρούν μια διαδικασία “κανονικοποίησης”, που σημαίνει ότι προσπαθούν να εφαρμόσουν γνωστά πρότυπα και συστήματα που αφορούν γνωστικά, ψυχολογικά και κοινωνικοπολιτικά επίπεδα (Roux-Dufort, 2007). Βάσει αυτού του μηχανισμού, η ομάδα διαχείρισης προσπαθεί να ερμηνεύσει τα δεδομένα και να τα συγκρίνει ως προς τα κοινά ή μη σημεία που εμφανίστηκαν σε άλλες περιπτώσεις στον οργανισμό. Αν και αυτή η διαδικασία φαίνεται να είναι προβληματική ως προς την ορθή ανάλυση και δημιουργεί πρόβλημα στην αποτελεσματικότητα παρά ταύτα, οι οργανισμοί οφείλουν να γίνουν κοινωνοί μιας διαδικασίας μάθησης, ώστε να μπορούν να ξεπεράσουν τα πλαίσια ανάλυσης που φροντίζει να δημιουργήσουν και να αποκτήσουν ικανό βαθμό προσαρμοστικότητας στο νέο περιβάλλον που δημιουργείται και όχι το αντίστροφο.

3.3 Ανάλυση της διαχείρισης των κρίσεων

Οι Nathaniel και van der Heyden (2020) διευκρινίζουν ότι οι δύσκολες περιόδους εξέλιξης των κρίσεων δεν προσφέρεται για πειραματισμούς, πάσης φύσεως δοκιμές ή χρόνος για μάθηση που θα θέσουν σε μεγάλο κίνδυνο το φορέα. Αντιθέτως μάλιστα αναπτύσσουν μία θεωρία όπου οι πρότερες εμπειρίες και δεδομένα πρέπει να αποτελέσουν το θεμέλιο λίθο που πάνω σε αυτόν πρέπει να σχεδιαστεί με μεγάλη προσοχή ο τρόπος αντιμετώπισης του φαινομένου (Nathaniel and van der Heyden, 2020). Οι εν λόγω ερευνητές δίνουν μεγάλη σημασία στην ανάληψη της ευθύνης της διαχείρισης, στον κρίσιμο παράγοντα του χρόνου και στη τάχιστα δράση και όχι στη διεξοδική ανάλυση.

Στο πρώτο στάδιο αναφέρεται ότι όλες οι κρίσεις έχουν ένα κοινό κορμό χαρακτηριστικών που μπορούν να αναλυθούν αν γίνει σωστή τμηματοποίηση. Το κύριο σημείο διαφοροποίησης είναι το σημείο που προκαλεί την κρίση ή το περιβάλλον που αναπτύσσονται. Όμως οι αλληλουχίες γεγονότων που ακολουθούν αλλά και οι αρνητικές συνέπειες που αναπτύσσονται διέπονται από κοινά γνωρίσματα που δίνουν στους ερευνητές τη δυνατότητα να προχωρούν σε ομαδοποιήσεις προκειμένου να τις μελετήσουν. Η αгаστή συνεργασία και η συμμετοχή όλου του εμπλεκόμενου ανθρώπινου δυναμικού στην οργάνωση και στο συντονισμό όλων των

απαραίτητων ενεργειών αποτελεί σημείο καμπής που θα κρίνει αν θα είναι επιτυχές το αποτέλεσμα που είναι η ορθή και άμεση αντιμετώπιση του φαινομένου.

Αντιθέτως, οι Boin και Lagadec (2002), πιστεύουν στην ανάλυση τους ότι οι κρίσεις με το πέρας των χρόνων γίνονται πολυπλοκότερες και οι εξισώσεις επίλυσης τους πολύ πιο σύνθετες σε σχέση με το παρελθόν πράγμα που επιβεβαιώθηκε με την κρίση που προκάλεσε η πανδημία. Η διαχειριστική ομάδα οφείλει να έχει άριστη αναλυτική ικανότητα των καταστάσεων ώστε να μπορεί να αυξάνει τη προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού και άμεση αντίδραση στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες.

Το δεύτερο στάδιο αφορά την προσπάθεια ανεύρεσης των καλύτερων εναλλακτικών λύσεων που θα δώσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα μειώνοντας τις αρνητικές συνέπειες. Στη πραγματικότητα είναι αδύνατον να εκμηδενιστούν αυτές, όσο και άρτια διαχείριση και αν γίνει, οπότε οφείλουν να προτεραιοποιήσουν τα δεδομένα και τις ενέργειες. Στο σχεδιασμό της αντιμετώπισης του φαινομένου πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι αρνητικές συνέπειες θα υπάρχουν αλλά πρέπει να εστιάσει στο πως αυτές θα μετριασθούν. Η διαχειριστική ομάδα πρέπει να έχει καθαρή εικόνα και να περιμένει τη συλλογή όλων των απαραίτητων πληροφοριών και παραμέτρων προτού χαράξει τη στρατηγική αντιμετώπισης λειτουργώντας πάντα με την ορθή αξιολόγηση των επιπτώσεων και σε καμία περίπτωση με συναισθηματισμούς.

Το τρίτο στάδιο είναι να γίνει η σωστή επικοινωνία στα εμπλεκόμενα μέλη του στρατηγικού σχεδίου εξόδου από την κρίση εξηγώντας κάθε παραμετρο του διεξοδικά ώστε να γίνει απόλυτα κατανοήτο γιατί επιλέχθηκε αυτός ο τρόπος δράσης και όχι κάποιος διαφορετικός, τονίζοντας παράλληλα ότι ο χρόνος είναι το πιο κρίσιμο σημείο του όλου σχεδίου. Η ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων καθορίζει ότι η δράση θα γίνει άμεσα ώστε να υπάρξουν γρήγορα και απτά στοιχεία ανάκαμψης και πρέπει να ταυτίζεται με το στρατηγικό πλάνο που έχει χαραχθεί.

Το τέταρτο στάδιο αναφέρεται στη σημασία που οφείλει να δίνει η διαχειριστική ομάδα στην αλληλουχία των ενεργειών, στην ορθή εκτέλεση τους και στον αυστηρό έλεγχο τους.

Το τελευταίο πέμπτο στάδιο, αφορά στην αξιολόγηση των βασικών δομικών στοιχείων της ΔΚ, που απαρτίζονται από την ηγεσία, τα συστήματα συγκέντρωσης και αποκέντρωσης των πληροφοριών και των εντολών. Το στάδιο αυτό στοχεύει στη μάθηση, εν αντιθέσει με το πρώτο στάδιο κατά το οποίο ήταν αρνητικό στοιχείο,

στην προσαρμογή των σχεδίων επί τη βάσει των νέων δεδομένων και στην διαμόρφωση ενός νέου πλαισίου.

Οι Shaw & Harrald, (2006) πρότειναν ένα αρκετά συνθετότερο και αναλυτικότερο πλαίσιο, με εστίαση στην ανάλυση και όχι στη δράση.

Τα βασικά δομικά στοιχεία τόσο των Shaw & Harrald, (2006) όσο και των Bojn και Lagadec (2002), παραμένουν ίδια.

3.4 Οργανωτική διαχείριση της κρίσης

Οι διαχειριστές της κρίσης, διαθέτουν δεδομένα που προέκυψαν από τη διαχείριση προηγούμενων κρίσεων, αλλά μπορούν να υπάρξουν και δεδομένα από την ανάλυση της εν εξελίξει κρίσης (Κουσκουβέλης,1997). Οι διαχειριστές της κρίσης, πρέπει να αξιολογήσουν αυτά τα δεδομένα, να τα εμπλουτίσουν με τα διαθέσιμα στοιχεία για περεταίρω διερεύνηση της κατάστασης, προκειμένου να αντιμετωπίσουν ταχύτερα και πιο αποτελεσματικά την κρίση. Στο στάδιο αυτό, απαραίτητη κρίνεται η απρόσκοπτη επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων /ή των επικεφαλής της ΔΚ προκειμένου να μην υπάρχει διχογνωμία απόψεων ή ενεργειών, δεδομένου ότι παρατηρείται συχνά το φαινόμενο κατά το οποίο αυτό που πράττει κάποιος να βρίσκεται σε αντίθεση με τις ενέργειες κάποιου άλλου, δημιουργώντας πολλά προβλήματα σε επίπεδο αντιμετώπισης και οργάνωσης (Κουσκουβέλης,1997).

Στη ΔΚ, η αντίδραση του ευρέος περιβάλλοντος δύναται να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο, δεδομένου ότι βρίσκεται σε εξάρτηση από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι το μέγεθος, η κουλτούρα, η εμπειρία και ο βαθμός προετοιμασίας. Ειδικά η κουλτούρα, είναι παράγοντας που μπορεί να δυσχεραίνει περισσότερο, αντί του να διευκολύνει την αντιμετώπιση της κρίσης και αυτό γιατί η τρέχουσα ηθική, τα ήθη και έθιμα του τόπου, παραβιάζονται πολλές φορές από κάποιες πρακτικές. Παράδειγμα αποτελεί το κλείσιμο των εκκλησιών στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση της COVID-19 πανδημίας. Ως εκ τούτου, κάποιες κουλτούρες ευνοούν την ατομική αντιμετώπιση, ενώ κάποιες άλλες χρειάζονται την συλλογική απόφαση, η οποία είναι απόρροια της ομάδας αντιμετώπισης (Κουσκουβέλης,1997). Η μείωση /ή ο μετριασμός των δυσάρεστων συνεπειών λόγω της οργανωτικής ατολμίας, των μειωμένων αντανακλαστικών και του μεγέθους της κρίσης, επέρχεται με τον ορθό σχεδιασμό και την καλή οργάνωση. Η διαδικασία αυτή προϋποθέτει τα

κατάλληλα εφόδια μέσω του τεχνολογικού εξοπλισμού αφενός και αφετέρου της εκπαίδευσης των εμπλεκόμενων ανθρώπινων πόρων (Κουσκουβέλης,1997).

Βάσει των ανωτέρω διαφαίνεται ότι, η ΔΚ ως οργανωτική διαδικασία, είναι σύνθετη και προϋποθέτει να έχει προηγηθεί λεπτομερής εξέταση του εξωτερικού περιβάλλοντος, να έχει γίνει ο υπολογισμός του κινδύνου, να έχει γίνει ο σχεδιασμός των απρόβλεπτων καταστάσεων, η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων (υλικών και άυλων) και να έχει πραγματοποιηθεί η αποτελεσματική αξιοποίηση του προσωπικού. Μεταξύ αυτών των στοιχείων υπάρχει σαφής αλληλεπίδραση, δυναμική και υπάρχει η πιθανότητα να προκληθούν αλλαγές μεταξύ τους (Κουσκουβέλης,1997). Η στρατηγική της ΔΚ, περιλαμβάνει δύο κύριες δραστηριότητες: η πρώτη αφορά στη δημιουργία μιας αποδεκτής διάθεσης για τη ΔΚ εντός της μεγάλης εικόνας του οργανισμού, του φυσικού και του κοινωνικοπολιτικού περιβάλλοντος, ενώ η δεύτερη στην ανάπτυξη της ικανότητας ανταπόκρισης σε πιθανές κρίσιμες καταστάσεις εάν και όταν προκύψουν αυτές.

Από τον Οργανισμό θα πρέπει να διεκπεραιωθούν δραστηριότητες πριν εμφανιστεί η κρίση, οι οποίες περιλαμβάνουν: τον προσδιορισμό τόσο του κινδύνου, όσο και των αναγκών των ατόμων που εμπλέκονται εντός του γενικότερου πλαισίου, τον καθορισμό των πολιτικών και των πράξεων που θα συμβάλλουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της κρίσης, την αξιοποίηση των πόρων αποτελεσματικά για να αντιμετωπιστεί η κρίση που δραστηριοποιείται μέσα σε ένα ευρύ περιβάλλον και την οριοθέτηση της βάσης για τη ΔΚ. Συνεπώς, οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται έχοντας ως στόχο την ανάπτυξη στρατηγικής διαχείρισης πριν την εκδήλωση της κρίσης, επιτάσσουν την άριστη συσχέτιση μεταξύ της διαθέσιμης ικανότητας αντιμετώπισης της κρίσης, του περιβάλλοντος στο οποίο ενυπάρχουν τα σημαντικότερα στοιχεία για την αντιμετώπιση της κρίσης, των βασικών αναγκών της προσπάθειας αντιμετώπισης και των υψηλών απαιτήσεων προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη δεδομένη κρίση. Για να καταστεί η έκβαση της ΔΚ αποτελεσματική και επιτυχημένη πρέπει να πληρούνται ορισμένες συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Αυτές οι προϋποθέσεις περιλαμβάνουν: τη διάθεση/ ή την απόκτηση των απαιτούμενων πόρων ώστε να αντιμετωπιστεί η κρίσιμη κατάσταση, την ανάπτυξη σχεδίων τα οποία συμβάλλουν στην άμεση επίλυση αυτών των κρίσιμων καταστάσεων, την εξασφάλιση ταχύτατης και αποτελεσματικής στρατηγικής ώστε να αντιμετωπιστεί η κρίση και να επέλθει ανάκαμψη και τη διοργάνωση και εφαρμογή

προγραμμάτων εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού και των κατάλληλων ενεργειών.

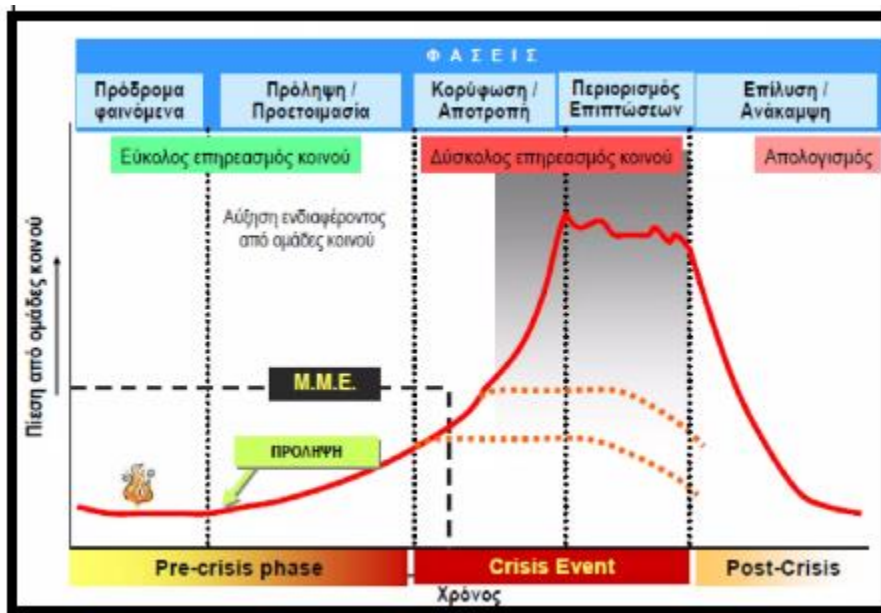
Από πλευράς στρατηγικής της διαχείρισης, προϋπόθεση είναι να ληφθούν υπ' όψιν δύο επίπεδα.

Το πρώτο και υψηλότερο επίπεδο (*«υψηλό επίπεδο στρατηγικής»*), περιλαμβάνει τον καθορισμό και τον σχεδιασμό της γενικής στρατηγικής μέσα στην οποία θα πραγματοποιηθούν και θα προγραμματιστούν οι πιο πολλές στοχευμένες ενέργειες για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων. Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει ακόμα δύο επιμέρους στοιχεία: α) τον καθορισμό του γενικού στόχου και των επιμέρους στόχων (δευτερεύοντες στόχοι και σκοποί) και β) το προβλεπόμενο απαιτούμενο υλικό το οποίο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί σαν μέσο για την επίτευξη σκοπών και των στόχων.

Το δεύτερο επίπεδο στρατηγικής διαχείρισης, είναι συνάρτηση της επινόησης και της χρήσης εκείνων των μεθόδων μέσω των οποίων θα είναι δυνατή η πραγματοποίηση και η επίτευξη των υψηλών επιπέδων στρατηγικής. Μόλις εφαρμοστούν οι επί χάρτου στρατηγικές, τότε μετεξελίσσονται σε ενέργειες τακτικής. Το πλάνο (*«εγχειρίδιο»*) αντιμετώπισης της κρίσης, πρέπει να παραμείνει ενεργό καθ' όλη τη διάρκεια αυτού του σταδίου, πλην όμως πρέπει να είναι αρκετά ευέλικτο ούτως ώστε η αναδιαμόρφωση του να είναι εφικτή, αναλόγως των περιστάσεων που προκύπτουν συνεπεία της κρίσης.

Εύλογο είναι ότι, οι καταστροφές και οι γενικευμένες κρίσιμες καταστάσεις, πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα δεδομένου ότι τα φαινόμενα αυτά παίρνουν μορφή χιονοστιβάδας, των οποίων οι συνέπειες είναι ανυπολόγιστες, διαφεύγοντας από το στενό πλαίσιο του Οργανισμού, επεκτεινόμενα τόσο στο κοινωνικό σύνολο, όσο και στο ευρύ περιβάλλον, σχήμα 3.1

Σχήμα 3.1 Κύκλος εξέλιξης κρίσεων (υποβόσκουσες).



Πηγή: www.slideshare.net

3.5 Διαδικασία ανάπτυξης σχεδίου για την αντιμετώπιση της κρίσης

Άπασες οι κρίσεις, περιγράφουν και αναφέρονται σε μια δύσκολη κατάσταση και άρα απαιτούν άμεση αντιμετώπιση με τη διαδικασία του κατεπείγοντος, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα της απώλειας του ελέγχου. Οι κρίσεις χαρακτηρίζονται από τη μετάβαση σε ένα καθεστώς αντικανονικότητας, το οποίο διαταράσσει τις ισορροπίες και τα συστήματα. Υπό αυτό το καθεστώς, οι συνήθεις διαδικασίες και η ομαλότητα δεν υφίστανται πλέον.

Στα πλαίσια της αντιμετώπισης των εκτάκτων αναγκών, περιλαμβάνονται τα σχέδια αντιμετώπισης της κρίσης, με στόχο την άμεση εφαρμογή των κατάλληλων εκείνων μέτρων και την όσο το δυνατόν πιο άμεση αντιμετώπιση είτε της κρίσης είτε του κρίσιμου γεγονότος. Αυτά τα σχέδια δέον να έχουν εκπονηθεί πριν την εμφάνιση της κρίσης και να περιλαμβάνουν δράσεις και πρακτικές που οφείλεται να πραγματοποιηθούν: πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κρίση, στοχεύοντας στην όσο το δυνατόν ταχύτερη επάνοδο στην προ κρίσης ομαλότητα και κανονικότητα.

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι, η ανάπτυξη αυτών των σχεδίων συνιστά απόδειξη καλής και αποτελεσματικής διοίκησης, καθώς και απόδειξη από πλευράς διαχειριστών ορθολογικής αντιμετώπισης και ΔΚ. Η αποτελεσματικότητα του σχεδίου κρίνεται από την εφαρμοστικότητα του και φυσικά η εφαρμογή των δράσεων του σχεδίου πρέπει να έχει σαν σημείο εκκίνησης το χρονικό σημείο της εμφάνισης

της κρίσης, ούτως ώστε οι ενδεχόμενες συνέπειες της κρίσης να αντιμετωπιστούν άμεσα.

Τα σχέδια που αναπτύσσονται, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση και διαχείριση μιας κρίσης, είναι συνυφασμένες με εκείνες όλες τις ενέργειες που οφείλονται να υλοποιηθούν από τις ομάδες εργασίας, καθώς επίσης με την γενεσιουργό αιτία και τα αίτια δευτερογενών φαινομένων που δημιουργούν τις δευτερογενείς κρίσεις. Κάθε κρίση δεν αποτελεί ένα απλό γεγονός, αλλά πρόκειται για ένα πολυσύνθετο φαινόμενο, που δυστυχώς πλήττει πολλούς τομείς της καθημερινότητας των πολιτών. Έτσι, προκειμένου να κριθεί ένα σχέδιο αποτελεσματικό, θα πρέπει να περιλαμβάνει όλες εκείνες τις πιθανότητες που πρέπει να ληφθούν υπόψη, ούτως ώστε το γεγονός αυτό να αντιμετωπιστεί άμεσα.

Συνεπώς, το περιεχόμενο ενός σχεδίου αντιμετώπισης της κρίσης, πρέπει να περιλαμβάνει: τους υπευθύνους για την αποτελεσματική ΔΚ, τα καθήκοντα που αναλαμβάνουν οι διαχειριστές της κρίσης, τα οποία θα πρέπει να ορίζονται σαφώς και επιπλέον να προβλέπεται σχετικός βαθμός ελευθερίας για την ανάληψη πρωτοβουλιών, τα εργαλεία και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν για την εφαρμογή και πραγματοποίηση του σχεδίου ΔΚ, ο καθορισμός των χρονοδιαγραμμάτων και των χρονικών περιθωρίων στην υλοποίηση του σχεδίου, προκειμένου να εξοικονομηθεί χρόνος για καλύτερο έλεγχο και συντονισμό των δράσεων. Τέλος, θεωρούνται απαραίτητες οι σχετικές προβλέψεις ώστε να οριστούν οι αντικαταστάτες των υπεύθυνων προγραμμάτων, σε περίπτωση που αυτό απαιτηθεί από τις εξελίξεις και τις συνθήκες.

3.6 Χαρακτηριστικά ενός αποτελεσματικού σχεδίου για την αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης

Εξ ορισμού, η ΔΚ αποτελεί διεργασία αντιμετώπισης κρίσιμων και έκτακτων φαινομένων. Η διεργασία αυτή απαιτεί: την συντονισμένη και κοινή προσπάθεια πολλών επί μέρους διαδικασιών και τη μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα όλων των υφιστάμενων μέσων και διαθέσιμων πληροφοριών. Οι βασικές αρχές που καθορίζουν την επιτυχημένη αντιμετώπιση της κρίσης και αποτελούν το βασικό πλαίσιο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εμφάνιση μιας κρίσης, είναι οι εξής:

- ✓ η πληροφόρηση για την αποτελεσματική ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης. Το

χαρακτηριστικό αυτό αφορά στη γνώση και στην πληροφορία που οφείλει να χαρακτηρίζεται ως ουσιαστική, ξεκάθαρη και φυσικά να είναι στο μέγιστο δυνατό επίπεδο. Επιπλέον, η πληροφορία οφείλει να είναι άμεσα κοινοποιήσιμη και φυσικά απαραίτητα προσβάσιμη σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη της διεργασίας ΔΚ.

✓ η οργάνωση και ο συντονισμός αποτελούν το δεύτερο συστατικό που χαρακτηρίζει ένα αποτελεσματικό σχέδιο διαχείρισης ενός κρίσιμου γεγονότος. Αναφέρεται στην συντονισμένη, αποτελεσματική, ενοποιημένη, αλληλοϋποστηριζόμενη και οργανωμένη δράση όλων των εμπλεκόμενων φορέων και αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ορθολογική αντιμετώπιση της κρίσης και πιο συγκεκριμένα από τη φάση του σχεδιασμού έως τη φάση της εκτίμησης/ανασκόπησης

✓ η ευέλικτη προσαρμογή των στρατηγικών και των διεργασιών αποτελεί υποχρεωτική προσέγγιση στην επιτυχημένη αντιμετώπιση μιας κρίσης. Ένα ολοκληρωμένο σχέδιο, με απώτερο στόχο του την επιτυχή έκβαση της διαχείρισης ενός κρίσιμου γεγονότος, οφείλει πλέον των ανωτέρω βασικών χαρακτηριστικών, να είναι απλό και ουσιώδες, χωρίς περιττά στοιχεία και γεγονότα, αλλά και να είναι εύκολα κατανοητό ώστε η εφαρμογή του να διευκολυνθεί

✓ η αδιάκοπη συνεργασία των εμπλεκόμενων μερών θα πρέπει να εξασφαλίζεται, ενώ παράλληλα να υποστηρίζεται ο σωστός επιμερισμός των ενεργειών, ούτως ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος της απώλειας του ελέγχου από τον/ τους διαχειριστές επικεφαλής

✓ το σχέδιο διαχείρισης της κρίσης, για να είναι ολοκληρωμένο πρέπει να προβλέπει δραστηριότητες παρακολούθησης και ελέγχου.

Η διαδικασία της υλοποίησης του σχεδίου είναι μια διαδικασία δυναμική. Τα σχέδια ποτέ δεν παραμένουν ανενεργά και αμετάβλητα. Τουναντίον, βελτιώνονται και μεταβάλλονται αναλόγως των περιστάσεων και των εκτάκτων αναγκών που συχνά προκύπτουν κατά τη διάρκεια εξέλιξης της κρίσης. Υπάρχει συχνή αναφορά στην προσομοίωση των σχεδίων δράσης πριν αυτά λάβουν την τελική έγκριση τους. Σε κάθε σχέδιο για τη διαχείριση της κρίσης, θα πρέπει να αναφέρονται στοιχεία αναφορικά με την ταυτότητα της κρίσης, τα αίτια που την προκάλεσαν, τη διαμορφούμενη κατάσταση η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί, την πρόθεση των στελεχών για την άμεση αντιμετώπιση της, καθώς και τα μέτρα που οφείλεται απαραίτητα να ληφθούν ώστε να αντιμετωπιστεί η κρίση άμεσα. Τέλος, πρέπει να αποτυπώνονται οι πόροι, τα μέσα, το ανθρώπινο κεφάλαιο, ο εξοπλισμός, οι

υπηρεσίες, οι απαραίτητες εγκαταστάσεις και οι ρυθμίσεις που είναι επιτακτικά αναγκαίες για την αντιμετώπιση της κρίσης.

3.7 Η διαχείριση κρίσεων σε επίπεδο ηγεσίας

Προτείνονται δύο πλαίσια για τη ΔΚ σε επίπεδο ηγεσίας από τους Bowers et al. (2017), πίνακας 3.1

Πίνακας 3.1 Τα πλαίσια διαχείρισης κρίσεων σε επίπεδο ηγεσίας.

The crisis response leadership matrix (CRLM)

	Elitist Culture	Hierarchy Culture	Clan/Adhocracy
Internal Crisis	Cognitive, directive, or transformational	Directive, or transformational	Transformational
External Crisis	Transformational	Transformational	Transformational

Πηγή: Bowers et al., 2017

Το πρώτο πλαίσιο αφορά στις αρχές της ηγεσίας και συγκεκριμένα στο γεγονός ότι, η ΔΚ απαιτεί περισσότερο χρόνο και πόρους από ότι αρχικά προβλέπεται και επιπλέον, η εστίαση στις δημόσιες σχέσεις είναι παραπλανητική και οδηγεί στην καταστροφή πόρων. Αντιθέτως, προτείνεται όλη η προσοχή να είναι εστιασμένη στην επίλυση της κρίσης, ενώ η ηγεσία δεν πρέπει να υποκύψει στο δέλεαρ να κηρύξει το επιτυχημένο πέρας της κρίσης, γιατί έτσι χάνει την αξιοπιστία της και επιμηκύνει χρονικά την κρίση. Η κουλτούρα και το στυλ της ηγεσίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της κρίσης.

Οι Bowers et al. (2017) έχουν φτιάξει “ένα καλούπι” για το στυλ ηγεσίας, το οποίο θα πρέπει να υιοθετηθεί αναλόγως του τύπου κουλτούρας του Οργανισμού και του τύπου της κρίσης που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Βασικό χαρακτηριστικό της ιεραρχικής κουλτούρας είναι η ανελαστικότητα στις δομές και στις διαδικασίες και στηρίζεται σε αυτές προκειμένου να συμμορφωθούν τα εμπλεκόμενα μέρη.

Ομως, εκτός των προσεγγίσεων, των αρχών και του στυλ ηγεσίας, πρέπει να γίνει ανάλυση και των επιμέρους λειτουργιών της ηγεσίας.

Σύμφωνα με τον Congleton (2005), κύρια λειτουργία της ηγεσίας, πλην των άλλων όλων, πρέπει να αποτελεί η ανίχνευση του εξωτερικού περιβάλλοντος για πιθανές απειλές ή πηγές κρίσης. Μέσα από αυτή τη λειτουργία της ηγεσίας, μειώνεται η επίδραση του παράγοντα της άγνοιας και διαμορφώνεται η προϋπόθεση να προετοιμαστεί ο οργανισμός για καταστάσεις που ενέχουν και την παραμικρή πιθανότητα να προκύψουν. Επιπλέον, ο ερευνητής υποστηρίζει ότι, η ηγεσία ενός οργανισμού έχει την υποχρέωση να διαμορφώσει συστήματα ΔΚ που να είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε καταστάσεις οι οποίες δεν έχουν προβλεφθεί (π.χ. πανδημία COVID-19).

Η ηγεσία πρέπει επίσης να λάβει υπόψη της το κόστος διαχείρισης ή διακυβέρνησης της κρίσης (Congleton, 2005). Στην κρίση της πρόσφατης πανδημίας του κορωνοϊού, φάνηκε ότι το κόστος διαχείρισης μπορεί να αποτελέσει από μόνο του την αιτία πρόκλησης κρίσης που μπορεί να επηρεάσει την ίδια την ηγεσία και τις πολιτικές που αυτή θα σχεδιάσει. Συνεπώς, η ύπαρξη ισορροπίας μεταξύ του κόστους και των πολιτικών που θα επιλεγούν αποτελούν ευθύνη της ηγεσίας.

Άλλη ευθύνη της ηγεσίας είναι η διαχείριση της οργανωσιακής αλλαγής (Robbins και Judge, 2018). Σύμφωνα με τον Simmons (2011), αυτή η αλλαγή είναι εφικτή μέσα από την οργανωσιακή μάθηση. Η ηγεσία του οργανισμού φέρει την ευθύνη της διευκόλυνσης/ ή της παρότρυνσης των υπηρετούντων στον οργανισμό, να μάθουν από τα λάθη, τις παραλείψεις ή τις προηγούμενες κρίσεις και να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες, ούτως ώστε μελλοντικά να επιτύχουν καλύτερες αποδόσεις.

Τέλος, στις ευθύνες της ηγεσίας συμπεριλαμβάνεται η δημιουργία/ ή τροποποίηση του ρυθμιστικού πλαισίου (Das et al., 2002).

3.8 Διαχείριση κρίσεων σε νοσοκομειακές μονάδες

Η ΔΚ στις νοσοκομειακές μονάδες, επί της ουσίας, δεν θα πρέπει να διαφέρει από τη ΔΚ στις υπόλοιπες οικονομικές μονάδες. Ωστόσο, οφείλει κανείς να λάβει υπ' όψιν τη βασική διαφορά μεταξύ των επιχειρήσεων και των νοσοκομειακών μονάδων, καθώς το αγαθό της υγείας δεν υπόκειται αυστηρά στους νόμους της αγοράς, προσφοράς και ζήτησης. Συνεπώς, η ΔΚ και η διαδικασία της ανάπτυξης σχεδίου για την αντιμετώπισή τους επηρεάζεται από τις ιδιαιτερότητες των νοσοκομειακών μονάδων. Οι ιδιαιτερότητες που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, συνοψίζονται ως εξής:

Εν γένει, σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας, είναι απαραίτητη η συνεχής τήρηση κανόνων ηθικής δεοντολογίας. Επίσης, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της αντιστροφής ρόλων και της μετατροπής του γιατρού σε καταναλωτή, δεδομένης της υφιστάμενης αδυναμίας του ασθενούς ως πελάτη/ καταναλωτή υπηρεσιών υγείας να αποφασίζει ο ίδιος. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις, η ανάγκη για παρέμβαση είναι άμεση και πλειστάκις, η αναγκαιότητα αυτή συνδυάζεται με την κρισιμότητα των περιπτώσεων και τον περιορισμένο αριθμό των δυνατών επιλογών. Άλλες ιδιαιτερότητες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων είναι, οι συνθήκες εντάσεως της εργασίας, της οργάνωσης και της διαχείρισης, ο επιμερισμός της εξουσίας και της ευθύνης και μάλιστα όχι μόνο βάσει της θέσεως στη δομή της εξουσίας, αλλά και στην ειδική ισχύ (πχ. ιατροκεντρική νοοτροπία). Τέλος, ιδιαίτερο χαρακτηριστικό είναι η αυξημένη πιθανότητα αναγκαιότητας αντιμετώπισης πολλαπλών ταυτόχρονων κρίσεων.

Η ΔΚ στα νοσηλευτικά ιδρύματα, επηρεάζεται από παράγοντες που περιλαμβάνουν αρχικά το θεσμικό πλαίσιο και τις παρεμβάσεις της πολιτείας. Στο πεδίο αυτό περιλαμβάνονται: η χρηματοδότηση, η παραγωγή, η διανομή και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν οι οικονομικοί πόροι και οι περιορισμοί οργανωτικής δομής, π.χ. οι κτιριακές και υλικοτεχνικές υποδομές. Επιπρόσθετοι σημαντικοί παράγοντες στη ΔΚ σε υγειονομικές μονάδες είναι, η κοινωνική πολιτική που ακολουθείται, η κουλτούρα σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας και οι τοπικές πολιτικές προτεραιότητες, ή αλλιώς τα πρότυπα της πολιτικής. Επίσης, η έλλειψη επαρκών υλικών πόρων, η κακή διασύνδεση των υπηρεσιών, η έλλειψη επικοινωνίας, οι εσωτερικές συγκρούσεις, το επίπεδο εκπαίδευσης και το επίπεδο δεξιοτήτων του προσωπικού, καθώς και η απουσία ενός αναλυτικού κανονισμού λειτουργίας, η απουσία διαδικασιών ελέγχου και σχεδιασμού καθηκόντων, παίζουν καθοριστικό και πολλές φορές ρυθμιστικό ρόλο στη ΔΚ γενικά, αλλά και ειδικότερα στις κρίσεις σε νοσοκομειακές μονάδες. Τέλος, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, ως χρήστη υπηρεσιών υγείας, αποτελούν παράγοντα μείζονος σημασίας, καθώς επίσης και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης που συχνά μεγεθύνουν τα προβλήματα.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα ανωτέρω, είναι αντιληπτό ότι ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη ενός συστήματος για τη ΔΚ σε Νοσοκομειακές Μονάδες οφείλει να διέπεται από ορισμένες αρχές. Μάλιστα δε, οι αρχές αυτές θα πρέπει να εναρμονίζονται με την

κείμενη νομοθεσία και σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να συγκρούονται με κάποιο άλλο σύστημα που βρίσκεται σε εφαρμογή ή που πρόκειται να εφαρμοστεί.

Οι διαδικασίες οφείλουν να έχουν συνταχθεί βάσει: (α) της υπάρχουσας μονοθεσίας, (β) των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (γ) των ιδιαιτεροτήτων της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, (δ) των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών κάθε νοσηλευτικής μονάδας (κτιριακή υποδομή, προσωπικό, παλαιότητα εγκαταστάσεων, προσβασιμότητα και απόσταση από κέντρα προμήθειας υλικού), (ε) των τάσεων και των προοπτικών στον τομέα της ΔΚ, των μεταρρυθμίσεων του τομέα της υγείας και των νέων επιστημονικών ανακαλύψεων.

Ο σχεδιασμός ξεκινάει με την αναγνώριση των κινδύνων, οι οποίοι αναλύονται, αξιολογούνται και γίνεται εκτίμηση της επικινδυνότητας, εν συνεχεία γίνεται ο καθορισμός της στρατηγικής της πρόληψης, της διαχείρισης και της αντιμετώπισης των κινδύνων, η οργάνωση, η ανάθεση αρμοδιοτήτων και η εκπαίδευση του προσωπικού, η εφαρμογή του σχεδιασμού, ο συντονισμός και ο έλεγχος. Ακολουθεί η αξιολόγηση, ο επανέλεγχος, η αναθεώρηση και η βελτίωση μέσω της τροποποίησης των διαδικασιών και τέλος η αναπληροφόρηση για τον επόμενο κύκλο που θα ξεκινήσει και πάλι με την αναγνώριση των κινδύνων (Καριώτης, 1992; Τοκάκης, 2012; Bloch, 2014; Γεωργόπουλος, 2015; Van Bavel et al., 2020; Nathaniel & van der Heyden, 2020).

Κεφάλαιο 4. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΛΟΓΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

4.1 Εισαγωγικά

Στην Ελλάδα, έχουν προκύψει δυο πολύ σημαντικές κρίσεις τα τελευταία χρόνια: (α) η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 και (β) η υγειονομική κρίση λόγω της πανδημίας COVID-19, που ξεκίνησε στο τέλος του 2019. Και οι δυο κρίσεις έχουν μακρά διάρκεια με άγνωστο χρονικό ορίζοντα, ενώ οι επιπτώσεις τους είναι σημαντικές σε πολλούς τομείς της ζωής και της κοινωνίας και θα επηρεάσουν τους πολίτες και στο μέλλον.

Οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας είναι: i) η φροντίδα (care), που σημαίνει διαχείριση της υγείας τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο, ii) η θεραπεία (cure), που εννοείται η αποκατάσταση της υγείας, iii) ο έλεγχος (control) των παραγόντων εκείνων οι οποίοι επιδρούν στην υγεία, οπότε και θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για να προστατευθεί η δημόσια υγεία, και iv) η κοινότητα (community), που αποτελεί το πεδίο στο οποίο εφαρμόζεται η πολιτική υγεία.

Από τη φύση τους, οι υπηρεσίες υγείας είναι μια ιδιαίτερη μορφή υπηρεσίας, στην οποία πολλά εμπλεκόμενα μέρη συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν με διαφορετικές προσδοκίες μεταξύ τους, όπως: ο ασθενής, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το ανθρώπινο δυναμικό σε επίπεδο διοικητικών στελεχών, οι φορείς ασφάλισης, οι διάφορες κοινωνικές ομάδες, οι επιστημονικές εταιρείες, οι προμηθευτές υλικών και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, οι σύλλογοι των ασθενών, οι αξιολογητές της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Kaur and Rathinasamy 2017, Williams et al., 2019).

4.2 Η κρίση λόγω COVID-19

Οι προληπτικές πολιτικές που τέθηκαν σε εφαρμογή με απώτερο στόχο την αποφυγή ή την επιβράδυνση της μετάδοσης της νόσου στον πληθυσμό και τη διαχείριση των ασθενών COVID-19, περιλαμβάνουν τα εξής μέτρα: μέτρα ατομικής υγιεινής, μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης και περιορισμού κυκλοφορίας, εφαρμογή τηλεργασίας, και βέβαια τον εμβολιασμό του πληθυσμού και τη διενέργεια εξετάσεων μοριακής ανίχνευσης του SARS-COV-2. Ωστόσο, εξ ίσου σημαντικό ρόλο παίζουν και τα ειδικότερα μέτρα που σχετίζονται με την ενδυνάμωση του υγειονομικού συστήματος, όπως ο καθορισμός Νοσοκομείων αναφοράς COVID-19 σε όλη την επικράτεια, σε

μία προσπάθεια διαχωρισμού των περιστατικών που έχρηζαν νοσηλείας, την κατάλληλη διαμόρφωση και τον εξοπλισμό των χώρων φροντίδας των ασθενών υψηλού κινδύνου επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19, την ενίσχυση του υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού, την απόκτηση του απαραίτητου εξοπλισμού, προμηθειών, φαρμάκων και εμβολίων, κάτι που αποδείχθηκε πρόκληση, ιδιαίτερα νωρίς στην κρίση λόγω της παγκόσμιας έλλειψης υλικών.

4.3. Χαρακτηριστικά του νέου κορωνοϊού

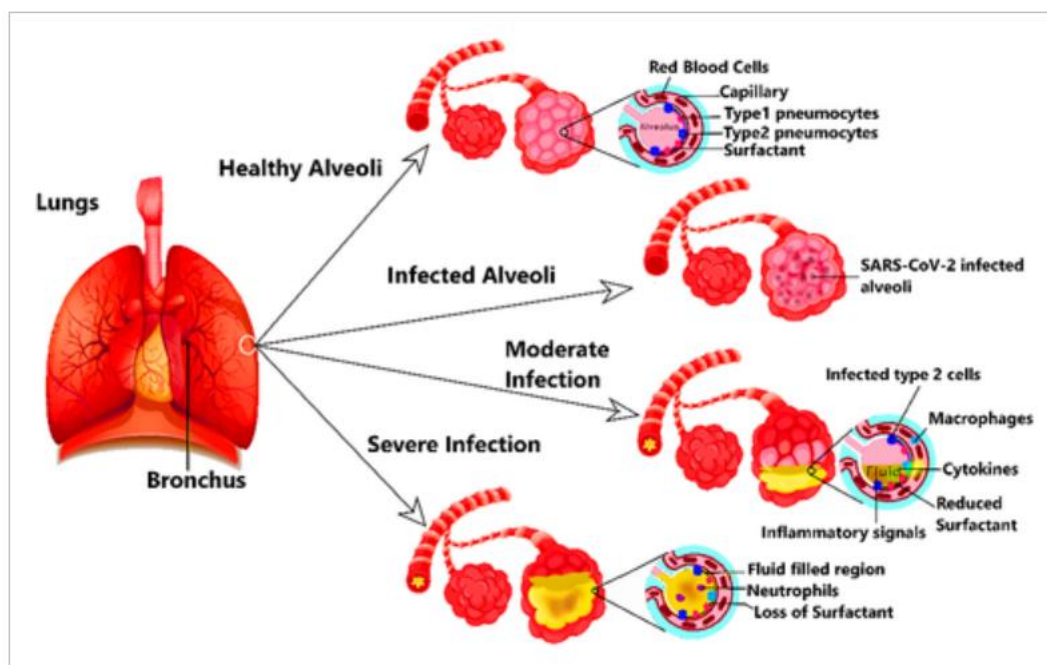
Ο πρώτος κορωνοϊός, ο ιός μολυσματικής βρογχίτιδας των πτηνών, ανακαλύφθηκε το 1937 από τους Fred Beaudette και Charles Hudson. Το έτος 1967, η June Almeida και ο David Tyrrell ταυτοποίησαν σωματίδια που μοιάζουν με μολυσματικό ιό της βρογχίτιδας των πτηνών. Η Almeida επινόησε τον όρο «coronavirus» από τη λατινική κορώνα («κορώνα»), επειδή οι αιχμές (ακίδες) των γλυκοπρωτεϊνών αυτών των ιών δημιούργησαν μια εικόνα παρόμοια με μια ηλιακή κορώνα (Henry, 2020). Τα στελέχη που μολύνουν τον άνθρωπο, γενικά προκαλούν ήπια συμπτώματα. Ωστόσο, πιο πρόσφατα, οι ζωικοί κορωνοϊοί έχουν προκαλέσει εστίες σοβαρής αναπνευστικής νόσου στον άνθρωπο, συμπεριλαμβανομένων του σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου (SARS), του αναπνευστικού συνδρόμου Μέσης Ανατολής (MERS) και της νόσου του κορωνοϊού (COVID-19) (Henry, 2020).

Ο νέος κορωνοϊός, ο οποίος προκαλεί τη “νόσο του κορωνοϊού 2019” ή «coronavirus disease 2019» - COVID-19 προήλθε από το στέλεχος SARS-COV-2 του ιού, και πρωτοδιαγνώστηκε στην Κίνα, στην πόλη Γιουχάν τον Δεκέμβριο του 2019. Με την είσοδο του ιού στον ανθρώπινο οργανισμό είναι δυνατό να μην εμφανιστούν συμπτώματα, οπότε το άτομο νοσεί ασυμπτωματικό, είτε να εμφανιστεί κάποια ήπια συμπτωματολογία, αλλά ωστόσο υπάρχει και το ενδεχόμενο η νόσος να εξελιχθεί με σοβαρότατες συνέπειες για τον άνθρωπο. Τα άτομα με σοβαρά υποκείμενα νοσήματα, που ανήκουν στις λεγόμενες ευπαθείς ομάδες, διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο σοβαρής νόσησης. Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι άρρενες ηλικιωμένοι (>65 ετών) βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν και να καταλήξουν από την COVID-19, (Omer et al, 2020).

Σύμφωνα με ανακοινώσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα περισσότερα άτομα που έχουν μολυνθεί με τον ιό της COVID-19 νόσου, θα εμφανίσουν ήπια έως μέτρια αναπνευστική νόσο και θα αναρρώσουν χωρίς να απαιτείται ειδική θεραπεία, εικόνα 4.1 Οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με υποκείμενα ιατρικά προβλήματα, όπως

καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτης, χρόνια αναπνευστική νόσος και καρκίνος είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν σοβαρή ασθένεια, (WHO, 2021). Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ οι περισσότεροι άνθρωποι που μολύνθηκαν με COVID 19 επιβίωσαν, καθώς οι εκτιμήσεις του ποσοστού θνησιμότητας κυμάνθηκαν μεταξύ 0,17%-1,7% (OECD, 2020).

Εικόνα 4.1 Στάδια εξέλιξης της COVID-19 λοίμωξης.



Πηγή: Kumar et al., 2021

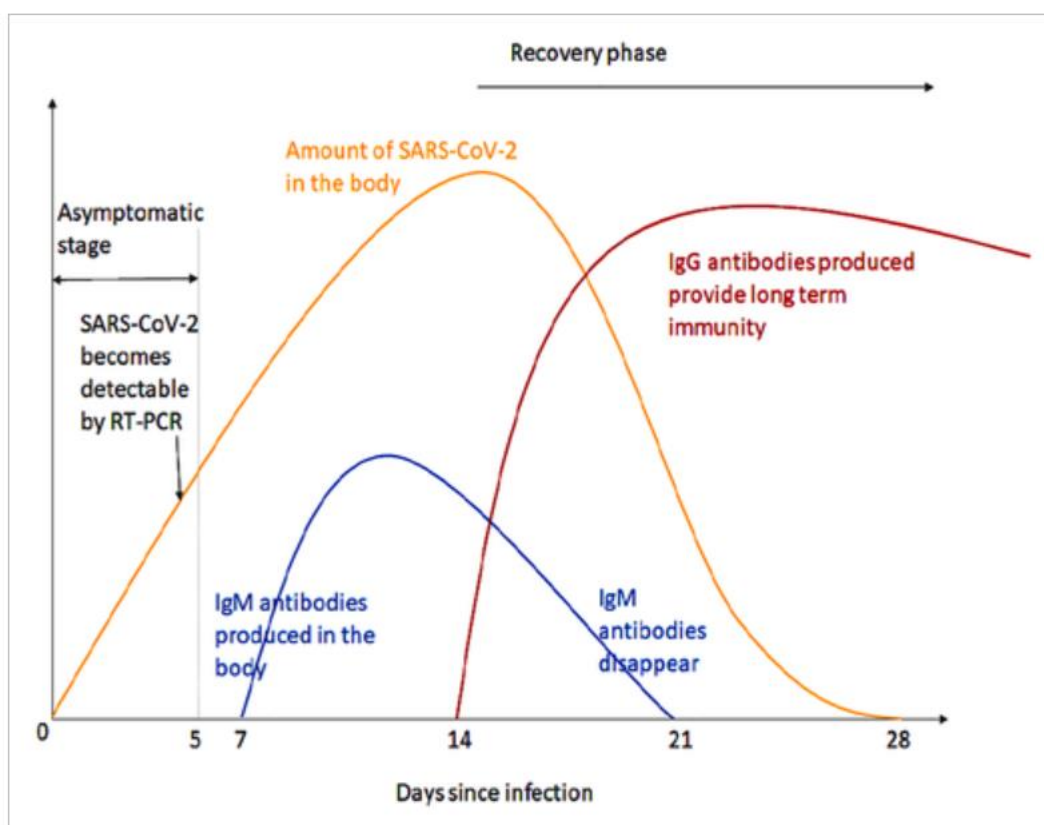
Από τα τέλη του έτους 2019, η επιδημία COVID-19 έχει εξαπλωθεί και καθώς η νόσος εξελίσσεται, κατέληξε να γίνει η πλέον σοβαρή πανδημία μέσα στο 21ο αιώνα, με ιδιαίτερα αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα (OECD, 2020). Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, θα πρέπει κανείς να ανατρέξει έναν αιώνα πίσω χρονικά στο 1918, για να εντοπίσει παρόμοιους αριθμούς για έναν αναδυόμενο ιό στην Ευρώπη (OECD, 2020).

4.4 Συμπτωματολογία και τρόποι μετάδοσης

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα πιο κοινά συμπτώματα του ιού είναι: πυρετός, ξηρός βήχας, κόπωση. Τα περισσότερο σοβαρά συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολία στην αναπνοή ή δύσπνοια, πόνο στο στήθος ή πίεση, απώλεια λόγου ή κίνησης, (WHO, 2021). Τα άτομα που νοσούν με ήπια συμπτώματα και που κατά τα

άλλα είναι υγιή, θα πρέπει να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους στο σπίτι. Το μέσο χρονικό διάστημα που απαιτείται από τη στιγμή που κάποιος θα μολυνθεί μέχρι την εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι 5-6 ημέρες, αν και αυτό το χρονικό διάστημα μπορεί να επεκταθεί έως και 14 ημέρες, διάγραμμα 4.1 (WHO, 2021).

Διάγραμμα 4.1 Χρονικό διάστημα από τη μόλυνση έως την ίαση.



Πηγή: Kumar et al., 2021

Ο ιός SARS-COV-2 εξαπλώνεται όταν σε ένα χώρο, ένα μολυσμένο άτομο βρίσκεται σε στενή επαφή με ένα άλλο άτομο. Ο ιός μπορεί να εξαπλωθεί από τα μεγάλα σταγονίδια έως τα μικρότερα αερολύματα, όταν ένα άτομο βήχει, φτερνίζεται, τραγουδά, αναπνέει βαριά ή μιλάει. Η επαφή σε κοντινή απόσταση μπορεί να οδηγήσει σε εισπνοή ή τον εμβολιασμό με τον ιό μέσω του στόματος, της μύτης ή των ματιών. Η μετάδοση αερολύματος μπορεί να συμβεί σε συγκεκριμένες καταστάσεις στις οποίες πραγματοποιούνται ιατρικές διαδικασίες που παράγουν αερολύματα (WHO, 2021).

Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τη μετάδοση αερολύματος σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης, ενώ αντίστοιχα υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις μετάδοσης μέσω ατμών (αντικειμένων ή υλικών που ενδέχεται να έχουν μολυνθεί με τον ιό, όπως σκεύη, έπιπλα, στηθοσκόπια ή θερμομέτρα) στο άμεσο περιβάλλον γύρω από ένα μολυσμένο άτομο. Η μετάδοση αυτή μπορεί να συμβεί όταν τα αντικείμενα και τα υλικά έρθουν σε επαφή με το στόμα, τη μύτη ή τα μάτια (WHO, 2021). Υπάρχουν νεότερα στοιχεία για μετάδοση του ιού εκτός ιατρικών εγκαταστάσεων, όπως εσωτερικοί χώροι, πολυσύχναστοι και ανεπαρκώς αεριζόμενοι χώροι, όπου τα μολυσμένα άτομα περνούν μεγάλες χρονικές περιόδους με άλλους. Αυτό υποδηλώνει τη δυνατότητα μετάδοσης αερολύματος εκτός από τη μετάδοση σταγονιδίων (WHO, 2021).

Ο ιός αναφέρεται επίσης πως έχει την ικανότητα να επιβιώνει και σε επιφάνειες για πολλές ώρες προτού αδρανοποιηθεί και έτσι όταν ο άνθρωπος στο χρονικό αυτό διάστημα έρθει σε επαφή με τη μολυσμένη επιφάνεια τότε κάλλιστα μπορεί να μεταδοθεί ο ιός στον ανθρώπινο οργανισμό, αφού οι άνθρωποι αγγίζουν μετά το πρόσωπο και τη μύτη. Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό του κορωνοϊού είναι πως υπάρχουν πολλοί ασυμπτωματικοί φορείς του ιού οι οποίοι διασπείρουν τον ιό χωρίς να το γνωρίζουν. Οι παραπάνω λόγοι οδήγησαν στο να επεκταθεί ταχέως η ασθένεια και να πάρει διαστάσεις πανδημίας, με οδυνηρές συνέπειες για την υγεία πρωτίστως, αλλά και την οικονομική δραστηριότητα σε παγκόσμια κλίμακα (WHO, 2020).

Η εμφάνιση στελεχών του ιού με μεταλλάξεις, τα οποία σύμφωνα και με την πρόσφατη βιβλιογραφία είναι πιο μεταδοτικά από το αρχικό στέλεχος του ιού, δημιουργεί την ανάγκη για εφαρμογή αυστηρότερων μέτρων καθολικά σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2021).

4.5 Η εξέλιξη της πανδημίας σε παγκόσμιο επίπεδο

Η έναρξη της πανδημίας συνδέθηκε με υποτίμηση της κατάστασης και της επικινδυνότητας του ιού από μια μεγάλη μερίδα ηγετών, γεγονός που οφείλεται εν μέρει στο έλλειμμα γνώσης σχετικά με τη μεταδοτικότητα και τις σοβαρότατες επιπτώσεις που έχει ο SARS-COV-2 στην υγεία του πληθυσμού. Με το πέρασμα ολίγων μηνών βέβαια, αυτή η κατάσταση ανατράπηκε δεδομένης της δραματικής αύξησης κρουσμάτων παγκοσμίως και της αυξημένης θνητότητας (Pfefferbaum & North, 2020). Μέχρι και σήμερα και ενώ η πανδημία εξακολουθεί να βρίσκεται σε εξέλιξη και να επεκτείνεται, έχουν καταγραφεί σχεδόν 45 εκατομμύρια

επιβεβαιωμένα κρούσματα παγκοσμίως, ενώ ο τραγικός απολογισμός των θανάτων ξεπερνά το 1,5 εκατομμύριο. Πρώτη χώρα, από άποψη κρουσμάτων και θανάτων, είναι η Αμερική. Έπεται η Γηραιά Ήπειρος με χώρες όπως η Ισπανία, η Ιταλία, η Αγγλία και η Γαλλία να έχουν πληγεί σε μεγαλύτερο βαθμό, με τη Γερμανία να ακολουθεί αν και σε μικρότερο βαθμό (Watkins, 2020).

Τον Οκτώβριο του 2020, επιβεβαιώθηκαν μέσα σε μια μέρα 100.000 νέα κρούσματα για πρώτη φορά από την έναρξη της πανδημίας στην Ευρωπαϊκή ήπειρο και τα περισσότερα στον κόσμο ως ήπειρο, ενώ διαγνώστηκαν σχεδόν 450.000 νέα κρούσματα της νόσου παγκοσμίως. Ο υψηλότερος ρυθμός θανόντων καταγράφηκε στις ΗΠΑ (Hsiang et al, 2020). Στη Δυτική Ευρώπη, η Γαλλία, η οποία καταγράφει τον υψηλότερο μέσο όρο νέων κρουσμάτων στην Ευρώπη έχοντας τον υψηλότερο αριθμό νέων επιβεβαιωμένων κρουσμάτων από την αρχή της πανδημίας, έγινε η δεύτερη χώρα στην Ευρώπη, μετά την Ισπανία, που ξεπέρασε το όριο του ενός εκατομμυρίου κρουσμάτων (Hsiang et al, 2020).

Η κατάσταση αυτή οδήγησε τα συστήματα υγείας σε καθεστώτα μεγάλης πίεσης, ακόμη και σε χώρες με πολύ καλά οργανωμένα συστήματα υγείας, όπως η Αγγλία και η Γερμανία. Η Γερμανία επιπλέον, καταγράφοντας για πρώτη φορά πάνω από 10.000 νέες μολύνσεις, επέκτεινε τις ταξιδιωτικές οδηγίες για την Ελβετία, την Ιρλανδία, την Πολωνία, το μεγαλύτερο τμήμα της Αυστρίας και περιοχές της Ιταλίας, συμπεριλαμβανομένης της Ρώμης (Hsiang et al, 2020).

4.6 Διαχειριστικά μέτρα στον πληθυσμό

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος για την πρόληψη της μετάδοσης, αλλά και την επιβράδυνση της μετάδοσης του ιού SARS-COV-2, σύμφωνα με τα υγειονομικά πρωτόκολλα και τις συστάσεις που έχουν εκδοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αφορά στην σωστή και επαρκή ενημέρωση σχετικά με τη μετάδοση της νόσου (WHO, 2021).

Σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ, η προστασία του κάθε ατόμου από τη μόλυνση από άλλους ανθρώπους που βήχουν ή φτερνίζονται και η εξάπλωση του ιού αφορά στην εφαρμογή των μέτρων που περιλαμβάνουν: την αποφυγή συγχρωτισμού, την τήρηση της απόστασης 2 μέτρων μεταξύ των ατόμων, την αποφυγή αγγίγματος του προσώπου με τα χέρια, την αποφυγή διαμοιρασμού αντικειμένων με άλλα άτομα, την

εφαρμογή της υγιεινής των χεριών με νερό και σαπούνι ή αλκοολούχο αντισηπτικό (ΕΟΔΥ, 2021).

Όσον αφορά στις στρατηγικές περιορισμού και μετριασμού, αυτές ήταν περισσότερο στοχευμένες ή αφορούσαν μεγαλύτερης κλίμακας πολιτικές και καραντίνα και ομαδοποιούνται κατά τον ΟΟΣΑ σε τρεις ευρείες κατηγορίες πολιτικής και συγκεκριμένα: μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης (κλείσιμο χώρων εργασίας και μη απαραίτητες υπηρεσίες), απαγόρευση μαζικών συγκεντρώσεων, περιορισμοί ταξιδιών ή και πλήρεις αποκλεισμοί των μετακινήσεων του πληθυσμού, βελτιωμένη προσωπική και περιβαλλοντική υγιεινή, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης εξοπλισμού ατομικής προστασίας, όπως μάσκες προσώπου και τέλος test, παρακολούθηση και ανίχνευση μολυσμένων ατόμων, με περιορισμό των προσβεβλημένων ατόμων (OECD, 2020).

4.7 Διαχειριστικά μέτρα σε ασθενείς

Το σχέδιο δράσης του Υπουργείου Υγείας και του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) για την αντιμετώπιση πιθανών, αλλά και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων κορωνοϊού στην Ελλάδα, αφορούσε σε συγκεκριμένα μέτρα.

Από τα πρώτα μέτρα που ελήφθησαν, ήταν ο ορισμός κυρίως τριτοβάθμιας φροντίδας νοσοκομείων της χώρας, ως νοσοκομεία αναφοράς COVID-19 και ο συντονισμός των δράσεων των συναρμόδιων φορέων για τη διαχείριση των κρουσμάτων. Σε όλα τα νοσοκομεία αναφοράς καθορίστηκαν ειδικοί θάλαμοι απομόνωσης, ενώ σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια υπήρχε τουλάχιστον ένα νοσοκομείο αναφοράς με διαθέσιμο θάλαμο αρνητικής πίεσης (ΕΟΔΥ, 2020). Επιπλέον, δόθηκε σύσταση για ορισμό ολόκληρων τμημάτων ή κλινικών για τη συν- νοσηλεία ασθενών με επιβεβαιωμένη λοίμωξη COVID-19 και συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας που θα εμπλακούν αποκλειστικά στη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών αυτών (ΕΟΔΥ, 2020).

Σύμφωνα με τις υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας (2021), η διαχείριση των ύποπτων ή επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19 σε οποιοδήποτε τμήμα του νοσοκομείου, στο οποίο παρέχεται φροντίδα υγείας αφορά ασθενείς με άγνωστο επιδημιολογικό ιστορικό, που δεν έχουν υποβληθεί σε εργαστηριακό έλεγχο για SARS-CoV-2 και δεν έχουν εκτιμηθεί ανάλογα, ασθενείς που είναι επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19 και ασθενείς που έχουν χαρακτηριστεί ύποπτα κρούσματα COVID-19 και αναμένεται

η εργαστηριακή επιβεβαίωση τους (συμβατή κλινική εικόνα ή ιστορικό επαφής με επιβεβαιωμένο κρούσμα).

Στην περίπτωση που δεν συντρέχουν ιατρικοί λόγοι, οι ασθενείς μπορούν να νοσηλεύονται στο σπίτι (ΕΟΔΥ, 2020). Επιπλέον, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον περιορισμό της διάδοσης του ιού εντός κάποιας υγειονομικής δομής με συγκεκριμένα μέτρα, όπως περιορισμός της λειτουργίας των χειρουργείων και αναβολή συγκεκριμένων εξετάσεων (ΕΟΔΥ, 2020). Αντιστοίχως, ο ΕΟΔΥ εξέδωσε και σύσταση για την άμεση απομόνωση και διαχωρισμό των συμπτωματικών ασθενών (ΕΟΔΥ, 2020).

Αν και η πανδημία είχε σοβαρό αντίκτυπο σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, η πίεση που δέχθηκαν τα νοσοκομεία ήταν αναμφίβολα μεγαλύτερη καθώς απαιτούσε την ύπαρξη ενός μεγάλου αριθμού κλινών ανά πληθυσμό ώστε να ανταποκρίνονται στην αύξηση της ζήτησης. Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίστηκε με καινοτόμες και ευρείες πολιτικές παρεμβάσεις που στόχευαν κυρίως στην αύξηση κλινών ΜΕΘ (OECD, 2020). Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε συστηματική μετατροπή άλλων κλινικών θαλάμων σε ΜΕΘ, μεταφορά ασθενών σε περιοχές με νοσοκομεία με πλεονάζουσα χωρητικότητα, συνεργασίες με ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δημιουργήθηκαν επιτόπια νοσοκομεία.

Όμως, εκτός από τον αδρό αριθμό κλινών, απαιτούνται και άλλες εγκαταστάσεις υγείας και επιπλέον άλλα κρίσιμα στοιχεία που είναι απαραίτητα για τη θεραπεία των COVID-19 ασθενών. Αυτά περιλαμβάνουν: τον επαρκή ιατρικό εξοπλισμό, τις προμήθειες και τα φάρμακα, τα Μέσα Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) και βέβαια αναπνευστήρες, αντλίες έγχυσης, εξοπλισμό παρακολούθησης και εργαστηρίου και ορισμένα φάρμακα (ιδίως αναισθητικά, αντιβιοτικά, μυοχαλαρωτικά, φάρμακα ανάνηψης και διουρητικά, καθώς και ιατρικό οξυγόνο) (OECD, 2020).

Δυστυχώς, λόγω της πανδημίας δημιουργήθηκαν και διαταραχές στην παγκόσμια αλυσίδα εφοδιασμού, με αποτέλεσμα τις ελλείψεις στον εφοδιασμό ή προϊόντα κακής ποιότητας. Ωστόσο, στην έκθεση του ΟΟΣΑ (2020) αναφέρονται ελλείψεις κρίσιμων ιατρικών προμηθειών και προϊόντων και πριν την έναρξη της πανδημίας (OECD, 2020).

Τέλος, αποτελεί πραγματικότητα ότι, η πανδημία της COVID-19 οδήγησε σε αναβολή εκλεκτικών χειρουργικών επεμβάσεων, λιγότερες επισκέψεις σε τμήματα έκτακτης ανάγκης και λιγότερη χρήση υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών,

επηρεάζοντας τόσο τους ασθενείς με οξεία, όσο και τη χρόνια φροντίδα, παρουσιάζοντας καθυστερήσεις στη διάγνωση και στη θεραπεία τους (OECD, 2020).

Κεφάλαιο 5. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

5.1 Καθορισμός προτεραιοτήτων

Το Μάρτιο 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακήρυξε το νέο κορωνοϊό σε πανδημία. Ο αντίκτυπος της πανδημίας ήταν καταστροφικός για πολλές χώρες με αρνητικές επιπτώσεις τόσο για την υγεία, όσο και για την οικονομία, αλλά και την κοινωνική συνοχή των χωρών στην πλειονότητα τους. Όπως όλες οι κρίσεις, έτσι και αυτή, είχε τον χαρακτήρα του “ξαφνικού” και στην συγκεκριμένη περίπτωση οι μηχανισμοί ήταν απροετοίμαστοι ώστε να αντιμετωπίσουν την πανδημία (Van Bavel, et al, 2020).

Από την αρχή της πανδημίας και με τα αποτελέσματα να είναι δυσάρεστα για την υγεία, ο ΠΟΥ όρισε πως έπρεπε να δοθεί προτεραιότητα στις ομάδες ασθενών που θα λάβουν θεραπεία, χωρίς αυτό να σημαίνει πως ο γενικός πληθυσμός και οι λοιπές ομάδες αποκλείονται από την πρόληψη-θεραπεία (Van Bavel, et al, 2020).

Λαμβάνοντας υπ’ όψιν τα ανωτέρω, προτεραιότητα δόθηκε σε ασθενείς με βαριά ή επιπλεγμένη γρίπη (π.χ. πνευμονία ή και άλλα χρόνια νοσήματα, κλπ), σε ασθενείς με σοβαρά υποκείμενα νοσήματα και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που ήταν το προσωπικό “πρώτης γραμμής” στο μέτωπο της πανδημίας.

5.2 Ανάπτυξη σχεδίου και συντονισμός

Κάθε φάση στη διαχείριση της κρίσης, απαιτεί την εφαρμογή συγκεκριμένων πρακτικών. Κάθε επίπεδο απειλής θα πρέπει να αντιμετωπιστεί βάσει των συνθηκών που διαμορφώνονται από την κρίση και στην προκειμένη περίπτωση της διαχείρισης της κρίσης του νέου κορωνοϊού ο σχεδιασμός επικεντρώνεται στον περιορισμό των συνεπειών της. Είναι εύκολα αντιληπτό ότι η μετάβαση από τη φάση του συναγερμού στη φάση της δράσης οφείλει να είναι ταχύτατη προκειμένου να ανακτηθεί ο έλεγχος από τους διαχειριστές της κρίσης. Τα σχέδια της διαχείρισης της κρίσης πρέπει να είναι ευέλικτα ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν γρήγορα την κατάσταση αυτή της έκτακτης ανάγκης (Whitelaw et al, 2020).

Ήδη από το Φεβρουάριο του 2020, ο ΠΟΥ προχώρησε στην σύσταση ομάδας για την αντιμετώπιση της έκτακτης αυτής κατάστασης και η οποία ανέλαβε την υλοποίηση μιας δέσμης ενεργειών και πρακτικών που βοηθούσαν στη μείωση των επικίνδυνων

καταστάσεων από την εμφάνιση του ιού στην ΕΕ βάσει κατευθυντήριων οδηγιών του ΠΟΥ. Οι οδηγίες αυτές περιλαμβάνουν ένα περίγραμμα με τις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να πράξει η κάθε χώρα προτού την εκδήλωση των συμπτωμάτων στον πληθυσμό της (πρόληψη) και μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων (θεραπεία). Επιπλέον, δόθηκαν οδηγίες για την αναθεώρηση και την ενδεχόμενη τροποποίηση των σχεδίων δράσης και διαχείρισης της κρίσης οφειλόμενων σε πανδημίες, τη δημιουργία ομάδων ετοιμότητας για όλα τα ενδεχόμενα, την παροχή συμβουλευτικής και οδηγιών σε φορείς των τοπικών κοινωνιών, αλλά και σε δομές υγείας, παιδείας, ενόπλων δυνάμεων, θρησκευτικής λατρείας και γενικά της εκάστοτε χωρικής διαμόρφωσης (Whitelaw et al, 2020).

5.3 Παρακολούθηση εργασιών και αξιολόγηση

Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της κατάστασης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της κρίσης. Με την εμφάνιση της κρίσης οι διαχειριστές οφείλουν να διερευνήσουν την κατάσταση και να εντοπίσουν το πρωταρχικό αίτιο και μάλιστα αυτό να αντιμετωπιστεί άμεσα για να μη λάβει μεγάλες διαστάσεις. Στο σημείο αυτό, η ιχνηλάτηση είναι βήμα-κλειδί προκειμένου να γίνει διάγνωση και ορθή διαχείριση και των υπόπτων κρουσμάτων. Η αποτελεσματική επιτήρηση του νέου κορωνοϊού συμβάλλει σημαντικά στην εξασφάλιση έγκαιρου συναγερμού, στην περίπτωση που η κατάσταση λάβει διαστάσεις πανδημίας (Rome & Avorn, 2020). Ήδη για περισσότερο από δύο δεκαετίες η επιτήρηση της κάθε λοίμωξης είναι απαραίτητη σύμφωνα με τις υποδείξεις του ΠΟΥ (οδηγία 2119/98) . Πρόκειται για ανάπτυξη ενός συστήματος που ουσιαστικά ενώνει τα εθνικά συστήματα υγείας μεταξύ τους με στόχο την άμεση ανταλλαγή απόψεων, γνώμων και χαρτογράφησης της εκάστοτε κρίσης (Rome & Avorn, 2020).

Η γρήγορη επικοινωνία των ευρημάτων της επιτήρησης είναι καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση της πανδημίας έως ότου βρεθεί η αποτελεσματική θεραπεία για την ασθένεια, ή μέσω της παρασκευής εμβολίων ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή φροντίδα για τη δημόσια υγεία. Ακόμα, η ταχεία διάγνωση αλλά και η ποιότητα του εργατικού δυναμικού θα εξομαλύνουν την κατάσταση προσφέροντας και τον απαραίτητο χρόνο στο σύστημα υγείας να αναπτύξει εκείνους τους μηχανισμούς καταπολέμησης και φροντίδας της υγείας των πολιτών ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι αρνητικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία (Rome & Avorn, 2020).

5.4 Πρόληψη και μείωση της διασποράς

Βασικότατο μέτρο πρόληψης των λοιμωδών νοσημάτων αποτελεί ο εμβολιασμός. Ήδη από την άνοιξη του 2020 ξεκίνησαν οι κλινικές δοκιμές για την παραγωγή του εμβολίου. Ο ΠΟΥ εξάλλου από το φθινόπωρο του 2020 εξέδωσε σχετικές οδηγίες ώστε να καταρτίσουν οι χώρες τον σχεδιασμό για τον εμβολιασμό του οποίου η υλοποίηση ξεκίνησε σταδιακά από το Δεκέμβριο του 2020. Ιδιαίτερη σημασία είχε η παροχή προβλέψεων και εκτιμήσεων για την προμήθεια εμβολίων και φαρμάκων από όλες τις χώρες μέλη του ΠΟΥ ανάλογα με τα πιθανότερα σενάρια για την αποτελεσματική τους χρήση. Επίσης, προτεραιοποιήθηκαν οι ομάδες προς εμβολιασμό, ειδικά στα πρώτα στάδια όπου η παραγωγή δεν μπορούσε να ανταπεξέλθει στις παγκόσμιες απαιτήσεις και παράλληλα διατυπώθηκαν προβλέψεις σχετικά με τους διαφορετικούς τρόπους εξασφάλισης της δημόσιας υγείας, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η νοσηρότητα. Αξιοσημείωτες είναι και οι προσπάθειες των κρατών μελών για συντονισμένες ενέργειες στις χωρικές αρμοδιότητες της ΕΕ και οι οποίες εντάσσονται στις διαβουλεύσεις που έγιναν το 2005 και με τη δημιουργία του ταμείου Αλληλεγγύης της ΕΕ. Με τον τρόπο αυτό, οι ηγέτες επιζητούσαν την αρμονική συνεργασία, ειδικά σε περιπτώσεις διαχείρισης κρίσεων από πανδημίες και ανεξαρτήτως προέλευσης κρίσεων για τη δημόσια υγεία (Whitelaw et al, 2020).

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι, η διαθεσιμότητα των εμβολίων ή και των αντιικών φαρμάκων, κυρίως στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, ενδέχεται να περιοριστεί ακόμα περισσότερο από μέτρα που επιβάλλονται από τις εκάστοτε αρχές των κρατών-μελών. Τα μέτρα αυτά επομένως θα πρέπει να έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η ισότητα στην πρόσβαση. Η περαιτέρω συνεργασία είναι αναγκαία για την αποτελεσματικότερη πρόσβαση όλων σε αποτελεσματικές θεραπείες ή σε κατά το δυνατόν αποτελεσματική αγωγή για την συστολή και περιστολή της νόσου στα πλαίσια όμως της συνεργασίας και όχι του ανταγωνισμού μεταξύ των χωρών μελών, αλλά και γενικά της παγκόσμιας κοινότητας. Τέλος, τα μέτρα αποφυγής του συνωστισμού και του σχολαστικού πλυσίματος των χεριών και γενικά η τήρηση των μέτρων υγιεινής ήταν δεδομένα για την σημαντική μείωση της διάδοσης των κρουσμάτων και γενικότερα της νόσου (Whitelaw et al, 2020).

5.6 Εμπλεκόμενοι Φορείς

Λαμβάνοντας κανείς υπ' όψιν τα επιχειρησιακά σχέδια για την αντιμετώπιση της πανδημίας της COVID-19 ανά χώρα, αντιλαμβάνεται ότι οι εμπλεκόμενοι φορείς είναι πάρα πολλοί. Κάθε φορέας αναλαμβάνει να υλοποιήσει μια σειρά από δεσμεύσεις οι οποίες προασπίζουν τη δημόσια υγεία των πολιτών των χωρών- μελών. Κάθε φορέας θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τόσο τις ευθύνες τις δικές του όσο και των άλλων φορέων έτσι ώστε να είναι σε θέση άμεσα να εφαρμόσει τα σχέδια του και να τα ενσωματώσει στο γενικευμένο σχέδιο για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης. Στη διαχείριση της παρούσας κρίσης λόγω της πανδημίας, οι εμπλεκόμενοι φορείς ήταν οι εξής:

1. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Το Υπουργείο Υγείας είναι επιφορτισμένο με την ευθύνη της διαχείρισης της κρίσης, με αρμοδιότητες τόσο διαχειριστικές, όσο και εποπτικές. Εκτός από τη διαχείριση της υγειονομικής κρίσης, το Υπουργείο φέρει την ευθύνη για την επικοινωνία των πληροφοριών και την συνεχή ενημέρωση του κοινού, αλλά και των αρμόδιων φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης, τους επαγγελματίες υγείας, τα ΜΜΕ και γενικά την επιχειρηματική κοινότητα. Στην ευθύνη του Υπουργείου τίθενται επιπλέον η οργάνωση της διαθεσιμότητας των αντιικών φαρμάκων, η οργάνωση και η προτεραιότητα των εμβολιασμών, καθώς και η διαχείριση των ενδεχόμενων επιπλοκών από τον εμβολιασμό. Επίσης, στην αρμοδιότητα του Υπουργείου είναι η έκδοση οδηγιών και επιχειρησιακών σχεδίων οργάνωσης και δράσης προς την τοπική αυτοδιοίκηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας στην χωρική τους αρμοδιότητα. Τα τοπικά προγράμματα προφανώς θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται πλήρως με το γενικό πλαίσιο διαχείρισης της κρίσης της πανδημίας.

Επιπλέον, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας τίθενται οι ανάγκες οι οποίες μπορεί να προκύπτουν σε κάθε φάση της πανδημίας, αλλά και η αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων του προγραμματισμού των υπηρεσιών και του προσωπικού, της προστασίας του υγειονομικού προσωπικού με ειδικά προγράμματα εμβολιασμού και βέβαια του υπολογισμού και της αντιμετώπισης των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας με στόχο την άμεση κάλυψη των αναγκών ώστε να μην τεθεί σε κίνδυνο η αποτελεσματικότητα των παροχών και υπηρεσιών υγείας προς το κοινό.

Τέλος, το Υπουργείο Υγείας φέρει την ευθύνη του συντονισμού με φορείς άλλων υπουργείων και συμβάλλει στη διαμόρφωση προβλέψεων για τον απαραίτητο εξοπλισμό (υλικοτεχνική υποδομή, υλικά ατομικής προστασίας, κλπ) στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και για αποθέματα που πρέπει να υπάρχουν, καθώς και για τη διαθεσιμότητα κλινών ΜΕΘ.

2. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας - ΕΟΔΥ είναι επιφορτισμένος με την ευθύνη της επιτήρησης της πανδημίας του κορωνοϊού και παράλληλα φέρει και την ευθύνη για παροχή όλων των απαραίτητων στοιχείων βάσει των οποίων θα λαμβάνονται αποφάσεις από το υπουργείο και τους εμπλεκόμενους φορείς προκειμένου να καθοριστεί η στρατηγική αντιμετώπισης και ελέγχου στις διάφορες φάσεις της πανδημίας, σε εθνικό αλλά και σε τοπικό επίπεδο. Άλλες αρμοδιότητες του ΕΟΔΥ περιλαμβάνουν την συλλογή και αξιολόγηση των στοιχείων έτσι ώστε να είναι δυνατή η διαμόρφωση πλήρους εικόνας για την πανδημία, την συστηματική παρακολούθηση των αναφορών του ΠΟΥ, του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των Ευρωπαϊκών Δικτύων επιτήρησης για τον κορωνοϊό για την συλλογή και διακίνηση των πληροφοριών. Υπό την εποπτεία του ΕΟΔΥ τίθεται και η διερεύνηση των κρουσμάτων, τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο και η ιχνηλάτηση των επαφών με στόχο την αποτροπή της περαιτέρω μετάδοσης της νόσου στον πληθυσμό.

Επίσης, ο ΕΟΔΥ φέρει την ευθύνη για τον καθορισμό των οδηγιών για τις ομάδες που έχουν προτεραιότητα εμβολιασμού, καθώς και για την εκπαίδευση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του κοινού και των ΜΜΕ για τα θέματα που σχετίζονται με την πανδημία. Τέλος, ο ΕΟΔΥ εκδίδει τις σχετικές οδηγίες για την σωστή χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς, καθώς και σχετικές οδηγίες στα σημεία εισόδου της χώρας, χερσαία και θαλάσσια για την αποτροπή της μετάδοσης και εισροής κρουσμάτων.

3. Κέντρα αναφοράς για την πανδημία

Στις αρμοδιότητες των κέντρων αναφοράς για την πανδημία περιλαμβάνονται η ανίχνευση του ιού σε κλινικά δείγματα και τεστ ανά την επικράτεια, η ανίχνευση των αντισωμάτων που προκαλούνται από τον ιό, καθώς και ο έλεγχος της ευαισθησίας του ιού στα αντικά φάρμακα και σε άλλες φαρμακευτικές αγωγές.

4. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ)

Στις αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων περιλαμβάνονται η προμήθεια και επαρκής κάλυψη της επικράτειας με τα αντικατάστατα φάρμακα και η διάθεση των εμβολίων, αλλά και η παρακολούθηση και καταγραφή των παρενεργειών από τον εμβολιασμό και τα αντιικά φάρμακα.

5. Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας είναι επιφορτισμένες με τη δημιουργία σχεδίων αντιμετώπισης της πανδημίας στην περιοχή ευθύνης τους βάσει του εκπονηθέντος πρωταρχικού σχεδίου, καθώς και με το σχεδιασμό και λήψη μέτρων έκτακτης ανάγκης σε τοπικό επίπεδο στις εκάστοτε περιοχές ευθύνης. Επίσης, φέρουν την ευθύνη για την εκπόνηση μέτρων και σχεδίων συνεργασίας με τις τοπικές αρχές, τις κοινωνικές υπηρεσίες του νομού και άλλους τοπικούς φορείς για την αντιμετώπιση των εκτάκτων αναγκών.

6. Νοσοκομεία και άλλες μονάδες υγείας

Τα νοσοκομεία και οι άλλες μονάδες υγείας αναλαμβάνουν το ρόλο να οργανώσουν όλα τα τμήματα ώστε να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες και στη δύσκολη πραγματικότητα που έφερε η πανδημία. Επίσης, αναλαμβάνουν τον σχεδιασμό και τις προβλέψεις για την υποδοχή του αυξημένου αριθμού ασθενών από COVID-19, αλλά ταυτόχρονα οφείλουν να αντιμετωπίσουν την έλλειψη του προσωπικού μέσω παρεμβάσεων που συμβάλλουν στην αποδοτικότερη διαχείριση της κατάστασης που έχει προξενήσει η πανδημία. Επιπλέον, οφείλουν να αναλάβουν την οργάνωση και τον σχεδιασμό του εμβολιασμού του προσωπικού, καθώς και την εκπαίδευσή του για την σωστή αντιμετώπιση της κρίσης. Τα νοσοκομεία και οι άλλες δομές υγείας, επιφορτίστηκαν και με τη διενέργεια των ταχέων διαγνωστικών ελέγχων στο γενικό πληθυσμό για την ανίχνευση του νέου κορωνοϊού, καθώς και με την οργάνωση της ασφαλούς μεταφοράς των δειγμάτων στα Κέντρα Αναφοράς.

7. Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας

Στις αρμοδιότητες της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας περιλαμβάνονται η ενεργοποίηση του συνόλου του κρατικού μηχανισμού, η εξασφάλιση της διατήρησης των κοινωνικών λειτουργιών με στόχο την ενίσχυση του ηθικού του λαού, αλλά και την υλική και άυλη παροχή βοήθειας σε αυτόν, καθώς και η εφαρμογή μέτρων βάσει των νομοσχεδίων για τη μετατροπή των δημόσιων κτιρίων σε χώρους παροχής υγείας και φροντίδας της υγείας των πολιτών. Επιπλέον, υπ' ευθύνη της ΓΓΠΠ είναι ο συντονισμός των κρατικών υπηρεσιών για την εφαρμογή μέτρων σε όλη την επικράτεια με απώτερο σκοπό την πλήρη κάλυψη της υγείας και την

θωράκιση του συστήματος υγείας προκειμένου να επιτευχθεί η αντιμετώπιση της πανδημίας, καθώς και ο εποπτικός έλεγχος των μέτρων που έχουν ληφθεί για την αντιμετώπιση της πανδημίας σε συνάρτηση και συνεργασία με την επιτήρηση από τα σώματα ασφαλείας και τις ένοπλες δυνάμεις της χώρας.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να γίνει η καταγραφή των προκλήσεων που αντιμετώπισαν οι Οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας, μέσω της εμπειρίας ενός εκ των μεγαλύτερων νοσοκομείων της Αττικής (Γ.Ν.Νίκαιας).

Επί μέρους στόχοι ήταν:

- ✓ η ανάπτυξη ενός σχεδίου διαχείρισης της υγειονομικής κρίσης στο μικρο-περιβάλλον του Οργανισμού και η αξιολόγηση του
- ✓ η διερεύνηση των μεταβολών σε αδρούς δείκτες προκειμένου να εκτιμηθεί η επιβάρυνση συστήματος υγείας λόγω της COVID-19
- ✓ η αναγνώριση οργανωτικών αλλαγών που απαιτούνται στη διάρθρωση της διοίκησης
- ✓ η αναγνώριση υλικών αναγκών και μέσων που απαιτούνται προκειμένου να ανταπεξέλθει πιο άμεσα και πιο αποτελεσματικά ο Οργανισμός στο έργο που καλείται να επιτελέσει
- ✓ η αλλαγή στην κουλτούρα της δημόσιας διοίκησης όσον αφορά στη διαχείριση κρίσεων σε επίπεδο ενημέρωσης, επιμόρφωσης και της διάθεσης του προσωπικού σε συνθήκες 24ωρης λειτουργίας, σε περιόδους εκτάκτων αναγκών.

Κεφάλαιο 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Σχεδιασμός της μελέτης

Πρόκειται για αναδρομική περιγραφική μελέτη περίπτωσης, που εξετάζει δείκτες για τα έτη 2018-2021. Η έρευνα έλαβε χώρα στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων”.

2. Στατιστική Ανάλυση

Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν είναι: τα εισιτήρια των ασθενών ανά κλινική πριν και μετά την πανδημία ώστε να πραγματοποιηθεί σύγκριση της επιβάρυνσης του συστήματος από τον COVID-19, αλλά και η διερεύνηση της μείωσης των υπολοίπων περιστατικών. Μετρήθηκε επίσης το κόστος του επιπλέον υλικοτεχνικού εξοπλισμού, για την κάλυψη της πανδημίας, αλλά και για τον προστατευτικό εξοπλισμό του προσωπικού (ΜΑΠ). Τέλος, έγινε καταμέτρηση εισιτηρίων και εξιτηρίων ασθενών με COVID-19 προκειμένου να διερευνηθεί το ποσοστό των ασθενών που ξεπέρασαν την κρίση. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS v.21.

Κεφάλαιο 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελέτη περίπτωσης του ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»

8.1 Η ταυτότητα του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων”

Η αρχή της ιστορίας του Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων» ξεκινάει κατά την περίοδο όπου πληθυσμοί προσφύγων εγκαταστάθηκαν στην περιοχή της Νίκαιας και την ευρύτερη περιοχή του Πειραιά μετά την μικρασιατική καταστροφή. Κατά τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του είχε τη μορφή πολυιατρείου που απώτερο σκοπό είχε την περίθαλψη της ταλαιπωρημένης και ευαίσθητης κοινωνικής ομάδας των προσφύγων και την πρωτοβουλία ίδρυσης είχε αναλάβει η οργάνωση των Αμερικανίδων Κυριών και αυτός είναι και ο λόγος της αρχικής του ονομασίας «Νοσοκομείο Αμερικανίδων Κυριών». Κατά την ίδρυση του εγκαταστάθηκε σε πρόχειρα παραπήγματα, έχοντας βασικές ελλείψεις ύδρευσης και αποχέτευσης, ενώ στη συνέχεια μετατράπηκε σε Γενικό Νοσοκομείο με προσθήκες και επεκτάσεις περίξ αυτού. Το 1934-1935, με την τότε δύναμη κλινών να φτάνει τις 60, το Νοσοκομείο περιέρχεται στο Ελληνικό κράτος, που μετονομάζεται σε «Προσφυγικό Νοσοκομείο Νέας Κοκκινιάς» και σε λιγότερο από έναν χρόνο μετονομάζεται ξανά σε «Πρότυπο Λαϊκό Νοσοκομείο» όπου την διοίκηση αναλαμβάνει επταμελής επιτροπή.

Λόγω των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών αλλά και της ταχείας αύξησης του πληθυσμού στις περίξ περιοχές, το Νοσοκομείο δεν μπορούσε με την μόρφη και την δυναμική αυτή να ανταποκριθεί με αποτέλεσμα το 1937 ο τότε Υπουργός Υγείας να αποφασίσει την ανέγερση Νέου Νοσοκομείου στον υπάρχοντα χώρο δυναμικότητας 300 κλινών με καινούργια ονομασία «Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά».

Κατά τη διάρκεια του πολέμου μεταξύ Ελλάδος Ιταλίας, το Νοσοκομείο μετεγκατεστάθηκε σε κτίριο αποθήκης καπνού της «Κομμέρσιαλ Κόμπανι» για να καλύψει τις επιτακτικές και αυξημένες ανάγκες που είχε σαν φυσικό επακόλουθο να αυξήσει την δύναμη του σε κλίνες φτάνοντας τις 210. Το Νοσοκομείο αυτό, γνωστό ως Νοσοκομείο «Σαπόρτα», κατάφερε να ανταποκριθεί στις εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες της περιόδου εκείνης, καθώς και στις επείγουσες, έκτακτες και τακτικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάλυψης του.

Μετά το Πολέμο, η νοσηλευτική μονάδα εξακολούθησε να λειτουργεί στις ίδιο σημείο και παράλληλα επικαιροποιήθηκε η μελέτη δημιουργίας νέου Νοσοκομείου που είχε σχεδιαστεί προπολεμικά. Το 1952 πήρε νομική μορφή λειτουργίας ως ΝΠΔΔ με συνεχή ανάπτυξη των υπηρεσιών και επέκταση των υποδομών του. Η ιατρική υπηρεσία τότε, ήταν πολύ περιορισμένη αφού περιλάμβανε κυρίως παθολογικά και χειρουργικά τμήματα ενώ το οργανόγραμμα συμπληρωνόταν από τα εργαστήρια κ ένα μικρό τμήμα τακτικών ιατρείων. Το 1954 λειτούργησε το Κέντρο Αιμοδοσίας, κάτι πολύ σπουδαίο για την εποχή εκείνη που προσέδωσε κύρος στη νοσηλευτική μονάδα και οι ανεπτυγμένες κλίνες είχαν φτάσει 400 ενώ το 1964 και αφού αναπτύχθηκαν περαιτέρω οι κτιριακές υποδομές το Νοσοκομείο διέθετε 605 ανεπτυγμένες κλίνες.

Το 1983 υπήρξε χρονιά ορόσημο αφού έγινε η ένταξη του στο τότε νεοσυσταθέν Ε.Σ.Υ οι περαιτέρω ανάπτυξη του σε κλίνες αφού πλέον αριθμούσε 630. Όσον αφορά την ονομασία του το 1986 το Νοσοκομείο μετονομάζεται σε Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Δάμων Βασιλείου», ενώ το 1991 ξανά αλλάζει ονομασία σε Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων». Το 1995 το νοσοκομείο δεν μπορεί να καλύψει τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού και αναπτύσσει περαιτέρω τις κλίνες του σε 716. Το 2001 εντάσσεται βραχυπρόθεσμα στο Γ΄ ΠΕΣΥΠ Αττικής ενώ το 2007 εντάσσεται στη 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς & Αιγαίου όπου ανήκει διοικητικά μέχρι σήμερα.

Το 2011 λόγω της μνημονιακής πολιτικής που ακολουθήθηκε στην Υγεία με κύριο γνώμονα την περιστολή των δαπανών γίνεται διασύνδεση με το Γ.Ν.Δ.Α. «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ» και λειτουργεί με ενιαία διοίκηση ως ενιαίος οργανισμός.

Ακολούθησε η ενοποίηση του Οργανισμού του Νοσοκομείου και του Γ.Ν.Δ.Α. «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»,

Συγκεκριμένα:

Τα λειτουργούντα υπό ενιαία διοίκηση διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία του ΕΣΥ:

- α) Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» και
- β) Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα» υπάγονται στην εποπτεία του Διοικητή της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου.

Έδρα του εν λόγω ΝΠΔΔ ορίστηκε το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά που βρίσκεται στη Νίκαια.

Οι ανεπτυγμένες κλίνες του Νέου ΝΠΔΔ που δημιουργήθηκε από την διασύνδεση των δύο νοσοκομείων είναι 798 κλίνες.

Το ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα» έχει έναν Διοικητή, δύο Αναπληρωτές Διοικητές (έναν για κάθε Νοσοκομειακή Μονάδα) και Διοικητικό Συμβούλιο.

Γενικότερα, τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα καθ όλη τη λειτουργίας του Νοσοκομείου ήταν, η συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των υγειονομικών ή μη υποδομών, της αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο εκσυγχρονισμός του ιατρο-τεχνολογικού του εξοπλισμού αφού πλέον το νοσοκομείο κάλυπτε υγειονομικές ανάγκες όχι μόνο σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο αλλά και σε εθνικό αφού εξυπηρετεί ασθενείς από όλα τα μήκη και πλάτη της Ελληνικής επικράτειας.

Σήμερα, οι επιτακτικές ανάγκες του Νοσοκομείου περιλαμβάνουν την κατεπείγουσα αναβάθμιση των κτιριακών εγκαταστάσεων που ο βαθμός παλαιότητας τους δεν συνάδει με ένα σύγχρονο Νοσοκομείο κόμβο με ένα Νοσοκομείο που αποτελεί βασικό υγειονομικό πυλώνα του ΕΣΥ. Δεύτερον και εξίσου σημαντικό είναι ο εκσυγχρονισμός και η αναβάθμιση του ιατρο-τεχνολογικού του εξοπλισμού ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις συγχρόνες ανάγκες που επιτάσσει η ιατρική επιστήμη.

8.2 Το όραμα και η αποστολή του νοσοκομείου

Η αποστολή του νοσοκομείου συνίσταται:

- A) στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών περίθαλψης
- B) στην ειδίκευση και η συνεχής εκπαίδευση ιατρών και υγειονομικού προσωπικού
- Γ) στην ανάπτυξη και προαγωγή των συνεχώς πιο απαιτητικών υπηρεσιών περίθαλψης
- Δ) στην αгаστή συνεργασία με όλες τις υγειονομικές δομές της οικείας Υ.ΠΕ και τις υπόλοιπες δομές και νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας
- Ε) Στην εφαρμογή νέων θεραπειών και σύγχρονων μεθόδων περίθαλψης που βελτιώνουν τους χρόνους αποκατάστασης και θεραπείας των ασθενών
- ΣΤ) Στην ανάπτυξη νέων καινοτόμων διαδικασιών

Το Νοσοκομείο της Νίκαιας κατέχει νευραλγική θέση σε όλο αυτό το τεράστιο και πολυδαίδαλο οικοδόμημα που λέγεται Ε.Σ.Υ. Τη σημερινή εποχή θεωρείται από τα βασικά Νοσοκομεία κόμβους της Αττικής αλλά και ολόκληρης της χώρας λόγω ότι καλύπτει ένα ευρύτατο φάσμα ειδικοτήτων και είναι και ένα από τα πολύ λίγα κέντρα

τραύματος της χώρας. Οι παραπάνω λόγοι είναι που το κάνουν να έχει πρωταγωνιστικό ρόλο παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σχεδόν για την πλειονότητα των παθήσεων και των ασθενών.

Το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα», καταφέρνει επάξια να ανταποκρίνεται στις συνεχώς αυξανόμενες υγειονομικές απαιτήσεις για:

1. Ενημέρωση των ασθενών για το θεραπευτικό σχήμα που πρέπει να ακολουθήσουν καθώς επίσης και τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρέπει να υποβληθούν προκειμένου να χαραχθεί ο καλύτερος δυνατός τρόπος αντιμετώπισης που θα οδηγήσει στην θεραπεία
2. Παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας που από εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων που είναι απαραίτητες, εστιάζοντας κυρίως στον ανθρωπισμό και την κατανόηση
3. Νοσηλεία σε χώρους που διασφαλίζουν την ποιοτική παραμονή και φροντίδα υγείας με τον κατάλληλο εξοπλισμό.

Η αποστολή και ο ρόλος του διασυνδεδεμένου Νοσοκομείου επιβραβεύονται καθημερινά από την αθρόα προσέλευση ασθενών που κατέταξαν το εν λόγω, εν έτη 2019, Νοσοκομείο ως το μεγαλύτερο σε κίνηση ασθενών στα Βαλκάνια .

8.4 Παρουσίαση ανάπτυξης σχεδίου για τη διαχείριση της υγειονομικής κρίσης στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων”

8.4.1 Σύσταση Επιτροπής Διαχείρισης κρίσεων

Το πρώτο βήμα στη διαχείριση της κρίσης λόγω της πανδημίας από το νέο κοροναϊό ήταν η Συγκρότηση Επιτροπής Διαχείρισης Κρίσης. Η επιτροπή αποτελούνταν από άτομα με μεγάλη κλινική εμπειρία και επιπλέον εμπειρία στη διαχείριση των κρίσεων. Πρόεδρος της επιτροπής ανέλαβε ο Διοικητής του Νοσοκομείου και επιπλέον συμμετείχαν:

- ✓ Ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ο Διευθυντής του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, ο Διευθυντής του Παθολογικού Τομέα, ο Διευθυντής του Χειρουργικού Τομέα, ο Διευθυντής του Εργαστηριακού Τομέα και επιπλέον ο Διευθυντής της Διοικητικής Υπηρεσίας με τη συμμετοχή της υποδιεύθυνσης Πληροφορικής
- ✓ Ο Επιστημονικός Διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

- ✓ Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου
- ✓ Ο Πρόεδρος της Επιτροπής Λοιμώξεων
- ✓ Οι Επιστημονικοί Διευθυντές των Παθολογικών Κλινικών και της Πνευμονολογικής Κλινικής, καθώς και ο Επιστημονικός Διευθυντής του Αναισθησιολογικού
- ✓ Η Διευθύντρια του Φαρμακείου
- ✓ Ο Νοσηλευτής Επιτήρησης Λοιμώξεων
- ✓ Ένας διοικητικός υπάλληλος που εκτελούσε χρέη γραμματέα της επιτροπής.

Η Επιτροπή συνεδρίαζε σε τακτική βάση κάθε πρωί καθημερινά, επειδή όμως η εφημερία του νοσοκομείου είναι 24ωρη ανά 4 ημέρες απαιτήθηκαν επιπλέον έκτακτες συναντήσεις εκτός ωραρίου τις καθημερινές ή και μέσα στο Σαββατοκύριακο. Σκοπός και αντικείμενο των συνεδριάσεων ήταν η συνοπτική ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και η εξέλιξη της εφαρμογής και της υλοποίησης των δοθέντων οδηγιών του Υπουργείου Υγείας και της Υγειονομικής Περιφέρειας.

Επιπλέον, σημαντικό έργο της Επιτροπής ήταν η σύνταξη οδηγιών οι οποίες και εδόθησαν προς υλοποίηση στους εμπλεκόμενους, με τους τελευταίους να αναλαμβάνουν ταυτόχρονα και την υποχρέωση να παρουσιάζεται η πρόοδος υλοποίησης. Επιπλέον, αρμοδιότητα της Επιτροπής ήταν η άμεση ανταπόκριση με σαφείς και πολλές φορές γραπτές οδηγίες, όταν αυτό απαιτούσαν οι συνθήκες. Σημείο κλειδί για την επιτυχία της Επιτροπής ήταν η σαφής και οριοθετημένη κατανομή της ανάληψης ευθυνών από τους υπευθύνους, καθώς όσα στελέχη εκκλήθηκαν να δράσουν ήταν πλήρως ενημερωμένα για το εύρος της σοβαρότητας της κατάστασης, ενώ επιπροσθέτως είχαν τη δυνατότητα να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων στα αντικείμενα της αρμοδιότητάς τους.

8.4.2 Ανάπτυξη προγράμματος εκπαίδευσης προσωπικού

Με τη διαδικασία του επείγοντος, αναπτύχθηκε πρόγραμμα εκπαίδευσης και με Απόφαση Διοικητή μετά από τις κατάλληλες εισηγήσεις, ορίστηκαν οι κατάλληλοι εκπαιδευτές και εισηγητές. Το πρόγραμμα ήταν ταχύρυθμο και άρτιο και απευθυνόταν στο σύνολο του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένου του προσωπικού φύλαξης, καθαριότητας, εστίασης αλλά και των επαγγελματιών υγείας. Η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε σε ομάδες, σε πρωινό ωράριο και με υποχρεωτική την παρουσία για όλους, καθώς τηρήθηκε παρουσιολόγιο. Το αντικείμενο των εκπαιδευτικών δράσεων αφορούσε στην ανάλυση της σοβαρότητας της κατάστασης από τους

αρμόδιους, καθώς και στην σαφή ενημέρωση για τα μέτρα που εφαρμόζονται από το Υπουργείο για την ατομική προστασία των εργαζομένων. Επίσης, υπήρξε σαφής ενημέρωση και έγιναν αποσαφηνίσεις σχετικά με τα ειδικότερα μέτρα που εφαρμόζονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, από την είσοδο των ασθενών μέχρι την κίνηση-διακίνηση αυτών εντός του νοσοκομείου, ενώ ιδιαίτερα τονίστηκε ο τρόπος διαχείρισης και προστασίας των χρονίως πασχόντων ασθενών, όπως νεφροπαθείς, ασθενείς με νευρολογικά νοσήματα, ασθενείς με μεσογειακή αναιμία. Το αντικείμενο εκπαίδευσης ολοκληρώθηκε με την αναφορά στα μέτρα προστασίας και τον τρόπο διακίνησης προμηθειών, εφοδίων, τροφίμων και υλικών εντός του νοσοκομείου.

8.4.3 Ειδικά εκπαιδευτικά θέματα για ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Δεδομένης της αναβολής όλων των προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων και των τακτικών ιατρείων, προσωρινά αποδεσμεύτηκε αρκετά μεγάλος αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, παράλληλα εξοικονομήθηκαν πόροι από την αναστολή προμήθειας χειρουργικού-ορθοπεδικού υλικού, εμφυτευμάτων, φαρμάκων, οι οποίοι και κατευθύνθηκαν στην επείγουσα προμήθεια-απόκτηση υλικού προστασίας των επαγγελματιών υγείας από τον κορωνοϊό (στολές-μάσκες-καθαριστικά-απολυμαντικά, κλπ). Το αποδεσμευθέν ιατρικό προσωπικό που δεν εντάσσεται στις παθολογικές ειδικότητες της «πρώτης γραμμής» για τη μάχη του κορωνοϊού, αξιοποιήθηκε για την στελέχωση των εφημεριών επειγόντων, καθώς και της Πνευμονολογικής και των Παθολογικών κλινικών, αλλά και της κλινικής COVID. Η θεματολογία της εκπαίδευσης αυτού του οιονεί πλεονάζοντος ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού περιλάμβανε τη λήψη μέτρων σωστής ατομικής προστασίας στην αντιμετώπιση ασθενών, τη διαχείριση των επειγόντων περιστατικών, καθώς και ελάχιστονες χειρουργικές διαδικασίες και διαδικασίες ΜΕΘ, όπως η τοποθέτηση κεντρικής γραμμής, η διασωλήνωση και η χρήση αναπνευστικών συσκευών, όπως αναπνευστήρες και συσκευές υψηλής ροής οξυγόνου “High Flow”.

8.4.4 Μετατροπή θαλάμων/κλινικών του χειρουργικού τομέα σε κλινικές COVID-19

Λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι υπήρξε αναστολή των χειρουργικών επεμβάσεων ήταν εφικτή η προσωρινή συρρίκνωση των χειρουργικών κλινικών χωροταξικά, δράση που έλαβε χώρα ταυτόχρονα με τη δημιουργία και ανάπτυξη ανεξάρτητων πτερύγων-κλινικών αποκλειστικά με θαλάμους πιθανών ασθενών «κορωνοϊού» στους χώρους που αποδεσμεύτηκαν.

8.4.5 Αξιοποίηση των ιδιωτών ιατρών κρίσιμων ειδικοτήτων και συνεργασία με ιδιωτικά θεραπευτήρια

Λόγω της μείωσης της κίνησης ασθενών στα κατά τόπους ιδιωτικά ιατρεία, υπήρξε σχεδιασμός άμεσης ενεργοποίησης των ιδιωτών ιατρών, σε εθελοντική ή ακόμα και σε υποχρεωτική βάση, σε συνεργασία και με τους τοπικούς Ιατρικούς Συλλόγους, οι οποίοι προσωρινά εντάχθηκαν στη δύναμη των νοσοκομείων (Πνευμονολόγοι-Παθολόγοι-Γενικοί Ιατροί-Αναισθησιολόγοι, κ.ά). Επίσης, τέθηκαν σε εφαρμογή οι οδηγίες του Υπουργείου Υγείας ώστε να επιλεγθούν οι κατάλληλοι ασθενείς που θα μπορούσαν να συνεχίσουν την νοσηλεία τους σε συνεργαζόμενο ιδιωτικό θεραπευτήριο.

8.4.6 Αποθεματοποίηση υγειονομικού υλικού και ΜΑΠ από την COVID-19

Με την έναρξη της πανδημίας, άμεσα αναπτύχθηκε και Οργανώθηκε ένα Σύστημα Διαχείρισης Αποθεμάτων και συνεχούς αναπλήρωσής του με το αναγκαίο Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό και ειδικών Φαρμάκων για την ατομική προστασία των επαγγελματιών υγείας αφενός και των ασθενών αφετέρου. Υπήρξε επίσης σχετική πρόβλεψη ήδη από το Μάρτιο του 2020 δημιουργίας επαρκούς αποθέματος ξενοδοχειακού εξοπλισμού (κλίνες-στρώματα-κλινοσκεπάσματα) αναγκαίου για την ανάπτυξη νέων πτερύγων-κλινικών «κορωναιού». Παράλληλα, δημιουργήθηκε σημαντικό απόθεμα συσκευών και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού εν γένει αναγκαίου για την αποτελεσματική θεραπεία και ίαση των νοσούντων (αναπνευστήρες κλειστού κυκλώματος, συσκευές High flow, κ.ά.).

8.5 Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Σήμερα, η οργανική μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας - Πειραιά “ Αγ. Παντελεήμων” παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας με τα ιατρικά τμήματα και τις μονάδες που διαθέτει. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες αποτυπώνονται ποσοτικά σύμφωνα με τα στοιχεία κίνησης κάθε τμήματος. Η επεξεργασία και η ανάλυση των στοιχείων αυτών αναδεικνύει σημαντικά ευρήματα που απεικονίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα οποία χρήζουν συστηματικής παρακολούθησης.

Συνολικά κατά την έναρξη και λήξη της εξεταζόμενης περιόδου (2019-2021) διαπιστώνεται μία αύξηση του όγκου των εργασιών του νοσοκομείου, όπως αύξηση του ποσοστού κάλυψης κλινών, αύξηση των εξετάσεων απεικονίσεων, αύξηση των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων.

8.6 Υπολογισμός Δεικτών Εκροών

Για τον υπολογισμό των Δεικτών Εκροών χρησιμοποιήθηκαν οι κάτωθι δείκτες :

- ✓ Μέση Διάρκεια Νοσηλείας : $\frac{\text{Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας}}{\text{Αριθμός Νοσηλευθέντων}}$
- ✓ Πληρότητα κλινών (%) : $\frac{\text{Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας}}{\text{Διαθέσιμες Ημέρες Νοσηλείας}} * 100$
- ✓ Ρυθμός Εισροής Ασθενών : $\frac{(\text{Πληρότητα Κλινών} / 100)}{\text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}}$
- ✓ Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών : $(365 / \text{Ρυθμός Εισροής Ασθενών}) - \text{ΜΔΝ}$

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας : Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Δείχνει το μέσο όρο του χρόνου που νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς στην υπό μελέτη χρονική περίοδο. Προκύπτει διαιρώντας τις συνολικές ημέρες νοσηλείας δια του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών που έχουν ολοκληρώσει τη νοσηλεία τους μέσα στην υπό μελέτη περίοδο. Μετράται σε ημέρες.

Ημέρες Νοσηλείας: Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Προκύπτει ως το άθροισμα του χρόνου παραμονής όλων των ασθενών στο Νοσοκομείο στην υπό μελέτη περίοδο. Μετράται σε ημέρες.

Πληρότητα κλινών ή Μέση Κάλυψη Κλινών (%): Δείχνει το ποσοστό των πραγματικών ημερών νοσηλείας (δηλ. των ημερών που οι κλίνες του Νοσοκομείου ήταν κατειλημμένες) προς τις συνολικές διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας της υπό εξέταση χρονικής περιόδου. Υπολογίζεται διαιρώντας τις πραγματικές ημέρες νοσηλείας προς τις διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας (δηλ. προς τον αριθμό κλινών επί τον αριθμό ημερών της υπό μελέτη χρονικής περιόδου που είναι 365 αν αναφερόμαστε σε ετήσια περίοδο που είναι και το σύνηθες). Εκφράζεται ως ποσοστό (%). Δίνει ένα απλό και παραστατικό μέτρο του βαθμού αξιοποίησης των πόρων του Νοσοκομείου (τουλάχιστον σε μια πρώτη προσέγγιση).

Ρυθμός Εισροής Ασθενών: Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Δείχνει πόσοι, κατά μέσο όρο, ασθενείς νοσηλεύτηκαν σε κάθε κλίνη του Νοσοκομείου στην υπό μελέτη χρονική περίοδο. Προκύπτει διαιρώντας τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών της

υπό μελέτη χρονικής περιόδου, δια του αριθμού των ενεργών κλινών του Νοσοκομείου.

Διάστημα Εναλλαγής Κλινών: Εναλλακτικά ονομάζεται και «Μέσο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών (ή αδράνειας) ανά Κλίνη». Δείχνει πόσες ημέρες η κάθε κλίνη παραμένει, κατά μέσο όρο, κενή, μέχρι την είσοδο του επόμενου ασθενούς. Προκύπτει αν διαιρέσουμε τις «μη αξιοποιημένες» ημέρες νοσηλείας (δηλ. τη διαφορά των πραγματικών ημερών νοσηλείας από τις διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας στην υπό εξέταση περίοδο), δια του αριθμού των περιστατικών. Εκφράζεται σε ημέρες και μετράται συνήθως σε ετήσια βάση.

8.6.1 Παρουσίαση της παραγωγικής λειτουργίας του νοσοκομείου για τα έτη 2019-2021

Περιγραφή των δεικτών και σύγκριση για τα έτη 2019-2020-2021, πίνακας 8.1

Πίνακας 8.1 Παραγωγική λειτουργία του νοσοκομείου για τα έτη 2019-2021.

Δείκτης	2019	2020	2021
Αριθμός Οργανικών Κλινών	650	655	655
Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών	612	635	635
Αριθμός Ανεπτυγμένων Τμημάτων & Μονάδων Παθολογικού, Χειρουργικού και Ψυχιατρικού Τομέα	35		
Αριθμός Ανεπτυγμένων Τμημάτων & Μονάδων Νοσηλείας Ασθενών, Παθολογικού, Χειρουργικού και Ψυχιατρικού Τομέα	28		
Αριθμός Ανεπτυγμένων Τμημάτων & Μονάδων Εργαστηριακού Τομέα	15		
Αριθμός Τακτικών Εξωτερικών Ιατρών	129		
Αριθμός Απασχολούμενων (31/12/)			
Αριθμός Εισαγωγών	27079		
Αριθμός Νοσηλευθέντων	31922		
Αριθμός Πραγματικών Ημερών Νοσηλείας	151746		
Αριθμός Χειρουργικών Επεμβάσεων	8.282		
Αριθμός Κλεισμένων Ραντεβού στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	66514		
Αριθμός Επισκέψεων στα Έκτακτα Εξωτερικά Ιατρεία	121306		
Αριθμός Εξετάσεων Βιολογικών Υλικών	3285965		
Αριθμός Εξετάσεων Απεικονίσεων	119308		
Ποσοστό (%) Κάλυψης Κλινών	67,93		
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	4,754		
Ρυθμός Εισροής Ασθενών	52,16		
Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών	2,27		

8.6.2 Δείκτες εκροών για τμήματα Παθολογικού τομέα

Παρουσίαση αποτελεσμάτων 2019-2020-2021

8.6.2.1 Α΄ Παθολογικός Τομέας

Στον πίνακα 8.2 παρουσιάζονται οι δείκτες εκροών τμημάτων για τον Α΄ Παθολογικό τομέα για το έτος 2019.

Πίνακας 8.2 Δείκτες εκροών τμημάτων για τον Α΄ Παθολογικό τομέα για το έτος 2019.

ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ (%)	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Α΄	90,73	5,97	55,49	0,61
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Β΄	118,19	7,51	57,44	-1,16
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Γ΄	91,72	6,17	54,26	0,56
Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	71,45	4,27	61,03	1,71
Β΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	62,06	3,61	62,74	2,21
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	70,45	5,93	43,38	2,49
ΜΟΝ.ΝΟΣ.ΜΕΣ. ΑΝΑΙΜΙΑΣ	58,59	1,01	211,53	0,71

8.6.2.2 Β΄ Παθολογικός τομέας

Πίνακας 8.3 Δείκτες εκροών τμημάτων για το Β΄ Παθολογικό τομέα για το έτος 2019.

ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ (%)	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	48,59	3,61	49,09	3,82
ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ	56,17	12,54	16,35	9,79
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	313,79	3,20	358,33	-2,18
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	74,64	2,85	95,44	0,97
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	56,71	5,68	36,43	4,34
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	23,97	1,26	69,50	3,99
ΣΦΠΚ	33,70	2,24	55	4,40

8.6.3 Δείκτες εκροών για τμήματα Χειρουργικού τομέα

Παρουσίαση αποτελεσμάτων 2019-2020-2021

Στον πίνακα 8.4 παρουσιάζονται οι δείκτες εκροών τμημάτων για τον Α΄ Χειρουργικό τομέα για το έτος 2019.

Πίνακας 8.4 Δείκτες εκροών τμημάτων Α΄ Χειρουργικού τομέα για το έτος 2019.

ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ (%)	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	57,31	4,09	51,12	3,05
Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	80,57	4,96	59,25	1,20
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	101,53	7,89	46,97	-0,12
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	59,10	2,82	76,55	1,95
Ω.Ρ.Λ	34,42	4,20	29,95	7,99
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	72,49	8,61	30,73	3,27
ΜΟΝΑΔΑ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	46,78	4,60	37,08	5,24
ΜΟΝΑΔΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	26,18	1,11	86,43	3,12

Στον πίνακα 8.5 παρουσιάζονται οι δείκτες εκροών τμημάτων για τον Β΄ Χειρουργικό Τομέα για το έτος 2019.

Πίνακας 8.5 Δείκτες εκροών τμημάτων Β΄ Χειρουργικού τομέα για το έτος 2019.

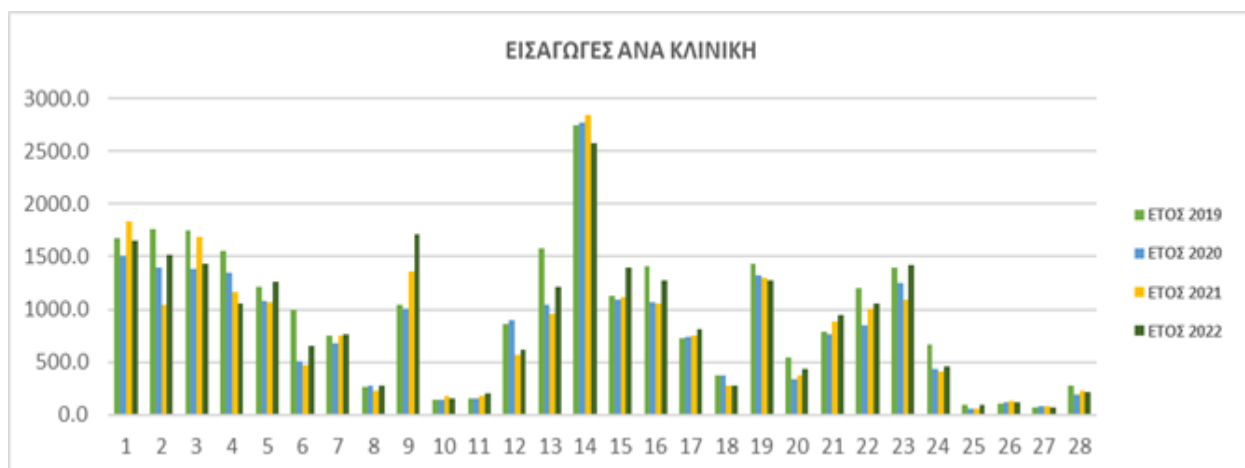
ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ (%)	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ-ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	32.58	3.32	35.83	6.87
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	33.37	2.60	46.93	5.18
ΜΕΘ	92.60	13.13	25.75	1.05
ΜΑΦ	80.41	7.88	37.25	1.92

8.7 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ

Πίνακας 8.6 Εισαγωγές ασθενών ανά κλινική κατά τα έτη 2019, 2020, 2021 και 2022.

	ΕΤΟΣ 2019	ΕΤΟΣ 2020	ΕΤΟΣ 2021	ΕΤΟΣ 2022
Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	1675.0	1508.0	1835.0	1648.0
Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	1755.0	1399.0	1046.0	1522.0
Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	1746.0	1386.0	1689.0	1428.0
Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	1556.0	1350.0	1167.0	1054.0
Β΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	1212.0	1075.0	1073.0	1261.0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	994.0	509.0	470.0	656.0
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	750.0	680.0	751.0	769.0
ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ	265.0	272.0	225.0	281.0
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	1049.0	1012.0	1364.0	1708.0
Α΄ ΜΟΝ.ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	143.0	146.0	180.0	152.0
Β΄ ΜΟΝ.ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	157.0	153.0	179.0	208.0
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	862.0	893.0	568.0	619.0
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	1577.0	1037.0	962.0	1214.0
ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΓ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	2745.0	2774.0	2846.0	2571.0
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1123.0	1091.0	1112.0	1390.0
Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1402.0	1072.0	1061.0	1274.0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	728.0	734.0	754.0	813.0
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	374.0	369.0	277.0	276.0
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	1428.0	1328.0	1293.0	1274.0
Ω.Ρ.Λ.	540.0	332.0	376.0	432.0
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	790.0	765.0	884.0	941.0
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ	1207.0	844.0	1007.0	1050.0
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	1400.0	1251.0	1093.0	1422.0
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	667.0	432.0	407.0	462.0
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	100.0	59.0	60.0	94.0
ΜΕΘ	110.0	118.0	125.0	114.0
ΜΑΦ	72.0	80.0	82.0	74.0
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	279.0	197.0	232.0	218.0

Διάγραμμα 8.1 Παράθεση εισαγωγών ανά κλινική για τα έτη 2019-2022.



Σε όλες τις κλινικές παρατηρείται μια μικρή μείωση των εισαγωγών κατά το έτος 2020, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στη μειωμένη προσέλευση των ασθενών στο νοσοκομείο, λόγω του άγχους και του φόβου για το ενδεχόμενο λοίμωξης, των ακυρώσεων των προγραμματισμένων επισκέψεων, των ακυρώσεων θεραπειών και τακτικών χειρουργείων. Ακολουθεί σημαντική αύξηση των εισαγωγών κατά το 2021, λόγω του αριθμού των κρουσμάτων και των επιπλοκών της λοίμωξης. Κατά το 2022 στις περισσότερες κλινικές παρατηρείται μείωση σε σχέση με το 2021, γεγονός που αποδίδεται στον μαζικό εμβολιασμό του πληθυσμού και τη μείωση του αριθμού των κρουσμάτων.

Οι κλινικές με το μικρότερο ποσοστό εισαγωγών κατά την τετραετία υπό μελέτη είναι ΜΑΦ, ΜΕΘ, οι μονάδες εμφραγμάτων, θωρακοχειρουργική, νεογνολογικό, οδοντιατρικό, ενδοκρινολογική και ΩΡΛ (ράβδοι 8, 10, 11, 25, 26, 27 και 28 στο διάγραμμα 8.1). Οι κλινικές με το μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών κατά την τετραετία υπό μελέτη είναι οι τρεις παθολογικές κλινικές, οι οποίες διαχειρίστηκαν τα περιστατικά της νόσου (ράβδοι 1, 2 και 3 στο διάγραμμα 8.1).

Τέλος, η Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας έχει σταθερά το μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών κατά την τετραετία, λόγω της σταθερής προσέλευσης των ασθενών εξ αιτίας της χρονιότητας των προβλημάτων τους και των συνεχώς αναγκών περίθαλψης (ράβδοι 14 στο διάγραμμα 8.1).

Στοιχεία περιγραφικής στατιστικής του αριθμού των εισαγωγών.

Στον παρακάτω πίνακα 8.7 παρουσιάζονται ανά έτος, ο ελάχιστος αριθμός εισαγωγών, ο μέγιστος αριθμός εισαγωγών, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, για το σύνολο των 28 κλινικών του νοσοκομείου.

Πίνακας 8.7 Στοιχεία περιγραφικής στατιστικής των εισαγωγών ανά έτος.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
2019	28	72.00	2745.00	953.7857	658.33805
2021	28	60.00	2846.00	825.6429	635.51165
2020	28	59.00	2774.00	816.6429	605.20117
2022	28	74.00	2571.00	890.1786	624.69424
Valid N (listwise)	28				

Οι διαφορές μεταξύ των ετών για το σύνολο των εισαγωγών στις 28 κλινικές είναι στατιστικά σημαντικές, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα 8.8. Οι τιμές της p-value επισημαίνονται με κίτρινο χρώμα.

Πίνακας 8.8 Διαφορές μεταξύ των ετών 2019-2022 για το σύνολο των εισαγωγών στις 28 κλινικές.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ 2019-2022						
Test Value = 0						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
2019	7.666	27	.000	953.78571	698.5089	1209.0626
2020	7.140	27	.000	816.64286	581.9703	1051.3154
2021	6.875	27	.000	825.64286	579.2172	1072.0685
2022	7.540	27	.000	890.17857	647.9474	1132.4097

Στον ακόλουθο πίνακα 8.9 παρουσιάζονται τα συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ των ετών για το συνολικό αριθμό των εισαγωγών στις 28 κλινικές του νοσοκομείου. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στον αριθμό των εισαγωγών μεταξύ του χρονικού διαστήματος προ πανδημίας (2019) και του χρονικού διαστήματος της πανδημίας (έτη 2020 και 2021). Οι τιμές της p-value επισημαίνονται με κίτρινο χρώμα. Οι διαφορές μεταξύ πανδημίας (έτη 2020 και 2021) και του έτους 2022 είναι

στατιστικά σημαντικές, αλλά οριακές και απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Οι τιμές της p-value επισημαίνονται με γαλάζιο χρώμα, πίνακας 8.10

Πίνακας 8.9 Αποτελέσματα pair t-test για τις εισαγωγές μεταξύ των ετών 2019-2022.

ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΑΝΑ ΖΕΥΓΗ					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	2019	953.7857	28	658.33805	124.41420
	2020	816.6429	28	605.20117	114.37227
Pair 2	2019	953.7857	28	658.33805	124.41420
	2021	825.6429	28	635.51165	120.10041
Pair 3	2019	953.7857	28	658.33805	124.41420
	2022	890.1786	28	624.69424	118.05611
Pair 4	2020	816.6429	28	605.20117	114.37227
	2021	825.6429	28	635.51165	120.10041
Pair 5	2020	816.6429	28	605.20117	114.37227
	2022	890.1786	28	624.69424	118.05611
Pair 6	2021	825.6429	28	635.51165	120.10041
	2022	890.1786	28	624.69424	118.05611

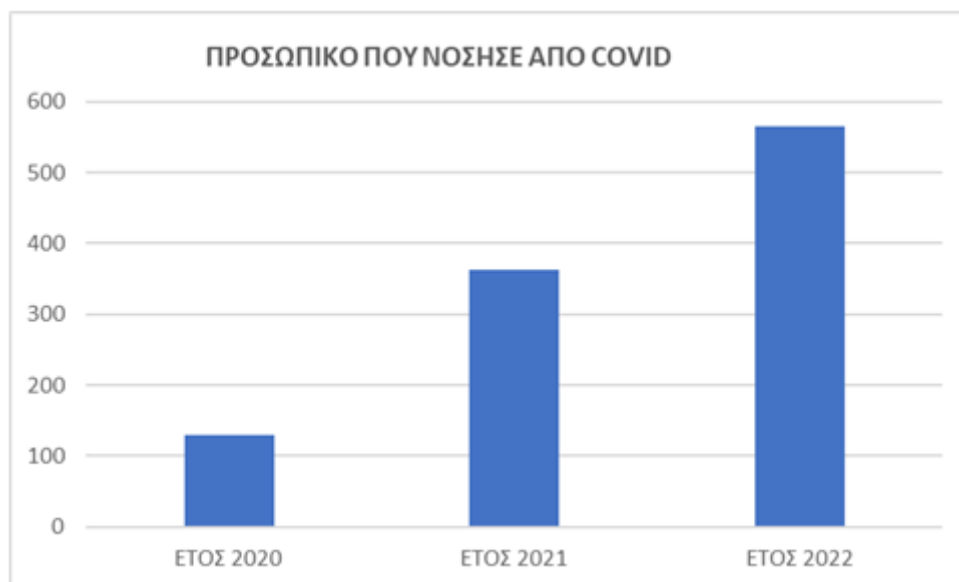
Πίνακας 8.10 Διαφορές μεταξύ πανδημίας (έτη 2020 και 2021) και του έτους 2022.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ										
		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference					
					Lower				Upper	
Pair 1	2019 - 2020	137.14286	165.03349	31.18840	73.14955	201.13616	4.397	27	.000	
Pair 2	2019 - 2021	128.14286	234.19993	44.25963	37.32960	218.95611	2.895	27	.007	
Pair 3	2019 - 2022	63.60714	219.74722	41.52832	-21.60193	148.81622	1.532	27	.137	
Pair 4	2020 - 2021	-9.00000	159.36192	30.11657	-70.79410	52.79410	-.299	27	.767	
Pair 5	2020 - 2022	-73.53571	196.11814	35.17302	-145.70479	-1.36663	-2.091	27	.046	
Pair 6	2021 - 2022	-64.53571	173.03853	32.70121	-131.63305	2.56162	-1.973	27	.069	

8.8 ΝΟΣΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Κατά τα έτη 2020, 2021 και 2022 νόσησαν από νόσο COVID-19 αντίστοιχα, 129, 363 και 565 άτομα από το προσωπικό. Τα στοιχεία παρουσιάζονται στο παρακάτω ραβδόγραμμα 8.1

Ραβδόγραμμα 8.1 Προσωπικό που νόσησε μεταξύ των ετών 2020-2022.



8.9 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΚΑΙ ΕΞΙΤΗΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19

Κατά το χρονικό διάστημα της πανδημίας (2020 έως 2022) ο αριθμός των εισαγωγών των ασθενών με νόσο COVID-19, παρουσίασε μεγάλη αύξηση κατά το έτος 2021 και κατόπιν μια πτωτική τάση.

Αντίστοιχα κινήθηκε και ο αριθμός των εξιτηρίων των ασθενών. Το ποσοστό των ασθενών που έλαβε εξιτήριο κατά το 2020 ήταν ίσο με 77,08%, κατά το 2021 ήταν 88,63% και κατά το 2022 ήταν ίσο με 90,72%. Ο συνολικός αριθμός εισαγωγών κατά την τριετία 2020-2022 ήταν 2968, ενώ ο συνολικός αριθμός των εξιτηρίων ήταν 2615. Το συνολικό ποσοστό εξιτηρίων κατά την τριετία 2022 ήταν ίσο με 88,11%. Ο αριθμός των εισαγωγών και των εξιτηρίων παρουσιάζεται στο παρακάτω ραβδόγραμμα 8.2

Ραβδόγραμμα 8.2 Ο αριθμός των εισαγωγών και των εξιτηρίων ασθενών με COVID-19 μεταξύ των ετών 2020-2022.



8.10 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΜΕΣΩΝ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

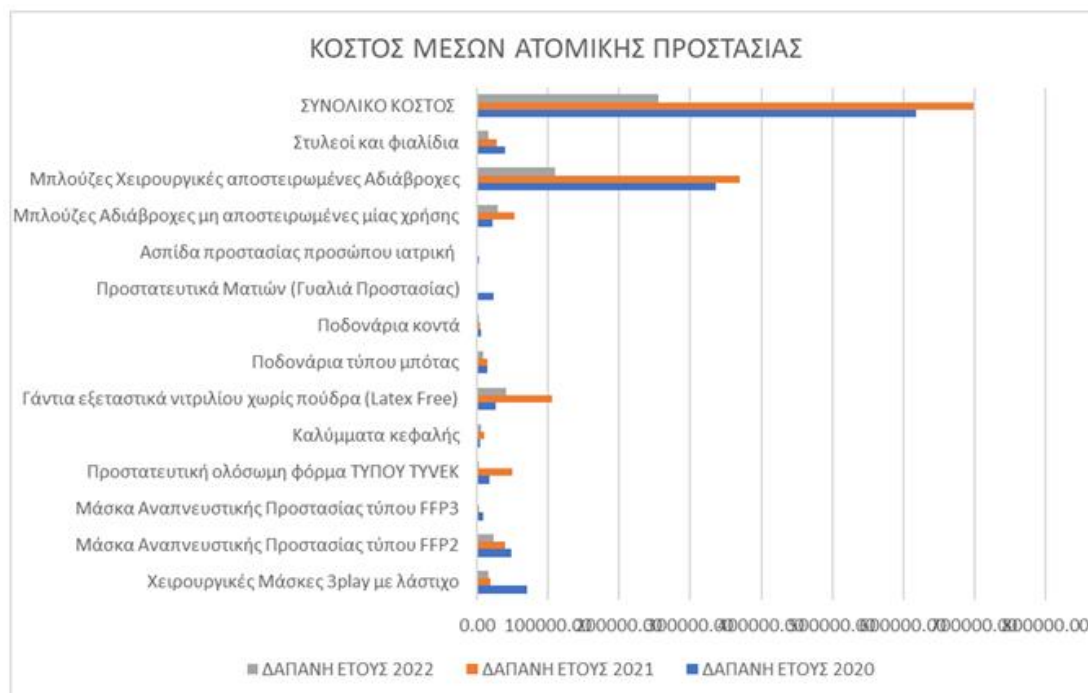
Το κόστος ανά είδος ατομικής προστασίας κατά τα έτη 2020-2022 διαμορφώθηκε σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα 8.11:

Πίνακας 8.11 Δαπάνες ΜΑΠ μεταξύ των ετών 2020-2022.

ΜΕΣΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ (ΜΑΠ)	ΔΑΠΑΝΗ ΕΤΟΥΣ 2020	ΔΑΠΑΝΗ ΕΤΟΥΣ 2021	ΔΑΠΑΝΗ ΕΤΟΥΣ 2022
Χειρουργικές Μάσκες 3play με λάστιχο	70081.65	19462.58	15738.00
Μάσκα Αναπνευστικής Προστασίας τύπου FFP2	47979.42	39636.78	22872.00
Μάσκα Αναπνευστικής Προστασίας τύπου FFP3	9333.10	3166.86	74.37
Προστατευτική ολόσωμη φόρμα ΤΥΠΟΥ ΤΥΝΕΚ	18101.73	50271.65	3106.16
Καλύμματα κεφαλής	3646.40	9659.40	5261.20
Γάντια εξεταστικά νιτριλίου χωρίς πούδρα (Latex Free)	26623.28	105199.25	40719.85
Ποδονάρια τύπου μπότας	14791.70	14109.36	8368.12
Ποδονάρια κοντά	5087.00	4859.00	2145.00
Προστατευτικά Ματιών (Γυαλιά Προστασίας)	22828.25	891.01	1805.32
Ασπίδα προστασίας προσώπου ιατρική	2188.90	1107.69	693.55
Μπλούζες Αδιάβροχες μη αποστειρωμένες μίας χρήσης	22363.50	52897.45	29268.32
Μπλούζες Χειρουργικές αποστειρωμένες Αδιάβροχες	335473.76	370134.77	109271.28
Στυλεοί και φιαλίδια	40119.50	27988.59	15838.75
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ	618618.19	699384.39	255161.92

Παρατηρείται μεγάλη αύξηση του κόστους κατά το 2021 και μικρή μείωση κατά το 2022. Η κατανομή του κόστους ανά είδος ΜΑΠ παρουσιάζεται στο παρακάτω ραβδόγραμμα 8.3

Ραβδόγραμμα 8.3 Κατανομή του κόστους ανά είδος ΜΑΠ μεταξύ των ετών 2020-2022.



Τα στοιχεία περιγραφικής στατιστικής του κόστους αγοράς ΜΑΠ ανά έτος παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 8.12

Πίνακας 8.12 Κόστος ΜΑΠ για τα έτη 2020-2022.

	ΚΟΣΤΟΣ ΜΑΠ				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΔΑΠΑΝΗ 2020	13	2188.90	335473.76	47586.0146	88664.01898
ΔΑΠΑΝΗ 2021	13	891.01	370134.77	53798.7992	99510.14777
ΔΑΠΑΝΗ 2022	13	74.37	109271.28	19627.8400	29698.56295
Valid N (listwise)	13				

Οι διαφορές του κόστους μεταξύ των ετών δεν είναι στατιστικά σημαντική, σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα 8.13

Πίνακας 8.13 Αποτελέσματα pair t-test για ΜΑΠ μεταξύ των ετών 2019-2022.

		ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΟΣΤΟΥΣ							
		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	ΔΑΠΑΝΗ 2020 - ΔΑΠΑΝΗ 2021	-11538.01429	36520.10731	9760.40923	-32624.09647	9548.06790	-1.182	13	.258
Pair 2	ΔΑΠΑΝΗ 2020 - ΔΑΠΑΝΗ 2022	51922.32429	107686.12124	28780.32650	-10253.79100	114098.43958	1.804	13	.094
Pair 3	ΔΑΠΑΝΗ 2021 - ΔΑΠΑΝΗ 2022	63460.33857	129036.51408	34486.45900	-11043.12654	137963.80368	1.840	13	.089

Κεφάλαιο 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αναδρομική μελέτη περίπτωσης του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» είχε ως σκοπό αφενός την ανάδειξη της διαχείρισης της πανδημίας COVID-19 σε επίπεδο στρατηγικού σχεδιασμού και εφαρμογής του καταρτισθέντος πλάνου με τις επιμέρους δράσεις και αφετέρου της καταγραφής της οικονομικής επίπτωσης της πανδημίας COVID-19 μέσα από τη διερεύνηση των μεταβολών σε αδρούς δείκτες προκειμένου να εκτιμηθεί η επιβάρυνση συστήματος υγείας λόγω της COVID-19 (Cucinotta and Vanelli 2020; Wong et al., 2020; Kumar et al., 2021).

Το πρώτο βήμα στη διαχείριση της κρίσης λόγω της πανδημίας από το νέο κορωνοϊό ήταν η Συγκρότηση Επιτροπής Διαχείρισης Κρίσης (Dieleman et al., 2011; Kaur and Rathinasamy, 2017, Williams et al., 2019; Kumar et al., 2021; Köppen et al., 2021; Lim et al., 2021; Czyrionka et al., 2021). Με τη διαδικασία του επείγοντος αναπτύχθηκε πρόγραμμα εκπαίδευσης και με Απόφαση Διοικητή μετά από τις κατάλληλες εισηγήσεις ορίστηκαν οι κατάλληλοι εκπαιδευτές και εισηγητές (Al-Khrabsheh, et al., 2014; Bowers, et al., 2017). Δεδομένου ότι όλα τα προγραμματισμένα χειρουργεία ανεβλήθησαν, καθώς και τα ραντεβού των τακτικών ιατρείων προσωρινά, αποδεσμεύτηκε αρκετά μεγάλος αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Hannawa et al., 2021). Εξοικονομήθηκαν πόροι από την αναστολή προμήθειας χειρουργικού-ορθοπεδικού υλικού, εμφυτευμάτων, φαρμάκων, οι οποίοι κατευθύνθηκαν στην επείγουσα προμήθεια-απόκτηση υλικού προστασίας των επαγγελματιών υγείας από τον κορωνοϊό (στολές-μάσκες-καθαριστικά-απολυμαντικά, κλπ) (Carta and Conversano 2021; Congly et al., 2021). Το αποδεσμευθέν ιατρικό προσωπικό, αξιοποιήθηκε για την στελέχωση των εφημεριών επειγόντων, καθώς και της Πνευμονολογικής και των Παθολογικών κλινικών, αλλά και της κλινικής Covid (Mauro et al., 2020). Λόγω της μείωσης της κίνησης ασθενών στα κατά τόπους ιδιωτικά ιατρεία, υπήρξε σχεδιασμός άμεσης ενεργοποίησης των ιδιωτών ιατρών, οι οποίοι προσωρινά εντάχθηκαν στη δύναμη του νοσοκομείου (Πνευμονολόγοι-Παθολόγοι-Γενικοί Ιατροί-Αναισθησιολόγοι, κλπ) (Kuhlmann et al., 2020; Sagan et al., 2021). Επίσης, τέθηκαν σε εφαρμογή οι οδηγίες του Υπουργείου Υγείας ώστε να επιλεγθούν οι κατάλληλοι ασθενείς που θα μπορούσαν να συνεχίσουν

τη νοσηλεία τους σε συνεργαζόμενο ιδιωτικό θεραπευτήριο (Chudasama et al., 2020; Fekadu et al., 2021).

Με την έναρξη της πανδημίας άμεσα αναπτύχθηκε και Οργανώθηκε ένα Σύστημα Διαχείρισης Αποθεμάτων και συνεχούς αναπλήρωσής του με το αναγκαίο Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό και ειδικών Φαρμάκων για την ατομική προστασία των επαγγελματιών υγείας αφενός και των ασθενών αφετέρου (Bartsch, et al., 2020; Lasalvia et al., 2021). Υπήρξε επίσης σχετική πρόβλεψη ήδη από το Μάρτιο του 2020 δημιουργίας επαρκούς αποθέματος ξενοδοχειακού εξοπλισμού (κλίνες-στρώματα-κλινოსκεπάσματα) αναγκαίου για την ανάπτυξη νέων πτερύγων-κλινικών «κορωναϊού». Παράλληλα, δημιουργήθηκε σημαντικό απόθεμα συσκευών και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού εν γένει αναγκαίου για την αποτελεσματική θεραπεία και ίαση των νοσούντων (αναπνευστήρες κλειστού κυκλώματος, συσκευές High flow κ.ά) (Hill et al., 2020; Bartsch et al., 2020; Richards et al., 2022).

Τα αποτελέσματα των δεικτών έδειξαν ότι κατά το έτος 2021 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των εισαγωγών λόγω του αριθμού των κρουσμάτων και των επιπλοκών της λοίμωξης, ενώ το 2022 στις περισσότερες κλινικές παρατηρείται μείωση σε σχέση με το 2021, γεγονός που αποδίδεται στο μαζικό εμβολιασμό του πληθυσμού και στη μείωση του αριθμού των κρουσμάτων (Härter et al., 2020; Khan et al., 2020). Το έτος 2020 παρατηρήθηκε μικρή μείωση των εισαγωγών, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στη μειωμένη προσέλευση των ασθενών στο νοσοκομείο, λόγω του άγχους και του φόβου για το ενδεχόμενο λοίμωξης, των ακυρώσεων των προγραμματισμένων επισκέψεων, των ακυρώσεων θεραπειών και των τακτικών χειρουργείων (Palmer et al., 2020; Rodríguez-Leor et al., 2020; Dehghani Tafti, et al., 2023).

Το μικρότερο ποσοστό εισαγωγών ήταν στις ΜΑΦ, ΜΕΘ, μονάδες εμφραγμάτων, θωρακοχειρουργική, νεογνολογικό, οδοντιατρικό, ενδοκρινολογική και ΩΡΛ, ενώ οι κλινικές με το μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών ήταν οι τρεις παθολογικές κλινικές, οι οποίες διαχειρίστηκαν τα περιστατικά της νόσου COVID-19 (Einstein et al., 2021).

Η Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας παρουσίασε συστηματικά το μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών, λόγω της σταθερά αμείωτης προσέλευσης των ασθενών εξ αιτίας της χρονιότητας των προβλημάτων τους και των συνεχών αναγκών περίθαλψης τους (Bellmann-Weiler et al., 2020; Lu et al., 2021; Oh et al., 2021; Jha et al., 2022).

Ο αριθμός των εξιτηρίων των ασθενών έδειξε ότι στις αρχές της πανδημίας ήταν χαμηλός, γεγονός που συνάδει με τη βαρύτητα της νόσου και την δυσμενή κατάληξη

των ασθενών, ενώ προϋούσης της πανδημίας λόγω των εμβολιασμών του πληθυσμού, των απανωτών μεταλλάξεων του ιού SARS-CoV-2 και της χορήγησης φαρμάκων, ο αριθμός ασθενών που εξέρχονται αυξάνεται σταθερά (ποσοστό ασθενών που έλαβε εξιτήριο κατά το 2020 ήταν ίσο με 77,08%, κατά το 2021 ήταν 88,63% και κατά το 2022 ήταν ίσο με 90,72%), σε σχέση με τον αριθμό των εισαγωγών ασθενών με νόσο COVID-19, ο οποίος παρουσίασε μεγάλη αύξηση κατά το έτος 2021 και κατόπιν παρουσίασε πτωτική τάση (Kuter et al., 2021; Watson et al., 2022).

Ο αριθμός του προσωπικού που νόσησε από νόσο COVID-19 έδειξε ανοδική τάση από το 2020 έως και το 2022 οπότε και καταγράφηκε ο μεγαλύτερος αριθμός (Bandyopadhyay et al., 2020; Peters et al., 2022; Ferland et al., 2022; Haller et al., 2022).

Το κόστος δαπανών για ΜΑΠ εκτινάχθηκε το έτος 2021 και έδειξε ότι οι χειρουργικές αδιάβροχες αποστειρωμένες μπλούζες, οι αδιάβροχες μη αποστειρωμένες μπλούζες, η προστατευτική ολόσωμη φόρμα τύπου TYVEK και τα γάντια νιτριλίου να καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών. Το έτος 2020 το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών για ΜΑΠ αφορούσε τις χειρουργικές μάσκες 3play με λάστιχο, τις μάσκες αναπνευστικής προστασίας τύπου FFP2, τα ποδονάρια τύπου μπότας, τα προστατευτικά ματιών-γυαλιά προστασίας και η ασπίδα προστασίας προσώπου ιατρική (Colenda et al., 2020; Jin et al., 2021; Cleary et al., 2021; Lora et al., 2021; Sazdanovic et al., 2022). Το έτος 2022 παρατηρείται κάθετη μείωση στις δαπάνες για ΜΑΠ σε όλες τις κατηγορίες (Sazdanovic et al., 2022).

Κεφάλαιο 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση κρίσεων απαιτεί τον κατάλληλα απαραίτητο στρατηγικό σχεδιασμό, προκειμένου να αντιμετωπιστεί κατά το δυνατόν με τις λιγότερες επιπτώσεις στα άτομα, την κοινωνία, τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις, η ξαφνική εμφάνιση κρίσης.

Η πρόσφατη υγειονομική κρίση, συνεπεία της πανδημίας COVID-19, βρήκε τα συστήματα υγείας διεθνώς απροετοίμαστα. Απεδείχθη η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των χωρών προκειμένου με την εφαρμογή συντονισμένων μέτρων να αναχαιτιστεί η εξάπλωση της μετάδοσης του κορωνοϊού και των συνεπαγόμενων επιπτώσεων στην υγεία του παγκόσμιου πληθυσμού. Η ταχύτατη αντίδραση του ΠΟΥ και των κρατικών φορέων δημόσιας υγείας των διαφόρων χωρών (ΕΟΔΥ, CDC, ECDC, OECD, κλπ) με την εκπόνηση κατευθυντηρίων γραμμών επιτήρησης και καταγραφής δεδομένων αναφορικά με την πορεία της πανδημίας, επιδημιολογικών δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας, την έκβαση της νόσου στις ομάδες πληθυσμού υψηλού κινδύνου, της εφαρμογής των μέτρων ατομικής προστασίας και υγιεινής, κοινωνικής και φυσικής αποστασιοποίησης, τα lockdown, οι αλλαγές στη μορφή εργασίας και εκπαίδευσης (τηλεργασία, τηλεεκπαίδευση), οι ταξιδιωτικές οδηγίες, η ανάπτυξη και παραγωγή εμβολίων, καθώς και η χρήση συγκεκριμένων αντιικών φαρμάκων και θεραπειών, συνέτειναν στη διαχείριση αυτής της υγειονομικής κρίσης. Παρόλα τα προβλήματα που ενέσκηψαν στην εφοδιαστική αλυσίδα λόγω της πανδημίας, με όποιες δυσκολίες, αντιμετωπίστηκαν.

Τα αποτελέσματα της μελέτης περίπτωσης της παρούσας εργασίας έδειξαν ότι έγκαιρα εκπονήθηκε από την ηγεσία του νοσοκομείου, σε αμεσκή συνεργασία με την ομάδα διαχείρισης κρίσης, σχέδιο δράσης, το οποίο έφερε εις πέρας κατά το δυνατόν καλύτερα και αποτελεσματικότερα το έργο με το οποίο επιφορτίστηκαν.

Παρά την απρόσμενη οικονομική επιβάρυνση του νοσοκομείου ως οργανισμού, για την αγορά, προμήθεια, αποθεματοποίηση υγειονομικού υλικού, ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (π.χ. αναπνευστήρες), ΜΑΠ, απολυμαντικών, εξειδικευμένων ακριβών αντιδραστηρίων, δημιουργία κλινικής COVID με κατάλληλες προδιαγραφές, κονδυλίου εφημεριών ιατρικού προσωπικού από τον ιδιωτικό τομέα που εντάχθηκε στα προγράμματα του νοσοκομείου, φαίνεται ότι επιτεύχθηκε ο στόχος για παροχή

υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό γεωγραφικής κάλυψης του.

Ο αντίκτυπος της COVID-19 στις τιμές αναδεικνύει την σημασία των αλυσίδων εφοδιασμού και των εθνικών αποθεμάτων για την ετοιμότητα σε περίπτωση πανδημίας.

Η πολύμηνη εξασθένηση και καταπόνηση (burnout) του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αποτυπώθηκε στον αυξημένο αριθμό νόσησης κατά το 2022, παρόλο το υψηλό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης του.

Ο αριθμός των εργαζομένων στον τομέα της υγείας που υπέφεραν από τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της μόλυνσης COVID-19 (post-long covid syndrome), μπορεί να θεωρηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο υψηλός.

Προτείνεται να εκπονηθούν περαιτέρω μελέτες περίπτωσης από νοσοκομεία πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19, προκειμένου να εξαχθούν περισσότερο σαφή και ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τις στρατηγικές διαχείρισης της πρόσφατης υγειονομικής κρίσης και να γίνει η αξιολόγηση σε επίπεδο υγειονομικών περιφερειών και ελληνικής επικράτειας γενικότερα.

Στη μετά κρίση εποχή πρέπει να αποκατασταθούν οι όποιες βλαβερές συνέπειες της, τα συστήματα υγείας να βρεθούν πιο ενισχυμένα και αναβαθμισμένα, τα κράτη και οι θεσμοί με εμπειρίες και γνώση, αλλά και να γίνει γρήγορη επιστροφή στην κανονικότητα προς όφελος των ατόμων, της κοινωνίας και της οικονομίας.

Τέλος, η εμπειρία της διαχείρισης της πανδημίας COVID-19 θα πρέπει να αξιολογηθεί και να αποτυπωθεί για μελλοντική χρήση παρόμοιων καταστάσεων και να αποτελέσει βάση στην εκπόνηση σχεδίων ετοιμότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Γεωργόπουλος, Α. (2015). Αναδιοργάνωση και μανάτζμεντ αλλαγών στις επιχειρήσεις. Κάλλιπος, Ανουκτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. ISBN 978-960-603-010-9.

Ευαγγελόπουλος, Π. (2006). "Η Αναίρεση της Κατάστασης Στασιμότητας στη Σκέψη του Adam Smith". Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών. Επιστημονική Επιθεώρηση, 46:81-111.

Θαλασσοχώρη Χ. (2008). «245 Κοινωνιολογία και Συστήματα Υγείας». Πρόγραμμα Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Καριώτης, Π.Σ. (1992). Management υπηρεσιών υγείας και βιοϊατρική τεχνολογία. Euroclinica.

Κουσκουβέλης, Ι.Η. (1997). Εισαγωγή στις διεθνείς σχέσεις, Εκδόσεις Ποιότητα, ISBN: 978-960-7803-31-3.

Πανηγυράκης, Γ., Βεντούρα-Νεοκοσμίδη, Ν.Ζ. (2001). ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ. Εκδ. ΜΠΕΝΟΥ. ISBN139789603590842.

Τοκάκης, Β. (2012). «Διαχείριση Κρίσεων στα Πλαίσια της Δημόσιας Διοίκησης», Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα.

Τριχόπουλος, Δ. (2002). Επιδημιολογία: Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές, Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε., ISBN13: 9789603941477.

Ξενόγλωσση

ACTIV= Accelerating COVID-19 Therapeutic Interventions and Vaccines.

Ahmed, M. (2006). The Principles and Practice of Crisis Management. Palgrave Macmillan London. doi.org/10.1057/9780230627376. ISBN 978-0-230-00686-7.

Al-Khrabsheh, A.A., Ahmad, Z.A., Kharabsheh, A. (2014). Characteristics of Crisis and Decision Making Styles: The Mediating Role of Leadership Styles. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 129:282-288.

Anderson, R.M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., Hollingsworth, T.D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? The Lancet, 395(10228):931-934.

Baird, R.P. (2020). What It Means to Contain and Mitigate the Coronavirus. The New Yorker.

Bandyopadhyay, S., Baticulon, R.E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D.K., Yara Badereddin, Y., et al. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Glob Health*, 5(12):e003097. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003097.

Bang, N.H (2020). An Overview of the Covid-19 Crisis Management in Cameroon: Decentralised Governance Response Needed. *Annals of Disaster Risk Sciences*, 3(2). DOI: 10.51381/adrs.v3i2.34.

Bartsch, S.M., Ferguson, M.C., McKinnell, J.A., O'Shea, K.J., Wedlock, P.T., Siegmund, S.S., Lee, B.Y., et al. (2020). The Potential Health Care Costs And Resource Use Associated With COVID-19 In The United States. *Health Aff (Millwood)*, 39(6):927-935.

Bartsch, S., Bartsch, E., Weber, E., Weber, M., Büttgen, M., Büttgen, A., Huber, A. (2020). Leadership matters in crisis-induced digital transformation: how to lead service employees effectively during the COVID-19 pandemic. *Journal of Service Management*, DOI: 10.1108/JOSM-05-2020-0160.

Bartsch, S.M., O'Shea, K.J., Wedlock, P.T., Strych, U., Ferguson, M.C., Bottazzi, M.E., et al. (2021). The Benefits of Vaccinating With the First Available COVID-19 Coronavirus Vaccine. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(5):605-613.

Batorski, J. (2011). Fragmentation of Crisis Management in an Enterprise. *Serbian Journal of Management*, 6(2):283-286.

Bellmann-Weiler, R., Lanser, L., Barket, R., Rangger, L., Schapfl, A., Schaber, M., et al. (2020). Prevalence and predictive value of anemia and dysregulated iron homeostasis in patients with COVID-19 infection. *J Clin Med*, 9:2429.

Bloch, O. (2014). *Corporate Identity and Crisis Response Strategies*. Springer VS Wiesbaden. doi.org/10.1007/978-3-658-06222-4. ISBN 978-3-658-06221-7.

Boin, A., Lagadec, P. (2002). Preparing for the Future: Critical Challenges in Crisis Management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 8(4):185-191.

Bowers, M.R., Hall, J.R., Srinivasan, M. (2017). Organizational culture and leadership style: The missing combination for selecting the right leader for effective crisis management. *Business Horizons*. DOI: 10.1016/j.bushor.2017.04.001.

Brueck, H. (2020). «There's only one way to know if you have the coronavirus, and it involves machines full of spit and mucus». *Business Insider*.

Bundy, J., Pfarrer, M.D., Coombs, W.T. (2017). Crises and Crisis Management: Integration, Interpretation, and Research Development. *Journal Of Management*, 43(6). doi.org/10.1177/0149206316680030.

Carta, A., Conversano, C. (2021). Cost utility analysis of Remdesivir and Dexamethasone treatment for hospitalised COVID-19 patients - a hypothetical study. *BMC Health Serv Res*, 21(1):986.

Chudasama, Y.V., Gillies, C.L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M.J., Seidu, S., Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr*, 14(5):965-967.

Cleary, S.M., Wilkinson, T., Tamandjou Tchuem, C.R., Docrat, S., Solanki, G.C. (2021). Cost-effectiveness of intensive care for hospitalized COVID-19 patients: experience from South Africa. *BMC Health Serv Res*, 21: 82.

Colenda, C.C., Applegate, W.B., Reifler, B.V., Blazer, D.G. 2nd. (2020). COVID-19: Financial Stress Test for Academic Medical Centers. *Acad Med*, 95: 1143-1145.

Congleton, R.D. (2005). Toward a political economy of crisis management: rational choice, ignorance, and haste in political decision making. *Dynamics of Intervention. Advances in Austrian Economics*, 8:1-19.

Congly, S.E., Varughese, R.A., Brown, C.E., Clement, F.M., Saxinger, L. (2021). Treatment of moderate to severe respiratory COVID-19: a cost-utility analysis. *Sci Rep* 11, 17787. doi.org/10.1038/s41598-021-97259-7.

Coombs, W.T. (2007). *Crisis Management and Communications*. academia.edu

Coronavirus: Window of opportunity to act, World Health Organization says. *BBC News Online*. 5 February 2020.

Coronavirus incubation could be as long as 27 days, Chinese provincial government says. *Reuters*. 22 Φεβρουαρίου 2020.

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). ArcGIS. Johns Hopkins University. Ανακτήθηκε στις 21 Ιουλίου 2022.

Cucinotta, D., Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed*, 91(1):157-160.

Cui, J., Li, F., Shi, Z-L. (2019). Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*, 17(3):181-192.

Curetis Group Company Ares Genetics and BGI Group Collaborate to Offer Next-Generation Sequencing and PCR-based Coronavirus (2019-nCoV) Testing in Europe. (2020). *GlobeNewswire News Room*.

Cyranoski, D. (2020). «Did pangolins spread the China coronavirus to people?» *Nature*. doi:10.1038/d41586-020-00364-2.

Czypionka, T., Reiss, M. (2021). Three approaches to handling the COVID crisis in federal countries: Germany, Austria, and Switzerland. In: Greer SL, King EJ, Massard da Fonseca E, Peralta-Santos A, editors. *Coronavirus Politics. The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, p. 295–319 (accessed February 5, 2022).

Darling, J.R. (1994). Crisis Management in International Business: Keys to Effective Decision Making. *Leadership & Organization Development Journal*, 15(8):3-8.

Dehghani Tafti, A., Fatehpanah, A., Salmani, I., Bahrami, M.A., Tavangar, H., Fallahzadeh, H., et al. (2023). COVID-19 pandemic has disrupted the continuity of care for chronic patients: evidence from a cross-sectional retrospective study in a developing country. *BMC Prim Care*, 24(1):137.

Dehghani Tafti, A., Fatehpanah, A., Salmani, I., Bahrami, M.A., Tavangar, H., Fallahzadeh, H., et al. (2023). COVID-19 pandemic has disrupted the continuity of care for chronic patients: evidence from a cross-sectional retrospective study in a developing country. *BMC Prim Care*, 24(1):137.

Devlin, J.W., Fong, J.J., Fraser, G.L., Riker, R.R. (2007). Delirium assessment in the critically ill. *Intensive Care Med*, 33(6):929-40.

Dieleman, M., Shaw, D.M., Zwanikken, P. (2011). Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Hum Resour Health*, 9:10. doi: 10.1186/1478-4491-9-10.

di Mauro, B.W., Baldwin, R. (2020). Economics in the Time of COVID-19. Vox eBooks.

Farhangi, A.A., Hasani, S.R., Akbari, P., Veismoradi, A., Rostami, R. (2013). The Role of Organizational Communication in Crisis Management, Islamic Azad University of Kermanshah. *J. Basic. Appl. Sci. Res.*, 3(6):183-186.

Fekadu, G., Bekele, F., Tolossa, T., Fetensa, G., Turi, E., Getachew, M. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on chronic diseases care follow-up and current perspectives in low resource settings: a narrative review. *Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol*, 13(3):86-93.

Fink, S. (1986). *Crisis Management: Planning for the Inevitable*. American Management Association. ISBN-10: 0595090796. ISBN-13: 978-0595090792.

Fischer, D., Posegga, O., and Fischbach, K. (2016). Communication Barriers in Crisis Management: A Literature Review. Twenty-Fourth European Conference on Information Systems (ECIS), Istanbul, Turkey.

Fraser, C., Riley, S., Anderson, R.M., Ferguson, N.M. (2004). Factors that make an infectious disease outbreak controllable. *Proc Natl Acad Sci USA*, 101:6146-6151.

Glaesser, D. (2006). *Crisis Management in the Tourism Industry*, 2nd Edition, Elsevier Science & Technology Books. eBook ISBN: 9780080464596.

Goh, M.H. (2016). *A Manager's Guide to Implement Your Crisis Management Plan*. Business Continuity Management Specialist Series (1st ed., p. 192). Singapore: GMH Pte Ltd.

Government of the United Kingdom. (2020). Coronavirus (COVID-19): What is social distancing? - Public health matters.

GOV.UK. (2020). Coronavirus (COVID-19): latest information and advice.

Guarner, J. (2020). Three Emerging Coronaviruses in Two Decades: The Story of SARS, MERS, and Now COVID-19. *Am J Clin Pathol*, 153(4):420-421.

Haller, J., Kocalevent, R.-D., Nienhaus, A., Peters, C., Bergelt, C., Koch-Gromus, U. (2022). Persistent fatigue symptoms following COVID-19 infection in healthcare workers: Risk factors and impact on quality of life. *Bundesgesundheitsbl*, 65:471–480.

Hannawa, A.F., Wu, A.W., Kolyada, A., Potemkina, A., Donaldson, L.J. (2021). The aspects of healthcare quality that are important to health professionals and patients: A qualitative study. *105(6):1561-1570*.

Härter, M., Bremer, D., Scherer, M., von dem Knesebeck, O., Koch-Gromus, U. (2020). Impact of COVID-19-pandemic on Clinical Care, Work Flows and Staff at a University Hospital: Results of an Interview-study at the UKE. *Gesundheitswesen*, 82: 676-681.

Hellewell, J., Abbott, S., Gimma, A., et al. (2020). Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health*, doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30074-7.

Hill, R.M., Boto, E., Rea, M., Holmes, N., Leggett, J., Coles, L.A., et al. (2020). Multi-channel whole-head OPM-MEG: Helmet design and a comparison with a conventional system. *NeuroImage*, 219. doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.116995 116995.

Hsiang, S., Allen, D., Annan-Phan, S., Bell, K., Bolliger, I., Chong, T., et al. (2020). The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature*, 584(7820):262-267.

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223):497-506.

Hu, Q., He, L., Zhang, Y. (2021). Community Transmission via Indirect Media-To-Person Route: A Missing Link in the Rapid Spread of COVID-19 *Front. Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.687937>.

James, E.H. and Wooten, L.P. (2005). *The Prepared Leader: Emerge from Any Crisis More Resilient Than Before*, Wharton School Press. ISBN-10:1613631634.

Jha, M., Tak, M.L., Gupta, R., Sharma, P., Rajpurohit, V., Mathur, P., Gaur, N. (2022). Relationship of anemia with COVID-19 deaths: A retrospective cross-sectional study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 38(1):S115–S119.

Jin, H., Wang, H., Li, X., Zheng, W., Ye, S., Zhang, S., et al. (2021). Economic burden of COVID-19, China, January-March, 2020: a cost-of-illness study. *Bull World Health Organ*, 99: 112-124.

Kaur, A., Rathinasamy, E.V.L. (2017). Major Stakeholders in Health Care System: Government, Non-government & Other Professionals. *Global Journal of Business & Management*, 2(1). ISSN: 2455 9431.

Keeling, M.J., Hollingsworth, T.D., Read, J.M. (2020). The efficacy of contact tracing for the containment of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *medRxiv*. doi.org/10.1101/2020.02.14.20023036.

Khan, A.A., AlRuthia, Y., Balkhi, B., Alghadeer, S.M., Temsah, M.H., Althunayyan, S.M., et al. (2020). Survival and Estimation of Direct Medical Costs of Hospitalized COVID-19 Patients in the Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health*, 17: 7458.

Kim, B. (2020). Effects of social grooming on incivility in COVID-19. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw*, 23:519–525. doi: 10.1089/cyber.2020.0201.

Köppen, J., Hartl, K., Maier, C.B. (2021). Health workforce response to Covid-19: What pandemic preparedness planning and action at the federal and state levels in Germany? *Int J Health Plann Manage*, 6:71–91.

Krystek U. (1987). *Unternehmungskrisen*. Gabler, Wiesbaden.

Kuhlmann, E., Dussault, G., Wismar, M. (2020). Health labour markets and the 'human face' of the health workforce: resilience beyond COVID-19. *Eur J Public Health*, 30:iv1–2. doi: 10.1093/eurpub/ckaa122.

Kumar, V., Doshi, K.U., Khan, W.H., Rathore, A.S. (2021). COVID-19 pandemic: mechanism, diagnosis, and treatment. *Journal of Chemical Technology & Biotechnology*, 96(2): 299-308.

Kumar, A., Sarkar, M., Davis, E., et al. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on teaching and learning in health professional education: a mixed methods study protocol. *BMC Med Educ* 21, 439. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02871-w>.

Lasalvia, A., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., et al. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*, 11(1):e045127.

Lerbinger, O. (1986). *Managing corporate crisis*. Boston: Barrington Press.

Li, Y-D., Chi, W-Y., Su, J-H., Ferrall, L., Hung, C-F., Wu, T-C. (2020). Coronavirus vaccine development: from SARS and MERS to COVID-19. *Journal of Biomedical Science*, 27(104). doi.org/10.1186/s12929-020-00695-2.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., et al. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*, DOI:10.1056/NEJMoa2001316.

Li, R., Pei, S., Chen, B., Song, Y., Zhang, T., Yang, W., Shaman, J. (2020). Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (COVID-19). doi:10.1101/2020.02.14.20023127.

Lim, M.Y.H., Lin, V. (2021). Governance in health workforce: how do we improve the concept? a network-based, stakeholder-driven approach. *Hum Resour Health*, 19:1. doi: 10.1186/s12960-020-00545-0.

Lora, A.M., Ali, M., Spencer, S., Takhsh, E., Krill, C., Bleasdale, S. (2021). Cost of Personal Protective Equipment During the First Wave of COVID-19. *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol*, 1(1): s49. doi: 10.1017/ash.2021.94.

Lu, Q.B., Jiang, W.L., Zhang, X., Li, H.J., Zhang, X.A., Zeng, H.L., et al. (2021). Comorbidities for fatal outcome among the COVID-19 patients: a hospital-based case-control study. *J Infect*, 82: 159-198.

Luecke, R., & Barton, L. (2004) *Crisis management: master the skills to prevent disasters*, Boston, Mass., Harvard Business School Press.

Mitroff, I., Anagnos, G. (2001). *Managing crises before they happen: what every executive and manager needs to know about crisis management*. Publisher AMACOM, ISBN:0814473288, 9780814473283.

Nathanial, P., van der Heyden, L. (2020). *Crisis Management: Framework and Principles with Applications to CoVid-19*. INSEAD Working Paper No. 2020/17/FIN/TOM. doi.org/10.2139/ssrn.3560259.

Oh, S.M., Skendelas, J.P., Macdonald, E., Bergamini, M., Goel, S., Choi, J., et al. (2021). On-admission anemia predicts mortality in COVID-19 patients: A single center, retrospective cohort study. *Am J Emerg Med*, 48:140–7.

Omer, S.B., Benjamin, R.M., Brewer, N.T., Bутtenheim, A.M., Callaghan, T., Caplan, A., et al. (2020) Promoting COVID-19 vaccine acceptance: recommendations from the Lancet Commission on Vaccine Refusal, Acceptance, and Demand in the USA. *Lancet*, 398(10317):2186-2192.

Paden, C., Yusof, M., Al Hammadi, Z., Queen, K., Tao, Y., Eltahir, Y., et al. (2018). Zoonotic origin and transmission of Middle East respiratory syndrome coronavirus in the UAE. *Zoonoses Public Health*, 65(3):322-333.

Palmer, K., Monaco, A., Kivipelto, M., Onder, G., Maggi, S., Michel, J-P., et al. (2020). The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res*, 32(7):1189-1194.

Pan, Y., Zhang, D., Yang, P., Poon, L.L.M., Wang, Q. (2020). Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples. *Lancet Infect Dis*, 20(4):411-412.

Pan, X., Chen, D., Xia, Y., Wu, X., Li, T., Ou, X., et al. (2020). «Asymptomatic cases in a family cluster with SARS-CoV-2 infection». *The Lancet Infectious Diseases*, 395(10223):497-506.

Parsons, W. (1996). *Crisis Management*. Career Development International, 1:26-28. <https://doi.org/10.1108/13620439610130614>.

Peters, C., Dulon, M., Westermann, C., Kozak, A., Nienhaus, A. (2022). Long-Term Effects of COVID-19 on Workers in Health and Social Services in Germany. *Int J Environ Res Public Health*, 19(12): 6983.

Pfefferbaum, B. and North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*, 383(6):510-512.

Q&A on coronaviruses (COVID-19): How long is the incubation period for COVID-19?. www.who.int (στα Αγγλικά). Ανακτήθηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2020.

Qualls, N.L., Levitt, A.M., Kanade, N. (2017). *Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza – United States*. US Centers for Disease Control and Prevention, 66(1).

Richards, F., Kodjamanova, P., Chen, X., Li, N., Atanasov, P., Bennetts, L., et al. (2022). Economic Burden of COVID-19: A Systematic Review. *Clinicoecon Outcomes Res*, 14:293-307.

Ritchie, B.W. (2003). *Managing Educational Tourism*, Volume 10 in the series *Aspects of Tourism*. Channel View Publications. doi.org/10.21832/9781873150528.

Ritchie, B.W. (2004). Chaos, Crises and Disasters: a Strategic Approach to Crisis Management In the Tourism Industry. *Tourism Management*, 25:669–68.

Robbins, S.P. and Judge, T.A. (2018). *Essentials of Organizational Behavior*. 14th Edition, Pearson Education, Inc., London.

Roberts, A.R. (1994). *The Pocket Guide to Crisis Intervention*, Oxford University Press. ASIN: B008UB3T54.

Rochet, C., Keramidas, O., Bout, L. (2008). Crisis as change strategy in public organizations. *International Review of Administrative Sciences*, 74(1). doi.org/10.1177/0020852307085734.

Rodríguez-Leor, O., Cid-Álvarez, B., Ojeda, S., Martín-Moreiras, J., Rumoroso, J.R., López-Palop, R., et al. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on interventional cardiology activity in Spain. *REC Interv Cardiol*, 2(2):82-89.

Rodriguez-Morales, A.J., Bonilla-Aldana, D.K., Balbin-Ramon, G.J., et al. (2020). History is repeating itself, a probable zoonotic spillover as a cause of an epidemic: the case of 2019 novel Coronavirus. *Le Infezioni in Medicina*, 1:3-5.

Rome, B.N. and Avorn, J. (2020). Drug Evaluation during the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*, 382(24):2282-2284.

Roux-Dufort, C. (2007). Is crisis management (only) a management of exceptions? *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 15:105-114.

Sagan, A., Webb, E., Azzopardi-Muscat, N., de la Mata, I., McKee, M., Figueras, J. (2021). *Health Systems Resilience During COVID-19: Lessons Learned to Build Back Better*. Health Policy Series 56. Copenhagen: WHO (2021).

Sarriegi, J.M., Paseo, M.L., Torres, J.M. (2009). *The Dynamics of Crisis Lifecycle for Emergency Management*.

Sazdanovic, P.S., Milisavljevic, S., Milovanovic, D.R., Jankovic, S.M., Baskic, D., Ignjatovic Ristic, D., et al. (2022). Total costs of inpatient treatment for COVID-19 in a tertiary hospital in Serbia. *Hippokratia*, 26(2): 62-69.

Seymour, M., Moore, S. (2000). *Effective Crisis Management: Worldwide Principles and Practice*. Cassell. ISBN 0304703281.

Shaw, G.L., Harrald, J.R. (2006). The Core Competencies Required of Executive Level Business Crisis and Continuity Managers- The Results. *Journal of Homeland Security and Emergency Management*. doi.org/10.2202/1547-7355.1190.

Shereen, M.A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., Siddique, R. (2020). COVID-19 infection: Emergence, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of Advanced Research*, 24:91-98.

Simmons, C. (2011). *Crisis Management & Organizational Learning: How Organizations Learn from Natural Disasters*. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1351069> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1351069>.

Sun, H., Dickens, B.L., Chen, M., Cook, A. R., Clapham, H.E. (2020). «Estimating number of global importations of COVID-19 from Wuhan, risk of transmission outside mainland China and COVID-19 introduction index between countries outside mainland China». *Medrxiv*: 2020.02.17.20024075. doi:10.1101/2020.02.17.20024075.

Sykes, "The Concise Oxford Dictionary", 1985. Fink S. (1986). "Crisis Management: Planning for the Inevitable". *American Management*.

The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19). *China CDC Weekly*, 2: 113-122.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2020. Real-Time RT-PCR Panel for Detection 2019-Novel Coronavirus.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). COVID-19 Prevention & Treatment.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). COVID-19 Information for Travel.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). What to do if you are sick with 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV).

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). How COVID-19 Spreads. 11 Φεβρουαρίου 2020.

Van Bavel, J.J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., et al. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav*, 4(5):460-471.

Wambani, J., Okoth, P. (2022). SARS-CoV-2 origin, myths and diagnostic technology developments. *Egypt J Med Hum Genet*, 23(1):42.

Wang, N., Shi, X., Jiang, L., Zhang, S., Wang, D., Tong, P., et al. (2013). Structure of MERS-CoV spike receptor-binding domain complexed with human receptor DPP4. *Cell Res*, 23 (8):986.

Watkins, J. (2020). Preventing a covid-19 pandemic. *BMJ*, 368:m810. doi: 10.1136/bmj.m810. PMID: 32111649.

Watson, O.J., Barnsley, G., Toor, J., Hogan, A.B., Winskill, P., Ghani, A.C. (2022). Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis*, 22(9):1293-1302.

Williams, T.A., Gruber, D.A., Sutcliffe, K.M., Shepherd, D.A., & Zhao, E.Y. (2017). Organizational response to adversity: Fusing crisis management and resilience research streams. *Academy of Management Annals*, 11:733–769.

Whitelaw, S., Mamas, A.M., Topol, E., Van Spall, H.G.C. (2020). Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *Lancet Digit Health*, 2(8):e435-e440.

WHO COVID-19 situation report 29. 19 Φεβρουαρίου 2020.

Wong, S.Y.S., Zhang, D., Sit, R.W.S., Yip, B.H.K., Chung, R.Y-N., Wong, C.K.M., et al. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract*, 70(700):e817-e824.

World Health Organisation. (2020). Advice for public.

World Health Organization. Getting your workplace ready for COVID-19. 27 Φεβρουαρίου 2020.

World Health Organization. (2020). Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak.

World Health Organization. (2020). Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: Interim guidance.

Xiao, K., Zhai, J., Feng, Y. (2020). «Isolation and Characterization of 2019-nCoV-like Coronavirus from Malayan Pangolins». bioRxiv 2020.02.17.951335.

Yang, Y., Qingbin, L., Mingjin, L., Yixing, M.W., Anran, Z., Neda; J., et al. (2020). «Epidemiological and clinical features of the 2019 novel coronavirus outbreak in China». MedRxiv: 2020.02.10.20021675. doi:10.1101/2020.02.10.20021675.

Zhong, N., Zheng, B., Li, Y., Poon, L., Xie, Z., Chan, K., et al. (2003). Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. *The Lancet*, 362 (9393):1353-1358.

Zhou, P., Yang, X-L., Wang, X-G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., et al. (2020). «Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin». bioRxiv: 2020.01.22.914952. doi:10.1101/2020.01.22.914952.

Zuzák, R., Rymešová, P. (2008). "Managerial competencies in tackling an acute company crisis," *Agricultural Economics*, Czech Academy of Agricultural Sciences, 54(3):125-128.

Ιστοσελίδες

who.int. (2020). «Advice for public».

www.who.int. (2020). «When and how to use masks».

www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019. Last update: 19 July 2023 at 09:20 am EEST.

www.covidstats.gr/eody.html.

www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/update-treatments-vaccines-against-covid-19-under-development_en.pdf.

ABSTRACT

Crises are defined as sudden, unprecedented events that threaten the stability and the well-being of an organization, interwoven with human societies and their history. These events often pose a danger to the resources used and the members of the organization, as well as often cause loss of control and must be quickly tackled in order for the repercussions to be minimized and the organization's longevity to be ensured. The term "crisis management" refers to all the methods and strategies, designed and implemented in order to identify the threat on time, monitor it and either prevent it or mitigate its effects, as well as planning for potential future crisis and creating plans to reduce their impact on the organization. The elements of a crisis are what make its management a challenging feat and the choice of strategies and policies implemented for that goal are of great importance.

The study at hand is a retrospective case study. Its goal is recording the challenges faced by the health organizations during the COVID-19 pandemic, through the experience of one of the biggest hospitals in the Attica region (Nikaia General Hospital).

The results show that the goals reached were the development of a strategy plan, the costs of damages in the health system were calculated using special rates, the needs that had to be met and means required for the health organization to recover were recognized and addressed. In a nutshell, the change of government and administration culture regarding crisis management in areas like information, education and staffing during critical periods is an important guideline.

For the post-crisis period to be considered successful for the stability of the organization, it needs an evaluation of the strategy plans and organizational changes in administration.

Key words: COVID-19, SARS-CoV-2, crisis management, CDC, WHO, input, output, PPE