

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### ΤΙΤΛΟΣ

*«Η έννοια της Ομάδας στη Σύγχρονη Προσέγγιση  
των Υπηρεσιών Υγείας»*

ΛΥΚΟΥΔΗ ΑΘΗΝΑ  
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:21012

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
Κος. ΠΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΑΘΗΝΑ, ΜΑΪΟΣ 2023

Η έννοια της Ομάδας στη Σύγχρονη Προσέγγιση των Υπηρεσιών Υγείας  
Λυκούδη Αθηνά

GREEK REPUBLIC  
UNIVERSITY OF WEST ATTICA



UNIT OF  
SOCIAL POLICY



FACULTY OF BUSINESS,  
ECONOMICS AND SOCIAL SCIENCES  
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION

MSc IN HEALTH AND SOCIAL  
CARE MANAGEMENT

---

## POSTGRADUATE THESIS

### TITLE

*“The concept of the Team in the Modern  
Approach of Health Services.”*

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

<b>Α/α</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	Γιώργος Πιερράκος	Καθηγητής	
2	Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια	
3	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος Καθηγητής	

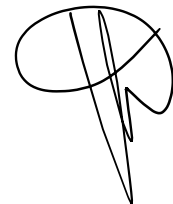
**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Λυκούδη Αθηνά του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 21012 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



Λυκούδη Αθηνά

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της εν λόγω μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας επιθυμώ αρχικά, να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Πιερράκο Γεώργιο, καθηγητή του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και επιβλέπων της εργασίας αυτής, για την υπόδειξη ενός ιδιαίτερα ενδιαφέροντος θέματος, καθώς και τον χρόνο που αφιέρωσε και τις ουσιαστικές υποδείξεις για την εκπόνησή της.

Στη συνέχεια, θέλω να εκφράσω την ειλικρινή μου εκτίμηση και τις ευχαριστίες μου προς εκείνους που συνέβαλαν σημαντικά και με στήριξαν σταθερά, με ιδιαίτερη αναφορά στο στενό οικογενειακό και φιλικό μου κύκλο, οι οποίοι με βοήθησαν και με ενθάρρυναν κατά τη διάρκεια τόσο των μεταπτυχιακών σπουδών μου όσο και κατά την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Μέσω της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας παρουσιάζεται η έννοια της ομάδας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ο σκοπός, η μορφή και η λειτουργία της από τον πρώτο καιρό της εμφάνισής της, σε παγκόσμιο επίπεδο, μέχρι τη σύγχρονη διαμόρφωσή της στο Εθνικό μας Σύστημα Υγείας. Αναπτύσσονται, επίσης, τα διάφορα χαρακτηριστικά της και η συμβολή τους στην εξέλιξη των ιδρυμάτων που προωθούν την υπόσταση μιας τέτοιας ομάδας, των μελών που την αποτελούν και των ατόμων που την αξιοποιούν. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η αποτελεσματική επικοινωνία, η ικανότητα ηγεσίας, καθώς και η ύπαρξη οράματος, ομαδικότητας, ευελιξίας, κοινών στόχων και επαρκών πόρων.

Στη συνέχεια, επισημαίνεται η αναγκαιότητα μιας διεπιστημονικής ομάδας στο χώρο της υγείας και τα θετικά, μόνο, αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει, τόσο στους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, όσο και στους παρόχους. Ταυτόχρονα, γίνεται λόγος για την σημαντικότητα του ρόλου ενός νοσηλευτή ως μέλος μίας διεπιστημονικής ομάδας, τα οφέλη που προσφέρονται στους ασθενείς, στους συνεργάτες, αλλά και στον ίδιο. Τέλος, παρατίθεται και το νομοθετικό πλαίσιο από το οποίο καλύπτονται αυτές οι ομάδες υγείας στη χώρα μας.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Διεπιστημονική Ομάδα, ρόλος νοσηλευτή, χαρακτηριστικά ομάδας, ομάδα υγειονομικής περίθαλψης, ΤΟ.Μ.Υ., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας., οφέλη

## **ABSTRACT**

This postgraduate thesis presents the concept of the team in health care services, its form, and function, from the first time of its appearance at the global level to its current configuration in our National Health System. Also, its various characteristics and their influence to the evolution of the foundations that promote the creation of such a group, the members that make it up, and the people that use it are developed. Some of these characteristics are effective communication, leadership ability, as well as having vision, teamwork, flexibility, shared goals, and adequate resources.

Then, the necessity of an interdisciplinary team in the health field and the positive, only, results it can bring to the recipients of health services and the providers are highlighted. At the same time, the importance of the role of a nurse as a member of an interdisciplinary team and the benefits offered to patients, colleagues, and himself are discussed. Finally, the legislative framework that covers these health teams in our country is also listed.

**Key words:** Interdisciplinary Team, nurse role, team characteristics, healthcare team, Local Health Units, Primary Health Care, benefits

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT.....	6
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ .....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	11
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ .....	14
ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ .....	14
1.1 Τι ορίζεται ως ομάδα .....	14
1.2 Ομάδα: Κατηγορίες και στάδια εξέλιξης.....	15
1.3 Η έννοια της ομάδας στις υπηρεσίες υγείας .....	16
1.4 Ιδιότητες και χαρακτηριστικά της ομάδας στις υπηρεσίες υγείας.....	18
1.4.1 Επικοινωνία .....	19
1.4.2 Ηγεσία .....	20
1.4.3 Όραμα.....	21
1.4.4 Επαρκείς πόροι.....	21
1.4.5 Αποτελεσματικότητα.....	22
1.4.6 Ομαδικότητα.....	23
1.4.7 Ευελιξία.....	23
1.4.8 Προσωπική ανάπτυξη.....	24
1.4.9 Κοινοί στόχοι.....	24
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ .....	26
Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	26
2.1 Πρώτες ομάδες στον χώρο της υγείας διεθνώς και στην Ελλάδα .....	26
2.2 Γενικές αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) .....	28
2.3 Οι ομάδες υγείας όπως έχουν διαμορφωθεί μέχρι σήμερα στο Εθνικό μας	



Σύστημα Υγείας .....	29
2.3.1    Το παράδειγμα των ΤΟ.Μ.Υ. και των Κ.Ο.Μ.Υ. στην Ελλάδα.....	30
3    ΚΕΦΑΛΑΙΟ .....	32
Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ: ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ .....	32
3.1    Αναγκαιότητα της Διεπιστημονικής ομάδας .....	32
3.1.1    Επίδραση της ομάδας στον ασθενή .....	33
3.1.2    Οφέλη για το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας .....	35
3.1.3    Ο αντίκτυπος προς τους οργανισμούς που παρέχουν της υπηρεσίες υγείας ...	36
4    ΚΕΦΑΛΑΙΟ .....	38
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	38
4.1    Προαγωγή υγείας .....	39
4.2    Επικοινωνία .....	39
4.3    Εκπαίδευση .....	40
4.4    Ενεργός συμμετοχή στην ομάδα.....	40
5    ΚΕΦΑΛΑΙΟ .....	42
ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	42
5.1    Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) .....	42
5.2    Ομάδα υγείας .....	42
5.3    Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ).....	44
5.4    Κινητές Ομάδες Υγείας (ΚΟ.Μ.Υ).....	44
6    ΚΕΦΑΛΑΙΟ .....	46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	49
Ξένη Βιβλιογραφία .....	49
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	57

*Η έννοια της Ομάδας στη Σύγχρονη Προσέγγιση των Υπηρεσιών Υγείας*  
*Λυκούδη Αθηνά*

Νόμοι .....58

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ**

Εικόνα 1. Διεπιστημονική Ομάδα.....	18
-------------------------------------	----

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η υγειονομική περίθαλψη, σε όλο το σύνολό της, ως υποσύστημα ενός ευρύτερου συστήματος υγείας, αναφέρεται στην οργανωμένη παροχή υπηρεσιών σχετιζόμενες με την υγεία και απευθύνεται σε άτομα ή ομάδες ατόμων. Μέσω αυτών των υπηρεσιών σχεδιάζεται, αρχικά, η διατήρηση και έπειτα η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, με διαρκή συνεργασία και αλληλένδετη λειτουργία μεταξύ τους. Η πρώτη επαφή ενός ατόμου με την υγειονομική περίθαλψη επιτυγχάνεται στα πλαίσια του όρου Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), έπειτα ακολουθούν οι δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και τέλος οι υπηρεσίες αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας (Dash, Shakyawar et al. 2019).

Η ΠΦΥ με στόχο την ενημέρωση των ασθενών, την προαγωγή υγείας, τον σχεδιασμό παρεμβάσεων και τη διαχείριση των διαφόρων παθήσεων, παρέχει συχνούς διαγνωστικούς ελέγχους και μέτρα πρόληψης για την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας. Η υγειονομική περίθαλψη στην ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιατρούς γενικής ιατρικής, οικογενειακούς ιατρούς, παιδίατρος, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και επισκέπτες υγείας (Yeoh, Wong et al., 2018). Ωστόσο, η υγειονομική περίθαλψη στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας χαρακτηρίζεται από πιο εξειδικευμένες και πολύπλοκες τακτικές. Οι υπηρεσίες υγείας αυτών των βαθμίδων στελεχώνονται από ειδικούς ιατρούς πολλών ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό και υλικοτεχνικές υποδομές, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης νοσηλειών κάθε μορφής, χειρουργικών επεμβάσεων, αντιμετώπισης σοβαρών και χρόνιων νοσημάτων, προηγμένων απεικονιστικών και εργαστηριακών εξετάσεων και σύνθετων θεραπειών (Mitchell, BurrIDGE et al., 2015). Όσον αφορά την φροντίδα που παρέχεται στα πλαίσια της αποκατάστασης, έχει επικουρικό χαρακτήρα και μέσω εξειδικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων αντιμετωπίζονται προβλήματα κινητικότητας και λειτουργικότητας, με στόχο την ανάκτηση της αυτονομίας, μετά από μετεγχειρητικές, μετανοσοκομειακές ή μετατραυματικές περιόδους. Βασικό ρόλο για την αποκατάσταση διαδραματίζουν επαγγελματίες υγείας όπως φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και λογοθεραπευτές (Kanach, Brown et al., 2014). Αντίθετα, η παρηγορητική φροντίδα επικεντρώνεται στην βελτίωση της ποιότητας ζωής, συνήθως

σε ασθενείς ,και των οικογενειών αυτών, με σοβαρά, απειλητικά για τη ζωή τους, νοσήματα. Μέσω της παρηγορητικής φροντίδας επιδιώκεται η ανακούφιση των συμπτωμάτων της πάθησης και τις συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών αυτών (Barawid, Covarrubias et al., 2013).

Η σημασία ενός ανθεκτικού συστήματος υγείας έχει επισημανθεί με τα χρόνια με πολλούς παράγοντες να επιφέρουν πολλές προκλήσεις και απαιτήσεις για την παροχή υγειονομικής φροντίδας. Αυτοί οι παράγοντες αιτιολογούν την ανάγκη ύπαρξης ενός ευέλικτου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας, ικανό να καλύπτει τις πολλαπλές και συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας τους πληθυσμού (Blanchet, Lam et al., 2017). Η γήρανση του πληθυσμού, η επακόλουθη αύξηση των χρόνιων παθήσεων και οι αλλαγές στον σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως η καθιστική ζωή και η κακή διατροφή, απαρτίζουν τις κύριες πηγές των προβλημάτων που έχει να αντιμετωπίσει ένα σύστημα υγείας (Pas, Ashour et al., 2017). Με την αύξηση και προσωπική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας δημιουργείται ένα πιο έφορο έδαφος για την εδραίωση ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που να ανταποκρίνεται πλήρως στην απαιτούμενη παροχή φροντίδας. Η συνεχής εκπαίδευση και η δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης του προσωπικού είναι, επίσης, καίριας σημασίας για την επίτευξη των ανωτέρων σκοπών. Ένας επιπλέον παράγοντας που συμβάλει σε αυτό είναι η ύπαρξη επαρκούς υποδομών και υλικοτεχνικού εξοπλισμού με την αρμόζουσα κατανομή των πόρων. Αξιόπιστα και ισχυρά πληροφοριακά συστήματα μπορούν να αποδώσουν καλύτερο σχεδιασμό, παρακολούθηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και να διευρύνουν την έρευνα και την καινοτομία. Τέλος, η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων δομών, και των επαγγελματιών υγείας, δύναται να μεγιστοποιήσει την καλύτερη αξιοποίηση πόρων και να ενισχύσει την εμβέλεια και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής φροντίδας (Bhandari & Alonge, 2020).

Μία διεπιστημονική ομάδα υγείας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας. Μέσω μιας τέτοιας ομάδας παρέχεται στην υγειονομική περίθαλψη η ατομική τεχνογνωσία των μελών της και με την ταυτόχρονη συνεργασία τους επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού (Foraker, Benziger et al., 2021). Επιπλέον, με την κατάλληλη

συνεργασία γίνεται καλύτερη διαχείριση πόρων, βελτιώνεται η ικανότητα των συστημάτων υγείας στην άμεση απόκριση, ενώ αποφεύγονται οι επαναλαμβανόμενες διαδικασίες με απώτερο σκοπό την εξοικονόμηση χρόνου και κόστους (Blackmore & Persaud, 2012).

## **1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

#### **1.1 Τι ορίζεται ως ομάδα**

Έχει δοθεί μία πληθώρα ορισμών για την έννοια της ομάδας βασισμένη κυρίως στις ιδιότητες των μελών της, όμως κρίνεται αναγκαία και η ύπαρξη της σαφήνειας. Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό της ομάδας ως έννοια, επικρατέστερος είναι εκείνος που αναφέρει ο Μπαμπινιώτης (2005), όπου η ομάδα αποτελεί «ένα άθροισμα προσώπων ή (σπάνια) πραγμάτων, τα οποία συνδέει κάτι κοινό και εκλαμβάνονται ως ενιαίο σύνολο, ή ένα σύνολο προσώπων που ενώνουν τη δράση και τις προσπάθειές τους για την επίτευξη κοινού έργου ή σκοπού». Ομοίως και οι Babiker, Husseini et al. (2014), ορίζουν την ομάδα ως ένα διακριτό σύνολο δύο ή περισσότερων ατόμων, το καθένα με συγκεκριμένους ρόλους, που αλληλοεπιδρούν και αλληλεξαρτώνται. Τα μέλη μιας ομάδας έχουν κοινούς στόχους, είναι υπεύθυνα για την επίτευξή τους και τα κατορθώματά τους έχουν ίδιο αντίκτυπο σε όλους (Λιονής, Βασιλάκη et al., 2015). Για την πραγματοποίηση των σκοπών της, μία ομάδα πρέπει να επικοινωνεί αποτελεσματικά, να επιτρέπει την δυναμική ανταλλαγή πληροφοριών και να διαθέτει συνεργατικό και προσαρμοστικό χαρακτήρα (Salas, DiazGranados et al., 2008). Επίσης, οι Wiecha & Pollard (2004) επισημαίνουν την αμοιβαία ευθύνη των μελών μιας ομάδας, τους συμπληρωματικούς μηχανισμούς και τον δεσμευτικό ύφος που πρέπει να προάγουν. Τέλος, μία ομάδα χαρακτηρίζεται από τη συλλογή ατόμων που μοιράζονται αξίες, γνώσεις και αντιλήψεις, διαχειρίζονται τις σχέσεις τους πέρα από τα οργανωτικά όρια και παρουσιάζουν την εικόνα μιας άθικτης κοινωνικής οντότητας (Cohen & Bailey, 1997). Η συνεργασία είναι το μέσο για τον συνδυασμό αυτών των γνώσεων, των συμπεριφορών και της εμπιστοσύνης για να καταστεί δυνατή η απόδοση της έννοιας της ομάδας (Weaver, DiazGranados et al., 2010). Η Andretta (2010) επισημαίνει την σημασία του να υπάρχει ομοιότητα ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας, ως προς την συμφωνία των δομικών τους στοιχείων. Έτσι, τα μέλη της ομάδας θα δύνανται να αντιμετωπίσουν τυχόν συγκρούσεις ή περιορισμούς, να αποφεύγουν τις

παρερμηνείες και να προωθούν την αποτελεσματικότητα, την συνεργατικότητα και την αξιοπιστία.

## **1.2 Ομάδα: Κατηγορίες και στάδια εξέλιξης**

Οι ομάδες χωρίζονται σε δύο βασικές ενότητες: τις τυπικές και τις άτυπες. Οι τυπικές ομάδες είναι αυτές με συγκεκριμένους οργανωτικούς στόχους και αποτελούν συχνά επίσημα μέρη μιας εταιρείας ή οργανισμού. Μπορεί να σχηματίζονται για την διεκπεραίωση ενός συγκεκριμένου έργου και να αποτελούνται από ατομικές μονάδες με ειδικά ενδιαφέροντα ή εξειδικευμένες δεξιότητες σε έναν ορισμένο τομέα. Αντιθέτως, οι άτυπες ομάδες αναπτύσσονται χωρίς επίσημη καθοδήγηση, αλλά μέσω των κοινών ενδιαφερόντων των μελών τους. Η συμμετοχή σε αυτές είναι προαιρετική και αποσκοπεί στην ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών χωρίς επίσημες οργανωτικές δομές. Παραδείγματα άτυπων ομάδων αποτελούν οι φιλικές σχέσεις που αναπτύσσονται εντός ενός οργανισμού, οι οποίες μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικούς δεσμούς μεταξύ των ατόμων, βοηθώντας στη συνεργασία και στην προώθηση της οργανωτικής αποδοτικότητας (Greenberg & Baron, 2008).

Οι ομάδες διανύουν μια εξελικτική διαδρομή, μεταβαίνοντας από απλούστερες μορφές οργάνωσης σε πιο σύνθετες δομές, ολοκληρώνοντας συγκεκριμένα στάδια ανάπτυξης. Αυτά τα στάδια, παρότι περιγράφονται με διαφορετικούς τρόπους από διάφορους θεωρητικούς, έχουν ομοιότητες στην προσέγγιση τους και επικεντρώνονται κυρίως στη λειτουργική πτυχή των ομαδικών διαδικασιών. Τα εν λόγω στάδια αφορούν την ανάπτυξη και την εξέλιξη των διαπροσωπικών σχέσεων και των αλληλεπιδράσεων που συντηρούν και ενισχύουν την ομάδα, ενθαρρύνοντας την συνεργασία προς ένα κοινό σκοπό.

Τα αξιοσημείωτα στάδια της εξέλιξης μιας ομάδας είναι:

### **Στάδιο 1: Διαμόρφωση.**

Καθώς τα μέλη μιας ομάδας είναι πιο εξοικειωμένα μεταξύ τους, αρχίζουν να καθιερώνουν κανόνες που αφορούν τον τρόπο εργασίας και την διαχείριση των διαπροσωπικών σχέσεων. Όταν φτάσουν στο σημείο να αναγνωρίζουν τον εαυτό τους



ως μέρος της ομάδας, αυτό σηματοδοτεί την ολοκλήρωση του σταδίου της διαμόρφωσης.

### **Στάδιο 2: Σύγκρουση.**

Σε αυτή τη φάση της ανάπτυξης της ομάδας, επικρατεί συχνά ένας έντονος βαθμός διαφωνίας και αντιπαράθεσης μεταξύ των μελών. Οι συγκρούσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν αντίθεση στις απόψεις ή αντίσταση στην ηγεσία της ομάδας. Εάν αυτές οι συγκρούσεις αντιμετωπιστούν επιτυχώς και τα μέλη επιλύσουν τις διαφορές τους, η ομάδα μπορεί να προχωρήσει πέρα από το στάδιο της σύγκρουσης. Αυτό συνήθως συνοδεύεται από μια αυξημένη αποδοχή της ηγεσίας. Αντίθετα, αν οι συγκρούσεις παραμείνουν ανεπίλυτες και τα μέλη αποσύρονται, οδηγούν στην διάλυση της ομάδας.

### **Στάδιο 3: Δημιουργία κανόνων.**

Καθώς η ομάδα ενισχύει την ενότητα και τη συνοχή της, αναπτύσσεται ένα βαθύτερο αίσθημα συναδελφικότητας και αμοιβαίας ευθύνης για τις δράσεις και τους στόχους της ομάδας. Τα μέλη αρχίζουν να αποδέχονται και να συμμερίζονται το κοινό σύνολο των προσδοκιών και των στόχων της ομάδας, συμβάλλοντας έτσι στην αρμονική λειτουργία και στην πρόοδό της (Greenberg & Baron, 2008).

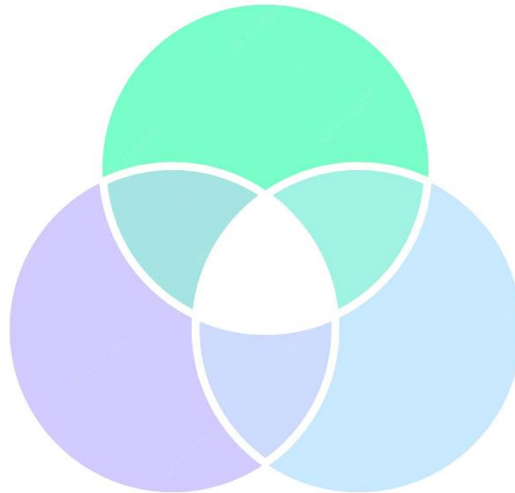
## **1.3 Η έννοια της ομάδας στις υπηρεσίες υγείας**

Η έννοια των ομάδων στην υγειονομική περίθαλψη υπάρχει σε διάφορα επίπεδα και περιβάλλοντα. Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας πολύπλοκος και συνεχώς εξελισσόμενος τομέας που απαιτεί την τεχνογνωσία και τις δεξιότητες πολλών ατόμων προκειμένου να παρέχεται η υψηλότερη ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς. Η ένταξη της ομάδας στα σύνθετα αυτά περιβάλλοντα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην καλλιέργεια μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης και μάθησης. Η ομαδική προσέγγιση επιτρέπει την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών, η οποία οδηγεί σε πιο αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Όταν τα άτομα εργάζονται μαζί σε μια ομάδα, εκτίθενται σε διαφορετικές προοπτικές και ιδέες, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε νέες και καινοτόμες προσεγγίσεις στη φροντίδα. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε έναν ταχέως μεταβαλλόμενο τομέα όπως

η υγειονομική περίθαλψη, όπου αναπτύσσονται συνεχώς νέες τεχνολογίες, θεραπείες και πρωτόκολλα. (Wranik, Price et al., 2019).

Για την περιγραφή αυτής της ομάδας χρησιμοποιείται ένα ευρύ φάσμα όρων. Μεταξύ άλλων, οι όροι διεπιστημονική, διεπαγγελματική, πολυεπαγγελματική και πολυεπιστημονική χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στις βιβλιογραφίες, για την αναφορά στις συγκεκριμένες ομάδες υγείας. Ωστόσο, ο χαρακτηρισμός της ομάδας ως διεπιστημονική είναι εκείνος που έχει καθιερωθεί, λόγω της ευρείας έννοιάς του. Διεπιστημονική είναι μια ομάδα ατόμων από διαφορετικούς κλάδους υγείας ή τομείς εξειδίκευσης, που συγκεντρώνονται για να εργαστούν σε ένα κοινό έργο με πιο ολοκληρωμένη και ολιστική προσέγγιση στην επίλυση προβλημάτων. Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από δύο ή περισσότερους παρόχους υπηρεσιών υγείας με σημαντικό υπόβαθρο και δεξιότητες και κοινούς στόχους υγείας που ασκούν συντονισμένο σωματικό και ψυχικό αγώνα για την εκτίμηση των ασθενών, τον σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας, την λήψη αποφάσεων και την αξιολόγηση της προόδου (Nancarrow, Booth et al., 2013). Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να είναι μεταξύ άλλων γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, διαιτολόγοι και φαρμακοποιοί. Ο ορισμός της ομάδας συνεπάγεται διεπιστημονικές αλληλεπιδράσεις στις οποίες όλα τα μέλη συμμετέχουν και βασίζονται το ένα στο άλλο. Μια διεπιστημονική ομάδα επιτρέπει την αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων, καθώς τα μέλη της προέρχονται από διαφορετικούς κλάδους και έχουν πρόσβαση σε διαφορετικά δίκτυα. Στόχος τους δεν είναι ο ασθενής ως απλός δέκτης της φροντίδας, αλλά η αντιμετώπισή του ως ανεξάρτητο ων, η συνεργασία μαζί του, με την οικογένειά του ή με τον φροντιστή και η ενημέρωση και παροχή πληροφοριών, ώστε να συμμετέχει ενεργά στη διαμόρφωση και παροχή συντονισμένης και ποιοτικής φροντίδας (Wiecha & Pollard, 2004). Σύμφωνα με τους Poulton & West (1999), οι διεπιστημονικές ομάδες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό των αναγκών υγείας, στο σχεδιασμό και συντονισμό της παροχής φροντίδας. Τα μέλη μιας ομάδας είναι ικανά να υποστηρίξουν και να ενθαρρύνουν το ένα το άλλο δημιουργώντας ένα πιο παραγωγικό περιβάλλον, μειώνοντας το άγχος και την εξουθένωση και αυξάνοντας την ικανοποίηση. Όπως υποστηρίζουν οι Van Den Berg, Driver et al., (2020), η δημιουργία μιας τέτοιας διεπιστημονικής ομάδας, που συγκεντρώνει την τεχνογνωσία,

τις δεξιότητες και την εμπειρία πολλών ατόμων με σκοπό την βελτίωση της φροντίδας των ασθενών, αποτελεί μέρος της παγκόσμιας μετάβασης προς την ανθρωποκεντρική και εστιασμένη στον ασθενή υγειονομική περίθαλψη.



*Εικόνα 1. Διεπιστημονική Ομάδα*

#### **1.4 Ιδιότητες και χαρακτηριστικά της ομάδας στις υπηρεσίες υγείας**

Για να οικοδομηθεί μια ομάδα χρειάζονται κάποια βασικά συστατικά τα οποία θα αποτελούν τα θεμέλιά της. Ο καθορισμός στόχων, οι ύπαρξη διαπροσωπικών σχέσεων, η αποσαφήνιση ρόλων και τέλος η αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων είναι ορισμένα από αυτά τα συστατικά που βελτιώνουν την λειτουργία της ομάδας. Το χαρακτηριστικό όμως που κάνει μία τυπική ομάδα να διαφέρει από μία απλή συνάθροιση ατόμων είναι η συνοχή της, δηλαδή η σύνδεση που υπάρχει μεταξύ των μελών, οι κοινοί στόχοι και αντιλήψεις. Σε μία ομάδα τα μέλη θυσιάζουν την ατομικότητα και τα προσωπικά συμφέροντα προς όφελος του συνόλου. Με άωτερο σκοπό την διατήρηση αυτής της συνεκτικότητας, οι ομάδες διέπονται από κανόνες και λειτουργίες (Weaver, Dy et al., 2014).

Οι Wiecha & Pollard αποτύπωσαν συνοπτικά τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν μία ομάδα αναφερόμενοι σε αυτά ως «Τα 12 C»:

1. Communication (Επικοινωνία)
2. Cooperation (Συνεργασία)

3. Cohesiveness (Συνεκτικότητα)
4. Commitment (Δέσμευση)
5. Collaboration (Σύμπραξη)
6. Confronts problems directly (Άμεση αντιμετώπιση προβλημάτων)
7. Coordination of efforts (Συντονισμός προσπαθειών)
8. Conflict management (Διαχείριση συγκρούσεων)
9. Consensus decision making (Λήψη συναινετικών αποφάσεων)
10. Caring (Φροντίδα)
11. Consistency (Συνοχή)
12. Contribution (Συνεισφορά)

Η εφαρμογή αυτών των δώδεκα διαδικασιών σε μια ομάδα μπορεί εύλογα να δημιουργήσει παραγωγικές συνέργειες μεταξύ των μελών της ομάδας, παράγοντας νέες ιδέες και λύσεις καταλήγοντας σε μια λειτουργική ομάδα. Οι διαφορετικές προοπτικές μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργικότητα, τη μάθηση, την απόκτηση δεξιοτήτων και την καινοτομία.

#### **1.4.1 Επικοινωνία**

Η επικοινωνία ως ένα σύνθετο φαινόμενο δεν επιτρέπει το μονοδιάστατο ορισμό της. Ως έννοια, μπορεί να της αποδοθεί πλήθος ορισμών και ερμηνειών, όμως ως κοινή αποδοχή αποτελεί μια μορφή αλληλεπίδρασης κατά την οποία μεταφέρονται πληροφορίες, μηνύματα, σκέψεις και συναισθήματα. Η ικανότητα της επικοινωνίας δεν σημαίνει παραγωγή σωστών λέξεων, αλλά η αίσθηση των αναγκών των μελών μιας ομάδας, η ώθηση και η έμπνευση (Salas, DiazGranados et al., 2008).

Μία ομάδα λοιπόν, πρέπει να έχει την ικανότητα να κάνει χρήση στρατηγικών που υποστηρίζουν την επικοινωνία, τη συνεργατική λήψη αποφάσεων και τις επικοδομητικές ομαδικές διαδικασίες για την αποφυγή σφαλμάτων, συγκρούσεων ή δυσκολιών που μπορούν να παρεμποδίσουν την επίτευξη των στόχων. Η ευελιξία των μεθόδων επικοινωνίας βοηθά στην ευκολότερη μεταφορά πληροφοριών, καθώς ενσωματώνει την ποικιλομορφία των διαπροσωπικών δεξιοτήτων (Lakhani, Benzies et al., 2012). Σε αυτό συμβάλλει η ένταξη ατόμων με δεξιότητες και διασφαλίζονται με αυτόν τον τρόπο τα κατάλληλα μέσα για την προώθηση της πληροφορίας εντός της

ομάδας, την ικανότητα συζήτησης και ακρόασης, τη πρόοδο της ποιότητας της εργασίας και της αποτελεσματικότητας και την επίλυση προβλημάτων. Ωστόσο, εξίσου σημαντική είναι και η ικανότητα της επικοινωνίας της ομάδας με εξωτερικούς παράγοντες, υπηρεσίες ή οργανισμούς που ασκούν επιρροή σε αυτή (Nancarrow, Booth et al., 2013).

#### **1.4.2 Ηγεσία**

Η ηγεσία είναι μία διαδικασία κοινωνικής επιρροής προς ένα σύνολο ατόμων, μέσω της οποίας μεγιστοποιούνται οι προσπάθειές τους, προς την επίτευξη ενός στόχου. Όλες οι ομάδες αναγνωρίζουν τη σημασία της καλής ηγεσίας και τα χαρακτηριστικά ενός καλού ηγέτη (Salas, DiazGranados et al., 2008).

Συνεπώς, μια επιπλέον ικανότητα της ομάδας είναι να προσδιορίζει έναν ηγέτη που προσδιορίζει έναν ξεκάθαρο και προσανατολισμό όραμα για την ομάδα, ενώ ακούει και παρέχει στήριξη και εποπτεία στα μέλη της. Η παρουσία ενός αποτελεσματικού ηγέτη σε μία ομάδα έχει σημαντικό αντίκτυπο στα μέλη της. Οι ηγέτες προσδίδουν τα χαρακτηριστικά της ακεραιότητας και της αποφασιστικότητας, αποτελούν παράγοντα για τον προσδιορισμό συλλογικών στόχων και αρωγό για τη συνεκτικότητα των μελών. Ένας ηγέτης είναι υπεύθυνος για τη διευκόλυνση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και βοηθά να ξεπεραστούν τα εμπόδια και οι προκλήσεις (Nancarrow, Booth et al., 2013). Τέλος, ο ηγέτης επιβάλλεται να έχει την δεξιότητα να κατευθύνει και να συντονίζει τις δραστηριότητες όλων των μελών της ομάδας, να αξιολογεί την απόδοσή της, να αναπτύσσει τις γνώσεις και τις ικανότητες της ομάδας, να παρακινεί τα στελέχη της ομάδας, να σχεδιάζει, να οργανώνει και να δημιουργεί μια θετική ατμόσφαιρα (Salas, DiazGranados et al., 2008). Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις στις ομάδες εργασίας, τα ανταγωνιστικά περιβάλλοντα και οι προκλήσεις σχετικά με την εξισορρόπηση δίνουν έμφαση στη σημασία του ρόλου της ηγεσίας και στην ανάπτυξη ενός καλού και πολυμήχανου εργασιακού περιβάλλοντος (Christensen, Dawson et al., 2021). Τέλος, οι ώριμες ομάδες μοιράζονται ηγετικούς ρόλους αντίστοιχα με την τεχνογνωσία που χρειάζεται για τον χειρισμό του προβλήματος. Η λειτουργικότητα της κοινής ηγεσίας επιτρέπει την εποικοδομητική εκμετάλλευση της μεγάλης ποικιλίας εμπειρογνωμοσύνης σε

διεπιστημονικές ομάδες (Lakhani, Benzies et al., 2012).

### **1.4.3 Όραμα**

Το όραμα δεν αποτελεί απλώς μία ιδεατή εικόνα του μέλλοντος, αλλά την δυναμικότητα για την επίτευξη των σκοπών. Ένα όραμα πρέπει να μεταδίδεται και να κοινοποιείται εύκολα, να είναι καθοριστικό, απλό και κατανοητό, να εμπνέει και να παρακινεί τα μέλη μιας ομάδας. Ο καθορισμός ενός οράματος αποδίδει μία σαφή εικόνα για την θέσπιση των στόχων της ομάδας και ευθυγραμμίζει τις προσπάθειες της ομάδας (Salas, DiazGranados et al., 2008).

Η ομάδα πρέπει να διασφαλίζει ότι υπάρχουν κατάλληλες διαδικασίες και υποδομές για την υποστήριξη του οράματος, καθώς τα μέλη της παρουσιάζουν την ανάγκη για την ύπαρξη ενός οράματος ως κατευθυντήριο μοχλό, που προσφέρει φιλοδοξία, ενότητα, αφοσίωση, έμπνευση και προωθεί της αλλαγές (Nancarrow, Booth et al., 2013). Η παρουσία ενός συγκεκριμένου οράματος βοηθά επίσης στην αύξηση των κινήτρων και της δέσμευσης των μελών της ομάδας, στην οικοδόμηση ενός αισθήματος ενότητας και κοινής ταυτότητας (Schippers, West et al., 2012). Η αποτελεσματικότητα των διεπιστημονικών ομάδων ενισχύεται όταν ο σκοπός της ομάδας έχει αντίκτυπο σε άλλα άτομα στην κοινωνία. Η επέκταση του ενδιαφέροντος τους πέρα από τη διεπιστημονική ομάδα θεωρείται κίνητρο για τους ασθενείς, αλλά και για τους πληθυσμούς στόχους μιας ομάδας υγειονομικής περίθαλψης (Lakhani, Benzies et al., 2012).

### **1.4.4 Επαρκείς πόροι**

Οι Mickan & Rodger, (2000) τόνισαν τη σημασία που πρέπει να δίνεται, από τους οργανισμούς στις ομάδες, για την παροχή επαρκών οικονομικών πόρων, διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης και επαγγελματικής εκπαίδευσης. Η διασφάλιση της ύπαρξης κατάλληλων διαδικασιών προωθεί την υποστήριξη του οράματος, ενώ ένα ασφαλές περιβάλλον, όπου τα μέλη της ομάδας εργάζονται συμβιωτικά, προωθήσει την επικοινωνία και τη συνοχή. Με τους κατάλληλους πόρους τα μέλη της ομάδας θα μπορούν να μεγιστοποιήσουν τη συνεισφορά τους και περιορίσουν την πιθανότητα διεπαγγελματικών συγκρούσεων, θα εξοικονομείται χρόνος και θα αφιερώνεται

περισσότερος για την αξιολόγηση και τις τυχόν παρεμβάσεις που απαιτεί η πορεία των ασθενών (Nancarrow, Booth et al., 2013). Η ποσότητα των διαθέσιμων πόρων καθορίζει τη σύνθεση της ομάδας, τις ευκαιρίες κατάρτισης, τα πληροφοριακά συστήματα επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών σχετικά με διοικητικά και κλινικά ζητήματα και τους διαθέσιμους φυσικούς χώρους για διεπιστημονική ομαδική εργασία. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας που προκύπτει από τη διεπιστημονική ομαδική εργασία μπορεί να επεκτείνει τους διαθέσιμους πόρους, εάν δεν είναι επαρκείς για την κάλυψη ομαδικής εργασίας, και μπορεί να μειώσει τα κίνητρα και τη συμμετοχή των στελεχών της ομάδας με το πέρασμα του χρόνου (O'Reilly, Lee et al., 2017).

#### **1.4.5 Αποτελεσματικότητα**

Η έννοια της αποτελεσματικότητας των ομάδων βασίζεται στη λογική μιας ευρύτερης διαδικασίας εισόδου – εξόδου. Οι διαδικασίες εξόδου κρίνουν την απόδοση της ομάδας, την εκπλήρωση των αναγκών των μελών της και την ανάγκη τους να αποτελούν μέρος μιας ομάδας, είναι αυτές που χαρακτηρίζουν την αποτελεσματικότητα (Ross, Jones et al., 2008). Με άλλα λόγια, η αποτελεσματικότητα είναι ένας συνδυασμός του τι είναι σε θέση να επιτύχει η ομάδα, πώς λειτουργεί η ομάδα όταν εργάζεται σε καθημερινή βάση και αν τα μέλη της ομάδας πιστεύουν ότι μπορούν να μη σταματήσουν να εργάζονται με επιτυχία στο μέλλον (Zajac, Woods et al., 2021). Μερικά από τα γνωρίσματα που πρέπει να διέπουν καθένα μέλος μιας ομάδας, ώστε να μπορεί να οριστεί ως αποτελεσματική η ομάδα είναι να μπορούν να διαχειρίζονται καλά τους εαυτούς τους, να είναι αφοσιωμένοι σε κάθε σκοπό, αρχή ή άτομο, να οικοδομούν τις ικανότητές τους και εστιάζουν τις προσπάθειές τους για μέγιστο αντίκτυπο και να είναι θαρραλέοι, ειλικρινείς και αξιόπιστοι. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας είναι ένα αναδυόμενο αποτέλεσμα που ξεδιπλώνεται σε όλα τα επίπεδα με την πάροδο του χρόνου (Mickan & Rodger, 2000). Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας χρησιμοποιούνται αντικειμενικά και υποκειμενικά μέτρα και η διαδικασία πραγματοποιείται από όλα τα μέλη της ομάδας, συμπεριλαμβανομένων εξωτερικών ατόμων (Pina, Martinez et al., 2007).

#### **1.4.6 Ομαδικότητα**

Η εμπιστοσύνη, ο αμοιβαίος σεβασμός, η αξιοπιστία, η δέσμευση και η υποστήριξη είναι μερικά από τα γνωρίσματα που συνεργούν για την απόδοση της ομαδικότητας (Costa, 2003). Η εκπαίδευση σχετικά με την ομαδική εργασία στους επαγγελματίες υγείας προωθεί τις διαπροσωπικές ομαδικές διαδικασίες συντονισμού, επικοινωνίας και συνοχής. Τα μέλη της ομάδας συνεργάζονται αλληλεξαρτώμενα για να καταφέρουν τους στόχους που έχουν βάλει ως ομάδα και συνοχή της ομάδας αναγνωρίζει την προσωπική έλξη των μελών για την ομάδα και το έργο. Επίσης, όταν τα μέλη μιας ομάδας συνεργάζονται ομαδικά, βρίσκονται σε θέση να αξιοποιήσουν τα καλά τους σημεία και να εξισορροπήσουν τα ελαττώματά τους. (Mickan & Rodger, 2000). Η ικανότητα της ομάδας να εφαρμόζει κατάλληλες στρατηγικές για την ανάπτυξη κοινών αντιλήψεων, βοηθάει στην κατανόηση του φόρτου εργασίας των υπόλοιπων μελών της, της κόπωσης, του άγχους, των δεξιοτήτων και στην κοινή πεποίθηση ότι όλα τα μέλη θα εκτελούν τους ρόλους τους και θα προστατεύουν τα συμφέροντα της ομάδας. Σε ατομικό επίπεδο, το αίσθημα της ομαδικότητας επηρεάζει θετικά την απόδοση της εργασίας και της ευημερίας (Salas, DiazGranados et al., 2008).

#### **1.4.7 Ευελιξία**

Ευελιξία είναι η ικανότητα να διατηρεί κανείς μια ανοιχτή στάση, να προσαρμόζεται σε διαφορετικές προσωπικές αξίες και να είναι δεκτικός στις ιδέες των άλλων. Η ευελιξία απαιτεί ειλικρίνεια, αυτογνωσία και προβληματισμό (Mickan & Rodger, 2000). Η ανάγκη για ευελιξία προσδιορίζεται και ως ένα ατομικό χαρακτηριστικό όπου τα μέλη της ομάδας είναι ικανά να καλύπτουν διαφορετικά πόστα όταν υπάρξει ανάγκη. Τα άτομα μίας ομάδας υγείας πρέπει να είναι ευέλικτα, ώστε να ανταποκρίνονται στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον και στις ανάγκες των ασθενών (Nancarrow, Booth et al., 2013). Σύμφωνα με τους Salas, DiazGranados et al., (2008) η ευελιξία μιας ομάδας δείχνει τον βαθμό προσαρμοστικότητάς της στην αλλαγή στρατηγικών και πορείας δράσης, μέσω των εφεδρικών συμπεριφορών και της ικανότητας ανακατανομής των πόρων. Η ευελιξία βοηθά στην αύξηση της δημιουργικότητας και των ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων της ομάδας. Όταν μια ομάδα είναι ευέλικτη, μπορεί να προσεγγίσει τα προβλήματα από διαφορετικές οπτικές



και να βρει πιο αποτελεσματικές λύσεις, βελτιώνοντας με αυτόν τον τρόπο την απόδοσή της και δημιουργώντας το αίσθημα της ανθεκτικότητας (Lakhani, Benzies et al., 2012).

#### **1.4.8 Προσωπική ανάπτυξη**

Μία επιπλέον ιδιότητα της ομάδας πρέπει να είναι η διευκόλυνση των μελών της για προσωπική ανάπτυξη, μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης, ανταμοιβών, αναγνώρισης και ευκαιριών για μια εξελίξιμη σταδιοδρομία. Η προσωπική ανάπτυξη των μελών της ομάδας καθίσταται απαραίτητη για τη μακροπρόθεσμη επιτυχία, βοηθά στην αύξηση των κινήτρων, καθιστά τα μέλη της ομάδας πιο ικανά και αυξάνει την ποικιλομορφία των δεξιοτήτων και των προοπτικών εντός της ομάδας. Ο ηγέτη πρέπει να παρέχει ευκαιρίες στα μεμονωμένα μέλη της ομάδας να βελτιώσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους που σχετίζονται με το έργο, οι οποίες στη συνέχεια τους επιτρέπουν να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και να παράγουν πιο δημιουργικά αποτελέσματα. Τέλος, η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μελών μιας ομάδας είναι μια αναπτυξιακή λειτουργία για τυχόν λιγότερο έμπειρα ή ειδικευμένα μέλη, προσφέροντας έτσι μία ισορροπία μέσα στην ομάδα (Dong, Bartol et al., 2016).

#### **1.4.9 Κοινοί στόχοι**

Οι στόχοι είναι ο ενδιάμεσος σύνδεσμος μεταξύ του σκοπού και του αποτελέσματος της ομάδας. Οι αποτελεσματικές διεπιστημονικές ομάδες απαιτούν σαφείς και μετρήσιμους στόχους που τίθενται από κοινού. Η ταύτιση των στόχων της ομάδας αυξάνει τη δέσμευση των μελών της και κατ' επέκτασιν τα υψηλά επίπεδα δέσμευσης επιτρέπουν στα μέλη της ομάδας να ευδοκιμούν μπροστά στις προκλήσεις (Lakhani, Benzies et al., 2012). Όταν τα μέλη της ομάδας, συμπεριλαμβανομένου του ασθενή, της οικογένειας και του φροντιστή, μιλώντας για ομάδες στον χώρο της υγείας, κατανοούν και δεσμεύονται για την επίτευξη του ίδιου στόχου, δημιουργείται το αίσθημα της ενότητας και του κινήτρου μέσα στην ομάδα. Αυτό βοηθά τα μέλη της ομάδας να εστιάσουν την ενέργεια, τους πόρους και τις προσπάθειές τους με συντονισμένο και αποτελεσματικό τρόπο. Οι οργανωτικοί παράγοντες που επιτρέπουν την ανάπτυξη κοινών στόχων περιλαμβάνουν την παροχή χρόνου, χώρου και

υποστήριξης για ουσιαστική και ολοκληρωμένη ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας. Όταν τα μέλη της ομάδας δείχνουν εμπιστοσύνη μεταξύ τους και είναι πρόθυμα να είναι ευάλωτα και να μοιραστούν πληροφορίες, είναι πιο πιθανό να συνεργαστούν αποτελεσματικά (Ezziane, Maruthappu et al., 2012).

## **2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

#### **2.1 Πρώτες ομάδες στον χώρο της υγείας διεθνώς και στην Ελλάδα**

Μέχρι τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα οι υγειονομικές ανάγκες των πολιτών καλύπτονταν κατεξοχήν από τον ιατρό της εκάστοτε κοινότητας. Αν οι ασθενείς έχριζαν περαιτέρω φροντίδα, αυτή παρέχόταν συνήθως από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Mitchell, Wynia et al., 2012). Την έννοια της ομάδας, ωστόσο, απέδιδε η συνύπαρξη των ιατρών, των κοινωνικών λειτουργών και των παιδαγωγών (Βωνιάτη, Αρμωστής et al., 2022).

Στον χώρο της υγείας οι ανάγκες για την παροχή υπηρεσιών από ομάδες επαγγελματιών κάνουν την εμφάνισή τους από τις αρχές κιόλας του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Αντιμέτωπες με πολλαπλές προκλήσεις των συστημάτων υγείας, οι κυβερνήσεις υποστηρίζαν προσεγγίσεις, στην υγειονομική περίθαλψη, που βασίζονταν σε ομάδες, τονίζοντας την δυνατότητα των ομάδων να βελτιώσουν την αξία της φροντίδας (Chamberlain – Salaun, Mills et al., 2013). Η πρώτη ομαδική προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης γίνεται το 1920 με την έκθεση Dawson στο Ηνωμένο Βασίλειο και την ίδρυση των κέντρων υγείας. Η διεπιστημονική ομάδα, παρόλα αυτά, με αρχές, εφαρμογές και αξιολογήσεις, απέδειξε την αποτελεσματικότητά της στην παροχή υγειονομικής φροντίδας στις ΗΠΑ, κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Το επόμενο σημαντικό βήμα στην ανάπτυξη της έννοιας της ομαδικής εργασίας στην φροντίδα υγείας συνέβη κατά τη δεκαετία του 1970 με την ανακοίνωση της Άλμα-Άτα και την καθιέρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Συγκεκριμένα, η διακήρυξη της Άλμα – Άτα αναφέρει ότι η ΠΦΥ αποτελεί τη θεμελιώδη φροντίδα υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά υποστηριζόμενες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Αυτές οι πρακτικές και μέθοδοι είναι πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές σε όλα τα μέλη της κοινότητας μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές για το Κράτος ή την Τοπική Κοινωνία. Έκτοτε, η έννοια της ομάδας στον υγειονομικό κλάδο αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Bldwin, 2007).

Παρόλο που προς τα τέλη του προηγούμενου αιώνα το ενδιαφέρον για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και κατ' επέκτασιν για την εδραίωση της ομάδας, μειώθηκε, η υγειονομική περίθαλψη έχει αλλάξει σημαντικά από τότε. Τα τελευταία 20 χρόνια οι εξελίξεις ήταν ραγδαίες, καθώς έγινε αντιληπτό πως οι κάθετες και εστιασμένες παρεμβάσεις δεν είχαν το επιθυμητό αποτέλεσμα σε χώρες με υπολειπόμενα συστήματα υγείας. Ως αφορμή αυτού, ξεκίνησαν οι εφαρμογές οριζόντιων πρακτικών για την παροχή υγειονομικής φροντίδας (Φιλαλήθης, 2021).

Εξίσου και στην Ελλάδα, η έννοια της ομάδας στην υγειονομική περίθαλψη λαμβάνει χώρα εξολοκλήρου στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Κατά τη δεκαετία του 1980 έγιναν τα πρώτα άλματα για την καθιέρωση ΠΦΥ με την ψήφιση νόμων, την δημιουργία των πρώτων κέντρων υγείας, καθώς και την εκπαίδευση του προσωπικού για τη στελέχωσή τους. Μέσα στην επόμενη δεκαετία, κιόλας, η προσπάθεια για ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ είχε εξασθενήσει με αποτέλεσμα τα κέντρα υγείας να παραμεληθούν και να ενταχθούν στην διοίκηση των νοσοκομείων. Μπαίνοντας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα γίνεται μία ακόμα προσπάθεια αναστήλωσης της ΠΦΥ με την στέγαση πολυϊατρείων και δημοτικών ιατρείων στα ήδη υπάρχοντα κέντρα υγείας (Τσίγκου, Αποστολάκης et al., 2021). Ωστόσο, στο διάστημα μεταξύ 2010 και 2018, η ΠΦΥ υπέστη αρκετές μεταρρυθμίσεις, από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, χωρίς ουσιαστική αποτελεσματικότητα, λόγω της συχνότητας και της μη συνάφειας μεταξύ τους (Myloneros & Sakellariou, 2021). Τα τελευταία χρόνια όμως, αποτελεί βασικό πυλώνα του Εθνικού μας Συστήματος Υγείας με τη δημιουργία πολλών ομάδων παροχής φροντίδας, τόσο σε ιδρυματικό χώρο όσο και έξω από αυτόν, στελεχωμένες από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων και προσπαθώντας να προωθήσουν την έννοια της ομάδας (Τσίγκου, Αποστολάκης et al., 2021). Στους βασικούς στόχους της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας περιλαμβάνεται η ενίσχυση της συνεργασίας και της διασύνδεσης μεταξύ των φορέων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η αύξηση της προσβασιμότητας και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης για τον πληθυσμό, η βελτίωση της κατανομής και της αποδοτικότητας του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και η ενίσχυση της επικοινωνίας και της διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων (Brown, Oliver-Baxter et al., 2013).

## **2.2 Γενικές αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ο ορισμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του 1978 αναφέρει ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αναγνωρίζεται ως η βασική αρχή της φροντίδας υγείας, βασισμένη σε πρακτικές που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, συνδυάζοντας τη χρήση της τεχνολογίας. Η παροχή αυτής της φροντίδας είναι διαθέσιμη σε όλους τους πολίτες και τις οικογένειές τους στην κοινότητα, προσφερόμενη με πλήρη συμμετοχή τους και σε ένα κόστος που είναι βιώσιμο για την κοινότητα και τη χώρα, σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, αντανακλώντας τις αρχές της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ δεν είναι μόνο κεντρικό στοιχείο του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας, αλλά και βασικό συστατικό του γενικού κοινωνικό-οικονομικού πλαισίου. Εξασφαλίζει ότι η φροντίδα υγείας παραμένει προσβάσιμη και κοντά στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται, αποτελώντας το πρώτο βήμα σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (Θεοδώρου, Σαρρής et al., 2001).

Η ΠΦΥ εστιάζει στην προαγωγή της υγείας μέσω της στενής συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας με την τοπική κοινότητα. Η προσέγγιση της ΠΦΥ υπερβαίνει τον παραδοσιακό ρόλο της κλινικής και φαρμακευτικής φροντίδας, επεκτείνοντας την εστίασή της σε δραστηριότητες σχετικές με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον και τη διατροφή. Οι κύριοι στόχοι της ΠΦΥ περιλαμβάνουν την πρόληψη ασθενειών, τη διάγνωση και θεραπεία, την αποκατάσταση της υγείας, την αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων και την παρακολούθηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται. Επιτυγχάνοντας του παραπάνω στόχους, η ΠΦΥ συμβάλει δυναμικά στην διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού και στην ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Υπηρεσιών Υγείας (Πιερράκος, 2008).

Τα ορόσημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) αποτελούν δύο σημαντικές διακηρύξεις: η διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 και η διακήρυξη της Αστάνα το 2018. Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα ορίζει την ΠΦΥ ως βασική υγειονομική φροντίδα, στηριζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά

αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, και την καθιερώνει ως θεμελιώδη πυλώνα των υπηρεσιών υγείας και ως πρώτο σημείο επαφής μεταξύ ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αντίθετα, η διακήρυξη της Αστάνα επεκτείνει τον ρόλο της ΠΦΥ, προσθέτοντας νέες έννοιες στο πλαίσιο της πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, όπως η προαγωγή της υγείας, η ανακουφιστική φροντίδα, καθώς και οι οικονομικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί προσδιοριστές υγείας και οι παράγοντες κινδύνου, επιβεβαιώνοντας τη σημασία της συνεργασίας της ΠΦΥ με τη δημόσια υγεία (Φιλαλήθης, 2021).

### **2.3 Οι ομάδες υγείας όπως έχουν διαμορφωθεί μέχρι σήμερα στο Εθνικό μας Σύστημα Υγείας**

Αναφερόμενοι λοιπόν στην ύπαρξη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας στην Ελλάδα, αυτή δεν θα μπορούσε να μην υφίσταται στα πλαίσια της ΠΦΥ. Η ΠΦΥ συνιστά το αποκεντρωμένο σημείο εισόδου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για τον πολίτη και το εύρος του αντικειμένου της εκτείνεται από την προστασία της Δημόσιας Υγείας μέχρι την θεραπεία και αποκατάσταση, εστιάζοντας στα βασικά προβλήματα υγείας σε επίπεδο κοινότητας. Ξεκινώντας από τα Κέντρα Υγείας και τα δημοτικά / αγροτικά ιατρεία, μέχρι τις νέες Τοπικές Ομάδες Υγείας και τις, ακόμα πιο πρόσφατες, Κινητές Ομάδες Υγείας (ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας), η ομάδα υγείας στελεχώνει πολλές από αυτές τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Με βασικά μέλη της τους ιατρούς γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής ή/και οικογενειακούς ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους επισκέπτες υγείας, τους κοινωνικούς λειτουργούς και το απαραίτητο διοικητικό προσωπικό, πρωταρχικός της ρόλος είναι η αντιμετώπιση σημαντικών προβλημάτων υγείας εντός της κοινότητας, η παροχή φροντίδας στους ασθενείς σε κοντινή απόσταση από τις κατοικίες τους και κατ' επέκταση η ελαχιστοποίηση των προσελεύσεων και πιθανών εισαγωγών στα νοσοκομεία. Επιπλέον, εστιάζοντας σε παράγοντες κινδύνου και αλλαγές συμπεριφοράς, μια διεπιστημονική ομάδα προσπαθεί να αντιμετωπίσει προβλήματα δημόσιας υγείας (Myloneros & Sakellariou, 2021).

### **2.3.1 Το παράδειγμα των Το.Μ.Υ. και των Κ.Ο.Μ.Υ. στην Ελλάδα**

Με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να επικεντρώνει την προσοχή του στην ενδυνάμωση της ΠΦΥ των χωρών με απώτερο σκοπό την ενδυνάμωση ολόκληρου του Συστήματος Υγείας, στην Ελλάδα ξεκινούν στρατηγικές μεταρρυθμίσεις (Trakakis Nektarios et al.,2021). Οι τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) κάνουν την εμφάνισή τους στη Ελληνικό Σύστημα Υγείας το 2017 με σκοπό να ενισχύσουν το έργο των Κέντρων Υγείας, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε πιο αποκεντρωμένες περιοχές, με λειτουργία τις καθημερινές μέρες. Στελεχωμένες από ολιγομελείς διεπιστημονικές ομάδες αποστολή των Το.Μ.Υ. είναι η παροχή καθολικής, ολιστικής και συνεχόμενης φροντίδα υγείας βασισόμενη στο ανθρωποκεντρικό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης. Αντιμετωπίζοντας πολλές δυσκολίες από την έναρξη της καθιέρωσής τους, οι 127 μονάδες, που εν τέλει δημιουργήθηκαν έναντι των αρχικών προβλεπόμενων 239, διεξάγουν έργο προαγωγής και αγωγής της υγείας, τόσο σε ενήλικες όσο και παιδιά. (Myloneros & Sakellariou, 2021). Η ικανοποίηση των ασθενών σχετιζόμενη με την ποιοτική ιατρονοσηλευτική περίθαλψη που παρέχεται στις Το.Μ.Υ. φαίνεται αρκετά υψηλή, σύμφωνα με τους Myloneros and Sakellariou, γεγονός που υποδηλώνει τα γερά θεμέλια που αποκτά η παρουσία της διεπιστημονικής ομάδας στην ΠΦΥ.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 του Νόμου 4486/2017, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας επιδιώκουν:

- Την πραγματοποίηση δράσεων προαγωγής υγείας με πληθυσμό στόχο σε όλη την κοινότητα, μέσω κοινωνικών φορέων.
- Την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού σε συστηματική και προγραμματισμένη βάση.
- Την έγκαιρη και έγκυρη αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, ψυχικών και εξαρτημένων παθήσεων και παραπομπή τους στους αρμόδιους φορείς.
- Την κατ' οίκον φροντίδα σε όσους αδυνατούν να μεταφερθούν προς και από των μονάδων.
- Την συμβουλευτική υποστήριξη και εκπαίδευση σχετιζόμενες με την παρουσία χρόνιων νοσημάτων του πληθυσμού που έχουν στην ευθύνη τους.
- Την ενημέρωση και διαχείριση μεταδιδόμενων νοσημάτων.

- Τη συλλογή και αξιολόγηση επιδημιολογικών δεικτών υγείας.

Σε συνέχεια του έργου που επιτελούν οι Το.Μ.Υ., την ίδια χρονιά νομοθετούνται και οι Κινητές Ομάδες Υγείας (Κ.ΟΜ.Υ.). Ο σκοπός των Κ.ΟΜ.Υ. είναι υποστηρικτικός και ενισχυτικός εκείνου των Το.Μ.Υ, αποτελείται από τους ίδιους επαγγελματίες υγείας και επικεντρώνεται στον ίδιο πληθυσμό στόχο. Ωστόσο, τίθενται σε εφαρμογή με την πανδημία του Covid-19 να φτάνει στο απόγειό της, με εστίαση στις ευπαθείς ομάδες και χαρακτηρίζονται ως Κινητές Ομάδες Υγείας Ειδικού Σκοπού.



### **3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

## **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ: ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ**

### **3.1 Αναγκαιότητα της Διεπιστημονικής ομάδας**

Η σημασία της ομαδικής εργασίας έχει τονιστεί σε πολυάριθμες εκθέσεις και έγγραφα, εστιάζοντας ιδιαίτερα στην αυξημένη ποιότητα και αποτελεσματικότητα της φροντίδας που μπορεί να αποδώσει. Οι ομάδες στον τομέα της υγείας επιτρέπουν μια πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική προσέγγιση στη διαχείριση και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Poulton & West, 1999). Η γήρανση του πληθυσμού η οποία συνεπάγεται την αύξηση των ευπαθών ηλικιωμένων ατόμων με πιο σύνθετες ανάγκες που συνδέονται με χρόνιες παθήσεις και πολλαπλή νοσηρότητα, η ιδιαίτερη πολυπλοκότητα των ικανοτήτων που απαιτούνται για την παροχή ολοκληρωμένης περίθαλψης στους ασθενείς και η επιδίωξη της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, αποτελούν ορισμένους παράγοντες που εντατικοποιούν την ανάγκη μιας Διεπιστημονικής Ομάδας (Nancarrow, Booth et al., 2013). Οι προκλήσεις για μία ολιστική και ολοκληρωμένη προσέγγιση των αναγκών ενός πληθυσμού ασθενών είναι πολλές και ένας επαγγελματίας υγείας δεν είναι εφικτό να ανταπεξέλθει σε ατομικό επίπεδο, καθώς έχει τις γνώσεις και τα μέσα που περιορίζονται σε μία ειδικότητα. Μία ομάδα μπορεί να παρέχει πολύπλευρη αντιμετώπιση πετυχαίνοντας καλύτερα και αποδοτικότερα αποτελέσματα από όσα μπορεί να καταφέρει το κάθε μέλος μόνο του (Βωνιάτη, Αρμοστής et al., 2022). Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης που προκύπτει από την συνεργασία επαγγελματιών υγείας δημιουργεί αποτελέσματα προστιθέμενης αξίας για τους ασθενείς, ως δέκτες της υγειονομικής φροντίδας, αλλά και τους οργανισμούς και το προσωπικό (Sayah, Robertson et al., 2014). Τα θετικά αποτελέσματα της διεπιστημονικής ομαδικής εργασίας συμπεριλαμβάνουν την αύξηση της ικανοποίησης και των κινήτρων του προσωπικού, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας των ασθενών, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χρόνιων πασχόντων, το καλύτερα ελεγχόμενο κόστος από τους οργανισμούς για υλικοτεχνικό εξοπλισμό και την ευημερία των εμπλεκόμενων (Nancarrow, Booth et al., 2013). Ως εκ τούτου, σύμφωνα

με τους Pyre, Mertens et al. (2018), τα πρότυπα σχέσεων μεταξύ ατόμων που αλληλοεπιδρούν και επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της παροχής υγειονομικής φροντίδας, έχουν αναδειχθεί ως κινητήριος δύναμη η οποία καθορίζει την συμπεριφορά ολόκληρου του συστήματος υγείας.

### **3.1.1 Επίδραση της ομάδας στον ασθενή**

Η συνεργατική υγειονομική προσέγγιση των ασθενών από την Διεπιστημονική Ομάδα είναι ιδιαίτερα επωφελής για την ποιοτική φροντίδα που προσφέρει, την τάχυστη θεραπεία και στην ικανοποίηση των ασθενών. Μία πολύπλευρη οπτική ενός πάσχοντος αποδίδει αντιληπτά οφέλη και βελτιώσεις στην υγεία του. Τα συχνότερα αναφερόμενα οφέλη από τη λήψη φροντίδας από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας είναι η εύκολη και άμεση πρόσβαση που έχουν οι ασθενείς σε μία ποικιλία ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας, η καλύτερη κατανόηση της κατάστασης της υγείας τους και, κατά συνέπεια, η σωστότερη διαχείρισή της (Szafran, Kenett et al., 2018).

Η σφαιρική θεώρηση και η αυξημένη τεχνογνωσία που συνδυάζει η Διεπιστημονική Ομάδα για τις ανάγκες των ασθενών, οδηγεί στην ολοκληρωμένη κατανόηση της κατάστασης της υγείας και στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών πλάνων θεραπείας. Ως αποτέλεσμα αυτών αποδίδεται και η ταχύτητα της θεραπείας και της ανάρρωσης. Μεταξύ των μελών της ομάδας πραγματοποιείται ανταλλαγή γνώσεων η οποία εστιάζει σε διεπιστημονικές πληροφορίες και όχι μόνο σε κλινικές εξετάσεις (Βωνιάτη, Αρμοστής et al., 2022). Η προσπάθεια παροχής υγειονομικής φροντίδας σε ένα σύστημα περίθαλψης χωρίς συντονισμό μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στον τρόπο επικοινωνίας και στο σχεδιασμό της φροντίδας, ενώ η πολυεπιστημονική περίθαλψη αυξάνει την παραγωγικότητα και εξοικονομεί χρόνο. Μεταξύ μιας Διεπιστημονικής Ομάδας οι υποχρεώσεις κοινοποιούνται με σαφήνεια και ανατίθενται στα αρμόδια μέλη, ώστε μέσου του σωστού καταμερισμού να επιτυγχάνεται πιο άμεση αξιολόγηση και έγκυρη επίλυση των ζητημάτων που προκύπτουν (Walton, Hogden et al., 2019). Η αποτελεσματική επικοινωνία που προάγεται ανάμεσα στα μέλη της ομάδας διασφαλίζει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν μία συνεχή, ολιστική και συνεπή φροντίδα, εφόσον όλοι οι επαγγελματίες υγείας είναι διαρκώς ενήμεροι για την πορεία της υγείας του κάθε ασθενούς (Epstein, 2014).

Η ταυτόχρονη αξιολόγηση των ασθενών από ένα σύνολο επαγγελματιών υγείας τους προσδίδει το αίσθημα μεγαλύτερου ενδιαφέροντος και εξατομικευμένης φροντίδας για την κατάσταση της υγείας τους. Όταν οι ασθενείς είναι παρόντες και βιώνουν την συνεργασία της Διεπιστημονικής Ομάδας νιώθουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις δεξιότητες των μελών για τη διαχείριση της υγείας τους και αυτοπεποίθηση να συμμετάσχουν στην θεραπεία, τόσο οι ίδιοι όσο και οι οικογένειες ή οι φροντιστές τους. Η παρότρυνση των ασθενών για ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την πάθησή τους εντείνει την έννοια της ομαδικότητας με τον ασθενή να αποτελεί μέλος της ομάδας και αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στο. Οι πάροχοι και οι δέκτες της υγειονομικής φροντίδας εξισορροπούν την ένδειξη ισχύος, καθώς ο ασθενής μοιράζεται τις δυσκολίες ή τις ευκολίες που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του και βάσει αυτών πορεύεται η διαμόρφωση του πλάνου φροντίδας και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Wong, Browne et al., 2015). Με αυτόν τον τρόπο, οι ασθενείς και οι φροντιστές τους είναι καλύτερα ενημερωμένοι, έχουν αυξημένες γνώσεις και κατανόηση για την κατάσταση της υγείας τους, ενισχύεται η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας και βελτιώνεται η γενική τους κλινική εικόνα (Szafran, Kennett et al., 2018). Η ομαδική, ολιστική και ολοκληρωμένη υγειονομική προσέγγιση που λαμβάνουν οι ασθενείς μειώνει τις επείγουσες επισκέψεις και πιθανές εισαγωγές σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ή νοσοκομεία, αφού έχει ήδη επιτευχθεί πρόληψη αυτού από την πολύπλευρη αξιολόγηση της Διεπιστημονικής Ομάδας και εν συνεχεία έχει προγραμματιστεί η παρακολούθηση της πορείας τους. Αυτό σημαίνει καλύτερη διαχείριση χρόνιων πασχόντων, μειωμένο κίνδυνο επιλοκών και βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Walton, Hogden et al., 2019). Όταν η υγειονομική φροντίδα παρέχεται εστιάζοντας στον ασθενή και προσαρμόζεται στις ατομικές του ανάγκες και προτιμήσεις, ενισχύεται η ικανοποίησή του, αναπτύσσεται ένα υποστηρικτικό και συνεργατικό περιβάλλον, ο ασθενής αισθάνεται ότι ακούγεται και εκτιμάται. Επίσης, η ομαδική προσέγγιση βοηθά στην ενίσχυση των ισχυρών σχέσεων ασθενή και παρόχου φροντίδας με τους ασθενείς να σχετίζονται με την καλύτερευση της υγείας τους ( Epstein, 2019).

### **3.1.2 Οφέλη για το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας**

Η ύπαρξη της διεπιστημονικής ομάδας στις υπηρεσίες υγείας επιφέρει θετικά αποτελέσματα στους χρήστες της, όπως προαναφέρθηκε, αλλά και στα ίδια τα μέλη της. Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν και εργάζονται στα πλαίσια μιας ομάδας αφομοιώνουν πρακτικές προστιθέμενης αξίας τόσο για το ομαδικό όσο και το ατομικό τους συμφέρον (Wong, Browne et al., 2015).

Ένας από τους πιο κρίσιμους παράγοντες ο οποίος καθορίζει την ομαλή λειτουργία μιας ομάδας στο χώρο της υγείας, είτε αυτή επικεντρώνεται στη συνεργασία μεταξύ των μελών της, είτε στην συνεργασία των παρόχων και των αποδεκτών υγειονομικής περίθαλψης, είτε ακόμα και την συνεργασία των ασθενών με τους οικείους τους, είναι η επικοινωνία. Η σωστή επικοινωνία χτίζει τα θεμέλια για την λειτουργία μιας ομάδας, πόσο μάλλον για τη συνεργασία επαγγελματιών διαφόρων ειδικοτήτων, με κοινό και μοναδικό στόχο την εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών. Πρωτίστως, για την βέλτιστη προσφορά φροντίδας στους ασθενείς, απαιτείται η ανταλλαγή πληροφοριών, γνώσεων και εμπειριών μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας της ομάδας (Βωνιάτη, Αρμωστής et al., 2022). Κάτι τέτοιο δεν μπορεί να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα αν δεν πραγματοποιηθεί σωστή επικοινωνία μεταξύ τους, για την βέλτιστη κατανόηση των διαφόρων συστάσεων, αλλά και για την αποφυγή τυχών λαθών, παρεξηγήσεων ή διαφωνιών με αρνητικό αντίκτυπο στην πορεία της νόσου των ασθενών. Έτσι διασφαλίζεται η ικανοποίηση των ασθενών, η συνεχής βελτίωση της παρεχόμενης σε αυτούς φροντίδας, προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους, καθώς και η διαρκής ενημέρωσή τους για την εξέλιξη της υγείας τους, ενώ . Έπειτα, στα πλαίσια της επικοινωνίας των ασθενών με τους ανθρώπους του κοντινού τους περιβάλλοντος, είναι απαραίτητη η κτίση εμπιστοσύνης, διαφάνειας, πλήρους κατανόησης και η διατήρηση θετικών σχέσεων μεταξύ τους, κάτι που μπορεί να υφίσταται μόνο ύστερα από αποτελεσματική και ουσιαστική επικοινωνία (Wong, Browne et al., 2015).

Όσον αφορά τα οφέλη των επαγγελματιών υγείας σε προσωπικό επίπεδο, αυτά εστιάζονται στην ανάπτυξη συμπεριφορών που συμβάλλουν στην βελτίωση της επαγγελματικής και ατομικής τους πορείας. Οι επαγγελματίες υγείας, συναναστρεφόμενοι με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, αντλούν γνώσεις

και έρχονται σε επαφή με ποικιλία δεξιοτήτων που τους βοηθά να έχουν πιο διευρυμένη κριτική σκέψη και άποψη. Έτσι, μπορούν να προσεγγίζουν τους στόχους τους από μία πολύπλευρη οπτική και όχι μονομερώς εστιασμένοι στη φύση της ιδιότητάς τους (Βωνιάτη, Αρμωστής et al., 2022). Φυσικό και επόμενο, λοιπόν, αποτελεί και η ικανοποίηση της συμβολής σε μία ομαδική προσπάθεια και το αίσθημα της επαγγελματικής επάρκειας και του αυτοπροσδιορισμού των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Συνεπώς, η αλληλοεπίδραση των ατόμων μέσα σε μία ομάδα συνδράμει στην διεπιστημονική αντίληψή τους και αποτελεί το εφαλτήριο για τη στόχευση συνεχούς εκπαίδευσης και προσωπικής εξέλιξης (Wong, Browne et al., 2015).

### **3.1.3 Ο αντίκτυπος προς τους οργανισμούς που παρέχουν της υπηρεσίες υγείας**

Οι φορείς, μέσω των οποίων παρέχεται η υγειονομική περίθαλψη, είναι εκείνοι που επιστούν την προσοχή, ώστε να μπορούν να μας το ανταποδώσουν σε χρόνο, κόστος, υλικό, ανθρώπινο δυναμικό και ποιότητα. Με την ύπαρξη μιας διεπιστημονικής ομάδας η ακρόαση του κάθε ασθενούς γίνεται ταυτόχρονα από όλα τα μέλη της και έτσι εξοικονομείται μελλοντικός χρόνος από την πιθανή επανάληψη του ιστορικού του σε άλλον επαγγελματία υγείας. Κατά συνέπεια, η εκτίμηση του πάσχοντος πραγματοποιείται παρουσίας όλων των μελών της ομάδας και η ανάλογη θεραπεία αποτελεί αντικείμενο συνολικού και συλλογικού σχεδιασμού, μειώνοντας έτσι τον αριθμό των επαναλαμβανόμενων εξετάσεων, παρεμβάσεων και θεραπειών. Το χρονικό διάστημα που απασχολούνται τελικά οι επαγγελματίες υγείας, για τον εκάστοτε ασθενή, είναι μειωμένο στο ελάχιστο και με την μέγιστη δυνατή ποιότητα (Ezziane, Maruthappu et al. 2012).

Οι διεπιστημονικές ομάδες δύνανται να φέρουν σημαντική εξοικονόμηση κόστους στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως με τη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο και της διάρκειας παραμονής σε αυτά. Μια συντονισμένη προσέγγιση διασφαλίζει την αποτελεσματική διαχείριση όλων των πτυχών της υγείας του ασθενούς, μειώνοντας την πιθανότητα επιπλοκών. Συνεργαζόμενοι για την δημιουργία και την εφαρμογή ενός άρτιου σχεδίου φροντίδας, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να επιταχύνουν τη διαδικασία ανάρρωσης του ασθενούς, συντομεύοντας την

παραμονή του στο νοσοκομείο, ενώ η επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερα λάθη, στον έγκαιρο εντοπισμό και τη διαχείριση πιθανών προβλημάτων υγείας προτού αυτά κλιμακωθούν σε πιο σοβαρά και δαπανηρά προβλήματα (Szafran, Kennett et al., 2018).

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν μεγάλες απαιτήσεις σε εγκαταστάσεις, εξοπλισμό, φάρμακα και το εργατικό δυναμικό. Οι διεπιστημονικές ομάδες μπορούν να συμβάλουν στην αποτελεσματικότερη και χρήση αυτών. Με μια πιο διευρυμένη προσέγγιση, οι πόροι όπως ο ιατρικός εξοπλισμός και οι εγκαταστάσεις μπορούν να μοιράζονται και να χρησιμοποιούνται πιο αποτελεσματικά. Αυτή η προσέγγιση εξαλείφει τη σιωπηρή χρήση των πόρων, η οποία συχνά μπορεί να οδηγήσει σε σπατάλη. Οι διεπιστημονικές ομάδες, από τη φύση τους, προωθούν μια κουλτούρα βιωσιμότητας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η ολιστική προοπτική που καλλιεργείται σε αυτές τις ομάδες ενθαρρύνει την εξέταση του ευρύτερου συστήματος (Wiecha & Pollard, 2004).

## **4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

Η φροντίδα του ασθενούς και η προσφορά φροντίδας υγείας σε εκείνον, στηρίζεται στη διεπιστημονική προσέγγιση και βοήθεια. Για τη διαχείριση της ασθένειάς του δεν αρκεί πλέον μόνο ο ιατρός αλλά απαιτείται πλέον και η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Η νοσηλευτική επιστήμη διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης και στην κάλυψη των αναγκών σε ένα σύστημα όπου θα είναι ασφαλές, υψηλής ποιότητας, εστιασμένο στον ασθενή, προσβάσιμο και οικονομικά αποδοτικό. Η ενεργή συμμετοχή των νοσηλευτών στις διεπιστημονικές ομάδες πραγματοποιείται με γνώμονα τις αξίες των ασθενών και των φροντιστών τους, με σεβασμό στις ανάγκες τους και μοναδικό στόχο την παροχή ποιοτικής και ολιστικής φροντίδας (ΙΜΟ, 2011). Οι ρόλοι ενός νοσηλευτή ως μέρος της ομάδας υγείας είναι πολυδιάστατοι και τα καθήκοντά του είναι διευρυμένα. Η παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας των ασθενών, η εκπαίδευση των ασθενών και των φροντιστών τους, τα σχέδια προαγωγής και αγωγής της υγείας, ο συντονισμός της περίθαλψης και η αποτελεσματική επικοινωνία είναι μερικοί τομείς όπου παράγει έργο ο νοσηλευτής ως μέρος της διεπιστημονικής ομάδας (Αδαμακίδου, 2015).

Στόχοι ενός νοσηλευτή, μεταξύ άλλων, αποτελούν:

- Η προαγωγή και αγωγή υγείας, στα πλαίσια των πολιτικών δημόσιας υγείας.
- Η αξιολόγηση των ατόμων που χρήζουν της ανάγκης φροντίδας.
- Η ανάπτυξη σχεδίων φροντίδας.
- Η καθοδήγηση των ασθενών.
- Η βέλτιστη ικανοποίηση των ασθενών.
- Η αποτελεσματική επικοινωνία.
- Η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας
- Η συνεργασία όλων των μελών της ομάδας (Αδαμακίδου, 2015).

#### **4.1 Προαγωγή υγείας**

Σε πρώιμο στάδιο, η συμβολή του νοσηλευτή, της διεπιστημονικής ομάδας, είναι σημαντική στα πλαίσια της προαγωγής υγείας, καθώς συχνά αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ των ασθενών και των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Αρχικά, ο νοσηλευτής συλλέγει πληροφορίες σχετικές με τις συνθήκες της υγείας των ασθενών και στη συνέχεια τις αξιολογεί. Έχοντας, λοιπόν, την γνώση για τις ανάγκες του κάθε ασθενή, τις ατομικές του συνήθειες και το ιατρικό του προφίλ, του δίνεται η δυνατότητα να παρέχει πληροφορίες, καθοδήγηση και υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας, προάγοντας την υγεία και την ευεξία τους. Συνεργαζόμενος με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, ο ασθενής λαμβάνει πλήρη ενημέρωση και μπορεί να διαχειρίζεται την κατάσταση της υγείας του αυτόνομα (Taberna, Gil Moncavo et al., 2020). Η προαγωγή της υγείας, ως σκοπό των νοσηλευτών δεν εστιάζει μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε κοινοτικό συμμετέχοντας ή/και διοργανώνοντας δράσεις σχετιζόμενες με την υγεία, προσεγγίζοντας όλες της ηλικιακές βαθμίδες και τα κοινωνικά στρώματα (Dong, Barton et al., 2016).

#### **4.2 Επικοινωνία**

Ύστερα, όταν πλέον ο ασθενής αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και το επίκεντρο αυτής, η θέση του νοσηλευτή απέναντι του είναι αυτή του συνοδοιπόρου. Ο νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στην ακρόαση του ιστορικού της υγείας του ασθενούς, στην αξιολόγησή της και στη διαμόρφωση του πλάνου φροντίδας, ενώ συνεργάζεται με τα άλλα μέλη της ομάδας, ώστε να παρέχουν την μέγιστη ποιοτικά υγειονομική περίθαλψη. Η επικοινωνία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, συμπεριλαμβανομένων σε αυτή τον ασθενή και τους φροντιστές του, είναι ο τρόπος για την λύση των προβλημάτων. Όσο υπάρχει επικοινωνία, τόσο πιο γερά θεμέλια εμπιστοσύνης και διαφάνειας χτίζονται μεταξύ των μελών της ομάδας, τόσο πιο ξεκάθαρες είναι οι πληροφορίες και οι γνώσεις που ανταλλάσσονται, τόσο πιο σαφείς είναι οι ανάγκες των πασχόντων και τόσο πιο αποτελεσματικό το έργο. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να εξηγούν με απλότητα στους ασθενείς τα σχέδια θεραπείας, τις διαγνώσεις, την δοσολογία και αιτιολογία της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και να τους ενημερώνουν σχετικά με τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές. Επίσης,



είναι πολύ σημαντικό για τους ασθενείς να λαμβάνουν ουσιαστική κατανόηση από τους φροντιστές τους και αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί αν και οι ίδιοι πρώτα δεν έχουν αφομοιώσει πλήρως τις απαραίτητες λεπτομέρειες. Πάντα, βέβαια, διασφαλίζοντας ότι η παροχή της φροντίδας γίνεται με τρόπο σεβόμενο την αυτονομία και τα δικαιώματα των ασθενών. (Salmond & Echevarria, 2017).

### **4.3 Εκπαίδευση**

Μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα υγειονομικής περίθαλψης, ο εκπαιδευτικός ρόλος ενός νοσηλευτή είναι σύνθετος και καίριος για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών και, κατ' επέκτασιν, τη λειτουργία της ομάδας. Η εκπαίδευση, των ασθενών, αλλά και των οικείων τους, περιλαμβάνει κυρίως τη συμμόρφωση στα θεραπευτικά πρωτόκολλα, τεχνικές αυτοφροντίδας και αυτονομίας, κατανόηση της κατάστασης της υγείας και εκτίμηση των δυνατοτήτων τους (Zajas, Woods et al., 2021). Οι νοσηλευτές βοηθούν τους ασθενείς να μάθουν για την πάθησή τους, τις αιτίες, τη συμπτωματολογία και τη θεραπεία της, ώστε να μπορέσουν να προσαρμοστούν καλύτερα και πιο άμεσα στον νέο τρόπο ζωής τους χωρίς να παραγκωνίσουν τις δραστηριότητες που συμμετείχαν στο παρελθόν, αλλά αντίθετα να προσπαθήσουν να τις διατηρήσουν στην καθημερινότητά τους, να μπορούν να είναι αυτόβουλοι και αυτόνομοι. Όσα περισσότερα γνωρίσει κανείς σχετικά με την υγεία του, τόσο καλύτερα συμμορφώνεται με τη διαχείριση και θεραπεία νοσημάτων σχετιζόμενων με αυτή και ταυτόχρονα επιφέρει ταχύτερη πρόοδο στην πορεία της (Taberna, Gil Moncavo et al., 2020).

### **4.4 Ενεργός συμμετοχή στην ομάδα**

Η διαρκής επαφή των μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς βοηθούν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων τις οποίες γνωστοποιούν στους άλλους επαγγελματίες υγείας και τις χρησιμοποιούν προς όφελος για καλύτερη συνεργασία και συντονισμό μέσα στην ομάδα και στην επαγγελματική ανάπτυξη όλων των μελών της. Ο αμοιβαίος σεβασμός και η εμπιστοσύνη που χτίζονται μέσα σε μία διεπιστημονική ομάδα επιτρέπουν σε κάθε επαγγελματία υγείας να αυτονομεί συνεισφέροντας στην αποτελεσματικότητα των στόχων (Crease, Rich et al., 2014). Όπως όλα τα μέλη της ομάδας, έτσι και ο νοσηλευτής συνεισφέρει στην αποτελεσματική λειτουργία της, στην

πρόληψη τυχόν συγκρούσεων της ομάδας, στην αξιολόγηση και βελτίωση της λειτουργίας της και στη συνεχή εκπαίδευση των μελών της (Αδαμακίδου, 2015).

## **5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

#### **5.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)**

Την δεκαετία του 1980 ιδρύεται στην χώρα μας το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με το Νόμο 1398/1983 βάσει του οποίου παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός δικτύου δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων φροντίδας, τόσο σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο όσο και εκτός αυτού. Για την ενίσχυση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης δημιουργούνται 172 Κέντρα Υγείας ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες που ανήκουν στα νοσοκομεία, ενώ θεσπίζεται και η λειτουργία των Περιφερειακών Ιατρείων, ως συνέχεια των Κέντρων Υγείας.

Έπειτα, ακολούθησε ο Νόμος 2071/1992 όπου οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, καθώς και στον ιδιωτικό τομέα, εισάγονται οι Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας, ενώ δίνεται έμφαση στην κατ' οίκον νοσηλεία και στην ανάπτυξη ομάδων υγείας αντίστοιχων των σημερινών Τοπικών Μονάδων Υγείας,

#### **5.2 Ομάδα υγείας**

Η ταύτιση της ομάδας υγείας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι πλέον κοινή αποδοχή και συνεπώς η βασική νομοθεσία σχετικά με τις ομάδες στον υγειονομικό κλάδο συμπίπτει με εκείνη της ΠΦΥ. Οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν μονάδες της ΠΦΥ και κατά συνέπεια αποτελούν μέρος του ανθρώπινου δυναμικού μιας ομάδας υγείας, όπως αυτοί ορίζονται από το άρθρο 4 του Νόμου 4238/2014 είναι ο οικογενειακός ιατρός και επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων, όπως οδοντίατροι, μαίες, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και το υπόλοιπο υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Βάσει της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του Νόμου 4486/2017, καθώς αυτή τροποποιήθηκε από το άρθρο 45 του Νόμου 4931/2022, οι ομάδες υγείας συνεργάζονται μεταξύ τους με απώτερο σκοπό την παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας. Τα μέλη της κάθε ομάδας παρακολουθούν την πορεία των υπηρεσιών, εντοπίζουν

προβλήματα σχετιζόμενα με την ποιότητα των παροχών, τα αξιολογούν και επιδιώκουν την βελτιστοποίησή τους. Στις αρμοδιότητες των ομάδων υγείας ανήκουν η πραγματοποίηση παρεμβάσεων και δραστηριοτήτων σχετικές με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού της εκάστοτε περιοχής. Η ομάδα υγείας οφείλει να εντοπίζει και να διευθετεί προβλήματα δημόσιας υγείας διασφαλίζοντας την κατάλληλη συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς. Με στόχο την πρόληψη λοιμώξεων και η εστίαση στους παράγοντες κινδύνου και νοσηρότητας.

Στα καθήκοντα των προσωπικών ιατρών δεν εντάσσεται μόνο η διάγνωση προβλημάτων υγείας, αλλά και η εύρεση των αιτιολογικών παραγόντων τους, καθώς και η επίλυση και η διαχείρισή τους. Ο πληθυσμός στόχος του είναι μεταξύ άλλων άτομα με χρόνια προβλήματα, ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία και άτομα με διαταραχές ψυχικής υγείας, στους οποίους εξασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας και δείχνει έμπρακτο ενδιαφέρον για να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών αλλά και της οικογένειας και των φροντιστών τους. Τέλος, συντονίζει το πλάνο φροντίδας και τις απαραίτητες εξετάσεις παραπέμποντας τους ασθενείς στις υπόλοιπες βαθμίδες του συστήματος υγείας.

Στα πλαίσια του νοσηλευτικού έργου προάγεται και αξιολογείται η υγεία του πληθυσμού. Ο νοσηλευτής κρίνει την πορεία της θεραπείας και της αποκατάστασης ενός ατόμου, βασιζόμενος στην προβλεπόμενη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Ακολουθώντας αυτές τις αξίες συμβάλλει στον συντονισμό και στην συνέχιση της αποτελεσματικής φροντίδας, αναγνωρίζει τις ανάγκες των ασθενών και σχεδιάζει παρεμβάσεις σύμφωνα με αυτές. Επίσης, εκπαιδεύει κατάλληλα τους ασθενείς και το περιβάλλον τους με στόχο την αυτοφροντίδα και την συμμόρφωση με την θεραπευτική αγωγή.

Η συμβολή του επισκέπτη υγείας είναι πολύ παρόμοια με εκείνη του κοινωνικού λειτουργού και αποσκοπεί στην ελάττωση των ανισοτήτων στην υγεία, την βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού μέσω δράσεων προαγωγής και αγωγής της υγείας. Σε αυτές τις δράσεις περιλαμβάνονται προγράμματα εμβολιασμού και προληπτικού ελέγχου για την έγκαιρη διάγνωση, διασφαλίζοντας τις κατάλληλες διασυνδέσεις μεταξύ των απαραίτητων υπηρεσιών.

### **5.3 Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ)**

Το 2017 με τον Νόμο 4486, ξεκινάει ένα νέο μοντέλο με τις Τοπικές Μονάδες Υγείας να ενισχύουν το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποτελώντας προέκταση των υπαρχόντων Κέντρων Υγείας. Στους επαγγελματίες της υγείας που συνθέτουν αυτή τη μονάδα περιλαμβάνονται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο ανήκει στο σχετικό Τμήμα του Κέντρου Υγείας σύμφωνα με την παράγραφο 11 του άρθρου 3 του Νόμου 4238/2014, βάσει της ειδικότητας και του τομέα εξειδίκευσής τους.

Το έργο των Τοπικών Μονάδων Υγείας καλύπτει όλο το εύρος μιας κοινότητας, τόσο σε σχολικές μονάδες και σε χώρους εργασίας, όσο και στο επίπεδο της οικογένειας, συνεργαζόμενες πάντα με τους αντίστοιχους φορείς και δομές παροχής κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης. Στόχος τους, ως κομμάτι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η προαγωγή και αγωγή της υγείας, η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή διαχείριση μεταδιδόμενων και μη νοσημάτων, η διαρκής ενημέρωση για τις συνθήκες της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν, καθώς και η αξιολόγηση επειγόντων περιστατικών, η παροχή πρώτων βοηθειών και η παραπομπή τους σε Κέντρα Υγείας ή Νοσοκομεία. Αντίστοιχα, σε χρόνια νοσήματα, η συμβολή των Τοπικών Μονάδων Υγείας είναι εξίσου σημαντική, εφόσον συμμετέχουν στον προγραμματισμένο έλεγχο, στη φροντίδα, στην υποστήριξη, στην εκπαίδευση, στην συμβουλευτική και στην καθοδήγηση του πάσχοντος, αλλά και της οικογένειάς του, ενώ παρέχεται και η διεξαγωγή των απαραίτητων εξετάσεων μέσω κατ' οίκον επισκέψεων.

### **5.4 Κινητές Ομάδες Υγείας (ΚΟ.Μ.Υ)**

Οι Κινητές Ομάδες Υγείας, όπως πλέον ονομάζονται, δημιουργήθηκαν για να συνδράμουν στις υπηρεσίες που παρέχουν οι δημόσιες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το έργο τους είναι όμοιο με εκείνο που θα επιτελούσε μια μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη διαφορά ότι εστιάζει στην κάλυψη αναγκών των απομακρυσμένων και δυσπρόσιτων περιοχών.

Συγκεκριμένα, όπως αναφέρει το άρθρο 106α του Νόμου 4461/2017, τροποποιημένο από το άρθρο 162 του Νόμου 4600/2019, οι Κινητές Ομάδες Υγείας

εκτελούν δράσεις προωθώντας την αγωγή και προαγωγή υγείας, συνεργάζονται με ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, συμβάλλουν στην αποκατάσταση και στην ανακουφιστική τους φροντίδα, ενώ δεν υπολείπεται και η κατ' οίκον φροντίδα σε πληθυσμούς που δεν δύναται να προσεγγίζουν άμεσα και εύκολα κάποια μονάδα παροχής φροντίδας, όπως σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές.

Η ομάδα των επαγγελματιών Υγείας των Κινητών Ομάδων Υγείας αποτελείται από έναν ιατρό γενικής/ οικογενειακής και έναν παιδιατρικής ιατρικής, έναν οδοντίατρο, έναν νοσηλεύτη, έναν επαγγελματία υγείας μαιευτικής, έναν επισκέπτη υγείας, έναν φυσικοθεραπευτή, έναν ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό, δυο οδηγούς και έναν απασχολούμενο ως διοικητικό προσωπικό, βάσει του άρθρου 66 του Νόμου 5007/2022.

Παρότι οι Κινητές Ομάδες Υγείας υφίστανται νομικά από το 2017, η πανδημία τα τελευταία χρόνια ενέτεινε τις δραστηριότητες τους, ανέδειξε την ανάγκη ύπαρξής τους και τις δυνατότητές τους. Στα πλαίσια της υγειονομικής κρίσης που βίωσε ο παγκόσμιος ιστός, στον Νόμο 4737/2020 αναφέρεται ο σχηματισμός Κινητών Ομάδων Υγείας Ειδικού Σκοπού για την παροχή φροντίδας, τη λήψη δειγμάτων και τη διενέργεια ταχέων ελέγχων (rapid test) σε άτομα που αποτελούσαν πιθανά κρούσματα της COVID-19. Η δράση αυτή πραγματοποιούνταν σε κατ' οίκον επισκέψεις, με γνώμονα την μείωση μετακινήσεων και διασποράς του ιού.

## **6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η υγειονομική περίθαλψη έχει σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας, μέσω συνεργασίας και αλληλοσυνδεόμενης λειτουργίας. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σε πρώτο επίπεδο μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ενώ ακολουθούν η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη, και, τέλος, οι υπηρεσίες αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας. Στα διάφορα επίπεδα φροντίδας παρέχονται υπηρεσίες όπως ενημέρωση, προαγωγή υγείας, σχεδιασμός παρεμβάσεων και διαχείριση παθήσεων και μέτρα πρόληψης, χειρουργικές επεμβάσεις, αντιμετώπιση σοβαρών και χρόνιων νοσημάτων και σύνθετες θεραπείες. Όσον αφορά την αποκατάσταση, αυτή περιλαμβάνει εξειδικευμένα θεραπευτικά προγράμματα που ασχολούνται με προβλήματα κινητικότητας και λειτουργικότητας, με σκοπό την αυτονομία, ενώ η παρηγορητική φροντίδα επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με σοβαρά νοσήματα. Οι επαγγελματίες υγείας όπως ιατροί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, μαίες και λογοθεραπευτές, καθώς και το διοικητικό προσωπικό αποτελούν την βασική στελέχωση των υπηρεσιών.

Η ανάγκη για την ύπαρξη ενός συστήματος υγείας που μπορεί να ανταποκρίνεται στις υγειονομικές ανάγκες του κόσμου είναι μεγάλη και οι παράγοντες που αυξάνουν τις απαιτήσεις για την παροχή υγειονομικής φροντίδας είναι ποικίλοι. Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αυξηθεί επενδύοντας σε ανθρώπινους πόρους που διέπονται από την κουλτούρα της σύγχρονης ΠΦΥ. Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσεται και η ανάπτυξη μηχανισμών διεπιστημονικής φροντίδας από επιστημονικούς κλάδους συναφείς με τη ΠΦΥ που δύνανται να συνθέσουν συνεργατικές ομάδες για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Η λειτουργία των ομάδων αυτών οφείλει και πρέπει να είναι δυναμική προσαρμόσιμη στη μεταβαλλόμενη κατάσταση των ασθενών με την πάροδο του χρόνου, ώστε να αντιμετωπίζει τις σταδιακά εξελισσόμενες κλινικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών. Οι ομάδες αυτές πρέπει να διατηρούν δυναμικούς και διασφαλισμένους

δεσμούς συνεργασίας με τους μηχανισμούς και τους λειτουργούς της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψη και αντιστοίχως με τις υπηρεσίες υποστήριξης της δημόσιας ή ψυχικής υγείας, καθώς και με τις όμορες αναπτυγμένες κοινωνικές υπηρεσίες. Σημαντική επίσης κρίνεται η απόδοση κινήτρων για την βελτίωση της ΠΦΥ και την ενδυνάμωση των λειτουργών.

Ανά τον κόσμο, οι ομάδες καθιερώνονται στα συστήματα υγείας από τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, ενώ στην Ελλάδα, γίνονται σημαντικές αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη ενσωματώνοντας την έννοια της ομάδας. Πλέον, στη χώρα μας ομάδες υγείας εντοπίζονται κυρίως σε υπηρεσίες της ΠΦΥ. Τα πλεονεκτήματα τέτοιων ομάδα είναι πολλά και δεν επικεντρώνονται μόνο στους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στο παρόχους και στους φορείς. Η ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας αναδεικνύεται ως ένα κρίσιμο στοιχείο στην αποτελεσματική λειτουργία των ΤΟΜΥ. Η συνεργασία διαφορετικών επιστημονικών κλάδων και επαγγελματικών ομάδων προάγει την ποιότητα της φροντίδας προς τους ασθενείς. Για την περαιτέρω ενίσχυση αυτής της πρωτοποριακής συνεργασίας, επιβάλλεται η ενδυνάμωση των υποδομών και του προσωπικού στα αστικά Κέντρα Υγείας, με στόχο την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε επίπεδο 24/7. Οι Ομάδες Υγείας πρέπει να διατηρούν ευέλικτες και ισχυρές συνεργασίες τόσο με τους φορείς δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας όσο και με τις υπηρεσίες δημόσιας και ψυχικής υγείας. Η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από τη δυνατότητά τους να προσαρμόζονται στις αλλαγές και να ανταποκρίνονται στις διαφοροποιημένες ανάγκες των ασθενών. Είναι απαραίτητο να διαθέτουν οργανωμένες δομές για την καταγραφή των αναγκών του πληθυσμού και την ανάπτυξη στρατηγικών στα τοπικά σχέδια υγείας.

Η συνεχής εκπαίδευση και οργανωτική ανάπτυξη των ομάδων, με έμφαση στη βελτίωση των διατομεακών σχέσεων, την ευελιξία και την τεχνολογική υποστήριξη, είναι ουσιώδης. Επίσης, η καθιέρωση ενός αξιόπιστου συστήματος δεικτών ποιότητας και η παροχή κινήτρων για την αναβάθμιση των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ζωτικής σημασίας για την αξιολόγηση και βελτίωση της απόδοσης των ομάδων υγείας. Γι' αυτό πρέπει να υποστηριχθούν περαιτέρω οι μηχανισμοί καταγραφής και αξιοποίησης πληροφοριών και στατικής επεξεργασίας αποτελεσμάτων.

Η επάρκεια της διεπιστημονικής στελέχωσης των Τ.Ο.Μ.Υ. είναι ένα ακόμα



σημαντικό ζήτημα, καθώς, υπάρχει ανεπαρκής στελέχωση για τις θέσεις οικογενειακών ιατρών. Η θετική ανταπόκριση των πολιτών αποτελεί το ουσιαστικό ζητούμενο αποτέλεσμα, ώστε να εμπιστευθούν τον θεσμό των Το.Μ.Υ. και του οικογενειακού ιατρού. Ωστόσο, κρίνεται πως δεν μπορεί να επιτευχθεί επαρκής γνωστοποίηση της ύπαρξης των νέων δομών και των υπηρεσιών τους μέσα από την αποσπασματική ενημέρωση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

### Ξένη Βιβλιογραφία

- Andreatta, P. (2010), A typology for health care teams. *Health Care Management Review*, 35(4): 345-354.
- Arisha, A & Rashwan, W. (2016), Modeling of healthcare systems: Past, current and future trends. *IEEE*, 1523-1534.  
Doi: [10.1109/WSC.2016.7822203](https://doi.org/10.1109/WSC.2016.7822203)
- Babiker, A., El Husseini, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., O Faki, M., Assiri, A., Al Saadi, M., Shaikh, F. & Al Zamil, F. (2014), Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 14(2): 9-16.
- Baldwin, D. (2007), Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1):23-37.
- Barawid, E., Covarrubias, N., Tribuzio, B. & Liao, S. (2013), The Benefits of Rehabilitation for Palliative Care Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(1).
- Bernard, M., Halasy, M., Rushlow, D., Sobolik, G., Garrison, G., Matthews, M., Allen, S., Thacher, T. (2022), The effect of primary care clinician type and care team characteristics on health care costs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(6): 1055 - 1060.
- Bhandari, S. & Alonge, O. (2020), Measuring the resilience of health systems in low- and middle-income countries: a focus on community resilience. *Health Research Policy and Systems*, 18: 81.
- Blackmore, G. & Persaud, D. (2012), Diagnosing and Improving Functioning in Interdisciplinary Health Care Teams. *The Health Care Manager*, 31(3): 195-207.  
Doi: [10.1097/HCM.0b013e3182619d48](https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3182619d48)
- Blanchet, K., Lam., S., Ramalingam, B. & Pozo, F. (2017), Governance and

Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8): 431-435.

Doi: [10.15171/ijhpm.2017.36](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36)

- Brock, D., Abu-Rish, E., Chiu, C., Hammer, D., Wilson, S., Vorvick, L., Blondon, K., Schaad, D., Liner, D. & Zierler, B. (2013), Republished: Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1057): 642-651. Doi: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-000952rep>
- Brown, L., Oliver – Baxter, J. & Bywood, P. (2013), Integrated care: What policies support and influence integration in health care across New Zealand, England, Canada and the United States? *Primary Health Care Research & Information Service (PHC RIS)*.
- Chamberlain-Salaun, J., Mills, J. & Usher, K. (2013), Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6:65-74.
- Cohen, S. & Baily, D. (1997), What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite. *Journal of Management*, 23(3): 239-290.
- Costa, A. (2003), Work team trust and effectiveness. *Personnel Review*, 32(5): 605-622.
- Crace, S., Rich, J., Chin, W., Rodriguez, H. (2014), Flexible implementation and integration of new team members to support patient-centered care. *Science Direct*, 2(2): 145-151. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Dartiguelongue, J., Cafiero, P. (2021), Communication in health care teams. *Archivos Argentinos Pediatría*. 119(6): 589-593.
- Dash, S., Shakyawar, S.K., Sharma, M. & Kaushik, S. (2019), Big data in healthcare: management, analysis and future prospects. *Spinger Link*, 6 (59).
- Dong, Y., Barton, M., Zhang, Z. & Li, C. (2016), Enhancing employee creativity via individual skill development and team knowledge sharing:

- Influences of dual-focused transformational leadership. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3): 438-458.
- Epstein, N. (2014), Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical Neurology International*, 5(7): 295-303. Doi: [10.4103/2152-7806.139612](https://doi.org/10.4103/2152-7806.139612)
  - Ezziane, Z., Maruthappu, M., Gawn, L., Thompson, E., Athanasiou, T. & Warren, O. (2012), Building effective clinical teams in healthcare. *Emerald Group Publishing Limited*, 26(4-5): 428-426.
  - Foraker, R., Benziger, C, DeBarmore, B., Cene, C., Loustalot, F, Khan, Y, Anderson, C.& Roger, V. (2021), Achieving Optimal Population Cardiovascular Health Requires an Interdisciplinary Team and a Learning Healthcare System: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 143: 9-18. Doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000913>
  - Geriatrics Healthcare Professionals. (2015), Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1): 15-18.
  - Giltenane, M., Dowling, M. & Kelly, M. (2013), Public health nurses' (PHNs) experiences of their role as part of a primary care team (PCT) in Ireland. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 32(3): 1-10.
  - Greenberg, J. & Baron, A. (2008), Behavior in Organizations. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
  - Hazen, M., Cavanagh, G., Bosman, L. (2004), Teaching with Mission: Personal Development, Team Building, and Social Responsibility. *Springer Link*, 51: 373 -836.
  - Hu, J., Liden, C. (2011), Antecedents of team potency and team effectiveness: An examination of goal and process clarity and servant leadership. *Journal of Applied Psychology*, 96(4), 851–862.
  - Institute of Medicine (IMO). (2011), The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Washington DC: The National Academies Press.
  - Joo, J. & Huber, D. (2014), Evidence-based nurse case management practice in
-

community health. *Professional Case Management*, 19(6): 265-273.

- Kanach, F., Brown, L. & Campbell, R. (2014), The Role of Rehabilitation in Palliative Care Services. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93(4): 342-345.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. & Macq, J. (2018), Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79: 70-83.
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M., Del Grande, C., Ghadiri, D., Fernandez, N., Jouet, E., Las Vergnas, O. & Lebel, P. (2015), The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Journal of the Association of Academic Medical Colleges*, 90(4): 437-441.
- Lakhani, J., Benzies, K. & Hayden, A. (2012), Attributes of Interdisciplinary Research Teams: A Comprehensive Review of the Literature. *Clinical and Investigative Medicine*, 35(5).
- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J. & Greer-Williams, N. (2015), Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3): 275-284.
- Mickan, S. & Rodger, S. (2000) Characteristics of Effective Teams: A Literature Review. *Australian Health Review*, 23: 201-208.
- Mickan, S. (2005), Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2): 211-217.
- McLaughlin, J., Bush, A., Rodgers, P., Scott, M., Roth, R. (2020), Characteristics of High-Performing Interprofessional Health Care Teams Involving Student Pharmacists. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1).
- Mitchell, G., Burrige, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I., Dart, J. & Jackson, C. (2018), Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines

effectiveness?. *Australian Journal of Primary Health*, 21(4): 391-408.

Doi: <https://doi.org/10.1071/PY14172>

- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, E., Rohrbach, V. & Von Kohorn, I. (2012), Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care. *Institute of Medicine*.
- Myloneros, T., Sakellariou, Dikaios. (2021), The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *Health Services Research*, 21(628).
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. & Roots, A. (2013), Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources of Health*, 19.
- O'Reilly, P., Lee, S., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C. & MacFarlane, A. (2017), Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLOS ONE*, 12(7).
- Pas, R., Ashour, M., Kapilashrami, A. & Fustukian, S. (2017), Interrogating resilience in health systems development. *The Journal of Health Policy and Systems Research*, 32(3), iii88-iii90.  
Doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx110>
- Pina, M., Martínez, A. & Martinez, L. (2008), Teams in organizations: a review on team effectiveness. *Team Performance Management*, 14(1-2): 7-21.
- Poulton, B. & West, M. (1999), The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1).
- Pype, P., Mertens, F., Helewaut, F. & Krystallidou, D. (2018), Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. *Spinger Link*, 18: 570.
- Rico, R., Gibson, C., Sánchez-Manzanares, M. & Clark, M. (2019), Building team effectiveness through adaptation: Team knowledge and implicit and explicit coordination. *Sage Journals*, 9(2-3): 71-98.
- Ross, M., Jones, E. & Adams, S. (2008), Can team effectiveness be predicted? *Team Performance Management*, 14(5-6): 248-268.

- Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, D. & King, H. (2008), Does Team Training Work? Principles for Health Care. *Academic Emergency Medicine*, 15(11): 1002-1009.
- Salmond, S., Echevarria, M. (2017), Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. *Orthopedic Nursing*, 36(1): 12-25.
- Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. & Williams, B. (2014), Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20): 2968-2979.
- Schippers, M., west, M., Dawson, J. Weaver, S., Dy, S. & Rosen, M. (2014), Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5): 359–372. Team Reflexivity and Innovation: The Moderating Role of Team Context. *Journal of Management*, 41(3).
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. & Letrilliart, L. (2014), Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4): 716-727.
- Szafran, O., Kennett, S., Bell, N. & Green, L. (2018), Patients’ perceptions of team-based care in family practice: access, benefits and team roles. *Journal of Primary Health Care*, 10(3): 248-257.
- Taberna, M., Gil Moncayo, F., Jane-Salas, E., Antonio, M., Arribas, L., Vilajosana, E., Torres, E. & Mesia, R. (2020), The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in Oncology*, 10: 85.
- Theodoulides, A., Armour, K. (2001), Personal, Social and Moral Development through Team Games: Some Critical Questions. *European Physical Education Review*, 7(1): 5-23.
- Trakakis, A., Nektarios, M., Tziaferi, S. & Prezerakos, P. (2021), Total productivity change of Health Centers in Greece in 2016–2018: a Malmquist index data envelopment analysis application for the primary health system of Greece. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(72).
- Van Den Berg, J., Driver, V., Holden, A., Jaff, M., Lookstein, R., Mustafa, J., Neville, R., Zeller, T. & Katzen, B. (2021), Modern multidisciplinary team

approach is crucial in treatment for critical limb threatening ischemia. *Edizioni Minerva Medica*, 62(2): 124-129.

- Walton, V., Hogden, A., Long, J., Johnson, K. & Greenfield, D. (2019), How Do Interprofessional Healthcare Teams Perceive the Benefits and Challenges of Interdisciplinary Ward Rounds. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12: 1023–1032.
- Weaver, S., Lyons, R., DiazGranados, D., Rosen, M., Salas, E., Oglesby, J., Augenstein, J., Birnbach, D., Robinson, D. & King, H. (2010), The Anatomy of Health Care Team Training and the state of Practice: A Critical Review. *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(11): 1746-1760.
- Wiecha, J. & Pollard, T. (2004), The Interdisciplinary eHealth Team: Chronic Care for the Future. *Journal of Medical Internet Research*, 6(3).
- Wong, S., Browne, A., Lavoie, J., Macleod, M., Chongo, M. & Ulrich, C. (2015), Incorporating Group Medical Visits into Primary Healthcare: Are There Benefits? *Healthcare Policy*, 11(2): 27–42.
- Wranik, W., Price, S., Haydt, S., Edwards, J., Hatfield, K., Weir, J. & Doria, N. (2019), Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Elsevier*, 123(6): 550-563.
- Yeoh, E.K., Wong, M., Wong, E., Yam, C., Poon, C.M., Chung, R., Chong, M., Fang, Y., Wang, H., Liang, M., Cheung, W., Chan, C., Zee, B. & Stewart Coats, A. (2018), Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *International Journal of Cardiology*, 258: 279-288.  
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.057>
- Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E., Holladay, C. (2021) Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence- Based Guidance. *Frontiers in Communications*, 6.
- Zhao, F., Zhang, J., Heng, S., Qi, C. (2021), Team growth mindset and team scientific creativity of college students: The role of team achievement goal orientation and leader behavioral feedback. *Science Direct*, 42.



*Η έννοια της Ομάδας στη Σύγχρονη Προσέγγιση των Υπηρεσιών Υγείας*  
*Λυκούδη Αθηνά*

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αδαμακίδου, Θ. (2015), Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο: Καλοκαιρινού, Α, (επιμ.) Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις*, σελ. 83-107.
- Βωνιάτη, Λ., Αρμωστής, Σ., Γεωργίου, Ρ., Ταφιάδης, Δ. (2022), Συνεργατική προσέγγιση στη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 39(1): 129-134.
- Γιανασμίδης, Α. & Τσιαούση, Μ. (2011), Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1):106-115.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), Συστήματα Υγείας. *Εκδόσεις Παπαζήσης*.
- Λιονής, Χ., Βιβιλάκη, Β., Αδαμακίδου, Θ., Σακελλάρη, Ε. (2015), Η ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ορισμός και έννοιες. Στο: Καλοκαιρινού, Α, (επιμ.) Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις*, σελ. 24-35.
- Πιερράκος, Γ. (2008), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία. *Εκδόσεις Παπαζήσης*.
- Τσίγκου, Β., Αποστολάκης, Ι., Σαράφης, Π. (2021), Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα - Η διακήρυξη της Αστάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 20(3).
- Φιλαλήθης, Α. (2021), Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(5): 675-682.

## **Νόμοι**

- Νόμος 1398/1983, Για την κύρωση των συμβάσεων ανέγερσης των Πανεπιστημιακών Νοσηλευτικών Συγκροτημάτων Ηρακλείου Κρήτης και Πάτρας, τη ρύθμιση συναφών θεμάτων και τη σύσταση Δημόσιας Επιχείρησης Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων, (ΦΕΚ 144/Α'/07.10.1983)
- Νόμος 2071/1992, Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, (ΦΕΚ 123/Α'/15.07.1992)
- Νόμος 4238/2014, άρθρο 3, παρ. 11, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (ΦΕΚ 38/Α'/17.02.2014)
- Νόμος 4238/2014, άρθρο 4, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 38/Α'/17.02.2014)
- Νόμος 4461/2017, άρθρο 106α, Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (ΦΕΚ 38/Α'/28.03.2017)
- Νόμος 4486/2017, Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (ΦΕΚ 115/Α'/07.08.2017)
- Νόμος 4600/2019, άρθρο 162, Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (ΦΕΚ 43/Α'/09.03.2019)
- Νόμος 4737/2020, Κύρωση της από 24.9.2020 τροποποίησης της από 26.7.2018 Σύμβασης Δωρεάς μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου, του Κοινοφελούς Ιδρύματος με την επωνυμία «Κοινοφελές Ίδρυμα “ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Σ. ΩΝΑΣΗΣ” (ALEXANDER S. ONASSIS PUBLIC

BENEFIT FOUNDATION)», που εδρεύει στο VADUZ του LIECHTENSTEIN, και του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου (Ν.Π.Ι.Δ.), επείγουσες ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 και άλλες διατάξεις, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (ΦΕΚ 204/Α'/22.10.2020)

- Νόμος 4931/2022, άρθρο 45, Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (ΦΕΚ 94/Α'/13.05.2022)
- Νόμος 5007/2022, άρθρο 66, Ολοκληρωμένο Σύστημα Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (ΦΕΚ 241/Α'/23.12.2022)