

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας δύο δημόσιων νοσοκομείων σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας δύο δημόσιων νοσοκομείων σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση στον νοσοκομειακό τομέα της Ελλάδας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Στη μελέτη συμμετείχαν 280 εργαζόμενοι όλων των ειδικοτήτων και εκπαιδευτικών επιπέδων που απασχολούνταν στα δύο ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (Γενικό Νοσοκομείο [ΓΝ] Βόλου και Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο [ΠΓΝ] Λάρισας). Ως εργαλείο μέτρησης του οργανωσιακού κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης (Clinical Governance Climate Questionnaire, CGCQ). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 60 ερωτήσεις κλίμακας Likert 5 σημείων (1=συμφωνώ απόλυτα, 5=διαφωνώ απόλυτα). Η μελέτη διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου-Μαρτίου του 2017. Για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), έκδοση 21.0. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα και των δύο υπό μελέτη νοσοκομείων ως προς τα γνωρίσματα της κλινικής διακυβέρνησης δεν ήταν ιδιαίτερα υποστηρικτικό, καθώς οι περισσότερες πτυχές του κλίματος αξιολογήθηκαν από μέτριες έως ελαφρώς θετικές. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι του ΠΓΝ Λάρισας και ειδικότερα οι γυναίκες, αντιλαμβάνονταν τον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων» σε μετριότερο επίπεδο σε σχέση με τους εργαζόμενους του ΓΝ Βόλου. Επί πλέον, οι ιατροί του ΠΓΝ Λάρισας δήλωσαν χαμηλότερη μέση τιμή στους παράγοντες «διαχείριση κλινικών κινδύνων», «δίκαιη επιβολή ποινών» και «συναδελφική συνεργασία», σε αντίθεση με τους ιατρούς του ΓΝ Βόλου που παρουσίασαν σχετικά περισσότερο ικανοποιημένη στάση στις εν λόγω παραμέτρους κλινικής διακυβέρνησης. Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας αντιλαμβάνονταν πιο θετικά τους παράγοντες «δίκαιη επιβολή ποινών», «συναδελφική συνεργασία» και «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας οφείλει να περιλαμβάνει δράσεις με τη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας. Η συνεχής εκπαίδευση και οι ευκαιρίες για ανάπτυξη αποτελούν κρίσιμο μέσο τόσο για τον εντοπισμό ελλείψεων όσο και για την ανάπτυξη στρατηγικών κατάλληλων για τη λήψη πρωτοβουλιών.

Η κλινική διακυβέρνηση θα μπορούσε να αποτελέσει την ασφαλιστική δικλείδα για τη διατήρηση ποιοτικών και βιώσιμων υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.¹ Η κλινική διακυβέρνηση έχει αναδειχθεί ως μια από τις μεγαλύτερες και σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στον χώρο της υγείας τα τελευταία έτη.² Είναι «ένα σύστημα μέσω του οποίου οι οργανισμοί του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών τους

και τη διασφάλιση υψηλών προτύπων περίθαλψης για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος, στο οποίο η αριστεία της κλινικής φροντίδας θα ανθίσει».³ Είναι ένας σχετικά πρόσφατος όρος για την πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης και συνιστά το μεθοδολογικό πλαίσιο όλων εκείνων των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για τη βελτίωση και την αξιολόγηση της κλινικής ποιότητας φροντίδας.⁴ Η κλινική διακυβέρνηση θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα φροντίδας και να

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2020, 37(5):663-670
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2020, 37(5):663-670

Χ. Πλατής,¹
Χ. Μάγγου,¹
Β. Αλικάρη,²
Π. Θεοφίλου,³
Α. Δρελιώζη,⁴
Θ. Μπελλάλη⁵

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
²Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
³Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Αθήνα
⁴2η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, Υπουργείο Υγείας, Πειραιάς
⁵Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδας, Θεσσαλονίκη

Investigation of the perceptions on clinical governance of health professionals of two public hospitals

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Κλινική διακυβέρνηση
Οργανωσιακό κλίμα
Οργανωσιακή κουλτούρα
Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Υποβλήθηκε 17.3.2020
Εγκρίθηκε 10.5.2020

απελευθερωθεί η καινοτομία στις αγορές υγείας με όρους αποτελεσματικής διαχείρισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών και αποδοτικής χρήσης των πόρων.^{5,6}

Ωστόσο, η ιδεολογική υιοθέτηση και πρακτική εφαρμογή των αρχών της κλινικής διακυβέρνησης σε ένα σύστημα υγείας εξαρτάται από την οργανωσιακή κουλτούρα του συστήματος και τις προωθούμενες κάθε φορά δομικές αλλαγές.⁷ Η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να διαδραματίσει θετικό ρόλο στον τρόπο λειτουργίας και στην αποτελεσματικότητα των οργανισμών, ενώ, παράλληλα, οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα ως προς την υγεία του ασθενούς.⁸ Ως κοινή φιλοσοφία παρέχει ένα είδος κοινωνικής συνοχής που συνδέει τους εργαζόμενους παρέχοντάς τους ένα κοινό σημείο αναφοράς, ενώ τους επιτρέπει να κατανοούν πιο εύκολα και σε βάθος τις εξελίξεις.⁹ Η ύπαρξη κοινών «αξιών» και «πιστεύω» συσπειρώνει τα μέλη ενός νοσοκομείου-οργανισμού με τέτοιον τρόπο ώστε η υλοποίηση των στόχων του νοσοκομείου να γίνεται περισσότερο εφικτή. Η κλινική διακυβέρνηση θεωρείται ότι ενεργοποιεί τη διά βίου μάθηση, την παρακίνηση των εργαζομένων καθώς και την ενήμερωση των ασθενών, δίνοντάς τους προσωπική «ενέργεια» και «φωνή», έτσι ώστε να μπορούν όλοι μαζί να βελτιώνουν την κουλτούρα μέσα στην οποία συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν.¹⁰ Γενικά, η συμβολή της κλινικής διακυβέρνησης στο πλαίσιο λειτουργίας των οργανισμών παροχής υγειονομικής φροντίδας είναι η μεταφορά της λήψης κλινικών αποφάσεων στο οργανωτικό και στο διοικητικό παρασκήνιο.^{11,12}

Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση κατέχει κεντρική θέση για την επιτυχία ή όχι του συστήματος της κλινικής διακυβέρνησης.¹² Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα της μελέτης που διενεργήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο,¹⁴ με σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων στελεχών αναφορικά με την πρόοδο, σε μια σειρά οργανωσιακών ικανοτήτων που σχετίζονται με την κλινική διακυβέρνηση. Η έρευνα αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στην αντίληψη τόσο της σπουδαιότητας όσο και της επάρκειας λειτουργιών κλινικής διακυβέρνησης. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αν και στην Εθνική Βρετανική Υπηρεσία Υγείας υπάρχουν δομές και συστήματα κλινικής διακυβέρνησης, αυτά είναι προσανατολισμένα προς τη διασφάλιση της ποιότητας και όχι τη συνεχή βελτίωσή της. Σε παρόμοια μελέτη¹⁵ οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο οργανισμός βρισκόταν σε θετική πορεία προς μια κουλτούρα ποιότητας και ασφάλειας, παρά την απόκλιση που παρατηρήθηκε ανάμεσα στους προϊσταμένους και στο προσωπικό, σχετικά με την κατανόηση και την εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης. Οι στάσεις των ειδικευμένων ιατρών για την κλινική διακυβέρνηση ερευνήθηκαν και σε άλλη μελέτη¹⁶ και έδειξαν ότι το περιεχόμενο της

κουλτούρας, η ικανότητα επικοινωνίας, η ύπαρξη σαφών στόχων, στρατηγικών, αλλά και υποστηρικτικών δομών συμβάλλουν στη διαμόρφωση των στάσεων των ιατρών προς την κλινική διακυβέρνηση.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των εργαζομένων δύο νοσοκομείων σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση. Επί πλέον, το παρόν άρθρο σκοπό είχε τη μελέτη των διαφορών μεταξύ των εργαζομένων των δύο δημόσιων νοσοκομείων, των διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών, αλλά και μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων και εκπαιδευτικών επιπέδων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες

Ο μελετώμενος πληθυσμός αφορούσε σε δύο ομάδες πληθυσμού: τους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό) που εργάζονταν στο ΓΝ Βόλου και τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονταν στο ΠΓΝ Λάρισας. Με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας ο πληθυσμός των δύο νοσοκομείων χωρίστηκε σε στρώματα και στη συνέχεια επιλέχθηκαν επί μέρους δείγματα από διάφορα τμήματα και κλινικές των νοσοκομείων με απλή τυχαία δειγματοληψία. Κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν: εργαζόμενοι του νοσοκομείου (κλινικοί, διοικητικοί, τεχνικοί) όλων των βαθμίδων και ειδικοτήτων. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι μαθητές Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (IEK) και άλλων σχολών, καθώς και οι φοιτητές. Συνολικά διανεμήθηκαν 300 ερωτηματολόγια. Από αυτά απαντήθηκαν και επιστράφηκαν τα 280 (ποσοστό ανταπόκρισης: 93,3%). Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας έλαβε χώρα εντός χρονικού διαστήματος 3 μηνών (Ιανουάριος–Μάρτιος 2017).

Εργαλείο μέτρησης των αντιλήψεων κλινικής διακυβέρνησης

Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση¹⁷ της κλίμακας Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 60 διατυπώσεις, οι οποίες ομαδοποιούνται σε έξι διαστάσεις: (α) Βελτίωση της ποιότητας, (β) διαχείριση κλινικών κινδύνων, (γ) δίκαιη επιβολή ποινών, (δ) οργανωσιακή μάθηση, (ε) ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη και (στ) συναδελφική συνεργασία, οι οποίες σκιαγραφούν τις αντιλήψεις των εργαζομένων περί του κλίματος που επικρατεί στον οργανισμό στον οποίο εργάζονται. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί την κλίμακα Likert 5 σημείων (1=συμφωνώ απόλυτα έως 5=διαφωνώ απόλυτα). Η χαμηλότερη βαθμολόγηση αντανάκλατο το ιδανικότερο κλίμα κλινικής διακυβέρνησης. Η αρχική έκδοση της κλίμακας δημιουργήθηκε το 2003¹⁸ και έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες μελέτες στην Αυστραλία, στην Ελλάδα και στο Ιράν.¹⁹⁻²¹ Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Δεοντολογία

Για τη διεξαγωγή της μελέτης εξασφαλίστηκε άδεια από τα Επιστημονικά Συμβούλια-Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας του εκάστοτε νοσοκομείου και στη συνέχεια εγκρίθηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο των δύο νοσοκομείων. Η κλίμακα διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες συνοδευόμενη από μια επιστολή στην οποία περιγράφονταν ο σκοπός σημαντικότητας της έρευνας, η εθελοντική τους συμμετοχή και ο τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ενώ, παράλληλα, διασφαλιζόταν η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Στατιστική ανάλυση

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's α . Παρουσιάζονται συγκριτικά τα μέτρα θέσης και διασποράς των παραμέτρων. Έγινε έλεγχος εξάρτησης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας. Ακολούθησε έλεγχος εξάρτησης μέσω τιμών με εφαρμογή t test στην περίπτωση των δημογραφικών κατηγορικών μεταβλητών που έχουν δύο κατηγορίες απαντήσεων και ανάλυση διασποράς (ANOVA) στην περίπτωση των δημογραφικών κατηγορικών μεταβλητών που έχουν >2 κατηγορίες απαντήσεων. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των σύνθετων μεταβλητών, όπως και στην περίπτωση της ηλικίας και της υπηρεσίας, με εκτίμηση του συντελεστή Pearson R. Τέλος, εφαρμόστηκε ανάλυση διασποράς με δύο παράγοντες και, ειδικότερα, του νοσοκομείου και του προσωπικού, ομαδοποιημένου σε υπηρεσίες (ιατρικό/νοσηλευτικό), προκειμένου να διαπιστωθεί στατιστικά πιθανή σημαντική αλληλεπίδραση. Η ανάλυση του δείγματος διενεργήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows), έκδοση 21.0. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%.

Περιορισμοί

Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν το δύσκολο έργο της εξισορρόπησης ανάμεσα στην ευθυγράμμιση με τις εξωτερικές ή τις εσωτερικές πολιτικές ποιότητας και την επίτευξη στόχων της αποδοτικότητας, ενδέχεται τα χαρακτηριστικά αυτά να τροποποιούνται και να αλλάζουν δυναμικά, με συνέπεια η δεδομένη έρευνα να έχει περιορισμένη χρονικά ισχύ. Επί πλέον, τυχόν ελλιπή δεδομένα μπορεί να οφείλονται είτε σε απροθυμία των ερωτώμενων να παράσχουν κάποια στοιχεία, είτε σε εξωτερικούς παράγοντες. Ωστόσο, τόσο το μέγεθος όσο και η σχετική αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος συμβάλλουν στην κατά το δυνατόν μείωση των σφαλμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι έξι διαστάσεις της κλίμακας έδειξαν υψηλές τιμές εσωτερικής αξιοπιστίας. Η αξιοπιστία των παραγόντων ήταν η ακόλουθη: Βελτίωση ποιότητας: 0,85, διαχείριση κλινικών κινδύνων: 0,79, δίκαιη επιβολή ποινών: 0,74, συναδελφική

συνεργασία: 0,694, ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη: 0,679, οργανωσιακή μάθηση: 0,58.

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 280 εργαζόμενοι. Ποσοστό 53,6% (n=150) από αυτούς εργάζονταν στο ΓΝ Βόλου και το 46,4% (n=180) στο ΠΓΝ Λάρισας. Στον πίνακα 1

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (n=280).

	Συχνότητα	%
<i>Νοσοκομείο</i>		
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου	150	53,6
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας	130	46,4
<i>Φύλο</i>		
Άνδρας	54	19,3
Γυναίκα	226	80,7
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>		
Διδακτορικός τίτλος σπουδών	6	2,1
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	45	16,1
Απόφοιτος ΑΕΙ	78	27,9
Απόφοιτος ΤΕΙ/ΚΑΤΕΕ	145	51,8
Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	55	19,6
<i>Υπηρεσία</i>		
Νοσηλευτική υπηρεσία	185	66,1
Ιατρική υπηρεσία	68	24,3
Διοικητική υπηρεσία	15	5,4
Τεχνική υπηρεσία	12	4,3
<i>Θέση εργασίας</i>		
Προϊστάμενος τμήματος	9	4,3
Υπεύθυνος τμήματος ή γραφείου	13	6,2
Υπάλληλος	189	89,6
<i>Θέση εργασίας</i>		
Διευθυντής	7	10,3
Επιμελητής Α' ή Β'	27	39,7
Ειδικευόμενος	34	50,0
<i>Σχέση εργασίας οργανισμό</i>		
Μόνιμος μισθωτός	235	83,9
Ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου	6	2,1
Ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου	38	13,6
Εξωτερικός συνεργάτης	1	0,4
	ΜΤ	ΤΑ
Ηλικία	43,08	7,5
Έτη προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο	14,3	8,6

ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΤΕΙ/ΚΑΤΕΕ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Κέντρο Ανωτέρας Τεχνικής και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης

παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Εξετάζοντας τις μέσες τιμές των έξι παραγόντων προκύπτει ότι κανένας από τους εν λόγω παράγοντες δεν βρισκόταν σε ευνοϊκότερη θέση, εφόσον σχεδόν όλοι κυμαίνονταν πλησίον ή και κάτω από τη θέση (γραμμή) της κλίμακας. Η χαμηλότερη βαθμολογία δηλωνόταν στη διάσταση «βελτίωση ποιότητας», ενώ στις υψηλότερες θέσεις βαθμολογούνταν οι διαστάσεις «δίκαιη επιβολή ποινών» και «οργανωσιακή μάθηση» (πίν. 2).

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας. Όλοι οι παράγοντες συσχετίστηκαν μεταξύ τους στατιστικώς σημαντικά. Σημαντική θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε μεταξύ των παραγόντων «βελτίωση ποιότητας» και «συναδελφική συνεργασία» ($r=0,615$, $p<0,05$).

Πίνακας 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά της κλίμακας Clinical Governance Climate Questionnaire.

	Ελάχιστη	Μέγιστη	ΜΤ	ΤΑ
Βελτίωση ποιότητας	1,19	4,52	2,53	0,49
Διαχείριση κλινικών κινδύνων	1,18	4,64	3,03	0,57
Δίκαιη επιβολή ποινών	1,00	5,00	3,09	0,64
Συναδελφική συνεργασία	1,00	5,00	2,78	0,67
Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη	1,00	4,75	2,75	0,58
Οργανωσιακή μάθηση	1,00	5,00	3,15	0,63
Συνολική αξιολόγηση κλινικής διακυβέρνησης	1,25	4,69	2,89	0,46

ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

Στατιστικά σημαντική επίδραση του νοσοκομείου προέκυψε στον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων» ($t(278)=2,222$, $p=0,027<0,05$), όπου εξετάζοντας τις επί μέρους μέσες τιμές ανά νοσοκομείο, η διαφορά εντοπίστηκε στη μικρότερη μέση τιμή που δηλώθηκε από το ΠΓΝ Λάρισας (πίν. 4).

Σχετικά με τις στατιστικά σημαντικές επιδράσεις, αυτές προέκυψαν μεταξύ του νοσοκομείου και του παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων» ($t(278)=2,222$, $p=0,027<0,05$), μεταξύ του φύλου και του παράγοντα «διαχείριση κλινικών

Πίνακας 4. Διαφορές μεταξύ νοσοκομείων και των παραγόντων της κλίμακας Clinical Governance Climate Questionnaire.

Νοσοκομείο		ΜΤ	ΤΑ	t	p
Βελτίωση ποιότητας	ΓΝΒ	2,53	0,51	-0,03	0,97
	ΠΓΝΛ	2,54	0,47		
Διαχείριση κλινικών κινδύνων	ΓΝΒ	3,10	0,58	2,22	0,02
	ΠΓΝΛ	2,95	0,54		
Δίκαιη επιβολή ποινών	ΓΝΒ	3,16	0,65	1,85	0,06
	ΠΓΝΛ	3,02	0,63		
Συναδελφική συνεργασία	ΓΝΒ	2,83	0,69	1,35	0,17
	ΠΓΝΛ	2,72	0,65		
Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη	ΓΝΒ	2,74	0,59	-0,31	0,75
	ΠΓΝΛ	2,76	0,57		
Οργανωσιακή μάθηση	ΓΝΒ	3,15	0,64	-0,17	0,86
	ΠΓΝΛ	3,16	0,63		
Συνολική αξιολόγηση κλινικής διακυβέρνησης	ΓΝΒ	2,92	0,48	1,09	0,27
	ΠΓΝΛ	2,86	0,43		

ΓΝΒ: Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, ΠΓΝΛ: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 3. Συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων της κλίμακας Clinical Governance Climate Questionnaire.

		Διαχείριση κλινικών κινδύνων	Δίκαιη επιβολή ποινών	Συναδελφική συνεργασία	Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη	Οργανωσιακή μάθηση
Βελτίωση ποιότητας	R	0,588*	0,489*	0,615*	0,555*	0,434*
	P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Διαχείριση κλινικών κινδύνων	R		0,419*	0,492*	0,635*	0,594*
	P		0,000	0,000	0,000	0,000
Δίκαιη επιβολή ποινών	R			0,523*	0,486*	0,420*
	P			0,000	0,000	0,000
Συναδελφική συνεργασία	R				0,513*	0,440*
	P				0,000	0,000
Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη	R					0,573*
	P					0,000

* $p<0,01$

κινδύνων» ($t(278)=1,994, p=0,047<0,05$), του μεταπτυχιακού τίτλου και του παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» ($t(278)=-2,073, p=0,039<0,05$), της βαθμίδας του Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ) και του παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών» ($t(278)=2,604, p=0,010<0,05$), της υπηρεσίας και του παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών» ($F(3,276)=2,543, p=0,047<0,05$). Επίσης, στατιστικά θετική σημαντική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και των παραγόντων «δίκαιη επιβολή ποινών» ($r=0,129, p=0,032<0,05$), «συναδελφική συνεργασία» ($r=0,146, p=0,015<0,05$) και «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» ($r=0,141, p=0,018<0,05$).

Για τη διαπίστωση των διαφορών μεταξύ των υπηρεσιών και των νοσοκομείων εφαρμόστηκε πολλαπλή ανάλυση διασποράς. Ως προς τη «δίκαιη επιβολή ποινών» προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με το νοσοκομείο ($F(1,253)=8,584, p=0,004<0,05$), αλλά και σημαντική μεταξύ τους αλληλεπίδραση ($p=0,002<0,05$). Επίσης, ως προς τη «συναδελφική συνεργασία» προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σχετικά με το νοσοκομείο ($F(1,253)=4,020, p=0,046<0,05$) (πίν. 5).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η βασική θέση, η οποία επιχειρείται να αναδειχθεί με

την παραπάνω παρουσίαση των επί μέρους παραμέτρων της κλινικής διακυβέρνησης, αφορά στον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζουν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας του ΓΝ Βόλου και του ΠΓΝ Λάρισας στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή δράσεων για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και ως εκ τούτου της κλινικής διακυβέρνησης.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το κλίμα των υπό μελέτη νοσοκομείων βρέθηκε να μην είναι ιδιαίτερα υποστηρικτικό, καθώς οι περισσότερες πτυχές του αξιολογήθηκαν από μέτριες έως ελαφρώς θετικές από τους εκάστοτε εργαζόμενους, προκειμένου να συμμετάσχουν σε πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι του ΠΓΝ Λάρισας είχαν περισσότερο αρνητική αντίληψη για τον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων», ο οποίος αφορά κυρίως στις προσπάθειες του προσωπικού να διαχειρίζεται σε καθημερινή βάση τον κλινικό κίνδυνο, σε σχέση με τους εργαζόμενους του ΓΝ Βόλου. Η συγκεκριμένη αντίληψη ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων τείνουν να αντιλαμβάνονται αρνητικά το κλίμα που σχετίζεται με την ποιότητα και τη διαχείριση των κινδύνων.¹⁷

Επί πλέον, κατά την ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ

Πίνακας 5. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις της αξιολόγησης των παραμέτρων στις συνθήκες που δημιουργεί το νοσοκομείο.

		ΓΝΒ		ΠΓΝΛ		ΑΝΟΒΑ		
		ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	F	p	
Βελτίωση ποιότητας	Νοσηλευτική υπηρεσία	2,46	0,49	2,52	0,5	Νοσοκομείο	0,64	0,42
	Ιατρική υπηρεσία	2,69	0,56	2,51	0,41	Υπηρεσία	1,95	0,16
						Αλληλεπίδραση	2,59	0,10
Διαχείριση κλινικών κινδύνων	Νοσηλευτική υπηρεσία	3,06	0,56	2,95	0,5	Νοσοκομείο	4,22	0,04
	Ιατρική υπηρεσία	3,17	0,61	2,92	0,80	Υπηρεσία	0,23	0,62
						Αλληλεπίδραση	0,71	0,39
Δίκαιη επιβολή ποινών	Νοσηλευτική υπηρεσία	3,01	0,69	3,03	0,65	Νοσοκομείο	8,58	0,00
	Ιατρική υπηρεσία	3,45	0,53	2,86	0,67	Υπηρεσία	2,08	0,15
						Αλληλεπίδραση	10,07	0,00
Συναδελφική συνεργασία	Νοσηλευτική υπηρεσία	2,77	0,73	2,74	0,66	Νοσοκομείο	4,02	0,04
	Ιατρική υπηρεσία	2,98	0,66	2,59	0,70	Υπηρεσία	0,10	0,74
						Αλληλεπίδραση	2,97	0,08
Ευκαιρίες για εκπαίδευση ανάπτυξη	Νοσηλευτική υπηρεσία	2,69	0,60	2,75	0,60	Νοσοκομείο	0,23	0,62
	Ιατρική υπηρεσία	2,80	0,56	2,65	0,53	Υπηρεσία	0,00	0,95
						Αλληλεπίδραση	1,40	0,23
Οργανωσιακή μάθηση	Νοσηλευτική υπηρεσία	3,09	0,7	3,22	0,57	Νοσοκομείο	0,28	0,59
	Ιατρική υπηρεσία	3,23	0,58	2,99	0,86	Υπηρεσία	0,18	0,66
						Αλληλεπίδραση	3,63	0,05

ΓΝΒ: Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, ΠΓΝΛ: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

του φύλου και των παραμέτρων της κλινικής διακυβέρνησης, προέκυψε ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν το κλίμα που σχετίζεται με τον παράγοντα «διαχείριση κλινικών κινδύνων» σε μετρίότερο επίπεδο σε σχέση με τους άνδρες. Αυτή η διαφορά που διαπιστώθηκε ανάμεσα στα δύο φύλα και σαφώς επηρεάζει την ποιότητα και τον στόχο των κλινικών πρωτοβουλιών, θα μπορούσε να αποδοθεί έως κάποιον βαθμό στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των γυναικών (π.χ. ευγένεια, ευαισθησία, ανεκτικότητα). Επιπρόσθετα, ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι ο εν λόγω παράγοντας εμπεριέχει περισσότερο «δυναμικά» στοιχεία που αφορούν στον σχεδιασμό και στην ανάπτυξη, σε έναν τομέα όπου οι γυναίκες γενικά εκπροσωπούνται, αλλά και στο ότι οι γυναίκες προτιμούν περισσότερο τη συνεργατική συναίνεση απ' ό,τι οι άνδρες. Αν και ο αριθμός των γυναικών σε ηγετικές θέσεις έχει αυξηθεί, εν τούτοις λόγω των κοινωνικών κανόνων, αναπαραστάσεων και θεσμών, διαιωνίζεται η περιορισμένη πρόσβαση αυτών σε πόρους και ευκαιρίες,²² όπως προκύπτει από στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι διακρίσεις παραμένουν ακόμη και σε νοσοκομεία ανεπτυγμένων χωρών.²³

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι αντιλαμβάνονταν τους παράγοντες «δίκαιη επιβολή ποινών», «συναδελφική συνεργασία» και «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» περισσότερο θετικά απ' ό,τι οι εργαζόμενοι νεότερης ηλικίας. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην ψυχική, στη συναισθηματική και στην ιδεολογική ανάπτυξη των ατόμων, που εξελίσσεται με την πάροδο της ηλικίας και την απόκτηση αναπτυξιακών εμπειριών. Όσον αφορά στην αρνητική στάση των εργαζομένων νεότερης ηλικίας, ενδεχομένως θα μπορούσε να συνδεθεί με το χαμηλό επίπεδο κινητοποίησης και παροχής κινήτρων. Η απουσία κατάρτισης στην αναζήτηση στοιχείων της έρευνας, η έλλειψη σαφήνειας οράματος, η ανεπαρκής υποστήριξη των απαραίτητων αλλαγών για τη βελτίωση της ποιότητας, γίνονται αντιληπτά αρνητικότερα από τους νεότερους σε ηλικία εργαζόμενους σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό. Επί πλέον, λόγω των συνθηκών που επικρατούν, οι νεότεροι φαίνεται να είναι λιγότερο πιθανόν να εκμεταλλευτούν ευκαιρίες και να αλλάξουν το σύστημα, εφόσον είναι περισσότερο επικεντρωμένοι στην ανάπτυξη δεξιοτήτων στην κλινική πρακτική.⁵

Αντίστοιχο κλίμα εντοπίστηκε και στους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου ως προς τον παράγοντα «ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη», οι οποίοι τον αξιολόγησαν σε χαμηλότερη θέση σε σχέση με τους μη έχοντες μεταπτυχιακό τίτλο. Αυτό το αρνητικό κλίμα ενδέχεται να επηρεάσει τη

στάση των εργαζομένων ως προς τη σωστή και κατάλληλη παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως άλλωστε διαπιστώνεται και σε άλλη μελέτη,²⁴ σύμφωνα με την οποία η έλλειψη εκπαίδευσης δημιουργεί ιδιαίτερες δυσκολίες σε τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Εξ αιτίας των λιγότερων τεχνικών δεξιοτήτων, οι εργαζόμενοι δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν σε θέματα κλινικής ποιότητας.

Το κλίμα που σχετίζεται με τον παράγοντα «δίκαιη επιβολή ποινών», ο οποίος αφορά κυρίως στην αποτελεσματική διαχείριση των λαθών, διαπιστώθηκε ότι δεν ήταν ιδιαίτερα υποστηρικτικό στα υπό μελέτη νοσοκομεία και ειδικότερα από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, που παρουσίασε μια αρνητική στάση σε όλες τις διατυπώσεις του εν λόγω παράγοντα. Ανάλογη στάση διαπιστώθηκε και σε μια διεθνή μελέτη που διεξήχθη σε ιρλανδικά νοσοκομεία,²⁵ όπου οι ερωτήσεις των εργαζομένων στις διατυπώσεις του αντίστοιχου παράγοντα δήλωναν από χαμηλή έως ελαφρά θετική στάση.

Ομοίως και το ιατρικό προσωπικό του ΠΓΝ Λάρισας στους παράγοντες «διαχείριση κλινικών κινδύνων», «δίκαιη επιβολή ποινών» και «συναδελφική συνεργασία» δήλωσε χαμηλότερη μέση τιμή σε σχέση με τους ιατρούς του ΓΝ Βόλου. Η διαφορά αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί αφ' ενός στις διαφορές του εσωτερικού περιβάλλοντος των δύο νοσοκομείων και αφ' ετέρου στη διαφοροποιημένη φύση των ασκούμενων πιέσεων του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Επί πλέον, λαμβάνοντας υπ' όψη και το γεγονός ότι τα υπό μελέτη νοσοκομεία διέφεραν ως προς τη φύση λειτουργίας τους, ενδέχεται η εν λόγω αρνητική προσέγγιση των πτυχών του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης από τους εργαζόμενους του ΠΓΝ Λάρισας να οφειλόταν και στις διαφορές που διαπιστώθηκαν: (α) Ως προς το περιεχόμενο της εργασίας και ειδικότερα στη σπουδαιότητα των καθηκόντων, της σύγχυσης και της σύγκρουσης ρόλων, (β) στη σύνδεση της προσπάθειας και της απόδοσης με τις αμοιβές, αλλά και (γ) στον τύπο ηγεσίας του εκάστοτε νοσηλευτικού ιδρύματος ως προς τη λειτουργία των ανταμοιβών και του προσανατολισμού προς την επίτευξη των στόχων.

Συνεπώς, η κλινική διακυβέρνηση απαιτεί συνεργασίες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των διαχειριστών, αλλά και διεπαγγελματική συνεργασία με άλλες ομάδες που θα έχουν ίσες ευκαιρίες στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επί πλέον, η εναρμόνιση κινήτρων για την αύξηση της λογοδοσίας για το κόστος και την παραγωγή καλής ποιοτικής φροντίδας καθίσταται εξ ίσου σημαντική.

ABSTRACT

Investigation of the perceptions on clinical governance of health professionals of two public hospitals

C. PLATIS,¹ C. MAGGOU,¹ V. ALIKARI,² P. THEOFILOU,³ A. DRELIOZI,⁴ T. BELLALI⁵¹School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patra, ²Department of Nursing, University of West Attica, Athens, ³General Directorate of Healthcare Services, Ministry of Health, Athens, ⁴Second Regional Healthcare Authority of Attica, Piraeus, ⁵Department of Nursing, International University of Greece, Thessaloniki, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2020, 37(5):663–670*

OBJECTIVE Investigation of the perceptions of health professionals in two public hospitals regarding clinical governance in Greece's hospital sector. **METHOD** The study involved 280 employees of all specialties and educational levels working in two Greek regional public hospitals (the General Hospital of Volos and the General University Hospital of Larissa). The Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) was used as a tool to measure the organizational climate of clinical governance. The questionnaire consists of 60 items scored on a 5-point Likert-type scale, ranging from 1=strongly agree, to 5=strongly disagree. The study was conducted in the period January–March 2017. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 21.0 was used for data analysis. The level of statistical significance was set at 5%. **RESULTS** The current organizational climate of both hospitals regarding clinical governance features was not rated as particularly supportive, as most aspects of the climate were rated as moderate to slightly positive, with some differences between the hospitals. Specifically, the employees of the General University Hospital of Larissa, and in particular women, ranked the “Clinical Risk Management” factor at a lower level than the employees of the General Hospital of Volos. The doctors of the General University Hospital of Larissa recorded lower average scores for “Clinical Risk Management”, “Fair Penalty Implementation” and “Collaboration” factors than the doctors of the General Hospital of Volos. Older health professionals perceived factors such as “Fair Enforcement”, “Fellowship”, and “Opportunities for Education and Development” more positively than their younger colleagues. **CONCLUSIONS** The health policy implemented in the hospitals should include actions involving all health professionals. The opportunities for continuing education and development constitute a critical tool for both identifying shortcomings and developing strategies enabling hospital staff to take initiatives.

Key words: Clinical governance, Organizational climate, Organizational culture, Quality of health services

Βιβλιογραφία

1. MOUSAVI SMH, AGHARAHIMI Z, DARYABEIGI M, REZAEI N. Implementation of clinical governance in hospitals: Challenges and the keys for success. *Acta Med Iran* 2014, 52:493–495
2. PRICE T, TREDINNICK-ROWE J, WALSH K, TAZZYMAN A, FERGUSON J, BOYD A ET AL. Reviving clinical governance? A qualitative study of the impact of professional regulatory reform on clinical governance in healthcare organisations in England. *Health Policy* 2020, 124:446–453
3. SCALLY G, DONALDSON L. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *Br Med J* 1998, 317:61–65
4. GOMES R, LIMA VV, DE OLIVEIRA JM, SCHIESARI LMC, SOEIRO E, DAMÁZIO LF ET AL. The polisemy of clinical governance: A review of literature. *Cien Saude Colet* 2015, 20:2431–2439
5. GAULD R, HORSBURGH S. Are some health professionals more cognizant of clinical governance development concepts than others? Findings from a New Zealand study. *J Public Health (Oxf)* 2016, 38:363–370
6. SPECCHIA ML, POSCIA A, VOLPE M, PARENTE P, CAPIZZI S, CAMBIERI A ET AL. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? *BMC Health Serv Res* 2015, 15:142
7. TABOLI H, AYAGH GH, BASTAMI R, HAKIMI I. Modeling the relationship between organizational culture, clinical governance, and organizational performance: A case study of Tamin Ejtemaee hospitals in Mazandaran Province, Iran. *JOHE* 2014, 3:197–205
8. BRAITHWAITE J, HERKES J, LUDLOW K, TESTA L, LAMPRELL G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open* 2017, 7:e017708
9. ROVITHIS M, LINARDAKIS M, RIKOS N, MERKOURIS A, PATIRAKI E, PHILALITHIS A. Organizational culture among nurses working in the public health sector on the Island of Crete – Greece. *Health Sci J* 2016, 10:14
10. MANNION R, DAVIES HTO, MARSHALL MN. Cultural characteristics of “high” and “low” performing hospitals. *J Health Organ Manag* 2005, 19:431–439
11. SCHOLL I, LARUSSA A, HAHLOWEG P, KOBRIN S, ELWYN G. Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to

- address them – a scoping review. *Implement Sci* 2018, 13:40
12. GUEDES DOS SANTOS JL, ERDMANN AL, DE ANDRADE SR, FERREIRA DE MELLO ALS, SOARES DE LIMA SB, PESTANA AL. Nursing governance: An integrative review of the literature. *Rev Esc Enferm USP* 2013, 47:1417–1425
 13. SADEGHI-BAZARGANI H, TABRIZI JS, SAADATI M, HASSANZADEH R, ALIZADEH G. Nursing experiences of clinical governance implementation: A qualitative study. *Clinical Governance: An International Journal* 2015, 20:183–190
 14. FREEMAN T, WALSH K. Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Qual Saf Health Care* 2004, 13:335–343
 15. GREENFIELD D, NUGUS P, FAIRBROTHER G, MILNE J, DEBONO DS. Applying and developing health service theory: An empirical study into clinical governance. *Clinical Governance: An International Journal* 2011, 16:8–19
 16. HOGAN H, BASNETT I, MCKEE M. Consultants' attitudes to clinical governance: Barriers and incentives to engagement. *Public Health* 2007, 121:614–622
 17. DRELIOZI A, SISKOU O, MANIADAKIS N, PREZERAKOS P. Continuing education and development opportunities in Greek hospitals: Comparison of perspectives between nurses and other health professionals. *International Journal of Occupational Health and Public Health Nursing* 2014, 1:3–16
 18. FREEMAN T. Measuring progress in clinical governance: Assessing the reliability and validity of Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Serv Manage Res* 2003, 16:234–250
 19. VASSOS M, NANKERVIS K, CHAN J. Clinical governance climate within disability service organizations from the perspective of allied health professionals. *J Policy Pract Intel Disabil* 2019, 16:67–77
 20. KARASSAVIDOU E, GLAVELI N, ZAFIROPOULOS K. Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate. *J Health Organ Manag* 2011, 25:214–240
 21. FARDAZAR FE, SAFARI H, HABIBI F, HAGHIGHI FA, REZAPOUR A. Hospitals' readiness to implement clinical governance. *Int J Health Policy Manag* 2014, 4:69–74
 22. ΚΑΝΤΟΥΡΟΥ Μ, ΛΙΑΠΗ Μ. Η διάσταση του φύλου στην εξατομικευμένη συμβουλευτική υποστήριξη. Δράση 3: Μελέτη. Κέντρο Γυναικείων Μελετών και Ερευνών, Αθήνα, 2007
 23. PATIRAKI E, KATSARAGAKIS S, DRELIOZI A, PREZERAKOS P. Nursing care plans based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The investigation of the effectiveness of an educational intervention in Greece. *Int J Nurs Knowl* 2017, 28:88–93
 24. JIAN-MIN J, WEI Z, SHEN JIE. An analysis of appropriate health technology supply and governance in rural areas and choice of its reform route. *Chinese Health Econ* 2009, 9:58–59
 25. DE BURCA S, WILLIAMS S, ARMSTRONG C. The pursuit of quality: A clinical directorate's progress in clinical governance. A case study of the women and children's directorate, GUH (HSE). Strategic Health Management Group, KBS, University of Limerick, UL, 2008
- Corresponding author:*
- V. Alikari, 28 Saint Spiridonos street, 122 43 Egaleo, Attica, Greece
 e-mail: vicalikari@gmail.com