



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΓΓΕΛΙΚΗΣ Π. ΔΡΕΛΙΩΖΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΠΕ, MScN, MScHSM

Μάρτιος 2014

ΣΠΑΡΤΗ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΓΓΕΛΙΚΗΣ Π. ΔΡΕΛΙΩΖΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΠΕ, MScN, MScHSM

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ (Επιβλέπων)
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ (Μέλος)
ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ, Ph.D (Μέλος)

Μάρτιος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΑΓΓΕΛΙΚΗ Π. ΔΡΕΛΙΩΖΗ, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (σχετικές οι διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82).

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω, έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτήθηκε έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ (Επιβλέπων)

ΕΛΕΝΗ ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΠΑΤΗΡΑΚΗ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΡΩΝΗ, ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ, ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ, ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Στην ανάμνηση του Πατέρα μου

*«Ἐστὶν ἄρα ἡ ἀρετὴ ἕξις προαιρετικὴ,
ἐν μεσότητι οὕσα τῇ πρὸς ἡμᾶς,
ὠρισμένη λόγῳ»*

Αριστοτέλης, Ηθικά Νικομάχεια, Β 6, 14-16

Η έννοια της Κλινικής Διακυβέρνησης (ΚΔ) έχει αναπτυχθεί διεθνώς με ιδιαίτερα γοργούς ρυθμούς κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών σε θεωρητικό, ακαδημαϊκό και πρακτικό επίπεδο. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ο κλινικός έλεγχος, η εφαρμογή της βασισμένης σε ενδείξεις πρακτικής, η διαχείριση κινδύνων, η ασφάλεια των ασθενών, η προαγωγή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ανάπτυξης, που αποτελούν κάποια από τα στοιχεία της ΚΔ, προβάλλουν ως λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο Τομέας Υγείας.

Αν και η ΚΔ δεν συναντάται σε φιλοσοφικά κείμενα, η έννοια της ἀρετῆς ως ἀπαραίτητου χαρακτηριστικού των κυβερνώντων και της ἐνάρετης δράσης τους για την ἐξυπηρέτηση του κοινού καλού, αποτελεί ἀρχή της ἀρχαιοελληνικῆς φιλοσοφίας. Ὑπό το πρίσμα αὐτό, ἡ έννοια της ΚΔ ως πλαίσιο πολιτικῶν και διαδικασιῶν που προάγουν τὴν ποιότητά των παρεχόμενων υπηρεσιῶν -και κατ' ἐπέκταση τὴν εὐδαιμονία των ἀτόμων- ἐνυπάρχει τόσο στην ἀρχαία ἐλληνικὴ πολιτικὴ φιλοσοφία ὅσο και στην πολιτικὴ δράση. Ἡ έννοια της ἀρετῆς συναντάται στα φιλοσοφικά κείμενα του Πλάτωνα και του Ἀριστοτέλη, ὅπου ο κυβερνήτης και ὡς ἐκ' τούτου και ἡ διακυβέρνηση δεν ἐπιδιώκει τὴν ἀπόκτηση δύνამης ἀλλὰ τὸ κοινὸ καλὸ. Ἡ ἐνάρετη ζοή ἐπιτυγχάνεται στην κοινωνία μέσω του συνδυασμοῦ της λογικῆς με τὴν ἀρετὴ και ὁ τελικὸς σκοπὸς των πράξεων του ἀνθρώπου εἶναι ἡ εὐδαιμονία δηλαδὴ τὸ εὖ ζῆν και τὸ εὖ πράττειν τὸ ὁποῖο ἀποτελεῖ «*τὸ τέλειο και αὐτάρκες αγαθὸ*». Ἡ διαφοροποίηση του ἀνθρώπου ἀπὸ τα ἄλλα εἶδη εἶναι τὸ «*λόγον ἔχον*», «αὐτὸ που ἔχει ὀρισμένο σχέδιο ἢ κανόνα». Τέλος, ἡ διαδικασία αὐτὴ δεν πρέπει να ἐκδηλώνεται ἀποσπασματικά, ἀλλὰ να καταστῆ συνήθεια.

Οι πολιτικὲς ιδέες του Ἀριστοτέλη προσφέρουν, ἐνδεχομένως, τα πρῶτα ψήγματα της έννοιας της Κλινικής Διακυβέρνησης. Ὁ σταθερὸς προσανατολισμὸς σε ἓνα ξεκάθαρο ὄραμα των ὀργανισμῶν παροχῆς υπηρεσιῶν υγείας, ὁ σχεδιασμὸς, ἡ εφαρμογὴ προτύπων, ἡ υποστήριξη του ρόλου της εκπαίδευσης και της διαπαιδαγώγησης των επαγγελματιῶν υγείας για τὴν ἀνάπτυξη ἠθικῶν ἀρχῶν, τὴ δημιουργία των κατάλληλων «*ἀρετῶν*», στάσεων, γνώσεων και δεξιοτήτων και ὁ «*εθισμὸς*» σε αὐτά, αποτελοῦν στοιχειῶδεις

προϋποθέσεις για την παροχή του τέλειου και αυτάρκους αγαθού, που είναι οι «άριστες» υπηρεσίες υγείας, οι οποίες τοποθετούνται «εν μεσότητι». Στο πνεύμα του Αριστοτέλη, ο όρος «διασφάλιση της ποιότητας» που υποδήλωνε ότι η ποιότητα της φροντίδας μπορούσε να είναι εγγυημένη απεδείχθη ουτοπικός, έτσι ο όρος αυτός εξέπεσε της εύνοιας και αντικαταστάθηκε από τον όρο «συνεχής βελτίωση της ποιότητας».

Η παρούσα μελέτη δε θα μπορούσε να υλοποιηθεί, χωρίς την πολύτιμη συμμετοχή των μελών ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας των Νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα. Προς όλους τους συναδέλφους, εκφράζω τις πιο θερμές μου ευχαριστίες, γιατί εθελοντικά αφιέρωσαν πολύτιμο και σπάνιο χρόνο, για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Ευχαριστώ τον Λέκτορα του Πανεπιστημίου του Μπέρμιγχαμ Tim Freeman, για τη συνεργασία του με την ευγενική παραχώρηση του ερευνητικού εργαλείου στο οποίο βασίστηκε αυτή η μελέτη. Θα ήθελα ιδιαίτερος να ευχαριστήσω τον Γενικό Διευθυντή του ομίλου ΙΑΣΩ, Πασχάλη Μπουχώρη και το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιασώ General για την έγκριση διεξαγωγής της μελέτης και τις κυρίες Νότα Μπακαράκη και Σάσα Τσιλιμιδού για την ευγένεια και την αμεσότητα, με την οποία χειρίστηκαν την υπόθεση του προσανατολισμού και της καθοδήγησης στο χώρο του Νοσοκομείου. Ομοίως, θα ήθελα να ευχαριστήσω το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΓΝΠ «Γζάνειο» για την έγκριση διεξαγωγής της μελέτης, την κ. Κωνσταντίνα Κωνσταντοπούλου, τους εξαιρετικούς συναδέλφους κ. Γιάννη Νάστο και τις κυρίες Παναγιώτα Παπαδημητρίου και Ρόη Κουτρομπέλη για τη βοήθεια που μου παρείχαν κατά τη συλλογή στοιχείων από το Νοσοκομείο τους.

Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω για τη σημαντική συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας Διατριβής τη Διοίκηση και το Υπηρεσιακό Συμβούλιο της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου για τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας. Ιδιαίτερος ευχαριστώ, τη Διευθύντρια Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού της 2^{ης} Δ.Υ.ΠΕ., κ. Βασιλική Θεοδωροπούλου για την αμέριστη στήριξή της το τελευταίο κρίσιμο διάστημα για την υποστήριξη της διατριβής αυτής.

Ευχαριστώ τον Δρα Πέτρο Γαλάνη για τις πολύτιμες συμβουλές του και την ουσιαστική βοήθειά του σε θέματα στατιστικής επεξεργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στους εκλεκτούς συναδέλφους Νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες που προέρχονται κυρίως από το χώρο της υγείας, οι οποίοι, είτε συμμετείχαν στην ομάδα των ειδικών, είτε συνέβαλλαν στη μετάφραση του ερωτηματολογίου.

Στον Καθηγητή Νικόλαο Μανιαδάκη εκφράζω τις ευχαριστίες μου για την άψογη συνεργασία και την ουσιαστική βοήθειά του.

Εκφράζω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στην Δρα Όλγα Σίσκου για την αμέριστη βοήθεια, συμπαράσταση, την ενδυνάμωση, την προθυμία, υπομονή και την επιμονή, η οποία συνεισέφερε τα μέγιστα για τη διεξαγωγή της μελέτης με τις κρίσιμες παρατηρήσεις και υποδείξεις της.

Τις πιο θερμές ευχαριστίες εκφράζω στον επιβλέποντα της Διδακτορικής μου Διατριβής, ο οποίος, με τη συνεχή καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές του και το αμείωτο ενδιαφέρον του, συνέβαλε καθοριστικά στην ολοκλήρωση της μελέτης αυτής. Η κριτική του αντίληψη και η μεθοδικότητα του τρόπου εργασίας του, είχαν επέδρασαν καταλυτικά στην ανάπτυξη της ερευνητικής μου δραστηριότητας και θα αποτελούν παρακαταθήκη για την εν γένει επαγγελματική μου πορεία.

Είμαι ευγνώμων στους στενούς μου φίλους, που με στήριξαν στην προσπάθεια μου αυτή και με βοήθησαν να ολοκληρώσω το εγχείρημα αυτό. Τέλος, νιώθω τυχερή που η οικογένειά μου είναι κάθε στιγμή δίπλα μου, αποδέχεται και στηρίζει τις επιλογές μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	19
1. ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ...20	
1.1 Εταιρική Διακυβέρνηση (ΕΔ)	20
1.1.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση της ΕΔ	20
1.1.2 Η αναγκαιότητα ανάπτυξης της ΕΔ.....	21
1.1.3 Απώτεροι στόχοι της ΕΔ.....	22
1.1.4 Οι αρχές της ΕΔ.....	23
1.1.5 Μοντέλα και συστατικά στοιχεία της ΕΔ	24
1.1.6 Ελληνική Νομοθεσία και ΕΔ.....	29
1.2. Κλινική Διακυβέρνηση (Clinical Governance).....	30
1.2.1 Κλινική Διακυβέρνηση: εννοιολογική αποσαφήνιση.....	31
1.2.2 Εταιρική, Κλινική και Ολοκληρωμένη διακυβέρνηση	33
1.2.3 Η Οργανωσιακή Διάσταση της Κλινικής Διακυβέρνησης.....	33
1.2.4 Κλινική Διακυβέρνηση και Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	37
1.2.5 Ειδικά θέματα που σχετίζονται με την ΚΔ	39
1.2.5. Ασφάλεια Ασθενών, Διαχείριση Κινδύνων και Λαθών.....	54
2. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	59
2.1 Εισαγωγή.....	59
2.2 Οργανωσιακή κουλτούρα: εννοιολογική αποσαφήνιση	60
2.2.1 Ορισμοί Οργανωσιακής Κουλτούρας	63
2.2.2 Χαρακτηριστικά της κουλτούρας	64
2.2.3 Μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας	64
2.3 Οργανωσιακό κλίμα.....	68
2.3.1 Προσεγγίσεις στον ορισμό του οργανωσιακού κλίματος	69

2.3.2 Σύγκριση Οργανωσιακής κουλτούρας και Οργανωσιακού Κλίματος.....	70
2.3.3 Προσεγγίσεις μελετητών για τον προσδιορισμό και την αξιολόγηση του οργανωσιακού κλίματος	73
2.3.4 Οργανωσιακό κλίμα στις υπηρεσίες υγείας	78
3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΣΥ81	
3.1 Ιστορική εξέλιξη.....	81
3.2 Χαρακτηριστικά κλίματος του ΕΣΥ.....	84
4. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ.....	86
4.1 Αναγκαιότητα εργαλείων.....	86
4.2 Μέτρηση κλίματος ΚΔ	87
4.3 Μέτρηση οργανωσιακού κλίματος σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας95	
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	99
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	100
5.1 Σκοπός της μελέτης	100
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	100
5.3 Σχεδιασμός μελέτης.....	101
5.4 Επιλογή του δείγματος.....	101
5.5 Η Δειγματοληψία.....	105
5.6 Το ερωτηματολόγιο	108
5.6.1. Αξιοπιστία και εγκυρότητα	110
5.7 Στατιστική ανάλυση.....	111
5.8 Περιορισμοί.....	114
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	115
6.1 Τα Δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού	115
6.2 Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής για τη διερεύνηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης	118
6.3 Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων.....	137

6.4 Κατάταξη των παραγόντων του ερωτηματολογίου εκτίμησης του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης	145
6.5 Τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχετίσεων.....	149
6.5.1 Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων»	149
6.5.2 Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης.....	152
6.6. Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».....	154
6.6.2 Τα αποτελέσματα της Πολυμεταβλητής ανάλυσης	156
6.7 Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών»	158
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΣΥΖΗΤΗΣΗ	162
7.1. Περιγραφική στατιστική	162
7.2 Ανάλυση Παραγόντων και Συσχετίσεις.....	162
7.3 Επίλογος.....	175
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	176
ABSTRACT	180
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	183

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

CG	Corporate Governance
CG	Clinical Governance
CGCQ	Clinical Governance Climate Questionnaire
EFQM	European Foundation for Quality Management
ISAR	Intergovernmental Working Group of Experts on International Standards of Accounting and Reporting.
ICGN	International Corporate Governance Network.
ICGN	International Corporate Governance Network
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
NAO	National Audit Office.
NHS	National health System
NICE	National Institute for Health and Care Excellence.
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OPCG	Organisation Progress in Clinical Governance,
UN	United Nations
ACSQHC	Australian Council for Safety and Quality in Health Care
NHS	National health Service
NICE	National Institute of health and Care Excellence.
EKEBYA	Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών.
ΕΔ	Εταιρική Διακυβέρνηση.
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
ΚΔ	Κλινική Διακυβέρνηση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγείας διεθνώς αντιμετωπίζουν προκλήσεις για τη βελτίωση της ποιότητας και ασφάλειας στις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες. Αρκετές προσεγγίσεις όπως η βασισμένη σε ενδείξεις πρακτική, ο κλινικός έλεγχος, η εφαρμογή πρωτοκόλλων, η διαχείριση κινδύνων, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, η αναστοχαστική (reflective) πρακτική αξιώνουν ότι προσφέρουν λύσεις. Η Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ) είναι μια νέα ονομασία που περικλείει το σύνολο των παραπάνω προσεγγίσεων, έχει ως σκοπό να ευαισθητοποιήσει τους εργαζόμενους του τομέα υγείας στην εφαρμογή όλων των παραπάνω δραστηριοτήτων και να τους καταστήσει υπόλογους για την ποιότητα της παρεχόμενης στα άτομα φροντίδας (Smith and Harris, 1999). Η ατζέντα της ΚΔ είναι προσανατολισμένη προς ένα ολοκληρωμένο σχέδιο για τη βελτίωση της ποιότητας και χρησιμοποιεί εργαλεία όπως την ηγεσία, την ανάπτυξη ομάδας, τη διάχυση γνώσεων που αφορούν στα πλέον σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, τις δεξιότητες κλινικού ελέγχου και διαχείρισης κινδύνων (Firth-Cozens, 1999). Η αποτελεσματική διαχείριση κινδύνων και η διαχείριση των λαθών συνθέτουν τη βάση της κλινικής διακυβέρνησης ως κύρια απαιτούμενα για την ασφάλεια των ασθενών. Η ανάπτυξη της ΚΔ απαιτεί το συνδυασμό διαφορετικών πτυχών της ποιότητας, την καθιέρωση νέων συστημάτων αναγνώρισης καλής και κακής φροντίδας και την προώθηση των αναγκαίων αλλαγών στην οργανωσιακή κουλτούρα. Αυτή η διαδικασία προωθεί νέες αντιλήψεις σε κάθε οργανωτικό επίπεδο και την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων. Οι αναπτυξιακές ανάγκες για τη βελτίωση της ποιότητας στο πλαίσιο της ΚΔ, μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων, λόγω των διαφορετικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων που έχουν αυτές.

Για να καταστεί περισσότερο κατανοητή η σύνθετη έννοια της ΚΔ, στο θεωρητικό μέρος της διατριβής, αναλύεται αρχικά η έννοια της Εταιρικής Διακυβέρνησης (*Corporate Governance*), αφού στο χώρο της υγείας, η ΚΔ είναι η έκφραση της Εταιρικής Διακυβέρνησης. Η Ελληνική πολιτεία, έχει θεσμοθετήσει την εφαρμογή της Εταιρικής Διακυβέρνησης στις εισηγμένες στο Χρηματιστήριο εταιρίες. Με τον τρόπο αυτό, οι Ελληνικές επιχειρήσεις υποχρεούνται να ακολουθήσουν μία σειρά κανόνων Εταιρικής Διακυβέρνησης στοχεύοντας έτσι στην αύξηση της ανταγωνιστικότητάς τους, στη διαμόρφωση μιας καλύτερης εταιρικής εικόνας, και στη βελτίωση της αξιοπιστίας τους. Η ανάγκη για την ύπαρξη ενός τέτοιου πλαισίου και στα νοσοκομεία και γενικότερα στην

«αγορά» της υγείας, που θα καθιστά τους Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως υπεύθυνους για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας όλου του φάσματος των υπηρεσιών τους, μπορεί να ικανοποιηθεί από την ανάπτυξη κι εφαρμογή της Κλινικής Διακυβέρνησης. Σε επόμενο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους αναλύεται εκτενώς η πολυδιάστατη έννοια της Κλινικής Διακυβέρνησης, η οποία αποτελεί ένα μεθοδολογικό πλαίσιο για τη συνεχή ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Προκειμένου να εφαρμοσθεί η ΚΔ θα πρέπει να προσδιορισθούν και να αναθεωρηθούν –όπου απαιτείται- οι διαδικασίες που εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες υγείας.

Το κλίμα ορίζεται ως η κοινή αντίληψη πραγμάτων από τους εργαζόμενους, οι εφαρμοζόμενες τυπικές και άτυπες πρακτικές, οι πολιτικές και οι διαδικασίες σε έναν οργανισμό. Συνεπώς, για να εφαρμοσθεί η ΚΔ προαπαιτείται: α) ο προσδιορισμός και β) ο μετασχηματισμός -αν κριθεί αναγκαίος- του κρατούντος κλίματος. Σε επόμενο κεφάλαιο της διατριβής αναπτύσσονται οι έννοιες του οργανωσιακού κλίματος το οποίο αποτελεί υποδιάσταση της οργανωσιακής κουλτούρας, οι διαφορές τους και τέλος, τα εργαλεία και μέθοδοι αξιολόγησής τους. Τέλος, μέσα από μια συνοπτική σκιαγράφηση της δομής και της αποστολής του ΕΣΥ επιχειρείται να εντοπισθούν οι στόχοι του που σχετίζονται με την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας και να χαρακτηριστεί το γενικότερο κλίμα μέσα από τη διαδικασία των αλλαγών, όπως αποτυπώνονται από τους ισχύοντες Νόμους και Σχέδια των αλλαγών αυτών.

Στο ειδικό μέρος της διατριβής, επιχειρείται ο προσδιορισμός των γνωρισμάτων της κλινικής διακυβέρνησης τα οποία έχουν ενσωματωθεί στο υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα των νοσοκομείων καθώς και η σύγκριση μεταξύ του υφιστάμενου οργανωσιακού κλίματος -ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης - σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Μετά την ενδελεχή βιβλιογραφική αναζήτηση σε διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (CINAHL, Pubmed, Scopus) και γκρίζα βιβλιογραφία, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: clinical governance, quality in health care, human resources management, organizational culture, organizational climate, ΚΔ, διοίκηση ανθρωπίνων πόρων, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, οργανωσιακή κουλτούρα, οργανωσιακό κλίμα. (χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε η περίοδος 2000-2012), καταλήξαμε στη τη χρησιμοποίηση του εργαλείου - ερωτηματολόγιου - μέτρησης CGCQ (Clinical Governance Climate Questionnaire) ως το πλέον κατάλληλο, για το προσδιορισμό των γνωρισμάτων της κλινικής διακυβέρνησης τα οποία έχουν ενσωματωθεί στο υφιστάμενο οργανωσιακό

κλίμα των νοσοκομείων καθώς και η σύγκριση μεταξύ του υφιστάμενου οργανωσιακού κλίματος -ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης - σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Στη συνέχεια περιγράφεται η μεθοδολογία της ποσοτικής συγχρονικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε (n=459) επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε ένα Δημόσιο και ένα Ιδιωτικό νοσοκομείο της Αττικής με όμοια συνάρτηση παραγωγής. Σε επόμενη υποενότητα αναπτύσσεται η μεθοδολογία ανάλυσης των απαντήσεων των εργαζομένων, η οποία αρχικά, πραγματοποιήθηκε με την περιγραφική στατιστική ενώ στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση παραγόντων. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις για όσες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές βρέθηκαν κατά τις διμεταβλητές αναλύσεις ότι σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις εξαρτημένες.

Η βασική θέση η οποία επιχειρείται να αναδειχθεί με την παρούσα μελέτη αφορά στον καθοριστικό ρόλο των απόψεων των επαγγελματιών υγείας –οι οποίες διαμορφώνουν το κλίμα του οργανισμού- στο σχεδιασμό και εφαρμογή δράσεων για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας και ως εκ τούτου της ΚΔ. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητες, αφού αυτοί αποτελούν τους κύριους και άμεσους παράγοντες της παρεχόμενης φροντίδας. Η εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας οφείλει να περιλαμβάνει στο σχεδιασμό της τακτικές διαγνωστικές εκτιμήσεις του κλίματος ΚΔ με τη χρήση ειδικών εργαλείων. Οι εκτιμήσεις αυτές θα προσανατολίσουν αρχικά και θα αξιολογούν στη συνέχεια, την εφαρμογή των προγραμματισμένων δράσεων για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και θα παρέχουν τη δυνατότητα για συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) των νοσοκομείων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα προσεγγίσουμε αρχικά την έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης (ΕΔ), τις αρχές που τη διέπουν καθώς και το σημαντικό ρόλο που έχει στην οργάνωση και λειτουργία των σύγχρονων επιχειρήσεων. Ακολούθως, γίνεται αναφορά στην ΚΔ έννοια παράλληλη με αυτή της εταιρικής διακυβέρνησης, καθώς και οι δύο αναφέρονται σε δομικά χαρακτηριστικά συστημάτων, σε τρόπους οργάνωσης και σε διαδικασίες με στόχο την προαγωγή των παρερχομένων υπηρεσιών από τους διάφορους οργανισμούς. Η κύρια διαφορά έγκειται στο ότι η ΚΔ αναφέρεται αποκλειστικά στον υγειονομικό τομέα, ενώ η ΕΔ αποτελεί έννοια ευρύτερη και περιλαμβάνει όλους σχεδόν τους τομείς. Συνεπώς, η αναφορά στο περιεχόμενο της εταιρικής διακυβέρνησης, κρίνεται σκόπιμη ώστε να γίνει ευχερέστερα αντιληπτό από τον αναγνώστη το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο αρχικά αναπτύχθηκε και διαρκώς εξελίσσεται η ΚΔ

1.1 Εταιρική Διακυβέρνηση (ΕΔ)

Η ΕΔ αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την οργάνωση αποτελεσματικών συστημάτων εσωτερικού ελέγχου στις σύγχρονες επιχειρήσεις. Η ύπαρξη μηχανισμών εταιρικής διακυβέρνησης στη σημερινή εποχή κρίνεται ως απολύτως απαραίτητη προϋπόθεση για την αξιοπιστία των επιχειρήσεων, ώστε αυτές να μπορούν να προσελκύουν νέους επενδυτές, οι οποίοι και θα χρηματοδοτήσουν την περαιτέρω ανάπτυξη των επιχειρήσεων αυτών.

1.1.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση της ΕΔ

Η ΕΔ εκφράζει τη φιλοσοφία που διέπει μια επιχείρηση και αντανakλά τις απόψεις γύρω από την εξουσία και τους τρόπους άσκησης αυτής. Αξιολογεί τους παράγοντες που ασκούν την εξουσία και στοχεύει στην οριοθέτηση των ρόλων και των σχέσεων τους με βασικό σκοπό την επίτευξη των στόχων της εταιρείας. Η αποτελεσματικότητα της εταιρείας επιδέχεται ποικίλους ορισμούς ανάλογα με τη φιλοσοφία που θα εκφράζει η ΕΔ ως έννοια (Μούζουλας, 2003). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (1999) και η επιτροπή Cadbury (Cadbury report, 1992) ορίζουν την ΕΔ ως ένα σύστημα κανόνων, διαδικασιών, ή νόμων με τους οποίους οι επιχειρήσεις λειτουργούν, ρυθμίζονται

και ελέγχονται. Η ΕΔ αποτελεί ένα σύστημα το οποίο εξειδικεύει τα δικαιώματα και υποχρεώσεις όλων των ενδιαφερομένων εντός και εκτός της εταιρείας, θέτει διαδικασίες και ελέγχους με στόχο την προστασία των συμφερόντων όλων των παραγόντων που εμπλέκονται στην εταιρική δραστηριότητα (Μούζουλας, 2003)

Υπάρχει πληθώρα ορισμών για την ΕΔ στη διεθνή βιβλιογραφία. Η ΕΔ, αποτελεί ένα σύστημα αρχών στη βάση του οποίου οργανώνονται, παρακολουθούνται και ελέγχονται οι επιχειρήσεις (OECD, 2004), και στο πλαίσió του αναπτύσσονται μηχανισμοί, οι οποίοι προασπίζουν τα συμφέροντα των εξωτερικών ενδιαφερομένων μερών έναντι τυχουσών ατασθαλιών των εσωτερικών φορέων (La Porta et al., 2000). Οι κυριότερες εξωτερικές ομάδες ενδιαφερομένων είναι οι μέτοχοι, οι πιστωτές, οι προμηθευτές, οι πελάτες και οι κοινότητες που επηρεάζονται από τις δραστηριότητες της εταιρείας (Haidar, Jamal Ibrahim, 2009). Στους εσωτερικούς φορείς εντάσσονται το διοικητικό συμβούλιο, τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι.

1.1.2 Η αναγκαιότητα ανάπτυξης της ΕΔ

Η αποτελεσματική εφαρμογή της εταιρικής διακυβέρνησης, λειτουργεί προς όφελος όλων των εμπλεκόμενων με την εξασφάλιση ότι οι επιχειρήσεις ακολουθούν τα αποδεκτά ηθικά πρότυπα, τις βέλτιστες πρακτικές καθώς και την επίσημη νομοθεσία.

Διαχρονικά, καιροσκοπικά επεισόδια και επιχειρησιακά σκάνδαλα έχουν καταγραφεί στις κεφαλαιαγορές σε διεθνές επίπεδο (Ξανθάκης και συν, 2003). Τα πιο γνωστά από αυτά είναι η φούσκα της εταιρείας South Sea το 1720 στη Μεγάλη Βρετανία, η κρίση του χρηματιστηρίου της νέας Υόρκης το 1873, το μεγάλο κραχ του 1929, η κατάρρευση της Wall Street το 1987 και τα πλέον πρόσφατα σκάνδαλα και χρεωκοπίες μεγάλων εταιρειών όπως της Health South, της Enron, της Worldcom, της Tyco, τα οποία έθεσαν σε κίνδυνο τα συμφέροντα των μετόχων τους. Συνήθως οι μεγάλες κρίσεις αποτελούν αφορμή για τη λήψη μέτρων και την ανάληψη πρωτοβουλιών για τη θεραπεία του προβλήματος. Την κρίση του 1929, ακολούθησε η συγκρότηση Επιτροπής Τίτλων και Συναλλάγματος, οι περιορισμοί στη δημιουργία Πυραμίδας, ο έλεγχος υποχρεωτικών ποσοστών διαθεσίμων κ.α (Galbraith, 1993). Στη Μεγάλη Βρετανία τα σκάνδαλα επιχειρήσεων όπως της Maxwell και η αντιπαράθεση για το μέγεθος των αμοιβών των Συμβούλων οδήγησε στη σύσταση της επιτροπής Cadbury η οποία συνέταξε το 1992 προαιρετικό κώδικα για την

ΕΔ. Στην Ιαπωνία, ο διάλογος για την ΕΔ άνοιξε μετά την κρίση της δεκαετίας του 90. Ομοίως και στις ΗΠΑ τα σκάνδαλα των εταιρειών που προαναφέρθηκαν οδήγησαν στην υιοθέτηση νέου νόμου για την ΕΔ (Sarbanes-Oxley Bill, 2002). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ) ανέθεσε σε ομάδα ειδικών (Winter Group) να διατυπώσει προτάσεις για τον εκσυγχρονισμό του ρυθμιστικού πλαισίου σχετικά με το νόμο περί εταιρειών. Η ΕΕ συνιστά την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών προς τα κράτη μέλη για τη βελτίωση της ΕΔ που να περιλαμβάνουν υποχρεωτική έκδοση από τις εισηγμένες εταιρείες έκθεσης για την ΕΔ (Winter Report, 2002).

1.1.3 Απότεροι στόχοι της ΕΔ

Στις συζητήσεις περί την ΕΔ, δίδεται μεγάλη έμφαση στην άμβλυνση των συγκρούσεων μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών. Πρακτικές που προλαμβάνουν ή αμβλύνουν αυτές τις συγκρούσεις συμφερόντων περιλαμβάνουν τις διαδικασίες, τη νοοτροπία, τις πολιτικές, τους νόμους και θεσμούς, που έχουν αντίκτυπο στον τρόπο που μια εταιρεία ελέγχεται. (Cadbury, 1992). Έμφαση επίσης δίνεται στην επίδραση που έχει ένα σύστημα εταιρικής διακυβέρνησης επί της *οικονομικής αποδοτικότητας και ιδίως, επί της ευημερίας των μετόχων* (Bowen & William, 1994)

Η μεγιστοποίηση του πλούτου των μετόχων αποτελεί κύριο χρηματοοικονομικό στόχο μιας επιχείρησης. Η Διοίκηση είναι υπεύθυνη για την υλοποίηση αυτού του στόχου ασκώντας εξουσία, που της έχει παραχωρηθεί από τους ιδιοκτήτες και μετόχους της επιχείρησης για λήψη αποφάσεων. Η Διοίκηση διαχειρίζεται τα διαθέσιμα κεφάλαια, αποφασίζει και εκτελεί, ενώ οι μέτοχοι και επενδυτές παρέχουν τα απαραίτητα κεφάλαια. Ωστόσο, έχουν καταγραφεί περιπτώσεις στις οποίες οι στόχοι της Διοίκησης δεν εναρμονίζονται πλήρως με τους αντίστοιχους των ιδιοκτητών ή μετόχων, αντιθέτως υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων μεταξύ Διοίκησης και μετόχων. Οι πιθανότητες για σύγκρουση συμφερόντων αυξάνονται ακόμα περισσότερο σε μεγάλες επιχειρήσεις, που είναι εισηγμένες στο χρηματιστήριο. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει μεγάλη διασπορά μετοχών σε πολλούς μετόχους, οι οποίοι δεν μπορούν να συνεννοηθούν μεταξύ τους, ώστε να ασκήσουν αποτελεσματικό έλεγχο στη Διοίκηση. Η μοναδική περίπτωση στην οποία η Διοίκηση ενεργεί προς το απόλυτο συμφέρον των μετόχων είναι όταν πρόκειται για οικογενειακή επιχείρηση, όπου οι μέτοχοι που διαθέτουν τα κεφάλαια, αποφασίζουν

ταυτόχρονα. Κάτι τέτοιο, δεν είναι εφικτό στις μεγάλες επιχειρήσεις, διότι απαιτείται υψηλή εξειδίκευση στα διοικητικά στελέχη. Οι μέτοχοι δεν διαθέτουν σε όλες τις περιπτώσεις ούτε τις απαραίτητες γνώσεις ούτε τα αναγκαία προσόντα για τη λήψη αποφάσεων. Για το λόγο αυτό οι μέτοχοι εκλέγουν τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου (Bebchuk and Fried, 2004). Ο ρόλος του Διοικητικού Συμβουλίου είναι να επιβλέπει και να ελέγχει τη Διοίκηση, τη γενική στρατηγική που ακολουθεί η επιχείρηση και τέλος, να προστατεύει τα συμφέροντα των μετόχων, ενάντια σε τυχόν ατασθαλίες από πλευράς Διοίκησης. Η ΕΔ έχει στόχο την εναρμόνιση των πιθανών αντικρουόμενων συμφερόντων των δύο πλευρών και τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας της επιχείρησης. Ένας τομέας που επηρεάζει σημαντικά την επιχειρηματική δραστηριότητα είναι η νομοθεσία, ως κωδικογράφηση αποδεκτών και απαράδεκτων πρακτικών (Carroll, 2004), η οποία περιλαμβάνει διατάξεις για την αστική ή ποινική δίωξη των ατόμων που διαπράττουν ανήθικες ή παράνομες πράξεις στο όνομα της επιχείρησης.

1.1.4 Οι αρχές της ΕΔ

Η συζήτηση για την ΕΔ συνήθως στρέφεται γύρω από τις αρχές που αναφέρονται σε τρία βασικά έγγραφα:

- την Έκθεση Cadbury (Ηνωμένο Βασίλειο, 1992),
- τις Αρχές της Εταιρικής Διακυβέρνησης (ΟΟΣΑ, 1998 και 2004), και
- το νόμο Sarbanes-Oxley (2002) ο οποίος είναι γνωστός ως Sarbox ή Sox.

Αυτές οι αρχές αφορούν σε:

- Δικαιώματα και ισότιμη μεταχείριση των μετόχων: Οι οργανισμοί πρέπει να σέβονται τα δικαιώματα των μετόχων και να τους βοηθούν στην άσκηση αυτών των δικαιωμάτων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την ανοικτή, αποτελεσματική πληροφόρηση και επικοινωνία καθώς και την ενθάρρυνση της συμμετοχής των μετόχων στις γενικές συνελεύσεις ΟΟΣΑ (2004), Cadbury, (1992). Sarbanes-Oxley Act (2002)
- Συμφέροντα των άλλων ενδιαφερόμενων μερών: Οι οργανισμοί πρέπει να αναγνωρίζουν ότι έχουν νομικές, συμβατικές, κοινωνικές, και καθοδηγούμενες από την αγορά υποχρεώσεις για τα λοιπά πλην των μετόχων ενδιαφερόμενα μέρη, δηλαδή τους εργαζόμενους, τους επενδυτές, τους πιστωτές, τους προμηθευτές, τις

τοπικές κοινότητες, τους πελάτες και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής ΟΟΣΑ (2004).

- Ρόλος και αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου: το Διοικητικό Συμβούλιο πρέπει να διαθέτει επαρκείς δεξιότητες, ώστε να κατανοεί, να επανεξετάζει και να ελέγχει την απόδοση της διοίκησης. Απαιτείται επίσης να έχει το κατάλληλο μέγεθος και κυρίως ανεξαρτησία και δέσμευση στους στόχους του οργανισμού ΟΟΣΑ (2004), Cadbury, (1992).
- Ακεραιότητα και ηθική συμπεριφορά: Η ακεραιότητα αποτελεί θεμελιώδες προσόν για τα εταιρικά στελέχη και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου. Οι οργανισμοί πρέπει να αναπτύσσουν κώδικα δεοντολογίας για τους διευθυντές και τα στελέχη τους, που θα προωθεί την ηθική και υπεύθυνη λήψη αποφάσεων Cadbury, (1992). Sarbanes-Oxley Act (2002).
- Δημοσιότητα και διαφάνεια: Οι οργανισμοί πρέπει να αποσαφηνίζουν και να κοινοποιούν δημοσίως τους ρόλους και τις αρμοδιότητες της διοίκησης, ώστε να είναι δυνατή η λογοδοσία. Θα πρέπει επίσης να εφαρμόζουν διαδικασίες ανεξάρτητου ελέγχου και να διαφυλάττουν την ακεραιότητα των οικονομικών καταστάσεων της εταιρείας. Η κοινοποίηση θεμάτων σχετικών με τον οργανισμό πρέπει να είναι έγκαιρη και ισορροπημένη, για να εξασφαλιστεί ότι όλοι οι επενδυτές έχουν πρόσβαση σε σαφείς και εμπειριστατωμένες πληροφορίες ΟΟΣΑ (2004), (Cadbury, 1992).

1.1.5 Μοντέλα και συστατικά στοιχεία της ΕΔ

Υπάρχουν αρκετά μοντέλα εταιρικής διακυβέρνησης σε όλον τον κόσμο, τα οποία διαφέρουν μεταξύ τους ανάλογα με τη μορφή του κοινωνικού και πολιτικού συστήματος, στο οποίο είναι ενσωματωμένα. Για παράδειγμα, το αγγλο-αμερικανικό «μοντέλο» δίνει έμφαση στα συμφέροντα των μετόχων (Mallin, 2011), ενώ το «μοντέλο» των χωρών της κεντρικής Ευρώπης και της Ιαπωνίας δίνει έμφαση επίσης στα συμφέροντα των εργαζομένων, των στελεχών διοίκησης, των προμηθευτών, των πελατών και της κοινότητας (Tricker, 2009).

Νομικό περιβάλλον – ρυθμίσεις

Οι εταιρείες ιδρύονται ως νομικά πρόσωπα σύμφωνα με τους νόμους και τους κανονισμούς της κάθε χώρας. Με τον τρόπο αυτό, οι εταιρείες αποκτούν οντότητα με συνέχεια και μπορεί να κατέχουν ιδιοκτησία, χωρίς αυτή να ανήκει σε συγκεκριμένο πραγματικό πρόσωπο. Εκτός από το δίκαιο της κάθε χώρας, οι εταιρείες υπόκεινται στο γενικό δίκαιο, και σε ειδικές ρυθμίσεις και κανονισμούς. Στις περισσότερες χώρες, οι εταιρείες έχουν ατομικό πλαίσιο κανόνων γνωστό ως καταστατικό το οποίο προβλέπει τους κανόνες βάσει των οποίων λειτουργεί η εταιρεία και λαμβάνονται οι κατά περίπτωση αποφάσεις.

Κώδικες και κατευθυντήριες γραμμές

Διάφοροι διεθνείς οργανισμοί και τοπικοί φορείς, έχοντας στόχο τη βελτίωση των μηχανισμών που διέπουν τις σχέσεις των εμπλεκόμενων σε μια εταιρεία, διετύπωσαν βέλτιστες πρακτικές εταιρικής διακυβέρνησης. Την τελευταία δεκαετία έχουν δημοσιευθεί πάνω από 50 κώδικες εταιρικής διακυβέρνησης. Στους κώδικες αυτούς παρατηρείται ομοιότητα ως προς τις συστάσεις και κάποιες διαφοροποιήσεις που απορρέουν από το διαφορετικό νομικό πλαίσιο κάθε χώρας, τη διαφορετική οργανωσιακή κουλτούρα και αντιμετώπιση ζητημάτων όπως την προστασία του περιβάλλοντος, εταιρική κοινωνική ευθύνη κ.α. Οι αρχές και κώδικες της εταιρικής διακυβέρνησης εκδίδονται από τα χρηματιστήρια, τις εταιρείες, τους θεσμικούς επενδυτές, με την υποστήριξη των κυβερνήσεων και διεθνών οργανισμών. Κατά κανόνα, η συμμόρφωση με τις συστάσεις αυτές δεν επιβάλλονται από το νόμο, αν και οι κώδικες που προβλέπουν τις προϋποθέσεις εισαγωγής στο χρηματιστήριο μπορεί να έχουν υποχρεωτικό χαρακτήρα. Ωστόσο, πρέπει υποχρεωτικά να κοινοποιούν αν ακολούθησαν τις συστάσεις στους εν λόγω κώδικες και να παρέχουν εξηγήσεις σχετικά με τυχούσες αποκλίνουσες πρακτικές.

Από τις περισσότερο σημαντικές κατευθυντήριες γραμμές ήταν οι Αρχές του ΟΟΣΑ για την ΕΔ – που δημοσιεύθηκαν το 1999 και αναθεωρήθηκαν το 2004. Οι κατευθυντήριες γραμμές του ΟΟΣΑ μνημονεύονται σχεδόν πάντα κατά την ανάπτυξη τοπικών κωδίκων ή κατευθυντηρίων γραμμών σε επίπεδο κράτους. Με βάση το έργο του ΟΟΣΑ, άλλων διεθνών οργανισμών και ενώσεων του ιδιωτικού τομέα και περισσότερων από 20 εθνικών κωδίκων εταιρικής διακυβέρνησης σχηματίστηκε στις ΗΠΑ η Διακυβερνητική Ομάδα Εργασία Εμπειρογνώμων στα Διεθνή Πρότυπα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής Πληροφόρησης (Intergovernmental Working Group of Experts on International Standards of Accounting and Reporting, ISAR). Έργο της Ομάδας είναι η καθοδήγηση σε καλές

πρακτικές της εταιρικής διακυβέρνησης (United Nations, 2006). Τα διεθνώς συμπεφωνημένα στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης (benchmark) τα οποία δημοσιοποιούνται είναι περισσότερα από 50 και εντάσσονται σε πέντε σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

- Έλεγχος
- Δομή και διαδικασίες Διοικητικού Συμβουλίου
- Εταιρική ευθύνη και συμμόρφωση
- Οικονομική διαφάνεια και δημοσιοποίηση των πληροφοριών
- Ιδιοκτησιακή δομή και άσκηση των δικαιωμάτων ελέγχου

Το Διεθνές Δίκτυο Εταιρικής Διακυβέρνησης (International Corporate Governance Network, ICGN) ιδρύθηκε το 1995. και έχει ως στόχο την προώθηση διεθνών προτύπων εταιρικής διακυβέρνησης. Το δίκτυο διευθύνεται από επενδυτές που διαχειρίζονται το 18 τρισεκατομμύρια δολάρια και τα μέλη του βρίσκονται σε πενήντα διαφορετικές χώρες. ICGN έχει αναπτύξει μια σειρά από παγκόσμιες κατευθυντήριες γραμμές που κυμαίνονται από τα δικαιώματα των μετόχων έως την επιχειρηματική ηθική (Prasad, 2006).

Το 2009, η International Finance Corporation και η Global Compact των Ηνωμένων Εθνών κυκλοφόρησαν την έκθεση τους με θέμα: «ΕΔ – Θεμελίωση της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης και Βιώσιμες Επιχειρήσεις», στην οποία συνδέουν τις περιβαλλοντικές, κοινωνικές και διακυβερνητικές ευθύνες μιας εταιρείας με τις οικονομικές της επιδόσεις και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά της (IFC, 2009). Οι περισσότεροι κώδικες είναι σε μεγάλο βαθμό προαιρετικοί μηχανισμοί ελέγχου και παρακολούθησης ΕΔ. Οι μηχανισμοί ελέγχου¹ έχουν στόχο τη μείωση των ανεπαρκειών που προκύπτουν από τον ηθικό κίνδυνο

¹ Μια επιχείρηση μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύνολο συμβολαίων (set-of-contracts). Σκοπός της διοίκησης είναι η μεγιστοποίηση της αξίας της επιχείρησης και, ως εκ τούτου, της περιουσίας των εμπλεκόμενων (μέτοχοι, διοίκηση, κράτος, προμηθευτές, καταναλωτές). Τα συμφέροντα των εμπλεκόμενων είναι συχνά συγκρουόμενα και η κύρια αιτία είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση. Η σύγκρουση αυτή προκαλεί πρόσθετα κόστη (agency costs) για την παρακολούθηση της δράσης της διοίκησης (κόστος συλλογής πληροφοριών, κόστος παρακολούθησης και, κόστος εφαρμογής ελεγκτικών διαδικασιών) από τους εμπλεκόμενους. Στις περιπτώσεις που ο εντολοδόχος (διοίκηση) ενεργεί για λογαριασμό του εντολέα (μέτοχοι) με τρόπο αντίθετο προς τα συμφέροντα του εντολέα του, προκύπτει το πρόβλημα εντολέα - εντολοδόχου (agency problem). Οι δύο κύριες κατηγορίες προβλημάτων λόγω ασυμμετρίας πληροφορίας είναι ο ηθικός κίνδυνος (moral hazard) και η δυσμενής επιλογή (adverse selection) (Tirole, 2006)

(moral hazard)² και τη δυσμενή επιλογή (adverse selection)³. Υπάρχουν συστήματα εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου (Douma & Schreuder 2013). Ο εσωτερικός έλεγχος μπορεί να γίνει από ένα μεγάλο μέτοχο ή μηχανισμούς του διοικητικού συμβουλίου. Εξωτερικός έλεγχος ή παρακολούθηση της συμπεριφοράς των διευθυντών, συμβαίνει όταν ένα ανεξάρτητο τρίτο μέρος όπως ένας εξωτερικός ελεγκτής βεβαιώνει την ακρίβεια των πληροφοριών που παρέχονται από τη διοίκηση στους επενδυτές. Χρηματιστηριακοί αναλυτές και επενδυτές μπορούν επίσης να διεξάγουν τέτοιους εξωτερικούς ελέγχους και παρακολουθήσεις. Το ιδανικό σύστημα παρακολούθησης και ελέγχου θα πρέπει να ρυθμίζει τόσο τα κίνητρα όσο και την ικανότητα. Η παροχή κινήτρων θα πρέπει να ευθυγραμμίζεται με τους εταιρικούς σκοπούς και στόχους. Τα κίνητρα δεν θα πρέπει να είναι τόσο ισχυρά που να ωθούν άτομα να διασχίσουν τις γραμμές της ηθικής συμπεριφοράς, για παράδειγμα, με το χειρισμό στοιχείων εσόδων και κερδών για να ανεβάσουν «τεχνηέντως» την τιμή της μετοχής μιας εταιρείας. (Douma & Schreuder, 2013).

Εσωτερικός έλεγχος εταιρικής διακυβέρνησης

Οι διαδικασίες εσωτερικού ελέγχου στο πλαίσιο της εταιρικής διακυβέρνησης έχουν στόχο την παρακολούθηση δραστηριοτήτων και στη συνέχεια τη λήψη διορθωτικών μέτρων για την επίτευξη των εταιρικών στόχων. Παραδείγματα περιλαμβάνουν:

Παρακολούθηση από το διοικητικό συμβούλιο: Το διοικητικό συμβούλιο, έχοντας θεσμοθετημένη εξουσία να προσλάβει, απολύσει και να αποζημιώσει ανώτατα διοικητικά στελέχη, διαφυλάττει τα επενδεδυμένα κεφάλαια. Οι τακτικές συνεδριάσεις του, επιτρέπουν τον εντοπισμό, συζήτηση και αποφυγή πιθανών προβλημάτων. Η ικανότητα

² Ο ηθικός κίνδυνος **moral hazard** είναι μια κατάσταση όπου κάποιος λαμβάνει την απόφαση να πάρει αδικαιολόγητους κινδύνους, επειδή τα έξοδα σε περίπτωση αποτυχίας δεν βαρύνουν τον ίδιο αλλά κάποιον άλλο. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα από το χώρο της υγείας, με τη διάθεση των καλυπτόμενων από την κοινωνική ή την ιδιωτική ασφάλιση υγείας να εκδηλώνουν υπερβάλλουσα (σε σχέση με τις πραγματικές τους ανάγκες) ζήτηση για υγειονομικές φροντίδες, εφόσον το κόστος καλύπτεται από την ασφάλισή τους

³ Η δυσμενή επιλογή (adverse selection), δημιουργείται όταν ο εντολοδόχος δεν έχει τις απαιτούμενες ικανότητες ώστε να προασπίσει τα συμφέροντα του εντολέα του. Στην περίπτωση αυτή η ασυμμετρία υπάρχει πριν την επιλογή, ωστόσο ο εντολέας επιλέγει λάθος άτομο, είτε εξαιτίας της μη ικανότητας του να επιλέξει σωστά είτε εξαιτίας απόκρυψης στοιχείων είτε λόγω παραπληροφόρησης.

Λύση στο πρόβλημα εντολέα - εντολοδόχου έρχεται να δώσει η ΕΔ, η οποία αποτελεί ένα σύνολο κανόνων το οποίο εξειδικεύει τη διάρθρωση μεταξύ των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των συμβαλλόμενων σε μια επιχείρηση (Ξανθάκης και συν, 2003).

του Διοικητικού Συμβουλίου για την παρακολούθηση στελεχών της επιχείρησης είναι συνάρτηση της πρόσβασης στην πληροφόρηση (Bhagat & Black, 1999).

Εσωτερικές διαδικασίες ελέγχου και εσωτερικοί ελεγκτές: Οι εσωτερικές διαδικασίες ελέγχου είναι πολιτικές που ανατίθενται από το διοικητικό συμβούλιο σε συγκεκριμένα άτομα εντός του οργανισμού, με σκοπό να παρέχουν εύλογη διαβεβαίωση ότι η εταιρεία επιτυγχάνει τους στόχους της που σχετίζονται με αξιόπιστη χρηματοοικονομική πληροφόρηση, τη λειτουργική αποδοτικότητα, και τη συμμόρφωση με τους νόμους και τους κανονισμούς.

Ισορροπία δυνάμεων: στην πιο απλή της εκδοχή αφορά στη βασική κατανομή αρμοδιοτήτων όπως για παράδειγμα, ο διευθυντής να είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Ταμία. Η εφαρμογή του διαχωρισμού των εξουσιών αναπτύσσεται περαιτέρω σε εταιρείες όπου δύο χωριστά τμήματα ελέγχουν και ισολογίζουν τις δράσεις του άλλου. Μια ομάδα μπορεί να προτείνει σε επίπεδο εταιρείας, διοικητικές αλλαγές, μια άλλη ομάδα αναθεωρεί και μπορεί να ασκήσει βέτο στις αλλαγές, και μια τρίτη ομάδα ελέγχει ότι τα συμφέροντα των ατόμων (πελατών, των μετόχων, των εργαζομένων) εκτός των μελών των ομάδων αυτών, ικανοποιούνται.

Αμοιβή: Η αμοιβή με βάση την απόδοση αφορά σε κάποιο ποσοστό του μισθού που συνδέεται με τις επιδόσεις. Μπορεί να έχει τη μορφή μετρητών ή πληρωμής χωρίς καταβολή μετρητών, όπως μετοχές, εφάπαξ ή άλλα οφέλη. Τέτοια συστήματα κινήτρων, δεν παρέχουν μηχανισμό για την πρόληψη λαθών ή καιροσκοπικής συμπεριφοράς.

Παρακολούθηση από μεγαλομετόχους και μεγάλους πιστωτές. Δεδομένης της μεγάλης επένδυσής τους στην επιχείρηση, οι ενδιαφερόμενοι έχουν τα κίνητρα, σε συνδυασμό με τον έλεγχο και την εξουσία, για την παρακολούθηση της διαχείρισης (Goergen, 2012)

Εξωτερικός έλεγχος εταιρικής διακυβέρνησης

Περιλαμβάνει τους ελέγχους που ασκούνται στον οργανισμό από εξωτερικούς φορείς. Παραδείγματα περιλαμβάνουν τον ανταγωνισμό, τη ζήτηση και την αξιολόγηση των πληροφοριών απόδοσης (ειδικά οικονομικές καταστάσεις), κρατικούς κανόνες, πίεση των Μέσων μαζικής επικοινωνίας, εξαγορές. Το διοικητικό συμβούλιο έχει την κύρια ευθύνη

για τις εξωτερικές οικονομικές εκθέσεις της εταιρείας. Ο Διευθύνων Σύμβουλος και Διευθυντής Οικονομικών παίζουν κρίσιμο ρόλο διότι εκ της θέσεώς τους επιβλέπουν τα εσωτερικά λογιστικά συστήματα με αποτέλεσμα υψηλό βαθμό εξάρτησης των μελών του Διοικητικού συμβουλίου από αυτούς, για την ακεραιότητα και την παροχή λογιστικών πληροφοριών. Οι ισχύοντες κανόνες λογιστικής σύμφωνα με τα Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα επιτρέπουν στους διαχειριστές κάποια επιλογή για τον καθορισμό των μεθόδων μέτρησης και για τα κριτήρια αναγνώρισης των διαφόρων οικονομικών στοιχείων αναφοράς. Η πιθανή άσκηση αυτής της επιλογής για τη βελτίωση των δεικτών απόδοσης (όπως η δημιουργική λογιστική) αυξάνει τον κίνδυνο για τους χρήστες των πληροφοριών. Απάτη οικονομικής αναφοράς, απόκρυψη στοιχείων και σκόπιμη παραποίηση των τιμών αυξάνει επίσης τον κίνδυνο για τους χρήστες των πληροφοριών. Για να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος, οι χρηματοοικονομικές εκθέσεις πρέπει να ελέγχονται από ανεξάρτητο εξωτερικό ελεγκτή, ο οποίος εκδίδει έκθεση που συνοδεύει τις οικονομικές καταστάσεις.

1.1.6 Ελληνική Νομοθεσία και ΕΔ

Στην Ελλάδα, η ΕΔ έχει συμπεριληφθεί στη νομοθεσία που διέπει τη λειτουργία Ανωνύμων Εταιρειών (Ν. 2190/1920), της Επιτροπής Κεφαλαιαγοράς, του Κανονισμού Λειτουργίας Χρηματιστηρίου Αθηνών, κλπ και έχει θεσμοθετηθεί με το Νόμο 3016/2002 «Για την ΕΔ, θέματα μισθολογίου και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 110/17.05.2002). Με το άρθρο 26 του νόμου 3091/2002 (ΦΕΚ, 330/24.12.2002), πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή των κανόνων εταιρικής διακυβέρνησης στο ελληνικό δίκαιο και η προσαρμογή της νομοθεσίας που διέπει τη διοίκηση και τη λειτουργία των ανωνύμων εταιρειών στις απαιτήσεις που προκύπτουν από την εισαγωγή των μετοχών τους σε οργανωμένες χρηματιστηριακές αγορές. Ο νόμος 3016/2002 δεν κινείται στη λογική της συμμόρφωσης ή εξήγησης, όπως συνιστά η Επιτροπή για την ΕΔ στην Ελλάδα, αλλά προβλέπει κυρώσεις τις οποίες θα επιβάλλει η Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς για τη μη εφαρμογή των διατάξεών του. Ο νόμος δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο των μη-εκτελεστικών μελών του διοικητικού συμβουλίου και υποχρεώνει μεταξύ άλλων την εταιρεία να υποβάλλει στην Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς πρακτικό εκλογής μελών διοικητικού συμβουλίου, στο οποίο να

καθορίζεται ποια από τα μέλη του είναι εκτελεστικά, ποια μη εκτελεστικά και ποια ανεξάρτητα⁴ (Μέκος, 2003)

1.2. Κλινική Διακυβέρνηση (Clinical Governance)

Τα τελευταία χρόνια η έννοια της κλινικής διακυβέρνησης έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στο Ηνωμένο Βασίλειο στο πλαίσιο της ανάλυσης του συνεχώς μεταβαλλόμενου δημόσιου τομέα και αποτελεί ένα εργαλείο πολιτικής για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας (Gray, 2001). Η ΚΔ είναι μια συστηματική προσέγγιση στη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισήγαγε για πρώτη φορά το 1983, τον όρο ΚΔ επιχειρώντας να εκφράσει την ουσία της συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας (Som, 2004) η οποία περιλαμβάνει τέσσερις σημαντικές διαστάσεις: την επαγγελματική απόδοση (professional performance), την κατανομή πόρων (recourse allocation), τη διαχείριση κινδύνων (risk management) και την ικανοποίηση ασθενών (patient satisfaction) (Penny, 2000). Ως έννοια απέκτησε ιδιαίτερη βαρύτητα μετά το σκάνδαλο του Bristol, που έλαβε χώρα κατά τη δεκαετία του 1990. Στο Bristol Royal Infirmary, παρατηρήθηκε κατά την επίμαχη περίοδο αύξηση των θανάτων βρεφών, μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. Ο σχετικός έλεγχος κατέληξε σε ένα μακρύ κατάλογο προβλημάτων του Ιδρύματος που είχαν να κάνουν με έλλειψη προσωπικού, έλλειμμα ηγεσίας, συντεχνιακή κουλτούρα, χαλαρή προσέγγιση στην ασφάλεια, απόρρητο για επιδόσεις των γιατρών καθώς και απουσία ελέγχου από την πλευρά της διοίκησης. Αν και υπήρχαν θεσμοθετημένες λύσεις για τα παραπάνω προβλήματα, εν τούτοις, αυτές δεν εφαρμόζονταν διότι απαιτούνταν αλλαγές σε βαθιά ριζωμένες στάσεις και συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των ιατρών. Στην καρδιά μιας «σαιξπηρικής» -ως προς την έκταση και την δομή- τραγωδίας, βρέθηκε η εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους ιατρούς. Αυτή η εμπιστοσύνη ποτέ δεν επανήλθε στην αρχική της μορφή, αλλά διαφοροποιήθηκε σε μια πιο ενεργητική μορφή σε σχέση με την παθητική εμπιστοσύνη στη σχέση ασθενή-ιατρού που ίσχυε μέχρι τότε (Smith, 1998). Το σκάνδαλο του Bristol αποτέλεσε τον κινητήριο μοχλό για την εφαρμογή

⁴ Σύμφωνα με το Νόμο 3016/2002 «για την ΕΔ, θέματα μισθολογίου και άλλες διατάξεις», **εκτελεστικά μέλη** ΔΣ θεωρούνται αυτά που ασχολούνται με τα καθημερινά θέματα διοίκησης της εταιρείας, ενώ **μη εκτελεστικά** τα επιφορτισμένα με την προαγωγή όλων των εταιρικών ζητημάτων. Τα **ανεξάρτητα μη εκτελεστικά μέλη** του διοικητικού συμβουλίου, πρέπει να μην είναι μέτοχοι και να μην έχουν σχέση εξάρτησης με την εταιρεία ή με συνδεδεμένα με αυτή πρόσωπα

της κλινικής διακυβέρνησης με την ενεργό εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας. Η κυβέρνηση των Εργατικών το 1997 εισήγαγε την ΚΔ ως μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην αντιμετώπιση κινδύνων και στη βελτίωση της ποιότητας (Gray, 2001). Έκτοτε, ο όρος επιδέχθηκε ποικιλία ορισμών από διαφορετικούς οργανισμούς ανάλογα με την οπτική γωνία του καθενός, καθώς και από ακαδημαϊκούς ή στελέχη του τομέα υγείας (Lugon and Secker-Walker, 1999, Starey, 2001, Gray, 2000).

1.2.1 Κλινική Διακυβέρνηση: εννοιολογική αποσαφήνιση

Η ΚΔ συνδέεται με την ΕΔ διότι αφορά στην υπευθυνότητα, αποδοτικότητα, ορθολογική χρήση των πόρων και κατάλληλο τρόπο εργασίας και συμπεριφοράς. Μια ουσιώδης διαφορά είναι η έμφαση που δίνει η ΕΔ στα υψηλότερα κλιμάκια της Διοίκησης, όπως το Διοικητικό Συμβούλιο και τα υψηλόβαθμα στελέχη, ενώ η ΚΔ εστιάζει περισσότερο σε επίπεδο μονάδας, τμήματος, κέντρου υγείας και κλινικής (Braithwaite & Travaglia, 2008). Το κοινό χαρακτηριστικό στους περισσότερους ορισμούς της ΚΔ είναι η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Αυτή περιλαμβάνει την συνολική εμπειρία του ασθενούς, στην οποία εντάσσεται ο συντονισμός της διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες του περιβάλλοντος (Lugon and Secker-Walker, 1999). Τα πλεονεκτήματα αυτής της προσέγγισης έχουν αποδειχθεί μέσα από πληθώρα μελετών. Μια τέτοια μελέτη διεξήχθη από τους Davis and Bristow (1999) οι οποίοι απέδειξαν ότι το 40% των ενηλίκων ασθενών στα νοσοκομεία υποσιτίζονται, με αποτέλεσμα αύξηση των επιπλοκών, ευαισθησία στις λοιμώξεις και αύξηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Προτείνουν ότι η διατροφή θα πρέπει να εντάσσεται στη θεραπεία και ως εκ τούτου η διατροφική υποστήριξη θα πρέπει να ενταχθεί στο πλαίσιο της ΚΔ.

Ο Σκοτσέζος Υπουργός Υγείας, Sam Galbraith περιέγραψε την ΚΔ ως το κρίσιμο συστατικό επιτυχίας ενός συστήματος υγείας στο οποίο η ποιότητα των υπηρεσιών του θα έχει κυρίαρχο ρόλο. Η ΚΔ σημαίνει «εταιρική υπευθυνότητα για κλινική απόδοση», δεν υποκαθιστά την επαγγελματική αυτορρύθμιση και την ατομική κλινική κρίση, οι οποίες αποτελούν δομικά συστατικά του συστήματος υγείας της χώρας, αλλά προσθέτει μια διάσταση, η οποία θα παρέχει στον πολίτη εγγυήσεις για την ποιότητα της φροντίδας (Galbraith, 1998).

Ως κλασικός ορισμός της ΚΔ παραμένει αυτός των Scally and Donaldson (1998), σύμφωνα με τους οποίους η ΚΔ αποτελεί ένα πλαίσιο, στο οποίο οι οργανισμοί που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παροχή φροντίδας υγείας, είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους, και για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου περίθαλψης, καλλιεργώντας ένα περιβάλλον στο οποίο η αριστεία ευδοκιμεί. Στη Λευκή Βίβλο του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας *A first class service Quality in the new NHS (1998)* αντανάκλαται ο ίδιος ορισμός στον οποίο περιελήφθησαν και τρία βασικά χαρακτηριστικά: κοινώς αποδεκτά υψηλά πρότυπα φροντίδας, διαφάνεια στη λογοδοσία (και υπευθυνότητα) σε σχέση με τα τεθέντα πρότυπα και μια συνεχής δυναμική βελτίωσης. Το Βρετανικό Κολλέγιο Νοσηλευτικής (Royal College of Nursing, 1998) εξειδικεύει τον ορισμό της ΚΔ ως το πλαίσιο που βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώνουν διαρκώς την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν και να διασφαλίζουν τα πρότυπα της φροντίδας τους. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η ΚΔ ενσωματώνει όλες τις δραστηριότητες που επηρεάζουν τη φροντίδα του ασθενούς και τις προσανατολίζει σε μια κοινή στρατηγική. Περαιτέρω, ο Pietroni (1998) δίνει έμφαση στην ατομική υπευθυνότητα για την ποιότητα, ορίζοντας την ΚΔ ως το μέσο με το οποίο οι οργανισμοί διασφαλίζουν την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή, οι δε εμπλεκόμενοι στη φροντίδα είναι υπεύθυνοι –στο βαθμό που απορρέει από τη θέση τους- για τη θέσπιση, τη διατήρηση και την παρακολούθηση προτύπων. Παρόλο που υπάρχει συμφωνία στο ότι η ΚΔ δίνει έμφαση στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, παρατηρείται ωστόσο ποικιλία στις ερμηνείες από τους διάφορους συγγραφείς. Αυτές οι ερμηνείες αντανάκλουν διαφορετικές απόψεις για την έννοια, με αποτέλεσμα να έχουμε πληθώρα ορισμών. Στην πράξη, η εφαρμογή των συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης έχει προκαλέσει σύγχυση σχετικά με την ενσωμάτωση των δομών και διαδικασιών στα συστήματα αυτά (Lewis et al., 2002). Το κενό αυτό, έρχεται να συμπληρώσει η Chandra Vanu Som (2004) η οποία περιγράφει την ΚΔ ως ένα σύστημα διακυβέρνησης των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας το οποίο προάγει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη διαχείριση των πόρων, των δομών, και των διαδικασιών, με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων, σε ένα περιβάλλον όπου οι εργαζόμενοι είναι υπόλογοι για την ποιότητα των υπηρεσιών (Chandra Vanu Som, 2004)

1.2.2 Εταιρική, Κλινική και Ολοκληρωμένη διακυβέρνηση

Η ΚΔ, λοιπόν, ως έννοια, μπορεί να παραλληλιστεί με την ευρύτερα γνωστή ΕΔ, δεδομένου ότι ασχολείται με τις δομές, τα συστήματα και τις διαδικασίες, που εξασφαλίζουν την ποιότητα, την υπευθυνότητα και τη σωστή διαχείριση της λειτουργίας ενός οργανισμού και την παροχή των υπηρεσιών. Ωστόσο, η ΚΔ έχει εφαρμογή μόνο στους φορείς παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, και ειδικότερα στις πτυχές αυτών των φορέων που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Δεν αφορά στις άλλες επιχειρηματικές διαδικασίες του οργανισμού, παρά μόνο στο βαθμό που αυτές επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών φροντίδας. Η ΚΔ αποτελεί υποσύστημα της «Ολοκληρωμένης Διακυβέρνησης» (integrated governance). Η τελευταία, ενσωματώνει τις δραστηριότητες κλινικής και εταιρικής διακυβέρνησης των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (Corbett, 2005).

Η έννοια της ολοκληρωμένης διακυβέρνησης εισήχθη στο Βρετανικό Σύστημα ως αποτέλεσμα μιας προσπάθειας επίλυσης των προβλημάτων που σχετίζονται με την πολυπλοκότητα των διαδικασιών διακυβέρνησης οι οποίες οδηγούσαν τελικώς στην αναποτελεσματικότητα. Οι συχνά επικαλυπτόμενες απαιτήσεις των διαδικασιών κλινικής διακυβέρνησης, οικονομικής διακυβέρνησης καθώς και οι απαιτήσεις για στοιχεία απόδοσης με τις εξωτερικές επιθεωρήσεις προκαλούσαν δυσανάλογο του οφέλους, φόρτο εργασίας (Deighan, 2007). Η ολοκληρωμένη διακυβέρνηση ορίζεται ως τα συστήματα και οι διαδικασίες με τις οποίες οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας καθοδηγούν, διευθύνουν και ελέγχουν τις δραστηριότητές τους προκειμένου να επιτύχουν τους σκοπούς τους, διασφαλίζοντας παράλληλα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς και στην κοινότητα (Deighan, et al., 2004).

1.2.3 Η Οργανωσιακή Διάσταση της Κλινικής Διακυβέρνησης

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο κύριος σκοπός της ΚΔ είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας. Παρέχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργούν και βελτιώνουν συνεχώς την παρεχόμενη φροντίδα. Οι κύριες αρχές της ΚΔ είναι:

- σαφή όρια υπευθυνότητας για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας,

- περιεκτικό πρόγραμμα το οποίο ενσωματώνει όλα τα συστήματα βελτίωσης ποιότητας (κλινικός έλεγχος, υποστήριξη και εφαρμογή βασιζόμενων σε ενδείξεις πρακτικών, εφαρμογή κλινικών προτύπων, οδηγιών και πρωτοκόλλων, ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού),
- σχέδια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ανάπτυξης,
- ξεκάθαρες πολιτικές που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των κινδύνων και
- ολοκληρωμένες διαδικασίες για όλες τις ομάδες των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, με τις οποίες θα αναγνωρίζεται και θα θεραπεύεται η χαμηλή απόδοση (Department of Health, 1999).

Από τα παραπάνω καθίσταται προφανές ότι η εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης επιδρά στις εισροές, διαδικασίες και αποτελέσματα των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο πεδίο της βελτίωσης της κλινικής ποιότητας, η ΚΔ διεκδικεί τα πρωτεία, μέσω του συντονισμού, της συνεργασίας και της επικοινωνίας μέσα στον οργανισμό (Walshe, 2000). Το μοντέλο αριστείας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διαχείριση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management, EFQM) δίνει έμφαση στο ρόλο των εισροών, πόρων, πολιτικών και διαδικασιών για τη βελτίωση της ποιότητας. Το μοντέλο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί από κάποιες δομές της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS), ως υποστηρικτικό στη βασική αξιολόγηση της ΚΔ. Προς την ίδια κατεύθυνση, ο West (2001) υποστηρίζει ότι οι δομές, οι διαδικασίες, τα αποτελέσματα και οι περιβαλλοντικές μεταβλητές επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών στα νοσοκομεία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας της Βρετανίας. Ομοίως οι Ligon και Secker-Walker (1999) υποστηρίζουν ότι η ΚΔ θα πρέπει να σχεδιάζει πλαίσια, διαδικασίες και δομές για ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας του συστήματος υγείας προκειμένου να παρέχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τα υγιή και ασθενή άτομα. Σε αντίθεση από άλλες πολιτικές που εστιάζουν μονομερώς στην οικονομική διαχείριση, τα συστήματα στα οποία εφαρμόζεται η ΚΔ εστιάζουν στο ανθρώπινο δυναμικό και την πληροφορική (Thomson, 1998), δημιουργώντας έτσι ένα περιβάλλον, του οποίου όλα τα στοιχεία συμμετέχουν στη βελτίωση της ποιότητας. Η Chandra Vanu Som (2004) μελέτησε τις επιπτώσεις της ΚΔ στο ανθρώπινο δυναμικό. Τα προκαταρκτικά ευρήματα της έρευνας συνοψίζονται στον Πίνακα 1.1., ο οποίος απεικονίζει τις εισροές, δομές, διαδικασίες και αποτελέσματα που σχετίζονται με την ΚΔ σε επίπεδο οργανισμού. Με τον τρόπο αυτό καταδεικνύεται ότι η

εφαρμογή της έχει σημαντικές οργανωσιακές διαστάσεις, οι οποίες δεν αναφέρονταν στους προηγούμενους ορισμούς.

Οργανωσιακή διάσταση (organizational dimension)	Εισροή	Δομή	Διαδικασία	Αποτελέσματα
Στοιχεία (elements)	Οικονομικοί πόροι	Επιτροπή κλινικής διακυβέρνησης	Υλοποίηση, καταγραφή και αξιολόγηση της διαχείρισης κινδύνων	Συνεχής βελτίωση της ποιότητας
	Υποδομή (κτίρια, εξοπλισμός κλπ.)	Διαχείριση της απόδοσης με σκοπό τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας	Περιγραφή θέσεων εργασίας οι οποίες περιλαμβάνουν την ποιότητα ως ατομική ευθύνη	Μείωση λιστών αναμονής
	Ανθρώπινο δυναμικό (δημιουργία νέων θέσεων, προσλήψεις)	Πρωτόκολλα και οδηγίες για την παρεχόμενη φροντίδα	Εκπαίδευση στην πληροφορική και πρόσβαση στην τελευταία ενημέρωση	Ικανοποίηση ασθενών
	Πολιτική	Κλινικός έλεγχος	Διεπιστημονική διαχείριση της κλινικής φροντίδας	Μείωση του αριθμού δυσμενών συμβάντων
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Εκπαίδευση και στρατηγικές συνεχούς ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού	Αναγνώριση του ανθρώπινου δυναμικού για τη βελτίωση της ποιότητας	Βελτίωση της σχέσης ασθενών και κλινικών ειδικοτήτων
	Πολιτική	Κλινικός έλεγχος	Αναγνώριση του ανθρώπινου δυναμικού για τη βελτίωση της ποιότητας	Βελτίωση του συντονισμού μεταξύ μάχμων ειδικοτήτων και διοίκησης
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα ενσωμάτωσης όλων των δραστηριοτήτων βελτίωσης ποιότητας	Τακτικός διεπιστημονικός κλινικός έλεγχος	Βελτίωση της θεραπείας με την εφαρμογή ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Στρατηγικές αντιμετώπισης κλινών κινδύνων	Διάχυση της πληροφορίας, επικοινωνία και συντονισμός	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα καταγραφής και αναφοράς λαθών και ανεπιθύμητων συμβαμάτων	Συστηματική κλινική εποπτεία για την αντιμετώπιση χαμηλής απόδοσης	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα καταγραφής και αναφοράς των απόψεων των ασθενών.	Εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των νέων ρόλων που προκύπτουν από τις αλλαγές	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα καταγραφής και αναφοράς των απόψεων των ασθενών.	Συντονισμός διεπιστημονικών ομάδων	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα καταγραφής και αναφοράς των απόψεων των ασθενών.	Εκπαίδευση δεξιοτήτων ενημέρωσης των ασθενών, απόκτησης συναίνεσης και κατανόησης της βούλησής τους για συμμετοχή στη θεραπεία	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα καταγραφής και αναφοράς των απόψεων των ασθενών.	Διαχείριση πληροφοριών ασθενών και διαφύλαξη της εμπιστευτικότητας	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα καταγραφής και αναφοράς των απόψεων των ασθενών.	Συστηματική αξιολόγηση κλινικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα καταγραφής και αναφοράς των απόψεων των ασθενών.	Τακτική συλλογή στοιχείων για τη φροντίδα των ασθενών	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις
	Σύγχρονη ενημέρωση για επιστημονικές εξελίξεις	Σύστημα καταγραφής και αναφοράς των απόψεων των ασθενών.	Ανάληψη δράσης ως ανταπόκριση στην αξιολόγηση και τα παράπονα των ασθενών	Βελτίωση της εφαρμογής ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις

Πίνακας 1.1. Εισροές, δομές, διαδικασίες και αποτελέσματα που σχετίζονται με την ΚΔ σε επίπεδο οργανισμού. Πηγή: Chandra Vanu Som (2004)

1.2.4 Κλινική Διακυβέρνηση και Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Όπως αναλύθηκε παραπάνω, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί το κεντρικό ζητούμενο της ΚΔ. Στην παρούσα υποενότητα γίνεται μια συνοπτική αναφορά στην έννοια και το ρόλο της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Η ποιότητα αποτελεί σύνθετη έννοια για τον ορισμό της οποίας έχουν υπάρξει διάφορες προσεγγίσεις. Ορισμένες από αυτές αποτελούν εξειδικεύσεις γενικότερων προσεγγίσεων και άλλες είναι ειδικές μόνον για τις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από κάθε ορισμό εκφράζεται και η «θέση» που καταλαμβάνει η κάθε ομάδα εμπλεκομένων στο σύστημα υγείας (επιστήμονες υγείας, χρήστες, κοινωνικοί φορείς), κατά την ιεράρχηση της συνεισφοράς στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας (Κωσταγιόλας και συν, 2008). Σε κάθε περίπτωση η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας απευθύνεται στο σύνολο των ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών και λοιπών διεργασιών, οι οποίες συνθέτουν τις υπηρεσίες υγείας. Ο ορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας διαφοροποιείται στις περιπτώσεις του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ανάλογα με τις προσδοκίες των χρηστών σε σχέση με τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της ποιότητας στα οποία δίνουν ιδιαίτερη σημασία. Στον δημόσιο τομέα δεν υπάρχουν τόσο υψηλές προσδοκίες για ξενοδοχειακές υποδομές, όσο στον ιδιωτικό, ωστόσο, δίνεται έμφαση στην προσβασιμότητα και στην ανταπόκριση στις πραγματικές ανάγκες των χρηστών. Τις τελευταίες δεκαετίες η ποιότητα έχει καταλάβει υψηλή θέση στις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Κυριόπουλος και συν. 2003).

Από τους ειδικούς ορισμούς για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αξίζει να σημειώσουμε τη διάκριση δύο συστατικών της: την τεχνική (technical quality) και τη διαπροσωπική (interpersonal quality) ποιότητα (Donabedian, 1988). Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από τη γνώση και την κρίση κατά το σχεδιασμό και εφαρμογή των κατάλληλων πρακτικών φροντίδας και ως εκ τούτου, η ποιότητα είναι ανάλογη της αποτελεσματικότητάς και της ασφάλειάς τους. Η διαπροσωπική διάσταση είναι επίσης σημαντική διότι αφορά στην επικοινωνία κρίσιμων πληροφοριών που είναι απαραίτητες σε όλα τα στάδια της φροντίδας (Donabedian, 1988). Σύμφωνα με τον Maxwell (1984), μια σφαιρική αντίληψη της ποιότητας απαιτεί συνδυασμό των εξής έξι (6) διαστάσεων: i) Πρόσβαση ii) Ισότητα iii) Συνάφεια με τις ανάγκες iv)

Κοινωνική αποδοχή ν) Αποδοτικότητα νι) Αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος (Maxwell, 1992). Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ορίζεται διαφορετικά ανάλογα με την οπτική γωνία των εμπλεκόμενων μερών: i) τους χρήστες των υπηρεσιών ii) τους επαγγελματίες υγείας iii) τις διοικήσεις (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Επιπλέον, μια άλλη σημαντική διαφοροποίηση του ορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αφορά στη διάκριση ως προς τις εξής τρεις διαστάσεις: i) Ποιότητα Δομής ii) Ποιότητα Διαδικασίας και iii) Ποιότητα Αποτελέσματος (Donabedian, 1988). Η υλοποίηση ενός συστήματος διασφάλισης της ποιότητας περιλαμβάνει τις εξής φάσεις: i) έλεγχος, κατά τον οποίον δημιουργούνται κριτήρια έναντι των οποίων θα μετρηθεί η ποιότητα ii) καθορισμός προτύπων iii) αξιολόγηση και iv) η ανάπτυξη του συστήματος ποιότητας (Νιάκας, 1993). Οι δύο πρώτες φάσεις απαιτούν την εμπλοκή όλων των εργαζόμενων σε έναν οργανισμό.

Η ανάλυση του κόστους της ποιότητας σε συνδυασμό με δράσεις βελτίωσης αυτής αποτελούν το πεδίο των οικονομικών της ποιότητας. Η ανάλυση του κόστους της ποιότητας στοχεύει στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και στον εντοπισμό δυνατοτήτων εξοικονόμησης πόρων (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Το κόστος ποιότητας είναι αυτό που θα εξοικονομούσε ο οργανισμός εάν κάθε διεργασία εκτελούνταν άπογα από την πρώτη φορά (Crosby, 1979). Η εκτίμηση του κόστους της ποιότητας θα πρέπει να προγραμματίζεται σε τακτική βάση και να εντάσσεται στο συνολικό σύστημα κοστολόγησης (Dahlgaard et al., 1998). Έχει αποδειχθεί ότι, στον τομέα της υγείας, οι επενδύσεις για την ποιότητα επιφέρουν και οικονομικά οφέλη. Για παράδειγμα με τη μελέτη των Garaedts & Montenarie (2001) τεκμηριώθηκε μείωση κόστους σε τμήμα απεικόνισης, πυρηνικής ιατρικής και ακτινοθεραπείας, μετά από την εφαρμογή συστήματος διασφάλισης της ποιότητας. Η επιστημονική έρευνα στο πεδίο των οικονομικών της ποιότητας είναι επίκαιρη και πολύ σημαντική, χωρίς ωστόσο να παρουσιάζει σημαντική δραστηριοποίηση με επαρκή αριθμό μελετών, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς (Κωσταγιόλας και συν., 2008)

Συνεπώς, οι όποιες συζητήσεις και προσπάθειες εφαρμογής συστημάτων ποιότητας στο πλαίσιο της Κλινικής Διακυβέρνησης, ακόμη και σε περίοδο οικονομικής κρίσης, δεν θεωρούνται άκαιρες, λόγω των αντισταθμιστικών ωφελειών τόσο των κλινικών όσο και των οικονομικών

1.2.5 Ειδικά θέματα που σχετίζονται με την ΚΔ

Από τα προηγούμενα είναι ξεκάθαρο ότι παρόλο που αποτελεί σχετικά νέα έννοια η ΚΔ έχει κρίσιμη σημασία. Αφορά στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στο σωστό ασθενή τη σωστή ώρα με ένα συντονισμένο τρόπο. Τα τελευταία χρόνια η πολιτική υγείας προσπάθησε να δώσει έμφαση στα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης τα οποία είναι: υπευθυνότητα, επαγρύπνηση στη διακυβέρνηση από τα θεσμικά όργανα, έμφαση στην ηθική και ρύθμιση στα ειδικά προνόμια. Περιλαμβάνει επίσης βήματα προς τη συνεχή βελτίωση, διασφάλιση της ποιότητας, έλεγχο, εφαρμογή προτύπων και κλινικών δεικτών, ενθάρρυνση της κλινικής αποτελεσματικότητας, προαγωγή της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις, συμμετοχή σε διαδικασίες πιστοποίησης, διαχείριση κινδύνων, καταγραφή και διαχείριση περιστατικών, έμφαση στην ασφάλεια των ασθενών, διάχυση της πληροφορίας, δημοσιοποίηση, αποτελεσματική διαχείριση της γνώσης, εξασφάλιση της συναίνεσης του ασθενούς, ανατροφοδότηση σχετικά με τις επιδόσεις, προαγωγή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αποτελεσματική διαχείριση των καταγγελιών, ενθάρρυνση των χρηστών των υπηρεσιών να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη φροντίδα τους και πιστοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Η παραπάνω, εκτενής αλλά όχι εξαντλητική, λίστα των συστατικών της στοιχείων δίνουν μια εικόνα της κλινικής διακυβέρνησης. Οι Braithwaite & Travaglia (2008) τα ενέταξαν σε τέσσερις ευρείες ενότητες:

- Υποστήριξη των θετικών στάσεων και αξιών για την ασφάλεια και την ποιότητα
- Σχεδιασμός και οργάνωση δομών για την προαγωγή της ασφάλειας και της ποιότητας στο πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης
- Οργάνωση και χρήση των δεδομένων και των ενδείξεων
- Προώθηση της επικέντρωσης στον ασθενή.

Η διακυβέρνηση όλων των ειδών ξεκινάει από την ανώτατη διοίκηση ο δε καθορισμός της ατζέντας τόσο για την εταιρική όσο και για την ΚΔ αποτελεί ζήτημα ηγεσίας. Η διοίκηση θα πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση θεσπίζοντας μηχανισμούς καταγραφής και αναφοράς, αναθεωρώντας τόσο τις κλινικές όσο και τις

οργανωσιακές επιδόσεις χρησιμοποιώντας ακριβή, αξιόπιστα και επικαιροποιημένα κάθε φορά στοιχεία.

Υποστήριξη των θετικών στάσεων και αξιών για την ασφάλεια και την ποιότητα

Στο επίκεντρο των στρατηγικών κλινικής διακυβέρνησης βρίσκεται μια ισχυρή δέσμευση απέναντι στις αρχές της ποιότητας και της ασφάλειας. Η «μετάφραση» αυτών των αρχών σε πρακτικές προϋποθέτει ένα συνδυασμό γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων. Οι βασικές αξίες που πρέπει να καλλιεργούνται και να εφαρμόζονται από όλα τα στελέχη του οργανισμού προκειμένου να επιτευχθούν ποιοτικές και αξιόπιστες υπηρεσίες είναι (Braithwaite & Travaglia, 2008):

Ευθύνη (Accountability)

Η ευθύνη είναι μια σειρά από σχέσεις ανάμεσα στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και έχει τα πέντε χαρακτηριστικά (WHO, 2004):

- Ανάθεση (Delegating): σαφής ή έμμεση αντίληψη ότι μια υπηρεσία θα παρασχεθεί.
- Χρηματοδότηση (Financing): χορήγηση των απαραίτητων πόρων για την παροχή της υπηρεσίας ή πληρωμή αυτής.
- Απόδοση (Performance): Παροχή της υπηρεσίας.
- Πληροφορίες για την απόδοση (Having information about performance): εξασφάλιση των σχετικών με την απόδοση πληροφοριών και αξιολόγησή της σε σύγκριση με τις προσδοκίες και τους επίσημους ή ανεπίσημους κανόνες.
- Επιβολή (Enforcing): Η δυνατότητα επιβολής κυρώσεων για ακατάλληλη απόδοση ή παροχής ανταμοιβών όταν η απόδοση είναι κατάλληλη.

Λόγω της πολυπλοκότητας του τομέα υγείας και της διάχυσης των αρμοδιοτήτων, η κατανομή της ευθύνης είναι δύσκολη υπόθεση (Luft, 2010). Για παράδειγμα, οι κλινικοί επαγγελματίες είναι υπεύθυνοι να παρέχουν στους ασθενείς τους την κατάλληλη φροντίδα. Επιπλέον, έχουν υποχρεώσεις απέναντι στα επαγγελματικά και επιστημονικά τους όργανα. Από την άλλη, οι διοικήσεις, συχνά, τους αναθέτουν ευθύνες σχετικές με την οικονομική απόδοση, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού. Ωστόσο, σε συνθήκες έλλειψης προσωπικού καθίσταται δύσκολο να καθοριστεί η

έκταση της ανάθεσης ευθυνών. Τελικά, η διοίκηση έχει την ευθύνη για το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, τα διοικητικά στελέχη αναθέτουν ευθύνες στους κλινικούς επαγγελματίες για την εκτέλεση των καθηκόντων τους, ενώ παράλληλα τους επιτρέπουν κάποιο βαθμό αυτονομίας ανάλογη με τα προσόντα τους.

Συνεχής βελτίωση (Continuous improvement)

Στο παρελθόν, οι δραστηριότητες που σχεδιάζονταν με την εφαρμογή προτύπων στη φροντίδα υγείας εκφράζονταν από τον όρο διασφάλιση της ποιότητας “quality assurance”. Ο όρος αυτός υποδήλωνε ότι η ποιότητα της φροντίδας μπορούσε να είναι εγγυημένη. Οι δυσκολίες και η πολυπλοκότητα του τομέα υγείας είναι η αιτία που μια τέτοια εγγύηση φαίνεται ουτοπική, έτσι ο όρος αυτός, εξέπεσε της εύνοιας (Jaeger, 1994, Braithwaite & Travaglia, 2008) έναντι του όρου συνεχής βελτίωση “continuous improvement”. Η συνεχής βελτίωση περιλαμβάνει όλες τις κλινικές και διοικητικές πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται με στόχο την ενίσχυση της ποιότητας και ασφάλειας σε συνεχή βάση. Οι στρατηγικές που εντάσσονται στη συνεχή βελτίωση είναι μακροπρόθεσμες και κατευθύνουν τις υπηρεσίες και τα αποτελέσματα σε μια σταδιακά ανοδική πορεία (Marquis & Huston, 2009).

Διαχείριση Απορρήτου (Qualified privilege)

Η Προστατευμένη αποκάλυψη απορρήτου αφορά στο πρόβλημα που προκύπτει όταν οι επαγγελματίες υγείας επιδιώκουν να συζητήσουν ανοιχτά περιπτώσεις ή στοιχεία με την προοπτική να βελτιώσουν τις εφαρμοζόμενες πρακτικές. Σε αυτήν την περίπτωση οι εργαζόμενοι μπορεί να είναι επιφυλακτικοί διότι οι πληροφορίες που ανακοινώνονται μπορεί να κοινοποιηθούν και σε πιθανές επακόλουθες νομικές διαδικασίες (Quick, 2013). Σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες έχει θεσμοθετηθεί το απόρρητο για το έργο των επιτροπών που έχουν την αρμοδιότητα να εξετάζουν κλινικές περιπτώσεις στο πλαίσιο της συνεχούς βελτίωσης. Με τον τρόπο αυτό, εξισορροπείται αφενός το δικαίωμα των ατόμων να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που τους αφορούν και αφετέρου η αναγκαιότητα για τη δημιουργία αναλυτικής βάσης δεδομένων στην οποία δεν θα έχουν πρόσβαση οι ασθενείς ή οι αντιπρόσωποί τους αλλά θα χρησιμοποιείται για σκοπούς επανεξέτασης από αρμόδια όργανα του οργανισμού Morte (1988).

Διασφάλιση της ποιότητας (Quality assurance)

Όπως αναφέρθηκε, η διασφάλιση της ποιότητας είναι ένας παλαιότερος όρος ο οποίος τείνει να εγκαταλειφθεί από πολλούς οργανισμούς διότι δεν θεωρείται ως εφικτή κατάσταση, με την απόλυτη σημασία της (Braithwaite & Travaglia, 2008). Ωστόσο, όλοι συμφωνούν με την άποψη ότι τα Διοικητικά Συμβούλια, οι διευθυντές και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δεσμεύονται να κάνουν ό, τι μπορούν για τη διατήρηση των προτύπων ποιότητας.

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Continuous education)

Η δια βίου εκπαίδευση αποτελεί ένα επιθυμητό χαρακτηριστικό σε ατομικό επίπεδο. Σε επίπεδο οργανισμού, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι σημαντικό να είναι εδραιωμένη στην κουλτούρα του, αφού η επιστημονική και η τεχνολογική γνώση κάθε επιστημονικού κλάδου μεταβάλλεται εξελισσόμενη ραγδαία και η έγκαιρη ενημέρωση οφείλει να αποτελεί αντανακλαστική λειτουργία του οργανισμού. Επιβάλλεται λοιπόν, τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους οργανισμούς να συμμετέχουν σε μαθησιακές διαδικασίες για την απόκτηση νέων ιδεών, γνώσεων και τεχνολογιών κατάλληλων για το ρόλο του καθενός, τις οποίες μπορούν να αξιοποιήσουν, προς όφελος τους καθώς και των υπηρεσιών που παρέχουν. Ο ρόλος της Διοίκησης είναι κεντρικός για την εδραίωση της διαρκούς εκπαίδευσης ως φιλοσοφίας στον οργανισμό που μαθαίνει "Μαθησιακός Οργανισμός" (learning organisation). Ο οργανισμός που μαθαίνει, ως φιλοσοφία και πρακτική διοίκησης, ξεκίνησε από τον (Senge, 1990) στο Πανεπιστήμιο της Μασαχουσέττης (MIT) και στη συνέχεια, διαδόθηκε σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα τον Senge (1990) η μάθηση ξεπερνάει το όριο της απόκτησης γνώσεων και εμπειριών. Αποτελεί μια συνεχόμενη διαδικασία αλλαγής της σκέψης, της αντίληψης και της συμπεριφοράς που επισυμβαίνει ως έμμεσο ή άμεσο αποτέλεσμα της νέας γνώσης και της εμπειρίας (Aarons et al., 2010). Η μάθηση είναι αποτελεσματική, όταν οι νέες γνώσεις μεταφράζονται σε διαφορετικές συμπεριφορές, οι οποίες επαναλαμβάνονται (O'Keefe, 2002). Κατ' επέκταση, η οργανωσιακή μάθηση είναι η διαρκής αλλαγή της λειτουργίας ενός οργανισμού μέσω των κοινών γνώσεων, νοημάτων και κατανοήσεων. Με άλλα λόγια, η οργανωσιακή μάθηση, στηρίζεται στη δημιουργία νέων κοινών γνωστικών μοντέλων τα οποία βελτιώνουν τις επιδόσεις, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον γενικότερα τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε οργανωσιακό (Schwandt, 2000).

Διεθνώς, τα συστήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με μια προοδευτικά αυξανόμενη ανάγκη για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις για την επίτευξη αυτού του σκοπού. Από αυτές, οι πιο αποτελεσματικές είναι η βασισμένη σε ενδείξεις πρακτική (evidence-based practice (EBP) και η Επαγγελματική Εκπαίδευση και Ανάπτυξη (EEA) (GroI, 2001). Σκοπός της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης είναι να μειώσει το κενό ανάμεσα στην βασισμένη σε ενδείξεις πρακτική και στην καθημερινή πράξη. Πράγματι, η επαγγελματική εκπαίδευση και ανάπτυξη αποτελεί ένα στρατηγικό εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών υγείας για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Brown and Field, 2002).

Η απόσταση ανάμεσα στη βασισμένη στη σύγχρονη έρευνα θεωρία και την καθημερινή πρακτική αποτελεί φαινόμενο που παρατηρείται διεθνώς (Wennberg et al., 1996). Αυτή η ανεπάρκεια προκαλεί προβλήματα και κακές πρακτικές των επαγγελματιών υγείας τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών (Chassin and Galvin, 1998). Η κύρια στρατηγική για τη μείωση του κενού ανάμεσα στη βασισμένη σε ενδείξεις θεωρία και καθημερινή πράξη είναι η εκπαίδευση.

Τα τελευταία χρόνια, η έμφαση έχει μετατοπισθεί από την Συνεχιζόμενη Επαγγελματική εκπαίδευση, προς την Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (ΣΕΑ) η οποία αποτελεί ευρύτερη έννοια και περιλαμβάνει την πρώτη (AMA, 2010) (ICN, 2007). Η ΣΕΑ ως έννοια ξεπερνάει την απλή αύξηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων, περιλαμβάνοντας τον τρόπο με τον οποίο αυτές μετασχηματίζονται σε πράξη. Σύμφωνα με τους Peck et. al. (2000) η ΣΕΑ εστιάζει στην προσωπική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας ως μελών ενός οργανισμού ο οποίος προσπαθεί ενεργητικά να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η ΣΕΑ καθίσταται η κινητήριος δύναμη αλλαγής των στάσεων και των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας για την αποδοτικότητα, την παραγωγικότητα και την κοινωνική ευημερία και ως εκ τούτου για την ποιότητα και ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παναγιωτόπουλου, 2012) ο τελικός στόχος της ΣΕΑ είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Starke and Wade, 2005). Η επένδυση στους επαγγελματίες υγείας –μέσω της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού- αποτελεί και επένδυση στην ποιότητα. Τέλος, η μετάφραση γνώσης (knowledge translation) είναι μια πιο περιεκτική κατηγορία η οποία ενσωματώνει και

επεκτείνει τις έννοιες της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής εκπαίδευσης, και της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης. Η μετάφραση γνώσης έχει τη δύναμη να υπερπηδήσει τα εμπόδια κατά την εφαρμογή της βασισμένης σε ενδείξεις πρακτικής (Davis et al., 2003).

Εστίαση στην ηθική (A focus on ethics)

Από την οπτική της ηθικής, η ΚΔ είναι η έγκαιρη και ασφαλής παροχή κατάλληλης φροντίδας στο πλαίσιο που καθορίζουν οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι, προς τους ασθενείς. Η κλινική πράξη είναι συχνά ένα ηθικό ναρκοπέδιο (ποιος παίρνει τι, κάτω από ποιες συνθήκες, σύμφωνα με ποιά κριτήρια;). Συνεπώς, η Διοίκηση σε όλα τα επίπεδα, πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική και να επαγρυπνά με την προώθηση των κατάλληλων αξιών και προτύπων.

Σχεδιασμός και οργάνωση δομών για την προαγωγή της ασφάλειας και της ποιότητας στο πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης

Η ενίσχυση των θετικών συμπεριφορών, θέτει την ηθική και φιλοσοφική βάση για την ΚΔ. Η εφαρμογή ωστόσο της κλινικής διακυβέρνησης, εξαρτάται από τον αποτελεσματικό σχεδιασμό και τη διαχείριση. Οι ακόλουθοι τύποι δομών και στρατηγικές κλινικής διακυβέρνησης υποστηρίζουν τις αρχές της ασφάλειας και της ποιότητας:

Διοίκηση της απόδοσης (Managing performance)

Η καλή διοικητική πρακτική μεταξύ άλλων επιβάλλει την τακτική αναθεώρηση των επιδόσεων των εργαζομένων, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, ώστε αυτές να εξυπηρετούν την αποστολή του οργανισμού. Η διοίκηση της απόδοσης ευθυγραμμίζει τους οργανωσιακούς με τους ατομικούς στόχους. Παρέχει ανατροφοδότηση στην πρόοδο της απόδοσης (Bacal, 1999). Ένα αποτελεσματικό σύστημα διοίκησης της απόδοσης περιλαμβάνει το είδος, τον τρόπο δράσης των εργαζομένων και το βαθμό επίτευξης των στόχων τους. Αποτελεί αναπτυξιακό και ενθαρρυντικό και όχι πειθαρχικό εργαλείο. Υπάρχουν διάφορα συστήματα διοίκησης της απόδοσης κοινό χαρακτηριστικό των οποίων είναι οι κοινές συζητήσεις και συμφωνίες μεταξύ των υπαλλήλων και της διοίκησης σε όλα τα επίπεδά της (Bourne, 2003 & Braithwaite, 1991).

Διαχείριση κινδύνων (Managing risk)

Η διαχείριση κινδύνων αναφέρεται στη λογική και διαδοχική προσέγγιση για την αναγνώριση κινδύνων, στην ποσοτικοποίηση των επιπτώσεών τους και στην αντιμετώπισή τους σε καθορισμένα αποδεκτά όρια (Victorian Managed Insurance Authority, 2007). Οι κίνδυνοι στη φροντίδα υγείας μπορεί να είναι μεταξύ άλλων οργανωσιακοί, οικονομικοί, υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία καθώς και ασφάλειας των ασθενών. Η πολυπλοκότητα των σύγχρονων θεραπειών και παρεμβάσεων, πέρα από τις κατακτήσεις στη θεραπεία ανίατων στο παρελθόν νόσων θέτει κάποιες φορές σε υπολογισμό κίνδυνο τους ασθενείς (Hindle et al., 2006). Ευθύνη της διοίκησης είναι ο σχεδιασμός αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των κινδύνων.

Αναφορά και αντιμετώπιση κρίσιμων συμβαμάτων (Reporting and managing critical incidents)

Δημοσιευμένες έρευνες σχετικές με κρίσιμα συμβάματα σε νοσοκομεία όπως του Bristol, (Department of Health, 2001), του Campbelltown and Camden (Walker, 2004), του King Edward Memorial Hospital (Douglas et. al, 2001), και του Bundaberg (Davies, 2005), έχουν δείξει ότι η διοίκηση σε κάθε επίπεδο θα πρέπει να επαγρυπνεί για την πιθανότητα αντιμετώπισης κρίσης με αντικείμενο κάποιο κλινικό ή κάποιο γενικότερο συμβάν. Απαιτείται τακτική αναθεώρηση και αναφορά των κρίσιμων συμβαμάτων που έχουν συμβεί ή είναι πιθανό να συμβούν. Κάποιες φορές, οι οργανισμοί έρχονται αντιμέτωποι με κρίσιμα συμβάματα που δοκιμάζουν τα όρια των δυνατοτήτων τους. Ένα κρίσιμο συμβάν απαιτεί χρόνο, πόρους και προσπάθεια για να αντιμετωπισθεί. Σε περίπτωση που διαταχθεί έρευνα για τη διερεύνησή του, λάβει πολιτικές διαστάσεις ή δοθεί δημοσιότητα στα ΜΜΕ, μπορεί να παραλύσει ο οργανισμός με παρενέργειες που κάποιες φορές διαρκούν χρόνια.

Η φροντίδα των ασθενών, των συγγενών τους και του προσωπικού, ανάλογα με τη φύση του συμβάματος αποτελεί προτεραιότητα. Η διοίκηση θα πρέπει να διασφαλίζει την ύπαρξη ξεκάθαρου σχεδίου για την αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων και ιδίως για το χειρισμό του πολιτικού και επικοινωνιακού ενδιαφέροντος. Άλλα ενδιαφερόμενα μέρη τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι το κοινό, ασθενείς και συγγενείς, φορείς σχετικοί με το αντικείμενο, θεσμοθετημένα διοικητικά ή και δικαστικά σώματα κλπ.

Πιστοποίηση επαγγελματιών υγείας (Credentialing medical practitioners)

Κύριος στόχος της πιστοποίησης των επαγγελματιών υγείας είναι η διασφάλιση ότι η φροντίδα παρέχεται μόνο από ειδικευμένο προσωπικό του οποίου η απόδοση διατηρείται σε αποδεκτά επίπεδα, (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2004, 2008).

Εφαρμογή προτύπων (Applying standards)

Υπάρχουν διάφορα πρότυπα στη φροντίδα υγείας που προσδιορίζουν όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και λειτουργούν ως οδηγοί στην πρακτική. Δεν υπάρχει ένα μόνο σύνολο προτύπων, αλλά κάθε οργανισμός και κάθε επάγγελμα πρέπει να θέτει τα δικά του πρότυπα τα οποία θα καθοδηγούν κάθε επαγγελματία υγείας (Marquis & Huston, 2009). Ως παράδειγμα αναφέρουμε το πρόγραμμα Equip του Αυστραλιανού Συμβουλίου για τα Πρότυπα Υγείας το οποίο προσδιορίζει διάφορα πρότυπα, που πρέπει να πληρούν οι οργανισμοί φροντίδας υγείας, ανάλογα με προκαθορισμένα κριτήρια προκειμένου να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις (Australian Council on Healthcare Standards, 2006.)

Συμμετοχή σε διαδικασίες διαπίστευσης (Participating in accreditation processes)

Διαπίστευση είναι η συστηματική εφαρμογή των προκαθορισμένων προτύπων και κριτηρίων προκειμένου να αξιολογηθεί η απόδοση ενός οργανισμού. Όσον αφορά στον τομέα της υγείας η διαπίστευση περιλαμβάνει αρκετές φάσεις όπως, για παράδειγμα, τη συμπλήρωση φακέλου αυτοαξιολόγησης, την επίσκεψη από εξωτερικούς εμπειρογνώμονες και την τεκμηρίωση της απόδοσης με τη βοήθεια κλινικών δεικτών. Τα πρότυπα και κριτήρια διαπίστευσης συνεχώς εξελίσσονται. Κατά συνέπεια, το σημείο αναφοράς έναντι του οποίου αξιολογούνται τα πρότυπα, συνεχώς διαφοροποιείται. Με τον τρόπο αυτόν, εισάγεται ένα μέτρο της συνεχούς βελτίωσης, στις διαδικασίες διαπίστευσης και την απόδοση του οργανισμού (Marquis & Huston, 2009).

Οργάνωση και χρήση στοιχείων και ενδείξεων (Organising and using data and evidence) στο πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης

Ενώ οι ηθικές και διαρθρωτικές απαντήσεις για την ποιότητα και την ασφάλεια έχουν καίρια σημασία για την εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης, η ανταλλαγή δεδομένων, γνώσης και εμπειρογνωμοσύνης είναι ουσιώδεις για την αποτελεσματικότητά της, και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας ως σύνολο. Σε αυτή την υποενότητα θα διερευνήσουμε τις υφιστάμενες προσεγγίσεις και τα συστήματα για την ανταλλαγή, τη διαχείριση και την ανάπτυξη των γνώσεων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας οι οποίες περιλαμβάνουν:

Βελτίωση του τρόπου διάχυσης των πληροφοριών (Improving the sharing of information)

Οι Οργανισμοί Φροντίδας Υγείας συνήθως διαθέτουν μεγάλο αριθμό δεδομένων, χωρίς αυτό να σημαίνει απαραίτητα ότι αυτά μπορεί να μεταφραστούν σε αξιοποιήσιμες, έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες. Η μετατροπή των δεδομένων σε αξιοποιήσιμες πληροφορίες απαιτεί προσπάθεια, με προκλήσεις. Πηγές δεδομένων αποτελούν: η φροντίδα ασθενών στις δομές και την κοινότητα, η φροντίδα ηλικιωμένων, η κατάσταση της υγείας και το προφίλ των χρηστών, τα λειτουργικά στοιχεία του οργανισμού, τα συστήματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, τα οικονομικά και λογιστικά στοιχεία. Τα στοιχεία θα πρέπει να συνθέτονται και να μορφοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε οι χρήστες τους σε επίπεδο τμήματος, τομέα ή οργανισμού, να μπορούν να έχουν κατάλληλες επικαιροποιημένες αναφορές στις οποίες να βασίζονται ανάλογες αποφάσεις (Légaré et al., 2010).

Προώθηση της κλινικής αποτελεσματικότητας (Encouraging clinical effectiveness)

Η κλινική αποτελεσματικότητα αφορά στη συνεχή προσπάθεια ώστε η πράξη να βασίζεται στα πλέον κατάλληλα διαθέσιμα στοιχεία και ενδείξεις. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες για την κλινική αποδοτικότητα προκειμένου να παραμένουν καλά πληροφορημένοι ως προς τις εξελίξεις στο πεδίο της ειδικότητάς τους έτσι ώστε να βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν (Glanville et al., 1998). Λόγω της πολυπλοκότητας της φροντίδας υγείας, και -σε κάποιες περιπτώσεις- της αβεβαιότητας στα ερευνητικά δεδομένα, αυτή η διαδικασία είναι επίπονη και για το λόγο αυτό η προσπάθεια προς

την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να είναι συνεχής, συστηματική και συνδυασμένη με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Υποστήριξη των βασισμένων σε ενδείξεις πρακτικών (Promoting evidence-based practices)

Συναφής με την ιδέα της ενθάρρυνσης της κλινικής αποτελεσματικότητας είναι η έννοια της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις. Η έννοια έχει κυρίως συζητηθεί στο πλαίσιο της Ιατρικής κυρίως, αλλά και της Νοσηλευτικής, ωστόσο τελευταία και άλλοι επαγγελματίες υγείας προοδευτικά υιοθετούν προσεγγίσεις βασισμένες σε ενδείξεις. Η βασισμένη σε ενδείξεις πρακτική ορίζεται ως η συνειδητή, σαφή και ορθολογική χρήση των τρεχουσών καλύτερων ενδείξεων κατά τη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα των ασθενών (Sackett et. al., 1996). Η εξάσκηση της βασισμένης σε ενδείξεις πρακτικής ενσωματώνει τις ατομικές ικανότητες και δεξιότητες με τις νεότερες και έγκυρες γνώσεις από τη διεθνή συστηματική έρευνα. Υπό αυτή την οπτική, υπάρχουν δύο πτυχές της βασισμένης σε ενδείξεις πρακτικής: Κλινικοί επαγγελματίες, οι οποίοι λαμβάνουν αποτελεσματικές αποφάσεις για τις θεραπείες και θεραπευτικά συστήματα που εφαρμόζουν και ενδείξεις βασισμένες σε ερευνητικά δεδομένα οι οποίες είναι στη διάθεσή τους. Σύμφωνα με τους Sackett et. Al., (1996) οι ατομικές εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες είναι αλληλένδετες με τη χρήση εξωτερικής εξειδικευμένης πληροφόρησης η οποία βασίζεται στα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα. Χωρίς το πρώτο, η κλινική πράξη «στραγγαλίζεται» από την αναζήτηση των κατάλληλων ενδείξεων, διότι είναι πιθανό η καλύτερη βασισμένη στην έρευνα ένδειξη, να μην είναι εφαρμόσιμη ή ακόμα και ακατάλληλη για ένα συγκεκριμένο ασθενή. Χωρίς το δεύτερο, η κλινική πράξη κινδυνεύει πολύ γρήγορα να ξεπεραστεί εις βάρος των ασθενών.

Χρήση κλινικών δεικτών (Using clinical indicators)

Υπάρχουν κλινικοί δείκτες σε διάφορα επίπεδα της φροντίδας υγείας όπως επίσης και σε επίπεδο οργανισμών ή δείκτες για συγκεκριμένες ειδικότητες και υπο-ειδικότητες. Χρησιμοποιούνται για τη χαρτογράφηση της απόδοσης ενός τμήματος ή οργανισμού διαχρονικά, ή για τη συγκριτική αξιολόγηση (benchmark) της απόδοσης σε σχέση με άλλα τμήματα ή οργανισμούς με διαπιστωμένη ποιότητα. Οι κλινικοί δείκτες έχουν οριστεί ως μέτρα που αξιολογούν κάποια συγκεκριμένη διαδικασία φροντίδας υγείας ή αποτέλεσμα αυτής (Worning et al, 1992). Η Κοινή Επιτροπή Διαπίστευσης

Οργανισμών Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) περιγράφει τους δείκτες ως ποσοτικά μέτρα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση και αξιολόγηση της ποιότητας σημαντικών λειτουργιών διακυβέρνησης, διαχείρισης, υποστήριξης και κλινικών λειτουργιών που επηρεάζουν τα αποτελέσματα των ασθενών (JCAHO, 1989)

Οι δείκτες, παρέχουν μια ποσοτικοποιημένη βάση τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τη Διοίκηση με σκοπό την επίτευξη βελτιώσεων τόσο στη φροντίδα των ασθενών όσο και στις διαδικασίες με τις οποίες παρέχεται αυτή η φροντίδα. Η μέτρηση και η παρακολούθηση εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς μεταξύ των οποίων είναι η τεκμηρίωση της ποιότητας της φροντίδας, η συγκριτική αξιολόγηση τμημάτων ή οργανισμών, ο καθορισμός προτεραιοτήτων, η υποστήριξη της υπευθυνότητας, η ρύθμιση και πιστοποίηση, η υποστήριξη της βελτίωσης της ποιότητας και της επιλογής παρόχων υγείας από τους ασθενείς. Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούν δείκτες προκειμένου να αξιολογήσουν και να παρακολουθήσουν τα αποτελέσματα της λειτουργίας τους στους ασθενείς και ειδικότερα στην ικανοποίηση των αναγκών τους. Κατά αυτόν τον τρόπο δεν αποτελούν άμεσο άλλα έμμεσο μέτρο της ποιότητας, αφού η ποιότητα είναι πολυδιάστατη, η κατανόησή της απαιτεί πολλαπλές διαφορετικές μετρήσεις (Braithwaite & Travaglia, 2008).

Οι δείκτες βασίζονται στα πρότυπα της φροντίδας, τα οποία είναι βασισμένα σε ενδείξεις και στην επιστημονική βιβλιογραφία, ή όταν δεν υπάρχει ερευνητική τεκμηρίωση, καθορίζονται από ομάδα εμπειρογνομόνων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι επιχειρηματολογούν με βάση την εμπειρία τους και καταλήγουν σε ομόφωνες αποφάσεις. Ο βαθμός της επιστημονικής τους τεκμηρίωσης, επηρεάζει την ικανότητα των προτύπων και των δεικτών, να προβλέψουν αποτελέσματα (Mainz et al., 2003).

Επιθεώρηση- έλεγχος (audit)

Οι κλινικοί έλεγχοι είναι αξιολογήσεις που έχουν σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός είναι αυτός του Εθνικού Ινστιτούτου για την Κλινική Αριστεία (NICE) της μεγάλης Βρετανίας σύμφωνα με τον οποίο είναι: «μια διαδικασία για τη βελτίωση της ποιότητας που αποσκοπεί στη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και των αποτελεσμάτων γενικότερα μέσω μιας συστηματικής

ανασκόπησης της παρεχόμενης φροντίδας σε σύγκριση με καθορισμένα κριτήρια και η υλοποίηση της αλλαγής. Επιλέγονται πτυχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας και αξιολογούνται συστηματικά έναντι καθορισμένων κριτηρίων. Όπου ενδείκνυται, εφαρμόζονται κατάλληλες αλλαγές σε ατομικό, ομαδικό ή οργανωσιακό επίπεδο, οι οποίες παρακολουθούνται ώστε να επιβεβαιωθούν οι βελτιώσεις στη φροντίδα» (NICE, 2002). Ο κλινικός έλεγχος καθοδηγείται μεν από τους κλινικούς επαγγελματίες υγείας, ωστόσο, η διοίκηση θα πρέπει να διασφαλίζει την τακτική εφαρμογή του στα τμήματα του οργανισμού.

Αποτελεσματική διαχείριση της γνώσης (Managing knowledge effectively)

Σε κάθε σύνθετη δομή παροχής υπηρεσιών υγείας υπάρχει ποικιλία στοιχείων και η επικρατούσα τάση είναι πλέον η τεκμηρίωση τόσο των διοικητικών όσο των κλινικών αποφάσεων από αξιόπιστες και έγκυρες ενδείξεις και δεδομένα. Οι προσεγγίσεις για τη διαχείριση της γνώσης περιλαμβάνουν ενεργή προσπάθεια για τη διάχυση της πληροφορίας, την υιοθέτηση νέων ιδεών, τρόπων εργασίας ή τεχνολογίας. Σύμφωνα με τους Rogers & Sanson-Fisher (2004) υπάρχουν πέντε στοιχεία τα οποία καθορίζουν από κοινού πως και αν η υιοθέτηση ή διάχυση μιας νέας δραστηριότητας θα εμφανισθούν. Αυτά είναι:

- Συγκριτικό πλεονέκτημα (relative advantage). Αφορά στο εάν είναι καλύτερη από αυτό που υπάρχει τώρα.
- Συμβατότητα (compatibility). Αφορά στο εάν ταιριάζει με τις υπάρχουσες συνθήκες.
- Πολυπλοκότητα (complexity). Αφορά στο εάν είναι πάρα πολύ περίπλοκο για τις ανάγκες μας.
- Εφαρμοστικότητα (Trialability). Αφορά στο εάν μπορεί να κατευθύνεται και να τροποποιηθεί, ώστε να ταιριάζει στους σκοπούς μας.
- Παρατηρησιμότητα (observability). Αφορά στο εάν μπορούμε να το δούμε να λειτουργεί καλά και στο περιβάλλον εργασίας μας.

Εστίαση στον ασθενή (Sponsoring a patient focus)

Η υγειονομική φροντίδα με εστίαση στον ασθενή είναι ένας εναλλακτικός τρόπος οργάνωσης της παραδοσιακής ιατροκεντρικής υγειονομικής φροντίδας. Το Ινστιτούτο Ιατρικής έχει ορίσει την επικέντρωση στον ασθενή ως: «*Παροχή φροντίδας που*

σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις των ασθενών, τις ανάγκες και τις αξίες, και εξασφαλίζει ότι οι αξίες των ασθενών καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις» (IOM, 2001).

Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή περιλαμβάνει τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και του επαγγελματία και την ενεργή συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις για τη φροντίδα τους (DerGurahian, 2008). Αυξάνει τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και την ικανοποίηση για την εργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, σχετίζεται με μεγαλύτερη ευεξία ασθενών και καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα χωρίς σημαντική αύξηση της χρήσης πόρων (Michie, et al., 2003). Παρόλα τα πλεονεκτήματα, η εφαρμογή της ιδέας είναι αποσπασματική ακόμα και σε ανεπτυγμένες χώρες. (Davis et al., 2010)

Ενθάρρυνση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας να συμμετέχουν στις αποφάσεις για τη φροντίδα τους (Encouraging consumers to participate in decisions affecting their care)

Η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στις αποφάσεις που αφορούν στη φροντίδα της υγείας τους είναι καίριας σημασίας διότι αυτή επηρεάζει τις πιο προσωπικές και ευαίσθητες πτυχές της ζωής τους. Άλλωστε το σύστημα υγείας, χωρίς την παρουσία των χρηστών των υπηρεσιών που παρέχει, δεν θα είχε λόγο ύπαρξης. Το Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων των Ηνωμένων Εθνών (United Nations' Department of Economic and Social Affairs) έχει εκπονήσει κατευθυντήριες γραμμές που υποστηρίζουν την υπεροχή του καταναλωτή σε όλους τους τομείς της ζωής. Ειδικά για τον τομέα της υγείας, είναι κρίσιμο όχι απλώς να εξασφαλίζεται κάθε φορά η συναίνεση των ασθενών με ένα μηχανιστικό και επιφανειακό τρόπο διαγωνίζοντας το πατερναλιστικό μοντέλο που ισχύει ακόμα και σήμερα, αλλά, μακροπρόθεσμα, να επανασχεδιαστεί το σύστημα υγείας, ώστε οι χρήστες των υπηρεσιών του να εκπαιδεύονται και να ενημερώνονται σχετικά με τις αποφάσεις που τους επηρεάζουν (Beauchamp & Childress, 2012).

Επικέντρωση στην ασφάλεια του ασθενούς (Focusing on patient safety)

Ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία και την πληθώρα των μελετών περί της διαχείρισης της φροντίδας υγείας, την ποιότητα και την ασφάλεια, θα ήταν εύκολο να σκεφτεί κανείς ότι οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας είναι προσανατολισμένοι

στην ασφάλεια των ασθενών. Αυτό όμως δεν ισχύει στην πραγματικότητα (Hindle et al, 2005). Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα για τη δημόσια υγεία τόσο στις ανεπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ως αντικείμενο είναι ευρύ διότι μπορεί να συμπεριλάβει από την πιο σύγχρονη τεχνολογία (ηλεκτρονική συνταγογράφηση και επανασχεδιασμό κλινικών και άλλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας) μέχρι το πλύσιμο των χεριών (WHO,2011). Έχει υπολογισθεί ότι στις ανεπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα ασθενείς υφίσταται βλάβη είτε από λάθη είτε από ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Οι αρχές για την ασφάλεια των ασθενών ισχύουν και εφαρμόζονται ανεξάρτητα από το οικονομικό επίπεδο της χώρας, τον τύπο και τον χώρο στον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας καθώς και την κατηγορία των ασθενών. Πρέπει να τονισθεί ότι η στελέχωση και η διαθεσιμότητα λοιπών πόρων, παρά την αδιαμφισβήτητη σημασία τους, δεν αποτελούν τα κύρια προβλήματα για τα ανεπιθύμητα συμβάντα στους ασθενείς. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή ασφαλών υπηρεσιών στους ασθενείς είναι η εμπέδωση της κουλτούρας για την ασφάλεια των ασθενών (Reason, 1998). Όπως και με τη διαχείριση κινδύνων ή κρίσεων, έτσι θα πρέπει να υπάρχει μια συντονισμένη προσπάθεια και οργανωμένη προσέγγιση για την επικέντρωση στην ασφάλεια των ασθενών. Λόγω της κεντρικής της θέσης στη ΚΔ, η έννοια της ασφάλειας αναλύεται περισσότερο σε επόμενη υποενότητα.

Δημοσιοποίηση (Supporting open disclosure)

Σύμφωνα με το πρότυπο ανοιχτής δημοσιοποίησης (National Open Disclosure Standard) που αναπτύχθηκε από το Αυστραλιανό Συμβούλιο για την Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας, η δημοσιότητα αναφέρεται στην “ανοικτή επικοινωνία” όταν καταγράφονται δυσμενή συμβάντα κατά την παροχή της υγειονομικής φροντίδας. Τα επιμέρους στοιχεία επικοινωνίας περιλαμβάνουν: έκφραση της λύπης, πραγματική εξήγηση του τι συνέβη, ανάλυση των συνεπειών του γεγονότος, εξήγηση των μέτρων που λαμβάνονται για τη διαχείριση του γεγονότος και την πρόληψη της επανεμφάνισής του” (ACSQHC, 2007). Παρόμοιες οδηγίες και γραπτές πολιτικές για την ανοιχτή δημοσιοποίηση θα πρέπει να εξατομικεύονται και να εφαρμόζονται από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Εξασφάλιση της συναίνεσης του ασθενούς (Obtaining patient consent)

Υπάρχουν θεσμοθετημένες πολιτικές και διαδικασίες σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη που απαιτούν τη συγκατάθεση ασθενή για τη θεραπεία του, μετά από ενημέρωσή του για όλους τους πιθανούς κινδύνους αυτής. Οι διοικήσεις και τα στελέχη θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά αυτές τις ευθύνες, διότι μεταξύ άλλων, σε αντίθετη περίπτωση εγείρονται σοβαροί κίνδυνοι για νομικές και πειθαρχικές κυρώσεις (Βούλτσιος & Χατζητόλιος, 2006).

Διαχείριση παραπόνων (Dealing with complaints effectively)

Η παραδοσιακή προσέγγιση για την αντιμετώπιση των καταγγελιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ήταν είτε η αποφυγή τους είτε η αποσπασματική διαχείρισή τους. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, η έρευνα των καταγγελιών εξέταζε μόνο τα καταγγελλόμενα συμβάντα με έμφαση στα άτομα που εμπλέκονται άμεσα, αντί να εξετάζονται οι ευρύτεροι παράγοντες που αφορούν σε μειονεκτήματα των συστημάτων περίθαλψης. Οι πιο πρόσφατες προσεγγίσεις για τον χειρισμό των καταγγελιών των ασθενών έχουν δείξει ότι ένας ενεργός, συλλογικός τρόπο και μια ανοιχτή, ειλικρινής και πρόθυμη συνεργασία με τον καταγγέλλοντα μπορεί να αποφέρουν πολλά οφέλη. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει μια σειρά από στοιχεία όπως: την ενεργητική ενθάρρυνση της ανατροφοδότησης από πλευράς των χρηστών, τη διαπραγμάτευση με τους χρήστες σχετικά με τα αποτελέσματα και όχι τη μονόδρομη ενημέρωση, την ενσωμάτωση της διαχείριση παραπόνων στη διαχείριση κρίσεων, τη σύνταξη αντίστοιχων εκθέσεων, τις δράσεις αξιολόγησης και παρακολούθησης (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005).

Από την περιγραφή των παραγόντων που συνθέτουν την έννοια της κλινικής διακυβέρνησης, καταδεικνύεται σαφώς ότι αυτή αφορά πολλές πτυχές της παροχής υγειονομικής φροντίδας (από την υποστήριξη –ενίσχυση στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας που προάγουν την ασφάλεια, μέχρι την οργάνωση και χρήση των δεδομένων και την επικέντρωση στον ασθενή). Ο βαθμός στον οποίο, οι παραπάνω παράμετροι απαντώνται στο κλίμα κλινικής διακυβέρνησης του συστήματος υγείας της χώρας, εξετάζεται στο ειδικό μέρος της διατριβής και μάλιστα κατά αντιπαράθεση στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

1.2.5. Ασφάλεια Ασθενών, Διαχείριση Κινδύνων και Λαθών

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί διεθνώς ένα σοβαρό ζήτημα με ευρύ πεδίο. Έχει υπολογισθεί ότι στις ανεπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα ασθενείς υφίσταται βλάβη είτε από λάθη είτε από ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Η πρόσθετη νοσηλεία, τα δικαστικά έξοδα, η απώλεια εισοδήματος, η αναπηρία και τα ιατρικά έξοδα κοστίζουν στις ΗΠΑ 29 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Βιομηχανίες υψηλού κινδύνου, όπως οι αεροπορικές και οι πυρηνικοί σταθμοί έχουν πολύ καλύτερους δείκτες ασφαλείας από την υγειονομική περίθαλψη (WHO, 2012).

Το 2002 τα κράτη- μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας συμφώνησαν σε ένα στρατηγικό σχεδιασμό για την ασφάλεια. Οι αρχές για την ασφάλεια των ασθενών ισχύουν και εφαρμόζονται ανεξάρτητα από το οικονομικό επίπεδο της χώρας, τον τύπο και τον χώρο στον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας καθώς και την κατηγορία των ασθενών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή ασφαλών υπηρεσιών στους ασθενείς είναι η εμπέδωση της κουλτούρας ασφαλείας (Reason, 1998), η οποία χαρακτηρίζεται από την προδραστική (proactive) διαχείριση κινδύνων και λαθών. Ο κίνδυνος (Risk) έχει περιγραφεί ως η πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων σε ένα άτομο (Σπάρος και συν, 2005). Η έννοια του κινδύνου είναι σχετική και εξαρτάται από τον παρατηρητή. Αποτελεί θεωρητική έννοια (πιθανότητα) και δεν αντιστοιχεί σε παρατηρήσιμο μέγεθος (Σπάρος, 2003). Συνεπώς, οι εκτιμήσεις κινδύνου εμπεριέχουν υποκειμενικά στοιχεία και ως εκ τούτου υπόκεινται σε σφάλματα υποκειμενικότητας. Οι έννοιες του κινδύνου και της ασφαλείας συσχετίζονται με την παρακάτω εξίσωση:

$$\text{Κίνδυνος} = \text{παράγοντας κινδύνου} / \text{ασφάλεια}$$

Αυτό σημαίνει ότι οι κίνδυνοι εξαρτώνται μεν από τους παράγοντες κινδύνου (hazards), μειώνονται με την αύξηση της ασφαλείας, αλλά ποτέ δε μηδενίζονται (Kaplan & Garrick, 1981). Η συνεχής ανίχνευση, ανάλυση και διαχείριση των κινδύνων για τους ασθενείς αποτελούν το περιεχόμενο της ασφαλείας των ασθενών η οποία στοχεύει στη μείωση των πιθανών βλαβών στους ασθενείς (Kristensen et al, 2007).

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι αλληλένδετη με τη διαχείριση κινδύνων και από κοινού αποτελούν ουσιώδη στοιχεία της κλινικής διακυβέρνησης. Ένα

αποτελεσματικό σχέδιο διαχείρισης κρίσεων αποτελεί την βάση των δράσεων για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Στο παρελθόν, η βελτίωση της ποιότητας και η διαχείριση των κινδύνων αποτελούσαν διακριτές λειτουργίες στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Σήμερα και οι δύο αυτές λειτουργίες «συναγωνίζονται» με στόχο την ασφάλεια των ασθενών μέσω της ελαχιστοποίησης των κινδύνων και της διασφάλισης υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας (ECRI, 2009).

Οι άνθρωποι γενικότερα τείνουν να υποθέτουν ότι τα συστήματά τους είναι ασφαλή και υφίστανται «θεμελιώδη έκπληξη» όταν κάποιο δυσμενές συμβάν αναιρεί την αρχική υπόθεση (Lanir, 1986). Οι έλεγχοι που ακολουθούν, τείνουν προς ερμηνείες επικριτικές και «κοντόφθαλμες» που εστιάζουν στους εμπλεκόμενους που ήταν πλησιέστεροι στο συμβάν. Οι ερευνητές συμβάντων έχουν δύο βασικές επιλογές: την απόδοση ευθυνών και την ερμηνεία. Η απόδοση ευθυνών σε άτομα επιτυγχάνει πολύ λίγα και σε καμιά περίπτωση δεν μειώνει την πιθανότητα επανάληψης του συμβάντος. Ακόμα και σε περιπτώσεις που επιχειρείται ερμηνεία αυτή συνήθως περιορίζεται στην επισήμανση των περιοχών του συστήματος όπου εμφανίστηκε το λάθος, χωρίς να εξηγούν το λόγο που τα άτομα κάνουν τόσο συχνά λάθη. Ο Kay (1971) δίνει την απάντηση: «θα κατανοήσουμε τα ατυχήματα όταν κατανοήσουμε την ανθρώπινη φύση».

Σύμφωνα με τον Leape (1994) τα περισσότερα λάθη είναι αποτέλεσμα παρεκκλίσεων στη διανοητική λειτουργία. Προέρχονται από τις φυσιολογικές, προσαρμοστικές και νοήμονες συμπεριφορές. Η δεξιότητα και το λάθος συχνά διαφοροποιούνται ως προς το αποτέλεσμα και όχι ως προς την ποιότητα της συμπεριφοράς που το προκάλεσε. Το τελικό πόρισμα για ένα δυσμενές συμβάν θα πρέπει να εστιάζει στους παράγοντες που διαμόρφωσαν ένα τρόπο σκέψης κατά τον οποίο η λανθασμένη συμπεριφορά γίνεται αντιληπτή ως λογική. Αυτοί οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι τα πεπερασμένα όρια της ανθρώπινης νοητικής ικανότητας, η επίδραση της μάθησης και της εμπειρίας και ο φυσικός σχεδιασμός του περιβάλλοντος. Στο πλαίσιο της εξέλιξης του κάθε ατόμου, προκειμένου να ξεπεραστούν τα πεπερασμένα όρια της ανθρώπινης νοητικής ικανότητας επιστρατεύονται στρατηγικές προσαρμογής που στοχεύουν στην αύξηση της αποδοτικότητας του ατόμου. Αυτές οι στρατηγικές μαθαίνονται μέσω της προσαρμογής και της εμπειρίας οι οποίες αναπτύσσονται όταν αλληλεπιδρούμε με

μια συγκεκριμένη κατάσταση. Αναπόφευκτα, οι ίδιες στρατηγικές που δημιουργούν εξειδικευμένη και έμπειρη συμπεριφορά, πυροδοτούν και προκαλούν λάθη. Με αποτέλεσμα οι πιο έμπειροι και ικανοί άνθρωποι να κάνουν τα πιο οφθαλμοφανή και ακατανόητα λάθη (Green, 2004). Μια άλλη κατηγορία λαθών οφείλονται σε «τύφλωση απροσεξίας» (Inattentional blindness) (Mack, 2003, Simons, 2000), η οποία αποτελεί ένα φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο όταν οι άνθρωποι όταν είναι συγκεντρωμένοι σε ένα ερέθισμα ή καθήκον δεν παρατηρούν κάτι άσχετο με αυτό διότι δεν το περιμένουν. Τα λάθη συχνά συμβαίνουν όταν ένα καινούργιο γεγονός παρεμβάλλεται σε μια ακολουθία συνηθισμένων συμβάντων. Στην πραγματικότητα δεν είναι δυνατό να αντιληφθούμε όλον το καταιγισμό των ερεθισμάτων, στον οποίον εκτιθέμεθα κάθε στιγμή. Για το λόγο αυτόν, τα πυκνά ερεθίσματα του περιβάλλοντος «φιλτράρονται» με σκοπό την απομόνωση της άχρηστης κάθε φορά πληροφορίας και της επικέντρωσης στη δράση που αναλαμβάνουμε. Το φίλτρο αυτό είναι η προσοχή. Όσο μεγαλύτερη προσοχή απαιτεί μια δραστηριότητα τόσο μεγαλύτερη είναι η επίπτωση της τύφλωσης απροσεξίας (Green, 2001). Ο κύριος ρόλος της προσοχής είναι ο περιορισμός των ερεθισμάτων στα απολύτως σχετικά με τη συγκεκριμένη δραστηριότητα ώστε αυτά να είναι εύκολα επεξεργάσιμα και ως εκ τούτου το άτομο να είναι αποτελεσματικό. Συμπληρωματικά σε αυτό, δρα και η προσαρμογή την οποία αναπτύσσουν οι έμπειροι εργαζόμενοι. Αυτή περιλαμβάνει συγκεκριμένες προσδοκίες, προγραμματισμένες συμπεριφορές και ως εκ τούτου ελαχιστοποίηση της σκέψης πριν τη διενέργεια διαδικασιών ρουτίνας. Η προσαρμογή βελτιώνει μεν την απόδοση σε σταθερές συνθήκες αλλά προκαλεί λάθη όταν οι συνθήκες μεταβληθούν (Land, 2006). Τα λάθη λοιπόν σε πολλές περιπτώσεις αποτελούν ματαιωμένες προσδοκίες κατά τις οποίες, σπάνιες συνθήκες «συνωμοτούν» και διαταράσσουν την προσαρμόσιμη συμπεριφορά.

Πολλά από τα άτομα που αναλαμβάνουν την ευθύνη της διερεύνησης των αιτιών λαθών εμφανίζουν «μεροληψία εκ των υστέρων γνώσης» (Hindsight bias) δηλαδή την τάση να κρίνουν τις ενέργειες των εμπλεκομένων στο συμβάν, με βάση ό,τι κατέστη γνωστό εκ των υστέρων χωρίς να συνεκτιμούν άλλες συνθήκες όπως την πίεση του χρόνου, την κόπωση από την εργασία, την απόσπαση της προσοχής από παράλληλες δραστηριότητες ή τις ματαιωμένες προσδοκίες με την έννοια που περιγράφηκαν παραπάνω (Hoffrage, & Pohl, 2003; Rudiger, 2007; Fischhoff, 2003). Γενικότερα, απομονώνουν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά από το πλαίσιο, στο οποίο

αυτή έλαβε χώρα. Πολλές συμπεριφορές όμως είναι ανεξήγητες, εκτός εάν συνεκτιμηθούν με τα γεγονότα και τις εμπειρίες που τις διαμόρφωσαν. Το φαινόμενο της απόδοσης ευθυνών από άνθρωπο σε άνθρωπο έχει επίσης μελετηθεί από την κοινωνική ψυχολογία και είναι γνωστό ως «θεμελιώδες σφάλμα απόδοσης» (fundamental attribution error) αφορά δε, στην τάση να υπερεκτιμάται η επίδραση της προσωπικότητας ενός ατόμου ενώ παράλληλα υποτιμάται η επίδραση των συνθηκών, κατά την ερμηνεία της κοινωνικής συμπεριφοράς Ross, (1977). Από τα παραπάνω προκύπτει ότι αρκετές περιπτώσεις λαθών δεν μπορούν να προληφθούν ούτε με οδηγίες, ούτε με εντολές για περισσότερη προσοχή, ούτε και με εκπαίδευση, διότι είναι ακούσιες και αυτόματες.

Συνεπώς, η αποτελεσματικότερη στρατηγική για την αντιμετώπιση των λαθών είναι η πρόβλεψη τους και ο σχεδιασμός συστημάτων που τα προλαμβάνουν. Επιπλέον μπορούν να αντιμετωπιστούν εφόσον η πρόληψή τους αποτελέσει ουσιαστική προτεραιότητα για όλους τους επαγγελματίες υγείας και τη διοίκηση. Οι αλλαγές που απαιτούνται αφορούν σε εκπαιδευτικό, ερευνητικό και πρακτικό επίπεδο (Κάργα, 2009). Επειδή η υλοποίηση όλων αυτών των παρεμβάσεων μπορεί να αυξήσει τις γραφειοκρατικές διαδικασίες και συνακόλουθα το κόστος θα πρέπει κατά περίπτωση να συνεκτιμώνται τα δυνητικά οφέλη κάθε παρέμβασης, το πιθανό κόστος και η αποδοτικότητα στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον. Η απόδοση ευθυνών σε συγκεκριμένα πρόσωπα, συχνά καλύπτει τα πραγματικά αίτια των ατυχημάτων και παρεμποδίζει τις διορθωτικές παρεμβάσεις. Οι άνθρωποι θα κάνουν πάντα λάθη λόγω της φυσιολογικής γνωστικής τους λειτουργίας και για το λόγο αυτό είναι αδύνατο να ελαχιστοποιηθούν τα ατυχήματα αλλάζοντας συμπεριφορές. Αντιθέτως, τα λάθη μπορούν να προληφθούν αν κατανοήσουμε την ανθρώπινη φύση και προσαρμόσουμε τα συστήματα σε αυτή. Τα λάθη μπορεί να είναι αναπόφευκτα αλλά τα ατυχήματα όχι. Πολλοί οργανισμοί προσκολλώνται σε ένα «προσωποκεντρικό μοντέλο» για τα ανθρώπινα λάθη ως πηγή των ανεπιθύμητων συμβάντων και εφαρμόζουν πρακτικές όπως ο κατονομασμός και η απόδοση κατηγοριών, στα άτομα που έχουν κάνει λάθη. Η εναλλακτική προσέγγιση είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς μέσω της εισαγωγής νέων πολιτικών και πρακτικών αποφεύγοντας την κατά μέτωπο επίθεση στις συλλογικές στάσεις, αξίες και πεποιθήσεις των εργαζομένων, οι οποίες άλλωστε σε σημαντικό ποσοστό απορρέουν από την επικρατούσα οργανωσιακή κουλτούρα (Reason and Hobbs 2003). Για τους παραπάνω λόγους, οι διοικούντες τα νοσοκομεία

αντιμετωπίζουν αυξανόμενη πίεση για τη δημιουργία ασφαλούς οργανωσιακής κουλτούρας, η οποία προστατεύει τους ασθενείς από τα ανεπιθύμητα συμβάντα (Croll et al., 2012). Τα λάθη θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως «εκπαιδευτικοί θησαυροί» γιατί μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία διδασκαλίας (Wu et al, 1991). Μια πρόταση προς αυτή την κατεύθυνση είναι η μελέτη του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας αντιδρούν και λογοδοτούν για τα λάθη και να διερευνηθούν οι άτυπες διαδικασίες στις οποίες προβαίνουν μετά από κάθε λάθος (Κάργα, 2009).

Οι Reason and Hobbs (2003) επιχειρώντας να περιγράψουν την έννοια της κουλτούρας ασφαλείας (safety culture), διακρίνουν σε αυτή τρία ουσιώδη, συμπλεκόμενα στοιχεία: i) τη δικαιοσύνη (Just), ii) την αναφορά (reporting) και iii) τη μάθηση (learning). Σε αυτήν την περίπτωση η κουλτούρα γίνεται αντιληπτή τόσο ως η προσωπικότητα του οργανισμού (περιλαμβάνοντας πεποιθήσεις, στάσεις και αξίες) όσο και η δράση του οργανισμού (περιλαμβάνοντας τις δομές, τις πολιτικές τις πρακτικές και τους ελέγχους). Η αλληλεπίδραση των παραπάνω εγείρει ερωτήματα ως προς το ποια στοιχεία πρέπει να τροποποιηθούν για την επίτευξη αλλαγής στην κουλτούρα.

2. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες οι δημόσιες υπηρεσίες εναρμονίζονται σταδιακά με τη «νέα φιλοσοφία του δημόσιου μανατζμεντ» (Kettl, 2000, Pollit, 1995). Η νέα αυτή φιλοσοφία εστιάζει στη βελτίωση της αποδοτικότητας, την ικανοποίηση των πελατών και γενικότερα στην αποτελεσματικότερη διοίκηση (Mouritsen et al., 2005). Προς την κατεύθυνση αυτή, έχει ανανεωθεί και το ενδιαφέρον για το ρόλο των άυλων πόρων στις επιδόσεις των οργανισμών (Siddiqui and Kleiner, 1998; Van Beveren, 2003). Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, το γεγονός αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Πολλοί μελετητές έχουν συζητήσει τη σχέση των άυλων πόρων ως κινητήριων δυνάμεων για τις εξαιρετικές επιδόσεις στα νοσοκομεία (Douglas and Ryman, 2003; Habersam and Piper, 2003; Zigan et al., 2008). Το οργανωσιακό κλίμα, ως συνδυασμός άυλων πόρων οι οποίοι συνεργάζονται μεταξύ τους και αφορούν στα ανθρώπινα χαρακτηριστικά, στις σχέσεις και στη δομή του οργανισμού, έχει θεωρηθεί προγνωστικός παράγοντας για άριστες επιδόσεις του οργανισμού (Brown and Leigh, 1996; Patterson et al., 2004).

Τα συστήματα υγείας υφίστανται διαρκώς δομικές αλλαγές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν, η εισαγωγή της Οργανωμένης Φροντίδας (Managed Care) στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Miller & Luft, 1997), η ίδρυση φορέων για τη θέσπιση προτύπων όπως το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κλινική Αριστεία (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ανάπτυξη συστημάτων καταγραφής σφαλμάτων στην Αυστραλία (Wilson et al., 1995), και η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο και τον Καναδά (Hutchison et al., 2001). Οι δομικές αλλαγές συχνά δεν επιφέρουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων (Le Grand et al., 1998, Shortell, 1998). Ως θεραπεία στο πρόβλημα αυτό κρίνεται απαραίτητος ο μετασχηματισμός της κρατούσας κουλτούρας παράλληλα με τις δομικές αλλαγές ώστε να επιτευχθεί και η προσδοκώμενη βελτίωση της ποιότητας και απόδοσης (Scott et al., 2003).

2.2 Οργανωσιακή κουλτούρα: εννοιολογική αποσαφήνιση

Η θεωρία της οργανωσιακής κουλτούρας έχει τις ρίζες της στην οργανωσιακή ψυχολογία, κοινωνική ψυχολογία και κοινωνική ανθρωπολογία. Ως αντικείμενο έρευνας αρχικώς συνδέθηκε με τον τομέα των ανθρωπίνων σχέσεων και των κοινωνικών συστημάτων και τελικά υιοθετήθηκε από τον τομέα του μανατζμεντ. Ο όρος οργανωσιακή κουλτούρα διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Pettigrew (Hofstede et al., 1990, Pettigrew 1979). Ωστόσο, τα συστατικά της στοιχεία συναντώνται και σε παλαιότερη βιβλιογραφία. Ο Selznick (1957) διακρίνει τον οργανισμό (organization), ως ένα τεχνικό εργαλείο που αξιοποιεί την ενέργεια των υπαλλήλων για την επίτευξη των σκοπών του, από το ίδρυμα (institution) το οποίο υποδηλώνει οργανική, κοινωνική ενότητα ή κουλτούρα.

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για την οργανωσιακή κουλτούρα, η οποία περιλαμβάνει ένα πολύ μεγάλο εύρος κοινωνικών φαινομένων όπως τον κώδικα ένδυσης, γλώσσας, συμπεριφοράς, πεποιθήσεις, αξίες, σύμβολα θέσεων και εξουσίας, μύθους, τελετουργίες και τρόπους διαφοροποίησης και ανατροπής. Όλα τα παραπάνω καθορίζουν το χαρακτήρα και τους κανόνες ενός οργανισμού. Το μεγάλο εύρος τους, οδηγεί σε ασυμφωνία τόσο για τον κοινώς αποδεκτό ορισμό της οργανωσιακής κουλτούρας όσο και για τη μεθοδολογία μέτρησής της.

Κάποιοι ερευνητές αντιλαμβάνονται την οργανωσιακή κουλτούρα ως άθροισμα μετρήσιμων μεταβλητών, ενώ άλλοι ως ενδογενές συστατικό του κοινωνικού περιβάλλοντος που διαμορφώνεται από τα άτομα σε έναν οργανισμό και τέλος άλλοι ως ανθρωπολογικό μοντέλο (Scott et al., 2003). Ο όρος οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία των επιστημών διοίκησης, ωστόσο παραμένει μια αόριστη έννοια γεμάτη με αντικρουόμενες ερμηνείες, χωρίς ένα ικανοποιητικό εννοιολογικό προσδιορισμό. Σε μία μόνο ανασκόπηση (Brown, 1995) καταγράφονται 15 διαφορετικές περιγραφές του όρου.

Μπορούμε να διακρίνουμε δύο κύριες σχολές σκέψης: η πρώτη σχολή προσεγγίζει την έννοια της κουλτούρας ως συνώνυμη του ίδιου του οργανισμού. Η κουλτούρα χρησιμοποιείται ως μια μεταφορά για να περιγράψει τον οργανισμό και δεν αποτελεί

διακριτό στοιχείο του που τον χαρακτηρίζει. Σε αντίθεση, η δεύτερη σχολή αντιλαμβάνεται την κουλτούρα ως ένα σύνολο από στοιχεία του οργανισμού τα οποία μπορεί να απομονωθούν, να περιγραφούν και να υπόκεινται σε χειρισμούς (Langfield-Smith, 1995). Η διαφορά των δύο αυτών σχολών είναι σημαντική για την πολιτική υγείας διότι αν η κουλτούρα αποτελεί σύνολο διακριτών στοιχείων του οργανισμού, θα είναι εφικτή η δημιουργία, αλλαγή, και διαχείρισή της προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού. Στην περίπτωση που οι οργανισμοί οι ίδιοι αποτελούν οντότητες κουλτούρας τότε η μελέτη τους θα βοηθήσει στην κατανόηση των διαδικασιών της κοινωνικής δομής του εργασιακού χώρου, αλλά δε θα προσφέρει βοήθεια κατά τη διαμόρφωση αλλαγών ή στο διοικητικό έλεγχο. Πράγματι, οι περισσότερες οδηγίες για τη Διοίκηση των οργανισμών που συναντώνται στη βιβλιογραφία βασίζονται στο ότι η κουλτούρα αποτελεί γνώρισμα του οργανισμού και ως εκ τούτου είναι ανοιχτή σε κατάλληλους χειρισμούς.

Ο Schein (1985) ορίζει την οργανωσιακή κουλτούρα ως «το σύνολο των κοινών βασικών υποθέσεων -οι οποίες είτε επινοήθηκαν είτε ανακαλύφθηκαν ή αναπτύχθηκαν από μια δεδομένη ομάδα κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης προβλημάτων που προέκυψαν από την προσαρμογή στο εξωτερικό περιβάλλον και την εσωτερική ενσωμάτωση των διαφορετικών ατόμων- οι οποίες έχουν λειτουργήσει καλώς, ώστε να θεωρούνται έγκυρες και ως εκ τούτου να διδάσκονται στα νέα μέλη της ομάδας ως ορθοί τρόποι αντίληψης, σκέψης και στάσης απέναντι στα προβλήματα». Ο Schein, λοιπόν, αντιλαμβάνεται την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα πακέτο επιτυχημένων «συνταγών» από το παρελθόν που βοήθησαν μια ομάδα ατόμων να επιβιώσουν μέσα στο εξωτερικό περιβάλλον και να διατηρήσουν την εσωτερική συνοχή τους ως ομάδα. Το πλεονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι μας επιτρέπει να αλλάζουμε επίπεδο ανάλυσης κάνοντας χρήση της ίδιας έννοιας. Έτσι, μπορούμε να εξετάσουμε την επιχείρηση ως σύνολο ή την κάθε ομάδα εργαζομένων και στελεχών ξεχωριστά.

Από τον παραπάνω ορισμό προκύπτει ότι η βασική πρόκληση κάθε κουλτούρας είναι ο συγκερασμός των αποκλιόντων στόχων και δράσεων των ατόμων-μελών της. Οι κοινές παραδοχές οι οποίες επηρεάζουν τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά, κατέχουν πολύ μεγάλη βαρύτητα από το συχνά αναφερόμενο «έτσι γίνονται τα πράγματα εδώ» (Davies et al, 2000). Στο πλαίσιο της αναμόρφωσης ενός

συστήματος, οι απαιτούμενες αλλαγές στους τρόπους λειτουργίας δεν είναι τόσο απλές όσο μπορεί να γίνονται αντιληπτές αρχικά. Απαιτούνται αλλαγές στην οργανωσιακή συμπεριφορά. Για να επιτευχθούν αυτές πρέπει να αναλύσουμε τις διαδικασίες συλλογικής σκέψης συνειδητής και υποσυνείδητης που τροφοδοτούν την υφιστάμενη συμπεριφορά.

Οι υποστηρικτές της στρατηγικής αλλαγής κουλτούρας συνήθως βασίζονται στις εξής σιωπηρές παραδοχές (Scott et al., 2003): πρώτον οι οργανισμοί υγείας διαθέτουν ευδιάκριτες κουλτούρες οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα και την απόδοση. Δεύτερον, παρόλο που οι κουλτούρες τείνουν να αντιστέκονται στην αλλαγή, σε ένα βαθμό είναι εύπλαστες και διαχειρίσιμες. Τρίτον, υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά κάθε κουλτούρας τα οποία διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τις καλές επιδόσεις του οργανισμού. Αυτά μπορεί να εντοπισθούν και να ληφθούν υπόψη από τους Διοικούντες κατά το σχεδιασμό στρατηγικών για την αλλαγή της κουλτούρας.

Η οργάνωση ως διακριτή κοινωνική οντότητα επιδιώκει την επίτευξη ορισμένων σκοπών σε συγκεκριμένο χρόνο, μέσω της κατανεμημένης εργασίας, δομών, συστημάτων και σχεδίων, (Μπουραντάς, 2002). Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός οργανισμού που τον διαφοροποιούν από τους υπόλοιπους, οι ιδιαίτερες διαδικασίες, τα έθιμα, οι παραδόσεις, η εμφάνιση και ο τρόπος επικοινωνίας των μελών της, τα οποία καθορίζουν την ίδια την ύπαρξη της οργάνωσης. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι η προσωπικότητα μιας οργάνωσης. Η αλλαγή αποτελεί ειδοποιό χαρακτηριστικό της κουλτούρας και εξαρτάται από τους ανθρώπους που αποτελούν κάθε φορά τον οργανισμό, από τις μεταβολές του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο δρα και από το χρόνο (Μητσόπουλος, 2008). Για το λόγο αυτό, ο ορισμός της κουλτούρας είναι τόσο δύσκολος.

Στη δεκαετία του '80, παρατηρήθηκε έντονο ενδιαφέρον των ερευνητών διαφόρων πεδίων για την οργανωσιακή κουλτούρα. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σε τρεις παράγοντες (Παρδάλης, 2005): ι) την ανάγκη διερεύνησης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που καθιστούσαν τις ιαπωνικές εταιρίες πιο ανταγωνιστικές έναντι των αντίστοιχων αμερικανικών, ιι) την πεποίθηση ότι η απόδοση ενός οργανισμού

σχετίζεται με την κουλτούρα του, και ιι) την επικρατούσα άποψη, ότι η επιτυχία μιας επιχείρησης εξαρτάται και από ποιοτικές παραμέτρους.

2.2.1 Ορισμοί Οργανωσιακής Κουλτούρας

Το πλήθος των ορισμών για την κουλτούρα αποτυπώνει την αδυναμία των ερευνητών για ανάπτυξη ενός ακριβούς ορισμού της οργανωτικής κουλτούρας. Οι Kroeber and Kluckhohn (1952) στο κλασσικό σύγγραμμά τους «Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions» επιχείρησαν να συγκεντρώσουν τους ορισμούς της κουλτούρας και κατέληξαν να παρουσιάσουν πάνω από 150 όρους που περιείχαν την έννοια κουλτούρα (Hewison, 1996).

Σύμφωνα με τον Jacques (1952) κουλτούρα είναι η αποδεκτή από το σύνολο των εργαζομένων σε ένα μικρό ή μεγάλο βαθμό εθιμική και παραδοσιακή μεθοδολογία με την οποία σχεδιάζονται και υλοποιούνται οι λειτουργίες του οργανισμού. Οι νέοι εργαζόμενοι οφείλουν να την μάθουν και να την αποδεχθούν -έστω και μερικώς- προκειμένου να γίνουν αποδοκτοί. Ο Pettigrew (1979) βλέπει την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα σύνολο κοινών και συλλογικών αντιλήψεων, πεποιθήσεων, κανόνων και ιδεών το οποίο αποσαφηνίζει σε κάθε άτομο τη θέση του μέσα στον οργανισμό. Ο Ouchi (1981) όπως παρουσιάζεται στο άρθρο των Moorehead και Griffin, (1995) προσθέτει στην έννοια, σύμβολα, τελετουργίες και μύθους που υποβάλλουν τις κρατούσες αξίες και πιστεύω ενός οργανισμού στα μέλη του. Κατά τον Shein (1985) τα στοιχεία που δομούν την κουλτούρα είναι παραδοχές που έχουν εφευρεθεί, ανακαλυφθεί ή αναπτυχθεί από μια ομάδα του οργανισμού, στην προσπάθεια της για εξωτερική προσαρμογή ή εσωτερική ολοκλήρωση, ήταν αποτελεσματικές στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν και επομένως μπορούν να διδαχθούν στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης.

Βασική προϋπόθεση για το σχηματισμό μιας κουλτούρας είναι η ύπαρξη ενός οργανισμού με ένα συγκεκριμένο αριθμό ατόμων, που θα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου. Για να ολοκληρωθεί ο σχηματισμός της κουλτούρας θα πρέπει τα μέλη της να έρθουν αντιμέτωπα με προβλήματα ανάπτυξης και επιβίωσης και να κληθούν να βρουν λύσεις σε ζητήματα εξωτερικής

προσαρμογής και εσωτερικής ολοκλήρωσης. Έτσι, τα βήματα δημιουργίας μιας κουλτούρας είναι (Shein, 1985):

- Ο ιδρυτής έχει την ιδέα για τη δημιουργία ενός οργανισμού.
- Συγκεντρώνει μια ομάδα ατόμων τα οποία θεωρούν την ιδέα του ενδιαφέρουσα, εφικτή και είναι διατεθειμένοι να αναλάβουν το ρίσκο για την εφαρμογή της.
- Τίθενται σταδιακά οι βάσεις του οργανισμού, με την εύρεση χρηματοδότησης, τη διαμόρφωση του προϊόντος και την ανάπτυξη συνεργασιών με άλλους οργανισμούς.
- Ο οργανισμός αρχίζει τη λειτουργία του και αναπτύσσεται με την ενσωμάτωση και άλλων ατόμων τα οποία, υιοθετούν τη φιλοσοφία και τους στόχους του οργανισμού. Η κουλτούρα αρχίζει να δημιουργείται.

2.2.2 Χαρακτηριστικά της κουλτούρας

Η κουλτούρα ενός οργανισμού, προσδίδει στα μέλη του χαρακτηριστικά, τα κυριότερα από τα οποία είναι (Schein, 2010):

Δομική Σταθερότητα: Η κουλτούρα αποτελεί σταθερό σημείο αναφοράς που καθορίζει την ίδια την οργάνωση. Μόλις διαμορφωθεί η ταυτότητα της ομάδας δύσκολα μπορεί να εγκαταλειφθεί ακόμα και όταν κάποια μέλη της αποχωρήσουν.

Βάθος: Η κουλτούρα είναι άυλη και αποτελεί το πιο βαθύ και ασυνείδητο μέρος για μια ομάδα.

Εύρος: Η κουλτούρα διεισδύει και επηρεάζει όλες τις πτυχές ενός οργανισμού.

Διαμόρφωση ή ολοκλήρωση: Η κουλτούρα διαμορφώνει τα διάφορα στοιχεία της (τελετουργίες, αξίες, το εργασιακό κλίμα) και τα συνδέει σε ένα βαθύτερο επίπεδο με σκοπό να καταστήσει το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται απλό και ορθολογικό.

2.2.3 Μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα-τύποι οργανωσιακής κουλτούρας. Τα πιο σημαντικά από αυτά είναι:

Μοντέλο των Harrison και Handy

Ο Harrison το 1972 ανέπτυξε μια τυπολογία για την οργανωσιακή κουλτούρα, στην οποία πρόσθεσε στοιχεία ο Handy το 1985. Αυτή η τυπολογία περιλαμβάνει τέσσερις κουλτούρες οι οποίες είναι διακριτές μεταξύ τους αλλά μπορεί και να συνυπάρχουν (Kane, 2006):

Προσανατολισμένη στην εξουσία (Power orientation): Κυρίαρχη θέση έχουν οι ηγέτες, οι οποίοι επιχειρούν να επιβληθούν έναντι των υφιστάμενων τους. Σε αυτούς τους οργανισμούς εφαρμόζεται το συγκεντρωτικό μοντέλο ηγεσίας, με την τοποθέτηση των εργαζομένων σε θέσεις κλειδιά. Υπάρχει εμπιστοσύνη και ανεπτυγμένες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων. Η γραφειοκρατία έχει ελάχιστη ισχύ, ώστε να μην περιοριστεί η δράση του προσωπικού από κανόνες, πολιτικές και αυστηρές διαδικασίες. Η αποτελεσματικότητα εκφράζεται με όρους έντονου ανταγωνισμού, ανάπτυξης και επίτευξης των μέγιστων αποτελεσμάτων.

Προσανατολισμένη στους ρόλους (Role orientation): Κυρίαρχο ρόλο παίζει η ιεραρχία κατανομή της εργασίας στα μέλη. Σε αυτούς τους οργανισμούς εφαρμόζεται το γραφειοκρατικό μοντέλο. Οι κανόνες ελέγχουν τη λειτουργία του οργανισμού. Η λήψη πρωτοβουλιών και οι καινοτομίες αποφεύγονται, γιατί θέτουν σε κίνδυνο την σταθερότητα και τη προβλεπτικότητα του οργανισμού, άρα και την ασφάλειά του.

Προσανατολισμένη στις Δραστηριότητες (Task orientation): Οι οργανισμοί αυτοί είναι προσανατολισμένοι στην εκπλήρωση ενός συγκεκριμένου σκοπού ή λειτουργίας. Χαρακτηρίζονται από πνεύμα δημιουργικότητας και αποδοτικότητας. Η κουλτούρα αυτή στοχεύει στην αξιοποίηση των κατάλληλων ανθρώπων με τη χρησιμοποίηση των σωστών πόρων για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Συνήθως αυτοί οι οργανισμοί σχηματίζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό και διαλύονται μετά την εκπλήρωσή του.

Προσανατολισμένη στο άτομο (Person orientation): Οι οργανισμοί αυτοί έχουν ως κέντρο του ενδιαφέροντος τους το άτομο, στο οποίο διατίθενται όλα τα μέσα που θα το βοηθήσουν ώστε να επιτύχει τους στόχους που του έχουν τεθεί. Οι οργανισμοί αυτοί είναι σπάνιοι και συνήθως στελεχώνονται από επιστήμονες.

Μοντέλο του Geert Hofstede (1980)

Ο Geert Hofstede υπήρξε ένας από τους σημαντικότερους μελετητές της οργανωσιακής κουλτούρας. Υποστήριξε ότι οι οργανισμοί αποτελούν κομμάτι ενός ευρύτερου συστήματος και η οργανωσιακή κουλτούρα τους τμήμα μιας ευρύτερης κουλτούρας. Περιέγραψε τους εξής τέσσερεις δείκτες κουλτούρας Hofstede et al., (2010):

Διαφοροποίηση στη Δύναμη (Power Distance Index): Ο δείκτης αυτός, αντανακλά το βαθμό κατά τον οποίο τα άτομα αποδέχονται την άνιση κατανομή της δύναμης, μεταξύ των ισχυρών μελών μιας οργάνωσης με τα λιγότερα ισχυρά. Υψηλά ποσοστά του δείκτη αυτού, σημαίνει ότι τα μέλη μιας οργάνωσης αποδέχονται την άνιση κατανομή της εξουσίας και την ύπαρξη ιεραρχίας.

Αποφυγή της αβεβαιότητας (Uncertainty Avoidance): Ο συγκεκριμένος δείκτης αναφέρεται στο βαθμό κατά τον οποίο οι ανθρώπινες κοινωνίες αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα που προκύπτει από απειλητικές καταστάσεις και προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει μέσω της δημιουργίας σταθερών δομών και τύπων. Οι οργανισμοί που έχουν αναπτύξει αυτού του είδους την κουλτούρα, παρουσιάζονται ιδιαίτερα συντηρητικοί με την ύπαρξη πολλών κανόνων και τα μέλη της να επιδιώκουν τη σταθερότητα φέρνοντας αντίσταση σε οτιδήποτε καινοτόμο και πρωτοποριακό. Αντίθετα, οργανισμοί όπου η ύπαρξη της αβεβαιότητας βρίσκεται σε μικρότερη ένταση, παρουσιάζονται πιο δεικτικοί στις αλλαγές και αναλαμβάνουν πιο εύκολα κίνδυνοι.

Ατομικισμός (Individualism): Ο δείκτης αυτός εκφράζει το βαθμό κατά τον οποίο τα μέλη ενός οργανισμού είναι ελεύθερα να αναπτύξουν πρωτοβουλίες. Στους οργανισμούς αυτούς η κατανομή της εργασίας προσαρμόζεται ώστε οι ατομικές ανάγκες των εργαζομένων να συμπίπτουν με αυτές του εργοδότη. Οι οργανισμοί αυτοί δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη των ατόμων και τη συμμετοχή.

Ανδροκρατία (Muscularity) : Ο δείκτης αυτός σχετίζεται με την έκφραση εξουσίας η οποία έχει ανδρικά χαρακτηριστικά τα οποία προσδιορίζονται από τα χαρακτηριστικά της δύναμης, της επιβολής, της άρνησης και του ελέγχου. Κουλτούρες με αυξημένο δείκτη αρρενωπότητας, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση, σε ζητήματα που αφορούν στην

επίτευξη στόχων, τις προαγωγές, τις υψηλές υλικές απολαβές, αξίες δηλαδή και συμπεριφορές που απαντώνται παραδοσιακά στον άνδρα. Η εξέλιξη των γυναικών σε τέτοιους οργανισμούς είναι δύσκολη.

Τυπολογία του Sonnenfeld J.A. (1988)

Ο Sonnenfeld το 1988 διέκρινε τέσσερις τύπους οργανωσιακής κουλτούρας:

Την ακαδημαϊκή κουλτούρα (Academy Culture), η οποία συναντάται σε νοσοκομεία, πανεπιστήμια, σε μεγάλες εταιρείες, όπου οι εργαζόμενοι έχουν υψηλή εξειδίκευση και παραμένουν στον οργανισμό για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι οργανισμοί αυτοί βρίσκονται σε συνεχή αναζήτηση νέων στελεχών, με τα οποία θα παράγουν νέα ανταγωνιστικά προϊόντα. Οι οργανισμοί αυτοί χαρακτηρίζονται από σταθερότητα και επενδύουν στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, ενώ τα στελέχη τους χαρακτηρίζονται από υψηλή αφοσίωση και δέσμευση

Την κουλτούρα Ομίλου (Club Culture), η οποία συναντάται σε δημόσιους και στρατιωτικούς οργανισμούς. Οι οργανισμοί αυτοί χαρακτηρίζονται από σταθερότητα, τήρηση της ιεραρχίας, δέσμευση των μελών τους και αίσθηση ταύτισης της ομάδας με τον οργανισμό. Λιγότερη έμφαση δίνεται στην εξέλιξη και στην καινοτομία.

Την κουλτούρα Ομάδας μπέιζμπολ (Baseball Team Culture), η οποία συναντάται σε εξωστρεφείς οργανισμούς με εξωτερικό προσανατολισμό, όπου οι εργαζόμενοι βελτιώνουν τις δεξιότητές τους μέσα από τη συνεχή εκπαίδευση και εξάσκηση και συνήθως μεταφέρονται από τον ένα οργανισμό σε άλλο. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν τα διαφημιστικά γραφεία και οι επενδυτικές τράπεζες.

Την κουλτούρα Φρούριο (Fortress Culture), η οποία συναντάται σε οργανισμούς που αντιστέκονται στην αλλαγή, ενώ ο παράγοντας «ομάδα» κυριαρχεί έναντι του ατόμου σε ζητήματα προαγωγών, ανάθεση καθηκόντων και παροχή αδειών. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν οι εκδοτικοί οίκοι, οι επιχειρήσεις φυσικών πόρων και αυτές του λιανικού εμπορίου (Sonnenfeld et al,1988).

Τυπολογία των Quinn και Cameron (1996)

Οι Quinn και Cameron ανέπτυξαν ένα μοντέλο γνωστό ως το μοντέλο των ανταγωνιστικών αξιών (Competing Values Framework- CVF), το οποίο συνδέει την κουλτούρα ενός οργανισμού με την απόδοση και την αποτελεσματικότητά του. Το μοντέλο παρουσιάζει τέσσερις τύπους κουλτούρας, οι οποίοι βασίστηκαν πάνω σε δύο διαστάσεις ανάλογα με την ευελιξία και τη σταθερότητα του οργανισμού και την εξωτερική ή την εσωτερική του εστίαση (Quinn και Cameron 2011).

2.3 Οργανωσιακό κλίμα

Το οργανωσιακό κλίμα είναι ένας όρος που συχνά επιλέγεται εναλλακτικά της οργανωσιακής κουλτούρας (Barker, 1994). Αποτελεί την ποσοτικά προσδιορισμένη έκφραση της κουλτούρας ενός οργανισμού. Ως εκ' τούτου προηγείται της έννοιας της οργανωσιακής κουλτούρας. Είναι ένα σύνολο ιδιοτήτων του οργανισμού το οποίο, σύμφωνα με την αντίληψη των εργαζομένων, ασκεί ισχυρή επιρροή στη συμπεριφορά των εργαζομένων (Ivancevich, 2008).

Ενώ η οργανωσιακή κουλτούρα αφορά σε βαθιά ριζωμένες και σταθερές αξίες, πεποιθήσεις, υποθέσεις, σύμβολα, τελετουργίες που μοιράζονται τα άτομα στον οργανισμό, το οργανωσιακό κλίμα από την άλλη ορίζεται ως επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφορών, στάσεων και συναισθημάτων που χαρακτηρίζουν τη ζωή στον οργανισμό (Isaksen, 2007).

Παρόλο που η κουλτούρα και το κλίμα είναι αλληλένδετα, το κλίμα αποδεικνύεται ευκολότερο να προσεγγισθεί και να μετρηθεί. Η ανάλυση του κλίματος σε ατομικό επίπεδο ονομάζεται ατομικό ψυχολογικό κλίμα. Τα ατομικά ψυχολογικά κλίματα μπορεί να συλλέγονται και να αναλύονται προκειμένου να κατανοήσουμε τις ομάδες σε κάθε επίπεδο (τμήματος, τομέα, οργανισμού) (Obadara, 2008).

2.3.1 Προσεγγίσεις στον ορισμό του οργανωσιακού κλίματος

Οι προσπάθειες για τον καθορισμό του οργανωσιακού κλίματος προσκρούουν σε δύο δυσκολίες: τον ορισμό του και την αποτελεσματική μέτρησή του σε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης. Υπάρχουν αρκετές προσεγγίσεις στον ορισμό του κλίματος, εκ των οποίων οι εξής δύο είναι κυρίαρχες: η προσέγγιση των γνωστικών σχημάτων και η προσέγγιση των κοινών αντιλήψεων. Η πρώτη θεωρεί το κλίμα ως ατομική αντίληψη και γνωστική αναπαράσταση του εργασιακού περιβάλλοντος. Σε αυτήν την περίπτωση η αξιολόγηση του κλίματος πρέπει να διεξάγεται σε ατομικό επίπεδο με την αποκάλυψη των αντιλήψεων των εργαζομένων για το άμεσο εργασιακό τους περιβάλλον (Ashforth, 1985; James and Jones, 1974; James and Sells, 1981; Schneider and Reichers, 1983). Για παράδειγμα, οι James and Sells (1981) ορίζουν το κλίμα ως *«ατομικές γνωστικές δομικές αναπαραστάσεις του εγγύς περιβάλλοντος οι οποίες εκφράζουν το ψυχολογικό νόημα και τη σημαντικότητα για το άτομο»*. Ανεβαίνοντας επίπεδο εστίασης, στη δεύτερη προσέγγιση οι συγγραφείς δίνουν έμφαση στη σημασία των κοινών αντιλήψεων οι οποίες διέπουν την έννοια του κλίματος (Koys and DeCottis, 1991; Payne, Fineman and Wall, 1976; Uttal, 1983, Anderson & West, 1998, Mathisen & Einarsen 2004). Για παράδειγμα, οι Reichers and Schneider (1990) ορίζουν το κλίμα ως *«...η κοινή αντίληψη για το πώς είναι τα πράγματα εδώ. Ειδικότερα, το κλίμα είναι οι κοινές αντιλήψεις για τις πολιτικές, πρακτικές και διαδικασίες του οργανισμού»*. Η δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι ερευνητές που υιοθετούν την άποψη αυτή είναι η συναίνεση για τα κριτήρια ως προς τα ελάχιστα επίπεδα συμφωνίας που δείχνουν επαρκώς ότι οι συγκεκριμένες αντιλήψεις είναι πράγματι κοινές ανάμεσα στα άτομα του οργανισμού ή τμήματος αυτού (Guion, 1973; Jackofsky and Slocum, 1988; Joyce and Slocum, 1984; Patterson, West and Payne, 1992, Payne, 1990). Οι παραπάνω προσεγγίσεις είναι μεταξύ τους συμβατές και συνεπώς καμία δεν ακολουθείται αποκλειστικά.

Το οργανωσιακό κλίμα, γνωστό και ως εταιρικό κλίμα είναι η διαδικασία ποσοτικοποίησης της κουλτούρας του οργανισμού. Το οργανωσιακό κλίμα αναφέρεται σε ένα σύνολο μετρήσιμων χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος, τα οποία γίνονται αντιληπτά από τα άτομα που ζουν και εργάζονται σ' αυτό και επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τα κίνητρά τους. Τα πιο σημαντικά

χαρακτηριστικά του κλίματος ενός οργανισμού είναι: η ευελιξία, η υπευθυνότητα, τα πρότυπα, οι ανταμοιβές, η διαφάνεια και η ομαδική δέσμευση (Obadara, 2008).

2.3.2 Σύγκριση Οργανωσιακής κουλτούρας και Οργανωσιακού Κλίματος

Μελετώντας την οργανωσιακή κουλτούρα μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρούμε συχνά ότι η έννοια συγγέεται με το οργανωσιακό κλίμα. Σε πολλές έρευνες οι έννοιες αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ως συνώνυμες (Barker, 1994) για να περιγράψουν τον τρόπο που η στάση και η συμπεριφορά των μελών ενός οργανισμού τον επηρεάζει και τον διαμορφώνει, και συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητο να αναλυθούν οι δύο όροι και να αποσαφηνιστούν.

Το οργανωσιακό κλίμα, είναι ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη ενός οργανισμού αντιλαμβάνονται το εργασιακό τους περιβάλλον και εξαρτάται από τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους (Verbeke et al., 1998). Έχει χαρακτήρα υποκειμενικό και ευμετάβλητο και μπορεί να χειραγωγηθεί από την εκάστοτε ηγεσία. Από την άλλη, η κουλτούρα της οργάνωσης εξελίσσεται μέσα από τα επίσημα και ανεπίσημα συστήματα που έχουν αναπτυχθεί στον οργανισμό, συνδέεται με την ιστορία, τα γεγονότα, τις τελετουργίες, τους διαχρονικούς κανόνες, τις παραδόσεις του και εξηγεί τις διαδικασίες που συμβαίνουν μέσα σε αυτόν (Bock et al., 2005).

Ο Denison (1996), επιχειρεί να κάνει διακριτό το διαχωρισμό των δυο εννοιών, συγκρίνοντάς τις σε επτά διαφορετικά επίπεδα, την επιστημολογία των δύο όρων, την άποψη, τη μεθοδολογία, το επίπεδο ανάλυσης, το χρονικό προσανατολισμό, τα θεωρητικά θεμέλια και την πειθαρχική βάση (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1: Σύγκριση οργανωσιακής κουλτούρας και κλίματος

Πεδίο σύγκρισης	Οργανωσιακή Κουλτούρα	Οργανωσιακό Κλίμα
Επιστημολογία	Βάσει του γενικού πλαισίου και της ιδεογραφίας (Η έκφραση πράξεων και ιδεών με σύμβολα, που βοηθούν στη μετάδοσή τους)	Συγκριτικό και νομοθετικό
Άποψη	Γηγενής άποψη	Άποψη του συγγραφέα
Μεθοδολογία	Ποιοτική	Ποσοτική
Επίπεδο ανάλυσης	Υποκείμενες αξίες και πεποιθήσεις	Επιφανιακές εκφράσεις
Χρονικός προσανατολισμός	Ιστορική εξέλιξη	Ανιστόρητα κομμάτια
Θεωρητικά θεμέλια	Κοινωνική δομή, κριτική θεωρία	θεωρία Πεδίου του Lewin
Βάσεις	Κοινωνική ανθρωπολογία	Ψυχολογία

Πηγή: Denison, 1996

Σύμφωνα με τον Denison (1996), η κουλτούρα αποτελεί το πλαίσιο στο οποίο δρουν παράγοντες όπως η διαφορετικότητα των θέσεων, των φύλων, των επαγγελματικών ομάδων οι οποίοι επηρεάζουν το χώρο εργασίας. Διάφοροι μελετητές του αντικείμενου της κουλτούρας (Mirvis & Sales, 1990) ερεύνησαν τη διαχρονική εξέλιξη των κοινωνικών και ανθρωπολογικών συστημάτων και κατέληξαν στο ότι οι υποκείμενες υποθέσεις, οι προσωπικές εκτιμήσεις και απόψεις των μελών του οργανισμού είναι βασικές για τη μελέτη της κουλτούρας.

Η ακολουθούμενη μεθοδολογία έρευνας είναι συνήθως ποιοτική. Τελείως διαφοροποιημένο εμφανίζεται κατά τον Denison (1996), το κλίμα. Οι μελετητές του αντικείμενου του κλίματος, βασισμένοι στη μελέτη ψυχολογικών προτύπων εστίασαν το ενδιαφέρον τους περισσότερο στην επίδραση που ασκούν τα οργανωσιακά συστήματα στις ομάδες και τα άτομα και λιγότερο στην εξέλιξη των κοινωνικών συστημάτων (Ekvall, 1987, Koyes & Decotlis, 1991). Επιπλέον, έδωσαν έμφαση στις

συνειδητές αντιλήψεις, εφαρμοζόμενες πρακτικές και διαδικασίες που αφορούν στην επιφάνεια της οργανωσιακής ζωής τις οποίες και επιχείρησαν να κατηγοριοποιήσουν.

Η μελέτη του οργανωσιακού κλίματος βασίστηκε στη θεωρία Πεδίου (field theory) του κοινωνικού ψυχολόγου Lewin, αλλά και στην ποιοτική παρατήρηση των δομών. Σύμφωνα με τη θεωρία Πεδίου του Kurt Lewin για να κατανοηθεί ή να προσδιοριστεί μια συμπεριφορά θα πρέπει το άτομο και το περιβάλλον του να μελετηθούν ως «ένα σύνολο από αλληλοεξαρτώμενους παράγοντες». Ο όρος πεδίο περιγράφει όλες τις πλευρές της σχέσης των ατόμων με το περιβάλλον τους και τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτό, που επηρεάζουν την ανάπτυξη και τις συμπεριφορές σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Lewin, 1939). Οι Castro et al., (2010) συνοψίζουν τις διαφορές οργανωσιακής κουλτούρας και κλίματος στον Πίνακα 2.2.

Πίνακας 2.2. Οι διαφορές μεταξύ του Οργανωσιακού Κλίματος και της Οργανωσιακής Κουλτούρας

ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ	ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ
Έχει τις ρίζες του στην ψυχολογία	Έχει τις ρίζες της στην ανθρωπολογία
Εστιάζει στις αντιλήψεις και γνώσεις του ατόμου	Εστιάζει στην υποκείμενη δομή των συμβόλων, μύθων, τελετουργιών
Είναι σχετικά διαρκές χαρακτηριστικό του οργανισμού	Είναι αρκετά διαρκές χαρακτηριστικό του οργανισμού
Είναι περισσότερο ορατό και λειτουργεί στο επίπεδο των στάσεων και αξιών	Είναι σχετικά αόρατη και υποσυνείδητη στα άτομα
Εξελίσσεται γρηγορότερα και αλλάζει ταχέως	Εξελίσσεται αργά και αλλάζει δύσκολα
Τα ατομικά χαρακτηριστικά είναι εμφανή	Τα ομαδικά χαρακτηριστικά είναι εμφανή
Διερευνάται μέσω ποσοτικών ερευνητικών μεθόδων	Διερευνάται μέσω ποιοτικών ερευνητικών μεθόδων

Πηγή: Castro et al., 2010

Παρά τις διαφορές σε πολλά σημεία όπως αναλύθηκαν παραπάνω, δεν είναι σαφές αν οι δύο όροι αντιπροσωπεύουν δύο εντελώς διαφορετικές έννοιες, ή δυο έννοιες άμεσα συνδεδεμένες από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Ο Denison (1996) εξετάζει τις

ομοιότητες των δύο εννοιών μέσα από τους ορισμούς τους, θεωρητικά ζητήματα, περιεχόμενο, μεθοδολογία έρευνας και τη θεωρητική βάση (Πίνακας 2.3).

Πίνακας 2.3: Ομοιότητες μεταξύ Οργανωσιακής Κουλτούρας και Οργανωσιακού Κλίματος

Ορισμοί	Εστίαση στο εσωτερικό κοινωνικό- ψυχολογικό περιβάλλον ως συλλογικά καθορισμένο ολιστικό κοινωνικό πλαίσιο
Θεωρητικά ζητήματα	Κοινό ερώτημα: το πλαίσιο δημιουργείται από την αλληλεπίδραση, ή καθορίζεται από αυτή; Ο καθορισμός της υπό μελέτης περιοχής ποικίλει ανάλογα με τον ερευνητή
Περιεχόμενο και ουσία	Επικάλυψη των διαστάσεων που ερευνώνται από τους ποσοτικούς ερευνητές της κουλτούρας και των πρώτων ερευνητών του κλίματος
Μεθοδολογία έρευνας	Πρόσφατη εμφάνιση ποσοτικών μελετών κουλτούρας και ποιοτικών μελετών κλίματος
Θεωρητική βάση	Οι θεωρητικές βάσεις των ερευνών για την κουλτούρα τοποθετούνται στην κοινωνική έρευνα και του κλίματος στην θεωρία πεδίου. Εν τούτοις, σήμερα υπάρχουν θεωρητικές προσεγγίσεις που συνδυάζουν τα παραπάνω.

Πηγή: Denison ,1996

2.3.3 Προσεγγίσεις μελετητών για τον προσδιορισμό και την αξιολόγηση του οργανωσιακού κλίματος

Υπάρχει διαρκές ερευνητικό ενδιαφέρον για το οργανωσιακό κλίμα, που έχει τις ρίζες του στη δεκαετία του 30, με την έρευνα των Lewin et al.(1939), οι οποίοι ανέλυσαν τη σχέση του στυλ ηγεσίας με το κλίμα, η έρευνα του Koffka (1935) η οποία εστίασε στη «συμπεριφορά του περιβάλλοντος», τη μελέτη του Lewin (1936) για το «χώρο ζωής» (life space) και τη δουλειά του Murray (1938) πάνω στο οργανωσιακό κλίμα. Ακολουθώντας αυτές τις σπερματικές μελέτες πολλοί συγγραφείς πρότειναν

διαφορετικούς ορισμούς για το οργανωσιακό κλίμα (Argyris, 1958; Brown and Leigh, 1996; Dawson et al., 2008; Deninson, 1996; James and James, 1989; Litwin and Stringer, 1968; Patterson et al., 2005; Pritchard and Karasich, 1973; Schneider 2000). Στις μέρες μας εξακολουθεί να φαίνεται δύσκολη μια συμφωνία για κοινώς αποδεκτό ορισμό του κλίματος, διότι η δομή του είναι σύνθετη και πολλοί μελετητές χρησιμοποίησαν και χρησιμοποιούν την ίδια ορολογία για διαφορετικές έννοιες. Όπως αναλύθηκε σε προηγούμενη ενότητα, επικρατεί η σύγχυση για τον τρόπο με τον οποίο η έννοια του κλίματος είναι διακριτή από αυτή της κουλτούρας, με αποτέλεσμα οι δυο έννοιες να χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το κλίμα είναι συναφές με την κουλτούρα. Ωστόσο διαφέρουν. Ενώ η οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται σε σταθερά και ανθεκτικά στοιχεία βαθιά ριζωμένα στη νοοτροπία των υπαλλήλων, το οργανωσιακό κλίμα υποδηλώνει μάλλον επιφανειακά στοιχεία, όπως αντιδράσεις, γνώμες και τάσεις των υπαλλήλων απέναντι σε μεταβαλλόμενα και συγκρουσιακά καταστάσεις του οργανισμού. Έτσι το κλίμα αποτελεί επιφανειακή εκδήλωση της κουλτούρας (Schneider, 1990). Όπως συμβαίνει με τον ορισμό και τις θεωρητικές βάσεις του κλίματος έτσι και οι διαστάσεις του ποικίλουν σημαντικά ανάλογα με το μελετητή (Jones and James, 1979). Με την πάροδο του χρόνου ο αριθμός των προτεινόμενων διαστάσεων του κλίματος έχει πολλαπλασιαστεί οδηγώντας σε αποπροσανατολισμό. Παρόλο που υπάρχει αξιοσημείωτη ποικιλία στους ορισμούς και τις διαστάσεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν το κλίμα και δεν υπάρχουν κοινώς αποδεκτά ερευνητικά συμπεράσματα, φαίνεται πιθανό να μπορούμε να αναφερθούμε σε μια επικρατούσα προσέγγιση για την ανάλυση του οργανωσιακού κλίματος. Αυτή η προσέγγιση βλέπει το κλίμα ως σχετικά διαρκές χαρακτηριστικό ενός οργανισμού το οποίο τον διαφοροποιεί από τους υπόλοιπους και αντανακλά τους επικρατούντες κανόνες, τις αξίες και τις στάσεις της κουλτούρας του. Συνδέεται με τις κοινές αντιλήψεις των υπαλλήλων για τον οργανισμό στον οποίον όσον αφορά σε χαρακτηριστικά όπως αυτονομία, εμπιστοσύνη, συνοχή, υποστήριξη, αναγνώριση, καινοτομία και δικαιοσύνη, όπως επίσης και στις αλληλεπιδράσεις των μελών και τα δομικά χαρακτηριστικά του οργανισμού. Το οργανωσιακό κλίμα είναι λοιπόν ένα πολυδιάστατο, διακριτό χαρακτηριστικό ενός οργανισμού το οποίο προέρχεται από τη συνέργεια ενός συνδυασμού άυλων στοιχείων που σχετίζονται με την ανθρώπινες, σχεσιακές και δομικές διαστάσεις του οργανισμού. Η ανθρώπινη διάσταση αφορά στις αντιλήψεις των υπαλλήλων για το οργανωτικό πλαίσιο και περιλαμβάνει για

παράδειγμα τη γνώση για τη δομή του οργανισμού, την αυτονομία, την κινητοποίηση, τις πρωτοβουλίες, ικανότητα για ομαδική εργασία, ικανοποίηση, ευεξία κλπ. Η σχεσιακή διάσταση αφορά στις σχέσεις μέσα στον οργανισμό και στις δυναμικές που ενισχύονται από τις κοινές αξίες και νοοτροπίες. Όπως για παράδειγμα η εξυπηρέτηση πελατών, η συνεργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των υπαλλήλων και μεταξύ υπαλλήλων και διοικητικών στελεχών κ.ο.κ. Οι δομικές διαστάσεις αφορούν στα δομικά χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας και της οργανωσιακής δομής όπως η διακίνηση και μετάδοση των πληροφοριών, επίσημη εκπαίδευση, ηγεσία, κίνητρα και πολιτική ανταμοιβών, υποδομές, εξοπλισμός.

Συνεπώς, το οργανωσιακό κλίμα είναι ριζωμένο βαθιά μέσα στον άυλο χώρο του οργανισμού ή με άλλα λόγια στο διανοητικό του κεφάλαιο. Το διανοητικό κεφάλαιο είναι σχετικά νέα έννοια ορίζεται το σύνολο των άυλων πόρων που ελέγχονται εξ ολοκλήρου ή μερικώς από τον οργανισμό και σχετίζονται με τη δημιουργία αξίας του οργανισμού. (Carlucci and Schiuma, 2007; Edvinsson, 1997; Hall, 1992; Roos et al., 1997). Είναι διακριτό, μπορεί να εντοπιστεί να αναλυθεί χωριστά, και μπορεί να μετρηθεί Kostagiolas (2012). Ross, et al. (2005). Σε επίπεδο χώρας, ορίζεται ως το σύνολο άυλων στοιχείων αποτελούμενων από ανθρώπους, επιχειρήσεις, κοινότητες, περιφέρειες και θεσμούς, τα οποία, εάν χρησιμοποιηθούν κατάλληλα, μπορεί να αποτελέσουν τη βάση της τρέχουσας και μελλοντικής ευημερίας της χώρας (Ευρωπαϊκή Οδηγία 2011/C 372/05).

Ένα ζήτημα γύρω από το οργανωσιακό κλίμα που πρέπει να τεθεί είναι η κατάλληλη αξιολόγησή του. Γενικά, οι έρευνες αξιολόγησης του οργανωσιακού κλίματος χρησιμοποιούν ποσοτικές μεθόδους και διάφορα ερωτηματολόγια. Και στην περίπτωση αυτή, η έλλειψη συμφωνίας για τον ορισμό του κλίματος και της λειτουργικότητάς του έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη λίγων εργαλείων με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Patterson et al., 2005). Επιπλέον, όπως επισημαίνουν οι Patterson et al. (2005), δύο διαφορετικές προσεγγίσεις για την αξιολόγηση του κλίματος έχουν διατυπωθεί: η πρώτη είναι η σφαιρική προσέγγιση η οποία προτείνει έναν αριθμό από κλίμακες κλίματος (climate scales) (Glick 1985; Payne, Brown and Gaston, 1992). Άλλοι επιστήμονες (Schneider, 2000) υποστήριξαν τη χρησιμότητα μιας προσέγγισης συγκεκριμένων πτυχών του κλίματος (facet specific climate approach) όπου οι διαστάσεις του οργανωσιακού κλίματος ποικίλουν

αναλόγως με το σκοπό της έρευνας και το κριτήριο υπό εξέταση. Οι Patterson et al. (2005) υποστήριξαν και τις δύο παραπάνω προσεγγίσεις ως έγκυρη βάση για την έρευνα του οργανωσιακού κλίματος, που προσφέρουν διαφορετικά οφέλη. Η επιλογή της προσέγγισης εξαρτάται από το σκοπό της έρευνας.

Ενώ το αυξημένο ενδιαφέρον στην οργανωσιακή κουλτούρα εμφανίστηκε τη δεκαετία του 80 λιγότερο γνωστές μελέτες για το οργανωσιακό κλίμα είχαν ήδη διεξαχθεί από το ξεκίνημα του τομέα της οργανωσιακής έρευνας. Η έννοια του κλίματος ήταν περισσότερο προσιτή στην ατομικιστική σκέψη (individualistic thinking) που χαρακτήριζε τις πρώτες οργανωσιακές μελέτες. Βασισμένες στον Lewin, οι μελέτες για το οργανωσιακό κλίμα αντιμετώπιζαν το άτομο ως οντότητα απολύτως ξεχωριστή από το περιβάλλον και το κλίμα, ως τον τρόπο που το περιβάλλον γινόταν αντιληπτό από τα άτομα (Dennison 1996). Οι μελέτες κουλτούρας ήταν κατάλληλες για την εξέταση της αλλαγών της κατά τη διάρκεια του χρόνου, μέσω της αξιολόγησης των υποκείμενων παραδοχών ενώ οι μελέτες κλίματος έτειναν να εξετάζουν ένα στιγμιότυπο του οργανισμού και ήταν καταλληλότερες για την εξαγωγή γενικεύσεων που βασίζονταν στην μελέτη της συμπεριφοράς, ή των δομών τα οποία είναι ενδεικτικά των παραπάνω παραδοχών (Dennison, 1996).

Οι υποστηρικτές της κουλτούρας αντιμετώπισαν δυσκολίες πολύ νωρίς διότι απέτυχαν να καθιερώσουν ένα συγκροτημένο μοντέλο ή καθορισμένη ερευνητική μεθοδολογία (Dennison, 1996). Για να καλυφθεί αυτό το κενό άρχισαν να υιοθετούν τη μεθοδολογία των ποσοτικών ερευνών που ως τότε χρησιμοποιούνταν στις μελέτες κλίματος. Με αυτό τον τρόπο αναγνωρίστηκε ότι η κουλτούρα και το κλίμα δεν είναι διακριτά φαινόμενα όπως πιστευόνταν παλαιότερα αλλά οι δύο όψεις ενός φαινομένου (Dennison, 1996). Οι πρώιμες μελέτες κλίματος είχαν υιοθετήσει τις ιδέες τους για το κλίμα από τη θεωρία της ορθολογικής επιλογής (rational choice theory⁵) και τον ατομικιστικό προσανατολισμό των οικονομικών επιστημών και της ψυχολογίας. Από την άλλη οι πρώιμες μελέτες κουλτούρας άντλησαν ιδέες από συλλογικά προσανατολισμένους τομείς και θεωρίες όπως την ανθρωπολογία και την

⁵ Σύμφωνα με τη θεωρία της ορθολογικής επιλογής, το άτομο ενεργεί συνήθως με βάση τη λογική του και το ίδιο αποτελεί τον καλύτερο κριτή του συμφέροντός του, το οποίο επιδιώκει με τις πράξεις του. Η προσέγγιση αυτή αμφισβητήθηκε από τους οπαδούς της σχολής των οικονομικών της συμπεριφοράς (behavioral economics) η οποία βασίζεται στη γνωσιακή ψυχολογία, και μελετά την ανορθολογική συμπεριφορά και ιδιαίτερα το πρόβλημα της διαμόρφωσης των προτιμήσεων..

κοινωνιολογία. Η σύγχρονη βιβλιογραφία για την οργανωσιακή κουλτούρα συνθέτει και τις δύο απόψεις, αναγνωρίζοντας τη σημασία της του συνόλου ως κάτι περισσότερο από το άθροισμα των ατόμων δίνοντας παράλληλα έμφαση στην υιοθέτηση της κουλτούρας από τα μεμονωμένα άτομα. (Hatch, 2004; Liedtka, 1989; Sorensen, 2002).

Δυστυχώς, αυτές οι δύο διαφορετικές απόψεις δεν τέθηκαν μαζί ώστε να δημιουργήσουν μια πολύπτυχη, περιεκτική έννοια της κουλτούρας. Αντιθέτως, επειδή και οι δύο απόψεις έχουν αξιοπιστία και επειδή εμπλέκονται πολλές επιστήμες σε μεγάλο βαθμό, οι ερευνητές επιλέγουν κάθε φορά τον ορισμό που ταιριάζει στο σκοπό της έρευνάς τους ανεξαρτήτως εάν οι ορισμοί είναι περιεκτικοί, ή αντιφατικοί ή καλά διατυπωμένοι. Ως παράδειγμα των «σχιζοφρενικών» πολλές φορές μελετών που προσπαθούν να αναδείξουν το νόημα της κουλτούρας είναι η μελέτη του Gordon (1991) ο οποίος αναγνωρίζει την ύπαρξη πολλών σχολών σκέψης για την κουλτούρα από τις οποίες επιλέγει δύο που φαινομενικά αντιφάσκουν μεταξύ τους. Υιοθετεί μια άποψη για την κουλτούρα ως «ένα σύστημα γνώσης, προτύπων αντιλήψεων, πεποιθήσεων, αξιολογήσεων και δράσεων» *evaluating and acting*” παράλληλα με τον δικό του ορισμό για την κουλτούρα ως «ένα σύστημα κοινωνικά μεταδιδόμενων προτύπων συμπεριφοράς». Ο πρώτος ορισμός αντλείται από μια ποικιλία επιρροών από την ψυχολογία, τις θεωρίες του Δομικού Λειτουργισμού (structural functionalism) και της θεωρίας Εργαλειοθήκης (toolkit theories) ενώ ο δεύτερος είναι προγενέστερος του Δομισμού (structuralism). Αναλόγως της μελέτης, η κουλτούρα μπορεί να ορίζεται ως «δίκτυο κοινών νοημάτων» (Hinings et. al, 1996), «ομαδική προσπάθεια αντιμετώπισης και μάθησης και το αποτέλεσμα της διαδικασίας μάθησης» (Sorensen, 2002), ή «μια πηγή αποτιμήσεων που επιτρέπουν την αξιολόγηση διαφόρων λύσεων σε προβλήματα» (Argadona, 2003).

Η έλλειψη συμφωνίας σε ένα ορισμό της κουλτούρας επεκτείνεται και σε άλλους τομείς πέρα από την οργανωσιακή έρευνα, όπως στη βιβλιογραφία περί Διοίκησης, Ανθρωπίνων Πόρων και επιχειρηματικής δεοντολογίας. Ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία ανθρωπίνων πόρων διαπιστώνουμε ότι η εταιρική κουλτούρα ορίζεται ως κοινές αξίες, υποθέσεις και συμπεριφορές, το πλαίσιο της κυριαρχίας, επιχειρηματικός προσανατολισμός, δύναμη διαφορετικών απαντήσεων, μαθησιακή κουλτούρα, και ανθρώπινη κουλτούρα (Plakhotnik and Rocco, 2006). Ανάλογα με το

σκοπό του ερευνητή αν για παράδειγμα είναι να υποδείξει σε στελέχη της διοίκησης πώς να διασφαλίσουν την εφαρμογή κανόνων δεοντολογίας από τους υπαλλήλους, ή να περιγράψει το μεγάλο εύρος της ποικιλίας μέσα σε ένα οργανισμό, ή να συγκρίνει διαφορετικούς οργανισμούς, μπορεί να επιλέξει ανάμεσα σε εκατοντάδες ορισμούς της κουλτούρας και να το περιγράψει με τέτοιο τρόπο ώστε να πείσει για τα επιχειρήματά του και για τη μεθοδολογία της έρευνάς του.

Πληθώρα μελετών έχουν συμβάλει στην κατανόηση της κουλτούρας. Ένας σχετικός τομέας αφορά στην αναγνώριση του ρόλου των υποκουλτούρων, στην ενίσχυση ή υπονόμηση της συνολικής κουλτούρας. Οι ερευνητές χτίζοντας επάνω στο έργο του Durkheim και άλλων θεωρητικών της κουλτούρας διεξήγαγαν μελέτες σχετικές με την ανάπτυξη ανταγωνισμού ανάμεσα στις υποκουλτούρες και στην κυρίαρχη κουλτούρα στον οργανισμό, διακρίνοντας έτσι τις «ισχυρές» από τις «ασθενείς» οργανωσιακές κουλτούρες (Lincoln & Guillot, 2005). Μια άλλη πτυχή της κουλτούρας που έχει μελετηθεί είναι η σχέση της κουλτούρας και της οργανωσιακής δομής, των υποχρεώσεων και δικαιωμάτων, των συστημάτων ανταμοιβής, αξιολόγησης της απόδοσης, λήψης αποφάσεων. Η σχέση ανάμεσα στην κουλτούρα και τη δομή έχει περιγραφεί ως κυκλική με την κουλτούρα να ωθεί τη δημιουργία συγκεκριμένων δομών οι οποίες με τη σειρά τους ενισχύουν ή αποδυναμώνουν συγκεκριμένες αξίες (Hinings et. al, 1996).

2.3.4 Οργανωσιακό κλίμα στις υπηρεσίες υγείας

Πολλές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι το οργανωσιακό κλίμα σχετίζεται με μια σειρά σημαντικών αποτελεσμάτων τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο, όπως είναι η ικανοποίηση από την εργασία (Mathieu et al., 1993), η ατομική απόδοση (Brown and Leigh, 1996), η άποψη των πελατών για την ποιότητα των προϊόντων (Schneider et al., 1980), οι καινοτόμες συμπεριφορές στις υπηρεσίες υγείας, (West and Anderson, 1996) και γενικότερα η καινοτομία (Scott and Bruce, 1994).

Αυτό συμβαίνει διότι το οργανωσιακό κλίμα ασκεί ισχυρή επιρροή στη συμπεριφορά των υπαλλήλων σε ένα χώρο εργασίας και παίζει κρίσιμο ρόλο σε κάθε προσπάθεια

βελτίωσης των διαδικασιών του οργανισμού η οποία απαιτεί την υλοποίηση μιας μεγάλης οργανωσιακής αλλαγής. Γενικότερα, το οργανωσιακό κλίμα μπορεί να έχει σημαντικές, θετικές ή αρνητικές επιδράσεις σε έναν οργανισμό και στην απόδοσή του. Συνεπώς, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η μελέτη του οργανωσιακού κλίματος παίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της λειτουργίας ενός οργανισμού και του συστήματος παραγωγής αξιών του.

Το κλίμα παίζει σημαντικό ρόλο στους οργανισμούς που παράγουν υπηρεσίες και ιδιαίτερα σε οργανισμούς εντάσεως εργασίας, διότι η πλειονότητα των αποτελεσμάτων τους είναι άυλα, ετερογενή και παράγονται ταυτόχρονα με την κατανάλωσή τους. Ειδικά στον τομέα της υγείας, οι διοικούντες, αντιλαμβάνονται όλο και περισσότερο την ανάγκη να κατανοήσουν τις απόψεις των εργαζομένων καθώς το κλίμα που επικρατεί στον οργανισμό, συνδέεται με την ικανότητα του οργανισμού να εγγυηθεί υψηλού επιπέδου ποιότητα υπηρεσιών προς όφελος όλων των εμπλεκομένων.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτουν αρκετές μελέτες που σκιαγραφούν τη σημασία του οργανωσιακού κλίματος στις υπηρεσίες υγείας, όπως Appelbaum (1984); Clarke et al. (2002); Gershon et al. (2004); Jackson-Malik (2005); Mok et al, 2002; Sleutel (2000); Stone et al. (2006); Wienand et al. (2007). Για παράδειγμα, οι Clarke et al. (2002) μελέτησαν τις επιδράσεις της νοσηλευτικής στελέχωσης και της νοσηλευτικής οργάνωσης στη συχνότητα τραυματισμού από βελόνα και βρήκαν ότι η στελέχωση και το οργανωσιακό κλίμα επηρέαζαν την πιθανότητα τρυπήματος από βελόνα. Οι Stone et al. (2006) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στο οργανωσιακό κλίμα και την πρόθεση των νοσηλευτών ΜΕΘ να αποχωρήσουν από τη θέση τους. Βρήκαν ότι ένα ικανοποιητικό οργανωσιακό κλίμα μπορεί να συμβάλει στη διασφάλιση σταθερού και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού.

Σε μια βιβλιογραφική του ανασκόπηση ο Sleutel (2000) περιγράφει τους οργανωσιακούς παράγοντες μεταξύ των οποίων και το οργανωσιακό κλίμα, που επηρεάζουν τη νοσηλευτική πράξη. Οι Mok et al. (2002) εξερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στο οργανωσιακό κλίμα και την ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού ενός νοσοκομείου στο Hong Kong. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το οργανωσιακό κλίμα και ειδικότερα η υποστηρικτική ηγεσία και η

ομαδική εργασία σχετίζονται με την ενδυνάμωση. Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες η κατανόηση και γνώση των εμπλεκομένων δυνάμεων στη δημιουργία ενός εξαιρετικού οργανωσιακού κλίματος είναι πολύ σημαντική. Ειδικότερα, η σύνδεση αυτής της γνώσης με τις καθημερινές δραστηριότητες ρουτίνας, ατομικές και οργανωσιακές, όπως επίσης και με ορισμένα φαινόμενα όπως για παράδειγμα η ικανοποίηση από την εργασία, η επαγγελματική εξουθένωση, και η πρόθεση για αποχώρηση από την υπηρεσία, έχει μεγάλη αξία για ένα αποτελεσματικό μανατζμεντ.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι είναι ουσιώδες για τους Διοικούντες τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας να παρακολουθούν το κλίμα στον οργανισμό τους (Carlucci and Schiuma 2007).

3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΣΥ

Στην παρούσα ενότητα θα επιχειρήσουμε να σκιαγραφήσουμε, μέσω μιας σύντομης αναδρομής στην ιστορία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) τις προσπάθειες για εφαρμογή κανόνων και διαδικασιών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, οι οποίες και αποτελούν τα πρώτα ψήγματα εισαγωγής ενός πλαισίου ΚΔ. Επιπλέον, θα περιγράψουμε χαρακτηριστικά στοιχεία του οργανωσιακού κλίματος του ΕΣΥ με βάση σχετικές βιβλιογραφικές αναφορές.

3.1 Ιστορική εξέλιξη

Η ίδρυση του ΕΣΥ με το Ν. 1379/1983 θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η πρώτη συντονισμένη απόπειρα του ελληνικού κράτους για την αντιμετώπιση της κρίσης του τομέα υγείας η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί και ως «διαχρονική». Η φιλοσοφία του ΕΣΥ όπως αντανακλάται στον ιδρυτικό του νόμο βασίστηκε στην αντίληψη της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, στο δικαίωμα της ισοτιμίας των πολιτών ως προς την πρόσβασή τους σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και στην ανάθεση της ευθύνης αυτής στο κράτος (Ν. 1379/1983).

Οι κύριοι στόχοι της μεταρρύθμισης αυτής περιελάμβαναν το διαχωρισμό του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα, την ενίσχυση του τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αποκέντρωση, την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, τη βελτίωση των πολιτικών που αφορούσαν στο ανθρώπινο δυναμικό, την αποτελεσματικότητα και τον κοινωνικό έλεγχο (Tountas et al., 1995).

Ο Πίνακας 3.1 συνοψίζει τις εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις και μηχανισμούς διαχείρισης ποιότητας στο ελληνικό ΕΣΥ μέσα από συχνά ανεφάρμοστους νόμους.

Πίνακας 3.1. Νόμοι με αναφορές σε παρεμβάσεις και μηχανισμούς διαχείρισης ποιότητας στο ελληνικό ΕΣΥ

Νόμος	Παρέμβαση
2071/1992	Δικαιώματα ασθενών
2519/1997	Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη Ινστιτούτο Έρευνας & Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Φροντίδας υγείας
2889/2001	Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας υγείας (νοσοκομείο) Τμήμα Βελτίωσης & Ελέγχου Ποιότητας (Πε.Σ.Υ.)
3329/2005	Αρμοδιότητα Αναπλ. Διοικητή για πιστοποίηση Τμήμα Βελτίωσης & Ελέγχου Ποιότητας (Δ.Υ.Πε.)
3868/2010	Άμισθες Επιτροπές Ποιότητας (νοσοκομείο)

Πηγή: Μιχαηλίδου & Σακελλαρίου, 2007

Οι εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας εγκαινιάστηκαν με το Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» με τον οποίο θεσμοθετήθηκαν οι επιτροπή Ελέγχου Προστασίας δικαιωμάτων Ασθενών σε εθνικό επίπεδο, η Αυτοτελής Υπηρεσία προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών, η οποία θα είχε συντονιστικό και υποστηρικτικό ρόλο απέναντι στα κατά τόπους γραφεία Επικοινωνίας με τον πολίτη. Με τον ίδιο νόμο θεσμοθετήθηκε το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας, με σκοπό την αξιολόγηση των παρεχόμενων από το σύστημα υγείας υπηρεσιών, τον έλεγχο για τη διασφάλιση της ποιότητας και τη χορήγηση πιστοποιητικών ποιότητας. Οι παρεμβάσεις συνεχίστηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000 με την υιοθέτηση του Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». Ο νόμος αυτός, εισήγαγε σημαντικές τροποποιήσεις στην οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας, με την ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων

Υγείας (ΠεΣΥ), τα οποία εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ. Τα ΠεΣΥ διέπονται από ένα ιδιαίτερο θεσμικό πλαίσιο το οποίο αποτυπώνεται στις ρυθμίσεις του Π.Δ. 357/2001 «Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ)». Στους οργανισμούς των ΠεΣΥ συστάθηκαν τα Τμήματα Βελτίωσης κι Ελέγχου Ποιότητας, που ανήκει στη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ελέγχει την εφαρμογή τους. Ο ίδιος νόμος προβλέπει τη σύσταση αυτοτελών Τμημάτων ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στα μεγάλα νοσοκομεία, χωρίς ωστόσο να καθορίζει συγκεκριμένες αρμοδιότητες στα τμήματα αυτά.

Το 2004, το «Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας» μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Ο συμβολισμός πίσω από τη μετονομασία, αφορούσε στη μετακίνηση του επίκεντρου των ασκούμενων πολιτικών υγείας, προς την ικανοποίηση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών του πολίτη τα οποία και αποτελούν και αρχές της κλινικής διακυβέρνησης όπως αυτές διατυπώνονται στη Λευκή Βίβλο (Καρασσαβίδου και συν, 2011).

Ο Ν. 3329/2005 διατήρησε τα Τμήματα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας στις υγειονομικές περιφέρειες και πρόσθεσε στις αρμοδιότητές τους και την υποστήριξη των νοσοκομείων που επιθυμούν πιστοποίηση ή διαπίστευση. Επιπλέον καθιστά τον Αναπληρωτή Διοικητή ως αρμόδιο για την πιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η πιο πρόσφατη εκσυγχρονιστική νομοθετική παρέμβαση έγινε με το ν. 3868/10 με τον οποίο συστήθηκαν στα μεγάλα νοσοκομεία άμισθες Επιτροπές Ποιότητας. Οι επιτροπές, αποτελούμενες από τα ηγετικά στελέχη του νοσοκομείου -το Διοικητή ή Αναπληρωτή του και τους Διευθυντές των Υπηρεσιών- θα συντονίζουν τα επιμέρους Τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Επιπλέον, στις αρμοδιότητες της επιτροπής περιλαμβάνονται: «...καθιέρωση και γνωστοποίηση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργία διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης, καθώς και ο έλεγχος της εφαρμογής

τους, σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του νοσοκομείου.» (Ν 3868/10, άρθρο 2., παρ. 2). Το νόμο αυτό ακολούθησαν αρκετές εγκύκλιοι με συγκεκριμένες οδηγίες, κατευθύνσεις και προθεσμίες, ορισμούς υπευθύνων επικοινωνίας σε επίπεδο υπουργείου, περιφέρειας και νοσοκομείου με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός δικτύου για την ποιότητα στο ΕΣΥ.

3.2 Χαρακτηριστικά κλίματος του ΕΣΥ

Τα αποτελέσματα των παραπάνω μεταρρυθμίσεων μπορεί να χαρακτηρισθούν ως υποτονικά (Tountas, 1995; Mossialos et al., 2005; Davaki and Mossialos, 2005). Στην πραγματικότητα παρατηρείται συστηματικά ένα κενό ανάμεσα στη νομοθεσία και στην εφαρμογή της που προκαλεί με τη σειρά του στον τομέα υγείας το «σύνδρομο των δεκαετιών» (Σισσούρας, 2010) δηλαδή μια καθυστερημένη εφαρμογή σύγχρονων βέλτιστων αρχών και πρακτικών περί τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Οι βασικοί φραγμοί (Mossialos et al., 2005; Vassalou, 2001; Bellou, 2008) σχετίζονται με την τα χαρακτηριστικά της Ελληνικής οικονομίας, κοινωνίας και κουλτούρας και περιγράφονται συνοπτικά στον Πίνακα 3.2:

Πίνακας 3.2. Φραγμοί για την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στο Ελληνικό ΕΣΥ

Μακροπεριβαλλοντικοί παράγοντες	Μικροοργανωσιακοί παράγοντες
Αδύναμη επίσημη και ισχυρή ανεπίσημη οικονομία	Αυστηρές, ιεραρχικές, γραφειοκρατικές και συγκεντρωτικές νοσοκομειακές δομές
Αδύναμο κοινωνικό κεφάλαιο (χαμηλό επίπεδο εμπιστοσύνης από τους πολίτες και υψηλό επίπεδο ανασφάλειας)	Ισχυρές κουλτούρες και υποκουλτούρες που χαρακτηρίζονται από χαμηλή προσοχή στη λεπτομέρεια και τα αποτελέσματα. Ομάδες συμφερόντων. Προνομιακή μεταχείριση.
Αδύναμο εργατικό κίνημα	Αναποτελεσματικότητα διοίκησης.
Έλλειψη ισχυρής διοικητικής τάξης	Ανεπαρκείς υποδομές
Διαφθορά, Πελατειακό σύστημα, Ισχυρά οργανωμένα πολιτικοοικονομικά συμφέροντα, Πολιτική πώλωση	Έλλειψη οικονομικών πόρων και ανθρώπινου δυναμικού

Πηγές: Mossialos et al., 2005; Vassalou, 2001; Bellou, 2008; karasavidou, 2011.

Το ΕΣΥ σήμερα χαρακτηρίζεται ως συγκεντρωτικό και η πρόσβαση στις υπηρεσίες που παρέχονται σε αυτό είναι ανισότιμη, οι δαπάνες του υψηλές ενώ η χρηματοδότησή του φθίνουσα. Οι ιδιωτικές δαπάνες είναι υψηλές και το 2002 αντιπροσώπευαν το 40% των συνολικών δαπανών υγείας κατατάσσοντας το Ελληνικό ΕΣΥ στα πιο «ιδιωτικοποιημένα» συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής ένωσης (WHO, 2004) ενώ το 2011 που χαρακτηρίζεται από την οικονομική κρίση, οι ιδιωτικές δαπάνες παραμένουν στο 34% (ΕΛΣΤΑΤ, 2013). Το ανησυχητικό μέγεθος των ανεπίσημων πληρωμών από τους ασθενείς, (Liaropoulos et al., 2008) υποδηλώνει την χαμηλή ικανοποίησή τους από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η οποία άλλωστε τεκμηριώνεται και από αντίστοιχες έρευνες (Kaitelidou et al., 2013). Επιπλέον, περιπτώσεις αθέμιτων πρακτικών, γραφειοκρατίας και διαφθοράς στον τομέα υγείας αποτελούν καθημερινά θέματα στα ΜΜΕ. Οι Έλληνες αισθάνονται ανασφάλεια, έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας και πιστεύουν ότι η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών εξαρτάται από την αμοιβή που θα προσφέρουν στους ιατρούς «κάτω από το τραπέζι» (Karassavidou et al, 2009).

Οι προσπάθειες που έχουν γίνει τα προηγούμενα χρόνια στα Ελληνικά νοσοκομεία χαρακτηρίζονται αφενός από αποσπασματικότητα και αφετέρου από συντηρητική προσέγγιση. Κρίνοντας με ειλικρίνεια τα αποτελέσματα από δεκάδες νοσοκομειακά τμήματα που έχουν μέχρι σήμερα πιστοποιηθεί θα διαπιστώσουμε ότι έχει υπάρξει βελτίωση η οποία όμως είχε κατώφλι καθώς προσέκρουε σε πιο κεντρικά ζητήματα, που αφορούν οριζόντια το νοσοκομείο (Παππούς, 2011).

4. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

4.1 Αναγκαιότητα εργαλείων

Η σημασία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αναφέρεται πολύ συχνά στη βιβλιογραφία και υπάρχουν διάφορες μέθοδοι με τις οποίες οι οργανωσιακές κουλτούρες έχουν ερευνηθεί. Οι προσεγγίσεις διακρίνονται σε ποιοτικές που διερευνούν βαθύτερα και διαχρονικά τις κουλτούρες, και σε ποσοτικές που επιδιώκουν την ανάπτυξη και στάθμιση έγκυρων εργαλείων μέτρησης του κλίματος αναφορικά με τη βελτίωση της ποιότητας ώστε να είναι δυνατές οι συγκρίσεις σε επίπεδο οργανισμών, διευθύνσεων και τμημάτων (Freeman and Sawbridge, 2011). Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα της μελέτης των Konteh et al. (2008) η οποία διεξήχθη στο σύνολο των διασυνδεδεμένων δομών της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS Trusts). Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν οι επικεφαλής ΚΔ των ως άνω δομών. Σχεδόν στο σύνολό τους οι ερωτώμενοι συμφωνούσαν στο ότι οι αλλαγές στις επιμέρους κουλτούρες των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ο βασικός μοχλός για την προώθηση των μεταρρυθμίσεων και για το σκοπό αυτό απαιτούνται αξιόπιστα και ειδικά εργαλεία αξιολόγησης κουλτούρας. Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στο σύνολο των διασυνδεδεμένων δομών της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας επιχειρήθηκε να καθοριστούν και να αξιολογηθούν τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας Mannion et al. (2009). Το ένα τρίτο των οργανισμών χρησιμοποιούσαν κάποιο εργαλείο μέτρησης κουλτούρας στο πλαίσιο της υποστήριξης της εφαρμογής της ΚΔ. Γενικότερα υπήρχε ικανοποίηση από τη χρήση των διαθέσιμων εργαλείων. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι τα υφιστάμενα εργαλεία εστίαζαν περισσότερο στην ασφάλεια των ασθενών παρά στο σύνολο των πτυχών της ΚΔ και ως εκ τούτου υπήρχε επιτακτική ανάγκη για την ανάπτυξη νέων εργαλείων που να καλύπτουν συνολικά τις διαστάσεις της ΚΔ.

4.2 Μέτρηση κλίματος ΚΔ

Το κενό της έλλειψης ειδικών εργαλείων για τη μέτρηση κλίματος ΚΔ, επιχείρησε να καλύψει ο Freeman (2003) με την ανάπτυξη του Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ). Το εργαλείο χρησιμοποιήθηκε σε μια σειρά μελετών από το National Audit Office (NAO) του Ηνωμένου Βασιλείου, ως βασικό εργαλείο αξιολόγησης της κλινικής διακυβέρνησης, και τα διατυπωθέντα πορίσματα παρουσιάστηκαν στο Βρετανικό Κοινοβούλιο και στην επιτροπή εθνικών λογαριασμών. Έχει αποδειχθεί η σταθερά υψηλή εσωτερική συνοχή του και η εξωτερική εγκυρότητά του στον πληθυσμό της μελέτης διασυνδεδεμένων δομών της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Το αρχικό εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς από ερευνητικές ομάδες στην Αυστραλία, την Ιταλία και Ιρλανδία με σκοπό την εκτίμηση της κλινικής ποιότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά μέχρι πρόσφατα, η εγκυρότητα του εργαλείου σε περιβάλλοντα εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου δεν είχε δοκιμαστεί. Αρχικώς αναγνώρισε με τη βοήθεια ψυχομετρικών ποιοτικών μεθόδων ένα σχετικά μεγάλο πλήθος δεικτών κλίματος κλινικής διακυβέρνησης (157) το οποίο στη συνέχεια περιορίστηκε στους 60 οι οποίοι εντάχθηκαν σε 6 παράγοντες-κατηγορίες:

- τη βελτίωση της ποιότητας
- τη διαχείριση των κλινικών κινδύνων;
- τη Δίκαιη Επιβολή Ποινών;
- τη συναδελφική συνεργασία
- τις ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη;
- την οργανωσιακή μάθηση

Το πληθυσμό της μελέτης (N=510) αποτέλεσαν στελέχη νοσηλευτικής, ιατρικής και διοικητικής υπηρεσίας σε τέσσερις διασυνδεδεμένες δομές της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Από τα συμπεράσματα της μελέτης του διαπιστώθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης και στην ιεραρχική κουλτούρα. Ειδικότερα, η επιβολή εντολών οι οποίες βασίζονται σε αυστηρούς κανόνες και κυρώσεις σχετίζονταν με μειωμένες δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας, μειωμένη μάθηση μέσω συνεργασίας, λιγότερο ενεργητική διαχείριση κινδύνων, περισσότερη αδικία στην επιβολή ποινών, φτωχότερες εργασιακές σχέσεις και λιγότερη ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού. Η μελέτη ανέδειξε τον κίνδυνο ότι

μια υπέρμετρη γραφειοκρατική προσέγγιση μέτρησης της απόδοσης η οποία υπερτονίζει το βαθμό που οι οργανισμοί υπόκεινται σε ορθολογική λήψη αποφάσεων μπορεί παραδόξως να υπονομεύσει τις αναγκαίες συνθήκες για τη βελτίωση της ποιότητας καταλήγοντας ως «μοιραία θεραπεία» (Sieber, 1981). Ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτών των ανεπιθύμητων συνεπειών των συστημάτων διαχείρισης της απόδοσης (performance management systems) είναι η ευέλικτη εκ των προτέρων αναγνώριση των επιπτώσεών τους και η αναζήτηση τρόπων επανόρθωσής τους (Power, 2000). Το CGCQ έχει μεγάλη αξία διότι αναδεικνύει τη σημασία της κουλτούρας και κλίματος που απαιτείται για τη μακροπρόθεσμη βελτίωση της ποιότητας. Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν το δύσκολο έργο της εξισορρόπησης ανάμεσα στην ευθυγράμμιση με τις εξωτερικές ή εσωτερικές πολιτικές ποιότητας και την επίτευξη των στόχων της αποδοτικότητας (Deleging et al., 2001; Lawton et al., 2000). Η χρήση εργαλείων μέτρησης του κλίματος Κλινικής Διακυβέρνησης παρέχει στους οργανισμούς χρήσιμη πληροφόρηση για τις αντιλήψεις του προσωπικού για το κλίμα. Αυτή η πληροφόρηση είναι αναγκαία για την αναγνώριση των προτεραιοτήτων στις δραστηριότητες ανάπτυξης του οργανισμού και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους σε βάθος χρόνου. Σε αυτή την περίπτωση, δεδομένου του πλαισίου ασκούμενης πολιτικής, ο κίνδυνος είναι ότι επιδιώκοντας μια μακροπρόθεσμη πολιτική οι οργανισμοί μπορεί να κατηγορηθούν ότι δεν έχουν αρκετά ισχυρή διοίκηση απόδοσης.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση μας διαπιστώσαμε ότι η μοναδική προσπάθεια αποτύπωσης του κλίματος ΚΔ στα ελληνικά νοσοκομεία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της μελέτης των Karassavidou et al., 2010, οι οποίοι χρησιμοποίησαν τροποποιημένο το CGCQ με σκοπό τη διερεύνηση ύπαρξης στοιχείων Κλινικής Διακυβέρνησης στο κλίμα των Ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Το μελετώμενο πληθυσμό (N= 214) αποτέλεσαν στελέχη ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας τριών Νοσοκομείων της Κεντρικής Μακεδονίας εκ των οποίων το ένα ήταν ειδικού καθεστώτος. Η μελέτη απέδειξε ότι το τροποποιημένο CGCQ αποτελεί αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης κλίματος ΚΔ στα ελληνικά νοσοκομεία. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το γενικότερο κλίμα στα ελληνικά νοσοκομεία δεν είναι υποστηρικτικό για την εφαρμογή της Κλινικής Διακυβέρνησης και σκιαγράφησε περιοχές που απαιτούν προσοχή. Επιπλέον, υποστήριξε ότι η νομική προσωπικότητα του νοσοκομείου επηρεάζει το κλίμα Κλινικής

Διακυβέρνησης και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι συγγραφείς συνιστούν να δοθεί έμφαση στους εξής τομείς: τη βελτίωση της ποιότητας, κινητοποίηση, σχεδιασμό και αλλαγή. Υποστήριξαν επίσης ότι οι διαστάσεις του κλίματος ΚΔ: α) Βελτίωση της ποιότητας, β) σχεδιασμός και αλλαγή και γ) οργανωσιακή μάθηση και ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη είναι καθοριστικές για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως εκ τούτου πρέπει να ιεραρχούνται από τη διοίκηση ως υψηλές προτεραιότητες. Ένα άλλο εύρημα είναι η επιρροή του νομικού καθεστώτος στο κλίμα ΚΔ, εγείροντας ζητήματα όπως την προαγωγή της αποκέντρωσης των νοσοκομείων, αυτονομίας, ευελιξίας, υποδομής και δέσμευσης της ηγεσίας.

Σε μια εθνική συγχρονική μελέτη που διενεργήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους (Freeman & Walsh, 2004) διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις στελεχών αναφορικά με τη σημασία και την πρόοδο σε συγκεκριμένες πτυχές της κλινικής διακυβέρνησης. Το στρωματοποιημένο δείγμα 1916 ατόμων, αντλήθηκε από 100 διασυνδεδεμένες δομές της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας και αποτελούνταν από ανώτατα και μεσαία στελέχη. Για το σκοπό της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Προόδου Κλινικής Διακυβέρνησης (Organisation Progress in Clinical Governance, OPCG) το οποίο μετρά τις αντιλήψεις των Προϊστάμενων αναφορικά με την πρόοδο σε μια σειρά οργανωσιακών ικανοτήτων που σχετίζονται με την ΚΔ. Το OPCG αναπτύχθηκε από το Κέντρο Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου του Birmingham μετά από συνδυασμό ποιοτικών και ποσοτικών ερευνητικών μεθόδων. Οι πρώτες εφαρμόστηκαν σε ομάδες εμπειρογνομόνων με σκοπό την αναγνώριση «καλών πρακτικών» ΚΔ και οι δεύτερες περιέλαβαν διατυπώσεις οι οποίες περιγράφουν την επάρκεια σε συγκεκριμένες λειτουργίες (competence within the identified tasks) με σκοπό να επικυρώσουν συγκριτικά το βαθμό δυσκολίας τους. Το εργαλείο αποτελείται από 54 διατυπώσεις που αφορούν σε επιτεύγματα (λειτουργίες) του οργανισμού σχετικές με την ΚΔ. Οι συμμετέχοντες εκλήθησαν να βαθμολογήσουν σε κλίμακα Likert α) τη σημασία και β) τα επιτεύγματα του οργανισμού σε σχέση με τις διατυπώσεις. Με τη χρήση της ανάλυσης κυρίων συνιστωσών (Principle factor Analysis, PFA) οι παραπάνω διατυπώσεις ομαδοποιήθηκαν σε 5 ενότητες (βελτίωση της ποιότητας, διαχείριση κινδύνων, βελτίωση της απόδοσης του προσωπικού, εταιρική υπευθυνότητα, ηγεσία και συνεργασία). Η έρευνα αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στην αντίληψη τόσο της

σπουδαιότητας όσο και της επάρκειας λειτουργιών ΚΔ ανάμεσα στο δείγμα. Θέματα που σχετίζονταν με την εταιρική υπευθυνότητα γινόταν αντιληπτά ως πιο σημαντικά και η επάρκεια των οργανισμών σε αυτά μεγαλύτερη σε σχέση με άλλα θέματα όπως η βελτίωση της ποιότητας ή η συνεργασία. Τα διοικητικά στελέχη σε επίπεδο Διοικητικών Συμβουλίων βαθμολογούσαν συστηματικά υψηλότερα τα επιτεύγματα σε σχέση με τα εκτελεστικά διευθυντικά στελέχη. Η ατζέντα της διασφάλισης της ποιότητας συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία και αυτό το εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με την μακρά παράδοση και την εδραιωμένη κουλτούρα διοίκησης της απόδοσης στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Ωστόσο, εγέρθηκε ζήτημα αδυναμίας επικέντρωσης σε μακροπρόθεσμες στρατηγικές που επιβάλει η ΚΔ. Η ατζέντα που αφορά σε διαρθρωτικά θέματα παρουσίασε υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τα θέματα διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Δηλαδή, οι φορείς κατέβαλαν μεγαλύτερη προσπάθεια στη συγκρότηση επιτροπών, συγκέντρωση πόρων και δημιουργία πολιτικών και λιγότερη σε θέματα ουσίας της ΚΔ όπως ζητήματα συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη και τις ομάδες και στην ποιότητα των αποτελεσμάτων που τα συστήματα ήταν σχεδιασμένα να επιτύχουν. Ένα ενδιαφέρον εύρημα που συνάδει και με άλλες μελέτες είναι ότι η αντίληψη των επιδόσεων του οργανισμού ως προς την πρόοδο της ΚΔ συγκεντρώνει υψηλότερη βαθμολογία στα υψηλότερα κλιμάκια της διοίκησης (Singer et al., 2003; Keetan and Mengistu, 1992). Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι πολλές φορές, οι επιτροπές κλινικής διακυβέρνησης λειτουργούν «θεατρικά» διαβεβαιώνοντας τα ΔΣ ότι όλα λειτουργούν κανονικά ενώ παράλληλα «όλα λειτουργούν ως συνήθως» στα χαμηλότερα επίπεδα Stronach (1999). Γενικά η μελέτη καταλήγει ότι στη Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας υπάρχουν δομές και συστήματα ΚΔ αλλά αυτά είναι προσανατολισμένα προς τη διασφάλιση της ποιότητας και όχι τη συνεχή βελτίωσή της. Τα συστήματα ΚΔ περιορίζονται στην διοίκηση της απόδοσης και ίσως παρακωλύουν την πλήρη ανάπτυξη της ΚΔ ως συνεχή βελτίωση. Επιπλέον, υποδεικνύει ότι η εξωτερική επιβολή των στρατηγικών και στόχων για τη βελτίωση της ποιότητας μπορεί να οδηγήσει σε επιφανειακή-συμβολική συμμόρφωση με ταυτόχρονη στρέβλωση των στόχων της πολιτικής.

Σε άλλη μελέτη οι Greenfield et al. (2011) εφήρμοσαν ένα καινοτόμο συνδυασμό μεθόδων ποιοτικής έρευνας για να διερευνήσουν τη θέσπιση της ΚΔ μέσω της ανάπτυξης και εφαρμογής ενός θεωρητικού μοντέλου, το “Clinical Governance Practice Model”. Το πεδίο της έρευνας αποτέλεσε ένας μεγάλος αυτόνομος

οργανισμός στην Αυστραλία. Η μελέτη επικεντρώθηκε σε ένα τμήμα του. Η μελέτη περιέλαβε εννέα συνεντεύξεις και 15 focus groups (118 συμμετέχοντες). Εθνογραφικές παρατηρήσεις διήρκεσαν 60,5 ώρες συνολικά. Ανάλυση εγγράφων πραγματοποιήθηκε στις αναφορές και την ιστοσελίδα του οργανισμού. Τα δεδομένα εξετάστηκαν με βάση το θεωρητικό μοντέλο ανάλυσης κουλτούρας, το οποίο περιέχει τέσσερις ιδιότητες και 24 στοιχεία. Η ανάλυση έδειξε ότι η πλειονότητα των στοιχείων (17 από τα 24) ήταν ισχυρώς αναγνωρίσιμα. Τα υπόλοιπα ήταν μεν αναγνωρίσιμα αλλά όχι τόσο πολύ. Προέκυψε η ανάγκη δύο προσθηκών στο μοντέλο: την προσθήκη δυο στοιχείων σε υφιστάμενη ιδιότητα και μιας επιπλέον ιδιότητας. Αυτό έδειξε ότι ο οργανισμός βρίσκονταν σε θετική πορεία προς μια κουλτούρα ποιότητας και ασφάλειας. Ειδικότερα παρατηρήθηκε μια απόκλιση στην κατανόηση και εφαρμογή της ΚΔ ανάμεσα στους προϊστάμενους και το προσωπικό πρώτης γραμμής. Προτείνεται ότι το φαινόμενο αυτό θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης ώστε να αναλυθεί και να σχεδιασθούν στρατηγικές που θα μειώσουν την απόκλιση αυτή.

Οι αποτυχίες στην εφαρμογή της ΚΔ όπως και οι αποτυχίες στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας TQM/CQI οφείλονται κυρίως στο έλλειμμα ηγεσίας και στο ακατάλληλο για αλλαγή οργανωσιακό κλίμα (Joss & Kogan, 1995). Οι στάσεις των κλινικών επαγγελματιών έναντι της ΚΔ κατέχουν κεντρική θέση για την επιτυχία ή όχι του συστήματος ΚΔ. Η μελέτη των Hogan et al. (2007) διεξήχθη σε δύο όμοια μεγάλα γενικά νοσοκομεία τα οποία παρουσίαζαν ομοιότητες ως προς τις δυσκολίες (έλλειψη χρόνου και προβλήματα στη διαθεσιμότητα των στοιχείων). Η αυξημένη εμπλοκή των επικεφαλής των επιμέρους τμημάτων σχετίστηκε με αποτελεσματική επικοινωνία και κατέστησε καλύτερη εφαρμογή των αρχών συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας από όλες τις ομάδες εργαζόμενων στον οργανισμό μέσα από περισσότερο ξεκάθαρες δομές και διαδικασίες που υποστήριζαν την ΚΔ, ενώ τα υψηλότερα Διευθυντικά στελέχη φέρονταν να κατανοούν περισσότερο τα θέματα.

Μελέτη του πανεπιστημίου Limerick, των Burca et al. (2008) επιχείρησε να χαρτογραφήσει αναλυτικά το περιβάλλον ως προς τη φύση της εφαρμοζόμενης διαχείρισης της ποιότητας σε μια μεγάλη κλινική διεύθυνση ενός Ιρλανδικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου χρηματοδοτούμενου από το κράτος και ειδικότερα να αναγνωρίσει τις πιθανές διακυμάνσεις στις οπτικές γωνίες και τις αντιδράσεις στις

διαφορετικές εμπλεκόμενες ειδικότητες και στα διαφορετικά επίπεδα και τα τμήματα. Η μελέτη ακολούθησε ένα εκτεταμένο, αναλυτικό και διαδοχικό σχεδιασμό που περιλάμβανε τη συλλογή ποσοτικών δεδομένων τα συμπεράσματα της επεξεργασίας των οποίων τροφοδότησαν ποιοτική έρευνα η οποία συνδυάστηκε και με ανάλυση εγγράφων. Ένα από τα χρησιμοποιηθέντα εργαλεία ήταν και το CGCQ. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 110 επαγγελματίες υγείας που αντιστοιχούσαν στο ένα τρίτο του πληθυσμού της μελέτης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν μια αμφιθυμία των εργαζομένων σχετικά με την ύπαρξη η όχι αποτελεσματικού κλίματος κλινικής διακυβέρνησης. Ωστόσο, για τους παράγοντες που αφορούν στη διαχείριση κινδύνων, Δίκαιη Επιβολή Ποινών, συνεργασία με τους συναδέλφους και οργανωσιακή μάθηση η βαθμολόγηση είναι ελαφρώς θετική. Ο παράγοντας «βελτίωση της ποιότητας» εμφάνισε ελαφρώς αρνητική βαθμολόγηση. Οι παράγοντες «Δίκαιη Επιβολή Ποινών» και «διαχείριση κινδύνων» παρουσίασαν στη βαθμολόγησή τους σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις βαθμίδες ιεραρχίας. Ειδικότερα, οι προϊστάμενοι βαθμολογούσαν υψηλότερα τη διαχείριση κινδύνων σε σχέση με τους υφισταμένους, οι οποίοι με τη σειρά τους ανέφεραν ισχυρό κλίμα «άδικης επιβολή ποινών» σε σχέση με τους προϊστάμενους. Όλοι οι παράγοντες παρουσίασαν στη βαθμολόγησή τους διαφορές ανάμεσα στις βαθμίδες ιεραρχίας οι οποίες όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Οι διάφορες ιατρικές ειδικότητες δεν παρουσίασαν διαφορές στη βαθμολόγησή τους. Στατιστικά σημαντικές διαφορές δεν εμφανίστηκαν ούτε ανάμεσα στις απαντήσεις μελών διαφόρων υπηρεσιών (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική κα). Ωστόσο, εξετάζοντας την επικρατούσα τάση φαίνεται ότι οι ιατροί έχουν περισσότερο θετική στάση απέναντι στην ΚΔ. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στην ειδική τους εκπαίδευση είτε στο ότι είναι αποστασιοποιημένοι και δεν γνωρίζουν τις ανεπάρκειες στο κλίμα ΚΔ σε σχέση με το μη ιατρικό προσωπικό. Τα ευρήματα της Box-plot ανάλυσης του CGCQ για την εν λόγω μελέτη συνοψίζονται στον Πίνακα 4.1.

Πίνακας: 4.1 Box-plot ανάλυση αποτελεσμάτων του CGCQ.

Πολύ καλά	Αναφορά λαθών, πληροφόρηση για κλινικά κίνδυνοι, βοήθεια με πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις, ειλικρίνεια συναδέλφων, επικαιροποίηση γνώσεων για τη διαχείριση κινδύνων, μάθηση από τα λάθη.
Μέτρια	Υιοθέτηση κοινού οράματος, αμοιβαία υπευθυνότητα στη συμβολή, έμφαση στο «πως» vs «ποιος».
Όχι τόσο καλά	Εκπαίδευση σε δεξιότητες κριτικής αξιολόγησης, αναγνώριση της αξίας ανεξαρτήτως θέσης, αντιμετώπιση ατυχημάτων και αξιολόγηση των αναγκών για ανάπτυξη, ενοχική κουλτούρα.
Φτωχά	Ύπαρξη προστατευμένου χρόνου για τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό σε σχέση με τη βελτίωση της ποιότητας. Χρόνος για ανταλλαγή ιδεών. Πίεση ρουτίνας εις βάρος δραστηριοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας.

Πηγή: Burca et al. (2008)

Σε μελέτη των MacDavitt et al., (2007) οι οποίοι ανασκόπησαν 20 ερευνητικές συγχρονικές μελέτες οι οποίες είχαν δημοσιευτεί από τον Ιανουάριο 1995 έως τον Ιούνιο 2007 των οποίων το στατιστικό δείγμα κυμαίνονταν κατά περίπτωση από 632 κλινικούς επαγγελματίες υγείας σε 3 νοσοκομεία, έως 250.000 κλινικούς επαγγελματίες υγείας σε 168 νοσοκομεία. Η πλειονότητα των δειγμάτων των μελετών αποτελούνταν από νοσηλευτές. Αντιλήψεις διαδικασιών όπως προγραμματισμός, συνεργασία και αυτονομία συσχετίστηκαν με νοσηλευτικά αποτελέσματα όπως ικανοποίηση από την εργασία, κύκλο εργασιών, επαγγελματική ασφάλεια και ως εκ τούτου αποδείχθηκε ότι πτυχές του οργανωσιακού κλίματος συσχετίζονται με τα νοσηλευτικά αποτελέσματα.

Άλλη μελέτη των Hogan et al., (2007) είχε σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων έναντι της ΚΔ ειδικευμένων ιατρών που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία. Διενεργήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις από 24 ιατρούς που εργάζονταν σε δύο Νοσοκομεία με διαφορετικό βαθμό εμπλοκής των ιατρών σε πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας. Οι ειδικοί και των δύο Νοσοκομείων αναγνώριζαν ότι η βελτίωση της ποιότητας καταλάμβανε μεγάλο κομμάτι του ρόλου τους. Στο νοσοκομείο με τη μικρότερη

εμπλοκή των ιατρών σε διαδικασίες ποιότητας, η αρνητική στάση προς την ΚΔ επηρεαζόταν από την έλλειψη κοινού οράματος για την ποιότητα, φτωχές διεπιστημονικές σχέσεις και μικρό βαθμό ενασχόλησης με τη διοίκηση. Αντιθέτως, στο νοσοκομείο με τη μεγαλύτερη εμπλοκή ιατρών σε διαδικασίες ποιότητας υπήρχε ξεκάθαρη επικοινωνία του οράματος και των στόχων του οργανισμού περί την ΚΔ από τα ανώτερα επίπεδα διοίκησης προς τους εργαζόμενους και σαφής αντίληψη των δομών και διαδικασιών που υποστηρίζουν την ΚΔ. Οι ιατροί και των δύο νοσοκομείων επικαλέστηκαν ,ως φραγμούς στην ενασχόληση με δραστηριότητες ΚΔ. αφ' ενός την έλλειψη χρόνου αφετέρου δε προβλήματα στη διαθεσιμότητα ακριβών δεδομένων. Φάνηκε ότι το περιεχόμενο της κουλτούρας, το επίπεδο διαθέσιμης τεχνικής υποστήριξης, ικανότητα επικοινωνίας σαφών στόχων και στρατηγικών και η ύπαρξη υποστηρικτικών δομών συμβάλουν στη διαμόρφωση των στάσεων των ιατρών προς την ΚΔ και κατ' επέκταση καθορίζουν το βαθμό ενασχόλησής τους και ως εκ τούτου την επιτυχία πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας.

Οι Wienand et al., 2007 ανέπτυξαν, στάθμισαν και χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης οργανωσιακού κλίματος το οποίο ονόμασαν ICONAS, το οποίο διανεμήθηκε σε ένα πολύ μεγάλο δείγμα 8.681 εργαζόμενων διαφορετικών ειδικοτήτων στο Ιταλικό Σύστημα Υγείας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο μιας γενικότερης προσπάθειας αξιολόγησης της οργανωσιακής κατάστασης των φορέων του συστήματος σε μια εποχή που το ίδιο το σύστημα υγείας είχε υποστεί μείζονες μεταρρυθμίσεις. Οι σκοποί της μελέτης περιελάμβαναν α) τη διερεύνηση του ενδιαφέροντος των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας για μέτρηση του οργανωσιακού τους κλίματος, β) την εκτίμηση της εφαρμοσιμότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου, γ) την ανάλυση των πτυχών του κλίματος δ) την αξιολόγηση πιθανών διαφορών σε εργαζόμενους με διαφορετικό καθεστώς εργασίας. Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από 50 στοιχεία τα οποία βαθμολογούνταν με κλίματα 1-10 διανεμήθηκε κατά τη διάρκεια ειδικών συναντήσεων. Το κλίμα περιγράφηκε με επτά διαφορετικές διαστάσεις οι οποίες αντιστοιχούν στους τομείς οι οποίοι θα πρέπει να αξιολογούνται περιοδικά και αντανακλούν τις εφαρμοζόμενες αλλαγές και την ποιότητα όπως γίνεται αντιληπτή από τους εργαζόμενους. Το ομαδικό πνεύμα και η ικανοποίηση από την εργασία συγκέντρωσαν τις υψηλότερες μέσες τιμές και αναδείχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας του ιταλικού συστήματος υγείας ως οι πλέον σημαντικές. Οι πτυχές που αφορούν στις γνωστικές πτυχές του νέου

οργανωσιακού περιβάλλοντος (σε σχέση με τα σχέδια δράσης, την αποστολή, το όραμα και το σύστημα ανταμοιβής) συγκέντρωσαν τη χαμηλότερη βαθμολογία. Η έμφαση στις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας ήταν επίσης μάλλον χαμηλή σύμφωνα με τις απόψεις των ιδίων. Τα στοιχεία που αφορούσαν στο στενό και εγγύτερο περιβάλλον, τη μονάδα του εργαζομένου, θεωρήθηκαν πιο θετικά από εκείνα που αναφέρονταν σε όλο τον οργανισμό. Η συχνότερα αναπάντητη ερώτηση ήταν σχετική με τη διαχείριση των συγκρούσεων. Ο πιο σημαντικός και κρίσιμος παράγοντας σύμφωνα με τους ερευνητές αφορούσε στην αξιολόγηση της απόδοσης και στα συστήματα ανταμοιβής. Η μελέτη οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η εισαγωγή των αρχών περί αποδοτικότητας είχε αρνητική αποδοχή σε σχέση με άλλες συνιστώσες του κλίματος. Το περισσότερο εξειδικευμένο προσωπικό ανταποκρίνονταν περισσότερο θετικά σχεδόν σε όλες τις μεταβλητές. Το Νοσηλευτικό, Τεχνικό και λοιπό προσωπικό χαμηλής εξειδίκευσης είχε θετικότερη στάση έναντι της επαγγελματικής εκπαίδευσης. Δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων ως προς τις αντιλήψεις τους για το ομαδικό πνεύμα.

4.3 Μέτρηση οργανωσιακού κλίματος σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας

Ανασκοπώντας τη διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε πολύ λίγες προσπάθειες μέτρησης του οργανωσιακού κλίματος σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας στο δείγμα των οποίων να αντιπροσωπεύονται όλα τα είδη των εργαζομένων τα οποία διαμορφώνουν το κλίμα του οργανισμού (Wienand et al., 2007, Wallace et al., 1975, Sihvonen et al., 1991, Arnetz 1999). Συχνότερα συναντούμε προσπάθειες μέτρησης του οργανωσιακού κλίματος σε διαφορετικά περιβάλλοντα, σε ομάδες επαγγελματιών για τη σύγκριση εργαλείων, και εννοιών Bahcecik & Oztórk (2003); Freeman (2003); Griffin & Neal (2000); Ulrich et al., 2007; Menarguez Puche & Saturno Hernandez PJ (1999); Mok & Au-Yeung (2002); Spiri (1998); Stetzer, Morgeson & Anderson EL(1997).

Οι διεθνείς μελέτες συνήθως μετρούν μεταβλητές που αφορούν στην ικανοποίηση από την εργασία (Blegen, 1993; Chou et al., 2002; Faragher et al., 2005; Keuter et al., 2000; Mrayyan 2005), σε συγκεκριμένους τομείς ή σε συγκεκριμένες

επαγγελματικές ομάδες (Arnetz 1997; Avallone & Gibbon 1998; Dunn, et al., 2005; Krogstad, et al., 2004; Ulrich et al., 2007). Η έλλειψη ενιαίας ορολογίας για το οργανωσιακό κλίμα επηρεάζει τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται στον τομέα υγείας (Verbeke et al., 1998). Για παράδειγμα, εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση από την εργασία συχνά επιστρατεύονται για ειδικούς σκοπούς όπως τη μέτρηση του απουσιασμού ή της κινητικότητας των νοσηλευτών ή τις επιπτώσεις μιας αλλαγής στο σύστημα Κλινικής διακυβέρνησης (Traynor & Wade , 1993).

Η κατά τακτά χρονικά διαστήματα αξιολόγηση του οργανωσιακού κλίματος, "δίνει εικόνα του σφυγμού του οργανισμού" και παίζει σπουδαίο ρόλο για τους ασκούντες διοίκηση όταν συνεκτιμάται με την αξιολόγηση της ποιότητας σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας (Ostroff et al., 2002). Ο Arnetz (1999) διεξήγαγε συγχρονική μελέτη σε (N=936) ιατρούς και νοσηλευτές της Στοκχόλμης με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεών τους για την επίδραση οργανωσιακών αλλαγών και οικονομικών περικοπών στις αντιλήψεις τους για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Πάνω από 60% απάντησαν ότι ως απόρροια των αλλαγών: α) η πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας είχε ελαττωθεί, και β) η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είχε ελαττωθεί. Ένα μικρότερο ποσοστό (44%) απάντησε ότι υπήρχε μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο τμήμα που εργάζονται. Τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της ποιότητας της φροντίδας όπως αυτή γίνονταν αντιληπτή από το προσωπικό ήταν η πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικές με τις καθημερινές δραστηριότητες εργασίας τους και με τις οργανωσιακές αλλαγές, η συμμετοχή στις αποφάσεις της διοίκησης και η δέσμευση με τα καθήκοντα ρόλου τους. Οι ερευνητές προτείνουν ότι οι απόψεις του προσωπικού θα πρέπει να συνεκτιμώνται ως επιπρόσθετοι δείκτες για την ποιότητα της φροντίδας. Η Διοίκηση θα πρέπει να ενθαρρύνει την εμπλοκή του προσωπικού σε καθημερινά θέματα διοίκησης και να τους ενημερώνει τακτικά για τα θέματα στόχων και αποστολής.

Μελέτη των Krogstad et al. (2006) με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία των ιατρών, νοσηλευτών και βοηθητικού προσωπικού, τη συζήτηση των διαφορών στις ως άνω επαγγελματικές

ομάδες από την άποψη της μικρο-ομαδικής κουλτούρας. Τον πληθυσμό της συγχρονικής μελέτης αποτέλεσαν (N=1814) εργαζόμενοι σε τμήματα Νορβηγικών νοσοκομείων. Ο μοναδικός παράγοντας που συσχετίστηκε με υψηλή ικανοποίηση από την εργασία σε όλες τις επαγγελματικές ομάδες ήταν η θετική αξιολόγηση της τοπικής ηγεσίας. Η επαγγελματική ανάπτυξη ήταν πιο σημαντική για τους ιατρούς. Η υποστήριξη και η ανατροφοδότηση από τον άμεσο προϊστάμενο ήταν οι μόνες αιτιολογικές μεταβλητές για τους νοσηλευτές, ενώ για το βοηθητικό προσωπικό η επαγγελματική ικανοποίηση συσχετίστηκε με την επαγγελματική ανάπτυξη και την τοπική ηγεσία. Οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι οι επαγγελματικές αξίες των ιατρών και νοσηλευτών, οι οργανωτικές και ολιστικές δεξιότητες των νοσηλευτών και η πρακτική εμπειρία του βοηθητικού προσωπικού θα πρέπει να συνεκτιμώνται κατά τη δημιουργία αλληλοεξαρτώμενων ομάδων.

Σε ποιοτική μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση της σημασίας της κουλτούρας και της αλλαγής αυτής για την εφαρμογή της ΚΔ στη ΠΦΥ, οι Marshall et al. (2002) επιχείρησαν να αναγνωρίσουν τα επιθυμητά και τα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά της υφιστάμενης κουλτούρας και να περιγράψουν τους πιθανούς καταλύτες και τα εμπόδια στην αλλαγή της κουλτούρας. Χρησιμοποίησαν ημιδομημένες συνεντεύξεις σε 50 ανώτερα κλινικά και μη στελέχη και ανασκόπηση εγγράφων. Όλοι οι προϊστάμενοι αναγνώριζαν την κουλτούρα και το μετασχηματισμό της ως κύριους παράγοντες για την εφαρμογή της ΚΔ. Τα πιο επιθυμητά χαρακτηριστικά ήταν η δέσμευση στη δημόσια ευθύνη, η προθυμία για συνεργασία και από κοινού μάθηση και η ικανότητα αυτοαξιολόγησης και μάθησης από τα λάθη. Οι κύριοι φραγμοί στην αλλαγή της κουλτούρας ήταν αφενός ο υψηλός βαθμός αυτονομίας αφετέρου δε η πίεση για γρήγορα και μετρήσιμα αποτελέσματα στη γενική πρακτική.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι παρατηρείται μια ασάφεια στον καθορισμό της έννοιας της Κλινικής Διακυβέρνησης, ωστόσο, η διασύνδεση της έννοιας με την αλλαγή στην κουλτούρα και κατ' επέκταση στο κλίμα -ως η ποσοτικοποιημένη έκφρασή της κουλτούρας- του οργανισμού είναι θέμα ευρέως αποδεκτό. Τα υφιστάμενα εργαλεία μέτρησης της απόδοσης του οργανισμού, της κουλτούρας του και του κλίματος δεν έχουν ξεκάθαρα συσχετισθεί με την ΚΔ. Συνεπώς παρατηρείται έλλειψη έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης του κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης. Από αυτή την αφετηρία, στο ειδικό μέρος της

διατριβής θα επιχειρήσουμε την εφαρμογή του CGCQ προκειμένου να αξιολογήσουμε την εφαρμογή της ΚΔ στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός της μελέτης

Η παρούσα είναι ποσοτική συγχρονική μελέτη με σκοπό την αποτύπωση των γνωρισμάτων της κλινικής διακυβέρνησης τα οποία έχουν ενσωματωθεί στο υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα των νοσοκομείων καθώς και τη σύγκριση μεταξύ του υφιστάμενου οργανωσιακού κλίματος -ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης - σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο.

Οι παραπάνω μετρήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη χάραξη πολιτικής υγείας. Η αποτύπωση της υφιστάμενου οργανωσιακού κλίματος -ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης - είναι πολύ σημαντική για όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, καθώς δίνει πληροφορίες για τα προβλήματα στην προσφερόμενη φροντίδα και για την καταλληλότητα των συστημάτων οργάνωσης του νοσοκομείου. Η διοίκηση μπορεί να αξιοποιήσει τις απόψεις των εργαζομένων για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι το κλίμα του οργανισμού ως προς τις εξής παραμέτρους:
 - τη βελτίωση της ποιότητας.
 - τη διαχείριση των κλινικών κινδύνων.
 - τη Δίκαιη Επιβολή Ποινών.
 - τη συναδελφική συνεργασία.
 - τις ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη.
 - την οργανωσιακή μάθηση.
2. Ποιες είναι οι διαφορές στις αντιλήψεις για τις παραπάνω παραμέτρους:
 - Των εργαζομένων σε ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο.
 - Των ανδρών και γυναικών εργαζομένων.
 - Των εργαζομένων διαφορετικών ειδικοτήτων και εκπαιδευτικών επιπέδων.

5.3 Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα μελέτη είναι περιγραφική και μελέτη συσχετίσεων. Αφορά σε δύο ομάδες πληθυσμού, τους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, τεχνικό προσωπικό) που εργάζονται σε ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό Νοσοκομείο. Το πεδίο διεξαγωγής της μελέτης περιλαμβάνει χωρίς εξαίρεση, όλα τα τμήματα. Επιχειρήθηκε να δοθεί πρόσβαση για συμμετοχή στη μελέτη σε όλους τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό να είναι εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων.

5.4 Επιλογή του δείγματος

Για την εκπόνηση της έρευνας επιλέχθηκαν δύο (2) νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας - το Ιασώ General και το ΓΝΠ «Τζάνειο» τα οποία διατηρούν ιδιωτικό και δημόσιο νομικό χαρακτήρα αντίστοιχα. Ως περιορισμός της έρευνας τέθηκε να μη συμμετέχουν νοσοκομεία που βρίσκονται κεντρικά στην πρωτεύουσα και ιδιαίτερα πλησίον του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, προκειμένου να μην έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν τέτοιου είδους μελέτες, γεγονός που ενδεχομένως θα είχε ως αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες να επιδείξουν προδιάθεση συμπεριφοράς (biased) για τη συγκεκριμένη μελέτη. Κρίθηκε σκόπιμο τα νοσοκομεία του δείγματος να μην είναι Πανεπιστημιακά διότι, στην περίπτωση αυτή, οι συμμετέχοντες ενδεχομένως αφενός μεν να εμφάνιζαν ομοιομορφία στις απόψεις τους για το θέμα, με αποτέλεσμα να μην εξαχθούν επαρκώς οι διαφορετικές απόψεις οι οποίες δεν θα εμπεριείχαν λογική ή συναισθηματική αντίδραση του προσωπικού σε επαρκές εύρος, αφετέρου δε ενδεχομένως στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία το κλίμα να ήταν εκ των πραγμάτων βέλτιστο και να μην αντανakλούσε τη μέση κατάσταση που επικρατεί στην πλειονότητα των νοσοκομείων σύμφωνα με το σκοπό της έρευνας. Πρόσθετα, ως απαραίτητη προϋπόθεση τέθηκε τα δύο νοσοκομεία να έχουν παρόμοια συνάρτηση παραγωγής.

5.4.1. Η περιγραφή των νοσοκομείων όπου διεξήχθη η έρευνα

Παρακάτω περιγράφονται τα δύο (2) προαναφερθέντα νοσοκομεία με σκοπό να κατανοηθεί αποτελεσματικότερα ο λόγος επιλογής αυτών για τη μελέτη. Όπως διαφαίνεται στη συνέχεια έχουν παρόμοια συνάρτηση παραγωγής.

Το ΓΝΠ «Τζάνειο» αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) το οποίο υπόκειται στην εποπτεία και έλεγχο του Διοικητή της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και έχει την έδρα του στην πόλη του Πειραιά. Αναφορικά με την ΕΔ, διοικείται από εννεαμελές διοικητικό συμβούλιο, τον Διοικητή και Πρόεδρο του ΔΣ και τον Αναπληρωτή Διοικητή η λειτουργία των οποίων διέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν.3329/2005, όπως ισχύει. Η συνολική δύναμη κλινών είναι τετρακόσιες τριάντα (430) οργανικές κλίνες. Η διάρθρωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, η στελέχωσή τους και οι αρμοδιότητές τους, προβλέπονται στον οργανισμό του ο οποίος αποτελεί Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ) των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 1253/τ.Β/11-4-2012. Στους σκοπούς του νοσοκομείου, όπως αυτοί περιγράφονται στον οργανισμό του περιλαμβάνονται: η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας ισότιμα σε κάθε πολίτη β) η ειδίκευση, συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας γ) η προαγωγή της έρευνας στον τομέα υγείας δ) η συνεχής ανάπτυξη και αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και με την εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης στ) η συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες υγείας της περιφέρειας προς την κατεύθυνση των παραπάνω σκοπών και γενικότερα των στρατηγικών στόχων που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σε συζήτηση της ερευνήτριας με στελέχη του Νοσοκομείου προέκυψαν τα εξής κύρια θέματα:

- Το νοσοκομείο καλύπτει όλο το εύρος των κλινικών ειδικοτήτων και έχει και εξειδικευμένα τμήματα (ΜΕΘ, ΜΑΦ, Χειρουργεία, ΜΤΝ, Κέντρο Διαβήτη)
- Δίδει πλήρη ειδικότητα σε όλες τις βασικές Ιατρικές ειδικότητες και μεγάλο ποσοστό νοσηλευτικών ειδικοτήτων. Έχει πλούσια δραστηριότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Το νοσοκομείο αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες από πλευράς εισροής πόρων, ωστόσο, προσπαθεί να παρακολουθεί τις συνεχώς μεταβαλλόμενες

συνθήκες της επιστήμης παράλληλα με τις αλλαγές που αυτές επιφέρουν στις υγειονομικές ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου, στοχεύοντας να επιτύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Αρωγός στην όλη προσπάθεια είναι κυρίως το ίδιο το προσωπικό, του οποίου μέσω της συνεχούς ενημέρωσης, επιδιώκεται η ενεργός συμμετοχή στα δρώμενα.

Αναφορικά με την ποιότητα, το νοσοκομείο διαθέτει αυτοτελές τμήμα ελέγχου ποιότητας και έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Υπάρχουν αναλυτικά περιγεγραμμένες και θεσμοθετημένες αρμοδιότητες οι οποίες συνοψίζονται στην προαγωγή και παρακολούθηση της υλοποίησης και εφαρμογή της καθοριζόμενης από τη Διοίκηση πολιτικής για την ποιότητα σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα ποιότητας το οποίο σχετίζεται άμεσα με τους σκοπούς του νοσοκομείου καθώς και με τις ανάγκες και προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών του.

Έχει συγκροτηθεί η προβλεπόμενη από τις διατάξεις του Ν. 3868/10 Επιτροπή Ποιότητας η οποία αποτελείται από τα ηγετικά στελέχη του νοσοκομείου -το Διοικητή ή Αναπληρωτή του και τους Διευθυντές των Υπηρεσιών- και συντονίζει τη δραστηριότητα του αυτοτελούς τμήματος ελέγχου ποιότητας και έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Στην παρούσα φάση γίνεται καταγραφή των δράσεων ανά τομέα και ειδικότερα στους τομείς:

- Νοσοκομειακών Λοιμώξεων,
- Περιορισμού Ανθεκτικότητας Μικροβίων,
- Εργαστηρίων,
- Διοικητικών Υπηρεσιών,
- Διατροφής,
- Εγκαταστάσεων,
- Καθαριότητας.

Ωστόσο, σύμφωνα με τα δημοσιευθέντα από το Υπουργείο Υγείας στοιχεία, στο νοσοκομείο δεν εφαρμόζεται κανένα σύστημα διαπίστευσης ούτε σύστημα μέτρησης ποιότητας, πλην της Αιμοδοσίας, όπου εφαρμόζεται το σύστημα ISO 9001:2000 με φορέα πιστοποίησης το ΕΚΕΒΥΛ (ΥΥΚΑ, 2010).

Το νοσοκομείο ΙΑΣΩ General ανήκει στον Όμιλο Ιασώ. Ο όμιλος Ιασώ έχει δημοσιεύσει Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης ο οποίος αποσκοπεί στην καταγραφή των πρακτικών βέλτιστης εταιρικής διακυβέρνησης που εφαρμόζει η Εταιρεία τόσο

αυτοβούλως όσο και κατ' επιταγή της κείμενης νομοθεσίας (ν.2190/1920, ν.2778/1999, ν.3016/2002, ν.3693/2008, ν.3884/2010, κτλ.). Η κλινική ΙΑΣΩ General διαθέτει 237 κλίνες και καλύπτει σχεδόν όλο το εύρος των κλινικών ειδικοτήτων και έχει και εξειδικευμένα τμήματα (ΜΕΘ, ΜΑΦ, Χειρουργεία).

Όπως περιεκτικά αναφέρει ο παραπάνω κώδικας, *«η ΕΔ αρθρώνεται ως ένα σύστημα σχέσεων ανάμεσα στη διοίκηση της εταιρείας, το διοικητικό συμβούλιο, τους μετόχους της και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη· συνιστά τη δομή μέσω της οποίας προσεγγίζονται και τίθενται οι στόχοι της εταιρείας, εντοπίζονται οι βασικοί κίνδυνοι που αυτή αντιμετωπίζει κατά τη λειτουργία της, προσδιορίζονται τα μέσα επίτευξης των εταιρικών στόχων, οργανώνεται το σύστημα διαχείρισης κινδύνων και καθίσταται δυνατή η παρακολούθηση απόδοσης της διοίκησης κατά τη διαδικασία εφαρμογής των παραπάνω».*

Στις δημοσιευμένες εταιρικές του παρουσιάσεις των τελευταίων ετών και στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου αναφέρονται τα εξής: *«Βασικός του στόχος είναι η διαρκής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μέσω μιας συνεχούς και εντατικής προσπάθειας να βρίσκεται πάντα ένα βήμα μπροστά, ως ένας Όμιλος με πρότυπες Κλινικές παροχής υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας, εξοπλισμένες με τον πλέον σύγχρονο και πρωτοποριακό ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και με την συνδρομή κορυφαίων ιατρών συνεργατών, επιστημονικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού όλων των ειδικοτήτων. Μέσα στους στόχους της Διοίκησης του Ομίλου ΙΑΣΩ είναι η προσέλκυση στελεχών υψηλής απόδοσης με σύγχρονη επαγγελματική αντίληψη, δυναμικών ατόμων, οι οποίοι πιστεύουν στην ομαδική εργασία, και είναι διατεθειμένοι να μοιραστούν τις αξίες και το όραμα του Ομίλου».*

Σε συζήτηση της ερευνήτριας με στελέχη του Ομίλου, της δηλώθηκε ό,τι ο Όμιλος ΙΑΣΩ αποδίδει ιδιαίτερη αξία στο ανθρώπινο δυναμικό δίνοντας έμφαση στο σύγχρονο και δημιουργικό περιβάλλον και στις δυνατότητες ανάπτυξης και εξέλιξης που παρέχει σε αυτό. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και κατάρτιση του συνόλου του προσωπικού, η πλειονότητα του οποίου έχει συμμετάσχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν σε σύγχρονες μεθόδους λειτουργίας αλλά και σε μεταπτυχιακά προγράμματα σε τομείς όπως η διοίκηση επιχειρήσεων και η διοίκηση μονάδων υγείας. Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες που αναπτύσσει, πέραν του εκπαιδευτικού έργου, οδηγούν στην γνωριμία και την ανταλλαγή απόψεων, τη

σύμπτυξη των σχέσεων και στην περαιτέρω ενίσχυση της εταιρικής κουλτούρας και των εταιρικών αξιών, στα πλαίσια του κοινού οράματος του Ομίλου. Οι αρχές εταιρικής διακυβέρνησης, η εμπιστοσύνη στις σχέσεις όλων των ενδιαφερόμενων πλευρών, η συστηματική εφαρμογή πολιτικών ίσων ευκαιριών και αξιοκρατικών κριτηρίων στο ανθρώπινο δυναμικό, οι σημαντικοί πόροι που διοχετεύει για τη διοργάνωση ή συμμετοχή σε ιατρικά συνέδρια, οι κοινωνικές παρεμβάσεις και η περιβαλλοντική του πολιτική, αποτελούν βασικούς πυλώνες του προγράμματος του Ομίλου ΙΑΣΩ για την Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, σύμφωνα με τις δηλώσεις των στελεχών του.

Ως ένδειξη ελέγχου και προσπάθειας βελτίωσης της παρεχόμενης ποιότητας των υπηρεσιών του, τα τμήματά του έχουν πιστοποιηθεί σύμφωνα με το διεθνές Πρότυπο ISO 9001:2008 για τα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας που ο Όμιλος ΙΑΣΩ ανέπτυξε και εφαρμόζει στις Κλινικές του Ομίλου. Τα Πιστοποιητικά απονεμήθηκαν κατόπιν επιθεώρησης από τον Φορέα Πιστοποίησης TUV Hellas (θυγατρική του Φορέα Πιστοποίησης TUV Nord της Γερμανίας).

5.5 Η Δειγματοληψία

Το δείγμα αποτελεί υποσύνολο του πληθυσμού της μελέτης που επιλέγεται με συγκεκριμένη μέθοδο προκειμένου να λειτουργήσει ως πηγή για τα δεδομένα. Η επιλογή της μεθόδου δειγματοληψίας είναι καθοριστική για την αντιπροσώπευση του πληθυσμού της μελέτης από το δείγμα και ως εκ τούτου τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας (Σαχίνη – Καρδάση, 1991). Η διαστρωμάτωση του δείγματος είναι μέθοδος δειγματοληψίας με την οποία επιτυγχάνεται η αντιπροσωπευτικότητα (Σταυρινός & Παναγιωτάκος 2007).

Με τη μέθοδο της «στρωματοποιημένης» δειγματοληψίας (stratified sampling), ο πληθυσμός των δύο νοσοκομείων χωρίστηκε σε «στρώματα» και στη συνέχεια επιλέχθηκαν επιμέρους δείγματα από διάφορα τμήματα και κλινικές των νοσοκομείων με απλή τυχαία δειγματοληψία. Με την αναλογική στρωματοποιημένη δειγματοληψία, σε κάθε στρώμα επιλέχθηκε δείγμα εργαζομένων ειδικότητας, τέτοιο, ώστε η αναλογία του μεγέθους του δείγματος στο στρώμα προς το μέγεθος του

συνολικού δείγματος να προσεγγίζει το μέγεθος του πληθυσμού του στρώματος προς το μέγεθος του συνολικού πληθυσμού. Με τον τρόπο αυτό, η επιλογή του δείγματος γίνεται πιο αποτελεσματική, όσο περισσότερο διαφοροποιούνται τα στρώματα- δηλαδή οι συγκρινόμενες ειδικότητες- μεταξύ τους, το οποίο αποτελεί φαινόμενο της οργανωσιακής - κλινικής - κουλτούρας των ελληνικών νοσοκομείων (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Κατά την επιλογή του δείγματος ακολουθήθηκαν τα παρακάτω κριτήρια:

- Πληροφορημένη συναίνεση του δείγματος για τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Το περιεχόμενο της πληροφόρησης περιελάμβανε το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους και τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους.
- Επαρκής αντιπροσώπευση των επαγγελματιών υγείας όλων των κατηγοριών των δύο νοσοκομείων.

Ο μελετώμενος πληθυσμός (N: 459) αποτελούνταν από τους εργαζόμενους στη Νοσηλευτική, Ιατρική, Διοικητική και Τεχνική Υπηρεσία ενός Δημόσιου και ενός Ιδιωτικού νοσοκομείου της Αττικής με ομοειδή συνάρτηση παραγωγής. Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας πραγματοποιήθηκε εντός χρονικού διαστήματος τεσσάρων μηνών (Μάιος 2012 έως Αύγουστος 2012).

Διανεμήθηκαν (635) ερωτηματολόγια με κατανομή: i) (415) ανάτυπα στο Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», ii) (220) στο Ιασώ General. Από αυτά απαντήθηκαν κι επεστράφησαν τα 459, δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων για κάθε νοσοκομείο ήταν 70% για το Ιασώ General και 73% για το Γ.Ν.Π. «Τζάνειο». Ήτοι συνολικά 72%. Στον Πίνακα 5.1. παρουσιάζονται αναλυτικά η κατανομή των ερωτηματολογίων και το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων.

Ελλιπή δεδομένα μπορεί να οφείλονται είτε σε απροθυμία των ερωτώμενων να παράσχουν κάποια στοιχεία είτε από εξωτερικούς και συστηματικούς παράγοντες οι οποίοι είναι άσχετοι από τους ερωτώμενους. Οι δύο παραπάνω περιπτώσεις ενδέχεται να απορρέουν από προβληματικό σχεδιασμό της έρευνας (Hair et al., 2010). Παρατηρήθηκε, πως το δείγμα 459 ερωτηθέντων είχε πολύ μικρό πλήθος

ελλείψεων στις τιμές, οι οποίες συμπληρώθηκαν από το μέσο όρο των τιμών των απαντήσεων που υπήρχαν στους άλλους ερωτηθέντες.

Πίνακας.5.1. Κατανομή Ερωτηματολογίων και % Ανταπόκρισης των ερωτηθέντων

ΥΠΗΡΕΣΙΑ / ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	ΔΙΑΝΕΜΗΘΕΝΤΑ	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΠΑΝΤΗΘΕΝΤΑ	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ
ΓΝΠ «Τζάνειο»- Ιατρική Υπηρεσία	198	14%	90	60	67%
ΓΝΠ «Τζάνειο»-Νοσηλευτική Υπηρεσία	505	36%	200	164	82%
ΓΝΠ «Τζάνειο»-Διοικητική Υπηρεσία	205	14%	100	65	65%
ΓΝΠ «Τζάνειο»-Τεχνική Υπηρεσία	45	3%	25	15	60%
Ιασώ General-Ιατρική Υπηρεσία	80	6%	40	25	63%
Ιασώ General-Νοσηλευτική Υπηρεσία	290	20%	140	98	70%
Ιασώ General-Διοικητική υπηρεσία	67	5%	30	21	71%
Ιασώ General-Τεχνική Υπηρεσία	17	1%	10	10	100%
ΣΥΝΟΛΟ	1419		635	459	72%

5.5.1 Η διαδικασία της έγγραφης συγκατάθεσης των νοσοκομείων για τη διεξαγωγή της μελέτης

Μετά την επιλογή των Νοσοκομείων προέλευσης του δείγματος, υποβλήθηκαν σε αυτά, έγγραφα αιτήματα του επιβλέποντος καθηγητή και της ερευνήτριας. Τα αιτήματα περιελάμβαναν συνοπτική ανάλυση του σκοπού της μελέτης καθώς και το πρωτόκολλο αυτής. Στη συνέχεια εξασφαλίσθηκε η έγκριση διεξαγωγής της μελέτης από τα κατά περίπτωση αρμόδια όργανα του κάθε Νοσοκομείου.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε προσωπικά από την ερευνήτρια σε αρμόδια στελέχη-κλειδιά του κάθε νοσοκομείου. Η αρχική παράδοση συνοδεύτηκε από περιγραφή του σκοπού της μελέτης και παροχή επιπρόσθετων διευκρινήσεων σε

ορισμένες περιπτώσεις. Για να ενισχυθεί η ανωνυμία, παρασχέθηκαν ειδικά κατασκευασμένα κυτία σε μορφή κάλπης όπου αναγραφόταν ο τίτλος της μελέτης στα οποία οι συμμετέχοντες μπορούσαν να τοποθετήσουν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιό τους νοιώθοντας ασφαλείς για την εμπιστευτικότητα στη διαχείριση των ατομικών τους απόψεων. Η παραλαβή των ερωτηματολογίων έγινε τμηματικά μετά από επισκέψεις σε εβδομαδιαία βάση.

5.6 Το ερωτηματολόγιο

Τα υφιστάμενα εργαλεία μέτρησης της απόδοσης του οργανισμού, της κουλτούρας του και του κλίματος δεν έχουν ξεκάθαρα συσχετισθεί με την ΚΔ. Συνεπώς παρατηρείται έλλειψη έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης του κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης. Το κενό επιχείρησε να καλύψει ο Freeman (2003) με την ανάπτυξη του Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ). Το εργαλείο χρησιμοποιήθηκε σε μια σειρά μελετών από το National Audit Office (NAO) του Ηνωμένου Βασιλείου, ως βασικό εργαλείο αξιολόγησης της κλινικής διακυβέρνησης, και τα διατυπωθέντα πορίσματα παρουσιάστηκαν στο Βρετανικό Κοινοβούλιο και στην επιτροπή εθνικών λογαριασμών. Έχει αποδειχθεί η σταθερά υψηλή εσωτερική συνοχή του και η εξωτερική εγκυρότητά του στον πληθυσμό της μελέτης δομών της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Το αρχικό εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς από ερευνητικές ομάδες στην Αυστραλία, την Ιταλία και Ιρλανδία (Burca et al., 2008; Williams et al., 2011; Gibson, 2013; Spurgeon et al., 2006) με σκοπό την εκτίμηση της κλινικής ποιότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά μέχρι πρόσφατα, η εγκυρότητα του εργαλείου σε περιβάλλοντα εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου δεν είχε δοκιμαστεί. Μετά τα παραπάνω, καταλήξαμε στη χρησιμοποίηση του εργαλείου - ερωτηματολογίου - μέτρησης CGCQ (Clinical Governance Climate Questionnaire) (Freeman, 2004) ως το πλέον κατάλληλο, για τη μέτρηση του κλίματος που επικρατεί στα νοσοκομεία και που αποτελεί ένα στοιχείο ζωτικής σημασίας για την υιοθέτηση της ΚΔ. Το CGCQ σχεδιάστηκε για να εξετάσει τις αντιλήψεις των ερωτώμενων αναφορικάς με τις πτυχές της ΚΔ στο οργανισμό που εργάζονται. Ειδικότερα, σχεδιάστηκε για να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στην οργανωσιακή κουλτούρα, το κλίμα και την απόδοση στο πλαίσιο της ΚΔ. (Freeman,

2003). Απευθύνεται σε όλους τους κλάδους και κατηγορίες προσωπικού και μετράει τη «βιωματική εμπειρία» της ΚΔ (Gibson, 2013; Spurgeon et al., 2006). Έχει επιδείξει σταθερά υψηλή εσωτερική συνοχή και εξωτερική εγκυρότητα σε πληθυσμούς μελέτης στη Μεγάλη Βρετανία, Ιρλανδία, Αυστραλία και Ελλάδα.

Το CGCQ αποτελείται από 60 διατυπώσεις οι οποίες ομαδοποιούνται σε έξι διαστάσεις:

1. τη βελτίωση της ποιότητας
2. τη διαχείριση των κλινικών κινδύνων
3. τη Δίκαιη Επιβολή Ποινών
4. τη συναδελφική συνεργασία
5. τις ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη
6. την οργανωσιακή μάθηση

Μετά από σχετική αλληλογραφία, ελήφθη η άδεια από το συγγραφέα Tim Freeman για την χρήση του εργαλείου - ερωτηματολογίου - μέτρησης CGCQ για τους σκοπούς της παρούσης μελέτης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 60 διατυπώσεις με κωδικοποίηση από 1.1 έως και 1.60 σκοπός των οποίων είναι η σκιαγράφηση των αντιλήψεων των εργαζομένων περί του κλίματος που επικρατεί στον οργανισμό που εργάζονται ως προς συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν τις διατυπώσεις. Η χρησιμοποιηθείσα κλίμακα είναι η κλίμακα Likert (Five (5) - point - Likert scale), η οποία διαβαθμίζεται από το 1 έως το 5, τα οποία αντιστοιχούν στα: συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, δεν είμαι σίγουρος/η, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα. Η χαμηλότερη βαθμολόγηση αντανακλά ιδανικότερο κλίμα κλινικής διακυβέρνησης. Κάποιες από τις διατυπώσεις είναι αντεστραμμένες. Αυτό σημαίνει ότι δεν έλαβαν όλες οι απαντήσεις «συμφωνώ απόλυτα» την τιμή 1. Σε όσες από αυτές, αυτή η συμφωνία αντανακλούσε κάτι το αρνητικό όπως για παράδειγμα η μεταβλητή A.1.3. Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού έλαβαν τιμή 5 και σε όσες περιπτώσεις αυτή η συμφωνία αντανακλούσε θετικό κλίμα κλινικής διακυβέρνησης, η απάντηση όπως για παράδειγμα η μεταβλητή A.1.9 Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έλαβε τιμή 1.

Η κλίμακα Likert αποτελεί ίσως τον πιο διαδεδομένο τρόπο μέτρησης κατά τη διεξαγωγή κοινωνιολογικών ερευνών, διότι παρέχει τη δυνατότητα προσδιορισμού του επιπέδου συμφωνίας ή διαφωνίας σε μια συμμετρική απεικόνιση, έτσι ώστε το εύρος να συλλαμβάνει την ένταση των συναισθημάτων των ερωτηθέντων για ένα δεδομένο στοιχείο (Burns, et al, 2008; Carifio, et al, 2007).

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις με κωδικοποίηση από 1 έως 7, οι οποίες αφορούν στα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του υπό έρευνα πληθυσμού, όπως φύλο, έτος γέννησης, εκπαιδευτικό επίπεδο, είδος υπηρεσίας, θέση και σχέση εργασίας, έτη προϋπηρεσίας. Τα χαρακτηριστικά αυτά, επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν ξεχωριστά, ώστε να είναι εφικτή η αξιοποίησή τους συγκριτικά με τα υπόλοιπα αποτελέσματα της έρευνας.

Κάθε ερωτηματολόγιο, συνοδευόταν από επιστολή στην οποία περιγράφονταν, ο σκοπός της έρευνας, η ταυτότητα του ερευνητή και ο τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Επίσης, δηλωνόταν ότι εξασφαλιζόταν η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

5.6.1. Αξιοπιστία και εγκυρότητα

Πραγματοποιήθηκε μετάφραση και προσαρμογή στην Ελληνική κουλτούρα του ερωτηματολογίου από έναν επαγγελματία υγείας με άριστη γνώση της Αγγλικής γλώσσας. Κατά τη μετάφραση, ελήφθησαν υπόψη οι αποδόσεις μέρους των διατυπώσεων στα ελληνικά από τους Karassavidou et al., (2011) όπως αυτές είχαν ενσωματωθεί από τους συγγραφείς στο ερωτηματολόγιο της έρευνάς τους. Αντίστροφη μετάφραση του ερωτηματολογίου από τα ελληνικά στα αγγλικά πραγματοποιήθηκε από έναν ανεξάρτητο επαγγελματία υγείας με άριστη γνώση της Αγγλικής γλώσσας. Δεδομένου ότι το μεταφρασμένο από τα ελληνικά στα αγγλικά ερωτηματολόγιο δεν απείχε ιδιαίτερα από το αρχικό αγγλικό ερωτηματολόγιο, θεωρήθηκε ότι ήταν έτοιμο να διανεμηθεί στους συμμετέχοντες (Γαλάνης, 2012). Με σκοπό τη διασφάλιση της φαινομενικής ή όψεως εγκυρότητας (face validity) το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε μικρό δείγμα ευχέρειας⁶ επαγγελματιών υγείας (N=18). Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ακολούθησαν προσωπικές

⁶ εφαρμόζεται συνήθως στις πιλοτικές έρευνες και αφορά στη χρήση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας του πληθυσμού της έρευνας αυθαίρετα, τυχαία και χωρίς οργάνωση ώστε να εξετασθεί ως προς το εάν οι διατυπώσεις γίνονταν κατανοητές, εάν υπήρχαν ιδιαίτερες δυσκολίες στη συγκέντρωση των απαντήσεων, (Ζαφειρόπουλος, 2005)..

συνεντεύξεις και οι ελάχιστες παρατηρήσεις που αναφέρθηκαν, ενσωματώθηκαν στην τελική απόδοση των διατυπώσεων. Με τον τρόπο αυτό περιορίστηκε η υποκειμενικότητα του ερωτηματολογίου, αυξήθηκε η λειτουργικότητα και η συνέπειά του ως προς το σκοπό του. Δηλαδή, το αναφερόμενο ερωτηματολόγιο φαίνεται να μετρά σε μεγάλο βαθμό αυτό που ισχυρίζεται να μετρά, εξασφαλίζοντας έτσι φαινομενική εγκυρότητα (face validity) (Ζαφειρόπουλος, 2005). Η εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach με αποδεκτές τις τιμές άνω του 0,6. Για τη δοκιμαστική εφαρμογή του, το ερωτηματολόγιο διενεμήθη πιλοτικά, σε δείγμα ευχέρειας⁷ επαγγελματιών υγείας (N=40), τον Μάρτιο του 2012. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach α , ο οποίος εμφάνισε υψηλή τιμή, 0,869. Όπως περιγράφεται αναλυτικά σε επόμενη υποενότητα, κατά τη διεξαγωγή της κύριας έρευνας, οι συντελεστές Cronbach για τους προκύψαντες παράγοντες ευρέθησαν 0,72, 0,94 και 0,93 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή και εξαιρετική εσωτερική συνοχή κατ'αντιστοιχία.

5.7 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή.

Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov⁸ και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

⁷ εφαρμόζεται συνήθως στις πιλοτικές έρευνες και αφορά στη χρήση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας του πληθυσμού της έρευνας αυθαίρετα, τυχαία και χωρίς οργάνωση ώστε να εξετασθεί ως προς το εάν οι διατυπώσεις γίνονταν κατανοητές, εάν υπήρχαν ιδιαίτερες δυσκολίες στη συγκέντρωση των απαντήσεων, (Ζαφειρόπουλος, 2005).

⁸ ο οποίος χρησιμοποιείται να συγκρίνει ένα δείγμα με την κανονική κατανομή και στην περίπτωση σύγκρισης της κατανομής δυο δειγμάτων μεταξύ τους.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που περισσότερες από δύο (2) ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Προκειμένου από το σύνολο των 60 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου να προσδιοριστούν οι κύριοι παράγοντες (διακριτές ομάδες αποτελούμενες από σχετιζόμενες μεταξύ τους ερωτήσεις) που διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό το κλίμα της κλινικής διακυβέρνησης, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση παραγόντων.⁹ Κατά

⁹ Η ανάλυση παραγόντων (factor analysis) χρησιμοποιείται κυρίως από τους κοινωνικούς επιστήμονες, σε περιπτώσεις όπου σημαντικές μεταβλητές δεν μπορούν να μετρηθούν απευθείας διότι δεν είναι παρατηρήσιμες, όπως η εξυπνάδα, η πολιτική τοποθέτηση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Bartholomew et al., 2002).

Με την ανάλυση παραγόντων επιχειρούμε να συνδέσουμε τις μη παρατηρήσιμες μεταβλητές (παράγοντες ή συνιστώσες), με παρατηρήσιμες μεταβλητές για τις οποίες έχουμε μετρήσεις. Κατ' αυτόν τον τρόπο, συνοψίζονται οι σχέσεις ανάμεσα σε ένα μεγάλο αριθμό μεταβλητών με ακριβή και περιεκτικό τρόπο και ως εκ τούτου οι παρατηρούμενες μεταβλητές ομαδοποιούνται σε κοινούς παράγοντες. Με τον τρόπο αυτό, γίνεται ευκολότερα αντιληπτή μια έννοια ή ιδιότητα (Τσαούσης, Ι. & Ρούσσο, Π. 2002). Η παραγοντική ανάλυση μπορεί να είναι: α) διερευνητική (exploratory) η οποία αναπτύχθηκε από τον Charles Spearman στις αρχές του προηγούμενου αιώνα και χρησιμοποιείται για

τη διεξαγωγή της ανάλυσης παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η ορθογώνια περιστροφή³, καθώς υποθέσαμε ότι οι παράγοντες που θα προέκυπταν θα ήταν ανεξάρτητοι μεταξύ τους.

Η δομή του ερωτηματολογίου (επιμέρους παράγοντες) διερευνήθηκε με την *ανάλυση παραγόντων* (factor analysis), εφαρμόζοντας την ορθογώνια περιστροφή¹⁰ (varimax rotation). Στην περίπτωση αυτή, οι φορτίσεις¹¹ (loadings) των στοιχείων του ερωτηματολογίου που ήταν >0,30 θεωρήθηκαν ως αποδεκτές, καθώς επίσης και οι ιδιοτιμές¹² (eigenvalues) των κλιμάκων που ήταν >1. Η εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach¹³ με αποδεκτές τις τιμές άνω του 0,6.

την αρχική διερεύνηση και τη συνοπτική περιγραφή και ταυτοποίηση ενός συνόλου μεταβλητών μέσω της ομαδοποίησής τους, και β) επιβεβαιωτική η οποία χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει και στην πράξη ένα προκαθορισμένο πλαίσιο σχέσεων ανάμεσα σε κάποιες μεταβλητές.

Η στατιστική τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης βασίζεται στην αλληλοσυσχέτιση των μεταβλητών. Με τη χρήση του πίνακα R των συντελεστών συσχέτισης καταλήγουμε στον πίνακα F των παραγόντων. Ο πίνακας R έχει τον ίδιο αριθμό σειρών και στηλών με τον αριθμό των μεταβλητών, ενώ ο πίνακας των παραγόντων F έχει αριθμό σειρών όσες και οι μεταβλητές, αλλά στήλες τόσες όσοι είναι οι παράγοντες. Ο κάθε παράγοντας περιλαμβάνει ομάδα μεταβλητών με κοινά χαρακτηριστικά (συσχετιζόμενες μεταβλητές).

¹⁰ Η περιστροφή των παραγόντων είναι απαραίτητη για την ευκολότερη ερμηνεία των παραγόντων (ή συνιστωσών) που έχουν προκύψει από την ανάλυση. Η ορθογώνια περιστροφή εφαρμόζεται όταν γνωρίζουμε ή υποθέτουμε με βάση τη θεωρία ότι οι παράγοντες που θα προκύψουν θα είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους. Σε αντίθετη περίπτωση, εάν δηλαδή γνωρίζαμε ή υποθέταμε με βάση τη θεωρία ότι οι παράγοντες που θα προκύψουν συσχετίζονται μεταξύ τους τότε θα εφαρμόζαμε πλάγια περιστροφή.

¹¹ Οι συντελεστές συσχέτισης των μεταβλητών με τους αντίστοιχους παράγοντες καλούνται φορτίσεις, οι οποίες μπορεί να είναι στατιστικά σημαντικές ή όχι, βάσει συγκεκριμένου επιπέδου σημαντικότητας. Οι φορτίσεις, αποτελούν βασικές πληροφορίες για την ερμηνεία των παραγόντων. Όσο υψηλότερη η φόρτιση τόσο πιο εύκολη η ερμηνεία του παράγοντα. Υπάρχουν διάφορα κριτήρια ως προς την σημαντικότητα των φορτίσεων, όπως των Child, Philip και Guilford (Σιάρδος, 2002). Συνήθως σημαντικό θεωρείται το παραγοντικό φορτίο που έχει τιμή ίση ή μεγαλύτερη του συν ή πλην 0,30-0,40.

¹² Το πλέον δημοφιλές για τον προσδιορισμό του αριθμού των παραγόντων είναι το κριτήριο της ιδιοτιμής (Eigenvalue), σύμφωνα με το οποίο επιλέγουμε μόνο τους παράγοντες των οποίων η τιμή υπερβαίνει το 1 (Sharma, 1996). Ένα επίσης σημαντικό κριτήριο επιλογής του πλήθους των παραγόντων, είναι το ποσοστό της Διακύμανσης, το οποίο ερμηνεύουν οι παράγοντες. Δεν είναι ασυνήθιστο, μία λύση που υπολογίζει το 60% της συνολικής διακύμανσης (και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη λιγότερο) να θεωρείται ικανοποιητική (Hair et al., 1995).

¹³ ο δείκτης Cronbach's Alpha χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της κάθε παραγοντικής δομής. Τιμές του Cronbach's Alpha μεγαλύτερες του 0,7 θεωρούνται ικανοποιητικές (Spector, 1992; Nunnally, 1978). Η αξιοπιστία αφορά στο βαθμό, κατά τον οποίο ένα σύνολο μεταβλητών είναι συνεπές, σε αυτό που σκοπεύει να μετρήσει (Hair et al., 1995).

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

5.8 Περιορισμοί

Η παρούσα αποτελεί μια από τις πρώτες μελέτες αποτύπωσης του κλίματος ΚΔ στο νοσοκομειακό περιβάλλον και από όσο γνωρίζουμε την πρώτη προσπάθεια σύγκρισης του κλίματος σε ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο. Ένας από τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης είναι ότι χρησιμοποιήθηκαν μόνο δημοσιευμένες έρευνες στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα. Η παρούσα μελέτη ως περιγραφική συγχρονική αποτύπωσε τα χαρακτηριστικά του υφιστάμενου οργανωσιακού κλίματος -ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης - ενός δεδομένου χρονικού διαστήματος. Τα χαρακτηριστικά όμως αυτά δεν αναφέρονται σε κάτι το στατικό αλλά τροποποιούνται και αλλάζουν δυναμικά -πολύ συχνά ανταποκρινόμενα ακόμη και σε εξωτερικά γεγονότα.- και ως εκ τούτου πιθανώς η δεδομένη έρευνα να έχει περιορισμένη χρονικά ισχύ. Οι ποσοτικές έρευνες αποτυπώνουν τις απόψεις μιας συγκεκριμένης στιγμής, οι οποίες επηρεάζονται από τις εκάστοτε συνθήκες όπως αυτές διαμορφώνονται από την κοινωνική επικαιρότητα. Μόνον η συστηματική επανάληψη αυτών επιτρέπει να συλλαμβάνονται πραγματικά οι εξελίξεις οι οποίες πολύ απέχουν από το να θεωρηθούν γραμμικές (Mayer, 2005). Έτσι, προτείνεται η επανάληψη της έρευνας σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και με διαφορετικά δείγματα. Ο πληθυσμός της μελέτης αντλήθηκε από ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, συνεπώς η γενίκευση των αποτελεσμάτων στον δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα, θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με επιφύλαξη. Όσον αφορά στους συμμετέχοντες, υπάρχει πιθανότητα τα άτομα που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη να ήταν περισσότερο ευαισθητοποιημένα σε θέματα ποιότητας και επομένως να υπάρχει συστηματικό σφάλμα. Παρόλα αυτά, το μέγεθος του και η σχετική αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, η οποία επιχειρήθηκε με την στρωματοποιημένη δειγματοληψία συμβάλλει έτσι ώστε να μειωθούν κατά το δυνατό τυχόν σφάλματα. Τέλος, το χρησιμοποιηθέν «εργαλείο» παρόλο που έχει επιδείξει υψηλή έως αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα κατά περίπτωση, έχει χρησιμοποιηθεί σε περιορισμένο αριθμό μελετών, λόγω πιθανότατα της σχετικά πρόσφατης ανάπτυξης του, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2003. Τυχόν

αναθεωρημένες εκδόσεις του «εργαλείου» στο μέλλον, αναμένεται να παρουσιάσουν υψηλότερα επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Τα Δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 459 εργαζόμενους. Στους Πίνακες 6.1 και 6.2 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων.

Η μέση ηλικία των ερωτώμενων ήταν περίπου 40 έτη, ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας προσέγγιζε τα 13 έτη, τα 2/3 των ερωτώμενων εργάζονταν σε δημόσιο νοσοκομείο. Οι γυναίκες υπερίσχυαν αριθμητικά (των ανδρών) καθώς ξεπερνούσαν το 60% του μελετώμενου πληθυσμού, η αναλογία των αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΤΕΙ/ΑΕΙ) ανέρχονταν περίπου σε 80% και σημαντικό ποσοστό αυτών (24% περίπου) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών διπλωμάτων. Οι εργαζόμενοι στη νοσηλευτική υπηρεσία ξεπερνούσαν το 55% του υπό μελέτη πληθυσμού.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος περίπου το 85% ήταν υπάλληλοι και το 15% περίπου προϊστάμενοι. Αντίστοιχο, ήταν και το ποσοστό των συντονιστών διευθυντών ιατρών (13% περίπου). Τέλος, η πλειονότητα του δείγματος (92%) κατείχαν μόνιμη ή ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου σχέση εργασίας με τον οργανισμό.

Πίνακας 6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο (n=459)	
Άντρες	170 (37,0)
Γυναίκες	289 (63,0)
Ηλικία (έτη) (n=356)	39,8 (9,1) ^a
Νοσοκομείο εργασίας (n=459)	
Δημόσιο	304 (66,2)
Ιδιωτικό	155 (33,8)
Εκπαιδευτικό επίπεδο (n=459)	
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	71 (15,5)
Απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. ΙΕΚ)	46 (10,0)
Απόφοιτοι ΑΤΕΙ	157 (34,2)
Απόφοιτοι ΑΕΙ	106 (23,1)
Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	79 (23,8)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Πίνακας 6.2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Έτη προϋπηρεσίας (n=321)	12,8 (9,1) ^α
Υπηρεσία (n=459)	
Νοσηλευτική	261 (56,9)
Ιατρική	82 (17,9)
Διοικητική	91 (19,8)
Τεχνική	25 (5,4)
Θέση εργασίας των εργαζόμενων εκτός των ιατρών (n=382)	
Διοικητής	0 (0,0)
Προϊστάμενος διεύθυνσης/τομέα	3 (0,8)
Προϊστάμενος τμήματος	24 (6,3)
Υπεύθυνος τμήματος/γραφείου	32 (8,4)
Υπάλληλος	323 (84,6)
Θέση εργασίας των ιατρών (n=77)	
Διευθυντής ιατρικού τομέα	0 (0,0)
Συντονιστής διευθυντής ιατρικού τμήματος/εργαστηρίου	10 (13,0)
Διευθυντής	15 (19,5)
Επιμελητής	34 (44,2)
Ειδικευόμενος	18 (23,4)
Ειδικότητα των ιατρών (n=40)	
Παθολόγος	15 (37,5)
Χειρουργός	9 (22,5)
Ορθοπαιδικός	7 (17,5)
Καρδιολόγος	3 (7,5)
Οδοντίατρος	2 (5,0)
Ουρολόγος	1 (2,5)
Ρευματολόγος	1 (2,5)
Ωτορινολαρυγγολόγος	1 (2,5)
Νευρολόγος	1 (2,5)
Σχέση εργασίας (n=459)	
Μόνιμος μισθωτός	301 (65,6)
Ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου	121 (26,4)
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	14 (3,1)
Εξωτερικός συνεργάτης σε μόνιμη βάση (αφορά γιατρούς που συνεργάζονται συστηματικά με συγκεκριμένα ιδιωτικά νοσοκομεία)	23 (5,0)

6.2 Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής για τη διερεύνηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης

Στους πίνακες 6.3. έως 6.7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασίας τους.

Πίνακας 6.3. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασίας τους.

Χαρακτηριστικό	Συμφωνώ απόλυτα	Βαθμός συμφωνίας			Διαφωνώ απόλυτα
		Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος-η	Διαφωνώ	
Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει»	93 (20,3)	126 (27,5)	101 (22,0)	96 (20,9)	43 (9,4)
Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό)	22 (4,8)	57 (12,4)	78 (17,0)	164 (35,7)	138 (30,1)
Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	24 (5,2)	41 (8,9)	108 (23,5)	164 (35,7)	122 (26,6)
Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν	104 (22,7)	149 (32,5)	81 (17,6)	57 (12,4)	68 (14,8)
Σε περίπτωση κλινικού γεγονότος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που εμπλέκονται να νιώθουν ένοχοι-φταίχτες	58 (12,6)	128 (27,9)	115 (25,1)	111 (24,2)	47 (10,2)
Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της	82 (17,9)	103 (22,4)	109 (23,7)	115 (25,1)	50 (10,9)
Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών	10 (2,2)	50 (10,9)	96 (20,9)	204 (44,4)	99 (21,6)
Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους	10 (2,2)	50 (10,9)	96 (20,9)	204 (44,4)	99 (21,6)
Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	63 (13,7)	149 (32,5)	97 (21,1)	97 (21,1)	53 (11,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Παρατηρούμε ότι το 60% περίπου του δείγματος αναφέρει ότι δεν γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους παρόλο που το 66% αναφέρει ότι ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα του οργανισμού. Πάνω από το 60% επίσης δεν πιστεύει ότι η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, όμοιο ποσοστό δεν θεωρεί ότι οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών.

Πίνακας 6.4. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασίας τους.

Χαρακτηριστικό	Συμφωνώ απόλυτα	Βαθμός συμφωνίας			Διαφωνώ Απόλυτα
		Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος-η	Διαφωνώ	
Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του	68 (14,8)	121 (26,4)	105 (22,9)	121 (26,4)	44 (9,6)
Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό	51 (11,1)	208 (45,3)	95 (20,7)	76 (16,6)	29 (6,3)
Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη	44 (9,6)	123 (26,8)	138 (30,1)	101 (22,0)	53 (11,5)
Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	113 (24,6)	158 (34,4)	71 (15,5)	87 (19,0)	30 (6,5)
Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους	54 (11,8)	155 (33,8)	109 (23,7)	83 (18,1)	58 (12,6)
Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	56 (12,2)	169 (36,8)	113 (24,6)	71 (15,5)	50 (10,9)
Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίει	52 (11,3)	138 (30,1)	101 (22,0)	111 (24,2)	57 (12,4)
Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του	83 (18,1)	196 (42,7)	74 (16,1)	69 (15,0)	37 (8,1)
Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας	111 (24,2)	208 (45,3)	39 (8,5)	61 (13,3)	40 (8,7)
Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων	81 (17,6)	162 (35,3)	102 (22,2)	76 (16,6)	38 (8,3)
Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»	105 (22,9)	180 (39,2)	74 (16,1)	55 (12,0)	45 (9,8)
Υπάρχουν κλινικά κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) τα οποία αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν	35 (7,6)	95 (20,7)	87 (19,0)	151 (32,9)	91 (19,8)
Οι κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο	98 (21,4)	124 (27,0)	135 (29,4)	75 (16,3)	27 (5,9)
Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού	54 (11,8)	180 (39,2)	108 (23,5)	74 (16,1)	43 (9,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας 6.5. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασία τους.

Χαρακτηριστικό	Συμφωνώ απόλυτα	Βαθμός συμφωνίας			Διαφωνώ απόλυτα
		Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος-η	Διαφωνώ	
Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται	47 (10,2)	162 (35,3)	115 (25,1)	88 (19,2)	47 (10,2)
Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας	78 (17,0)	172 (37,5)	55 (12,0)	74 (16,1)	80 (17,4)
Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»	68 (14,8)	156 (34,0)	84 (18,3)	88 (19,2)	63 (13,7)
Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στους πιο σημαντικούς κλινικούς κινδύνους	49 (10,7)	133 (29,0)	121 (26,4)	120 (26,1)	36 (7,8)
Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς	108 (23,5)	16 (35,1)	69 (15,0)	75 (16,3)	46 (10,0)
Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή	68 (14,8)	197 (42,9)	72 (15,7)	87 (19,0)	35 (7,6)
Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων	62 (13,5)	169 (36,8)	103 (22,4)	92 (20,0)	33 (7,2)
Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν	51 (11,1)	165 (35,9)	125 (27,2)	87 (19,0)	31 (6,8)
Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές	32 (7,0)	141 (30,7)	118 (25,7)	139 (30,3)	29 (6,3)
Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους	53 (11,5)	210 (45,8)	110 (24,0)	67 (14,6)	19 (4,1)
Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα	68 (14,8)	199 (43,4)	93 (20,3)	59 (12,9)	40 (8,7)
Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του	57 (12,4)	141 (30,7)	148 (32,2)	72 (15,7)	41 (8,9)
Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους)	75 (16,3)	197 (42,9)	92 (20,0)	62 (13,5)	33 (7,2)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Παρατηρούμε ότι πάνω από το μισό του δείγματος α) δεν αντιλαμβάνεται ξεκάθαρα το όραμα του οργανισμού β) θεωρεί ότι δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς γ) θεωρεί ότι οι όποιες βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα και δ) θεωρεί ότι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους).

Πίνακας 6.6. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασία τους.

Χαρακτηριστικό	Βαθμός συμφωνίας				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος-η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους	71 (15,5)	127 (27,7)	152 (33,1)	62 (13,5)	47 (10,2)
Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες	62 (13,5)	206 (44,9)	62 (13,5)	89 (19,4)	40 (8,7)
Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	82 (17,9)	106 (23,1)	138 (30,1)	98 (21,4)	35 (7,6)
Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός	72 (15,7)	130 (28,3)	117 (25,5)	115 (25,1)	25 (5,4)
Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά	89 (19,4)	195 (42,5)	77 (16,8)	55 (12,0)	43 (9,4)
Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε	128 (27,9)	170 (37,0)	62 (13,5)	72 (15,7)	27 (5,9)
Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων διαχέονται σε όλη την οργάνωση	61 (13,3)	163 (35,5)	156 (34,0)	55 (12,0)	24 (5,2)
Πληροφορίες για κλινικούς κινδύνους αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση	85 (18,5)	160 (34,9)	135 (29,4)	52 (11,3)	27 (5,9)
Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς	30 (6,5)	148 (32,2)	138 (30,1)	103 (22,4)	40 (8,7)
Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες	33 (7,2)	195 (42,5)	70 (15,3)	92 (20,0)	69 (15,0)
Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας	56 (12,2)	220 (47,9)	62 (13,5)	103 (22,4)	18 (3,9)
Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού	59 (12,9)	142 (30,9)	140 (30,5)	88 (19,2)	30 (6,5)
Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση	60 (13,1)	110 (24,0)	127 (27,7)	122 (26,6)	40 (8,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Παρατηρούμε ότι σχεδόν το 60% του δείγματος πιστεύει ότι δεν υπάρχει προστατευμένος χρόνος για την ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών με τους συναδέλφους ωστόσο το 50% περίπου θεωρεί ότι οι εργαζόμενοι βρίσκουν χρόνο για να συζητήσουν περιστατικά της δουλειάς τους και πάνω από το 60% θεωρεί ότι τα προβλήματα λύνονται κατόπιν επειγουσών πιέσεων, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά

Πίνακας 6.7. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασία τους.

Χαρακτηριστικό	Συμφωνώ απόλυτα	Βαθμός συμφωνίας			Διαφωνώ απόλυτα
		Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος-η	Διαφωνώ	
Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	102 (22,2)	201 (43,8)	61 (13,3)	52 (11,3)	43 (9,4)
Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις	59 (12,9)	134 (29,2)	102 (22,2)	94 (20,5)	70 (15,3)
Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά γεγονότα	52 (11,3)	154 (33,6)	133 (29,0)	74 (16,1)	46 (10,0)
Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου	45 (9,8)	189 (41,2)	72 (15,7)	89 (19,4)	64 (13,9)
Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε	81 (17,6)	220 (47,9)	64 (13,9)	60 (13,1)	34 (7,4)
Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση)	83 (18,1)	114 (24,8)	71 (15,5)	123 (26,8)	68 (14,8)
Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν	71 (15,5)	201 (43,8)	53 (11,5)	74 (16,1)	60 (13,1)
Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους	77 (16,8)	111 (24,2)	62 (13,5)	126 (27,5)	83 (18,1)
Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	75 (16,3)	169 (36,8)	54 (11,8)	93 (20,3)	68 (14,8)
Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές	47 (10,2)	185 (40,3)	96 (20,9)	90 (19,6)	41 (8,9)
Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους	35 (7,6)	120 (26,1)	141 (30,7)	106 (23,1)	57 (12,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Παρατηρούμε ότι πάνω από 50% των εργαζομένων πιστεύει ότι υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς στον οργανισμό νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του. Το ίδιο ποσοστό πιστεύει ότι οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου. Το 65% πιστεύει ότι η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, το ίδιο ποσοστό θεωρεί ότι μια αποτυχία αποτελεί και ευκαιρία για μάθηση. Στους πίνακες 6.8 έως 6.12 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης με σειρά κατάταξης, ξεκινώντας από το χαρακτηριστικό με τη μικρότερη μέση τιμή που αντιστοιχεί σε περισσότερο υποστηρικτικό κλίμα κλινικής διακυβέρνησης.

Πίνακας 6.8. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης με σειρά κατάταξης, ξεκινώντας από το χαρακτηριστικό με τη μικρότερη μέση τιμή.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού	2,26	1,2	2	1	5
Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών	2,28	1,0	2	1	5
Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	2,31	1,1	2	1	5
Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε	2,35	1,2	2	1	5
Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε	2,45	1,1	2	1	5
Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	2,48	1,2	2	1	5
Πληροφορίες για κλινικά κίνδυνοι αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση	2,51	1,1	2	1	5
Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους	2,56	1,1	2	1	5
Οι κλινικοί κίνδυνοι εξετάζονται με συστηματικό τρόπο	2,58	1,2	3	1	5
Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας	2,58	1,1	2	1	5

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας 6.9. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης με σειρά κατάταξης, ξεκινώντας από το χαρακτηριστικό με τη μικρότερη μέση τιμή.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση	2,60	1,0	3	1	5
Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό	2,62	1,1	2	1	5
Υπάρχουν κλινικά κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) τα οποία αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν	2,63	1,2	2	1	5
Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν	2,64	1,4	2	1	5
Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού	2,72	1,2	2	1	5
Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν	2,74	1,1	3	1	5
Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς)	2,75	1,2	3	1	5
Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	2,76	1,2	3	1	5
Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός	2,76	1,2	3	1	5
Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του	2,78	1,1	3	1	5
Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	2,78	1,2	3	1	5

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας 6.10. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης με σειρά κατάταξης, ξεκινώντας από το χαρακτηριστικό με τη μικρότερη μέση τιμή.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	2,84	1,2	3	1	5
Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους	2,86	1,2	3	1	5
Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της	2,88	1,3	3	1	5
Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση	2,93	1,2	3	1	5
Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση)	2,95	1,4	3	1	5
Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίνε	2,96	1,2	3	1	5
Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές	2,98	1,1	3	1	5
Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη	2,99	1,2	3	1	5
Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις	3,03	1,3	3	1	5
Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς	3,05	1,1	3	1	5
Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες	3,06	1,2	3	1	5
Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους	3,06	1,1	3	1	5
Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους	3,06	1,4	3	1	5

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας 6.11. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης με σειρά κατάταξης, ξεκινώντας από το χαρακτηριστικό με τη μικρότερη μέση τιμή.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Σε περίπτωση κλινικού γεγονότος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που εμπλέκονται να νιώθουν ένοχοι-φταίχτες	3,08	1,2	3	1	5
Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στα πιο σημαντικά κλινικά κίνδυνοι	3,08	1,1	3	1	5
Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του	3,11	1,2	3	1	5
Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου	3,13	1,2	4	1	5
Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται	3,16	1,2	3	1	5
Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»	3,16	1,3	3	1	5
Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	3,19	1,3	4	1	5
Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας	3,20	1,4	4	1	5
Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά γεγονότα (γεγονότα που έχουν βλάψει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς)	3,20	1,1	3	1	5
Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές	3,23	1,1	4	1	5
Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού	3,24	1,1	3	1	5
Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει»	3,28	1,3	3	1	5
Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων	3,29	1,1	4	1	5

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας 6.12. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης με σειρά κατάταξης, ξεκινώντας από το χαρακτηριστικό με τη μικρότερη μέση τιμή.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν	3,32	1,3	4	1	5
Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες	3,35	1,2	4	1	5
Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων	3,37	1,2	4	1	5
Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή	3,38	1,2	4	1	5
Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα	3,43	1,2	4	1	5
Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς	3,45	1,3	4	1	5
Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους	3,45	1,0	4	1	5
Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξη του	3,47	1,2	4	1	5
Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους)	3,47	1,1	4	1	5
Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά	3,50	1,2	4	1	5
Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»	3,53	1,2	4	1	5
Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	3,58	1,2	4	1	5
Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας	3,62	4	4	1	5

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Οι μέσες τιμές σε όλες τις διατυπώσεις κυμαίνονταν από 2,26 έως 3,62

Στο Παράρτημα παρατίθενται διαγραμματικές απεικονίσεις των μέσων τιμών των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης στο ιδιωτικό και δημόσιο Νοσοκομείο (Εικόνες 6.1 έως 6.10).

Στους Πίνακες 6.13 έως 6.20 συγκρίνονται οι απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασία τους.

Παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στη νομική προσωπικότητα του νοσοκομείου (ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ) και των στοιχείων (διατυπώσεων) του ερωτηματολογίου. Στα 5/6 των στοιχείων του ερωτηματολογίου τα οποία εκφράζουν πτυχές του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης οι εργαζόμενοι του δημόσιου νοσοκομείου αντιλαμβάνονται το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης ως πιο αρνητικό.

Πίνακας 6.13 Απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασία τους.

a/a	Διατύπωση	Νοσοκομείο	N	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Τιμή p
1.1	Όταν τα πράγματα πάνε στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει»	Ιδιωτικό	155	3,1	1,2	1	5	p<0,05
		Δημόσιο	304	3,4	1,3	1	5	
		Σύνολο	459	3,3	1,3	1	5	
1.2	Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό)	Ιδιωτικό	155	2,1	1,1	1	5	
		Δημόσιο	304	2,4	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	2,3	1,2	1	5	
1.3	Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	Ιδιωτικό	155	2,3	1,2	1	5	
		Δημόσιο	304	2,3	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,3	1,1	1	5	
1.4	Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν	Ιδιωτικό	155	2,1	1,0	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,9	1,4	1	5	
		Σύνολο	459	2,6	1,4	1	5	
1.5	Σε περίπτωση κλινικού γεγονότος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που εμπλέκονται να νιώθουν ένοχοι-φταίχτες	Ιδιωτικό	155	2,9	1,3	1	5	p<0,05
		Δημόσιο	304	3,2	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,1	1,2	1	5	
1.6	Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της	Ιδιωτικό	155	2,1	1,0	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,3	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	2,9	1,3	1	5	
1.7	Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών	Ιδιωτικό	155	2,1	0,9	1	5	p= 0,001
		Δημόσιο	304	2,4	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	2,3	1,0	1	5	
1.8	Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους	Ιδιωτικό	155	2,5	1,1	1	5	
		Δημόσιο	304	2,6	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	2,6	1,1	1	5	

Πίνακας 6.14 Απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασίας τους.

a/a	Διατύπωση	Νοσοκομείο	N	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Τιμή p
1.9	Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	Ιδιωτικό	155	2,4	1,0	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,1	1,3	1	5	
		Σύνολο	459	2,8	1,2	1	5	
1.10	Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του	Ιδιωτικό	155	3,1	1,3	1	5	
		Δημόσιο	304	3,1	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	3,1	1,2	1	5	
1.11	Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό	Ιδιωτικό	155	2,6	1,2	1	5	
		Δημόσιο	304	2,6	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	2,6	1,1	1	5	
1.12	Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη	Ιδιωτικό	155	2,4	1,1	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,3	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,0	1,2	1	5	
1.13	Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	Ιδιωτικό	155	2,0	1,1	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,7	1,3	1	5	
		Σύνολο	459	2,5	1,2	1	5	
1.14	Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κίνδυνους	Ιδιωτικό	155	2,7	1,3	1	5	p<0,05
		Δημόσιο	304	3,0	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	2,9	1,2	1	5	
1.15	Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	Ιδιωτικό	155	2,0	0,9	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,1	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,8	1,2	1	5	
1.16	Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίνε	Ιδιωτικό	155	2,8	1,2	1	5	p<0,05
		Δημόσιο	304	3,1	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	3,0	1,2	1	5	
1.17	Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του	Ιδιωτικό	155	3,0	1,3	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,7	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	3,5	1,2	1	5	

Πίνακας 6.15 Απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασία τους.

a/a	Διατύπωση	Νοσοκομείο	N	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Τιμή p
1.18	Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας	Ιδιωτικό	155	3,1	1,4	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,9	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,6	1,2	1	5	
1.19	Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων	Ιδιωτικό	155	3,3	1,4	1	5	
		Δημόσιο	304	3,4	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,4	1,2	1	5	
1.20	Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»	Ιδιωτικό	155	3,0	1,3	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,8	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,5	1,2	1	5	
1.21	Υπάρχουν κλινικοί κίνδυνοι τα οποία αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν	Ιδιωτικό	155	2,2	1,2	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,9	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	2,6	1,2	1	5	
1.22	Οι κλινικοί κίνδυνοι εξετάζονται με συστηματικό τρόπο	Ιδιωτικό	155	2,1	1,0	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,8	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	2,6	1,2	1	5	
1.23	Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού	Ιδιωτικό	155	2,8	1,3	1	5	
		Δημόσιο	304	2,7	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,7	1,2	1	5	
1.24	Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται	Ιδιωτικό	155	2,6	1,1	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,4	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,2	1,2	1	5	
1.25	Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας	Ιδιωτικό	155	2,5	1,4	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,6	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	3,2	1,4	1	5	

Πίνακας 6.16 Απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασίας τους.

a/a	Διατύπωση	Νοσοκομείο	N	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Τιμή p
1.26	Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»	Ιδιωτικό	155	2,7	1,4	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,4	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,2	1,3	1	5	
1.27	Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στους πιο σημαντικούς κλινικούς κινδύνους	Ιδιωτικό	155	2,7	1,2	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,3	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	3,1	1,1	1	5	
1.28	Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς	Ιδιωτικό	155	3,0	1,3	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,7	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	3,5	1,3	1	5	
1.29	Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή	Ιδιωτικό	155	3,1	1,3	1	5	p<0,05
		Δημόσιο	304	3,5	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,4	1,2	1	5	
1.30	Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων	Ιδιωτικό	155	2,6	1,2	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,6	0,9	1	5	
		Σύνολο	459	3,3	1,1	1	5	
1.31	Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν	Ιδιωτικό	155	2,4	1,1	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,9	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,7	1,1	1	5	
1.32	Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές	Ιδιωτικό	155	2,5	0,9	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,2	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,0	1,1	1	5	
1.33	Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους	Ιδιωτικό	155	3,2	1,0	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,6	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	3,5	1,0	1	5	

Πίνακας 6.17 Απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασίας τους.

a/a	Διατύπωση	Νοσοκομείο	N	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Τιμή p
1.34	Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα	Ιδιωτικό	155	2,8	1,4	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,7	0,9	1	5	
		Σύνολο	459	3,4	1,2	1	5	
1.35	Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του	Ιδιωτικό	155	2,2	1,0	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,1	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,8	1,1	1	5	
1.36	Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους)	Ιδιωτικό	155	3,5	1,1	1	5	
		Δημόσιο	304	3,5	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	3,5	1,1	1	5	
1.37	Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους.	Ιδιωτικό	155	2,1	1,0	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,1	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,8	1,2	1	5	
1.38	Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες	Ιδιωτικό	155	3,0	1,2	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,5	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	3,4	1,2	1	5	
1.39	Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	Ιδιωτικό	155	2,3	1,1	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,0	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	2,8	1,2	1	5	
1.40	Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός	Ιδιωτικό	155	2,6	1,2	1	5	p<0,05
		Δημόσιο	304	2,9	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,8	1,2	1	5	
1.41	Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά	Ιδιωτικό	155	3,0	1,3	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,8	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,5	1,2	1	5	
1.42	Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε	Ιδιωτικό	155	1,9	1,0	1	4	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,6	1,3	1	5	
		Σύνολο	459	2,3	1,2	1	5	

Πίνακας 6.18 Απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασία τους.

a/a	Διατύπωση	Νοσοκομείο	N	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Τιμή p
1.43	Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση	Ιδιωτικό	155	2,2	0,8	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,8	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,6	1,0	1	5	
1.44	Πληροφορίες για κλινικούς κινδύνους αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση	Ιδιωτικό	155	2,1	0,9	1	4	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,7	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,5	1,1	1	5	
1.45	Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς	Ιδιωτικό	155	2,7	1,1	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,2	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	3,1	1,1	1	5	
1.46	Οι εργαζόμενοι εδώ δεν φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες	Ιδιωτικό	155	2,5	1,2	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,4	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,1	1,2	1	5	
1.47	Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας	Ιδιωτικό	155	2,3	0,9	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,7	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,6	1,1	1	5	
1.48	Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού	Ιδιωτικό	155	2,9	1,3	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,4	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	3,2	1,1	1	5	
1.49	Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση	Ιδιωτικό	155	2,4	1,2	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,2	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	2,9	1,2	1	5	

Πίνακας 6.19 Απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασίας τους.

α/α	Διατύπωση	Νοσοκομείο	N	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Τιμή p
1.50	Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	Ιδιωτικό	155	3,0	1,4	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,9	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	3,6	1,2	1	5	
1.51	Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις	Ιδιωτικό	155	2,5	1,3	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,3	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	3,0	1,3	1	5	
1.52	Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά γεγονότα.	Ιδιωτικό	155	3,0	1,2	1	5	p<0,05
		Δημόσιο	304	3,3	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,2	1,1	1	5	
1.53	Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου	Ιδιωτικό	155	2,8	1,4	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,3	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,1	1,2	1	5	
1.54	Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε	Ιδιωτικό	155	2,0	0,8	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	2,7	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	2,4	1,1	1	5	
1.55	Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ	Ιδιωτικό	155	2,8	1,4	1	5	
		Δημόσιο	304	3,0	1,3	1	5	
		Σύνολο	459	3,0	1,4	1	5	
1.56	Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν	Ιδιωτικό	155	3,0	1,4	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,5	1,2	1	5	
		Σύνολο	459	3,3	1,3	1	5	
1.57	Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους	Ιδιωτικό	155	2,6	1,3	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,3	1,4	1	5	
		Σύνολο	459	3,1	1,4	1	5	

Πίνακας 6.20 Απαντήσεις των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασίας τους.

α/α	Διατύπωση	Νοσοκομείο	N	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Τιμή p
1.58	Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	Ιδιωτικό	155	2,7	1,3	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,5	1,3	1	5	
		Σύνολο	459	3,2	1,3	1	5	
1.59	Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές	Ιδιωτικό	155	2,6	1,2	1	5	p<0,001
		Δημόσιο	304	3,5	1,0	1	5	
		Σύνολο	459	3,2	1,1	1	5	
1.60	Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους	Ιδιωτικό	155	3,0	1,1	1	5	
		Δημόσιο	304	3,1	1,1	1	5	
		Σύνολο	459	3,1	1,1	1	5	

6.3 Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων

Η δομή του ερωτηματολογίου εκτίμησης του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης (επιμέρους παράγοντες) διερευνήθηκε με την ανάλυση παραγόντων, εφαρμόζοντας την ορθογώνια περιστροφή. Στην περίπτωση αυτή, οι φορτίσεις των στοιχείων του ερωτηματολογίου που ήταν $>0,30$ θεωρήθηκαν ως αποδεκτές, καθώς επίσης και οι ιδιοτιμές των κλιμάκων που ήταν >1 .

Στους πίνακες 6.21 έως 6.28 του παραρτήματος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της αρχικής ανάλυσης παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου. Στη δεύτερη ανάλυση παραγόντων δεν συμπεριλήφθηκαν 22 στοιχεία του ερωτηματολογίου εξαιτίας του ότι παρουσίαζαν φορτίσεις $>0,3$ με περισσότερους του ενός παράγοντες. Τα 22 αυτά στοιχεία ήταν τα εξής:

- Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν.
- Σε περίπτωση κλινικού γεγονότος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που εμπλέκονται να νιώθουν ένοχοι-φταίχτες.
- Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της.
- Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό.
- Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη.
- Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους (δηλαδή καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ή να βλάψουν τους ασθενείς).
- Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίει.
- Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας.
- Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων.

- Υπάρχουν κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) τα οποία αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν.
- Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στα πιο σημαντικά κλινικούς κινδύνους.
- Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν.
- Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές.
- Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα.
- Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του.
- Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες.
- Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά.
- Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς.
- Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού.
- Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά γεγονότα (γεγονότα που έχουν βλάψει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς).
- Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου.
- Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν.

Ακολουθως, πραγματοποιήθηκε δεύτερη ανάλυση παραγόντων στην οποία συμπεριλήφθηκαν τα 38 στοιχεία του ερωτηματολογίου που προέκυψαν από την αρχική ανάλυση παραγόντων. Στους πίνακες 6.29 έως 6.34 του Παραρτήματος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της δεύτερης ανάλυσης παραγόντων. Προέκυψαν 9 επιμέρους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί ερμήνευαν το 70% της συνολικής μεταβλητότητας του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης. Ωστόσο, οι παράγοντες 4 έως 9 αποτελούνταν μόνο από ένα στοιχείο του ερωτηματολογίου και για τον λόγο αυτόν δεν θεωρήθηκαν ως παράγοντες του ερωτηματολογίου. Έτσι, προέκυψαν 3 παράγοντες που ερμήνευαν το 63% της συνολικής μεταβλητότητας του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.

Για τον πρώτο παράγοντα του ερωτηματολογίου χρησιμοποιείται ο όρος «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» και αποτελείται από τα εξής 15 στοιχεία:

- Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία.
- Οι κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο.
- Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς).
- Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς.
- Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός.
- Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε.
- Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση.

- Πληροφορίες για κλινικά κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση.
- Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση.
- Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε.
- Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση).
- Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους.
- Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους.

Ο συντελεστής Cronbach για τον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» ήταν 0,94 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνοχή.

Για τον δεύτερο παράγοντα του ερωτηματολογίου χρησιμοποιείται ο όρος «Δίκαιη Επιβολή Ποινών» και αποτελείται από τα εξής 3 στοιχεία:

- Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό).
- Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού.
- Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών.

Ο συντελεστής Cronbach για τον παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών» ήταν 0,72 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνοχή.

Για τον τρίτο παράγοντα του ερωτηματολογίου χρησιμοποιείται ο όρος «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» και αποτελείται από τα εξής 14 στοιχεία:

- Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του.
- Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια».
- Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται.
- Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας.
- Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»
- Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς.
- Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή.
- Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων.
- Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους.
- Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις.
- Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του.
- Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές.

Ο συντελεστής Cronbach για τον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» ήταν 0,93 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνοχή.

Ο τρίτος παράγοντας περιέχει μεταβλητές που σχετίζονται με κρίσιμα σημεία και αφορούν στο μακροπρόθεσμο σχεδιασμό για τον εγκαινιασμό αλλαγών που σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας και ως εκ τούτου αποτελούν τη βάση για την εδραίωση της κλινικής διακυβέρνησης.

Στον Πίνακα 6.35 περιγράφονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας τους στις διατυπώσεις του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». Ειδικότερα, συγκρίνονται οι μέσες τιμές των απαντήσεων των μελών Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του μελετώμενου πληθυσμού, σε σχέση με εκείνες των μελών των υπόλοιπων υπηρεσιών (Ιατρική, Διοικητική, Τεχνική).¹⁴ Παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του είδους της υπηρεσίας και του παράγοντα «Συνεχιζόμενη Ευκαιρίες Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης». Ειδικότερα, απουσία κατάρτισης στην αναζήτηση για στοιχεία της έρευνας (διατύπωση 28) γίνεται αντιληπτή από τους νοσηλευτές αρνητικότερα σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό ($p < 0,05$). Επίσης, η έλλειψη σαφήνειας στο οράματος και τους του οργανισμού (διατύπωση 25), η παρουσία «ενοχικής κουλτούρας» (διατύπωση 26) και την ανεπαρκής υποστήριξη των απαραίτητων αλλαγών για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (διατύπωση 24) γίνονται αντιληπτά αρνητικότερα από τους νοσηλευτές σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας ($p < 0,05$).

¹⁴ Χαμηλότερη μέση τιμή υποδηλώνει περισσότερο υποστηρικτικό προς την ΚΔ κλίμα.

Πίνακας 6.35. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους με τον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» του κλίματος ΚΔ στο νοσοκομείο εργασίας τους

α/α	Διατύπωση	Υπηρεσία	N	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	Μεγιστη τιμή	Ελάχιστη τιμή	p
1.50	Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	Νοσηλευτική	261	3.5	1.4	1	5	0.40
		Ιατρική,	198	3.6	1.0	1	5	
		Διοικητική, Τεχνική Σύνολο	459	3.6	1.2	1	5	
1.17	Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του	Νοσηλευτική	261	3.4	1.2	1	5	0.22
		Ιατρική,	198	3.6	1.1	1	5	
		Διοικητική, Τεχνική Σύνολο	459	3.5	1.2	1	5	
1.20	Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»	Νοσηλευτική	261	3.6	1.3	1	5	0.56
		Ιατρική,	198	3.5	1.2	1	5	
		Διοικητική, Τεχνική Σύνολο	459	3.5	1.2	1	5	
1.33	Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους	Νοσηλευτική	261	3.4	1.0	1	5	0.09
		Ιατρική,	198	3.6	0.9	1	5	
		Διοικητική, Τεχνική Σύνολο	459	3.5	1.0	1	5	
1.28	Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς	Νοσηλευτική	261	3.7	1.3	1	5	P<,.001
		Ιατρική,	198	3.2	1.2	1	5	
		Διοικητική, Τεχνική Σύνολο	459	3.5	1.3	1	5	
1.29	Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή	Νοσηλευτική	261	3.4	1.3	1	5	
		Ιατρική,	198	3.4	1.0	1	5	
		Διοικητική, Τεχνική Σύνολο	459	3.4	1.2	1	5	
1.30	Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων	Νοσηλευτική	261	3.3	1.2	1	5	
		Ιατρική,	198	3.3	1.0	1	5	
		Διοικητική, Τεχνική Σύνολο	459	3.3	1.1	1	5	

Πίνακας 6.35.α Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους με τον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» του κλίματος ΚΔ στο νοσοκομείο εργασίας τους

a/a	Διατύπωση	Υπηρεσία	N	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	Μεγιστη τιμή	Ελάχιστη τιμή	
1.59	Οι εργαζόμενοι μάλλον να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές	Νοσηλευτική	261	3.3	1.2	1	5	
		Ιατρική, Διοικητική, Τεχνική	198	3.2	1.0	1	5	
		Σύνολο	459	3.2	1.1	1	5	
1.25	Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας	Νοσηλευτική	261	3.5	1.3	1	5	P<0,001
		Ιατρική, Διοικητική, Τεχνική	198	2.9	1.4	1	5	
		Σύνολο	459	3,2	1.4	1	5	
1.58	Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	Νοσηλευτική	261	3,2	1.4	1	5	
		Ιατρική, Διοικητική, Τεχνική	198	3.2	1.3	1	5	
		Σύνολο	459	3.2	1.3	1	5	
1.26	Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»	Νοσηλευτική	261	3.3	1.3	1	5	P<0,05
		Ιατρική, Διοικητική, Τεχνική	198	3.0	1.2	1	5	
		Σύνολο	459	3.2	1.3	1	5	
1.24	Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται	Νοσηλευτική	261	3.3	1.2	1	5	P<0,05
		Ιατρική, Διοικητική, Τεχνική	198	3.0	1.1	1	5	
		Σύνολο	459	3.2	1.2	1	5	
1.46	Οι εργαζόμενοι εδώ δεν φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες	Νοσηλευτική	261	3.0	1.3	1	5	
		Ιατρική, Διοικητική, Τεχνική	198	3.1	1.1	1	5	
		Σύνολο	459	3.1	1.2	1	5	
1.51	Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις	Νοσηλευτική	261	3.0	1.3	1	5	
		Ιατρική, Διοικητική, Τεχνική	198	3.2	1.3	1	5	
		Σύνολο	459	3.0	1.3	1	5	

6.4 Κατάταξη των παραγόντων του ερωτηματολογίου εκτίμησης του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης

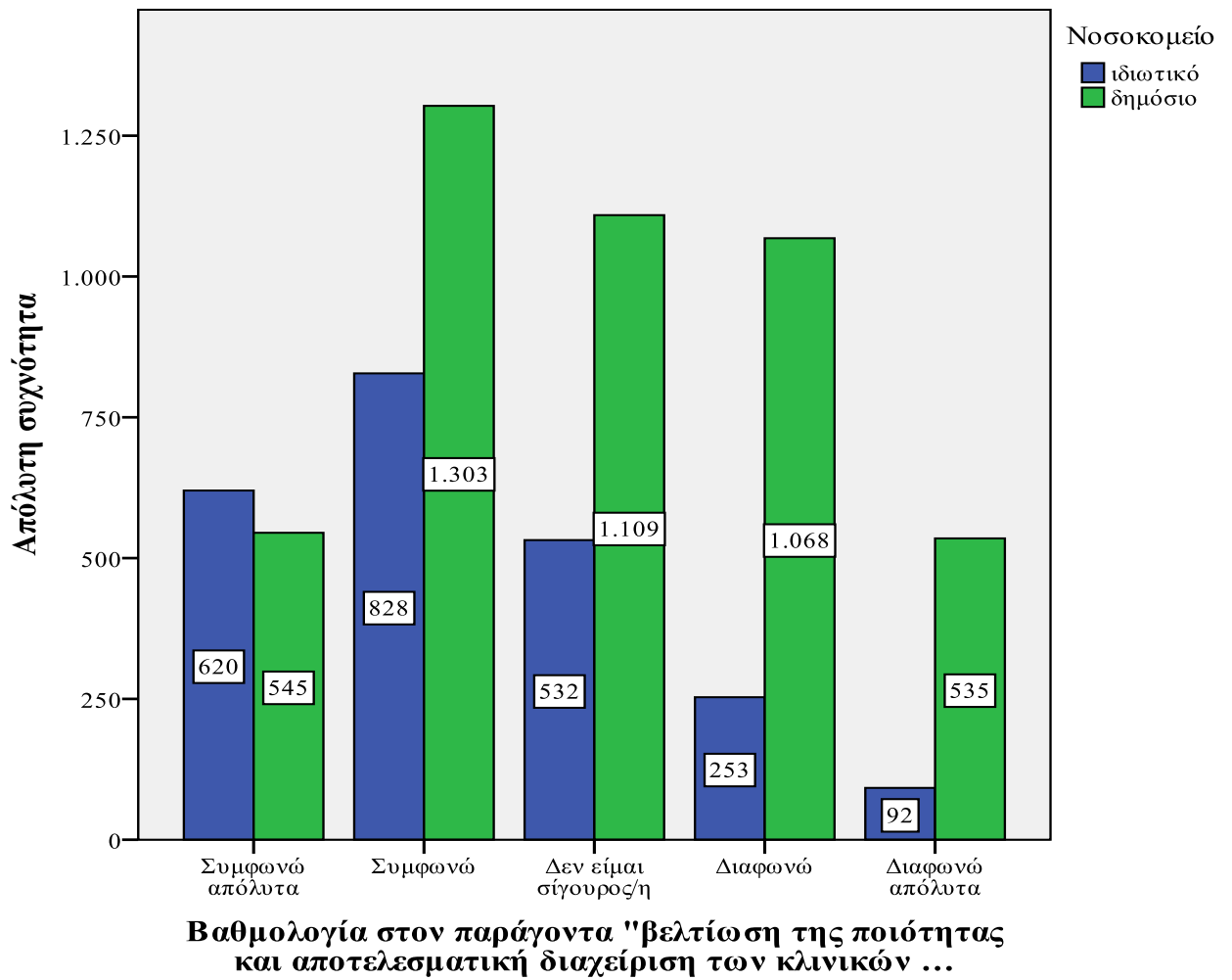
Στον Πίνακα 6.36 παρουσιάζεται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή των 3 παραγόντων του ερωτηματολογίου εκτίμησης του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης. Στις Εικόνες 11, 12 και 13 αναπαρίστανται τα αθροίσματα των απαντήσεων των επιμέρους στοιχείων που συνθέτουν κάθε παράγοντα εκτίμησης του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης στο ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο.

Η κατάταξη των παραγόντων, ξεκινώντας από τον παράγοντα με τη μικρότερη μέση τιμή, σύμφωνα με τις μέσες τιμές, ήταν η εξής:

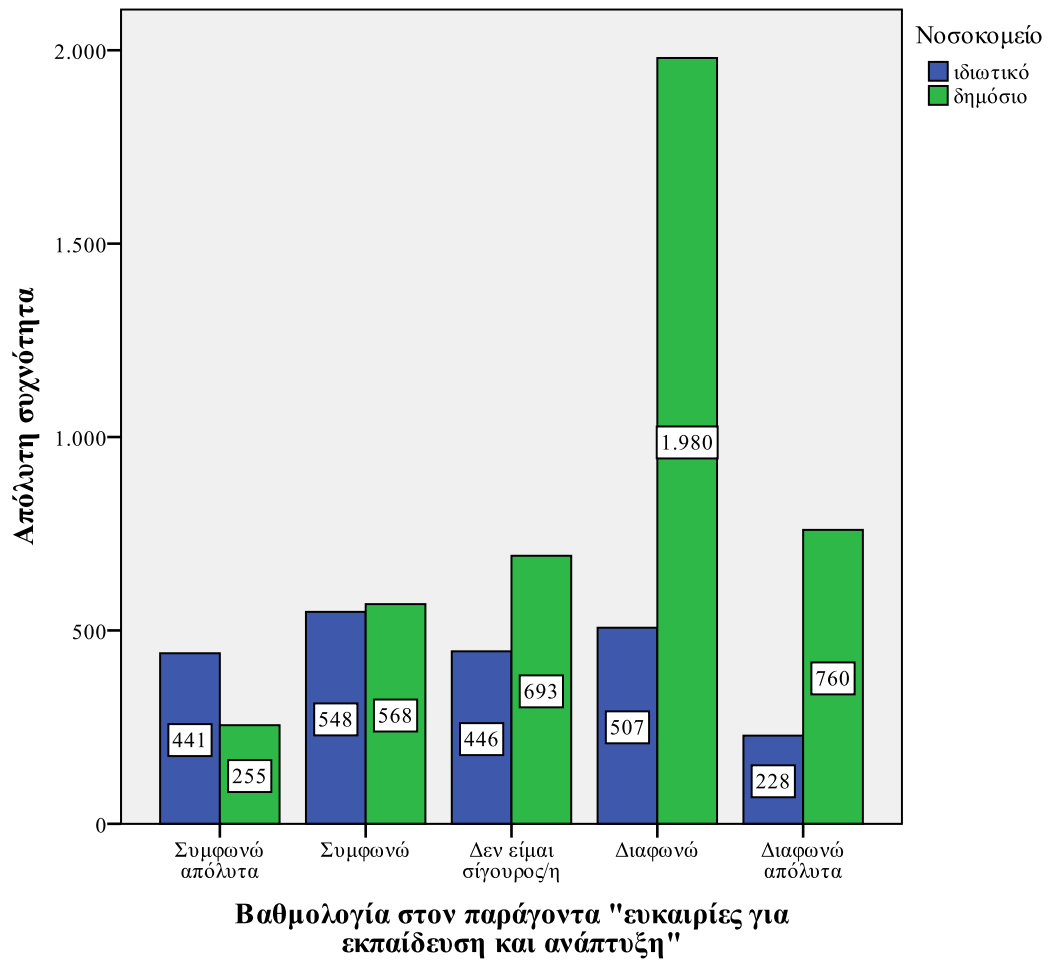
- Δίκαιη Επιβολή Ποινών
- Βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων
- Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη

Πίνακας 6.36. Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή των 3 παραγόντων του ερωτηματολογίου εκτίμησης του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.

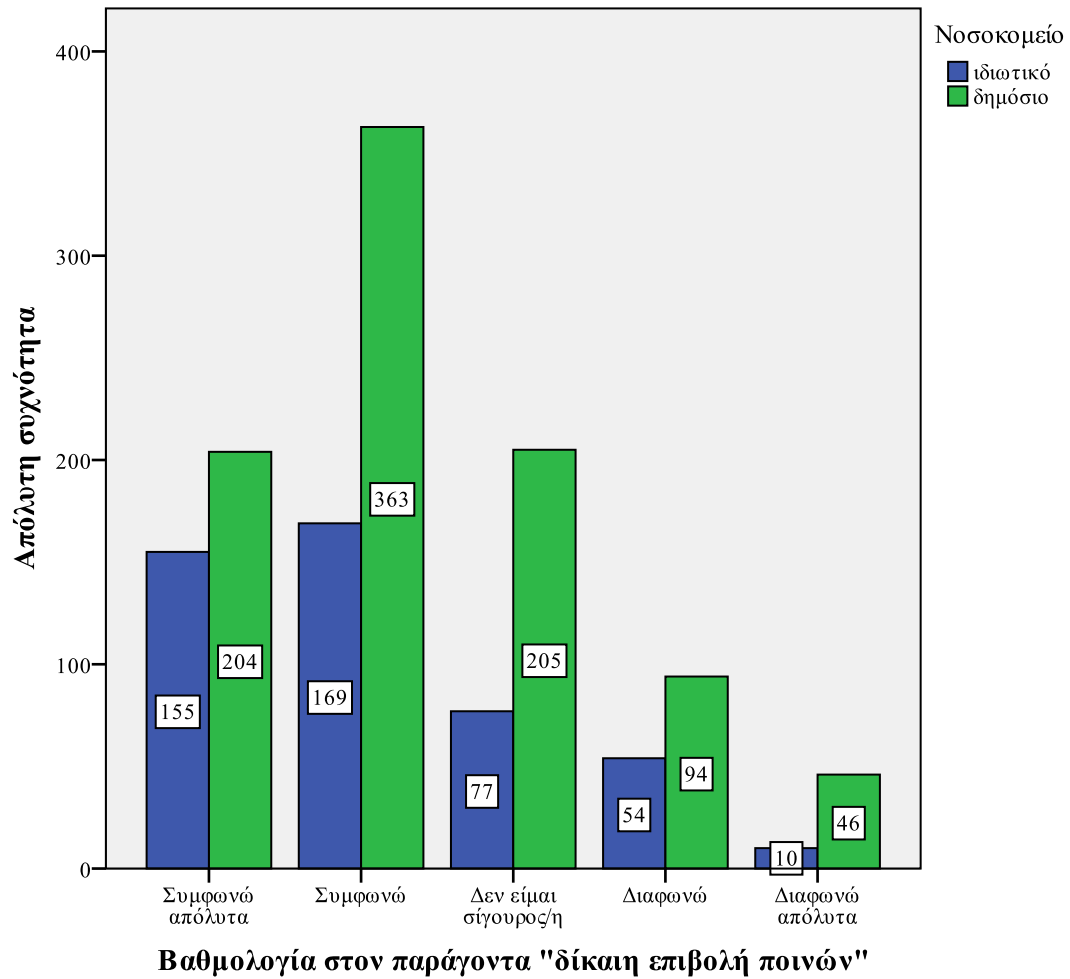
Παράγοντας	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Δίκαιη Επιβολή Ποινών	2,28	1,09	2	1	5
Βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων	2,73	1,21	3	1	5
Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη	3,30	1,23	4	1	5



Εικόνα 11. Ιστόγραμμα των αθροισμάτων των βαθμολογιών των επιμέρους στοιχείων στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων».



Εικόνα 12. Ιστόγραμμα των αθροισμάτων των βαθμολογιών των επιμέρους στοιχείων στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».



Εικόνα 13. Ιστόγραμμα των αθροισμάτων των βαθμολογιών των επιμέρους στοιχείων στον παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών».

6.5 Τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχετίσεων

Στην παρούσα υπο-ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχετίσεων που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση σχέσης μεταξύ δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού με καθέναν από τους τρεις παράγοντες

6.5.1 Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων»

Στους πίνακες 6.37 και 6.38 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων».

Πίνακας 6.37. Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων».

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,03^a
Άντρες	2,69 (1,21)	
Γυναίκες	2,75 (1,21)	
Ηλικία (έτη)	0,03 ^b	0,05
Νοσοκομείο εργασίας		<0,001^a
Δημόσιο	2,94 (1,21)	
Ιδιωτικό	2,30 (1,09)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		<0,001^γ
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας/μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. ΙΕΚ)	2,89 (1,21)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	2,61 (1,18)	
Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	2,85 (1,26)	

^a Έλεγχος t

^b Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

Πίνακας 6.38. Σχέσεις μεταξύ επαγγελματικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων».

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Έτη προϋπηρεσίας	0,15 ^a	<0,001
Θέση εργασίας των εργαζόμενων εκτός των ιατρών		<0,001 ^b
Προϊστάμενος/υπεύθυνος διεύθυνσης/τομέα/τμήματος	2,93 (1,25)	
Υπάλληλος	2,73 (1,18)	
Θέση εργασίας των ιατρών		<0,001 ^γ
Διευθυντής/συντονιστής τμήματος/εργαστηρίου	2,25 (1,17)	
διευθυντής ιατρικού		
Επιμελητής	2,49 (1,19)	
Ειδικευόμενος	3,05 (1,36)	
Σχέση εργασίας		<0,001 ^γ
Μόνιμος μισθωτός	2,94 (1,18)	
Ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου	2,33 (1,17)	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	2,45 (1,35)	
Εξωτερικός συνεργάτης σε μόνιμη βάση	2,22 (1,09)	
Υπηρεσία		<0,001 ^γ
Νοσηλευτική	2,63 (1,23)	
Ιατρική	2,52 (1,23)	
Διοικητική	3,08 (1,09)	
Τεχνική	3,01 (1,04)	

^a Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^b Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του νοσοκομείου εργασίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της υπηρεσίας, των ετών προϋπηρεσίας, της θέσης εργασίας και της σχέσης εργασίας και του παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων». Ειδικότερα, φάνηκε ότι οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες καθώς και οι εργαζόμενοι

στο ιδιωτικό σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση προς τον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων». Ομοίως, οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι εργαζόμενοι στην ιατρική υπηρεσία και οι έχοντες σχέση εργασίας αορίστου χρόνου σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση προς τον εν λόγω παράγοντα.

6.5.2 Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης

Εφαρμόζοντας τη διμεταβλητή ανάλυση, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του νοσοκομείου εργασίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της υπηρεσίας, των ετών προϋπηρεσίας, της θέσης εργασίας και της σχέσης εργασίας και του παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων». Για το λόγο αυτό, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων».

Πίνακας 6.39. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων».

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Γυναίκες σε σχέση με άντρες	0,29	0,21 έως 0,37	<0,001
Δημόσιο νοσοκομείο σε σχέση με ιδιωτικό	0,68	0,60 έως 0,76	<0,001
Έτη προϋπηρεσίας	0,04	0,03 έως 0,05	<0,001
Ηλικία	-0,03	-0,04 έως -0,02	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 6.39. προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία¹⁵ κατά 0,29 μονάδες στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» σε σχέση με τους άντρες ($p<0,001$).
- Οι εργαζόμενοι σε δημόσιο νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 0,68 μονάδες στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε ιδιωτικό νοσοκομείο ($p<0,001$).
- Αύξηση των ετών προϋπηρεσίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» ($p<0,001$).
- Μείωση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» ($p<0,001$).

Οι παραπάνω 4 μεταβλητές ερμηνεύουν το 11% της μεταβλητότητας του παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων».

¹⁵ Η υψηλότερη μέση βαθμολογία αντανάκλα λιγότερο υποστηρικτικό κλίμα κλινικής διακυβέρνησης

6.6. Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη»

Στους Πίνακες 6.40 και 6.41 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».

Πίνακας 6.40. Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		<0,001 ^α
Άντρες	3,18 (1,26)	
Γυναίκες	3,38 (1,21)	
Ηλικία (έτη)	0,10 ^β	<0,001
Νοσοκομείο εργασίας		<0,001 ^α
Δημόσιο	3,56 (1,10)	
Ιδιωτικό	2,78 (1,29)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		<0,001 ^γ
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας/μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. ΙΕΚ)	3,41 (1,18)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	3,26 (1,25)	
Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	3,29 (1,21)	

^αΈλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

Πίνακας 6.41. Σχέσεις μεταξύ επαγγελματικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Έτη προϋπηρεσίας	0,18 ^α	
Θέση εργασίας των εργαζόμενων εκτός των ιατρών		0,5 ^β
Προϊστάμενος/υπεύθυνος διεύθυνσης/τομέα/τμήματος	3,36 (1,27)	
Υπάλληλος	2,32 (1,20)	
Θέση εργασίας των ιατρών		0,002^γ
Διευθυντής/συντονιστής τμήματος/εργαστηρίου	3,04 (1,30)	
διευθυντής		
ιατρικού		
Επιμελητής	3,10 (1,27)	
Ειδικευόμενος	3,41 (1,36)	
Σχέση εργασίας		<0,001^γ
Μόνιμος μισθωτός	3,54 (1,08)	
Ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου	2,70 (1,32)	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	3,07 (1,47)	
Εξωτερικός συνεργάτης σε μόνιμη βάση	3,53 (1,22)	
Υπηρεσία		<0,001^γ
Νοσηλευτική	3,34 (1,28)	
Ιατρική	3,11 (1,28)	
Διοικητική	3,37 (1,08)	
Τεχνική	3,30 (0,99)	

^α Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του νοσοκομείου εργασίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της υπηρεσίας, των ετών προϋπηρεσίας, της θέσης εργασίας και της σχέσης εργασίας και του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». Ειδικότερα, φάνηκε ότι οι άνδρες σε

σχέση με τις γυναίκες καθώς και οι εργαζόμενοι στο ιδιωτικό σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση προς τον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». Ομοίως, οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι εργαζόμενοι στην ιατρική υπηρεσία και οι έχοντες σχέση εργασίας αορίστου χρόνου σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση προς τον εν λόγω παράγοντα.

6.6.2 Τα αποτελέσματα της Πολυμεταβλητής ανάλυσης

Εφαρμόζοντας τη διμεταβλητή ανάλυση, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του νοσοκομείου εργασίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της υπηρεσίας, των ετών προϋπηρεσίας, της θέσης εργασίας και της σχέσης εργασίας και του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».

Πίνακας 6.42 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Γυναίκες σε σχέση με άντρες	0,24	0,16 έως 0,32	<0,001
Δημόσιο νοσοκομείο σε σχέση με ιδιωτικό	0,77	0,69 έως 0,85	<0,001
Έτη προϋπηρεσίας	0,04	0,03 έως 0,05	<0,001
Ηλικία	-0,02	-0,03 έως -0,01	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 6.42 προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 0,24 μονάδες στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» σε σχέση με τους άντρες ($p < 0,001$).
- Οι εργαζόμενοι σε δημόσιο νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 0,77 μονάδες στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε ιδιωτικό νοσοκομείο ($p < 0,001$).
- Αύξηση των ετών προϋπηρεσίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» ($p < 0,001$).
- Μείωση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» ($p < 0,001$).

Οι παραπάνω 4 μεταβλητές ερμηνεύουν το 14% της μεταβλητότητας του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».

6.7 Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών»

Στους πίνακες 6.43 και 6.44 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών».

Πίνακας 6.43. Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών».

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,006^a
Άντρες	2,39 (1,14)	
Γυναίκες	2,22 (1,05)	
Ηλικία (έτη)	-0,07 ^β	0,02
Νοσοκομείο εργασίας		<0,001^a
Δημόσιο	2,36 (1,09)	
Ιδιωτικό	2,13 (1,07)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,2 ^γ
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας/μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. ΙΕΚ)	2,35 (1,17)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	2,22 (1,00)	
Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	2,36 (1,20)	

^a Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

Πίνακας 6.44. Σχέσεις μεταξύ επαγγελματικών χαρακτηριστικών και του παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών».

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Έτη προϋπηρεσίας	0,04 ^α	0,2
Θέση εργασίας των εργαζόμενων εκτός των ιατρών		0,2 ^β
Προϊστάμενος/υπεύθυνος διεύθυνσης/τομέα/τμήματος	2,14 (1,19)	
Υπάλληλος	2,28 (1,09)	
Θέση εργασίας των ιατρών		<0,001^γ
Διευθυντής/συντονιστής τμήματος/εργαστηρίου	διευθυντής ιατρικού 2,01 (0,95)	
Επιμελητής	2,37 (0,90)	
Ειδικεύομενος	2,98 (0,81)	
Σχέση εργασίας		<0,001^γ
Μόνιμος μισθωτός	2,28 (1,6)	
Ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου	2,10 (1,07)	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	3,21 (1,22)	
Εξωτερικός συνεργάτης σε μόνιμη βάση	2,58 (1,14)	
Υπηρεσία		0,4 ^γ
Νοσηλευτική	2,24 (1,14)	
Ιατρική	2,35 (0,96)	
Διοικητική	2,34 (1,05)	
Τεχνική	2,21 (1,06)	

^α Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του νοσοκομείου εργασίας, της θέσης εργασίας (των ιατρών) και της σχέσης εργασίας και του παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών». Ειδικότερα, φάνηκε ότι οι γυναίκες σε

σχέση με τους άνδρες καθώς και οι εργαζόμενοι στο ιδιωτικό σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο σημείωσαν χαμηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση προς τον παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών».

6.7.2 Τα αποτελέσματα της Πολυμεταβλητής ανάλυσης

Εφαρμόζοντας τη διμεταβλητή ανάλυση, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του νοσοκομείου εργασίας, της θέσης εργασίας και της σχέσης εργασίας και του παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών». Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών».

Πίνακας 6.45. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών».

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Άντρες σε σχέση με γυναίκες	0,34	0,19 έως 0,48	<0,001
Δημόσιο νοσοκομείο σε σχέση με ιδιωτικό	0,27	0,13 έως 0,41	<0,001
Ηλικία	-0,02	-0,03 έως -0,01	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 6.45. προκύπτουν τα εξής:

- Οι άντρες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 0,34 μονάδες στον παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών» σε σχέση με τις γυναίκες ($p < 0,001$). Αυτό σημαίνει οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού, ως προς την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης των λαθών, ως θετικότερο σε σχέση με τους άνδρες.

- Οι εργαζόμενοι σε δημόσιο νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 0,27 μονάδες στον παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε ιδιωτικό νοσοκομείο ($p < 0,001$). Συνεπώς, οι εργαζόμενοι στο ιδιωτικό νοσοκομείο αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού, ως προς την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης των λαθών, ως θετικότερο σε σχέση με τους εργαζόμενους στο δημόσιο.
- Τέλος, η μείωση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στον παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών» ($p < 0,001$). Άρα οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού, ως προς την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης των λαθών, ως θετικότερο σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους.

Οι παραπάνω τρεις μεταβλητές ερμηνεύουν το 6% της μεταβλητότητας του παράγοντα «Δίκαιη Επιβολή Ποινών».

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.1. Περιγραφική στατιστική

Από τα πρώτα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής διαπιστώθηκε ότι το κλίμα ΚΔ στα υπό μελέτη νοσοκομεία δεν ήταν υποστηρικτικό για την αποτελεσματική εφαρμογή της ΚΔ αφού η μέση τιμή του συνόλου (ΜΤΣ) των απαντήσεων έτεινε προς την αρνητική κατεύθυνση (ΜΤΣ: 2,98) υποδηλώνοντας από αμφιθυμία έως ελαφρώς αρνητική στάση. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με ανάλογες μελέτες στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί το ίδιο εργαλείο (Καρασσαβίδου, 2011, Burca et al., 2008, Williams et al., 2011, Gibson, 2013, Spurgeon et al., 2006, Κιπένης, 2007).

Κατά τη σύγκριση των απαντήσεων των εργαζόμενων του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας τους σχετικά με το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στην εργασία τους, παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στη νομική προσωπικότητα του νοσοκομείου και των απαντήσεων του μελετώμενου πληθυσμού στις διατυπώσεις του ερωτηματολογίου. Σχεδόν στο σύνολο των στοιχείων του ερωτηματολογίου, τα οποία εκφράζουν πτυχές του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης, οι εργαζόμενοι του δημόσιου νοσοκομείου αντιλαμβάνονται το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης αρνητικότερα σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ιδιωτικό νοσοκομείο.

7.2 Ανάλυση Παραγόντων και Συσχετίσεις

Όπως διεφάνη από την ανάλυση παραγόντων, οι εργαζόμενοι και των δύο Νοσοκομείων έχουν ελαφρώς θετική αντίληψη για τις πτυχές του κλίματος ΚΔ που αφορούν στους παράγοντες «Δίκαιη επιβολή ποινών» και «Βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» ενώ για τον παράγοντα «Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι έχουν ελαφρώς αρνητική αντίληψη.

Από την ανάλυση συσχετίσεων που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση σχέσης μεταξύ δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού με καθέναν από τους τρεις παράγοντες της ΚΔ προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του νοσοκομείου εργασίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της υπηρεσίας, των ετών προϋπηρεσίας, της θέσης εργασίας και της σχέσης εργασίας στους περισσότερους παράγοντες. Ειδικότερα, φάνηκε ότι οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες καθώς και οι εργαζόμενοι στο ιδιωτικό σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση προς τους τρεις παράγοντες. Ομοίως, οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι εργαζόμενοι στην Ιατρική Υπηρεσία και οι έχοντες σχέση εργασίας αορίστου χρόνου σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση προς τους παράγοντες «Βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» και «Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». Άλλες μελέτες στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί το ίδιο εργαλείο (Burca et al., 2008, Williams et al., 2011, Spurgeon et al., 2006) έχουν καταλήξει σε ανάλογα συμπεράσματα.

Για όσες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές βρέθηκαν -κατά τις διμεταβλητές αναλύσεις- ότι σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις εκάστοτε εξαρτημένες μεταβλητές (παράγοντες) πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση τα αποτελέσματα της οποίας συνοψίζονται στον Πίνακα 7.2.1:

Πίνακας 7.1: Ευρήματα Πολυμεταβλητής Γραμμικής Παλινδρόμησης

	Δίκαιη Επιβολή Ποινών	Βελτίωση της Ποιότητας και αποτελεσματική Διαχείριση των Κλινικών Κινδύνων	Ευκαιρίες για Εκπαίδευση και Ανάπτυξη
Κλίμα ΚΔ (ΜΤΣ)	Αμφιθυμία-ελαφρώς θετική τάση (2,28)	Αμφιθυμία-ελαφρώς αρνητική τάση (2,73)	Αμφιθυμία- αρνητικότερη τάση 3,30
Φύλο	Άνδρες μεγαλύτερη μέση βαθμολογία.*	Γυναίκες μεγαλύτερη μέση βαθμολογία.*	Γυναίκες μεγαλύτερη μέση βαθμολογία.*
Νομική Προσωπικότητα Νοσοκομείου	Εργαζόμενοι σε δημόσιο νοσοκομείο μεγαλύτερη μέση βαθμολογία.*	Εργαζόμενοι σε δημόσιο νοσοκομείο μεγαλύτερη μέση βαθμολογία.*	Εργαζόμενοι σε δημόσιο νοσοκομείο μεγαλύτερη μέση βαθμολογία.*
Ηλικία	Μείωση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας.*	Μείωση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας.*	Μείωση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας.*
Προϋπηρεσία	-	Αύξηση προϋπηρεσίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας.*	Αύξηση προϋπηρεσίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας.*

*p<0,001

Το κλίμα που σχετίζεται με τον παράγοντα «Δίκαιη επιβολή ποινών», ο οποίος αφορά κυρίως στην αποτελεσματική διαχείριση των λαθών, δεν είναι αρκετά υποστηρικτικό στα υπό μελέτη νοσοκομεία, αφού οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν αμφιθυμία έως ελαφρώς θετική στάση σε όλες τις διατυπώσεις του. Σε όμοια διεθνή μελέτη που διενεργήθηκε σε Ιρλανδικά νοσοκομεία (Burca et al., 2008) οι απαντήσεις των εργαζομένων στις διατυπώσεις του αντίστοιχου παράγοντα εκδήλωναν επίσης

αμφιθυμία έως ελαφρά θετική στάση. Στη μελέτη των Karassavidou et al. (2011) διαπιστώθηκε ουδέτερη έως αρνητική στάση των εργαζομένων για το κλίμα των νοσοκομείων ως προς την αντίδραση στα λάθη, εχθρική αντίληψη του περιβάλλοντος προς τους ίδιους όταν κάνουν λάθη και έλλειψη εμπιστοσύνης και καλής συνεργασίας με τους συναδέλφους. Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της Κάργα (2009) –της οποίας ωστόσο ο πληθυσμός μελέτης ήταν μόνο νοσηλευτές– σύμφωνα με την οποία η πλειονότητα των νοσηλευτών φαίνεται να αναγνωρίζει τα λάθη, να τα αναφέρει στον προϊστάμενο και στον ιατρό και να τα συζητά με συναδέλφους. Σε κάθε περίπτωση, είναι σαφής η ανάγκη ενίσχυσης της καλής συνεργασίας σε όλα τα επίπεδα, έτσι ώστε να βελτιωθεί περαιτέρω η απόδοση του νοσοκομείου στα θέματα της ασφάλειας. Το κλίμα ως προς τη διαχείριση των λαθών είναι ένα κρίσιμος τομέας στον οποίο οφείλουν να εστιάζουν οι διοικήσεις των ελληνικών νοσοκομείων. Αντίθετη περίπτωση ενέχει κίνδυνο συγκάλυψης λαθών, λόγω του φόβου τιμωρίας.

Από την ανάλυση συσχετίσεων προέκυψε ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού, ως προς την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης των λαθών, ως θετικότερο σε σχέση με τους άνδρες. Κατά την αναζήτησή μας δεν βρήκαμε παρόμοια συσχέτιση σε ελληνική ή διεθνή αντίστοιχη μελέτη. Το εύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές των γυναικών. Παρά την ισχυρή πολιτισμική επιρροή που ασκείται σε αυτά, κάποιες ιδιότητες όπως ευγένεια, ενσυναίσθηση, ευαισθησία, φροντίδα γλυκύτητα, συμπόνια, ανεκτικότητα και υποχωρητικότητα, σε γενικές γραμμές, αποτελούν συμπεριφορές που αποδίδονται στις γυναίκες. Η εξισορρόπηση των ρόλων που αναλαμβάνουν οι γυναίκες σημαίνει ότι πρέπει να ικανοποιήσουν παράλληλα την ανάγκη για προσωπικά επιτεύγματα με την ανάγκη για συναισθηματική ασφάλεια Witt, (2010).

Ως άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα των κοινωνικών κανόνων, αναπαραστάσεων, πρακτικών, πολιτικών και θεσμών διαιώνίζεται ο περιορισμός στην πρόσβαση των γυναικών σε πόρους και ευκαιρίες (Καντούρου και Λιάπη 2007). Υπάρχουν εμπόδια και καταλύτες (facilitators) στην επαγγελματική ανάπτυξη των γυναικών τα οποία διακρίνονται σε εσωτερικά και περιβαλλοντικά Betz (1994). Τα εσωτερικά εμπόδια περιλαμβάνουν: σύγκρουση ρόλων, ετεροκαθορισμένη αντίληψη του φύλου σε κοινωνικό επίπεδο, επικέντρωση στην οικογένεια, περιορισμένη κατανόηση του

κόσμου της εργασίας και ελλιπή προσανατολισμό από την πλευρά των γυναικών, κλπ (Hansen, 1974, Betz 1994). Τα εξωτερικά εμπόδια περιλαμβάνουν: έμφυλα στερεότυπα, επαγγελματικά στερεότυπα, κλπ. Η επαγγελματική πορεία των γυναικών χαρακτηρίζεται από παλινδρομήσεις, τεθλασμένες γραμμές, απότομες αλλαγές αντικειμένου κι αδιέξοδα, και μόνο μέσα από την οπτική του φύλου μπορούν να εξηγηθούν (Ιγγλέση, 1997). Η επαγγελματική πορεία των γυναικών συχνά παρουσιάζει διακοπές, λόγω προσανατολισμού σε άλλες προτεραιότητες που σχετίζονται με την οικογένεια. Κατά την απουσία τους από την εργασία, δημιουργούνται στις γυναίκες, συναισθήματα αποκλεισμού, απαξίωσης των γνώσεων και των επαγγελματικών δεξιοτήτων τους. Συνέπεια τούτου, μετά την επιστροφή τους εμφανίζουν κοινές συμπεριφορές ή και συναισθήματα, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, ή συστολή τα οποία δεν αποτελούν φυσικά χαρακτηριστικά τους αλλά οφείλονται κατά κύριο λόγο, στη μέχρι τώρα πορεία τους. Οι διαφορές ανάμεσα στη θέση των γυναικών και των ανδρών στην επίσημη αγορά εργασίας, οφείλονται ενδεχομένως και σε μια ιδεολογική αντίληψη του «δευτερεύοντος» ή βοηθητικού προσωπικού (Καντούρου και Λιάπη 2007). Τέλος, σύμφωνα με την Ιγγλέση (1990), παρουσιάζεται μια διπλή σύγκρουση στις γυναίκες. Η πρώτη είναι ενάντια στις κοινωνικές ανδροκρατικές δομές και η δεύτερη απέναντι στις εσωτερικές συγκρούσεις και αναστολές που εμποδίζουν τη χειραφέτησή τους. Χαρακτηριστικό είναι ότι σε σχετικά άρθρα οι γυναίκες κατατάσσονται στις «υπο-ομάδες» μαζί με τους έγχρωμους ανθρώπους “women and people of colour” (Κρίβας, 2006). Τα τελευταία χρόνια σχετικές μελέτες έχουν αναδείξει την ύπαρξη στερεοτύπων φύλου στην εκπαίδευση και την εργασία, τα οποία ενεργοποιούνται εύκολα και αυτόματα, και συχνά οδηγούν σε μεροληπτικές αποφάσεις" (Northouse, 2013).

Συνδυάζοντας τα παραπάνω με τα ευρήματα της έρευνας μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους οι γυναίκες είναι περισσότερο ευέλικτες και ευπροσάρμοστες σε μη κανονικές συνθήκες ρουτίνας, με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, γεγονός που γεννά μικρότερη αντίδραση απέναντι σε διαδικασίες ποινών και ως εκ τούτου αντιλαμβάνονται το κλίμα του οργανισμού ως προς τη δίκαιη επιβολή ποινών θετικότερα σε σχέση με τους άνδρες.

Όπως ήδη αναλύθηκε στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού ως προς τον παράγοντα *δίκαιη επιβολή ποινών* θετικότερα σε σχέση

με τους άνδρες. Ωστόσο, ευρέθη ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού ως προς τους παράγοντες *Ευκαιρίες για Εκπαίδευση και Ανάπτυξη* και *Βελτίωση της Ποιότητας και αποτελεσματική Διαχείριση των Κλινικών Κινδύνων* αρνητικότερα σε σχέση με τους άνδρες. Τούτο θα μπορούσε να αποδοθεί σε κάποιο βαθμό στο γεγονός ότι οι δύο τελευταίοι παράγοντες περιέχουν περισσότερο «δυναμικά» στοιχεία που αφορούν στο σχεδιασμό για την ανάπτυξη, ένα τομέα που οι γυναίκες γενικώς υποεκπροσωπούνται.

Οι γυναίκες συνθέτουν το 78% του εργατικού δυναμικού του κλάδου της υγείας στις ΗΠΑ και είναι οι μεγαλύτεροι καταναλωτές της υγειονομικής περίθαλψης (Kirchheimer, 2007). Ο κλάδος υγείας αντιμετωπίζει διεθνώς σοβαρές προκλήσεις που σχετίζονται με την πρόσβαση, την ποιότητα, τη συγκράτηση του κόστους και τις υποδομές (Baker & Korlan 2002). Η ανάγκη για αλλαγές και ισχυρή ηγεσία για να τις προωθήσει είναι ισχυρή και κοινώς αποδεκτή (Health Research and Educational Trust, 2006). Όλοι συμφωνούν ότι στους επαγγελματίες υγείας και στους διοικούντες των οργανισμών παροχής υπηρεσιών θα πρέπει να αντιπροσωπεύονται το φύλο, τη φυλετική, εθνική και πολιτιστική ποικιλομορφία των κοινοτήτων που εξυπηρετούν (Dreachslin, 2007). Παρόλο που τα τελευταία χρόνια, οι γυναίκες έχουν εισέλθει σε κάθε σχεδόν τομέα, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που παραδοσιακά κυριαρχούν οι άνδρες, οι γυναίκες εξακολουθούν να υποεκπροσωπούνται στις κορυφαίες ηγετικές θέσεις σε εισηγμένες στο χρηματιστήριο εταιρείες, την ακαδημαϊκή κοινότητα και την κυβέρνηση, καθώς επίσης και σε ιδιωτικούς και δημόσιους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας (Carnes & Bland, 2007). Ο αριθμός των γυναικών σε ηγετικές θέσεις έχει αυξηθεί, ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι ακόμα και σε Νοσοκομεία- Κέντρα Αριστείας Ανεπτυγμένων χωρών οι διακρίσεις φύλου παραμένουν (Dunham & Yhouse, 2007), παρόλο που έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες δεν υστερούν ως προς τις ηγετικές ικανότητες (Van Engen & Willemsen, 2004).

Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού, ως προς τον παράγοντα «*Δίκαιη Επιβολή Ποινών*», ως θετικότερο σε σχέση με τους νεώτερους εργαζόμενους. Το εύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί, στην ψυχική, συναισθηματική και ιδεολογική ανάπτυξη των ατόμων, η οποία αποτελεί

εξελισσόμενη διεργασία που συμπορεύεται με το πέρασμα της ηλικίας και την απόκτηση εμπειριών ανάπτυξης.

Οι εργαζόμενοι στο ιδιωτικό Νοσοκομείο αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού, ως προς την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης των λαθών, θετικότερα σε σχέση με τους εργαζόμενους στο δημόσιο. Κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση δεν βρέθηκε αντίστοιχη μελέτη που να περιλαμβάνει στο δείγμα της εργαζόμενους σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Στη μελέτη των Karassavidou et al., 2011 που διεξήχθη σε τρία Νοσοκομεία της Κεντρικής Μακεδονίας εκ των οποίων το ένα ήταν ειδικού καθεστώτος, βρέθηκε ότι η νομική προσωπικότητα του νοσοκομείου επηρεάζει θετικά το κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο ειδικού καθεστώτος αντιλαμβάνονταν το κλίμα του οργανισμού, ως προς την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης των λαθών, ως θετικότερο. Στα συμπεράσματά τους οι συγγραφείς, έγειραν ζητήματα όπως την προαγωγή της αποκέντρωσης των νοσοκομείων, αυτονομίας, ευελιξίας, υποδομής και δέσμευσης της ηγεσίας.

Στη σύγχρονη εποχή, ο ρόλος του κράτους μεταλλάσσεται και ο καθορισμός των ορίων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα καθίσταται πολύπλοκος. Η εισαγωγή σύγχρονων εργαλείων διοίκησης στο δημόσιο τομέα προκειμένου να αντιμετωπίσει προκλήσεις όπως την παγκοσμιοποίηση, τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, την καινοτομία και την επιβίωση έχει προκαλέσει μεταξύ άλλων και προβληματισμό ως προς την οριοθέτησή του με τον ιδιωτικό τομέα (Halachmi, 1995). Ωστόσο, υπάρχει σαφής διάκριση ως προς τη νομική προσωπικότητα των δύο κατηγοριών οργανισμών. Σύμφωνα με την αρχή της νομιμότητας της διοίκησης, οι δράσεις των δημόσιων οργανισμών επιτρέπονται μόνον όταν περιγράφονται σε ανάλογη νομοθεσία (Σπηλιωτόπουλος, 2002) με αποτέλεσμα τον περιορισμό των διοικητικών επιλογών σε αυτές που προβλέπονται από το νόμο. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί έχουν μεγαλύτερη ευελιξία με μοναδικό περιορισμό τη μη άσκηση παρανομίας. Η στοχοθεσία περιλαμβάνει συγκεκριμένους και μετρήσιμους στόχους οι οποίοι διευκολύνουν τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και τη μέτρηση της αποδοτικότητας. Οι δυνάμεις της αγοράς για ανάπτυξη προϊόντων και υπηρεσιών και η παραγωγή κέρδους από τον ιδιωτικό τομέα είναι ο καταλύτης για αλλαγή. Στον δημόσιο τομέα, η στοχοθεσία αποτελεί πολιτική πράξη που αποσκοπεί στην παραγωγή «δημόσιας αξίας», η

λειτουργία του γενικότερα αποτελεί την έκφραση της εκάστοτε πολιτικής βούλησης, και συχνά προκύπτουν ερμηνευτικά ζητήματα ως προς τους σκοπούς οι οποίοι ενίοτε είναι αντιφατικοί μεταξύ τους (Hartley and Skelcher, 2008; Μιχαλόπουλος, 2003).

Έχει παρατηρηθεί διαφορά στην αποτελεσματικότητα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα η οποία έχει συσχετισθεί με τη διάθεση των εργαζομένων για απόδοση (Buchanan 1974; Solomon 1986). Μελέτες της βιβλιογραφίας περί των στάσεων και των συμπεριφορών στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι σε γενικές γραμμές οι εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα έχουν λιγότερο θετική στάση και συμπεριφορές συγκριτικά με τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα. Η διαφορά αυτή αποδίδεται αφενός στις διαφορές του εσωτερικού περιβάλλοντος στους δύο τομείς, αφετέρου δε στη διαφοροποιημένη φύση των ασκούμενων πίεσεων του εξωτερικού περιβάλλοντος. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε εμπειρική έρευνα των (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 1993) με σκοπό την διερεύνηση και ερμηνεία διαφορών στην ικανοποίηση, οργανωσιακή αφοσίωση (organizational commitment) και στην παρακίνηση εργαζομένων σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς στην Ελλάδα. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 1.148 εργαζόμενοι σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Η βασική παρατήρηση της έρευνας ήταν ότι οι δημόσιοι οργανισμοί υστερούν σχεδόν σε όλες τις μεταβλητές που επιδρούν θετικά στη διάθεση των εργαζομένων για απόδοση και «πλεονεκτούν» στις μεταβλητές που επιδρούν αρνητικά στη διάθεση για απόδοση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτή η υστέρηση οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που διαμορφώνουν την παθολογία της διοίκησης ανθρώπινου παράγοντα στο δημόσιο τομέα, η οποία χαρακτηρίζεται από προβλήματα:

- Στο περιεχόμενο της εργασίας και ειδικότερα στην ποικιλία και σπουδαιότητα των καθηκόντων, αυτονομία εκτέλεσης, πληροφόρηση ως προς τα αποτελέσματα, σύγχυση και σύγκρουση ρόλων, πολιτικών και διαδικασιών
- Στη σύνδεση της προσπάθειας και της απόδοσης με τις αμοιβές
- Στο γενικότερο κλίμα στο δημόσιο τομέα που χαρακτηρίζεται από έλλειψη αναγνώρισης, ετεροπροσδιοριζόμενη αποτελεσματικότητα, κομματικοποίηση, αθέμιτη εξυπηρέτηση (ρουσφέτι), «άμιλλα προς τα κάτω»
- Στον τύπο ηγεσίας των άμεσων προϊσταμένων όλων των βαθμίδων ως προς τη λειτουργία των ανταμοιβών και του προσανατολισμού προς την επίτευξη των στόχων.

Σε μελέτη των Ιακωβίδου και συν (2008), με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αναζητήθηκαν μέσω σχετικού ερωτηματολογίου οι απόψεις ενός τυχαίου δείγματος αποτελούμενου από 120 μέλη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονταν σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Το 70% των εργαζόμενων σε ιδιωτικούς φορείς και το 55% των εργαζομένων σε δημόσιους φορείς θεωρεί καλή την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών. Ωστόσο, ένα μικρότερο ποσοστό εργαζόμενων στον ιδιωτικό τομέα (40%) σε σχέση με το 75% των εργαζόμενων στο δημόσιο τομέα αξιολογούν ως ανεπαρκείς τις παρεχόμενες προς τον πολίτη υπηρεσίες υγείας. Τέλος οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (60%) σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των εργαζόμενων στο δημόσιο τομέα (45%) ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα παρέχονται στη χώρα μας στο μέλλον θα είναι χειρότερες εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών.

Τα ευρήματα της μελέτης μας δείχνουν ότι το κλίμα στα υπό μελέτη νοσοκομεία βρέθηκε να είναι μην είναι υποστηρικτικό ως προς το δεύτερο παράγοντα «Βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων». Φαίνεται όμως, ότι ορισμένες πτυχές του κλίματος που αφορούν στην προδραστική (proactive) διαχείριση του κινδύνου είναι ελαφρώς θετικές, σε αντίθεση με τις πτυχές του κλίματος που αφορούν στη διαχείριση της ποιότητας και ιδιαίτερα εκείνων που αφορούν στην κινητοποίηση και την ίση μεταχείριση των εργαζομένων, προκειμένου να συμμετάσχουν σε πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τη μελέτη των Καρασσαβίδου και συν (2011). Σε αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη σε νοσοκομείο της Ιρλανδίας (Burca et al., 2008) οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα θέματα του αντίστοιχου παράγοντα, εκδήλωσαν: α) ισχυρότερη αρνητική στάση αναφορικάς με την παρουσία σχεδιασμού και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου πλαισίου βελτίωσης της ποιότητας (μέση τιμή: 3,34) και β) ομοίως με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ελάχιστα θετική στάση αναφορικάς με την προληπτική διαχείριση κινδύνων. Οι συγκεκριμένες πτυχές του κλίματος που διαπιστώθηκαν ως προβληματικές και ως εκ τούτου μπορεί να θεωρηθούν ως φραγμοί στην επιτυχημένη εφαρμογή της ΚΔ σχετίζονται με την

ανάγκη για: α) καλλιέργεια του αμοιβαίου σεβασμού για τη συμβολή του καθενός εργαζόμενου (διατύπώσεις 40, 55), ii) σαφή και αποτελεσματική επικοινωνία του κοινού οράματος για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (διατύπωση 39), iii) διασφάλιση προστατευμένου χρόνου για δράσεις που αφορούν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (διατύπωση 9), iv) τακτική αξιολόγηση των αναγκών για την ανάπτυξη (διατύπωση 49) και κινητοποίηση προσωπικού (διατυπώσεις 57,60). Αυτά είναι τα κρίσιμα σημεία στα οποία οι διοικούντες των ελληνικών νοσοκομείων θα πρέπει να επικεντρωθούν.

Οι αρχαιότεροι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται την πτυχή του κλίματος ΚΔ που σχετίζεται με τους παράγοντες «βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» και «Ευκαιρίες για Εκπαίδευση και Ανάπτυξη», πιο αρνητικά από ό, τι οι εργαζόμενοι με τα λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας. Η διαπίστωση αυτή θα μπορούσε να συνδεθεί με το χαμηλό επίπεδο κινητοποίησης του προσωπικού, το οποίο επιβαρύνει προοδευτικά τη στάση των εργαζομένων με την πάροδο του χρόνου. Το εύρημα αυτό φαίνεται αντιφατικό με την επόμενη διαπίστωση σύμφωνα με την οποία, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται την πτυχή του κλίματος ΚΔ που σχετίζεται με τους εν λόγω παράγοντες, θετικότερα σε σχέση με τους νεότερους. Δεδομένου ότι η κλίμακα ηλικίας του δείγματος ήταν από το 30 με 50 χρόνια και το εύρος των ετών προϋπηρεσίας ήταν από 4 έως 22 έτη, είναι δυνατό νεώτεροι εργαζόμενοι να έχουν, περισσότερα χρόνια εμπειρίας. Σε κάθε περίπτωση, η διαπίστωση αυτή είναι πιθανόν να οφείλεται στην ψυχο-συναισθηματική και ιδεολογική ανάπτυξη των ατόμων, η οποία είναι μια προοδευτική διαδικασία που εξελίσσεται με το πέρασμα της ηλικίας και την απόκτηση αναπτυξιακών εμπειριών.

Όσον αφορά στον τρίτο παράγοντα «Ευκαιρίες για Εκπαίδευση και Ανάπτυξη» (ΕΕΑ) διαπιστώνουμε ότι το κλίμα που σχετιζόταν με τον εν λόγω παράγοντα δεν ήταν υποστηρικτικό στα υπό μελέτη Νοσοκομεία. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών (Karassavidou et al., 2011, Burca et al., 2008) Πτυχές του οργανωσιακού κλίματος που μπορεί να θεωρηθούν ως προβληματικές και ως εκ τούτου παρεμποδίζουν την εφαρμογή της ΚΔ σχετίζονται κυρίως με το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό για τον εγκαινιασμό αλλαγών που σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας. Αυτά ειδικότερα αφορούν σε i) Προβλήματα στην

υλοποίηση που σχετίζονται με την ανεπαρκή υποστήριξη των αλλαγών, ισχυρές πιέσεις φόρτου εργασίας, ανεπαρκή εκπαίδευση, αποπροσανατολισμός των συστημάτων αξιολόγησης (διατύπώσεις 29, 50, 24, 28, 17), ii) Ασαφή και μη αποτελεσματική επικοινωνία ενός κοινού οράματος και των στόχων της παροχής (διατύπωση 33), iv) και τα κίνητρα (διατύπωση 59). Αυτά είναι τα κρίσιμα σημεία στα οποία οι διοικούντες των ελληνικών νοσοκομείων θα πρέπει να επικεντρωθούν. Ειδικότερα, απουσία κατάρτισης στην αναζήτηση για στοιχεία της έρευνας, η έλλειψη σαφήνειας στο οράματος και τους του οργανισμού, η παρουσία «ενοχικής κουλτούρας» και η ανεπαρκής υποστήριξη των απαραίτητων αλλαγών για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών γίνονται αντιληπτά αρνητικότερα από τους νοσηλευτές σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό.

Ο συγκεκριμένος παράγοντας περιλαμβάνει μεταβλητές με έμφαση στις οργανωσιακές ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη των εργαζομένων. Οι μεταβλητές αυτές αντανακλούν την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη στρατηγική του οργανισμού για τον προσανατολισμό του προσωπικού προς τη βελτίωση της ποιότητας. Η διεργασία αυτή λαμβάνει χώρα παράλληλα με την προσωπική επαγγελματική ανάπτυξη του καθενός, η οποία υποβοηθά και τη συνολική ανάπτυξη του οργανισμού. Η παρουσία των ευκαιριών για μάθηση, και η επακόλουθη αξιολόγηση, αποτελούν βασικά στοιχεία για την εισαγωγή ενός αποτελεσματικού πλαισίου της ΚΔ (Moran, 2003).

Τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν διεθνώς την πρόκληση για τη βελτίωση της ποιότητας η οποία είναι παράλληλη με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων. Η χρήση αξιόπιστων ερευνητικών δεδομένων για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων είναι ουσιώδης για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τα διοικητικά στελέχη και τους φορείς χάραξης πολιτικής. Τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται αδυναμία στην αποτελεσματική αξιοποίηση των ερευνητικών δεδομένων στην καθημερινή πράξη (Straus et al., 2009). Αυτή η αδυναμία, οδηγεί σε ανεπάρκεια και κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η απλή ενημέρωση για τα επίκαιρα δεδομένα είναι απαραίτητη, αλλά δεν αρκεί. Η αναζήτηση λύσεων για το ζήτημα αυτό έχει μετατοπίσει τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον σε μια νέα έννοια, τη μετάφραση της γνώσης (Knowledge Translation), η οποία στοχεύει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της γνώσης και βέλτιστων

πρακτικών Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για τον ορισμό ΚΤ, οι οποίες στο σύνολό τους αντανακλούν μια ουσιαστική αξιοποίηση της γνώσης και όχι μια απλή διάδοση της.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι ο σχεδιασμός για την ασφάλεια των ασθενών, κεντρικό ζήτημα της ΚΔ- απαιτείται να ενισχυθεί. Η ασφάλεια των ασθενών φαίνεται να είναι ένας τομέας που απαιτεί άμεση δράση από όλους τους εμπλεκόμενους στον τομέα της υγείας. Οι προσπάθειες στο ελληνικό τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας είναι αποσπασματικές. Σε γενικές γραμμές υπάρχει υστέρηση, τόσο στο επίπεδο της εφαρμογής, όσο και στο επίπεδο της ερευνητικής δραστηριότητας, και για το λόγο αυτό απαιτείται η ανάληψη επείγουσών διορθωτικών δράσεων.

Το πρώτο βήμα για τη δημιουργία κουλτούρα ασφαλείας είναι η καθιέρωση «κουλτούρας δικαίου». Σε ένα κατασταλτικό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από την τιμωρία, και την επιβολή κυρώσεων και ποινών, οι εργαζόμενοι είναι απρόθυμοι να αναφέρουν λάθη και παραλήψεις. Αντίθετα, ένα περιβάλλον πλήρως αποενοχοποιημένο είναι ανεπιθύμητο διότι κάποιες από τις ανασφαλείς πρακτικές επιβάλλεται να τιμωρηθούν. Στο σημείο αυτό, ο ρόλος της ηγεσίας είναι κρίσιμος γιατί πρέπει να εξισορροπήσει ανάμεσα στη συστημική προσέγγιση που εστιάζει στην οργανωσιακή μάθηση και στην αναγκαιότητα τήρησης της ατομικής υπευθυνότητας και πειθαρχίας (Sammer et al., 2010; Onretveit, 2009). Οι ηγέτες θα πρέπει να καθιστούν τους εργαζόμενους υπόλογους για την ασφάλεια, διασφαλίζοντάς τους παράλληλα ότι δεν θα κατηγορηθούν για τις αποτυχίες του συστήματος που δεν είναι οι ίδιοι σε θέση να ελέγξουν (Frankel et al., 2006).

Η δημιουργία «κουλτούρας αναφοράς» είναι το δεύτερο βήμα. Η κουλτούρα δικαίου ενθαρρύνει την αναφορά των λαθών και παραλήψεων. Σε αυτό το εγχείρημα παρουσιάζονται σημαντικοί ψυχολογικοί φραγμοί οι οποίοι μπορεί να είναι ανθεκτικοί και να παραμένουν. Η αναφορά μπορεί να δημιουργήσει στους εργαζόμενους την ανασφάλεια ότι οι αποδείξεις των λαθών παραμένουν και μπορεί να χρησιμοποιηθούν εις βάρος τους στο μέλλον, ή να προκαλέσουν ανεπιθύμητες διαρθρωτικές αλλαγές, συνεπώς η όλη διαδικασία αναφοράς ενδεχομένως να απαιτεί περισσότερο χρόνο, προσπάθεια και ρίσκο σε σχέση με το όφελος. Στρατηγικές για

την αντιμετώπιση αυτών των φραγμών περιλαμβάνουν τη θεσμοθέτηση της εμπιστευτικότητας των αναφορών λαθών, χορήγηση μερικής αποζημίωσης έναντι της πειθαρχικής διαδικασίας, διαχωρισμός στη συλλογή των αναφορών και στην ανάλυση των λειτουργιών και έγκαιρη παροχή ανατροφοδότησης σε ολόκληρο τον οργανισμό (Reason and Hobbs, 2003). Τέλος η μελέτη των παρ' ολίγον λαθών, λαθών δηλαδή που συνέβησαν αλλά τελικά «αναχαιτίστηκαν» είτε τυχαία, είτε λόγω έγκαιρης παρέμβασης (WHO, 2005) αποτελεί μια εφικτή λύση για την αναζήτηση των πραγματικών αιτιών χωρίς να υπάρχει ο φόβος της απόδοσης ευθυνών και των δικαστικών διεκδικήσεων.

Ο ρόλος της ηγεσίας είναι κεντρικός για τη δημιουργία κουλτούρας που διακρίνεται για τη διαφάνεια, επικοινωνία και αμοιβαίο σεβασμό. Η αποτελεσματική ηγεσία οφείλει να καθιστά σαφείς, ξεκάθαρες προσδοκίες για τη συμπεριφορά των εργαζομένων και να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις των επί μέρους συνθηκών. Όπως τονίζουν οι Sammer et al., (2010), οι ηγέτες οφείλουν να διακρίνουν τις σχέσεις μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας, του ταχέως μεταβαλλόμενου εργατικού δυναμικού, και της οικονομικής και ποιοτικής επιτυχίας. Οι ηγέτες που καλλιεργούν την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, ενσωματώνοντας απλούς κανόνες και συμπεριφορές είναι σε θέση να βελτιώνουν τις στάσεις των εργαζομένων έναντι της ομαδικότητας και του κλίματος ασφάλειας, ενισχύοντας παράλληλα την ικανοποίηση των υφιστάμενών τους.

Συμπληρωματικά με τα παραπάνω, οι οργανισμοί πρέπει να αναπτύξουν μαθησιακή κουλτούρα ώστε να αποκτήσουν «μνήμη» από την οποία πηγάζουν οι ικανότητες για αποκάλυψη και παρακολούθηση των κινδύνων (Reason and Hobbs, 2003).

Πολύ σημαντική είναι η διαδικασία μάθησης από τους συναδέλφους, η οποία επιτελείται σε μεγάλο βαθμό με την οριζόντια και κάθετη ανταλλαγή ιδεών τόσο εσωτερικά του οργανισμού όσο και μεταξύ των εποπτευόμενων δομών και του Υπουργείου Υγείας. Ως εκ τούτου, ο σχεδιασμός για την εφαρμογή ΚΔ δίνει προτεραιότητα στην ενδυνάμωση του προσωπικού, στην διασφάλιση της καταλληλότητας από πλευράς υποδομής και οργάνωσης του περιβάλλοντος εργασίας, και στην εκπαίδευση του προσωπικού σε απλά εργαλεία για την ανάλυση των ανεπιθύμητων συμβάντων.

7.3 Επίλογος

Η εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας οφείλει να περιλαμβάνει στο σχεδιασμό της συγκεκριμένες δράσεις οι οποίες να αφορούν σε τακτικές διαγνωστικές εκτιμήσεις του κλίματος ασφάλειας με τη χρήση ειδικών εργαλείων βάσει εξατομικευμένων σχεδίων για τη διαχείριση των κλινικών κινδύνων. Οι εκτιμήσεις αυτές θα προσανατολίζουν αρχικά και θα αξιολογούν στη συνέχεια, την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών για την ασφάλεια των ασθενών παρέχοντας παράλληλα τη δυνατότητα για συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) των νοσοκομείων. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα που αφορούν στην ποιότητα των υπηρεσιών είναι απαραίτητες, δεδομένου ότι αποτελούν τους κύριους και άμεσους παρόχους φροντίδας. Η αρχική αξιολόγηση και τακτική επανεκτίμηση του κλίματος ΚΔ παράγει συμπεράσματα τα οποία αν αξιοποιηθούν σωστά, μπορούν να σηματοδοτήσουν την αρχή και να στηρίζουν την προσπάθεια της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ιδιαίτερη έμφαση επιβάλλεται να δοθεί στους Νοσηλευτές –ως κρίσιμη υποομάδα των παρόχων υπηρεσιών υγείας- με την ανάπτυξη και ενίσχυση των στρατηγικών επικοινωνίας του οράματος και των στόχων του οργανισμού, καλλιέργειας κουλτούρας δικαίου και αναφοράς, εκπαίδευσης στην αναζήτηση για ερευνητικά δεδομένα. Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με θετικές πρακτικές της ηγεσίας που ενθαρρύνουν την εμπιστοσύνη και ανοιχτή επικοινωνία των γνώσεων και εμπειριών μεταξύ των εργαζομένων. Με τον τρόπο αυτό, οι οργανισμοί αναπτύσσουν κουλτούρα μάθησης και μέσω αυτής «μνήμη», η οποία θα υποστηρίζει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Reason & Hobbs, 2003).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Από την Αγγελική Δρελιώζη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ) αποτελεί μια συστηματική προσέγγιση στη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας. Τις τελευταίες δεκαετίες οι δημόσιες υπηρεσίες εναρμονίζονται σταδιακά με τη «νέα φιλοσοφία του δημόσιου μανάτζμεντ», η οποία εστιάζει στη βελτίωση της αποδοτικότητας, την ικανοποίηση των πελατών και γενικότερα στην αποτελεσματικότερη διαχείριση. Προς την κατεύθυνση αυτή, έχει ανανεωθεί και το ενδιαφέρον για το ρόλο των άυλων πόρων ως κινητήριων δυνάμεων για τις εξαιρετικές επιδόσεις των οργανισμών. Οι δομικές αλλαγές που υφίστανται τα συστήματα υγείας συχνά δεν επιφέρουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων. Ως θεραπεία στο πρόβλημα αυτό κρίνεται απαραίτητος ο μετασχηματισμός της κρατούσας κουλτούρας παράλληλα με τις προωθούμενες κάθε φορά δομικές αλλαγές ώστε να επιτευχθεί και η προσδοκώμενη βελτίωση της ποιότητας και απόδοσης. Το οργανωσιακό κλίμα είναι ένας όρος που συχνά επιλέγεται εναλλακτικά της οργανωσιακής κουλτούρας, αποτελεί την ποσοτικά προσδιορισμένη έκφραση της κουλτούρας ενός οργανισμού και έχει θεωρηθεί ως προγνωστικός παράγοντας για τις άριστες επιδόσεις του οργανισμού.

Σκοπός: Ο προσδιορισμός των γνωρισμάτων της κλινικής διακυβέρνησης τα οποία έχουν ενσωματωθεί στο υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα των νοσοκομείων καθώς και

η σύγκριση μεταξύ του υφιστάμενου οργανωσιακού κλίματος -ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης - σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική συγχρονική μελέτη. Χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Κλίματος Κλινικής Διακυβέρνησης (CGCQ), για τη χρήση του οποίου είχε εξασφαλιστεί η σχετική άδεια. Η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει περισσότερο υποστηρικτικό κλίμα κλινικής διακυβέρνησης. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας (n=459) που εργάζονταν σε ένα Δημόσιο και ένα Ιδιωτικό νοσοκομείο της Αττικής και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 72%. Η συλλογή των στοιχείων της μελέτης πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο έως τον Αύγουστο του 2012. Η ανάλυση των απαντήσεων των εργαζομένων, αρχικά, πραγματοποιήθηκε με την περιγραφική στατιστική. Ο βαθμός συμφωνίας των εργαζομένων με κάθε μία διατύπωση παρουσιάζεται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Προκειμένου από το σύνολο των 60 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου να προσδιοριστούν οι κύριοι παράγοντες που διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό το κλίμα της κλινικής διακυβέρνησης στα υπό μελέτη νοσοκομεία, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση παραγόντων (Factor Analysis), κατά την οποία εφαρμόστηκε η ορθογώνια περιστροφή (varimax rotation). Στην περίπτωση αυτή, οι φορτίσεις (loadings) των στοιχείων του ερωτηματολογίου που ήταν $>0,30$ θεωρήθηκαν ως αποδεκτές, καθώς επίσης και οι ιδιοτιμές (eigenvalues) των κλιμάκων που ήταν >1 . Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ των παραγόντων με καθένα από τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές αναλύσεις. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν πολυμεταβλητές γραμμικές παλινδρομήσεις περιλαμβάνοντας στο μοντέλο, όσες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές βρέθηκαν κατά τις διμεταβλητές αναλύσεις ότι σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις εξαρτημένες που είναι οι προκύψαντες παράγοντες. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα: το κλίμα ΚΔ στα υπό μελέτη νοσοκομεία δεν ήταν υποστηρικτικό για την αποτελεσματική εφαρμογή της αφού η μέση τιμή του συνόλου (ΜΤΣ) των απαντήσεων έτεινε προς την αρνητική κατεύθυνση (ΜΤΣ: 2,98) υποδηλώνοντας από αμφιθυμία, έως ελαφρώς αρνητική στάση. Σχεδόν στο σύνολο των στοιχείων του

ερωτηματολογίου, οι εργαζόμενοι του δημόσιου Νοσοκομείου αντιλαμβάνονται το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης ως πιο αρνητικό σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ιδιωτικό Νοσοκομείο. Οι προκύψαντες από την σχετική ανάλυση παράγοντες «Δίκαιη επιβολή ποινών» (Π.1) και «Βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» (Π.2), σημείωσαν μια ελαφρώς θετική τάση στις μέσες τιμές τους οι οποίες ήταν 2,73 και 2,28 αντίστοιχα ενώ ο παράγοντας «Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» σημείωσε ελαφρώς αρνητική τάση (ΜΤ: 3,30). Από την ανάλυση συσχετίσεων προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του νοσοκομείου εργασίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της υπηρεσίας, των ετών προϋπηρεσίας, της θέσης εργασίας και της σχέσης εργασίας και των τριών παραγόντων. Ειδικότερα, φάνηκε ότι οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες καθώς και οι εργαζόμενοι στο ιδιωτικό σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο σημείωσαν χαμηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση προς τους τρεις παράγοντες. Ομοίως, οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι εργαζόμενοι στην ιατρική υπηρεσία και οι έχοντες σχέση εργασίας αορίστου χρόνου σημείωσαν χαμηλότερες μέσες τιμές οι οποίες αντανακλούν θετικότερη στάση. Από την πολυμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι οι άντρες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 0,34 μονάδες στον παράγοντα «Δίκαιη επιβολή ποινών» σε σχέση με τις γυναίκες ($p < 0,001$), ενώ οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 0,24 και 0,29 και μονάδες στους παράγοντες «Βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματική διαχείριση των κλινικών κινδύνων» και «Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» αντίστοιχα ($p < 0,001$). Οι εργαζόμενοι σε δημόσιο νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά (0,27 έως 0,77) μονάδες και στους τρεις παράγοντες σε σχέση με τους εργαζόμενους σε ιδιωτικό νοσοκομείο ($p < 0,001$). Τέλος, η μείωση της ηλικίας και αύξηση της προϋπηρεσίας, σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας και στους τρεις παράγοντες ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Προέκυψε ότι οι απόψεις των εργαζομένων για το υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα του φορέα τους ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης διαφοροποιούνται ανάλογα με τη νομική προσωπικότητα του νοσοκομείου, το φύλο και την ηλικία των εργαζομένων. Η εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας οφείλει να περιλαμβάνει στο σχεδιασμό της συγκεκριμένες δράσεις οι οποίες να αφορούν σε τακτικές διαγνωστικές εκτιμήσεις του κλίματος ΚΔ με τη χρήση ειδικών εργαλείων βάσει εξατομικευμένων σχεδίων για την εφαρμογή της ΚΔ. Οι εκτιμήσεις αυτές θα προσανατολίζουν αρχικά και θα αξιολογούν στη συνέχεια, την

εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών για την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας παρέχοντας παράλληλα τη δυνατότητα για συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) των νοσοκομείων. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητες, δεδομένου ότι αποτελούν τους κύριους και άμεσους παράγοντες της παρεχόμενης φροντίδας. Η αξιολόγηση του κλίματος ΚΔ παράγει συμπεράσματα τα οποία αν αξιοποιηθούν σωστά, μπορούν να σηματοδοτήσουν την αρχή και να στηρίξουν την προσπάθεια της συνεχούς βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: κλινική διακυβέρνηση, ποιότητα, οργανωσιακή κουλτούρα, οργανωσιακό κλίμα, κουλτούρα ασφάλειας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού.

UNIVERSITY OF PELOPONNESE
FACULTY OF HUMAN MOVEMENT AND QUALITY OF LIFE SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING

**CLINICAL GOVERNANCE AND HEALTH SERVICES MANAGEMENT:
ASSESSING CLINICAL GOVERNANCE'S CLIMATE
IN A PRIVATE AND A PUBLIC HOSPITAL**

by Angeliki P. Dreliozi

ABSTRACT

Introduction: Clinical Governance (CG) is a systematic approach ensuring and improving quality and safety in health services. The last decades, public services gradually are getting aligned with the "new philosophy of public management", which focuses on improving efficiency, customer satisfaction and more effective management in general. Towards this direction, the interest in the role of intangible resources as driving forces for the excellent performance of organizations has been renewed. Health systems often undergo structural changes which do not always bring the desired results in improving quality and efficiency. The diagnosis and transformation of the prevailing culture alongside the engagement of the desired changes is considered as the remedy to the problem of unsuccessful changes. Organizational climate is an alternative to organizational culture term, a quantified aspect of the organizational and it is also considered as a prognostic factor for the excellent performance of organizations.

Aim: The present study aims to map the existing organizational climate-in terms of clinical governance- in the hospital sector in Greece. In particular it aims to compare clinical governance climate in a public and a private hospital.

Methodology: It is a cross-sectional study using factor and correlation analysis, conducted for all categories of employees working in a public and a private hospital. The Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) was used with a sample size of 459 employees. The response rate was 72%. The collection of survey data held

within a period of four months (May 2012 to August 2012). The analysis of the participants' responses initially was carried out using descriptive statistics. The degree of participants' agreement with each statement under the factor of our study presented as mean (standard deviation), minimum value and maximum value. The lowest mean price reflects more supportive climate. In order to identify the main factors which influences the climate of clinical governance in the hospitals under study, Factor Analysis (FA) was conducted. Varimax rotation was applied and the loadings of the questionnaire data were > 0.30 considered as acceptable, as well as the eigenvalues of the scales which was > 1 . In order to investigate the presence of relations between the factors of our study with each of the demographic and job characteristics of participants bivariate analyses were performed. Furthermore, multivariate linear regression was carried out including in the model, many of the independent variables found in the bivariate analyses that correlated significantly with the dependent variables (the factors). The two-tailed significance level was set equal to 0.05. Data analysis was performed with the SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Results: CG's Climate was not supportive to effective CG implementation to the Hospitals of our study, since the overall mean of employees' answers tended to the negative side (Av.M.: 2,98) which means ambiguity to slightly negative attitude. Almost all the items of the questionnaire were scored lower by private hospital's employees. Factor analysis revealed three factors. While factors «Climate of blame and Punishment» (II.1) and "A planned and integrated QI programme and proactive risk management" (II.2), demonstrated a slightly positive trend (Means: 2.73 and 2.28 respectively) the factor "Training and development opportunities" showed a slightly negative trend (Mean: 3,30). Correlation analysis revealed statistically significant relationships between gender, age, hospital, educational level, years of employment, the post held and the type of employment of all three factors. In particular, it seemed that men compared to women and Private hospital's compared to Public hospital's employees showed lower average prices which reflect a more positive attitude towards the three factors. Also, University graduates and Medical Doctors, showed lower average prices which reflect a more positive attitude towards the three factors. Multivariate analysis showed that men had a higher mean score of 0.34 points in factor " Climate of blame and Punishment " compared to women ($p < 0,001$), while women had a higher mean score of 0.24 and 0.29 and points to the factors "A planned

and integrated QI programme and proactive risk management” and “Training and development opportunities”, respectively ($p < 0,001$). Public hospital’s employees had higher mean scores by (0.27 to 0.77) units in all three factors in relation to in a Private hospital’s employees ($p < 0,001$). Finally, the reduction of the age and the increase in working experience associated with increases of the score of all factors ($p < 0,001$).

Conclusion: Employees’ perceptions of the existing organizational climate in terms of CG vary depending on the legal personality of the hospital, gender, age and working experience of the workers. Health policy should strengthen their planning for CG’s implementation, by performance of regular diagnostic assessments of CG’ climate using valid and reliable tools. These estimates will initially orient and regularly evaluate the implementation of specific strategies to improve quality of care. The views of health professionals are essential, as they are the main and direct factors of care provision. The assessment of climate CCT produces conclusions which if exploited properly, can mark the beginning and support the effort of continuous improvement of patient safety.

Keywords: clinical governance, quality, organizational culture, organizational climate, safety culture, continuing education, human resources development.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aarons, G.A., Hurlburt, M. & McCue Horwitz., S., (2010) «Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors», *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. Published online: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10488-010-0327-7/fulltext.html> (προσπελάστηκε στις 19-3-2012)

American Medical Association (2010), *Physician Recognition Award*, AMA. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/education-careers/continuing-medical-education/physicians-recognition-award-credit-system/full-text-booklet> . Προσπελάστηκε στις 21-03-2012.

Anderson, N.R. & West, M.A. (1998), "The team climate inventory: Development of the TCI and its applications in teambuilding for innovativeness", *European Journal of Work and Organizational Behavior*, 19, 235-258.

Appelbaum, S.H. (1984), "The organizational climate audit or how healthy is your hospital?", *American College of Hospital Administrators Journal*, Vol. 29 No.1, pp. 51-70.

Archie, B.C. (2004) "Managing ethically with global stakeholders: A present and future challenge", *Academy of Management Executive*, Vol. 18, No. 2, pp. 114-120.

Argadona, A. (2003), "Fostering Values in Organizations", *Journal of Business Ethics*, Vol. 45, pp. 15-28.

Argyris, C. (1958), "Some problems in conceptualizing organisational climate. A case study of a bank", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 2, pp. 501-520.

Arnetz, B.B. (1997), "Physicians' view of their work environment and organization", *Psychother Psychosom*, 66:155-162.

Arnetz, B.B. (1999), "Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care", *Int J Qual Health Care*, 11:345-351.

Ashforth, B.E. (1985), "Climate formation: Issues and extensions", *Academy of Management Review*, 4, 837-847.

Australian Council for Safety and Quality in Health Care, (2008), *National open disclosure standard*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. [http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/3d5f114646cef93dca2571d5000bfeb7/\\$file/opensdiscfact.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/3d5f114646cef93dca2571d5000bfeb7/$file/opensdiscfact.pdf). Προσπελάστηκε στις 17-05-2011

Australian Council for Safety and Quality in Health Care, (2004), *Standard for credentialing and defining the scope of clinical practice*, Australian Council for Safety and Quality in Health Care, Canberra, ACT.

Australian Council on Healthcare Standards, (2006). *The ACHS EQUIP 4 guide : EQUIP 4*. Australian Council on Healthcare Standards, Sydney.

Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005), *Complaints management handbook for health care services*. www.safetyandquality.org/internet/safety/publishing.nsf/Content/complaints-management-handbook Προσπελάστηκε στις 11-05-2011

- Avallone, I. Gibbon, B. (1998), "Nurses' perceptions of their work environment in a Nursing Development", *Unit.J Adv Nurs*, 27:1193-1201.
- Bacal, R. (1999), Performance management. McGraw-Hill. New York.
- Bahcecik, N. & Oztürk, H. (2003), The Hospital Ethical Climate Survey in Turkey, *JONA's Healthcare Law Ethics & Regulation*, 5:94-99.
- Baker, E. L. & Koplan, J. P. (2002), "Strengthening the Nation's Public Health Infrastructure: Historic Challenge, Unprecedented Opportunity", *Health Affairs*, 21, 15-27.
- Barker, R. (1994), "Relative utility of culture and climate analysis to an organizational change agent: an analysis of general dynamics, electronic division", *International Journal of Organizational Analysis*, Vol. 2 , No.1, pp. 68 -87
- Bartholomew, D.J., Steele, F., Moustaki, I. & Galbraith, J.I. (2002), *The Analysis and Interpretation of Multivariate Data for Social Scientists*. Boca Raton, Chapman & Hall, Florida.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2012) *Principles of Biomedical Ethics*, seventh edition, Oxford University Press, New York.
- Bellou, V. (2008), "Organizational culture and subcultures within Greek public hospitals", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22, No. 5, pp. 496-509.
- Bhagat, S. & Black, B. (1999), "The Uncertain Relationship Between Board Composition and Firm Performance", *Business Lawyer*, vol. 54, 921-963.
- Blegen, M.A. (1993), "Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables", *Nurs Res*, 42, 36-41.
- Bock, G.W., Zmud, R.W., Kim, Y.G., & Lee, J.N. (2005), "Behavioral intention formation in knowledge sharing: Examining the roles of extrinsic motivators, social-psychological forces, and organizational climate", *MIS Quarterly*, 29(1), 87-111.
- Bourne, M., Franco, M., Wilkes, J. (2003), "Corporate performance management", *Meas Bus Excell*, 7, 15-21.
- Bowen, W.G. (1994), *Inside the Boardroom: Governance by Directors and Trustees*, John Wiley & Sons, New York.
- Braithwaite, J., Westbrook, J.I., Lansbury, R.D. (1991), "Beyond management by objectives: the implementation of a goal directed performance management system in an Australian teaching hospital". *Aust Health Rev*, 14, 110-26.
- Braithwaite, J. and Travaglia, J. (2008), "An overview of clinical governance policies, practices and initiatives", *Aust Health Rev*, 32, 10-22.
- Brown, A. (1995), *Organisation Culture*, Pitman, London.
- Brown, C. & Field, S. (2002), "Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of the evidence", *BMJ*, 324 (7338), 652-655.
- Brown, S.P. and Leigh, T.W. (1996), "A new look at psychological climate and its

relationship to job involvement, effort and performance", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, pp. 358-368.

Burca S, Williams S, Armstrong, C. (2008), "*The Pursuit of Quality: A Clinical Directorate's Progress in Clinical Governance: A Case Study of the Women and Children's Directorate*", GUH (HSE) Strategic Health Management Group, KBS, University of Limerick UL.

Burns, A. & Burns, R. (2008), *Basic Marketing Research*, (Second ed.), Pearson Education, New Jersey.

Cadbury, A. (1992), *Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance*, Gee, London.

Capital Market Commission's Committee on Corporate Governance in Greece (1999), *Principles on Corporate Governance in Greece: Recommendations for Its Competitive Transformation* (Mertzanis Report), Athens.

Carifio, J. & Rocco, J. P. (2007), "Ten Common Misunderstandings, Misconceptions, Persistent Myths and Urban Legends about Likert Scales and Likert Response Formats and their Antidotes", *Journal of Social Sciences*, 3 (3), 106-116

Carlucci, D. & Schiuma, G. (2007), "Exploring intellectual capital concept in strategic management research", in Joia, L. (Ed.), *Strategies for Information Technology and Intellectual Capital: Challenges and Opportunities*, Idea Group Inc., London.

Carnes, M., & Bland, C. (2007), "Viewpoint: A Challenge to Academic Health Centers and the National Institutes of Health to Prevent Unintended Gender Bias in the Selection of Clinical and Translational Science Award Leaders", *Academic Medicine*, 82 (2), 202-06.

Castro, M.L. & Martins, N. (2010), "The relationship between organisational climate and employee satisfaction in a South African information and technology organization", *SA j. ind. Psychol.*, vol.36, n.1, pp. 1-9

Chassin, M. & Galvin R. (1998), "The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality", *JAMA*, 280, 1000-5.

Chou, S.C., Boldy, D.P., & Lee, A.H. (2002), "Measuring job satisfaction in residential aged care", *Int J Qual Health Care*, 14:49-54.

Clarke, S., Sloane, D. & Aiken, L. (2002), "Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses", *American Journal of Public Health*, Vol. 92 No. 7, pp. 1115-1119.

Clarke, Thomas (2004) "*Theories of Corporate Governance: The Philosophical Foundations of Corporate Governance*," Routledge, London and New York.

Colley, J., Doyle, J., & Logan, G., & Stettinius, W. (2004), *What is Corporate Governance?*, McGraw-Hill, New York.

Croll, Z.T., Coburn, A.F. & Pearson, K.B. (2012), "Promoting a culture of safety: Use of the Hospital Survey On Patient Safety Culture in Critical Access Hospitals", (Briefing Paper No. 30). Portland, ME: Flex Monitoring Team. Policy Brief.

Crosby, P. (1979), *Quality is Free*, McGraw-Hill, New York.

- Dahlgaard, J.J., Kristensen, K. & Kanji, G.K. (1998), “*Fundamentals of Total Quality Management*”, Chapman & Hall, London.
- Dunham, N., & Yhouse, I. (2007), Census of Women Chief Administrators of the Solucient 100 Top Hospitals. Unpublished paper, University of Michigan, Ann Arbor.
- Davaki, K. & Mossialos, E. (2005), “Plus ça change: health sector reforms in Greece”, *Journal of health politics, policy and law*, 30 (1-2), 143-167.
- Davies, G. (2005), *Queensland Public Hospitals Commission of Inquiry*, Queensland Government, Brisbane.
- Davies, H.T.O., Nutley, S.M., Mannion, R. (2000), “Organisational Culture and Quality of Health Care”, *Quality in Health Care*, 9, 111–9.
- Davis, K., Schoen, C. and Stremikis, K. (2010), *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*, The Commonwealth Fund.
- Davis, M. Evans, A. Jadad, (2003) “The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect”, *BMJ*, 327, 33-5.
- Dawson, J.F., González-Romá, V., Davis, A. and West, M.A. (2008), "Organizational climate and climate strength in UK hospitals", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Vol. 17, pp. 89–111.
- Deighan, M. (2007), *The development and implementation of integrated governance*, Chief executive bulletin, Department of Health. UK.
- Deighan, M., et al. (2004), *The development of integrated governance*. The NHS confederation, London.
- Deleging, P., Hunter, D.J & Dowdswell, B. (2001), “Changing health care systems”, *Journal of Integrated Care Pathways*, 5, 64-9.
- Deninson, D.R. (1996), "What is the difference between organisational culture and organisational climate? A native’s point of view on a decade of paradigms wars", *Academy of Management Review*, Vol. 21 No. 3, pp. 610-654.
- Department of Health (1999): *A First Class Service. Quality in the new NHS*, Department of Health, UK
- Department of Health (2006), "The Integrated Governance Handbook", Department of Health, UK.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4128739 Προσπελάστηκε στις 11-05-2011
- Department of Health (2001), *The report of the public inquiry into children’s heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995: learning from Bristol*, Stationery Office, London.
- Der Gurahian J. (2008), ‘Focusing on the patient. Planetree guide touts patient-centered care model’, *Mod Healthc*, 38(43): 7

- Brinkerhoff, D., (2003), *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies*, Partners for Health Reformplus, USA
- Donabedian, A. (1998). "The quality of care. How can it be assessed?", *Archives of pathology & laboratory medicine*, 121(11), 1145-1150
- Douglas, N., Robinson, J., Fahy, K. (2001), *Inquiry into obstetric and gynaecological services at King Edward Memorial Hospital 1990-2000*, Perth: Health Department of Western Australia.
- Douglas, T.J. and Ryman, J.A. (2003), "Understanding competitive advantage in the general hospital industry:evaluating strategic competence", *Strategic Management Journal*, Vol. 24 No. 4, pp. 333-347.
- Dreachslin, J. L. (2007), "The Role of Leadership in Creating a Diversity-Sensitive Organization.", *Journal of Healthcare Management*, 52 (3), 151-55.
- Dunn, S., Wilson, B., Esterman, A. (2005), "Perceptions of working as a nurse in an acute care setting", *J Nurs Manag*, 13,22-31.
- Edvinsson, L. (1997), "Developing Intellectual Capital at Skandia ", *Long Range Planning*, Vol. 30, No. 3, pp. 320-331.
- Ekvall, G. (1987), The climate metaphor in organizational theory, in: Bass, B.M. and Drenth, P.J.D. (eds),*Advances in organizational psychology*, 177-190, Beverly Hills: Sage Publications
- Emergency Care Research Institute (ECRI), (2009), Risk Management, Quality Improvement, and Patient Safety, Risk and quality management strategies, ECRI, 4, 2 July.
https://www.ecri.org/Documents/Secure/Risk_Quality_Patient_Safety.pdf. προσηλάστηκε στις 19-05-2013.
- Faragher, E.B, Cass, M., Cooper, C.L. (2005), "The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis", *Occup Environ Med*, 62,105-112
- Firth-Cozens, J. (1999), "Clinical governance development needs in health service staff", *Clin. Perform, Qual. Health Care*, 7 (4), 155-60.
- Fischhoff, B. (2003). "Hindsight ≠ foresight: the effect of outcome knowledge on judgement under uncertainty", *Qual Saf Health Care*, 12, 304-312.
- Frankel, A.S., Leonard, M.W., Denham, C.R. (2006), "Fair and Just Culture, Team Behavior, and Leadership Engagement: The Tools to Achieve High Reliability", *Health Serv Res.*, 41, 4, 1690-1709.
- Freeman, T. & Sawbridge, Y. (2011), "Focus on quality in the NHS", *Health Services Management Centre Newsletter*, University of Birmingham, Volume 17, No 2.
- Freeman, T. (2003), "Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of Clinical Governance Climate Questionnaire", *Health Services Management Research*, 16, 234-50.
- Scally, G. & Donaldson, L. J. (1998), Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *BMJ*, 61-65.

- Galbraith, J.K. (1993), *A short history of financial euphoria*, Penguin, New York, USA.
- Galbraith, S. (1998), *Steps to drive up standards in NHS*, Proceedings of the Joint meeting of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Psychiatrists, Stirling, UK
- Geraedts, H. P. A., Montenarie, R., & Rijk. P. P. V. (2001), "The benefits of total quality management", *Computerized Medical Imaging and Graphics*, 25, 217-220.
- Gershon, R.R., Karkashian, C.D., Grosch, J.W., Murphy, L.R., Escamilla-Cejudo, A., Flanagan, P.A., Bernacki, E., Kasting, C., Martin, L. (2000), "Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents", *Am J Infect Control*, 28, 211-221.
- Gershon, R.R.M., Stone, P.W. & Bakken, S. (2004), "Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare", *The Journal of Nursing Administration*, Vol. 34, No. 1, pp. 33-40.
- Glanville, J., Haines, M., Auston, I. (1998), "Finding information on clinical effectiveness", *BMJ*, 317, 200-3.
- Glick, W.H. (1985), "Conceptualizing and measuring organizational and psychological climate: Pitfalls in multilevelresearch", *Academy of Management Review*, 10, 601-606.
- Goergen, M., (2012), *International Corporate Governance*, Prentice Hall, Harlow.
- Gordon, G.G. (1991), "Industry Determinants of Organizational Culture", *The Academy of Management Review*, Vol. 16 No. 2, pp. 396-415.
- Gray, A.G. (2001), Theories and practices of clinical governance, ESR Seminar on Evaluating Clinical governance, Stockport Health Authority HD, 4 December.
- Gray, A.G. (2000), "Clinical governance", *Ann. Cli. Biochem.*, Vol. 3, pp.9-15
- Green, M. (2004), "Nursing Error and Human Nature", *Journal of Nursing Law*, 9, 37-44.
- Greenfield D., Nugus P., Fairbrother G., Milne J., & Debono D., (2011) "Applying and developing health service theory: an empirical study into clinical governance", *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 16 Iss: 1, pp.8 - 19
- Griffin, M.A., Neal, A. (2000), "Perceptions of safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge and motivation", *J Occup Health Psychol*, 5,347-358.
- Grol, R. (2001), "Improving the Quality of Medical Care Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction", *JAMA*; 286(20), 2578-2585.
- Guion, R. M. (1973), "A note on organizational climate", *Organizational Behavior and Human Performance*, 9, 120-125.
- Habersam, M. and Piper, M. (2003), "Exploring intellectual capital in hospitals: two qualitative case studies in Italy and Austria", *European Accounting Review*, Vol. 12 No. 4, pp. 753-779.

- Haidar, J.I., (2009), "Investor protections and economic growth", *Economics Letters*, vol. 103 (1), pp 1-4.
- Halachmi, A. (1995), 'Measure of Excellence', in Hill, Klages, H. & Löffler, E. (eds.), *Quality, Innovation and Measurement in the Public Sector*. Peter Lang Verlag, Frankfurt
- Hall, R. (1992), "The strategic analysis of intangibles resources", *Strategic Management Journal*, No. 13, pp.135-144.
- Hartley, J. & Skelcher, C. (2008). "The agenda for public service improvement". In: Hartley, J., Donaldson, C., Skelcher, C. & Wallace, M. (eds), *Managing to Improve Public Services*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 1–24.
- Hatch, M.J. (2004), Dynamics in Organizational Culture. In Poole, M.S., De Ven, A.V. (eds.), *New Direction in the Study of Organizational Change and Innovation Processes*, Oxford University Press, New York.
- Health Research and Educational Trust (2006), Report of the National Steering Committee on Hospitals and the Public's Health, American Hospital Association, Health Research and Educational Trust, Chicago.
- Hindle, D., Braithwaite, J., Iedema, R., Travaglia, J.(2006), Patient safety: a comparative analysis of eight inquiries in six countries, Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales, Sydney.
- Hindle, D., Braithwaite, J., Iedema, R. (2005), Patient safety research: a review of the technical literature, Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales, Sydney.
- Hinings, C.R., Thibault, L., Slack, T. & Kikulis, L.M. (1996), "Values and organizational structure", *Human Relations*, 49, 885–916.
- Hoffrage, U., and Pohl, R. (2003), *Hindsight Bias: A Special Issue of Memory*, Psychology Press, Champlain USA.
- Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D., Sanders, G. (1990), "Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases.", *Administrative Science Quarterly*, 35, 286–316.
- Hofstede, G., Hofstede G.J. & Minkov M. (2010), *Cultures and Organizations: Software of the Mind*, 3rd ed, McGraw-Hill, New York.
- Hogan, H., Basnett, I., McKee, M. (2007), "Consultants' attitudes to clinical governance: barriers and incentives to engagement", *Public Health*, 121(8),614-22.
- Hopt, K.J. (1997), "The German Two-Tier Board (Aufsichtsrat), A German View on Corporate Governance" in Hopt, K.J. and Wymeersch, E. (eds), *Comparative Corporate Governance: Essays and Materials*, De Gruyter, Berlin & New York.
- Hutchison, B., Abelson, J., Lavis, J. (2001), "Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change", *Health Affairs*, 20(3),116–31.
- Institute on Medicine (2001), "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the

- 21st Century", Institute on Medicine, UK. <http://www.iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx> προσπελάστηκε στις 26-11-2012.
- Corbett-Nolan, A. (2005) *Integrated Governance Toolkit*, Health and Social Care Quality Centre, UK
- International Council of Nurses, (2007) *Career development in nursing*, ICN, Geneva. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C02_Career_Development_Nsg.pdf Προσπελάστηκε στις 10-7-2013.
- International Finance corporation (2009), *Corporate Governance The Foundation for Corporate Citizenship, un Global Compact, USA and Sustainable Businesses*, IFC, USA.
- Isaksen, S. G., & Ekvall, G. (2007), *Assessing the context for change: A technical manual for the Situational Outlook Questionnaire*, The Creative Problem Solving Group, Orchard Park, NY.
- Ivancevich, J.M., Konopaske, R. & Matteson, M.T. (2008), *Organizational behavior and management*, 8th ed, McGraw-Hill Irwin, New York.
- Tirole, J. (2006), "The theory of corporate finance", Princeton University Press, USA.
- Jackofsky, E. F. & Slocum J.J.W. (1988), 'A longitudinal study of climate', *Journal of Organizational Behavior*, 8, 319-334.
- Jackson-Malik, P. J (2005), "*Organizational climate and hospital nurses' job satisfaction, burnout, and intent to leave*", PhD Dissertation, University of Pennsylvania.
- Jacques, E. (1952), *The changing culture of a factory*, Dryden Press, New York, pp. 251
- Jaeger, B. J., Kaluzny, A. D. and McLaughlin, C. P. (1994) TQM/CQI: from industry to health care. In McLaughlin, C. P. and Kaluzny, A. D. (eds) *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementation, and Applications*. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg.
- James, R., Lincoln & Didier, G. (2005) "A Durkheimian view of organizational culture." In Korczynski M., Hodson, R., & Edwards P.K. (eds), *Social Theory at Work*. Oxford University Press, Oxford, UK.
- James, L. R. & Jones, A. P. (1974), "Organizational climate: A review of theory and research", *Psychological Bulletin*, 81, 1096-1112.
- James, L. R. & Sells, S. B. (1981), "Psychological climate: Theoretical perspectives and empirical research", In: Magnusson, D. (Ed.) *Toward a Psychology of Situations. An International Perspective*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 275-295.
- James, L.A. & James, L.R. (1989), "Integrating work environment perceptions: Explorations into the measurement of meaning", *J. Applied Psychol.*, 74, 739-751.
- JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) (1989), "Characteristics of clinical indicators", *Qual Rev Bull*; 11, 330-339.
- Joss, R., Kogan, M. (1995), *Advancing Quality: Total Quality Management in the National Health Service*, Open University Press, Buckingham.

- Joyce, W. F. and Slocum, D. (1984), "Collective climate: Agreement as a basis for defining aggregate climates in organizations", *Academy of Management Journal*, 27, 721-742.
- Kaitelidou, D., Tsirona, C., Galanis, P., Siskou, O., Mladovsky, P., Kouli, E., Prezerakos, P., Theodorou, M., Sourtzi, P., Liaropoulos, L. (2013), Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece, *Health Policy*, 109 (1), 23-30.
- Kane – Urrabanzo, C. (2006), 'Management's role in shaping organizational culture', *Journal of Nursing Management*, Vol. 14, pp. 118- 194.
- Kaplans, S. & Garrick, B.J. (1981), "The quantitative definition of risk", *Risk Ana*, 1, 11-27.
- Karassavidou, E., Glaveli, N., Zafiroopoulos, K. (2011), "Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate", *Journal of health Organization and Management*, 25: 2: 214-240.
- Keeton, K., Mengistu, B. (1992), "The perception of organisational culture by management level: implications for training and development", *Public Productivity Manage Rev*, 16:205.
- Kettl, D. (2000), "Public Administration at the Millenium: The State of the Field", *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 10 No. 1, pp. 7-34.
- Keuter, K., Byrne, E., Voell, J., Larson, E. (2000), "Nurses' job satisfaction and organizational climate in a dynamic work environment", *Appl Nurs Res*, 13:46-49.
- Kirchheimer, B. (2007), "A woman's place is in...healthcare, as Modern Healthcare's Top 25 Women connote explosive growth in the number of female executives in C-suites", *Modern Healthcare*, 37 (16), 6-7.
- Koffka, K. (1935), *Principles of Gestalt Psychology*, Lund Humphries, London.
- Konteh, F.H., Mannion, R. & Davies, H.T.O. (2008), Clinical Governance views on culture and quality improvement, *Clinical Governance. An international journal*, 13, 3, 200-207.
- Kostagiolas, P. (2012), *Managing intellectual capital in libraries: beyond the balance sheet*, Chandos Publishing, Information Professional Series, Oxford, U.K.
- Koys, D. J. and DeCottis, E. (1991), 'Inductive measures of psychological climate', *Human Relations*, 44, 265-285.
- Kristensen, S., J., Mainz, P., & Bartels, A. (2007), *Patient safety vocabulary. Safety Improvement for patients in Europe, SimPatIE – Work Package 4*, ESQH, Denmark March.
- Kroeber, A., & Kluckhohn, C. (1952), Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions, Papers of the Peabody Museum, Harvard University, 47.
- Krogstad, U., Hofoss, D., Hjortdahl, P. (2004), "Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals", *Int J Qual Health Care*, 16:491-497.
- Langfield-Smith, K. (1995), Organisational culture and control. In: Berry, A., Broadbent, J., Otley, D., (eds), *Management control: theories, issues and practices*. Macmillan: London
- Lanir, Z. (1986), "Fundamental Surprise", Decision Research, Eugene, Oregon.

- Lantz, P.M. (2008), "Gender and leadership in healthcare administration: 21st century progress and challenges", *Journal of Healthcare Management*, Volume: 53, Issue: 5, pp.291-303.
- Le Grand, J., Mays, N., Mulligan, J. (1998), *Learning from the NHS Internal Market*, King's Fund; London.
- Leape, L. (1994), "Error in medicine", *Journal of the American Medical Association*, 272, 1851-1858.
- Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I. D., & Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*, 5.
- Lewin, K. (1939), "Field theory and experiment in social psychology concepts and methods", *American Journal of Sociology*, Vol.44, No 6, pp. 868- 896.
- Lewin, K. (1936), *Principles of Topological Psychology*, McGraw- Hill, New York.
- Lewin, K., Lippitt, R. & White, R. (1939), "Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates", *Journal of Social Psychology*, Vol. 10 No. 2, pp. 271–301.
- Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaros T. (2008), Informal payments in public hospitals in Greece, *Health Policy*, Jul, 87(1):72-81.
- Liedtka, J.M. (1989), "Value Congruence: The Interplay of Individual and Organizational Value Systems", *Journal of Business Ethics*, Vol. 8, pp. 805-815.
- Litwin, G.H., & Stringer, R.A.J. (1968), *Motivation and organizational climate*, Harvard University Press, Boston.
- Bebchuk L. & Fried J. (2004), *Pay Without Performance - the Unfulfilled Promise of Executive Compensation*, Harvard University Press, USA.
- Lugon, M. & Secker-Walker J., (1999), *Clinical governance: making it happen*, Royal Society of Medicine Press P.I., London,.
- Luft, H.S. (2010), "Becoming Accountable — Opportunities and Obstacles for ACOs", *N Engl J Med*, 363,1389-1391.
- MacDavitt, K., Chou, S.S., Stone, P.W. (2007), "Organisational climate and health care outcomes", *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, Nov, 33(11 Suppl), 45-56.
- Mack, A. (2003), "Inattentional Blindness: Looking Without Seeing", *Current Directions in Psychological Science*, 12, 5, 180-184.
- Maddock, A., Kralik, D., & Smith, J (2006), Improvement Initiatives in Community Nursing. *Clinical Governance: An International Journal*. Vol.11, no.3, pp.198-212.
- Mainz, J. (2003), Defining and classifying clinical indicators for quality improvement, *Int J Qual Health Care*, 15 (6): 523-530.
- Mainz, J. (2003), Developing clinical indicators, *Int J Qual Health Care*, 15 (suppl. 1), i5–i11
- Mallin, C.A., (2011), "Corporate Governance Developments in the UK" in Mallin, C.A. (ed),

Handbook on International Corporate Governance: Country Analyses, Second Edition, Edward Elgar Publishing, UK.

Marshall, M., Sheaff, R., Rogers, A., Campbell, S., Halliwell, S., Pickard, S., Sibbald, B., Roland, M., (2002), A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance, *Br J Gen Pract*, Aug, 52(481), 641-5.

Mathieu, J. E., Hoffman, D.A. & Farr, J.L. (1993), "Job perceptions job satisfaction relations: an empirical comparison of three competing theories", *Organisational Behavior and Human Decision Process*, Vol. 56, pp.370-387.

Mathisen, G.E., & Einarsen, S. (2004). "A review of instruments assessing creative and innovative environments within organizations", *Creativity Research Journal*, 16(1), 119-140.

Maxwell, R.J. (1992), "Dimensions of quality revisited: from thought to action", *Qual Health Care*, 1(3):171-177.

Maxwell, R.J. (1984), "Quality assessment in health", *Br Med J (Clin Res Ed)*, May 12, 288(6428), 1470-1472.

Mayer, N., Perrineau, P., Boy, D., Cautrès, B. (2005), Εκλογική Συμπεριφορά. Ιστορικές διαδρομές και μοντέλα ανάλυσης, Εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα.

Menarguez Puche, J.F. & Saturno Hernandez, P.J. (1999), "Description of the organizational climate in primary care terms in an autonomous community", *Aten Primaria*, 23:280-284.

Michie, S., Miles, J., Weinman, J. (2003), 'Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter?', *Patient Educ Couns*, 51(3), 197-206

Miller R, Luft H. (1997), "Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?", *Health Affairs*, 16(5), 7-25.

Mirvis, P.H. & Amy L.S. (1990), "Feeling the Elephant: Culture Consequences of a Corporate Acquisition and Buy-Back", in *Organizational Climate and Culture*, Benjamin Schneider, ed., CA: Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 345-382.

Mok, E. & Au-Yeung, B. (2002), "Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong", *Journal of Nursing Management*, Vol. 10, pp. 129-137.

Moorehead, G. & Griffin, W.R. (1995), *Organizational Behavior: Managing people and organizations*, Houghton Mifflin Company, Geneva.

Moran, R. (2003), "There is no time to learn...like the present", *Clinical Governance: An International Journal*, vol. 8, n. 1, pp.46-56.

Morter, S.C. (1988), "The Health Care Quality Improvement Act of 1986: Will Physicians Find Peer Review More Inviting?", *Virginia Law Review*, Vol. 74, No. 6 pp. 1115-1140.

Mossialos, E., Allin, S. & Davaki, K. (2005), "Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia", *Health economics*, 14 (S1). S151-S168.

Mouritsen, J., Thorbjørnsen, S., Bukh Per, N. & Johansen Mette, R. (2005), "Intellectual

- capital and the Discourses of Love and Entrepreneurship in New Public Management", *Financial Accountability & Management*, Vol. 21, No.3, pp. 279-290.
- Mrayyan, M.T. (2005), "Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan", *J Nurs Manag*, 13,40-50.
- Murray, H.A. (1938), *Explanations in personality*, Oxford University Press, New York.
- Starey, N. (2001), *What is clinical governance?*, Evidence-based medicine, Hayward Medical Communications, UK.
- National Institute for Clinical Excellence, (2002), *Principles for best practice in clinical audit*, Radcliffe Medical Press, UK.
<http://www.nice.org.uk/media/796/23/bestpracticeclinicalaudit.pdf> (προσπελάστηκε στις 17-12-2011).
- Northouse, P. G. (2013), *Leadership: Theory and Practice*, SAGE Publications, Inc, Los Angeles.
- O'Keeffe, T. (2002), «Organizational Learning: a new perspective», *Journal of European Industrial Training*, 26 (2), pp. 130-141.
- Obadara, O. (2008) "The influence of organizational climate and culture on workers' job satisfaction and commitment", *Journal of Research in national Development*, V.6, N.2.
<http://www.transcampus.org/JORINDV6Dec2008/JournalsV6NO2Dec200823.html>
 (προσπελάστηκε 12-12-2012).
- OECD (2004), *Principles of Corporate Governance*, OECD, France
- Ostroff, C., Kinicki, A., Tomkins, M. (2002), Organizational culture and climate. In: *Handbook of Psychology*. Edited by Borman, W.C., Ilgen, D.R. and Klimoski, R.J., J. Wiley & Sons, New York, 565-594.
- Ovretveit, J. (2009), "Understanding and Improving Patient Safety: The Psychological, Social and Cultural Dimensions", *J Health Organ Manag*, 23, 6, 581-596.
- Patterson, M. G., West, M. A., Shackleton, V. J., Dawson, J. F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinson, D. L., & Wallace, A. M. (2005), "Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation", *Journal of Organizational Behaviour*, 26, 379-408.
- Patterson, M., Warr, P. & West, M. (2004), "Organizational climate and company productivity: The role of employee affect and employee level", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 77, pp. 193-216.
- Patterson, M., West, M. A. and Payne, R. L. (1992). "Collective climates: A test of their socio-psychological significance", Paper presented at the Academy of Management Conference, Los Angeles.
- Payne, R. L., Brown, A. D. & Gaston, K. C. (1992), "Reliability and validity of an updated version of the Business Organization Climate Index (BOCI): a research note", Paper No. 227, Manchester Business School Working, Manchester University, Manchester.

- Payne, R. L., Fineman, S. & Wall, T. D. (1976), "Organizational climate and job satisfaction: A conceptual synthesis", *Organizational Behaviour and Human Performance*, 16, 45-62.
- Payne, R.L. (1990), "Madness in our method: A comment on on Jackofsky and Slocum's paper, "A longitudinal study of climates", *Journal of Organizational Behavior*, 11, 77-80.
- Peck, S., McCall, M., McLaren, B., Rotem, T. (2000), "Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons", *British Medical Journal*, 320, pp.432-435.
- Penny, A. (2001), "Clinical Governance in Britain defined", *Healthcare Review-Online*, 4(9), 1-7.
- Pettigrew, A. (1979), "On Studying Organizational Culture", *Administrative Science Quarterly*, 24, 570-81.
- Plathotnik, M.S. & Rocco, T.S. (2006), Organizational culture: A literature review of the AHRD 1994-2005 Proceedings, In Plakhotnik, M. S. & Nielsen, S. M. (Eds.), Proceedings of the Fifth Annual College of Education Research Conference: Urban and International Education Section, Florida International University, Miami.
- Polborn, M. K., Hoy, M., Sadanand, A. (2006), "Advantageous Effects of Regulatory Adverse Selection in the Life Insurance Market", *Economic Journal*, 116 (508), 327-354.
- Pollit, C. (1995), "Justification by Works or by Faith – Evaluating the New Public Management", *Evaluation*, Vol. 2, pp. 133-154.
- Power, M. (2000), "The audit society—Second thoughts", *International Journal of Auditing*, 4, 111-119.
- Prasad, K. (2006), *Corporate Governance*, PHI Learning Pvt. Ltd., New Delhi.
- Pritchard, R.D., & Karasick, B.W. (1973), The effects of organizational climate on managerial job performance and job satisfaction, *Organizational Behavior and Human Performance*, 9, 126-146.
- Quick, O. (2013), «Patient Safety, Law Policy and Practice Improving Health Care Safety and Quality: Reluctant Regulators», *Medical Law Review*, pp. 1-16.
- Quinn, R. & Cameron, K. (2011), *Diagnosing and changing organizational culture*, Jossey – Bass, WA.
- Reason, J., & Hobbs, A. (2003), *Managing Maintenance Error: A Practical Guide*, Ashgate Pub Ltd, Surrey, UK,.
- Reason, J. (1998), "Achieving a safe culture: theory and practice", *Work and Stress*, 12, 293 – 306.
- Reichers, A.E. & Schneider, B. (1990), "Climate and culture: An evolution of constructs", In: Schneider, B. (Ed.), *Organizational Climate and Culture*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Roos, J., Roos, G., Dragonetti, N. & Edvinsson, L. (1997), *Intellectual Capital: Navigating in the New Business Landscape*, Macmillan Business, London.

Ross, G., Pike, S. & Fernstrom, L. (2005), *Managing intellectual capital in practice*, Elsevier, Oxford.

Ross, L. (1977), The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process, in: Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol 10, New York, Academic Press, 173-220.

Rudiger, F. (2007), "Ways to Assess Hindsight Bias", *Social Cognition*, 25, 1, 14-31.

Sackett, D.L., William, M.C., Rosenberg, W.M.C. (1996), "Evidence based medicine: what it is and what it isn't", *BMJ*, 312, 71-2.

Sammer, C.E., Lykens, K., Singh, K.P., Mains, D.A., Lackan, N.A. (2010), "What Is Patient Safety Culture? A Review of the Literature", *J Nurs Scholarsh*, 42, 2, 156-65.

Sanson-Fisher, R.W. (2004), "Diffusion of innovation theory for clinical change", *Med J Aust*, 180, 55-6.

Sarbanes-Oxley Act of 2002, US Congress, Title VIII

Scally, G. & Donaldson, L. J. (1998), "Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England", *BMJ*, 317(7150), 61-65

Schein, E. (2010), *Organizational Culture and Leadership*, fourth edition, John Wiley & Sons, USA.

Schein, E. (1985), *Organizational Culture and Leadership: a Dynamic View*, Jossey-Bass, San Francisco.

Schneider, B. (2000), The psychological life of organizations, In: Ashkanasy, N.M., Wilderom, C.P.M. & Peterson, M.F. (Eds.), *Handbook of organizational culture and climate* (pp. xvii-xxi), Sage, California.

Schneider, B. and Reichers, A. (1983), "On the etiology of climates", *personnel psychology*, 36, 19-39

Schneider, B. (1990), "Organizational Climate and Culture", Jossey-Bass, San Francisco.

Schneider, B., Parkington, J.J. & Buxton, V.M. (1980), "Employee and customer perceptions of service in banks", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 25, pp. 252-267.

Schwandt, D.R., Marquardt, M.J. (2000), *Organizational Learning*, St. Lucie Press, Florida, USA.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003), "The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health care: A Review of the Available Instruments", *Health Services Research*, 38, 3.

Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1994), "Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace", *Academy of Management Journal*, Vol. 37 No. 3, pp. 580-607.

Selznick, P. (1957), *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*, Harper &

Row, New York.

Senge, P.M., Klieiner, A., Roberts, C., Ross R.B., & Smith, B.J. (1994), *The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building a Learning Organization*, Currency Doubleday, New York, NY, USA.

Sharma, S. (1996), *Applied Multivariate Techniques*, Willey, New York.

Shortell, S.M., Bennett, C.L., Byck, G.R. (1998), "Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress", *Milbank Quarterly*, 76(4), 593–624.

Siddiqui, J., & Kleiner, B.H. (1998), "Human resource management in the health care industry", *Health Manpower Management*, 24(4), 143-147.

Sieber, S.D. (1981), *Fatal Remedies : The Ironies of Social Intervention*, Plenum, New York.

Sihvonen, M., Kekki, P. (1991), "Staff perception of work climates at five health stations", *Sociol Demogr Med*, 12, 149-157.

Simons, D.J. (2000), "Attentional capture and inattention blindness", *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 4, 147-155.

Singer, S.J., Gaba, D.M., Geppert, J.J. (2003), "The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals", *Qual Saf Health Care*, 12, 112–8.

Sleutel, M.R. (2000), "Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice", *Journal of Nursing Administration*, Vol. 30, pp. 53–58.

Smith, L. & Harris, D. (1999) "Clinical Governance – a new label for old ingredients: quality or quantity?", *British Journal of General Practice*, May, pp. 339-340.

Smith, R. (1998), "All changed, changed utterly. British medicine will be transformed by the Bristol case", *BMJ*, 316 (7149): 1917–8.

Solomon, E.E. (1986), "Private and public sector managers: An empirical investigation of job characteristics and organizational climate", *Journal of Applied Psychology*, Vol 71(2), 247-259.

Sonnenfeld, J.A., Maury, A.P., Kotter, J.P. (1988), "Strategic determinants of managerial Labor markets: A career System View", *Human Resource Management*, Vol. 27, No. 4., pp. 369- 388.

Sorensen, J.B. (2002), "The Strength of Corporate Culture and the Reliability of Firm Performance", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 47 No. 1, pp.70-91.

Spiri, W.C. (1998), Perception of the organizational climate in the surgical center of a specialized hospital, *Rev Lat Am Enfermagem*, 6,11-14.

Starey, N. (2001), "What is Clinical Governance?", *Hayward medical Communications*, 1(12), 1-8.

Starke, I., & Wade, W. (2005), "Continuing professional development- supporting the delivery of quality healthcare", *Annals Academy of Medicine Singapore*, 34(11), pp.714-6.

- Stetzer, A., Morgeson, F.P., Anderson, E.L. (1997), "Organizational Climate and Ineffectiveness: Evidence from 25 outdoor Work Crew Divisions", *J of Quality Mgt*, 2, 251-263.
- Stone, P.W., Larson, E. L., Mooney-Kane, C., Smolowitz, J., Lin, S., and Dick, A. (2006), "Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave", *Critical Care Medicine*, Vol. 34 No. 7, pp. 1907-1912.
- Stonehouse, D (2013), "Clinical governance: it's all about quality", *British Journal of Healthcare Assistants*, Vol. 7, Iss. 2, pp 94 - 97
- Straus, S. J., Tetroe, I., Graham, (2009), "Defining knowledge translation", *CMAJ*, 4, 181(3-4)
- Stronach, I. (1999) "Shouting theatre in a crowded fire: 'educational effectiveness' as cultural performance", *Evaluation*, 5, 173-93.
- Douma S. & Schreuder H. (2013), "Economic Approaches to Organizations", 5th edition, Pearson, London.
- Office of Safety and Quality in Healthcare (2009), *The Policy for Credentialling and Defining the Scope of Clinical Practice for Medical Practitioners (2nd Edition)*, Department of Health, Australia
- The Victorian Managed Insurance Authority (2007), *Public Healthcare Program: risk management*, State Government of Victoria, Australia.
<http://www.vmia.vic.gov.au/display.asp?entityid=3024> προσπελάσθηκε στις 6-1-2012.
- Traynor, M., Wade, B., (1993), "The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts", *J Adv Nurs*, 18,127-136
- Tricker, B. (2009), *Essentials for Board Directors: An A-Z Guide*, Second Edition, Bloomberg Press, New York,
- Wienand, U., Cinotti, R., Nicoli, A. & Bisagni M. (2007), "Evaluating the organisational climate in Italian public healthcare institutions by means of a questionnaire", *BMC Health Services Research*, 7:73. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/73> Προσπελάσθηκε στις 16-3-2013.
- United Nations (2006), *Guidance on Good Practices in Corporate Governance Disclosure*, UN, New York and Geneva http://www.unctad.org/en/docs/iteteb20063_en.pdf
Προσπελάσθηκε στις 19-3-2013.
- United Nations (2003), *Guidelines for consumer protection*, UN, New York.
- Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M. & Hjortdahl, P. (2006), "Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture", *Hum Resour Health*, 4, 3. Published online
- Uttal, B. (1983). "The Corporate Culture Vultures." *Fortune*, October, 17.
- Van Beveren, J. (2003), "Does health care for knowledge management?", *Journal of Knowledge Management*, Vol. 7, No. 1, pp. 90-95.
- Vanu Som, C. (2004), "Clinical Governance: a fresh look at its definition", *Clinical*

Governance, 9(2), 87-90.

Vassalou, L. (2001), "The learning organization in health-care services: theory and practice", *Journal of European Industrial Training*, Vol. 25, Iss: 7, pp.354 – 365.

Verbeke, W., Volgering, M., Hessels, M. (1998), "Exploring the Conceptual Expansion within the Field of Organizational Behaviour: Organizational Climate and Organizational Culture", *J Manage Stud*, 35, 303-329.

Walker, B. (2004), Final report of the Special Commission of Inquiry into Campbelltown and Camden Hospitals, New South Wales Attorney General's Department, Sydney.

Wallace, M.J., Ivancevich, J.M., Lyon, H.L. (1975), "Measurement modifications for assessing organizational climate in hospitals", *Acad Manage J*, 18, 82-97.

Wennberg, D., Kellett, M., Dickens, J., Malenka, D., Keilson, L., Keller, R. (1996), "The association between local diagnostic testing intensity and invasive cardiac procedures", *JAMA*, 275, 1161-4.

West, M.A. & Anderson, N.R. (1996), "Innovation in top management teams", *Journal of Applied Psychology*, Vol.81, pp.680-693.

World Health Organization (2012), 10 facts on patient safety, WHO, Geneva.
http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index.htm
(προσπελάσθηκε στις 28-3-2013).

World Health Organization (2011), Patient safety curriculum guide: multi-professional edition, WHO, Geneva.

World Health Organization (2002), Quality of care: patient safety, Report by the Secretariat, Fifty-fifth World Health Assembly Provisional agenda, item A55/13,13.9 23 March.

World Health Organization (2004), World Development Report, WHO, Geneva.

Wienand, U., Cinotti, R., Nicoli, A. & Bisagni, M. (2007), "Evaluating the organisational climate in Italian public healthcare institutions by means of a questionnaire", *BMC Health Service Research*, Vol. 7, pp. 73. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/73> .
(προσπελάσθηκε στις 27-3-2013)

Wilson, R., Runciman, W., Gibberd, R., Harrison, B., Newby, L., Hamilton, J. (1995) "The Quality in Australian Health Care Study", *Medical Journal of Australia*, 163,458–71.

Witt, C. (2010), *Feminist Metaphysics: Explorations in the Ontology of Sex, Gender and Identity*, Springer, Dordrecht.

World Health Organization (2005) World Alliance for patient safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action, WHO, Geneva, Switzerland, WHO/EIP/SPO/QPS/O5.3,
http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf (προσπελάσθηκε στις 13-3-2013).

World Health Organization (2012) 10 facts on patient safety, WHO, Geneva.
http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index.html
(προσπελάσθηκε στις 13-3-2013).

- Worning, A.M., Mainz, J., Klazinga, N., Gotrik, J.K., Johansen, K.S. (1992), *Policy on quality development for the medical profession*, Ugeskr Laeger, 154, 3523–3533.
- Wu, A., Folkman, S. et al. (1991), “Do house officers learn from their mistakes?” *JAMA*, 265, 16, 2089-2094.
- Υ. Tountas, Η. Stefannson, S. Frissiras (1995), “Health reform in Greece: Planning and implementation of a national health system”, *Int J Health Plann and Manage*, 10(4), 283-304.
- Γαλάνης, Π. (2012). Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες, *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*: 29: 6: 744-755
- Ευρωπαϊκή Οδηγία 2011/C 372/05 Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις πολιτιστικές και δημιουργικές ικανότητες και τον ρόλο τους στην οικοδόμηση του διανοητικού κεφαλαίου της Ευρώπης.
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005), *Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία; : Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*, 1η έκδ., Κριτική, Αθήνα.
- Ιακωβίδου, Ε., Μανιού, Μ., Πάλλη, Ε., Κωστόπουλος, Ε., Ζάραγκας, Σ., Κατσανέβας, Θ. (2008), “Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας”, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 7ος, Τεύχος 4ο, 343-359.
- Ιγγλέση, Χ. (1997), *Πρόσωπα γυναικών προσώπεια της συνείδησης Συγκρότηση της γυναικείας ταυτότητας στην ελληνική κοινωνία*, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
- Κάργα, Μ. (2009). Η Διαχείριση των λαθών από τους Νοσηλευτές στην Κλινική Πρακτική. Διδακτορική Διατριβή. ΕΚΠΑ, 205-224.
- Κρίβας, Σ. (2006), «Συμβουλευτική για τη σταδιοδρομία των γυναικών: κριτική προσέγγιση των (προ)-υποθέσεων ανάπτυξης για τη σταδιοδρομία, των διαμορφωμένων αντιλήψεων και των ασκούμενων συμβουλευτικών παρεμβάσεων υπό οικοσυστημική θεώρηση», στο Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στις Γυναίκες, Συλλογικό, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιάτης, Κ., Τσάκος, Γ. (2003), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κωνσταντίνος, Ζ., (2003), *Η εταιρική Διακυβέρνηση. Όψεις του προβλήματος και πιθανές απαντήσεις*, Σταμούλη, Αθήνα.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008), Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Παπασωτηρίου, Αθήνα.
- Ξανθάκης, Μ., Τσιπούρη, Λ., Σπανός Α. (2003), Εταιρική διακυβέρνηση, Έννοια και Μέθοδοι Αξιολόγησης, Κέντρο Μελετών και Εκπαίδευσης Χρηματοοικονομικής (ΚΕΜΕΧ), Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Καντούρου, Μ. & Λιάπη, Μ. (2007), *Η διάσταση του φύλου στην εξατομικευμένη συμβουλευτική υποστήριξη*, Κέντρο Γυναικείων Μελετών & Ερευνών, Αθήνα.
- Μητσόπουλος, Κ. (2008), *Οργανωσιακή κουλτούρα, υποκίνηση ανθρώπινου δυναμικού και επιχειρηματικότητα*, Διπλωματική εργασία MSc, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Μιχαηλίδου, Α. & Σακελλαρίου, Γ. (2007), Διαχείριση της ποιότητας στη δημόσια υγεία: η

εμπειρία του νεφρολογικού τμήματος του ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», *Ελληνική Νεφρολογία*, 19 (1), 40 – 50.

Μιχαλόπουλος, Ν. (2003), *Από τη δημόσια γραφειοκρατία στο δημόσιο μανατζμεντ*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Μούζουλας, Σ. (2003), *Εταιρική Διακυβέρνηση - Corporate Governance : Διεθνής Εμπειρία, Ελληνική Πραγματικότητα*, Σάκκουλας, Αθήνα; Θεσσαλονίκη.

Μπουραντάς, Δ. (2002), *Μάνατζμεντ , θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.

Μπουραντάς, Δ., και Παπαλεξανδρή, Ν. (1993), «Προσδιοριστικοί παράγοντες της διάθεσης για απόδοση των εργαζομένων στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα». *Επιστημονική Επετηρίδα ΠΑΜΑΚ*, 11, 539-569.

Νιακας, Δ. (1993), «Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2, 3-12.

Ξανθάκης, Μ., Σπανός, Λ., Τσιπούρα, Λ. (2003), “*Εταιρική διακυβέρνηση, έννοιες και μέθοδοι αξιολόγησης*”, Παπαζήσης, Αθήνα.

Βούλτσος, Π. & Χατζητόλιος, Α. (2006), «Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας», *Ιατρικό Βήμα*, Απρίλιος-Μάιος.

Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2009), *Διοίκηση και Ηγεσία. Θεωρία και εφαρμογή στις νοσηλευτικές υπηρεσίες*, 6^η έκδοση, Καϊτελίδου, Δ. & Πρεζεράκος, Π. (επιστ. Επιμέλεια), Λαγός, Αθήνα.

Κωσταγιόλας, Π. & Καϊτελίδου, Δ. & Χατζοπούλου, Μ. (2008), «*Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*», Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.

Παναγιωτοπούλου, Κ. (2012), *Συμμετοχή και κίνητρα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε επαγγελματίες υγείας*, Διδακτορική Διατριβή, ΕΚΠΑ, Αθήνα.

Παππούς, Γ. (2011) *Πιστοποιήσεις Νοσοκομείων από το ΕΚΕΒΥΛ*, 1η Συνάντηση Επιτροπών Ποιότητας, MPC 20 Μαΐου 2011, Αθήνα

Παρδάλης, Δ. (2005), *Η κουλτούρα της οργάνωσης και η αποτελεσματικότητα στα ελληνικά νοσοκομεία, ποια είναι η επίδραση των παραμέτρων της κουλτούρας στην αποτελεσματική λειτουργία των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων και στις ετήσιες οικονομικές καταστάσεις τους*, Διδακτορική Διατριβή, ΕΚΠΑ, Αθήνα.

Γενική γραμματεία ΥΓΚΑ (2012), *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας (έκθεση αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και μονάδων του ΕΣΥ 2011)*, ΥΓΚΑ, Αθήνα.

ΥΓΚΑ (2010), «*Ποιότητα & Διαπίστευση Μονάδων Υγείας*», Πρακτικά 1^{ου} Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου για την Ποιότητα, Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (1991), *Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις Zymel, Δ' έκδοση βελτιωμένη. Αθήνα

Σταυρινός, Β. & Παναγιωτάκος, Δ. (2007), *Βιοστατιστική*, Gutenberg, ΑΘΗΝΑ.

Σιάρδος, Γ. (2002), *Μέθοδοι Πολυμεταβλητής Στατιστικής Ανάλυσης, Μέρος Πρώτο :*

Διερεύνηση Σχέσεων Μεταξύ Μεταβλητών, εκδόσεις Ζήτη, Θεσσαλονίκη.

Σισσούρας, Α. (2010), «Ποιότητα & Διαπίστευση Μονάδων Υγείας», Πρακτικά 1ου Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου για την Ποιότητα, Αθήνα.

Σπάρος, Λ. (2003), *Μετα-επιδημιολογία ή εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα. Αιτιο-γνωστική, Δια-γνωστική, Προ-γνωστική*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

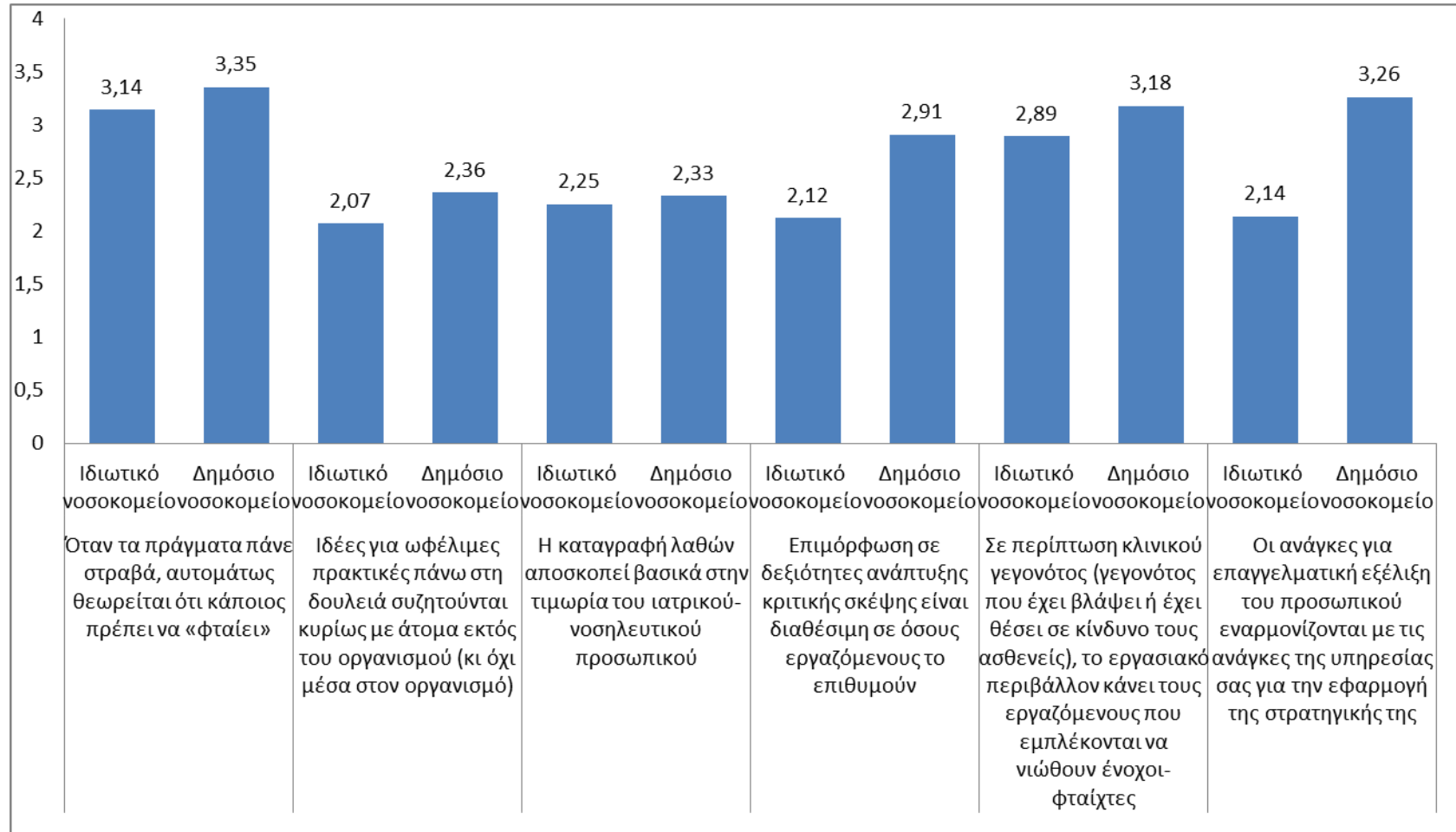
Σπάρος Λ., Λάμπρου Α., Μέλλου Κ. (2005), *Επιδημιολογία II*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Σπηλιωτόπουλος, Ε. (2002), *Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.

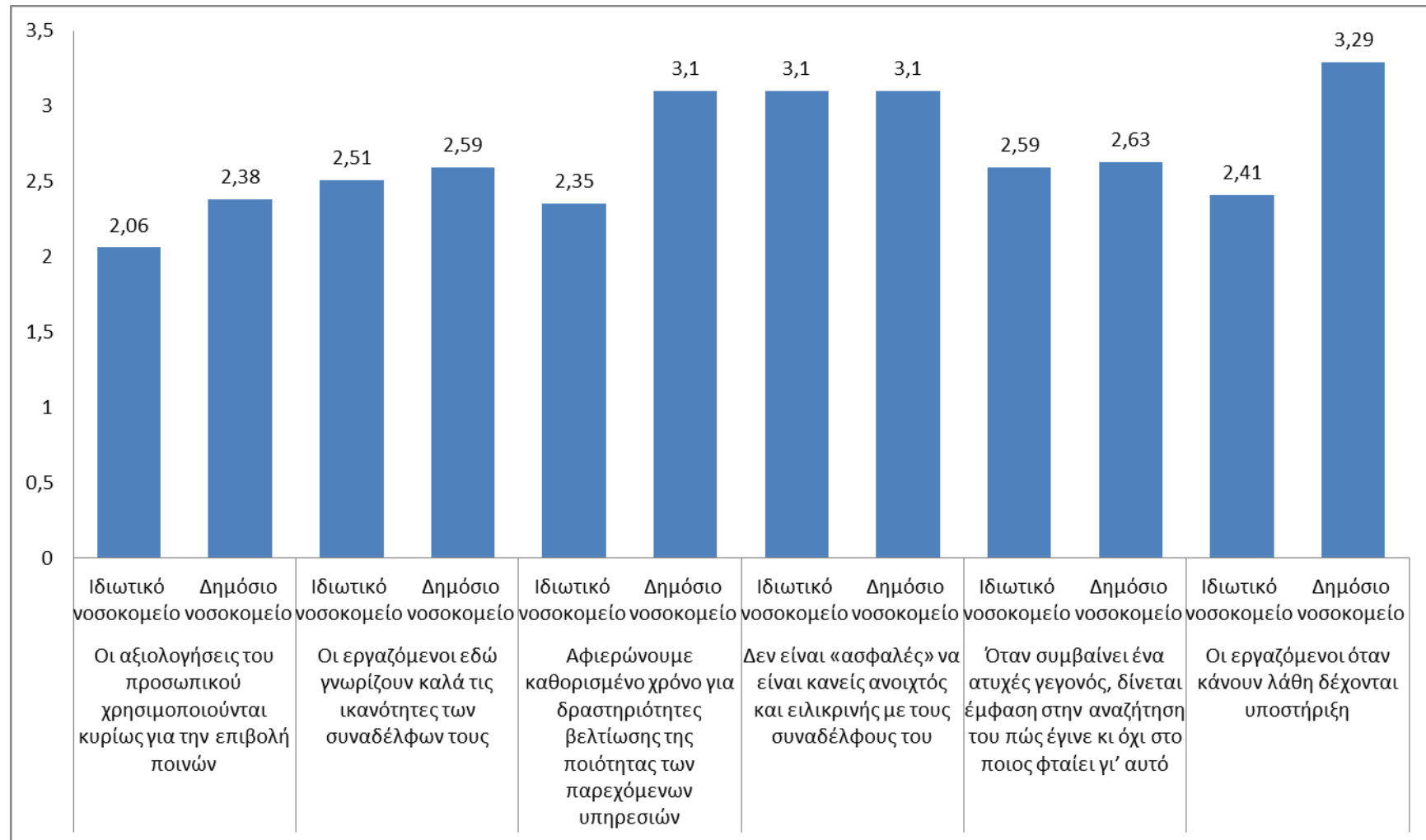
Τσαούσης, Ι. & Ρούσσοι, Π. (2002). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες. Ελληνικά Γράμματα*. Αθήνα.

ΥΥΚΑ (2010), *Εφαρμοζόμενα συστήματα πιστοποίησης- διαπίστευσης και συστήματα μέτρησης της ποιότητας σε Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α.*, Διεύθυνση Ποιότητας & Αποδοτικότητα, Αθήνα.

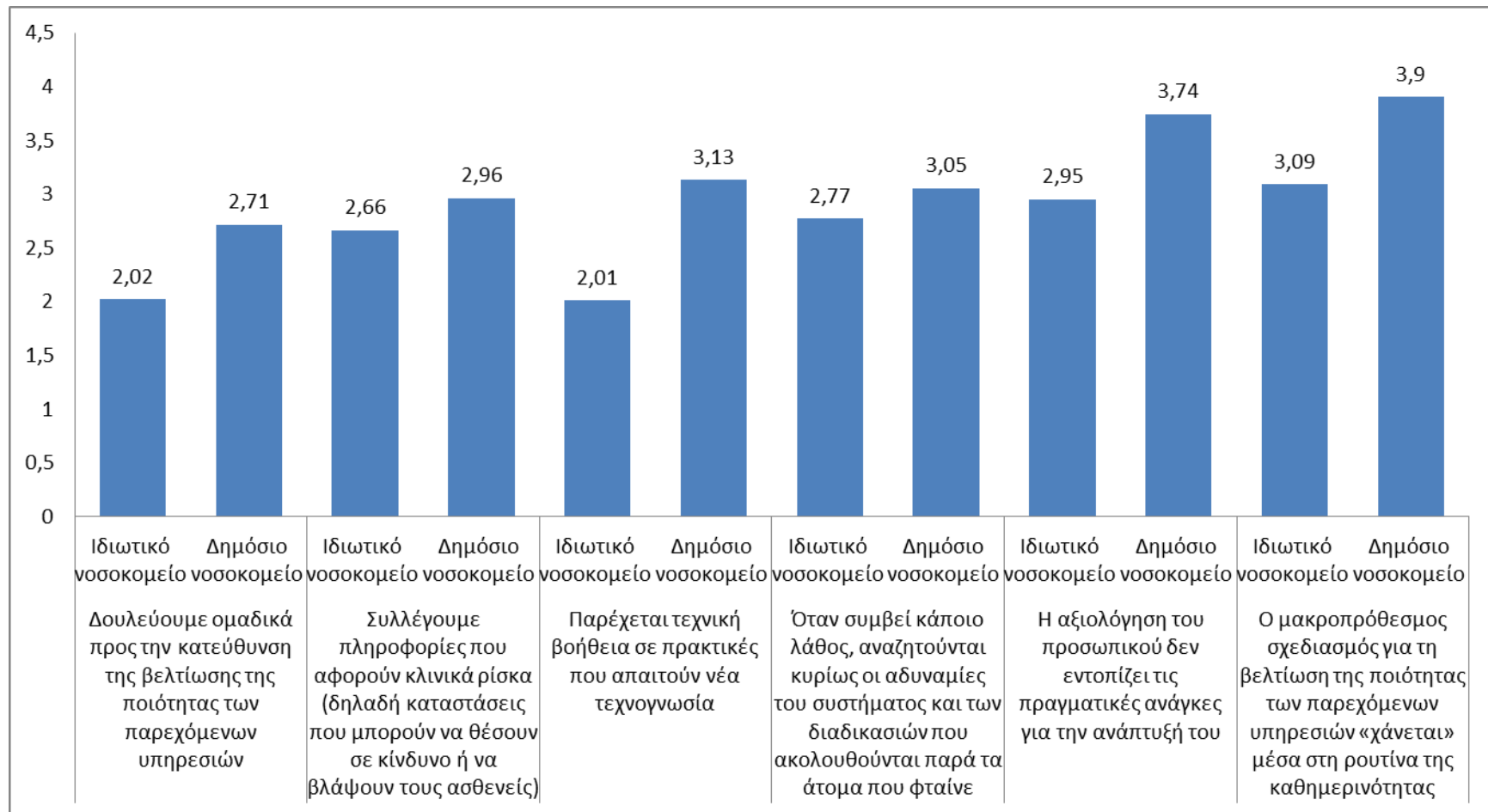
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



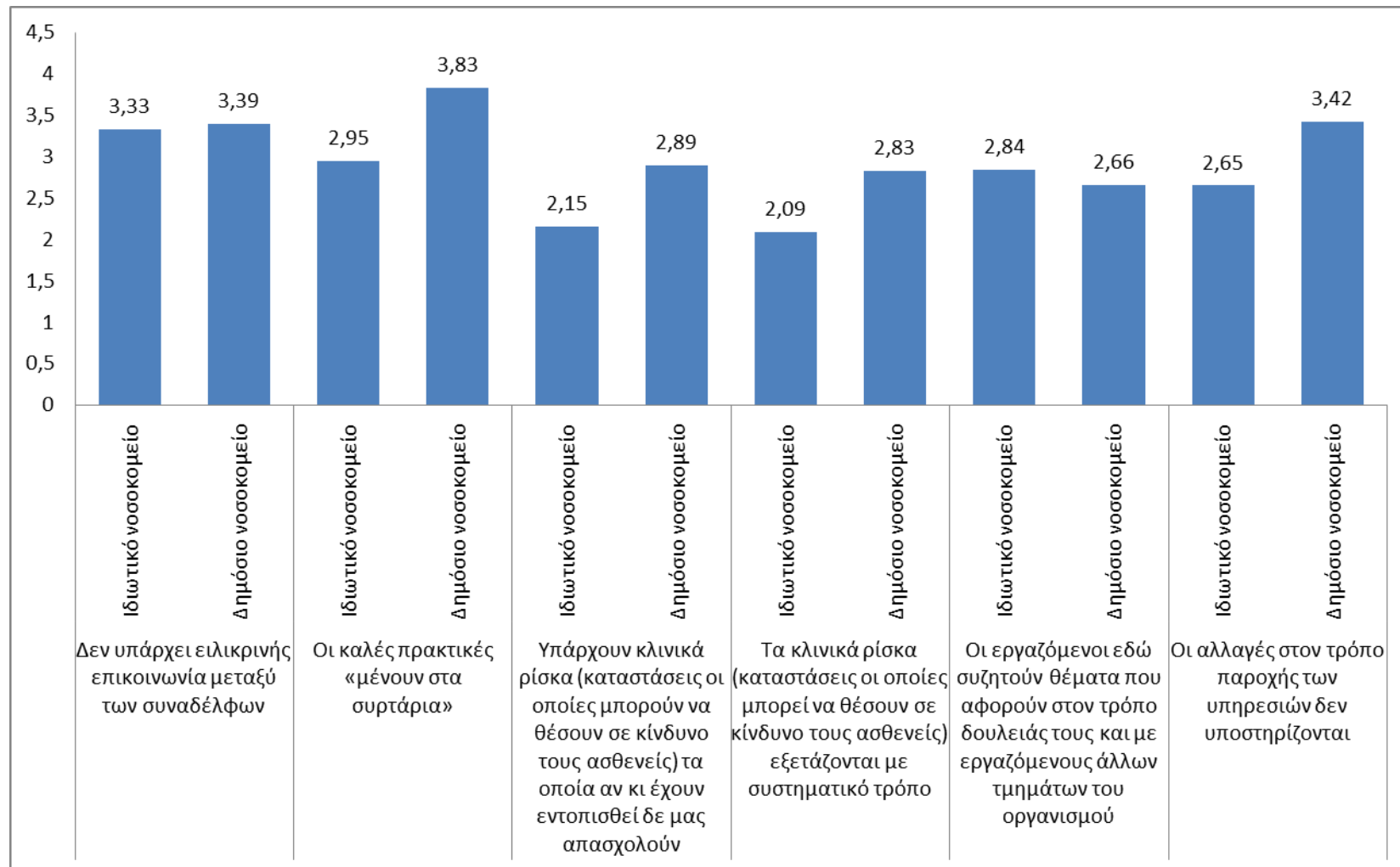
Εικόνα 6.1 Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



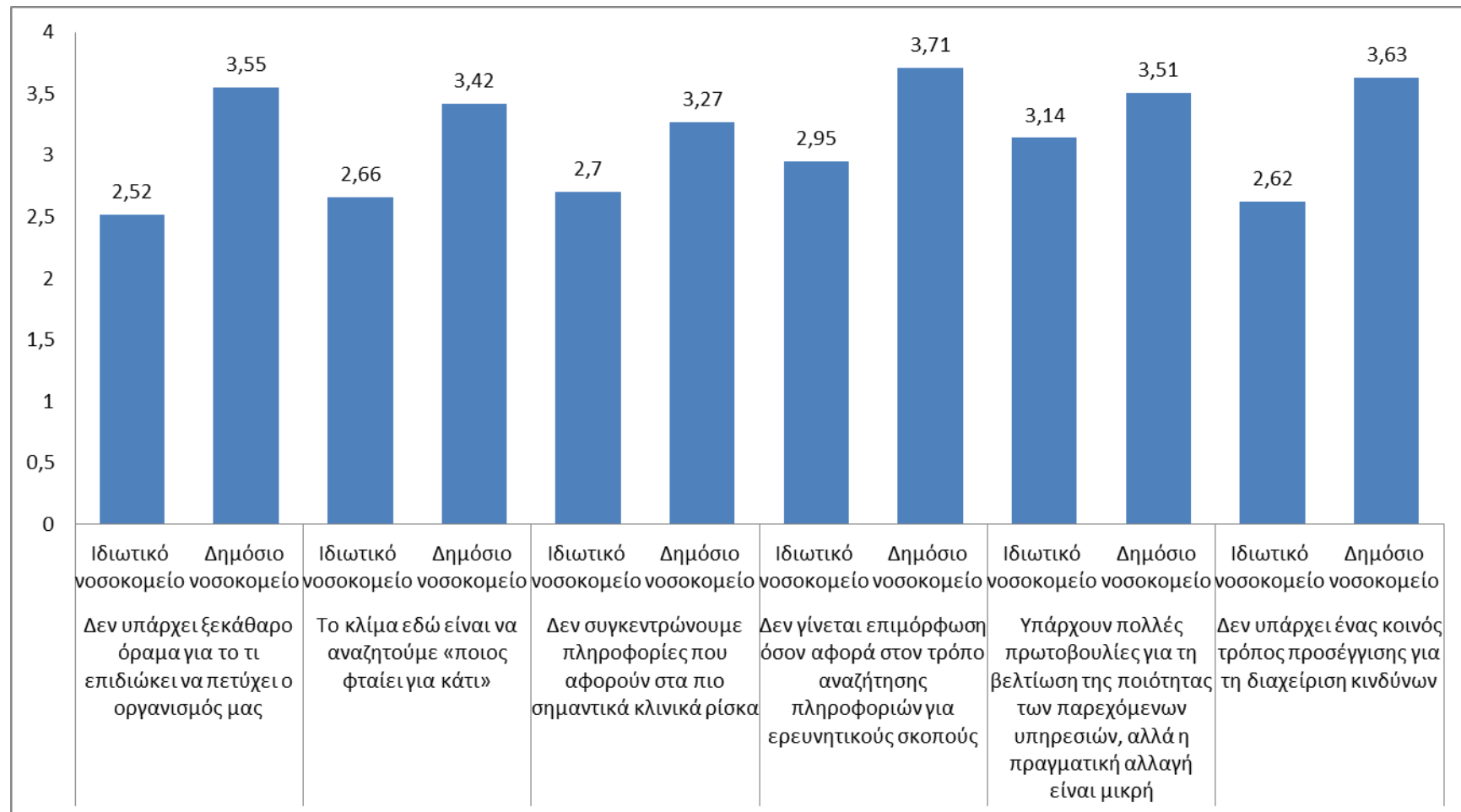
Εικόνα 6.2 Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



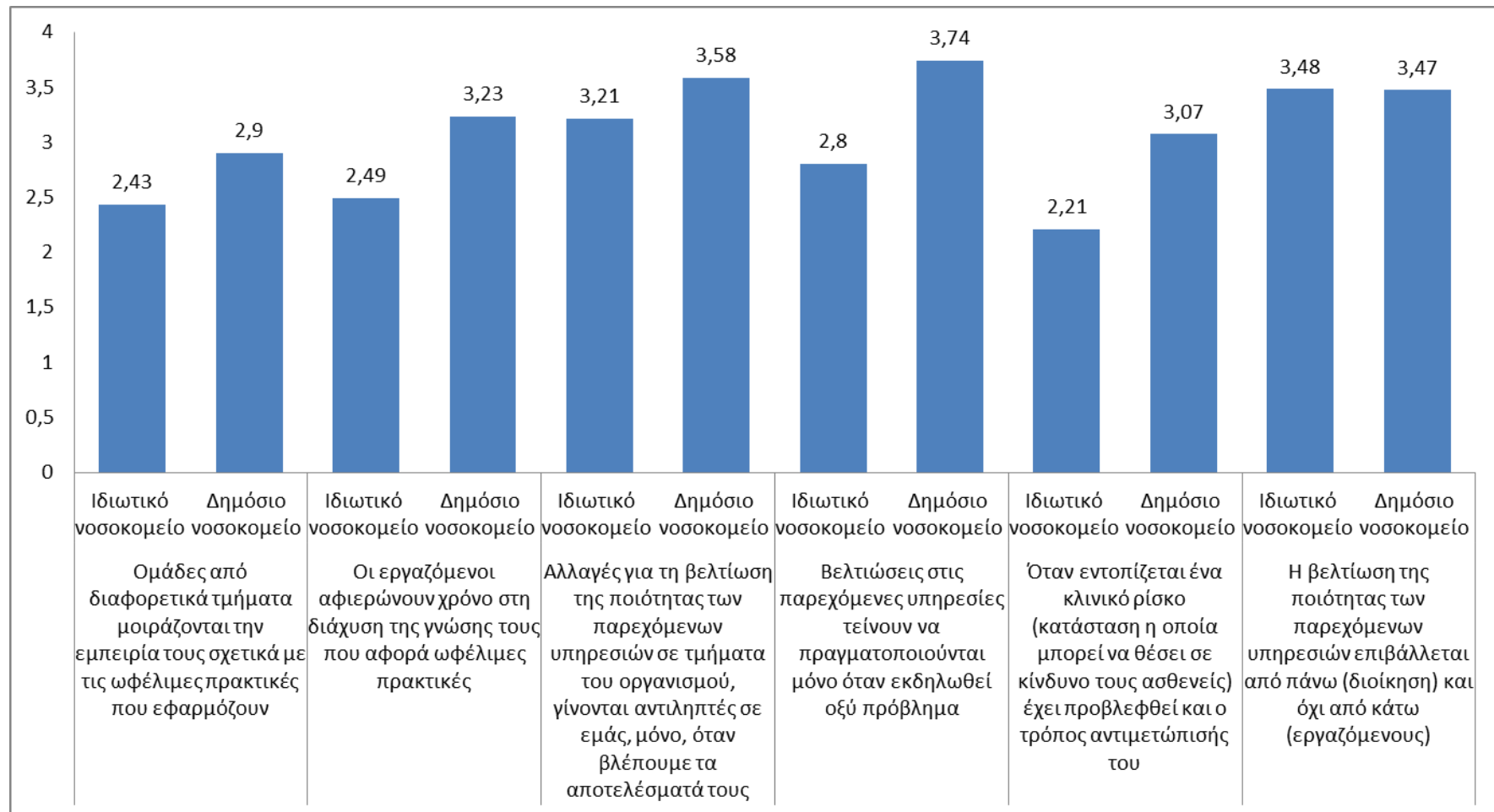
Εικόνα 6.3. Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



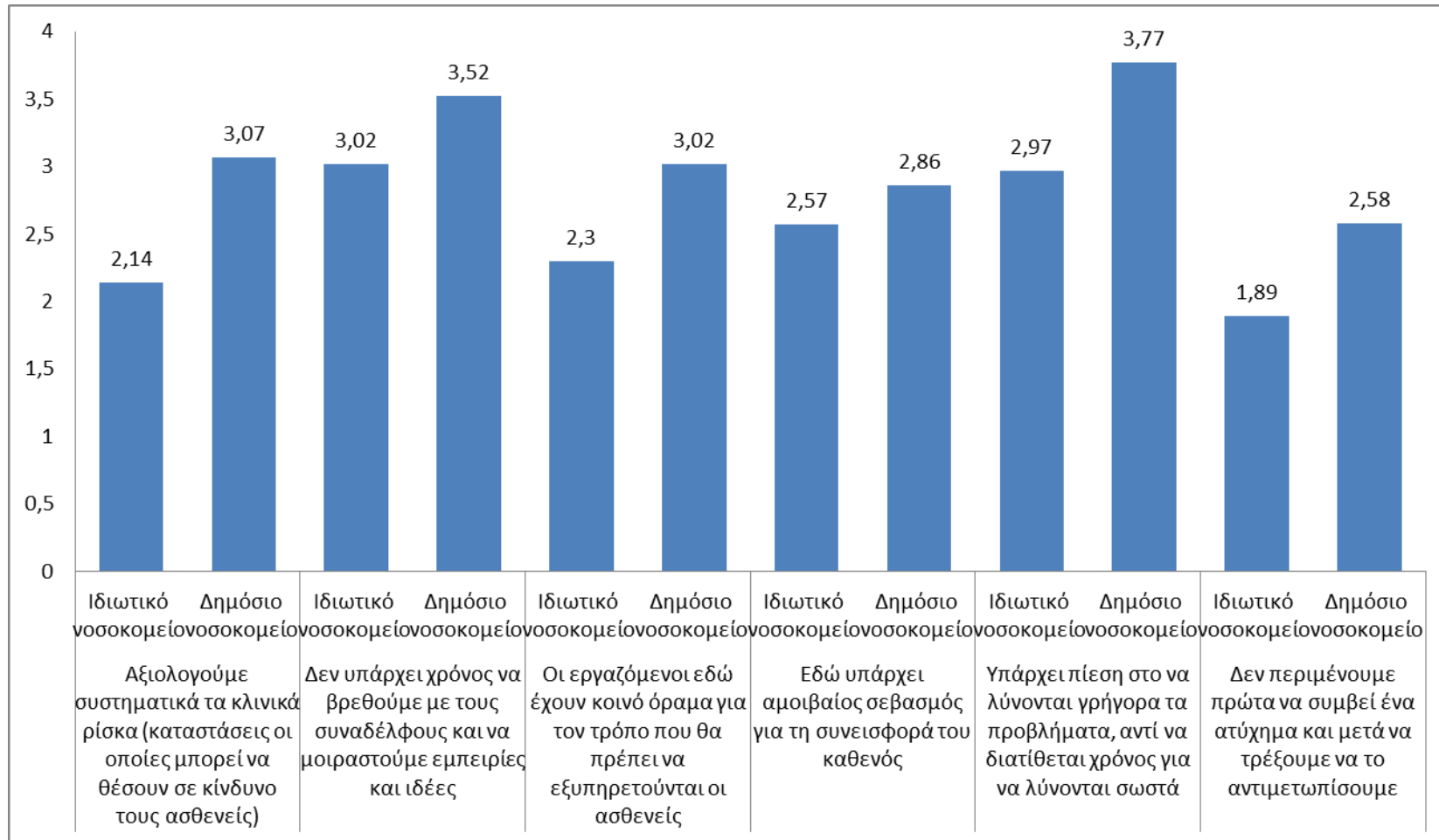
Εικόνα 6.4. Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



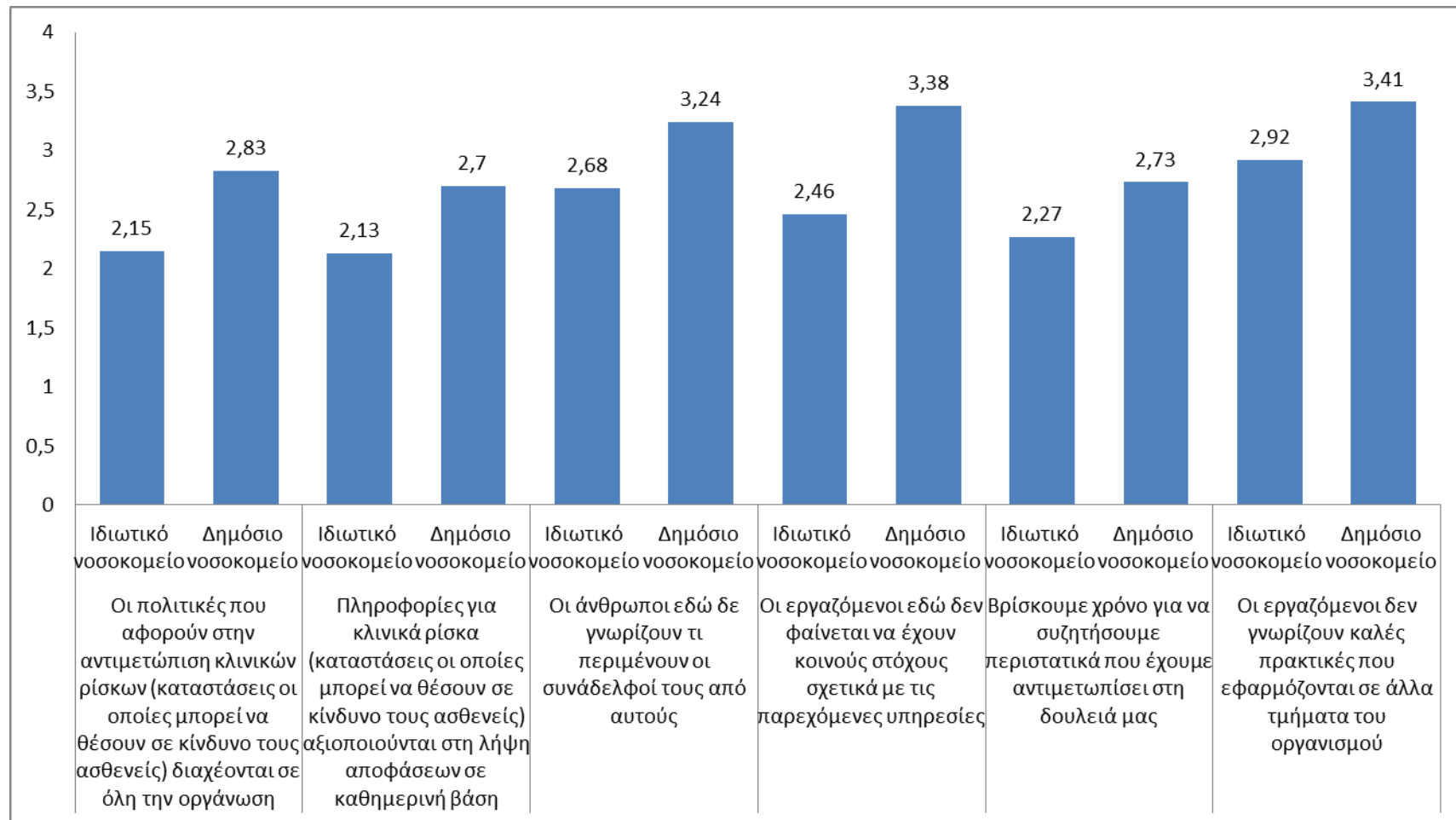
Εικόνα 6.5. Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



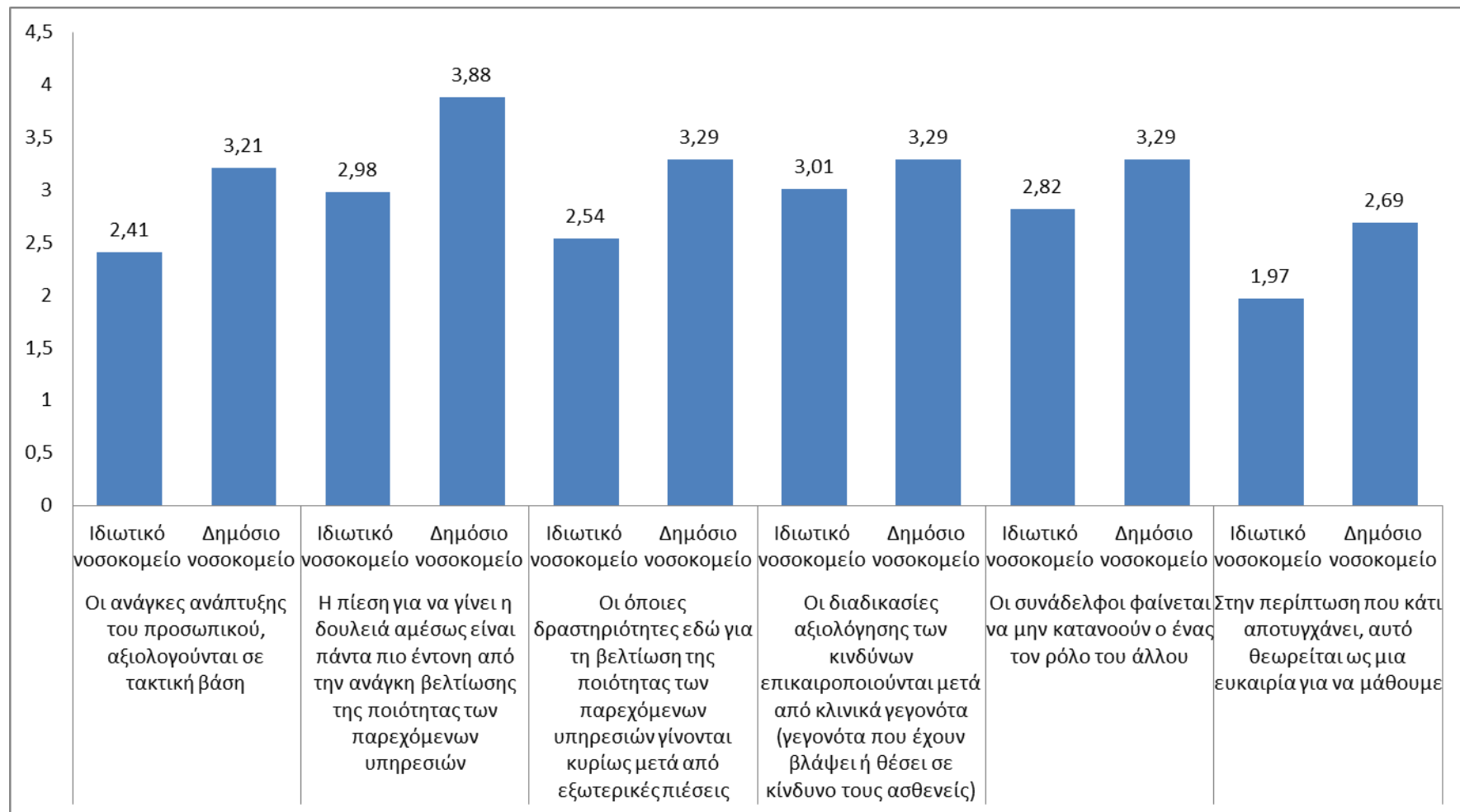
Εικόνα 6.6. Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



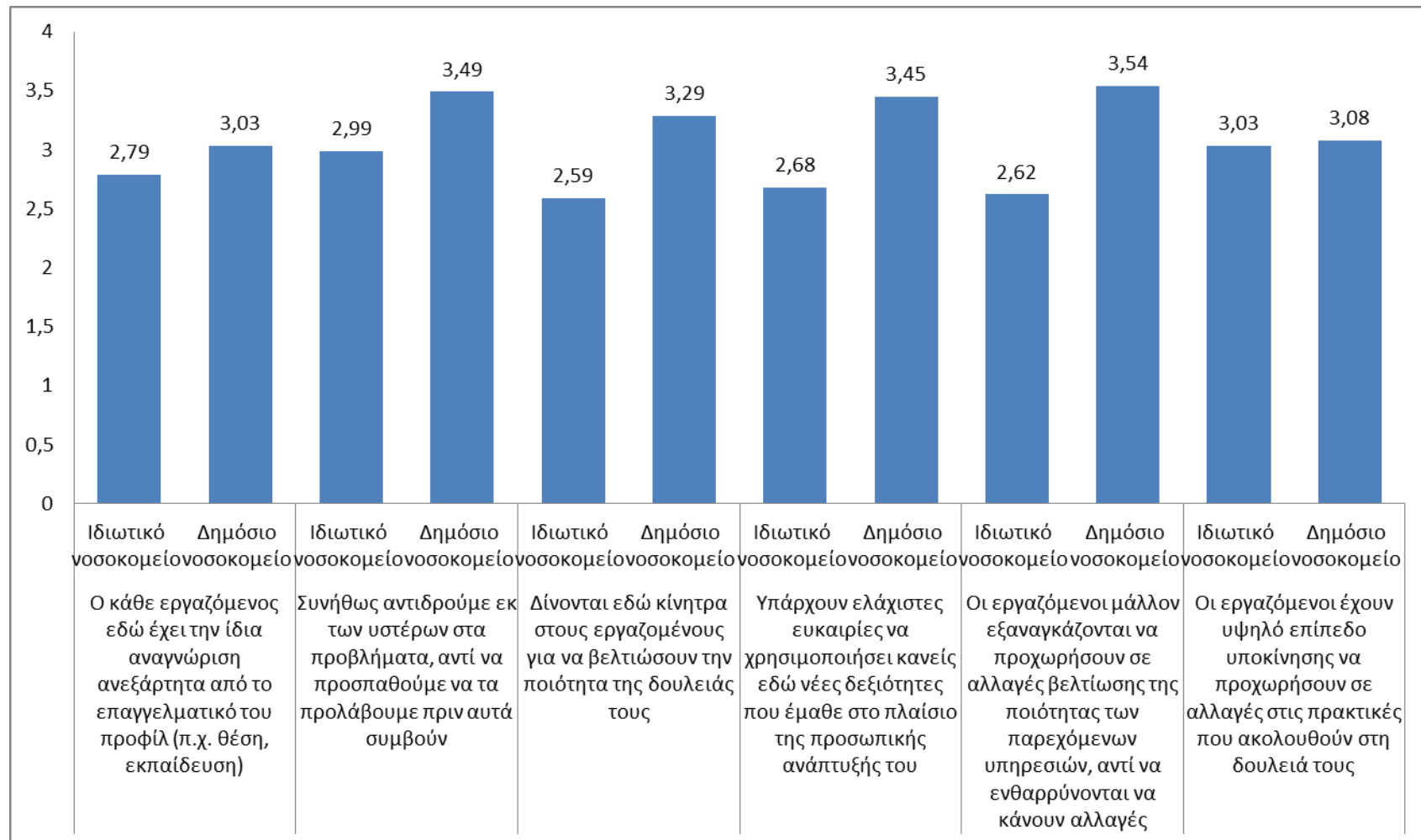
Εικόνα 6.7. Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



Εικόνα 6.8. Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



Εικόνα 6.9. Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.



Εικόνα 6.10. Μέσες τιμές των στοιχείων του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.

Πίνακας 6.21. Ανάλυση παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει»	0,117	0,158	0,267	0,162	0,211	-0,078	-0,030	0,020	0,080	0,158	-0,105	0,038	0,017	0,660
Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό)	0,370	0,145	0,661	0,119	0,117	0,048	0,039	-0,056	-0,056	0,001	0,129	-0,147	0,122	0,087
Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	0,086	0,158	0,778	0,209	0,110	-0,044	0,152	0,066	0,042	-0,058	-0,008	0,085	-0,063	0,102
Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν	0,555	0,218	0,111	-0,135	0,098	0,146	0,146	0,078	0,499	0,157	0,041	0,072	-0,005	0,143
Σε περίπτωση κλινικού γεγονότος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που εμπλέκονται να νιώθουν ένοχοι-φταίχτες	0,106	0,290	0,200	0,197	0,452	-0,322	-0,090	0,357	0,206	0,074	0,076	-0,053	-0,049	-0,021
Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της	0,401	0,277	0,005	0,124	0,023	0,005	0,094	0,087	0,683	0,084	0,073	-0,008	-0,016	0,045
Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών	0,061	0,278	0,703	-0,177	0,065	0,121	-0,054	0,133	0,051	0,158	0,014	0,117	-0,214	0,038
Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους	0,123	-0,223	-0,096	0,051	0,046	0,121	-0,028	0,103	-0,012	0,037	0,067	0,019	0,737	0,013

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.22. Ανάλυση παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	0,572	0,027	0,191	0,062	0,039	0,140	0,125	0,123	0,326	0,007	-0,192	0,236	0,133	0,183
Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του	0,098	0,200	0,137	-0,074	0,732	0,038	0,010	0,068	0,075	-0,109	0,047	0,054	0,056	0,102
Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό	0,324	0,055	0,087	0,139	0,043	0,017	-0,061	0,651	0,107	-0,111	0,339	0,204	0,124	0,029
Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη	0,525	0,222	0,225	0,124	0,072	0,222	-0,093	0,311	0,251	0,032	-0,229	0,025	0,083	-0,086
Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	0,639	0,109	0,105	0,090	0,255	0,165	0,122	0,159	0,286	-0,104	0,002	0,091	-0,149	0,267
Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κινδυνολογία (δηλαδή καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ή να βλάψουν τους ασθενείς)	0,254	0,186	-0,090	0,073	-0,312	0,313	-0,127	0,246	0,163	0,007	-0,119	-0,404	0,317	0,092
Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	0,632	0,239	0,161	0,094	0,099	0,292	-0,017	0,051	0,038	-0,048	0,061	-0,080	-0,281	0,066
Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίνε	0,395	0,219	0,042	-0,012	0,138	0,135	0,117	0,724	0,010	0,124	0,013	-0,104	0,081	-0,006

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.23. Ανάλυση παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του	0,343	0,604	0,235	0,020	0,188	-0,038	-0,013	-0,026	0,218	0,242	0,115	-0,004	0,099	-0,066
Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας	0,232	0,557	0,216	0,210	-0,144	-0,188	0,023	0,001	0,092	0,151	-0,116	0,418	0,187	0,070
Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων	0,175	0,523	0,020	-0,004	0,296	0,065	0,019	0,125	0,083	-0,010	0,183	0,466	0,008	0,104
Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»	0,260	0,725	0,127	0,089	0,157	0,028	0,143	0,085	0,003	0,024	0,057	0,326	-0,005	-0,010
Υπάρχουν κλινικά κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) τα οποία αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν	0,101	0,453	0,148	0,256	0,043	0,040	0,520	0,040	-0,206	0,139	0,128	0,012	0,163	0,131
Οι κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο	0,653	0,249	0,059	0,270	0,068	-0,073	0,174	0,201	-0,082	0,127	-0,017	-0,071	0,266	-0,253
Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού	-0,004	-0,169	0,018	-0,024	0,056	0,823	0,106	0,076	-0,003	-0,113	0,006	-0,090	0,194	-0,002
Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται	0,109	0,694	0,062	-0,048	-0,024	-0,043	0,111	0,379	0,053	0,108	-0,031	-0,040	-0,017	0,086
Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας	0,218	0,717	0,165	-0,061	0,105	0,133	0,209	0,134	0,067	0,107	-0,165	0,009	-0,145	-0,216

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.24. Ανάλυση παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»	0,273	0,712	0,180	0,111	0,216	0,091	-0,011	0,142	0,013	0,026	0,124	0,008	-0,037	-0,091
Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στα πιο σημαντικά κλινικά κίνδυνοι	0,189	0,416	0,172	0,563	0,031	0,214	0,213	0,224	0,004	-0,043	0,077	-0,085	0,059	0,133
Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς	0,180	0,698	-0,039	0,353	0,054	0,148	0,084	0,089	0,171	0,078	0,006	-0,014	-0,139	0,074
Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή	-0,056	0,762	0,029	0,053	0,132	-0,127	-0,244	-0,121	-0,067	-0,064	-0,079	0,170	-0,075	0,055
Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων	0,292	0,567	-0,072	0,310	0,061	-0,065	0,086	0,003	0,136	0,085	-0,081	-0,152	-0,072	-0,133
Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν	0,431	0,183	0,140	0,193	-0,041	0,632	-0,074	-0,001	0,131	0,145	-0,066	0,124	-0,114	-0,106
Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές	0,641	0,357	-0,092	-0,046	0,204	0,306	0,009	-0,076	0,014	0,117	0,000	0,141	0,084	0,002
Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους	0,097	0,351	-0,003	0,112	-0,086	-0,099	-0,133	0,072	0,140	0,726	-0,079	0,048	0,124	0,181

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.25. Ανάλυση παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα	0,337	0,478	0,065	0,324	0,305	-0,085	0,209	-0,079	0,020	0,261	-0,094	-0,040	-0,108	0,254
Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του	0,545	0,093	0,080	0,600	-0,126	-0,018	0,192	0,078	-0,007	0,211	0,035	-0,053	0,040	0,048
Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους)	0,099	0,213	0,070	0,040	0,118	-0,021	0,043	0,135	0,028	0,016	0,809	0,035	0,063	-0,075
Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους(καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς)	0,660	0,189	0,202	0,280	0,131	0,039	0,021	-0,066	0,006	-0,049	-0,253	-0,178	0,235	0,190
Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες	0,244	0,505	-0,143	0,134	0,227	0,313	-0,033	0,004	0,302	0,140	0,254	0,153	0,030	-0,163
Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	0,735	0,253	0,088	-0,018	0,051	-0,141	0,177	0,313	-0,138	0,102	0,038	-0,034	-0,015	0,065
Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός	0,647	0,225	0,031	0,034	0,082	0,057	0,117	0,206	0,121	0,257	0,136	0,308	0,011	0,143
Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά	0,205	0,583	0,084	0,132	0,015	0,132	-0,035	0,005	0,021	0,471	0,252	0,010	-0,153	-0,124

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.26. Ανάλυση παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε	0,677	0,074	0,160	0,242	-0,103	0,041	0,220	0,109	0,200	0,090	0,260	-0,070	-0,016	0,185
Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση	0,619	0,159	0,097	0,294	0,237	0,183	-0,101	-0,066	0,266	0,002	-0,052	-0,125	0,224	-0,056
Πληροφορίες για κλινικά κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση	0,733	0,218	0,137	0,179	-0,012	-0,070	-0,027	0,106	0,028	0,040	0,182	-0,045	0,084	-0,058
Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς	0,254	0,344	0,103	0,580	0,053	0,041	0,135	-0,043	0,130	0,104	0,062	0,353	0,063	0,112
Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες	0,318	0,578	0,121	0,147	0,286	0,015	0,119	0,123	-0,220	0,112	0,103	0,112	-0,091	0,205
Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας	0,211	0,084	0,031	0,120	0,027	0,075	0,790	0,020	0,150	-0,125	-0,026	0,050	-0,059	-0,054
Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού	0,162	0,243	0,133	0,089	0,519	0,255	0,275	0,029	-0,208	0,412	0,100	0,089	-0,003	0,107
Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση	0,784	0,267	0,078	0,131	0,072	-0,052	0,072	0,062	0,130	0,019	-0,119	0,008	0,077	0,030

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.27. Ανάλυση παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	0,307	0,653	0,112	0,138	-0,031	-0,216	-0,023	0,203	0,228	0,153	0,113	-0,034	-0,107	0,055
Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις	0,326	0,593	0,270	0,058	0,193	0,012	0,194	0,088	0,039	0,163	0,097	-0,113	0,145	0,132
Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά γεγονότα (γεγονότα που έχουν βλάψει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς)	-0,180	0,357	0,167	0,030	0,045	-0,203	0,386	-0,083	0,084	0,381	0,100	-0,085	-0,090	-0,342
Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου	0,352	0,439	0,029	0,289	0,280	-0,002	0,329	0,121	-0,062	0,115	0,085	0,256	-0,098	0,162
Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε	0,615	0,080	0,104	0,124	-0,049	0,374	0,048	0,001	0,063	-0,002	0,239	-0,364	-0,193	0,151
Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση)	0,594	0,241	0,014	0,163	0,240	-0,059	-0,046	0,249	-0,213	-0,079	0,064	0,198	-0,226	0,004
Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν	0,267	0,517	0,131	0,275	0,352	-0,027	0,347	0,077	0,023	0,024	0,198	0,036	0,062	0,058
Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους	0,757	0,339	-0,060	0,017	-0,001	-0,024	-0,017	0,154	0,107	0,047	0,044	0,150	-0,135	-0,058

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.28. Ανάλυση παραγόντων των 60 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	0,063	0,674	0,132	-0,066	-0,271	0,009	0,176	-0,068	0,062	-0,062	0,263	-0,163	0,001	0,299
Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές	0,304	0,577	0,247	0,013	0,011	-0,012	0,122	-0,046	0,194	0,193	0,126	-0,085	-0,107	0,222
Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους	0,691	-0,036	-0,020	-0,148	-0,065	0,081	0,119	-0,022	0,066	-0,023	0,199	0,113	0,327	-0,046

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.29. Ανάλυση παραγόντων των 38 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει»	0,151	0,180	0,285	-0,161	0,159	0,062	-0,101	0,779	0,045
Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό)	0,362	0,145	0,665	0,155	0,030	0,130	0,076	0,103	0,008
Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	0,109	0,139	0,805	-0,095	0,108	-0,084	0,000	0,105	0,217
Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών	0,050	0,285	0,655	0,061	0,071	-0,222	0,058	0,069	-0,160
Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους	0,144	-0,191	-0,132	0,170	0,075	0,788	0,090	0,051	-0,007
Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	0,607	0,065	0,225	0,005	0,112	0,137	-0,195	0,185	0,239
Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του	0,094	0,207	0,166	0,076	0,773	0,116	0,031	0,162	-0,050

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.30. Ανάλυση παραγόντων των 38 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	0,673	0,162	0,088	0,184	0,330	-0,162	0,001	0,298	0,109
Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	0,623	0,251	0,124	0,296	0,196	-0,322	0,058	0,088	-0,021
Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του	0,354	0,660	0,273	-0,009	-0,027	0,112	0,084	-0,005	-0,157
Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»	0,252	0,731	0,131	-0,088	0,272	0,005	0,075	-0,003	0,114
Οι κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο	0,691	0,319	0,085	-0,053	-0,032	0,289	-0,057	-0,236	0,116
Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού	0,018	-0,136	0,048	0,809	0,055	0,188	-0,023	-0,119	0,101
Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται	0,137	0,721	0,080	-0,096	-0,005	-0,014	0,046	0,014	0,113

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.31. Ανάλυση παραγόντων των 38 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας	0,191	0,752	0,222	0,049	0,075	-0,123	-0,112	-0,258	0,199
Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»	0,290	0,715	0,235	0,055	0,137	-0,038	0,123	-0,111	-0,018
Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς	0,241	0,760	-0,073	0,108	0,057	-0,126	-0,032	0,224	0,059
Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή	-0,115	0,716	0,003	-0,168	0,255	-0,081	-0,064	0,042	-0,210
Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων	0,320	0,648	-0,153	0,046	-0,038	-0,043	-0,082	0,065	0,058
Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους	0,140	0,473	0,110	-0,332	-0,340	0,273	-0,080	0,219	-0,172

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.32. Ανάλυση παραγόντων των 38 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους)	0,136	0,210	0,094	0,000	0,082	0,096	0,807	-0,086	-0,002
Αξιολογούμε συστηματικά τα κλινικούς κινδύνους(καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς)	0,665	0,211	0,199	0,176	0,029	0,163	-0,288	0,214	0,011
Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	0,730	0,277	0,157	-0,195	0,052	-0,015	0,127	-0,105	0,137
Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός	0,699	0,279	0,057	-0,102	0,134	0,043	0,136	0,115	0,026
Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε	0,748	0,129	0,124	0,064	-0,108	-0,026	0,252	0,256	0,153
Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση	0,683	0,216	0,133	0,243	0,007	0,185	-0,198	0,040	-0,155
Πληροφορίες για κλινικά κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση	0,766	0,238	0,146	-0,050	-0,082	0,053	0,123	-0,040	-0,067

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.33. Ανάλυση παραγόντων των 38 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες	0,299	0,606	0,262	-0,079	0,294	-0,026	0,115	-0,038	0,054
Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας	0,215	0,151	0,063	0,108	-0,024	-0,002	0,020	0,037	0,884
Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση	0,798	0,297	0,112	-0,032	-0,049	0,018	-0,121	0,005	0,053
Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	0,335	0,686	0,101	-0,271	-0,040	-0,066	0,160	0,177	0,013
Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις	0,318	0,633	0,356	0,016	0,077	0,181	0,124	0,095	0,087
Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε	0,620	0,113	0,116	0,470	-0,149	-0,221	0,212	0,135	0,001

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

Πίνακας 6.34. Ανάλυση παραγόντων των 38 στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Χαρακτηριστικό	Παράγοντας								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση)	0,588	0,223	0,086	-0,224	0,419	-0,161	0,091	-0,140	0,055
Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους	0,752	0,358	-0,064	-0,086	0,098	-0,124	0,068	-0,055	0,014
Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	0,008	0,607	0,137	0,095	-0,214	-0,116	0,373	0,238	0,107
Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές	0,276	0,614	0,279	0,088	-0,087	-0,114	0,166	0,193	-0,021
Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους	0,671	-0,070	-0,078	0,083	0,044	0,250	0,251	-0,005	0,125

Οι τιμές εκφράζουν φορτίσεις.

From: angeliki dreliozi [mailto:adreliozi@gmail.com]
Sent: 07 February 2012 08:03
To: Tim Freeman
Subject: request of permission for CGCQ

Dear Sir,

My name is Angeliki Dreliozi RN, MScN, MSc HSM working at a Greek Regional Health Authority and currently starting my Phd entitled: "Clinical Governance (CG) and Health Services Management; measuring CQ climate in a public and a private Hospital".

Searching the literature I found your very interesting article "Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the clinician governance climate questionnaire" in *Health Services Management Research* (2003).

My supervisor, P.Prezerakos, assistant professor, University of Peloponnese and me, would like to use your questionnaire to evaluate CG climate in a public and a private hospital of Athens.

So, I would be grateful if you could give me your permission to use your CGCQ for the purpose of my research, and if you could sent me the questionnaire and any information that you feel could be useful for me.

Sincerely yours,

Angeliki Dreliozi

Στις 7 Φεβρουαρίου 2012 4:24 μ.μ., ο χρήστης Tim Freeman
<T.Freeman@bham.ac.uk> έγραψε:

Hi Angeliki

Thanks for getting in touch. I'd be very happy for you to use the CGCQ in your study. I've attached a copy of the short-form CGCQ for your information, and a list of the items associated with each of the domains following the factor analysis within a UK context. I've also attached a recent paper which validated the instrument in a Greek hospital setting which you might find helpful. In the fullness of time I'd be happy to act as an external examiner of your thesis, should this be required.

Good luck with your studies

Regards

Tim

Dr. Tim Freeman
Lecturer
Health Services Management Centre, University of Birmingham
Park House, 40 Edgbaston Park Road, Edgbaston
Birmingham, B15 2RT, United Kingdom, Tel: 0121 414 7050
Fax: 0121 414 7051

From: angeliki dreliozi [mailto:adreliozi@gmail.com]
Sent: 09 February 2012 07:38
To: Tim Freeman
Subject: Re: request of permission for CGCQ

Dear Tim,

thank you very much for your immediate response and all the very useful information that you've sent me. I will keep you posted for my research which is at the very beggining. Also, may I feel free to ask questions if I have any during my research? This is because although Clinical Governance is a very interesting concept is practically unknown in Greece.

Best,

Angeliki Dreliozi

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Σπάρτη, 2 Απριλίου 2012

Προς: κ. Παπαχρήστο Χρήστο,
Διοικητή του ΓΝΠ «Τζάνειο»

Θέμα: Αίτηση αδειας διεξαγωγής μελέτης

Αξιότιμε κ. Διοικητά,

Η κα Αγγελική Δρελιώζη, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc in Nursing, MSc in Health Services Management και υποψήφια διδάκτωρ του τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής με θέμα: **«Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ) και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός του κλίματος ΚΔ σε Δημόσιο και Ιδιωτικό νοσοκομείο».**

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον συνυπογράφο, μέλος ΔΕΠ (Επίκουρο Καθηγητή) του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συγκεκριμένη μελέτη θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου ευθύνης σας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο, από το Νοσοκομείο, ερευνητή (από την ίδια την υποψήφια Διδάκτωρ) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο και το σχετικό ερωτηματολόγιο.

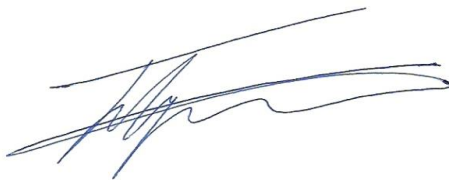
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως εσείς κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της μελέτης στο Νοσοκομείο σας.

Το τηλέφωνο επικοινωνίας της υποψηφίας διδάκτορος είναι: 6974190289 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: adreliozi@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Παναγιώτης Πρεζεράκος
Επίκουρος Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Αγγελική Δρελιώζη
Υποψήφια Διδάκτωρ
Νοσηλεύτρια ΠΕ
MScN, MScHSM

Συνημμένα: 1) Ερευνητικό Πρωτόκολλο (Φ5)
3) Ερωτηματολόγιο (Φ7)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Σπάρτη, 22 Μαρτίου 2012

Προς: κ. Νότα Μπακαράκη,
Προϊσταμένη Τμήματος
Προσωπικού, ΙΑΣΩ**Θέμα:** Αίτηση αδειάς διεξαγωγής μελέτης

Αξιότιμη κυρία Μπακαράκη,

Η κα Αγγελική Δρελιώζη, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc in Nursing, MSc in Health Services Management και υποψήφια διδάκτωρ του τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής με θέμα: **«Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ) και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός του κλίματος ΚΔ σε Δημόσιο και Ιδιωτικό νοσοκομείο».**

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον συνυπογράφο, μέλος ΔΕΠ (Επίκουρο Καθηγητή) του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συγκεκριμένη μελέτη θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου ευθύνης σας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο, από το Νοσοκομείο, ερευνητή (από την ίδια την υποψήφια Διδάκτωρ) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο και το σχετικό ερωτηματολόγιο.

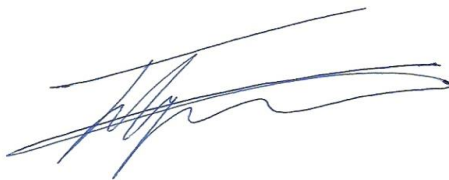
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως εσείς κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της μελέτης στο Νοσοκομείο σας.

Το τηλέφωνο επικοινωνίας της υποψηφίας διδάκτορος είναι: 6974190289 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: adreliozi@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Παναγιώτης Πρεζεράκος
Επίκουρος Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Αγγελική Δρελιώζη
Υποψήφια Διδάκτωρ
Νοσηλεύτρια ΠΕ
MScN, MScHSM

Συνημμένα: 1) Ερευνητικό Πρωτόκολλο (Φ5)
3) Ερωτηματολόγιο (Φ7)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ
"ΤΖΑΝΕΙΟ"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ 11^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ 5 - 4 - 2012

Στο ΤΖΑΝΕΙΟ Νοσοκομείο Πειραιά, την Πέμπτη 5 - 4 - 2012 και ώρα 11.00, πραγματοποιήθηκε η 11^η συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο συγκροτήθηκε σε σώμα με την αριθμ. 242/13-10-2011 Πράξη του Διοικητή του ως άνω Νοσοκομείου

ΠΑΡΟΝΤΕΣ : *Μελιδώνης Ανδρέας, Πρόεδρος*

Φακιολάς Κωνσταντίνος

Κοντοστόλης Στέλιος

Ζαρκωτού Ολυμπία

Αλτουβάς Γεώργιος

Σπυροπούλου Παναγιώτα

Καραγεωργίου Πάυλος

Λατανιώτου Όλγα

ΑΠΟΝΤΕΣ: *Αγιομαμίτης Γεώργιος*

ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: *Στελλάτος Γεράσιμος*

Αφού διαπιστώθηκε η ύπαρξη απαρτίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Μελιδώνης Ανδρέας, κηρύσσει την έναρξη της συνεδρίασης.

ΘΕΜΑ 6^ο : «Εκπόνηση διδακτορικής διατριβής»

Το Επιστημονικό Συμβούλιο λαμβάνει γνώση α) της αριθμ. 4113/3-4-2012 αίτησης της κ. Δρελιώζη Αγγελικής, νοσηλεύτριας ΠΕ με την οποία ζητά έγκριση για την εκπόνηση μελέτης με θέμα «Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ) και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός του κλίματος ΚΔ σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Νοσοκομείο», η οποία θα εκπονηθεί στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής, υπό την επίβλεψη του κ. Πρεζεράκου Παναγιώτη επ. καθηγητή Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, β) του πρωτοκόλλου, του ερωτηματολογίου και των λοιπών στοιχείων της μελέτης, γ) της σύμφωνης γνώμης της Επιτροπής Έρευνας και δ) του γεγονότος ότι δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο και μετά από διαλογική συζήτηση

αποφασίζει

την έγκριση του αιτήματος της κ. Δρελιώζη Αγγελικής για την εκπόνηση της μελέτης «Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ) και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός του κλίματος ΚΔ σε

Δημόσιο και Ιδιωτικό Νοσοκομείο», στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής καθώς επίσης και την έγκριση του πρωτοκόλλου, του ερωτηματολογίου και των λοιπών στοιχείων της μελέτης.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΣΤΕΛΛΑΤΟΣ



Προς
Δρελιώζη Αγγελική
Υποψήφια Διδάκτωρ
Νοσηλεύτρια ΠΕ
MScN, MScHSM

Από
ΙΑΣΩ GENERAL-Γενική Κλινική Χολαργού

Χολαργός ,27/3/2012

Αξιότιμη κα Δρελιώζη,

Κατόπιν αιτήματός σας για χορήγηση αδειάς, σας ενημερώνουμε πως έχει εγκριθεί η διεξαγωγή της μελέτης με θέμα «Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ) και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός του κλίματος ΚΔ σε Δημόσιο και Ιδιωτικό νοσοκομείο», η οποία πρόκειται να διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου και θα απευθύνεται σε εργαζόμενους της Κλινικής.

Με εκτίμηση,

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Αγαπητέ /ή κύριε / κυρία,

Το ερωτηματολόγιο που σας ζητείται να συμπληρώσετε αποτελεί εργαλείο μιας μελέτης που έχει ως αντικείμενο τον προσδιορισμό των γνωρισμάτων της κλινικής διακυβέρνησης τα οποία έχουν ενσωματωθεί στο υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα των νοσοκομείων καθώς και η σύγκριση μεταξύ του υφιστάμενου οργανωσιακού κλίματος - ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης - σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο.

Οι πληροφορίες αυτές θα αξιοποιηθούν σε προσωπικό επίπεδο από τον υπεύθυνο της σχετικής μελέτης, στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής του διατριβής, η οποία πραγματοποιείται στο Τμήματα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Παρακαλούμε απαντήστε όλες τις ερωτήσεις λαμβάνοντας υπόψη ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις σας είναι πολύ σημαντικές στην έρευνα αυτή, ωστόσο, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Σας ζητείται να απαντήσετε σε κάθε ερώτηση όπως πιστεύετε ότι η κατάσταση υπάρχει πραγματικά και όχι όπως θα θέλατε να είναι ή όπως νομίζετε ότι θα έπρεπε να είναι.

Οι απαντήσεις σας είναι αυστηρά εμπιστευτικές και δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πέρα από αυτούς της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και έτσι δεν μπορούν να συνδεθούν οι απαντήσεις με συγκεκριμένα πρόσωπα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ!

Με εκτίμηση,

Αγγελική Δρελιώζη
Υποψήφια Διδάκτωρ
Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Τηλ. 6974190289
Email: adreliozi@gmail.com

Παναγιώτης Πρεζεράκος
Επίκουρος Καθηγητής
Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Email: panprez@otenet.gr

Ερωτηματολόγιο Κλίματος Κλινικής Διακυβέρνησης
(Clinical Governance Climate Questionnaire)

Θα θέλαμε να μάθουμε πώς είναι να δουλεύει κανείς στον οργανισμό σας.

Σκεφτείτε το τμήμα του οργανισμού που εργάζεστε και σημειώστε σας παρακαλούμε, το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με κάθε μία από τις επόμενες διατυπώσεις.

Βαθμολογήστε **όλες τις διατυπώσεις** με κλίμακα από **(1)** έως το **(5)** κυκλώνοντας τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα τη δική σας άποψη.

Κυκλώστε

1= Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=διαφωνώ, 5=διαφωνώ απόλυτα

1.1.	Όταν τα πράγματα πάνε στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει».	1	2	3	4	5
1.2	Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό).	1	2	3	4	5
1.3	Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού.	1	2	3	4	5
1.4	Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν.	1	2	3	4	5
1.5	Σε περίπτωση κλινικού συμβάντος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που εμπλέκονται να νιώθουν ένοχοι-φταίχτες.	1	2	3	4	5
1.6	Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της.	1	2	3	4	5
1.7	Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών.	1	2	3	4	5
1.8	Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους.	1	2	3	4	5
1.9	Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	1	2	3	4	5
1.10	Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του.	1	2	3	4	5

Κυκλώστε**1= Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=διαφωνώ, 5=διαφωνώ απόλυτα**

1.11	Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό.	1	2	3	4	5
1.12	Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη.	1	2	3	4	5
1.13	Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	1	2	3	4	5
1.14	Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους (δηλαδή καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ή να βλάψουν τους ασθενείς)	1	2	3	4	5
1.15	Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	1	2	3	4	5
1.16	Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίνε.	1	2	3	4	5
1.17	Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξη του.	1	2	3	4	5
1.18	Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας.	1	2	3	4	5
1.19	Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων.	1	2	3	4	5
1.20	Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια».	1	2	3	4	5
1.21	Υπάρχουν κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) οι οποίοι αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν.	1	2	3	4	5
1.22	Οι κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο.	1	2	3	4	5
1.23	Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού.	1	2	3	4	5
1.24	Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται.	1	2	3	4	5

Κυκλώστε**1= Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=διαφωνώ, 5=διαφωνώ απόλυτα**

1.25	Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας.	1	2	3	4	5
1.26	Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι».	1	2	3	4	5
1.27	Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στους πιο σημαντικούς κλινικούς κινδύνους.	1	2	3	4	5
1.28	Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς.	1	2	3	4	5
1.29	Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή.	1	2	3	4	5
1.30	Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων.	1	2	3	4	5
1.31	Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν.	1	2	3	4	5
1.32	Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές.	1	2	3	4	5
1.33	Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους.	1	2	3	4	5
1.34	Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα.	1	2	3	4	5
1.35	Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος (κατάσταση η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς) έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του.	1	2	3	4	5
1.36	Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους).	1	2	3	4	5
1.37	Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς)	1	2	3	4	5
1.38	Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες.	1	2	3	4	5

Κυκλώστε**1= Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=διαφωνώ, 5=διαφωνώ απόλυτα**

- | | | | | | | |
|------|--|---|---|---|---|---|
| 1.39 | Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.40 | Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.41 | Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.42 | Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.43 | Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.44 | Πληροφορίες για κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.45 | Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συναδέλφοί τους από αυτούς. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.46 | Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.47 | Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.48 | Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.49 | Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.50 | Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.51 | Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Κυκλώστε

1= Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=διαφωνώ, 5= διαφωνώ απόλυτα

- | | | | | | | |
|------|--|---|---|---|---|---|
| 1.52 | Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά συμβάντα (γεγονότα που έχουν βλάβει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.53 | Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.54 | Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.55 | Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.56 | Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.57 | Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.58 | Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.59 | Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.60 | Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Θα παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω ατομικά σας στοιχεία. Βάλτε ένα **X** στο αντίστοιχο τετραγωνάκι ή συμπληρώστε τα αντίστοιχα νούμερα:

1.	Φύλο	
	Άνδρας	
	Γυναίκα	

2.	Έτος Γέννησης	
-----------	----------------------	--

3.	Εκπαίδευση	
	Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι / ΚΑΤΕΕ	
	Απόφοιτος μεταλυκειακής σχολής (π.χ ΙΕΚ)	
	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (π.χ εξατάξιο γυμνάσιο, λύκειο, μέσες τεχνικές σχολές)	
	Άλλο (προσδιορίστε).....	

4.	Υπηρεσία που ανήκετε	
	Μέλος της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	
	Μέλος της Ιατρικής Υπηρεσίας	
	Μέλος της Διοικητικής Υπηρεσίας	
	Μέλος της Τεχνικής Υπηρεσίας	

5Α.	Θέση εργασίας (αφορά όλους τους εργαζόμενους πλην των ιατρών)	
	Διοικητής	
	Προϊστάμενος Διεύθυνσης ή Τομέα	
	Προϊστάμενος Τμήματος	
	Υπεύθυνος Τμήματος ή Γραφείου	
	Υπάλληλος	

5Β.	Θέση εργασίας (αφορά τους ιατρούς)	
	Διευθυντής ιατρικού τομέα	
	Συντονιστής Διευθυντής ιατρικού τμήματος/εργαστηρίου	
	Διευθυντής	
	Επιμελητής Α΄ ή Β΄	
	Ειδικευόμενος	

5Γ. ΕΦΟΣΩΝ ΕΙΣΤΕ ΓΙΑΤΡΟΣ ΓΡΑΨΤΕ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

6.	Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό	
-----------	--	--

7.	Σχέση εργασίας με τον οργανισμό	
	Μόνιμος μισθωτός	
	Ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου -ΙΔΑΧ	
	Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου -ΙΔΟΧ	
	Εξωτερικός συνεργάτης σε μόνιμη βάση (αφορά γιατρούς που συνεργάζονται συστηματικά με συγκεκριμένα ιδιωτικά νοσοκομεία)	