



ΑΝΩΤΑΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΙΡΑΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συγκρούσεις στις Μονάδες Υγείας



ΕΚΠΟΝΟΥΣΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:
ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΑΑΔΕΛΗ Α.Μ.: 6970

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΤΡΑΝΗΣ
ΑΘΗΝΑ 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι ανάλυση της διαδικασίας της σύγκρουσης και η ανάδειξη των θετικών χαρακτηριστικών της τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην εξέλιξη και πρόοδο ενός οργανισμού και ειδικότερα των μονάδων υγείας. Περιλαμβάνει τη διερεύνηση τόσο της διοίκησης των μονάδων υγείας, ώστε να κατανοηθεί η πολυπλοκότητα του οργανισμού, όσο των πηγών και των αποτελεσμάτων των συγκρούσεων. Τα ευρήματα της βιβλιογραφικής αυτής ανασκόπησης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η δημιουργία ενός δομημένου συστήματος διαχείρισης συγκρούσεων το οποίο παρέχει τις διαδικασίες και την υποστήριξη στα μέλη ενός οργανισμού να επιλύουν τις μεταξύ τους συγκρούσεις μπορεί να οδηγήσει στο μετασχηματισμό της σύγκρουσης από αρνητική διαδικασία σε θετική και την ανάδειξή της σε μια ευκαιρία για βελτίωση της παροχής υπηρεσιών στα πλαίσια ενός οργανισμού ο οποίος δεν διστάζει να αντιμετωπίσει την πρόκληση της αλλαγής που επέρχεται μέσα από τη διάσταση απόψεων.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά τόσο στην εξέλιξη του συστήματος υγείας όσο και στη δομή των Μονάδων Υγείας. Στην πορεία των ετών η δομή των Μονάδων Υγείας άλλαξε ώστε να προσαρμοστεί κατάλληλα στις ανάγκες φροντίδας των ασθενών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εκτενέστερη αναφορά στη διοίκηση των Μονάδων Υγείας αλλά και στον τρόπο λειτουργίας τους καθώς το μέγεθός τους σε όλη την επικράτεια είναι τεράστιο και πρέπει να υπάρχει επαρκής οργάνωσή του.

Στο τρίτο κεφάλαιο καταγράφεται η σημασία της ηγεσίας στις Μονάδες Υγείας. Όπως είναι αναμενόμενο ο ρόλος του ηγέτη είναι κομβικός στην σωστή και αποδοτική λειτουργία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύονται οι σχέσεις που υπάρχουν στις Μονάδες Υγείας καθώς και για ποιους λόγους πιθανώς να μην είναι ομαλές.

Στο πέμπτο και έκτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά του όρου της σύγκρουσης καθώς θα πρέπει να κατανοηθεί ο όρος και οι λόγοι που οδηγούν σε μια σύγκρουση ώστε να αναλυθεί και να έχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα από αυτή

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο αναλύονται οι τεχνικές διαχείρισης των συγκρούσεων στις Μονάδες Υγείας.

1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

| | |
|--|----|
| Περίληψη | ii |
| Εισαγωγή..... | 1 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1Ο..... | 2 |
| ΙΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ | 2 |
| 1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 2 |
| 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ | 2 |
| 1.3 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ | 6 |
| 1.4 ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ..... | 11 |
| 1.4.1 ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ή ΤΥΠΟΥ BISMARCK | 12 |
| 1.4.2 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΥΠΟΥ BEVERIDGE..... | 12 |
| 1.4.3 ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ | 13 |
| 1.5 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ..... | 14 |
| 1.5.1 ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ..... | 14 |
| 1.5.2 ΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ | 15 |
| 1.5.3 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ | 16 |
| 1.6 ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ | 21 |
| 1.7 ΙΑΤΡΙΚΟ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ..... | 22 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2Ο..... | 25 |
| 2ΔΙΟΙΚΗΣΗ..... | 25 |
| 2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 25 |
| 2.2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ | 25 |
| 2.2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ..... | 26 |
| 2.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ | 27 |
| 2.2.3 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ | 27 |
| 2.3 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ | 29 |
| 2.3.1 ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ..... | 31 |
| 2.3.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ..... | 32 |
| 2.3.3 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ | 33 |
| 2.3.4 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ..... | 36 |
| 2.3.5 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ | 36 |
| 2.3.6 ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ..... | 38 |

| | |
|---|-----------|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 30..... | 39 |
| 3ΗΓΕΣΙΑ | 39 |
| 3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 39 |
| 3.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΗΓΕΣΙΑΣ..... | 39 |
| 3.3 ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ..... | 41 |
| 3.4 ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΑ | 42 |
| 3.5 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ..... | 44 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 40 | 47 |
| 4ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ | 47 |
| 4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 47 |
| 4.2 ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ..... | 47 |
| 4.3 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ | 48 |
| 4.4 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ..... | 49 |
| 4.5 ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ | 54 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 50..... | 55 |
| 5ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ..... | 55 |
| 5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 55 |
| 5.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ..... | 55 |
| 5.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ | 56 |
| 5.3.1 ΕΝΔΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ..... | 56 |
| 5.3.2 ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ | 57 |
| 5.3.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ | 58 |
| 5.4 ΑΙΤΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ | 59 |
| 5.5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ | 61 |
| 5.6 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ | 65 |
| 5.7 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ | 66 |
| 5.7.1 ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ | 66 |
| 5.7.2 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ | 68 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 60..... | 69 |
| 6 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ..... | 69 |

| | | |
|------|---|-----------|
| 6.1 | ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 69 |
| 6.2 | ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ | 69 |
| 6.3 | ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΝΔΟΤΜΗΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ..... | 70 |
| 6.4 | ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ..... | 71 |
| 6.5 | ΤΕΧΝΙΚΕΣ WIN-LOSE | 71 |
| 6.6 | ΤΕΧΝΙΚΕΣ LOSE-LOSE | 73 |
| 6.7 | ΤΕΧΝΙΚΕΣ WIN-WIN: | 74 |
| 6.8 | ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΜΕ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΡΙΤΩΝ..... | 76 |
| 6.9 | ΆΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ | 80 |
| 6.10 | ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΤΡΕΙΣ ΤΥΠΟΥΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΥΝΑΛΛΑΓΩΝ | 80 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7Ο..... | 82 |
| | 7ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ..... | 82 |
| 7.1 | ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 82 |
| 7.2 | ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ | 82 |
| 7.3 | ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 84 |
| 7.4 | ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 85 |
| 7.5 | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 87 |
| 7.6 | ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ..... | 88 |
| 7.7 | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ..... | 88 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8Ο..... | 94 |
| | 8ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 94 |
| | Βιβλιογραφία..... | 98 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για τους περισσότερους η έννοια της σύγκρουσης δημιουργεί την εικόνα της έντονης αντιπαράθεσης σε περιβάλλον έντασης και δυσπιστίας έχοντας ως κορύφωση τη νίκη της μίας πλευράς έναντι της άλλης. Σε αντίθεση όμως με την έννοια που οι περισσότεροι της δίνουν, η σύγκρουση είναι ένα αρκετά σύνθετο φαινόμενο και μπορεί να είναι διαπροσωπική (interpersonal) ή επικεντρωμένη στο έργο (task focused), και τα αποτελέσματά της μπορεί να είναι καταστροφικά ή παραγωγικά και μπορεί κάποιος να τη διαχειρισθεί, να την αγνοήσει ή απλώς να την ανεχθεί. Οι πιθανές πηγές σύγκρουσης είναι πολλές και το πλήθος των εμπλεκομένων, η ένταση, οι μέθοδοι διαχείρισης και τα αποτελέσματα ποικίλουν. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής ζωής και η σωστή εκμετάλλευση και έλεγχος αυτής συντελεί στην πρόοδο και εξέλιξη.

Η διαχείριση της σύγκρουσης είναι δύσκολη και η μετατροπή της σε θετική διαδικασία απαιτεί ενσυνείδητη προσπάθεια διότι κάθε άνθρωπος αντιδρά υποσυνείδητα με συγκεκριμένο τρόπο σε μια κατάσταση σύγκρουσης και απαιτείται γνώση, αυτοέλεγχος και διάθεση συνεργασίας για το μετασχηματισμό της συμπεριφοράς και κατ' επέκταση της σύγκρουσης σε διαδικασία παραγωγής ιδεών και καινοτομιών για τον οργανισμό.

Η παρούσα διπλωματική εργασία βασίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αναλύει τις πηγές της σύγκρουσης, τη διαδικασία της σύγκρουσης και τις στρατηγικές διαχείρισής της. Σκοπός της είναι να φέρει στο αποσαφηνιστεί το γεγονός ότι τα θετικά χαρακτηριστικά της σύγκρουσης τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην εξέλιξη και πρόοδο ενός οργανισμού μετασχηματίζοντας μια εκ πρώτης όψεως αρνητική κατάσταση σε θετική διαδικασία. Αναφέρονται οι στόχοι των προγραμμάτων διαχείρισης της σύγκρουσης, οι απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες που πρέπει να έχουν τα μέλη ενός οργανισμού για να εφαρμόσουν με επιτυχία τα προγράμματα αυτά και ο σημαντικός και καταλυτικός ρόλος του διευθυντή - ηγέτη. Απώτερος στόχος όλων είναι η πλήρης εκμετάλλευση των αντιπαραιθέμενων δυνάμεων προς όφελος του οργανισμού, η εξεύρεση λύσης με τη χρήση της συνεργασίας και η δημιουργία βάσης για τη δέσμευση των μελών του στην επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Σημαντικό κομμάτι της εργασίας αποτελεί η αναφορά στις συγκρούσεις στο χώρο των μονάδων υγείας. Οι συγκρούσεις ειδικά μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσουν την ομαλή λειτουργία της μονάδας και τη σωστή διάγνωση και περίθαλψη για τους ασθενείς. Η κρίση επίσης έχει συμβάλει ώστε να αυξηθούν τυχόν προβλήματα στις σχέσεις των ασθενών με τις μονάδες λόγω έλλειψης πόρων και οι συγκρούσεις αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς. Παρόλα αυτά η αναγκαιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να παρακάμψουν τυχόν προβλήματα που δημιουργούνται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1 ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία είναι ένα από τα σημαντικότερα αγαθά του ανθρώπου και αυτό έχει ως συνέπεια η παροχή του αγαθού αυτού να μην είναι ήσσονος σημασίας για κανένα μας. Αυτός είναι ο λόγος που οι άνθρωποι προσπάθησαν να δημιουργήσουν ένα σύστημα υγείας ώστε να τους παρασχεθεί αυτό το αγαθό. Η φροντίδα των ασθενών εξελίχθηκε με το πέρασ των ετών ώστε να μπορούμε σήμερα να βλέπουμε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας ανά τον κόσμο το οποίο όπως είναι αναμενόμενο έχει αρκετά προβλήματα τα οποία προσπαθούν να επιλυθούν.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, έτσι και στην περίπτωση της Ελλάδας η υγειονομική περίθαλψη παρουσιάζει μια διαχρονική εξέλιξη, η οποία ακολουθεί τις εξελικτικές μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού συστήματος. Οι ρίζες της υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαμε να πούμε ότι τοποθετούνται στον αρχαιοελληνικό πολιτισμό. Στην αρχαία Ελλάδα δεν υπήρχε η σύγχρονη μορφή των νοσοκομείων, αλλά σύμφωνα με επιγραφές που έχουν βρεθεί στο Ασκληπιείο στην Κω φαίνεται πως εξασκούσαν το επάγγελμα του ιατρού¹. Η φροντίδα των ασθενών τόσο από τον τομέα της Νοσηλευτικής όσο και από της Ιατρικής παρασχέθηκε διαδοχικά από το γείτονα, τον ιερέα, τις διακόνισσες και μοναχές, χριστιανές κυρίες ανώτερης κοινωνικής τάξης και τέλος από εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες και γιατρούς αντίστοιχα².

Η σύγχρονη μορφή υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ξεκινά το 19ο αιώνα. Μπορούμε να αναφερθούμε σε τρεις μεταρρυθμιστικές περιόδους. Οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη μπορεί κανείς να πει ότι δημιουργούνται την περίοδο 1910–1935. Εν συνεχεία, στην περίοδο της οικονομικής ανασυγκρότησης μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο παρατηρούμε την προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και την επέκταση

1 ΤΟ ΒΗΜΑ, Θέρμου, Μ., (2011). Και οι αρχαίοι είχαν το ΕΣΥ τους. Διαθέσιμο σε: <http://www.tovima.gr/culture/article/?aid=398185>. (Ανακτήθηκε 12/5/2014).

2 Ζαβιτσάνος, Θ. (1977). Δημόσια – Κοινωνική Υγιεινή (Προληπτική – Κοινωνική Ιατρική), Τόμος Α΄, Γενικό Μέρος, σελ. 237–275, Τεύχος Β΄ σελ. 1265–1336 & σελ. 1705–1706. Αθήνα

των νοσοκομειακών μονάδων και τελικά καταλήγουμε στην περίοδο μετά το 1980, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη ραγδαία είσοδο νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας³.

Το 19ο αιώνα αντικαθίστανται σταδιακά τα τάγματα μοναχών από τις νοσηλεύτριες και καθιερώνεται ο θεσμός της επισκέπτριας υγείας στην Ευρώπη και συμπίπτουν με την περίοδο των μεγάλων μικροβιολογικών και ανοσολογικών ανακαλύψεων, την οργάνωση της δημόσιας υγείας, την άνθιση της Κλινικής Ιατρικής και την οργάνωση των σύγχρονου τύπου νοσοκομείων.

Μαζί με την αναγνώριση της Ελλάδας ως νέο ανεξάρτητο ελληνικό κράτος, το 1830 ξεκινά και η προσπάθεια για να συγκροτηθούν υπηρεσίες υγείας με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών αναπαραγωγής του πληθυσμού. Το 1835 δημιουργούνται τα μαιευτικά σχολεία και προσδιορίζεται ο επαγγελματικός ρόλος των μαιών⁴ και το 1837 δημιουργείται το Οθώνειο Πανεπιστήμιο⁵ (μεταγενέστερα, το 1862, μετονομάστηκε σε Εθνικόν Πανεπιστήμιον), στο οποίο δημιουργήθηκε η σχολή της Ιατρικής, όπου αρχικά η φοίτηση ήταν τετραετής αλλά στη συνέχεια το 1886 αυξήθηκε σε εξαετή φοίτηση.⁶ Λόγω της εμπόλεμης κατάστασης που επικρατούσε στη χώρα και της αναγκαιότητας για εκπαιδευμένους νοσηλευτές, δημιουργείται η πρώτη σχολή νοσοκόμων από τη Florence Nightingale το 1866 και 9 χρόνια δημιουργείται το «Νοσοκομειακό Παιδευτήριο», που το 1881 οδηγεί στην ίδρυση του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός⁷», προσανατολισμένου στην εκπαίδευση νοσοκόμων⁸.

Την περίοδο διακυβέρνησης του Ελευθέριου Βενιζέλου⁹ (1910-1932) παρατηρούμε ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος, όπου δημιουργούνται τα λεγόμενα «Εθνικά Νοσοκομεία¹⁰» και τα αντιφυματικά ιατρεία, εκδίδονται νόμοι και θεσπίζονται μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων. Το 1917 δημιουργείται το Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημοσίας Αντιλήψεως και

3 ΒΕΛΟΝΑΚΗ, Β.Σ. & ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Α., (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα.

4 Ρόζος, Β. (1971). Τα 150 χρόνια της Ελληνικής Επανάστασης. Ερανίσματα από την Υγειονομική Νομοθεσία της πρώτης Ελληνικής Πολιτείας. Δάφνος.

5 Αντιπρότανης Λιακάκος, Θ. (2012). Ιστορικό Αρχείο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμο σε: http://www.archive.uoa.gr/~istweb/modx/files/static/FYLLADIO-IAEKPA-2012_FINAL.pdf (Ανακτήθηκε 9 Ιανουαρίου, 2014).

6 Ιατρική Σχολή Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σύντομη ιστορία Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Διαθέσιμο σε: <http://school.med.uoa.gr/2011-12-03-21-27-57.html> (Ανακτήθηκε 9 Ιανουαρίου, 2014).

7 ΒΔ 36/1881. Περί ιδρύσεως νοσοκομείου εν Αθήναις προς θεραπείαν ασθενών και ιδίως προς εκπαίδευσιν και συντήρησιν νοσοκόμων γυναικών. ΦΕΚ 39/4.5.1881

8 Λανάρα Β. Τα Εκατό Χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του Ευαγγελισμού 1875 -1975. Εκ του Εθνικού Τυπογραφείου. Αθήνα, 1978.

9 Παπαδάκη Α. Το υγειονομικό έργο του Ελευθέριου Βενιζέλου. Θεσσαλονίκη. Ελλην Ιατρ 1965, 34:7

10 ΝΔ 10/10/25 Περί ιδρύσεως νοσοκομείων

το 1925 (ΝΔ 27/5/1925) συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως και ιδρύθηκε η Υγειονομική Σχολή¹¹.

Η ανάπτυξη των υγειονομικών υποδομών της χώρας κατά την περίοδο πριν το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο καθώς και η συστηματική προσπάθεια προληπτικής αντιμετώπισης της ελονοσίας και των λοιπών λοιμωδών νοσημάτων, που αποτελούσαν τις βασικές αιτίες θνησιμότητας, ανέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας εκπαιδευμένων επαγγελματιών νοσηλευτών για την περίθαλψη αλλά και για την πρόληψη.

Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο το νέο ελληνικό κράτος προσπαθούσε να επουλώσει τις πληγές που είχε δημιουργήσει ο πόλεμος. Εξαιτίας της ταχείας οικονομικής ανάπτυξης βελτιώθηκε το επίπεδο ζωής, ελέγχονται αποτελεσματικά τα λοιμώδη νοσήματα με αξιοποίηση των μέτρων και των υποδομών, που σε μεγάλο ποσοστό προϋπήρχαν, και με την υποστήριξη διεθνών οργανισμών. Έτσι, εξαλείφθηκαν οριστικά νοσήματα όπως η ελονοσία, η χολέρα, η πολιομυελίτιδα, η λύσσα κ.ά. Η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας την εποχή αυτή διέπεται από προνοιακό πνεύμα. Παράλληλα, άρχισε η ανάπτυξη των σύγχρονων νοσοκομειακών υποδομών στην Αθήνα και σχεδόν σε κάθε νομό της Ελλάδας¹². Με το νόμο 683/1948 ιδρύονται οι σχολές «Βοηθών νοσοκόμων μονοετούς φοίτησης» σε διάφορα νοσοκομεία. Σταδιακά οι σχολές μονοετούς φοίτησης μετατρέπονται σε σχολές τριετούς φοίτησης. Μέχρι το 1969 λειτουργούν τρεις σχολές Ιατρικής, στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη (1942) και την Πάτρα (1964) και τρεις σχολές Μαιευτικής τριετούς φοίτησης, δύο στην Αθήνα (Αλεξάνδρα και Μαρίκα Ηλιάδη) και μία στη Θεσσαλονίκη, τέσσερις σχολές Νοσηλευτικής. Το ΝΔ 184/79 προβλέπει την ίδρυση του πρώτου Τμήματος Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών¹³. Διαπιστώνει δηλαδή κανείς ότι μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο και με την οικονομική ανάπτυξη της χώρας πολλαπλασιάζονται οι μονάδες περίθαλψης, καλύπτοντας πλέον όλη την Ελλάδα. Ωστόσο, η συγκέντρωση εξειδικευμένων υποδομών περίθαλψης στο αστικό κέντρο της Αθήνας και δευτερευόντως στη Θεσσαλονίκη οδηγεί σε μια σημαντική ροή ασθενών από την επαρχία στα αστικά κέντρα¹⁴. Παρουσιάζεται αλλαγή της φύσης της νοσοκομειακής περίθαλψης με ανάπτυξη εξειδικευμένων τμημάτων στα νοσοκομεία και καθιέρωση νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, που στηρίζονται σε νέες τεχνολογικές εφαρμογές. Το ιατρικό δυναμικό είναι αριθμητικά ικανό να καλύψει τις ανάγκες αυτές, αλλά είναι χωροταξικά ανισοκατανομημένο. Υπάρχει όμως δραματικό έλλειμμα νοσηλευτικού προσωπικού και μάλιστα εξειδικευμένου στη χρήση νέων τεχνολογιών και στις ανάγκες των νέων ιατρικών εξειδικεύσεων. Μετά την ίδρυση των ΤΕΙ και ειδι-

11 Πομόνη Δ. Υγειονομική Νομοθεσία 1833–1930. Τόμοι Α και Β. Εθνικό Τυπογραφείο, 1925, 1932

12 ΝΔ 683/48. Περί διπλωματούχων αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτριών. ΦΕΚ/Α/124, 1948

13 ΝΔ 184/79. Ίδρυση Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

14 Λαδά-Χατζοπούλου Α. Η δημόσια υγεία. Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα. Σύγχρ Θέμ 1978, σελ.3–15

κότερα μετά το 1983, όλες οι σχολές τριετούς φοίτησης καταργούνται και η νοσηλευτική εκπαίδευση παρέχεται από τις σχολές Νοσηλευτικής των ΤΕΙ.

Κατά την αρχή της δεκαετίας του 1980 προωθείται στην Ελλάδα η σημαντικότερη μεταπολεμικά μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος. Η μεταρρύθμιση αυτή στοχεύει στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή στη λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση αυτή εισάγεται με το νόμο 1397/83.¹³ Το άρθρο 1 του νόμου αυτού προχωρά πέρα από την επιταγή του Συντάγματος του 1975 (άρθρο 21),¹⁴ σύμφωνα με την οποία το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών, και προβλέπει ότι το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας.

Ο νόμος 1397/83 εκτός άλλων σημαντικών παρεμβάσεων επέβαλλε έναν ενιαίο τρόπο οργάνωσης των νοσοκομείων προσδιορίζοντας ότι κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τρεις υπηρεσίες: (α) ιατρική, (β) νοσηλευτική και (γ) διοικητική¹⁵. Προσδιορίζει την ανάπτυξη των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα κέντρα υγείας ευρίσκονται σε επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική, λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται διοικητικά και οργανικά. Επιπροσθέτως, καθιέρωσε θεσμικές παρεμβάσεις για το Σύστημα Υγείας και αποτέλεσε τη νομική έκφραση της υιοθετημένης πολιτικής για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά το πρότυπο άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Ρυθμίζει με σαφήνεια τα θέματα απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών και αναφέρεται στην απασχόληση των λοιπών επαγγελματιών υγείας. Η διάρθρωση της υπηρεσίας αυτής εξειδικεύεται στη συνέχεια με το ΠΔ 87/88 «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων¹⁶», που αποτέλεσε τη βάση για την εκπόνηση των «εσωτερικών οργανισμών διοίκησης» των νοσοκομείων της χώρας. Η διάκριση των διοικητικών δομών και ιδιαίτερα η διάκριση της νοσηλευτικής από την ιατρική υπηρεσία συνιστά ουσιαστική θεσμική παρέμβαση. Επιπροσθέτως, σημαντική είναι η πρόβλεψη ότι τα κέντρα υγείας δεν περιορίζονται στην παροχή θεραπευτικών ιατρικών υπηρεσιών, αλλά καλύπτουν και ανάγκες εξωνοσοκομειακής νοσηλείας, σχολικής υγιεινής, οικογενειακού προγραμματισμού, υγειονομικής ενημέρωσης και πρόληψης, καθώς και κοινωνικής φροντίδας. Προκύπτει δηλαδή έμμεσα η διάκριση της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σαφή προσανατολισμό την πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, και σε δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα, δηλαδή στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

15 ΝΔ 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143/Α/1983

16 ΠΔ 87/88. Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων, ΦΕΚ 32/27.3.1986

Ο νόμος 1397/8313 αποτυπώνει την πολιτική έμπνευση και βούληση του νομοθέτη για ουσιαστική μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος, χαρακτηρίζεται όμως από αρκετές ελλείψεις και από απουσία μεταβατικής λογικής. Αυτές οι ελλείψεις του νόμου 1397/8313 συμπληρώνονται με μεταγενέστερο νόμο, το νόμο 1579/8516 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και την ανάπτυξη του ΕΣΥ». Ο νόμος αυτός ρυθμίζει θέματα που ανέκυψαν από την προσπάθεια εφαρμογής της. Σημαντική πρόβλεψη αυτού του νόμου είναι η οργάνωση υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε κεντρικό επίπεδο και στην περιφέρεια¹⁷.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αλλαγές στο σύστημα υγείας κυρίως εξαιτίας της ένταξης της χώρας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και των διαρθρωτικών αλλαγών που επιβλήθηκαν στο Σύστημα Υγείας. Στον καιρό της κρίσης έχουν γίνει συγχωνεύσεις τόσο σε ασφαλιστικά ταμεία όσο και σε νοσοκομεία και αυτό έχει δημιουργήσει πληθώρα αντιδράσεων τόσο στον ιατρικό και νοσηλευτικό κλάδο όσο και στους ασθενείς και ασφαλισμένους. Έτσι το 2011 το Ε.Σ.Υ. αντικαθίσταται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ¹⁸ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) και ξεκινάει τη λειτουργία του την 01/01/2012. Μέχρι το Μάιο του 2013 έχουν ενταχθεί στον οργανισμό η πλειονότητα των ασφαλιστικών ταμείων. Τη θέση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το Φεβρουάριο του 2014 παίρνει το Π.Ε.Δ.Υ¹⁹.

1.3 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Το σύστημα ορίζεται ως ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι αλληλένδετα²⁰. Ο όρος σύστημα επίσης παραπέμπει στο άθροισμα ανεξάρτητων τμημάτων, τα οποία συνθέτουν ένα ενιαίο σύνολο, ικανό να πραγματοποιήσει μία λειτουργία. Σήμερα η αντίληψη αυτή εξασθενεί έναντι της συστημικής αντίληψης, δηλαδή ότι το σύστημα δεν είναι άθροισμα επιμέρους υποσυστημάτων αλλά είναι ένα ενιαίο σύνολο το οποίο έχει τη δική του λειτουργία.

Κατά τον Λιαρόπουλο, οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό συνθέτουν ένα σύστημα. Σε αυτή την περίπτωση βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί η παράλληλη λειτουργία οντοτήτων και διαδικασιών. Κάθε επίπεδο υγειονομικής φροντίδας δεν είναι ανεξάρτητο από τα υπόλοιπα, αλλά αποτελεί μια ιδιαίτερη οργανωτική οντότητα. Για την αποδοτικότερη όμως λειτουργία κάθε συστήματος απαιτείται συντονισμός,

17 ΝΔ 1579/8516, Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και την ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 217/23-12-1985

18 ΝΔ 3918/2011, Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011.

19 ΝΔ 4238/2014, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις., ΦΕΚ Α' 38/17-2-2014

20 Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτσας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, Αθήνα: Κλειδάριθμος, σελ. 64.

συνεχής ροή και συνεργασία μεταξύ των επιπέδων υγειονομικής φροντίδας.

Όλα τα συστήματα παρουσιάζουν ορισμένα βασικά και κοινά χαρακτηριστικά.

- Τόσο στο σύστημα όσο και στο περιβάλλον αναπτύσσονται σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης.
- Επίσης, κάθε σύστημα ορίζει τα όριά του σε σχέση με το περιβάλλον.
- Μεταξύ συστήματος και περιβάλλοντος υπάρχει συνεχής πληροφόρηση.
- Το πλήθος των στοιχείων που περιλαμβάνει το σύστημα καθώς και οι μεταξύ του σχέσεις ορίζουν την πολυπλοκότητα που θα έχει.
- Το εκάστοτε σύστημα διακρίνεται από την ιεραρχική δομή που το διέπει.
- Κάθε σύστημα έχει θέτει συγκεκριμένους στόχους και έχει συγκεκριμένο λόγο ύπαρξης.
- Η δυνατότητά του συστήματος για την πραγματοποίηση αλλαγών, ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος και την επίτευξη των στόχων του προσδιορίζεται μετά από ενδελεχή ανάλυση της συμπεριφοράς του.

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να ορίσουμε το Σύστημα Υγείας σαν ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους καθώς επίσης και με το περιβάλλον τους και έχει σαν στόχο τη διατήρηση και την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Κατά το Λιαρόπουλο σύστημα υγείας ορίζεται ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας²¹.

Σύμφωνα με τον Καρυώτη, το Σύστημα Υγείας είναι το σύνολο των πόρων (χρήματα, άνθρωποι, κτίρια & τεχνολογία) και των οργανωτικών προτύπων που απαιτούνται ώστε οι πόροι που παράγονται από τις υπηρεσίες υγείας προκειμένου να βελτιωθεί ή να διατηρηθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Βασικά χαρακτηριστικά των Συστημάτων Υγείας είναι η διαθεσιμότητα, η προσπελασιμότητα, η ποιότητα, η συνέχεια στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας, η καταλληλότητα, η αποτελεσματικότητα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το Σύστημα Υγείας και οι υπηρεσίες που παράγει και εν συνεχεία παρέχει είναι ένας μόνο από τους πολλούς παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Η υγεία, ή το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού, είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων.²²

21 Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Α' τόμος. Αθήνα: Βήτα. σελ.199-202

22 Καρυώτης, Π., (1992), Management υπηρεσιών υγείας και βιοιατρική τεχνολογία. Αθήνα: Euroclinica

Το Σύστημα Υγείας, κατά τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, αποτελείται από πολλαπλά υποσυστήματα τα οποία αλληλεπιδρούν και αλληλεξαρτούνται. Συγκεκριμένα αποτελείται από τρία υποσυστήματα:

- i. το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
- ii. το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και
- iii. το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Εναλλακτικά μπορεί να θεωρηθεί ότι το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με τη χρηματοδότηση της υγείας, το δεύτερο υποσύστημα σχετίζεται με τη διοικητική υποστήριξη του συστήματος, το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή των υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Για την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, προτείνεται η διάκρισή τους σε τρία επίπεδα υγειονομικής φροντίδας. Το πρωτοβάθμιο (εξωνοσοκομειακές κυρίως υπηρεσίες υγείας), το δευτεροβάθμιο (νοσοκομειακές υπηρεσίες) και το τριτοβάθμιο επίπεδο (πανεπιστημιακή περίθαλψη).²³

Μπορούμε να προσδιορίσουμε το Σύστημα Υγείας με τρεις τρόπους :

- Σύστημα Υγείας πολλαπλών μεταβλητών, όπου θεωρείται ότι είναι σύστημα τριών μεταβλητών :
 - του μηχανισμού διερεύνησης παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
 - του μηχανισμού παραγωγής και διανομής υπηρεσιών και αγαθών υγείας και
 - του μηχανισμού κάλυψης των δαπανών της υγείας
- Σύστημα Υγείας συνολικού κύκλου εργασιών, όπου αποτελείται από υποσυστήματα κύκλου εργασιών :
 - Το υποσύστημα του ιατρικού κύκλου, που περιλαμβάνει μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, όπως κέντρα υγείας, αγροτικά νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, φαρμακεία, οδοντιατρεία, το ΕΚΑΒ κ.α.
 - Το υποσύστημα ιατροκοινωνικού κύκλου, το οποίο παρέχει περίθαλψη σε ιδρύματα ατόμων με ειδικές ανάγκες, γηροκομεία, θεραπευτήρια πασχόντων και γενικότερα σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικής παθολογίας

23 Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α. Αθήνα: Κλειδάριθμος, σελ.66

- Το υποσύστημα περιβαλλόντων τομέων, ρόλος του οποίου είναι η εξασφάλιση δημόσιας υγείας, την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, την περιβαλλοντική υγιεινή και την σχολική υγιεινή
- Το υποσύστημα εναλλακτικών μορφών φροντίδας, παρέχει νοσηλεία στο σπίτι, υποστηρίζει συμβουλευτικούς σταθμούς για A.I.D.S, για κακοποιημένες γυναίκες και παιδιά κ.α.
- Το υποσύστημα ερευνητικών κέντρων, που περιλαμβάνει το σύνολο των τις ερευνητικών μονάδων που ασχολούνται αμιγώς με τον τομέα της υγείας, όπως Αντικαρκινικό Ινστιτούτο κ.ά.
- Το υποσύστημα εναλλακτικών μορφών ιατρικής, στο οποίο εντάσσονται τα ομοιοπαθητικά κέντρα, τα ιατρεία βελονισμού κ.ά.
- Το υποσύστημα παραγωγής, που περιέχει τις μονάδες παραγωγής βιοϊατρικής τεχνολογίας, αναλώσιμων ιατρικών υλικών κ.α.
- Το υποσύστημα δευτερεύουσας παραγωγής, που διαθέτει τους επαγγελματίες υγείας για προσφορά υπηρεσιών υγείας σε κέντρα αισθητικής, διαιτητικής, ιατροτουριστικά κέντρα κ.ά.
- Σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία, σύμφωνα με το οποίο το Σύστημα Υγείας είναι ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής και περιλαμβάνει :
 - τις εισροές, δηλαδή οι ανθρώπινοι πόροι, οι υλικοτεχνικές υποδομές, ο τεχνολογικός εξοπλισμός κ.ά.
 - τη διαδικασία, η οποία χρησιμοποιείται για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, π.χ. εξετάσεις
 - τις εκροές, το οποίο περιλαμβάνει το αποτέλεσμα της διαδικασίας που μετρίεται με μέρες νοσηλείας, με αριθμό και είδος εξετάσεων κ.ά. ,και τέλος
 - τα αποτελέσματα, το οποίο αναφέρεται η βελτίωση του επιπέδου υγείας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής²⁴

Το Σύστημα Υγείας είναι ένα ανοικτό²⁵ και επηρεάζεται και επηρεάζει τους εξωτερικούς παράγοντες. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από το σύστημα υγείας, αλλά και από το περιβάλλον του το οποίο επιδρά στη δομή και στη λειτουργία του. Το περιβάλλον του

24 Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Αθήνα: Παπαζήσης(σ. 33-36)

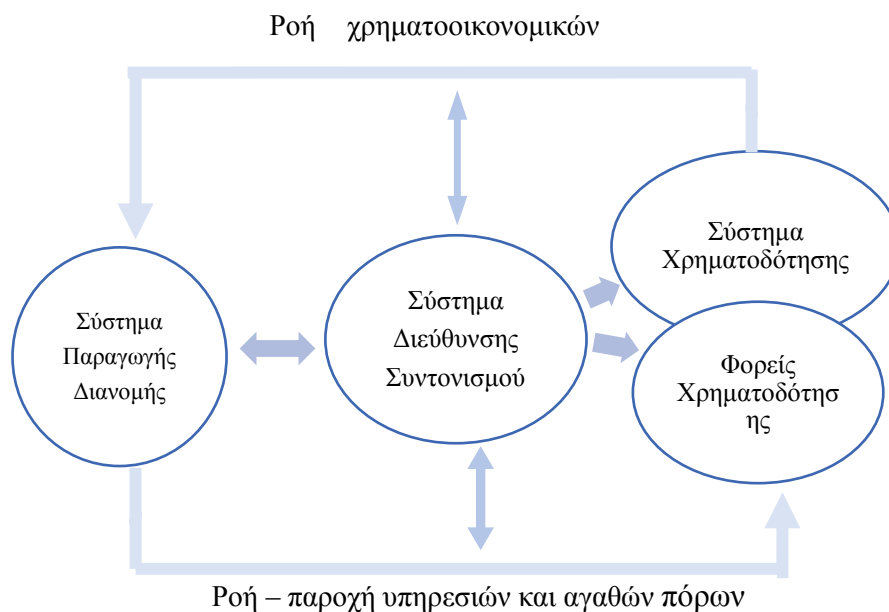
25Ένα σύστημα θεωρείται «ανοικτό» όταν ανταλλάσσει ενέργεια, ύλη, πληροφορίες, προϊόντα και υπηρεσίες με το περιβάλλον, ενώ θεωρείται κλειστό όταν δεν έχει σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης με αυτό (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007, σ.65).

συστήματος υγείας αποτελείται από τα εξής συστήματα : πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό και πολιτιστικό.²⁶

Σύμφωνα με τον Μπουρσανίδη, το σύστημα υγείας αποτελείται από²⁷ :

- το σύστημα διεύθυνσης και συντονισμού
- το σύστημα χρηματοδότησης και
- το σύστημα παραγωγής και διανομής

Διάγραμμα 1 : Δομή και λειτουργία του Συστήματος Υγείας²⁸



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας²⁹ ορίζει ως Σύστημα Υγείας το σύνολο των ενεργειών των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας.

Κατά τον Roemer σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός των πόρων, της οργάνωσης, της χρηματοδότησης σχημάτων και της διοικητικής διαχείρισης που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό».³⁰

26 Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Αθήνα: Παπαζήσης(σ. 72-76)

27 Μπουρσανίδης Χ., (1993). Ανάλυση Συστημάτων Υγείας και Πολιτική Υγείας, Διδακτικές σημειώσεις – Typescript, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (π.ΥΣΑ), Αθήνα

28 Σουλιώτης, Κ. (2000). Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Αθήνα: Παπαζήση. σελ.40

29 WHO.(2000). The world health report 2000 -Health systems: improving performance. Διαθέσιμο σε: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf (Ανακτήθηκε 14/1/2014).

30 Roemer, M. (1991). National Health Systems of the World. Vol I: The Countries. New York: Oxford University Press.

Το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, κατά τον Λιαρόπουλο, χρειάζεται συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, έτσι ώστε μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας³¹.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως ένα σύνολο υποσυστημάτων που είναι αλληλένδετα και επηρεάζουν το ένα το άλλο, αλλά επηρεάζονται και από το περιβάλλον τους (οικονομικό, πολιτικό, κοινωνικό και πολιτιστικό) και έχει ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Το σύστημα υγείας, ως υποσύστημα του συστήματος κοινωνικής προστασίας, πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο. Δηλαδή να παράγει υπηρεσίες υγείας στη μέγιστη δυνατή ποσότητα και στο μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει τη ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

1.4 ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η δομή του συστήματος υγείας εξαρτάται από την κουλτούρα και την οικονομική κατάσταση της κάθε χώρας καθώς επίσης και από τις ανάγκες του πληθυσμού. Η δομή του συστήματος υγείας προσδιορίστηκε στη βάση του πως καλύπτονται οι πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας, του ατυχήματος και της ανικανότητας. Αν για παράδειγμα η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι), τότε αναφερόμαστε σ' ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck³². Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων και υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε αναφερόμαστε σ' ένα εθνικό σύστημα υγείας τύπου Beveridge³³. Στην περίπτωση που ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, τότε μιλάμε για το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Σε αυτό το σύστημα υπάρχει κατά κύριο λόγο ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

31 Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Α' τόμος. Αθήνα: Βήτα. σελ.202

32 Προβόπουλο, Γ. Υφαντόπουλο, Ι., (1990). Ειδικά θέματα κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα: Σάκκουλα., σελ. 16.

33 Βενιέρη, Δ., «Η εναρμόνιση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας: ένα κοινωνικοπολιτικό αδιέξοδο» σε Κ.Κρεμαλή (επιμ.), (1996).

Απλοποίηση & συστηματοποίηση των κανόνων κοινωνικής προστασίας, Αθήνα: Σάκκουλα.

1.4.1 ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ή ΤΥΠΟΥ BISMARCK

Τα βασικά συστήματα στην Ευρώπη αναπτύχθηκαν κατά τον 19ο αιώνα. Το Γερμανικό πρότυπο ή μοντέλο Bismarck βασίστηκε στην αναδιανομή και αποτελούσε αναγκαίο συμπλήρωμα της εργασιακής σχέσης. Βασικό χαρακτηριστικό του γερμανικού μοντέλου είναι η ευθύνη των ίδιων των ενδιαφερομένων (εργαζομένων και εργοδοτών) για την ασφαλιστική προστασία, ευθύνη η οποία μεταφράζεται σε αυτονομία και αυτοχρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων. Τα συστήματα τύπου Bismarck δεν ήταν αποτέλεσμα συλλογικών διαπραγματεύσεων, στο πλαίσιο της αγοράς, αλλά κρατικής παρέμβασης, που υποχρέωσε τους εργοδότες να συμμετάσχουν στην ασφαλιστική προστασία των εργαζομένων.

Κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Στη Γερμανία έλαβε τη μορφή της ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων, ενώ στη Γαλλία έλαβε τη μορφή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης της υγείας μέσω της δημιουργίας διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων. Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος τύπου Bismarck είναι ³⁴ :

- η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης,
- η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού,
- η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελούν το κριτήριο για το ύψος της καταβολής των εισφορών,
- η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού,
- οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες, και τέλος
- η έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

1.4.2 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΥΠΟΥ BEVERIDGE

Σε αντίθεση με το γερμανικό μοντέλο, το εθνικό σύστημα υγείας ή μοντέλο Beveridge, το οποίο έχει ως κύριο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας και επίσης εφαρμόζεται στις Σκανδιναβικές χώρες, ορίζει ότι η κοινωνική ασφάλιση των πολιτών αποτελεί ευθύνη της πολιτείας και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από το κράτος. Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Σταδιακά η διάκριση μεταξύ των κοινωνικο-

³⁴ Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτσας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α. Αθήνα: Κλειδάριθμος, σελ.87-88

ασφαλιστικών συστημάτων αμβλύνηκε, ως αποτέλεσμα της σχετικής σύγκλισης που επήλθε³⁵. Τα βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας είναι:

- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία
- η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού
- γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο
- κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από τη φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές.³⁶

1.4.3 ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Το κράτος εστιάζει την παρέμβασή του στο να προσφέρει υπηρεσίες υγείας προς αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν από την αγορά. Ειδικότερα το φιλελεύθερο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τη λειτουργία ενός συστήματος τιμών το οποίο διαμορφώνει την αγορά και παροχή υπηρεσιών υγείας με κριτήριο τη ζήτηση που εκδηλώνεται σε αυτές. Υπάρχει πλήρης ελευθερία του καταναλωτή, ο οποίος ζητά υπηρεσίες υγείας που τις προσφέρουν οι ιδιώτες παραγωγοί. Ο καταναλωτής για να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να μπορεί να καταβάλλει την τιμή των υπηρεσιών υγείας που έχει διαμορφωθεί στην αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Το κράτος καταβάλλει χρήματα για την αγορά υπηρεσιών υγείας για αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Για παράδειγμα οι ΗΠΑ αποτελούν τον σημαντικότερο εκπρόσωπο του φιλελεύθερου συστήματος υγείας. Η κρατική παρέμβαση στο χώρο της Υγείας στις ΗΠΑ συνίσταται κυρίως στην καταβολή χρημάτων που καλύπτουν την αγορά υπηρεσιών υγείας για τους φτωχούς (είναι το πρόγραμμα Medicare) και τους ηλικιωμένους (είναι το πρόγραμμα Medicaid).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι:

- η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών έχοντας υπόψη τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών
- βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο
- το κράτος διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών
- εμφανίζονται υγειονομικές ανισότητες

35 Νικολακοπούλου-Στεφάνου, Η. (1992), Σύγκλιση Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης, σελ.14, 19

36 Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α. Αθήνα: Κλειδάριθμος, σελ.85

- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς
- εμφανίζεται το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, που έχει ως αποτέλεσμα την προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας³⁷

1.5 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.5.1 ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Ο λόγος που χαρακτηρίζεται έτσι είναι ότι μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επιπροσθέτως, ο ιδιωτικός τομέας έχει ενεργό ρόλο τόσο στην παροχή υπηρεσιών υγείας όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Η ίδρυση του Ε.Σ.Υ. το 1983 στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν: η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας όπως προαναφέρθηκε γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για υγεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι:

- ότι είναι μεικτό σύστημα υγείας
- ότι η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα

³⁷ Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτσας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α. Αθήνα: Κλειδάριθμος, σελ.85

- οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε)
- η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
- οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία
- η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι :

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι :

- υψηλές δαπάνες υγείας
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών.³⁸

1.5.2 ΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του την υπόσταση και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας πρέπει να αντιμετωπίσει τρία σημαντικά προβλήματα. Το πρώτο πρόβλημα σχετίζεται με τα οικονομικά – δημοσιονομικά του συστήματος. Το δεύτερο πρόβλημα σχετίζεται με την αποτελεσματική του λειτουργία και το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του μέσου Έλληνα από τις υπηρεσίες υγείας.

³⁸ Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτσας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α. Αθήνα: Κλειδάριθμος, σελ.111

Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (χαμηλότερος από το πραγματικό κόστος), οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας. Είναι απαραίτητο το σύστημα να επιτύχει την οικονομική του βιωσιμότητα, γιατί σε διαφορετική περίπτωση κινδυνεύει η υπόσταση του συστήματος και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Το δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα είναι η αναποτελεσματικότητά του. Δεν διευκολύνεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό που έπρεπε να είναι εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας.

Το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του Έλληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό το πρόβλημα δεν είναι ανεξάρτητα από τα δύο προηγούμενα με αποτέλεσμα να διογκώνεται συνεχώς η δυσαρέσκεια του πολίτη. Αν δε λάβουμε υπόψη μας και τις μη νόμιμες μεθόδους που εφαρμόζονται (το λεγόμενο «φακελάκι»), αλλά και το γεγονός ότι ο πολίτης σε αρκετές περιπτώσεις καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθεί, κατανοούμε πόσο απογοητευμένος νιώθει ο πολίτης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

1.5.3 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ διαθέτουν καθολική κάλυψη υγείας για μια βασική δέσμη υπηρεσιών υγείας, με εξαίρεση την Ελλάδα, τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Πολωνία. Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση οδήγησε στην απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας των μακροχρόνια ανέργων και πολλών αυτοαπασχολούμενων. Παρόλα αυτά, από τον Ιούνιο του 2014 έχουν ληφθεί μέτρα, προκειμένου ο ανασφάλιστος πληθυσμός να έχει πρόσβαση σε συνταγογραφούμενα φάρμακα και σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης όπως ήταν αναμενόμενο ακολούθησαν την πτωτική τάση του ΑΕΠ. Το ΑΕΠ μειώνεται το 2011 κατά 22,6 δις ευρώ ή 9,8% και η συνολική δαπάνη υγείας κατά 4,4 δις ευρώ ή 18,9%. Το 2012, η μείωση των δαπανών υγείας ήταν πάνω από 2 δις ευρώ (1% του ΑΕΠ), ενώ το 2013 το ποσοστό των δαπανών υγείας υπολογίζεται στο 8,65% του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9,8%). Το ίδιο έτος η δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ προσέγγισε το 5,5%, έναντι 7,8% στην Ε.Ε. και 8,0% στην Ευρωζώνη. Σε ό,τι αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, η Ελλάδα σε απόλυτους αριθμούς το 2013 κατείχε μία ενδιάμεση θέση, όταν όμως οι δαπάνες αυτές προσαρμόζονται στις οικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας, τότε η σειρά τροποποιείται σε σημαντικό βαθμό κόμμα με την Ελλάδα να κατέχει την τελευταία θέση. Έτσι, σήμερα, το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται, αφού η Συνολική Δαπάνη Υγείας για το 2015 ήταν 15 δις ευρώ, η

δημόσια δαπάνη υγείας 9,5 δις ευρώ και η ιδιωτική δαπάνη υγείας 5,5 δις ευρώ, με αποτέλεσμα, η δημόσια δαπάνη για την υγεία να μην ξεπερνά το 5% του ΑΕΠ, ποσοστό που υπολείπεται σημαντικά από το αντίστοιχο άλλων ανεπτυγμένων χωρών. Στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης υπήρξε σημαντική μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, κυρίως της δημόσιας, η οποία από 5,3 δις ευρώ το 2008, δεν ξεπέρασε τα 2,2 δις ευρώ το 2014, με αποτέλεσμα, η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να είναι από το 2011 και μετά χαμηλότερη από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, είναι εμφανής η ραγδαία αύξηση στο διάστημα 2000-2009 και η ραγδαία μείωση στο διάστημα 2009-2015, με πρόβλεψη για σταθεροποιητικές τάσεις την επόμενη τριετία. Αξίζει να επισημανθεί ότι στην Ελλάδα, παρά το ότι συνυπάρχουν οι δύο βασικές δημόσιες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση), το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης εξακολουθεί να είναι ένα από τα υψηλότερα στον ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 2014 το 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών έναντι 6,5% το 2009, αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2014 παρουσίασε μείωση κατά 21% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (105,8 ευρώ έναντι 134,4 ευρώ το 2009). Το ποσοστό του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος για δαπάνες υγείας είναι πενταπλάσιο στη χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία σε σύγκριση με την υψηλότερη. Η ασφαλιστική κάλυψη για την υγεία το 2013 έχει μειωθεί κατά 21% , καλύπτοντας το 79% του πληθυσμού από 100% πριν την οικονομική κρίση. Η Ελλάδα κατέχει, ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε., το υψηλότερο ποσοστό υγειονομικά ανασφάλιστου πληθυσμού (21%). Η Ελλάδα διαθέτει τους περισσότερους γιατρούς και τη χαμηλότερη αντιστοιχία ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού (1/0.6) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Κατά την περίοδο 2000-2013, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών παραμένει πρακτικά σταθερός (4.7 κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού) ³⁹.

Πρέπει να αναφερθεί ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας περιλαμβάνει τις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές περιλαμβανομένων των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων κατηγοριών του πληθυσμού, καθώς και των ατόμων που είναι ανασφάλιστα. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία περιλαμβάνουν όχι μόνο τις επενδύσεις στο χώρο της υγείας αλλά και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Οι Εθνικοί λογαριασμοί υγείας είναι μια τυποποιημένη μεθοδολογία που παρακολουθεί και καταγράφει όλες τις ροές των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας (δημόσιες ,ιδιωτικές ,δαπάνες στο εξωτερικό). ⁴⁰Με τους εθνικούς λογαριασμούς υγείας παρέχονται πληροφορίες σε 3 άξονες:

1) πηγές χρηματοδότησης, δηλαδή ποιος θα χρηματοδοτήσει τις δραστηριότητες στον χώρο της

39 Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης, (12/1/2017), <http://www.oecd.org>

40 ΚΟΥΣΟΥΛΑΚΟΥ, Χ., ΒΙΤΣΟΥ, Ε., (2008). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, ετήσια έκθεση.

υγείας, από πού δηλαδή θα προέλθουν οι πόροι.

2) παράγωγή. Σε αυτό το στάδιο αποτυπώνουμε πώς θα κατανεμηθούν οι πόροι στους συντελεστές παράγωγης (ιατροί, νοσηλευτές, κτιριακές υποδομές, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, κτλ.).

3) κατανάλωση, δηλαδή ποιες μορφές περίθαλψης θα αγοραστούν με αυτούς τους πόρους (νοσοκομειακή, προληπτική, θεραπευτική).

Το σύστημα των 3 αξόνων λειτουργεί ως ταυτότητα και πρέπει να ισχύει η ισότητα χρηματοδότησης, παραγωγής και κατανάλωσης.

Αδιάσειστα στοιχεία δείχνουν ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης). Έχει επίσης αναφερθεί ότι οι συνεργατικές σχέσεις μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών μπορούν να μειώσουν τη θνησιμότητα των ασθενών.

Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια σοβαρή ανάγκη για την προώθηση των θετικών αλλαγών προς την κατεύθυνση της συνεργασίας μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών να περιλαμβάνουν το κόστος, τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και την αύξηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία

Στον τομέα της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών, ήταν προϋπόθεση για τη λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του. Η ομαδική εργασία, όμως, αποτελεί πρόσφατη εξέλιξη όπως θα συζητηθεί και στην συνέχεια. Η διακήρυξη του ΠΟΥ το 1978 σημείωσε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας. Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και πρόνοιας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων συνεργασίας. Έτσι, το απόλυτο «ιατροκεντρικό» σύστημα υγείας έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα υγείας. Αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπολοίπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για τη λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στη φροντίδα υγείας των πολιτών αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας. Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας

και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ., σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κλπ.), αλλά και από την άλλη την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη, ως περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, και πρωταρχικά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.⁴¹

Επιπλέον, οι πρωτοφανείς και αναπόφευκτες αλλαγές που πραγματοποιούνται παγκοσμίως στα συστήματα παράδοσης υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν τις καινοτόμες προσεγγίσεις για να βελτιώσουν τη συνεργασία νοσηλευτριών - ιατρών προκειμένου να περιληφθεί το κόστος και να διατηρηθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Μια αυξανόμενη ανησυχία υπάρχει παγκοσμίως για τη συγκράτηση δαπανών και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ομαδική εργασία και η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτριών μπορούν να περιορίσουν τις δαπάνες και να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας και της αποτελεσματικότητας ομάδων⁴².

Πίνακας 1. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, οι χώρες της ΕΕ, 2015

Πηγή: Health at a Glance Europe 2016 (<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>)

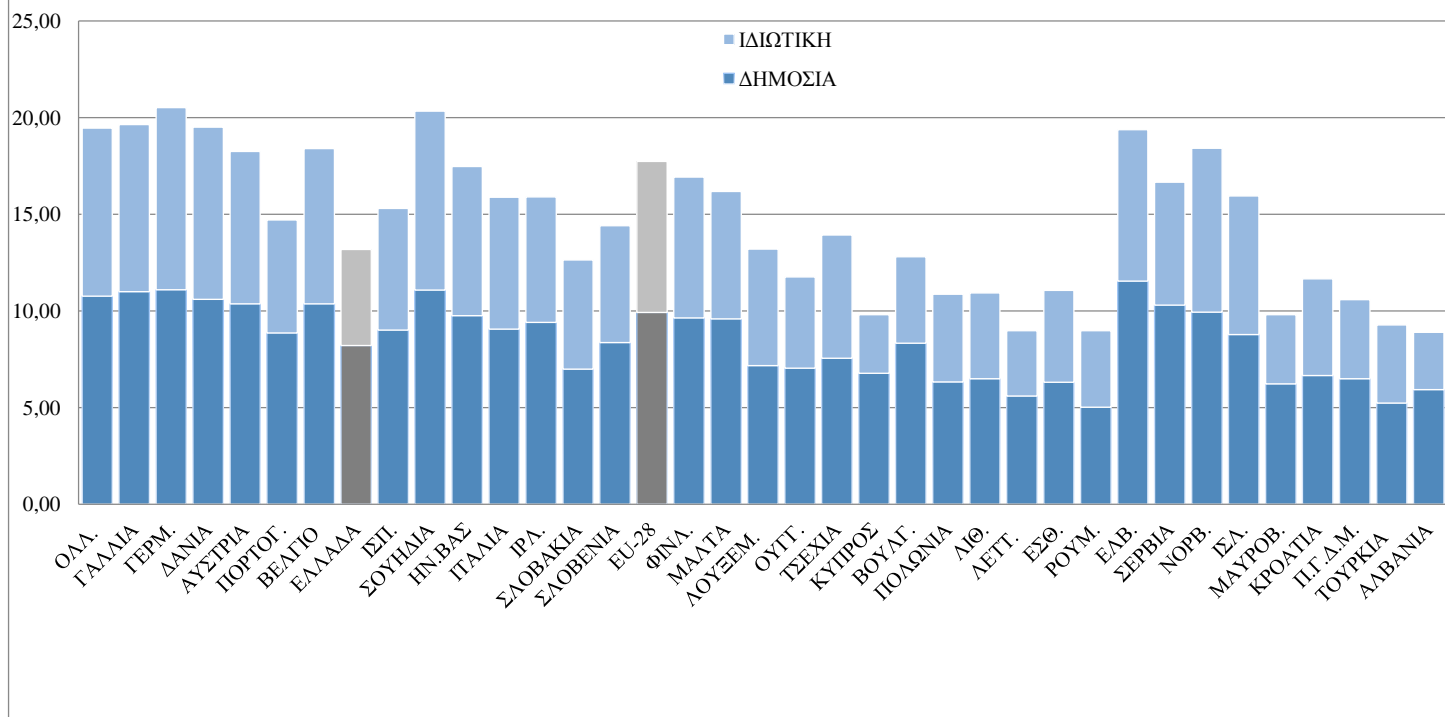
| | ΣΥΝΟΛΟ | ΔΗΜΟΣΙΑ | ΙΔΙΩΤΙΚΗ |
|------------|--------|---------|----------|
| ΟΛΛΑΝΔΙΑ | 10,76 | 8,69 | 2,08 |
| ΓΑΛΛΙΑ | 10,99 | 8,64 | 2,35 |
| ΓΕΡΜΑΝΙΑ | 11,08 | 9,42 | 1,66 |
| ΔΑΝΙΑ | 10,59 | 8,91 | 1,68 |
| ΑΥΣΤΡΙΑ | 10,36 | 7,88 | 2,47 |
| ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ | 8,86 | 5,85 | 3,01 |
| ΒΕΛΓΙΟ | 10,36 | 8,03 | 2,33 |

41 www.nurs.uoa.gr

42 Dechario-Marino, A.E., Jordan-Marsh, M., Traiger, G. and Saulo, M., (2001). Nurse / physician collaboration: action research and the lessons learned. *Journal of Nursing Administration* 31, pp. 223–232.

| | | | |
|------------------|-------|------|------|
| ΕΛΛΑΔΑ | 8,20 | 4,97 | 3,24 |
| ΙΣΠΑΝΙΑ | 9,00 | 6,29 | 2,71 |
| ΣΟΥΗΔΙΑ | 11,07 | 9,27 | 1,81 |
| ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ | 9,75 | 7,71 | 2,05 |
| ΙΤΑΛΙΑ | 9,05 | 6,83 | 2,22 |
| ΙΡΛΑΝΔΙΑ | 9,39 | 6,50 | 2,89 |
| ΣΛΟΒΑΚΙΑ | 6,99 | 5,63 | 1,36 |
| ΣΛΟΒΕΝΙΑ | 8,36 | 6,04 | 2,32 |
| ΕU-28 | 9,92 | 7,81 | 2,10 |
| ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ | 9,64 | 7,28 | 2,36 |
| ΜΑΛΤΑ | 9,58 | 6,59 | 2,99 |
| ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ | 7,17 | 6,02 | 1,15 |
| ΟΥΓΓΑΡΙΑ | 7,04 | 4,72 | 2,32 |
| ΤΣΕΧΙΑ | 7,54 | 6,38 | 1,16 |
| ΚΥΠΡΟΣ | 6,77 | 3,02 | 3,75 |
| ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ | 8,33 | 4,46 | 3,87 |
| ΠΟΛΩΝΙΑ | 6,32 | 4,53 | 1,79 |
| ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ | 6,49 | 4,44 | 2,05 |
| ΛΕΤΤΟΝΙΑ | 5,59 | 3,37 | 2,21 |
| ΕΣΘΟΝΙΑ | 6,30 | 4,76 | 1,54 |
| ΡΟΥΜΑΝΙΑ | 5,01 | 3,95 | 1,06 |
| ΕΛΒΕΤΙΑ | 11,54 | 7,84 | 3,70 |
| ΣΕΡΒΙΑ | 10,29 | 6,37 | 3,92 |
| ΝΟΡΒΗΓΙΑ | 9,93 | 8,47 | 1,47 |
| ΙΣΛΑΝΔΙΑ | 8,77 | 7,17 | 1,59 |
| ΜΑΥΡΟΒΟΥΝΙΟ | 6,23 | 3,56 | 2,67 |
| ΚΡΟΑΤΙΑ | 6,65 | 5,00 | 1,65 |
| Π.Γ.Δ.Μ. | 6,48 | 4,10 | 2,38 |
| ΤΟΥΡΚΙΑ | 5,23 | 4,04 | 1,19 |
| ΑΛΒΑΝΙΑ | 5,92 | 2,96 | 2,97 |

Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, οι χώρες της ΕΕ, 2015



1.6 ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι Μονάδες Υγείας είναι στη σύγχρονη κοινωνία αποτελούν τον κύριο άξονα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, δίνοντας κάλυψη σε όλους τους τομείς που ασχολούνται με τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 11 του νόμου 2071/1992 και το άρθρο 5 του νόμου 1397/83 οι Μονάδες Υγείας ή Περίθαλψης διακρίνονται σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες και παρέχονται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς⁴³.

Σαν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται κάθε πράξη ή υπηρεσία που παρέχεται στους ασθενείς για πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας των ασθενών. Οι φορείς που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες είναι:

- τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα ολόημερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών
- οι υπηρεσίες του ΕΚΑΒ
- τα Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία
- τα Αγροτικά Ιατρεία

43 ΝΔ 2071/92. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος υγείας.ΦΕΚ/123/ 15-07-1992 & ΝΔ 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας.ΦΕΚ/Α'143. 7-10-1983

- τα Πολυιατρεία και Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ
- τα Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας
- οι Ιδιωτικές Κλινικές που λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία και διαπιστευμένα Διαγνωστικά Εργαστήρια.
- οι Ιδιωτικοί Φορείς
- οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- οι Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης
- οι Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας
- οι Σταθμοί Προστασίας Μάνας, Παιδιού & Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός.
- τα Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, τα Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και οι κατ' οίκον φυσικοθεραπευτές.

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη θεωρείται κάθε παρεχόμενη υπηρεσία ή πράξη, που διενεργείται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.⁴⁴

1.7 ΙΑΤΡΙΚΟ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Όπως είναι αναμενόμενο κάθε Μονάδα Υγείας απασχολεί πληθώρα ιατρών και νοσηλευτών σε αρκετές ειδικότητες. Το ιατρικό προσωπικό της Μονάδα Υγείας ακόμα και με τις παρούσες συνθήκες της οικονομικής κρίσης όπου και τα μέσα είναι περιορισμένα προσπαθεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα του ασθενούς.

Σε αυτή την προσπάθεια καθοριστικό ρόλο κατέχει και το νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς το οποίο η οποιαδήποτε διαδικασία για την παροχή υγείας των ασθενών θα ήταν αδύνατη. Για να επιτευχθεί αυτό η πλειονότητα των νοσηλευτών έχει ολοκληρώσει ένα ευρείας βάσης και περιεκτικό πρόγραμμα θεωρητικής εκπαίδευσης και κλινικής πρακτικής πάνω στη νοσοκομειακή και κοινοτική νοσηλευτική πριν την απόκτηση της επαγγελματικής άδειας.. Στη συνέχεια, πολλοί νοσηλευτές εξειδικεύονται περισσότερο μετά την απόκτηση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος σε συγκεκριμένο τομέα παρόλο που ειδικά τα τελευταία χρόνια με την οικονομική κρίση όπου έχουν περιοριστεί ως ένα βαθμό οι θέσεις εργασίας καλούνται σε πολλές περιπτώσεις να χρησιμοποιηθούν σε αρκετά τμήματα της ίδιας μονάδας.⁴⁵ Σε αρκετές περιπτώσεις επίσης

⁴⁴ ΝΔ 3052/2012. ΕΝΙΑΙΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. ΦΕΚ/Β' /3054/18-11-2012

⁴⁵ www.dimokratiki.gr , 31.8.2016

παρατηρούμε ότι οι διευθυντές κάποιων τμημάτων είναι ανώτεροι ως προς την ιεραρχία νοσηλευτές, οι οποίοι επιτηρούν τις δραστηριότητες ποιότητας και διαχείρισης κινδύνου στο χώρο και συνεργάζονται στενά με το προσωπικό για την παροχή της βέλτιστης παροχής φροντίδας στον ασθενή. Είναι επίσης επιφορτισμένοι με την τήρηση των πολιτικών του οργανισμού, καθώς και να εξασφαλίσουν ότι οι πολιτικές και διαδικασίες του τμήματος, καθώς και τα εγχειρίδια λειτουργίας, είναι σύγχρονα, βασισμένα, όταν είναι εφικτό, σε ενδείξεις και ενσωματώνουν τις σχετικές επαγγελματικές προδιαγραφές, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που εκδίδονται από τον Εθνικό Σύλλογο Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ).

Οι νοσηλευτές αποτελούν μια πολύ ισχυρή ομάδα στις Μονάδες Υγείας καθώς εμπλέκονται σε όλες τις λειτουργίες της, είτε αυτό αφορά απλή παρακολούθηση ασθενούς είτε σε περίπτωση χειρουργείου τη διαδικασία πριν από την εκτέλεση της επέμβασης όσο και κατά το στάδιο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Οι νοσηλευτές γνωρίζοντας το ιστορικό του κάθε ασθενούς είναι υπεύθυνοι για την προεγχειρητική προετοιμασία του, συμμετέχουν ενεργά καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης και φροντίζουν τον ασθενή κατά την ανάνηψη και σε όλο το χρονικό διάστημα που χρήζει μετεγχειρητικής παρακολούθησης (Gabel et al, 2001).

Ακόμη, το νοσηλευτικό προσωπικό εκτός από την φροντίδα του ασθενούς προετοιμάζει και όλα τα απαραίτητα εργαλεία, φάρμακα, υποστηρικτικά μηχανήματα και μεριμνώντας κατά τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η εύρυθμη λειτουργία του εξοπλισμού προκειμένου να ολοκληρωθεί επιτυχώς και με πλήρη ασφάλεια η εκάστοτε διαδικασία που θα ακολουθηθεί στον τομέα της Μονάδα Υγείας που απασχολείται.

Αναφορικά με τα διοικητικά της καθήκοντα η προϊσταμένη καταρτίζει σε συνεργασία με τους ιατρούς και τα τμήματα το πρόγραμμα του τμήματός της και μεριμνά για την αποστολή του και την ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων. Επιπλέον, είναι υπεύθυνη για την ενημέρωση των αρμόδιων γραφείων - προμηθειών, αποθήκη, φαρμακείο - προκειμένου να εφοδιάζεται πάντα έγκαιρα το τμήμα με τα απαραίτητα υλικά και αναλώσιμα. Τα διοικητικά καθήκοντα τα οποία εκτελεί απορροφούν ένα πολύ σημαντικό τμήμα του χρόνου της και για το λόγο αυτό θεωρείται μεγάλης σπουδαιότητας η στελέχωση του τμήματος με γραμματέα η οποία θα είναι υπεύθυνη για την κατάρτιση του προγράμματος, την καταγραφή του υλικού σε σχέση με τα τμήματα με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και την πραγματοποίηση των απαραίτητων ενεργειών προκειμένου να εκτελούνται έγκαιρα οι προμήθειες. Επιπλέον, η προϊσταμένη της νοσηλευτικής υπηρεσίας εποπτεύει την τήρηση πλήρους αρχείου. Ελέγχει για την εγγραφή του ιστορικού του ασθενούς, τα στοιχεία που αφορούν στην ταυτότητα και την κλινική κατάσταση του ασθενούς, τα

ονόματα των παρευρισκομένων, το είδος της ασθένειας καθώς και τους σχετικούς χρόνους όπως ο χρόνος εισόδου του ασθενούς στη Μονάδα Υγείας, τη διάρκεια νοσηλείας, και το χρόνο εξόδου.⁴⁶

⁴⁶ Κωσταγιόλας, Π. (2003). Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για να μελετήσουμε τα προβλήματα που μπορούν να δημιουργηθούν στις μονάδες υγείας πρέπει αρχικά να μελετήσουμε τη δομή της διοίκησης στις μονάδες υγείας. Η διοίκηση της υγείας είναι βασισμένη στις γενικές αρχές της διοίκησης. Η διοίκηση είναι η προσπάθεια που καταβάλλει κάποιος για να επιλύσει τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από την ύπαρξη των ανθρώπινων ομάδων και πολύ περισσότερο από την επιθυμία για την επίτευξη των στόχων προς όφελος της ομάδας ως συνόλου, καθώς και προς όφελος καθενός εκ των μελών της.

2.2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για τη διοίκηση (management). Οι ορισμοί αυτοί ισχύουν για οποιοδήποτε οργανισμό, επιχείρηση, νοσοκομείο ή οποιαδήποτε άλλη μορφή επιχείρησης. Ο «πατέρας» της σύγχρονης διοίκησης, Fayol ορίζει τη διοίκηση ως τη διαδικασία του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης, και του ελέγχου που ασκούνται σε μια επιχείρηση ή σε ένα οργανισμό, προκειμένου να επιτευχθούν αποτελεσματικά οι στόχοι τους⁴⁷.

Ο Fayol διατύπωσε τις δεκατέσσερις αρχές της διοίκησης οι οποίες είναι: ο καταμερισμός της εργασίας, η εξουσία και η ευθύνη του manager, η πειθαρχία του εργαζομένου προς τις εντολές του προϊστάμενου, η ενότητα διοίκησης (να δέχεται εντολές από ένα μόνο προϊστάμενο), η ενότητα κατεύθυνσης (κοινός γενικός στόχος οργανισμού), η υπαγωγή του ατομικού συμφέροντος στο γενικό (του οργανισμού), η δίκαιη αμοιβή του προσωπικού, ο συγκεντρωτισμός, η τάξη, η κλιμάκωση της εξουσίας, η ισότητα, η σταθερότητα της μονιμότητας του προσωπικού, η πρωτοβουλία του manager και το αίσθημα ενότητας που πρέπει να δημιουργείται μεταξύ των εργαζομένων.

⁴⁷ Φλώρος, Χ.(1993).Σύγχρονη Διοικητική των Επιχειρήσεων. Αθήνα: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΚΔΟΤΙΚΗ. σελ. 109-111

2.2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Νοσηλευτική της αυτοφροντίδας. Μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1970 η Allison καθιέρωσε τη θεωρία της Orem ως τη βάση της νοσηλευτικής άσκησης στο νοσοκομείο αποκατάστασης στο Μισσισιπή των Η.Π.Α. Οι Allison, McLaughlin και Walker υποστηρίζουν ότι ένα σχέδιο νοσηλευτικών συστημάτων που στηρίζεται στη θεωρία και αφορούν ένα πληθυσμό ασθενών πετυχαίνει τα εξής πράγματα.

- Περιγράφει τα νοσηλευτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού των ασθενών που πρόκειται να εξυπηρετηθεί.
- Χρησιμοποιεί αυτά τα χαρακτηριστικά για να προβλέψει τις κατηγορίες των προβλημάτων των ασθενών για τα οποία απαιτείται νοσηλευτική φροντίδα.
- Εντοπίζει τις κατάλληλες νοσηλευτικές τεχνολογίες.
- Εντοπίζει τα είδη και τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού και απαιτείται.
- Οργανώνει το νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να έχει αποτελεσματική απόδοση.
- Ορίζει τις εκβάσεις ή τα αποτελέσματα με βάση τη νοσηλευτική θεωρία.

Η εξέταση ενός νοσηλευτικού συστήματος που στηρίζεται στη θεωρία θα αποκαλύψει τα εξής:

- Τη δήλωση της αποστολής, της φιλοσοφίας και των στόχων.
- Τα εργαλεία ή τις μορφές τεκμηρίωσης, τα στοιχεία από τα οποία προκύπτει μια νοσηλευτική βάση δεδομένων.
- Τα πρότυπα της φροντίδας και της άσκησης.
- Την εκπαίδευση του προσωπικού.
- Τους ελέγχους των αποτελεσμάτων της διασφάλισης της ποιότητας.
- Τα συστήματα ταξινόμησης των ασθενών.
- Την περιγραφή των εργασιακών καθηκόντων.
- Τις πολιτικές και τις διαδικασίες.
- Τα προγράμματα ανάπτυξης σταδιοδρομίας που προσελκύουν και διατηρούν τους καλύτερους νοσηλευτές, αφού δημιουργούν κίνητρα μέσω της αποσαφήνισης του ρόλου του νοσηλευτή.
- Την υποστήριξη που δίνεται από το έντονο ενδιαφέρον της νοσηλευτικής διοίκησης⁴⁸.

⁴⁸ S. E. Allison, K. McLaughlin, and D. Walker, (1991). Nursing Theory: A Tool to Put Nursing Back into Nursing Administration, Nursing Administration Quarterly, σελ.72-78

Το μοντέλο Iowa⁴⁹. Ένα εννοιολογικό μοντέλο για την άσκηση της νοσηλευτικής διοίκησης θα βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων της αλλαγής. Θα εξυπηρετήσει ως οπτική εικόνα που θα καθοδηγήσει τη σκέψη στο σχεδιασμό, τη διαδικασία λήψης απόφασης και την επικοινωνία. Το μοντέλο Iowa της νοσηλευτικής διοίκησης «καλύπτει το θέμα της κριτικής αλληλεξάρτησης των κλινικών δραστηριοτήτων και των δραστηριοτήτων ή των αποτελεσμάτων της διοίκησης» και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κατευθυντήρια γραμμή λήψης απόφασης και αξιολόγησης της αλλαγής.

2.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Στη νοσηλευτική ο όρος «διοίκηση» έχει σχέση με τον προγραμματισμό, το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη στελέχωση, τη διεύθυνση και τον έλεγχο των δραστηριοτήτων μιας νοσηλευτικής μονάδας και των τομέων της. Ένας νοσηλευτής manager επιτελεί αυτές τις διοικητικές λειτουργίες ώστε να προσφέρει το καλύτερο δυνατό στο σύστημα υγείας υπέρ των ασθενών. Οι νοσηλευτές manager ή ακόμα και διευθυντές εργάζονται σε όλα τα επίπεδα για την υλοποίηση των εννοιών, των αρχών και των θεωριών της νοσηλευτικής διοίκησης. Ασκούν διοίκηση στο περιβάλλον του οργανισμού για να εξασφαλίσουν άριστο κλίμα για την παροχή της φροντίδας υγείας εκ μέρους των κλινικών νοσηλευτών.

Οι γνώσεις που αφορούν τη διοίκηση όπως είναι φυσικό έχουν εφαρμογή και στη νοσηλευτική διοίκηση. Οι νοσηλευτές manager των κλινικών μονάδων εκπαιδεύονται στη θεωρία και τις δεξιότητες της διοίκησης σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Οι κλινικοί νοσηλευτές εκπαιδεύονται στις δεξιότητες της διοίκησης, που τους δίνουν τη δυνατότητα να ασκήσουν διοίκηση σε ομάδες εργαζομένων καθώς και σε ασθενείς και οικογένειες. Οι κλινικοί νοσηλευτές manager δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο συντονισμό των καθηκόντων μεταξύ μονάδων, των τομέων και των υπηρεσιών.

2.2.3 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Οι σημαντικότερες αρχές της νοσηλευτικής διοίκησης που θα μπορούσαμε να αναφέρουμε είναι οι ακόλουθες:

1. Ο σχεδιασμός είναι μια σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης που προηγείται

⁴⁹ D.L. Gardner, K. Kelly, M. Johnson, J.C. McClosky, and M. Maas, Nursing Administration Model for Administrative Practice, Journal for Nursing Administration, March 1991, 37-41.

- από κάθε άλλη δραστηριότητα ή λειτουργία της.
2. Η αποτελεσματική χρησιμοποίηση του χρόνου είναι θεμελιώδης για την αποτελεσματική νοσηλευτική διοίκηση που λειτουργεί στο παρόν, ενώ καταστρώνει σχέδια για τη μελλοντική απόδοση, ανάπτυξη και αλλαγή.
 3. Η διαδικασία λήψης απόφασης αποτελεί πρωταρχικό στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης σε όλα τα επίπεδα.
 4. Οι νοσηλευτές manager διοικούν ένα επιστημονικό κλάδο της κλινικής άσκησης, όπου οι επαγγελματίες νοσηλευτές είναι γνώστες του αντικειμένου τους, εφαρμόζουν τις γνώσεις τους και διαθέτουν τη συγκέντρωση των δεδομένων, τη διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης και των νοσηλευτικών οδηγιών, την εποπτεία της υλοποίησης του σχεδίου της νοσηλευτικής φροντίδας από έμπειρους εργαζομένους και την αξιολόγηση και προσαρμογή του σχεδίου.
 5. Οι κοινωνικοί στόχοι διαμορφώνονται από τους νοσηλευτές manager και επιτυγχάνονται από κλινικούς νοσηλευτές.
 6. Η οργάνωση είναι μια δεύτερη σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης.
 7. Η αλλαγή είναι σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης, με τη ραγδαίως αυξανόμενη αλλαγή να είναι η μόνη σταθερά στο σημερινό κόσμο.
 8. Η οργανωσιακή κουλτούρα πρέπει να τύχει τέτοιας διοίκησης που αντανακλά τις αξίες και τις πεποιθήσεις, ενώ οι manager της νοσηλευτικής έχουν ένα κοινό σκοπό: να κάνουν παραγωγικές τις αξίες, τις φιλοδοξίες και τις παραδόσεις των εργαζομένων, που είναι άτομα και μέλη των κοινοτήτων και της κοινωνίας γενικότερα.
 9. Η κατεύθυνση ή διεύθυνση είναι μια τρίτη σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης, που σημαίνει εκχώρηση της εξουσίας στους εργαζομένους, τη βελτίωση της ποιότητας, και την προσπάθεια για την τελειότητα της παραγωγής.
 10. Τα κίνητρα που δίνονται στους εργαζομένους είναι ένα από τα βασικά στοιχεία της λειτουργίας της διεύθυνσης της νοσηλευτικής διοίκησης. Ικανοποιητικά αποτελέσματα της επίδοσης προέρχονται από την ικανοποίηση που προέρχεται από την εργασία, η οποία είναι μια κατάσταση που απαιτεί νοσηλευτές manager για την τόνωση των κινήτρων των εργαζομένων νοσηλευτών.
 11. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης και οδηγεί σε λιγότερες παρεξηγήσεις ενώ παράλληλα παρέχει στους εργαζομένους ένα κοινό όραμα, μια κοινή αντίληψη και την ενότητα της κοινής κατεύθυνσης και της προσπάθειας.
 12. Η ανάπτυξη του προσωπικού είναι ένα σημαντικό στοιχείο της λειτουργίας της νοσηλευτικής διοίκησης και συντελεί στη διατήρηση της ικανότητας όλων των νοσηλευτών.

13. Ο έλεγχος ή αξιολόγηση είναι η τέταρτη σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης, και περιλαμβάνει την αξιολόγηση των εντολών που έχουν δοθεί και πόσο καλά το εγκριθέν σχέδιο διεξήχθη, την καθιέρωση αρχών και προτύπων, και τη σύγκριση της απόδοσης με τα πρότυπα και τη διόρθωση των ελλείψεων⁵⁰.

2.3 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Για να κατανοήσουμε τη λειτουργία και τη διοίκηση στις μονάδες υγείας είναι σημαντικό να γνωρίζουμε για τον τρόπο λειτουργίας ενός από τους σημαντικότερους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, το νοσοκομείο, δημόσιο ή ιδιωτικό αλλά και των κέντρων υγείας. Το νοσοκομείο στην σύγχρονη κοινωνία αποτελεί τον κύριο άξονα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, δίνοντας κάλυψη στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε μέρος ακόμα και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα νοσοκομεία ανήκουν στον τριτογενή τομέα (δηλαδή απασχολούν συνήθως πάνω από 100 άτομα) και εντάσσονται στους μεγάλους επιχειρησιακούς οργανισμούς. 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.. Όπως γίνεται αντιληπτό η νομική υπόσταση του νοσοκομείου καθορίζεται εάν είναι κρατικό ή ιδιωτικό και από τον σκοπό του.⁵¹

Η λειτουργία ενός νοσοκομείου, όπως και κάθε μονάδας υγείας, διαφέρει σημαντικά από τη λειτουργία των άλλων οργανισμών. Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά από όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου για τη σωστή διάγνωση του υγειονομικού προβλήματος των ασθενών, την επιλογή στη συνέχεια της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής που θα εφαρμοστεί και την περίθαλψή τους, μέχρι την τελική τους αποθεραπεία είναι όχι μόνο πολλές και διάφορες αλλά αλληλοεξαρτώμενες και απόλυτα συμπληρωματικές μεταξύ τους.

Η εύρυθμη λειτουργία ενός νοσοκομείου εξαρτάται από τη συμμετοχή, εξάρτηση και συμπληρωματικότητα έχουν και οι δραστηριότητες τόσο της νοσηλευτικής και ιατρικής υπηρεσίας όσο και των άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου, της διοικητικής και της τεχνικής, όπως στην εργαστηριακή κάλυψη των ασθενών, στις συνθήκες περίθαλψης και διαβίωσης των ασθενών και κατ' επέκταση στο συνολικό έργο της κλινικής. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών του νοσοκομείου των ενδεδειγμένων και κατάλληλων κάθε φορά δραστηριοτήτων, οι οποίες μάλιστα μπορεί να πραγματοποιούνται σε διαφορετικές χρονικές και λειτουργικές φάσεις, αλλά και ο συσχετισμός των

⁵⁰ Swansburg, R. & Swansburg, R. (2002). Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers. Jones & Bartlett Publishers.σελ.28-29

⁵¹ Ferguson, K. (2004). Βασικές αρχές οικονομικής θεωρίας. Κριτική.

επιμέρους δραστηριοτήτων μεταξύ τους αποτελεί ιδιαίτερα σύνθετο και συχνά πολύπλοκο συνολικό έργο, για την εκτέλεση του οποίου χρειάζεται υψηλού βαθμού συγχρονισμός των αποφάσεων και των ενεργειών όλων όσοι εμπλέκονται στα διάφορα στάδια υλοποίησής του.

Η λειτουργική διασύνδεση και η στενή συνεργασία μεταξύ των τεσσάρων υπηρεσιών του νοσοκομείου αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επιτυχή υλοποίηση αυτού του έργου. Έτσι, η κάθε υπηρεσία του νοσοκομείου, με τα διάφορα τμήματά της, δεν περιορίζεται μόνο στην υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών, αλλά συμμετέχει ενεργά και συνεχώς στην παραγωγή του τελικού προϊόντος, που είναι η σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασθενών του νοσοκομείου.

Παρά τη διοικητική αυτοτέλεια που έχει καθεμιά από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, αυτές διασυνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά (οριζόντια διασύνδεση), ώστε να είναι δυνατή η συνεχής ροή πληροφοριών και δραστηριοτήτων μεταξύ όλων των υπηρεσιών και η εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας στη συνολική λειτουργία του νοσοκομείου. Ακόμα πρέπει να επισημανθεί ότι σε πολλά τμήματα του νοσοκομείου απασχολείται προσωπικό που διοικητικά υπάγεται σε διαφορετικές υπηρεσίες. Οι διάφορες δραστηριότητες που αναπτύσσει αυτό το προσωπικό, στο πλαίσιο της καθημερινής λειτουργίας των συγκεκριμένων τμημάτων, ανήκουν στην αρμοδιότητα επίσης διαφορετικών υπηρεσιών του νοσοκομείου. Όμως, κάθε τμήμα του νοσοκομείου λειτουργεί ως ενιαίο σύνολο και η καθοδήγηση όλου του προσωπικού που απασχολείται σ' αυτό, όπως και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων που αναπτύσσει γίνεται από στέλεχος μιας μόνο υπηρεσίας. Για παράδειγμα, σε μια κλινική απασχολούνται γιατροί που ανήκουν στην ιατρική υπηρεσία, νοσηλευτές που ανήκουν στη νοσηλευτική υπηρεσία, διοικητικοί υπάλληλοι, τραπεζοκόμοι, προσωπικό καθαριότητας κτλ., οι οποίοι ανήκουν στη διοικητική υπηρεσία. Οι δραστηριότητες που αναπτύσσει το παραπάνω προσωπικό ανήκουν, ανάλογα με την ειδικότητα του κάθε ατόμου, στην αρμοδιότητα είτε της ιατρικής είτε της νοσηλευτικής είτε της διοικητικής υπηρεσίας του νοσοκομείου. Όμως, ο γιατρός διευθυντής καθοδηγεί όλο το προσωπικό της κλινικής και συντονίζει τις δραστηριότητες που αφορούν στο ιατρικό, νοσηλευτικό και υποστηρικτικό έργο, ανεξάρτητα από την υπηρεσία στην οποία ανήκει διοικητικά ο κάθε εργαζόμενος. Ανάλογα, η προϊσταμένη νοσηλεύτρια καθοδηγεί το προσωπικό και συντονίζει πιο εξειδικευμένα όλες τις δραστηριότητες που αναφέρονται στη νοσηλεία και στη διατροφή των ασθενών της κλινικής, στην υγιεινή του προσωπικού, των ασθενών και των χώρων, στην τάξη στην κλινική κτλ.⁵²

⁵² Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

2.3.1 ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα δημόσια νοσοκομεία ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα, ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια μετά από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Οικονομικών, Υγείας. Ο Υπουργός Υγείας είναι υπεύθυνος για την εποπτεία της λειτουργίας των νοσοκομείων, καθώς και για τον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης, και πιο συγκεκριμένα στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου. Με προεδρικά διατάγματα, επίσης, τα νοσοκομεία μπορεί να συγχωνεύονται, να καταργούνται, ολικά ή μερικά, να μετατρέπονται σε γηριατρικά νοσοκομεία, σε νοσοκομεία αποκατάστασης, σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, σε Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας και να ρυθμίζονται όλα τα προκύπτοντα ζητήματα σχετικά με την τακτοποίηση του προσωπικού.⁵³

Επιπροσθέτως, παρέχουν εκτός της φροντίδα και περίθαλψης των ασθενών, εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και την έρευνα. Το δημόσιο νοσοκομείο ως επιμέρους τμήμα του συστήματος υγείας, καλείται να συνεισφέρει στην υλοποίηση των πολιτικών υγείας, ικανοποιώντας την κοινωνική του ευθύνη (προάσπιση της υγείας ως “δημόσιου αγαθού”).⁵⁴

Τα δημόσια νοσοκομεία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: Τα Γενικά, τα οποία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες και τα Ειδικά, τα οποία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία. Τα νοσοκομεία κάθε Πε.Σ.Υ. συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του οικείου Πε.Σ.Υ. Με απόφαση του Πε.Σ.Υ., μπορεί να μετακινούνται ιατροί, οδοντίατροι και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας για κάλυψη εφημεριών και έκτακτων αναγκών για μικρό χρονικό διάστημα, καθώς επίσης και να καθορίζονται οι διαδικασίες για τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών για την προμήθεια πάσης φύσεως εξοπλισμού και υλικού, για την κατάρτιση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων δύο ή περισσότερων νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας. Η διασύνδεση μεταξύ των νοσοκομείων οικείου Πε.Σ.Υ. παρέχει τη δυνατότητα σε νοσοκομεία, που έχουν συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες, να συνάπτουν ιδιαίτερες συμφωνίες με άλλα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, για την προσωρινή υποδοχή εκπαιδευτών ιατρών. Η διασύνδεση αυτή μπορεί να γίνεται και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή

⁵³ ΝΔ 2071/92. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος υγείας.ΦΕΚ/123/ 15-07-1992 & ΝΔ 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας.ΦΕΚ/Α’/143. 7-10-1983

⁵⁴ Έλληνας, Δ. (2004), Προγραμματισμός και Οργάνωση στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία Ομοιότητες και Διαφορές. Επιθεώρηση Υγείας. σελ. 17-21.

περισσότερων Πε.Σ.Υ.. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας μπορεί να εξειδικεύονται και να συμπληρώνονται οι προϋποθέσεις και να ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για τη λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων.⁵⁵

Σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος (περίπου 70%) των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας. Ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους το 1986 ήταν 5,26 και την τελευταία καταμέτρηση που έγινε από τον Ο.Ο.Σ.Α. το 2015 το ποσοστό αυτό έχει πέσει στο 4,2.⁵⁶

2.3.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Με την ίδρυσή τους τα νοσοκομεία εντάσσονται σε έναν οργανισμό σύμφωνα με τον οποίο οργανώνονται και λειτουργούν και ορίζεται: η επωνυμία τους, η νομική τους μορφή, οι υπηρεσίες τους και η διάρθρωσή τους σε τομείς (υποδιευθύνσεις) και τμήματα, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, τα εργαστήρια, η διάρθρωση της νοσηλευτικής, διοικητής οικονομικής και τεχνικής ξενοδοχειακής υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους του ιατρικού προσωπικού, ο αριθμός και οι ειδικότητες του με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου προσωπικού, η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου.^{57,58}

Για τον τομέα της ξενοδοχειακής υπηρεσίας του νοσοκομείου μπορεί να προβλέπονται, θέσεις Α΄ και Β΄ κατηγορίας, με ειδικό υψηλότερο νοσήλιο. Ακόμα, όλα τα νοσοκομεία πρέπει να έχουν Ειδικό Γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών», στο οποίο μπορούν να αποταθούν οι προσερχόμενοι ασθενείς κατά την είσοδό τους και συνοδοί τους για καθοδήγηση και για την πληροφόρηση για τους κανόνες λειτουργίας, καθώς επίσης και για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Κάθε περιφερειακό γενικό νοσοκομείο και κάθε ειδικό νοσοκομείο απαρτίζεται από υπηρεσίες οι οποίες είναι: α) η ιατρική, β) η νοσηλευτική, γ) η διοικητή-οικονομική και δ) η τεχνική-

⁵⁵ ΝΔ 2889/01. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37/Α/2-3-01.

⁵⁶ Ο.Ο.Σ.Α., OECD Health Data: Health care resources: OECD Health Statistics. Διαθέσιμο σε: <http://www.oecd.org> (Ανακτήθηκε 12 Ιανουαρίου, 2017).

⁵⁷ Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

⁵⁸ ΝΔ 2889/01. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37/Α/2-3-01.

ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.⁵⁹ Στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία οι υπηρεσίες κάθε νοσοκομείου είναι τρεις, η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική. Οι τεχνικές δραστηριότητες στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία αναπτύσσονται από την υποδιεύθυνση ή το τμήμα τεχνικού της διοικητικής τους υπηρεσίας.

Οι υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι ιεραρχικά ισότιμες μεταξύ τους και αλληλένδετες και έχουν ως στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τους ασθενείς, δηλαδή τη σωστή διάγνωση του προβλήματός τους, τη γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία και την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση τους. Καθεμιά από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση, αποτελεί, σε διοικητικό επίπεδο, Διεύθυνση συγκεκριμένου τομέα και όλοι οι τομείς του νοσοκομείου υπάγονται ιεραρχικά στον γενικό διευθυντή του νοσοκομείου. Σε περίπτωση που δεν έχει προβλεφθεί θέση γενικού διευθυντή στο νοσοκομείο ή έχει προβλεφθεί θέση, αλλά δεν έχει διοριστεί ο γενικός διευθυντής, τότε οι υπηρεσίες του νοσοκομείου υπάγονται ιεραρχικά στον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου. Η δομή και η ανάπτυξη των διάφορων τμημάτων και μονάδων κάθε νοσοκομείου γίνεται κατά υπηρεσία (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και τεχνική) και σύμφωνα με όσα ορίζει ο Οργανισμός λειτουργίας του νοσοκομείου⁶⁰. Η βασική διάρθρωση κάθε υπηρεσίας του νοσοκομείου, όπως και οι δραστηριότητες που αυτές αναπτύσσουν είναι οι εξής:

2.3.3 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σύμφωνα με το άρθρο 6 του Ν. 2889/01 η βασική διάρθρωση κάθε υπηρεσίας του νοσοκομείου, όπως και οι δραστηριότητες που αυτές αναπτύσσουν, είναι οι εξής:

1. Η ιατρική υπηρεσία, στην οποία υπάγονται οι ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας.⁶¹ Σύμφωνα με το άρθρο 11 του Ν. 1397/83 διαρθρώνεται σε 5 βασικούς τομείς, τον παθολογικό, το χειρουργικό, τον εργαστηριακό, τον ψυχιατρικό και τέλος τον τομέα κοινωνικής ιατρικής. Όλα τα νοσοκομεία έχουν και τμήματα διατομεακού επιπέδου, όπως ημερήσιας νοσηλείας και επειγόντων περιστατικών και μονάδες εντατικής θεραπείας που

⁵⁹ ΝΔ 2889/01. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37/Α/2-3-01.

⁶⁰ Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

⁶¹ ΝΔ 2889/01. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37/Α/2-3-01.

εντάσσονται σε οποιοδήποτε τομέα και μπορούν αν εξυπηρετήσουν ασθενείς όλων των τομέων. Για τις περιπτώσεις των νοσοκομείων μικρής δύναμης(κάτω από 150 κλίνες) αλλά και τα αμιγώς ειδικά τμήματα μπορούν να λειτουργούν μικτά τμήματα όπως: Μικτό Μικροβιολογικό-Βιοχημικό τμήμα κ.λπ. Σε κάθε τομέα λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα καθώς και ειδικές μονάδες που υπάγονται οργανικά σε τμήματα, όπως ενδεικτικά ορίζονται παρακάτω:

2. Η νοσηλευτική υπηρεσία, όπως και η ιατρική, διαρθρώνεται σε τομείς και τμήματα. Σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από: Τον διευθυντή/ντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας ως Πρόεδρο, ένα προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα και ένα διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με τον πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου. Για την περίπτωση των μικρής δύναμης νοσοκομείων η επιτροπή αποτελείται από τον διευθυντή/ντρια ως Πρόεδρο και μέλη τους προϊσταμένους των τμημάτων⁶².
3. Η διοικητή-οικονομική υπηρεσία, στην οποία οι υποδιευθυντές Διοικητού-Οικονομικού ή με οποιαδήποτε άλλη ονομασία της διοικητικής υπηρεσίας φέρουν βαθμό Διευθυντή. Η διοικητική υπηρεσία του νοσοκομείου απαρτίζεται από τμήματα και γραφεία, ανάλογα με την εξειδίκευση και την έκταση των δραστηριοτήτων που αναπτύσσουν, αλλά και τη δυναμικότητα του νοσοκομείου σε κλίνες. Στις αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας εντάσσεται η φροντίδα για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του νοσοκομείου, για την στελέχωση και την γραμματειακή υποστήριξη όλων των τμημάτων και μονάδων του νοσοκομείου, της υποδοχής, εξυπηρέτησης και ενημέρωσης τόσο των ασθενών όσο και των συνοδών τους, είναι υπεύθυνη για ασφάλεια του προσωπικού, των επισκεπτών και νοσηλευομένων στο νοσοκομείο, καθώς και της φύλαξης, είναι υπεύθυνη οργάνωσης και διοικητικής υποστήριξης όλων των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και προγραμμάτων του νοσοκομείου για το προσωπικό και για τον εντοπισμό των αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού, παροχή και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης εκπαίδευσης, καθώς και η τήρηση σχετικού αρχείου. Στόχος είναι το προσωπικό να έχει τις απαιτούμενες γνώσεις για την σωστή εκτέλεση της εργασίας του. Επιπροσθέτως, είναι υπεύθυνη για καλή εμφάνιση του νοσοκομείου, για την εκτέλεση των γενικών εργασιών και των μεταφορών εντός και εκτός του νοσοκομείου, για εξασφάλιση και τη συντήρηση του αναγκαίου ιματισμού για τις ανάγκες του νοσοκομείου, για τη διαμόρφωση των διατροφικών σχημάτων των ασθενών και του προσωπικού. Οι αρμοδιότητες Οικονομικής Υπηρεσίας είναι: η ευθύνη για την παρακολούθηση των αποθεμάτων των αναλωσίμων υλικών και φαρμακείου, για όλες τις

⁶² Π.Δ. 87/86. Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων. ΦΕΚ 32\Α\27-03-1986.

λογιστικές δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του οργανισμού, για τον προγραμματισμό και την εκτέλεση των πάσης φύσεως προμηθειών καθώς επίσης και για τον προγραμματισμό των πληρωμών του νοσοκομείου στους προμηθευτές, για τη λειτουργία των αποθηκών, διαχείριση εσόδων και εξόδων νοσοκομείου καθώς επίσης και για την πληρωμή των εργαζομένων, για τις επαφές με προμηθευτές, οργανισμούς και τράπεζες, κοστολόγηση όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, εκπονεί μελέτες επενδύσεων, καταρτίζει τον ετήσιο προϋπολογισμό και ισολογισμό.⁶³

4. Η τεχνική-ξενοδοχειακή υπηρεσία, εφόσον το επιτρέπει η οργανική δύναμη του νοσοκομείου, στα περιφερειακά γενικά νοσοκομεία και στα ειδικά νοσοκομεία η τεχνική υπηρεσία διαρθρώνεται σε τρία τμήματα, στο τμήμα τεχνικού, στο τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας και στο τμήμα ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων. Κάθε τμήμα τεχνικής υπηρεσίας απαρτίζεται από γραφεία και συνεργεία, ανάλογα με την εξειδίκευση και την έκταση των δραστηριοτήτων που αναπτύσσει. Στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία η τεχνική υπηρεσία, ανάλογα με τη δυναμικότητα του νοσοκομείου σε κλίνες, αποτελεί Υποδιεύθυνση ή τμήμα της διοικητικής υπηρεσίας.⁶⁴ Οι αρμοδιότητες που αναλαμβάνει κάθε τμήμα της τεχνικής – ξενοδοχειακής υπηρεσίας είναι : α. για το τεχνικό τμήμα, η συντήρηση και οι επισκευές όλων των κτιρίων του νοσοκομείου, του περιβάλλοντος χώρου και κάθε μορφής ξενοδοχειακού τύπου εξοπλισμός του νοσοκομείου καταβάλλοντας ιδιαίτερη φροντίδα για την εξασφάλιση της προσβασιμότητας των ΑΜΕΑ, οι μελέτες για την εκτέλεση έργων και η επίβλεψη της εκτέλεσής τους, ο ετήσιος σχεδιασμός επέκτασης και αναβάθμισης της τεχνικής υποδομής και του εξοπλισμού του νοσοκομείου, β. για το τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας, η τεχνική υποστήριξη του ιατρικού εξοπλισμού του νοσοκομείου, η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ασφαλούς και αποδοτικής λειτουργίας των μηχανημάτων και την εφαρμογή των διεθνών κανόνων ασφάλειας και προστασίας των ασθενών και του προσωπικού συμπεριλαμβανομένης και της ακτινοθεραπείας, η διενέργεια προληπτικής και επισκευαστικής συντήρησης μηχανημάτων ιατρικού εξοπλισμού, την παρακολούθηση των τεχνολογικών εξελίξεων στην βιοϊατρική τεχνολογία και τη μελέτη ένταξη τους στο νοσοκομείο, στην εισήγηση προμήθειας νέου εξοπλισμού καθώς και την ανανέωση του υπάρχοντος, στη διαχείριση και διερεύνηση δυσμενών περιστατικών που σχετίζονται με τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, στην ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού του Νοσοκομείου στην ασφαλή

⁶³ Υ.Α. Αρ.Α1α 8342/98. Έγκριση του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. ΦΕΚ 711/Β/14-7-1998.

⁶⁴ Υ.Α. Αρ.Α1α 8342/98. Έγκριση του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. ΦΕΚ 711/Β/14-7-1998.

και αποδοτική λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και την επιμόρφωση του προσωπικού του τμήματος σε θέματα συντήρησης των ιατρικών μηχανημάτων και τέλος για την καταγραφή, αρχειοθέτηση και παρακολούθηση του εξοπλισμού και την τεχνολογική υποστήριξη των αναλόγων ερευνητικών προγραμμάτων, γ) για το τμήμα ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων, η εκτέλεση έργων ανάπτυξης, συντήρησης και διαρκούς βελτίωσης των μηχανολογικών, ηλεκτρικών και ψυκτικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου και την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού και υλικών, η ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, παροχής αερίων, εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων, η λειτουργία, οι επισκευές και η συντήρηση του τηλεφωνικού κέντρου και των τηλεφωνικών συσκευών, των μεγαφωνικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παραγωγής και διανομής τηλεοπτικού σήματος, των εγκαταστάσεων ενδοεπικοινωνίας και κλήσης του προσωπικού, των εγκαταστάσεων τηλεχειρισμού και ελέγχου φωτισμού, της πυρασφάλειας, η λειτουργία και συντήρηση των εφεδρικών γεννητριών του νοσοκομείου, η συντήρηση των εγκαταστάσεων γειώσεων, πυρανίχνευσης, πυρασφάλειας και αλεξικέραυνου, ο έλεγχος της ομαλής διανομής ηλεκτρικής ενέργειας στο νοσοκομείο, η συντήρηση των οχημάτων του νοσοκομείου⁶⁵.

5. Εκτός από τις παραπάνω υπηρεσίες, στο σύνολο των νοσοκομείων προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, τμήμα Προμηθειών, όπως και τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου.⁶⁶

2.3.4 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.

Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 διοικούνται από διοικητικά συμβούλια,

2.3.5 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Στην Ελλάδα η ιδιωτική πρωτοβουλία ανέλαβε για πολλές δεκαετίες τη λειτουργία των

⁶⁵ Υ.Α. Αρ. Υ4α/οικ. 39178/2012. Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο».. ΦΕΚ 1253/11-4-2012.

⁶⁶ ΝΔ 2889/01. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37/Α/2-3-01.

ιδιωτικών ιατρείων και των ιδιωτικών (μικρών και μεσαίου μεγέθους) κλινικών. Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 η σημαντική επέκταση του δημοσίου στον χώρο της υγείας είχε αποτέλεσμα τη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα, όσον αφορά στις μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης, και τη στροφή του ενδιαφέροντος της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ιδιαίτερα στη διαγνωστική, με επενδύσεις στην εισαγωγή σύγχρονου ιατρικού τεχνολογικού εξοπλισμού. Τα προβλήματα χρηματοδότησης που αντιμετωπίζει γενικά ο δημόσιος τομέας, σε συνδυασμό με τις χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες που ισχύουν σ' αυτόν, δεν επέτρεψαν στα δημόσια νοσοκομεία να εφοδιαστούν έγκαιρα με τον απαραίτητο σύγχρονο εξοπλισμό βιοϊατρικής τεχνολογίας και να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών διαγνωστικής υψηλής τεχνολογίας. Αυτή η αδυναμία του δημοσίου έδωσε την ευκαιρία στον ιδιωτικό τομέα να διεισδύσει στον χώρο των διαγνωστικών εργαστηρίων και κέντρων, όπου η παρουσία του κράτους ήταν περιορισμένη, και να σημειώσει την περίοδο αυτή ιδιαίτερα μεγάλη ανάπτυξη. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η ανάπτυξη των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα κατά την πενταετία 1986-1991 ήταν της τάξης του 25,8 % κάθε χρόνο.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 η αλλαγή του νομικού πλαισίου ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών επέτρεψε στον ιδιωτικό τομέα να αρχίσει να επενδύει και πάλι στη νοσοκομειακή περίθαλψη, διαβλέποντας προφανώς ότι αυτή αποτελεί ένα πολύ καλό πεδίο επιχειρηματικής δραστηριότητας, με ευοίωνες μάλιστα προοπτικές για το μέλλον. Ενώ όμως αρχικά η ίδρυση και η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών ήταν στα χέρια ομάδων γιατρών, η σημαντική ανάπτυξη που σημείωσε η ιατρική τεχνολογία και οι μεγάλες πλέον επενδύσεις που απαιτούνται έχουν αποτέλεσμα να περιέρχεται προοδευτικά η ιδιοκτησία των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών σε μεγαλοεπενδυτές, σε μεγάλους χρηματοδοτικούς Οργανισμούς ή ασφαλιστικές εταιρίες.

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές απαρτίζονται από τρεις βασικές υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη διοικητική. Όμως, η διάρθρωση αυτών των υπηρεσιών δεν έχει την έκταση και το εύρος της διάρθρωσης που έχουν οι υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων, με την ίδια δυναμικότητα σε κλίνες.

Η πλειονότητα των γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι επισκέπτες ή συνεργαζόμενοι γιατροί, οι οποίοι έχουν την επιστημονική ευθύνη της ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών. Αυτοί οι γιατροί αμείβονται απευθείας από τους ασθενείς, έπειτα από ιδιαίτερη συμφωνία, και το ιδιωτικό νοσοκομείο ή η ιδιωτική κλινική δεν επιβαρύνεται με τις αμοιβές ή τη μισθοδοσία των συγκεκριμένων γιατρών⁶⁷.

⁶⁷ Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

2.3.6 ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ.

Εκτός των Νοσοκομείων μεγάλο μέρος των υπηρεσιών των Νοσηλευτικών Μονάδων καλύπτεται από τα κέντρα υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 14 του νόμου 1397/83 συστάθηκαν σε κάθε νομό κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Σκοπός του σύμφωνα με το άρθρο 15 του ίδιου νόμου είναι η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης τόσο στους κατοίκους της περιοχής όσο και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή, η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο, η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο, αλλά και η οδοντιατρική περίθαλψη, η προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού, η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής, η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, και τέλος η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους. Για οποιαδήποτε παραπάνω αρμοδιότητα μπορεί να αποκτήσει κάποιο κέντρο υγείας ή περιφερειακό ιατρείο πρέπει να βγει απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του Κ.Ε.Σ.Υ.

Κάθε κέντρο υγείας έχει συγκεκριμένη έδρα που ορίζεται σύμφωνα με την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας. Η δαπάνη λειτουργίας κάθε κέντρου υγείας και περιφερειακού ιατρείου βαρύνει το οικείο νοσοκομείο, στο οποίο πιστώνεται ετησίως στον προϋπολογισμό.⁶⁸

⁶⁸ ΝΔ 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ/Α'/143. 7-10-1983. Άρθρα 14 & 15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3 ΗΓΕΣΙΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ρόλος του ηγέτη σε οποιαδήποτε οργανισμό είναι κομβικός και καθοριστικός στην επιτυχία ή μη του κλάδου του. Έχουν προσπαθήσει πολλοί να κατανοήσουν τι καθορίζει τα χαρακτηριστικά του καλού ηγέτη μέχρι σήμερα. Όπως σε κάθε κλάδο και ο κλάδος της υγείας χρειάζεται άτομα για να ηγούνται. Στην περίπτωση των μονάδων υγείας το ρόλο αυτό τον παίρνουν οι προϊστάμενοι ή οι διευθυντές. Ο ηγέτης πρέπει να έχει την ικανότητα τόσο να χειρίζεται ζητήματα επικοινωνίας όσο και διοικητικές λειτουργίες όπως τη σωστή οργάνωση της μονάδας υγείας.

3.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΗΓΕΣΙΑΣ

Είναι περιττό να αναφερθεί πόσο σημαντική είναι η ηγεσία στην ορθή ή μη λειτουργία της Μονάδας Υγείας. Ο ρόλος του ηγέτη ξεκίνησε να προβληματίζει από την εποχή του Πλάτωνα ακόμα και αναζητήθηκε σαν έννοια σε κείμενα του 16^ο αιώνα όπως αναφέρουν οι Goffee και Jones (2000). Είναι μία από τις καλύτερα μελετημένες και λιγότερο κατανοητές, πολυδιάστατες έννοιες της κοινωνικής επιστήμης. Παρά την πολυπλοκότητα του θέματος και την πληθώρα θεωριών γι' αυτή και το δυσνόητο χαρακτήρα της, η ηγεσία περιγράφεται συνήθως απλά ως η ικανότητα άσκησης επιρροής στους άλλους. Σε πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζεται ως αφηρημένη έννοια ή διεργασία και περιστασιακά θεωρείται ως υπαγόμενη στις δραστηριότητες της διοίκησης.⁶⁹ Μπορεί να υπάρχουν ηθικές ή ευεργετικές πλευρές σε αυτή και έννοιες της ηγεσίας μπορεί να αποτελεί χαρακτηριστικό, όχι μόνο ατόμων, αλλά και οργανώσεων. Ένα παράδειγμα ηγετικής οργάνωσης είναι ο Εθνικός Σύλλογος Νοσηλευτών Χειρουργείου (National Association of Theatre Nurses – NATN) που καθοδηγεί την περιεγχειρητική νοσηλευτική στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ηγεσία (leadership) διαφέρει από τη διοίκηση (management). Παραδείγματα ηγετών σε οποιαδήποτε Μονάδα Υγείας που δεν είναι απαραίτητα και διευθυντές είναι οι επαγγελματίες υγείας που μπορούν να λειτουργούν ως καθοδηγητές για το νέο προσωπικό.

⁶⁹ Grohar-Murray, M. & DiCroce, H. (2003). Leadership and Management in Nursing.: Prentice Hall.

Οι πρώτες θεωρίες περί ηγεσίες αναπτύχθηκαν από τον Μακιαβέλι που αναφέρει ότι «Αν είσαι πραγματικά ηγέτης σου υποκλίνονται όλοι με το που εμφανίζεσαι»⁷⁰ μέχρι τον Galton (1870) που παρουσιάζει τον ηγέτη ως ήρωα και μεγάλο άντρα (προορισμένος να ηγείται).⁷¹ Βαθμιαία, μετά την αρχική έρευνα στις αρχές και προς τα μέσα του 20ου αιώνα, αναπτύχθηκε η θεωρία των χαρακτηριστικών (trait theory). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει πλήρης ή έγκυρος κατάλογος για τα σωματικά, ψυχικά ή συναισθηματικά χαρίσματα των ηγετών. Η δεύτερη σημαντική θεωρία που υιοθετήθηκε ήταν η θεωρία της συμπεριφοράς (behavioral or style theory), η οποία επικεντρώνεται σε αυτό που κάνουν οι ηγέτες σε σχέση με τους άλλους και με βάση τις εκάστοτε συνθήκες. Στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής, έχουν περιγραφεί και διάφοροι τρόποι άσκησης ηγεσίας, όπως με αυταρχισμό (autocratic), με δημοκρατικό τρόπο (democratic) και με στάση laissez faire (απόλυτος φιλελευθερισμός και διοίκηση με ελάχιστες λειτουργικές παρεμβάσεις που επιτρέπει στους υφισταμένους να αναπτύξουν πρωτοβουλίες). Μετά τη συμπεριφορική προσέγγιση αναπτύχθηκε η θεωρία του νόμου των περιστάσεων (contingency theory). Αυτή η προσέγγιση έδωσε έμφαση στο γεγονός ότι απαιτούνται διαφορετικά ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες στις οποίες βρίσκονται και λειτουργούν οι ηγέτες. Η θεωρία αυτή ήταν σημαντική και για έναν ακόμη λόγο, καθότι για πρώτη φορά έδωσε έμφαση τόσο στους οπαδούς (followers) όσο και στους ηγέτες και κατέστη εμφανής η σημασία των σχέσεων για τον αποτελεσματικό ηγέτη.

Πιο πρόσφατα αναπτύχθηκε η μεταρρυθμιστική θεωρία (transformational theory) (ή ενοποιητική προσέγγιση – integrative approach) που επικεντρώνεται στις σχέσεις μεταξύ ηγετών και οπαδών. Αυτή η σχέση εστιάζεται στο όραμα και στις αξίες, με αλληλεπιδράσεις μεταξύ ηγετών και οπαδών που τους οδηγούν σε υψηλά επίπεδα κινητοποίησης (motivation) και ηθικής.⁷²

Αυτή η συγκεκριμένη θεωρία περί ηγεσίας είναι χρήσιμη για τους επαγγελματίες περιεγχειρητικής φροντίδας, με δεδομένη τη φύση της δουλειάς τους και την εστίαση της προσοχής τους στην ποιοτική φροντίδα και τις θετικές εκβάσεις για τον ασθενή. Επιπρόσθετα, ο Parry (1996) τονίζει ότι είναι μια σημαντική από ηθική άποψη προσέγγιση στο θέμα της ηγεσίας.⁷³ Η μεταρρυθμιστική θεωρία αναπτύχθηκε στα τέλη του 20^{ου} αιώνα και το νοσηλευτικό επάγγελμα την ενστερνίστηκε με ενθουσιασμό. Οι Clinton & Hendricks (1998) επισημαίνουν ότι αυτό δεν εκπλήσσει, δεδομένης της

⁷⁰ Machiavelli, N. (2010). Ο Ηγεμόνας. Μετάφραση από τα Ιταλικά από Ζωγραφίδου - Καραχάλιου, Ζ. Αθήνα: Ελευθεροτυπία. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1532).

⁷¹ Girvin, J., (1998). Nursing and leadership. Basingstoke: Palgrave Macmillan

⁷² Burns, J., (1978). Leadership. New York: Harper & Row

⁷³ Parry, K., (1996). Transformational leadership :Developing an enterprising management culture.

Sydney: Business professional publishing

επείγουσας ανάγκης για αποτελεσματική ηγεσία στη νοσηλευτική, σε συνδυασμό με την ανάγκη για ένα διαφορετικό είδος ηγεσίας.⁷⁴

Οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές έχουν αρκετά σημαντικά χαρίσματα, όπως για παράδειγμα, είναι οραματιστές, εμπνέουν τους γύρω τους και τους κεντρίζουν το πνευματικό ενδιαφέρον. Όπως αναφέρει ο *Burns (1978)* λειτουργούν επίσης οι ίδιοι ως παραδείγματα (role models).⁷⁵ Η σημασία αυτών των χαρακτηρισμάτων δεν μπορεί να υπερτονιστεί και γι' αυτό θα διερευνηθούν λεπτομερώς. Πριν προχωρήσουμε είναι σημαντικό να προβούμε στη διάκριση μεταξύ των εννοιών της ηγεσίας και της διοίκησης και να διερευνήσουμε τη σημασία της εξουσίας για τους διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων και τα τμήματά τους.

3.3 ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Μολονότι στη βιβλιογραφία οι όροι ηγεσία και διοίκηση χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι, οι δύο αυτές έννοιες διαφέρουν, επισημαίνουν οι *Bennis (1978)* και *Kotter (1990)*.⁷⁶ Αξίζει να γίνει η διάκριση μεταξύ αυτών των δύο εννοιών, αν και συχνά υπάρχει σημαντική αλληλοκάλυψη και διαμάχη γύρω από τα ακριβή τους όρια. Η ηγεσία μπορεί να θεωρηθεί ότι βρίσκεται σε υψηλότερο σκαλί από τη διοίκηση σύμφωνα με τον *Parry (1996)*, καθώς απαιτεί περισσότερα χαρίσματα από την τελευταία. Έτσι πέρα από τις δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων, επικοινωνίας και λήψης αποφάσεων που διαθέτουν οι διοικητές (managers), οι ηγέτες χρειάζονται και άλλα χαρίσματα. Η ηγεσία, συνεχίζει ο *Parry (1996)*, είναι κάτι το οποίο μπορεί ο καθένας να αναλάβει, ανεξάρτητα αν κατέχει ή όχι επίσημη διοικητική ή διευθυντική θέση. Εξετάζοντας το ρόλο των διευθυντών, οι δραστηριότητές τους εντάσσονται γενικά σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: χειρισμός ζητημάτων ανθρώπινων πόρων (human resources), επικοινωνία μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών (communication), δικτύωση (networking) και παραδοσιακές διοικητικές λειτουργίες, όπως οργάνωση (organizing), σχεδιασμός (planning), έλεγχος (controlling), παρακολούθηση (monitoring) και λήψη αποφάσεων (decision making).⁷⁷ Αυτές θεωρούνται τυπικά προσόντα για κάθε διοίκηση

⁷⁴ Clinton, M. & Hendricks, J., (1998). Issues and trends in the nurse management . In *Management in the Australian health care industry* .ed.Clinton , M., Melbourne: Longman, pp. 453-475

⁷⁵ Burns, J., (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row

⁷⁶ Bennis, W. (1997). *Why Leaders Can't Lead: The Unconscious Conspiracy Continues*. San Francisco: Jossey-Bass.

⁷⁷ Parry, K., (1996). *Transformational leadership :Developing an enterprising management culture*. Sydney: Business professional publishing

σύμφωνα με τους *Grihar – Murray (1997)*, *Bleich (1999)* και *Vecchio, Hearn, Southey (1996)* και πολλά κείμενα απαριθμούν τα χαρακτηριστικά αυτά.

Εντούτοις, σε αντίθεση με την ιδανική εικόνα που παρουσιάζεται στα κείμενα περί διοίκησης, η ανασκόπηση της έρευνας σχετικά με τη φύση της διοίκησης δείχνει ότι οι ενέργειες των διοικητών είναι συχνά αποσπασματικές, απροσχεδίαστες και αντανακλαστικές ως προς τη φύση τους.⁷⁸ Επιπλέον, πολλοί διοικητές ούτε παίρνουν αποφάσεις ούτε ηγούνται.⁷⁹

Μολονότι πολλοί ηγέτες αναλαμβάνουν διοικητικές δραστηριότητες και αναμφισβήτητα το να είναι κάποιος καλός διοικητής είναι σημαντική πτυχή της ηγεσίας, η ηγεσία παρόλα αυτά απαιτεί κάτι περισσότερο. Βασικά χαρίσματα και δραστηριότητες των ηγετών σύμφωνα με τους *Parry (1996)*, *Yukl (1998)*, *Dixon (1999)* και *Valadez (1999)*, είναι η λειτουργία ως πρότυπο (role modeling), η ικανότητα έμπνευσης (inspiration) και κινητοποίησης (motivation), η διατύπωση και μετάδοση οραμάτων (vision relaying), ο σεβασμός και το κέντρισμα του πνευματικού ενδιαφέροντος (intellectual stimulation) των οπαδών.

3.4 ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΑ

Οποιαδήποτε ανασκόπηση της ηγεσίας (leadership) οφείλει να εξετάσει και την έννοια της εξουσίας/ισχύος (power). Χωρίς την εξουσία δεν μπορεί να ασκηθεί επιρροή και η ουσία της ηγεσίας είναι η επιρροή (influence).

Κατά τον *Yukl (1998)* η εξουσία περιγράφεται με διάφορους τρόπους. Για μεγαλύτερη σαφήνεια και ακρίβεια θα χρησιμοποιηθεί ένας χρήσιμος οδηγός που διακρίνει την προσωπική (personal) και την από θέση (positional) εξουσία. Υποκατηγορίες της προσωπικής εξουσίας είναι η χαρισματική εξουσία (charismatic power) ή referent (η επίδραση που ασκεί ο προϊστάμενος στους υφιστάμενους του οι οποίοι προσπαθούν να ταυτιστούν με αυτόν), η εξουσία από εμπειρία (expert power) και η εξουσία από διασυνδέσεις (power by association).

Η χαρισματική εξουσία συνδέεται με άτομα που μπορούν να ασκήσουν επιρροή μέσω της συμπεριφοράς που επιδεικνύουν (την οποία οι άλλοι θέλουν να μιμηθούν) και των οραμάτων και ιδεών που προβάλλουν και τα οποία εμπνέουν τους άλλους. Αυτή η αντίληψη περί εξουσίας εξηγεί πώς τα άτομα που δεν κατέχουν επίσημες διοικητικές ή ηγετικές θέσεις μπορούν να ασκήσουν εξουσία.

⁷⁸ Yukl, G., (1998). *Leadership in organizations*. New Jersey: Prentice Hall

⁷⁹ Drucker, P. (1989). *The New Realities*, In *Government and Politics, in Economics and Business, in Society and World View*. New York: Harper & Row.

Η εξουσία από εμπειρία (expert power) είναι η ικανότητα επηρεασμού που βασίζεται στη γνώση, την πείρα ή την κρίση. Προσδίδει σε αυτούς που την κατέχουν αξιοπιστία και είναι σημαντική. Η εμπειρία που αποκτάται με το χρόνο στο ρόλο του επαγγελματία του χειρουργείου είναι συχνά, και ορθά, βασική προϋπόθεση για εκείνους που επιθυμούν να επηρεάσουν ή/και να αναλάβουν τη διεύθυνση του χειρουργικού τμήματος.⁸⁰

Η εξουσία από διασυνδέσεις (power by association) είναι κάπως αμφιλεγόμενη, αλλά είναι σημαντική πηγή ισχύος. Περιλαμβάνει σύμφωνα με τον *Westwood (2001)*, τη δικτύωση και τη διατήρηση διασυνδέσεων με ισχυρά πρόσωπα και μπορεί να εμπεριέχει στοιχεία φιλίας και αφοσίωσης, καθώς και ικανότητα σύναψης συμφωνιών.⁸¹

Αντίθετα, η εξουσία/ισχύς από θέση (positional power) προέρχεται από το αξίωμα ή τη θέση ενός ατόμου σε μια οργάνωση. Ένας τύπος ισχύος από θέση είναι η επίσημη αρχή/δικαιοδοσία (formal authority) που πηγάζει από συγκεκριμένη θέση. Ενίοτε αποκαλείται νόμιμη εξουσία (legitimate power). Ο *Parry (1996)* ισχυρίζεται ότι είναι περισσότερο αποδεκτή και ευκολότερη στη χρήση συγκριτικά με άλλες μορφές εξουσίας, ιδιαίτερα αν θεωρείται ότι το εν λόγω άτομο κατέχει δίκαια τη συγκεκριμένη ηγετική/διοικητική θέση.⁸² Οι διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων ασκούν συνήθως αυτή την εξουσία λόγω της θέσης που κατέχουν. Έχει όμως τεράστια σημασία και το πως χρησιμοποιούν την εξουσία αυτή. Η στάση τους πρέπει να είναι κατά βάση δημοκρατική. Οι δημοκρατικοί διευθυντές επιτρέπουν τη συμμετοχή των υφισταμένων τους στη λήψη αποφάσεων, πιστεύουν ότι όλα τα μέλη της ομάδας θέλουν να αναπτυχθούν και να αναλάβουν ευθύνες, ενθαρρύνουν την επικοινωνία και ανταμείβουν την προσπάθεια. Η κατάχρηση της εξουσίας από θέση, όταν δεν ακολουθείται μια δημοκρατική προσέγγιση, οδηγεί σε μια αυταρχική και δυνητικά καταπιεστική μορφή εξουσίας⁸³.

Σύμφωνα με τον *Hamlin (2001)*, ένας άλλος τρόπος ισχύος/εξουσίας από θέση είναι η ικανότητα ανταμοιβής (reward power) – δηλαδή η δυνατότητα ελέγχου των πόρων και παροχής ανταμοιβών – και απορρέει εν μέρει από την επίσημη εξουσία. Εντούτοις, ορισμένες μορφές ανταμοιβής, όπως ο έπαινος, η αναγνώριση και η συνεργασία μπορούν να δοθούν από οποιονδήποτε σε μια οργάνωση, ανεξαρτήτως θέσης. Η καταναγκαστική, καταπιεστική εξουσία (coercive power) είναι εναλλακτική της ικανότητας ανταμοιβής. Είναι μια μορφή εξουσίας που

⁸⁰ Yukl, G., (1998). *Leadership in organizations*. New Jersey: Prentice Hall

⁸¹ Westwood, F. (2001). *Doing deals*. *British Journal of Perioperative Nursing*. 11:538-541.

⁸² Parry, K., (1996). *Transformational leadership :Developing an enterprising management culture*.

Sydney: Business professional publishing

⁸³ Woodhead, K. (Μάρτιος 2001). *Leadership makes a difference*. *British Journal of Perioperative Nursing*. 11(3):114-118.

χαρακτηρίζεται από την μη παροχή ανταμοιβής ή την επιβολή κυρώσεων και γενικά θεωρείται ότι έχει περιοριστικό χαρακτήρα.

Τα παραπάνω αποτελούν μια σύντομη ανασκόπηση της έννοιας της εξουσίας. Αυτή ήταν επιβεβλημένο να γίνει, καθόσον η επιρροή που ασκούν οι ηγέτες συνδέεται με την εξουσία που κατέχουν και χρησιμοποιούν και οι διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων.

3.5 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Η καταλληλότητα και ελκυστικότητα της θεωρίας περί μεταρρυθμιστικής ηγεσίας (transformational leadership theory) για τους διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων σχετίζεται με τη φύση της νοσηλευτικής και τον τρόπο λειτουργίας του χειρουργικού τμήματος. Η μεταρρυθμιστική θεωρία ανπτύχθηκε κατά τις δεκαετίες του 1970 και 1980. Οι βασικοί συγγραφείς και θεωρητικοί της ήταν ο *Burns (1978)*, οι *Bennis και Nanus (1985)*, ο *Bass (1985)* και οι *Tichy και Devanna (1986)*. Στην Αυστραλία, ο *Parry (1996)* έχει γράψει για το θέμα. Το νοσηλευτικό επάγγελμα φαίνεται να έχει ενστερνιστεί την ιδέα με ενθουσιασμό. Αυτό δεν θα πρέπει να εκπλήσσει, εξηγούν οι *Girvin (1998)*, *Grohar-Murray (2000)* και *Clinton and Hendricks (1998)*, με δεδομένη την επείγουσα ανάγκη για αποτελεσματική ηγεσία στη νοσηλευτική, που συνεχώς προβάλλεται τα τελευταία χρόνια, σε συνδυασμό με την ανάγκη για ένα διαφορετικό είδος ηγεσίας.⁸⁴

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι παραλλαγές και οι έντονα προσωπικές ερμηνείες είναι εμφανείς στο μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας για τη μεταρρυθμιστική ηγεσία, γεγονός που καθιστά ζωτικής σημασίας την επιστροφή στις αρχικές πηγές και τα πρώτα έργα.

Οι ηγέτες - μεταρρυθμιστές (transformational leaders) επιδεικνύουν διάφορα σημαντικά χαρακτηριστικά, όπως το ότι λειτουργούν ως πρότυπο, οραματίζονται, εμπνέουν και κεντρίζουν το πνευματικό ενδιαφέρον των συνεργατών τους. Αρχικά θα πρέπει να κάνουν σωστά τη δουλειά τους, ώστε να δώσουν το σωστό παράδειγμα και να γίνουν σεβαστοί από τους γύρω τους. Ο ηγέτης αλλά και ο οπαδός του αλληλοεπιδρούν αυξάνοντας αμφίδρομα τα επίπεδα ηθικής και όρεξης για εργασία.⁸⁵ Οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές δε χρησιμοποιούν τη θέση που κατέχουν για προσωπικό κέρδος, αλλά για να ωφελήσουν τους συνεργάτες τους και τον χώρο όπου εργάζονται. Επίσης,

⁸⁴ Clinton, M. & Hendricks, J., (1998). Issues and trends in the nurse management . In Management in the Australian health care industry .ed.Clinton , M., Melbourne: Longman, pp. 453-475

⁸⁵ Burns, J., (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row

επιδεικνύουν υψηλό επίπεδο αισιοδοξίας και ενθουσιασμού και ενθαρρύνουν τη δημιουργικότητα των οπαδών τους ώστε να εμπνέουν τους οπαδούς τους και να θέλουν να τους μιμηθούν, μια έννοια την οποία οι *Bass και Avolio (1985)* αποκαλούν επιρροή λόγω εξιδανίκευσης. Πιστεύουν βαθιά και ακλόνητα στον εαυτό τους και στους οπαδούς τους. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό σε ένα δυναμικό χώρο όπως το χειρουργικό τμήμα. Η ανάγκη παροχής φροντίδας υψηλού επιπέδου απαιτεί ικανούς επαγγελματίες που λειτουργούν αποτελεσματικά κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες, όσο επίπονο και δύσκολο εάν είναι. Αυτό με τη σειρά του απαιτεί ένα ιδιαίτερο είδος ηγεσίας. Αν και οι ενέργειές τους είναι κατά κύριο λόγο μια σειρά εκμαθημένων συμπεριφορών, ένας συνδυασμός συγκεκριμένων ενεργειών και στόχων διαθέτουν κάτι παραπάνω, κάτι ακαθόριστο και εμπνευσμένο, το οποίο εξυψώνει ηθικά και πνευματικά τους γύρω τους. Εν συντομία, παρουσιάζουν ένα συνδυασμό ρητορικής και ρεαλισμού. Επικοινωνούν θετικά και έχουν μεγάλη αυτοπεποίθηση. Έχουν ισχυρές πεποιθήσεις και είναι συχνά εντυπωσιακοί και εκφραστικοί, οδηγώντας μέσω του παραδείγματος που δίνουν.

Επιπλέον, οι μεταρρυθμιστικοί ηγέτες είναι οραματιστές και μπορούν με σαφήνεια να διατυπώνουν το όραμά τους, κάτι το οποίο και συχνά κάνουν. Οι οπαδοί τους αφοσιώνονται ισχυρά σε αυτό το όραμα, το οποίο επεκτείνει τους ορίζοντες των δικών τους πεποιθήσεων και φιλοδοξιών. Οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές δίνουν έμφαση στις θετικές εκβάσεις και στόχους και συνεχώς επαναλαμβάνουν το μήνυμά τους. Είναι αληθινοί ως προς τις πεποιθήσεις τους και εργάζονται συνεχώς προς την κατεύθυνση της υλοποίησής τους. Όσον αφορά το διευθυντή του χειρουργείου, αυτό σημαίνει να στοχεύει συνεχώς στην ποιοτική και επικεντρωμένη στον ασθενή φροντίδα (patient-centered), η οποία να φτάνει στο επιθυμητό επίπεδο (*Hamlin, 2001*).

Ακόμη, οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές με τη συμπεριφορά και το λόγο τους εμπνέουν και ενθουσιάζουν τους άλλους. Παρέχουν επίσης νόημα και προκλήσεις τόσο στην επαγγελματική ζωή όσο και στην προσωπική ζωή των οπαδών τους. Τέταρτον, επικεντρώνονται και πιστεύουν στους οπαδούς τους (στην περίπτωση αυτή στον κάθε επαγγελματία περιεγχειρητικής φροντίδας) χωρίς να ξεχνούν τη γενικότερη κατάσταση ή τις τελικές επιδιώξεις τους. Γνωρίζουν και αφουγκράζονται τους οπαδούς τους, τους ενδιαφέρουν τόσο οι ίδιοι όσο και οι ανάγκες τους και το σημαντικότερο, στέκονται δίπλα τους και τους ενδυναμώνουν. Για παράδειγμα, οι διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων μπορεί να επικεντρώνονται στην επαγγελματική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας του χειρουργείου τους και να στηρίζουν τις προσπάθειές τους (*Hamlin, 2001*).

Επιπλέον, δημιουργούν πνευματικά ερεθίσματα και στρατολογούν τους άλλους στο όραμά τους, πείθοντας τους οπαδούς τους να σκέπτονται τα προβλήματα με νέους τρόπους. Επιθυμούν να είναι δέκτες πληροφοριών και ιδεών: δεν επικρίνουν τις διαφορετικές ιδέες ούτε επιβάλλουν τις δικές τους λύσεις στους οπαδούς τους, ανεξάρτητα από το υφιστάμενο πρόβλημα. Ωθούν τους οπαδούς τους στην αυτοπραγμάτωση (self actualization). Έτσι, η μεταρρυθμιστική ηγεσία είναι

μια αμφίδρομη, κοινωνική και διαπροσωπική διεργασία. Εστιάζεται στην ενίσχυση της ιδιότητας του οπαδού (followership) και στην εδραίωση των αισθημάτων εμπιστοσύνης και πίστης για την επίτευξη των στόχων του ηγέτη και του τμήματος υπεράνω του προσωπικού συμφέροντος. Επίσης, η μεταρρυθμιστική ηγεσία μεταβάλλει συνήθως την κουλτούρα των οργανισμών. Αυτό, σύμφωνα με τον *Dixon (1999)* οφείλεται στο γεγονός ότι οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές αναγνωρίζουν την ανάγκη για αλλαγή και είναι παράγοντες αλλαγής.⁸⁶ Η ανάγκη για αλλαγή, για παράδειγμα η αντιμετώπιση ζητημάτων κουλτούρας, όπως η κακομεταχείριση και η παρενόχληση, είναι ζωτική για τη βιωσιμότητά τους. Οι ηγέτες αυτοί είναι επίσης ευέλικτοι και μαθαίνουν από τις εμπειρίες τους. Είναι πειθαρχημένοι στοχαστές και προσεχτικοί αναλυτές, αλλά, ως οραματιστές, εμπιστεύονται και τη δική τους διαίσθηση (*Goffee, 2000*)

Τέλος, σύμφωνα με τους *Parry (1996)* και *Girvin (1998)* οι δεξιότητες του ηγέτη – μεταρρυθμιστή είναι εκμαθημένες συμπεριφορές και ορισμένες πλευρές, όπως π.χ η διατύπωση οραμάτων και η ικανότητα έμπνευσης των άλλων μπορεί να καταστούν άνευ αξίας εάν η ακολουθούμενη συμπεριφορά διαφοροποιείται από τις διατυπωμένες αξίες. Λίγοι συγγραφείς ασχολούνται εκτενώς με τα μειονεκτήματα της μεταρρυθμιστικής ηγεσίας. Εντούτοις, ο *Dixon (1999)* υποστηρίζει ότι οι ηγέτες πρέπει να εναλλάσσουν την ελευθερία κινήσεων και πρωτοβουλιών που χαρακτηρίζει τη μεταρρυθμιστική ηγεσία, με την επιβολή της θέλησής τους (εφαρμογή δηλαδή της προσέγγισης «εντολή και έλεγχος» που χαρακτηρίζει την εξουσία από θέση) όταν απαιτείται.⁸⁷ Αυτό φαίνεται να αντιβαίνει την έννοια της ενδυνάμωσης (empowerment), που αποτελεί σημαντική πλευρά του ηγέτη – μεταρρυθμιστή, δίνει όμως μια ιδέα των δυναμικών μειονεκτημάτων της θεωρίας περί ηγεσίας. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούν να επιτευχθούν όλοι οι στόχοι του ηγέτη χρησιμοποιώντας μόνο την προσέγγιση της ενδυνάμωσης και έμπνευσης που χαρακτηρίζει τη μεταρρυθμιστική ηγεσία. Συνεπώς, φαίνεται η αναγκαιότητα ύπαρξης ευελιξίας από τους διοικητές/ηγέτες του χειρουργικού τμήματος στις προσεγγίσεις τους, δίνοντας μεγαλύτερη βέβαια έμφαση στη μεταρρυθμιστική πτυχή της ηγετικής συμπεριφοράς.

⁸⁶ Dixon, D. (Δεκέμβριος 1999). Achieving results through transformational leadership. *J Nurs Adm.* 29(12):17-21.

⁸⁷ Dixon, D. (Δεκέμβριος 1999). Achieving results through transformational leadership. *J Nurs Adm.* 29(12):17-21.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το προσωπικό που απαρτίζει τη Μονάδα Υγείας όπως είναι αναμενόμενο ποικίλει τόσο σε ειδικότητες υπαλλήλων, γνωσιακό επίπεδο αλλά και αντικείμενο απασχόλησης. Παρόλα αυτά για να είναι εφικτή η εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας Υγείας θα πρέπει όλοι οι εργαζόμενοι να συνεργάζονται αρμονικά και να μπορούν να αντιμετωπίσουν την εκάστοτε σύγκρουση με τέτοιο τρόπο ώστε να βελτιώνει τη φροντίδα του ασθενούς που είναι και ο λόγος ύπαρξης των Μονάδων Υγείας γενικότερα. Οι σχέσεις που έχουν οι γιατροί με τους νοσηλευτές μπορεί παρόλα αυτά να έχουν διάφορα προβλήματα και αυτά θα εξετάσουμε στο ακόλουθο κεφάλαιο.

4.2 ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Οι κατηγορίες επαγγελματιών υγείας όπως και άλλου προσωπικού ποικίλει στις Μονάδες Υγείας. Αυτό περιλαμβάνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τους τεχνικούς, το βοηθητικό προσωπικό, διάφορες κατηγορίες τεχνικών υγείας και σχετικών επαγγελματιών υγείας, όπως οι τεχνικοί του ακτινολογικού. Η πολυπλοκότητα και ο τεχνικός χαρακτήρας της δουλειάς του προσωπικού λόγω του μεγέθους που αναφερόμαστε απαιτεί ένα μεγάλο εύρος, ποικιλομορφία και συνδυασμό δεξιοτήτων του προσωπικού. Η απαιτούμενη σύνθεση της ομάδας καθορίζεται από:

- Το βαθμό συμμετοχής στην εκπαίδευση των διαφόρων κατηγοριών του προσωπικού.
- Εάν είναι ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο.
- Τις διαστάσεις και τη χωροταξική διάταξη του εκάστοτε τμήματος της Μονάδας Υγείας.
- Το φόρτο εργασίας
- Το χαρακτήρα και την πολυπλοκότητα της οποιαδήποτε διαδικασίας διεξάγεται στην Μονάδα.
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του τοπικού πληθυσμού

Σε οποιαδήποτε Μονάδα Υγείας κατά κύριο λόγο μπορούμε να πούμε ότι συνυπάρχουν ομάδες επαγγελματιών οι οποίοι οφείλουν να συνεργάζονται αρμονικά προκειμένου να επιτελέσουν το έργο τους κατά τρόπο αποτελεσματικό. Οι επαγγελματίες αυτοί υποστηρίζονται κατά την εκτέλεση της εργασίας τους και από άλλες ομάδες νοσηλευτικού, τεχνικού και βοηθητικού

προσωπικού. Οι επαγγελματικές ομάδες που συγκροτούν τη Μονάδα Υγείας διαθέτουν κοινά στοιχεία, όπως η αγάπη και η πίστη στα επαγγέλματά τους και η αφοσίωσή τους στη φροντίδα του ασθενούς. Εκτός όμως από τα κοινά τους στοιχεία οι ομάδες αυτές χαρακτηρίζονται και από διαφορές που εστιάζονται κατά κύριο λόγο στο εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο, τις εργασιακές τους δραστηριότητες και την επαγγελματική προσέγγιση των θεμάτων που τους αφορούν .

Σε αρκετές περιπτώσεις Μονάδων Υγείας υπάρχουν κανονισμοί που δεσμεύουν ρητά όλες τις εμπλεκόμενες επαγγελματικές ομάδες δεν υπάρχει κίνδυνος σύγχυσης των ρόλων και διαπλοκής μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων. Υπάρχουν όμως και αρκετές περιπτώσεις που δεν έχει θεσμοθετηθεί κανονισμοί με συνέπεια να εναπόκειται στην καλή θέληση των εργαζομένων να αποδέχονται και να σέβονται κάποιους κανόνες υπό μορφή «άγραφου νόμου». Η σαφής γνώση των αρμοδιοτήτων της κάθε επαγγελματικής ειδικότητας και ο σεβασμός τους από την πλευρά των εμπλεκόμενων αποτελεί στοιχείο παιδείας και αυτογνωσίας απαραίτητα για την εύρυθμη λειτουργία οποιασδήποτε δραστηριότητας που απαιτεί τη σύμπραξη και την συνεργασία πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματικών ομάδων⁸⁸

4.3 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη φροντίδα υγείας, η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και όλων όσων δραστηριοποιούνται στις μονάδες υγείας, ήταν προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του. Η Διακήρυξη του ΠΟΥ το 1978 σημείωσε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας.

Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και πρόνοιας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων συνεργασίας. Έτσι, το απολύτως ιατροκεντρικό σύστημα υγείας έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα υγείας. Αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπολοίπων επαγγελματιών,

⁸⁸ Woodhead, K. & Wicker, P., (2005). *Textbook of perioperative care*.

δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για τη λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στη φροντίδα υγείας των πολιτών, αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας.

Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ., σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κλπ.), αλλά και την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη ως περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, και πρωταρχικά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Η φροντίδα υγείας οργανώνεται σε τρία επίπεδα σε κάθε σύστημα υγείας: την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Επιπλέον, απαραίτητες διαστάσεις κάθε συστήματος υγείας είναι η Εκπαίδευση, η οποία προετοιμάζει τους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας για το ρόλο που θα παίξουν, αλλά και η Υγιεινή της Εργασίας που από τη μια πλευρά έχει ως σκοπό να εξασφαλίζει καλύτερες και ασφαλέστερες συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας, αλλά και από την άλλη να συμπληρώνει τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται από το σύστημα υγείας για κάθε εργαζόμενο μέλος μιας οργανωμένης κοινωνίας.⁸⁹

4.4 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η σχέση μεταξύ της ιατρικής και νοσηλευτικής ομάδας θα πρέπει να είναι πάντοτε εγκάρδια και συνεργάσιμη, να υπάρχουν γνώσεις, να υπηρετούν την κοινωνία καθώς να υπάρχει και πειθαρχία. Η πειθαρχία είναι κάπως διαφορετική σαν ορισμός στους νοσηλευτές και στους ιατρούς. Η πειθαρχία στην ιατρική επικεντρώνεται στις ασθένειες και στην θεραπεία των ασθενών. Οι ιατρικές δεξιότητες βρίσκονται σε τομείς της διάγνωσης και θεραπείας, και καθήκον τους είναι να εκτελούν αυτές τις δεξιότητες με ανθρώπινο τρόπο, που να μην προκαλεί βλάβη και

⁸⁹ Γομάτου, Ν.,(2007). Διεπαγγελματισμός και Εκπαίδευση στον Ελληνικό Χώρο της Υγείας, μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία στα πλαίσια Μ.Π.Ε., Πληροφορική Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

να προωθεί τη γενικότερη υγεία της κοινωνίας. Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ιατροί λογοδοτούν άμεσα προς την κοινωνία, έχοντας συνεργατικές ευθύνες ο ένας έναντι του άλλου.

Απαραίτητη η επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών ώστε να μην παραμείνει ως ένα άλυτο ζήτημα η βιωσιμότητα και η ζωτικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια, η ανάπτυξη των προτύπων παράδοσης υγείας που θα επιτρέψει την αποτελεσματική διεπιστημονική επικοινωνία, τη συνεργασία και τη σοφότερη χρήση των περιορισμένων πόρων στην υγειονομική περίθαλψη είναι ουσιαστική. Τονίζονται απαραίτητα στοιχεία για τη σωστή σχέση εργασίας νοσηλευτή - ιατρού, όπως η ομαδική εργασία, ο σεβασμός, η καλή επικοινωνία και σε γενικές γραμμές πώς τα άτομα πρέπει να συμπεριφερθούν για να επιτύχουν τις καλές σχέσεις εργασίας.

Ο ρόλος της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή της φροντίδας υγείας. Σνηθίζεται η επικοινωνία και η συνεργασία κατ' επέκταση μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών να μην έχει πάντα την καλύτερη έκβαση με αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων και την αναγκαιότητα επίλυσής τους.⁹⁰

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές περιλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης και η σύγκρουση των ρόλων τους μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην φροντίδα των ασθενών. Η σχέση νοσηλευτών- ιατρών θεωρείται μια ειδική σχέση συνεχώς εξελισσόμενη. Οι αλλαγές στον εργασιακό χώρο απεικονίζονται στους επαγγελματικούς και θεσμικούς κανόνες (π.χ. ιατρο - νομικές ευθύνες και μετατοπίσεις εργασίας), και αυτές καθορίζουν τη φύση της αλληλεπίδρασης, των θετούμενων προσδοκιών και απαιτήσεων.⁹¹

Η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει μια σειρά δραστηριοτήτων και ενεργειών που δεν παρέχονται μόνο από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές αφορά την αλυσίδα διάγνωσης και ιατρικής φροντίδας, η οποία γενικά συμπεριλαμβάνει και άλλων ειδικοτήτων ιατρούς όπως παραϊατρικά επαγγέλματα, τα οποία μπορεί να εργάζονται σε ομάδα αλλά μπορεί και όχι. Αυτή η ευρεία ανάμειξη διαφορετικών επαγγελματιών απαιτεί καλή επικοινωνία ανάμεσα σ' αυτούς

⁹⁰ Miller, K, Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales J., Kenaszchuk, C., Conn, L., (2008), Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study, In: JAN original research.

⁹¹ Radcliffe, M., (2000). Doctors and nurses: new game, same result.

τους επαγγελματίες και συνεργασία στις διαφορετικές ενέργειες που διενεργούνται, έτσι ώστε να αποφευχθεί άσκοπη επανάληψη ή ελλιπής πληροφόρηση στην επικοινωνία με τον ασθενή.⁹²

Οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες πρέπει να στηρίζουν τις μοναδικές δυνάμεις και την εργασία τους στην αληθινή συνεργασία, αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτησή τους και τη συμπληρωματικότητα της γνώσης τους, των δεξιοτήτων και των προοπτικών, καθώς επίσης και των κοινών ηθικών υποχρεώσεών τους.

Οι κλάδοι της νοσηλευτικής και της ιατρικής αναμένονται να λειτουργήσουν σε στενή εγγύτητα ο ένας με τον άλλο, όχι μόνο επειδή ασκούνται δίπλα-δίπλα αλλά γιατί αλληλεπιδρά ο ένας με τον άλλο, για να επιτευχθεί ένα κοινό αγαθό: η υγεία και η ευημερία των ασθενών. Αυτή η εκλεκτική βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει μερικά από τα ζητήματα που προκύπτουν από το συχνά αμφισβητούμενο θέμα της σχέσης νοσηλευτών-ιατρών και επιδιώκει να αναδείξει τα κύρια θέματα που προκύπτουν από την εφαρμογή κοινωνιολογικής θεωρίας στη σχέση νοσηλευτών-ιατρών και στην έρευνα της λειτουργίας των κλινικών τοποθετήσεων.

Η λεπτομερής γνώση των επαγγελματιών υγείας οδηγεί σε ουσιαστική επικοινωνία και βοηθάει στη διατήρηση της πειθαρχίας και των περιορισμών μέσα στη διεπιστημονική ομάδα. Η αποτελεσματική διεπιστημονική ομαδική εργασία ενθαρρύνει τον αμοιβαίο σεβασμό και τη μεμονωμένη αυτονομία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στο "παιχνίδι ιατρών-νοσηλευτών / νοσηλευτριών", ένα σχέδιο-στερεότυπο της αλληλεπίδρασης, που περιγράφεται πρώτα στη δεκαετία του '60, στην οποία οι νοσηλεύτριες μαθαίνουν να παίρνουν πρωτοβουλία και να προσφέρουν τις συμβουλές τους, ενώ εμφανίζεται να ενδίδουν παθητικά στην εξουσία του γιατρού. Αυτό το σχέδιο της αλληλεπίδρασης φαίνεται λιγότερο κοινό σήμερα στην κλινική πρακτική, αλλά το πρόβλημα παραμένει αφού κάθε επάγγελμα έχει ιδανικές προσδοκίες το ένα από το άλλο που υπολείπονται αναπόφευκτα ως αποτέλεσμα των διαφορετικών απόψεων για τις ιδιότητες που εκτιμάται ότι πρέπει να έχουν οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες.⁹³

Η διαπροσωπική σύγκρουση, αποκαλούμενη συνήθως οριζόντια βία, που συνηθέστερα λαμβάνει τη μορφή ψυχολογικής παρενόχλησης και δημιουργεί συχνά εχθρότητα στο περιβάλλον εργασίας. Αυτός ο τύπος παρενόχλησης περιλαμβάνει συχνά τον εκφοβισμό, την ανιδιοτέλεια, την αποθάρρυνση, τις απειλές, τη λεκτική κατάχρηση, την ταπείνωση, την υπερβολική κριτική και την άρνηση πρόσβασης στην ευκαιρία.

⁹² Leila, M., Rochedreux, A., Chevalier S., Lombrail P., Gasquet I., (2008). Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction, In: Patient Education and Counseling 70 94-101.

⁹³ Radcliffe, M., (2000). Doctors and nurses: new game, same result.

Η καταπίεση υπάρχει όταν ελέγχει μια ισχυρή και κυρίαρχη ομάδα και εκμεταλλεύεται τη λιγότερο επιδρούσα ομάδα. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα μέλη της καταπιεσμένης ομάδας επιδεικνύουν τα κοινά συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά χαμηλού αυτοσεβασμού και «εχθρότητας». Αυτό μπορεί να δημιουργήσει μια διαιρεμένη ομάδα των οποίων οι απόψεις δίστανται. Τα χαρακτηριστικά περιποίησης όπως η ζεστασιά και η ευαισθησία αντιμετωπίζονται ως λιγότερο σημαντικά ή αρνητικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με εκείνα των ιατρών που θεωρούνται συχνά ως «κεντρικός πολιτισμός». Το αποτέλεσμα είναι ότι οι νοσηλεύτριες στερούνται συχνά την αυτονομία, την υπευθυνότητα, και τον έλεγχο του επαγγέλματός τους. Αυτό μπορεί συχνά να οδηγήσει στη μετατοπισμένη και αυτοκαταστροφική επιθετικότητα μέσα στην καταπιεσμένη ομάδα, με συνέπεια και την αυτοκριτική.

Ωστόσο, πρόσφατα στοιχεία εντατικής θεραπείας καταδεικνύουν μια δομή που να παρέχει σε ιατρό και νοσηλεύτρια τον όρο της επικοινωνίας ως μια αποτελεσματική μέθοδο για τη βελτίωση της κοινής κατανόησης της κατάστασης. Πρώτον, μια ιδανική αρχική κατανομή της συγκριτικής αξιολόγησης σε έναν κλάδο που εξελίσσεται συνεχώς και αντιδρά με τα αποδεικτικά στοιχεία είναι δύσκολο. Ως εκ τούτου, οποιοδήποτε αποτέλεσμα σχετικά με την ομαδική εργασία του κλίματος θα πρέπει να θεωρηθεί ως ένα μέτρο του τρέχοντος κλίματος και όχι "Εκκίνησης". Σε πολλά νοσοκομεία αυτή η συγκριτική αξιολόγηση διανομής είναι χρήσιμη γιατί εξετάζουν ή ήδη συμμετέχουν σε προσπάθειες βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών.

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν ανάγκη τη διατήρηση των μοναδικών πλεονεκτημάτων και την εργασία σε πραγματική συνεργασία, αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτηση και τη συμπληρωματικότητα των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των προοπτικών, καθώς και τις κοινές τους ηθικές δεσμεύσεις.⁹⁴

Η συνεργασία των νοσηλευτών με άλλους επαγγελματίες υγείας, επηρεάζεται από το συναίσθημα εκτίμησης και εργασίας. Η δημιουργία και η διατήρηση μιας νοσηλευτικής ολότητας στα πλαίσια της συνεργασίας, η οποία θα είναι καταπέλτης στην αποφυγή συγκρούσεων με τους ιατρούς, και την επιτυχή αναγνώριση της σημασίας της νοσηλευτικής φροντίδας από την διεπιστημονική ομάδα, βασικές αξίες οι οποίες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες υποστήριξης των νοσηλευτών στην διεπαγγελματική συνεργασία που είναι αναγκαία για την ποιοτική φροντίδα των ασθενών.

Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, ο σεβασμός, και η εκτίμηση των νοσηλευτριών και των ιατρών των αντίστοιχων

⁹⁴ Radcliffe, M., (2000). Doctors and nurses: new game, same result.

ρόλων, των δυνάμεων, και των περιορισμών τους είναι σημαντικοί στην ενθάρρυνση της συνεργασίας.

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν τη συνεργασία νοσηλευτριών-ιατρών ως σημαντικό συμβάλλοντα παράγοντα στις θετικές εκβάσεις της (ιατρονοσηλευτικής) νοσηλευτικής φροντίδας. Οι νοσηλεύτριες με τα μακρύτερα έτη εμπειρίας πρακτικής είχαν τον υψηλό επαγγελματισμό σύμφωνα με τα επίπεδα επαγγελματισμού που βρέθηκαν στους ιατρούς. Οι ανεκδοτικές παρατηρήσεις σε πολλές τοποθετήσεις αναμεταδίδουν ότι οι νοσηλεύτριες είναι άριστοι κλινικοί εκπαιδευτικοί για τους νέους οικότροφους και τους κατοίκους, και ότι αυτοί οι νέοι ιατρικοί επαγγελματίες κρατούν το μεγάλο σεβασμό της πρακτικών γνώσης και των δεξιοτήτων που επιδεικνύονται από τις πεπειραμένες νοσηλεύτριες.

Δεδομένου ότι οι πεπειραμένες νοσηλεύτριες αυξάνονται υπό την έννοια υψηλού επαγγελματισμού τους μπορούν να αναπτύξουν μια ενισχυμένη συνεργασία με τους ιατρούς που μπορούν μόνο να βελτιώσουν τις επικοινωνίες προς τους κοινούς στόχους της υψηλής ποιότητας υπομονετικής φροντίδα.

Οι επιπτώσεις είναι ότι οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες πρέπει να εργαστούν προς τις καλύτερες συνεργάσιμες και κολεγιακές σχέσεις της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και του υψηλού σεβασμού, με την κοινή λήψη απόφασης για την υπομονετική φροντίδα. Αυτά τα συμπεράσματα αντανακλούν τις συστάσεις για τις βελτιωμένες σχέσεις ιατρών-νοσηλευτριών που περιγράφονται στις τρέχουσες εκθέσεις για τις βελτιωμένες συνθήκες εργασίας για τις υπομονετικές τοποθετήσεις νοσηλευτικής φροντίδας, ειδικά στα νοσοκομεία.

Η συνεργασία με την κλινική έρευνα ορίζεται ως ένα σύνθετο φαινόμενο που φέρνει σε επαφή δύο ή περισσότερα άτομα, συχνά από διαφορετικούς επαγγελματικούς κλάδους, οι οποίοι εργάζονται για την επίτευξη κοινών στόχων και σκοπών. Ιδιαίτερα για την ερευνητική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, η παραδοσιακή ιεραρχική σχέση γιατρού-νοσηλευτή σταδιακά εξελίσσεται σε ένα μοντέλο συνεργασίας.

Ιστορικά, οι ιατροί αναλαμβάνουν τον ηγετικό ρόλο σε πολλές πρωτοβουλίες για τη συνεργατική έρευνα. Ωστόσο, η σύγχρονη έρευνα για την συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι πιο συχνά μη ιεραρχίσιμη στη φύση, με τη σιωπηρή παραδοχή ότι η εξουσία στηρίζεται στη γνώση και την εμπειρία, και όχι στον ρόλο ή την λειτουργία του.⁹⁵

⁹⁵ Radcliffe, M., (2000). Doctors and nurses: new game, same result.

4.5 ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

Η κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας. Ένα ανεπιθύμητο φαινόμενο που οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα ⁹⁶ Εντούτοις, Οι συγκρούσεις σε έναν οργανισμό είναι υγιείς και αναπόφευκτες και μπορεί να συνοδεύονται από θετικές συνέπειες⁹⁷.

Η σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική και να έχει καταλυτική επίδραση στις νέες ιδέες, την πρόοδο, τις θετικές αλλαγές και την ανάπτυξη⁹⁸

⁹⁶ Thomas, K. (1992), Conflict and Conflict Management: Reflections and Updates, Journal of Organisational Behavior, Vol.13, σελ.265-274.

⁹⁷ Swansburg, R. & Swansburg, R. (2002). Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers. Jones & Bartlett Publishers.

⁹⁸ Rahim, M.A., (1992), Managing conflict in organizations, 2nd Ed., Praeger, Westport, CT.

5 ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύγκρουση είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης και εκδηλώνεται μεταξύ των ανθρώπων που αλληλεπιδρούν, αλλά και μέσα στο ίδιο το άτομο, ως εσωτερική σύγκρουση. Συνήθως αυτό το φαινόμενο παρατηρείται όταν υπάρχουν ασυμβατότητες, αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα και έλλειψη πόρων. Σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση των συγκρούσεων παίζει η «αντίληψη» του ατόμου, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί αντικειμενικά να υπάρχουν όλες οι προϋποθέσεις για να συγκρουστούν δύο πλευρές αλλά η σύγκρουση να μην εκδηλώνεται και αντιθέτως, να εκδηλώνεται σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχουν προφανή αίτια.

Οι συγκρούσεις διακρίνονται σε ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές. Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις μπορεί να είναι ανάμεσα σε δύο άτομα ή ανάμεσα σε ομάδες ατόμων. Ανάλογα με τις συνέπειες που προκαλούν χαρακτηρίζονται ως λειτουργικές ή δυσλειτουργικές. Οι λειτουργικές συγκρούσεις χαρακτηρίζονται από τα θετικά αποτελέσματα που επιφέρει η σωστή αντιμετώπισή τους σε έναν οργανισμό, ενώ αντίθετα οι δυσλειτουργικές συγκρούσεις από την παρουσία έντονης συναισθηματικής φόρτισης η οποία δυσκολεύει την επίλυση του προβλήματος. Οι δύο αυτοί τύποι σύγκρουσης αλληλοσυνδέονται και συνυπάρχουν σε διαφορετικό βαθμό.

5.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Σύμφωνα με τον Robbins⁹⁹ ως σύγκρουση ορίζεται μια διαδικασία όπου το υποκείμενο Α σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει ή κατά κάποιο τρόπο να περιορίσει την επιθυμητή ενέργεια του υποκειμένου Β. Εναλλακτικά αναφέρει ότι ως σύγκρουση θα μπορούσε να θεωρηθεί κάθε είδος αντίδρασης ή ανταγωνιστικής αλληλεπίδρασης¹⁰⁰. Οι Masters & Albright¹⁰¹ αναφέρουν ότι η σύγκρουση υφίσταται όταν δύο ή περισσότερα αλληλεξαρτώμενα μέρη διαφωνούν. Η

⁹⁹ Robbins, S.P. (1995). Organizational behavior, New Delhi: Prentice-Hall.

¹⁰⁰ Robbins, S.P. (1974), Managing organizational conflict: A non-traditional approach. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.

¹⁰¹ Masters, M., Albright, R. (2002), The complete guide to Conflict Resolution in the Workplace, N.Y.: Amacom.

αλληλεξάρτηση υπάρχει υπό την έννοια ότι η επίλυση της σύγκρουσης προς κοινή ικανοποίηση δεν μπορεί να επέλθει χωρίς αμοιβαία προσπάθεια. Κατά τον Boulding¹⁰² ως σύγκρουση ορίζονται παρατηρούμενες ασυμβατότητες ή αντιλήψεις από τα εμπλεκόμενα μέρη ότι υπάρχουν ασύμφωνες απόψεις ή διαπροσωπικές ασυμβατότητες.

Ο Thomas¹⁰³ αναφέρει τρία χαρακτηριστικά της σύγκρουσης:

- i. η ύπαρξη σύγκρουσης είναι θέμα *αντίληψης* (μπορεί να υπάρχουν αίτια σύγκρουσης χωρίς όμως αυτή να εκδηλωθεί ποτέ, αλλά μπορεί αντίθετα να υφίσταται σύγκρουση χωρίς να υπάρχουν προφανή και πραγματικά αίτια),
- ii. υπάρχει αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα εμπλεκόμενα μέρη,
- iii. τίθεται θέμα παρεμπόδισης, αντιπαράθεσης ή έλλειψης πόρων.

5.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ

5.3.1 ΕΝΔΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον Rahim οι συγκρούσεις διακρίνονται σε ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές¹⁰⁴.

Στην περίπτωση της **ενδοπροσωπικής σύγκρουσης ή σύγκρουσης ρόλων** (role conflict), ένα άτομο πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε λύσεις αντιφατικές και συγχρόνως υποχρεωτικές, και έρχεται αντιμέτωπο με προσδοκίες που απαιτούν συμπεριφορές αμοιβαία αντικρουόμενες και ανταγωνιστικές¹⁰⁵. Το άτομο που βιώνει το «εργασιακό στρες» αντιμετωπίζει μια κατάσταση συγκρουόμενων στόχων ή μια αδιέξοδη κατάσταση και δοκιμάζει σε ορισμένο βαθμό αμφιβολία, αμηχανία, σύγχυση και αβεβαιότητα. Λόγω των κινδύνων που υπάρχουν για τη δομή της προσωπικότητας του ατόμου, η ακραία ενδοπροσωπική σύγκρουση δεν πρέπει να επιδιώκεται σκόπιμα.¹⁰⁶ Ένα παράδειγμα ενδοπροσωπικής σύγκρουσης είναι η περίπτωση ενός συζύγου και πατέρα, ο οποίος είναι επίσης επικεφαλής της Αστυνομίας. Εάν ένας ανεμοστρόβιλος πλήττει τη μικρή πόλη που ζει, ο άνθρωπος πρέπει να αποφασίσει αν θα πρέπει να πάει στο σπίτι και να είναι με

¹⁰² Boulding, K. (1963), *Conflict and Defense*, New York: Harper & Row.

¹⁰³ Thomas, K. (1992), *Conflict and Conflict Management: Reflections and Updates*, *Journal of Organisational Behavior*, Vol.13, σελ.265-274.

¹⁰⁴ Rahim, M.A., (1992), *Managing conflict in organizations*, 2nd Ed., Praeger, Westport, CT.

¹⁰⁵ Olk, M.E. & Friedlander, M.L., (1992), *Trainees' experiences of role conflict and role ambiguity in supervisory relationships*.

¹⁰⁶ Κάντας, Α. (1997), *Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία*, Τόμοι. 1-3, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

την οικογένειά του και να εκπληρώσει το ρόλο του καλού συζύγου και πατέρα ή να παραμείνει και να εκπληρώσει τα καθήκοντα του «καλού» Αρχηγού της Αστυνομίας, επειδή ολόκληρη η πόλη χρειάζεται την εμπειρία του¹⁰⁷.

Στην περίπτωση της **διαπροσωπικής σύγκρουσης** (interpersonal conflict), πηγή των συγκρούσεων ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα είναι οι ασυμβατότητες, οι διαφωνίες ή οι διαφορές. Οι συγκρούσεις που εκδηλώνονται σε μια κοινωνική οργάνωση (οικογένεια, σχολείο, εργασία κ.λπ.) και οι οποίες επηρεάζουν τη δομή και λειτουργία της οργάνωσης αυτής είναι διαπροσωπικές¹⁰⁸. Εφεξής όταν αναφερόμαστε στον όρο σύγκρουση θα εννοούμε τη διαπροσωπική σύγκρουση.

5.3.2 ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

Η οργανωσιακή σύγκρουση προσδιορίστηκε από τους Stoner & Wankel ως η διαφωνία ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα οργανωσιακά μέλη ή ομάδες λόγω διαφορετικής θέσης, στόχων, αξιών ή αντιλήψεων.¹⁰⁹ Σύμφωνα με τον Sethi, κύριες πηγές οργανωσιακής σύγκρουσης είναι οι διαπροσωπικές και οι διατμηματικές σχέσεις.¹¹⁰ Η οργανωσιακή σύγκρουση έχει τα εξής επίπεδα:

- **Την ενδοεπιχειρησιακή σύγκρουση.** Είναι η σύγκρουση που εκδηλώνεται εντός του οργανισμού και διαχωρίζεται σε:
 - ο **Διαπροσωπική σύγκρουση.** Δημιουργείται ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα ίδιου (σχέσεις ομότιμες) ή διαφορετικού ιεραρχικού επιπέδου (σχέσεις προϊσταμένου - υφιστάμενου).
 - ο **Διατμηματική σύγκρουση.** Δημιουργείται ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μονάδες ή ομάδες ενός οργανισμού.
 - ο **Ενδοτμηματική σύγκρουση.** Δημιουργείται ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας σχετικά με τους στόχους, τα καθήκοντα, τις διαδικασίες, κ.λπ.
- **Διεπιχειρησιακή σύγκρουση.** Είναι η σύγκρουση που εκδηλώνεται ανάμεσα σε δύο ή περισσότερους οργανισμούς ή επιχειρήσεις.¹¹¹

¹⁰⁷ Peters, J. (1968). When Mothers Work: Loving Our Children without Sacrificing Our Selves.

¹⁰⁸ Rahim, M.A., (1992), Managing conflict in organizations, 2nd Ed., Praeger, Westport, CT.

¹⁰⁹ Stoner, J.A.F. & Wankel, C. (1988), Management, New Delhi, Prentice-Hall of India.

¹¹⁰ Sethi, A. (1995), "Control and management of conflict"

¹¹¹ Rahim, A. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict, The International Journal of Organizational Analysis, Vol. 10, No. 4 σελ.. 302-326.

5.3.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

Οι επιπτώσεις των συγκρούσεων σε έναν οργανισμό οι διακρίνονται σε λειτουργικές και δυσλειτουργικές. Το κριτήριο που διαφοροποιεί τη λειτουργική από τη δυσλειτουργική σύγκρουση είναι η απόδοση των μελών του οργανισμού. Πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τους δύο τύπους της σύγκρουσης δίνοντάς τους διαφορετικά ονόματα, όπως φαίνεται στον πίνακα 1:

Πίνακας 1

Τύποι Συγκρούσεων

| ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ | ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ (functional conflict) | ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ (dysfunctional conflict) |
|--------------------------------------|--|---|
| Guetzkow & Gyr(1954), Rahim(2002) | Substantive (ουσιαστική) | Affective (συναισθηματική) |
| Jehn (1995) | Task (καθήκοντος/έργου) | Relationship (σχέσεων) |
| Amason (1996),De Dreu (1997) | Cognitive (γνωστική) | Affective (συναισθηματική) |

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι συγκρούσεις διαχωρίζονται ως εξής:

- **Λειτουργικές συγκρούσεις (γνωστικές συγκρούσεις).** Οι λειτουργικές συγκρούσεις εκδηλώνονται όταν τα άτομα μιας ομάδας διαφωνούν για το περιεχόμενο της εργασίας που εκτελείται (καθήκοντα) εκφράζοντας διαφορετικές απόψεις και οφείλονται:

- ο σε διαφωνίες πάνω σε ζητήματα πολιτικής και πρακτικών στο χώρο εργασίας,
- ο στον ανταγωνισμό για ανεπαρκείς πόρους και
- ο στις διαφορετικές αντιλήψεις των ρόλων των μελών του οργανισμού.

Οι λειτουργικές συγκρούσεις βελτιώνουν την ποιότητα των αποφάσεων και ενισχύουν την ομαδική απόδοση καθώς η λύση που προκύπτει από την αμφισβήτηση και το σύνολο των ιδεών που έχει η ομάδα είναι γενικά ανώτερη από τις ατομικές λύσεις και προτάσεις των συμμετεχόντων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η εύρεση καλύτερων τακτικών για την επίτευξη των κοινών στόχων των μελών ενός οργανισμού.

- **Δυσλειτουργικές συγκρούσεις (συναισθηματικές συγκρούσεις).** Οι δυσλειτουργικές

συγκρούσεις εμφανίζονται όταν η γνωστική διαφωνία γίνεται αντιληπτή ως προσωπική επίκριση και οφείλονται στις διαπροσωπικές ασυμβατότητες ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας. Εκφράζονται με ένταση, οργή, έλλειψη εμπιστοσύνης, απογοήτευση και απόρριψη και δημιουργούν αρνητικό περιβάλλον κυνισμού, αποφυγής ή υπονόμευσης το οποίο μπορεί να βλάψει την ομοφωνία και τη συναισθηματική αποδοχή και να θέσει σε κίνδυνο την ποιότητα της απόφασης.

Οι Medina, Dorado κ.ά.¹¹² καθώς επίσης και η Jehn¹¹³ διαπίστωσαν ότι οι δύο τύποι της σύγκρουσης έχουν διαφορετικές οργανωσιακές και προσωπικές επιπτώσεις. Ειδικότερα, έβγαλαν τα εξής συμπεράσματα:

- **Η σύγκρουση καθήκοντος**, βελτιώνει το οργανωσιακό κλίμα και δεν επηρεάζει αρνητικά τις συναισθηματικές αντιδράσεις των εργαζομένων
- **Η συναισθηματική σύγκρουση**, καταστρέφει το οργανωσιακό κλίμα, αυξάνει την ένταση και την πρόθεση παραίτησης και επηρεάζει αρνητικά τις συναισθηματικές αντιδράσεις των εργαζομένων καθώς επίσης μειώνει την ικανοποίηση των εργαζομένων, την ψυχολογική τους ευεξία και τη δέσμευση στην ομάδα εργασίας.
- **Η αλληλεπίδραση των δύο τύπων σύγκρουσης**, συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της τάσης παραίτησης, η οποία αυξάνεται όταν και οι δύο τύποι σύγκρουσης υφίστανται σε μεγάλο βαθμό, ενώ μειώνεται όταν υψηλά ποσοστά σύγκρουσης καθήκοντος συνδυάζονται με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής σύγκρουσης.

5.4 ΑΙΤΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Στην προσπάθειά ανάλυσης της έννοιας της σύγκρουσης, πολλοί ερευνητές, και κυρίως εκείνοι της παραδοσιακής άποψης, εστίασαν την προσοχή τους στις πηγές της σύγκρουσης. Οι πιθανές πηγές σύγκρουσης χωρίζονται σε 4 κατηγορίες¹¹⁴:

- **Το εξωτερικό περιβάλλον (environmental sources)**, δηλαδή το διαθέσιμο εργατικό δυναμικό, την αγορά της επιχείρησης, το υπάρχον νομικό πλαίσιο, την υφιστάμενη πολιτική

¹¹² Medina F., Dorado M., Munduate L., Martinez I. & Cisneros I. (2002), "Types of Conflict and Personal and Organizational Consequences", submitted to the 15th Annual Conference of the International Association for Conflict Management (IACM), Utah.

¹¹³ Jehn K. (1995), A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 10, No. 2, σελ. 256-282.

¹¹⁴ Masters, M., & Albright, R., (2002), *The complete guide to Conflict Resolution in the Workplace*, N.Y.: Amacom

κατάσταση, τα δημογραφικά στοιχεία και το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον.

- **Ο οργανισμός (organizational sources)**, δηλαδή η στρατηγική, η φιλοσοφία, η ηγεσία και η οικονομική διαχείριση του οργανισμού.
- **Το εργασιακό περιβάλλον (workplace sources)**, δηλαδή η φύση της δουλειάς, η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, η σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού, οι συνθήκες ασφάλειας και υγιεινής, το στιλ διοίκησης αλλά και πιθανές απρόοπτες καταστάσεις εντός του εργασιακού χώρου.
- **Οι ατομικοί παράγοντες (individual level sources).**

Οι ειδικότερες αιτίες που οδηγούν σε μία διαπροσωπική ή διατμηματική σύγκρουση, έγιναν αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών (Pondy Filley, Rahim κ.ά.) και είναι οι εξής:^{115, 116, 117}

- **Ανθρώπινοι παράγοντες - ατομικές διαφορές.**¹¹⁸
- **Το στιλ διοίκησης.** Όταν οι αποφάσεις της διοίκησης έρχονται σε αντίθεση με αυτό που οι υφιστάμενοι θεωρούν ως τη σωστότερη πρακτική.
- **Οι διακρίσεις & η αντιλαμβανόμενη ανισότητα.**
- **Τα αντικρουόμενα συμφέροντα σε σχέση με την αφθονία ή την έλλειψη πόρων.** Σύμφωνα με τον Filley¹¹⁹ όταν δεν υπάρχουν επαρκείς πόροι και οι δύο πλευρές έχουν όμοια συμφέροντα οπότε ανταγωνίζονται για τον ίδιο σκοπό, β) όταν δεν υπάρχουν επαρκείς πόροι και οι δύο πλευρές έχουν διαφορετικά συμφέροντα οπότε παρατηρείται διάσπαση λόγω διαφορετικών προτεραιοτήτων και γ) όταν αν και υπάρχουν άφθονοι πόροι, οι δύο πλευρές έχουν διαφορετικά συμφέροντα και διαφωνούν για το πως θα κατανεμηθούν αυτοί οι πόροι. Και οι τρεις προαναφερόμενες καταστάσεις είναι περιπτώσεις win-lose. Αντιθέτως, όταν υπάρχουν άφθονοι πόροι και τα μέλη της οργάνωσης έχουν όμοια συμφέροντα, δημιουργείται μια ιδεατή κατάσταση όπου κυριαρχία η συνεργασία μέσω της οποίας κερδίζουν και οι δύο πλευρές (win-win).
- **Η αλληλεξάρτηση των μελών μιας οργάνωσης.** Όταν δύο ή περισσότερα αλληλεξαρτώμενα

¹¹⁵ Filley A. (1975), *Interpersonal conflict resolution*, Scott-Foresman and Company.

¹¹⁶ Pondy, L., (1967), *Organizational conflict: Concepts and models*, *Administrative science quarterly*, Vol. 12, No. 2, σελ. 296-320.

¹¹⁷ Rahim, A. (2002), *Toward a theory of managing organizational conflict*, *The International Journal of Organizational Analysis*, Vol. 10, No. 4 σελ. 302-326.

¹¹⁸ Darling J. & Walker E. (2001), *Effective conflict management: Use of the behavioral style model*, *Leadership and Organization Development Journal*, Vol. 22, No. 5, σελ. 230-242.

¹¹⁹ Filley A. (1975), *Interpersonal conflict resolution*, Scott-Foresman and Company.

μέρη διαφωνούν, υφίσταται σύγκρουση.^{120,121}

- **Τα προβλήματα επικοινωνίας¹²².**
- **Τα οργανωτικά προβλήματα, οι ασαφείς αρμοδιότητες.**
- **Οι απορυθμιστικές αλλαγές ή η έλλειψη αλλαγών.**
- **Το περιβάλλον (εσωτερικό και εξωτερικό).**
- **Η αντιπαράθεση τυπικών και άτυπων ομάδων.** Μια λειτουργική ταξινόμηση των ομάδων διακρίνει τις ομάδες σε τυπικές και άτυπες ως εξής¹²³
 - **Οι τυπικές ομάδες** προκύπτουν από συμβατικές υποχρεώσεις, προσδιορισμένες επίσημες προδιαγραφές και στοχεύουν στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Σχηματίζονται συνειδητά μετά από καθορισμένα σχέδια για την εξυπηρέτηση προκαθορισμένων στόχων, και τα μέλη τους έχουν συγκεκριμένους ρόλους και καθήκοντα που επιβάλλονται από την οργανωτική δομή.
 - **Οι άτυπες ομάδες** αναπτύσσονται χωρίς συγκεκριμένη οργάνωση. Προκύπτουν ως ανάγκη των μελών τους να διεκπεραιώσουν μια συγκεκριμένη στόχευση. Σχηματίζονται αυθόρμητα εξαιτίας της κοινωνικότητας που χαρακτηρίζει την ανθρώπινη φύση κατόπιν προσωπικής επιλογής με σκοπό την επιτυχία κοινών στόχων.
- **Οι προηγούμενες συγκρούσεις που δεν έχουν επιλυθεί.**

5.5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ

Η σύγκρουση είναι μια δυναμική διαδικασία και ένα συγκρουσιακό επεισόδιο μπορεί να θεωρηθεί σαν η βαθμιαία κορύφωση γεγονότων που οδηγούν σε μια κατάσταση αταξίας. Κάθε επεισόδιο¹²⁴.

- i. αρχίζει με συνθήκες που παράγουν μια πιθανή αντιπαράθεση,
- ii. προχωρά στην παραγωγή γνωστικών καταστάσεων (αντίληψη της κατάστασης) και

¹²⁰ Masters, M. & Albright, R. (2002), *The complete guide to Conflict Resolution in the Workplace*, N.Y.: Amacom

¹²¹ Filley A. (1975), *Interpersonal conflict resolution*, Scott-Foresman and Company.

¹²² Τζωρτζάκης Κ. & Τζωρτζάκη Α. (1999), *Οργάνωση και Διοίκηση*, Rosli.

¹²³ Πετρίδου Ε. (2001), *Βασικές έννοιες Μάνατζμεντ για τις Μικρομεσαίες Επιχειρήσεις*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

¹²⁴ Appelbaum, S., Abdallah, C. & Shapiro, B. (1999). *The self-directed team. A conflict resolution analysis*. *Team Performance Management*, σελ. 60-77

- στην προσωποποίηση και συναισθηματική εμπλοκή,
- iii. προκαλεί συγκρουσιακή συμπεριφορά και (ανάλογα με τον τρόπο που θα επιλυθεί)
 - iv. οδηγεί τελικά σε αύξηση ή μείωση της απόδοσης.

Δύο μοντέλα αναπτύχθηκαν για την αντιμετώπιση και διαχείριση συγκρούσεων: το δομικό μοντέλο και το διαδικαστικό μοντέλο¹²⁵:

- Το **δομικό μοντέλο** (*structural model*) ασχολείται με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ατομική συμπεριφορά και τη διαδικασία της σύγκρουσης. Εστιάζει στις εσωτερικές δομές και τις προσωπικότητες των εμπλεκόμενων.
- Το **διαδικαστικό μοντέλο** (*process model*) ασχολείται πρωτίστως με τη δυναμική της σύγκρουσης και την αλληλουχία των γεγονότων που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια εκδήλωσης της σύγκρουσης. Εστιάζει στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων και όχι στα προσωπικά χαρακτηριστικά αυτών.

Ο Pondy ανέπτυξε ένα διαδικαστικό μοντέλο σύγκρουσης στο οποίο διακρίνονται τέσσερα στάδια στην ανάπτυξη της σύγκρουσης τα οποία συνθέτουν το ιστορικό ενός συγκρουσιακού επεισοδίου.¹²⁶

i) **Στάδιο I: Λανθάνουσα σύγκρουση (*latent conflict*)**, στην οποία τα μέλη ενός οργανισμού αισθάνονται ότι «κάτι δεν πάει καλά». Κατά τον Pondy¹²⁷ υπάρχουν τρεις βασικές πηγές λανθάνουσας σύγκρουσης ο ανταγωνισμός για ανεπαρκείς πόρους, η επιδίωξη για αυτονομία, και οι ασύμβατοι στόχοι των υποομάδων. Ο Robbins συμπληρώνει την έλλειψη σωστής επικοινωνίας, το διχασμό ρόλων και τις διαφορές στην προσωπικότητα και τις αξίες¹²⁸. Ο Amason αναφέρει ότι η αναγνώριση των συνθηκών που προηγούνται της εκδήλωσης μιας σύγκρουσης είναι εξαιρετικά σημαντική καθώς η αποτίμηση της πραγματικής κατάστασης σε συνδυασμό με τη γνώση της αναμενόμενης συμπεριφοράς των εμπλεκόμενων μελών καθορίζουν

¹²⁵ Drenth, P.J., Thierry, H., Williams, P.J. & de Wolf, C.J. (1984), Handbook of work and organizational Psychology, Vol.1, σελ. 521-537, Page Brother (Norwich) Ltd., στο Apellbaum et.al., “The self-directed team. A conflict resolution analysis”, 1999.

¹²⁶ Pondy L. (1967), “Organizational conflict: Concepts and models”, Administrative science quarterly, Vol. 12, No. 2, pp. 296-320.

¹²⁷ Pondy, L., (1967), Organizational conflict: Concepts and models, Administrative science quarterly, Vol. 12, No. 2, σελ. 296-320.

¹²⁸ Robbins, S.P. (1995). Organizational behavior, New Delhi: Prentice-Hall.

την επιτυχή ή ανεπιτυχή διαχείριση μιας πιθανής διένεξης.¹²⁹

ii) Στάδιο Πα: Αντιληπτή σύγκρουση (*Perceived conflict*), τα άτομα αρχίζουν να αντιλαμβάνονται την ύπαρξη κάποιου προβλήματος και παρατηρείται ένταση και ανησυχία. Τον κύριο ρόλο σε αυτό το στάδιο παίζουν οι προσωπικές ικανότητες *αντίληψης* οι οποίες συμβάλλουν στη δημιουργία σωστής ή λανθασμένης εκτίμησης της πραγματικότητας και επομένως επηρεάζουν το κατά πόσο τα δύο μέρη εκλαμβάνουν μια κατάσταση ως απειλή. Όταν η μια τουλάχιστον πλευρά θεωρεί ότι απειλούνται τα συμφέροντά της, τότε η σύγκρουση είναι αναπότρεπτη. Όταν όμως καμία πλευρά δεν αντιλαμβάνεται μια κατάσταση ως απειλητική, μπορεί να υπάρχουν μεν συνθήκες που μπορεί να οδηγήσουν σε σύγκρουση, αλλά αυτή να μην εκδηλωθεί ποτέ. Η αντιληπτή σύγκρουση λοιπόν μπορεί να προκληθεί από παρεξήγηση ή από ελλιπή γνώση των γεγονότων δημιουργώντας μια λανθασμένη ή παράλογη αντίληψη μιας κατάστασης η οποία μπορεί να οδηγήσει στο στάδιο ΙΙΙ. Για την αποτροπή εμπλοκής στο επόμενο στάδιο, εφόσον οι δύο πλευρές αντιληφθούν μια επικείμενη σύγκρουση μπορούν

- ♦ αγνηθήσουν εν γνώσει τους τις ενδείξεις και να καταπνίξουν τη σύγκρουση επειδή είναι ελάχιστα απειλητική για τα συμφέροντά τους και το αντικείμενό της μικρής σημασίας (*suppression mechanism*), ή
- ♦ επιλέξουν να εστιάσουν αλλού και συγκρουστούν για θέματα που επιδέχονται γρηγορότερη επίλυση και έχουν λιγότερες αρνητικές συνέπειες (*attention – focus mechanism*).

Η βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στις δύο πλευρές σε συνδυασμό με τη συζήτηση και αποσαφήνιση των γεγονότων μπορεί να αποτρέψει το μετασχηματισμό της αντιληπτής σύγκρουσης (Στάδιο ΙΙ) σε φανερή σύγκρουση (Στάδιο ΙΙΙ).

iii) Στάδιο ΙΙβ: Αισθητή σύγκρουση (*Felt conflict*), προστίθεται μια συναισθηματική διάσταση στο πρόβλημα. Η πιο σημαντική παράμετρος που θα προσδιορίσει την εκδήλωση και έκβαση μιας επερχόμενης φανερής σύγκρουσης (Στάδιο ΙΙΙ) είναι η προσωποποίηση ή όχι της κατάστασης¹³⁰ (Pondy, 1967). Οι **προσωποποιημένες καταστάσεις** (*personalized*) δημιουργούν ένταση και ανησυχία καθώς η μια πλευρά τουλάχιστον *νιώθει* πλέον ότι απειλείται και κρίνεται με αρνητικούς χαρακτηρισμούς σε προσωπικό επίπεδο. Τα συναισθήματα που επικρατούν είναι η αίσθηση απειλής, η εχθρότητα, ο φόβος, η ένταση, το άγχος και έλλειψη εμπιστοσύνης. Οι **μη**

¹²⁹ Amason A. (1996), “Distinguishing the effects of Functional and Dysfunctional Conflict on strategic decision making: Resolving a paradox for top management teams”, *The Academy of Management Journal*, Vol. 39, No. 1, pp. 123-148.

¹³⁰ Pondy, L., (1967), *Organizational conflict: Concepts and models*, *Administrative science quarterly*, Vol. 12, No. 2, σελ. 296-320.

προσωποποιημένες καταστάσεις (*depersonalized*) οδηγούν από μόνες τους στην επίλυση του θέματος καθώς *περιγράφουν* τη συμπεριφορά ή τα χαρακτηριστικά της σχέσης τα οποία είναι υπεύθυνα για το πρόβλημα. Σε αυτό το στάδιο σημαντικό ρόλο επίσης παίζουν τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων μερών. Υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να προκύψει σύγκρουση ανάμεσα σε δύο άτομα που θέλουν να κυριαρχούν παρά ανάμεσα σε ένα κυρίαρχο άτομο και ένα υποχωρητικό.

iv) **Στάδιο III: Φανερή σύγκρουση (*manifest conflict*)**, η σύγκρουση έχει ένταση και τα μέλη του οργανισμού την έχουν αντιληφθεί, τη βιώνουν, αντιδρούν και *υιοθετούν ένα στιλ συμπεριφοράς* για να την αντιμετωπίσουν.¹³¹ Οι επιλογές τους είναι είτε η ανοιχτή σύγκρουση (επιθετικότητα, ανταγωνισμός) που βασίζεται περισσότερο στα συναισθήματα είτε η προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος με λογικές, καθορισμένες και προβλεπόμενες ενέργειες (συζήτηση και συνεργασία). Σε κάθε περίπτωση, η συμπεριφορά χαρακτηρίζεται ως συγκρουσιακή μόνο εφόσον οι εμπλεκόμενοι την *αντιληφθούν* έτσι. Η ανοιχτή σύγκρουση μπορεί να εκδηλωθεί με μορφή ανεξέλεγκτου ανταγωνισμού και σε ακραίες περιπτώσεις με μορφή ύβρεων, προσβολών, χειροδικιών και πολλών άλλων τύπων φυσικής και λεκτικής βίας. Η επιθετικότητα με χρήση φυσικής και λεκτικής βίας δεν συνηθίζεται σε εργασιακούς χώρους, αλλά η υπονόμευση ή η παρεμπόδιση επίτευξης των στόχων της άλλης πλευράς είναι συχνό φαινόμενο. Η διαχείριση της σύγκρουσης μπορεί να επέλθει είτε μέσω κανονισμών, είτε μέσω συγκεκριμένων τεχνικών και τρόπων συμπεριφοράς.

v) **Στάδιο IV: Αποτελέσματα της σύγκρουσης(*conflict aftermath*)**, τελευταίο στάδιο αναφέρεται στα αποτελέσματα της μεθόδου διαχείρισης της σύγκρουσης που εφαρμόστηκε και τα οποία θα προσδιορίσουν και τις μελλοντικές σχέσεις των δύο μερών ¹³². η σύγκρουση μπορεί να έχει λειτουργική έκβαση (βελτίωση της απόδοσης και καινοτομία) ή δυσλειτουργική έκβαση (μείωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας). Συνήθως η επιλεγμένη μέθοδος διαχείρισης της σύγκρουσης επηρεάζει τις μελλοντικές σχέσεις και στάσεις των εμπλεκόμενων ομάδων ως εξής:

- ♦ περίπτωση win-lose, η πλευρά που έχασε επιθυμεί νίκη σε ενδεχόμενη νέα διένεξη με αποτέλεσμα την αύξηση του ανταγωνισμού, μικρότερα επίπεδα συνεργασίας και εμπιστοσύνης, κακή επικοινωνία, μεγαλύτερη προσωποποίηση των ρόλων και αρνητικά συναισθήματα που πυροδοτούν νέα σύγκρουση.

¹³¹ Rahim A. (2002), "Toward a theory of managing organizational conflict", The International Journal of Organizational Analysis, Vol. 10, No. 4, pp. 302-326.

¹³² Milton, C., (1981). Human Behavior in organization. Three levels of behavior. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J. 07632.

- ♦ Στην περίπτωση lose-lose, και οι δύο πλευρές ενδέχεται να αισθανθούν ότι έχασαν περισσότερα από ότι κέρδισαν με αποτέλεσμα να νιώσουν ένα αίσθημα ήττας συνοδευόμενο από χαμηλά επίπεδα δέσμευσης ως προς την πραγματοποίηση της συμφωνηθείσας λύσης¹³³. Σε αυτή την περίπτωση αν προτεινόμενη λύση δεν εξαλειφθεί η αιτία της σύγκρουσης, το ίδιο σενάριο θα επαναληφθεί αργά ή γρήγορα με σκληρότερες διαπραγματεύσεις.
- ♦ Στην περίπτωση win-win παρατηρείται αύξηση των επιπέδων συνεργασίας και εμπιστοσύνης ανάμεσα στις δύο ομάδες, αποπροσωποποίηση των θεμάτων, βελτίωση της επικοινωνίας και υψηλό επίπεδο δέσμευσης στην εκπλήρωση των συμφωνηθέντων λύσεων.

Πίνακας 2

Οι τύποι σύγκρουσης ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των πόρων και τα συμφέροντα των δύο πλευρών
(πηγή: Filley, 1975)

| | Όμοια συμφέροντα | Διαφορετικά συμφέροντα |
|------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Ελάχιστοι πόροι | Ανταγωνισμός | Διάσπαση |
| Άφθονοι πόροι | Συνεργασία | Διαφωνία / Φιλονικία |

5.6 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ

Μια σύγκρουση μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους και συνοδεύεται από ενδείξεις, άλλοτε προφανείς και άλλοτε συγκαλυμμένες. Μια προσεκτική παρατήρηση της συμπεριφοράς των υφισταμένων αλλά και μια αυτοαξιολόγηση μπορεί να δείξει σε ένα έμπειρο διευθυντή πότε επίκειται σύγκρουση και ποιους αφορά. Ενδείξεις σύγκρουσης αποτελούν: NSBA

- Η γλώσσα του σώματος.
- Η ανοιχτές διαφωνίες και οι συνεχείς διαφωνίες ανεξαρτήτως θέματος.
- Οι δυσάρεστες εκπλήξεις, η απόκρυψη άσχημων νέων, οι βαρύγδουπες δημόσιες δηλώσεις, η κοινοποίηση διαφωνιών μέσω MME.
- Οι διενέξεις σε θέματα αξιών και η έλλειψη σεβασμού.

¹³³ Burke, R.J. (1971), Methods of resolving superior- subordinate conflict: The constructive use of subordinate differences an disagreements, Organizational behavior and Human performance 5, στο Filley, A.C., "Interpersonal conflict resolution", 1975.

- Η επιθυμία εξουσίας.
- Η έλλειψη ξεκάθαρων στόχων ή η αποτυχία εκπλήρωσης των στόχων.
- Η έλλειψη συζήτησης της προόδου.
- Η έλλειψη δικαιοσύνης από το διευθυντή.

Εάν ο διευθυντής θεωρήσει ότι μέσω της επικείμενης σύγκρουσης θα προκύψει κάτι θετικό για τον οργανισμό, μπορεί να την αφήσει να εκδηλωθεί ομαλά. Εάν όμως θεωρήσει ότι θα δημιουργήσει δυσλειτουργίες στη λειτουργία του οργανισμού, μπορεί με δράσει παρεμβατικά και να αποτρέψει την κορύφωσή της.

5.7 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Οι συγκρούσεις, ανάλογα με τα αίτια που τις προκαλούν και τον τρόπο διαχείρισής τους μπορεί να έχουν θετικές και αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε προσωπικό, όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο. Με βάση τα όσα αναφέρουν οι Filley, Jehn, Tjosvold D. & Tjosvold M. και Παπασταμάτης παρουσιάζονται παρακάτω οι θετικές και αρνητικές συνέπειες των συγκρούσεων στους οργανισμούς.^{134, 135, 136, 137}

5.7.1 ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

- **Η διάχυση και εξασθένιση μιας πιο σοβαρής διαμάχης.** Η επίλυση μιας σύγκρουσης σε αρχικό στάδιο με αποδεκτές και τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργεί σαν προληπτικό μέτρο καθώς τα προβλήματα έρχονται στη επιφάνεια και αντιμετωπίζονται εγκαίρως προτού προλάβουν να πάρουν μεγάλες διαστάσεις. Μέσω της έγκαιρης αντιμετώπισης και συζήτησης αμβλύνονται οι εντάσεις και τα άγχη και αναπτύσσεται κλίμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης.
- **Η αναζήτηση νέων μεθόδων δράσης και βέλτιστων λύσεων.** Όταν σε ένα σύστημα οι ενέργειες είναι μηχανικές και όλοι συμφωνούν, υπάρχει μικρή πιθανότητα για

¹³⁴ Filley A. (1975), Interpersonal conflict resolution, Scott-Foresman and Company.

¹³⁵ Jehn K. (1995), A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict, Administrative Science Quarterly, Vol. 10, No. 2, σελ. 256-282.

¹³⁶ Tjosvold D. & Tjosvold M. (1995), Psychology for leaders: Using motivation, conflict, and power to manage more effectively, The Portable MBA Series.

¹³⁷ Παπασταμάτης Α. (2005), Λύση προβλημάτων, λήψη αποφάσεων και διευθέτηση συγκρούσεων.

δημιουργικότητα ή αλλαγή. Χωρίς την παρουσία διαφωνιών οι ομάδες οδηγούνται συχνά σε επιφανειακές θεωρήσεις και σε αναποτελεσματικές πρακτικές. Όταν όμως δύο ομάδες διαφωνούν, ο επερχόμενος ανταγωνισμός λειτουργεί σαν πρόκληση για τα μέλη των ομάδων και αυξάνεται τη δημιουργικότητα. Οι διαφωνίες συνήθως υποδεικνύουν την ανάγκη χάραξης νέων κατευθύνσεων και όταν δεν εξυπηρετούν ιδιοτελείς σκοπούς λειτουργούν ως αντίδοτο στους κινδύνους που δημιουργούν οι εύκολες ομοφωνίες. Μέσω της συζήτησης για την επίλυση της διαφωνίας μπορεί να προκύψει μια κοινά αποδεκτή λύση πιο σωστή και πιο δημιουργική που να ικανοποιεί όλες τις πλευρές.

- **Η αύξηση στη συνοχή και στην επίδοση εντός της ομάδας (στην περίπτωση διατμηματικού ανταγωνισμού).** Κατά τη διάρκεια μιας διατμηματικής σύγκρουσης τα μέλη κάθε ομάδας συνασπίζονται και ενώνουν τις προσπάθειές τους. Τα επίπεδα συνεργασίας και απόδοσης αυξάνονται και παρατηρείται αφοσίωση, προσήλωση στο στόχο, ανοχή ακόμη και σε ενδεχόμενο αυταρχισμό του ηγέτη της ομάδας. Μετά την έκβαση της σύγκρουσης τόσο η ομάδα που νίκησε όσο και αυτή που έχασε στη σύγκρουση έχουν συνέπειες. Στην πρώτη περίπτωση, αυξάνεται το κύρος του ηγέτη, μειώνεται η ένταση μεταξύ της ομάδας, η διάθεση αποφυγής του προβλήματος και τα ανταγωνιστικά συναισθήματα. Η ομάδα που έχει κερδίσει όμως επαναπαύεται σε αντίθεση με την ομάδα που έχασε, η οποία εφόσον αναγνωρίσει συνολικά την ευθύνη για την ατυχή έκβαση, συνασπίζεται και προετοιμάζεται για την επόμενη διένεξη. Για τη χαμένη ομάδα της σύγκρουσης επίσης, μειώνεται το κύρος του ηγέτη της ομάδας, ο οποίος ταυτόχρονα μπορεί ακόμη και να κατηγορηθεί για την έκβαση της σύγκρουσης, αυξάνεται ο βαθμός έντασης, η διάθεση αποφυγής του προβλήματος και τα ανταγωνιστικά συναισθήματα
- **Η εκτίμηση των σχετικών δυνάμεων ή ικανοτήτων των ομάδων.** Αν και δεν είναι ακριβώς μετρήσιμη, η σχετική δύναμη ανάμεσα σε δύο πλευρές μπορεί να ανιχνευθεί μέσα από τη διαδικασία διαχείρισης της σύγκρουσης. Η χρήση εξουσίας δείχνει ότι υπάρχει σαφής υπεροχή δυνάμεων της μίας πλευράς έναντι της άλλης, ενώ η συνεργασία απαιτεί ισοτιμία δυνάμεων. Επίσης, μέσω της σύγκρουσης οι εργαζόμενοι μπορούν να εντοπίσουν ποια θέματα είναι σημαντικά για τους συναδέλφους και αντιπάλους τους.
- **Η βελτίωση της ποιότητας ιδεών και λύσεων και η πραγματοποίηση αλλαγών.** Η σύγκρουση ανάμεσα σε ομάδες ενός οργανισμού βελτιώνει την ποιότητα των αποφάσεων, το στρατηγικό σχεδιασμό, την απόδοση και την οργανωσιακή ανάπτυξη. Μέσω αυτής προσδιορίζονται νέα θέματα προς επίλυση και δημιουργούνται κίνητρα διερεύνησής τους. Η σύγκρουση μπορεί να προσφέρει περισσότερο αυθορμητισμό στη συζήτηση, να αυξήσει τα ποσοστά συμμετοχής των μελών του οργανισμού και με αυτό τον τρόπο να προσφέρει πιο ποιοτικές λύσεις στα προβλήματα. Εάν δε χρησιμοποιηθεί η συνεργασία για την επίλυση

του προβλήματος θα επέλθει η συμφωνία, η ενότητα και η δικαιοσύνη και η σύγκρουση θα πάψει να θεωρείται πρόβλημα, αλλά μια διαδικασία που οδηγεί στην εύρεση βέλτιστης λύσης.

- **Η ενίσχυση της αυτο-αντίληψης και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων.** Η αντιμετώπιση των γεγονότων και η έκφραση των συναισθημάτων ενισχύει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση και επιφέρει μια αίσθηση ικανοποίησης μετά τη διαχείριση μιας δύσκολης κατάστασης. Έτσι, όταν η σύγκρουση επιλύεται δημιουργικά αυξάνεται το ενεργειακό επίπεδο της ομάδας¹³⁸ και βελτιώνονται οι διαπροσωπικές σχέσεις.

5.7.2 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

- **Δυσπιστία και διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων.** Πολλές φορές τα μέλη των αντιπαρατιθέμενων ομάδων χρησιμοποιούν αυτοεξυπηρετούμενες και διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για τα κίνητρα των άλλων με αποτέλεσμα να μειώνεται η ποιότητα της επικοινωνίας και η ενεργητική ακρόαση να αντικαθίσταται από αρνητικά στερεότυπα που δημιουργούν παράσιτα στον διάυλο επικοινωνίας. Η «γλώσσα» της σύγκρουσης πολλές φορές χαρακτηρίζεται από προσωπικές απειλές, επικρίσεις, βίαια ξεσπάσματα, εχθρότητα και ανταγωνιστική διάθεση. Η παραπάνω στάση προκαλεί δυσπιστία και καχυποψία στις αντικρουόμενες ομάδες, κατάσταση η οποία δυσκολεύει τη διαμόρφωση θετικού κλίματος .
- **Πτώση του ηθικού.** Για την ομάδα που βγαίνει χαμένη από τη σύγκρουση η αίσθηση ήττας προκαλεί πτώση του ηθικού και σε ακραίες περιπτώσεις ψυχολογικά τραύματα.
- **Αύξηση του εργασιακού στρες.** Οι συγκρούσεις μπορεί να προκαλέσουν αδιαφορία, αίσθηση κατωτερότητας , άγχος, ανασφάλεια, συχνές απουσίες, παράπονα, αιτήσεις μετάθεσης/απόσπασης/ μετάταξης (όπου αυτό είναι εφικτό), εχθρότητα και σε ακραίες περιπτώσεις επιθετικότητα. Όλα τα παραπάνω υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα εργασιακού στρες το οποίο πλήττει τη δημιουργικότητα και προκαλεί πτώση της απόδοσης.
 - **Μείωση της παραγωγικότητας.** Σε κάποιες περιπτώσεις η σύγκρουση απομυζά όλες τις δυνάμεις των εμπλεκόμενων μελών, γίνεται εμμονή και εκτρέπει τη δημιουργικότητα από το κύριο έργο. Δημιουργείται αντιπαλότητα μεταξύ ατόμων και ομάδων, εντείνονται οι διαφορές και αναπτύσσεται αντίδραση από τα συγκρουόμενα μέρη σε οποιαδήποτε πρωτοβουλία ή δραστηριότητα εις βάρος της παραγωγικότητας και της σωστής λειτουργίας της οργάνωσης.

¹³⁸ Scholtes P., Joiner B. & Streibel B. (1996), The team handbook. Second edition, Oriell incorporated.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούν οι δύο αντίπαλες πλευρές για να αντιμετωπίσουν τις συγκρούσεις περιλαμβάνονται στη διαχείριση των συγκρούσεων. Οι τεχνικές αυτές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη περίπτωση και οι δύο κερδίζουν (win-win), στη δεύτερη και οι δύο χάνουν (lose-lose), και τέλος ο ένας χάνει και ο άλλος κερδίζει (win-lose). Σε κάθε περίπτωση αναμφίβολος στόχος είναι η πρώτη τεχνική, αν και λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των εμπλεκόμενων καθώς και των συνθηκών που υπάρχουν δεν είναι πάντα εφικτό. Η σωστή διαχείριση της σύγκρουσης επιτρέπει το μετασχηματισμό μιας φαινομενικά αρνητικής και δύσκολης κατάστασης σε ευκαιρία για μάθηση, βελτίωση και κοινό όφελος. Ο ρόλος της ηγεσίας είναι πολύ σημαντικός στη διαδικασία και η θέση που επιλέγει να τηρήσει σε μια σύγκρουση. Είναι πολύ σημαντικό η ηγεσία της μονάδας υγείας να κατανοεί τις θετικές επιπτώσεις της σύγκρουσης, να γνωρίζει τις τεχνικές διαχείρισης σύγκρουσης αλλά και να μπορεί να δράσει σαν μεσολαβητής ή διαιτητής σε περίπτωση που η επίλυση της σύγκρουσης από τα άμεσα εμπλεκόμενους είναι ανέφικτη.

6.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Η **διαχείριση ή ο χειρισμός της σύγκρουσης** είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα επιλέγει να δράσει μετά την εκδήλωση μιας σύγκρουσης. Πρωτίστως πρέπει να αναφερθεί η διαφορά ανάμεσα στην επίλυση συγκρούσεων (conflict resolution) και στη διαχείριση συγκρούσεων (conflict management) (Rahim, 2002). Η επίλυση συγκρούσεων έχει σαν στόχο την ελαχιστοποίηση ή τερματισμό της σύγκρουσης εντός του υπάρχοντος συστήματος (micro-level) ενώ στη διαχείριση συγκρούσεων στόχος είναι ο σχεδιασμός αποτελεσματικών στρατηγικών για τη μείωση των δυσλειτουργιών και την ενίσχυση των θετικών επιδράσεων μιας σύγκρουσης και κατά συνέπεια να αυξηθεί τόσο η μάθηση όσο και η αποτελεσματικότητα του οργανισμού (οργανισμός που μαθαίνει). Η διαχείριση συγκρούσεων επιτρέπει την αμφισβήτηση παρωχημένων διαδικασιών και την αντικατάστασή τους από νέες διαδικασίες που επιτρέπουν την προώθηση της δημιουργικότητας και την αντιμετώπιση προβλημάτων (Blake & Mouton, 1970). Με αυτό τον τρόπο καθίσταται εφικτή η εύρεση νέων τρόπων για την

επίτευξη των προσωπικών και οργανωσιακών στόχων.

Η διαχείριση οργανωσιακής σύγκρουσης περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες διάγνωσης και μεσολάβησης στη σύγκρουση (Rahim, 2002). Η σωστή διάγνωση συμπεριλαμβάνει τη μέτρηση της ποσότητας της σύγκρουσης με τη βοήθεια δεικτών, τον εντοπισμό των πηγών της σύγκρουσης, των στιλ διαχείρισης διαπροσωπικής σύγκρουσης, των διαδικασιών μάθησης και της αποτελεσματικότητας αυτών. Η μεσολάβηση μπορεί να είναι α) διαδικαστική (process), αλλάζοντας την αναλογία συναισθηματικής και λειτουργικής σύγκρουσης και επιτρέποντας τα μέλη να μάθουν να χειρίζονται τα διαφορετικά στιλ αντιμετώπισης σύγκρουσης, ή β) δομική (structural), διατηρώντας ένα μέτριο βαθμό λειτουργικής σύγκρουσης για μη συνήθη καθήκοντα και μειώνοντας την πιθανότητα εμφάνισης συναισθηματικής σύγκρουσης τροποποιώντας τις πηγές αυτής της σύγκρουσης.

6.3 ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΝΔΟΤΜΗΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Θα ξεκινήσουμε αναφέροντας τις αρχές διαχείρισης ενδοτμηματικών συγκρούσεων, των συγκρούσεων δηλαδή που προκύπτουν όταν τα μέλη μιας ομάδας ή ενός τμήματος μιας επιχείρησης διαφωνούν μεταξύ τους με αντικείμενο τους στόχους, τα καθήκοντα, τις διαδικασίες κ.λπ.. Όταν σε έναν οργανισμό λοιπόν εκδηλώνονται συχνά ενδοτμηματικές συγκρούσεις, τότε σύμφωνα με τους¹³⁹, η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισής τους ξεκινά από την πρόληψη και περιλαμβάνει τα εξής:

- **Πρόληψη και αποτροπή των προβλημάτων στο βαθμό που είναι δυνατό.**
- **Αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος σαν ομαδικό πρόβλημα.**
- **Αποφυγή τόσο της υπερβολικής, όσο και της υποτονικής αντίδρασης, όταν ένα μέλος της ομάδας εκδηλώνει επανειλημμένως συμπεριφορά η οποία δημιουργεί προβλήματα στη συνοχή της ομάδας, ο διευθυντής πρέπει να επέμβει. Οι πιθανές αντιδράσεις του διευθυντή είναι:**
 - Αδράνεια / αποφυγή (καθόλου μεσολάβηση)
 - Κατ' ιδίαν συζήτηση (ελάχιστη μεσολάβηση)
 - Απρόσωπη αναφορά του προβλήματος στην ομάδα (μεσολάβηση χαμηλού επιπέδου)
 - Κατ' ιδίαν αντιμετώπιση (μεσολάβηση μεσαίου επιπέδου)
 - Ομαδική αντιμετώπιση με ονομαστική αναφορά του ατόμου που

¹³⁹ Scholtes P., Joiner B. & Streibel B. (1996), The team handbook. Second edition, Oriel incorporated.

δημιουργεί το πρόβλημα στην ομάδα (μεσολάβηση υψηλού επιπέδου)

- ο Αποβολή από την ομάδα (ακραία μεσολάβηση)

6.4 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Όταν μια σύγκρουση έχει γίνει πλέον φανερή για τα εμπλεκόμενα μέλη, πρέπει οι δύο πλευρές να επιλέξουν ποια στάση θα κρατήσουν και ποια μέθοδο διαχείρισης σύγκρουσης θα επιλέξουν. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης της σύγκρουσης μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις γενικές κατηγορίες ανάλογα με τα αποτελέσματα¹⁴⁰:

- μέθοδοι όπου η μια ομάδα κερδίζει και η άλλη χάνει (win-lose),
- μέθοδοι όπου και οι δύο ομάδες χάνουν σε κάποια θέματα αλλά κερδίζουν σε άλλα (lose-lose) και
- μέθοδοι όπου και οι δύο ομάδες κερδίζουν (win-win).

Φυσικά η τρίτη περίπτωση αποτελεί τη βέλτιστη λύση, αναφέρεται στην βιβλιογραφία σαν επίλυση προβλημάτων (consensus ή integrative decision making (IDM) και επέρχεται όταν και οι δύο πλευρές εν γνώσει τους προσπαθούν να πετύχουν τους στόχους όλων με αλληλο-υποστηρικτικές, εντατικές και μεθοδικές προσπάθειες σε ένα περιβάλλον που υποστηρίζει τη συνεργασία με δομημένες διαδικασίες.

Αναλυτικότερα, οι πιο συνήθεις τεχνικές διαχείρισης σύγκρουσης είναι:

6.5 ΤΕΧΝΙΚΕΣ WIN-LOSE

Οι τεχνικές win-lose χρησιμοποιούνται όταν υπάρχει ανισότητα δύναμης. Τυπικά παραδείγματα είναι:

- Η **κυριαρχία** (χρήση της εξουσίας), η πιο χαρακτηριστική περίπτωση σε τεχνικές win-lose, στην οποία η πιο δυναμική πλευρά επιβάλλεται της αδύναμης μέσω άσκησης εξουσίας (, 2002). Η εξουσία προσδιορίζεται ως η σχετική ικανότητα κάποιου να τροποποιεί την κατάσταση των άλλων παρέχοντας ή παρακρατώντας πόρους ή αποδίδοντας τιμωρίες¹⁴¹. Οι French & Raven¹⁴² (1959)

¹⁴⁰ Milton, C. (1981). Human Behavior in organization. Three levels of Behavior. Prentice-Hall.

¹⁴¹ Keltner, D., Gruenfeld, D.H. & Anderson, C. (2003), Power, approach and inhibition, Psychological Review, Vol.110, pp.265-284, στο “The influence of organizational power on conflict dynamics”, de Rouver, R., 2006.

¹⁴² French, J.R.P., Jr & Raven, B.H. (1959), The bases of social power, στο Johnson P.E. & Scollay S.J., “School based, decision-making councils”, 2001.

προσδιόρισαν πέντε πηγές από τις οποίες αντλείται εξουσία οι οποίες κατατάσσονται σε δύο ομάδες:

ο **Εξουσία θέσης**

- **Νόμιμη εξουσία (legitimate)**. Είναι απρόσωπη και δεν εκφράζει την υπακοή προς ορισμένο άτομο, αλλά προς το νόμιμο κάτοχο μιας νόμιμα συνεστημένης θέσης.
- **Εξαναγκαστική δύναμη (coercive)**. Είναι η εξουσία που πηγάζει από τον έλεγχο του ηγέτη στην τιμωρία (π.χ. απειλή απόλυσης σε περίπτωση διαφωνίας).
- **Δύναμη ανταμοιβής (reward)**. Είναι η εξουσία που πηγάζει από τον έλεγχο του ηγέτη στην ανταμοιβή.

ο **Προσωπική εξουσία (χαρισματική εξουσία)**

- **Δύναμη του ειδικού (expert)**. Είναι η εξουσία που πηγάζει από τις ιδιαίτερες γνώσεις, επιδεξιότητες και την πείρα του ηγέτη.
- **Δύναμη αναφοράς (referent)**. Είναι η εξουσία που πηγάζει από την επιθυμία του υφισταμένου να ταυτισθεί με τον ηγέτη.

Ο Yukl¹⁴³(1994) αναφέρει ότι η χρήση εξαναγκασμού πιθανότατα να επιφέρει αντίσταση ενώ η χρήση των τεσσάρων άλλων μεθόδων μπορεί να επιφέρει δέσμευση ή συμμόρφωση. Ο Rahim¹⁴⁴ (1989) *θεωρεί/καταγράφει* ότι η χρήση νόμιμης εξουσίας, δύναμης ειδικού και αναφοράς σχετίζεται θετικά με τη συμμόρφωση των υφισταμένων σε αντίθεση με τη δύναμη ανταμοιβής, η οποία μαζί με τη χρήση εξαναγκασμού οδηγούν σε αντίσταση, μια μορφή σύγκρουσης. Μόνο η δύναμη αναφοράς και ειδικού βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση και την υψηλή απόδοση των υφισταμένων.

Η κυριαρχία είναι η ταχύτερη και ευκολότερη τεχνική διευθέτησης των προστριβών και επιβάλλεται σε περιπτώσεις που ο χρόνος λήψης αποφάσεων είναι πολύ περιορισμένος. Εντούτοις, πρέπει να αποφεύγεται, γιατί συνήθως μακροπρόθεσμα δεν κρίνεται επιτυχής¹⁴⁵ (, 1995) καθώς:

- η διευθέτηση αυτή οδηγεί σε κερδισμένους και χαμένους με συνέπεια τη μείωση της συνοχής της ομάδας,

¹⁴³ Yukl, G.A., (1994), Leadership in organizations, 3rd Ed., Prentice-hall, Englewood Cliffs, NJ.

¹⁴⁴ Rahim, M.A., (1989), Relationships of leader power to compliance and satisfaction with supervisors: evidence from a national sample of managers, Journal of Management, Vol.15 No.4, pp.545-556.

¹⁴⁵ Robbins, S.P. (1995). Organizational behavior, New Delhi: Prentice-Hall.

- μπορεί να καταλήξει σε αμφισβήτηση της ηγεσίας (, 2005) και
 - η επιβολή της λύσης ενός προβλήματος πιθανόν να αποτελέσει την αιτία δημιουργίας κάποιου άλλου.
- Η **απόφαση της πλειοψηφίας**. Στην περίπτωση αυτή η τελική έκβαση καθορίζεται από την απόφαση της πλειοψηφίας μετά από ψηφοφορία. Ταυτόχρονα όμως δημιουργείται μια ομάδα μειοψηφίας η οποία σε περίπτωση που χάνει διαρκώς σε ανάλογες ψηφοφορίες, τα μέλη τους μπορεί να θεωρήσουν τις απώλειες ως προσωπική ήττα με ό,τι συνεπάγεται αυτό στη συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων.

6.6 ΤΕΧΝΙΚΕΣ LOSE-LOSE

Στις τεχνικές lose–lose καμία πλευρά δεν επιτυγχάνει τους στόχους της ή επιτυγχάνει ένα μικρό ποσοστό αυτών. Τυπικές μέθοδοι είναι:

- Η **αποφυγή**. Ο τρόπος αυτός περιλαμβάνει την αναβολή επίλυσης του και αποτελεί ίσως την πιο φυσική αντίδραση στη σύγκρουση¹⁴⁶. Οι τεχνικές αποφυγής συμπεριλαμβάνουν την ενστικτώδη απόσυρση και αγνόηση της σύγκρουσης (αποφασίζω να μην αποφασίσω), τη φυσική απομάκρυνση των εμπλεκόμενων μελών (π.χ. μετάθεση σε άλλο τμήμα), την καταπίεση των συναισθημάτων ή των πεποιθήσεων, την εργασία με άτομα ίδιας νοοτροπίας και ίδιου τρόπου σκέψης (η οποία όμως επιφέρει μείωση της δημιουργικότητας), την εξομάλυνση¹⁴⁷. Η αποφυγή ενδείκνυται όταν η υφιστάμενη αντιπαράθεση δεν δημιουργεί άμεσα αρνητικές επιπτώσεις στην αποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού
- Η **καταστολή**. Η καταστολή είναι μια άλλη μορφή αποφυγής όπου και οι δύο πλευρές ούτε χάνουν, ούτε κερδίζουν. Με τη μέθοδο αυτή δύο πλευρές που πάντα διαφωνούν αλλά δεν μπορούν να αποφύγουν η μία την άλλη αποσιωπούν τις απόψεις και τα πραγματικά συναισθήματά τους όταν αλληλεπιδρούν και συνεργάζονται αναγκαστικά. Στην καλύτερη περίπτωση αποτελεί απλά μια βραχυπρόθεσμη λύση.
- Η **εξομάλυνση**. Με τη μέθοδο αυτή οι διαφορές μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα και η έμφαση δίνεται στα κοινά ενδιαφέροντα. Διαφέρει από την καταστολή στο ότι αποφεύγεται να επισημαίνονται οι διαφορές αλλά τονίζονται οι ομοιότητες οπότε οι σχέσεις εξομαλύνονται και δεν υπάρχει κλίμα πόλωσης. Είναι μια επιφανειακή και

¹⁴⁶ Milton, C. (1981). Human Behavior in organization. Three levels of Behavior. Prentice-Hall.

¹⁴⁷ Appelbaum, S., Abdallah, C. & Shapiro, B. (1999). The self-directed team. A conflict resolution analysis. Team Performance Management, σελ. 60-77.

βραχυπρόθεσμη λύση διότι οι μη διευθετημένες διαφορές κάποια στιγμή θα βγουν στο προσκήνιο και θα πυροδοτήσουν τη σύγκρουση¹⁴⁸.

- Ο **συμβιβασμός**. Σε αυτή την τεχνική οι δύο πλευρές διατηρούν τις διαφορές τους, υποχρεώνονται όμως σε μια μέση λύση, δηλαδή γίνονται αμοιβαίες υποχωρήσεις. Στο συμβιβασμό η κάθε πλευρά προσπαθεί να μεγιστοποιήσει τα οφέλη της και να ελαχιστοποιήσει τις παραχωρήσεις. Ο συμβιβασμός μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε απευθείας από τα ίδια τα άτομα, είτε με τη βοήθεια ενός διαμεσολαβητή. Σπάνια ο συμβιβασμός είναι ικανοποιητική μέθοδος, καθώς διαιωνίζει την ιδέα ότι υπάρχουν δύο πλευρές με αντικρουόμενα συμφέροντα και η προσοχή των ομάδων εστιάζεται στις διαφορές τους και όχι στο κοινό συμφέρον. Παρόλα αυτά, θεωρείται η καλύτερη επιλογή μετά τις τεχνικές win-win.

6.7 ΤΕΧΝΙΚΕΣ WIN-WIN:

Οι τεχνικές win-win εστιάζουν στο αποτέλεσμα και βασίζονται στη συνεργασία και την εμπιστοσύνη. Αυτές είναι:

- Η συναίνεση. Είναι μια ομαδική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει την εξεύρεση λύσης που εξυπηρετεί τα συμφέροντα του συνόλου και είναι αποδεκτή από όλους. Απαιτεί περισσότερο χρόνο από άλλες μεθόδους αλλά είναι καλύτερα κατανοητή, αποδεκτή και εφαρμόσιμη. Απαιτείται η ενεργός συμμετοχή όλων των ατόμων¹⁴⁹ για την εύρεση μη προκαθορισμένων λύσεων σε ένα περιβάλλον ελευθερίας του λόγου. Δεν προκαλεί πόλωση απόψεων και οι εμπλεκόμενοι:
 - εστιάζουν στην επίλυση του πραγματικού προβλήματος,
 - αναζητούν τη λύση στα γεγονότα,
 - αναγνωρίζουν τη χρησιμότητα της σύγκρουσης εφόσον αυτή δεν προκαλεί δυσλειτουργίες,
 - αποφεύγουν τη λήψη απόφασης με ψηφοφορία,
 - αποφεύγουν την αυτο-εξυπηρετούμενη συμπεριφορά όταν αυτή αποκλείει την ικανοποίηση των αναγκών του συνόλου¹⁵⁰.
- Η ολοκληρωμένη λήψη απόφασης (Integrative Decision Making). Είναι μια διαδικασία όπου κάθε φορά που υπάρχει διαφωνία ως προς τη λύση, γίνεται μια ανασκόπηση και

¹⁴⁸ Milton, C. (1981). Human Behavior in organization. Three levels of Behavior. Prentice-Hall.

¹⁴⁹ Robbins, S.P. (1995). Organizational behavior, New Delhi: Prentice-Hall.

¹⁵⁰ Milton, C. (1981). Human Behavior in organization. Three levels of Behavior. Prentice-Hall.

τροποποίηση των διαπροσωπικών σχέσεων, αντιλήψεων και στάσεων, επαναπροσδιορίζεται το πρόβλημα, αναζητούνται νέες λύσεις και τελικά επιτυγχάνεται συναίνεση. Με τη μέθοδο αυτή ικανοποιούνται όλες οι πλευρές και καμία ομάδα δεν θυσιάζει τίποτα. Η λήψη της απόφασης γίνεται μέσα από μια σειρά διαδοχικών και προκαθορισμένων βημάτων, εισάγονται αλλαγές και δημιουργούνται νέες συνθήκες που επιτρέπουν την ικανοποίηση των επιθυμιών όλων των πλευρών¹⁵¹. Είναι εξαιρετικά χρήσιμη σε περιπτώσεις όπου οι ομάδες διχάζονται σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης μιας κατάστασης και συνεργάζονται για την εξεύρεση λύσης.

- Η δημιουργία υψηλότερων στόχων. Στην περίπτωση αυτή θέτονται υψηλότεροι στόχοι, η επίτευξη των οποίων απαιτεί τη συνοχή και συνεργασία των αντιπαρατιθέμενων πλευρών. Οι ομάδες ενώνουν τις δυνάμεις τους για να πετύχουν το νέο-κοινό στόχο και αφήνουν τη διαμάχη στο παρασκήνιο. Απαραίτητη είναι η συμβολή του διευθυντή στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ των ομάδων. Μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι το ότι α) είναι συνήθως δύσκολο να δημιουργηθούν στόχοι οι οποίοι θα υπερβαίνουν τους προσωπικούς στόχους των δύο πλευρών, και β) συνήθως απουσιάζει η αμοιβαία εμπιστοσύνη η οποία κρίνεται απαραίτητη για τη συνεργασία.
- Η εξεύρεση πόρων. Όταν η αιτία της σύγκρουσης είναι οι περιορισμένοι πόροι, η εξεύρεση πόρων είναι η λύση που θα ικανοποιήσει και τις δύο πλευρές. Η χρήση της μεθόδου είναι περιορισμένη γιατί η εξεύρεση πόρων δεν είναι πάντα εφικτή.
- Η μεταβολή του ανθρώπινου παράγοντα. Η επιμόρφωση πάνω στις διαπροσωπικές δεξιότητες συμβάλει στη μεταβολή της ατομικής συμπεριφοράς. Σε επίπεδο ομάδας οι τεχνικές ενδυνάμωσης της ομάδας και η ανάλυση ρόλων συμβάλουν στη διευθέτηση κάποιων συγκρούσεων. Επίσης, η σαφής περιγραφή των αρμοδιοτήτων κάθε βαθμίδας της οργάνωσης και η δημιουργία θέσεων συντονιστών μπορεί να επιλύσει προβλήματα και να βοηθήσει στη διευθέτηση των συγκρούσεων. Οι τεχνικές αυτές μπορεί να θεωρούνται μακροπρόθεσμες και δαπανηρές, τα αποτελέσματα όμως ανταμείβουν όλα τα εμπλεκόμενα μέρη.
- Οι αλλαγές στη δομή του οργανισμού. Ο φυσικός διαχωρισμός των αντιμαχόμενων πλευρών ούτως ώστε η μια πλευρά να μην έρχεται σε επαφή με την άλλη μπορεί σε έντονες συγκρούσεις να βοηθήσει στην εκτόνωση της κατάστασης. Επίσης η ανταλλαγή αντικειμένου εργασίας (job rotation) βοηθά στην επίλυση συγκρούσεων που οφείλονται σε

¹⁵¹ Robbins, S.P. (1995). Organizational behavior, New Delhi: Prentice-Hall.

έλλειψη κατανόησης και πληροφοριών.¹⁵²

Τα άτομα που χρησιμοποιούν τεχνικές win-win έχουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: πιστεύουν ότι όλοι έχουν ίση αξία και ότι οι διαφορές απόψεων είναι χρήσιμες, επιθυμούν την εύρεση μιας κοινά αποδεκτής λύσης, πιστεύουν στη συνεργασία και όχι στον ανταγωνισμό, βασίζονται στην αξιοπιστία των άλλων και γνωρίζουν ότι ενώ η άλλη πλευρά μπορεί να δράσει ανταγωνιστικά, επιλέγει τη συνεργασία.

6.8 ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΜΕ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΡΙΤΩΝ

Μερικές φορές τα συγκρουόμενα μέλη δεν μπορούν να φτάσουν σε κοινά αποδεκτή επίλυση της σύγκρουσης και καλούν ένα τρίτο πρόσωπο που διαθέτει γνώσεις, κύρος, αντικειμενικότητα και πειθώ (π.χ. στέλεχος του οργανισμού) να φέρει σε διαβούλευση τις αντίθετες πλευρές με σκοπό να επιτευχθεί επικοινωνία, να εξαλειφθούν οι παρεξηγήσεις, να εξετασθούν τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα κάθε άποψης και να εντοπιστούν οι δυνατότητες ικανοποίησης των αναγκών τους. Ο De Bono¹⁵³ αναφέρει χαρακτηριστικά: «οι αντίδικοι είναι τα χειρότερα άτομα για να λύσουν τη δική τους διαμάχη». Αυτό είναι αλήθεια στις περιπτώσεις όπου η σύγκρουση έχει εξαφανίσει κάθε είδος εμπιστοσύνης και οι διαπροσωπικές σχέσεις των εμπλεκομένων είναι οι χειρότερες δυνατές λόγω των προσωπικών διακυβευμάτων. Σε αυτή λοιπόν την περίπτωση, οι τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι εξής:

- Διαπραγμάτευση. Η διαπραγμάτευση πραγματοποιείται όταν κρίνεται απαραίτητη η παρέμβαση της διοίκησης για την επίλυση της σύγκρουσης¹⁵⁴ και ευνοείται σε οργανισμούς με οριζόντια ιεραρχική δομή και στενές διαπροσωπικές σχέσεις¹⁵⁵. Οι Fisher & Ury¹⁵⁶ (1981) έθεσαν τις εξής τέσσερις βασικές αρχές για την επίτευξη διαπραγμάτευσης με βάση τα ενδιαφέροντα (Interest Based Negotiation, IBN): α) διαχωρισμός των ανθρώπων από το πρόβλημα, β) έμφαση στα ενδιαφέροντα των δύο πλευρών και όχι στις

¹⁵² Milton, C. (1981). Human Behavior in organization. Three levels of Behavior. Prentice-Hall.

¹⁵³ De Bono, Edward, (1986), Conflicts – A better way to resolve them, Penguin, London, στο Bagshaw, M., “Conflict management and mediation: key leadership skills for the millennium”, 1998.

¹⁵⁴ Masters, M. & Albright, R. (2002). The complete guide to Conflict Resolution in the Workplace. N.Y.: Amacom.

¹⁵⁵ Bendersky, C. (2002). Conflict and Control: A Theoretical Model of the Mechanisms Through Which Organizational Forms Affect Routine Conflict Behaviors.

¹⁵⁶ Fisher, R. & Ury, W. (1981), Getting to Yes, New York: Penguin Books, στο Masters M.F. & Albright R.R., “Conflict resolution in the workplace”, 2002.

θέσεις αυτών, γ) εξέταση όλων των πιθανών και δυνατών λύσεων πριν τη λήψη της απόφασης, δ) δημιουργία αντικειμενικών κριτηρίων βάσει των οποίων θα κριθεί το αποτέλεσμα. Η τεχνική IBN αποτελεί σημαντικό μηχανισμό με τον οποίο οι οργανισμοί μπορούν να αντεπεξέλθουν στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, να εκμεταλλευτούν την πολυμορφία απόψεων, να καινοτομήσουν και να λάβουν αποφάσεις υψηλού επιπέδου. Μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες win-lose τεχνικές είναι σε πολλές περιπτώσεις πιο αποτελεσματική από την αποφυγή ή από την χρήση εξουσίας¹⁵⁷.

- Διευκόλυνση. Περιλαμβάνει τη χρήση τεχνικών διαδικασιών που βελτιώνουν τη ροή των πληροφοριών σε μια προγραμματισμένη συνάντηση ανάμεσα στα άτομα που βρίσκονται σε διένεξη¹⁵⁸. Μοιάζει με τη διαπραγμάτευση αλλά στην ουσία υποκινεί, δίνει μια ώθηση στη διαδικασία για να ξεπεραστούν τα προβλήματα. Ο διευκολυντής¹⁵⁹ (facilitator) συνεργάζεται με όλους τους εμπλεκόμενους και δίνει διαδικαστικές οδηγίες για να γίνει η συνεργασία πιο αποδοτική και να επιτευχθεί η τελική συμφωνία. Μπορεί να είναι μέλος της μιας ομάδας ή ένας εξωτερικός σύμβουλος, εστιάζει στη διαδικασία και παραμένει αμερόληπτος στα υπό συζήτηση θέματα. Η διευκόλυνση προτείνεται στις παρακάτω περιπτώσεις: α) όταν υπάρχει δυσκολία επικοινωνίας και κατανόησης ανάμεσα στις δύο ομάδες, β) όταν δεν υπάρχει μεγάλη συναισθηματική ένταση ή / και πόλωση, γ) όταν υπάρχουν κοινά ενδιαφέροντα και εμπιστοσύνη και η επίλυση αναμένεται να αποφέρει αμοιβαίο κέρδος, και δ) όταν χρειάζεται να διερευνηθούν τα ενδιαφέροντα, οι εναλλακτικές και οι πιθανές λύσεις.
- Διαμεσολάβηση. Είναι η παρέμβαση ενός ουδέτερου και αμερόληπτου τρίτου μέρους, στόχος του οποίου είναι να βοηθήσει τις συγκρουόμενες πλευρές να βρουν μια κοινά αποδεκτή λύση¹⁶⁰. Η διαμεσολάβηση ενισχύει την αίσθηση δικαιοσύνης όσον αφορά στα αποτελέσματα και επιτρέπει στις αντίθετες πλευρές να αισθανθούν ότι έχουν τον έλεγχο της διαδικασίας. Η επιτυχία της μεθόδου αυτής εξαρτάται από το είδος του προβλήματος

¹⁵⁷ Bendersky, C. (2002). Conflict and Control: A Theoretical Model of the Mechanisms Through Which Organizational Forms Affect Routine Conflict Behaviors.

¹⁵⁸ Masters, M. & Albright, R. (2002). The complete guide to Conflict Resolution in the Workplace. N.Y.: Amacom.

¹⁵⁹ U.S. Office of Personnel Management, Office of Workforce Relations (1999), Alternative Dispute Resolution: A resource Guide, Washington, DC: OPM, στο Masters M.F. & Albright R.R., “Conflict resolution in the workplace”, 2002.

¹⁶⁰ Masters, M. & Albright, R. (2002). The complete guide to Conflict Resolution in the Workplace. N.Y.: Amacom.

και την προσωπικότητα των αντιπαρατιθέμενων πλευρών. Βέβαια και ο ρόλος του μεσολαβητή έχει κάποιες ιδιαίτερες απαιτήσεις, οπότε όταν κάποιος αποφασίσει να εμπλακεί σε διαδικασία μεσολάβησης, θα πρέπει να αναρωτηθεί¹⁶¹: α) έχει την εξουσία να δράσει σα μεσολαβητής; β) μπορεί να διατηρήσει την ψυχραιμία του; γ) πόσες πληροφορίες γνωρίζει για τα άτομα που είναι σε σύγκρουση; δ) υπάρχει μια επίσημη διαδικασία για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων; ε) υπάρχει η πιθανότητα βιαιοπραγίας; Για να είναι η διαμεσολάβηση αποτελεσματική κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία επίσημης διαδικασίας. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή θα λάβει χώρα πρέπει να δομηθεί σωστά και να τηρούνται όλες οι απαιτούμενες προϋποθέσεις, όπως¹⁶²: α) επιλογή ουδέτερου χώρου, β) ανεπίσημη μορφή, γ) παρουσία όλων των κατάλληλων και απαραίτητων μελών της ομάδας, δ) ρύθμιση και τήρηση κανόνων και πρακτικών, ε) τήρηση χρονοδιαγράμματος και στ') επίδειξη ενεργητικής ακρόασης και δεξιοτήτων ανατροφοδότησης καθ' όλη τη διαδικασία.

Στα πλαίσια της θεωρίας της συνεργατικής σύγκρουσης οι διαμεσολαβητές μπορούν να διαλέξουν ανάμεσα σε δύο στρατηγικές¹⁶³ :

α) να βοηθήσουν τις δύο πλευρές να διαμορφώσουν ένα συνεργατικό περιβάλλον κατανοώντας ότι οι στόχοι τους είναι σημαντικοί και θετικά συσχετισμένοι, και β) να δώσουν στις δύο πλευρές τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν σε στρατηγικές συνεργατικής διαπραγμάτευσης (εφόσον υπάρχει ο διαθέσιμος χρόνος και οι οικονομικοί πόροι). Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ο διαμεσολαβητής μπορεί α) να αποφασίσει υπέρ της μίας πλευράς και να δημιουργήσει μια κατάσταση win-lose, ή β) να ακολουθήσει μια “μέση οδό” ικανοποιώντας εν μέρη τις ανάγκες της κάθε ομάδας αλλά αφήνοντας και τις δύο δυσαρεστημένες¹⁶⁴.

- Διαιτησία. Περιλαμβάνει την παρουσίαση της διαμάχης σε ένα ουδέτερο και αμερόληπτο τρίτο μέρος για την έκδοση απόφασης¹⁶⁵. Αποτελεί την εναλλακτική λύση στις διαπραγματεύσεις. Μετά την αποφυγή, η ανάθεση επίλυσης της σύγκρουσης στα

¹⁶¹ Conflict management: Keep disagreements healthy and productive. (2003). Development and Learning in Organizations: An International Journal, σελ. 23-26.

¹⁶² Scholtes P., Joiner B. & Streibel B. (1996), The team handbook. Second edition, Oriel incorporated.

¹⁶³ Tjosvold D. & Tjosvold M. (1995), Psychology for leaders: Using motivation, conflict, and power to manage more effectively, The Portable MBA Series

¹⁶⁴ Milton, C. (1981). Human Behavior in organization. Three levels of Behavior. Prentice-Hall.

¹⁶⁵ Masters, M. & Albright, R. (2002). The complete guide to Conflict Resolution in the Workplace. N.Y.: Amacom.

υψηλότερα ιεραρχικά κλιμάκια αποτελεί ίσως τη δημοφιλέστερη μέθοδο διαχείρισης σύγκρουσης στους οργανισμούς¹⁶⁶. Σπάνια όμως οι διευθυντές είναι έτοιμοι για αποτελεσματική διαιτησία καθώς η έλλειψη χρόνου, οι προκαταλήψεις και η ελλιπής προετοιμασία για τη διαδικασία αποτελούν τροχοπέδη για τη σωστή έκβαση αυτής.

Στον πίνακα 5 φαίνονται τα χαρακτηριστικά των παραπάνω τεχνικών σε σχέση με α) τον έλεγχο του διευθυντή επί του αποτελέσματος, β) την εστίαση στο αποτέλεσμα, γ) την εστίαση στη διαδικασία, δ) την αποφυγή της σύγκρουσης, ε) την γρήγορη επίλυση.

Πίνακας 5

Τεχνικές Μεσολάβησης και αποτελέσματα

(Πηγή: US office of Personnel Management, 1999, Alternative Dispute Resolution: A resource Guide. Washington, DC: OPM, στο Masters & Albright, “Conflict resolution in the workplace”, 2002)

| Τεχνική μεσολάβησης | Έλεγχος του διευθυντή επί του αποτελέσματος | Εστίαση στο αποτέλεσμα | Εστίαση στη διαδικασία | Αποφυγή της σύγκρουσης | Γρήγορη επίλυση |
|---------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------|
| Διαπραγμάτευση | Υψηλός | Υψηλή | Υψηλή- Μέτρια | Υψηλή | Υψηλή |
| Διευκόλυνση | Υψηλός | Χαμηλή | Υψηλή | Υψηλή | Υψηλή |
| Διαμεσολάβηση | Υψηλός –Μέτριος | Υψηλή- Μέτρια | Υψηλή | Χαμηλή | Μέτρια |
| Διαιτησία | Χαμηλός | Υψηλή | Χαμηλή | Χαμηλή | Χαμηλή |

¹⁶⁶ Tjosvold D. & Tjosvold M. (1995), Psychology for leaders: Using motivation, conflict, and power to manage more effectively, The Portable MBA Series

6.9 ΑΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

- Επίλυση συγκρούσεων ένας προς ένα. Είναι η καθημερινή επίλυση των διενέξεων σε προσωπικό επίπεδο, χωρίς επίσημη εκπαίδευση σε ιδιαίτερες τεχνικές και χωρίς τη βοήθεια τρίτων. Αποτελεί την εναλλακτική λύση έναντι της αποφυγής, της αντιπαράθεσης και της διαμεσολάβησης. Η έρευνα¹⁶⁷ των McGrane & Wilson (2002) έδειξε ότι η εξάσκηση των υφισταμένων στη χρήση της ίδιας επίλυσης συγκρούσεων εξυπηρετεί στην αύξηση ελεύθερου χρόνου για τους διευθυντές, στην εμπειρική μάθηση για τους υφισταμένους και στη μείωση των πολλαπλών επιζήμιων επιδράσεων της εργασιακής σύγκρουσης. Σύμφωνα με την έρευνα, χρήση της μεθόδου χρησιμοποιείται περισσότερο για θέματα εργασίας, αξιών και συμπεριφοράς και λιγότερο για θέματα επικοινωνίας και έχει ως αποτέλεσμα τη συμφωνία και εφαρμογή της λύσης, την αναχαίτιση του προβλήματος, τη βελτίωση των σχέσεων και της ατμόσφαιρας, καθώς και προσωπικά αλλά και κοινά οφέλη. Οι απαιτούμενες δεξιότητες κατηγοριοποιήθηκαν σε 8 ομάδες¹⁶⁸ και οι σημαντικότερες ήταν: η πρωτοβουλία έναρξης της διαδικασίας, η ενεργητική ακρόαση, η αιτιολόγηση και επεξήγηση, η ανάκτηση πληροφοριών, η απολογία, ο αυτοέλεγχος, η ικανότητα συνολικής θεώρησης του θέματος, η ομαδικότητα, η σταθερότητα.
- Απορρόφηση της διαμαρτυρίας. Με τη μέθοδο αυτή η διοίκηση προσπαθεί να ελέγξει την αντίδραση μιας ομάδας εργαζομένων απορροφώντας τη¹⁶⁹. Οι πηγές της διαμαρτυρίας λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη και γίνονται οι απαραίτητες αλλαγές στον οργανισμό προτού η αντίδραση λάβει μεγάλες διαστάσεις και επεκταθεί και σε άλλες ομάδες και θέματα.

6.10 ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΤΡΕΙΣ ΤΥΠΟΥΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΥΝΑΛΛΑΓΩΝ

Στο κεφάλαιο 5 έγινε μια εισαγωγή στη θεωρία των διαπροσωπικών συναλλαγών (transactional analysis). Επειδή ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε άνθρωπος αλληλεπιδρά με τους συνανθρώπους

¹⁶⁷ McGrane F. & Wilson J. (2002), Problems are opportunities in working clothes: exploring the process of one-to-one dispute resolution in the workplace, Communication Program of the International Association of Conflict Management Conference. Park City.

¹⁶⁸ McGrane, F., Wilson, J. & Cammock, T. (2005), "Leading employees in one-to-one dispute resolution", Leadership and Organization Development Journal, Vol. 26, No. 4, pp. 263-279.

¹⁶⁹ Leavitt, H. J., & Pondy, L. R. (eds.) (1973), Readings in managerial Psychology, Chicago, The University of Chicago Press.

του είναι μείζονος σημασίας στη διαχείριση συγκρούσεων, θα προσπαθήσουμε να συνδέσουμε τη θεωρία αυτή με τις τεχνικές διαχείρισης συγκρούσεων και να εντοπίσουμε εάν υπάρχει σύνδεση των τριών καταστάσεων του «εγώ» που περιγράφηκαν με τις τρεις γενικές κατηγορίες τεχνικών διαχείρισης συγκρούσεων. Έτσι λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι α) οι στρατηγικές κυριαρχίας (win-lose) επιδεικνύονται από άτομα που έχουν συμπεριφορά τύπου «γονέα» (ο «γονέας» είναι κανονιστικός, θέλει να έχει τον έλεγχο, είναι επικριτικός στις δηλώσεις και τη συμπεριφορά και προκαλεί στους άλλους είτε συμπεριφορά γονέα (αντίσταση σε καθυπόταξη) ή συμπεριφορά παιδιού (υποταγή – εξάρτηση)), β) οι στρατηγικές υποχώρησης (lose-lose) θυμίζουν τη συμπεριφορά «παιδιού» και γ) η στρατηγική επίλυσης προβλημάτων (win-win) επιδεικνύεται από άτομα με συμπεριφορά «ενήλικα» (ο «ενήλικας» αντιμετωπίζει τα γεγονότα ως έχουν, δεν κυριαρχεί, δεν επιβάλλει αυταρχικούς κανόνες όπως ο «γονέας» και δεν ζει σε φανταστικό κόσμο όπως το «παιδί»).

Επιλέγοντας λοιπόν κάποιος το ρόλο του ενήλικα κάνει ένα βήμα προς τη συνεργασία και επιδεικνύει τη διάθεση να επιλύσει το πρόβλημα που προκάλεσε τη σύγκρουση αντιμετωπίζοντάς το περιγραφικά και εστιάζοντας την προσοχή του στην παροχή και λήψη πληροφοριών. Θεωρεί ότι δεν υπάρχει σωστό ή λάθος, καλό ή κακό, αλλά μια ανάγκη για αντικειμενική επίλυση των προβλημάτων. Εφόσον και η αντίπαλη πλευρά επιλέξει την ίδια ώριμη συμπεριφορά, τότε η σύγκρουση μπορεί να μετατραπεί σε μια εποικοδομητική διαδικασία που θα αποβεί σε όφελος όλου του οργανισμού.

7 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έχοντας αναλύσει τόσο τα αίτια, τους τρόπους εκδήλωσης αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισης των συγκρούσεων χρήσιμο ώστε να κατανοήσουμε τις συγκρούσεις στις Μονάδες Υγείας. Οι σχέσεις των ιατρών και των νοσηλευτών έρχονται σε ρήξη καθώς τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν πιθανώς να φέρουν σε αντιπαράθεση. Γνωρίζοντας τις τεχνικές αντιμετώπισης των συγκρούσεων τόσο οι προϊστάμενοι των τμημάτων όσο και οι διευθυντές των μονάδων υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν τις συγκρούσεις ώστε να είναι προς το όφελος της ομαλής λειτουργίας της Μονάδας Υγείας.

7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

Η ύπαρξη νοσηλευτών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης δημιουργεί έντονο ανταγωνισμό και συνήθως συγκρούσεις με κύριο στόχο το κύρος, την επαγγελματική ανέλιξη και την αμοιβή. Σύγκρουση συνήθως προκύπτει μεταξύ:

- Του νοσηλευτή και του νοσοκομείου ως εργοδότη: όπως αποδεικνύεται από τους νοσηλευτές που απεργούν και ειδικότερα κατά τη διάρκεια της κρίσης όπου τα προβλήματα έχουν αυξηθεί.
- Των νοσηλευτών και των γιατρών: εξαιτίας της μη αναγνώρισης των ιατρών για το ρόλο των νοσηλευτών και την επιθυμία που εκφράζουν οι νοσηλευτές για συναδελφική αλληλεγγύη. Επιπροσθέτως λόγω του υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών δημιουργούνται νέες αρμοδιότητες για τους νοσηλευτές.
- Νοσηλευτών και δικηγόρων: διότι οι νοσηλευτές διενεργούν ως ειδικοί μάρτυρες και αναλαμβάνουν συχνότερα ρόλο μάρτυρα υπεράσπισης σε δικαστικές αντιπαραθέσεις.
- Των νοσηλευτών και των ασθενών: για προβλήματα που δημιουργούνται κατά τη νοσηλεία.
- Των νοσηλευτών των οικογενειών των ασθενών .
- Των νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων.
- Των νοσηλευτών και του βοηθητικού προσωπικού.

- Νοσηλευτών με νοσηλευτές: συνήθως λόγω θέσης που κατέχουν και επιπέδου εκπαίδευσης που διαθέτουν.

Ο τρόπος αξιολόγησης των νοσηλευτών συγκεκριμένα δημιουργεί συγκρούσεις μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν 3 βασικοί τρόποι αξιολόγησης των γνώσεων τους, ο εμπειρικός τρόπος που χρησιμοποιεί τις αισθήσεις και την επαγωγική λογική, ο νοητικός τρόπος που χρησιμοποιεί την διαίσθηση και την αφαιρετική λογική και ο λογικός τρόπος που χρησιμοποιεί καθορισμένα πρότυπα ή κανόνες και επαγωγική λογική. Κάθε άτομο επιλέγει ένα από τους παραπάνω τρόπους για να λειτουργήσει. Σύμφωνα με την Singleton, η ανόμοια ερμηνεία της πραγματικότητας μπορεί να οδηγήσει σε σύγκρουση μεταξύ μάνατζερ νοσηλευτών και κλινικών νοσηλευτών¹⁷⁰.

Οι Noble & Rancourt (1991), υπογράμμισαν ότι η αδυναμία επίλυσης της ενδοεπιστημονικής σύγκρουσης στη νοσηλευτική θα εξουθενώσει τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές αναμένεται να δοκιμάσουν διαπροσωπική σύγκρουση καθώς τα συστήματα παροχής αναδιαρθρώνονται. Οι εμπειρίες από την εκπαίδευση ή την απασχόληση που έχουν, μπορεί να τους κάνουν να θέλουν να χρησιμοποιούν ένα συγκριμένο τύπο παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών¹⁷¹. Η στροφή προς τη χρήση κάποιου άλλου τρόπου αποτελεί πρόκληση για τις αξίες και την άνεση τους. Σύμφωνα με τους Anderson & Hughes (1993), μελέτες που έγιναν για να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα από τη χρήση λειτουργικών, ομαδικών βασικών και άλλων μοντέλων, δεν οδήγησε σε συγκεκριμένο συμπέρασμα και συχνά κατέληξαν σε αντιφάσεις.

Οι νοσηλευτές συχνά συγκρούονται και με άλλους επιστημονικούς κλάδους. Σύμφωνα με τον Sands (1990), τα μέλη των διεπιστημονικών ομάδων βλέπουν τους εαυτούς τους ως κύριους εκπροσώπους της επιστήμης τους παρά ως μέλη ενός συνόλου στο οποίο δεν υπάρχουν όρια ανάμεσα στις διάφορες επιστήμες¹⁷².

Οι Abramson et.al. (1993), συζήτησαν το θέμα της σύγκρουσης που μπορεί να προκύψει ανάμεσα στις οικογένειες και τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού για την έξοδο του ασθενούς¹⁷³. Σύμφωνα με τους Lowenstein & Hoff (1994), οι διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στην καθιέρωση των συστημάτων φροντίδας

¹⁷⁰ Swansburg, R. & Swansburg, R. (2002). Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers. Jones & Bartlett Publishers.

¹⁷¹ Noble, K. & Rancourt, R. (1991). Administration & intradisciplinary conflict within nursing.

¹⁷² Sands, R., Stafford, J. & McClelland, M. (1990). 'I beg to differ': conflict in the interdisciplinary team.

¹⁷³ Abramson, J., Donnelly, J., King, M. & Mailick, M. (1993). Disagreements in discharge planning: a normative phenomenon

υγείας, τα οποία τονίζουν και ενθαρρύνουν τις δημιουργικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής στο σχεδιασμό εξόδου¹⁷⁴. Σε μια μελέτη τους σχετικά με την ανάμιξη δυο διπλωματούχων νοσηλευτών στο θέμα του σχεδιασμού της εξόδου των ασθενών, οι απόψεις των νοσηλευτών ήταν μοιρασμένες όσον αφορά το αν οι νοσηλευτές ή οι κοινωνικοί λειτουργοί είχαν την ευθύνη σχεδιασμού της εξόδου. Μονό το 39% των νοσηλευτών είχαν πάρει μέρος στην διεπιστημονική ομαδική σύσκεψη. Έμφυτη σε αυτή την περίπτωση είναι η δυνατότητα για σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτών και άλλων επιστημών υγείας¹⁷⁵.

7.3 ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συγκρούσεις αποτελούν συχνό φαινόμενο στο χώρο της Νοσηλευτικής και γενικά στο χώρο της υγείας και η επίλυσή τους, σε πολλές περιπτώσεις απαιτεί σημαντικό μέρος του χρόνου του προϊστάμενου. Συνήθως οι προϊστάμενοι/ηγέτες δεν καταστέλλουν ούτε αρνούνται την σύγκρουση, αλλά την βλέπουν ως μια ευκαιρία και δεν αισθάνονται ότι απειλούνται αλλά ότι δέχονται κάποια πρόκληση¹⁷⁶.

Οι συγκρούσεις δημιουργούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ασυμφωνία απόψεων και αξιών και ασυμβατότητα αναγκών και στόχων. Σε σύνθετους οργανισμούς, όπως τα νοσοκομεία, η ανάγκη για αποκέντρωση της λήψης αποφάσεων και η διεπιστημονική συνεργασία αυξάνουν το βαθμό αλληλεπίδρασης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ώστε να επιτευχθούν κλινικοί και διοικητικοί στόχοι. Καθώς οι αλληλεπιδράσεις αυξάνονται, η πιθανότητα δημιουργίας συγκρούσεων πολλαπλασιάζεται.

Σύμφωνα με τη Σταθοπούλου, η έννοια της σύγκρουσης αναφέρεται στην εκδήλωση ασυμφωνίας¹⁷⁷. Ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο εκδηλώνεται η σύγκρουση, οι συγκρούσεις στο χώρο της υγείας διακρίνονται σε :

- Οριζόντιες : Συγκρούσεις μεταξύ ατόμων ή τμημάτων που έχουν παρόμοια εξουσία με τον οργανισμό.
- Κατακόρυφες : Συγκρούσεις μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης.

¹⁷⁴ Lowenstein, A. & Hoff, P. (1994). Discharge planning. A study of nursing staff involvement.

¹⁷⁵ Swansburg, R. & Swansburg, R. (2002). Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers. Jones & Bartlett Publishers.

¹⁷⁶ Bennis, W. (1990). Why leaders can't lead: the unconscious conspiracy continues. [χ.τ.]: Jossey-Bass Publishers.

¹⁷⁷ Σταθοπούλου, Χ. (2006). Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. 45:50-58.

Μια άλλη διάκριση των συγκρούσεων μπορεί να γίνει με βάση τα εμπλεκόμενα μέλη. Διακρίνονται οι :

- Ενδοπροσωπικές συγκρούσεις: Είναι ψυχολογικές συγκρούσεις που εκδηλώνονται μέσα στο ίδιο το άτομο και αφορούν κίνητρα, πιστεύω και επιλογές .
- Διαπροσωπικές συγκρούσεις: Μεταξύ δυο ή περισσότερων ατόμων.
- Συγκρούσεις στο εσωτερικό μιας ομάδας : Σχετίζεται με την κατανομή των ρόλων μέσα στην ομάδα και την διάρθρωση των σχέσεων .
- Συγκρούσεις μεταξύ ομάδων: Αφορά ζητήματα κατανομής πόρων και οριοθέτησης της περιοχής ελέγχου της κάθε ομάδας (Swansburg, 2003).

Τέλος, οι συγκρούσεις ταξινομούνται σε ψυχρές και θερμές. Οι θερμές λειτουργούν αποδοτικά και αυξάνουν την δημιουργικότητα της ομάδας ενώ οι ψυχρές παρεμποδίζουν την επικοινωνία και συνήθως δε γίνονται αντιληπτές (Fritchie, 1995).

7.4 ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αναφερθήκαμε παραπάνω στα αίτια των συγκρούσεων αλλά στην περίπτωση των Μονάδων Υγείας μπορούμε να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι. Στο χώρο της υγείας, υπάρχει πληθώρα παραγόντων οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν συγκρούσεις. Οι κυριότερες πηγές συγκρούσεων όπως αναφέρουν οι Σταθοπούλου (2006), Sullivan & Decker (2005) και Swansburg, C. & Swansburg, J. (1999), είναι:

- Η οργανωτική δομή του οργανισμού : Σε οργανισμούς με σύνθετη ιεραρχική δομή και πολλά επίπεδα εξουσίας είναι εύκολο να προκύψουν συγκρούσεις λόγω διαστρέβλωσης της επικοινωνίας και αποκλίσεων των στόχων ανάμεσα στα διάφορα τμήματα του οργανισμού.
- Ασάφεια σχετικά με δικαιοδοσίες και αρμοδιότητες.
- Διαφορετικές προσδοκίες : Οι προσδοκίες, όπως και οι εσφαλμένες αντιλήψεις, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την επεξεργασία των πληροφοριών και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.
- Οι διαφορές ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην πραγματική συμπεριφορά ενός εργαζομένου μπορούν να οδηγήσουν σε σύγκρουση.
- Διαφορές προσωπικότητας ή ασύμβατοι χαρακτήρες και συχνά αντιπαράθεση ισχυρών χαρακτήρων.
- Έλλειψη κοινών δεδομένων, η οποία οδηγεί στο σχηματισμό διαφορετικών απόψεων.

- Διαφορές στην επαγγελματική κοινωνικοποίηση μεταξύ των διαφόρων λειτουργών υγείας, που οδηγούν σε διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με τους ρόλους και τις προσδοκίες καθεμιάς.
- Ανταγωνισμός
- Ύπαρξη προηγούμενων ανεπίλυτων συγκρούσεων
- Σεξουαλική παρενόχληση
- Προκλητική συμπεριφορά
- Τα προβλήματα που δεν έχουν σχέση με το χώρο εργασίας όπως, τα συζυγικά προβλήματα, χρήση ναρκωτικών, αλκοολισμός και τα οικονομικά προβλήματα²²
- Προκαταλήψεις και διακρίσεις: φυλετικές μειονότητες ευαισθητοποιημένες σε πραγματικές ή πραγματικές προσβολές.
- Αβεβαιότητα ενόψει επερχόμενης αλλαγής
- Ηλικία : οι μεγάλοι σε ηλικία νοσηλευτές μπορεί να φοβούνται ότι δεν θα είναι σε θέση να ανταγωνιστούν τους νεότερους συναδέλφους τους και να νιώθουν μνησικακία για αυτούς.

Όσον αφορά στις συγκρούσεις μεταξύ ομάδων τα αίτια μπορεί να είναι :

- σύγκρουση μέσα στην ομάδα μπορεί να επιφέρει η εξάρτηση μιας ομάδας από μια άλλη για την εκτέλεση κάποιας εργασίας ή για τη διαχείριση πόρων.
- Η ανάπτυξη σε κάθε ομάδα αξιών, προτιμήσεων και στόχων, που έχουν προτεραιότητα σε σχέση με τις αξίες, προτιμήσεις και στόχους άλλων ομάδων.
- Η ταύτιση με την ομάδα στην οποία ανήκει ένα άτομο, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη εχθρικής στάσης απέναντι σε άλλες ομάδες.

Σημαντικό ρόλο στη δημιουργία συγκρούσεων παίζουν και οι υποκείμενες ανάγκες και τα κίνητρα των εμπλεκόμενων μερών. Οι ανάγκες οι οποίες αν παραμείνουν ανικανοποίητες μπορούν να αποτελέσουν βάση για συγκρούσεις, είναι : ανάγκη για πόρους (χρόνο, χώρο χρήμα εξοπλισμό), ψυχολογικές ανάγκες (ανάγκη για σεβασμό, έλεγχο, εξουσία, επιτυχία, προβολή επίτευξη στόχων), συναισθηματικές ανάγκες (αγάπη, υποστήριξη)¹⁷⁸

¹⁷⁸ Gerardi, D. (Απρίλιος 2004). Using mediation techniques to manage conflict and create healthy work environments.. AACN Clin Issues. 15(2):182-95.

7.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η εκδηλωθείσα συμπεριφορά είναι το πρώτο αποτέλεσμα της διαφωνίας. Οι συμπεριφορές μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες. Οι εμφανείς τρόποι συμπεριφοράς μπορεί να περιλαμβάνουν επιθετικότητα, έντονη λογομαχία, ανταγωνισμό. Η συγκαλυμμένη συμπεριφορά μπορεί να εκφραστεί με ένα πλήθος από άμεσες τακτικές, π.χ.: εξεύρεση του «του αποδιοπομπαίου τράγου», της αποφυγής ή της απάθειας και της αποστασιοποίησης

Η σύγκρουση συνήθως, καταστέλλεται ή βρίσκεται λύση μέσω μιας κοινά αποδεκτής απόφασης. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει και άριστη λύση της σύγκρουσης. Εδώ και οι δυο ομάδες βλέπουν τους εαυτούς τους ως οι νικητές και θεωρούν ότι το πρόβλημα έχει λυθεί. Αυτό αφήνει ένα θετικό «απόηχο» που θα επηρεάσει τις μελλοντικές σχέσεις¹⁷⁹.

Η Σταθοπούλου (2006), αναφέρει ότι οι συγκρούσεις μπορούν να αποτελέσουν διασπαστική δύναμη στο χώρο της εργασίας και να έχουν καταστροφικά αποτελέσματα όταν το αντικείμενο της σύγκρουσης διευρύνεται και η σύγκρουση κλιμακώνεται παίρνοντας ανεξέλεγκτες διαστάσεις. Οι αρνητικές συνέπειες όπως αναφέρονται στην βιβλιογραφία είναι οι παρακάτω :

- Αύξηση των περιστατικών अपαράδεκτης συμπεριφοράς από επαγγελματίες υγείας. Μείωση της παραγωγικότητας του προϊστάμενου καθώς αφιερώνει χρόνο στην επίλυση των συγκρούσεων και αποσπάται από τα διοικητικά του καθήκοντα.
- Μείωση της παραγωγικότητας των εργαζομένων και ανασταλτική δράση στην επίτευξη των στόχων.
- Μειωμένο ηθικό των εργαζομένων.
- Αύξηση του στρες των εργαζομένων.
- Διάσπαση των εργασιακών σχέσεων και δημιουργία έντασης η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μελλοντικές συγκρούσεις¹⁸⁰.

Απ' την άλλη πλευρά, οι συγκρούσεις μπορούν να αποβούν εποικοδομητικές και μπορεί να αποτελέσουν ισχυρό κίνητρο για την βελτίωση της απόδοσης και της

¹⁷⁹ Sullivan, E. & Decker, P. (2009). Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας. Μετάφραση από τα Αγγλικά από Μπελλάλη, Δ. Αθήνα: Μ. Γκιούρδας. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 2005).

¹⁸⁰ Σταθοπούλου, Χ. (2006). Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. 45:50-58.

αποτελεσματικότητας. Επίσης μπορεί να είναι ερέθισμα για την ανάπτυξη νέων ιδεών η την εξεύρεση μεθόδων για την επίλυση προβλημάτων¹⁸¹.

7.6 ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ

Η σύγκρουση μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους και τις περισσότερες φορές υπάρχει αντιπαράθεση των εμπλεκόμενων μερών. Είναι δυνατόν όμως να εκδηλωθεί και με άλλους τρόπους, οι οποίοι σύμφωνα με τους Gerardi (2004), Porter (1996) και Consantino (1996) είναι :

- Απαράδεκτη συμπεριφορά, π.χ. ξεσπάσματα θυμού, επιθετικές πράξεις.
- Αρνητική γλώσσα του σώματος : Αποφυγή οπτικής επαφής, εκφράσεις του προσώπου που δείχνουν θυμό.
- Διενέξεις : Εκδήλωση παραπόνων, απειλή για λήψη νομικών μέτρων .
- Απόσυρση : Άρνηση οποιασδήποτε συνεργασίας.
- Ανεξέλεγκτος και επιθετικός ανταγωνισμός .
- Δολιοφθορά : Παραπληροφόρηση, άρνηση παροχή βοήθειας σε στιγμή ανάγκης.
- Μείωση παραγωγικότητας και συμπεριφορές αποφυγής : Για παράδειγμα τα άτομα καθυστερούν σκόπιμα την εργασία τους, δηλώνουν ασθένεια συχνά ή και μειώνουν το ρυθμό εργασίας τους.
- Απογοήτευση, απάθεια, χαμηλό ηθικό : Δημιουργείται απογοήτευση στο άτομο προσπαθώντας να αποφύγει τη σύγκρουση.

7.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Είναι σαφές ότι ο ρόλος των προϊσταμένων των τμημάτων αλλά και του διευθυντή της Μονάδας Υγείας είναι εξαιρετικά σημαντικός, τόσο στην ορθή λειτουργία της Μονάδας Υγείας γενικότερα όσο και στη διαδικασία της επίλυσης των συγκρούσεων. Στην περίπτωση των συγκρούσεων οι προϊστάμενοι ακολουθούν κάποια διαδικασία για την επίλυση του προβλήματος. Το πρώτο βήμα στη διαδικασία αυτή είναι η εκτίμηση της κατάστασης, το οποίο περιλαμβάνει εκτίμηση των εξής παραγόντων:

¹⁸¹ Sullivan, E. & Decker, P. (2009). *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*. Μετάφραση από τα Αγγλικά από Μπελλάλη, Δ. Αθήνα: Μ. Γκιούρδας. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 2005).

- Εμπλεκόμενα μέρη: Ποια είναι η επαγγελματική κοινωνικοποίηση τους, ο κοινωνικοοικονομικός και πολιτιστικός περίγυρος, το φύλο.
- Γεγονότα- θέματα: Ποια γεγονότα προηγήθηκαν της σύγκρουσης, ποια γεγονότα πυροδότησαν τη σύγκρουση, αντικείμενο και σκοποί της σύγκρουσης.
- Ζητήματα ισχύος: Πως γίνεται ο έλεγχος των διαθέσιμων πόρων, πως κατανέμεται η ισχύς μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών.
- Μέσα ρύθμισης της σύγκρουσης: Προηγούμενες προσπάθειες επίλυσης της σύγκρουσης, παράγοντες που μειώνουν την ένταση της σύγκρουσης, ύπαρξη ουδέτερων μερών που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην επίλυση της σύγκρουσης, προτεινόμενες λύσεις.
- Τρόποι επίλυσης των συγκρούσεων: Ποιες στρατηγικές επίλυσης των συγκρούσεων χρησιμοποιεί καθένα από τα εμπλεκόμενα μέρη.

Η διαδικασία της επίλυσης των συγκρούσεων μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της μεσολάβησης του προϊστάμενου ή άλλου, κατάλληλα εκπαιδευμένου μέλους του προσωπικού που περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

- Επεξήγηση της διαδικασίας της μεσολάβησης στα εμπλεκόμενα μέρη, διασφάλιση της εμπιστευτικότητας, συζήτηση των κανόνων που διέπουν τη διαδικασία.
- Περιγραφή της κατάστασης από τη πλευρά καθενός από τα εμπλεκόμενα μέρη.
- Αναγνώριση και επαναδιατύπωση των κυριότερων προβλημάτων.
- Ενθάρρυνση για τη διατύπωση προτάσεων, αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων και συζήτηση γι' αυτές.
- Αξιολόγηση των προτάσεων και επιλογή των καταλληλότερων, καθορίζοντας ταυτόχρονα τους ρόλους και τις αρμοδιότητες που απορρέουν από αυτές.
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των λύσεων από τα εμπλεκόμενα μέρη και από το μεσολαβητή.¹⁸²

Συχνά, οι συγκρουόμενες πλευρές προσεγγίζουν το προϊστάμενο με την προσδοκία να επιλύσει τις διαφορές τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο προϊστάμενος είναι προτιμότερο να ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να επιλύσουν μόνοι τους τις διαφορές τους και ο ίδιος να διαδραματίσει ρόλο υποστηρικτικό. Ο προϊστάμενος χρειάζεται να παρεμβαίνει και να ξεκινά τις προσπάθειες επίλυσης των συγκρούσεων στις περιπτώσεις όπου:

¹⁸² Sportsman, S. (Απρίλιος 2005). Build a framework for conflict assessment. *Nursing Management*. 36(4):32-40

- Είναι σαφές ότι τα εμπλεκόμενα μέρη αδυνατούν να επιλύσουν μόνοι τους το πρόβλημα.
- Η σύγκρουση μπορεί να επιφέρει καταστροφικά αποτελέσματα.
- Η σύγκρουση προκαλεί διάσπαση στην ενότητα του τμήματος.
- Τα εμπλεκόμενα μέρη εστιάζουν στον πώς θα επιτύχουν τους στόχους τους μέσα από τη σύγκρουση και αποδίδουν μικρή σημασία στους στόχους του τμήματος.
- Η σύγκρουση καταναλώνει πολύ χρόνο και ενέργεια, την οποία οι εργαζόμενοι θα μπορούσαν να κατευθύνουν σε παραγωγικούς σκοπούς.

Η Sportsman τονίζει την ανάγκη οριστικής επίλυσης των συγκρούσεων και επισημαίνει ότι οι συγκρούσεις οι οποίες κλιμακώνονται και δεν επιλύονται στη διάρκεια μεγάλων χρονικών περιόδων έχουν καταστροφικά αποτελέσματα. Ο σκοπός της παρέμβασης του προϊστάμενου σε μια σύγκρουση μεταξύ του προσωπικού δεν μπορεί να περιοριστεί στην αποκατάσταση της ειρήνης αλλά και στην αύξηση της παραγωγικότητας, μέσω της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων. Ο προϊστάμενος μπορεί να διευκολύνει το προσωπικό στην επίλυση των συγκρούσεων με τους ακόλουθους τρόπους:

- Εστιάζοντας στην ανακάλυψη των κινήτρων και των συμφερόντων τα οποία υποκινούν κάθε εμπλεκόμενο μέρος, ώστε να μπορέσει να κατανοήσει πληρέστερα τη θέση καθενός από αυτά.
- Αναγνωρίζοντας την πηγή της σύγκρουσης και αποσαφηνίζοντας το πρόβλημα.
- Εξασφαλίζοντας ήσυχο και απομονωμένο περιβάλλον, στο οποίο θα διεξαχθεί η συζήτηση με τα εμπλεκόμενα μέρη, και ενθαρρύνοντας την τήρηση αξιοπρεπούς στάσεις, σύμφωνης με τα επαγγελματικά πρότυπα.
- Καλώντας τα εμπλεκόμενα μέρη να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και τις σκέψεις τους, ώστε να μπορέσει η μια πλευρά να κατανοήσει τις θέσεις της άλλης.
- Ενθαρρύνοντας την ενεργητική ακρόαση: κατά τη διαδικασία της ενεργητικής ακρόασης, το άτομο ακούει προσεκτικά το συνομιλητή του με σκοπό να κατανοήσει τα λεγόμενα και όχι να προετοιμάσει την απάντηση του. Η ενεργητική ακρόαση είναι δύσκολη σε στιγμές έντασης, όμως αξίζει τα άτομα να καταβάλλουν συνειδητή προσπάθεια για να εξασκηθούν σε αυτή.
- Ενθαρρύνοντας την ανοικτή επικοινωνία: ο προϊστάμενος θα πρέπει να αποφεύγει να επικοινωνεί με τα εμπλεκόμενα μέρη στέλνοντας μηνύματα μέσω τρίτων προσώπων.
- Επισημαίνοντας τη συμπεριφορά η οποία δημιουργεί το πρόβλημα και συλλέγοντας αντικειμενικές πληροφορίες γι' αυτή: Τι παρατηρήθηκε, πότε, πού, από ποιόν, πώς. Σε περίπτωση που το άτομο αρνείται ότι επέδειξε μια

συγκεκριμένη συμπεριφορά, είναι χρήσιμο ο προϊστάμενος να αναφέρει συγκεκριμένα παραδείγματα.

- Συμβάλλοντας στην εξεύρεση εναλλακτικών λύσεων.
- Εστιάζοντας στο θέμα της σύγκρουσης, σε προβλήματα και γεγονότα και όχι στις προσωπικότητες των εμπλεκόμενων μερών.¹⁸³

Η χρονική στιγμή και ο τόπος στον οποίο θα εκδηλωθεί η παρέμβαση του προϊσταμένου θα πρέπει να επιλεγούν με προσοχή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η παρέμβαση του προϊσταμένου όταν τα συναισθήματα των εμπλεκόμενων πλευρών είναι εκτός ελέγχου, γιατί τότε η συζήτηση κινδυνεύει να καταλήξει σε φιλονικία. Η στάση του προϊσταμένου μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση του εργασιακού κλίματος και ο τρόπος με τον οποίο ο ίδιος προσεγγίζει τις συγκρούσεις καθορίζει το πες αντιμετωπίζονται οι συγκρούσεις στο επίπεδο του τμήματος. Πριν επιχειρήσει να επιλύσει τις συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού, είναι ανάγκη ο προϊστάμενος να έχει εξετάσει τα εξής:

- Ποιες είναι οι άμεσες αντιδράσεις του όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με μια κατάσταση σύγκρουσης (λεκτικές εκδηλώσεις, συναισθηματική ανταπόκριση κ.λπ.).
- Με ποιο τρόπο διαχειρίζεται την ένταση που του προκαλεί η επίλυση των συγκρούσεων,
- Ποιους πόρους και ποια μέσα μπορεί να κινητοποιήσει ώστε να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις με τρόπο ισορροπημένο, λογικό και δίκαιο¹⁸⁴.

Ο προϊστάμενος για να μπορέσει να διευκολύνει την επίλυση των συγκρούσεων στη Μονάδα Υγείας, θα πρέπει να:

- Γνωρίζει και να κατανοεί τη διαδικασία και τον τρόπο γένεσης των συγκρούσεων.
- Έχει υπόψη του ότι ο σκοπός της παρέμβασης του θα πρέπει να είναι η άρση της υποκείμενης αιτίας της σύγκρουσης και όχι η απόδοση κατηγοριών και ευθυνών.
- Είναι σε θέση να αντιμετωπίσει «δύσκολες» ομάδες προσωπικού (π.χ. προσωπικό απρόθυμο να συνεργαστεί, υπερβολικά επικριτικά άτομα, εργαζόμενους που

¹⁸³ Sportsman, S. (Απρίλιος 2005). Build a framework for conflict assessment. *Nursing Management*, 36(4):32-40

¹⁸⁴ Hirigoyen, M. (2002). Ηθική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας. Μετάφραση από τα Γαλλικά από Σιγάλα, Α.: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1998).

απουσιάζουν υπερβολικά και αδικαιολόγητα από την εργασία τους, άτομα που σχηματίζουν κλειστές ομάδες.

- Διατηρεί την ψυχραιμία του ακόμη και καταστάσεις έντονης αντιπαράθεσης.
- Είναι ικανός να εμπνέει εμπιστοσύνη στα εμπλεκόμενα μέρη.
- Έχει αναπτυγμένες ικανότητες επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων.

Όπως τονίζουν οι Eason και Brown είναι εξαιρετικά σημαντικό ο προϊστάμενος να επιδεικνύει αποτελεσματικές δεξιότητες επίλυσης συγκρούσεων, ώστε να λειτουργεί ως πρότυπο ρόλου για όλο το προσωπικό. Οι υπεύθυνοι για τη συνεχιζόμενη ανάπτυξη και εκπαίδευση του προσωπικού μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στον τρόπο χειρισμού των συγκρούσεων. Η εκπαίδευση είναι αναγκαία, γιατί, σε αντίθεση με τον ανταγωνισμό και τις αμυντικές τακτικές, οι οποίες μαθαίνονται υποσυνείδητα και ενστικτωδώς. Η εκμάθηση τρόπων εποικοδομητικού χειρισμού των συγκρούσεων απαιτεί συνειδητή προσπάθεια. Οι υπεύθυνοι εκπαίδευσης και ανάπτυξης του προσωπικού μπορούν να εφαρμόσουν εκπαιδευτικά προγράμματα που αποσκοπούν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης των συγκρούσεων, σε ποικιλία καταστάσεων.¹⁸⁵ Το περιεχόμενο ενός τέτοιου εκπαιδευτικού προγράμματος μπορεί να περιλαμβάνει:

- Θεμελιώδη στοιχεία σχετικά με την έννοια των συγκρούσεων ως αναπόσπαστου κομματιού κάθε ανθρώπινης αλληλεπίδρασης.
- Στοιχεία της δυναμικής της σύγκρουσης και χαρακτηριστικά της σύγκρουσης ως έκφρασης ανθρώπινων διαφορών.
- Στοιχεία της διαδικασίας επίλυσης συγκρούσεων.
- Δομή και λειτουργία του συστήματος επίλυσης συγκρούσεων το οποίο εφαρμόζεται στον οργανισμό.

Σε ότι αφορά την πρόληψη των συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού, ο προϊστάμενος μπορεί να λάβει τα ακόλουθα μέτρα:

- Ανάπτυξη προσωπικού: Ο προϊστάμενος ενθαρρύνει το προσωπικό να εκφράζει με υπευθυνότητα τις απόψεις του, χωρίς να κατηγορεί ή να απειλεί άλλα άτομα, καθιστά σαφές ότι τυχόν αντιεπαγγελματική συμπεριφορά δεν θα γίνει ανεκτή, αντιμετωπίζει άμεσα κάθε περιστατικό αποθετικής συμπεριφοράς με κάθε τρόπο, π.χ. της διαδικασίας αξιολόγησης του προσωπικού.

¹⁸⁵ Eason, F. & Brown, S. (Μάιος - Ιούνιος 1999). Conflict management: assessing educational needs. *J Nurses Staff Dev.* 15(3):92-96.

- Εξασφάλιση ότι οι ρόλοι και οι υπευθυνότητες του προσωπικού είναι σαφείς και κατανοητές από όλους, ώστε να αποφεύγονται οι παρερμηνείες.
- Θέσπιση ανοικτού συστήματος επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων και του προϊσταμένου, ώστε να αποφεύγονται οι υποθέσεις, η φημολογία και οι παρεξηγήσεις.

8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η σύγκρουση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ζωής σε οποιονδήποτε οργανισμό. Δημιουργείται μεταξύ ανθρώπων που έχουν διαφορετικές απόψεις, ανάγκες, αξίες και αντίθετα συμφέροντα ή προέρχεται από άγνοια, λάθη, κακή οργάνωση και ανταγωνισμό. Η ίδια η σύγκρουση δεν είναι ούτε καταστροφική, ούτε εποικοδομητική. Μπορεί όμως να έχει αρνητικά ή θετικά αποτελέσματα ανάλογα με τον τρόπο που θα τη διαχειριστούμε. Η θεωρία ότι οι συγκρούσεις μπορούν να αποφευχθούν και ότι μπορεί να επικρατήσει η πλήρης αρμονία είναι εξωπραγματική και μη εφικτή διότι η σύγκρουση οφείλεται σε βασικές ψυχολογικές ανάγκες των ανθρώπων: να ανήκουμε, να έχουμε τον έλεγχο, να ακούγεται η άποψή μας. Μάλιστα, θεωρητικοί της εξελικτικής ψυχολογίας ισχυρίζονται ότι η σύγκρουση είναι και απαραίτητη και σημαντική διότι πυροδοτεί την αλλαγή.

Η σύγκρουση δεν είναι ένα πρόβλημα που πρέπει να αποδοθεί σε κάποιον, ούτε μια μάχη που πρέπει οπωσδήποτε να κερδηθεί. Είναι μια ομαδική διαδικασία και η επίλυσή της είναι υποχρέωση και των δύο πλευρών διότι η πόλωση και η εστίαση μόνο στις ανάγκες της μιας πλευράς δρουν αρνητικά και δυσλειτουργικά για την όλη διαδικασία¹⁸⁶. Η αποτελεσματική διαχείριση της σύγκρουσης παρέχει την ευκαιρία για μάθηση και καινοτομία και είναι απαραίτητη για την ευημερία ενός οργανισμού ενώ η αναποτελεσματική διαχείριση αυτής μπορεί να προκαλέσει οργανωσιακές δυσλειτουργίες. Η διαχείριση της σύγκρουσης προσφέρει την ελπίδα μετασχηματισμού των δυσκολιών σε ευκαιρίες για αλλαγή και βελτίωση, με απώτερο στόχο την πεποίθηση ότι μπορούμε ομαδικά να αντιμετωπίσουμε μελλοντικά προβλήματα.

Ο ρόλος τόσο των προϊσταμένων τμημάτων όσο και του διευθυντή είναι πολύ κρίσιμος και καταλυτικός στη διαχείριση των συγκρούσεων. Οι ηγέτες πρέπει να αναγνωρίζουν ότι υψηλά επίπεδα σύγκρουσης δημιουργούν διασπάσεις και κατακερματισμό των οργανισμών με αρνητικές επιπτώσεις στην απόδοση, ενώ χαμηλά επίπεδα σύγκρουσης προκαλούν χαλάρωση, αδιαφορία και έλλειψη προκλήσεων για βελτίωση. Οι αποτελεσματικοί διευθυντές τρέφουν τις συγκρούσεις με διάφορες τεχνικές αλλά πάντα τις διατηρούν υπό έλεγχο, χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες μεθόδους. Χρησιμοποιούν τη σύγκρουση δημιουργικά για να διεγείρουν την προσωπική ανάπτυξη, να διατηρήσουν το προσωπικό σε εγρήγορση, να ανασύρουν στη

¹⁸⁶ Tjosvold D. & Tjosvold M. (1995), Psychology for leaders: Using motivation, conflict, and power to manage more effectively, The Portable MBA Series.

επιφάνεια τυχόν προβλήματα και να εξετάσουν συγκρουόμενες αξίες και ιδέες κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων .

Για την κατανόηση της διαδικασίας της σύγκρουσης πρέπει όλοι να αναγνωρίσουμε ότι: α) η σύγκρουση είναι φυσιολογική, πολύτιμη και μπορεί να αποτελέσει πηγή ενέργειας και δράσης, β) η σύγκρουση είναι αποτέλεσμα πραγματικών διαφορών, γ) οι διαφορετικές απόψεις και προοπτικές είναι ωφέλιμες για την εισαγωγή καινοτόμων ιδεών και δράσεων, δ) οι απόψεις και οι συνήθειες αντιδράσεις σύγκρουση προσδιορίζουν το αποτέλεσμα ενός επεισοδίου σύγκρουσης, και ε) η απόκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων θέλει πολλή εξάσκηση¹⁸⁷.

Για την επικοδομητική διαχείριση των συγκρούσεων προτείνεται: α) η δημιουργία θετικού οργανωσιακού κλίματος όπου ευνοείται η ανάπτυξη συνεργατικών σχέσεων, η ανοιχτή επικοινωνία, η διαχείριση των συναισθημάτων και η αντιμετώπιση της διαφορετικότητας των απόψεων, β) η δημιουργία δομημένου συστήματος διαχείρισης συγκρούσεων, γ) η εκπαίδευση όλων των μελών του οργανισμού στην απόκτηση των απαραίτητων κοινωνικών δεξιοτήτων και στη χρήση του προγράμματος διαχείρισης συγκρούσεων, δ) η συνεχής αξιολόγηση και τροποποίηση (όταν χρειάζεται) της όλης διαδικασίας.

Μέσα από την εφαρμογή ενός οργανωμένου και δομημένου συστήματος διαχείρισης συγκρούσεων: α) ο ηγέτης παύει να είναι ένας κριτής ή μεσολαβητής και μετασχηματίζεται σε αρωγός ο οποίος βοηθά τους εργαζομένους να συζητήσουν τα διάφορα θέματα ανοιχτά και να συνεργαστούν για την εύρεση λύσεων, β) οι εργαζόμενοι αντί να αποφεύγουν ή να υπονομεύουν πρόσωπα και καταστάσεις αντιμετωπίζουν τα γεγονότα με ειλικρίνεια, λαμβάνουν υπ' όψη τα συναισθήματα και τις θέσεις των άλλων και αναζητούν με ποιόν τρόπο πρέπει οι ίδιοι να αλλάξουν και γ) ενισχύεται η οργανωσιακή μάθηση και ο οργανισμός μετασχηματίζεται σε «οργανισμό που μαθαίνει».

Η σύγκρουση στις Μονάδες Υγείας είτε ως έννοια της ειλικρινούς διάστασης απόψεων η οποία πηγάζει από την παρουσία εναλλακτικών τρόπων δράσης, είτε ως γνήσια σύγκρουση συμφερόντων ή προσωπικοτήτων, δεν είναι απλώς αναπόδραστη, αλλά και πολύτιμο κομμάτι της όλης λειτουργίας της μονάδας υγείας. Σε κάθε Μονάδα Υγείας ο σκοπός είναι η παροχής φροντίδας των ασθενών. Η καθημερινή όμως σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ενέχει προβλήματα και αυτό οδηγεί σε συγκρούσεις. Τα αίτια της εμφάνισης φαινομένων σύγκρουσης, βρίσκονται στις προσωπικές διαφορές αλλά και στις ελλείψεις του οργανωσιακού περιβάλλοντος.

Οι συγκρουσιακές καταστάσεις δεν πρέπει να θεωρούνται ως κάτι το ανεπιθύμητο γιατί είναι σημαντική πτυχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και μπορούν να δημιουργήσουν

¹⁸⁷ Scholtes P., Joiner B. & Streibel B. (1996), The team handbook. Second edition, Oriel incorporated.

ευκαιρίες για βελτίωση της λειτουργίας στις Μονάδες Υγείας. Η βία, από την άλλη πλευρά, δεν αποτελεί φυσικό και αναπόφευκτο φαινόμενο και μπορεί να αντιμετωπισθεί σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο κατασταλτικά και προληπτικά. Ανάλογα με την περίπτωση σύγκρουσης που πρέπει να αντιμετωπιστεί στη Μονάδα ο διευθυντής ή ο προϊστάμενος του εκάστοτε τμήματος επιλέγει την τεχνική με την οποία θα εφαρμόσει (win – lose, win-win, lose-lose),

Στην Ελλάδα του σήμερα υπάρχει έντονη ανησυχία καθώς η κρίση έχει αυξήσει τις ελλείψεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε φάρμακα και αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση των συγκρούσεων. Τι πρέπει λοιπόν να γίνει για αντιμετωπιστούν οι συγκρούσεις εντός των Μονάδων Υγείας;. Πρέπει να αναγνωρίσουν ότι οι συγκρούσεις είναι μια φυσιολογική διαδικασία και ότι πρέπει να δώσουν στους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό την ευκαιρία να επιλύουν μόνοι τις διαμάχες τους με αμοιβαία ικανοποιητικούς τρόπους χωρίς την επίβλεψη του προϊσταμένου τους. Πρέπει να αποτελούν έναν χώρο όπου εφαρμόζονται πάντα οι ίδιες δομημένες διαδικασίες διαπραγμάτευσης και διαμεσολάβησης από όλους. Το αποτέλεσμα θα είναι ένα πρόγραμμα πειθαρχίας και επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού αμοιβαία αποδεκτό από όλους το οποίο θα εστιάζει στην βελτίωση των μεταξύ τους σχέσεων, την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν σε καθημερινό επίπεδο και την καλύτερη λειτουργία των Μονάδων Υγείας. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, οι προϊστάμενοι και οι διευθυντές αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στη διατήρηση του ελέγχου των σχέσεων και περισσότερο χρόνο στην αντιμετώπιση γενικότερων προβλημάτων που μπορεί να προκύπτουν και την ηγεσία αντίστοιχα.

Τα προγράμματα επίλυσης συγκρούσεων ενθαρρύνουν την ανάπτυξη χρήσιμων δεξιοτήτων για την ειρηνική επίλυση συγκρούσεων τα οποία μπορούν να εφαρμόζονται εφ' όρου ζωής. Όταν εφαρμόζονται διεξοδικά, τα προγράμματα συνδράμουν στη δημιουργία θετικού περιβάλλοντος για τη φροντίδα της υγείας των ασθενών..

Για να είναι εφικτή η δημιουργία καλύτερου περιβάλλοντος Μονάδας Υγείας είναι απαραίτητο να υπάρξει εκπαίδευση τόσο του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και των προϊσταμένων του για την απόκτηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων για τη διαχείριση συγκρούσεων. Εάν καταφέρει το προσωπικό να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αντιμετωπίσει την εκάστοτε σύγκρουση αλλά και τα αίτια από τα οποία έχει δημιουργηθεί είναι σαφές ότι θα είναι ευκολότερη και η αντιμετώπισή τους. Αυτό θα έχει ως συνέπεια την σωστή διαχείριση της σύγκρουσης και την επιτυχή επίλυσή της που συνάδουν στην εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας Υγείας και την παροχή υπηρεσίας υγείας στους ασθενείς.. Θα βοηθούσε να γίνουν εκτενέστερες και συστηματικές έρευνες για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων στις Μονάδες Υγείας από το κράτος καθώς αυτό θα οδηγούσε σε καλύτερη παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς

Εκτός από τις συγκρούσεις που έχουν να κάνουν με τις διαπροσωπικές πρέπει να μεριμνήσουμε όμως και για τη βελτίωση των υποδομών και των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, ήτοι : α) οργάνωση της εργασίας, β) προσλήψεις προσωπικού γ) κίνητρα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΤΟ ΒΗΜΑ, Θέρμου, Μ., (2011). Και οι αρχαίοι είχαν το ΕΣΥ τους. Διαθέσιμο σε: <http://www.tovima.gr/culture/article/?aid=398185>. (Ανακτήθηκε 12/5/2014).
2. Ζαβιτσάνος, Θ. (1977). Δημόσια – Κοινωνική Υγιεινή (Προληπτική – Κοινωνική Ιατρική). Αθήνα
3. ΒΕΛΟΝΑΚΗ, Β.Σ. & ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Α., (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα.
4. Ρόζος, Β. (1971). Τα 150 χρόνια της Ελληνικής Επανάστασης. Ερανίσματα από την Υγειονομική Νομοθεσία της πρώτης Ελληνικής Πολιτείας. Δάφνος.
5. Αντιπρύτανης Λιακάκος, Θ. (2012). Ιστορικό Αρχείο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμο σε: http://www.archive.uoa.gr/~istweb/modx/files/static/FYLLADIO-IAEKPA-2012_FINAL.pdf (Ανακτήθηκε 9 Ιανουαρίου, 2014).
6. Ιατρική Σχολή Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σύντομη ιστορία Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Διαθέσιμο σε: <http://school.med.uoa.gr/2011-12-03-21-27-57.html>(Ανακτήθηκε 9 Ιανουαρίου, 2014).
7. ΒΔ 36/1881. Περί ιδρύσεως νοσοκομείου εν Αθήναις προς θεραπείαν ασθενών και ιδίως προς εκπαίδευσιν και συντήρησιν νοσοκόμων γυναικών. ΦΕΚ 39/4.5.1881
8. Λανάρα Β. Τα Εκατό Χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του Ευαγγελισμού 1875 -1975. Εκ του Εθνικού Τυπογραφείου. Αθήναι, 1978.
9. Παπαδάκη Α. Το υγειονομικό έργο του Ελευθερίου Βενιζέλου. Θεσσαλονίκη. Ελλην Ιατρ 1965, 34:7
10. ΝΔ 10/10/25 Περί ιδρύσεως νοσοκομείων
11. Πομώνη Δ. Υγειονομική Νομοθεσία 1833–1930. Τόμοι Α και Β. Εθνικό Τυπογραφείο, 1925, 1932
12. ΝΔ 683/48. Περί διπλωματούχων αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτριών. ΦΕΚ/Α/124, 1948
13. ΝΔ 184/79. Ίδρυση Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών
14. Λαδά-Χατζοπούλου Α. Η δημόσια υγεία. Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα. Σύγχρ Θέμ 1978.
15. ΝΔ 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143/Α/1983
16. ΠΔ 87/88. Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων, ΦΕΚ 32/27.3.1986

17. ΝΔ 1579/8516, Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και την ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 217/23-12-1985
18. ΝΔ 3918/2011, Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011.
19. ΝΔ 4238/2014, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις., ΦΕΚ Α' 38/17-2-2014
20. Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, Αθήνα: Κλειδάριθμος.
21. Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Α' τόμος. Αθήνα: Βήτα.
22. Καρυώτης, Π., (1992), Management υπηρεσιών υγείας και βιοιατρική τεχνολογία. Αθήνα: Euroclinica
23. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Αθήνα: Παπαζήσης
24. Μπουρσανίδης Χ., (1993). Ανάλυση Συστημάτων Υγείας και Πολιτική Υγείας, Διδακτικές σημειώσεις – Typescript, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (π.ΥΣΑ), Αθήνα
25. Σουλιώτης, Κ. (2000). Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Αθήνα: Παπαζήση.
26. WHO.(2000). The world health report 2000 -Health systems: improving performance. Διαθέσιμο σε: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf (Ανακτήθηκε 14/1/2014).
27. Roemer, M. (1991). National Health Systems of the World. Vol I: The Countries. New York: Oxford University Press.
28. Προβόπουλο, Γ. Υφαντόπουλου, Ι., (1990). Ειδικά θέματα κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα: Σάκκουλα,.
29. Βενιέρη, Δ., «Η εναρμόνιση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας: ένα κοινωνικοπολιτικό αδιέξοδο» σε Κ.Κρεμαλή (επιμ.), (1996). Απλοποίηση & συστηματοποίηση των κανόνων κοινωνικής προστασίας, Αθήνα: Σάκκουλα.
30. Νικολακοπούλου-Στεφάνου, Η. (1992), Σύγκλιση Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης.

31. Ο.Ο.Σ.Α., OECD Health Data: Health care resources: OECD Health Statistics. Διαθέσιμο σε: <http://www.oecd.org> (Ανακτήθηκε 12 Ιανουαρίου, 2017).
32. ΚΟΥΣΟΥΛΑΚΟΥ, Χ., ΒΙΤΣΟΥ, Ε., (2008). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, ετήσια έκθεση.
33. www.nurs.uoa.gr
34. Dechario-Marino, A.E., Jordan-Marsh, M., Traiger, G. and Saulo, M., (2001). Nurse / physician collaboration: action research and the lessons learned. *Journal of Nursing Administration* 31.
35. ΝΔ 2071/92. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος υγείας.ΦΕΚ/123/ 15-07-1992 & ΝΔ 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας.ΦΕΚ/Α'/143. 7-10-1983
36. ΝΔ 3052/2012. ΕΝΙΑΙΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. ΦΕΚ/Β'/3054/18-11-2012
37. www.dimokratiki.gr , 31.8.2016
38. Κωσταγιόλας, Π. (2003). Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης
39. Woodhead, K. & Wicker, P., (2005). Textbook of perioperative care.
40. www.dimokratiki.gr , 31.8.2016
41. Γομάτου, Ν.,(2007). Διεπαγγελματισμός και Εκπαίδευση στον Ελληνικό Χώρο της Υγείας, μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία στα πλαίσια Μ.Π.Ε., Πληροφορική Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα
42. Miller, K, Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales J., Kenaszchuk, C., Conn, L., (2008), Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study, In: JAN original research.
43. Radcliffe, M., (2000). Doctors and nurses: new game, same result.
44. Leila, M., Rochedreux, A., Chevalier S., Lombrail P., Gasquet I., (2008). Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction, In: Patient Education and Counseling 70 94-101.
45. Thomas, K. (1992), Conflict and Conflict Management: Reflections and Updates, *Journal of Organisational Behavior*, Vol.13.
46. Swansburg, R. & Swansburg, R. (2002). Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers. Jones & Bartlett Publishers.

47. Rahim, M.A., (1992), *Managing conflict in organizations*, 2nd Ed., Praeger, Westport, CT.
48. Φλώρος, Χ.(1993).*Σύγχρονη Διοικητική των Επιχειρήσεων*. Αθήνα: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΚΔΟΤΙΚΗ.
49. S. E. Allison, K. McLaughlin, and D. Walker, (1991). *Nursing Theory: A Tool to Put Nursing Back into Nursing Administration*, *Nursing Administration Quarterly*.
50. D.L. Gardner, K. Kelly, M. Johnson ,J.C. McClosky, and M. Maas, *Nursing Administration Model for Administrative Practice*, *Journal for Nursing Administration*, March 1991.
51. Ferguson, K. (2004). *Βασικές αρχές οικονομικής θεωρίας*. Κριτική.
52. Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
53. ΝΔ 2071/92. *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος υγείας*. ΦΕΚ/123/ 15-07-1992 & ΝΔ 1397/83. *Εθνικό Σύστημα Υγείας*. ΦΕΚ/Α'/143. 7-10-1983
54. Έλληνας, Δ. (2004), *Προγραμματισμός και Οργάνωση στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία Ομοιότητες και Διαφορές*. Επιθεώρηση Υγείας.
55. Π.Δ. 87/86. *Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων*. ΦΕΚ 32\Α\27-03-1986.
56. Υ.Α. Αρ.Α1α 8342/98. *Έγκριση του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου*. ΦΕΚ 711/Β/14-7-1998.
57. Υ.Α. Αρ. Υ4α/οικ. 39178/2012. *Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο»*.. ΦΕΚ 1253/11-4-2012.
58. ΝΔ 1397/83. *Εθνικό Σύστημα Υγείας*.ΦΕΚ/Α'/143. 7-10-1983. Άρθρα 14 & 15
59. Grohar-Murray, M. & DiCroce, H. (2003). *Leadership and Management in Nursing*. : Prentice Hall.
60. Machiavelli, N. (2010). *Ο Ηγεμόνας. Μετάφραση από τα Ιταλικά από Ζωγραφίδου - Καραχάλιου, Ζ*. Αθήνα: Ελευθεροτυπία. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1532).
61. Girvin, J., (1998). *Nursing and leadership*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
62. Burns, J., (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row
63. Parry, K., (1996). *Transformational leadership : Developing an enterprising management culture*. Sydney : Business professional publishing

64. Clinton, M. & Hendricks, J., (1998). Issues and trends in the nurse management . In Management in the Australian health care industry .ed.Clinton , M., Melbourne: Longman.
65. Bennis, W. (1997). Why Leaders Can't Lead: The Unconscious Conspiracy Continues. San Francisco: Jossey-Bass.
66. Yukl, G., (1998). Leadership in organizations. New Jersey: Prentice Hall
67. Drucker, P. (1989). The New Realities, In Government and Politics, in Economics and Business, in Society and World View. New York: Harper & Row.
68. Westwood, F. (2001). Doing deals. British Journal of Perioperative Nursing. 11:538-541.
69. Woodhead, K. (Μάρτιος 2001). Leadership makes a difference. British Journal of Perioperative Nursing. 11(3):114-118.
70. Dixon, D. (Δεκέμβριος 1999). Achieving results through transformational leadership. J Nurs Adm.. 29(12):17-21.
71. www.dimokratiki.gr , 31.8.2016
72. Robbins, S.P. (1995). Organizational behavior, New Delhi: Prentice-Hall.
73. Robbins, S.P. (1974), Managing organizational conflict: A non-traditional approach. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
74. Masters, M., Albright, R. (2002), The complete guide to Conflict Resolution in the Workplace, N.Y.: Amacom.
75. Boulding, K. (1963), Conflict and Defense, New York: Harper & Row.
76. Rahim, A. (2002), Toward a theory of managing organizational conflict, The International Journal of Organizational Analysis, Vol. 10, No. 4
77. Olk, M.E. & Friedlander, M.L., (1992), Trainees' experiences of role conflict and role ambiguity in supervisory relationships.
78. Κάντας, Α. (1997), Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία, Τόμοι. 1-3, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
79. Peters, J. (1968). When Mothers Work: Loving Our Children without Sacrificing Our Selves.
80. Stoner, J.A.F. & Wankel, C. (1988), Management, New Delhi, Prentice-Hall of India.
81. Sethi, A. (1995), "Control and management of conflict"

82. Medina F., Dorado M., Munduate L., Martinez I. & Cisneros I. (2002), "Types of Conflict and Personal and Organizational Consequences", submitted to the 15th Annual Conference of the International Association for Conflict Management (IACM), Utah.
83. Jehn K. (1995), A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 10, No. 2.
84. Filley A. (1975), *Interpersonal conflict resolution*, Scott-Foresman and Company.
85. Pondy, L., (1967), Organizational conflict: Concepts and models, *Administrative science quarterly*, Vol. 12, No. 2.
86. Darling J. & Walker E. (2001), Effective conflict management: Use of the behavioral style model, *Leadership and Organization Development Journal*, Vol. 22, No. 5.
87. Τζωρτζάκης Κ. & Τζωρτζάκη Α. (1999), *Οργάνωση και Διοίκηση*, Rosli.
88. Πετρίδου Ε. (2001), Βασικές έννοιες Μάνατζμεντ για τις Μικρομεσαίες Επιχειρήσεις, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
89. Appelbaum, S., Abdallah, C. & Shapiro, B. (1999). The self-directed team. A conflict resolution analysis. *Team Performance Management*
90. Drenth, P.J., Thierry, H., Williams, P.J. & de Wolf, C.J. (1984), *Handbook of work and organizational Psychology*, Vol.1, σελ. 521-537, Page Brother (Norwich) Ltd., στο Appelbaum et.al., "The self- directed team. A conflict resolution analysis", 1999.
91. Amason A. (1996), "Distinguishing the effects of Functional and Dysfunctional Conflict on strategic decision making: Resolving a paradox for top management teams", *The Academy of Management Journal*, Vol. 39, No. 1.
92. Milton, C., (1981). *Human Behavior in organization. Three levels of behavior*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J. 07632.
93. Burke, R.J. (1971), Methods of resolving superior- subordinate conflict: The constructive use of subordinate differences an disagreements, *Organizational behavior and Human performance* 5, στο Filley, A.C., "Interpersonal conflict resolution", 1975.
94. Tjosvold D. & Tjosvold M. (1995), *Psychology for leaders: Using motivation, conflict, and power to manage more effectively*, The Portable MBA Series.

95. Παπασταμάτης Α. (2005), Λύση προβλημάτων, λήψη αποφάσεων και διευθέτηση συγκρούσεων.
96. Scholtes P., Joiner B. & Streibel B. (1996), The team handbook. Second edition, Oriel incorporated.
97. De Bono, Edward, (1986), Conflicts – A better way to resolve them, Penguin, London, στο Bagshaw, M., “Conflict management and mediation: key leadership skills for the millennium”, 1998.
98. Bendersky, C. (2002). Conflict and Control: A Theoretical Model of the Mechanisms Through Which Organizational Forms Affect Routine Conflict Behaviors.
99. Fisher, R. & Ury, W. (1981), Getting to Yes, New York: Penguin Books, στο Masters M.F. & Albright R.R., “Conflict resolution in the workplace”, 2002.
100. Conflict management: Keep disagreements healthy and productive. (2003). Development and Learning in Organizations: An International Journal
101. McGrane F. & Wilson J. (2002), Problems are opportunities in working clothes: exploring the process of one-to-one dispute resolution in the workplace, Communication Program of the International Association of Conflict Management Conference.Park City.
102. McGrane, F., Wilson, J. & Cammock, T. (2005), “Leading employees in one-to-one dispute resolution”, Leadership and Organization Development Journal
103. Leavitt, H. J., & Pondy, L. R. (eds.) (1973), Readings in managerial Psychology, Chicago, TheUniversity of Chicago Press..
104. Noble, K. & Rancourt, R. (1991). Administration & intradisciplinary conflict within nursing.
105. Sands, R., Stafford, J. & McClelland, M. (1990). 'I beg to differ': conflict in the interdisciplinary team.
106. Abramson, J., Donnelly, J., King, M. & Mailick, M. (1993). Disagreements in discharge planning: a normative phenomenon
107. Lowenstein, A. & Hoff, P. (1994). Discharge planning. A study of nursing staff involvement.
108. Σταθοπούλου, Χ. (2006). Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ..
109. Gerardi, D. (Απρίλιος 2004). Using mediation techniques to manage conflict and create healthy work environments.. AACN Clin Issues..

110. Sullivan, E. & Decker, P. (2009). Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας. Μετάφραση από τα Αγγλικά από Μπελλάλη, Δ. Αθήνα: Μ. Γκιούρδας. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 2005).
111. Sportsman, S. (Απρίλιος 2005). Build a framework for conflict assessment. Nursing Management.
112. Hirigoyen, M. (2002). Ηθική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας. Μετάφραση από τα Γαλλικά από Σιγάλα, Α. [χ.τ.]: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1998).
113. Eason, F. & Brown, S. (Μάιος - Ιούνιος 1999). Conflict management: assessing educational needs. J Nurses Staff Dev.