



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΙΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ**

ΜΑΡΙΑ Φ. ΚΟΛΑΤΣΟΥ

Επιβλέπων Καθηγητής: Μιχαήλ Τάλιας

ΚΟΜΟΤΗΝΗ ΙΟΥΝΙΟΣ 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω, τους εργαζόμενους της ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής, που με την εθελοντική συμμετοχή τους αφιέρωσαν πολύτιμο χρόνο, για να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια προκειμένου να εκπονηθεί η παρούσα ερευνητική μελέτη.

Εκφράζω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή του Middlesex University of London, Dr Tim Freeman, για την ευγενική παραχώρηση του ερευνητικού εργαλείου CGCQ στο οποίο βασίστηκε αυτή η μελέτη, όπως επίσης και στην κα. Marcella Bremer, διαχειρίστρια της επίσημης ιστοσελίδας ocai-online.com για την επιβεβαίωση χρήσης του OCAI στην έρευνα μας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω, τον πρώην Πρόεδρο του Δ.Σ του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής Γεώργιο Φιλιππίδη καθώς και τα Μέλη του Δ.Σ για την έγκριση άδειας συλλογής στοιχείων των εργαζομένων. Ομοίως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής, Ευάγγελο Πολιτειάδη για την άμεση ενημέρωση στοιχείων σχετικά με τη δυναμικότητα του οργανισμού.

Ευχαριστώ τον Παύλο Κόλια, Λέκτορα Στατιστικής και Μεθοδολογίας της Έρευνας του DEI College σε συνεργασία με το University of Northampton, για την στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των ερωτηματολογίων.

Τις πιο θερμές ευχαριστίες μου, θα ήθελα να τις εκφράσω στον επιβλέποντα της Μεταπτυχιακής μου Διατριβής, Dr Μιχαήλ Τάλια, για την υποστήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση τους.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ	7
ABSTRACT.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	13
1.1 Ορισμός Εταιρικής Διακυβέρνησης	13
1.2 Κλινική Διακυβέρνηση (Clinical Governance).....	13
1.2.1 Κλινική Διακυβέρνηση: Εννοιολογική διασαφήνιση.....	14
1.2.2 Κλινική Διακυβέρνηση: εννοιολογική αποσαφήνιση	15
1.2.3 Κλινική Διακυβέρνηση και Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	15
1.2.4 Πλαίσιο Αρχών Κλινικής Διακυβέρνησης	17
1.2.5 Οι 7 Πυλώνες της Κλινικής Διακυβέρνησης.....	18
1.2.6 Ρόλοι και ευθύνες στην κλινική διακυβέρνηση.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	23
2.2 Ορισμός Ποιοτικής Διακυβέρνησης	23
2.3 Πλαίσιο Ποιοτικής Διακυβέρνησης	24
2.3.1 Η Στρατηγική.....	25
2.3.2 Δυνατότητες και Οργανωσιακή Κουλτούρα	26
2.3.3 Δομές και Διαδικασίες.....	29
2.4 Μέτρηση.....	29
2.4.1 Μέτρηση και Αξιολόγηση της Κλινικής Διακυβέρνησης	30

2.4.2. Εξωτερικές Αξιολογήσεις.....	31
2.4.3 Διεθνής Οργανισμός Προτύπων (International Organization for Standardization (ISO))	31
2.4.4 Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Διαχείρισης Ποιότητας (EFQM)	32
2.4.5 Μοντέλο RADAR.....	33
2.4.6 Συγκριτική Αξιολόγηση	33
2.4.7 Εσωτερικές Αξιολογήσεις	33
2.4.8 Ειδικά μέτρα κλινικής διακυβέρνησης.....	33
2.5 Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης (CGCQ) του Timothy Freeman.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	36
3.1 Ορισμοί Οργανωσιακής Κουλτούρας	36
3.2 Επίπεδα Οργανωσιακής Κουλτούρας	37
3.2.1 Ανάλυση Επιπέδων Οργανωσιακής Κουλτούρας του G. Hofstede	37
3.2.2 Ανάλυση Επιπέδων Οργανωσιακής Κουλτούρας του Schein.....	39
3.3 Χρησιμότητα Αλλαγής της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο της Υγείας.....	41
3.4.1 Ο Ρόλος της Ηγεσίας.....	42
3.4.2 Μηχανισμοί Διατήρησης της Αλλαγής Οργανωσιακής Κουλτούρας	43
3.4.3 Η εφαρμογή της μεθόδου “lean management” στο χώρο της υγείας.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	48
4.1 Το Ερωτηματολόγιο για τη Διάγνωση της Οργανωσιακής Κουλτούρας, των Cameron και Quinn.....	48
4.2 Σχεδιασμός Διαδικασίας Αλλαγής Κουλτούρας των Cameron και Quinn	49
4.3 Η Ατομική Αλλαγή Στοιχείο Κλειδί για την Αλλαγή Κουλτούρας	55
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	58
5.1 Μεθοδολογία της έρευνας.....	58
5.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	59
5.3 Τα εργαλεία μέτρησης.....	61
5.3.1 Clinical Governance Climate Questionnaire	61
5.3.2 Organizational Culture Assessment Instrument	61
5.4 Στατιστική ανάλυση	62
5.5 Έλεγχος Αξιοπιστίας και Έλεγχος Εγκυρότητας	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	64
6.1. Αποτελέσματα και Περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου CGCQ.....	64
6.1.1 Ανάλυση παραγόντων	65
6.1.2 Κλινική διακυβέρνηση και δημογραφικά χαρακτηριστικά	70
6.2. Περιγραφικά μέτρα Οργανωσιακής Κουλτούρας και Αποτελέσματα.....	72
6.2.1 Οργανωσιακή κουλτούρα και δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	79
6.3 Σχέση μεταξύ Κλινικής διακυβέρνησης και Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	85
7. 1 Συμπεράσματα	85
7.2 Περιορισμοί της μελέτης.....	87
7.3 Προτάσεις.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	98

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στον 21ο αιώνα κανένας οργανισμός δεν χαρακτηρίζεται από σταθερότητα και ομοιότητα, η σταθερότητα πλέον ερμηνεύεται συχνότερα ως στασιμότητα, οι απρόβλεπτες και μερικές φορές ανησυχητικές αλλαγές που συμβαίνουν με πρωτόγνωρη ταχύτητα στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού καθιστούν δύσκολη την ενημέρωση και την πρόβλεψη.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της Κλινικής Διακυβέρνησης και της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο γενικό νοσοκομείο Κομοτηνής, αλλά και η εξέταση συσχέτισης μεταξύ τους, ώστε να βρεθεί εάν τυχόν βελτιώσεις σε κάποιο επίπεδο της Οργανωσιακής Κουλτούρας μπορεί να επιδράσουν στο πλαίσιο αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης.

Για την παρούσα εργασία, χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία από ποσοτικές μεθόδους, τα οποία είναι ικανά, πέρα από το να παρουσιάσουν τα δεδομένα με περιγραφικό τρόπο, να ελέγξουν διαφορές ανάμεσα σε κατηγορίες του δείγματος και να περιγράψουν σχέσεις εξάρτησης μεταξύ μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) του Freeman, (2003) και το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) που κατασκευάστηκε από τους Cameron και Quinn (2006). Το δείγμα αποτελούνταν από 100 εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (71) και το μεγαλύτερο ποσοστό εκπαίδευσης ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (48). Το μεγαλύτερο ποσοστό (32%) ήταν μεταξύ 46 και 53 ετών, ενώ μόνο 6 από τους εργαζόμενους ήταν μεταξύ 25 και 32 ετών. Οι ερωτηθέντες είχαν κατά μέσο όρο 18 έτη εργασιακής με μέγιστη τιμή να είναι τα 39 έτη προϋπηρεσίας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης υπέδειξαν πως το κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής επιδέχεται βελτίωσης, ανεξαρτήτως δημογραφικών χαρακτηριστικών και θέσης εργασίας. Στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής κυριαρχεί η κουλτούρα της Οικειότητας και οι εργαζόμενοι επιθυμούν να αυξηθεί ακόμη περισσότερο, ακολουθεί η κουλτούρα της Αγοράς, της Ιεραρχίας, με τελευταία την κουλτούρα της Καινοτομίας. Στην κουλτούρα οικειότητας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές κυρίως στις ηλικίες μέχρι 39 ετών όπως επίσης και στην κουλτούρα της Αγοράς οι εργαζόμενοι στην τεχνική υπηρεσία έχουν την υψηλότερη βαθμολογία.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της Κ.Δ και της Οργανωσιακής Κουλτούρας και αυτό το εύρημα τονίζει ότι, η συνεχή βελτίωση για τη διασφάλιση της τήρησης των

βασικών επιπέδων ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με αξίες και συμπεριφορές κουλτούρας που υποστηρίζει την ποιότητα και τις μεταρρυθμίσεις σε έναν οργανισμό με ευρύ, συναινετικό όραμα.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

CG Clinical Governance

CGCQ Clinical Governance Climate Questionnaire

EFQM European Foundation for Quality Management

ACSQHC Australian Council for Safety and Quality in Health Care

NSQHS Standards of Accounting and Reporting.

ΚΔ Κλινική Διακυβέρνηση

ΟΟΣΑ Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

OCAI Organizational Culture Assessment Instrument

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development

NICE National Institute for Health and Care Excellence.

CHI Commission for Healthcare Improvement

NHS National health System

DoH Department of Health

CQC Care Quality Commission

ISO International Organization for Standardization

RADAR Results, Approach, Deploy, Assess, Review

NHSE National Health Service England

NAO National Audit Office.

WVS World Values Survey

MSAI Management Skills Assessment Instrument

ABSTRACT

In the 21st century, no organization is characterized by stability and resemblance, stability is now more often interpreted as stagnation, unpredictable and sometimes alarming changes occurring at an unprecedented speed in the external and internal environment of an organization make it difficult to inform and predict.

The purpose of this study was to determine the Clinical Governance and Organizational Culture at the General Hospital of Komotini and to examine the correlation between them, in order to find out if any improvements at any level of Organizational Culture can have an impact on the framework of Clinical Governance principles.

For the present work, tools from quantitative methods were used, which are capable, in addition to presenting the data in a descriptive way, checking differences between categories of the sample and describing dependent relationships between variables. More specifically, Freeman's Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) questionnaire (2003) and the Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) questionnaire developed by Cameron and Quinn (2006) were used. The sample consisted of 100 employees of the General Hospital of Komotini, most of the respondents were women (71) and the highest percentage of education were TEI graduates (48). The highest percentage (32%) were between 46 and 53 years old, while only 6 of the employees were between 25 and 32 years old. The respondents had an average of 18 years of work with a maximum of 39 years of experience.

The results of the study indicated that the climate of Clinical Governance at the General Hospital of Komotini can be improved, regardless of demographic characteristics and work position. The General Hospital of Komotini is dominated by the culture of Familiarity and the employees want to increase even more, followed by the culture of the Market, of the Hierarchy, with the latest culture of Innovation. Significant differences were observed in the culture of intimacy, mainly in the ages up to 39 years, as well as in the culture of the Market, the employees in the technical service have the highest score.

The data show that there is a significant correlation between the Clinical Governance and the Organizational Culture. This finding emphasizes that the continuous improvement to ensure adherence to key levels of quality and safety of the health services provided, is inextricably linked to

cultural values and and culture attitudes, that support quality and reform in an organization with a broad, consensual vision.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι: Η εισαγωγή της κλινικής διακυβέρνησης στην Αγγλία και στη Γερμανία, εμπεριέχει ένα πλαίσιο μεταρρυθμίσεων που ανταποκρίνεται στις νομικές υποχρεώσεις που αφορούν τη διοίκηση ποιότητας προκειμένου να βελτιώσουν την παροχή υπηρεσιών υγείας και να κάνουν τα συστήματα υγείας ασθενοκεντρικά. World Health Organisation (2008, p. xvi). Επίσης η Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, της Αυστραλίας (ACSQHC) έχει δημιουργήσει ένα Οδηγό Κλινικής Διακυβέρνησης και υποστηρίζεται από τα πρότυπα NSQHS (Εθνική ασφάλεια και πρότυπα ποιότητας υπηρεσιών υγείας). "Οι πρωταρχικοί στόχοι των προτύπων NSQHS είναι η προστασία και η ασφάλεια των ασθενών και η βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης των υπηρεσιών υγείας". Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (October 2012). Safety and quality improvement guide standard 1: Governance for safety and quality in health service organizations (p.2). Sydney: Author

"Οι θετικές επιπτώσεις της διοίκησης ποιότητας και της κλινικής διακυβέρνησης στοχεύουν στη βελτίωση της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος απαιτείται η σωστή εφαρμογή και η συναίνεση όλων των επαγγελματιών υγείας". Huq, Z. and Martin, T.N. (2000), "Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in hospitals", Health Care Management Review, Vol. 25 No. 3, pp. 80-93, Hendricks, K.B. and Singhal, V.R. (2001b). "The long-run stock price performance of firms with effective TQM programs", Management Science, Vol. 47 No. 3, pp. 359-368.

"Η βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας απειλείται όταν οι οργανωσιακές αλλαγές που αφορούν τον ανασχεδιασμό της διοίκησης ολικής ποιότητας και τον στρατηγικό σχεδιασμό αποτύχουν. Διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι η πιο συχνή αιτία της αποτυχίας είναι η αποτυχία αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας". Goss, T., Pascale, R., and Athos, A. (1993) "The reinvention roller coaster: Risking the present for a powerful future", Harvard Business Review, Vol. 71 No. 6, pp. 97-108. Η Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, της Αυστραλίας (ACSQHC Sydney: ACSQHC; 2017) αναφέρει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα για να εξασφαλίζει ασφαλή και υψηλής ποιότητας φροντίδα απαιτείται ηγεσία που διατυπώνει σαφείς στόχους και όραμα για ασφαλή και υψηλής ποιότητας φροντίδα σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, υποστηρίζοντας τη συνεχή βελτίωση και την αξιολόγηση της προόδου. Επίσης, ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον για τους επαγγελματίες υγείας, που θα παρέχει τη δυνατότητα συνεχούς εκπαίδευσης, διαφανή συστήματα αξιολόγησης των επιδόσεων και των ευθυνών και αποτελεσματική χρήση δεδομένων και πληροφοριών. Τέλος την πλήρη απασχόληση των κλινικών

ιατρών με το σχεδιασμό, εκτέλεση, παρακολούθηση και ανάπτυξη αξιόπιστων διαδικασιών προκειμένου να εξασφαλίζονται τα Συστήματα Υγείας ώστε να αναγνωρίζονται και να διαχειρίζονται οι κλινικοί κίνδυνοι.

Τα παραπάνω που αναφέραμε αποσκοπούν ώστε η παρούσα διατριβή, να αναδείξει ότι η εφαρμογή του πλαισίου κλινικής διακυβέρνησης είναι άρρηκτα συνυφασμένη με την ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας που εξασφαλίζει και συνεχώς βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα επισημαίνεται ότι ο σχεδιασμός της διαδικασίας αλλαγής κουλτούρας είναι επιβεβλημένος στο χώρο της υγείας γιατί επηρεάζεται από τις ταχύτατες μεταβολές του εξωτερικού περιβάλλοντος προκειμένου να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις και στον ανταγωνισμό.

Το θεωρητικό μέρος της παρούσας διατριβής αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια, στα δύο πρώτα γίνεται αναφορά στην Κλινική Διακυβέρνηση και στα δύο τελευταία στην Οργανωσιακή Κουλτούρα. Συγκεκριμένα στα κεφάλαια που αφορούν την Κλινική Διακυβέρνηση αναφερόμαστε στον ορισμό της Εταιρικής Διακυβέρνησης, στους Ρόλους και τις Αρμοδιότητες των οργάνων διοίκησης όπως αποδίδονται από το δημιουργό του όρου “Εταιρική Διακυβέρνηση” Robert Tricher,στη συνέχεια αναφέρουμε τις αρχές της Εταιρικής Διακυβέρνησης όπως δημοσιεύτηκαν από τον ΟΟΣΑ το 2004 και τη θέσπιση του εταιρικού δικαίου στην Ελλάδα. Επιχειρείται μια εκτενή ανάλυση του όρου “Κλινική Διακυβέρνηση” και η σύνδεση του με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1983, το Τμήμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου το 1998 και από διακεκριμένους επιστήμονες της Διοίκησης Υγείας όπως τους Davies & Mannion, Ferguson & Lim, Avedis Donebedian και της Chandra Vanu Son. Περιγράφουμε τις αρχές της Κλινικής Διακυβέρνησης οι οποίες δημοσιεύτηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2007 και τους πυλώνες της Κλινικής Διακυβέρνησης σύμφωνα με την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας της Αγγλίας και την Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας Φροντίδας Υγείας της Αυστραλίας που δημοσιεύτηκαν το 2017. Η Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας Φροντίδας Υγείας της Αυστραλίας στην ίδια δημοσίευση αναφέρει τους ρόλους και τις αρχές στην Κλινική Διακυβέρνηση. Στο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται μια εκτενή αναφορά στο Πλαίσιο Ποιοτικής Διακυβέρνησης στο Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας όπως δημοσιεύτηκε το 2011. Τέλος αναφέρονται τα μέτρα με τα οποία αξιολογείται η Κλινική Διακυβέρνηση ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα της, ως μέτρα παρουσιάζουμε τις εξωτερικές αξιολογήσεις με βάση τα διεθνή πρότυπα, τις συγκριτικές αξιολογήσεις και τις εσωτερικές αξιολογήσεις, επίσης το

ερωτηματολόγιο CGCQ του Tim Freeman για τη μέτρηση του κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης το οποίο να επισημάνουμε ότι στο ειδικό μέρος της παρούσας διατριβής το χρησιμοποιούμε ως εργαλείο μέτρησης..

Στα κεφάλαια που αφορούν την Οργανωσιακή Κουλτούρα αναφερόμαστε στις δύο πλέον αναγνωρισμένες αναλύσεις οργανωσιακής κουλτούρας των G.Hofstede και Schein Edgar. Στη συνέχεια περιγράφουμε το πλαίσιο της οργανωσιακής κουλτούρας και τις διαστάσεις από τις οποίες αποτελείται σύμφωνα με τη μελέτη της έρευνας των Hofstede, Neuijen, Ohavy & Sanders. Επιχειρούμε μια εκτεταμένη αναφορά στο άρθρο της Journal of Health Organization and Management "Sustaining organizational culture change in health systems." προκειμένου να αποδώσουμε την χρησιμότητα της αλλαγής της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο της Υγείας όπως επίσης και την αναλυτική περιγραφή του "lean management" η οποία βασίζεται στην Innovation Series (2005) του Institute for Healthcare Improvement "Going Lean in Health Care" γιατί θεωρείται ισχυρό εργαλείο διατήρησης της αλλαγής της Οργανωσιακής Κουλτούρας. Τέλος αναφέρεται το Ερωτηματολόγιο για τη Διάγνωση της Οργανωσιακής Κουλτούρας, των Cameron και Quinn(1999) το οποίο να επισημάνουμε ότι στο ειδικό μέρος της παρούσας διατριβής το χρησιμοποιούμε ως εργαλείο αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας.

Στο ειδικό μέρος της διατριβής, προκειμένου να αποπερατωθεί η ποσοτική μελέτη που περιελάμβανε (n=100) επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια- εργαλεία μέτρησης το ένα αφορούσε την Κλινική Διακυβέρνηση και το άλλο την Οργανωσιακή Κουλτούρα. Συγκεκριμένα με το ερωτηματολόγιο μέτρησης CGCQ (Clinical Governance Climate Questionnaire) του Tim Freeman διατυπώνονται οι αντιλήψεις των εργαζομένων που αντικατοπτρίζουν τα γνωρίσματα της υφιστάμενης Κλινικής Διακυβέρνησης που επικρατούν στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής, με το δεύτερο ερωτηματολόγιο OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument) των Cameron και Quinn αξιολογείται η υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής και η απόκλιση της από την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα. Στη συνέχεια αποτυπώνεται η μεθοδολογία της μελέτης και της στατιστικής ανάλυσης τέλος με την ολοκλήρωση της έρευνας παρατίθενται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της παρούσας διατριβής και ακολουθούν η βιβλιογραφία και το παράρτημα της μελέτης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός Εταιρικής Διακυβέρνησης

Ο όρος «Εταιρική διακυβέρνηση» δημιουργήθηκε από τον Robert Tricker αναφέρει συγκεκριμένα: “Ο ρόλος της διακυβέρνησης δεν διακυβεύεται με τη λειτουργία της εταιρείας, καθαυτής, αλλά δίνοντας μια συνολική κατεύθυνση στην επιχείρηση, με την εποπτεία και τον έλεγχο των εκτελεστικών ενεργειών διοίκησης και με νόμιμη ικανοποίηση των προσδοκιών για λογοδοσία και ρύθμιση από συμφέροντα πέρα από τα εταιρικά σύνορα”. Tricker RI (1984). “Corporate governance: practices, procedures, and powers in British companies and their boards of directors”. Gower, London.

Ο όρος “εταιρική διακυβέρνηση” που προαναφέραμε διαπιστώνουμε ότι περιλαμβάνει τις διαδικασίες που παρέχουν στην εταιρεία, μια κατεύθυνση, την λογοδοσία του προσωπικού και την παρακολούθηση/έλεγχο των δραστηριοτήτων της, θα λέγαμε ότι είναι κυριολεκτικά η κυβέρνηση μιας εταιρείας ή ενός οργανισμού.

1.2 Κλινική Διακυβέρνηση (Clinical Governance)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 1983) εισήγαγε για πρώτη φορά το 1983, τον όρο ΚΔ εξαιτίας των απαιτήσεων για συντονισμένες δράσεις που θα διασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνέστησε τη δημιουργία του όρου που εμπεριέχει την θεσμοθέτηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια το Τμήμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Department of Health, UK), χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο ΚΔ, ως το "πλαίσιο μέσω του οποίου το σύστημα υγείας βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των υπηρεσιών του εφαρμόζοντας τα πρότυπα περίθαλψης δημιουργώντας ένα περιβάλλον στο οποίο θα αναπτυχθεί η αριστεία της κλινικής φροντίδας" (DoH & Scally and Donaldson, 1998). Καθοριστικό ρόλο για την εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτέλεσαν τα δημοσιεύματα που αφορούσαν λανθασμένες ιατρικές διαγνώσεις όγκων οστών στο Βασιλικό Ορθοπαιδικό Νοσοκομείο του Birmingham (Birmingham Royal Orthopaedic Hospital, 1998 και 1999) όπως επίσης τα καρδιοχειρουργικά σφάλματα στο παιδιατρικό τμήμα του Βασιλικού Παθολογικού Νοσοκομείου του Bristol (Bristol

Royal Infirmary, 2001). Σύμφωνα με το άρθρο 18 παράγραφος 1 του νόμου περί υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου του 1999, η παρακολούθηση και η βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης έγινε ρητή νομική υποχρέωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και έτσι δημιουργήθηκε το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (NICE) που θέσπισε σαφείς κατευθυντήριες γραμμές βέλτιστων πρακτικών και η Επιτροπή για τη βελτίωση της υγείας (CHI) προσφέροντας δεσμευτικές εγγυήσεις ότι τα τοπικά συστήματα παρακολουθούν, διασφαλίζουν και βελτιώνουν την κλινική ποιότητα (Opion, 2000).

1.2.1 Κλινική Διακυβέρνηση: Εννοιολογική διασαφήνιση

Η Κλινική Διακυβέρνηση περιέχει αφενός στοιχεία διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ορίζοντας το πλαίσιο ευθύνης βάσει προτύπων που αντιπροσωπεύει ένα σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και αφετέρου να ενθαρρύνει και να υποστηρίζει την εκπαίδευση των κλινικών ομάδων στη διαχείριση αυτών των προτύπων υιοθετώντας ένα σύστημα αξιολόγησης της απόδοσης τους.(Freeman 2001). "Η εστίαση της απόδοσης όταν αντιτίθεται με τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας λόγω της αλληλεπίδρασης αυτών των δύο συνιστωσών προκαλείται το τέλος των δράσεων της Κλινικής Διακυβέρνησης(Newman 2000: σελ. 55).

Το σύστημα διαχείρισης των επιδόσεων μπορεί να υπονομεύσει τους όρους εμπιστοσύνης, εντιμότητας και καινοτομίας που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας (Davies & Mannion 1999α).

Για πρώτη φορά, άτομα και οι οργανισμοί είναι υπόλογοι για την επίτευξη κεντρικών στόχων ποιότητας (Ferguson & Lim2001).

"Αν και η έμφαση στον έλεγχο, την καθοδήγηση, τον επηρεασμό και τη διαχείριση ή ρύθμιση μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το ποιος κάνει την "διακυβέρνηση", το βασικό σκεπτικό είναι σαφές τα άτομα ή / και οι οργανώσεις πρέπει να γίνουν πιο υπεύθυνα για να επιτύχουν αποτελέσματα που θεωρούνται επιθυμητά "(Ferguson & Lim 2001: σελ. 464).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η έννοια της Κλινικής Διακυβέρνησης περιλαμβάνει τρία βασικά χαρακτηριστικά: Τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, τη συνεχή αξιολόγηση της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας και την υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή των προτύπων Κλινικής Διακυβέρνησης. Επισημαίνοντας την αλληλεπίδραση των

τριών αυτών χαρακτηριστικών απαιτείται εξισορρόπηση ώστε να αποφεύγεται η υπερεκτίμηση του ενός χαρακτηριστικού και η αποδυνάμωση του άλλου.

1.2.2 Κλινική Διακυβέρνηση: εννοιολογική αποσαφήνιση

Στην εφαρμογή ενός προτύπου κλινικής διακυβέρνησης, εντοπίστηκε σύγχυση μεταξύ ηγεσίας, λογοδοσίας, συντονισμού και ευθύνης, επίσης διαπιστώθηκε ότι συχνά η οργανωτική άποψη της κλινικής διακυβέρνησης διαφέρει από την αντίληψη του κλινικού προσωπικού Peak et al. (2005). Το μοντέλο αριστείας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διαχείριση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management, EFQM) επισημαίνει τη σημαντικότητα των εισροών, πόρων, πολιτικών και διαδικασιών για τη βελτίωση της ποιότητας. Το μοντέλο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ως υποστηρικτικό στη βασική αξιολόγηση της ΚΔ της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS). Η Chandra Vanu Som (2004) η οποία περιγράφει την ΚΔ ως ένα σύστημα διακυβέρνησης των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας το οποίο προάγει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη διαχείριση των πόρων, των δομών, και των διαδικασιών, με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων, σε ένα περιβάλλον όπου οι εργαζόμενοι είναι υπόλογοι για την ποιότητα των υπηρεσιών (Chandra Vanu Som, 2004), αποδίδει έναν ολοκληρωμένο ορισμό της Κ.Δ αφού συμπίπτει με το μοντέλο αριστείας αξιολόγησης της ΚΔ του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διαχείριση της Ποιότητας.

1.2.3 Κλινική Διακυβέρνηση και Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Avedis Donebedian, “Explorations in Quality Assessment and Monitoring”(1982). Η ανάπτυξη των δεικτών μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να εκφράζουν, το βαθμό επίτευξης των διαστάσεων που αφορούν τις δομές, τις διαδικασίες και το αποτέλεσμα κατά την παροχή και διανομή των υπηρεσιών. Η θεωρία αυτή σχετίζεται με το ορισμό της ΚΔ της Chandra Vanu Som που προαναφέρθηκε και κατά συνέπεια συνδέει την ΚΔ με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Συγκεκριμένα οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας διακρίνονται σε τρεις ευρείες κατηγορίες :α)

Δείκτες δομής περιλαμβάνουν τους πόρους που απαιτούνται για την περίθαλψη, δηλαδή τις εγκαταστάσεις και την στελέχωση. β) Οι δείκτες διαδικασιών περιλαμβάνουν κάθε ενέργεια που σχετίζεται με την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, ενημέρωση των ασθενών και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. γ) Οι δείκτες αποτελεσματικότητας είναι οι εκβάσεις από την φροντίδα νοσηλείας, το επίπεδο υγείας και ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα που έλαβαν, όπως επίσης και η αποδοτικότητα χρήσης των διαθέσιμων πόρων.

Η κλινική διακυβέρνηση ως ολοκληρωμένος μηχανισμός σχετίζεται με τους παραπάνω δείκτες ποιότητας αφού διασφαλίζει την εφαρμογή υψηλών προτύπων φροντίδας υγείας σε όλες ανεξαρτήτως τις δομές, τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας σε μια προσπάθεια συνεχούς βελτίωσής τους και συγκεκριμένα στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, στον κλινικό έλεγχο, στην κλινική αποτελεσματικότητα, στη διαχείριση του κινδύνου στην έρευνα και στην απόδοση ευθυνών. Επισημαίνοντας ότι κάθε οργανισμός και κάθε επάγγελμα πρέπει να θέτει τα δικά του πρότυπα τα οποία θα καθοδηγούν κάθε επαγγελματία υγείας (Marquis & Huston, 2009).

Δεν θα παραβλέψουμε τα προβλήματα που αναφέρονται στο σύστημα δεικτών ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αφού κατά συνέπεια σχετίζονται με τη δυσχέρεια εφαρμογής της Κ.Δ και αφορούν την διαχείριση, την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την αλλοίωση των δεικτών. Ο έλεγχος και η λογοδοσία των επαγγελματιών υγείας χωρίς να δημιουργήσει υποψίες και φόβους, υπονομεύοντας την εμπιστοσύνη στο σύστημα δεικτών ποιότητας με τη μέθοδο της παρακολούθησης των επιδόσεων θεωρείται η πλέον κατάλληλη. Η μέτρηση της επίδοσης απαιτεί ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών ικανό να διασφαλίσει την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων, επίσης διάλογο και ενημέρωση των αποτελεσμάτων ενθαρρύνοντας την συμμετοχικότητα και υποστηρίζοντας τις πρωτοβουλίες. Η συνεχής ανάπτυξη των δεικτών ποιότητας κατά συνέπεια προκαλεί και την αναπροσαρμογή του τρόπου χρήσης τους από τους επαγγελματίες υγείας, η εφαρμογή των δεικτών ποιότητας με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο απαιτεί την ανάλυση και τον σχεδιασμό του εργασιακού περιβάλλοντος (Cave et al., 1990). Επίσης απαιτείται η παροχή συστημάτων πληροφορικής για τη συλλογή πληροφοριών και η τυποποιημένη εισαγωγή, ανάλυση και ανάκτηση / διάδοση των δεδομένων (Al-Assaf 1996). Οι διαδικασίες διασφάλισης αξιοπιστίας των δεδομένων είναι επιβεβλημένες (Schyve 1995). Οι επαγγελματίες υγείας προκειμένου να εφαρμόσουν τα παραπάνω χρειάζονται εστιασμένη εκπαίδευση (Nyhan και Marlowe 1995 και Tarr 1995). Περαιτέρω δυσκολίες οφείλονται στην μείωση της χρηματοδότησης της δημόσιας δαπάνης για την υγεία και η επίτευξη στόχων πολιτικής υγείας βάση ανέφικτων χρονοδιαγραμμάτων

1.2.4 Πλαίσιο Αρχών Κλινικής Διακυβέρνησης

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2007 δημοσίευσε τις ακόλουθες αρχές τη Κ.Δ.

- Στρατηγικό Όραμα

Οι ηγέτες θα πρέπει να έχουν μια ευρεία και μακροπρόθεσμη προοπτική για την υγεία και την κοινωνική ανάπτυξη καθώς και σαφείς στρατηγικές κατευθύνσεις. Να διαθέτουν πλήρη κατανόηση των ιστορικών, πολιτιστικών και κοινωνικών παραμέτρων, οι οποίες καθορίζουν το πλαίσιο της υγείας και στηρίζουν την προοπτική ηγεσίας.

- Προσανατολισμός στη Συμμετοχή και στη Συναίνεση

Όλοι οι πολίτες θα πρέπει να έχουν λόγο στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω θεσμοθετημένων φορέων που αντιπροσωπεύουν τα συμφέροντα τους. Αυτή η ευρεία συμμετοχή στηρίζεται στην ελευθερία του «συνεταιρίζεσθαι» και στην ελευθερία του λόγου. Η σωστή διακυβέρνηση στην υγεία συμβιβάζει αντικρουόμενα συμφέροντα και προάγει την ευρεία συναίνεση ως προς το γενικότερο συμφέρον και ως προς τις πολιτικές/διαδικασίες υγείας που ακολουθούνται.

- Κανόνες Δικαίου

Το νομικό πλαίσιο που σχετίζεται με την υγεία πρέπει να είναι δίκαιο και αμερόληπτο, σεβόμενο πλήρων τα ανθρώπινα δικαιώματα.

- Διαφάνεια

Η διαφάνεια χτίζεται στη λογική ελεύθερης διακίνησης της πληροφορίας που αφορά όλα τα θέματα υγείας. Οι διαδικασίες, τα ιατρικά αποτελέσματα και οι οικονομικές καταστάσεις να είναι άμεσα προσβάσιμες και ικανοποιητικές ώστε να ελέγχεται στο σύστημα υγείας σε συνεχή βάση.

- Ανταποκρισιμότητα

Οι θεσμοί, οι οργανισμοί και οι διαδικασίες πρέπει να ανταποκρίνονται κατά το δυνατόν άμεσα και απερίσπαστα σε όλους τους χρήστες υγείας

- Ισότητα

Όλοι δικαιούνται ευκαιριών προστασίας του επιπέδου υγείας και διαβίωσης

- Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα

Οι οργανωτικές δομές και διαδικασίες θα πρέπει να παράγουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα, καλύπτοντας τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού με τις βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων.

- **Λογοδοσία**

Αυτοί που παίρνουν τις αποφάσεις στην κυβέρνηση στον ιδιωτικό τομέα και στους οργανισμούς είναι υπόλογοι απέναντι στο κοινό και στους χρήστες υπηρεσιών υγείας

- **Πληροφόρηση**

Η πληροφορική και η σύγχρονη τεχνολογία γενικότερα, είναι απολύτως απαραίτητες για τη σωστή κατανόηση του συστήματος υγείας, μέσω δεδομένων που παράγουν. Τα δεδομένα αυτά οδηγούν σε σωστή πληροφόρηση και επηρεάζουν τη στάση ομάδων συμφερόντων που υποστηρίζουν το στρατηγικό όραμα της υγείας.

- **Βιοηθική**

Οι κοινώς αποδεκτές αρχές ιατρικής δεοντολογίας και βιοηθικής περιλαμβάνουν το σεβασμό της αυτονομίας, το μη βλάπτειν, το ευεργετείν και την απόδοση δικαιοσύνης.

1.2.5 Οι 7 Πυλώνες της Κλινικής Διακυβέρνησης

Σύμφωνα με την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (CQC) ως ανεξάρτητου ρυθμιστή της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας ενηλίκων στην Αγγλία οι πυλώνες της Κ.Δ είναι οι εξής:

- **Κλινική Αποτελεσματικότητα με συγκεκριμένες παρεμβάσεις** οι οποίες συνιστώνται από τη NICE(National Institute for Health and Care Excellence) .

- **Διαχείριση Κινδύνου με ισχυρά συστήματα** για τη διαχείριση των πιθανών κινδύνων και λαθών που αφορούν τους ασθενείς

- **Εκπαίδευση και Κατάρτιση** περιλαμβάνει τόσο υποχρεωτική κατάρτιση όσο και συνεχή επαγγελματική εξέλιξη.

- **Συμμετοχή των ασθενών και του κοινού**, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να εκφράσουν τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας.

- **Χρήση πληροφοριών διασφάλιση** ότι οι πληροφορίες που διαθέτει ο Οργανισμός χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά και με ασφάλεια αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία συστημάτων για την προστασία της εμπιστευτικότητας.

- **Κλινικός έλεγχος** με ρύθμιση και μέτρηση των προτύπων τα οποία καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο και τοπικό επίπεδο και συγκριτική αξιολόγηση τους ώστε να υιοθετούνται καλές πρακτικές.

- Διαχείριση Προσωπικού - Το προσωπικό του Οργανισμού είναι το πιο πολύτιμο περιουσιακό στοιχείο.

Η Αυστραλιανή Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας της Φροντίδας Υγείας (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care ACSQHC) και η Εθνική Υπηρεσία Ασφάλειας και Ποιότητας Υγείας της Αυστραλίας (National Safety and Quality Health Service NSQHS Standards), δημοσίευσε τον Νοέμβριο του 2017 τη "Δομή του Εθνικού Μοντέλου Κλινικής Διακυβέρνησης" (The National Model Clinical Governance Framework) μεταξύ άλλων αναφέρει ότι το πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης έχει πέντε συνιστώσες:

- Διακυβέρνηση, ηγεσία και πολιτισμός
- Ασφάλεια των ασθενών και συστήματα βελτίωσης της ποιότητας
- Κλινική απόδοση και αποτελεσματικότητα
- Ασφαλές περιβάλλον για την παροχή φροντίδας
- Συνεργασία με τους καταναλωτές.

Ο Σκοπός της Δομής της Κ.Δ είναι να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς και οι καταναλωτές λαμβάνουν ασφαλή και υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη εμπεριέχοντας τις συνιστώσες που προαναφέραμε προκειμένου να επιτευχθεί μια ολοκληρωμένη συνεργασία του συστήματος της κλινικής διακυβέρνησης. Μέσω αυτού του συστήματος οι οργανισμοί και οι επαγγελματίες υγείας είναι υπόλογοι στους ασθενείς και στην κοινωνία για συνεχή βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας των υπηρεσιών τους.

1.2.6 Ρόλοι και ευθύνες στην κλινική διακυβέρνηση

Η κλινική διαχείριση εμπνέει αφενός εμπιστοσύνη στο εξωτερικό περιβάλλον για παράδειγμα στην τοπική κοινότητα και αφετέρου σε όλους τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν ασφαλή και υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, οι ρόλοι στην Κ.Δ είναι οι εξής:

- Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας

Συμμετέχουν στην Κ.Δ παρέχοντας πληροφορίες σχόλια, παραπόνια που σχετίζονται με την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προκειμένου να βοηθήσουν τη βελτίωση τους. Συμμετέχουν σε έρευνες εμπειρίας ασθενών και σε προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας και της ασφάλειας, όπως επίσης και σε συλλόγους ασθενών.

•Οι κλινικοί

Είναι υπεύθυνοι να παρέχουν ασφαλή και υψηλής ποιότητας κλινική περίθαλψη, εφαρμόζοντας επαγγελματικές πρακτικές και κώδικα επαγγελματικής συμπεριφοράς, που ευθυγραμμίζεται με το πλαίσιο της κλινική διακυβέρνησης. Να αναπτύσσουν συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους εξασφαλίζοντας το σχεδιασμό και τη διαχείριση της φροντίδας τους όπως επίσης να ενθαρρύνουν και να καθοδηγούν τους συναδέλφους τους για την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας. Να βελτιώνουν συνεχώς τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους με συνεχιζόμενη κλινική εκπαίδευση και κατάρτιση. Να αναφέρουν τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό περιβάλλον. Να συμμετέχουν σε όλες τις πτυχές της ανάπτυξης, της υλοποίησης, της αξιολόγησης και της παρακολούθησης των διαδικασιών διακυβέρνησης όπως η βελτίωση και μέτρηση της ποιότητας, διαχείριση κινδύνου και περιστατικών, διαχείριση αναφορών και καταγγελιών, προσδιορίζοντας τις διαδικασίες και τους τομείς που απαιτείται βελτίωση. Να παρακολουθούν την προσωπική κλινική απόδοση τους, να επιβλέπουν και να διαχειρίζονται την απόδοση των κατώτερων ιατρών, αναφέροντας κακές ή μη ικανοποιητικές αποδόσεις.

•Οι διευθυντές

Συντονίζουν και επιβλέπουν το σχεδιασμό συστημάτων υγείας, συμβουλεύουν και ενημερώνουν το διοικητικό συμβούλιο σχετικά με την εφαρμογή της στρατηγικής και των πολιτικών που εγκρίθηκαν από το διοικητικό συμβούλιο. Συνεργάζονται με τους ιατρούς σε όλα τα θέματα σχεδιασμού του συστήματος. Είναι υπεύθυνοι για την αποτελεσματική διαχείριση και κατάλληλη κατανομή των πόρων ώστε να υλοποιηθεί η εφαρμογή των σχεδιασμένων συστημάτων φροντίδας. Διασφαλίζουν τη διαθεσιμότητα δεδομένων και πληροφοριών στους κλινικούς για να υποστηρίξουν τη βελτίωση της ποιότητας. Δημιουργούν ετήσια επιχειρησιακά σχέδια υπογραμμίζοντας τις προγραμματισμένες δραστηριότητες που επιδέχονται βελτίωση. Συντάσσουν εκθέσεις που αφορούν τις διαδικασίες ελέγχου, τις επιδόσεις και τους δείκτες ποιότητας των τμημάτων τους. Ενθαρρύνουν τη συνεχή βελτίωση και την αναφορά περιστατικών/ζητημάτων ασφάλειας, χρησιμοποιώντας τα συστήματα διαχείρισης κίνδυνου. Να ανταποκρίνονται με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο σε ενδείξεις κλινικής ανεπάρκειας. Δημιουργούν ευκαιρίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στα συστήματα ασφάλειας και ποιότητας. Είναι υπεύθυνοι για τη διασφάλιση της εκτέλεσης των καθηκόντων σύμφωνα με τη νομοθεσία, τους κανονισμούς και τα πρότυπα.

•Το Διοικητικό Συμβούλιο

Φέρει την τελική ευθύνη και προωθεί ένα ισχυρό μήνυμα ότι η ασφάλεια και η ποιότητα αποτελούν θέματα προτεραιότητας, καθιερώνοντας μια ισχυρή κουλτούρα ασφάλειας και συνεχούς βελτίωσης μέσω συστηματικών ελέγχων. Διασφαλίζει ότι ο διευθύνων σύμβουλος και οι ανώτεροι διευθυντές κατανοούν σαφώς και εκτελούν τους ρόλους τους αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσω των κατάλληλων δομών, πολιτικών, διαδικασιών, και πόρων. Αποδεικνύει στο σώμα επιθεώρησης και ελέγχου ότι το διοικητικό συμβούλιο κατανοεί και διαχειρίζεται τον ρόλο διακυβέρνησής του. Συνεργάζεται με την τοπική κοινωνία ενθαρρύνοντας την υποβολή εκθέσεων, τη συζήτηση και την αντιμετώπιση ζητημάτων ποιότητας και ασφάλειας που προκύπτουν. Διασφαλίζει τη συμμόρφωση με τη νομοθεσία, τους κανονισμούς και τα πρότυπα.

•Ο Διευθύνων Σύμβουλος

Καθορίζει την καλύτερη προσέγγιση για τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Διασφαλίζει ότι τα επιχειρησιακά / επιχειρηματικά σχέδια συνδέονται με το στρατηγικό σχεδιασμό. Παρουσιάζει την ανάλυση των δεδομένων ποιότητας και ασφάλειας που αποτελούν ύψιστη προτεραιότητα. Εξασφαλίζει επαρκή υποστήριξη, εκπαίδευση και ενημέρωση παρέχοντας ευκαιρίες στο προσωπικό για τη συνεχή βελτίωση του. Παρακολουθεί την πρόοδο των λειτουργικών σχεδίων των τμημάτων με μηνιαίες συνεδριάσεις λογοδοσίας. Διασφαλίζει ότι υπάρχουν επαρκείς πόροι για την επίτευξη αριστείας στη διαχείριση της ποιότητας και της ασφάλειας σε ολόκληρο τον οργανισμό. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. ‘National Model Clinical Governance Framework’. Sydney: ACSQHC, (2017).

Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε τη σημασία της σαφήνειας των ρόλων και των ευθυνών στο πλαίσιο της Κλινικής Διακυβέρνησης, όπως άλλωστε αναφέρουν και οι O'Connor και Patton (2008) "...η επιτυχής εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης σε ένα περιβάλλον υγείας βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ κλινικών ιατρών και διοίκησης στους οποίους καθορίζονται ρητώς συγκεκριμένοι ρόλοι και ευθύνες που είναι κατανοητές για τον καθένα και αλληλοσυμπληρώνονται". Στην Κλινική Διακυβέρνηση οι διοικητικές πρακτικές αφενός και οι κλινικές πρακτικές αφετέρου απαιτούν διακριτότητα στην αποτελεσματική διακυβέρνηση, θεμελιώδη αρχή αποτελεί ο διαχωρισμός των καθηκόντων και των ευθυνών μεταξύ των ρόλων που

προαναφέραμε . Σε μια ποιοτική μελέτη περιπτώσεων τριών υγειονομικών αρχών του Ηνωμένου Βασιλείου, ο Marshall (1999) διαπίστωσε ότι η ασάφεια ρόλων και ευθυνών ήταν εμπόδια στη διαχείριση της βελτίωσης της ποιότητας. Η συναίνεση, η συνεργασία και η ανάληψη προσωπικής ευθύνης όλων των εμπλεκόμενων στο χώρο της υγείας αποτελεί κομβικό σημείο χάραξης πολιτικής προκειμένου να εφαρμοστεί η Κ.Δ, σε συνδυασμό με τις αξιολογήσεις που αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών κατανοείται ο τρόπος λειτουργίας και εφαρμογής των συστατικών δομών και διαδικασιών επισημαίνοντας τα σημεία που επιδέχονται βελτίωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ορισμός της Ποιότητας στο Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας (NHS)

Το Τμήμα Υγείας της Μ. Βρετανίας (DoH) έχει αποσαφηνίσει ότι η Ποιότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μ. Βρετανίας περιλαμβάνει τα εξής τρία στοιχεία:

- Την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς και είναι μετρίσιμη τόσο με κλινικά αποτελέσματα όσο και με αποτελέσματα που σχετίζονται με τον ασθενή. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η κλινική αποτελεσματικότητα της περίθαλψης που παρέχεται στη Μ. Βρετανία παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία.
- Την ασφάλεια της θεραπείας και της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς και είναι πρωταρχικής σημασίας
- Την εμπειρία που έχουν οι ασθενείς για τη θεραπεία και τη φροντίδα που λαμβάνουν, κατά πόσο είναι θετική η εμπειρία που έχουν οι χρήστες του εθνικού συστήματος υγείας μπορεί να είναι ακόμη πιο σημαντική για το άτομο από ότι είναι η κλινικά αποτελεσματική φροντίδα.

Ενώ είναι σημαντικό να εντοπιστούν αυτά τα τρία ξεχωριστά στοιχεία είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι, αν και διαφορετικά, αποτελούν τις πτυχές υψηλής ποιότητας φροντίδας. Η ποιοτική διακυβέρνηση επιτυγχάνεται μόνο εάν και οι τρεις συνιστώσες είναι παρούσες εξίσου και ταυτόχρονα.

2.2 Ορισμός Ποιοτικής Διακυβέρνησης

Σε τελική ανάλυση, το διοικητικό συμβούλιο σε ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας είναι υπεύθυνο για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από όλες τις υπηρεσίες. Η ανάθεση ευθυνών σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας του οργανισμού επιτυγχάνεται μέσω ρυθμίσεων διακυβέρνησης. Πρωτίστως όμως το Διοικητικό Συμβούλιο είναι επιφορτισμένο να δημιουργήσει μια οργανωσιακή κουλτούρα που να εμπνέει τους επαγγελματίες υγείας να εργάζονται προσφέροντας τον καλύτερο τους εαυτό, να βελτιώνονται συνεχώς μαθαίνοντας από τα λάθη τους και να εντοπίζουν περιοχές που χρήζουν βελτίωσης, η δημιουργία της συγκεκριμένης κουλτούρας απαιτεί τη θέσπιση συστημάτων για τη μέτρηση και την παρακολούθηση της ποιότητας.

Με τον όρο ποιοτική διακυβέρνηση αναφερόμαστε στις αξίες ,τις συμπεριφορές , τις δομές και τις διαδικασίες που πρέπει να εφαρμοστούν για να μπορέσει το διοικητικό συμβούλιο να αναλάβει τις ευθύνες του για την ποιότητα. Οι ευθύνες του διοικητικού συμβουλίου για την ποιότητα είναι τρεις:

- Να διασφαλίσει ότι τα βασικά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας όπως καθορίζονται από την Επιτροπή ποιότητας φροντίδας Care Quality Commission (CQC) εφαρμόζονται από κάθε υπηρεσία που παρέχει ο οργανισμός
- Να διασφαλιστεί ότι η οργάνωση προσπαθεί να βελτιώσει συνεχώς τη ποιότητα και τα αποτελέσματα σε κάθε υπηρεσία.
- Να διασφαλιστεί ότι κάθε εργαζόμενος είτε έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς είτε οι αρμοδιότητες του έχουν άμεση επίπτωση στην περίθαλψη των ασθενών, έχει το κίνητρο και τη δυνατότητα να παρέχει αποτελεσματική, ασφαλή και ασθενοκεντρική φροντίδα.

Το εργαλείο μέτρησης της ποιοτικής διακυβέρνησης ορίζει την ποιοτική διακυβέρνηση ως εξής: "... ο συνδυασμός δομών και διαδικασιών, που θα οδηγήσει σε ποιοτικές επιδόσεις ώστε να:

- εξασφαλίζεται η επίτευξη των απαιτούμενων προτύπων
- διερευνείται και αναλαμβάνονται δράσεις σχετικά με τις επιδόσεις με βάση τα πρότυπα
- σχεδιάζονται και να δρομολογούνται συνεχείς βελτιώσεις
- εντοπίζονται, ανταλλάσσονται και διασφαλίζονται οι βέλτιστες πρακτικές
- προσδιορίζονται και να διαχειρίζονται οι κίνδυνοι για την ποιότητα της περίθαλψης "

Αυτός ο ορισμός επισημαίνει ότι το Διοικητικό Συμβούλιο ενός οργανισμού εντοπίζοντας τα παραπάνω στοιχεία εξασφαλίζει τον τρόπο εφαρμογής της ποιοτικής διακυβέρνησης.

2.3 Πλαίσιο Ποιοτικής Διακυβέρνησης

Στο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο ορισμός της ποιοτικής διακυβέρνησης από την άποψη των τεσσάρων συνιστωσών της:

- Στρατηγική
- Δυνατότητες και πολιτισμός.
- Διαδικασίες και δομές και
- Μέτρηση

Οι Επιτροπές Συμβούλων στο Τομέα της Υγείας πρέπει να εξετάζουν αυτές τις τέσσερις συνιστώσες όταν θέλουν να επανασχεδιάσουν τις δομές διακυβέρνησής και τα αποτελέσματα γύρω από την ποιότητα. Η διασφάλιση ότι υπάρχει ποιοτική διακυβέρνηση συνεπάγεται ότι αυτές οι συνιστώσες αλληλεπιδρούν ταυτόχρονα και ότι ο οργανισμός συμμορφώνεται τόσο με τα βασικά επίπεδα ποιότητας και ασφάλειας όσο και με την προσπάθεια για συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Στην επόμενη ενότητα, θα περιγράψουμε αναλυτικά το πλαίσιο της Ποιοτικής Κλινικής Διακυβέρνησης και τον τρόπο με τον οποίο τα Διοικητικά Συμβούλια χρησιμοποιώντας αυτά τα στοιχεία θα μπορούν να αξιολογήσουν την επάρκεια των διαδικασιών στον οργανισμό τους και να προτείνουν ενδεχόμενες βελτιώσεις, επίσης θα αναφέρουμε τις κατευθυντήριες γραμμές που θα υποστηρίξουν τα Διοικητικά Συμβούλια για την ανάπτυξη συνολικών διακανονισμών διακυβέρνησης.

Να επισημάνουμε ότι αυτές οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται από τους παρόχους φροντίδας υγείας, το Διοικητικό Συμβούλιο κάθε Οργανισμού όμως θα χρησιμοποιήσει αυτές που θεωρεί κατάλληλες για τις συγκεκριμένες ανάγκες ανάπτυξης και βελτίωσης του.

2.3.1 Η Στρατηγική

Ο σχεδιασμός της στρατηγικής προκειμένου να εφαρμοστεί η Ποιοτική Διακυβέρνηση των υπηρεσιών υγείας απαιτεί :

- Να ορίζονται οι προτεραιότητες για τη βελτίωση της ποιότητας και να θέτονται ρεαλιστικοί, μετρήσιμοι στόχοι.
- Να προσδιορίζονται οι κίνδυνοι για την ποιότητα και τα μέτρα που απαιτούνται για τον περιορισμό αυτών των κινδύνων και
- Να καθορίζεται το όραμα για την ποιότητα που να εμπνέει το προσωπικό, τους ασθενείς και την τοπική κοινωνία.

Η ικανοποίηση των παραπάνω απαιτήσεων προϋποθέτει την υποστήριξη και τη δέσμευση του Διοικητικού Συμβουλίου.

Η εμπιστοσύνη στην επιλογή συγκεκριμένης στρατηγικής πρέπει να επανεξετάζεται σε τακτική βάση με μια διαδικασία που περιλαμβάνει :

- Τον διάλογο και την πλήρη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των φορέων της τοπικής κοινωνίας.
- Την ανάλυση της συγκριτικής αποδοτικότητας του οργανισμού σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο με τη βοήθεια των δεικτών ποιότητας και συνεχή βελτίωση των επιδόσεων του οργανισμού με ανάθεση προτεραιοτήτων που αφορούν κυρίως τη βελτίωση της ποιότητας.
- Τη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες γραμμές ώστε να προσδιορίσει ο κάθε οργανισμός τι μπορεί να υιοθετήσει θέτοντας χρονοδιάγραμμα υλοποίησης

- Την αξιολόγηση των επιπτώσεων από την εφαρμογή της στρατηγικής για την αξιοποίηση και τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού.
- Σαφείς διαδικασίες και σαφώς καθορισμένες ευθύνες, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης της προόδου στην εφαρμογή της στρατηγικής.

Ο χώρος της Υγείας είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστικός σε αυτό συνέβαλε καθοριστικά η τεχνολογία υγείας που δημιούργησε ευκαιρίες και προκλήσεις όπως η πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα, θεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις, κατά συνέπεια και η στρατηγική αναθεωρείται και αναπροσαρμόζεται σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον οι στόχοι όμως που αφορούν την ποιότητα είναι σταθεροί, σαφείς και διαχέονται αποτελεσματικά σε όλους τους εμπλεκόμενους.

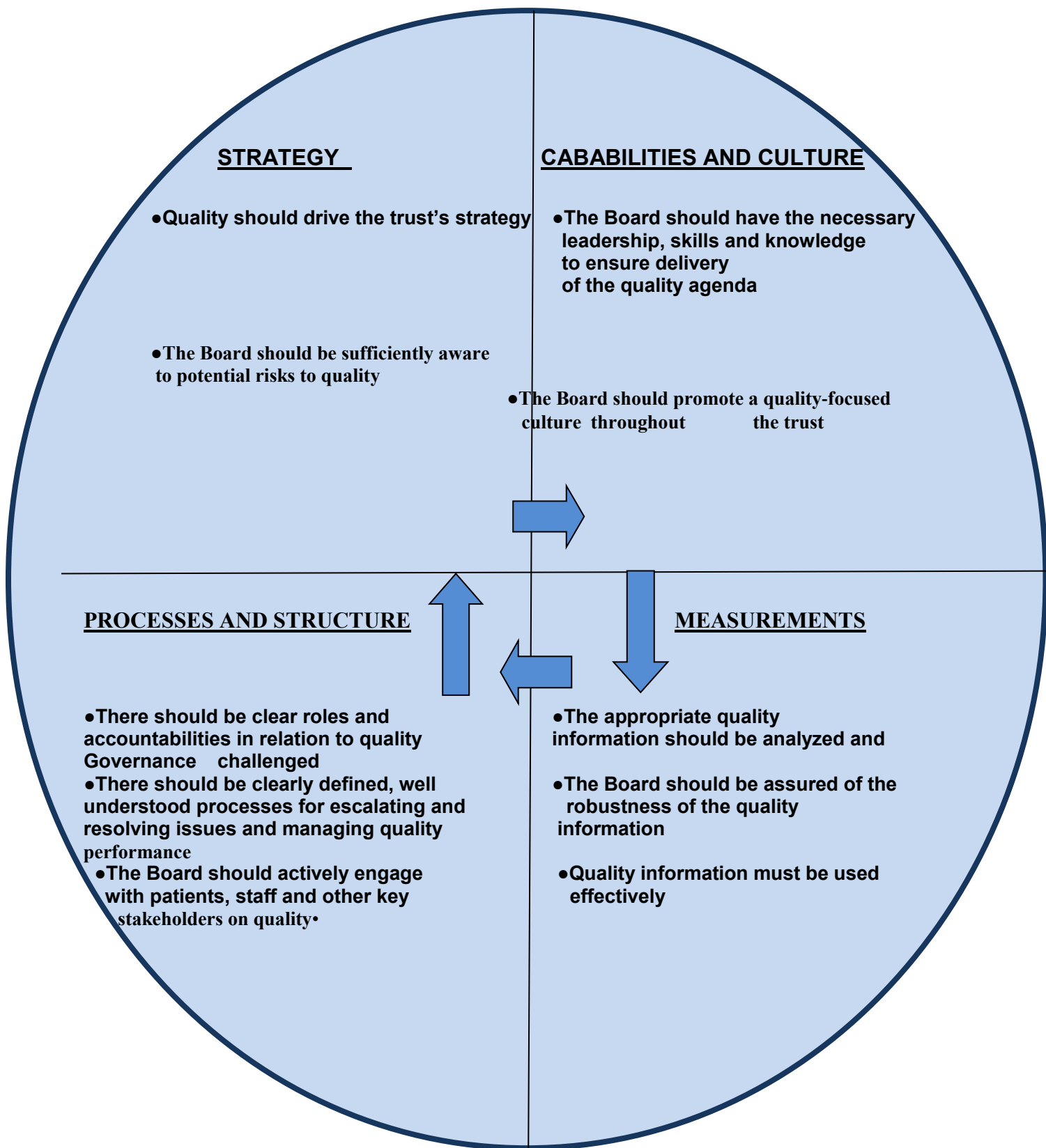
Η αντιμετώπιση υφιστάμενων και μελλοντικών κινδύνων για την ποιότητα στον οργανισμό με μέτρα στρατηγικής περιλαμβάνουν:

- Εποπτεία σχετικά με τη συμμόρφωση στα βασικά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας.
- Τακτική επανεξέταση των εκτιμήσεων κινδύνου
- Ανασκόπηση της τρέχουσας απόδοσης με κλινικούς ελέγχους, προγράμματα πιστοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας
- Επανεξέταση των συστάσεων για βελτιώσεις που προέκυψαν μετά από καταγγελίες

2.3.2 Δυνατότητες και Οργανωσιακή Κουλτούρα

Η οργανωσιακή κουλτούρα η οποία είναι προσανατολισμένη στην ποιοτική αποδοτικότητα θα πρέπει να διαθέτει την κατάλληλη ηγεσία τις γνώσεις και τις δεξιότητες, και τα διοικητικά συμβούλια να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην καλλιέργεια αυτής της κουλτούρας. Προκειμένου να εξασφαλίσουμε το υψηλότερο δυνατό επίπεδο οργανωσιακής κουλτούρας θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε τυχόν αποκλίσεις στους δείκτες ποιότητας και κινδύνου, να υποβάλλονται εκθέσεις για δείκτες χαμηλών επιπέδων που προκαλούν ανησυχία και επιτόπιες έρευνες στους τομείς και τις κλινικές. Οι Διευθυντές τμημάτων και κλινικών θα πρέπει να διαθέτουν αντίστοιχες ικανότητες και δεξιότητες όπως κλινικές δεξιότητες, οικονομικών της υγείας, ανάλυσης συστημάτων, διαχείρισης κινδύνων και διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού της υγείας. Η συμμετοχή των ασθενών είναι επιβεβλημένη για να λειτουργεί το σύστημα καταγγελιών που εξετάζει τις

καταγγελίες, ενημερώνει τους ασθενείς και απολογείται για τυχόν λάθη. Ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει σε μια τηλεφωνική έρευνα προσωπική συνέντευξη, συμπλήρωση ερωτηματολογίου, σε αξιολογήσεις μέσω διαδικτύου και σε online έρευνες. Η οργανωσιακή κουλτούρα με γνώμονα την ποιότητα επικοινωνεί αποτελεσματικά με ολόκληρο τον οργανισμό δημοσιεύοντας τους δείκτες υψηλής απόδοσης ασφάλειας και ποιότητας αλλά και τους δείκτες χαμηλής απόδοσης, δημοσιεύει επίσης τα αποτελέσματα των εσωτερικών κλινικών ελέγχων, τον αριθμό και τον τύπο των καταγγελιών, συμπεριλαμβανομένων λεπτομερών αναλύσεων για όλους τους τομείς στους οποίους σημειώθηκε αύξηση ή ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό καταγγελιών δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στο λεπτό χειρισμό των καταγγελιών.



2.3.3 Δομές και Διαδικασίες

Η ικανότητα και η οργανωσιακή κουλτούρα θα στηρίζουν την επιτυχή εφαρμογή μιας στρατηγικής ποιότητας, αλλά οι δομές και οι διαδικασίες που αναγνωρίζονται και κατανοούνται χτίζουν την εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι δομές και οι διαδικασίες σχετίζονται με την κατανόηση και την αναγνώριση των ευθυνών, την σαφήνεια των αρμοδιοτήτων και την υποστήριξη τους, την ευθυγράμμιση του συστήματος ανταμοιβών με τις ευθύνες, τον εντοπισμό ευκαιριών βελτίωσης της ποιότητας, τον εντοπισμό κινδύνων για την ποιότητα και την επίλυση προβλημάτων. Επίσης με τον κλινικό έλεγχο και τα συστήματα πιστοποίησης ασφάλειας και ποιότητας, την ανάλυση των δεικτών ποιότητας, την χρησιμοποίηση των πληροφοριών από τις καταγγελίες, το σύστημα αξιολόγησης των επιδόσεων και διαχείρισης ανεπαρκών επιδόσεων, επανεκπαίδευσης και αντικατάστασης προσωπικού.

2.4 Μέτρηση

Η μέτρηση αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας, τα αποτελέσματα των μετρήσεων αφορούν πέντε τομείς με θετικές ή αρνητικές τάσεις και συγκεκριμένα:

- Αποτροπή πρόωρου θανάτου ασθενών (όπου θα μπορούσαν να βοηθήσουν οι παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης)
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής για ασθενείς με μακροχρόνια νοσήματα
- Βοήθεια σε ασθενείς να ανακάμψουν από ένα πρόβλημα υγείας ή μετά από τραυματισμό
- Διασφάλιση ότι οι ασθενείς έχουν μια θετική εμπειρία φροντίδας
- Θεραπεία και φροντίδα των ασθενών σε ασφαλές περιβάλλον και αποφυγή βλάβης

Οι πληροφορίες που σχετίζονται με τα παραπάνω θα προέρχονται από στατιστικά στοιχεία των νοσοκομείων, έρευνες και μελέτες. Είναι λοιπόν σημαντικό να εξετάζονται και να αναλύονται οι διαθέσιμες και κατάλληλες πληροφορίες για όλους τους τομείς της ποιότητας που προαναφέραμε, να υπάρχει ένα αρκετά ευρύ φάσμα πληροφοριών για να αντικατοπτρίζει μια ολοκληρωμένη εικόνα. Ενδεικτικά οι σημαντικότερες πληροφορίες αφορούν τη θνησιμότητα στο νοσοκομείο, την κατάσταση υγείας των ασθενών, την ποιότητα ζωής των ασθενών, την εμπειρία των ασθενών από μια σειρά υπηρεσιών και τα σοβαρά περιστατικά ασφάλειας των ασθενών.

Η εξασφάλιση συνεχούς ροής πληροφοριών, που χαρακτηρίζονται από ακρίβεια, εγκυρότητα, επικαιρότητα και πληρότητα μπορεί να επιτευχθεί μέσω:

- Της ορθής πρακτικής στην τήρηση κλινικών αρχείων
- Των ελέγχων ακρίβειας και κωδικοποίησης
- Τους δείκτες ποιότητας δεδομένων

Οι αναλυτές πληροφοριών και οι στατιστικοί δεδομένων για την υγειονομική περίθαλψη, μπορούν να βοηθήσουν στην ερμηνεία των δεδομένων, στον εντοπισμό ουσιαστικών προβλημάτων και στην εφαρμογή καινοτόμων πρακτικών για τη στήριξη της βελτίωσης της ποιότητας.

2.4.1 Μέτρηση και Αξιολόγηση της Κλινικής Διακυβέρνησης

Οι διαθέσιμες επιλογές μέτρησης και αξιολόγησης σύμφωνα με τους Boland & Fowler (2000) κατηγοριοποιούνται σε δύο άξονες, τον έλεγχο εσωτερικό και εξωτερικό και τις δράσεις που θα προκύψουν υποστηρικτικές ή λογοδοσίας. Τα μέτρα για τη στήριξη της βελτίωσης της ποιότητας της κλινικής διακυβέρνησης, αφορούν την οργανωσιακή κουλτούρα και την οργανωτική ικανότητα του οργανισμού.

Ο κατακόρυφος άξονας προσδιορίζει εάν ο έλεγχος, θα γίνει κατόπιν εξουσιοδότησης είτε μέσα από τον οργανισμό ή εξωτερικά και ο οριζόντιος άξονας προσδιορίζει εάν οι επακόλουθες ενέργειες ελέγχου είναι υποστηρικτικές και διαμορφωτικές (θετικές) ή έχουν χαρακτήρα ποινικό (αρνητικές). Οι αρνητικές ενέργειες, συνεπάγονται την παραδοχή ότι η απόδοση είναι χαμηλή λόγω αναποτελεσματικότητας, οδηγώντας σε δράσεις όπως η μείωση της κατανομής των πόρων. Αντίθετα, οι θετικές ενέργειες συνεπάγονται την παραδοχή ότι η απόδοση είναι χαμηλή, διερευνώντας τους λόγους για τους οποίους προέκυψε η κατάσταση, με θετικές δράσεις όπως η αναδιανομή των πόρων και η ανάπτυξη του προσωπικού. Όταν οι άξονες συνδυάζονται προκύπτουν τέσσερις πιθανές επιλογές:

- 1⁰ Τεταρτημόριο : Εσωτερικός έλεγχος, θετικές δράσεις

Περιλαμβάνει τη Διαχείριση Ολικής Ποιότητας, τη συγκριτική αξιολόγηση και τον έλεγχο των στατιστικών διαδικασιών με υποστηρικτικές δράσεις, οι μετρήσεις γίνονται προκειμένου να υποστηριχθεί η βελτίωση της ποιότητας.

- 2⁰ Τεταρτημόριο : Εξωτερικός έλεγχος, θετικές δράσεις. Αυτό το τεταρτημόριο περιλαμβάνει εξωτερικούς φορείς, που είναι επιφορτισμένοι με τον έλεγχο της μέτρησης της απόδοσης και των

συστημάτων βελτίωσης της ποιότητας των οργανισμών, ο ρόλος τους είναι συμβουλευτικός και αφορά κυρίως τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός θα διασφαλίσει συνεχή βελτίωση, ώστε να διασφαλιστεί η συνεχής βελτίωση με υποστηρικτικές δράσεις.

●3⁰ Τεταρτημόριο : Εσωτερικός έλεγχος, αρνητικές δράσεις. Αυτό το τεταρτημόριο αφορά τη μέτρηση των δεδομένων για την παρακολούθηση της απόδοσης με ενδεχόμενες αρνητικές δράσεις.

●4⁰ Τεταρτημόριο : Εξωτερικός έλεγχος, αρνητικές δράσεις Όπως και στο τεταρτημόριο 3 παραπάνω, οι οργανισμοί κρίνονται εκ του αποτελέσματος βάση των μετρήσεων και ο εξωτερικός έλεγχος επιβάλλει τη λογοδοσία.

2.4.2. Εξωτερικές Αξιολογήσεις

Οι εξωτερικοί μηχανισμοί αξιολόγησης όπως η πιστοποίηση ποιότητας ISO 9000, το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διαχείριση της Ποιότητας (EFQM) και το μοντέλο RADAR, έχουν την ευθύνη για την επίβλεψη της απόδοσης, με την αυστηρή εφαρμογή απαιτητικών προτύπων. Ο τρόπος που θα εφαρμοστούν αυτά τα πρότυπα άλλοτε είναι εξαναγκαστικός και άλλοτε συμβουλευτικός και υποστηρικτικός, αντίστοιχα με τα τεταρτημόρια Boland and Fowler (2000) που περιγράφηκαν παραπάνω. Η χρησιμοποίηση της εξωτερικής αξιολόγησης επιφέρει νέες ισορροπίες εμπιστοσύνης και ελέγχου μεταξύ ασθενών, επαγγελματιών και πολιτικών. Συγκεκριμένα η πιστοποίηση ποιότητας ISO 9000 όπως αναφέρει ο (Klazinga 2000)"που εφαρμόζεται για την υγειονομική περίθαλψη, συμβάλλει στην ενίσχυση του προσανατολισμού της διαδικασίας αλλά δεν παρέχει καμία διαβεβαίωση ως προς την καταλληλότητα στην επιλογή των θεραπειών για τους ασθενείς ή τα αποτελέσματα της υγείας. Επίσης ο (Shaw 2000) αναφέρει "τα πρότυπα ISO 9000 σχετίζονται κυρίως με τις διοικητικές διαδικασίες στις οποίες χρησιμοποιούνται συχνότερα στα τμήματα τεχνολογίας υγείας όπως τα εργαστήρια.

2.4.3 Διεθνής Οργανισμός Προτύπων (International Organization for Standardization (ISO) 9001

Ο Διεθνής Οργανισμός Προτύπων (International Organization for Standardization (ISO) με το νέο πρότυπο ISO 9001, βελτίωσε την αποτελεσματικότητα του με τα είκοσι στοιχεία που εμπεριέχει. όπως διοικητικές όσο και κλινικές ενέργειες, σύστημα διαχείρισης ποιότητας, εσωτερικούς και εξωτερικούς ελέγχους για τη διατήρηση της ακεραιότητας του συστήματος διαχείρισης ποιότητας, έλεγχος του σχεδιασμού για νέες ή πρόσθετες υπηρεσίες, έλεγχος εγγράφων και δεδομένων για έγκαιρη και εύκολη πρόσβαση στις πληροφορίες και τις οδηγίες, αγορές και δαπάνες για τους

παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας την ακριβή και έγκαιρη αγορά υλικών και προμηθειών, έλεγχος και αναγνώριση προϊόντων που παρέχονται στους χρήστες υπηρεσιών υγείας, ταυτοποίηση ασθενών και σύνδεση με το αρχείο των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών, έλεγχος διαδικασιών καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Επιθεώρηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση της φροντίδας του ασθενούς, από την εισαγωγή μέχρι την έξοδο, με την απαραίτητη επαλήθευση ότι έχουν πραγματοποιηθεί τα παραπάνω. Επίσης τον έλεγχο μη συμμόρφωσης προϊόντος και υπηρεσίας, την αξιολόγηση και αποτροπή της μη συμμόρφωσης, όπου το ISO 9001 έχει τη δυνατότητα προληπτικής /διορθωτικής δράσης εντοπίζει τις μη συμμορφώσεις και οδηγεί τις διορθωτικές ενέργειες. Ο χειρισμός, αποθήκευση, συσκευασία, συντήρηση και παράδοση, που καλύπτει θέματα από το χειρισμό των ασθενών και ιατρικών προμηθειών, μέχρι τη συντήρηση και τη διάθεση ιατρικών προμηθειών. Ο έλεγχος αρχείων ποιότητας για έγγραφα και δεδομένα που πρέπει να αποθηκεύεται για λόγους αστικής ευθύνης. Εσωτερικοί έλεγχοι ποιότητας από εσωτερικούς ελεγκτές, που έχουν πιστοποιητικά ποιοτικής κατάρτισης. Εκπαίδευση που να διασφαλίζει ότι οι εργαζόμενοι έχουν τις απαιτούμενες δεξιότητες για να κάνουν τη δουλειά τους. Συντήρηση, που να μπορεί να καλύψει τον εξοπλισμό εξυπηρέτησης ή την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς. Στατιστικές τεχνικές που υποστηρίζουν τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης, δίνοντας σημαντική εικόνα για την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Όλα τα πρότυπα του συστήματος διαχείρισης ISO, είναι σχεδιασμένα ώστε να ενσωματώνονται στα υπάρχοντα συστήματα διαχείρισης ενός οργανισμού όπως για παράδειγμα το ISO/TC 76, το ISO/TC 84, το ISO/TC 94, το ISO/TC 121, το ISO/TC 157, το ISO/TC 168, το ISO/TC 170, το ISO/TC 173, το ISO/TC 181, το ISO/TC 249, το ISO/TC 283 που αφορούν το χώρο της υγείας. (International Organization for Standardization ISO, 2015)

2.4.4 Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Διαχείρισης Ποιότητας (EFQM)

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διαχείριση της Ποιότητας (EFQM) τονίζει την διαδικασία της αυτοαξιολόγησης και τον εντοπισμό δυνατών και αδύναμων σημείων, χρησιμοποιώντας τις κατευθυντήριες αρχές των παρακάτω κριτηρίων. Το μοντέλο αριστείας EFQM EM (Excellence Model) αποτελείται από εννέα κριτήρια εκ των οποίων τα πέντε σχετίζονται με τους παράγοντες ηγεσία, άνθρωποι, πολιτική, στρατηγική, εταιρική σχέση, πόροι και διαδικασίες και τα τέσσερα με τα αποτελέσματα (τα αποτελέσματα των ανθρώπων, τα αποτελέσματα των πελατών, τα

αποτελέσματα της κοινωνίας και τα βασικά αποτελέσματα απόδοσης) καθορίζοντας ‘‘ εξαιρετικές πρακτικές’’

2.4.5 Μοντέλο RADAR

Το μοντέλο RADAR μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της επιτυχίας και τον καθορισμό στόχων βελτίωσης μέσω αυτοαξιολόγησης, με τον εντοπισμό των ελλείψεων αναπτύσσουν ένα πρόγραμμα αλλαγών. Το ακρόνυμο RADAR σημαίνει results (αποτελέσματα), approach (προσέγγιση), deploy (αξιοποίηση), assess (αξιολόγηση), review (επανεξέταση), αναλυτικότερα προσδιορισμός των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων, σχεδιασμός της προσέγγισης για την επίτευξη των αποτελεσμάτων, αξιολόγηση και επανεξέταση των προσεγγίσεων με τακτικές μετρήσεις

2.4.6 Συγκριτική Αξιολόγηση

Η συγκριτική αξιολόγηση έχει οριστεί ως η αναζήτηση βέλτιστων πρακτικών άλλων οργανισμών, η σύγκριση, η μελέτη και η εφαρμογή τους με στόχο τη βελτίωση του οργανισμού που τις υιοθετεί. Η έμφαση δίνεται επομένως, στη μεταφορά της υποδειγματικής πρακτικής ενός οργανισμού σε έναν άλλο οργανισμό. Το κύριο πλεονέκτημα που αξιόνεται είναι, η ικανότητά εντοπισμού πρακτικών που αποδεικνύουν την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών (Dence 1995).

2.4.7 Εσωτερικές Αξιολογήσεις

Η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των δεικτών απόδοσης και ο στατιστικός έλεγχος προκειμένου να εντοπιστούν οι αιτίες διακύμανσης των δεικτών, είναι τα συστατικά της διαδικασίας της εσωτερικής αξιολόγησης. Απαιτείται ο σχεδιασμός, των ορίων έλεγχου διακύμανσης των μέσων τιμών, προκειμένου να εντοπιστούν οι αποκλίσεις και οι αιτίες που τις προκαλούν, οι συνήθεις κοινές αιτίες, δεν παρουσιάζουν αποκλίσεις εκτός ορίων και οφείλονται σε εσωτερικούς παράγοντες και ενδεχόμενη αλλαγή διαδικασίας. Αντίθετα, η ειδικές αιτίες, δεν εμπίπτουν στα όρια ελέγχου και οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες η μείωση τους απαιτεί, την αναγνώριση και τη δράση, σχετικά με την ειδική αιτία (Mohammed et al., 2001).

2.4.8 Ειδικά μέτρα κλινικής διακυβέρνησης

Οι οδηγίες αυτοαξιολόγησης και ανάπτυξης κλινικής διακυβέρνησης πρέπει να καλύπτουν πέντε τομείς κλινικής διακυβέρνησης:

- Τις οργανωτικές ρυθμίσεις, για παράδειγμα, την ηγεσία του διοικητικού συμβουλίου, την ανταλλαγή ορθών πρακτικών.

- Την εξέλιξη του προσωπικού
- Τη διαχείριση γνώσεων και πληροφοριών
- Την διαχείριση της κλινικής αποτελεσματικότητας
- Την διαχείριση του κινδύνου

Τα εργαλεία μέτρησης της προόδου της κλινικής διακυβέρνησης θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία και εγκυρότητα και να καλύπτουν όλα τα επίπεδα κλινικής διακυβέρνησης. Προτείνονται δύο τέτοια μέτρα, το πρώτο μετρά το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στο επίπεδο της αντίληψης του προσωπικού, και το δεύτερο μετρά, την οργανωτική πρόοδο σε επίπεδο τμήματος / διεύθυνσης και διοικητικού συμβουλίου. Ο μακροπρόθεσμος στόχος της κλινικής διακυβέρνησης, αφορά στη βελτίωση της ποιότητας και συνεπάγεται εκτεταμένες πολιτιστικές αλλαγές. "Πάνω από όλα, η κλινική διακυβέρνηση αφορά την αλλαγή της οργανωτικής κουλτούρας με ένα συστηματικό και αποδεδειγμένο τρόπο, απομακρύνοντας από μια κουλτούρα το "φταίξιμο" και υιοθετώντας "το μαθαίνουμε από λάθη μας".(NHSE 1999: σελ. 5). Οι οργανισμοί της υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να διαθέτουν μια ομοιογενή κουλτούρα, η οποία θα μετατοπίζεται από μια ανεπιθύμητη παρούσα κατάσταση, σε μια άλλη, πιο επιθυμητή. Ωστόσο, η ομοιογένεια είναι ασυμβίβαστη με το χώρο της υγείας, που αποτελείται από πολλαπλές επαγγελματικές κουλτούρες, με διαφορετικό σύστημα αξιών και εξουσίας. Η πολύπλοκη αλληλεξάρτηση ατόμων και ομάδων στο χώρο της υγείας, στην οποία ο καθένας μπορεί να επιδιώκει διαφορετικούς στόχους, δημιουργεί υποκουλτούρες, απαιτείται λοιπόν από την ηγεσία να εξετάζει τις ανάγκες και τα κίνητρα των επαγγελματιών υγείας και να ενθαρρύνει τη συμμετοχή τους. Επίσης η αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας απαιτεί τον εντοπισμό των προτεραιοτήτων και των ελλείψεων στις οργανωτικές δομές.

2.5 Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης (CGCQ) του Timothy Freemam

Το ερωτηματολόγιο που αφορά τη μέτρηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης (Clinical Governance Climate Questionnaire,CGCQ) του Timothy Freemam χρησιμοποιήθηκε σε μια σειρά μελετών από το Εθνικό Γραφείο Ελέγχου,(National Audit Office, NAO) του Ηνωμένου Βασιλείου, ως βασικό εργαλείο αξιολόγησης της κλινικής διακυβέρνησης και τα διατυπωθέντα πορίσματα παρουσιάστηκαν στο Βρετανικό Κοινοβούλιο. Οι δείκτες κλίματος κλινικής διακυβέρνησης που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο είναι 60 οι οποίοι εντάχθηκαν σε 6 παράγοντες-κατηγορίες:

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η κλινική διακυβέρνηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, η υλοποίηση της απαιτεί οργανωσιακή αλλαγή. Η θετική, αρνητική ή επιφυλακτική αντιμετώπιση της οργανωσιακής αλλαγής, εξαρτάται από την οργανωσιακή κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας.

Η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας αποτελείται από ένα σύνολο αξιών, πεποιθήσεων, αντιλήψεων, κανόνων και προτύπων συμπεριφοράς. Η οργανωσιακή κουλτούρα στους επαγγελματίες υγείας αντικατοπτρίζει την οργανωσιακή κουλτούρα όλου του συστήματος υγείας. Οι αποδοτικές συνεργασίες, το κοινό όραμα, η συμμετοχικότητα, η υποστηρικτική και ενθαρρυντική ηγεσία, η επαγγελματική αναγνώριση και ανέλιξη, αποτελούν ένα εποικοδομητικό σύμπλεγμα οργανωσιακής κουλτούρας παρέχοντας ολοκληρωμένες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

3.1 Ορισμοί Οργανωσιακής Κουλτούρας

Τον 18^ο αιώνα η μετεξέλιξη της γερμανικής λέξης Kultur χρησιμοποιείται για την «καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος» Williams (1983).

Η κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που εφευρέθηκαν, ανακαλύφθηκαν ή αναπτύχθηκαν από μια ομάδα προκειμένου να αντιμετωπιστούν κάποια προβλήματα, εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης με ικανοποιητικό τρόπο, ώστε να ισχύσουν και μελλοντικά. Ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά μπορεί να διδαχθεί σε νέα μέλη. Η κουλτούρα είναι ένα αποτέλεσμα μάθησης μέσα από την ομαδική εμπειρία. Περιέχει όχι μόνο το «είναι» αλλά και το «γίνεσθαι» και τη συνδέει επίσης και με την άσκηση ηγεσίας που υποστηρίζει ότι, οι ηγέτες θα πρέπει να μπορούν να διοικήσουν διαφορετικούς τύπους κουλτούρας και να έχουν την ικανότητα, να την διαφοροποιούν όταν χρειάζεται. Τονίζει, ότι υπάρχουν διάφορες εξηγήσεις στον τρόπο σχηματισμού της κουλτούρας και αναφέρει τρία ρεύματα, θεωρίες που συμβάλουν στον σχηματισμό της. Την ψυχοδυναμική θεωρία ή δυναμική της ομάδας, τη θεωρία της ηγετικής συμπεριφοράς και τη θεωρία μάθησης Schein (1985).

Επίσης ο G. Hofstede επισημαίνει ότι σε περιπτώσεις που ο οργανισμός έχει ήδη διαμορφώσει συγκεκριμένη οργανωσιακή κουλτούρα και αναλαμβάνει νέα ηγεσία υπάρχουν μεγαλύτερες δυσκολίες. Ακόμη και με τη χρήση εξελιγμένων διαχειριστικών εργαλείων, οι ηγέτες μπορεί να μην

είναι σε θέση να αλλάξουν τις βασικές υποθέσεις μέσα σε έναν οργανισμό, καθώς τα βαθύτερα επίπεδα οργανωσιακής κουλτούρας είναι πολύ δύσκολο να αλλάξουν (HOFSTEDE 1990).

3.2 Επίπεδα Οργανωσιακής Κουλτούρας

Δύο από τα πιο σημαντικές και αναγνωρισμένες αναλύσεις επιπέδων οργανωσιακής κουλτούρας είναι του Hofstede et al. (1990) και του Schein (1992) που περιγράφονται παρακάτω.

3.2.1 Ανάλυση Επιπέδων Οργανωσιακής Κουλτούρας του G. Hofstede

Ο G. Hofstede (1991), υποστηρίζει πως επειδή όλοι οι άνθρωποι ανήκουν ταυτόχρονα σε περισσότερες από μία ομάδες, αναπόφευκτα εμπεριέχουν διαφορετικά επίπεδα “πνευματικού προγραμματισμού”, που αντιστοιχούν σε διαφορετικά επίπεδα κουλτούρας. Για παράδειγμα:

- Το εθνικό επίπεδο. Κάθε άνθρωπος επηρεάζεται από τη χώρα που γεννήθηκε, τη χώρα ή τις χώρες στις οποίες έζησε και μεγάλωσε.
- Το Τοπικό, Θρησκευτικό και Γλωσσικό επίπεδο. Ακόμα και σε μία μεμονωμένη χώρα είναι σύνηθες το φαινόμενο να παρατηρούνται διαφορετικές ομάδες λόγω γεωγραφικής περιοχής, θρησκευτικών πεποιθήσεων και τοπικών διαλέκτων.
- Το επίπεδο Φύλου. Πρόκειται για διαφορετικές κουλτούρες που δημιουργούνται στους άντρες και στις γυναίκες.
- Το επίπεδο Γενιάς. Διαφορετική κουλτούρα έχουν οι νεώτερες γενεές από τις παλαιότερες (παιδιά –γονείς -παππούδες).
- Το επίπεδο κοινωνικής τάξης. Αφορά στο επίπεδο μόρφωσης, στο επάγγελμα και στις διαφορετικές κάστες που δημιουργούνται σε μία κοινωνία.
- Το Οργανωσιακό Επίπεδο. Σχετίζεται με τη κοινωνικοποίηση των εργαζομένων στους οργανισμούς που απασχολούνται.

Το μοντέλο Hofstede περιγράφει έξι διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας οι οποίες είναι:

- Διαφορά δύναμης ισχύος, δηλαδή κατά πόσο τα λιγότερο ισχυρά μέλη ενός οργανισμού αποδέχονται την άνιση κατανομή εξουσίας και την αριθμητική ανισότητα μεταξύ των αδύναμων και των ισχυρών.
- Αποφυγή αβεβαιότητας, σημαίνει εάν αισθάνονται άβολα ή οικεία τα μέλη ενός οργανισμού όταν βιώνουν νέες, άγνωστες, και διαφορετικές από τις συνηθισμένες καταστάσεις, αυτό εξαρτάται από το εάν η κουλτούρα αποφεύγει ή προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα τέτοιων καταστάσεων με αυστηρούς κώδικες συμπεριφοράς, νόμους και κανόνες, αποδοκιμάζοντας τις αποκλίνουσες απόψεις.
- Ατομικισμός / Συλλογικότητα, η ατομικότητα από τη μία πλευρά έναντι της συλλογικότητας, ο βαθμός δηλαδή ενσωμάτωσης σε ομάδες από τα μέλη ενός οργανισμού, η κουλτούρα που ευνοεί τον ατομικισμό, οι δεσμοί μεταξύ των ατόμων είναι χαλαροί, ο καθένας αναμένεται να φροντίσει τον εαυτό του και την άμεση οικογένειά του.
- Διαφορετικότητα φύλλου, αναφέρεται στην κατανομή των αξιών μεταξύ των φύλων, εάν οι αξίες των γυναικών διαφέρουν λιγότερο ή απόλυτα από τις αξίες των ανδρών, εάν οι αξίες των ανδρών εμπεριέχουν δυναμισμό και ανταγωνισμό, η κουλτούρα της κοινωνίας και της χώρας καθορίζει το χάσμα μεταξύ των αξιών των ανδρών και των γυναικών.
- Μακροπρόθεσμος / βραχυπρόθεσμος Προσανατολισμός. Η διάσταση αυτή αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται έντονα με την οικονομική ανάπτυξη, ο μακροπρόθεσμος προσανατολισμός, σχετίζεται με την κουλτούρα της θεωρίας του Κομφούκιου, που αφορά το δυναμισμό της εργασίας και οι αξίες που εντοπίστηκαν στον μακροπρόθεσμο προσανατολισμό ήταν η επιμονή, η θλίψη, οι σχέσεις διαταγών ανά επίπεδο και η αίσθηση της ντροπής. Οι αξίες στο βραχυπρόθεσμο προσανατολισμό, ήταν οι κοινωνικές υποχρεώσεις, ο σεβασμός στην παράδοση, η προστασία της προσωπικότητας του ατόμου και η προσωπική ισορροπία και σταθερότητα. Να επισημάνουμε ότι αυτή η πέμπτη διάσταση ενσωματώθηκε για πρώτη φορά στο μοντέλο του Hofstede, στο βιβλίο του "Cultures and Organizations: Software of the Mind (Hofstede, 1991). Ο G. Hofstede αναφέρει και τον Michael Minkov, Βούλγαρο γλωσσολόγο και κοινωνιολόγο, όπου στο βιβλίο του "what makes us different and similar: A new interpretation of the World Values Survey and other cross-cultural data" Minkov, M. (2007) Sofia, Bulgaria: Klasika i Stil. Αναλύει τρεις νέες διακρατικές διαστάσεις αξιών

που εξάγονται από τα πρόσφατα δεδομένα της Έρευνας Παγκόσμιων Αξιών, (World Values Survey WVS), οι οποίες είναι ο αποκλεισμός έναντι της συμμετοχικότητας, η ικανοποίηση έναντι της συγκράτησης και η σταθερότητα έναντι της ευελιξίας. Ο G. Hofstede αναφέρει ότι η πρώτη διάσταση του Michael Minkov συσχετίζεται έντονα με τη διάσταση Ατομικισμός / Συλλογικότητα που αναφέρει και ο ίδιος και επίσης ότι η διάσταση της σταθερότητας έναντι της ευελιξίας είναι μέτρια αλλά σημαντικά συσχετισμένη με τον βραχυπρόθεσμο / μακροπρόθεσμο προσανατολισμό.

- **Επιείκεια / συγκράτηση**

Η επιείκεια σημαίνει, μια κοινωνία που επιτρέπει σχετικά την ελεύθερη ικανοποίηση των βασικών και φυσικών ανθρώπινων επιθυμιών που σχετίζονται με την απόλαυση της ζωής και ο περιορισμός σημαίνει, μια κοινωνία που ελέγχει και συγκρατεί την ικανοποίηση των αναγκών μέσω αυστηρών κοινωνικών κανόνων. Geert Hofstede “Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Modeling Context” (12-1-2011)

3.2.2 Ανάλυση Επιπέδων Οργανωσιακής Κουλτούρας του Schein

Η οργανωσιακή κουλτούρα σύμφωνα με τον Schein (2010) μπορεί να αναλυθεί σε τρία επίπεδα. Αυτά τα επίπεδα κυμαίνονται από τις πολύ φανερές παραδοχές που μπορεί κάποιος να δει και να αισθανθεί, μέχρι τις βαθειά ενσωματωμένες ασυνείδητες βασικές παραδοχές. Μεταξύ αυτών των επιπέδων υπάρχουν διάφορες έμπρακτες πεποιθήσεις, αξίες, νόρμες, και κανόνες συμπεριφοράς, που χρησιμοποιούν τα μέλη ενός οργανισμού ως ένα τρόπο απεικόνισης της κουλτούρας, στον εαυτό τους και στους άλλους.

- Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει στοιχεία που γίνονται αντιληπτά σε μια πρώτη επαφή με μια οργανωσιακή κουλτούρα, όπως η οργάνωση ενός εργασιακού χώρου, καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού ορατές προς τρίτους, όπως δραστηριότητες, γλώσσα, σηματοδοτήσεις γραφείων, τελετές, ο τρόπος ενδυμασίας (dress code), το φυσικό περιβάλλον, οι οργανωτικές δομές και οι διεργασίες, οι τρόποι επικοινωνίας μεταξύ των μελών, ο τρόπος της εκτέλεσης του διευθυντικού έργου και η ιστορία της οργάνωσης. Τα μέλη που υιοθετούν την ίδια κουλτούρα, πιθανώς να μην γνωρίζουν τις εκδηλώσεις της, αλλά αυτές είναι δυνατό να αναγνωριστούν άμεσα από τον καθένα. Από την πλευρά του ερευνητή, οι εκδηλώσεις είναι τα πιο προσβάσιμα από όλα τα στοιχεία της κουλτούρας.

- Στο δεύτερο επίπεδο εντοπίζονται οι διάφορες αξίες, οι κανόνες και τα πρότυπα συμπεριφοράς, που αν και όχι πάντα ορατά, γίνονται πολύ ευκολότερα αντιληπτά. Σημαντικό επίπεδο οργανωτικής κουλτούρας διότι σχετίζεται με την στρατηγική, τους στόχους και τη φιλοσοφία της επιχείρησης. Η ομάδα εκπαιδεύεται και ενστερνίζεται τις πεποιθήσεις και τις αξίες του οργανισμού. Οι μοιραζόμενες αξίες, αποτελούν τους αόρατους νόμους με τους οποίους τα μέλη αντιλαμβάνονται, σκέπτονται και αισθάνονται όταν προβαίνουν σε μια ενέργεια, ως μέλη της επιχείρησης (μέσα επίλυσης προβλημάτων, εργασιακές σχέσεις). Εάν οι ενστερνιζόμενες αξίες και πεποιθήσεις συμφωνούν με τις βασικές παραδοχές, τότε οδηγούμαστε σε μια ολοκληρωμένη κουλτούρα και αποτελεί μια πηγή ταυτότητας για τα μέλη της.

- Τέλος, στο τρίτο και πιο επιφανειακό επίπεδο, βρίσκονται οι βασικές παραδοχές. Πρόκειται για τους μη ορατούς, αλλά προσδιορίσιμους λόγους για τους οποίους τα μέλη μιας ομάδας αντιλαμβάνονται, σκέπτονται και αισθάνονται με ένα συγκεκριμένο τρόπο, σε ότι αφορά στο εξωτερικό περιβάλλον και στη λειτουργία της επιχείρησης. Η αποστολή του οργανισμού, ο τρόπος επίλυσης προβλημάτων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ο χρόνος και ο χώρος είναι βασικές παραδοχές ενός οργανισμού και είναι συνήθως σιωπηλές είτε αποδεκτές από τον οργανισμό είτε όχι. Οι βασικές παραδοχές προκύπτουν από το βαθμό συναίνεσης λόγω της επαναλαμβανόμενης επιτυχίας. Τείνουν να είναι αδιαμφισβήτητες και κατά συνέπεια είναι αδύνατον να αλλάξουν.

Η ανάλυση των παραπάνω επιπέδων αντανακλά και το είδος της κουλτούρας ως ισχυρής όταν χαρακτηρίζεται από ομοιογένεια, σταθερότητα, συνοχή και μεγάλη ένταση, από συγκλίνουσες προσδοκίες που στηρίζονται στους κανόνες, ενώ είναι ταυτόχρονα σε μεγάλο βαθμό αποδεκτή και διαφοροποιημένη, ή μη ισχυρής, αδύναμης, όταν η οργανωσιακή κουλτούρα χαρακτηρίζεται από χαλαρούς δεσμούς μεταξύ των μελών, αβεβαιότητα ρόλων και ασάφεια στόχων.

Οι αξίες της ισχυρής κουλτούρας υιοθετούνται πιο έντονα και ευρύτερα, με αυξημένη δέσμευση και αποδοχή από την πλειοψηφία των μελών του οργανισμού, εμποδίζοντας τη δημιουργία ανταγωνιστικών συστημάτων εντός του οργανισμού. (Schein, 1985)

3.3 Χρησιμότητα Αλλαγής της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο της Υγείας

Στην ενότητα αυτή επιχειρούμε μια εκτεταμένη αναφορά στο άρθρο της Journal of Health Organization and Management "Sustaining organizational culture change in health systems." των Cameron David Willis, Jessie Saul, Helen Bevan, et al (2016), Vol. 30 Iss 1 pp. Επίσης η αναλυτική περιγραφή του "lean management" βασίζεται στην Innovation Series (2005) του Institute for Healthcare Improvement "Going Lean in Health Care" των James P. Womack, Arthur P. Byrne, Orest J. Fiume et al.

Η αλλαγή στην κουλτούρα ενός οργανισμού πρωτίστως συνεπάγεται ότι οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους μέσα στον οργανισμό και ακολούθως ότι αυτή η αλλαγή οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα παραγωγικότητας, ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ηθικού. Οι Kim S. Cameron, Robert E. Quinn επισημαίνουν ότι χωρίς αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας, υπάρχει μικρή ελπίδα για διαρκή βελτίωση της οργανωτικής απόδοσης.

Η διαρκής βελτίωση της αποδοτικότητας πρέπει να ενσωματωθεί στην κουλτούρα του οργανισμού, να γίνει το σύστημα φιλοσοφίας και διαχείρισης που καθοδηγεί τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στρατηγικούς στόχους. Αυτό σημαίνει ότι οι ηγέτες πρέπει να προβούν σε συγκεκριμένες δράσεις αλλάζοντας σταδιακά την οργανωσιακή κουλτούρα, κάποια στοιχεία που είναι σημαντικά για τον μετασχηματισμό της οργανωσιακής κουλτούρας, είναι τα ακόλουθα.

- Η σύσταση ομάδας καθοδήγησης σε κάθε δομή των υπηρεσιών υγείας η οποία θα έχει μελετήσει τη φιλοσοφία και τη μεθοδολογία της συνεχούς βελτίωσης των επιδόσεων.
- Η Συμμετοχή των Ιατρών είναι σημαντική για την αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας, όπως επίσης και οι εμπειρίες των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Υπάρχει ένας προβληματισμός στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το κατά πόσο η συνεχή βελτίωση της απόδοσης θα αλλάξει τη ζωή τους προς το καλύτερο.
- Υποστήριξη της Διοίκησης προκειμένου η συνεχής βελτίωση της απόδοσης να γίνει φιλοσοφία και σύστημα, με μια διοίκηση που θα έχει τη γνώση με προαπαιτούμενο τη θεσμική υποδομή.

"Οι προσπάθειες να εφαρμοστούν και να εξαπλωθούν οι αλλαγές πολύ γρήγορα μπορούν να βλάψουν την επίδραση και τη βιωσιμότητα αυτών των βελτιώσεων" (Buchanan και Fitzgerald, 2007), "μικρές κλιμακωτές αλλαγές είναι σημαντικές από μόνες τους και μπορούν να

συσσωρευτούν για να δημιουργήσουν πιο σημαντικές μορφές βελτίωσης της υπηρεσίας" (Buchanan and Fitzgerald, 2007).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι αλλαγές πρέπει να εκτυλίσσονται βαθμιαία και να είναι μικρής κλίμακας και να θεσμοποιούνται καθώς ξεκινά η διαδικασία της αλλαγής.

Ο Alinsky, ο οποίος προτείνει ότι «μια νέα ιδέα πρέπει να είναι τουλάχιστον διατυπωμένη στη γλώσσα των προηγούμενων ιδεών συχνά, πρέπει πρώτα να αναλύεται με στοιχεία/ χαρακτηριστικά του παρελθόντος» (Alinsky, 1971). Ομοίως, στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την οργανωτική αλλαγή, οι Austin και Claassen υποδηλώνουν ότι η επιτυχημένη αλλαγή χαρακτηρίζεται από απλότητα, βαθμό συγγένειας σε προηγούμενες πρακτικές και βαθμιαία ανάπτυξη με σταδιακά ή μικρά βήματα (Austin and Claassen, 2008). Οι πολιτικές που επιτρέπουν επαρκή χρόνο και πόρους για τη σταδιακή εισαγωγή της αλλαγής παρέχουν ευκαιρίες ευρείας συμμετοχής και πειραματισμού, αυξάνοντας την πιθανότητα να διατηρηθεί η αλλαγή (Edwards et al., 2007).) Επίσης όπως αναφέρουν οι (Day and Norris, 2007) οι υποκουλτούρες μπορεί να είναι λογικά σημεία εκκίνησης, καθώς η μεταβολή που γίνεται σταδιακά και προσαρμοσμένη στις ανάγκες και τις απόψεις συγκεκριμένων υποκουλτούρων μπορεί να συμβάλει στην προώθηση οργανωτικού πειραματισμού για την αξιολόγηση πιθανών ανθρώπινων, οικονομικών ή τεχνικών επιπτώσεων. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η διατήρηση της πολιτισμικής αλλαγής, απαιτεί από την πολιτική υγείας να θέτει ένα ευρύτερο μετασχηματιστικό όραμα, και στη συνέχεια να προωθεί συγκεκριμένες δράσεις που θεμελιώνουν θετικά, σταδιακά και επαναληπτικά τις εμπειρίες του παρελθόντος, λαμβάνοντας υπόψη το σημαντικό ρόλο των υποκουλτούρων.

3.4.1 Ο Ρόλος της Ηγεσίας

Οι αλλαγές συμβάλλουν στην ανάδειξη ποικίλων συμμετεχόντων από διάφορες υποκουλτούρες, οδηγώντας σε μεγαλύτερη εμπλοκή του προσωπικού, γεγονός που μπορεί με τη σειρά του να μειώσει το φόβο, να αυξήσει την αποδοχή και να προωθήσει την προθυμία να συμβάλουν στη διαδικασία της συνολικής αλλαγής. Το γεγονός ότι για τη δημιουργία βιώσιμης αλλαγής, επιτρέπετε σε όλους τους πιθανούς εμπλεκόμενους να συμβάλλουν στη διαδικασία αλλαγής μέσω διαφορετικών επιπέδων συμμετοχής είναι το κλειδί (Edwards et al., 2007). Για την ενίσχυση της κατανεμημένης ηγεσίας στην υλοποίηση και τη διατήρηση της αλλαγής κουλτούρας, είναι σημαντική η υποστήριξη υψηλού επιπέδου ηγεσίας όπως επίσης και η δύναμη της ηγεσίας να διατηρήσει την αίσθηση του "επείγοντος" καθορίζοντας συνεπείς κατευθύνσεις, ενισχύοντας τις

προσδοκίες και παρέχοντας πόρους (Lukas, 2007). Η γεφύρωση των οργανωτικών υποκοουλτούρων μέσω της ανταλλαγής ιδεών και προωθώντας μια συλλογική κατανόηση του οράματος, των στόχων και των προοπτικών. (Bloor, 1999).

Συμπερασματικά θα αναφέρουμε ότι υπάρχουν διαφορετικά μοντέλα ηγεσίας, που έχουν δύναμη, εξουσία και πόρους αλλά είναι αδύνατο να πετύχουν την αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας χωρίς να υπολογίσουν ότι και οι υποκοουλτούρες σε έναν οργανισμό έχουν δύναμη και επιρροή με εκπρόσωπους που έχουν ηγετικές ικανότητες θεωρείται σκόπιμο λοιπόν να κατανέμονται αρμοδιότητες και εξουσία. στις υποκοουλτούρες που θα συντονίζεται και θα συμπληρώνει την ηγεσία. Σημαντική παράμετρος θεωρείται και η δέσμευση του προσωπικού ότι θα συμμετέχει ενεργά και συνειδητά, με αφοσίωση στις διαδικασίες αλλαγής οργανωσιακής κουλτούρας. Η αφοσίωση του προσωπικού απαιτεί πλαίσια τα οποία υποστηρίζουν και ενθαρρύνουν τα κανάλια επικοινωνίας το συνεχή διάλογο και δέσμευση μεταξύ του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα της οργανωτικής ιεραρχίας και στις οργανωτικές υποκοουλτούρες (Chreim, 2010). Το προσωπικό που συμμετέχει στις διαδικασίες αλλαγής μπορεί να αισθάνεστε πιο ενισχυμένο και να υποστηρίζει τις προσπάθειες αλλαγής, ενώ εκείνοι που επιλέγουν να αποφύγουν τη δέσμευση ενδέχεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη αντίσταση (Bevan, 2012, Greenhalgh 2012, Chreim 2010, Ogbonna and Harris, 1998). Η αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας συνεπάγεται πρόσληψη προσωπικού ή τροποποίηση της ανάλυσης εργασίας με νέες ευθύνες και αρμοδιότητες που σχετίζονται με τη διαχείριση της αλλαγής προσδιορίζοντας με σαφήνεια τον επαγγελματικό ρόλο του κάθε εργαζόμενου.

Η αντίσταση στην αλλαγή περιγράφεται από τους (Austin και Claassen, 2008) ως εξής: Όταν η αλλαγή γίνεται αντιληπτή ως "απειλή για τις επαγγελματικές πρακτικές, τη θέση ή την ταυτότητα " (Austin και Claassen, 2008). Όταν η αλλαγή δεν λαμβάνει υπόψη τις επαγγελματικές αξίες και τις ταυτότητες για τους εργαζόμενους και τις υποκοουλτούρες, αυτό μπορεί να συμβάλλει στην αίσθηση της απώλειας (Austin και Claassen, 2008), που ενδεχομένως προκύπτουν σε αρνητική ή απρόβλεπτη συμπεριφορά από άτομα και ομάδες (Scott et al., 2003).

3.4.2 Μηχανισμοί Διατήρησης της Αλλαγής Οργανωσιακής Κουλτούρας

Το κλειδί για την έναρξη και τη διατήρηση της αλλαγής είναι η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο θα εργαστείτε καλύτερα ανταποκρινόμενοι στην εμβέλεια συναισθημάτων από τις αλλαγές μεγάλης

κλίμακας και πως θα βελτιωθούν οι υπάρχουσες κοινωνικές σχέσεις μεταξύ του προσωπικού σε συγκεκριμένες ομάδες (Wilson,2010).

"Τα στοιχεία των ποιοτικών σχέσεων και η εμπιστοσύνη μπορεί να υποκαταστήσει τους γραφειοκρατικούς και επίσημους μηχανισμούς ελέγχου "... η εμπιστοσύνη και η συνεργασία βοηθούν στη μείωση της αντίστασης στην αλλαγή (Chreim, 2010) Chreim , 2010). Αναλύοντας αυτή την διαπίστωση του Chreim η δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων που θα στηρίζονται στη συνεργασία και την εμπιστοσύνη μεταξύ του προσωπικού θα διευκολύνει τις λειτουργικές αλληλεξαρτήσεις και το στρατηγικό σχεδιασμό στο χώρο της υγείας, μειώνοντας τον φόβο που προκαλούν οι αλλαγές.

Για τη διατήρηση της αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας η δημιουργία ισχυρών σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ ανώτερων στελεχών είναι ζωτικής σημασίας (Mannion, 2011). Η μέθοδος Lean, (Poksinska, 2010) είναι ένα ισχυρό εργαλείο για τη διατήρηση της αλλαγής στην οργανωσιακή κουλτούρας και υποκουλτούρας.

3.4.3 Η εφαρμογή της μεθόδου “lean management” στο χώρο της υγείας

Η έννοια που ονομάζεται “lean management” συνδέεται με το σύστημα παραγωγής της Toyota, μεγάλο μέρος του τρόπου σκέψης βασίζεται στον W. Edwards Deming, ο οποίος δίδαξε, μεταξύ άλλων ότι οι διευθυντές θα πρέπει να επικεντρωθούν στη βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας και της ποιότητας του προϊόντος και όχι στις επιθεωρήσεις. Τι σημαίνει “lean thinking” με απλά λόγια χρησιμοποιώ λιγότερο για να κάνω περισσότερα. Το Ιατρικό Κέντρο Virginia Mason στο Σιάτλ της Ουάσιγκτον, χρησιμοποιεί τις αρχές “ lean” διοίκησης από το 2002. Πρωτίστως να αναφέρουμε ότι και οι 5.000 εργαζόμενοι στο Ιατρικό Κέντρο υποχρεούνται να παρακολουθήσουν τα μαθήματα "Εισαγωγή στην Lean", και πολλοί έχουν συμμετάσχει σε εβδομαδιαίες ταχύρρυθμες διαδικασίες βελτίωσης, που είναι εβδομαδιαίες συνεδρίες στις οποίες οι ομάδες αναλύουν τις διαδικασίες και προτείνουν, δοκιμάζουν και υλοποιούν βελτιώσεις. Οι βασικές αρχές “lean management” είναι οι εξής:

- **Ηγεσία:** Η εισαγωγή της απλής και ευέλικτης σκέψης σε έναν οργανισμό δεν μπορεί να γίνει αποσπασματικά, αλλά πρέπει να είναι μια στρατηγική ολόκληρου του συστήματος. Εκείνοι που βρίσκονται στην κορυφή του οργανισμού πρέπει να την οδηγήσουν, η εφαρμογή της απαιτεί σημαντική διαχείριση αλλαγών σε ολόκληρο τον οργανισμό, που μπορεί να είναι τραυματική και

δύσκολη. Η ισχυρή δέσμευση και η εμπνευσμένη ηγεσία είναι ουσιαστικής σημασίας για την επιτυχή προσπάθεια αυτής της πρόκλησης.

- Κουλτούρα: Η lean κουλτούρα διαφέρει από την παραδοσιακή κουλτούρα τόσο στις επιχειρήσεις όσο και στη φροντίδα υγείας. Οι κυριότερες διαφορές τους είναι:

Παραδοσιακή Κουλτούρα

Lean Κουλτούρα

Κλειστές Ομάδες

Διεπιστημονικές ομάδες

Μη ευέλικτη διοίκηση

Διοίκηση που καθοδηγεί και δίνει πρωτοβουλίες

Συγκριτική αξιολόγηση για να δικαιολογηθεί η μη ανάπτυξη: σχεδόν καλή ανάπτυξη

Αναζήτηση απόλυτης απόδοσης, απουσία μη χρήσιμων προϊόντων ή υπηρεσιών

Απόδοση κατηγοριών

Ριζική ανάλυση των αιτιών

Ανταμοιβές σε ατομικό επίπεδο

Ανταμοιβές σε επίπεδο ομάδας

Οι προμηθευτές είναι εχθροί

Οι προμηθευτές είναι σύμμαχοι

Απροσπέλαστες πληροφορίες

Διάχυση πληροφοριών

Η ποσότητα μειώνει το κόστος

Η αφαίρεση των μη χρήσιμων προϊόντων ή υπηρεσιών μειώνει το κόστος

Εσωτερική εστίαση

Εστίαση στον πελάτη

Μας οδηγούν οι ειδικοί

Μας οδηγούν οι διαδικασίες

Πηγή: A.P. Byrne, O.J. Fiume

Μία από τις προκλήσεις της υλοποίησης “lean management” στο χώρο της υγείας είναι ότι απαιτεί από τους εργαζόμενους να εντοπίζουν ποια υπηρεσία ή προϊόν δεν έχει αξία στο οποίο και οι ίδιοι επένδυσαν, ιδιαίτερα οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας θέλουν να αισθάνονται ότι το έργο τους είναι πολύτιμο. Αναγνωρίζοντας ότι πολλά από τα καθημερινά καθήκοντά τους δεν είναι τα πλέον κατάλληλα για τις δεξιότητες και την τεχνογνωσία τους, αλλά το κάνουν για να εξυπηρετούν τις ανάγκες των ασθενών. Η εφαρμογή του “lean management” χρειάζεται την συναίνεση των

εργαζομένων για να γίνει αυτό απαιτείται από τους ηγέτες να δημιουργήσουν μια ξεκάθαρη κατάσταση ότι καθοδηγούν τους εργαζόμενους στις σωστές επιλογές.

- Διαδικασία: Μια διαδικασία είναι ένα σύνολο ενεργειών ή βημάτων, καθένα από τα οποία πρέπει να ολοκληρωθεί σωστά με τη κατάλληλη σειρά, στον κατάλληλο χρόνο ώστε να είναι χρήσιμο για έναν πελάτη ή έναν ασθενή. Σε σύγκριση με άλλους οργανισμούς, ο χώρος της υγείας είναι πιο πολύπλοκος λόγω των πολλών εμπλεκόμενων στο σύστημα υγείας από τους επαγγελματίες υγείας, τους προμηθευτές τους ασφαλιστές και τις κυβερνητικές επιλογές το σημαντικότερο είναι κάθε βήμα της διαδικασίας να δημιουργήσει αξία στα μάτια του χρήστη υπηρεσιών υγείας, να είναι ικανό παράγοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα διαθέσιμο χωρίς καθυστερήσεις επαρκή με συνεχή ροή. Μια τέλεια διαδικασία όχι μόνο δημιουργεί αξία, αλλά επίσης προσφέρει επαγγελματική ικανοποίηση και θετική εμπειρία στους χρήστες υπηρεσιών υγείας.

Σημαντική για την επιτυχία της “lean management” είναι: Α) Η εφαρμογή της πολιτικής των “μη απολύσεων” (“No-Layoff”) και συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι δεν απολύονται εξαιτίας της μη επίτευξης υπαγορευμένων οικονομικών στόχων, αλλά δεν απαλλάσσονται λόγω κακής απόδοσης και ηθικών παραλείψεων. Με την πολιτική αυτή οι εργαζόμενοι θα δεσμευθούν περισσότερο και θα συμμετάσχουν στις διαδικασίες βελτίωσης που ορίζονται από τον χρήστη υπηρεσιών υγείας και όχι από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό σημαίνει ότι οι διαδικασίες επανασχεδιάζονται ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών.

Β) Το Σύστημα Προειδοποίησης Ασφάλειας Ασθενών αποτελεί μέρος μιας κουλτούρας στην οποία ο επαγγελματίας υγείας έχει τη δυνατότητα να σταματήσει τη διαδικασία φροντίδας εάν αντιληφθεί ότι κάτι δεν είναι σωστό. Ο επαγγελματίας υγείας ο οποίος ενεργοποιεί την ειδοποίηση, καλεί το τμήμα ασφάλειας ασθενών και οι αρμόδιοι φορείς της διαδικασίας έρχονται να αξιολογήσουν αμέσως την κατάσταση και να διεξαγάγει μια ανάλυση βασικών αιτίων. Οι ειδοποιήσεις αφορούν κατά κύριο λόγο ζητήματα συστημάτων, λάθη φαρμάκων και προβλήματα με εξοπλισμό ή / και εγκαταστάσεις. Institute for Healthcare Improvement Innovation Series (2005) “Going Lean in Health Care”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Το Ερωτηματολόγιο για τη Διάγνωση της Οργανωσιακής Κουλτούρας, των Cameron και Quinn

Οι Cameron και Quinn (1999) είχαν αναπτύξει το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της οργανωσιακής κουλτούρας ή Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) το οποίο μετράει την απόκλιση της υφιστάμενης από της επιθυμητή οργανωσιακής κουλτούρας στο πλαίσιο των ανταγωνιστικών αξιών. Σκοπός του (OCAI) είναι να εκτιμήσει έξι παραμέτρους που προσδιορίζουν με ακρίβεια την οργανωσιακή κουλτούρα και οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν.

Οι παράμετροι αυτές είναι οι εξής:

- Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά ενός οργανισμού, δηλαδή τι κλίμα επικρατεί στον οργανισμό
- Ο χαρακτήρας της ηγεσίας, δηλαδή το στυλ
- Η διοίκηση των εργαζομένων, το πώς αντιμετωπίζονται περιλαμβάνονται επίσης συστήματα αξιολόγησης και επιλογής
- Η οργανωτική συνοχή, τα στοιχεία εκείνα που διατηρούν τον οργανισμό ενωμένο.
- Οι στρατηγικές προτεραιότητες, που σχετίζονται με τη στρατηγική ανάπτυξη και το στρατηγικό σχεδιασμό
- Τα κριτήρια της επιτυχίας, δηλαδή πώς ορίζεται η επιτυχία περιλαμβάνοντας και το σύστημα ανταμοιβών.

Στις έξι αυτές παραμέτρους αντιστοιχούν ουσιαστικά έξι ερωτήσεις και σε κάθε μία ερώτηση εμφανίζονται τέσσερις εναλλακτικές επιλογές και κάθε μία εναλλακτική επιλογή αντιστοιχεί στον ανάλογο τύπο οργανωσιακής κουλτούρας. Οι εργαζόμενοι στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής καλούνται να αξιολογήσουν αυτές τις επιλογές με τη βαθμολόγηση τους και συγκεκριμένα να μοιράσουν 100 βαθμούς στις τέσσερις εναλλακτικές επιλογές, ώστε η βαθμολογία να έχει άθροισμα 100. Οι ερωτήσεις που συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία πλησιάζουν περισσότερο στα στοιχεία του Οργανισμού. Να αναφέρουμε ότι η παραπάνω διαδικασία πραγματοποιείται δύο φορές μία για την υφιστάμενη και μια για την επιθυμητή κουλτούρα του Οργανισμού.

4.2 Σχεδιασμός Διαδικασίας Αλλαγής Κουλτούρας των Cameron και Quinn

Ο σχεδιασμός της διαδικασίας αλλαγής κουλτούρας των Cameron και Quinn (1999,2006) περιλαμβάνει έξι βήματα που αποσκοπούν στην προώθηση της συμμετοχής των εργαζομένων, στην ελαχιστοποίηση της αντίστασης της αλλαγής, στο να διευκρινιστεί τι θεωρείται σημαντικό στη νέα οργανωσιακή κουλτούρα, τι θα παραμείνει αμετάβλητο για να εφαρμοστεί η αλλαγή. και ποιες συγκεκριμένες δράσεις θα ξεκινήσουν προκειμένου να εφαρμοστεί η αλλαγή. Τα έξι βήματα για την έναρξη της αλλαγής οργανωσιακής κουλτούρας είναι τα εξής:

A) Επίτευξη σχετικής ομοφωνίας / συναίνεσης για το ποια είναι η υφιστάμενη κουλτούρα.

Προσδιορισμός ενός συνόλου ατόμων μέσα στον οργανισμό τα οποία έχουν μια συνολική άποψη της οργανωσιακής κουλτούρας, να είναι επιβεβαιωμένο ότι τα άτομα αυτά θα εφαρμόσουν πρωτοβουλίες αλλαγής και ότι η αποδοχή τους είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση επιτυχούς προσπάθειας αλλαγής. Κάθε ένα από αυτά τα άτομα πρέπει να ολοκληρώσει το OCAI και να βαθμολογηθεί ο οργανισμός ο οποίος είναι ίδιος για όλους, διευκρινίζοντας ότι δεν πρέπει άλλοι να βαθμολογούν τον οργανισμό και άλλοι κάποιο τμήμα ή τομέα. Οι ομαδικές συναντήσεις αυτών των επιλεγμένων ατόμων ούτως ώστε να δημιουργηθεί μια γενική άποψη σύγκλισης της υφιστάμενης κουλτούρας, οι βαθμολογήσεις να μην αντανακλούν μέσες τιμές και να εξετάζονται προσεκτικά οι διαφορετικές απόψεις. Εάν ο αριθμός των ατόμων που θα συμπληρώσει το OCAI είναι μεγάλος θα διαχωριστεί σε υποομάδες και κάθε υποομάδα θα έχει μια ομόφωνη άποψη της κουλτούρας. Καμία βαθμολόγηση δεν αγνοείται Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να συζητηθούν οι παράγοντες που οδήγησαν κάθε άτομο να αξιολογήσει την κουλτούρα του οργανισμού με τον τρόπο που το έκανε. Αυτή η συζήτηση και η επίτευξη συναίνεσης είναι το πιο επικοινωνιακό στάδιο επειδή χτίζει την κατανόηση, ανοίγει γραμμές επικοινωνίας και διευρύνει την εκτίμηση διαφορετικών απόψεων. Η ολοκλήρωση του το OCAI επιτρέπει ξεχωριστά στον κάθε συμμετέχοντα να αντιληφθεί σε βάθος την οργανωσιακή κουλτούρα, να ενθαρρύνει τη συμμετοχή όλων και να προωθεί τη μέγιστη δυνατή πληροφόρηση που απαιτείται για την δημιουργία ενός συνολικού προφίλ οργανωσιακής κουλτούρας. Αφού επιτευχθεί συναίνεση για το υφιστάμενο προφίλ της οργανωσιακής κουλτούρας, συναντιούνται οι εκπρόσωποι από κάθε υποομάδα για να δημιουργήσουν ένα γενικό, συναινετικό προφίλ οργανωσιακής κουλτούρας. απευθύνοντας τα εξής ερωτήματα: Σε ποια βάση δώσατε τις βαθμολογήσεις; Τι οργανωτικές ή διοικητικές συμπεριφορές αντικατοπτρίζουν τις αξιολογήσεις σας; Τι αγνοείται στον οργανισμό σας; Τι έχει τη μεγαλύτερη αξία στα μέλη του οργανισμού; Είναι πλέον η οργάνωση διαφορετική από ότι ήταν στο παρελθόν; Ποια γεγονότα αντικατοπτρίζουν την

οργανωσιακή κουλτούρα του οργανισμού μας; Ποιες εκδηλώσεις οι συμβολισμοί απεικονίζουν με ακρίβεια την κουλτούρα;

B) Επίτευξη σχετικής ομοφωνίας / συναίνεσης για το ποια είναι η κουλτούρα που επιθυμούμε.

Στο δεύτερο βήμα επαναλαμβάνεται η διαδικασία του πρώτου βήματος, εστιάζοντας αυτή τη φορά στην επιθυμητή κουλτούρα, διαχωρίζοντας τις συζητήσεις που αφορούν την υφιστάμενη από την επιθυμητή κουλτούρα έτσι ώστε η μία μα μην είναι αντανάκλαση της άλλης. Με σκοπό να δημιουργήσετε την επιθυμητή κουλτούρα, θα πρέπει να συζητηθούν ερωτήματα όπως: Τι θα κάνει ο οργανισμός μας για να είναι πολύ επιτυχημένος στο μέλλον; Ποιες μελλοντικές απαιτήσεις θα αντιμετωπίσουμε από το περιβάλλον; Ποιες τάσεις πρέπει να γνωρίζουμε; Σε ποιούς τομείς θα θέλαμε να είμαστε πρωταγωνιστές; Πού υστερούμε σήμερα; Τι θα απαιτήσουν οι πελάτες ή οι ανταγωνιστές μας στο μέλλον; Για να υπερέχουμε στο χώρο μας, τι θα χρειαζόταν να αλλάξει μέσα στον οργανισμό μας; Σε αυτές τις συζητήσεις όλοι πρέπει να συμμετέχουν και κανενός η άποψη δεν αγνοείται. Τα άτομα παρέχουν όσο το δυνατόν περισσότερο αιτιολογημένα και αποδεδειγμένα στοιχεία που βασίζονται σε συγκεκριμένα παραδείγματα και επαληθευμένα δεδομένα. Η συζήτηση των θεμάτων αυτών θα πρέπει ομόφωνα να καθορίσει την επιθυμητή κουλτούρα προς την οποία ο οργανισμός πρέπει να κινηθεί. Υπενθυμίζοντας οι βαθμολογήσεις να μην αντανακλούν μέσες τιμές. Οι συζητήσεις αυτές είναι οι πιο σημαντικές πτυχές της όλης διαδικασίας.

Γ) Καθορισμός του τι σημαίνει και τι δεν σημαίνει η αλλαγή

Αφού καθοριστεί με τα παραπάνω βήματα η τρέχουσα και η επιθυμητή κουλτούρα, θα απεικονιστούν και θα επισημανθούν σε φόρμα οι διαφορές τους. Η απουσία μεγάλων αποκλίσεων δεν σημαίνει ότι δεν απαιτούνται σημαντικές αλλαγές. Οι μικρές μεταβολές μπορεί να είναι εξίσου σημαντικές με τις μεγάλες, είναι εξίσου δύσκολο να γίνουν μικρές αλλαγές σε έναν συγκεκριμένο τύπο κουλτούρας. Η περιοχή της ασυμφωνίας μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής κουλτούρας προσδιορίζει τις αλλαγές στις οποίες θα επικεντρωθούμε.

Το πιο σημαντικό μέρος αυτού του βήματος είναι από όσους συμμετέχουν στη διαδικασία να συμπληρώσουν τη φόρμα στο Σχήμα 8.1 Κάθε άτομο προσδιορίζει τι σημαίνει και τι δεν σημαίνει να τονίσει ένα ορισμένο τύπο κουλτούρας. Προχωρώντας σε ένα συγκεκριμένο τύπο κουλτούρας δεν σημαίνει ότι άλλοι τύποι κουλτούρας θα πρέπει να εγκαταλειφθούν ή να αγνοηθούν, σημαίνει ότι πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση σε ορισμένα στοιχεία ώστε η αλλαγή της κουλτούρας να είναι επιτυχής.

Οι ερωτήσεις που τίθενται είναι οι εξής: Ποια είναι τα χαρακτηριστικά που θέλουμε να τονίσουμε αν υιοθετήσουμε μια συγκεκριμένη κουλτούρα; Ποια χαρακτηριστικά θα έπρεπε να κυριαρχούν στη νέα μας κουλτούρα; Ποια χαρακτηριστικά θα πρέπει να περιοριστούν ή να εγκαταλειφτούν αν θέλουμε να απομακρυνθούμε από ένα συγκεκριμένο τύπο κουλτούρας; Ακόμη και αν και θα απομακρυνθούμε από ένα τύπο κουλτούρας, ποια χαρακτηριστικά θα διατηρηθούν; Τι εξακολουθεί να είναι σημαντικό στην υφιστάμενη κουλτούρα παρόλο που θα υιοθετήσουμε μια άλλη κουλτούρα; Πως θα αναγνωρίσουμε τη νέα κουλτούρα;

Σε αυτό το στάδιο η ομάδα πρέπει να καταλήξει με συναίνεση σχετικά με τους βασικούς παράγοντες που αναφέρονται στο κάθε τμήμα του Σχήματος 8.1 Δηλαδή, να προσδιορίσει τις βασικές ιδιότητες και αρχές που περιγράφουν τι σημαίνει και τι δεν σημαίνει η αλλαγή στο βαθμό έμφασης που δίνετε σε κάθε τύπο κουλτούρας. Να εξηγείται το Σχήμα 8.1 έτσι ώστε να γίνει κατανοητό πώς η κουλτούρα θα αλλάξει. Ο σκοπός αυτού του βήματος, είναι να δημιουργηθεί ένα ευρύ, συναινετικό όραμα για το τι επιθυμούμε μελλοντικά, ποια είναι τα σημαντικά στοιχεία του οργανισμού τι θα αλλάξει και τι όχι και τι θα διατηρηθεί ως πολύτιμο από την υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα.

Σύμφωνα με τους Kim S. Cameron & Robert E. Quinn τα τέσσερα είδη κουλτούρας είναι:

- Η κουλτούρα οικειότητας σε έναν οργανισμό τον καθιστά ως ένα πολύ φιλικό μέρος για να εργαστεί κάποιος, οι εργαζόμενοι είναι όπως μια μεγάλη οικογένεια. Οι ηγέτες, ή ο επικεφαλής του οργανισμού, θεωρούνται μέντορες και, ίσως ακόμη ως πατρική φιγούρα. Η πίστη, η παράδοση και η δέσμευση αποτελούν βασικές αρχές του οργανισμού. Ο οργανισμός τονίζει τα μακροπρόθεσμα οφέλη της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στη συνοχή και το ηθικό. Η επιτυχία ορίζεται με όρους, που δίνουν έμφαση στις ανάγκες και στις ιδιαιτερότητες των πελατών και των εργαζομένων. Επιβραβεύονται η ομαδική εργασία, η συμμετοχή και η συναίνεση.
- Η κουλτούρα της καινοτομίας σε έναν οργανισμό τον καθιστά ως ένα δυναμικό, επιχειρηματικό και δημιουργικό μέρος για να εργαστεί κάποιος. Οι εργαζόμενοι έχουν απεριόριστη ελευθερία να οργανώσουν την εργασία τους, να δημιουργούν και να αναπτύσσουν νέες ιδέες, να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και να παίρνουν ρίσκα. Οι ηγέτες θεωρούνται πρωτοπόροι και άτομα με δυναμισμό που αντιμετωπίζουν με αποτελεσματικότητα τους κινδύνους και δημιουργούν στρατηγικές συμμαχίες και συνεργασίες. Η επιτυχία ορίζεται με την παραγωγή μοναδικών και αυθεντικών

προϊόντων και υπηρεσιών. Η συνεκτικότητα του οργανισμού βασίζεται στη δέσμευση για πειραματισμό και καινοτομία.

- Η κουλτούρα της Ιεραρχίας σε έναν οργανισμό τον καθιστά ως ένα τυποποιημένο και δομημένο χώρο εργασίας, με σαφώς προκαθορισμένες και τυπικές σχέσεις. Οι εργαζόμενοι ακολουθούν τους ήδη υπάρχοντες κανόνες και διαδικασίες και η ατομική πρωτοβουλία είναι σε δεύτερο επίπεδο. Αυτός ο τύπος κουλτούρας υποστηρίζεται από πολύ καλά συστήματα πληροφοριών και επικοινωνίας και συναντάται κυρίως σε δημόσιες υπηρεσίες. Ο ρόλος της ηγεσίας είναι οργανωτικός και συντονιστικός ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή λειτουργία και ο απόλυτος έλεγχος. Η επιτυχία ορίζεται με όρους που δίνουν έμφαση στην αξιόπιστη γραφειοκρατική διαδικασία, στον προγραμματισμό και το χαμηλό κόστος. Η συνεκτικότητα του οργανισμού βασίζεται κυρίως στους τυπικούς κανόνες και στις αυστηρά προκαθορισμένες διαδικασίες που πρέπει να τηρούνται χωρίς εξαιρέσεις από το σύνολο των εργαζομένων.

- Ο Κουλτούρα της Αγοράς σε έναν οργανισμό τον καθιστά ως ανταγωνιστικό και παραγωγικό, με στόχο το κέρδος, προσηλωμένο στο έλεγχο, την σταθερότητα και στο εξωεπιχειρησιακό περιβάλλον που το θεωρεί εχθρικό. Οι εργαζόμενοι είναι ανταγωνιστικοί, φιλόδοξοι και προσανατολισμένοι στο στόχο τους. Οι ηγέτες εργάζονται σκληρά και είναι απαιτητικοί με τους υφισταμένους τους, έχουν ρόλο καθοδηγητή, παρακινώντας τους εργαζομένους για καλύτερη απόδοση και αποφασιστικοί καθορίζοντας τους στόχους και τις προσδοκίες του οργανισμού. Επιτυχία ορίζεται ως το μερίδιο και η διεύθυνση στην αγορά, η ανταγωνιστική τιμολόγηση και η ηγετική θέση στην αγορά. Η συνεκτικότητα του οργανισμού βασίζεται κυρίως στην έμφαση που δίνετε στη νίκη, στη φήμη και στις επιτυχίες.

Δ) Προσδιορισμός επεξηγηματικών ιστοριών

Η οργανωτική κουλτούρα μεταδίδεται καλύτερα και απεικονίζεται μέσα από ιστορίες (Martin, Feldman, Hatch και Sitkin, 1983, Martin and Powers, 1983). Δηλαδή, οι βασικές αξίες, οι επιθυμητοί προσανατολισμοί, η συμπεριφορά και οι αρχές που χαρακτηρίζουν τη νέα οργανωσιακή κουλτούρα είναι συνήθως πιο ξεκάθαρα όταν γνωστοποιούνται μέσω ιστοριών παρά από οποιοδήποτε άλλο τρόπο. Τα μαθήματα που πρέπει να μάθουν οι εργαζόμενοι για την κατάλληλη συμπεριφορά στη νέα κουλτούρα γνωστοποιούνται γρήγορα και με σαφήνεια με την επανάληψη ιστοριών που απεικονίζουν τις επιθυμητές αξίες, χαρακτηριστικά και ήθη.

Σε αυτό το στάδιο, επομένως, η ομάδα θα πρέπει να εντοπίσει δύο ή τρία περιστατικά ή γεγονότα που απεικονίζουν τις βασικές αξίες που θέλουν να μεταδώσουν στην μελλοντική οργανωσιακή κουλτούρα. Αυτά τα περιστατικά ή γεγονότα θα αναφέρονται στις ομαδικές συζητήσεις και θα πρέπει να συνδέονται με τον οργανισμό, έτσι ώστε οι εργαζόμενοι να ταυτίζονται με τις αξίες που απεικονίζονται. Οι ιστορίες αυτές αποτελούν το πιο ισχυρό μέσο επικοινωνίας και μετάδοσης της νέας κουλτούρας στους εργαζόμενους.

E) Ανάπτυξη στρατηγικού σχεδίου δράσης

Μετά την κατανόηση του τι σημαίνει και τι δεν σημαίνει η αλλαγή της υφιστάμενης κουλτούρας του οργανισμού, καθώς και ποιες αξίες πρέπει να ενισχυθούν, το πέμπτο βήμα περιλαμβάνει τον καθορισμό των συγκεκριμένων μέτρων που πρέπει να ληφθούν για την προώθηση της επιθυμητής αλλαγής. Το σχήμα 4.2 που ακολουθεί θα πρέπει να συμπληρωθεί έτσι ώστε να καθοριστούν οι δράσεις σε κάθε τύπο κουλτούρας. Η ομάδα, πρέπει με συναίνεση να αποφασίσει με τι πρέπει να ξεκινήσει, τι πρέπει να σταματήσει και τι πρέπει να συνεχιστεί προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία αλλαγής του πολιτισμού.

Σχήμα 4.2

ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ

ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΟΙΚΕΙΟΤΗΤΑΣ

ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ

Τι θα πρέπει να αυξήσουμε

Τι θα πρέπει να αυξήσουμε

Τι θα πρέπει να ξεκινήσουμε

Τι θα πρέπει να ξεκινήσουμε

Τι θα πρέπει να σταματήσουμε

Τι θα πρέπει να σταματήσουμε

ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΙΕΡΑΡΧΙΑΣ

ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΓΟΡΑΣ

Τι θα πρέπει να αυξήσουμε

Τι θα πρέπει να αυξήσουμε

Τι θα πρέπει να ξεκινήσουμε

Τι θα πρέπει να ξεκινήσουμε

Τι θα πρέπει να σταματήσουμε

Τι θα πρέπει να σταματήσουμε

Πηγή: Kim S. Cameron & Robert E. Quinn, “Diagnosing and Changing Organizational Culture Based on the Competing Values Framework” REVISED EDITION, The Jossey-Bass Business & Management Series, (2006 page 98)

Αυτό το βήμα απαιτεί, η ομάδα να υιοθετεί δράσεις και συμπεριφορές που θα αποτελέσουν μέρος της αλλαγής της κουλτούρας. Ενεργεί έχοντας υπόψη κάποια ερωτήματα όπως:

Ποιά μικρά πράγματα μπορούν να ξεκινήσουν ή να σταματήσουν; Υπάρχουν δραστηριότητες που χαρακτηρίζονται πολυδάπανες, περιττές, χωρίς αξία ή αποσπών την προσοχή και πρέπει να τερματιστούν; Από πού πρέπει να ξεκινήσουμε; Τι αναγνωρίζεται ως υποστηρικτικό στο χτίσιμο της αλλαγής; Τι πόρους χρειαζόμαστε ώστε να συγκεντρωθούν; Ποια συμβολικά γεγονότα θα ξεκινήσουν που θα σηματοδοτήσουν την αρχή της νέας κουλτούρας; Τι διαδικασίες ή συστήματα θα πρέπει να επανασχεδιαστούν; Πώς θα μεταδοθούν με σαφήνεια οι αξίες της νέας κουλτούρας; Φυσικά, προκειμένου να καταστούν αποτελεσματικές αυτές οι αλλαγές, θα πρέπει να διατηρηθούν μερικές σημαντικές αρχές της οργανωσιακής αλλαγής.

ΣΤ) Ανάπτυξη σχεδίου υλοποίησης

Στο τελευταίο βήμα θα δημιουργηθεί ένα σχέδιο υλοποίησης, στο οποίο θα συμπληρωθούν τα χρονοδιαγράμματα και τα βραχυπρόθεσμα σημεία αναφοράς, τα οποία θα ξεκινήσουν τη διαδικασία

της αλλαγής της κουλτούρας. Συγκεκριμένα, θα προσδιοριστούν οι βασικοί τρόποι με τους οποίους η διαδικασία αλλαγής κουλτούρας θα αναπτυχθεί. Θα στοχοθετηθούν τα βασικά θέματα που προκύπτουν από τα δύο τελευταία βήματα. Θα αποφασιστούν οι τέσσερις ή πέντε (το πολύ) δράσεις που θα έχουν το μεγαλύτερο μέρος της προσοχής και της ενέργειας. Θα σχηματιστούν ομάδες εργασίας που θα αντιμετωπίσουν ένα βασικό θέμα ή αλλαγή στόχου. Θα προσδιοριστούν οι συμπεριφορές και οι ικανότητες που έχει κάθε μέλος της ομάδας έτσι ώστε να αναπτύξει ή να βελτιώσει τη νέα κουλτούρα. Σε αυτό το βήμα θα παρασχεθεί μια συγκεκριμένη μέθοδος προκειμένου να ταυτοποιηθεί η διαδικασία αλλαγής κουλτούρας.

Η αλλαγή της κουλτούρας είναι μια δύσκολη και μακροπρόθεσμη προσπάθεια, κρίνεται απαραίτητο, με την πάροδο του χρόνου, κάθε πτυχή της οργάνωσης να εξασφαλίζει ότι ευθυγραμμίζεται και ενισχύει την επιθυμητή κουλτούρα.

Η περιγραφή αυτών των έξι βημάτων για την εφαρμογή της αλλαγής κουλτούρας έχει ως πρόθεση τη διασφάλιση ότι ο οργανισμός είναι σαφής σχετικά με την τρέχουσα κουλτούρα του και την αναγκαιότητα της αλλαγής. Ένα κοινό σφάλμα σε οργανισμούς που επιθυμούν τη βελτίωση είναι ότι δεν προσδιορίζουν τα χρονικά περιθώρια που απαιτούνται για την συναίνεση των εργαζομένων σχετικά με την υφιστάμενη κουλτούρα και την αλλαγή της.

4.3 Η Ατομική Αλλαγή Στοιχείο Κλειδί για την Αλλαγή Κουλτούρας

Η αλλαγή προσωπικής συμπεριφοράς αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αλλαγής οργανωσιακής κουλτούρας, οι νέες αξίες που τα άτομα θα υιοθετήσουν προσδιορίζουν την επιθυμητή κουλτούρα και καθορίζουν στρατηγικές και δράσεις που έχουν σχεδιαστεί για να παράγουν αλλαγές, εφόσον η διαδικασία των αλλαγών γίνει εξατομικευμένα, οι άνθρωποι είναι πρόθυμοι να υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές και μεταβληθούν οι ικανότητες της διοίκησης. Το εργαλείο MSAI (Management Skills Assessment Instrument), αποτελεί Μέσο Αξιολόγησης των Δεξιοτήτων Διοίκησης βοηθά τη διαδικασία ατομικής αλλαγής ενισχύοντας την αλλαγή κουλτούρας και έχει χρησιμοποιηθεί σε οργανισμούς σε όλο τον κόσμο κατά το παρελθόν και σε επιχειρήσεις στην Ευρώπη, την Ασία και τη Νότια Αμερική.

Σημαντικές Δεξιότητες Διοίκησης

Οι δεξιότητες που έχουν εντοπιστεί σε πολλές μελέτες ως βασικό στοιχείο για την αποτελεσματικότητα των διευθυντικών στελεχών, έχουν κατηγοριοποιηθεί ώστε να ταιριάζουν σε κάθε τύπο κουλτούρας που προαναφέραμε.

Οι δώδεκα κατηγορίες ικανοτήτων έχουν ως εξής:

Δεξιότητες Οικειότητας

Αφορούν την κουλτούρα οικειότητας και οι δεξιότητες είναι:

- Διαχείριση ομάδων, διευκολύνοντας την αποτελεσματική, συνεκτική, ομαλή λειτουργία και την ομαδική εργασία υψηλής απόδοσης
- Διαχείριση διαπροσωπικών σχέσεων, διευκολύνει αποτελεσματικά τις διαπροσωπικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένης της υποστηρικτικής ανταπόκρισης, την ακρόαση και την επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων
- Διαχείριση της ανάπτυξης των άλλων, βοηθώντας τα άτομα να βελτιώσουν την απόδοσή τους, να επεκτείνουν τις ικανότητές τους και να αποκτήσουν ευκαιρίες προσωπικής ανάπτυξης

Δεξιότητες Καινοτομίας

Αφορά την κουλτούρα καινοτομίας και οι δεξιότητες είναι:

- Διαχείριση της καινοτομίας με ενθάρρυνση των ατόμων να καινοτομούν, να αναπτύξουν εναλλακτικές λύσεις, να γίνουν πιο δημιουργικοί και να διευκολύνουν την εφαρμογή των νέων ιδεών
- Διαχείριση των μακροπρόθεσμων στόχων και διευκόλυνση της υλοποίησής τους, με την επικοινωνία ενός σαφές οράματος
- Διαχείριση συνεχούς βελτίωσης προάγοντας έναν προσανατολισμό αλλαγών προς τη συνεχή βελτίωση, ευελιξία και παραγωγικότητα μεταξύ των ατόμων στο εργασιακό τους περιβάλλον

Δεξιότητες αγοράς

Αφορά την κουλτούρα αγοράς και οι δεξιότητες είναι:

- Διαχείριση και προώθηση των ανταγωνιστικών ικανοτήτων και ένας επιθετικός προσανατολισμός ώστε να υπερβούν τις αποδόσεις των ανταγωνιστών
- Ενεργοποίηση των εργαζομένων με κίνητρα και με άτομα που θα εμπνέουν τους εργαζομένους να καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια

- Διαχείριση εξυπηρέτησης πελατών - προωθώντας έναν προσανατολισμό προς την εξυπηρέτηση των πελατών που θα υπερβαίνει τις προσδοκίες τους

Δεξιότητες Ιεραρχίας

Αφορά την κουλτούρα ιεραρχίας και οι δεξιότητες είναι:

- Διαχείριση της αφομοίωσης, προσδιορίζοντας με σαφήνεια τι προσδοκάται από τα άτομα ποια είναι η κουλτούρα και τα πρότυπα του οργανισμού και τον τρόπο ώστε να κάνουν το καλύτερο στα πλαίσια της εργασίας τους
- Διαχείριση του συστήματος ελέγχου - εξασφαλίζοντας ότι οι διαδικασίες, οι μετρήσεις, και τα συστήματα παρακολούθησης είναι σε θέση να τηρούν τις διαδικασίες και τις επιδόσεις υπό έλεγχο
- Διαχείριση του συντονισμού, προωθώντας τον συντονισμό τόσο εντός του οργανισμού όσο και με εξωτερικές δομές και με τα διευθυντικά στελέχη. Kim S. Cameron, Robert E. Quinn "Diagnosing and changing organizational culture : based on the competing values framework "2006, Individual Change as a Key to Culture Change page117.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Για την παρούσα εργασία, χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία από ποσοτικές μεθόδους, τα οποία είναι ικανά, πέρα από το να παρουσιάσουν τα δεδομένα με περιγραφικό τρόπο, να ελέγξουν διαφορές ανάμεσα σε κατηγορίες του δείγματος και να περιγράψουν σχέσεις εξάρτησης μεταξύ μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση τόσο της Κλινικής Διακυβέρνησης αλλά και της Οργανωσιακής Κουλτούρας χρησιμοποιήθηκαν δυο ερωτηματολόγια κλειστών απαντήσεων για την συλλογή πληροφοριών από τους εργαζόμενους του νοσοκομείου.

Ο σκοπός της συλλογής των δεδομένων από το πρώτο ερωτηματολόγιο ήταν να περιγράψει η υφιστάμενη κατάσταση της Κλινικής Διακυβέρνησης, να εξερευνηθεί αν οι εργαζόμενοι με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και θέσεις εργασίας συμφωνούν ή όχι στο πως λαμβάνουν την διακυβέρνηση του νοσοκομείου. Επίσης, σημαντικό στοιχείο ήταν να βρεθούν οι επιμέρους παράγοντες στους οποίους μπορεί να διαχωριστεί η Κλινική Διακυβέρνηση και πως εκείνοι διαφοροποιούνται ανάμεσα στις ομάδες εργαζομένων.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, που αφορούσε την Οργανωσιακή Κουλτούρα, χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί η απόκλιση μεταξύ της υφιστάμενης κουλτούρας και της κουλτούρας που επιθυμούν οι εργαζόμενοι να έχουν. Είναι σαφές, ότι ένα τέτοιου τύπου εργαλείο μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στο να προταθούν ιδέες για αλλαγές του νοσοκομείου Κομοτηνής προς την κατεύθυνσή της μείωσης της διαφοράς αυτής. Επίσης, εξετάστηκε εάν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στις θέσεις εργασίας ως προς την τρέχουσα και επιθυμητή κουλτούρα, ώστε να ληφθούν υπόψη εκείνοι οι εργαζόμενοι στους οποίους εκείνη η απόκλιση είναι αρκετά μεγάλη, ώστε να δυσχεραίνει το έργο τους.

Τελικός σκοπός της εργασίας ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της Κλινικής Διακυβέρνησης και Οργανωσιακής Κουλτούρας, ώστε να βρεθεί εάν τυχόν βελτιώσεις σε κάποιο κομμάτι της Οργανωσιακής Κουλτούρας μπορεί να επιδράσουν στους αντίστοιχους τομείς της Κλινικής Διακυβέρνησης.

5.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα αποτελούνταν από 100 εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής «Σισμανόγλειο», οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν στα δυο ερωτηματολόγια της μελέτης. Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε μορφή συχνοτήτων. Παρατηρούμε πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (71) και το μεγαλύτερο ποσοστό εκπαίδευσης ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (48). Επίσης, στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται ο διαχωρισμός του δείγματος σε ηλικιακές ομάδες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (32%) ήταν μεταξύ 46 και 53 ετών, ενώ μόνο 6 από τους εργαζόμενους ήταν μεταξύ 25 και 32 ετών. Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα για την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Οι ερωτηθέντες είχαν κατά μέσο όρο 18 έτη εργασιακής προϋπηρεσίας (TA = 11), με μέγιστη τιμή να είναι τα 39 έτη προϋπηρεσίας (Γράφημα 1).

Πίνακας 1 - Ποσοστά για κάθε κατηγορία δημογραφικών χαρακτηριστικών

		Πλήθος	Ποσοστό
Φύλο	Ανδρας	29	29.0
	Γυναίκα	71	71.0
Εκπαίδευση	Διδακτορικό	2	2.0
	Μεταπτυχιακό	21	21.0
	ΑΕΙ	7	7.0
	ΤΕΙ	48	48.0
	ΙΕΚ	1	1.0
	ΔΕ	21	21.0
Υπηρεσία	Ιατρική	18	18.0
	Νοσηλευτική	62	62.0
	Διοικητική	15	15.0
	Τεχνική	5	5.0
Θέση εργασίας	Διευθυντής / Προϊστάμενος	18	18.0
	Υπάλληλος	82	82.0
Σχέση εργασίας	Μόνιμος	83	83.0
	Ορισμένου	16	16.0
	Εξωτερικός συνεργάτης	1	1.0

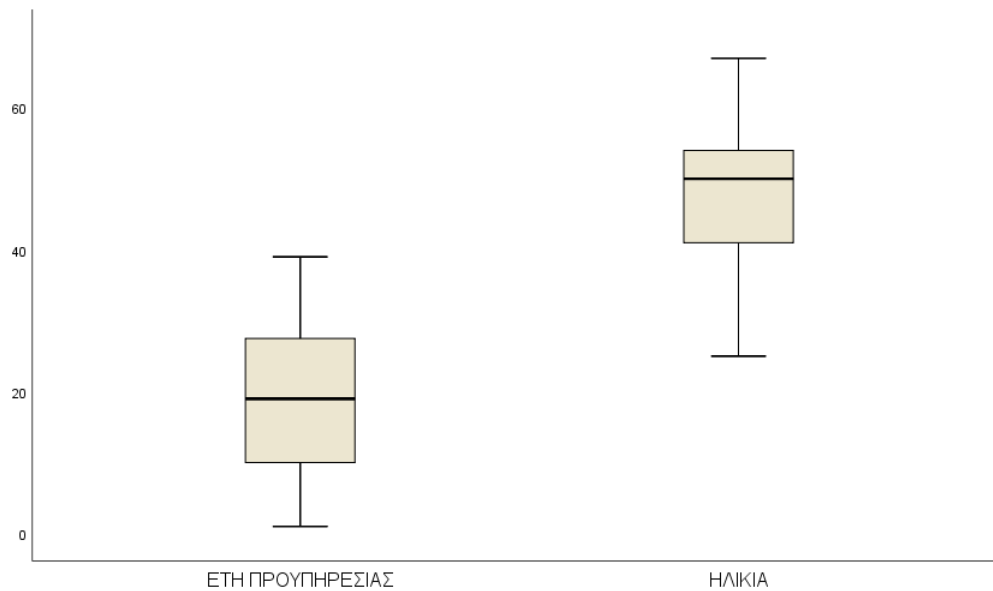
Πίνακας 2 - Ηλικιακή κατηγοριοποίηση του δείγματος

Ηλικία	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
25-32	6	6.0
32-39	15	21.0

39-46	21	42.0
46-53	32	74.0
53-60	21	95.0
60-67	5	100.0

Πίνακας 3 - Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Έτη προϋπηρεσίας	18	11	1	39
Ηλικία	47.53	8.60	25.00	67.00



Γράφημα 1 Θηκόγραμμα ετών προϋπηρεσίας και ηλικίας

5.3 Τα εργαλεία μέτρησης

5.3.1 Clinical Governance Climate Questionnaire

Το πρώτο ερωτηματολόγιο της μελέτης ήταν το ερωτηματολόγιο του κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης (Clinical Governance Climate Questionnaire) ή συντομότερα CGCQ, το οποίο προτάθηκε και αναπτύχθηκε από τον Freeman (2003). Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από 60 ερωτήσεις και έχει δειχθεί ότι έχει ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια καθώς και αξιοπιστία (Freeman, 2003). Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου αποτελούν μια κλίμακα Likert πέντε βαθμών (1-5), με χαμηλότερες τιμές να δηλώνουν και πιο ικανοποιητικό κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης, ενώ ορισμένες ερωτήσεις ορίζονται με αρνητική φορά. Έχει ήδη χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της Κλινικής Διακυβέρνησης σε νοσοκομειακές μονάδες του εξωτερικού (Fardazar et al., 2015; Gurdogan, & Alpar, 2016), αλλά και στον Ελλαδικό χώρο (Karassavidou, Glaveli, & Zafirooulos, 2011; Dreliozi, Siskou, Maniadakis, & Prezerakos, 2013).

5.3.2 Organizational Culture Assessment Instrument

Το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) κατασκευάστηκε από τους Cameron και Quinn (2006) θεμελιώνοντας το Πλαίσιο Ανταγωνιστικών Αξιών (CVF), για να εκτιμήσει τα επίπεδα της Οργανωσιακής Κουλτούρας σε έναν οργανισμό ή υπηρεσία. Η Οργανωσιακή Κουλτούρα είναι ένα σύνολο αξιών, πεποιθήσεων και νορμών το οποίο μοιράζεται από τα μέλη του οργανισμού και εξυπηρετεί την αφομοίωση των μελών και τη σχέση του οργανισμού με το εξωτερικό περιβάλλον (Daft, 2006). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα του έχουν μελετηθεί εκτενώς (Heritage, Pollock, & Roberts, 2014; Wudarzewski, 2018; Yu, & Wu, 2009), ενώ εφαρμογές του βρίσκουν θέση σε διαφορετικού τύπου επιχειρήσεις. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε έξι επιμέρους παράγοντες, τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά, την ηγεσία του οργανισμού, την οργανωτική ενότητα, το στυλ διοίκησης, την στρατηγική εστίαση και τα κριτήρια επιτυχίας. Κάθε παράγοντας χωρίζεται σε δυο διαστάσεις την υφιστάμενη και επιθυμητή κουλτούρα και κάθε διάσταση χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες προτάσεων (statements) Α, Β, Γ και Δ που αντιστοιχούν στις τέσσερις οργανωσιακές κουλτούρες, όπου κάθε συμμετέχων καλείται να μοιράσει ένα σύνολο 100 μονάδων σε αυτές τις προτάσεις, ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας του. Η τελική βαθμολογία του ερωτηματολογίου πραγματοποιείται υπολογίζοντας την μέση τιμή των βαθμολογιών που συγκέντρωσε κάθε κατηγορία προτάσεων. Για παράδειγμα, για την κατηγορία Α, αθροίζονται οι

τιμές του A για τους έξι παράγοντες και διαιρούνται με το έξι και πανομοιότυπη διαδικασία πραγματοποιείται και για τα Β, Γ και Δ.

5.4 Στατιστική ανάλυση

Οι συχνότητες των απαντήσεων για τα ερωτηματολόγιο CGCQ παρουσιάζονται σε πίνακες με συχνότητες και ποσοστά. Επίσης, υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία για το ερωτηματολόγιο CGCQ για κάθε έναν από τους ερωτηθέντες, χρησιμοποιώντας την μέση τιμή των απαντήσεων, αφού πρώτα αντιστράφηκαν οι ερωτήσεις με αρνητική φορά. Έτσι τελικά καταλήξαμε στην κλίμακα 1 έως 5 με χαμηλότερες βαθμολογίες να δηλώνουν ιδανικότερο κλίμα Κλινικής διακυβέρνησης, για όλες τις ερωτήσεις.

Για να ελεγχθεί εάν το δείγμα είναι επαρκές για ανάλυση παραγόντων, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης ολικής επάρκειας της δειγματοληψίας των Kaiser-Meyer-Olkin (ΚΜΟ), ο οποίος εκτιμά το μέγεθος της ομοιογένειας των μεταβλητών και συγκρίνει το μέτρο των συντελεστών συσχέτισης των μεταβλητών με αυτό των μερικών συντελεστών συσχέτισης. Αποδεκτές τιμές για την ανάλυση θεωρούνται τιμές ανώτερες του 0.7.

Οι έλεγχοι Kruskal-Wallis και Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου CGCQ, αλλά και των επιμέρους παραγόντων του, ανάμεσα στις κατηγορίες δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως φύλο, ηλικιακή ομάδα, υπηρεσία και εκπαίδευση. Δεν χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι στην συγκεκριμένη περίπτωση, διότι υπήρχε ανομοιογένεια ως προς τις διασπορές αλλά και ομάδες με διαφορετικό αριθμό ατόμων.

Για τον υπολογισμό των μέσων απαντήσεων του OCAI για κάθε μια από τις εναλλακτικές (Α, Β, Γ, Δ) τόσο για την υφιστάμενη αλλά και την επιθυμητή κουλτούρα, προστέθηκε ο αριθμός των απαντήσεων σε όλες τις εναλλακτικές του Α και έπειτα διαιρέθηκε με το 6. Το ίδιο έγινε και για τις υπόλοιπες εναλλακτικές Β, Γ, Δ.

Συγκρίσεις των μέσων τιμών μεταξύ της υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας έγινα χρησιμοποιώντας t-test ζευγαρωτών παρατηρήσεων. Επίσης σύγκριση μεταξύ των τύπων κουλτούρας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκε με ανάλυση διασποράς (ANOVA), καθώς οι απαντήσεις του εν λόγω ερωτηματολογίου ήταν συνεχείς και σε αντίθεση με το ερωτηματολόγιο CGCQ παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ομοιογένεια ως προς τις διασπορές.

Για τη εξέταση της συσχέτισης μεταξύ των ερωτηματολογίων CGCQ και OCAI χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Η στάθμη σημαντικότητας ορίστηκε ως $\alpha = 0.05$.

5.5 Έλεγχος Αξιοπιστίας και Έλεγχος Εγκυρότητας

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των δυο ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach. Ο συγκεκριμένος δείκτης εκτιμά την εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου, δηλαδή το κατά πόσο η κλίμακα που χρησιμοποιούμε πλησιάζει τη μία διάσταση. Αποδεκτές τιμές για τον συντελεστή είναι εκείνες που ξεπερνούν το 0.7, με τιμές άνω του 0.8 να δείχνουν ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια (Murphy & Davidsholder, 1988).

Αρχικά για το ερωτηματολόγιο CGCQ ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach υπολογίστηκε αφού πρώτα αντιστράφηκε η κωδικοποίηση, ώστε όλες οι ερωτήσεις να έχουν την ίδια φορά και παρουσίασε υψηλή τιμή ίση με 0.916, για το σύνολο των 60 ερωτήσεων. Εφόσον πραγματοποιήθηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών στο ερωτηματολόγιο CGCQ, οι επιμέρους συντελεστές για κάθε έναν από τους παράγοντες παρουσιάζονται αναλυτικά στην ενότητα των αποτελεσμάτων.

Για καθένα από τους τέσσερις επιμέρους τύπους Οργανωσιακής Κουλτούρας, τόσο στην υπάρχουσα όσο και την επιθυμητή κατάσταση, ο δείκτης Cronbach παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Παρατηρήθηκε πως για την κουλτούρα της Οικειότητας και της Καινοτομίας είχαμε αποδεκτές τιμές του συντελεστή, δεν ίσχυε όμως το ίδιο και για τις κουλτούρες της Αγοράς και της Ιεραρχίας, όπου οι τιμές του συντελεστή ήταν χαμηλότερες από το αποδεκτό επίπεδο.

Πίνακας 1 - Συντελεστές εσωτερικής συνάφειας των παραγόντων του OCAI

Τύπος	Επιθυμητή		
	Κουλτούρας	Υφιστάμενη	Πλήθος ερωτήσεων
Οικειότητας	0.802	0.803	6
Καινοτομίας	0.764	0.682	6
Αγοράς	0.510	0.496	6
Ιεραρχίας	0.449	0.680	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Αποτελέσματα και Περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου CGCQ

Στον Πίνακα 1 (Παράρτημα) παρουσιάζονται τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε κάθε απάντηση του ερωτηματολογίου CGCQ, ενώ στον Πίνακα 2 (Παράρτημα) παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων, εφόσον οι ερωτήσεις με αρνητική φορά αντιστράφηκαν. Παρατηρήθηκε πως η πλειοψηφία των ερωτήσεων (36 εκ των 60 ερωτήσεων) είχαν μέση τιμή μεγαλύτερη του 3, δηλαδή λιγότερο ικανοποιητικό επίπεδο Κλινικής Διακυβέρνησης από το μέτριο.

Πιο συγκεκριμένα για το προσωπικό, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (58%) συμφώνησε πως δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για να βρεθούν με τους συναδέλφους τους με σκοπό να μοιραστούν εμπειρίες και ιδέες, όπως επίσης και για να συζητήσουν περιστατικά που αντιμετωπίζουν στη δουλειά τους, όμως γνωρίζουν καλά τις ιδιότητες των συναδέλφων τους (56%). Πρόβλημα εμπιστοσύνης και σεβασμού φαίνεται να υπάρχει, καθώς το 54% δήλωσε πως δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων και αμοιβαίος σεβασμός (41%). Το 50% δήλωσαν πως οι εργαζόμενοι δεν έχουν την ίδια αναγνώριση, ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ. Επίσης, το 73% υποστήριξε πως η ρουτίνα της καθημερινότητας μειώνει τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αναφορικά με την αξιολόγηση, οι ερωτηθέντες κατά πλειοψηφία (65%) υποστήριξαν ότι η αξιολόγηση δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξη του προσωπικού. Από την άλλη μεριά, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (61%) διαφώνησαν ότι η καταγραφή των λαθών αποσκοπεί στην τιμωρία του προσωπικού ή στην επιβολή ποινών.

Στα πλαίσια των αλλαγών βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το 55% δήλωσε ότι προβαίνει σε αλλαγές με εξαναγκαστικό τρόπο και όχι με ενθάρρυνση, ενώ είναι εμφανής η έλλειψη κινήτρων για αλλαγές στην ποιότητα εργασίας (51%). Επίσης, οι περισσότεροι εργαζόμενοι (68%) συμφώνησαν πως λόγω φόρτου εργασίας υπάρχει μεγάλη πίεση για να γίνει η δουλειά άμεσα, με σκοπό να υποβιβάζεται η ανάγκη για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε παρόμοια κλίμακα, δίνεται έμφαση στο να λύνονται τα προβλήματα γρήγορα και όχι απαραίτητα σωστά, όπως υποστήριξε η πλειοψηφία (59%). Εμφανής είναι και η χαμηλή προληπτική ικανότητα για τα προβλήματα, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό (72%) δήλωσε πως υπάρχει αντίδραση στα συμβάντα εκ των υστέρων.

6.1.1 Ανάλυση παραγόντων

Για την εξερεύνηση των παραγόντων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο CGCQ, εφαρμόστηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών (PCA) με ορθογώνια μέθοδο περιστροφής (Varimax). Με αυτή τη μέθοδο, μπορούμε από το αρχικό ερωτηματολόγιο των 60 ερωτήσεων να καταλήξουμε σε ένα μικρότερο πλήθος ασυσχέτιστων μεταβλητών (παραγόντων), ομαδοποιώντας τις μεταβλητές που μοιράζονται μεγάλο ποσοστό διασποράς. Το πρώτο στάδιο της ανάλυσης περιλαμβάνει την εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων, ώστε να βρεθούν εκείνες οι ερωτήσεις που καθώς εμφανίζουν χαμηλές συσχετίσεις, θα πρέπει να απορριφθούν από την ανάλυση.

Η πρώτη ανάλυση έδειξε εκτίμησε πως ο αριθμός των παραγόντων με ιδιοτιμή μεγαλύτερη του 1 ήταν 18. (Πίνακας 3, Παράρτημα). Καθώς ο αριθμός των 18 παραγόντων είναι ιδιαίτερα υψηλός και δυσχεραίνει την ανάλυση, μελετήθηκε το Scree plot (Γράφημα 1, Παράρτημα) για να εξεταστεί που διαφοροποιείται η κλίση. Παρατηρήθηκε πως οι τρεις πρώτοι παράγοντες αντιστοιχούν σε ιδιοτιμή μεγαλύτερη του 3, ενώ μετά τον 12^ο παράγοντα, οι αλλαγές στις ιδιοτιμές είναι πολύ μικρές. Για να πετύχουμε ένα μικρότερο σύνολο μεταβλητών αφαιρέσαμε τις ερωτήσεις οι οποίες παρουσίασαν υψηλότερες φορτίσεις από 0.4 σε περισσότερους από δυο παράγοντες. Οι 11 αυτές ερωτήσεις ήταν

- Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του.
- Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίει.
- Οι κλινικοί κίνδυνοι εξετάζονται με συστηματικό τρόπο.
- Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι».
- Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές.
- Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς).
- Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε.
- Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού.
- Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξης του.

Επίσης αφαιρέθηκαν και οι ερωτήσεις με φορτίσεις μικρότερες του 0.3 στους παράγοντες, οι οποίες ήταν:

- Όταν τα πράγματα πάνε στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει».

- Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (και όχι μέσα στον οργανισμό).
- Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους).
- Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες.
- Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε.

Επομένως, στο πρώτο στάδιο καταλήξαμε σε 6 παράγοντες, που εξηγούν το 50.824% της συνολικής διακύμανσης. Οι παράγοντες και οι φορτίσεις των ερωτήσεων για κάθε έναν από αυτούς παρουσιάζονται στο Παράρτημα, στον Πίνακα 4. Ο δείκτης ΚΜΟ πήρε τιμή ίση με 0.604, που δηλώνει ότι το δείγμα είναι σε μέτριο βαθμό επαρκές για παραγοντική ανάλυση. Το γεγονός αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι λόγω του μεγάλου αριθμού των μεταβλητών του ερωτηματολογίου CGCQ (N = 60) και του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων (N = 100), η παραγοντική ανάλυση θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν με προσοχή. Οι συντελεστές εσωτερικής συνάφειας του Cronbach για τους έξι παράγοντες παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Εφόσον οι αποδεκτές τιμές των συντελεστών Cronbach (≥ 0.7) παρουσιάστηκαν μόνο για τους πρώτους τέσσερις παράγοντες (Πίνακας 5, Παράρτημα), στο τελικό στάδιο αφαιρέθηκαν οι ερωτήσεις των παραγόντων 5 και 6. Επίσης, στο τελικό στάδιο, αφαιρώντας και τις μεταβλητές με φορτίσεις μεγαλύτερες του 0.4 σε δυο ή περισσότερους παράγοντες, καταλήξαμε σε ένα σύνολο ερωτήσεων (N = 30), οι οποίες φόρτιζαν σε τέσσερις ορθογώνιους παράγοντες και εξηγούσαν το 47.058 της διασποράς. Ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας παρουσιάζεται στον Πίνακα 4 και υποδεικνύει ότι για όλους τους παράγοντες είχαμε ικανοποιητική τιμή. Τέλος, ο δείκτης ΚΜΟ για αυτές τις ερωτήσεις είχε τιμή ίση με 0.731, υποδεικνύοντας ικανοποιητικό μέγεθος δείγματος για την ανάλυση κυρίων συνιστωσών. Οι φορτίσεις των ερωτήσεων για τους τέσσερις ορθογώνιους παράγοντες κατά το τελικό στάδιο παρουσιάζονται στο Παράρτημα στον Πίνακα 6.

Πίνακας 4 - Συντελεστές εσωτερικής συνάφειας των παραγόντων του CGCQ

Παράγοντας	Συντελεστής του Cronbach	Πλήθος ερωτήσεων
1	0.845	11
2	0.815	10
3	0.753	5
4	0.700	4

Ο πρώτος παράγοντας «Διαχείριση κλινικών προβλημάτων» περιλαμβάνει τις ερωτήσεις

- Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν
- Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα
- Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας
- Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στους πιο σημαντικούς κλινικούς κινδύνους
- Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά συμβάντα
- Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται
- Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου
- Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων
- Οι άνθρωποι εδώ δεν γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοι τους από αυτούς
- Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις
- Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν

Ο δεύτερος παράγοντας «Πρόληψη κλινικών κινδύνων και ανάπτυξη δεξιοτήτων» περιλαμβάνει τις ερωτήσεις

- Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν
- Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία
- Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισης του
- Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους
- Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους
- Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της
- Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων διαχέονται σε όλη την οργάνωση
- Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη
- Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πως έγινε και όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό.

Ο τρίτος παράγοντας «Ζητήματα προσωπικού» περιλαμβάνει τις ερωτήσεις

- Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ
- Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού αξιολογούνται σε τακτική βάση
- Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς
- Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας
- Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός

Ο τέταρτος παράγοντας «Πίεση και αλλαγές στην ποιότητα υπηρεσιών» περιλαμβάνει τις ερωτήσεις

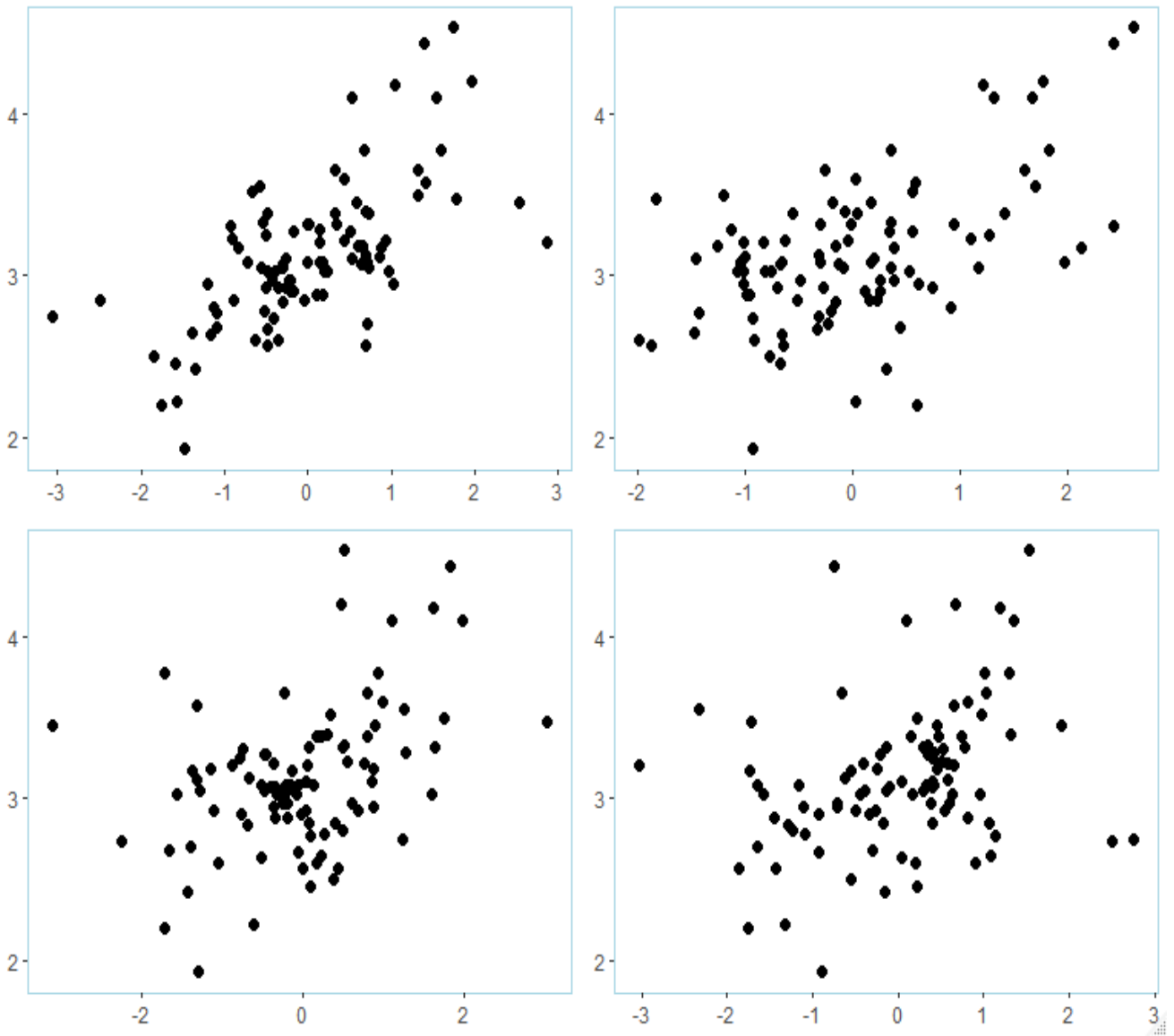
- Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά
- Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές
- Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξη του

Οι 4 παράγοντες, αν και ανεξάρτητοι μεταξύ τους λόγω της ορθογώνιας περιστροφής, παρουσίασαν θετική συσχέτιση με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου CGCQ (Γράφημα 2), με χαμηλές τιμές σε κάθε παράγοντα να αντιστοιχούν και σε χαμηλές τιμές στο ερωτηματολόγιο CGCQ δηλαδή σε ικανοποιητικό επίπεδο Κλινικής διακυβέρνησης. Τα αποτελέσματα από τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης Pearson παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5 - Συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων και της συνολικής βαθμολογίας του CGCQ

	CGCQ
Παράγοντας 1	.645*
Παράγοντας 2	.529*
Παράγοντας 3	.398*
Παράγοντας 4	.298*

Με αστερίσκο (*) σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0.05$).



Γράφημα 2 Διαγράμματα διασποράς της συνολικής βαθμολογίας του CGCQ με τον πρώτο παράγοντα (πάνω αριστερά), δεύτερο παράγοντα (πάνω δεξιά), τρίτο παράγοντα (κάτω αριστερά) και τέταρτο παράγοντα.

6.1.2 Κλινική διακυβέρνηση και δημογραφικά χαρακτηριστικά

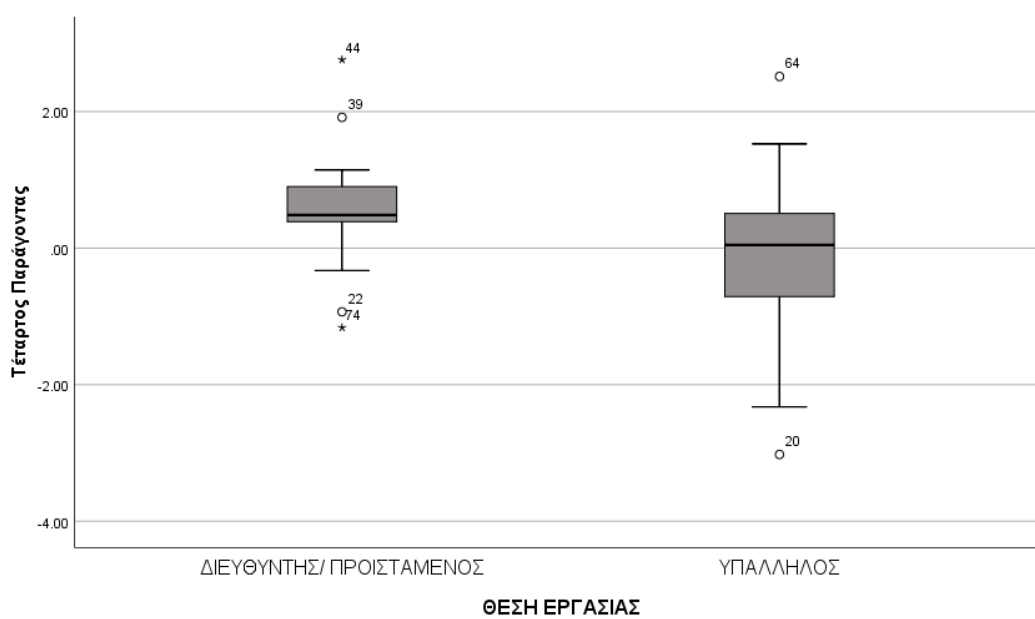
Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου CGCQ για κάθε συμμετέχοντα παρουσιάζεται στον Πίνακα 6. Παρατηρήθηκε πως οι χαμηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούσαν στις γυναίκες και στις μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ οι μικρότερες ηλικίες είχαν υψηλότερη βαθμολογία που αντιστοιχεί και σε μη ιδανικό κλίμα Κλινικής διακυβέρνησης. Από τον έλεγχο Kruskal-Wallis, δεν βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τιμών της συνολικής βαθμολογίας του CGCQ και των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών (Φύλο, Ηλικία, Εκπαίδευση, Υπηρεσία).

Με χρήση των μη-παραμετρικών ελέγχων Kruskal-Wallis για πάνω από δυο ομάδες και Mann-Whitney για ακριβώς δυο ομάδες, διενεργήθηκε περαιτέρω εξέταση για διαφορές στις τιμές των παραγόντων του CGCQ ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για τον πρώτο και τον τρίτο παράγοντα δεν βρέθηκαν διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0.05$ για το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και την υπηρεσία. Ωστόσο, ο έλεγχος Mann-Whitney έδειξε πως ο τέταρτος παράγοντας διαφοροποιείται ανάμεσα στις θέσεις εργασίας (Γράφημα 3), με τους διευθυντές και προϊστάμενους να έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές ($U = 454, p < 0.05$). Επίσης, ο δεύτερος παράγοντας διαφοροποιήθηκε ανάμεσα στις θέσεις υπηρεσίας (Γράφημα 4), με τους εργαζόμενους σε τεχνική θέση να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτόν τον παράγοντα από εκείνους στην νοσηλευτική υπηρεσία ($H(3) = 13.119, p < 0.05$).

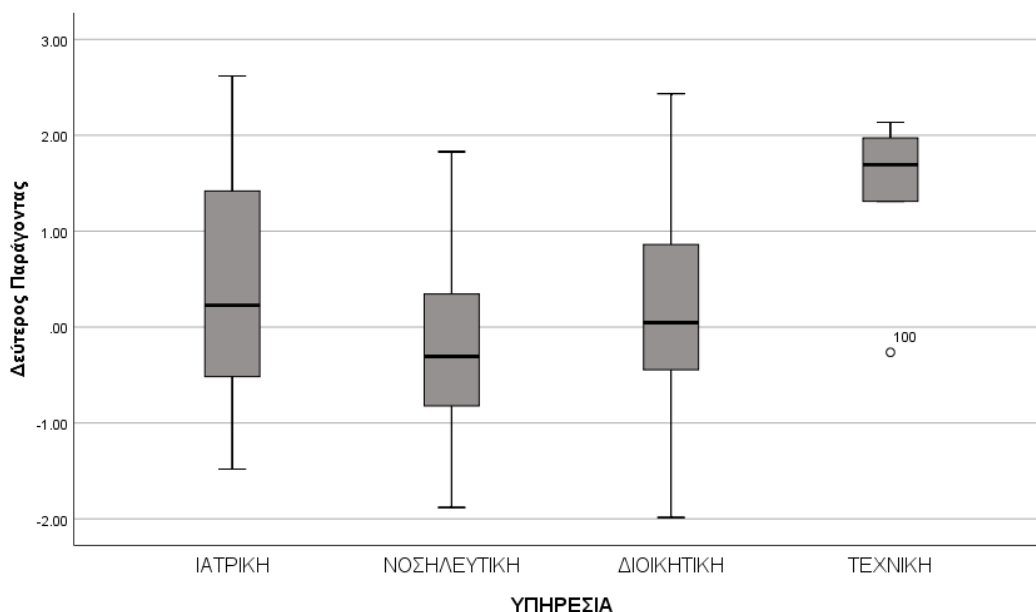
Πίνακας 6 - Μέση βαθμολογία του CGCQ για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

		CGCQ	
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Φύλο	Άνδρας	3.21	.42
	Γυναίκα	3.09	.45
Εκπαίδευση	Διδακτορικό	2.77	.49
	Μεταπτυχιακό	3.28	.52
	ΑΕΙ	3.05	.68
	ΤΕΙ	3.07	.37
	ΙΕΚ	3.40	-
	ΔΕ	3.13	.42
Υπηρεσία	Ιατρική	3.23	.68
	Νοσηλευτική	3.08	.32
	Διοικητική	3.05	.50

	Τεχνική	3.51	.41
Ηλικία	25-32	3.57	.63
	32-39	3.21	.55
	39-46	3.14	.41
	46-53	3.06	.43
	53-60	3.03	.31
	60-67	3.01	.29



Γράφημα 3 Θηκόγραμμα των θέσεων εργασίας ως προς τον 4^ο παράγοντα



Γράφημα 4 Θηκόγραμμα των τμημάτων υπηρεσίας ως προς τον 2^ο παράγοντα

6.2. Περιγραφικά μέτρα Οργανωσιακής Κουλτούρας και Αποτελέσματα

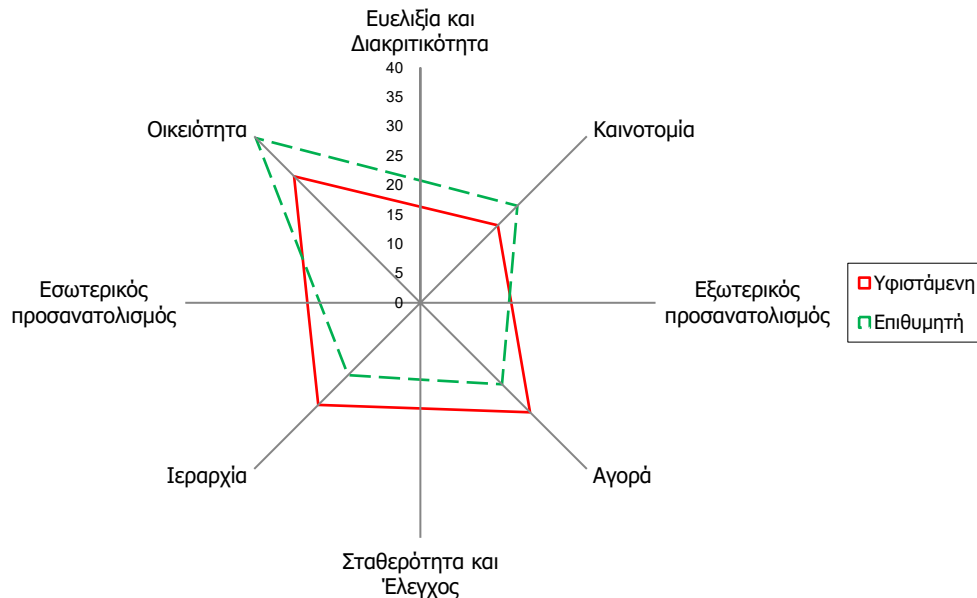
Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά για την Οργανωσιακή Κουλτούρα του γενικού νοσοκομείου Κομοτηνής “Σισμανόγλειο”, όπως αποτυπώθηκαν από τον εργαλείο μέτρησης “The Organizational Culture Assessment Instrument” (OCAI). Το συγκεκριμένο εργαλείο εξετάζει την απόκλιση μεταξύ της υφιστάμενης και επιθυμητής Οργανωσιακής Κουλτούρας σε έξι διαφορετικούς παράγοντες: Κυρίαρχα χαρακτηριστικά, Χαρακτήρας της ηγεσίας, Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, Συνδεδετικός ιστός, Στρατηγικός προσανατολισμός και Κριτήρια επιτυχίας. Για κάθε έναν από τους παραπάνω παράγοντες εξετάζονται οι βαθμολογίες τεσσάρων τύπων κουλτούρας: την κουλτούρα της Οικειότητας, Καινοτομίας, Αγοράς και Ιεραρχίας. Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα για την υφιστάμενη και επιθυμητή βαθμολογία των τύπων Οργανωσιακής κουλτούρας στο σύνολο τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7 – Συνολική τρέχουσα και επιθυμητή Οργανωσιακή Κουλτούρα

Κουλτούρα	Υφιστάμενη		Επιθυμητή	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Οικειότητας	30.39	5.06	39.58*	3.27
Καινοτομίας	18.63	1.33	23.39*	1.45
Αγοράς	26.38*	7.93	19.62	4.24
Ιεραρχίας	24.58*	10.12	17.51	3.99

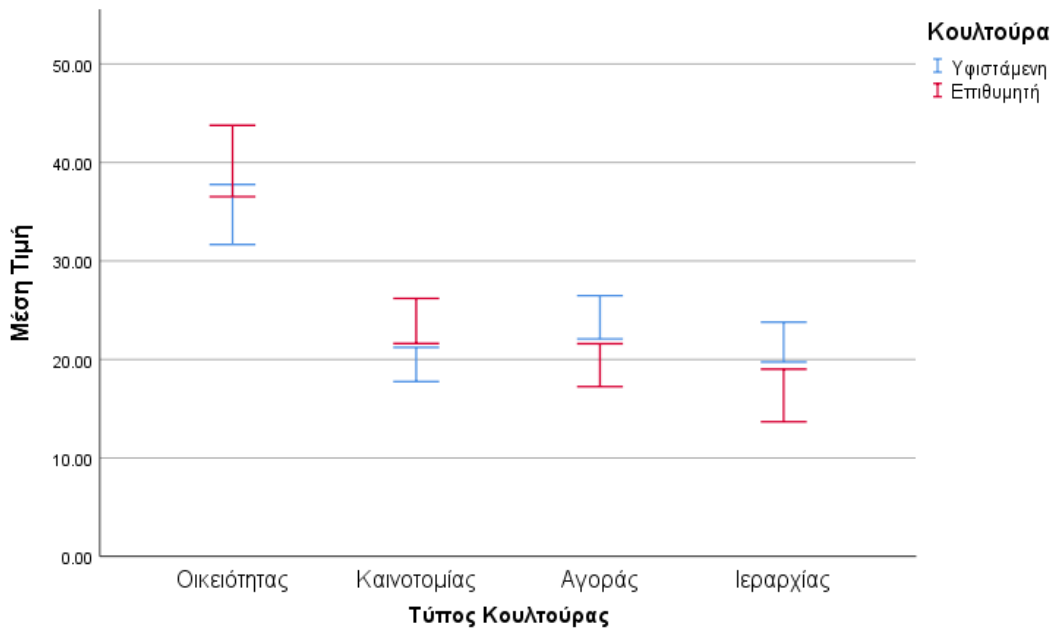
Με αστερίσκο (*) σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.001$).

Από τον Πίνακα 7 και το Γράφημα 5, παρατηρήθηκε πως ο υφιστάμενος τύπος κουλτούρας που επικρατεί είναι η κουλτούρα της Οικειότητας, ακολουθούμενη από την κουλτούρα της Αγοράς και την κουλτούρα της Ιεραρχίας, ενώ χαμηλότερη βαθμολογία είχε η κουλτούρα της Καινοτομίας.



Γράφημα 5 Συνολικά χαρακτηριστικά της κουλτούρας

Ο έλεγχος t-test για ζευγαρωτές παρατηρήσεις χρησιμοποιήθηκε για να ελέγξουμε τις διαφορές ανάμεσα στην υφιστάμενη και επιθυμητή συνολική κουλτούρα. Οπτικά, το Γράφημα 5 παρουσιάζει τις διαφορές αυτές. Παρατηρήθηκε πως για την Οικειότητα, η επιθυμητή κουλτούρα ($M = 39.58$, $TA = 13.12$) εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά από την υφιστάμενη κουλτούρα ($M = 30.39$, $TA = 13.45$), $t(99) = -5.479$, $p = 0.001$ και το ίδιο συμβαίνει και για την Καινοτομία, με την επιθυμητή κουλτούρα ($M = 23.39$, $TA = 7.74$) να παρουσιάζει στατιστικά υψηλότερη μέση βαθμολογία σε σχέση με την τρέχουσα ($M = 18.63$, $TA = 8.37$), $t(99) = -5.128$, $p < 0.001$. Στον αντίποδα, οι υφιστάμενες κουλτούρες της Αγοράς ($M = 26.38$, $TA = 10.64$) και Ιεραρχίας ($M = 24.58$, $TA = 9.99$) εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες βαθμολογίες, από τις επιθυμητές κουλτούρες της Αγοράς, $t(99) = 5.317$, $p < 0.001$ και Ιεραρχίας, $t(99) = 5.458$, $p < 0.001$. Το Γράφημα 6 παρουσιάζει τις μέσες τιμές με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για την υφιστάμενη και επιθυμητή κουλτούρα.



Γράφημα 6 Μέση τιμή υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας με 95% Δ.Ε.

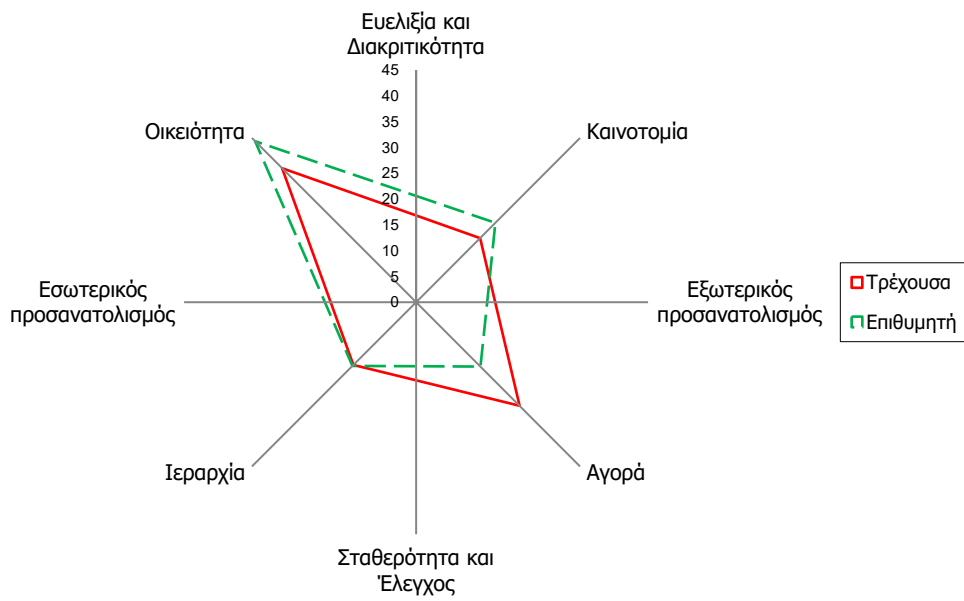
Τα Γραφήματα 7 έως 12 παρουσιάζουν τις αποκλίσεις μεταξύ της υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας, ως προς τους έξι διαφορετικούς παράγοντες ειδικότερα. Επίσης, στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας, μεταξύ των έξι παραγόντων της Οργανωσιακής Κουλτούρας.

Πίνακας 8 – Διαφορές υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας για τους παράγοντες Οργανωσιακής Κουλτούρας

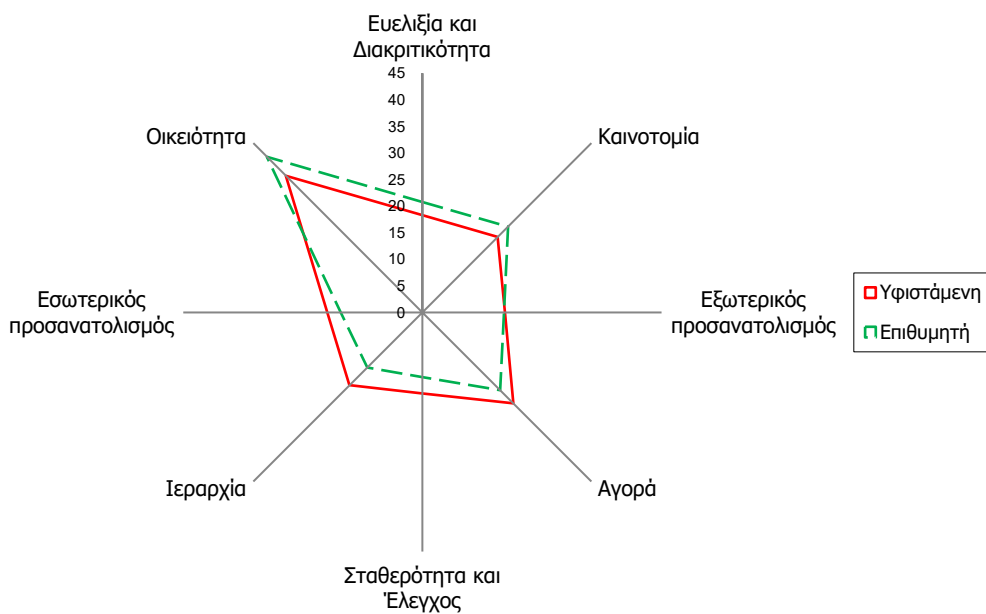
Παράγοντας	Κουλτούρα	Υφιστάμενη Μέση τιμή	Επιθυμητή Μέση τιμή
Κυρίαρχα Χαρακτηριστικά	Οικειότητας	36.75	44.15*
	Καινοτομίας	17.55	21.35*
	Αγοράς	28.5*	17.45
	Ιεραρχίας	17.2	17.05
Χαρακτήρας ηγεσίας	της Οικειότητας	36.35	41.6*
	Καινοτομίας	20.05	22.8
	Αγοράς	24.2*	20.6
	Ιεραρχίας	19.4*	15

Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού	Οικειότητας	26	37.65*
	Καινοτομίας	17	23.3*
	Αγοράς	18.35*	14.85
	Ιεραρχίας	38.65*	24.2
Συνδετικός ιστός	Οικειότητας	27.85	41.2*
	Καινοτομίας	18.4	22.65*
	Αγοράς	17.2	16.15
	Ιεραρχίας	36.55*	20
Στρατηγικός προσανατολισμός	Οικειότητας	25.25	35.2*
	Καινοτομίας	19.9	25.85*
	Αγοράς	35.1*	23.6
	Ιεραρχίας	19.75*	15.35
Κριτήρια επιτυχίας	Οικειότητας	30.15	37.75*
	Καινοτομίας	18.85	24*
	Αγοράς	34.9*	25.15
	Ιεραρχίας	16.1	13.1

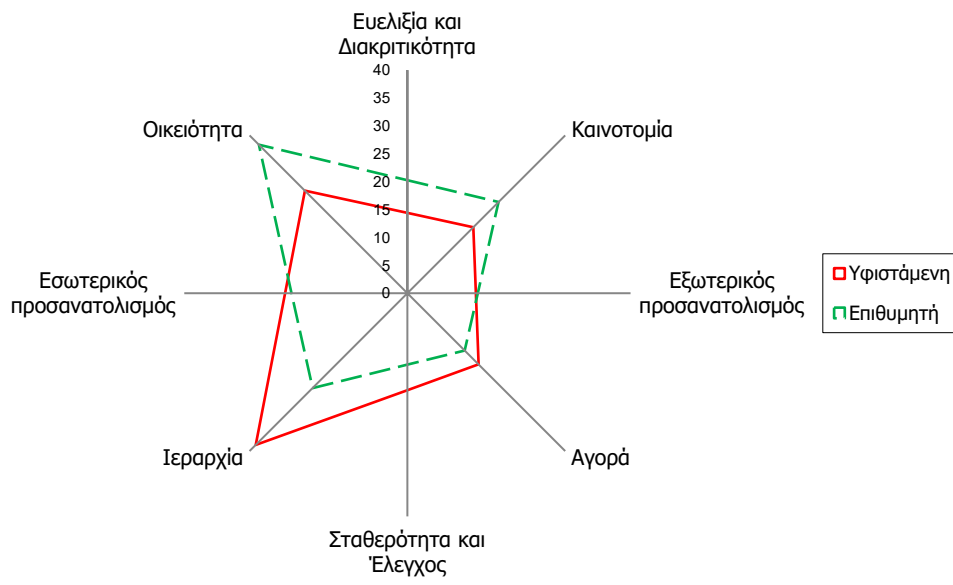
Με αστερίσκο (*) σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0.05$).



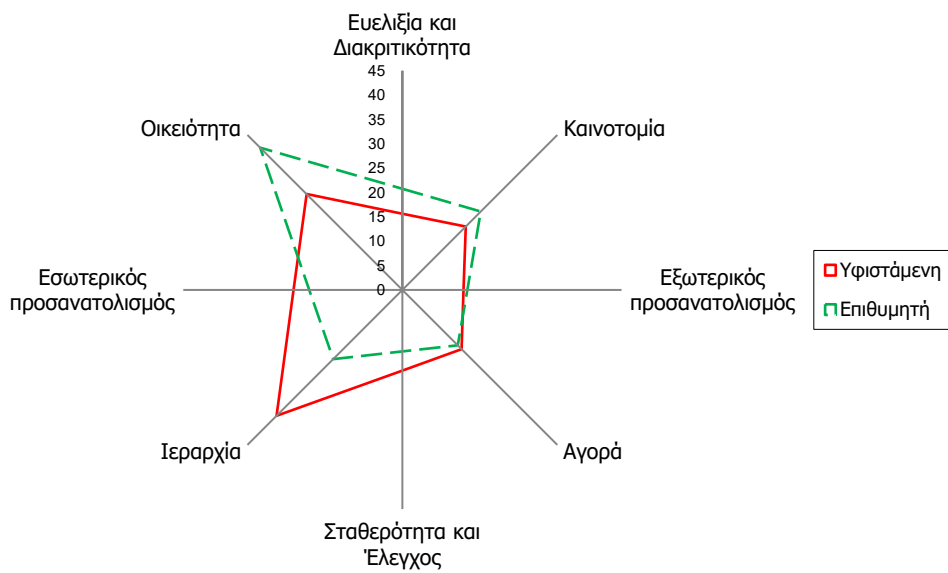
Γράφημα 7 Κυρίαρχα χαρακτηριστικά



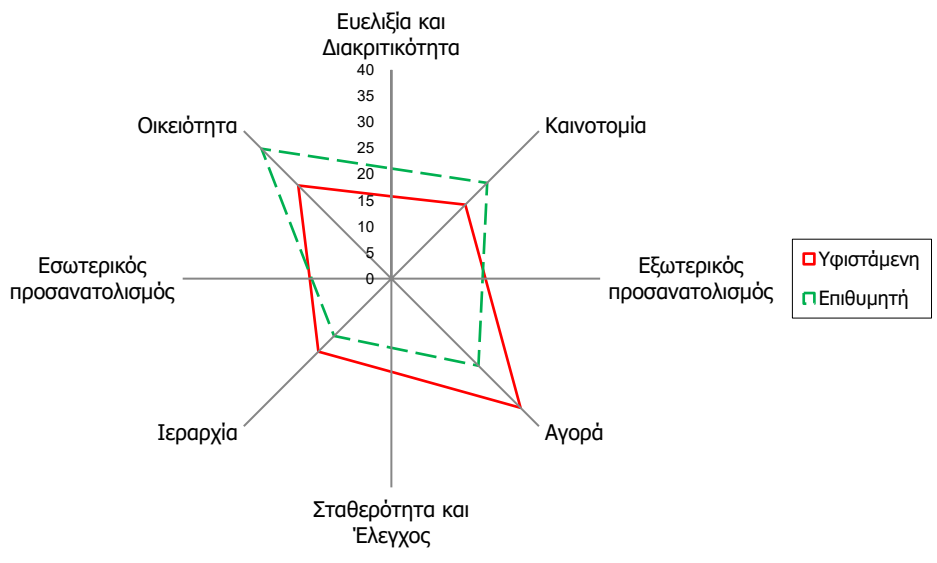
Γράφημα 8 Χαρακτήρας της ηγεσίας



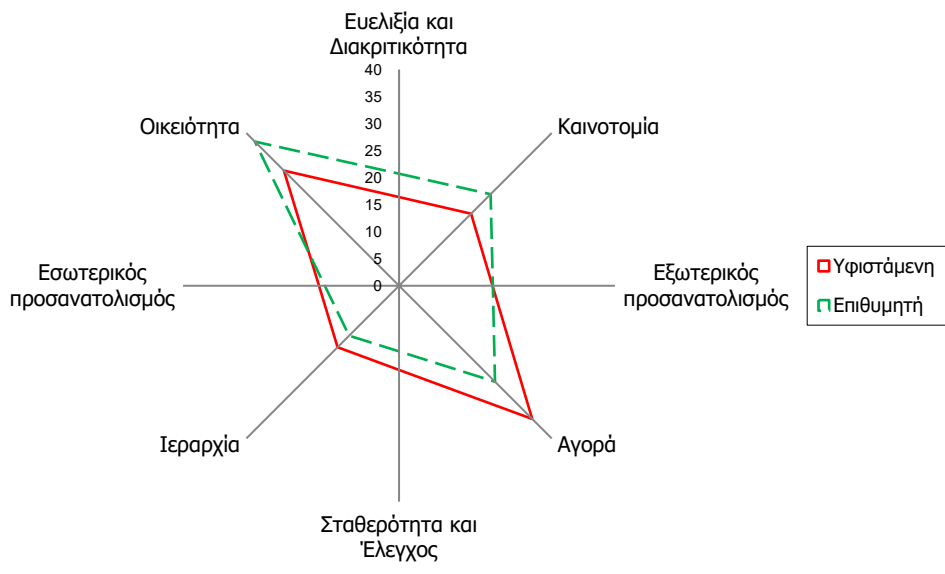
Γράφημα 9 Διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού



Γράφημα 10 Συνδετικός ιστός



Γράφημα 11 Στρατηγικός προσανατολισμός



Γράφημα 12 Κριτήρια επιτυχίας

6.2.1 Οργανωσιακή κουλτούρα και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι μέσες τιμές για κάθε παράγοντα της Οργανωσιακής Κουλτούρας εξετάστηκαν και συγκρίθηκαν ανάμεσα στις κατηγορίες του φύλου, της ηλικίας, της εκπαίδευσης και της υπηρεσίας. Από τα αποτελέσματα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα για κάθε τύπο της υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας.

Αναφορικά με τις ηλικιακές ομάδες, τα αποτελέσματα για την υφιστάμενη κουλτούρα της οικειότητας και της ιεραρχίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. Για την κουλτούρα της οικειότητας, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές κυρίως για τις νεαρές ηλικίες, οι οποίες δήλωσαν πως η συγκεκριμένη κουλτούρα είναι σε στατιστικά χαμηλότερο επίπεδο σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικίες, $F(5,94) = 2.878$, $p = 0.018$. Από την άλλη μεριά, η κουλτούρα της ιεραρχίας εμφάνισε στατιστικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στις νεαρές ηλικίες σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικίες, $F(5,94) = 2.345$, $p = 0.047$ (Γράφημα 13).

Επίσης, διαφορές παρατηρήθηκαν και ανάμεσα στους τύπους κουλτούρας και στις υπηρεσίες (Πίνακας 10). Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στην τεχνική υπηρεσία είχαν την χαμηλότερη βαθμολογία στην κουλτούρα της καινοτομίας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες, $F(3,96) = 7.059$, $p < 0.001$, ενώ αντίθετα είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στην κουλτούρα της αγοράς, $F(3,96) = 3.827$, $p = 0.012$ (Γράφημα 14).

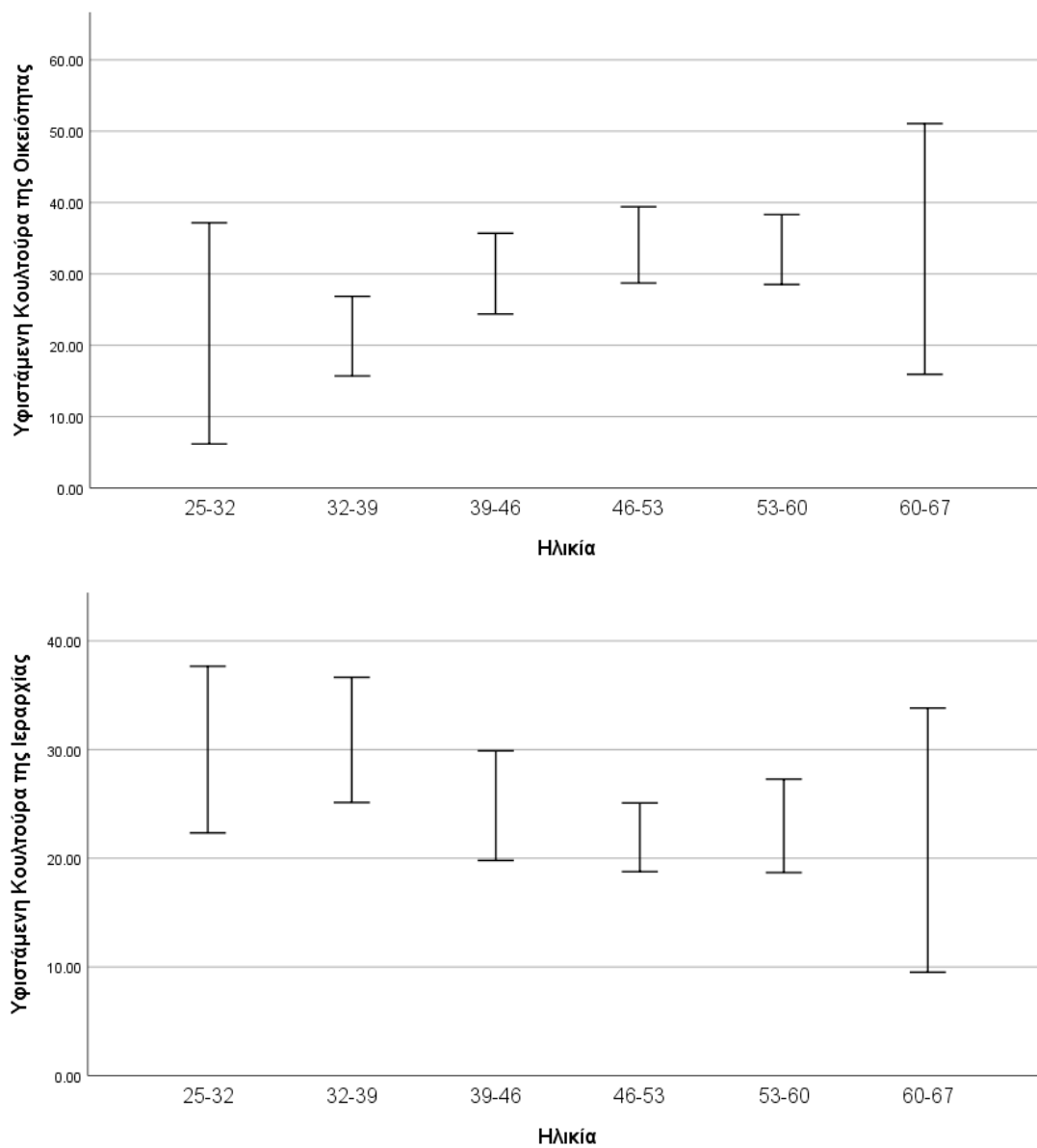
Πίνακας 9 – Περιγραφικά μέτρα για τις κουλτούρες της οικειότητας και ιεραρχίας

Κουλτούρα	Πλήθος	Μέση τιμή	Τυπική			
			απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο	
Οικειότητας	25-32	6	21.67	14.77	5.00	48.33
	32-39	15	21.28	10.07	3.33	36.67
	39-46	21	30.04	12.42	4.17	60.00
	46-53	32	34.06	14.82	4.17	68.33
	53-60	21	33.41	10.77	13.33	50.00
	60-67	5	33.50	14.15	17.50	48.33
Ιεραρχίας	25-32	6	30.0	7.30	23.33	40.00
	32-39	15	30.89	10.41	16.67	48.33
	39-46	21	24.84	11.09	0.00	52.50

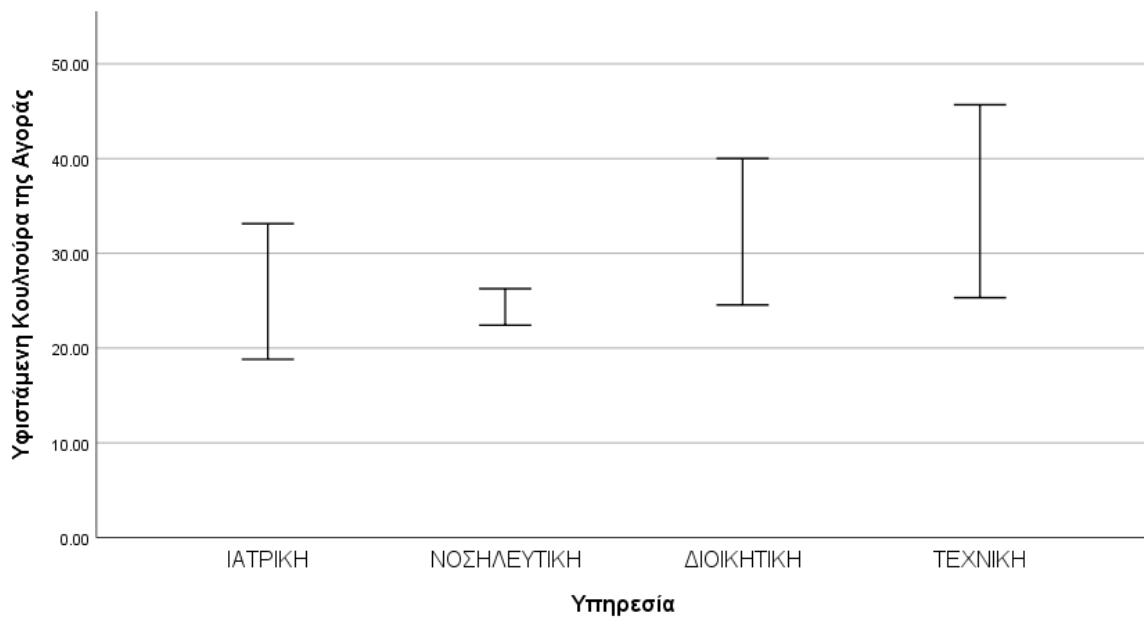
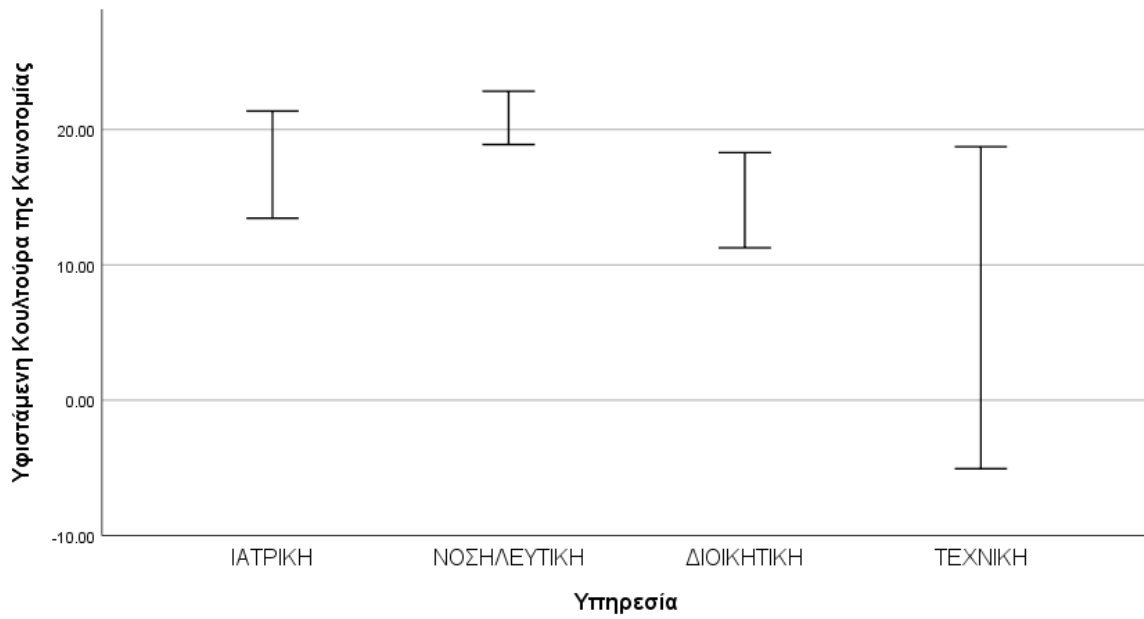
46-53	32	21.93	8.76	6.67	46.67
53-60	21	22.98	9.44	11.67	53.33
60-67	5	21.67	9.79	11.67	36.67

Πίνακας 10 – Περιγραφικά μέτρα για τις κουλτούρες της καινοτομίας και αγοράς

Κουλτούρα		Πλήθος	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Καινοτομίας	Ιατρική	18	17.41	7.957	5.00	34.17
	Νοσηλευτική ή Διοικητική	62	20.86	7.76	1.67	36.67
	Τεχνική	15	14.78	6.35	.00	25.83
	Τεχνική	5	6.83	9.58	.00	20.00
Αγοράς	Ιατρική	18	25.97	14.39	5.83	65.00
	Νοσηλευτική ή Διοικητική	62	24.34	7.57	11.67	45.00
	Τεχνική	15	32.28	13.96	4.17	70.00
	Τεχνική	5	35.50	8.20	21.67	42.50



Γράφημα 13 Μέση τιμή των κουλτουρών της Οικειότητας και Ιεραρχίας ως προς την ηλικία



Γράφημα 14 Μέση τιμή των κουλτουρών της Καινοτομίας και Αγοράς ως προς την υπηρεσία

6.3 Σχέση μεταξύ Κλινικής διακυβέρνησης και Οργανωσιακής Κουλτούρας.

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει το συντελεστή συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ του ερωτηματολογίου CGCQ και της επιθυμητής και υφιστάμενης κουλτούρας του ερωτηματολογίου OCAI. Παρατηρήθηκε πως η βαθμολογία του CGCQ συσχετίζεται θετικά με τους παράγοντες της υφιστάμενης κουλτούρας της αγοράς ($r = 0.445, p < 0.001$) και ιεραρχίας ($r = 0.326, p < 0.001$), δηλαδή υψηλότερες τιμές στην κουλτούρα της αγοράς και ιεραρχίας αντιστοιχούν και σε χαμηλότερο κλίμα Κλινικής διακυβέρνησης. Από την άλλη, υπάρχει αρνητική συσχέτιση με τους παράγοντες της οικειότητας ($r = -0.470, p < 0.001$) και της καινοτομίας ($r = -0.201, p < 0.001$), δηλαδή υψηλές τιμές στις τιμές της κουλτουρών της οικειότητας και καινοτομίας αντιστοιχούν σε πιο ιδανικό κλίμα Κλινικής διακυβέρνησης.

Πιο συγκεκριμένα στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ανάλυση συσχέτισης, όπου παρατηρήθηκε πως η κουλτούρα της Οικειότητας συσχετίζεται αρνητικά με τους τρεις πρώτους παράγοντες του ερωτηματολογίου CGCQ, ενώ δεν υποδεικνύεται συσχέτιση με τον τέταρτο παράγοντα. Η κουλτούρα της Αγοράς εμφάνισε θετική συσχέτιση με τους δυο πρώτους παράγοντες την Κλινικής διακυβέρνησης, ενώ η κουλτούρα της Ιεραρχίας, επίσης θετική συσχέτιση με τον δεύτερο και τρίτο παράγοντα. Η κουλτούρα της Καινοτομίας δεν παρουσίασε συσχέτιση με τους παράγοντες της Κλινικής διακυβέρνησης, όπως εκείνοι ορίστηκαν από την παραγοντική ανάλυση.

Τέλος, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της Κλινικής διακυβέρνησης και της επιθυμητής οργανωτικής κουλτούρας, σε κανέναν από τους τομείς της.

Πίνακας 11 – Συσχέτιση μεταξύ CGCQ και υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας

	Υφιστάμενη			
	Οικειότητας	Καινοτομία	Αγοράς	Ιεραρχίας
CGCQ	ς			
	-.470*	-.201*	.445*	.326*
	Επιθυμητή			
	.027	.116	-.075	-.064

Με αστερίσκο (*) σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0.05$).

Πίνακας 12 – Συσχέτιση παραγόντων του CGCQ και της υφιστάμενης κουλτούρας

Παράγοντας	Οικειότητα	Καινοτομία	Αγορά	Ιεραρχία
1	-.323*	.019	.248*	.157
2	-.263*	-.180	.293*	.201*
3	-.219*	-.158	.197	.213*
4	-.071	-.102	.138	.030

Με αστερίσκο (*) σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0.05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της Κλινικής Διακυβέρνησης και της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο γενικό νοσοκομείο Κομοτηνής, αλλά και η εξέταση συσχέτισης μεταξύ τους. Το δείγμα αποτελούνταν από εργαζομένους του νοσοκομείου (N = 100), άνδρες (29%) και γυναίκες (71%), με μέση ηλικία 48.53 έτη. Η πλειοψηφία των εργαζομένων (55%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ και εργάζονταν στην Νοσηλευτική υπηρεσία (62%). Οι εργαζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε δυο ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, το ερωτηματολόγιο Κλινικής Διακυβέρνησης CGCQ και το ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας OCAI.

Στο ερωτηματολόγιο της Κλινικής Διακυβέρνησης πραγματοποιήθηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών (PCA), από την οποία εξάχθηκαν 4 συνιστώσες – παράγοντες. Για την επιτυχή διαδικασία της PCA, αφαιρέθηκαν 30 ερωτήσεις από το σύνολο των ερωτήσεων (N = 60), καθώς το μέγεθος του δείγματος (N = 100) δεν ήταν ικανοποιητικό για την εφαρμογή της ανάλυσης σε ολόκληρο το πλήθος των ερωτήσεων. Οι παράγοντες ήταν «Διαχείριση κλινικών προβλημάτων», «Πρόληψη κλινικών κινδύνων και ανάπτυξη δεξιοτήτων», «Ζητήματα προσωπικού» και «Πίεση και αλλαγές στην ποιότητα υπηρεσιών». Η ανάλυση συσχέτισης έδειξε πως και οι τέσσερις παράγοντες συσχετίζονται θετικά με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, δηλαδή λιγότερο ικανοποιητικό κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης σε κάθε παράγοντα αντιστοιχεί σε λιγότερο ικανοποιητικό κλίμα στη γενική Κλινική Διακυβέρνηση. Το συνολικό επίπεδο Κλινικής Διακυβέρνησης που παρουσιάστηκε από τα δεδομένα ήταν χαμηλό, με την πλειοψηφία των απαντήσεων (60%) να βρίσκονται προς το αρνητικό φάσμα. Ερωτήσεις αναφορικά με την επιμόρφωση του προσωπικού, μακροπρόθεσμου σχεδιασμού για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, καθώς και της μη έγκαιρης πρόληψης και αντιμετώπισης κινδύνων δείχνουν να είναι μείζονος σημασίας για το νοσοκομείο Κομοτηνής καθώς συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε έλεγχος για τη διαφορά των παραγόντων ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την υπηρεσία, ο οποίος έδειξε πως ο παράγοντας «Πρόληψη κλινικών κινδύνων και ανάπτυξη δεξιοτήτων» παρουσιάζει στατιστικά χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης για την Τεχνική υπηρεσία, ενώ ο παράγοντας «Πίεση και αλλαγές στην ποιότητα υπηρεσιών» παρουσιάζει στατιστικά χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης για τους Διευθυντές και τους Προϊσταμένους.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο της Οργανωσιακής Κουλτούρας, για την υφιστάμενη κουλτούρα παρατηρήθηκαν στατιστικά χαμηλότερες βαθμολογίες στην κουλτούρα της Οικειότητας και της Καινοτομίας, ενώ υψηλότερες βαθμολογίες στην κουλτούρα της Αγοράς και της Ιεραρχίας, σε σύγκριση με την επιθυμητή κουλτούρα. Σε φθίνουσα σειρά, τα δεδομένα έδειξαν να κυριαρχεί η κουλτούρα της Οικειότητας, ακολουθούμενη από την κουλτούρα της Αγοράς, Ιεραρχίας, με τελευταία να έρχεται η κουλτούρα της Καινοτομίας. Αναλυτικότερα για την υφιστάμενη κατάσταση, στους παράγοντες των Κυρίαρχων χαρακτηριστικών και στο Χαρακτήρα της Ηγεσίας υψηλότερη βαθμολογία είχε, σύμφωνα με τα δεδομένα, η κουλτούρα της Οικειότητας. Στην Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και στον συνδετικό ιστό κυριάρχησε η κουλτούρα της Ιεραρχίας, ενώ στο Στρατηγικό Προσανατολισμό και στα Κριτήρια Επιτυχίας κυρίαρχη ήταν η Κουλτούρα της Αγοράς. Τα ευρήματα της μελέτης για το συγκεκριμένο νοσοκομείο έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών για νοσοκομειακές μονάδες στην Ελλάδα και στην Τουρκία, τα οποία υπέδειξαν πως η κυρίαρχου τύπου κουλτούρα είναι αυτή της Ιεραρχίας, με ακόλουθες την κουλτούρα της Οικειότητας, Αγοράς και Καινοτομίας (Acar & Acar, 2012; Bista, Prezerakos, Moissoglou, Dreliozzi & Platis, 2018).

Για τη διαφορά των τύπων κουλτούρας ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, παρατηρήθηκε πως οι νεότεροι εργαζόμενοι (έως 39 ετών) είχαν πολύ χαμηλή βαθμολογία στην κουλτούρα της Οικειότητας, ενώ οι ίδιοι εμφάνισαν την υψηλότερη βαθμολογία στην κουλτούρα της Ιεραρχίας. Επίσης, ανάμεσα στην διαφορετικές υπηρεσίες παρουσιάστηκε διαφορά ως προς τις κουλτούρες της Αγοράς και Καινοτομίας, με τους εργαζόμενους στην τεχνική υπηρεσία να έχουν την χαμηλότερη βαθμολογία στην κουλτούρα της Καινοτομίας και την υψηλότερη βαθμολογία στην κουλτούρα της Αγοράς, σε παρόμοιο μέγεθος με την Διοικητική υπηρεσία.

Τέλος, η ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ των ερωτηματολογίων, έδειξε πως όλοι οι τύποι της υφιστάμενης κουλτούρας συσχετίζονται με την Κλινική Διακυβέρνηση. Πιο συγκεκριμένα, υψηλότερες τιμές της Ιεραρχίας και Αγοράς αντιστοιχούν σε λιγότερο ιδανικό κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης, ενώ αντίθετα υψηλές τιμές στις κουλτούρες της Οικειότητας και Καινοτομίας αντιστοιχούν σε ιδανικότερο κλίμα. Παρόμοια ευρήματα έχουν παρουσιαστεί και από προηγούμενες μελέτες, που έδειξαν πως η κουλτούρα της Ιεραρχίας επηρεάζει αρνητικά την Κλινική Διακυβέρνηση, με τις εντολές που επιβάλλονται από τους κανονισμούς και τις κυρώσεις να συνδέονται με λιγότερη δραστηριότητα βελτίωσης της ποιότητας, λιγότερο προληπτική διαχείριση

κινδύνου, αβάσιμες κατηγορίες, υποβαθμισμένες εργασιακές σχέσεις και ανάπτυξη προσωπικού (Freeman, 2003).

7.2 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη είχε σκοπό να παρουσιάσει τα σημαντικότερα αποτελέσματα αναφορικά με την Οργανωσιακή Κουλτούρα και Κλινική Διακυβέρνησης του γενικού νοσοκομείου Κομοτηνής. Αν και το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στόχου και επαρκές στο πλήθος ($N = 100$) περαιτέρω έρευνα χρειάζεται για την γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο της χώρας, καθώς πολλοί εξωτερικοί παράγοντες δύναται να τα επηρεάσουν, όπως η γεωγραφική περιοχή, το μέγεθος του, ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετεί καθώς και ο τρέχων προϋπολογισμός. Τέλος, τα αποτελέσματα μπορούν να εμπλουτιστούν με ποιοτικές μεθόδους, όπως συνεντεύξεις για να διενεργηθεί μια καταγραφή των πεποιθήσεων των εργαζομένων, αφού ο κλειστός τύπος ερωτηματολογίων δεν επιτρέπει αυτό το σκοπό.

7.3 Προτάσεις

Το εργαλείο μέτρησης του κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι ένα εργαλείο το οποίο θα ενθαρρύνει την προσπάθεια των εργαζομένων να δεχθούν κρίσιμες αλλαγές, οι οποίες θα προσδώσουν αξία στον τομέα της υγείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης υπέδειξαν πως το κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής δεν ήταν υποστηρικτικό, ανεξαρτήτως δημογραφικών χαρακτηριστικών και θέσης εργασίας θα αναφερθούμε αναλυτικότερα με ποσοστά στις ερωτήσεις με την υψηλότερη μέση τιμή, που αντιστοιχούν σε μη ιδανικό κλίμα (Αρνητικές) καθώς και εκείνες που αντιστοιχούν σε ιδανικότερο κλίμα (Θετικές). Τα αποτελέσματα συμφωνούν με παρόμοια ευρήματα που παρουσιάστηκαν και σε προηγούμενες μελέτες και συμπληρώνουν το γενικότερο μη ικανοποιητικό κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης (Karassavidou, Glaveli, & Zafiroopoulos, 2011; Dreliozzi, Siskou, Maniadakis & Prezerakos, 2013).

Συγκεκριμένα ο1^{ος} Παράγοντας «Διαχείριση προβλημάτων» είναι μείζονος σημασίας για το Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής αντικατοπτρίζοντας μη ιδανικό κλίμα Κ.Δ στην ερώτηση 1.56 “Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν” το 71% συμφώνησε, ενώ το 17% διαφώνησε και στην ερώτηση 1.34 “ Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα” το 72% συμφώνησε, ενώ το 16% διαφώνησε. Σε ότι αφορά την ερώτηση 1.56 η αργή αντίδραση στα προβλήματα και εκ των υστέρων λύσεις δύναται να προκαλέσει καθυστερημένη λήψη αποφάσεων εις βάρος του ασθενούς και των επαγγελματικών σχέσεων των εργαζομένων. Απαιτείται ανάλυση

εργασίας ώστε οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τον επαγγελματικό τους ρόλο (αρμοδιότητες/ ευθύνες) και τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων ακολουθώντας κανόνες και πρότυπα συμπεριφοράς. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ώστε να μοιράζεται εμπειρίες επίλυσης προβλημάτων και να ενστερνίζεται την “κοινή αίσθηση” του προβλήματος, καθώς και η συστηματική καταγραφή των προβλημάτων με τις σχετικές αποφάσεις, τον χειρισμό τους και τους ενδεχόμενους κινδύνους αποτελεί γνώμονα προληπτικής διαχείρισης προβλημάτων. Σε ότι αφορά την ερώτηση 1.34 θα πρέπει να υιοθετηθεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα δράσεων βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού πρωτίστως αναλυθούν/αξιολογηθούν τα αποτελέσματα από τους δείκτες μέτρησης της ποιότητας που αφορούν :α) Τους πόρους που απαιτούνται για την περίθαλψη, δηλαδή τις εγκαταστάσεις και την στελέχωση. β) Την εφαρμογή και την αξιοπιστία των διαδικασιών που σχετίζεται με την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, ενημέρωση των ασθενών και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. γ) Την αποτελεσματικότητα από την φροντίδα νοσηλείας, το επίπεδο υγείας και ικανοποίησης των ασθενών. Η συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας οικοδομώντας αμοιβαία κατανόηση, εμπιστοσύνη, σεβασμό και ανάπτυξη επαγγελματικών δεξιοτήτων που θα διευκολύνει την καθημερινή τους εργασία θεωρείται προαπαιτούμενο.

Στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής υπάρχει θετικό κλίμα Κ.Δ σε ότι αφορά το σύστημα διαχείρισης των πιθανών κινδύνων και λαθών που αφορούν τους ασθενείς. Στο 2^ο παράγοντα «Διαχείριση κλινικών κινδύνων και ανάπτυξης δεξιοτήτων» έχουμε περισσότερες θετικές ερωτήσεις όπως η 1.11 “Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πως έγινε και όχι στο ποιος φταίει γι’ αυτό” όπου το 54% συμφώνησε και 19% διαφώνησε. Το ποσοστό της τάξης του 54% επιδέχεται βελτίωσης, αφενός ένα ατυχές γεγονός δεν συνδέεται με το πρόσωπο που έσφαλε αφετέρου θα πρέπει να αναπτύσσεται και να βελτιώνεται η αξιοπιστία των διαδικασιών που προσδιορίζει τους κινδύνους για την ποιότητα και τα μέτρα που απαιτούνται για τον περιορισμό αυτών των κινδύνων, όπως η εποπτεία σχετικά με τη συμμόρφωση στα βασικά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας, οι κλινικοί έλεγχοι και η διαχείριση των καταγγελιών. Στην ερώτηση 1.8 “ Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους” το 56% συμφώνησε και το 25% διαφώνησε. Η πλήρης πληροφόρηση των τυπικών προσόντων των εργαζομένων και η ενημέρωση του προσοντολογίου διευκολύνει τη συνεργασία και βελτιώνει το επίπεδο ειλικρίνειας και σεβασμού. Στην ερώτηση 1.15 “Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία” το 54% συμφώνησε και 21% διαφώνησε, αποτελεί διαδικασία ανάπτυξης των εργαζομένων η νέα τεχνογνωσία και η πρακτική εφαρμογή της, δημιουργώντας εργασιακή

ικανοποίηση. Το ποσοστό υποδεικνύει ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης των δεξιοτήτων, της τεχνογνωσίας και της αποτελεσματικότερης χρήσης δεδομένων και πληροφοριών. Κρίνεται απαραίτητος ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός με τη συνεργασία των διευθυντών των τμημάτων, των υπηρεσιών και της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου.

Ο τρίτος παράγοντας «Ζητήματα προσωπικού» για το Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής αντανακλά ένα αρνητικό φάσμα στο κλίμα της Κ.Δ αφού το (65%) των ερωτηθέντων υποστήριξαν ότι η αξιολόγηση δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξη του προσωπικού, συγκεκριμένα στην ερώτηση 1.49 “Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού αξιολογούνται σε τακτική βάση” το 48% διαφώνησε και το 24% συμφώνησε. Πρωτίστως οι αξιοκρατικοί διορισμοί σύμφωνα με τις λειτουργικές ανάγκες του νοσοκομείου εξασφαλίζοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι και αναγνωρίζουν το θεσμικό και κοινωνικό τους ρόλο αποτελεί το βασικό πυλώνα εφαρμογής της Κ.Δ Ως μέτρο προτείνεται η περιοδική αξιολόγηση και πιστοποίηση επάρκειας δεξιοτήτων, ικανοτήτων και απόδοσης γιατί τα αποτελέσματα οδηγούν στην υποστήριξη και ανάπτυξη του προσωπικού.

Στην ερώτηση 1.55 “Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ” το 50% διαφώνησε και το 26% συμφώνησε. Στο ιδανικό κλίμα Κ.Δ αντικατοπτρίζεται ο αμοιβαίος σεβασμός και δεν απαξιώνεται η συνεισφορά κανενός εργαζομένου. Ως μέτρο προτείνεται στις επαγγελματικές ομάδες των εργαζομένων να ακούγεται η “φωνή” όλων, οι αποφάσεις να παίρνονται συλλογικά και όχι μονομερώς απαραίτητη προϋπόθεση η εφαρμογή των σχετικών επαγγελματικών προτύπων, που αφορά κάθε θέση ώστε όλο το προσωπικό να έχει τις κατάλληλες δεξιότητες και γνώσεις που απαιτούνται για να εκπληρώσει τα καθήκοντα του σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές, ώστε να αντιληφθεί τον επαγγελματικό του ρόλο και να κατανοήσει την έννοια της κλινικής διακυβέρνησης.

Στην ερώτηση 1.47 “Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας” Το 57% συμφώνησε και το 26% διαφώνησε. Σε αντίθεση με τις δύο προηγούμενες αρνητικές ερωτήσεις η θετική στάση των εργαζομένων αποδεικνύει ότι υπάρχει εμπιστοσύνη και ανεπτυγμένες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ τους. Το Δ.Σ και η Ε.Ε του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής εάν επικεντρωθεί σε αυτή τη θετική διατύπωση μπορεί να βελτιώσει περαιτέρω το κλίμα της Κ.Δ. Συγκεκριμένα σε ότι αφορά το Δ.Σ οφείλει να διατηρήσει το κλίμα της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και της ομαδικής δουλειάς θέτοντάς υψηλότερα πρότυπα ποιότητας και επίδοσης εμπνέοντας τους εργαζομένους, εφαρμόζοντας πολιτικές πλήρη διαφάνειας και αποφυγής πιθανών

συγκρούσεων. Για την Ε.Ε η οποία είναι επιφορτισμένη με την ποιότητα και τη συνεχή βελτίωση του κλινικού έργου με γνωμοδοτήσεις και εισηγήσεις, εφόσον διατηρήσει την ανεξαρτησία και την υπευθυνότητα της, οι επαγγελματίες υγείας θα ζητούν συμβουλές και καθοδήγηση.

Στον 4^ο παράγοντα «Πίεση και αλλαγές στην ποιότητα υπηρεσιών» όλες οι ερωτήσεις είναι αρνητικές και συγκεκριμένα: Στην ερώτηση 1.17 “Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξη του” το 65% συμφώνησε και το 13% διαφώνησε. Στην ερώτηση 1.50 “Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών” το 68% συμφώνησε και το 28% διαφώνησε. Στην ερώτηση 1.59 “Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές” το 55% συμφώνησε και το 12% διαφώνησε. Στην ερώτηση 1.41 “Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά” το 59% συμφώνησε και το 22% διαφώνησε.

Ο 4^{ος} παράγοντας αντανακλά αρνητικό επίπεδο, θεωρούμε κομβικής σημασίας προκειμένου να στοχοθετήσουμε υψηλότερα επίπεδα παραγωγικότητας, ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ηθικού την αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής. Οι σχετικές προτάσεις για την αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας θα συνδεθούν με τα συμπεράσματα που προαναφέρθηκαν στο ερωτηματολόγιο της Οργανωσιακής Κουλτούρας, για την υφιστάμενη κουλτούρα και την επιθυμητή κουλτούρα. Τα στατιστικά στοιχεία που προαναφέραμε στις προτάσεις και αφορούν το κλίμα της Κλινικής Διακυβέρνησης τα παραθέτουμε στο Παράρτημα στους Πίνακες 7,8,9 και 10.

Στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής κυριαρχεί η κουλτούρα της Οικειότητας και οι εργαζόμενοι επιθυμούν να αυξηθεί ακόμη περισσότερο, ακολουθεί η κουλτούρα της Αγοράς, της Ιεραρχίας, με τελευταία την κουλτούρα της Καινοτομίας. Πίνακας 7, Γράφημα 5. Η κουλτούρα της Οικειότητας στην υφιστάμενη κατάσταση, σύμφωνα με τα δεδομένα, οι παράγοντες των “Κυρίαρχων χαρακτηριστικών” και ο “Χαρακτήρας της Ηγεσίας” είχαν την υψηλότερη βαθμολογία. Γράφημα 7 και 8. Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο αυτή η ανοδική Μέση Τιμή στην κουλτούρα οικειότητας και στους παράγοντες που προαναφέραμε ευνοεί τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ομαδικότητα και τη συνεργασία σε ένα φιλικό εργασιακό περιβάλλον και η ηγεσία έχει έναν ασθενοκεντρικό προσανατολισμό. Η κουλτούρα της οικειότητας δικαιολογείται από το γεγονός ότι το νοσοκομείο

βρίσκεται σε μια ημιαστική περιοχή, σε μια κλειστή κοινωνία, που ενισχύει και εκτός νοσοκομείου τις διαπροσωπικές σχέσεις στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς.

Στην κουλτούρα οικειότητας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές κυρίως στις ηλικίες μέχρι 39 ετών οι οποίες δήλωσαν πως η κουλτούρα οικειότητας είναι σε στατιστικά χαμηλότερο επίπεδο σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικίες, στον αντίποδα, η κουλτούρα της ιεραρχίας εμφάνισε στατιστικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στις νεαρές ηλικίες σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Πίνακας 9, Γράφημα 13. Προκειμένου να ενισχύσουμε την κουλτούρα οικειότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής απαιτείται αφενός η αποδυνάμωση της κουλτούρας ιεραρχίας που κυριάρχησε στους παράγοντες “διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού” και στον “συνδετικό ιστό” (γράφημα 9 και 10), με τα χαρακτηριστικά των γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, των αυστηρά προκαθορισμένων διαδικασιών και κανόνων και αφετέρου η ενθάρρυνση της ατομικής πρωτοβουλίας με στόχο να μειωθεί η αντίσταση στις επερχόμενες οργανωσιακές αλλαγές.

Οι παράμετροι “Στρατηγικός Προσανατολισμός” και “Κριτήρια Επιτυχίας” κυρίαρχη ήταν η Κουλτούρα της Αγοράς, με επιθυμητή την κουλτούρα της Καινοτομίας. Γράφημα 10 και 11. Οι επαγγελματίες υγείας προσδιορίζουν την επιτυχία και τη στρατηγική ανάπτυξη του νοσοκομείου μέσα στην κουλτούρα αγοράς, ερμηνεύοντας το (Γράφημα 10 και 11) συμπεραίνουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν ότι ο οργανισμός θα πρέπει να αφογκραστεί τις ταχύτατες μεταβολές του εξωτερικού περιβάλλοντος προκειμένου να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις και στον ανταγωνισμό, εφαρμόζοντας την τεχνολογία υγείας. Όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 10 και στο Γράφημα 14 οι εργαζόμενοι στην τεχνική υπηρεσία έχουν την υψηλότερη βαθμολογία στην κουλτούρα της Αγοράς και την χαμηλότερη βαθμολογία στην κουλτούρα της Καινοτομίας. Προκειμένου να ενισχύσουμε την κουλτούρα της Καινοτομίας θα πρέπει οι εργαζόμενοι να αισθάνονται ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία τους, έτσι ώστε να υιοθετήσουν την καινοτομία στις διαδικασίες, στην διοίκηση και στην τεχνολογία υγείας που θα οδηγήσουν στη βελτίωση και στον εκσυγχρονισμό.

Η ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ των ερωτηματολογίων, σύμφωνα με το συντελεστή συσχέτισης Pearson (r) έδειξε πως όλοι οι τύποι της υφιστάμενης κουλτούρας συσχετίζονται με την Κλινική Διακυβέρνηση. Πιο συγκεκριμένα, υψηλότερες τιμές στην κουλτούρα της αγοράς και ιεραρχίας αντιστοιχούν σε χαμηλότερο κλίμα Κλινικής διακυβέρνησης. Από την άλλη, υψηλές τιμές στις τιμές της κουλτουρών της οικειότητας και καινοτομίας αντιστοιχούν σε πιο ιδανικό κλίμα Κλινικής διακυβέρνησης. (Πίνακας 11).

Από την ανάλυση συσχέτισης, μεταξύ των ερωτηματολογίων, που αφορά το Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής παρατηρήθηκε πως η κουλτούρα της Οικειότητας συσχετίζεται αρνητικά με τους τρεις πρώτους παράγοντες του ερωτηματολογίου CGCQ, (Πίνακας 12). Συγκεκριμένα τη «Διαχείριση προβλημάτων» τη «Διαχείριση κλινικών κινδύνων και ανάπτυξης δεξιοτήτων» και τα «Ζητήματα προσωπικού». Για τους τρεις αυτούς παράγοντες οι ερωτήσεις με την υψηλότερη μέση τιμή, (Αρνητικές) που παρουσιάζουν ένα μη ιδανικό κλίμα είναι οι εξής: “Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν” Ερώτηση 1.56 “Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα” Ερώτηση 1.34. “Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της” Ερώτηση 1.6 “Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού αξιολογούνται σε τακτική βάση Ερώτηση 1.49 Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ” Ερώτηση 1.55. Για τις συγκεκριμένες ερωτήσεις έχουμε προαναφέρει τις προτάσεις μας προκειμένου να ενισχύσουμε την κουλτούρα οικειότητας και να αντιστρέψουμε το κλίμα της Κ.Δ.

Η κουλτούρα της Αγοράς εμφάνισε θετική συσχέτιση με τους δυο πρώτους παράγοντες την Κλινικής διακυβέρνησης και η κουλτούρα της Ιεραρχίας, επίσης θετική συσχέτιση με τον δεύτερο και τρίτο παράγοντα, (Πίνακας 12), αποδεικνύοντας όπως φαίνεται από τον Πίνακα 7 Γράφημα 5 ότι οι εργαζόμενοι στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής επιθυμούν την αποδυνάμωση τους. Να επισημάνουμε ότι ο δεύτερος παράγοντας που έχει θετική συσχέτιση είναι κοινός στις κουλτούρες Αγοράς και Ιεραρχίας και τον συνδέουμε με τις εξής θετικές ερωτήσεις: 1.11 “Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πως έγινε και όχι στο ποιος φταίει γι’ αυτό”, 1.8 “ Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους” και 1.15 “Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία”. Για τις συγκεκριμένες ερωτήσεις με την χαμηλότερη τιμή (Θετικές) που αντιστοιχούν σε ιδανικότερο κλίμα έχουμε προαναφέρει τις προτάσεις μας προκειμένου να ενισχύσουμε περαιτέρω το κλίμα της Κ.Δ αποδυναμώνοντας τις κουλτούρες ιεραρχίας και αγοράς.

Η κουλτούρα της Καινοτομίας δεν παρουσίασε συσχέτιση με τους παράγοντες της Κλινικής διακυβέρνησης, όπως εκείνοι ορίστηκαν από την παραγοντική ανάλυση. (Πίνακας 12), θεωρούμε όμως ότι δεν πρέπει να παραβλέψουμε το χάσμα μεταξύ της υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας καινοτομίας στο ερωτηματολόγιο OCAI. Ο λόγος είναι η σύγκριση μεταξύ της επιθυμητής και υφιστάμενης κουλτούρας καινοτομίας και στα *συνολικά χαρακτηριστικά της*

κουλτούρας Γράφημα 15 αλλά και ως προς τους έξι διαφορετικούς παράγοντες ειδικότερα στα Γραφήματα 7 έως 12 που παρουσιάζουν αποκλίσεις προσδιορίζοντας τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε να ισχυροποιηθεί η κουλτούρα της Καινοτομίας όπως επιθυμούν οι εργαζόμενοι. Επίσης στο ερωτηματολόγιο CGCQ στην ερώτηση 1.51 “Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις” όπου το 36% συμφώνησε και το 37% διαφώνησε με οριακή διαφορά, αποδεικνύει ότι οι εργαζόμενοι επιθυμούν την ανανέωση και τον εκσυγχρονισμό του Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής χωρίς αυτό να αποτελεί αποτέλεσμα εξωτερικών πιέσεων όπως κοινωνική αποδοχή, νομικές επιταγές, πολιτικές αγκιστρώσεις και οικονομικό κόστος. Την ερώτηση 1.51 την συνδέουμε με την καινοτομία γιατί η ποιότητα και η καινοτομία είναι αμοιβαία εξαρτώμενες και οι πιο σημαντικοί δείκτες ανταγωνιστικότητας και ανάπτυξης. Η καινοτομία ως έννοια καθορίζει το βαθμό κατά τον οποίο ο κάθε οργανισμός είναι δεκτικός στις αλλαγές, στο χώρο της υγείας απαιτείται λοιπόν η υιοθέτηση ενός μείγματος και των τεσσάρων κουλτούρων έτσι ώστε να ανταποκριθεί στις ραγδαίες εξελίξεις του εξωτερικού περιβάλλοντος.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acar, A. Z., & Acar, P. (2012). The effects of organizational culture and innovativeness on business performance in healthcare industry. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 58, 683-692.
- Adelman, I & Morris, C. T. (1967). Society, politics and economic development. "A quantitative approach". Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press.
- Al-Assaf AF. "Healthcare outcomes management and quality improvement". *Journal of the Royal Society of Health* 1996; 116 (4):245-251
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (May 2013). NSQHS "Standards guide for small hospitals". Sydney: Author.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (October 2012). Safety and quality improvement guide, Standard 1: "Governance for safety and quality in health service organisations". Sydney: Author.
- The Australian Council on Healthcare Standards. (2004). ACHS news in brief. "Clinical governance Defined". *ACHS News*, 12:4. Ultimo: Author.
- Australian Government Department of Health and Ageing. (2011). "National Aboriginal and Torres Strait Islander flexible aged care program quality framework". Canberra: Author.
- Australian Institute of Company Directors. (2011). "The Board's role in clinical governance". Sydney: Author.
- Bista, A., Prezerakos, P., Moisoglou, I., Dreliozzi, A., & Platis, C. (2018). Organizational Culture and Change: The case of a Greek Public Hospital. *International Journal of Health Research and Innovation*, 6(1), 2018, 1-9.
- Boland T and Fowler A. "A systems perspective of performance management in public sector organisations". *The International Journal of Public Sector Management* 2000
- Chandra Vanu Som "Clinical governance: a fresh look at its definition", (2004) *Clinical Governance: An International Journal*, Publication date: 1 June 2004
- Cameron Kim S. and Quinn Robert E. "Diagnosing and Changing Organizational Culture" *The Jossey-Bass Business & Management Series (REVISED EDITION 2006)*
- Cave M, Kogan M and Smith R. "Output and performance measurement in government": London: Jessica Kingsley Publishers 1990
- Daft, R. (2006). *Organization theory and design*. Cengage learning

Davies HTO and Mannion R. "Clinical governance: striking a balance between checking and trusting". York: Centre for Health Economics, University of York, 1999a

Department of Health "Principles of Corporate Governance in the NHS", (1994)

Department of Health (1999), "A First Class Service. Quality in the new NHS", Department of Health, UK

Dreliozi, A., Siskou, O., Maniadakis, N., & Prezerakos, P. (2013). Clinical Governance and effective Quality & Risk management in Greek hospitals. *International Journal of Health Research and Innovation*.

Goss, T., Pascale, R., and Athos, A. (1993) "The reinvention roller coaster: Risking the present for a powerful future", *Harvard Business Review*, Vol. 71 No. 6, pp. 97-108

Gurdogan, E. P., & Alpar, S. E. (2016). The Relationship between Nurses' Perceptions of the Clinical Governance Climate and their Job Satisfaction Levels. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2).

Fardazar, F. E., Safari, H., Habibi, F., Haghghi, F. A., & Rezapour, A. (2015). Hospitals' readiness to implement clinical governance. *International journal of health policy and management*, 4(2), 69

Ferguson B and Lim JNW. "Incentives and clinical governance: money following quality" *Journal of Management in Medicine* 2001

Freeman, T. (2003), "Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of Clinical Governance Climate Questionnaire", *Health Services Management Research*,

Fitzgerald, Thomas. "Can Change in Organizational Culture Really Be Managed?" *Organizational Dynamics*, 1988,

Institute for Healthcare Improvement Innovation Series (2005) "Going Lean in Health Care"

Heritage, B., Pollock, C., & Roberts, L. (2014). Validation of the organizational culture assessment instrument. *PloS one*, 9(3).

Hendricks, K.B. and Singhal, V.R. (2001b). "The long-run stock price performance of firms with effective TQM programs"

Hofstede, G. (1991), *Cultures and Organizations "Software of the Mind"*. London, UK: McGraw-Hill.

Hofstede, G. Neuijen, B., Ohayv, D. D. & Sanders, G. (1990),"Measuring organizational

- Cultures: A qualitative and quantitative study across twenty cases”. *Administrative Science Quarterly*, 35, 286-316
- Hofstede, G. (2011), “Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context”.
Hofstede, G *Culture’s Consequences*, (1980).
- Hofstede, G., Hofstede, G. J. & Minkov, M. (2010), “Cultures and Organizations: Software of the Mind” (Rev. 3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Huq, Z. and Martin, T.N. (2000), “Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in hospitals”, *Health Care Management Review*, Vol. 25 No. 3, pp. 80-93
- Karassavidou, E., Glaveli, N., & Zafiroopoulos, K. (2011). Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organisational climate. *Journal of health Organization and Management*
- Klazinga N. “Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems”. *International Journal for Quality in health Care*. 2000
- Marshall, M., Sheaff, R., Rogers, A., Campbell, S., et al (2002), “A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance”
- Marquis BL, Huston CJ (2009) “Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application”. 6th edn. Wolters / Kluwer / Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia
- Minkov, M. (2007). “What makes us different and similar: A new interpretation of the World Values Survey and other cross-cultural data”. Sofia, Bulgaria: Klasika i Stil
- Murphy, K. R., & Davidsholder, C. O. (1988). *Psychological testing: Principles and applications*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall
- Nyhan, R. C., & Marlowe, H. A., Jr. (1997). “Development and psychometric properties of the organizational trust inventory”.
- OECD “Principles of Corporate Governance” (Organisation for Economic Co-operation and Development OECD, 2004 Edition
- Peters, T. J. & Waterman, R. H., Jr. (1982), “In search of excellence: Lessons from America’s best-run companies”, New York: Harper & Row
- Quinn, Robert E., and Cameron, Kim S. “Organizational Life Cycles and Shifting Criteria of Effectiveness.” *Management Science*, 1983, 29, 33–51.

Quinn, Robert E., and Cameron, Kim S. *Paradox and Transformation: Toward a Framework of Change in Organization and Management*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1988.

Scally, G. & Donaldson, L.J. (1998), "Clinical governance and the drive for quality improvement in the New NHS in England". *BMJ*, 317:61–5.

Schyve P. "Models for relating performance measurement and accreditation". *International Journal of Health Planning and Management* 1995.

Shaw CD. "External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT Project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries". *International Journal for Quality in Health Care*. 200

Schein, Edgar H. "Organizational Culture." *Organizational Dynamics*, 1983, 12, 13–28.

Schein, Edgar H. "Coming to a New Awareness of Organizational Culture." *Sloan Management Review*, 1984, 25, 3–16.

Schein, Edgar H. "Organizational Culture and Leadership". San Francisco: Jossey- Bass, 1985.

Tarr JD. "Performance measurements for a continuous improvement strategy". *Hospital Materiel Management and Quality* 1995

Tricker RI (1984). "Corporate governance: practices, procedures, and powers in British companies and their boards of directors". Gower, London

Williams R. "Keywords: A vocabulary of culture and society" N.Y. Oxford University Press (1983)

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

Wudarzewski, G. (2018). Validation of Cameron and Quinn's Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) in Polish Conditions. *Central and Eastern European Journal of Management and Economics*, 6(1), 79-105.

Yu, T., & Wu, N. (2009). A review of study on the competing values framework. *International journal of business and management*, 4(7), 37-42

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1 - Πλήθος απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο CGCQ

	ΣΥΜΦΩΝΩ		ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ		ΔΙΑΦΩΝΩ	
	ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΑΠΟΛΥΤΑ	
1.1	15	37	22	18	8	
1.2	4	12	26	34	24	
1.3	3	17	19	38	23	
1.4	12	34	24	17	13	
1.5	13	36	23	21	7	
1.6	8	22	40	21	9	
1.7	6	7	26	37	24	
1.8	16	40	19	14	11	
1.9	10	35	23	22	10	
1.10	19	24	22	25	10	
1.11	19	36	26	14	5	
1.12	8	27	41	15	9	
1.13	19	43	22	10	6	
1.14	15	36	22	18	9	
1.15	12	42	25	11	10	
1.16	7	30	38	15	10	
1.17	20	45	22	9	4	
1.18	29	44	17	7	3	
1.19	20	34	27	17	2	
1.20	24	23	36	12	5	
1.21	12	22	26	24	16	
1.22	7	26	38	19	10	
1.23	10	41	27	14	8	
1.24	11	23	29	34	3	
1.25	14	29	19	32	6	
1.26	13	39	17	26	5	
1.27	12	30	29	26	3	
1.28	25	40	24	11	0	
1.29	12	46	24	12	6	
1.30	15	46	20	15	4	
1.31	0	19	46	24	11	
1.32	3	12	34	37	14	
1.33	8	51	28	10	3	
1.34	15	57	12	14	2	
1.35	7	29	38	20	6	

1.36	17	34	20	24	5
1.37	6	40	34	14	6
1.38	22	36	14	26	2
1.39	5	28	34	22	11
1.40	7	34	32	16	11
1.41	12	47	19	17	5
1.42	7	35	26	23	9
1.43	5	38	32	18	7
1.44	6	27	43	16	8
1.45	11	35	32	20	2
1.46	14	33	26	20	7
1.47	8	49	17	19	7
1.48	10	34	32	21	3
1.49	3	21	28	35	13
1.50	18	50	14	14	4
1.51	5	31	27	29	8
1.52	11	40	28	17	4
1.53	13	33	23	27	4
1.54	21	43	24	10	2
1.55	7	19	24	35	15
1.56	18	53	12	15	2
1.57	7	21	21	31	20
1.58	17	39	21	19	4
1.59	11	44	33	10	2
1.60	6	21	40	25	8

Πίνακας 2 – Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων του ερωτηματολόγιο CGCQ

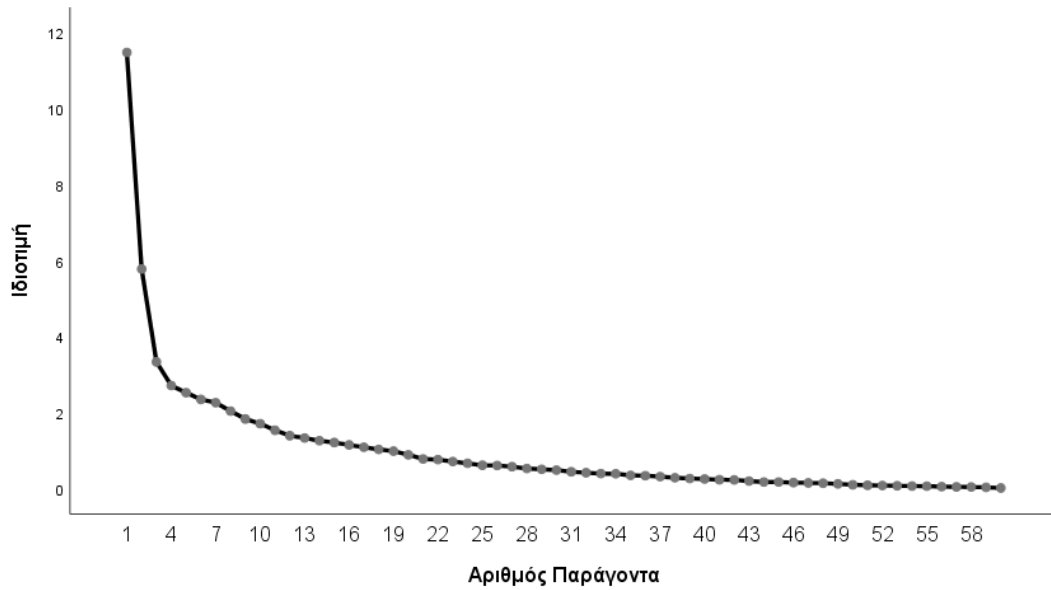
	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
1.18	3.89	1.00
1.28	3.79	.95
1.56	3.70	1.00
1.34	3.69	.96
1.17	3.68	1.02
1.50	3.64	1.06
1.19	3.53	1.06
1.30	3.53	1.05
1.59	3.52	.89
1.33	3.51	.89

1.38	3.50	1.16
1.20	3.49	1.13
1.32	3.47	.98
1.29	3.46	1.05
1.58	3.46	1.10
1.41	3.44	1.07
1.52	3.37	1.02
1.57	3.36	1.22
1.36	3.34	1.17
1.49	3.34	1.05
1.45	3.33	.99
1.1	3.33	1.17
1.55	3.32	1.15
1.26	3.29	1.14
1.31	3.27	.90
1.5	3.27	1.14
1.48	3.27	1.00
1.46	3.27	1.14
1.53	3.24	1.11
1.27	3.22	1.06
1.10	3.17	1.28
1.25	3.13	1.19
1.60	3.08	1.01
1.39	3.06	1.07
1.24	3.05	1.07
1.6	3.01	1.06
1.22	2.99	1.07
1.51	2.96	1.06
1.44	2.93	1.00
1.42	2.92	1.11
1.16	2.91	1.06
1.12	2.90	1.05
1.40	2.90	1.11
1.21	2.90	1.26
1.35	2.89	1.00
1.9	2.87	1.17
1.4	2.85	1.23
1.43	2.84	1.01
1.37	2.74	.98
1.14	2.70	1.19
1.23	2.69	1.09
1.47	2.68	1.09

1.15	2.65	1.14
1.8	2.64	1.23
1.11	2.50	1.11
1.13	2.41	1.09
1.3	2.39	1.11
1.2	2.38	1.10
1.7	2.34	1.10
1.54	2.29	.98

Πίνακας 3 - *Πρώτο στάδιο παραγοντικής ανάλυσης*

Παράγοντας	Ιδιοτιμές		Αθροιστική Διασπορά
	Ιδιοτιμή	Διασπορά	
1	11.477	19.129	19.129
2	5.779	9.632	28.761
3	3.335	5.559	34.319
4	2.714	4.524	38.843
5	2.526	4.210	43.053
6	2.349	3.915	46.968
7	2.263	3.772	50.741
8	2.043	3.405	54.145
9	1.835	3.058	57.203
10	1.712	2.854	60.057
11	1.538	2.564	62.620
12	1.395	2.326	64.946
13	1.334	2.223	67.169
14	1.263	2.105	69.274
15	1.215	2.025	71.299
16	1.153	1.921	73.220
17	1.091	1.818	75.038
18	1.033	1.721	76.759



Γράφημα 1 Ιδιοτιμές των παραγόντων της 1ης παραγοντικής ανάλυσης

Πίνακας 4 - Φορτίσεις των ερωτήσεων στους παράγοντες

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Φορτίσεις
1	1.56	.702
	1.25	.653
	1.53	.647
	1.45	.642
	1.27	.603
	1.34	.589
	1.24	.548
	1.52	.539
	1.30	.520
	1.31	-.519
	1.51	.492
	1.21	.481
	1.19	.431
	2	1.9
1.15		.640
1.35		.622
1.4		.610
1.8		.593
1.44		.551
1.14		.543
	1.43	.514

	1.6	.513
	1.12	.461
	1.11	.382
3	1.49	.762
	1.55	.696
	1.57	.649
	1.39	.632
	1.40	.581
	1.47	.481
	1.60	.480
4	1.41	.756
	1.59	.705
	1.17	.617
	1.50	.592
5	1.18	.643
	1.20	.524
	1.7	-.447
	1.3	-.384
	1.29	.357
6	1.5	.636
	1.28	.594
	1.33	.578
	1.23	.483

Πίνακας 5 - Συντελεστές εσωτερικής συνάφειας των παραγόντων του CGCQ

Παράγοντας	Συντελεστής του Cronbach	Πλήθος ερωτήσεων
1	.855	13
2	.830	11
3	.805	7
4	.700	4
5	.363	5
6	.323	4

Πίνακας 6 - Φορτίσεις των ερωτήσεων για τους ορθογώνιους παράγοντες κατά το τελικό στάδιο

Παραγοντικές φορτίσεις

	1	2	3	4
56	.704			
34	.690			
25	.671			
27	.657			
52	.637			
24	.604			
53	.583			
30	.568			
45	.564			
51	.526			
31	.487			
9		.733		
4		.721		
15		.706		
35		.594		
14		.539		
8		.538		
6		.531		
43		.511		
12		.497		
11		.406		
55			.739	
49			.709	
39			.622	
47			.579	
40			.536	
41				.803
50				.690
59				.682
17				.564

Ερωτήσεις με την υψηλότερη μέση τιμή, αντιστοιχούν σε μη ιδανικό κλίμα (Αρνητικές) και ερωτήσεις με την χαμηλότερη τιμή αντιστοιχούν σε ιδανικότερο κλίμα (Θετικές).

Πίνακας 7 -1^{ος} Παράγοντας «Διαχείριση κλινικών προβλημάτων»

	Μέση Τιμή
Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν 1.56	3.70
Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα 1.34	3.69
Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας 1.25	3.13
Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στους πιο σημαντικούς κλινικούς κινδύνους 1.27	3.22
Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά συμβάντα 1.52	3.37
Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται 1.24	3.05
Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου 1.53	3.24
Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων 1.30	3.53
Οι άνθρωποι εδώ δεν γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοι τους από αυτούς 1.45	3.33
Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις 1.51	2.96
Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν 1.31	3.27

Αρνητικές ερωτήσεις

1.56 – Το 71% συμφώνησε, ενώ το 17% διαφώνησε.

1.34 – Το 72% συμφώνησε, ενώ το 16% διαφώνησε

Θετικές ερωτήσεις

Μόνο η 1.51 όπου το 36% συμφώνησε και το 37% διαφώνησε (οριακή διαφορά).

Πίνακας 8 -2^{ος} Παράγοντας «Κλινικοί κίνδυνοι και ανάπτυξη δεξιοτήτων»

	Μέση
Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών 1.9	2.87
Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όλους εργαζόμενους το επιθυμούν 1.4	2.85
Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία 1.15	2.65
Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισης του 1.35	2.89
Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους 1.14	2.70
Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους 1.8	2.64
Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της 1.6	3.01
Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων διαχέονται σε όλη την οργάνωση 1.43	2.84
Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη 1.12	2.90
Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πως έγινε και όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό 1.11	2.50

Αρνητικές ερωτήσεις

Μόνο η 1.6 με οριακή διαφορά

Θετικές ερωτήσεις

1.11 – 54% συμφώνησε και 19% διαφώνησε.

1.8 – 56% συμφώνησε και 25% διαφώνησε.

1.15 – 54% συμφώνησε και 21% διαφώνησε.

Πίνακας 9 -3^{ος} Παράγοντας «Ζητήματα προσωπικού»

	Μέση
Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ 1.55	3.32
Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού αξιολογούνται σε τακτική βάση 1.49	3.34
Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς 1.39	3.06
Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας 1.47	2.68
Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός 1.40	2.90

Αρνητικές ερωτήσεις

1.49 – Το 48% διαφώνησε και το 24% συμφώνησε.

1.55 – Το 50% διαφώνησε και το 26% συμφώνησε.

Θετικές ερωτήσεις

1.47 – Το 57% συμφώνησε και το 26% διαφώνησε.

Πίνακας 10- 4^{ος} Παράγοντας «Πίεση και αλλαγές στην ποιότητα υπηρεσιών»

	Μέση
Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά 1.41	3.44
Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών 1.50	3.64
Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές 1.59	3.52
Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξη του 1.17	3.68

Αρνητικές ερωτήσεις

1.17 - Το 65% συμφώνησε και το 13% διαφώνησε.

1.50 – Το 68% συμφώνησε και το 28% διαφώνησε.

1.59 – Το 55% συμφώνησε και το 12% διαφώνησε.

1.41 - Το 59% συμφώνησε και το 22% διαφώνησε.

Θετικές ερωτήσεις

Καμία

ΑΔΑ: ΩΒΠΓ4690ΒΑ-Ν2Ρ

Απόσπασμα

**Πρακτικού 18^{ης} Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου
του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής της 25-4-2019**

Σήμερα 25 Απριλίου 2019 ημέρα Πέμπτη και ώρα 10:00 στο γραφείο Διοικήτή του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο που συγκροτήθηκε με την αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ:67066/3-12-2018 απόφαση του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 728/7-12-2018 τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ) όπως ισχύει μετά τη διόρθωση σφαλμάτων (ΦΕΚ 777/28-12-2018 τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ).

Στη συνεδρίαση προσήλθαν και παρέστησαν ο Πρόεδρος του ΔΣ και Διοικητής του Νοσοκομείου Δρ.Φιλίππιδης Γεώργιος και οι παρακάτω νόμιμα καλεσμένοι:

1. Χασάν Εκρέμ, Οδοντίατρος, Αντιπρόεδρος Δ.Σ.
2. Ισμαήλ Χουσεΐν, Οδοντίατρος, ως τακτικό μέλος.
3. Παίων Χρήστος, Ιατρός Ε.Σ.Υ, ως τακτικό μέλος και ως εκπρόσωπος του ιατρικού προσωπικού του Νοσοκομείου.
4. Γκουλούνης Χρήστος, ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων, ως αναπληρωματικό μέλος και ως εκπρόσωπος του λοιπού, πλην ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικού του Νοσοκομείου.

Στη συνεδρίαση προσήλθε και παρέστη η Γραμματέας του Συμβουλίου, Ανδρεάδου Ελένη μόνιμη υπάλληλος κατηγορίας και κλάδου ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας ενώ απουσίαζε το τακτικό μέλος Φιλίππιδης Κοσμάς.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία συζητήθηκαν τα παρακάτω θέματα της ημερήσιας διάταξης:

ΘΕΜΑ 19^ο: «Παραχώρηση άδειας συλλογής στοιχείων (δια ερωτηματολογίου) στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια Κολάτσου Μαρία, για εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας»

Αριθ. Απόφ. – 309 –

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

Α. Την υπ. αριθμ. 6152/18-04-2019 αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, κ. Μαρίας Κολάτσου, για χορήγηση άδειας συλλογής στοιχείων (δια ερωτηματολογίου), στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα: « Κλινική Διακυβέρνηση και Οργανωσιακή Κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας», του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», με επιβλέπων καθηγητή τον κ. Μιχάλη Τάλια..



Η διαδικασία συλλογής στοιχείων θα πραγματοποιηθεί «δια ερωτηματολογίου» και θα διανεμηθεί σε εργαζόμενους της Ιατρικής – Νοσηλευτικής - Διοικητικής και Τεχνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου μας».

Β. Την υπ' αριθμ. 28/4^{ης}/18-4-2019 απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου που εγκρίνει το αίτημα.

Γ. Τη διαλογική συζήτηση μεταξύ των μελών του.

Αποφασίζει Ομόφωνα

Εγκρίνει τη χορήγηση άδειας συλλογής στοιχείων (δια ερωτηματολογίου) στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια Κολάτσου Μαρία, για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Κλινική Διακυβέρνηση και Οργανωσιακή Κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας», στο Γ.Ν.Κομοτηνής, με την προϋπόθεση ότι τα στοιχεία θα επεξεργασθούν μαζικά, δεν θα χρησιμοποιηθεί κανένα προσωπικό στοιχείο και οι πληροφορίες που θα ανακοινωθούν θα είναι μαζικές – ποσοτικές.

Σημειώνεται ότι η ερευνήτρια υποχρεούται με την ολοκλήρωση της έρευνας, να καταθέσει στο Γ.Ν.Κομοτηνής έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της μελέτης.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

ΤΑ ΜΕΛΗ

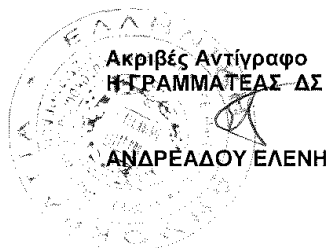
Δρ.ΦΙΛΙΠΠΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΧΑΣΑΝ ΕΚΡΕΜ

ΙΣΜΑΗΛ ΧΟΥΣΕΪΝ

ΠΑΙΩΝ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΓΚΟΥΛΟΥΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ



Ερωτηματολόγιο Κλίματος Κλινικής Διακυβέρνησης
(Clinical Governance Climate Questionnaire)

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

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

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

Κυκλώστε

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

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

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

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

Κυκλώστε

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

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

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

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

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

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Organizational Culture Assessment instrument, (OCAI) των Cameron και Quinn

Στους κάτωθι πίνακες περιγράφονται χαρακτηριστικά των οργανισμών υγείας. Παρακαλώ να μοιράσετε 100 μονάδες μεταξύ των τεσσάρων κάθε φορά περιγραφόμενων χαρακτηριστικών ανάλογα με την ομοιότητα ή μη, με τη δική σας υπηρεσία / οργανισμό. Να δώσετε μία απάντηση για την υφιστάμενη κατάσταση και μία για την επιθυμητή. Για κάθε ερώτηση πρέπει να χρησιμοποιούνται συνολικά 100 μονάδες.

Παράδειγμα: Σε κάποια ερώτηση εάν η Α απάντηση μοιάζει πολύ με τη δική μου, η Β μοιάζει κάπως, ενώ η Γ και η Δ δεν μοιάζουν καθόλου, μπορώ να δώσω 70 μονάδες στην Α, 30 στη Β και στις Γ και Δ μηδέν.

1. Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Στην υπηρεσία / τμήμα που εργάζομαι επικρατεί ένα ζεστό ανθρώπινο εργασιακό κλίμα . Είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια. Οι εργαζόμενοι έχουν πολλά κοινά σημεία.		
B. Η υπηρεσία μου είναι ένας πολύ δυναμικός χώρος . Οι εργαζόμενοι δεν φοβούνται να παίρνουν καινοτόμες αποφάσεις.		
Γ. Στην υπηρεσία μου επικρατούν οι κανονισμοί και οι τυποποιημένες διαδικασίες . Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες γενικά καθοδηγούν τις δραστηριότητες του προσωπικού.		
Δ. Στο τμήμα μου επικρατεί ένα κλίμα ανταγωνισμού όπου το βασικό μέλημα είναι να "βγαίνει η δουλειά", ενώ οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι δευτερεύουσας σημασίας. Το προσωπικό είναι προσανατολισμένο στην επίτευξη των στόχων και την αύξηση της παραγωγής .		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
2. Η ηγεσία του οργανισμού (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Ο επικεφαλής θεωρείται γενικά σύμβουλος , δίνει το παράδειγμα της καθοδήγησης, της διευκόλυνσης και της προστασίας.		
B. Ο επικεφαλής συμπεριφέρεται γενικά σαν καινοτόμος και παίρνει πρωτοβουλίες		
Γ. Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του προσανατολισμού στα αποτελέσματα, στο συντονισμό των εργασιών και στην επιθετική πολιτική , ενδιαφέρεται κυρίως για την αποδοτικότητα.		
Δ. Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι εργάζεται σκληρά είναι αποτελεσματική και δίνει μεγάλη έμφαση στην ανταγωνιστικότητα της οργάνωσης		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
3. Η οργανωτική ενότητα (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
A. Ο συνδεδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η νομιμοφροσύνη και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Υπάρχει υψηλό επίπεδο δέσμευσης, συνοχής και ομαδικότητας.		
B. Ο συνδεδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη. Υπάρχει έμφαση στην πρωτοβουλία και στην αρίστευση.		
Γ. Ο συνδεδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η έμφαση στα επιτεύγματα και την υλοποίηση των στόχων. Η επιθετική πολιτική και η κερδοφορία είναι βασικές αρχές.		
Δ. Ο συνδεδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι οι επίσημοι κανόνες, οι τυπικές διαδικασίες και πολιτικές. Η διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού είναι σημαντική.		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
4. Το στυλ διοίκησης (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από ομαδικό πνεύμα, συναίνεση και συμμετοχή.		
B. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από προσωπική ανάληψη κινδύνου, καινοτομία, ελευθερία και μοναδικότητα.		
Γ. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από σκληρό ανταγωνισμό, υψηλές απαιτήσεις και ανάγκη για επιτεύγματα.		
Δ. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από μονιμότητα εργασίας, προβλεψιμότητα, και μακρά περίοδο παραμονής στην ίδια θέση.		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
5. Η στρατηγική εστίαση (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Το κλίμα στον οργανισμό είναι άνετο και προωθεί τη συμμετοχή των υφισταμένων. Υπάρχει υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης και οι σχέσεις είναι φιλικές.		
B. Ο οργανισμός δίνει έμφαση στην απόκτηση νέων πόρων και στη δημιουργία προκλήσεων. Η δοκιμή νέων ιδεών και προοπτικών εκτιμάται ιδιαίτερα.		

Γ. Ο οργανισμός δίνει έμφαση στη μονιμότητα και τη σταθερότητα . Η αποτελεσματικότητα, ο έλεγχος και η απρόσκοπτη λειτουργία του οργανισμού είναι σημαντικές αξίες.		
Δ. Το κλίμα στην οργάνωση Δ είναι ανταγωνιστικό και προωθεί τη γόνιμη αντιπαράθεση απόψεων. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον ανταγωνισμό.		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
6. Τα κριτήρια της Επιτυχίας (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του, την ομαδική εργασία, τη δέσμευση των εργαζομένων και την κοινωνική φροντίδα.		
B. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την προσφορά νέων υπηρεσιών στον πολίτη και νέων τρόπων εξυπηρέτησης . Είναι μία πρωτοπόρα, καινοτόμος οργάνωση.		
Γ. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την αποδοτικότητα , το χαμηλό κόστος λειτουργίας, την αξιοπιστία στην εξυπηρέτηση του πολίτη και τον καλό προγραμματισμό .		
Δ. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την επικράτηση στην αγορά και την υπερκέρωση του ανταγωνισμού. Ο βασικός στόχος είναι να είναι ο υπ' αριθμόν ένα οργανισμός στο χώρο του.		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

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

1.	Φύλο	
	Ανδρας	
	Γυναίκα	

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

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

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

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

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

5Γ. ΕΦΟΣΟΝ ΕΙΣΤΕ ΓΙΑΤΡΟΣ ΓΡΑΨΤΕ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

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

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

Re: permission for CGCQ use

Tim Freeman <T.Freeman@mdx.ac.uk>

Τετ 13/3/2019 3:19 μ.μ.

Προς: maria kolatsou <mkolatsou@hotmail.com>

Hi Maria

I'm pleased that you found the article interesting and am very happy for you to use the CGCQ in your research (on the assumption that you will reference the paper appropriately in your thesis). The best source of information on the CGCQ is my PhD thesis which you can access electronically (and for no cost!) from the British Library e-thesis portal ('EThOS') by following the link here: - <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?did=1&uin=uk.bl.ethos.402507> To download the document you will need to register for the service, but this is again free. You will find examples of the CGCQ questionnaire, guidance on which items to include in each of the subscales etc. within the relevant chapters of the thesis.

I wish you well, do let me know how this progresses

Warm regards

Tim

Get [Outlook for Android](#)

From: maria kolatsou <mkolatsou@hotmail.com>

Sent: Wednesday, March 13, 2019 12:55:16 PM

To: Tim Freeman

Subject: permission for CGCQ use

Dear **Dr Tim Freeman**,

My name is Maria Kolatsou, and I am a postgraduate student from Greece in the Faculty of Economics and Management, department of HEALTH POLICY AND PLANNING.

I am sending you this email, because I would like to have your permission in order to use the Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) (December 2003, Dr Tim Freeman).

This questionnaire is going to be used for my master thesis and is going to be given to the staff of General Hospital of Komotini-Greece.

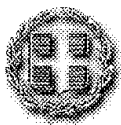
I am looking forward for your positive reply, as it is necessary for the distribution of the questionnaire to the hospital's staff.

Thanking you in advance

Yours faithfully,

Maria Kolatsou

email: mkolatsou@hotmail.com



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4^ο Δ.Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ - ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ
"ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"

Κομοτηνή : 20.05.2019
Αριθ.Πρωτ: 7287

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΠΡΟΣ

Διεύθυνση: Σισμάνογλου 45
Τ.Κ. 69133, Κομοτηνή
Πληροφορίες: ΑΧΜΕΤ ΑΪΣΕΝ
Τηλ.: 25313 51400-526
Fax: 25313 51191
Email: prosopiko@komotini-hospital.gr

κ.Κολάτσου Μαρία του Φωτίου
Μ.Πλαστήρα 23-Τ.Κ.69100
Κομοτηνή

ΘΕΜΑ : Αριθμός εργαζομένων.
ΣΧΕΤΙΚΑ : Η αριθμ.7287/15-05-2019 αίτηση σας για ενημέρωση του αριθμού εργαζομένων στο Γ.Ν. Κομοτηνής.

Σε απάντηση του ανωτέρω σχετικού, σας ενημερώνουμε ότι ο αριθμός εργαζομένων που υπηρετούν στο νοσοκομείο Κομοτηνής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» είναι:

- Διοικητική Υπηρεσία (ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ)42 άτομα.
- Νοσηλευτικό Προσωπικό (ΔΕ, ΠΕ, ΤΕ, ΥΕ) 169 άτομα.
- Τεχνικό Προσωπικό (ΔΕ, ΠΕ, ΤΕ) 8 άτομα.
- Παραϊατρικό Προσωπικό (ΔΕ,ΤΕ) 33 άτομα.
- Ιατροί ΕΣΥ (Διευθυντές, Διευθυντής(Συντονιστής), Επιμελητές Α, Επιμελητές Β) 40 άτομα.
- Ειδικευόμενοι ιατροί 29 άτομα.
- Επικουρικοί ιατροί 19 άτομα.
- Επιστημονικό μη Ιατρικό Προσωπικό (ΠΕ, ΤΕ) 17 άτομα.
- Λοιπό προσωπικό (ΥΕ) 11 άτομα.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΠΟΛΙΤΕΙΑΔΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Submitted on Saturday, April 6, 2019 - 21:23

Your name: MARIA

Your email address: mkolatsou@hotmail.com

Subject: permission for OCAI use

Message:

My name is Maria Kolatsou, and I am a postgraduate student from Greece in the Faculty of Economics and Management, department of HEALTH POLICY AND PLANNING.

I am sending you this email, because I would like to have your permission in order to use the OCAI Questionnaire

This questionnaire is going to be used for my master thesis and is going to be given to the staff of General Hospital of Komotini-Greece.

I am looking forward for your positive reply, as it is necessary for the distribution of the questionnaire to the hospital's staff.

Thanking you in advance

Yours faithfully,

ip address: 109.242.174.117

The results of this submission may be viewed at:

<https://www.ocai-online.com/node/745/submission/2009>

Re: permission for OCAI use

Marcella Bremer <marcella@ocai-online.com>

Κυρ 7/4/2019 8:25 μ.μ.

Προς :MARIA <mkolatsou@hotmail.com>

Hi Maria,

We don't have the copyright of the OCAI but I know that you can use it for research.

Good luck.

Kind regards,

Marcella Bremer

Assess organizational culture at <https://www.ocai-online.com/>

To download our product leaflets, set-up manuals and sample reports, go here: <https://www.ocai-online.com/downloads/documents>

Positive Culture Academy: <https://www.positive-culture.com>