

Παράγοντες Ανασταλτικοί για την Απόδοση των Υγειονομικών στα Ελληνικά Νοσοκομεία

Σπηλιωτόπουλος Αθανάσιος

Είναι κοινή διαπίστωση των εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία ότι θα μπορούσαν ίσως τα τελευταία να προσφέρουν περισσότερα στη Δημόσια Υγεία και αυτό φαίνεται να συνδέεται με κάποιους παράγοντες που δεν ευνοούν την απόδοση των υγειονομικών.

Σκοπός της εργασίας είναι: α) Να αναδείξει και να περιγράψει τους παράγοντες αυτούς που δεν επιτρέπουν στο υγειονομικό προσωπικό να προσφέρει στο σύστημα υγείας τα αναμενόμενα και συγκεκριμένα την ποιότητα των υπηρεσιών για τις οποίες έχει εκπαιδευθεί. β) Να προτείνει λύσεις για την ανάταξη αυτών των ανασταλτικών παραγόντων.

Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να διακριθούν σε: α) αυτούς που είναι αναπόφευκτοι, λόγω της φύσης της απασχόλησης των υγειονομικών, β) αυτούς που λειτουργούν κατά περίπτωση μόνο σε ορισμένους επαγγελματίες υγείας, ή σε ορισμένα τμήματα ή σε ορισμένα νοσοκομεία και τέλος γ) σε εκείνους που λειτουργούν συστηματικά, σχετίζονται με διαρθρωτικές αδυναμίες του συστήματος και αφορούν όλο το προσωπικό και τις δομές υγείας στο σύνολό τους.

Απαιτείται να διαμορφωθούν συνθήκες τέτοιες που να συμβάλλουν στην αναβάθμιση του επιπέδου απόδοσης των υγειονομικών και αυτό πρέπει να αποτελεί μέριμνα της πολιτείας, της κοινωνίας αλλά και των ίδιων των υγειονομικών.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 14: 45-51, 2021

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι κοινή διαπίστωση των εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία ότι θα μπορούσαν ίσως τα τελευταία να προσφέρουν περισσότερα στη Δημόσια Υγεία και αυτό φαίνεται να συνδέεται με κάποιους παράγοντες που δεν ευνοούν την απόδοση των υγειονομικών. Αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού το ποιοι είναι οι λόγοι για τους οποίους δεν ικανοποιούνται οι προσδοκίες της κοινωνίας, παρά το μόχθο των υγειονομικών της χώρας. Γιατί ο καθημερινός τους κόπος δεν αποφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα;

Λέξεις κλειδιά: απόδοση υγειονομικών, ελληνικά νοσοκομεία, ανασταλτικοί παράγοντες.

Οδοντίατρος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ

Προέλευση:

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

Σκοπός της παρούσας εργασίας: α) Να αναδείξει και να περιγράψει τους παράγοντες αυτούς που δεν επιτρέπουν στο υγειονομικό προσωπικό να προσφέρει στο σύστημα υγείας τα αναμενόμενα και συγκεκριμένα την ποιότητα των υπηρεσιών για τις οποίες έχει εκπαιδευθεί. β) Να προτείνει λύσεις για την ανάταξη αυτών των ανασταλτικών παραγόντων. Παρακάτω περιγράφονται ξεχωριστά καθένας από αυτούς τους παράγοντες¹.

1. Επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα ενός απαιτητικού εργασιακού περιβάλλοντος με εξοντωτικούς ρυθμούς. Αυτό περιορίζει σημαντικά τον ελεύθερο χρόνο και διαταράσσει τη ψυχική γαλήνη των υγειονομικών. Η κατάσταση αυτή αναγκάζει τον επαγγελματία υγείας να βρίσκεται διαρκώς σε μια κατάσταση ετοιμότητας που τον φθείρει. Επίσης, το γεγονός ότι έχει να ασχοληθεί, ως επί το πλείστον, με πάσχοντες τον αναγκάζει υποσυνείδητα να υπερβαίνει κάθε φορά τις δυνατότητές του και να εργάζεται με μεγάλη ένταση επί μακρόν. Τα

παραπάνω εάν συνδυαστούν με τις συνθήκες: 1) μόνιμα αυξημένων αναγκών σε όλες σχεδόν τις μονάδες υγείας της χώρας, 2) κυλιόμενου ωραρίου ή εφημεριών και 3) ελλείψεως προσωπικού ή εξοπλισμού, συνθέτουν ένα εργασιακό περιβάλλον με πραγματικά υπερβολικό φόρτο εργασίας. Με βάση τα παραπάνω, εξηγείται η μεγάλη συχνότητα με την οποία συναντάται το φαινόμενο επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με άλλους τομείς εργασίας.

Οι παρεμβάσεις για τη στήριξη των εργαζομένων διακρίνονται σε δύο επίπεδα: στο ατομικό και στο οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο. Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο εργαζόμενος. Οι παρεμβάσεις στο οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης. Οι οργανωτικές παρεμβάσεις είναι αυτές που θα μπορούσαν να υλοποιηθούν από τη διοίκηση ενός νοσοκομείου και παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης στους εργαζόμενους. Ο ρόλος των ιεραρχικά υπευθύνων είναι ουσιώδης και πολυδιάστατος. Αναπτύσσοντας δυνατότητες ανοικτής επικοινωνίας των εργαζομένων, διευκολύνεται η πληροφόρηση, η αποσαφήνιση παρερμηνειών και η από κοινού επίλυση προβλημάτων που αναφύονται στο εργασιακό περιβάλλον των εργαζομένων και, γενικά, η δημιουργία ενός ενθαρρυντικού και υποβοηθητικού κλίματος. Η δημοκρατική διοίκηση ενός τμήματος παρέχει στον εργαζόμενο εκτός από τη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, υπευθυνότητα και ισοτιμία στις συλλογικές προσπάθειες. Ορισμένες από τις στρατηγικές αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης θα μπορούσαν να είναι:

- Κατανομή του φόρτου της πιο δύσκολης και λιγότερο ικανοποιητικής εργασίας μεταξύ όλων των εργαζομένων. Με αυτό τον τρόπο, το βάρος δεν πέφτει σε ένα άτομο ή σε μια ομάδα μιας και όλοι πρέπει να μαθαίνουν να αποδίδουν σε διάφορους ρόλους και να εργάζονται σε διαφορετικά προγράμματα.
- Οργάνωση των καθημερινών εργασιακών δραστηριοτήτων με τρόπο που να εναλλάσσονται ασχολίες με μεγάλο, μέσο και ελάχιστο βαθμό ικανοποίησης.
- Δυνατότητα αφιέρωσης ορισμένου χρόνου σε δραστηριότητες που μπορούν να βοηθήσουν το προσωπικό στη διεκπεραίωση της εργασίας του, ώστε να αισθάνεται χαλαρωμένο και γεμάτο ενέργεια.
- Δημιουργία τυπικών μηχανισμών για την επίλυση των προβλημάτων και την επεξεργασία/υπέρβαση των συγκρούσεων σε επίπεδο ομάδας και μηχανισμού.
- Διαχείριση σχέσεων με υφισταμένους. Εάν ο ρόλος του προϊσταμένου είναι σαφής και καθορισμένος, μπορεί ο ίδιος εύκολα να περιγράψει τα όρια ευθύνης του, να αποδώσει καθήκοντα και να καθορίσει κατάλληλα κανάλια επικοινωνίας. Αντίθετα, η έλλειψη σαφήνειας στον καθορισμό των ρόλων και των ορίων δημιουργεί εργασιακό άγχος τόσο για τους διευθύνοντες όσο και για τους υφισταμένους.

Παράλληλα, θα πρέπει να ενθαρρύνονται διακριτικά παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο των εργαζομένων, ώστε να γίνουν κάποιες αλλαγές στον τρόπο που οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Επίσης, οι ομάδες των εργαζομένων θα μπορού-

σαν να συνεργάζονται με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Νοσοκομείου με σκοπό την αντιμετώπιση του ζητήματος^{2,3}.

2. Ανταγωνισμός

Δεδομένου ότι τα επαγγέλματα υγείας, και ιδιαίτερα το ιατρικό, κατατάσσονται ανάμεσα στα πιο ανταγωνιστικά επαγγέλματα, εκδηλώνονται συχνότατα ανταγωνιστικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων, γεγονός που εμποδίζει την ομαλή λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρατίθενται παρακάτω δύο χαρακτηριστικά παραδείγματα που περιγράφουν τις σχέσεις αυτές.

Παράδειγμα 1. Μεταξύ δύο ομοιόβαθμων συναδέλφων που εργάζονται στον ίδιο οργανισμό αναπτύσσεται σταδιακά ένα ανταγωνιστικό κλίμα που αφορά την απόκτηση προσόντων και προϋποθέσεων προκειμένου να διεκδικήσουν ο καθένας για λογαριασμό του την μοναδική θέση προϊσταμένου στο τμήμα, όπου υπηρετούν. Υιοθετείται τότε από τον ένα εκ των δύο συναδέλφων κάποια επιθετική και ανταγωνιστική συμπεριφορά, όπου κυριαρχεί η ένταση, η υπονόμηση και η υποτίμηση της αξίας και των ικανοτήτων του άλλου. Αποτελεί απόλυτη επιδίωξη του η αποκλειστική επίτευξη των στόχων του και η φθορά του συναδέλφου του. Αποσκοπεί στην προβολή και ανάδειξη του δικού του ρόλου και των δικών του επιτευγμάτων. Λειτουργεί με έλλειψη πνεύματος συνεργασίας, συναδελφικότητας και αλληλεγγύης. Θέλει να δείχνει ευγενικός και ήρεμος, αλλά διακατέχεται από άγχος για την επίτευξη του στόχου του τον οποίο υπηρετεί, ως επί το πλείστον με κρύφια, δόλια και υποχθόνια μέσα. Ενίοτε δε, προκαλεί τη διάδοση δυσφημιστικών σχολίων προκειμένου να πλήξει το κύρος του συναδέλφου ανταγωνιστή του.

Παράδειγμα 2. Ο προϊστάμενος ενός τμήματος υιοθετεί μια ανταγωνιστική συμπεριφορά έναντι κάποιων υφισταμένων του. Χρησιμοποιεί διαρκώς το κύρος της θέσης του προκειμένου να επιβληθεί, φέρει με εξουσιαστικό τρόπο και κατευθύνει συχνά απειλές προκειμένου να επιβεβαιώνει την κυριαρχία του στο τμήμα. Αισθάνεται συνεχώς ότι απειλείται και θεωρεί πως κάποια στελέχη του τμήματος τον υπονομεύουν. Συμπεριφέρεται με θυμό και περιφρονεί την προσφορά των υφισταμένων του. Δεν ενθαρρύνει το συνεργατικό κλίμα, ενώ δε διστάζει να χρησιμοποιεί τους υφισταμένους του προκειμένου να αποσπά ακόμα και ασήμαντες συχνά πληροφορίες για τους υπαλλήλους. Θεωρεί ότι, με αυτό τον τρόπο, ελέγχει την κατάσταση. Αποδίδει εύκολα ευθύνες σε υφισταμένους - στόχους που έχει στιγματίσει ως «αδύναμους» ή «φυγόπονους» ή «ανίκανους». Αντιθέτως, κάθε επιτυχία προβάλλεται ως δικό του δημιούργημα. Η προσφορά και οι όποιες ικανότητες των άλλων απαξιώνονται και υποτιμώνται.

3. Συγκρούσεις

Σε κάθε εργασιακό χώρο είναι δυστυχώς αναπόφευκτες οι συγκρούσεις. Το φαινόμενο αυτό λαμβάνει διαστάσεις στο χώρο των νοσοκομείων και δυσχεραίνει την ομαλή λειτουργία τους. Μετά από μια σύγκρουση, έρχεται πάντα η ώρα για μια διαπραγμάτευση. Οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους τα άτομα ή οι ομάδες διαπραγματεύονται είναι οι εξής: α) για να λυθεί ένα πρόβλημα ή μία διαφωνία μεταξύ δύο πλευρών ή β) για να δημιουργηθεί κάτι καινούργιο. Η δε αναγκαιότητα μιας

διαπραγμάτευσης προκύπτει από τα εξής δυο στοιχεία:

- Υπάρχουν δύο πλευρές με διαφορετικούς στόχους και η καθεμιά αγωνίζεται να πετύχει το στόχο της.
- Η κάθε πλευρά θεωρεί τη θέση της ισχυρότερη και περιορίζεται στην ικανοποίηση των δικών της μόνο αιτημάτων. Ωστόσο, αυτή η αντίληψη θεωρείται μάλλον παρωχημένη. Πολλές διαπραγματεύσεις, που συνεχίζουν να λειτουργούν μέσα σε αυτό το πλαίσιο της παλιάς αντίληψης, δεν φτάνουν σε αίσιο τέλος με αποτέλεσμα συχνά να καθυστερούν δράσεις ζωτικής σημασίας.

Οι διαπραγματευτές επιδεικνύουν κατά κανόνα ένα μείγμα συμπεριφορών. Το άτομο που διαπραγματεύεται θα πρέπει αρχικά να γνωρίζει τόσο τις ικανότητές του όσο και τις αδυναμίες του και να προσαρμόζει την τακτική του ανάλογα με τις εκάστοτε περιστάσεις και απαιτήσεις, ώστε να πλησιάσει το στόχο του. Κάθε διαπραγμάτευση έχει τα δικά της χαρακτηριστικά στοιχεία. Το στυλ που θα υιοθετηθεί δεν μπορεί, απαραίτητως, να είναι το ίδιο για κάθε περίπτωση. Επίσης, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι μπορεί να υπάρχει συνδυασμός ανάμεσα στα στυλ διαπραγμάτευσης, τα οποία έχουν διαφορετική προσέγγιση στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της διαπραγματευτικής διαδικασίας. Και βέβαια η σωστή διαπραγμάτευση θα πρέπει να εξασφαλίζει κέρδος για όλους. Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει: α) να ικανοποιούνται και οι δύο πλευρές, β) να μην αδικείται κανείς, γ) να υπάρχει αμφίδρομη επικοινωνία, δ) να δίνεται έμφαση σε ελαστικές προσεγγίσεις και ε) να δημιουργούνται δεσμοί μακροχρόνιου και αμοιβαίου συμφέροντος. Ο συνδυασμός του συνεργασισμού και του προσεκτικού διαπραγματευτή αποδεικνύεται συνήθως ως ο αποδοτικότερος και συγκεντρώνει τα εξής χαρακτηριστικά:

- προσεκτική σκέψη,
- δημιουργική διάθεση,
- διορατικότητα,
- εφαρμογή συστηματικής τακτικής,
- δημιουργία ήπιου κλίματος για μια καλή επικοινωνία,
- επιλογή κατάλληλου και ευχάριστου χώρου για τη διαπραγμάτευση,
- ρεαλιστικές και απόλυτα τεκμηριωμένες απαιτήσεις,
- αποφυγή χρήσης εκφράσεων που πιθανόν να δημιουργήσουν συναισθηματική φόρτιση,
- έκθεση απόψεων με απλές εκφράσεις και έμφαση για τις απόλυτα αναγκαίες στιγμές της διαπραγμάτευσης,
- κατανόηση των δυσκολιών ή και των ιδιαιτεροτήτων που προβάλλει η αντίθετη πλευρά,
- πλήρης γνώση των αντικειμενικών δυνατοτήτων και δυσχερειών,
- κατάλληλη προετοιμασία και γνώση του αντικειμένου σε βάθος,
- διευκρίνιση ότι η διαπραγμάτευση γίνεται μεταξύ συνεργατών και όχι δύο αντίθετων παρατάξεων,
- προσανατολισμός προς την ουσία του έργου,
- δημιουργικότητα και ικανότητα χειρισμού της πολυπλοκότητας,
- αποδοχή ρεαλιστικού αποτελέσματος που πρέπει να ικανοποιεί και τις δύο πλευρές⁴.

4. Μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον

Το υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας δεν είναι δεδομένο δυστυχώς στις μονάδες υγείας. Όταν υπάρχει, δι-

ευκολύνει όλες τις λειτουργίες του οργανισμού/νοσοκομείου και διακρίνεται από τα εξής χαρακτηριστικά:

- Έμφαση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, μετεκπαίδευση, εξειδίκευση και αναβάθμιση του υπηρετούντος προσωπικού. Με αυτό τον τρόπο, ο εργαζόμενος αισθάνεται πως ο εργοδότης επενδύει επάνω του.
- Παροχή οικονομικών κινήτρων αποδοτικότητας των εργαζομένων.
- Προγράμματα αναγνώρισης της προσφοράς των επαγγελματιών υγείας και της συμβολής τους στο συνολικό θεραπευτικό έργο των υγειονομικών μονάδων, ευνοϊκές ανταμοιβές και διοικητικές προαγωγές.
- Επάρκεια υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού και ποιοτικοί χώροι εργασίας.
- Ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον που αποτρέπει κινδύνους και απειλές και ικανοποιεί το αίσθημα ασφάλειας και αποδοχής του εργαζομένου.
- Ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος συνεργασίας που οικοδομεί κλίμα εμπιστοσύνης, αποδοχής και αποφυγής εκδήλωσης ενός κακώς εννοούμενου «ατομισμού» εις βάρος του συνόλου.
- Ενθάρρυνση της αυτονομίας των επαγγελματιών υγείας και παρότρυνσή τους για την ανάληψη πρωτοβουλιών σε ένα διαμορφωμένο ευρύ πεδίο δράσης. Αυτό αποτελεί δείγμα εμπιστοσύνης στους εργαζόμενους, ώστε να αποφασίζουν μόνοι πως θα επιτελέσουν το έργο τους.
- Η διαβεβαίωση για διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού δίνει αυτοπεποίθηση στον εργαζόμενο, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια που οι μειώσεις εργατικού δυναμικού είναι ευρύτατα διαδεδομένες στην αγορά εργασίας.

Υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση πως «το υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας» συμβάλλει στην «ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας» και αυτή με τη σειρά της επιδρά ευεργετικά στην «θετική έκβαση της κατάστασης υγείας των ασθενών»⁵.

5. Μη συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη των αποφάσεων

Η μη ενεργή και ουσιαστική συμμετοχή των εργαζομένων στα τεκταινόμενα και στις αποφάσεις στο χώρο εργασίας προκαλεί επαγγελματικό άγχος με τους παρακάτω τρόπους:

- Προκαλείται αίσθημα αποξένωσης στους εργαζόμενους οι οποίοι αισθάνονται ή παίρνουν τη θέση του θύματος σχετικά με τις αποφάσεις που λαμβάνονται από ανωτέρους τους, στους οποίους δεν ασκούν καμία επιρροή.
- Τους στερείται η δυνατότητα να συνεισφέρουν ή ακόμα και να παρακολουθήσουν σημαντικές επαγγελματικές αποφάσεις, που επηρεάζουν τη θέση στον εργασιακό χώρο.
- Προκαλούνται αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Αισθάνονται ότι δεν έχουν τίποτα να προσφέρουν και, με αυτό τον τρόπο, απαξιώνεται η θέση τους και η όποια προσφορά τους στον οργανισμό. Αισθάνονται ότι δεν είναι απαραίτητοι, ίσως ούτε καν χρήσιμοι και υπολογίσιμοι. Διερωτώνται εάν φταίνε οι ίδιοι για αυτό και, επομένως, αρχίζουν να αμφιβάλουν για τις ικανότητές τους.
- Μειώνεται το αίσθημα της επαγγελματικής ικανοποίησης και αναγνώρισης που έχουν ανάγκη, ώστε αυτό

να λειτουργήσει ως ερέθισμα και κίνητρο για περαιτέρω απόδοση, βελτίωση και εξέλιξη.

- Απομονώνονται οι εργαζόμενοι και αναγκάζονται να λειτουργήσουν αποσπασματικά και όχι σε συντονισμό και σε συνεργασία με τους συναδέλφους τους. Απουσιάζοντας από τα κέντρα λήψης των αποφάσεων, δεν έχουν τη δυνατότητα να συμβάλουν στην εξέλιξη του οργανισμού. Αισθάνονται αποπλισμένοι και παθητικοί δέκτες και εκτελεστές εντολών.

Φυσικά, ένα χαμηλόβαθμο στέλεχος δεν μπορεί να έχει την αξίωση να συμμετέχει στη διοίκηση του οργανισμού στον οποίο εργάζεται. Μπορεί, όμως, σε τακτά χρονικά διαστήματα να εκφράζει απόψεις, προβληματισμούς ή προτάσεις τουλάχιστον για τα ζητήματα που αφορούν το αντικείμενό του. Ο βαθμός συμμετοχής φυσικά εξαρτάται από την κουλτούρα και το κλίμα του εργασιακού χώρου. Όπου ακολουθείται το συμβατικό μοντέλο και τα πάντα λειτουργούν ιεραρχικά και με βάση την παράδοση, κάτι τέτοιο είναι δύσκολο να συμβεί. Αντιθέτως, όπου επικρατεί η κουλτούρα ανάδειξης των νεότερων στελεχών, ενθαρρύνεται η έκφραση της δημιουργικότητας και η συμμετοχή του εργαζομένου στις αποφάσεις⁶.

6. Λήψη αποφάσεων σε περιβάλλον αβεβαιότητας

Κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας, οι μεταβλητές μιας απόφασης, οι επιπτώσεις της λύσης, η συμπεριφορά όλων των παραγόντων που υπεισέρχονται στη διαμόρφωση και τη λύση του προβλήματος δεν μπορούν να προβλεφθούν. Στην περίπτωση αυτή, οι πιθανότητες λάθους και λήψης κακής απόφασης είναι μεγάλες, και οι αποφάσεις αυτές ανήκουν στην κατηγορία των μη προγραμματισμένων αποφάσεων. Οι τεχνικές που ακολουθούνται σε τέτοιες περιπτώσεις από τις διοικήσεις οργανισμών ή επιχειρήσεων είναι: α) θεωρία προτίμησης ή πράξης, β) δέντρα αποφάσεων, γ) ανάλυση κινδύνων και δ) μοντέλο προσομοίωσης. Η κατασκευή ενός μοντέλου προσομοίωσης παρέχει τη δυνατότητα εξέτασης πολλών εναλλακτικών λύσεων και μειώνει τον κίνδυνο λανθασμένης προσέγγισης. Ωστόσο, οι σχέσεις μεταξύ των στοιχείων που μετέχουν σε μία κατάσταση είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν και να εκφραστούν με μαθηματικές συναρτήσεις, γεγονός που καθιστά την κατασκευή ενός τέτοιου μοντέλου χρονοβόρα και δαπανηρή. Στην περίπτωση της Ελλάδας, οι δομές υγείας (δημόσιες ή ιδιωτικές) είναι μικρές και οργανωτικά κατακερματισμένες σε σύγκριση με μεγαλύτερες χώρες του εξωτερικού και οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι. Στην περίπτωση αυτή, η «ανάλυση κινδύνων» αποτελεί την περισσότερο αποδοτική τεχνική λήψης αποφάσεων γιατί είναι ρεαλιστική και υλοποιήσιμη χωρίς δυσβάσταχτο κόστος και προϋποθέσεις υψηλά εξειδικευμένων επιστημόνων και μέσων. Ως γνωστόν, η «ανάλυση κινδύνων» προσδιορίζει την πιθανότητα εμφάνισης κινδύνων που προκύπτουν από τη λήψη μίας απόφασης. Υπάρχουν βασικά τρεις μέθοδοι τις οποίες χρησιμοποιούν οι οργανισμοί για την αντιμετώπιση των κινδύνων: α) η αποφυγή, β) η μείωση και γ) η ασφάλιση του κινδύνου.

Παράδειγμα: Η αποφυγή λαθών κατά την άσκηση της ιατρικής πράξης αποτελεί ένα ζήτημα που απασχολεί τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Αυτό αντιμετωπίζεται ως εξής:

- Αποφυγή του κινδύνου: Επιτυγχάνεται με τη συνεχή

και δια βίου εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, ώστε να προλαμβάνονται τα ιατρικά λάθη.

- Μείωση του κινδύνου: Υλοποιείται με την επίβλεψη του ιατρικού έργου των νέων ιατρών από πιο έμπειρους συναδέλφους τους, τη λειτουργία των ιατρικών συμβουλίων, την αξιοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων και την πρακτική των επανεξετάσεων. Με τον τρόπο αυτό, περιορίζονται οι πιθανές συνέπειες ενός ενδεχόμενου ιατρικού λάθους.

- Ασφάλιση του κινδύνου: Προσφέρονται υποχρεωτικά ή εθελούσιες συμμετοχής ασφαλιστικά προγράμματα στους ιατρούς που τους ασφαλίζουν σε περίπτωση διάπραξης ιατρικού σφάλματος.

Οι αποφάσεις της φροντίδας υγείας διακρίνονται από ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά:

1) Η κρίσιμότητα των περιπτώσεων.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ποικίλα μιας και μπορεί να αφορούν:

- γνωστές μέχρι τώρα καταστάσεις (π.χ. μία επέμβαση σκληροκοιτίτιδας) ή απρόβλεπτες (ανακοπή κατά τη διάρκεια μίας επέμβασης) ή
- προβλήματα που σχετίζονται με τη λειτουργία των συστημάτων (π.χ. διακοπή ρεύματος κατά τη διάρκεια ενός χειρουργείου) ή
- την οργάνωση των υπηρεσιών κατά τη διάρκεια εφημερίας (π.χ. διακομιδή τραυματιών από μεγάλο τροχαίο ατύχημα) ή
- την έλλειψη στοιχειωδών βασικών μέσων για την αντιμετώπιση μιας κατάστασης (π.χ. οι αγροτικοί γιατροί σε απομακρυσμένες και ακριτικές περιοχές).

Όλα αυτά τα γεγονότα απαιτούν ψυχραιμία στην επιλογή μίας απόφασης αλλά και υψηλό βαθμό προσαρμοστικότητας σε διαφορετικές κάθε φορά συνθήκες.

2) Η τήρηση της δεοντολογίας.

Σχετίζεται με την τήρηση της δεοντολογίας των κανόνων αντιμετώπισης των ασθενών αλλά και των τημάτων/κλινικών ενός νοσοκομείου. Ωστόσο, οι ενδεχόμενες ελλείψεις σε κάποιο νοσοκομείο καθιστούν πολλές φορές δύσκολη, αν όχι ανέφικτη, αυτή την τόσο σημαντική δικλείδα ασφαλείας για όλες τις εμπλεκόμενες πλευρές στον τομέα της υγείας.

3) Η μοναδικότητα κάθε ασθενή/νοσηλεύομένου.

Οι αποφάσεις που αφορούν στην παροχή φροντίδας και αντιμετώπισης ενός ασθενή δεν συνεπάγεται αυτόματα ότι ταιριάζουν και σε κάποιον άλλον ασθενή με τα ίδια συμπτώματα, εφόσον μιλάμε για δύο διαφορετικά μεταξύ τους άτομα με διαφορετικά βιολογικά - σωματικά χαρακτηριστικά.

4) Οι περιορισμένες εναλλακτικές επιλογές για άμεση παρέμβαση.

Μπροστά σε μία σοβαρή κατάσταση, αυτό που επιχειρείται είναι η εύρεση όσο το δυνατό περισσότερων εναλλακτικών λύσεων. Στην υγεία, ο αριθμός των εναλλακτικών επιλογών είναι περιορισμένος και η πίεση του χρόνου για άμεση αντιμετώπιση μιας νοσογόνου κατάστασης είναι μεγάλη. Οι λειτουργοί υγείας οφείλουν να αποφασίζουν άμεσα μπροστά σε κρίσιμα συμβάντα, αφού οι όποιες καθυστερήσεις μπορεί να αποβούν έως και μοιραίες για την εξέλιξη της υγείας ενός ασθενή. Μέσα σε αυτές τις δύσκολες συνθήκες λήψης μιας απόφασης, ελλοχεύει πάντα και ο κίνδυνος καταλογισμού «ιατρικού λάθους» ή malpractice.

5) Η ιδιότητα του λειτουργού.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποφασίζει όχι μόνο βάσει προδιαγραφών και κανόνων αλλά και βάσει συγκεκριμένων ιδιαιτεροτήτων που σχετίζονται με την πρόβλεψη της εξέλιξης της κατάστασης του ασθενή. Αυτό προσδίδει στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μία ιδιαίτερα αυξημένη εξουσία, δικαιοδοσία αλλά και ευθύνη στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν τον ασθενή^{6,7}.

7. Ασαφείς στόχοι και αναποτελεσματική διαχείριση χρόνου

Οι στόχοι που τίθενται, ανεξαρτήτως αν είναι βραχυπρόθεσμοι ή μακροπρόθεσμοι:

- αυξάνουν το αίσθημα αυτοπεποίθησης,
- βοηθούν στη λήψη αποφάσεων,
- συμβάλλουν στον καθορισμό προτεραιοτήτων,
- βελτιώνουν την απόδοση,
- συμβάλλουν στην υποκίνηση,
- δημιουργούν κριτήρια,
- προσφέρουν οδηγό δράσης και
- συμβάλλουν στο αίσθημα ικανοποίησης από την επίτευξη των ενεργειών.

Η αποτελεσματικότητα του στόχου συνίσταται στα στοιχεία του. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικός, συναφής, συγκεκριμένος και μετρήσιμος. Στην γλώσσα των μάντζερ η αρχή αυτή επικεντρώνεται στη λέξη «SMART»: Συγκεκριμένος (Specific), Μετρήσιμος (Measurable), Εφικτός (Achievable), Ρεαλιστικός (Realistic), Χρονικά προσδιορισμένος (Time-based). Σημαντική προϋπόθεση για την βελτίωση της διαχείρισης του χρόνου είναι η ύπαρξη συγκεκριμένων στόχων. Οι στόχοι που θέτει το άτομο πρέπει πάντα να ακολουθούν τους εξής κανόνες: α) να είναι συγκεκριμένοι, β) να είναι σύντομοι και συνεκτικοί, και γ) να είναι ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι. Είναι, επίσης, σημαντικό να γνωστοποιούνται οι στόχοι στους συναδέλφους ή στον ευρύτερο εργασιακό περίγυρο. Αυτή η ενέργεια είναι ενός είδους δημόσια δέσμευση η οποία αποτελεί τις περισσότερες φορές ένα σημαντικότατο κίνητρο για το άτομο το οποίο θέλει να δείξει τις δυνατότητές του και να καθιερωθεί στον εργασιακό του χώρο^{8,9}.

8. Ελλιπής σχεδιασμός

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η αποτυχία έρχεται συνήθως ως συνέπεια της έλλειψης σχεδιασμού ή της ύπαρξης κακού σχεδιασμού. Πράγματι, η αξία του σωστού σχεδιασμού στην προσωπική, επαγγελματική ζωή αλλά και σε κάθε δραστηριότητα είναι εξαιρετικά σημαντική, διότι:

- Επιτρέπει την αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης και τη διαπίστωση των όποιων λαθών, παραλείψεων και ατελειών τόσο του παρελθόντος όσο και του παρόντος χρόνου καθώς και την εξάντληση κάθε δυνατότητας διόρθωσης ή μετριασμού τους.
- Είναι δυναμικά εφικτή η πρόβλεψη των επερχόμενων εμποδίων και, επομένως, η κατάλληλη προετοιμασία για την αντιμετώπισή τους.
- Συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση των δυσκολιών, την αναπροσαρμογή των στόχων και την λήψη αποφάσεων σε συνθήκες ηρεμίας, πριν ακόμα διογκωθούν τα προβλήματα.
- Δίνεται ο χρόνος, ώστε να μελετηθούν και να σταθμιστούν οι εναλλακτικές λύσεις και με σύνεση να οδηγηθεί κανείς στη βέλτιστη πρόταση.

Αντιθέτως, η έλλειψη σχεδιασμού οδηγεί στην προχειρότητα, στις αποσπασματικές και εμβλωματικές λύσεις της τελευταίας στιγμής, χωρίς ουσιαστικά περιθώρια επιλογών. Ο άνθρωπος, ο επιστήμονας, ο εργαζόμενος, ο ηγέτης χωρίς σχεδιασμό τρέχει πάντα εναγωνίως πίσω από τις εξελίξεις, χωρίς ποτέ να μπορέσει να τις προλάβει. Με σωστό σχεδιασμό, θα μπορούσε να προβλέπει ή ακόμα και να κατευθύνει τις εξελίξεις σε κάποιο τομέα. Ασφαλώς, ο σχεδιασμός δεν είναι πάντα εύκολος. Απαιτεί γνώση, εκπαίδευση, υπομονή, τήρηση των κανόνων, πειθαρχία, σφαιρική αντίληψη όλων των εμπλεκόμενων παραγόντων. Ο σωστός σχεδιασμός απαιτεί εμπειρία. Τα δε αποτελέσματα δεν είναι πάντα εγγυημένα, διότι υπάρχει πάντα μια σημαντική (και πάντως όχι αμελητέα) πιθανότητα ρίσκου κι αβεβαιότητας. Το πλήθος και η ποικιλία των παραγόντων, η ενδεχόμενη ανακριβής πληροφόρηση αλλά και το περιθώριο της υποκειμενικότητας και του ανθρώπινου λάθους μπορεί να οδηγήσουν σε κακό ή ελλιπή σχεδιασμό με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την τελική έκβαση της υπόθεσης. Αυτό, όμως, δεν απαλλάσσει τον εργαζόμενο από την υποχρέωση του (στοιχειώδους έστω) σχεδιασμού, πολύ δε περισσότερο όταν το ενδεχόμενο κόστος της αποτυχίας καλείται να πληρώσει η κοινωνία στο σύνολό της, ιδιαιτέρως όταν αυτό αφορά τη δημόσια υγεία¹⁰.

9. Αστοχη ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού

Η ιδιαιτερότητα και η πολυπλοκότητα του κλάδου της υγείας, απαιτεί διαφορετικής εκπαίδευσης και κατάρτισης ανθρώπινο δυναμικό, προκειμένου να ανταποκριθεί στην ικανοποίηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Το ευρύ αυτό φάσμα ειδικοτήτων, υψηλού επιπέδου γνώσεων και δεξιοτήτων, αποτελείται κυρίως από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό, διοικητικό και ειδικό τεχνικό προσωπικό, μάντζερς, οικονομολόγους, χειριστές ιατρικών μηχανημάτων και προγραμματιστές ΗΥ.

Ωστόσο, η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι συχνά αποτέλεσμα ελλιπούς προγραμματισμού. Διαπιστώνεται απουσία κεντρικού σχεδιασμού που να συνδέει το σύστημα υγείας με το σύστημα εκπαίδευσης και να εξισορροπεί την προσφορά ανθρώπινων πόρων με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Πέρα από την απουσία επαρκούς προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού, διαπιστώνεται υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών και ταυτόχρονα άνιση γεωγραφική κατανομή τους, ελλείψεις σε εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και εξειδικευμένο διοικητικό και τεχνικό προσωπικό, αποδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της γενικής/οικογενειακής ιατρικής, καθώς και αδυναμίες στο σύστημα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Στην Ελληνική κοινωνία των τελευταίων δεκαετιών, διαπιστώνεται κάποια εσωτερική μετανάστευση του πληθυσμού της περιφέρειας προς το κέντρο, που αποτελεί φαινόμενο με εθνικές διαστάσεις και επιπτώσεις. Συνακόλουθα, παρατηρείται ταυτόχρονα μια κίνηση των ασθενών για αναζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες του κέντρου. Αναζητούνται, επομένως, τρόποι περιορισμού και αποτροπής της τάσης αυτής διότι η υφιστάμενη κατάσταση συντελεί στον υδροκεφαλισμό του συστήματος υγείας και δημιουργεί προϋποθέσεις άνισης κατανομής των διαθέσιμων πόρων^{11,12}.

10. Έλλειψη κινήτρων για τους εργαζόμενους

Η παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους τους ενεργοποιεί, ώστε να αυξηθεί η αποδοτικότητα τους με τους εξής μηχανισμούς:

- Αύξηση του κύρους των εργαζομένων στα πλαίσια των δραστηριοτήτων τους στο χώρο εργασίας, προκειμένου να αυξηθεί η αυτονομία και ελευθερία τους.
- Ανάθεση συγκεκριμένων και εξειδικευμένων καθηκόντων στους εργαζόμενους για να αποκτήσουν την απαραίτητη πείρα στην εργασία τους.
- Εισαγωγή νεότερων και δυσκολότερων στόχων και επανατροφοδότηση.
- Ανάθεση ολοκληρωμένου κύκλου εργασίας στον κάθε εργαζόμενο κι όχι κατακερματισμένα και μεμονωμένα καθήκοντα.
- Αύξηση της προσωπικής ευθύνης των εργαζομένων^{13,14}.

11. Περιορισμένες ευκαιρίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση οδηγεί στην παραγωγή νέων συμπεριφορών, οι οποίες, όταν εφαρμόζονται στην πράξη, με το χρόνο καταλήγουν σε νέες μεθόδους και διαδικασίες βελτίωσης παροχής φροντίδας. Τέσσερις είναι οι κύριες παράμετροι που μπορούν να επηρεάσουν την αλλαγή συμπεριφοράς στην πράξη:

- 1) το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (διάρκεια, ποιότητα),
- 2) οι ατομικές ιδιαιτερότητες του επαγγελματία υγείας (καινοτόμοι, νεωτεριστές, πρώιμοι αποδέκτες, αρνητικοί),
- 3) το κοινωνικό σύστημα και
- 4) η φύση της αλλαγής (σαφήνεια, συμβατότητα) που προτείνει η εφαρμογή της νέας γνώσης.

Οι διοικούντες οφείλουν να υποστηρίξουν σθεναρά τη συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση του προσωπικού, διότι αποτελεί ασφαλή δρόμο για την αποτελεσματικότερη και πιο συμφέρουσα παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας που συμμετέχει σε προγράμματα εκπαίδευσης συνεισφέρει στην ενίσχυση της απόδοσης του οργανισμού και αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε αλλαγή στις διαδικασίες και σε βελτιωμένα αποτελέσματα. Ωστόσο, υπάρχει ανάγκη να εκτιμηθούν οι φραγμοί που κωλύουν τη συμμετοχή του προσωπικού σε εκπαιδευτικά προγράμματα, καθώς και αυτοί που κωλύουν την επιτυχημένη εφαρμογή της αποκτηθείσας γνώσης στην πράξη, προκειμένου η συνεχιζόμενη εκπαίδευση να αποδώσει τα μέγιστα οφέλη στην παροχή υπηρεσιών υγείας¹⁵.

12. Έλλειψη συστήματος αντικειμενικής αξιολόγησης των επαγγελματιών και των μονάδων υγείας

Τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία επιτελούν την αποστολή τους μέσα σε πλαίσια που χαρακτηρίζονται από περιορισμένους οικονομικούς πόρους, περιορισμένο αριθμό κλινών και γεωγραφική ανισοκατανομή τόσο του προσωπικού όσο και των ασθενών. Οι διοικούντες καλούνται να αξιοποιήσουν βέλτιστα τους διατιθέμενους παραγωγικούς συντελεστές, μεγιστοποιώντας τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε αριθμό και ποιότητα. Καλούνται, δηλαδή, να βελτιώσουν την απόδοση των μονάδων υγείας υπό γνωστούς περιορισμούς που υπαγορεύονται από την πραγματικότητα. Στην προσπάθειά τους αυτή, θα βοηθηθούν από πληροφόρηση που

λαμβάνεται από την χρήση ποσοτικών μεθόδων. Η πληροφόρηση αυτή, σε συνδυασμό με την ικανότητα των διευθυντικών στελεχών να λαμβάνουν αποφάσεις ανάλογες της πραγματικότητας και των αναγκών των αποδεκτών και παραγωγών υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζει την βελτίωση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των μονάδων αυτών διευκολύνει την άσκηση ελέγχου από τις υπερκείμενες αυτών υπηρεσίες ενώ παράλληλα συμβάλλει στη δημιουργία πνεύματος ανταγωνισμού και άμιλλας μεταξύ τους. Είναι τεράστιος ο όγκος πληροφοριών που μπορούν να αντληθούν μέσα από την εφαρμογή της μεθοδολογίας για την αξιολόγηση των επιχειρησιακών δραστηριοτήτων των νοσοκομειακών μονάδων.

Στην περίπτωση των Δημοσίων Νοσοκομείων στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ποσοτική ανάλυση - διαφοροποιούμενα τόσο ως προς το είδος των χρησιμοποιούμενων παραγωγικών συντελεστών όσο και ως προς τη γεωγραφική θέση των νοσοκομειακών μονάδων - υπαγορεύουν την λήψη διαφορετικών διοικητικών μέτρων τόσο σε γενικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο επί μέρους μονάδων¹⁶⁻²¹.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχει ένα πλέγμα παραγόντων που έχουν αρνητική επίδραση στην αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να διακριθούν στις εξής τρεις κατηγορίες:

1. Παράγοντες που σχετίζονται περισσότερο με τη φύση της απασχόλησης των υγειονομικών:
 - Λήψη αποφάσεων σε περιβάλλον αβεβαιότητας.
 - Επαγγελματική εξουθένωση.
 - Ανταγωνισμός.
 2. Παράγοντες που λειτουργούν συνήθως κατά περίπτωση σε ορισμένους επαγγελματίες υγείας, σε ορισμένα τμήματα ή σε ορισμένα νοσοκομεία μόνο:
 - Μη συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη των αποφάσεων.
 - Ασαφείς στόχοι και αναποτελεσματική διαχείριση χρόνου.
 - Συγκρούσεις.
 - Μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον.
 - Έλλειψη κινήτρων για τους εργαζόμενους.
 3. Παράγοντες που λειτουργούν κεντρικά, σχετίζονται με διαρθρωτικές αδυναμίες του συστήματος και αφορούν όλο το φάσμα του προσωπικού και των δομών υγείας στο σύνολό τους:
 - Έλλειψη αντικειμενικής αξιολόγησης των επαγγελματιών και των μονάδων υγείας.
 - Άστοχη ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού.
 - Ελλιπής σχεδιασμός.
 - Περιορισμένες ευκαιρίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Υπάρχει ανάγκη για αντιμετώπιση και διαχείριση των παραπάνω προβλημάτων. Απαιτείται να διαμορφωθούν συνθήκες τέτοιες που να συμβάλλουν στην ανύψωση του επιπέδου απόδοσης των υγειονομικών και αυτό πρέπει να αποτελεί μέριμνα της πολιτείας, της κοινωνίας αλλά και των ίδιων των υγειονομικών. Μέσα από ένα κεντρικό εθνικό σχεδιασμό, θα πρέπει:
- Να εξασφαλιστεί μια ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού με σαφείς ρόλους στους εργαζόμενους.

- Να δημιουργηθούν κίνητρα και να καλλιεργηθεί υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον.
- Να διευρυνθεί η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και να συνδεθεί με την αγορά.
- Να προαχθεί αξιόπιστος και διαφανής μηχανισμός ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

SUMMARY

Inhibiting factors for the efficiency of healthcare professionals in Greek hospitals

Spiliotopoulos Athanasios

hellenic hospital dentistry 14: 45-51, 2021

Healthcare professionals are people whose job is to protect and improve the health of their communities. They are facing various difficulties that prevent them from exhibiting the expected efficiency in Greek hospitals.

The aim of the present study is to present and describe the factors that do not allow healthcare professionals to offer the health system what they have been trained for. It is a point of interest the reason why their everyday efforts do not end in satisfactory results. According to various studies, a net of factors is responsible for that. These factors could be divided into three categories:

- 1) *Those which are associated more with the nature of healthcare profession, namely: a) burnout syndrome, b) decision-making under uncertain circumstances and c) competition.*
- 2) *Those which are usually implemented only on particular persons, departments or hospitals, such as: a) non-participation of healthcare professionals in decision-making process, b) unclear goals and ineffective time-management, c) conflicts, d) non-supporting working environment and e) lack of motivations.*
- 3) *Those that work systematically and are related to functional discrepancies of health system influencing the total of professionals, departments, and hospitals: a) lack of objective assessment, b) ineffective development of human resources, c) inadequate planning and d) limited chances for continuing education.*

It is necessary to create conditions supporting the level of healthcare professionals' efficiency. This is the duty of the administration, society and the individual themselves.

Key words: *healthcare professionals; Greek hospitals; inhibiting factors.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πολύζος Ν: Αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα. Ταξινόμηση ασθενών με βάση την διάρθρωση των περιστατικών. Διαδικτυακή Διατριβή. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 1998: 122-126.
2. Θαλασσοχώρη Χ: Προσωπική αποτελεσματικότητα. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 2012: 7-108.
3. Landy FJ: The psychology of work behavior. 4th edition. Pacific Grove. Cal.: Brooks/Cole. 1989: 39.
4. Πετράκη Π, Θαλασσοχώρη Χ: Διαπραγματευτική ικανότητα & ικανότητα διαμεσολάβησης στην επίλυση συγκρούσεων - διαχείριση συγκρούσεων. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 2012: 7-99.
5. Καθαράκη Μ, Θαλασσοχώρη Χ: Ηγεσία και management στον τομέα της υγείας. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 2007: 9-97.
6. Καθαράκη Μ, Θαλασσοχώρη Χ: Διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 2007: 10-105.
7. Karys A: Ending the technology paradox: Healthcare management technologies for clinical decision making. JHIM 1998; 12(3): 25-32.
8. Καθαράκη Μ, Θαλασσοχώρη Χ: Ο τομέας της υγείας. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 2007: 7-75.
9. Θαλασσοχώρη Χ: Προσωπική αποτελεσματικότητα. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 2012: 7-108.
10. Τούντας Γ: Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2006; 23(1): 72-83.
11. Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι: Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2000; 17(6): 627-639.
12. Καθαράκη Μ, Θαλασσοχώρη Χ: Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 2008: 10-213.
13. Maslow AA: Theory of human motivation. Psych Rev 1943; 50(4): 370-396.
14. Illardi BC, Leone D, Kasser T, Ryan RM: Employee and supervisor ratings of motivation: Main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting. J Appl Soc Psych 1993; 23: 178-180.
15. Casey J: Into battle with total quality management. Int J Health Care Qual Ass 1993; 6(2): 12-47.
16. Giokas DI: Greek Hospitals: How well their resources are used. IJMS 2001; 29(1): 73-83.
17. Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ: Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας. Αθήνα. Εκδόσεις ΚΚΕΥ. 1994: 36-98.
18. Οικονομοπούλου ΧΒ, Λιαρόπουλος Λ, Δόσιος Θ: Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Επιθ Υγείας 2000; 6: 35-37.
19. Τούντας Γ, Οικονόμου ΝΑ: Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2007; 24(1): 7-21.
20. Καθαράκη Μ: Η ποσοτική ανάλυση στην άσκηση διοίκησης. Εφαρμογές Γραμμικών Προτύπων. Αθήνα. Εκδόσεις Σταμούλη. 2007: 15-78.
21. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E: Reforming the reform: the Greek national health system in transition. J Public Health Pol 2002; 62: 1529.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος
Πυθαγόρα 9-11, Τ.Κ. 18533,
Πειραιάς
τηλ. 6977041898
email: athspil@yahoo.com