
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΩΣ ΜΑΝΑΤΖΕΡ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Αλέξανδρος Μανθάς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2025

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΩΣ ΜΑΝΑΤΖΕΡ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Αλέξανδρος Μανθάς, Α.Μ.: ΟΔΥ/1822

Επιβλέπουσα: Κωνσταντίνα Κοτταρίδη, Καθηγήτρια Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2025

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

THE DOCTOR AS A CLINICAL MANAGER

Alexandros Manthas

Supervising Professor: Constantina Kottaridi, Professor of International Business and
Economics

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2025

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή
ΑΓΓΕΛΟΣ ΠΑΠΑΜΑΝΩΑΣ
Ι. ΦΠΑ 71 ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΑΟΜ: 10385733 / 1142, ΑΘΗΝΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΕΠΠ (11) ΑΝΥΠΟΧΡΕΩΤΗ

Ευχαριστίες

Στον πατέρα και τη μητέρα μου

Περιεχόμενα

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΩΣ MANATZER ΚΛΙΝΙΚΗΣ: ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
THE DOCTOR AS A CLINICAL MANAGER: ABSTRACT	8
Εισαγωγή	9
Κεφάλαιο 1 : Εισαγωγικές Παρατηρήσεις	13
1.1. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	13
Κεφάλαιο 2 : Ηγεσία	21
2.1. Ανάπτυξη ηγετικής συνείδησης	21
2.2. Διαφορετικά περιβάλλοντα, πολιτισμών και δεξιοτήτων	29
2.3. Ανάλυση ρόλου μάνατζερ	30
Κεφάλαιο 3 : Ηγεσία στον Κλινικό Τομέα	32
3.1. Κλινική ηγεσία στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη	32
3.2. Οριστικά ζητήματα στην κλινική ηγεσία	36
3.3. Ο ρόλος των νοσοκομείων στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη	39
3.4. Προετοιμασία για κλινικούς ηγετικούς ρόλους	45
3.5. Διευκολύνσεις και εμπόδια για την επίτευξη αποτελεσματικής κλινικής ηγεσίας	46
Κεφάλαιο 4 : Ο γιατρός ως μάνατζερ	48
4.1. Εισαγωγικές Παρατηρήσεις	48
4.2. Κλινικός Τομέας	50
4.3. Οι γιατροί – μάνατζερ	55
Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής	62
Βιβλιογραφία	64

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΩΣ ΜΑΝΑΤΖΕΡ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Σημαντικοί Όροι: Ηγεσία, Μάνατζερ, Κλινικός Τομέας, Ιατρός

Περίληψη

Η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί έναν από τους πιο κρίσιμους και ευαίσθητους τομείς της κοινωνίας, όπου οι αλλαγές στις υποδομές, στον εξοπλισμό και στο ανθρώπινο δυναμικό είναι συνεχείς και ραγδαίες. Στο πλαίσιο αυτό, ο ρόλος του «παρόχου υπηρεσιών υγείας» έχει μεταβληθεί: ο γιατρός δεν θεωρείται πλέον μόνο κλινικός λειτουργός, αλλά και εν δυνάμει μάνατζερ. Η μετάβαση από την ατομική ιατρική πρακτική στα οργανωμένα νοσοκομειακά συστήματα ανέδειξε την ανάγκη για ηγεσία που συνδυάζει κλινικές και διοικητικές δεξιότητες.

Η εργασία αυτή επιχειρεί να αναδείξει τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες που προκύπτουν από την εμπλοκή των γιατρών σε διοικητικούς ρόλους. Μέσα από τη βιβλιογραφική ανάλυση, καταγράφονται τα οφέλη, όπως η αξιοπιστία, η γνώση του κλινικού περιβάλλοντος και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και οι περιορισμοί, όπως η έλλειψη διοικητικών δεξιοτήτων και η δυσκολία ισορροπίας ανάμεσα στον διπλό ρόλο του γιατρού–μάνατζερ.

Η συμβολή της μελέτης έγκειται στο ότι συνθέτει τα διεθνή διδάγματα και τα τοποθετεί στο ελληνικό πλαίσιο, αναδεικνύοντας την ανάγκη για θεσμική στήριξη, εκπαίδευση στη διοίκηση και ανάπτυξη υβριδικών μοντέλων διοίκησης υγείας. Τα συμπεράσματα υπογραμμίζουν ότι η ενδυνάμωση των γιατρών σε ηγετικές θέσεις μπορεί να αποτελέσει στρατηγικό πλεονέκτημα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, εφόσον συνοδευτεί από κατάλληλες πολιτικές και αλλαγή κουλτούρας.

THE DOCTOR AS A CLINICAL MANAGER

Keywords: Leadership, Manager, Clinical Department, Physician

Abstract

Healthcare is one of the most critical and sensitive sectors of society, where changes in infrastructure, equipment, and human resources are continuous and rapid. Within this context, the role of the “healthcare provider” has evolved: physicians are no longer perceived solely as clinical practitioners, but also as potential managers. The shift from individual medical practice to organized hospital systems has highlighted the need for leadership that integrates both clinical expertise and managerial skills.

This dissertation seeks to explore the challenges and opportunities arising from physicians’ involvement in managerial roles. Through a literature-based analysis, it identifies the benefits—such as credibility, in-depth knowledge of the clinical environment, and the improvement of service quality—while also acknowledging the limitations, including the lack of managerial competencies and the difficulty of balancing the dual role of physician–manager.

The contribution of this study lies in synthesizing international insights and situating them within the Greek healthcare context, emphasizing the need for institutional support, management education, and the development of hybrid models of healthcare governance. The findings underscore that empowering physicians in leadership positions can constitute a strategic advantage for the National Health System, provided it is accompanied by appropriate policies and cultural change.

Εισαγωγή

Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι οι καλές σχέσεις μεταξύ των γιατρών και των διευθυντών είναι απαραίτητες για την πιο αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας.

Συχνές σοβαρές αστοχίες στις εν λόγω υπηρεσίες αποκαλύπτεται ότι τα αίτιά τους βρίσκονται στην ανεπαρκή ομαδική εργασία, στην έλλειψη κλινικής ηγεσίας ή στις κακές σχέσεις γιατρού-μάνατζερ.

Αυτό το άρθρο διερευνά τη σχέση μεταξύ δύο συνιστωσών του υγειονομικού μας συστήματος και των γιατρών, που εκπροσωπούν όλους τους παρόχους άμεσης φροντίδας, και στα στελέχη των νοσοκομείων, ειδικά σε όσους έχουν ευθύνες μάνατζερ, κανονιστικές υποχρεώσεις και ελέγχουν τους πόρους.

Οι προκλήσεις στη διαχείριση ασθενών με σύνθετες χρόνιες ασθένειες απαιτούν προηγμένες και δαπανηρές θεραπείες, ενώ αυξάνονται και οι κοινωνικές προσδοκίες για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, και ταυτόχρονα έχει παρατηρηθεί μια ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της περίθαλψης (Jeon et al., 2010; Havig et al., 2011).

Πρόσφατες μελέτες τεκμηριώνουν ότι οι γιατροί σε ηγετικές θέσεις επηρεάζουν άμεσα τα αποτελέσματα ποιότητας και ασφάλειας, γεγονός που καθιστά την κλινική ηγεσία κρίσιμη για τα σύγχρονα συστήματα υγείας (Kirkpatrick et al., 2024).

Επιπλέον, η εστίαση στην κλινική διακυβέρνηση (Gray & Harrison, 2004) απαιτεί «ένα μοντέλο που αναγνωρίζει τον κεντρικό ρόλο των κλινικών γιατρών στο σχεδιασμό, την παροχή και τη βελτίωση της φροντίδας» (Degeling et al., 2004).

Κατά συνέπεια, υπήρξε αυξημένο ενδιαφέρον για την πρόσληψη, την ανάπτυξη και την ενθάρρυνση των κλινικών γιατρών να αναλάβουν θέσεις μάνατζερ στην υγειονομική περίθαλψη (Jeon et al., 2010; Degeling et al., 2004; Fulop & Day, 2010; Goodall, 2011; Cragg et al., 2008; Veronesi et al., 2012).

Ο Goodall (2011) καταδεικνύει ότι τα νοσοκομεία με γιατρούς-ηγέτες εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερες επιδόσεις, ενώ οι Spurgeon, Mazelan και Barwell (2011) υπογραμμίζουν ότι η

ενεργός συμμετοχή των γιατρών στη διοίκηση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποδοτικότητα και την ποιότητα.

Πρόσφατα διαμορφώθηκαν διεθνείς ερευνητικές πρωτοβουλίες, συμπεριλαμβανομένης της Δράσης Ευρωπαϊκής Συνεργασίας στην Επιστήμη και την Τεχνολογία: «Ενίσχυση του ρόλου της ιατρικής στη διαχείριση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας».

Επιπλέον, μια σειρά από προγράμματα ανάπτυξης ηγεσίας έχουν ξεκινήσει στο NHS, συμπεριλαμβανομένου του έργου The Clinical Leadership Competency Framework και The Medical Leadership Competency Framework. Στα νοσοκομεία της Ιρλανδίας, η ενσωμάτωση των κλινικών γιατρών σε ρόλους μάνατζερ έχει αναγνωριστεί «ως βασικός καθοριστικός παράγοντας της λειτουργικής αποτελεσματικότητας» (McDermott et al., 2002). Η εστίαση στους κλινικούς γιατρούς στη διαχείριση δεν περιορίζεται στην Ευρώπη, αλλά φαίνεται διεθνώς, συμπεριλαμβανομένων χωρών όπως η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία.

Η συμμετοχή των κλινικών γιατρών στη διαχείριση έχει προσελκύσει και το ενδιαφέρον της Νορβηγίας, μετά την εισαγωγή της ενιαίας διαχείρισης μέσω του νόμου περί εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας το 2001. Οι συστάσεις του Γραφείου του Γενικού Ελεγκτή της Νορβηγίας αναφέρουν ότι οι κλινικοί γιατροί πρέπει να συμμετέχουν περισσότερο στις δημοσιονομικές και στρατηγικές αποφάσεις, προκειμένου να βελτιωθεί η οικονομική αποτελεσματικότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Riksrevisjonen, 2009).

Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ανάπτυξη της διοίκησης σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος στα οποία οι κλινικοί γιατροί μπορούν να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους και την τεχνογνωσία που χρειάζονται για να γίνουν επιτυχημένοι μάνατζερ (Allen, 1998). Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις των μεμονωμένων κλινικών γιατρών να γίνουν μάνατζερ αλλά και το πώς βιώνουν τη μετάβαση από κλινικό σε μάνατζερ. Ο στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες των κλινικών γιατρών για να γίνουν μάνατζερ, προκειμένου να εντοπιστούν οι οδηγοί και τα εμπόδια στην πρόσληψη και ανάπτυξη κλινικών διευθυντών στα νοσοκομεία.

Η ηγεσία μπορεί να θεσπιστεί με και χωρίς επίσημη εξουσία (Day, 2010). Ενώ η ηγεσία συχνά κατανοείται ως κίνητρο ή επιρροή στους άλλους για την δημιουργία αλλαγής,

η διοίκηση συνήθως περιγράφεται ως η επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων μέσω του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της επίλυσης προβλημάτων (Yukl, 2000). Πολλοί συγγραφείς έχουν χρησιμοποιήσει αυτούς τους όρους εναλλακτικά, καθώς και οι δύο δραστηριότητες συνήθως ενσωματώνονται σε επίσημες διοικητικές θέσεις (Mintzberg, 1973). Προκειμένου να αποφευχθεί η εννοιολογική σύγχυση, η αναφορά γίνεται στους κλινικούς μάνατζερ ως κλινικούς γιατρούς σε επίσημες διοικητικές θέσεις που μπορεί να διατηρήσουν ή να μην διατηρούν ρόλο στην κλινική εργασία.

Αυτό διαφέρει από τον όρο «κλινική ηγεσία», που χρησιμοποιείται συχνά πια στο νοσοκομείο και την κλινική. Η επίτευξη ενός συναινετικού ορισμού της κλινικής ηγεσίας έχει αποδειχθεί δύσκολη (Edmonstone, 2009). Ο Edmonstone (2005) αναφέρεται στους κλινικούς ηγέτες ως κάποιοι που διατηρούν έναν κλινικό ρόλο ενώ παράλληλα εμπλέκονται σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαχείριση, όπως τη στρατηγική και τη συνεργατική εργασία με μάνατζερ και επαγγελματίες υγείας. Αυτός ο ορισμός εξαιρεί τους κλινικούς γιατρούς που έχουν γίνει γενικοί διευθυντές πλήρους απασχόλησης σε νοσοκομεία και άλλους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Τέτοιοι διαχειριστές, ωστόσο, περιλαμβάνονται στον δικό μας ορισμό.

Η παρούσα διπλωματική εργασία συμβάλλει πρωτίστως σε ένα πεδίο όπου η συζήτηση για τη διοίκηση των νοσοκομείων παραμένει συχνά ελλιπής και αποσπασματική. Μέσα από τη συστηματική μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναδεικνύει τον ρόλο των γιατρών ως φορέων διοίκησης υγείας και ανασυγκροτεί κριτικά τα βασικά επιχειρήματα υπέρ και κατά της συμμετοχής τους σε ηγετικούς ρόλους. Η συμβολή της έγκειται στο ότι προσφέρει μια ολοκληρωμένη αποτύπωση των οφελών αλλά και των περιορισμών που ενέχει αυτή η συμμετοχή, φωτίζοντας το δίλημμα ανάμεσα στην κλινική και τη διοικητική ταυτότητα.

Επιπλέον, η εργασία εμπλουτίζει τον ελληνικό διάλογο για τη διοίκηση υγείας, προσαρμόζοντας τα διεθνή διδάγματα στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ειδικότερα, αναδεικνύει την ανάγκη για ανάπτυξη διοικητικών δεξιοτήτων στους γιατρούς, για θεσμοθέτηση υβριδικών ρόλων και για ενίσχυση της κουλτούρας συνεργασίας ανάμεσα σε κλινικούς και διοικητικούς. Η συμβολή επομένως δεν περιορίζεται στην ανασκόπηση της

βιβλιογραφίας, αλλά προχωρά σε προτάσεις πολιτικής που μπορούν να υποστηρίξουν τον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων μοντέλων διοίκησης στα ελληνικά νοσοκομεία.

Τέλος, η εργασία δημιουργεί βάση για μελλοντική έρευνα με εμπειρικό προσανατολισμό, καθώς αναδεικνύει κενά και αμφισημίες που θα μπορούσαν να διερευνηθούν με ποσοτικές ή ποιοτικές μελέτες σε δείγματα γιατρών και διοικητικών στελεχών. Με αυτό τον τρόπο, συνεισφέρει όχι μόνο στη θεωρητική κατανόηση αλλά και στη χάραξη πρακτικών δρόμων για τον εκσυγχρονισμό της διοίκησης υγείας στην Ελλάδα.

Συνολικά, η εργασία δεν φιλοδοξεί να προσφέρει πρωτογενή εμπειρικά ευρήματα ούτε να αναπτύξει νέα θεωρητικά μοντέλα· η συνεισφορά της εντοπίζεται στην οργάνωση, συστηματοποίηση και επικαιροποίηση της υπάρχουσας γνώσης, ώστε να ενισχυθεί η κατανόηση της σημασίας του γιατρού ως ηγέτη και μάνατζερ στα σύγχρονα συστήματα υγείας.

Κεφάλαιο 1 : Εισαγωγικές Παρατηρήσεις

1.1. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Η ηγεσία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως το βαρόμετρο το οποίο καθορίζει το πως θα συμπεριφέρεται το εργατικό δυναμικό, με γνώμονα πάντα τις δεξιότητες του καθενός σε συνδυασμό με την μετεξέλιξή του. Ακόμη για να επιτευχθεί η μέγιστη απόδοση με τα καλύτερα αποτελέσματα η ηγεσία πρέπει να θέτει κίνητρα εμπνέοντας παράλληλα το προσωπικό (Πολύζος, 2014). Μια ηγεσία, όμως, για να είναι τόσο αποτελεσματική πρέπει να έχει και τον ανάλογο ηγέτη. Βέβαια τα προσωπικά χαρακτηριστικά δεν είναι αυτά που θα επηρεάσουν τους υφιστάμενους του όσο το ηγετικά του χαρακτηριστικά.

Γενικά ο ηγέτης θα πρέπει να εμπνέει το προσωπικό μεταλαμπαδεύοντας τις ιδέες του και παρακινώντας παράλληλα το προσωπικό προκειμένου να αναπτυχθεί και να εξελιχθεί η μονάδα του. Συνεπώς, προκύπτει ότι η ηγεσία αποτελεί κομμάτι ζωτικής σημασίας για ένα οργανισμό φορέα ή επιχείρηση (Πολύζος, 2014). Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι μια προβληματική μορφή ηγεσίας μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στη λειτουργία του φορέα, οργανισμού ή μιας επιχείρησης.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθούν οι διαφορές που προκύπτουν μεταξύ των ηγετών και των μάνατζερ. Πιο συγκεκριμένα οι ηγέτες ασκούν διοίκηση ενώ οι μάνατζερ ηγούνται ωστόσο δεν θα πρέπει να προκαλείται σύγχυση με τις δυο έννοιες αυτές καθώς αν και μοιάζουν δεν είναι καθόλου ίδιες. Ο μάνατζερ, που μπορεί να είναι ο διευθυντής, ο διοικητής, ο διαχειριστής ή ένα διευθυντικό στέλεχος, έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Ο διορισμός πραγματοποιείται από μια ανώτερη αρχή με σκοπό την διαχείριση αρμοδιοτήτων και ευθυνών.
- Η εξουσία του είναι τυπική και πηγάζει από την θέση του.
- Οι υπάλληλοι υποχρεούνται να τον υπακούν.

Ο ηγέτης:

- Χωρίς να έχει σημασία η θέση που καταλαμβάνει η εξουσία του προέρχεται από τους ίδιους τους υφισταμένους του και τους συνεργάτες του οι οποίοι τον ακολουθούν οικειοθελώς χωρίς να έχουν υποχρέωση να το κάνουν.
- Η εξουσία του είναι άτυπη.
- Η ικανότητα του είναι να εμπνέει, να κερδίζει την εμπιστοσύνη, να ενθαρρύνει υφισταμένους και συναδέλφους να συνεργούν για κοινούς στόχους.
- Όταν απουσιάζει, η ομάδα συνεχίζει να λειτουργεί.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι ο μάνατζερ, ασφαλώς, ενδέχεται να είναι και ηγετική φυσιογνωμία κάτι το οποίο είναι επιθυμητό χωρίς ωστόσο να είναι και αναγκαίο στον αντίποδα με τον ηγέτη ο οποίος είναι ικανότατος μάνατζερ για όποια θέση βρίσκεται.

Η έννοια διαχείριση συγκρούσεων αποτελεί πράξη της αναγνώρισης και διαχείρισης της σύγκρουσης με έναν λογικό, δίκαιο και αποτελεσματικό τρόπο. Απαραίτητα στοιχεία για να διαχειριστούν οι συγκρούσεις είναι να υπάρχουν ικανότητες αποτελεσματικών επικοινωνιών να επιλύονται τα προβλήματα αλλά και μια ικανή διαπραγμάτευση. Ένας άλλος ορισμός που αφορά τη διαχείριση συγκρούσεων είναι η μεθοδική διαδικασία η οποία αποσκοπεί στο να ευρεθούν αμοιβαία ικανοποιητικά αποτελέσματα για τα συγκρουόμενα μέρη.

Τα αποτελέσματα αυτά έχουν ως σκοπό να συνδράμουν στην ομάδα, στον οργανισμό ή στην κοινότητα λειτουργώντας με πιο αποτελεσματικό τρόπο και επιτυγχάνοντας τους στόχους οι οποίοι έχουν τεθεί. Ο τελικός σκοπός της διαχείρισης συγκρούσεων είναι να μειώσει την εμφάνιση δυσλειτουργικών συγκρούσεων, οι οποίες παρεμποδίζουν την απόδοση της ομάδας, και να αυξηθούν οι πιθανότητες να επιλυθούν όσες διαφορές λάβουν χώρα αποτελεσματικά και αποδοτικά (Rahim, 2001).

Οι συγκρούσεις αντιμετωπίζονται συνήθως από τους διευθυντές ή γενικά από τους ηγέτες μίας ομάδας. Ειδικότερα, προκειμένου να καταπολεμηθούν οι συγκρούσεις τίθενται επί τάπητος ποικίλα μέσα. Όσοι θεωρούν ότι η σύγκρουση είναι ανεπιθύμητη επιχειρούν να την ελαχιστοποιήσουν ή να την αφανίσουν. Εκείνοι που βλέπουν τη σύγκρουση ως αναγκαία, κυρίως οι βιομηχανίες, στις οποίες η δημιουργικότητα και η καινοτομία θεωρείται

απαραίτητη και οι αλλαγές είναι συχνό φαινόμενο, την εντάσσουν στην κουλτούρα της επιχείρησης, ως φυσικό φαινόμενο.

Προκειμένου να βρεθεί επίλυση των συγκρούσεων αυτό θα το πετύχουν, είτε με την αύξηση της ανομοιογένειας του προσωπικού τους, είτε μέσα από δομικές επιλογές που παρέχουν περισσότερη ισχύ σε φορείς που προχωρούν σε αλλαγές και αντίστοιχα λιγότερη σε στατικούς παράγοντες. Η υιοθέτηση προτάσεων, όπως οι κύκλοι ποιότητας και η συμμετοχή των εργαζομένων στο διοικητικό συμβούλιο ενός οργανισμού ή εταιρείας, περιορίζει τη δύναμη των στελεχών και αυξάνει αυτή των εργαζομένων. Μάλιστα, εκτιμώνται εναλλακτικοί τρόποι δράσης με αντικειμενικό τρόπο και λαμβάνονται υπόψη ενδοιασμοί και επιφυλάξεις.

Συνεπώς, προκύπτει ότι οι τρόποι αντιμετώπισης των συγκρούσεων εφαρμόζονται όταν οι στόχοι είναι πολύ σημαντικοί και για τις δύο πλευρές και όταν απαιτείται η ενθάρρυνση των εργαζομένων στη συμμετοχή και συγκατάθεσή τους στη λήψη των αποφάσεων και στην επίλυση προβλημάτων. Επίσης, οι συγκρούσεις πρέπει να εξαφανίζονται όταν γίνονται δυσλειτουργικές και πρέπει να απομακρύνονται τα εμπόδια για τη μέγιστη δυνατή απόδοση. Πρέπει να δίνεται έμφαση στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της οργάνωσης, να δίνεται έμφαση στο ρόλο των επιμέρους τμημάτων και στη συνεισφορά τους στην συνολική απόδοση.

Ακόμη, μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του οργανισμού είναι αναγκαίο να υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία με σκοπό την επίλυση των κοινών προβλημάτων. Είναι απαραίτητη η μετακίνηση των μελών της ομάδας σε διάφορα τμήματα, καθώς και η αλλαγή των θέσεων εργασίας, ώστε να υπάρξει μεγαλύτερη κατανόηση για τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το κάθε τμήμα. Επίσης, είναι αναγκαία η αποφυγή συνθηκών ανταγωνισμού ανάμεσα στα τμήματα. Οι αμοιβές πρέπει να κατανέμονται με ισότητα με βάση την προσπάθεια και τη συνεισφορά, και όχι το αποτέλεσμα, το οποίο σε μεγάλο βαθμό βρίσκεται σε συνάρτηση με άλλους παράγοντες, που είναι εκτός από τις αρμοδιότητες του κάθε τμήματος.

Για το σκοπό αυτό, η διευθέτηση των συγκρούσεων έχει διττό στόχο, από τη μια να μειωθούν οι δυσλειτουργίες στον οργανισμό στο πλαίσιο του οποίου προκαλείται και από

την άλλη να ενισχυθούν οι θετικές επιδράσεις της. Επομένως, τελικός στόχος της διευθέτησης αυτής είναι να παραμείνει ή να ενδυναμωθεί η αποτελεσματικότητα και η δημιουργικότητα στον οργανισμό καθώς και να καθοριστούν τρόποι για την αποτελεσματικότερη πραγματοποίηση των ατομικών στόχων οι οποίοι υφίστανται στο πλαίσιο της (Blake & Mouton, 1970; Rahim, 2002). Όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι συγκρούσεις, τα άτομα έχουν την τάση να εφαρμόζουν διάφορα στυλ διοικητικής συμπεριφοράς. Σε αυτά περιέχονται κυρίως η ενσωμάτωση στόχων, η παραχώρηση, η επιβολή, η αποφυγή και ο συμβιβασμός (Rahim, 2001). Βέβαια η επιλογή του στυλ διαχείρισης- διευθέτησης των συγκρούσεων εξαρτάται μεταξύ άλλων και από τους εξής παράγοντες: την οργανωτική επικοινωνία, την αλληλεξάρτηση των διαφόρων στόχων και τις ικανότητες συνεργασίας ατόμων και ομάδων (Πολυχρονίου, 2010).

Συμπερασματικά, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, η χρησιμοποίηση της ενσωμάτωσης στόχων προκειμένου να διαχειριστούν οι διαφωνίες μέσα στον οργανισμό χαρακτηρίζονται από ανοικτή επικοινωνία, συνεχόμενη ροή πληροφοριών καθώς και εξέταση των διαφωνιών- διαφορών των δύο μερών με σκοπό να βρεθεί μια κοινά αποδεκτή λύση. Η μέθοδος αυτή προωθεί τη δημιουργικότητα και την καινοτομία και εξαλείφει τα εμπόδια αφήνοντας έτσι χώρο για μεγαλύτερη απόδοση. Για να πραγματοποιηθεί αυτό εφικτό απαιτείται και τα δυο μέρη να έχουν ειλικρίνεια σε ότι αφορά τα κίνητρα και τους στόχους τους, οι διαφορές να εκφράζονται ανοιχτά και να υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη, κατανόηση και ωριμότητα.

Τα κίνητρα των ανθρώπων φαίνονται από την συμπεριφορά που επιδεικνύουν. Ο εσωτερικός κόσμος και οι επιθυμίες του κάθε ανθρώπου υποκινούν τη συμπεριφορά του να επιτύχει όλα αυτά που επιθυμεί και γενικά όλοι οι άνθρωποι υποκινούμενοι από τις εσωτερικές τους επιθυμίες προχωρούν στην εκπλήρωση των στόχων που θέτουν. Γενικά η υποκίνηση θεωρείται ότι σχετίζεται με τις ανάγκες που έχουν οι άνθρωποι, η υποκίνηση και η συμπεριφορά και σχεσιακή τους εξάρτηση γίνεται εύκολα αντιληπτή, η φύση της όμως και η ακριβής σύνδεση ανάμεσα στις ανάγκες και την υποκίνηση δεν φαίνεται καθόλου. Με λίγα λόγια, η υποκίνηση αποτελεί μία μεταβλητή που έχει το στοιχείο της μεσολάβησης μεταξύ των αναγκών των ανθρώπων και της συμπεριφοράς των προσώπων (Κάτου, 2017).

Η στενευμένη επαγγελματική ικανοποίηση υπαλλήλων μέσα τις πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις που αφορούν τη διαχείριση εργαζομένων μπορεί κατά ένα μεγάλο ποσοστό να αποδοθεί στο γεγονός ότι στο μάρκετινγκ παροχής υπηρεσιών ένα μεγάλο μέρος των πελατών αγοράζει ουσιαστικά ανθρώπινες συμπεριφορές. Η εσωτερική ποιότητα υπηρεσιών είναι απαραίτητη για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους καταναλωτές.

Όσον αφορά στη σημασία που έχει η επαγγελματική ικανοποίηση, υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις ανάλογα με το πώς εστιάζει τον εργαζόμενο, ή στην επιχείρηση. Πρώτον, η ανθρωπιστική προσέγγιση (humanitarian) κατά την οποία αξίζει σε όλους τους ανθρώπους αντιμετωπίζουν μια συμπεριφορά δίκαιη και με σεβασμό. Υπό το συγκεκριμένο πρίσμα η ικανοποίηση στον εργασιακό χώρο αντικατοπτρίζει μια πολύ καλή μεταχείριση στον εργασιακό χώρο. Επίσης δείχνει ψυχική ικανοποίηση και μια εξαιρετική ψυχική υγεία. Δεύτερον, η ωφελμιστική προσέγγιση (utilitarian) σύμφωνα με την οποία η εργασιακή ικανοποίηση οδηγεί σε συμπεριφορές που επηρεάζουν τη λειτουργία όλης της επιχείρησης.

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί, λοιπόν, ένα καθολικό συναίσθημα απέναντι στην εργασία που έχει σχέση με ποικίλες εργασιακές διαστάσεις, όπως αποτελεί η φύση της εργασίας, οι αμοιβές, οι πρόσθετες παροχές, το σύστημα προαγωγών, οι εργασιακές συνθήκες, η αναγνώριση, η επικοινωνία, η προσωπική ανάπτυξη, η ασφάλεια, οι συνάδελφοι, η εποπτεία, η εργοδοσία και οι πολιτικές και διαδικασίες της επιχείρησης και αντανakλά πώς αισθάνονται οι άνθρωποι για την εργασία γενικά και στην εργασία τους ειδικά.

Ο κυριότερος στόχος των συστημάτων διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί η αποδοτικότερη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού και η επίτευξη ενός καλού εργασιακού κλίματος με υψηλά επίπεδα παραγωγικότητας. Συγκεκριμένα, τα στελέχη οφείλουν να διαθέτουν μία ξεκάθαρη και ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με όλα τα ζητήματα του οργανισμού. Η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού περικλείει τόσο την δυνατότητα να αξιολογήσει το ήδη σύστημα, να δεχθεί προτάσεις βελτίωσης και να εξελίξει τις μεθόδους της επιχειρησιακής πρακτικής, που θα πρέπει να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις εκάστοτε ανάγκες του οργανισμού ή της επιχείρησης (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Ειδικότερα, οι στόχοι της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνουν τον προγραμματισμό του εργατικού δυναμικού, να καταρτίζουν από εκπαιδευτικής απόψεως τους

εργαζομένους, να προωθούν την ανάπτυξη των γνώσεων, των δεξιοτήτων, της επαγγελματικής ηθικής και δεοντολογίας και να κατανέμουν τον εκάστοτε εργαζόμενο στην αντίστοιχη των δεξιοτήτων του θέση προκειμένου να αποδίδει στο μέγιστο δυνατό. Επιπλέον, η διοίκηση ανθρώπινων πόρων στοχεύει στον προγραμματισμό, τα συστήματα αμοιβών, τα ωράρια και να δημιουργούν κίνητρα μέσω των προαγωγών ή των αυξήσεων των αποδοχών ή μέσω επιπρόσθετων μόνους (Φαναριώτης, 2002).

Μία σύγχρονη επιχείρηση ή οργανισμός οφείλει να στοχεύει στην ανάπτυξη της αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ του ανθρώπινου δυναμικού και της επιχείρησης ή οργανισμού αντίστοιχα. Παράλληλα, πρέπει να στοχεύει στην εξασφάλιση της ποιότητας των προϊόντων ή υπηρεσιών που προσφέρονται στην αγορά στον τομέα δραστηριοποίησης. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό είναι αναγκαία τα οργανωμένα συστήματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. Οι σύγχρονες έρευνες τονίζουν τη σπουδαία προσφορά της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στη διοίκηση της γνώσης και την οργάνωση (Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη, 2007).

Συμπερασματικά, ο ρόλος από στρατηγικής απόψεως του τομέα της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού δύναται να εντοπίσει τα ενδεχόμενα κενά στρατηγικής και γνώσης, διαμέσου της χαρτογράφησης της γνώσης και τα κατάλληλα προγράμματα διαχείρισης αυτής. Τέλος, η λειτουργία της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων οφείλει να διαθέτει ως βασικό στόχο την μεγέθυνση της ανταγωνιστικότητας διαμέσου της δημιουργίας ενός συγκριτικού πλεονεκτήματος, ώστε να είναι αρκετά δυνατό προκειμένου να καταπολεμά τις προκλήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Η βιβλιογραφία για τη διαχείριση και την πρόσληψη μπορεί να διαφοροποιηθεί σε γενικές γραμμές μεταξύ των κοινωνιολογικών θεωριών των επαγγελματιών και της πιο «γενικής» βιβλιογραφίας διαχείρισης, που συχνά εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα. Η προηγούμενη προοπτική υπογράμμισε την επαγγελματική κυριαρχία και την αυτονομία ως υποκείμενα κίνητρα για τη συμμετοχή στη διοίκηση (Freidson, 2001; Abbott, 1988; Larson, 1977).

Σύμφωνα με την κοινωνιολογική προοπτική, οι κλινικοί γιατροί έχουν κίνητρα να αναζητήσουν και να διατηρήσουν θέσεις επιρροής, καθώς το επάγγελμά τους επιδίδεται σε έναν αγώνα για κυριαρχία και αυτοδιοίκηση ενάντια στις ανταγωνιστικές δυνάμεις. Αυτές οι δυνάμεις περιλαμβάνουν τις ανταγωνιστικές λογικές των δυνάμεων της αγοράς και τους κυβερνητικούς κανονισμούς (Freidson, 2001), καθώς και άλλα επαγγέλματα που ανταγωνίζονται για την επέκταση και τη διατήρηση των δικαιοδοσιών τους (Abbott, 1988).

Οι μελέτες γιατρών σε θέσεις μάνατζερ τείνουν να υποστηρίζουν αυτήν την προοπτική. Για παράδειγμα, ο Doolin (2001) διαπίστωσε ότι πολλοί γιατροί σε νοσοκομεία της Νέας Ζηλανδίας επέλεξαν να εισέλθουν στη διοίκηση προκειμένου να προστατεύσουν την ιατρική πρακτική από παρεμβάσεις γενικών μάνατζερ. Οι Forbes, Hallier και Kelly (2004) πήραν συνεντεύξεις από Σκωτσέζους γιατρούς που είχαν πρόσφατα συμμετάσχει σε θέσεις μάνατζερ και διαπίστωσαν ότι πολλοί είχαν αναλάβει διαχειριστικούς ρόλους για να προστατεύσουν τις ειδικότητες τους από εξωτερική επιρροή ή από άτομα που θεωρούσαν ότι ήταν ακατάλληλοι γιατροί-διευθυντές. Παρόμοιες αναφορές έχουν συγκεντρωθεί από συνεντεύξεις με Νορβηγούς γιατρούς στη διαχείριση (Johansen & Gjerberg, 2009). Ο Edmonstone (2009) επισημαίνει τις παραδόσεις στην ιατρική ενός αντιπροσώπου, παρά την ιεραρχική λειτουργία στη διαχείριση. Οι γιατροί είναι υπόλογοι στη διοίκηση, αλλά και στους συνομηλίκους τους, οι οποίοι συνεχίζουν να τους θεωρούν εκπροσώπους των δικών τους απόψεων και συμφερόντων.

Ενώ οι περισσότεροι μελετητές της κοινωνιολογικής παράδοσης έχουν επικεντρωθεί στους γιατρούς, παρόμοιες ιδέες μπορούν να επεκταθούν και σε άλλα κλινικά επαγγέλματα, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών. Η Νορβηγία είναι μια από τις λίγες χώρες όπου οι μεταρρυθμίσεις έχουν δει νοσηλευτές να ανταγωνίζονται άμεσα με γιατρούς για θέσεις μάνατζερ. Σύμφωνα με τους Johansen & Gjerberg (2009), οι Νορβηγοί νοσηλευτές έχουν αναλάβει διευθυντικές θέσεις προκειμένου να αυξήσουν την επαγγελματική τους αναγνώριση και θέση. Αυτή η εξήγηση είναι σύμφωνη με τις κοινωνιολογικές θεωρίες για τον επαγγελματισμό, στις οποίες οι διευθυντικές θέσεις γίνονται καθοριστικές για την ενίσχυση του επαγγέλματος. Ο επαγγελματισμός έρχεται σε έντονη αντίθεση με τον τρόπο με

τον οποίο οι μάνατζερ έχουν απεικονιστεί στην πιο «γενική» βιβλιογραφία διαχείρισης, όπου οι μάνατζερ περιγράφονται ως άτομα που επιδιώκουν τη διαχείριση από εγγενή κίνητρα:

«Τα μοντέλα διαχείρισης στον ιδιωτικό τομέα αναδεικνύουν χαρακτηριστικά όπως η καινοτομία, η δημιουργικότητα και η ικανότητα στη διαχείριση. Επιπλέον, οι μάνατζερ αναμένεται να επιδείξουν πνεύμα επιχειρηματικότητας, υψηλού κινήτρου και υπευθυνότητας. Ιδανικός τύπος μάνατζερ είναι αυτός που έχει οράματα, ηγείται μέσω ιδεών και παραδειγμάτων και αγωνίζεται προς έναν στόχο» (Viitanen & Konu, 2009).

Παρόμοια χαρακτηριστικά έχουν τονιστεί στο δόγμα της Νέας Δημόσιας Διοίκησης (Hood, 1991), το οποίο απεικονίζει τον ιδανικό μάνατζερ ως ένα άτομο που είναι υπεύθυνο και παθιασμένο με τη διαχείριση και που είναι αφοσιωμένο στα συμφέροντα του οργανισμού (Lapsley, 2008). Αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν επικυρωθεί από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής εντός του NHS, οι οποίοι είναι πρόθυμοι να εμπλέξουν κλινικούς γιατρούς με κίνητρα, που λειτουργούν ως *«μοντέλα μάνατζερ που δεσμεύονται να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της νέας δημόσιας διοίκησης»* (Viitanen & Konu, 2009).

Αν και οι δύο προοπτικές διαφέρουν ως προς τα υποκείμενα κίνητρα για την ενασχόληση με τη διαχείριση, φαίνεται να υπάρχει μια υποκείμενη υπόθεση εθελοντισμού. Ενώ η πρώτη περιγράφει τη δέσμευση από στρατηγική άποψη, η δεύτερη προτείνει στα άτομα να αναζητούν διοικητικές θέσεις από ενδιαφέρον και κίνητρο για την εργασία. Σύμφωνα με τον Gouldner (1957), υπάρχουν δύο ιδανικοί τύποι λανθάνουσας ταυτότητας σε έναν οργανισμό: «κοσμοπολίτες» και «ντόπιοι».

Οι κοσμοπολίτες χαρακτηρίζονται από ισχυρή δέσμευση στις επαγγελματικές αξίες και δεξιότητες, μια ισχυρή εξωτερική ομάδα αναφοράς και αδύναμη πίστη προς τον οργανισμό. Οι ντόπιοι τείνουν να είναι λιγότερο αφοσιωμένοι στις επαγγελματικές τους δεξιότητες, έχουν μια τοπική ομάδα αναφοράς (όπως μάνατζερ σε παρόμοιες θέσεις στο ίδιο νοσοκομείο) και δείχνουν ισχυρότερη πίστη στον οργανισμό. Ενώ οι κοινωνιολογικές θεωρίες τείνουν να δίνουν έμφαση στους επαγγελματίες ως «κοσμοπολίτες», οι γενικές

θεωρίες διαχείρισης τείνουν να θεωρούν τους μάνατζερ ως «τοπικούς» (Viitanen & Konu, 2009).

Κεφάλαιο 2 : Ηγεσία

2.1. Ανάπτυξη ηγετικής συνείδησης

Στην έρευνα και την πρακτική ηγεσία, η κυρίαρχη προοπτική είναι μια λειτουργική, όπου η ηγεσία θεωρείται ως ένα μάλλον σταθερό αντικείμενο και ο στόχος είναι να αυξηθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα της ηγεσίας (Alvesson and Spicer, 2012; Carroll, 2019; Mabey, 2013). Η ανάπτυξη της ηγεσίας από αυτή την προοπτική χαρακτηρίζεται από την εστίασή της σε μεμονωμένους ηγέτες και πώς πρέπει να συνεισφέρουν και να βελτιώσουν την αποτελεσματική ατομική και οργανωτική απόδοση (Carroll, 2019; Mabey, 2013). Αντί να βασιζόμαστε στις τρέχουσες μανίες και τη διαφημιστική εκστρατεία των πωλητών όταν αποφασίζουμε για την ανάπτυξη ηγεσίας (Collins, 2013; Yukl, 2013), οι πρακτικές θα πρέπει να προσαρμόζονται προσεκτικά για να παρουσιάζουν τις αναπτυξιακές ανάγκες των ηγετών και να συνδυάζονται με τους διευθυντικούς ρόλους και τις οργανωτικές δομές (Day et al. , 2014).

Μέσα σε μια λειτουργική προοπτική, έχουν γίνει προσπάθειες να οριστούν οι έννοιες του ηγέτη και της ανάπτυξης ηγεσίας, παρόλο που διαφεύγουν του ορισμού (Allen, 2007). Η ανάπτυξη ηγετών και η ανάπτυξη ηγεσίας χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά στη βιβλιογραφία, παρά το γεγονός ότι έχουν διαφορετικές αποχρώσεις (Day, 2000; Day et al., 2014; Ples and Preece, 2006).

Η ανάπτυξη διαχείρισης αναφέρεται στην εκπαίδευση των στελεχών που επικεντρώνεται σε αποδεδειγμένες λύσεις σε γνωστά προβλήματα παρέχοντας γνώση και εκπαίδευση στις δεξιότητες και τις ικανότητες για τη βελτίωση της απόδοσης των καθηκόντων σε έναν διευθυντικό ρόλο (Day, 2000). Η ανάπτυξη ισχύει για ένα άτομο σε μια συγκεκριμένη θέση και μπορεί να οριστεί ως «η διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα που επιδιώκουν διευθυντικούς ρόλους μαθαίνουν τα αλληλένδετα σύνολα δεξιοτήτων και ικανοτήτων

(δηλαδή ικανοτήτων) που είναι απαραίτητα για την αποτελεσματικότητα» (Dragoni et al., 2009).

Η ανάπτυξη του ηγέτη μπορεί να οριστεί ως η επέκταση της ικανότητας ενός ατόμου να είναι αποτελεσματικός σε έναν ηγετικό ρόλο και μια διαδικασία (Van Velsor et al., 2010). Αυτό βασίζεται στην υπόθεση ότι εάν ένας ηγέτης αναπτύξει γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες, η ηγεσία θα είναι πιο αποτελεσματική. Η ανάπτυξη ηγετών επικεντρώνεται κυρίως στο ανθρώπινο κεφάλαιο (Day, 2000) και στις βελτιωμένες ικανότητες που θα επιτρέψουν στους ανθρώπους να σκέφτονται και να ενεργούν με νέους τρόπους. Όταν εστιάζει σε μεμονωμένους ηγέτες, η ανάπτυξη αναφέρεται σε ατομικές γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες που συνδέονται κυρίως με την αποτελεσματικότητα σε επίσημους ηγετικούς ρόλους (Day, 2000; Day and Dragoni, 2015). Η ανάπτυξη ηγετών, με αυτή την έννοια, βασίζεται σε μια έντονη διαίρεση μεταξύ ηγετών και οπαδών (Day, 2000).

Ωστόσο, υπάρχουν ευρύτεροι τρόποι για να δούμε την ανάπτυξη του ηγέτη που υπερβαίνουν τους επίσημους ρόλους. Αν και αναγνωρίζουν την έμφαση στην ανάπτυξη ενός ατόμου, ορισμένοι αναγνωρίζουν επίσης ότι οι άνθρωποι αναλαμβάνουν επίσημους καθώς και άτυπους ηγετικούς ρόλους, στην εργασία και στον ελεύθερο χρόνο (McCauley et al., 2010). Στη συνέχεια, ένα ευρύτερο σύνολο δυνατοτήτων πρέπει να αναπτυχθεί σε τρεις τομείς: να οδηγεί κανείς τον εαυτό του, να οδηγεί τους άλλους και να οδηγεί τον οργανισμό. Η ανάπτυξη ηγετών δημιουργείται με βάση τις εμπειρίες σε αυτά τα πλαίσια και η διαδικασία μάθησης και ανάπτυξης μπορεί επίσης να εφαρμοστεί, με αποτέλεσμα καλύτερη ηγεσία που περιλαμβάνει και τους τρεις τομείς (McCauley et al., 2010). Η ζωή γενικά, ως πηγή ανάπτυξης, είναι επίσης εμφανής σε αυτόν τον τρόπο θεώρησης της ανάπτυξης του ηγέτη, παρόμοια με τον ορισμό της ανάπτυξης ηγέτη ως «κάθε μορφή ανάπτυξης ή στάδιο ανάπτυξης στον κύκλο ζωής που προωθεί, ενθαρρύνει και βοηθά στην ηγετικό δυναμικό» (Brungardt, 1997: 83). Η ηγεσία θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία μάθησης που διαρκεί μια ζωή.

Η ανάπτυξη της ηγεσίας βασίζεται σε μια ευρύτερη και ποιοτικά διαφορετική άποψη της ηγεσίας (Day, 2000). Αναφέρεται σε διαδικασίες ανάπτυξης που περιλαμβάνουν πολλά

άτομα, όπως ομάδες, ομάδες, δίκτυα ή ολόκληρους οργανισμούς (Day et al., 2014). Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη ηγεσίας ορίζεται ως η επέκταση της ικανότητας των μελών του οργανισμού να συμμετέχουν αποτελεσματικά σε ηγετικούς ρόλους και διαδικασίες προκειμένου να παράγουν κατεύθυνση, ευθυγράμμιση και δέσμευση (Drath et al., 2008; Van Velsor et al., 2010).

Αυτός ο ορισμός βασίζεται σε έναν νέο τρόπο εννοιολόγησης της ηγεσίας ως πεποιθήσεων και πρακτικών σύμφωνα με τις οποίες η συλλογικότητα μιας ομάδας παράγει ηγεσία στο επίπεδο ολόκληρου του οργανισμού. Η ανάπτυξη ηγεσίας μπορεί στη συνέχεια να θεωρηθεί ως η ανάπτυξη ανθρώπινου πολιτιστικού κεφαλαίου σε ολόκληρο τον οργανισμό και σε συνεργασία με διαδικασίες συστήματος, συλλογικές πρακτικές και οργανωσιακές κουλτούρες, όπου η ηγεσία αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα κοινής εργασίας και αλληλεπίδρασης (Van Velsor, 2007). Ωστόσο, η στροφή σε μια συλλογική συνεργατική άποψη για την ηγεσία δεν αλλάζει το γεγονός ότι οι υποκείμενες υποθέσεις είναι λειτουργιστικές, εστιάζοντας στην αποτελεσματικότητα (Mabey, 2013).

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ του ηγέτη και της ανάπτυξης ηγεσίας, και οι δύο έννοιες πρέπει να συνδέονται και να θεωρούνται συμπληρωματικές: η ανάπτυξη ηγεσίας υπερβαίνει και περιλαμβάνει την ανάπτυξη μεμονωμένων ηγετών (Day, 2000). Προτείνονται τρία επίπεδα πολυπλοκότητας και συμπερίληψης: η ηγεσία ως αρχή που βασίζεται σε ρόλους, η ηγεσία ως διαδικασία επιρροής και η ηγεσία ως κοινή ιδιότητα ενός κοινωνικού συστήματος που περιλαμβάνει αλληλεξαρτήσεις μεταξύ ατόμων, ομάδων και οργανισμών (Day and Harrison, 2007; Drath, 2001; Uhl-Bien και Ospina, 2012). Και τα τρία συνεπάγονται διαφορετικούς τρόπους εργασίας με την ανάπτυξη ηγετών.

Ένας εναλλακτικός τρόπος μελέτης της ανάπτυξης ηγεσίας είναι η χρήση ερμηνευτικών και κριτικών προσεγγίσεων που εστιάζουν στο πώς η ηγεσία δομείται κοινωνικά σε συνεχείς διαδικασίες διυποκειμενικών κατανοήσεων και πώς πρέπει να εξεταστούν οι υποκείμενες υποθέσεις και κατανοήσεις (Alvesson and Spicer, 2012; Carroll, 2019; Mabey, 2013; Uhl-Bien και Ospina, 2012). Η ηγεσία δεν είναι απλώς ένα χαρακτηριστικό ενός ατόμου. αποδίδεται και εκτελείται. Οι άνθρωποι κατασκευάζουν ενεργά νόημα για τις εμπειρίες τους

στον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της ανάπτυξης ηγεσίας (Bolden and Gosling, 2006; Drath et al., 2008; Kennedy et al., 2013; Probert and Turnbull James, 2011). Από αυτή την άποψη, είναι σημαντικό να διερευνηθεί πώς οι άνθρωποι κατασκευάζουν κοινωνικά την ηγεσία και την ανάπτυξή της.

Υπάρχουν ποιοτικές μελέτες για το πώς οι συμμετέχοντες βιώνουν τα προγράμματα ανάπτυξης ηγεσίας. Μερικοί διερευνούν τις πιο θετικές πλευρές της ανάπτυξης ηγεσίας. Μια σειρά μελετών διερεύνησε περισσότερες από 1000 εμπειρίες ηγετών από βασικά γεγονότα και τι υποστήριξε την ανάπτυξή τους ως ηγέτες, και έδειξε ότι τα νέα καθήκοντα και οι αναθέσεις και οι σχέσεις με άλλους θεωρούνται ως οι πιο πολύτιμες πηγές για την ανάπτυξη ως ηγέτης (Yip and Wilson, 2010). Άλλοι δείχνουν ότι οι απόψεις των επαγγελματιών για την ανάπτυξη ηγεσίας επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο υποστηρίζονται τα προγράμματα σε έναν οργανισμό (McAlearney, 2006).

Υπάρχει επίσης ένας συγκεκριμένος τύπος κριτικών μελετών που βασίζεται στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο δίνεται νόημα στην ηγεσία σε διαφορετικές καταστάσεις, αλλά προχωρά ένα βήμα παραπέρα εξετάζοντας τα πρότυπα εξουσίας και συνδέοντάς τα με ευρύτερες θεσμικές συνθήκες (Alvesson και Spicer, 2012, 2014). ως διερεύνηση της σκιάς της ανάπτυξης ηγεσίας. Οι κρίσιμες μελέτες για την ανάπτυξη ηγεσίας εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι πρέπει να διαπραγματεύονται την ταυτότητά τους και ακόμη και να αντιστέκονται σε ορισμένες από τις εικόνες που προσπαθούν να ακολουθήσουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα (Carroll and Nicholson, 2014; Nicholson and Carroll, 2013; Sinclair, 2009). Ωστόσο, από όσο γνωρίζουμε δεν υπάρχουν μελέτες σχετικά με το πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τι σημαίνει για αυτούς η ανάπτυξη ηγεσίας.

Η διερεύνηση και η έκθεση των υποκείμενων σιωπηλών υποθέσεων των ανθρώπων, η δημιουργία νοημάτων και οι τρόποι κατανόησης είναι ουσιαστικής σημασίας στις κριτικές μελέτες. Αυτό γίνεται μέσω διαδικασιών εμφάνισης, εξερεύνησης, ακόμη και αμφισβήτησης και προσπάθειας αλλαγής υποθέσεων (Carroll και Levy, 2010; Kennedy et al., 2013). Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στην πεποίθηση ότι οι ατομικές και συλλογικές παραδοχές σχετικά με

την ηγεσία οριοθετούν τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη του οργανισμού συνεργάζονται με την ηγεσία μέσα σε έναν οργανισμό (Probert και Turnbull James, 2011). Μέσω μιας διαδικασίας δημιουργίας νοημάτων, μπορεί να είναι δυνατό για άτομα καθώς και για οργανισμούς να ανανεώσουν την έννοια της ηγεσίας, η οποία επίσης ανοίγει νέες προσεγγίσεις στην ανάπτυξη ηγεσίας. Η έννοια της ηγεσίας ορίζεται ως το σύνολο των σχημάτων και των υποθέσεων σχετικά με τους ηγέτες και την ηγεσία που ένας οργανισμός έχει ενσωματώσει στην κουλτούρα του (Probert και Turnbull James, 2011: 142).

Η κατανόηση της υποκείμενης υπόθεσης ηγεσίας είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ηγεσίας για την αντιμετώπιση των τρεχουσών, καθώς και των απρόβλεπτων, απαιτήσεων. Ο ρόλος της ανάπτυξης ηγεσίας μπορεί να θεωρηθεί ως η επανεξέταση των υποθέσεων ηγεσίας (Probert και Turnbull James, 2011) και η επίγνωση των πιθανών αποκλίσεων. Οι συνέπειες για έναν οργανισμό μπορεί να είναι σημαντικές όταν διαφορετικές ομάδες έχουν διαφορετικές υποθέσεις (Wang et al., 2014). Επομένως, είναι σημαντικό να διερευνηθεί η ποικιλία των τρόπων κατανόησης της ανάπτυξης ηγεσίας.

Εάν ένας από τους κύριους ρόλους των πρωτοβουλιών ανάπτυξης ηγεσίας είναι η ανανέωση της έννοιας της ηγεσίας, επειδή διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη του οργανισμού αντιλαμβάνονται, ενεργούν και αξιολογούν την ηγεσία (Probert και Turnbull James, 2011), τότε οι ηγετικές παρεμβάσεις πρέπει να επηρεάσουν τις έννοιες της ηγεσίας. Η δημιουργία λογικής χρησιμοποιείται για την ανανέωση των εννοιών της ηγεσίας και στη διαδικασία ανανέωσης, θα ήταν ωφέλιμο να γνωρίζουμε πώς έχουν νόημα οι άνθρωποι και ποιο είναι το επόμενο βήμα για την κατανόηση της ανάπτυξης του ηγέτη και της ηγεσίας. Η ηγεσία αποκτά πολλαπλές έννοιες και εμφανίσεις, οι οποίες εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου (Day and Harrison, 2007). Έτσι, αναγνωρίζουμε ότι οι διαφορετικοί τρόποι κατανόησης της ανάπτυξης της ηγεσίας και της ηγεσίας στο σύνολό τους, εκδηλώνονται όχι μόνο για τους επαγγελματίες αλλά και για τους ερευνητές.

Η κριτική προσέγγιση θα χρησιμοποιηθεί επίσης για τον εαυτό μας με την έννοια ότι εμείς ως ερευνητές είμαστε επικριτικοί απέναντι στις ρητές ή σιωπηρές υποθέσεις που μπορεί να έχουμε και επομένως είμαστε ανοιχτοί σε διαφορετικές νέες προοπτικές για την

ανάπτυξη ηγεσίας. Ο εντοπισμός σιωπηρών υποθέσεων μπορεί να δημιουργήσει καλύτερους σχεδιασμούς ανάπτυξης ηγεσίας και να επεκτείνει ουσιαστικά την κατανόηση και τον αντίκτυπο της έρευνας για την ανάπτυξη ηγεσίας. Επομένως, υπάρχει πραγματική ανάγκη να διερευνηθούν οι σιωπηρές θεωρίες ανάπτυξης ηγεσίας, που περιγράφονται ως οι γνωστικές δομές των ενδιαφερόμενων μερών σχετικά με την ανάπτυξη ηγεσίας (Vogel et al., 2020). Φαίνεται να υπάρχει έλλειψη μελετών που διερευνούν τις υποθέσεις για το τι σημαίνει ανάπτυξη ηγεσίας για διαφορετικά άτομα.

• *Ηγετικά Στυλ*

Τα ηγετικά στυλ ποικίλουν ανά περίπτωση και δεν είναι ίδια για όλους τους μάνατζερ. Αυτό σημαίνει ότι το ζήτημα έγκειται για το ποιο είναι αυτό το ηγετικό στυλ που θεωρείται ως το πιο κατάλληλο για την εκάστοτε χρονική στιγμή. Το ηγετικό στυλ, φυσικά, διαφέρει από διοίκηση σε διοίκηση και αποτελεί απόρροια πολλών παραγόντων, όπως η εκπαίδευση, η προσωπικότητα, η εμπειρία, ο χαρακτήρας, το σύστημα αξιών του μάνατζερ, η τεχνολογική διαθεσιμότητα του εκάστοτε οργανισμού, το στυλ που διατηρεί και η ανωτέρω διοίκηση, οι πολιτικές (Taucean, Tamasilaa & Negru-Strautia, 2016). Οι παραπάνω θεωρήσεις σχετικά με την ηγεσία που ακολουθούνται αποτελούν τις πιο πολυσυζητημένες και προβλέπουν η κάθε μία από αυτές, μία ιδανική μορφή ηγέτη για το περιβάλλον των οργανισμών.

Υπάρχουν αρκετά άτομα που είναι ηγέτες εξαιτίας της θέσης που κατέχουν και είναι επίσημη, ενώ παράλληλα υπάρχουν άλλοι εξαιτίας του τρόπου που τα λοιπά μέλη της ομάδας τους ανταποκρίνονται σε αυτούς. Αυτές αποτελούν τις δύο συνηθέστερες προσεγγίσεις της ηγεσίας, δηλαδή την ανατιθέμενη ηγεσία και την αναδυόμενη ηγεσία. Η πρώτη, δηλαδή η ηγεσία που στηρίζεται στην κατοχή θέσης σε έναν οργανισμό έχει ανατιθέμενη ηγεσία. Με λίγα λόγια, οι αρχηγοί των ομάδων, οι επικεφαλής των τμημάτων, οι διευθυντές και οι διαχειριστές αποτελούν όλα τα παραδείγματα της ανατιθέμενης ηγεσίας.

Παρά ταύτα, ο άνθρωπος που του παραπέμφθηκε η θέση ηγεσίας, δεν αποτελεί πάντα ο πραγματικός ηγέτης σε ένα καθορισμένο περιβάλλον. Στις περιπτώσεις που οι υπόλοιποι καταλαβαίνουν ότι κάποιος είναι ισχυρότερος στο εσωτερικό ενός οργανισμού, ανεξάρτητα

από τον ρόλο που κατέχει, το εν λόγω άτομο παρουσιάζεται ως ο «αναδυόμενος ηγέτης». Συγκεκριμένα, το παραπάνω άτομο λαμβάνει την ηγεσία που είναι αναδυόμενη, δηλαδή διαμέσου των λοιπών προσώπων στον οργανισμό που υποστηρίζουν και αποδέχονται την συμπεριφορά του ατόμου. Ο εν λόγω τύπος της ηγεσίας δεν ρυθμίζεται από τη θέση αλλά παρουσιάζεται σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή διαμέσου της επικοινωνίας (Northouse, 2016).

Ειδικότερα, ο ρόλος του ηγέτη είναι να προσδίδει το αίσθημα της συναισθηματικής νοημοσύνης της ομάδας του. Μελέτες απέδειξαν ότι και σε περιπτώσεις ομάδων που αποτελούνται από έξυπνα πρόσωπα, λαμβάνουν αποφάσεις που δεν τίθεται αρκετή συνοχή εντός του συνόλου. Η καθοριστική θέση του ηγέτη περιλαμβάνει τη δημιουργία μίας συναισθηματικής πραγματικότητας με θετικό πρόσημο για τους υφισταμένους του, δηλαδή να τους προκαλέσει την αίσθηση ότι αποτελούν μέλη μίας δημιουργικής και γεμάτης πνεύμα συνεργασίας ομάδας.

Μάλιστα, στη περίπτωση που διαθέτει δεξιότητες σχετικές με τη συνεργασία θα έχει τη δυνατότητα να εξασφαλίσει τη συνύπαρξη των μελών σε μεγάλα επίπεδα και να διασφαλίσει κατ' αυτόν τον τρόπο ότι οι αποφάσεις μίας ομάδας είναι άξιες προς υλοποίηση. Αυτό φυσικά συνεπάγεται ότι πρέπει να γνωρίζει το πώς θα προβεί στην ισορρόπηση και εστίαση των σημείων που ενδιαφέρουν ή των συμφερόντων του οργανισμού, ενώ παράλληλα και των επαφών μεταξύ των μελών της. Συνεπώς, πραγματοποιούν φυσικά ένα περιβάλλον εμπλουτισμένο με συνεργασία οδεύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο σε μία αισιόδοξη μελλοντική προσέγγιση (Goleman, Boyatzis, & McKee, 2002).

Εν συνεχεία, το στυλ ηγεσίας που επιλέγεται αντικατοπτρίζει το πρότυπο συμπεριφοράς που περικλείει έναν ηγέτη προσπαθώντας να ασκήσει επιρροή στους υπολοίπους (Taucean, Tamasilaa, & Negru-Strautia, 2016). Μάλιστα, περικλείει συμπεριφορές που είναι κανονιστικές και υποστηρικτικές συμπεριφορές. Ειδικότερα, οι συμπεριφορές που είναι κανονιστικές παρέχουν βοήθεια στα μέλη της ομάδας προκειμένου να επιτύχουν τους σκοπούς τους προσφέροντας κατευθύνσεις, ρυθμίζοντας τους στόχους και

τις μεθόδους αξιολόγησης, τα χρονοδιαγράμματα, τους ρόλους και δείχνοντας τον τρόπο με τον οποίο θα υλοποιηθούν.

Οι συμπεριφορές αυτές αποσαφηνίζουν συχνά με μία μονόπλευρη επικοινωνία, τον τρόπο, μέσο και την ευθύνη μίας πράξης. Από την άλλη πλευρά, με τις συμπεριφορές που είναι υποστηρικτικές παρέχεται βοήθεια στην ομάδα ώστε να έχουν το αίσθημα της άνεσης με τον εαυτό τους, το εργασιακό περιβάλλον και τις περιστάσεις. Οι εν λόγω συμπεριφορές περικλείουν μία επικοινωνία που είναι αμφίδρομη επικοινωνία και προσφέρονται απαντήσεις που υποδεικνύουν την συναισθηματική και κοινωνική στήριξη προς τους λοιπούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων συμπεριφορών αποτελούν οι περιπτώσεις με θέματα εισροών, επίλυσης ζητημάτων, επαίνων, μεταφορά πληροφοριών για τον εαυτό τους και ακρόασης. Οι συμπεριφορές που είναι υποστηρικτικές αφορούν κατά βάση την εργασία (Northouse, 2016, p. 94).

Επιπλέον, το στυλ ηγεσίας οφείλει να μεταβάλλει ώστε να προσομοιάζει με τις ανάγκες των εκάστοτε συνθηκών. Μάλιστα, τίθενται 3 χαρακτηριστικά που περιλαμβάνονται όταν μελετάται ένα στυλ ηγεσίας. Συγκεκριμένα, ο ηγέτης που κατέχει τις προσωπικές εμπειρίες του, δεξιότητες, δυνατότητες και ανάγκες που είναι μοναδικές για το συγκεκριμένο πρόσωπο. Επομένως, οι ατομικοί αυτοί τύποι ηγεσίας δύναται να μεταβληθούν, καθώς οι προσωπικές εμπειρίες του εκάστοτε ηγέτη διαφέρουν, καθώς αποκτούν δεξιότητες ή όταν αλλάζουν οι προσωπικές ανάγκες του. Επίσης, οι ηλικίες, οι δεξιότητες και η μόρφωση των υφισταμένων θα απαιτήσουν μια μεταβολή στο στυλ ηγεσίας κάποιου, ενώ παράλληλα οι περιστάσεις στις οποίες ο ηγέτης θα ασκήσει την ηγεσία του θα διαθέτει τη δική της επίδραση. Ένας οργανισμός επηρεάζεται σχετικά με το στυλ ηγεσίας που θα ακολουθεί αναλόγως και των στόχων του αλλά και του τύπου του οργανισμού, δηλαδή αν πρόκειται για μη κερδοσκοπικό ή κερδοσκοπικό (Kane, 2018).

Συνοψίζοντας, με βάση τις αναζητήσεις του Lewin προβλέφθηκε ότι το στυλ της δημοκρατικής ηγεσίας αποτελεί, συνήθως, το πιο αποδοτικό στυλ ηγεσίας. Συγκεκριμένα, οι ηγέτες αυτοί προσδίδουν την καθοδήγηση στην ομάδα τους, αλλά παράλληλα έχουν ενεργή συμμετοχή σε αυτή, επιτρέποντας και την εισδοχή νέων μελών. Οι ηγέτες του δημοκρατικού

στυλ προβαίνουν στην ενθάρρυνση της ομάδας, αλλά συνάμα κατέχουν την τελική γνώμη κατά τη διαδικασία που λαμβάνονται οι αποφάσεις. Επίσης, τα μέλη της ομάδας διακατέχονται από το αίσθημα ότι εμπλέκονται στη διαδικασία, προσδίδοντάς τους με τον τρόπο αυτό μεγαλύτερη υποκίνηση και δημιουργικότητα. Τέλος, οι ηγέτες αυτοί έχουν την τάση να δημιουργούν το αίσθημα στους οπαδούς τους ότι κατέχουν σημαντικότατο μέρος της ομάδας, κάτι που αναμφισβήτητα βοηθάει στο να προωθηθεί η δέσμευση για τους σκοπούς της ομάδας. Ωστόσο, τα μέλη των δημοκρατικών ομάδων τείνουν να είναι λιγότερο παραγωγικά από τα μέλη των ομάδων που έχουν αυταρχική ηγεσία (Lewin, Lippit, & White, 1939).

2.2. Διαφορετικά περιβάλλοντα, πολιτισμών και δεξιοτήτων

Οι καλοί μάνατζερ είναι πιο άνετοι με τη σκέψη όσον αφορά τα συστήματα και δέχονται πιο εύκολα την πολυπλοκότητα των οργανισμών και την ανάγκη για εργασία πιο αποτελεσματικά σε ομάδες. Είναι πιο έμπειροι στη χρήση διαπραγμάτευσης για την ισότιμη αντιμετώπιση των συγκρούσεων, ενώ οι γιατροί συχνά αντιλαμβάνονται τη διαπραγμάτευση ως ένα μέσο για να κερδίσουν παραχωρήσεις από την άλλη πλευρά. Οι μάνατζερ είναι εξοικειωμένοι με τον κόσμο της οικονομίας, μια περιοχή που οι γιατροί συχνά δεν ενδιαφέρονται, που συνήθως τους θέτει σε σημαντική μειονεκτική θέση στα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Η επαγγελματική ζωή των ανώτερων στελεχών και οι ανώτεροι κλινικοί ιατροί τείνουν να διαφέρουν. Είναι απίθανο το ανώτερο στέλεχος να παραμείνει στη θέση του περισσότερο από 5 χρόνια, αλλά εξακολουθεί να είναι ο κανόνας στον οποίο θα παραμείνει το ανώτερο κλινικό προσωπικό σε μια δουλειά για πάνω από 10 χρόνια, και μερικές φορές καθ' όλη τη διάρκεια της καριέρας τους. Με τα χρόνια, οι περισσότεροι κλινικοί γιατροί ως εκ τούτου πρέπει να αντιμετωπίσουν μια διαδοχή νέων στελεχών στα τμήματά τους και στην εργασία τους οι σχέσεις μαζί τους μπορεί να βλέπουν το ίδιο πρόβλημα να εμφανίζεται ξανά και ξανά. Κατά συνέπεια, το πρώτο καθήκον ενός νέου μάνατζερ είναι συχνά να ξεπεράσει τον κυνισμό των κλινικών συναδέλφων.

Η νοοτροπία των επιτροπών απαιτεί σημαντική τεχνογνωσία και έξυπνους χειρισμούς, είτε κάποιος είναι ο μάνατζερ είτε είναι ένα μέλος. Η γλώσσα που χρησιμοποιούν οι γιατροί και μάνατζερ για να διαφωνήσουν και να πείσουν ο ένας τον άλλον για το πλεονεκτήματα μιας πρότασης δεν είναι η ίδια με αυτήν συνήθως να χρησιμοποιείται μεταξύ κλινικών γιατρών, ιδιαίτερα εάν περισσότερο διακυβεύονται πόροι.

Αυτές οι διαφορές αντικατοπτρίζονται σε μια έρευνα Davies et al (2003), που διαπίστωσαν ότι οι σύμβουλοι μάνατζερ ήταν πιο αισιόδοξοι από τους γιατρούς για την κατάσταση της σχέσης γιατρού-μάντζερ. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι νοσηλευτές-μάντζερ υποστήριζαν ακόμη περισσότερο την ατζέντα αλλαγής στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ενός γενικού μάνατζερ (Degeling et al, 2003).

2.3. Ανάλυση ρόλου μάνατζερ

Μπορεί κανείς να υποθέσει ότι όλοι οι μάνατζερ είναι ηγέτες, αλλά αυτό δεν είναι σωστό αφού μερικοί από τους διευθυντές δεν ασκούν ηγεσία, και μερικοί άνθρωποι ηγούνται χωρίς κατέχοντας διοικητικές θέσεις. Ως εκ τούτου, υπάρχει μια συνεχής διαμάχη σχετικά με τη διαφορά μεταξύ ηγετών και διευθυντών. Ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν ότι αν και η διοίκηση και η ηγεσία αλληλοεπικαλύπτονται, οι δύο δραστηριότητες δεν είναι συνώνυμες (Bass, 2010). Επιπλέον, ο βαθμός επικάλυψης είναι ένα σημείο διαφωνίας (Yukl, 1989). Στην πραγματικότητα, κάποιοι τα βλέπουν ως ακραία αντίθετα και πιστεύουν ότι ο καλός ηγέτης δεν μπορεί να είναι καλός μάνατζερ και ισχύει το αντίθετο (Ricketts, 2009).

Η ηγεσία και η διαχείριση συνεπάγονται ένα μοναδικό σύνολο δραστηριοτήτων ή λειτουργιών. Ενώ οι ηγέτες και οι διευθυντές μοιράζονται κάποιες ομοιότητες επειδή και οι δύο επηρεάζουν τους άλλους με τη χρήση συγκεκριμένων εξουσιών για την επίτευξη ορισμένων στόχων, υπάρχουν επίσης ορισμένες εξέχουσες διαφορές (Northouse, 2007). Ενώ, οι διευθυντές διατηρούν μια ομαλή λειτουργία στο χώρο εργασίας, οι ηγέτες δοκιμάζουν την τρέχουσα θέση και ενθαρρύνουν νέες λειτουργίες, έτσι είναι αναζητώντας μακροπρόθεσμους στόχους (Yukl, 1989). Στο σημερινό δυναμικό χώρο εργασίας, Οι οργανισμοί χρειάζονται τόσο αποτελεσματική διαχείριση όσο και αποτελεσματική ηγεσία για τη βέλτιστη επιτυχία (Kotterman, 2006).

Η ηγεσία είναι ένα σύνθετο, πολυδιάστατο φαινόμενο (DePree, 1989). Ο John Maxwell όρισε την ηγεσία από επιρροή (Maxwell, 1998). Ο Kotter (1990) δήλωσε ότι «Η ηγεσία είναι η ικανότητα για συλλογική δράση για ζωντάνια». Ο Robert Greenleaf όρισε την αποτελεσματική ηγεσία ως ανθρώπους που υπηρετούν τους άλλους, ενώ αυτοί τους ακολουθούν (Bennis και Nanus, 1997). Επιπλέον, ο Drucker όρισε ότι ηγέτης είναι κάποιος που έχει οπαδούς (Drucker, 1999). Ωστόσο, ορισμένοι θεωρητικοί πιστεύουν ότι η ηγεσία είναι μια μορφή διαδικασιών κοινωνικής επιρροής (House and Aditya, 1997). Αν και υπάρχει μια ποικιλία ορισμών ηγεσίας, η πλειοψηφία των ορισμών επικεντρώθηκε σε δύο συστατικά τα οποία είναι: η διαδικασία του επηρεάζοντας μια ομάδα ατόμων για την επίτευξη ενός κοινού στόχου· και να αναπτύξουν ένα όραμα.

Οι ηγέτες επικεντρώνονται στα κίνητρα και στην έμπνευση (Kotter, 1990). Οι ηγέτες στοχεύουν να δημιουργούν πάθος για να ακολουθήσουν το όραμά τους, να επιτύχουν μακροπρόθεσμους στόχους, να αναλάβουν ρίσκα για να επιτύχουν κοινούς στόχους και αμφισβητούν το τρέχον status quo (Bennis and Nanus, 1997). Ο ηγέτης παρακολουθεί ανοιχτά τα οφέλη των οπαδών του, έτσι οι άνθρωποι ακολουθούν τον ηγέτη εθελοντικά, και ο ηγέτης κατευθύνει τον ακόλουθο χρησιμοποιώντας ένα μετασχηματιστικό στυλ (Bass, 1990). Οι ηγέτες πρέπει να έχουν κάποιες κρίσιμες ιδιότητες όπως η ακεραιότητα, το όραμα, η σκληρότητα, η αποφασιστικότητα, η εμπιστοσύνη, η δέσμευση, η ανιδιοτέλεια, δημιουργικότητα, η ανάληψη κινδύνων, η ικανότητα επικοινωνίας και η ορατότητα (Capowski, 1994). Επιπλέον, οι ηγέτες πρέπει να έχουν χάρισμα, μια αίσθηση της αποστολής, ικανότητα να επηρεάζουν τους ανθρώπους σε ένα θετικό περιβάλλον και να επιλύουν προβλήματα (House, 1977).

Επιπλέον, η έρευνα δείχνει ότι το να είσαι αποτελεσματικός ηγέτης εξαρτάται από κοινές συμπεριφορές και χαρακτηριστικά όπως: αυτοπεποίθηση, νοοτροπία εξυπηρέτησης, καλές δεξιότητες προετοιμασίας, αξιοπιστία, εξειδίκευση, ευθύνη, καλές δεξιότητες ακρόασης, να είναι κανείς ονειροπόλος και ταυτόχρονα ρεαλιστικός, καλή αίσθηση των προτεραιοτήτων, τιμιότητα, προθυμία να μοιραστείς, ισχυρή αυτοεκτίμηση, τεχνική και αναγνώριση (Bennis και Nanus, 1997).

Κεφάλαιο 3 : Ηγεσία στον Κλινικό Τομέα

3.1. Κλινική ηγεσία στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη

Η σημασία της αποτελεσματικής κλινικής ηγεσίας για τη διασφάλιση ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας που παρέχει σταθερά ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα έχει επαναληφθεί στην επιστημονική βιβλιογραφία και σε διάφορες κυβερνητικές εκθέσεις, ως κρίσιμης σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας. Ως παράδειγμα της Αυστραλίας, μια βασική σύσταση νοσηλευτικής προτεραιότητας της Έκθεσης Garling ήταν να επανεξεταστούν και να επανασχεδιαστούν σημαντικά οι θέσεις του Nurse Unit Manager (NUM) *«για να μπορέσει ο NUM να αναλάβει κλινική ηγεσία στην επίβλεψη ασθενείς [...] για να διασφαλιστεί ότι τουλάχιστον το 70% του χρόνου του NUM εφαρμόζεται σε κλινικές εργασίες.»*

Ο υπόλοιπος χρόνος θα μπορούσε να δαπανηθεί σε διοικητικά και διαχειριστικά καθήκοντα. Στην πιο πρόσφατη έκθεση του Francis από το Ηνωμένο Βασίλειο, έγινε μια σύσταση για τους διευθυντές νοσηλευτών θαλάμων με παρόμοια θέση να συμμετέχουν περισσότερο στην κλινική ηγεσία στις περιοχές τους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κλινική ηγεσία έχει επίσης αναγνωριστεί ως βασικός μοχλός της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας, με την Επιτροπή για την Ποιότητα της Υγείας να προτείνει σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα μπορούν να επιτευχθούν μόνο με την ενεργή συμμετοχή των κλινικών γιατρών και των ασθενών στη διαδικασία μεταρρύθμισης.

Ωστόσο, η ηγεσία στην υγειονομική περίθαλψη είναι συχνά πολύ περίπλοκη και ορισμένοι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι αντιμετωπίζει μοναδικές προκλήσεις από τα συμφραζόμενα. Για παράδειγμα, η Schyve (2009) ισχυρίζεται ότι οι πτυχές της διακυβέρνησης είναι *sui generis* στην υγειονομική περίθαλψη, σημειώνοντας ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης έχουν επίσης ένα μάλλον μοναδικό χαρακτηριστικό. Δηλαδή, ο διευθύνων σύμβουλος δεν είναι το μόνο μέρος της ηγεσίας του οργανισμού που είναι άμεσα υπόλογο στο διοικητικό όργανο. Στην υγειονομική περίθαλψη, λόγω του μοναδικού επαγγελματικού και νομικού ρόλου των αδειοδοτημένων ανεξάρτητων επαγγελματιών εντός του οργανισμού, οι οργανωμένοι αδειούχοι ανεξάρτητοι ιατροί –στα

νοσοκομεία, το ιατρικό προσωπικό— είναι επίσης άμεσα υπόλογοι στο διοικητικό όργανο για την παρεχόμενη φροντίδα.

Έτσι, το διοικητικό όργανο έχει τη συνολική ευθύνη για την ποιότητα και την ασφάλεια της περίθαλψης και έχει έναν εποπτικό ρόλο στην ενσωμάτωση των ευθυνών και του έργου του ιατρικού προσωπικού, του διευθύνοντος συμβούλου και άλλων ανώτερων στελεχών του σε ένα σύστημα που επιτυγχάνει τους στόχους της ασφάλειας, φροντίδα υψηλής ποιότητας, οικονομική βιωσιμότητα, κοινωνική υπηρεσία και ηθική συμπεριφορά. Αυτός είναι επίσης ο λόγος που και οι τρεις ηγετικές ομάδες – το κυβερνών όργανο, ο διευθύνων σύμβουλος και τα ανώτερα στελέχη και οι ηγέτες του ιατρικού προσωπικού – πρέπει να συνεργαστούν για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι (Schyve, 2009).

Υπάρχει αναγνώριση των προκλήσεων που σχετίζονται με τη διακυβέρνηση της υγειονομικής περίθαλψης, όπως αποδεικνύεται από σημαντικές επενδύσεις διεθνώς στην οικοδόμηση συστημάτων για την ανάπτυξη ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη. National Health System Leadership Centre, και υπάρχουν κάποιες παρόμοιες καινοτομίες σε άλλες χώρες. Αυτό δείχνει τη συνειδητοποίηση ότι το κόστος και οι συνέπειες της κακής κλινικής ηγεσίας υπερτερούν κατά πολύ του κόστους και των πιθανών οφελών από την παροχή επίσημων προγραμμάτων για την ενίσχυση της ικανότητας κλινικής ηγεσίας ιδανικά σε ένα πλαίσιο διεπιστημονικής ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.

Πράγματι, σε ολόκληρο τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν στοιχεία για την ανάγκη για κλινική ηγεσία για τη βελτιστοποίηση της παροχής φροντίδας. Εκτός από τις προκλήσεις που σχετίζονται με τους πόρους και τη ζήτηση, επεισόδια κακής έκβασης ασθενών, κουλτούρες κακής φροντίδας και μια σειρά δυσκολιών στο χώρο εργασίας έχουν συσχετιστεί με κακή κλινική ηγεσία και αυτές οι ανησυχίες έδωσαν την ώθηση για την εξέταση κλινικών ηγεσία πιο στενά.

Η χρήση της θεωρίας για την καθοδήγηση της έρευνας στην ηγεσία στην υγειονομική περίθαλψη είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση των εννοιών και των κατασκευών η έρευνα που επιδιώκει να αντιμετωπίσει είναι και οι κατάλληλες και οι πιο σχετικές. Wong

and Cummings (2007) και οι Wong, Cummings και Ducharme (2013) πραγματοποίησαν δύο συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις της νοσηλευτικής ηγεσία και αποτελέσματα ασθενών, τα οποία προσδιόρισαν 20 άρθρα καλής μεθοδολογικής ποιότητας (έρευνα σχεδιασμός, δειγματοληψία, μέτρηση και στατιστική ανάλυση). Από αυτά, μόνο εννέα βασίστηκαν σε ρητή θεωρία ηγεσίας. Η αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε για την ανασκόπηση που αναφέρουμε εδώ έδωσε παρόμοια αποτελέσματα με λίγα μεθοδολογικά ορθά άρθρα και λίγα βασισμένα σε θεωρίες ηγεσίας.

Οι Gilmartin και D'Aunno (2007) σημείωσαν στο σημείο που έκαναν την ανασκόπησή τους, ότι το ηγετικό μέλος της θεωρίας ανταλλαγής (LMX) δεν αντιπροσωπεύτηκε τόσο καλά όσο στην ευρύτερη βιβλιογραφία ηγεσίας. Πρότειναν ότι αυτό αντικατοπτρίζει μια απροθυμία να το αναγνωρίσουν τους ηγέτες στην υγειονομική περίθαλψη δημιουργούν ακούσια «εντός ομάδων» και «εκτός ομάδας» που αποκαλύπτουν οι θεωρίες LMX. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι η θεωρία ηγεσίας συναισθηματικής νοημοσύνης (Goleman, 1995) παραμελείται σχετική βιβλιογραφία υγειονομικής περίθαλψης. Πράγματι, πολύ λίγες μελέτες έχουν εξετάσει θεωρητικές προοπτικές άλλες από μετασχηματιστική ηγεσία (Akerjordet & Severinsson, 2010; Katrinli, Atabay, Gunay, Guneri, 2008; Wong και Giallonardo, 2013).

Η θεωρία της μετασχηματιστικής ηγεσίας είναι επομένως η θεωρία με τη μεγαλύτερη επιρροή που καθοδηγεί την έρευνα για την ηγεσία της υγειονομικής περίθαλψης. Στην ανασκόπησή τους οι Wong et al (2013) βρήκαν έξι από τα εννέα άρθρα (από τα 20 που επέλεξαν) δηλώνοντας ρητές θεωρίες ηγεσίας χρησιμοποίησαν θεωρίες μετασχηματιστικής ηγεσίας (Bass & Avolio, 1994· Kouzes & Posner, 1995). Άλλες θεωρίες που εντοπίστηκαν στην τρέχουσα ανασκόπηση της βιβλιογραφίας περιελάμβαναν τη θεωρία LMX (Katrinli et al 2008), αυθεντική ηγεσία (Wong & Giallonardo, 2013) και θεωρίες ηγεσίας υπηρεσιών (Nagel & Andenoro, 2012).

Η εστίαση στη μετασχηματιστική (και συναλλακτική) ηγεσία εντοπίστηκε επίσης σε μια συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Gilmartin και D'Aunno (2007) εξετάζοντας την έρευνα για την ηγεσία της υγείας από το 1989 έως το 2005.

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μελέτες στην υγειονομική περίθαλψη παρέχουν ισχυρή υποστήριξη για τη μεταμόρφωση θεωρία ηγεσίας και προσδιορισμένους δεσμούς με την ικανοποίηση του προσωπικού, την απόδοση μονάδας ή ομάδας, οργανωτική κλίμα και προθέσεις κύκλου εργασιών. Προτείνουν ότι αυτές οι επιδράσεις είναι ισχυρότερες όταν αξιολογούνται μεταξύ περισσότερων κατώτερο από το ανώτερο προσωπικό. Τα θετικά αποτελέσματα της μετασχηματιστικής ηγεσίας έχουν επίσης αποδειχθεί σε σχέση με την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, ευημερία του προσωπικού, θετικά νοσηλευτικά αποτελέσματα, ασφάλεια ασθενών, διαφάνεια σχετικά με λάθη και ικανοποίηση ασθενών και προσωπικού (Munir, Nielsen, Garde, Albertsen & Carneiro, 2012, Apekey, McSorley, Tilling & Siriwardena, 2011; Cummings et al., 2008; McFadden, Henagan, & Gowen, 2009; Kvist, Mantynen, Turunen, Partanen, Miettinen, Wolf & Vehvilaninen-Julkunen, 2013; Wong, Cummings & Ducharme, 2013).

Οι Alimo-Metcalf και Alban Metcalf (2001) έχουν προσφέρει ένα εναλλακτικό μοντέλο εννέα παραγόντων για την υγειονομική περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ωστόσο, το υπάρχον μοντέλο εφαρμόζεται καλά σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Η αυθεντική ηγεσία είναι το επίκεντρο ενός μικρού αριθμού μελετών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η προσέγγιση τονίζει τη σημασία της οικοδόμησης της νομιμότητας του ηγέτη μέσω ειλικρινών σχέσεων με τους οπαδούς μέσω της αποτίμησης τις συνεισφορές τους και να συμπεριφέρονται με ηθική και διαφάνεια. Η εμπιστοσύνη στη συνέχεια οδηγεί σε δέσμευση και βελτιωμένη ατομική και ομαδική απόδοση. Οι Wong, Laschinger και Cummings (2010) βρήκαν ότι οι νοσηλευτές που ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αυθεντικής ηγεσίας στους διευθυντές τους ανέφεραν επίσης υψηλότερο επίπεδο εμπιστοσύνης, εργασιακή δέσμευση και αντιλήψεις για την ποιότητα της περίθαλψης.

Οι Wong και Giallonardo (2013) βρέθηκαν θετικές σχέσεις μεταξύ της αυθεντικής ηγεσίας και της διοικητικής εμπιστοσύνης, της επαγγελματικής ζωής και των αποτελεσμάτων των ασθενών. Επιπλέον, αυθεντικοί ηγέτες υποστήριζαν και ενθάρρυναν την ενδυνάμωση των νοσηλευτών στους ρόλους τους και αυτή η ενδυνάμωση οδήγησε σε βελτιώσεις στην απόδοση της εργασίας. Συμπερασματικά, τα στοιχεία υποδηλώνουν ξεκάθαρα την αξία της

μετασχηματιστικής και αυθεντικής ηγεσίας ως ένας παράγοντας πρόβλεψης των ποιοτικών αποτελεσμάτων σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

3.2. Οριστικά ζητήματα στην κλινική ηγεσία

Εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, έχει αναγνωριστεί ότι η κλινική ηγεσία δεν είναι αποκλειστική αρμοδιότητα κάποιας συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας (Howieson & Thaigarajah, 2011). Αντίθετα, όλα τα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης προσδιορίζονται ως πιθανοί ηγέτες. Η ηγεσία μπορεί να οριστεί με διάφορους τρόπους. Και ενώ ένας τυπικός ορισμός της κλινικής ηγεσίας που παρέχει απόλυτη συμφωνία για το νόημα δεν είναι κρίσιμος για την πρόοδο και είναι πιθανό να αποδειχθεί δύσκολος, είναι χρήσιμο να εξεταστούν οι διάφοροι τρόποι με τους οποίους η κλινική ηγεσία εννοιοποιείται και παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία (Slavkin, 2010). Ενώ η αποτελεσματική κλινική ηγεσία έχει προσφερθεί ως τρόπος εξασφάλισης της βέλτιστης φροντίδας και υπέρβασης των προβλημάτων του κλινικού εργασιακού χώρου, ένας τυπικός ορισμός του τι ορίζει την αποτελεσματική κλινική ηγεσία παραμένει ασαφής. Πράγματι, κατά κάποιο τρόπο είναι ευκολότερο να εξεταστεί τι αποτελεί κακή ή αναποτελεσματική κλινική ηγεσία (Slavkin, 2010).

Μια δευτερεύουσα ανάλυση μελετών που διερευνούσαν οργανωτικές αδικίες στα νοσοκομεία ανέδειξε τη φύση της αναποτελεσματικής ηγεσίας στο κλινικό περιβάλλον. Το επίκεντρο της ανάλυσης ήταν στις απαντήσεις των ηγετών κλινικών νοσηλευτών σε νοσηλευτές που εγείρουν ανησυχίες. Τρεις μορφές αποφευκτικής ηγεσίας εντοπίστηκαν:

«καθησυχάζοντας την αποφυγή, όπου οι ηγέτες επιβεβαίωσαν τις ανησυχίες τους αλλά απείχαν από τη δράση· διφορούμενη αποφυγή, όπου οι ηγέτες ήταν αμφίθυμοι στην απάντησή τους και εχθρική αποφυγή, όπου η αποτυχία των ηγετών να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες κλιμάκωσε την εχθρότητα προς τον καταγγέλλοντα» (Jackson et al., 2013).

Αυτές οι μορφές αποτυχίας ηγεσίας συνδέθηκαν όλες με αρνητικά οργανωτικά αποτελέσματα. Παρομοίως, οι McKee et al χρησιμοποίησαν συνεντεύξεις, έρευνες και εθνογραφικές μελέτες περιπτώσεων για να αξιολογήσουν την κατάσταση της ποιοτικής

πρακτικής και να αναφέρουν ότι μία από τις πιο σημαντικές ασφάλειες έναντι αποτυχιών όπως αυτές που παρατηρήθηκαν στο Mid-Staffordshire NHS Trust Foundation είναι ενεργοί και δεσμευμένοι ηγέτες σε όλα τα επίπεδα του συστήματος (Jackson et al., 2013).

Παρά την αβεβαιότητα ως προς τον ορισμό, αρκετοί συγγραφείς προσπάθησαν να περιγράψουν τα χαρακτηριστικά, τις ιδιότητες ή τα χαρακτηριστικά που απαιτούνται για να είναι κάποιος αποτελεσματικός κλινικός ηγέτης. Η σύνθεση της βιβλιογραφίας υποδηλώνει ότι η κλινική ηγεσία μπορεί να πλαισιωθεί διαφορετικά - ως περιστασιακή, ως καθοδηγούμενη από δεξιότητες, ως καθοδηγούμενη από την αξία, ως καθοδηγούμενη από το όραμα, ως συλλογική, συμπαραγωγική, που περιλαμβάνει σχέσεις ανταλλαγής και ως όριο.

Οι αποτελεσματικοί κλινικοί ηγέτες έχουν χαρακτηριστεί ότι έχουν δεξιότητες συνηγορίας και ικανότητα να επηρεάζουν την αλλαγή (Cook, 2004; Watson, 2008). Επίσης, οι αποτελεσματικοί κλινικοί ηγέτες έχουν συνδεθεί με τη διευκόλυνση και τη διατήρηση υγιέστερων χώρων εργασίας, οδηγώντας την πολιτισμική αλλαγή μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας (Jackson & Daly, 2010). Για να επιτευχθούν αυτά τα θετικά αποτελέσματα, οι κλινικοί ηγέτες πρέπει να θεωρούνται αξιόπιστοι – δηλαδή να αναγνωρίζονται από τους συναδέλφους ότι έχουν κλινική επάρκεια και να έχουν τις δεξιότητες και την ικανότητα να υποστηρίζουν αποτελεσματικά και να επικοινωνούν με μέλη πολυεπιστημονικών κλινικών ομάδων (Desveaux et al., 2012).

Οι αποτελεσματικοί κλινικοί ηγέτες απαιτούν προσωπικές ιδιότητες που αντανακλούν θετικές στάσεις προς το δικό τους επάγγελμα, έχουν το θάρρος και την ικανότητα να αμφισβητούν το status quo, να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά ζητήματα ποιότητας φροντίδας και να συμμετέχουν σε στοχαστική πρακτική. Οι Pepin et al διαπίστωσαν ότι η κλινική επάρκεια, η ικανότητα να ηγηθεί μιας ομάδας και η προετοιμασία να αμφισβητήσει το status quo ήταν απαραίτητες δεξιότητες για κλινικούς ηγέτες σε μια καναδική μελέτη. Σε μια αυστραλιανή μελέτη, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι φοιτητές νοσηλευτές θέλουν τα χαρακτηριστικά κλινικής ηγεσίας από τους κλινικούς ηγέτες τους να περιλαμβάνουν το να είναι υποστηρικτικοί, προσιτοί και να παρακινούν, ενώ είναι αποτελεσματικοί επικοινωνιακοί (Zilembo & Monterosso, 2008).

Παρά την αναγνώριση της έλλειψης ενός τυπικού ορισμού της κλινικής ηγεσίας, οι συγγραφείς σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση εντόπισαν κοινά θέματα:

«[...] την ικανότητα να επηρεάζεις τους συνομηλίκους να ενεργούν και να επιτρέπουν την κλινική απόδοση· παρέχει στους συνομηλίκους υποστήριξη και κίνητρο· διαδραματίζουν ρόλο στην εφαρμογή της στρατηγικής κατεύθυνσης του οργανισμού· διαδικασίες πρόκλησης· και να κατέχει την ικανότητα να οδηγεί και να εφαρμόζει το όραμα της παροχής ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη» (Garrubba et al., 2011).

Πολλά άρθρα υποστηρίζουν ότι η κλινική ηγεσία είναι ηγεσία που παρέχεται από κλινικούς ιατρούς που συχνά αναγνωρίζονται ως κλινικοί ηγέτες. Πράγματι, ένας σημαντικός μοχλός της μετάβασης προς τα μοντέλα κλινικής ηγεσίας είναι η αντίληψη ότι οι κλινικοί ηγέτες «είναι οι θεματοφύλακες των διαδικασιών και των μικροσυστημάτων της υγειονομικής περίθαλψης» ως τεχνογνωσία, άμεση συμμετοχή στη φροντίδα των ασθενών, υψηλού επιπέδου διαπροσωπικές και παρακινητικές δεξιότητες, δέσμευση για πρακτική άσκηση υψηλής ποιότητας και ενδυνάμωση άλλων (Stanley, 2012).

Σε αντίθεση με τη διευθυντική ηγεσία, η οποία λειτουργεί μέσω ιεραρχικών οργανωτικών σχέσεων ανωτέρου-υπόστατου, η κλινική ηγεσία έχει συλλογικό προσανατολισμό και εστίαση στη διεπαφή ασθενούς ή υπηρεσίας. Ενώ ορισμένοι κλινικοί ηγέτες μπορεί να κατέχουν θέσεις εξουσίας θέσης, κυρίως η επιρροή των κλινικών ηγετών πηγάζει από χαρακτηριστικά όπως η κλινική αξιοπιστία και η ικανότητα για συνεργασία. Ενώ η μετασχηματιστική ηγεσία τοποθετεί τον ηγέτη ως χαρισματικό διαμορφωτή οπαδών, η κλινική ηγεσία είναι πιο επικεντρωμένη στον ασθενή και δίνει έμφαση στις συλλογικές και συνεργατικές συμπεριφορές.

Είναι προφανές ότι η «θεωρία» της κλινικής ηγεσίας βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης, και όπως η ηγεσία γενικά, στην υγεία υπάρχει πολύ περιορισμένη εμπειρική υποστήριξη για συγκεκριμένες προσεγγίσεις για την εφαρμογή αποτελεσματικών μοντέλων. Η Edmonstone σημειώνει μετά την εφαρμογή πολυάριθμων προγραμμάτων κλινικής ηγεσίας

στο HB, η μικρή έρευνα που πραγματοποιήθηκε έχει επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό στην αξιολόγηση του προγράμματος, παρά στη φύση ή τα αποτελέσματα της κλινικής ηγεσίας (Edmonstone, 2014). Καθώς το σώμα των στοιχείων συνεχίζει να αναπτύσσεται, μπορεί να επιτευχθεί κάποια σαφήνεια.

3.3. Ο ρόλος των νοσοκομείων στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη

Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ): *«Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου»*. Αυτός είναι ένας θετικός ορισμός της υγείας, στον οποίο η έμφαση εστιάζεται στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών. Σε αυτόν τον ορισμό παρατηρούμε ότι πέρα από τη σωματική υγεία συμπεριλαμβάνονται και άλλοι παράγοντες (ψυχο-κοινωνικοί), που θεωρείται ότι συμβάλλουν στον καθορισμό αυτού που θα μπορούσε να καλείται «υγεία υψηλού επιπέδου».

Με βάση το λειτουργικό ορισμό (Parsons, 1979), υγεία θεωρείται η ικανότητα που διαθέτει το άτομο να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους. Εδώ η υγεία ορίζεται με βάση τη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Σε αντίθεση με το λειτουργικό ορισμό ο βιοματικός (Kelman, 1975), εστιάζεται περισσότερο στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την υγεία. Εδώ δεν είναι η κοινωνία αλλά το ίδιο το άτομο που μέσα από τις προσωπικές του εμπειρίες μπορεί να θεωρήσει τον εαυτό του υγιή ή μη (Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης, Π. Μάντη, 1999).

Ο κλάδος Υγείας στην Ελλάδα είναι ίσως ο κλάδος που θα αντιμετωπίσει τις σημαντικότερες, από άποψη μεγέθους αλλαγών, προκλήσεις στο μέλλον. Οι προκλήσεις αυτές -από την επιτυχή διαχείριση των οποίων θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό η αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας και η αποτελεσματικότητα των κυβερνητικών πολιτικών για την Υγεία- θα προέρχονται κυρίως από τα αυξημένα επίπεδα ποιότητας, ασφάλειας και ρυθμιστικών standards των υπηρεσιών Υγείας, τις αυστηρότερες κυβερνητικές πολιτικές, τις αυξημένες προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών, τους περιορισμούς των

προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων, τη γήρανση του πληθυσμού και την πιθανότητα συνεχών εξαγορών, συγχωνεύσεων ή και «ιδιωτικοποιήσεων». Με τέτοιες μεγάλες αλλαγές, που συνεχώς θα εντείνονται, τίθεται το ερώτημα με ποιο τρόπο οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων και των λοιπών οργανισμών Υγείας θα σχεδιάζουν τις στρατηγικές τους και θα αποκτούν την απαραίτητη πληροφόρηση και γνώση για να μπορούν να προσδιορίζουν έγκαιρα κατά πόσον αυτές εκτελούνται επιτυχώς.

Οι Δικαίος κ.ά. (όπως αναφέρονται στους Τρακατέλλης και συν., 1993) κατέληξαν πως οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού. Αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά είναι:

α) Η διαθεσιμότητα τους στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.

β) Η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν στη διάρκεια ολόκληρου του εικοσιτετραώρου.

γ) Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνισή της. Επομένως, πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς τους.

δ) Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες που τις χρησιμοποιούν. Οφείλουν λοιπόν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες (Δικαίος κ.ά., 1999:60).

Κάθε περιφερειακό γενικό και ειδικό νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και τη τεχνική. Στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία οι υπηρεσίες είναι τρεις, η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική. Όλες οι υπηρεσίες είναι ισότιμες και συνεργάζονται μεταξύ τους, ώστε να πετύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Δικαίος κ.ά., 1999:95).

Οι Διοικητικές - Οικονομικές δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε νομαρχιακό νοσοκομείο είναι:

- διαχείριση,
- προγραμματισμός για την κάλυψη αναγκών του νομού.

Η ιδιαιτερότητα των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται σε περιφερειακό νοσοκομείο είναι:

- διοίκηση-διαχείριση
- ανάπτυξη μεθόδων σύγχρονου μάνατζμεντ
- υψηλή διοικητική ικανότητα (management capacity)
- προγραμματισμός για κάλυψη αναγκών της περιφέρειας

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα νοσοκομεία υπόκεινται σε αυξημένη πίεση και έλεγχο. Οι αυξημένες απαιτήσεις και οι δημοσιονομικές πιέσεις έχουν αυξήσει τις πιέσεις σε όλους τους επαγγελματίες υγείας καθώς και στο κλινικό και μη κλινικό προσωπικό. Τα νοσοκομεία, που κάποτε θεωρούνταν ότι αντιπροσώπευαν την «υγειονομική περίθαλψη», αναγνωρίζονται πλέον ως επικίνδυνα μέρη, ιδιαίτερα όπου οι πιο ευάλωτοι, όπως τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι, εκτίθενται στον κίνδυνο και τα πραγματικά ανεπιθύμητα κλινικά συμβάντα.

Ένας αριθμός εκθέσεων με επιρροή σε εθνικό και διεθνές επίπεδο οδήγησε σε αλλαγές στην προβολή, τον έλεγχο και τη λογοδοσία σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτός ο έλεγχος έχει αυξήσει την έμφαση στον ρόλο των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, στην παρακολούθηση των προτύπων, στην ανάπτυξη και αξιολόγηση καλύτερων τρόπων εργασίας καθώς και στην υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους. και οδήγησε σε σημαντική ώθηση στην ατζέντα ποιότητας και ασφάλειας, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης διαφόρων στρατηγικών, όπως η προώθηση πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία.

Στον νοσοκομειακό τομέα, οι απαιτήσεις που τίθενται από τους ηγέτες έχουν γίνει πιο περίπλοκες και η ανάγκη για διαφορετικές μορφές ηγεσίας είναι ολοένα και πιο εμφανής. Για να επιτευχθεί αποδοτικότητα κόστους και να βελτιωθεί η παραγωγικότητα, υπήρξε έντονη

αναδιοργάνωση. Σε συνδυασμό με αυτές τις μεταρρυθμίσεις, έχει αυξηθεί η προσοχή στη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας, με προγράμματα που θεσπίστηκαν για να μετακινηθεί η προσοχή πέρα από τις ερμηνείες της ασφάλειας μεμονωμένων ασθενών-ιατρών προς την αντιμετώπιση οργανωτικών συστημάτων και ζητημάτων πολιτισμού.

Τα κοινά μοντέλα ηγεσίας δεν είναι κατάλληλα για την παροχή αλλαγής κατά την παράδοση στο σημείο της περίθαλψης ή για τη διασφάλιση αυξημένης συμμετοχής του κλινικού ιατρού και των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Τοποθετεί την κλινική πρώτη γραμμή και τους κλινικούς ιατρούς ως ζωτικής σημασίας για την ηγεσία εντός των οργανισμών (Ferguson, 2007). Αυτή η μετασχηματιστική αλλαγή στην εννοιολόγηση της ηγεσίας έχει δει τη συζήτηση να μετακινείται από τις ερμηνείες της ηγεσίας από διευθυντικά στελέχη, ανώτερα στελέχη ή μεμονωμένα ηγετικά σε εστίαση στους κλινικούς ηγέτες και την κλινική ηγεσία. Εν μέρει, αυτή η αλλαγή έγινε ως απάντηση στην αυξανόμενη αναγνώριση ότι ενώ οι ορισμένοι ηγέτες σε θέσεις επίσημης εξουσίας στα νοσοκομεία διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη διοίκηση και υποστηρίζουν αξίες και αποστολή, αυτοί οι ηγέτες είναι περιορισμένοι στην ικανότητά τους να αναδιαμορφώνουν θεμελιώδη χαρακτηριστικά της κλινικής πρακτικής ή εξασφαλίζει την αλλαγή στην πρώτη γραμμή (Edmonstone , 2011).

Υπάρχουν αρκετά στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι νοσηλευτές μπορεί να αισθάνονται δυσαρέσκεια με το εργασιακό περιβάλλον στα νοσοκομεία με κακά εργασιακά περιβάλλοντα που επηρεάζουν αρνητικά την παροχή κλινικής φροντίδας και τα αποτελέσματα των ασθενών. Έχει διερευνηθεί από την προοπτική της επαγγελματικής εξουθένωσης και της συναισθηματικής εξάντλησης με την εργασιακή δέσμευση να θεωρείται ως μια θετική συναισθηματική κατάσταση στην οποία οι εργαζόμενοι συνδέονται συναισθηματικά με τους εργασιακούς ρόλους. Ενώ τέτοιες μελέτες έχουν εξετάσει τη δέσμευση με την εργασία από συναισθηματική σκοπιά, η δέσμευση μπορεί επίσης να γίνει κατανοητή ως μια ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει τη σχέση ενός εργαζομένου με τον επαγγελματικό του ρόλο και την ευρύτερη οργάνωση. Αυτός - εγώ, ή είναι εκδηλώσεις οργανωτικής πίστης ή κοινωνικής αρετής (Frankel et al., 2006).

Η ώθηση της μεγάλης πρόσφατης προσοχής στην επίτευξη μεταρρύθμισης στα νοσοκομεία μέσω της κλινικής ηγεσίας έχει τοποθετήσει την κλινική ηγεσία ως όχημα για τη βελτίωση της εμπλοκής των κλινικών ιατρών όχι μόνο στη δική τους εργασία, αλλά και στα μικροσυστήματα παροχής φροντίδας στα οποία λειτουργούν. Αυτός ο τύπος εργασιακής δέσμευσης απαιτεί μορφές συμπεριφορών του πολίτη που επικεντρώνονται στη βελτίωση των κλινικών συστημάτων και πρακτικών. Για τους μεμονωμένους κλινικούς ιατρούς, η ευρύτερη δέσμευση εντός του οργανισμού με συστήματα και διαδικασίες απαιτεί την ικανότητα για συμπεριφορές του πολίτη που είναι κλινικά εστιασμένες και παρακινούμενες, τόσο στο επίπεδο της δικής τους δουλειάς όσο και στο ευρύτερο δίκτυο σχέσεων και συστημάτων. Αυτές οι μορφές «συμπεριφορών κλινικής ιθαγένειας» απαιτούν μια δίκαιη και δίκαιη εργασιακή κουλτούρα στην οποία τα άτομα μπορούν να εντοπίζουν ανοιχτά ζητήματα και να συνεργάζονται για λύσεις (Frankel et al., 2006).

Είναι σημαντικό, δεδομένου ότι οι κλινικοί γιατροί μπορεί να μην είναι απαραίτητα υπάλληλοι του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται, αλλά αυτορυθμιζόμενοι και ανεξάρτητοι επαγγελματίες που λειτουργούν με ένα επίπεδο ανεξαρτησίας από τις τυπικές σχέσεις εργοδότη-εργαζομένου και που μπορεί να έχουν χαμηλότερα επίπεδα δέσμευσης στο ίδρυμα, Η κατανόηση της δέσμευσης του κλινικού ιατρού πέρα από το επίπεδο δέσμευσης με τη δική του εργασία, προς την ενασχόληση με την ευρύτερη ατζέντα κλινικής ποιότητας και ασφάλειας εντός του οργανισμού έχει σημαντικές επιπτώσεις για την επιτυχία των ατζέντηδων κλινικής ηγεσίας (Bonias et al., 2012). Ένα μικρό δείγμα μελέτης επικεφαλής νοσηλευτών σε μεγάλο ακαδημαϊκό νοσοκομείο ανέφερε ότι η ανάπτυξη κλινικών ηγετών βελτίωσε την ποιότητα του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος μέσω βελτιωμένης επικοινωνίας, αυξημένης υπευθυνότητας και ενδυνάμωσης, βελτιωμένης επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή, βελτιωμένης σαφήνειας και δομής και βελτιωμένης διεπιστημονικής συνεργασίας.

Τα νοσοκομεία είναι περίπλοκες κοινωνικοπολιτικές οντότητες και η ικανότητα για δέσμευση και ηγεσία μεταξύ των κλινικών ιατρών μπορεί να παρεμποδιστεί από τη δυναμική εξουσίας, τα πειθαρχικά όρια και τις ανταγωνιστικές συζητήσεις εντός του οργανισμού. Η εγγενής ένταση μεταξύ κλινικών και διοικητικών συζητήσεων αποδεικνύεται στα ευρήματα

από την αξιολόγηση των δομών της κλινικής διεύθυνσης στα νοσοκομεία της Αυστραλίας, με σχεδόν τα δύο τρίτα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που ερωτήθηκαν να αναφέρουν ότι το πρωταρχικό αποτέλεσμα τέτοιων δομών ήταν η αυξημένη οργανωτική πολιτική την ίδια στιγμή που υπήρξαν αυξανόμενες εκκλήσεις για κλινική ηγεσία, υπάρχουν στοιχεία από την Αυστραλία ότι η μεταρρύθμιση και η αναδιάρθρωση στα νοσοκομεία είχαν ως αποτέλεσμα την απώλεια ρόλων και λειτουργιών διαχείρισης νοσηλευτών (Kearin et al., 2007). Παρά την πολιτική ατζέντα για την ενίσχυση της κλινικής ηγεσίας, υπάρχουν αναφορές ότι οι επιταγές μπορούν αντ' αυτού να επικεντρωθούν κυρίως στη δημοσιονομική αποτελεσματικότητα ή στις οργανωτικές πολιτικές επιταγές, με διάφορους παράγοντες να συνεννοούνται για να φιμώσουν τις ανησυχίες των κλινικών γιατρών.

Ο Edmonstone (2009) προειδοποιεί ότι χωρίς δομικές και πολιτισμικές αλλαγές εντός των ιδρυμάτων, η μετάβαση προς την κλινική ηγεσία μπορεί να οδηγήσει σε ανάθεση ευθύνης σε κλινικούς ιατρούς που δεν είναι προετοιμασμένοι και δεν διαθέτουν πόρους για αυτούς τους ρόλους. Τα στοιχεία που προκύπτουν από το NHS υποδηλώνουν ιδιαίτερη αξία στους συνασπισμούς ηγεσίας μεταξύ διευθυντών και κλινικών γιατρών (McKee et al., 2013). Επιπλέον, η ισχυρή εκπροσώπηση των κλινικών ιατρών σε επίπεδο Διοικητικού Συμβουλίου έχει αναφερθεί ότι κάνει τη διαφορά στην κλινική δέσμευση.

Στόχος του νέου θεσμού είναι να καθιερώσει ένα «ανοικτό» Forum ενημέρωσης και επικοινωνίας, ανταλλαγής εμπειριών και απόψεων, που θα θέσει τις βάσεις για μία νέα θεώρηση της Διοίκησης στον κλάδο των Υπηρεσιών Υγείας, σε ένα περιβάλλον που αναπτύσσεται ραγδαία και απαιτεί νέα επιστημονικά εφόδια και δεξιότητες για τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων. Συνεπώς το Health Management ορίζεται σαν μία εφαρμογή του Management σύγχρονη διοίκηση, στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας. Η εισαγωγή μίας σύγχρονης επιστημονικής διοίκησης στις νοσοκομειακές μονάδες εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία τους και κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπιση των σύγχρονων καθημερινών προβλημάτων. Ένα βασικό εργαλείο του Management και κατ' επέκταση του health Management είναι τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας.

3.4. Προετοιμασία για κλινικούς ηγετικούς ρόλους

Υπάρχει επίσης ανησυχία ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην είναι καλά προετοιμασμένοι να κατανοήσουν τη φύση της ηγεσίας ή να αναλάβουν ηγετικούς ρόλους λόγω της έλλειψης περιεχομένου για την ηγεσία στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών. Αυτές οι ελλείψεις έχουν αναγνωριστεί από επαγγελματικές οργανώσεις και την υγεία παρόχων υπηρεσιών, ειδικά υπό το φως των εκτεταμένων ερευνών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε ορισμένες χώρες. Ως αποτέλεσμα, έχουν γίνει προσπάθειες για να ξεπεραστούν αυτές οι ελλείψεις στην προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας. Όπως σχολιάζουν οι Gagliano et al, (2010) υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι ομάδες παρόχων υπηρεσιών υγείας προσπαθούν να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με ζητήματα ηγεσίας μέσω του σχεδιασμού και της εφαρμογής προγραμμάτων ανάπτυξης ηγεσίας.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει αναπτυχθεί ένα Πλαίσιο Ικανοτήτων Ηγεσίας Ιατρικής (MLCF) και υιοθετήθηκε από επαγγελματίες ιατρικούς φορείς, ρυθμιστικές αρχές και εκπαιδευτικούς παρόχους. επαγγέλματα, με στόχο να συμπεριληφθούν οι ικανότητες σε προπτυχιακές, μεταπτυχιακές και συνεχιζόμενες επαγγελματικές σπουδές. άλλα προγράμματα στο Ηνωμένο Βασίλειο στη βιβλιογραφία αναφέρουν ένα πρόγραμμα μαθητευόμενου που στοχεύει τους γιατρούς στην εκπαίδευση και τους παρέχει βιωματικές ευκαιρίες μάθησης με ανώτερους ιατρικούς λειτουργούς. νοσοκομειακές ρυθμίσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο που στοχεύει στην οικοδόμηση ατομικής ηγεσίας χωρητικότητα (Leeson & Millar, 2013). Τέτοια προγράμματα που λειτουργούν παράλληλα με μια εθνική προσέγγιση αντιπροσωπεύουν κατά κάποιο τρόπο την πολυπλοκότητα της κλινικής ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη.

Άλλες χώρες έχουν αναπτύξει προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης στην κλινική ηγεσία για γιατρούς, νοσηλευτές και συναφείς επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα αντίστοιχα συστήματα υγείας τους. Ορισμένα από αυτά τα προγράμματα έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά με τα πλαίσια ηγεσίας του NHS του Ηνωμένου Βασιλείου και τις σχετικές στρατηγικές. Για παράδειγμα, στη Νέα Ζηλανδία, οι ιατρικές σχολές εργάζονται για να παρέχουν εκπαίδευση ηγεσίας στο προπτυχιακό ιατρικό πρόγραμμα σπουδών τους (Gauld, 2014). Στην Αυστραλία, προγράμματα κατάρτισης είναι διαθέσιμα σε νοσοκομειακούς ιατρούς στα διδακτικά νοσοκομεία. παρόμοιες ευκαιρίες για ανάπτυξη ικανοτήτων στην ηγεσία, ιδιαίτερα στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση (Fuller, 2012; Vong et al., 2013).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών προσδιορίζει την ηγεσία ως ένα από τα κύρια ζητήματα που στηρίζουν τις δραστηριότητές τους και έχει ιδρύσει ένα Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ηγεσίας Νοσηλευτικής ως όχημα για αυτές τις δραστηριότητες. Εκτός από αυτήν την παγκόσμια προσέγγιση, έχουν αναπτυχθεί τοπικές πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της κλινικής ηγεσίας και εφαρμόζεται σε πολλές χώρες.

Είναι ενδιαφέρον ότι, ενώ πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει μια σχετικά διαδεδομένη προσέγγιση για την ανάπτυξη κλινικής ηγεσίας, στην Αυστραλία, η απάντηση της New South Wales Health στην έκθεση Garling ήταν το «Take the Lead», ένα πρόγραμμα που αναπτύχθηκε ειδικά για να ενισχύσουν τις δεξιότητες κλινικής ηγεσίας τους μέσω δραστηριότητες επαγγελματικής ανάπτυξης (Travaglia et al., 2011). Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι ενώ η αποτελεσματική κλινική ηγεσία αναγνωρίζεται ως βασικό ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί, και παρά τις διάφορες στρατηγικές που έχουν σχεδιαστεί για την ενίσχυση της κλινικής ηγεσίας, μέχρι σήμερα υπάρχει έλλειψη μελετών που να δείχνουν βελτιώσεις στην αποτελέσματα των ασθενών ή αποτελέσματα για το εργατικό δυναμικό της υγείας ως αποτέλεσμα αυτών των στρατηγικών.

3.5.Διευκολύνσεις και εμπόδια για την επίτευξη αποτελεσματικής κλινικής ηγεσίας

Η κλινική ηγεσία, για να είναι εμφανής και επιτυχημένη, απαιτεί ευρύτερη εμπλοκή των κλινικών ιατρών και μορφές συμπεριφορών του πολίτη εντός του κλινικού πλαισίου που μεσολαβούν στην υλοποίηση αυτής της μορφής ηγεσίας. Πολλά έχουν γραφτεί στη βιβλιογραφία για την οργάνωση και την υγειονομική περίθαλψη σχετικά με την εργασιακή δέσμευση των εργαζομένων και τα οφέλη που προκύπτουν από την προώθηση της εργασιακής δέσμευσης. Σημαντικά στοιχεία επιβεβαιώνουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ δομών όπως η εργασιακή ικανοποίηση, η εργασιακή απόδοση, η βελτιωμένη παραγωγικότητα και οι αφοσιωμένοι εργαζόμενοι.

Η οργανωτική συμπεριφορά του πολίτη έχει οριστεί ως συμπεριφορές που σχετίζονται με την εργασία που είναι διακριτικές, δεν σχετίζονται με τα επίσημα συστήματα

ανταμοιβής και που προάγουν την αποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού. Οι τύποι συμπεριφορών που συνήθως φαίνεται να διαμορφώνουν την οργανωτική συμπεριφορά του πολίτη περιλαμβάνουν τον αλτρουισμό, την ευγένεια, την ευσυνειδησία και την πολιτική αρετή⁶³, συμπεριλαμβανομένων πράξεων όπως η παροχή βοήθειας σε άτομα με βαρύτερο φόρτο εργασίας, η παροχή χρόνου για να βοηθήσει τους άλλους, η μη λήψη μεγάλων διαλειμμάτων για μεσημεριανό γεύμα και η ολοκλήρωση τα καθήκοντα στην ώρα τους.

Η εστίαση της προσοχής στην εργασιακή δέσμευση και στις συμπεριφορές του πολίτη, τόσο εντός όσο και εκτός της βιβλιογραφίας περί υγειονομικής περίθαλψης, έχει επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό στη γενική δομή της εργασιακής δέσμευσης ή αποδέσμευσης με προσοχή στους εργασιακούς ρόλους και τα καθήκοντα. Η στροφή προς τη κλινική ηγεσία απαιτεί προσοχή σε διαφορετικές πτυχές της εργασιακής δέσμευσης και των συμπεριφορών της ιδιότητας του πολίτη, ιδιαίτερα στη φύση της συμπεριφοράς της κλινικής ιθαγένειας σε αντίθεση με τις γενικές μορφές αυτών των συμπεριφορών (Travaglia et al., 2011).

Παρά τη ευρεία αναγνώριση της σημασίας της αποτελεσματικής κλινικής ηγεσίας στα αποτελέσματα των ασθενών, υπάρχουν αρκετά σημαντικά εμπόδια στη συμμετοχή στην κλινική ηγεσία. Τέτοια εμπόδια σημειώνονται εκτενώς στη βιβλιογραφία και μπορεί να περιλαμβάνουν έλλειψη κινήτρων, έλλειψη εμπιστοσύνης, κλινικό κυνισμό, κακή επικοινωνία, κακή προετοιμασία για ηγετικούς ρόλους, ελλείψεις προγράμματος σπουδών σε προπτυχιακό επίπεδο σε μαθήματα ιατρικής και επαγγελματιών υγείας, εμπειρία ως συμμετέχοντες σε κακώς κατασκευασμένες κλινικές προγράμματα ηγεσίας, ανεπαρκείς πόρους αναπτυξιακών προγραμμάτων, κακή ηγεσία, έλλειψη οράματος και δέσμευσης στα υψηλότερα επίπεδα, αντιλήψεις της ηγεσίας ως «άλλους» και όχι βασικού ρόλου κλινικής πρακτικής, κακές διεπιστημονικές σχέσεις, σύγκρουση ρόλων και μερικές φορές απόρριψη ο ρόλος του «ηγέτη» ως απαράδεκτη επιβολή, αντίσταση στην αλλαγή και κακή ομαδική εργασία (Travaglia et al., 2011).

Ο Edmonstone (2009) προειδοποιεί ότι η έμφαση στην ανάπτυξη ηγετών με βάση τις ικανότητες έχει συμβάλει ελάχιστα στην ενίσχυση της αποτελεσματικής κλινικής ηγεσίας στο Ηνωμένο Βασίλειο, παρά τη δυνητική χρησιμότητα και την ενημερωτική και συνοπτική

αξιολόγηση της ανάπτυξης ηγετών. Παρόλο που έχει γίνει σημαντική συζήτηση σχετικά με την ανάγκη για κλινική ηγεσία, και οι έρευνες μεγάλης κλίμακας στο ηβικό αποδεικνύουν τη σημαντική βλάβη του ασθενούς που έχει προκληθεί απουσία τέτοιας ηγεσίας, συνεχίζει να υπάρχει σημαντική αποσύνδεση μεταξύ κλινικών γιατρών και διευθυντών και κλινικών και γραφειοκρατικές επιταγές. Η συζήτηση για το ποιος είναι σε καλύτερη θέση να ηγηθεί της παροχής υπηρεσιών και η θέση των κλινικών γιατρών στη διακυβέρνηση συνεχίζεται.

Κεφάλαιο 4 : Ο γιατρός ως μάνατζερ

4.1. Εισαγωγικές Παρατηρήσεις

Σε μια μεγάλης κλίμακας ανασκόπηση των μοντέλων ιατρικής ηγεσίας, οι Dickinson, Ham, Snelling και Spurgeon (2013) βρήκαν ότι η ιατρική ή η κλινική ηγεσία διέφερε σε όλες τις περιοχές μελέτης περίπτωσης που αξιολόγησαν. Αναφέρθηκαν παραλλαγές τόσο μεταξύ όσο και εντός των οργανισμών στον βαθμό στον οποίο οι γιατροί αισθάνονταν ότι ασχολούνται με το έργο και τις οργανώσεις τους. Εκείνοι με υψηλά επίπεδα δέσμευσης είχαν καλύτερες επιδόσεις στα διαθέσιμα μέτρα του οργανωτική απόδοση από άλλες. Σε μια προηγούμενη μελέτη, οι Hamilton, Spurgeon, Clark, Dent και Armit(2008) διαπίστωσε ότι σε καταπιστεύματα υψηλής απόδοσης, οι ερωτηθέντες εντόπισαν σταθερά υψηλότερα επίπεδα ιατρικής σύμπλευσης.

Ωστόσο, αυτές οι συγχρονικές μελέτες προσφέρουν ανεπαρκώς αξιόπιστα δεδομένα για να επιβεβαιώσουν τη πιθανή κατεύθυνση της σχέσης και αιτιότητας. Οι Veronesi, Kirkpatrick και Vallascas (2012) εξέτασαν τη στρατηγική διακυβέρνηση στα νοσοκομεία του NHS από συλλογή δεδομένων όπως ετήσιες εκθέσεις, στατιστικά στοιχεία απόδοσης εμπιστοσύνης, αποτελέσματα ασθενών, ποσοστά θνησιμότητας και δεδομένα εθνικών ερευνών ασθενών. Διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των κλινικών γιατρών στα διοικητικά συμβούλια ήταν χαμηλά σε σύγκριση με τα διεθνή ποσοστά, αλλά αυτή η υψηλότερη εκπροσώπηση φάνηκε να συνδέεται με καλύτερη απόδοση, ικανοποίηση ασθενών και ποσοστά νοσηρότητας.

Ο Goodall (2001) αξιολόγησε τον αντίκτυπο της κλινικής ηγετικής θέσης στην κατάταξη των νοσοκομείων στις ΗΠΑ, βρίσκοντας μια ισχυρή σχέση με το US News and World Report σειρά κατάταξης. Οι συγγραφείς προειδοποιούν ότι η έρευνα είναι συσχετιστική και μπορεί απλώς να υποδεικνύει κορυφαίες επιδόσεις τα νοσοκομεία αναζητούν γιατρούς ως ηγέτες.

Η αποτελεσματική ομαδική εργασία είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας για την οργανωτική επιτυχία, που αναφέρεται συχνά στη γκρίζα βιβλιογραφία (NHS Leadership Academy, 2013; Dickinson et al, 2013; Walmsley, & Miller 2008). Οι ερευνητές έχουν επισημάνει με συνέπεια τη σημασία της ηγεσίας στον καθορισμό της αποτελεσματικότητας των ομάδων έναντι των τελευταίων δέκα χρόνια ενώ υποδηλώνει ότι, ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας, η ηγεσία είναι συχνά φτωχή (Øvretveit, Bate, Cleary, Cretin, Gustafson, McInnes, McLeod, Molfenter, Plsek, Robert, Shortell, & Wilson, 2002; Plsek και Wilson, 2001).

Οι West, Borrill, Dawson, Brodbeck, Shapiro και Haward (2003) ανέλυσαν αξιολογήσεις ηγεσίας σε ένα δείγμα από 3.447 ερωτηθέντες από 98 ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, 113 κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας και 72 ομάδες φροντίδας του καρκίνου του μαστού. Αυτή η μελέτη εξέτασε τον βαθμό στον οποίο τα μέλη της ομάδας ήταν ξεκάθαρα σχετικά με το ηγεσία της ομάδας, καθώς μπορεί να υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το ποιος καταλαμβάνει τον ηγετικό ρόλο λόγω διεπαγγελματικών διαφωνιών για τα όρια και ασυμφωνιών κατά το καθεστώς. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι η ηγετική σαφήνεια συσχετίστηκε με σαφείς στόχους της ομάδας, υψηλά επίπεδα συμμετοχής, δέσμευση για αριστεία και υποστήριξη της καινοτομίας. Αυτές οι ομαδικές διαδικασίες προέβλεπαν με συνέπεια την καινοτομία της ομάδας και στα τρία δείγματα.

Ωστόσο, πιο πρόσφατη έρευνα δείχνει σταθερά ότι, σε όλους τους τομείς, μοιράζεται ηγεσία στις ομάδες προβλέπει την αποτελεσματικότητα της ομάδας (D'Innocenzo, Mathieu & Kukenberger, 2014; Wang, Waldman & Zhang, 2014). Αυτά τα ευρήματα δεν είναι ασυνεπή, επειδή μπορεί να συσχετιστεί η ύπαρξη ενός σαφώς καθορισμένου αρχηγού ομάδας με

λιγότερες συγκρούσεις για την ηγεσία και κατά συνέπεια την ενισχυμένη ικανότητα των μελών της ομάδας να ομαλά αναλαμβάνουν ηγετικούς ρόλους και ευθύνες όταν η πείρα τους είναι σχετική.

4.2. Κλινικός Τομέας

Η φύση του αγαθού υγεία και η ιδιομορφία που έχει αυτό σε σχέση με όλα τα άλλα αγαθά οδηγεί σε σοβαρές ιδιαιτερότητες στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των μονάδων αυτών. Οι ιδιαιτερότητες αυτές είναι:

1. **Η αυξημένη κρατική παρέμβαση.** Οι παρεμβάσεις της πολιτείας στους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, στην κατανομή των πόρων, στο τρόπο χρηματοδότησης είναι φυσικό να επηρεάζουν έντονα την οργάνωση, τη διοίκηση και την λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας
2. **Η αδυναμία του ασθενούς να πάρει τις δικές του αποφάσεις.** Αυτή η αδυναμία του ασθενούς σχετίζεται στενά με την ιδιαιτερότητά του καλή υγεία. Ο ασθενής δεν έχει τα απαραίτητα επιστημονικά γνώσεις και πληροφορίες για το εύρος και το είδος των υπηρεσιών χρειάζεται αυτή τη στιγμή. Τις περισσότερες φορές όχι δεν είναι σε θέση να σχηματίσει άποψη ούτε για τις δυνατότητες και για το δεξιότητες του γιατρού. Αυτό οδηγεί τον ασθενή στην ολοκλήρωση αδυναμία να αποφασίσει και ως εκ τούτου της παραχωρεί το δικαίωμα απόφαση στον παραγωγό-προμηθευτή υπηρεσιών υγείας που είναι ο γιατρός.
3. **Η ένταση της δουλειάς.** Η λειτουργία κάθε παραγωγικής μονάδας υπηρεσιών υγείας εξαρτώνται πολύ από το ποσοστό «δουλειά» και διακρίνεται από υψηλό βαθμό διαίρεσης της εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο κύριος παράγοντας της υπηρεσίες υγείας.

4. **Η ένταση οργάνωσης και διαχείρισης.** Αν εξαιρέσουμε τις απλές κλινικές και εργαστήρια οι άλλες μονάδες είναι πολύπλοκες, σύνθετους, συνεχώς εξελισσόμενους οργανισμούς.
5. **Ο τρόπος κατανομής της εξουσίας και της ευθύνης.** Οι μονάδες οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιοσυγκρασιακές οργανώσεις, σε των οποίων η εξουσία και η ευθύνη μοιράζονται τα διάφορα στελέχη όχι μόνο με βάση τη θέση τους στη δομή της ιεραρχίας αλλά και με βάση το κύρος και την ιδιαίτερη δύναμη των διαφόρων κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτά οργανισμών και ιδιαίτερα των γιατρών.

Οι κλινικοί γιατροί αισθάνονται πλέον ότι έχει μπει και η διαχείριση σε περιοχές όπου πριν οι ίδιοι είχαν γενικό κλινική αυτονομία (Davies & Harrison, 2003) (Πλαίσιο 1). Στο Ηνωμένο Βασίλειο στα τέλη της δεκαετίας του 1990, η μετάβαση από την εσωτερική αγορά σε κεντρικά επιβεβλημένες επιταγές μιας αλλαγής της κυβέρνησης τοποθέτησε τους μάνατζερ σε κυβερνητικούς παράγοντες, ακολουθώντας το πολιτικό και όχι το κλινικό πρωτόκολλο.

Απειλές για την κλινική αυτονομία:

- Έλεγχος για τη διάγνωση και τη θεραπεία
- Αποφάσεις για ποιες δοκιμές και θεραπείες είναι αποτελεσματικές και αποτελεσματική, η φύση των διαδικασιών, που και πότε να αναφερθεί, η φύση της φροντίδας παρακολούθησης
- Έλεγχος των αξιολογήσεων της καταλληλότητας περίθαλψης της ατομικής φροντίδας ή του γενικού προτύπου φροντίδας
- Έλεγχος της φύσης και του όγκου των ιατρικών εργασιών
- Οι γιατροί καθορίζουν οι ίδιοι τις προτεραιότητές τους, φόρτου εργασίας και υποστηρικτικές δραστηριότητες
- Συμβατική ανεξαρτησία Μονομερή δικαιώματα να ασχολούνται με εξωσχολικές δραστηριότητες όπως π.χ έρευνα, διδασκαλία, εργασία στο κολέγιο ή ιδιωτική πρακτική

Πλαίσιο 1 : Απειλές για την κλινική αυτονομία

Η διεθνής συστηματοποίηση της ιατρικής, με την εισαγωγή μέτρων ανάμειξης περιπτώσεων, ομάδων σχετικών με τη διάγνωση και κεντρικά συμφωνημένων πρωτοκόλλων και κατευθυντήριες γραμμές, καθιστά την ιατρική περίθαλψη επιρρεπή σε μέτρα διαχείρισης που σχετίζονται με το εισόδημα και αμοιβή. Η επιβολή εθνικών δασμών θα γίνει ένα ακόμη βήμα προς αυτή την κατεύθυνση, αφήνοντας χώρο ώστε η διοίκηση να καθορίσει πώς είναι η κλινική φροντίδα παρέχεται και πόσο είναι προσιτό.

Κίνητρα για γιατρούς μέσω αμοιβής, δηλαδή με συμβάσεις εργασίας, που εντάσσουν επίσης την ιατρική περίθαλψη και τον έλεγχο διαχείρισης. Σε αυτό προστέθηκε, η κρατική ρύθμιση της ιατρικής ως επάγγελμα που έχει εισαγάγει ένα σύστημα επιθεώρησης προτύπων (όπως η Υγειονομική Επιτροπή Περίθαλψης), υποχρεωτικός κλινικός έλεγχος, δημοσίευση των πινάκων πρωταθλημάτων, κλινικών δεικτών απόδοσης, αξιολογήσεις, διευθετήσεις διατήρησης πύλης μεταξύ πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, και ούτω καθεξής.

Ως εκ τούτου, το κυρίαρχο θέμα είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης και μια διάβρωση της επαγγελματικής επιρροής, δύναμης και αυτονομία. Αναστοχαστική πρακτική που προέρχεται από την ατομική τεχνογνωσία και την επαγγελματική συναίνεση, βασισμένη σε γνωμοδότηση εμπειρογνομόνων, αντικαθίσταται από κριτική αξιολόγηση και ένα γραφειοκρατικό μοντέλο συγκριτικής αξιολόγησης. Αυτές οι αλλαγές αποτελούν βασική πηγή της σύγκρουσης υπονομεύει τις σχέσεις γιατρού-διευθυντή. Παρόλο που μπορεί να υπάρχουν κάποια πλεονεκτήματα σε αυτές τις εξελίξεις, θα επιτευχθούν με το κόστος μιας άκαμπτης επισημοποίησης της φροντίδας και μια εταιρική χρηστική προσέγγιση μάλλον παρά μια έμφαση στην εξατομικευμένη προσοχή.

Σε έναν περίπλοκο οργανισμό υγείας, τόσο οι γιατροί όσο και οι διευθυντές είναι αμοιβαία αλληλοεξαρτώμενοι. Σαφώς, οι μάνατζερ και οι γιατροί έχουν κάποια πράγματα από κοινού (Smith, 2003). Και τα δύο επαγγέλματα συνήθως προσελκύουν άτομα που εργάζονται ανιδιοτελώς και σκληρά, μερικές φορές εις βάρος τους. Τα μονοπάτια καριέρας είναι μακρά και επίπονα, και ενσωματώνουν μια ηθική διάσταση. Γιατροί και (προφανώς) μάνατζερ ανταποκρίνεται σε οικονομικά κίνητρα και προνόμια και οι δύο πρέπει να

αξιολογήσουν και να αναλάβουν κινδύνους. Και στα δύο επαγγέλματα υπάρχουν ειδικοί, και οι δύο έχουν την ανάγκη για αποτελεσματική επικοινωνία αλλά μια φήμη για υπερβολική χρήση ορολογίας.

Παρά τους κοινούς αυτούς παράγοντες, οι διαφορετικοί τους πολιτισμοί και πιέσεις μπορεί να προκαλέσουν σημαντικά δυσκολίες στις σχέσεις τους μεταξύ τους. Οι διαρκείς αλλαγές που βιώνουν οι κλινικοί γιατροί αντικατοπτρίζουν την προσπάθεια των κυβερνήσεων να αντιμετωπίσουν με προβλήματα που φαίνονται ανυπέρβλητα. Η σύγκρουση συνήθως προκύπτει από οικονομικούς λόγους, αλλά στο νέο κλίμα λογοδοσίας, Η διοίκηση επίσης παρακολουθεί πλέον τον κίνδυνο και χειρίζεται καταγγελίες κατά κλινικού προσωπικού, αναστολές, εσωτερικές έρευνες και εξωτερικές διαβουλεύσεις. Μια σημαντική διάσταση της αμοιβαίας αλληλεξάρτησης είναι αν και οι δύο εταίροι είναι ίσοι. Γιατροί μπορεί να διαχειριστεί, αν και ίσως όχι με το ίδιο επίπεδο τεχνογνωσίας, αλλά οι διευθυντές δεν μπορούν να κάνουν γιατρό.

Οι διευθυντές θα το πουν αυτό για να διαχειριστούν αποτελεσματικά χρειάζονται την υποστήριξη των γιατρών, αλλά οι γιατροί σπάνια πιστεύουν ότι χρειάζονται διοικητική υποστήριξη προκειμένου να εξασκηθούν αποτελεσματικά. Ωστόσο, οι δεξιότητες διαχείρισης είναι απαραίτητες για τους γιατρούς που διευθύνουν μια μονάδα ή κλινική ομάδα. Σε συνδυασμό με αυτές τις αλλαγές υπήρξε συντονισμένη προσπάθεια της κυβέρνησης να εμπλέξει τους γιατρούς σε τομείς διαχείρισης και συνεπώς να λάβουν περισσότερα ευθύνη για τους ακανθώδεις και πολιτικά ευαίσθητους ζητήματα διαχείρισης πόρων.

Ιατρικοί διευθυντές βρίσκονται στο πλέγμα μεταξύ της διοίκησης και κλινικής ατζέντας και αναμενόμενα βρίσκουν τον ρόλο τους αγχωτικό και απαιτητικό (Goodwin, 1996· Thorne, 1997). Η ικανότητά τους να διατηρούν μια σχέση και ταυτότητα με τους ιατρούς συναδέλφους τους καθώς και η εκπλήρωση των προσδοκιών της διοίκησης έχει δοκιμαστεί σοβαρά και τα δύο θεσμικά και μέσα τους. Στην περιγραφή πτυχών του γιατρού-διευθυντή σχέση μπορεί να έχουμε δώσει την εντύπωση ότι μόνο ο διευθυντής πρέπει να αντιμετωπίσει ζητήματα όπως περιορισμένα οικονομικοί πόροι. Οι γιατροί πρέπει να τα διαχειριστούν χρόνο και πόρους επίσης.

Δίνοντας περισσότερο χρόνο σε έναν ασθενή συχνά σημαίνει λιγότερο για κάποιον άλλον. Δυστυχώς, οι γιατροί είναι επιρρεπείς στην υπερκόπωση και πολλοί δεν είναι καλοί στο να φροντίζουν τους δικές τους ανάγκες (Gabbard, 1985). Όπως οι γιατροί, έτσι και οι περισσότερες υπηρεσίες υγείας οι διευθυντές έχουν επίσης μια εσωτερική επιθυμία να φροντίσουν/θεραπεύσουν, και κάποιοι βρίσκονται παγιδευμένοι από την προσδοκία για την κάλυψη των αναγκών κάθε ασθενή. Αυτό είναι πιο πιθανό να συμβεί όταν ασχολούνται με παράπονα, όπως αυτή η πιο άμεση επαφή με ασθενείς και οικογένειες μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ορίων.

Η διαλεκτική επομένως δεν είναι μόνο μεταξύ γιατρών και διευθυντές, αλλά είναι επίσης ένας εσωτερικός αγώνας μέσα σε όλους από εμάς και μπορεί να γίνει ιδιαίτερο πρόβλημα για ιατρικούς διευθυντές. Οι Simpson & Smith (1997) έχουν επισημάνει τα πλεονεκτήματα του να είσαι ιατρικός διευθυντής: η θέση τους ως οι κλινικοί γιατροί τους προσδίδει αυξημένη αξιοπιστία στην αίθουσα συνεδριάσεων και το γεγονός ότι έχουν εναλλακτικές καριέρες, αν η διοίκηση δεν λειτουργήσει, είναι πιο πιθανό από τη μη κλινική αντιμετώπισή τους συναδέλφους να μιλήσουν ενάντια σε αυτά που θεωρούν να είναι ανεφάρμοστες αποφάσεις.

<i>Μειονεκτήματα Γιατρών ως Μάνατζερ</i>	<i>Ανταμοιβές Γιατρών ως Μάνατζερ</i>
Αποδοχή ευθύνης για θέματα που προηγουμένως θα μπορούσαν να αφεθούν σε άλλους.	Να είναι σε θέση να προσελκύει πόρους.
Γίνεται αντιδημοφιλής στους συναδέλφους ως αποτέλεσμα δύσκολων υπηρεσιακών αποφάσεων.	Να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζονται οι κυβερνητικές οδηγίες.
Πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογεί κριτικά την κλινική πρακτική των συναδέλφων και να αναλαμβάνει δράση όταν καθίσταται απαραίτητο.	Έχει μεγάλη επιρροή στις εξελίξεις και τον καθορισμό προτύπων κλινικής φροντίδας.

Μειωμένες πιθανότητες να λάβουν βραβεία εάν έχουν διασταυρωθεί με άτομα με επιρροή που κάθονται σε επιτροπές βραβείων.	Οικονομικά κίνητρα και βραβεία.
Οι λειτουργίες διαχείρισης κλέβουν χρόνο από την κλινική εργασία.	Απόκτηση θέσης εντός του καταπιστεύματος.
Πρέπει να αναθέτουν καθήκοντα σε άλλους συναδέλφους	Εργασία στον ευρύτερο πλαίσιο του οργανισμού.
Η δουλειά μπορεί μερικές φορές να είναι συντριπτική, με πιθανότητα εξάντλησης ή κακής υγείας εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα έγκαιρα.	
Κίνδυνος επαγγελματικής απομόνωσης.	
Προβλήματα αποδοχής από μη ιατρικούς μάνατζερ.	

Πίνακας 1 : Μειονεκτήματα και Ανταμοιβές των Γιατρών Μάνατζερ

4.3. Οι γιατροί – μάνατζερ

Ο απώτερος στόχος των επαγγελματιών υγείας είναι τελικά η υψηλή παραγωγή ποιότητα εξυπηρέτησης. Προσδιορισμός των αναγκών των μονάδων εφοδιασμού υπηρεσίες υγείας και την ανάπτυξη οργανωτικών προτύπων για την αντιμετώπισή τους είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο έργο για τους διευθυντές ακόμη και όταν υπάρχει πλεόνασμα πόρων. Δεδομένης όμως της στενότητας πόρους και δεδομένου ότι οι καταναλωτές καταναλώνουν έναν αυξανόμενο μερίδιο του εισοδήματός τους στις υπηρεσίες υγείας, ένας άλλος στόχος της λειτουργίας τους αποκτά σημασία οργανώσεις. Αυτό σχετίζεται με την προμήθεια των αιτήσεων υπηρεσίες με τον καλύτερο τρόπο. Αυτές οι οργανώσεις θα πρέπει δεν αντιμετωπίζουν πλέον όχι μόνο την επιδίωξη της υψηλής ποιότητας υπηρεσίες αλλά και αποτελεσματικότητα. Η διπλή μέριμνα για την ποιότητα και αποτελεσματικότητα, αποτελεί τεράστια ευθύνη για τους επαγγελματίες της υγείας και για όσους τα διαχειρίζονται.

Πολλές απόψεις έχουν διατυπωθεί γύρω από τη θέση ότι «η ποιότητα των οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν βασικό παράγοντα για την αύξηση του κόστους πάροχος υπηρεσιών". Σίγουρα έντονες προσπάθειες για μείωση του κόστους για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά αυτό θα συνέβαινε μόνο σε περίπτωση που θα επιβάλλονταν καταστάσεις έλλειψης των αναγκαίων προσωπικό, τεχνολογικό εξοπλισμό και αναλώσιμα. Στην πράξη, η σχέση ποιότητας και κόστους δεν αντιπροσωπεύεται από τέτοιες ακραίες καταστάσεις.

Έχει αποδειχθεί, ότι τα νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν αποτελεσματικά, παράγουν υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας από αυτά που είναι λιγότερο αποτελεσματικά. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι ο ιδανικός στόχος της “παραγωγής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος δεν είναι μόνο επιθυμητός αλλά και εφικτός”. Η υψηλή ποιότητα και η αποτελεσματικότητα πάνε χέρι-χέρι και επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από την αποτελεσματική διαχείριση. Το συμπέρασμα είναι ότι η χρησιμότητα της διαχείρισης γίνεται αναγκαιότητα μετά τις παραπάνω παρατηρήσεις και τα συμπεράσματα που συνήφθησαν.

Από τη δεκαετία του 1960 έως τα τέλη της δεκαετίας του 1980, οι επαγγελματικοί οργανισμοί όπως τα νοσοκομεία διοικούνταν από τους κλινικούς γιατρούς, τους επαγγελματίες της ελίτ που είχαν τη δύναμη και την επιρροή να ελέγχουν τον οργανισμό (Dickinson et al., 2013; Greenwood et al., 1990). Τέτοιες οργανώσεις ήταν γνωστές ως «επαγγελματικές γραφειοκρατίες» (Mintzberg, 1979, σ. 348) και οι εξωτερικές μη επαγγελματικές επιρροές σε αυτές τις οργανώσεις ήταν περιορισμένες.

Επιπλέον, τα νοσοκομεία εκείνη την εποχή ήταν αποκεντρωμένα στη διοικητική τους δομή, και έτσι η συλλογική λήψη αποφάσεων από ομάδες επαγγελματιών ήταν ο κανόνας, με διευθυντές και ηγέτες να προέρχονται από το ίδιο το επάγγελμα (Dickinson and Ham, 2008). Επομένως, σε σύγκριση με τις παραδοσιακές δομές διαχείρισης, η διαχείριση αυτών των οργανισμών γινόταν από κάτω προς τα πάνω και όχι από πάνω προς τα κάτω, και η δομή διαχείρισης έτεινε να είναι. Αυτές οι οργανώσεις ήταν λιγότερο πιθανό να αλλάξουν και οι

ρόλοι μέσα σε αυτούς ήταν πιο εξειδικευμένοι και λιγότερο επίσημοι (Friedson, 1986· Mintzberg, 1980).

Οι γιατροί αποτελούν μια από τις κύριες επαγγελματικές ομάδες κλινικών γιατρών που λειτουργούν σε νοσοκομεία που συνέβαλαν στην επαγγελματική κουλτούρα της γραφειοκρατίας (Dickinson and Ham, 2008· Friedson, 1986). Οι γιατροί (όπως και ορισμένοι άλλοι κλινικοί γιατροί), λόγω της εκπαίδευσης και της εμπειρίας τους, έχουν εξειδικευμένες γνώσεις που μπορούν να αποκρύψουν από μη ιατρικούς διευθυντές και τρίτους.

Αυτή η αποκλειστικότητα ήταν ένας από τους τρόπους με τους οποίους οι γιατροί μπόρεσαν να αντλήσουν δύναμη και επιρροή, και η διοίκηση έπρεπε να είναι σε θέση να εργαστεί σε αυτό το πλαίσιο. Πράγματι, οι γιατροί και οι μη κλινικοί διευθυντές αναμενόταν μερικές φορές να βρίσκονται σε σύγκρουση (Dickinson and Ham, 2008). Οι γιατροί ήταν αυτοί που είχαν με το μέρος τους δυνάμεις της αγοράς και πολιτική επιρροή. Ως εκ τούτου, οι γιατροί είχαν την εξουσία να μπλοκάρουν την οργανωτική στρατηγική και διαδικασίες, εάν διαφωνούσαν με τη διοίκηση. Εν συντομία, η επαγγελματική γραφειοκρατία κυριαρχούσε στα νοσοκομεία.

Ωστόσο, λόγω των δυνάμεων της αγοράς, του αυξανόμενου ανταγωνισμού και των πιέσεων εταιρικής διακυβέρνησης, τα νοσοκομεία έχουν μετατοπιστεί από επαγγελματικές γραφειοκρατίες όπου οι κλινικοί γιατροί διαχειρίζονται άλλους κλινικούς γιατρούς (Baker and Denis, 2011). Για παράδειγμα, ορισμένα νοσοκομεία διοικούνταν από μη κλινικούς διευθυντές εκπαιδευμένους στη διαχείριση, οι οποίοι δεν προωθήθηκαν από το ίδιο το κλινικό επάγγελμα. Αυτό το μοντέλο διαχείρισης μη κλινικού ιατρού είναι γνωστό ως μοντέλο «διαχειριζόμενης επαγγελματικής επιχείρησης» (Cooper et al., 1996, σελ. 631). Αυτό το μοντέλο εξακολουθεί να επιτρέπει μια επαγγελματική βάση, αλλά υπάρχει ένα πρόσθετο επίπεδο ειδικών διευθυντών πάνω από τους επαγγελματίες, φέρνοντας πρόσθετες εταιρικές αξίες και στρατηγική.

Παρά ταύτα, αυτό το μοντέλο στα νοσοκομεία έχει επικριθεί για την αφαίρεση της δυναμικής και ευέλικτης φύσης του παραδοσιακού νοσοκομείου που διοικείται από επαγγελματίες, καθώς είναι πολύ από πάνω προς τα κάτω στην προσέγγισή του (Degeling et

al., 2003). Πράγματι, η ιστορία της διαχείρισης από έναν από τους δικούς τους έχει οδηγήσει τους κλινικούς γιατρούς, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, να διατηρούν μέρος της κουλτούρας που συνοδεύει τις επαγγελματικές γραφειοκρατίες (Dickinson and Ham, 2008).

Τα νοσοκομεία είναι ένας από τους λίγους οργανισμούς όπου διακριτές υποκουλτούρες συνεχίζουν να συνυπάρχουν σε σιλό, χωριστά το ένα από το άλλο με φτωχούς δεσμούς μεταξύ τους (Bate, 2000). Για παράδειγμα, εξακολουθεί να είναι δύσκολο να επιβληθούν κάποιες αλλαγές στους γιατρούς, παρόλο που πολλά ζητήματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία απαιτούν τη συμμετοχή τους (Guthrie, 1999). Έτσι, παρά αυτές τις προσπάθειες να αντικατασταθούν οι επαγγελματικές γραφειοκρατίες στα νοσοκομεία με ένα διαχειριζόμενο επαγγελματικό επιχειρηματικό μοντέλο στα περισσότερα δυτικά έθνη, πολλά από τα στοιχεία μιας κουλτούρας επαγγελματικής γραφειοκρατίας παραμένουν (Bate, 2000· Kitchener, 1999).

Μερικοί γιατροί διατηρούν έναν ρόλο διαχείρισης λόγω της ύπαρξης τέτοιων μικροσυστημάτων, που ορίζονται ως η μικρότερη αναπαραγόμενη μονάδα μέσα σε έναν οργανισμό, το καθένα από τα οποία έχει τους δικούς του ανθρώπινους, οικονομικούς και τεχνολογικούς πόρους (Denis, 2013· Quinn, 1992). Πράγματι, τα μικροσυστήματα με τις καλύτερες επιδόσεις τείνουν να έχουν δύο ή τρεις ηγέτες που μοιράζονται τις ευθύνες διαχείρισης αντί για έναν (Batalden et al., 2003). Αυτή η ομάδα κοινής διαχείρισης είναι επίσης γνωστή ως κλινική διεύθυνση.

Οι κλινικοί μάνατζερ είναι συνήθως ανώτεροι γιατροί που είναι προϊστάμενοι ή διευθυντές κλινικής μονάδας που διοικούν, διατηρώντας παράλληλα την κλινική πρακτική σε βάση μερικής απασχόλησης. Αυτοί οι ρόλοι κλινικού διευθυντή συνδυάζουν κλινικές λειτουργίες και ευθύνες διαχείρισης (BAMM, 2004· Kuntz and Scholtes, 2013). Αυτές οι κλινικές διευθύνσεις οδήγησαν στην ανάπτυξη του διευθυντή ιατρού κλινικού ως ξεχωριστού ρόλου στα νοσοκομεία (McKee et al., 1999).

Αυτοί οι κλινικοί μάνατζερ υποστηρίζονται από μια ομάδα διαχείρισης που περιλαμβάνει έναν διευθυντή νοσηλευτών και έναν διευθυντή επιχείρησης, όπως φαίνεται

στο Σχήμα 1. Οι κλινικές διευθύνσεις είναι η κύρια δομή κλινικής διαχείρισης που χρησιμοποιείται από υπηρεσίες οξείας βοήθειας σε νοσοκομεία στις δυτικές χώρες (Braithwaite et al., 2005b) . Επιπλέον, ο κλινικός διευθυντής μπορεί επίσης να βελτιώσει τους διαύλους επικοινωνίας μεταξύ των ανώτερων στελεχών και των ιατρών επί τόπου (Braithwaite et al., 2005a).

Ωστόσο, οι κλινικοί μάνατζερ στη μεσαία διοίκηση μπορούν να είναι αποτελεσματικοί μόνο εάν οι ενέργειες και οι θέσεις τους νομιμοποιούνται από τα ανώτερα στελέχη και τον ευρύτερο οργανισμό (Degeling et al., 2003). Επιπλέον, οι γιατροί που είναι κλινικοί διευθυντές είναι συχνά οι πιο απογοητευμένοι από όλους τους διευθυντές υγείας στο νοσοκομειακό σύστημα (Davies et al., 2003). Οι γιατροί που εργάζονται στην ιατρική διαχείριση, όπως οι κλινικοί διευθυντές, κάθονται στο φράχτη μεταξύ του επαγγελματικού κλινικού κόσμου και του κόσμου της πολιτικής και της διαχείρισης (Marnoch et al., 2000).

Εκτός από τους κλινικούς διευθυντές που εργάζονται στη μεσαία διοίκηση, υπάρχουν και άλλοι υψηλότεροι ρόλοι ιατρικής διοίκησης για τους γιατρούς εντός νοσοκομείων (Empey et al., 2002). Σε αντίθεση με τους κλινικούς διευθυντές που είναι συνήθως μερικής απασχόλησης, οι γιατροί που εργάζονται με πλήρη απασχόληση σε ανώτερα στελέχη νοσοκομείων εργάζονται είτε ως επικεφαλής ιατρός (ένας ρόλος ειδικά για τους γιατρούς) είτε ως διευθύνων σύμβουλος ενός νοσοκομείου (Edmonstone, 2009).

Οι γιατροί που εργάζονται σε ρόλους ανώτερης διοίκησης νοσοκομείων που είναι ειδικοί για τον ιατρό έχουν θέσεις όπως επικεφαλής ιατρός, εκτελεστικός διευθυντής ιατρικών υπηρεσιών, διευθυντής ιατρικών υπηρεσιών, διευθυντής κλινικών υπηρεσιών ή ιατρικός διευθυντής (Dwyer, 2010b). Αναφέρονται απευθείας στον διευθύνοντα σύμβουλο του νοσοκομείου. Ο διευθύνων σύμβουλος είναι ο υψηλότερος εκτελεστικός ρόλος σε ένα νοσοκομείο. Το Κουίνσλαντ, η Δυτική Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν προχωρήσει προς την απόκτηση διευθυντικών στελεχών γιατρών στα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία τους (Dickinson and Ham, 2008; Ham et al., 2010).

Πράγματι, αυτοί οι γιατροί στα ανώτερα στελέχη φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αξιοπιστία, βαθύτερη γνώση του τρόπου λειτουργίας της υγειονομικής περίθαλψης και λιγότερο περιορισμένη ικανότητα να μιλούν ανοιχτά (Simpson και Smith, 1997). Οι γιατροί που εργάζονται στη διαχείριση τονίζουν τη σημασία της διατήρησης της επαγγελματικής αυτονομίας και της επαγγελματικής κουλτούρας σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού, προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η φροντίδα των ασθενών (Degeling et al., 1999, 2001).

Για παράδειγμα, υπάρχουν διαφορές μεταξύ ιατρικών και νοσηλευτικών διευθυντών, με τους ιατρικούς διευθυντές να θεωρούνται ότι έχουν περισσότερη δύναμη και εξουσία να υποστηρίζουν ή να μπλοκάρουν πρωτοβουλίες λόγω της φύσης των ρόλων τους σε σύγκριση με τους διευθυντές νοσηλευτικής» (Degeling et al., 1998, 2003). Ωστόσο, οι γιατροί σε αυτούς τους ρόλους διαχείρισης πλήρους απασχόλησης συχνά αντιμετωπίζουν πρόβλημα ταυτότητας, με τους κλινικούς συναδέλφους τους να μην βλέπουν την ιατρική διαχείριση ως ιατρική ειδικότητα (Fitzgerald et al., 2006).

Έτσι, έχει γίνει μια κίνηση για την επισημοποίηση της ιατρικής διαχείρισης σε μια ξεχωριστή διαπιστευμένη ιατρική ειδικότητα σε ορισμένες δικαιοδοσίες. Για παράδειγμα, οι διαπιστευμένοι ιατροί ειδικοί σε ρόλους διαχείρισης νοσοκομείων πλήρους απασχόλησης είναι γνωστοί ως ειδικοί ιατρικοί διαχειριστές στην Αυστραλία (AMC, 2011), ιατρικοί διευθυντές στο Ηνωμένο Βασίλειο (BAMM, 2004) και στελέχη ιατρών στις ΗΠΑ (ACPE, 2011). Ένας ειδικός ιατρός διαχειριστής είναι ένας εγγεγραμμένος ιατρός με πτυχίο ιατρικής και διπλά προσόντα στην ιατρική και τη διαχείριση, ο οποίος έχει αναλάβει κυρίαρχο ρόλο διαχείρισης στην υγειονομική περίθαλψη (Dwyer, 2010a).

Οι ρόλοι ανώτερης διοίκησης νοσοκομείων για γιατρούς αναπληρώνονται από γιατρούς που έχουν αποφασίσει να ειδικευτούν στην ιατρική διαχείριση ως καριέρα (Montgomery, 1990). Οι γιατροί που μετακινούνται σε αυτές τις ιατρικές υπηρεσίες πλήρους απασχόλησης ως ειδικότητα δεν βλέπουν μια τέτοια κίνηση ως αντικατάσταση του κλινικού τους ρόλου, αλλά μάλλον τον ενισχύει (Hoff, 1998, 2001).

Εντούτοις, η εκπαίδευση στις δεξιότητες διαχείρισης που λαμβάνουν οι γιατροί στα ανώτερα στελέχη είναι μεταβλητή και ασυνεπής (Ham et al., 2010) και υπάρχει ανάγκη για περισσότερη από αυτήν (Medina-Walpole et al., 2004). Παρά τις αυξημένες προσπάθειες για την παροχή πρόσθετης εκπαίδευσης διαχείρισης στους γιατρούς (Mahmood και Chisnell, 1993), τέτοια εκπαίδευση στερείται συντονισμού και συνάφειας (Walker and Morgan, 1996). Μόνο ορισμένοι γιατροί σε ρόλους διοίκησης νοσοκομείων θα έχουν υποβληθεί σε μεταπτυχιακή εκπαίδευση διαχείρισης (Vera and Hucke, 2009). Μερικοί από αυτούς τους γιατρούς υποβάλλονται σε εκπαίδευση διαχείρισης αφού βρίσκονται στους διοικητικούς τους ρόλους και υπάρχουν προκλήσεις στην ανάπτυξη της εκπαίδευσης διαχείρισης για τους γιατρούς (Guthrie, 1999)

Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής

Η βιβλιογραφική ανάλυση κατέδειξε ότι η εμπλοκή των γιατρών στη διοίκηση των νοσοκομείων δημιουργεί σημαντικά πλεονεκτήματα αλλά και ουσιαστικές προκλήσεις. Από τη μια πλευρά, οι γιατροί φέρνουν μαζί τους την κλινική εμπειρία, την κατανόηση των αναγκών των ασθενών και την ικανότητα να γεφυρώνουν το χάσμα ανάμεσα στις κλινικές ομάδες και τη διοίκηση. Η παρουσία τους σε ηγετικούς ρόλους ενισχύει την αξιοπιστία της διοίκησης απέναντι στο προσωπικό και το κοινωνικό σύνολο, ενώ συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη πλευρά, δεν μπορεί να παραγνωριστεί ότι η διπλή ιδιότητα του γιατρού–διοικητή δημιουργεί κρίση ταυτότητας, ενώ οι απαιτήσεις του κλινικού έργου συγκρούονται με τις διαχειριστικές ευθύνες. Επιπλέον, πολλοί γιατροί στερούνται της απαραίτητης εκπαίδευσης στη διοίκηση και στα οικονομικά της υγείας, γεγονός που περιορίζει την αποτελεσματικότητά τους, ενώ η κουλτούρα καχυποψίας απέναντι στους γιατρούς–μάνατζερ εξακολουθεί να λειτουργεί αποτρεπτικά.

Από τη σύγκριση των θετικών και αρνητικών στοιχείων, προκύπτει ότι τα οφέλη υπερτερούν, υπό την προϋπόθεση ότι θα υπάρξουν στοχευμένες θεσμικές παρεμβάσεις. Στο πλαίσιο αυτό, αναδεικνύεται η ανάγκη ένταξης μαθημάτων διοίκησης και ηγεσίας ήδη στο προπτυχιακό επίπεδο των Ιατρικών Σχολών, ώστε οι νέοι γιατροί να αποκτούν βασικές δεξιότητες στη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, στα οικονομικά της υγείας και στη στρατηγική διοίκηση. Παράλληλα, απαιτείται η ανάπτυξη εξειδικευμένων προγραμμάτων κατάρτισης και πιστοποίησης για γιατρούς που αναλαμβάνουν διοικητικούς ρόλους, μέσα από συνεργασίες με πανεπιστήμια και σχολές δημόσιας διοίκησης. Εξίσου κρίσιμη είναι η θεσμοθέτηση υβριδικών ρόλων με σαφές πλαίσιο αρμοδιοτήτων, ώστε να αποφεύγεται η σύγκρουση μεταξύ κλινικής και διοικητικής διάστασης, αλλά και η παροχή κινήτρων, οικονομικών και επαγγελματικών, για τη συμμετοχή των γιατρών σε διοικητικές θέσεις. Τέλος, η καλλιέργεια κουλτούρας συνεργασίας και αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ κλινικών και μη κλινικών στελεχών, σε συνδυασμό με μηχανισμούς συνεχούς αξιολόγησης και λογοδοσίας, μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα αυτών των πολιτικών.

Με βάση τα παραπάνω, το τελικό συμπέρασμα είναι ότι η ενδυνάμωση των γιατρών στη διοίκηση μπορεί να αποτελέσει στρατηγικό πλεονέκτημα για το σύστημα υγείας, εφόσον πλαισιωθεί από εκπαίδευση, θεσμική κατοχύρωση και αλλαγή κουλτούρας. Η Ελλάδα, με δεδομένες τις διαρθρωτικές αδυναμίες του ΕΣΥ, έχει ακόμη μεγαλύτερη ανάγκη για τέτοιες παρεμβάσεις, ώστε να διαμορφώσει ένα υβριδικό μοντέλο διοίκησης που θα αξιοποιεί τις δεξιότητες των γιατρών χωρίς να περιορίζει τον κλινικό τους ρόλο.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

1. Κάτου, Α. Α. (2017). *Οργανωσιακή Συμπεριφορά*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζυγός.
2. Παπαλεξανδρή Ν. & Μπουραντάς Δ. (2003). *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*. Αθήνα : Εκδόσεις Γ. Μπένου,
3. Πολυχρονίου Π. (2010). *Διοίκηση Συγκρούσεων*. (Σημειώσεις). Πάτρα. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πατρών
4. Πολύζος, Μ.Ν. (2014). *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα : Εκδόσεις Κριτική
5. Τζωρτζάκης Κ. & Τζωρτζάκη, Α.Μ. (2007). *Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων το Μάνατζμεντ της νέας εποχής*. Αθήνα : Rosili,
6. Φαναριώτης, Π. (2002). *Διοίκηση Προσωπικού*. Αθήνα : Εκδόσεις Σταμούλη,

Ξενόγλωσση

1. Allen DW (1998). How nurses become leaders - Perceptions and beliefs about leadership development. J Nurs Admin. 28 (9): 15-20. 10.1097/00005110-199809000-00005.
2. Abbott AD (1988). The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press
3. ACPE (2011), “About us”, available at: www.acpe.org/Home/about.aspx (accessed 20 April 2011).
4. AHMAC (2008), National E-Health Strategy, Department of Human Services, Melbourne.
5. AIHW (2010a), Australian Hospital Statistics 2008-2009, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
6. AIHW (2010b), Medical Labour Force 2008, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
7. AMC (2011), “The list of Australian recognised medical specialties”, available at: www.amc.org.au/images/Recognition/AMC-list-of-specialties.pdf (accessed 25 May 2011).

8. Baker, G. and Denis, J. (2011), "*Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership*", Public Money & Management, Vol. 31 No. 5, pp. 355-362.
9. Baker, R. (2001), "*Healthcare managers in the complex world of healthcare*", Frontiers of Health Services Management, Vol. 18 No. 2, pp. 23-32.
10. BAMM (2004), Making Sense – A Career Structure for Medical Management, British Association of Medical Managers, Stockport.
11. Blake, R., Mouton, J. (1970). *The fifth achievement*. Journal of Applied Behavioural Science, Vol. 6, pp. 413-426
12. Burau V, Vrangbæk K (2008). Global market and national pathways of medical re-regulation. Rethinking professional governance International directions in healthcare. Edited by: Kuhlmann E, Sachs M. Bristol: The Policy Press, 29-44.
13. Boucher CJ (2005). To be or not to be ... a manager: the career choices of health professionals. Aust Health Rev. 29 (2): 218-225. 10.1071/AH050218.
14. Batalden, P. , Nelson, E. , Mohr, J. , Godfrey, M. , Huber, T. , Kosnik, L. and Ashling, K. (2003), "*Microsystems in health care: part 5. How leaders are leading*", Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 29 No. 6, pp. 297-308.
15. Bate, P. (2000), "*Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community*", Public Administration, Vol. 78 No. 3, pp. 485-512.
16. Bohmer, R. (2013), "*Leading clinicians and clinicians leading*", New England Journal of Medicine, Vol. 368 No. 16, pp. 1468-1470.
17. Braithwaite, J. (2004), "*An empirically-based model for clinician-managers' behavioural routines*", Journal of Health Organization and Management, Vol. 18 Nos 4/5, pp. 240-261.
18. Bolden R, Gosling J (2006). Leadership competencies: time to change the tune?. Leadership. 2 (2): 147-163. 10.1177/1742715006062932.
19. Block LA, Manning LJ (2007). A systemic approach to developing frontline leaders in healthcare. Leadersh Health Serv. 20 (2): 85-96. 10.1108/17511870710745420.
20. Berry L, Seltman K (2008). *Management Lessons from Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations*. New York : McGraw-Hill.

21. Braithwaite, J. , Westbrook, J. and Iedema, R. (2005a), “*Restructuring as gratification*”, Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 98 No. 12, pp. 542-544.
22. Braithwaite, J. , Westbrook, M. , Iedema, R. , Mallock, N. , Forsyth, R. and Zhang, K. (2005b), “*A tale of two hospitals: assessing cultural landscapes and compositions*”, Social Science and Medicine, No. 60, pp. 1149-1162.
23. Cooper, D., Hinings, C. , Greenwood, R. and Brown, J. (1996), “*Sedimentation and transformation in organizational change: the case of Canadian law firms*”, Organization Studies, Vol. 17 No. 4, pp. 623-647.
24. Chisnell C, Edmonstone J (1993). Administration to business management. Health Manpow Manage. 19 (1): 14-15.
25. Chisnell C, Edmonstone J (1992). New roles for old. Health Manpow Manage. 18 (4): 34-35.
26. Davies, H. , Hodges, C.-L. and Rundall, T. (2003), “*Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS*”, British Medical Journal, Vol. 326 No. 7390, pp. 626-628.
27. Degeling, P. , Hill, M. and Kennedy, J. (2001), “*Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management: the central challenge of hospital reform*”, Health Services Management Research, Vol. 14 No. 1, pp. 36-48.
28. Degeling, P. , Kennedy, J. , Hill, M. , Carnegie, M. and Holt, J. (1998), *Professional Sub-Cultures and Hospital Reform* , The Centre for Hospital Management and Information Systems Research, Sydney.
29. Drummond H, Chell E (2001). Life’s chances and choices: a study of entrapment in career decisions with reference to Becker’s side bets theory. Pers Rev. 30 (2): 186-202. 10.1108/00483480110380343.
30. Day DV (2000). Leadership development: A review in context. Leadership Quart. 11 (4): 581-613. 10.1016/S1048-9843(00)00061-8.
31. Debets, V. E. M., Van der Wal, R. A. B., Scherpbier, A. J. J. A., Borleffs, J. C. C., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2023). Linking leadership development programs for physicians with organizational outcomes. *BMC Health Services Research*, 23(1), 981. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09811-y>

32. Degeling, P. , Maxwell, S. , Kennedy, J. and Coyle, B. (2003), “*Medicine, management and modernization: a ‘danse macabre’*”, British Medical Journal, Vol. 326 No. 7390, pp. 649-652.
33. Degeling, P. , Sage, D. , Kennedy, J. and Perkins, R. (1999), “*The impact of reform on hospitalisation-based subcultures: a comparison of some Australian and New Zealand hospitals*”, Australian Health Review, No. 24, pp. 172-188.
34. Denis, J. (2013), “Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement prospects for Canadian”, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Toronto.
35. Dickinson, H. and Ham, C. (2008), Engaging Doctors in Leadership: Review of the Literature, NHS Institute for Innovation and Improvement Coventry.
36. Dickinson, H. , Ham, C. , Snelling, I. and Spurgeon, P. (2013), *Are We There Yet? Models of Medical Leadership and Their effectiveness: An Exploratory Study*, National Institute for Health Research, Birmingham.
37. Doolin, B. (2001), *Doctors as managers – new public management in a New Zealand hospital*, Public Management Review, Vol. 3 No. 2, pp. 231-254.
38. Dwyer, A. (2010a), Medical managers in contemporary healthcare organisations: a consideration of the literature, Australian Health Review, Vol. 34 No. 4, pp. 514-522.
39. Dickinson H, Ham C (2008). Engaging doctors in leadership: review of the literature. Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham
40. Dwyer, A. (2010b), “*Roles, attributes and career paths of medical administrators in public hospitals: survey of Victorian metropolitan directors of medical services*”, Australian Health Review, Vol. 34 No. 4, pp. 506-513.
41. Davies HTO & Harrison S. (2003). Trends in doctor-manager relationships. *BMJ*. 2003;326:646–649
42. Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ (2004). Making clinical governance work. *BMJ*. 329 (7467): 679-681. 10.1136/bmj.329.7467.679.
43. Doolin B (2001). Doctors as managers: new public management in a New Zealand hospital. *Public Manag Rev*. 3 (2): 231-254. 10.1080/14616670010029601.
44. Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. (2003). Medicine, management, and modernisation: a “danse macabre”? *BMJ*. 2003;326:649–652

45. Edmonstone J (2011). The challenge of capability in leadership development. *Br J Health Care Manage.* 17 (12): 572-578.
46. Edmonstone, J. (2009), "*Clinical leadership: the elephant in the room*", *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 24 No. 4, pp. 290-305.
47. Empey, D. , Peskett, S. and Lees, P. (2002), "*Medical leadership*", *British Medical Journal*, Vol. 325, Supplement, p. S191.
48. Edmonstone J, Western J (2002). Leadership development in health care: what do we know?. *J Manag Med.* 16 (1): 34-47. 10.1108/02689230210428616.
49. Edmonstone J (2009). Clinical leadership: the elephant in the room. *Int J Health Plann Manage.* 24 (4): 290-305. 10.1002/hpm.959.
50. Erlandson DA, Harris EL, Skipper BL, Allen SD (1993). *Doing naturalistic inquiry: a guide to methods.*, Newbury Park: Sage
51. Edmonstone J (2005). What is clinical leadership development?. *Cinical leadership: a book of readings.* Edited by: Edmonstone J. Chichester: Kingsham Press, 16-19.
52. Fitzgerald, L. , Lilley, C. , Ferlie, E. , Addicott, R. , McGivern, G. and Buchanan, D. (2006), *Managing Change and Role Enactment in the Professionalised Organisation*, National Co-Ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), London.
53. Freidson E (2001). *Professionalism: the third logic.* Cambridge: Polity Press
54. Forbes T, Hallier J, Kelly L (2004). Doctors as managers: investors and reluctant in a dual role. *Health Serv Manage Res.* 17 (3): 167-176. 10.1258/0951484041485638.
55. Fulop L, Day GE (2010). From leaders to leadership: clinician managers and where to next?. *Aust Health Rev.* 34 (3): 344-351. 10.1071/AH09763.
56. Fitzgerald L (1994). Moving clinicians into management: a professional challenge or threat?. *Journal Manag Med.* 8 (6): 32-44. 10.1108/02689239410073420.
57. Friedson, E. (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, The University of Chicago Press, London.
58. Goodall AH (2011). Physician-Leaders and Hospital Performance: Is There an Association?. *Soc Sci Med.* 73 (4): 535-539. 10.1016/j.socscimed.2011.06.025.
59. Guthrie MB (1999). Challenges in developing physician leadership and management. *Front Health Serv Manage.* 15 (4): 3-26.

60. Cragg R, Marsden N, Wall D (2008). Perceptions of the Clinical Director Role. *Br J Healthc Manag.* 14 (2): 58-65.
61. Greenwood, R. , Hinings, C. and Brown, J. (1990). *P2-form' strategic management: corporate practices in professional partnerships*, *Academy of Management Journal*, Vol. 33 No. 4, pp. 725-755.
62. Gullestad M (1992). *The art of social relations: essays on culture, social action and everyday life in modern Norway*. Oslo: Scandinavian University Press
63. Giorgi A (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. *Phenomenology and psychological research*. Edited by: Giorgi A. Pittsburgh, Pa: Duquesne University Press, 8-22.
64. Gouldner AW (1957). Cosmopolitans and Locals - toward an Analysis of Latent Social Roles - I. *Admin Sci Quart.* 2 (3): 281-306. 10.2307/2391000.
65. Guthrie, M. (1999). "Challenges in developing physician leadership and management", *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 15 No. 4, pp. 3-26.
66. Gray A, Harrison S (2004). *Governing medicine: theory and practice*. Buckingham: Open University Press
67. Ham, C. (2008). *Enhancing Engagement in Medical Leadership: Rapid Survey of International Experience*, University of Birmingham, Coventry.
68. Hood C (1991). A Public Management for All Seasons. *Public Admin.*, 69 (1): 3-19. 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x.
69. Ham, C. , Clark, J. , Spurgeon, P. , Dickinson, H. and Armit, K. (2010), *Medical Chief Executives in the NHS: Facilitators and Barriers to Their Career Progress*, University of Birmingham, Coventry.
70. Hoff, T. (1998), *Physician executives in managed care: characteristics and job involvement across two career stages*, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 43 No. 6, pp. 481-497.
71. Hoff TJ (1999). The social organization of physician-managers in a changing HMO. *Work Occup.* 26 (3): 324-351. 10.1177/0730888499026003003.
72. Ham C, Clark J, Spurgeon P, Dickinson H, Armit K (2011). Doctors who become chief executives in the NHS: from keen amateurs to skilled professionals. *J Roy Soc Med.* 104 (3): 113-119. 10.1258/jrsm.2011.110042.

73. Hoff, T. (2001), “*Exploring dual commitment among physician executives in managed care*”, Journal of Healthcare Management, Vol. 46 No. 2, pp. 91-111.
74. Hoff, T. (2003), “*How physician-employees experience their work lives in a changing HMO*”, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 44 No. 1, pp. 75-96.
75. Hertzlinger R. Cambridge, MA (1999). Perseus Publishing. Market-driven healthcare: who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry.
76. Havig AK, Skogstad A, Kjekshus LE, Romoren TI (2011). Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. BMC Health Serv Res. 2011, 11: 327-10.1186/1472-6963-11-327.
77. Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm. Washington DC: National Academy Press.
78. ISCH COST Action IS0903: Enhancing the role of medicine in the management of European health systems - implications for control, innovation and user voice. [http://www.cost.eu/domains_actions/isch/Actions/IS0903]
79. Jeon YH, Glasgow NJ, Merlyn T, Sansoni E (2010). Policy options to improve leadership of middle managers in the Australian residential aged care setting: a narrative synthesis. BMC Health Serv Res. 2010, 10: 190-10.1186/1472-6963-10-190.
80. Johansen MS, Gjerberg E (2009). Unitary management, multiple practices?. J Health Organ Manag. 2009, 23 (4): 396-410. 10.1108/14777260910979290.
81. Kane, G. (2018). Leadership Theories. In L. J. Burton, G. M. Kane, & J. F. Borland (Eds.), *Sport Leadership in the 21st century* (2nd ed., pp. 1-19). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning
82. Kirkpatrick, I., Jespersen, P., Dent, M., & Neogy, I. (2024). Doctors in leadership roles: Consequences for quality and safety outcomes. *Public Money & Management*, 44(1), 62–71. <https://doi.org/10.1080/09540962.2023.2217344>
83. Kitchener, M. (1999), “‘All fur coat and no knickers’: contemporary organisational change in United Kingdom hospitals”, in Brock, D. , Powell, M. and Hinings, C. (Eds), *Restructuring the Professional Organisation*, Routledge, London, pp. 183-199.
84. Kirkpatrick I, Jespersen PK, Dent M, Neogy I (2009). Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. Sociol Health Ill. 31 (5): 642-658. 10.1111/j.1467-9566.2009.01157.x.

85. Kuntz, L. and Scholtes, S. (2013). *Physicians in leadership: the association between medical director involvement and staff-to-patient ratios*, Health Care Management Science, Vol. 16 No. 2, pp. 129-138.
86. Kane-Urrabazo C (2006). Management's role in shaping organizational culture. J Nurs Manag. 14 (3): 188-194. 10.1111/j.1365-2934.2006.00590.x.
87. Kuper A, Lingard L, Levinson W (2008). Qualitative research - Critically appraising qualitative research. BMJ. 337 (7671): 687-692.
88. Lewin, K., Lippit, R., & White, R. K. (1939). *Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates"*. The Journal of Social Psychology, S.P.S.S.I. Bulletin, 10, σσ. 271-299.
89. Lin, S. , Schillinger, E. and Irby, D. (2014), "*Value-added medical education: engaging future doctors to transform health care delivery today*", Journal of General Internal Medicine, Vol. 30 No. 2, pp. 150-151.
90. Lapsley I (2008). The NPM agenda: back to the future. Financial Accountability & Management. 24 (1): 77-96. 10.1111/j.1468-0408.2008.00444.x.
91. Larson MS (1977). The rise of professionalism: a sociological analysis. Berkeley: University of California Press
92. Loh, E. (2013). *How and why doctors transition from clinical practice to senior hospital management: a case research study from Victoria, Australia*, International Journal of Clinical Leadership, Vol. 22 No. 4, pp. 235-244.
93. Loh, E. (2014a), *All leaders must first learn to follow*, Medical Journal of Australia, Vol. 200 No. 3, p. 15.
94. Loh, E. (2014b), *LAMP: leadership, advocate, management, professional – a new simple and dynamic medical management competency model for doctors*, Gibaran Journal of Applied Management, Vol. 6 No. 2, pp. 64-86.
95. Learning from Bristol. (2001). London: Stationery Office. Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995.
96. Lord Laming (2003). London: Stationery Office. Inquiry into the death of Victoria Climbié www.victoria-climbie-inquiry.org.uk
97. Lord RG, Hall RJ (2005). Identity, deep structure and the development of leadership skills. Leadership Quart. 16 (4): 591-615. 10.1016/j.leaqua.2005.06.003.

98. Mannion R, Davies H, Marshall M. (2003). Cultures for performance in health care: evidence on the relationships between organisational culture and organisational performance in the NHS. York: University of York.
99. McKee, L. , Marnoch, G. and Dinnie, N. (1999), "Medical managers: puppetmasters or puppets? Sources of power and influence in clinical directorates", in Mark, A. and Dopson, S. (Eds), *Organisational Behaviour in Health Care: The Research Agenda*, Macmillan Press Ltd, Basingstoke, pp. 89-116.
100. Mountford J, Webb C (2009). When clinicians lead. *The McKinsey Quarterly* http://www.mckinseyquarterly.com/Health_Care/When_clinicians_lead 2293
101. McAlearney AS (2006). Leadership development in healthcare: a qualitative study. *J Organ Behav.* 2006, 27 (7): 967-982. 10.1002/job.417.
102. McDermott R, Callanan I, Buttimer A (2002). Involving Irish clinicians in hospital management roles – towards a functional integration model. *Clinician Manag.* 2002, 11 (1): 37-46.
103. Mays N, Pope C (1995). Rigour and Qualitative Research. *BMJ.* 1995, 311 (6997): 109-112. 10.1136/bmj.311.6997.109.
104. Mo TO (2008). Doctors as managers: moving towards general management?. *J Health Organ Manag.* 2008, 22 (4): 400-415. 10.1108/14777260810893980.
105. Mahmood, R. and Chisnell, C. (1993). *Do doctors want to become involved in management?*, *Clinicians in Management*, Vol. 2 No. 4, pp. 12-13.
106. Marnoch, G. , McKee, L. and Dinnie, N. (2000). *Between organisations and institutions. legitimacy and medical managers*, *Public Administration*, Vol. 78 No. 1, pp. 967-987.
107. Medina-Walpole, A. , Barker, W. and Katz, P. (2004). *Strengthening the fellowship training experience: findings from a national survey of fellowship trained geriatricians*. *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 52 No. 4, pp. 607-610.
108. Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organisations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
109. Mintzberg, H. (1980). *Structure in 5's: a synthesis of the research on organization design*, *Management Science*, Vol. 26 No. 3, pp. 322-341.
110. Mintzberg H (1973). *The nature of managerial work*. New York: Harper and Row

- 111.Montgomery, K. (1990). *A prospective look at the specialty of medical management*, Work and Occupations, Vol. 17 No. 2, pp. 178-198.
- 112.NHS Leadership Centre (2003). NHS leadership qualities framework: the technical paper on research for the chief executive and director competency model. London: Department of Health; 2003. :p11-2.
- 113.Nelson MR, Shavitt S (2002). Horizontal and vertical individualism and achievement values: a multimethod examination of Denmark and the United States. J Cross Cult Psychol. 2002, 33 (5): 439-458. 10.1177/0022022102033005001.
- 114.NHS Institute for Innovation and Improvement: clinical leadership competency framework project. [http://www.institute.nhs.uk/building_capability/building_leadership_capability/clinical_leadership_competency_framework_project.html]
- 115.Quinn, J. (1992). Intelligent Enterprise: A Knowledge and Service based Paradigm for Industry, The Free Press, New York, NY.
- 116.Rahim, A. (2002). *Toward a theory of managing organizational conflict*. The International Journal of Organizational Analysis, vol.10(4), pp. 302-326.
- 117.Rahim, M.A. (2001). *Managing conflict in organizations*. 3rd ed. Praeger, Westport, Conn.: Quorum Books.
- 118.Risse, G. (1990). Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals, Oxford University Press, Oxford.
- 119.Riksrevisjonen: Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Dokument nr. 3:3. 2009, Oslo: Office of the Auditor General of Norway's investigation of the financial management in health trusts
- 120.Shoemaker, L. (2010). "*Making the case for evidence-based design in healthcare: a descriptive case study of organizational decision making*", HERD : Health Environments Research & Design Journal, Vol. 4 No. 1, pp. 56-88.
- 121.Simpson, J. and Smith, R. (1997). Why healthcare systems need medical managers, British Medical Journal, Vol. 314 No. 7095, pp. 1636-1637.
- 122.Spigl, E., Green, M., Straus, S. E., & Ginsburg, S. (2025). Physician leadership and its effect on physician burnout and well-being. *Journal of Healthcare Leadership*, 17, 1–12. <https://doi.org/10.2147/JHL.S420915>

123. Taucean, I. M., Tamasilaa, M., & Negru-Strautia, G. (2016). Study on Management Styles and Managerial Power Types for a Large Organization. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 221, p. 66-75.
124. Vera, A. and Hucke, D. (2009). *Managerial orientation and career success of physicians in hospitals*, *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 23 No. 1, pp. 70-84.
125. Viitanen E, Konu A (2009). Leadership style profiles of middle managers. *Leadersh Health Serv*. 22 (2): 108-120. 10.1108/17511870910953779.
126. Veronesi G, Kirkpatrick I, Vallascas F (2012). Clinicians in management: does it make a difference?. Centre for Innovation in Health Management: Leeds University Business School
127. Veronesi, G., Kirkpatrick, I., & Vallascas, F. (2014). Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science & Medicine*, 122, 134–142. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.017>
128. Walker, R. and Morgan, P. (1996). *Involving doctors in management: a survey of the management development career needs of selected doctors in NHS Wales*, *Journal of Management in Medicine*, Vol. 10 No. 1, pp. 31-52.
129. Woolnough H, Faugier J (2002). An evaluative study assessing the impact of the Leading an Empowered Organisation. *Nurs Times Res*. 7 (6): 412-427.
130. Wilkie, V. and Spurgeon, P. (2013). *Translation of the medical leadership competency framework into a multisource feedback form for doctors in training using a verbal protocol technique*, *Education for Primary Care*, Vol. 24 No. 1, pp. 36-44.
131. Weiner BJ, Shortell SM, Alexander J. (1997). Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership. *Health Serv Res*.
132. Warren OJ, Carnall R (2011). Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. *Postgrad Med J*. 87: 27-32. 10.1136/pgmj.2009.093807.
133. Wilsford D (1994). Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way. *J Public Pol*. 14 (3): 251-283. 10.1017/S0143814X00007285.

134. Woodall J, Winstanley D (1998). Management development: strategy and practice. Oxford: Blackwell Business
135. Yukl, S. (2013). Leadership in Organizations (8th ed.). England: Pearson Education Limited.
136. Yukl GA (2001). Leadership in organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall