

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων

ΣΚΟΠΟΣ Η καταγραφή και η ανάλυση της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων, καθώς και η διερεύνηση του μοντέλου κουλτούρας που επιθυμούν τα στελέχη να διέπει τον οργανισμό στο προσεχές πενταετές χρονικό διάστημα. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Η έρευνα διεξήχθη σε 20 γενικά δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής, σε δείγμα 541 ανώτερων και ανώτατων στελεχών διοίκησης των τεσσάρων διευθύνσεων των νοσοκομείων. Ως όργανο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (Organizational Culture Assessment instrument, OCAI), που βασίζεται στη θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών των Cameron και Quinn. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέγραψαν ότι η επικρατούσα οργανωσιακή κουλτούρα, στα δημόσια νοσοκομεία, είναι το γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 47,05%. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 23,76%, ενώ το μοντέλο του ανοικτού συστήματος καθώς και το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας κατέγραψαν ποσοστά 11,79% και 17,30%, αντίστοιχα. Ως επιθυμητό μοντέλο οργάνωσης αναδεικνύεται αυτό των ανθρωπίνων πόρων ή του συμμετοχικού management σε ποσοστό 31,11%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος (25,08%), το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας (24,42%) και, τέλος, το γραφειοκρατικό μοντέλο με ποσοστό μόλις 19,40%. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Στην υφιστάμενη κατάσταση, τα δημόσια γενικά νοσοκομεία παρουσιάζουν εσωτερικό προσανατολισμό που οριοθετείται στην τήρηση κανόνων και διαδικασιών με έμφαση στον έλεγχο, την ιεραρχία, την προβλεψιμότητα και τη σταθερότητα. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος και το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας που εστιάζουν στο εξωτερικό μακροπεριβάλλον και την ανάπτυξη του νοσοκομείου καταγράφουν μικρά ποσοστά. Αναφορικά με τη μελλοντική κατάσταση, σύμφωνα με τις απόψεις των στελεχών, διαφαίνεται η επιθυμία αλλαγής του ιεραρχικού μοντέλου οργάνωσης προς την κατεύθυνση του μοντέλου του συμμετοχικού management, το οποίο θα εμπεριέχει στοιχεία ευελιξίας, δημιουργικότητας, δυναμισμού και ανταγωνιστικότητας, δηλαδή στοιχεία και από τα άλλα δύο μοντέλα (ανοικτού συστήματος και στόχων/αποδοτικότητας). Η εστίαση παραμένει στο εσωτερικό των νοσοκομείων, αλλά ταυτόχρονα καταγράφεται και η επιθυμία εστίασης και στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

Η ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας, ως αυτόνομο πεδίο μελέτης, άρχισε από την επιστήμη της Ανθρωπολογίας, τις δεκαετίες 1940 και 1950, και ακολούθησε η επιστήμη της Κοινωνιολογίας και της Κοινωνικής Ψυχολογίας.¹ Στη συνέχεια, θεωρητικοί της οργανωτικής και διοικητικής επιστήμης απέκτησαν ειδικό μελετητικό ενδιαφέρον και επιχειρήσαν να προσδιορίσουν και να εντάξουν στην ανάλυσή τους τους οργανισμούς ως κουλτούρες.²⁻⁴

Οι ορισμοί που καταγράφηκαν, την τελευταία 30ετία, για την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας ποικίλλουν

ανάλογα με τον επιστημονικό κλάδο όπου εντάσσεται ο μελετητής. Η οργανωσιακή κουλτούρα έχει χαρακτηριστεί ως η φιλοσοφία, οι κοινές αξίες και οι κανόνες που καθοδηγούν μια οργάνωση προς την πολιτική της απέναντι στους εργαζόμενους ή τους πελάτες της, ως ένα σύνολο κοινών γνώσεων μιας κοινωνικής ομάδας που είναι επίκτητο μέσω της κοινωνικής μάθησης και της κοινωνικής διαδικασίας των μελών της ή ως τις κοινές διανοητικές συλλήψεις των εργαζομένων που προσδιορίζουν τη θέση του κάθε ατόμου στην ομάδα.⁵⁻⁸

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(4):452-460
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(4):452-460

Α. Γούλα,¹
Β. Κέφης,²
Α. Σταμούλη,¹
Γ. Πιερράκος,¹
Μ. Σαρρής¹

¹Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα

²Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα

Investigation of the organizational culture of general public hospitals

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δημόσια νοσοκομεία
Μοντέλα κουλτούρας
Οργανωσιακή αλλαγή
Οργανωσιακό κλίμα
Οργανωσιακή κουλτούρα

Υποβλήθηκε 8.12.2013

Εγκρίθηκε 20.12.2013

Ορισμένοι ερευνητές επισημαίνουν ότι οι κανόνες συμπεριφοράς ή οι συγκεκριμένοι τρόποι διαχείρισης των οργανωτικών λειτουργιών είναι εκείνοι οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί σε μεγάλα χρονικά διαστήματα που διδάσκονται ή επιβάλλονται στα μέλη.^{9,10}

Ο Schein¹¹ αναφέρει ότι η κουλτούρα είναι μηχανισμός κοινωνικού ελέγχου και μπορεί να αποτελεί τη βάση χειραγώγησης των μελών του οργανισμού στον τρόπο αντίδρασης, σκέψης και αίσθησης ή, όπως τονίζει ο Cameron,¹² είναι μια κοινωνικά κατασκευασμένη ιδιότητα των οργανώσεων που χρησιμεύει ως μηχανισμός σύνδεσης των μελών της οργάνωσης.

Η κατάλληλη προς τον οργανισμό κουλτούρα έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και θεωρείται κρίσιμη μεταβλητή αναφορικά με την ανταγωνιστικότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, τη μακροπρόθεσμη επιτυχία, την ανάπτυξη και την υψηλού επιπέδου λειτουργία του οργανισμού.¹³⁻¹⁸

Στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία έχει αναγνωριστεί επίσης η επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας στην παραγωγικότητα των οργανισμών, στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και στην αύξηση των κινήτρων των εργαζομένων για την επίτευξη των συμφερόντων του οργανισμού. Ερευνητές επισημαίνουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το καθοριστικό στοιχείο που ενθαρρύνει την καινοτομία, την ευελιξία και την προσαρμοστικότητα του οργανισμού.¹⁹⁻²²

Στο περιβάλλον των συστημάτων υγείας, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με διάφορα στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα των υπηρεσιών, όπως η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και την ασφάλεια του ασθενούς,^{23,24} η διάθεση των μελών για βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, καθώς και η ικανοποίηση των μελών από την κάλυψη των υλικών και των κοινωνικών αναγκών τους. Έρευνες σχετικές με την οργανωσιακή κουλτούρα και τις διαστάσεις που αυτή επηρεάζει τις μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης έδειξαν ότι η κουλτούρα διαμορφώνει την οργανωσιακή λειτουργία και αποδοτικότητα, τη διασφάλιση ποιότητας, την ποιότητα φροντίδας των ασθενών, την αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των εργαζομένων, την ικανοποίηση ασθενών, τη συνεργασία και τις σχέσεις μεταξύ των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών του οργανισμού, καθώς και τη φήμη του νοσοκομείου.²⁵⁻³¹

Στη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Ιρλανδίας και των ΗΠΑ, η διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας εξετάστηκε ως απαραίτητο διοικητικό εργαλείο, ενώ εφαρμόστηκαν ειδικά προγράμματα οργανωσιακής αλλαγής της κουλτούρας του υγειο-

νομικού τομέα ως μέρος της βελτίωσης της λειτουργίας των νοσοκομείων.^{32,33}

Για την περιγραφή των τύπων της οργανωσιακής κουλτούρας που υφίστανται στους οργανισμούς έχουν υπάρξει αρκετές επιστημονικές προσεγγίσεις. Οι ερευνητές, σε πρώτο στάδιο μελέτης, παρατήρησαν πολλά κοινά χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας. Τα κοινά χαρακτηριστικά κατηγοριοποιήθηκαν σε τύπους κουλτούρας. Στις θεωρητικές αυτές προσεγγίσεις ανήκει και το πλαίσιο των ανταγωνιστικών αξιών των Cameron και Quinn.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα διεξήχθη σε 20 γενικά δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής. Κριτήριο επιλογής, για την πλειοψηφία αυτών, ήταν η νευραλγική θέση που κατέχουν στο νοσοκομειακό σύστημα του λεκανοπεδίου. Τα νοσοκομεία που εντάχθηκαν στην έρευνα ήταν το Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», το Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», το Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», το Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», το Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», το Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», το Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία», το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», το Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο», το Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα», το Γενικό Νοσοκομείο «Η Ελπίς», το Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ», το Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», το Γενικό Νοσοκομείο «Κοργιαλλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ», το Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο», το Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ», το Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων, το Γενικό Νοσοκομείο «Πολυκλινική» και το Γενικό Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος».

Πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν τα ανώτατα και ανώτερα διοικητικά στελέχη των τεσσάρων διευθύνσεων των νοσοκομείων. Η επιλογή της έρευνας στο προαναφερόμενο ιεραρχικό επίπεδο βασίστηκε σε αντίστοιχες διεθνείς έρευνες που υποστηρίζουν ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός αναφοράς γνωρίζει σε βάθος τα οργανωτικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων και συνακόλουθα μπορεί να καθορίζει ειδικές πλευρές της οργανωσιακής κουλτούρας.^{14,25,31,35,42}

Ως μέθοδος δειγματοληψίας επιλέχθηκε το διαστρωματοποιημένο τυχαίο δείγμα (stratified random sampling). Η έρευνα διήρκεσε 9 μήνες (1.6.2012–28.2.2013). Διανεμήθηκαν 700 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 541 (78% ποσοστό ανταπόκρισης), από τα οποία 193 (35,9%) ανήκαν στην ιατρική υπηρεσία, 191 στη νοσηλευτική υπηρεσία (35,1%), 134 στη διοικητική υπηρεσία (24,8%) και 23 στην τεχνική υπηρεσία (4,3%). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της αυτο-αναφοράς.

Ως όργανο μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (Organizational Culture Assessment instrument, OCAI) των Cameron και Quinn, το οποίο στηρίζεται στη θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών (competing values framework).

Η θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών επιχειρεί να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του οργανισμού, αναγνωρίζει ότι οι οργανισμοί είναι δυναμικοί και πολύπλοκοι, οδηγούνται ταυτόχρονα σε ανταγωνιστικές κατευθύνσεις και ο ηγέτης του οργανισμού οφείλει να διαθέτει συμπεριφορική ηγετική πολυπλοκότητα στο εν λόγω παράδοξο επιχειρησιακό περιβάλλον.³⁶

Η θεωρία των ανταγωνιστικών αξιών θεωρείται ως ένα πλέγμα που διακρίνεται σε τέσσερα μοντέλα κουλτούρας (ανθρωπίνων πόρων-συμμετοχικό, ανοικτό, στόχων/αποδοτικότητας και γραφειοκρατικό) και σε δύο διαστάσεις (εστίαση στο εσωτερικό περιβάλλον και εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον). Κάθε μοντέλο εκπροσωπεί μια θεωρία, μια φιλοσοφία, μια ματιά στον τρόπο που λειτουργεί ένας οργανισμός και συνδέεται άμεσα με ένα σύστημα αξιών. Όλα τα μοντέλα ενυπάρχουν σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε οργανισμό.³⁷

Βασίζόμενοι στη θεωρία, οι Cameron και Quinn ανέπτυξαν το εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας. Οι O'Neill και Quinn³⁸ υποστηρίζουν ότι το εργαλείο αντανakλά την πολυπλοκότητα που αντιμετωπίζουν κάθε ημέρα οι εργαζόμενοι στους οργανισμούς, ενώ οι Kwan και Walker³⁹ θεωρούν αυτό ως μια ισχυρή μεθοδολογική τεχνική για έρευνα της οργανωσιακής κουλτούρας.

Τα αποτελέσματα αξιοπιστίας διαμορφώθηκαν ως εξής: Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων: 0,819, μοντέλο ανοικτού συστήματος: 0,687, μοντέλο στόχοι/αποδοτικότητα: 0,664, γραφειοκρατικό μοντέλο: 0,755.

Προκειμένου να ελεγχθεί η εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η απλοποιημένη μορφή του πίνακα πολλαπλών τάσεων και μεθόδων (ΠΠΤΜ) – (multi trait multi method matrix, MTMM), μέσω του οποίου ελέγχθηκαν η συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) και η εγκυρότητα διαχωρισμού (discriminant validity). Με την εφαρμογή της μη παραμετρικής δοκιμασίας του Spearman ανευρέθηκε ότι οι συσχετίσεις των μεταβλητών που ανήκουν στο ίδιο μοντέλο είναι διαφορετικές από το μηδέν ($p < 0,0001$) και έχουν σημαντική έως μέτρια ισχύ (πίν. 1).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τους ερωτηθέντες (541 άτομα), 231 άτομα (42,7%)

Πίνακας 1. Συσχετίσεις μεταβλητών του ίδιου μοντέλου (Spearman correlation).

	Παρούσα κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων	0,327–0,787	0,311–0,535
Μοντέλο ανοικτού συστήματος	0,431–0,636	0,2–0,45
Μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας	0,345–0,617	0,23–0,52
Γραφειοκρατικό μοντέλο	0,354–0,695	0,2–0,63

ήταν άνδρες και 310 άτομα (57,3%) ήταν γυναίκες. Ποσοστό 57,3% ανήκε σε στελέχη της ανώτερης διοικητικής ιεραρχίας (προϊστάμενοι και τομεάρχες) και το υπόλοιπο ποσοστό (42,7%) ανήκε σε στελέχη της ανώτατης διοικητικής ιεραρχίας (υποδιευθυντές, αναπληρωτές διευθυντές και διευθυντές). Στην ηλικιακή ομάδα των 45–54 ετών ανήκε το 45,1% του δείγματος, στην ομάδα των 55–64 ετών ανήκε το 30,7%, στην ομάδα των 35–44 ετών το 22%, στην ομάδα των 25–34 ετών το 1,8% και, τέλος, στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω ανήκε το 0,4%. Το 38,3% του δείγματος διέθετε πτυχίο από την τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ), το 13,5% διέθετε πτυχίο από την τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ), το 19,6% είχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το 28,7% διέθετε διδακτορικό τίτλο σπουδών. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (58%) είχε εργασιακή εμπειρία σε δημόσιο νοσοκομείο ≥ 25 ετών, ενώ το 42% διέθετε εργασιακή εμπειρία < 25 ετών.

Ανάλυση των διαστάσεων του εργαλείου Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας

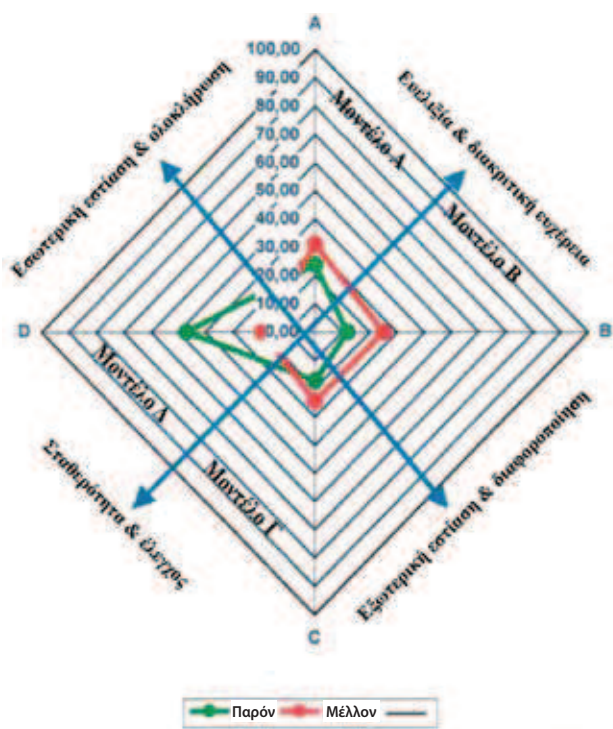
α. Η συνολική εικόνα της οργανωσιακής κουλτούρας

Σε σύνολο 541 στελεχών διοίκησης των νοσοκομείων, το 47,05% θεωρούσε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που κυριαρχεί στον οργανισμό ήταν το γραφειοκρατικό μοντέλο ($p < 0,01$). Ακολουθούσε το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 23,76%, ενώ το μοντέλο του ανοικτού συστήματος, καθώς και το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας σημείωσαν ποσοστά 11,79% και 17,30%, αντίστοιχα. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο της οργανωσιακής κουλτούρας που επιθυμούσαν τα στελέχη ήταν αυτό των ανθρωπίνων πόρων (31,11%) ($p < 0,01$). Ακολουθούσε το μοντέλο του ανοικτού συστήματος (25,08%), το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας (24,42%) και τελευταίο το γραφειοκρατικό μοντέλο, με ποσοστό μόλις 19,40%. Η διαφορά του τελευταίου μοντέλου στην παρούσα και στην επιθυμητή κατάσταση ήταν περίπου 28 ποσοστιαίες μονάδες (εικ. 1).

β. Τα μοντέλα κουλτούρας στην παρούσα και στην επιθυμητή κατάσταση ανά διάσταση του εργαλείου

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η βαθμολογία που καταγράφηκε ανά διάσταση του εργαλείου τόσο στην παρούσα όσο και στην επιθυμητή (μετά από 5 έτη) οργανωσιακή κατάσταση.

Η διάσταση «κύριο χαρακτηριστικό του νοσοκομείου» αντανakλούσε τις βασικές αξίες, τις νοοτροπίες και τις διαδικασίες που διέπουν έναν οργανισμό. Στην παρούσα



Εικόνα 1. Συνολική εικόνα οργανωσιακής κουλτούρας 20 γενικών δημόσιων νοσοκομείων.

κατάσταση, επικρατούσε ο έλεγχος, οι κανονισμοί και γενικά οι δραστηριότητες του προσωπικού προσδιορίζονταν από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες. Η εστίαση ήταν προσανατολισμένη στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος που χαρακτηρίζεται από την πρωτοβουλία και το δυναμισμό καταλάμβανε ένα μικρό ποσοστό (11,27%). Το ίδιο συνέβη και στο μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας που χαρακτηρίζεται από τον ανταγωνισμό και την επικράτηση στην αγορά (16,49%). Στην επιθυμητή κατάσταση, το εργασιακό κλίμα που επιθυμούσαν τα στελέχη ήταν αυτό του μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων. Επιθυμούσαν, δηλαδή, να υποστηριχθεί η συμμετοχικότητά τους στη λήψη των αποφάσεων, να έχουν την ευκαιρία για πρωτοβουλίες, να αισθάνονται ότι ανήκουν σε μια μεγάλη οικογένεια με κοινούς σκοπούς και στόχους. Εντυπωσιακά ήταν επίσης και τα ποσοστά των μοντέλων στόχου/αποδοτικότητας και ανοικτού συστήματος. Διαφάνηκε έτσι ότι τα νοσοκομειακά στελέχη στην πλειονότητά τους (51,24%) επιθυμούσαν εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Ήθελαν να είναι ανταγωνιστικοί, δυναμικοί, να αναλάβουν καινοτόμες πρωτοβουλίες και να δώσουν έμφαση στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα της εργασίας τους.

Πίνακας 2. Βαθμολογία ανά διάσταση του εργαλείου.

Διαστάσεις εργαλείου	Παρούσα κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
Κύριο χαρακτηριστικό του νοσοκομείου	Γραφειοκρατικό: 39,63% Ανθρωπίνων πόρων: 32,35% Ανοικτού συστήματος: 11,27% Στόχων/αποδοτικότητας: 16,49%	Ανθρωπίνων πόρων: 33,57% Ανοικτού συστήματος: 25,11% Στόχων/αποδοτικότητας: 26,13% Γραφειοκρατικό: 15,15%
Ηγεσία	Γραφειοκρατικό: 44,50% Ανθρωπίνων πόρων: 24,16% Ανοικτού συστήματος: 12,68% Στόχων/αποδοτικότητας: 18,55%	Ανθρωπίνων πόρων: 34,29% Ανοικτού συστήματος: 22,16% Στόχων/αποδοτικότητας: 21,38% Γραφειοκρατικό: 22,22%
Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων	Γραφειοκρατικό: 50,76% Ανθρωπίνων πόρων: 19,49% Ανοικτού συστήματος: 11,83% Στόχων/αποδοτικότητας: 17,86%	Ανθρωπίνων πόρων: 31,51% Ανοικτού συστήματος: 25,55% Στόχων/αποδοτικότητας: 25,92% Γραφειοκρατικό: 17,03%
Κυρίαρχο στοιχείο του νοσοκομείου	Γραφειοκρατικό: 54,08% Ανθρωπίνων πόρων: 17,78% Ανοικτού συστήματος: 11,35% Στόχων/αποδοτικότητας: 16,72%	Ανθρωπίνων πόρων: 26,16% Ανοικτού συστήματος: 27,40% Στόχων/αποδοτικότητας: 27,81% Γραφειοκρατικό: 18,62%
Στρατηγική ανάπτυξης του νοσοκομείου	Γραφειοκρατικό: 50,56% Ανθρωπίνων πόρων: 20,81% Ανοικτού συστήματος: 11,43% Στόχων/αποδοτικότητας: 17,23%	Ανθρωπίνων πόρων: 28,65% Ανοικτού συστήματος: 27,01% Στόχων/αποδοτικότητας: 25,93% Γραφειοκρατικό: 18,42%
Κριτήρια μελλοντικής επιτυχίας	Γραφειοκρατικό: 42,76% Ανθρωπίνων πόρων: 27,99% Ανοικτού συστήματος: 12,20% Στόχων/αποδοτικότητας: 16,95%	Ανθρωπίνων πόρων: 32,46% Ανοικτού συστήματος: 23,24% Στόχων/αποδοτικότητας: 19,33% Γραφειοκρατικό: 24,95%

Η διάσταση «ηγεσία» αναφέρεται στον τρόπο συμπεριφοράς και στον τρόπο άσκησης εξουσίας στα μέλη του οργανισμού. Η έννοια της ηγεσίας στο νοσοκομείο περιλαμβάνει τόσο τους διοικητές των νοσοκομείων όσο και τους διευθυντές των επί μέρους τεσσάρων υπηρεσιών. Στη συγκεκριμένη έρευνα, ποσοστό 44,50% των νοσοκομειακών στελεχών, για την παρούσα κατάσταση, δήλωσε ότι η ηγεσία των νοσοκομείων ενδιαφέρεται κυρίως για την εύρυθμη ροή των γραφειοκρατικών διαδικασιών, το συντονισμό και τη βραχυπρόθεσμη οργάνωση αυτών. Το εν λόγω ποσοστό αντανάκλα απόψεις που προέρχονταν κυρίως από στελέχη που ανήκουν στην ιατρική, τη διοικητική και την τεχνική υπηρεσία. Ένα ποσοστό (24,16%), που προερχόταν κυρίως από στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας, θεωρούσε ότι η ηγεσία καθοδηγεί, προστατεύει και διευκολύνει το έργο τους. Διαπιστώθηκε λοιπόν μια διάσταση στο θέμα της ηγεσίας ανάλογα με την υπηρεσία όπου ανήκαν τα στελέχη. Αντίθετα, στην επιθυμητή κατάσταση, τα στελέχη, από όλες τις υπηρεσίες, αναζητούσαν (34,29%) εκείνη την ηγεσία η οποία θα θεωρήσει τον υφιστάμενο συνεργάτη, θα τους αναπτύξει και θα τους ενδυναμώσει στην υλοποίηση του έργου τους και, τέλος, θα τους καθοδηγήσει με τη συμπεριφορά του στην ανάπτυξη του ομαδικού πνεύματος και της ομαδικής συνεργασίας. Επί πλέον, τα ποσοστά 22,22%, 22,16% και 21,38% των υπολοίπων μοντέλων ηγεσίας υποδήλωναν την ανάγκη των στελεχών για μια ηγεσία με πολύπλευρα προσόντα και ικανότητες. Μια ηγεσία η οποία, ενώ θα συντονίζει και θα οργανώνει τις καθημερινές λειτουργίες και διαδικασίες του νοσοκομείου, ταυτόχρονα δεν θα διστάζει να συμβάλλει με τις αποφάσεις της στην ανταγωνιστικότητα, να δίνει έμφαση στα αποτελέσματα των εργασιών, να καινοτομεί, να αναλαμβάνει κινδύνους, και όλα αυτά υπό το πρίσμα του συμμετοχικού management.

Η διάσταση «διοίκηση ανθρωπίνων πόρων» αντανάκλα τον τρόπο οργάνωσης και διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία. Στην παρούσα κατάσταση, τα στελέχη δήλωσαν, σε ποσοστό 50,76%, ότι χαρακτηρίζεται από αίσθημα ασφάλειας και μονιμότητα εργασίας, μονοτονία και σταθερότητα στις εργασιακές σχέσεις, αρχές που ενυπάρχουν στο γραφειοκρατικό μοντέλο. Σε υπηρεσίες βέβαια, όπως αυτή της Νοσηλευτικής ή της Ιατρικής, όπου υπάρχει καθημερινή επαφή με τον «πελάτη» του νοσοκομειακού αγαθού, αναπτύσσονται παράλληλα με τις τυπικές και οι άτυπες μορφές διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού και γι' αυτό υπάρχουν στοιχεία και από τα υπόλοιπα μοντέλα, όπως αυτό των ανθρωπίνων πόρων (19,49%) ή του μοντέλου στόχων/αποδοτικότητας (17,86%). Στη μελλοντική κατάσταση, τα στελέχη θεωρούσαν ότι η διοίκηση του προσωπικού οφείλει να χαρακτηρίζεται από ομαδικότητα, συναίνεση, συμμετοχή, καινοτομία, ατομική

πρωτοβουλία, ελευθερία, πρωτοτυπία, καθώς και από υψηλές απαιτήσεις από τους εργαζόμενους με έμφαση στην παραγωγή και στην επίτευξη των στόχων.

Ως «κυρίαρχο στοιχείο» θεωρείται ο μηχανισμός εκείνος που δρα ως συνδετικός κρίκος και ενώνει όλα τα μέλη του οργανισμού. Στην παρούσα κατάσταση, η πλειονότητα των στελεχών θεωρούσε ότι το κυρίαρχο στοιχείο στα νοσοκομεία ήταν η εφαρμογή των τυπικών διαδικασιών και κανόνων, καθώς και η διατήρηση της ροής των διαδικασιών. Σε ορισμένες περιπτώσεις (17,78%) εμφανίζονται στοιχεία όπως είναι η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η πίστη και η δέσμευση απέναντι στον οργανισμό. Δηλαδή, στην παρούσα κατάσταση η εστίαση βρίσκεται στο εσωτερικό του οργανισμού. Αντίθετα, στη μελλοντική κατάσταση, τα στελέχη επιθυμούν το κυρίαρχο στοιχείο του οργανισμού να εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον με έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στην επίτευξη των στόχων και στην επιτυχία του νοσοκομείου, αλλά και να δίνεται έμφαση στην καινοτομία και στην ανάπτυξη των τμημάτων του νοσοκομείου. Παράλληλα, θεωρούσαν ότι η δέσμευση και η πίστη στον οργανισμό αποτελεί σημαντικό στοιχείο συνοχής του.

Η «ανάπτυξη στρατηγικής» αποτελεί την άριστη ένταξη της οργάνωσης στο περιβάλλον της για την εξασφάλιση της επιβίωσης, της ανάπτυξης και της ευημερίας. Στην παρούσα κατάσταση, τα νοσοκομειακά στελέχη θεωρούσαν ότι η στρατηγική του νοσοκομείου εστιάζεται στη μονιμότητα και τη σταθερότητα των συνθηκών. Για το νοσοκομείο, σήμερα, σημαντικός παράγοντας είναι ο έλεγχος και η διατήρηση των διαδικασιών. Στην επιθυμητή κατάσταση, ποσοστό 28,65% τόνιζε ότι θα πρέπει να δοθεί περισσότερη έμφαση στην ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων με υψηλό βαθμό συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη των αποφάσεων, ενώ, παράλληλα, το 52,94% θεωρούσε ότι η στρατηγική του νοσοκομείου θα πρέπει να προσανατολιστεί στο εξωτερικό περιβάλλον, ώστε να υπάρξει άντληση νέων πόρων και νέων ευκαιριών με ανταγωνιστικές δράσεις και επικράτηση στον τομέα της υγείας.

Η διάσταση «κριτήρια επιτυχίας» καταγράφει τους παράγοντες εκείνους που οδηγούν στην επιτυχία. Στην παρούσα κατάσταση, τα στελέχη θεωρούσαν ότι επιτυχία στο νοσοκομείο ορίζεται το χαμηλό κόστος λειτουργίας, ο καλός προγραμματισμός, καθώς και η αξιοπιστία στην παροχή υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, θεωρούσαν ότι η δέσμευση των εργαζομένων και το ενδιαφέρον τους για τους ασθενείς είναι παράγοντες επίτευξης επιτυχίας των νοσοκομείων. Συνεπώς, η εστίαση, και σε αυτή τη διάσταση της οργανωσιακής κουλτούρας, εντοπίζεται στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Στη μελλοντική κατάσταση, τα

νοσοκομειακά στελέχη τόνιζαν ότι τα κριτήρια επιτυχίας θα πρέπει να συνεχίσουν να είναι η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων, η ομαδικότητα και η δέσμευση των εργαζομένων, το χαμηλό κόστος λειτουργίας, η αξιοπιστία στην παροχή υπηρεσιών και ο καλός προγραμματισμός, αλλά την ίδια στιγμή θεωρούσαν ότι η προσφορά καινοτόμων υπηρεσιών και η ανταγωνιστικότητα θα πρέπει να οριστούν ως νέα κριτήρια επιτυχίας. Διαπιστώθηκε λοιπόν η τάση εστίασης προς το εξωτερικό περιβάλλον και σε αυτή τη διάσταση της οργανωσιακής κουλτούρας.

Αναφορικά με το μέγεθος (μεγάλο-μεσαίο) του νοσοκομείου, αυτό επηρέαζε το υπάρχον ($p=0,036<0,05$), αλλά όχι το επιθυμητό μοντέλο κουλτούρας. Στην παρούσα κατάσταση, τα στελέχη τόσο των μεγάλου όσο και των μεσαίου μεγέθους νοσοκομείων πίστευαν ότι ισχύει το γραφειοκρατικό μοντέλο. Η μόνη διαφορά, στα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία, εμφανίστηκε στο μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων, που έχει μια θετικότερη στάση ως προς το εν λόγω μοντέλο ($p=0,025$). Συνεπώς, επιβεβαιώθηκε ότι όσο μικρότερος σε μέγεθος είναι ένας οργανισμός, τόσο πιο εύκολα δημιουργούνται άτυπες δομές και σχέσεις μεταξύ των μελών του. Η ως άνω παρατήρηση συμφωνεί με αποτελέσματα έρευνας,⁴⁰ που υποστηρίζει ότι στους οργανισμούς μικρού ή μεσαίου μεγέθους επικρατεί ένα κλίμα πιο ανοικτό, ενώ όσο μεγαλύτερος είναι ο οργανισμός τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βαθμός της γραφειοκρατίας με περισσότερο έλεγχο και συντονισμό και με επικράτηση του κλειστού κλίματος. Στην επιθυμητή όμως κατάσταση υπάρχει, αντίστοιχα, συμφωνία (μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων), ανεξάρτητα από το μέγεθος του νοσοκομείου.

Η προϋπηρεσία ($p=0,048$) και το φύλο ($p=0,078$) των νοσοκομειακών στελεχών δεν επηρέαζε τις απόψεις τους σχετικά με την παρούσα και την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα. Η έρευνα κατέγραψε ως υφιστάμενο μοντέλο το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό και ως επιθυμητό αυτό των ανθρωπίνων πόρων, ανεξάρτητα από τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας ή το φύλο.

Η ιεραρχική θέση ($p=0,002<0,05$) φάνηκε να επηρεάζει διαφορετικά τις αντιλήψεις των στελεχών σχετικά με το υφιστάμενο οργανωσιακό μοντέλο κουλτούρας. Ενώ όλες οι ιεραρχικές θέσεις θεωρούσαν ότι επικρατεί το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας, οι τομεάρχες θεωρούσαν ότι το γραφειοκρατικό μοντέλο ισχύει σε μικρότερο βαθμό και έδωσαν ένα υψηλό ποσοστό στο μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας. Στην επιθυμητή όμως κατάσταση, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων υπερίσχυε έναντι των άλλων στο σύνολό τους σε όλες τις ιεραρχικές θέσεις.

Η υπηρεσία ($p=0,0005<0,05$) επηρέαζε την ισχύ των μοντέλων μόνο στην παρούσα κατάσταση. Το γραφειοκρα-

τικό μοντέλο ήταν πιο ισχυρό στην τεχνική, στην ιατρική και στη διοικητική υπηρεσία. Στη νοσηλευτική υπηρεσία, ενώ υπερίσχυε έναντι των άλλων τριών, το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων και το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας έλαβαν μεγαλύτερο βαθμό ισχύος απ' ό,τι στις άλλες τρεις υπηρεσίες. Συνεπώς, η νοσηλευτική υπηρεσία παρουσίαζε έναν πιο ασθενο-κεντρικό χαρακτήρα. Η καθημερινή επαφή των νοσηλευτών με τον ασθενή για την αντιμετώπιση της ασθένειας και η άμεση θεραπευτική αποτελεσματικότητα για την ανακούφισή της αναδείκνυαν το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας ως επίσης ισχυρό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κύριος σκοπός του παρόντος άρθρου ήταν η καταγραφή και η ανάλυση της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων, καθώς και η διερεύνηση του μοντέλου κουλτούρας που επιθυμούν τα στελέχη να διέπει τον οργανισμό στο προσεχές πενταετές χρονικό διάστημα.

Σύμφωνα με την έρευνα, τα δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν έναν εσωτερικό προσανατολισμό, τήρηση των κανόνων και διαδικασιών, εστίαση στον έλεγχο, την ιεραρχία, την προβλεψιμότητα και τη σταθερότητα. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος και το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας, που εστιάζουν στο εξωτερικό μακροπεριβάλλον και την ανάπτυξη του νοσοκομείου, καταγράφουν μικρά ποσοστά. Οι Cameron και Quinn³⁷ υποστηρίζουν ότι όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό σε ένα μοντέλο κουλτούρας τόσο ισχυρότερη είναι η κουλτούρα αυτή στον οργανισμό. Στη συγκεκριμένη έρευνα, το εύρος διαφοράς μεταξύ του γραφειοκρατικού μοντέλου και του μοντέλου των ανθρωπίνων πόρων που καταγράφηκε ως δεύτερη επιλογή κυμαίνεται περίπου στις 23 μονάδες, καταδεικνύοντας έτσι ότι η ισχύουσα κουλτούρα των δημόσιων νοσοκομείων είναι αυτή της ισχυρής κουλτούρας. Το ως άνω αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με αντίστοιχη έρευνα όπου παρουσιάζεται αδύναμη κουλτούρα στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.⁴¹

Το επιθυμητό μοντέλο οργάνωσης, σύμφωνα με τις απόψεις των στελεχών, είναι αυτό των ανθρωπίνων πόρων ή του συμμετοχικού management. Ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος και το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας με μικρή διαφορά μεταξύ τους. Το γραφειοκρατικό μοντέλο καταλαμβάνει την τελευταία θέση στις επιλογές των στελεχών. Η διαφορά του στην παρούσα με την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα είναι 28 ποσοστιαίες μονάδες, δηλαδή καταδεικνύεται ισχυρή και σαφής επιθυμία αλλαγής. Σύμφωνα με τους Cameron και

Quinn,³⁷ εάν το εύρος διαφοράς μεταξύ της παρούσας και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας υπερβαίνει τις 10 ποσοστιαίες μονάδες, υποδεικνύεται και η λήψη άμεσων μέτρων προώθησης της αλλαγής της κουλτούρας.

Διαφαίνεται λοιπόν η επιθυμία αλλαγής του γραφειοκρατικού μοντέλου οργάνωσης προς την κατεύθυνση του μοντέλου του συμμετοχικού management, το οποίο όμως θα εμπεριέχει στοιχεία ευελιξίας, δημιουργικότητας, δυναμισμού και ανταγωνιστικότητας, δηλαδή στοιχεία και από τα άλλα δύο μοντέλα (ανοικτού συστήματος και στόχων/αποδοτικότητας). Αν και η εστίαση παραμένει στο εσωτερικό των νοσοκομείων, παράλληλα καταγράφεται και η επιθυμία εστίασης στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Από τα προαναφερθέντα, συμπεραίνεται η επιθυμία συνύπαρξης δύο ή περισσότερων μορφών κουλτούρας. Ο επιθυμητός στόχος εστιάζει στην ανάπτυξη και την επέκταση, αλλά ταυτόχρονα και στην επιθυμία εφαρμογής τυπικών κανόνων επικοινωνίας μεταξύ των μελών του οργανισμού και ελέγχου των πληροφοριών.

Συνεπώς, στην παρούσα έρευνα αναγνωρίζεται με ενάργεια η θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών ή η θεωρία του παράδοξου μοντέλου των Cameron και Quinn, που υποστηρίζει ότι οι οργανισμοί οδηγούνται ταυτόχρονα σε ανταγωνιστικές κατευθύνσεις και περιέχουν παράλληλα ποικίλα χαρακτηριστικά. Οι οργανισμοί σαφώς και είναι δυναμικοί και πολύπλοκοι, και από τους ηγέτες απαιτείται να ανταποκρίνονται σε διαφορετικούς ρόλους και σε πολλαπλές καταστάσεις. Η συμπεριφορική αυτή πολυπλοκότητα απαιτεί πολλές φορές διαφορετικές ανταγωνιστικές συμπεριφορές. Η ηγεσία μπορεί από τη μια πλευρά να διαχειρίζεται ορθολογικά την καθημερινή λειτουργία των οργανισμών βασιζόμενη στους πόρους του οργανισμού και από την άλλη πλευρά να επιδιώκει την ισορροπία μεταξύ των ανταγωνιστικών προσδοκιών που ενυπάρχουν στον οργανισμό.

Με βάση την εν λόγω προσέγγιση, οι ηγέτες των δημόσιων νοσοκομείων πρέπει να σχεδιάζουν μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα, να είναι άκαμπτοι και εύκαμπτοι, αποκεντρωμένοι και συγκεντρωτικοί, να προσδιορίζουν τους στόχους με τους διαθέσιμους πόρους και να ενδιαφέρονται τόσο για την ικανοποίηση των εργαζομένων όσο και για τις ανάγκες των ασθενών.

Η έρευνα δεν κατέγραψε την ύπαρξη υποκουλτούρων στα υπό εξέταση δημόσια νοσοκομεία. Ως υποκουλτούρα ορίζεται μια ομάδα ανθρώπων που διαθέτουν ιδιαίτερα κοινά χαρακτηριστικά ανεξάρτητα από τη γενικότερη κουλτούρα που διαθέτει ο οργανισμός. Η κουλτούρα, ιδιαίτερα στην υφιστάμενη κατάσταση, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «ενοποιημένη κουλτούρα»,⁴² δηλαδή

ως μια κουλτούρα με ευρεία συνείδηση των αξιών, της νοοτροπίας και των συμπεριφορών εντός του οργανισμού. Και οι τέσσερις διευθύνσεις των νοσοκομείων ήταν προσανατολισμένες στο γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας. Παρ' όλα αυτά, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες των νοσοκομείων εφαρμόζαν, έστω και άτυπα, σε πρωτογενές επίπεδο, αξίες του συμμετοχικού μοντέλου και του μοντέλου στόχων/αποδοτικότητας για την εξυπηρέτηση των ασθενών.

Αναφορικά με τις έξι διαστάσεις του εργαλείου στην παρούσα κατάσταση, το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας υπερίσχυε έναντι των άλλων. Συνεπώς, στην παρούσα κατάσταση καταγράφηκε 100% συμφωνία και στις έξι διαστάσεις του εργαλείου. Στην επιθυμητή κατάσταση, καταγράφηκε 83% συμφωνία μεταξύ των έξι διαστάσεων. Η διάσταση «κυρίαρχο στοιχείο των νοσοκομείων» διαφοροποιήθηκε από τις υπόλοιπες, προβάλλοντας ως πρώτη επιθυμητή επιλογή το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας. Η εστίαση στην εν λόγω διάσταση επικεντρώθηκε στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, με έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, την επίτευξη των στόχων, την καινοτομία και την ανάπτυξη των τμημάτων. Γενικότερα, αναλύοντας τα αποτελέσματα έρευνας, στην επιθυμητή κατάσταση ανά διάσταση, διαπιστώθηκε ότι τα νοσοκομειακά στελέχη:

Επιθυμούσαν το κύριο χαρακτηριστικό του νοσοκομείου, δηλαδή το κλίμα που θα επικρατεί, να είναι η υποστήριξη της συμμετοχικότητας στη λήψη αποφάσεων, οι ευκαιρίες για πρωτοβουλίες, η δυνατότητα να είναι ανταγωνιστικά και δυναμικά και να αναλαμβάνουν καινοτόμες αποφάσεις με έμφαση στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα της εργασίας τους.

Αναζητούσαν μια ηγεσία η οποία, ενώ θα συντονίζει και θα οργανώνει τις καθημερινές λειτουργίες και τις διαδικασίες του νοσοκομείου, ταυτόχρονα δεν θα διστάζει να συμβάλλει με τις αποφάσεις της στην ανταγωνιστικότητα, να δίνει έμφαση στα αποτελέσματα των εργασιών, να καινοτομεί, να αναλαμβάνει κινδύνους, υπό το πρίσμα του συμμετοχικού management. Επιθυμούσαν ουσιαστικά μια χαρισματική ηγεσία με εστίαση τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

Επιθυμούσαν η διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων να χαρακτηρίζεται από ομαδικότητα, συναίνεση, συμμετοχή, καινοτομία, ατομική πρωτοβουλία, ελευθερία, πρωτοτυπία, με έμφαση στην παραγωγή και στην επίτευξη των στόχων, με σεβασμό στην ατομική αξία κάθε μέλους του νοσοκομείου. Θεωρούσαν ότι το κυρίαρχο στοιχείο του νοσοκομείου, αυτό που πραγματικά τους κινητοποιεί, οφείλει να είναι η δέσμευση και η πίστη στον οργανισμό, καθώς και η έμφαση στην καινοτομία και στην ανταγωνιστικότητα.

Θεωρούσαν ότι η στρατηγική του νοσοκομείου θα πρέπει να προσανατολιστεί στο εξωτερικό περιβάλλον, ώστε να υπάρξει άντληση νέων πόρων και νέων ευκαιριών με ανταγωνιστικές δράσεις και επικράτηση στον τομέα της υγείας μέσω της ανάπτυξης και της συμμετοχής των ανθρωπίνων πόρων. Θεωρούσαν δε ως κριτήρια μελλοντικής επιτυχίας την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων, την ομαδικότητα και τη δέσμευση των μελών, το χαμηλό κόστος λειτουργίας, την αξιοπιστία στην παροχή υπηρεσιών και τον καλό προγραμματισμό.

Το κύριο και ουσιώδες συμπέρασμα της έρευνας είναι

η διαπίστωση καθολικής επιθυμίας αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας, από την πλευρά των ανώτερων και ανώτατων στελεχών. Το γραφειοκρατικό μοντέλο που είναι εδραιωμένο, με τη δυσκαμψία του, το φόβο για εκσυγχρονιστικές πρωτοβουλίες και μεταρρυθμίσεις και τον περιορισμένο βαθμό αξιοποίησης των ανθρωπίνων πόρων, αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα ανάσχεσης της ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομειακού συστήματος, δηλαδή αποτελεί αιτία αναπτυξιακού περιορισμού του κυριότερου συντελεστή της παραγωγικής διαδικασίας.

ABSTRACT

Investigation of the organizational culture of general public hospitals

A. GOULA,¹ B. KEFIS,² A. STAMOULI,¹ G. PIERRAKOS,¹ M. SARRIS¹

¹Department of Health and Welfare Units Management, Technological Educational Institute of Athens, Athens,

²Department of Public Administration, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(4):452–460

OBJECTIVE To analyze the current organizational culture of general public hospitals and investigate the model of culture that the hospital executives wish to see prevailing in the next 5-year period. **METHOD** The survey was conducted in 20 general public hospitals of the region of Athens. The study sample consisted of 541 senior executives of the four departments of each hospital (medical, nursing, administrative, technical). The executives were asked to provide assessment using the organizational culture assessment instrument (OCAI), based on the competing values framework of Cameron and Quinn. **RESULTS** The dominant organizational culture in the hospitals surveyed can be described by the “bureaucratic culture” model (47.05% of respondents). The “clan culture” came second (23.76%) and the “entrepreneurial-adhocracy culture” model and the “market culture” model scored 11.79% and 17.3%, respectively. The desired culture model, in contrast, was reported to be the clan culture or participatory model (31.11%), followed by the entrepreneurial-adhocracy culture model (25.08%), the market culture model (24.42%) and, least desirable, the bureaucratic culture model (19.4%). **CONCLUSIONS** Currently, the general public hospitals are characterized by internal orientation, observance of rules and processes and a focus on control hierarchy, predictability and stability. The models of entrepreneurial-adhocracy culture and market culture, which both focus on the exterior macro-environment and growth for the hospital, record small percentages. As far as the future is concerned, hospital executives would like to see a change from the bureaucratic culture model of organization towards the participatory model, which would include elements of flexibility, creativity, dynamism and competitiveness that are inherent in the other two models, entrepreneurial-adhocracy and market. The focus appears to remain on the internal environment of the hospitals, but at the same time there is evidence of a wish to look also into the external environment of hospital.

Key words: Models of culture, Organizational change, Organizational climate, Organizational culture, Public hospitals

Βιβλιογραφία

- CARNEY M. Understanding organizational culture: The key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery? *J Nurs Manag* 2006, 14:23–33
- ΧΥΤΗΡΗΣ Λ. *Οργανωσιακή συμπεριφορά*. Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα, 2001:90
- ΖΑΒΛΑΝΟΣ Μ. *Οργανωτική συμπεριφορά*. Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2002:24
- SCOTT K, MANNION R, DAVIES H, MARSHALL M. The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Serv Res* 2003, 38:923–945
- OUCHI W, WILKINS A. Organizational culture. *Annu Rev Sociol* 1985, 11:457–483

6. COOKE RA, ROUSSEAU DM. Behavioral norms and expectations: A quantitative approach to the assessment of organizational culture. *Group Organ Manage* 1988, 13:245–273
7. ARGYRIS C, SCHON D. *Organizational learning: A theory of action perspective*. Addison-Wesley, Reading, MA, 1978:25
8. JONES G. *Organizational theory, design, and change*. 6th ed. Pearson, New Jersey, 2010:30
9. ΚΟΤΤΕΡ J. *Ηγέτης στις αλλαγές*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2001:160
10. VAN DEN BERG P, WILDEROM C. Defining, measuring, and comparing organisational cultures. *J Appl Psychol: An International Review* 2004, 53:570–582
11. SCHEIN E. *Organizational culture and leadership*. 3rd ed. Jossey-Bass, San Francisco, 2004:19
12. CAMERON K. *A process for changing organizational culture. The handbook of organizational development*. Michael Driver ed, 2004:2
13. PFEFFER J, O'REILLY C. Hidden value. Business School Press, Boston, Harvard, 2000. Στο: Παπαδάκης ΜΒ (Συντ.) *Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και διεθνής εμπειρία*. Εκδόσεις Μπένου Ε, Αθήνα, 2007:615
14. PLATONOVA EA, HERNANDEZ RS, SHEWCHUK RM, LEDDY KM. Study of the relationship between organizational culture and organizational outcomes using hierarchical linear modeling methodology. *Qual Manag Health Care* 2006, 15:200–209
15. ΜΠΟΥΡΑΝΤΑΣ Δ. *Μάνατζμεντ*. Εκδόσεις Μπένου Ε, Αθήνα, 2002:551
16. MIROSHNIK V. Culture and international management: A review. *Journal of Management Development* 2002, 21:521–544
17. DENISON DR, MISHRA AK. Toward a theory of organizational culture and effectiveness. *Organ Sci* 1995, 6:204–223
18. OGBONNA E, HARRIS L. Leadership style, organizational culture and performance: empirical evidence from UK companies. *Int J Hum Resour Man* 2000, 11:766–788
19. DEAL TE, KENNEDY AA. *The new corporate cultures*. Reading MA, Perseus Books, London, 1999:109–117
20. MANLEY K. Organisational culture and consultant nurse outcomes. Part 1: Organisational culture. *Nurs Stand* 2000, 14:34–38
21. MATHEW J. The relationship of organisational culture with productivity and quality: A study of Indian software organisations. *Employee Relat* 2007, 29:677–695
22. BARNEY J. Organizational culture: Can it be a source of sustained competitive advantage? *Acad Manag Rev* 1986, 11:656–665
23. BOAN D, FUNDERBURK F. Healthcare quality improvement and organisational culture. Insights. Delmarva Foundation, Washington, DC, 2003:1–17. Available at: http://www.delmarva-foundation.org/html/content_pages/pdf_documents/organizational_culture.pdf
24. SCOTT K, MANNION R, DAVIES H, MARSALL M. *Healthcare performance and organisational culture*. Radcliffe Medical Press, Oxon, 2003:1
25. DAVIES HT, MANNION R, JACOBS R, POWELL AE, MARSHALL MN. Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. *Med Care Res Rev* 2007, 64:46–65
26. SHORTELL SM, O'BRIEN JL, CARMAN JM, FOSTER RW, HUGHES EF, BOERSTLER H ET AL. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation. *Health Serv Res* 1995, 30:377–401
27. RONDEAU KV, WAGAR TH. Hospital chief executive officer perceptions of organizational culture and performance. *Hosp Top* 1998, 76:14–21
28. GOODMAN EA, ZAMMUTO RF, GIFFORD BD. The competing values framework: Understanding the impact of organizational culture on the quality of work life. *Organizational Development Journal* 2001, 19:58–68
29. GIFFORD BD, ZAMMUTO RF, GOODMAN EA. The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *J Healthc Manag* 2002, 47:13–25
30. METERKO M, MOHR DC, YOUNG GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care* 2004, 42:492–498
31. MANNION R, DAVIES H, MARSHALL M. *Cultures for performance in health care*. Open University Press, McGraw-Hill Education, London, 2005:13, 161–178
32. MANNION R, DAVIES H, MARSHALL M. *Cultures for performance in health care: Evidence on the relationships between organizational culture and performance in the NHS*. The University of York, York, 2007:25
33. BADHAM J, WALL D, SINFIELD M, LANCASTER J. The essence of care in clinical governance. *Clinical Governance: An International Journal* 2006, 11:22–29
34. GEROWITZ MB. Do TQM interventions change management culture? Findings and implications. *Qual Manag Health Care* 1998, 6:1–11
35. DAVIES H, MANNION R, JACOBS R, POWELL AE, MARSHALL MN. Does hospital organizational culture influence hospital performance? Lessons from the UK. Academy Health Meeting, 2003:20
36. LAWRENCE KA, LENK P, QUINN R. Behavioral complexity in leadership: The psychometric properties of a new instrument to measure behavioral repertoire. *Leadership Quart* 2009, 20:87–102
37. CAMERON K, QUINN R. *Diagnosing and changing organizational culture*. Jossey-Bass, San Francisco, 2006:95, 23–30, 71
38. O'NEILL RM, QUINN RE. Editor's note: Applications of the competing values framework. *Hum Resour Manage* 1993, 32:1–7
39. KWAN P, WALKER A. Validating the competing values model as a representation of organizational culture through inter-institutional comparisons. *International Journal of Organizational Analysis* 2004, 12:21–39
40. PHILIPPIDOU S, SÖBERQUIST KE, PRASTACOS GP. Towards new public management in Greek public organizations: Leadership versus management, and the path to implementation. *Public Organization Review: A Global Journal* 2004, 4:317–337
41. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ Α, ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ Ε, ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ Γ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2011, 28:70–78
42. MARTIN J. *Cultures in organizations: Three perspectives*. Oxford University Press, New York, 1992:88

Corresponding author:

A. Goula, 14 Tzavela street, GR-151 24 Marousi, Greece
e-mail: agoula@teiath.gr