

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους πιο σύνθετους τομείς, που συναντούμε σε μια οργανωμένη κοινωνία. Η ανάπτυξή του, έγινε σταδιακά, μέσα στην πάροδο των ετών, επηρεασμένη από τις εξελίξεις στις ανθρώπινες αξίες, στην επιστήμη και στην οικονομία. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε συνταγματικά και σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες παρέχεται ισότιμα σε όλα τα μέλη του κράτους. Η αγορά υπηρεσιών υγείας, εμφανίζει πολλές ιδιαιτερότητες, οι οποίες την διαχωρίζουν από τις ανταγωνιστικές αγορές των άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Στις βασικότερες ιδιαιτερότητες ανήκουν η ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ασθενή και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η «προκλητή ζήτηση», που δημιουργείται από την κυρίαρχη θέση του ιατρού-παραγωγού, αλλά και τη μειωνεκτική θέση του ασθενή-καταναλωτή.

Όλες οι αναπτυγμένες χώρες έχουν υιοθετήσει κάποιο σύστημα υγείας, στο οποίο ανά περιόδους ψηφίζουν διάφορες μεταρρυθμίσεις, έχοντας ένα βασικό στόχο: την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας (efficiency). Γι' αυτό το λόγο, οι δαπάνες υπηρεσιών υγείας σ' αυτές τις χώρες, αναλογούν σε ένα μεγάλο ποσοστό του εθνικού εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Επομένως, είναι εύλογο, η κοινωνία να επιθυμεί αυτές οι δαπάνες να συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών, ιδιαίτερα όταν οι πηγές χρηματοδότησης, όπως τα έσοδα από φορολογία, είναι περιορισμένες. Από την πλευρά της προσφοράς, ο τομέας της τεχνολογίας εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς, με αποτέλεσμα να κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για την χρήση και εφαρμογή των νέων τεχνικών και πρακτικών στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Από την πλευρά της ζήτησης, η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγείας, καθώς οι προσδοκίες των πολιτών για πιο ποιοτική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών υγείας ολοένα και αυξάνονται.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) στο διεθνές συνέδριο που διεξήχθη στη Ν. Υόρκη το 1946, όρισε την υγεία ως : «η κατάσταση της πλήρους σωματικής,

ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας και αναπηρίας»¹ Στη συνέχεια, διατυπώθηκαν και άλλοι ορισμοί, χαρακτηρίζοντας την υγεία ως μια διαρκή και εξελισσόμενη διαδικασία ενός φαινομένου που έχει βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές, περιβαλλοντικές και πολιτισμικές προεκτάσεις.^{2 3} Η υγεία σύμφωνα με τον λειτουργικό ορισμό (Parsons, 1975), θεωρείται η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, ενώ ο βιωματικός ορισμός (Kelman, 1975) εστιάζει στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την υγεία. Η ιατρική επιστήμη προσεγγίζει την υγεία καθαρά από βιολογική άποψη. Ανεξάρτητα όμως από τον ορισμό, η υγεία αποτελεί αναμφισβήτητα, ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό, το οποίο αποτελεί δικαίωμα των πολιτών και υποχρέωση του κράτους να παρέχει υψηλού επιπέδου περίθαλψη στους πολίτες τους.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), αχολείται εκτεταμένα με την ανάλυση και μέτρηση των προσδιοριστικών παραγόντων της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας. Η αντιπαράθεση και η συζήτηση οδήγησαν τους μελετητές να επικεντρωθούν στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας, σε μεθόδους μέτρησης της εξέλιξης τους και στην αποδοτικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Γι' αυτό το σκοπό, κρίνεται επιτακτική ανάγκη η αποτελεσματική διαχείριση και αξιολόγηση του νοσοκομειακού προσωπικού, η οποία θα οδηγήσει στη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας.

Ο χώρος της υγείας, εξαιτίας της ιδιομορφίας που έχει, διακρίνεται από πολυμορφία, λόγω των ποικίλων επαγγελμάτων που σχετίζονται με αυτόν (ιατροί, νοσηλευτές, προμηθευτές κ.τ.λ.). Αυτού του είδους η πολυμορφία έχει οδηγήσει το σύστημα υγείας σε διόγκωση των δαπανών, οδηγώντας τα νοσοκομεία να μειώσουν τα κόστη, στοχεύοντας στο κέρδος, όπως οι επιχειρήσεις. Όμως, από διάφορες μελέτες που έχουν γίνει, το νοσοκομείο δεν μπορεί να συσχετιστεί με μια επιχείρηση. Αυτό συμβαίνει, διότι ενώ τα νοσοκομεία στοχεύουν κυρίως στη φροντίδα του πληθυσμού, οι επιχειρήσεις επικεντρώνονται στην αύξηση των κερδών τους. Παρόλα αυτά, ένα νοσοκομείο δανειζόμενο τεχνικές των επιχειρήσεων έχει την δυνατότητα να ελέγξει το κόστος λειτουργίας του και να συγκρατήσει τις δαπάνες, με αποτέλεσμα το

¹ World Health Organization: WHO. Διαδικτυακή σελίδα: <http://www.who.int/en/>

² Δαρβίνη Χ., Προαγωγή υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα, 2007

³ Δαρβίνη Χ. Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας, Πασχαλίδης Π.Χ. Αθήνα, 2004

σύγχρονο νοσοκομείο να μπορεί να λειτουργήσει ως μία «αδιότυπη» μορφή επιχείρησης.

1.2 Ορισμός του σύγχρονου νοσοκομείου

Το νοσοκομείο είναι ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, στο οποίο παρέχεται θεραπεία από ειδικευμένο προσωπικό, με ειδικό εξοπλισμό και συχνά, αλλά όχι πάντα, παρέχει την δυνατότητα μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών. Τα σύγχρονα νοσοκομεία επανδρώνονται κατά ένα μεγάλο μέρος από επαγγελματίες ιατρούς και νοσηλεύτες, ενώ παλαιότερα η λειτουργία τους εξαρτούνταν από τα ιδρυτικά θρησκευτικά τάγματα ή από εθελοντές.

Στη διάρκεια του Μεσαίωνα, το νοσοκομείο λειτουργούσε ως πτωχοκομείο, ξενώνας για προσκυνητές ή ιατρική σχολή. Το αγγλικό όνομα hospital, προέρχεται από τη λατινική λέξη hospes (host, φιλοξενώ), λέξη που αποτελεί και τη ρίζα των Αγγλικών λέξεων hotel (ξενοδοχείο), hostel (ξενώνας) και hospitality (φιλοξενία). Στα ελληνικά, η λέξη νοσοκομείο προέρχεται από τη λέξη νόσος και το ρήμα κομείω, που στην ιωνική διάλεκτο σήμαινε περιποιούμαι.⁴

Οι ασθενείς προσέρχονται σε ένα νοσοκομείο είτε μόνο για διάγνωση και θεραπεία και στη συνέχεια αποχωρούν (εξωτερικοί), είτε εισάγονται και παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα, από μια μέρα έως αρκετές εβδομάδες ή και μήνες (εσωτερικοί). Τα νοσοκομεία συνήθως διακρίνονται από άλλες μορφές ιατρικών εγκαταστάσεων από τη δυνατότητά τους να εισάγουν και να περιθάλπουν εσωτερικούς ασθενείς.

Στη σύγχρονη κοινωνία, όπου κυριαρχεί η βιομετρική τεχνολογία και η βιογενετική, το νοσοκομείο αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος υγείας, διότι αποτελεί το βασικό άξονα παροχής ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, προσφέροντας κάλυψη στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα νοσοκομεία ανήκουν στον τριτογενή τομέα (δηλαδή απασχολούν συνήθως πάνω από 100 άτομα) και εντάσσονται στους μεγάλους επιχειρησιακούς οργανισμούς.⁵ το νοσοκομείο μπορεί να είναι δημόσιο (δημόσιος οργανισμός) ή ιδιωτικό (ιδιωτική επιχείρηση), καθώς επίσης μπορεί η νομική του μορφή να είναι Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.

⁴ Wikipedia. Διαδικτυακή σελίδα: el.wikipedia.org/wiki/νοσοκομείο

⁵ Sullivan T.E., Decker J.P. Leadership & Management in Nursing. Μετάφραση και επιστημονική επιμέλεια: Μπελλάλη Θ. Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας. 6η Έκδοση, Γκιούρδας Μ, Αθήνα, 2009

Όπως γίνεται αντιληπτό, η νομική υπόσταση του νοσοκομείου καθορίζεται από το εάν είναι κρατικό ή ιδιωτικό και από το σκοπό του.

1.3 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας– Αρχές Διοίκησης

Οι αρχές διοίκησης, σε μια επιχείρηση, συμβάλλουν στην αμεσότερη και αποτελεσματικότερη επίλυση προβλημάτων που δημιουργούνται στο περιβάλλον του οργανισμού και προσφέρουν στην απλοποίηση των προβλημάτων.⁶

Στον χώρο της υγείας οι αρχές διοίκησης διαφέρουν σε σχέση με κάθε άλλο οργανισμό. Οι βασικές αρχές που διέπουν τον χώρο της υγείας είναι:

- α) ο σκοπός της διοίκησης είναι η παροχή υπηρεσιών σε άτομα,
- β) ο κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να εκτελεί την εργασία του
- γ) για να είναι επιτυχημένος ο σκοπός του νοσοκομείου θα πρέπει να υπάρχει κοινός στόχος, χρησιμοποιώντας όλα τα μέσα που διατίθενται και όλοι να κατανοούν τον κοινό σκοπό
- δ) η αύξηση της τεχνολογίας καθιστά απαραίτητη τη διοίκηση
- ε) οι αρχές διοίκησης στοχεύουν όλο το ανθρώπινο δυναμικό μιας υγειονομικής μονάδας από τους γιατρούς μέχρι τη διοίκηση, οπότε είναι απαραίτητη η καθολική εφαρμογή τους.⁷

Οι δαπάνες για τις παροχές υγείας συνεχώς αυξάνονται, χωρίς πολλές φορές να αντικατοπτρίζουν την πραγματική ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρονται συνυπολογίζοντας το κόστος. Για την αύξηση των δαπανών ευθύνεται η νέα βιομετρική τεχνολογία, η επεκτεινόμενη ασφαλιστική κάλυψη, η αύξηση των δαπανών για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα καθώς και η γήρανση του πληθυσμού.⁸ Για την αποτελεσματική διαχείριση και ελαχιστοποίηση του κόστους, απαιτείται η εφαρμογή σε κάθε επιχείρηση (πόσο μάλλον στον τομέα της υγείας) της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

⁶ Λανάρα Α.Β. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο). 3η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιανός Β.Γ, Αθήνα, 1996.

⁷ Λανάρα Α.Β. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο). 3η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιανός Β.Γ, Αθήνα, 1996.

⁸ Sullivan J.E, Decker J.P. Effective Leadership & Management in Nursin. Μετάφραση και επιστημονική επιμέλεια: Μπελλάλη Θ. Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας. 6η έκδοση, Γκιούρδας Μ, Αθήνα, 2009.

1.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Δ.Ο.Π.) – Ποιοτικός έλεγχος

Ο ποιοτικός έλεγχος ως έννοια δεν είναι νέος, αφού συναντάται ακόμη και στην Αρχαία Ελλάδα, όπου εφαρμόζονταν πρότυπα και υπήρχαν αυστηρές προδιαγραφές και ποινές για όσους δεν τα τηρούσαν. Στην σημερινή εποχή, έχουν αναπτυχθεί συστήματα διασφάλισης της ποιότητας (Quality Assurance, QA), που αποβλέπουν στην εξασφάλιση της ποιότητας ενός προϊόντος, αφού έχουν ακολουθηθεί κάποια standards. Με την ραγδαία αύξηση της τεχνολογίας και της παράγωγης δημιουργήθηκε ένας νέος όρος η διοίκηση ποιότητας (Quality Management, QM), που στοχεύει στην συνεχή βελτίωση προϊόντων, και όχι στην παρέμβαση μόνο όταν υπάρχουν αποκλείσεις, όπως χρησιμοποιείται η διασφάλιση της ποιότητας. Επίσης, η καθολική συμμετοχή του προσωπικού μιας μονάδας (πχ. νοσοκομείο, επιχείρηση), μετονόμασε τη διοίκηση ποιότητας σε διοίκηση ολικής ποιότητας (Δ.Ο.Π.). Η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι μια μορφή ηγεσίας η οποία στοχεύει στη συνεχή βελτίωση της ποσότητας ακολουθώντας τις προτιμήσεις του καταναλωτή.⁹

Η Διοίκηση ολικής ποιότητας (Δ.Ο.Π.) αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο management στην προσπάθεια των μονάδων υγείας να ελέγξουν το κόστος αφού αφενός φροντίζουν για την ικανοποίηση των ασθενών / πελατών και αφετέρου δημιουργούν ένα εργαλείο συνεχούς βελτίωσης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα χαρακτηριστικά της Δ.Ο.Π. είναι: α) η εστίαση στον πελάτη, β) η συμμετοχή ολοκλήρου του οργανισμού, γ) η χρησιμοποίηση ποιοτικών εργαλείων και στατιστικών μεθόδων μετρήσεων και ο εντοπισμός των σημείων που χρήζουν βελτίωσης. Η αλλαγή φιλοσοφίας που επέφερε η διοίκηση της ποιότητας επικεντρώνεται στην πρόληψη των κινδύνων και στην διαρκή αναζήτηση τρόπων βελτίωσης των υπηρεσιών περίθαλψης.¹⁰

Ο στόχος της Δ.Ο.Π. είναι: α) η ικανοποίηση του καταναλωτή, β) η μείωση του κόστους, καθώς και γ) η μείωση των σπαταλών. Ο πελάτης θα είναι ικανοποιημένος μόνο εάν το προϊόν που θα λάβει είναι τέλειο ή σχεδόν τέλειο και βρίσκεται στην καλύτερη τιμή της αγοράς. Η Δ.Ο.Π στοχεύει στην ικανοποίηση του πελάτη –

⁹ Μερκούρης Α. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. 1η έκδοση, ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 2008

¹⁰ Sullivan J.E, Decker J.P. Effective Leadership & Management in Nursin. Μετάφραση και επιστημονική επιμέλεια: Μπελλάλη Θ. Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας. 6η έκδοση, Γκιούρδας Μ, Αθήνα, 2009.

καταναλωτή μέσα από έρευνες που γίνονται γύρω από τις ανάγκες του και έχοντας ως εργαλείο την συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών/προϊόντων.¹¹

Για να επιτύχει όμως, οποιοδήποτε εγχείρημα που θα προσπαθήσει να εφαρμοστεί χρησιμοποιώντας τη Δ.Ο.Π θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη ηγεσία και καθοδήγηση από μια ηγετική μορφή. Επίσης είναι σημαντικό να γίνει μια αναφορά από τον μάνατζερ γύρω από τη φιλοσοφία, τους στόχους της επιχείρησης αλλά και τις κατάλληλες πολιτικές που πρέπει να εφαρμοστούν.¹¹ Η Δ.Ο.Π. απαιτεί από τους υπάλληλους να γίνουν όλες οι ενέργειες διαφορετικά από ότι στο παρελθόν, στοχεύει στο προϊόν και στις ανάγκες αλλά και στην ικανοποίηση των πελατών. Δημιουργείται μια φιλοσοφία που αποσκοπεί στη μείωση των δαπανών και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της επιχείρησης. Βασικός άξονας είναι ο συνεχής έλεγχος που ασκείται και τμηματικά αλλά και στο σύνολο της παράγωγης, κάνοντας τον εντοπισμό τυχών λαθών εύκολη υπόθεση.¹²

1.5 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι μια έννοια ιδιαίτερα πολύπλοκη και πολυσύνθετη, καθώς διαφορετικά αντιμετωπίζει κανείς την ποιότητα απ' την πλευρά του χρήστη-καταναλωτή, διαφορετικά απ' την πλευρά του επαγγελματία, της διοίκησης, της πολιτείας και της κοινωνίας συνολικά. Η πολυπλοκότητα που παρουσιάζει η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας, αντικατοπτρίζεται με τον καλύτερο τρόπο στην αδυναμία εύρεσης ενός κοινά αποδεκτού ορισμού.

Ο πλέον κλασσικός ορισμός διατυπώθηκε απ' τον Donabedian (1980), σύμφωνα με τον οποίο η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, στη βάση των ωφελειών και των ζημιών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους σημεία της.

Σύμφωνα τον Thompson η ποιότητα έχει να κάνει με το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, έτσι ώστε να ενσωματώνει την αποτελεσματικότητα και το κόστος (Thompson, 1980).

¹¹ Harrington H.J, Voehl F, Wiggin H. Applying TQM to the construction industry. The TQM Journal 2012; 24(4): 352-362

¹² Μπινιώρης Σ. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. 2η έκδοση, Πασχαλίδης Π.Χ, Αθήνα, 2009

Για το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ η ποιότητα συνίσταται στον βαθμό που οι υπηρεσίες για άτομα ή πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων, την ώρα που είναι αποδεκτές βάσει της υπάρχουσας επαγγελματικής γνώσης (Institute of Medicine-U.S., 2001).

Για τον Π.Ο.Υ., η υψηλής ποιότητας περίθαλψη προϋποθέτει υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, αποτελεσματικότητα στην χρήση των πόρων, μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, ικανοποίηση των χρηστών και θετική τελική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ατόμου (WHO,1993).

Έτσι, παρατηρούμε ότι η ποιότητα προσδιορίζεται στη βάση πολλών παραμέτρων. Οι κυριότεροι αφορούν: στην προσπελασιμότητα, την ισότητα στην παροχή, την κοινωνική αποδοχή απ' την πλευρά του πελάτη, την αποδοτικότητα την σχετικότητα των αναγκών και την τεχνική αποτελεσματικότητα (Maxwell, 1984).

Η αξιολόγηση της ποιότητας σχετίζεται με τα τρία βασικά στοιχεία της παραγωγής και διάθεσης των υπηρεσιών. Το πρώτο αφορά στη δομή του συστήματος (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, ανθρώπινο δυναμικό κ.α.), το δεύτερο στις διαδικασίες που εφαρμόζονται (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση κ.τ.λ.) και το τρίτο στα αποτελέσματα (Donabedian, 1980). Το επίπεδο ποιότητας ξεκινά απ' το ελάχιστο κάτω απ' το οποίο δεν επιτρέπεται να υποχωρήσουν οι απαιτήσεις της φροντίδας, προχωρά στο μέσο κατά το οποίο οι διορθωτικές κινήσεις περιορίζονται στη λήψη μέτρων βελτίωσης των στοιχείων που βρίσκονται κάτω απ' αυτό και καταλήγει στο ιδανικό. Το επίπεδο αυτό αποτελεί στην ουσία το στόχο κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών. Η ποιότητα σε γενικές γραμμές αξιολογείται με βάση το βαθμό ανταπόκρισης σε προκαθορισμένα κριτήρια που σχετίζονται με το επιθυμητό επίπεδο (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Ο όγκος, η πολυπλοκότητα και η πολυσύνθετη δομή της ιατρικής πληροφορίας, έχει στρέψει τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον στην διασφάλιση της ποιότητας της παραγόμενης πληροφορίας υγείας, ως κομβικό σημείο για τη διασφάλιση της συνολικής ποιότητας. Η ανάγκη για την αποτελεσματική επεξεργασία των δεδομένων των ασθενών, που προέρχονται από γιατρούς πολλών ειδικοτήτων, διαφορετικών νοσοκομείων, μέσω διαφορετικών διαγνωστικών μεθόδων, αλλά και μεθόδων συγγραφής και αποθήκευσης, έχει καταστήσει απαραίτητη την ανάπτυξη σύγχρονων και κοινά αποδεκτών πληροφοριακών προτύπων (Μούρτου, 2006).

Ήδη απ' το 1997 το Ευρωπαϊκό συμβούλιο μέσω της σύστασης R(97)17 επεξεργάστηκε την ανάγκη συγκρότησης και από κοινού χρησιμοποίησης πληροφοριακών συστημάτων για τη σύγχρονη παραγωγή, ανάδραση και αξιόπιστη σύγκριση δεδομένων με στόχο την βελτίωση της ποιοτικής απόδοσης των υπηρεσιών (Council of Europe, 1997).

1.6 Η εφαρμογή της Δ.Ο.Π. στον τομέα της υγείας

Οι πρώτες προσπάθειες που καταγράφονται παγκοσμίως για την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται στις ΗΠΑ το 1950, ενώ αποκτούν όλο και μεγαλύτερη διάσταση στις επόμενες δεκαετίες. Έως τότε, η αλματώδης εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, έχοντας δημιουργήσει κλίμα αισιοδοξίας είχε υποβαθμίσει τη συζήτηση για την ποιότητα. Ωστόσο η συνεχής αύξηση του κόστους, η βελτίωση των δεικτών υγείας, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού, οι αυξημένες προσδοκίες και οι περιορισμοί στην αποτελεσματικότητα των ιατρικών μεθόδων στα χρόνια που ακολούθησαν, έφεραν στο προσκήνιο την έννοια της ποιότητας.

Σήμερα, είναι ευρέως κατανοητό ότι η χαμηλή ποιότητα συνεπάγεται υψηλό κόστος, γεγονός που δικαιολογεί το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον τόσο των διοικήσεων των φορέων και των ερευνητών, όσο και των κυβερνήσεων. Υπολογίζεται ότι το 20-30% του λειτουργικού κόστους ενός νοσοκομείου, είναι αποτέλεσμα λαθών, αναποτελεσματικότητας, επαναλαμβανόμενων προβλημάτων, παράλληλων ενεργειών και γραφειοκρατικών συστημάτων (Κριμπογιάννη, 2007).

Την ίδια στιγμή τα οφέλη των πολιτικών ποιότητας είναι πολλαπλά. Για τον ασθενή υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων με μικρότερη οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση. Στους επαγγελματίες τα οφέλη συνίστανται στην αποτελεσματικότητα του έργου, την επαγγελματική ικανοποίηση και την απαλλαγή από πρόσθετα άγχη. Οι οργανισμοί φροντίδας έχουν οικονομικά (περιορισμός χρόνου νοσηλείας, αποφυγή περιττών εξετάσεων κ.α.) και λειτουργικά οφέλη. Τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω του περιορισμού των δαπανών και της αύξησης της αποτελεσματικότητας εκπληρώνουν τον κοινωνικό τους ρόλο αρτιότερα, ενώ τα οφέλη επεκτείνονται στο κράτος και στο κοινωνικό σύνολο χάρις την περιστολή δαπανών και την αύξηση της αποδοτικότητας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Ο χώρος της υγείας διαφέρει από το χώρο των επιχειρήσεων και της βιομηχανίας, εξαιτίας της ύπαρξης ασθενών, αλλά και του «αγαθού» υγεία, το οποίο είναι κάτι το μεταβλητό. Παρόλα τα προβλήματα που συνήθως εμφανίζονται στον κλάδο της υγείας, οι άνθρωποι που εργάζονται σ' αυτόν μεριμνούν ώστε να προσφέρουν τις κατάλληλες φροντίδες στους ασθενείς, συνήθως βέβαια με αρκετές καθυστερήσεις σε σχέση με τον προβλεπόμενο χρόνο. Η λύση στο πρόβλημα αυτό είναι η παροχή των κατάλληλων μεθόδων, ώστε να γίνεται αποτελεσματική η παροχή υπηρεσιών των επαγγελματιών υγείας.¹³ Μια τέτοια μεθοδολογία είναι η Lean Six Sigma που εάν εφαρμοστεί σωστά εξισώνοντας το ανθρώπινο δυναμικό ενός νοσοκομείου με τους στόχους αλλά και την στρατηγική του, δίνει την δυνατότητα μείωσης των προβλημάτων που αναφέρθηκαν.¹³ Η μεθοδολογία Lean Six Sigma προσφέρει την κατάλληλη γνώση ώστε όλα να γίνονται αποτελεσματικότερα, ταχύτερα και με λιγότερες δαπάνες συγκριτικά με πριν. Η εφαρμογή της είναι καθολική και αφορά το σύνολο του δυναμικού μιας υγειονομικής μονάδας. Κύρια χαρακτηριστικά για να είναι αποτελεσματική είναι είτε με βάση τη μεθοδολογία DMAIC: ο καθορισμός του προβλήματος, η μέτρηση, η ανάλυση, η βελτίωση και τέλος ο έλεγχος ή με την χρήση της μεθοδολογίας DMADV (Define, Measure, Analyse, Design, Verify - ορισμός, μέτρηση, ανάλυση, σχεδιασμός, επαλήθευση) για την ανάπτυξη και σχεδιασμό νέων διαδικασιών ή προϊόντων βάσει του Six Sigma.¹⁴

Εκτός από την εφαρμογή της Lean Six Sigma, η Δ.Ο.Π. ξεκίνησε να εφαρμόζεται στα νοσοκομεία και η εφαρμογή της μπορεί να προσφέρει: α) βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε μικρότερο χρόνο, β) μείωση των δαπανών, γ) επίτευξη μεγαλύτερης ικανοποίησης από τους ασθενείς και αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων. Η Δ.Ο.Π. είναι μια φιλοσοφία που απαιτεί τη συνεργασία όλου του νοσοκομειακού προσωπικού, από το πιο υψηλόβαθμο στέλεχος μέχρι το πιο χαμηλόβαθμο στην ιεραρχική κλίμακα, με κοινό στόχο και σκοπό την αύξηση της απόδοσης και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υψηλού επιπέδου με όσο το δυνατόν χαμηλότερο κόστος.¹⁵ Το σύγχρονο νοσοκομείο μπορεί να αναλυθεί ότι λειτουργεί ως μια επιχείρηση όμως η διαδικασία ανάλυσης της είναι δύσκολη, λόγω του ιδιαίτερου

¹³ Schattenkirk D. Building sustainable internal capacity for quality within a healthcare environment. The TQM Journal 2012;24 (4): 374 - 382.

¹⁴ Lean Six Sigma. Διαδικτυακή σελίδα: Διαθέσιμο από: <http://www.six-sigma.gr>. Ημερομηνία πρόσβασης 12-06-2015

¹⁵ Μερκούρης Α. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. 1η έκδοση, ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 2008

αγαθού «υγεία». Η σπουδαιότητα στελέχωσης μιας νοσοκομειακής μονάδας με ικανά άτομα, που θα είναι σε θέση να διαχειριστούν, την αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομείου, έχει οδηγήσει στα στοιχεία που φανερώνουν πως 500.000 μανάτζερ παρακολουθούν, πολύ τακτικά, σεμινάρια επιμόρφωσης. Επιπλέον, 7.800 σεμινάρια μικρής διάρκειας διοργανώνονται ετήσια από το University of Pennsylvania Wharton School. Στο νέο περιβάλλον που έχει δημιουργηθεί στο χώρο της υγείας, τα άτομα που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα στην διοίκηση μονάδων υγείας μπορούν να απασχοληθούν και σε προγράμματα παροχής φροντίδας στο σπίτι, καθώς και κέντρων βοήθειας.¹⁶

Όπως είπαμε, η Διασφάλιση Ποιότητας είναι ένα σύστημα διαχείρισης που εστιάζεται κυρίως στις κλινικές πλευρές της φροντίδας υγείας και στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας και σχεδιάζεται για να διαβεβαιώσει τους ασθενείς ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αγγίζουν ένα επιθυμητό όριο ποιότητας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια ενός νοσοκομείου περιλαμβάνει:

1. Την έγκαιρη και σωστή διάγνωση της ασθένειας.
2. Την άμεση και αποτελεσματική ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση στον ασθενή.
3. Την επαγγελματική εμπειρία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Τη χρησιμοποίηση μέσων υψηλής τεχνολογίας.
5. Τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας.
6. Τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς και του προσωπικού.¹⁷

Επίσης, σημαντικό ρόλο στην ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας παίζει:

1. Η στάση και τον ενδιαφέρον του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τα συνολικά προβλήματα και τις δυσκολίες των ασθενών.
2. Η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού.
3. Η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού τμήματος¹⁸

¹⁶ Swansburg C.R, Swansburg J.R. Introductory Management and Leadership for Clinical Nurses. επιμέλεια: Αποστολοπούλου Ε. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία. 2η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 1999

¹⁷ Ovretveit J. Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1992

¹⁸ Τσιριντάνη Μ, Γιοβάνης Α, Μπινιώρης Σ, Γούλα Α. Μία νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. Νοσηλευτική 2010,49 (1):40-52

Επιπλέον, η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών παίζει σημαντικό ρόλο στη Διασφάλιση Ποιότητας σε ένα νοσοκομείο, αφού συμβάλλει στην ακριβή καταγραφή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, στην κωδικοποίηση των διαγνώσεων, των παρεμβάσεων και των αποτελεσμάτων. Παράλληλα, με τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών επιτυγχάνεται η καλύτερη διεξαγωγή της δια βίου εκπαίδευσης του προσωπικού αλλά και η ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών μελετών .

1.7 Ανακεφαλαίωση

Στο παρόν κεφάλαιο αναφερθήκαμε στους ορισμούς της υγείας και του νοσοκομείου καθώς και στη διαφοροποίηση του αγαθού «υγεία», σε σχέση με τα κοινά αγαθά. Είδαμε επίσης, την σπουδαιότητα της εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον τομέα της υγείας, τόσο για την ελαχιστοποίηση του κόστους των νοσοκομείων, όσο και για την μεγιστοποίηση των ωφελων που θα έχουν ασθενείς, προσωπικό καθώς και η ευρύτερη κοινωνία. Στην συνέχεια, παρατίθεται το δεύτερο κεφάλαιο, στο οποίο γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διεθνές επίπεδο για την αξιολόγηση και διαχείριση του προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι για να θεωρηθεί ότι ένα γνωστικό αντικείμενο διαθέτει υψηλού επιπέδου επιστημονική υπόσταση, θα πρέπει να συνοδεύεται και από επαρκή θεωρητική υποστήριξη. Τον ρόλο αυτό καλούνται να επιτελέσουν οι αντίστοιχες θεωρίες, που αποτελούν το θεωρητικό υπόβαθρο αυτού.

Η αξιολόγηση ως διαδικασία, είναι ένα γνωστικό αντικείμενο, το οποίο συναντάται για πρώτη φορά τουλάχιστον από την τρίτη χιλιετιρίδα προ Χριστού, μέσα από την ύπαρξη απλών διαδικασιών και μέσω αξιολόγησης (Dubois 1970, Guba & Linkoln 1983), ενώ η αξιολόγηση με την σημερινή της επιστημονική της έννοια, ως αυτοτελής επιστημονική περιοχή, συναντάται τις τελευταίες δεκαετίες. Σύμφωνα με τον Dulewicz, υπάρχει μια βασική ανθρώπινη τάση, με την οποία ο καθένας κρίνει τους ανθρώπους με τους οποίους εργάζεται μαζί, καθώς και τον ίδιο του τον εαυτό. Συνήθως όμως αυτές οι προσεγγίσεις γίνονταν άτυπα, σπασμωδικά, ανεπίσημα και κυρίως αυθαίρετα. Οι πρώτες σοβαρές και επίσημες προσπάθειες αξιολόγησης συναντώνται γύρω στον 16^ο αιώνα, όταν σε δημοσίευση του Απογευματινού Ταχυδρομίου του Δουβλίνου, επιχειρείται μια προσπάθεια να οριστούν κριτήρια αξιολόγησης των εργαζομένων με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Huber & Fuller, 1998).

Έτσι, ενώ ανεπίσημως υπήρχε η έννοια της αξιολόγησης από πολύ παλιά, δεν είχε γίνει δυνατή η οργάνωση και η συστηματικοποίησή της για πολλούς λόγους. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται ότι: α) καθυστέρησε πολύ να γίνει συστηματοποίηση της διοίκησης, β) η αξιολόγηση σε όσους τομείς υπήρχε, περιορίστηκε μόνο σε ανεπίσημο επίπεδο, γ) η αξιολόγηση δεν είχε συνδεθεί με μια δυναμική επιστήμη, δ) δεν συνδέθηκε εγκαίρως με διαδικασίες σχεδίασης και προγραμματισμού, ε) δεν υπήρχε κατάλληλα ενημερωμένο προσωπικό για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης και τέλος στ) δόθηκε ιδιαίτερα μεγάλο ενδιαφέρον στις τεχνικές και τα μέσα αξιολόγησης και έτσι παραμελήθηκε η διαδικασία, κυρίως μάλιστα η αρχή της: ο καθορισμός του στόχου της αξιολόγησης (Δημητρόπουλος, 1998).

Σήμερα, πολλοί ερευνητές, όπως οι Mescon, Bovee και French, υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση από μόνη της συνιστά μία νέα ευδιάκριτη επιστημονική περιοχή, η οποία

δεν σχετίζεται μόνο με την διαχείριση των εργαζομένων, τα κριτήρια επιλογής των υπαλλήλων, την εκπαίδευση και την ανάπτυξή τους, αλλά επικεντρώνεται, μέσα από τις στρατηγικές διαδικασίες και πρακτικές, κυρίως στην επιχειρησιακή κουλτούρα, στην αλλαγή και στην βελτίωση της οντότητας της επιχείρησης.

2.2 Ιστορική Αναδρομή

Πριν από τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, ο τρόπος αξιολόγησης και τα μέσα που χρησιμοποιούνταν δεν συνάδουν με την αναγκαιότητα της επαγγελματικής απόδοσης. Σύμφωνα με τον Spriegel (1962) ο συντελεστής που καθόριζε το βαθμό αποδοτικότητας των εργαζομένων ήταν η συνολική τους παρουσία στον εργασιακό χώρο. Προγενέστερες ενδείξεις αποδοτικότητας λαμβάνονταν υπόψη και συνυπολογίζονταν στην σκιαγράφηση των επαγγελματικών τους προφίλ.

Αναγνωρίζοντας τους περιορισμούς και την δυσκολία εφαρμογής της παραπάνω μεθοδολογίας, το 1950 σχεδιάστηκε ένα καινούργιο σύστημα αξιολόγησης βασισμένο στη διοίκηση βάσει στόχων. Ο McGregor υποστήριξε ότι η αξιολόγηση του προσωπικού πρέπει να γίνεται βάσει βραχυπρόθεσμων στόχων που κατά καιρούς η επιχείρηση υιοθετεί. Ο σχεδιασμός των στόχων πρέπει να πραγματώνεται με σαφήνεια ώστε να είναι εξειδικευμένοι, μετρήσιμοι, χρονικά προσδιορισμένοι και να αποτελούν μέρος ενός συνολικού σχεδίου δράσης. Οι παραπάνω κατευθυντήριες δομές προσανατολίζουν τόσο τους εργαζόμενους όσο και την διαδικασία της αξιολόγησης εφόσον κάνουν αντιληπτά τα όρια της αξιολογικής κρίσης γνωστοποιώντας τις απαιτήσεις και τα καθήκοντα κάθε θέσης εργασίας.

Το σύστημα της αξιολόγησης βάσει στόχων, ανέτρεψε τις στερεοτυπικές αντιλήψεις που είχαν διαμορφωθεί όσον αφορά το ρόλο του βαθμολογητή. Ο επαναπροσδιορισμός της σημαντικότητας του αποκαταστάθηκε προβάλλοντας την δράση του αξιολογητή ως καθοδηγητική τονίζοντας την υποστηρικτική του συνεισφορά στο όλο σύστημα της αξιολόγησης.

Αν και το παραπάνω σύστημα αξιολόγησης μεθοδολογικά θα μπορούσε να θεωρηθεί αξιόπιστο εν συγκρίσει με τα προηγούμενα, παρόλα αυτά παρουσιάζει και ορισμένα μειονεκτήματα. Η πολυπλοκότητα στη χρήση του απαιτεί υψηλό βαθμό εργασιακής ανάλυσης για να ορισθούν ποιες διαστάσεις απόδοσης μετρούν τους επιτευκταίους σκοπούς (Murphy & Cleveland, 1995). Επίσης χρειάζονται υψηλά επίπεδα διαχειριστικής δέσμευσης και χρόνος για να επιτευχθεί η αλλαγή στον

προσανατολισμό της σκέψης των εργαζομένων (Patten, 1977).

Η απαίτηση για ακριβή μέτρηση και αξιολόγηση της απόδοσης οδήγησε τους Smith & Kendall να σταθμίσουν ένα ψυχομετρικό εργαλείο βασιζόμενο στις εργασιακές συμπεριφορές (BARS). Επίσης οι Blanz & Ghiselli δημιούργησαν μια νέα κλίμακα, μελετώντας την εργασιακή συμπεριφορά μέσω παρατήρησης (MSS) (Latham & Wexley, 1977). Παρόλα αυτά από την εμπειρική τους εφαρμογή διεφάνη ότι αν και το BARS εξαγάγει πιο αξιόπιστα αποτελέσματα από το MSS, ωστόσο καμία μέθοδος από μόνη της δεν καλύπτει την ανάγκη για ακριβές μετρήσεις.

Με το πέρασμα των χρόνων γίνεται ξεκάθαρο ότι το κρίσιμο στοιχείο σε κάθε μέτρηση αξιολόγησης είναι εκτός από τα δομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου και η απόδοση του βαθμολογητή. Το 1980 πραγματοποιήθηκε η μεγάλη αλλαγή μέσα από την γνωσιακή επανάσταση στην έρευνα της αξιολόγησης προτείνοντας γνωσιακά μοντέλα στην προσπάθεια να ερμηνεύσουν και να εξηγήσουν την απόδοση των αξιολογητών.

Τα σύγχρονα συστήματα διαχείρισης ολικής ποιότητας δίνοντας έμφαση στην αξιολόγηση όλων των επιμέρους στοιχείων κατά την παραγωγή προϊόντων ή υπηρεσιών εισήγαγαν μια ευτελώς νέα αντίληψη σχετικά με τον ρόλο μιας επιχείρησης και τα μέσα που χρησιμοποιεί για να επιτύχει τους σκοπούς της. Μάλιστα, οι Waite, Newman & Krzystofiak (1994), θεωρούν ότι για να είναι ανταγωνιστική μία επιχείρηση ή ένας οργανισμός πρέπει να επενδύσει πολλούς οικονομικούς πόρους, χρόνο και ενέργεια για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, εν ολίγοις «να επανεφεύρει» τον εαυτό της. Οι σύγχρονες τάσεις επιτάσσουν την αποκέντρωση των εξουσιών, την ενίσχυση του εργατικού δυναμικού και την επαναδιαπραγμάτευση όρων όπως «ηγεσία», «κυφιστάμενους», «παραγωγή».

Η αξιολόγηση υπαλλήλων κατά McIntyre & Salas (1995), μπορεί να εφαρμοστεί και για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας ομάδων εργασίας και ολόκληρων τμημάτων μιας επιχείρησης. Στην περίπτωση αυτή τα κριτήρια αναφέρονται στη συνοχή της ομάδας, στο εύρος και το βάθος των κοινωνικών δικτύων, στα είδη επικοινωνίας μεταξύ των μελών και στην αξιολόγηση των υπο-ομάδων που σχηματίζονται. Η συστηματική προσέγγιση είναι το κατάλληλο μεθοδολογικό εργαλείο για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας ομάδας. Οι επιχειρήσεις είναι διαδραστικοί οργανισμοί με πλήθος ενδοατομικών, διατομικών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, με άλλα λόγια ένα ζωντανό σύστημα, το οποίο καλείται, αφού

εξασφαλίσει πρώτα τα εσωτερική του ισορροπία να επικοινωνήσει επιτυχώς με την κοινωνία μέσα στην οποία λειτουργεί. Η αξιολόγηση λαμβάνει πλέον τη μορφή και διέπεται από τις αρχές της θεωρίας των συστημάτων.

2.3 Η αναγκαιότητα της αξιολόγησης

Στην σημερινή κοινωνία, η αξιολόγηση έχει γίνει αναπόσπαστο κομμάτι σε όλους τους τομείς. Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, τα τελευταία χρόνια, κρίνεται ολοένα και περισσότερο επιτακτική η ανάγκη για όσο το δυνατόν καλύτερη αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων, ώστε να επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό όφελος. Προς αυτή την κατεύθυνση, καλείται η αξιολόγηση μέσων, υλικών, πόρων, φορέων και προσώπων, να παίζει καταλυτικό και ουσιαστικό ρόλο.

Μέσω της αξιολόγησης λοιπόν, επιτυγχάνεται η έγκαιρη εξασφάλιση πληροφοριών, που θα οδηγήσει σε βέλτιστη απόδοση, επιτυχέστερη αξιοποίηση μέσων και δυναμικού, σωστότερη επιλογή, μέγιστη παραγωγικότητα, ευκολότερη και σωστότερη λήψη αποφάσεων.

Είναι γεγονός, ότι στη σημερινή εποχή βιώνουμε ολοένα και περισσότερο μία έξαρση στην αξιολόγηση σε όλους τους τομείς και αναμένεται ότι αυτή η έξαρση θα ενταθεί ακόμη περισσότερο τα επόμενα χρόνια. Αναμφίβολα σήμερα βρισκόμαστε στην περίοδο της επιστημονικοποίησης της αξιολόγησης. Πρέπει λογικά να αναμένουμε να βελτιωθεί και να ερευνηθεί το θεωρητικό υπόβαθρο της αξιολόγησης και να βελτιωθεί σημαντικά η μεθοδολογία της.

Μια ασφαλής ένδειξη του ενδιαφέροντος που έχει εκδηλωθεί τις τελευταίες δεκαετίες διεθνώς για την αξιολόγηση είναι η εμφάνιση πολυάριθμων και ποικίλων εκδόσεων και περιοδικών καθώς και η έκδοση βιβλίων, με αποκλειστικό περιεχόμενο τη μελέτη και την έρευνα στην αξιολόγηση. Πολλές μελέτες και βιβλία έχουν κάνει την εμφάνισή τους τα τελευταία χρόνια στις Η.Π.Α. Πιο συγκεκριμένα, το 1975 στις Η.Π.Α. χρηματοδοτούνται μεγάλης έκτασης αξιολογήσεις, εκδίδονται τα πρώτα επιστημονικά περιοδικά και δημιουργούνται οι πρώτες επιστημονικές ενώσεις (Evaluation Research Society το 1976, που μετετράπη σε American Evaluation Association το 1986). Σύμφωνα με τους Worthen & Sanders (1987), η δεκαετία του ογδόντα είναι η περίοδος της επιστημονικοποίησης της αξιολόγησης.

Στην πάροδο των χρόνων έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες σχετικές με την αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού. Σύμφωνα με τους Gerhart & Milkovich

(1990), η αξιολόγηση των εργαζομένων και η σύνδεση μεταξύ αξιολόγησης και αποζημίωσης είναι σταθερά συνδεδεμένη με την αύξηση της κερδοφορίας, ενώ τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί και οι προσπάθειες προσδιορισμού μιας αιτιώδους σχέσης μεταξύ Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και απόδοσης της επιχείρησης (Cooke, 2000).

Πάντως είναι γεγονός ότι οι λειτουργίες της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η αξιολόγηση του ανθρωπίνου δυναμικού, μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των διαφορετικών κλάδων ή και των διαφόρων χωρών, για διάφορους λόγους, όπως η κουλτούρα και η ιδιοσυγκρασία, σύμφωνα με τους Salk & Brannen (2000). Ο Hofstede το 1980, σχολίασε ότι η εθνική κουλτούρα επιδρά στη στάση και στην συμπεριφορά των εργαζομένων. Έτσι στις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται σε διαφορετικές χώρες, η κουλτούρα των εργαζομένων είναι πολύ διαφορετική, με αποτέλεσμα να αλλάζει και ο τρόπος αξιολόγησής τους. Πανερωπαϊκές έρευνες που έχουν γίνει (Παπαλεξανδρή , 1997; Παπαλεξανδρή, Χαλικιάς, Παναγιωτοπούλου, 2001), δείχνουν ότι οι μισές μόνο επιχειρήσεις, σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Γερμανία, η Ισπανία, η Νορβηγία και η Φινλανδία, υιοθετούν συστήματα αξιολόγησης σε αντίθεση με άλλες χώρες, όπως η Βρετανία, η Γαλλία, η Σουηδία και η Ολλανδία, στις οποίες το σύνολο των οργανισμών τους έχουν εντάξει κάποια μέθοδο αξιολόγησης του ανθρωπίνου δυναμικού. Οι Huber & Fuller (1998), υποστηρίζουν ότι σήμερα το 80-90% των επιχειρήσεων στις Η.Π.Α., χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης των εργαζομένων.

Σήμερα, όπως υποστηρίζουν οι Campbell & Garfinkel (1996), μεγάλες επιχειρήσεις σε Ευρώπη και σε Αμερική, έχοντας ως στόχο την όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική αξιολόγηση του ανθρωπίνου δυναμικού τους, χρησιμοποιούν συγχρόνως πολλές πηγές αξιολογητών εφαρμόζοντας ένα μοντέλο κυκλικής αξιολόγησης (360 degree feedback). Αρκετές έρευνες (Baruch, 1996; Bratton & Gold; 2003; Campbell, 1993; Cole, 2004; Rendero, 1980), οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο καταλυτικότερος ίσως ρόλος της αξιολόγησης, αφορά την ανατροφοδότηση (feedback), που αποκτά ο εργαζόμενος σχετικά με τις επιδόσεις του, η οποία με τη σειρά της βοηθά στην υποκίνηση, στην ενεργοποίηση και στη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου απόδοσης. Σκοπός της ανατροφοδότησης είναι η ενθάρρυνση, η ενίσχυση και η διόρθωση της συμπεριφοράς του αξιολογούμενου. Επιπλέον, οι

αξιολογήσεις είναι απαραίτητες γιατί βοηθούν τους εργαζόμενους να θέτουν στόχους και οι στόχοι απόδοσης ρυθμίζουν άμεσα την προσπάθεια και την δράση των ατόμων.

Οι Osborne & Gaebler (1992), τονίζουν ότι αν δεν αξιολογηθεί το αποτέλεσμα του παραγόμενου έργου, αν δεν αποτιμηθούν τα αποτελέσματα μιας εργασίας, τότε δεν μπορεί κανείς να διακρίνει την επιτυχία ή την αποτυχία. Ένα σύστημα αξιολόγησης ανθρώπινου δυναμικού, πρωτίστως στοχεύει να αντιμετωπίσει τις ασυμφωνίες της πραγματικής απόδοσης των εργαζομένων, με αυτή της επιθυμητής, να διαπιστώσει τις αδυναμίες και να προβεί στην λήψη διορθωτικών μέτρων, με στόχο την συνεχή βελτίωση της απόδοσης του προσωπικού και την αύξηση της αποδοτικότητας του οργανισμού (Boone & Kurtz, 2005 ; Wilson & Western, 2000).

Ωστόσο αυτό που έχει πρωταρχική σημασία για τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις, πόσο μάλλον στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι η διαπίστωση και η ανάδειξη των ισχυρών πλευρών των εργαζομένων και η αξιοποίηση των δυνατών τους σημείων και όχι η υπερβολική ενασχόληση με τις αδυναμίες των ατόμων (Mondy & Noe, 2005; Drucker, 1954). Οι Jackson & Schuler (2003) αναφέρουν ότι οι κυρίαρχοι στόχοι της αξιολόγησης είναι η παρακίνηση των εργαζομένων, η βελτίωση της παραγωγικότητας και η διευκόλυνση του στρατηγικού προγραμματισμού.

Ένας από τους πιο συχνά αναφερόμενους στόχους της αξιολόγησης είναι η διαχείριση των μισθών και ο καθορισμός των συστημάτων αμοιβής. Σύμφωνα με τους Werther & Davis (1996), η αποτίμηση του παραγόμενου έργου κάθε εργαζόμενου, παρέχει τη βάση για την απόδοση ανταμοιβών (bonus) και να καθορίζει τα νέα επίπεδα μισθών. Αρκετοί είναι όμως και οι ερευνητές, οι οποίοι υποστηρίζουν την αντίθετη άποψη. Σύμφωνα με αυτούς, η αξιολόγηση πρέπει να αποσυνδεθεί από την αύξηση του μισθού, την παροχή bonus, αλλά να συνδεθεί με την επιμόρφωση και την διαβίου εκπαίδευση (Van Yperen & Hagedoom, 2003). Η άποψή τους αυτή στηρίζεται στο ότι η απόδοση των εργαζομένων θα πρέπει να παραμένει πάντα σε υψηλό επίπεδο, ακόμη και όταν οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί δεν μπορούν να ικανοποιήσουν οικονομικά τις απαιτήσεις τους. Η αξιολόγηση μπορεί να αφορά στη διανομή μη οικονομικών παροχών (Sashkin, 1986) ή στη λήψη αποφάσεων για προαγωγές, μετακινήσεις ή απολύσεις (Beer, 1987; Chelladurai, 2006; Campbell, Dunnette, Lawler & Weick, 1970).

Η διαχείριση της απόδοσης, η διεργασία αποτίμησης του πόσο καλά ένας εργαζόμενος εκτελεί σωστά την εργασία που του έχει ανατεθεί, σε σύγκριση με κάποια σταθερά πρότυπα, συμβάλλουν στο να επιτευχθεί η μέγιστη αποδοτικότητα των εργαζομένων και συμβάλλουν στο πλεονέκτημα της ανταγωνιστικότητας στις επιχειρήσεις (Mathis & Jackson, 2000; Strebler, Robinson & Heron, 1997). Σύμφωνα με τον Pfeffer (1994), η αποτελεσματική αξιοποίηση του εργατικού δυναμικού δημιουργεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην επιχείρηση, ενώ σύμφωνα με τον Gratton (2000), στις αρχές του 21^{ου} αιώνα ισχυροποιήθηκε η αίσθηση πως το μονοπάτι προς το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα είναι ο άνθρωπος.

Σύμφωνα με τους Randell (1994) και Guion (1998), αξιολόγηση είναι μια διαδικασία, όπου από την συγκέντρωση αξιόπιστων πληροφοριών για ένα άτομο, μια ομάδα ή μια επιχείρηση, οι οργανισμοί καταφέρνουν να προβαίνουν σε έγκυρες και ενημερωμένες αποφάσεις, με στόχο την επίλυση προβλημάτων. Μέσα από αυτή τη σύνθετη διαδικασία λήψης αποφάσεων δίνεται η δυνατότητα στην επιχείρηση να τοποθετήσει τους κατάλληλους εργαζόμενους στις κατάλληλες θέσεις εργασίας και τη σωστή χρονική στιγμή. Η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού, δεν αφορά μόνο την ευημερία, την ανταγωνιστικότητα και την αποτελεσματικότητα των επιχειρήσεων, αλλά αποτελεί και μια διαδικασία ανατροφοδότησης του εργαζομένου, η οποία τον βοηθά να δυναμικοποιηθεί και να αξιοποιήσει πλήρως τις δυνατότητές του. Έτσι, αποτέλεσμα αυτής της ανατροφοδότησης είναι η υποκίνηση, η εξέλιξη και η βελτίωση του ίδιου του εργαζομένου (Cascio, 1998).

Όπως υποστηρίζει ο Joinson (2001), ένα σύστημα αξιολόγησης για να είναι βιώσιμο και αποτελεσματικό, θα πρέπει να είναι έγκυρο, αξιόπιστο, αμερόληπτο, εύκολα εφαρμόσιμο και αποδεκτό από όλους. Κρίσιμος παράγοντας της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας είναι αναμφίβολα τα κριτήρια με τα οποία γίνεται μια αξιολόγηση (δεξιότητες, ικανότητες, γνώσεις, παρακίνηση κ.τ.λ.). Όποια όμως και να είναι τα κριτήρια αξιολόγησης που θα επιλεγούν θα πρέπει να είναι εξειδικευμένα για την συγκεκριμένη θέση εργασίας. Επίσης θα πρέπει να είναι αξιόπιστα, περιεκτικά και μετρήσιμα. Για να προκύψουν τέτοια κριτήρια θα πρέπει να ακολουθηθεί η διαδικασία της Ανάλυσης Εργασίας (Job Analysis), (Mathis & Jackson, 2000; Murphy & Cleveland, 1991; Sashkin, 1981).

Τα κριτήρια της απόδοσης καθορίζονται από την εταιρεία και αποτελούν τη σταθερή και μόνιμη βάση πρόσληψης και αξιολόγησης των υπαλλήλων. Έχει βρεθεί

ότι σε επιχειρήσεις στις οποίες καταγγέλλονται περιπτώσεις διακρίσεων και μεροληπτικής συμπεριφοράς κατά κανόνα λείπουν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης.

Οι κλίμακες αξιολόγησης οφείλουν να επικεντρωθούν στα χαρακτηριστικά εκείνα που τονώνουν τη συνεργατικότητα, το ομαδικό πνεύμα και την ενεργή δραστηριοποίηση στο γίνεσθαι της εταιρείας. Οι επιχειρήσεις είναι ζώντες οργανισμοί, λειτουργούν μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο, προσπαθούν να αφομοιώσουν τις διεθνείς οικονομικές συγκυρίες, έχουν κοινωνική ευθύνη και οφείλουν να παράγουν κοινωνικό έργο. Ο εργαζόμενος πρέπει να αισθάνεται πολίτης της μικρογραφίας της κοινωνίας που είναι η επιχείρηση, να συνδέει τις προσωπικές του φιλοδοξίες με τους στόχους της εταιρείας, να επιμορφώνεται μέσα σε αυτήν, να διαμορφώνει τις πολιτικές της και να εξελίξει την κοινωνικότητα του με τις σχέσεις που διαμορφώνει μέσα σε αυτήν.

Η αξιολόγηση πρέπει να είναι πολύπλευρη υπό την έννοια ότι θα είναι η συνισταμένη πορισμάτων που προέρχονται από αυτοαξιολογήσεις, αξιολογήσεις υφισταμένων, συναδέλφων και ανωτέρων, από ποσοτικές και ποιοτικές διαστάσεις μια πληθώρας μεταβλητών, που θα είναι είτε άμεσες και σχετικές με το αντικείμενο είτε έμμεσες και θα αφορούν παράπλευρες δεξιότητες, όπως επικοινωνία, ηγετικές ικανότητες, ομαδικότητα, δημιουργικότητα κ.λ.π. Η αξιολόγηση πρέπει να αποφεύγει υποκειμενικές κρίσεις και γενικές διαπιστώσεις και να αντικατοπτρίζει την διάρκεια της απόδοσης και όχι αποσπασματικά τμήματα της (αυτό συμβαίνει όταν γίνεται μια φορά το χρόνο).

Είναι φανερό ότι η αξιολόγηση είναι μια σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει ένα πλήθος γνωστικών δεξιοτήτων, ψυχολογικών διεργασιών και επιστημονικής αξιοποίησης τους μέσω έγκυρων, αδιάβλητων και αξιόπιστων μετρήσεων. Εξ ορισμού η αξιολόγηση δεν μπορεί να γίνεται από ένα μόνο άτομο, αλλά από μια ομάδα υπευθύνων, τόσο από τον χώρο της εταιρείας, όσο και από εξωτερικούς συνεργάτες, οι οποίοι θα μπορούν να παράγουν, να αναλύουν και να ερμηνεύουν δεδομένα από πολλές πηγές με υψηλό δείκτη αξιοπιστίας.

Πιο συγκεκριμένα η αξιολόγηση πρέπει να τηρεί τους ακόλουθους κανόνες: Για να γίνει η αξιολόγηση πρέπει να υπάρχει ένα αναθεωρημένο και αντικειμενικό σύστημα περιγραφής εργασιών. Οι περιγραφές αυτές είναι κατά κανόνα συμπεριφοριστικής μορφής. Οι σύνθετες εργασίες αναλύονται σε επιμέρους

καθήκοντα με την απλούστερη δυνατή μορφή (π.χ. η δεξιότητα «καλή χρήση Η/Υ, στερείται νοήματος). Ο υπεύθυνος αξιολογητής πρέπει να γνωστοποιεί στον υπάλληλο τι εννοεί λέγοντας καλή χρήση. Επί παραδείγματι, θα πρέπει να διευκρινίζει πια προγράμματα θεωρεί σκόπιμο να χειρίζεται ο εργαζόμενος (π.χ Microsoft Office, SPSS κ.λ.π.), σε πόσο χρόνο έχει την απαίτηση να διεκπεραιώνεται μια υπολογιστική εργασία, τι βαθμό ποιότητας πρέπει να έχει αυτή και πως απαιτεί να γίνεται η παρουσίαση της.

Πρέπει να καθορίζονται επαρκώς οι εργασιακές συμπεριφορές που θεωρούνται πλημμελείς, μέτριες και υψηλού επιπέδου λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες που μπορούν να μεγιστοποιήσουν ή να επιβραδύνουν την απόδοση των εργαζομένων. Για παράδειγμα κακός κλιματισμός ή άσχημη χωροταξική διάταξη μπορεί να αναστείλει τα κίνητρα για εργασία. Πρέπει να γίνει κατανοητό στους αξιολογητές ότι είναι μύθος η ύπαρξη καλών ή κακών υπαλλήλων: όλοι οι εργαζόμενοι έχουν καλές και κακές συμπεριφορές, στιγμές δημιουργικότητας και αδράνειας, ενώ η απόδοση τους επηρεάζεται από μη ελέγξιμους παράγοντες όπως η ισορροπία στην οικογενειακή ζωή, συναισθηματικό κλίμα της επιχείρησης, εμπειρίες και συμβάντα ζωής.

Σύμφωνα με τους Verma, Denici & Peters (1996), αναπόφευκτα, οι αξιολογητές κρίνουν με βάση τις αξίες, τις αντιλήψεις, τις ιδέες και τις προκαταλήψεις τους, αλλά και το συναισθηματικό δέσιμο που πιθανόν μπορεί να έχουν με τους αξιολογούμενους. Έτσι, όλοι οι αντέρω παράγοντες, έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά ή θετικά η κρίση των αξιολογητών και ως συνέπεια η αξιολόγηση να μην είναι αμερόληπτη. Στα συχνά σφάλματα συγκαταλέγονται η ασάφεια στα πρότυπα απόδοσης, η ακαταλληλότητα των αξιολογητών καθώς και η λανθασμένη επιλογή των κριτηρίων αξιολόγησης (Sherman, 1998).

Η αξιολόγηση οφείλει να γίνεται από εξειδικευμένους επιστήμονες κοινωνικής ή ανθρωπιστικής κατεύθυνσης με κριτήρια σαφώς προσδιορισμένα, τα οποία θα άπτονται των στόχων και της πολιτικής της εταιρείας. Οι Mathis & Jackson (2000), υποστηρίζουν ότι η αποφυγή των λαθών που παρατηρούνται σε μια αξιολόγηση δεν είναι εύκολο να αποφευχθούν, γι' αυτό θα πρέπει η εκπαίδευση των αξιολογητών να είναι απαραίτητη για την αντικειμενικότητα, την αμερηψία και την αξιοπιστία του συστήματος αξιολόγησης.

Η αξιολόγηση της απόδοσης εμπερικλείει δύο διακριτές διαδικασίες: τη παρατήρηση της εργασιακής συμπεριφοράς και την αντικειμενική εκτίμηση της. Η

διαδικασία παρατήρησης περιλαμβάνει τον εντοπισμό, την αντίληψη, την ανάκληση και την αναγνώριση συγκεκριμένων εργασιακών συμπεριφορών, ενώ η διαδικασία της αντικειμενικής εκτίμησης περιλαμβάνει τη κατηγοριοποίηση, τη ταξινόμηση, την ενσωμάτωση και τη κρίση των πληροφοριών που συλλέχθηκαν (Thornton & Zorich, 1980). Στην πράξη, η παρατήρηση και η κρίση αντιπροσωπεύουν τα τελευταία στοιχεία μιας τριμερούς ακολουθίας. Το πρώτο μέρος αφορά τη περιγραφή της εργασίας και τις προσωπικές δεξιότητες που απαιτούνται από την δουλειά. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις περιγραφές σχετικά με τις ελλείψεις και τα προσόντα που έχει ο κάθε εργαζόμενος. Στο τρίτο μέρος διαμορφώνεται το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας σε πραξιακό επίπεδο, δηλαδή πως οι ικανότητες ενός υπαλλήλου μπορούν να εφαρμοστούν στην καθημερινή πρακτική.

Η διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσης του εργατικού δυναμικού αποτελεί σύμφωνα με τους Bratton & Gold (2003), την πλέον αμφισβητούμενη και την λιγότερο δημοφιλή λειτουργία της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων. Υποστηρίζεται από πολλούς μελετητές, ότι η διαδικασία της αξιολόγησης αποτελεί συχνά μια οδυνηρή διαδικασία τόσο για τους αξιολογούμενους όσο και για τους αξιολογητές. Σύμφωνα με τον Maclean (2001), στους εργαζόμενους υπάρχει μια συσπιστία, μια δυσαρέσκια αλλά πολλές φορές και φόβος για την διαδικασία της αξιολόγησης.

Προϋπόθεση για την επιτυχία ενός συστήματος αξιολόγησης, σύμφωνα με τον Τερζίδη (2004), είναι η αποδοχή του συστήματος από τον αξιολογούμενο. Ελλιπής ή μη αποδοχή του συστήματος αξιολόγησης από τον αξιολογούμενο οδηγεί σε αντίσταση, σε εχθρική στάση και σε αρνητισμό κατά του συστήματος αξιολόγησης. Αλλά και τα στελέχη μιας επιχείρησης, τα οποία καλούνται να επιτελέσουν τον ρόλο του αξιολογητή, συχνά βιώνουν αισθήματα ενοχής, καθώς θεωρούν την αξιολόγηση σαν μια πράξη επιθετική απέναντι στους εργαζόμενους (Levinson, 1970).

Εν κατακλείδι, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποκτά ουσιαστικό νόημα και είναι επωφελής, μόνο όταν έχει διαμορφωτικό χαρακτήρα και έχει ως στόχο την βελτίωση του αξιολογούμενου. Στόχοι της διαδικασίας της αξιολόγησης θα πρέπει να είναι η κατάρτιση του προσωπικού, ο προγραμματισμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού της επιχείρησης, που όλα αυτά θα έχουν ένα σκοπό: την επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας για την επιχείρηση. Στις δύο επόμενες ενότητες του παρόντος κεφαλαίου, που θα ακολουθήσουν στη συνέχεια,

παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της διαδικασίας της αξιολόγησης.

2.4 Πλεονεκτήματα της αξιολόγησης

Ο Larson (1984), θεώρησε ότι η αξιολόγηση αποτελεί δομικό στοιχείο κάθε επιχειρησιακού συστήματος ελέγχου και διοίκησης, γιατί παρέχει μια πληθώρα ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, σχετικών με την εργασιακή συμπεριφορά, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανατροφοδότηση υπαλλήλων και προϊσταμένων και την εν γένει ανάπτυξη της εταιρείας.

Οι Dubinsky & Mattson (1979), Jaworski et al (1993), Babakus et al (1996), Cotton & Tuttle (1986), έδειξαν με τις έρευνές τους ότι ο καταλυτικότερος ρόλος της αξιολόγησης αφορά τη μείωση της αμφιβολίας από την πλευρά των εργαζομένων και της διοίκησης. Αυτό σημαίνει ότι ο εργαζόμενος μπορεί ανά πάσα στιγμή να πληροφορηθεί την ποιότητα της απόδοσης του σε σύγκριση με συναδέλφους του, να ελέγξει την συμβατικότητα των φιλοδοξιών του με την πολιτική και τους στόχους της εταιρείας και να ανασυνθέσει την εξελικτική του πορεία μέσα σε ένα μεταβαλλόμενο εργασιακό πλαίσιο.

Στο εξωτερικό, αλλά αρκετές φορές και στην Ελλάδα η αξιολόγηση συνδέεται με την δίκαιη κατανομή μισθών, αυξήσεων, αδειών, προαγωγών. Πρόκειται δηλαδή για εφαρμογή συμπεριφοριστικών αμοιβών ή αρνητικών ενισχύσεων, οι οποίες όμως σύμφωνα με τις θεωρίες των κινήτρων έχουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα, ειδικά σε κοινωνίες όπου η κοινωνική πολιτική δεν αφήνει πολλά περιθώρια ελιγμών. Η αξιολόγηση μπορεί να αναχθεί σε έννοιες όπως εργασιακή αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση, επαγγελματική πληρότητα και κοινωνική καταξίωση, που αντιμετωπίζουν τον εργαζόμενο ως προσωπικότητα και όχι απλώς παραγωγική μονάδα.

Ίσως η σημαντικότερη εφαρμογή και ο βασικότερος σκοπός της αξιολόγησης είναι η κατάρτιση και επιμόρφωση των εργαζομένων. Αν θέλαμε να αναπαραστήσουμε τα στάδια της ανάπτυξης μιας εταιρείας θα καταγράφαμε τις ακόλουθες διαδικασίες: Αναλυτική καταγραφή των εργαζομένων σε μια επιχείρηση (οργανόγραμμα). Κατά το στάδιο αυτό πρέπει να δημιουργηθεί αναλυτικός κατάλογος των εργαζομένων με τις βαθμίδες τους και σύντομη περιγραφή της δουλειά τους. Στο δεύτερο στάδιο είναι αναγκαίο να ληφθούν συνεντεύξεις, να

δοθούν ερωτηματολόγια και να διενεργήσουν συμμετοχικές παρατηρήσεις στο χώρο εργασίας.

Τα παραπάνω εργαλεία δίνονται συνήθως από πολλαπλούς αξιολογητές στα εμπειρότερα στελέχη της επιχείρησης αλλά και σε μεσαίας στάθμης εργαζομένων, για να καταγραφούν τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες κάθε θέσης εργασίας και να καθοριστούν τα ελάχιστα αποδεκτά επίπεδα απόδοσης, τα μέγιστα δυνατά και η μέση ή αναμενόμενη συμπεριφορά. Με βάση το ποιοτικό και ποσοτικό υλικό που θα συγκεντρωθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι επιθυμητές συμπεριφορές των υπαλλήλων ανάλογα με τη θέση εργασίας και υπολογίζονται τα κριτήρια αναμενόμενης απόδοσης. Καταδεικνύονται οι ελλείψεις που ενδεχομένως να υπάρχουν σε ανθρώπινο δυναμικό στα διάφορα επίπεδα της επιχείρησης. Αξιολογούνται οι εργασιακές συμπεριφορές των υπαλλήλων, περιγράφονται οι ανάγκες τους και οι ελλείψεις, οι οποίες μετατρέπονται σε εκπαιδευτικούς στόχους. Καθορίζεται η εκπαιδευτική διαδικασία, το ανθρώπινο και υλικοτεχνικό υπόβαθρο που απαιτείται για την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Καθορίζονται οι εκπαιδευτικές τεχνικές με έμφαση τις εξατομικευμένες και πολύαισθητηριακές τεχνικές διδασκαλίας. Παρέχεται η εκπαίδευση εντός και εκτός ωραρίου εργασίας. Αξιολογούνται από εξωτερικούς ειδικούς τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης και διαπιστώνεται εάν καλύφθηκαν οι ανάγκες που προέκυψαν από την αρχική αξιολόγηση των εργαζομένων.

Γίνεται φανερό ότι η αξιολόγηση πρέπει να εναρμονίζεται με την ανάγκη των σύγχρονων επιχειρήσεων για αλλαγή και ευελιξία μέσω της δια βίου κατάρτισης. Αυτό ξεφεύγει από την αρχική συμπεριφοριστική αντίληψη περί αξιολόγησης, η οποία τη συνδέει με τον έλεγχο, και την αύξηση της παραγωγής. Είναι προφανές ότι ένα τέτοιο εγχείρημα που έχει ως κατακλείδα της εκπαίδευση είναι και χρονοβόρο και δαπανηρό και δεν μπορεί εύκολα να εφαρμοστεί στην ολότητα του από μικρές εταιρείες. Όμως τα οφέλη είναι πολλαπλασιαστικά και μακροχρόνια.

2.5 Μειονεκτήματα της αξιολόγησης

Σύμφωνα με τον Piggot- Irvine (2003) η αξιολόγηση μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στο εργασιακό περιβάλλον, εφόσον δεν είναι αρκούντως δομημένη και συστηματική. Αυτό είναι ιδιαίτερα αληθές για χώρες όπως την Ελλάδα, της οποίας η επιχειρησιακή κουλτούρα, όπου υπάρχει, είναι βασισμένη περισσότερο στις

κοινωνικο-συναισθηματικές σχέσεις των εργαζομένων σε γραφειοκρατικές-ιεραρχικές κατανομές αρμοδιοτήτων και υπάρχει έντονη αλληλοεπικάλυψη ευθυνών.

Επιπλέον, πολλά από τα λάθη των εργαζομένων και η επιφανειακή αστοχία των επιλογών τους, οφείλονται σε λάθος δομές του συστήματος και σε εγγενή χαρακτηριστικά της επιχείρησης. Η αξιολόγηση της απόδοσης είναι μια συνεχή διαδικασία με πολλές προϋποθέσεις και ευκρινείς σκοπούς. Εφόσον γίνεται αποσπασματικά και αποσυνδεδεμένη από την κουλτούρα του οργανισμού, τις ιδιαιτερότητες των εργαζομένων, τη φύση της παραγωγικής αλυσίδας και τις απαιτήσεις των καταναλωτών και την κοινωνικής πραγματικότητας, υπάρχει ο κίνδυνος να εκπέσει της αξίας της και να μεταβληθεί είτε σε μια διαδικασία ρουτίνας είτε σε εργαλείο άσκησης πίεσης από την εργοδοσία προς τους προϊσταμένους.

Η αξιολόγηση της απόδοσης δεν είναι πανάκεια. Η χρήση της, όσο συστηματική και αν είναι δεν μπορεί να άρει άμεσα οργανωτικές δυσλειτουργίες και αδόκιμες πολιτικές, που για πολύ καιρό ταλάνιζαν την επιχείρηση. Η αποτελεσματικότητα της έγκειται σε μεγάλο βαθμό στην αντικειμενικότητα του αξιολογητή, στην ίδια την προσωπικότητα και στους διακριτικούς χειρισμούς που επιβάλλονται. Δεν είναι τυχαίο ότι το τελικό στάδιο μιας αξιολόγησης είναι η εξατομικευμένη συνέντευξη με τον αξιολογούμενο, κατά την διάρκεια της οποίας επεξηγούνται λεπτομερώς και με επιχειρήματα τα αδύνατα σημεία του εργαζόμενου, συναποφασίζονται οι στρατηγικές βελτίωσης και αναθεωρούνται οι λιγότερο λειτουργικές συμπεριφορές.

Εάν ο αξιολογητής είναι εμπαθής ή βασίζει τις κρίσεις του σε προσωπικές εμπειρίες, ασαφείς στόχους και υποκειμενικούς παράγοντες, τότε η αξιολόγηση έχει αρνητικά αποτελέσματα. Ο εργαζόμενος έχει κάθε δικαίωμα να γνωρίζει έκ των προτέρων τα μέτρα που θα κρίνουν την εργασιακή του ταυτότητα. Ο Seriff στα πειράματα του επιβεβαίωσε ότι τα μέλη της ίδιας ομάδας έχουν μη ρεαλιστικές αντιλήψεις για τις μεταξύ τους σχέσεις, υπερβάλλουν θετικά στις κρίσεις τους για τα επιτεύγματα τους και υποβιβάζουν όσους δεν ανήκουν στην ίδια ομάδα. Το φαινόμενο Veblen (Dotfam, 1961) περιγράφει την τάση των αξιολογητών να επιλέγουν μεσαίες τιμές κατά τις κρίσεις τους από φόβο μήπως υποτιμήσουν ή υπερτιμήσουν την απόδοση των εργαζομένων. Σε όλες τις περιπτώσεις ο αξιολογητής πρέπει να αποφεύγει προσωπικούς χαρακτηρισμούς και να κρίνει αποκλειστικά συμπεριφορές και όχι τον χαρακτήρα του ατόμου.

2.6 Συμπεράσματα

Στην σημερινή εποχή όπου κάθε επιχείρηση και οργανισμός, καλείται να επιβιώσει και να αναπτυχθεί μέσα σε ένα ανταγωνιστικό αλλά και ταχύτατα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, έχει ευρέως αναγνωρισθεί από όλους τους μελετητές ότι σημαντική πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος των επιχειρήσεων αποτελεί το εργατικό δυναμικό τους. Στο ίδιο συμπέρασμα έχουν καταλήξει και για τον τομέα της υγείας, στον οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εργατικό δυναμικό του. Η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού που πραγματοποιείται από τα τμήματα Ανθρώπινου Δυναμικού, έχει σαν σκοπό να αναδείξει το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της εκάστοτε επιχείρησης και να το χρησιμοποιήσει προς όφελος της ίδιας της επιχείρησης, αλλά και των ίδιων των εργαζομένων.

Στην προηγούμενη ενότητα, είδαμε ότι πολλές έρευνες, μελέτες αλλά και βιβλία έχουν εκδοθεί τις τελευταίες δεκαετίες, διεθνώς, με θέμα την αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού μιας επιχείρησης. Μέσα από αυτές, μπορούμε εύκολα να διακρίνουμε την συσχέτιση της διαδικασίας της αξιολόγησης με την απόδοση, την παραγωγικότητα, την επανατροφοδότηση και την παρακίνηση των εργαζομένων. Παράλληλα, από πολλούς ερευνητές δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον σχεδιασμό και την διαδικασία της αξιολόγησης καθώς και στα κριτήρια που θα πρέπει να υπάρχουν, έτσι ώστε να πραγματοποιούνται με επιτυχία, σωστά και με αμεροληψία οι εκάστοτε αξιολογήσεις.

Στα επόμενα δύο κεφάλαια που ακολουθούν, παρουσιάζονται αναλυτικότερα όσα έχουν υποστηριχθεί διεθνώς τις τελευταίες δεκαετίες από διάφορους μελετητές, όσον αφορά την αξιολόγηση και την διαχείριση του προσωπικού ενός νοσοκομείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

3.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναλύσουμε την διαδικασία της αξιολόγησης του νοσοκομειακού προσωπικού και πως αυτή πραγματοποιείται. Η αξιολόγηση του προσωπικού, που εργάζεται σε έναν υγειονομικό οργανισμό αποτελεί μία ζωτικής σημασίας λειτουργία, μέσα από την οποία μπορούν να αναδειχθούν οι όποιες αδυναμίες και ελλείψεις που υπάρχουν, έτσι ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπισή τους. Η διαδικασία αυτή, γίνεται με ένα ορισμένο σύστημα αξιολόγησης, το οποίο διέπεται από αρχές, όπως είναι η αμεροληψία και η επαγγελματική ικανότητα που επιδεικνύει ο αξιολογούμενος.¹⁹

Στην συνέχεια θα γίνει αναφορά στην έννοια της αξιολόγησης, στο πως αυτή συνδέεται με τα συστήματα αμοιβών και τέλος θα γίνει ανάλυση των διαφόρων μεθόδων αξιολόγησης, που έχουν στην διάθεσή τους τα διοικητικά στελέχη ενός νοσοκομείου, με σκοπό την αποτελεσματική αξιολόγηση του προσωπικού του νοσοκομείου.

3.2 Η σημασία της αξιολόγησης

Η αξιολόγηση της απόδοσης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, αποτελεί σπουδαίο παράγοντα για το σύστημα πληροφοριών και ελέγχου των νοσοκομείων. Χρησιμοποιείται για να λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την απόδοση των εργαζομένων, οι οποίες βοηθούν μετέπειτα τη διοίκηση στην σωστή λήψη αποφάσεων, όσον αφορά την τοποθέτηση, την προαγωγή, το μισθό κ.τ.λ. των εργαζομένων. Σύμφωνα με τον Ζαβλάνο (2002, σελ 170-171), το σύστημα της αξιολόγησης και ειδικότερα οι συζητήσεις μεταξύ υφισταμένου και προϊσταμένου σε ό,τι αφορά την απόδοση μπορεί επίσης να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και την απόδοση του εργαζομένου.

Το εκάστοτε νοσοκομείο, οφείλει να συγκεντρώνει τις απαιτούμενες ικανότητες, έτσι ώστε το σύστημα αξιολόγησης να χρησιμοποιείται σωστά και να παρέχει τα

¹⁹ Urwick. The Elements of Administration (New York: Harper & Row, 1944), 14-15

επιθυμητά και καθορισμένα αποτελέσματα. Ως βασική και πρωταρχική ικανότητα θεωρείται το νοσοκομείο, ως επιχείρηση, να κατανοήσει τις έννοιες των κριτηρίων αξιολόγησης καθώς και τις μεθόδους εκτίμησης μέτρησης αυτών. Εξίσου σημαντικές θεωρούνται και η ικανότητα στοζοθεσίας και μέτρησης των αποτελεσμάτων, η ικανότητα ανάλυσης των αιτιών απόκλισης μεταξύ των επιθυμητών και των πραγματοποιηθέντων επιδόσεων, μείωσης αυτής της απόκλισης και εντοπισμού των ασθενών σημείων-αδυναμιών και τέλος, η ικανότητα καθοδήγησης και ανάπτυξης των αξιολογούμενων για τη βελτίωση των αδυναμιών-ασθενών σημείων.

Η αποτελεσματική λειτουργία της αξιολόγησης αποτελεί αίτιο αλλά και αποτέλεσμα της κουλτούρας – νοοτροπίας του εκάστοτε νοσοκομείου και των εργαζομένων που εργάζονται σε αυτό.²⁰ Τα βασικά συστατικά στοιχεία της κουλτούρας – νοοτροπίας, που είναι απαραίτητα για την αποτελεσματικότητα της αξιολόγησης είναι:

- Η πίστη – πεποίθηση των αξιολογητών αλλά και των αξιολογούμενων, ότι η αξιολόγηση είναι απαραίτητη και προς όφελος όλων και ότι αποτελεί τη βασική διοικητική λειτουργία που συμβάλλει στην άσκηση αποτελεσματικού μάνατζμεντ.
- Η υιοθέτηση από όλους των αξιών που συνδέονται με τα κριτήρια της αξιολόγησης (π.χ. εστίαση στον πελάτη, επίτευξη στόχων, ανάπτυξη πρωτοβουλιών)
- Η αξία που αποδίδει η διοίκηση του νοσοκομείου, στην αρχή της δικαιοσύνης ως προς την ανταμοιβή
- Αντικειμενική αξιολόγηση ανεξάρτητα από σχέσεις και συναισθήματα (θετικά ή αρνητικά)
- Η κουλτούρα συνεχούς και δια βίου μάθησης, βελτίωσης και ανάπτυξης
- Η ύπαρξη θετικού κλίματος, βασικά στοιχεία του οποίου πρέπει να είναι η εμπιστοσύνη μεταξύ των αξιολογητών και των αξιολογούμενων, η ανοιχτή και ειλικρινής επικοινωνία και η συνεργασία.

Αναλυτικότερα, εργαλεία των συστημάτων αξιολόγησης είναι οι εκθέσεις αξιολόγησης. Οι εκθέσεις αυτές συντάσσονται συνήθως τον Ιανουάριο κάθε έτους και περιλαμβάνουν τους επαγγελματίες όλων των κατηγοριών. Η συμπλήρωση των εντύπων αυτών είναι, βέβαια, υποχρεωτική και αναλαμβάνεται συνήθως από δύο

²⁰ Παπαλεξανδρης & Μπουραντάς, 2003, σελ. 323-324

προϊστάμενους ή διευθυντές, γενικά δύο αξιολογητές για κάθε υπάλληλο που απασχολείται για πέντε μήνες τουλάχιστον στο εκάστοτε τμήμα.

Ακολουθείται, επομένως μια τυπική διαδικασία για πολύ ουσιαστικούς και πρακτικούς σκοπούς. Τα κύρια κριτήρια που εξετάζονται μέσω της έκθεσης αξιολόγησης είναι τα ακόλουθα:

- Οι τίτλοι σπουδών – μετεκπαιδεύσεις – επιμόρφωση
- Η συνοπτική περιγραφή του έργου που έχει επιτελεστεί
- Η γνώση του αντικειμένου
- Η αποτελεσματικότητα
- Οι ποινές, αν υπάρχουν
- Οι διακρίσεις, αν υπάρχουν
- Οι διοικητικές σχέσεις
- Οι υπηρεσιακές σχέσεις, η συμπεριφορά και η προσωπικότητα
- Το ενδιαφέρον και η δημιουργικότητα
- Η οργανωτική ικανότητα

Καθένα από τα προαναφερθέντα κριτήρια αναλύεται στις περαιτέρω παραμέτρους του, οι οποίες παρατίθενται στον πίνακα που ακολουθεί στη συνέχεια για την περίπτωση αξιολόγησης των νοσηλευτών ενός νοσοκομείου.

Πίνακας1. Βασικά κριτήρια της έκθεσης αξιολόγησης νοσηλευτικού προσωπικού

1.	Τίτλοι σπουδών – μετεκπαιδεύσεις - επιμόρφωση	
2.	Συνοπτική περιγραφή του έργου που επιτελέστηκε	<ul style="list-style-type: none"> • Συνοπτική περιγραφή του έργου • Μελέτες- άρθρα-προτάσεις-βραβεύσεις • Δυσχέρειες και προβλήματα υλοποίησης του έργου
3.	Γνώση του αντικειμένου	<ul style="list-style-type: none"> • Επαγγελματική επάρκεια (θεωρητική κατάρτιση, ειδικές γνώσεις και εμπειρία) • Ικανότητα εφαρμογής των γνώσεων και της εμπειρίας κατά

		<p>την εκτέλεση των καθηκόντων του</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σφαιρική γνώση του αντικειμένου του φορέα
4.	Ενδιαφέρον και δημιουργικότητα	<ul style="list-style-type: none"> • Ενδιαφέρον και αφοσίωση στην εργασία • Πρωτοβουλία-καινοτομίες, εκπόνηση σχετικών με την υπηρεσία μελετών, άρθρων ή προτάσεων και βράβευση εργασιών • Ανάλυση ευθυνών
5.	Υπηρεσιακές σχέσεις και συμπεριφορά	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπεριφορά προς τους πολίτες • Εξυπηρέτηση του κοινού • Επικοινωνία και συνεργασία με συναδέλφους και άλλες υπηρεσίες
6.	Αποτελεσματικότητα	<ul style="list-style-type: none"> • Ποιότητα και ποσότητα εργασίας • Ικανότητα να προγραμματίζει, να οργανώνει, να συντονίζει και να ελέγχει τις εργασίες του
7.	Διακρίσεις	
8.	Ποινές	

(Γούλα, 2007)

Στην πραγματικότητα, η αξιολόγηση κάθε άλλο παρά απλή είναι, διότι είναι και σχετικά χρονοβόρα και σχετικά δαπανηρή. Επιπλέον, η αξιολόγηση απαιτεί και την ύπαρξη ικανών και έμπειρων ελεγκτών για να είναι επιτυχημένη.²¹

Για την ομαλή λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος, θα πρέπει να καθορίζονται κριτήρια αξιολόγησης με σκοπό τη διασφάλιση ποιότητας σε ό,τι αφορά την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή. Τα κριτήρια αξιολόγησης ενός νοσηλευτικού τμήματος θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

²¹ Υπουργείο Εσωτερικών Σχέδιο Υπαλληλικού Κώδικα, Επιτροπή για την αναθεώρηση του υπαλληλικού κώδικα, Αθήνα, 1998

1. Την πλήρη γνώση της εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο τμήμα.²²
2. Τον προγραμματισμό και την οργάνωση της εργασίας του 24ώρου.
3. Τη λογική τροποποίηση των ωρών εργασίας του προσωπικού ανάλογα με τις ανάγκες του νοσηλευτικού τμήματος.
4. Την εξασφάλιση κατάλληλου και επαρκούς εξοπλισμού.
5. Την εφαρμογή των απαραίτητων πρωτοκόλλων διαχείρισης της θεραπείας.²³
6. Την εφαρμογή γραπτού συστήματος νοσηλευτικής φροντίδας.
7. Την εξασφάλιση καλής συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων.
8. Τη δημιουργία ευχάριστου, ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος στο χώρο εργασίας.
9. Τη διατήρηση υψηλού ηθικού μεταξύ των εργαζομένων.
10. Την ανάθεση ευθύνης σε κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας.
11. Την επίβλεψη του προσωπικού σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα.
12. Τη συνεργασία και επικοινωνία με άλλα τμήματα και υπηρεσίες του νοσηλευτικού ιδρύματος.
13. Την ανάπτυξη και καλλιέργεια ερευνητικών δραστηριοτήτων.
14. Τη συνεργασία μεταξύ νοσοκομείου και κοινότητας προκειμένου να βελτιωθεί η διαχείριση της φροντίδας των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία στο σπίτι.²⁴

Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζεται η σύνδεση του συστήματος αξιολόγησης με τα συστήματα αμοιβών.

3.3 Σύνδεση του συστήματος αξιολόγησης με τα συστήματα αμοιβών

Ο άνθρωπος, από την στιγμή της γέννησής του, περιμένει συνεχώς μια αναγνώριση ή μια ανταμοιβή για μια καλή πράξη που έκανε ή για μια καλή απόδοση που είχε. Έτσι ενθαρρύνεται, αναγνωρίζει τις ικανότητές του, τις επιστρατεύει και τις χρησιμοποιεί για κάτι καλό. «Από την αναγνώριση και την ανταμοιβή μέχρι την

²² Stokes RA. Streamlining Orientation for Hemodialysis Nursing: A CompetencyBased Approach .ANNA Journal 1991, 18(1): 33-38

²³ Λανάρα ΑΒ. Διοίκηση Νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Θ' Έκδοση. Αθήνα, 2002

²⁴ Warmington V. Renal patients in the community. Practice Nurse 1996, 11(9), 620-621, 623

χρηματική αμοιβή αναπτύσσεται ο άνθρωπος από τον ευχαριστημένο λήπτη του επαίνου σε πραγματικό απαιτητικό αμειβόμενο» (Ζυγούρη Θ. , 2001, σελ. 159)

Για να αισθανθεί ο αμειβόμενος ικανοποίηση από την εργασία του, θα πρέπει οι αντιλήψεις του για την συνεισφορά του στην εργασία να συνάδουν με την προσδοκώμενη αμοιβή και το εν γένει αίσθημα δικαιοσύνης. Αν αυτό δεν συμβαίνει, τότε ο εργαζόμενος δεν μπορεί να δικαιολογήσει την προσπάθεια που καταβάλλει για να ικανοποιήσει τις εργασιακές απαιτήσεις και αρχίζει σιγά σιγά να αμφιβάλλει για την αξία της αμοιβής του. Η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής διαπιστώνει ότι οι εργαζόμενοι διαρκώς συγκρίνουν τη δική τους συνεισφορά και τα οικονομικά ή κοινωνικά οφέλη που αποκομίζουν, με τα αντίστοιχα άλλων συναδέλφων τους με τους οποίους διατηρούν κοινωνικές επαφές και σχέσεις²⁵.

Για να είναι αποτελεσματική η σύνδεση μεταξύ ανταμοιβής και αποδοτικότητας, θα πρέπει ο μανατζερ να έχει λάβει υπόψιν του την ανάγκη βελτίωσης της ανταγωνιστικής θέσης της επιχείρησης σε σχέση με την αύξηση της αποδοτικότητας. Τα γεγονότα, τα οποία επιδρούν στη διαμόρφωση αυτής της σύνδεσης μπορεί να είναι εσωτερικής μορφής ως προς την επιχείρηση, δηλαδή απαιτήσεις των εργαζομένων και προθέσεις της διοίκησης. Επίσης, μπορεί να είναι και εξωτερικής μορφής, όπως η αλλαγή της τεχνολογίας, ο αυξημένος ανταγωνισμός που δέχονται τα προϊόντα και οι υπηρεσίες της επιχείρησης καθώς και οι δυσμενείς μεταβολές στο ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον.²⁶

Η αξιολόγηση του εργαζομένων ενός νοσοκομείου είναι βασικό και απαραίτητο εργαλείο αν επιθυμεί να συνδέσει τις αμοιβές των εργαζομένων της με την αποδοτικότητά τους. Έτσι, με αυτή τη λογική, ο εργαζόμενος που έχει μεγαλύτερη αποδοτικότητα, επειδή εργάζεται με μεγαλύτερο ζήλο και καταβάλλει εντονότερη προσπάθεια, θα πρέπει να αμοιβεται περισσότερο από τον συνάδελφό του που αποδίδει λιγότερο. Στην πραγματικότητα, δυστυχώς, ο συνδυασμός του επιπέδου εργασίας με την αμοιβή πιο εύκολα περιγράφεται παρά υλοποιείται στην πράξη. Με αυτό τον τρόπο η επιχείρηση, πέρα των πλαισίων αύξησης αποδοτικότητας με την παροχή οικονομικών κινήτρων, ενισχύει στους εργαζομένους την αίσθηση της δίκαιης μεταχείρισης και επομένως την υπακοή και την αφοσίωσή τους.

²⁵ Παπάνης Ευστράτιος, 2012

²⁶ Αλεξάκης Π., Ζαραγκάς Λ., Κιουλαφάς Κ., Κυπραίος Γ. & Ξανθάκης Μ., 1996, σελ.146

3.4 Μέθοδοι αξιολόγησης του νοσοκομειακού προσωπικού

Κάθε εργαζόμενος στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας υπόκειται ή τουλάχιστον θα έπρεπε να υπόκειται σε περιοδική αξιολόγηση. Για την αξιολόγηση του νοσοκομειακού προσωπικού χρησιμοποιούνται διάφορα κριτήρια, όπως ο βαθμός παραγωγικότητας, το ηθικό, η επίτευξη του σκοπού του νοσοκομείου καθώς και η προσωπική προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Η αξιολόγηση αποτελεί μια δομημένη διαδικασία που αποσκοπεί στο να εκτιμήσει και να επηρεάσει την συμβολή του στην αποτελεσματική εκτέλεση της εργασίας. Στην συνέχεια αναλύονται όλοι οι μέθοδοι αξιολόγησης, που έχει στην διάθεσή της η διοίκηση του κάθε νοσοκομείου, με σκοπό να αξιολογήσει το προσωπικό που απασχολεί.

3.4.1 Μέθοδοι Συγκρίσεως (Comperative Procedure)

Αποτελούν τους συχνότερα χρησιμοποιούμενους σήμερα τρόπους αξιολόγησης της απόδοσης των εργαζομένων. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο γίνεται σύγκριση μεταξύ των εργαζομένων, όμως η συνολική αποδοτικότητα στην οποία καταλήγουν είναι πολύ γενική. Η μορφή αυτής της αξιολόγησης περιλαμβάνει διάφορες άλλες μεθόδους, οι οποίες είναι οι εξής:

3.4.1.1 Μέθοδος Κατατάξεως (Ranking Procedures)

Η μέθοδος κατατάξεως αποτελεί μια απλή μέθοδο (ή κάθετη κατάταξη) στην οποία υπάρχει ένας αξιολογητής/ προϊστάμενος που δίνει ένα συνολικό βαθμό που αντιπροσωπεύει την αποτελεσματικότητα του κάθε εργαζομένου. Έτσι, κατατάσσονται ύστερα με βάση κάποιο κριτήριο, λόγου χάρη ανάλογα με τις επιδόσεις τους σε επίπεδο παραγωγικότητας, από τον καλύτερο μέχρι εκείνον με τον μικρότερο συνολικό βαθμό. Η μέθοδος αυτή είναι ίσως κατάλληλη για μικρό αριθμό εργαζομένων, ενώ δεν ενδύκνυται για σύγκριση εργαζομένων με διαφορετικό αντικείμενο εργασιών.²⁷

3.4.1.2 Μέθοδος Εναλλακτικής Κατάταξης (Alternative Ranking)

Η συγκεκριμένη μέθοδος θεωρείται μια παραλλαγή της απλής κατάταξης, που προαναφέρθηκε. Στην παρούσα μέθοδο αξιολόγησης, ο αξιολογητής/ προϊστάμενος λαμβάνει μία αλφαβητική κατάσταση όλων των εργαζομένων που θα αξιολογήσει. Στην συνέχεια, επιλέγει τον πρώτο καλύτερο από άποψη επίδοσης και ενδιαφέροντος για την δουλειά του και τον χειρότερο. Για να συνεχίσει την επιλογή του καλύτερου και του χειρότερου, πρέπει να έχει διαγράψει τους δύο προηγούμενους επιλεγμένους.

²⁷ Χυτήρης, 2001, σελ.239

Αυτή η διαδικασία που ακολουθεί ο αξιολογητής, έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία δύο καταλόγων, μία με τους «καλύτερους» και μια με τους «χειρότερους».

3.4.2 Μέθοδοι Μέτρησης Συμπεριφοράς (Behaviorally Anchored Rating Scales – BARS)

Η συγκεκριμένη μέθοδος, πρόκειται για μια μέθοδο που προσδιορίζει την συμπεριφορά των εργαζομένων σε σχέση με το αντικείμενο εργασίας του. Αυτή η συμπεριφορά πρέπει να συνάδει με τις κρίσιμες διαστάσεις απόδοσης για κάθε θέση εργασίας και έτσι ο προϊστάμενος να κατατάσσει τον εργαζόμενο στην αντιπροσωπευτική κλίμακα βαθμολόγησης.

Το μειονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι ότι η υλοποίησή της είναι χρονοβόρα και ακριβή. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή της απαιτεί αρκετό χρόνο και χρήμα. Η διαδικασία που ακολουθείται για την ανάπτυξη των κλιμάκων αξιολόγησης συμπεριφοράς, σύμφωνα με τους Παπαλεξανδρή και Μπουραντά (2003, σελ. 343) είναι η ακόλουθη:

1. Ένας αριθμός επιλεγμένων εργαζομένων καθορίζει τα σημαντικά χαρακτηριστικά που περιγράφουν την απόδοση του εργαζομένου σε μια θέση. Παράλληλα, παραθέτουν και ορισμούς για κάθε επίπεδο απόδοσης
2. Μία άλλη ομάδα αντιστοιχεί το κάθε κρίσιμο περιστατικό που όρισε η δεύτερη ομάδα σε κάθε μία κατηγορία απόδοσης που όρισε η πρώτη
3. Μία τελευταία ομάδα αξιολογεί τα κρίσιμα περιστατικά τα οποία δεν συμπεριλήφθηκαν σε κατηγορίες και τα τοποθετεί σε μια διαφορετική κλίμακα. Σαν τελικό βήμα οι κλίμακες που κατασκευάστηκαν δοκιμάζονται πιλοτικά στην επιχείρηση.

Η συμπεριφορά του κάθε αξιολογούμενου, μετριλάται με την προσδοκώμενη και την παρατηρούμενη πλευρά της. Η αξιολόγηση προσδοκώμενων συμπεριφορών (Behavioral expectation scales) αποτελείται από περιγραφές εργασιακής συμπεριφοράς που αντιστοιχούν σε καλή, μέτρια και κακή απόδοση και αφορούν στο ίδιο κριτήριο. Με βάση τα αποτελέσματα των επιδόσεων που θα παρουσιάσει ο εργαζόμενος κατατάσσεται σε κάποια κλίμακα και από εκεί προκύπτουν συμπεράσματα για τις δυνάμεις και τις αδυναμίες του καθώς και για την θέση

εργασίας στην οποία είναι προτιμότερο να απασχοληθεί ώστε να είναι αποδοτικότερος.

3.4.3 Κατάλογοι Συμπεριφορών (Checklists)

Η συγκεκριμένη μέθοδος αξιολόγησης πρόκειται για καταλόγους συμπεριφορών και χαρακτηριστικών, επιθυμητών και μη επιθυμητών, που μπορεί να επιδείξει ένας εργαζόμενος σε μια συγκεκριμένη εργασία. Ο αξιολογητής σημειώνει/ «τσεκάρει» αυτά που χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά του συγκεκριμένου αξιολογούμενου. Οι κατάλογοι αυτοί αποσκοπούν στο να καλύπτεται κατά την αξιολόγηση μεγάλη ποικιλία επιμέρους συμπεριφορών και με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η «σφαιρική» αξιολόγηση.²⁸

Στην συνέχεια, αφού συμπληρωθεί ο κατάλογος, το τμήμα προσωπικού βγάζει ένα συγκεντρωτικό αποτέλεσμα για την συνολική απόδοση του εργαζομένου, αποδίδοντας διαφορετική βαρύτητα σε κάθε χαρακτηριστικό χρησιμοποιώντας βαθμολογικούς συντελεστές στα επιμέρους σημεία του καταλόγου. Ο αξιολογητής καλείται να λειτουργήσει σαν «ρεπόρτερ» και δεν συμμετέχει στην διαδικασία κατασκευής του καταλόγου, ενώ η βαρύτητα της κάθε πρότασης δεν είναι γνωστή στον αξιολογητή αλλά μόνο στο τμήμα προσωπικού για αποφυγή τυχών λαθών επιείκας.

Η μέθοδος αυτή απαιτεί χρόνο για την κατασκευή της λίστας, καθώς και την εφαρμογή διαφορετικής λίστας για διαφορετικές θέσεις εργασίας. Οι ερωτήσεις είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να μοιάζουν εξίσου θετικές για τον αξιολογούμενο, αλλά μόνο η μία να σχετίζεται απόλυτα με την απόδοσή του. Παρακάτω παρατίθεται ένα παράδειγμα περιγραφής της συμπεριφοράς ενός νοσηλευτή που αξιολογείται:

- ✓ Είναι πρόθυμος και συνεργάσιμος
- ✓ Είναι γρήγορος, άμεσος και εκτελεί με ακρίβεια τις νοσηλευτικές εφαρμογές

Η πρώτη περίπτωση είναι τόσο επιθυμητή όσο και η δεύτερη, αλλά η δεύτερη έχει να κάνει σε μεγαλύτερο βαθμό με την αποτελεσματικότητά του από τη εργασία που προσφέρει.

3.4.4 Μέθοδοι με βάση τα αποτελέσματα

Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται συνήθως από επιχειρήσεις, οι οποίες θέλουν να μπορούν να έχουν άμεσα πληροφορίες για την απόδοση του ατόμου, χωρίς

²⁸ Κάντας, 2009, σελ.102

να μεσολαβούν πολλές διαδικασίες και αξιολογήσεις. Αυτές οι μέθοδοι είναι οι ακόλουθες:

3.4.4.1 Άμεση Μέτρηση Παραγωγικότητας

Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται σε τυποποιημένες περισσότερο εργασίες και ιδιαίτεως σε εργαζόμενους κατώτερων ιεραρχικών βαθμίδων. Η αποτελεσματικότητα της αξιολόγησης αυτής στηρίζεται στο γεγονός ότι οι μετρήσεις εφαρμόζονται στην ποιότητα και στην ποσότητα παραγωγής. Για παράδειγμα σε ένα νοσηλευτικό τμήμα, οι νοσηλευτές και οι γιατροί που στελεχώνουν το συγκεκριμένο τμήμα, εκτελούν συγκεκριμένες κάθε φορά διαδικασίες ανάλογα με την πάθηση του κάθε ασθενούς. Η διοίκηση του νοσοκομείου μπορεί να λάβει άμεση πληροφόρηση για την αποδοτικότητα του εργαζομένου μετρώντας τον χρόνο που κάνει για να επιτελέσει το λειτούργημά του. Όσον αφορά την ποιότητα, η καταμέτρηση τυχόν λαθών ή μη ίαση του ασθενούς είναι ένας προσδιοριστικός παράγοντας.

3.4.4.2 Άμεση Μέτρηση Αποχωρήσεων

Στην συγκεκριμένη μέθοδο διαφαίνεται η αρνητική συνάφεια που υπάρχει ανάμεσα στην επαγγελματική ικανοποίηση και τον αριθμό των απουσιών από την εργασία. Συτό σημαίνει ότι μεγαλύτερη ικανοποίηση οδηγεί σε λιγότερες απουσίες και αντίστροφα. Σε ορισμένες επιχειρήσεις τα διοικητικά στελέχη αξιολογούνται με βάση τον δείκτη απουσιών ή αποχωρήσεων που διαμορφώνονται στο τμήμα τους.

Πρόβλημα στην μελέτη των απουσιών από τον εργασιακό χώρο αποτελεί ο χαρακτηρισμός ως αυθαίρετες απουσίες ή ως πραγματικά δικαιολογημένες (λόγω ασθένειας, οικογενειακών προβλημάτων κ.τ.λ.) ενώ στην ουσία δεν είναι. Με άλλα λόγια, τα αίτια της απουσίας του εργαζομένου δεν θα πρέπει απαραίτητα να αναζητούνται στον ίδιο και στο πόσο ικανοποιημένος ή όχι αισθάνεται, αλλά στο τι ισχύει στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον και αν η νοοτροπία που επικρατεί είναι εκείνη που ωθεί ή απωθεί τον εργαζόμενο σε κάθε περίπτωση να αποφύγει ή όχι την εργασία του. Οπότε για την ακριβή και σαφή εικόνα της απόδοσης και επίδοσης των εργαζομένων θα είναι προτιμότερο οι επιχειρήσεις να μην χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο καθαρά αυτόνομη. Η εφαρμογή συνδυασμένων μεθόδων είναι πιο αποτελεσματική και για την φύση αλλά και για τη λειτουργία του ίδιου του νοσοκομείου αλλά και των αξιολογούμενων.

3.4.5 Αξιολόγηση με βάση την επίτευξη αντικειμενικών στόχων (MBO)

Το συγκεκριμένο σύστημα αξιολόγησης είναι επινόηση του McGregor, το οποίο ξεχώρισε από τις υπόλοιπες μεθόδους αξιολόγησης, διότι επικεντρώνεται σε αντικειμενικά κριτήρια. Πιο συγκεκριμένα, η εκτίμηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων σε ένα νοσοκομείο βασίζεται στην επίτευξη προκαθορισμένων στόχων που ορίζουν κάθε φορά οι προϊστάμενοι – υφιστάμενοι σε συνεργασία με τους εργαζόμενους.

Σημαντικό στοιχείο στο οποίο θα πρέπει να στηρίζεται το MBO είναι η πλήρης και σαφής απεικόνιση των δραστηριοτήτων των αξιολογούμενων, ούτως ώστε η διευθέτηση και υλοποίησή τους να είναι όσο το δυνατόν πιο εύκολο να εκτελεστεί επακτριβώς όπως ορίζονται. Εξίσου βασικό είναι το γεγονός ο αξιολογητής να μπορεί να εκτιμάει σωστά την αποδοτικότητα του εργαζομένου κατά την πάροδο του χρόνου, δηλαδή θα πρέπει να συγκρίνεται η επίτευξη αντικειμενικών στόχων που έχουν επιτευχθεί με αυτούς που θα έπρεπε να έχουν επιτευχθεί.

Η συγκεκριμένη μέθοδος αξιολόγησης προϋποθέτει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά – διαδικασίες, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

➤ Η ύπαρξη στόχων – διαδικασία καθορισμού στόχων

Σύμφωνα με τον Χαραλαμπίδη (2008-2010), οι προσωπικοί στόχοι θα πρέπει να ταυτίζονται με τους στόχους του τμήματος στον οποίο ανήκει το συγκεκριμένο άτομο, και οι οποίοι με τη σειρά τους να ταυτίζονται με τους στόχους ολόκληρου του οργανισμού. Αυτοί οι στόχοι καθορίζονται από τον προϊστάμενο και κατόπιν διαλλακτικών συζητήσεων ενστερνίζονται και από τους υφιστάμενους και τους εργαζόμενους. Υπάρχει φυσικά και η αντίστροφη διαδικασία, δηλαδή να καθορίζονται από τους υφισταμένους και να ενστερνίζονται από τους προϊστάμενους. Η συγκεκριμένη διαδικασία θα πρέπει να διεκπαιρώνεται κάτω από συνθήκες ελεύθερης έκφρασης απόψεων στα πλαίσια ισότητας.

➤ Η επίτευξη καθορισμένων στόχων

Κύριο μέλημα του προϊστάμενου είναι η ακριβής στοχοθέτηση. Οι ενέργειες που τίθεται να αναλάβει ο κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να έχουν πλήρη και καθαρή τοποθέτηση ούτως ώστε να εξαμβλύνονται τυχόν παρανοήσεις και λάθη. Κατά συνέπεια, για να είναι αποτελεσματική η εφαρμογή της μεθόδου MBO, είναι υποχρεωτικό να εκτελεστεί ορθά το προηγούμενο στάδιο για να εκτελεστεί και το επόμενο.

➤ Η αξιολόγηση επιτευγμένων στόχων

Το ιεραρχικό επίπεδο της αξιολόγησης ξεκινάει με την αυτοαξιολόγηση, δηλαδή η αξιολόγηση που κάνει ο εργαζόμενος για τον εαυτό του και συνήθως εμφανίζει χαμηλότερες τιμές από εκείνη που κάνει για τον εργαζόμενο ο προϊστάμενος. Ο αξιολογητής, όπως αναφέραμε προηγουμένως, συντάσσει μια έκθεση στην οποία αναγράφει κατά τη γνώμη του πόσο κατάφεραν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις και τα καθήκοντά τους οι εργαζόμενοι. Στη συνέχεια, ο προϊστάμενος συζητά και ανλύει την έκθεση μαζί του.

Στο τέλος της προκαθορισμένης περιόδου που θα πρέπει κατά συνέπεια ο στόχος να έχει ολοκληρωθεί, η αξιολόγηση αποκαλύπτει τυχόν «σφάλματα» και αδυναμίες των εργαζομένων προκειμένου αυτά να εξαλειφθούν από την αρχή των νέων στόχων μέσω εκπαίδευσης του προσωπικού και ανατροφοδότησής τους. Μέσω της ανατροφοδότησης, ο εργαζόμενος πληροφοριοδοτείται σε ποια επίπεδα έχουν επιτευχθεί αυτοί οι στόχοι. Οπότε, αφού κατέχει ολοκληρωμένη γνώση πάνω στην απόδοσή του αλλά και το τι απαιτεί από αυτόν η επιχείρηση, επιδιώκει την απαλειφή των ελλείψεών του καθώς και την άνοδο της πορείας του μέσα στον οργανισμό.

➤ Καθορισμός νέων στόχων

Ο καθορισμός νέων στόχων αποτελεί το τελευταίο στάδιο της μεθόδου επίτευξης αντικειμενικών στόχων. Μόλις ολοκληρωθεί κάποιος στόχος που έχει ορισθεί, τότε ακολουθείται πάλι από την αρχή η ίδια διαδικασία που αναφέραμε με τα τέσσερα απροσπέλαστα στάδια της, ορίζοντας πλέον καινούργους στόχους για νέα χρονικά διαστήματα.

3.5 Συμπεράσματα

Ο θεμέλιος λίθος για την ομαλή, εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία ενός νοσοκομείου είναι η διοίκηση του νοσοκομείου να γνωρίζει ανά πάσα στιγμή ποιες είναι οι αδυναμίες αλλά και τα δυνατά σημεία που διαθέτει το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου. Η μέγιστη αποδοτικότητα των ανθρωπίνων πόρων στο νοσοκομειακό σύστημα είναι συνισταμένη πολλών παραμέτρων, όπως της ιεραρχικής εξέλιξης ή οποιουδήποτε άλλου κινήτρου παρέχεται, της ικανοποίησης του ίδιου του εργαζομένου από το αντικείμενό του και τις συνθήκες δουλειάς αλλά και της κατάρτισης και επιμόρφωσης που πρέπει να συνοδεύει δια βίου τον κάθε επαγγελματία υγείας.

Στο παρόν κεφάλαιο, ασχοληθήκαμε με την αξιολόγηση του νοσοκομειακού προσωπικού και πιο συγκεκριμένα για την πολυσήμαντη λειτουργία της αξιολόγησης αλλά και για το ποιες μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί προκειμένου οι διοικήσεις των νοσοκομείων να μπορούν να αξιολογήσουν αποτελεσματικά το προσωπικό τους.

Στην συνέχεια, στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται ανάλυση της διαχείρισης του προσωπικού στον τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

4.1 Εισαγωγή

Η εύρυθμη λειτουργία ενός νοσοκομείου αποτελεί τον πιο σημαντικό στόχο της διοίκησης της. Βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στην ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου είναι η επικοινωνία, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων και η επαγγελματική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας.²⁹³⁰

Είναι ευρέως γνωστό, ότι σε αυτούς τους χώρους επικρατούν προβλήματα στις σχέσεις του προσωπικού, με αποτέλεσμα τη εκδήλωση συγκρούσεων ή αντιπαράθεσεων, οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως είναι δυνατόν να αποσυντονίσουν ακόμα και την λειτουργία ολόκληρου του Οργανισμού. Συνεπώς είναι σημαντικός ο ρόλος της αποτελεσματικής επικοινωνίας για την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών των ατόμων και των ομάδων για την επίτευξη των στόχων του.

Η «επικοινωνία» αποτελεί μία αμφίδρομη διαδικασία, κατά την οποία διάφορες πληροφορίες ανταλλάσσονται και κατανοούνται από δύο ή περισσότερους ανθρώπους. Αποτελεί τη γέφυρα ανάμεσα στους στόχους, στα πρότυπα απόδοσης και στην επιτυχία των εργαζομένων.

Για να επιτευχθεί όμως ομαλή συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας, θα πρέπει πρώτα να έχει επιτευχθεί από την διοίκηση γενικά του νοσοκομείου, αλλά και από τους προϊστάμενους όλων των τμημάτων η εξεύρεση των κατάλληλων μεθόδων διαχείρισης του προσωπικού που έχει υπό την επιστασία του. Με μια αποτελεσματική διαχείριση του νοσοκομειακού προσωπικού μπορούν να επιτευχθούν η καλύτερη συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων, η αύξηση της απόδοσης και της παραγωγικότητας τους, το καλύτερο κλίμα εργασίας αλλά και για το ίδιο το νοσοκομείο ως σύνολο μπορεί να πετύχει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι άλλων νοσοκομείων.

²⁹ Φουντούκη Α, Γκατζέλης Θ, Πάντας Δ, Θεοφανίδης Δ. Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2009;8(4):336-352.

³⁰Porter - O'Grady. Constructing a Conflict Resolution Program for Health Care. Health Care Manage Rev. 2004;29(4):278-83.

Στην συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου θα γίνει ανάλυση της αποτελεσματικής διαχείρισης του προσωπικού ενός νοσοκομείου από την διοίκηση του, με σκοπό την επίτευξη όλων των ανωτέρω στόχων που αναφέρθηκαν.

4.2 Οργάνωση ενός επιτυχημένου νοσηλευτικού τμήματος

Η διοίκηση ενός νοσοκομείου πρέπει ως βασικό του στόχο να έχει την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου. Για να το επιτύχει αυτό, θα πρέπει τα διαφορετικά νοσηλευτικά τμήματα που απαρτίζουν ένα νοσοκομείο και τα οποία είναι αυτά που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς και στους νοσηλευόμενους, να λειτουργούν ομαλά και αποτελεσματικά. Έτσι, η εκάστοτε διοίκηση του νοσοκομείου οφείλει να βρει τρόπους που θα βοηθήσουν στην δημιουργία και ανάπτυξη υγείων, αποτελεσματικών και παραγωγικών νοσηλευτικών τμημάτων εντός του νοσοκομείου.

Ένα επιτυχημένο μοντέλο νοσηλευτικού τμήματος θα πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Την κατάλληλη οργάνωση του νοσηλευτικού τμήματος.
2. Την επαρκή στελέχωση του τμήματος με το ανάλογο και κατάλληλο προσωπικό.
3. Τη σωστή λειτουργία του τμήματος.
4. Τον ακριβή καθορισμό των αρμοδιοτήτων του προσωπικού.
5. Την αποτελεσματική πρόληψη και επίλυση των συγκρούσεων.
6. Την αποτελεσματική συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.
7. Την τήρηση των κριτηρίων διασφάλισης ποιότητας στο νοσηλευτικό τμήμα.
8. Το συνεχή έλεγχο και αξιολόγηση του προσωπικού.
9. Τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού.
10. Τη διεξαγωγή έρευνας με σκοπό τη βελτίωση της κλινικής πράξης.³¹

Οργάνωση ενός νοσηλευτικού τμήματος είναι η λειτουργία με βάση την οποία γίνεται ο καταμερισμός των εργασιών και η καθιέρωση των απαιτούμενων ιεραρχικών σχέσεων μεταξύ των παραγόντων, οι οποίοι χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των προγραμματισμένων αντικειμενικών σκοπών ενός νοσηλευτικού

³¹ Λανάρα ΑΒ. Διοίκηση Νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Θ' Έκδοση. Αθήνα, 2002.

Wolper LF. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α. Εκδόσεις Mediforce Services S.A, Αθήνα, 2001.
Wolper LF. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός συστήματος οργανωμένης παροχής φροντίδας. Τόμος Β. Εκδόσεις Mediforce Services, Αθήνα 2001

ιδρύματος ή μίας νοσηλευτικής υπηρεσίας. Οι στόχοι της οργάνωσης σε ένα νοσηλευτικό τμήμα θα πρέπει να είναι:

1. Η παροχή εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας στον ασθενή.
2. Η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, με σκοπό τη σφαιρική κάλυψη των αναγκών του ασθενούς.
3. Η ικανοποίηση, η εκπαίδευση, και η ανάπτυξη του προσωπικού.
4. Η ανάπτυξη νέων μεθόδων με σκοπό την προσαρμογή της οργάνωσης στις συνεχείς εξελίξεις στο χώρο της υγείας.³²

Η επιλογή και η σύνθεση του προσωπικού σε ένα νοσηλευτικό τμήμα θα πρέπει να έχει ως στόχο την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, την ικανοποίηση των ασθενών, την ικανοποίησή του προσωπικού και την αποτελεσματική απόδοσή του. Για την αποτελεσματική στελέχωση ενός νοσηλευτικού τμήματος απαιτείται:

1. Η κατάλληλη τοποθέτηση του προσωπικού στη συγκεκριμένη θέση εργασίας με γνώμονα τα προσόντα, την εμπειρία, και τις ειδικές γνώσεις που κατέχει.
2. Ο υπολογισμός του αριθμού των νοσηλευτών και των ιατρών που χρειάζονται για το συγκεκριμένο τμήμα προκειμένου να καλύπτονται όλες οι νοσηλευτικές και ιατρικές ανάγκες.
3. Ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων και η δυνατότητα να ικανοποιούν τους προσωπικούς τους στόχους μέσα στο χώρο εργασίας.
4. Η αμεροληψία του προγράμματος εργασίας και η ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων.
5. Η διασφάλιση των καταλλήλων συνθηκών εργασίας.
6. Η σωστή προετοιμασία των νεοπροσληφθέντων για την ομαλή ένταξή τους στο νέο εργασιακό περιβάλλον.
7. Η κατάλληλη χρησιμοποίηση της επαγγελματικής εμπειρίας και των γνώσεων των εργαζομένων.
8. Η πραγματοποίηση κυκλικών μετακινήσεων ώστε να εμποδίζεται η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.
9. Η συνεχής αναβάθμιση των γνώσεων και δεξιοτήτων των εργαζομένων.

³² Κυρικλίδου Α. Οργάνωση και λειτουργία Μονάδας Τεχνητού Νεφρού. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών, 2000: 121-127

10. Η εξέταση και η μελέτη των ειδικών αναγκών του προσωπικού και η κατανόηση απέναντι σε προσωπικά ή οικογενειακά προβλήματα.

11. Η αξιολόγηση και η αναγνώριση της καλής απόδοσης του προσωπικού και τέλος,

12. Η παροχή κινήτρων για βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας εργασίας.³³

Για την αποτελεσματική λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος, αλλά και για την ομαλή και αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών τμημάτων, απαιτείται από την διοίκηση γενικά του νοσοκομείου, αλλά και επιμέρους από τους προϊστάμενους των νοσηλευτικών τμημάτων να ακολουθηθούν οι κατάλληλες πολιτικές διαχείρισης των εργαζομένων των τμημάτων αυτών.

Στην συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου θα αναπτυχθούν τέτοιες πολιτικές διαχείρισης του προσωπικού ενός νοσοκομείου.

4.3 Πολιτική διαχείρισης νοσοκομειακού προσωπικού

Η πολιτική διαχείρισης που ακολουθεί η διοίκηση ενός νοσοκομείου γενικά, αλλά και πιο ειδικά οι προϊστάμενοι των επιμέρους νοσηλευτικών τμημάτων, είναι από τα μείζονα θέματα τα οποία πρέπει να εξετάζονται, καθώς η σωστή και κατάλληλη πολιτική διαχείρισης των εργαζομένων από τους προϊστάμενούς τους, μπορεί να αποτελέσει το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα του νοσοκομείου.

Για να δημιουργηθεί μια αποτελεσματική πολιτική διαχείρισης του νοσοκομειακού προσωπικού απαιτείται η ακολουθία κάποιων αλληλένδετων βημάτων. Τα στάδια αυτά αναλύονται στην συνέχεια:

1. Προσδιορισμός των αναγκών και πλήρωση θέσεων στις υγειονομικές μονάδες

Ο σχεδιασμός για την κάλυψη των αναγκαίων θέσεων σε μια νοσοκομειακή μονάδα είναι συνάρτηση της μελέτης των γενικότερων αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό. Η έρευνα γύρω από τις απαιτήσεις σε προσωπικό είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που γίνεται σωστά μόνο λαμβάνοντας υπόψιν ορισμένα κριτήρια. Σε επίπεδο νοσοκομείου είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν οι εξής ενέργειες:

➤ Να οριοθετηθούν τα εργασιακά πεδία και να βρίσκονται σε πλήρη αρμονία με τις αντίστοιχες ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας. Αυτό συνεπάγεται και

³³ Λανάρα ΑΒ. Διοίκηση Νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Θ' Έκδοση. Αθήνα, 2002.

την τήρηση αναλογίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας είτε αυτοί είναι οι γιατροί με τους νοσηλευτές, είτε αυτοί είναι το ιατρικό με το εργαστηριακό προσωπικό.

- Να προσδιοριστεί ο όγκος παραγωγής υπηρεσιών που παρέχεται και η δυναμικότητα των κλινών καθώς και το αν υπάρχει και σε ποιο βαθμό προτυποποιημένη σχέση ανάμεσα στους επαγγελματίες και τις αντίστοιχες κλίνες.
- Να υπολογιστούν οι παραγόμενες ποσότητες απεικονιστικών εξετάσεων τόσο ανά μηχανήμα όσο και ανά τεχνολόγο που τις διενεργεί
- Να υπάρχει μια γενική εικόνα της αγοράς εργασίας και των εκροών του εκπαιδευτικού συστήματος στις κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Σε δεύτερο επίπεδο, η προσφορά ειδικευμένου προσωπικού έγκειται και στα επαγγελματικά δικαιώματα που δύνανται να απολαμβάνουν τα άτομα αυτά, καθώς και στις συνθήκες που επικρατούν στα επαγγελματικά σωματεία των επαγγελματιών υγείας και στο αν και κατά πόσο τους δίνουν τη δυνατότητα διεκδίκησης δικαιωμάτων.³⁴³⁵³⁶

2. Προσέλκυση των επαγγελματιών υγείας στην εργασία

Η Υγεία, όπως και κάθε άλλος κλάδος προσπαθεί να προσελκύσει τους ικανότερους επαγγελματίες στους χώρους της. Ωστόσο, πρέπει η εν λόγω «αγγελία» εργασίας όποια μορφή και να έχει, να τηρεί κάποιες βασικές αρχές του marketing, προκειμένου να επιτύχει το στόχο της. Αναλυτικότερα, πρέπει ο υποψήφιος για τη θέση εργασίας να ειδωθεί ως καταναλωτής μιας υπηρεσίας προκειμένου να προωθηθεί σωστά η κάλυψη της θέσης.

Υπάρχει μια ορισμένη σειρά από βήματα που θα πρέπει να γίνουν προκειμένου να δημιουργηθεί μια αποτελεσματική αγγελία-προκύρηξη οποιουδήποτε είδους (Πίνακας 2). Αρχικά, είναι απαραίτητο να καθοριστεί ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται η αγγελία. Έπειτα, πρέπει με κάθε τρόπο να προσελκυθεί η προσοχή του αναγνώστη, ενδεχομένως και με την χρήση οπτικών μέσων. Επίσης, στην αίτηση πρόσληψης

³⁴ Σούλης Σ., Υφαντόπουλος Ι. Οι Ανάγκες σε Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα Υγείας στην Ελλάδα 1980-2000. Έρευνα για τη V Διεύθυνση του ΕΚΤ της ΕΟΚ, 1993

³⁵ Σούλης Σ, Κυριόπουλος Ι, Μελέτη καθορισμού των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης ανά περιφέρεια και ειδικότητα στον τομέα της υγείας, Υπουργείο Υγείας – πρόνοιες, 1998

³⁶ Υπουργείο Εσωτερικών, σχέδιο υπαλληλικού κώδικα, 1998

πρέπει να γίνει ρητή αναφορά σε όλες τις προϋποθέσεις που θα πρέπει να τηρούνται και στα προσόντα που οφείλει να διαθέτει ο υποψήφιος.

Πίνακας 2. Κριτήρια για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής αγγελίας προσέλκυσης νοσηλευτών και ιατρών

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Καθορισμός του πληθυσμού 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δημοσίευση της αγγελίας σε νοσηλευτικά και ιατρικά περιοδικά που τις διαβάζει ο πληθυσμός-στόχος
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Προσέλκυση της προσοχής του αναγνώστη 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δημοσίευση της αγγελίας σε υγειονομικού περιεχομένου περιοδικά που τα διαβάζει ο πληθυσμός-στόχος
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξέταση μιας εικόνας η οποία απεικονίζει έναν επαγγελματία σε δράση, το είδος της δράσης που οι επαγγελματίες λένε ότι επιθυμούν 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξασφάλιση απαντήσεων από τους ενδιαφερόμενους μέσω τηλεφώνου και ταχυδρομίου: αριθμοί τηλεφώνου χωρίς χρέωση, συγκεκριμένη διεύθυνση, αριθμός φαξ και ηλεκτρομική διεύθυνση
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αναφορά διαφόρων παραγόντων που προσελκύουν τους επαγγελματίες. Αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ευκαιρία για αυτο-πραγμάτωση ✓ Γνώσεις σχετικά με την προσφορά βοήθειας σε άλλους ✓ Πνευματική τόνωση ✓ Ευκαιρία για εκπαίδευση ✓ Σχέσεις με συναδέλφους ✓ Ικανοποιητική αμοιβή ✓ Ευκαιρία για εισαγωγή καινοτομιών ✓ Ευκαιρία για επιλογή του ωραρίου εργασίας ✓ Ευκαιρία για προαγωγή ✓ Ευκαιρία ανάληψης ρόλου ηγέτη ✓ Κατάλληλα υποστηρικτικά συστήματα ✓ Εγκαταστάσεις για παιδική μέριμνα ✓ Ικανοποιητικές παροχές 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξασφάλιση αποτελεσματικών απαντήσεων από τους οργανισμούς μέσω τηλεφώνου και ταχυδρομίου: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Τα τηλεφωνήματα πρέπει να απαντηθούν με θετικές απαντήσεις που εξασφαλίζουν συνεντεύξεις. Μπορεί να είναι αποτελεσματικό αν οι κλινικοί επαγγελματίες υγείας κάνουν άμεσα τηλεφωνήματα σε μελλοντικούς υποψήφιους. ✓ Αποτελεσματική ταχυδρομική αποστολή των πακέτων με υλικά που προσελκύουν μελλοντικούς υποψηφίους.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Συμμετοχή των κλινικών νοσηλευτών και ιατρών στην ανάπτυξη της αγγελίας 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Κλείσιμο ραντεβού για συνέντευξη στην οποία θα περιλαμβάνεται και μια επίσκεψη στον οργανισμό: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Υπεύθυνος επαφής και χορηγός ✓ Κάλυψη εξόδων μετακίνησης ✓ Δωρεάν διαμονή και γεύματα ✓ Συνεντεύξεις με τον υπεύθυνο των προσλήψεων, το ειδικευόμενο προσωπικό, μεταξύ των οποίων είναι ο αρμόδιος για την προσέλκυση προσωπικού και οι κλινικοί νοσηλευτές και ιατροί
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δοκιμή της αποτελεσματικότητας της 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Συνέχιση της επαφής με γραπτή επιστολή

Αν αυτό το προκαταρκτικό στάδιο εξέτασης του βιογραφικού λήξει με επιτυχία, τότε πρέπει ο διάλογος μεταξύ εργοδότη και εργαζομένου να έρθει σε πιο προσωπικό επίπεδο. Αυτό θα γίνει δραστικά μέσω της διεξαγωγής της συνέντευξης.³⁷

3. Επιλογή και πιστοποίηση για την ανάθεση των καθηκόντων

Η συνέντευξη του κάθε υποψηφίου είναι ένα κομβικό σημείο στην πορεία κρίσης του για πρόσληψη. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο είθισται να ακολουθεί την πρώτη συνέντευξη μια δεύτερη η οποία οριστικοποιεί την απόφαση των εργοδοτών.

Ειδικότερα, το περιεχόμενο των ερωτήσεων είναι σκόπιμο να έχει συνάφεια με το βιογραφικό του εργαζομένου. Φυσικά, η συνέντευξη είναι αναγκαίο να διεξάγεται στον κατάλληλο χώρο χωρίς διαρκείς οχλήσεις και με διαθέσιμο όλο το χρόνο που απαιτείται. Ο εξεταζόμενος θα πρέπει να νατιμετωπίζεται ως επαγγελματίας και οι απαντήσεις δεν καταγράφονται, γιατί έτσι αποσπάται η προσοχή και των δυο, χρονοτριβεί η διαδικασία και πρακαλείται αγωνία στον υποψήφιο.

Στην συνέχεια, και ο ίδιος ο υποψήφιος πρέπει να έχει τη δυνατότητα να υποβάλλει σχετικές πληροφορίες. Είναι αρκετά σημαντικό να είναι σε θέση ο συνεντευξιαστής να απαντά στις ερωτήσεις του υποψηφίου προκειμένου να χτιστεί εξ αρχής μια θετική, φιλική σχέση.

4. Διαδικασίες αξιολόγησης των υποψηφίων για πρόσληψη

Η αξιολόγηση είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία για την επιχείρηση. Μέσω αυτής επιδιώκει να βρει τους καταλληλότερους συνεργάτες και να απορρίψει όσους στερούνται προδιαγραφών ή δεν ταιράζουν απόλυτα στο προφίλ της θέσης εργασίας που επιθυμεί να καλύψει. Ουσιαστικά, η αξιολόγηση θέτει τα κριτήρια για την εκτίμηση εκτεταμένων συνεντεύξεων που παρουσιάζουν διάφορες προοπτικές ενός υποψηφίου.

Πιο συγκεκριμένα, οι υπεύθυνοι αξιολόγησης, έχουν μπροστά τους λίστες με τις διάφορες διαστάσεις της εργασίας προκειμένου να είναι πιο γρήγοροι και αντικειμενικοί. Στις ανωτέρω λίστες θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Επίπεδο ενεργητικότητας
- Προϋπηρεσία στην νοσηλευτική και ιατρική

³⁷Connelly A., Strauser F. Managing recruitment and retention problems: an application of the marketing process. J Nurs Admin, 1983, 11-17

- Προσαρμοστικότητα
- Ευελιξία στη συμπεριφορά
- Σχεδιασμός και οργάνωση
- Ανοχή στο στρες
- Ανάλυση των προβλημάτων
- Δεξιότητες επικοινωνίας
- Επίλυση προβλημάτων με λήψη δραστικών αποφάσεων
- Αντίληψη, ευαισθησία
- Ανάπτυξη υφισταμένων
- Κατηγορηματικότητα
- Ανάθεση πρωτοβουλιών/ηγεσία
- Προσπελασιμότητα

Έτσι, το ζητούμενο είναι χρησιμοποιώντας όλα τα ανωτέρω κριτήρια να μπορεί να οδηγηθεί η διοίκηση του νοσοκομείου στην πρόσληψη των καταλληλότερων και παραγωγικότερων υποψηφίων.

4.4 Παραγωγικότητα της εργασίας μέσω της σωστής διαχείρισης

Μέχρι τώρα, αναφέρθηκε πολλές φορές πόσο σημαντική είναι η σωστή διαχείριση του νοσοκομειακού προσωπικού από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Στην προηγούμενη ενότητα του παρόντος κεφαλαίου έγινε ανάλυση του τρόπου με τον οποίο μπορεί η διοίκηση ενός νοσοκομείου να οδηγηθεί στην επιλογή του καταλληλότερου προσωπικού για τις διάφορες ανάγκες του νοσοκομείου. Δεν αρκεί όμως μόνο αυτό. Μετά την πρόσληψη του κατάλληλου προσωπικού, για την ομαλή, αποτελεσματική και παραγωγική λειτουργία του νοσοκομείου απαιτείται η διαρκής και σωστή διαχείριση του εργαζομένων του νοσοκομείου. Στην συνέχεια, θα γίνει ανάλυση για το πως μπορεί να πραγματοποιηθεί αυτό.

Η διοίκηση του νοσοκομείου γενικότερα, αλλά και ειδικότερα οι προϊστάμενοι των επιμέρους νοσηλευτικών τμημάτων θα πρέπει μέσω των σωστών μεθόδων διαχείρισης του προσωπικού τους να επιτύχουν την μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας του εργατικού δυναμικού που έχουν στην διάθεσή τους. Για την μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας του νοσοκομειακού προσωπικού, η διοίκηση αλλά και οι επιμέρους προϊστάμενοι του νοσοκομείου θα πρέπει να ενδιαφερθούν για τα ακόλουθα ζητήματα:

1. Βαθμολογικές κλίμακες εξέλιξης- κλίμακες σταδιοδρομίας

Οι κλίμακες εξέλιξης σε σχέση με τις κλίμακες σταδιοδρομίας διαφέρουν ως προς τον προσανατολισμό τους. Από τη μια στην κλίμακα εξέλιξης ουσιαστικά προωθείται η μετακίνηση στην ιεραρχία, ενώ από την άλλη η κλίμακα σταδιοδρομίας αφορά τη μετάβαση σε άλλους κλάδους, δηλαδή από την κλινική νοσηλευτική στη διοίκηση, στην εκπαίδευση ακόμη και στην έρευνα. Ωστόσο, και στις δύο περιπτώσεις είτε της ανόδου στην ιεραρχία είτε της αλλαγής βασικού αντικειμένου πρέπει να σημειώνονται εκτιμητέες αλλαγές στον μισθό, στα καθήκοντα, στις ευθύνες και στις απαιτούμενες δεξιότητες προκειμένου να υφίστανται κίνητρα.³⁸

Παράλληλα, κοινό σημείο αναφοράς είναι η προσωπική προσπάθεια που είναι αναγκαία είτε για την εξέλιξη είτε για την σταδιοδρομία. Βέβαια, συγχρόνως επιτυγχάνεται μέσω αυτών η ικανοποίηση των νοσηλευτών και των ιατρών και η αύξηση της παραγωγικότητας του εκάστοτε εργοδότη.³⁹

Αναλυτικότερα, στις κλίμακες εξέλιξης τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη διαφέρουν ελαφρώς μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Για το νοσηλευτικό προσωπικό σύμφωνα με το νόμο πιο βαρύνουσα σημασία έχουν: ο βαθμός εισαγωγής (που είναι ανάλογος με το αν οι εργαζόμενοι είναι ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ, κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος, απόφοιτοι της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης ή απόφοιτοι της Εθνικής Σχολής Τοπικής Αυτοδιοίκησης), τα έτη προϋπηρεσίας, οι εκθέσεις αξιολόγησης που έχει δεχθεί και οι τυπικοί εκπαιδευτικοί τίτλοι.⁴⁰ Ενώ, για το ιατρικό προσωπικό τα πράγματα είναι κάπως διαφορετικά, αφού ως βασικά κριτήρια εξέλιξης θεωρούνται η ηλικία, η συνολική διάρκεια απασχόλησης και ειδικότερα η διάρκεια απασχόλησης στην αντίστοιχη ειδικότητα. Φυσικά, πέρα από αυτά κεντρική θέση στη διαδικασία εξέλιξης εξακολουθεί να έχει η μονιμοποίηση του ιατρικού δυναμικού στους οργανισμούς.

Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά την σταδιοδρομία, η κρίση των υποψηφίων γίνεται από μια επιτροπή επαγγελματιών του ίδιου αντικειμένου που εξετάζουν την προαγωγή και ως προς άλλους τομείς που έχουν τρέχουσες ανάγκες. Τα

³⁸ Casicio F., Aquinis H. Applied psychology in human resource management . Sixth edition, Upper Saddle River, NJ:Prentice Hall, 2005

³⁹ Noe A. Employee training and development. New York: Mc Graw –Hill, 2005.

⁴⁰ Ν/3329. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005.

πλεονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι, λοιπόν, η ικανοποίηση από την εργασία, οι βελτιωμένες (κλινικές και όχι μόνο) δεξιότητες και η δημιουργία θετικών κινήτρων για την αποδοχή συνεχιζόμενων ευθυνών είτε στην ηγεσία είτε στην εκπαίδευση. Το μόνο μειονέκτημα-εμπόδιο στη διαδικασία αυτή είναι η απουσία κενών θέσεων σε υψηλότερα επίπεδα, όπως αυτό της διοίκησης.

Συνεπώς, σταδιοδρομία ή εξέλιξη καλλιεργούν και οι δύο τη φιλοδοξία του προσωπικού και την αναζήτηση της τελειότητας. Άρα, διαμορφώνουν ένα ανθρώπινο δυναμικό υψηλής ποιότητας και αυξημένων απαιτήσεων ενισχύοντας, δυστυχώς, παράλληλα πολλές φορές τον αθέμιτο ανταγωνισμό.⁴¹

2. Πολιτικές προαγωγών με βάση ορισμένα κριτήρια

Οι προαγωγές των εργαζομένων ενός νοσοκομείου, όπως και κάθε άλλη διαδικασία, πρέπει να γίνεται με βάση κάποιες μεταβλητές και όχι αυθαίρετα προκειμένου να είναι αποτελεσματική. Ο βασικός στόχος της τοποθέτησης ορισμένων κριτηρίων είναι να έχουν πρόσβαση στις προαγωγές όλες οι κατηγορίες επαγγελματιών υγείας και ίσες ευκαιρίες ως προς αυτές.

Οι προδιαγραφές αυτές είναι στην πλειοψηφία τους τυπικές επί της διαδικασίας αν και η εφαρμογή τους αποφέρει πολλά παράπλευρα αποτελέσματα. Κατ' αρχάς, αφετηρία όλων είναι ότι όλες οι θέσεις πρέπει να συμπληρώνονται ακόμα και όταν δεν μεταβάλλεται ο μισθός ή η βαθμίδα. Μπορεί, δηλαδή, απλά ο εκάστοτε εργαζόμενος να μεταφερθεί σε άλλο νοσηλευτικό τμήμα ή μονάδα, ειδικότητα ή και βάρδια. Επιπλέον, όλοι οι ενδιαφερόμενοι οφείλουν να καταθέσουν στο τμήμα ανθρώπινου δυναμικού την απαραίτητη αίτηση ζητώντας προαγωγή. Τέλος, μετά την υποβολή της αίτησης οι υποψήφιοι πρέπει να περάσουν από συνέντευξη για την οποία και θα βαθμολογηθούν.⁴²

Στην συνέχεια, αφού δοθούν οι όποιες προαγωγές, τα αποτελέσματα θα πρέπει να ανακοινωθούν επίσημα μέσα από πίνακες προακτέων. Οι πίνακες αυτοί, οφείλουν να ακολουθούν αξιολογική σειρά, από τον πιο προσοντούχο στον λιγότερο προσοντούχο, αναγράφοντας συγχρόνως και τα αντικειμενικά κριτήρια που εκτιμήθηκαν (εμπειρία, προϋπηρεσία, εκπαίδευση). Για όσους δεν περιλαμβάνονται στους συγκεκριμένους πίνακες, η υπηρεσία θα πρέπει να αναλαμβάνει τη διεξαγωγή

⁴¹Flynn J., Mathis L., Jackson J. Healthcare human resource management. Mason, OH: Thompson, 2004

⁴²Boeehr A., Vandana N., Gudanowski D., Such M. Perception of reason for promotion of self and others. Hum Relats, 2004, 57:413-438

κάποιων συμβουλευτικών συνεδρίων προκειμένου να εντοπίσει ο εκάστοτε εργαζόμενος που υστερούσε και παραγκωνίστηκε στη διάρκεια της προαγωγής.

Όλα τα ανωτέρω, καταδεικνύουν την ανάγκη ένα σύστημα προαγωγών να είναι κυρίως δίκαιο και να θεωρείται δίκαιο και από το ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου. Αυτό είναι καθοριστικής σημασίας, ιδίως όταν το περιβάλλον είναι πολύ ανταγωνιστικό, όπως είναι στην σημερινή εποχή, όπου οι υποψήφιοι με τα πλήρη προσόντα είναι περισσότεροι, ενώ οι θέσεις εργασίας μειώνονται αισθητά κάθε χρόνο.⁴³

3. Πειθαρχικό σύστημα για τον έλεγχο του νοσοκομειακού προσωπικού

Ο έλεγχος και η πειθαρχία είναι τα συστατικά της επιτυχίας για ένα καλά οργανωμένο και λειτουργικό τμήμα. Για να υφίστανται, όμως, αυτές οι σταθερές πρέπει να ισχύουν και κάποιες ποινές για τυχόν παραβίασή τους και κατά απόλυτη αναλογία το μέγεθος των ποινών αυτών να καθορίζει και το ηθικό επίπεδο των εργαζομένων σε αυτό το χώρο.

Κατά συνέπεια, γίνεται σαφές ότι το πειθαρχικό σύστημα σε ένα νοσοκομείο δρα βασικά προληπτικά σαν τείχος προστασίας των υπηρεσιών και των πελατών του, που είναι οι ασθενείς, απέναντι σε λάθη και αυθαιρεσίες του προσωπικού. Φυσικά, δεν είναι πάντα εφικτό να παραμείνει στην πρόληψη και αν η συμπεριφορά δεν χαλιναγωγείται περνά το σύστημα στη διαδικασία καταστολής των παραπτώματων με τη βοήθεια του νόμου.⁴⁴

Ως πειθαρχικό παράπτωμα ορίζεται η παράβαση του υπαλληλικού καθήκοντος που συντελείται με υπαίτια πράξη ή παράλειψη και μπορεί να καταλογισθεί στον υπάλληλο. Το υπαλληλικό καθήκον προσδιορίζεται τόσο από τις υποχρεώσεις που επιβάλλουν στον υπάλληλο οι κείμενες διατάξεις, οι εντολές και οδηγίες, όσο και από τη συμπεριφορά που οφείλει να τηρεί.

Στην συνέχεια, θα γίνει αρχικά αναφορά σε πειθαρχικά παραπτώματα που αφορούν κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό:

- Ενέργειες που εκφράζουν άρνηση αναγνώρισης του συντάγματος και απαξία προς την πατρίδα και την Δημοκρατία
- Παράβαση καθήκοντος σύμφωνα με τον ποινικό κώδικα ή άλλους ποινικούς νόμους

⁴³ Darling A.W., Mc Grath G. The causes and costs of promotion trauma. J Nurs Admin, 1983, 29-33

⁴⁴ Γούλα Α. Διοίκηση και Διαχείριση νοσοκομείου. Δεύτερη Έκδοση, Παπαζήσης, Αθήνα, 2007

- Παράβαση της υποχρέωσης εχεμύθιας
- Άσκηση έργου με αμοιβή χωρίς την άδεια της υπηρεσίας
- Ανάρμοστη συμπεριφορά προς του ζπολίτς, μη εξυπηρετήσή τους
- Χρησιμοποίηση τρίτων προσώπων στην απόκτηση υπηρεσιακής εύνοιας
- Φθορές λόγω ασυνήθιστης χρήσης, εγκατάλειψη ή παράνομη χρήση των πόρων του νοσοκομείου
- Σύναψη στενών κοινωνικών σχέσεων σε επαγγελματικό περιβάλλον εξάρτησης
- Άρνηση σύμπραξης, συνεργασίας και παροχής στοιχείων σε άλλους Δημόσιους φορείς ελέγχου της υγείας
- Ολιγωρία στη δίωξη κάποιου παραπτώματος
- Παράβαση της αρχής της αμεροληψίας
- Αποχή από την εκτέλεση καθηκόντων
- Χρησιμοποίηση της δημοσιούπαλληλικής ιδιότητας ή άλλων πληροφοριών της υπηρεσίας για εξυπηρετήση ιδιωτικών συμφερόντων
- Αποδοχή υλικής εύνοιας ή ανταλλάγματος για τον χειρισμό μιας υπόθεσης
- Αδικαιολόγητη προτίμηση νεότερων υποθέσεων με ταυτόχρονη παραμέληση παλαιότερων
- Άρνηση προσέλευσης για ιατρική εξέταση
- Άρνηση ή παρέλκυση εκτέλεσης εξουσίας
- Αμέλεια ή ατελής εκπλήρωση καθήκοντος
- Άσκηση κριτικής των πράξεων της προϊσταμένης αρχής δημοσίως με χρήση ανακριβών στοιχείων και απρεπών εκφράσεων
- Αδικαιολόγητη μη έγκαιρη σύνταξη έκθεσης αξιολόγησης
- Μη έγκαιρη απάντηση σε αναφορές πολιτών.⁴⁵

Στην περίπτωση του ιατρικού προσωπικού, τα πειθαρχικά παραπτώματα διαφοροποιούνται:

- Απουσία από την εφημερία
- Συνεργασία με ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικές κλινικές αν ο συγκεκριμένος ιατρός έχει διορισθεί στο δημόσιο φορέα
- Άνιση μεταχείριση αρρώστων και ανάρμοστη συμπεριφορά προς αυτούς

⁴⁵ Υπουργείο Εσωτερικών Σχέδιο Υπαλληλικού Κώδικα, Επιτροπή για την αναθεώρηση του Υπαλληλικού κώδικα, 1998

- Δωροληψία
- Παραβίαση οποιουδήποτε κανόνα ιατρικής δεοντολογίας.⁴⁶

Αν και τα πειθαρχικά παραπτώματα διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, λόγω της επαφής που έχει ο κάθε επαγγελματίας με τους ασθενείς και των ευθυνών που φέρει απέναντί τους, δεν ισχύει το ίδιο και με τις ποινές. Οι πειθαρχικές ποινές είναι κοινές, καθώς ακολουθείται μια γενικότερη τάση συστηματοποίησης και τυποποίησης. Ειδικότερα, οι ποινές που προβλέπονται για όλα τα ανωτέρω πειθαρχικά παραπτώματα είναι τα ακόλουθα:

- Η έγγραφη επίπληξη
- Πρόστιμο που ποικίλει ως προς το μέγεθος ανάλογα με τη βαρύτητα του σφάλματος
- Στέρηση του δικαιώματος προαγωγής για διάστημα που ποικίλει
- Υποβιβασμός
- Προσωρινή παύση για διάστημα που ποικίλει
- Οριστική παύση
- Αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσωρινά ή μόνιμα

Το πειθαρχικό σύστημα ελέγχου είναι απαραίτητο και ζωτικής σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και την διατήρηση της τάξης εντός αυτού. Σε γενικές γραμμές, προβλέπει τα περισσότερα είδη παραβάσεων και επιβάλλει ποινές αυστηρές αλλά όχι απάνθρωπες. Φυσικά, σε αυτό συντελεί και το σύστημα δικαιοσύνης το οποίο αναλαμβάνει την τελική κρίση.⁴⁷

4. Προσδοκίες και ικανοποίηση από την εργασία

Η ικανοποίηση που παίρνει ένας επαγγελματίας υγείας από την εργασία του είναι καθοριστικής σημασίας. Γι'αυτό το λόγο οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών τμημάτων, αλλά και η διοίκηση του νοσοκομείου γενικότερα θα πρέπει να βρει με ποιους τρόπους μπορεί να οδηγηθεί στην αύξηση των προσδοκιών αλλά και της ικανοποίησης που δέχεται ο κάθε επαγγελματίας υγείας από την εργασία του.

Όσον αφορά τους νοσηλευτές, ο λόγος που έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια μεγάλη κινητικότητα στο επάγγελμά τους, όπου πολλοί από αυτούς φτάνουν ακόμη και στο σημείο να εγκαταλείπουν το επάγγελμα τους, είναι η πολύ χαμηλή

⁴⁶ Ν/2071. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ 123/Α/15-71992.

⁴⁷ Ν/3329. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005.

ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους. Αντίθετα, αυτό που διαχέεται προς τα έξω είναι μια αυξανόμενη δυσαρέσκεια που αφορά διάφορους τομείς της δουλειάς.

Πιο συγκεκριμένα, με αξιολογική σειρά, τα προβλήματα ξεκινούν από τη χρηματική αμοιβή που θεωρείται από τους περισσότερους νοσηλευτές ως εξαιρετικά ανεπαρκής. Έπειτα, ακολουθούν σε απόλυτη σειρά προτεραιότητας τα θέματα μη αναγνώρισης της προσφοράς του εργαζομένου ή ακόμη και της απαξίωσης αυτής, του ακατάστατου και υπερφορτωμένου ωραρίου εργασίας, των πολλαπλών ευθυνών του νοσηλευτή σε σχέση με τον ασθενή χωρίς να υπάρχει αντιστοιχία με το μισθό και τέλος εκείνο του υπερβολικού άγχους που απορρέει από όλα τα παραπάνω. Συνεπώς, τα προβλήματα είναι αλληλένδετα και αλληλοεπηρεάζονται άμεσα.⁴⁸

Ωστόσο, αυτά είναι ζητήματα και εμπόδια που παρουσιάζονται στην καθημερινότητα της δουλειάς, αλλά οι προσδοκίες των νεαρών επαγγελματιών υγείας είναι πολύ διαφορετικές πριν βγουν στην αγορά εργασίας. Οι προσδοκίες είναι συνώνυμο των φιλοδοξιών, οι οποίες δεν μπορεί να είναι χαμηλές ή μετριοπαθείς ιδίως σε έναν νέο άνθρωπο, ο οποίος ξεκινά γεμάτος όρεξη και όνειρα την καριέρα του. Μερικά από τα «υπεραισιόδοξα σχέδια» των νεαρών πτυχιούχων επαγγελματιών υγείας ακολουθούν στη συνέχεια:

- Εργασία πλήρους απασχόλησης
- Ικανοποιητική αμοιβή
- Αναγνώριση και ενθάρρυνση
- Ευχάριστες συνθήκες εργασίας
- Ημέρες εργασίας και βάρδιες της αρεσκίας του κάθε εργαζομένου
- Απόλυτη ικανοποίηση και αίσθηση του πετυχημένου από την προσφορά της καταλληλότερης και πιο ολοκληρωμένης φροντίδας
- Εργασία σε ένα μεσαίο ή και μεγάλο νοσοκομείο
- Συνεχή εποπτεία από υπεύθυνους προϊστάμενους
- Επαγγελματική αυτονομία, εξουσία, πρωτοβουλία
- Εργασία γενικότερα σε μια υγιή κοινωνία, με ευκαιρίες ανώτατης εκπαίδευσης και ανάπτυξης οικογένειας. Αυτό συνεπάγεται ένα

⁴⁸Ginsberg E., Patray J., Ostow M., Brann A. Nurse discontent: The search of realistic solutions. J Nurs Admin, 1982, 7-11.

αποτελεσματικό εκπαιδευτικό σύστημα, εξάλειψη της εγκληματικότητας, σταθερή οικονομία, χαμηλή φορολογία και κόστος ζωής⁴⁹⁵⁰

Φυσικά, αν όλα τα παραπάνω ίσχυαν θα επρόκειτο για την άριστη εικόνα της πραγματικότητας που πρακτικά δεν μπορεί να υφίσταται. Αυτό όμως δεν σημαίνει, ότι κάποιες από τις προδιαγραφές δεν εφαρμόζονται και σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε πολλές περιπτώσεις ή ότι δεν γίνεται προσπάθεια για την επίτευξη τους, απλά σίγουρα υπάρχουν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Εξάλλου, όταν κάποιος δεν έχει εμπειρία των πραγματικών συνθηκών μπορεί να αγνοεί διάφορα στοιχεία, να υποτιμά άλλα και να θέτει άλλα ανούσια στοιχεία.

Σχήμα 1. Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού



(Γούλα Α. Διοίκηση και Διαχείριση νοσοκομείου. Δεύτερη Έκδοση, 2007)

5. Κατάρτιση και επιμόρφωση του νοσοκομειακού προσωπικού

Η συνεχής επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί υπηρεσιακή υποχρέωση και αναγκαιότητα. Μάλιστα, το δικαίωμα αυτό των εργαζομένων

⁴⁹ Burton E., Burton T. Job expectations of senior nursing students. J Nurs Admin, 1982, 11-17

⁵⁰ Οικονομάκης Μ. Είναι αναγκαία μια Πολιτική Ανθρώπινων Πόρων για το Νοσηλευτικό Προσωπικό των Νοσοκομείων στη βάση των Θεωριών Υποκίνησης, στις Υπηρεσίες Υγείας, στο Μάνατζμεντ και Τεχνολογία. Mediforce, Αθήνα, 2004.

υποστηρίζεται με ειδικά προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση με τη συνεργασία πάντα του Υπουργείου Υγείας. Τα προγράμματα αυτά καλούνται προγράμματα «δια βίου μάθησης».

Η δια βίου μάθηση αποτελεί επένδυση για κάθε οργανισμό υγείας. Μέσω αυτής βελτιώνονται οι δεξιότητες και οι ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού. Έτσι, τουλάχιστον την τελευταία δεκαετία η εκπαίδευση των νοσοκομειακών εργαζομένων παρουσιάζει συνεχώς μια αυξητική τάση. Η διαρκής κατάρτιση δεν σχετίζεται αποκλειστικά με τους ανθρώπινους πόρους της υγείας, αλλά και με εκείνους της ψυχικής υγείας και της πρόνοιας, ώστε να βελτιωθούν οι υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες σε όλους τους τομείς και για όλες τις ειδικότητες.

Συνεπώς, τα προγράμματα δια βίου μάθησης επιτελούν σαφώς καθορισμένους στόχους. Αρχικά, στηρίζουν την απασχόληση με δημιουργία ευκαιριών και των αναγκαίων δυνατοτήτων για πλήρη εργασιακή ένταξη. Έπειτα, αυξάνουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα των υπηρεσιών υγείας και με την συμβολή του ίδιου του προσωπικού σε αυτή την ποιοτική αναβάθμιση. Επιπλέον, προωθούν την οσότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

4.5 Υποκίνηση του προσωπικού στο χώρο της υγείας

Η υποκίνηση, ως μια διοικητική λειτουργία, είναι η διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων των εργαζομένων ενός νοσοκομείου, με σκοπό την επίτευξη των στόχων του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τους Dunham, Pierce (1989), η υποκίνηση ενεργοποιεί, κατευθύνει και συντηρεί την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η θεωρία της υποκίνησης, υπάρχει και εφαρμόζεται στην πράξη εδώ και πολλά χρόνια. Εργαζόμενοι με μεγάλο βαθμό υποκίνησης μπορεί να επιτύχουν μεγάλη αύξηση στην παραγωγικότητα και να είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Πρέπει όμως να διευκρινισθεί ότι η απόδοση των εργαζομένων δεν εξαρτάται μόνο από την υποκίνηση. Υπάρχουν πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις που αναλύουν το ζήτημα της υποκίνησης.

Το θέμα της υποκίνησης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, έχει απασχολήσει πολλούς μελετητές τα τελευταία χρόνια. Έχει αποδειχθεί ότι το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει ένα νοσοκομείο αποτελεί από τα πιο σημαντικά εργαλεία της διοίκησης στην προσπάθειά της για βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας και παράλληλα στην αύξηση της παραγωγικότητας του οργανισμού υγείας.

Σύμφωνα με την διάρθρωση και ιεράρχιση ενός νοσοκομείου, την ευθύνη της υποκίνησης του προσωπικού την επωμίζεται ο διοικητής του νοσοκομείου κυρίως, και λιγότερο οι προϊστάμενοι των επιμέρους νοσηλευτικών τμημάτων που απαρτίζουν το νοσοκομείο.

Κατά την προσπάθεια της υποκίνησης του προσωπικού, η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να λάβει υπόψιν του, τους εξής έξι παράγοντες-αρχές του Gordon Lippit, που θεωρούνται απαραίτητοι προκειμένου να είναι επιτυχής η παρακίνηση των εργαζομένων:

- Η υπηρεσία να σέβεται την προσωπικότητα του εργαζομένου
- Να έχουν εξασφαλιστεί οι κατάλληλες προϋποθέσεις για εργασία ποιότητας
- Παροχή καλύτερων κινήτρων, ώστε να θεωρούν την εργασία τους οι εργαζόμενοι σημαντική
- Να προσφέρονται οι κατάλληλες ευκαιρίες για δυνατότητες βελτίωσης και ανάπτυξης του επιπέδου του προσωπικού, όπως ευκαιρίες για εκπαίδευση
- Να υπάρχει ένας μεγάλος βαθμός ελευθερίας στην εργασία και τέλος
- Καλές απολαβές και ανταμοιβές

Σύμφωνα με όλα τα ανωτέρω, συμπεραίνουμε ότι αν και η υποκίνηση αντιμετωπίζεται ως μια απλή διαδικασία, στην πραγματικότητα παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, λόγω της διαφορετικότητας των ατόμων, αλλά και λόγω της διαφορετικότητας των αναγκών τους.

4.6 Συμπεράσματα

Στο παρόν κεφάλαιο έγινε αναλυτική παρουσίαση της σωστής και αποδοτικής διαχείρισης του νοσοκομειακού προσωπικού από την διοίκηση ενός νοσοκομείου. Επίσης επισημάνθηκαν σε εκτενή βαθμό τα πολλαπλά οφέλη που υπάρχουν τόσο για τον επαγγελματία υγείας, όσο και για το νοσοκομείο γενικότερα η άσκηση αποτελεσματικής διαχείρισης από την εκάστοτε διοίκηση. Παράλληλα είδαμε πως μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό, λειτουργικό και αποδοτικό νοσηλευτικό τμήμα καθώς και με ποιες μεθόδους μπορεί να επιτευχθεί η αύξηση της παραγωγικότητας μέσω της σωστής διαχείρισης των επαγγελματιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο θα διερευνηθεί αν και κατά πόσο επηρεάζει η σωστή αξιολόγηση και διαχείριση του προσωπικού ενός νοσοκομείου την ποιότητα και το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Για το σκοπό αυτό, έχουν χρησιμοποιηθεί δεδομένα από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ειδικότερα από τις χώρες της Αγγλίας, της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Σουηδίας, της Δανίας και της Πορτογαλίας. Τα δεδομένα της έρευνας προέρχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization) για την χρονική περίοδο 1981-2010.

Για την επίτευξη του ανωτέρω σκοπού, θα γίνει χρήση διαφόρων οικονομικών και ιατρικής φύσεως μεταβλητών των χωρών που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Επιπρόσθετα, στην συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου, για την καλύτερη κατανόηση της ποσοτικής συμπεριφοράς των μεταβλητών αυτών, θα πραγματοποιηθεί περιγραφική στατιστική ανάλυση, ώστε να υπάρχουν βασικά στοιχεία αναφορικά της ποσοτικής συμπεριφοράς τους.

Στην επόμενη υποενότητα του παρόντος κεφαλαίου, θα γίνει μια αναφορά και σύντομη ανάλυση των οικονομικών και ιατρικής φύσεως μεταβλητών που θα χρησιμοποιηθούν και στη συνέχεια θα ακολουθήσει η περιγραφική στατιστική ανάλυσή τους.

5.2 Περιγραφή των μεταβλητών της έρευνας

Για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του επιπέδου αξιολόγησης και διαχείρισης του νοσοκομειακού προσωπικού και του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας, θα γίνει χρήση των ακόλουθων οικονομικών και ιατρικής φύσεως μεταβλητών:

- Το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Growth Domestic Product Per Capita)
- Οι συνολικές κατά κεφαλήν Δαπάνες Υγείας (Total Health Expenditure Per Capita)

- Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (Life Expectancy at birth)
- Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους (physicians per 1000)
- Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών (Total Capital Expenditure on Medical Factor % Total Expenditure)
- Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους (Hospital Beds per 100.000)

Στην συνέχεια θα ακολουθήσει μια σύντομη περιγραφή και ανάλυση των ανωτέρω μεταβλητών.

5.2.1 Το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Growth Domestic Product Per Capita)

Για να κρίνουμε αν η πορεία μιας οικονομίας είναι καλή ή κακή είναι φυσικό να εξετάσουμε το συνολικό εισόδημα που κερδίζουν τα μέλη που απαρτίζουν την οικονομία αυτή. Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (συντομογραφία ΑΕΠ) και ο στενός συγγενής του, το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, είναι δύο από τις πλέον χρησιμοποιούμενες μακροοικονομικές μεταβλητές, που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της πορείας μιας οικονομίας.

Αναλυτικότερα, το ΑΕΠ, με εναλλακτική συντομογραφία GDP από τον αγγλικό όρο Gross Domestic Product, μετρά την αξία της παραγωγής σε μια χώρα, από εθνικούς και ξένους παραγωγικούς συντελεστές εγκατεστημένους σε αυτή, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου. Το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, με συντομογραφία GNP από τον αγγλικό όρο Gross National Product, μετρά την αξία της παραγωγής από εθνικούς παραγωγικούς συντελεστές, οι οποίοι ευρίσκονται είτε στη χώρα είτε στο εξωτερικό, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου.⁵¹

Η λογιστική ταυτότητα του ΑΕΠ, σύμφωνα με την μέθοδο των δαπανών, είναι η ακόλουθη:

$\text{ΑΕΠ} = \text{Ιδιωτική Κατανάλωση} + \text{Επενδύσεις} + \text{Δημόσια Κατανάλωση} + \text{Καθαρές Εξαγωγές}$

Αλγεβρικά, η ανωτέρω σχέση γράφεται ως ακολούθως:

$$Y = C + I + G + NX$$

Όπου,

⁵¹Άγγελος Α. Αντζουλάτος, Κυβερνήσεις, Χρηματαγορές και Μακροοικονομία, Αθήνα 2011

C: είναι η δαπάνη που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών, με εξαίρεση τις νέες κατοικίες

I: είναι η δαπάνη των επιχειρήσεων για την αγορά κεφαλαιουχικού εξοπλισμού, αποθεμάτων και κτιρίων (και νέων)

G: είναι οι δαπάνες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών από όλα τα επίπεδα κυβερνήσεων

NX: είναι η δαπάνη για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών που εξάγονται μείον την δαπάνη για τα εισαγόμενα αγαθά και υπηρεσίες.

Το ΑΕΠ είναι το καλύτερο μέτρο της οικονομικής ευημερίας μιας κοινωνίας. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ (GDP per capita) δείχνει το εισόδημα και την δαπάνη του μέσου ατόμου σε μια οικονομία. Υψηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ δείχνει υψηλότερο επίπεδο ευημερίας.

5.2.2 Οι συνολικές κατά κεφαλήν Δαπάνες Υγείας (Total Health Expenditure Per Capita)

Ένας άλλος δείκτης που πρέπει να αξιολογείται σε ένα σύστημα υγείας είναι οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. Ο δείκτης αυτός δείχνει τις συνολικές δαπάνες υγείας του μέσου ατόμου σε μια οικονομία. Ο δείκτης αυτός θα πρέπει να εκτιμάται μαζί με το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας σε μια κοινωνία. Μια χώρα, η οποία έχει υψηλότερες συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας αλλά χαμηλότερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας σε σχέση με μια άλλη χώρα, σημαίνει ότι δεν κάνει σωστή διαχείριση των υλικών και άυλων πόρων της.

Στην συνέχεια, ακολουθεί σύγκριση των συνολικών κατά κεφαλήν δαπανών υγείας των υπό εξέταση χωρών (Αγγλία, Γερμανία, Ιταλία, Σουηδία, Δανία και Πορτογαλία).

5.2.3 Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (Life Expectancy at birth)

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι ένας μέσος αριθμός ετών που αναμένεται να ζήσει ένας αριθμός ατόμων που γεννήθηκαν το ίδιο έτος, αν η θνησιμότητα σε κάθε ηλικία παραμένει σταθερή στο μέλλον. Ο δείκτης αυτός αποτελεί ένα μέτρο υπολογισμού του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μιας χώρας.

Ένας άλλος δείκτης που χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας είναι ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης. Ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (ΔΑΑ), (Αγγλ. Human Development Index, HDI) είναι στατιστικός δείκτης ο οποίος χρησιμοποιείται για να κατατάσσει τις χώρες με βάση την "ανθρώπινη ανάπτυξη". Αποτελεί ένα σύνθετο μέτρο που κατασκευάζεται

με βάση τρεις επί μέρους δείκτες οι οποίοι σχετίζονται με το προσδόκιμο ζωής, τον βαθμό εκπαίδευσης και την ποιότητα ζωής. Με βάση το ΔΑΑ γίνεται χαρακτηρισμός μιας χώρας σε υπανάπτυκτη, αναπτυσσόμενη ή αναπτυγμένη. Χρησιμοποιείται επίσης για να μετρήσει την επίδραση των οικονομικών πολιτικών στην ποιότητα ζωής.

Ο ΔΑΑ δημιουργήθηκε από τον Πακιστανό οικονομολόγο Μαχμούμπ ουλ Χακ (1934-1998) και την ομάδα επιστημόνων που σύστησε. Στην ομάδα αυτή συμμετείχαν, μεταξύ άλλων, ο Gustav Ranis του πανεπιστημίου Γέιλ και ο Λόρδος Meghnad Desai του "London School of Economics". Ο βραβευμένος με Νόμπελ Ινδός οικονομολόγος Αμάρτια Σεν θεμελίωσε το εννοιολογικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται ο δείκτης. Ο ΔΑΑ χρησιμοποιείται έκτοτε από τον ΟΗΕ στην ετήσια Αναφορά Ανθρώπινης Ανάπτυξης. Ο ΔΑΑ μετράει τα επιτεύγματα μιας χώρας στις τρεις βασικές συνιστώσες της ανθρώπινης ανάπτυξης:

- ✓ Μια μεγάλη και υγιή ζωή, όπως χαρακτηρίζεται από το προσδόκιμο ζωής στην γέννηση
- ✓ Γνώση και μόρφωση, όπως χαρακτηρίζεται από το ποσοστό αναλφαβητισμού και το αναμενόμενο βαθμό εκπαίδευσης
- ✓ Μια ευπρεπή ποιότητα ζωής, όπως χαρακτηρίζεται από το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) κατά κεφαλήν και την αγοραστική ισότιμη δύναμη.

Κάθε χρόνο, τα μέλη του ΟΗΕ καταχωρούνται και κατατάσσονται σύμφωνα με το ΔΑΑ τους.⁵²

5.2.4 Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους (physicians per 1000)

Η επάρκεια της στελέχωσης σε ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αξιολογηθεί, χρησιμοποιώντας διάφορους δείκτες. Μεταξύ αυτών είναι ο αριθμός των γιατρών, των νοσηλευτών που αντιστοιχεί σε 1000 κατοίκους. Στην παρούσα έρευνα θα αξιολογήσουμε τον αριθμό των γιατρών ανά 1000 κατοίκους στις υπό εξέταση χώρες (Αγγλία, Γερμανία, Ιταλία, Σουηδία, Δανία και Πορτογαλία).

5.2.5 Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών (Total Capital Expenditure on Medical Factor % Total Expenditure)

Ένας δείκτης που πρέπει να αξιολογείται σε κάθε σύστημα υγείας είναι οι συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών. Το μέγεθος των δαπανών στον τομέα της υγείας ως προς το ύψος των συνολικών

⁵² Wikipedia. Διαδικτυακή σελίδα: el.wikipedia.org/wiki/δείκτης_προσδόκιμου_ζωής

δαπανών καταδεικνύει την ύπαρξη ή μη ορθολογικής διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την λανθασμένη ή μη πολιτική κατεύθυνση που ακολουθεί ένα σύστημα υγείας.

Γι' αυτό το λόγο, στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου, θα πραγματοποιηθεί σύγκριση του συγκεκριμένου δείκτη για τις υπό εξέταση χώρες, με σκοπό να διερευνηθεί ποιες κάνουν ορθολογική διαχείριση των δαπανών τους και ποιες όχι.

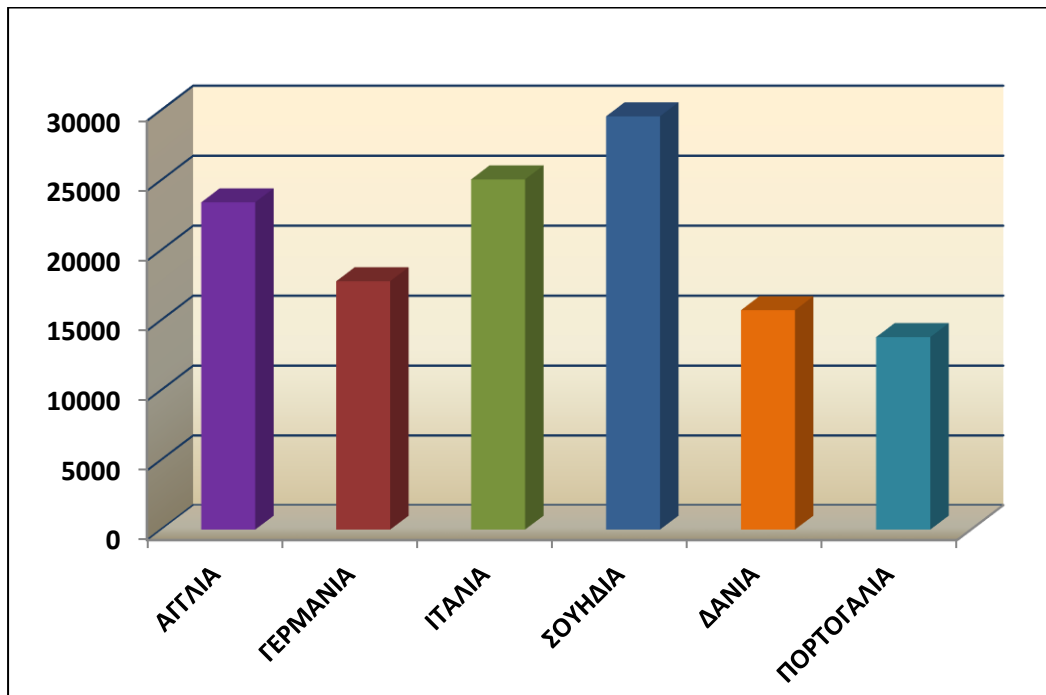
5.2.6 Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους (Hospital Beds per 100.000)

Ένας άλλος δείκτης, που πρέπει να αξιολογείται σε ένα σύστημα υγείας είναι ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών που αντιστοιχούν σε 100.000 κατοίκους. Με αυτό τον δείκτη μπορούμε να εκτιμήσουμε κατά πόσο ένα σύστημα υγείας είναι ικανό να αντιμετωπίσει την προβλεπόμενη ζήτηση των πολιτών να νοσηλευτούν σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα με σκοπό την ίασή τους.

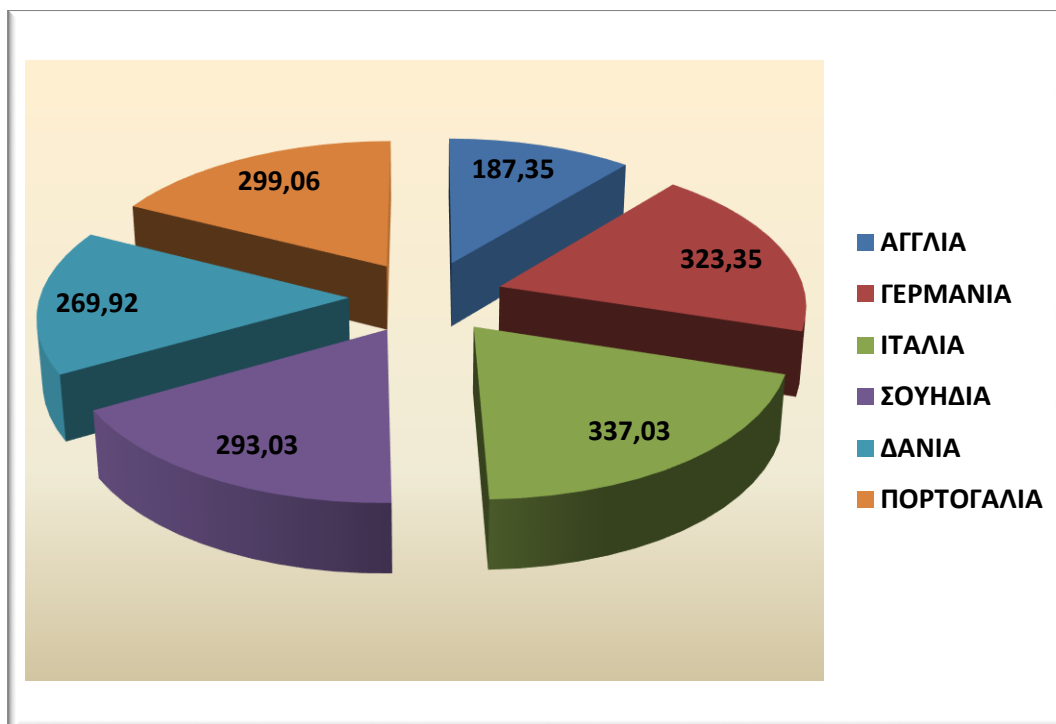
5.3 Περιγραφή δεδομένων

Οι τιμές όλων των μεταβλητών για τις υπό εξέταση χώρες, έχουν αξιολογηθεί και αναλυθεί περιγραφικά στατιστικά. Ειδικότερα, στους πίνακες Π.1, Π.2, Π.3, Π.4, Π.5 και Π.6 του παραρτήματος, δίνονται τα βασικά στατιστικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών, όπως είναι η ελάχιστη, η μέγιστη και η μέση τιμή, καθώς και η τυπική απόκλιση τους για την Αγγλία, την Γερμανία, την Ιταλία, την Σουηδία, τη Δανία και την Πορτογαλία αντίστοιχα. Τα στοιχεία αυτά είναι σημαντικά για την περιγραφή της ποσοτικής συμπεριφοράς των μεταβλητών.

Ωστόσο, εκείνο που αξίζει να παρουσιαστεί, είναι μια συγκριτική ανάλυση μεταξύ των χωρών, στις μεταβλητές που αναφέρθηκαν και αναλύθηκαν στο προηγούμενο υποκεφάλαιο. Ειδικότερα, στα Διαγράμματα 5.1 έως 5.6 απεικονίζεται η συγκριτική συσχέτιση μιας ομάδας μεταβλητών μεταξύ τους. Αναλυτικότερα, το Διάγραμμα 5.1 δείχνει το μέσο όρο του κατά κεφαλήν Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος για τη χρονική περίοδο 1981 έως 2010 στις υπό εξέταση χώρες, ενώ στο Διάγραμμα 5.2 παρουσιάζεται ο μέσος όρος των ιατρών ανά 1000 κατοίκους, για την ίδια χρονική περίοδο. Παρατηρούμε, ότι ενώ οι κάτοικοι της Σουηδίας διαθέτουν το υψηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα μεταξύ των έξι χωρών, ο αριθμός των ιατρών που αντιστοιχεί σε 1.000 κατοίκους είναι πολύ μικρότερος συγκριτικά με τις άλλες χώρες (στην κατάταξη μεταξύ των έξι χωρών έρχεται τέταρτη).



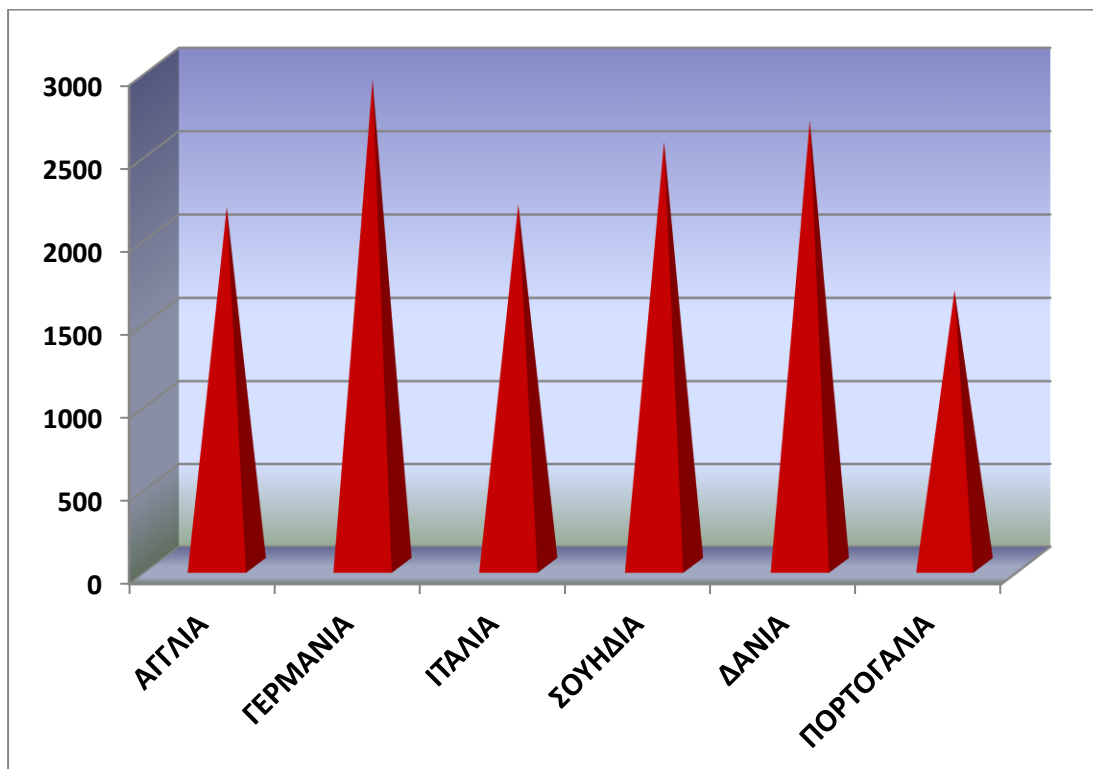
Διάγραμμα 5.1
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν



Διάγραμμα 5.2
 64

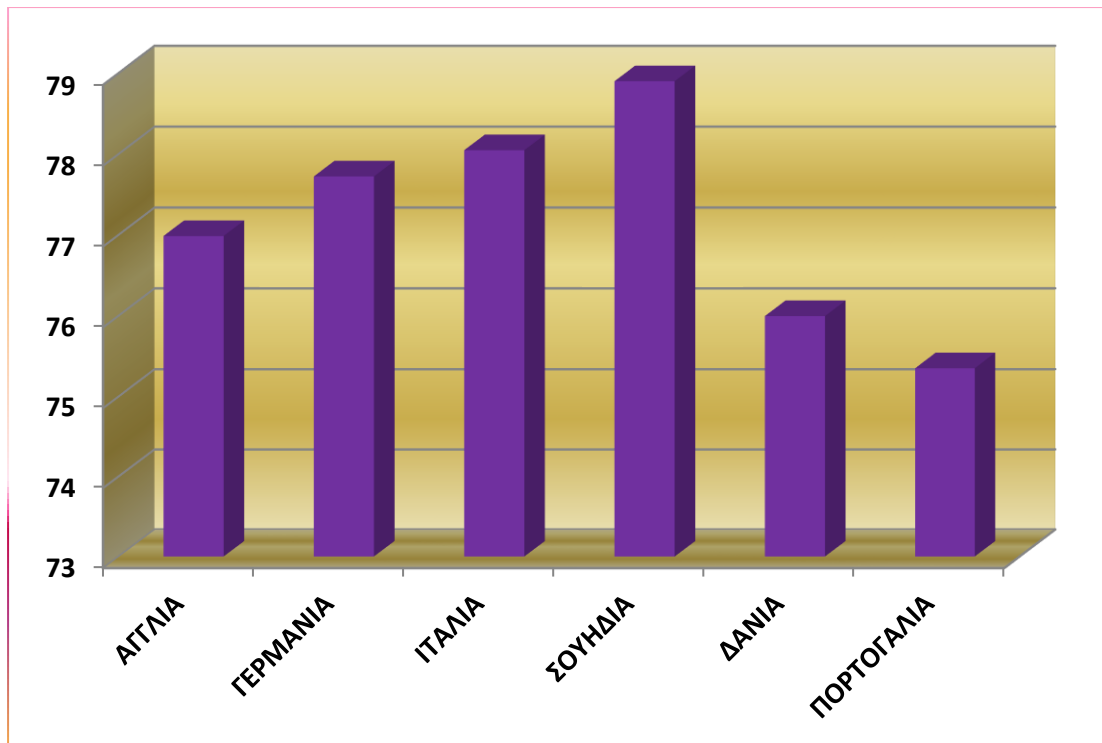
Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους

Τα Διαγράμματα 5.3 και 5.4 παρουσιάζουν τις συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες και το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αντίστοιχα για τις χώρες που μελετάμε. Όπως φαίνεται στα Διαγράμματα αυτά, αποτελεί άξιο λόγου το γεγονός ότι ενώ η Γερμανία έχει τις μεγαλύτερες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, με την Δανία να ακολουθεί, ο πληθυσμός της Σουηδίας παρουσιάζει το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, ενώ η Γερμανία κατακτά την τρίτη θέση. Παρατηρώντας τα δύο Διαγράμματα (5.3 και 5.4) βλέπουμε ότι χώρες με λιγότερες δαπάνες υγείας έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, ενώ άλλες που ξοδεύουν πολύ περισσότερα χρήματα στον τομέα της υγείας υστερούν σημαντικά. Αυτό δείχνει την μη ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων από ορισμένες χώρες και ότι μερικές χώρες αξιοποιούν πολύ πιο αποτελεσματικά τους υλικούς και άυλους πόρους που διαθέτουν για την προαγωγή της υγείας.



Διάγραμμα 5.3

Συνολικές κατά κεφαλήν Δαπάνες Υγείας



Διάγραμμα 5.4

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση

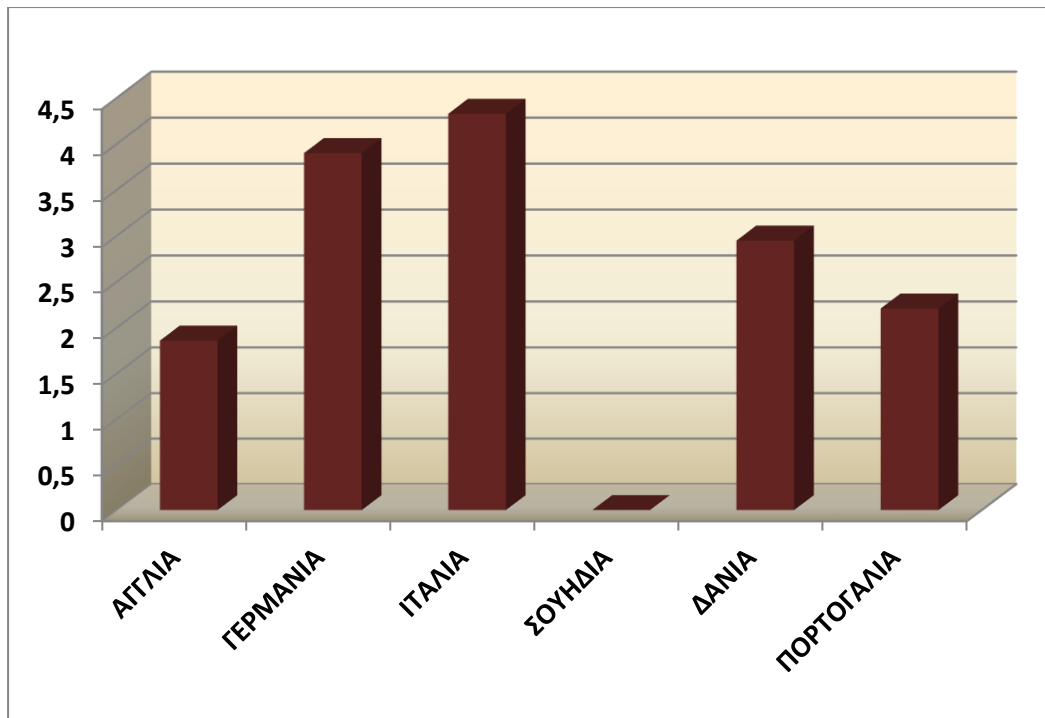
Επίσης, το έλλειμμα ορθολογικής διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας, με την ευρεία έννοια του όρου, καθώς και η λανθασμένη πολιτική που ακολουθείται σε θέματα υγείας, καταδεικνύεται σε μεγάλο βαθμό από τα Διαγράμματα 5.2 και 5.4. Στα ανωτέρω διαγράμματα, παρατηρούμε χώρες με υψηλό αριθμό ιατρών ανά 1.000 κατοίκους, να έχουν χαμηλό προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, ενώ άλλες όπου οι κάτοικοι τους αναμένεται να ζήσουν πολλά χρόνια, το σύστημα υγείας τους να διαθέτει πολύ λιγότερους ιατρούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Πορτογαλία, η οποία ενώ ξοδεύει πολλά στον τομέα της υγείας, διαθέτει το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ανάμεσα στις έξι χώρες που εξετάζουμε, ενώ από την άλλη η Σουηδία που έχει το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, βρίσκεται τέταρτη κατά σειρά στον αριθμό ιατρών που διαθέτει ανά 1.000 κατοίκους.

Στην συνέχεια παρατίθενται τα διαγράμματα 5.5 και 5.6, στα οποία παρουσιάζονται οι Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών και οι Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους αντίστοιχα. Συγκρίνοντας τα Διαγράμματα 5.4 (προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση)

και 5.5 (Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών) παρατηρούμε και πάλι ότι χώρες με υψηλές συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, σε σχέση με άλλες, οι οποίες ενώ ξοδεύουν πολύ λιγότερα, έχουν επιτύχει υψηλότερο προσδόκιμο ζωής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό της Πορτογαλίας, όπου ενώ το κράτος δαπανά ένα αξιοσέβαστο ποσό για τις ιατρικές δαπάνες (έρχεται τέταρτη στη σειρά στις υπό εξέταση χώρες), διαθέτει ανάμεσα σε αυτές το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση.

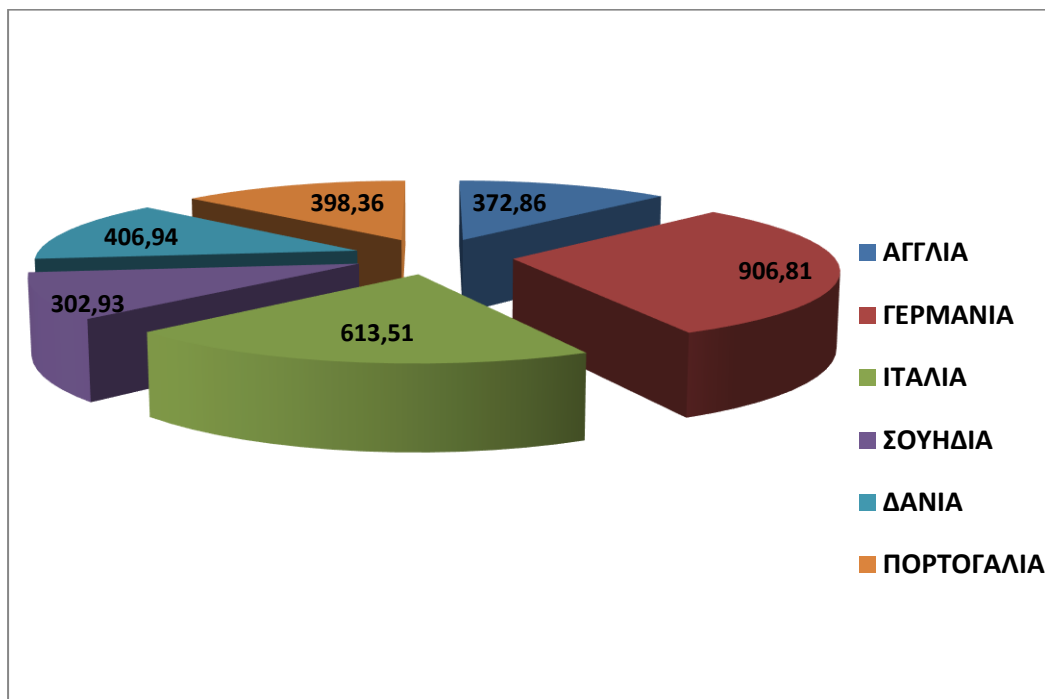
Συγκρίνοντας τα Διαγράμματα 5.4 (προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση) και 5.6 (Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους) παρατηρούμε και πάλι ότι χώρες που έχουν στη διάθεσή τους μεγαλύτερο αριθμό κλινών για την εξυπηρέτηση του γενικού συνόλου, υστερούν κατά πολύ στο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με άλλες που διαθέτουν πολύ λιγότερες κλίνες. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι αυτά της Πορτογαλίας και της Σουηδίας, όπου η μεν Πορτογαλία ενώ βρίσκεται τέταρτη κατά σειρά στον αριθμό κλινών, έχει το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, ενώ από την άλλη έχουμε τη Σουηδία, όπου ενώ έχει τον μικρότερο αριθμό κλινών, έχει το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής.

Αυτό δείχνει ότι η Σουηδία διαθέτει πολύ πιο αποτελεσματικά συστήματα διαχείρισης και αξιοποίησης των υλικών και άυλων πόρων στο σύστημα υγείας της σε σχέση με την Πορτογαλία. Έτσι, χώρες που δαπανούν μεγάλα ποσά στον τομέα της υγείας και υστερούν στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, από ανάλογες συγκρίσεις θα πρέπει να εξετάσουν με ποιο τρόπο θα γίνουν πιο αποτελεσματικά τα συστήματα αξιολόγησης και διαχείρισης που διαθέτουν.



Διάγραμμα 5.5

Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών



Διάγραμμα 5.6

Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους

5.4 Παρουσίαση υποδείγματος

Όταν ένας ερευνητής προβαίνει σε μία στατιστική ανάλυση, τότε αυτή εμπεριέχει το στοιχείο της αβεβαιότητας, διότι αναφέρεται στις άγνωστες τιμές των πληθυσμιακών παραμέτρων και εξαρτάται από την «ποιότητα» των δεδομένων του δείγματος και από τις χρησιμοποιούμενες πιθανότητες. Έτσι, τα αποτελέσματα αυτά είναι δυνατό να θεωρηθούν ως μια πρώτη «μορφή» πρόβλεψης, με την έννοια ότι μπορούμε με βάση αυτά να προβλέψουμε τη συμπεριφορά των πληθυσμιακών παραμέτρων.

Έτσι, για την διαμόρφωση προβλέψεων απαιτείται η κατασκευή ενός υποδείγματος, το οποίο θα είναι σε θέση να περιγράφει ικανοποιητικά και με απλό τρόπο μια σύνθετη πραγματική κατάσταση.

Στο προηγούμενο υποκεφάλαιο έγινε μια συγκριτική περιγραφική ανάλυση μεταξύ των έξι υπό εξέταση χωρών (Αγγλία, Γερμανία, Ιταλία, Σουηδία, Δανία και Πορτογαλία), στις οικονομικές και ιατρικής φύσεως μεταβλητές που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Στο παρόν υποκεφάλαιο, θα γίνει η παρουσίαση του υποδείγματος, που θα χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό της ποσοτικής σχέσης μεταξύ των συνολικών δαπανών μισθοδοσίας στο χώρο της υγείας και διαφόρων άλλων μεταβλητών.

Στο παρόν υπόδειγμα, ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιούνται: το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη κατά κεφαλήν, ο αριθμός κρεβατιών και το προσδόκιμο ζωής. Το υπόδειγμα ορίζεται ως ακολούθως:

$$Y = \text{σταθερός όρος (της κάθε χώρας)} + ax_1 + bx_2 + cx_3 + dx_4 + \varepsilon_i$$

Από την ανωτέρω σχέση, συμπεραίνουμε ότι έχουμε ένα πολλαπλό γραμμικό υπόδειγμα (multiple linear regressive model). Σύμφωνα με το υπόδειγμα αυτό, οι τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής Y προσδιορίζονται από ένα συστηματικό μέρος, το (σταθερός όρος (της κάθε χώρας) + $ax_1 + bx_2 + cx_3 + dx_4$) και από ένα τυχαίο μέρος, που δίνεται από τις τιμές ε_i του τυχαίου σφάλματος. Για το τυχαίο σφάλμα ικανοποιούνται όλες οι βασικές υποθέσεις στην ανάλυση της παλινδρόμησης. Στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ο συντελεστής κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής

φανερώνει τη μερική μεταβολή της εξαρτημένης μεταβλητής Y , όταν μεταβληθεί αυτή η ανεξάρτητη μεταβλητή κατά μία μονάδα και οι άλλες παραμείνουν σταθερές.

5.5 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Οι Πίνακες 5.1, 5.2, 5.3 και 5.4 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του παραπάνω υποδείγματος. Πιο συγκεκριμένα, οι Πίνακες 5.1, 5.2, 5.3 και 5.4, παρουσιάζουν τις εκτιμήσεις για τις συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας στο χώρο της υγείας για τις χώρες της Αγγλίας, της Ισπανίας, της Γερμανίας και της Ιταλίας αντίστοιχα.

Αρχικά σε ένα υπόδειγμα θα πρέπει να εκτιμήσουμε την ερμηνευτική του ικανότητα. Αυτό διαφαίνεται από την τιμή του συντελεστή προσδιορισμού, R^2 . Η τιμή του R^2 κυμαίνεται μεταξύ 0 και 1. Όσο η τιμή του R^2 πλησιάζει στη μονάδα, τόσο καλύτερα ερμηνεύονται οι τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής από το εκτιμηθέν υπόδειγμα. Το υπόδειγμα σε όλες τις χώρες, έχει σχετικά ικανοποιητική ερμηνευτική ικανότητα, δεδομένου ότι οι τιμές του συντελεστή προσδιορισμού βρίσκονται στο επίπεδο του 62% και τα πρόσημα των εκτιμήσεων των συντελεστών των μεταβλητών είναι σύμφωνα με την οικονομική θεωρία σε όσες περιπτώσεις οι συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικοί.

Επιπρόσθετα, από τους πίνακες προκύπτει, ότι όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές επηρεάζουν θετικά τις συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας στον τομέα της υγείας. Οι συντελεστές κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής δείχνουν πόσο επηρεάζει η καθεμιά τους την εξαρτημένη μεταβλητή (συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας στον τομέα της υγείας), όταν οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν σταθερές. Για παράδειγμα, όσον αφορά την Αγγλία, μία αύξηση της τάξης του 1% , οδηγεί σε αύξηση της εξαρτημένης μεταβλητής κατά 1,5 %.

Σε γενικές γραμμές, οι εκτιμήσεις που προέκυψαν είναι σύμφωνες με τη διεθνή βιβλιογραφία, τόσο ως προς το πρόσημό τους, όσο και ως προς το μέγεθος τους, ανεξάρτητα αν στις περισσότερες χώρες υπήρχαν συντελεστές, όπου οι τιμές τους, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Συνεπώς τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων, θα μπορούσαν ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν από κάθε χώρα για τη διαμόρφωση πολιτικών.

Από τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του υπό εξέταση υποδείγματος, προκύπτουν χρήσιμα συμπεράσματα, για το πως συμπεριφέρονται οι συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας στο χώρο της υγείας, με βάση ένα σύνολο διαφόρων μεταβλητών, οικονομικού και ιατρικού περιεχομένου. Παρόλο, που οι εκτιμήσεις δεν προσέφεραν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τους περισσότερους συντελεστές του υποδείγματος, η ερμηνευτική της ικανότητα είναι σε καλά σχετικά επίπεδα. Το γεγονός αυτό, δείχνει ότι το παρόν υπόδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την χάραξη νέων πολιτικών στον τομέα της υγείας.

Πίνακας 5.1

Εκτιμήσεις Αγγλίας για τις συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας στο χώρο της υγείας

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	2,74	2,62	2,48	2,30
	(2,36)	(2,26)	(2,14)	(1,98)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	2,12	2,03	1,92	1,78
	(1,20)	(1,15)	(1,09)	(1,01)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		1,58	1,50	1,39
		(2,38)	(2,26)	(2,09)
Αριθμός κρεβατιών			0,72	0,67
			(0,44)	(0,41)
Προσδοκίμο ζωής				0,16*
				(0,07)
R-square (R²)	0,60	0,62	0,64	0,65

Σημείωση: Οι παρενθέσεις αφορούν τιμές της στατιστικής t για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας και το σύμβολο * υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Πίνακας 5.2

Εκτιμήσεις Ισπανίας για τις συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας στο χώρο της υγείας

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	3,15	2,91	2,62	2,19
	(2,71)	(2,51)	(2,25)	(1,88)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	2,44	2,25	2,03	1,69
	(1,38)	(1,28)	(1,15)	(0,96)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		1,76	1,58	1,32
		(2,64)	(2,38)	(1,99)
Αριθμός κρεβατιών			0,74	0,64
			(0,37)	(0,39)
Προσδόκιμο ζωής				0,15*
				(0,07)
R-square (R²)	0,62	0,63	0,64	0,65

Σημείωση: Οι παρενθέσεις αφορούν τιμές της στατιστικής t για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας και το σύμβολο * υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Πίνακας 5.3

Εκτιμήσεις Γερμανίας για τις συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας στο χώρο της υγείας

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	2,52	2,04	1,83	1,53
	(2,17)	(1,75)	(1,58)	(1,32)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	1,95	1,58	1,42	1,18
	(1,11)	(0,89)	(0,81)	(0,67)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		1,23	1,11	0,92
		(1,85)	(1,67)	(1,39)
Αριθμός κρεβατιών			0,52	0,45
			(0,26)	(0,27)
Προσδοκίμο ζωής				0,11*
				(0,05)
R-square (R²)	0,61	0,63	0,66	0,68

Σημείωση: Οι παρενθέσεις αφορούν τιμές της στατιστικής t για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας και το σύμβολο * υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Πίνακας 5.4

Εκτιμήσεις Ιταλίας για τις συνολικές δαπάνες μισθοδοσίας στο χώρο της υγείας

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	1,64	1,32	1,19	0,99
	(1,41)	(1,14)	(1,03)	(0,86)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	1,27	1,02	0,92	0,77
	(0,72)	(0,58)	(0,52)	(0,44)
Οι Δαπάνες για ενδοноσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		0,80	0,72	0,60
		(1,20)	(1,08)	(0,90)
Αριθμός κρεβατιών			0,34	0,29
			(0,17)	(0,18)
Προσδοκίμο ζωής				0,07*
				(0,03)
R-square (R²)	0,60	0,63	0,65	0,66

Σημείωση: Οι παρενθέσεις αφορούν τιμές της στατιστικής t για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας και το σύμβολο * υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση και η διαχείριση του προσωπικού αποτελούν αναμφισβήτητα δύο έννοιες βασικές στον τομέα της υγείας, καθώς είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου καθώς και η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των λαών, οδηγούν καθημερινά στην έρευνα για ανεύρεση νέων και πιο αποτελεσματικών συστημάτων αξιολόγησης και διαχείρισης, τα οποία με τη σειρά τους θα οδηγήσουν στη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας, η συνεχής και αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας καθώς και η στενότητα υλικών και άυλων πόρων στο χώρο της υγείας, οδηγούν στην επιτακτική ανάγκη εξεύρεσης νέων συστημάτων αξιολόγησης και διαχείρισης. Το διεθνές ενδιαφέρον για την αποτελεσματική αξιολόγηση και διαχείριση του νοσοκομειακού προσωπικού είναι εκτενές και ιδιαίτερα έντονο, καθώς η χρήση αποτελεσματικών συστημάτων θα οδηγήσει στην όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική αξιοποίηση και διαχείριση των περιορισμένων πόρων που διαθέτει ο τομέας της υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στους Πίνακες Π.1, Π.2, Π.3, Π.4, Π.5 και Π.6 παρουσιάζονται οι οικονομικής και ιατρικής φύσεως μεταβλητές, που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των υπό εξέταση χωρών.

Οι μεταβλητές αυτές περιλαμβάνουν το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Growth Domestic Product Per Capita), τις συνολικές κατά κεφαλήν Δαπάνες Υγείας (Total Health Expenditure Per Capita), το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (Life Expectancy at birth), τον αριθμό ιατρών ανά 1000 κατοίκους (physicians per 1000), τις συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών (Total Capital Expenditure on Medical Factor % Total Expenditure) και τέλος τις νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους (Hospital Beds per 100.000). Οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες Υγείας έχουν μελετηθεί για το χρονική περίοδο 1995-2010, ενώ οι υπόλοιπες μεταβλητές για το χρονικό διάστημα 1981-2010.

Πίνακας Π.1

Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Αγγλία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Κατά κεφαλήν	30	9020.05	36883.8	23424	5915,647781
Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν					
Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες Υγείας	16	1349	3230	2158,285714	608,9797591
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	30	74,03	80,55	76,98551724	1,873496797
Γιατροί ανά 1000 κατοίκους	30	133,62	267,6	187,3546667	41,28767748
Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών	30	1,42	2,33	1,858888889	0,274649047
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους	30	329,13	721,09	372,863	138,1382726

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011

Πίνακας Π.2

Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Γερμανία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	30	10735	37175.2	17783,8	4677,36389
Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες Υγείας	16	2274	3692	2922,642857	457,1844903
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	30	75,54	79,99	77,72235294	1,341086168
Γιατροί ανά 1000 κατοίκους	30	276,39	363,77	323,3573684	23,70034995
Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών	30	3,4	4,2	3,9	0,242535625
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους	30	821,26	1012,37	906,8142105	59,76451934

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011

Πίνακας Π.3

Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Ιταλία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Κατά κεφαλήν	30	10141.9	33270.8	25062,5	7338,542277
Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν					
Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες Υγείας	16	1538	2825	2176,142857	402,6219171
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	30	74,75	81,91	78,04692308	2,093970776
Γιατροί ανά 1000 κατοίκους	30	337,03	337,03	337,03	0
Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών	30	2,9	5,6	4,327272727	0,677013373
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους	30	363,42	925,28	613,5141379	176,0282688

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011

Πίνακας Π.4
Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Σουηδία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	30	11503.9	39591.4	29568,33333	8854,71499
Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες Υγείας	16	1745	3423	2550,071429	550,9807443
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	30	76,17	81,61	78,90068966	1,612802083
Γιατροί ανά 1000 κατοίκους	30	209,12	372,93	293,0257143	41,72524556
Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών	30
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους	30	275,88	358,02	302,932	23,54154829

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011

Πίνακας Π.5

Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Δανία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	30	10800	39405.5	15716,66667	3812,706592
Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες Υγείας	16	1871	3630	2678,428571	567,1959493
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	30	74,46	78,51	75,99538462	1,222605134
Γιατροί ανά 1000 κατοίκους	30	183,44	342,96	269,9153571	42,13397819
Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών	30	1,7	4,2	2,947826087	0,613521245
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους	30	349,6	464,36	406,9430769	35,40900502

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011

Πίνακας Π.6

Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Πορτογαλία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Κατά κεφαλήν	30	5951.34	24947.5	13793	1101
Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν					
Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες Υγείας	16	1035	2334	1657,928571	432,615049
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	30	71,83	79,61	75,34962963	2,174261018
Γιατροί ανά 1000 κατοίκους	30	213,14	388,08	299,06	44,68002716
Συνολικές κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών	30	1,5	3,3	2,207692308	0,528366916
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους	30	334,76	518,1	398,3651724	49,35015366

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Άγγελος Α. Αντζουλάτος, Κυβερνήσεις, Χρηματαγορές και Μακροοικονομία, Αθήνα, 2011
- Γούλα Α. Διοίκηση και Διαχείριση νοσοκομείου. Δεύτερη Έκδοση, Παπαζήσης, Αθήνα, 2007
- Δαρβίνη Χ. Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας, Πασχαλίδης Π.Χ. Αθήνα, 2004
- Δαρβίνη Χ., Προαγωγή υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα, 2007
- Κυρικλίδου Α. Οργάνωση και λειτουργία Μονάδας Τεχνητού Νεφρού. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών, 2000: 121-127
- Λανάρα Α.Β. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο). 3η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Παρισσιανός Β.Γ, Αθήνα, 1996.
- Λανάρα ΑΒ. Διοίκηση Νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Θ' Έκδοση. Αθήνα, 2002
- Μερκούρης Α. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. 1η έκδοση, ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 2008
- Μπινιώρης Σ. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. 2η έκδοση, Πασχαλίδης Π.Χ, Αθήνα, 2009
- Ν/2071. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ 123/Α/15-71992.
- Ν/3329. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005.
- Οικονομάκης Μ. Είναι αναγκαία μια Πολιτική Ανθρώπινων Πόρων για το Νοσηλευτικό Προσωπικό των Νοσοκομείων στη βάση των Θεωριών Υποκίνησης, στις Υπηρεσίες Υγείας, στο Μάνατζμεντ και Τεχνολογία. Medifore, Αθήνα, 2004.

Παπαλεξανδρης & Μπουραντάς, 2003, σελ. 323-324

Σούλης Σ., Υφαντόπουλος Ι. Οι Ανάγκες σε Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα Υγείας στην Ελλάδα 1980-2000. Έρευνα για τη V Διεύθυνση του ΕΚΤ της ΕΟΚ, 1993

Σούλης Σ, Κυριόπουλος Ι , Μελέτη καθορισμού των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης ανά περιφέρεια και ειδικότητα στον τομέα της υγείας, Υπουργείο Υγείας – πρόνοιας, 1998

Τσιριντάνη Μ, Γιοβάνης Α, Μπινιώρης Σ, Γούλα Α. Μία νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. Νοσηλευτική 2010,49 (1):40-52

Υπουργείο Εσωτερικών Σχέδιο Υπαλληλικού Κώδικα, Επιτροπή για την αναθεώρηση του υπαλληλικού κώδικα, Αθήνα, 1998

Φουντούκη Α, Γκατζέλης Θ, Πάντας Δ, Θεοφανίδης Δ. Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2009;8(4):336-352.

Ξενόγλωσση

Boeehr A., Vandana N., Gudanowski D., Such M. Perception of reason for promotion of self and others. Hum Relats, 2004, 57:413-438

Burton E., Burton T. Job expectations of senior nursing students. J Nurs Admin, 1982, 11-17

Casicio F., Aquinis H. Applied psychology in human resource management .Sixth edition, Upper Saddle River, NJ:Prentice Hall, 2005

Connelly A., Strauser F. Managing recruitment and retention problems: an application of the marketing process. J Nurs Admin, 1983, 11-17

- Darling A.W.,Mc Grath G. Thecauses and costs of promotion trauma. J Nurs Admin, 1983, 29-33
- Flynn J.,Mathis L., Jackson J. Healthcare human resource management. Mason, OH: Thompson, 2004
- Ginsberg E., Patray J., Ostow M., Brann A. Nurse discontent: The search of realistic solutions. J Nurs Admin, 1982, 7-11
- Harrington H.JVoehl F,Wiggin H. Applying TQM to theconstruction industry. The TQM Journal 2012; 24(4): 352-362
- Noe A. Employee training and development. New York: Mc Graw –Hill, 2005
- Ovretveit J. Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1992
- Porter - O’Grady. Constructing a Conflict Resolution Program for Health Care. Health Care Manage Rev. 2004;29(4):278-83
- Schattenkirk D.Building sustainableinternal capacity for quality within a healthcare environment. The TQM Journal 2012;24 (4): 374 – 382
- Stokes RA. Streamlining Orientation for Hemodialysis Nursing: A CompetencyBased Approach .ANNA Journal 1991, 18(1): 33-38
- Sullivan T.E., Decker J.P. Leadership & Management in Nursing. Μετάφραση και επισημονική επιμέλεια: Μπελλάλη Θ. Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας. 6η Έκδοση, Γκιούρδας Μ, Αθήνα, 2009
- Swansburg C.R, Swansburg J.R. Introductory Management and Leadership for Clinical Nurses.επιμέλεια: Αποστολοπούλου Ε. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία. 2η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 1999
- Urwick. The Elements of Administration (New York: Harper & Row, 1944), 14-15
- Warmington V. Renal patients in the community. Practice Nurse 1996, 11(9), 620-621, 623

Wolper LF. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α. Εκδόσεις Mediforce Services S.A, Αθήνα, 2001

Wolper LF. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός συστήματος οργανωμένης παροχής φροντίδας. Τόμος Β. Εκδόσεις Mediforce Services, Αθήνα 2001

Διαδικτυακές Πηγές

<http://www.who.int/en> (World Health Organization: WHO)

wikipedia.org/wiki/νοσοκομείο

<http://www.six-sigma.gr>

wikipedia.org/wiki/δείκτης_προσδόκιμου_ζωής