



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Διπλωματική εργασία

**Η ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ
ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

της

ΙΩΑΝΝΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΑΥΓΟΥΣΤΙΔΟΥ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων
(με εξειδίκευση στη Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων)

Μάρτιος 2019

Ιανουάριος 2019

Αφιερώσεις

στον σύζυγο μου Ιωάννη

και στα παιδιά μου Χρυσούλα και Συνάναρχο - Μιχαήλ

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει εκπονηθεί στα πλαίσια του διατμηματικού προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων με εξειδίκευση στη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Πριν την παρουσίαση του περιεχομένου της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους, οι οποίοι συνέβαλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωση της, στην επίτευξη των στόχων που έθεσα αλλά και στην πραγματοποίηση των ονείρων που έκανα.

Θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Τσιότρα Γεώργιο, Καθηγητή του τμήματος Ο.Δ.Ε., για την εμπιστοσύνη, την επιστημονική καθοδήγηση και την άμεση και ουσιαστική συμβολή του κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής, την κ. Γκοτζαμάνη Αικατερίνη, Καθηγήτρια του τμήματος Ο.Δ.Ε. και τον κ. Βούζα Φώτιο, Καθηγητή του τμήματος Ο.Δ.Ε..

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τον σύζυγο μου Ιωάννη, τα δύο μου παιδιά Χρυσούλα και Συνάναρχο - Μιχαήλ και τους γονείς μας για την υπομονή και την αμέριστη υποστήριξη και συμπαράσταση τους.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία διερευνά τον τρόπο με τον οποίο η υποκίνηση του εργατικού δυναμικού στους οργανισμούς υγείας, μπορεί να συνεισφέρει στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Το θέμα καλύπτεται σε θεωρητικό επίπεδο μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σε θέματα βελτίωσης της ποιότητας στις μονάδες υγείας και σε θέματα υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο εργασίας. Συνολικά, από τις έρευνες που μελετήθηκαν φαίνεται ότι η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να συνεισφέρει στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης, καθώς το υψηλά υποκινημένο ανθρώπινο δυναμικό, είναι πιο παραγωγικό, έχει αυξημένη απόδοση, έχει αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και μεγαλύτερα επίπεδα δέσμευσης στον οργανισμό. Αυτά τα θετικά αποτελέσματα με την σειρά τους επιδρούν στην ποιότητα της περίθαλψης θετικά, αυξάνοντας την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενισχύοντας την αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας και τις απόψεις των εργαζομένων της υγείας για την ποιότητα της περίθαλψης. Αντίθετα τα χαμηλότερα επίπεδα υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού, οδηγούν σε χαμηλό ηθικό στους εργαζομένους, αυξάνουν την πιθανότητα αποχώρησης από την εργασία, ενισχύουν την συναισθηματική εξάντληση και την επαγγελματική εξουθένωση, παράγοντες οι οποίοι στο σύνολο τους, αυξάνουν την πιθανότητα λαθών στην παροχή της περίθαλψης και ενισχύουν την δυσαρέσκεια των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ως εκ τούτου είναι σημαντικό να θεωρηθεί η υποκίνηση του προσωπικού του τομέα της υγείας, ένα κεντρικό ζήτημα στην πολιτική για την υγεία, ιδιαίτερα στις δημόσιες μονάδες υγείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης.

Λέξεις Κλειδιά: ποιότητα, υγειονομική περίθαλψη, υποκίνηση, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού

Abstract

This study explores the way employee motivation in health organizations can contribute to quality improvement of care. The topic is covered theoretically by the review of international literature on issues of quality improvement in healthcare units and on the motivation of human resources at work. Overall, research studies have shown that employee motivation can contribute to improving the quality of care provided, as the highly motivated human resources are more productive, have increased performance, have higher levels of job satisfaction and higher levels of commitment to the organization. These positive effects in turn, affect the quality of care positively, increasing patient satisfaction with the services provided, enhancing the efficiency of health organizations and the views of health workers on the quality of care. On the contrary, lower levels of employee motivation lead to low employee morale, increase turnover, enhance emotional exhaustion and burnout, all of which increase the likelihood of health care errors and strengthen patient dissatisfaction with the services provided. It is therefore important to consider employee motivation as a central issue in health policy, especially in public health units, which face multiple challenges in providing healthcare.

Key Words: quality, healthcare, motivation, human resources management

Περιεχόμενα

Αφιερώσεις	ii
Ευχαριστίες	iii
Περίληψη	iv
Abstract	v
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1ο: Η διαχείριση της ποιότητας στον τομέα της υγείας	3
1.1. Η έννοια της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών	3
1.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας στον τομέα της υγείας	6
1.3. Συστήματα και διασφάλιση ποιότητας στον τομέα της υγείας	12
Κεφάλαιο 2ο: Υποκίνηση ανθρώπινου δυναμικού	20
2.1. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στον τομέα της υγείας	20
2.2. Υποκίνηση ανθρώπινου δυναμικού – ορισμός	22
2.3. Θεωρίες και μοντέλα υποκίνησης ανθρώπινου δυναμικού	24
Κεφάλαιο 3ο: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	34
3.1. Παράγοντες υποκίνησης ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας	34
3.2. Ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού στην διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας	38
3.3. Η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας	43
Κεφάλαιο 4ο: Συμπεράσματα	49
4.1. Συζήτηση – συμπεράσματα	49
4.2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	51
Βιβλιογραφία	53

Ευρετήριο διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1. Οι διαστάσεις της ποιότητας στον τομέα της υγείας	10
Διάγραμμα 1.2. Κύκλος PDCA	16
Διάγραμμα 1.3. Αρχές λιτής διαχείρισης για την βελτίωση της τεχνικής αποτελεσματικότητας	18
Διάγραμμα 2.1. Κατηγορίες θεωριών υποκίνησης	25
Διάγραμμα 2.2. Ιεράρχηση Ανθρωπίνων αναγκών του Maslow	26
Διάγραμμα 2.3. Θεωρία δύο παραγόντων του Herzberg	29

Εισαγωγή

Ο τομέας της υγείας είναι ένας τομέας έντασης εργασίας, όπου η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συνδέεται με την παραγωγικότητα, τις δεξιότητες, τα κίνητρα και την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Με την αυξημένη κοινωνική ζήτηση για αποτελεσματικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, έχει γίνει μια πρόκληση, για τους διαχειριστές των οργανισμών υγείας να υποκινούν τους εργαζόμενους τους και ταυτόχρονα να εκπληρώνουν τις προσδοκίες των ασθενών (Parathanassiou et al, 2014).

Η υποκίνηση είναι οι διαδικασίες που καθορίζουν την ένταση, την κατεύθυνση και την επιμονή της προσπάθειας για την επίτευξη ενός στόχου στα άτομα. Η υποκίνηση προέρχεται από μια ανάγκη που πρέπει να εκπληρωθεί, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Στο οργανωτικό πλαίσιο η υποκίνηση γίνεται μέσα από την παροχή κινήτρων στον χώρο εργασίας, τα οποία μπορεί να είναι τόσο οικονομικά (μισθός, κλπ.), όσο και μη οικονομικά (συνθήκες εργασίας, κοινωνικές σχέσεις, δυνατότητες προώθησης και ανάπτυξης, κλπ.). Κάθε εργαζόμενος θεωρείται ότι υποκινείται τόσο από εσωτερικές ανάγκες, όσο και από εξωτερικούς παράγοντες-κίνητρα στον χώρο εργασίας (Lambrou et al, 2010).

Η έρευνα έχει υπογραμμίσει τη σημασία των αποτελεσματικών πολιτικών ανθρώπινου δυναμικού για τη βελτίωση της απόδοσης του συστήματος υγείας. Στο πλαίσιο αυτό η υποκίνηση είναι το κλειδί για την επιτυχή επίτευξη προσωπικών και / ή οργανωτικών στόχων (Jaiswal et al, 2014). Το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που δεν μπορούν να αγνοηθούν και τα κίνητρα μπορούν να διαδραματίσουν αναπόσπαστο ρόλο σε πολλές από τις επιτακτικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα η υγειονομική περίθαλψη. Οι οργανώσεις υγείας αντιμετωπίζουν εξωτερικές πιέσεις που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά χωρίς κατάλληλες προσαρμογές στο εργατικό δυναμικό και η υποκίνηση του εργατικού δυναμικού, φαίνεται έτσι να αποτελεί κρίσιμο μέρος της διαδικασίας ανάπτυξης της πολιτικής για την βελτίωση της ποιότητας της υγείας (Lambrou et al, 2010).

Η παρούσα εργασία μελετά τον τρόπο με τον οποίο η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού στους οργανισμούς υγείας μπορεί να συνεισφέρει στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας, έγινε επισκόπηση της βιβλιογραφίας, μέσα από την αναζήτηση επιστημονικών άρθρων και βιβλίων σε βάσεις δεδομένων όπως οι PUBMED, SCOPUS, EMBASE και Google

Scholar, σχετικά με το θεωρητικό πλαίσιο της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και της ποιότητας της περίθαλψης, αλλά και της μεταξύ τους σύνδεσης.

Η εργασία διαρθρώνεται σε τέσσερα συνολικά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η σχετική θεωρία γύρω από την ποιότητα τα περίθαλψης. Τα θέματα που συζητούνται είναι ο ορισμός και οι διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας υγείας, καθώς και τα συστήματα που χρησιμοποιούν οι οργανισμοί υγείας για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει την θεωρία της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού. Τα θέματα στα οποία δίνεται βάση είναι η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, ο ορισμός της υποκίνησης και τα είδη των κινήτρων των εργαζομένων καθώς και οι θεωρίες της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται επισκόπηση της βιβλιογραφίας για την απάντηση του βασικού ερευνητικού ερωτήματος της εργασίας, δηλαδή της σύνδεσης μεταξύ της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης. Συγκεκριμένα παρουσιάζονται αποτελέσματα ερευνών που μελετούν τους παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού σε οργανισμούς του τομέα της υγείας, ερευνών που μελετούν την σημαντικότητα των ανθρωπίνων πόρων στην παροχή ποιοτικής περίθαλψης και ερευνών που μελετούν την επίδραση της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού, στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα σημαντικότερα συμπεράσματα συνοψίζονται στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, στο οποίο επίσης παρέχονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Κεφάλαιο 1ο: Η διαχείριση της ποιότητας στον τομέα της υγείας

1.1. Η έννοια της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών

Αν και πολλοί ερευνητές και οργανισμοί έχουν προσπαθήσει να ορίσουν την έννοια της ποιότητας με βάση διαφορετικές πτυχές, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Η έννοια της ποιότητας έχει επίσης αλλάξει με την πάροδο των ετών. Η ποιότητα αρχικά συνδέθηκε με τα απτά προϊόντα και στο πλαίσιο αυτό έχει άμεσα οριστεί ως «καταλληλότητα για χρήση» (Juran, 1988) και ως «μηδενικά ελαττώματα» με βάση τη σχετική θεωρία του Crosby (Crosby, 1979). Αργότερα αυτή η ερμηνεία επεκτάθηκε και οι ειδικοί άρχισαν να εφαρμόζουν την έννοια της ποιότητας σε όλα τα στοιχεία της αλυσίδας παραγωγής, τα οποία περιλαμβάνουν διαδικασίες και υπηρεσίες. Ως αποτέλεσμα η ποιότητα άρχισε να ορίζεται και ως χαρακτηριστικό των διαδικασιών και των υπηρεσιών (Becser, 2007).

Η Feigenbaum (1991) όρισε την ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ως το σύνολο των σύνθετων χαρακτηριστικών προϊόντων και υπηρεσιών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της κατασκευής και της συντήρησης, μέσω των οποίων το προϊόν και η υπηρεσία που χρησιμοποιείται θα ικανοποιεί τις προσδοκίες του πελάτη. Το ενδιαφέρον για την μελέτη της ποιότητας στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών, εντάθηκε, καθώς η σημασία των υπηρεσιών στην οικονομία αυξήθηκε και έτσι η ποιότητα άρχισε να λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη προσοχή σε πολλούς τομείς παροχής υπηρεσιών, όπως οι τηλεπικοινωνίες, οι υπηρεσίες υγείας, οι δημόσιες υπηρεσίες, η εκπαίδευση, κλπ. (Ducq et al, 2008).

Ωστόσο ένα στοιχείο το οποίο είναι σταθερό μεταξύ των ορισμών της ποιότητας είναι η ανταπόκριση στις προσδοκίες των πελατών ή στις απαιτήσεις τους. Είτε πρόκειται για ένα προϊόν είτε για μια υπηρεσία, η ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών είναι το σημαντικότερο στοιχείο της έννοιας της ποιότητας. Σύμφωνα με τον Deming (1986), η ποιότητα σημαίνει την υπέρβαση των προσδοκιών του αγοραστή κατά τη διάρκεια ζωής του προϊόντος (ή υπηρεσίας) και η ποιότητα ως έννοια δεν έχει νόημα, εκτός αν πλαισιώνει τις προσδοκίες των αγοραστών. Μια άλλη παραδοσιακή ερμηνεία της ποιότητας, είναι αυτή στην οποία η ποιότητα σημαίνει συμμόρφωση με τις εσωτερικές

προδιαγραφές και πρότυπα και καταλληλότητα χρήσης. Σύμφωνα με τον Becser, (2007), η ποιότητα δεν σημαίνει απλώς την ικανοποίηση ή την υπέρβαση των προσδοκιών των αγοραστών, αλλά μάλλον την ικανοποίηση ή την υπέρβαση των περιβαλλοντικών και κοινωνικών προσδοκιών και αναφέρεται σε ολόκληρο τον οργανισμό (εταιρεία, όργανα), το περιβάλλον, τις υποδομές και την κοινωνία.

Μεταξύ των πολλών και διαφορετικών ορισμών της ποιότητας, έχουν αναπτυχθεί διαφορετικές προσεγγίσεις. Ο Garvin (1988) στο πλαίσιο αυτό καθόρισε πέντε βασικές προσεγγίσεις της ποιότητας ως εξής:

- (i) Υπερβατική προσέγγιση: Η ποιότητα μπορεί να προσδιοριστεί μόνο μέσα από τις εμπειρίες.
- (ii) Προσέγγιση βασισμένη στο προϊόν: Η ποιότητα ορίζεται από την ύπαρξη ή την έλλειψη ορισμένων χαρακτηριστικών. Εάν το προϊόν ή η ποιότητα - από την άποψη του ατόμου που κάνει την κρίση - έχει πλεονεκτήματα και τα επιθυμητά χαρακτηριστικά, τότε ο πελάτης θα βρει το προϊόν ή την υπηρεσία, ως υψηλής ποιότητας.
- (iii) Βιομηχανική προσέγγιση: Η ποιότητα σημαίνει ότι το προϊόν ή η υπηρεσία κατά τη διάρκεια της κατασκευής συμμορφώνεται με τις προκαθορισμένες προσδοκίες και προδιαγραφές. Εάν δεν πληρούνται οι προδιαγραφές, η ποιότητα είναι κακή. Η προσέγγιση αυτή προϋποθέτει ότι οι προδιαγραφές του προϊόντος ή της υπηρεσίας συνδέονται στενά με τις προσδοκίες των αγοραστών και η συμμόρφωση με αυτές θα καθορίσει την ικανοποίηση του πελάτη.
- (iv) Προσέγγιση με βάση τον χρήστη: Η ποιότητα καθορίζεται από το χρήστη. Η ικανοποίηση των προσδοκιών των πελατών είναι τα βασικά κριτήρια της έννοιας της ποιότητας. Αυτή η προσέγγιση είναι σύμφωνη με την ιδέα του μάρκετινγκ που αναπτύχθηκε από τον Kotler, (1998), η οποία δηλώνει ότι ο πρωταρχικός στόχος ενός οργανισμού είναι να ικανοποιήσει πλήρως τον πελάτη.
- (v) Προσέγγιση με βάση την αξία: Η ποιότητα καθορίζεται από την προσπάθεια του χρήστη να λάβει την υπηρεσία ή το προϊόν (π.χ. χρήματα, έρευνα) και το κέρδος (αξία) που προκύπτει από τη χρήση της υπηρεσίας ή την απόκτηση του προϊόντος. Η απόκτηση ενός συγκεκριμένου προϊόντος σε λογική τιμή θα κάνει

τον πελάτη να αντιληφθεί ότι η ποιότητα είναι υψηλότερη (αισθάνεται ότι αξίζει τον κόπο), παρά αν αγόραζε το ίδιο προϊόν σε υψηλή τιμή.

Ο Veress (1996) καθορίζει επίσης την ποιότητα της συνολικής διαδικασίας παραγωγής-κατανάλωσης. Υποστηρίζει ότι η ποιότητα της διαδικασίας παραγωγής και κατανάλωσης είναι η κρίση εκείνων που ενδιαφέρονται για τη διαδικασία παραγωγής -κατανάλωσης (πελάτης, παραγωγός και κοινωνία) στην αξία της παραπάνω διαδικασίας που επηρεάζεται από το περιβάλλον της σύνδεσης (π.χ. ανάπτυξη της οικονομίας της αγοράς, οργανωτική δομή της κρατικής διοίκησης και της οικονομίας της αγοράς) (Veress, 1996). Εκτός από τα υποκειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας, συμπεριλαμβάνει τους παράγοντες της αξιοπιστίας (ο προβλεπόμενος χρόνος της διαδικασίας, η αβίαστη λειτουργία) και της ασφάλειας της διαδικασίας (αν η διαδικασία δεν περιέχει κανένα κίνδυνο για τα ενδιαφερόμενα μέρη).

Σε οργανωτικό επίπεδο, η ποιότητα είναι μια στρατηγική, η οποία εφαρμόζεται στην οργάνωση, η οποία διαδίδει και ακολουθεί μια σειρά από διαδικασίες. Οι Tenner και DeToro (1993) υποστήριξαν ότι η ποιότητα είναι βασικές επιχειρηματικές στρατηγικές που παρέχουν αγαθά και υπηρεσίες που ικανοποιούν απόλυτα τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς πελάτες, ανταποκρινόμενοι στις ρητές και έμμεσες προσδοκίες τους.

Το σύστημα διαχείρισης ποιότητας ISO 9000 παρέχει επίσης μια γενική ερμηνεία της ποιότητας. Το τεχνικό λεξικό (ISO 9000: 2005) ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό, στον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών ικανοποιεί τις απαιτήσεις. Σε αυτή τη μορφή ο ορισμός αντικατοπτρίζει τη γενική φύση των προτύπων και απαιτεί εξηγήσεις σε πολλά σημεία ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής. Ο ορισμός μπορεί να ερμηνευθεί ως συναφής με τη διαδικασία παραγωγής / εξυπηρέτησης αλλά και με το αποτέλεσμα της διαδικασίας. Σύμφωνα με την αρχή του ορισμού, η ποιότητα είναι ένα συνολικό αποτέλεσμα, που προκύπτει από τη σύγκριση των προσδοκιών και των εγγενών χαρακτηριστικών, αλλά λόγω του γενικού χαρακτήρα της, δεν είναι σαφές ποια είναι τα εξετασθέντα χαρακτηριστικά και ποιες προσδοκίες πρέπει να πληρούν. Στην περίπτωση των προϊόντων (τόσο υλικών όσο και άυλων), πρόκειται για αντικειμενικά καθορισμένες απαιτήσεις. Στην περίπτωση των υπηρεσιών η υποκειμενικότητα είναι σημαντική, επειδή οι συνθήκες καθορίζονται όχι μόνο από το άτομο αλλά και από την υπηρεσία και το περιβάλλον της. Σε σχέση με τα φυσικά ή άλλα προϊόντα και την παραγωγή τους, τα χαρακτηριστικά που πρέπει να αξιολογηθούν είναι συχνά σαφώς

αναγνωρίσιμα, όπου τα χαρακτηριστικά καθορίζονται από πρότυπα, ενώ στην περίπτωση των υπηρεσιών (οι οποίες βασίζονται στην αλληλεπίδραση του ατόμου και της οργάνωσης, τα εγγενή χαρακτηριστικά καθορίζονται επίσης από τη διαδικασία της υπηρεσίας, το αποτέλεσμα, τον γεωγραφικό τόπο ή τον πολιτισμό του τόπου όπου παρέχεται η υπηρεσία και αυτό καθιστά προβληματική τη γενίκευση (Goetsch και Davis, 2014).

Συνολικά η ποιότητα σημαίνει την εκτίμηση της συνολικής αξίας του πελάτη που παρέχεται σε σχέση με μια συγκεκριμένη μονάδα, η οποία εκφράζεται από το βαθμό συνάντησης ή υπέρβασης των υλικών εσωτερικών και εξωτερικών προδιαγραφών που σχετίζονται με τη μονάδα, με τον τρόπο με τον οποίο τις αντιλαμβάνονται οι πελάτες. Τα εγγενή χαρακτηριστικά προσδιορίζονται από τον οργανισμό και τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά που καθορίζονται από τις οντότητες που περιβάλλουν τον οργανισμό (π.χ. τομεακά πρότυπα, εσωτερικοί κανόνες, κοινωνικές προσδοκίες κ.λπ.). Οι εξωτερικές ιδιότητες καθορίζονται μάλλον από τις υποκειμενικές προσδοκίες των πελατών και τις προτιμήσεις που σχετίζονται με τη μονάδα. Οι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα μπορούν φυσικά να αλλάζουν σε ατομική βάση (Goetsch και Davis, 2014). Ειδικότερα στον τομέα των υπηρεσιών τα στοιχεία της ποιότητας αναφέρονται σε χαρακτηριστικά, όπως η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η ικανότητα, η ευγένεια, η αξιοπιστία, η ασφάλεια, η προσβασιμότητα, η επικοινωνία και η κατανόηση του πελάτη (Garvin, 1998).

1.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας στον τομέα της υγείας

Η υγειονομική περίθαλψη είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η πρόληψη ασθενειών, τραυματισμών και άλλων σωματικών και ψυχικών προβλημάτων στον άνθρωπο. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, όπως ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κλπ.. Αναφέρεται στο έργο που παρέχεται για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δευτεροβάθμιας περίθαλψης και τριτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και για τη δημόσια υγεία (Gurta και Rokade, 2016).

Στο πλαίσιο της παροχής της υγειονομικής περίθαλψης η ποιότητα είναι ένα πρότυπο για κάτι που μετράται, σε σχέση με άλλα παρόμοια πράγματα. Ο πιο ανθεκτικός και ευρέως διαδεδομένος ορισμός της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης

διατυπώθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής το 1990. Το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) έχει ορίσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ως *«το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και συνάδουν με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις»* (Gupta και Rokade, 2016: 86). Η ποιότητα της τεχνικής φροντίδας συνίσταται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας κατά τρόπο που να μεγιστοποιεί τα οφέλη της για την υγεία χωρίς να αυξάνει αντίστοιχα τους κινδύνους της (Buttell et al, 2008).

Οι Laffel και Blumenthal (1989), προέθεσαν επίσης στον παραπάνω ορισμό, ότι η ποιότητα σημαίνει την φροντίδα που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ασθενών και των άλλων πελατών των υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη ποιότητας (Rahmqvist και Bara, 2010).

Ο Donabedian (1980: 9) χαρακτήρισε την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ως *«το είδος φροντίδας το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία των ασθενών, αφού ληφθεί υπόψη η ισορροπία των αναμενόμενων οφελών και ζημιών στη διαδικασία της φροντίδας»*.

Σύμφωνα με μεταγενέστερη έρευνα, του ίδιου ερευνητή η ποιότητα μπορεί επίσης να οριστεί ως *«οι ικανότητες για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων με νόμιμα μέσα»*, όπου οι επιδιωκόμενοι στόχοι υποδηλώνουν *«το επιτεύξιμο επίπεδο υγείας»* (Donabedian, 1988:1745). Έτσι, η ποιότητα επιτυγχάνεται όταν ένας γιατρός βοηθά σωστά τον ασθενή να επιτύχει ένα εφικτό επίπεδο υγείας (Helminen, 2000).

Από την άλλη πλευρά, ο Onreveit (1992) όρισε την ποιότητα ως την πλήρη ικανοποίηση των αναγκών, εκείνων που χρειάζονται περισσότερο την υπηρεσία, με το χαμηλότερο κόστος για τον οργανισμό, εντός ορίων και οδηγιών που καθορίζονται από ανώτερες αρχές.

Αυτές οι διαφορετικές προσεγγίσεις στην ποιότητα δείχνουν ότι υπάρχουν πολλές διαφορετικές προοπτικές όσον αφορά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, μέσα από τις οποίες μπορεί να αναλυθεί η ποιότητα και πως η ποιότητα στον τομέα αυτό έχει πολλές διαστάσεις. Οι σημαντικότερες από αυτές τις διαστάσεις οι οποίες εντοπίζονται στη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν την τεχνική ικανότητα, την προσβασιμότητα, την

ασφάλεια των ασθενών, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα, τα αποτελέσματα, και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Pilgrimiené και Buđiūnienė, 2008).

Αρχικά η τεχνική ικανότητα αναφέρεται στις δεξιότητες, τις γνώσεις, τις δυνατότητες και την πραγματική απόδοση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των διευθυντών και του προσωπικού υποστήριξης. Η τεχνική επάρκεια σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο οι πάροχοι εκτελούν πρακτικές οδηγίες και πρότυπα όσον αφορά την αξιοπιστία, την ακρίβεια και τη συνοχή (Brown et al., 1998). Για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει κλινικές δεξιότητες σχετικές με την προληπτική φροντίδα, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παροχή συμβουλών υγείας. Η ικανότητα στη διαχείριση της υγείας απαιτεί δεξιότητες στην εποπτεία, την κατάρτιση και την επίλυση προβλημάτων. Οι απαιτούμενες δεξιότητες του προσωπικού υποστήριξης εξαρτώνται από τις προσωπικές περιγραφές θέσεων εργασίας. Η ικανότητα είναι πολύ σημαντική διάσταση για τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης και αντιπροσωπεύει το βαθμό στον οποίο οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας έχουν κατάρτιση και ικανότητες διάγνωσης, θεραπείας και επικοινωνίας με τους ασθενείς (Kelley and Hurst, 2006).

Η ικανότητα και οι τεχνικές δεξιότητες θα πρέπει επίσης να διατηρούνται και να εξελίσσονται δεδομένου ότι η ιατρική επιστήμη και η τεχνολογία προχωρούν και εξελίσσονται επίσης με ταχείς ρυθμούς. Αυτό σημαίνει ότι η αυξημένη τεχνογνωσία και οι αυξημένοι πόροι δεν θα μεταφραστούν από μόνοι τους στην υψηλή ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης την οποία οι πληθυσμοί και τα άτομα προσδοκούν. Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται η παροχή φροντίδας έχει καταστεί εξίσου σημαντικός. Οι δαπάνες για την υγεία στις βιομηχανικές χώρες έχουν διπλασιαστεί τα τελευταία 30 χρόνια. Ωστόσο, οι χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες για την υγεία, δεν είναι πάντα και αυτές που έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα. Ένας λόγος είναι ο κατακερματισμός των συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η προοπτική των συστημάτων και ο προσανατολισμός των συστημάτων στην παροχή και τη βελτίωση της ποιότητας είναι θεμελιώδους σημασίας για την πρόοδο και την ικανοποίηση των προσδοκιών, τόσο των πληθυσμών, όσο και των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (WHO, 2006).

Η προσβασιμότητα είναι η ευκολία με την οποία παραλαμβάνονται οι υπηρεσίες υγείας από τους ασθενείς. Η πρόσβαση μπορεί να είναι φυσική, οικονομική ή ψυχολογική και απαιτεί την ύπαρξη a priori υπηρεσιών υγείας (Kelley and Hurst, 2006). Η οργανωτική

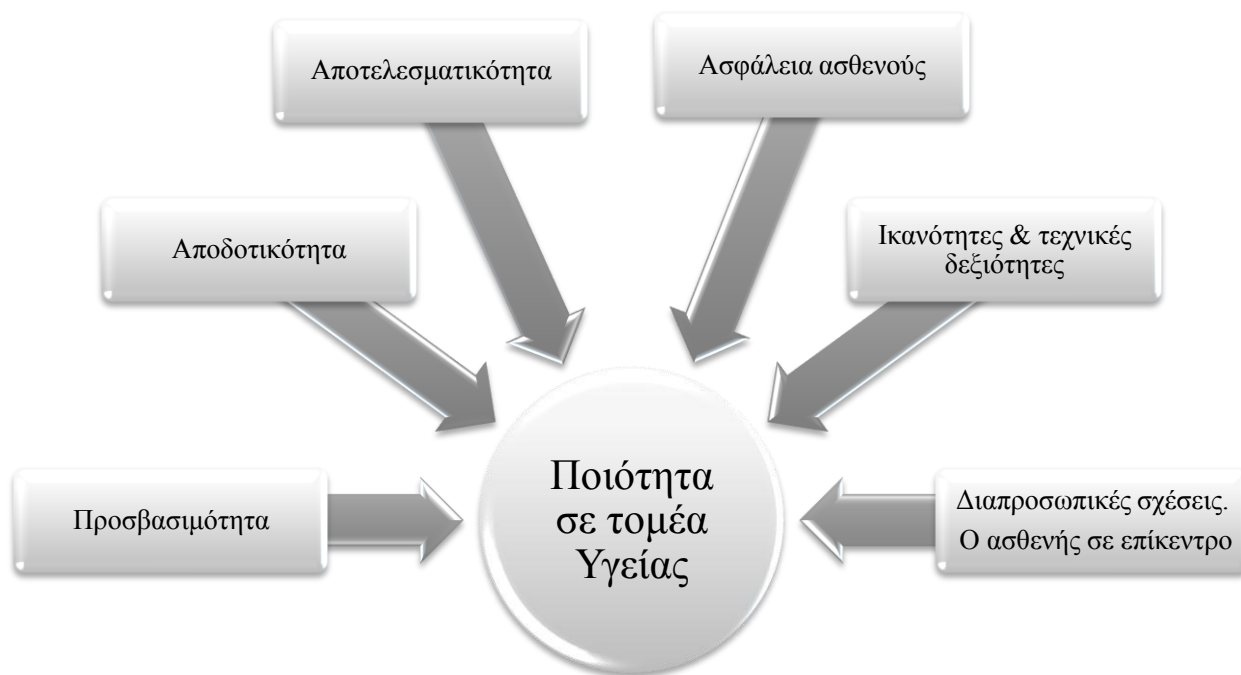
πρόσβαση αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες είναι κατάλληλα οργανωμένες για τους πελάτες-ασθενείς και καλύπτουν θέματα όπως οι ώρες κλινικής και τα συστήματα διορισμών, ο χρόνος αναμονής και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών (Brown et al., 1998).

Η διάσταση της ασφάλειας σημαίνει το βαθμό στον οποίο οι διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης αποφεύγουν, προλαμβάνουν και βελτιώνουν τα αρνητικά αποτελέσματα ή τους τραυματισμούς που προέρχονται από τις διαδικασίες της ίδιας της υγειονομικής περίθαλψης (Kelley and Hurst, 2006). Η ασφάλεια σημαίνει ελαχιστοποίηση των κινδύνων τραυματισμού, μόλυνσης, επιβλαβών παρενεργειών ή άλλων κινδύνων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ασφάλεια αφορά τόσο τον πάροχο, όσο και τον ασθενή (Brown et al, 1998). Η ασφάλεια και η ποιότητα είναι άμεσα συνδεδεμένες, καθώς το βέλτιστο επίπεδο ασφάλειας για τους ασθενείς μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Όταν εξασφαλίζεται η ποιότητα όλων των διαδικασιών στην περίθαλψη του ασθενή, οι πιθανές απειλές ασφάλειας αναγνωρίζονται νωρίς, προκειμένου να αποτρέψουν την απειλή να γίνει ατύχημα (De Jonge et al, 2011).

Μια ακόμα βασική διάσταση είναι η αποτελεσματικότητα, η οποία αναφέρεται στον βαθμό επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων, δεδομένης της σωστής παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης βασιζόμενων σε τεκμήρια σε όλους όσους θα μπορούσαν να επωφεληθούν, αλλά όχι σε όσους δεν θα επωφεληθούν (Arah et al., 2006). Ο Donabedian τονίζει ότι η αποτελεσματικότητα είναι ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται πράγματι βελτιώσεις στην υγεία (Donabedian, 1980; 2005). Ο Juran (1988) και άλλοι συγγραφείς αναφέρουν την αποτελεσματικότητα ως το βαθμό στον οποίο οι διαδικασίες οδηγούν σε επιθυμητά αποτελέσματα, χωρίς σφάλματα. Η αποτελεσματικότητα αποτελεί μια σημαντική διάσταση της ποιότητας σε κεντρικό επίπεδο, όπου καθορίζονται οι προδιαγραφές και τα πρότυπα (Juran and Godfrey, 2000).

Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντική διάσταση της ποιότητας, διότι επηρεάζει την προσιτότητα των υπηρεσιών, επειδή οι πόροι της υγειονομικής περίθαλψης είναι συνήθως περιορισμένοι. Οι αποδοτικές υπηρεσίες παρέχουν τη βέλτιστη και όχι τη μέγιστη φροντίδα στον ασθενή και την κοινότητα, παρέχουν δηλαδή το μεγαλύτερο δυνατό όφελος, με βάση τους διαθέσιμους πόρους. Η

αποδοτικότητα είναι η βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος για να αποφέρει τα μέγιστα οφέλη ή αποτελέσματα. Αναφέρεται στην ικανότητα του συστήματος να λειτουργεί με το χαμηλότερο κόστος, χωρίς να μειώνει τα εφικτά και επιθυμητά αποτελέσματα (Donabedian, 2005).



Διάγραμμα 1.1. Οι διαστάσεις της ποιότητας στον τομέα της υγείας

Τέλος η διάσταση των διαπροσωπικών σχέσεων αναφέρεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ παρόχων και ασθενών, διευθυντών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των ιδρυμάτων υγείας και της κοινότητας. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις δημιουργούν εμπιστοσύνη και αξιοπιστία μέσω της απόδειξης του σεβασμού, της εμπιστευτικότητας, της ευγένειας, της απόκρισης και της ενσυναίσθησης. Η αποτελεσματική ακρόαση και η επικοινωνία είναι επίσης σημαντικά. Οι ανεπαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν να μειώσουν την αποτελεσματικότητα μιας τεχνικά αρμόδιας υγειονομικής υπηρεσίας. Άλλοι όροι, όπως η «ανταπόκριση» - η προθυμία ή η ετοιμότητα των εργαζομένων να παρέχουν υπηρεσίες (Parasuraman et al., 1985, 1988) ή η «επικέντρωση στον ασθενή»

χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν αυτή τη διάσταση (Piligrimiené και Bučičūnienė, 2008).

Στο ίδιο πλαίσιο η ικανοποίηση των ασθενών έχει επίσης θεωρηθεί ως μια σημαντική διάσταση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι πολύπλευρη και είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί. Οι προσδοκίες των ασθενών για την φροντίδα συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Raj et al, 2015). Για ορισμένους ερευνητές η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα του χάσματος μεταξύ των αναμενόμενων και των αντιληπτών χαρακτηριστικών μιας υπηρεσίας (Fitzpatrick και Hopkins 1983). Για τους Woodside et al (1989) η ικανοποίηση του ασθενή είναι μια ιδιαίτερη μορφή στάσης από την πλευρά του ασθενή, με άλλα λόγια, πρόκειται για φαινόμενο μετά την λήψη των υπηρεσιών, το οποίο αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο ο ασθενής ικανοποιήθηκε ή όχι από την υπηρεσία που έλαβε. Οι ασθενείς δίνουν επίσης μεγάλη αξία στην αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς, αλλά και στην αλληλεπίδραση τους με άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Η επικοινωνία ασθενούς-ιατρού έχει αποδειχθεί ότι είναι το κλειδί για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών (Raj et al, 2015). Η διαχείριση των προσδοκιών των ασθενών, καθώς και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που μπορούν επίσης να επηρεάζουν την ικανοποίησή τους, όπως ο πόνος και η κατάθλιψη, μπορεί να είναι δύσκολη. Η εξατομίκευση και η από κοινού λήψη αποφάσεων μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό ειδικών για τον ασθενή παραγόντων, όπως ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις βαθμολογίες ικανοποίησης των ασθενών (Raj et al, 2015).

Η ποιότητα και η διαχείριση και η βελτίωση της, έχει καταστεί ένα σημαντικό θέμα για τους οργανισμούς υγείας, αλλά και για τα συστήματα υγείας στο σύνολο τους. Υπάρχουν δυο βασικοί λόγοι που υποστηρίζουν αυτό το όλο και αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη. Ακόμη και όταν τα συστήματα υγείας είναι καλά ανεπτυγμένα και έχουν επαρκείς πόρους, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η ποιότητα παραμένει μια σοβαρή ανησυχία, με αναμενόμενα αποτελέσματα που δεν είναι προβλέψιμα και με μεγάλες διαφορές στα πρότυπα παροχής υγειονομικής περίθαλψης εντός και μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη στην περίπτωση που τα συστήματα υγείας - ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες - πρέπει να βελτιστοποιήσουν τη χρήση των πόρων και να επεκτείνουν την κάλυψη του πληθυσμού, η διαδικασία βελτίωσης απαιτείται να

βασίζεται σε υγιείς τοπικές στρατηγικές ποιότητας, ώστε να επιτυγχάνονται τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τους ασθενείς (WHO, 2006).

1.3. Συστήματα και διασφάλιση ποιότητας στον τομέα της υγείας

Δεδομένου ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει τα αποτελέσματα της υγείας των ασθενών, αλλά επειδή και κάθε μια από τις προαναφερθείσες διαστάσεις της ποιότητας είναι σημαντικές τόσο για του ασθενείς, όσο και για τους παρόχους υγείας, οι τελευταίοι χρησιμοποιούν συστήματα και πολιτικές διασφάλισης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Τα πιο ευρέως διαδεδομένα από αυτά είναι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και οι πιστοποιήσεις ποιότητας (Talib et al, 2011; Shaw et al, 2014).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) έχει οριστεί ως ένα σύστημα δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην επίτευξη ικανοποιημένων πελατών, εξουσιοδοτημένων υπαλλήλων, υψηλότερων εσόδων και μειωμένου κόστους. Είναι μια φιλοσοφία που στοχεύει στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας και της διαδικασίας για την επίτευξη της ικανοποίησης των πελατών, δηλαδή των ασθενών στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Με απλά λόγια, πρόκειται για την οικοδόμηση της ποιότητας σε προϊόντα και διαδικασίες που καθιστούν την ποιότητα μια ανησυχία και ευθύνη για όλους στην οργάνωση (Gorji και Farooquie, 2011; Τζωρτζόπουλος, 2018). Η ΔΟΠ ενισχύει τα αποτελέσματα για τους ασθενείς, και τα γενικά χαρακτηριστικά των πρακτικών της ΔΟΠ μπορεί να περιλαμβάνουν εστίαση στον ασθενή, θέσπιση στόχων συνεχούς βελτίωσης, διαδικασίες δομημένης επίλυσης προβλημάτων από τους εργαζόμενους, κλπ. (Talib et al, 2011).

Στη ΔΟΠ, πελάτης δεν είναι μόνο ο τελικός αποδέκτης, αλλά και κάθε άτομο του οργανισμού που δέχεται την επίδραση κάποιου άλλου εργαζόμενου. Έτσι, κάθε οργανισμός διαθέτει τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς πελάτες. Συνεπώς, επιδίωξη της ΔΟΠ είναι η συνεχής ικανοποίηση όλων των πελατών. Η εφαρμογή της στηρίζεται στην τήρηση τριών βασικών αρχών, όπως τη δέσμευση της ηγεσίας στην κατεύθυνση για συνεχή βελτίωση, παρέχοντας τα αναγκαία μέσα και το κατάλληλο περιβάλλον, με σταθερό προσανατολισμό στην τελειοποίηση του προϊόντος ή της υπηρεσίας, την επιστημονική γνώση που επιτυγχάνεται με τη συνεχή εκπαίδευση και την κατάρτιση του συνόλου του προσωπικού, οδηγώντας προς τη βελτίωση τον οργανισμό1 και τη συμμετοχή όλου του προσωπικού. Ο όρος «ολική» στη ΔΟΠ

εκφράζει την καθολικότητα της εμπλοκής των εργαζομένων στη βελτίωση των προϊόντων ή των υπηρεσιών (Κουκουφιλίππου, κ.α., 2017).

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει ένα όλο και αυξανόμενο ενδιαφέρον από τους οργανισμούς στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, να εφαρμόσουν τις αρχές και τις πρακτικές της ΔΟΠ, για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της φροντίδας των ασθενών. Ο λόγος είναι ότι οι οργανισμοί στον τομέα αυτό, έχουν έρθει αντιμέτωποι με πολλές προκλήσεις τα τελευταία χρόνια, όπως η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα η ανάγκη για διατήρηση του κόστους σε λογικά επίπεδα για τους ασθενείς, η ταχέως αναπτυσσόμενη εξάρτηση από την τεχνολογία και η πίεση από τους διεθνείς οργανισμούς υγείας για την καθιέρωση προτύπων ποιότητας, προς όφελος της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών (Talib et al, 2016). Η ίδια η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες των οργανισμών υγείας είναι επίσης πολύ σημαντική, καθώς συμβάλλει στην αποτελεσματική και αποδοτική παράδοση του αγαθού της υγείας στους ανθρώπους και στην βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας (Kimberly, 1997) .

Πρακτικά η ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας κάνει χρήση μιας σειράς εργαλείων, τα οποία μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν την εφαρμογή προτύπων ISO, συστημάτων διαχείρισης κινδύνων και ελαχιστοποίησης σφαλμάτων στις διαδικασίες, συστημάτων μέτρησης της απόδοσης των διαφορετικών τμημάτων των μονάδων υγείας και συστημάτων αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών (Hughes, 2008). Στη βιβλιογραφία έχει επίσης αναγνωριστεί μια σειρά βέλτιστων πρακτικών, οι οποίες εφαρμόζονται στους οργανισμούς υγείας στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας και της εφαρμογής εργαλείων ΔΟΠ, όπως η δέσμευση της ηγεσίας για την εφαρμογή αρχών ποιότητας, η ενίσχυση της ομαδικής εργασίας και της εμπλοκής των εργαζομένων, η διαχείριση των διαδικασιών με βάση τη συμμόρφωση σε πρότυπα ποιότητας που βασίζονται στις απαιτήσεις των ασθενών, η εστίαση στην ικανοποίηση του ασθενή από τη στιγμή που θα εισέλθει στον οργανισμό υγείας, μέχρι τη στιγμή που θα αποχωρήσει, η διαχείριση των πόρων (π.χ. υποδομές, καθαριότητα, συντήρηση, διαθεσιμότητα υπηρεσιών, κλπ.), η καλλιέργεια και η διατήρηση μιας κουλτούρας ποιότητας, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας και η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα (Talib et al, 2011).

Στον τομέα της πιστοποίησης, τα πρότυπα ISO είναι σαφώς τα πιο διαδεδομένα. Η πιστοποίηση του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (ISO) και η διαπίστευση της

υγειονομικής περίθαλψης και των φορέων παροχής υπηρεσιών, χρησιμοποιούνται ευρέως ως εργαλεία για τη βελτίωση ή τη ρύθμιση της ποιότητας και της ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη και για τις διασυννοριακές υπηρεσίες μάρκετινγκ. Η πιστοποίηση ISO είναι μια εθελοντική αξιολόγηση που ρυθμίζεται σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Η διαπίστευση της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι εθελοντική (σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο) ή υποχρεωτική σε κυβερνητικό επίπεδο (περιφερειακή ή εθνική). Και τα δύο συστήματα μοιράζονται την αρχή της εκτίμησης όλων των τμημάτων του νοσοκομείου από έναν εξωτερικό επισκέπτη ή μια ομάδα, έναντι δημοσιευμένων απαιτήσεων ή προτύπων που επικεντρώνονται σε συστήματα διαχείρισης ποιότητας και ασφάλειας περισσότερο από τους πόρους ή τα αποτελέσματα. Αυτά τα πρότυπα - ή η ερμηνεία τους - ποικίλλουν εντός και μεταξύ των χωρών, ιδίως όσον αφορά τη διαπίστευση. Το πρότυπο ISO 9001 είναι για παράδειγμα ένα γενικό πρότυπο για συστήματα διαχείρισης ποιότητας σε κάθε κλάδο, αλλά τα πρότυπα διαπίστευσης είναι ειδικά για την υγειονομική περίθαλψη (Shaw et al, 2014).

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας (continuous quality improvement) είναι επίσης μια παρόμοια φιλοσοφία ποιότητας με την ΔΟΠ. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας είναι μια φιλοσοφία της διαχείρισης που χρησιμοποιούν οι οργανισμοί για τη μείωση των αποβλήτων, την αύξηση της αποτελεσματικότητας και την αύξηση της εσωτερικής (σημασίας, υπαλλήλων) και της εξωτερικής ικανοποίησης. Είναι μια συνεχής διαδικασία που αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ένας οργανισμός και τον τρόπο με τον οποίο βελτιώνει τις διαδικασίες του. Η φιλοσοφία πίσω από την συνεχή βελτίωση της ποιότητας, τονίζει την ανάγκη για ομαδική εργασία σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού και υποστηρίζει ότι όλοι οι εργαζόμενοι είναι πολύτιμα μέλη της ομάδας. Αν υποτεθεί ότι οι εργαζόμενοι κάνουν το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής εργασίας που στηρίζει την λειτουργία του οργανισμού, τότε μπορεί να ειπωθεί ότι είναι καλύτερα εφοδιασμένοι για να προτείνουν αλλαγές, σε σχέση με τους ηγέτες, οι οποίοι συχνά ασχολούνται με περισσότερα γραφειοκρατικά θέματα. Ως εκ τούτου, οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να αναλύουν τις διαδικασίες εργασίας τους και να καταθέτουν προτάσεις για τον τρόπο βελτίωσης της επιχείρησης (Counte και Meurer, 2001).

Εκτός από τη δημιουργία της κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας σε έναν οργανισμό, το κλειδί σε κάθε τέτοια πρωτοβουλία, είναι η χρήση μιας δομημένης προσέγγισης σχεδιασμού για να αξιολογήσει τις τρέχουσες πρακτικές και να βελτιώσει τα συστήματα και τις διαδικασίες για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα και όραμα

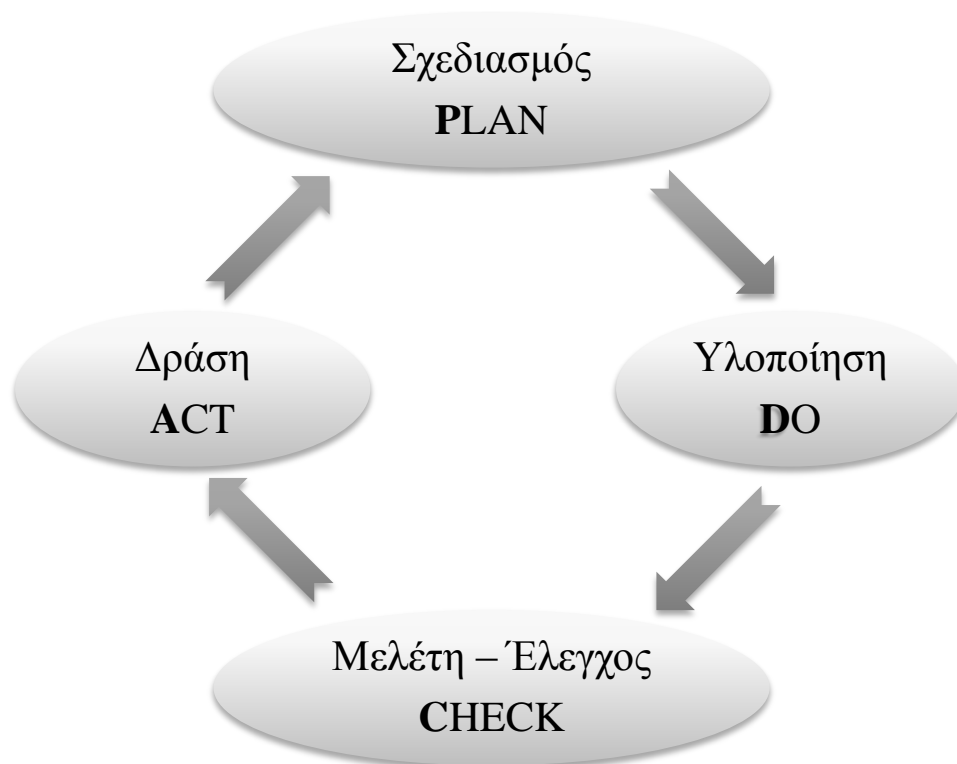
για την επιθυμητή μελλοντική κατάσταση. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται συνήθως στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνουν στρατηγικές που επιτρέπουν στα μέλη της ομάδας να αξιολογήσουν και να βελτιώσουν την παράδοση και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία, σημαίνει ότι η ομάδα υγείας πρέπει να καταλάβει τι λειτουργεί και τι δεν λειτουργεί στην τρέχουσα κατάσταση και πώς θα αλλάξει η παροχή φροντίδας και οι στόχοι της βελτίωσης της ποιότητας. Το σχέδιο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας προσδιορίζει το επιθυμητό κλινικό ή διοικητικό αποτέλεσμα και τις στρατηγικές αξιολόγησης που επιτρέπουν στην ομάδα να προσδιορίσει, εάν επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η ομάδα παρεμβαίνει επίσης, όταν χρειάζεται, για να προσαρμόσει το σχέδιο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας με βάση τη συνεχή παρακολούθηση της προόδου μέσω ενός βρόχου ανατροφοδότησης σε πραγματικό χρόνο (Counte και Meurer, 2001).

Δεδομένου ότι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας, αλλά και η διοίκηση ολικής ποιότητας δεν είναι στατικές διαδικασίες, αλλά δυναμικές και συνέχεις, οι κύκλοι PDCA (Plan-Do-Check-Act) έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην θεωρία για να περιγράψουν τις διαδικασίες αλλαγής στους οργανισμούς, με βάση τις παραπάνω πρακτικές ποιότητας. Οι κύκλοι PDCA είναι στην ουσία ένα μοντέλο βελτίωσης, το οποίο παρέχει ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη, τη δοκιμή και την εφαρμογή αλλαγών που οδηγούν σε βελτιώσεις. Χρησιμοποιώντας τους κύκλους PDCA, οι οργανισμοί υγείας δοκιμάζουν αλλαγές μικρής κλίμακας, βασιζόμενοι στη μάθηση από αυτούς τους κύκλους δοκιμών με έναν δομημένο τρόπο πριν την ολοσχερή εφαρμογή μιας αλλαγής. Αυτό δίνει στους ενδιαφερόμενους την ευκαιρία να δουν αν η προτεινόμενη αλλαγή θα επιτύχει και ποιες δραστηριότητες ή διαδικασίες δεν δουλεύουν σωστά προς την κατεύθυνση της αλλαγής (American Society for Quality, 2009).

Τα τέσσερα στάδια του κύκλου PDCA είναι (Langley et al, 1996; American Society for Quality, 2009):

1. Σχεδιασμός (Plan) - οι χρήστες μελετούν ένα πρόβλημα και σχεδιάζουν μια λύση. Η συγκεκριμένη φάση εμπεριέχει την μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης, τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων, τη θέσπιση στόχων, κλπ.

2. Υλοποίηση (Do) - η επίλυση των προβλημάτων γίνεται στη φάση αυτή. Η αρχική εφαρμογή υλοποίησης είναι πιλοτική και έχει ως στόχο την αξιολόγηση της λύσης μέσω της συλλογής κατάλληλων πληροφοριών.
3. Μελέτη - Έλεγχος (Check) - γίνεται έλεγχος των αποτελεσμάτων υλοποίησης. Σε αυτή τη φάση σημαντικό είναι πραγματοποιηθεί συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με τους στόχους που τέθηκαν στη φάση του σχεδιασμού.
4. Δράση (Act) - όταν τα αποτελέσματα από τη φάση μελέτης καταδείξουν ότι τα αίτια του προβλήματος έχουν εντοπισθεί και απομακρυνθεί από τη διαδικασία, οι αλλαγές στο τρόπο εκτέλεσης της διαδικασίας γίνονται μόνιμες. Σε αντίθετη περίπτωση, όπου το πρόβλημα δεν έχει επιλυθεί, πραγματοποιείται περαιτέρω έλεγχος και ο κύκλος PDCA ξεκινάει πάλι από την αρχή και συγκεκριμένα από τη φάση του Σχεδιασμού.



Διάγραμμα 1.2. Κύκλος PDCA

Δύο ακόμα διαδικασίες για την διαχείριση της ποιότητας, που επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης είναι η λιτή διαχείριση και η μέθοδος 6s. Η λιτή διαχείριση (Lean Management) είναι μια διαδικασία συνεχούς

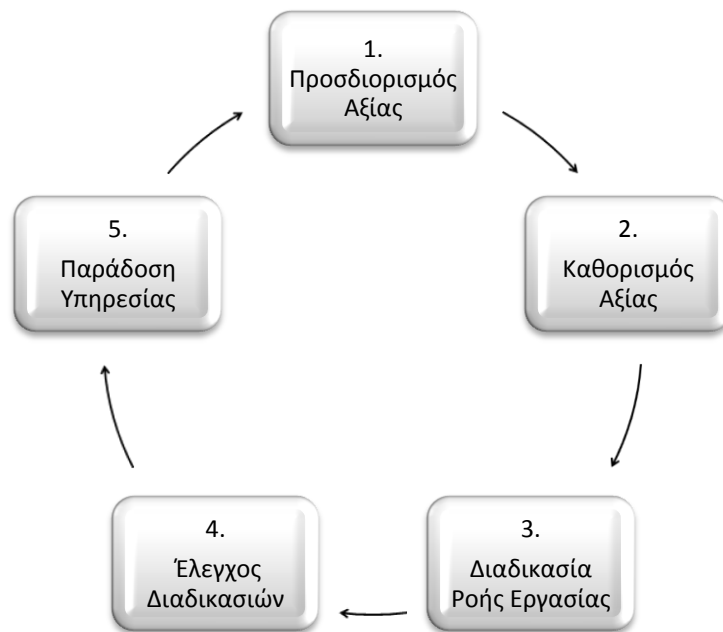
βελτίωσης που κέρδισε διεθνή αναγνώριση όταν οι Womack, Jones και Roos (1990) δημοσίευσαν ένα βιβλίο για το σύστημα παραγωγής της Toyota. Πολλά νοσοκομεία έχουν δανειστεί τις βασικές αρχές της λιτής διαχείρισης, για την απαλοιφή των δραστηριοτήτων σε διαδικασίες, που δεν προσθέτουν αξία στο τελικό προϊόν και για την μείωση της συχνότητας των σφαλμάτων - λαθών, εστιάζοντας στη μείωση των "αποβλήτων" για τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η λιτή διαχείριση βοηθά την ενίσχυση της λειτουργικότητας της αλλαγής, δημιουργώντας ροές εργασίας, χειρισμούς και διαδικασίες που λειτουργούν μακροπρόθεσμα. Η βασική εστίαση της αλλαγής είναι η μείωση ή η εξάλειψη επτά ειδών αποβλήτων και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας (Levinson και Renick, 2002). Τα απόβλητα αυτά περιλαμβάνουν την υπερπαραγωγή, τους μεγάλους χρόνους αναμονής, τις μεταφορές, τις διαδικασίες μη προστιθέμενης αξίας, την απογραφή, την κίνηση και το κόστος ποιότητας, ανακατασκευής και επιθεώρησης (Kim et al, 2006).

Οι βασικές αρχές της λιτής διαχείρισης που καθοδηγούν τις δραστηριότητες για την βελτίωση της τεχνικής αποτελεσματικότητας είναι (Stanton et al, 2014):

- [1] Προσδιορισμός των χαρακτηριστικών που δημιουργούν αξία. Η προσδιοριστική αξία καθορίζεται τόσο εσωτερικά, όσο και εξωτερικά. Για παράδειγμα, οι ασθενείς μπορούν να εκτιμήσουν τον μικρότερο χρόνο αναμονής στο τηλέφωνο, ενώ οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας να εκτιμήσουν τις πληροφορίες που πρέπει να έχουν στην διάθεση τους, κατά την συνάντηση με τους ασθενείς.
- [2] Προσδιορισμός της ροής αξίας (το κύριο σύνολο δραστηριοτήτων για την φροντίδα υγείας). Μόλις καθοριστεί η αξία, οι ηγέτες-διαχειριστές θα πρέπει να προσδιορίσουν τις δραστηριότητες που συνεισφέρουν στην αξία της τελικής υπηρεσίας υγείας που παρέχεται στον ασθενή. Οι δραστηριότητες που δεν εμπίπτουν αξία, θεωρούνται απόβλητα και πρέπει να απαλειφθούν από τις διαδικασίες.
- [3] Βελτίωση της ροής αξίας, έτσι ώστε οι δραστηριότητες και οι πληροφορίες να μετακινηθούν σε μια αποτελεσματική διαδικασία. Από τη στιγμή που εντοπίζονται οι δραστηριότητες προστιθέμενης αξίας, οι διαχειριστές θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι οι προσπάθειες βελτίωσης γίνονται, ώστε οι δραστηριότητες να πραγματοποιούνται ομαλά χωρίς διακοπή.

[4] Έλεγχος των κλινικών/διοικητικών διαδικασιών. Μόλις αναγνωριστεί και τεκμηριωθεί η βελτιωμένη ροή, θα πρέπει να δοκιμαστεί και να ελεγχθεί. Η δοκιμή μπορεί να είναι πιλοτική, π.χ. να γίνει μόνο σε κάποιους ασθενείς ή να εφαρμοστεί για μια ημέρα.

[5] Τελειοποίηση της διαδικασίας. Τα διδάγματα που αντλήθηκαν και τα προβλήματα που ανέκυψαν από την παραπάνω διαδικασία μπορούν να εντοπιστούν και οι αλλαγές μπορούν να γίνουν πριν από την ολοκλήρωση της τελικής διαδικασίας.



Διάγραμμα 1.3. Αρχές λιτής διαχείρισης για την βελτίωση της τεχνικής αποτελεσματικότητας

Τέλος η μεθοδολογία 6σ (Six Sigma) είναι μια στρατηγική διαχείρισης και μια στρατηγική βελτίωσης της ποιότητας, η οποία έχει τις ρίζες της, στην αμερικανική μεταποιητική βιομηχανία. Επιδιώκει να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα εντοπίζοντας και εξαλείφοντας τα αίτια των ελαττωμάτων (σφάλματα) και ελαχιστοποιώντας τη μεταβλητότητα στις διαδικασίες κατασκευής και τις επιχειρηματικές διαδικασίες. Ο όρος Six Sigma προέρχεται από την ορολογία που σχετίζεται με τη στατιστική μοντελοποίηση των διαδικασιών. Αυτή η στρατηγική βελτίωσης της ποιότητας, συνεπώς, συνδυάζει στατιστικά εργαλεία, με μεθόδους διαχείρισης ποιότητας. Η Six Sigma δημιουργεί επίσης μια ειδική υποδομή ανθρώπων

στο πλαίσιο της οργάνωσης (πράσινες ζώνες - αρχάριοι, μαύρες ζώνες - έμπειροι), οι οποίοι είναι ειδικοί σε αυτές τις μεθόδους. Η λιτή διαχείριση και η μέθοδος Six Sigma συνδυάζονται συχνά όταν ο βασικός στόχος είναι η μείωση των αποβλήτων και των σφαλμάτων (De Koning et al, 2006).

Η μέθοδος Six Sigma βασίζεται στην ικανότητα λήψης δεδομένων και σε μέτρα διαδικασίας και έκβασης. Η Six Sigma ακολουθεί πέντε βασικές αρχές, οι οποίες είναι (De Koning et al, 2006; El-Eid et al, 2015):

- [1] Καθορισμός: Το πρώτο βήμα είναι να καθοριστεί η διαδικασία και το αποτέλεσμα που πρέπει να βελτιωθεί, να καθοριστούν τα βασικά χαρακτηριστικά τους και να χαρτογραφηθούν οι σχετικές εισροές στη διαδικασία που θα οδηγήσει στις επιθυμητές εξόδους και αποτελέσματα.
- [2] Μέτρηση: Μόλις καθοριστεί η διαδικασία και τα αποτελέσματα που πρέπει να βελτιωθούν, η πρωτοβουλία βελτίωσης της ποιότητας πρέπει να παρακολουθεί την απόδοση μέσω της συλλογής δεδομένων. Τα μέτρα απόδοσης μπορούν να ληφθούν μέσω δομημένης παρατήρησης και ερευνών.
- [3] Ανάλυση: Αφού τεθούν σε εφαρμογή τα μέτρα, τα δεδομένα μπορούν να συλλεχθούν και να αναλυθούν για να προσδιοριστεί η πρακτική που θα ακολουθηθεί. Στην ιδανική περίπτωση, τα δεδομένα βάσης θα συλλεχθούν πριν τεθούν σε εφαρμογή νέες διαδικασίες και σε τακτά χρονικά διαστήματα. Μια πρωτοβουλία βελτίωσης της ποιότητας θα επανεξετάσει τα δεδομένα αυτά στο πλαίσιο μιας διαδικασίας ανασκόπησης για τον εντοπισμό των αιτιών των προβλημάτων.
- [4] Βελτίωση: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης χρησιμοποιούνται για την ενημέρωση των βελτιώσεων. Για παράδειγμα, αν οι αλλαγές της διαδικασίας οδηγούν σε λύσεις, πρέπει να γίνουν προσαρμογές. Ομοίως, εάν τα μέτρα ποιότητας δεν παρουσιάζουν βελτίωση μετά την εφαρμογή μιας αλλαγής, η πρωτοβουλία βελτίωσης της ποιότητας θα πρέπει να εξετάσει ποιες πρόσθετες ή εναλλακτικές αλλαγές θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για τη βελτίωση της διαδικασίας.
- [5] Έλεγχος: Ο έλεγχος συνεπάγεται συνεχή παρακολούθηση και εφαρμογή βελτιώσεων, όπου απαιτείται.

Κεφάλαιο 2ο: Υποκίνηση ανθρώπινου δυναμικού

2.1. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στον τομέα της υγείας

Οι ανθρώπινοι πόροι, οι οποίοι έχουν αρχίσει να λαμβάνουν μεγάλη προσοχή στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αποτελούν έναν από τους τρεις βασικούς συντελεστές του συστήματος υγείας, ενώ οι άλλες δύο βασικές εισροές είναι το φυσικό κεφάλαιο και τα αναλώσιμα. Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, οι ανθρώπινοι πόροι αναφέρονται στο σύνολο του κλινικού και μη-κλινικού προσωπικού, που είναι υπεύθυνο για τις παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας. Καθώς οι ανθρώπινοι πόροι είναι αναμφισβήτητα η σημαντικότερη από τις εισροές του συστήματος υγείας, οι επιδόσεις και τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει το σύστημα, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τα κίνητρα των ατόμων που είναι υπεύθυνα για την παροχή υπηρεσιών υγείας (Kabene et al, 2006).

Οι ανθρώπινοι πόροι καθορίζουν την χρήση των άλλων διαθέσιμων πόρων. Πρόκειται για τη σημαντικότερη κατηγορία εισροών των συστημάτων υγείας (WHO, 2006). Παρά την σπουδαιότητά τους, τα συστήματα διαχείρισης ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα, ειδικά σε χώρες όπου υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η ελλιπής επένδυση σε ανθρώπινους πόρους θα μπορούσε να οδηγήσει σε υπολειτουργία των συστημάτων υγείας (Razee et al, 2012). Συνεπώς, η σωστή διαχείριση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, είναι ζωτικής σημασίας για την απόδοση του συστήματος υγείας (Daneshkohan et al, 2015).

Δεδομένης της σημαντικότητας των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης οι οργανώσεις υγείας, έχουν αρχίσει να δίνουν όλο και μεγαλύτερη σημασία στην διαχείριση τους, στο πλαίσιο της ενίσχυσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων ή η Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού (ΔΑΠ) είναι ένα σημαντικό εργαλείο διαχείρισης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και άλλων τομέων παροχής υπηρεσιών, όπου ο πελάτης αντιμετωπίζει προκλήσεις λόγω της απόδοσης του προσωπικού που έχει την εμπειρία και την ποιότητα των επιδόσεων. Σε πρακτικό επίπεδο η ΔΑΠ, περιλαμβάνει ένα

σύνολο δραστηριοτήτων, πρακτικών και πολιτικών, οι οποίες στοχεύουν στην επιτυχή διαχείριση των εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού (Dussault και Dubois, 2003).

Σύμφωνα με τον Armstrong (2009) η ΔΑΠ αποτελεί μια στρατηγική και συνεκτική προσέγγιση στη διαχείριση των πιο αξιόλογων περιουσιακών στοιχείων ενός οργανισμού, δηλαδή των ανθρώπων, οι οποίοι συμβάλλουν μεμονωμένα και συλλογικά στην επίτευξη των στόχων του. Επιπλέον, οι πρακτικές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού μπορούν να οριστούν ως ένα σύνολο οργανωτικών δραστηριοτήτων που στοχεύουν στη διαχείριση του ανθρώπινου κεφαλαίου και διασφαλίζουν ότι το κεφάλαιο αυτό χρησιμοποιείται για την επίτευξη οργανωτικών στόχων (Wright and Boswell, 2002). Η υιοθέτηση πρακτικών διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει θετικά την απόδοση της οργάνωσης δημιουργώντας ισχυρές συνδέσεις με την απόδοση (Armstrong, 2009).

Η ΔΑΠ ασχολείται με την ανάπτυξη τόσο των ατόμων, όσο και της οργάνωσης στην οποία λειτουργούν. Οι βασικές λειτουργίες της ΔΑΠ, σχετίζονται με την ανάλυση των θέσεων εργασίας, την προσέλκυση και την επιλογή του ανθρώπινου δυναμικού, την οργάνωση και αξιοποίηση του εργατικού δυναμικού, την μέτρηση και αξιολόγηση της απόδοσης του, την εφαρμογή συστημάτων ανταμοιβής για τους εργαζόμενους, την επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων και τη διατήρηση του εργατικού δυναμικού (Elarabi και Johari, 2014).

Σύμφωνα με τους Decenzo και Robbins (1989), η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων ασχολείται με τη διάσταση των ανθρώπων στη διαχείριση. Δεδομένου ότι κάθε οργανισμός αποτελείται από ανθρώπους, η απόκτηση των υπηρεσιών τους, η ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους, η υποκίνηση τους για υψηλότερα επίπεδα απόδοσης και η διασφάλιση της συνέχισης της δέσμευσής τους στον οργανισμό, είναι ουσιώδεις για την επίτευξη των οργανωτικών στόχων.

Ο γενικός στόχος της ΔΑΠ είναι να διασφαλιστεί ότι ο οργανισμός είναι σε θέση να επιτύχει τους στόχους του μέσω των ανθρώπων του. Τα συστήματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού μπορούν να αποτελέσουν πηγή οργανωτικών δυνατοτήτων που επιτρέπουν στους οργανισμούς να μάθουν και να επωφεληθούν από νέες ευκαιρίες. Δεδομένου ότι στο πλαίσιο της ΔΑΠ, οι εργαζόμενοι θεωρούνται πολύτιμα περιουσιακά στοιχεία, οι πολιτικές για τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει

να ενσωματώνονται στον στρατηγικό επιχειρηματικό σχεδιασμό. Επιμέρους στόχοι της ΔΑΠ είναι (Noe et al, 2009):

- να διασφαλιστεί η αποτελεσματική αξιοποίηση και η μέγιστη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού,
- να διασφαλιστεί ο σεβασμός προς το ανθρώπινο δυναμικό,
- να αναγνωριστούν και να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού,
- να διασφαλιστεί ο συνδυασμός των επιμέρους στόχων με τους στόχους του οργανισμού,
- να επιτευχθεί και να διατηρηθεί υψηλό ηθικό επίπεδο μεταξύ των εργαζομένων,
- να παρασχεθούν στον οργανισμό καλά εκπαιδευμένοι και ευσυνείδητοι άνθρωποι,
- να αυξηθεί η ικανοποίηση από την εργασία και η αυτοεκτίμηση του ανθρώπινου δυναμικού,
- να αναπτυχθεί και να διατηρηθεί η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής,
- ενισχυθούν οι ικανότητες των εργαζομένων να εκτελούν την εργασία τους και
- να ενθαρρυνθεί η αίσθηση του ομαδικού πνεύματος, της ομαδικής εργασίας και της συνεργασίας μεταξύ των ομάδων (Λαλούμης, 2015).

2.2. Υποκίνηση ανθρώπινου δυναμικού – ορισμός

Η υποκίνηση ή η παρακίνηση έχει οριστεί ως μια εσωτερική δύναμη του ατόμου, η οποία επηρεάζει την κατεύθυνση και την ένταση της εθελοντικής συμπεριφοράς (Meshane και Von Glinow, 2000). Το κίνητρο έχει οριστεί ως «η ψυχολογική διαδικασία που δίνει στην συμπεριφορά, σκοπό και κατεύθυνση» ή ως «μια προδιάθεση του ατόμου να συμπεριφέρεται με έναν συγκεκριμένο τρόπο για την επίτευξη συγκεκριμένων, ανικανοποίητων αναγκών», αλλά και ως «η βούληση για επίτευξη» (Lindner, 1998). Λειτουργικά, το κίνητρο ορίζεται ως η εσωτερική δύναμη που οδηγεί

τα άτομα να ολοκληρώσουν προσωπικούς και οργανωτικούς στόχους, ενώ το αποτέλεσμα είναι η πλήρωση των στόχων και η ικανοποίηση (Lindner, 1998).

Οι Robbins και Coulter (2005) δήλωσαν ότι η υποκίνηση αναφέρεται στη διαδικασία που αντιπροσωπεύει την προθυμία ενός ατόμου να καταβάλλει υψηλότερα επίπεδα προσπάθειας για κάθε οργανωτικό στόχο και εξαρτάται από την ικανότητα της προσπάθειας να ικανοποιήσει μερικές ατομικές ανάγκες.

Άλλοι ερευνητές ορίζουν την υποκίνηση ως την ψυχολογική διαδικασία που δίνει στη συμπεριφορά έναν σκοπό και κατεύθυνση και σκοπιμότητα για την επίτευξη συγκεκριμένων ανεκπλήρωτων αναγκών (Wilson, 2018).

Από τους παραπάνω ορισμούς μπορεί να παρατηρηθεί ότι γενικά η υποκίνηση συνδέεται, κατά βάση ή λιγότερο, με παράγοντες ή γεγονότα που καθοδηγούν την ανθρώπινη δράση ή αδράνεια σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, λαμβάνοντας υπόψη τις επικρατούσες συνθήκες και προς την επίτευξη ενός σκοπού. Επιπλέον, οι ορισμοί υποδηλώνουν ότι πρέπει να υπάρχει ένα κίνητρο, το οποίο θα καθοδηγήσει τις δράσεις των ανθρώπων (Wilson, 2018).

Η υποκίνηση του εργατικού δυναμικού ή η δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο διατηρούνται υψηλά επίπεδα υποκίνησης των εργαζομένων παραμένει μια πρόκληση για τις σύγχρονους οργανισμούς. Αυτή η πρόκληση μπορεί να προέρχεται από το απλό γεγονός ότι τα κίνητρα δεν είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό, αλλά μάλλον ένα δυναμικό φαινόμενο, καθώς θα μπορούσε να αλλάξει με αλλαγές στους προσωπικούς, ψυχολογικούς, οικονομικούς ή κοινωνικούς παράγοντες. Η υποκίνηση, δηλαδή η παροχή κινήτρων στους εργαζομένους, είναι σημαντική στο πλαίσιο της ΔΑΠ στους οργανισμούς, επειδή συνδέεται άμεσα με την ατομική απόδοση, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την απόδοση του οργανισμού (Sekhar et al, 2013).

Στην βιβλιογραφία εντοπίζονται δύο βασικά είδη κινήτρων: τα εγγενή και τα εξωγενή. Οι συμπεριφορές που υποκινούνται εγγενώς εμφανίζονται όταν δεν υπάρχει άλλη εμφανής ανταμοιβή από το εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου. Πρόκειται στην ουσία για αυτό που κάνουν οι άνθρωποι χωρίς εξωτερική παρότρυνση. Παραδείγματα εγγενών κινήτρων είναι η πείνα, η αίσθηση του καθήκοντος, ο αλτρουισμός και η επιθυμία του ατόμου να αισθάνεται ότι η εργασία του εκτιμάται. Αντίθετα τα εξωγενή κίνητρα είναι αυτά που παρέχονται από εξωτερικές πηγές. Στο χώρο εργασίας τα κίνητρα αυτά περιλαμβάνουν τις οικονομικές ανταμοιβές, τις δυνατότητες προώθησης,

τις εργασιακές συνθήκες, η ασφάλεια της εργασίας, η αναγνώριση και κάθε συστατικό του φυσικού περιβάλλοντος της εργασίας (Sekhar et al, 2013).

Οι Deci και Ryan (1985) δηλώνουν ότι τόσο οι εγγενώς, όσο και οι εξωγενώς παρακινήμενες συμπεριφορές μπορούν να οδηγήσουν σε δημιουργικότητα, ευελιξία και βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων.

2.3. Θεωρίες και μοντέλα υποκίνησης ανθρώπινου δυναμικού

Σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον, οι θεωρίες των κινήτρων ή της υποκίνησης, έχουν χρησιμοποιηθεί για να καθορίσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν ή τις αξίες που πρέπει να πληρούνται, ώστε ένα άτομο να είναι ικανοποιημένο από την εργασία του. Σε γενικές γραμμές, οι θεωρίες αυτές προσπαθούν να εξηγήσουν τους ειδικούς παράγοντες που παρακινούν τους εργαζόμενους στον χώρο εργασίας. Η γνώση των παραγόντων αυτών είναι κρίσιμη για κάθε οργανισμό, επειδή η υποκίνηση των εργαζομένων είναι πολύ σημαντική στο σύγχρονο ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον εργασίας, αλλά και επειδή η παροχή κινήτρων, μπορεί να κάνει τους εργαζόμενους περισσότερο παραγωγικούς. Η υποκίνηση των εργαζομένων, θεωρείται ότι είναι ένα πολύπλοκο έργο, λόγω του γεγονότος ότι οι παράγοντες που ωθούν τους εργαζόμενους αλλάζουν συνεχώς. Για παράδειγμα όταν η αμοιβή ενός εργαζόμενου έχει αυξηθεί σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο για τον ίδιο, τότε η αμοιβή παύει να είναι ένας παράγοντας υποκίνησης (Aamodt, 2012).

Οι θεωρίες και τα μοντέλα της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού μπορούν να διαχωριστούν ευρέως σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: στις θεωρίες περιεχομένου, στις θεωρίες διαδικασιών και στις σύγχρονες θεωρίες της υποκίνησης (Διάγραμμα 2.1.).



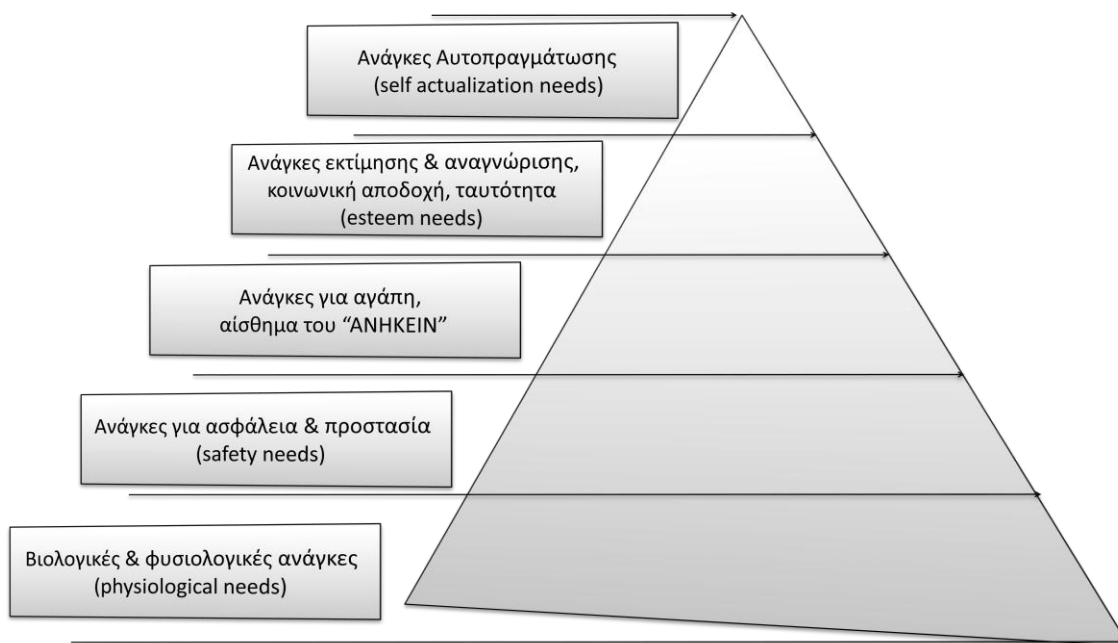
Διάγραμμα 2.1. Κατηγορίες θεωριών υποκίνησης

Οι θεωρίες περιεχομένου επικεντρώνονται στην υπόθεση ότι τα άτομα μοιράζονται ένα σχετικά όμοιο σύνολο ανθρώπινων αναγκών και ότι όλοι υποκινούνται προκειμένου να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες (π.χ., Maslow, 1946, McGregor, 1957, Herzberg, 1968, Alderfer, 1972, McClelland 1988).

Η θεωρία των ανθρώπινων αναγκών του Maslow (1946) είναι από τις παλαιότερες και πιο γνωστές θεωρίες στη διερεύνηση των ανθρώπινων κινήτρων. Ο Maslow (1946) πρότεινε μια ιεραρχία αναγκών σε πέντε επίπεδα, οι οποίες θεωρούνται ως απαραίτητες για την επίτευξη ενός πλήρως ικανοποιημένου ατόμου. Αυτές οι ανάγκες είναι:

- [1] οι φυσιολογικές ανάγκες, οι ανάγκες ασφάλειας, οι ανάγκες αγάπης, οι ανάγκες εκτίμησης και οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης. Οι φυσιολογικές ανάγκες μπορούν να περιγραφούν ως οι πιο βασικές ανθρώπινες ανάγκες, δηλαδή αυτές που απαιτούνται για την ανθρώπινη επιβίωση. Αυτές περιλαμβάνουν την αναπνοή, το νερό, το φαγητό και το καταφύγιο.

- [2] Οι ανάγκες ασφάλειας είναι εκείνες οι ανάγκες που δημιουργούν σταθερότητα και προβλεψιμότητα στη ζωή των ανθρώπων και οι οποίες είναι η προσωπική και οικονομική ασφάλεια, η υγεία και ευεξία, η απασχόληση και η πρόσβαση σε πόρους.
- [3] Οι κοινωνικές ανάγκες επικεντρώνονται γύρω από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις διαπροσωπικές σχέσεις, δηλαδή τη φιλία, την οικογένεια και την οικειότητα. Ο σεβασμός πρέπει να αντανακλά τις επιθυμίες των ατόμων για σεβασμό, αυτοεκτίμηση και την ανάγκη του «ανήκειν».
- [4] Οι ανάγκες τεκμηρίωσης χωρίζονται σε ανάγκες αυτοεκτίμησης και λήψης εκτίμησης από τους άλλους. Η αυτοεκτίμηση περιλαμβάνει την ανάγκη για αυτοσεβασμό και αυτοπεποίθηση. Η εκτίμηση από τους άλλους περιλαμβάνει την ανάγκη για αναγνώριση, φήμη, και αποδοχή από τους άλλους ανθρώπους. Προτείνεται ότι ικανοποίηση των αναγκών αυτών οδηγεί σε αισθήματα δύναμης, ικανότητας και την κατάσταση το άτομο να είναι χρήσιμο και απαραίτητο.
- [5] Τέλος, η αυτό-πραγμάτωση είναι η κατάσταση την οποία επιτυγχάνει το άτομο όταν συναντώνται όλες οι άλλες ανάγκες (Διάγραμμα 2.2.).



Διάγραμμα 2.2. Ιεράρχηση Ανθρωπίνων αναγκών του Maslow

Ο Maslow εντοπίζει δεκαπέντε χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ατόμων που έχουν επιτύχει αυτό-πραγμάτωση, όπου μερικές από τις οποίες περιλαμβάνουν την αποδοχή του εαυτού, των άλλων και της φύσης, τον αυθορμητισμό και την αυτονομία. Κάθε ανάγκη, ή επίπεδο, εκπληρώνεται διαδοχικά και χρησιμεύει ως κίνητρο μέχρι να συναντηθούν όλες οι ανάγκες του ατόμου έως την αυτο-ενημέρωση. Ενώ ο Maslow υπογράμμισε ότι τα άτομα θα έχουν γενικά κίνητρα να αναζητήσουν κάθε ανάγκη με τη σειρά που περιγράφονται, δήλωσε επίσης ότι η τάξη της ιεραρχίας του είναι όχι σχεδόν τόσο άκαμπτη, όσο υπονοούμενη, και ότι μερικά άτομα αναζητούν τις ανάγκες αυτές με διαφορετική σειρά (Maslow, 2013).

Ο Douglas McGregor (1957) είναι ίσως ο πιο γνωστός ερευνητής, ο οποίος ανέπτυξε την ιεραρχία των αναγκών του Maslow στο πλαίσιο της οργανωτικής συμπεριφοράς. Ο McGregor περιέγραψε δύο θεωρίες για το πώς οι διαχειριστές βλέπουν και συνεπώς αντιμετωπίζουν τους υπαλλήλους τους. Κάθε θεωρία είναι μια διαχειριστική υπόθεση για τους εργαζόμενους. Η πρώτη από αυτές, η θεωρία X, θεωρεί ότι οι εργαζόμενοι πρέπει να καθοδηγούνται και να ελέγχονται, ενώ η θεωρία Y θεωρεί ότι οι εργαζόμενοι είναι ικανοί, αυτο-ελεγχόμενοι και αυτό-διευθυνόμενοι. Δέχονται και αναλαμβάνουν ευθύνες και είναι δεκτικοί στην αλλαγή και την αυτο-βελτίωση. Η θεωρία Y υποδηλώνει ότι στην εργασία πρέπει να υπάρχει υποκίνηση και ότι οι διαχειριστές είναι επίσης πιο πιθανό να αναπτύξουν θετικές διαπροσωπικές σχέσεις με τους εργαζόμενους (Gürbüz et al, 2014).

Ο Herzberg (1968), επηρεασμένος από τους Maslow και McGregor, έθεσε τη δική του θεωρία κινήτρων που ονομάζεται η θεωρία της υποκίνησης - υγιεινής. Στην θεωρία του υπάρχουν δύο βασικές διαστάσεις: οι παράγοντες υποκίνησης (κίνητρα) και οι παράγοντες υγιεινής. Οι παράγοντες υποκίνησης, όπως και οι ανάγκες του υψηλότερου επιπέδου της ιεραρχίας του Maslow, οδηγούν στην ικανοποίηση από την εργασία και συνδέονται με τη φύση του ίδιου του έργου: επίτευγμα, αναγνώριση, ευθύνη και ανάπτυξη. Οι παράγοντες υποκίνησης περιλαμβάνουν:

- (1) την αναγνώριση (η εργασία των εργαζομένων πρέπει να αναγνωρίζεται από τους ανώτερους και την διοίκηση),
- (2) την αίσθηση επίτευξης (για να υπάρχει η αίσθηση της επίτευξης από τους εργαζόμενους θα πρέπει η εργασία να αποφέρει καρπούς),
- (3) τις ευκαιρίες ανάπτυξης και προώθησης,

(4) την ευθύνη (απεικονίζει την υπευθυνότητα των εργαζομένων για την εργασία και το γεγονός ότι οι διαχειριστές πρέπει να ελαχιστοποιούν τον έλεγχο αλλά να διατηρούν την ευθύνη),

(5) την σημασία της εργασίας (η εργασία πρέπει να έχει νόημα, να είναι ενδιαφέρουσα για τον εργαζόμενο) (Koustelios, 2001; Herzberg, 2017).

Από την άλλη πλευρά, οι παράγοντες υγιεινής, που συνδέονται με τις ανάγκες χαμηλότερου επιπέδου της Maslow, δεν οδηγούν αναγκαστικά σε κίνητρα ή ικανοποίηση, αλλά είναι εξωγενείς και απλά μειώνουν τη δυσαρέσκεια στην εργασία. Οι παράγοντες υγιεινής συμβολίζουν τις φυσιολογικές ανάγκες των εργαζομένων και αναμένεται να εκπληρωθούν. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνουν:

(1) τον μισθό (ο οποίος πρέπει είναι κατάλληλος για την εργασία που προσφέρει κάθε υπάλληλος, να ανταποκρίνεται στα τυπικά του προσόντα, να είναι ισότιμος και ανταγωνιστικός μεταξύ των εργαζομένων της ίδιας επιχείρησης, αλλά και μεταξύ εργαζομένων σε διαφορετικές επιχειρήσεις της ίδιας βιομηχανίας),

(2) τις διαχειριστικές και διοικητικές πολιτικές της επιχείρησης (οι οποίες δεν πρέπει να είναι υπερβολικά άκαμπτες, να είναι δίκαιες, σαφείς, να περιλαμβάνουν ευέλικτες ώρες εργασίας, κώδικα ενδυμασίας, διαλείμματα, διακοπές κ.λπ),

(3) οι πρόσθετες παροχές (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οφέλη για μέλη της οικογένειας των εργαζομένων, προγράμματα βοήθειας, κλπ.),

(4) οι φυσικές συνθήκες εργασίας (ασφάλεια, υγιεινή, συντήρηση εξοπλισμών, κλπ.),

(5) το εργασιακό καθεστώς (το καθεστώς των εργαζομένων στο πλαίσιο του οργανισμού πρέπει να είναι εξοικειωμένο και να διατηρείται),

(6) τις διαπροσωπικές σχέσεις (η σχέση των εργαζομένων με τους συναδέλφους στην ίδια ιεραρχία, τους ανωτέρους και τους υφισταμένους τους θα πρέπει να είναι κατάλληλες και αποδεκτές και να μην υπάρχουν συγκρούσεις) και

(7) την ασφαλιστική κάλυψη (Koustelios, 2001; Herzberg, 2017).

Οι παράγοντες απεικονίζονται στο Διάγραμμα 2.3.



Διάγραμμα 2.3. Θεωρία δύο παραγόντων (υποκίνησης-υγιεινής) του Herzberg

Ο Clayton Alderfer (1972), επηρεασμένος από τον Gordon Allport (1960, 1964), ήταν ένας Αμερικανός ψυχολόγος που απλοποίησε τον ιεραρχία των αναγκών σε τρεις κατηγορίες (ERG): τις ανάγκες ύπαρξης, οι οποίες περιλαμβάνουν τις φυσιολογικές ανάγκες και τις ανάγκες ασφάλειας του Maslow, τις ανάγκες συγγένειας, οι οποίες περιλαμβάνουν την αγάπη και την εκτίμηση και τις ανάγκες ανάπτυξης, οι οποίες περιλαμβάνουν την αυτο-υλοποίηση. Η θεωρία ERG επιτρέπει σε διαφορετικούς ανθρώπους να επιδιώκουν τις ανάγκες τους με μια υποκειμενική σειρά και ίσως ταυτόχρονα. Μια άλλη σημαντική αρχή της θεωρίας ERG του Alderfer (1972) είναι η αντίληψη ότι εάν μια ανάγκη υψηλότερου επιπέδου δεν ικανοποιηθεί, λόγω της δυσκολίας επίτευξής της, τότε το άτομο μπορεί να υποχωρήσει σε μια ανάγκη χαμηλότερου επιπέδου που είναι ευκολότερο να ικανοποιηθεί. Αυτό είναι γνωστό ως η αρχή της απογοήτευσης και παλινδρόμησης, η οποία συναντάται σε οργανισμούς, όταν για παράδειγμα ένας εργαζόμενος δεν έχει ευκαιρίες ανάπτυξης, και στρέφεται προς την

ικανοποίησης άλλων αναγκών από την εργασία, όπως η κοινωνικοποίηση με τους συναδέλφους (Ott et al, 2007).

Σε αντίθεση με τους παραπάνω θεωρητικούς που πιστεύουν ότι τα άτομα έχουν τις ίδιες εγγενείς ανάγκες, ο David McClelland (1988) υποστηρίζει ότι ορισμένες ανάγκες διαφέρουν από άτομο σε άτομο και ότι είναι συχνά μαθησιακές ανάγκες, όπου κάποιοι άνθρωποι έχουν υψηλότερα επίπεδα μιας ανάγκης από άλλους. Ο McClelland προτείνει ότι τα άτομα παρακινούνται με βάση τρεις ανάγκες: τα επιτεύγματα, τη δύναμη και τη συμμετοχή. Ένας εργαζόμενος με υψηλές ανάγκες επίτευξης επιδιώκει να υπερέχει στο έργο του και εκτιμά την αναγνώριση των προσπαθειών του. Τείνει να αποφεύγει καταστάσεις και εργασίες, οι οποίες του αποφέρουν μόνο ένα μικρό κέρδος, αποφεύγοντας ταυτόχρονα περιπτώσεις υψηλού κινδύνου όπου η αποτυχία είναι πιθανή. Ένας εργαζόμενος με υψηλές ανάγκες συμμετοχής ανησυχεί περισσότερο για τις κοινωνικές σχέσεις, και θα προτιμούσε να ταιριάζει με τους άλλους, παρά να ξεχωρίζει. Τέλος, τα άτομα με υψηλές ανάγκες ισχύος επιθυμούν να ελέγχουν τους άλλους για την επίτευξη των στόχων. Δεν ενδιαφέρονται για την αναγνώριση ή την αποδοχή από άλλους (McClelland, 1988).

Στη συνέχεια οι θεωρίες της διαδικασίας επικεντρώνονται γύρω από την ορθολογική γνωστική διαδικασία και υποστηρίζουν ότι ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι μπορεί να έχουν παρόμοιες ανάγκες, η σημασία και η τοποθέτηση αυτών των αναγκών είναι διαφορετική για όλους και υποκειμενική (π.χ. Festinger, 1957, Adams, 1963, Vroom, 1964, Porter & Lawler, 1968, Kahler, 1975, Locke 1990 κ.ά.). Ενώ οι θεωρίες περιεχομένου εστιάζουν στις ανάγκες που μοιράζονται όλα τα άτομα, οι θεωρίες διαδικασιών επικεντρώνονται στις γνωστικές διαφορές μεταξύ των ατόμων.

Αν και δεν υπάγεται άμεσα στις θεωρίες κινήτρων στους οργανισμούς, η θεωρία του Festinger (1957) της γνωστικής ασυμφωνίας υποστηρίζει ότι ένα άτομο αισθάνεται δυσφορία κρατώντας δύο αντιφατικές ιδέες, τις πεποιθήσεις ή συναισθήματα ταυτόχρονα. Αυτό παρακινεί το άτομο να *«προσπαθήσει να μειώσει την ασυμμετρία και να επιτύχει τη συνύπαρξη»* προσπαθώντας ταυτόχρονα να αποφύγει ενεργά καταστάσεις και πληροφορίες που πιθανώς θα αυξήσουν την ασυμμετρία (Festinger, 1957: 3). Η θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ισχυρή κινητήρια δύναμη και έχει χρησιμοποιηθεί συχνά στην πολιτική και στην κοινή γνώμη και έχει παρομοιαστεί με άλλες καταστάσεις ανθρώπινης ανάγκης (Festinger, 1964).

Λίγο μετά τον Festinger, ο Victor Vroom (1964) διατύπωσε τη θεωρία των προσδοκιών, σύμφωνα με την οποία τα άτομα προσπαθούν συνεχώς να προβλέψουν το μέλλον. Τα άτομα δημιουργούν ένα πιθανό μέλλον για τον εαυτό τους και προσπαθούν να το εκπληρώσουν. Ωστόσο, πριν ενεργήσουν, υπολογίζουν εσωτερικά την αξία της ανταμοιβής και την πιθανότητα επίτευξής της. Ο ίδιο διατύπωσε επίσης της θεωρία της γνωστικής λήψης αποφάσεων και της συμπεριφοράς, η οποία περιγράφει τρία χαρακτηριστικά της υποκίνησης και των κινήτρων: το σθένος, το μέσο και την προσδοκία. Το σθένος είναι απλώς η δύναμη της επιθυμίας για την αντιληπτή έκβαση. Το μέσο είναι η πεποίθηση ότι με την ολοκλήρωση ορισμένων βημάτων θα επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η προσδοκία είναι η πεποίθηση ότι το άτομο μπορεί πραγματικά να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτά τα τρία μέτρα οδηγούν στο επίπεδο κινήτρων που μπορεί να αντιμετωπίσει κάποιος. Με απλά λόγια η θεωρία των προσδοκιών υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι υποκινούνται από τον βαθμό στον οποίο θέλουν κάτι, από το κατά πόσο πιστεύουν ότι θα πάρουν, πόσο πιθανό είναι ότι οι πράξεις τους θα τους αναγκάσουν να το πάρουν και πόσα έχουν οι άλλοι κερδίσει σε παρόμοιες περιστάσεις (Ott et al., 2007).

Η θεωρία της κοινωνικής δικαιοσύνης εισήχθη επίσης από τον John S. Adams (1963) και είναι μια επέκταση της θεωρίας της γνωστικής ασυμφωνίας του Festinger και φαίνεται επίσης να βασίζεται στην έννοια του εαυτού της εμφάνισης (Cooley, 1983). Η θεωρία της κοινωνικής δικαιοσύνης βασίζεται στην ιδέα ότι οι άνθρωποι είναι πιο ικανοποιημένοι στις σχέσεις, τόσο στις προσωπικές όσο και στις επαγγελματικές, όταν αυτό που δίνουν και αυτό που παίρνουν είναι ίσα. Από την άποψη της εργασίας, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ένα άτομο κρίνει την ισότητα με τη μέτρηση του λόγου εισροών / αποτελεσμάτων σε σχέση με αυτό των άλλων εργαζομένων. Επομένως, η αντιληπτή αδικία δημιουργεί ένταση που είναι ανάλογη με την ανισότητα και αυτή η ένταση χρησιμεύει για να παρακινήσει τα άτομα να αλλάξουν (Shields et al, 2015).

Η θεωρία της δικαιοσύνης, αναγνώρισε ότι τα κίνητρα μπορούν να επηρεαστούν από την αντίληψη ενός ατόμου για δίκαιη μεταχείριση στις κοινωνικές ανταλλαγές/συναλλαγές. Σε σύγκριση με άλλα άτομα, τα άτομα επιθυμούν να αποζημιωθούν δίκαια για τις συνεισφορές τους (τα αποτελέσματα που αντιστοιχούν στις εισροές τους). Οι πεποιθήσεις ενός ατόμου όσον αφορά το τι είναι δίκαιο και τι είναι άδικο μπορούν να επηρεάσουν τα κίνητρα, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές τους. Η θεωρία της δικαιοσύνης βοηθάει να εξηγηθεί το πως οι υψηλά αμειβόμενοι

εργαζόμενοι μπορούν να ξεκινήσουν απεργία όταν κανείς άλλος δεν φαίνεται να καταλαβαίνει για ποιο λόγο γίνεται. Η θεωρία της δικαιοσύνης δείχνει ότι η αντίληψη ενός ατόμου είναι σχετική με τη δική του πραγματικότητα (Van Lange et al, 2011).

Το 1968, ο Edwin Locke πρότεινε ότι ο απλός καθορισμός στόχων μπορεί να χρησιμεύσει ως μια μορφή κινήτρου (Wofford et al., 1992) και εξέτασε την αντίληψη του Atkinson (1958) ότι η επίδοση και η δυσκολία της εργασίας σχετίζονται σε μια αντίστροφη καμπυλόγραμμη (Locke & Latham, 2002). Η βασική αρχή της θεωρίας του καθορισμού στόχων αναφέρει ότι θέτοντας μετρίως δύσκολους, αυτοαποχωρημένους και συγκεκριμένους στόχους, τα άτομα προκαλούνται να αυξήσουν την απόδοση προς τους στόχους αυτούς. Ο καθορισμός στόχων επιτρέπει επίσης στους εργαζόμενους να κρίνουν τις επιδόσεις τους σε σχέση με εκείνες που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων. Η ρύθμιση των στόχων αποτελεί επίσης σημαντικό χαρακτηριστικό για τις ομάδες. Οι συγκεκριμένοι και μετρήσιμοι στόχοι απόδοσης στις ομάδες, μπορούν να εδραιώσουν τη συνοχή, να αυξήσουν τις επιδόσεις και να επιβεβαιώσουν το σκοπό τους (Katzenbach & Smith, 2003).

Το 1975, ο Taibi Kahler προσδιόρισε πέντε κοινούς παράγοντες υποκίνησης που έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Αυτοί οι παράγοντες είναι η τελειότητα, η ισχύς, η βιασύνη, η σκληρή προσπάθεια και το άτομο να παρακαλάει. Ο Kahler προτείνει ότι όλοι οι άνθρωποι καθοδηγούνται για να είναι κοινωνικά λειτουργικοί μέσω αυτών των παραγόντων, ωστόσο, όταν τα άτομα επικεντρωθούν πάρα πολύ σε κάποιον ή σε όλους αυτούς τους οδηγούς, μπορεί να δημιουργηθεί δυσλειτουργία, προκαλώντας άγχος (Kahler, 1975). Στο οργανωσιακό πλαίσιο οι διαχειριστές ενδέχεται να είναι σε θέση να αξιοποιήσουν τους εγγενείς παράγοντες των εργαζομένων τους για να καλύψουν τις ανάγκες των οργανώσεων, αλλά θα μπορούσαν επίσης να τους χρησιμοποιήσουν για να βοηθήσουν τους έμμισθους εργαζόμενους να εντοπίσουν τις πηγές άγχους τους (Kahler, 1975).

Τέλος οι σύγχρονες θεωρίες των κινήτρων θεωρείται ότι έχουν αναπτυχθεί από την έρευνα που διεξήχθη από τον Elton Mayo στο εργοστάσιο Hawthorn της Western Electric Company κοντά στο Σικάγο. Στις γνωστές και ως μελέτες Hawthorn, ο Mayo και μια προηγούμενη ομάδα ερευνητών μελέτησαν την παραγωγικότητα των εργαζομένων υπό μεταβαλλόμενες συνθήκες θερμοκρασίας, υγρασίας και φωτισμού (Pennock, 1930). Η συμβατική σοφία τότε ήταν ότι οι εξωτερικές συνθήκες εργασίας ευθύνονται άμεσα για την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Αυτή την αρχή, γνωστή

και ως επιστημονική διαχείριση, υπερασπίστηκε ο Fredrick Taylor το 1911. Η ομάδα του Mayo, μέσω των μελετών Hawthorn , διαπίστωσε ότι αντίθετα με τις αρχές της επιστημονικής διαχείρισης, οι μεταβλητές αλληλεπίδρασης είναι αυτές που κάνουν τη διαφορά στην υποκίνηση των εργαζομένων, όπως η προσοχή που δίνεται στους εργαζόμενους ως άτομα, οι διαφορές μεταξύ των αναγκών των ατόμων, η προθυμία των διευθυντών να ακούν τους εργαζόμενους, οι ομαδικοί κανόνες και η άμεση ανατροφοδότηση (Ott et al., 2007). Τα ευρήματα των ερευνών αυτών αμφισβήτησαν άμεσα τις αρχές της επιστημονικής διαχείρισης, υποδηλώνοντας ότι ίσως οι άνθρωποι δεν μπορούσαν να προσαρμοστούν τόσο εύκολα στους οργανισμούς. Αντίθετα, η εξέταση και η κατανόηση των προσωπικών και κοινωνικών αναγκών των εργαζομένων είχαν εξίσου επιρροή, αν όχι περισσότερο, από τις εξωτερικές συνθήκες εργασίας. Αυτό άνοιξε την πόρτα σε μια πληθώρα νέων ιδεών σχετικά με τα κίνητρα, τη θεωρία της οργάνωσης και την ανθρώπινη και οργανωσιακή ψυχολογία (Jung και Lee, 2015).

Παρά το γεγονός ότι μέχρι σήμερα, έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες κινήτρων, αλλά και μέθοδοι παροχής κινήτρων στους ανθρώπους, το αληθινό ανθρώπινο κίνητρο θα είναι πάντοτε, ένα υποκειμενικό ζήτημα. Εφ' όσον κάθε άτομο μπορεί να θέτει ελεύθερα στόχους, είναι πολύ απίθανο ότι οποιαδήποτε θεωρία κινήτρων θα λειτουργήσει για όλους τους ανθρώπους (Miner, 2015).

Κεφάλαιο 3ο: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

3.1. Παράγοντες υποκίνησης ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας

Σύμφωνα με τους Kjellström et al (2017) τα κίνητρα των επαγγελματιών του τομέα της υγείας εξαρτώνται από πολλαπλές πηγές και από έναν αριθμό ατομικών, οργανωτικών και πολιτιστικών παραγόντων. Οι ατομικοί παράγοντες αφορούν το κίνητρο των επαγγελματιών να φροντίζουν τους ασθενείς, την αντίληψη της σημασίας του έργου τους, την επίτευξή τους και την ευθυγράμμιση των στόχων της εργασίας τους με τους προσωπικούς τους στόχους. Σε οργανωτικό επίπεδο, οι κεντρικοί παράγοντες υποκίνησης είναι τα χαρακτηριστικά του εργασιακού χώρου, όπως η συνεργασία και το θετικό ομαδικό πνεύμα, η επαγγελματική αυτονομία, η καλή ηγεσία και η ποικιλομορφία των εργασιακών καθηκόντων, αλλά και οι συνθήκες εργασίας όπως η αμοιβή και η ασφάλεια της εργασίας. Οι πολιτιστικοί παράγοντες, όπως τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και η αναγνώριση από την κοινότητα, έχουν επιπλέον βρεθεί ότι επηρεάζουν το κίνητρο των επαγγελματιών υγείας.

Οι παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού είναι ως εκ τούτου πολλαπλοί και οι διάφορες έρευνες έχουν βρει ότι διαφέρουν τόσο μεταξύ συστημάτων υγείας σε διαφορετικές χώρες, όσο και μεταξύ των διαφορετικών επαγγεμάτων υγείας, ενώ επίσης επηρεάζονται και από κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες (Kjellström et al, 2017).

Σε μια έρευνα που έγινε από τους Lambrou et al (2010) για την διερεύνηση των παραγόντων υποκίνησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε γενικό νοσοκομείο στην Λευκωσία στην Κύπρο, βρέθηκε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες υποκίνησης ήταν τα επιτεύγματα, ακολουθούμενα από τις αμοιβές, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τα επαγγελματικά προσόντα. Η αμοιβή ως παράγοντας υποκίνησης παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάλογα με το φύλο και τον νοσοκομειακό τομέα, και ήταν σημαντικότερος παράγοντας υποκίνησης για τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και τους ιατρούς εξωτερικών ιατρείων.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση που έγινε πρόσφατα από τους Baljoon et al (2018) σχετικά με τους παράγοντες υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα της

υγείας, βρέθηκε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες ήταν η ενδυνάμωση των νοσηλευτών, η συμμετοχή στην εργασία, η αμοιβή και τα οικονομικά οφέλη, η εποπτεία, η προώθηση, οι ενδεχόμενες ανταμοιβές, η σχέση υποστήριξης (συναδέλφους), η επικοινωνία και η φύση της εργασίας. Η υποκίνηση των νοσηλευτών βρέθηκε επίσης να επηρεάζεται και από πολλούς προσωπικούς και οργανωτικούς παράγοντες, όπως η ηλικία των νοσηλευτών, τα έτη εμπειρίας, η αυτονομία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και οι διοικητικές θέσεις.

Σε μια έρευνα που έγινε από τους Peters et al (2010) σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία στην Ινδία, σχετικά με την διερεύνηση των παραγόντων υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού βρέθηκε ότι για τους εργαζόμενους στα δημόσια νοσοκομεία ο σημαντικότερος παράγοντας υποκίνησης ήταν οι οικονομικές ανταμοιβές, ενώ για τους εργαζόμενους στις ιδιωτικές μονάδες υγείας ήταν η αναγνώριση της εργασίας από τους ανωτέρους.

Σε μια άλλη έρευνα από τους Daneshkohan et al (2015) εντοπίστηκε ότι οι παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία στο Ιράν, ήταν η καλή διαχείριση, η εποπτεία και η υποστήριξη των διαχειριστών και οι καλές σχέσεις εργασίας με τους συναδέλφους. Από την άλλη πλευρά, η αθέμιτη μεταχείριση, η κακή διαχείριση και η έλλειψη εκτίμησης της εργασίας, ήταν οι βασικοί παράγοντες αποθάρρυνσης. Επιπλέον, το 47,2% των εργαζομένων στην έρευνα αυτή πίστευε ότι τα υπάρχοντα συστήματα εποπτείας δεν βοηθούσαν στη βελτίωση της απόδοσής τους.

Γενικά φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές στους παράγοντες παρακίνησης του ανθρώπινου δυναμικού μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Σε μια συστηματική ανασκόπηση των κινήτρων για την διατήρηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες, τονίστηκε ο σημαντικός ρόλος της διοίκησης ως σημαντικός παράγοντας παρακίνησης. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας δήλωσαν ότι οι ηγετικές και διοικητικές δεξιότητες των προϊσταμένων τους ήταν ανεπαρκείς και αυτό οδήγησε στην αποσυγκέντρωση του προσωπικού (Willis-Shattuck et al., 2008).

Παρομοίως, οι συμμετέχοντες σε μια έρευνα σε νοσοκομεία στο Ιράν πίστευαν ότι η συμπεριφορά ορισμένων διευθυντών επηρέασε την αύξηση των περιστατικών συγκρούσεων στον χώρο εργασίας. Ορισμένοι διευθυντές θεωρήθηκε ότι κακομεταχειρίζονταν το προσωπικό, άλλαζαν ξαφνικά το στυλ διαχείρισης τους και δεν

κατάφεραν να κατανοήσουν και να υποστηρίξουν το προσωπικό τους (Farsi et al, 2010).

Επιπλέον, οι Dehghan Nayeri et al (2006) στη μελέτη τους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο ρόλος των διαχειριστών ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε την παραγωγικότητα των νοσηλευτών.

Οι διαφορές στους παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού τονίζονται και σε έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα. Στην Ελλάδα, οι πρακτικές διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στον δημόσιο τομέα της υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωτικές. Η πρόσληψη και η επιλογή γίνεται από ανώτατο συμβούλιο επιλογής προσωπικού και οι ανταμοιβές και οι προαγωγές συνδέονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και ελέγχονται από τις κεντρικές αρχές. Ως εκ τούτου, η ανώτατη διοίκηση είναι πρακτικά ανίκανη να εξασφαλίσει κίνητρα για τους εργαζόμενους. Το πρόβλημα αυτό συμπληρώνεται από την έλλειψη διαδικασιών εσωτερικής λειτουργίας, προκαλώντας αναποτελεσματική επικοινωνία και σύγχυση (Theodorakioglou και Tsiotras, 2000).

Η οργανωτική νοοτροπία στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δεν είναι πολύ ισχυρή, ίσως επειδή οι διαχειριστές δεν μπορούν να εισάγουν ένα κοινό πρότυπο αξιών μεταξύ των εργαζομένων, καθώς πρακτικά δεν μπορούν να διαμορφώσουν πολιτικές και πρακτικές ανθρώπινου δυναμικού (Bellou, 2008). Επιπλέον, ένας σημαντικός αριθμός υπαλλήλων νοσοκομειακών υπαλλήλων προσλήφθηκαν με προηγούμενη γραφειοκρατική τάξη και οι αξίες, οι προσδοκίες και τα πρότυπά τους εξακολουθούν να επηρεάζονται από προηγούμενες πολιτικές και πρακτικές (Kontodimopoulos et al, 2015). Η κατάσταση είναι διαφορετική στα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου η διοίκηση είναι ελεύθερη να προσλαμβάνει υπαλλήλους σύμφωνα με τα δικά της κριτήρια, τα οποία συνήθως περιστρέφονται γύρω από το κέρδος για τον οργανισμό. Οι κύριες πηγές εισοδήματος στον ιδιωτικό τομέα είναι οι πληρωμές από ιδιωτικές ασφάλειες και πληρωμές εκτός τσέπης από τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, ειδικά οι γιατροί, προσλαμβάνονται με βάση τη δέσμευσή τους να αυξήσουν τα έσοδα και μπορούν να υποκινηθούν για να τηρήσουν αυτόν τον στόχο με κατάλληλες πολιτικές διαχείρισης ανθρώπινων πόρων οι οποίες τίθενται από τη διαχείριση νοσοκομείων. Μπορούν επίσης να οριστούν οι κατάλληλες πολιτικές κινήτρων για νοσηλευτές και εργαζόμενους σε γραφεία.

Πράγματι οι Kontodimopoulos et al, (2015), οι οποίοι διερεύνησαν τους παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις απόψεις των επαγγελματιών της υγείας, βρήκαν ότι το εύρος των παραγόντων υποκίνησης ήταν ανάμικτο. Το σημαντικότερο κίνητρο για όλους τους εργαζόμενους ήταν τα επιτεύγματα, ενώ παρατηρήθηκε μία σημαντική διαφορά, μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών σε σχέση με τους συναδέλφους. Η αμοιβή (και συγκεκριμένα ο μισθός) αναφέρθηκε ως σημαντικό κίνητρο μόνο για τους επαγγελματίες σε διευθυντικές θέσεις. Οι επαγγελματίες υγείας σε ιδιωτικά νοσοκομεία υποκινήθηκαν από όλους τους παράγοντες σημαντικά περισσότερο από τους ομολόγους τους στα δημόσια νοσοκομεία, ένα αποτέλεσμα που πιθανότατα αποδόθηκε στις διαφορές στους τρόπους οργάνωσης και διαχείρισης, οι οποίες με τη σειρά τους αποδόθηκαν σε διαφορές στις πρακτικές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία αποσκοπούν προφανώς στη μεγιστοποίηση του κέρδους τους και, υπό το πρίσμα αυτό, είναι ελεύθερα να ευθυγραμμίσουν τις πολιτικές διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων με αυτόν τον στόχο. Αυτό συνεπάγεται την ικανότητα να προσφέρουν τόσο οικονομικά όσο και μη οικονομικά κίνητρα σε γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες που είναι πρόθυμοι να στηρίξουν τον κερδοσκοπικό στόχο του νοσοκομείου.

Σε άλλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα από τους Bakola et al (2016), οι σημαντικότεροι παράγοντες υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε μονάδες υγείας βρέθηκαν να είναι η αξιολόγηση από τους διευθυντές και τους συναδέλφους, οι οικονομικές αμοιβές, καθώς και τα χαρακτηριστικά κατάρτισης και εργασίας, ενώ σε έρευνα που έγινε από τους Tsounis et al (2014), τονίστηκε ότι μόνο τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι επαρκή για την υποκίνηση του ιατρικού προσωπικού και ότι αντίθετα, η ανάπτυξη και η αξιοποίηση των κινήτρων που συνδέονται με την επίτευξη των στόχων, τη δυνατότητα επαγγελματικής ανάπτυξης και αναγνώρισης στο χώρο εργασίας, φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά.

Στην ίδια άποψη σχετικά με την σημαντικότητα των οικονομικών κινήτρων στην υποκίνηση του εργατικού δυναμικού, συμφωνούν και οι Tomo και Todisco (2018). Ιστορικά, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας βασίζονται στη χρήση οικονομικών κινήτρων. Ο βασικός λόγος είναι ότι πολλά προγράμματα μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας θεωρούν δεδομένο ότι τα χρήματα αποτελούν βασικό κίνητρο στο εργασιακό περιβάλλον (Franco et al, 2002). Υπάρχει, ωστόσο, μια συζήτηση

σχετικά με τις προοπτικές και την αποτελεσματικότητα των αμοιβών που σχετίζονται με τις επιδόσεις στο πλαίσιο του δημόσιου τομέα. Μόνο τα οικονομικά κίνητρα δεν μπορούν να επιλύσουν τα προβλήματα υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού, αν και θα πρέπει να είναι παράγοντες που επηρεάζουν αποφασιστικά τα κίνητρα των εργαζομένων. Για το λόγο αυτό, είναι σαφές ότι οι στρατηγικές διαχείρισης και οι πολιτικές ανθρώπινου δυναμικού που βασίζονται κυρίως σε οικονομικά κίνητρα θα μπορούσαν επίσης να προκαλέσουν ανεπιθύμητες επιπτώσεις στην υποκίνηση των εργαζομένων. Αντίθετα, δεδομένου ότι οι εργαζόμενοι μπορεί να υπερεκτιμούν τα οικονομικά οφέλη σε σύγκριση με άλλους τύπους ανταμοιβής, η προοπτική επίτευξης χρηματικών ανταμοιβών θα μπορούσε να τοποθετηθεί επικίνδυνα από προσωπικά συμφέροντα πριν από την επίτευξη οργανωτικών στόχων στην υγειονομική περίθαλψη ή γενικά στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών. Πολλοί ερευνητές έχουν επισημάνει την σημαντικότητα και την κρίσιμη επίδραση άλλων μη νομισματικών παραγόντων στην υποκίνηση (Tomo και Todisco, 2018), όπως δείχθηκε παραπάνω.

3.2. Ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού στην διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η επίτευξη των στόχων της υγείας σε έναν πληθυσμό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την παροχή αποτελεσματικών, αποδοτικών, προσιτών, βιώσιμων και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας, το οποίο είναι κατανεμημένο σε διάφορα επαγγέλματα και γεωγραφικές περιοχές, είναι αναμφισβήτητο το σημαντικότερο στοιχείο αυτής της μοναδικής διαδικασίας παραγωγής και έχει ισχυρό αντίκτυπο στη συνολική απόδοση του συστήματος υγείας. Η έλλειψη σαφών πολιτικών για τη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων έχει οδηγήσει, τις περισσότερες χώρες, σε ανισορροπίες που απειλούν την ικανότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης να επιτύχουν τους στόχους τους. Το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που δεν μπορούν να αγνοηθούν και τα κίνητρα μπορούν να διαδραματίσουν αναπόσπαστο ρόλο σε πολλές από τις επιτακτικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα η υγειονομική περίθαλψη. Οι οργανώσεις υγείας αντιμετωπίζουν εξωτερικές πιέσεις που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά χωρίς κατάλληλες προσαρμογές στο εργατικό δυναμικό και η ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού φαίνεται έτσι να αποτελεί

κρίσιμο μέρος της διαδικασίας ανάπτυξης της πολιτικής για την βελτίωση της ποιότητας της υγείας (Lambrou et al, 2010).

Σύμφωνα με μια μελέτη, η οποία διεξήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι ανθρώπινοι πόροι είναι το πιο πολύτιμο στοιχείο στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι οργανισμοί υγείας βασίζονται στις ικανότητες και τα κίνητρα, ώστε το προσωπικό να προάγει την υγεία των ασθενών, να προλαμβάνει τις διαταραχές και να παρέχει φροντίδα στους ασθενείς. Αυτές οι ομάδες εργαζομένων έχουν ηθικό καθήκον να θεραπεύουν και να φροντίζουν τους ασθενείς τους με επαγγελματικό τρόπο (WHO, 2005).

Κάποιες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στις πρακτικές ανθρώπινου δυναμικού ή στα συστήματα που έχουν συνδεθεί με τις επιδόσεις της υγειονομικής περίθαλψης και τα αποτελέσματά της. Για παράδειγμα οι Hyde et al (2005) διαπίστωσαν ότι οι προοδευτικές πρακτικές ανθρώπινου δυναμικού σχετίζονται με καλύτερα αποτελέσματα των ασθενών και κατέδειξαν ότι η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων είναι βασικός μοχλός για την ενίσχυση της περίθαλψης των ασθενών, την ασφάλεια των ασθενών και τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών.

Οι Wall και Wood (2005) έδειξαν ότι οι καινοτόμες πρακτικές στον τομέα της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων πρέπει να επικεντρωθούν στη δέσμευση, τις δεξιότητες και τις δομές, τα τεχνολογικά συστήματα και τις πρακτικές εργασίας. Οι Boselie et al (2005) υπογράμμισαν τη σημασία της κατάρτισης, των αμοιβών και ανταμοιβών, της επικοινωνίας, της ομαδικής εργασίας, της ποικιλομορφίας, των ίσων ευκαιριών και του ευέλικτου σχεδιασμού εργασίας, και παρείχαν έχουν εμπειρικά στοιχεία που συνέδεαν τα προαναφερθέντα με την ανώτερη απόδοση και την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτές οι μελέτες έδειξαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ της κατάρτισης, της αποζημίωσης και της απόδοσης και της συμμετοχής στο χώρο εργασίας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης, η οποία βασίζεται όλο και περισσότερο στην τεχνολογία και όπου τα αποτελέσματα των ασθενών συνδέονται άμεσα με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες των εργαζομένων.

Οι West et al (2006) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ του συστήματος ΔΑΠ και της θνησιμότητας των ασθενών σε 52 νοσοκομεία στην Αγγλία, στα τμήμα οξέων περιστατικών. Ζητώντας από τους διευθυντές ΔΑΠ στα νοσοκομεία να ολοκληρώσουν

μια έρευνα, συγκέντρωσαν στοιχεία., σχετικά με τις πολιτικές των νοσοκομείων για την κατάρτιση, τη διαχείριση των επιδόσεων, τη συμμετοχή, την αποκέντρωση, τη χρήση ομάδων και την ασφάλεια της απασχόλησης. Επίσης, συγκέντρωσαν στοιχεία σχετικά με το προσωπικό και τις αποζημιώσεις, αλλά δεν συμπεριέλαβαν αυτές τις πολιτικές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στην ανάλυση, διότι διαπίστωσαν ελάχιστες διαφορές όσον αφορά τη χρήση της πρακτικής στελέχωσης και της αμοιβής λόγω σαφών οδηγιών από τις μονάδες υγείας όσον αφορά αυτές τις πολιτικές. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα συστήματα διαχείρισης ανθρώπων που δίνουν έμφαση σε ένα συμπληρωματικό σύνολο πολιτικών ΔΑΠ «υψηλής συμμετοχής» μπορούν να είναι επιτυχή στην παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης.

Η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης έχειδειχθεί ότι είναι επωφελής στην προώθηση των θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς, το προσωπικό και τους οργανισμούς (Shantz et al, 2016). Για παράδειγμα οι Ang et al (2013) έδειξαν ότι η εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της απόδοσης των εργαζομένων σε νοσοκομεία, ενισχύουν την εργασιακή δέσμευση, την ικανοποίηση από την εργασία, τη συναισθηματική δέσμευση και μειώνουν την πιθανότητα οι εργαζόμενοι να αποχωρήσουν από τον οργανισμό.

Παρόμοια οι Baluch et al (2013) βρήκαν ότι η εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία μπορούν να επηρεάσουν τις επιδόσεις των οργανισμών αυτών, καθώς τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μια θετική σχέση μεταξύ των αντιλήψεων του ανθρώπινου δυναμικού για τα συστήματα ΔΑΠ και της ικανοποίησης των ασθενών. Η σχέση αυτή βρέθηκε επίσης να διαμεσολαβείται από την ευγένεια των εργαζομένων προς τους ασθενείς, δηλαδή από το βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με ευγένεια, αξιοπρέπεια και σεβασμό. Συνολικά η έρευνα αυτή έδειξε ότι η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων μπορεί να ενισχύσει την ικανοποίηση των ασθενών στις οργανώσεις υγείας.

Σε μια έρευνα οι Townsend et al (2013), διερεύνησαν τον ρόλο της ΔΑΠ στην επίτευξη υψηλότερων επιπέδων κλινικών επιδόσεων. Οι ερευνητές ανέπτυξαν και δοκίμασαν εμπειρικά ένα μοντέλο, σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι διαδικασίες ΔΑΠ επηρεάζουν την κλινική απόδοση των νοσοκομείων, και συγκεκριμένα τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζουν τη συνεχή παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς, στο πλαίσιο των διαδικασιών που προκύπτουν από τρία άλλα υποσυστήματα στα νοσοκομεία, δηλαδή τον στρατηγικό και επιχειρησιακό προγραμματισμό και τη

διαχείριση της υγείας και της ασφάλειας των ασθενών. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από 465 νοσοκομεία στην Αυστραλία, υποστήριξαν ότι, στο πλαίσιο της διαχείρισης, της διαχείρισης πληροφοριών και των διαδικασιών υγείας και ασφάλειας, η αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών της ΔΑΠ επηρεάζει σημαντικά τη συνέχεια της ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα των διαδικασιών ΔΑΠ διαμεσολαβούσε στις σχέσεις μεταξύ του στρατηγικού και επιχειρησιακού προγραμματισμού, των διαδικασιών υγείας και ασφάλειας και της συνεχούς παροχής ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά διότι καταδεικνύουν την ταυτόχρονη και αλληλεξαρτώμενη επίδραση των πολλαπλών διεργασιών στις επιδόσεις ΔΑΠ και του οργανωτικού επιπέδου στα νοσοκομεία.

Εκτός των πρακτικών της διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, οι εργαζόμενοι στην υγεία είναι τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς και παραδίδουν την φροντίδα, και ως εκ τούτου έχουν έτσι και αλλιώς την δυνατότητα, να διαμορφώσουν οι ίδιοι το επίπεδο της ποιότητας της φροντίδας. Εξάλλου η ποιότητα της φροντίδας έχει πολλές επιχειρηθεί να οριστεί με βάση έρευνες που μελετούν τις απόψεις των εργαζομένων για τις διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας. Όπως χαρακτηριστικά έχει αναφέρει ο Donabedian, (1988), η ποιότητα της φροντίδας αναφέρεται στις αντιλήψεις των εργαζομένων για την ποιότητα της τεχνικής και διαπροσωπικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς.

Σύμφωνα με τους Shantz et al, (2016), τόσο οι νοσηλευτές όσο και το προσωπικό διοικητικής υποστήριξης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξασφάλιση της καλής φροντίδας στους ασθενείς. Ειδικότερα οι νοσηλευτές είναι τα άτομα τα οποία παρέχουν άμεση φροντίδα στους ασθενείς, για παράδειγμα, με τη χορήγηση φαρμάκων, την παροχή θεραπείας ή ακόμα και την ψυχολογική υποστήριξη. Ακόμα και το διοικητικό προσωπικό που δεν παρέχει άμεσα φροντίδα υγείας, όπως άλλοι εργαζόμενοι του τομέα, έχει την δυνατότητα να επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, επειδή είναι το πρώτο σημείο επαφής για τους ασθενείς και παρέχει υπηρεσίες άμεσης εξυπηρέτησης πελατών, εξασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς μετακινούνται άσπογα από το ένα τμήμα στο άλλο και λαμβάνουν έγκαιρα τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Ramadevi et al (2016), ο ακρογωνιαίος λίθος των επαγγελματικών δραστηριοτήτων έγκειται στην αναγνώριση των ικανοτήτων (π.χ. δεξιοτήτων, γνώσεων,

στάσεων και ικανοτήτων) και για την ανάπτυξη αυτών των ικανοτήτων, οι διαχειριστές ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να επικεντρωθούν στην παροχή κατάρτισης στο χώρο εργασίας. Μέσω κατάλληλης κατάρτισης και ανάπτυξης, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης θα ενισχύσουν τους επαγγελματίες ώστε να λειτουργούν αποτελεσματικότερα. Οι μελέτες δείχνουν ότι ο καθορισμός στόχων υψηλού επιπέδου για τους εργαζομένους θα κάνει την υγειονομική περίθαλψη πιο αποτελεσματική, πιο επικεντρωμένη στον ασθενή και περισσότερο αποδοτική (Greenhalgh et al., 2009).

Συμπληρωματικές μελέτες δείχνουν ότι, προκειμένου να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι υψηλού επιπέδου, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επικεντρωθούν στην πρόσληψη, την ανάπτυξη και την κατάρτιση του προσωπικού. Παρ' όλα αυτά, έχει αποδειχθεί ότι οι διαδικασίες ΔΑΠ είναι απαραίτητες για τη μεγιστοποίηση της ποιοτικής φροντίδας των ασθενών, της ευελιξίας, της αξιοπιστίας, της ανταπόκρισης και της ικανοποίησης των ασθενών, ελαχιστοποιώντας το κόστος (Ramadevi et al, 2016).

Οι Radamevi et al (2016) πρότειναν επίσης ένα πλαίσιο που καταγράφει τη σχέση μεταξύ των πρακτικών και διαδικασιών ανθρώπινου δυναμικού και την ικανοποίηση των ασθενών. Οι σημαντικές εισροές ανθρώπινων πόρων περιλαμβάνουν την πρόσληψη, την επιλογή, την ανάλυση εργασίας και το σχεδιασμό, τις αμοιβές και τις ανταμοιβές κλπ. Οι ακόλουθοι παράγοντες καθορίζουν την απόδοση των εργαζομένων και τελικά την φροντίδα και ικανοποίηση των ασθενών:

- [1] Για να εξασφαλιστεί η πρόσληψη των σωστών ατόμων, θα πρέπει να περιγράφονται οι ικανότητες που απαιτούνται για κάθε θέση. Αυτό γίνεται συχνά μέσω της ανάλυσης των θέσεων εργασίας.
- [2] Η ανάλυση εργασίας είναι η διαδικασία απόκτησης πληροφοριών σχετικά με τις θέσεις εργασίας καθορίζοντας τα καθήκοντα, τα καθήκοντα και τις δραστηριότητες της δουλειάς. Οι διαχειριστές ανθρώπινων πόρων χρησιμοποιούν αυτές τις πληροφορίες για να αναπτύξουν την περιγραφή των θέσεων εργασίας και τις προδιαγραφές εργασίας.
- [3] Οι ενέργειες πρόσληψης αποσκοπούν στην εξεύρεση νέων υπαλλήλων των οποίων οι αξίες, οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι ικανότητές τους ευθυγραμμίζονται με εκείνες του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης.
- [4] Η διαδικασία επιλογής πρέπει να είναι διαφανής. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επιλέξουν τα άτομα με τα καλύτερα προσόντα για κάθε

θέση. Οι κατάλληλες μέθοδοι επιλογής και κατάρτισης αυξάνουν επίσης την ικανοποίηση των εργαζομένων, την παραγωγικότητα και τη μείωση της φθοράς των εργαζομένων.

[5] Η κατάρτιση των εργαζομένων είναι κρίσιμη, διότι ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης αλλάζει συνεχώς και η νέα τεχνολογία και οι διαδικαστικές επιτεύξεις οδηγούν σε βελτιώσεις στην περίθαλψη των ασθενών.

[6] Οι δομές ανταμοιβής των εργαζομένων πρέπει να ευθυγραμμίζονται με τις επιθυμητές συμπεριφορές για να μεγιστοποιήσουν την υγεία και την ικανοποίηση των ασθενών.

Σύμφωνα με τους ίδιους η διαδικασία ενσωμάτωσης των προαναφερθέντων λειτουργιών της ΔΑΠ (συστήματα πρόσληψης, επιλογής, κατάρτισης και επιβράβευσης) είναι απαραίτητη για κάθε οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Το αποτέλεσμα θα είναι η παραγωγή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας με χαμηλό κόστος, ευελιξία, αξιοπιστία και ανταπόκριση, τα οποία όλα μεταφράζονται σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών (Radamevi et al, 2016).

3.3. Η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας

Η ποιότητα των επιδόσεων στις εγκαταστάσεις υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το διαθέσιμο μίγμα ανθρώπινων πόρων και των κινήτρων τους. Τα συστήματα υγείας είναι έντασης εργασίας και κεφαλαίου. Το εργατικό δυναμικό είναι από τις σημαντικότερες εισροές σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας και έχει ισχυρό αντίκτυπο στην απόδοση των υγειονομικών εγκαταστάσεων. Τα κίνητρα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, που εκδηλώνονται στη συμπεριφορά τους στο χώρο εργασίας, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την έκβαση του συστήματος υγείας, καθώς και τα αποτελέσματα των ασθενών (Weldegebriel et al, 2016).

Επιπλέον οι παρεμβάσεις, οι πολιτικές και οι μεταρρυθμίσεις χρησιμοποιούνται συνεχώς για να ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να προσφέρουν ποιοτική περίθαλψη (Chauhan et al., 2017), γι 'αυτό είναι λογικό να διασφαλίζεται ότι τα προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας δεν

παρεμβαίνουν, αλλά ευθυγραμμίζονται με τα κίνητρα των επαγγελματιών του τομέα της υγείας (Kjellström et al, 2017).

Για παράδειγμα οι Kjellström et al, (2017), μελετώντας τους παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού στις δημόσιες μονάδες υγείας στην Σουηδία, σε περίοδο εφαρμογής μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας στην χώρα, βρήκαν ότι οι οργανωτικές πτυχές της εργασίας ευθυγραμμίζονταν καλά με τις ατομικές πτυχές, γεγονός που πιθανότατα είχε θετικό αντίκτυπο στην υποκίνηση των εργαζομένων. Για παράδειγμα, η μεταρρύθμιση είναι σε οργανωτικό επίπεδο πλαισιωμένη από την άποψη της ποιότητας των ασθενών, η οποία είναι ένα κύριο κίνητρο σε ατομικό επίπεδο. Στους επαγγελματίες παρέχεται χρόνος και χώρος για συστηματική βελτίωση και διακριτική ευχέρεια προσαρμογής της εργασίας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Ο σχεδιασμός της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στη σουηδική πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, στην οποία συγκεντρώθηκαν οι δυνάμεις της αγοράς με ένα σχετικά εκτεταμένο σύστημα κανονισμών και μετρήσεων απόδοσης σε συνδυασμό με δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας, παρείχε καλές συνθήκες για την υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού. Σε ατομικό επίπεδο, οι επαγγελματίες είχαν κίνητρα από διαβουλεύσεις με τους ασθενείς και από ενδιαφέροντα καθήκοντα σε ένα περιβάλλον αμοιβαίας και ευχάριστης αλληλεπίδρασης με τους συναδέλφους τους. Μια σημαντική πτυχή αυτής της μελέτης ήταν ότι τα κίνητρα που εισήχθησαν σε αυτά τα οργανωτικά πλαίσια παρείχαν ευκαιρίες για επαγγελματική αυτονομία.

Σε παρόμοια μελέτη που έγινε από τους Hochwälder et al (2008), εξετάστηκε ο αντίκτυπος των συνθηκών εργασίας σε νοσοκομεία στο νοσηλευτικό προσωπικό. Διαπιστώθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας, ελέγχου και συνεργασίας συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης στη διοίκηση, γεγονός που οδήγησε στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία. Τα θετικά χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος συνδέθηκαν με μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία καθώς και με τις αντιλήψεις που είχαν οι εργαζόμενοι σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.

Τα υψηλά επίπεδα υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού, έχουν επίσης συνδεθεί με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, η οποία είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Όπως υποστηρίζουν οι Janicijevic et al (2013), η παρακίνηση των εργαζομένων, αυξάνει τα επίπεδα ικανοποίησης τους από την εργασία, η οποία με την

σειρά της επηρεάζει την παραγωγικότητα καθώς και την ποιότητα της εργασίας. Η ικανοποίηση από την εργασία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και τη δέσμευση στην εργασία και συγχρόνως στην βελτίωση της αποδοτικότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τους Franco et al (2002) η υποκίνηση συνδέεται στενά με την ικανοποίηση από την εργασία, η οποία διατηρεί τους εργαζόμενους στην εργασία τους με την πάροδο του χρόνου. Η διατήρηση του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης μειώνει το κόστος για το σύστημα υγείας από την υποχρέωση να προσλαμβάνει, να μισθώνει και να εκπαιδεύει νέους εργαζομένους, κάτι το οποίο αυξάνει την οικονομική αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας, ενώ παράλληλα μειώνει την πιθανότητα κενών θέσεων εργασίας και ελλείψεων προσωπικού, παράγοντες οι οποίοι στο σύνολό τους βελτιώνουν την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.

Παρόμοια μια έρευνα από τους Peltier et al (2009), με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης των εργαζομένων και των εμπειριών των ασθενών σε νοσοκομεία διαπίστωσε ότι οι προσπάθειες δημιουργίας υψηλότερης ικανοποίησης των εργαζομένων, είχαν θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς, όπως η ικανοποίηση τους από την φροντίδα και η βελτιωμένη ποιότητα της φροντίδας. Η έρευνα επεσήμανε επίσης ότι η ηγεσία είναι συχνά ο οδηγός για την παροχή ενδυνάμωσης στα εργασιακά περιβάλλοντα, η οποία είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε αφοσιωμένους και καλά παρακινημένους υπαλλήλους, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερη φροντίδα των ασθενών. Στον αντίποδα μια έρευνα από τους McHugh et al (2011), βρήκε ότι οι ασθενείς είναι πιο δυσαρεστημένοι από τη φροντίδα στους χώρους εργασίας, όπου οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερα ποσοστά δυσαρέσκειας από την εργασία, ένα εύρημα με πιθανές επιπτώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης.

Αναφέρεται επίσης ότι η παρακίνηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι ο βασικός καθοριστικός παράγοντας της διατήρησης του προσωπικού και της απόδοσης του τομέα υγείας (Peters et al, 2010). Δεδομένων των σύγχρονων προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας, όπως οι κακές συνθήκες εργασίας, οι ανησυχίες για την προσωπική ασφάλεια, οι ανεπαρκείς εξοπλισμοί, οι περιορισμοί στις δαπάνες και η πίεση για την κάλυψη των προσδοκιών των ασθενών, η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού, θα μπορούσε να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της παραγωγικότητας των οργανισμών υγείας και της ποιότητας της περίθαλψης (Mbilingi et al, 2011). Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, η οποία είναι υψηλής

ποιότητας μπορεί να λειτουργήσει ως ένας σύνδεσμος που συγκρατεί μαζί όλα τα εσωτερικά μέρη μιας οργάνωσης, οδηγεί σε μια εποικοδομητική κατάσταση εργασίας και υποστηρίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Φαίνεται ότι σε ολόκληρο τον κόσμο η έλλειψη δεξιοτήτων διαχείρισης αναφέρεται ως το πιο σημαντικό εμπόδιο για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας (Peterson, et al., 2011). Όταν ένας οργανισμός διαχειρίζεται λογικά το εργατικό δυναμικό του, το αποτέλεσμα είναι ένα ικανοποιημένο και παρακινημένο ανθρώπινο δυναμικό που παρέχει υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη (Daneshkohan et al, 2015).

Σε μια πρόσφατη έρευνα οι Shantz et al (2016), διερεύνησαν την σχέση μεταξύ πρακτικών ΔΑΠ και της ποιότητας της περίθαλψης και της ασφάλειας σε δύο διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες στην υγειονομική περίθαλψη, σε νοσηλεύτες και σε εργαζόμενους διοικητικής υποστήριξης, καθώς και τον ρόλο που διαδραματίζει η οργανωσιακή δέσμευση σε αυτή τη σχέση, με βάση το μοντέλο των χαρακτηριστικών της εργασίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάρτιση, η συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, οι ευκαιρίες για ανάπτυξη και η επικοινωνία σχετίζονταν θετικά με την ποιότητα της περίθαλψης και την ασφάλεια μέσω της συμμετοχής στην εργασία.

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την ικανότητα μιας οργάνωσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς. Αλλά το πιο ισχυρό κλειδί για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων στους ασθενείς δεν είναι η πρωτοποριακή ιατρική τεχνολογία, ο αριθμός των φορέων ειδικοτήτων ενός οργανισμού ή ακόμη και τα πρόσθετα προγράμματα που αποσκοπούν στην προαγωγή της προληπτικής φροντίδας. Αντ' αυτού, οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να δημιουργήσουν πιο βαθιές βελτιώσεις όσον αφορά τη φροντίδα των ασθενών και τα επίπεδα ικανοποίησης απλώς βελτιώνοντας τα επίπεδα εργασιακής δέσμευσης του ανθρώπινου δυναμικού τους Shantz et al (2016).

Δεδομένου ότι η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού είναι άμεση συνδεδεμένη με την εργασιακή δέσμευση, οι διάφορες έρευνες έχουν επίσης μελετήσει την σχέση μεταξύ της εργασιακής δέσμευσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στις μονάδες υγείας. Η εργασιακή δέσμευση ορίζεται ως η πρόσθετη διακριτική προσπάθεια που ασκεί ένας εργαζόμενος στην εργασία του (West και Dawson, 2002; Jevé et al, 2015). Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση από τον Van Allen (2012), σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα της εργασιακής δέσμευσης των εργαζομένων στον τομέα

της υγείας, βρέθηκε ότι σε σύγκριση με τους οργανισμούς στους οποίους τα επίπεδα δέσμευσης των εργαζομένων είναι χαμηλά, στους οργανισμούς στους οποίους τα επίπεδα εργασιακής δέσμευσης είναι υψηλά, καταγράφονται κατά 37% λιγότερες απουσίες από την εργασία, 22% υψηλότερη κερδοφορία και 41% λιγότερα περιστατικά ασφάλειας ασθενών. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η εργασιακή δέσμευση των νοσηλευτριών ήταν ο ισχυρότερος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της κουλτούρας της ασφάλειας των ασθενών. Η αύξηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών οδήγησε σε μείωση κατά 87% του ποσοστού μολύνσεων σε διάστημα δύο ετών.

Στο πλαίσιο αυτό η αξιολόγηση της δέσμευσης των εργαζομένων και ο εντοπισμός των βασικών τομέων βελτίωσης του χώρου εργασίας είναι σημαντικές ενέργειες που πρέπει να γίνουν από την διοίκηση των μονάδων υγείας, προκειμένου να είναι σε θέση να προσφέρουν έγκαιρη και ποιοτική φροντίδα (Lowe, 2012). Σε μια άλλη έρευνα οι Bulkaruram et al (2015) διερεύνησαν την σχέση μεταξύ της εργασιακής δέσμευσης και της απόδοσης των νοσοκομειακών μονάδων στην Ινδία και συγκεκριμένα σε παράγοντες όπως η δημιουργία ενός περιβάλλοντος με επίκεντρο τον ασθενή και η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της δέσμευσης των εργαζομένων και των βασικών νοσοκομειακών αποτελεσμάτων.

Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν σχετικές έρευνες σε μονάδες υγείας σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, όπου τα συστήματα υγείας τους αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερες προκλήσεις. Για παράδειγμα οι Alhassan et al (2013) διερευνώντας τη σχέση μεταξύ της υποκίνησης των εργαζομένων σε νοσοκομεία στην Γκάνα και την ποιότητα της περίθαλψης, βρήκαν ότι η ποιότητα της περίθαλψης ήταν γενικά χαμηλή, και πως στις περισσότερες μονάδες υγείας δεν υπήρχαν τεκμηριωμένες ενδείξεις διαδικασιών για συνεχή βελτίωση της ποιότητας και την ασφάλεια των ασθενών. Παράλληλα το επίπεδο υποκίνησης του προσωπικού καταγράφηκε σε χαμηλά επίπεδα, παρόλο που οι εργαζόμενοι σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις αντιλήφθηκαν να έχουν καλύτερες συνθήκες εργασίας από ό, τι οι εργαζόμενοι σε δημόσιες εγκαταστάσεις. Η χαμηλή ποιότητα της περίθαλψης συσχετίστηκε μεταξύ άλλων με τις κακές συνθήκες εργασίας και την χαμηλή υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού, υποδεικνύοντας ότι η χαμηλή υποκίνηση επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.

Πράγματι όπως υποστηρίζουν και οι Weldegebriel et al, (2016), οι οποίοι διερεύνησαν τους παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας στην

Αιθιοπία, το χαμηλό ηθικό των εργαζομένων, λόγω έλλειψης κινήτρων, μπορεί να υπονομεύσει την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών και να απομακρύνει τους επαγγελματίες από το επάγγελμα. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η προσβασιμότητα και η βιωσιμότητά τους εξαρτώνται από την απόδοση των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες, επομένως είναι σημαντικό να θεωρηθεί η υποκίνηση και η ανάπτυξη του προσωπικού κεντρικό ζήτημα στην πολιτική για την υγεία.

Σε άλλες έρευνες που έχουν γίνει σε ανεπτυγμένες χώρες έχει επίσης δειχθεί ότι τα χαμηλά επίπεδα υποκίνησης των εργαζομένων στους δημόσιους οργανισμούς υγείας, σε συνδυασμό με την ελλιπή ηγεσία και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας (χαμηλοί προϋπολογισμοί, μεγάλος φόρτος εργασίας, ελλιπές προσωπικό), μπορεί να οδηγήσουν τους νοσηλευτές σε επαγγελματική και συναισθηματική εξουθένωση και την ανάπτυξη χαμηλού ηθικού, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, μέσα από την αύξηση των λαθών και τον μειωμένο αριθμό των νοσηλευτών που αντιστοιχούν σε κάθε ασθενή (Parathanasiou et al, 2014).

Οι Todo και Todisco (2018) συζήτησαν επίσης τη σημασία που έχει η εργασιακή ευημερία στην υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας και την συνακόλουθη επίδραση της στην απόδοση των εργαζομένων και στην ποιότητα της περίθαλψης. Σύμφωνα με τους ερευνητές το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, πάσχει από ειδικές συνθήκες που επηρεάζουν αρνητικά την ευημερία των εργαζομένων, πέραν των άλλων συνθηκών που αναγνωρίζονται γενικά στο περιβάλλον εργασίας. Για παράδειγμα, οι ειδικές συνθήκες στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης είναι η εργασία με εναλλαγή βάρδιας και η εργασία νυχτερινής βάρδιας, η έλλειψη ασφάλειας λόγω του κινδύνου τραυματισμού και των επικίνδυνων συνθηκών που σχετίζονται με τις ασθένειες των ασθενών, οι δυσκολίες στην εξισορρόπηση του χρόνου εργασίας και της οικογενειακής ζωής, κλπ. Η προσοχή της διοίκησης στην ευημερία των εργαζομένων αποτελεί σημαντικό στοιχείο στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, διότι τα χαμηλά επίπεδα ευημερίας των εργαζομένων μπορεί να οδηγήσουν στη μείωση της ποιότητας των επιδόσεων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

Κεφάλαιο 4ο: Συμπεράσματα

4.1. Συζήτηση – συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία μελέτησε σε θεωρητικό επίπεδο τον ρόλο τον οποίο μπορεί να διαδραματίσει η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού στους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Τα αποτελέσματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν υποδεικνύουν αρχικά ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας υποκινούνται από μια σειρά από οικονομικές και μη – οικονομικές ανταμοιβές και παράγοντες, οι οποίοι περιλαμβάνουν τον μισθό και την ασφάλεια, την ενδυνάμωση, την εποπτεία, τις δυνατότητες προώθησης, τις σχέσεις με τους συναδέλφους, το θετικό ομαδικό πνεύμα, την επαγγελματική αυτονομία, τα στυλ ηγεσίας, τις πρακτικές διαχείρισης από τους ανωτέρους, κ.α.

Οι παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού είναι πολλαπλοί και οι διάφορες έρευνες έχουν βρει ότι αυτοί διαφέρουν, τόσο μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων υγείας στις διαφορετικές χώρες, όσο και μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών υγείας. Η διαφορετικότητα αυτή οφείλεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν και οργανώνονται τα συστήματα υγείας στις διαφορετικές χώρες. Ειδικότερα στις δημόσιες μονάδες υγείας οι εργαζόμενοι φαίνεται να υποκινούνται κυρίως από τις οικονομικές ανταμοιβές, ενώ οι εργαζόμενοι στην ιδιωτική υγεία υποκινούνται κυρίως από μη οικονομικές ανταμοιβές. Επίσης στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε αντίθεση με τις ανεπτυγμένες χώρες, η κακή και μη ισότιμη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας αποθάρρυνσης του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.

Στη συνέχεια η μελέτη της σύνδεσης μεταξύ της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και της βελτίωσης της ποιότητας της υγείας, έδειξε ότι οι δύο αυτοί παράγοντες συνδέονται. Η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού έχει μια σειρά από θετικά αποτελέσματα, όπως η αυξημένη παραγωγικότητα, η αυξημένη απόδοση των εργαζομένων, και η αυξημένη ικανοποίηση των εργαζομένων, αλλά επίσης έχει και μια σειρά από θετικά αποτελέσματα για τους οργανισμούς υγείας, όπως τα αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και την δέσμευση στην εργασία. Αυτά τα θετικά

αποτελέσματα με την σειρά τους επιδρούν στην ποιότητα της περίθαλψης θετικά, αυξάνοντας την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, βελτιώνοντας την αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας και ενισχύοντας τις απόψεις των εργαζομένων της υγείας για την ποιότητα της περίθαλψης.

Αντίθετα δείχθηκε ότι τα χαμηλότερα επίπεδα υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού, συνδέονται με το χαμηλό ηθικό των εργαζομένων, την πρόθεση αποχώρησης από την εργασία και την συναισθηματική εξάντληση και εξουθένωση των εργαζομένων, αυξάνοντας την πιθανότητα λαθών και μειώνοντας τον αριθμό των νοσηλευτών που αντιστοιχούν σε κάθε ασθενή. Τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης στην εργασία, λόγω έλλειψης κινήτρων στο προσωπικό, έχουν επίσης συνδεθεί με την δυσαρέσκεια των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ως εκ τούτου όταν οι εργαζόμενοι δεν υποκινούνται στον χώρο εργασίας, αυτό αναμένεται να επηρεάσει την φροντίδα που παραδίδεται στους ασθενείς. Λαμβάνοντας δε υπόψη το γεγονός ότι η ασφάλεια των ασθενών και η ικανοποίηση των ασθενών είναι σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, και ότι οι διαστάσεις αυτές μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από τα χαμηλά επίπεδα παρακίνησης του ανθρώπινου δυναμικού, κρίνεται αναγκαίο οι οργανισμοί υγείας να παρέχουν κίνητρα στο ανθρώπινο δυναμικό τους.

Τα αποτελέσματα των ερευνών συνολικά, δείχνουν ότι η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ αντίθετα τα χαμηλά επίπεδα υποκίνησης υπονομεύουν την ποιότητα της περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτό, είναι σημαντικό να θεωρηθεί η υποκίνηση και η ανάπτυξη του προσωπικού, κεντρικό ζήτημα στην πολιτική για την υγεία, ιδιαίτερα στις δημόσιες μονάδες υγείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, λόγω περιορισμών στους προϋπολογισμούς και των συνεχών μεταρρυθμίσεων, καθώς και λόγω της όλο και αυξανόμενης σημασίας που λαμβάνει η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Οι δημόσιοι οργανισμοί υγείας θα πρέπει επίσης να φροντίσουν να ενισχύσουν την υποκίνηση των εργαζομένων τους, παρέχοντας τους και μη – οικονομικά κίνητρα. Το είδος των μη οικονομικών κινήτρων που προσδιορίζονται θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης ανθρώπινων πόρων. Η γνώση των παραγόντων υποκίνησης και των παραγόντων που οδηγούν σε αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία θα επιτρέψει στο

πλαίσιο αυτό, την εφαρμογή στοχευμένων στρατηγικών συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.

4.2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Αν και τα ευρήματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν υποδεικνύουν ότι η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι αναγκαίο να ειπωθεί ότι οι περισσότερες από τις έρευνες αυτές, δεν έχουν μελετήσει άμεσα τη σύνδεση μεταξύ της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών, μελετούν τις θετικές επιπτώσεις της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και την σύνδεση αυτών των επιπτώσεων, με την ποιότητα της περίθαλψης. Πολλές έρευνες μελετούν επίσης την σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία, με την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Αν και η ικανοποίηση από την εργασία έχει πολλά κοινά σημεία σύνδεσης με την παρακίνηση του ανθρώπινου δυναμικού, εν τούτοις οι δύο όροι δεν ταυτίζονται. Επίσης οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την σύνδεση της παρακίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης έχουν γίνει σε νοσηλευτές και ιατρούς. Αναμφίβολα οι νοσηλευτές και πρωτίστως οι ιατροί, είναι το βασικό κομμάτι του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης λόγω της άμεσης και συνεχούς επαφής με τον ασθενή, καθώς και λόγω του ότι οι ομάδες αυτές παρέχουν άμεσα την φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Ωστόσο η εστίαση των εμπειρικών ερευνών σε αυτές μόνο τις ομάδες επαγγελματιών υγείας, αφήνει κενά στην έρευνα, σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η υποκίνηση και των λοιπών επαγγελματιών του τομέα της υγείας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της περίθαλψης.

Με βάση τους παραπάνω περιορισμούς και κενά που εντοπίζονται στην ήδη υπάρχουσες έρευνα, είναι απαραίτητο οι μελλοντικές έρευνες να διερευνήσουν άμεσα, τη σχέση μεταξύ της υποκίνησης του ανθρώπινου και της ποιότητας της περίθαλψης, εστιάζοντας σε θέματα όπως η επίδραση της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού στην ικανοποίηση των ασθενών, στις εμπειρίες των ασθενών από την λήψη των υπηρεσιών υγείας, στην ασφάλεια των ασθενών και στην αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Επίσης αν και οι νοσηλευτές και οι ιατροί είναι ενδεχομένως τα σημαντικότερα επαγγέλματα στον τομέα, καθώς και τα άτομα που

προσφέρουν άμεσα την φροντίδα υγείας, η σημασία και των λοιπών επαγγελματιών του τομέα της υγείας δεν μπορεί να υποβαθμιστεί. Η συναναστροφή των ασθενών με όλους τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας είναι και αυτή που δημιουργεί την συνολική εμπειρία του ασθενούς στους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει επίσης να μελετήσουν την σύνδεση της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και σε αυτά τα επαγγέλματα.

Ενδιαφέρον θα ήταν επίσης να μελετηθεί, πως η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα της περίθαλψης, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τα συστήματα υγείας και οι οργανισμοί υγείας αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες προκλήσεις, οι οποίες συνδέονται κυρίως με τις μικρές δαπάνες υγείας και με φαινόμενα κακοδιαχείρισης. Διαπολιτισμικές μελέτες θα μπορούσαν επίσης να διερευνήσουν τις διαφορές που υπάρχουν στους παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού μεταξύ των οργανισμών υγείας ανά τον κόσμο και να παρέχουν προτάσεις σχετικά με τον τρόπο οι οργανισμοί θα μπορούσαν να εφαρμόσουν συστήματα και πρακτικές παρακίνησης για το ανθρώπινο δυναμικό τους, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Βιβλιογραφία

1. Aamodt, M. (2012). *Industrial/organizational psychology: An applied approach*. Nelson Education.
2. Adams, J. S. (1963). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal Psychology*.
3. Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational behavior and human performance*, 4, 142-175.
4. Alderfer, C. P. (1972). *Existence, Relatedness, and Growth: Human Needs in Organizational Settings*. New York: Free Press.
5. Alhassan, R. K., Spieker, N., van Ostenberg, P., Ogink, A., Nketiah-Amponsah, E., & de Wit, T. F. R. (2013). Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana. *Human resources for health*, 11(1), 37.
6. Allport, G. W. (1960). *Personality and social encounter: Selected essays*. Beacon Press.
7. Allport, G. W. (1964). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
8. American Society for Quality, (2009). *Project planning and implementing tools: Plan-Do-Check-Act Cycle*. Διαθέσιμο από <https://asq.org/quality-resources/pdca-cycle> [Πρόσβαση 04/01/2018]
9. Ang, S. H., Bartram, T., McNeil, N., Leggat, S. G., & Stanton, P. (2013). The effects of high-performance work systems on hospital employees' work attitudes and intention to leave: a multi-level and occupational group analysis. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3086-3114.
10. Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
11. Armstrong, M. (2009). *Armstrong's Handbook Of human resource Management practice* 11th edition.
12. Atkinson, J. W. (1958). Towards experimental analysis of human motivation in terms of motives, expectancies, and incentives. *Motives in fantasy*.
13. Bakola, H., Zyga, S., Panoutsopoulos, G., & Alikari, V. (2016). Motivational incentives of nurses and nursing leadership. *Interscientific Health Care*, 7(2), 58-64.

14. Baljoon, R. A., Banjar, H. E., & Banakhar, M. A. (2018). Nurses' work motivation and the factors affecting it: a scoping review. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 2018.
15. Baluch, A. M., Salge, T. O., & Piening, E. P. (2013). Untangling the relationship between HRM and hospital performance: The mediating role of attitudinal and behavioural HR outcomes. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3038-3061.
16. Becser, N. (2007). Improving service quality in retail trade. *The premises of a potential measurement model and decision support system based on IT*, 1-254.
17. Bellou, V. (2008). Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *Journal of health organization and management*, 22(5), 496-509.
18. Boselie, P., Dietz, G., & Boon, C. (2005). Commonalities and contradictions in HRM and performance research. *Human resource management journal*, 15(3), 67-94.
19. Brown, L. D., Franco, L. M., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1998). *Quality assurance of health care in developing countries*. Quality Assurance Project, Center for Human Services.
20. Bulkapuram, S. G., Wundavalli, L., & Avula, K. S. (2015). Employee engagement and its relation to hospital performance in a tertiary care teaching hospital. *Journal of Hospital Administration*, 4(1), 48.
21. Buttell, P., Hendler, R., & Daley, J. (2008). Quality in healthcare: concepts and practice. *The business of healthcare*, 3, 61-95.
22. Cooley, C. H. (1983). *Human Nature and the Social Order* (Social Science Classics Series). Transaction Publishers.
23. Counte, M. A., & Meurer, S. (2001). Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(3), 197-207.
24. Crosby, P. B. (1979). Quality is free: The art of marketing quality certain. *New York: New American Library*, 10.
25. Daneshkohan, A., Zarei, E., Mansouri, T., Maajani, K., Ghasemi, M. S., & Rezaeian, M. (2015). Factors affecting job motivation among health workers: A study from Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(3), 153.

26. De Jonge, V., Nicolaas, J. S., van Leerdam, M. E., & Kuipers, E. J. (2011). Overview of the quality assurance movement in health care. *Best practice & research clinical gastroenterology*, 25(3), 337-347.
27. De Koning, H., Verver, J. P., van den Heuvel, J., Bisgaard, S., & Does, R. J. (2006). Lean six sigma in healthcare. *Journal for Healthcare Quality*, 28(2), 4-11.
28. Decenzo, D. A., & Robbins, S., (1989). *Personal Human Resources Management*.
29. Deci, E., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
30. Dehghan Nayeri, N., Nazari, A. A., Salsali, M., Ahmadi, F., & Adib Hajbaghery, M. (2006). Iranian staff nurses' views of their productivity and management factors improving and impeding it: a qualitative study. *Nursing & health sciences*, 8(1), 51-56.
31. Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology. *Center for advanced engineering study, Cambridge, MA, 510*, 419-425.
32. Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. 1, 8-11
33. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.
34. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
35. Ducq, Y., Alix, T., & Vallespir, B. (2008, September). Quality in services: definition and measurement principles of Service Quality Deployment. In *APMS (Advanced Production management Systems) 2008 International Conference on INNOVATIONS IN NETWORKS* (Vol. 1, pp. pp-151).
36. Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human resources for health*, 1(1), 1.
37. Elarabi, H. M., & Johari, F. (2014). The impact of human resources management on healthcare quality. *Asian journal of management sciences & education*, 3(1), 13-22.

38. El-Eid, G. R., Kaddoum, R., Tamim, H., & Hitti, E. A. (2015). Improving hospital discharge time: a successful implementation of six sigma methodology. *Medicine, 94*(12).
39. Farsi, Z., Dehghan-Nayeri, N., Negarandeh, R., & Broomand, S. (2010). Nursing profession in Iran: an overview of opportunities and challenges. *Japan journal of nursing science, 7*(1), 9-18.
40. Festinger, L. (1957). *Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
41. Festinger, L. (1964). The motivating effects of cognitive dissonance. *The cognitive processes: Readings*.
42. Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of health & illness, 5*(3), 297-311.
43. Franco, L. M., Bennett, S., & Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social science & medicine, 54*(8), 1255-1266.
44. Garvin, D. A. (1988). *Managing quality: The strategic and competitive edge*. Simon and Schuster.
45. Goetsch, D. L., & Davis, S. B. (2014). *Quality management for organizational excellence*. Upper Saddle River, NJ: pearson.
46. Gorji, A. M. H., & Farooquie, J. A. (2011). A comparative study of total quality management of health care system in India and Iran. *BMC research notes, 4*(1), 566.
47. Greenhalgh, T., Humphrey, C., Hughes, J., Macfarlane, F., Butler, C., & Pawson, R. A. Y. (2009). How do you modernize a health service? A realist evaluation of whole-scale transformation in London. *The Milbank Quarterly, 87*(2), 391-416.
48. Gupta, K. S., & Rokade, V. (2016). Importance of Quality in Health Care Sector: A Review. *Journal of Health Management, 18*(1), 84-94.
49. Gürbüz, S., Şahin, F., & Köksal, O. (2014). Revisiting of Theory X and Y: A multilevel analysis of the effects of leaders' managerial assumptions on followers' attitudes. *Management Decision, 52*(10), 1888-1906.
50. Helminen, S. (2000). Quality of care provided for young adults and adolescents in the Finnish public oral health service.

51. Herzberg, F. (1968). One more time: How do you motivate people? *Harvard Business Review*.
52. Herzberg, F. (2017). *Motivation to work*. Routledge.
53. Hochwalder, J., & Brucefors, A. B. (2005). Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health. *Personality and individual differences*, 39(7), 1237-1248.
54. Hughes, R. G. (2008). Tools and strategies for quality improvement and patient safety. in Hughes, R. (Ed.). (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 3). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
55. Jaiswal, P., Singhal, A. K., Gadpayle, A. K., Sachdeva, S., & Padaria, R. (2014). Level of motivation amongst health personnel working in a tertiary care government hospital of New Delhi, India. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 39(4), 235.
56. Janicijevic, I., Seke, K., Djokovic, A., & Filipovic, T. (2013). Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction—where is the linkage?. *Hippokratia*, 17(2), 157.
57. Jeve, Y. B., Oppenheimer, C., & Konje, J. (2015). Employee engagement within the NHS: a cross-sectional study. *International journal of health policy and management*, 4(2), 85.
58. Jung, C. S., & Lee, S. Y. (2015). The Hawthorne studies revisited: Evidence from the US federal workforce. *Administration & Society*, 47(5), 507-531.
59. Juran, J. M. (1988). *Juran on planning for quality*. Collier Macmillan.
60. Juran, J., & Godfrey, J. (2000). Total quality management, quality handbook.
61. Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A., & Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human resources for health*, 4(1), 20.
62. Kahler, T. (1975). Drivers: the key to the process of scripts. *Transactional Analysis Journal*, 5(3).
63. Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (2003). *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization* (Collins Business Essentials). Collins Business.
64. Kelley, E., & Hurst, J. (2006). *Health care quality indicators project conceptual framework paper*.

65. Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., & Billi, J. E. (2006). Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker?. *Journal of Hospital Medicine: an official publication of the Society of Hospital Medicine*, 1(3), 191-199.
66. Kimberly, J. R. (1997). Assessing? Quality? in Health Care: Issues in Measurement and Management. *International Journal for Quality in Health Care*, 3(9), 161-162.
67. Kjellström, S., Avby, G., Areskoug-Josefsson, K., Andersson Gäre, B., & Andersson Bäck, M. (2017). Work motivation among healthcare professionals: A study of well-functioning primary healthcare centers in Sweden. *Journal of health organization and management*, 31(4), 487-502.
68. Kontodimopoulos, N., Paleologou, V., & Niakas, D. (2009). Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. *BMC health services research*, 9(1), 164.
69. Kotler, P. (1998). A generic concept of marketing. *Marketing Management*, 7(3), 48
70. Koustelios, A. D. (2001). Personal characteristics and job satisfaction of Greek teachers. *International journal of educational management*, 15(7), 354-358.
71. Laffel, G., & Blumenthal, D. (1989). The case for using industrial quality management science in health care organizations. *Jama*, 262(20), 2869-2873.
72. Lambrou, P., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human resources for health*, 8(1), 26.
73. Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (2009). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. John Wiley & Sons.
74. Levinson, W. A., & Rerick, R. A. (2002). *Lean enterprise: A synergistic approach to minimizing waste*. Asq Press.
75. Lindner, J. R. (1998). Understanding employee motivation. *Journal of extension*, 36(3), 1-8.
76. Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*.

77. Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *The American Psychologist*.
78. Locke, E. A., Latham, G. P., & Smith, K. J. (1990). A theory of goal setting & task performance.
79. Lowe, G. (2012). How employee engagement matters for hospital performance. *Healthcare Quarterly*, 15(2), 29-39.
80. Maslow, A. (1946). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
81. Maslow, A. H. (2013). *A theory of human motivation*. Simon and Schuster.
82. Maslow, A. H. (2013). *Toward a psychology of being*. Simon and Schuster.
83. Mbilinyi, D., Daniel, M. L., & Lie, G. T. (2011). Health worker motivation in the context of HIV care and treatment challenges in Mbeya Region, Tanzania: a qualitative study. *BMC health services research*, 11(1), 266.
84. McClelland, D. C. (1988). *Human Motivation*. Cambridge University Press.
85. McGregor, D. (1957). The human side of enterprise. *Management Review*, 22-28, 88-92.
86. McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210.
87. McShane, S.L & Von Glinow, M.A (2000). *Organizational behavior*, McGraw Hill: Irwin.
88. Miner, J. B. (2015). *Organizational behavior 1: Essential theories of motivation and leadership*. Routledge.
89. Noe R., Hollenbeck J., Gerhart B. (2009). Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων. Ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Αθήνα: Παπαζήση
90. Ott, J. S., Parkes, S. J., & Simpson, R. B. (2007). *Classic Readings in Organizational Behavior*. Wadsworth Publishing.
91. Ovreteit, J. (1992). *Health service quality: an introduction to quality methods for health services*. Blackwell Scientific.
92. Papathanasiou, I. V., Fradelos, E. C., Kleisiaris, C. F., Tsaras, K., Kalota, M. A., & Kourkouta, L. (2014). Motivation, leadership, empowerment and confidence: their relation with nurses' burnout. *Materia socio-medica*, 26(6), 405.

93. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *the Journal of Marketing*, 41-50.
94. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
95. Peltier, J., Dahl, A., & Mulhern, F. (2009). The relationship between employee satisfaction and hospital patient experiences. In *Forum: For People Performance Management and Measurement*.
96. Pennock, G. A. (1930). Industrial research at Hawthorne. *Personnel Journal*, 8, 296.
97. Peters, D. H., Chakraborty, S., Mahapatra, P., & Steinhardt, L. (2010). Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Human resources for health*, 8(1), 27.
98. Peterson E. A, Dwyer J, Howze-Shiple M, Davison C, Wilson K, Noykhovich E. (2011). Presence of leadership and management in global health programs. Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention.
99. Piligrimienė, Ž., & Bučiūnienė, I. (2008). Different perspectives on health care quality: Is the consensus possible?. *Engineering economics*, 56(1).
100. Rahmqvist, M., & Bara, A. C. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 86-92.
101. Raj, A. E. A., Karpagam, S., & Rajakrishnan, D. V. S. (2015). Assessment of service quality dimensions in healthcare industry “A Comparative study on patient’s satisfaction with Mayiladuthurai Taluk Government vs. Private Hospitals. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*, 01-09.
102. Ramadevi, D., Gunasekaran, A., Roy, M., Rai, B. K., & Senthilkumar, S. A. (2016). Human resource management in a healthcare environment: Framework and case study. *Industrial and Commercial Training*, 48(8), 387-393.
103. Razee, H., Whittaker, M., Jayasuriya, R., Yap, L., & Brentnall, L. (2012). Listening to the rural health workers in Papua New Guinea—the social factors that influence their motivation to work. *Social science & medicine*, 75(5), 828-835.
104. Robbins, S. P., & Coulter, M. (2005). Management. *Pearson Education, Inc., Delhi*.

105. Sekhar, C., Patwardhan, M., & Singh, R. K. (2013). A literature review on motivation. *Global business perspectives*, 1(4), 471-487.
106. Shantz, A., Alfes, K., & Arevshatian, L. (2016). HRM in healthcare: the role of work engagement. *Personnel Review*, 45(2), 274-295.
107. Shaw, C. D., Groene, O., Botje, D., Sunol, R., Kutryba, B., Klazinga, N., ... & Wagner, C. (2014). The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International journal for quality in health care*, 26(suppl_1), 100-107.
108. Shields, J., Brown, M., Kaine, S., Dolle-Samuel, C., North-Samardzic, A., McLean, P. & Plimmer, G. (2015). *Managing employee performance & reward: Concepts, practices, strategies*. Cambridge University Press.
109. Stanton, P., Gough, R., Ballardie, R., Bartram, T., Bamber, G. J., & Sohal, A. (2014). Implementing lean management/Six Sigma in hospitals: beyond empowerment or work intensification?. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(21), 2926-2940.
110. Talib, F., Rahman, Z., & Azam, M. (2011). Best practices of total quality management implementation in health care settings. *Health marketing quarterly*, 28(3), 232-252.
111. Taylor, F. W. (1911). *The Principles of Scientific Management*. New York: Norton.
112. Tenner, A. D., & DeToro, I. J. IJ (1993): Total Quality Management, Three Steps to Continuous Improvement. *Massachusetts: Addison-Wesley, USA*.
113. Theodorakioglou, Y. D., & Tsiotras, G. D. (2000). The need for the introduction of quality management into Greek health care.
114. Tomo, A., & Todisco, L. (2018). Enhancing Employees' Performance through Organizational Care Policies in the Health Care Context. *Public Administration Research*, 7(1), 5.
115. Townsend, K., Lawrence, S. A., & Wilkinson, A. (2013). The role of hospitals' HRM in shaping clinical performance: a holistic approach. *The international journal of human resource management*, 24(16), 3062-3085.
116. Tsounis, A., Bamidis, P. D., & Sarafis, P. (2014). Motivation among physicians in Greek public health-care sector.

117. Van Allen, S. (2012). Engagement at Work: Its effect on performance continues in tough economic times. Key findings from Gallup's Q12 Meta-Analysis of 1.4 million employees. Gallup Retrieved from file. *Gallup, Inc.*
118. Van Lange, P. A., Kruglanski, A. W., & Higgins, E. T. (2011). *Handbook of Theories of Social Psychology: Volume Two* (Vol. 2). Sage Publications
119. Vroom, V. H. (1964). Work and motivation. 1964. NY: *John Wiley & sons, 45.*
120. Wall, T. D., & Wood, S. J. (2005). The romance of human resource management and business performance, and the case for big science. *Human relations, 58*(4), 429-462.
121. Weldegebriel, Z., Ejigu, Y., Weldegebreal, F., & Woldie, M. (2016). Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. *Patient preference and adherence, 10*, 159.
122. West, M. A., Guthrie, J. P., Dawson, J. F., Borrill, C. S., & Carter, M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior, 27*(7), 983-1002.
123. West, M., & Dawson, J. (2012). *Employee engagement and NHS performance*. London: King's Fund.
124. Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC health services research, 8*(1), 247.
125. Wilson, F. M. (2018). *Organizational behaviour and work: a critical introduction*. Oxford university press.
126. Wofford, J. C., Goodwin, V. L., & Premack, S. (1992). Meta-analysis of the antecedents of personal goal level and of the antecedents and consequences of. *Journal of Management*.
127. Womack, J. P., Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1990). *Machine that changed the world*. Simon and Schuster.
128. Woodside, A. G., Frey, L. L., & Daly, R. T. (1989). Linking sort/ice anility, customer satisfaction, and behavioral intention. *Journal of health care marketing, 9*(4), 5-17.
129. World Health Organization. (2005). Human resources and training in mental health. Geneva

130. World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva
131. Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη, Δ., Βασιλακοπούλου, Β., & Κοΐνης, Α. (2017). Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3), 327-333
132. Λαλούμης Δ. (2015). Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού Τουριστικών Επιχειρήσεων. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Βιβλιοθηκών, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα Κάλλιπος
133. Τζωρτζόπουλος Α. (2018). Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 35 (5). 649-664