



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
«ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η κλινική διακυβέρνηση ως μηχανισμός διασφάλισης ποιότητας των  
υπηρεσιών υγείας»**

**ΑΜ: mlead20006**

**Συγγραφέας:**

**ΔΟΥΠΑ ΖΩΗ**

**Αθήνα, 2022**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
«ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η κλινική διακυβέρνηση ως μηχανισμός διασφάλισης ποιότητας των  
υπηρεσιών υγείας»**

**AM: mlead20006**

**Συγγραφέας:**

**ΔΟΥΠΑ ΖΩΗ**

**Επιβλέπουσα: Παπανικολάου Βασιλική**

**Αθήνα, 2022**



UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

POSTGRADUATE PROGRAMME IN PUBLIC HEALTH  
“LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH POLICIES”

**“Clinical governance as a quality assurance mechanism for health services”**

**Registration Number: mlead20006**

**Thesis of**

**Doupa Zoi**

**Supervisor: Papanikolaou Vasiliki**

**Athens, 2022**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**«ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**«Η κλινική διακυβέρνηση ως μηχανισμός διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας»**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/A</b>	<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1.	Βασιλική Παπανικολάου	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
2.	Έφη Σίμου	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3.	Δημήτρης Ζάβρας	Επίκουρος Καθηγητής	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Δούπα Ζωή του Βασιλείου με αριθμό μητρώου: mlead20006, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγείας», του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς, είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



**Copyright ©, Δούπα Ζωή, 2022**

**Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στην Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγείας, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

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

Υπογραφή:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Dimitris', written in a cursive style. The signature is contained within a light blue rectangular box.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Αναφορικά με τη σημασία και το ζωτικό ρόλο της ποιότητας στον τομέα της υγείας, μια έννοια γνωστή ως «Κλινική Διακυβέρνηση» (ΚΔ) έχει εισαχθεί στον τομέα της υγείας, η οποία αποσκοπεί στην ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής και η διερεύνηση των προσδιοριστών των απόψεων των εργαζομένων για κάθε διάσταση της ΚΔ.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη, με δειγματοληψία ευκολίας, όπου ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 339 που εργάζονταν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής. Το ποσοστό συμμετοχής ήταν 75,3% (339/450). Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας πραγματοποιήθηκε εντός χρονικού διαστήματος δύο μηνών (Νοέμβριος 2022 έως Δεκέμβριος 2022). Για την εκτίμηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ). Για την εκτίμηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης αξιολογήθηκαν οι εξής έξι παράμετροι: α) η βελτίωση της ποιότητας, β) η διαχείριση των κινδύνων, γ) η δίκαιη επιβολή ποινών, δ) η οργανωσιακή μάθηση, ε) οι ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη και στ) η συναδελφική συνεργασία.

**Αποτελέσματα:** Οι μέσες τιμές τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τους έξι παράγοντες δηλώνουν μέτριο επίπεδο της ΚΔ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, η ηλικία σχετίζονταν με τις απόψεις για την ΚΔ. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν θετικότερη άποψη για τους παράγοντες «βελτίωση της ποιότητας», «διαχείριση κλινικών κινδύνων», «συναδελφική συνεργασία», «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη», σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους ( $p < 0,05$ ). Αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία της ΚΔ βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν συνολικά θετικότερη άποψη για την κλινική διακυβέρνηση σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους ( $p < 0,05$ ). Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι στην ιατρική και διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τις παραμέτρους «βελτίωση της ποιότητας» και «συνολική βαθμολογία της ΚΔ» σε σχέση με τους εργαζόμενους» στη νοσηλευτική υπηρεσία ( $p < 0,05$ ). Τέλος, οι εργαζόμενοι



στη διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τις παραμέτρους «διαχείριση κλινικών κινδύνων» και «δίκαιη επιβολή ποινών» σε σχέση με τους εργαζόμενους στην ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία ( $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Δεδομένου ότι η αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ στο νοσοκομείο που διεξήχθη η μελέτη ήταν μέτριο, υπάρχουν περιθώρια για βελτίωση της ΚΔ στο νοσοκομείο. Η θέσπιση μέτρων και η υιοθέτηση στρατηγικών που θα εξασφαλίσουν την πλήρη εφαρμογή του πρωτοκόλλου της ΚΔ στα νοσοκομεία είναι καθοριστικής σημασίας και θα συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

**Λέξεις κλειδιά:** κλινική διακυβέρνηση, Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ), ποιότητα υπηρεσιών υγείας, οργανωσιακό κλίμα, οργανωσιακή κουλτούρα

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	i
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	iii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ .....	vii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	viii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	2
Κεφάλαιο 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	3
Κεφάλαιο 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ .....	6
2.1. Εισαγωγή .....	6
2.2. Ορισμός της διακυβέρνησης .....	7
2.3. Από την κυβέρνηση στη διακυβέρνηση .....	10
2.4. Αρχές της διακυβέρνησης .....	11
Κεφάλαιο 3. ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ .....	14
3.1. Εισαγωγή .....	14
3.2. Ορισμός και αρχές εταιρικής διακυβέρνησης.....	16
Κεφάλαιο 4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ .....	19
4.1. Εισαγωγή .....	19
4.2. Ορισμός κλινικής διακυβέρνησης.....	20
4.3. Ιστορικό ανάπτυξης της κλινικής διακυβέρνησης.....	22
4.4. Πλαίσιο κλινικής διακυβέρνησης .....	23
4.5. Κλινική διακυβέρνηση και ποιότητα υπηρεσιών υγείας .....	26
Κεφάλαιο 5. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ-ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ .....	31
5.1. Εισαγωγή .....	31
5.2. Ορισμός οργανωσιακής κουλτούρας και οργανωσιακού κλίματος.....	32
5.3. Οργανωσιακή κουλτούρα και ηγεσία .....	35
5.4. Οργανωσιακή κουλτούρα και κλινική διακυβέρνηση .....	37
Κεφάλαιο 6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ .....	39

6.1. Η κλινική διακυβέρνηση στα νοσοκομεία.....	39
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	41
Κεφάλαιο 7. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	42
7.1. Σκοπός.....	42
7.2. Σχεδιασμός.....	42
7.3. Ερωτηματολόγιο .....	42
7.4. Ηθικά θέματα.....	44
7.5. Στατιστική ανάλυση.....	45
Κεφάλαιο 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	47
8.1. Αποτελέσματα.....	47
Κεφάλαιο 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	74
Κεφάλαιο 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. Ερωτηματολόγιο.....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου .....	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ. Άδεια διεξαγωγής μελέτης.....	97

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων.....	47
Πίνακας 2. Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's alpha για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης. ....	50
Πίνακας 3. Οι μέσες βαθμολογίες και οι τυπικές αποκλίσεις για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης .....	51
Πίνακας 4. Οι μέσες βαθμολογίες και οι τυπικές αποκλίσεις για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης σε μια κλίμακα από 1 έως 5.....	52
Πίνακας 5. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 60 στοιχεία του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.....	56
Πίνακας 6. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας».....	60
Πίνακας 7. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας».....	61
Πίνακας 8. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων» .....	62
Πίνακας 9. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων». ....	63
Πίνακας 10. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών». ....	64
Πίνακας 11. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών» .....	65
Πίνακας 12. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση» .....	66
Πίνακας 13. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». ....	68
Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». ....	69

Πίνακας 15. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συναδελφική συνεργασία».....	70
Πίνακας 16. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συναδελφική συνεργασία».....	71
Πίνακας 17. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη συνολική βαθμολογία κλινικής διακυβέρνησης .....	72
Πίνακας 18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία κλινικής διακυβέρνησης .....	73

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Αρχές της διακυβέρνησης .....	12
Σχήμα 2: Βασικές αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης ΟΟΣΑ.....	17
Σχήμα 3. Το πεδίο εφαρμογής της κλινικής διακυβέρνησης (ΚΔ).....	25
Σχήμα 4. Χαρακτηριστικά υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα .....	29
Σχήμα 5. Βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας .....	30
Σχήμα 6. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το πλαίσιο του οργανωτικού κλίματος .....	34

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

ΚΔ: Κλινική Διακυβέρνηση

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΓΓΔΥ: Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

CGCQ: Clinical Governance Climate Questionnaire

ΚΕΚ: Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Έχοντας ολοκληρώσει πλέον τη συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους ανθρώπους που συνέβαλαν σε αυτή την προσπάθεια, η επιτυχής ολοκλήρωσή αυτής της εργασίας θα ήταν ανέφικτη χωρίς τη βοήθεια τους.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την κα. Βασιλική Παπανικολάου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και Δ/ντρια Σπουδών ΠΜΣ Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αποδεχόμενη την επίβλεψη της εργασίας, για τις πολύτιμες συμβουλές και την υποστήριξη της κατά την εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Ομοίως θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα άλλα δύο μέλη της επιτροπής την κα. Έφη Σίμου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και τον κ. Δημήτρη Ζάβρα Επίκουρο Καθηγητή του τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής για την ιδιαίτερη τιμή που μου έκαναν να συμμετέχουν στην αξιολόγηση της παρούσας εργασίας διαθέτοντας μέρος του πολύτιμου χρόνου τους.

Εν συνεχεία, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον λέκτορα του Πανεπιστημίου του Μπέρμιγγαμ κ. Tim Freeman και την κα. Αγγελική Δρελιώζη Προϊσταμένη Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς & Αιγαίου, για την ευγενική παραχώρηση του ερευνητικού εργαλείου Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) στο οποίο βασίστηκε αυτή η μελέτη.

Ευχαριστώ θερμά τον κ. Πέτρο Γαλάνη επίκουρο καθηγητή του τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις του κατά το στάδιο της στατιστικής ανάλυσης.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στη Διοίκηση του Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ» και ιδιαιτέρως στην Διοικήτρια κα. Ελπινίκη Ταβιανάτου καθώς και σε όλους τους συναδέλφους μου που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα και αφιέρωσαν τον προσωπικό τους χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.



## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Κεφάλαιο 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το ταχέως μεταβαλλόμενο διεθνές περιβάλλον δημιουργεί συνεχείς προκλήσεις στο χώρο της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) οι βασικότερες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα Εθνικά συστήματα υγείας είναι η οικονομική κρίση, οι κοινωνικές ανισότητες, η γήρανση του πληθυσμού, η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, οι μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές, καθώς και οι σύγχρονες περιβαλλοντικές απειλές.

Το σύστημα Δημόσιας Υγείας της χώρας μας τα τελευταία χρόνια δοκιμάστηκε με την οικονομική κρίση και την εφαρμογή του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής, οι δαπάνες για τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας μειώθηκαν σημαντικά την ίδια στιγμή που οι δείκτες φτώχειας αυξήθηκαν. Παράλληλα, υπήρξε μια εκτεταμένη είσοδος προσφύγων και μεταναστών με αυξημένες ανάγκες για υγειονομική φροντίδα, αλλά και με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Η κάλυψη των νέων και σύνθετων αναγκών υγείας απαιτεί σύγχρονες πολιτικές δημόσιας υγείας με συντονισμένες και επιστημονικά τεκμηριωμένες δράσεις, οι οποίες θα στοχεύουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, με προτεραιότητα τη διασφάλιση του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας έτσι ώστε να είναι καθολικό, ισότιμο, βιώσιμο και υψηλής ποιότητας (Υπουργείο Υγείας 2019).

Στο πλαίσιο της ανασυγκρότησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας (ΓΓΔΥ) ανέπτυξε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (ΕΣΔ-ΔΥ), το οποίο εναρμονίζεται και υιοθετεί τις βασικές προτεραιότητες του ΠΟΥ για την επίτευξη των βασικών στρατηγικών στόχων που αφορούν στη βελτίωση της υγείας για όλους, στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και στη συμμετοχική διακυβέρνηση για την υγεία (Υπουργείο Υγείας 2019).

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει αλλαγή νοοτροπίας με ένα νέο επίπεδο αντίληψης που θα εμπεριέχει τη λογική της Δημόσιας Υγείας σε όλα τα επίπεδα άσκησης πολιτικής, καθώς και ένα πλαίσιο με ορθές πρακτικές, ανταλλαγή τεχνογνωσίας, εξελιγμένα εργαλεία και μηχανισμούς διαχείρισης και εποπτείας (Υπουργείο Υγείας 2019).

Η Παγκόσμια Τράπεζα αναφέρει ότι: «καθώς τα έθνη δεσμεύονται να επιτύχουν καθολική υγειονομική κάλυψη έως το 2030, υπάρχει μια αυξανόμενη αναγνώριση ότι η πρόσβαση σε υπηρεσίες δεν είναι αρκετή. Η βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί σκόπιμη εστίαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η οποία περιλαμβάνει την παροχή αποτελεσματικής, ασφαλούς, ανθρωποκεντρικής φροντίδας που είναι έγκαιρη, δίκαιη, ολοκληρωμένη και αποτελεσματική» (World Bank 2018).

Επιπλέον, ο Πρόεδρος του Ομίλου της Παγκόσμιας Τράπεζας Τζιμ Γιονγκ Κιμ δήλωσε ότι: «η καλή υγεία είναι το θεμέλιο του ανθρώπινου κεφαλαίου μιας χώρας και καμία χώρα δεν μπορεί να αντέξει οικονομικά χαμηλής ποιότητας ή επισφαλή υγειονομική περίθαλψη. Η φροντίδα χαμηλής ποιότητας επηρεάζει δυσανάλογα τους φτωχούς, κάτι που δεν είναι μόνο ηθικά κατακριτέο, αλλά είναι οικονομικά μη βιώσιμο για οικογένειες και ολόκληρες χώρες» (World Bank 2018).

Ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ Δρ. Tedros Adhanom Ghebreyesus ανέφερε ότι: «στον ΠΟΥ δεσμευόμαστε να διασφαλίσουμε ότι οι άνθρωποι παντού μπορούν να αποκτήσουν υπηρεσίες υγείας όταν και όπου τις χρειάζονται», ενώ ο Γενικός Γραμματέας του ΟΟΣΑ Ángel Gurría ανέφερε ότι: «Χωρίς ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, η καθολική υγειονομική κάλυψη θα παραμείνει μια κενή υπόσχεση και τα οικονομικά και κοινωνικά οφέλη είναι σαφή και πρέπει να δούμε μια πολύ ισχυρότερη εστίαση στην επένδυση και τη βελτίωση της ποιότητας για να δημιουργήσουμε εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας και να δώσουμε σε όλους πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας, ανθρωποκεντρικές υπηρεσίες υγείας» (World Bank 2018).

Στην πρώτη κοινή παγκόσμια έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και της Παγκόσμιας Τράπεζας, που δημοσιεύθηκε τον Ιούλιο του 2018, υποστηρίζεται ότι «οι υπηρεσίες υγείας κακής ποιότητας εμποδίζουν την πρόοδο, όσον αφορά τη βελτίωση της υγείας στις χώρες σε όλα τα επίπεδα εισοδήματος». Στην έκθεση περιγράφονται τα μέτρα που πρέπει να λάβουν άμεσα οι κυβερνήσεις, οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι πολίτες και οι ασθενείς προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν την ανάπτυξη και την εφαρμογή ισχυρών εθνικών πολιτικών και στρατηγικών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα υγείας θα πρέπει να επικεντρώνονται στην κατάλληλη φροντίδα και την εμπειρία των χρηστών, στην ενεργό συμμετοχή των πολιτών στις αποφάσεις υγειονομικής

περίθαλψης, την ασφάλεια των ασθενών, στην ασφάλεια της χρήσης δεδομένων ώστε να αποδείξουν την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης (World Bank 2018).

## Κεφάλαιο 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

### 2.1. Εισαγωγή

Η έννοια της διακυβέρνησης δεν είναι καινούργια, αλλά είναι τόσο παλιά όσο και ο ανθρώπινος πολιτισμός. Αναφέρεται στο σύστημα δομών, σχέσεων και διαδικασιών μεταξύ των ανθρώπων που συνθέτουν μια κοινωνία σε διεθνές, εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Μια από τις πρώτες αναφορές βρίσκεται στο Arthashastra (Αρθασάστρα) το 400 π.Χ. Πρόκειται για μια αρχαία ινδική σανσκριτική πραγματεία για τη διακυβέρνηση που αποδίδεται στον Kautilya, τον τότε επικεφαλής υπουργό του Βασιλιά της Ινδίας. Σε αυτό, ο Kautilya παρουσίασε τους βασικούς πυλώνες της «τέχνης της διακυβέρνησης», δίνοντας έμφαση στη δικαιοσύνη, την ηθική και τις αντιαυτοκρατικές τάσεις (Kautilya Arthashastra). Η διακυβέρνηση εμφανίζεται να είναι από φιλοσοφία κοινωνικής οργάνωσης μέχρι ένα σύνολο από πρακτικές υποδείξεις που αφορούν την οργάνωση ενός κοινωνικού διαλόγου σε τοπικό επίπεδο (Καρκατσούλης 2015).

Η σύγχρονη εννοιολογική προσέγγιση της διακυβέρνησης χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις αλλαγές που επικεντρώνονται στην αναδιοργάνωση των επίσημων δομών και διαδικασιών του δημόσιου τομέα, μετά τις μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του '80 και του '90. Τα οφέλη των μεταρρυθμίσεων αυτών ενισχύθηκαν από τις παγκόσμιες αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της διακρατικής οικονομικής δραστηριότητας και της ανόδου περιφερειακών θεσμών, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και άλλαξαν τη ζωή των πολιτών. Η έννοιά της εκφράζει μια ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση ότι το κράτος εξαρτάται όλο και περισσότερο από άλλους οργανισμούς για να διασφαλίσει τις προθέσεις του, να υλοποιήσει τις πολιτικές του και να δημιουργήσει ένα πρότυπο διακυβέρνησης.

Ουσιαστικά, η διακυβέρνηση έχει οριστεί ως αναφορά σε δομές και διαδικασίες που έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίζουν τη λογοδοσία, τη διαφάνεια, την ανταπόκριση, το κράτος δικαίου, τη σταθερότητα, την ισότητα και την ενσωμάτωση, την ενδυνάμωση και την ευρεία συμμετοχή. Επιπλέον, η διακυβέρνηση αντιπροσωπεύει τις αξίες και τους κανόνες ενός παιχνιδιού, μέσω του οποίου οι δημόσιες υποθέσεις διαχωρίζονται με διαφανή τρόπο, συμμετοχικό, χωρίς αποκλεισμούς και με ανταπόκριση. Επομένως, η διακυβέρνηση μπορεί να είναι μια διακριτή

λειτουργία και να μην γίνεται εύκολα αντιληπτή και παρατηρήσιμη (International Bureau of Education 2022).

## 2.2. Ορισμός της διακυβέρνησης

Με την ευρεία έννοια, η διακυβέρνηση αφορά την κουλτούρα και το θεσμικό πλαίσιο στο οποίο οι πολίτες και οι ενδιαφερόμενοι φορείς αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους και συμμετέχουν στις δημόσιες υποθέσεις, έχοντας ένα ρόλο περισσότερο προηγμένο από απλά όργανα της κυβέρνησης. Διεθνείς οργανισμοί, όπως η Επιτροπή Αναπτυξιακής Βοήθειας του ΟΟΣΑ, η Παγκόσμια Τράπεζα, κ.ά., ορίζουν τη διακυβέρνηση ως την άσκηση της εξουσίας ή της δύναμης για τη διαχείριση των οικονομικών, πολιτικών και διοικητικών υποθέσεων μιας χώρας (International Bureau of Education 2022).

Συγγραφείς και διάφοροι οργανισμοί έχουν δώσει τους δικούς τους ορισμούς, για να προσδιορίσουν καλύτερα τη σημασία ενός ομολογουμένως πολυδιάστατου όρου όσον αφορά την έννοια της διακυβέρνησης. Από την πληθώρα των ορισμών που έχουν προταθεί ενδεικτικά αναφέρονται οι ακόλουθοι:

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει τη διακυβέρνηση ως: *«οι ενέργειες και τα μέσα που υιοθετεί μια κοινωνία για την προώθηση της συλλογικής δράσης και την παροχή συλλογικών λύσεων για την επίδιωξη κοινών στόχων»*. Με την ευρεία απόδοση του όρου, οι πολίτες ως άτομα ή ομάδες, οργανώνονται προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους που έχουν τεθεί. Η οργάνωση αυτή προϋποθέτει συμφωνία και συντονισμό για μια σειρά θεμάτων, όπως η ισότιμη συμμετοχή και συνεργασία στη λήψη και την υλοποίηση των αποφάσεων.

Το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών (UNDP) δίνει τον δικό του ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο: *«διακυβέρνηση είναι η άσκηση οικονομικής, πολιτικής και διοικητικής εξουσίας για την διαχείριση των διάφορων θεμάτων σε όλα τα επίπεδα. Η διακυβέρνηση περιλαμβάνει μηχανισμούς, διαδικασίες και θεσμούς μέσω των οποίων κοινωνικοί φορείς, πολίτες και ομάδες πολιτών εκφράζουν τα ενδιαφέροντά τους, ασκούν τα νόμιμα δικαιώματά τους, εκτελούν τις υποχρεώσεις τους και λύνουν τις διαφορές τους»* (World Bank 2009). Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η διακυβέρνηση εκτός από το κράτος, περιλαμβάνει τον ιδιωτικό τομέα και την κοινωνία των

πολιτών. Ο ρόλος του κράτους είναι η δημιουργία και η διασφάλιση ενός σταθερού πολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος, ώστε να εξασφαλίζει την ανάπτυξη, ενώ η κοινωνία των πολιτών αναλαμβάνει τον ρόλο του διαμεσολαβητή ανάμεσα στους πολίτες και το κράτος για την προώθηση οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δραστηριοτήτων (International Bureau of Education 2022).

Η Παγκόσμια Τράπεζα, σε μια από τις πολλές εκθέσεις της, περιγράφει τη διακυβέρνηση ως: *«ένα σύστημα παραγωγής πολιτικής που χαρακτηρίζεται από ανοιχτές και διαφανείς διαδικασίες, από μια γραφειοκρατία εμποτισμένη με ένα επαγγελματικό ήθος, από έναν εκτελεστικό τομέα της κυβέρνησης υπεύθυνο για τις πράξεις του και από μια ισχυρή κοινωνία πολιτών που συμμετέχει στις δημόσιες υποθέσεις, καθώς και από το ότι όλα αυτά συμβαίνουν με βάση το κράτος δικαίου»* (World Bank 1994).

Στην από κοινού Παγκόσμια Έκθεση Παρακολούθησης που εκπονήθηκε το 2009 από την Παγκόσμια Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η διακυβέρνηση ορίζεται ως: *«σχέσεις εξουσίας, διαδικασίες λήψης αποφάσεων, επίσημες και ανεπίσημες διαδικασίες διαμόρφωσης πολιτικών και κατανομής πόρων και μηχανισμοί για την ανάληψη ευθύνης από τις κυβερνήσεις»*. Η έκθεση αυτή εξετάζει τη διακυβέρνηση ως χρήση της πολιτικής εξουσίας και άσκηση του ελέγχου της κοινωνίας, σε ό,τι αφορά τη διαχείριση και την κατανομή των πόρων για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Η έννοια της διακυβέρνησης σχετίζεται με βασικά θέματα λειτουργίας κάθε κοινωνίας, του πολιτικού και του κοινωνικού συστήματος (International Bureau of Education 2022).

Η ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Διακυβέρνηση και την Ανάπτυξη ορίζει ότι: *«αν και δεν υπάρχει διεθνώς συμφωνηθείς ορισμός της διακυβέρνησης, η έννοια έχει αποκτήσει μεγαλύτερη σημασία και ... όλοι οι αναπτυσσόμενοι εταίροι επεκτείνουν το έργο τους στον τομέα αυτό. .... Η διακυβέρνηση αφορά την ικανότητα του κράτους να εξυπηρετεί τους πολίτες. Μία τέτοια ευρεία προσέγγιση δίνει τη δυνατότητα εννοιολογικής αλληλοσύνδεσης της διακυβέρνησης και άλλων θεμάτων, όπως τα ανθρώπινα δικαιώματα, η δημοκρατία και η διαφθορά. Η διακυβέρνηση αφορά τους κανόνες, τις διαδικασίες και τη συμπεριφορά, μέσω των οποίων εκφράζονται τα συμφέροντα, γίνεται η διαχείριση των πόρων και ασκείται η εξουσία. Ο τρόπος με τον οποίο ασκούνται τα δημόσια καθήκοντα, γίνεται η διαχείριση των πόρων και ασκούνται οι δημόσιες*

*ρυθμιστικές εξουσίες..... Η πραγματική αξία της έννοιας της διακυβέρνησης είναι ότι παρέχει μία ορολογία περισσότερο ρεαλιστική από τη δημοκρατία. Παρά τον ανοικτό και διευρυμένο χαρακτήρα της, η διακυβέρνηση συνιστά μία πρακτική και μεστή από νόημα έννοια, που σχετίζεται με τα βασικά θέματα της λειτουργίας κάθε κοινωνίας και πολιτικού και κοινωνικού συστήματος. Μπορεί να περιγραφεί ως ένα βασικό μέτρο για τη σταθερότητα και την απόδοση μιας κοινωνίας. Καθώς η κοινωνία εξελίσσεται σε ένα περισσότερο πολύπλοκο πολιτικό σύστημα, οι έννοιες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, του εκδημοκρατισμού και της δημοκρατίας, του κράτους δικαίου, της κοινωνίας των πολιτών, της αποσυγκεντρωμένης άσκησης της εξουσίας και της υγιούς δημόσιας διοίκησης αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία, και η διακυβέρνηση προσλαμβάνει την έννοια της χρηστής διακυβέρνησης. Σήμερα, η διακυβέρνηση χρησιμοποιείται γενικά ως βασική μονάδα μέτρησης της ποιότητας και της απόδοσης κάθε πολιτικού/διοικητικού συστήματος» (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2003).*

Συχνά παρατηρείται η τάση να εξισώνεται η διακυβέρνηση με τη διαχείριση, η οποία αναφέρεται κυρίως στις λειτουργίες σχεδιασμού, υλοποίησης και παρακολούθησης, για την επίτευξη προκαθορισμένων αποτελεσμάτων. Η διαχείριση περιλαμβάνει διαδικασίες, δομές και ρυθμίσεις που αποσκοπούν στην κινητοποίηση και στο μετασχηματισμό των διαθέσιμων φυσικών, ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων για την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων. Τα συστήματα διακυβέρνησης καθορίζουν παραμέτρους βάση των οποίων θα λειτουργούν τα συστήματα διαχείρισης και διοίκησης. Η διακυβέρνηση αφορά τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνονται οι πολιτικές, καθορίζονται προτεραιότητες και λογοδοτούν οι ενδιαφερόμενοι φορείς (International Bureau of Education 2022).

Οι περισσότεροι ορισμοί τονίζουν την ανάδειξη του συλλογικού τρόπου σχεδιασμού, παρακολούθησης και αξιολόγησης των δημοσίων πολιτικών με τρόπο διαφανή, συμμετοχικό, περιεκτικό και ανταποκρινόμενο στη σημασία ενός ικανού κράτους, που λογοδοτεί στους πολίτες του και λειτουργεί υπό το κράτος δικαίου, με αποτελεσματικούς θεσμούς που θα διασφαλίζουν τη δημοκρατία, τις ίσες ευκαιρίες και τη διαφάνεια. Η κεντρική ιδέα της διακυβέρνησης περιγράφεται μέσα από την ικανότητα ενός κοινωνικού συνόλου να εφαρμόζει συλλογικές λύσεις και δράσεις για την επίτευξη κοινών και καθορισμένων στόχων. Η έννοια της διακυβέρνησης γίνεται κατανοητή με διαφορετικούς τρόπους. Η χρήση του όρου εξαρτάται τις περισσότερες φορές από τους επιδιωκόμενους στόχους, τους εμπλεκόμενους ανθρώπους και το



κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον εντός του οποίου τα ενδιαφερόμενα μέρη αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους προκειμένου να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι (International Bureau of Education 2022, Καρκατσούλης 2015).

Ο όρος διακυβέρνηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί με διαφορετικό περιεχόμενο, όπως η καλή διακυβέρνηση, η χρηστή διακυβέρνηση, η παγκόσμια διακυβέρνηση, η εθνική διακυβέρνηση, η τοπική διακυβέρνηση, η ηλεκτρονική διακυβέρνηση, η διακυβέρνηση διαδικτύου, η διακυβέρνηση στην έρευνα, η εταιρική διακυβέρνηση και η κλινική διακυβέρνηση (Μάλλιου 2018).

Συμπερασματικά, η διακυβέρνηση μπορεί να οριστεί ως οι δράσεις και τα μέσα που υιοθετούνται από μια κοινωνία για την προώθηση της συλλογικής δράσης και την παροχή συλλογικών λύσεων σε επιδίωξη κοινών στόχων. Πρόκειται για έναν ευρύ όρο που περιλαμβάνει διάφορους τρόπους με τους οποίους τα ανθρώπινα όντα, ως άτομα και ομάδες, οργανώνονται για την επίτευξη συμφωνημένων στόχων. Μια τέτοια οργάνωση απαιτεί συμφωνία σχετικά με μια σειρά θεμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ιδιότητας του μέλους στο πλαίσιο της συνεργατικής σχέσης, που αφορούν τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες των μελών, τη λήψη αποφάσεων, τα μέσα επικοινωνίας, την κινητοποίηση και τη διανομή των πόρων, τη διευθέτηση διαφορών και τους επίσημους ή/και ανεπίσημους κανόνες και τις διαδικασίες που διέπουν όλα τα παραπάνω. Η διακυβέρνηση αφορά πολύ διαφορετικά είδη συλλογικής συμπεριφοράς που κυμαίνονται από τοπικές κοινοτικές ομάδες έως και πολυεθνικές εταιρείες, από συνδικάτα μέχρι και το Συμβούλιο Ασφαλείας του ΟΗΕ. Η διακυβέρνηση σχετίζεται συνεπώς τόσο με τη δημόσια, όσο και με την ιδιωτική σφαίρα της ανθρώπινης δραστηριότητας και μερικές φορές σε αποτελεί συνδυασμό και των δύο (Dodgson et al. 2002).

### **2.3. Από την κυβέρνηση στη διακυβέρνηση**

Το μοντέλο της διακυβέρνησης, αν και μεταβάλλει ριζικά τη φύση της σχέσης μεταξύ πολιτών και κράτους, δεν μπορεί να αντικαταστήσει τη λειτουργία της κυβέρνησης. Συχνά υπάρχει η τάση να εξισώνεται και να προκαλεί σύγχυση η χρήση των όρων κυβέρνηση και διακυβέρνηση, δύο συγγενών όρων, με διαφορετικές έννοιες ως προς τις ιδέες που εκφράζουν. Ο πρώτος όρος βασίζεται στην επίσημη εξουσία και εστιάζει στους θεσμούς, ενώ ο δεύτερος θεσμοθετείται μέσα

σε ένα συμφωνημένο σύνολο κανόνων και διαδικασιών που βασίζεται σε άτυπους μηχανισμούς, όπως για παράδειγμα έθιμα, κοινό δίκαιο, πολιτισμικά πρότυπα αξίες, κ.ά., που δεν επισημοποιούνται σε ρητούς κανόνες και εστιάζει στις διαδικασίες. Ο δεύτερος όρος, η κυβέρνηση αποτελεί βασικό στοιχείο της διακυβέρνησης και μάλιστα η μία (διακυβέρνηση) εμπεριέχει την άλλη (κυβέρνηση).

Είναι σημαντικό ότι η διακυβέρνηση διακρίνεται από την κυβέρνηση. Όπως αναφέρει ο Rosenau (1995): *«Η διακυβέρνηση δεν είναι συνώνυμο της κυβέρνησης. Και οι δύο αναφέρονται σε σκόπιμη συμπεριφορά, σε δραστηριότητες προσανατολισμένες στο στόχο, σε συστήματα κανόνων, αλλά η διακυβέρνηση υποδηλώνει δραστηριότητες που υποστηρίζονται από την επίσημη εξουσία... ενώ η διακυβέρνηση αναφέρεται σε δραστηριότητες που υποστηρίζονται από κοινούς στόχους που μπορεί να απορρέουν ή να μην απορρέουν από νομικές και τυπικές προβλεπόμενες αρμοδιότητες και που δεν βασίζονται απαραίτητα σε αστυνομικές εξουσίες για να ξεπεραστεί η περιφρόνηση και να επιτευχθεί η συμμόρφωση»* (Dodgson et al. 2002).

Η κυβέρνηση επομένως είναι μια ιδιαίτερη και ιδιαίτερα τυποποιημένη μορφή διακυβέρνησης. Όταν η διακυβέρνηση είναι θεσμοθετημένη στο πλαίσιο ενός συμφωνημένου συνόλου κανόνων και διαδικασιών μπορούμε να περιγράψουμε την τακτική ή και την ακανόνιστη συνάντηση των σχετικών μερών ή μια μόνιμη οργανωτική δομή με κατάλληλη λήψη αποφάσεων και εκτελεστικά όργανα, ως τα μέσα ή τους μηχανισμούς της διακυβέρνησης, των οποίων η κυβέρνηση αποτελεί μια μορφή (Finkelstein 1995).

## **2.4. Αρχές της διακυβέρνησης**

Η Διακυβέρνηση ως δημόσια πολιτική εμφανίζεται συχνά ως μια περιγραφική απεικόνιση αρχών διοίκησης και οργάνωσης, ενός σύγχρονου δημοκρατικού κράτους αποτελώντας το πλαίσιο της καλής Διακυβέρνησης.

Οι βασικές αρχές που διέπουν τη διακυβέρνηση παρουσιάζονται στο Σχήμα 1.

## Αρχές διακυβέρνησης

- Η ελεύθερη πληροφόρηση
- Η συνταγματική νομιμότητα
- Τα ενεργά ανεξάρτητα ΜΜΕ
- Η διοικητική ικανότητα και επάρκεια
- Η διοικητική ουδετερότητα που στηρίζεται στην αξιοκρατία
- Η έλλειψη διαφθοράς
- Οι δημοκρατικές εκλογές
- Η διαφάνεια
- Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων
- Οι δημόσιες δαπάνες που ανταποκρίνονται σε δημόσιους σκοπούς
- Το κράτος δικαίου - Η ελεύθερη πολιτική δραστηριότητα
- Η ισότητα
- Η προβλεψιμότητα και η σταθερότητα
- Η ανεξαρτησίας της δικαιοσύνης
- Η δημόσια συμμετοχή
- Η λογοδοσία σε σχέση με τα δημόσια αγαθά και το δημόσιο συμφέρον

### Σχήμα 1. Αρχές της διακυβέρνησης

Πηγή: Καρκατσούλης 2015

Οι αρχές διακυβέρνησης αποτελούν έναν εξειδικευμένο οδηγό καλών πρακτικών που μπορεί να προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε χώρας. Για παράδειγμα, κάποιες χώρες, οι οποίες έχουν ισχυρή παράδοση ορθολογικής διαχείρισης και ελέγχου των δημοσίων οικονομικών, όπως οι αγγλοσαξονικές χώρες, εστιάζουν στον τρόπο σχεδιασμού, ελέγχου και λογοδοσίας των δημοσίων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, στη Γερμανία δίνουν έμφαση στη θέσπιση δεικτών με τους οποίους γίνεται η μέτρηση και η αποτίμηση της ποιότητας της κάθε κρατικής ενέργειας που

στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των πολιτών. Ανάλογα με τη διοικητική κουλτούρα που επικρατεί σε κάθε χώρα δίδεται και η μεγαλύτερη έμφαση σε κάποιες από τις παραπάνω αρχές της διακυβέρνησης (Καρκατσούλης 2015, Australian National Audit Office 1999).

## Κεφάλαιο 3. ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ

### 3.1. Εισαγωγή

Στις αρχές του 20ου αιώνα, πρώτα στις αγγλοσαξονικές χώρες και έπειτα, σε όλο και περισσότερες χώρες ανά τον κόσμο, κάνει την εμφάνισή της η έννοια της Εταιρικής Διακυβέρνησης. Ελλειπείς κανόνες εταιρικής πρακτικής και συμπεριφοράς οδήγησαν σε οικονομικά σκάνδαλα τα οποία αποδόθηκαν κατά βάση σε ατασθαλίες ανώτατων οικονομικών στελεχών, στην ανεπάρκεια των Διοικητικών Συμβουλίων τους και στην έλλειψη οργανωμένων και αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχου. Γεγονότα που με τη σειρά τους κλόνισαν την εμπιστοσύνη των επενδυτών στις επιχειρήσεις και μεγέθυναν την αβεβαιότητα στις διεθνείς αγορές. Οι εν λόγω παράγοντες και τα γεγονότα οδήγησαν πολλές κυβερνήσεις κρατών να λάβουν μέτρα βελτίωσης των συστημάτων εταιρικής διακυβέρνησης, ώστε να προάγονται διαφανείς και αποτελεσματικές αγορές που συνάδουν με το κράτος δικαίου και να ορίζεται σαφώς η κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ των διαφόρων εποπτικών, ρυθμιστικών και εκτελεστικών αρχών (Παπαμαθαίου 2022, Κουτούπης 2015). Τόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσο και στις Η.Π.Α., αλλά και σε άλλες χώρες της Ευρώπης έχουν υιοθετηθεί κώδικες εταιρικής χρηστής διακυβέρνησης.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 1992, η επιτροπή Cadbury (Report on the Financial Aspects of Corporate Governance υπό τον Sir A. Cadbury 1992) συνέταξε τον κώδικα καλής πρακτικής (Code of Best Practice), ως απάντηση στη χρηματοπιστωτική κρίση της δεκαετία του '90. Σύμφωνα με την επιτροπή η εταιρική διακυβέρνηση ορίζεται ως: «ένα σύστημα κανόνων, πρακτικών και διαδικασιών, μέσω του οποίου μια επιχείρηση διοικείται και ελέγχεται» (Cadbury Report 1992).

Ο κώδικας Cadbury παραθέτει μια σειρά προτεινόμενων ενεργειών και υποδείξεων προκειμένου να τεθούν πρότυπα εταιρικής διακυβέρνησης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει τα εξής (Cadbury Report 1992):

- Τα Διοικητικά Συμβούλια των εταιρειών πρέπει να περιλαμβάνουν και μη-εκτελεστικά μέλη, δηλαδή συμβούλους που δεν έχουν σχέση εξαρτημένης εργασίας με την εταιρεία.

- Οι θέσεις του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου και του Διευθύνοντος Συμβούλου είναι προτιμότερο να κατέχονται από διαφορετικά πρόσωπα.
- Οι εταιρείες πρέπει να θεσπίσουν Επιτροπή Εσωτερικού Ελέγχου που θα απαρτίζεται κατά πλειοψηφία από μη εκτελεστικά μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.
- Οι εταιρείες πρέπει να θεσπίσουν Επιτροπή Καθορισμού Αμοιβών Διευθυντικών/ Διοικητικών Στελεχών που θα απαρτίζεται αποκλειστικά ή κύρια από μη εκτελεστικά μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.
- Οι εταιρείες πρέπει να θεσπίσουν Επιτροπή Υποβολής και Αξιολόγησης Υποψηφιοτήτων για το Διοικητικό Συμβούλιο.

Οι συστάσεις της Επιτροπής ήταν προαιρετικές, αλλά οι εισηγμένες στο Χρηματιστήριο του Λονδίνου εταιρείες ήταν υποχρεωμένες να ανακοινώσουν, είτε τη συμμόρφωση τους με τον Κώδικα Cadbury, είτε να εξηγήσουν τους λόγους της μη συμμόρφωσης τους με αυτόν (Τραυλός 2011).

Ο νόμος Sarbanes-Oxley, γνωστός και ως “SOX” ή “Sarbox”, θεσπίστηκε τον Ιούλιο του 2002 στις ΗΠΑ, ως αντίδραση σε μια σειρά από μεγάλα λογιστικά σκάνδαλα που συνέβαλλαν στην κατάρρευση μεγάλων εταιρειών όπως, η Enron, η Tyco και η World Com. Μέσα σε αυτό το οικονομικό περιβάλλον αναξιοπιστίας των επενδυτών απέναντι στις αγορές και στον απόηχο του υψηλού προφίλ υποθέσεων εταιρικού εγκλήματος, ο νόμος Sarbanes-Oxley επιδίωξε την εξυγίανση των επιχειρήσεων. Επέβαλε αυστηρές μεταρρυθμίσεις προκειμένου να βελτιώσει την αξιοπιστία των εταιρειών και να αποκαταστήσει την εμπιστοσύνη των επενδυτών αναφορικά με την ακρίβεια των οικονομικών πληροφοριών που δημοσιεύονταν από τις δημόσιες εταιρείες. Οι κύριοι τομείς στους οποίους εστιάζει ο νόμος είναι (Lutkevich 2022):

- Η εταιρική ευθύνη για τις οικονομικές αναφορές
- Η αξιολόγηση της διαχείρισης των εσωτερικών ελέγχων
- Η άμεση γνωστοποίηση σημαντικών αλλαγών που επηρεάζουν την οικονομική κατάσταση ή την λειτουργία της εταιρείας
- Οι ποινικές κυρώσεις για την τροποποίηση, καταστροφή και απόκρυψη εγγράφων

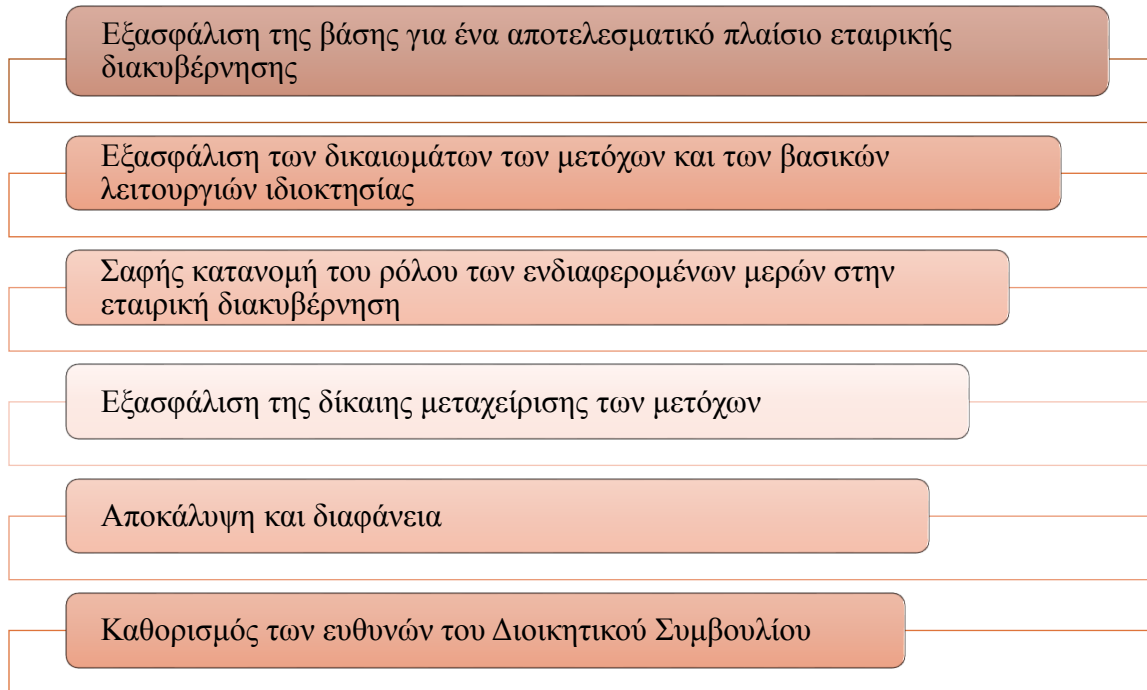
Ο νόμος καλύπτει ζητήματα, όπως η ανεξαρτησία του ελεγκτή, η εταιρική διακυβέρνηση, η αξιολόγηση εσωτερικού ελέγχου και η ενισχυμένη δημοσιοποίηση οικονομικών στοιχείων. Ο νόμος προέβλεψε στη δημιουργία του Συμβουλίου Λογιστικής Εποπτείας Εταιριών Δημοσίου Συμφέροντος (PCAOB), ένα ανεξάρτητο θεσμικό όργανο στόχος του οποίου είναι η εποπτεία των ορκωτών ελεγκτών και η προστασία του επενδυτικού κοινού παρέχοντας γνωστοποιήσεις μέσω των εκθέσεις ελέγχου. Επιπλέον, ο νόμος ενθαρρύνει την αποκάλυψη εταιρικής απάτης προστατεύοντας τους πληροφοριοδότες όταν αναφέρουν παράνομες δραστηριότητες.

### **3.2. Ορισμός και αρχές εταιρικής διακυβέρνησης**

Το 1999 ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ορίζει την εταιρική διακυβέρνηση ως: *«όλες εκείνες τις πρακτικές και τις διαδικασίες που θα πρέπει να διέπουν τη συγκρότηση και τη λειτουργία μιας εταιρίας, προκειμένου να διασφαλιστούν τα συμφέροντα των μετόχων της και να καταστεί εύρυθμος ο τρόπος διοίκησης και ελέγχου της»* (OECD 2004).

Επιπλέον, το 1999 ο ΟΟΣΑ εξέδωσε τις Αρχές εταιρικής διακυβέρνησης, οι οποίες αναθεωρήθηκαν το 2004 και έκτοτε έχουν γίνει διεθνές σημείο αναφοράς για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους επενδυτές, τις εταιρείες και άλλους ενδιαφερόμενους σε όλο τον κόσμο. Το 2015 οι επικαιροποιημένες αρχές εταιρικής διακυβέρνησης εγκρίθηκαν από το Συμβούλιο του ΟΟΣΑ και τη Σύνοδο Κορυφής των Ηγετών της G20.13.

Οι βασικές αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ:



## Σχήμα 2: Βασικές αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης ΟΟΣΑ

Πηγή: OECD (2004)

Οι αρχές του ΟΟΣΑ τονίζουν το ρόλο της καλής εταιρικής διακυβέρνησης στην προώθηση της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων, όσον αφορά, αφενός μεν την αποτελεσματικότητα της εσωτερικής οργάνωσης και αφετέρου το χαμηλότερο κόστος κεφαλαίου και στοχεύουν τόσο στην οικονομική ευημερία μίας επιχείρησης, όσο και στην επιβίωσή της σε μία αγορά που είναι πλήρως ανταγωνιστική.

Οι αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης αποτελούν για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους επενδυτές, τις εταιρείες και άλλες ομάδες συμφερόντων σε όλο τον κόσμο, έναν εξειδικευμένο οδηγό καλών πρακτικών που μπορεί να προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε χώρας, είτε πρόκειται για νομοθετικές, είτε για ρυθμιστικές πρωτοβουλίες, σε χώρες μέλη του ΟΟΣΑ ή και τρίτες χώρες. Είναι στο χέρι των κυβερνήσεων και των συμμετεχόντων στην αγορά να



αποφασίσουν τον τρόπο με τον οποίο θα εφαρμόσουν αυτές τις αρχές, αναπτύσσοντας τα δικά τους πλαίσια για την εταιρική διακυβέρνηση, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη το κόστος και τα οφέλη της ρύθμισης.

Οι εταιρείες θα πρέπει να προσαρμόζουν στην εταιρική τους δραστηριότητα πρακτικές διακυβέρνησης, ώστε να συμβάλουν στη διαμόρφωση ενός πλαισίου λειτουργίας, προκειμένου να ανταποκρίνονται στις αυξανόμενες απαιτήσεις ενός ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και να διασφαλίζουν τα συμφέροντα των επενδυτών και όλων των ενδιαφερομένων. Επιπλέον, οι κυβερνήσεις έχουν σημαντική ευθύνη στη διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού ρυθμιστικού πλαισίου που θα προβλέπει επαρκή ευελιξία και που θα επιτρέπει στις αγορές να λειτουργούν αποτελεσματικά και να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τόσο των μετόχων, όσο και άλλων ενδιαφερομένων. Η υιοθέτηση αρχών και δομών εταιρικής διακυβέρνησης είναι μια μακροχρόνια επένδυση η οποία αναμφισβήτητα συμβάλλει στην αύξηση της αξίας κάθε επιχείρησης, καθώς και στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των επενδυτών και των δανειστών, στην προσέλκυση εγχώριων και ξένων κεφαλαίων και στην ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων. Η ύπαρξη ισχυρών συστημάτων εταιρικής διακυβέρνησης έχει σημαντικές θετικές επιδράσεις, τόσο στις επιχειρήσεις, όσο και στην οικονομία κάθε χώρας.

## **Κεφάλαιο 4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ**

### **4.1. Εισαγωγή**

Η κλινική διακυβέρνηση (ΚΔ) αποτελεί την τελευταία μακροπρόθεσμη προσπάθεια για τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα εθνικά συστήματα υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο (Hackett et al. 1999). Ήδη από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα, πολλές χώρες, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, ξεκίνησαν εντατικές και μακροχρόνιες προσπάθειες, μέσα από την υιοθέτηση διαφόρων στρατηγικών και πολιτικών παρεμβάσεων, με σκοπό την ενίσχυση και τη βελτίωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της υγείας των πολιτών παγκοσμίως (Karassavidou et al. 2011).

Η κλινική διακυβέρνηση έχει αναδειχθεί ως μια από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στον χώρο της υγείας τα τελευταία χρόνια (Πλατής και συν. 2020). Αποτελεί μια συστηματική και ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει επιστημονική γνώση, υιοθέτηση καλών πρακτικών, υψηλά κλινικά πρότυπα, σαφείς γραμμές λογοδοσίας και κυρίως, διεπιστημονική συνεργασία (WHO 1985).

Οι κινητήριες δυνάμεις πίσω από την κλιμάκωση των προσπαθειών για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, σχετίζονται με τον παγκόσμιο ανταγωνισμό, με την εμφάνιση οικονομικών προσανατολισμένων στην αγορά, των νέων τεχνολογιών, με την ανισότητα πρόσβασης στα συστήματα υγείας, με την αναποτελεσματικότητα πολλών συστημάτων υγείας, με τις αυξανόμενες και μεταβαλλόμενες απαιτήσεις των ληπτών υπηρεσιών υγείας εξαιτίας των δημογραφικών μεταβολών, της αυξημένης πληροφόρησης των ασθενών και των προσδοκιών τους, και των πολιτικών προσδοκιών (WHO 2000). Οι κοινοί στόχοι όλων των μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν ήταν η επίτευξη της αύξησης της αποτελεσματικότητας, της αύξησης της ποιότητας, της ισότητας πρόσβασης, της ανταπόκρισης των ασθενών και της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (WHO 2000).

## 4.2. Ορισμός κλινικής διακυβέρνησης

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εισήγαγε το 1983 τον όρο «κλινική διακυβέρνηση» με σκοπό να αποδώσει την ουσία της συνεχούς παροχής ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών και να παράσχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο αναφορικά με την ποιότητα κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, το οποίο περιλάμβανε τις κάτωθι τέσσερις διαστάσεις (Som 2004, Penny 2000, Scaly & Donaldson 1998):

- Την επαγγελματική απόδοση
- Την κατανομή των πόρων
- Τη διαχείριση των κινδύνων
- Την ικανοποίηση των ασθενών

Ο ευρύτερα γνωστός ορισμός της κλινικής διακυβέρνησης είναι ο ορισμός των Gabriel Scally και Liam Donaldson σύμφωνα με τους οποίους, η «κλινική διακυβέρνηση» ορίζεται ως: *«ένα πλαίσιο, μέσω του οποίου οι οργανισμοί υγείας στο εθνικό σύστημα υγείας είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών τους και για τη διασφάλιση υψηλών σταθερών υπηρεσιών φροντίδας, δημιουργώντας ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο θα αναπτυχθεί η αριστεία στην κλινική φροντίδα»* (Donaldson & Muir-Gray 1998).

Η επιτροπή για τη βελτίωση της υγείας (Commission for Health Improvement, CHI) ορίζει την ΚΔ ως: *«ένα σύστημα βημάτων και διαδικασιών... για να εξασφαλιστεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την υψηλότερη ποιότητα φροντίδας»* (Degeling et al. 2003).

Στην ΚΔ οι επαγγελματίες υγείας πρωτοστατούν στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζουν ότι οι πρακτικές είναι τεκμηριωμένες και εργάζονται για τις διαδικασίες οικοδόμησης της παροχής υπηρεσιών με βάση την ομάδα (Scally & Donaldson 1998). Κεντρική θέση στην ΚΔ κατέχει η ιδέα ότι οι κλινικοί ιατροί είναι οι πλέον κατάλληλοι για να ενθαρρύνουν (Dorgan et al. 2010). Επομένως, η ΚΔ μπορεί να εκφραστεί με την έννοια ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν δύο ρόλους: α) τη βελτίωση του συστήματος παροχής φροντίδας με έμφαση στην ποιότητα και β) την ασφάλεια στην παροχή φροντίδας.

Αναλυτικότερα, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η ΚΔ αποσκοπεί στην αύξηση των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας, στη βελτίωση των συνεργατικών σχέσεων και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας εντός και μεταξύ των κλινικών ομάδων, με απώτερο στόχο την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης, τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων, τη μείωση των ιατρικών λαθών και την αύξηση της υποχρέωσης των ιατρών να είναι υπόλογοι για τις πράξεις τους (Karassavidou et al. 2011).

Παρά το γεγονός ότι πολλοί συγγραφείς συμφωνούν ότι η ΚΔ επικεντρώνεται στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, οι διαφορετικές εννοιολογικές προσεγγίσεις αποκαλύπτουν την αδυναμία να συλληφθεί η ουσία της κλινικής διακυβέρνησης. Κανένας από τους ορισμούς που υπάρχουν στη βιβλιογραφία δεν φαίνεται να έχει καταφέρει να φωτίσει τον τρόπο με τον οποίο η ΚΔ εφαρμόζεται σαν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση προς τη βελτίωση της ποιότητας με διάφορες προεκτάσεις, προς ολόκληρο τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης (Karassavidou et al. 2011).

Το κοινό σε όλους τους ορισμούς της κλινικής διακυβέρνησης είναι ότι η ΚΔ έχει σχεδιαστεί για να ενσωματώσει, να ενοποιήσει και να κωδικοποιήσει τις κατακερματισμένες προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας του εθνικού συστήματος υγείας των χωρών, όπως ο κλινικός έλεγχος, η αξιολόγηση και η διαχείριση κινδύνων, τα συστήματα παραπόνων και καταγγελιών των ασθενών, η επαγγελματική ανάπτυξη και ο αυτό-έλεγχος, τα συστήματα διαπίστευσης και η διαχείριση της απόδοσης (Hallingan 2006, Som 2004, Scaly & Donaldson 1998).

Κατά την εξέταση της έννοιας της κλινικής διακυβέρνησης υπάρχουν τρεις βασικές διαστάσεις που αποτελούν το λεγόμενο κύκλο της κλινικής διακυβέρνησης και είναι οι εξής (Peak et al. 2005):

- Η λογοδοσία, η οποία αναφέρεται στην ευθύνη για την παροχή ασφαλών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας
- Η διασφάλιση της ποιότητας των κλινικών υπηρεσιών για τους ασθενείς
- Η καινοτομία, η ανάπτυξη νέων τρόπων εργασίας και η συνεχής βελτίωση.

Η μέχρι τώρα εμπειρία έχει δείξει ότι η πτυχή της λογοδοσίας συχνά υπερτονίζεται σε βάρος της ικανότητας της ΚΔ να εφαρμόσει αλλαγές και να διατηρήσει μια συνεχή βελτίωση (Peak et al.

2005). Επομένως, ένας σημαντικός ρυθμιστικός παράγοντας για την επιτυχή εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης είναι η ισορροπία μεταξύ καινοτομίας και λογοδοσίας.

### **4.3. Ιστορικό ανάπτυξης της κλινικής διακυβέρνησης**

Ιστορικά, ο τόπος διακυβέρνησης της υγείας ήταν σε εθνικό και υπο-εθνικό επίπεδο, καθώς οι κυβερνήσεις των χωρών είχαν αναλάβει την πρωταρχική ευθύνη για την υγεία των εγχώριων πληθυσμών τους. Η εν λόγω ευθύνη, με τη σειρά της είχε εκχωρηθεί/διανεμηθεί σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Όμως, όταν ξεκίνησαν οι καθοριστικοί για την υγεία παράγοντες να διαρρέουν πέρα από τα εθνικά σύνορα και άρχισαν να δημιουργούνται διεθνή (διασυνοριακά) ζητήματα υγείας, όπως για παράδειγμα οι μολυσματικές ασθένειες, δύο ή περισσότερες κυβερνήσεις προσπάθησαν να συνεργαστούν σε συμφωνημένες συλλογικές δράσεις. Οι αυξανόμενες συζητήσεις για την ανάγκη ενίσχυσης της διακυβέρνησης της υγείας σε εθνικό, περιφερειακό, διεθνές και, πιο πρόσφατα, παγκόσμιο επίπεδο, έχει εν μέρει οδηγηθεί από την ανησυχία ότι μια σειρά από δυνάμεις παγκοσμιοποίησης, όπως για παράδειγμα τεχνολογικές αλλαγές, αυξημένες ροές κεφαλαίων, εντεινόμενη κινητικότητα του πληθυσμού, κ.ά. δημιουργούν επιπτώσεις στην υγεία, τις οποίες οι υφιστάμενες μορφές διακυβέρνησης δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Αυτό έχει οδηγήσει σε συζητήσεις σχετικά με την κατάλληλη ισορροπία μεταξύ διαφορετικών επιπέδων διακυβέρνησης, τους ρόλους που πρέπει να διαδραματίσουν οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς και ποιοι θεσμικοί κανόνες και δομές απαιτούνται για την προστασία και την προαγωγή της ανθρώπινης υγείας (Dodgson et al. 2002).

Η κλινική διακυβέρνηση εισήχθη για πρώτη φορά στην πράξη στο Ηνωμένο Βασίλειο και πιο συγκεκριμένα στο αγγλικό και ουαλικό εθνικό σύστημα υγείας (NHS\_National Healthcare Services), ως το επίκεντρο του δεκαετούς προγράμματος της κυβέρνησης σε μια προσπάθεια προώθησης μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης (Wallace et al. 2001).

Στη Λευκή Βίβλο του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας (A first class service Quality in the new NHS, 1998) περιλήφθηκαν και τρία βασικά κοινώς αποδεκτά χαρακτηριστικά που αφορούν: α) τα υψηλά πρότυπα φροντίδας, β) τη διαφάνεια στη λογοδοσία και γ) την υπευθυνότητα σε σχέση με τα πρότυπα που έχουν τεθεί για συνεχή δυναμική βελτίωση (Δρελιώζη 2014).

Εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο, σε μια προσπάθεια να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους, η κλινική διακυβέρνηση έχει εφαρμοστεί με θετικά αποτελέσματα σε αρκετές χώρες, όπως στον Καναδά, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία.

#### **4.4. Πλαίσιο κλινικής διακυβέρνησης**

Η πολιτική της κλινικής διακυβέρνησης αποτελεί μέρος της συνολικής στρατηγικής των κυβερνήσεων για την παρακολούθηση, τη διασφάλιση και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο (Specchia et al. 2010, Gask et al. 2008, Buetow & Roland 1999).

Το μοντέλο / πλαίσιο της ΚΔ περιλαμβάνει επτά πυλώνες, συμπεριλαμβανομένων:

- της αποτελεσματικότητας
- του κλινικού ελέγχου
- της διαχείρισης του κινδύνου
- της συμμετοχής των ασθενών και του κοινού
- της διαχείρισης του προσωπικού
- της εκπαίδευσης και
- της κατάρτισης

Οι πέντε ακρογωνιαίοι λίθοι της ΚΔ αφορούν: α) τη γνώση του συστήματος, β) την ηγεσία, γ) την ιδιοκτησία, δ) την ομαδική εργασία, ε) την επικοινωνία (Heyrani et al. 2012, Campell & Sweeney 2002).

Για τη σωστή και αποτελεσματική οργάνωση του πλαισίου της ΚΔ είναι απαραίτητο να υπάρχουν τα κάτωθι (Παπανικολάου 2007):

- *Σχεδιασμός*. Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητο να αναπτύξουν ένα σχέδιο που θα αφορά την ποιότητα των κλινικών τους υπηρεσιών. Το εν λόγω σχέδιο είναι καθοριστικό να λαμβάνει υπόψη την αξιολόγηση των αναγκών και των απόψεων των ασθενών και επιπλέον, είναι σημαντικό η εκπαίδευση, η τεχνολογία πληροφόρησης, η έρευνα, η επιμόρφωση και η ανάπτυξη, τα οποία αποτελούν τις βασικές υποστηρικτικές

στρατηγικές, να εξυπηρετούν τους σκοπούς για τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας.

- *Πληροφόρηση, ανάλυση και γνώση.* Ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας που καθιερώνει μια συγκεκριμένη κουλτούρα αναφορικά με την κλινική διοίκηση, θα πρέπει να επιτύχει και μια υπεροχή στη διοίκηση, στην επιλογή και στην αποτελεσματική χρήση του συνόλου των πληροφοριών και των δεδομένων που έχει, προκειμένου να μπορεί να υποστηρίξει αποφάσεις, αλλά και διαδικασίες πολιτικής.
- *Ο ασθενής να είναι εταίρος στη φροντίδα.* Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να κατανοήσουν ότι οι πληροφορίες, αλλά και η ανατροφοδότηση από τους ασθενείς (παλιούς και νέους) χρησιμοποιούνται προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας και η διαρκής αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η πληροφόρηση των ασθενών, σε συνδυασμό με την όλο και αυξανόμενη συνεισφορά τους στο σχεδιασμό των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής φροντίδας, μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της ΚΔ.
- *Ανάπτυξη ικανοτήτων-συνεχής εκπαίδευση.* Τα άτομα που εργάζονται στο σύστημα υγείας μιας χώρας θα πρέπει να μπορούν να προσφέρουν σε ατομικό, αλλά και σε συλλογικό επίπεδο το μέγιστο, με σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Για να μπορέσουν τα άτομα να επιτύχουν αυτό το στόχο, θα πρέπει να ενθαρρύνονται για συνεχή εκπαίδευση, επιμόρφωση και εφαρμογή της ΚΔ στον οργανισμό. Σημαντική είναι και η υιοθέτηση μιας νοοτροπίας που δεν βασίζεται στις κατηγορίες, αλλά περιέχει μια ανοιχτή εξέταση λαθών και αποτυχιών.
- *Αποτελεσματική ηγεσία.* Ένας οργανισμός μπορεί να έχει όφελος όταν ξεκαθαρίζει και μπορεί να περιγράψει τον τρόπο με το οποίο θα ασκείται η διοίκηση και η ηγεσία. Η ύπαρξη μιας καλής διοίκησης ενός οργανισμού μπορεί να διοχετεύσει γόνιμα σε όλους τους εργαζομένους στον οργανισμό τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το όραμα, τις αξίες και τη μέθοδο της ΚΔ που εφαρμόζεται στον οργανισμό.

Τα στοιχεία της κλινικής διακυβέρνησης και το πλαίσιο στο οποίο θα πρέπει να κινηθεί η ΚΔ αφορούν:

- Τη διασφάλιση ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν δικαίωμα στη εκπαίδευση και στην κατάρτιση και επιπλέον, διαθέτουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες για την παροχή της φροντίδας υγείας που χρειάζεται ο κάθε ασθενής
- Τη διασφάλιση ότι οι διαδικασίες για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης είναι σε ισχύ σε όλο τον οργανισμό
- Τη χρήση τεχνικών για την πρόβλεψη πιθανών προβλημάτων
- Τη χρήση τεχνικών για την παρακολούθηση και τη βελτίωση της υπάρχουσας τεχνικής
- Την αναγνώριση και την ανάληψη δράσης σε περίπτωση κακής απόδοσης, παρέχοντας ένα πλαίσιο που επιτρέπει τους εργαζόμενους στον οργανισμό να μαθαίνουν από τα λάθη τους
- Την προώθηση της εφαρμογής καλών πρακτικών

Στο Σχήμα 3 φαίνεται το πεδίο εφαρμογής της κλινικής διακυβέρνησης.



**Σχήμα 3. Το πεδίο εφαρμογής της κλινικής διακυβέρνησης (ΚΔ)**

**Πηγή:** Cranston (2002)



## 4.5. Κλινική διακυβέρνηση και ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και η προσέγγισή της και όσον αφορά τον ορισμό της και όσον αφορά τη μέτρησή της μπορεί να είναι πολύπλευρη. Ως επί το πλείστο η έννοια της ποιότητας ορίζεται σε σχέση με τον τελικό καταναλωτή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας και επιπλέον, η ποιότητα αντανακλά τις αξίες, αλλά και τους στόχους και τους σκοπούς ενός υγειονομικού συστήματος, της κοινωνίας και της κυβέρνησης εντός του πλαισίου στο οποίο λειτουργεί το σύστημα (Παπανικολάου 2007).

Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι: *«η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού»* (Evans et al. 2001).

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύλλογο (1991): *«ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν την πιθανότητα για βέλτιστο αποτέλεσμα στο πρόβλημα του ασθενή».*

Οι Dalrymple & Drew (2000) αναφέρουν ότι: *«η ποιότητα είναι μια σύνθετη έννοια και αντιπροσωπεύει μια σύνθεση μαθημάτων, μεθόδων και αποκτημένης γνώσης από μια σειρά επιστημονικών κλάδων».*

Ο κλασικός ορισμός της ποιότητας για την υγεία έρχεται από τον Avedis Donabedian, γιατρό και καθηγητή υπηρεσιών υγείας στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan. Ο Donabedian ήταν ο πρώτος που εστίασε σε θέματα βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Το 1966 δημοσίευσε ένα άρθρο ορόσημο με τίτλο: «Αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης», το οποίο έγινε γνωστό ως το μοντέλο Donabedian, στο οποίο και προτείνει το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο “sound structures, good processes and suitable outcomes” (Donabedian 1966):

- Η δομή (ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές)
- Οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας)
- Τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών)

Ο Donabedian το 1988, τόνισε πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας πρέπει να αξιολογείται όχι μόνο ως προς το τεχνικό κομμάτι, αλλά οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών καθώς και τις κοινωνικές προτιμήσεις για τη διασφάλιση της ποιότητας (Donabedian 1988).

Επιπλέον, ο Donabedian το 1990 στο άρθρο του “The Seven Pillars of Quality” τόνισε τα επτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που συντελούν ώστε να δοθεί ένας πιο σαφής ορισμός για την ποιότητα που χαρακτηρίζεται από (Donabedian, 1990):

- Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy)
- Αποτελεσματικότητα (effectiveness)
- Αποδοτικότητα (efficiency)
- Βελτιστότητα (optimality)
- Αποδεκτικότητα (acceptability)
- Νομιμότητα (legitimacy)
- Ισότητα (equity)

Οι επτά πυλώνες / διαστάσεις ποιότητας του Donabedian μπορούν να χρησιμεύσουν ως οδηγός αναφοράς για κάθε οργανισμό υπηρεσιών υγείας που επιθυμεί να παρέχει «ασφαλή, έγκαιρη, αποτελεσματική, αποδοτική, δίκαιη και με επίκεντρο πάντα τον ασθενή» υγειονομική περίθαλψη, όπως προτείνεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM).

Σύμφωνα με τον Donabedian η ποιότητα της φροντίδας υγείας ορίζεται ως: *«Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία».*

Η ποιότητα αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στον τομέα της υγείας και επομένως, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή σχεδίων για την ανάπτυξη της ποιότητας είναι αναγκαία (Halligan & Donaldson 2001). Ένα από τα σχέδια που υποστηρίζουν την παροχή ποιότητας είναι η ΚΔ (Balding & Strengthening 2005, Karassavidou et al. 2011, Campbell et al. 2001).

Οι ανθρώπινοι πόροι και η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της ΚΔ και της εφαρμογής της ποιότητας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας (Som 2007). Επιπλέον, οι απόψεις των ασθενών σε συνδυασμό με τις κοινωνικές τους προσδοκίες αποτελούν σαφείς επιρροές της επικρατούσας κουλτούρας μέσα στα σύγχρονα νοσοκομεία. Η ΚΔ μπορεί να θεωρηθεί και ένα σύστημα πολιτισμικής αλλαγής, μέσω του οποίου επιχειρεί να παρέχει ένα πλαίσιο στους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης για να επηρεάσει τις άτυπες ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες του προσωπικού τους. Οι αλλαγές που θα επέλθουν από την εν λόγω επιρροή θα πρέπει να αντικατοπτρίζονται σε κάθε κλινική ομάδα, θέτοντας την ποιότητα στο επίκεντρο της καθημερινής φροντίδας των ασθενών.

Η ποιότητα της περίθαλψης είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την υγεία και συνάδουν με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις (Bud et al. 2016). Ο ορισμός αυτός συνεπάγεται ότι η ποιότητα της περίθαλψης μπορεί να μετρηθεί και αποσκοπεί τελικά στη βελτίωση της υγείας και όχι απλώς στην αύξηση της εισροών υπηρεσιών ή τη βελτίωση των διαδικασιών του συστήματος, ενώ θα πρέπει να αντανακλά τις επιθυμίες των βασικών ενδιαφερομένων, συμπεριλαμβανομένων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και των κοινοτήτων. Ο ορισμός αυτός της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης καλύπτει τόσο τη θεραπευτική, όσο και την προληπτική περίθαλψη και τη φροντίδα σε εγκαταστάσεις και σε κοινότητες για άτομα και πληθυσμούς. Το πεδίο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε χώρες που αντιμετωπίζουν αυξανόμενη επιβάρυνση από μη μεταδοτικές ασθένειες και των οποίων τα συστήματα υγείας πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, συμπεριλαμβανομένων της μείωση του κινδύνου εμφάνισης μιας νόσου, του προ συμπτωματικού ελέγχου, της διαχείρισης της νόσου, της αποκατάστασης και της ανακουφιστικής φροντίδας. Υπάρχουν επτά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας που αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την υγεία και συνάδουν και με τις γνώσεις των επαγγελματιών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στον ορισμό της ποιοτικής φροντίδας προσδίδονται τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (World Bank<sup>a</sup> 2018).



**Σχήμα 4. Χαρακτηριστικά υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα**

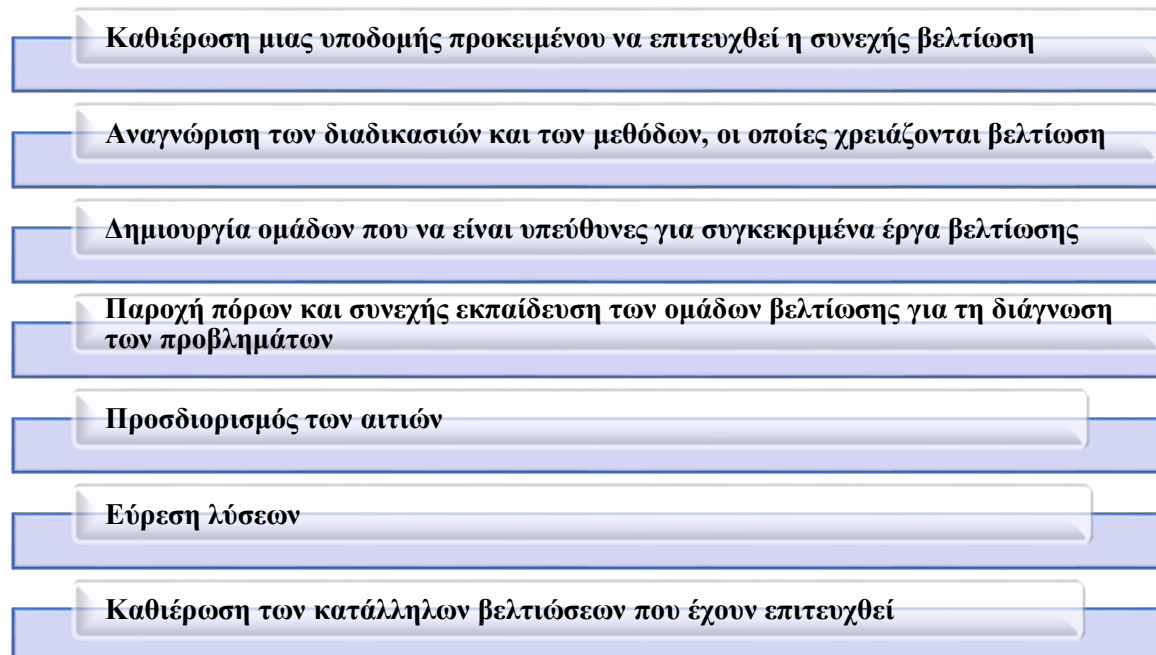
**Πηγή:** World Bank<sup>a</sup> (2018)

Η ΚΔ εισήχθη στον τομέα της υγείας ως γέφυρα μεταξύ διοικητικών και κλινικών προσεγγίσεων στην ποιότητα (Shakeshaft 2008). Προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα απόδοσης και ευθυνών για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να ληφθούν τα ακόλουθα μέτρα, (Wilson 1999):

- Βελτίωση της κλινικής ποιότητας, ενσωματωμένη σε προγράμματα συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.
- Συστηματική διάδοση των ορθών πρακτικών.
- Εφαρμογή προγραμμάτων μείωσης του κλινικού κινδύνου.
- Επαγγελματική αυτορρύθμιση ή και αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης δεξιοτήτων κλινικής ηγεσίας.
- Ύπαρξη συστημάτων πρακτικής βασισμένης σε αποδείξεις,

- Ανίχνευση ανεπιθύμητων συμβάντων, ατυχημάτων και περιστατικών, τα οποία διερευνώνται ανοιχτά και αντλούνται διδάγματα.
- Θετική αντιμετώπιση των παραπόνων και αξιοποίηση των πληροφοριών για τη βελτίωση της οργάνωσης και της παροχής φροντίδας.
- Συλλογή δεδομένων μέτρησης της ποιότητας και των επιδόσεων για παρακολούθηση της κλινικής φροντίδας.
- Κατάλληλη αντιμετώπιση της κακής κλινικής απόδοσης για ελαχιστοποίηση της βλάβης των ασθενών και του λοιπού προσωπικού.
- Συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη ευθυγραμμισμένη με τις αρχές της κλινικής διακυβέρνησης.

Τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται στο Σχήμα 5.



**Σχήμα 5. Βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας**

**Πηγή:** Παπανικολάου (2007)

## **Κεφάλαιο 5. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ-ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ**

### **5.1. Εισαγωγή**

Η δημιουργία μιας κουλτούρας και ενός υποστηρικτικού κλίματος, ειδικότερα στο χώρο της υγείας αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα και αποδεικνύεται αναγκαία καθώς συμβάλλουν στην υιοθέτηση και την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού προγράμματος κλινικής Η δημιουργία του κατάλληλου κλίματος ΚΔ αποτελεί την οδό που εξασφαλίζει ότι οι στόχοι και οι αξίες που ευθυγραμμίζονται με ένα επιτυχημένο σύστημα ΚΔ, εσωτερικεύονται από όλους τους παράγοντες. Αυτό θα ενδυναμώσει και θα παρακινήσει όλους τους συμμετέχοντες να προσπαθήσουν να αποδεχτούν όλες τις αλλαγές στις συμπεριφορές και στις πρακτικές που επιφέρει η εφαρμογή της ΚΔ. Η διασφάλιση ποιότητας, η συνεχής βελτίωση και αναβάθμιση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας απαιτεί σημαντικές αλλαγές στις στάσεις και τις συμπεριφορές των ανθρώπων, απαιτώντας συχνά από το προσωπικό του οργανισμού να εγκαταλείψει τα παλιά του πρότυπα και τις πρακτικές και να υιοθετήσει νέα κουλτούρα ποιότητας και ασφάλειας (Μάλλιου 2018, Πολύζος 2014).

Ένα θετικό οργανωτικό κλίμα είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη του κάθε οργανισμού. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επίτευξη ενός θετικού οργανωτικού κλίματος. Οι Litwin & Stringer (1968) πρότειναν έξι διαστάσεις να συμπεριλαμβάνονται στο πλαίσιο του οργανωτικού κλίματος που είναι: α) η δομή, β) η ευθύνη, γ) η ανταμοιβή, ε) ο κίνδυνος, στ) η ευχάριστη ατμόσφαιρα και ζ) η υποστήριξη.

Η κουλτούρα που διέπει έναν οργανισμό υγείας είναι πολύ σημαντική γιατί καθορίζει την επιτυχία ή όχι της εφαρμογής των αρχών της ΚΔ. Καθοριστικό ρόλο στην οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού παίζει η ηγεσία. Η ηγεσία, όταν ασκείται αποτελεσματικά, έχει θετικό αντίκτυπο στον οργανισμό, καθώς οι οργανισμοί που έχουν μια καλή ηγεσία μοιράζονται θετικά χαρακτηριστικά, όπως υψηλά επίπεδα παραγωγικότητας, υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, αποδοτική χρήση πόρων, αφοσίωση στην επίτευξη των στόχων, κ.ά. (Παπανικολάου 2007).

Σύμφωνα με τον Katz (1973), η ηγεσία αποτελεί μια διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο ασκεί επιρροή σε μεγαλύτερο βαθμό από τα άλλα άτομα για την εκτέλεση ενός έργου της ομάδας. Επομένως, ο ρόλος της ηγεσίας είναι καθοριστικός στη διαμόρφωση του οργανωσιακού κλίματος μέσα στον οργανισμό για την αποτελεσματική εφαρμογή της ΚΔ.

## **5.2. Ορισμός οργανωσιακής κουλτούρας και οργανωσιακού κλίματος**

Ως επικρατέστερος ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας, αναφέρεται αυτός του Edgar Schein (1985), ενός από τους πιο εξέχοντες θεωρητικούς της οργανωσιακής κουλτούρας, ο οποίος ορίζει την κουλτούρα ως: *«ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί, εφευρεθεί ή αναπτυχθεί από μία δεδομένη ομάδα, καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν γενικά και επομένως, να μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά για την αντιμετώπιση».*

Αναφορικά με το οργανωτικό κλίμα, ο Pareek (1989) όρισε το οργανωτικό κλίμα ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης διαφόρων χαρακτηριστικών που διέπουν έναν οργανισμό και πιο συγκεκριμένα, την αλληλεπίδραση μεταξύ δομών, συστημάτων, κουλτούρας, συμπεριφοράς της ηγεσίας και ψυχολογικών αναγκών των εργαζομένων. Οι Danison et al. (1990) δήλωσαν ότι το οργανωτικό κλίμα ενός οργανισμού είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων αναφορικά με την απόδοσή τους στην εργασία και την εργασιακή ικανοποίηση. Ο McGregor (1960) αναφέρει ότι το κλίμα μέσα σε έναν οργανισμό καθορίζεται κυρίως από τις διοικητικές παραδοχές και από τη σχέση μεταξύ των διευθυντών και των υφισταμένων τους. Στη μελέτη του Yousoof (2016) αναφέρεται ότι το οργανωτικό κλίμα ταξινομείται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά το ορατό μέρος, δηλαδή το μέρος που μπορεί να μετρηθεί και περιλαμβάνει την ιεραρχία, τους στόχους του οργανισμού, την απόδοση, τα πρότυπα και την αξιολόγηση, την αποδοτικότητα, τις ικανότητες των εργαζομένων και τους οικονομικούς πόρους. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει μη ορατούς και μη μετρήσιμους στόχους, όπως η υποστήριξη των εργαζομένων, τα συναισθήματα των εργαζομένων, οι στάσεις και οι αξίες του προσωπικού, η κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ των συναδέλφων και το αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία.

Η συμπεριφορά των εργαζομένων σε έναν οργανισμό είναι αποτέλεσμα προσωπικών χαρακτηριστικών και χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος στο οποίο αποδίδουν. Η στάση των εργαζομένων επηρεάζεται από ένα ευρύ φάσμα οργανωσιακών χαρακτηριστικών και κοινωνικών σχέσεων, τα οποία διαμορφώνουν το περιβάλλον εργασίας (Berberoglu 2018). Το οργανωσιακό κλίμα είναι ένα από τα σημαντικότερα θέματα αναφορικά με το οργανωτικό περιβάλλον και έχει άμεση σχέση με τη συμπεριφορά των εργαζομένων. Οι Payne et al. (1971) όρισαν το οργανωτικό κλίμα ως τον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τον οργανισμό και τους σκοπούς του. Οι Churchill et al. (1976) αναφέρουν ότι το οργανωσιακό κλίμα είναι το σύνολο των κοινωνικών μεταβλητών που αποτελούν το περιβάλλον ενός εργαζομένου. Σύμφωνα με τον Mullins (2010), εάν η οργανωσιακή κουλτούρα ορίζεται απλά ως «πώς γίνονται τα πράγματα εδώ γύρω», το κλίμα μπορεί να οριστεί ως το «πώς αισθάνεσαι να εργάζεσαι εδώ». Επιπλέον, αναφέρει ότι το οργανωτικό κλίμα έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία των εργαζομένων και επηρεάζει άμεσα την αποδοτικότητα τους και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι Griffin & Moorhead (2014) όρισαν το οργανωτικό κλίμα ως τις ατομικές αντιλήψεις και τα επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, στάσεων και συναισθημάτων των εργαζομένων.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το πλαίσιο του οργανωτικού κλίματος ενός οργανισμού φαίνονται στο σχήμα 6.





**Σχήμα 6. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το πλαίσιο του οργανωτικού κλίματος**

**Πηγή:** Yousoof (2016)

Παρόλο που η οργανωτική κουλτούρα είναι άμεσα και στενά συνδεδεμένη με το οργανωτικό κλίμα, οι δύο αυτές έννοιες δεν θα πρέπει να θεωρούνται ταυτόσημες, καθώς το οργανωτικό κλίμα αναφέρεται στο επίπεδο της κοινής συναίνεσης των εργαζομένων σε θέματα που αφορούν τις πολιτιστικές αξίες και την καθημερινή εφαρμογή των πολιτιστικών πεποιθήσεων, ενώ η οργανωτική κουλτούρα αναφέρεται στις οργανωτικές αξίες με τον τρόπο που αυτές προωθούνται από την ανώτερη διοίκηση. Η ανώτερη διοίκηση είναι αυτή που ξεκινάει τις διαδικασίες για την ανάπτυξη κουλτούρας σε έναν οργανισμό και έπειτα επικοινωνεί τη σπουδαιότητα και την αξία της κουλτούρας μέσω της μοντελοποίησης των ρόλων, μέσω των διαφόρων στρατηγικών για την

επίτευξη αλλαγών και μέσω τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας (Κουράκος και Καυκιά 2019).

### **5.3. Οργανωσιακή κουλτούρα και ηγεσία**

Οι Hackett et al. (1999) υποστηρίζουν ότι για να επιτευχθεί η αποτελεσματική εφαρμογή της ΚΔ θα πρέπει οι διοικήσεις των νοσοκομεία να διαχειριστούν αποτελεσματικά τρία βασικά χαρακτηριστικά της οργανωτικής ζωής, τα οποία αφορούν:

- Την κουλτούρα
- Την ηγεσία των αλλαγών για την εισαγωγή των συστημάτων
- Την αντιμετώπιση των καθιερωμένων δικτύων εξουσίας

Οι άνθρωποι πόροι καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της ΚΔ και η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων είναι ένας στρατηγικός παράγοντας στην ΚΔ για την εισαγωγή και την εφαρμογή της πρωτοβουλίας ποιότητας (Som 2007). Παρόλα αυτά, κατά τη διάρκεια μεταρρυθμίσεων στα νοσοκομεία, πολλές είναι οι φορές που ο αντίκτυπος της λειτουργίας του ανθρώπινου δυναμικού έχει αγνοηθεί (Karassavidou et al. 2011). Πολλές φορές το έργο των διοικήσεων στα νοσοκομεία περιορίζεται από διάφορα εμπόδια, όπως η έλλειψη οικονομικής αυτονομίας, τα συνδικάτα, οι συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η αναποτελεσματική διαχείριση των εντάσεων ιδιαίτερα μεταξύ των ιατρών και των διευθυντών, οι οποίες συχνά καταλήγουν σε ανοχή ή και σε ανοιχτή εχθρότητα (Mchugh 2007, Hornblow 1997).

Η ΚΔ είναι μια έννοια που επιδιώκει την ενοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών με έναν ισχυρό τρόπο και επιπλέον, παρέχει τα μέσα για την ανάπτυξη της οργανωτικής ικανότητας για την παροχή υπεύθυνης, εστιασμένης στον ασθενή, βιώσιμης και ποιοτικά διασφαλισμένης υγειονομικής περίθαλψης. Η ΚΔ προτείνει ένα γενικό πλαίσιο που επιχειρεί να δώσει κατευθυντήριες γραμμές για να βοηθήσει όλα τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης να βλέπουν τα κλινικά ζητήματα ως ανησυχίες που αφορούν όλο το προσωπικό του οργανισμού και όχι ως προσωπικές και επαγγελματικές ανησυχίες (Karassavidou et al. 2011).

Γενικότερα, οι κάτωθι τρεις διαστάσεις της ΚΔ θα πρέπει να αποτελούν την προτεραιότητα των διευθυντών των νοσοκομείων και της ηγεσίας, προκειμένου να επιτύχει ο σκοπός της ΚΔ και οι τρεις αυτές διαστάσεις αφορούν (Karassavidou et al. 2011):

- Την οργανωσιακή μάθηση
- Τη βελτίωση της ποιότητας του σχεδιασμού και των αλλαγών
- Τις ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης

Οι Halligan & Donaldson (2001) βρήκαν ότι η αποτελεσματική ηγεσία σε συνδυασμό με το σχεδιασμό της ποιότητας, με την αποτελεσματική χρήση δεδομένων και πληροφοριών για τη λήψη αποφάσεων, με το εκπαιδευμένο προσωπικό, με την αξιολόγηση των υπηρεσιών για την επίτευξη καλύτερης απόδοσης καθώς και με τη μέτρηση της επιτευχθείσας επιτυχίας, αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά στα νοσοκομεία για την επιτυχή εφαρμογή της ΚΔ. Επιπλέον, η ικανοποίηση των ασθενών από τις πτυχές των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δημιουργεί δεδομένα και προσφέρει τη δυνατότητα στις διοικήσεις των νοσοκομείων ώστε να βελτιώσουν τα σχέδια της ποιότητας στα νοσοκομεία.

Ο σαφής ρόλος των επικεφαλής της κλινικής διακυβέρνησης και ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων της ηγεσίας είναι σημαντικός, καθώς η μη σαφής κατανομή ευθυνών, η μετασχηματιστική ηγεσία και η μακροπρόθεσμη αβεβαιότητα δημιουργούν ένα αίσθημα αδυναμίας μεταξύ των ατόμων που ασκούν ηγεσία και δημιουργούν προβλήματα στην αποτελεσματική εφαρμογή της ΚΔ (Mousavi et al. 2013).

Η επιτυχία ενός οργανισμού στην πραγμάτωση των στόχων του, εξαρτάται από την ποιότητα της ηγεσίας, την ικανότητα του ηγέτη να καθοδηγεί και να κατευθύνει τους εργαζόμενους ώστε να έχει θετικά αποτελέσματα τόσο στους ίδιους, όσο και στην λειτουργία του οργανισμού. Άλλωστε το να εμπνέεις τους ανθρώπους προκειμένου να ενσωματώνουν διαδικασίες που ευνοούν ένα νέο τρόπο σκέψης αποτελεί την υψηλότερη μορφή ανθρώπινης αλληλεπίδρασης (Παπανικολάου 2007).

#### **5.4. Οργανωσιακή κουλτούρα και κλινική διακυβέρνηση**

Για να μπορέσει η ΚΔ να εισαχθεί με επιτυχία στους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, απαιτείται μια θεμελιώδης αλλαγή στην κουλτούρα των οργανισμών για να μπορέσει να επιτευχθεί η «πολιτιστική προσαρμογή». Αυτή η αλλαγή είναι ένα περίπλοκο ζήτημα στο περιβάλλον του νοσοκομείου, το οποίο, όπως είναι γενικά αποδεκτό, είναι εξαιρετικά ανθεκτικό στην όποια αλλαγή, τόσο δομικά, όσο και πολιτισμικά. Οι δομές των νοσοκομείων και ιδιαίτερα των δημόσιων νοσοκομείων είναι ιεραρχικές, άκαμπτες, γραφειοκρατικές, καθιερωμένες με συγκεκριμένο τρόπο, εδώ και πολλά χρόνια. Οι δομές αυτές είναι υπεύθυνες για το κυρίαρχο εργασιακό μοτίβο, καθώς και για τις οργανωτικές πρακτικές, τη ρουτίνα, τις σχέσεις και τη διάδοση της εξουσίας που ενισχύουν την πόλωση μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων, εμποδίζοντας με τον τρόπο αυτό την ανάπτυξη ολοκληρωμένων προσεγγίσεων και πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας, όπως η ΚΔ (Nichols et al. 2000).

Η οργανωτική κουλτούρα ενός νοσοκομείου δεν είναι ομοιογενής, δεδομένου ότι είναι ένας σύνθετος θεσμός, με πολλαπλούς και συχνά αντικρουόμενους στόχους. Το νοσοκομείο είναι ένας εργασιακός χώρος που συγκεντρώνει πολλές επαγγελματικές ομάδες, όπου η κάθε μια έχει τη δική της εξειδίκευση, το δικό της γνωστικό επίπεδο, τα δικά της ενδιαφέροντα και τη δική της βάση αξιών. Στην πραγματικότητα, το νοσοκομείο είναι ένας πολύ-πολιτισμικός οργανισμός μέσα στον οποίο υπάρχουν υποκουλτούρες που συνεργάζονται μεταξύ τους (Davies et al. 2000). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Morgan & Ogbonna (2008), η οργανωσιακή κουλτούρα είναι: «ένα μείγμα πολλών κουλτουρών και επιπλέον, είναι η αλληλεπίδραση αυτών των κουλτουρών (υποκουλτούρων), οι οποίες επηρεάζουν το αναδυόμενο μοτίβο αξιών που περιγράφεται συνήθως ως οργανωσιακή κουλτούρα».

Η οργανωτική πολιτισμική αλλαγή στα νοσοκομεία μπορεί να συμβεί μόνο μέσω της αλλαγής των καθημερινών πολιτικών που εφαρμόζονται, των πρακτικών, της ρουτίνας και των διαδικασιών που έχουν αντίκτυπο στις πεποιθήσεις, στους κανόνες και στις αξίες που καθοδηγούν τις ενέργειες των εργαζομένων (Brooks 1996). Επομένως, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην αμφισβήτηση των βασικών παραδοχών σχετικά με «τον σωστό τρόπο με τον οποίο γίνονται τα πράγματα» και να δημιουργηθεί μια ιδιαίτερα υποστηρικτική οργανωτική κουλτούρα που θα βοηθήσει στην επιτάχυνση της εφαρμογής της ΚΔ. Η κουλτούρα δεν μπορεί να αλλάξει γρήγορα

και εύκολα, όμως αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την εισαγωγή ενός αποτελεσματικού πλαισίου ΚΔ. Ο εντοπισμός και η χαρτογράφηση της κυρίαρχης οργανωσιακής κουλτούρας σε ένα νοσοκομείο είναι σημαντική, προκειμένου να μπορέσουν να προωθηθούν οι όποιες αλλαγές. Καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία και στην προσπάθεια αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας των νοσοκομείων παίζει και η ηγεσία, η οποία είναι υπεύθυνη για την υιοθέτηση στρατηγικών και την προώθηση αλλαγών που θα οδηγήσουν στη θέσπιση μιας νέας κουλτούρας στα νοσοκομεία, προσαρμοσμένης στα πρότυπα της ΚΔ (Karassavidou et al. 2011).

Η προώθηση και η δημιουργία ενός κλίματος που δεν θα επικρατούν οι αλληλοκατηγορίες και το οποίο θα είναι υποστηρικτικό, συμμετοχικό, καινοτόμο, δημιουργικό, αισιόδοξο, ανοιχτό στην επικοινωνία και στην ανταλλαγή προβλημάτων και που προωθεί τη συνεχή μάθηση, επιτρέπει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αλλάξουν και να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των ασθενών για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Luthans et al. 2008).

Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά που αφορούν την οργανωσιακή κουλτούρα του οργανισμού, θα διευκολύνουν την εφαρμογή πρωτοβουλιών ποιότητας ΚΔ και είναι αυτά που τελικά θα καθορίσουν εάν και σε ποιο βαθμό θα επέλθει πολιτισμική αλλαγή (Freeman 2003, Ruppel & Harrington 2000).

Γενικότερα, η υιοθέτηση της ιδέας της ΚΔ και η εφαρμογή στην πράξη των αρχών της ΚΔ σε ένα υγειονομικό σύστημα, εξαρτάται από την οργανωσιακή κουλτούρα του εν λόγω συστήματος, καθώς και από τις δομικές αλλαγές που προωθούνται κάθε φορά. Η οργανωσιακή κουλτούρα του οργανισμού είναι αυτή που θα παίζει καθοριστικό ρόλο και θα έχει θετική επιρροή στον τρόπο λειτουργίας και στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Η ΚΔ έχει μια κοινή φιλοσοφία μέσω της οποίας παρέχει ένα είδος κοινωνικής συνοχής που επιτρέπει στους εργαζομένους να συνδέονται μέσω ενός κοινού σημείου αναφοράς, επιτρέποντάς τους παράλληλα να κατανοούν πιο εύκολα και σε βάθος τις διάφορες εξελίξεις. Η ΚΔ είναι αυτή που μπορεί να ενεργοποιήσει τη διά βίου μάθηση των εργαζομένων, να παρακινήσει τους εργαζόμενους και να ενημερώνει τους ασθενείς, με τους τρόπους αυτούς δύναται να δώσει «φωνή» στους εργαζομένους και στους ασθενείς, για να μπορέσουν όλοι μαζί να βελτιώσουν την κουλτούρα του οργανισμού, όπου συνυπάρχουν και αλληλοεπιδρούν (Πλατής και συν 2020).

## **Κεφάλαιο 6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

### **6.1. Η κλινική διακυβέρνηση στα νοσοκομεία**

Το ζήτημα των σχετικών πρωτοβουλιών για την αλλαγή της ποιότητας γίνεται ακόμα πιο πολύπλοκο και ασαφές στα νοσοκομεία, τα οποία αποτελούν τα σημαντικότερα στοιχεία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και τους βασικούς παράγοντες της όποιας μεταρρυθμιστικής διαδικασίας στον τομέα της υγείας, εξαιτίας της φύσης της λειτουργίας των νοσοκομείων και της οργανωτικής τους δομής. Τα εμπόδια που υφίστανται για την αναβάθμιση της ποιότητας στα νοσοκομεία αποτελούν μια πραγματική απειλή για την εισαγωγή των συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης σε αυτά, καθώς τα εν λόγω συστήματα θέτουν υπό αμφισβήτηση παγιωμένη κουλτούρα, κλίμα και πρακτικές και προϋποθέτουν μια θεμελιώδη επανεξέταση του τρόπου με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η έννοια της ποιότητας στην κλινική πράξη και του τρόπου με τον οποίο αυτή αντιμετωπίζεται (Konteh et al. 2008).

Επομένως, η κάθε προσπάθεια αλλαγής στους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι καταδικασμένη να αποτύχει εάν τα νοσοκομεία δεν καταφέρουν να αλλάξουν την οργανωσιακή τους κουλτούρα, δεδομένου ότι η οργανωσιακή κουλτούρα έχει τις ρίζες της στις κοινές αξίες, στις πεποιθήσεις, στους κανόνες και στις παραδοχές που αναφέρονται στους ανθρώπους, στην εργασία, στους οργανισμούς και στην κοινωνία γενικότερα και δεδομένου ότι την οργανωσιακή κουλτούρα την ενστερνίζεται η πλειοψηφία των μελών του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (Ekvall 1983). Εάν αναλογιστεί κανείς και την παρουσία διαφορετικών υποκουλτούρων στα νοσοκομεία, που ενδεχομένως αλληλοεπιδρούν εντός του οργανισμού μπορεί εύκολα να κατανοήσει ότι το θέμα της βελτίωσης της ποιότητας στα νοσοκομεία γίνεται ακόμα πιο περίπλοκο (Morgan & Ogbonna 2008).

Η αλλαγή της οργανωτικής κουλτούρας είναι κάτι που δεν μπορεί να επιτευχθεί εύκολα και γρήγορα. Όμως, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η κατανόηση και η περιγραφή της κουλτούρας μπορούν να θέσουν τις βάσεις για τη δημιουργία προϋποθέσεων που θα οδηγήσουν στην απαιτούμενη αλλαγή. Προς αυτή την κατεύθυνση, το οργανωσιακό κλίμα, ένας όρος που αντανακλά την κουλτούρα σε υψηλότερο ή σε χαμηλότερο βαθμό, ανάλογα με το πόσο ισχυρά διανέμονται οι αρχές και οι αξίες στον οργανισμό και πόσο αποδεκτές αυτές γίνονται στο

εσωτερικό του οργανισμού, μπορεί να θεωρηθεί σαν μια χρήσιμη έννοια (Ekwall 1983, Freeman 2003). Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα, η οποία ορίζεται ως το σύνολο των στάσεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν τη ζωή σε έναν οργανισμό αποτελεί έναν τρόπο έκφρασης της κουλτούρας (Ekval & Ryhammer 1999).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Karassavidou et al. (2011), το κλίμα της ΚΔ στα ελληνικά νοσοκομεία θα πρέπει να είναι περισσότερο υποστηρικτικό και ιδιαίτερο, όσον αφορά τους δύο κάτωθι τομείς:

- Ενσωμάτωση της βελτίωσης ποιότητας και κίνητρα
- Βελτίωση της ποιότητας, σχεδιασμός και αλλαγή

Προς την κατεύθυνση όμως αυτή απαιτείται η ανάπτυξη ηγετικών πόρων και πολιτικών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, για τη διατήρηση της ενσωμάτωσης, της λογοδοσίας, της εμπιστοσύνης, της παρακίνησης, της δημιουργίας ενός οργανισμού μάθησης, όπου τα αποτελέσματα του κλινικού ελέγχου μοιράζονται και επιπλέον, ενθαρρύνονται οι πρακτικές που βασίζονται σε αποδείξεις και σε προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη. Για τη βελτίωση της μάθησης και τον έλεγχο του κλινικού κινδύνου είναι ανάγκη να προχωρήσει και η ουσιαστική συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και στην ποιότητα της φροντίδας, στοιχείο που προϋποθέτει τη «μεταφορά» σε μια ενεργή και όχι σε μια παθητική εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## **Κεφάλαιο 7. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **7.1. Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής και η διερεύνηση των προσδιοριστών των απόψεων των εργαζομένων για κάθε διάσταση της ΚΔ.

### **7.2. Σχεδιασμός**

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) στην οποία συμμετείχαν 339 εργαζόμενοι ενός δημοσίου νοσοκομείου της Αττικής. Το ποσοστό συμμετοχής στην μελέτη ήταν 75,3% (=339/450). Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, καθώς η τυχαία δειγματοληψία ήταν αδύνατη λόγω πρακτικών και χρονικών περιορισμών. Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας πραγματοποιήθηκε εντός χρονικού διαστήματος δύο μηνών (Νοέμβριος 2022 έως Δεκέμβριος 2022). Η μελετώμενη έκβαση ήταν η αξιολόγηση της ΚΔ. Επιπλέον, διερευνήθηκαν πιθανοί προσδιοριστές της αξιολόγησης των παραμέτρων της ΚΔ που είναι οι κάτωθι:

- Φύλο
- Ηλικία
- Εκπαιδευτικό επίπεδο
- Υπηρεσία που ανήκετε
- Θέση εργασίας
- Προϋπηρεσία
- Σχέση εργασίας με τον οργανισμό

### **7.3. Ερωτηματολόγιο**

Για την εκτίμηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) που αναπτύχθηκε από τον Tim Freeman (2003) του Health Service Management Centre, University of Birmingham, United Kingdom σε

μελέτη με τίτλο «Μέτρηση προόδου στην κλινική διακυβέρνησης, αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου CGCQ».

Για τους σκοπούς της παρούσης μελέτης, μετά από αλληλογραφία, ελήφθησαν οι σχετικές άδειες από το συγγραφέα Tim Freeman για την χρήση του εργαλείου - ερωτηματολογίου - μέτρησης CGCQ ,και από την Αγγελική Δρελιώζη για την χρήση του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου από τα αγγλικά στα ελληνικά που χρησιμοποιήθηκε στη Διδακτορική της Διατριβή.

Το ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης περιλαμβάνει 60 στοιχεία, τα οποία δημιουργούν τους εξής έξι επιμέρους παράγοντες:

- Βελτίωση της ποιότητας: Περιλαμβάνει 21 στοιχεία και λαμβάνει μια συνολική βαθμολογία με τιμές από 21 έως 105 ή τιμές από 1 έως 5. Η μικρότερη βαθμολογία δηλώνει μεγαλύτερη βελτίωση της ποιότητας.
- Διαχείριση κλινικών κινδύνων: Περιλαμβάνει 11 στοιχεία και λαμβάνει μια συνολική βαθμολογία με τιμές από 11 έως 55 ή τιμές από 1 έως 5. Η μικρότερη βαθμολογία δηλώνει καλύτερη διαχείριση κλινικών κινδύνων.
- Δίκαιη επιβολή ποινών: Περιλαμβάνει 9 στοιχεία και λαμβάνει μια συνολική βαθμολογία με τιμές από 9 έως 45 ή τιμές από 1 έως 5. Η μικρότερη βαθμολογία δηλώνει δικαιότερη επιβολή ποινών.
- Οργανωσιακή μάθηση: Περιλαμβάνει 5 στοιχεία και λαμβάνει μια συνολική βαθμολογία με τιμές από 5 έως 25 ή τιμές από 1 έως 5. Η μικρότερη βαθμολογία δηλώνει καλύτερη οργανωσιακή μάθηση.
- Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη: Περιλαμβάνει 8 στοιχεία και λαμβάνει μια συνολική βαθμολογία με τιμές από 8 έως 40 ή τιμές από 1 έως 5. Η μικρότερη βαθμολογία δηλώνει περισσότερες ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη.
- Συναδελφική συνεργασία: Περιλαμβάνει 6 στοιχεία και λαμβάνει μια συνολική βαθμολογία με τιμές από 6 έως 30 ή τιμές από 1 έως 5. Η μικρότερη βαθμολογία δηλώνει καλύτερη συναδελφική συνεργασία.

Σε κάθε στοιχείο, οι απαντήσεις είναι στην εξής πενταβάθμια κλίμακα:

- Συμφωνώ απόλυτα = 1
- Συμφωνώ = 2
- Ουδέτερος/η = 3
- Διαφωνώ = 4
- Διαφωνώ απόλυτα = 5

Αντιστρέφονται οι απαντήσεις στα εξής στοιχεία:

1,3,5,7,10,17-21,24-30,33,34,36,38,41,42,45,46,48,50,51,53,56,58,59.

Η συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο λαμβάνει τιμές από 60 έως 300. Η μικρότερη βαθμολογία δηλώνει καλύτερη κλινική διακυβέρνηση.

#### **7.4. Ηθικά θέματα**

Η λήψη των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των κατάλληλων ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες, πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτώς για το σκοπό της παρούσας μελέτης, προκειμένου να αποφασίσουν εάν επιθυμούν εθελοντικά να συμμετάσχουν, ενώ δεν ασκήθηκε κανενός είδους πίεση για τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε χωρίς οι συμμετέχοντες να αναφέρουν το ονοματεπώνυμό τους. Οι συμμετέχοντες είχαν όσο χρόνο επιθυμούσαν στη διάθεσή τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, προκειμένου να αποφευχθεί η πίεση που μπορεί να οδηγούσε σε βεβιασμένες απαντήσεις. Στα ερωτηματολόγια θα έχει πρόσβαση μόνο ο ερευνητής, ενώ τα δεδομένα των ερωτηματολογίων εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, με τη χρήση του κατάλληλου στατιστικού λογισμικού προγράμματος. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίστηκε (Φράγκου & Γαλάνης 2018):

(α) η πληροφορημένη συναίνεση (informed consent) των εργαζομένων για τη συμμετοχή τους στη μελέτη,

(β) η ανωνυμία των συμμετεχόντων και

(γ) το απόρρητο των πληροφοριών, στις οποίες θα έχει πρόσβαση μόνο ο ερευνητής.

Η προστασία προσωπικών δεδομένων είναι σύμφωνη με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων-ΓΚΠΔ (General Data Protection Regulation / GDPR) και τον νόμο 4624/2019.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης ζητήσαμε και πήραμε άδεια από το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, από το οποίο προήλθε ο μελετώμενος πληθυσμός και από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α).

## **7.5. Στατιστική ανάλυση**

Για να παρουσιάσουμε τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιούμε την μέση τιμή και την τυπική απόκλιση, ενώ για να παρουσιάσουμε τις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιούμε τις απόλυτες και τις σχετικές συχνότητες. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας ποσοτικής μεταβλητής που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Σημειώνεται ότι στη διερεύνηση των σχέσεων, οι εργαζόμενοι στην τεχνική υπηρεσία (n=6) και οι εργαζόμενοι ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου (n=5) δεν συμπεριλήφθηκαν εξαιτίας του πολύ μικρού αριθμού.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ), εφαρμόστηκε πολλαπλή

γραμμική παλινδρόμηση οπότε και εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών. Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές  $b$  (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές  $p$ .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## Κεφάλαιο 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 8.1. Αποτελέσματα

#### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 339 εργαζόμενους. Στον πίνακα 1 και στο γράφημα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων. Η μέση ηλικία ήταν 47,6 έτη, ενώ ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας ήταν 14,9. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ήταν γυναίκες (69,3%), απόφοιτοι ΑΤΕΙ/ΑΕΙ (80,2%) και μόνιμοι (66,7%).

Το 38,9% ανήκαν στην ιατρική υπηρεσία, το 36% ανήκαν στη νοσηλευτική υπηρεσία, το 23,3% ανήκαν στη διοικητική υπηρεσία και το 1,8% ανήκαν στην τεχνική υπηρεσία.

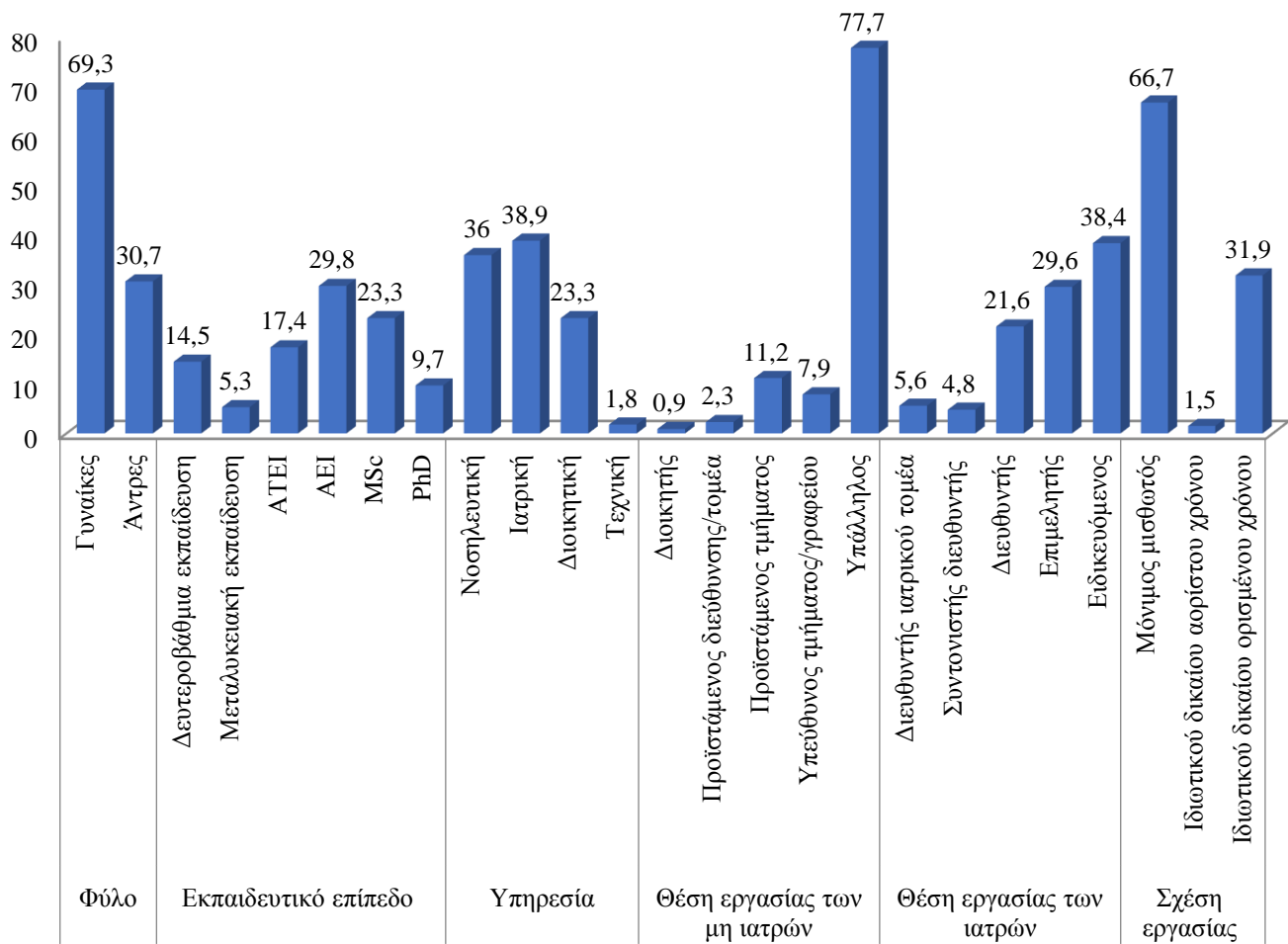
Μεταξύ των γιατρών, οι περισσότεροι ήταν ειδικευόμενοι (38,4%), επιμελητές (29,6%) και διευθυντές (21,6%), ενώ μεταξύ των μη γιατρών, οι περισσότεροι ήταν υπάλληλοι (77%) και προϊστάμενοι τμήματος (11,2%).

#### Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων

Χαρακτηριστικά	N	%
Φύλο		
Γυναίκες	235	69,3
Άντρες	104	30,7
Ηλικία (έτη) <sup>a</sup>	47,6	19,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	49	14,5
Απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. ΙΕΚ)	18	5,3
Απόφοιτοι ΑΤΕΙ	59	17,4
Απόφοιτοι ΑΕΙ	101	29,8

Κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος	79	23,3
Κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος	33	9,7
Έτη προϋπηρεσίας <sup>α</sup>	14,9	12,1
Υπηρεσία		
Νοσηλευτική	122	36
Ιατρική	132	38,9
Διοικητική	79	23,3
Τεχνική	6	1,8
Θέση εργασίας των εργαζόμενων εκτός των ιατρών		
Διοικητής	2	0,9
Προϊστάμενος διεύθυνσης/τομέα	5	2,3
Προϊστάμενος τμήματος	24	11,2
Υπεύθυνος τμήματος/γραφείου	17	7,9
Υπάλληλος	167	77,7
Θέση εργασίας των ιατρών		
Διευθυντής ιατρικού τομέα	7	5,6
Συντονιστής διευθυντής ιατρικού τμήματος/εργαστηρίου	6	4,8
Διευθυντής	27	21,6
Επιμελητής	37	29,6
Ειδικευόμενος	48	38,4
Σχέση εργασίας		
Μόνιμος μισθωτός	226	66,7
Ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου	5	1,5
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	108	31,9

<sup>α</sup> Μέση τιμή, τυπική απόκλιση



**Γράφημα 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων**



## Κλίμα κλινικής διακυβέρνησης

Όπως προαναφέρθηκε, το ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης περιλαμβάνει τους εξής έξι παράγοντες:

- Βελτίωση της ποιότητας
- Διαχείριση κλινικών κινδύνων
- Δίκαιη επιβολή ποινών
- Οργανωσιακή μάθηση
- Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη
- Συναδελφική συνεργασία

Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's alpha για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's alpha για τους έξι παράγοντες κυμαίνονταν από 0,81 έως 0,88, ενώ για όλο το ερωτηματολόγιο ήταν 0,86 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

**Πίνακας 2. Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's alpha για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης.**

Παράγοντες	Cronbach's alpha
Βελτίωση της ποιότητας	0,88
Διαχείριση κλινικών κινδύνων	0,84
Δίκαιη επιβολή ποινών	0,82
Οργανωσιακή μάθηση	0,81
Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη	0,84
Συναδελφική συνεργασία	0,81

Οι μέσες βαθμολογίες και οι τυπικές αποκλίσεις για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Οι μέσες τιμές τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τους έξι παράγοντες δηλώνουν μέτριο επίπεδο της κλινικής διακυβέρνησης.

**Πίνακας 3. Οι μέσες βαθμολογίες και οι τυπικές αποκλίσεις για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης**

Παράγοντες	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Βελτίωση της ποιότητας	66,7	14,6
Διαχείριση κλινικών κινδύνων	30,8	7
Δίκαιη επιβολή ποινών	24,7	6,5
Οργανωσιακή μάθηση	15,6	2,7
Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη	24,2	5,8
Συναδελφική συνεργασία	17,3	4,4
Συνολική βαθμολογία	179,3	35,4

Όπως προαναφέρθηκε, οι μέσες βαθμολογίες για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης μπορούν να μετασχηματιστούν και σε μια κλίμακα από 1 έως 5, έτσι ώστε να είναι απλούστερη η σύγκριση μεταξύ των παραγόντων. Οι μέσες βαθμολογίες και οι τυπικές αποκλίσεις για τους έξι παράγοντες σε μια κλίμακα από 1 έως 5 παρουσιάζονται στον πίνακα 4 και στο γράφημα 2.

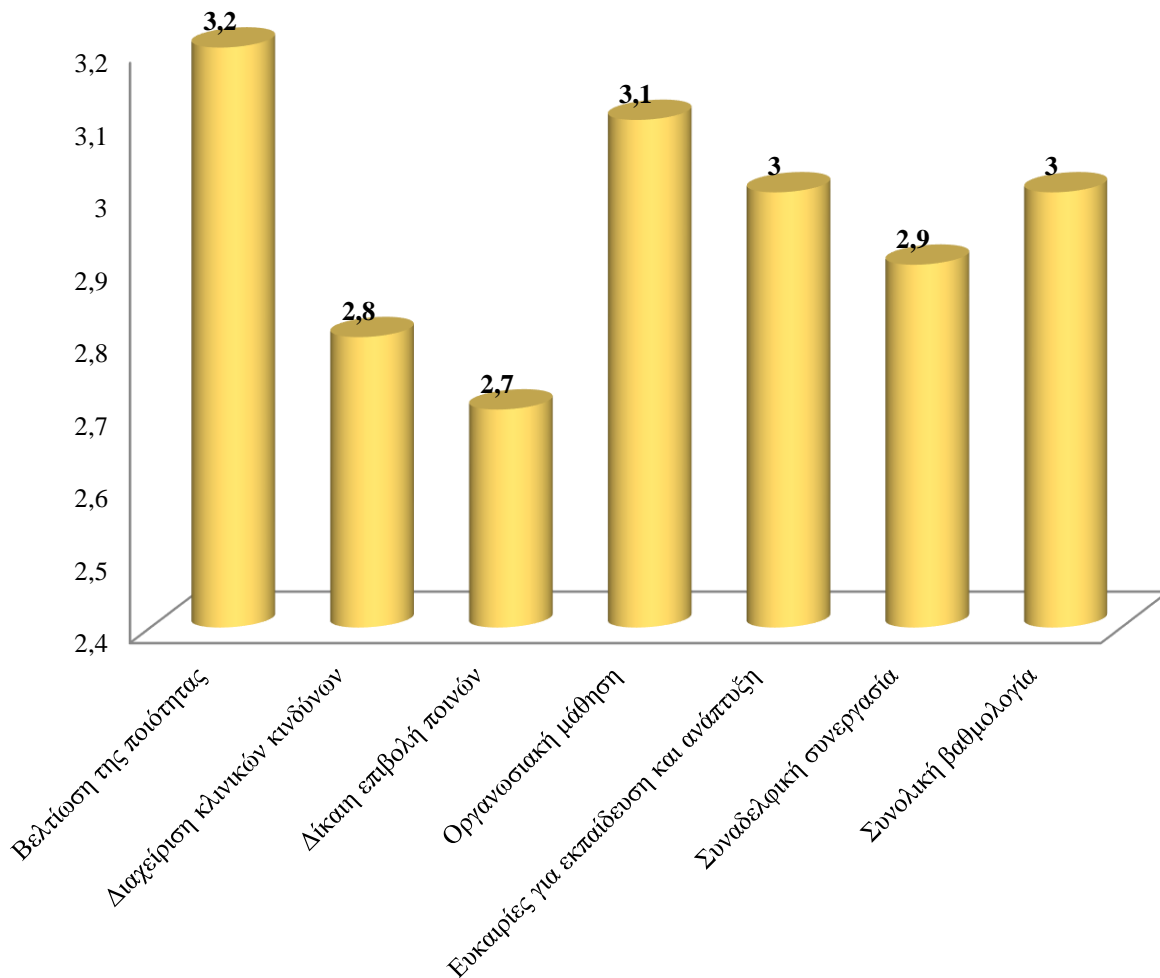
Οι μέσες τιμές τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τους έξι παράγοντες δηλώνουν μέτριο επίπεδο της κλινικής διακυβέρνησης.

Ταξινομώντας τους παράγοντες του πίνακα 4 κατά αύξουσα σειρά, ξεκινώντας δηλαδή από τον παράγοντα που δηλώνει την καλύτερη κλινική διακυβέρνηση η κατάταξη ήταν η εξής:

- Δίκαιη επιβολή ποινών
- Διαχείριση κλινικών κινδύνων
- Συναδελφική συνεργασία
- Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη
- Οργανωσιακή μάθηση
- Βελτίωση της ποιότητας

**Πίνακας 4. Οι μέσες βαθμολογίες και οι τυπικές αποκλίσεις για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης σε μια κλίμακα από 1 έως 5**

<b>Παράγοντες</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>
Βελτίωση της ποιότητας	3,2	0,7
Διαχείριση κλινικών κινδύνων	2,8	0,6
Δίκαιη επιβολή ποινών	2,7	0,7
Οργανωσιακή μάθηση	3,1	0,5
Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη	3	0,7
Συναδελφική συνεργασία	2,9	0,7
Συνολική βαθμολογία	3	0,6



**Γράφημα 2. Οι μέσες βαθμολογίες για τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης σε μια κλίμακα από 1 έως 5**

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 60 στοιχεία του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

**Τα 15 στοιχεία που δηλώνουν την χειρότερη κλινική διακυβέρνηση ήταν τα εξής:**

- Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας
- Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

- Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε
- Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό)
- Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του
- Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή
- Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους
- Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα
- Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά
- Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς
- Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων
- Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες
- Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση
- Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους
- Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»

**Τα 15 στοιχεία που δηλώνουν την καλύτερη κλινική διακυβέρνηση ήταν τα εξής:**

- Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών
- Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού
- Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε
- Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά γεγονότα (γεγονότα που έχουν βλάψει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς)

- Υπάρχουν κλινικά ρίσκα (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) τα οποία αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν
- Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία
- Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικά ρίσκα (δηλαδή καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ή να βλάψουν τους ασθενείς)
- Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας
- Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού
- Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό
- Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους
- Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όλους εργαζόμενους το επιθυμούν
- Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει»
- Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών ρίσκων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση

**Πίνακας 5. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 60 στοιχεία του ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης**

Στοιχεία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει»	2,7	1,2
Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό)	3,4	1,1
Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	2,2	1,2
Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν	2,7	1,3
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	3,1	1,2
Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της	3	1,1
Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών	2,2	1
Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους	2,7	1
Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	3,1	1,1
Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του	2,8	1,3
Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό	2,7	1,1
Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη	2,9	1
Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	2,7	1,1
Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικά ρίσκα (δηλαδή καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ή να βλάψουν τους ασθενείς)	2,6	1
Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	2,6	1,1

Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίνε	3	1,1
Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του	3,4	1,1
Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας	3,6	1,1
Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων	3,1	1,2
Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»	3,2	1,2
Υπάρχουν κλινικά ρίσκα (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) τα οποία αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν	2,6	1,2
Τα κλινικά ρίσκα (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο	2,8	1
Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού	2,7	1
Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται	3	1,1
Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας	3,2	1,2
Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»	3	1,2
Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στα πιο σημαντικά κλινικά ρίσκα	3	1,1
Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς	3,3	1,1
Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή	3,4	1
Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων	3,3	1,1
Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν	3	1
Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές	3	1
Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους	3,4	1



Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα	3,4	1,2
Όταν εντοπίζεται ένα κλινικό ρίσκο (κατάσταση η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς) έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του	2,9	1
Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους)	3,1	1,1
Αξιολογούμε συστηματικά τα κλινικά ρίσκα (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς)	2,8	1
Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες	3,3	1,2
Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	2,9	1,1
Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός	2,9	1,1
Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά	3,4	1,1
Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε	3,5	1,1
Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών ρίσκων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση	2,8	0,9
Πληροφορίες για κλινικά ρίσκα (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση	2,9	0,9
Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς	2,9	1
Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες	3	1,1
Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας	2,7	1
Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού	3,1	1,1
Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση	3,3	1
Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	3,6	1
Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις	3	1,1

Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά γεγονότα (γεγονότα που έχουν βλάψει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς)	2,5	0,9
Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου	3	1,1
Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε	2,5	1
Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση)	3,2	1,1
Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν	3,2	1,2
Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους	3,3	1,2
Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	3,1	1,2
Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές	3,1	1,1
Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους	3,1	1,1

## Σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών

### *Εξαρτημένη μεταβλητή: Βελτίωση της ποιότητας*

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας».

**Πίνακας 6. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας».**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,01 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,2	0,7	
Άντρες	3,0	0,8	
Ηλικία		-0,2 <sup>β</sup>	0,002 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,01 <sup>γ</sup>	0,9 <sup>γ</sup>
Έτη προϋπηρεσίας		-0,01 <sup>γ</sup>	0,9 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία			0,002 <sup>δ</sup>
Νοσηλευτική	3,4	0,5	
Ιατρική	3,1	0,9	
Διοικητική	3,1	0,7	
Σχέση εργασίας			0,5 <sup>δ</sup>
Μόνιμος μισθωτός	3,2	0,7	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	3,2	0,7	
Διοικητική θέση			0,03 <sup>α</sup>
Όχι	3,2	0,7	
Ναι	2,9	0,9	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας» και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

**Πίνακας 7. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας»**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0,005	-0,009 έως -0,002	0,005
Νοσηλευτική υπηρεσία σε σχέση με ιατρική και διοικητική υπηρεσία	0,25	0,10 έως 0,40	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν θετικότερη άποψη για τη βελτίωση της ποιότητας σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους.
- Οι εργαζόμενοι στην ιατρική και διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τη βελτίωση της ποιότητας σε σχέση με τους εργαζόμενους στη νοσηλευτική υπηρεσία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 6% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «βελτίωση της ποιότητας».

*Εξαρτημένη μεταβλητή: Διαχείριση κλινικών κινδύνων*

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων».

**Πίνακας 8. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων»**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 <sup>α</sup>
Γυναίκες	2,8	0,6	
Άντρες	2,8	0,7	
Ηλικία		-0,2 <sup>β</sup>	0,005 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,01 <sup>γ</sup>	0,9 <sup>γ</sup>
Έτη προϋπηρεσίας		0,03 <sup>γ</sup>	0,6 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία			0,003 <sup>δ</sup>
Νοσηλευτική	2,9	0,5	
Ιατρική	2,8	0,7	
Διοικητική	2,6	0,5	
Σχέση εργασίας			0,7 <sup>δ</sup>
Μόνιμος μισθωτός	2,8	0,7	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	2,8	0,7	
Διοικητική θέση			0,001 <sup>α</sup>

Όχι	2,8	0,6	
Ναι	2.4	0,7	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων» και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

**Πίνακας 9. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων».**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0,005	-0,008 έως -0,001	0,006
Νοσηλευτική και ιατρική υπηρεσία σε σχέση με διοικητική υπηρεσία	0,19	0,037 έως 0,35	0,016

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν θετικότερη άποψη για τη διαχείριση κλινικών κινδύνων σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους.
- Οι εργαζόμενοι στη διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τη διαχείριση κλινικών κινδύνων σε σχέση με τους εργαζόμενους στην ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων».

### *Εξαρτημένη μεταβλητή: Δίκαιη επιβολή ποινών*

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών».

**Πίνακας 10. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών».**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,1 <sup>α</sup>
Γυναίκες	2,8	0,7	
Άντρες	2,6	0,7	
Ηλικία		-0,1 <sup>β</sup>	0,1 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,1 <sup>γ</sup>	0,01 <sup>γ</sup>
Έτη προϋπηρεσίας		0,05 <sup>γ</sup>	0,3 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία			0,001 <sup>δ</sup>
Νοσηλευτική	2,9	0,7	

Ιατρική	2,6	0,8	
Διοικητική	2,6	0,7	
Σχέση εργασίας			0,5 <sup>δ</sup>
Μόνιμος μισθωτός	2,8	0,7	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	2,7	0,7	
Διοικητική θέση			0,001 <sup>α</sup>
Όχι	2,8	0,7	
Ναι	2,4	0,7	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών» και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

**Πίνακας 11. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών»**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Νοσηλευτική υπηρεσία σε σχέση με ιατρική και διοικητική υπηρεσία	0,3	0,14 έως 0,46	<0,001



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι στην ιατρική και διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τη δίκαιη επιβολή ποινών σε σχέση με τους εργαζόμενους στη νοσηλευτική υπηρεσία.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών».

### *Εξαρτημένη μεταβλητή: Οργανωσιακή μάθηση*

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση».

**Πίνακας 12. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση»**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,2	0,5	
Άντρες	3,1	0,6	
Ηλικία		-0,1 <sup>β</sup>	0,07 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,05 <sup>γ</sup>	0,3 <sup>γ</sup>
Έτη προϋπηρεσίας		-0,02 <sup>γ</sup>	0,8 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία			0,2 <sup>δ</sup>
Νοσηλευτική	3,2	0,5	
Ιατρική	3,1	0,6	

Διοικητική	3,1	0,6	
Σχέση εργασίας			0,6 <sup>δ</sup>
Μόνιμος μισθωτός	3,1	0,5	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	3,2	0,5	
Διοικητική θέση			0,3 <sup>α</sup>
Όχι	3,1	0,5	
Ναι	3	0,7	

<sup>α</sup> έλεγχος  $t^{\beta}$  συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση» και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση.

### ***Εξαρτημένη μεταβλητή: Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη***

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».

**Πίνακας 13. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,2 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3,1	0,7	
Άντρες	3,0	0,8	
Ηλικία		-0,2 <sup>β</sup>	0,009 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,03 <sup>γ</sup>	0,5 <sup>γ</sup>
Έτη προϋπηρεσίας		0,02 <sup>γ</sup>	0,7 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία			0,02 <sup>δ</sup>
Νοσηλευτική	3,2	0,6	
Ιατρική	3	0,8	
Διοικητική	2,9	0,7	
Σχέση εργασίας			0,8 <sup>δ</sup>
Μόνιμος μισθωτός	3,0	0,7	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	3,0	0,7	
Διοικητική θέση			0,01 <sup>α</sup>
Όχι	3,1	0,7	
Ναι	2,7	0,8	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

**Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0,005	-0,009 έως -0,001	0,014
Νοσηλευτική υπηρεσία σε σχέση με ιατρική και διοικητική υπηρεσία	0,20	0,04 έως 0,36	0,014

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν θετικότερη άποψη για τη ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους.
- Οι εργαζόμενοι στην ιατρική και διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τη ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη σε σχέση με τους εργαζόμενους στη νοσηλευτική υπηρεσία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη».

**Εξαρτημένη μεταβλητή: Συναδελφική συνεργασία**

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συναδελφική συνεργασία».

**Πίνακας 15. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συναδελφική συνεργασία»**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 <sup>α</sup>
Γυναίκες	2,9	0,7	
Άντρες	2,8	0,8	
Ηλικία		-0,1 <sup>β</sup>	0,02 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,02 <sup>γ</sup>	0,7 <sup>γ</sup>
Έτη προϋπηρεσίας		-0,02 <sup>γ</sup>	0,7 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία			0,2 <sup>δ</sup>
Νοσηλευτική	2,9	0,7	
Ιατρική	2,9	0,8	
Διοικητική	2,8	0,7	
Σχέση εργασίας			0,4 <sup>δ</sup>
Μόνιμος μισθωτός	2,9	0,7	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	2,9	0,7	
Διοικητική θέση			0,003 <sup>α</sup>
Όχι	2,9	0,7	

Ναι	2,6	0,8	
-----	-----	-----	--

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «συναδελφική συνεργασία» και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 16.

**Πίνακας 16. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συναδελφική συνεργασία».**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0,005	-0,009 έως -0,001	0,018

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν θετικότερη άποψη για τη συναδελφική συνεργασία σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «συναδελφική συνεργασία».

**Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία κλινικής διακυβέρνησης**

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη συνολική βαθμολογία κλινικής διακυβέρνησης.

**Πίνακας 17. Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων και τη συνολική βαθμολογία κλινικής διακυβέρνησης**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,1 <sup>α</sup>
Γυναίκες	3	0,5	
Άντρες	2,9	0,7	
Ηλικία		-0,2 <sup>β</sup>	0,004 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,01 <sup>γ</sup>	0,9 <sup>γ</sup>
Έτη προϋπηρεσίας		0,02 <sup>γ</sup>	0,7 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία			0,006 <sup>δ</sup>
Νοσηλευτική	3,1	0,5	
Ιατρική	2,9	0,7	
Διοικητική	2,9	0,5	
Σχέση εργασίας			0,7 <sup>δ</sup>
Μόνιμος μισθωτός	3	0,6	
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	3	0,6	
Διοικητική θέση			0,001 <sup>α</sup>
Όχι	3	0,6	
Ναι	2,7	0,7	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας κλινικής διακυβέρνησης και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 18.

**Πίνακας 18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία κλινικής διακυβέρνησης**

<b>Ανεξάρτητη μεταβλητή</b>	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
Ηλικία	-0,004	-0,007 έως -0,001	0,008
Νοσηλευτική υπηρεσία σε σχέση με ιατρική και διοικητική υπηρεσία.	0,18	0,06 έως 0,31	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν συνολικά θετικότερη άποψη για την κλινική διακυβέρνηση σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους.
- Οι εργαζόμενοι στην ιατρική και διοικητική υπηρεσία είχαν συνολικά θετικότερη άποψη για την κλινική διακυβέρνηση σε σχέση με τους εργαζόμενους στη νοσηλευτική υπηρεσία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας κλινικής διακυβέρνησης.



## Κεφάλαιο 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής και η διερεύνηση των προσδιοριστών των απόψεων των εργαζομένων για κάθε διάσταση της ΚΔ. Η αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ μέσω των απόψεων των εργαζομένων είναι σημαντική και παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στο σχεδιασμό, όσο και στην εφαρμογή δράσεων που σκοπό έχουν τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και κατ' επέκταση και της ΚΔ.

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 339 εργαζόμενοι από ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής. Το ποσοστό συμμετοχής ήταν 75,3% (339/450). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 47,6 έτη, ενώ ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας ήταν 14,9. Το 38,9% ανήκαν στην ιατρική υπηρεσία, το 36% ανήκαν στη νοσηλευτική υπηρεσία, το 23,3% ανήκαν στη διοικητική υπηρεσία και το 1,8% ανήκαν στην τεχνική υπηρεσία. Μεταξύ των γιατρών, οι περισσότεροι ήταν ειδικευόμενοι (38,4%), επιμελητές (29,6%) και διευθυντές (21,6%), ενώ μεταξύ των μη γιατρών, οι περισσότεροι ήταν υπάλληλοι (77%) και προϊστάμενοι τμήματος (11,2%).

Για την εκτίμηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης αξιολογήθηκαν οι εξής έξι παράμετροι: α) η βελτίωση της ποιότητας, β) η διαχείριση των κινδύνων, γ) η δίκαιη επιβολή ποινών, δ) η οργανωσιακή μάθηση, ε) οι ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη και στ) η συναδελφική συνεργασία. Αναφορικά με την εκτίμηση του κλίματος της ΚΔ, οι μέσες τιμές τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τους έξι παράγοντες δηλώνουν μέτριο επίπεδο της ΚΔ.

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα από τους Γαμβρούλη και συν. (2022) βρήκε ότι η μέση συνολική βαθμολογία τόσο της κάθε μίας από τις έξι διαστάσεις, όσο και της συνολικής αξιολόγησης του κλίματος της ΚΔ ήταν μέτρια, καθώς το κλίμα της ΚΔ βρέθηκε ότι δεν ήταν ιδιαίτερα υποστηρικτικό. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Πλατή και συν. (2020) που επίσης βρήκαν ότι το κλίμα της ΚΔ δεν ήταν ιδιαίτερα υποστηρικτικό στα υπό μελέτη νοσοκομεία και οι περισσότερες από τις πτυχές της ΚΔ αξιολογήθηκαν από μέτριες έως ελάχιστα θετικές. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Dreliozzi et al. (2013) που βρήκαν ότι στα υπό μελέτη νοσοκομεία το κλίμα του δεν ήταν ιδιαίτερα υποστηρικτικό αναφορικά με την ποιότητα και τη διαχείριση των κινδύνων.

Το γεγονός ότι η αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως για παράδειγμα η ελλιπής πληροφόρηση των εργαζομένων για θέματα που αφορούν την ποιότητα, μη σωστή εφαρμογή στην πράξη των κατευθυντήριων οδηγιών και διαδικασιών που αφορούν την ΚΔ, η μη συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων καθώς και η ελλιπής εκπαίδευση των νέων υπαλλήλων στον οργανισμό.

Ο βασικότερος παράγοντας που δηλώνει καλύτερη ΚΔ είναι η δίκαιη επιβολή ποινών και ακολουθούν η διαχείριση των κλινικών κινδύνων, η συναδελφική συνεργασία, οι ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη, η οργανωσιακή μάθηση και η βελτίωση της ποιότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, η ηλικία σχετιζόταν με τις απόψεις για την ΚΔ. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν θετικότερη άποψη για τη βελτίωση της ποιότητας σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν θετικότερη άποψη για τη διαχείριση κλινικών κινδύνων και για τη συναδελφική συνεργασία σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους στον οργανισμό. Αναφορικά με τις ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν θετικότερη άποψη για τις ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους. Τέλος, όσον αφορά τη συνολική βαθμολογία της ΚΔ βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν συνολικά θετικότερη άποψη για την κλινική διακυβέρνηση σε σχέση με τους νεότερους εργαζόμενους. Το εύρημα ότι η ηλικία σχετίζεται με την άποψη που έχουν οι εργαζόμενοι για την ΚΔ επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Πλατή και συν. (2020) που βρήκαν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι αντιλαμβάνονταν τους παράγοντες «δίκαιη επιβολή ποινών», «συναδελφική συνεργασία» και «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» περισσότερο θετικά σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία εργαζόμενους. Στη μελέτη των Dreliozzi et al. (2013) βρέθηκε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι αντιλαμβάνονταν θετικότερα την πτυχή του κλίματος της ΚΔ που σχετίζεται με την αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας και των κλινικών κινδύνων σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία συμμετέχοντες. Το εύρημα αυτό οφείλεται ενδεχομένως στο γεγονός ότι η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται με την ψυχοσυναισθηματική και την ιδεολογική ανάπτυξη των ατόμων που αποτελεί μια προοδευτική διαδικασία που συμβαδίζει με την ηλικία κι οδηγεί στην απόκτηση αναπτυξιακών εμπειριών. Οι Gauld & Horsburgh (2015) βρήκαν ότι η μεγαλύτερη ηλικία αποτελούσε σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης των αντιλήψεων για τις δομές της εταιρικής

κλινικής διακυβέρνησης και επιπλέον, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες ήταν πιθανό να θεωρούν τους εαυτούς τους περισσότερο ενεργούς στο σχεδιασμό των οργανωτικών διαδικασιών. Βρήκαν επίσης ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι θεωρούσαν την ποιότητα και την ασφάλεια ως στόχους της ΚΔ, ενώ οι μικρότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες ήταν λιγότεροι πιθανό να επιδιώξουν να αξιοποιήσουν ευκαιρίες προκειμένου να αλλάξουν το σύστημα.

Επιπλέον, βρέθηκε σχέση μεταξύ της θέσης εργασίας και της άποψης για την ΚΔ στον οργανισμό. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι στην ιατρική και διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τη βελτίωση της ποιότητας σε σχέση με τους εργαζόμενους στη νοσηλευτική υπηρεσία. Επίσης, οι εργαζόμενοι στη διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τη διαχείριση κλινικών κινδύνων και για τη δίκαιη επιβολή ποινών σε σχέση με τους εργαζόμενους στην ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία. Τέλος, αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία της ΚΔ βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι στην ιατρική και διοικητική υπηρεσία είχαν συνολικά θετικότερη άποψη για την κλινική διακυβέρνηση σε σχέση με τους εργαζόμενους στη νοσηλευτική υπηρεσία. Σύμφωνα με τη μελέτη του Haslock (1999), η συμμετοχή και η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων παίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχημένη εφαρμογή της ΚΔ. Το εύρημα επομένως της παρούσας μελέτης μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που ανήκουν στην ιατρική και στη διοικητική υπηρεσία συμμετέχουν περισσότερο σε θέματα που σχετίζονται με την ΚΔ, ενώ ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι περισσότερο περιορισμένος και επομένως, τα άτομα που ανήκουν στη νοσηλευτική υπηρεσία έχουν μια περισσότερο αρνητική στάση όσον αφορά το κλίμα της ΚΔ στο νοσοκομείο που διεξήχθη η μελέτη. Επιπλέον, το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στη διοικητική υπηρεσία είχαν θετικότερη άποψη για τη διαχείριση κλινικών κινδύνων και για τη δίκαιη επιβολή ποινών σε σχέση με τους εργαζόμενους στην ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία μπορεί να οφείλεται στο ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν μεγαλύτερη ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας και περισσότερο άμεση επαφή με την παροχή των υπηρεσιών και η άποψη που διαμορφώνουν για της δύο αυτές παραμέτρους της ΚΔ επηρεάζεται από τις υπηρεσίες που οι ίδιοι παρέχουν στον ασθενή και από την άμεση επαφή με τον ασθενή. Οι Freeman & Walshe (2004) βρήκαν ότι οι διαχειριστές σε επίπεδο διοικητικού συμβουλίου εντός των οργανισμών βαθμολόγησαν υψηλότερα τα επιτεύγματα σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εδρεύουν σε διευθύνσεις σε θέματα που αφορούν την εταιρική υπευθυνότητα, τη βελτίωση της ποιότητας, τη διαχείριση των κινδύνων και

τις πτυχές της ηγεσίας και της συνεργασίας, εύρημα που επιβεβαιώνει ότι η θέση που κατέχει κάποιος σχετίζεται με την αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ.

Στην παρούσα μελέτη υπήρχαν και ορισμένοι περιορισμοί. Αναλυτικότερα, διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη όπου η πληροφορία για τον προσδιοριστή και την έκβαση λαμβάνεται την ίδια στιγμή, γεγονός που εισάγει σφάλμα στη μελέτη, καθώς δεν είναι γνωστή η χρονική αλληλουχία. Επιπλέον, ο σχεδιασμός των συγχρονικών μελετών δεν μας επιτρέπει την εύρεση αιτιολογικών σχέσεων, αλλά μας επιτρέπει μόνο την εξαγωγή πιθανολογικών συσχετίσεων. Ο μελετώμενος πληθυσμός προήλθε από ένα μόνο νοσοκομείο της Αττικής, αν και το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στόχου και επαρκές στο πλήθος ( $N = 339$ ) η γενίκευση των συμπερασμάτων θα πρέπει να γίνει με ιδιαίτερη περίσκεψη, τα δεδομένα αλλάζουν καθώς πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να τα επηρεάσουν, όπως το μέγεθος του νοσοκομείου ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετεί, η γεωγραφική περιοχή, καθώς και οι διαθέσιμοι πόροι. Είναι σημαντικό να διεξαχθούν και άλλες μελέτες παρατήρησης, οι οποίες θα περιλαμβάνουν και μεγαλύτερο αριθμό ατόμων και από περισσότερες περιοχές της Ελλάδας, προκειμένου να εξαχθούν περισσότερο ασφαλή συμπεράσματα για το κλίμα της ΚΔ στα νοσοκομεία της χώρας μας.

## **Κεφάλαιο 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Με βάση το εύρημα της παρούσας μελέτης, όπου η συνολική αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ ήταν μέτριο, γίνεται κατανοητό ότι υπάρχουν σαφή περιθώρια βελτίωσης του κλίματος της ΚΔ στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Η υιοθέτηση στρατηγικών και η λήψη μέτρων, καθώς και οι στοχευμένες παρεμβάσεις για την τήρηση του πρωτοκόλλου που αφορά την ΚΔ θα πρέπει να αποτελούν τους άμεσους στόχους της διοίκησης του οργανισμού. Η επιτυχία ενός οργανισμού στην πραγμάτωση των στόχων του, εξαρτάται από την ικανότητα της ηγεσίας να καθοδηγεί και να κατευθύνει τους εργαζόμενους ώστε να έχει θετικά αποτελέσματα τόσο στους ίδιους, όσο και στην λειτουργία του οργανισμού. Άλλωστε το να εμπνέει τους ανθρώπους προκειμένου να ενσωματώνουν διαδικασίες που ευνοούν ένα νέο τρόπο σκέψης αποτελεί την υψηλότερη μορφή ανθρώπινης αλληλεπίδρασης

Μεταξύ των προκλήσεων που παρουσιάζονται μέσα σε ένα πολύπλοκο οργανισμό όπως είναι το νοσοκομείο, συμπεριλαμβάνεται η ανάγκη όλων των επαγγελματιών υγείας να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που ολοένα και αυξάνονται στο πλαίσιο ενός ταχέως μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος. Επομένως, η διαμόρφωση νέων αντιλήψεων σε κάθε οργανωτικό επίπεδο και η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων μπορεί να συμβάλλει στην πιο αποτελεσματική εφαρμογή της ΚΔ. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι και οι αναπτυξιακές ανάγκες για τη βελτίωση της ποιότητας μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, εξαιτίας των διαφορετικών δεξιοτήτων και επομένως θα πρέπει να γίνονται διαφορετικές παρεμβάσεις σε κάθε ομάδα, προκειμένου η εφαρμογή της ΚΔ να μπορέσει να αξιολογηθεί από όλους τους εργαζομένους θετικά και να έχει και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Επιπλέον, τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ) μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας σε θέματα με χαρακτήρα εξειδίκευσης στην κλινική διακυβέρνηση. Οφείλουν να ενσωματώσουν στα προγράμματα σπουδών τους απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την κατανόηση της λειτουργίας των συστημάτων ποιότητας στο σύγχρονο επιχειρησιακό περιβάλλον των οργανισμών υγείας. Επίσης να ενσωματώσουν στο πρόγραμμά τους και την υποστήριξη των δραστηριοτήτων των νέων επαγγελματιών υγείας και στους εν λόγω τομείς.

Προκειμένου να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών, θα πρέπει να αναπτυχθούν πιο αποτελεσματικά συστήματα, διαδικασίες και εργαλεία στον τομέα της ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Απαραίτητο στοιχείο είναι η πολυεπιστημονική κατάρτιση και εκπαίδευση στο ζήτημα της ασφάλειας, η ανταλλαγή γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών θα επιτρέψει τη βελτίωση των πολιτικών για την ασφάλεια των ασθενών. Τα πρότυπα ασφαλείας και οι πρακτικές που εφαρμόζονται στην υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να επανεξετάζονται τακτικά.

Συνεπώς, προϋπόθεση για την αποτελεσματική λειτουργία της ΚΔ αποτελεί η συνεργασία της διεπαγγελματικής και πολυσύνθετης ομάδας, όπου θα υπάρχει η δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που αφορούν τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι σημαντικό να γίνει μια οργανωμένη προσπάθεια για τη βελτίωση του κλίματος της ΚΔ σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, καθώς αυτό θα έχει ιδιαίτερα θετικό αντίκτυπο στη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

## ABSTRACT

**Introduction:** Quality of health services is one of the most important factors in the delivery of health services. Referring to the importance and the vital role of quality in the health sector, a concept known as "Clinical Governance" (CG) has been introduced in the health sector, which aims to enhance the quality of health services.

**Aim:** To assess the climate of CG in a public hospital in Attica, Greece and to investigate the determinants of employees' views on each dimension of CG.

**Methodology:** A cross-sectional study was conducted using convenience sample, where the study population consisted of 339 people working in a public hospital in Attica. The participation rate was 75.3% (339/450). Data collection took place between June and August 2022. The Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) was used to assess the clinical governance climate. To assess the clinical governance climate, the following six parameters were assessed: a) quality improvement, b) risk management, c) fair penalties, d) organizational learning, e) opportunities for training and development, and f) collegial collaboration.

**Outcomes:** The mean values for both the total score and the six factors indicate a moderate level of CG. According to the results of multivariate linear regression, age was associated with views on CG. Specifically, it was found that older employees had more positive views on the factors "quality improvement", "clinical risk management", "collegial cooperation", "opportunities for training and development" than younger employees ( $p < 0.05$ ). With regard to overall CG scores, it was found that older employees had an overall more positive view of clinical governance compared to younger employees ( $p < 0.05$ ). In addition, it was found that employees in the medical and administrative service had a more positive view of "quality improvement" and "overall CG scores" compared to employees in the nursing service ( $p < 0.05$ ). Finally, workers in the administrative service had a more positive view of the parameters "clinical risk management" and "fair penalty" than workers in the medical and nursing service ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Since the assessment of the climate of CG in the hospital where the study was conducted was moderate, there is room for improvement of CG in the hospital. Establishing measures and adopting strategies to ensure full implementation of the CG protocol in hospitals is crucial and will go a long way in improving the quality of healthcare services provided.

**Keywords:** clinical governance, Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ), quality of health services, organizational climate, organizational culture



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Australian National Audit Office (1999). Corporate Governance in Commonwealth Authorities and Companies. Ανακτήθηκε από: <https://www.anao.gov.au/work?query=governance>

Balding C (2005). Strengthening clinical governance through cultivating the line management role. *Aust Health Rev*, 29: 353-359.

Berberoglu A (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: empirical evidence from public hospitals. *BMC Health Serv Res*, 18: 399.

Brooks I (1996). Using ritual to reduce barriers between sub-cultures. *J Manage Med*, 10: 23-30.

Budd A, Lukas S, Hogan U, Priscille K, Fann K, Hill P et al. (2016). A case study and the lessons learned from in-house alcohol-based hand sanitizer production in a district hospital in Rwanda. *J Serv Sci Manage*, 9:150-159.

Buetow SA, Roland M (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Saf Health*, 8: 184-190.

Cadbury Report (1992). Cadbury Report (The Financial Aspects of Corporate Governance). Ανακτήθηκε από: <https://ecgi.global/code/cadbury-report-financial-aspects-corporate-governance>

Campbell SM, Roland M, Wilkin D (2001). Improving the quality of care through clinical governance. *BMJ*, 322: 1580-1582.

Campbell SM, Sweeney GM (2002). The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. *Brit J Gen Pract*, 52(Suppl): S12-S17.

Churchill GA, Ford NM, Walker OC (1976). Organizational climate and job satisfaction in the sales force. *J Mark Res*, 13: 323-332.

Cranston M (2002). Clinical effectiveness and evidence-based practice. *Nurs Stand*, 16: 39-43.

Dalrymple J, Drew E (2000). Quality: On the Threshold or the Breick? *Total Qual Manage* 11: 697-703.

Davies HTO, Nutley SM, Mannion R (2000). Organisational culture and quality of health care. *Qual Safety Health Care*, 9: 111-119.

De 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.

Degeling P, Maxwell SA, Kennedy J, Coyle B, Macbeth F (2003). The impact of CHI: Evidence from Wales. *Qual Prim Care*, 11:147-154.

Denison DR (1990). *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. John Wiley & Sons, New York.

Dodgson R, Lee K, Drager N (2002). Global health governance. A conceptual review. London School of Tropical Medicine, WHO, UK.

Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44Suppl: 166-206.

Donabedian A (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Anne Arbor, Health Administration Press, Michigan.

Donabedian A (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260: 1743-1748.

Donabedian A (1990). The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114: 1115-1118.

Donaldson L, Muir-Gray JA (1998). A clinical governance: a quality duty for health organization. *Qual Health Care*, 7: 37-44.

Dorgan S, Layton D, Bloom N, Homkes R, Sadun R, Van Reenen J (2010). *Management in Healthcare: Why good practice really matters*. London: McKinsey and Company/ London School of Economics.

- Dreliozi A, Siskou O, Maniadakis N, Prezerakos P (2013). Clinical governance and effective quality & risk management in Greek hospitals. *Int J Health Res Innov*, 1: 7-17.
- Ekval C, Ryhammer L (1999). The creative climate: its determinants and effects at a Swedish University. *Creat Res J*, 12: 303-310.
- Ekvall G (1983). *Climate, Structure and Innovativeness in Organizations*, The Swedish Council for Management and Organizational Behavior. Faradet, Stockholm.
- Evans DB, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ (2001). Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Qual Health Care*, 13: 439-446.
- Finkelstein L (1995). "What is global governance?". *Global Governance*, 1: 367-372.
- Freeman T (2003). Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Serv Manage Res*, 16: 234-250.
- Freeman T (2003). Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Serv Manage Res*, 16: 234-250.
- Freeman T, Walshe K (2004). Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Qual Saf Health Care*, 13: 335-343.
- Gask L, Rogers A, Campell S, Sheaff R (2010). Beyond the limits of clinical governance? The case of mental health in English primary care. *BMC Health Serv Res*, 8: 63.
- Gauld R (2014). Clinical governance development: learning from the New Zealand experience. *Postgrad Med J*, 90: 43-47.
- Gauld R, Horsburgh S (2016). Are some health professionals more cognizant of clinical governance development concepts than others? Findings from a New Zealand study. *J Public Health (Oxf)*, 38: 363-370.
- Gibson, (2013) N. *Clinical Governance Climate in WA Mental Health Services*, Chief Psychiatrist's Review, Department of Health, Government of Western Australia.

Griffin RW, Moorhead G (2014). Organizational behavior: managing people and organizations, Eleventh Edition: South-Western Cengage Learning.

Hackett M, Lilford R, Jordan J (1999). Clinical governance: culture, leadership and power-the key to changing attitudes and behaviours in hospitals. *Int J Health Care Qual Assur*, 12: 98-104.

Hallingan A (2006). Clinical governance: assuring the sacred duty and trust to patients. *Clin Governance: Int J*, 11: 5-7.

Haslock I (1999). Introducing clinical governance in an acute trust. *Hosp Med*, 60: 744-747.

Heyrani A, Maleki M, Marnani AB, Ravaghi H, Sadaghat M, Jabbari M et al. (2012). Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach. *Implement Sci*, 7: 84.

Hornblow A (1997). New Zealand's health reforms: a clash of clusters. *British Med J*, 314: 1892-1894.

International Bureau of Education (2022). Concept of governance. Ανακτήθηκε από: <http://www.ibe.unesco.org/en/geqaf/technical-notes/concept-governance>

Karassavidou E, Glaveli N, Zafiropoulos K (2011). Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate. *J Health Org Manage*, 25: 214-240.

Katz D (1973). Patterns of Leadership, στο σύγγραμμα του Knutson, *Handbook of Political Psychology*. Jossey-Bass, San Francisco.

Konteh FH, Mannion R, Davies HTO (2008). Clinical governance views on culture and quality improvement. *Clin Governance: Int J*, 14: 200-207.

Leape L, Berwick D, Clancy CM, Conway J, Gluck P, Guest J et al. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*, 18: 424-428.

Litwin GH, Stringer RA (1968). *Motivation & organizational climate*, MA: Harvard Business School, Division of Research.

Luthans KW, Lebsack SA, Lebsack RR (2008). Positivity in healthcare: relation of optimism to performance. *J Health Organ Manage*, 22: 178-188.

Lutkevich B (2022). Sarbanes-Oxley Act. Ανακτήθηκε από: <https://www.techtarget.com/searchcio/definition/Sarbanes-Oxley-Act>

McGregor DM (1960). *The Human side of Enterprise*. McGraw-Hill, New York.

McHugh M, Johnston K, McClelland D (2007). HRM and the management of clinicians within the NHS. *Int J Public Sector Manage*, 20: 314-324.

Morgan PI, Ogbonna E (2008). Sub-cultural dynamics in transformation: a multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations*, 61: 39-65.

Mousavi SMH, Agharahimi Z, Daryabeigi M, Razaeei N (2013). Implementation of clinical governance in hospitals: challenges and the key for success. *Asia Medica Iranica*, 52: 493-495.

Mullins L (2010). *Management and organizational behavior ninth. Ed.* Pearson Education.

Nichols S, Cullen R, O'Neil S, Halligan R (2000). Clinical governance: its origins and foundations. *Brit J Clin Govern*, 5: 172-178.

OECD (2004). *OECD Principles of corporate governance*. OECD Publications Service, France.

Pareek U (1989). Motivational analysis of organizations-climate (MAO-C), in Pfeiffer, J.W. (Ed.), *The 1989 Annual: Developing Human Resources*, pp.161-180. University Associates, San Diego: California.

Payne RL, Pheysey DC, Pugh DS (1971). Organization Structure, Organizational Climate, and Group structure: an exploratory study of their relationships in two British manufacturing companies. *Occup Psychol*, 45: 45-55.

Penny A (2000). Clinical governance in Britain defined. *Health-care Rev-Online*, 4: 9.

Rose CR, Uli J, Abdul M, Ng KL (2004). Hospital service quality: a managerial challenge. *Int J Health Care Qual Assur*, 17: 146-159.

Rosenau JN (1995). Governance in the Twenty-first Century. *Global Governance*, 1: 13-43.

Ruppel CP, Harrington SJ (2000). The relationship of communication, ethical work climate and trust to commitment and innovation. *J Business Ethics*, 25: 313-328.

Scally G, Donaldson LJ (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317: 61-65.

Schein E (1985). *Organizational culture and leadership: a dynamic view*. Jossey-Bass, San Francisco.

Shakeshaft AM (2008). A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh National Health Service trust. *J Hum Nutr Diet*, 21: 225-238.

Som CV (2004). Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clin Governance: Int J*, 9: 87-90.

Som CV (2007). Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy*, 80: 281-296.

Specchia M, Torre G, Siliqunit R, Capizzi S, Valerio L, Nardella P et al. (2010). OPTHGOV-A new methodology for evaluating clinical governance implementation by health providers. *BMC Health Serv Res*, 10:174.

WHO (1985). *The principles of quality assurance: report on a WHO meeting, Barcelona, 17-19 May 1983*. World Health Organization, Regional Office for Europe: WHO Publications Centre USA. Copenhagen, Albany, NY.

Wilson J (1999). Clinical governance and the potential implications for tissue viability. *J Tissue Viability*, 9: 95-98.

World Bank (1994). *Governance: The World Bank's Experience*. Washington DC.

World Bank (2009). *What is governance? Governance and good governance: varying definitions*. Ανακτήθηκε από: [http://web.worldbank.org/archive/website01020/WEB/0\\_\\_CON-5.HTM](http://web.worldbank.org/archive/website01020/WEB/0__CON-5.HTM)

World Bank (2018). Low quality healthcare is increasing the burden of illness and health costs globally. Ανακτήθηκε από: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2018/07/05/low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally>

World Bank<sup>a</sup> (2018). Delivering quality health services. A global imperative for universal health coverage. WHO, World Bank Group, OECD, Switzerland.

World Health Organization (WHO) (2000). The World Health Report 2000. World Health Organization, Geneva.

Yousoof M (2016). Employees perceptions on factors affecting organizational climate- an empirical study. Int J Business Econ Res, 0972-7302.

Γαμβρούλη Μ, Κορνάρου Ε, Οικονόμου Χ, Παπανικολάου Β (2022). Διερεύνηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης ενός στρατιωτικού νοσοκομείου και ενός δημοσίου νοσοκομείου της Αττικής. Συγχρονική μελέτη. Αρχ Ελλ Ιατρ, 39: 687-695.

Δρελιώζη Α (2014). Κλινική Διακυβέρνηση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός κλίματος κλινικής διακυβέρνησης σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη.

Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003). Ανακοίνωση της επιτροπής στο συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο και στην Ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή. Διακυβέρνηση και ανάπτυξη, Βρυξέλλες.

Καρκατσούλης Π (2015). Η διακυβέρνηση ως περιεχόμενο και διαδικασία λήψης απόφασης για τις δημόσιες υποθέσεις. Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας, 7: 205-224.

Κουράκος Μ, Καυκιά Θ (2019). Οργανωσιακή κουλτούρα. Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ, 36: 312-319.

Κουτούπης Α (2015). Εταιρική Διακυβέρνηση και Εσωτερικός Έλεγχος στην Ελλάδα. Διαστάσεις της Επιχειρηματικότητας II - Συλλογή Επιστημονικών Κειμένων. Πάντειο Πανεπιστήμιο

Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών-Μονάδα Καινοτομίας και Επιχειρηματικότητας - ISBN 978-960-85708-7-0, Αθήνα.

Μάλλιου Ι (2018). Κλινική Διακυβέρνηση και Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Τελική Εργασία, Τμήματος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής φροντίδας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.

Παπαματθαίου Ν (2022). Εταιρική διακυβέρνηση. Ανακτήθηκε από: <https://yourearticles.com/oikonomikahttps/εταιρική-διακυβέρνηση>

Παπανικολάου Β (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές- Μέθοδοι & Εφαρμογές. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Πλατής Χ, Μάγγου Χ, Αλικάρη Β, Θεοφίλου Π, Δρελιώζη Α, Μπελλάλη Θ (2020). Διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας δύο δημόσιων νοσοκομείων σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση. Αρχ Ελλ Ιατρ, 37: 663-670.

Πολύζος Ν (2014). Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Τραυλός Ν (2011). Εταιρική διακυβέρνηση πριν και μετά την κρίση, Συλλογικός Τόμος Ελληνικής Ένωσης Τραπεζών, «Η Διεθνής κρίση, η κρίση στην ευρωζώνη και το ελληνικό χρηματοπιστωτικό σύστημα», ΕΕΤ, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας (2019). Εθνικό στρατηγικό σχέδιο για τη δημόσια υγεία 2019-2022. Υπουργείο Υγείας, Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Φράγκου Δ, Γαλάνης Π (2018). Ηθικά ζητήματα στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχ Ελλ Ιατρ, 35: 129-135.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. Ερωτηματολόγιο

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

Γυναίκα

Άνδρας

2. Ποιο έτος γεννηθήκατε; .....

3. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

Κάτοχος διδακτορικού τίτλου σπουδών

Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών

Απόφοιτος/η Α.Ε.Ι.

Απόφοιτος/η Τ.Ε.Ι./ΚΑΤΕΕ

Απόφοιτος/η μεταλυκειακής σχολής (π.χ. Ι.Ε.Κ.)

Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (π.χ. εξατάξιο γυμνάσιο, λύκειο, μέσες τεχνικές σχολές)

Άλλο (προσδιορίστε).....

4. Σε ποια υπηρεσία ανήκετε;

Μέλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας

Μέλος της ιατρικής υπηρεσίας

Μέλος της διοικητικής υπηρεσίας

Μέλος της τεχνικής υπηρεσίας

5<sup>A</sup>. Ποια είναι η θέση εργασίας σας (αφορά όλους τους εργαζομένους πλην των ιατρών);

Διοικητής

Προϊστάμενος Διεύθυνσης τομέα

Προϊστάμενος τμήματος

Υπεύθυνος τμήματος ή γραφείου

Υπάλληλος

5<sup>B</sup>. Ποια είναι η θέση εργασίας σας (αφορά τους ιατρούς);

Διευθυντής ιατρικού τομέα

Συντονιστής Διευθυντής ιατρικού τμήματος/εργαστηρίου

Διευθυντής

Επιμελητής Α΄ ή Β΄

Ειδικευόμενος

5<sup>Γ</sup>. Εφόσον είστε ιατρός, γράψτε την ιατρική σας ειδικότητα: .....

6. Πόσα έτη προϋπηρεσίας έχετε στον οργανισμό; .....

7. Ποια η σχέση εργασίας σας 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)


## 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.

Βαθμολογήσετε 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**

	Κατάσταση	Απάντηση				
		1	2	3	4	5
<b>1.</b>	Όταν τα πράγματα πάνε στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει»	1	2	3	4	5
<b>2.</b>	Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό)	1	2	3	4	5
<b>3.</b>	Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	1	2	3	4	5
<b>4.</b>	Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν	1	2	3	4	5
<b>5.</b>	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
<b>6.</b>	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
<b>7.</b>	Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών	1	2	3	4	5
<b>8.</b>	Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους	1	2	3	4	5

9.	Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	1	2	3	4	5
10.	Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του	1	2	3	4	5
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
12.	Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη	1	2	3	4	5
13.	Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	1	2	3	4	5
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
15.	Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	1	2	3	4	5
16.	Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίει	1	2	3	4	5
17.	Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του	1	2	3	4	5
18.	Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας	1	2	3	4	5
19.	Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων	1	2	3	4	5
20.	Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια»	1	2	3	4	5
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
22.	Οι κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο.	1	2	3	4	5
23.	Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού	1	2	3	4	5
24.	Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται	1	2	3	4	5
25.	Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας	1	2	3	4	5
26.	Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι»	1	2	3	4	5
27.	Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στους πιο σημαντικούς κλινικούς κινδύνους	1	2	3	4	5
28.	Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς	1	2	3	4	5
29.	Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή	1	2	3	4	5
30.	Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων	1	2	3	4	5
31.	Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν	1	2	3	4	5
32.	Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές	1	2	3	4	5
33.	Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του	1	2	3	4	5

	οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους					
34.	Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα	1	2	3	4	5
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
36.	Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους)	1	2	3	4	5
37.	Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς)	1	2	3	4	5
38.	Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες	1	2	3	4	5
39.	Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	1	2	3	4	5
40.	Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός	1	2	3	4	5
41.	Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά	1	2	3	4	5
42.	Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε	1	2	3	4	5
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
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
45.	Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς	1	2	3	4	5
46.	Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες	1	2	3	4	5
47.	Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας	1	2	3	4	5
48.	Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού	1	2	3	4	5
49.	Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση	1	2	3	4	5
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
51.	Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις	1	2	3	4	5
52.	Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά συμβάντα (γεγονότα που έχουν βλάψει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς)	1	2	3	4	5
53.	Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου	1	2	3	4	5
54.	Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε	1	2	3	4	5
55.	Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση)	1	2	3	4	5
56.	Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν	1	2	3	4	5

<b>57.</b>	Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους	1	2	3	4	5
<b>58.</b>	Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	1	2	3	4	5
<b>59.</b>	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
<b>60.</b>	Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους	1	2	3	4	5

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

request of permission for CGCQ  
ΖΩΗ ΔΟΥΠΑ <doupazoe@gmail.com>  
Δευ 22 Νοε 2021, 3:13 μ.μ.  
προς T. Freeman

Dear Sir,

My name is Zoe Doupa i work as Deputy Director of Administrative Service at the Hospital Korgialenio Benakeio E.E.S. (Hellenic Red Cross). In the framework of my master's thesis on "clinical governance as a mechanism for quality assurance of health services ", supervised by B. Papanikolaou, Associate professor at the Department of Public Health Policy of the university of West Attica, I would be grateful if you could give me your permission to use your CGCQ.

The purpose of my work is to explore the perceptions of health professionals at Korgialenio Benakeio E.E.S. (Hellenic Red Cross) on the application of the principles of clinical governance and the role of leadership in the adoption of the clinical governance framework.

Sincerely yours,

Zoe Doupa

tim Freeman <T.Freeman@mdx.ac.uk>  
22 Νοε 2021, 7:18 μ.μ.

Hello Zoe

Thank you for your interest in the CGCQ. I am very happy for you to use it in your study and wish you every success.

Warm regards

Tim

αίτηση άδειας για CGCQ  
ΖΩΗ ΔΟΥΠΑ [doupazoe@gmail.com](mailto:doupazoe@gmail.com)  
Τρί 23 Νοε 2021, 12:01 μ.μ.  
προς adreliozi

Αξιότιμη κυρία Δρελιώζη,

Στο πλαίσιο της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας μου με θέμα " Η κλινική διακυβέρνηση ως μηχανισμός διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας", με επιβλέπουσα την Β. Παπανικολάου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, ζητώ την άδειά σας να χρησιμοποιήσω το μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο στην Ελληνική κουλτούρα ερωτηματολόγιο CGCQ, το οποίο χρησιμοποιήσατε στη Διδακτορική σας Διατριβή .

Με εκτίμηση,

Ζωή Δούπα  
Υποδιευθύντρια Διοικητικού  
Γ.Ν.Α. ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.  
Τηλ: 6970518193

Αγγελική Δρελιώζη  
Προϊσταμένη Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας  
2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς & Αιγαίου  
213 2004 219  
[dreliozi@2dype.gov.gr](mailto:dreliozi@2dype.gov.gr)  
Angeliki Dreliozi [adreliozi@gmail.com](mailto:adreliozi@gmail.com)  
Τετ 24 Νοε 2021, 2:29 μ.μ.

Αξιότιμη κυρία Δούπα,

Ευχαρίστως σας παρέχω την άδειά μου να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο της διατριβής μου. Θα εκτιμούσα ιδιαίτερα εάν με ενημερώνατε για τα αποτελέσματα της μελέτης σας όταν αυτή ολοκληρωθεί. Σας εύχομαι επιτυχία!

Με εκτίμηση

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ. Άδεια διεξαγωγής μελέτης

ΓΝΑ "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ  
ΑΡ. ΠΡΩΤ:6475-17/03/2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
UNIVERSITY OF WEST ATTICA

Αθήνα: 16-03-2022  
Αριθ. Πρωτ: 6475/17-03-2022

ΣΧΟΛΗ: ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΗΓΕΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ &  
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2020-2021  
ΔΟΥΠΑ ΖΩΗ  
ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: 6970518193  
e-mail: dourazoc@gmail.com  
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Β.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ  
e-mail: bpapanikolaou@uniwa.gr

ΠΡΟΣ  
ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

### ΘΕΜΑ: ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο πλαίσιο απόκτησης Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών παρακαλώ όπως εγκρίνεται τη διεξαγωγή της έρευνας με θέμα «**Η κλινική διακυβέρνηση ως μηχανισμός διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας**» με επιβλέπουσα καθηγήτρια την Β. Παπανικολάου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Ο σκοπός της συλλογής των δεδομένων είναι:

- Α) Να διερευνηθεί το υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα της Κλινικής Διακυβέρνησης στο Γ.Ν.Α ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.
- Β) Να διερευνηθεί τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Α ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ. σχετικά με τα γνωρίσματα της Κλινικής Διακυβέρνησης και πως διαφοροποιούνται ανάμεσα στις ομάδες εργαζομένων με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά.



Η συλλογή των δεδομένων θα διαρκέσει από 2-4 μήνες. Στη μελέτη θα συμμετέχουν εργαζόμενοι και των τριών (3) Υπηρεσιών του Νοσοκομείου (Ιατρική, Διοικητική Νοσηλευτική) όλων των ειδικοτήτων και εκπαιδευτικών επιπέδων που απασχολούνται στο Νοσοκομείο.

Ως εργαλείο μέτρησης του οργανωσιακού κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης (Clinical Governance Climate Questionnaire, CGCQ) το οποίο προτάθηκε και αναπτύχθηκε από τον Tim Freeman του Health Service Management Centre, University of Birmingham, United Kingdom και έχει αποδειχθεί ότι έχει ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια, εγκυρότητα και αξιοπιστία.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη.

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις κλίμακας Likert 5 σημείων (1= Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=διαφωνώ, 5= διαφωνώ απόλυτα) με τις χαμηλότερες τιμές να δηλώνουν και το πιο ικανοποιητικό κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης, ενώ ορισμένες ερωτήσεις ορίζονται με αρνητική φορά.

Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε έξι διαστάσεις: α) βελτίωση της ποιότητας, β) διαχείριση κλινικών κινδύνων, γ) δίκαιη επ.βολή παινών, δ) οργανωσιακή μάθηση, ε) ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη και στ) συναδελφική συνεργασία, οι οποίες διαστάσεις σκιαγραφούν τις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με το κλίμα που επικρατεί στο Νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις με κωδικοποίηση από 1 έως 7, οι οποίες αφορούν τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του υπό έρευνα πληθυσμού όπως φύλο, έτος γέννησης, εκπαιδευτικό επίπεδο, είδος υπηρεσίας, θέση και σχέση εργασίας, έτη πειρικής.

Κάθε ερωτηματολόγιο, θα συνοδεύεται από επιστολή στην οποία θα αναφέρονται, η ταυτότητα της ερευνήτριας ο τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολόγιου και ο σκοπός της έρευνας.

Επισημαίνεται ότι κατά την υλοποίηση της μελέτης θα διασφαλίζεται η ανωνυμία και η προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, βάσει της πρόσφατης εφαρμογής του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων.

Πρόκειται για μη εμπορική μελέτη και δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Η Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Βασιλική Παπαγεωργιάδου  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου  
Δυτικής Αττικής.

Η Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Ζωή Δούπα

Συνημμένα :

- 1) Πρωτόκολλο Διπλωματικής Εργασίας
- 2) Ερωτηματολόγιο (για τις οποίες έχουν ζητηθεί οι σχετικές άδειες και είναι στη διάθεσή σας οποτεδήποτε (ζητηθούν))

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΙΠΕΝΑΞΕΙΟ Ε.Ε.Σ.

ΟΡΘΗ

Αθήνα 11/07/2022 | 18072  
25/7/2022  
ΠΡΟΣ Δ/Τ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Αρ. Πρωτ.: 747

**ΘΕΜΑ: ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: «Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

Στην Αθήνα σήμερα σαββατοκύριακο ημέρα ΔΕΥΤΕΡΑ και ώρα 18:00μ. συνήλθε το Επιστημονικό Συμβούλιο υπό την προεδρία του Καθηγητή κ. Γκούρα, στα οποία απεφάνθησαν τα μέλη κα ΔΙΟΝΗ ΑΘΗΝΑ, κας ΤΡΙΑΚΤΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ, κας ΓΚΙΝΟΒΑΤΣΗ ΕΛΙΑΣ και ΤΣΙΑΝΤΟΥΛΑ ΠΑΡΑΣΚΥΪ, κας ΠΑΠΑΔΩΑΝΤΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, κα ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ.  
Απουσιάζον λόγω καλέμματος τα μέλη κα ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ & κα ΚΑΛΛΟΦΑΤΗ ΑΝΝΑ.

Με την η επίσημη γραμμοστέλ Κριστίνα Φραγκουλάκη.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου αφού έλαβε υπόψη την υπ' αριθμ. 6475/17-07-03-2022 αίτηση της κα ΔΟΥΛΙΑ ΖΩΗ ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΜΟΝΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ με θέμα: **ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: «Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Εισηγείται**

**Θετικά για την ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: «Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΚΟΥΡΑΣ**  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΚΟΥΡΑΣ

- ΚΟΙΝΟΠΟΙΟΥΜΕΝ:**  
-ΓΡ.ΠΡΟΕΔΡΟΥ  
-ΓΡ.ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ  
-ΓΡ.ΑΝΑ ΠΑΡΑΤΡΙΑΣ ΒΙΒΛΙΟΤΗΤΑΣ  
-ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
-ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
-ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
κα ΔΟΥΛΙΑ ΖΩΗ

08.08.2022

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 14<sup>ης</sup> ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

ΘΕΜΑ 20<sup>ο</sup>

Στην Αθήνα σήμερα Δευτέρα 25 Ιουλίου 2022 και ώρα 12.00 μ.μ. συνήλθε σε Τακτική Συνεδρίαση το Διοικητικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Α «ΚΟΡΡΥΔΑΙΕΝΕΙΟ-ΜΗΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ, το οποίο συγκροτήθηκε με Απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ Υ.Ο.Δ.Δ 344/28.1.2022), έπειτα από πρόσκληση του Προέδρου του Δ.Σ κ. Δημήτριου Μπαζιγού για τη λήψη αποφάσεων επί των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης.

Στη συνεδρίαση εκλήθησαν όλα τα μέλη και παρευρέθησαν η κ. Αθηνασάκη Μαρίνα, η κ. Μαργάρτα Μαρία, ο κ. Μάρκος Αριστείδης, ο κ. Παπανικολάου Βασίλειος, η Διοικητική Διευθύντρια κ. Ελένη Καπλάνη, αντικαταστάτρια της Δν. Διοικήτριας κας Αναστασίας Κονέλλου, και ο κ. Γεώργιος Αθανασιάδης.

Η Διοικήτρια κ. Ελπίνικη Ταβιανάτου δεν παρευρέθηκε στη 14<sup>η</sup> συνεδρίαση του Δ.Σ.

Ο κ. Ιωάννης Επιτροπάκης, στην 13<sup>η</sup> Συνεδρίαση του Δ.Σ., δήλωσε την παραίτησή του από μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου.

Κατά την έναρξη της συνεδρίασης του Δ.Σ. αποχώρησαν από την αίθουσα τα μέλη κ. Ελένη Καπλάνη και κ. Γεώργιος Αθανασιάδης.

Τη συνεδρίαση παρακολούθησε, έπειτα από πρόσκληση του Προέδρου Δ.Σ., ο Νομικός Σύμβουλος του Νοσοκομείου κ. Κωνσταντίνος Ζουμπούλης.

Στη συνεδρίαση παρευρέθηκε για την τήρηση πρακτικών η Αντιπρόεδρος Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου κ. Αγγελική Καλογεράκη.

**Θέμα 20<sup>ο</sup> : Έγκριση διεξαγωγής έρευνας « Η ΚΑΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έπειτα από διαλογική συζήτηση και έχοντας υπ' όψιν:

α) Το υπ' αριθμ. πρωτ. 6475/17.7.2022 αίτημα της Υποδιευθύντριας Διοικητικής Υπηρεσίας κας Ζωής Λούπα για διεξαγωγή έρευνας με θέμα « Η ΚΑΙΝΙΚΗ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΠΑΖΙΓΟΣ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.  
Γ.Ν.Α «ΚΟΡΡΥΔΑΙΕΝΕΙΟ-ΜΗΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.

1

**ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

β) Το υπ' αριθμ. πρωτ. 15169/17.6.2022 Διαβιβαστικό έγγραφο της Αν. Διοικήτριας με τίτλο: «*Αίτηση έγκρισης διεξαγωγής Έρευνας με τίτλο Η ΚΑΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ*».

γ) Την υπ' αριθμ. πρωτ. 18072/11.7.2022 (Ορθή) Εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου με θέμα «*Έγκριση διεξαγωγής έρευνας Η ΚΑΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ*»

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ**

Εγκρίνει σύμφωνα τη διεξαγωγή έρευνας με τον τίτλο «*Η ΚΑΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ*»

**ΕΝΕΡΓΕΙΑ:**

ΓΕΑΜ. ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

Γ.Ρ. ΠΡΟΕΔΡΟΥ Δ.Σ.  
Γ.Ρ. ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ  
Γ.Ρ. ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ Δ.Σ.  
Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΥΠΕΝΩΠ ΔΙΟΙΚ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
Γ.Ρ. ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ &  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΔΙΔΗΤΗΣ  
ΓΡΑΜΜΑΤΡΙΑ Δ.Σ.

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΠΑΖΙΓΟΣ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.  
Γ.Ν. ΑΣΠΑΡΤΕΩΣ-ΚΕΡΕΣΣΗΣ

*[Signature]*



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΤΑΣΜΑ  
Αθήνα, 28 Ιουλίου 2022

Η Αν.Γραμματέας του Δ.Σ.

*[Signature]*  
ΑΙΓΕΑΤΙΚΗ ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΗ



**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΕΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ**

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: [ethics@uniwa.gr](mailto:ethics@uniwa.gr)

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή

Αιγάλεω: 10/11/2022

**ΘΕΜΑ:** Απάντηση σε αίτησή σας

**ΠΡΟΣ:** κ. Παπανικολάου Βασιλική

**ΚΟΙΝ:** κ. Δούπα Ζωή

**Έγκριση της πρότασης**

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 40<sup>η</sup>/04-11-2022 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «Η κλινική διακυβέρνηση ως μηχανισμός διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας» με αριθμό πρωτοκόλλου 106177/02-11-2022 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Παπανικολάου Βασιλική.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεγμένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου. Επισημαίνεται ότι σε περίπτωση που προκύψει οποιαδήποτε τροποποίηση στο πρωτόκολλο της μελέτης θα πρέπει να επανυποβληθεί στην ΕΗΔΕ για επικαιροποίηση της έγκρισής.

Η Πρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής  
και Δεοντολογίας της Έρευνας

Τ. Γκαράνη-Παπαδάτου