



ΤΟΜΟΣ Ι

# Ηθική των Επιχειρήσεων Business Ethics

Επιστημονική Επιμέλεια  
Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου

Πρόλογος  
Θεοδόσης Π. Πελεγρίνης



ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

# ΟΙ ΗΘΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΕΝΟΣ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου & Μαρία Αθηναίου

### Εισαγωγή

Το ζήτημα του νοσοκομειακού μάνατζμεντ, έχει αποτελέσει αντικείμενο ευρείας ανάλυσης και μελέτης, από την οποία προκύπτει ότι η ορθή διαχείριση ενός νοσοκομείου (hospital management), δεν θα μπορούσε να βρίσκεται είτε σε απόλυτη ταύτιση είτε σε άμεση συσχέτιση με την ιατρική ηθικής (medical ethics). Ωστόσο, παρατηρείται ότι υπάρχει ένας έμμεσος συσχετισμός μεταξύ των δύο αυτών περιοχών εξαιτίας του ότι οι αποφάσεις που λαμβάνονται από τα ανώτερα επίπεδα της διοικητικής ιεραρχίας ενός νοσοκομείου, επιδρούν καθοριστικά στην ιατρική περίθαλψη των πολιτών. Συνεπώς, προκύπτουν ηθικά διλήμματα για το κατά πόσον η διοίκηση ενός νοσοκομείου δραστηριοποιείται ηθικά ή βάσει ηθικών προθέσεων για την κάλυψη των αναγκών τόσο των ασθενών και της ευρύτερης κοινωνίας όσο και των ίδιων των εργαζόμενων.

Βάσει των προαναφερθέντων, ισχύει ότι το νοσοκομειακό μάνατζμεντ δεν σχετίζεται με το καθεαυτό θεραπευτικό και ερευνητικό έργο του ιατρικού επαγγέλματος (όπως μια εγχείρηση ανοικτής καρδιάς ή κάποια κλωνοποίηση), αλλά με το ευρύτερο τεχνοκρατικό πλαίσιο ενός νοσοκομείου το οποίο περιλαμβάνει το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και τους ασθενείς. Σύμφωνα με τους Biller-Andorno και συν. (2004), ορισμένα από τα θέματα που εμπίπτουν στον τομέα ευθύνης της νοσοκομειακής διαχείρισης, είναι η εξεύρεση κονδυλίων για την συνέχιση και διατήρηση της ορθής

λειτουργίας των επιμέρους τμημάτων του νοσοκομείου, η προσφορά ενός 'πακέτου' ιατρικών παροχών στους ασθενείς που καταφεύγουν σε ένα νοσοκομείο και η παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών από τα θεσμοθετημένα κέντρα περιθαλψής (δηλαδή τα νοσοκομεία).

Η ευρύτερη σχέση μεταξύ νοσοκομειακού μάνατζμεντ και προσωπικού ή ασθενών, δεν χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη καθημερινής προσωπικής επαφής μέσω της οποίας θα ήταν δυνατή αφενός η επίλυση των διαφόρων ηθικών προβλημάτων που να ανέκυπταν, και αφετέρου, η κατανόηση των αναγκών των εργαζόμενων και των ασθενών. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η διοίκηση του νοσοκομείου δεν είναι σε θέση να γνωρίζει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες και τις αιτίες δυσaráεσκείας που ενδεχομένως να υπάρχουν μέσα στα πλαίσια του νοσοκομείου. Επιπλέον, τα όποια πρακτικά, καθημερινά ή ηθικά προβλήματα υπάρχουν, δεν μπορούν να φθάνουν μέχρι τη διοίκηση.

Δεν είναι δηλαδή δυνατόν για τη διοίκηση ενός νοσοκομείου να γνωρίζει το αν κάποιος γιατρός συμπεριφέρθηκε με άσχημο τρόπο σε κάποιον ασθενή ή το εάν υπάρχουν έριδες και κακές σχέσεις μεταξύ ορισμένων εργαζόμενων από το προσωπικό. Παρόλα αυτά όμως, είναι ευρύτατα εδραιωμένη η αντίληψη ότι η διοίκηση έχει την απόλυτη ευθύνη για το τι γίνεται ή δεν γίνεται σε ένα νοσοκομείο. Αυτό ισχύει διότι ο βασικός και ουσιαστικός ρόλος που καλείται να διαδραματίσει η διοίκηση συνοψίζεται στον καθορισμό εκείνου του πλαισίου λειτουργίας, όπου τίθενται με σαφήνεια και ακρίβεια οι όροι λειτουργίας και δραστηριοποίησης του νοσοκομειακού θεσμού. Ο τρόπος με τον οποίο θα λειτουργήσει το συγκεκριμένο πλαίσιο και θα υπάρξει η ανάλογη ιατρική περιθαλψη, επηρεάζεται άμεσα από τη στάση και τη συμπεριφορά της διοίκησης η οποία έχει και την αποκλειστική ευθύνη της λήψης των αποφάσεων εντός του νοσοκομείου, ως προς την γενικότερη πολιτική που θα πρέπει να ακολουθηθεί, τους εργαζόμενους, τους ασθενείς και τους τρόπους παροχής των ιατρικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τις αρχές δεοντολογίας των ισοτιτούτων υγείας

(Ethical Conduct and Relationships for Health Care Institutions) της Ένωσης των Αμερικανικών Νοσοκομείων (ΑΗΑ) (1992), ισχύει ότι η διοίκηση ενός νοσοκομείου φέρει ηθικές ευθύνες έναντι τριών πληθυσμιακών ομάδων: των ασθενών, των εργαζόμενων και της κοινωνίας εν γένει. Δηλαδή, πρώτον, θα πρέπει να παρέχει στους ασθενείς τις κατάλληλες ιατρικές υπηρεσίες θέτοντας κατ' αυτό τον τρόπο τις βάσεις για την εγκαθίδρυση και διατήρηση ενός συστήματος υγιών και αποτελεσματικών θεσμικών πλαισίων ιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα μάλιστα με τον Κώδικα της ΑΗΑ (1992), για να μπορέσουν να προστατευθούν αποτελεσματικά τα δικαιώματα των ασθενών, θα πρέπει:

1. σε ένα πρώτο στάδιο, να έχει εξασφαλιστεί η πλήρης συγκατάθεση του ασθενή για διάγνωση και για παροχή της ανάλογης προς την ασθένειά του ιατρικής αγωγής.
2. σε ένα γενικότερο επίπεδο, να δίδονται οδηγίες οι οποίες να αποσκοπούν στην πρόοδο και την βελτίωση τόσο της κατάστασης των ασθενών όσο και των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών.
3. να επιδεικνύεται σεβασμός στα προσωπικά δεδομένα του κάθε ασθενούς και να τηρείται απαρέγκλιτα σε κάθε περίπτωση, το ιατρικό απόρρητο.
4. να επιδεικνύεται ο προσήκον σεβασμός στις διαφορετικές κοινωνικές, πνευματικές και πολιτισμικές απόψεις και ιδεολογίες.
5. να παρέχεται στους ασθενείς σε συνεχή βάση η κατάλληλη ιατρική περίθαλψη.
6. να τίθεται ως αυτοσκοπός η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Βάσει του πλαισίου αυτού, θα πρέπει να προσφέρονται στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό τα κατάλληλα μέσα και τα ανάλογα εχέγγυα προς την κατεύθυνση αυτή.

Το μάνατζμεντ ενός νοσοκομείου, εκτός από τους ασθενείς φέρει ευθύνη και έναντι του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού

εγκαθιδρύοντας τις κατάλληλες ηθικές και κοινωνικές αρχές και αξίες. Σύμφωνα με τον Κώδικα της ΑΗΑ (1992) το μάνατζμεντ ενός νοσοκομείου:

- δεν θα πρέπει να προβαίνει σε υιοθέτηση πολιτικών οι οποίες δεν συνάδουν ή έρχονται σε καταφανή σύγκρουση με τους κανόνες δεοντολογίας του προσωπικού.
- θα πρέπει να αποσκοπεί τόσο στην ενθάρρυνση του προσωπικού όσο και στην παροχή και θεσμοθέτηση σε επίσημη βάση, ουσιαστικών αρχών δεοντολογίας που θα υιοθετηθούν από το σύνολο των εργαζόμενων. Ως επόμενο στάδιο θα είναι να γίνεται χρήση των αρχών αυτών από το ιατρικό προσωπικό και να αποτελέσουν αναπόσπαστο τμήμα της καθημερινής πρακτικής του.
- οφείλει να αμβλύνει τα όποια προβλήματα ανακύπτουν είτε μεταξύ των εργαζόμενων είτε μεταξύ των επιμέρους τμημάτων του νοσοκομείου.
- θα πρέπει να κατανοεί και να προωθεί την παροχή επιβραβεύσεων, προνομίων, αλλά και αποζημιώσεων στους γιατρούς, στους οποίους θα πρέπει επιπλέον να παρέχονται συνεχώς νέες δυνατότητες και ευκαιρίες επιμόρφωσης και βελτίωσης των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους. Ως άμεσο αποτέλεσμα αυτού, θα προκύψει η γενικότερη βελτίωση της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης.

Όσον αφορά με το επάγγελμα του ιατρού, έχει παρατηρηθεί ότι κατά τα τελευταία χρόνια, δεν του έχει δοθεί η ελευθερία και η αυτονομία που θα ανεμένετο εξαιτίας των εμποδίων και των περιορισμών που τίθενται από τις διοικήσεις των νοσοκομείων και εκφράζονται μέσω της άσκησης ελέγχου στο καθεαυτό θεραπευτικό και ιατρικό έργο, των εκτιμήσεων απόδοσης και της άσκησης ελέγχου στην χορήγηση οικονομικών απολαβών (Flynn, 1999' Harrison, 1999' 2002). Το ιατρικό προσωπικό σε αυτή την περίπτωση, θεωρείται ότι δεν διαδραματίζει κάποιον εξέχοντα ή σημαντικό ρόλο στην άσκηση κεντρικής εξουσίας, αλλά αντίθετα, καταλαμβάνει

περιθωριοποιημένη θέση ως προς τον στρατηγικό σχεδιασμό και τον καθορισμό της γενικής πορείας του νοσοκομείου (Bach, 1995· 1998· 2000· Barnett και συν. 1996· Truss, 2003).

Ως συνέπεια αυτού, η διοίκηση ασκεί τον μέγιστο έλεγχο στους διαθέσιμους πόρους και το ανθρώπινο δυναμικό. Παρόλα αυτά όμως, είναι γενικότερα αποδεκτή η αντίληψη ότι το ιατρικό προσωπικό τελικά είναι εκείνο που απολαμβάνει την δημόσια αποδοχή και τον σεβασμό του κοινωνικού συνόλου λόγω αφενός της εξειδικευμένης γνώσης που κατέχει, και αφετέρου, της αφοσίωσης του στην περίθαλψη των ασθενών. Εντός αυτού του πλαισίου, η θέση που καταλαμβάνει η διοίκηση ενός νοσοκομείου στη σκέψη και την εκτίμηση της κοινωνίας ταυτίζεται με την κατοχή της 'κεντρικής διακυβέρνησης' του νοσοκομείου και την άσκηση εξουσίας και ελέγχου στο προσωπικό (Dent & Parker, 1996· Dopson, 1996· Elston, 1995· Exworthy & Halford, 1999· Harrison, 1999· Tilley, 1996).

Τέλος, σύμφωνα με τον Κώδικα της ΑΗΑ (1992), η διοίκηση ενός νοσοκομείου έχει ευθύνες και έναντι της κοινωνίας ως συνόλου συμβάλλοντας σε σημαντικό βαθμό στην εγκαθίδρυση και ορθή λειτουργία των θεσμών της ιατρικής περίθαλψης. Αυτό σημαίνει ότι κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να δραστηριοποιείται με τέτοιο τρόπο και να δημιουργεί τέτοιες δομές ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες περίθαλψης του συνόλου της κοινωνίας. Ο ρόλος της διοίκησης στην περίπτωση αυτή, εστιάζεται στην διατύπωση, υιοθέτηση και εφαρμογή συγκεκριμένων ορθολογικών κριτηρίων σχετικά με τον καταμερισμό των πόρων ή την περίθαλψη και προστασία μειονεκτούντων ή ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

### **Σχέση ιατρού-ασθενούς και 'διαχείριση κινδύνου' από την διοίκηση (risk management)**

Η σχέση ιατρού-ασθενούς θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι συνιστά μια ιδιαίτερη κατάσταση ανάγκης και εξάρτησης κατά την οποία διαμορφώνεται ένα είδος δεσμού μεταξύ των δύο πλευρών. Στα πλαίσια αυτού του δεσμού εξάρτησης, ο ένας εκ των δύο ασκεί

θεραπευτικό έργο και ο άλλος καθίσταται ο αποδέκτης των γνώσεων και θεραπευτικών ικανοτήτων του άλλου.

Το πρόβλημα όμως εντοπίζεται στο τι θα πρέπει να γίνει από ηθικής πλευράς όταν κάποιος γιατρός, για λόγους καθαρής αμέλειας, προκαλέσει βλάβη στον ασθενή του. Στην περίπτωση αυτή, το νοσοκομείο στο οποίο ανήκει ο συγκεκριμένος γιατρός καλείται να υπερασπιστεί τη φήμη του και να διαχειριστεί την κρίση. Συχνά, οι ασθενείς που είναι θύματα ιατρικής αμέλειας, επιζητούν την επιβολή ποινικών κυρώσεων τόσο κατά της διοίκησης του νοσοκομείου όσο και κατά του ιδίου του γιατρού. Συνεπώς, ο ασθενής που αρχικά είχε καταφύγει στην αρωγή του συγκεκριμένου νοσοκομείου, τώρα στρέφεται εναντίον του και το νοσοκομείο με τη σειρά του, θα πρέπει να υπερασπιστεί τη φήμη του και το ιατρικό του προσωπικό. Καταλήγοντας το ίδιο το νοσοκομείο να τηρεί αμυντική και αυτο-προστατευτική στάση εναντίον του εναγόμενου ασθενούς.

Βασικό στοιχείο το οποίο χαρακτηρίζει τα κίνητρα και την γενικότερη επιθετική στάση του ασθενή είναι το αίσθημα “προδοσίας” από την πλευρά του γιατρού και του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα την έκφραση θυμού από τη μεριά του ασθενή (Kraman & Hamm, 1999). Σύμφωνα μάλιστα με την έρευνα των Hickson και συν. (1992), από τις 127 οικογένειες που προέβησαν σε μηνύσεις κατά των θεραπόντων ιατρών, το 43% είχε ως κίνητρο είτε την υποψία ότι η προκληθείσα ζημία στο μέλος της οικογένειάς τους θα έμενε ατιμώρητη είτε από καθαρή διάθεση εκδίκησης και πρόκλησης ζημίας στην άλλη πλευρά. Οι Witman και συν. (1996), έδειξαν ότι σχεδόν όλοι από τους 149 συμμετέχοντες ασθενείς στην έρευνά τους, θεωρούσαν ότι είναι καθήκον του γιατρού να αναγνωρίζει τα λάθη του, σοβαρά ή όχι. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες μάλιστα ανέφεραν ότι σε περίπτωση μη αναγνώρισης λάθους από γιατρό, ήταν διατεθειμένοι να προβούν σε μηνύσεις.

Το οικονομικό κόστος από τις μηνύσεις εναντίον γιατρών και νοσοκομείων θεωρείται ότι ανέρχεται σε ιδιαίτερος υψηλά επίπεδα. Βάσει της έρευνας των Press & DeFrances (1997), οι 90 από τις

283 υποθέσεις ιατρικής αμέλειας που έφθασαν στα δικαστήρια είχαν ως αποτέλεσμα την δικαίωση του μηνυτή (δηλαδή του ασθενούς-θύματος ιατρικής αμέλειας). Στις 90 αυτές υποθέσεις, το ποσό που ορίστηκε να καταβληθεί από τον γιατρό ή το νοσοκομείο στον ασθενή ανερχόταν κατά μέσο όρο σε \$ 463.000, ενώ σε 26 περιπτώσεις το ποσό υπερέβη το ένα εκατομμύριο δολάρια και σε 12 περιπτώσεις, τα 12 εκατομμύρια δολάρια.

Σύμφωνα με έρευνα των DeFrances και συν. (1995), στις 75 μεγαλύτερες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών, προέκυψε ότι είχαν κερδηθεί από τους εναγόμενους 403 υποθέσεις ιατρικής αμέλειας, ενώ το ποσό που είχε οριστεί από το δικαστήριο κατά μέσο όρο ήταν περίπου 1,5 εκατομμύριο δολάρια. Παρά το γεγονός ότι τα ποσά αυτά αποσκοπούσαν στο να καλύψουν τις οικονομικές απώλειες των εναγόμενων, η οικονομική ποινή απέβλεπε επίσης στην τιμωρία των κατηγορούμενων.

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι η αμυντική στάση και η διάθεση αυτοπροστασίας των νοσοκομείων έναντι των κατηγοριών των ασθενών, δεν αποτελεί μια καθολικά αποδεκτή και γενικώς εφαρμοζόμενη στρατηγική. Αντιθέτως, υπάρχει και το μοντέλο το οποίο έχει υιοθετηθεί ήδη από το 1989 από το Royal Victoria Hospital στο Μόντρεαλ του Καναδά, βάσει του οποίου ισχύει η αποκάλυψη και παραδοχή των ιατρικών λαθών από την πλευρά του νοσοκομείου προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Peterkin, 1990).

Κατ' ουσίαν, αυτό που προτείνεται από το συγκεκριμένο μοντέλο είναι η επίδειξη ειλικρίνειας απέναντι στους ασθενείς και τις οικογένειές τους όσον αφορά το ιατρικό λάθος το οποίο προκάλεσε περαιτέρω βλάβη στην υγεία του ασθενούς. Το μοντέλο αυτό υιοθετήθηκε και τέθηκε σε εφαρμογή από την επιτροπή δεοντολογίας κλινικών θεμάτων (clinical ethics committee) του συγκεκριμένου νοσοκομείου η οποία και αποσκοπούσε στην δημιουργία ενός συγκεκριμένου πλαισίου βάσει του οποίου το ιατρικό προσωπικό θα αποκάλυπτε με ειλικρίνεια το ιατρικό λάθος, δρώντας κατ' αυτόν τον τρόπο καταλυτικά και επικουρικά προς την πλήρη και άμεση αποκατάστασή του (Kraman & Hamm, 1999).



Σε ποιά βαθμό όμως μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία ενός νοσοκομείου η δραστηριοποίηση μιας επιτροπής δεοντολογίας κλινικών θεμάτων; Ποιος ακριβώς είναι ο ρόλος που καλείται να διαδραματίσει και ποιες οι ηθικές προεκτάσεις του;

Κατά βάση, επιτροπές δεοντολογίας έχουν ως βασικό τους σκοπό την κάλυψη των εξής αναγκών: α) την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού σχετικά με θέματα δεοντολογίας και ηθικής συμπεριφοράς απέναντι στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, β) τη διαμόρφωση της γενικής στρατηγικής και της ευρύτερης πολιτικής του νοσοκομείου επί τη βάσει ηθικών αρχών και αξιών και γ) την διερεύνηση και διαχείριση των επιμέρους ειδικών περιπτώσεων όπου εντοπίζεται η ύπαρξη ηθικού διλήμματος (Hoffman, 1993· Slowther και συν., 1999· Watson, 2005).

Επιπλέον, οι επιτροπές δεοντολογίας καλούνται να διαδραματίσουν και έναν ακόμη συμπληρωματικό ρόλο ο οποίος περιλαμβάνει: α) την μείωση των περιπτώσεων που καταλήγουν σε δικαστική διευθέτηση (Gillon, 1997), β) την προσφορά βοήθειας στους επαγγελματίες (όπως ιατρικό προσωπικό) ως προς την νομική τους κάλυψη απέναντι σε περιπτώσεις διαμάχης με ασθενείς (Jaffe, 1989) και γ) την πρόκληση ενός γενικότερου ενδιαφέροντος και διαλόγου ως προς τα σχετικά νομικά ζητήματα που ανακύπτουν σε παρόμοιες περιπτώσεις (Hendrick, 2001).

### **Επιτυχής διοίκηση του νοσοκομείου και ανάπτυξη σχέσεων με το ιατρικό προσωπικό**

Το ζήτημα της επιτυχούς διοίκησης ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης, καθώς και οι επιδράσεις της διοίκησης ενός οργανισμού στην απόδοση και την επιτυχή πορεία του, έχουν αποτελέσει κατά καιρούς αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας. Ειδικότερα, παρατηρείται διαφοροποίηση ως προς τον τρόπο διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού. Σύμφωνα με την 'παραδοσιακή διαχείριση ανθρώπινων πόρων' η οποία βασίζεται στις βασικές αρχές του τεύλορισμού επιδιώκεται άσκηση ελέγχου και ελαχιστοποίηση κό-

στους (Wood, 1999). Όπως είναι γνωστό, αυτού του είδους η προσέγγιση εδράζεται ουσιαστικά στη δημιουργία εργασιών που χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα διαφοροποιημένης εξειδίκευσης και αυτονομίας, όπως επίσης και από ελαχιστοποίηση των εξόδων στην ανάπτυξη της επιχείρησης ή την εκπαίδευση του προσωπικού.

Από την άλλη πλευρά, η 'προοδευτική διαχείριση ανθρώπων πόρων' αποσκοπεί στην μεγιστοποίηση της γνώσης, της εξειδίκευσης και της προσφοράς κινήτρων στους υπαλλήλους. Βάσει αυτής της προσέγγισης, γίνεται ευρεία χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών επιλογής προσωπικού (π.χ. ψυχομετρικά τεστ και δομημένες συνεντεύξεις), πραγματοποιούνται ειδικά εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά προγράμματα. Επιπρόσθετα, το συγκεκριμένο μοντέλο διαχείρισης ανθρώπινου κεφάλαιου περιλαμβάνει συστηματικές εκτιμήσεις απόδοσης, εμπλουτισμό εργασίας, συλλογική εργασία και συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων (West και συν., 2002).

Αξιζει να αναφερθεί ότι υπάρχει σημαντικός αριθμός ερευνών βάσει των οποίων προκύπτει το συμπέρασμα ότι η χρήση της 'προοδευτικής μεθόδου' διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού σχετίζεται άμεσα με υψηλή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα της επιχείρησης (Arthur, 1994' Becker & Huselid, 1998' d'Arcimoles, 1997' Delery & Doty, 1997' Hoque, 1999' Guest & Hoque, 1994' MacDuffie, 1995' Patterson και συν., 1997' Terpstra & Rozell, 1993' Youndt και συν., 1996').

Σύμφωνα με ανάλογες έρευνες, η επίδραση της 'προοδευτικής μεθόδου' στην παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα της επιχείρησης αναφέρεται στην βελτίωση της γνώσης, της εξειδίκευσης, των κινήτρων και της ευρύτερης απόδοσης των υπαλλήλων (Jackson και συν., 1989' Neal & Griffin, 1999' Wright & McMahan, 1992). Επιπλέον, έχει φανεί ότι η χρήση συγκεκριμένων προοδευτικών πρακτικών όπως η επιλογή και η εκπαίδευση υπαλλήλων, σχετίζονται με την ενισχυμένη απόδοσή τους, καθώς και με την από πλευράς τους επίτευξη των στόχων (Borman και συν., 1997' Tannenbaum & Yukl, 1992).

Ένα πρόσθετο στοιχείο είναι και το γεγονός ότι η χρήση 'προοδευτικών μεθόδων' διαχείρισης ανθρώπινων πόρων ενισχύει σε σημαντικό βαθμό τις τάσεις συλλογικότητας των ατόμων που ενθαρρύνονται να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και να επιτυγχάνουν στους στόχους, να καταβάλλουν προσπάθειες (οι οποίες συνήθως υπερβαίνουν τις συνηθισμένες προσωπικές τους δυνατότητες), να είναι συνεργάσιμοι και να βοηθούν τους συναδέλφους τους (Tsuι και συν., 1992). Ανάλογες συμπεριφορές οδηγούν στην ικανοποίηση του συνόλου των ατόμων τόσο από τις συνθήκες εργασίας και τις απολαβές που έχουν (οικονομικές και ηθικές) όσο και από το τελικό αποτέλεσμα που είναι συνήθως η επίτευξη των στόχων. Συνεπώς, συνάγεται το συμπέρασμα ότι με τη χρήση της 'προοδευτικής μεθόδου' διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, οι εργαζόμενοι ικανοποιούνται από την εργασία τους και άρα ο καθένας ξεχωριστά και όλοι ως σύνολο, καθίστανται αποδοτικοί και παραγωγικοί, γεγονός που σημαίνει ότι συγχρόνως είναι αποδοτικός και παραγωγικός και ο ίδιος ο οργανισμός ως σύνολο (Vandenberg και συν., 1999).

Η επιτυχής χρήση μιας από τις δύο αυτές μεθόδους διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, δηλαδή της παραδοσιακής ή της προοδευτικής, δεν θα μπορούσε να επιβεβαιωθεί στην περίπτωση των νοσοκομείων δεδομένου ότι αφενός μέχρι σήμερα μόνο περιορισμένη έρευνα έχει πραγματοποιηθεί στον τομέα αυτό, και αφετέρου, δεν είναι γνωστό εάν και σε ποιό βαθμό μπορεί κάποια από τις δυο μεθόδους να εφαρμοστεί στις πολύπλοκες οργανωσιακές δομές των νοσοκομείων (West και συν., 2002). Σε ένα ευρύτερο επίπεδο ισχύει ότι η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και η γενικότερη απόδοση της επιχείρησης συνδέονται με μεθόδους όπως η εκτίμηση της απόδοσης των εργαζόμενων, η επιμόρφωση των υπαλλήλων και η συλλογική εργασία, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται υψηλές αποδόσεις και να εκπληρώνονται οι στρατηγικοί στόχοι που έχουν τεθεί εξαρχής από την διοίκηση του οργανισμού.

Οι διαδικασίες αξιολόγησης του έργου κάθε υπάλληλου, βασίζονται ουσιαστικά στην εκτίμηση της δραστηριοποίησής του σε α-

τομικό επίπεδο και χρησιμοποιούνται με σκοπό την βελτίωση τόσο του γενικότερου πλαισίου στοχοθέτησης του οργανισμού όσο και των διαδικασιών ανατροφοδότησης των ίδιων των υπαλλήλων. Μέσω των διαδικασιών αυτών, οι υπάλληλοι είναι σε θέση να γνωρίζουν με ακρίβεια το μέγεθος της συνεισφοράς τους στη δράση του οργανισμού και άρα, να μπορούν να προβαίνουν σε διορθωτικές κινήσεις προς βελτίωση της απόδοσής τους. Έχει φανεί ότι όσο περισσότερο εκτεταμένη και πολύπλοκη είναι η διαδικασία αξιολόγησης τόσο μεγαλύτερης κλίμακας είναι και οι αλλαγές ή βελτιώσεις στην ατομική απόδοση κάθε εργαζόμενου (Fletcher & Williams, 1985).

Η επιμόρφωση των υπαλλήλων από την άλλη πλευρά, αποσκοπεί στην ανάπτυξη των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των εργαζόμενων είτε σε επίπεδο καθαρά εργασιακό-τεχνικό είτε σε επίπεδο ομαδικής δράσης, ηγεσίας και συνεργασίας. Βάσει σχετικών ερευνών, όσο πιο ευρεία και στοχευμένη είναι η επιμόρφωση των υπαλλήλων, τόσο πιο υψηλά επίπεδα απόδοσης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο επιτυγχάνονται (d'Aramoles, 1997· Gattiker, 1995· Mathieu & Leonard, 1987· Morrow και συν., 1997).

Τέλος, η συλλογική εργασία στις υπηρεσίες υγείας ειδικότερα, έχει αποδειχθεί ότι: α) σχετίζεται με την επίτευξη χαμηλών επιπέδων εργασιακού στρες, β) η ποιότητα των διαδικασιών συλλογικότητας και ομαδικού πνεύματος συνδέεται άμεσα με υψηλότερα επίπεδα αποτελεσματικότητας και ανάληψης πρωτοβουλιών ως προς την ποιότητα περίθαλψης των ασθενών και γ) η διατήρηση του πνεύματος πειθαρχίας εντός των πλαισίων της ομάδας εργασίας σχετίζεται άμεσα με την υιοθέτηση καινοτομιών στον τομέα της περίθαλψης (Borrill και συν., 2000). Συμπερασματικά λοιπόν, προκύπτει ότι η απόδοση του ιατρικού προσωπικού ενός νοσοκομείου είναι δυνατόν να βελτιωθεί μέσω της εφαρμογής των επιμέρους μεθόδων της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, δηλαδή της εκτεταμένης αξιολόγησης, της επιμόρφωσης και της επίτευξης ομαδικού και συλλογικού πνεύματος συνεργασίας (Becker & Huselid, 1998· Huselid, 1995· Guest & Hoque, 1994· Wood, 1999).

### **Αξιοπιστία και εμπιστοσύνη στη σχέση ιατρού-ασθενούς**

Το ζήτημα ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, αποτελεί το προαπαιτούμενο ώστε να καταστεί δυνατή η εφαρμογή μιας συγκεκριμένης θεραπείας που θα αποβή προς όφελος του ασθενούς. Βασική αρχή την οποία υπηρετεί στο σύνολό του το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό είναι η εξασφάλιση με κάθε μέσο του καλού του ασθενούς, γεγονός το οποίο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οτιδήποτε αποφασίσει ένας γιατρός να πράξει σε σχέση με την περίθαλψη ενός ατόμου, θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να κινητοποιείται με βάση το καλό του ατόμου αυτού και όχι με βάση την ικανοποίηση του προσωπικού του συμφέροντος ή των όποιων φιλοδοξιών του. Στα πλαίσια αυτής της αντίληψης, ο ιατρός που κινητοποιείται προς όφελος του ασθενούς του, συγχρόνως συνδράμει και στην μεγιστοποίηση του κοινού καλού και της γενικότερης ευημερίας των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως επιδεικνύει και τον προσήκοντα σεβασμό έναντι της προσωπικότητας, της ελευθερίας και της αυτονομίας του ίδιου του ασθενούς (Beauchamp & Childress, 1994).

Η βασική αρχή της αξιοπιστίας του ιατρού και η επίδειξη της συνακόλουθης εμπιστοσύνης από την πλευρά του ασθενούς, μέσα στα σημερινά δεδομένα του ανταγωνισμού και της ελεύθερης αγοράς, τίθενται υπό αμφισβήτηση, δεδομένου ότι οι πολιτικές των νοσοκομείων έχουν ως απώτερο στόχο την μείωση του κόστους στο ελάχιστο δυνατό και την ταυτόχρονη μεγιστοποίηση του κέρδους. Συνεπώς, αφού οι οικονομικές απολαβές και η μείωση των δαπανών αποτελούν βασική προτεραιότητα των νοσοκομείων, είναι επόμενο να υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και την επίδειξη της δέουσας προσοχής ως προς τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες και την εφαρμογή των αναγκαίων θεραπειών για την αποτελεσματική περίθαλψη των ασθενών (Morreim, 1988).

Από τα προαναφερθέντα, προκύπτει το συμπέρασμα ότι η ποιότητα και ο χαρακτήρας της σχέσης ιατρού-ασθενούς, επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις γενικότερες αρχές, στρατηγικές,

πολιτικές και αξίες του νοσοκομείου. Ένας επιπλέον ισχυρός παράγοντας επηρεασμού της σχέσης αυτής, είναι και η ύπαρξη ενός κώδικα δεοντολογίας εντός του πλαισίου κάθε νοσοκομείου, βάσει του οποίου λειτουργούν, συμπεριφέρονται και δραστηριοποιούνται όλοι όσοι αποτελούν το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Ο κώδικας ηθικής και ο κώδικας δεοντολογίας να και δεν ταυτίζονται, ωστόσο συνθέτουν αυτό που αναφέρεται ως: «φιλοσοφία-κουλτούρα» του οργανισμού. Ο κώδικας ηθικής περιλαμβάνει τις γενικές αρχές και αξίες του οργανισμού οι οποίες αποτελούν τη βάση του κώδικα δεοντολογίας, που συνιστά το είδος των συμπεριφορών των υπαλλήλων που κρίνονται ότι είναι επιθυμητές ή μη από έναν οργανισμό.

Η φιλοσοφία-κουλτούρα μιας επιχείρησης λυσιπών, η οποία συντίθεται από τους κώδικες ηθικής και δεοντολογίας, συνιστά ένα κοινό σύστημα αξιών, αρχών και παραδοχών το οποίο διαμορφώνει ένα κοινό νοητικό πλαίσιο αναφοράς σύμφωνα με το οποίο προσδιορίζεται το πώς θα σκέπτονται και συμπεριφέρονται οι εργαζόμενοι. Το πλαίσιο αυτό, βασίζεται σε σαφώς καθορισμένους, από την διοικούσα αρχή, κανόνες οι οποίοι αναφέρονται στο πώς ορίζεται η ηθική συμπεριφορά και με ποιον τρόπο θα πρέπει να διευθετούνται τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν.

Σε έναν νοσοκομειακό οργανισμό, ο ηθικός κώδικας που θα υπάρχει, θα πρέπει να διέπεται από:

- Την αξία της εγγενούς σε κάθε ανθρώπινη υπόσταση αξιοπρέπειας
- Την αξία της αυτονομίας του ατόμου
- Την ύπαρξη ανθρώπινου ενδιαφέροντος και συμπάθειας προς το πρόσωπο που χρήζει ιατρικής παρακολούθησης και περίθαλψης
- Την ύπαρξη αξιών όπως είναι η δικαιοσύνη, η εντιμότητα και η αξιοπιστία
- Την ικανότητα της ορθής διαχείρισης των πόρων
- Την πρόοδο της επιστήμης και της έρευνας

- Την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Επίσης, ο ηθικός κώδικας θα πρέπει να διέπεται και από τις παρακάτω αρχές:

1. όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως πολιτιστικών καταβολών, κοινωνικής τάξης και αντιλήψεων, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό. Η ίδια συμπεριφορά θα πρέπει να υπάρχει και για τα άτομα που παρουσιάζουν κινητικά ή διανοητικά προβλήματα και δυσκολίες
2. όλα τα άτομα, έχουν το δικαίωμα να εμπλέκονται και να λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις εκείνες που σχετίζονται με την δική τους υγεία και επηρεάζουν τη δική τους ζωή
3. ο πρωταρχικός σκοπός του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι η προσφορά περιθαλψης στους ασθενείς με την παράλληλη προσπάθεια της ανακούφισής τους
4. η αρχή της δικαιοσύνης θα πρέπει να εφαρμόζεται με σκοπό την αποφυγή οποιασδήποτε πρακτικής διακρίσεων
5. οποιαδήποτε δραστηριότητα σε οργανωσιακό επίπεδο, θα πρέπει να διενεργείται με έναν δίκαιο ανοικτό και συνεργατικό τρόπο
6. θα πρέπει το κάθε άτομο, σε οποιοδήποτε ιεραρχικό επίπεδο κι αν ανήκει, να φέρει ακέραια την ευθύνη των πράξεών του και να είναι υπόλογο για τη συμπεριφορά του
7. θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη σημασία στην πρόοδο της κλινικής έρευνας, καθώς και στην συνεχή εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού έτσι ώστε να διασφαλιστεί αφενός η πρόοδος και η βελτίωση των ιατρικών μεθόδων και πρακτικών, και αφετέρου, η εξέλιξη του επιπέδου γνώσεων του εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου
8. το νοσοκομείο ως ένα ενιαίο κοινωνικό μόρφωμα, οφείλει να αναγνωρίζει ότι μοιράζεται με την ευρύτερη κοινωνία των πολιτών, ένα ενιαίο φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον, του οποίου την πλήρη διαφύλαξη θα πρέπει να επιδιώκει

9. θα πρέπει να επιδιώκεται σε διαρκή βάση η επίτευξη συνθηκών βελτιστοποίησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς (Griffiths & Dunlop, 2002).

### **Ιατρική βασισμένη σε εμπειρικά δεδομένα και διοίκηση ανθρώπινων πόρων: σχέσεις και αντιθέσεις**

Βασικές λειτουργικές αρχές της διοίκησης ανθρώπινων πόρων είναι αφενός η άσκηση ορθής, δίκαιης και ποιοτικής διαχείρισης, και αφετέρου, ο ορθός καταμερισμός των οικονομικών πόρων. Η ιατρική που βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα σχετίζεται άμεσα με αυτές τις δύο αρχές, δεδομένου ότι η εφαρμογή και λειτουργία της εξαρτάται από το εάν συμπίπτει με την ικανοποίηση των δύο αυτών αρχών, δηλαδή της ποιοτικής διαχείρισης και του καταμερισμού των πόρων (Biller-Andorno και συν., 2002; Dickenson & Vineis, 2002).

Γενικότερα, η εφαρμογή μέσα στα πλαίσια ενός νοσοκομείου της ιατρικής που βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα, αποτελεί ένα σημαντικό "εργαλείο" για την αντικειμενική και ορθή λήψη των αποφάσεων από τη διοίκηση. Παρά τη σημαντικότητά της όμως, έχει παρατηρηθεί ότι η ιατρική που βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα αποτελεί ένα σχετικά νέο 'κίνημα' στον τομέα της ιατρικής με αποτέλεσμα να μην αποτελεί ουσιώδες τμήμα των επιμέρους πολύπλοκων δομών ενός νοσοκομείου (Biller-Andorno & Karageorgiou, 2001).

Το μάνατζμεντ ενός νοσοκομείου καλείται να διαδραματίσει με επιτυχία ένα ευρύ φάσμα πολύπλοκων ρόλων, καθώς και να φέρει εις πέρας ένα σύνολο στόχων και ευθυνών. Λόγω αυτού, ενδέχεται να υπάρξουν συγκρούσεις και αντιθέσεις μεταξύ των διαφόρων στόχων και στρατηγικών που θα πρέπει να επιτευχθούν. Για παράδειγμα, ενδέχεται να προκύψει σύγκρουση μεταξύ της αυτονομίας που πρέπει να απολαμβάνει το ιατρικό προσωπικό όσον αφορά το θεραπευτικό του έργο και της ανάγκης για ορθολογική κατανομή των οικονομικών πόρων του νοσοκομείου. Επιπλέον,



πιθανές είναι και οι συγκρούσεις σε ένα ευρύτερο επίπεδο δηλαδή μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου και των ιατρών, των ασφαλιστικών εταιρειών και των φαρμακευτικών βιομηχανιών.

Δεδομένων όλων αυτών των παραμέτρων, η ιατρική που βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα, διαδραματίζει τον δικό της ιδιαίτερο ρόλο. Για παράδειγμα, η ιατρική βάσει εμπειρικών δεδομένων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον διευθυντή της ογκολογικής κλινικής ενός νοσοκομείου με σκοπό να πεισθεί η διοίκηση του νοσοκομείου να εισάγει μια δαπανηρή θεραπεία η οποία, όπως έχει αποδειχθεί από ιατρικές έρευνες, αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης του καρκινοπαθούς. Κατ' ουσίαν δηλαδή προκρίπτει ότι μια κεντρική λειτουργία της βασισμένης σε εμπειρικά δεδομένα ιατρικής είναι η παροχή αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τις πιθανότητες επιτυχούς ή ανεπιτυχούς πορείας μιας θεραπείας. Κατά συνέπεια, η διοίκηση ενός νοσοκομείου είναι σε θέση να υπολογίσει κατά πόσον μπορεί να γίνει εφαρμοστεί μια συγκεκριμένη θεραπεία και εάν πρόκειται να είναι ιδιαίτερης δαπανηρή.

Από την άλλη πλευρά, μπορεί η διοίκηση ενός νοσοκομείου να αρνηθεί την εφαρμογή μιας θεραπείας διότι αφενός είναι δαπανηρή, και αφετέρου, δεν έχει αποδειχθεί βάσει ερευνών, ότι πρόκειται να έχει επιτυχία και να προσφέρει άμεση θεραπεία στους ασθενείς. Επιπλέον, η βασισμένη σε εμπειρικά δεδομένα ιατρική, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τη διοίκηση ενός νοσοκομείου με σκοπό την απόρριψη μιας συγκεκριμένης θεραπείας η οποία αν και θεωρείται απόλυτα επιτυχής, είναι ιδιαίτερα δαπανηρή. Τέλος, η ιατρική βάσει εμπειρικών δεδομένων μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από τις ασφαλιστικές εταιρείες με σκοπό την μη κάλυψη δαπανηρών ιατρικών υπηρεσιών που αν και υπάρχει μεγάλη ζήτηση γι' αυτές από τους ασθενείς, έχει αποδειχθεί ότι δεν είναι αποτελεσματικές ή απόλυτα επιτυχείς (Biller-Andorno και συν., 2004).

Η βασισμένη σε εμπειρικά δεδομένα ιατρική, βάσει των σημερινών δεδομένων της ελεύθερης αγοράς και του ανταγωνισμού, χρησιμοποιείται συχνά με τρόπο και κίνητρα διαφορετικά από αυτά που αρχικώς πρεσβεύει, με αποτέλεσμα να εγείρονται σημαντι-

κά ηθικά ερωτήματα σχετικά με την εφαρμογή της. Πρώτον, αποτελεί αντικείμενο χρήσης από τις ασφαλιστικές εταιρείες και τα νοσοκομεία που μέσα στα πλαίσια της προσπάθειάς τους να διατηρήσουν την ανταγωνιστικότητά τους στην 'ελεύθερη αγορά' της ιατρικής περίθαλψης, προσπαθούν με κάθε μέσο να μειώσουν τα έξοδα και τις δαπάνες τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της στρατηγικής, αποτελεί η στάση του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού το 1997 που έπρεπε να μειώσει τις δαπάνες του κατά 10%. Χρησιμοποιώντας λοιπόν η διοίκηση την βασισμένη σε εμπειρικά δεδομένα ιατρική, μείωσε το κόστος των δαπανών του νοσοκομείου, επιφέροντας όμως αρνητικές επιπτώσεις στις διάφορες θεραπευτικές και χειρουργικές διαδικασίες (Kersting & Sobhani, 1999).

Δεύτερον, η ιατρική που βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα, ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί από τις διοικήσεις των νοσοκομείων για την παρεμπόδιση νέων καινοτόμων ερευνητικών θεραπευτικών πρωτοβουλιών. Αυτό συμβαίνει διότι πάγια πρακτική σχετικά με την αξιοπιστία κάθε νέας θεραπευτικής μεθόδου ή αγωγής που ανακαλύπτεται και έχει επιτυχία στα πειράματα με ζώα, είναι ότι για να μπορέσει να γίνει ευρέως αποδεκτή και να ενταχθεί ενεργά στο υπάρχον σύνολο των ήδη αποδεκτών θεραπειών, θα πρέπει να προκληθεί ικανός αριθμός δοκιμαστικών σταδίων που αφενός απαιτούν μεγάλα χρονικά διαστήματα ερευνών, και αφετέρου, ενδέχεται να οδηγήσουν και σε αποτυχία.

Μέχρι όμως να αποδειχθεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα κάθε νέας θεραπευτικής μεθόδου, οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν προβαίνουν στην ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών που επιθυμούν να ακολουθήσουν αυτού του είδους τη θεραπεία λόγω του ότι αφενός οι δαπάνες είναι υψηλές, και αφετέρου, δεν υπάρχει αξιόπιστο αποδεικτικό στοιχείο ότι η νέα μέθοδος θα είναι και απόλυτα αποτελεσματική (Biller-Andorno και συν., 2004).

## **Επίλογος**

Στα ούτως ή άλλως περιορισμένα πλαίσια του παρόντος κεφα-

λαίου εξετάστηκαν ακροθιγώς ορισμένα επιμέρους ζητήματα τα οποία άπτονται του συστήματος ιατρικής περίθαλψης και των ηθικών διλημάτων που απορρέουν από τη διοίκηση νοσοκομειακών μονάδων καθώς και την άσκηση του ιατρικού έργου ευρύτερα. Ως σημαντικό συμπέρασμα προκύπτει ότι τα σημερινά δεδομένα της παγκόσμιας οικονομίας του ανταγωνισμού και της ελεύθερης αγοράς, τείνουν δυστυχώς σε πολλές περιπτώσεις να εξισώνουν κάθε νοσοκομειακό οργανισμό με κάθε άλλο οργανισμό βασικό στόχο του οποίου είναι η ελαχιστοποίηση του κόστους με την ταυτόχρονη μεγιστοποίηση του κέρδους. Τα δεδομένα αυτά όμως, μέσα στα πλαίσια ενός νοσοκομείου, εγείρουν σημαντικά ηθικά ερωτήματα τα οποία σχετίζονται ουσιαστικά με το εάν παρέχονται και σε ποιο βαθμό οι αναγκαίες ιατρικές υπηρεσίες στους ασθενείς ή εάν η πολιτική των νοσοκομείων ταυτίζεται με αυτή των άλλων οργανισμών και επιχειρήσεων.

Εν κατακλείδι, ως είναι ευκόλως αντιληπτό, η διοίκηση ενός νοσοκομείου διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στην εύρυθμη λειτουργία του καθώς και στην δραστηριοποίηση του προσωπικού προς όφελος των ασθενών. Ταυτόχρονα, είναι εκείνη που καθορίζει τις γενικές αρχές και αξίες που θα το διέπουν ως οργανισμό μέσω της ύπαρξης ενός διατυπωμένου με σαφήνεια κώδικα δεοντολογίας. Έτσι, με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να τεθούν τα πλαίσια ύπαρξης μιας βασισμένης στην εμπιστοσύνη και την αξιοπιστία σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- American Hospital Association (AHA) (1992). AHA Management Advisory-Ethical Conduct for Health Care Institutions, in: [http://www.hospitalconnect.com/aha/resource\\_center/resource/resource\\_ethics.html](http://www.hospitalconnect.com/aha/resource_center/resource/resource_ethics.html).
- Arthur, J.B. (1994). Effects of Human Resource Systems on Manufacturing Performance and Turnover, *Academy of Management Journal* **37**, 670-687.
- Bach, S. (1995). Restructuring the Personnel Function: The Case of NHS Trusts, *Human Resource Management Journal* **5** (2), 99-115.
- Ead. (1998). NHS Pay Determination and Work Re-Organization: Employment Relations in NHS Trusts, *Employee Relations* **20** (6), 565-576.
- Ead. (2000). Health Sector Reform and HRM: Britain in Comparative Perspective, *International Journal of Human Resource Management* **11** (5), 925-942.
- Barnett, S., Buchanan, D., Patrickson, M. & Maddern, J. (1996). Negotiating the Evolution of the HR Function: Practical Advice From the Health Care Sector, *Human Resource Management Journal* **6** (4), 18-38.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press.
- Becker, B.E. & Huselid, M.A. (1998). High Performance Work Systems and Firm Performance: A Synthesis of Research and Managerial Implications. In: G.R. Ferris (Ed.). *Research in Personnel and Human Resources* **16**, Stamford, CT JAI Press.
- Biller-Andorno, N. & Karageorgiou, A. (2001). *Evidence Based Medicine in Germany*. Paper Presented at the European Union EVI-

- BASE project state of the art meeting. EVIBASE: Ethical Issues of Evidence Based Practice in Medical Care and Health Care, February 2-3, Maastricht.
- Billier-Andorno, N., Lenk, C., & Leititis, J. (2004). Ethics, EBM and Hospital Management. *Journal of Medical Ethics* **30**, 136-140.
- Billier-Andorno, N., Lie, R. & ter Meulen, R. (2002). Evidence Based Medicine as an Instrument for Rational Health Policy. *Health Care Anal* **10**, 261-275.
- Borman, W.C., Hanson, M.A., & Hedge, J.W. (1997). Personnel Selection. *Annual Review of Psychology* **48**, 299-337.
- Borrill, C., West, M.A., Shapiro, D., & Rees, A. (2000). Team Working and Effectiveness in Health Care. *British Journal of Health Care* **6**, 364-371.
- D'Arcimoles, C.H. (1997). Human Resource Policies and Company Performance: A Quantitative Approach Using Longitudinal Data. *Organization Studies* **18**, 857-874.
- DeFrances, C.J., Smith, S.K., Langan, P.A., Ostrum, B.J., Rottman, D.B., & Goerdt, J.A. (1995). *Civil Jury Cases and Verdicts in Large Counties*. Bureau of Justice Statistics Special Report, Washington D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, NCJ-154346: 1-14.
- Delery, J.E., & Doty, D.H. (1997). Modes of Theorizing in Strategic Human Resource Management: Tests of Universalistic, Contingency and Configurational Performance Predictions. *Academy of Management Journal* **39**, 802-835.
- Dent, M., & Parker, M. (1996). Managers, Doctors and Culture: Changing and English Health District. *Administration and Society* **28** (3), 335.
- Dickenson, D., & Vineis, P. (2002). Evidence Based Medicine and Quality of Care. *Health Care Anal* **10**, 243-259.
- Dopson, S. (1996). Doctors in Management: A Challenge to Established Debates. In: J. Leopold, I. Glover, & M. Hughes (Eds.).

- Beyond Reason? The National Health Service and the Limits of Management.* Avebury: Aldershot.
- Elston, M.A. (1995). The Politics of Professional Power: Medicine in a Changing Health Service. In: J. Gabe, D. Kelleher, & G. Williams (Eds.). *Challenging Medicine.* London: Routledge.
- Exworthy, M., & Halford, S. (Eds.) (1999). *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector.* Buckingham: Open University Press.
- Fletcher, C., & Williams, R. (1985). *Performance Appraisal and Career Development.* London: Hutchinson.
- Flynn, R. (1999). Managerialism, Professionalism and Quasi-Markets. In: M. Exworthy, & S. Halford (Eds.). *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector.* Buckingham: Open University Press.
- Gattiker, U.E. (1995). Firm and Taxpayer Returns From Training of Semiskilled Employees. *Academy of Management Journal* **38**, 1152-1173.
- Gillon, R. (1997). Clinical Ethics Committees-Pros and Cons. *Journal of Medical Ethics* **23** 203-204.
- Griffiths, M.J., & Dunlop, I.T. (2002). Ethics, Medicine and Economics: Integration in a Hospital Environment. *MJA* **176**, 226-228.
- Guest, D., & Hoque, K. (1994). The Good, the Bad and the Ugly: Employee Relations in New Non-Union Workplaces. *Human Resource Management Journal* **5**, 1-14.
- Harrison, S. (1999). Clinical Autonomy and Health Policy: Past and Future. In: M. Exworthy & S. Halford (Eds.). *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector.* Buckingham: Open University Press.
- Ead. (2002). New Labour, Modernisation and the Medical Labour Process. *Journal of Social Policy* **31** (3), 465-485.
- Hendrick, J. (2001). Legal Aspects of Clinical Ethics Committees. *Journal of Medical Ethics* **27** suppl. I: i50-i53.

- Hickson, G.B., Clayton, E.W., Githens, P.B., & Sloan, F.A. (1992). Factors that Prompted Families to File Medical Malpractice Claims Following Perinatal Injuries. *JAMA* **267**, 1359-1363.
- Hoffman, D.E. (1993). Evaluating Ethics Committees: A View From Outside. *The Milbank Quarterly* **71**, 677-701.
- Hoque, K. (1999). Human Resource Management and Performance in the UK Hotel Industry. *British Journal of Industrial Relations* **37**, 419-443.
- Huselid, M.A. (1995). The Impact of Human Resource Management Practices on Turnover, Productivity and Corporate Financial Performance. *Academy of Management Journal* **38**, 635-672.
- Jackson, S.E., Schuler, R.S., & Rivero, J.C. (1989). Organizational Characteristics as Predictors of Personnel Practices. *Personnel Psychology* **42**, 727-786.
- Jaffe, G.A. (1989). Institutional Ethics Committees: Legitimate and Impartial Review of Ethical Health Care Decisions. *The Journal of Legal Medicine* **10**, 393-431.
- Kersting, T., & Sobhani, B. (1999). Der Einsatz von EBM erhöht die Qualität und hilft auch kosten sparen. Erste Erfahrungen in den DRK-kliniken Berlin. *Führen und wirtschaften im Krankenhaus* **16**, 312-314.
- Kraman, S.S., & Hamm, G. (1999). Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy. *Annals of Internal Medicine* **131** (12), 963-967.
- MacDuffie, J.P. (1995). Human Resource Bundles and Manufacturing Performance: Organizational Logic and Flexible Production Systems in the World Auto Industry. *Industrial and Labor Relations Review* **48**, 197-221.
- Mathieu, J.E., & Leonard, R.L. (1987). An Application of Utility Concepts to a Supervisor Skills Training Program. *Academy of Management Journal* **30**, 316-335.
- Morreim, E. (1988). Cost Containment: Challenging Fidelity and Justice. *Hastings Cent Rep* **18**, 20-25.

- Morrow, C.C., Jarrett, M.Q., & Rupinski, M.T. (1997). An Investigation of the Effect and Economic Utility of Corporate-Wide Training. *Personnel Psychology* **50**, 91-119.
- Neal, A., & Griffin, M.A. (1999). Developing a Theory of Performance for Human Resource Management. *Asia Pacific Journal of Human Resources* **37**, 44-59.
- Patterson, M., West, M.A., Lawthom, R., & Nickell, S. (1997). Impact of People Management Practices on Business Performance, London Institute of Personnel and Development. *Issues in People Management*, **22**.
- Peterkin, A. (1990). Guidelines Covering Disclosure of Errors Now in Place at Montreal Hospital. *CMAJ* **142**, 984-985.
- Press, A.H., & Detranes, C.J. (1997). *Federal Tort Trials and Verdicts 1994-1995*. Bureau of Justice Statistics Special Report, Washington DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, NCJ-165810.
- Slowther, A., Hope, T., & Bunch, C. (1999). Clinical Ethics Committees in the UK. *Journal of the Royal College of Physicians of London* **33**, 202-203.
- Tannenbaum, S.I., & Yukl, G. (1992). Training and Development in Work Organizations. *Annual Review of Psychology* **43**, 399-441.
- Terpstra, D.E., & Rozell, E.J. (1993). The Relationship of Staffing Practices to Organizational Level Measures of Performance. *Personnel Psychology* **46**, 27-48.
- Tilley, I. (1996). Contracts, Resources and Resistance to Change: Power and Professional Relations in the London Teaching Hospital. In: J. Leopold, I. Glover, & M. Hughes (Eds.). *Beyond Reason? The National Health Service and the Limits of Management*. Avebury: Aldershot.
- Truss, C. (2003). Strategic HRM: Enablers and Constraints in the NHS. *The International Journal of Public Sector Management* **16** (1), 48-60.
- Tsui, A.S., Pearce, J.L., Porter, L.W., & Tripoli, A.M. (1992). Alter-



- native Approaches to the Employee-Organization Relationship: Does Investment in Employees Pay Off?. *Academy of Management Journal* **40**, 1089-1121.
- Vandenberg, R.J., Richardson, H.A., & Eastman, L.J. (1999). The Impact of High Involvement Work Processes on Organizational Effectiveness: A Second-Order Latent Variable Approach. *Group and Organizational Management* **24**, 300-339.
- Watson, A.R. (2005). Ethics Support in Clinical Practice. *Arch Dis Child* **90**, 943-946.
- West, M.A., Borrill, C., Dawson, J., Scully, J., Carter, M., Anelay, S., Patterson, M., & Waring, J. (2002). The Link Between the Management of Employees and Patient Mortality in Acute Hospitals. *International Journal of Human Resource Management* **13** (8), 1299-1310.
- Witman, A.B., Park, D.M., & Hardin, S.B. (1996). How Do Patients Want Physicians to Handle Mistakes? A Survey of Internal Medicine Patients in an Academic Setting. *Archives of International Medicine* **156**, 2565-2569.
- Wood, S. (1999). Human Resource Management and Performance. *International Journal of Management Reviews* **1**, 367-413.
- Wright, P.M., & McMahan, G.C. (1992). Theoretical Perspectives for Strategic Human Resource Management. *Journal of Management* **18**, 295-320.
- Youndt M.A., Snell, S.A., Dean, J.W., & Lepak, D.P. (1996). Human Resource Management, Manufacturing Strategy and Firm Performance. *Academy of Management Journal* **39**, 836-866.