

Λεβισιανού Δημήτριος

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ
 ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ
 ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ, ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ
 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
 Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΙΣ	57869
COMP.	39371
ΤΑΞΙΝ.	658.4038011 ΝΕΒ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	

Πειραιάς, 2008



00157869

Λεβισιανού Δημήτριος

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ
ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ, ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ**

Επόπτρια :

Δρ Σταματίνα Χατζηδημα, επίκουρη καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιά

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης,

Πειραιάς, 2008

Levisianou Dimitrios

**LABOUR RELATIONS IN THE GREEK PUBLIC HOSPITAL -
PROPOSALS FOR IMPROVEMENT**

Supervisor:

Dr Stamatina Hatzidima, Assistant prof. of University of Piraeus

Graduate Thesis Submitted for the
Degree " Master in Health Management"
University of Piraeus – TEI of Piraeus

Piraeus, 2008



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΑΠΟΔΟΧΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι Ε.Υ. του Π.Μ.Σ.

αποδέχεται την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας με
τίτλο:

από το μεταπτυχιακό φοιτητή:

Όνοματεπώνυμο *A.M.*

και ορίζει την εξεταστική επιτροπή:

	Όνοματεπώνυμο	Βαθμίδα
Επιβλέπων	1.	
Τακτικά μέλη	2.	
	3.	
	4.	
Ε.Υ. του Π.Μ.Σ	5.	
Αναπληρωματικά μέλη	1.	
	2.	

Οι Ε.Υ του Προγράμματος

(υπογραφή)

(υπογραφή)

(ονοματεπώνυμο _____
(ημερομηνία) _____

(ονοματεπώνυμο) _____
(ημερομηνία) _____

Ευχαριστίες:

- Στον διοικητή του ΓΝΠ «Τζάνειο» κ Γ. Μισαηλίδη
- Στους διευθυντές των τμημάτων και κλινικών του νοσοκομείου
- Στην επίκουρη καθηγήτρια κ Σ. Χατζηδήμα που στήριξε την ιδέα

Περίληψη

Το καλό εργασιακό περιβάλλον πρέπει να αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα στις μονάδες που το προϊόν τους βασίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στο συντελεστή παραγωγής «εργασία». Συνεπώς οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία, οι οποίες βασίζονται κυρίως στο συντελεστή εξειδικευμένης εργασίας, οφείλουν να ενδιαφέρονται πρωτίστως για το εργασιακό περιβάλλον, τις εργασιακές σχέσεις και την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων τους.

Είναι σαφές ότι ένα νοσηλευτικό ίδρυμα είναι ο χώρος όπου τρεις διαφορετικές «κουλτούρες» συναντιούνται, η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική, με όλες τις διαφορές φιλοσοφίας που συνεπάγεται. Μία κοινή κουλτούρα στο χώρο του νοσοκομείου ωφελεί έναν οργανισμό ή μια ομάδα μέσω της προώθησης της συνεργασίας και της αποδοτικότητας, μειώνοντας την αβεβαιότητα και αυξάνοντας την εμπιστοσύνη. Επομένως δημιουργούνται ισχυρότατοι συνεκτικοί δεσμοί ανάμεσα στο προσωπικό, αλλά λόγω των συνθηκών αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης διακλαδικών συγκρούσεων.

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι όντως εμφανίζονται έντονες συγκρούσεις μεταξύ των διαφόρων κλάδων προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου, κατά κύριο λόγο μεταξύ ιατρικού και διοικητικού προσωπικού και ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Για αυτό προτείνονται μέτρα και συγκεκριμένα μοντέλα για να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ των διαφόρων κλάδων προσωπικού.

Από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που δόθηκε σε ένα δείγμα των εργαζομένων του νοσοκομείου «TZANEIO» Πειραιά, διαπιστώνουμε ότι ένας βαθμός σύγκρουσης σίγουρα υποβόσκει, όχι βέβαια στο μέγεθος που παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία. Σχεδόν το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε ότι η βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων θα βελτίωνε την παροχή υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο. Για αυτό διατυπώνονται προτάσεις για τη βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων και για τη γενικότερη βελτίωση της λειτουργίας του νοσοκομείου.

Λέξεις κλειδιά: Επαγγελματικές σχέσεις, Ανθρώπινο δυναμικό, Δημόσιο νοσοκομείο, Θεωρία κινήτρων, Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων

LABOUR RELATIONS IN THE GREEK PUBLIC HOSPITAL - PROPOSALS FOR IMPROVEMENT

Levisianou Dimitrios

Graduate Thesis Submitted for the Degree " Master in Health Management"
University of Piraeus – TEI of Piraeus

Supervisor:

Dr Stamatina Hatzidima, Assistant prof. of University of Piraeus

Abstract

Good labour environment should constitute the first priority of institutes that their product is based on the so called "work" factor of production. Consequently health services, such as hospitals, which are based mainly on specialized work, should be interested mainly on the labour environment relationships and the satisfaction of their workers.

A health institution is the place where three different "cultures" are met, medical, nursing and administrative. Despite the fact that these cultures are substantially different, common culture in the hospital profits an institute or a team via the promotion of collaboration and efficiency, decreasing the uncertainty and increasing the confidence. Consequently, powerful relationships are created but it is also highly possible to appear intersectorial conflicts.

By reviewing international bibliography, it becomes clear that indeed there are conflicts between the various sectors of personnel and mainly between medical and administrative personal or medical and nursing personnel. For this reason some measures and models are proposed in order to bridge the gap between the various sectors of personnel.

From a questionnaire that was given in a sample of workers of hospital "TZANIO" Piraeus, we realize that some kind of conflict is underlying, but of course not as strong as presented in the bibliography. Almost everyone answered that the improvement of professional relations would improve the services of the hospital. For this reason proposals have been made for the improvement of labour relations and operation of the hospital.

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 2. Εργασιακές σχέσεις και εσωτερική επικοινωνία.....	2
Κεφάλαιο 3. Οι ανθρώπινοι πόροι στο χώρο της υγείας.....	3
Κεφάλαιο 4. Προγραμματισμός και προβλήματα στην ανάπτυξη του υγειονομικού δυναμικού.....	5
Κεφάλαιο 5. Το ανθρώπινο δυναμικό στην Ελλάδα.....	8
Κεφάλαιο 6. Εργασιακές σχέσεις στο χώρο του νοσοκομείου.....	14
Κεφάλαιο 7. Διακλαδικές συγκρούσεις στο χώρο του νοσοκομείου.....	15
Κεφάλαιο 8. Υποκίνηση προσωπικού στο Δημόσιο Νοσοκομείο.....	31
Κεφαλαίο 9. Αξιολόγηση Επαγγελματικών Διακλαδικών Σχέσεων στο Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο.....	35
Ερωτηματολόγιο.....	69
Παράρτημα- ΓΝΠ «TZANEIO».....	71
Βιβλιογραφία.....	79

1. Εισαγωγή

Οι έντονες κοινωνικές και οικονομικές ανακατατάξεις των τελευταίων ετών ήταν αδύνατο να αφήσουν ανεπηρέαστο τον τομέα της Υγείας. Ιδιαίτερα κατά τα τελευταία 20 χρόνια η δυσaréσκεια για το παραδοσιακό ρόλο του νοσοκομείου μεγάλωσε. Το γεγονός αυτό, μαζί με την ανάπτυξη της οικονομικής επιστήμης και της επιστήμης του management, επέβαλε την εισαγωγή μιας νέας αντίληψης στη διοίκηση (θεσμός του manager), την οικονομική διαχείριση και την οργανωτική δομή των νοσοκομειακών μονάδων, με σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητας των ανθρωπίνων πόρων και στόχο την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας όπως είναι τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, αποτελούν οργανισμούς με πολυεπίπεδη δομή και τα άτομα που εργάζονται εκεί (διοικητικοί, ιατροί, νοσηλευτές, τεχνικοί, κ.λπ.) διαφέρουν στην εκπαίδευση, στο κοινωνικό, οικονομικό και προσωπικό επίπεδο και στο εύρος των εμπειριών και ικανοτήτων. Με άλλα λόγια το προσωπικό ενός νοσοκομείου δεν είναι ένα συμπαγές και ομοιόμορφο σύνολο, με συνέπεια πολλές φορές να μην διασφαλίζεται η συνεργασία ανάμεσα σε άτομα και ομάδες, προσήλωση σε κοινές αξίες και η ενότητα στόχων, προσανατολισμών και επιδόσεων. Είναι σαφές ότι ένα νοσηλευτικό ίδρυμα είναι ο χώρος όπου τρεις διαφορετικές «κουλτούρες» συναντιούνται. Το αποτέλεσμα είναι συχνά να ανακύπτουν συγκρούσεις που ξεκινούν από αντιπαράθεση διαφορετικών κινήτρων, ανάμεσα σε διοίκηση και προσωπικό, όπως και μεταξύ του προσωπικού γενικότερα με κατάληξη στην έντονη διαταραχή του εργασιακού κλίματος μέσα στο νοσοκομείο με πιθανές αρνητικές συνέπειες και στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς.

Το καλό εργασιακό περιβάλλον πρέπει να αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα στις μονάδες που το προϊόν τους βασίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στο συντελεστή παραγωγής «εργασία». Συνεπώς οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία, οι οποίες βασίζονται κυρίως στο συντελεστή εξειδικευμένης εργασίας, οφείλουν να ενδιαφέρονται πρωτίστως για το εργασιακό περιβάλλον, τις εργασιακές σχέσεις και την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων τους. Οι συνθήκες εργασίας δηλαδή το περιεχόμενο της εργασίας και οι αξίες υλικές και άυλες, που

αποκομίζει το άτομο από την εργασία του, είναι οι συντελεστές που θα πρέπει να εξετάζονται από την πλευρά του management στην προσπάθεια για τη δημιουργία ενός καλού εργασιακού περιβάλλοντος. Η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων αποτελεί τον κλάδο του management που εστιάζει στην διαχείριση του απασχολούμενου προσωπικού και την δημιουργία άριστου εργασιακού κλίματος.

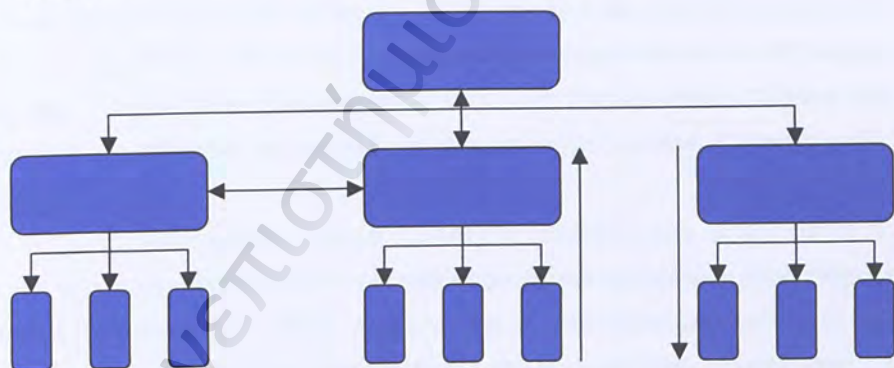
2. Εργασιακές σχέσεις και εσωτερική επικοινωνία

Οι καλές εργασιακές σχέσεις περιλαμβάνουν την απόδοση δίκαιης και συνεπούς μεταχείρισης προς όλους τους εργαζόμενους, ώστε κατά βάση να είναι αφοσιωμένοι στην επιχείρηση. Οι επιχειρήσεις με καλές εργασιακές σχέσεις παρουσιάζουν μία στρατηγική ανθρωπίνων πόρων που αποδίδει υψηλή αξία στους εργαζομένους ως συμμετόχους στην επιχείρηση. Ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό και συνεργασία των διαφόρων κλάδων εργαζομένων, αναγνώριση των ανταποδοτικών ρόλων τους και προθυμία για συνεργασία για την επίτευξη των κοινών στόχων [Louise, 1992]. Απαραίτητη προϋπόθεση για τις άριστες εργασιακές σχέσεις είναι η προσήλωση στη «φιλοσοφία του σεβασμού του ατόμου». Οι μάνατζερ έχουν ιδιαίτερο ρόλο στην επίτευξη άριστων εργασιακών σχέσεων, καθώς είναι επιφορτισμένοι με τον ρόλο του να αντιλαμβάνονται του προβληματισμούς των εργαζομένων, να εξομαλύνουν τις μεταξύ τους πιθανές διαφορές και να τους ενημερώνουν σχετικά με τους στόχους τα σχέδια της διοίκησης όσο αφορά την επιχείρηση. [Τερζίδης, 2004].

Πολλές επιχειρήσεις θεωρούν ότι βασικό ρόλο στην επίτευξη άριστων εργασιακών σχέσεων διαδραματίζει ο δίαυλος επικοινωνίας, που δίνει στους εργαζόμενους πρόσβαση σε σημαντικές πληροφορίες και ευκαιρίες να εκφράσουν τις ιδέες και τα αισθήματά τους. Άλλωστε, όσο και περισσότερο οι σύγχρονες επιχειρήσεις αναθέτουν ευθύνες και εξουσίες λήψης αποφάσεων στους εργαζόμενους τους και συνεπώς κατ' αναλογία αυτοί πρέπει να έχουν πρόσβαση σε όλο και περισσότερες πληροφορίες.

Η επικοινωνία είναι μια σκόπιμη διαδικασία, που ακολουθεί την εξής πορεία. Ως αφετηρία, πρέπει να υπάρχει ένας σκοπός που να εκφράζεται ως «μήνυμα». Αυτό το μήνυμα διαβιβάζεται από μία πηγή, τον «αποστολέα»,

ενέργεια που ονομάζεται «κωδικοποίηση» και διαβιβάζεται με κάποιο μέσο (κανάλι) στον αποδέκτη, ο οποίος μεταφράζει το μήνυμα του αποστολέα, ενέργεια που αποκαλείται «αποκωδικοποίηση». Εκτός από το στοιχείο της επαναπληροφόρησης, παρουσιάζεται και ο «θόρυβος», δηλαδή οι διαταραχές που παρεμβαίνουν κατά την μεταβίβαση του μηνύματος. Καθοριστικοί παράγοντες είναι ο τρόπος σκέψης, οι γενικές και οι ειδικές γνώσεις του πομπού και του δέκτη και το κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον όπου ζουν. Για να επικοινωνεί κανείς με επιτυχία, πρέπει να έχει τις ικανότητες να μιλά, να διαβάζει, να ακούει και να επιχειρηματολογεί. Επομένως μια επιχείρηση για να πετύχει τους στόχους της, πρέπει να διαθέτει ένα αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνίας. Επειδή πολλές επιχειρήσεις είναι ιδιαίτερα πολύπλοκες, είναι υποχρεωμένες να αναπτύξουν περισσότερους από έναν διαύλους επικοινωνίας. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η ομαλή ροή πληροφοριών προς τα πάνω (διοίκηση), προς τα κάτω (εργαζόμενοι) και οριζόντια στην οργανωτική δομή τους όπως σχηματικά παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα.



Σχήμα 2.1: Ροή των πληροφοριών σε μια επιχείρηση [Τερζίδης, 2004].

3. Οι Ανθρώπινοι Πόροι στο χώρο της Υγείας

Για τη παροχή του αγαθού Υγεία απαιτούνται διαφορετικές μορφές εξειδικευμένου και μη εξειδικευμένου προσωπικού. Οι ομάδες αυτές μπορούν να διακριθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: α) ιατροί, β) νοσηλευτές γ) διοικητικό προσωπικό. Κάθε μια ομάδα προσωπικού παρασυστάζει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ως προς την μονάδα παροχή υγείας, τις άλλες

ομάδες εργαζομένων, αλλά και τους ασθενείς που είναι δυνατό να προσδιοριστεί από ορισμένα στοιχεία όπως: α) μισθός, β) το κύρος του υπαλλήλου στη μονάδα, γ) η ικανοποίηση από την εργασία, δ) τα ευχάριστα περιβάλλον απασχόλησης και ε) τα κύρος-φήμη της νοσοκομειακής μονάδας.

Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ποσοτικά καθένα από τα παραπάνω στοιχεία για κάθε ομάδα εργαζομένων. Μεγαλύτερη δυσκολία αντιμετωπίζει κανείς στην αξιολόγηση της ιεράρχησης και της έντασης προσπάθειας (ή και αδιαφορία που καταβάλλει κάθε κλάδος προκειμένου προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του νοσηλευτικού ιδρύματος. Η ουσιαστική δυσκολία όμως βρίσκεται στην προσπάθεια περιγραφής και των τριών κλάδων ως μία ομάδα (εργαζόμενοι νοσοκομείου) ώστε να μπορεί κανείς να αξιολογήσει τη συμπεριφορά αυτής της ομάδας (κίνητρα, στόχοι, επιδιώξεις) ως σύνολο και στα πλαίσια μιας οικονομικής ανάλυσης να βρεί τις κατάλληλες συναρτήσεις χρησιμότητας που περιγράφουν την ομάδα στελεχών νοσοκομειακών μονάδων. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι δυνατό να υπάρχει μια αντίφαση στους στόχους. Πολλές φορές οι στόχοι που επιδιώκονται από το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι ίδιοι με αυτούς του ιατρικού ή διοικητικού προσωπικού. Από τη μεριά του, το διοικητικό προσωπικό, επηρεασμένο από το Υπουργείο Υγείας, ίσως επιδιώκει διαφορετική πολιτική και διαφορετικούς στόχους από αυτούς του ιατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού [Υφαντόπουλος 2005].

Στη βιβλιογραφία, πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν μεμονωμένα με κάθε ομάδα προσωπικού και προσπάθησαν να προσδιορίσουν τους στόχους και τη λειτουργία της ομάδας αυτής για το σύνολο του τομέα υγείας. Ο Yett (1965,1973) έχει μελετήσει τους στόχους του νοσηλευτικού προσωπικού και έχει προσδιορίσει οικονομετρικά υποδείγματα για την ανάλυση της συμπεριφοράς τους. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τις μελέτες αυτές υποστηρίζουν ότι τα νασοκομεία χρησιμοποιούν πολλές φορές την πλεονεκτική διαπραγματευτική τους ικανότητα για να απασχολήσουν νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλούς μισθούς. Ο Benhan, όμως έδειξε όταν οι νοσηλευτές είναι οργανωμένοι σε εργασιακές οργανώσεις, μπορούν, εκμεταλευόμενοι τη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες και νοσηλευτικό προσωπικό, να ζητούν υψηλότερες αμοιβές.

Με την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ασχολήθηκε πλήθος ερευνητών: Feldstein (1974), Fuchs (1972), Sloan (1972), Evans (1982) κ.α. Υποστηρίχθηκε ότι η συνάρτηση χρησιμότητας του ιατρικού προσωπικού εκτός από το εισόδημα περιλαμβάνει και πολλούς άλλους παράγοντες, όπως τον τόπο εγκατάστασης, το κύρος του νοσοκομείου, τη δυνατότητα επιστημονικής ενημέρωσης κλπ. Υπάρχει μια αρκετά εκτεταμένη βιβλιογραφία στον τομέα της αγοράς και της ζήτησης νοσοκομειακών ιατρών. Τα συμπεράσματα που κατέληξαν οι διάφορες έρευνες είναι αρκετά αντιφατικά. Ο Feldstein (1974) υποστηρίζει ότι το ιατρικό προσωπικό καθορίζει τις αμοιβές του χρησιμοποιώντας την μονοπωλιακή ή ολιγοπωλιακή του ικανότητα (price setters). Ο Sloan (1972) υποστηρίζει ότι οι ιατροί δέχονται μια τιμή η οποία καθορίζεται από τις ανταγωνιστικές δυνάμεις της αγοράς (price takers), ενώ το εισόδημά τους εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική θέση, τη φήμη και την περιοχή προσφοράς υπηρεσιών.

Ερμηνεύοντας τη συμπεριφορά και τους στόχους του ιατρικού δυναμικού θα πρέπει να ληφθούν υπόψη το γενικότερο σύστημα νοσοκομειακής περίθαλψης (ιδιωτικός ή δημόσιος φορέας), η μορφή και η έκταση της κοινωνικής ασφάλισης καθώς και οι μονοπωλιακές τάσεις του ιατρικού δυναμικού (Maynard 1975). Επίσης, θα πρέπει να εξετασθεί η σχέση ασθενούς-ιατρού και να προσδιορισθούν οι μορφές ισορροπίας. Τελικά η μορφή λειτουργίας του νοσοκομειακού ιατρού και η πλήρης ή μερική απασχόληση του στο νοσοκομείο θα πρέπει να εξετασθούν και να αξιολογηθούν λαμβάνοντας υπόψη τις σύγχρονες εξελίξεις της ιατρικής.

Οι αντικειμενικοί στόχοι του διοικητικού προσωπικού, παρότι αφορούν άτομα που συμμετέχουν σημαντικά στην αποτελεσματική λειτουργία μιας μονάδας παροχής υγείας, δεν έχουν συζητηθεί διεξοδικά. Ο βασικός λόγος αποδίδεται στο γεγονός ότι αυτές οι ομάδες προσωπικού αποβλέπουν σε κοινούς στόχους που έχουν σχέση με : α) το μισθό και β) με τη φήμη της μονάδας που εργάζονται.

4. Προγραμματισμός και προβλήματα στην ανάπτυξη του υγειονομικού δυναμικού

Ήδη από τη δεκαετία του 1960 παρουσιάστηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας μια σειρά άρθρων που

ασχολήθηκαν με τον προγραμματισμό του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού. Χρησιμοποιήθηκαν διάφορες ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις για τον προσδιορισμό της άριστης αναλογίας ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών σε σχέση με τον πληθυσμό μιας χώρας. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) έκανε πολλές φορές χρήση των τεχνικών αυτών για τον προγραμματισμό του υγειονομικού δυναμικού τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες. Το κύριο πρόβλημα με τις προσεγγίσεις αυτές ήταν ότι βασίζονταν σε γενικευμένες εκτιμήσεις που αγνοούσαν:

- τα θεραπευτικά πρότυπα,
- το επιδημιολογικό φάσμα,
- τον τρόπο παροχής περίθαλψης,
- τις δυνατότητες υποκατάστασης μεταξύ των εισροών,
- το βαθμό ανάπτυξης της ιατρικής τεχνολογίας.

Για την εκτίμηση των αναγκών σε υγειονομικό προσωπικό υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις:

A) Αναλογικές προσεγγίσεις της Π.Ο.Υ. Η Π.Ο.Υ. έχει αναπτύξει τέσσερις θεμελιώδεις μεθόδους αποτίμησης των αναγκών σε υγειονομικό δυναμικό:

1. Η αναλογία υγειονομικού δυναμικού προς τον πληθυσμό. Χρησιμοποιεί δείκτες όπως: α) ιατροί/100000 κάτοικοι, β) νοσηλευτές/100000 κάτοικοι, γ) διοικητικοί/100000 κάτοικοι. Λαμβάνει υπόψη βασικές παραμέτρους όπως ο αριθμός ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στον τομέα της υγείας, ο συνολικός πληθυσμός, η επιθυμητή αναλογία προσωπικού προς τον πληθυσμό.
2. Η εκτίμηση των αναγκών από ειδικούς εμπειρογνώμονες. Η προσέγγιση αυτή εδράζεται στη «μέθοδο των Δελφών», όπου ειδικοί εκφράζουν κάποιες εκτιμήσεις-«χρησμούς» για τις ανάγκες σε προσωπικό, βασισμένες στην εμπειρία τους.
3. Η προσφορά του ιατρικού δυναμικού βάσει ορισμένων στόχων λειτουργίας. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, το υγειονομικό δυναμικό καθορίζεται βάσει ορισμένων κριτηρίων που

αναφέρονται στην ποιοτική και ποσοτική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

4. Ενεργός ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας

Β) Η επιδημιολογική-κλινική προσέγγιση που εφαρμόζεται κυρίως για ιατρικό προσωπικό. Η βασική προϋπόθεση της μεθόδου αυτής είναι ότι ο γιατρός μπορεί να συλλέξει λεπτομερή κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα για την εξέλιξη των νόσων και των θανάτων μιας περιοχής και κατά συνέπεια να είναι σε θέση να διατυπώσει μια ουσιαστική εκτίμηση των αναγκών σε υγειονομικό προσωπικό και επιπλέον να προσδιορίσει το φάσμα και τη δυνατότητα χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών.

Γ) Οικονομική προσέγγιση που στηρίζεται στη θεωρία των αναγκών και το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης.

Δ) Σύζευξη ανάγκης και αγοράς στην οποία επιχειρήται μια προσπάθεια συνδιασμού της θεωρίας των αναγκών με το σύστημα της ελεύθερης αγοράς.

Παρά την εκτενή μελέτη για την ανάπτυξη του υγειονομικού δυναμικού και το ενδιαφέρον πολλών διεθνών οργανισμών και κρατών, πολλά προβλήματα έχουν παρατηρηθεί στον προγραμματισμό, την παραγωγή και το σχεδιασμό του. Τα προβλήματα αυτά έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα και είναι δυνατό να κατηγοριοποιηθούν συνοπτικά ως εξής:

- Προβλήματα στο σχεδιασμό: Οι αποφάσεις συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, ενώ η συνεργασία μεταξύ της ζήτησης (τομέας Υγείας) και της προσφοράς (τομέας Παιδείας) είναι σχεδόν αδύνατη ή τουλάχιστον ανύπαρκτη (Fulop-Roemer 1982). Τα όποια σχέδια βασίζονται περισσότερο στη βεβαιότητα λоти τα χρήματα θα δοθούν εκ των υστέρων (Abel-Smith 1986) και λιγότερο στην ανάπτυξη προγραμμάτων για συγκεκριμένες ειδικότητες με σαφώς καταγεγραμμένα προσόντα. Οι ελλείψεις είναι πάντοτε σοβαρότερες στις αγροτικές και τις φτωχές περιοχές και σε άλλα εκτός ιατρών επαγγέλματα. Οι ποιοτικές διευθετήσεις κατανομής και εξειδίκευσης απουσιάζουν (Fulop 1976, Mejia 1980).

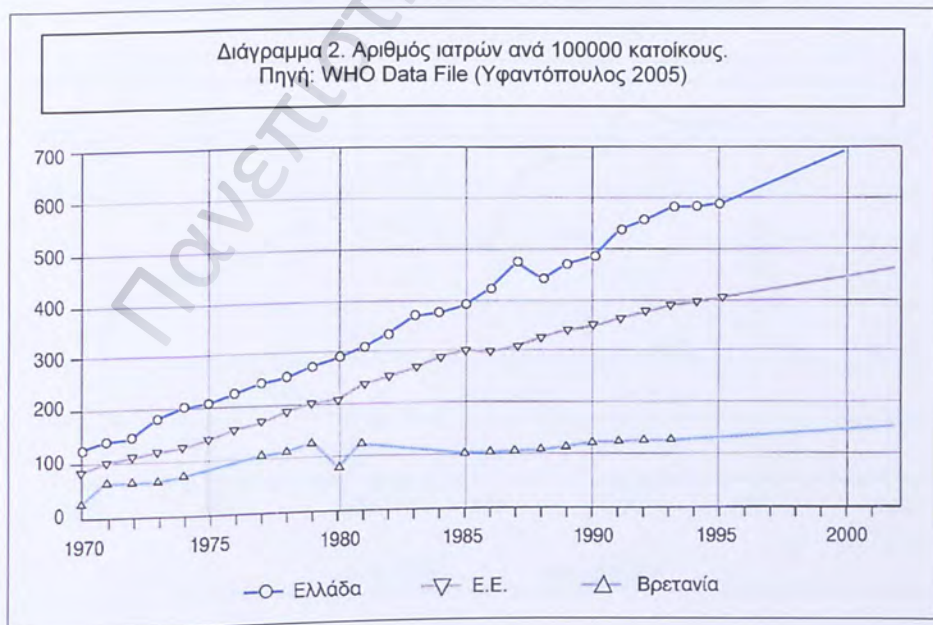
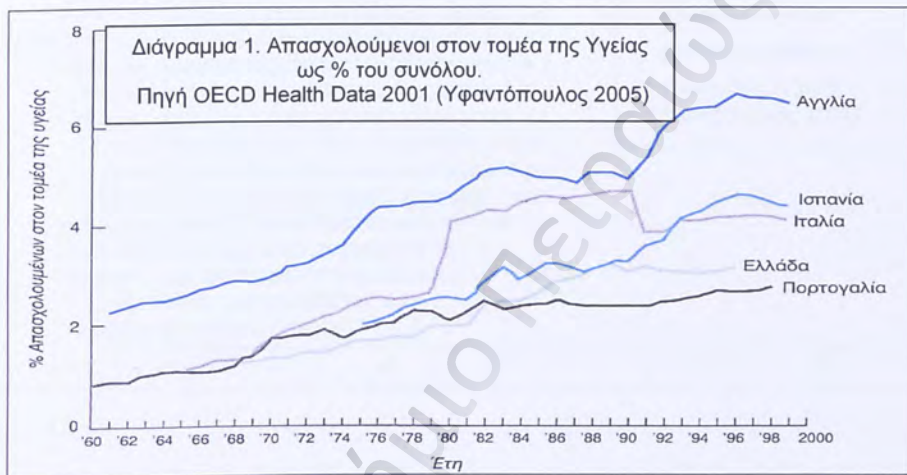
- Προβλήματα στην παραγωγή: Από τη μιά, οι αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων και από την άλλη των απαιτήσεων και υπηρεσιών, των χρηστών και της γενικότερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης είναι σημαντικές. Το μοντέλο εκπαίδευσης και «παραγωγής» είναι ιατροκεντρικό, με έμφαση στην επεμβατική ιατρική. Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η αποκατάσταση έρχονται σε δεύτερη μοίρα. Τα πανεπιστήμια περιορίζουν τις θέσεις τους, ενώ οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και σύγχρονης εκπαίδευσης (Abel-Smith 1986, Mejia 1987, Fulop 1986).
- Προβλήματα στη διαχείριση: Η απογοήτευση των και η πτώση των ηθικών αξιών είναι σύνηθες φαινόμενο, ιδιαίτερα για τους νέους επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους ιατρούς. (Bearly 1984). Η έλλειψη κινήτρων, ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές, προκαλεί τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού (Karalliede et al 1987, Fulop 1986).

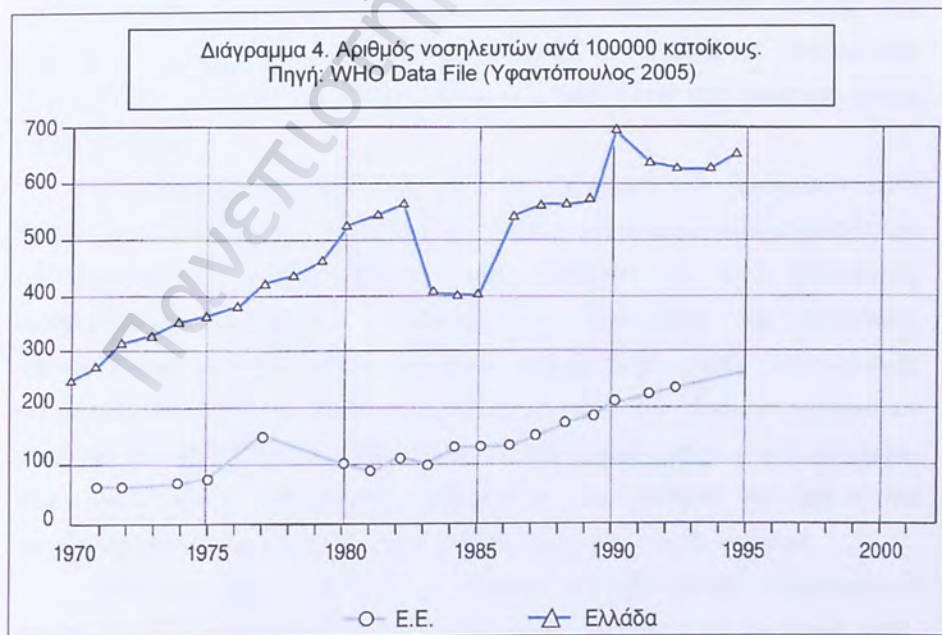
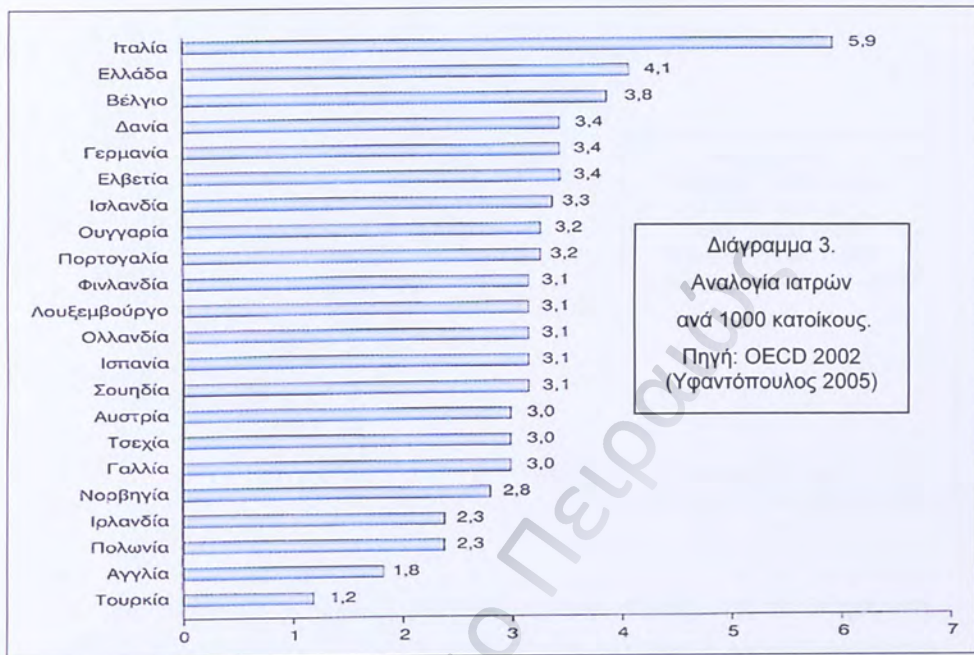
5. Το Ανθρώπινο Δυναμικό στην Ελλάδα

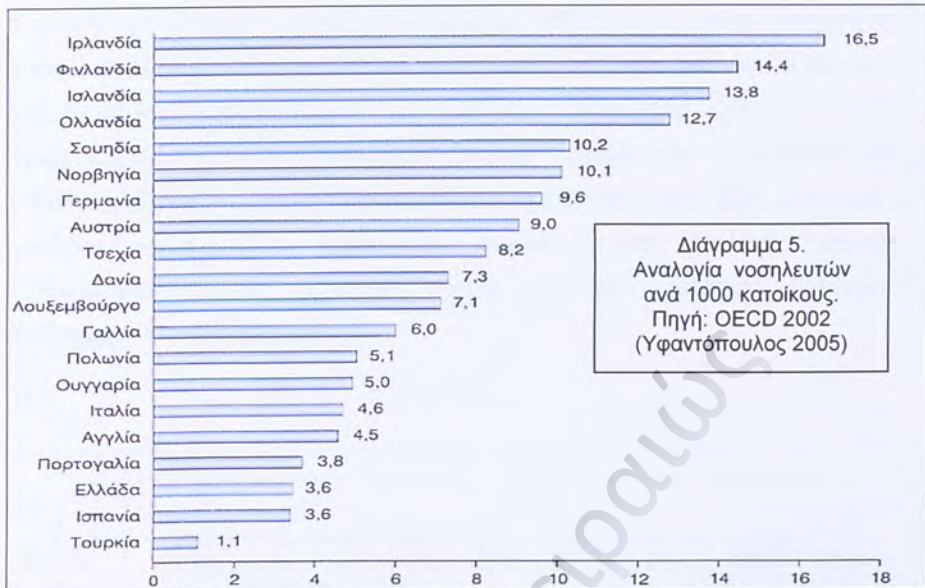
Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, στον τομέα της υγείας απασχολούνται κατά μέσο όρο το 5% του εργατικού δυναμικού. Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά το 60% των δαπανών υγείας και είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών και κατ' επέκταση συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, παρά την πληθώρα των γιατρών, ο τομέας της υγείας παρουσιάζεται υποστελεχωμένος σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.). Στο διάγραμμα παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του απασχολούμενου υγειονομικού δυναμικού στις χώρες της Νότιας Ευρώπης σε σχέση με την Μ Βρετανία.

Στο διάγραμμα 2 παρουσιάζεται η εξέλιξη του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα σε σχέση με την Μ. Βρετανία και μέσο όρο της Ε.Ε. Αποτελεί γεγονός, ότι ενώ το ΕΣΥ σχεδιάστηκε στα πρότυπα του Βρετανικού Συστήματος Υγείας

(NHS), δεν ακολούθησε τον ίδιο προγραμματισμό στην ανάπτυξη και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και εξακολουθεί να αποτελεί ένα κατά βάση ιατροκεντρικό σύστημα. Αντίθετα το NHS ανέπτυξε πολλές υποστηρικτικές υπηρεσίες σε νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, κρατώντας σε πλήρη έλεγχο την ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού. Συγκρίνοντας τον δείκτη ιατρικού δυναμικού ανά 1000 στις Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρούμε ότι η Ελλάδα μαζί με την Ιταλία βρίσκονται στην κορυφή του διαγράμματος (διάγραμμα 3).







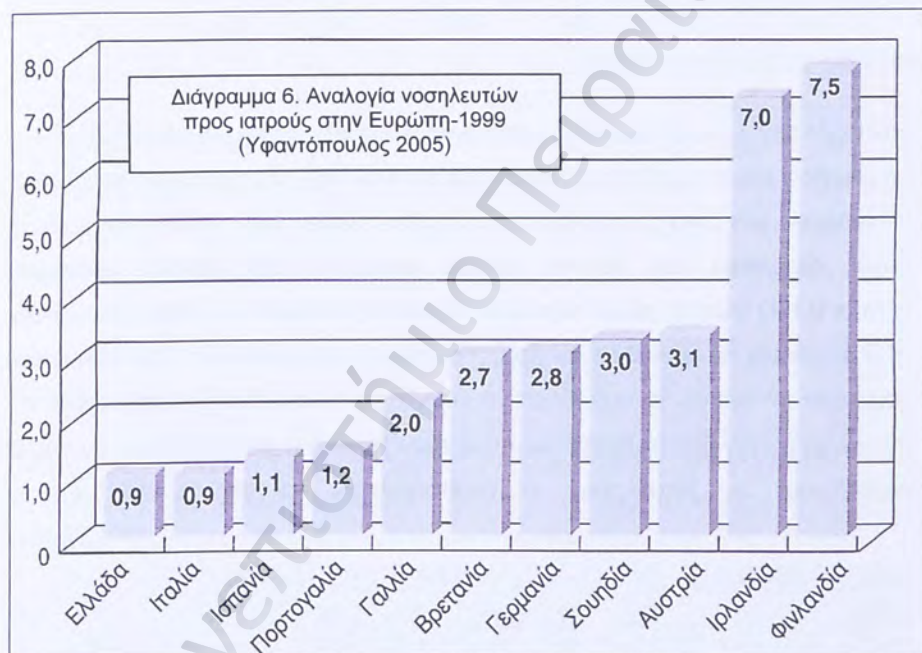
Διάγραμμα 5.
Αναλογία νοσηλευτών
ανά 1000 κατοίκους.
Πηγή: OECD 2002
(Υφαντόπουλος 2005)

Σε ότι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, εξετάζοντάς το διαχρονικά, παρατηρούμε διαφορετική τάση (διάγραμμα 4). Η Ελλάδα υστερεί σημαντικά έναντι του μ.ο. των υπόλοιπων χωρών της Ευρώπης στην ανάπτυξη του εκπαιδευμένου νοσηλευτικού δυναμικού. Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης έχουν αναλογικά υπερδιπλάσιο ή τριπλάσιο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες στο σύστημα υγείας (διάγραμμα 5).

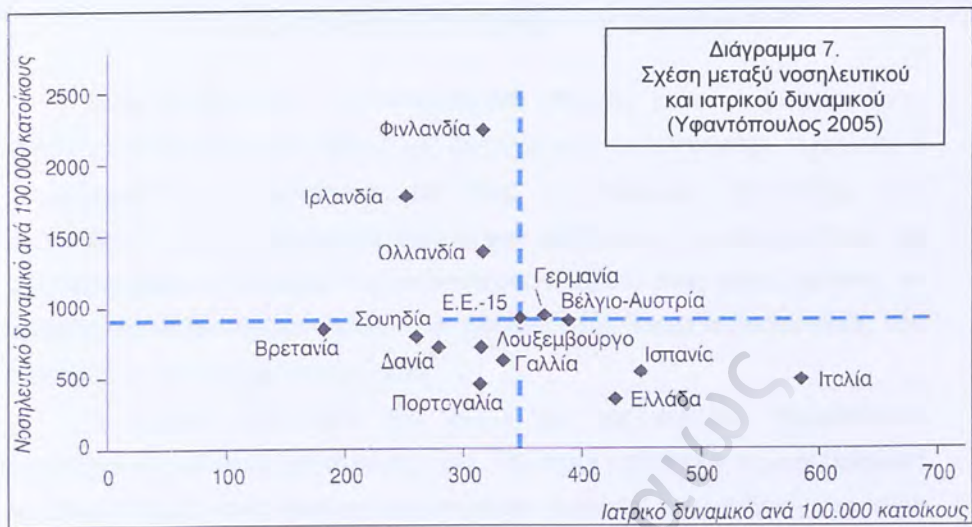
Η αυξανόμενη σημαντικότητα του νοσηλευτικού δυναμικού στην παραγωγική διαδικασία των υπηρεσιών έχει συζητηθεί στη βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας. Μάλιστα έχει προταθεί και από ορισμένους οικονομολόγους (Maynard, Reinhard) η διερεύνηση της βαθμιαίας υποκατάστασης ορισμένων ιατρικών υπηρεσιών από νοσηλευτικές υπηρεσίες. Μελέτες στις ΗΠΑ έδειξαν ότι το 50% των ιατρικών υπηρεσιών είναι δυνατό να υποκατασταθούν από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό δυναμικό. Μια λύση αυτού του είδους αναμένεται να αυξήσει όχι μόνο την παραγωγικότητα του νοσηλευτικού, αλλά και του ιατρικού δυναμικού.

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα μας έχει πολλές φορές τονισθεί (Κατοστάρας 1994,

Υφαντόπουλος 1992, Δερβένης-Πολύζος 1995). Η έλλειψη πτυχιούχων νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα μεγάλη στη χώρα μας, δεδομένου ότι η αναλογία ανά πληθυσμό ανέρχεται σε ένα πτυχιούχο νοσηλεύτη ανά 950 (1:950) κατοίκους, ενώ με τους νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης η αναλογία είναι 1:460 κάτοικους. Ο δείκτης αυτός είναι ο χειρότερος στην Ε.Ε. Αλλά και η αναλογία νοσηλευτών προς τους γιατρούς είναι εξαιρετικά χαμηλή, διαμορφώνοντας ένα σύστημα υγείας εντάσεως ιατρικού δυναμικού (διάγραμμα 6 και διάγραμμα 7).



Πρέπει να σημειωθεί ότι το 80% των νοσηλευτών εργάζεται στο ΕΣΥ, 10% στον ιδιωτικό τομέα, και οι υπόλοιποι σε κέντρα υγείας, το ΙΚΑ και αλλού. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 50% των νοσηλευτών εγκαταλείπει το επάγγελμα λίγο πριν ή λίγο μετά το πτυχίο, λόγω των χαμηλών αποδοχών, της κακής ποιότητας εκπαίδευσης και των δυσμενών συνθηκών εργασίας (Ανδριώτη 1994).



Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στην αναλογία ιατρών, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στα νοσοκομεία. Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει σαφώς υποδεέστερους δείκτες από τον δημόσιο. Ο δημόσιος τομέας έχει διπλάσιο αριθμό ιατρών και τριπλάσιο λοιπό προσωπικό από τον ιδιωτικό τομέα. Η αναλογία όμως ιατρών (1/1,9 κλίνες) και νοσηλευτών (1/κλίνη) είναι περίπου η μισή σε σχέση με τις χώρες της Ε.Ε. Οι περιφερειακές ανισότητες επιτείνουν το πρόβλημα σε ορισμένες περιοχές. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού γενικά μειώνεται ακόμα περισσότερο αν υπολογισθούν οι νοσηλευτές με τριτοβάθμια εκπαίδευση.

	ΕΣΥ				ΙΔΙΩΤΙΚΑ			
	Κ/Γ	Κ/Ν	Κ/Λ	Κ/Σ	Κ/Γ	Κ/Ν	Κ/Λ	Κ/Σ
Ανατολική Μακεδονία-Θράκη	2,6	1	1,2	0,4	7	4,1	7	1,8
Κ. Μακεδονία	1,7	1,1	1,3	0,4	6	3,2	5	1,5
Δ. Μακεδονία	4,5	1,1	1,5	0,5	4,8	4,5	5,4	1,6
Ήπειρος	2	0,8	1	0,4	7,2	5	10	2,3
Θεσσαλία	2,3	0,8	1,1	0,4	7,5	4,2	6,7	1,9
Ιόνια Νησιά	4,6	1,2	1,4	0,6	1,7	1,7	4	0,7
Δυτική Ελλάδα	2,1	0,8	1	0,4	6,3	3,6	6,5	1,7
Στερεά Ελλάδα	3	1,1	1,1	0,5	7,6	7,8	11,3	2,9
Αττική	1,6	1	1	0,4	3,6	2,1	2,4	0,9
Πελοπόννησος	3,6	1,2	1,4	0,5	6,1	4,4	4,8	1,7
Β. Αιγαίο	4	1,3	1,2	0,5	4,2	3	5	1,3
Ν. Αιγαίο	4	1,7	2,4	0,8	2,9	2,5	5	1
Κρήτη	2,1	0,9	1	0,4	7,2	4,5	5,9	1,9
Σύνολα	1,9	1	1,1	0,4	4,5	2,7	3,3	1,1

Πίνακας 1. Αναλογία κλινών ανά ιατρό, νοσηλευτή και λοιπό προσωπικό στα γενικά νοσοκομεία –1993. Πηγή: Πολύζος-Υφαντόπουλος 1999(Υφαντόπουλος 2005)

6. Εργασιακές σχέσεις στο χώρο του νοσοκομείου

Είναι σαφές ότι ένα νοσηλευτικό ίδρυμα είναι ο χώρος όπου συναντιούνται κατά κύριο λόγο τρεις διαφορετικές «κουλτούρες», η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική, με όλες τις διαφορές φιλοσοφίας που συνεπάγεται. Η κουλτούρα ενός οργανισμού ορίζεται ως ένα σύνολο ιδεών και συμπεριφορών. Η ύπαρξη της κουλτούρας βοηθάει τους εργαζομένους να ορίζουν και να διατηρούν τα όρια της ομάδας στην οποία ανήκουν εντός του οργανισμού. [www.bristol-inquiry.org.uk].

Η ιατρική κουλτούρα στο χώρο του νοσοκομείου παραδοσιακά στηρίζεται στη δύναμη και στην εξουσία. Οι ιατροί μαθαίνουν να μην δείχνουν το συναίσθημά τους ακόμα και αν αυτό βοηθάει τον ασθενή, να είναι ανθεκτικοί και να μην παραπονιούνται ακόμα και όταν νιώθουν εξουθενωμένοι ή γενικά δεν αισθάνονται καλά, να κοντρολάρουν τον εαυτό τους, να δείχνουν αυτοσυγκράτηση και να μην κριτικάρουν τους συναδέλφους τους. Με άλλα λόγια να είναι αφοσιωμένοι στο καθήκον και στο λειτούργημά τους. Κατά κανόνα μαθαίνουν να εργάζονται εξατομικευμένα σε κάθε ασθενή και δυσκολεύονται να συνεργαστούν σε ομάδες. Σημειώνεται ότι η ιατρική κουλτούρα δεν είναι ενιαία αλλά ποικίλλει ανάλογα της ειδικότητας όπως και ανάλογα των νοσοκομείων. Η αφοσίωση στον «όρκο του Ιπποκράτη» παραμένει ισχυρή, αλλά υπάρχει μία αυξανόμενη τάση της ιατρικής εκπαίδευσης στο να εξασκεί τους φοιτητές στην επικοινωνία, στην ομαδική εργασία και σε βασικά θέματα διοίκησης. [www.bristol-inquiry.org.uk].

Η νοσηλευτική παραδοσιακά στηρίζεται στην προσφορά υπηρεσιών με εκδήλωση σεβασμού στους προϊσταμένους και στους ιατρούς. Υπόκειται σε μία στρατιωτικού είδους οργάνωση, νοοτροπία και πειθαρχία με ποινές ακόμα και για ελάσσονα παραπτώματα. Σαφώς βέβαια ο ρόλος του νοσηλευτή έχει βελτιωθεί και έχει αλλάξει δραματικά με την ύπαρξη πανεπιστημιακών σπουδών και την μεταφορά γνώσης από τους νοσηλευτές στους ιατρούς τόσο για θέματα φροντίδας όσο και θεραπείας. Καθοριστικό ρόλο παίζει και το γεγονός ότι 90% των νοσηλευτών είναι γυναίκες οι οποίες πολλές φορές εξαιτίας των οικογενειακών τους υποχρεώσεων αδυνατούν να συμμετέχουν ενεργά στην κουλτούρα του νοσοκομείου και να μετέχουν σε εκδηλώσεις ενίσχυσης της επικοινωνίας και της επαφής των διαφόρων ομάδων του

νοσοκομείου. Σίγουρα όμως οι νοσηλευτές μαθαίνουν να είναι πιο μνημόνοι και δεκτικοί στην ομαδική εργασία. [www.bristol-inquiry.org.uk].

Για πολλούς το μάντζμεντ δεν θεωρείται επάγγελμα, ούτε διαθέτει το επιστημονικό υπόβαθρο των ιατρών. Οι μάντζερ μαθαίνουν από τον κόσμο γύρω τους εξασκώντας την αντίδραση και τα αντανάκλαστικά τους καθημερινά. Ενδιαφέρονται για την συνολική εικόνα και κατάσταση των ασθενών-καταναλωτών και κατά συνέπεια του νοσοκομείου και όχι εξατομικευμένα για κάθε ασθενή όπως οι ιατροί. [www.bristol-inquiry.org.uk].

Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου διαδραματίζουν οι καταναλωτές υγείας. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να αναφερθεί κανείς στην κουλτούρα των ασθενών και πως αυτή επηρεάζει τους εργαζόμενους σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Οι ασθενείς, οι χρήστες και οι κάθε είδους ενδιαφερόμενοι μεταφέροντας τις διαφορετικές κουλτούρες που υφίστανται στην κοινωνία, παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του εργασιακού κλίματος στο χώρο του νοσοκομείου. Αλλαγές στην κοινωνία προκαλούν αλυσιδωτές αντιδράσεις και στο χώρο του νοσοκομείου. Για παράδειγμα 30% των ασθενών ενημερώνονται και πληροφορούνται για τις εξελίξεις στο χώρο της υγείας μέσω του internet και των υπόλοιπων πηγών πληροφόρησης, με αποτέλεσμα να είναι πιο απαιτητικοί στην «κατανάλωση» υπηρεσιών υγείας. Αναμφίβολα έχοντας μεγαλύτερη πρόσβαση στην πληροφόρηση, έχουν υψηλές, όχι πάντα δικαιολογημένες απαιτήσεις για την φροντίδα που έχουν να λάβουν [Edwards, 2003].

7. Διακλαδικές συγκρούσεις στο χώρο του νοσοκομείου

Συνεπώς το νοσοκομείο είναι ο χώρος όπου παρέχεται το αγαθό «υγεία». Ένας χώρος συναισθηματικά φορτισμένος τόσο από την πλευρά των ασθενών (καταναλωτών), όσο και των λειτουργών του. Μία κοινή κουλτούρα στο χώρο του νοσοκομείου ωφελεί έναν οργανισμό ή μια ομάδα μέσω της προώθησης της συνεργασίας και της αποδοτικότητας, μειώνοντας την αβεβαιότητα και αυξάνοντας την εμπιστοσύνη. Επομένως δημιουργούνται ισχυρότατοι συνεκτικοί δεσμοί ανάμεσα στο προσωπικό, αλλά λόγω των

συνθηκών αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης διακλαδικών συγκρούσεων, τις οποίες θα επιχειρήσουμε στην συνέχεια να ερμηνεύσουμε.

7.1. Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρικού και διοικητικού προσωπικού

Οι ιατροί δηλώνουν ότι είναι δυσαρεστημένοι και δυστυχείς στο χώρο του νοσοκομείου σε έναν κόσμο που συνεχώς αλλάζει. Παρόλο που οι λόγοι ποικίλλουν, ένα μέρος της δυσφορίας τους οφείλεται στην σχέση τους με τους μάντζερ-διοικητές [Zurko, 1995]. Η δυσφορία αυτή αντανακλά διεθνείς τάσεις που οδήγησαν σε συρρικνωμένη αυτονομία και κυριαρχία των ιατρών στο χώρο της υγείας ειδικά μετά τις μεταρρυθμίσεις που συνέβησαν. Για παράδειγμα στο εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας (το λεγόμενο NHS) η εισαγωγή του θεσμού του μάντζερ το 1984, το άνοιγμα μιας εσωτερικής αγοράς από το 1991 και η εισαγωγή μεθόδων λογοδότησης και αξιολόγησης της δραστηριότητας των λειτουργιών της υγείας καθώς και ελέγχου της οικονομικής δραστηριότητας στο χώρο του νοσοκομείου, δημιούργησε εντάσεις μεταξύ ιατρών και μάντζερ. Καθ'όλη τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών υπήρξαν προσπάθειες εμπλοκής των ιατρών σε διοικητικές δραστηριότητες (ιατρικός διευθυντής ή κλινικά διευθυντήρια) χωρίς να επιτευχθεί μία ικανοποιητική συμμετοχή. Οι νέοι ιατροί εμφανίζονται πιο πρόθυμοι να ασχοληθούν με θέματα μάντζμεντ, ενώ επίσης και οι ειδικότητες διαφέρουν με εκείνες του ακτινολόγου, του παθολόγου και του ψυχιάτρου να είναι πιο δεκτικές στην κουλτούρα του μάντζμεντ. Είναι πάντως γεγονός ότι ιατροί που κατέλαβαν ανάλογες θέσεις βίωσαν εργασιακό άγχος και υψηλά επίπεδα απογοήτευσης [Davies et al, 2003]. Όλα αυτά οδήγησαν σε μία αναδιανομή της ισχύος στο χώρο του νοσοκομείου και στη νέα κουλτούρα «αυτοί και εμείς» [Atun, 2003].

7.1.1 Αιτίες της έντασης μεταξύ ιατρικού και διοικητικού προσωπικού

Η ένταση και η αμοιβαία καχυποψία που παρατηρείται, αντανακλά τις πραγματικές και ουσιώδεις διαφορές στον τρόπο που οι ιατροί και οι μάντζερ αντιμετωπίζουν θέματα λογοδότησης, χρήσης κατευθυντήριων γραμμών, προσήλωση σε στόχους και οικονομικά θέματα. Αυτές οι διαφορετικές προσεγγίσεις φαίνεται ότι είναι αποτέλεσμα των διαφορετικών αρχών και πιστεύω των δύο κλάδων ενώ η εκπαίδευση και η εμπειρία τους τείνει να

ενισχύσει αυτές τις διαφορές [Edwards, 2003]. Παράλληλα μια σειρά αλλαγών και νέων τάσεων έχουν συμβάλει στην ενίσχυση της έντασης.

Πρώτον η «συστηματοποίηση» της ιατρικής γνώσης. Αυτό συνέβη μέσω μεθόδων που επιτρέπουν την καταμέτρηση της ιατρικής εργασίας για διοικητικούς σκοπούς. Τέτοια μέτρα έχουν χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γερμανίας, της Αυστραλίας και της Ολλανδίας σαν βάση για πιθανές αποζημιώσεις των ινστιτούτων υγείας μετά από καταγγελίες ασθενών. Συστηματοποίηση της ιατρικής γνώσης έχει συμβεί μέσω στρατηγικών που καθορίζουν πώς οι ιατροί θα πρέπει να φροντίζουν τους ασθενείς τους τόσο σε εξατομικευμένο επίπεδο για κάθε ασθενή (π.χ. ιατρικά πρωτόκολλα-clinical protocols, κατευθυντήριες γραμμές-guidelines) όσο και η πορεία των ασθενών μέσα στο σύστημα (π.χ. καθορισμένα “μονοπάτια” ασθενών-prescribed “patient” pathways, χρήση πληροφοριών ανατροφοδότησης-feedback utilization data). Οι μάνατζερ και οι νοσηλευτές τείνουν να υποστηρίζουν την συστηματοποίηση, οι ιατροί την απορρίπτουν και επιθυμούν: [Davies, 2003]

- Έλεγχος όσο αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία- Ποια τεστ και ποιες εξετάσεις χρειάζονται, φάρμακα και θεραπεία που πρέπει να ακολουθηθεί, follow up.
- Έλεγχος όσο αφορά την αξιολόγηση της φροντίδας- Καθορισμός της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής
- Έλεγχος όσο αφορά τη φύση και τον όγκο των ιατρικών καθκόντων- Καθορισμός του χρόνου υλοποίησης αυτών των δραστηριοτήτων
- Ανεξαρτησία από συμβατικές υποχρεώσεις- Δυνατότητα ιατρών να έχουν πλήθος από εξωεπαγγελματικές δραστηριότητες όπως διδασκαλία, ερευνητική δραστηριότητα, συμβουλευτικές δραστηριότητες ή ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματος.

Δεύτερον, προσοχή δίνεται σε οικονομικά θέματα στο χώρο της υγείας. Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε ερωτηματικά όσο αφορά την αποδοτικότητα στη διαχείριση των εκάστοτε οικονομικών πόρων. Αυτό οδηγεί σε έλεγχο και περιορισμό των δαπανών για την παροχή υπηρεσιών υγείας από τους ιατρούς περιορίζοντας την αυτονομία τους και κατά συνέπεια υπόκεινται σε σφικτή οικονομική διαχείριση. Οι ιατροί

τήνουν να αντιδρούν στην είσοδο οικονομικής προεκτάσεως ζητημάτων κατά τον καθορισμό των κλινικών αποφάσεων [Edwards, 2003]. Τρίτον η νομοθεσία περί ιατρικών θεμάτων έχει τροποποιηθεί και συμπληρωθεί κατά ποικίλους τρόπους. Αυτές οι αλλαγές σκοπεύουν να ελαττώσουν την προσφορά ιατρών, όπως συμβαίνει στη Γερμανία, στη Γαλλία και στην Ιταλία, ενώ άλλες μεταρρυθμίσεις σκοπεύουν να ελαττώσουν το κρατικό μονοπώλιο των ινστιτούτων, όπως συμβαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο Βέλγιο και στην Ισπανία. Επιπρόσθετη νομοθεσία τροποποιεί το καθεστώς της κλινικής εξάσκησης και εισάγει νέους ελεγκτικούς μηχανισμούς κλινικής λογοδότησης και υποχρέωση έκδοσης ενοποιημένων αποτελεσμάτων πεπραγμένων των νοσοκομείων [Davies et al., 2003]. Ειδικά στην Αγγλία ύστερα από μια σειρά ιατρικών σκανδάλων, θεωρήθηκε επιβεβλημένο [Edwards, 2003].

Όλα τα παραπάνω ενίσχυσαν τη θέση του διοικητικού προσωπικού και του θεσμού του μάντζερ στο χώρο της υγείας, με συνέπεια το ιατρικό κοινό να εκτοξεύσει φαρμακερά βέλη όσο αφορά την ακεραιότητα, τα κίνητρα, την μόρφωση και κατάρτιση των μάντζερ. Στην Αγγλία υπάρχει μία τάση να κατηγορείται η εκάστοτε κυβέρνηση, αφού οι μάντζερ θεωρείται ότι τοποθετούνται από τον εκάστοτε Υπουργό Υγείας. Πολλές φορές οι ιατροί δηλώνουν ότι οι μάντζερ δεν καταλαβαίνουν τη δουλειά τους και δεν συμμερίζονται τις αγωνίες τους, ότι είναι απομονωμένοι από το ιατρικό επάγγελμα. Γενικά υπάρχει μία καχυποψία όσο αφορά τη νομιμότητα εμπλοκής του μάντζερ στην κλινική εργασία ενώ οι μάντζερ χρειάζεται πολλές φορές να εστιάσουν την προσοχή τους εκτός νοσοκομείου στις απαιτήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος (πολιτικό περιβάλλον, απαιτήσεις της αγοράς, συνδυασμός ιδεών, ατόμων και πόρων, εκδήλωση δημιουργικότητας), κάτι που δεν συμπίπτει με την εστίαση των ιατρών στον ασθενή.

Στην Αγγλία σημαντικό ρόλο παίζει και το γεγονός της σύντομης εναλλαγής του διοικητικού προσωπικού, το 22% των μάντζερ άλλαξε μέσα σε τρία χρόνια, με αποτέλεσμα την αδυναμία δημιουργίας καλών επαγγελματικών σχέσεων και της υποψίας από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού ότι οι υποσχέσεις που δίδονται δεν πρόκειται να υλοποιηθούν από τους επόμενους. Το γεγονός αυτό αποθαρρύνει και τους ίδιους τους

ιατρούς να ασχοληθούν με διοικητικές θέσεις αφού η θέση θεωρείται μη ελκυστική και με ρίσκο [Edwards, 2003].

Ένα επιπρόσθετος λόγος για τις μη καλές επαγγελματικές σχέσεις είναι η 'υποτίμηση' των μάντζερ από την πλευρά των ιατρών:

"Πολλοί μάντζερ στο NHS βρίσκονται στη θέση τους κατά λάθος. Δεν έχουν τη διανοητική ικανότητα να δουν τη διαφορά μεταξύ νοσοκομείων και supermarket ή ιατρών και ταμείων. Είναι οι προβιβάσιμοι GCSE φοιτητές. Τους θυμάστε στο σχολείο;" [Edwards, 2003].

7.1.2 Έρευνες για το πώς οι διάφοροι επαγγελματίες υγείας βλέπουν τις παραπάνω αλλαγές-μεταρρυθμίσεις

Σε μία έρευνα που διεξήχθη σε 3065 ιατρούς, νοσηλευτές, προϊσταμένους νοσηλευτές, ιατρικούς διευθυντές και μάντζερ, στην Αγγλία, Ουαλία, Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία, ετέθησαν ερωτήματα σχετικά με το εργασιακό κλίμα στο χώρο του νοσοκομείου, την ύπαρξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης και ομαδικής εργασίας και τη λογοδότηση και αυτονομία των κλινικών επαγγελματιών. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν τη διάσταση απόψεων μεταξύ ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.

Ερωτήσεις	Ιατροί	Ιατρικοί διευθυντές	Μάντζερ	Προϊστάμενοι Νοσηλευτές	Νοσηλευτές
Αναγνώριση σχέσης κλινικών αποφάσεων και πόρων	Αντιτίθεται	Υποστηρίζει	Υποστηρίζει	Υποστηρίζει	Αντιτίθεται
Διαφανής Λογοδότηση	Αντιτίθεται	Υποστηρίζει	Υποστηρίζει	Υποστηρίζει	Αντιτίθεται
Συστηματοποίηση	Αντιτίθεται	Αντιτίθεται	Υποστηρίζει	Υποστηρίζει	Αμφιβάλλω
Ομάδες εργασίας	Αντιτίθεται	Αντιτίθεται	Αμφιβάλλω	Υποστηρίζει	Υποστηρίζει

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι οι προϊστάμενοι νοσηλευτές και ακολούθως οι μάντζερ είναι πιο δεκτικοί στις διάφορες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις ενώ οι ιατροί επιμένουν να λειτουργούν ατομικά σε αντίθεση με τους μάντζερ που είναι υπέρμαχοι της ομάδας (team work) [Degeling et al., 2003].

Σε άλλη αντίστοιχη έρευνα για τον εκσυγχρονισμό του NHS στην Αγγλία με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου από 1092 κλινικούς διευθυντές και μάντζερ, πάλι οι μάντζερ αποδείχτηκαν περισσότερο αισιόδοξοι όσο αφορά τις σχέσεις τους με τους ιατρούς [Davies et al., 2003].

Ερωτήσεις	Μάντζερ (n=103)	Ιατρικοί διευθυντές (n=168)	Προϊστάμενοι τμημάτων (n=376)	Κλινικοί διευθυντές (n=445)	Σύνολο (n=1092)
Οι γιατροί γενικά υποστηρίζουν τις αποφάσεις της διοίκησης	90 (93)	77 (127)	64 (231)	52 (224)	63 (675)
Οι ιατροί και οι μάντζερ συνεργάζονται καλά στα πλαίσια της ομάδας	91 (94)	87 (141)	82 (303)	73 (315)	80 (853)

7.1.3. Επιπτώσεις των συγκρούσεων ιατρικού-διοικητικού προσωπικού στη λειτουργία του νοσοκομείου

Έχει διαπιστωθεί ότι οι φτωχές επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρικού και διοικητικού προσωπικού συνδέονται με προβλήματα στην οργάνωση και στη λειτουργία του νοσοκομείου. Οι καλές εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και μάντζερ σχετίζονται με υψηλή ικανοποίηση του προσωπικού και βελτιωμένα αποτελέσματα και προβλέψεις για τους ίδιους τους ασθενείς. Παράλληλα δημιουργείται ένα περιβάλλον όπου διευκολύνεται η καταγραφή και η αναφορά λαθών. Αντίθετα το άσχημο εργασιακό κλίμα και περιβάλλον που διαπνέεται από άγχος, φόβο, συχνές εναλλαγές και φωνές έχει δυσμενείς συνέπειες για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και βλάπτει την υγεία τόσο των ασθενών όσο και του ίδιου του προσωπικού με πιθανές προεκτάσεις και στο ευρύτερο σύστημα υγείας [Edwards, 2003, Philipp et al., 2005].

7.1.4. Κοινά στοιχεία ιατρών και μάντζερ-διαμόρφωση μίας κοινής κουλτούρας

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι είναι ανάγκη ιατροί και μάντζερ να μιλήσουν μία κοινή γλώσσα ώστε να διαμορφωθεί μία νέα οργανωσιακή κουλτούρα που να υπερβαίνει τις παραδοσιακές συγκρούσεις της ιατρικής και του μάντζερ [Crosson, 2003]. Οι δύο κλάδοι δεν έχουν κάτι να χωρίσουν.

Πρόκειται για επαγγελματίες που δουλεύουν υπερβολικά σκληρά, πολλές φορές φτάνοντας στο σημείο να καταστρέφουν τους εαυτούς τους και τις οικογένειές τους. Η εξάσκησή τους είναι διαρκής, σκληρή και δεν τελειώνει ποτέ. Σε αντίθεση με το τι πιστεύουν οι περισσότεροι ιατροί για τους μάντζερ, οι τελευταίοι δίνουν βάση σε θέματα ηθικής. Μετά τα σκάνδαλα της δεκαετίας του 1980, οι φοιτητές σχολών διοίκησης (business schools) διδάσκονται ηθική όπως ακριβώς και οι φοιτητές της Ιατρικής.

Οι μάντζερ και οι ιατροί είναι άνθρωποι της δράσης και είναι συνηθισμένοι να παίρνουν ρίσκα. Είναι επίσης ειδικοί, οι μάντζερ ειδικεύονται στα οικονομικά, στο μάρκετινγκ και στη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων, όπως οι ιατροί ειδικεύονται στη νευρολογία ή στη παιδιατρική. Για να είναι επίσης επιτυχημένοι επαγγελματίες καλούνται να αναπτύξουν τα επικοινωνιακά τους χαρίσματα [Smith, 2003].

7.1.5. Τρόποι προσέγγισης και βελτίωσης του εργασιακού κλίματος μεταξύ Ιατρικού και Διοικητικού Προσωπικού

Η υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στην παραγωγική επικοινωνία (partnership) των ιατρών και των μάντζερ και στην προετοιμασία των ιατρών να αναλάβουν ηγετικούς ρόλους. Το κάθε επάγγελμα καλείται να αναγνωρίσει τις δυνατότητες του άλλου και να μην το αντιμετωπίζει ανταγωνιστικά. Η κλινική δουλειά μπορεί να ωφεληθεί με την εφαρμογή τεχνικών του μάντζερ, ενώ το μάντζερ μπορεί να ωφεληθεί από την κλινική ηγεσία [Edwards, 2005].

Η βελτίωση της κλινικής ηγεσίας προϋποθέτει νωρίτερα και καλύτερη εξάσκηση των ιατρών στη μεθοδολογία του μάντζερ, δραστηριοποίηση ώστε οι θέσεις κλινικής ηγεσίας να γίνουν πιο ελκυστικές και γενικά μεγαλύτερη υποστήριξη στους κλινικούς ηγέτες [Edwards, 2003]. Για παράδειγμα στο Imperial College του Πανεπιστημίου του Λονδίνου σε συνδυασμό με την Ιατρική Σχολή του ίδιου πανεπιστημίου οι απόφοιτοι της Ιατρικής μπορούν να φοιτήσουν σε μπάτσελορ (bachelor) ενός χρόνου στο μάντζερ. Πρόκειται για ένα πολύ δημοφιλές τμήμα το οποίο λειτουργεί από το 1999, όπου οι απόφοιτοι Ιατρικής διευρύνουν τους ορίζοντές τους [Atun, 2003]. Στο Ισραήλ εξάλλου, η διοίκηση μονάδων υγείας χορηγείται ως ειδικότητα και δίπλωμα στους ιατρούς από το αντίστοιχο Υπουργείο Υγείας.

Μεταξύ 17.000 ιατρών, 25 υποψήφιοι κάθε χρόνο παρακολουθούν το πρόγραμμα που παρέχεται από διάφορα ακαδημαϊκά κέντρα στο Ισραήλ. Αντίστοιχα προγράμματα υπάρχουν και για τους νοσηλευτές [Michaeli, 2003].

Σίγουρα είναι αδύνατο όλοι οι ιατροί να γίνουν μάνατζερ, αλλά παρακολούθηση σεμιναρίων εκ μέρους τους θα ήταν πολύ ωφέλιμο για τους ίδιους είτε στο χώρο του νοσοκομείου, είτε σε ακαδημαϊκά ιδρύματα, είτε εξ αποστάσεως (distance learning) [Crosson, 2003]. Παράλληλα όμως οι μάνατζερ καλούνται να μάθουν περισσότερα περί της ιατρικής [Edwards, 2003]. Οι μάνατζερ χρειάζεται να είναι ηγέτες, σύνδεσμοι, μεσολαβητές και γενικότερα να γνωρίζουν να διαχειρίζονται τις κρίσεις και τις αντιγνώμεις [Atun, 2003].

Απαιτείται ενίσχυση και σύσφιξη των εργασιακών σχέσεων, ομαδική εργασία, διάλογος, αποφυγή των στερεοτύπων και γενικά αμοιβαίος σεβασμός και εμπιστοσύνη. Η βελτίωση του εργασιακού κλίματος μπορεί να επιτευχθεί μέσω της δημιουργίας ενός δικτύου επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και μάνατζερ, με συζητήσεις, ομαδικό πνεύμα, αποφυγή προσωπικών επιθέσεων και τήρηση των δεσμεύσεων [Thomas, 2000]. Η εμπειρία δείχνει ότι οι μάνατζερ και οι ιατροί χρειάζεται να είναι ικανοί να αναπτύξουν ένα όραμα και μία σειρά στόχων και σκοπών μέσω της κατάλληλης στρατηγικής για να επιτύχουν στην αποστολή τους ως λειτουργοί της υγείας. Αυτό είναι δυνατό με την ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων όσο αφορά την αυτονομία του κάθε επαγγέλματος, τη λογοδότηση και την συστηματοποίηση της εργασίας (καταμέτρηση και αξιολόγηση της κλινικής δραστηριότητας).

Ειδικά στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει το παράδοξο ότι το επάγγελμα του ιατρού ενώ θεωρητικά είναι ένα από τα πιο ισχυρά, στην πράξη νιώθουν αδύναμοι μπροστά στη γραφειοκρατία και την πίεση που αντιμετωπίζουν [Edwards, 2003]. Έτσι θα δοθούν κίνητρα στους ιατρούς, θα ακουστεί η φωνή τους στο χώρο του νοσοκομείου και θα παίξουν πιο καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση της αποστολής και των στόχων [Succi et al., 1998].

Σε ένα case study που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Νορβηγίας, 29 επαγγελματίες υγείας ερωτήθηκαν πώς διαχειρίζονται τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας τους. Απάντησαν ότι χρησιμοποιούν κατά σειρά τις ακόλουθες προσεγγίσεις, αποφυγή ή αποσιώπηση σύγκρουσης, πειθώ και διαπραγμάτευση [Skjorshammer, 2001].

Αμοιβαία εκτίμηση και προσέγγιση θα οδηγούσε σε μία αρμονία, που θα ωφελούσε και τις δύο ομάδες αλλά πολύ περισσότερο τους ασθενείς [Nash, 2003].

7.2. Εργασιακές σχέσεις ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού

7.2.1. Αναδρομή στις σχέσεις ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού

Οι εργασιακές σχέσεις ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου χρίζουν ιδιαίτερης προσοχής διότι είναι ίσως οι πολυπλοκότερες στο χώρο του νοσοκομείου και επηρεάζουν άμεσα τον ασθενή. Για αυτό το λόγο αποτελούσαν ανέκαθεν αντικείμενο υπό συζήτηση. Στο παρελθόν θεωρείτο δεδομένο ότι υπάρχει μία απόλυτη συμφωνία μεταξύ των κλάδων, σε μία ιεραρχική και εσωστρεφής σχέση εμποτισμένη σε προλήψεις, όπου οι ιατροί ήταν ανώτεροι και οι νοσηλεύτες υποτελείς και υποταγμένοι. Το 1967 σ'ένα άρθρο σε μια ψυχιατρική εφημερίδα, η σχέση παρουσιάστηκε σαν ένα παιχνίδι, έναν αγώνα δύναμης, όπου οι ιατροί «μεταχειρίζονταν» τους νοσηλεύτες ως «πιόνια» τους, ενώ η σχέση μεταξύ των δύο κλάδων ήταν τόσο σφικτά διαμορφωμένη ώστε να μην απειλεί την ιεραρχία [Stein, 1967].

Σήμερα οι σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών συνεχώς εξελίσσονται. Πρόσφατες αλλαγές περιλαμβάνουν το γεγονός ότι οι νοσηλεύτες δεν είναι μόνο γένους θηλυκού, πολλοί είναι απόφοιτοι πανεπιστημιακών σχολών, ενώ όλο και περισσότερες γυναίκες ακολουθούν το ιατρικό επάγγελμα. Παράλληλα η αυξανόμενη γνώση και πληροφόρηση του κοινού για ιατρικά θέματα απομυθοποίησε τον ιατρό στα μάτια του κόσμου, ενώ η εμπορευματοποίηση της ιατρικής φροντίδας κλόνισε στον κόσμο την πεποίθηση για το αλτρουιστικό ενδιαφέρον των ιατρών [O'Brien-Pallas et al., 2001].

7.2.2. Έρευνες για τις σχέσεις ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού

Σε μία έρευνα που διεξήχθη το 2002 και αφορούσε νοσηλεύτες, ιατρούς και διοικητικούς υπαλλήλους σε ένα μεγάλο δίκτυο νοσοκομείων, η πλειοψηφία ανέφερε ότι υφίσταται κάποιας μορφής διασπαστική συμπεριφορά των ιατρών στους χώρους εργασίας τους, που επηρεάζει αρνητικά τους νοσηλεύτες ακόμα και σε θέματα υγείας, όπως και το υπόλοιπο προσωπικό εμποδίζοντας την ομαδική εργασία και επηρεάζοντας και την

πορεία των ασθενών. Αυτό υποστηρίζεται από πρόσθετες μελέτες ότι η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών έχουν σημαντική επίδραση στο περιβάλλον εργασίας και στην κλινική πορεία των ασθενών [Rosenstein, 2002].

Σε ένα ερωτηματολόγιο 69 ερωτήσεων που εξέταζε την επίδραση της ιατρικής κυριαρχίας στο περιβάλλον του νοσοκομείου και συμπληρώθηκε από 133 νοσηλευτές στην Αυστραλία και 108 νοσηλευτές στην Βρετανία, προέκυψε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών δηλώνουν απογοήτευση με το επάγγελμά τους, ότι δέχονται αφόρητη πίεση από την πλευρά των ιατρών και αντιμετωπίζουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα [Adams et al., 1995].

7.2.3. Αίτια συγκρούσεων ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού

Μεγάλες αλλαγές έχουν παρατηρηθεί στο χώρο της υγείας την τελευταία δεκαετία. Περιλαμβάνουν αυξημένες αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας, περισσότερο πιεστικά και αγχωτικά περιβάλλοντα εργασίας, μη επαρκή επίπεδα προσωπικού με αποτέλεσμα αυξημένο φόρτο εργασίας, μειωμένη επαγγελματική και εργασιακή ικανοποίηση, συρρικνωμένη εργασιακή ασφάλεια και γενικά ελαττωμένη επαγγελματική και οργανωσιακή αφοσίωση.

Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας (WHO), ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας καθορίζεται από την κατάλληλη ποσότητα, το μείγμα και την κατανομή του προσωπικού. Η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται με την πορεία των ασθενών και την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Θεωρείται ότι η πορεία των ασθενών επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες και παρουσιάζει αισθητή βελτίωση όταν οι νοσηλευτές βιώνουν ένα ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας (client care delivery system) [O'Brien-Pallas et al., 2005].

Τα προηγούμενα σε συνδυασμό με τις μη-ευνοϊκές συνθήκες κάτω από τις οποίες οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται όπως χαμηλές οικονομικές απολαβές, περιορισμένη επαγγελματική αυτονομία και περιορισμένη συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων έχουν δυσμενείς συνέπειες στη σχέση ιατρών και νοσηλευτών. Αν οι σχέσεις είναι θετικές, οι νοσηλευτές είναι πιο πιθανό να νιώθουν ικανοποιημένοι με το περιβάλλον εργασίας τους και να

παραμένουν στις θέσεις τους. Η εργασιακή ικανοποίηση διατηρεί την εσωτερική ισορροπία των νοσηλευτών, εμποδίζει την εργασιακή υπερκόπωση (job burnout) και συνδέεται με υψηλή παραγωγικότητα από την πλευρά τους [Rosenstein, 2002].

Άλλα εμπόδια στην συνεργασία ιατρών νοσηλευτών είναι η παρανόηση και η επικάλυψη των ρόλων των νοσηλευτών από τους ιατρούς, η έλλειψη επικοινωνίας και αμοιβαίου σεβασμού και γενικά η απουσία μοντέλων επικοινωνίας εξαιτίας της ιεραρχικής διακυβέρνησης. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί δείχνουν ότι τα μέλη των συγκεκριμένων κλάδων βλέπουν τους εαυτούς τους «κυρίως ως εκπροσώπους της επιστήμης τους» παρά ως μέλη ενός συνόλου στο οποίο δεν υπάρχουν όρια ανάμεσα στις διάφορες επιστήμες. Σήμερα οι νοσηλευτές θέλουν να είναι πιο ανεξάρτητοι, να έχουν επαγγελματικές αρμοδιότητες και ευθύνες για τη φροντίδα του ασθενούς. Αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς απ'ότι οι γιατροί και συχνά έχουν ουσιαστικές προτάσεις για να αλλάξουν τα θεραπευτικά μέτρα. Μερικές φορές, οι γιατροί αγνοούν τις προτάσεις των νοσηλευτών, γεγονός που δείχνει ότι δεν θέλουν την ανατροφοδότηση με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές εκνευρίζονται καθώς αισθάνονται ότι μειώνεται η αξία τους. Είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές είναι άρτια καταρτισμένοι, αλλά νιώθουν ότι οι ιατροί δεν εκτιμούν τις γνώσεις τους και τα προσόντα τους, επιδεινώνοντας τις σχέσεις τους.

Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο παίζουν οι διαφορές στο εισόδημα και την επαγγελματική καταξίωση, η επαγγελματική εξουθένωση, η έλλειψη αυτοπεποίθησης που χαρακτηρίζει πολλούς επαγγελματίες υγείας και τα προβλήματα που δεν έχουν σχέση με το χώρο εργασίας, όπως τα συζυγικά προβλήματα, η χρήση ναρκωτικών, ο αλκοολισμός, το στρες και τα οικονομικά προβλήματα και τέλος η νοοτροπία νοσηλευτών να κατηγορούν τους άλλους για προβλήματα που υπάρχουν στη νοσηλευτική [O'Brien-Pallas et al., 2005].

7.2.4. Τρόποι επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών

Στην περίπτωση που επέλθει σύγκρουση οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις εξής στρατηγικές για την επίλυση των συγκρούσεων:

Αποφυγή: Η αποφυγή είναι μια στρατηγική η οποία δίνει τη δυνατότητα στις συγκρουόμενες πλευρές να ηρεμήσουν. Ο νοσηλευτής που εμπλέκεται σε κάποια σύγκρουση μπορεί να παρακάμψει το ζήτημα λέγοντας: «Ας αφήσουμε κάποιο χρονικό περιθώριο για να το σκεφτούμε και να ορίσουμε μια άλλη ημερομηνία για συζήτηση». Η μέθοδος αυτή δίνει τη δυνατότητα και στις δύο πλευρές να ηρεμήσουν και να συγκεντρώσουν πληροφορίες. Η αποφυγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν το ζήτημα δεν είναι κρίσιμης σημασίας ή όταν η πιθανή βλάβη από την άμεση αντιπαράθεση υπερβαίνει τα οφέλη.

Συνδιαλλαγή: Ο νοσηλευτής που είναι η μία πλευρά από τις εμπλεκόμενες σε κάποια σύγκρουση μπορεί να συνδιαλλαγεί με την άλλη πλευρά, κάνοντας υποχωρήσεις και δίνοντας προτεραιότητα στις ανάγκες της άλλης πλευράς. Αυτή είναι ιδιαίτερα καλή στρατηγική όταν το θέμα είναι πιο σημαντικό για την άλλη πλευρά. Εξασφαλίζει τη συνεργασία και την αρμονία και δίνει την ευκαιρία στους υφισταμένους να λάβουν αποφάσεις.

Ανταγωνισμός: Ο μάνατζερ νοσηλευτής ως προϊστάμενος μπορεί να ασκήσει την εξουσία του εις βάρος ενός υφισταμένου. Αυτό επιβάλλει ο κανονισμός της πειθαρχίας. Είναι μια κατηγορηματική θέση η οποία βοηθάει τον ανταγωνισμό παρά την αφοσίωση στην επίλυση της σύγκρουσης από την πλευρά του υφισταμένου.

Συμβιβασμός: Η μέση οδός μπορεί να οδηγήσει στην επίλυση μιας σύγκρουσης. Πρέπει να είναι μια προσωρινή στρατηγική, όταν απαιτείται χρόνος για να βρεθεί μια μόνιμη ικανοποιητική θέση. Ο συμβιβασμός που δυσαρεστεί και τις δύο πλευρές δεν είναι καλός συμβιβασμός.

Συνεργασία: Όταν συνεργάζονται και οι δύο πλευρές για να επιλυθεί μια σύγκρουση, θα μείνουν ικανοποιημένες και οι δύο. Πρέπει να γίνει συγκερασμός των απόψεων. Αυτό απαιτεί χρόνο και ενέργεια. Μια λύση ομοφωνίας εξασφαλίζει την πλήρη αφοσίωση και οδηγεί στην ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Η συνεργασία, η κατανόηση, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη καθώς και η εκτίμηση των δυνάμεων και των αδυναμιών των λειτουργών της υγείας αποτελούν την προσέγγιση που οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα στο χώρο της υγείας. Η επιτυχής συνεργασία ενισχύει την ποιότητα, την ικανοποίηση, επαυξάνει την παραγωγικότητα και επιτρέπει τα άτομα να

λάβουν αποφάσεις και εξατομικευμένα αλλά και σαν μέλη της ομάδας σε ένα πλαίσιο ιεραρχίας.

Η συνεργασία μπορεί να επιτευχθεί με μία σειρά παρεμβάσεων όπως ενδοεργασιακά workshops, οργάνωση σε ομάδες με συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών (nurse-practitioner partnerships), περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας και επιμορφωτικά πανεπιστημιακά προγράμματα (role playing case scenarios). Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής, νοσηλευτές, ιατρούς, προϊσταμένους και διοικητικούς υπαλλήλους. Για όλα τα παραπάνω υπάρχουν μία σειρά μεθόδων και εργαλείων (Collaborative Practice Scale, Collaboration and Satisfaction About Care Decisions, Nurse-Physician Questionnaire, Nurses opinion Questionnaire, Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician Nurse Collaboration) [O'Brien-Pallas et al., 2005].

7.2.5. Αποτελέσματα της συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών

Το κλίμα συνεργασίας στη σχέση ιατρών-νοσηλευτών έχει θετική επίδραση τόσο στους ίδιους όσο και στους ασθενείς.

Όσο αφορά τους ασθενείς, η συνεργασία συντελεί στην επαυξημένη ικανοποίησή τους, στην μειωμένη παραμονή τους στο νοσοκομείο και στη θετική εξέλιξη της υγείας τους ανεξάρτητα της σοβαρότητας της κατάστασής τους, ακόμα και στη μείωση των ιατρικών λαθών.

Όσο αφορά τους νοσηλευτές, η συνεργασία συντελεί στην επαυξημένη ικανοποίησή τους σχετικά με τη δουλειά τους, στη μείωση του εργασιακού άγχους, στην ελάττωση της εναλλαγής των νοσηλευτών, στην αυξημένη επικοινωνία μεταξύ των λειτουργών της υγείας, στην κατανόηση του ρόλου του νοσηλευτή και στη βελτίωση της απόδοσής του, στην εκχώρηση αρμοδιοτήτων ανώτερου επιπέδου, οι οποίες προωθούν την αυτονομία και τον αυτοέλεγχο και τη διεύρυνση της εργασίας (job enrichment και job enlargement).

Όσο αφορά τους ιατρούς, η συνεργασία συντελεί στην επαυξημένη ικανοποίησή τους σχετικά με τη δουλειά τους, στη μείωση του εργασιακού άγχους και γενικά στην εκτίμηση του ρόλου του νοσηλευτή από την πλευρά του ιατρού.

Συνολικά στη λειτουργία του οργανισμού, η συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών μειώνει τα κόστη και συντελεί στην αύξηση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας των εργαζομένων, αναδεικνύοντας υγιή εργασιακά περιβάλλοντα. Σίγουρα όμως δεν αποτελεί ακόμα κάτι κοινό για το χώρο της υγείας [O'Brien-Pallas et al., 2005]. Βέβαια με δεδομένο το νομικό πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων δεν υπάρχουν πολλά περιθώρια για υλική επιβράβευση της παραγωγικότητας.

7.3. Ορισμός του νοσοκομείου «magnet» (magnet hospitals)-Πρότυπο μοντέλου συνεργασίας

Τα «magnet» νοσοκομεία είναι πρότυπα οργανωσιακά συστήματα που δίνουν έμφαση στην επαγγελματική αυτονομία των εργαζομένων, χαρακτηρίζονται από αποκεντρωμένη οργανωτική δομή και κουλτούρα, συμμετοχική διοίκηση (management) και αυτοδιακυβέρνηση. Τα τρία κύρια χαρακτηριστικά τους είναι: πρώτο, ότι οι νοσηλευτές έχουν τη δύναμη και τη θέση που χρειάζεται να επηρεάζουν τους ανθρώπους και να λαμβάνουν τους αναγκαίους πόρους για την σωστή φροντίδα των ασθενών (επαγγελματική αυτονομία πάνω στην πρακτική), δεύτερο, ότι υφίσταται σωστή συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών, ιατρών και διοικητικών και τρίτο, ότι υπάρχουν καθιερωμένα συστήματα που εξασφαλίζουν την συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαμόρφωση πολιτικών και στρατηγικών τακτικών. Πρωτοξεκίνησε από την Αμερικανική Ακαδημία της Νοσηλευτικής (American Academy of Nursing) το 1981. Η ιδέα διαμορφώθηκε σε μία περίοδο με σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και σκοπό είχε να διερευνήσει λόγους που ελκύουν προικισμένους νοσηλευτές στο επάγγελμα. Το αποτέλεσμα ήταν ότι οι νοσηλευτές προσελκύνονται από ένα περιβάλλον εργασίας που προάγει την αυτονομία, την δυνατότητα ελέγχου στο περιβάλλον και τις καλές σχέσεις ιατρών και νοσηλευτών.

Οι νοσηλευτές στα «magnet» νοσοκομεία παρουσιάζουν μικρότερα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης και νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση στη δουλειά τους. Επιπρόσθετα τα «magnet» νοσοκομεία εμφανίζουν χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας και καλύτερη πρόβλεψη της υγείας των ασθενών.

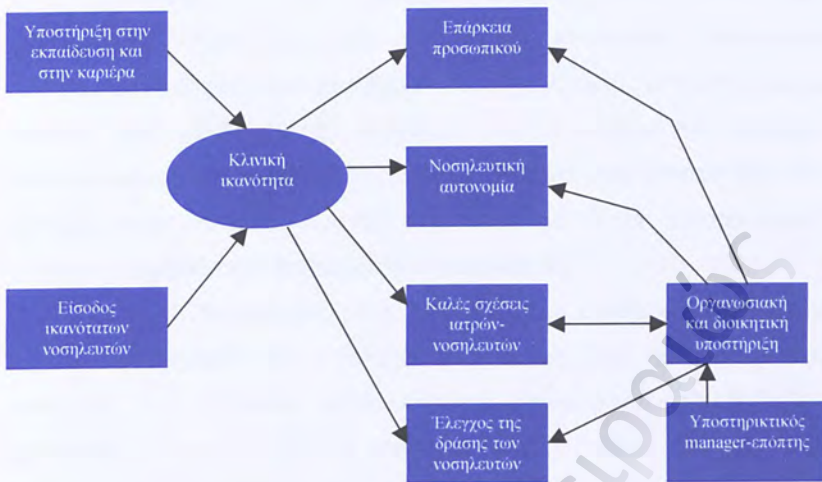
Τα «magnet» νοσοκομεία προάγουν τη μεγαλύτερη αυτονομία των νοσηλευτών και παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Αυτό εξασφαλίζεται από την κατάλληλη διοικητική δομή που αναγνωρίζει το σημαντικό ρόλο των νοσηλευτών. Στα πλαίσια αυτά υπάρχει αντιπροσώπευση νοσηλευτών σε κάθε επίπεδο διοίκησης [O'Brien-Pallas et al., 2005].

Σε μία έρευνα που περιέλαβε 279 νοσηλευτές που απασχολούνται σε «magnet» νοσοκομεία, 8 ήταν τα κύρια χαρακτηριστικά τους που αναφέρθηκαν: Πρώτο, η συνεργασία με νοσηλευτές που ήταν κλινικά ικανοί και καταρτισμένοι, δεύτερο, καλή σχέση και επικοινωνία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, τρίτο, αυτονομία και λογοδότηση των νοσηλευτών, τέταρτο, υποστηρικτικός manager-επόπτης, πέμπτο, έλεγχος της άσκησης των νοσηλευτών, έκτο, υποστήριξη για περεταίρω εκπαίδευση (δια-βίου εκπαίδευση), έβδομο, επάρκεια προσωπικού και όγδοο το ενδιαφέρον για τον ασθενή είναι υψηλότες σημασίας [Kramer et al., 2002].

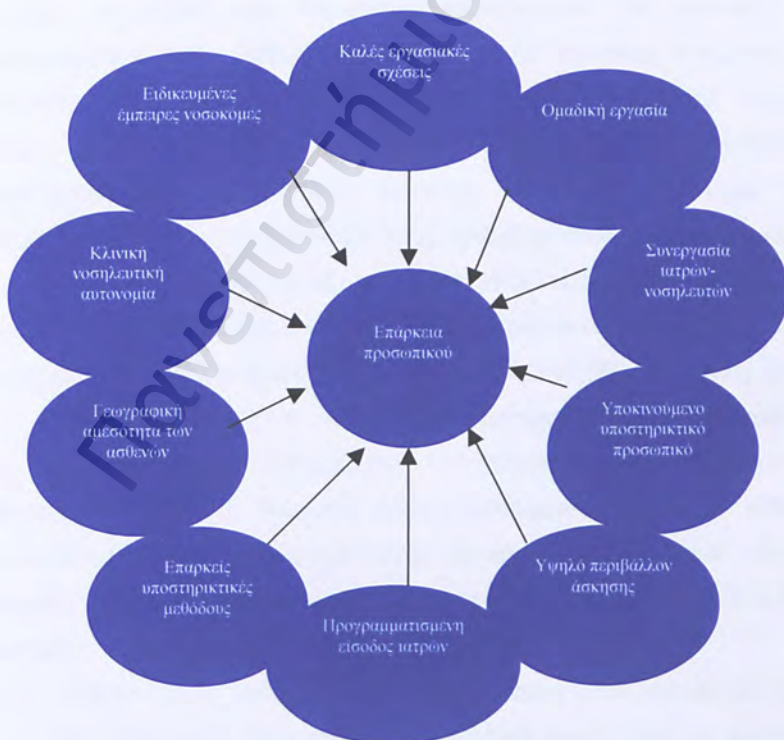
Το αποτέλεσμα είναι ένα πιο ασφαλές περιβάλλον εργασίας, με λιγότερες αναφορές περιστατικών με τραυματισμούς νοσηλευτών, ανταμείβοντας τις προσπάθειές τους (μέθοδος της θετικής ενίσχυσης-παροχή ψυχολογικών και κοινωνικών αμοιβών π.χ γραπτός ή προφορικός έπαινος απόδοσης), αναδεικνύοντας ένα εύκαμπτο εργατικό δυναμικό και οδηγώντας τελικά σε μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών. Τα «magnet» νοσοκομεία είναι συνέπεια μιας στρατηγικής για υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας με μείωση κόστους [O'Brien-Pallas et al., 2005].

Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι manager εστιάζουν στον συντονισμό και στη διευκόλυνση της εργασίας των νοσηλευτών παρέχοντας πρόσβαση στην πληροφόρηση και στους πόρους.

Σχήμα 7.1. Το γενικό μοντέλο λειτουργίας των «magnet» νοσοκομείων [O'Brien-Pallas et al., 2005].



Σχήμα 7.2. Το μοντέλο λειτουργίας των «magnet» νοσοκομείων επιδρά στην επαρκή στελέχωση του προσωπικού [O'Brien-Pallas et al., 2005].



8. Υποκίνηση προσωπικού στο Δημόσιο Νοσοκομείο

Η γέννηση του επιστημονικού management από τον Taylor το 1911 εισήγαγε στη λειτουργία των οργανισμών καινούριες παραμέτρους, που έδωσαν νέα ώθηση στην παραγωγή. Ο Taylor, εκτός από την εφαρμογή της έννοιας της εξειδίκευσης, σκέφτηκε να συνδέσει την αμοιβή με την παραγωγικότητα. Θεώρησε πως η αμοιβή είναι ένα βασικό κίνητρο για τους εργαζόμενους και επομένως είχε την πεποίθηση ότι θα πρέπει αυτός ο οποίος παράγει περισσότερο να αμειβεται περισσότερο.

Αυτή η διαδικασία, στα πλαίσια του επιστημονικού management, λέγεται υποκίνηση και αποτελεί έναν από τους βασικούς συντελεστές επιτυχίας του σκοπού οποιουδήποτε οργανισμού. Η επάνδρωση των οργανισμών παύει πλέον να αποτελεί ικανή συνθήκη για την επιτυχία των στόχων τους. Στις μέρες μας, που χαρακτηρίζονται από την εδραίωση του management ολικής ποιότητας και την καθολική ανάγκη για ποιότητα σε οποιοδήποτε σκέλος λειτουργίας ενός οργανισμού, αποτελεί πρόκληση η εύρυθμη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Το γεγονός ότι αυτά στελεχώνονται από πληθώρα εργαζομένων δε σημαίνει αυτομάτως πως οι τελευταίοι λειτουργούν και συμβάλουν με όλες τις δυνάμεις τους, για να επιτευχθούν οι στόχοι του νοσοκομείου. Επομένως, στόχος του διοικητή ενός νοσοκομείου είναι να εντάσσει συνεχώς σε όλο το σύστημα διοίκησης συντελεστές που θα παρακινούν τους εργαζόμενους να δουλεύουν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα και να εισάγει στο οργανωτικό κλίμα όλους εκείνους τους παράγοντες που θα κάνουν τους εργαζόμενους να ενεργούν με τον επιθυμητό τρόπο.[Καραπούλιος 2005]

Για τις μεθόδους υποκίνησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση των εργαζομένων έχει αναπτυχθεί πληθώρα θεωριών από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, όπως οικονομολόγους και ψυχολόγους. Το τετράπτυχο «Ανάγκη – Επιθυμία – Ενέργεια – Ικανοποίηση» είναι το κοινό χαρακτηριστικό όλων των θεωριών. Παρακάτω αναφέρονται οι βασικότερες θεωρίες υποκίνησης.

1. Θεωρία της ιεράρχησης αναγκών (Maslow) κατά την οποία η ανάγκες των ανθρώπων ιεραρχούνται με ανοδική πορεία από τις κατώτερες στις ανώτερες με την ακόλουθη σειρά: φυσιολογικές ανάγκες – ασφάλεια –

κοινωνικές σχέσεις – εκτίμηση – ολοκλήρωση. Ο Maslow συμπέρανε ότι, όταν μια τάξη αναγκών ικανοποιείται, αυτές οι ανάγκες παύουν να αποτελούν παράγοντα υποκίνησης.[Maslow 1954]

2. Θεωρία των δύο παραγόντων ή θεωρία υποκίνησης συντήρησης (Herzberg). Σε αντίθεση με την προηγούμενη θεωρία που αφορά την υποκίνηση στη ζωή, ο Herzberg εστίασε στην υποκίνηση στην εργασία και την ολοκλήρωσή της. Διαπίστωσε δε, ότι μόνο τα δύο τελευταία επίπεδα της ταξινόμησης Maslow λειτουργούν αποτελεσματικά ως πηγές υποκίνησης. Ο Herzberg ανέδειξε οκτώ αντικίνητρα και 6 κίνητρα[Montana et al 2002]

ΚΙΝΗΤΡΑ	ΑΝΤΙΚΙΝΗΤΡΑ
Επίτευξη στόχου	Η διοίκηση και πολιτική του οργανισμού
Αναγνώριση προσπάθειας	Η επίβλεψη
Εξέλιξη στην εργασία	Οι συνθήκες εργασίας
Το αντικείμενο της εργασίας	Οι διαπροσωπικές σχέσεις
Υπευθυνότητα	Ο μισθός-αμοιβή
Δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης	Το κύρος
	Η προσωπική ζωή
	Η ασφάλεια εργασίας

3. Η Θεωρία της κάλυψης επίκτητων αναγκών (Mc Clelland). Ο Mc Clelland συνέβαλλε στην κατανόηση της υποκίνησης με τον εντοπισμό τριών τύπων υποκινουσών αναγκών. Τις ανάγκες αυτές τις κατέταξε σε ανάγκη για δύναμη, ανάγκη για κοινωνικούς δεσμούς – συναδελφικότητα και ανάγκη για επιτεύγματα.[Mac Clelland 1955]
4. Θεωρία προσδοκιών (Vroom, Porter, Lawler). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η υποκίνηση ενός ατόμου να αναλάβει κάποια ενέργεια σε οποιαδήποτε δεδομένη στιγμή θα καθοριστεί από τις προβλεπόμενες από το άτομο αξίες όλων των αποτελεσμάτων (θετικών και αρνητικών) της ενέργειας, πολλαπλασιαζόμενες επί την ισχύ της προσδοκίας του ατόμου ότι το αποτέλεσμα θα φέρει την επίτευξη του επιθυμητού στόχου.[Vroom 1964, Porter LW-Lawler 1968]
5. Θεωρία της δικαιοσύνης (Adams). Σύμφωνα με τον Adams η έννοια της αδικίας είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες στο σύστημα της υποκίνησης. Βασική κινητήρια δύναμη είναι η έντονη επιθυμία για

δικαιοσύνη που εμφανίζεται μόνο όταν γίνεται αντιληπτή κάποια αδικία ή ανισότητα. Η αντίληψη της δικαιοσύνης επηρεάζεται από δύο παράγοντες:

- Την σύγκριση της ανταμοιβής του εργαζόμενου σε σχέση με την προσωπική του προσπάθεια, εκπαίδευση, πείρα, ικανότητες και τη θέση στην ιεραρχία, και
- Τη σύγκριση της ανταμοιβής του σε σχέση με τις ανταμοιβές των άλλων.[Δικαίος και συν 1999]

Το προσωπικό ενός δημόσιου νοσοκομείου δεν είναι ένα ομοιόμορφο σύνολο. Αποτελείται από ανθρώπους διαφορετικού επιπέδου μόρφωσης, διαφορετικών εμπειριών και ικανοτήτων, που ασχολούνται με ένα μεγάλο εύρος εργασιών μέσα στο νοσοκομείο. Ο manager δεν πρέπει να εφαρμόσει το ίδιο μοντέλο υποκίνησης σε όλο το προσωπικό. Αντιθέτως, η διαδικασία πρέπει να εξειδικευτεί σε κάθε άτομο και ομάδα εργαζομένων ξεχωριστά ανάλογα τα κίνητρα του καθενός εργαζομένου ή ομάδας. Παρακάτω δίνονται μερικά τυπικά παραδείγματα υποκίνησης. Για λειτουργικούς λόγους γίνεται ταξινόμηση των εργαζομένων σε ανώτερο, μέσο και κατώτερο ιεραρχικό επίπεδο.

Σε ένα χαμηλόβαθμο στέλεχος της διοικητικής υπηρεσίας ισχυρός παράγοντας υποκίνησης είναι ο εμπλουτισμός της εργασίας (job enrichment). Αυτός αναφέρεται στην εκχώρηση αρμοδιοτήτων ανώτερου επιπέδου, οι οποίες προωθούν την αυτονομία και τον αυτοέλεγχο, καθώς διευρύνουν την υπευθυνότητα και την πρωτοβουλία του εργαζόμενου. Σε περίπτωση που η παραπάνω διαδικασία δεν φέρει αποτέλεσμα και τα στελέχη δεν χαρακτηρίζονται από την πρόπαιστη υπευθυνότητα, η εφαρμογή συγκεκριμένων στόχων ίσως αποδώσει (management by objectives) καθώς εξασφαλίζει τη δέσμευση των εργαζομένων στους σκοπούς της επιχείρησης.

Στο μέσο ιεραρχικό επίπεδο, πχ. νοσηλευτικό προσωπικό, η διεύρυνση εργασίας (job enlargement), μπορεί να υποκινήσει ουσιαστικά τους εργαζόμενους. Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει την ανάθεση περισσότερων εργασιακών καθηκόντων του ίδιου επιπέδου υπευθυνότητας. Στην πιο απλή μορφή της, την εκούσια εναλλαγή των εργασιακών θέσεων (rotation), συντελεί

όχι μόνο στην αύξηση της απόδοσης αλλά και στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στο ανώτερο επίπεδο στελεχών, π.χ. υποδιευθυντές τμημάτων, είναι ωφέλιμη η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλλου διοίκησης. Όταν γίνει αντιληπτό στα στελέχη ότι αναγνωρίζεται η αξία της προσφοράς τους και ότι έχουν τον έλεγχο της εργασίας τους, υποκινούνται περισσότερο ενδογενώς με τη συμμετοχή τους στα κέντρα λήψης αποφάσεων, παρά με άλλες αμοιβές. Η ίδια τεχνική μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας. Η συμμετοχή των εργαζομένων σε ομάδες εργασίας ανταποκρίνεται σε αρκετους παράγοντες υποκίνησης. Ικανοποιεί την ανάγκη για κοινωνικούς δεσμούς και αποδοχή, καθώς προσφέρει την αίσθηση της ολοκλήρωσης. Το σωστό είδος συμμετοχής αποφέρει όχι μόνο υποκίνηση, αλλά γνώση πολύτιμη για την επιτυχία της υπηρεσίας μέσω του συνδιασμού γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειριών των εργαζομένων.

Επίσης, σε όλη την κλίμακα της ιεραρχίας μπορεί να εφαρμοστεί η μέθοδος της «θετικής ενίσχυσης». Αυτή στηρίζεται στην παροχή ανταμοιβών με απώτερο στόχο την εφαρμογή από τους εργαζόμενους της τεχνικής της αυτοενίσχυσης. Η εφαρμογή ψυχολογικών και κοινωνικών αμοιβών είναι εφικτή, αλλά με δεδομένο το νομικό πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων δεν υπάρχουν πολλά περιθώρια για υλική επιβράβευση της παραγωγικότητας. Αυτό μερικώς αποτελεί πρόβλημα αφού το χρήμα, ως μέσο, μπορεί και συντελεί στην ικανοποίηση όλων των αναγκών των ανθρώπων. Στην περίπτωση αυτή ο διοικητής του νοσοκομείου μπορεί θεσμοθετήσει κάποιες ανταμοιβές όπως κάποια άδεια, ελαστικότητα στο ωράριο.[Δικαίος και συν 1999, Steers RM et al 1976]

Τέλος πρέπει να δοθεί έμφαση στο ρόλο της ποινής ως παράγοντα υποκίνησης. Το νομοθετικό πλαίσιο δεν επιτρέπει στα στελέχη να επιβάλλουν αυστηρές ποινές στο προσωπικό. Η εφαρμογή ή η απειλή εφαρμογής τους δε συνειάζει τους εργαζόμενους, αλλά μάλλον έχει και τα αντίθετα αποτελέσματα αφού προκαλεί: αμυντική ή εκδικητική συμπεριφορά, συνδικαλιστική οργάνωση και συσπείρωση, κακής ποιότητας εργασία, διοικητική αδιαφορία, αποφυγή ανάληψης ευθυνών ή ακόμα και δολιότητα. Για το λόγο αυτό στο δημόσιο νοσοκομείο η επιβολή ποινών πρέπει να είναι το τελευταίο μέτρο υποκίνησης του προσωπικού.[Καραπούλιος 2005]

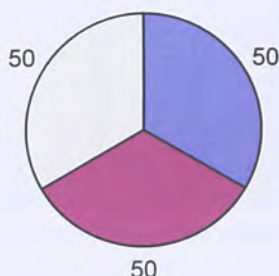
9. Αξιολόγηση Επαγγελματικών Διακλαδικών Σχέσεων στο Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο

Με πλαίσιο όσα αναφέραμε σε προηγούμενες ενότητες και προκειμένου να διερευνήσουμε τις σχέσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών κλάδων στο χώρο του Ελληνικού Δημόσιου Νοσοκομείου, αξιολογήσαμε τις απαντήσεις που έδωσαν οι εργαζόμενοι του ΓΝΠ «Τζάνειο» σε σχετικό ερωτηματολόγιο (παράρτημα). Τα αποτελέσματα ακολουθούν:

Σύνθεση δείγματος-Δημογραφικά στοιχεία:

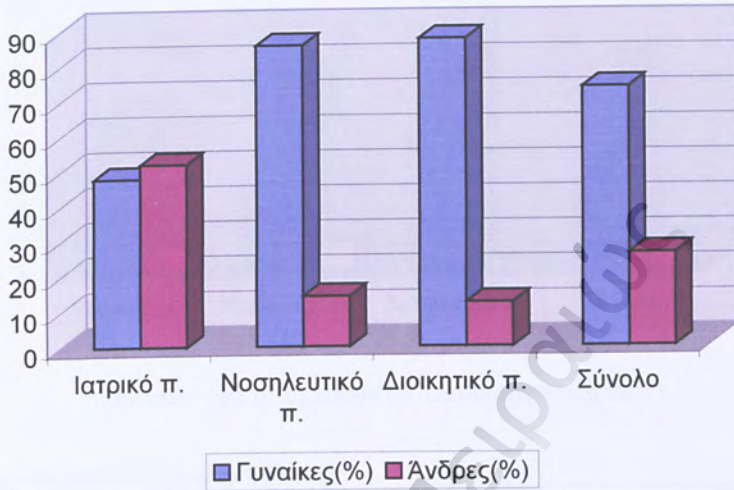
	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	P
Άτομα	50(33,3%)	50(33,3%)	50(33,3%)	
Ανδρες (%)	52	14,3	12,5	0,005
Γυναίκες (%)	48	85,7	87,7	0,005
Άγαμοι (%)	44	23,8	18,8	0,163
Έγγαμοι (%)	48	57,2	81,2	0,102
Διαζευγμένοι (%)	8	9	0	0,142
18-30 έτη (%)	12	9,5	12,5	0,951
30-50 έτη (%)	80	81	87,5	0,813
50-65 έτη (%)	8	9,5	7	0,465

Σύνθεση δείγματος

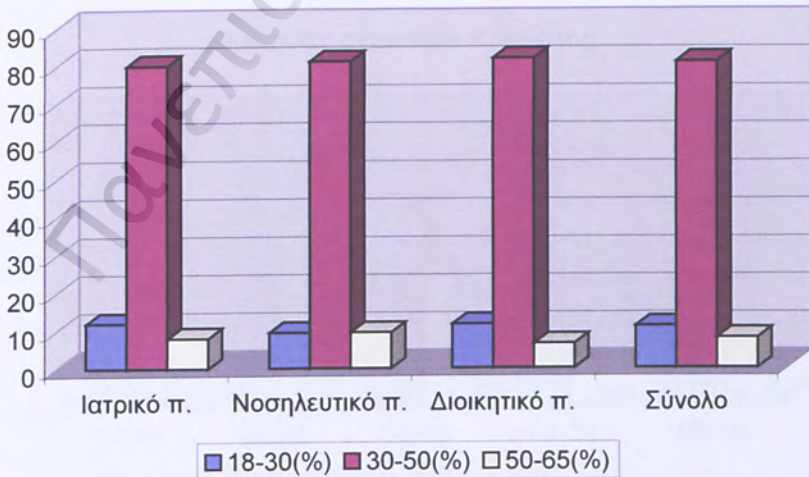


■ Ιατρικό π. ■ Νοσηλευτικό π. □ Διοικητικό π.

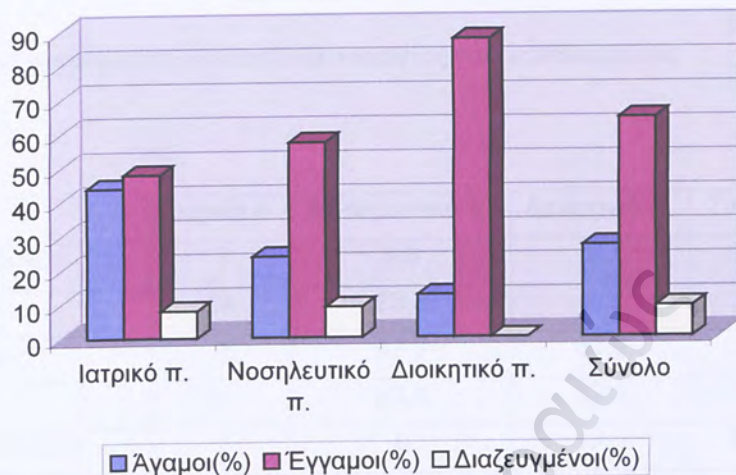
Σύνθεση δείγματος κατά φύλλο



Ηλικιακή σύνθεση δείγματος



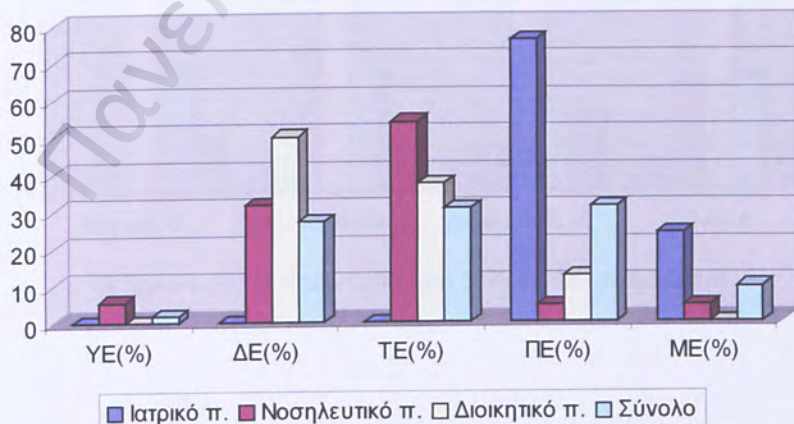
Οικογενειακή κατάσταση δείγματος



Επίπεδο σπουδών ερωτηθέντων:

	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	P
Υποχρεωτική Ε(%)	-	5,8	0	ns
Δευτεροβάθμια Ε(%)	-	33,3	50	ns
Τεχνολογική Ε(%)	-	57,1	37,5	0,001
Πανεπιστημιακή Ε(%)	76	4,8	12,5	<0,0001
Μεταπτυχιακή Ε (%)	24	4,8	0	<0,0001

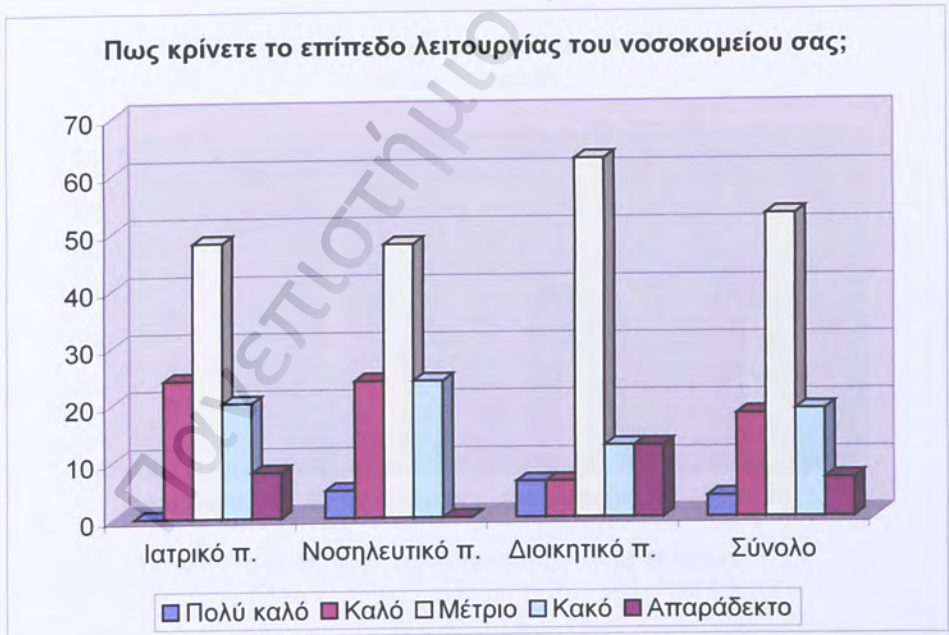
Επίπεδο σπουδών δείγματος



9.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων με βάση τους επαγγελματικούς κλάδους

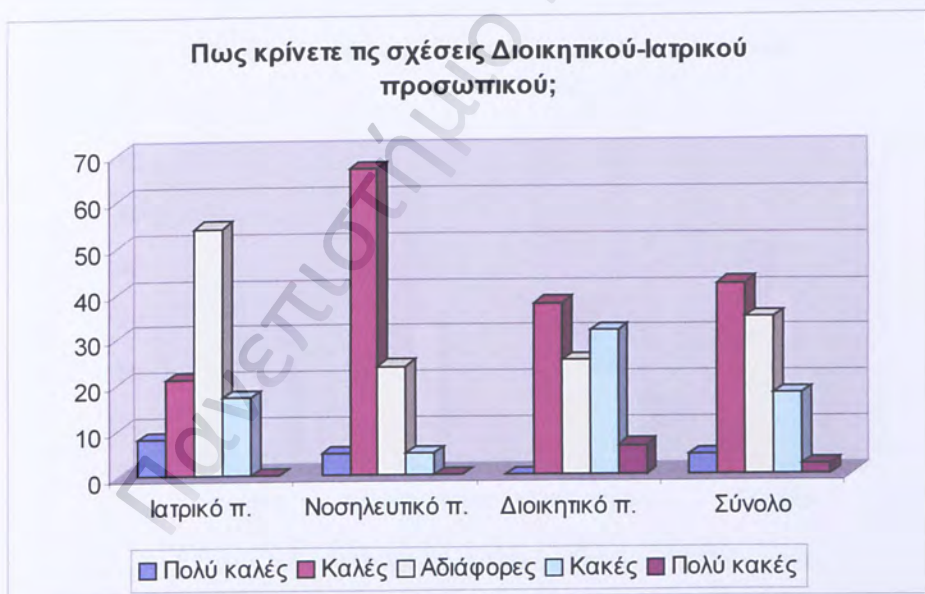
- Πώς κρίνετε το επίπεδο λειτουργίας του νοσοκομείου;

	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Σύνολο	P
Πολύ καλό(%)	0	4,8	6,3	3,7	0,482
Καλό(%)	24	23,8	6,3	18	0,305
Μέτριο(%)	48	47,6	62,5	52,7	0,599
Κακό(%)	20	23,8	12,5	18,8	0,685
Απαραδέκτο (%)	8	0	12,5	6,8	0,284



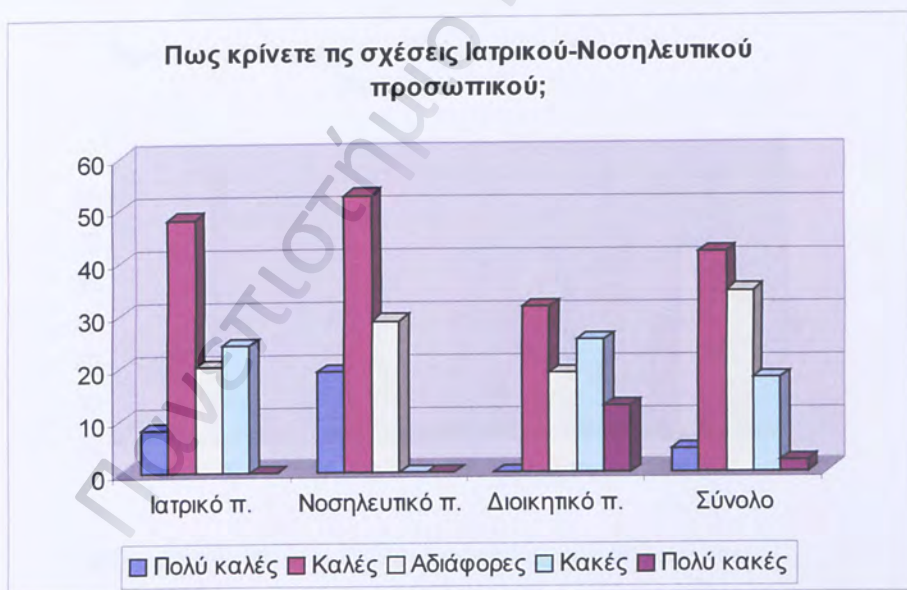
- Πώς κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Διοικητικού-Ιατρικού προσωπικού;

	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Σύνολο	P
Πολύ καλές(%)	8	4,8	0	4,3	0,508
Καλές(%)	20	66,8	37,5	41,7	0,006
Αδιάφορες(%)	52	23,6	25	34,2	0,082
Κακές(%)	16	4,8	31,3	17,7	0,095
Πολύ κακές(%)	0	0	6,3	2,1	0,544



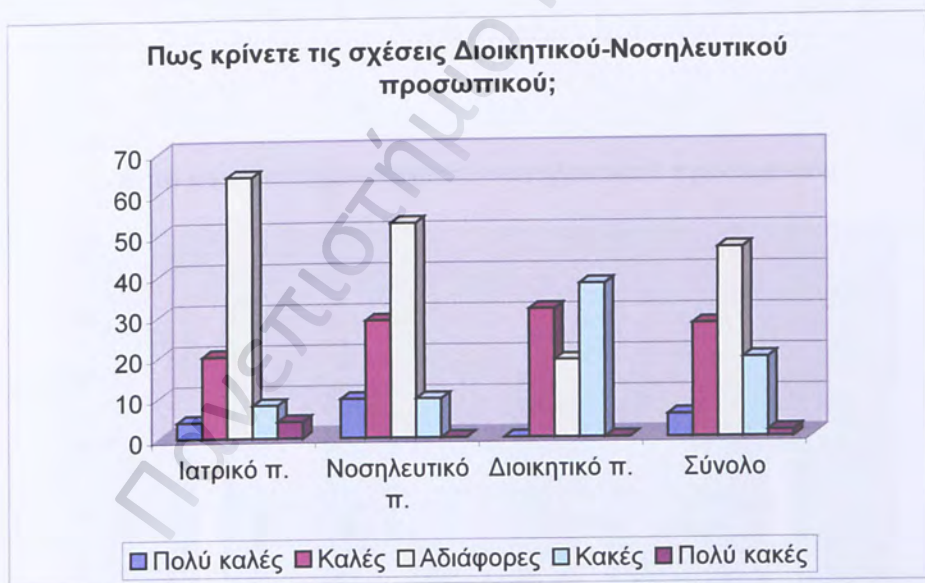
- Πως κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Ιατρικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Σύνολο	P
Πολύ καλές(%)	8	19	0	4,3	0,192
Καλές(%)	48	52,4	37,5	41,7	0,412
Αδιάφορες(%)	20	28,6	25	34,2	0,719
Κακές(%)	24	0	31,3	17,7	0,047
Πολύ κακές(%)	0	0	6,3	2,1	0,051



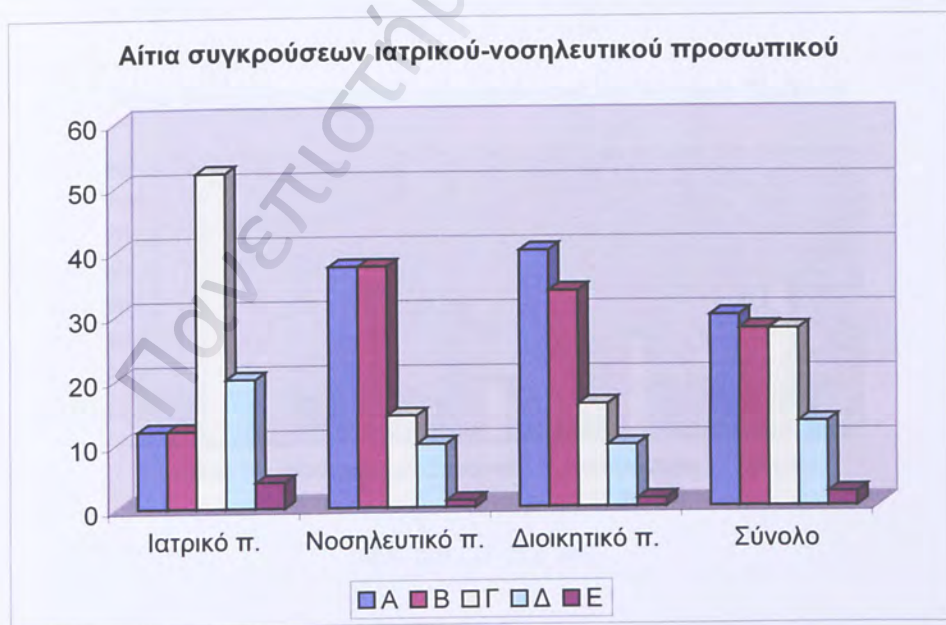
- Πως κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Διοικητικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Σύνολο	P
Πολύ καλές(%)	4	9,5	0	5,5	0,396
Καλές(%)	20	28,6	31,3	27,6	0,680
Αδιάφορες(%)	64	52,4	18,8	41,1	0,017
Κακές(%)	8	9,5	37,5	19,3	0,026
Πολύ κακές(%)	4	0	0	1,5	0,471



- Που οφείλονται οι συγκρούσεις Ιατρικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Σύνολο	P
A. Οι ιατροί θεωρούν το ρόλο τους πολύ σημαντικότερο	12	37,35	39,8	29,7	0,005
B. Οι ιατροί αυξάνουν το φόρτο εργασίας των νοσηλευτών	12	37,35	33,5	27,6	0,005
Γ. Απροθυμία συνεργασίας νοσηλευτικού με ιατρικό προσωπικό	52	15,9	15,9	27,5	0,024
Δ. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει διαμάχη	20	9,6	9,6	13,1	0,012
E. Άλλο	4	1	1,2	2,1	0,564



- Που αποδίδετε τη φημολογούμενη διαμάχη ανάμεσα στο θεσμό του διοικητή και στους ιατρούς;

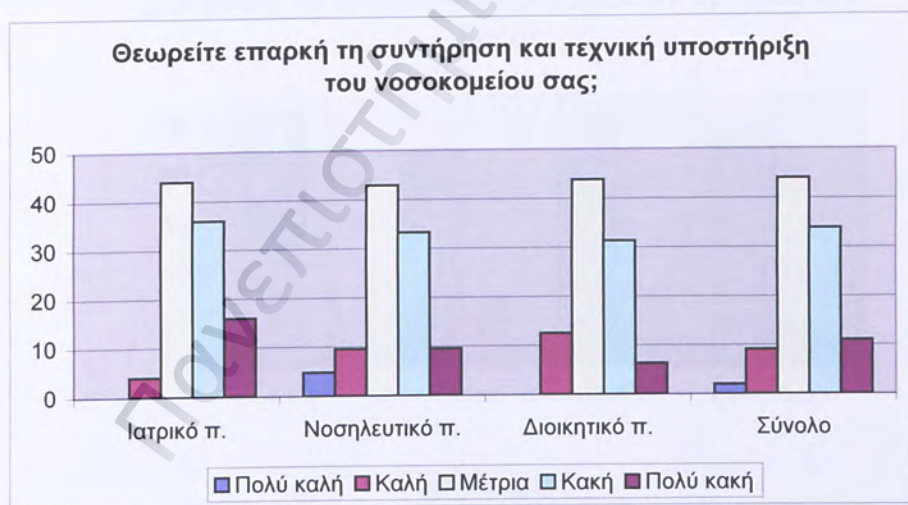
	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Νοσηλευτικό+ Διοικητικό π	Σύνολο	P
A. Οι ιατροί αρνούνται να θεωρήσουν τους εαυτούς τους υφιστάμενους	10	11,6	36,8	24,2	20	0,835
B. Οι ιατροί θεωρούν το ρόλο τους πολύ σημαντικότερο	3	26,9	31,5	29,2	21	0,024
Γ. Ο Διοικητής θεωρείται ξένος στο χώρο της υγείας	73	42,3	15,9	29,1	44,2	0,154
Δ. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει διαμάχη	12	19,2	10,5	14,8	14,3	0,729
E. Άλλο	2	0	0,5	0,3	1,2	0,256

Αίτια διαμάχης ιατρικού προσωπικού και θεσμού διοικητή



- Θεωρείτε ότι είναι επαρκής η συντήρηση και η τεχνική υποστήριξη του νοσοκομείου;

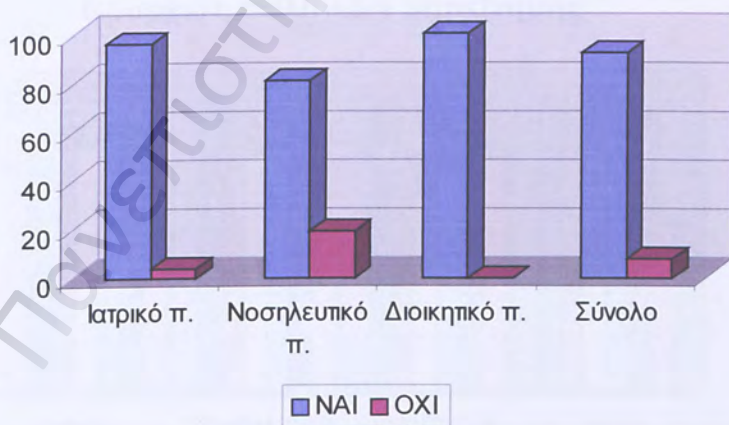
	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Σύνολο	P
Πολύ καλή(%)	0	4,8	0	2	0,371
Καλή(%)	4	9,5	12,5	9,1	0,595
Μέτρια(%)	44	42,9	43,8	44	0,997
Κακή(%)	36	33,3	31,3	33,9	0,950
Πολύ κακή(%)	16	9,5	6,3	11	0,599



- Θεωρείτε ότι η βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων των διαφόρων κλάδων προσωπικού θα βελτιώσει και την παροχή υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο;

	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Σύνολο	P
ΝΑΙ (%)	96	81	100	92,3	0,068
ΟΧΙ (%)	4	19	0	7,7	0,068

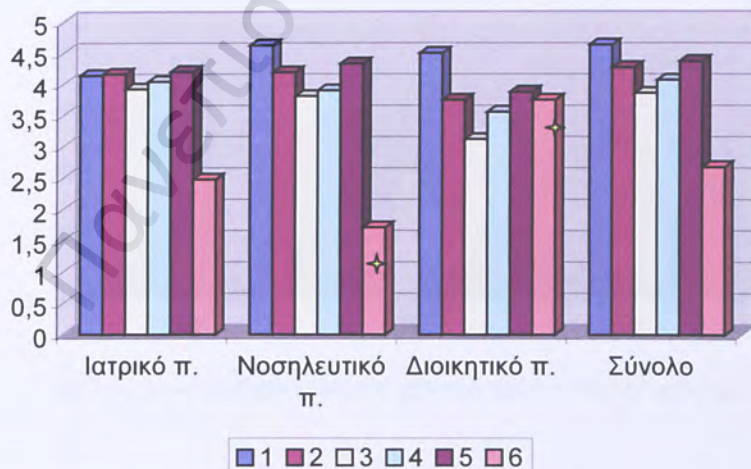
Η βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων θα βελτιώσει το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας;



- Ιεραρχίστε τις παρακάτω πολιτικές υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού

	Ιατρικό π.	Νοσηλευτικό π.	Διοικητικό π.	Σύνολο
	Χ±SD	Χ±SD	Χ±SD	Χ
A. Κίνητρα καλύτερων αμοιβών-απόδοσης	4,14±1,65	4,62±1,72	4,5±1,37	4,63
B. Καλύτερη και πιο οργανωμένη λειτουργία του νοσοκομείου	4,16±1,72	4,19±1,75	3,75±1,88	4,27
Γ.Καλύτερο περιβάλλον εργασίας	3,92±1,58	3,81±1,66	3,12±1,89	3,86
Δ. Καλύτερο σύστημα εξέλιξης και ιεραρχίας	4,04±1,24	3,9±1,48	3,56±1,46	4,07
Ε. Αναγνώριση και επιβράβευση προσπαθειών	4,02±1,8	4,33±1,59	3,88±1,45	4,37
ΣΤ. Ποινή ως παράγοντας υποκίνησης	2,48±2,22	1,71±1,45	3,75±2,52	2,68

Ιεράρχηση πολιτικών υποκίνησης

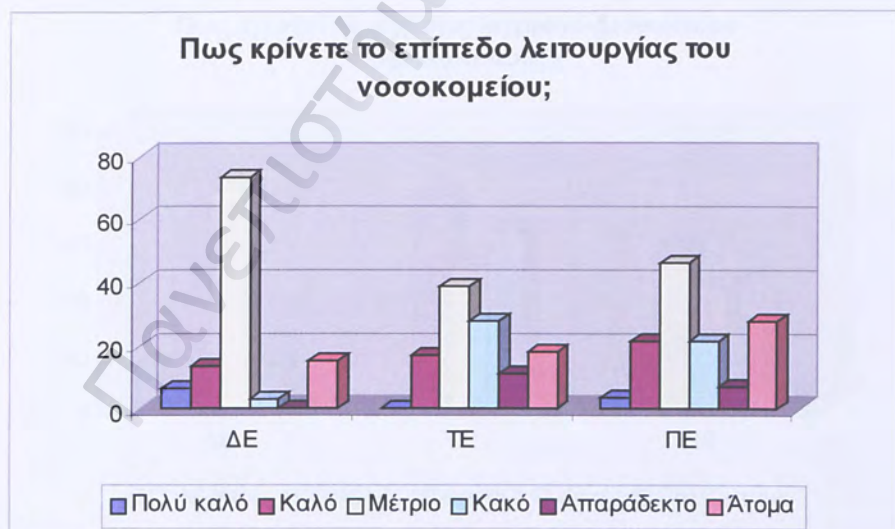


* p=0,017

9.2 Ανάλυση αποτελεσμάτων με βάση το επίπεδο σπουδών

- Πώς κρίνετε το επίπεδο λειτουργίας του νοσοκομείου;

	ΔΕ	ΤΕ	ΠΕ
Πολύ καλό(%)	6,7	0	3,3
Καλό(%)	13,3	16,7	21,4
Μέτριο(%)	73,3	38,9	46,4
Κακό(%)	3,3	27,8	21,4
Απαραίτητο (%)	0	11,1	7,1



- Πώς κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Διοικητικού-Ιατρικού προσωπικού;

	ΔΕ	ΤΕ	ΠΕ
Πολύ καλές(%)	7,7	0	7,1
Καλές(%)	46,1	37,5	28,6
Αδιάφορες(%)	38,5	25	21,4
Κακές(%)	7,7	31,2	14,3
Πολύ κακές(%)	0	6,3	3,6



- Πως κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Ιατρικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	ΔΕ	ΤΕ	ΠΕ
Πολύ καλές(%)	7,1	17,6	7,8
Καλές(%)	50	35,3	50
Αδιάφορες(%)	28,6	23,5	23,1
Κακές(%)	14,3	11,8	23,1
Πολύ κακές(%)	0	11,8	0



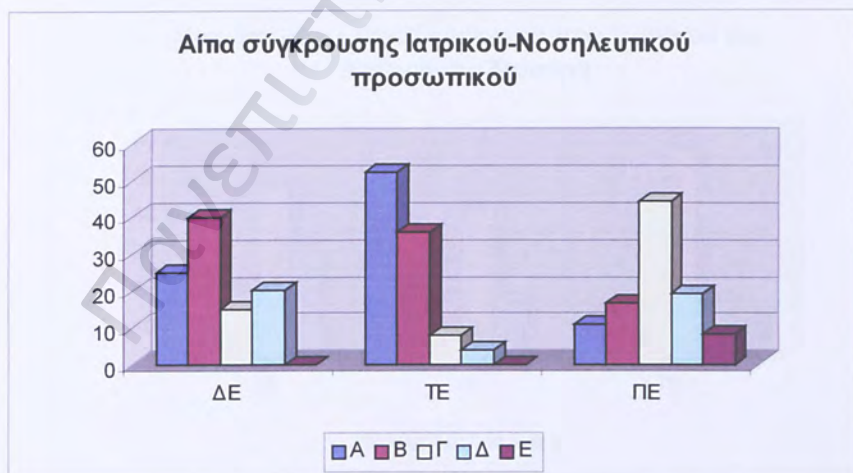
- Πως κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Διοικητικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	ΔΕ.	ΤΕ.	ΠΕ.
Πολύ καλές(%)	7,1	5,9	4,5
Καλές(%)	35,8	23,5	27,3
Αδιάφορες(%)	35,8	41,2	54,5
Κακές(%)	21,4	29,4	9,1
Πολύ κακές(%)	0	0	4,5



- Που οφείλονται οι συγκρούσεις Ιατρικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	ΔΕ.	ΤΕ.	ΠΕ.
Α. Οι ιατροί θεωρούν το ρόλο τους πολύ σημαντικότερο	25	52	11,1
Β. Οι ιατροί αυξάνουν το φόρτο εργασίας των νοσηλευτών	40	36	16,7
Γ. Απροθυμία συνεργασίας νοσηλευτικού με ιατρικό προσωπικό	15	8	44,4
Δ. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει διαμάχη	20	4	19,4
Ε. Άλλο	0	0	8,3



- Που αποδίδετε τη φημολογούμενη διαμάχη ανάμεσα στο θεσμό του διοικητή και στους ιατρούς;

	ΔΕ.	ΤΕ.	ΠΕ.
Α. Οι ιατροί αρνούνται να θεωρήσουν τους εαυτούς τους υφιστάμενους	5,9	20	12,5
Β. Οι ιατροί θεωρούν το ρόλο τους πολύ σημαντικότερο	17,6	25	3,2
Γ. Ο Διοικητής θεωρείται ξένος στο χώρο της υγείας	46,1	40	56,2
Δ. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει διαμάχη	29,4	15	15,6
Ε. Άλλο	0	0	12,5



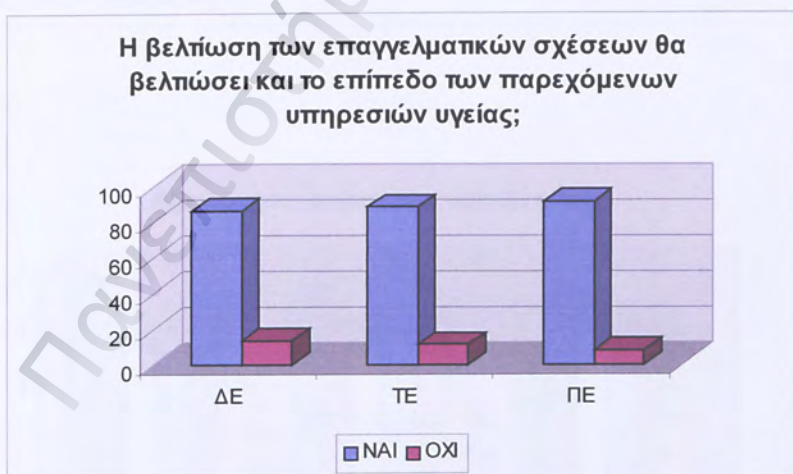
- Θεωρείτε ότι είναι επαρκής η συντήρηση και η τεχνική υποστήριξη του νοσοκομείου;

	ΔΕ.	ΤΕ.	ΠΕ.
Πολύ καλή(%)	0	5,6	0
Καλή(%)	13,3	0	7,1
Μέτρια(%)	73,4	27,8	39,3
Κακή(%)	13,3	44,4	39,3
Πολύ κακή(%)	0	22,2	14,3



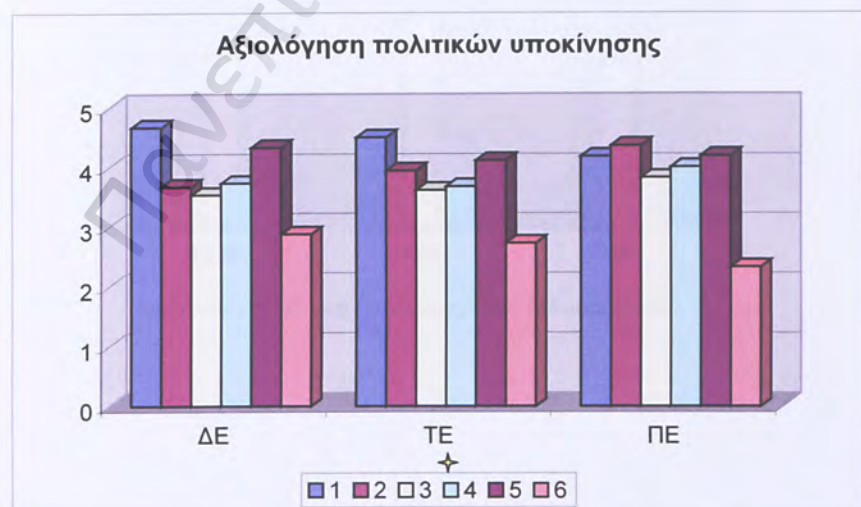
- Θεωρείτε ότι η βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων των διαφόρων κλάδων προσωπικού θα βελτιώσει και την παροχή υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο;

	ΔΕ.	ΤΕ.	ΠΕ.
ΝΑΙ (%)	86,7	88,9	92,5
ΟΧΙ (%)	13,3	11,1	7,5



- Ιεραρχίστε τις παρακάτω πολιτικές υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού

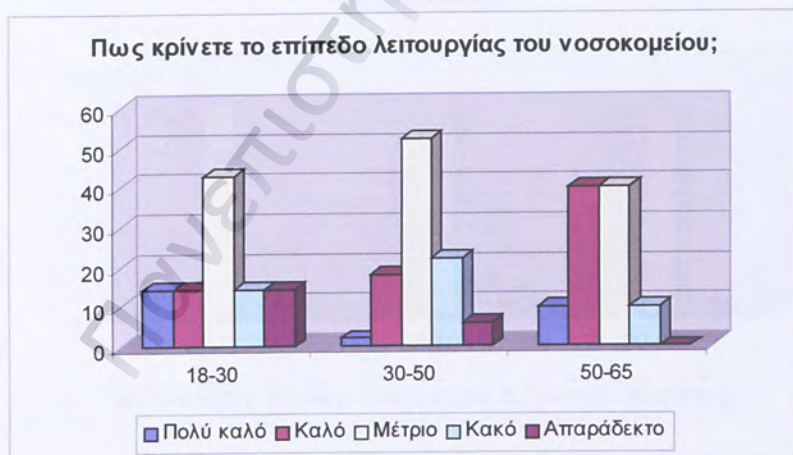
	ΔΕ.	ΤΕ.	ΠΕ.
	Χ±SD	Χ±SD	Χ±SD
Α. Κίνητρα καλύτερων αμοιβών-απόδοσης	4,67±1,45	4,5±1,76	4,18±1,61
Β. Καλύτερη και πιο οργανωμένη λειτουργία του νοσοκομείου	3,67±1,88	3,94±1,76	4,36±1,73
Γ.Καλύτερο περιβάλλον εργασίας	3,53±1,85	3,61±1,85	3,82±1,59
Δ. Καλύτερο σύστημα εξέλιξης και ιεραρχίας	3,73±1,58	3,67±1,35	4,00±1,25
Ε. Αναγνώριση και επιβράβευση προσπαθειών	4,33±1,54	4,11±1,6	4,19±1,72
ΣΤ. Ποινή ως παράγοντας υποκίνησης	2,87±2,39	2,72±2,22	2,23±2,14



9.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων με βάση την ηλικία των ερωτηθέντων

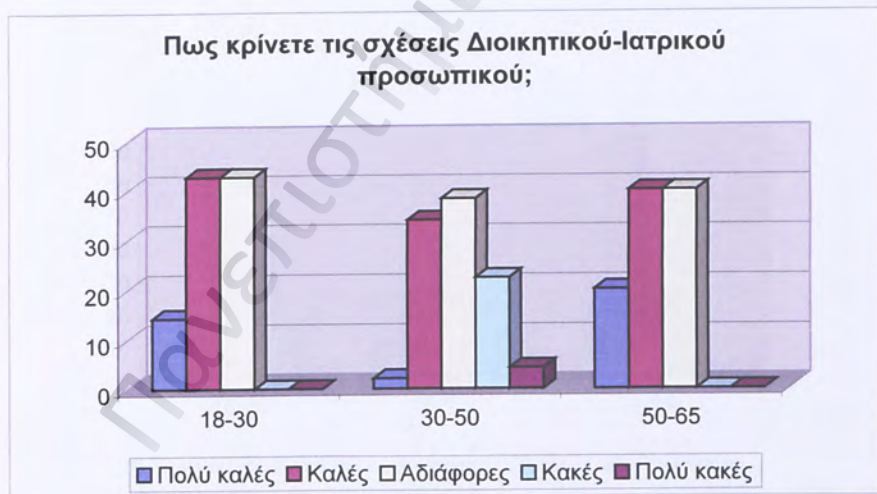
- Πώς κρίνετε το επίπεδο λειτουργίας του νοσοκομείου;

	18-30	30-50	50-65
Πολύ καλό(%)	14,3	2	10
Καλό(%)	14,3	18	40
Μέτριο(%)	42,8	52	40
Κακό(%)	14,3	22	10
Απαράδεκτο (%)	14,3	6	0



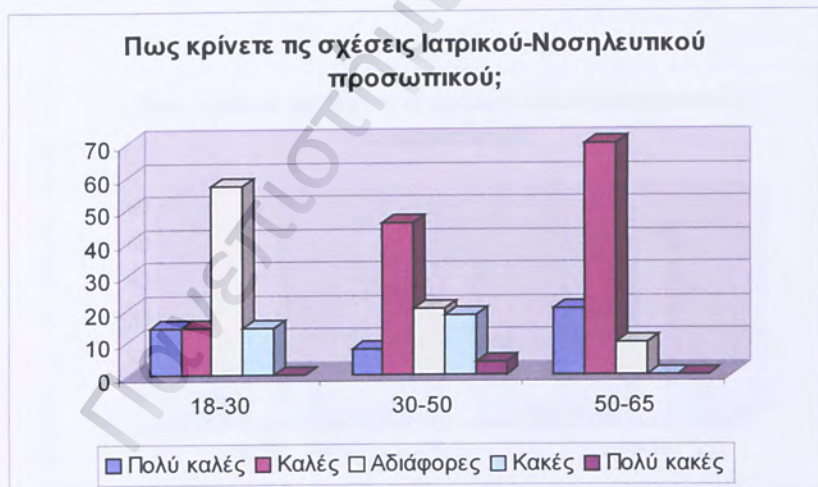
- Πώς κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Διοικητικού-Ιατρικού προσωπικού;

	18-30	30-50	50-65
Πολύ καλές(%)	14,3	2,1	20
Καλές(%)	42,8	34	40
Αδιάφορες(%)	42,8	38,3	40
Κακές(%)	0	22,3	0
Πολύ κακές(%)	0	4,2	0



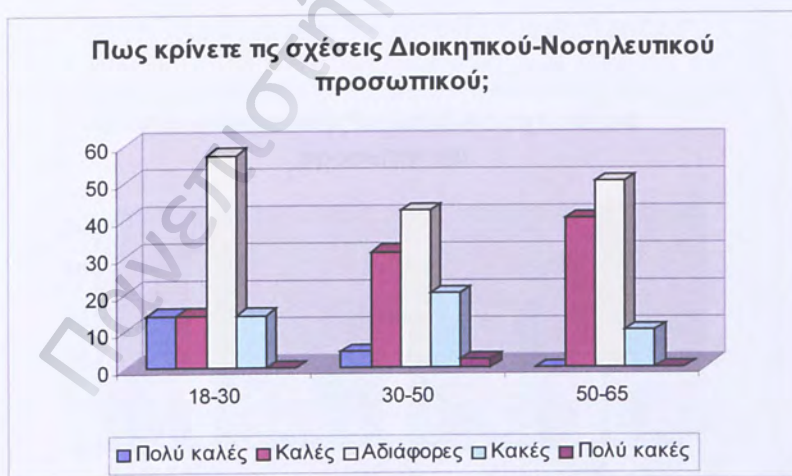
- Πως κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Ιατρικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	18-30	30-50	50-65
Πολύ καλές(%)	14,3	8	20
Καλές(%)	14,3	46	70
Αδιάφορες(%)	57,2	20	10
Κακές(%)	14,3	18	0
Πολύ κακές(%)	0	4	0



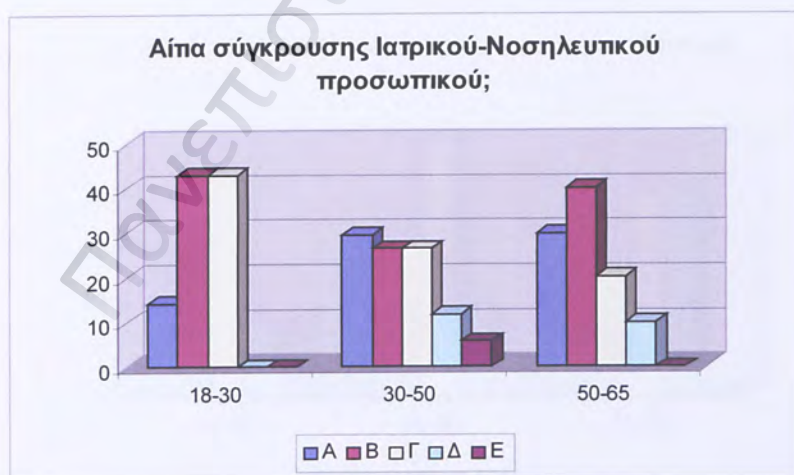
- Πως κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία Διοικητικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	18-30	30-50	50-65
Πολύ καλές(%)	14,3	4,4	0
Καλές(%)	14,3	31,1	40
Αδιάφορες(%)	57,2	42,2	50
Κακές(%)	14,3	20	10
Πολύ κακές(%)	0	2,2	0



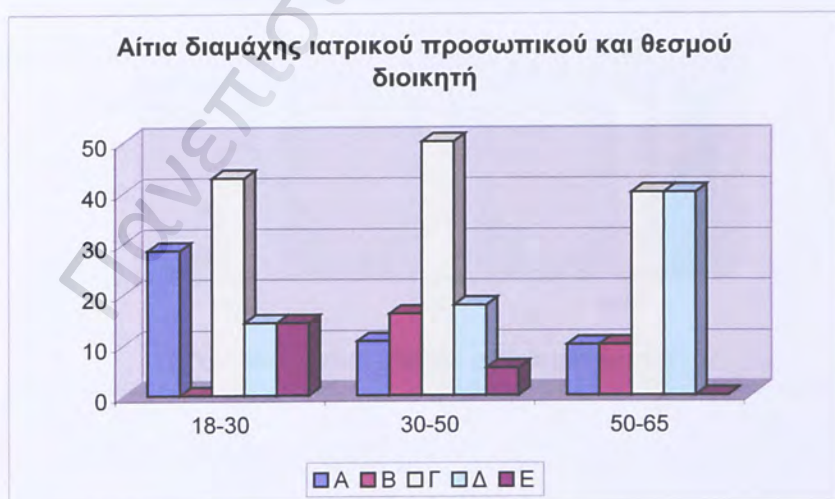
- Που οφείλονται οι συγκρούσεις Ιατρικού-Νοσηλευτικού προσωπικού;

	18-30	30-50	50-65
Α. Οι ιατροί θεωρούν το ρόλο τους πολύ σημαντικότερο	14,3	29,4	30
Β. Οι ιατροί αυξάνουν το φόρτο εργασίας των νοσηλευτών	42,8	26,5	40
Γ. Απροθυμία συνεργασίας νοσηλευτικού με ιατρικό προσωπικό	42,8	26,5	20
Δ. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει διαμάχη	0	11,8	10
Ε. Άλλο	0	5,8	0



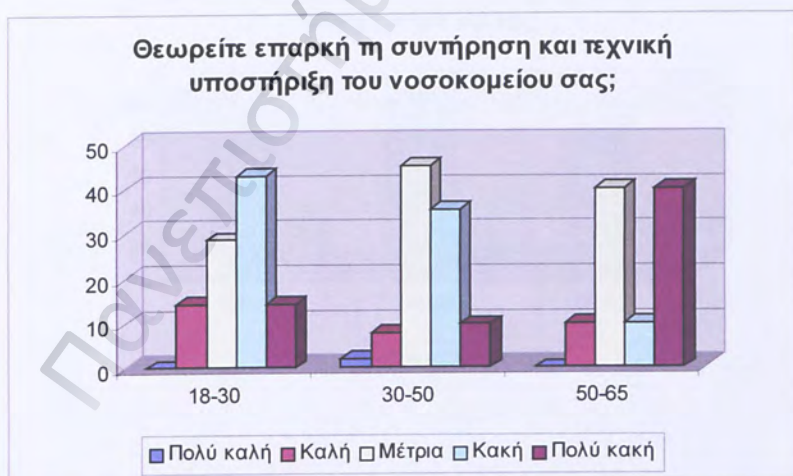
- Που αποδίδετε τη φημολογούμενη διαμάχη ανάμεσα στο θεσμό του διοικητή και στους ιατρούς;

	18-30	30-50	50-65
A. Οι ιατροί αρνούνται να θεωρήσουν τους εαυτούς τους υφιστάμενους	28,6	10,7	10
B. Οι ιατροί θεωρούν το ρόλο τους πολύ σημαντικότερο	0	16,1	10
Γ. Ο Διοικητής θεωρείται ξένος στο χώρο της υγείας	42,8	50	40
Δ. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει διαμάχη	14,3	17,8	40
E. Άλλο	14,3	5,4	0



- Θεωρείτε ότι είναι επαρκής η συντήρηση και η τεχνική υποστήριξη του νοσοκομείου;

	18-30	30-50	50-65
Πολύ καλή(%)	0	2	0
Καλή(%)	14,3	7,8	10
Μέτρια(%)	28,6	45,1	40
Κακή(%)	42,8	35,3	10
Πολύ κακή(%)	14,3	9,8	40



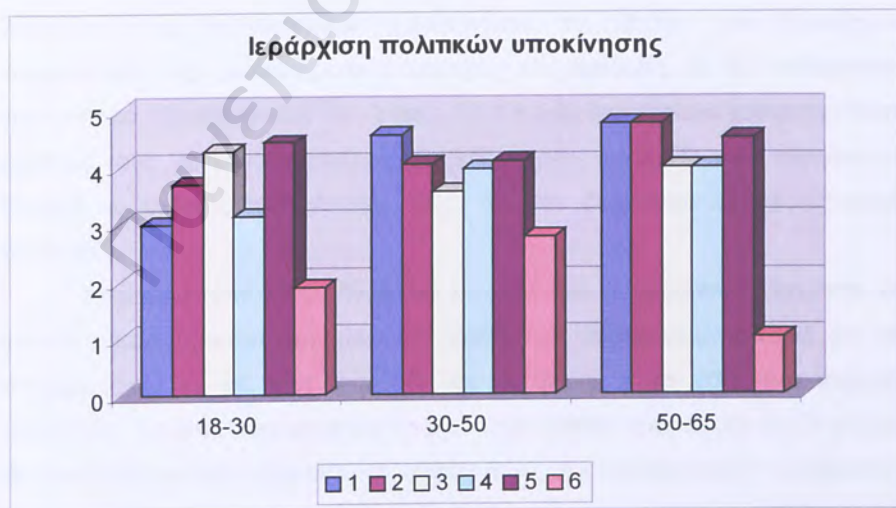
- Θεωρείτε ότι η βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων των διαφόρων κλάδων προσωπικού θα βελτιώσει και την παροχή υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο;

	18-30	30-50	50-65
ΝΑΙ (%)	71,4	94,1	75
ΟΧΙ (%)	28,6	5,9	25



- Ιεραρχίστε τις παρακάτω πολιτικές υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού

	18-30	30-50	50-65
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Α. Κίνητρα καλύτερων αμοιβών-απόδοσης	3,00±1,89	4,57±1,42	4,75±1,89
Β. Καλύτερη και πιο οργανωμένη λειτουργία του νοσοκομείου	3,71±1,89	4,06±1,79	4,75±0,96
Γ. Καλύτερο περιβάλλον εργασίας	4,28±1,60	3,57±1,71	4,00±1,82
Δ. Καλύτερο σύστημα εξέλιξης και ιεραρχίας	3,14±1,57	3,96±1,34	4,00±1,41
Ε. Αναγνώριση και επιβράβευση προσπαθειών	4,33±1,51	4,10±1,66	4,50±1,23
ΣΤ. Ποινή ως παράγοντας υποκίνησης	1,89±1,89	2,78±2,26	1,00±0,46



9.4 Συζήτηση

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που παραθέτονται στις προηγούμενες σελίδες προκύπτουν στοιχεία πάνω στα οποία μπορούμε να τεκμηριώσουμε την ύπαρξη σύγκρουσης μεταξύ των επαγγελματικών κλάδων στον χώρο του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Στην ερώτηση που αφορά τις σχέσεις του ιατρικού με το διοικητικό προσωπικό παρατηρούμε τη διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των δύο επαγγελματικών ομάδων. Έτσι 37,3% των διοικητικών υπαλλήλων χαρακτηρίζει τις σχέσεις τους με τον ιατρικό κλάδο ως κακές (31,3% κακές – 6,3% πολύ κακές). Αντίθετα μόνο το 16% των γιατρών χαρακτηρίζει τις σχέσεις του κλάδου του με τους διοικητικούς υπαλλήλους ως κακές. Αξίζει να σχολιάσουμε τις απαντήσεις των νοσηλευτών στην ερώτηση αυτή όπου το 71,6% των νοσηλευτών θεωρεί ότι οι σχέσεις μεταξύ των δύο προαναφερθέντων κλάδων είναι καλές (4,8% πολύ καλές – 66,8% καλές), και παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά.

Στην ερώτηση που διερευνά τις σχέσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού το 24% των γιατρών τις χαρακτηρίζει κακές σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που κανείς δεν τις χαρακτηρίζει κακές ή πολύ κακές ($p=0,047$). Οι διοικητικοί υπάλληλοι ως «ουδέτεροι παρατηρητές» παρουσιάζουν τις σχέσεις αυτές σε ακόμα χειρότερο επίπεδο από τους γιατρούς καθώς 37,6% χαρακτηρίζοντας τις ως κακές ή πολύ κακές. Στην ίδια ερώτηση για τις σχέσεις διοικητικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το 18,8% του διοικητικού προσωπικού τις χαρακτηρίζει αδιάφορες σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό (52,4%, $p=0,017$). Τέλος, 37,5% των διοικητικών χαρακτηρίζει τις σχέσεις τους με τους νοσηλευτές κακές. Μόλις το 9,5% των νοσηλευτών θεωρεί τις σχέσεις του κλάδου τους με τον διοικητικό κλάδο ως κακές ($p=0,026$).

Στην ερώτηση 8 που διερευνά τα αίτια των συγκρούσεων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μόνο το 9,6% των νοσηλευτών θεωρεί ότι δεν υπάρχει διαμάχη με τους γιατρούς σε αντίθεση με το 20% των γιατρών ($p=0,012$). Τα αίτια που επικαλούνται οι δύο κλάδοι είναι αντίθετα. Οι γιατροί θεωρούν ότι υπάρχει απροθυμία συνεργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (52%, $p=0,024$), ενώ οι νοσηλευτές ότι οι γιατροί αυξάνουν τον όγκο της εργασίας τους (37,35%, $p=0,005$) και πως θεωρούν το ρόλο τους πολύ

σημαντικότερο από των νοσηλευτών (37,35%, $p=0,005$). Τις απόψεις τον νοσηλευτών ασπάζονται και οι διοικητικοί υπάλληλοι (ίδια ποσοστά).

Στην ερώτηση 9 παρατηρούμε τη διάσταση απόψεων γιατρών και λοιπών επαγγελματιών κλάδων για τα αίτια της διαμάχης μεταξύ ιατρικού προσωπικού και του θεσμού του διοικητή. Τέλος, στην ερώτηση 11 όλες οι επαγγελματικές ομάδες με μεγάλο ποσοστό θεωρούν ότι η βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων θα βελτιώσει και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στην ερώτηση 13 του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τους εργαζόμενους να βαθμολογήσουν (από 1 έως 6) της πολιτικές υποκίνησης που αναφέρονται. Από τους μέσους όρους που προέκυψαν, διαπιστώθηκε ότι «τα κίνητρα καλύτερων αμοιβών απόδοσης» με $\mu.ο.=4,63$ θεωρείται η καλύτερη πολιτική, ακολουθούν η «αναγνώριση και επιβράβευση των προσπαθειών» με $\mu.ο.=4,37$, «καλύτερη και πιο οργανωμένη λειτουργία του νοσοκομείου» με $\mu.ο.=4,27$, «καλύτερο σύστημα εξέλιξης και ιεραρχίας» $\mu.ο.=4,07$, «καλύτερο περιβάλλον εργασίας» με $\mu.ο.=3,86$ και τέλος η «ποινή ως παράγοντας υποκίνησης» με $\mu.ο.=2,68$. Προκύπτει ότι στόχος του διοικητή ενός νοσοκομείου είναι να εντάσσει συνεχώς σε όλο το σύστημα διοίκησης συντελεστές που θα παρακινούν τους εργαζομένους να δουλεύουν όσο το δυνατό αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα και να εισάγει ένα κατάλληλο οργανωτικό κλίμα [Καραπούλιος, 2005].

9.4.1. Ρόλος του τμήματος Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων

Στην ερώτηση 12 ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να κάνουν προτάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων των εργαζόμενων στο νοσοκομείο. Από τις προτάσεις αυτές απομονώσαμε τις πιο ενδιαφέρουσες:

- Ανεπηρέαστο και ικανό προσωπικό στις διευθυντικές θέσεις.
- Καθηκοντολόγιο εργασίας, διαχωρισμός ρόλων, ανάθεση ευθυνών.
- Κίνητρα απόδοσης και επιβράβευσης.
- Συνέλευση, ενημέρωση.
- Προσλήψεις ώστε να υπάρχει λιγότερος φόρτος εργασίας.
- Καλύτερες συνθήκες εργασίας και καλύτερες αμοιβές.

- Rotation προσωπικού σε διάφορα τμήματα.
- Αυστηρότερος έλεγχος προμηθειών και υλικού.
- Λιγότερη γραφειοκρατία, μηχανοργάνωση.
- Βελτίωση χώρων υποδοχής/εργασίας.
- Οικογενειακές-κοινωνικές εκδηλώσεις.

Το Περιεχόμενο της Δ.Α.Π.

(Σ.Χ. Χατζηδημά, σημειώσεις μαθήματος ΔΑΠ 2006)

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ & ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Το εξωτερικό προς την επιχείρηση περιβάλλον και το ενδοεπιχειρησιακό περιβάλλον επηρεάζουν και διαμορφώνουν την πολιτική της Δ.Α.Π.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

1. Ανάλυση & Περιγραφή Θέσεων Εργασίας
2. Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού
3. Προσέλκυση (Recruitment)
4. Επιλογή (Selection)
5. Εκπαίδευση & Ανάπτυξη (Development)
6. Αξιολόγηση Εργαζομένου (Performance Appraisal)
7. Αμοιβές & Παροχές (Rewards)
8. Διοίκηση Απόδοσης (Performance Management)
9. Εργασιακές Σχέσεις (Employment Relationships)
10. Εσωτερική Επικοινωνία (Internal Communication)

ΣΤΟΧΟΙ

1. Διαρκής Ανταγωνιστικότητα
2. Βελτίωση Ποιότητας & Παραγωγικότητας
3. Τήρηση Νομικών & Κοινωνικών Υποχρεώσεων
4. Εργασιακή Ικανοποίηση & Ανάπτυξη Προσωπικού
5. Επίτευξη Επιχειρησιακών Στόχων

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των προτάσεων που διατύπωσαν οι εργαζόμενοι άπτονται των λειτουργιών του τμήματος διοίκησης ανθρωπίνων πόρων (HRM). Από τις προτάσεις αυτές η δημιουργία καθηκοντολογίου, η ανάπτυξη κινήτρων αμοιβών- απόδοσης, η ύπαρξη αξιοκρατίας κατά την κρίση και εξέλιξη του προσωπικού και η απαίτηση για ενημέρωση τόσο πάνω στα θέματα της εργασίας , όσο και στα θέματα του νοσοκομείου γενικότερα ήταν οι συχνότερα επαναλαμβανόμενες. Όπως αποδεικνύεται από το οργανόγραμμα του νοσοκομείου, αυτό δεν διαθέτει ολοκληρωμένο τμήμα Δ.Α.Π. αλλά τμήμα προσωπικού. Από τη

μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους τομείς που καλύπτει η Διοίκηση Προσωπικού (Δ.Π.) σε σχέση με τη Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων (Δ.Α.Π.).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ερωτηματολόγιο

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας σε έρευνα που διενεργείται στα πλαίσια εργασίας του προγράμματος Μεταπτυχιακών σπουδών στη «Διοίκηση της Υγείας» το οποίο συνδιοργανώνεται από το Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς και το Τμήμα Λογιστικής του Τ.Ε.Ι. Πειραιώς. Το θέμα αφορά την αξιολόγηση στις εργασιακές σχέσεις των διαφόρων κλάδων προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου σας. Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι τα στοιχεία θα ναι απόρρητα και τα ερωτηματολόγια ανώνυμα.
Αριθμός Ερωτηματολογίου:.....

1. Φύλο : Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία (έτος γέννησης):.....
18-30 30-50 50-65
3. Οικογενειακή Κατάσταση : Άγαμος/η Έγγαμος/η
Διαζευγμένος/η
4. Μορφωτικό Επίπεδο: Υποχρεωτική Εκπαίδευση Δευτεροβάθμια.Ε.
Τεχνολογική.Ε. Πανεπιστημιακή.Ε. Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση
5. Επάγγελμα :
- Ιατρός Νοσηλεύτης Διοικητικός Υπάλληλος
6. Πώς κρίνετε το επίπεδο λειτουργίας του νοσοκομείου σας;
- Πολύ καλό Καλό Μέτριο Κακό Απαράδεκτο
7. Πώς κρίνετε τις επαγγελματικές σχέσεις και την συνεργασία των διαφόρων κλάδων προσωπικού του νοσοκομείου σας;
- Διοικητικό-Ιατρικό Προσωπικό
Πολύ Καλές Καλές Αδιάφορες Κακές Πολύ Κακές
 - Ιατρικό- Νοσηλευτικό Προσωπικό
Πολύ Καλές Καλές Αδιάφορες Κακές Πολύ Κακές
 - Διοικητικό-Νοσηλευτικό Προσωπικό
Πολύ Καλές Καλές Αδιάφορες Κακές Πολύ Κακές

8. Πού οφείλονται οι συγκρούσεις ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου;

- A. Οι ιατροί θεωρούν το ρόλο τους πολύ σημαντικότερο από των νοσηλευτών
- B. Οι ιατροί αυξάνουν το φόρτο εργασίας των νοσηλευτών
- Γ. Απροθυμία συνεργασίας νοσηλευτικού με ιατρικό προσωπικό
- Δ. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει σύγκρουση
- E. Άλλο

9. Πού αποδίδετε τη φημολογούμενη διαμάχη ανάμεσα στο θεσμό του διοικητή και στους ιατρούς στα νοσοκομεία γενικά;

- A. Οι ιατροί αρνούνται να θεωρήσουν τους εαυτούς τους υφιστάμενους
- B. Οι ιατροί θεωρούν το ρόλο τους πολύ σημαντικότερο
- Γ. Ο Διοικητής θεωρείται ξένος στο χώρο της υγείας
- Δ. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει διαμάχη
- E. Άλλο

10. Θεωρείτε ότι είναι επαρκής η συντήρηση και η τεχνική υποστήριξη του νοσοκομείου;

Πάρα Πολύ Πολύ Μέτρια Κακή Πολύ Κακή

11. Θεωρείτε ότι η βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων των διαφόρων κλάδων προσωπικού θα βελτιώσει και την παροχή υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Πώς πιστεύετε ότι μπορεί να γίνει η βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων των διαφόρων κλάδων προσωπικού;

.....
.....

13. Ιεραρχήστε τις παρακάτω πολιτικές υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο (Βαθμολογήστε με 1-6, όπου 1 το ελάχιστο και 6 το μέγιστο).

Κίνητρα καλύτερων αμοιβών-απόδοσης

Καλύτερη και πιο οργανωμένη λειτουργία του νοσοκομείου

Καλύτερο περιβάλλον εργασίας

Καλύτερο σύστημα εξέλιξης και ιεραρχίας

Αναγνώριση και επιβράβευση των προσπαθειών στο χώρο της εργασίας

Ποινή ως παράγοντας υποκίνησης

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 - ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ»



Ιστορία

Ιδρύθηκε κατόπιν δωρεάς του εμπόρου **ΝΙΚΗΤΑ ΤΖΑΝΝΗ** ή **ΤΖΑΝΝΕ** από τα Κύθηρα, Δημότη Πειραιά.

Ο θεμέλιος λίθος ετέθη το 1866.

Λειτουργήσε το 1873 ως Αδελφάτο και με το Ν. 1467/42 ως Ν.Π.Δ.Δ., ανεξάρτητο από το Ν.Π.Δ.Δ. του Δήμου Πειραιά.

Η μελέτη κατασκευής, η συγκρότηση και η λειτουργία του, έγινε με την φροντίδα του Πειραιώτη Καθηγητή της Φαρμακολογίας και Παθολογικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών **ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΑΦΕΝΤΟΥΛΗ**.

Το 1927 λειτουργήσε νέα πτέρυγα ως Μαιευτήριο.

Το 1934 ανεγέρθη νέα πτέρυγα, που λειτουργήσε ως Χειρουργικό Τμήμα, το **ΣΑΛΙΠΟΥΛΕΙΟ**, δωρεάς Δημητρίου Σαλιπούλα.

Με το Ν.Δ. 2592/53, άρθρο 8 (περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντίληψης), αποτελεί Ν.Π.Δ.Δ. υπό την επωνυμία "ΤΖΑΝΕΙΟ" ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ (ΦΕΚ 254/53), που διέπεται από τις διατάξεις του Ν. Δ/τος όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα και από τις διατάξεις του Ν. 1397/83 Ε.Σ.Υ.

Το 1971 εγκαινιάσθηκε το νέο εξαόροφο σύγχρονο κτίριο, στη θέση του προηγούμενου Νοσοκομείου.

Από 27-5-1985 λειτουργούν τα Πολυϊατρεία Δραπετσώνας, δυνάμει της αριθμ. Α3α/666/12-1-1985 αποφάσεως του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Με την αριθμ. Α3α/6529/7-4-1986, που συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε με την αριθμ. Α3α/οικ. 12544/23-8-1988, Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 218/86), έγινε η σύσταση των δύο Κέντρων Υγείας Αίγινας και Γαλατά, με τα Περιφερειακά Ιατρεία τους, τα οποία, σύμφωνα με το Ν. 1397/83 υπάγονται Οργανικά και Διοικητικά στο Νοσοκομείο μας.

Από το 1986 μεταφέρθηκαν ορισμένα Τμήματα στο Κέντρο Μητέρας Παιδιού, το οποίο λειτουργεί ως παράρτημα του Νοσοκομείου, σε μισθωμένο οίκημα επί της οδού Γρ. Λαμπράκη 83.

Την 23-12-1986 έγινε η θεμελίωση του Νέου Κτιρίου των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και Γραφείων Διοίκησης και τον Ιούνιο του 1988 άρχισε η λειτουργία του. Την 12-12-1988 έγιναν τα εγκαίνια του.

Με την αριθμ. Α3α/οικ. 1065/1992 Υπουργική απόφαση, περί συμπληρώσεως και τροποποιήσεως του Οργανισμού του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 132/2-3-1992), ορίζεται ως ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΤΖΑΝΕΙΟ".

Την 15-5-1999 έγινε η θεμελίωση πενταόροφης Νέας Πτέρυγας στην θέση της παλαιάς (Σαλιπούλειο).

Με τον Ν.2889/2001 (Φ.Ε.Κ. 37/2-3-01) μετατράπηκε σε ανεξάρτητη αποκεντρωμένη μονάδα με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και υπάγεται στο Β' Δ.Υ.Π.Ε. Αττικής.

Οι πρόεδροι του Νοσοκομείου

1. Παπαδόπουλος Ιωάννης
2. Φατούρος Βλάσης
3. Παπατέστας Ηλίας
4. Αναγνωστόπουλος Ιωάννης
5. Παπαδημητρίου Στυλιανός
6. Σωτηρόπουλος Σωτήρης
7. Παπαμιχαήλ Ελευθέριος
8. Φλώρος Αλέξανδρος
9. Σαραντίδης Στέλιος
10. Μπίσιος Γεώργιος
11. Στάθης Γεώργιος
12. Μουζουράκης Ιωάννης
13. Λαγός Παναγιώτης
14. Κωνσταντόπουλος Βενέδικτος

Διοίκηση

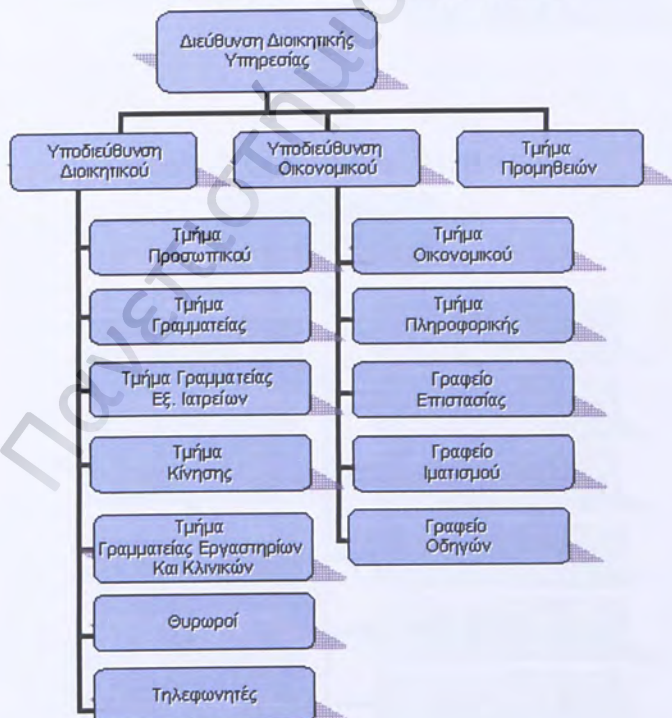
Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου απαρτίζεται από τους παρακάτω :

Πρόεδρος	Γεώργιος Μ. Μισαηλίδης, Διοικητής
Αντιπρόεδρος	Πίνης Σταμάτης
Μέλη	
	Βοϊδονικόλας Γεώργιος, Μέλος
	Γκούβερη Ελευθερία, Μέλος
	Δεληγιάννη Κων/να, Μέλος
	Κακαβά Βασιλική, Δ/ντρια Νοσηλ/κής Υπηρεσίας
	Χρυσικός Γρηγόριος, Αναπληρωτής Διοικητής

	Εκπρόσωπος Ιατρικού Προσωπικού
	Εκπρόσωπος Προσωπικού (πλην Ιατρικού)
Διοικητής	Γεώργιος Μ. Μισαηλίδης
Αναπληρωτής Διοικητής	Γρηγόριος Γ. Χρυσικός



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



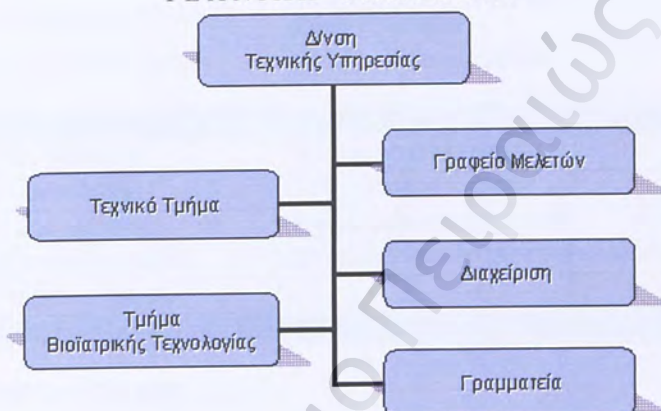
ΤΜΗΜΑΤΑ ΥΠΑΓΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ

- Ελέγχου Ποιότητας
- Γραφείο Εξυπηρέτησης Πολιτών
- Νομική Υπηρεσία

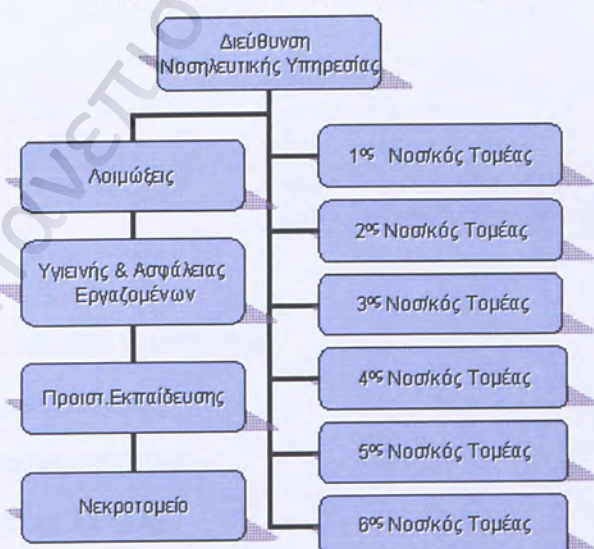
ΤΜΗΜΑΤΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

- Πρωτόκολλο
- Βιβλιοθήκη

ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΕΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	
Α-ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
Β-ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Γ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦ. ΝΟΣΩΝ-ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ-ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	
Α-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Β-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Γ- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	
ΤΜΗΜΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	

ΚΕΝΤΡΟ ΜΗΤΕΡΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΣΟΔΙΑΣ	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	ΤΜΗΜΑ ΑΞΟΝΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ

ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πολυιατρείο Δραπέτσώνας

ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΓΙΝΑΣ

- Περιφερειακό Ιατρείο Αγκιστρίου

- Περιφερειακό Ιατρείο Μεσαγρού

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΛΑΤΑ

- Κοινότητα Καρατζά
- Περιφερειακό Ιατρείο Μεθάνων
- Περιφερειακό Ιατρείο Δρυότιης
- Περιφερειακό Ιατρείο Πόρου
- Περιφερειακό Ιατρείο Ύδρας

ΜΕΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΤΖΑΝΕΙΟΥ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Στό Τζάνειο δίδεται πλήρης ειδικότητα σε όλες τις βασικές Ιατρικές ειδικότητες.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Μεγάλη βαρύτητα την τελευταία τριετία δίδεται στην επιστημονική αναβάθμιση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ήδη λειτουργούν οι Νοσηλευτικές Ειδικότητες της :

Χειρουργικής που λειτουργεί από το 1995 και Παθολογικής που λειτούργησε πρόσφατα το 1998.

Στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλου του νοσηλευτικού προσωπικού και αναλυτικότερα συμμετείχαν : 73 Νοσηλευτές Τ.Ε./Π.Ε., 145 Βοηθ. Νοσηλείας Δ.Ε. και 6 Τραυματιοφορείς και βοηθοί θαλάμου ενώ παράλληλα γίνονται Ενδοκλινικά μαθήματα σε επιμέρους χώρους άσκησης μέσα στο νοσοκομείο με εξειδικευμένο αντικείμενο, όπως Τ.Ε.Π. (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), Αιμοδοσία, Χειρουργικό.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ Κ.Ε.Κ. (ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΗΣΗΣ)

Στο Τζάνειο νοσοκομείο λειτουργεί από το 1997 Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης με σκοπό την εκπαίδευση του δικού του δυναμικού. Ταυτόχρονα εκπαιδεύονται ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό από άλλα νοσοκομεία - ιδρύματα του λεκανοπεδίου και της επαρχίας. **Στατιστικά (συγκεντρωτικά)**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ									
Έτος	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Α ΧΕΙΡ	1141	933	1034	1153	1017	1004	837	1025	953
Β ΧΕΙΡ	966	918	1175	940	969	1029	1035	1099	1217
Γ ΧΕΙΡ	1132	1011	1047	985	991	1064	1052	990	1007
ΟΦΘΑΛΜ	2556	1854	1557	1989	2229	2403	2520	2687	1971
ΩΡΛ	733	600	623	589	485	438	390	452	427
ΟΥΡΟΛ	750	975	1115	758	719	826	970	1059	1048
ΟΡΘΟΠ	1178	1313	1166	1238	1143	1245	1168	1219	1272
ΝΧΕΙΡ				159	183	192	138	255	257
Μ +Γ	1196	1803	1487	1552	679	1429	1190	1101	1542
ΠΧΕΙΡ	359	309	369	266	260	277	257	293	467
ΣΥΝΟΛΟ	10011	9716	9573	9629	8675	9907	9557	10180	10161

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΤΗΣΙΩΣ ΖΗΤΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ Γ.Ν.Π. "ΤΖΑΝΕΙΟ"									
Α/Α	Έτος	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1	Αριθμός κλινών έτους	481	479	480	476	476	476	474	474
2	Νοσηλευθέντες έτους	24651	26426	23973	26368	29759	29856	31392	33559
3	Ημέρες νοσηλείας έτους	141684	162428	122440	117855	123832	116693	120895	121646
4	Ετήσια κίνηση τακτικών εξωτερικών ιατρείων	53169	56591	58016	56394	56621	56621	58971	55579
5	Ετήσια κίνηση τμήματος επειγόντων περιστατικών	123953	127274	134250	136256	134296	134296	121535	127546
6	Ετήσιος αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων	9716	9573	9629	8675	9907	9557	10180	10161
7	Ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων	1788237	1898609	1927297	2092804	2287644	2360245	2475564	2870727
8	Μέση διάρκεια νοσηλείας έτους	6	6	5	4	4	4	4	4
9	Πληρότητα κλινών έτους	83	95	72	70	73	70	70	70
10	Αριθμός Νοσηλευτών	550	536	536	516	580	572	555	541
11	Αριθμός Ιατρών	389	389	387	390	391	367	397	405
11.1	ΕΣΥ	203	203	201	197	194	182	211	213
11.2	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ	186	186	186	193	197	185	186	192
12	Λοιπο προσωπικό	495	486	471	464	460	500	543	534

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ανδριώτη Δ (1994). Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα
- Βογιατζής, Ι., Καλέα Δ. (2006). Υποκίνηση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. *Επιθεώρηση Υγείας*, 17(98), 35-41.
- Δερβένης Χ, Πολύζος Ν (1995). Μελέτη-πρόταση για την οργάνωση-διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού. Υπουργείο Υγεία, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα
- Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι και Χλέτσος Μ. (1999) Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, Πάτρα σελ 95-102,309-310
- Καραπούλιος, Δ. (2005). Η υποκίνηση προσωπικού στο δημόσιο νοσοκομείο (...ή αναζητώντας το καρότο). *Επιθεώρηση Υγείας*, 16(95), 17-20.
- Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Γ. (2000) Η Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία και τη Στελέχωση των Υπηρεσιών Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6):627-636
- Τερζίδης, Κ., Τζωρτζάκης, Κ. (2004). Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Εκδ *Rosili, Αθήνα*
- Τζωρτζόπουλου, Π. Θ. (1995). Οργάνωση και διεξαγωγή δειγματοληπτικών ερευνών. *Εκδόσεις Παν/μίου Αθηνών*.
- Υφαντόπουλος Γ., Σούλης Σ., Παπαηλίας Θ., Μανιαδάκης Ν. (1993). Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα: 1980-2000. Έκθεση που υποβλήθηκε στη Διεύθυνση V της Ε.Ε., Βρυξέλες
- Υφαντόπουλος Γ. (2005) Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Εκδ *Τυπωθήτω, Αθήνα*
- Χατζηδήμα, Σ. Χ.(2006) Σημειώσεις μαθήματος Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» Πανεπιστήμιο Πειραιά – Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά.

- Abel-Smith B. (1986). The world economic crisis, part 2: health manpower out of balance. *Health Policy and Planning*, 1:309-316.
- Abel-Smith B. et al. (1994). Report on the Greek Health Services. Ministry of Health and Social Welfare, Athens.
- Adamson, B.J., Kenny, D.T., & Wilson-Barnett, J. (1995). The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses. *J. Adv. Nurs.*, 21 (1), 172-83.
- Atun, R.A. (2003). Doctors and managers need to speak a common language. *BMJ*, 326 (7390), 655.
- Baggs, J.G., Hiroz, J., Cook, A., & Mildon, B. (2005). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units. *American Journal of Critical Care*, 6(5), 393-399.
- Bradshaw A. Nursing and medicine: cooperation or conflict? *BMJ*, 1995; 311: 304-305(29 July).
- Budge, C., Carryer, J., & Wood, S. (2003). Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *J. Adv. Nurs.*, 42(3), 260-268.
- Crosson, F.J. (2003). Kaiser Permanente: a propensity for partnership. *BMJ*, 326, 654.
- Davies, H.T.O., & Harrison, S. (2003). Trends in doctor-manager relationships. *BMJ*, 326, 646-649.
- Davies, H.T.O., Hodges, C.I., & Rundall, T.G. (2003). Views of doctors and managers on the doctor and manager relationship in the NHS. *BMJ*, 326 (7390), 626-628.
- Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J., & Coyle, B. (2003). Medicine, management and modernisation: a "danse macabre"? *BMJ*, 326, 649-652.
- Edwards, N. (2003). Doctors and managers: poor relationships may be damaging patients-what can be done? *Qual. Saf. Health Care*, 12 (Suppl_1), i21-i24.
- Edwards, N. (2005). Doctors and managers: building a new relationship. *Clin. Med.*, 5(6), 577-579.
- Edwards, N., & Marshall, M. (2003). Doctors and managers: a constructive dialogue has to replace mutual suspicion. *BMJ*, 326 (7390), 116-117.

- Evans R (1982) Modelling the Economic Objectives of the Physician. University of British Columbia.
- Fullop T. (1976). New approaches to a permanent problem – the integrated development of health services and health manpower. WHO Chronicle, 30:433-441.
- Fullop T. and Roemer M. (1982). International Development of Health Manpower Policy. Offset Publication, no 61, WHO-Geneva.
- Herzberg F, Mausner B, Peterson R, Capwell D (1957) Job Attitudes: Review of research and opinion, Pittsburg
- Hojat M, Nasca TJ, Cohen MJ, Fields SK, Rattner SL, Griffins M, Ibarra D, de Gonzalez AA, Torres-Ruiz, Ibarra G, Garcia A. Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultural study of male and female physician and nurses in the United States and Mexico. *Nurs. Res.*, 2001 Mar-Apr; 50(2): 123-8
- Karalliede L.D. et al (1987). Young doctor's preferences in the Third World. *World Health Forum*, 8:504-507.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Securing "good" nurse-physician relationships. *Nurs. Manage.*, 34(7), 34-38.
- Louise, B. (1992). Work relationships. *Managing the Emergency Department: A Team Approach*. Dallas, Tex: American College of Emergency Physician.
- Maslow A (1954) Motivation and Personality, New York.
- Mc Clelland D (1955) The Achievement Motive, New York.
- Mejia A. (1980). World trends in health manpower development: a review. *World Health Statistics Quarterly*, 33,2:112-126.
- Mejia A. (1987). Health Manpower out of Balance: conflict and prospects. Geneva: Council for International Organization of Medical Sciences.
- Michaeli, D. (2003). Doctors and managers. *BMJ*, 326, 1214.
- Montana P, Carnov B (2002) Management, Αθήνα σελ 297-329.
- Murphy, T. G. (1990). Improving nurse/doctor communications. *Nursing*, 20(8), 114-118.
- Nash, D. (2003). Doctors and managers: mind the gap. *BMJ*, 326 (7390), 652-653.

- O'Brien-Pallas, L., Doran, D.I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., Lochhass-Gerlach, J. (2001). Evaluation of a client care delivery model, part 1: Variability in nursing utilization in community home nursing. *Nursing Economics*, 19(6), 267-276.
- O'Brien-Pallas, L., Hiroz, J., Cook, A., & Mildon, B. (2005). Nurse-Physician Relationships Solutions & Recommendations for Change. *NHSRU*, www.nhsru.com.
- Porter LW, Lawler EE, (1968) Managerial Attitudes and Performance, Homewood
- Philipp, R., & Dodwell, P. (2005). Improved communication between doctors and with managers would benefit professional integrity and reduce the occupational medicine workload. *Occup. Med. (Lond)*, 55 (1), 40-7.
- Rosenstein, A.H. (2002). Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102(6), 26-34.
- Succi, M.J., Lee, S.Y., & Alexander, J.A. (1998). Trust between managers and physicians in community hospitals: the effects of power over hospital decisions. *J. Healthc. Manag.*, 43(5), 397-415.
- Skjorshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J. Interprof. Care*, 15(1), 7-18.
- Sloan F., Newhouse J.P. (1972). A model of Physician Pricing. *Southern Economic Journal*. April
- Smith, R. (2003). What doctors and managers can learn from each other. *BMJ*, 326 (7390), 610-611.
- Snow, J. L. (2002). Enhancing work climate to improve performance and retain valued employees. *J. Nurs. Adm.*, 32(7-8), 393-397.
- Stein, L.I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6), 699-703.
- Sweet, S., & Norman, I. J. (1995). The nurse-doctor relationship: A selective literature review. *J. Adv. Nurs.*, 22(1), 165-170.
- Thomas, H. (2003). Clinical networks for doctors and managers. *BMJ*, 326 (7390), 655.
- Vroom V (1964) Work and motivation, New York.

Weinstein, S. M., Antonova, S., & Goryunova, M. (2003). Enhancing nurse-physician collaboration: a staffing innovation. *J. Nurs. Adm.*, 33(4), 193-195.

WHO (1990). Coordinated health and human resources development. Technical Report Series, no 801.

Yett D.E. (1973) *The nursing shortage in Health Economics*. Cooper M. and Culyer A.I., Penguin

Yett D.E. (1965) The supply of nurses an economist's view. *Hospital Progr.*, 46:1.

Zupko, K. (1995). Why physicians are often disappointed with their practice administrators and managers. *BMJ*, 311 (7005), 586.

Διαδίκτυο

www.bristol-inquiry.org.uk

Πανεπιστήμιο Πειραιώς