



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

# **ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

«Η ενοποίηση του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου – Εμπειρίες, μέτρηση της στάσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων απέναντι στην διοικητική αλλαγή»

Κουμπασιάρης Δημήτριος

Επιβλέπων Καθηγητής:

Κατσαλίακη Κορίνα

Ιούλιος, 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου  
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

«Η ενοποίηση του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης με το Ψυχιατρικό  
Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου – Εμπειρίες, μέτρηση της στάσης και της  
συμπεριφοράς των εργαζομένων απέναντι στην διοικητική αλλαγή»

Κουμπασιάρης Δημήτριος

Επιβλέπων Καθηγητής:

Κατσαλίακη Κορίνα

Ιούλιος, 2016

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι στην ιστορία της ανθρωπότητας έχουν συμβεί αλλαγές που άλλοτε ασκούν μικρότερη και άλλοτε μεγαλύτερη επιρροή. Η έννοια της αλλαγής είναι διαρκώς παρούσα στη ζωή και σχετίζεται με άλλες έννοιες όπως είναι αυτή της μεταβλητότητας και της προσαρμοστικότητας.

Η όποια αλλαγή από μια ασήμαντη μέχρι μια περισσότερο σημαντική στις περισσότερες των περιπτώσεων αποτελεί τη λύση στα προβλήματα που τυχόν προκύπτουν, ειδικά στο σημερινό και έντονα ασταθές κοινωνικό περιβάλλον. Οι αλλαγές που παρατηρούνται είναι πολλές όπως και οι λόγοι για τους οποίους γίνονται. Σημαντικό πεδίο ή διαφορετικά χώρος στον οποίο εφαρμόζονται τέτοιες αλλαγές, εκτός βέβαια από αυτόν της οικονομίας, είναι αυτός που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της Διοίκησης.

Αποτελεί κοινή παραδοχή ότι το πεδίο της Διοίκησης είναι μια ξεχωριστή επιστήμη που τα τελευταία χρόνια έχει να παρουσιάσει σημαντικές εξελίξεις, μέσα βέβαια από διαρθρωτικές και ορθώς μελετημένες ενέργειες. Αξίζει, στο σημείο αυτό να σημειωθεί, ότι υπάρχουν διαφορές από αλλαγή σε αλλαγή, καθόσον τα χαρακτηριστικά που λαμβάνονται υπόψη κάθε φορά είναι διαφορετικά, ωστόσο γίνεται λόγος για μια έννοια που αφορά όλους, ειδικά δε όλους όσοι πρόκειται να ασχοληθούν με ζητήματα Ηγεσίας και Διοίκησης.

Η Διοίκηση Αλλαγών (Change Management), δεν είχε τη σπουδαιότητα που έχει σήμερα, όσον αφορά τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Με τις εξελίξεις όμως να τρέχουν ραγδαία στο χώρο της οικονομίας, με την τεχνολογία να μεταβάλλεται διαρκώς και με τις απαιτήσεις της κοινωνίας να αυξάνονται οι Διοικητικές Αλλαγές πολλαπλασιάστηκαν και πολλαπλασιάζονται ολοένα και περισσότερο και δημιουργούν ένα κλίμα ανησυχίας και προβληματισμού στο σύνολο που επηρεάζεται πρώτα και που δεν είναι άλλο από αυτό των εργαζομένων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα Διοικητικών Αλλαγών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι αυτό που σχετίζεται με το χώρο της υγείας και πιο ειδικά το χώρο των νοσοκομείων. Αυτό που πάντα αποτελούσε και αποτελεί θέμα υψίστης σημασίας είναι το γεγονός των συνεπειών που απορρέουν. Στο χώρο της υγείας, όπως και σε όλους τους άλλους χώρους, η αλλαγή αναγνωρίζεται συνεχώς, είτε επιβάλλεται από κάποιους είτε έρχεται ως φυσική απόρροια γενικότερων

καταστάσεων, και μη δυνάμενη δυστυχώς να εκλείπει, καθιστά επιτακτική, χρήσιμη και χρηστική την ανάλυση και τη μελέτη ως ξεχωριστό θέμα ικανό να προσφέρει αξιόλογα συμπεράσματα.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών του Ανοιχτού Πανεπιστημίου της Κύπρου και η ολοκλήρωση της ήρθε μέσα από τη συμβολή ορισμένων προσώπων, τα οποία και θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Πιο συγκεκριμένα θα ήθελα να ευχαριστήσω την επόπτρια καθηγήτριά μου, κ. Κατσαλίακη Κορίνα, για την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια καθ' όλη τη διάρκεια υλοποίησης της εργασίας. Το θέμα επιλέχθηκε σε συνεργασία μαζί της και η καθοδήγηση ήταν σημαντική ώστε να έρθει το παρόν πόνημα σε πέρας.

Ακόμη ένα μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα να απευθύνω στην οικογένειά μου που με στηρίζει συνέχεια σε κάθε βήμα και προσπάθεια επαγγελματικής και ακαδημαϊκής μου ανέλιξης και ιδιαιτέρως τη σύζυγο μου που μου στάθηκε όλο αυτό το διάστημα, τόσο κατά τη διάρκεια σπουδών όσο και κατά τη σύνταξη της εργασίας, κυρίως δε για την υπομονή που επέδειξε για χάρη μου.

Αφιερώνεται στα  
παιδιά μου  
Αναστασία, Παύλο, Μαρία...

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία ασχολήθηκε με τον χώρο της υγείας και πιο συγκεκριμένα με την ενοποίηση δύο νοσοκομείων, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.) και του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης. Σκοπός της προκείμενης διατριβής είναι να εστιάσει πρωτίστως στη Διοικητική Αλλαγή και να εξετάσει αυτήν στην περίπτωση ενοποίησης των δύο νοσοκομείων.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας, δηλαδή στο γενικό, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε μια μελετημένη προσπάθεια να γίνει κατανοητή η έννοια της αλλαγής και γενικά να δοθεί μια εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί σε έναν οργανισμό όταν αποφασίζει να προβεί σε μια αλλαγή. Μέσα από ορισμούς και ευρεία ανάλυση όλων των παραμέτρων που αφορούν στην διαδικασία της αλλαγής, επιχειρήθηκε να καταστεί σαφής η τεράστια σημασία αυτής υπό τις ανάλογες πάντα συνθήκες.

Το σημαντικότερο κομμάτι της εργασίας, το ειδικό κομμάτι θέτει στο μικροσκόπιο της έρευνας σημαντικά ερωτήματα. Μέσα από σχετικά ερωτηματολόγια, στατιστική ανάλυση με τη βοήθεια ειδικού λογισμικού αλλά και με την ακόλουθη χρήση διαγραμμάτων, επιχειρείται να δοθούν απαντήσεις αναφορικά με τη στάση και τη συμπεριφορά των εργαζομένων απέναντι στην αλλαγή, να γίνει μια αξιολογή μέτρηση και να διεξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα που να δίνουν απαντήσεις στα υπάρχοντα ερωτήματα.

## **ABSTRACT**

The present essay has to do with the area of health and more specifically the integration of two hospitals, the Psychiatric Hospital of Petra Olympus (P.H.P.O.) and the General Hospital of Katerini. The aim of the present thesis is to focus primarily on the administrative change and consider that change in the case of integration of the two hospitals.

In the first part of the thesis, namely the general one, the focus is on a considered attempt to understand the concept of change and generally to give a picture of the situation that exists in an organization when it decides to make a change. Through definitions and broad analysis of all aspects relating to the process of change, an attempt is made to make clear the enormous importance of that change under the appropriate circumstances.

The most important part of the work, the special part, is showing an undiminished interest as it raises the microscope research important questions. Through relevant questionnaires, statistical analysis using special software and the subsequent use of diagrams, an attempt is made to provide answers about the attitude and the behavior the employees showed opposite to organizational change, to get a valuable measurement and carry out useful conclusions that providing answers to the existing questions.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<a href="#">ΠΡΟΛΟΓΟΣ</a> .....	3
<a href="#">ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</a> .....	5
<a href="#">ΠΕΡΙΛΗΨΗ</a> .....	7
<a href="#">ABSTRACT</a> .....	8
<a href="#">ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</a> .....	9
<a href="#">ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ - ΠΙΝΑΚΩΝ</a> .....	12
<a href="#">ΕΙΣΑΓΩΓΗ</a> .....	13
<a href="#">ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</a> .....	15
<a href="#">ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ</a> .....	16
<a href="#">1.1 Έννοιες και ορισμοί της αλλαγής</a> .....	16
<a href="#">1.2 Τι εννοούμε με τον όρο Διοίκηση Αλλαγών (Change Management)</a> .....	17
<a href="#">1.3 Η σημασία της αλλαγής</a> .....	18
<a href="#">1.4 Σκοπός της εισαγωγής αλλαγών</a> .....	20
<a href="#">1.5 Αιτίες που προκαλούν αλλαγές</a> .....	21
<a href="#">1.6 Οι διαστάσεις της αλλαγής</a> .....	24
<a href="#">1.7 Τύποι και είδη αλλαγών</a> .....	25
<a href="#">1.8 Ρόλοι - φορείς της αλλαγής</a> .....	27
<a href="#">ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΛΛΑΓΩΝ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΛΛΑΓΩΝ – ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΛΑΓΩΝ</a> .....	29
<a href="#">2.1 Στρατηγικές διοίκησης αλλαγών</a> .....	29
<a href="#">2.2 Μοντέλα εισαγωγής αλλαγών</a> .....	31
<a href="#">2.2.1 Μοντέλο του Kotter</a> .....	31
<a href="#">2.2.2 Μοντέλο του Lewin</a> .....	34

<u>2.2.3 Μοντέλο δράσης – έρευνας</u> .....	35
<u>2.2.4 Μοντέλο του R. Moore</u> .....	35
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ</u> .....	37
<u>3.1 Πώς έρχεται η αντίσταση των εργαζομένων – Στάδια συμπεριφοράς</u> .....	37
<u>3.2 Αποτυχία των αλλαγών – Αίτια</u> .....	38
<u>3.3 Λόγοι αντίστασης στις αλλαγές</u> .....	40
<u>3.4 Μέθοδοι αντιμετώπισης των αντιστάσεων</u> .....	43
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗΣ ΔΥΟ</u> <u>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ</u> .....	47
<u>4.1 Παρουσίαση των νοσοκομείων</u> .....	47
<u>4.1.1 Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης</u> .....	47
<u>4.1.2 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου</u> .....	50
<u>4.2 Πώς φτάσαμε στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων (Νομοθεσία)</u> .....	53
<u>4.2.1 Νομοθεσία</u> .....	54
<u>4.3 Στρατηγική σταδιακής συρρίκνωσης του Ψ.Ν.Π.Ο.</u> .....	56
<u>4.4 Η σύγχρονη ψυχιατρική περίθαλψη</u> .....	57
<u>4.5 Ο οικονομικός παράγοντας</u> .....	58
<u>4.6 Σύνδεση αλλαγών με το ΕΣΥ και τα νοσοκομεία</u> .....	59
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΕΝΟΠΙΗΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ</u> <u>ΧΩΡΟ – BENCHMARKING – ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ</u> .59	
<u>5.1 Εννοιολογική προσέγγιση του Benchmarking</u> .....	60
<u>5.2 Παραδείγματα συγχωνεύσεων άλλων νοσοκομείων</u> .....	62
<u>5.2.1 Μεγάλη Βρετανία</u> .....	64
<u>5.2.2 Δανία</u> .....	65

<a href="#">5.2.3 Σουηδία</a> .....	65
<a href="#">5.2.4 Ρουμανία</a> .....	66
<a href="#">5.2.5 Ελλάδα</a> .....	66
<a href="#">ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</a> .....	70
<a href="#">ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</a> .....	71
<a href="#">1.1 Έναυσμα για τη διερεύνηση του θέματος</a> .....	71
<a href="#">1.2 Σκοπός της έρευνας</a> .....	71
<a href="#">1.3 Υλικό και μέθοδος</a> .....	72
<a href="#">ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</a> .....	73
<a href="#">ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</a> .....	88
<a href="#">3.1 Συμπεράσματα</a> .....	88
<a href="#">3.2 Προτάσεις</a> .....	89
<a href="#">ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</a> .....	91
<a href="#">ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α</a> .....	99
<a href="#">ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β</a> .....	106

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ - ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Σχήμα 1.</b> Οι τρεις διαστάσεις της αλλαγής.....	25
<b>Σχήμα 2.</b> Θεωρητικό μοντέλο για τις στάσεις απέναντι στην αλλαγή.....	39
<b>Σχήμα 3.</b> Το Δίκτυο του Ψ.Ν.Π.Ο. μετά την κατάργηση του Ασύλου (επικαιροποιημένο, Ιανουάριος 2015).....	54
<b>Σχήμα 4.</b> Διαδικασία Υλοποίησης του Benchmarking.....	64
<b>Πίνακας 1.</b> Χαρακτηριστικά σταδιακών και ριζικών αλλαγών.....	27
<b>Πίνακας 2.</b> Ανάγκες, Επιθυμίες και Προσδοκίες των ενδιαφερόμενων μερών (φορέων υγείας) .....	42
<b>Πίνακας 3.</b> Μερικοί λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι δεν αλλάζουν.....	45
<b>Πίνακας 4.</b> Τμήματα και μονάδες του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης .....	50
<b>Πίνακας 5.</b> Η εξέλιξη του αριθμού των νοσοκομείων (ειδικών και γενικών) διαχρονικά σε χώρες της ΕΕ-19.....	66
<b>Πίνακας 6.</b> Λειτουργικές δαπάνες νοσοκομείων (σε δις. Ευρώ).....	72
<b>Πίνακας 7.</b> Φύλο, ηλικία, χώρος εργασίας και υπηρεσία του δείγματος.....	77
<b>Πίνακας 8.</b> Επίπεδο ικανοποίησης συνεργασίας με τα προσωπικά των δύο νοσοκομείων.....	83
<b>Πίνακας 9.</b> Χώρος εργασίας και στάση απέναντι στη συγχώνευση των νοσοκομείων.....	90
<b>Γράφημα 1.</b> Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.....	78
<b>Γράφημα 2.</b> Ανώτερο μορφωτικό επίπεδο.....	78
<b>Γράφημα 3.</b> Χρόνια προϋπηρεσίας.....	79
<b>Γράφημα 1.</b> Τι είναι η αλλαγή; .....	80
<b>Γράφημα 5.</b> Στάση απέναντι στη συγχώνευση.....	81
<b>Γράφημα 6.</b> Ρωτήθηκα.....	82
<b>Γράφημα 7.</b> Εκπαιδεύθηκα.....	82
<b>Γράφημα 8.</b> Γνώριζα τις λεπτομέρειες.....	82
<b>Γράφημα 9.</b> Ενήμερος/η για τις εξελίξεις και το χρονοδιάγραμμα.....	82
<b>Γράφημα 10.</b> Συμμετείχα ενεργά.....	82
<b>Γράφημα 11.</b> Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών νοσοκομείων προ συγχώνευσης.....	84
<b>Γράφημα 12.</b> Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών νοσοκομείων μετά τη συγχώνευση.....	85
<b>Γράφημα 13.</b> Άρνηση .....	86
<b>Γράφημα 14.</b> Άμυνα .....	86
<b>Γράφημα 15.</b> Παραμερισμός παλαιών πεποιθήσεων.....	87
<b>Γράφημα 16.</b> Προσαρμογή.....	87
<b>Γράφημα 17.</b> Συστηματοποίηση και οργάνωση.....	88
<b>Γράφημα 18.</b> Όραμα.....	88

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Θεωρείται ευρέως αποδεκτό ότι στην σημερινή κοινωνία διαδραματίζεται μια νέα πραγματικότητα συνυφασμένη με πολλές αλλαγές, ριζικές και ραγδαίες. Η νέα αυτή πραγματικότητα σχετίζεται με πολλούς τομείς, ένας από τους οποίους είναι και ο τομέας της υγείας.

Ο τομέας της υγείας και οι έντονες πιέσεις που δέχεται τα τελευταία χρόνια αποτελούν το γενικό αντικείμενο μελέτης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ειδικότερα εξετάζει την έννοια της αλλαγής στο πλαίσιο της Διοίκησης και πιο συγκεκριμένα στοχεύει να μετρήσει στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων απέναντι στη Διοικητική Αλλαγή.

Ως μελέτη περίπτωσης παρουσιάζεται η ενοποίηση του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου. Πρόκειται για ένα θέμα η επιλογή του οποίου συζητήθηκε αρκετά και αναδείχθηκε μέσα από σοβαρή και διεξοδική μελέτη με απώτερο σκοπό την εξαγωγή και απόδοση πολύτιμων συμπερασμάτων προς το αναγνωστικό κοινό.

Η παρούσα εργασία δομήθηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να αποδοθεί όσο το δυνατόν καλύτερα η ερμηνεία των όρων αλλά και όλων εκείνων των παραμέτρων που σχετίζονται με την ενοποίηση των δύο νοσοκομείων. Χωρίζεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό.

Ξεκινώντας με τη διαμόρφωση του γενικού μέρους παρουσιάζεται το θεωρητικό υπόβαθρο που σχετίζεται με τη Διοίκηση Αλλαγών. Δίνονται ο ορισμός και η εννοιολογική προσέγγιση της Αλλαγής, υπογραμμίζεται η σημασία της, οι αιτίες που την προκαλούν, οι τύποι και οι διαστάσεις, εξετάζονται οι στρατηγικές Διοίκησης Αλλαγών και τα μοντέλα Αλλαγών και γενικά γίνεται μια εκτενής αναφορά πάνω στο θεωρητικό πλαίσιο των οργανωσιακών αλλαγών με στόχευση κυρίως στο ανθρώπινο δυναμικό που εμπλέκεται άμεσα με αυτήν. Ακολούθως γίνεται μια ιστορική αναδρομή της πορείας των δυο νοσοκομείων μέχρι την ένωση καθώς και παράθεση του σχετικού νομικού πλαισίου, με την παρουσίαση σχετικών παραδειγμάτων συγχωνεύσεων νοσοκομείων από Ευρώπη και παγκοσμίως (benchmarking) να την ακολουθεί.

Το ειδικό και ταυτόχρονα κυρίως μέρος συνιστά το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας. Πρόκειται για το κομμάτι εκείνο που αναζητά και μετρά τη στάση και τη συμπεριφορά όλων των εμπλεκόμενων απέναντι στην Διοικητική Αλλαγή μέσα από την ανάλυση και σχολιασμό όλων

των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για τις υπάρχουσες ανάγκες της εργασίας.

Μόλις εξεταστούν τα βασικά ερωτήματα της εργασίας με τη χρήση κατάλληλης μεθοδολογίας, βιβλιογραφίας και εργαλείων γενικότερα, παρουσιάζονται και καταγράφονται τα κυριότερα συμπεράσματα που προκύπτουν από την συνολική έρευνα.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ

Η αλλαγή είναι μια γενική έννοια που μας αφορά όλους. Δε κάνει διακρίσεις και μπορεί να γίνει ανά πάσα στιγμή. Η αλλαγή είναι μια «μαζική» ενέργεια, μια διορθωτική επίδραση τόσο για αυτόν που αποφασίζει όσο και για το υπόλοιπο σύνολο που απλά δέχεται κάποια απόφαση αλλαγής και τις συνέπειες της εκάστοτε αλλαγής. Η αλλαγή είναι αναπόφευκτη στην κοινωνική ζωή, και κατ' επέκταση στον κόσμο των επιχειρήσεων (Mullins, 1999).

### 1.1 Έννοιες και ορισμοί της αλλαγής

Όταν αναφερόμαστε στον όρο αλλαγή, εννοούμε μια διαδικασία που μεταφέρει έναν οργανισμό ή ένα πρόσωπο από ένα συγκεκριμένο σημείο σε ένα άλλο. Εννοούμε τη διαδικασία που επιτρέπει να μετατραπεί μια υφιστάμενη κατάσταση σε μια νέα. Η αλλαγή φέρνει νέα δεδομένα στην επιφάνεια, άλλες φορές καλύτερα κι άλλες φορές χειρότερα. Σε όλες τις περιπτώσεις πίσω από την έννοια της αλλαγής αφήνεται να εννοηθεί ο μετασχηματισμός μιας παρούσης κατάστασης σε μια καινούργια και διαφορετική (Jones, 2004).

Αρκετές προσωπικότητες του χώρου της Διοίκησης ασχολήθηκαν παλαιότερα μα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια με τον ορισμό της αλλαγής και με την εννοιολογική προσέγγιση του όρου.

Η αλλαγή είναι το τελικό στάδιο που προκύπτει μετά από μια μελετημένη προσπάθεια να οριστεί μια συγκεκριμένη μελλοντική κατεύθυνση. Όπως είχε πει χαρακτηριστικά ο Jones (2004), η αλλαγή είναι μια ορισμένη κλήση προς κάποια κατεύθυνση και συμβαίνει όταν υπάρχει ανάγκη να αυξηθεί η ικανότητα του οργανισμού που κάνει την αλλαγή να δημιουργεί αξίες και καλό αποτέλεσμα.

Προσεγγιστικά, η αλλαγή ως ορολογία είναι πάντα η ίδια. Αυτό που μεταβάλλεται είναι οι συνέπειες που προκαλούν, το περιεχόμενο των αλλαγών και φυσικά ο σκοπός για τον οποίο γίνονται. Άλλες αλλαγές μπορεί να μην είναι μεγάλες και να αφορούν μεμονωμένα άτομα ή κάποιες ομάδες εντός ενός οργανισμού. Άλλες πάλι μπορεί να αφορούν σε έναν οργανισμό ολόκληρο.

Εκτός από τον Jones, υπήρξαν και άλλοι διάφοροι μελετητές που εστίασαν γύρω από την αλλαγή και συνέβαλαν στην επεξήγηση και καλύτερη κατανόηση του όρου:



Χαρακτηριστικά:

- ❖ Η αλλαγή είναι μια διαφορετική κατάσταση από εκείνη του μετασχηματισμού. Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των δύο είναι ότι η αλλαγή εκπροσωπεί μια σειρά από στοιχεία – δεδομένα που σταδιακά υπόκεινται σε βελτίωση ενώ ο μετασχηματισμός αναφέρεται αποκλειστικά στην ριζική αλλαγή, στην αλλαγή εικόνας, στην μεταμόρφωση του οργανισμού σε κάτι νέο που παλαιότερα δεν υφίσταντο (Pascale, 2005).
- ❖ Η αλλαγή είναι μια διορθωτική επίδραση. Τα πάντα και όλοι, υπόκεινται σε συνεχείς αλλαγές οι περισσότερες από τις οποίες είναι κοινωνικά αναπόφευκτες (Mullins, 1999).
- ❖ Η αλλαγή βρίσκεται σε κοινό παρονομαστή με την έννοια της αποτελεσματικότητας. Σκοπός μιας αλλαγής, οποιασδήποτε αλλαγής, είναι να επέλθει αποτελεσματικότητα μέσα από την μετακίνηση από την υπάρχουσα στην επιθυμητή κατάσταση (Bumes, 1996).
- ❖ Η αλλαγή είναι ένα σύνθετο ψυχολογικό γεγονός που η ενέργειά του πρέπει να γίνει σεβαστή και να τύχει προσεχτικής διαχείρισης (Elliott, 1990).

Η έννοια της αλλαγής τις τελευταίες δεκαετίες έχει αποκτήσει ιδιαίτερη πρακτική σημασία για όλους του οργανισμούς συμπεριλαμβανομένων και των οργανισμών που σχετίζονται με την υγεία. Το επιστημονικό πεδίο της Διοίκησης Αλλαγών μπορεί να έχει συγκεντρώσει αρκετές ερμηνείες, ωστόσο πάντα θα υπάρχει κάποιος, κάπου που θα έχει να προσθέσει κάτι στην υφιστάμενη γνώση.

## **1.2 Τι εννοούμε με τον όρο Διοίκηση Αλλαγών (Change Management)**

Η Διοίκηση Αλλαγών (Change Management), είναι μια κοινή φράση – ορολογία στη σημερινή εποχή. Στη σύγχρονη και συνεχώς εξελισσόμενη κοινωνία, οι αλλαγές είναι πολλές και καθιστούν αναπόφευκτα απαραίτητη τη διαχείρισή τους (Μπαλοδήμας, 2008).

Συνοπτικά, και σύμφωνα με τον ορισμό της αλλαγής, θα θεωρούσαμε τη Διοίκηση Αλλαγών ως εκείνη τη διαδικασία που περιλαμβάνει γνώσεις, έννοιες, αρχές, θεωρίες, μοντέλα, μεθόδους και τεχνικές που βοηθούν να περιγράψουμε, να κατανοήσουμε, να ερμηνεύσουμε, να

εξηγήσουμε, να προβλέψουμε και να χειριστούμε αποτελεσματικά τις αλλαγές που προκύπτουν (Μπαλοδήμας, 2008).

Προκειμένου να φτάσουμε σε σημείο να μιλάμε για μια αποτελεσματική Διοίκηση Αλλαγών θα πρέπει να έχει μεσολαβήσει σημαντικά και καθοριστικά ο ανθρώπινος παράγοντας ο οποίος μάλιστα είναι ο σημαντικότερος που υπάρχει.

Μερικοί επίσημοι ορισμοί της Διοίκησης Αλλαγών, όπως αυτοί έχουν δοθεί κατά καιρούς από ερευνητές είναι:

- 1) Η Διοίκηση Αλλαγών είναι η συνεχής διαδικασία ευθυγράμμισης ενός οργανισμού με γνώμονα την υπευθυνότητα και την αποτελεσματικότητα (Kudray and Kleiner, 1997).
- 2) Η Διοίκηση Αλλαγών είναι ένα κρίσιμο σημείο οποιουδήποτε σχεδίου που οδηγεί, διαχειρίζεται και επιτρέπει στους ανθρώπους να δεχθούν νέες μεθόδους, τεχνολογίες, συστήματα, δομές και αξίες, είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων που βοηθούν την μετάβαση των ανθρώπων από μια τρέχουσα κατάσταση σε μια επιθυμητή (Nickols, 2006).

### **1.3 Η σημασία της αλλαγής**

Η αλλαγή είναι μια έννοια που μπορεί να θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις δεδομένη ή ασήμαντη αλλά σε κάποιες άλλες περιπτώσεις εκπροσωπεί μια ιδιαίτερη σημαντικότητα. Σε όλο το μήκος της καθημερινότητας γίνονται αλλαγές με κάποιο συγκεκριμένο στόχο κι όχι μονάχα στο χώρο της υγείας ή ειδικότερα στο χώρο των νοσοκομείων.

Η αλλαγή είναι διαρκώς παρούσα και φέρνει στο μυαλό έννοιες όπως μεταβολή, νέες καταστάσεις, νέα δεδομένα. Είναι διαδεδομένη σε όλο το κοινωνικό σύνολο και σε όλο το επιχειρηματικό σύνολο και προσφέρει τόσο θετικά όσο και αρνητικά.

Κάθε μεγάλη αλλαγή στο ξεκίνημά της είναι δύσκολη και καθόλου απλή καθόσον πρέπει να εξεταστούν και να μελετηθούν πολλοί παράγοντες. Με το πέρασμα των χρόνων και με τις γενικότερες συνθήκες που επικρατούν όμως, οι αλλαγές έγιναν ολοένα και περισσότερο και οι συνέπειες δεν είναι οι καλύτερες (Bamford & Forrester, 2003) .

Όπως και να έρχονται τα πράγματα όμως πίσω από κάθε αλλαγή κρύβεται κάποια σημασία, κάποια σημαντικότητα.

Πιο συγκεκριμένα, με την αλλαγή δεν επιτρέπεται να υφίσταται:

- Εφησυχασμός
- Ατομική ή συλλογική αδράνεια
- Στασιμότητα
- Ασαφείς στόχοι
- Σπατάλη χρόνου και οικονομικών πόρων
- Απουσία προσαρμογής στις νέες εξελίξεις
- Αποτυχία
- Αναποτελεσματική λειτουργία (Bamford & Forrester, 2003)

Η έννοια της αλλαγής άρχισε να απασχολεί το χώρο της Διοίκησης από τη δεκαετία του 1950. Από τότε μέχρι σήμερα ακολούθησε μια εξελικτική πορεία για την έννοια με την επικράτηση πολλών και διάφορων συνθηκών που ανέδειξε τη σημασία της με καθοριστικό τρόπο (Bamford & Forrester, 2003).

Δε μπορεί να αμφισβητηθεί ότι μέσα από την αλλαγή προσφέρονται ευκαιρίες και δυνατότητες στον άνθρωπο ή την εκάστοτε επιχείρηση και οργανισμό που χωρίς αυτή δε θα υπήρχαν. Αυτό συμβαίνει βέβαια όταν γίνεται λόγος για αλλαγές που βελτιώνουν μια κατάσταση ή ένα περιβάλλον. Όταν μια αλλαγή χειροτερεύει μια κατάσταση, για ένα μέρος τουλάχιστον μια ομάδας, τότε η σημασία της αλλαγής εξετάζεται σε άλλη κλίμακα. Για παράδειγμα, στην περίπτωση που δύο νοσοκομεία, όπως αυτά που εξετάζονται στην παρούσα εργασία, του νοσοκομείου Κατερίνης και του Ψυχιατρικού νοσοκομείου Πέτρας αποφασίσουν να ενοποιηθούν και να αλλάξουν τρόπο λειτουργίας υπάρχουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Τα προσδοκώμενα θετικά αφορούν στην καλύτερη στελέχωση και την εξοικονόμηση πόρων και τα αρνητικά της αλλαγής μπορεί να είναι η μείωση των μισθών για κάποιους ή η περικοπή εργατικού δυναμικού. Περισσότερα βέβαια για την σχέση των δύο αυτών νοσοκομείων θα αναφερθούν σε επόμενα κεφάλαια.

## 1.4 Σκοπός της εισαγωγής αλλαγών

Η αλλαγή είναι μια μεταβατική διαδικασία που φέρνει νέες συνθήκες λειτουργίας και οργάνωσης. Όλες οι αλλαγές που γίνονται αποσκοπούν σε ένα συγκεκριμένο στόχο που τις περισσότερες φορές έχει μελετηθεί και έχει χαρακτηριστεί ως αναγκαίος. Άλλες φορές δε η αλλαγή γίνεται υποκινούμενη από τρίτους παράγοντες και οι συνέπειες που προκαλεί είναι σχετικά απροσδιόριστες σε απόλυτο βαθμό.

Η εισαγωγή αλλαγών, όταν γίνεται μέσα από μελετημένες ενέργειες είναι λογικό να στοχεύει στα παρακάτω:

- ✓ Βελτιστοποίηση λειτουργίας και οργάνωσης
- ✓ Διατήρηση και αύξηση παραγωγικότητας
- ✓ Αποφυγή λαθών του παρελθόντος
- ✓ Δημιουργία περιβάλλοντος που καθιστά εύκολη την προσαρμοστικότητα
- ✓ Αλλαγή συμπεριφορών
- ✓ Μέριμνα για διασφάλιση του πελάτη από μια κατάσταση που έχει κριθεί ανεπιθύμητη (Mullins, 1999)

Μια αλλαγή εξυπηρετεί διάφορους σκοπούς, άλλοτε μεμονωμένα κι άλλοτε συνδυαστικά με κάποιους άλλους. Εκτός από τα ανωτέρω, που εύκολα μπορεί να συλλογιστεί και να αντιληφθεί κανείς, γύρω από τον σκοπό της αλλαγής, μπορεί να συγκεντρωθούν και να δοθούν κάποιες κατηγορίες. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της αλλαγής μπορεί να είναι:

- **Εμπορικός.** Όταν αναφέρουμε ότι μια αλλαγή έχει εμπορικό σκοπό, σημαίνει ότι έχει να κάνει με αγοραστικά χαρακτηριστικά. Μια αλλαγή με εμπορικό σκοπό υποκινείται από την αγορά και τις ανάγκες που αυτή αναδεικνύει περιλαμβάνοντας όλες εκείνες τις ενέργειες που της προσάπτουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Gilgeous & Chambers, 1999).
- **Τεχνολογικός.** Στην περίπτωση αυτή αναφερόμαστε σε αλλαγές που έρχονται μέσα από νέες τεχνολογίες, νέα εργαλεία και νέες μεθόδους. Η παραγωγικότητα

και η αποτελεσματικότητα είναι έννοιες που σχετίζονται σαφώς με τον τεχνολογικό σκοπό – χαρακτήρα της αλλαγής (Gilgeous & Chambers, 1999).

- **Καινοτομικός.** Πρόκειται για τον σκοπό που δίνει την δυνατότητα σε έναν οργανισμό να πρωτοπορεί μέσα από εκσυγχρονισμένες ενέργειες που δεν είναι ακόμη ευρέως εφαρμόσιμες (Gilgeous & Chambers, 1999).
- **Οργανωσιακός.** Σκοπός ενός οργανισμού είναι να εξασφαλίζει μια εύρυθμη και επιθυμητή λειτουργία που θα της αποφέρει αρμονία και ικανοποιητικά αποτελέσματα σε κοινή συνάρτηση πάντα με το γενικό της όραμα. Όταν μια αλλαγή πραγματοποιείται μέσα από όλες εκείνες τις ενέργειες που απαιτούνται για να το πετύχει αυτό, τότε λέμε ότι η αλλαγή αποβλέπει οργανωσιακά κριτήρια (Gilgeous & Chambers, 1999).

## 1.5 Αιτίες που προκαλούν αλλαγές

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που μπορούν να προκαλέσουν μια αλλαγή μέσα σε έναν οργανισμό. Οι λόγοι αυτοί είτε προέρχονται από το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού είτε από το εξωτερικό περιβάλλον και σχετίζονται με το παρελθόν του ατόμου που προβαίνει σε μια αλλαγή (Folger, 1993).

Ο χώρος ενός νοσοκομείου παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς οι δυνάμεις αλλαγής που παρατηρούνται σε αυτόν επιβάλλουν αλλαγές με ειδικές συνέπειες λόγω της ιδιαιτερότητας που υπάρχει. Αναλυτικότερα, οι λόγοι που οδηγούν σε μια αλλαγή μπορούν να συνοψιστούν στους ακόλουθους:

- **Οικονομικοί.** Πρόκειται για την κυριότερη κατηγορία που μπορεί να επηρεάσει τη δράση ενός οργανισμού και να ανατρέψει ότι σχέδιο έχει γίνει από αυτόν και για αυτόν. Για παράδειγμα, μια άσχημη κατάσταση που επικρατεί στην γενικότερη οικονομία της χώρας μπορεί να οδηγήσει στη μείωση κονδυλίων, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της ανεργίας και κατά συνέπεια σε αλλαγή του τρόπου λειτουργίας του οργανισμού, στην προκειμένη περίπτωση του νοσοκομείου. Άλλοτε πάλι η γενικότερη κατάσταση μπορεί να είναι εν μέρει καλή και να επιτρέπει την καλή λειτουργία του οργανισμού αλλά το οικονομικό πρόβλημα να

παρουσιάζεται λόγω κακής διαχείρισης. Η δεύτερη περίπτωση συναντάται περισσότερο στον ιδιωτικό τομέα (Δρογκούλας, Χιωτίδης, 1997).

- **Τεχνολογικοί.** Η τεχνολογία τα τελευταία χρόνια έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις και έχει φέρει στο προσκήνιο εργαλεία και μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή σπουδαίων και πρωτοποριακών καινοτομιών. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, η εμφάνιση προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού γίνεται με τρόπο που απαξιώνει τον ήδη υπάρχον εξοπλισμό και επιτάσσει την αλλαγή του. Από ένα ηλεκτρονικό υπολογιστή ή ένα νέο μηχάνημα που χρησιμεύει σε μια ιατρική εξέταση, η τεχνολογία είναι διαρκώς παρούσα να προσφέρει νέες δυνατότητες και προοπτικές, να φέρνει την επανάσταση στον τρόπο παραγωγής και χρήσης των προϊόντων, να δημιουργεί συνεχώς εξειδικευμένο προσωπικό και νέες ειδικότητες και γενικά να φέρνει αλλαγές, άλλοτε μικρότερες και άλλοτε μεγαλύτερες (Ζαλβανός, 1999).
- **Φυσικοί.** Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται όλοι εκείνοι οι παράμετροι που δρουν φυσικά, χωρίς την ανθρώπινη παρέμβαση. Τέτοιοι μπορεί να είναι το χαλάζι, η πλημμύρα, ο σεισμός, το γενικότερο κλίμα που θεωρείται ακατάλληλο ή εγκυμονεί κινδύνους καταστροφής. Πρόκειται για μεταβαλλόμενες συνθήκες του εξωτερικού αλλά και του εσωτερικού περιβάλλοντος που αποδεικνύουν ότι το μόνο που μένει σταθερό είναι η αλλαγή (Michlethwait, 1999).
- **Κοινωνικοί.** Οι κοινωνικοί λόγοι που οδηγούν σε μια αλλαγή έχει να κάνει με περιπτώσεις γήρανσης και με περιπτώσεις μείωσης και αύξησης του πληθυσμού. Για παράδειγμα αν ένα νοσοκομείο εδρεύει σε μια ορεινή περιοχή όπου οι κάτοικοι είναι λίγοι, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες, αν συμπεριλάβει κανείς τα σημερινά οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα, να κλείσει ή να μεταφερθεί σε μια άλλη περιοχή και να ενοποιηθεί με μια άλλη μονάδα (McKay, Noble F., 1997).
- **Πολιτικοί.** Όπως σε όλες τις περιπτώσεις, έτσι και στο χώρο της υγείας, η πολιτική παρουσία είναι τόσο ενεργή που φέρνει αλλαγές συνεχόμενες. Με την ψήφιση νόμων και την τροποποίηση άλλων ήδη υπάρχουσών, το θεσμικό πλαίσιο καθοδηγεί τη λειτουργία των οργανισμών υγείας και των νοσοκομείων ειδικότερα και φέρνει σημαντικές μεταρρυθμίσεις και τεράστιες αλλαγές σε όλα τα επίπεδα

δράσης τους. Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ως σημαντικό παράδειγμα αλλαγών, η παρούσα πολιτική κατάσταση με τα κόμματα και τις κυβερνήσεις που αλλάζουν συνέχεια τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη και τον κόσμο με αποτέλεσμα να δημιουργούνται καταστάσεις που αποπνέουν αβεβαιότητα και σύγχυση (Luthans, 1973).

- **Οργανωτικοί.** Οι οργανωτικοί λόγοι παρουσιάζονται συνήθως όταν η Διοίκηση του οργανισμού αντιλαμβάνεται ότι κάτι δεν λειτουργεί σωστά, αποτελεσματικά και σύμφωνα με τον γενικό σχεδιασμό. Για παράδειγμα, σε ένα νοσοκομείο ακολουθείται κάποιο μοντέλο λειτουργίας ώστε να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Όταν όμως δεν έρχονται τα επιθυμητά αποτελέσματα, το νοσοκομείο προβαίνει σε αλλαγές που μπορεί να αφορούν στο προσωπικό, στις αμοιβές, στον τρόπο οργάνωσης, στις σχέσεις με τους προμηθευτές και γενικά αλλαγές που κρίνεται αναγκαίο να γίνουν για την βελτίωση της καλύτερης λειτουργίας (Jackson and Morgan, 1978).
- **Αγοραστικοί.** Οι αγοραστικοί παράγοντες έχουν να κάνουν περισσότερο με καθημερινά αγοραστικά αγαθά και υπηρεσίες, ωστόσο παρατηρούνται και σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ως επί τω πλείστον. Πολλά νοσοκομεία σήμερα είναι ιδιωτικά και το κοινωνικό σύνολο πολλές φορές βρίσκεται αντιμέτωπο με ποια κλινική ή ποια μονάδα θα επιλέξει για την αποκατάσταση της υγείας του. Δυστυχώς ή ευτυχώς, πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία δημιουργούν νέες υπηρεσίες με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, με διαφημίσεις, με ειδική τιμολογιακή πολιτική, με αλλαγές στην ποιότητα φροντίδας, με σκοπό να καταφέρουν να επιβιώσουν στο ανταγωνιστικό περιβάλλον και τις προκλήσεις που αυτό ενέχει. Αυτό κατά συνέπεια φέρνει μια σειρά αλλαγών που ξεκινά από την διοίκηση του νοσοκομείου και καταλήγει μέχρι τα πιο χαμηλά στρώματα αυτού (Jackson and Morgan, 1978).

Όπως γίνεται κατανοητό, οι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν σε μια αλλαγή είναι αρκετοί. Ο καθένας προέρχεται από διαφορετικές συνθήκες και προκαλεί διαφορετικές συνέπειες στον ίδιο τον οργανισμό αλλά και στα άτομα που σχετίζονται με αυτόν. Πολλές φορές μάλιστα κάποιος παράγοντας υποκινείται από κάποιον άλλον, επηρεάζει αλλά και επηρεάζεται από αυτόν. Η αλλαγή είναι μια έννοια που διαμορφώνεται διαρκώς και πολλές φορές μάλιστα αόρατα. Σε

όλες τις περιπτώσεις, αυτό που έχει σημασία είναι να γίνεται σωστά και να ευνοείται μέσα από ορθό και μελετημένο σχεδιασμό.

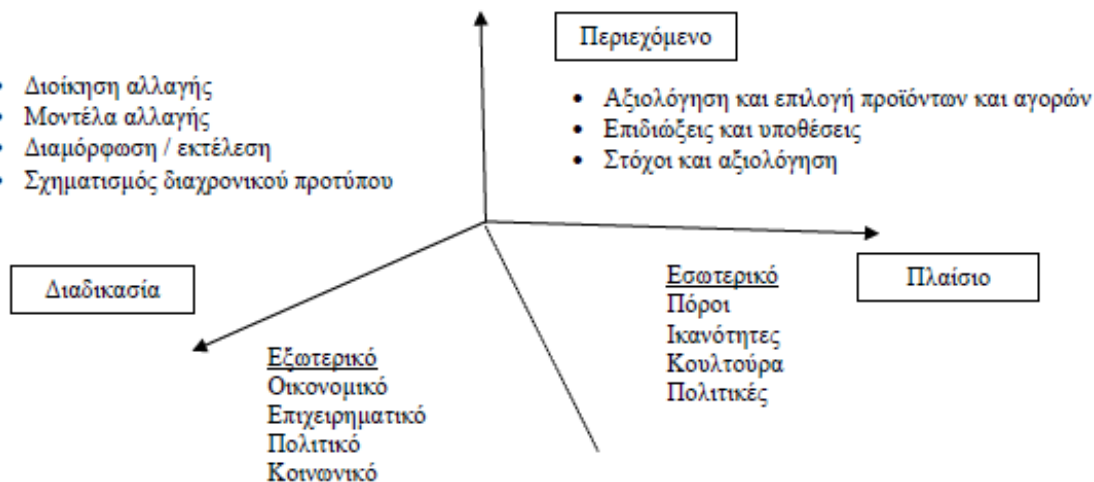
## 1.6 Οι διαστάσεις της αλλαγής

Έγινε μια απόπειρα σε προηγούμενες ενότητες να γίνει κατανοητή η έννοια της αλλαγής, ωστόσο αποδεικνύεται πως λόγω της ιδιαιτερότητας του όρου, η αλλαγή δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μονόπλευρα και στάσιμα αλλά θα πρέπει να εξετάζεται διαρκώς και σαν μια αέναη διαδικασία.

Η αλλαγή περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

- ✓ Το περιεχόμενο, που ουσιαστικά είναι ο σκοπός. Το περιεχόμενο δίνει απάντηση σε θέματα ουσιαστικά, σε θέματα που αφορούν τους στόχους της αλλαγής, τους λόγους για τους οποίους γίνεται, το τι προσπαθεί να πετύχει.
- ✓ Τη διαδικασία, που εκπροσωπεί τον τρόπο με τον οποίο γίνεται μια αλλαγή προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος που έχει τεθεί.
- ✓ Το πλαίσιο, που περιλαμβάνει το χώρο στον οποίο θα λάβει χώρα μια αλλαγή. Το πλαίσιο περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους που σχετίζονται με το χώρο της οικονομίας, της πολιτικής, της κοινωνίας (Pettigrew & Whipp, 1991).

Σχήμα 1. Οι τρεις διαστάσεις της αλλαγής



Πηγή: Pettigrew A. & Whipp R., *Managing Change for Competitive Success*, Blackwell Publishers Inc., USA, 1991.



Αρκετές μελέτες έχουν γίνει για την αλλαγή και μεγάλο κομμάτι της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει επικεντρωθεί γύρω από αυτή ώστε να παραθέσει κάτι αξιόλογο και αντιπροσωπευτικό.

Σύμφωνα με μία άλλη διατύπωση και άποψη, η αλλαγή περιλαμβάνει δύο σημαντικές διαστάσεις:

- ✓ Το είδος, που έχει να κάνει με το σε ποιο κομμάτι του οργανισμού πραγματοποιείται μια αλλαγή.
- ✓ Ο τρόπος εξέλιξης, που αφορά στο κατά πόσο μια αλλαγή επηρεάζεται και καθορίζεται από τους παράγοντες που προκαλούν μια αλλαγή (Van de Ven & Poole, 1995).

Όλα τα ανωτέρω βοηθούν στο να κατανοήσουμε καλύτερα την έννοια της αλλαγής και πως αυτή διαμορφώνεται. Είναι σημαντικό να γίνεται αντιληπτή γιατί τα χαρακτηριστικά που περιλαμβάνει και την αφορούν είναι αρκετά και πολλές φορές αλληλεξαρτώμενα.

## **1.7 Τύποι και είδη αλλαγών**

Όπως σε κάθε οργανισμό ή φορέα, έτσι και στο χώρο της υγείας και πιο ειδικά στο χώρο του νοσοκομείου, υπάρχουν αλλαγές διαφορετικές κάθε φορά ανάλογα με την περίπτωση.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα όλων αυτών των αλλαγών είναι ότι δεν μπορούν να γίνουν χωρίς τη σχετική προετοιμασία. Προκειμένου να πραγματοποιηθούν πρέπει πρώτα το υποκείμενο που θα τις πυροδοτήσει να επιλέξει τι είδους αλλαγή θέλει ή στοχεύει να κάνει.

Οι κυριότεροι τύποι αλλαγών που υπάρχουν και μπορεί να συναντήσει κανείς εντός ενός οργανισμού διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- Στρατηγικές αλλαγές
- Τεχνολογικές αλλαγές
- Διαρθρωτικές αλλαγές
- Αλλαγές που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, τις πράξεις ή τις στάσεις του προσωπικού (Καριώτης, 1992).

Κάθε τύπος αλλαγής μπορεί να απαιτεί ένα διαφορετικό μοντέλο για τη Διοίκηση Αλλαγών. Για παράδειγμα, οι τεχνολογικές αλλαγές που αντικαθιστούν έναν τεχνολογικό εξοπλισμό με τον ήδη υπάρχον ή ένα νέο λογισμικό με ένα άλλο, απαιτεί διαφορετική Διοίκηση Αλλαγών από έναν άλλο τύπο αλλαγών (MTDTraining, Managing through Change, 2010).

Οι αλλαγές προκαλούνται για διάφορους λόγους. Είναι μια κατάσταση ή διαφορετικά μια διαδικασία πολύμορφη και πολυσύνθετη, η οποία για να προσεγγιστεί σωστά πρέπει να καθορίζονται εξ αρχής τα κριτήρια και οι λόγοι για τους οποίους γίνεται μια αλλαγή.

Βασικά κριτήρια διαχωρισμού του είδους μιας αλλαγής είναι η προέλευση, ο σκοπός για τον οποίο γίνεται, ο λόγος και ο τρόπος για τον οποίο γίνεται, ο χρόνος που λαμβάνει χώρα, το μέγεθος που έχει και η δυνατότητα αντίδρασης.

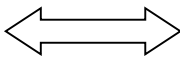
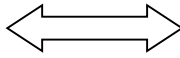
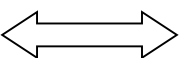
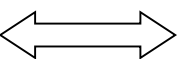
Με βάση τα ανωτέρω, οι αλλαγές μπορούν να διαχωριστούν σε:

- Εσωτερικές
- Εξωτερικές
- Έντονες
- Λιγότερο έντονες
- Απρογραμματίστες
- Προγραμματισμένες
- Διαπραγματεύσιμες
- Αδιαπραγμάτευτες (Todd, 1999).

Ακόμη, οι αλλαγές μπορούν να διαχωριστούν σε:

- Σταδιακές αλλαγές
- Ριζοσπαστικές αλλαγές (Todd, 1999).

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά σταδιακών και ριζικών αλλαγών

<b>Σταδιακές αλλαγές</b>		<b>Ριζικές αλλαγές</b>
<b>Συνεχής βελτίωση</b>		<b>Εφαρμογή νεωτερισμών</b>
<b>Επηρεασμός ορισμένων τμημάτων του οργανισμού</b>		<b>Μετασηματισμός ολόκληρου του οργανισμού</b>
<b>Ταυτόχρονη χρήση παλιών και νέων δομών και λειτουργιών</b>		<b>Δημιουργία νέας δομής και τρόπου διοίκησης</b>
<b>Τεχνολογική βελτίωση</b>		<b>Εφαρμογή εντελώς νέων τεχνολογιών</b>
<b>Βελτίωση προϊόντων</b>		<b>Νέα προϊόντα Νέες αγορές</b>

Πηγή: Huber, G & Glick, W. H., Organizational Change and redesign, Oxford University Press, New York, (1992).

Οι τύποι και περισσότερο δε τα είδη της αλλαγής είναι πάρα πολλά και ανάλογα με την περίπτωση ποικίλουν αφού το περιβάλλον, οι προκλήσεις και οι απαιτήσεις δεν είναι παντού οι ίδιες. Αυτά που αναφέρθηκαν ανωτέρω είναι τα πιο σημαντικά και πιο συνηθισμένα από όσα υπάρχουν και συναντώνται συχνά σε πολλούς τομείς της καθημερινότητας συμπεριλαμβανομένων των οργανισμών υγείας.

### **1.8 Ρόλοι - φορείς της αλλαγής**

Προκειμένου να γίνει μια αλλαγή πρέπει να υπάρχουν κάποιιοι που θα κάνουν τις απαιτούμενες ενέργειες. Η αλλαγή έρχεται μέσα από συγκεκριμένες διαδικασίες και με τη συμβολή κάποιων φορέων. Ακριβώς αυτοί οι φορείς παρατίθενται παρακάτω:

- **Ο ηγέτης.** Ο ηγέτης είναι το πρόσωπο και ο φορέας εκείνος που κατέχει την πρωτεύουσα θέση μέσα σε έναν οργανισμό και συνεπώς έχει τον πρώτο λόγο. Κι αυτό γιατί η δύναμη που έχει μπορεί να ασκήσει μεγάλη επιρροή και να επιβάλλει πρακτικές και αλλαγές γρήγορα. Μερικά από τα κύρια χαρακτηριστικά ενός ηγέτη είναι η αποφασιστικότητα, η επιμονή, η δυναμικότητα, η κινητικότητα, η οργανωτικότητα, ο προγραμματισμός, η ομαδικότητα (Handy & Charles, 1996).
- **Ο προγραμματιστής.** Ένας προγραμματιστής αναλαμβάνει να προγραμματίσει μια αλλαγή, να την φέρει σε σημείο ώστε να την παραλάβει ο εκτελεστής έτοιμη. Ένας προγραμματιστής δεν έχει ανεύθυνο ρόλο αφού η δουλειά του προϋποθέτει γνώση και ικανότητα υλοποίησης όλων των απαιτούμενων προδιαγραφών ώστε να γίνουν όλες οι διαδικασίες που χρειάζονται για να πραγματοποιηθεί μια αλλαγή (Handy & Charles, 1996).
- **Ο εκτελεστής.** Ο εκτελεστής είναι ο φορέας εκείνος που εκτελεί ουσιαστικά μια συγκεκριμένη ενέργεια ή διαδικασία που δεν είναι άλλη από αυτή της αλλαγής. Το στάδιο κατά το οποίο εκτελείται μια αλλαγή είναι αρκετά δύσκολο καθώς είναι και το σημαντικότερο. Περιλαμβάνει όλο το πρακτικό σκέλος κατά το οποίο δημιουργείται μια νέα κατάσταση και αφορά σε όλους εκείνους που βρίσκονται ιεραρχικά κάτω από την ηγεσία (Handy & Charles, 1996).
- **Ο υποστηρικτής.** Κατά τη διαδικασία μιας αλλαγής τα πράγματα δεν είναι πάντα φυσιολογικά. Υπάρχουν φορές που παρουσιάζονται εμπόδια, είτε υλικά είτε άυλα. Για παράδειγμα μπορεί να παρουσιαστεί ένα οικονομικό πρόβλημα, ένα τεχνικό πρόβλημα ή ακόμη ένα ψυχολογικό πρόβλημα. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει ο φορέας του υποστηρικτή που αναλαμβάνει να παρέχει όλα τα απαιτούμενα εφόδια ώστε να καθίσταται εφικτή και αποτελεσματική η αντιμετώπιση ενδεχόμενων προβλημάτων (Handy & Charles, 1996).

Ο ρόλος των φορέων αυτών είναι σημαντικός και αυτό πρέπει να υπογραμμιστεί και να καταστεί σαφές. Είτε μέσα από μεμονωμένη δράση είτε μέσα από συλλογική, μια αλλαγή πρέπει να ξεκινά σωστά, να διοχετεύεται στην πυραμίδα του οργανισμού που αφορά και να υλοποιείται με τον ανάλογο την κάθε φορά τρόπο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΛΛΑΓΩΝ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΛΛΑΓΩΝ – ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΛΑΓΩΝ

Όταν κάνουμε λόγο για μια μελετημένη αλλαγή, πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη όλα εκείνα που απαιτούνται τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Η διαδικασία της αλλαγής προϋποθέτει την ύπαρξη ενός περιβάλλοντος που θα συγχρονίζει τα εμπλεκόμενα μέλη και θα επιτρέπει την ανάπτυξη σκεπτικιστικής διάθεσης, προϋποθέτει συνθήκες ικανές να επιτρέπουν την εφαρμογή στρατηγικών και τη λήψη αποφάσεων, με γνώμονα πάντα την αποτελεσματικότητα και τη σωστή διαχείριση.

### 2.1 Στρατηγικές διοίκησης αλλαγών

Οι στρατηγικές που ακολουθούνται σε έναν οργανισμό προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα είναι αρκετές και παρατηρούνται να εφαρμόζονται συχνά. Κατά μια άλλη οπτική γωνία, οι στρατηγικές αλλαγής σχετίζονται με τη θέληση για αλλαγή, η οποία έχει να κάνει με κάποιες αξίες (Werr, Stjernberg, Docherty, 1997).

Οι στρατηγικές αποτελούν το σημαντικότερο εργαλείο για κάποιον και οι κυριότερες από αυτές είναι οι παρακάτω:

1. Λογική – εμπειρική. Αποτελεί κοινή παραδοχή ότι η λογική είναι το σημαντικότερο χαρακτηριστικό που πρέπει να έχει κανείς, πόσο μάλλον ένας ηγέτης. Μέσα σε έναν οργανισμό, η λογική χρησιμοποιείται για να μεταφερθεί σε όλη την ιεραρχία αυτού, η ανάγκη να δουλέψει κανείς, η ανάγκη να προσπαθήσει και η ανάγκη να δεχτεί και να υποστηρίξει μια αλλαγή. Σε έναν οργανισμό, όλα τα εμπλεκόμενα μέλη έχουν κάποιο συμφέρον. Μόλις αυτό καταστεί αντιληπτό, μπορούν να δοθούν κίνητρα στους εργαζόμενους για το οτιδήποτε κι έτσι ο οργανισμός να αποκομίσει τα δικά του οφέλη (Mullins, 1999).
2. Κανονιστική – επιμορφωτική. Με την στρατηγική αυτή γίνεται προσπάθεια να εδραιωθεί η επικρατούσα άποψη, η συνηθέστερη αντίληψη για τον τρόπο δράσης, λειτουργίας ή οτιδήποτε άλλο. Οι εργαζόμενοι και γενικότερα οι άνθρωποι έχουν την τάση να συμμερίζονται αξίες και νοοτροπίες που υπάρχουν ήδη. Συνηθίζουν να ακολουθούν τα κανονιστικά πρότυπα που υπερισχύουν περισσότερο. Αυτή η

στρατηγική όμως πολλές φορές είναι χρονοβόρα και δεν είναι χρήσιμη όταν επικρατούν πιεστικές συνθήκες (Ivancevich, Schweiger and Power, 1987) (Mullins, 1999).

3. Αυστηρή – εξαναγκαστική. Αρκετά συνηθισμένη μέθοδος – στρατηγική διοίκησης αλλαγών, είναι αυτή που χρησιμοποιεί την αυστηρότητα, τον άμεσο ή έμμεσο εξαναγκασμό. Όλοι μας λίγο πολύ, πολλές φορές, λειτουργούμε υπό κάποια υπόδειξη. Κάνουμε ότι μας πουν οι άλλοι και συμμορφωνόμαστε σύμφωνα με τις κατευθύνσεις που ορίζονται. Υπάρχουν περιπτώσεις βέβαια, που μπορεί να παρουσιαστεί κάποια αντίσταση, μικρή ή μεγάλη, όταν τα άτομα που δέχονται μια εντολή δεν είναι τόσο συγκαταβατικά όσο θα το απαιτούσαν οι περιστάσεις (Mullins, 1999).
4. Περιβαλλοντική – προσαρμοστική. Η στρατηγική αυτή χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που αφορούν σε ριζικές αλλαγές. Είναι τόσο χρήσιμη και αποδοτική όσο το απαιτούν τα εκάστοτε προγράμματα αλλαγών. Η φιλοσοφία της προκειμένης στρατηγικής στηρίζεται ακριβώς στο γεγονός ότι οι άνθρωποι έχουν την τάση να προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα γρήγορα και χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες (Mullins, 1999).

Όπως είναι εμφανές, υπάρχουν αρκετές στρατηγικές που μπορεί να επιλέξει ένας ηγέτης ή ένας οργανισμός γενικότερα ώστε να διοικήσει και να διαχειριστεί μια αλλαγή, τόσο μεμονωμένες στρατηγικές όσο και συνδυαστικές. Πρόκειται για στρατηγικές που στηρίζονται σε συγκεκριμένα δεδομένα και επιλέγονται με γνώμονα την υπάρχουσα κάθε φορά κατάσταση και κάποιους συγκεκριμένους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί που επηρεάζουν την επιλογή μιας στρατηγικής είναι οι εξής:

- Η έκταση της αλλαγής
- Η αντίσταση
- Ο πληθυσμός
- Οι στόχοι
- Το χρονοδιάγραμμα
- Η πείρα

- Η εξάρτηση (Nickols, 2003)

Οι στρατηγικές αυτές ανάλογα με τις συνθήκες μέσα στις οποίες θα βρουν έδαφος, μπορεί να είναι απόλυτα αποτελεσματικές αλλά και πολύ λιγότερο αποτελεσματικές. Σε όλες τις περιπτώσεις απαιτείται δυναμική Διοίκηση και οργανωμένο πρόγραμμα και φυσικά πίεση κατά την εφαρμογή κάποια στρατηγικής στο σωστό βαθμό.

## **2.2 Μοντέλα εισαγωγής αλλαγών**

Η αλλαγή είναι μια έννοια πολύ διαδεδομένη σήμερα, τόσο στους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις όσο και στην καθημερινότητα γενικότερα. Οποιαδήποτε αλλαγή έρχεται μέσα από σοβαρή μελέτη και οργάνωση προϋποθέτει και το ενδεχόμενο εμφάνισης σοβαρών συνεπειών. Τα τελευταία χρόνια, πολλοί γκουρού της διαχείρισης αλλαγών έχουν αντιμετωπίσει μικρά θέματα όπως εκείνα που σχετίζονται με την ηγεσία, τα κίνητρα, την κουλτούρα. Περισσότερο σημαντική θέση όμως κατέχει η έννοια της αλλαγής (Sirkin, Keenan, Jackson, 2005).

Μια αλλαγή στοχεύει σε μια επιτυχημένη προσπάθεια, σε μια κατάσταση που θα επιφέρει ικανοποίηση. Αυτό όμως δεν είναι ούτε απλό αλλά ούτε και εύκολο. Οι αλλαγές γίνονται σε κοινό παρονομαστή με τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε επιχείρησης και σημαντικό ρόλο σε αυτή τη σχέση παίζει ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι ή οι φορείς των αλλαγών θα δράσουν.

Υπάρχουν ορισμένα μοντέλα αλλαγών, που συμβάλουν στην επιτυχία μιας αλλαγής θέτοντας κάποιες βασικές κινήσεις, ωστόσο δεν εγγυώνται πάντοτε επιτυχία. Τα βασικότερα από αυτά τα μοντέλα αναλύονται ακριβώς ακολούθως (Sirkin, Keenan, Jackson, 2005).

### **2.2.1 Μοντέλο του Kotter**

Το μοντέλο του Kotter είναι από τα πιο γνωστά, σύγχρονα μοντέλα που υπάρχουν και η ύπαρξή του οφείλεται στην ανάγκη να βελτιωθεί το μοντέλο που είχε εισηγηθεί ο Lewin. Όπως άλλες προσωπικότητες, έτσι και ο Kotter, θέλησε να δώσει απαντήσεις στο πρόβλημα που απασχολεί εκατοντάδες επιχειρήσεις. Γιατί δηλαδή ενώ γίνεται μια αλλαγή με στόχο την επιτυχία, αυτή να αποτυγχάνει (Kotter, 1996).

Ο Kotter ισχυρίστηκε ότι για να γίνει μια επιτυχημένη αλλαγή, πρέπει να εφαρμόζεται μια αλληλουχία συγκεκριμένων ενεργειών, μια φόρμουλα ή αλλιώς ένα μοντέλο διαχείρισης αποτελούμενο από οχτώ βήματα. Πιο αναλυτικά, τα βήματα αυτά είναι τα εξής:

- 1) Δημιουργία της αίσθησης της αναγκαιότητας. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα εμπλεκόμενα στην αλλαγή μέλη κατανοούν την αναγκαιότητα της αλλαγής και προσπαθούν για τον καλύτερο τρόπο επίτευξης αυτής, όμως υπάρχουν και περιπτώσεις όπου τα μέλη δεν ασχολούνται, δεν πείθονται ότι μια αλλαγή πρέπει να γίνει για ένα συγκεκριμένο λόγο. Το βήμα αυτό αναφέρεται στην άρση όλων των πηγών αυταρέσκειας προκειμένου να δοθεί το κίνητρο στα εμπλεκόμενα μέλη να ασχοληθούν πραγματικά με την αλλαγή, να κατανοήσουν για ποιο λόγο συμβαίνει, τη σημασία της και παράλληλα να ξεπεράσουν οποιοδήποτε εμπόδιο αντιμετωπίζουν (Kotter, 2001).
- 2) Δημιουργία μιας ηγετικής ομάδας. Η δημιουργία μιας ηγετικής ομάδας είναι καθοριστικό βήμα σύμφωνα με τον Kotter ώστε να γίνει μια επιτυχημένη αλλαγή. Δεν νοείται να υπάρχει ένας συγκεκριμένος στόχος και να λείπει μια ομάδα ηγετική που θα καθοδηγεί με εμπειρία και αποφασιστικότητα και θα προάγει την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια, την αξιοπιστία. Τα άτομα της ομάδας αυτής συνήθως ανήκουν στη διοίκηση και έχουν κάποια προσόντα παραπάνω από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο εντός του οργανισμού. Τέτοια προσόντα σχετίζονται κυρίως με θέματα ηγεσίας, συνεργασίας, επικοινωνίας και ομαδικού πνεύματος (Kotter, 2001).
- 3) Διαμόρφωση οράματος και στρατηγικής. Χωρίς όραμα και στρατηγική, οποιαδήποτε προσπάθεια για αλλαγή είναι μερικώς ή ολικώς άκαρπη. Όταν δεν τίθεται εξ' αρχής ένα όραμα πάνω στο οποίο θα στηριχθεί η συνολική προσπάθεια του οργανισμού κι όταν δεν υπάρχει συγκεκριμένη στρατηγική που θα κάνει πράξη το όραμα, τότε δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί καμιά αλλαγή, δεν είναι εφικτό διαφορετικά να χαραχτεί μια συγκεκριμένη κατεύθυνση που θα συμπεριλάβει συντονισμένες ενέργειες. Χρειάζεται λογική σκέψη, σωστή αντίληψη των πραγμάτων, σωστή λειτουργία, διαρκή και λεπτομερή ενημέρωση (Kotter, 2001).



- 4) Μετάδοση του οράματος. Ένα όραμα δε φτάνει μονάχα να οριστεί. Ένα όραμα αν δεν εφαρμόζεται μέσα από συλλογικές διαδικασίες κι αν δεν μεταδίδεται στα μέλη του οργανισμού, τότε θεωρητικά και πρακτικά είναι άχρηστο. Το όραμα πρέπει να γίνεται αντιληπτό και κατανοητό από όλα τα μέλη του οργανισμού ώστε να καταβάλλονται από κοινού προσπάθειες για την επίτευξή του (Kotter, 2001).
- 5) Ενδυνάμωση των ατόμων και παρότρυνση για δράση. Σε αυτό το βήμα, επιχειρείται να αποφευχθούν τα τυχόν προβλήματα που υπάρχουν ή να αντιμετωπιστούν. Ακριβώς η αντιμετώπιση των τυχόν προβλημάτων - εμποδίων αποσκοπεί στο να δοθούν κίνητρα στα μέλη του οργανισμού να δράσουν και να κινητοποιηθούν (Kotter, 2001).
- 6) Δημιουργία βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων. Η δημιουργία βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων δίνει τη σιγουριά σε μια ομάδα που προσπαθεί να πετύχει μια αλλαγή ότι ο κόπος της πιάνει τόπο. Τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής ειδικότερα όταν αρχίζουν να διαφαίνονται τα πρώτα θετικά αποτελέσματα και αποτελούν μια λαμπρή απόδειξη ότι η τρέχουσα προσπάθεια που καταβάλλεται μπορεί να συνεχιστεί. Στην αντίθετη περίπτωση δε, όταν τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο καλά, δίνεται πάλι η ευκαιρία στην ομάδα να αναλάβει το ρίσκο και να προσπαθήσει παραπάνω σε αυτό που θέλει να πετύχει ή να τα παρατήρει σε περίπτωση που πιστέψει ότι η προσπάθεια για αλλαγή δεν είναι βιώσιμη (Kotter, 2001).
- 7) Παγίωση των αποτελεσμάτων και προώθηση περαιτέρω αλλαγών. Όπως σε όλα τα βήματα που προτείνει ο Kotter, έτσι και σε αυτό, η αίσθηση του επείγοντος είναι η πιο σημαντική που υπάρχει. Στο βήμα αυτό ο Kotter θέλει να τονίσει πως όποια κι αν είναι τα αποτελέσματα, βραχυπρόθεσμα και μη, αυτό που επείγει είναι να προωθούνται περαιτέρω αλλαγές και να μην υπάρχει εφησυχασμός στον οργανισμό (Kotter, 2001).
- 8) Ενσωμάτωση της αλλαγής με τη νέα φιλοσοφία και κουλτούρα του οργανισμού. Πολλές φορές η κουλτούρα ενός οργανισμού και η φιλοσοφία που έχει δεν συνάδει, δεν συμβαδίζει με την αλλαγή που επιχειρείται να γίνει ή έχει ήδη γίνει με κίνδυνο να ανατραπεί η προκείμενη αλλαγή και να αποτύχει. Στην περίπτωση

αυτή απαιτούνται πρακτικές που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, τη λειτουργία, την αντίληψη του οργανισμού και τις υπάρχουσες αξίες ώστε να ενσωματωθεί η αλλαγή ομοιόμορφα με τη φιλοσοφία και την κουλτούρα που ήδη υπάρχουν (Kotter, 2001).

### 2.2.2 Μοντέλο του Lewin

Εκτός από τον Kotter, υπήρξαν κι άλλοι καταξιωμένοι επιστήμονες που συνέβαλαν με τον τρόπο τους στην ανάπτυξη το θεωρητικού πλαισίου που σχετίζεται με τις οργανωσιακές αλλαγές. Ένας από αυτούς είναι ο Kurt Lewin ο οποίος είναι γνωστός και ως ο «πατέρας» της κοινωνικής ψυχολογίας. Σύμφωνα με τον Lewin λοιπόν, το μοντέλο για μια επιτυχημένη αλλαγή περιλαμβάνει τα στάδια: Ξεπάγωμα – Αλλαγή – Ξαναπάγωμα. Πιο αναλυτικά, τα στάδια αυτά είναι:

- ✚ Ξεπάγωμα. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται ως το πιο κρίσιμο. Προκειμένου ο οργανισμός να υποδεχτεί τη νέα αλλαγή πρέπει να προετοιμάσει το έδαφος και να καταστήσει κατανοητό ότι η νέα αλλαγή δύναται να φέρει ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας. Στη φάση του ξεπαγώματος, πρακτικές και τακτικές του παρελθόντος ξεπερνιούνται και τη θέση τους παίρνουν νέες. Όλα αυτά πετυχαίνονται μέσα από ομαλή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των μελών πράγμα που με τη σειρά του επιφέρει ενδυνάμωση των σχέσεων και εμφάνιση ισχυρών κινητήριων δυνάμεων (Lewin, 1958).
- ✚ Αλλαγή. Η αλλαγή είναι το δεύτερο κατά σειρά βήμα που ακολουθεί το ξεπάγωμα. Στο σημείο αυτό, υπάρχει μια σταδιακή αλλαγή στα άτομα του οργανισμού, στις συμπεριφορές, στον τρόπο σκέψης, στην γενικότερη στάση τους. Όπως είναι φυσικό υπάρχουν δυσκολίες μέχρι τα εμπλεκόμενα μέλη να αντιληφθούν την αλλαγή και τη σημασία της και να την υποστηρίξουν πράγμα που με τη σειρά του απαιτεί χρόνο. Η υλοποίηση της αλλαγής εξαρτάται από την ένταση των δυνάμεων που δρουν χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι δεν είναι επιτεύξιμη (Lewin, 1958).
- ✚ Ξαναπάγωμα. Το ξαναπάγωμα είναι το στάδιο εκείνο κατά το οποίο ο οργανισμός μπορεί να έρθει αν δεν καταφέρει να κρατήσει τις αλλαγές που έχει κάνει. Όταν γίνεται μια αλλαγή, αναδεικνύεται ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας το

οποίο πρέπει να υποστηριχθεί ώστε η πορεία του οργανισμού να είναι σταθερά ανοδική. Για να γίνει αυτό μπορούν να ληφθούν μέτρα όπως είναι η εκπαίδευση και η επικοινωνία (Lewin, 1958).

### **2.2.3 Μοντέλο δράσης – έρευνας**

Το συγκεκριμένο μοντέλο περιλαμβάνει στοιχεία που έρχονται στην κατοχή των εμπλεκόμενων μελών κατά τη διάρκεια μιας έρευνας και της δράσης που ακολουθεί. Τα στοιχεία αυτά συνιστούν ένα ιδιαίτερο μοντέλο τα βήματα του οποίου είναι τα εξής:

- Αντίληψη του προβλήματος
- Συμβουλευτική υποστήριξη από ειδικό σε θέματα αλλαγών
- Διάγνωση του προβλήματος
- Συγκέντρωση και ανάλυση στοιχείων
- Δράση
- Συγκέντρωση στοιχείων μετά από τη δράση
- Αξιολόγηση (Μπουραντάς, 2002)

### **2.2.4 Μοντέλο του R. Moore**

Το μοντέλο αυτό είναι πρόσφατο στην ιστορία της αλλαγής και περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- ✓ Θέσπιση ενός λόγου αλλαγής
- ✓ Καθορισμός αρχών – στόχων – οράματος
- ✓ Ενημέρωση όλων των εμπλεκόμενων
- ✓ Εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων
- ✓ Μέτρηση αποτελεσμάτων
- ✓ Εδραίωση της αλλαγής
- ✓ Επανάληψη σταδίων (Μπουραντάς, 2002)

Παραπάνω, αναφέρθηκαν, μελετήθηκαν και αναλύθηκαν τα κυριότερα μοντέλα, τέσσερα στον αριθμό, γύρω από την έννοια της αλλαγής και πιο συγκεκριμένα γύρω από την διαχείριση

της αλλαγής. Όλα τα μοντέλα έχουν κάτι να προσφέρουν, άλλα έχουν θεωρηθεί περισσότερο εμπλουτισμένα, περισσότερο προοδευτικά κι άλλα λιγότερο. Άλλα μαγνητίζουν περίεργες στάσεις από κάποιους και άλλα περισσότερο στάση υποστηρικτική (Μπουραντάς, 2002).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ**

Εκτός από τον οργανισμό που κάνει την αλλαγή, πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν η στάση των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι είναι εκείνοι που συνήθως έρχονται αντιμέτωποι με μια αλλαγή και με τον τρόπο τους εκφράζουν αρνητική στάση. Αυτό τις περισσότερες φορές γίνεται όταν μεσολαβεί μια αλλαγή πρωτότυπη ή διαφορετικά καινοτόμα, την οποία ο ανθρώπινος εγκέφαλος δεν δέχεται εύκολα. Η μετάβαση από το γνωστό στο άγνωστο πάντα οδηγεί σε νέες περιπέτειες και νέους δρόμους τους οποίους δεν γνωρίζουν, πρακτικά τουλάχιστον, οι περισσότεροι (Boney & Hede, 2001).

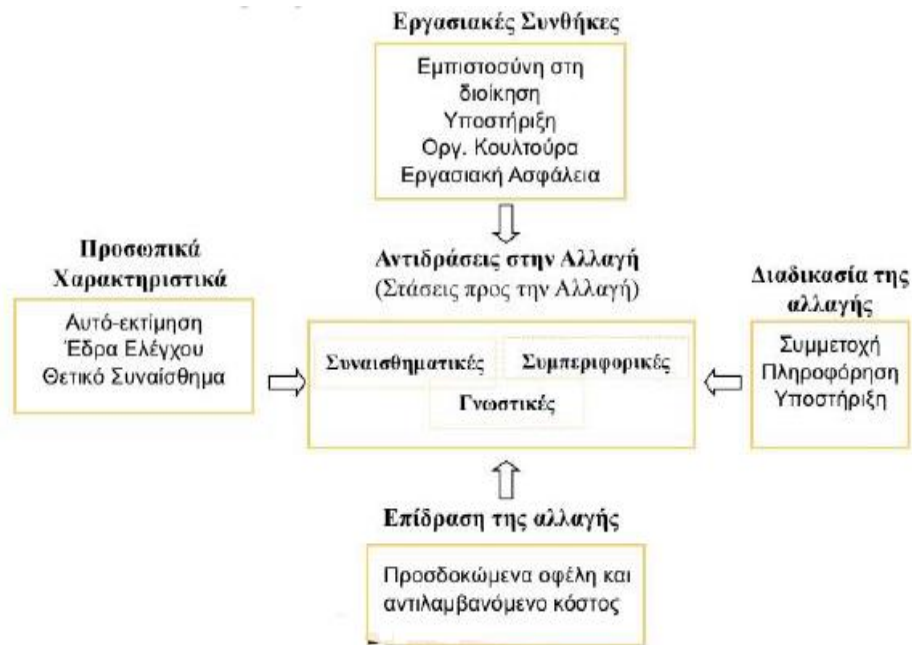
### **3.1 Πώς έρχεται η αντίσταση των εργαζομένων – Στάδια συμπεριφοράς**

Η ψυχροσύνθεση του εργαζόμενου δεν είναι απλή και για να βγει ένα ορθό πόρισμα περί αυτής πρέπει να μελετηθεί, να κατανοηθεί και να ερμηνευτεί ανάλογα. Σε κάθε αντίσταση αλλαγής, ο άνθρωπος – εργαζόμενος, περνά από κάποια στάδια τα οποία διανύει σχηματίζοντας την άποψή του. Τα στάδια αυτά είναι τα ακόλουθα:

- 1) Άρνηση
- 2) Άμυνα
- 3) Παραμερισμός παλαιών πεποιθήσεων
- 4) Προσαρμογή
- 5) Συστηματοποίηση (Mowday, Steers, Porter, 1979)

Στην ημερίδα του κλάδου της Οργανωτικής Ψυχολογίας της ΕΛΨΕ το 2010 παρουσιάστηκε από την Μαρία Βακόλα, PhD Επίκουρη Καθηγήτρια Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών ένα θεωρητικό μοντέλο για τις στάσεις απέναντι στην αλλαγή ,το οποίο παρατίθεται παρακάτω:

**Σχήμα 2.** Θεωρητικό μοντέλο για τις στάσεις απέναντι στην αλλαγή



Πηγή: Βακόλα Μ., Επικ. Καθηγήτριας ΟΠΑ «Διοίκηση Αλλαγών»

Ότι αναφέρθηκε παραπάνω είναι φυσιολογικό και καθόλου απροσδόκητο. Οι άνθρωποι και συνεπώς οι εργαζόμενοι επιδιώκουν να έχουν συνήθως κάτι σταθερό ώστε να μπορούν να προβλέπουν γεγονότα και καταστάσεις, να κατανοούν, να μαθαίνουν και να γνωρίζουν. Θέλουν να ξέρουν τι αξίες μπορούν να έχουν και να δημιουργούν και θεωρούν σκόπιμο ότι αν πετυχαίνουν όλα τα ανωτέρω μπορούν να συναναστρέφονται με τα άλλα άτομα και γενικότερα να νοιώθουν ικανοποίηση για τον οργανισμό που εργάζονται.

### 3.2 Αποτυχία των αλλαγών – Αίτια

Τα τελευταία χρόνια, ειδικά δε με την οικονομική κρίση, υλοποιούνται πολλά προγράμματα αλλαγής. Υπάρχουν τα μέσα, η γνώση, η θέληση, ωστόσο πολλά από τα προγράμματα αυτά αποτυγχάνουν να φέρουν εις πέρας την αλλαγή. Η τρομακτική αύξηση των αποτυχημένων προγραμμάτων τις τελευταίες δεκαετίες έχει απασχολήσει την κοινωνία και εξειδικευμένο προσωπικό και έχουν γίνει πολλές έρευνες που προσπαθούν να μελετήσουν το φαινόμενο διεξοδικά και να δώσουν μια προσεγγιστικά ακριβή περιγραφή για το τι συμβαίνει

πραγματικά και ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες που συμβάλουν με τον τρόπο τους καθοριστικά. Χαρακτηριστικά, οι Beer & Nohria (2000) υποστηρίζουν ότι ένα 70% των προγραμμάτων υλοποίησης αλλαγής αποτυγχάνουν.

Σε μια άλλη έρευνα, αποδείχθηκε ότι πάνω από το 90% των στελεχών ενός οργανισμού επηρεάστηκαν σε σημαντικό βαθμό από μια αλλαγή (Worrall and Cooper, 2006).

Κι άλλοι πολλοί συγγραφείς, μελετητές και ερευνητές ασχολήθηκαν με το θέμα της διοίκησης των αλλαγών και τους λόγους που μπορούν να οδηγήσουν στην αποτυχία τους. Λαμπρό παράδειγμα συγγραφέα είναι αυτό του J.P.Kotter. Ο Kotter στο βιβλίο του «LeadingChange», που εκδόθηκε το 1996 και μεταφράστηκε στην Ελληνική γλώσσα το 2001, αναλύει ξεκάθαρα τους λόγους ή τα λάθη εκείνα που οδηγούν μια αλλαγή στην αποτυχία. Χαρακτηριστικά, οι λόγοι αυτοί είναι:

- Υπερβολική αυταρέσκεια
- Αδυναμία δημιουργίας ενός επαρκώς ισχυρού καθοδηγητικού συνασπισμού
- Υποτίμηση της δύναμης που έχει το όραμα
- Μη σωστή μετάδοση του οράματος
- Επισκίαση νέου οράματος από τα υπάρχοντα εμπόδια
- Μη αναγνώριση των βραχυπρόθεσμων επιτευγμάτων
- Πρόωροι πανηγυρισμοί για τη νίκη
- Αμέλεια για σωστή ενσωμάτωση των αλλαγών στη φιλοσοφία της εταιρίας (Kotter, 2001)

Λάθη μπορούν να γίνουν ανά πάσα στιγμή, άλλοτε μικρότερα κι άλλοτε μεγαλύτερα. Κυριότερος στόχος σε όλες τις περιπτώσεις είναι να αποφεύγονται και να εξασφαλίζεται η ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Όταν όμως δεν συμβαίνει αυτό και τα λάθη είναι παρόντα, τότε υπάρχουν οι παρακάτω συνέπειες:

- Οι νέες στρατηγικές δεν εφαρμόζονται σωστά
- Οι εξαγορές επιχειρήσεων δεν επιτυγχάνουν την προσδοκώμενη συνδυασμένη δράση

- Η αναδιοργάνωση απορροφά πάρα πολύ χρόνο και χρήμα.
- Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων δε συμβάλλει στον έλεγχο του κόστους
- Τα προγράμματα για την ποιότητα δεν αποδίδουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Kotter, 2001)

Η αλλαγή είναι διαρκώς παρούσα και αυτό δεν είναι αμφισβητήσιμο. Τα επόμενα χρόνια θα γίνονται ολοένα και περισσότερες αλλαγές, τόσο μικρού όσο και μεγάλου μεγέθους και τα πράγματα θα είναι πολύ διαφορετικά καθώς οι μακροοικονομικές δυνάμεις που δρουν είναι πανίσχυρες και μπορεί να γίνουν ακόμη πιο ισχυρές τις επόμενες δεκαετίες. Αρκετοί προβλέπουν ότι θα εκλείψουν οι περισσότερες από τις προσπάθειες αναδιοργάνωσης, τις προσπάθειες για κατάστρωση νέων στρατηγικών, για συγχωνεύσεις ή περιορισμό των δραστηριοτήτων, για ποιοτική βελτίωση και για κατάστρωση προγραμμάτων ανανέωσης της φιλοσοφίας (Kotter, 2001).

### 3.3 Λόγοι αντίστασης στις αλλαγές

Παρά το γεγονός ότι η αλλαγή αποτελεί βασικό στοιχείο της φύσης του ανθρώπου, συνήθως τα άτομα αντιστέκονται. Σε κάθε οργανωσιακή αλλαγή παρατηρούνται σχεδόν όλες οι στάσεις στο συνεχές από την «ενεργή υποστήριξη» μέχρι την «ενεργή άρνηση». Σε όλες τις αλλαγές και ειδικά σε αυτές που σχετίζονται με την υγεία υπάρχουν κάποια ενδιαφερόμενα μέρη που προσδοκούν συγκεκριμένα πράγματα. Πιο συγκεκριμένα:

**Πίνακας 2.** Ανάγκες, Επιθυμίες και Προσδοκίες των ενδιαφερόμενων μερών (φορέων υγείας)

<b>Φορείς υγείας</b>	<b>Ανάγκες, Επιθυμίες &amp; Προσδοκίες</b>
Ιατροί και Λοιποί Επαγγελματίες της Υγείας	Βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα, βελτιωμένη διάγνωση και θεραπεία
Ασθενείς	Βελτιωμένη εμπειρία των ασθενών, βελτιωμένη ψυχολογική ευημερία, μειωμένοι χρόνοι αναμονής, μειωμένη καθυστέρηση



Οργανισμοί	Αυξημένη αποτελεσματικότητα των εσωτερικών λειτουργιών, αυξημένη παραγωγικότητα και ποιότητα και βελτίωση των αποτελεσμάτων
Καινοτόμες εταιρίες	Κερδοφορία, βελτιωμένα αποτελέσματα
Ρυθμιστικές κρατικές υπηρεσίες	Μειωμένα ρίσκα και βελτιωμένη ασφάλεια των ασθενών

Πηγή: Omachonu, V.K., Einspruch, N.G. 2010, "Innovation in Health Delivery Systems: A Conceptual Framework", *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, vol. 15, no. 1, Article 2.

Οι αλλαγές, εκτός των άλλων, απαιτούν την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αντιστάσεων σε αυτές και προϋποθέτουν:

- ✓ Πρώτον, την κατανόηση των αιτιών που τις δημιουργούν και
- ✓ Δεύτερον, την γνώση των μεθόδων μέσω των οποίων αυτές θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν (Μπουραντάς, 2002)

Σύμφωνα με την υφιστάμενη βιβλιογραφία και τις εμπειρικές έρευνες, οι κύριες πηγές αντίστασης στις αλλαγές είναι οι ακόλουθες:

- ❖ **Φόβος.** Η κάθε αλλαγή οδηγεί σε μια νέα κατάσταση η οποία λίγο ή πολύ συνοδεύεται με αβεβαιότητα ως προς τα χαρακτηριστικά και τις συνέπειές της στα άτομα. Αυτή η αβεβαιότητα είναι φυσικό να προκαλεί σε αρκετούς ανθρώπους το συναίσθημα του φόβου το οποίο τους κάνει να αντιδρούν αρνητικά στην αλλαγή (Morris and Raben, 1995, Smith and Berg, 1987).
- ❖ **Αίσθημα απώλειας.** Εκτός της αβεβαιότητας, σε αρκετές περιπτώσεις αλλαγών τα άτομα αισθάνονται ότι η αλλαγή μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια πολύτιμων για αυτούς ικανοποιήσεων (δύναμη, αξία, χρησιμότητα, περιεχόμενο εργασίας, κύρος) που απολαμβάνουν στην κατεστημένη κατάσταση (Μπουραντάς, 2002).

- ❖ **Συνήθεια.** Η συνήθεια οδηγεί σε αδράνεια και συνεπώς σε αντίσταση στις αλλαγές αφού συνδέεται με στερεότυπα και ένα συναίσθημα άνεσης (Μπουραντάς, 2002).
- ❖ **Μη κατανόηση της χρησιμότητας της αλλαγής.** Συχνά στις οργανώσεις μεγάλου μεγέθους αρκετοί εργαζόμενοι δεν κατανοούν την άμεση ή έμμεση χρησιμότητα των αλλαγών για τους ίδιους και ευρύτερα, λόγω έλλειψης αποτελεσματικής επικοινωνίας από τους υπεύθυνους των αλλαγών. Αυτό κατά συνέπεια επιφέρει μη αποδοχή και υποστήριξη των αλλαγών (Μπουραντάς, 2002).
- ❖ **Διαφορετικές αντιλήψεις.** Οι αλλαγές συνήθως είναι αποτέλεσμα αξιών, πιστεύω, υποκειμενικών αντιλήψεων, παραδοχών, κρίσεων, στόχων και επιλογών. Είναι φυσικό να υπάρχουν αρκετά διαφορετικές αντιλήψεις ως προς αυτές. Αυτό ασφαλώς οδηγεί σε άρνηση παθητική ή ενεργή όσων διαφωνούν με το περιεχόμενο ή και με τον τρόπο εισαγωγής των αλλαγών (Μπουραντάς, 2002).
- ❖ **Αντίδραση στο φορέα της αλλαγής.** Αρκετές φορές αιτία αρνητικών στάσεων ως προς τις αλλαγές δεν είναι το περιεχόμενο και οι συνέπειες τους αλλά τα άτομα ή ομάδες που εισηγούνται και επιχειρούν τις αλλαγές. Η έλλειψη εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας των όσων εισηγούνται τις αλλαγές, οι συμβολισμοί των θέσεων που κατέχουν, το στυλ διοίκησης κ.α., μπορούν να προκαλούν αρνητικές στάσεις στις αλλαγές (Μπουραντάς, 2002).
- ❖ **Αρνητικές επιπτώσεις.** Αίτια αρνητικών στάσεων ως προς τις αλλαγές προκαλούν οι πραγματικά αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχουν οι αλλαγές στα άτομα. Τέτοιες αρνητικές συνέπειες μπορεί να είναι άμεσες ή έμμεσες και να αφορούν οτιδήποτε το οποίο έχει αξία για το άτομο (Μπουραντάς, 2002).
- ❖ **Λογική αντίσταση.** Η λογική αντίσταση έχει να κάνει με τον απαιτούμενο χρόνο προσαρμογής στη νέα κατάσταση, την επιπλέον προσπάθεια που χρειάζεται για τη μάθηση, την πιθανότητα εμφάνισης λιγότερο επιθυμητών – αρνητικών καταστάσεων όπως η υποβάθμιση ικανοτήτων, το οικονομικό κόστος της αλλαγής και η αμφίβολη αποτελεσματικότητα – επιτυχία (Μπουραντάς, 2002).
- ❖ **Ψυχολογική αντίσταση.** Ο τύπος αυτός αντίστασης βασίζεται σε συναισθήματα και στάσεις. Περιλαμβάνει το φόβο για το άγνωστο, τη μικρή ανθεκτικότητα της

αλλαγής, αντιπάθεια προς τη διοίκηση ή άλλο φορέα αλλαγής, την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους και την ανάγκη για ασφάλεια, δηλαδή επιθυμία διατήρησης της υπάρχουσας τάξης πραγμάτων (Μπουραντάς, 2002).

- ❖ **Κοινωνιολογική αντίσταση.** Η αντίσταση αυτή αναφέρεται στις πολιτικές συμμαχίες, στις αντιτιθέμενες αξίες των ομάδων, στην περιορισμένη και στενή αντίληψη, στα κατεστημένα συμφέροντα και στην επιθυμία διατήρησης των κοινωνικών σχέσεων που ως τώρα υπήρχαν και φαίνεται να απειλούνται (Ο' Toole, 1995).

**Πίνακας 3.** Μερικοί λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι δεν αλλάζουν

<b>ΜΕΡΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΔΕΝ ΑΛΛΑΖΟΥΝ</b>	
Συνήθεια	Έλλειψη πειθαρχίας & επιμονής
Μη αποδοχή κριτικής	Έλλειψη κινήτρων
Φόβος του νέου	Φόβος αποτυχίας
Αλαζονεία	Ασαφή οφέλη της αλλαγής
Έλλειψη χρόνου	Έλλειψη αυτοπεποίθησης
Αυταρέσκεια	Επειδή δεν αλλάζουν οι άλλοι

Πηγή: Μπουραντάς Δ. (2002), Μάνατζμεντ, Εκδόσεις Γ. Μπένου, Αθήνα, σελ. 581

### **3.4 Μέθοδοι αντιμετώπισης των αντιστάσεων**

Η αντίσταση στην αλλαγή έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την επιτυχία ή διαφορετικά την προσπάθεια για μια επιτυχημένη αλλαγή. Είναι ένα φαινόμενο που έχει αρκετή απήχηση στις μέρες μας ειδικά δε στο χώρο των επιχειρήσεων (Schein, 1988).

Μια αλλαγή δεν απαιτεί μονάχα ένα οργανωμένο σχέδιο για το πως θα εφαρμοστεί στην πράξη. Απαιτεί και μια ορθή διαχείριση άλλων παραγόντων όπως είναι αυτός της αντίστασης. Για κάθε αντίσταση που γίνεται για κάποια αλλαγή, πρέπει να υπάρχει μια θετική αντιμετώπιση συνδυαστικά με τη δημιουργία θετικών στάσεων.

Με τον όρο αντιμετώπιση αντίστασης λοιπόν, εννοούμε όλες εκείνες τις ενέργειες που εφαρμόζονται ή διαφορετικά θα πρέπει να εφαρμόζονται ώστε να αποφεύγονται αντιδράσεις σε έναν οργανισμό και να επιτυγχάνεται η ομαλή λειτουργία αυτού.

Όντας μια από τις πιο κρίσιμες ενέργειες στο δρόμο προς μια επιτυχημένη αλλαγή, η αντιμετώπιση μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους και μεθόδους, ανάλογα με το πρόβλημα που υπάρχει και το μέγεθος του προβλήματος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων μεθόδων είναι:

- Εκπαίδευση
- Επικοινωνία
- Συμμετοχή
- Διευκόλυνση και υποστήριξη
- Διαπραγμάτευση
- Χειραγώγηση
- Άσκηση δύναμης (Μπουραντάς, 2002)

Όπως είναι λογικό, η αντιμετώπιση της αλλαγής δεν είναι ένα εύκολο θέμα. Οι ιδιομορφίες που έχει ως διαδικασία είναι πολλές και θα πρέπει να γίνεται ορθά γιατί ενέχουν πολλοί κίνδυνοι. Οι εργαζόμενοι μπορεί να γίνουν παρορμητικοί κι απρόβλεπτοι και να δημιουργήσουν έντονο πρόβλημα διαχείρισης στον οργανισμό και ειδικότερα στους φορείς της αλλαγής ώστε να επηρεάσουν την ασφάλεια του οργανισμού και την μελλοντική του επιβίωση (Aaker, 1992).

Πριν αρκετά χρόνια είχε προταθεί μια εξίσωση με την βοήθεια της οποίας θα μπορούσε να αξιολογηθεί ο βαθμός αντίστασης και συνεπώς το κατά πόση αντιμετώπιση θα μπορούσε να γίνει. Η εξίσωση αυτή ήταν η ακόλουθη (Beckhard & Harris, 1987):

Μη ικανοποίηση * Όραμα * Πρώτα στάδια > Αντίδραση στην αλλαγή
---

Όπως όλες οι αντιδράσεις, έτσι και η αντιμετώπιση αυτών, προέρχονται από τον άνθρωπο. Η τάση της αντίδρασης όμως είναι ένα μέγεθος που ποικίλει και δεν είναι ίδιο όλες τις φορές. Για το λόγο αυτό η αποτελεσματικότητα από την προσπάθεια αντιμετώπισης μιας αντίδρασης είναι απροσδιόριστη. Μέτρα υπάρχουν αρκετά όπως και εργαλεία και άνθρωποι να τα χρησιμοποιήσουν, ωστόσο πρωταρχικό μέλημα είναι να μην υπάρχουν περιθώρια αντίδρασης, να μην επιτρέπεται η δημιουργία αρνητικού κλίματος που σταδιακά θα επιδεινώνεται και θα ωθεί έναν εργαζόμενο στην αντίσταση – αντίδραση (Gilgeous & Chambers, 1999).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει κάποιο «μαγικό φίλτρο» ή αλλιώς κάποια μυστικό που να δίνει συγκεκριμένα λύσεις στις αντιστάσεις εντός ενός οργανισμού. Όποιος τρόπος κι αν εφαρμοστεί, αν δεν συνάδει με τα χαρακτηριστικά της αντίστασης τότε είναι άχρηστος ή κοινώς δεν ενδείκνυται. Σε όλες τις περιπτώσεις, η μετάδοση σωστών μηνυμάτων κρίνεται άκρως σκόπιμη. Σε αυτό, τον πρώτο λόγο έχει πάντα η διοίκηση και ο ηγέτης του οργανισμού. Πρόκειται για ενέργειες σημαντικές και καθοριστικές, για ολοκληρωμένες προσπάθειες που στηρίζονται πάνω σε σχέσεις εμπιστοσύνης, σεβασμού, εκτίμησης και συνέπειας (Gilgeous & Chambers, 1999).

Μεταξύ των παραπάνω ενεργειών αλλά και άλλων πολλών που μπορούν να γίνουν, εξίσου σημαντικές είναι και οι παρακάτω:

- Προσμονή αντίδρασης και μέτρησή της
- Ανάλυση πεδίου δυνάμεων
- Ανάπτυξη συστημάτων αναγνώρισης – επικοινωνίας
- Εξασφάλιση ικανοτήτων του προσωπικού που θα καθοδηγήσει την αλλαγή
- Δημιουργία ευχάριστου κλίματος
- Εστίαση στα θέματα ασφαλείας
- Ενημέρωση για τον ενδεχόμενο κίνδυνο από την αλλαγή
- Ειλικρινής διάθεση
- Ευθυγράμμιση με τα πρότυπα και τις συνήθειες των ομάδων που συμμετέχουν

- Προσπάθεια επίτευξης μόνο των απαιτούμενων αλλαγών γιατί οι συχνές αλλαγές δημιουργούν εντυπώσεις αστάθειας και επηρεάζουν τη γενικότερη εικόνα του οργανισμού
- Παροχή τεσσάρων βασικών στοιχείων παρακίνησης ώστε να υπάρχει κινητοποίηση στον οργανισμό δηλαδή, ενδιαφέρον, κατεύθυνση, συνεργασία, εμπύχωση) (Fullan, 1991)

Φυσικά σε κάθε προσπάθεια αντιμετώπισης αντιστάσεων, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που δεν είναι άλλος από τον χρόνο. Ο χρόνος αντιμετώπισης μιας αντίστασης θα πρέπει να είναι συγκεκριμένος και να επιλέγεται σωστά και φυσικά σε κοινή συνάρτηση με ένα ποιοτικό πρόγραμμα διαχείρισης του ρίσκου που μπορεί να ενέχει μια αλλαγή (Bakeretal., 1995, Daucourt and Michel, 2003).

Αν γίνουν όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, μπορεί να βεβαιωθεί πως οι αντιστάσεις δεν σχετίζονται με κινδυνολογίες και μεγάλες συνέπειες για τον οργανισμό. Όλοι προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και το ενδεχόμενο δημιουργίας αρνητικού κλίματος περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗΣ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μελέτη περίπτωσης του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου. Εξετάζεται η ιστορία των δύο νοσοκομείων στο χρόνο και επιχειρείται να καταστούν κατανοητοί οι λόγοι που οδήγησαν τα δύο νοσοκομεία στη συγχώνευση. Παρατίθενται σχετικές νομοθεσίες, όπως επίσης και περιπτώσεις συγχωνεύσεων άλλων νοσοκομείων με σκοπό να επεξηγήσει άγνωστες πτυχές του προς εξέταση ζητήματος.

### **4.1 Παρουσίαση των νοσοκομείων**

Παρακάτω παρουσιάζονται τα δύο νοσοκομεία, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.), και το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης. Εξετάζεται η πορεία των δύο νοσοκομείων στο χρόνο και παρατίθενται περιληπτικά αξιόλογα σημεία αναφοράς σχετικά με το τι άλλαξε και τι διαφοροποιήθηκε σε αυτά, στοιχεία για παράδειγμα σχετικά με το προσωπικό και τη διοίκηση, τις εγκαταστάσεις, τους ασθενείς κ.τ.λ.

#### **4.1.1 Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης**

Το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης ιδρύθηκε το 1944. Αρχικά στεγαζόταν στο κέντρο της πόλης στην 7ης Μεραρχίας 26. Στα τέλη του 2010 όμως, το νοσοκομείο μεταφέρθηκε στις νέες και υπερσύγχρονες εγκαταστάσεις στο 6ο χλμ. Κατερίνης – Αρωνά, στο Νέο Κεραμίδι (<http://www.gnkaterini.gr>).

Το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης σήμερα έχει μετονομαστεί πια σε Γ.Ν. Κατερίνης - Ψυχιατρικός τομέας και περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

**Πίνακας 4.** Τμήματα και μονάδες του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης

ΤΟΜΕΑΣ	ΤΜΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Α΄</li> <li>• ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Β΄</li> <li>• ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ</li> <li>• ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ</li> <li>• ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ</li> <li>• ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ</li> <li>• ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Κ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΣΤΕΦΑΝΙΩΝ ΝΟΣΩΝ</li> <li>• ΠΡΟΟΡΩΝ</li> <li>• ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ</li> <li>• ΜΟΝΑΔΑ AIDS</li> <li>• ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</li> </ul>
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ</li> <li>• ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ</li> <li>• ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ</li> <li>• ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ</li> <li>• ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ</li> <li>• ΩΤΟΡΥΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΟ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ</li> <li>• ΜΕΤΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</li> </ul>
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ</li> <li>• ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ</li> <li>• ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ</li> <li>• ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ</li> <li>• ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ</li> </ul>	
<b>ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ</li> </ul>	
<b>ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</li> <li>• ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</li> <li>• ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</li> <li>• ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ</li> </ul>
<b>ΛΟΙΠΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</li> <li>• ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</li> <li>• ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ</li> </ul>	

Πηγή: <http://www.gnkaterini.gr>

Το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης ακόμη:

- πραγματοποιεί δωρεάν εξετάσεις TESTRAP των γυναικών μεταξύ 25-26 ετών
- περιλαμβάνει ιατρείο διακοπής καπνίσματος
- περιλαμβάνει Κοινωνικό Φαρμακείο και βιβλιοθήκη από το 2011
- προωθεί πρακτικές προστασίας περιβάλλοντος
- έχει συνεργαστεί με το Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών στο πλαίσιο της Πανελλαδικής Μελέτης Διατροφής και Υγείας (ΠΑ.ΜΕ.Δ.Υ.) για την αξιολόγηση υγείας του ελληνικού πληθυσμού (<http://www.gnkaterini.gr>).

#### 4.1.2 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου

Η ιστορία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο), ξεκινά κοντά στο 1134. Είναι η χρονολογία που αναγράφεται σε μια πέτρινη επιγραφή που είναι τοποθετημένη στη δυτική είσοδο του καθολικού τότε κτίσματος. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, οριζόταν πρώτα ως Μονή της Πέτρας και η τοποθεσία του βρίσκεται 25 χιλιόμετρα δυτικά της πόλης της Κατερίνης. Κτίσμα Βυζαντινής περιόδου, η Μονή Πέτρας Ολύμπου ανακαινίστηκε το 1151 και ολοκληρώθηκε κτιριακά από τον αυτοκράτορα Ανδρόνικο Β' Παλαιολόγο (1282 – 1328 μ.Χ.) (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

Μετά από κάποια χρόνια, το 1925 για την ακρίβεια, απαλλοτριώνονται όλα τα κτίρια της Μονής με τα ακίνητά της για την ίδρυση «Νοσοκομείου Φυματιώντων» και με το Ν. 3923 / 13-22 Φεβρουαρίου 1929 ιδρύεται το «Σανατόριο Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου», ως ΝΠΔΔ το οποίο διατέλεσε υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγιεινής Πρόνοιας και Δημόσιας Αντίληψης με σκοπό την παροχή νοσηλείας σε άπορους ιδιώτες φυματικούς, λόγω της έξαρσης της φυματίωσης στα χρόνια του μεσοπολέμου. Ουσιαστικά όμως, το Σανατόριο της Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου λειτούργησε από 5/11/1936 (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

Από τα παλαιότερα χρόνια μέχρι και την πρόσφατη ιστορία, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου πέρασε από αρκετά στάδια ώστε να φτάσει σε αυτή του την ονομασία και κατάσταση.

Συνεχίζοντας την ιστορική αναδρομή, το Σανατόριο της Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου καταργήθηκε το 1969 με το Β. Διάταγμα 703 / 17-10-1969 (Φ.Ε.Κ. 220 / 3-11-1969 τ. Α') και τη θέση του πήρε το Ψυχιατρείο με την επωνυμία «Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου». Πριν την αλλαγή αυτή, αξίζει να σημειωθεί ότι το δασόκτημα του ιδρύματος είχε απλωθεί κατά τα 2/3 στις πλαγιές του Ολύμπου και κατά το 1/3 στα Πιέρια Όρη. Γίνεται λόγος πλέον για ένα ίδρυμα έκτασης 43.000 στρεμμάτων περίπου, στο μεγαλύτερο μέρος του οποίου περιλαμβάνονται θαμνώδεις βοσκότοποι και πυκνό δάσος.

Το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου μετονομάστηκε αργότερα σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο), και πρωτό-λειτούργησε σαν Ψυχιατρικό Νοσοκομείο από το 1970, αρχικά στο πλαίσιο της «αποσυμφόρησης – απονοσοκομειοποίησης» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.) και της μείωσης

του αριθμού των ασθενών του. Μεταφέρθηκαν τότε στην Πέτρα ασθενείς που νοσηλεύονταν για χρόνια στο Ψ.Ν.Θ., με σχετικά βαριά ψυχοπαθολογία, οι οποίοι είτε δεν είχαν καθόλου συγγενείς, είτε οι υπάρχοντες συγγενείς τους δεν έδειχναν σημαντικό ενδιαφέρον για την κατάστασή τους (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

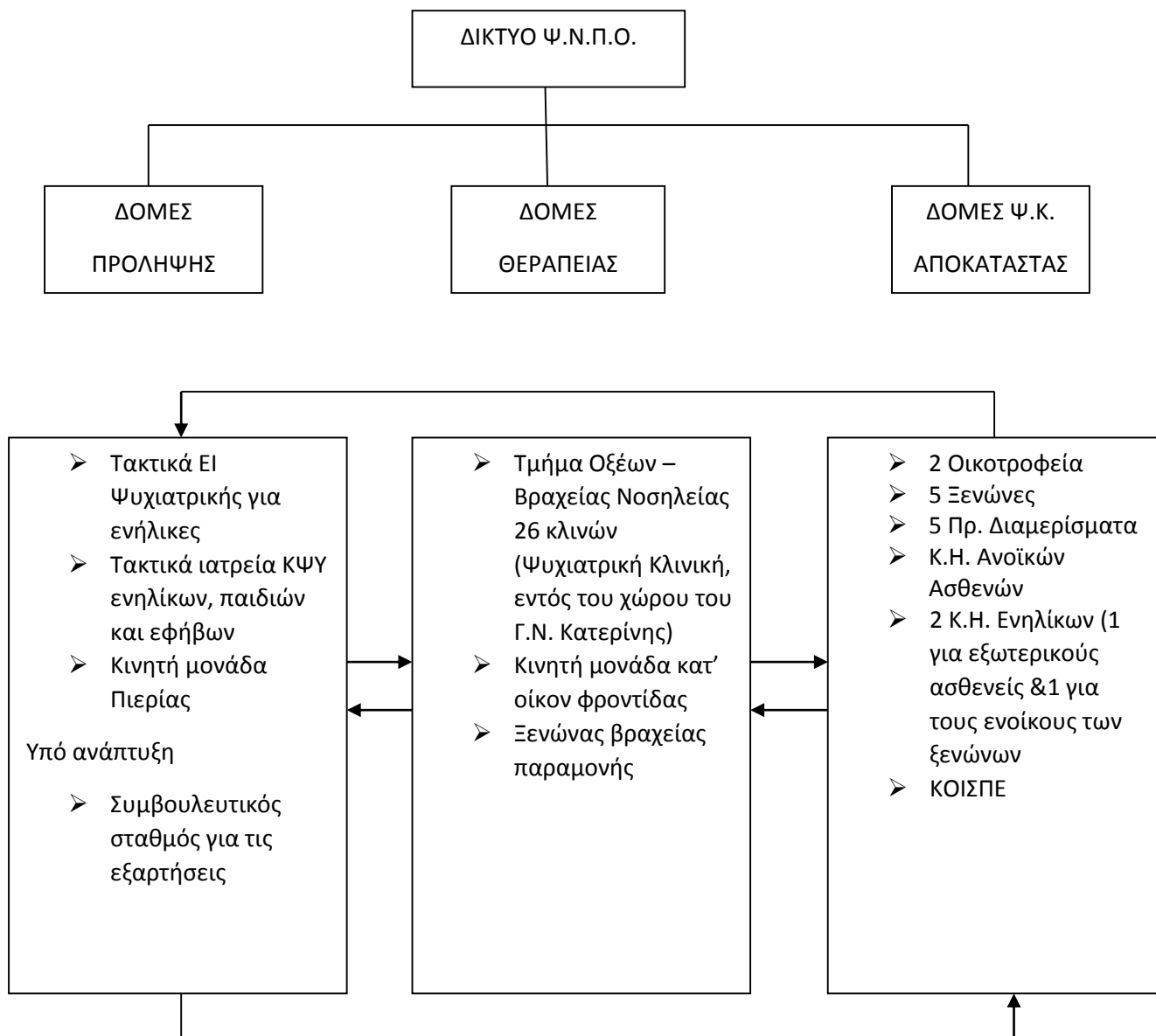
Την 27<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2004 έφυγε από τα Τμήματα Μακράς Ψυχιατρικής Νοσηλείας στην Πέτρα ο τελευταίος ασθενής. Τα Τμήματα αυτά έκλεισαν και με τον τρόπο αυτό ολοκληρώθηκε ο κύκλος μιας ιστορίας 34 χρόνων, από το 1970, όταν για πρώτη φορά λειτούργησε το Ψ.Ν.Π.Ο. στους πρόποδες του Ολύμπου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου είναι το πρώτο Ψυχιατρικό Νοσοκομειακό Άσυλο στην Ελλάδα που έχει κλείσει τα Τμήματα Μακράς Ψυχιατρικής Νοσηλείας του (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

Στην Πέτρα λειτουργούσαν ήδη πριν από τον Ιανουάριο 2004, πέντε (5) Μονάδες Νοσηλείας:

1. 1 Μονάδα Αποκατάστασης
2. 2 Τμήματα Μακράς Νοσηλείας
3. 1 Τμήμα Οξέων Ψυχιατρικών Περιστατικών
4. 1 Ψυχογηριατρικό Τμήμα
5. Τμήμα Εργοθεραπείας (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

Με την κατάργηση του Ασύλου στην Πέτρα, ήδη ξεκίνησε ο Μετασχηματισμός του Ψυχιατρείου – Ασύλου σε Πρότυπο Δίκτυο Κοινοτικών Δομών και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Οι Δομές που συνιστούσαν πλέον το Δίκτυο του Ψ.Ν.Π.Ο. ήταν οι Δομές Πρόληψης, οι Δομές Θεραπείας και οι Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται αναλυτικά το Δίκτυο του Ψ.Ν.Π.Ο. (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

**Σχήμα 3.** Το Δίκτυο του Ψ.Ν.Π.Ο. μετά την κατάργηση του Ασύλου (επικαιροποιημένο, Ιανουάριος 2015)



Πηγή: Αγγελίδης, Γιαγλής, (2011), Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Εκδόσεις Δρ. Φ. Αγγελίδης και Δρ. Δ. Γιαγλής, Κατερίνη, σελ. 29

Κλείνοντας την ιστορική αναδρομή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.), αξίζει να αναφερθεί μια διαπίστωση που όπως αναγνωρίστηκε για το ίδιο, όπως και για όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία γενικότερα: «το κύριο πρόβλημα της ψυχιατρικής περίθαλψης

στην Ελλάδα δεν ήταν (είναι) τα άσχημα από πλευράς συνθηκών Ψυχιατρείας – Άσυλα, αλλά ότι η περίθαλψη που παρεχόταν (παρέχεται) είναι οπισθοδρομική και επικίνδυνη, επειδή είναι πλέον γνωστό ότι το Άσυλο όχι μόνο δεν παρέχει θεραπεία, αλλά δημιουργεί και συμπτώματα» (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

#### **4.2 Πώς φτάσαμε στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων (Νομοθεσία)**

Η συγχώνευση των δύο νοσοκομείων είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας, επίπονης, συλλογικής προσπάθειας πολλών ανθρώπων και υπηρεσιών. Σημαντική μεταξύ πολλών, είναι η συμβολή:

- του προσωπικού και των Διοικήσεων του Ψ.Ν.Π.Ο.
- των ίδιων των ασθενών
- της Συντονιστικής Επιτροπής του Προγράμματος «Ψυχαργός – Β' φάση» του Ψ.Ν.Π.Ο.
- Περιφερειακών Συμβούλων Υγείας Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.)
- των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών – Δ.Υ.Πε.
- της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- των Γενικών Νοσοκομείων Βόλου, Καρδίτσας, Λάρισας και Τρικάλων
- των Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου
- της Διαχειριστικής Αρχής του Τρίτου Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011)

Εκείνο που πρέπει να μελετηθεί για να ερμηνευτεί η συγχώνευση των δύο Νοσοκομείων είναι η γενικότερη κατάσταση που επικρατούσε στον χώρο της υγείας και ειδικότερα στο χώρο της ψυχικής υγείας αλλά και οι ανάγκες – παράγοντες που οδήγησαν σε κάτι τέτοιο. Αυτό σημαίνει ότι περισσότερο πρέπει να εστιάσουμε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.) και λιγότερο στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, αφού το πρώτο ήταν που έκλεισε και συγχωνεύτηκε με το δεύτερο (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

#### 4.2.1 Νομοθεσία

Όσον αφορά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έχει επικρατήσει η αναφορά σε δύο ορόσημα:

- ✓ Τη θέσπιση του Κανονισμού 815 της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και τις δράσεις που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο αυτό
- ✓ και τις δύο, έως τώρα, φάσεις του εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία Ψυχαργός.

Οι νομοί που ψηφίστηκαν κατά καιρούς για τις μονάδες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της μονάδας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου, είναι αρκετοί και όπως είναι λογικό όρισαν και ορίζουν τη λειτουργία αυτών καθοριστικά.

Οι κυριότερες Νομοθεσίες που ψηφίστηκαν και εφαρμόστηκαν, από παλαιότερα μέχρι και σήμερα, είναι οι εξής:

- **Νόμος 1397/83.** Ο συγκεκριμένος νόμος αφορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας και άλλαξε ριζικά τον υγειονομικό χάρτη της χώρας και κατά συνέπεια τις ψυχιατρικές υπηρεσίες.
- **Κανονισμός 815/84.** Ο κανονισμός αυτός τέθηκε σε ισχύ ως αποτέλεσμα της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (Ε.Ο.Κ.). Τα προγράμματα που περιλάμβανε ο κανονισμός ήταν τα Λέρος Ι και Λέρος ΙΙ και αποσκοπούσαν:
  - ✓ στην έναρξη της διαδικασίας του αποϊδρυματισμού
  - ✓ στην βελτίωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας
  - ✓ στην προετοιμασία και μετάβαση των ασθενών σε προστατευμένες σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και
  - ✓ στη δημιουργία νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- **Νόμος 2071/92.** Ο συγκεκριμένος νόμος περιλαμβάνει πολλά άρθρα, η ψήφιση των οποίων αποσκοπεί:
  - ✓ στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και
  - ✓ στην εναρμόνιση του νομικού πλαισίου της ψυχιατρικής πρακτικής με τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα

- **Υ.Α. 3005243/486/0029 / 3-4-1998.** Έγινε με σκοπό να επιφέρει μόνο κάποια αλλαγή στον αριθμό των θέσεων στην κατηγορία ΤΕ νοσηλευτριών, ΔΕ αδελφών νοσοκόμων και ΥΕ βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού.
- **Νόμος 2716/99.** Πρόκειται για τον νόμο που ψηφίστηκε για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- **Εθνικό Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Α' Φάση 2000 – 2001, Β' Φάση 2002 – 2006.** Το πρόγραμμα αυτό, όντας μέρος του γενικότερου Επιχειρησιακού Προγράμματος Υγείας – Πρόνοιας 2000 – 2006 του Γ' ΚΠΣ, ήταν ότι πιο καθοριστικό και ανατρεπτικό συνέβη στο χώρο της ψυχικής υγείας. Εφαρμόστηκε για να εξασφαλίσει τη συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και μετά τη χρηματοδοτική στήριξη της Ε.Ε. και αποτέλεσε τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του Ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό, την κατάργηση του ασύλου, τον εκσυγχρονισμό του συστήματος και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία υπηρεσιών κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).
- **Απόφαση Δ/σης Ψυχικής Υγείας Υ5β/ΟΙΚ.974/29.3.2001 για «Δεκαετές Πρόγραμμα Ανάπτυξης Μονάδων και Δράσεων Ψυχικής Υγείας».**
- **Διατάξεις εγγράφου Δ/σης Ψυχικής Υγείας Υ5β/οικ.975/29.3.2001 για την «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ένταξης μέρους του δεκαετούς Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ στο Γ' ΚΠΣ με τον τίτλο «Β' φάση ΨΥΧΑΡΓΩΣ»**
- **Νόμος 4052/12 Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου 4046/2012.** «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις. Ουσιαστικά ο νόμος αυτός παρουσιάζει τι γίνεται με τα θεραπευτικά τμήματα και με τους εργαζομένους (ΦΕΚ 3245, Αρ. Φύλλου 202, 2015).

- **Νόμος 4272/2014. Ρυθμίσεις για Μεταμοσχεύσεις, Ψυχική Υγεία, Νοσηλευτές.** Είναι η συνέχεια του προηγούμενου και ο οποίος έχει ψηφιστεί αλλά δεν εκτελέστηκε καθώς εκκρεμούσαν οι υπουργικές αποφάσεις. Με το νόμο αυτό γίνεται προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών – μελών, ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση – Ρυθμίσεις για την Ψυχική Υγεία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και λοιπές διατάξεις (ΦΕΚ 4701, Αρ. Φύλλου 145, 2014).

### **4.3 Στρατηγική σταδιακής συρρίκνωσης του Ψ.Ν.Π.Ο.**

Όπως στην περίπτωση κάθε οργανισμού πάνω σε αυτό τον κόσμο, έτσι και με τη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων, η αλλαγή είναι μια διαδικασία που έρχεται μετά από ωρίμανση, ειδικά δε όταν κάνουμε λόγο για μια οργανωμένη και προμελετημένη συγχώνευση. Το Ψ.Ν.Π.Ο. δε θα μπορούσε να σταματήσει ξαφνικά κι απότομα τη λειτουργία του καθώςον πραγματεύεται κάτι πολύ σημαντικό, την ανθρώπινη υγεία. Η σοβαρότητα του σκοπού δράσης του Ψ.Ν.Π.Ο. δημιούργησε την ανάγκη ενός επιστημονικού σχεδιασμού μιας σταδιακής συρρίκνωσης του νοσοκομείου, μέχρι το οριστικό κλείσιμο των Τμημάτων και της γενικότερης πορείας του προς τον μετασχηματισμό του σε ένα σύγχρονο Δίκτυο Κοινοτικών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών.

Η πορεία του Ψ.Ν.Π.Ο. ακολούθησε στρατηγικές καθοριστικής σημασίας και έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στους ασθενείς ώστε η αλλαγή να γίνει ομαλά. Συγκεκριμένα:

- Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευόμενων ασθενών
- Συμπληρώθηκε για κάθε νοσηλευόμενο ερωτηματολόγιο επανένταξης
- Οργανώθηκε για τον καθένα ασθενή «Πρόγραμμα προετοιμασίας για την ένταξη στην Κοινότητα»
- Χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Hamilton – Κατάθλιψης για εκτίμηση κάποιων ασθενών που ενδεχομένως παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία
- Εκτιμήθηκε η κατάσταση της σωματικής υγείας
- Εκτιμήθηκε η κατάσταση της στοματικής υγιεινής



- Ζητήθηκε από τους ασθενείς να εκφράσουν τις ανησυχίες, τις προσδοκίες και τις ελπίδες τους με την προοπτική της εγκατάστασής τους σε άλλες μονάδες
- Κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο στάσεων και απόψεων ασθενών και προσωπικού
- Εκτιμήθηκε η επίπτωση του μετασχηματισμού του Ψ.Ν.Π.Ο. στους εργαζόμενους και στους ασθενείς
- Ενημερώθηκε και εκπαιδεύτηκε το προσωπικό για την μετέπειτα ένταξη του σε άλλες μονάδες
- Προγραμματίστηκε η διερεύνηση των απόψεων των συγγενών των ασθενών σχετικά με την αποϊδρυματοποίηση του νοσοκομείου και την επίπτωση που αυτή είχε στην προσωπική ζωή τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων
- Προγραμματίστηκε η διερεύνηση των στάσεων του γενικού πληθυσμού του Νομού Πιερίας απέναντι στο σχέδιο αποϊδρυματοποίησης του Ψ.Ν.Π.Ο. (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

Όλες αυτές οι ενέργειες, διερευνήσεις, εκτιμήσεις και αξιολογήσεις έγιναν για να προετοιμάσουν τόσο το προσωπικό όσο και τους ασθενείς για το μέλλον και για αυτό που επρόκειτο να συμβεί. Η απόφαση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου να κινηθεί με αυτόν τον τρόπο και να συρρικνώσει τη λειτουργία του κρίνεται άξια προσοχής.

Σαφώς και σε όλη αυτή τη διαδικασία έγιναν μεγάλες προσπάθειες και υπήρξαν αρκετοί προβληματισμοί προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά οποιαδήποτε αρνητική αντίδραση. Σκοπός σε όλη τη διάρκεια ήταν να διατηρηθεί η παραγωγική εργασία των εργαζομένων απέναντι στους ασθενείς και η στάση των ασθενών απέναντι στις αλλαγές που ετοιμάζονταν (Αγγελίδης, Γιαγλής, 2011).

#### **4.4 Η σύγχρονη ψυχιατρική περίθαλψη**

Το κλείσιμο του ασύλου ξεκίνησε την 1-1-2002 και ολοκληρώθηκε στις 27-1-2004 όταν έφυγαν και οι τελευταίοι ασθενείς. Το κλείσιμο του ασύλου δεν έγκειται μονάχα σε μια απλή

διαδικασία αλλά αποτελεί ενέργεια που έρχεται μέσα από τη σύγκλιση πολλών παραγόντων. Σημαντικός παράγοντας για την ενοποίηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου με το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης ήταν οι νέες απαιτήσεις που είχαν αρχίσει να κάνουν την εμφάνισή τους στο χώρο. Τα νέα δεδομένα στον χώρο της ψυχιατρικής είχαν καταστήσει επιτακτική την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις και για αλλαγές που συμβάδιζαν με τα χαρακτηριστικά της εποχής και θα εξυπηρετούσαν αυτά τα χαρακτηριστικά και φυσικά θα παρείχαν νέες υπηρεσίες υπό το πρίσμα μιας καινούργιας ιδεολογίας και τεχνογνωσίας.

Όπως είναι γνωστό, οι υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα ψυχιατρικής υγείας διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή κι από χώρα σε χώρα. Αυτό επηρεάζει κατά συνέπεια τις απόψεις που υπάρχουν για τον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σήμερα, οι τρέχουσες απόψεις για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών χαρακτηρίζονται γενικά από την παροχή θεραπείας στην κοινότητα, την εξισορρόπηση ανάμεσα στις νοσοκομειακές εισαγωγές και στην αντιμετώπιση μέσα στις κοινοτικές δομές. Υπάρχει αυξανόμενη τάση να μειώνονται συνεχώς οι εισαγωγές σε νοσοκομεία ενώ παράλληλα αναπτύσσονται νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι, συμπεριλαμβανομένων φαρμακευτικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (Thornicroft, Tansella, MandLaw, 2008).

Αυτό που γίνεται αντιληπτό από τα ανωτέρω είναι πως οι επιδιώξεις της σημερινής ψυχιατρικής είναι διαφορετικές σε σχέση με το παρελθόν κι αυτό δικαιολογημένα. Πρωταρχική μέριμνα είναι η χρησιμοποίηση αποτελεσματικών μεθόδων σχεδιασμού, οργάνωσης και διαχείρισης των σημερινών απαιτήσεων του χώρου της ψυχικής υγείας, ακόμη κι αν αυτό συνεπάγεται κάποια ενοποίηση, όπως στην προκειμένη περίπτωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.) με το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης.

#### **4.5 Ο οικονομικός παράγοντας**

Ο οικονομικός παράγοντας ήταν και είναι διαρκώς παρόν σε όλο το φάσμα της καθημερινότητας. Από την κατάσταση που επικρατεί στην οικονομία επηρεάζονται όλοι οι οργανισμοί και όλοι θεσμοί που περιέχονται στο κοινωνικό πλαίσιο. Στην περίπτωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.), τα οικονομικά αίτια είχαν κι αυτά τη σημασία τους για την ενοποίηση που ακολούθησε στην πορεία. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ένας οργανισμός, στην περίπτωσή μας μια νοσοκομειακή μονάδα, απαιτούνται

πόροι κρατικοί και μη ώστε να γίνονται όλα όπως πρέπει. Βέβαια σε περιπτώσεις τέτοιων ιδρυμάτων – οργανισμών όπως είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, οικονομικοί πόροι έρχονται και με άλλους τρόπους όπως δωρεές και χορηγίες. Στο παρόν σημείο θα πρέπει να συμπεριλάβει κανείς το κόστος λειτουργίας του ιδρύματος στο οποίο μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται λειτουργικά κόστη, κόστος μισθοδοσίας κ.α. (Χαραλάμπους, 2010).

Η γενικότερη οικονομική κατάσταση που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας έγινε αφορμή για να συρρικνωθούν ή για να κλείσουν τελείως εκατοντάδες οργανισμοί. Μεταξύ αυτών ήταν και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου. Αρκετοί λόγοι οδήγησαν στην μετεξέλιξη του νοσοκομείου, μεταξύ αυτών και οικονομικοί. Θα πίστευε κανείς όμως, ότι περισσότερο άλλοι λόγοι, μεμονωμένοι ή συνδυαστικά με άλλους, παρά οικονομικοί ώθησαν το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.) στην ενοποίησή του με το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης (Πραντσίδου, 2010).

#### **4.6 Σύνδεση αλλαγών με το ΕΣΥ και τα νοσοκομεία**

Η διασύνδεση των νοσοκομείων του ΕΣΥ έγινε βάση της υπ' αριθμ. Υ4α/ΟΙΚ84627 απόφαση του Υπ. Υγείας. Όπως αναφέρεται και στη απόφαση, σκοπός αυτής της ενέργειας είναι αφενός να καταστεί δυνατός ο καλύτερος συντονισμός των Δημοσίων Νοσοκομείων κι αφετέρου ο περιορισμός των δαπανών τους που θα υλοποιηθεί με την εφαρμογή κοινών λειτουργιών υπό τη Διοίκηση Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης. Παράλληλα τα νοσοκομεία έπρεπε έως 31-12-2011 να έχουν νέους οργανισμούς (ΦΕΚ 1681/Β'/28-7-2011).

Νέοι οργανισμοί όμως και νέες υπηρεσίες δεν ταυτίζονται πάντα με την αποτελεσματικότητα. Μπορεί να έχουμε μεγάλη ανάπτυξη νέων υπηρεσιών αλλά παράλληλα να υπάρχει μεγάλη μείωση σε δαπάνες για συγκεκριμένες ανάγκες και έτσι να επικρατεί αναποτελεσματικότητα (Alakeson, 2008).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΕΝΟΠΙΗΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ – BENCHMARKING – ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Το κεφάλαιο αυτό περιγράφει παραδείγματα συγχώνευσης άλλων νοσοκομείων από το Ευρωπαϊκό έδαφος σε μια προσπάθεια να δοθεί μια ευρύτερη, ξεκάθαρη και πιο συγκεντρωτική

εικόνα της συγχώνευσης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου με το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης. Τα παραδείγματα παρατίθενται τυχαία από τον Ευρωπαϊκό χώρο ώστε να αξιολογηθεί και να μετρηθεί κατά προσέγγιση η εξετάζουσα περίπτωση συγχώνευσης. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται η μέθοδος του benchmarking.

## 5.1 Εννοιολογική προσέγγιση του Benchmarking

Το Benchmarking είναι μια διαδικασία που βοηθά στη σύγκριση μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού με κάποιον άλλον. Σκοπός είναι να εντοπιστούν λειτουργικές αστοχίες και λάθη που κάνει ένας οργανισμός και να δοθούν κίνητρα για βελτιώσεις. Σε όλους τους οργανισμούς εφαρμόζονται πρακτικές που άλλοτε είναι σωστές και άλλοτε λιγότερο σωστές και επιθυμητές, κρίνοντας πάντα εκ του αποτελέσματος (Bogan, English, 1994).

Οι πρακτικές αυτές, σε μια δεδομένη χρονική στιγμή εντοπίζονται και αξιολογούνται με τη μέθοδο του benchmarking, η συστηματική χρήση της οποίας μπορεί να προκρίνει μια άλλη πρακτική προσδοκώντας φυσικά τη βέλτιστη απόδοση.

Για μια σταθερή συγκομιδή οφελών από τη διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης, τα διοικητικά στελέχη έχουν ιδιαίτερη υποχρέωση και καθήκον να προβαίνουν σε σημαντικές αλλαγές όσον αφορά της γενικότερη φιλοσοφία του οργανισμού (Bogan, English, 1994).

Το benchmarking αποτελεί μια πολύτιμη τεχνική καλύτερης οργάνωσης ενός οργανισμού και καλύτερων αποτελεσμάτων. Δεν περιορίζεται μόνο στον εντοπισμό καινοτόμων διαδικασιών, αλλά περιλαμβάνει επίσης, την ανακάλυψη της ιδέας που κρύβεται πίσω από την καινοτομία (Bogan, English, 1994).

Το benchmarking αναπτύχθηκε διότι:

- Πολλές φορές ήταν αδύνατο να γίνουν κατανοητές οι αιτίες των διαφορετικών επιδόσεων μεταξύ των οργανισμών
- Οι επιχειρήσεις δεν μπορούσαν να προβλέψουν σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα τις διαφορές των επιδόσεών τους με τους ανταγωνιστές τους (Μπουραντάς, 2002)

Αυτές οι αδυναμίες οδήγησαν τον επιχειρηματικό κόσμο να αναγνωρίσει την ανάγκη να αξιολογούν τις επιδόσεις τους σε όλους τους τομείς καθώς και τις αιτίες που τις προσδιορίζουν συγκριτικά με τους ανταγωνιστές και πιο συγκεκριμένα με εκείνους που έχουν τις υψηλότερες στον ανάλογο κλάδο.

**Σχήμα 4.** Διαδικασία Υλοποίησης του Benchmarking



Πηγή: Παπαδάκης Μ. Βασίλειος (2002), Στρατηγική των Επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία, Τόμος Α', Εκδόσεις Ε.Μπένου, Αθήνα

Το benchmarking σήμερα είναι από τα πιο χρήσιμα εργαλεία που υπάρχουν, κι αυτό γιατί:

- ✓ Συμβάλλει στην αυτογνωσία
- ✓ Μειώνει την αυταρέσκεια και τον εφησυχασμό
- ✓ Αποτελεί πηγή και μέσο μάθησης
- ✓ Υποστηρίζει τον σχεδιασμό στοχευμένων αλλαγών
- ✓ Συμβάλλει στην προσαρμογή στις εξελίξεις
- ✓ Δημιουργεί παρακίνηση και δέσμευση των ανθρώπων της επιχείρησης για συνεχώς υψηλότερες επιδόσεις

- ✓ Συμβάλλει στη διαμόρφωση επιτυχημένων επιχειρησιακών στρατηγικών
- ✓ Ενισχύει το κλίμα και την κουλτούρα καινοτομίας
- ✓ Αυξάνει την αποδοτικότητα, την ανταγωνιστικότητα και τη συνολική αποτελεσματικότητα (Μπουραντάς, 2002)

Το benchmarking επίσης, είναι γνωστό με την ονομασία best practice benchmarking ή process benchmarking που στα ελληνικά σημαίνει Συγκριτική Αξιολόγηση ή Συγκριτική Προτυποποίηση (Cook, 1995).

Όπως και να έχει, το benchmarking έχει προσφέρει και συνεχίζει να προσφέρει πολλά στον επιχειρηματικό κόσμο. Θα μπορούσε να πει κανείς ότι είναι η πυξίδα εκείνη την οποία πρέπει να έχει κανείς ώστε να πορεύεται ορθά στον επαγγελματικό στίβο (Cook, 1995).

## **5.2 Παραδείγματα συγχωνεύσεων άλλων νοσοκομείων**

Η ιστορία των συγχωνεύσεων νοσοκομείων ξεκινάει από τις αρχές της δεκαετίας του '90, και συνεχίζεται μέχρι τις μέρες μας σε διάφορες χώρες της Ευρώπης του κόσμου. Παρά την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους, οι συγχωνεύσεις αποτελούν αντικείμενο δημόσιου διαλόγου και εφαρμόζονται κατά διαστήματα στα πλαίσια μιας συνολικής αναμόρφωσης του συστήματος (Fullor, Protopsaltis, Hutchings, King, Allen, Normand, 2002).

Οι συγχωνεύσεις λαμβάνουν χώρα με σκοπό:

1. τη μείωση των δαπανών υγείας
2. τη βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας και
3. την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας (Ahgren, 2008)

Οι συγχωνεύσεις είναι μια πρακτική που εφαρμόζεται σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες με θετικά αποτελέσματα, ωστόσο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι παράγοντες που συμμετέχουν στη διαδικασία μιας συγχώνευσης είναι πολλοί και μπορούν να διαμορφώσουν ιδιόρρυθμες καταστάσεις αν δεν ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα και η ανάλογη προσοχή φέρνοντας στο προσκήνιο λάθη και αστοχίες (Tucker and Edmondson, 2003).

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η μείωση των αριθμών των νοσοκομείων που πραγματοποιήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες και πιο συγκεκριμένα από το 1990 έως το 2008 (Mossialos, Allin, Davaki, 2005)

**Πίνακας 5.** Η εξέλιξη του αριθμού των νοσοκομείων (ειδικών και γενικών) διαχρονικά σε χώρες της ΕΕ-19

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	297	291	270	264	264	270	267
Βέλγιο	373	285	228	216	215	210	209
Γαλλία	N/A	N/A	3.307	3.141	3.116	3.092	3.049
Γερμανία	N/A	3.698	3.635	3.409	3.359	3.326	3.322
<b>Ελλάδα</b>	<b>396</b>	<b>358</b>	<b>337</b>	<b>317</b>	<b>317</b>	<b>313</b>	<b>316</b>
Ιρλανδία	191	189	184	179	178	176	176
Ισπανία	820	782	788	751	746	764	767
Ιταλία	1.757	1.597	1.321	1.295	1.283	1.271	1.243
Ολλανδία	249	231	208	198	193	190	182
Ουγγαρία	N/A	171	175	182	182	179	176
Πολωνία	722	744	803	874	835	842	825
Πορτογαλία	240	200	219	204	200	198	189
Σλοβακία	115	127	140	142	149	149	138
Σουηδία	122	113	89	N/A	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	N/A	N/A	N/A	262	257	255	254

Φινλανδία	N/A	289	312	314	306	313	309
-----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

**Πηγή:** OECD Health Data, 2010 *N/A*= μη διαθέσιμα στοιχεία

Οι χώρες για τις οποίες γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στις διεθνείς μελέτες (εκτός των ΗΠΑ) για συγχωνεύσεις ή ενοποιήσεις είναι οι ακόλουθες (Τσαβαλιάς, Σίσκου, Λιαρόπουλος, 2012) :

### 5.2.1 Μεγάλη Βρετανία

Στη Μ. Βρετανία από το 1997 έλαβαν χώρα 99 συγχωνεύσεις νοσοκομείων, εκ των οποίων οι 14 στο Λονδίνο. Ανάμεσα στις οριζόντιες συγχωνεύσεις που υλοποιήθηκαν, περιλαμβάνονταν μονάδες οξείας νοσηλείας, μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας, και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μελέτη των Fullor et all εκτίμησε τα αποτελέσματα της διάλυσης, το 1998 και 1999, 25 μονάδων και τη δημιουργία 11 νέων συγχωνευμένων για δύο έτη μετά από την ενοποίηση (Fulop, Protopsaltis, Hutchings, King, Allen, Normand, 2002).

Η μελέτη ανέφερε καθυστέρηση τουλάχιστον 18 μηνών, καθώς παρουσιάστηκαν προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών των νέων συγχωνευμένων νοσοκομείων, εξ αιτίας του νέου καθεστώτος management. Ο σχεδιασμός που πραγματοποιήθηκε είχε υποεκτιμήσει το χρονοδιάγραμμα και την προσπάθεια που απαιτείται για τις συγχωνεύσεις (Τσαβαλιάς, Σίσκου, Λιαρόπουλος, 2012)

Μετά από τις συγχωνεύσεις, το προσωπικό θεώρησε ότι οι managers ήταν «απόμακροι» και τους αγνοούσαν, ενώ οι managers αισθάνονταν αποκομμένοι από τις υπηρεσίες τις οποίες διαχειρίζονταν. Αυξήθηκε ο χρόνος πρόσβασης στα συγχωνευμένα νοσοκομεία, καθώς κάλυπταν πλέον εκτενέστερες περιοχές γεωγραφικά.

Το νέο καθεστώς management προκάλεσε εντάσεις στο προσωπικό και στις τάσεις διαχωρισμού του, ανάλογα με τον οργανισμό στον οποίο εργάζονταν πριν από την ενοποίηση (Τσαβαλιάς, Σίσκου, Λιαρόπουλος, 2012).

Στα θετικά προσμετρήθηκε η αποδοτική διαχείριση των μικρότερων υπηρεσιών λόγω του αυξημένου αριθμού κλινικών ιατρών. Παρουσιάστηκαν βελτιωμένα συστήματα management, κλινικής αξιολόγησης και ελέγχου. Η δημιουργία μεγαλύτερων οργανισμών μεγέθυνε τη



«δεξαμενή» των επαγγελματιών υγείας, παρείχε αμέσως μεγαλύτερες ευκαιρίες εκπαίδευσης και ανέλιξης του προσωπικού, ενώ ενίσχυσε τα επαγγελματικά δίκτυα.

Οι managers των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αποκόμισαν την εντύπωση ότι οι τοπικές κοινωνίες ενίσχυσαν τις τοπικές μονάδες υγείας, καθώς αυτές «μεγάλωναν». Η εξοικονόμηση από τη μείωση του κόστους διαχείρισης ανήλθε στα £ 178.700 τον πρώτο χρόνο και στα £ 346.800 το δεύτερο χρόνο, μετά από τη συγχώνευση. Παρ' όλα αυτά, δεν ανταποκρίθηκε στον εκτιμώμενο στόχο των £ 500.000 εξοικονόμησης για κάθε έτος (Τσαβαλιάς, Σίσκου, Λιαρόπουλος, 2012).

### **5.2.2 Δανία**

Στη Δανία, από το 2007 ο νοσοκομειακός τομέας αναμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό, με στόχο τη συγκέντρωσή του σε λιγότερες και ταυτόχρονα μεγαλύτερες νοσοκομειακές μονάδες. Μάλιστα, η κυβέρνηση έχει ήδη επενδύσει περισσότερα από € 5,3 εκατομμύρια στην αναδόμηση του νοσοκομειακού κλάδου. Η Εθνική Επιτροπή Υγείας της Δανίας ανέλαβε την πρωτοβουλία να μειώσει τα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας από 42 σε 20, σε ορίζοντα 10 ετών. Μέσω συνενώσεων, αναμένεται να δημιουργηθούν και κάποια νοσοκομεία που θα προσφέρουν μόνο εξειδικευμένες υπηρεσίες (π.χ. εξειδικευμένα χειρουργεία). Η έρευνα των Kristensen et al, που αφορά σε πιθανές συγχωνεύσεις στη Δανία (με βάση αυτές που συνέβησαν σε πέντε περιοχές της Δανίας το 2008), έδειξε ότι οι ενοποιήσεις αποφέρουν κατά μέσον όρο 19,5–22,5% εξοικονόμηση πόρων. Παρατηρήθηκε δε περίπτωση συγχώνευσης δύο νοσοκομείων στην κεντρική Δανία, με κέρδος 34,4%. Αντίθετα, υπήρχαν και περιπτώσεις συγχωνεύσεων που είχαν ελαφρώς αρνητικές συνέπειες (έως -2,2% απώλειες στην περίπτωση όπου συνενώθηκαν δύο νοσοκομεία μεγάλου μεγέθους). Συμπερασματικά, ο βέλτιστος τρόπος για τη μείωση του κόστους αποδεικνύεται η άνοδος της τεχνικής αποδοτικότητας, ενώ η συνένωση με βάση το μέγεθος δεν αποφέρει μείωση κόστους (Kristenset, Bogetoft, Pedersen, 2010).

### **5.2.3 Σουηδία**

Στη Σουηδία η περίπτωση ενοποίησης δύο εγκαταστάσεων νοσοκομείων σε μία δημιούργησε το 1996 το Blekinge Hospital. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε, έδειξε ότι από τους 597 ερωτώμενους υπαλλήλους που συμμετείχαν στην έρευνα (24% του συνόλου του υγειονομικού

προσωπικού), μόνο το 10% απάντησε θετικά στο ερώτημα για τη δημιουργία οικονομικών κλίμακας και βελτίωση της ποιότητας εξαιτίας της συγχώνευσης (Ahgren, 2008).

#### **5.2.4 Ρουμανία**

Στη Ρουμανία, η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας οδήγησε σε μεγάλες συγχωνεύσεις. Από το 2011 ξεκίνησε η διακοπή της λειτουργίας σε 182 από τα 435 νοσοκομεία, γεγονός το οποίο, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, προσέθεσε 4,8 εκατομμύρια ευρώ στα ταμεία του κράτους, κυρίως από τις περικοπές των θέσεων 560 στελεχών διοίκησης.

Η Ρουμανία είναι το πτωχότερο μέλος της ΕΕ. Δαπανά το 4,2% του ΑΕΠ της στην υγεία, ποσοστό το οποίο αντιστοιχεί σχεδόν στο μισό από το μέσο όρο της ΕΕ. Το σύστημα υγείας της Ρουμανίας ήλθε τελευταίο στην κατάταξη των 33 χωρών στο European Healthcare Consumer Index (Τσαβαλιάς, Σίσκου, Λιαρόπουλος, 2012).

#### **5.2.5 Ελλάδα**

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι η πολιτική που εφαρμόστηκε στον τομέα αυτόν τα τελευταία 30 χρόνια. Η προσπάθεια αναδιάρθρωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) δεν επιτεύχθηκε ποτέ, παρά τα συνεχή νομοσχέδια για την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και τη διοίκηση του συστήματος υγείας συνολικά. Οι ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη οργανωμένου δικτύου ΠΦΥ, ο κατακερματισμός των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη λειτουργικής διασύνδεσης κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης είναι μόνο λίγες από τις παθογένειες που χρονίζουν και αναζητούν λύση. Είναι πλέον αδήριτη η ανάγκη για μείωση των δαπανών υγείας που δεσμεύουν το 10% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) της χώρας\*\*\*\* και κυρίως για βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στη βάση ενός σύγχρονου μοντέλου ΕΣΥ που θα επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των σύγχρονων ασθενειών (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχική νόσος, διαβήτης) (Τσαβαλιάς, Σίσκου, Λιαρόπουλος, 2012).

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, δεδομένων των γενικότερων οικονομικών συγκυριών, δεν είναι λίγα τα νοσοκομεία που έκλεισαν κι αναμένεται να κλείσουν μετεξελισσόμενα σε άλλα

μέσα από τη διαδικασία της συγχώνευσης και την γενικότερη αναδιάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων περιπτώσεων είναι:

- ❖ Το νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης μετατράπηκε σε Κέντρο Υγείας
- ❖ Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.) συγχωνεύτηκε με το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης
- ❖ Το Γενικό Νοσοκομείο Άργους συγχωνεύτηκε με το Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου
- ❖ Το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας συγχωνεύτηκε με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- ❖ Το Ψ.Ν. Τρίπολης καταργήθηκε
- ❖ Το Δαφνί συγχωνεύτηκε με το Δρομοκαΐτειο ,
- ❖ Το Ψ.Ν.Θ. διοικητικά υπάχθηκε στο ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ
- ❖ Το Νοσοκομείο Λάρισας έγινε αυτόνομο και σε αυτό συμμετέχουν διοικητικά τα νοσοκομεία Άμφισσας και Καρπενησίου
- ❖ Το Παιδών Πεντέλης θα είναι συνδεδεμένο με το Σισμανόγλειο. Μαζί με το Αμαλία Φλέμιγκ, θα αποτελέσουν ένα τραστ νοσοκομείων για την εξυπηρέτηση των κατοίκων της Βορειοανατολικής Αττικής.
- ❖ Οι Άγιοι Ανάργυροι μετατρέπονται σε νοσηλευτικό ίδρυμα με πλήρη εφημέρευση και ενισχύεται με ειδικότητες και προσωπικό, όπως και η Παμμακάριστος.
- ❖ Το Σπηλιοπούλειο θα μετατραπεί σε Κέντρο Περίθαλψης Χρονίως Πασχόντων καθώς και κέντρο Ακτινοθεραπείας <http://www.iefimerida.gr/>.

Παράλληλα, σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας, έπειτα από δημόσια διαβούλευση, κατέληξε τον Ιούλιο του 2011 στην πρόταση για την αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, όπου προβλέπεται:

- ❖ Κατάργηση περίπου 4.000 κλινών, συνένωση κλινικών
- ❖ Δημιουργία 83 νοσοκομειακών συγκροτημάτων

- ❖ Διοικητικές συγχωνεύσεις με κατάργηση 50 διοικητικών συμβουλίων και αντίστοιχων θέσεων διοικητών
- ❖ Συνένωση 360 κλινικών από τις συνολικά 2.000 που λειτουργούν σήμερα στο ΕΣΥ
- ❖ Μετατροπή 8 νοσοκομείων σε κέντρα υγείας αστικού τύπου ή μονάδες βραχείας νοσηλείας (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Διαθέσιμο στο: [www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr))

Οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων τα τελευταία χρόνια έχουν συρρικνωθεί σημαντικά και συρρικνώνονται συνεχώς. Παρακάτω φαίνονται οι δαπάνες που έχουν καταβληθεί για λειτουργικές δαπάνες τα τελευταία επτά χρόνια.

**Πίνακας 6.** Λειτουργικές δαπάνες νοσοκομείων (σε δις. Ευρώ)

<b>ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (σε δις. Ευρώ)*</b>	
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΑ</b>
2009	2,81
2010	2,93
2011	2,45
2012	2,2
2013	1,95
2014	1,62**
2015	1,39**
* Στοιχεία ΣΦΕΕ (19.9.2014)	
** Ανακοίνωση του υπουργείου Υγείας 1.3.2015	

Πηγή: <http://www.rizospastis.gr/page.do?publDate=10/5/2015&id=15809&pageNo=14>

Στην Ελλάδα, η οποία ταλανίζεται από χρόνια προβλήματα στην οργάνωση και τη διοίκηση τόσο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) όσο και του συστήματος υγείας συνολικά, γίνεται απόπειρα συνένωσης κλινικών και διοικήσεων, ενώ 8 νοσοκομεία αλλάζουν σκοπό λειτουργίας. Στόχος είναι η εξοικονόμηση € 75 εκατομμυρίων το 2012 και € 150 εκατομμυρίων έως το 2015. Σύμφωνα με ανακοινώσεις που έγιναν το 2011 από τον πρόεδρο

αρμόδιας επιτροπής, καθηγητή Λυκούργο Λιαρόπουλο, στο σχέδιο των συγχωνεύσεων του ΕΣΥ δημιουργούνται μεταξύ άλλων τα παρακάτω:

- Συγχώνευση στον Ευαγγελισμό των νοσοκομείων Πολυκλινική, Έλενα Βενιζέλου, Οφθαλμιατρείο, Πολυκλινική
- Λαϊκό (Αιγνήτειο, Αρεταίειο, Αλεξάνδρα, Ευγενίδειο, Ιπποκράτειο και ΝΙΜΤΣ)
- Αγ. Σάββας (Εκπίς και Σπηλιοπούλειο, το οποίο γίνεται μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας)
- ΚΑΤ (Αμαλία Φλέμινγκ, Σισμανόγλειο)
- Αττικόν (Αγία Βαρβάρα, Θριάσιο)
- Νίκαιας (Ασκληπιείο, Μεταξά, Τζάνειο, Ωνάσειο)
- Γιώργος Γεννηματάς (Ερρίκος Ντυνάν, Ερυθρός Σταυρός, Σωτηρία, το οποίο εξελίσσεται σε ογκολογική μονάδα) ([www.newsit.gr](http://www.newsit.gr))

Τα παραπάνω αφορούν την περιοχή της Αττικής, ωστόσο έχουμε κι άλλες περιπτώσεις ανά την Ελλάδα όπως είναι οι περιπτώσεις νοσοκομείων:

- Βέροιας – Νάουσας
- Πτολεμαΐδας – Κοζάνης
- Έδεσσας – Γιαννιτσών

Αποτελεί πλέον κοινή παραδοχή ότι ο πληθυσμός της Ευρώπης και του υπόλοιπου κόσμου γενικότερα χρειάζεται ένα σύστημα υγείας αναβαθμισμένο και εξειδικευμένο που να προσφέρει εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες του. Οι συγχωνεύσεις που γίνονται δεν μπορούν να προσεγγιστούν μονόπλευρα καθώς το ζήτημα είναι αμφιλεγόμενο και εμπεριέχει πολλές και διαφορετικές απόψεις. Δυστυχώς ή ευτυχώς πολλές φορές ότι αλλαγή συμβαίνει στην κοινωνία και κατ' επέκταση και στον τομέα της υγείας έρχεται πρωτίστως μέσα από τις ανάγκες που η οικονομία προτάσσει χωρίς να λαμβάνονται υπόψιν άλλοι σημαντικοί παράμετροι και χωρίς να υπολογίζονται οι όποιες επιπτώσεις.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **1.1 Έναυσμα για τη διερεύνηση του θέματος**

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζεται ο σκοπός της έρευνας και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ώστε να συσταθεί σταδιακά η εργασία και να διεξαχθούν ομαλά τα σχετικά συμπεράσματα. Το έναυσμα για τη διερεύνηση του θέματος αποτέλεσε η σημερινή γενική κατάσταση που ωθεί πολλούς ανθρώπους, φορείς και οργανισμούς στην ανάγκη, υποχρεωτική και μη, για αλλαγή κι όλο αυτό δεδομένης της παρούσας οικονομικής κρίσης.

Η συνεχής αλλαγή των κοινωνικών δεδομένων φέρνει νέες καταστάσεις και αφαιρεί την πιθανότητα κάποιος να μείνει κοινωνικά στάσιμος για αρκετό καιρό. Οι συνήθειες, ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές επιλογές αλλάζουν διαρκώς και η έννοια της υπηρεσίας υπόκειται κι αυτή τις πιέσεις της.

Ειδικά στον τομέα υπηρεσιών υγείας, οι αλλαγές είναι πολλές και προκαλούν πολύπλευρες συνέπειες στο κοινωνικό σύνολο φέρνοντας προκλήσεις μεγάλες και άξιες ανάλυσης. Αυτός ακριβώς ήταν και ο λόγος διερεύνησης του θέματος.

### **1.2 Σκοπός της έρευνας**

Η έρευνα αποσκοπεί στην μέτρηση της στάσης των εργαζομένων απέναντι στην Διοικητική Αλλαγή. Πιο αναλυτικά, σκοπός είναι να διερευνηθεί η συνολική τους στάση υπό το πρίσμα των πολιτικών μεταρρυθμίσεων γύρω από το θέμα της υγείας καθώς και το κατά πόσο η παρόχη ανάλογων υπηρεσιών επηρεάζεται εντέλει από την όποια αλλαγή.

Από την σύγκριση της στάσης των εργαζομένων των δυο πρώην νοσοκομείων από το ξεκίνημα της ενοποίησης αυτών μέχρι και σήμερα φιλοδοξείται να αναδειχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για:

1. Τη συνολική επιρροή επί των εργαζομένων από την εφαρμογή του προγράμματος της αλλαγής
2. Τα πιθανά οφέλη ή κόστοι για το προσωπικό και κατ επέκταση για τους ασθενείς
3. Τον ρόλο των εργαζομένων καθόλη τη διαδικασία της οργανωσιακής αλλαγής

4. Τις αντίληψεις και τη συμπεριφορά που επέδειξαν οι εργαζόμενοι πριν, κατά και μετά το πέρας της αλλαγής
5. Το συνολικό κέρδος ή ζημία για την ίδια τη λειτουργία του νοσοκομείου ως οργανισμού μέσα από την διοικητική αλλαγή.

### **1.3 Υλικό και μέθοδος**

Το υλικό της έρευνας απετέλεσαν 108 εργαζόμενοι του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης και του πρώην Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου, οι οποίοι πλέον βρίσκονται υπό τη σκέπη μιας εννιαίας διοίκησης ενός καινούργιου φορέα που ονομάζεται Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης – Ψυχιατρικός Τομέας και οποίος περιλαμβάνει το σύνολο των δομών, υποδομών και προσωπικού των νοσοκομείων που εννοποιήθηκαν. Χρησιμοποιήθηκε ειδικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε από τους εργαζόμενους. Συμπληρώθηκαν 108 ερωτηματολόγια, ένα για κάθε ένα εργαζόμενο.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα ενότητα της εργασίας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου που σχεδιάστηκε αποκλειστικά για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν περιγραφικά στοιχεία που αφορούν το δείγμα στο οποίο βασίστηκε η έρευνα και διμεταβλητές αναλύσεις για την εξαγωγή συμπερασμάτων όσον αφορά τις σχέσεις μεταξύ μεταβλητών. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων αξιοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης SPSS.

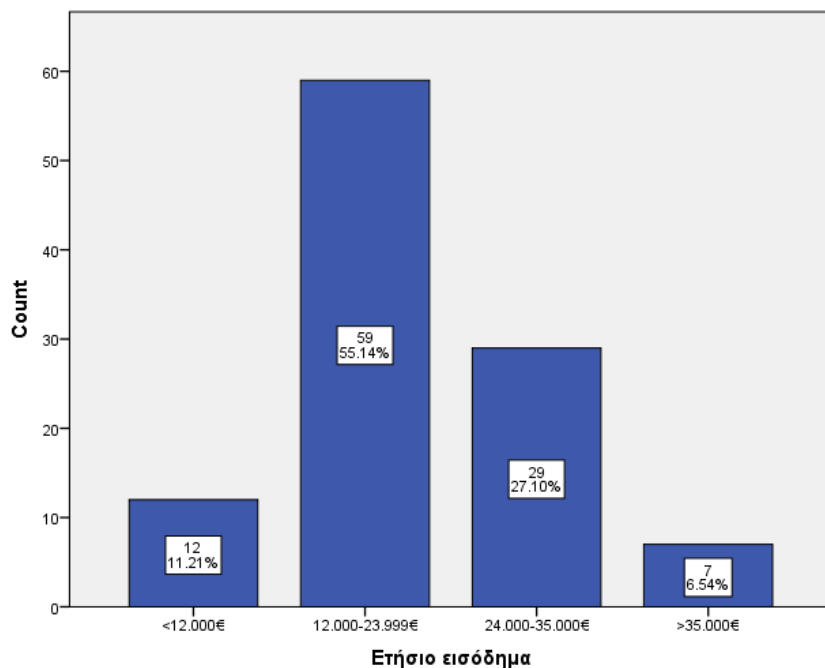
Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται η κατανομή των ανδρών και των γυναικών στο δείγμα, το νοσοκομείο από το οποίο προέρχονται, η ηλικιακή ομάδα και η υπηρεσία στην οποία ανήκουν. Το δείγμα δεν είναι ίσα κατανεμημένο ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, καθώς οι γυναίκες καταλαμβάνουν το 76,9 τοις εκατό του δείγματος, γεγονός που υποδηλώνει ότι όποια συμπεράσματα εξαχθούν σχετικά με το φύλο των εργαζομένων στην συγκεκριμένη έρευνα, θα πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή. Στην έρευνα συμμετείχαν κυρίως άτομα που ανήκαν στις ηλικιακές ομάδες 35 έως 50 και 51 έως 65 ετών. Επιπλέον, από τους ερωτηθέντες, το 56,5 τοις εκατό εργάζεται στο ΨΝΠΟ, ενώ το 40,7 τοις εκατό στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης. Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονται στη Νοσηλευτική υπηρεσία, ακολουθούν οι Διοικητικοί υπάλληλοι κι έπειτα οι υπάλληλοι της Τεχνικής υπηρεσίας και οι Ιατροί.

**Πίνακας 7.** Φύλο, ηλικία, χώρος εργασίας και υπηρεσία του δείγματος

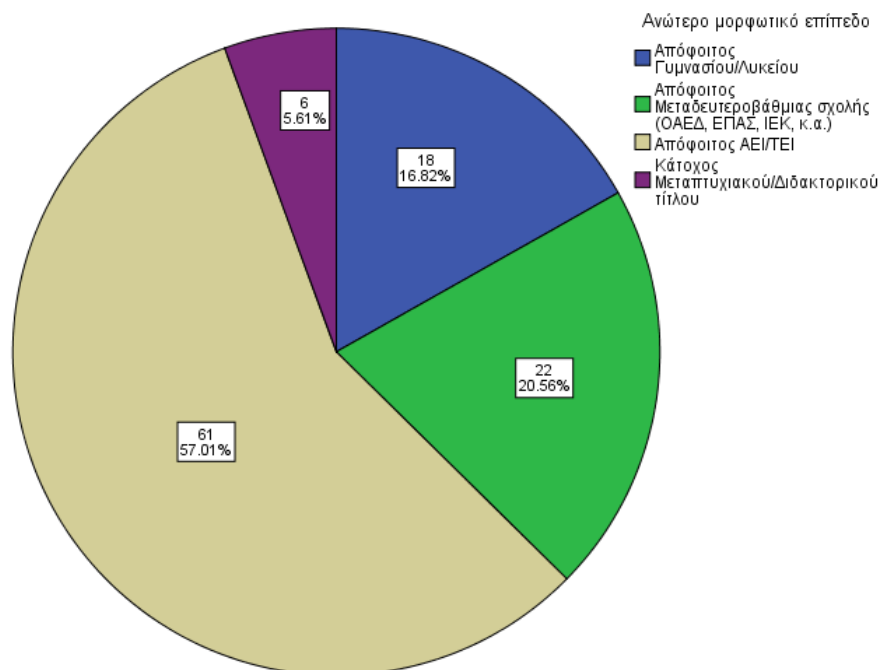
<b>Φύλο</b>	<b>N (%)</b>	<b>Χώρος εργασίας</b>	
<i>Ανδρας</i>	25 (23,1)	<i>ΨΝΠΟ</i>	61 (56,5)
<i>Γυναίκα</i>	83 (76,9)	<i>Γενικό Νοσοκομείο</i>	44 (40,7)
<i>Σύνολο</i>	108 (100,0)	<i>Σύνολο</i>	105 (97,2)*
<b>Ηλικία</b>		<b>Υπηρεσία</b>	
<i>18-34 ετών</i>	2 (1,9)	<i>Νοσηλευτική</i>	58 (53,7)
<i>35-50 ετών</i>	77 (71,3)	<i>Ιατρική</i>	13 (12,0)
<i>51-65 ετών</i>	29 (26,9)	<i>Διοικητική</i>	23 (21,3)
<i>&gt;65 ετών</i>	0 (0,0)	<i>Τεχνική</i>	14 (13,0)
<i>Σύνολο</i>	108 (100,0)	<i>Σύνολο</i>	108 (100,0)

\*Ελλείπουσες τιμές: 3 (2,8%)

Στη συνέχεια (Γράφημα 1 και 2), αποδίδεται γραφικά η κατανομή των υποκειμένων σχετικά με το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα και το μορφωτικό τους επίπεδο. Παραπάνω από τους μισούς ερωτηθέντες λαμβάνουν ετησίως οικογενειακό εισόδημα 12.000 με 23.999€ και σε αντίστοιχο ποσοστό ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ.

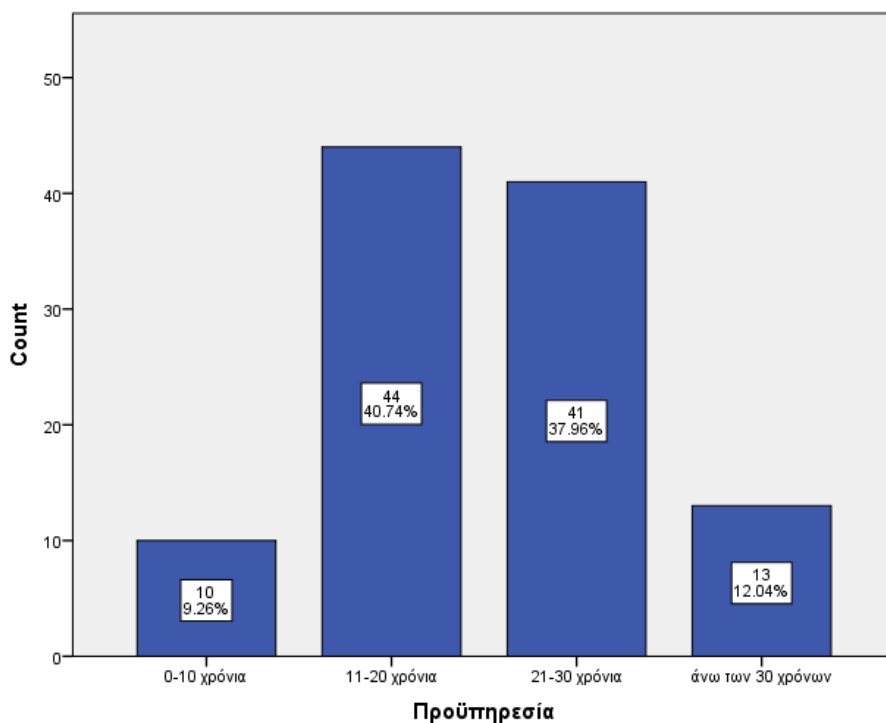


**Γράφημα 1.** Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα



**Γράφημα 2.** Ανώτερο μορφωτικό επίπεδο

Στο Γράφημα 3 παρουσιάζονται τα χρόνια προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων. Από τους 108 που συνολικά απάντησαν σε αυτή την ερώτηση, οι 85 είχαν από 11 έως και 30 χρόνια προϋπηρεσίας, εύρημα που ακολουθεί και την αντίστοιχη συγκέντρωση των υποκειμένων στις ηλικίες 35 με 65, όπως φάνηκε στον Πίνακα 1.

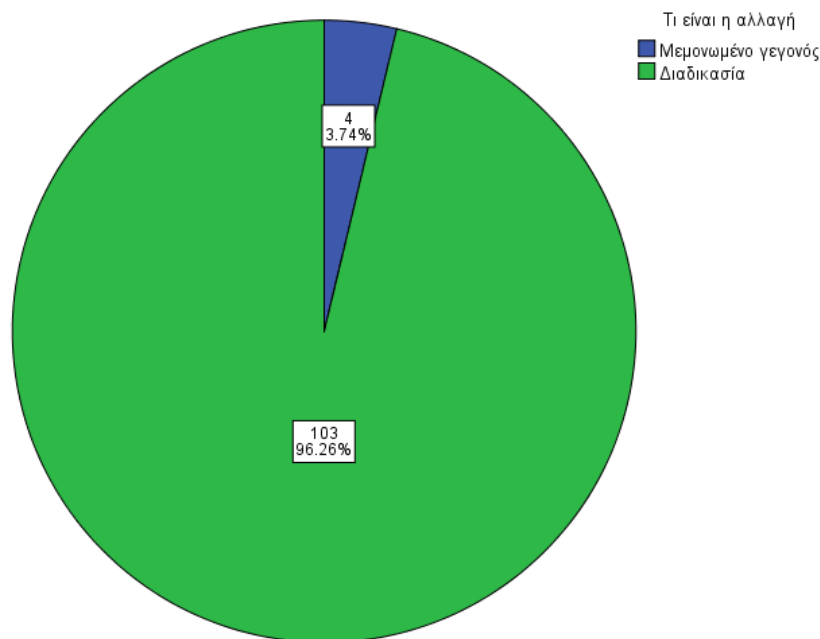


**Γράφημα 3.** Χρόνια προϋπηρεσίας

Στη συνέχεια, από τα υποκείμενα ζητήθηκε να απαντήσουν στην ερώτηση του τί θεωρούν ότι είναι η «αλλαγή». Όπως φαίνεται στο Γράφημα 4, η συντριπτική πλειοψηφία θεωρεί ότι η αλλαγή αποτελεί μια διαδικασία, η οποία υπόκειται σε φάσεις και αλλαγές, ενώ μόνο τέσσερις ερωτηθέντες απάντησαν ότι μια αλλαγή αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός. Επιπλέον, τα υποκείμενα καλέστηκαν να απαντήσουν με «Ναι» ή «Όχι» μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει η «αλλαγή» στη δημόσια διοίκηση (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.1). Πιο συγκεκριμένα, 65 από τους 96 εργαζομένους που συνολικά απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση, θεωρούν ότι οι αλλαγές στη δημόσια διοίκηση μπορούν να αποφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και εξυπηρέτηση των πολιτών.

Σχετικά με τις σχέσεις του προσωπικού μεταξύ διαφορετικών τμημάτων και κατά πόσο αυτή βελτιώνεται μέσω της «αλλαγής», οι απαντήσεις των εργαζομένων μοιράστηκαν ανάμεσα στο «Ναι» και το «Όχι» (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.2). Παρόμοια τάση παρατηρήθηκε και στις

απαντήσεις για τη βελτίωση της απόδοσης των υπαλλήλων μέσω της αλλαγής στη δημόσια διοίκηση (50 και 41 άτομα απάντησαν «Ναι» και «Όχι», αντίστοιχα) (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.3). Όσον αφορά όμως την βελτίωση της εικόνας της κάθε υπηρεσίας στην τοπική κοινωνία και τη μείωση του κόστους λειτουργίας των υπηρεσιών (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακες Β.4, Β.5), και στις δύο περιπτώσεις η πλειοψηφία των εργαζομένων συμφώνησαν ότι και τα δύο παραπάνω αποτελέσματα είναι εφικτά μέσω της αλλαγής στη δημόσια διοίκηση.



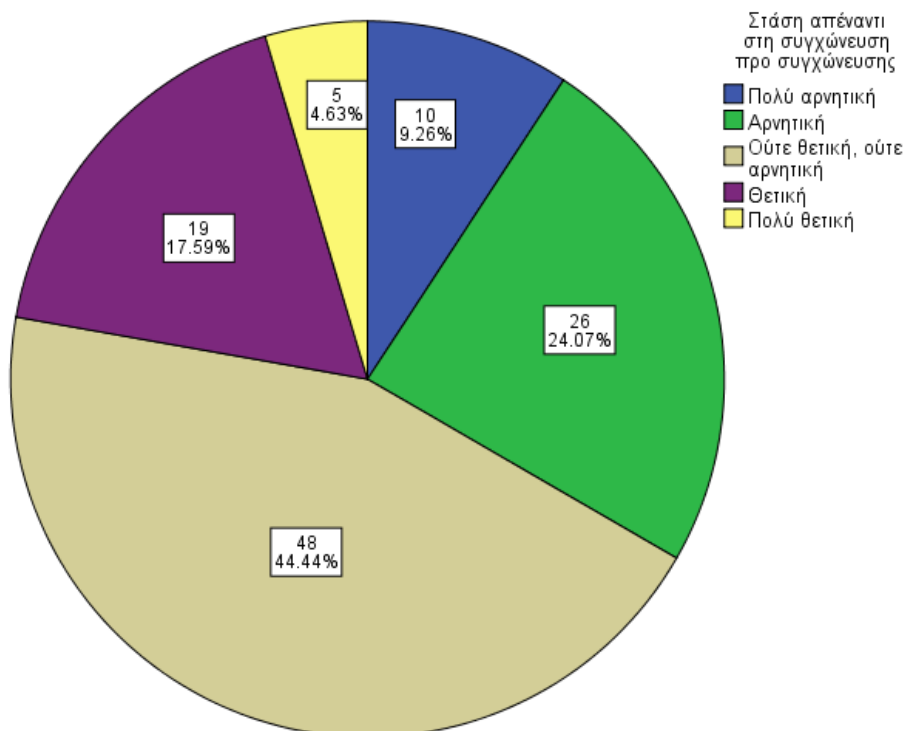
**Γράφημα 2.** Τι είναι η αλλαγή;

Στην πιο γενική ερώτηση του «Αποτελεί η αλλαγή καθοριστικό παράγοντα για την καλύτερη απόδοση και λειτουργία μιας υπηρεσίας», οι απαντήσεις των ερωτηθέντων μοιράστηκαν ανάμεσα στο «Ναι» και το «Όχι» (55 και 51 υποκείμενα, αντίστοιχα) (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.6), δίνοντας μια όχι και τόσο ξεκάθαρη εικόνα για το αν τελικά οι εργαζόμενοι επικροτούν ή όχι την αλλαγή στις υπηρεσίες. Ωστόσο, ξεκάθαρη φάνηκε να είναι η εικόνα που διαμορφώθηκε από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θα πρέπει οι εργαζόμενοι ανεξαρτήτως ιεραρχικού επιπέδου, να ενημερώνονται και να ερωτώνται σχετικά με τις επικείμενες οργανωσιακές αλλαγές. Από τις 108 συνολικά απαντήσεις, οι 102 ήταν «Ναι», ενώ μόνο 6 εργαζόμενοι απάντησαν «Όχι» (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.7).

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου τέθηκαν δύο ερωτήσεις στους εργαζομένους σχετικά με το αν προτιμούν ένα σταθερό εργασιακό περιβάλλον ή αν προτιμούν αυτό να μεταβάλλεται. Οι

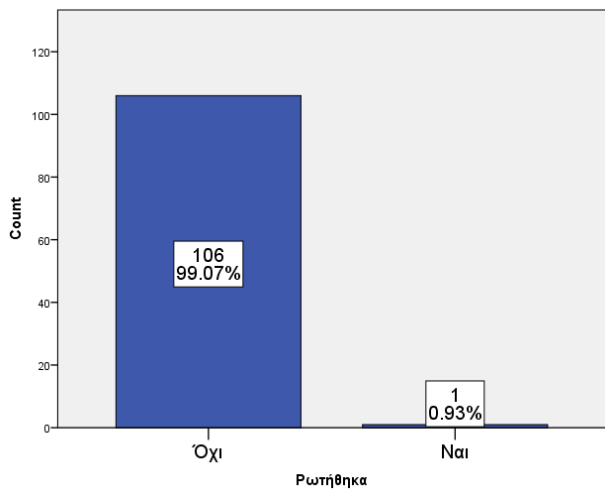
απαντήσεις των ερωτηθέντων διαμόρφωσαν την εικόνα ότι οι εργαζόμενοι στο σύνολό τους προτιμούν περισσότερο ένα σταθερό από ένα μεταβαλλόμενο εργασιακό περιβάλλον, αφού παραπάνω από το 70 τοις εκατό δήλωσε ότι προτιμάει «Πολύ» ή «Πάρα πολύ» ένα σταθερό περιβάλλον και αντίστοιχα περίπου το 64 τοις εκατό δήλωσε ότι προτιμά «Καθόλου» ή «Λίγο» να αλλάζει το περιβάλλον στο οποίο εργάζεται. (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακες Β.8, Β.9).

Στο Γράφημα 5, αναπαρίστανται οι απαντήσεις των υποκειμένων ως προς τη στάση τους απέναντι στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων πριν αυτή πραγματοποιηθεί. Το 45 περίπου τοις εκατό των ερωτηθέντων απάντησε μετριοπαθώς «Ούτε θετική, ούτε αρνητική», ενώ σε ποσοστό ακολούθησαν αυτοί που είχαν «αρνητική» στάση (24,07%), στη συνέχεια αυτοί με «θετική» (17,59%), αυτοί με «πολύ αρνητική» (9,26%) και τελευταίοι σε ποσοστό βρέθηκαν αυτοί που δήλωσαν ότι είχαν «πολύ θετική» στάση απέναντι στη συγχώνευση (4,63%).

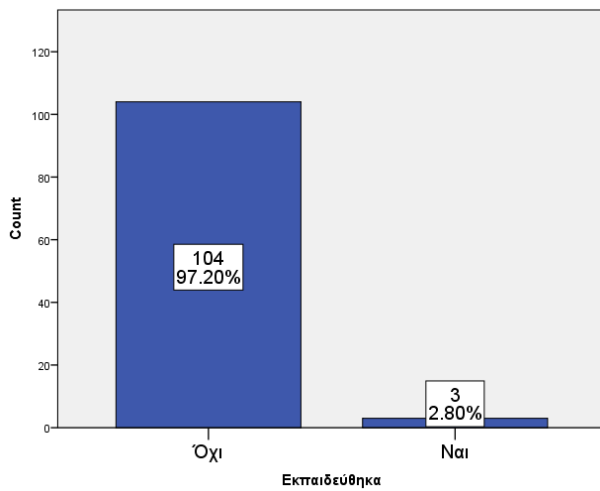


**Γράφημα 5.** Στάση απέναντι στη συγχώνευση

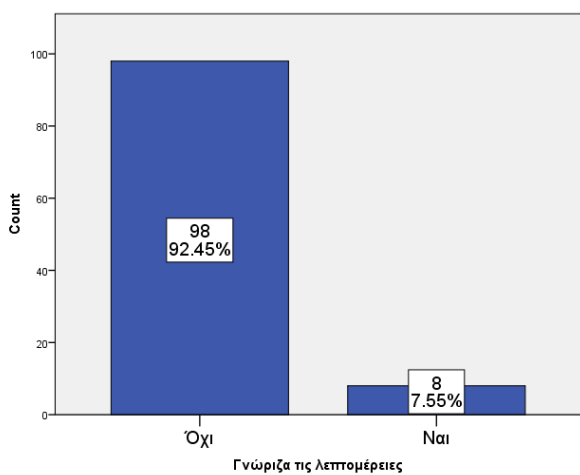
Στη συνέχεια, στα γραφήματα 6 έως 10 παρουσιάζεται ο ρόλος των εργαζομένων των δύο νοσοκομείων στη διαδικασία της συγχώνευσης. Όπως είναι φανερό, οι εργαζόμενοι δεν είχαν έντονη συμμετοχή και «λόγο» για την συγχώνευση των δύο νοσοκομείων καθώς ελάχιστοι επί του συνόλου των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ρωτήθηκαν, εκπαιδεύθηκαν, γνώριζαν λεπτομέρειες για τις εξελίξεις και το χρονοδιάγραμμα και συμμετείχαν ενεργά.



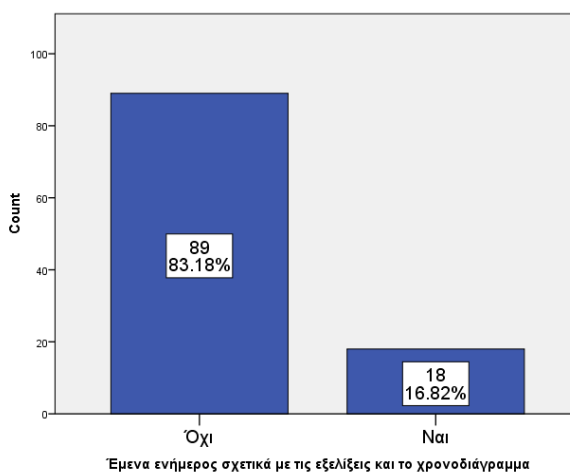
**Γράφημα 6.** Ρωτήθηκα



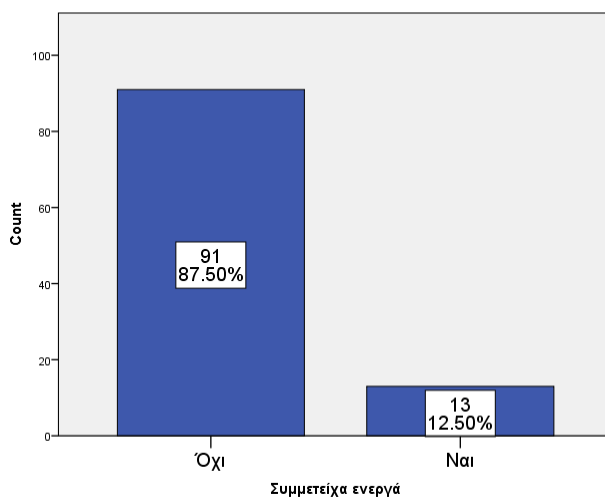
**Γράφημα 7.** Εκπαιδεύθηκα



**Γράφημα 8.** Γνώριζα τις λεπτομέρειες



**Γράφημα 9.** Ενήμερος/η για τις εξελίξεις και το χρονοδιάγραμμα



**Γράφημα 10.** Συμμετείχα ενεργά

Το ερωτηματολόγιο στη συνέχεια συνέλεξε τις εκτιμήσεις των εργαζομένων σχετικά με την ικανοποίησή τους απέναντι σε ορισμένους παράγοντες που αφορούν την εργασία στα δύο νοσοκομεία, πριν και μετά τη συγχώνευση. Εδώ θα πραγματοποιηθεί μια σύγκριση των απαντήσεων των ερωτηθέντων με σκοπό να διαπιστωθεί εάν ο βαθμός ικανοποίησής τους έχει μεταβληθεί κι αν πράγματι έχει μεταβληθεί, ποια κατεύθυνση ακολούθησε (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8.** Επίπεδο ικανοποίησης συνεργασίας με τα προσωπικά των δύο νοσοκομείων

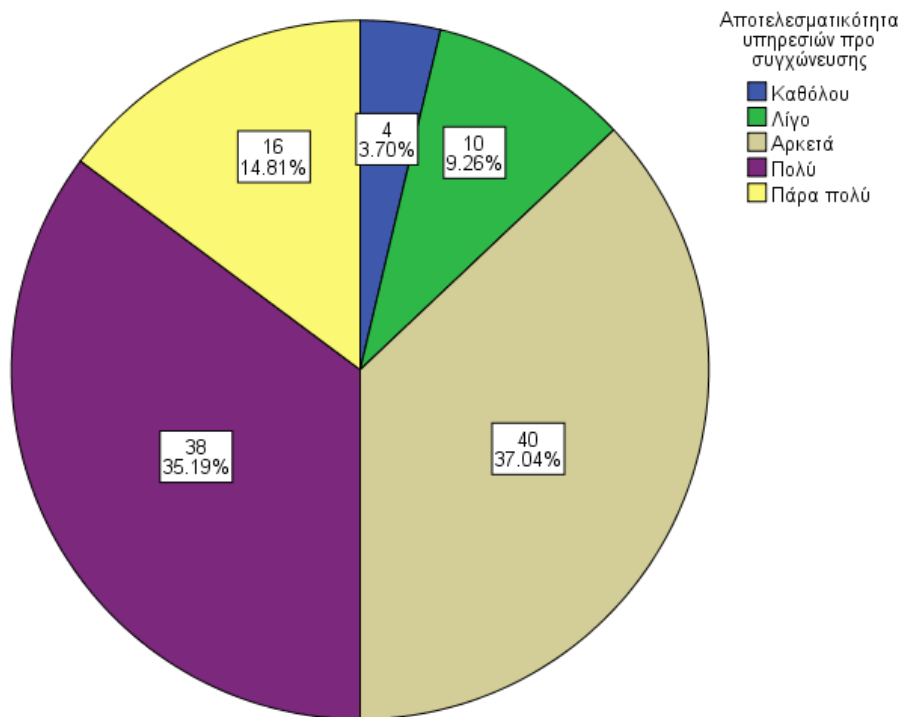
<b>Μεταβλητή</b>		<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>	<b>Σύνολο</b>
<i>Συνεργασία με νοσηλευτικό προσωπικό</i>	<i>Πριν</i>	9	17	42	27	12	107
	<i>Μετά</i>	4	29	48	21	6	108
<i>Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό</i>	<i>Πριν</i>	6	29	38	24	10	107
	<i>Μετά</i>	4	31	51	13	9	108
<i>Συνεργασία με διοικητικό προσωπικό</i>	<i>Πριν</i>	7	19	38	29	15	108
	<i>Μετά</i>	6	31	51	16	4	108
<i>Συνεργασία με τεχνικό προσωπικό</i>	<i>Πριν</i>	17	15	32	26	18	108
	<i>Μετά</i>	8	23	47	23	7	108

Στον Πίνακα 8, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για το επίπεδο ικανοποίησής τους από τη συνεργασία τους με τα διαφορετικά προσωπικά των δύο νοσοκομείων. Μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι υπάρχει μια πτωτική τάση στην προτίμηση για τις απαντήσεις «Πολύ» και «Πάρα πολύ» για τη συνεργασία με όλα τα προσωπικά, μετά τη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων. Λιγότερο έντονη είναι η μείωση των απαντήσεων «Καθόλου» μετά τη συγχώνευση, ενώ φαίνεται ότι ακολουθώντας την συγχώνευση των δύο νοσοκομείων, περισσότερες απαντήσεις συγκεντρώθηκαν στις κατηγορίες «Λίγο» και «Αρκετά».

Όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις των δύο νοσοκομείων πριν και μετά τη συγχώνευση, δεν σημειώθηκαν μεγάλες μεταβολές στην τάση των απαντήσεων, όπως συνέβη και με την ικανοποίηση με το επίπεδο δυσκολίας της εργασίας και το ωράριο των ερωτηθέντων πριν και μετά τη συγχώνευση. Ωστόσο, αλλαγές υπήρξαν στο επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων σχετικά με το μισθό τους πριν και μετά τη συγχώνευση. Λιγότεροι εργαζόμενοι φάνηκε να είναι ικανοποιημένοι με το μισθό τους, κάτι που μπορεί να οφείλεται και στο ότι η

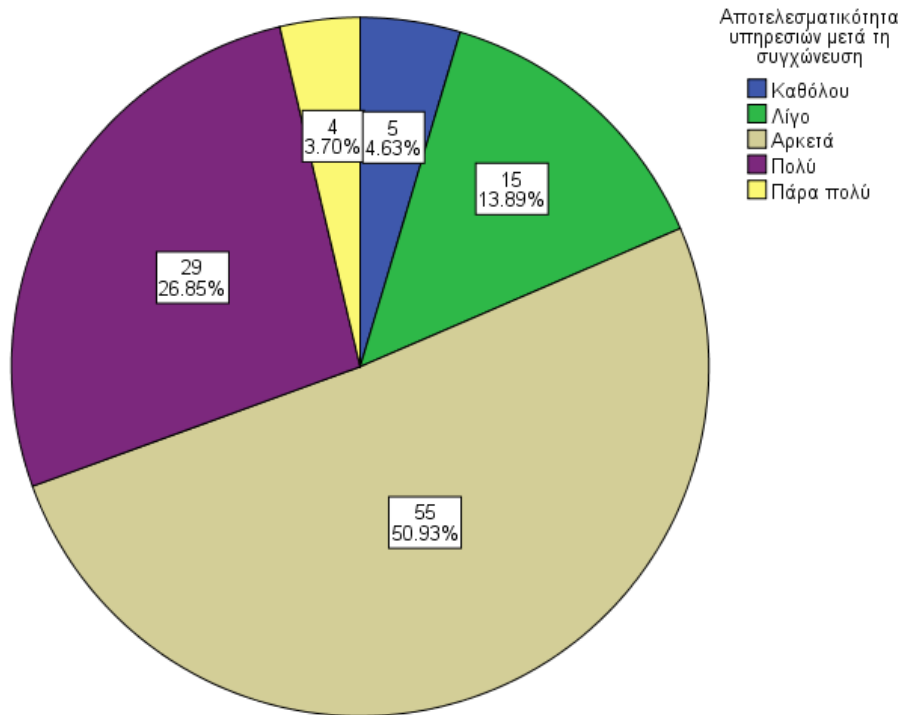
συγχώνευση πραγματοποιήθηκε κατά την έναρξη της μεταβολής της μισθοδοσίας των υπαλλήλων λόγω της οικονομικής κρίσης (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακες Β.10-Β.17).

Οι εργαζομένοι επιπλέον ρωτήθηκαν σχετικά με την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών από τα δύο νοσοκομεία τόσο πριν όσο και μετά την συγχώνευση των δύο νοσοκομείων. Στα γραφήματα 11 και 12 οι απαντήσεις τους αναπαρίστανται γραφικά και γίνεται φανερό ότι μικρότερο ποσοστό εργαζομένων θεώρησε ότι οι υπηρεσίες των δύο νοσοκομείων εξελίχθηκαν σε περισσότερο αποτελεσματικές μετά τη συγχώνευσή τους, καθώς πριν την συγχώνευση περίπου 50 τοις εκατό απάντησε ότι οι υπηρεσίες του προσωπικού των δύο νοσοκομείων ήταν «Πολύ» ή «Πάρα πολύ» αποτελεσματικές, ενώ μετά τη συγχώνευση το ίδιο ποσοστό μειώθηκε στο 30 τοις εκατό περίπου.



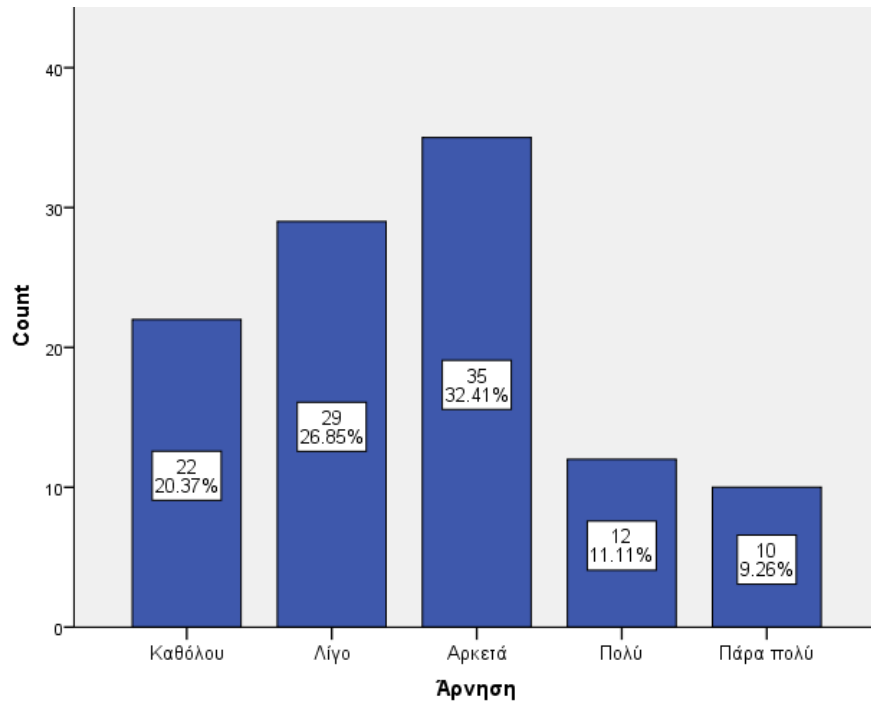
**Γράφημα 11.** Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών νοσοκομείων προ συγχώνευσης



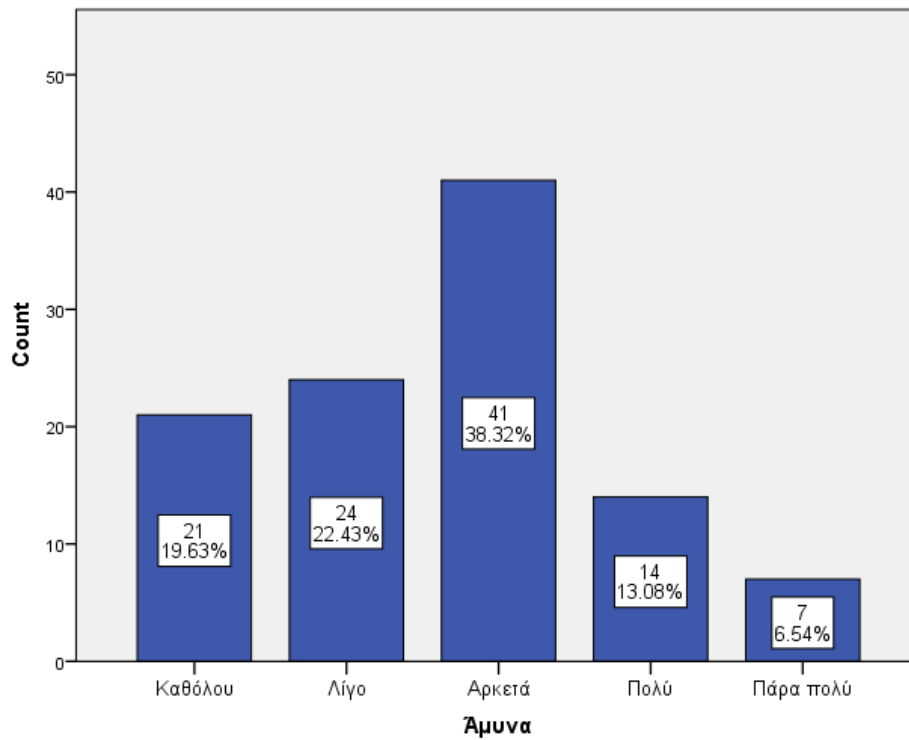


**Γράφημα 12.** Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών νοσοκομείων μετά τη συγχώνευση

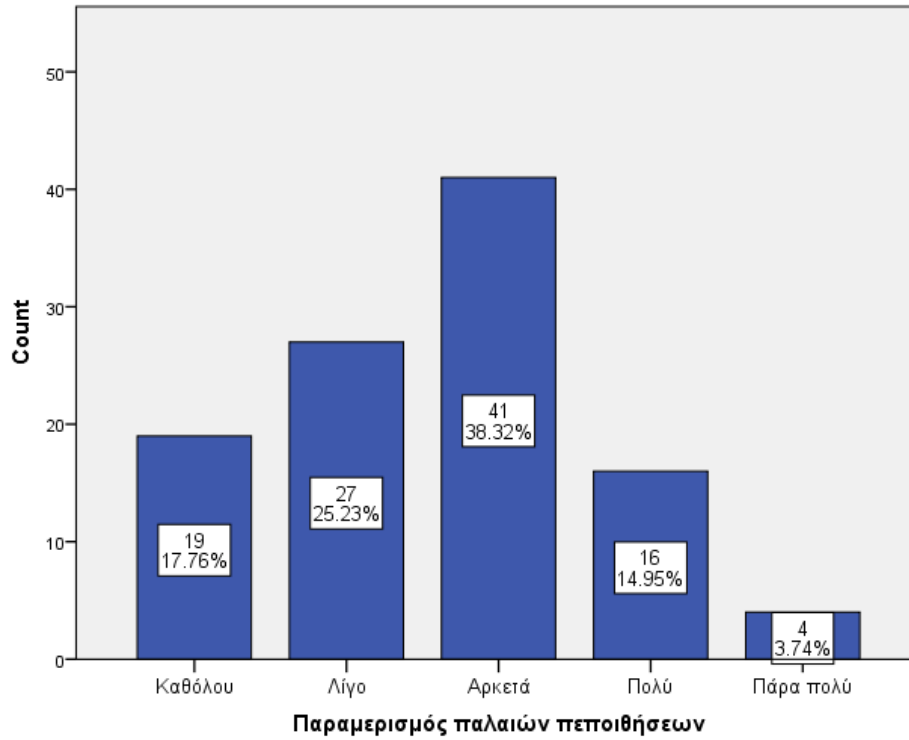
Έπειτα παρουσιάζονται οι απαντήσεις των υποκειμένων ως προς τα στάδια προσαρμογής τους στην διοικητική αλλαγή, της συγχώνευσης δηλαδή των δύο νοσοκομείων. Τα υποκείμενα ερωτήθηκαν για τον βαθμό της άρνησης που μπορεί να ένιωσαν μετά τη συγχώνευση (Γράφημα 13), για την άμυνα που έδειξαν απέναντι στη συγχώνευση (Γράφημα 14), για το αν ένιωσαν να παραμερίζουν παλιές τους πεποιθήσεις και σε ποιο βαθμό (Γράφημα 15), για το αν προσαρμόστηκαν εύκολα ή δύσκολα (Γράφημα 16), για το αν προχώρησαν σε συστηματικές και οργανωτικές κινήσεις (Γράφημα 17) και τέλος για το βαθμό που οραματίστηκαν ένα καλύτερο μέλλον των νοσοκομείων μέσω αυτής της διοικητικής αλλαγής (Γράφημα 18). Σε όλους τους παράγοντες οι περισσότερες απαντήσεις συγκεντρώθηκαν ανάμεσα στο «Λίγο» και το «Αρκετά», υποδεικνύοντας τόσο μετριοπαθείς αρνητικές όσο και θετικές αντιδράσεις των εργαζομένων απέναντι στην αλλαγή.



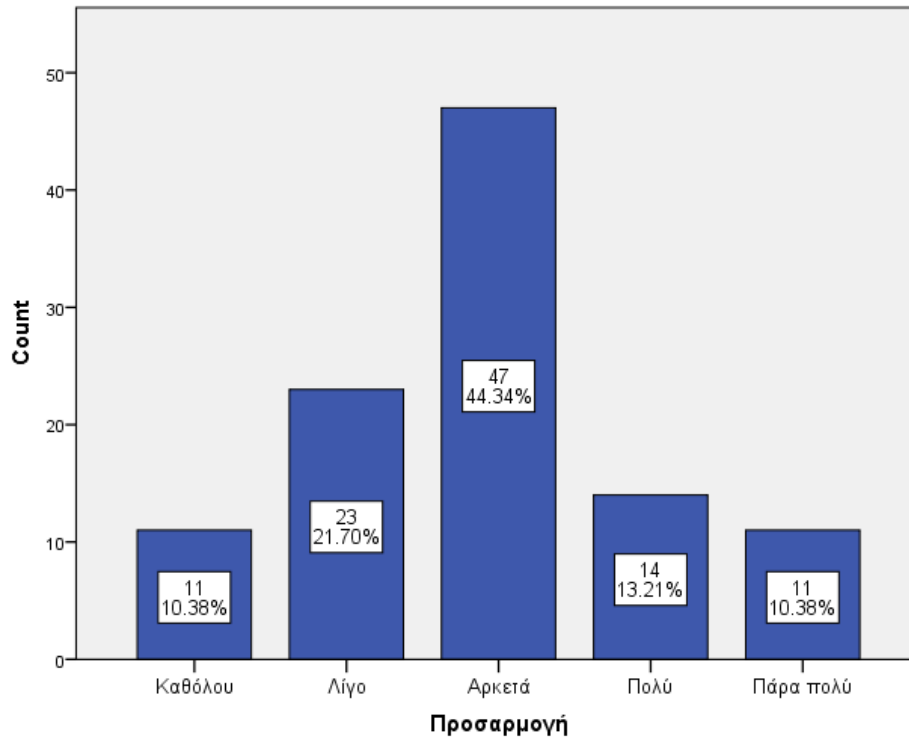
**Γράφημα 13. Αρνηση**



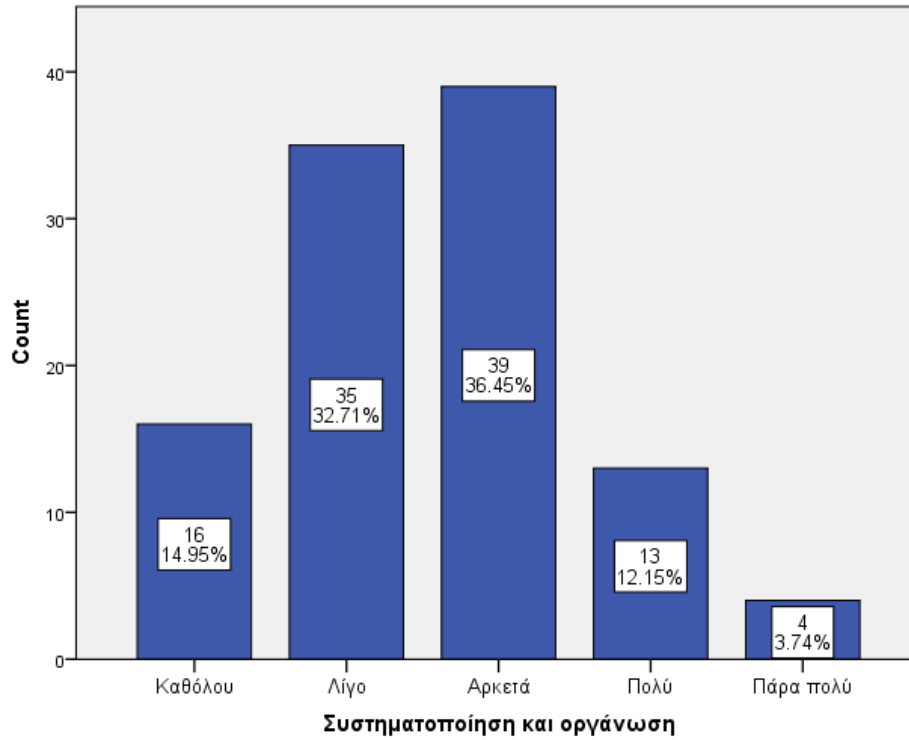
**Γράφημα 14. Άμυνα**



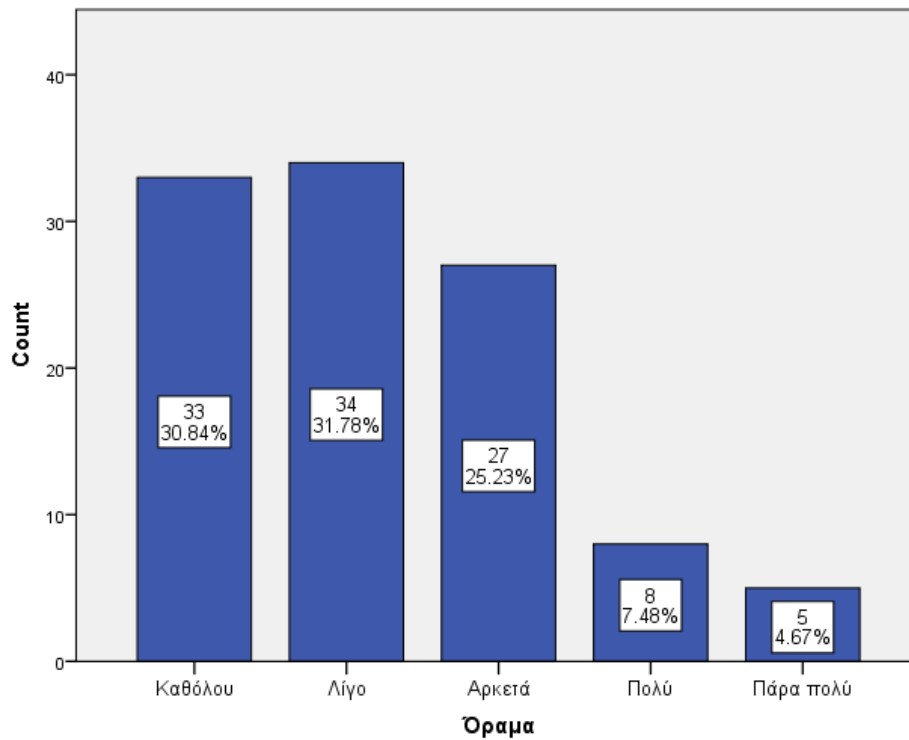
**Γράφημα 15.** Παραμερισμός παλαιών πεποιθήσεων



**Γράφημα 16.** Προσαρμογή



**Γράφημα 17.** Συστηματοποίηση και οργάνωση



**Γράφημα 18.** Όραμα

Οι εργαζόμενοι των δύο νοσοκομείων καλέστηκαν ακόμα να εκτιμήσουν την ποιότητα και την ομαλότητα της συνεργασίας τους σε περιπτώσεις ανάγκης παραπομπής ασθενών από το ένα νοσοκομείο στο άλλο (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.18). Το 31,5 τοις εκατό των ερωτηθέντων απάντησε ότι η συνεργασία των δύο νοσοκομείων είναι «Καθόλου» ή «Λίγο» ομαλή, το 22,2 τοις εκατό ότι είναι «Πολύ» ή «Πάρα πολύ» ομαλή, ενώ το 45,4 τοις εκατό των απαντήσεων ήταν «Αρκετά» (το υπόλοιπο 0,9% των απαντήσεων ήταν ελλείπουσες τιμές).

Όταν οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν για την αναγκαιότητα αυτής τη συγχώνευσης των δύο νοσοκομείων, κανείς από αυτούς δεν θεώρησε «Πάρα πολύ» αναγκαία αυτή τη συγχώνευση, ενώ η πλειοψηφία των απαντήσεων (59 από τις 108 απαντήσεις) κυμάνθηκε μεταξύ του «Καθόλου» και «Λίγο» και σε αυτή την ερώτηση. Από τους υπόλοιπους εργαζομένους, οι 36 θεώρησαν ότι αυτή η αλλαγή ήταν «Αρκετά» αναγκαία, ενώ μόνο 13 απάντησαν ότι η αλλαγή αυτή ήταν «Πολύ» αναγκαία (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.19).

Στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι τα δύο νοσοκομεία ωφελήθηκαν διοικητικά από την συγχώνευση;», οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 5,6 και 12 τοις εκατό ότι τα δύο νοσοκομεία ωφελήθηκαν διοικητικά «Πάρα πολύ» και «Πολύ», αντίστοιχα, από τη συγχώνευση. Το ένα τρίτο των εργαζομένων απάντησε ότι η συγχώνευση ωφέλησε «Αρκετά» τη λειτουργία των δύο νοσοκομείων, ενώ το 32,4 και 16,7 τοις εκατό απάντησε ότι η συγχώνευση ωφέλησε διοικητικά «Λίγο» ή και «Καθόλου» τα δύο νοσοκομεία, αντίστοιχα (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.20).

Προκειμένου να εντοπιστούν οι σχέσεις μεταξύ ορισμένων μεταβλητών που εξετάστηκαν μέσω του ερωτηματολογίου που συμπλήρωσαν οι εργαζόμενοι, πραγματοποιήθηκε μια σειρά από διμεταβλητές στατιστικές αναλύσεις. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το 0,05.

Αρχικά, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ του φύλου και της στάσης των εργαζομένων απέναντι στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων. Για να επιτευχθεί αυτός ο έλεγχος, πραγματοποιήθηκε ένα Mann-Whitney U Test, το οποίο έδειξε πως σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05, οι άντρες και οι γυναίκες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς την στάση τους απέναντι στη συγχώνευση πριν αυτή πραγματοποιηθεί ( $U=998,000$ ,  $p=0,761$ ) (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακες Β.21, Β.22).

Η στάση απέναντι στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων εξετάστηκε και ως προς τον χώρο εργασίας των ερωτηθέντων. Μελετήθηκε δηλαδή εάν η στάση τους επηρεάστηκε από το αν αυτοί εργαζόνταν στο ΨΝΠΟ ή στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης. Μέσω ενός Mann-Whitney U Test, φάνηκε ότι ο χώρος εργασίας των ερωτηθέντων σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την στάση τους απέναντι στη συγχώνευση ( $U=831,000$ ,  $p=0,000$ ) (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακες Β.23, Β.24), με τους εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου να τείνουν να έχουν πιο θετική στάση απέναντι στη συγχώνευση. Στον Πίνακα 9, παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των εργαζομένων τόσο του ΨΝΠΟ, όσο και του Γενικού Νοσοκομείου στην ερώτηση για τη στάση τους απέναντι στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων.

**Πίνακας 9.** Χώρος εργασίας και στάση απέναντι στη συγχώνευση των νοσοκομείων

Στάση απέναντι στη συγχώνευση	Χώρος εργασίας		
	ΨΝΠΟ	Γενικό Νοσοκομείο	Σύνολο
<i>Πολύ αρνητική</i>	7	2	9
<i>Αρνητική</i>	21	5	26
<i>Ούτε θετική, ούτε αρνητική</i>	25	21	46
<i>Θετική</i>	6	13	19
<i>Πολύ θετική</i>	2	3	5
<b>Σύνολο</b>	61	44	105

Από τους συνολικά εννιά εργαζομένους που είχαν «πολύ αρνητική» στάση απέναντι στη συγχώνευση, οι επτά εργαζόνταν στο ΨΝΠΟ, ενώ από τους συνολικά 26 που είχαν «αρνητική» στάση στη συγχώνευση, οι 21 ήταν επίσης εργαζομένοι του ΨΝΠΟ. Αντίθετα από τους συνολικά 24 που απάντησαν «Θετική» ή «Πολύ θετική» στάση, μόλις οι οκτώ προέρχονταν από το ΨΝΠΟ, εύρημα που επιβεβαιώνει τα παραπάνω περί θετικότερης στάσης των εργαζομένων του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης στη συγχώνευση.

Στη συνέχεια, εξετάστηκαν οι σχέσεις του φύλου, της ηλικίας και του μορφωτικού επιπέδου σε σχέση με τα στάδια προσαρμογής των εργαζομένων στη διοικητική αλλαγή. Από μια σειρά Mann-Whitney U tests έγινε φανερό ότι το φύλο των εργαζομένων δεν διαδραμάτισε στατιστικά σημαντικό ρόλο στα διαφορετικά στάδια από τα οποία μπορεί να πέρασαν μετά τη συγχώνευση (άρνηση, άμυνα κ.λπ) (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακες Β.25, Β.26). Αντίστοιχα, ούτε η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων φάνηκε να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά

την αντιμετώπισή τους απέναντι στην αλλαγή, σύμφωνα με μια σειρά από Spearman Correlation coefficients (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακας Β.27).

Έπειτα, η εκτίμηση του βαθμού ομαλότητας της συνεργασίας των δύο νοσοκομείων σε περιπτώσεις αμοιβαίας παραπομπής ασθενών εξετάστηκε σε σχέση με τον χώρο εργασίας των υποκειμένων. Με βάση τα αποτελέσματα του Mann-Whitney U test που πραγματοποιήθηκε, οι εργαζόμενοι του ΨΝΠΟ διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τους εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου ως προς την εκτίμηση του βαθμού συνεργασίας των δύο νοσοκομείων με τους τελευταίους να θεωρούν πιο ομαλή τη συνεργασία τους ( $U=1049,500$ ,  $p=0,043$ ) (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακες Β.28-Β.29).

Τέλος, πραγματοποιήθηκε ένα Wilcoxon signed-rank test που έδειξε ότι η εκτίμηση, εκ μέρους των εργαζομένων, της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών των νοσοκομείων μετά τη συγχώνευση είχε στατιστικά σημαντική διαφορά από την αντίστοιχη εκτίμηση της αποτελεσματικότητας πριν την συγχώνευση καθώς οι εργαζόμενοι αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα παροχής υπηρεσιών από τα δύο νοσοκομεία ως μειωμένη μετά τη συγχώνευση τους ( $Z=-2,746$ ,  $p=0,006$ ) (βλ. Παράρτημα Β, Πίνακες Β.30-Β.32).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 3.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία ασχολήθηκε με τον χώρο της υγείας και πιο συγκεκριμένα με την ενοποίηση δύο νοσοκομείων, του (πρώην) Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.) και του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης. Σκοπός της προκείμενης διατριβής ήταν να εστιάσει πρωτίστως στη Διοικητική Αλλαγή και να εξετάσει την περίπτωση ενοποίησης των δύο νοσοκομείων.

Με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν τα υποκείμενα της έρευνας και λαμβάνοντας υπόψη την ήδη υπάρχουσα ερευνητική βιβλιογραφία στο ζήτημα της διοικητικής και οργανωσιακής αλλαγής έχουν προκύψει κάποια συμπεράσματα. Αρχικά, έγινε φανερό από τα ευρήματα ότι οι εργαζόμενοι τόσο του ΨΝΠΟ, όσο και του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης δήλωσαν πως προτιμούν ένα σταθερό εργασιακό περιβάλλον που δεν θα μεταβάλλεται δραστικά, κάτι που έρχεται σε συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, όπως έχει τονίσει και στην ημερίδα του κλάδου της Οργανωτικής Ψυχολογίας της ΕΛΨΕ το 2010 η Δρ. Βακόλα αλλά και άλλοι ερευνητές όπως οι Mowday, Steers, Porter (1979).

Στη συνέχεια, όπως έχουν ήδη επισημάνει ερευνητές όπως οι Morris & Raben (1995), οι Smith & Berg (1987) και ο Μπουράντας (2002), ο φόβος, το αίσθημα της απώλειας, η συνήθεια, η μη κατανόηση της χρησιμότητας μιας οργανωσιακής και διοικητικής αλλαγής, οι διαφορετικές αντιλήψεις μεταξύ των εργαζομένων, οι πιθανές αντιδράσεις στον φορέα της αλλαγής είναι όλοι λόγοι για την αρνητική στάση των εργαζομένων μιας υπηρεσίας απέναντι στην επικείμενη αλλαγή. Πράγματι, στην παρούσα έρευνα η πλειοψηφία των εργαζομένων είχε περισσότερο αρνητική, παρά θετική στάση απέναντι στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων, επιβεβαιώνοντας τα συμπεράσματα της προϋπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Επιπλέον, τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας, έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι των δύο νοσοκομείων δεν είχαν λάβει ενημέρωση και εκπαίδευση για την επικείμενη αλλαγή και δεν τους δόθηκε η ευκαιρία να ρωτηθούν



για αυτή αλλά και να έχουν ενεργό ρόλο σε μεγάλο ποσοστό. Ωστόσο, ο Kotter (2001), ο Lewin (1958) και ο Μπουράντας (2002) στις έρευνές τους έχουν τονίσει την σημαντικότητα της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης των εργαζομένων που αποτελούν προσωπικό των υπηρεσιών που υφίστανται την αλλαγή, με σκοπό την σωστή προετοιμασία, την δημιουργία αισθήματος αναγκαιότητας της αλλαγής και την παρότρυνση για δράση. Τα παραπάνω βήματα, τα οποία θεωρούνται απαραίτητα για την επιτυχή εξέλιξη μιας αλλαγής σύμφωνα με τους προαναφερθέντες συγγραφείς, δεν πραγματοποιήθηκαν στην προκειμένη περίπτωση, όπως έγινε φανερό από τις απαντήσεις των εργαζομένων στο ερωτηματολόγιο. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι εκτίμησαν πως μια τέτοια αλλαγή δεν ήταν αναγκαία αλλά και ούτε ωφέλησε διοικητικά τα δύο νοσοκομεία, στάσεις που μπορεί να οφείλονται στη λάθος προετοιμασία και οργάνωση της αλλαγής με βάση τις παραπάνω ενέργειες που έχουν προταθεί από διακεκριμένους επιστήμονες στα ζητήματα των οργανωσιακών και διοικητικών αλλαγών.

Τα ευρήματα, επιπλέον, αποτύπωσαν μια εικόνα μη ικανοποίησης των εργαζομένων από τη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων, όσον αφορά την συνεργασία των δύο νοσοκομείων, την συνεργασία των επιμέρους προσωπικών των νοσοκομείων και την συνολική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών των δύο νοσοκομείων. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από την παρούσα έρευνα και το γεγονός ότι η συγχώνευση του ΨΝΠΟ με το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης δεν απέφερε σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εργαζομένων τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ακολουθούν κάποιες προτάσεις που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για την βελτίωση, τόσο της αντιμετώπισης της αλλαγής από τους εργαζομένους, όσο και των συνθηκών της αλλαγής σαν διαδικασία κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες για μελλοντικές αλλαγές σε παρόμοιους οργανισμούς.

### **3.2 Προτάσεις**

Οι Beer & Nohria (2000) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το 70 περίπου τοις εκατό των προγραμμάτων αλλαγής αποτυγχάνουν είτε ως προς την εφαρμογή τους, είτε ως προς την αποδοχή τους από τους εργαζομένους. Ωστόσο, και σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, οι εργαζόμενοι εκτιμούν ότι η αλλαγή είναι μια συνεχής διαδικασία και όχι ένα μεμονωμένο γεγονός, κάτι που υποδηλώνει πως μπορεί να υπαχθεί σε τροποποιήσεις και βελτιώσεις. Επομένως, στην προκειμένη περίπτωση, με σκοπό να

βελτιωθούν η στάση και οι εκτιμήσεις των εργαζομένων απέναντι στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων αλλά και για μελλοντικά προγράμματα αλλαγών, θα πρέπει οι εμπλεκόμενοι σε κάθε αλλαγή, ανεξαρτήτως ιεραρχικού επιπέδου, να επιδιώκουν την συνολική ενημέρωση, εκπαίδευση και προετοιμασία των εργαζομένων για κάθε αλλαγή, παράγοντες που έχουν αποδειχθεί ως εξαιρετικά σημαντικοί τόσο ως προς την εξέλιξη, όσο και ως προς την επιτυχία μιας οργανωσιακής και διοικητικής αλλαγής.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

1. Alison Evans Cuellar and Paul J. Gertler, (2003), Trends In Hospital Consolidation: The Formation Of Local Systems Health Affairs, 22(6): 77-87.
2. Ahgren B. (2008), Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden. Health Policy, 87:92–99
3. Alakeson V., (2008), Let patients control the purse strings. British Medical Journal, 336:807-809
4. Aaker, D. (1992), Developing Business Strategies, John Wiley, New York, NY.
5. Baker, G.R., Barnsley, J. and Murray, M. (1995), “Continuous quality improvement in Canadian health-care organizations”, Leadership, Vol. 2 No. 5, pp. 18-23.
6. Bogan E. Christopher, English J. Michael (1994), “Benchmarking for best practices - Winning through innovative adaptation”
7. Bumes B., (1996), Managing Change: A Strategic Approach to Organizational Dynamics, London:Pitman Publishing
8. Bamford D. R. &Forrester P. L., (2003), “Managing planned and emergent change within an operations management environment”, International journal of operations & production management Vol 23, No 5, pp. 546-564
9. Bovey W.H. &Hede A., (2001), Resistance to organizational change: The role of the defence mechanisms, Joyrnal of managerial psychology, Vol 16, No 7, pp 534-548
10. Beer M. and Nohria N., (2000), Cracking the code of change – HBP
11. Beckhard, R. & Harris, R. T. (1987), Organizational transitions : managing complex change, Reading, Mass., Addison-Wesley Pub. Co.
12. Cook S., (1995), “Practical Benchmarking: A Manager’s Guide to creating competitive advantage”, Kogan Page Ltd, New York.

13. Daucourt, V. and Michel, P. (2003), "Results of the first 100 accreditation procedures in France", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 15 No. 6, pp. 463-71.
14. Elliott R. D., (1990), "The challenge of managing change", *Personal Journal*, Vol 69 No 3 pp 40-92
15. Fulop N, Protopsaltis G, Hutchings A, King A, Allen P, Normand C et al. (2002), Process and impact of mergers of NHS trusts: Multicentre case study and management cost analysis. *Br Med J* 2002, 325:246
16. Fullan M., (1991), *The New Meaning of Educational Change*, N.Y: Teachers College Press
17. Folger, R. (1993), "Reactions to mistreatment at work", in Murnighan, J.K. (Ed.), *Social Psychology in Organizations: Advances in Theory and Research*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, pp. 161-83.
18. Fred Nickols (2006), "Change Management 101: Aprimer" Distance Consulting
19. Gilgeous V. & Chambers S., (1999), Initiatives for management resistance to change, *Journal of general management*, vol 25, No 2, pp 44-58
20. Handy Charles B., (1996), *Beyond Certainty: The changing worlds of organizations*. Boston: HarvardBusinessSchool Press
21. Huber, G & Glick, W. H., (1992), *Organizational Change and redesign*, Oxford university Press, New York.
22. Ivancevich, J.M., Schweiger, D.M. and Power, F.R. (1987), "Strategies for managing human resources during mergers and acquisitions", *Human Resource Planning*, Vol. 10 No. 1, pp. 19-35.
23. Jackson J and Morgan C., (1978), *Organization Theory: A Macro Perspective for Management*. Prentice Hall
24. Jone G., (2004), *Organizational Theory, Design and Change: Text and Cases*, Prentice Hall, NJ
25. KotterP., J., (2001), *Ηγέτης στις Αλλαγές*, Εκδόσεις: Κριτική, σελ. 35-42

26. Kotter P., J., (1996), *Leading Change*, Harvard business School Press
27. Kanter R.M Stein B A &Jick, T.D., (1992), *The challenge of organizational change*, The free press, New York, p. 376
28. Kudray, L. M. & Kleiner,, B. H. (1997), *Global trends in managing change*. *Industrial Management*, pp. 39, 18.
29. Kristensen T, Bogetoft P, Pedersen KM. (2010), *Potential gains from hospital mergers in Denmark*. *Health Care Manag Sci*, 13:334–345
30. Lisa M Kudray and Brian H Kleiner (May 1997), “Global Trends in Managing Change” *Industrial Management*
31. Luthans F. (1973), *Organizations Behavior* (1 ed.) New York: McGraw-Hill Book Company
32. Lewin K., (1958), *Group decision and social change*, in *readings in social psychology*, eds. E.E. Maccoby, T.M. Newcomb, and E.L. Hartley, Holt, Rinehart and Winston, New York, pp. 197-211
33. Mullins L.J., (May1999), *Management and organizational behaviour*, Financial times Prentice Hall, 5th edition.
34. Mckay, Noble. F. (Winter1997), *Radical Corporate Change: What Seems to Work – What Doesn’t* *Business Forum* 22, pp. 8-13
35. Michlethwait J., (1999), *The end of the beginning: The World in 2000*, The Economist Publications, London, p. 95-96
36. Mossialos E, Allin S, Davaki K. (2005), *Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia*. *Health Econ* 2005, 14(Suppl 1):S151–S168
37. MTD Training, (2010), *Managing through Change*, 1st edition, p. 28
38. Mullins L.J., (May 1999), *Management and organizational behaviour*, Financial times Prentice Hall, 5th edition
39. Mowday R.T., Steers, R.M., and Porter L.W., (1979), *The measurement of organizational commitment* *Journal of Vocational Behavior*, 14, pp.228

40. Morris K. and Raben C., (1995), The fundamentals of change management, in Nadler, D., Shaw, G., Walton, A. and Associates (Eds), *Discontinuous Change: Leading Organizational Transformation*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp. 47-65
41. Nickols F., (2006), Four change management strategies.
42. OECD Health Data, (2010), N/A= μη διαθέσιμα στοιχεία
43. O' Toole J., (1995), *Leading Change: Overcoming the Ideology of Comfort and the Tyranny of Custom*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
44. Omachonu, V.K., Einspruch, N.G. (2010), "Innovation in Health Delivery Systems: A Conceptual Framework", *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, vol. 15, no. 1, Article 2.
45. Pascale R.T and Sternin J. (May 2005), *Your Company's Secret Change Agents*. Harvard Business Review Pettigrew A. & Whipp R., (1991), *Managing Change for Competitive Success*, Blackwell Publishers Inc., USA
46. Pettigrew A. & Whipp R., (1991), *Managing Change for Competitive Success*, Blackwell Publishers Inc., USA.
47. Sirkin H., Keenan P. and Jackson A., (2005), *The hard side of change management*, Harvard Business Review, pp. 1
48. Schein, E. (1988), *Organisational Psychology*, 3rd ed., Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
49. Thornicroft G., Tansella M., and Law A., (2008), *Steps Challenges and lessons in developing mental health care*. *World Psychiatry*, 7 87-92
50. Tucker L. Anita Edmondson C. Amy, (2003), *Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics that Inhibit System Change*, Winter 2003, Vol 45, No 2, pp 55
51. Todd A., (1999), "Managing radical change, Long range planning" *Journal of organizational change management*, Vol. 32, No 2, pp. 237-244

52. Van de Ven, A.H. & Poole, M.S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Review*, 20, 510-40.
53. Worrall, L. and Cooper, C., (2006), “The quality of working life: managers’ health and well-being”, Chartered Management Institute and Workplace Health Direct, quoted in *People Management*, 29 June.
54. Werr A., Stjernberg T., Docherty P., (1997), Stockholm School of Economics, Stockholm, Sweden, *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 10 No. 4, 1997, pp. 289

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

55. Βακόλα Μ., Επικ. Καθηγήτριας ΟΠΑ «Διοίκηση Αλλαγών»
56. Δρογκούλας Δ. Χιωτίδης Γ., (1997), Μια προσέγγιση στη θεωρία των κινδύνων (riskmanagement). Εφ. ΕΜΕΙΣ, ΤΕΙ Κοζάνης, τεύχος 13
57. Δρ. Αγγελίδης Φ. Γ. και Δρ. Γιαγλής Δ. Γ., (2011), Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Το Κλείσιμο των Τμημάτων Μακράς Ψυχιατρικής Νοσηλείας και ο μετασχηματισμός του σε ένα Δίκτυο Κοινοτικών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών, Εκτύπωση: γραφικές τέχνες, Η Δωδώνη, Κατερίνη, σελ. 11-19, 29, 31-45
58. Ζαλβανός Μ. (1999), Οργανωτική συμπεριφορά, Εκδόσεις Έλλην
59. Καριώτης Π., (1992), Management υπηρεσιών υγείας και βιοιατρική τεχνολογία. Αθήνα, Euromedica, σελ 115-119
60. Μπουραντάς Δ., (2002), Μάνατζμεντ, Εκδόσεις Γ. Μπένου, Αθήνα, σελ. 577-589, 581
61. Μπαλοδήμας Δ. (2008), Ο ρόλος της ηγεσίας στη Διοίκηση Αλλαγών, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών στην Οικονομική και Επιχειρησιακή Στρατηγική
62. Παπαδάκης Μ. Βασίλειος (2002), Στρατηγική των Επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία, Τόμος Α', Εκδόσεις Ε. Μπένου, Αθήνα
63. Πραντσίδου Δ. (2010), Σύνδεση οικονομικής ανάπτυξης και υγειονομικών ανισοτήτων. *Επιθεώρηση Υγείας* 2010, 21[126]: 10-14

64. Τσαβαλιάς Κ., Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ., (2012), Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη, Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(2)-233-239
65. Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ. (2010), Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27[1]: 106-112

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

66. Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, <http://www.gnkaterini.gr> [Πρόσβαση στις 15/02/2015]
67. Πως θα αλλάξουν τα νοσοκομεία και ποια συγχωνεύονται – Όλο το σχέδιο του ΕΣΥ, [www.newsit.gr/default.php?pname=Article&art\\_id=74277&catid=3](http://www.newsit.gr/default.php?pname=Article&art_id=74277&catid=3) [Πρόσβαση στις 20/03/2015]
68. Λειτουργικές δαπάνες νοσοκομείων (σε δις. Ευρώ) <http://www.rizospastis.gr/page.do?publDate=10/5/2015&id=15809&pageNo=14> [Πρόσβαση στις 15/09/2015]
69. Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ελλάδα <http://www.iefimerida.gr/news/117013/%CE%BF%CE%BB%CE%B5%CF%82%CE%BF%CE%B9%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B3%CE%AD%CF%82%CF%83%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%84%CE%B7%CF%82%CE%B1%CF%84%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%CF%84%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CF%81%CF%8D%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%83%CF%85%CE%B3%CF%87%CF%89%CE%BD%CE%B5%CF%8D%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%B9> [Πρόσβαση στις 10/09/2015]
70. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προτάσεις για την αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, [www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr) [Πρόσβαση στις 05/09/2015]



## **ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

71. Νόμος 3923 / 13-22 Φεβρουαρίου 1929. Περί ίδρυσης του «Σανατόριου Ιεράς Πέτρας Ολύμπου»
72. Β. Διάταγμα 703 / 17-10-1969 (Φ.Ε.Κ. 220 / 3-11-1969 τ. Α'. Περί κατάργησης του «Σανατόριου Ιεράς Πέτρας Ολύμπου»
73. Νόμος 1397/83. Περί ριζικών αλλαγών των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
74. Κανονισμός 815/84. Περί οικονομικής ενίσχυσης από την ΕΟΚ
75. Νόμος 2071/92. Περί υπεράσπισης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και εναρμόνισης του νομικού πλαισίου της ψυχιατρικής πρακτικής με τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα.
76. Εθνικό Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Α' Φάση 2000 – 2001, Β' Φάση 2002 – 2006.
77. Νόμος 2716/99. Περί ανάπτυξη και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
78. Υ.Α. 3005243/486/0029 / 3-4-1998. Περί αλλαγών στον αριθμό των θέσεων στην κατηγορία ΤΕ νοσηλευτριών, ΔΕ αδελφών νοσοκόμων και ΥΕ βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού.
79. Υπ' αριθμ. Υ4α/ΟΙΚ84627 απόφαση του Υπ. Υγείας. Περί διασύνδεσης των νοσοκομείων με το ΕΣΥ.
80. Απόφαση Δ/σης Ψυχικής Υγείας Υ5β/ΟΙΚ.974/29.3.2001 για «Δεκαετές Πρόγραμμα Ανάπτυξης Μονάδων και Δράσεων Ψυχικής Υγείας».
81. Διατάξεις εγγράφου Δ/σης Ψυχικής Υγείας Υ5β/οικ.975/29.3.2001 για την «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ένταξης μέρους του δεκαετούς Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ στο Γ' ΚΠΣ με τον τίτλο «Β' φάση ΨΥΧΑΡΓΩΣ»
82. ΦΕΚ 1681/Β'/28-7-2011. Περί γενικών μεταρρυθμίσεων στο χώρο των νοσοκομείων.

83. Νόμος 4052/12 Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου 4046/2012.
84. Νόμος 4272/2014. Ρυθμίσεις για Μεταμοσχεύσεις, Ψυχική Υγεία, Νοσηλευτές.
85. ΦΕΚ 4701, Αρ. Φύλλου 145, 2014. Περί εργαζομένων στο χώρο των νοσοκομείων.
86. ΦΕΚ 3245, Αρ. Φύλλου 202, 2015. Περί εργαζομένων στο χώρο των νοσοκομείων (αποτελεί συνέχεια του Ν. 4052/2012).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### Ερωτηματολόγιο

Στο πλαίσιο της εκπόνησης της μεταπτυχιακής διατριβής με τίτλο «*Η ενοποίηση του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου – Εμπειρίες, μέτρηση της στάσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων απέναντι στην διοικητική αλλαγή*» διεξάγουμε έρευνα με θέμα την στάση των εργαζομένων τόσο του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης, όσο και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου απέναντι στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων. Για το λόγο αυτό θα σας παρακαλούσαμε να αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για την συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου.

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο και για το λόγο αυτό σας παρακαλούμε να απαντήσετε ειλικρινά σε όλες τις ερωτήσεις. Για κάθε ερώτηση και υποερώτημα απαιτείται μόνο μια απάντηση. Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου χρησιμοποιούνται για καθαρά ερευνητικούς – επιστημονικούς λόγους.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων,  
Κουμπατσιάρης Δημήτρης

#### **A. Δημογραφικά στοιχεία**

##### **1. Φύλο**

- Άνδρας
- Γυναίκα

##### **2. Ηλικία**

- 18-34
- 35-50
- 51-65
- άνω των 65

##### **3. Ανώτερο μορφωτικό επίπεδο**

- Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου
- Απόφοιτος Μεταδευτεροβάθμιας σχολής (ΟΑΕΔ, ΕΠΑΣ, ΙΕΚ, κ.α.)
- Απόφοιτος Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι.
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού τίτλου

##### **4. Οικογενειακή κατάσταση**

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η

**5. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα**

- <12.000€
- 12.000€-23.999€
- 24.000€-35.000€
- >35.000€

**6. Χώρος εργασίας**

- Ψ.Ν.Π.Ο.
- Γενικό Νοσοκομείο

**7. Υπηρεσία**

- Νοσηλευτική
- Ιατρική
- Διοικητική
- Τεχνική

**8. Έτη συνολικής υπηρεσίας**

- 0-10
- 11-20
- 21-30
- άνω των 30

**B. Η αλλαγή**

**9. Η αλλαγή είναι:**

- ένα μεμονωμένο γεγονός
- μια διαδικασία

**10. Κατά τη γνώμη σας, με τις αλλαγές στη δημόσια διοίκηση επιτυγχάνεται:**

- |   |                          |     |                          |     |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Μεγαλύτερη ικανοποίηση και εξυπηρέτηση των πολιτών            | <input type="checkbox"/> | Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι |
| Καλύτερες σχέσεις του προσωπικού μεταξύ διαφορετικών τμημάτων | <input type="checkbox"/> | Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι |
| Βελτίωση της απόδοσης των υπαλλήλων                           | <input type="checkbox"/> | Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι |
| Βελτίωση της εικόνας της Υπηρεσίας στην τοπική κοινωνία       | <input type="checkbox"/> | Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι |
| Μείωση του κόστους λειτουργίας                                | <input type="checkbox"/> | Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι |

11. Προτιμώ να εργάζομαι σε περιβάλλον με το οποίο έχω εξοικειωθεί.

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Προτιμώ να αλλάζω το περιβάλλον στο οποίο εργάζομαι.

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Αποτελεί η αλλαγή καθοριστικό παράγοντα για την καλύτερη απόδοση και λειτουργία μιας υπηρεσίας;

- Ναι  
 Όχι

14. Θα πρέπει οι εργαζόμενοι, ανεξαρτήτως ιεραρχικού επιπέδου, να ενημερώνονται και να ερωτώνται σχετικά με τις επικείμενες οργανωσιακές αλλαγές;

- Ναι  
 Όχι

### Γ. Προ συγχώνευσης

15. Ποια ήταν η στάση σας απέναντι στη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων πριν αυτή πραγματοποιηθεί;

	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ούτε θετική, ούτε αρνητική	Θετική	Πολύ θετική
Στάση απέναντι στη συγχώνευση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Σε ποιο βαθμό ήσασταν ικανοποιημένοι από τους παρακάτω παράγοντες όταν τα δύο νοσοκομεία λειτουργούσαν αυτόνομα ως προς:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Εγκαταστάσεις	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Συνεργασία με νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνεργασία με διοικητικό προσωπικό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνεργασία με τεχνικό προσωπικό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Επίπεδο δυσκολίας εργασίας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μισθός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ωράριο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. Πόσο αποτελεσματικές θεωρείται πως ήταν οι υπηρεσίες που παρείχε το προσωπικό στους ασθενείς, πριν τη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων;**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Αποτελεσματικότητα προσωπικού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Δ. Κατά τη διαδικασία και μετά τη συγχώνευση**

**18. Ποιος ο ρόλος σας στην διαδικασία συγχώνευσης των δύο νοσοκομείων;**

Ερωτήθηκα για τη συγχώνευση	<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι
Έλαβα εκπαίδευση για τη συγχώνευση	<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι
Γνώριζα λεπτομέρειες για την συγχώνευση	<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι
Παρέμενα ενημερωμένος/η για τις εξελίξεις και το χρονοδιάγραμμα	<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι
Συμμετείχα ενεργά	<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι

19. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι βιώσατε τα παρακάτω κατά τη διαδικασία και μετά τη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων;

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Άρνηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άμυνα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παραμερισμός παλαιών πεποιθήσεων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προσαρμογή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συστηματοποίηση & Οργάνωση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Όραμα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι με τους παρακάτω παράγοντες μετά τη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων;

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Εγκαταστάσεις	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνεργασία με νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνεργασία με διοικητικό προσωπικό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνεργασία με τεχνικό προσωπικό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Επίπεδο δυσκολίας εργασίας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μισθός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ωράριο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Σε περίπτωση ανάγκης παραπομπής ασθενών από το ένα νοσοκομείο στο άλλο, θεωρείτε ότι η συνεργασία είναι ομαλή;**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Ομαλή συνεργασία νοσοκομείων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22. Πόσο αποτελεσματικές είναι οι υπηρεσίες που παρείχε το προσωπικό στους ασθενείς, μετά τη συγχώνευση των δύο νοσοκομείων;**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Αποτελεσματικότητα προσωπικού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23. Θεωρείτε ότι τα δύο νοσοκομεία ωφελήθηκαν διοικητικά από την συγχώνευση;**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Διοικητική ωφέλεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**24. Θεωρείτε ότι η συγχώνευση των δύο νοσοκομείων ήταν αναγκαία;**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Αναγκαιότητα συγχώνευσης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία!**



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

**Πίνακας Β.1 Μεγαλύτερη ικανοποίηση και εξυπηρέτηση των πολιτών**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	31	28.7	32.3	32.3
	Ναι	65	60.2	67.7	100.0
	Total	96	88.9	100.0	
Missing	System	12	11.1		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.2 Καλύτερες σχέσεις του προσωπικού μεταξύ διαφορετικών τμημάτων**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	45	41.7	52.3	52.3
	Ναι	41	38.0	47.7	100.0
	Total	86	79.6	100.0	
Missing	System	22	20.4		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.3 Βελτίωση της απόδοσης των υπαλλήλων**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	41	38.0	45.1	45.1
	Ναι	50	46.3	54.9	100.0
	Total	91	84.3	100.0	
Missing	System	17	15.7		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.4 Βελτίωση της εικόνας της Υπηρεσίας στην τοπική κοινωνία**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	35	32.4	39.8	39.8
	Ναι	53	49.1	60.2	100.0
	Total	88	81.5	100.0	
Missing	System	20	18.5		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.5 Μείωση του κόστους λειτουργίας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	34	31.5	37.0	37.0
	Ναι	58	53.7	63.0	100.0
	Total	92	85.2	100.0	
Missing	System	16	14.8		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.6 Αποτελεί η αλλαγή καθοριστικό παράγοντα για την καλύτερη απόδοση και λειτουργία μιας υπηρεσίας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	51	47.2	48.1	48.1
	Ναι	55	50.9	51.9	100.0
	Total	106	98.1	100.0	
Missing	System	2	1.9		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.7 Ενημέρωση και ερώτηση εργαζομένων σχετικά με επικείμενες οργανωσιακές αλλαγές**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	6	5.6	5.6	5.6
	Ναι	102	94.4	94.4	100.0
Total		108	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.8 Προτιμώ να εργάζομαι σε περιβάλλον με το οποίο έχω εξοικειωθεί**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	4	3.7	3.7	3.7
	Αρκετά	28	25.9	25.9	29.6
	Πολύ	37	34.3	34.3	63.9
	Πάρα πολύ	39	36.1	36.1	100.0
Total		108	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.9 Προτιμώ να αλλάζω το περιβάλλον στο οποίο εργάζομαι**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	34	31.5	31.5	31.5
	Λίγο	35	32.4	32.4	63.9
	Αρκετά	27	25.0	25.0	88.9
	Πολύ	8	7.4	7.4	96.3
	Πάρα πολύ	4	3.7	3.7	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.10 Εγκαταστάσεις προ συγχώνευσης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	10	9.3	9.3	9.3
	Λίγο	18	16.7	16.7	25.9
	Αρκετά	42	38.9	38.9	64.8
	Πολύ	20	18.5	18.5	83.3
	Πάρα πολύ	18	16.7	16.7	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.11 Εγκαταστάσεις μετά τη συγχώνευση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	6.5	6.5	6.5
	Λίγο	13	12.0	12.0	18.5
	Αρκετά	49	45.4	45.4	63.9
	Πολύ	26	24.1	24.1	88.0
	Πάρα πολύ	13	12.0	12.0	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.12 Επίπεδο δυσκολίας εργασίας προ συγχώνευσης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	9	8.3	8.4	8.4
	Λίγο	30	27.8	28.0	36.4
	Αρκετά	42	38.9	39.3	75.7

	Πολύ	20	18.5	18.7	94.4
	Πάρα πολύ	6	5.6	5.6	100.0
	Total	107	99.1	100.0	
Missing	System	1	.9		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.13 Επίπεδο δυσκολίας εργασίας μετά τη συγχώνευση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	6	5.6	5.6	5.6
	Λίγο	27	25.0	25.0	30.6
	Αρκετά	51	47.2	47.2	77.8
	Πολύ	20	18.5	18.5	96.3
	Πάρα πολύ	4	3.7	3.7	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.14 Μισθός προ συγχώνευσης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	17	15.7	16.2	16.2
	Λίγο	23	21.3	21.9	38.1
	Αρκετά	52	48.1	49.5	87.6
	Πολύ	10	9.3	9.5	97.1
	Πάρα πολύ	3	2.8	2.9	100.0
	Total	105	97.2	100.0	
Missing	System	3	2.8		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.15 Μισθός μετά τη συγχώνευση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	31	28.7	30.4	30.4
	Λίγο	29	26.9	28.4	58.8
	Αρκετά	37	34.3	36.3	95.1
	Πολύ	5	4.6	4.9	100.0
	Total	102	94.4	100.0	
Missing	System	6	5.6		

Total	108	100.0	
-------	-----	-------	--

**Πίνακας Β.16 Ωράριο προ συγχώνευσης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	13	12.0	12.4	12.4
	Λίγο	14	13.0	13.3	25.7
	Αρκετά	50	46.3	47.6	73.3
	Πολύ	22	20.4	21.0	94.3
	Πάρα πολύ	6	5.6	5.7	100.0
	Total	105	97.2	100.0	
Missing	System	3	2.8		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.17 Ωράριο μετά τη συγχώνευση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	23	21.3	22.3	22.3
	Λίγο	21	19.4	20.4	42.7
	Αρκετά	42	38.9	40.8	83.5
	Πολύ	16	14.8	15.5	99.0
	Πάρα πολύ	1	.9	1.0	100.0
	Total	103	95.4	100.0	
Missing	System	5	4.6		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.18 Ομαλή συνεργασία νοσοκομείων**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	6.5	6.5	6.5
	Λίγο	27	25.0	25.2	31.8
	Αρκετά	49	45.4	45.8	77.6
	Πολύ	23	21.3	21.5	99.1
	Πάρα πολύ	1	.9	.9	100.0
	Total	107	99.1	100.0	
Missing	System	1	.9		
Total		108	100.0		

**Πίνακας Β.19 Αναγκαιότητα συγχώνευσης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	33	30.6	30.6	30.6
Λίγο	26	24.1	24.1	54.6
Αρκετά	36	33.3	33.3	88.0
Πολύ	13	12.0	12.0	100.0
Total	108	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.20 Διοικητική ωφέλεια**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	18	16.7	16.7	16.7
Λίγο	35	32.4	32.4	49.1
Αρκετά	36	33.3	33.3	82.4
Πολύ	13	12.0	12.0	94.4
Πάρα πολύ	6	5.6	5.6	100.0
Total	108	100.0	100.0	

**Πίνακας Β.21 Ranks**

	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Στάση απέναντι στη συγχώνευση προ συγχώνευσης	Άντρας	25	52.92	1323.00
	Γυναίκα	83	54.98	4563.00
	Total	108		

**Πίνακας Β.22 Test Statistics<sup>a</sup>**

	Στάση απέναντι στη συγχώνευση προ συγχώνευσης
Mann-Whitney U	998.000
Wilcoxon W	1323.000
Z	-.305
Asymp. Sig. (2-tailed)	.761

a. Grouping Variable: Φύλο

**Πίνακας B.23****Ranks**

	Χώρος εργασίας	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Στάση απέναντι στη συγχώνευση προ συγχώνευσης	ΨΝΠΟ	61	44.62	2722.00
	Γενικό Νοσοκομείο	44	64.61	2843.00
	Total	105		

**Πίνακας B.24 Test Statistics<sup>a</sup>**

	Στάση απέναντι στη συγχώνευση προ συγχώνευσης
Mann-Whitney U	831.000
Wilcoxon W	2722.000
Z	-3.510
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: Χώρος εργασίας

**Πίνακας B.25****Ranks**

	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Άρνηση	Άντρας	25	57.70	1442.50
	Γυναίκα	83	53.54	4443.50
	Total	108		
Άμυνα	Άντρας	25	59.74	1493.50
	Γυναίκα	82	52.25	4284.50
	Total	107		
Παραμερισμός παλαιών πεποιθήσεων	Άντρας	24	51.10	1226.50
	Γυναίκα	83	54.84	4551.50
	Total	107		
Προσαρμογή	Άντρας	24	59.04	1417.00
	Γυναίκα	82	51.88	4254.00
	Total	106		
Συστηματοποίηση και οργάνωση	Άντρας	25	59.36	1484.00
	Γυναίκα	82	52.37	4294.00
	Total	107		
Όραμα	Άντρας	24	50.35	1208.50
	Γυναίκα	83	55.05	4569.50
	Total	107		

Πίνακας B.26

Test Statistics<sup>a</sup>

	Άρνηση	Άμυνα	Παραμερισμός παλαιών πεποιθήσεων	Προσαρμογή	Συστηματοποίηση και οργάνωση	Όραμα
Mann-Whitney U	957.500	881.500	926.500	851.000	891.000	908.500
Wilcoxon W	4443.500	4284.500	1226.500	4254.000	4294.000	1208.500
Z	-.602	-1.100	-.542	-1.059	-1.033	-.681
Asymp. Sig. (2-tailed)	.547	.271	.588	.289	.301	.496

a. Grouping Variable: Φύλο

Πίνακας B.27

Correlations

			Ηλικία	Ανώτερο μορφωτικό επίπεδο	Άρνηση	Άμυνα	Παραμερισμός παλαιών πεποιθήσεων	Προσαρμογή	Συστηματοποίηση και οργάνωση	Όραμα
Spearman's rho	Ηλικία	Correlation Coefficient	1.000	-.144	.095	.099	.061	.003	-.002	.054
		Sig. (2-tailed)	.	.139	.330	.311	.530	.975	.987	.583
		N	108	107	108	107	107	106	107	107
	Ανώτερο μορφωτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	.144	1.000	.009	.033	.086	.180	-.077	-.021
	Sig. (2-tailed)	.139	.	.927	.739	.382	.066	.434	.829	
	N	107	107	107	106	106	105	106	106	
Άρνηση		Correlation Coefficient	.095	.009	1.000	.771**	.382**	.192*	-.056	-.177
		Sig. (2-tailed)	.330	.927	.	.000	.000	.049	.568	.067
		N	108	107	108	107	107	106	107	107



Άμυνα	Correlation	.09							
	Coefficient	.033	.771*	1.00					
	Sig. (2-tailed)	.31	.739	.000		.419**	.132	.042	.182
	N	107	106	107	107	106	105	106	106
Παραμερισμός παλαιών πεποιθήσεων	Correlation	.06							
	Coefficient	.086	.382*	.419**	1.000				
	Sig. (2-tailed)	.53	.382	.000	.000		.520**	.225*	.158
	N	107	106	107	106	107	105	106	106
Προσαρμογή	Correlation	.00							
	Coefficient	.180	.192*	.132	.520**	1.000			
	Sig. (2-tailed)	.97	.066	.049	.180	.000		.507**	.332**
	N	106	105	106	105	105	106	105	106
Συστηματοποίηση και οργάνωση	Correlation	-.00							
	Coefficient	-.077	-.056	.042	.225*	.507**	1.000		.719**
	Sig. (2-tailed)	.98	.434	.568	.672	.020	.000		.000
	N	107	106	107	106	106	105	107	106
Όραμα	Correlation	.05							
	Coefficient	-.021	-.177	.182	.158	.332**	.719**	1.00	.0
	Sig. (2-tailed)	.58	.829	.067	.062	.106	.001	.000	.0
	N	107	106	107	106	106	106	106	107

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Πίνακας B.28****Ranks**

	Χώρος εργασίας	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ομαλή συνεργασία	ΨΝΠΟ	61	48.20	2940.50
νοσοκομείων	Γενικό Νοσοκομείο	44	59.65	2624.50
	Total	105		

**Πίνακας B.29 Test Statistics<sup>a</sup>**

	Ομαλή συνεργασία νοσοκομείων
Mann-Whitney U	1049.500
Wilcoxon W	2940.500
Z	-2.027
Asymp. Sig. (2-tailed)	.043

a. Grouping Variable: Χώρος εργασίας

**Πίνακας B.30****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών προ συγχώνευσης	108	3.48	.981	1	5
Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών μετά τη συγχώνευση	108	3.11	.857	1	5

**Πίνακας B.31****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών μετά τη συγχώνευση -	Negative Ranks	43 <sup>a</sup>	34.33	1476.00
Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών προ συγχώνευσης	Positive Ranks	22 <sup>b</sup>	30.41	669.00
	Ties	43 <sup>c</sup>		
	Total	108		

a. Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών μετά τη συγχώνευση < Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών προ συγχώνευσης

b. Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών μετά τη συγχώνευση > Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών προ συγχώνευσης

c. Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών μετά τη συγχώνευση = Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών προ συγχώνευσης

**Πίνακας Β.32 Test Statistics<sup>a</sup>**

	Αποτελεσματικό τητα υπηρεσιών μετά τη συγχώνευση - Αποτελεσματικό τητα υπηρεσιών προ συγχώνευσης
Z	-2.746 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.