

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

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η Διατομεακή Συνεργασία και η λειτουργία των ομάδων στην
Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Συγγραφέας
Ταμπουρά Παναγιώτα
Α.Μ.:22005

Επιβλέπων
Πιερράκος Γεώργιος

ΑΘΗΝΑ, Φεβρουάριος 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma thesis

**The cross-sectoral collaboration and the functioning of teams in
provision of health services**

Student

Tampoura Panagiota

Registration number:22005

Supervisor

Pierrakos Georgios

Athens, February 2024

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τίτλος εργασίας

Η διατομεακή συνεργασία και η λειτουργία των ομάδων στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Επιβλέπων Πιερράκος Γεώργιος	Καθηγητής	
	Γούλα Ασπασία	Καθηγήτρια	
	Μαρία Τσιριντάνη	Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ταμπουρά Παναγιώτα του Φωτίου, με αριθμό μητρώου 22005, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, Διοίκηση κ 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



Περίληψη

Η παρούσα εργασία εξετάζει την περίπλοκη δυναμική της διεπαγγελματικής συνεργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, με κύρια έμφαση στις επιπτώσεις της στα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Η έρευνα ξεδιπλώνει μια διαφοροποιημένη διερεύνηση των βασικών θεμάτων που είναι απαραίτητα για την προώθηση της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Στο επίκεντρο των ευρημάτων βρίσκεται η επιτακτική ανάγκη αποσαφήνισης των ρόλων, τονίζοντας την ανάγκη για σαφώς καθορισμένες αρμοδιότητες στο πλαίσιο διεπιστημονικών ομάδων. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές αναδεικνύονται ως κεντρικά πρόσωπα στην ενορχήστρωση εκπαιδευτικών και συνεργατικών διαδικασιών, διαμορφώνοντας το τοπίο της ομαδικής εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ένας καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχή συνεργασία έγκειται στη δημιουργία μιας ισχυρής υποδομής επικοινωνίας. Στο σύγχρονο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, που χαρακτηρίζεται από κατακερματισμένα συστήματα και ποικίλα περιβάλλοντα περίθαλψης, η απρόσκοπτη μεταφορά πληροφοριών είναι υψίστης σημασίας. Η έρευνα υπογραμμίζει τον ρόλο της τεχνολογίας πληροφοριών, των ολοκληρωμένων συστημάτων τεκμηρίωσης και της διαδικτυακής επικοινωνίας στην ενίσχυση του συντονισμού και στον μετριασμό των κινδύνων που συνδέονται με αποτυχίες στη μεταφορά πληροφοριών. Η μελέτη τονίζει επίσης τη σημασία ενός κοινού φυσικού και εικονικού χώρου για τη συνεργασία, αναγνωρίζοντας τη μοναδική συμβολή τόσο των ψηφιακών πλατφορμών όσο και των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων. Οι τακτικές συναντήσεις της ομάδας, οι κοινωνικές συναθροίσεις και οι αυτοσχέδιες διαβουλεύσεις αναγνωρίζονται ως καθοριστικές για την προώθηση της άμεσης αναγνώρισης των αποφάσεων που είναι κρίσιμες για τη φροντίδα των ασθενών. Η διεπαγγελματική εμπιστοσύνη αναδεικνύεται ως άξονας για την αποτελεσματική συνεργασία, με τις κοινές αξίες, τις συχνές αλληλεπιδράσεις και τη φυσική εγγύτητα να αναγνωρίζονται ως βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η έρευνα υποστηρίζει ότι οι διεπαγγελματικές σχέσεις διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ενθάρρυνση της επικοινωνίας, στην προώθηση της εξοικείωσης και στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης στις πρακτικές και τις ικανότητες του άλλου. Στο οργανωσιακό πλαίσιο, οι

οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζονται ως καθοριστικοί παράγοντες που ευνοούν ή αναστέλλουν την αποτελεσματική συνεργασία. Η μελέτη εντοπίζει προκλήσεις όπως ο ανεπαρκής χρόνος, οι περιορισμοί πόρων και ο μεγάλος φόρτος εργασίας που μπορούν να εμποδίσουν τις προσπάθειες συνεργασίας. Η οργανωτική υποστήριξη αναδεικνύεται ως κρίσιμη, τονίζοντας την ανάγκη για στρατηγικές πρωτοβουλίες που δίνουν προτεραιότητα στην εκπαίδευση, στην κατανομή των πόρων και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που ευνοεί την αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία. Στην ουσία, η παρούσα εργασία παρουσιάζει μια ολοκληρωμένη διερεύνηση του πολύπλευρου τοπίου της διεπαγγελματικής συνεργασίας στην υγειονομική περίθαλψη. Μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης της σχετικής βιβλιογραφίας, η έρευνα όχι μόνο εντοπίζει κρίσιμα θέματα αλλά και προσφέρει πρακτικές ιδέες για τους επαγγελματίες υγείας και τους οργανισμούς που επιδιώκουν να ενισχύσουν τις πρακτικές συνεργασίες και, τελικά, να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: ενσωμάτωση, διατομεακή συνεργασία, διαχείριση ομάδας, επαγγελματίες υγείας.

Abstract

This thesis examines the intricate dynamics of interprofessional collaboration in the healthcare sector, with a primary focus on its implications for patient outcomes. The research unfolds a nuanced exploration of key themes essential to fostering effective teamwork among diverse healthcare professionals. Central to the findings is the imperative of role clarification, emphasizing the need for clearly defined responsibilities within interdisciplinary teams. Notably, nurses emerge as central figures in orchestrating educational and collaborative processes, shaping the landscape of healthcare teamwork. A pivotal determinant of successful collaboration lies in the establishment of a robust communication infrastructure. In the contemporary healthcare environment, characterized by segmented systems and diverse care settings, the seamless transfer of information is paramount. The research underscores the role of information technology, integrated documentation systems, and web-based communication in enhancing coordination and mitigating risks associated with information transfer failures. The study also accentuates the significance of a shared physical and virtual space for collaboration, recognizing the unique contributions of both digital platforms and face-to-face interactions. Regular team meetings, social gatherings, and impromptu consultations are identified as instrumental in promoting direct recognition of decisions crucial for patient care. Interprofessional trust emerges as a linchpin for effective collaboration, with shared values, frequent interactions, and physical proximity identified as key contributors to trust-building among healthcare professionals. The research contends that interprofessional relationships play a pivotal role in encouraging communication, fostering familiarity, and bolstering confidence in each other's practices and abilities. In the organizational context, healthcare organizations are acknowledged as pivotal enablers or inhibitors of effective collaboration. The study identifies challenges such as insufficient time, resource constraints, and heavy workloads that can impede collaborative efforts. Organizational support is highlighted as crucial, emphasizing the need for strategic initiatives prioritizing education, resource allocation, and the creation of an environment conducive to effective interdisciplinary collaboration. In essence, this thesis presents a comprehensive exploration of the multifaceted landscape of interprofessional collaboration in healthcare. Through a systematic

review of pertinent literature, the research not only identifies critical themes but also offers practical insights for healthcare professionals and organizations seeking to enhance collaborative practices and, ultimately, improve patient outcomes.

KEY WORDS: integration, team management, cross sector collaboration, intersectoral collaboration, health care providers.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	2
Abstract.....	4
Πίνακας Περιεχομένων.....	6
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1ο- Ο ρόλος της επικοινωνίας στα επαγγέλματα υγείας.....	9
1.1. Η έννοια της επικοινωνίας.....	9
1.2. Η επικοινωνία στην διεπιστημονική ομάδα υγείας.....	11
Κεφάλαιο 2ο- Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και διατομεακή συνεργασία στην υγειονομική περίθαλψη.....	17
2.1. Η διοίκηση στον τομέα της υγείας.....	17
2.2. Οι προκλήσεις στη ΔΑΔ	19
2.2.1. Έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού	20
2.2.2. Εκπαίδευση και διατήρηση προσωπικού	22
2.3. Ο ρόλος της μετασχηματιστικής και συναλλακτικής ηγεσίας.....	23
Κεφάλαιο 3ο- Η διεπιστημονική συνεργασία.....	28
3.1. Συνεργασία.....	28
3.2. Η συνεργασία στον τομέα της υγείας	29
3.3. Βασικές προϋποθέσεις για διεπαγγελματική συνεργασία	29
Κεφάλαιο 4ο- Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας και συνεργασίας.....	36
4.1. Ο ρόλος της ομάδας.....	36
4.1.1. Αλληλεπίδραση της ομάδας.....	38
4.1.2. Αλληλεξάρτηση εντός της ομάδας	39
4.1.3. Τύποι ομάδων	42
4.1.4. Φύση των καθηκόντων της ομάδας	43
4.2. Ορισμός διατομεακής συνεργασίας.....	44
4.2.1. Λειτουργική ετερογένεια	51
4.2.2. Η συνεργασία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών	53
4.3. Οι συγκρούσεις στις ομάδες υγείας	56
4.3.1. Δυναμική των συγκρούσεων.....	58
4.3.2. Αίτια.....	59
Κεφάλαιο 5ο- Ερευνητικό μέρος.....	65

5.1. Σκοπός.....	65
5.2. Μεθοδολογία.....	65
5.3. Αποτελέσματα.....	65
5.3.1. Διευκρίνιση ρόλων.....	65
5.3.2. Επικοινωνιακή υποδομή	67
5.3.3. Κοινός χώρος για συνεργασία	68
5.3.4. Διεπαγγελματική εμπιστοσύνη	69
5.3.5. Οργανωσιακή υποστήριξη	69
Συμπεράσματα	71
Βιβλιογραφία	73

Εισαγωγή

Οι συνεργατικές πρωτοβουλίες που περιλαμβάνουν διατομεακή δράση και υγιή δημόσια πολιτική είναι ζωτικής σημασίας στοιχεία για την προώθηση της υγείας και της ισότητας των πληθυσμών, όπως τόνισε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1986, 1988, 2013). Η δήλωση του Ελσίνκι για την υγεία σε όλες τις πολιτικές (Helsinki Statement on Health in All Policies, HiAP) το 2013 υπογραμμίζει την ανάγκη να λαμβάνονται υπόψη οι επιπτώσεις στην υγεία στις πολιτικές αποφάσεις σε όλους τους κυβερνητικούς τομείς. Η δημιουργία και η διατήρηση διατομεακών συμπράξεων αποτελούν θεμελιώδη πτυχή της εφαρμογής της προσέγγισης HiAP για την προαγωγή της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τη συνεργασία με εταίρους από διάφορους τομείς, τον εντοπισμό ευκαιριών συνεργασίας, τη διαπραγμάτευση των θεματολογίων, τη διαμεσολάβηση αντικρουόμενων συμφερόντων και την προώθηση της συνέργειας (WHO, 2014). Το πλαίσιο δράσης HiAP (2014) αναγνωρίζει την ανάγκη ανάπτυξης των απαιτούμενων γνώσεων και δεξιοτήτων για τη διευκόλυνση αποτελεσματικών συμπράξεων μεταξύ τομέων. Το πλαίσιο τονίζει τη σημασία της παρακολούθησης και της αξιολόγησης για τη συλλογή στοιχείων σχετικά με τις αποτελεσματικές στρατηγικές, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζονται και τις βέλτιστες πρακτικές, προκειμένου να ενημερώνονται οι μελλοντικές προσπάθειες.

Οι εταιρικές σχέσεις, οι οποίες ορίζονται ως σχέσεις συνεργασίας και εργασίας όπου οι εταίροι επιτυγχάνουν περισσότερα συλλογικά παρά μεμονωμένα, είναι ζωτικής σημασίας σε αυτό το πλαίσιο (Jones και Barry, 2011). Οι αποτελεσματικές συμπράξεις δημιουργούν συνέργειες ενσωματώνοντας τις συμπληρωματικές δεξιότητες, τους πόρους, τις προοπτικές και τις κοινές γνώσεις των εταίρων για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών λύσεων (Jones και Barry, 2011). Παρά τη σημασία τους, οι προσπάθειες σύμπραξης μπορεί να είναι περίπλοκες και μπορεί να συναντήσουν εμπόδια που οδηγούν σε αποτυχία (Aveling και Jonchelovitch, 2014). Κατά συνέπεια, είναι επιτακτική ανάγκη η εφαρμογή διατομεακών προσεγγίσεων εταιρικής σχέσης να βασίζεται σε καθιερωμένες γνώσεις σχετικά με τις αποτελεσματικές διαδικασίες.

Κεφάλαιο 1ο- Ο ρόλος της επικοινωνίας στα επαγγέλματα υγείας

1.1. Η έννοια της επικοινωνίας

Στο σύγχρονο επαγγελματικό τοπίο, οι κοινωνικές δεξιότητες, ιδίως η αποτελεσματική επικοινωνία, έχουν αποκτήσει ολοένα και μεγαλύτερη σημασία. Η τάση αυτή αντικατοπτρίζεται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση στον τομέα της υγείας, όπου η αξιολόγηση και η ενίσχυση των κοινωνικών ικανοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, θεωρούνται ζωτικής σημασίας (Cömert et al., 2016). Η σημασία της ικανής επικοινωνίας αναγνωρίζεται ευρέως, με μελετητές όπως οι Choudhary και Gupta (2015) να υπογραμμίζουν τα πολυάριθμα οφέλη της. Οι ασθενείς, επίσης, έχουν προσδοκίες για άριστη επικοινωνία από τους επαγγελματίες υγείας (Hobgood et al., 2002). Παρά τη συνεχή έμφαση στην καλλιέργεια ισχυρών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ορισμένες μελέτες αναδεικνύουν την ανεπάρκεια αυτών των δεξιοτήτων μεταξύ των νέων επαγγελματιών. Οι εργοδότες που αναζητούν νέα talέντα υποστηρίζουν ότι οι πρόσφατοι απόφοιτοι συχνά υπολείπονται στην κάλυψη των απαιτήσεων για επικοινωνιακές δεξιότητες, ιδίως όσον αφορά την ευχέρεια. Ο Porter (2000) επισημαίνει την έλλειψη θεμελιωδών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ειδικά στην ομιλία και την ακρόαση, ενώ οι Rathore και Mehta (2015) συμφωνούν ότι οι απόφοιτοι συχνά στερούνται των απαραίτητων επικοινωνιακών δεξιοτήτων, εμποδίζοντας την ικανότητά τους να μεταφέρουν αποτελεσματικά τις κατά τα άλλα υποδειγματικές επαγγελματικές γνώσεις και την εμπειρία τους.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν τη σημασία του να έχουν οι επαγγελματίες υγείας καλά αναπτυγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες: να μιλούν με ευφράδεια και ευχέρεια, να χρησιμοποιούν ορολογία φιλική προς τον ασθενή και να μπορούν να ακούν τον ασθενή (Cote και Leclere, 2000). Οι έρευνες σχετικά με την επικοινωνία των επαγγελματιών νοσηλευτών περιέγραψαν την επικοινωνία με τη διαχείριση των διαπροσωπικών σχέσεων, την ικανότητα αποστολής σαφούς μηνύματος, την ειλικρίνεια και τον επαγγελματισμό (Pereira και Puggina, 2017). Η αποτελεσματική

επικοινωνία περιλαμβάνει επίσης την ομαδική εργασία και συνεργασία, τη διαπολιτισμική επικοινωνία, την κριτική σκέψη, τη χρήση μιας σειράς τεχνικών επικοινωνίας για την έκφραση των ιδεών του ατόμου και την κατανόηση των άλλων (Lum et al., 2016). Ομοίως, η αποτελεσματική επικοινωνία εκτείνεται πέρα από τη λεκτική επάρκεια, περιλαμβάνοντας διάφορα μη λεκτικά στοιχεία, όπως η ενεργός ακρόαση, η γλώσσα του σώματος, οι εκφράσεις του προσώπου, η ανταπόκριση στην ανατροφοδότηση, η συναισθηματική δέσμευση και άλλα (Hobgood et al., 2002). Οι ικανές επικοινωνιακές δεξιότητες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία σχέσεων σεβασμού και επιτυχίας με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους συναδέλφους τους. Επιπλέον, οι δεξιότητες αυτές συμβάλλουν στην ανάδειξη της προσωπικής ηγεσίας, στην επίλυση συγκρούσεων και στην έμπνευση των άλλων (Hobgood et al., 2002). Η επικοινωνία αποδεικνύεται ουσιαστική για την υποβοήθηση της κατανόησης από τους ασθενείς των συνθηκών υγείας τους, των θεμάτων και των σχεδίων θεραπείας τους (Silva, 2015). Τα άτομα που διαθέτουν ισχυρές επικοινωνιακές δεξιότητες είναι ικανά να αντιμετωπίζουν απρόβλεπτες επαγγελματικές προκλήσεις (Pereira and Puggina, 2017). Η έρευνα των George, Rahmatinick και Ramos (2018) αποκαλύπτει ότι η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή προάγει μια ολοκληρωμένη σχέση με τους ασθενείς και υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αποτελεσματικής επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας και των βελτιωμένων αποτελεσμάτων υγείας για τους ασθενείς (Alotaibi, 2018).

Οι αποτελεσματικές επικοινωνιακές δεξιότητες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχουν συνδεθεί θετικά με την ενισχυμένη ενεργοποίηση των ασθενών, όπως καταδεικνύει έρευνα που διεξήχθη από τους Pawlikowska και συν (2010). Η ενεργοποίηση των ασθενών αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένας ασθενής μπορεί να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει τις ανησυχίες του για την υγεία του και συνδέεται με διάφορα αποτελέσματα για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της αυτοδιαχείρισης χρόνιων ασθενειών και της συνολικής ποιότητας ζωής (Hudon et al., 2011). Η έννοια αυτή χρησιμεύει ως δείκτης των πλεονεκτημάτων αυτοαποτελεσματικότητας που προκύπτουν από τη συμβουλευτική με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και αναμένεται να συσχετιστεί με συμπεριφορές όπως η προσκόλληση στη θεραπεία, η αυτοφροντίδα και οι δείκτες ποιοτικής φροντίδας (Mercer and Howie, 2006). Επιπλέον, η ικανή επικοινωνία συμβάλλει στη δημιουργία εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας (Hobgood et al., 2002). Η έρευνα δείχνει ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της υγειονομικής

περίθαλψης αυξάνεται με βάση την ποσότητα και την ποιότητα των πληροφοριών που λαμβάνουν. Ωστόσο, οι Maguire et al. (1986) διαπίστωσαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό ιατρών, εννέα στους δέκα, έδειξαν ελάχιστο ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση των αναγκών πληροφόρησης των ασθενών και των οικογενειών τους. Δεν ενθάρρυναν τις ερωτήσεις των ασθενών, τους απέκλειαν από τις αποφάσεις για τη θεραπεία και απέφευγαν να παρέχουν ανατροφοδότηση (Maguire et al., 1986). Οι Wittenberg και συν. (2016) ανακάλυψαν ότι η έλλειψη ετοιμότητας για συνεργασία ως ομάδα αποτελεί εμπόδιο για τους νοσηλευτές να συζητούν τους στόχους της θεραπείας. Ο Park (2017) υποστηρίζει ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες δεν είναι απαραίτητες μόνο για τους γιατρούς αλλά και για τους νοσηλευτές. Κατά συνέπεια, οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε μαθήματα και προγράμματα κατάρτισης για τις επικοινωνιακές δεξιότητες, ώστε να αντιμετωπίσουν αυτή την πτυχή της επαγγελματικής τους ανάπτυξης.

1.2. Η επικοινωνία στην διεπιστημονική ομάδα υγείας

Η συνεργατική αξιολόγηση και συζήτηση των περιπτώσεων των ασθενών από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, σε αντίθεση με έναν μόνο πάροχο υγείας, έχει αποδειχθεί ότι είναι πλεονεκτική (Muñoz et al., 2018). Ειδικότερα, τα βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών τα τελευταία χρόνια μπορούν να αποδοθούν σημαντικά στην επίδραση των διεπιστημονικών ομάδων φροντίδας (Evans et al., 2019). Η έρευνα που διεξήχθη από τους Freeman και συν. (2015) κατέδειξε ότι οι ασθενείς υπό τη φροντίδα μιας διεπιστημονικής ομάδας παρουσίασαν μειωμένα χρονικά διαστήματα μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας, μειωμένες συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και ενισχυμένη προσήλωση στα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Η έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας για τον καρκίνο (Levit et al., 2013) περιγράφει τις θεμελιώδεις αρχές της ομαδικής και διεπιστημονικής φροντίδας για τον καρκίνο, δίνοντας έμφαση στους κοινούς στόχους, τους σαφώς καθορισμένους ρόλους, την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την αποτελεσματική επικοινωνία και τις μετρήσιμες διαδικασίες και αποτελέσματα. Η ομάδα, στο πλαίσιο αυτό, ορίζεται ως η παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα, οικογένειες και/ή κοινότητες από τουλάχιστον δύο ιατρούς υγείας, οι οποίοι συνεργάζονται με τους ασθενείς και τους φροντιστές τους, σύμφωνα με τις προτιμήσεις του κάθε ασθενούς, για την

επίτευξη κοινών στόχων εντός διαφόρων πλαισίων, εξασφαλίζοντας συντονισμένη και υψηλής ποιότητας φροντίδα (Levit et al., 2013). Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας κατέχει ύψιστη σημασία για τη διασφάλιση του απρόσκοπτου συντονισμού της φροντίδας των ασθενών.

Πολυάριθμες μεταβλητές και διαδικασίες επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την επικοινωνία εντός μιας ομάδας (Thompson, Parrott και Nussbaum, 2011). Μια κρίσιμη πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι διεπιστημονικές ομάδες είναι ο συντονισμός ενός σχεδίου φροντίδας για τους ασθενείς, ο οποίος παρεμποδίζεται από το πολύπλοκο έργο του προγραμματισμού των συνεδριάσεων όταν όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας είναι διαθέσιμα. Ο Harrington (2015) σημειώνει ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά υπηρετούν σε πολλές ομάδες ταυτόχρονα, γεγονός που οδηγεί σε καθυστερήσεις διαδικασιών χωρίς σχολαστικό σχεδιασμό. Ο Lamprell και οι συνεργάτες του (2019) επισημαίνουν ότι τα πλαίσια επικοινωνίας για τις συνεδριάσεις των διεπιστημονικών ομάδων επηρεάζονται από διάφορους οργανωτικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες. Ο ρόλος της ηγεσίας της ομάδας είναι καθοριστικός για τη διαμόρφωση της κουλτούρας επικοινωνίας στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής ομάδας (Lamprell et al., 2019). Παρά την αποτελεσματική ηγεσία, οι διαταραχές στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας δεν είναι σπάνιες. Οι Prouty και συν. (2014) διεξήγαγαν μια μελέτη που διερεύνησε τις αντιλήψεις των παρόχων για τις επικοινωνιακές βλάβες στη φροντίδα του καρκίνου και διαπίστωσαν ότι οι βλάβες αυτές αποδίδονται στους ασθενείς, στους άλλους παρόχους ή στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, όπως τις αντιλαμβάνονται οι πάροχοι. Επιπλέον, οι Lamprell και συν. (2019) υπογραμμίζουν ότι έρευνες σε μέλη της ομάδας εντοπίζουν εμπόδια στην ομαδική εργασία, συμπεριλαμβανομένων ζητημάτων όπως η ελλιπής παρουσία, τα ανεπαρκή δεδομένα ασθενών, η έλλειψη κατάλληλης τεχνολογίας, η μη εξειδικευμένη ηγεσία και η ανεπαρκής διοικητική υποστήριξη (Lamprell et al., 2019). Δυστυχώς, αυτές οι διαταραχές στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας μπορούν να οδηγήσουν σε ιατρικά λάθη και δυσμενή αποτελέσματα για τους ασθενείς, υπογραμμίζοντας τη σημασία της αντιμετώπισης αυτών των προκλήσεων (Thompson, Parrott και Nussbaum, 2011).

Η αποτελεσματική επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή έχει ύψιστη σημασία για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης, ωστόσο συχνά

διαπιστώνεται ότι λείπει από την πράξη, όπως σημειώνουν οι Chawla και συν. (2016) και Mazor και συν. (2016). Ιδιαίτερα σε δύσκολες συνθήκες, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορεί να αισθάνονται συγκλονισμένοι από τις εκτεταμένες απαιτήσεις που τους επιβάλλονται, όπως ο προγραμματισμός και η παρακολούθηση ραντεβού, η επικοινωνία με τις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, η λήψη αποφάσεων σχετικά με τα σχέδια θεραπείας, η διαχείριση οικονομικών και ασφαλιστικών θεμάτων, η οργάνωση της μεταφοράς για εξετάσεις και διαδικασίες, μεταξύ άλλων αρμοδιοτήτων. Επιπλέον, οι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίσουν το σημαντικό ψυχικό και σωματικό στρες που συνοδεύει τη διάγνωση μιας νόσου.

Στην επιδίωξη της παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας, είναι επιτακτική ανάγκη η ομάδα φροντίδας να συμμετέχει σε αποτελεσματική επικοινωνία και κοινή λήψη αποφάσεων με τους ασθενείς. Η προσέγγιση αυτή διασφαλίζει ότι οι ασθενείς κατανοούν την ιατρική τους κατάσταση, γνωρίζουν τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και μπορούν να διαμορφώσουν ένα ολοκληρωμένο σχέδιο φροντίδας. Για το σκοπό αυτό, η επιτροπή συνιστά η ομάδα φροντίδας να παρέχει στους ασθενείς και τις οικογένειές τους κατανοητές πληροφορίες σχετικά με την πρόγνωση του καρκίνου, τα οφέλη και τους κινδύνους των θεραπειών, τη διαθεσιμότητα παρηγορητικής φροντίδας, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και λεπτομερείς εκτιμήσεις τόσο για το συνολικό κόστος (Levit et al., 2013).

Η έννοια της πλοήγησης των ασθενών, η οποία έχει σχεδιαστεί για να διευκολύνει την απρόσκοπτη πορεία των ασθενών από τη διάγνωση έως την ανάρρωση, έχει αναδειχθεί σε κεντρικό στοιχείο των καρκινικών κέντρων. Αν και η έννοια της πλοήγησης δεν είναι καινούργια, έχει εξελιχθεί σημαντικά στα πλαίσια της φροντίδας του καρκίνου, δημιουργώντας αυτό που αναγνωρίζεται πλέον ως ο ρόλος του πλοηγού ασθενούς. Η απαρχή της πλοήγησης των ασθενών μπορεί να αναχθεί στην κοινωνική εργασία και σε διάφορα μοντέλα διαχείρισης της φροντίδας (Campbell et al., 2010). Επί του παρόντος, το ερευνητικό πρόγραμμα πλοήγησης ασθενών του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου (PNRP) ορίζει την πλοήγηση ασθενών ως την παροχή υποστήριξης και καθοδήγησης σε ευάλωτα άτομα με μη φυσιολογική εξέταση για καρκίνο ή διάγνωση καρκίνου. Ο πρωταρχικός στόχος της πλοήγησης των ασθενών είναι η υπέρβαση των εμποδίων που εμποδίζουν την έγκαιρη και υψηλής ποιότητας περίθαλψη. Τα βασικά αποτελέσματα που μετρά το PNRP περιλαμβάνουν το χρόνο που απαιτείται για την επίτευξη διαγνωστικής επίλυσης, το χρόνο που μεσολαβεί

μέχρι την έναρξη της θεραπείας του καρκίνου, την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας όσον αφορά τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου/ορθού και του προστάτη (Freund et al., 2008).

Ο ρόλος του πλοηγού ασθενούς, που αρχικά απευθυνόταν σε ασθενείς που δεν εξυπηρετούνται επαρκώς, σε μειονότητες ή σε οικονομικά μειονεκτούντες ασθενείς, έχει υπερβεί αυτά τα όρια. Το πεδίο εφαρμογής του περιλαμβάνει πλέον τη βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται σε όλους τους ασθενείς, γεγονός που καταδεικνύει τη σημαντική αξία του. Οι πλοηγοί ασθενών έχουν αποδειχθεί απαραίτητοι, αποδίδοντας βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς και ευνοϊκή απόδοση της επένδυσης για τα νοσοκομεία, όπως αποδεικνύεται από μελέτες που διεξήχθησαν από τους Desimini και συν. (2011) και Kline και συν. (2019). Κατά συνέπεια, οι πλοηγοί ασθενών έχουν ενσωματωθεί απρόσκοπτα στις διεπιστημονικές ομάδες στο πεδίο της φροντίδας του καρκίνου (Muñoz et al., 2018), διαδραματίζοντας αναπόσπαστο ρόλο στη διασφάλιση της ολοκληρωμένης και ασθενοκεντρικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Βασική ευθύνη των πλοηγών ασθενών είναι να συνεργάζονται στενά με ολόκληρη την ομάδα φροντίδας του ασθενούς για τον καρκίνο, καθώς και με τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του, ώστε να διασφαλίζεται η πλήρης κατανόηση του σχεδίου φροντίδας από όλους τους ενδιαφερόμενους (Swanson και Koch, 2010). Οι πλοηγοί ασθενών αναλαμβάνουν κρίσιμο ρόλο στη γεφύρωση του επικοινωνιακού χάσματος μεταξύ των ασθενών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, βοηθώντας τους ασθενείς να κατανοήσουν τις θεραπευτικές συστάσεις που διατυπώνονται από τους επαγγελματίες υγείας (Cohen et al., 2013). Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους των πλοηγών είναι η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τη διάγνωσή τους, τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές, καθώς και τις πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της θεραπείας (Pratt-Charman et al., 2011). Επιπλέον, οι πλοηγοί λειτουργούν ως σύνδεσμοι με κοινοτικούς πόρους και ομάδες υποστήριξης, ενισχύοντας έτσι το συνολικό δίκτυο υποστήριξης του ασθενούς (Pratt-Charman et al., 2011). Εξαιρετικής σημασίας, οι πλοηγοί ενισχύουν την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών, μείωση του κόστους για τους ασθενείς και τους φορείς

πληρωμής και βελτίωση των συνολικών αποτελεσμάτων υγείας για τους ασθενείς (Beckham, 2022).

Εκτεταμένες έρευνες που επικεντρώνονται στην πλοήγηση ασθενών υπογραμμίζουν την αποτελεσματικότητα των πλοηγών στην καθοδήγηση των ασθενών (Freeman και Rodriguez, 2011). Επιπλέον, οι μελέτες αποκαλύπτουν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν βοήθεια από τους πλοηγούς εκτιμούν ιδιαίτερα τις πληροφορίες που παρέχονται, την υποστήριξη για την επίλυση προβλημάτων, τον συντονισμό της φροντίδας τους και τη συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνουν (Jean-Pierre et al., 2011). Ενώ οι υπάρχουσες έρευνες καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πλοήγησης, εξακολουθούν να υπάρχουν ελάχιστες μελέτες που να διερευνούν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι πλοηγοί κατά την υποστήριξη των ασθενών κατά μήκος της συνέχειας της φροντίδας του καρκίνου. Ειδικότερα, μια μελέτη που διεξήχθη από τους Wittenberg-Lyles, Goldsmith και Ferrell (2013) εμβάθυνε στις διασπάσεις μεταξύ των ομάδων και των ογκολογικών νοσηλευτών πλοηγών. Η μελέτη εντόπισε ασυνέπειες στην επικοινωνία των ομάδων, προκλήσεις στην αποκρυπτογράφηση των σχεδίων από πολλαπλούς παρόχους και περιπτώσεις όπου οι νοσηλευτές δεν λάμβαναν ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες. Λόγω των ασαφών ρόλων και της ανεπαρκούς επικοινωνίας εντός της ομάδας -μερικές φορές με αποτέλεσμα ακόμη και τον αποκλεισμό των νοσηλευτών πλοηγών από τις συνεδριάσεις της ομάδας- οι νοσηλευτές πλοηγοί ογκολογίας αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην παροχή επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή (Wittenberg-Lyles, Goldsmith και Ferrell, 2013).

Ο ρόλος του πλοηγού ασθενούς επινοήθηκε, εν μέρει, για να μετριάσει το άγχος που συνδέεται με τις πιέσεις που σχετίζονται με τον ρόλο. Παρ' όλα αυτά, οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ενδέχεται να εξακολουθούν να βιώνουν άγχος που συνδέεται με τη σύγκρουση ρόλων, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί από τη διαλεκτική ισότιμου-υφιστάμενου (Ray και Arker, 2011). Μια μελέτη των Arker, Propp και Ford (2005) έφερε στο φως ότι οι νοσηλευτές, κατά τη συνεχή διαπραγματεύσή τους να είναι ταυτόχρονα υφιστάμενοι και ισότιμα μέλη της ομάδας με τους γιατρούς, συχνά αντιμετώπιζαν προκλήσεις που εμπόδιζαν την επικοινωνία και τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Περαιτέρω έρευνες υπογραμμίζουν ότι τα εμπόδια στην ασθενοκεντρική επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους συχνά προκύπτουν λόγω της έλλειψης σαφήνειας όσον

αφορά τους ρόλους της κλινικής πρακτικής και τις απαιτήσεις επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (Wittenberg-Lyles, Goldsmith και Ferrell, 2013).

Τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος του πλοηγού ασθενούς έχει υποστεί σημαντική εξέλιξη, με πολλές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης να απασχολούν πιστοποιημένους ογκολογικούς νοσηλευτές για την εκπλήρωση αυτής της θέσης. Αυτό έχει οδηγήσει στη διάκριση μεταξύ κλινικών νοσηλευτών πλοηγών και λαϊκών πλοηγών ασθενών. Επιπλέον, έχουν αναδειχθεί διάφοροι εξειδικευμένοι ρόλοι πλοηγού, συμπεριλαμβανομένων των πλοηγών επιβίωσης, των οικονομικών πλοηγών, των πλοηγών κοινωνικής εργασίας και των ειδικών πλοηγών, όπως οι πλοηγοί για τον καρκίνο του μαστού και οι πλοηγοί για τον καρκίνο του πνεύμονα. Ενώ κάθε ρόλος έχει τις συγκεκριμένες λειτουργίες του, τα καθήκοντα αυτά δεν είναι πάντα ρητά καθορισμένα. Για παράδειγμα, μια μελέτη που διεξήχθη από την Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία διεξήγαγε έρευνα σε νοσηλευτές πλοηγούς σχετικά με τα βασικά καθήκοντα, τις δραστηριότητες και τις γνώσεις που απαιτούνται για την αποτελεσματική εκτέλεση του ρόλου τους. Ωστόσο, η μελέτη διαπίστωσε ότι οι απαντήσεις αυτές δεν οριοθετούσαν με σαφήνεια ποια καθήκοντα ήταν μοναδικά για τους ογκολογικούς νοσηλευτές πλοηγούς και ποια επικαλύπτονταν με τις αρμοδιότητες των βασικών ογκολογικών νοσηλευτών ή εκείνες που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των νοσηλευτών προηγμένης πρακτικής (Cantril και Haylock, 2013). Ο σχεδιασμός του ρόλου του πλοηγού οδηγεί συχνά σε επικαλύψεις με τα καθήκοντα και τους τομείς εξειδίκευσης άλλων μελών της διεπιστημονικής ομάδας και του προσωπικού υποστήριξης του νοσοκομείου, συμβάλλοντας στην ασάφεια του ρόλου.

Μια σημαντική αρχή που διατυπώθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής (Levit et al., 2013) είναι η ανάγκη οι ομάδες φροντίδας να έχουν σαφώς καθορισμένους ρόλους. Αυτό περιλαμβάνει τον καθορισμό σαφών προσδοκιών για τις λειτουργίες, τις ευθύνες και τις αρμοδιότητες κάθε μέλους της ομάδας, οι οποίες μπορούν να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα της ομάδας και να αξιοποιήσουν τον καταμερισμό εργασίας, επιτρέποντας έτσι στην ομάδα να επιτύχει συλλογικά περισσότερα από το άθροισμα των ατομικών συνεισφορών της. Οι σαφώς καθορισμένοι ρόλοι για τους πλοηγούς και τα άλλα μέλη της ομάδας μπορούν να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα της ομάδας και να διευκολύνουν τον συντονισμό της φροντίδας (Baileys et al., 2018).

Κεφάλαιο 2ο- Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και διατομεακή συνεργασία στην υγειονομική περίθαλψη

2.1. Η διοίκηση στον τομέα της υγείας

Η εξέλιξη της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων είναι στενά συνδεδεμένη με την οικονομική πρόοδο και τις καινοτομίες που εισήχθησαν σε κάθε μία από τις τέσσερις βιομηχανικές επαναστάσεις. Η εμφάνιση των αρχικών διευθυντών και τμημάτων ανθρώπινου δυναμικού στα τέλη του 19ου και στις αρχές του 20ού αιώνα παρατηρήθηκε κυρίως στις μεταποιητικές επιχειρήσεις. Αρχικά, οι αρμοδιότητές τους περιοριζόνταν στα διοικητικά καθήκοντα, τη λογιστική και τον προγραμματισμό των πόρων. Για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων στην υγειονομική περίθαλψη, είναι επιτακτική ανάγκη να περιγράψουν τα στάδια ανάπτυξης και να αναγνωριστεί η εξέλιξη της διαχείρισης του προσωπικού. Η εξέλιξη της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων μπορεί να συνοψιστεί επιγραμματικά μέσα από τέσσερα βασικά στάδια εξέλιξης (Bersin, 2014).

Η κύρια βαθμίδα της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων (ΔΑΔ) αντιπροσωπεύεται από το τμήμα προσωπικού, υπεύθυνο για καθήκοντα όπως η διοίκηση προσωπικού, η λογιστική μισθοδοσίας και η θεμελιώδης εργατική νομοθεσία. Περνώντας στη δεύτερη βαθμίδα, η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού γίνεται πιο εξειδικευμένη, περιλαμβάνοντας τομείς όπως η επιλογή, η κατάρτιση, η διαχείριση του οργανωτικού σχεδιασμού και η αποζημίωση. Στο πλαίσιο αυτής της βαθμίδας, οι λειτουργίες του ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνουν κέντρα παροχής υπηρεσιών ανθρώπινου δυναμικού που προσφέρουν υπηρεσίες στους εργαζομένους και επιχειρηματικούς εταίρους του ανθρώπινου δυναμικού που παρέχουν στρατηγική υποστήριξη στους διευθυντές. Το τρίτο επίπεδο περιλαμβάνει μια υπερδομή όπου η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού ασχολείται με την ολοκληρωμένη διαχείριση ταλέντων, εισάγοντας νέους ρόλους όπως ο σχεδιασμός διαδοχής, η διαχείριση ταλέντων, η υποστήριξη ηγεσίας και η ανάπτυξη ηγετικής κουλτούρας. Τα πιο προηγμένα

τμήματα της ΔΑΔ ενσωματώνονται απρόσκοπτα με τις επιχειρηματικές λειτουργίες, χρησιμοποιώντας την ψηφιοποίηση και την προγνωστική ανάλυση για την πρόβλεψη μελλοντικών εξελίξεων και τη συνεισφορά αξίας μέσω της ανάλυσης μεγάλων δεδομένων (Volini et al., 2020). Αυτά τα προηγμένα τμήματα ανθρώπινου δυναμικού διευρύνουν συνεχώς τις γνώσεις και την επιρροή τους, εστιάζοντας όχι μόνο στις δραστηριότητές τους αλλά και στα αποτελέσματα που προσφέρουν. Μετρούν και αξιολογούν ενεργά τον αντίκτυπο των πρωτοβουλιών διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στην οργανωτική απόδοση. Ο αντίκτυπος της εποχής 4.0 στη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού μέσω αλλαγών στις αξίες, τους ρόλους, την αρχιτεκτονική και το περιεχόμενο της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού περιγράφεται από το μοντέλο της Blstakova, το οποίο, μέσω εννοιολογικών ζητημάτων της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, μπορεί να αποτελέσει τη βάση για τον καθορισμό μιας αναπτυγμένης στρατηγικής διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού και των επακόλουθων υποστρατηγικών (Blštáková και Palenčárová, 2021).

Πολυάριθμες παγκόσμιες μελέτες έχουν υπογραμμίσει τη συσχέτιση μεταξύ της εφαρμογής προηγμένων συστημάτων διαχείρισης ανθρώπινων πόρων (HRM) και της βελτίωσης της οργανωτικής απόδοσης των επιχειρήσεων (Jankelová, 2021). Ειδικότερα, η έρευνα που διεξήχθη από την Jankelova σε 44 νοσοκομεία της Σλοβακίας επιβεβαίωσε τη θετική επίδραση ενός ώριμου ρόλου της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, και συγκεκριμένα σε νοσοκομεία, στην οργανωτική τους απόδοση. Για παράδειγμα, η εργασία των West και συν. αποκάλυψε ότι τα συστήματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών εντός των νοσοκομείων (Jankelová, 2021).

Οι West και συν. (2006) εντόπισαν βασικές πρακτικές στο πλαίσιο ανεπτυγμένων συστημάτων διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, όπως εξελιγμένα συστήματα αξιολόγησης της διοίκησης, πρωτόκολλα ασφάλειας του προσωπικού και σημαντικές επενδύσεις στο προσωπικό, ιδίως στην κατάρτιση και την ανάπτυξη. Επιπλέον, προηγμένες τεχνικές, όπως η "θαυματουργή ερώτηση", θεωρούνται απαραίτητες από τους Townsend και συν. για την κατανόηση των προβλημάτων των εργαζομένων και την αποτελεσματική επίλυσή τους. Υπογραμμίστηκε ότι η αποτελεσματικότητα των προηγμένων τεχνικών ΔΑΔ δεν εξαρτάται από την μεμονωμένη εφαρμογή αλλά από

την ολοκληρωμένη ενσωμάτωση αλληλένδετων πρακτικών ΔΑΔ υψηλής απόδοσης (West et al., 2006). Επιπλέον, η αυξανόμενη σημασία της ΔΑΔ σηματοδοτεί στους εργαζόμενους τον κομβικό τους ρόλο εντός του οργανισμού, σύμφωνα με τους Townsend και συν. (2011).

Η εξέλιξη των στρατηγικών και των εργαλείων διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού δεν είναι ομοιόμορφη και επηρεάζεται βαθιά από το ανταγωνιστικό τοπίο, τις δομές ιδιοκτησίας των οργανισμών και το μέγεθός τους. Τα άκρως ανταγωνιστικά περιβάλλοντα με ζήτηση για υψηλής ποιότητας εργατικό δυναμικό, όπως οι τομείς των υπηρεσιών πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών, ευνοούν την ταχεία ανάπτυξη της ΔΑΔ. Αντίθετα, τομείς όπως η πρωτογενής γεωργική παραγωγή καθιστούν αναγκαία τη ΔΑΔ κυρίως για βασικές λειτουργίες στελέχωσης μακροπρόθεσμα (Blštáková και Palenčárová, 2021).

Αρκετές μελέτες έχουν φωτίσει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης, όπως σημειώνουν οι Jankelová και Joniaková (2021). Οι West και συν. (2006) τόνισαν ότι η ικανοποίηση και η παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού είναι καθοριστικής σημασίας για τη διατήρησή του εντός των τμημάτων υγειονομικής περίθαλψης, το αυξημένο ενδιαφέρον για εκπαιδευτικές επιδιώξεις και την παροχή ποιοτικής απόδοσης εργασίας, η οποία περιλαμβάνει παράγοντες όπως η μειωμένη θνησιμότητα των ασθενών και η τήρηση των πρωτοκόλλων και των κανονισμών. Η επαγγελματική ικανοποίηση αναδεικνύεται σε κρίσιμο παράγοντα για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας παγκοσμίως, όπως τονίζεται σε διάφορες μελέτες (Alshamari, 2017). Πολλαπλές επιστημονικές εργασίες έχουν επικυρώσει εμπειρικά τη θετική επίδραση των πρακτικών διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στην ενίσχυση της ικανοποίησης και των κινήτρων των εργαζομένων (Baluch, Salge και Piening, 2013).

2.2. Οι προκλήσεις στη ΔΑΔ

Παρά τα βήματα προόδου της τεχνολογίας, η σημασία του εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία δεν μπορεί να υπερεκτιμηθεί. Οι τελευταίες τεχνολογίες αιχμής, όσο προηγμένες και αν είναι, δεν μπορούν να αντικαταστήσουν

πλήρως την ανεκτίμητη συμβολή του εξειδικευμένου προσωπικού στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί αναντικατάστατο περιουσιακό στοιχείο, θεμελιώδη ανάγκη στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η φράση "Το λάθος είναι ανθρώπινο", υπονοεί ότι τα ανθρώπινα λάθη είναι αναπόφευκτα και πρέπει να γίνονται αποδεκτά χωρίς υπερβολική ανησυχία. Ωστόσο, στην υγειονομική περίθαλψη, τα λάθη μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες, ακόμη και να αποβούν μοιραία για τους ασθενείς. Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική ανάγκη το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης να διαθέτει την ικανότητα να τηρεί και να εφαρμόζει ασφαλείς και ηθικές πρακτικές με τη μέγιστη δυνατή τεχνική επάρκεια. Το Τμήμα Ανθρώπινου Δυναμικού ενός νοσοκομείου αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις. Αρκετές από αυτές τις σημαντικές προκλήσεις εξετάζονται στη συνέχεια.

2.2.1. Έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού

Η αποτελεσματική λειτουργία των συστημάτων υγείας εξαρτάται από την παρουσία και την απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η εξασφάλιση της ολοκληρωμένης κάλυψης των υπηρεσιών υγείας και η προάσπιση του δικαιώματος στο υψηλότερο εφικτό επίπεδο υγείας βασίζεται θεμελιωδώς στη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, την αποδοχή και την ποιότητα αυτών των επαγγελματιών υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), προβλέπεται έλλειμμα 10 εκατομμυρίων εργαζομένων στον τομέα της υγείας παγκοσμίως έως το 2030, με τα σημαντικότερα κενά να αναμένονται στα κράτη με χαμηλό και χαμηλό μεσαίο εισόδημα. Ωστόσο, οι προκλήσεις που αφορούν το υγειονομικό προσωπικό επεκτείνονται σε χώρες με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό καθεστώς. Οι δυσκολίες στην εκπαίδευση, την απασχόληση, την ανάπτυξη, τη διατήρηση και την απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας εξακολουθούν να υφίστανται, επηρεάζοντας τα συστήματα υγείας σε πολλαπλά επίπεδα. Στα επίμονα ζητήματα περιλαμβάνεται η χρόνια υποεπένδυση στην εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σε ορισμένες χώρες. Επιπλέον, οι αναντιστοιχίες μεταξύ των εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών και των στρατηγικών απασχόλησης όσον αφορά τις ανάγκες τόσο των συστημάτων υγείας όσο και των πληθυσμών έχουν οδηγήσει σε συνεχείς ελλείψεις. Οι προκλήσεις αυτές επιδεινώνονται περαιτέρω από την πολυπλοκότητα της ανάπτυξης εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε

απομακρυσμένες, αγροτικές και υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Επιπλέον, η κλιμακούμενη διεθνής μετανάστευση εργαζομένων στον τομέα της υγείας μπορεί να επιδεινώσει τις ελλείψεις, ιδίως σε οικονομικά μειονεκτούσες χώρες. Επιπλέον, οι υπάρχοντες ανθρώπινοι πόροι για τα συστήματα πληροφοριών για την υγεία συχνά δεν έχουν την ικανότητα να αξιολογούν ολοκληρωμένα την κατάσταση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας στον δημόσιο τομέα. Σε συγκεκριμένα έθνη, το εμπόδιο στην καθολική πρόσβαση σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας έχει επίσης τις ρίζες του στην αδυναμία του δημόσιου τομέα να απορροφήσει το διαθέσιμο εργατικό δυναμικό λόγω δημοσιονομικών περιορισμών. Αυτή η παράδοξη κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα η ανεργία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας να συνυπάρχει με ανεκπλήρωτες, σημαντικές ανάγκες υγείας στον πληθυσμό. Η αντιμετώπιση αυτών των πολύπλευρων προκλήσεων είναι επιτακτική ανάγκη για τη δημιουργία ισχυρών και δίκαιων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο (WHO, 2019).

Η συνεχιζόμενη έλλειψη υγειονομικού προσωπικού αποτελεί τρομερό εμπόδιο στην παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας, εμποδίζοντας την πρόοδο προς την επίτευξη των διεθνών στόχων υγείας και ανάπτυξης, συμπεριλαμβανομένων των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας και της καθολικής πρόσβασης σε ζωτικής σημασίας υπηρεσίες όπως η πρόληψη, η θεραπεία και η περίθαλψη του HIV. Για τους πληθυσμούς, η έλλειψη αυτή μεταφράζεται σε περιορισμένη πρόσβαση σε κρίσιμες υπηρεσίες υγείας που περιλαμβάνουν την πρόληψη, τη διάδοση πληροφοριών, τη χορήγηση φαρμάκων, την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, την κλινική φροντίδα και τις σωτήριες για τη ζωή παρεμβάσεις, όπως ο παιδικός εμβολιασμός και η ασφαλής μητρική περίθαλψη. Η πρόσβαση σε θεραπείες για ασθένειες όπως το AIDS, η φυματίωση και η ελονοσία επηρεάζεται επίσης σοβαρά (WHO, 2009).

Από την πλευρά των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, οι επιπτώσεις είναι σημαντικές. Ο συντριπτικός φόρτος εργασίας και το άγχος οδηγούν σε μειωμένα κίνητρα, κόπωση, απουσίες, βλάβες, ασθένειες, μετανάστευση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε απομάκρυνση από τη σταδιοδρομία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η κρίση αυτή επηρεάζει όλα τα έθνη παγκοσμίως, με την υποσαχάρια Αφρική να αντιμετωπίζει μια ιδιαίτερα άσχημη κατάσταση. Η περιοχή χρειάζεται ένα εκατομμύριο επιπλέον εργαζόμενους στον τομέα της υγείας για να καλύψει το υπάρχον κενό, παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύει ένα δυσανάλογο 25% του

παγκόσμιου φορτίου ασθενειών, ενώ διαθέτει μόνο το 3% του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Οι χώρες της Νότιας Αφρικής, ιδίως τα αγγλόφωνα έθνη, βρίσκονται σε βαθιά κρίση λόγω της έλλειψης υγειονομικού προσωπικού, σε συνδυασμό με την υψηλή επιβάρυνση από ασθένειες όπως το HIV/AIDS, η ελονοσία και η φυματίωση, σε συνδυασμό με την κακή λειτουργία των συστημάτων υγείας και τον ανησυχητικό ρυθμό μετανάστευσης (WHO, 2009).

Η Ασία, λόγω του σημαντικού μεριδίου της στον παγκόσμιο πληθυσμό, χρειάζεται επίσης εκατομμύρια επιπλέον εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, ιδίως στις αγροτικές περιοχές όπου η ανάγκη είναι πιο έντονη. Ακόμη και στις χώρες του ΟΟΣΑ, κυρίως στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού αποτελεί θέμα ανησυχίας. Καθώς οι πληθυσμοί και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας στις περιοχές αυτές γερνούν, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας συνεχίζει να αυξάνεται σταθερά. Το ζήτημα αυτό απαιτεί παγκόσμια προσοχή και στρατηγικές παρεμβάσεις για την ενίσχυση των ικανοτήτων του υγειονομικού προσωπικού και τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως (WHO, 2009).

2.2.2. Εκπαίδευση και διατήρηση προσωπικού

Στον τομέα της διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και της διοίκησης της υγειονομικής περίθαλψης, η διατήρηση των παραγωγικών εργαζομένων αποτελεί ύψιστο μέλημα. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η διατήρηση ενός εργαζομένου υψηλής ποιότητας δεν είναι μόνο πιο αποτελεσματική από συστημική άποψη αλλά και απαραίτητη για την οργανωτική σταθερότητα. Η προσπάθεια πρόσληψης, εκπαίδευσης και προσανατολισμού ενός υπαλλήλου αντικατάστασης συγκρίσιμης ποιότητας μπορεί να είναι επιβαρυντική σε πόρους και αποδιοργανωτική (SHRM, 2020). Στο πλαίσιο του τομέα της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης, η προθυμία των ιατρών να παραμείνουν επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων, τόσο οικονομικών όσο και μη οικονομικών. Μεταξύ αυτών, η αμοιβή κατέχει σημαντική βαρύτητα ως βασικός παράγοντας διατήρησης της εργασίας. Ένα ελκυστικό πακέτο αποζημίωσης είναι καθοριστικής σημασίας για τη διατήρηση των επαγγελματιών υγείας, υπογραμμίζοντας τη σημασία των ανταγωνιστικών δομών μισθοδοσίας (Mabaso και Dlamini, 2017). Η αναγνώριση αναδεικνύεται ως ζωτικός μη

χρηματοοικονομικός παράγοντας που επηρεάζει τη διατήρηση των εργαζομένων. Αυτή η μορφή αναγνώρισης καλλιεργεί έναν ισχυρό δεσμό μεταξύ του οργανισμού και του εργατικού δυναμικού του. Η διαδικασία της αναγνώρισης περιλαμβάνει την επιβράβευση των εργαζομένων στο πλαίσιο του οργανισμού, δημιουργώντας μια αίσθηση αξίας και κινήτρων μεταξύ του εργατικού δυναμικού (Danish και Usman, 2010).

Οι εσωτερικές ανταμοιβές, όπως οι ευκαιρίες για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη, έχουν βαθύτερο αντίκτυπο στην απόδοση και τα κίνητρα των εργαζομένων σε σύγκριση με τις εξωτερικές ανταμοιβές, όπως τα μισθολογικά κίνητρα (Robbins και Judge, 2013). Η κατανομή των ευθυνών στο χώρο εργασίας επηρεάζει σημαντικά τη διατήρηση των εργαζομένων. Η επίτευξη της σωστής ισορροπίας είναι ζωτικής σημασίας- μια υπερβολική επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές επιπτώσεις, ενώ οι κατάλληλα απαιτητικές ευθύνες μπορούν να ενισχύσουν τα κίνητρα και τη δέσμευση των εργαζομένων (Bardad, 2017). Επιπλέον, οι ιατροί συχνά αντιμετωπίζουν ποικίλα ωράρια εργασίας με βάση τις συγκεκριμένες συνθήκες άσκησης της ιατρικής τους. Αυτά τα ωράρια εργασίας ασκούν σημαντική επίδραση στη διατήρησή τους σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης (Tsai et al., 2016). Στην ουσία, η αναγνώριση της περίπλοκης αλληλεπίδρασης των οικονομικών κινήτρων, των στρατηγικών αναγνώρισης, της διαχείρισης του φόρτου εργασίας και της δυναμικής του προγραμματισμού είναι επιτακτική ανάγκη για τη διαμόρφωση ολοκληρωμένων στρατηγικών διατήρησης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η συνετή αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων είναι καίριας σημασίας για την καλλιέργεια ενός σταθερού και κινητοποιημένου εργατικού δυναμικού, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Mahendra et al., 2022).

2.3. Ο ρόλος της μετασχηματιστικής και συναλλακτικής ηγεσίας

Κάθε οργανισμός βιώνει συχνές οργανωτικές αλλαγές, οι οποίες αποτελούν αναπόφευκτη προϋπόθεση για τη συνεχή ανάπτυξη και επιβίωσή του σε ένα ολοένα και πιο ασταθές περιβάλλον. Παρόλα αυτά, μελέτες δείχνουν σταθερά ότι το 50% έως 70% των προγραμματισμένων προσπαθειών αλλαγής αποτυγχάνουν (Hughes, 2011).

Το γεγονός ότι η οργανωτική δομή και τα πληροφοριακά συστήματα έχουν προτεραιότητα έναντι των ανθρώπινων πόρων κατά τη διαδικασία αλλαγής είναι ένας παράγοντας αυτών των αποτυχιών αλλαγής (Cooke et al., 2021). Οι ατομικές αντιλήψεις για την οργανωτική αλλαγή μπορεί να είναι υποστηρικτικές ή ανθεκτικές. Η υποστήριξη των εργαζομένων υποδηλώνει ετοιμότητα (Stouten et al., 2018).

Η βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι, όταν η ετοιμότητα ενός οργανισμού είναι υψηλή, τα μέλη είναι πιο πιθανό να ξεκινήσουν την αλλαγή, να καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια, να είναι πιο επίμονα και να συνεργαστούν, με αποτέλεσμα την αποτελεσματικότερη εκτέλεση της προτεινόμενης αλλαγής (Prasad και Ioannidis, 2014). Σύμφωνα με τον Kotter (2007), οι μισές από όλες τις σημαντικές οργανωτικές αλλαγές αποτυγχάνουν λόγω έλλειψης ετοιμότητας. Μια μελέτη εξέτασε την ικανότητα αντιμετώπισης της αλλαγής και χειρισμού των δυσκολιών που σχετίζονται με την εργασία, την κοινωνική υποστήριξη και τις δομές ενεργητικής έναντι παθητικής εργασίας, για να δει πώς επηρεάζουν την ετοιμότητα για αλλαγή σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Tummers et al., 2015). Δεδομένης της σημασίας της ετοιμότητας των εργαζομένων για την οργανωτική αλλαγή, θα πρέπει να διερευνηθούν πρόσθετοι προσδιοριστικοί παράγοντες της ετοιμότητας. Η συσχέτιση μεταξύ των στυλ ηγεσίας και της οργανωσιακής ετοιμότητας για αλλαγή είναι ένα κρίσιμο στοιχείο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Η ηγεσία είναι απαραίτητη στη διαχείριση της αλλαγής. Ο Kotter (1990), υποστηρίζει ότι η αποτελεσματική ηγεσία έχει ως αποτέλεσμα την κίνηση. Ο Kotter συνέχισε λέγοντας ότι το στυλ ηγεσίας ενός ηγέτη επηρεάζει τον προσανατολισμό της ομάδας του καθώς και την κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθήσει. Ο ηγέτης είναι ένας παράγοντας αλλαγής που αναλαμβάνει την πρωτοβουλία και διαχειρίζεται με επιτυχία τις αλλαγές στους οργανισμούς με διάφορα στυλ ηγεσίας (Mansaray, 2019). Ως αποτέλεσμα, οι ηγέτες και οι παράγοντες αλλαγής είναι πρόθυμοι να μάθουν πώς να παρακινούν αποτελεσματικά και να προετοιμάζουν το προσωπικό για τις μεταβαλλόμενες καταστάσεις (Martin, 2016). Οι ηγέτες μπορούν να έχουν μια σειρά από στυλ ηγεσίας, καθένα από τα οποία ορίζεται από παρατηρήσιμες συμπεριφορές (Kehinde και Banjo, 2014).

Η μετασχηματιστική ηγεσία ασχολείται με τις συμπεριφορές των ηγετών που προκαλούν την αλλαγή των αξιών, των αναγκών, των στόχων και των προσδοκιών των οπαδών (Basham και Mathur, 2010). Οι συμπεριφορές μετασχηματιστικής

ηγεσίας συνδέονται τόσο με τις εσωτερικές όσο και με τις εξωτερικές πτυχές της ετοιμότητας των νοσηλευτών για αλλαγή στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με τα ευρήματα (Kotter, 2007). Το συναλλακτικό στυλ ηγεσίας, από την άλλη πλευρά, επικεντρώνεται στις ανταλλαγές μεταξύ ηγέτη και οπαδού. Οι νοσηλευτές και οι γιατροί παρακινούνται από τις ανταμοιβές και τις τιμωρίες (Roter, 2011).

Αλλαγή είναι η πράξη ή η περίπτωση του να κάνεις κάτι διαφορετικό ή να γίνεις διαφορετικός (Czarniawska και Guje Sevón, 1996). Η αλλαγή μπορεί να συμβεί σε διάφορους οργανισμούς ή στο εσωτερικό των οργανισμών. Ο οργανισμός ορίζεται ως ένα σύστημα συνειδητά συντονισμένων δραστηριοτήτων δύο ή περισσότερων ατόμων (Williamson, 1995). Καθώς οι οργανισμοί προσπαθούν να ολοκληρώσουν τα καθήκοντά τους, πρέπει να εφαρμόσουν αλλαγές στους ίδιους τους θεσμούς τους, προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους τους. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αλλάξουν τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών για να επιτύχουν τον στόχο τους. Οι ηγέτες των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βελτιώσουν την πιθανότητα επιτυχούς εφαρμογής των προσπαθειών αλλαγής αξιολογώντας την οργανωτική ετοιμότητα για αλλαγή (Al-Hussami, Hammad και Alsoleihat, 2018).

Η οργανωσιακή ετοιμότητα είναι ένα σύνολο πεποιθήσεων, προθέσεων, στάσεων και συμπεριφορών σχετικά με τον βαθμό στον οποίο απαιτείται αλλαγή και την ικανότητα του οργανισμού να την εφαρμόσει με επιτυχία (Susanto, 2008). Μπορεί επίσης να οριστεί ως μια κατάσταση του νου που αντανακλά την προθυμία ή τη δεκτικότητα να αλλάξει κανείς τον τρόπο σκέψης του κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αλλαγής. Οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι σε θέση να απεικονίσουν την τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού και του περιβάλλοντος συγκρίνοντας τις παρελθούσες και τις αναμενόμενες μελλοντικές προοπτικές πριν αναπτύξουν θετική στάση απέναντι στην οργανωτική αλλαγή (Bernerth, 2004). Επιπλέον, η οργανωσιακή ετοιμότητα για αλλαγή αναφέρεται στο πόσο καλά οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού είναι προετοιμασμένοι διανοητικά και συμπεριφορικά για την αλλαγή (Weiner, 2009). Δηλαδή, πόσο πρόθυμοι (δέσμευση για την αλλαγή) και ικανοί (αποτελεσματικότητα της αλλαγής) είναι να πραγματοποιήσουν και να διατηρήσουν την αλλαγή. Για να γίνει αυτό, πρέπει να λάβει χώρα μια διαδικασία ξεπαγώματος,

κατά την οποία πρέπει να αλλάξουν οι νοοτροπίες και να δημιουργηθούν κίνητρα για την αλλαγή (Weiner, 2020).

Στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η ηγεσία είναι κάτι περισσότερο από απλώς σημαντική - είναι κρίσιμη για την επιτυχία του οργανισμού. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύπλοκοι, εν μέρει, λόγω της σύγκλισης επαγγελματιών, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, των νοσηλευτών, των φαρμακοποιών και των διοικητικών υπαλλήλων, καθένας από τους οποίους έχει φαινομενικά ανταγωνιστικά συμφέροντα, προοπτικές και χρονικό ορίζοντα. Οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι διαδραματίζουν βασικό ρόλο λόγω της σχέσης που έχουν με τους εργαζόμενους εντός του οργανισμού. Ως αποτέλεσμα, οι άνθρωποι αυτοί στα διοικητικά στρώματα κρατούν το βάρος του μετασχηματισμού της κουλτούρας των υπηρεσιών του τομέα της υγείας και προχωρούν προς τα εμπρός για την ικανοποίηση των αναγκών των παρόχων υπηρεσιών και των ασθενών τελικών χρηστών (Antwi και Kale, 2014).

Η μετασχηματιστική ηγεσία ορίζεται ως οι οπαδοί και οι ηγέτες να εμπνέουν ο ένας τον άλλον για να επιτύχουν ένα υψηλότερο επίπεδο ηθικής και να παρακινήσουν τη δικαιοσύνη και την ισότητα. Εν τω μεταξύ, η συναλλακτική ηγεσία αναφέρεται στη σχέση ανταλλαγής μεταξύ των ηγετών και των οπαδών τους (Paarlberg και Lavigna, 2010). Η μετασχηματιστική ηγεσία έχει τέσσερα κύρια συστατικά: εξιδανικευμένη επιρροή, εμπνευσμένη παρακίνηση, πνευματική διέγερση και εξατομικευμένη εξέταση. Αλλά η συναλλακτική ηγεσία που προσδιορίζεται έχει δύο επιμέρους παράγοντες που χαρακτηρίζονται ως εξαρτημένη ανταμοιβή και διαχείριση κατ' εξαίρεση (Bass, 1998).

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, η μετασχηματιστική ηγεσία οδηγεί σε βελτιωμένη απόδοση των νοσηλευτών συνολικά, σε ασφαλέστερη νοσηλεία και σε υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης και διατήρησης των νοσηλευτών (Jaffe, 2013). Οι Fiedler και House, όπως αναφέρεται από τους Poddar και Madupalli (2012), πρότειναν ότι οι μετασχηματιστικές θεωρίες επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν τις ενέργειες των ηγετών που προκαλούν τους οπαδούς να αλλάξουν τις αξίες, τις ανάγκες, τους στόχους και τις φιλοδοξίες τους. Τα παραπάνω επιχειρήματα και ευρήματα δείχνουν ότι οι συμπεριφορές μετασχηματιστικής ηγεσίας σχετίζονται τόσο με τις εσωτερικές όσο και με τις εξωτερικές πτυχές της ετοιμότητας των εργαζομένων για αλλαγή στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης άλλων χωρών.

Η έρευνα δείχνει ότι η ανταμοιβή και η τιμωρία χρησιμεύουν ως κίνητρα στη ζωή των νοσηλευτών και των γιατρών. Από την άποψη αυτή, οι Poddar και Madupalli (2012) υποστηρίζουν ότι οι συναλλακτικοί ηγέτες περιλαμβάνουν τη δόμηση του περιβάλλοντος απόδοσης για να βοηθήσουν τους υφισταμένους να επιτύχουν τους οργανωτικούς στόχους και να λάβουν ανταμοιβές. Για να είναι αποτελεσματικός, ένας συναλλακτικός ηγέτης πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται και να ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και επιθυμίες των υφισταμένων του (Basham και Mathur, 2010).

Όπως σημειώθηκε προηγουμένως, ενθαρρύνοντας νέους τρόπους εξέτασης των προβλημάτων και διαμορφώνοντας αντισυμβατικές συμπεριφορές, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες μπορούν να ενθαρρύνουν έναν κανόνα δημιουργικότητας σε ένα κλίμα όπου υπάρχει υποστήριξη για μη δοκιμασμένες μεθόδους και όπου εκτιμώνται τα δημιουργικά αποτελέσματα. Οι ερευνητές της καινοτομίας προτείνουν ότι οι ηγέτες μπορούν να επηρεάσουν τη δημιουργικότητα των οπαδών τόσο άμεσα όσο και έμμεσα. Η εμπειρική έρευνα επιβεβαιώνει αυτή την πρόταση (Hu, Gu και Chen, 2013).

Τα προληπτικά μέτρα και οι προσαρμογές της παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάθε χώρα είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα σε μια εποχή παγκόσμιας πανδημίας όπως η COVID-19 (WHO, 2020). Επιπλέον, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι βιώσιμης ανάπτυξης (ΣΒΑ), οι χώρες πρέπει να επικεντρωθούν στην ανάπτυξη πραγματικών ηγετών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, όχι απλώς διαχειριστών, οι οποίοι μπορούν να προωθήσουν την ατζέντα των ΣΒΑ και να αντιμετωπίσουν ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον (Oleribe και Taylor-Robinson, 2016).

Κεφάλαιο 3ο- Η διεπιστημονική συνεργασία

3.1. Συνεργασία

Η συνεργασία είναι μια διαδικασία κατά την οποία οι οντότητες μοιράζονται πληροφορίες, πόρους και αρμοδιότητες για να σχεδιάσουν, να υλοποιήσουν και να αξιολογήσουν από κοινού ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Η συνεργασία μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδικασία κοινής δημιουργίας, επομένως μια διαδικασία μέσω της οποίας μια ομάδα οντοτήτων ενισχύει τις ικανότητες της άλλης. Συνεπάγεται τον διαμοιρασμό των κινδύνων, των πόρων, των ευθυνών και των ανταμοιβών, ο οποίος, εάν το επιθυμεί η ομάδα, μπορεί επίσης να δώσει σε έναν εξωτερικό παρατηρητή την εικόνα μιας κοινής ταυτότητας. Η συνεργασία περιλαμβάνει την αμοιβαία δέσμευση των συμμετεχόντων για την από κοινού επίλυση ενός προβλήματος, η οποία προϋποθέτει αμοιβαία εμπιστοσύνη και συνεπώς απαιτεί χρόνο, προσπάθεια και αφοσίωση (Camarihna-Matos και Afsarmanesh, 2008).

Η συνεργασία είναι μια δύσκολη διαδικασία και, ως εκ τούτου, οι πιθανότητες επιτυχίας της εξαρτώνται από μια σειρά απαιτήσεων (Camarihna-Matos και Afsarmanesh, 2008):

- Η συνεργασία πρέπει να έχει έναν σκοπό, που συνήθως μεταφράζεται σε έναν κοινό στόχο ή ένα πρόβλημα που πρέπει να επιλυθεί. Δεν αρκεί τα μέρη να έχουν τους δικούς τους ατομικούς στόχους.
- Οι βασικές απαιτήσεις ή προϋποθέσεις για τη συνεργασία περιλαμβάνουν (Brna, 1998- Giesen, 2002):
- Τα μέρη συμφωνούν αμοιβαία να συνεργαστούν, γεγονός που συνεπάγεται την αποδοχή της κοινής χρήσης.
- Τα μέρη διατηρούν ένα μοντέλο των δυνατοτήτων του άλλου.
- Τα μέρη μοιράζονται έναν στόχο και διατηρούν κάποιο κοινό όραμα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας συνεργασίας προς την επίτευξη του κοινού στόχου.

- Τα μέρη διατηρούν μια κοινή κατανόηση του εκάστοτε προβλήματος, γεγονός που συνεπάγεται τη συζήτηση της κατάστασης της προόδου τους (συνειδητοποίηση της κατάστασης του άλλου).

3.2. Η συνεργασία στον τομέα της υγείας

Η διεπαγγελματική συνεργασία είναι η πρακτική της προσέγγισης της φροντίδας των ασθενών από μια ομαδική προοπτική, με μια ομάδα που αποτελείται από πολλούς επαγγελματίες υγείας με διαφορετικό επαγγελματικό υπόβαθρο. Με την εφαρμογή της διεπαγγελματικής συνεργασίας σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, πολλαπλές ειδικότητες μπορούν να εργαστούν πιο αποτελεσματικά ως ομάδα για να συμβάλουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και στη βελτίωση του χώρου εργασίας (Johnson και Johnson, 2023).

Η διεπαγγελματική συνεργασία θεωρούνταν επί μακρόν βέλτιστη πρακτική στην υγειονομική περίθαλψη πριν από το COVID-19, αλλά κατέστη απαραίτητη κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η διεπαγγελματική συνεργασία λαμβάνει χώρα όταν "πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας με διαφορετικό επαγγελματικό υπόβαθρο συνεργάζονται με ασθενείς, οικογένειες, φροντιστές και κοινότητες για να παρέχουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα φροντίδας σε όλα τα περιβάλλοντα". Καθώς η παροχή υγειονομικής περίθαλψης γίνεται όλο και πιο διασυνδεδεμένη, ο συντονισμός μεταξύ νοσηλευτών, ιατρών, φαρμακοποιών, κοινωνικών λειτουργών και άλλων ειδικοτήτων είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση των χώρων εργασίας, των συστημάτων υγείας και της περίθαλψης των ασθενών (Johnson και Johnson, 2023).

3.3. Βασικές προϋποθέσεις για διεπαγγελματική συνεργασία

Ένα προφανές μέτρο για την προετοιμασία των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας για συνεργασία σε διεπαγγελματικές ομάδες είναι η προώθηση ατομικών ικανοτήτων που σχετίζονται με τη διαχείριση διεπαγγελματικών διαομαδικών πλαισίων (Frenk et al., 2022). Πολλοί μελετητές έχουν προσδιορίσει βασικές ικανότητες για τη

διεπαγγελματική πρακτική (Thistlethwaite et al., 2014). Μια λεπτομερής συζήτηση αυτών των ικανοτήτων ξεφεύγει από το πλαίσιο του παρόντος άρθρου. Παρόλα αυτά, τονίζουμε ότι εκτός από τις ευρείες και ειδικές για το αντικείμενο ικανότητες είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν ικανότητες όπως οι διεπαγγελματικές αξίες και ηθική, ο χειρισμός των επαγγελματικών ρόλων και ευθυνών, η διεπαγγελματική επικοινωνία, οι ικανότητες ομαδικής εργασίας και η συμπεριφορά σε συγκρούσεις (Claus και Wiese, 2019). Επιπλέον, απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων είναι η χρήση κοινής γλώσσας. Η ΙΡΕ πρέπει να βοηθήσει τους φοιτητές να αναπτύξουν μια τέτοια γλώσσα. Ένα μοντέλο που βοηθά στην αποφυγή παρεξηγήσεων που προκαλούνται από τη μη συστηματική χρήση όρων και εννοιών είναι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και οι κατηγορίες της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (Ronen, Kraus de Camargo και Rosenbaum, 2020). Η ταξινόμηση αυτή χρησιμεύει ως διεπιστημονικό πλαίσιο και συμβάλλει στην περιγραφή με τυποποιημένο τρόπο της λειτουργικότητας ενός ατόμου - και της επίδρασης των παραγόντων του περιβάλλοντος στη λειτουργικότητα - από βιοψυχοκοινωνική σκοπιά (World Health Organization, 2001).

Οι Michalec και συν. (2013) εξέτασαν 638 φοιτητές από έξι διαφορετικά επαγγέλματα υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα στερεότυπα για τα διάφορα επαγγέλματα ποικίλλουν και ότι οι αντιλήψεις για το δικό τους επάγγελμα ήταν πιο θετικές από τις αντιλήψεις για τα άλλα επαγγέλματα. Επιπλέον, οι Lewitt και συν. (2010) έδειξαν ότι τα στερεότυπα μεταξύ ιατρών και βιοϊατρικών επιστημόνων είναι διαδεδομένα μεταξύ των προπτυχιακών φοιτητών. Παρομοίως, οι Hean και συν. (2006) απέδειξαν ότι οι φοιτητές διαφόρων κλάδων υγείας και κοινωνικής φροντίδας έχουν στερεοτυπικές πεποιθήσεις για άλλα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας (Cook και Stoecker, 2014). Όσον αφορά το περιεχόμενο των στερεοτύπων, η μελέτη των Hean και συν. αποκάλυψε ότι, για παράδειγμα, οι ιατροί και οι μαίες θεωρούνταν πιο ικανοί από τους ποδίατρος και τους κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ στους φυσιοθεραπευτές και τους νοσηλευτές αποδίδονταν υψηλότερες πρακτικές δεξιότητες από τους εργοθεραπευτές, τους ιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Εστιάζοντας στο περιεχόμενο των στερεοτύπων στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι Kämmer και Ewers (2022) αποκάλυψαν ότι οι έμπειροι θεραπευτές (δηλ. φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές ή

λογοθεραπευτές), καθώς και οι μαίες και οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονταν τους γιατρούς ως προς τις ακαδημαϊκές ικανότητες υψηλότερα από τη δική τους ομάδα. Επίσης, αντιλαμβάνονταν τους γιατρούς λιγότερο πρακτικούς, με φτωχότερες διαπροσωπικές και ομαδικές ικανότητες. Είναι περιττό να αναφέρουμε ότι τα αρνητικά στερεότυπα για άλλες επαγγελματικές ομάδες και η υποτίμησή τους μπορούν να επηρεάσουν την επικοινωνία και τη συνεργασία σε διεπαγγελματικές ομάδες (Darmayani et al., 2020). Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας να ξεπεραστούν τα στερεότυπα και η υποτίμηση.

Η διαομαδική επαφή, δηλαδή οι συναντήσεις με μέλη άλλων κοινωνικών ομάδων (outgroups), έχει αποδειχθεί ότι είναι από τα πιο αποτελεσματικά μέτρα για τη μείωση της υποτίμησης (Pettigrew και Tropp, 2011). Η γνωριμία με τα μέλη της εξωομάδας μειώνει το άγχος, αυξάνει την ανάληψη προοπτικής και ενισχύει τις γνώσεις σχετικά με την εξωομάδα, ενώ παράλληλα ξεπερνά τα αρνητικά στερεότυπα και τις προκαταλήψεις (Pettigrew και Tropp, 2008). Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική ανάγκη να παρέχονται στους φοιτητές ευκαιρίες για επαφή μεταξύ των ομάδων με φοιτητές άλλων ειδικοτήτων, επιτρέποντας την αμοιβαία μάθηση και την ακύρωση των αρνητικών στάσεων (Carpenter και Dickinson, 2016). Πράγματι, πληθώρα μελετών δείχνει ότι η διαομαδική επαφή μεταξύ φοιτητών διαφορετικών επαγγελματιών υγείας μπορεί να αυξήσει τις ευνοϊκές στάσεις απέναντι σε άλλα επαγγέλματα (Mette και Hänze, 2020). Οι White και συν. (2019), για παράδειγμα, απέδειξαν ότι οι φοιτητές της εκπαίδευσης στη δημόσια υγεία είχαν θετικότερες στάσεις για τις ακαδημαϊκές δεξιότητες των φοιτητών νοσηλευτικής μετά την ολοκλήρωση ενός εξαμηνιαίου προγράμματος διεπαγγελματικής εκπαίδευσης σε σχέση με τους φοιτητές μιας ομάδας ελέγχου που δεν ολοκλήρωσαν το εν λόγω πρόγραμμα.

Ορισμένες πτυχές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη χρήση της επαφής για τη μείωση των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών. Πρώτον, έχει αποδειχθεί ότι η επαφή μεταξύ ομάδων είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν οι ομάδες έχουν παρόμοιο καθεστώς, εργάζονται συνεργατικά σε ένα έργο και έχουν κοινούς στόχους στην κατάσταση επαφής (Pettigrew και Tropp, 2006). Επομένως, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ φοιτητών διαφορετικών επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να σχεδιάζονται έτσι ώστε να επιτρέπουν τη διεπαγγελματική συνεργασία, η οποία οδηγεί στην επίτευξη κοινών στόχων. Δεδομένων των διαφορών

θέσης-καθεστώτος μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, καθώς και της αυστηρής ιεραρχίας σε πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, έχει ιδιαίτερη σημασία η δημιουργία διεπαγγελματικών συναντήσεων στις οποίες τα μέλη των διαφόρων ομάδων συναντιούνται στο ίδιο επίπεδο (Kauff et al., 2023).

Δεύτερον, η επαφή μεταξύ των ομάδων είναι επίσης πιο αποτελεσματική όταν υποστηρίζεται από άτομα με κύρος (Pettigrew και Tropp, 2006). Κατά συνέπεια, οι εκπαιδευτικοί και άλλα άτομα που είναι υπεύθυνα για τα προγράμματα σπουδών θα πρέπει να τονίζουν ότι η διαομαδική επαφή μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών αποτελεί σημαντικό μέρος της ατζέντας τους.

Τρίτον, η υποστήριξη από τις αρχές θα μπορούσε επίσης να βοηθήσει στην αντιμετώπιση ενός ελλείμματος που εντοπίστηκε πρόσφατα στη βιβλιογραφία για τη διαομαδική επαφή. Μέχρι πρόσφατα, οι ερευνητές παρέβλεπαν ότι οι ευκαιρίες επαφής δεν αξιοποιούνται απαραίτητα και ότι ορισμένα άτομα αποφεύγουν ενεργά την επαφή με μέλη άλλων ομάδων (McKeown και Dixon, 2017). Η διεπαγγελματική εκπαίδευση θα μπορούσε να εφαρμόσει προγράμματα που φέρνουν σκόπιμα σε επαφή φοιτητές από διαφορετικά επαγγέλματα. Μια άλλη επιλογή, ωστόσο, θα ήταν να στηριχθεί στα κίνητρα επαφής ενός ατόμου και να διευκρινιστεί ότι η συμμετοχή σε προγράμματα που προωθούν την επαφή έχει όφελος για τους φοιτητές. Οι φοιτητές θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η επαφή με άλλες επαγγελματικές ομάδες μπορεί να ικανοποιήσει τα κίνητρα αυτοεπέκτασης, την προθυμία τους να αποκτήσουν γνώσεις και τον στόχο να προωθήσουν τη δική τους επαγγελματική σταδιοδρομία (Paolini et al., 2016).

Η επαφή μεταξύ των ομάδων δεν επιτρέπει μόνο την αμοιβαία μάθηση και τη διευκόλυνση των ευνοϊκών αντιλήψεων για τα μέλη της εξωομάδας, αλλά μπορεί επίσης να βοηθήσει στη δημιουργία μιας κοινής κοινωνικής ταυτότητας μεταξύ των μελών διαφορετικών κοινωνικών ομάδων (Pettigrew και Tropp, 2011). Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας υποστηρίζει ότι η συμμετοχή των ατόμων σε κοινωνικές ομάδες αποτελεί σημαντικό μέρος της αυτοαντίληψής τους. Η ένταξη σε κοινωνικές ομάδες παρέχει στα άτομα μια κοινωνική ταυτότητα (Greco et al., 2021). Επιπλέον, η θεωρία υποστηρίζει ότι τα άτομα έχουν κίνητρα για να επιτύχουν και να διατηρήσουν μια θετική κοινωνική ταυτότητα. Κατά συνέπεια, οι ομάδες στις οποίες ανήκουν τα άτομα (ingroups) αξιολογούνται θετικότερα από τις εξωομάδες (outgroups). Δεδομένου ότι η θετικότητα της κοινωνικής ταυτότητας ενός ατόμου εξαρτάται

πάντα από την υπεροχή των ingroups έναντι των outgroups, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι φοιτητές σε προγράμματα σπουδών που σχετίζονται με την υγεία τείνουν να προτιμούν την επαγγελματική τους ομάδα έναντι άλλων (Kauff et al., 2023).

Ένας τρόπος για να ξεπεραστούν οι προκαταλήψεις στην αξιολόγηση της in- έναντι της outgroup είναι να αλλάξει η κατανόηση της δομικής σχέσης μεταξύ των ομάδων. Για παράδειγμα, με τη δημιουργία μιας νέας ομάδας που περιλαμβάνει πρώην μέλη της εντός και της εκτός ομάδας (Gaertner et al., 1989). Οι Brown και Hewstone (2005) προτείνουν ότι η εχθρότητα μεταξύ των ομάδων μπορεί να μειωθεί καλύτερα με τη δημιουργία μιας κοινής υπερκείμενης ομάδας που θα περιλαμβάνει τόσο τις in- όσο και τις outgroups. Στο πλαίσιο της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης αυτό μπορεί να γίνει με τη δημιουργία ομάδων εργασίας (ή μαθημάτων) που περιλαμβάνουν διάφορες υποομάδες φοιτητών από διαφορετικά επαγγέλματα. Στο πλαίσιο αυτών των ομάδων, η κοινωνική ταυτότητα των φοιτητών διαμορφώνεται από την ταύτισή τους με την ομάδα του επαγγέλματός τους καθώς και με τη διεπαγγελματική ομάδα εργασίας (Michalec, Schneider και Mackenzie, 2021). Σε ένα πιο αφηρημένο επίπεδο, τα πανεπιστήμια μπορούν επίσης να αποτελέσουν μια κοινή υπερκείμενη ομάδα. Τα πανεπιστήμια θα πρέπει να μεταφέρουν ότι όχι μόνο εξοπλίζουν τους φοιτητές για να εργαστούν στα αντίστοιχα επαγγέλματα υγείας, αλλά ότι αποτελούν μια υπερκείμενη "οικογένεια επαγγελματιών υγείας" που δεσμεύεται να εκπαιδεύσει επαγγελματίες υγείας γενικά. Ως εκ τούτου, οι φοιτητές δεν θα πρέπει να θεωρούνται μόνο φοιτητές ψυχολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής ή κοινωνικής εργασίας, αλλά - επιπλέον - ως (μελλοντικοί) επαγγελματίες υγείας (Joynes, 2018).

Ωστόσο, μια ιεραρχική δομή στην οποία διαφορετικά επαγγέλματα φωλιάζουν σε ένα κοινό υπερκείμενο επάγγελμα, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε υποτίμηση ορισμένων επαγγελμάτων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη πρωτοτυπίας αυτών των ομάδων για την υπερκείμενη ομάδα (Reese, Berthold και Steffens, 2016). Όταν δύο ομάδες αποτελούν μέρος μιας υπερκείμενης ομάδας, μπορεί να συμβαίνει τα μέλη της μιας ομάδας να αντιλαμβάνονται την εσωτερική τους ομάδα αλλά όχι την εξωτερική ομάδα ως πρωτότυπη για την υπερκείμενη ομάδα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υποτίμηση της εξωομάδας (Wenzel, Mummendey και Waldzus, 2007). Θα μπορούσε, για παράδειγμα, οι φοιτητές ιατρικής να πιστεύουν ότι αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης ομάδας που περιλαμβάνει και φοιτητές νοσηλευτικής. Ωστόσο, οι φοιτητές

ιατρικής αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως πιο πρωτότυπους για την ευρύτερη ομάδα "εμπειρογνώμονες στον τομέα της υγείας" και, κατά συνέπεια, υποτιμούν τους φοιτητές νοσηλευτικής (Waldzus et al., 2004). Ένα αντίδοτο για αυτή τη διαδικασία μπορεί να βρεθεί στον χαρακτηρισμό της υπερκείμενης ομάδας. Τα πανεπιστήμια θα πρέπει να δώσουν τη δυνατότητα στους φοιτητές να ταυτιστούν με μια ευρύτερη περιεκτική ομάδα "επαγγελματιών υγείας γενικά" στο εκάστοτε ίδρυμα. Επιπλέον, τα πανεπιστήμια πρέπει να κατασκευάσουν αυτή τη μεγαλύτερη ομάδα με τρόπο που να καθορίζεται από την ποικιλομορφία της. Κατά συνέπεια, ο διεπαγγελματισμός θα πρέπει να αποτελεί σημαντικό μέρος της δήλωσης αποστολής ενός πανεπιστημίου (Kauff et al., 2023).

Η ποικιλομορφία (diversity) αναφέρεται στις διαφορές μεταξύ των ατόμων σε οποιοδήποτε χαρακτηριστικό που μπορεί να οδηγήσει στην αντίληψη ότι ένα άλλο άτομο είναι διαφορετικό από τον εαυτό του (van Knippenberg, De Dreu και Homan, 2004). Το επαγγελματικό υπόβαθρο των ατόμων αποτελεί μια διάσταση της ποικιλομορφίας. Πληθώρα ερευνών ασχολήθηκε με το ερώτημα αν οι ποικιλόμορφες ομάδες υπερτερούν των ομοιογενών ομάδων όσον αφορά τη λειτουργία και την παραγωγικότητα της ομάδας (Salas, 2020). Είναι πλέον γνωστό ότι η σχέση μεταξύ της ποικιλομορφίας και των αποτελεσμάτων των ομάδων εργασίας εξαρτάται από μια σειρά μετριοπαθών μεταβλητών (Van Knippenberg et al., 2004) - μεταξύ των οποίων και οι πεποιθήσεις για την ποικιλομορφία (Homan, 2019). Οι πεποιθήσεις για τη διαφορετικότητα μπορούν να οριστούν ως οι πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα σχετικά με το πώς η σύνθεση της ομάδας επηρεάζει τη λειτουργία της ομάδας, δηλαδή αν τα άτομα αντιλαμβάνονται τη διαφορετικότητα ως ευεργετική, επιζήμια ή ουδέτερη για τη λειτουργία της ομάδας (van Dick et al., 2008). Μελέτες έχουν καταδείξει ότι στο πλαίσιο ποικιλόμορφων ομάδων είναι ζωτικής σημασίας τα μέλη της ομάδας να έχουν πεποιθήσεις υπέρ της ποικιλομορφίας (δηλαδή πεποιθήσεις ότι η ποικιλομορφία αποτελεί πλεονέκτημα για την ομάδα). Οι Van Dick και συν. (2008), για παράδειγμα, έδειξαν ότι τα μέλη που είχαν πεποιθήσεις υπέρ της διαφορετικότητας ταυτίζονταν πιο έντονα με τις διαφορετικές ομάδες σε σχέση με εκείνα που είχαν κριτική στάση απέναντι στη διαφορετικότητα. Επιπλέον, οι Homan και συν. (2008) έδειξαν ότι οι ποικιλόμορφες ομάδες ήταν πιο παραγωγικές από τις ομοιογενείς ομάδες όταν τα μέλη της ομάδας είχαν πεποιθήσεις για την εργαλειακή αξία της ποικιλομορφίας (Leslie και Flynn, 2022).

Συνοψίζοντας, οι ποικιλόμορφες ομάδες (μεταξύ των οποίων και οι ομάδες που αποτελούνται από μέλη με διαφορετικό εκπαιδευτικό/επαγγελματικό υπόβαθρο) μπορούν να αποδίδουν καλύτερα από τις ομοιογενείς ομάδες όταν τα μέλη πιστεύουν στο όφελος της ποικιλομορφίας για τη λειτουργία της ομάδας. Κατά συνέπεια, οι εκπαιδευτές επαγγελματιών υγείας θα πρέπει όχι μόνο να τονίζουν την ύπαρξη της ποικιλομορφίας ως αξία μιας υπερκείμενης ομάδας, αλλά και να τονίζουν ότι η ποικιλομορφία καθιστά την ομάδα πιο παραγωγική και πιο ικανή να επιλύει σύνθετα προβλήματα υγείας. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να αυξηθεί η ταύτιση με την ομάδα, η επεξεργασία πληροφοριών εντός της ομάδας και η απόδοση της ομάδας. Στο πλαίσιο της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης, το όφελος της ποικιλομορφίας μπορεί να τονιστεί με την εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, το οποίο υποδηλώνει ότι η ασθένεια και η υγεία είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Τα ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία μπορούν να αντιμετωπιστούν καλύτερα από επαγγελματίες από διαφορετικά επαγγέλματα που συνεργάζονται διεπαγγελματικά (Kauff et al., 2023).

Οι πεποιθήσεις υπέρ της διαφορετικότητας μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση των προκαταλήψεων και των αμοιβαίων διακρίσεων (Kauff, Asbrock και Schmid, 2020). Οι συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών προκύπτουν συχνά από διαφορετικές μορφές διαομαδικής απειλής (Nelson, 2016). Οι φοιτητές νοσηλευτικής, για παράδειγμα, μπορεί να αισθάνονται ότι απειλούνται από τους φοιτητές ιατρικής επειδή φοβούνται ότι στους φοιτητές ιατρικής διατίθενται περισσότεροι πόροι. Οι φοιτητές της κοινωνικής εργασίας μπορεί να αισθάνονται ότι απειλούνται από την ιδέα ότι οι φοιτητές ψυχολογίας θεωρούνται πιο ικανοί στη συμβουλευτική εργασία σε κλινικά περιβάλλοντα. Οι Kauff και Wagner (2012) θα μπορούσαν να δείξουν ότι οι πεποιθήσεις υπέρ της διαφορετικότητας μπορούν να μειώσουν αυτές τις αντιλήψεις απειλής και, κατά συνέπεια, να μειώσουν τις συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων.

Κεφάλαιο 4ο- Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας και συνεργασίας

4.1. Ο ρόλος της ομάδας

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι οργανισμοί έχουν στραφεί όλο και περισσότερο στη χρήση ομάδων και τις έχουν καταστήσει μέρος της καθημερινής ρουτίνας, και όλα αυτά για διάφορους λόγους, όπως η δυνατότητα ανταπόκρισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, η συμμετοχή σε προσπάθειες συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας και η διαχείριση έργων εργασίας μέσω διεπιστημονικών ομάδων (O'Neill και Salas, 2018). Στη συγκεκριμένη περίπτωση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, η ομαδική εργασία είναι απαραίτητη για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και η έλλειψη ομαδικής εργασίας έχει αναγνωριστεί στη βιβλιογραφία ως βασικό τρωτό σημείο όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών (Buljac-Samardzic, Doekhie και van Wijngaarden, 2020).

Οι Kozlowski και Hgen (2006) παρέχουν έναν αρκετά εμπειριστατωμένο ορισμό των ομάδων, περιγράφοντάς τες ως δύο ή περισσότερα άτομα που αλληλεπιδρούν κοινωνικά (πρόσωπο με πρόσωπο ή, ολοένα και περισσότερο, εικονικά), διαθέτουν έναν ή περισσότερους κοινούς στόχους, συγκεντρώνονται για να εκτελέσουν οργανωτικά συναφή καθήκοντα, παρουσιάζουν αλληλεξαρτήσεις όσον αφορά τη ροή εργασίας, τους στόχους και τα αποτελέσματα, έχουν διαφορετικούς ρόλους και αρμοδιότητες και είναι από κοινού ενσωματωμένα σε ένα περιεκτικό οργανωτικό σύστημα, με όρια και συνδέσεις με το ευρύτερο πλαίσιο του συστήματος και το περιβάλλον των καθηκόντων. Αν και εξαντλητική, η προσέγγιση αυτή ορίζει τις ομάδες με έναν κάπως μηχανιστικό τρόπο όσον αφορά τον σχεδιασμό τους, με εξωτερική εστίαση. Η άποψη αυτή έχει αντιμετωπιστεί με μια διαφορετική οπτική γωνία που βλέπει τις ομάδες ως πιο δυναμικές και ως αυτοδημιουργούμενες οντότητες. Αυτό οδήγησε τους Humprey και Amy (2014) να ορίσουν τις ομάδες ως σύνολα αλληλοεξαρτώμενων σχέσεων και δραστηριοτήτων που οργανώνουν μεταβαλλόμενα σύνολα ή υποσύνολα συμμετεχόντων, ενσωματωμένα σε ευρύτερα περιβάλλοντα πόρων και θεσμικά περιβάλλοντα και συναφή με αυτά.

Από την άλλη πλευρά, η ομαδική εργασία είναι μια διαδικασία που αναδύεται από τις αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται μεταξύ των μελών της ομάδας (Carley, 1991) και μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο αλληλένδετων σκέψεων, ενεργειών και συναισθημάτων κάθε μέλους της ομάδας που απαιτούνται για τη λειτουργία ως ομάδα και που συνδυάζονται για να διευκολύνουν τη συντονισμένη, προσαρμοστική απόδοση και τους στόχους της εργασίας που οδηγούν σε αποτελέσματα προστιθέμενης αξίας (Salas, Sims και Burke, 2005). Η ομαδική εργασία αντικατοπτρίζει τις συμπεριφορές και τις αλληλεπιδράσεις λεπτό προς λεπτό που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των μελών της ομάδας εργασίας κατά την εκτέλεση μιας εργασίας (Salas, Burke και Cannon-Bowers, 2000). Όπως προτείνεται από τους Salas και συν. (2000), η ομαδική εργασία καθοδηγείται από ορισμένες θεμελιώδεις αρχές: χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο συμπεριφορών, γνώσεων και στάσεων που θα πρέπει να είναι ευέλικτες και προσαρμοστικές- τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να παρακολουθούν το ένα το άλλο και να αισθάνονται ασφάλεια για να παρέχουν ανατροφοδότηση και άνεση όταν τη λαμβάνουν- τα μέλη της ομάδας θα πρέπει επίσης να είναι πρόθυμα και ικανά να παρέχουν υποστήριξη σε άλλα μέλη της ομάδας στις λειτουργίες και τις δραστηριότητές τους- η ομαδική εργασία περιλαμβάνει σαφή, ακριβή και συνοπτική επικοινωνία- τα μέλη της ομάδας πρέπει να είναι σε θέση να συντονίζονται αμοιβαία για να αναλαμβάνουν συλλογική δράση- η ομαδική εργασία απαιτεί ηγεσία που παρέχει κατεύθυνση, προγραμματισμό, κατανομή και συντονισμό δραστηριοτήτων- και, τέλος, η ομαδική εργασία υπόκειται σε εξωτερικές επιρροές καθώς και στις απαιτήσεις του ίδιου του έργου.

Όπως σε όλους τους οργανισμούς, οι ομάδες είναι διάχυτες στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης και παίρνουν ποικίλες μορφές, από διάφορες μονάδες ή ομάδες εργασίας που έχουν μόνιμο χαρακτήρα έως ομάδες "ad hoc" (επιτροπές, συνεδριάσεις κ.λπ.) που είναι κατεξοχήν προσωρινές. Προκειμένου να διαχειριστούμε αυτή την ποικιλία ομάδων, ο καθορισμός μιας τυπολογίας θα μας επιτρέψει να κατανοήσουμε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της λειτουργίας τους. Εκτός του ότι διαφέρουν σε σχέση με τους σκοπούς που εξυπηρετούν, οι επίσημες ομάδες (μόνιμες ή προσωρινές) διαφέρουν επίσης ανάλογα με τα βασικά χαρακτηριστικά του τρόπου λειτουργίας τους. Ο τρόπος λειτουργίας τους καθορίζεται από δύο βασικές διαστάσεις: την ομαδική αλληλεπίδραση και την αλληλεξάρτηση. Η αλληλεπίδραση της ομάδας σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της ομάδας συμπεριφέρονται μαζί, σε

κάποια αναγνωρισμένη σχέση μεταξύ τους (McGrath, 1984), με σκοπό την εκτέλεση ενός έργου. Η αλληλεξάρτηση της ομάδας είναι ο βαθμός στον οποίο τα μέλη της ομάδας συνεργάζονται, εξαρτώνται το ένα από το άλλο και εργάζονται διαδραστικά για την ολοκλήρωση των ομαδικών καθηκόντων (Stewart και Barrick, 2000). Αν και σχετίζονται, οι δύο έννοιες είναι ανεξάρτητες υπό την έννοια ότι, αν και οι ομάδες με υψηλό βαθμό αλληλεξάρτησης έχουν επίσης υψηλό βαθμό αλληλεπίδρασης, δεν συμβαίνει πάντα το ίδιο με την αντίθετη έννοια. Δηλαδή, οι ομάδες με υψηλό βαθμό αλληλεπίδρασης δεν έχουν απαραίτητα υψηλό βαθμό αλληλεξάρτησης, καθώς τα μέλη της ομάδας μπορεί να αλληλεπιδρούν αλλά να μην εξαρτώνται το ένα από το άλλο (Mach, Abrantes και Soler, 2021).

4.1.1. Αλληλεπίδραση της ομάδας

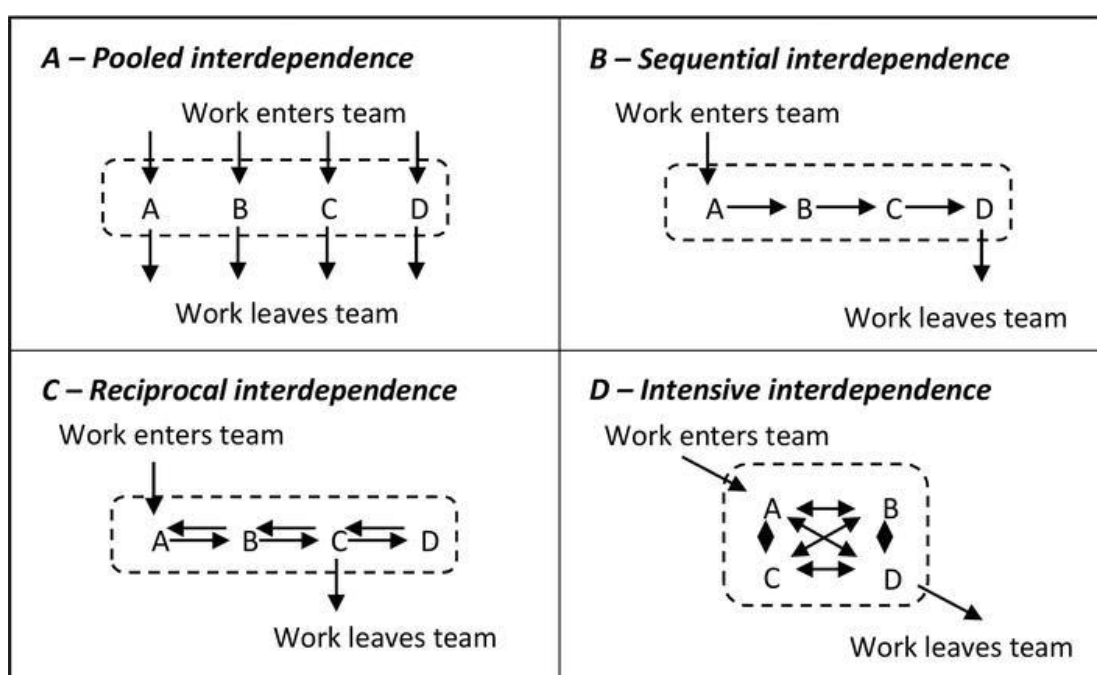
Η ομαδική αλληλεπίδραση αποτελεί κεντρικό στοιχείο της ομαδικής εργασίας και αντιπροσωπεύει σύνθετα, διαχρονικά φαινόμενα με πολυεπίπεδες εκδηλώσεις (Lehmann-Willenbrock και Allen, 2017). Είναι σύνθετη επειδή περιλαμβάνει ένα πλέγμα συμπεριφορικών συνδέσεων μεταξύ των μελών της ομάδας- είναι χρονική επειδή η ίδια η εκτέλεση των ομαδικών εργασιών έχει μια χρονική διάσταση που εκτυλίσσεται με την πάροδο του χρόνου με συγκεκριμένο ρυθμό και ρυθμό- και εκδηλώνεται σε πολλά επίπεδα επειδή εμφολεύει σε ατομικές και συλλογικές συμπεριφορές. Η ομαδική αλληλεπίδραση υπόκειται επομένως σε επιρροές από στοιχεία που σχετίζονται με τα άτομα, από στοιχεία εντός της ίδιας της ομάδας και από σχεσιακούς παράγοντες. Οι ατομικοί παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, τη στάση των μελών της ομάδας απέναντι στην εργασία και την ομάδα. Οι συνεργατικές στάσεις θα προωθήσουν καλύτερες αλληλεπιδράσεις από τις ανταγωνιστικές. Όσον αφορά τους παράγοντες της ομάδας, για παράδειγμα, οι Lehmann-Willenbrock και Allen (2014) παρατήρησαν ότι το χιούμορ που εξετάζεται σε επίπεδο ομάδας έχει θετική επίδραση στη συχνότητα των αλληλεπιδράσεων εντός της ομάδας. Από σχεσιακής άποψης, οι διαφορές στο καθεστώς και τη δύναμη εντός της ομάδας επηρεάζουν επίσης το επίπεδο αλληλεπίδρασης, με την εν λόγω αλληλεπίδραση να αυξάνεται όσο μικρότερες είναι οι διαφορές στο καθεστώς και τη δύναμη. Το επίπεδο αλληλεπίδρασης της ομάδας έχει επίσης σημαντικά και θετικά αποτελέσματα για τις ομάδες. Μια τέτοια συνέπεια είναι η ανάπτυξη παρόμοιων

νοητικών μοντέλων της ομάδας, τα οποία μπορούν να οριστούν ως μια κοινή κατανόηση μεταξύ των μελών της ομάδας σχετικά με τα βασικά στοιχεία στο σχετικό περιβάλλον της ομάδας (Mohammed, Ferzandi και Hamilton, 2010). Η ομοιότητα των νοητικών μοντέλων της ομάδας έχει θετικά αποτελέσματα σε διάφορες διαστάσεις, όπως η απόδοση της ομάδας και η ικανότητα προσαρμογής (Maynard, Kennedy και Sommer, 2015).

4.1.2. Αλληλεξάρτηση εντός της ομάδας

Αν και η αλληλεξάρτηση της ομάδας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας ενιαίος γενικός παράγοντας, μπορεί επίσης να θεωρηθεί σε τρεις διαφορετικές διαστάσεις: αλληλεξάρτηση καθήκοντος, στόχου και αποτελέσματος (Gully et al., 2002). Η αλληλεξάρτηση καθήκοντος αφορά τον βαθμό αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών που προκαλείται από το καθήκον- η αλληλεξάρτηση στόχου αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ των μελών που προκύπτουν από τον τύπο του στόχου (για παράδειγμα, αν είναι ατομικός ή ομαδικός) που οδηγεί τις επιδόσεις και τις προσπάθειες των μελών- η αλληλεξάρτηση αποτελέσματος αναφέρεται στην αλληλεξαρτώμενη ανατροφοδότηση και τις ανταμοιβές, όπως αυτές σχετίζονται με την ατομική ή τη συλλογική απόδοση. Αυτοί οι τύποι αλληλεξάρτησης έχουν διαφορετικές συνέπειες στην απόδοση της ομάδας. Για παράδειγμα, σε μια μετα-ανάλυση, οι Courtright και συν. (2015) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αλληλεξάρτηση καθήκοντος και αποτελέσματος επηρεάζουν την απόδοση μέσω διαφορετικών μηχανισμών. Η αλληλεξάρτηση καθήκοντος συνδέεται κυρίως με την ομαδική απόδοση μέσω των επιπτώσεών της στη λειτουργία της ομάδας σε σχέση με το καθήκον, όπως μέσω ενεργειών ή διαδικασιών μετάβασης ή μέσω της ομαδικής αποτελεσματικότητας. Αντίθετα, η αλληλεξάρτηση αποτελέσματος συνδέεται κυρίως με την απόδοση της ομάδας μέσω των επιπτώσεών της στη λειτουργία της ομάδας σε σχέση με τις σχεσιακές πτυχές, όπως οι διαπροσωπικές διαδικασίες ή η συνοχή. Ωστόσο, αν και διακριτοί, αυτοί οι τρεις τύποι αλληλεξάρτησης συνδέονται σε μεγάλο βαθμό. Όπως υποστηρίζουν οι Gully και συν. (2002), όταν τα μέλη της ομάδας εκτελούν ένα ιδιαίτερα αλληλεξαρτώμενο έργο, τείνουν να έχουν αλληλεξαρτώμενους στόχους και αποτελέσματα.

Ειδικότερα, η αλληλεξάρτηση εργασιών έχει μελετηθεί ευρέως (Bachrach et al., 2006) για τις επιπτώσεις της στον τρόπο λειτουργίας και απόδοσης των ομάδων. Για παράδειγμα, για να καθοριστεί ο τρόπος ανάθεσης αποτελεσμάτων σε μεμονωμένα μέλη της ομάδας, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι τύποι των εργασιών που εκτελεί η ομάδα. Το μοντέλο ομαδικών εργασιών του Thompson (1967) (Εικόνα 1) μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο η εργασία που εκτελεί ένα μέλος επηρεάζει αυτό που κάνουν τα άλλα μέλη της ομάδας, καθώς και στον προσδιορισμό του πιο αποτελεσματικού τρόπου κατανομής των αποτελεσμάτων ή/και των ανταμοιβών. Στην ουσία, το μοντέλο αυτό αποκαλύπτει τη μορφή που μπορεί να λάβει η αλληλεξάρτηση εργασιών.



Εικόνα 1 Τύποι αλληλεξάρτησης εργασιών (με βάση το μοντέλο Thompson για τις ομαδικές εργασίες)

Πηγή: <https://www.intechopen.com/chapters/76172>

Στον τύπο εργασίας συγκεντρωτικής αλληλεξάρτησης (pooled interdependence), τα μέλη εξαρτώνται το ένα από το άλλο μόνο επειδή ανήκουν στον ίδιο οργανισμό ή τμήμα. Κάθε μέλος της ομάδας συνεισφέρει ξεχωριστά και ανεξάρτητα στη συνολική απόδοση της ομάδας. Μπορεί να ανταγωνίζονται για πόρους, αλλά, γενικά, λειτουργούν σχετικά ανεξάρτητα (Thompson, 1967). Υπάρχει μικρή αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών και υπάρχουν λίγες δυνητικά δυσλειτουργικές συνέπειες. Αυτή η συγκεντρωτική αλληλεξάρτηση παράγει προσθετικές εκροές. Κλασικά παραδείγματα

περιλαμβάνουν μια ομάδα αντιπροσώπων πωλήσεων σε μια φαρμακευτική εταιρεία ή μια ομάδα ιατρών σε ένα κέντρο υγειονομικής περίθαλψης.

Τα ομαδικά καθήκοντα που βασίζονται στη διαδοχική αλληλεξάρτηση (sequential interdependence) απαιτούν συγκεκριμένες συμπεριφορές που πρέπει να εκτελούνται από τα μέλη της ομάδας με προκαθορισμένη σειρά. Το επίπεδο απόδοσης κάθε μέλους επηρεάζει, κατά συνέπεια, την απόδοση των άλλων μελών στη συνέχεια. Σε αυτόν τον τύπο εργασίας, οι εκροές των μελών απαιτούνται για να εκτελέσουν τα επόμενα μέλη τα καθήκοντά τους. Προβλήματα προκύπτουν εάν τα πρώτα μέλη δεν εκτελούν αποτελεσματικά τα καθήκοντά τους, με αποτέλεσμα τα επόμενα μέλη να αναγκάζονται ενδεχομένως να υιοθετήσουν αμυντικές στρατηγικές. Όταν οι δραστηριότητες των μελών της ομάδας είναι διαδοχικά αλληλοεξαρτώμενες, το επίπεδο απόδοσης του λιγότερο ικανού ή με τις χειρότερες επιδόσεις μέλους της ομάδας καθορίζει τη συνολική απόδοση της ομάδας (Thompson, 1967). Παραδείγματα διαδοχικής αλληλεξάρτησης περιλαμβάνουν κάθε είδους εργασία σε γραμμή συναρμολόγησης, όπου το τελικό προϊόν είναι το αποτέλεσμα των διαδοχικών εισροών όλων των μελών της ομάδας.

Σε εργασίες με αμοιβαία αλληλεξάρτηση (reciprocal interdependence), οι δραστηριότητες όλων των μελών της ομάδας εργασίας εξαρτώνται πλήρως η μία από την άλλη, έτσι ώστε η απόδοση κάθε μέλους να επηρεάζει την απόδοση κάθε άλλου μέλους της ομάδας. Οι ομάδες εργασίας που εκτελούν εργασίες που χαρακτηρίζονται από αυτή την αμοιβαία αλληλεξάρτηση τείνουν να αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα συντονισμού λόγω των απρόβλεπτων ομαδικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων. Δεν υπάρχει καθορισμένη σειρά των δραστηριοτήτων της ομάδας όταν τα καθήκοντά της είναι οργανωμένα αμοιβαία, σε αντίθεση με όταν τα καθήκοντα είναι οργανωμένα με διαδοχικό τρόπο (Thompson, 1967). Ένα παράδειγμα αμοιβαίας αλληλεξάρτησης θα μπορούσε να είναι τα πρωτόκολλα που έχουν καθιερωθεί για τη χειρουργική μεταμόσχευση οργάνων.

Η εντατική αλληλεξάρτηση (Intensive interdependence) είναι ένα βήμα μπροστά από την αμοιβαία αλληλεξάρτηση. Αυτός ο τύπος αλληλεξάρτησης προϋποθέτει ένα πλήρως συνδεδεμένο δίκτυο επικοινωνίας. Οι δραστηριότητες κάθε μέλους της ομάδας προηγούνται και απαιτούνται για τις δραστηριότητες όλων των άλλων μελών της ομάδας. Οι ομάδες με αυτόν τον τύπο αλληλεξάρτησης έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα σύγκρουσης και απαιτούν τον μεγαλύτερο αριθμό αποτελεσματικών

μηχανισμών επικοινωνίας (Thompson, 1967). Παραδείγματα ομάδων εργασίας των οποίων τα καθήκοντα είναι έντονα αλληλεξαρτώμενα περιλαμβάνουν ομάδες χειρουργείου σε νοσοκομεία, ομάδες ανώτατης διοίκησης, ομάδες επειγόντων περιστατικών και ομάδες E&A.

Με την αύξηση της αλληλεξάρτησης -αμοιβαία αλληλεξάρτηση, διαδοχική, αμοιβαία και εντατική-, μπορεί να αυξηθεί η πιθανότητα συγκρούσεων και δυσλειτουργικών συμπεριφορών (D'Silva, Ortega και Sulaiman, 2016). Ωστόσο, η έρευνα παρέχει ισχυρές ενδείξεις ότι η σχέση μεταξύ της αποτελεσματικότητας της ομάδας (αντίληψη της ομάδας σχετικά με την ικανότητά της να εκτελεί ένα συγκεκριμένο έργο) και της απόδοσης είναι ισχυρότερη όταν η αλληλεξάρτηση αυτή είναι υψηλή σε σύγκριση με όταν είναι χαμηλή (Gully et al., 2002).

4.1.3. Τύποι ομάδων

Με βάση τις δύο διαστάσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης των ομάδων, μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις τύπους οργανωτικών ομάδων: Προσωπικό (staff), ομάδα με απομακρυσμένο έλεγχο (remote-controlled group), συντονισμένη ομάδα (coordinated group) και ομάδα (team). Στον τύπο ομάδας staff υπάρχει εγγύτητα ή κοινωνική επαφή μεταξύ των ατόμων που απαρτίζουν την ομάδα, αν και τα καθήκοντά τους δεν είναι αλληλοεξαρτώμενα. Τα αποτελέσματα αυτής της ομάδας είναι γενικά προσθετικά, δηλαδή αντιστοιχούν στο άθροισμα των αποτελεσμάτων των μεμονωμένων μελών. Αντίθετα, δεν υπάρχει αλληλεπίδραση ή αλληλεξάρτηση μεταξύ των μελών σε μια ομάδα με απομακρυσμένο έλεγχο. Η ομάδα είναι απλώς "συμβολική" και υπάρχει για τους σκοπούς του οργανισμού, αλλά δεν ενεργεί ως ομάδα όσον αφορά την εργασία που διεξάγεται από τα μέλη της. Στη Συντονισμένη ομάδα δεν υπάρχει άμεση επαφή μεταξύ των μελών της, αν και μπορεί να εξαρτώνται το ένα από το άλλο για την εκτέλεση της εργασίας τους. Και η ομάδα team χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης μεταξύ των μελών της (Mach, Abrantes και Soler, 2021).

4.1.4. Φύση των καθηκόντων της ομάδας

Υπάρχουν πολυάριθμες διαστάσεις με βάση τις οποίες μπορούν να ταξινομηθούν οι εργασίες. Μια εργασία είναι προσθετική (additive) όταν η επιτυχία της ομάδας εξαρτάται από το άθροισμα των επιτεύξεων των επιμέρους μελών της ομάδας. Τα προσθετικά καθήκοντα είναι διαιρετά και η επίδοση της ομάδας είναι συνάρτηση της μέσης ικανότητας των ατόμων εντός της. Για τα προσθετικά καθήκοντα, η δυναμική απόδοση της ομάδας αυξάνεται με το μέγεθος της ομάδας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα προσθετικής εργασίας είναι μια σκυταλοδρομία, στην οποία το τελικό αποτέλεσμα αντιπροσωπεύει το άθροισμα των επιδόσεων κάθε μέλους. Σε γενικές γραμμές, περισσότερα άτομα που καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια θα έχουν ως αποτέλεσμα καλύτερο αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, η ομάδα διαλογής έκτακτων περιστατικών ενός νοσοκομείου εκτελεί ένα προσθετικό είδος εργασίας όταν αναλίστει κανείς τον αριθμό των διαλεγμένων ασθενών ως μέτρο της απόδοσής της. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει το άθροισμα της απόδοσης κάθε μέλους της ομάδας διαλογής (Mach, Abrantes και Soler, 2021).

Συνδυαστικές εργασίες (Conjunctive tasks) είναι εκείνες που απαιτούν τη συμβολή όλων των μελών της ομάδας για την ολοκλήρωση του προϊόντος ή της παραγωγής. Η ομαδική εργασία δεν μπορεί να ολοκληρωθεί επιτυχώς έως ότου όλα τα μέλη ολοκληρώσουν το δικό τους μέρος της εργασίας. Αυτό σημαίνει ότι η ταχύτητα και η ποιότητα της απόδοσης της ομάδας καθορίζονται από το λιγότερο ειδικευμένο ή κατώτερο μέλος, όπως σε μια γραμμή συναρμολόγησης που περιορίζεται από τον πιο αδύναμο κρίκο της. Τόσο η δυναμική όσο και η πραγματική απόδοση των συζευκτικών εργασιών μειώνεται όσο αυξάνεται το μέγεθος της ομάδας. Ένα παράδειγμα συζευκτικής εργασίας θα μπορούσε να είναι μια ομάδα εργασίας για την ανάπτυξη ενός νέου πρωτοκόλλου για την επίλυση των σημείων συμφόρησης σε ένα δωμάτιο επειγόντων περιστατικών ενός νοσοκομείου, στο οποίο κάθε μέλος της ομάδας έχει συγκεκριμένες γνώσεις χωρίς τις οποίες η εργασία δεν μπορεί να ολοκληρωθεί (Mohammed, Mathieu και Bartlett, 2002).

Μια διαζευκτική εργασία (disjunctive task) είναι μια εργασία στην οποία η απόδοση της ομάδας εξαρτάται από την απόδοση του καλύτερου μέλους της ομάδας, συνήθως μια εργασία που περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεων ή την επίλυση προβλημάτων. Ένα παράδειγμα είναι μια ερευνητική ομάδα που αναζητά ένα μοναδικό σφάλμα σε

ένα περίπλοκο πρόγραμμα υπολογιστή. Τα διαζευκτικά καθήκοντα απαιτούν από τα μέλη της ομάδας να καθορίσουν μια μοναδική λύση ή να λάβουν μια απόφαση ή σύσταση που θα υιοθετηθεί εκ μέρους ολόκληρης της ομάδας. Αυτό σημαίνει ότι η απόδοση της ομάδας τείνει να καθορίζεται από το πιο ικανό ή λογικά σκεπτόμενο μέλος. Η δυναμική απόδοση των ομάδων που εκτελούν διαζευκτικές εργασίες αυξάνεται με το μέγεθος της ομάδας. Στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, ένα παράδειγμα διαζευκτικής εργασίας είναι μια εβδομαδιαία συνάντηση κλινικών περιστατικών σε ένα νοσοκομείο (ή η ηλεκτρονική της εκδοχή). Τα διαζευκτικά καθήκοντα κυριαρχούν στις συντονισμένες ομάδες και τις ομάδες που είδαμε παραπάνω, αν και τα συζευκτικά καθήκοντα εκτελούνται επίσης συχνά από αυτούς τους τύπους ομάδων (Steiner, 1972).

4.2. Ορισμός διατομεακής συνεργασίας

Στο χώρο της βιβλιογραφίας για την υγεία, ο όρος "διατομεακή συνεργασία" σημαίνει συχνά συλλογικές δράσεις στις οποίες συμμετέχουν πολλοί εξειδικευμένοι φορείς, καθένας από τους οποίους συνεισφέρει διακριτούς ρόλους προς την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Είναι ζωτικής σημασίας να σημειωθεί ότι, ενώ οι πολυτομεακές δράσεις είναι απαραίτητες, δεν επαρκούν από μόνες τους για να αποτελέσουν διατομεακή συνεργασία. Κατά συνέπεια, οι κάθετες πολυτομεακές δράσεις, ακόμη και αν σχετίζονται, δεν πληρούν τα κριτήρια της πραγματικής διατομεακής συνεργασίας (Adeleye και Ofili, 2010).

Η σημασία του συντονισμού των προσπαθειών των διαφόρων τομέων τονίζεται στη Διακήρυξη της Άλμα Άτα του 1978, και συγκεκριμένα στο άρθρο VII (4), το οποίο αναφέρει ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει όχι μόνο τον τομέα της υγείας αλλά και συναφείς τομείς όπως η γεωργία, η κτηνοτροφία, τα τρόφιμα, η βιομηχανία, η εκπαίδευση, η στέγαση, τα δημόσια έργα και οι επικοινωνίες. Απαιτεί τις συντονισμένες προσπάθειες όλων αυτών των τομέων. Το άρθρο VIII υπογραμμίζει περαιτέρω την ανάγκη για τις κυβερνήσεις να διαμορφώσουν ολοκληρωμένες εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης για την υγεία που να ενσωματώνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ένα ευρύτερο εθνικό σύστημα υγείας, σε συντονισμό με άλλους τομείς. Αυτό απαιτεί πολιτική βούληση, αποτελεσματική

αξιοποίηση των πόρων της χώρας και ορθολογική χρήση των διαθέσιμων εξωτερικών πόρων (WHO, 1978).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει υποστηρίξει την έννοια της διατομεακής δράσης για την υγεία (ΔΔΥ) ως μια διαχειρίσιμη διαδικασία που περιλαμβάνει συγκεκριμένες σχέσεις μεταξύ τμημάτων του τομέα της υγείας και τμημάτων άλλου τομέα. Οι σχέσεις αυτές δημιουργούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ζητημάτων και την επίτευξη αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας με τρόπο πιο αποτελεσματικό, αποδοτικό και βιώσιμο από ό,τι θα μπορούσε να επιτύχει ο τομέας της υγείας μόνος του. Αυτή η αναγνωρισμένη σχέση σηματοδοτεί μια δομημένη και λειτουργική σύνδεση και όχι απλώς μια εννοιολογική. Η βελτιωμένη αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και βιωσιμότητα προκύπτουν από σαφώς καθορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες στο πλαίσιο της συνεργασίας. Για τους σκοπούς της παρούσας συζήτησης, η ΔΔΥ μπορεί να θεωρηθεί συνώνυμη με τη διατομεακή συνεργασία για την υγεία. Είναι ουσιώδες να αναγνωριστεί ότι η εν λόγω συνεργασία μπορεί να λάβει χώρα εντός διαφορετικών κυβερνητικών υπηρεσιών και φορέων, καθώς και μεταξύ οντοτήτων τόσο εντός όσο και εκτός της κυβέρνησης, συμπεριλαμβανομένων οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, κερδοσκοπικών ιδιωτικών οργανισμών και κοινοτήτων (WHO, 1997).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, έννοια που διατυπώνεται στο καταστατικό του και επαναλαμβάνεται στη Διακήρυξη της Άλμα Άτα. Αυτές οι περιεκτικές διαστάσεις της ευημερίας υπερβαίνουν την ικανότητα του τομέα της υγείας να τις αντιμετωπίσει από μόνος του (WHO, 2023).

Η εξέταση των στρατηγικών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ΠΦΥ) μεμονωμένα αποκαλύπτει την εξάρτησή τους από ένα ευρύ φάσμα εισροών από διάφορους τομείς. Η ενίσχυση του αλφαριθμητισμού εμπίπτει στην αρμοδιότητα του τομέα της εκπαίδευσης, ενώ η ανάπτυξη της κατάλληλης τεχνολογίας απαιτεί εισροές από τον τεχνολογικό και τον βιομηχανικό τομέα. Οι πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στη μείωση της φτώχειας βασίζονται σε στρατηγικές παρεμβάσεις από τους τομείς του οικονομικού σχεδιασμού, απαιτώντας πολυτομεακή εφαρμογή. Κατά συνέπεια, οι στρατηγικές ΠΦΥ απαιτούν εγγενώς εισροές από πολλούς τομείς.

Οι ομάδες είναι κοινωνικές οντότητες που αποτελούνται από μέλη τα οποία μοιράζονται υψηλή αλληλεξάρτηση εργασιών και κοινούς στόχους που εκτιμώνται και μοιράζονται (Dyer, 1984). Η ομαδική εργασία αντιπροσωπεύει μια δυναμική διαδικασία στην οποία συμμετέχουν δύο ή περισσότεροι επαγγελματίες υγείας με διαφορετικό υπόβαθρο και δεξιότητες, οι οποίοι συνεργάζονται για την επίτευξη κοινών στόχων υγείας και εφαρμόζουν συντονισμένη σωματική και πνευματική προσπάθεια στην αξιολόγηση, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Xyriichis και Ream, 2008). Εκτεταμένες έρευνες δείχνουν ότι οι καλά λειτουργούσες διεπιστημονικές ομάδες υγείας έχουν θετικό αντίκτυπο τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ασθενείς που λαμβάνουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Jacobson, 2012). Η διεπιστημονική ομαδική εργασία έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, την παρακίνηση του προσωπικού, τη συνεργασία της ομάδας, τη δέσμευση και την ικανότητα υιοθέτησης της διαφορετικότητας (Griffiths, Austin και Luker, 2004). Πολυάριθμες μελέτες δείχνουν ότι οι διεπιστημονικές κλινικές ομάδες επιτυγχάνουν ανώτερα κλινικά αποτελέσματα σε σύγκριση με τις συμβατικές ρυθμίσεις περίθαλψης, ιδίως για άτομα με χρόνιες ασθένειες (Sommers et al., 2000- Wells et al., 2000- Arevian, 2005). Για παράδειγμα, η αποτελεσματική ομαδική εργασία στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει συνδεθεί με τη βελτίωση της ανίχνευσης, της θεραπείας, της παρακολούθησης και των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς με υπέρταση (Adorian et al., 1990). Επιπλέον, η ενισχυμένη ομαδική εργασία και το θετικό κλίμα της ομάδας έχουν συσχετιστεί με βελτιωμένες διαδικασίες περίθαλψης για ασθενείς με διαβήτη (Stevenson et al., 2001), καθώς και με βελτιωμένη συνέχεια της περίθαλψης, προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη και ικανοποίηση των ασθενών (Campbell et al., 2001).

Οι διεπιστημονικές ομάδες, αν και προσφέρουν πολύτιμες συνεισφορές, δεν στερούνται των προκλήσεών τους. Οι προκλήσεις αυτές προέρχονται κυρίως από την αυξημένη οργανωτική πολυπλοκότητα, συμπεριλαμβανομένων των χωριστών γραμμών ελέγχου, των διαφορετικών συστημάτων πληρωμών, των διαφορετικών στόχων, των επαγγελματικών εμποδίων και των αντιληπτών ανισοτήτων κατάστασης (Molyneux, 2001). Καθώς το μέγεθος μιας ομάδας διευρύνεται, η διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας γίνεται όλο και πιο δύσκολη και μπορεί να αντισταθμίσει τα οφέλη της ομαδικής εργασίας (Poulton και West, 1999). Παρά τα

στοιχεία που υποστηρίζουν την ενίσχυση της κλινικής απόδοσης μέσω των ομάδων, αυτές μπορεί να συγκρουστούν με άλλες θεμελιώδεις αξίες της ιατρικής πρακτικής. Η ανάθεση καθηκόντων σε άλλα μέλη της ομάδας μπορεί να μειώσει την επαγγελματική ικανοποίηση για τους γενικούς ιατρούς που τείνουν προς την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας προσωπικά (Grumbach και Bodenheimer, 2004). Επιπλέον, οι διαφορετικές μέθοδοι πληρωμής και τα οικονομικά κίνητρα ασκούν επιρροή στη δυναμική της ομάδας και τη συνεργασία. Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο ποικίλος και αδιαφοροποίητος χαρακτήρας των κλινικών θεμάτων αποτελεί σημαντική πρόκληση για την αποτελεσματική δημιουργία ομάδας (Poulton και West, 1999). Παρά τις προκλήσεις αυτές, οι διεπιστημονικές ομάδες έχουν αποδείξει την ικανότητά τους να αποφέρουν βελτιωμένα αποτελέσματα τόσο σε επίπεδο συστήματος όσο και σε επίπεδο ασθενών (Grumbach και Bodenheimer, 2004). Κατά συνέπεια, έχουν καταστεί αναπόσπαστα στοιχεία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Sharp, 2006).

Ορισμένες υπηρεσίες, όπως τα προγράμματα σχολικής υγείας, απαιτούν εγγενώς διεπιστημονικές και ενίοτε διατομεακές εισροές. Για παράδειγμα, οι συνεργασίες μεταξύ των τομέων της υγείας και της εκπαίδευσης στα προγράμματα σχολικής υγείας αποσκοπούν στην ενίσχυση της ευημερίας των παιδιών, μειώνοντας έτσι τις απουσίες και ενισχύοντας τη μάθηση. Τέτοια προγράμματα είναι παγκοσμίως ευρέως διαδεδομένα. Σε διεθνές επίπεδο, πρωτοβουλίες όπως η εστίαση των πόρων στην αποτελεσματική σχολική υγεία (FRESH) αναπτύχθηκαν από διακεκριμένους οργανισμούς όπως η Παγκόσμια Τράπεζα, ο ΠΟΥ, η UNICEF και η UNESCO. Οι πρωτοβουλίες αυτές αποσκοπούν στην ενίσχυση της μάθησης μέσω της βελτίωσης της υγείας και της διατροφής των παιδιών σχολικής ηλικίας (WHO, UNESCO, UNICEF, The World Bank, 2000).

Επιπλέον, ο τομέας της υγείας συνεργάζεται συχνά με τον τομέα της πληροφόρησης για τη διευκόλυνση των προσπαθειών μαζικής ενημέρωσης και κινητοποίησης, όπως παρατηρείται στα προγράμματα μαζικής ανοσοποίησης σε χώρες όπως η Νιγηρία. Υπάρχουν πιθανές επικαλύψεις στα οφέλη που προκύπτουν από τις διάφορες στρατηγικές ΠΦΥ. Για παράδειγμα, η παροχή βασικών υποδομών, όπως η ηλεκτρική ενέργεια, χρησιμεύει ως στρατηγική ΠΦΥ επιτρέποντας την πρόσβαση στην ενέργεια για τον τομέα της μεταποίησης, δημιουργώντας έτσι απασχόληση και εισόδημα. Τα

προγράμματα αποθήκευσης και εμπορίας γεωργικών προϊόντων από μικρές και μεσαίες γεωργικές εκμεταλλεύσεις που διευκολύνονται από την κυβέρνηση συμβάλλουν στη μείωση της φτώχειας. Τέτοιες πρωτοβουλίες ενδυναμώνουν οικονομικά τις κοινότητες, προωθώντας συνεργασίες με την κυβέρνηση σε έργα ανάπτυξης υποδομών μέσω της συμμετοχής της κοινότητας. Η προκύπτουσα βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας μεταφράζεται σε ενισχυμένη υγεία και οικονομική ενδυνάμωση, οδηγώντας ενδεχομένως σε πιο υγιεινές συμπεριφορές και βελτιωμένη οικονομική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Adeleye και Ofili, 2010).

Υπάρχει μεγάλη βιβλιογραφία σχετικά με τη διατομεακή συνεργασία για την υγεία. Η εφαρμογή της διατομεακής συνεργασίας σε ολοένα και περισσότερες χώρες έχει αυξήσει το ενδιαφέρον για το πώς μπορεί να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα των διατομεακών προσεγγίσεων (Delany et al., 2015). Ένα θέμα που εντοπίζεται σε πολλές εργασίες είναι οι βασικοί παράγοντες και τα εμπόδια για την επιτυχία (Diallo, 2020). Αυτά εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό στα διδάγματα που αντλήθηκαν από την εφαρμογή της διατομεακής συνεργασίας σε διάφορες χώρες σε όλο τον κόσμο και διαμορφώνονται θετικά στη βιβλιογραφία ως ευκαιρίες για την εφαρμογή επιτυχημένης διατομεακής συνεργασίας (Delany et al., 2015). Πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιτυχία της διατομεακής συνεργασίας εξαρτώνται από το πλαίσιο, αλλά παρόμοιοι βασικοί παράγοντες εντοπίζονται σταθερά σε όλη τη βιβλιογραφία σχετικά με συγκεκριμένες προσεγγίσεις της διατομεακής συνεργασίας αλλά και της διατομεακής συνεργασίας γενικότερα (Larsen et al., 2014). Οι παράγοντες επιτυχίας που συνήθως εντοπίζονται περιλαμβάνουν την πολιτική βούληση, τη διακυβέρνηση, τους ηγέτες, τους πόρους, τα κοινά σχέδια και τους κοινούς στόχους και την εμπιστοσύνη.

Πρώτον, η πολιτική βούληση και η δέσμευση αποτελούν βασικές προϋποθέσεις, ιδίως κατά τη φάση της ανάπτυξης και της συνεχιζόμενης εφαρμογής. Η πολιτική υποστήριξη υψηλού επιπέδου λειτουργεί συχνά ως καταλύτης για την έναρξη τέτοιων συνεργασιών. Δεύτερον, η αποτελεσματική διακυβέρνηση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην αντιμετώπιση των συγκρούσεων που προκύπτουν από τους διαφορετικούς τομεακούς στόχους και τα επίπεδα διακυβέρνησης. Μια ολοκληρωμένη στρατηγική υψηλού επιπέδου που υποστηρίζει τη διατομεακή συνεργασία, μαζί με μια σαφή εντολή από έναν κεντρικό οργανισμό, διευκολύνει την επιτυχή εφαρμογή. Επιπλέον,

η ύπαρξη ηγετών συνεργασίας και πρωταθλητών από κάθε τομέα είναι ζωτικής σημασίας για την προώθηση της αξιόπιστης συνεργασίας. Αυτοί οι ηγέτες μπορούν να εντοπιστούν μέσω της δέσμευσης ατόμων που εργάζονται τόσο σε επίπεδο πολιτικής όσο και σε επίπεδο βάσης. Η υποστήριξη από τους επικεφαλής των δικαιοδοσιών ενισχύει περαιτέρω τη συνεργασία. Η επαρκής κατανομή κοινών πόρων, τόσο σε ανθρώπινο όσο και σε οικονομικό επίπεδο, είναι επιτακτική ανάγκη για την υποστήριξη της υλοποίησης και την πραγματοποίηση της διατομεακής συνεργασίας. Επιπλέον, η ύπαρξη κοινού σχεδίου και συμφωνημένων κοινών στόχων είναι απαραίτητη. Η ανάπτυξη ενός κοινού πλαισίου και ο καθορισμός κοινών στόχων μπορεί να ανοίξει το δρόμο για ένα σχέδιο συνεργασίας. Ο στρατηγικός σχεδιασμός που περιγράφει κοινούς στόχους βοηθά στον εντοπισμό κοινού εδάφους και στη δημιουργία κοινών προγραμμάτων. Οι ηγέτες, μοιράζοντας τις ευθύνες και εργαζόμενοι προς έναν κοινό στόχο, μπορούν να δώσουν το παράδειγμα προς μίμηση στους άλλους. Τέλος, η εμπιστοσύνη αποτελεί το θεμέλιο της επιτυχημένης διατομεακής συνεργασίας. Η οικοδόμηση εμπιστοσύνης και εταιρικής σχέσης απαιτεί χρόνο, αλλά είναι θεμελιώδης για τις αποτελεσματικές συνεργασίες. Η συνεργατική ηγεσία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, ενισχύοντας έτσι τη συνολική επιτυχία των διατομεακών πρωτοβουλιών (Flavel et al., 2022).

Αυτοί οι παράγοντες συχνά αλληλεξαρτώνται μεταξύ τους όσον αφορά την επίδραση στα αποτελέσματα της διατομεακής συνεργασίας (Danaher, 2011). Ένα διαφανές, κοινό σχέδιο και συμφωνημένοι κοινοί στόχοι συμβάλλουν στην ενίσχυση των σχέσεων εργασίας και στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης. Η απουσία ή η έλλειψη των προσδιορισμένων παραγόντων μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για την επιτυχία. Ενώ όλοι οι παράγοντες συμβάλλουν στα επιτυχή αποτελέσματα, ορισμένες από αυτές τις συνθήκες είναι πιο ισχυροί προσδιοριστικοί παράγοντες της επιτυχίας από άλλους (Danaher, 2011). Οι πόροι για την ανάληψη μιας συνεργασίας είναι ζωτικής σημασίας και χωρίς αυτούς η διατομεακή συνεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί ή να διατηρηθεί (Danaher, 2011). Παρόλο που οι παράγοντες επιτυχίας είναι σημαντικοί, το κλειδί για την έναρξη της διατομεακής συνεργασίας είναι η εξεύρεση των κατάλληλων σημείων εισόδου (Lin et al., 2014). Η προσέγγιση "win-win" που υιοθετείται από το HiAP επικεντρώνεται στον εντοπισμό των συν-οφελημάτων, έτσι ώστε οι διατομεακές πολιτικές προσεγγίσεις να συμβάλλουν στη βελτίωση των

αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας, αλλά και στα αποτελέσματα που επιθυμούν άλλοι τομείς της συνεργασίας (Lin et al., 2014).

Παρόμοια εμπόδια για την επιτυχία εντοπίζονται σταθερά και στη βιβλιογραφία για τη διατομεακή συνεργασία. Μια σημαντική πρόκληση προκύπτει από τις μεταβαλλόμενες πολιτικές προτεραιότητες και το πολιτικό πλαίσιο. Οι πρωτοβουλίες που απαιτούν συνεργασία μεταξύ των τομέων μπορεί να είναι χρονοβόρες και οι αλλαγές στις προτεραιότητες των υπουργείων ή των κυβερνήσεων, καθώς και οι οικονομικές αλλαγές, μπορεί να υπονομεύσουν τη δέσμευση για αυτές τις συνεργασίες. Ένα άλλο εμπόδιο προέρχεται από τις αλλαγές στις οργανωτικές δομές, οι οποίες μπορεί να επιβραδύνουν την υλοποίηση συνεργατικών δράσεων και να οδηγήσουν σε χαμένες ευκαιρίες. Οι αλλαγές αυτές μπορούν επίσης να διαταράξουν τη διατομεακή συνεργασία μεταβάλλοντας τον φόρτο εργασίας και τις αρμοδιότητες του βασικού προσωπικού, συμπεριλαμβανομένων των ηγετών και των πρωταθλητών. Οι οικονομικές προκλήσεις, όπως οι βραχυπρόθεσμες επενδύσεις που ευθυγραμμίζονται με τους πολιτικούς όρους ή οι περικοπές χρηματοδότησης, έχουν άμεσο αντίκτυπο στη διατομεακή συνεργασία. Αυτοί οι περιορισμοί εμποδίζουν τις προσπάθειες βιώσιμης συνεργασίας και παρεμποδίζουν τη μακροπρόθεσμη επιτυχία. Επιπλέον, η εναλλαγή του προσωπικού αποτελεί σημαντικό εμπόδιο. Οι μακροχρόνιες συνεργασίες και ακόμη και οι συντομότερες μπορούν να διακυβευθούν από την απώλεια σημαντικού προσωπικού, ιδίως ηγετών και πρωταθλητών, οδηγώντας σε μειωμένη δέσμευση εντός και μεταξύ των τομέων. Επιπλέον, η προσέγγιση που ακολουθείται στη διατομεακή συνεργασία είναι καθοριστικής σημασίας. Εάν οι τομείς προσεγγίζονται με τρόπο που φαίνεται να επικεντρώνεται υπερβολικά στην υγεία, αυτό μπορεί να εκληφθεί ως υγειονομικός ιμπεριαλισμός και όχι ως πραγματική συνεργασία. Χρειάζεται προσεκτική τακτική για να αποφευχθεί η θεώρηση των φορέων υγείας ως παρείσακτων με ιδιοτελή συμφέροντα, ιδίως σε περιβάλλοντα όπου το προσωπικό των τομέων λειτουργεί σε απομόνωση, ο καθένας με τις δικές του βασικές ανησυχίες (Flavel et al., 2022).

Πολλά από τα εμπόδια στη διατομεακή συνεργασία αποτελούν την άλλη πλευρά των παραγόντων επιτυχίας (World Health Organization, 2018). Η έλλειψη επιτυχίας στην ενσωμάτωση της ισότητας της υγείας στη διατομεακή συνεργασία εντοπίζεται συχνά (Howard και Gunther, 2012; van Eyk et al., 2017). Τα εμπόδια στην επιτυχία ήταν επίσης αλληλοεξαρτώμενα. Η μεγαλύτερη διάρκεια των έργων που περιλαμβάνουν

διατομεακή συνεργασία αναγνωρίστηκε ως απειλή για την επιτυχία, ιδίως εάν υπήρχε έλλειψη σαφήνειας σχετικά με το σχέδιο ή εάν άλλαζαν οι πολιτικές προτεραιότητες (Delany et al., 2015). Τα τμήματα υγείας πρέπει επίσης να υιοθετήσουν νέες ικανότητες για να εργαστούν αποτελεσματικά μεταξύ των τομέων. Η επιτυχία ή η αποτυχία στην ανάπτυξη των ικανοτήτων των τμημάτων υγείας και άλλων τομέων μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της διατομεακής συνεργασίας (Lin et al., 2014).

Μια άλλη πρόκληση για τη διατομεακή συνεργασία είναι όταν αυτή υποστηρίζεται μόνο από τη ρητορική και υπάρχει έλλειψη συγκεκριμένων επενδύσεων στην εφαρμογή (World Health Organization, 2018). Αυτό το ζήτημα της ρητορικής δέσμευσης έχει παρατηρηθεί σε σχέση με την υγιή ισότητα, την προληπτική δημόσια υγεία και τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες (Delany et al., 2015). Οι μόνιμες δομές για τη διατομεακή συνεργασία για την υγεία και την ευημερία έχουν περισσότερες πιθανότητες μακροζωίας σε σύγκριση με τις εκλογικές εντολές. Μια αλλαγή στην κυβέρνηση μπορεί να θέσει υπό αμφισβήτηση τη συνέχεια της διατομεακής συνεργασίας ελλείψει μόνιμων δομών (World Health Organization, 2018). Οι επαρκείς πόροι και το αφοσιωμένο προσωπικό, ιδίως οι ηγέτες και οι πρωταθλητές της διατομεακής συνεργασίας, είναι σημαντικά για να είναι εφικτή η διατομεακή συνεργασία (Delany et al., 2015).

4.2.1. Λειτουργική ετερογένεια

Η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών από διάφορους κλάδους, γνωστή ως διεπαγγελματική ομαδική εργασία, γίνεται όλο και πιο διαδεδομένη στα πλαίσια της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας (Hofhuis et al., 2018). Σε πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος στην Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και την Αυστραλασία, οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας περιλαμβάνουν συνήθως ένα μείγμα επαγγελματιών που συνεργάζονται για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα (Harris et al., 2016). Ως αποτέλεσμα, οι μελετητές στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για την κατανόηση των λεπτομερειών της δυναμικής της διεπαγγελματικής ομαδικής εργασίας. Οι τρέχουσες έρευνες υποδηλώνουν ότι οι διαδικασίες και οι επιδόσεις των ομάδων που συμμετέχουν σε διεπαγγελματική συνεργασία είναι πιο περίπλοκες από

ό,τι συνήθως υποτίθεται, ενώ δεν έχουν ακόμη εξακριβωθεί πειστικά ευρήματα (Zijl et al., 2020).

Είναι σημαντικό ότι ένα παρόμοιο μοτίβο είναι εμφανές σε προηγούμενες έρευνες σχετικά με τη λειτουργική ετερογένεια. Οι μελετητές που εστιάζουν στην ποικιλομορφία έχουν σημειώσει ότι ενώ η ευρύτερη ποικιλία πηγών πληροφόρησης εντός λειτουργικά ετερογενών ομάδων μπορεί να βελτιώσει τη συνολική απόδοση της ομάδας, οι αρχικές διαφορές στις πληροφορίες μπορεί να θέσουν προκλήσεις στην επικοινωνία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ανταλλαγή, συζήτηση και ενσωμάτωση των πληροφοριών (van Knippenberg, De Dreu και Homan, 2004). Κατά συνέπεια, η πτυχή της επεξεργασίας των πληροφοριών καθίσταται καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει την απόδοση των λειτουργικά ετερογενών ομάδων.

Ειδικά στις ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η επεξεργασία των πληροφοριών αναμένεται να είναι περίπλοκη λόγω της απαίτησης για ένα ευρύ σύνολο δεξιοτήτων και γνώσεων για την αντιμετώπιση σύνθετων και ποικίλων ζητημάτων (Brown et al., 2011). Επιπλέον, οι ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν αναλάβει πολλαπλούς στόχους, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης προβλημάτων, της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης και της επίτευξης καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας με λογικό κόστος (Fiscella and McDaniel, 2018). Αυτές οι περιπλοκές αναδεικνύουν την ανάγκη για ποικίλες δεξιότητες, καθήκοντα και ρόλους εργασίας για την αποτελεσματική απόδοση της ομάδας. Η ποικιλία των επαγγελματιών που συμμετέχουν σε αυτές τις ομάδες, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων, καθηκόντων και εργασιακών ρόλων, αναδεικνύει επίσης διαφορές στο επαγγελματικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο, την κοινωνικοποίηση, το λεξιλόγιο και τις αξίες (Reeves, Macmillan, and van Soeren, 2010).

Όπως περιγράφεται από τους Reeves κ.ά. (2010), οικονομικοί και πολιτικοί παράγοντες έχουν συμβάλει στον αυξανόμενο διαχωρισμό στην εκπαίδευση και την κοινωνικοποίηση των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, η λειτουργική ετερογένεια μπορεί να ενισχύσει τη σημασία των επαγγελματικών ταυτοτήτων, ωθώντας ενδεχομένως τους επαγγελματίες να διαφυλάξουν τις ατομικές επαγγελματικές τους σχέσεις (Mitchell and Boyle, 2015). Μεταξύ των επαγγελματιών μπορεί να προκύψουν αντικρουόμενες προσδοκίες σχετικά με τους ρόλους και τα αποτελέσματα, θέτοντας προκλήσεις για την απόδοση των λειτουργικά ετερογενών ομάδων (Johnson et al., 2018). Κατά

συνέπεια, η έρευνα δείχνει ότι η διεπαγγελματική ομαδική εργασία στο πλαίσιο των ομάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης τείνει να περιλαμβάνει διαδοχικές αλληλοεξαρτώμενες εργασίες και όχι ολοκληρωμένες και αλληλοεξαρτώμενες εργασίες (Fiscella and McDaniel, 2018). Αυτό παραδόξως υποδηλώνει ότι, ιδίως στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας όπου η διεπαγγελματική συνεργασία είναι απαραίτητη, η λειτουργική ετερογένεια εμποδίζει την ανταλλαγή, τη συζήτηση και την ενσωμάτωση γνώσεων και δεξιοτήτων μεταξύ επαγγελματιών με διαφορετική εξειδίκευση (Zijl et al., 2020).

4.2.2. Η συνεργασία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών

Η διεπαγγελματική συνεργασία στην υγειονομική περίθαλψη είναι μια ολιστική διαδικασία που περιλαμβάνει ομαδική εργασία, επικοινωνία και συνεργασία με βάση την κοινή εξουσία και εξουσία (Henneman, Lee και Cohen, 1995). Αποτελεί κρίσιμο συστατικό της υγειονομικής περίθαλψης και συνδέεται με την καλύτερη έκβαση της υγείας των ασθενών (Peduzzi et al., 2019). Προκειμένου να παρασχεθεί το πλέον άριστο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης σε όλα τα περιβάλλοντα, διάφοροι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης με διαφορετικό υπόβαθρο θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και την κοινότητα για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών (World Health Organization, 2010). Ακόμη περισσότερο, οι γιατροί και οι νοσηλευτές χρειάζονται ειδικές διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες και εκπαίδευση στη διεπιστημονική συνεργασία. Αυτές οι δεξιότητες και η εκπαίδευση θα τους επιτρέψουν να εργάζονται συνεργατικά, να μοιράζονται τις ευθύνες, να επιλύουν προβλήματα και να λαμβάνουν αποφάσεις για την εκτέλεση δράσεων που επικεντρώνονται στη φροντίδα των ασθενών (Berduzco-Torres et al., 2020). Ο αμοιβαίος σεβασμός, η εμπιστοσύνη και η αποτελεσματική επικοινωνία είναι απαραίτητα για μια επιτυχημένη διαδικασία συνεργασίας (Petri, 2010). Η σημασία της συνεργατικής προσέγγισης στην επαγγελματική πρακτική θα πρέπει να τονιστεί επειδή οι γιατροί και οι νοσηλευτές συνεργάζονται για τη φροντίδα των ασθενών και έχουν συμπληρωματικούς ρόλους (Elsous, Radwan και Mohsen, 2017). Τα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να γνωρίζουν τα άλλα επαγγέλματα με τα οποία συνεργάζονται. Η αποτελεσματική συνεργασία

στην υγειονομική περίθαλψη απαιτεί σκόπιμη ανταλλαγή πληροφοριών και κοινή ευθύνη για τη φροντίδα των ασθενών (Lotfi et al., 2019).

Η σημασία της ομαδικής εργασίας και της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών για την παραγωγή εξαιρετικών κλινικών αποτελεσμάτων και υψηλής ποιότητας φροντίδας των ασθενών έχει υποστηριχθεί από διάφορες μελέτες (Hansson et al., 2009; Wall, 2009). Σε μια συνεργατική σχέση, ο γιατρός και ο νοσηλευτής μοιράζονται τα καθήκοντά τους, επεξεργάζονται τα ζητήματα και αποφασίζουν πώς θα δημιουργήσουν και θα υλοποιήσουν τα σχέδια φροντίδας των ασθενών. Και τα δύο μέρη πρέπει να έχουν ίση εξουσία λήψης αποφάσεων, υπευθυνότητα και δύναμη για την αποτελεσματική διαχείριση της φροντίδας των ασθενών. Πρέπει να υπάρχουν ενδείξεις αμοιβαίας εκτίμησης των μερών, εμπιστοσύνης και ανοιχτής επικοινωνίας (Petri, 2010). Τα μέλη πρέπει να εκτιμούν τις απόψεις και τις γνώσεις του άλλου προκειμένου να κερδίζουν τον αλληλοσεβασμό (Henneman, Lee και Cohen, 1995). Πρόσθετα στοιχεία που επηρεάζουν τη συνεργασία γιατρού-νοσηλευτή είναι η ιεράρχηση των εργασιών, η κατανόηση της επαγγελματικής ευθύνης, ο σεβασμός και η ίση εξουσία (Tang et al., 2013). Η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας των ασθενών που βελτιώνει τα αποτελέσματα απαιτεί αποτελεσματική συνεργασία και θετικές συνδέσεις (Hughes και Fitzpatrick, 2010). Ως αποτέλεσμα, υπάρχουν λιγότεροι θάνατοι, καθώς διασφαλίζεται η ασφάλεια, η ικανοποίηση και η ταχεία ανάρρωση των ασθενών (Messmer, 2008).

Επιπλέον, οι θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ γιατρού και νοσηλευτή βελτίωσαν τη χρήση φαρμάκων και μείωσαν τις διαταραχές συμπεριφοράς σε αρκετούς ενοίκους γηροκομείων (Schmid και Svarstad, 2002). Έχει αποδειχθεί ότι η αναποτελεσματική συνεργασία γιατρού-νοσηλευτή εκνευρίζει τους επαγγελματίες υγείας στην εργασία τους και μειώνει την ποιότητα της θεραπείας των ασθενών (Tang et al., 2013). Οι απόψεις και οι στάσεις των γιατρών και των νοσηλευτών θα πρέπει να είναι παρόμοιες όσον αφορά την ομαδική εργασία. Ωστόσο, πολυάριθμες μελέτες καταδεικνύουν διαφορές στις απόψεις και τις στάσεις σχετικά με τη συνεργασία γιατρών-νοσηλευτών. Διαφωνούν σχετικά με το τι συνιστά μια αποτελεσματική συνεργασία εργασίας (House και Havens, 2017). Οι νοσηλευτές σε χώρες όπου επικρατεί περισσότερο το συμπληρωματικό μοντέλο επαγγελματικών ευθυνών, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, ήταν πιο θετικοί απέναντι στη συνεργασία γιατρών-νοσηλευτών σε σχέση με τους νοσηλευτές σε χώρες όπου επικρατεί περισσότερο το

ιεραρχικό μοντέλο, όπως η Ιταλία και το Μεξικό (Hojat et al., 2003). Στην Ιαπωνία, εξακολουθούν να κυριαρχούν οι σχέσεις εξάρτησης μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών όσον αφορά τις δυσκολίες που αφορούν τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών (Honda και Takamizawa, 2018). Παρά τις πολιτισμικές διαφορές, οι νοσηλευτές δίνουν προτεραιότητα στη συνεργασία γιατρού-νοσηλευτή περισσότερο από ό,τι οι γιατροί (Hojat et al., 2003). Οι νοσηλευτές είναι πιο ενθουσιώδεις για τη συνεργασία σε σχέση με τους γιατρούς (Zheng, Sim και Koh, 2016), ενώ οι γιατροί θεωρούν τη συνεργασία λιγότερο κρίσιμη (Garber et al., 2009).

Στο παρελθόν, οι σχέσεις νοσηλευτών-ιατρών χαρακτηρίζονταν από την εξουσία του ιατρού και τη συμμόρφωση των νοσηλευτών, με τους ιατρούς να παρουσιάζονται ως πατρικοί και κατευθυντικοί. Οι νοσηλευτές έπρεπε να επικεντρώνονται μόνο στη φροντίδα των ασθενών και να ακολουθούν τις εντολές των γιατρών (House και Havens, 2017). Για παράδειγμα, η ιεραρχία της επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών στις χώρες της Μέσης Ανατολής δείχνει ότι οι νοσηλευτές λειτουργούν ως βοηθοί των γιατρών (El-Hanafy, 2018). Ωστόσο, η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών τονίζεται σήμερα στις νοσηλευτικές σχολές (Schneider, 2012). Λόγω της πολυπλοκότητας της φροντίδας των ασθενών στη σημερινή κουλτούρα, η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών επιβάλλει τον συντονισμό της φροντίδας των ασθενών από τους νοσηλευτές και τους ιατρούς για να διασφαλιστεί η ποιότητα και η ασφάλεια. Η υποστήριξη της ανεξαρτησίας των νοσηλευτών και η ανάπτυξη των πρακτικών νοσηλευτικών δεξιοτήτων τους είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη επαγγελματικών γνώσεων και αυτόνομης συμπεριφοράς (Dahlawi et al., 2023).

Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική η επιδίωξη μιας εκπαίδευσης που δίνει έμφαση στην εξειδίκευση των σπουδαστών και στη συνεργασία (Honda και Takamizawa, 2018). Η διεπαγγελματική εκπαίδευση θα πρέπει να ενσωματωθεί στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών και νοσηλευτικών σχολών, ώστε να προωθηθεί η κατανόηση των συμπληρωματικών ρόλων των γιατρών και των νοσηλευτών και να διευκολυνθεί η ανάπτυξη μιας αλληλεξαρτώμενης σχέσης μεταξύ τους (Wang et al., 2015). Οι φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής πρέπει να παρακολουθούν μαθήματα διεπαγγελματικής εκπαίδευσης (Nadolski et al., 2006) και η διοίκηση των νοσοκομείων πρέπει να προσφέρει συνεχή διεπαγγελματική εκπαίδευση και ευκαιρίες συνεργασίας για όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (House και Havens, 2017).

Η διεπαγγελματική συνεργασία και η ομαδική εργασία πρέπει να ασκούνται σε όλο το πρόγραμμα σπουδών και να ενσωματώνονται στις περισσότερες διδασκαλίες για να έχουν πιο εμφανή αντίκτυπο. Καθώς η συνεργασία επηρεάζει σημαντικά την αντίληψη των φοιτητών ιατρικής, πρέπει να τους υπενθυμίζεται τακτικά όταν ασκούνται στους θαλάμους και στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Hansson et al., 2009). Επιπλέον, οι απόψεις τους σχετικά με τη διεπαγγελματική εκπαίδευση επηρεάζουν σημαντικά τις στάσεις των φοιτητών κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής πρακτικής. Ως εκ τούτου, οι φοιτητές ιατρικής χρειάζονται διεπαγγελματική εκπαίδευση από το πρώτο έτος σπουδών για την καλύτερη κατανόηση των επαγγελματικών ρόλων και καθηκόντων, της αποτελεσματικής επικοινωνίας και της ομαδικής εργασίας (Blaževičienė et al., 2021).

4.3. Οι συγκρούσεις στις ομάδες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας, όπως οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι φαρμακοποιοί και οι τεχνολόγοι εργαστηρίων, εργάζονται σε σύνθετα, αγχογόνα περιβάλλοντα που είναι συνήθως επιρρεπή σε συγκρούσεις (Anderson, Lavelle και Reedy, 2021). Οι συγκρούσεις μπορεί να είναι διεπαγγελματικές (μέλη διαφορετικών επαγγελμάτων) ή ενδοεπαγγελματικές (μέλη του ίδιου επαγγέλματος). Οι συγκρούσεις μπορεί να οφείλονται σε παρεξηγήσεις ή δυσκολίες στην κατανόηση των μηνυμάτων που επικοινωνούνται (Cox, 2001). Παρόλο που δεν υπάρχει καθολικός ορισμός της σύγκρουσης, λέγεται ότι είναι μια διαδικασία ή κατάσταση κατά την οποία ένα μέρος αντιλαμβάνεται ότι τα συμφέροντά του αντιτίθενται, καταπνίγονται, περικόπτονται (κόβονται) ή επηρεάζονται αρνητικά από το άλλο μέρος αναγκάζονται να αντιδράσουν (Kreitner και Kinicki, 2010). Στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, ορισμένες συγκρούσεις προκύπτουν από προκλήσεις διαπροσωπικής ή επαγγελματικής επικοινωνίας (Brown et al., 2020). Μια σχέση μπορεί να επηρεαστεί όταν δύο ή περισσότερες αντίθετες απόψεις για μια κατάσταση και προκύπτουν συγκρούσεις. Σε αυτή την περίπτωση, η σύγκρουση μπορεί να αναφέρεται σε έναν αγώνα εξουσίας μεταξύ πολλών παραγόντων, στον οποίο ένα άτομο σκοπεύει να παρενοχλήσει, να εξουδετερώσει, να τραυματίσει ή να εξαλείψει έναν αντίπαλο (Patton, 2018).

Λόγω της δυσάρεστης επιρροής των συγκρούσεων, ορισμένοι άνθρωποι τείνουν να τις αποφεύγουν. Η αποφυγή μιας σύγκρουσης ή των αιτιών της μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργία και συχνά αφήνει στο πέρασμά της αμέτρητους φόβους απόρριψης, θυμού, απώλειας μιας σχέσης και πληγώματος από άλλα μέρη. Αν και οι συγκρούσεις έχουν πολλαπλές αρνητικές επιπτώσεις, υπάρχουν και κάποια οφέλη, αλλά αυτή η θετική επίδραση συχνά παραβλέπεται. Οι συγκρούσεις σε έναν οργανισμό χρησιμεύουν ως αποτελεσματικό εργαλείο για την αναδιάρθρωση, τη βελτίωση των διαδικασιών, τη δημιουργία νέων στόχων και τη διαμόρφωση βελτιωμένων στρατηγικών. Οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο είναι αναπόφευκτες, επομένως η διατήρηση ενός σταθερού, απαλλαγμένου από συγκρούσεις εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί ευθύνη των ηγετών, των διευθυντών και των υπαλλήλων τους (Kreitner και Kinicki, 2010).

Σε έναν οργανισμό όπως το νοσοκομειακό περιβάλλον, ορισμένες περιστάσεις δημιουργούν συγκρούσεις. Η πολικότητα των αξιών στη νοσοκομειακή μονάδα δημιουργεί συγκρούσεις μεταξύ των ιατρών, των νοσηλευτών, των ασθενών και των οικογενειών των ασθενών. Αυτή μπορεί να είναι ενδοεπαγγελματική ή διεπαγγελματική, όπως μπορεί να συμβεί μεταξύ ενός νοσηλευτή και ενός γιατρού. Οι συνθήκες περιλαμβάνουν διαφορές προσωπικότητας, ασαφείς δικαιοδοσίες ρόλων, περιορισμένους πόρους, ασαφείς διαδικασίες λήψης αποφάσεων, κακή επικοινωνία, ανταγωνιστικά συμφέροντα εντός και μεταξύ των τμημάτων και παράλογες εργασιακές προσδοκίες (Kreitner και Kinicki, 2010). Οι διεπαγγελματικές συγκρούσεις μπορεί να οφείλονται σε διαφωνία σχετικά με τη μέθοδο φροντίδας που πρέπει να παρασχεθεί στον ασθενή (Omisoore, Adesoji και Abioye-Kuteyi, 2017). Μερικές φορές, η σύγκρουση μεταξύ γιατρού και νοσηλευτή προκύπτει όταν ένας νοσηλευτής αρνείται να συμμορφωθεί με τις εντολές του γιατρού για τη χορήγηση ενός συγκεκριμένου φαρμάκου ή θεραπείας (Frederich, Strong και von Gunten, 2002). Στην κλινική πρακτική, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αρνηθούν την ανάθεση φροντίδας στον ασθενή, εάν θεωρούν ότι είναι ηθικά ή δεοντολογικά ασύμβατη με μια συγκεκριμένη κατάσταση (Craigie και Hobbs, 2004).

Η υγειονομική περίθαλψη απαιτεί αλληλεξάρτηση μεταξύ διαφόρων κλινικών επαγγελματιών. Επαγγελματίες με εξειδίκευση σε διαφορετικούς τομείς συγκεντρώνονται στη φροντίδα του ασθενούς και οφείλουν υποταγή στις συγκεκριμένες επαγγελματικές ενώσεις τους. Η αλληλεξάρτηση μεταξύ των

επαγγελματιών θεωρείται συχνά ως "δομικό προηγούμενο" των συγκρούσεων (Wright, Mohr και Sinclair, 2013). Οι συγκρούσεις μεταξύ των αλληλοεξαρτώμενων επαγγελματιών υγείας μπορεί να προκύψουν από διαφορές στο πεδίο εφαρμογής της πρακτικής ή από αποφάσεις σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και τα επαγγελματικά συμφέροντα (Kim et al., 2016). Οι συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών μπορεί να οδηγήσουν σε ανταγωνιστικές και παθητικο-επιθετικές συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη θεραπευτική σχέση παρόχου υγείας-πελάτη (Davies, 2006).

4.3.1. Δυναμική των συγκρούσεων

Η σύγκρουση είναι ένα πολύπλευρο φαινόμενο που εκδηλώνεται σε διάφορα επίπεδα, όπως το ενδοπροσωπικό, το διαπροσωπικό, το ενδοομαδικό και το διαομαδικό. Οι ενδοπροσωπικές συγκρούσεις συμβαίνουν στο εσωτερικό ενός ατόμου, ενώ οι διαπροσωπικές συγκρούσεις εξελίσσονται μεταξύ των ανθρώπων. Ομοίως, οι ενδοομαδικές συγκρούσεις προκύπτουν εντός μιας συγκεκριμένης ομάδας, ενώ οι διαομαδικές συγκρούσεις αφορούν δύο ή περισσότερες ομάδες (Forté, 1997). Η σύγκρουση, εξ ορισμού, προκύπτει όταν ένα μέρος αντιλαμβάνεται αντίθεση ή αρνητικό αντίκτυπο στα συμφέροντά του από ένα άλλο μέρος. Η αντίληψη παίζει καθοριστικό ρόλο στη δυναμική των συγκρούσεων, όπου τα ζητήματα που οδηγούν σε σύγκρουση μπορεί να είναι γνήσια ή ψευδαισθητικά (Kreitner και Kinicki, 2010).

Οι συγκρούσεις που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην οργανωτική απόδοση ονομάζονται δυσλειτουργικές συγκρούσεις (Kreitner and Kinicki, 2010). Παρ' όλα αυτά, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν είναι όλες οι συγκρούσεις επιζήμιες. Η λειτουργική σύγκρουση συνεπάγεται την εποικοδομητική αμφισβήτηση ιδεών, πεποιθήσεων και παραδοχών, που οδηγεί σε αναγκαίες οργανωτικές αλλαγές (Menon, Bharadwaj και Howell, 1996). Αναγνωρίζοντας τα πιθανά οφέλη, οι Haraway και Haraway (2005) υποστηρίζουν την παραγωγική διαχείριση των συγκρούσεων αντί της προσπάθειας εξάλειψής τους. Η προοπτική αυτή έρχεται σε αντίθεση με τους Dougan και Mulkey (1996), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η εξάλειψη των συγκρούσεων θα πρέπει πάντα να είναι ο στόχος, ακόμη και αν η σύγκρουση αρχικά φαίνεται εποικοδομητική. Αυτή η τελευταία θέση ευθυγραμμίζεται με την παραδοσιακή άποψη της δεκαετίας του 1930, θεωρώντας τη σύγκρουση ως καταστροφική,

δυσλειτουργική και διαταραγμένη, που δικαιολογεί την αποφυγή, την καταστολή ή την εξάλειψη (Almost, 2006). Παρ' όλα αυτά, ο Almost (2006) υποστηρίζει ότι η επίλυση των συγκρούσεων είναι επιτακτική ανάγκη, καθώς οι παρατεταμένες συγκρούσεις μπορούν να δημιουργήσουν νέες αιτίες, τονίζοντας την αναγκαιότητα της έγκαιρης επίλυσης.

4.3.2. Αίτια

Οι συγκρούσεις τείνουν να προκύπτουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις και οι οργανωτικοί ηγέτες μπορούν να ενισχύσουν την ετοιμότητα και τις στρατηγικές παρέμβασής τους αναγνωρίζοντας αυτούς τους υποκείμενους παράγοντες. Οι Kreitner και Kinicki (2010) εντοπίζουν διάφορες περιστάσεις που είναι επιρρεπείς στη δημιουργία συγκρούσεων, συμπεριλαμβανομένων των διαφορών στην προσωπικότητα και τις αξίες, των διαφορούμενων εργασιακών ρόλων, του ανταγωνισμού για περιορισμένους πόρους, των δημοκρατικών ή συλλογικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων, της ανεπαρκούς επικοινωνίας, της αντιπαλότητας των τμημάτων, των παράλογων εργασιακών προσδοκιών (όπως πολιτικές, κανόνες, προθεσμίες και χρονικοί περιορισμοί), των ανεκπλήρωτων ή μη ρεαλιστικών προσδοκιών που σχετίζονται με τον μισθό, την επαγγελματική ανέλιξη ή τον φόρτο εργασίας, της οργανωτικής πολυπλοκότητας και των ανεπίλυτων ή καταπιεσμένων συγκρούσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό μέρος των συγκρούσεων στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης προέρχεται από δυσκολίες διαπροσωπικής ή επαγγελματικής επικοινωνίας (Shin, 2009). Αυτοί οι παράγοντες συζητούνται εκτενώς στην πρόσφατη βιβλιογραφία και θα εξεταστούν περαιτέρω στις επόμενες ενότητες, συμπεριλαμβανομένων των συμπερασμάτων από μελέτες που επικεντρώνονται ειδικά σε επαγγελματίες υγείας.

Οι Almost και συν. (2010) παρατήρησαν ότι τα χαρακτηριστικά διάθεσης παίζουν σημαντικό ρόλο στις συγκρούσεις στο νοσηλευτικό επάγγελμα, όπως προκύπτει από τρεις διαφορετικές канаδικές ερευνητικές μελέτες. Οι διαφορές μεταξύ των ατόμων μπορούν να υλοποιηθούν ως συγκρούσεις προσωπικότητας, ένταση και εκνευρισμός. Οι άνθρωποι διαθέτουν μοναδικές προσωπικότητες και εμφανίζουν διαφορές στις στάσεις, τις απόψεις, τις πεποιθήσεις, το πολιτισμικό υπόβαθρο, τη συναισθηματική σταθερότητα, την ωριμότητα, την εκπαίδευση, το φύλο, τη γλώσσα και άλλους

παράγοντες (Jha και Jha, 2012). Κατά συνέπεια, οι αντιδράσεις τους σε συγκεκριμένα ερεθίσματα διαφέρουν, με αποτέλεσμα ορισμένα άτομα να αντιλαμβάνονται ορισμένα ζητήματα ως απειλές για τις θέσεις τους ή ως προκλήσεις για τις κοσμοθεωρίες και τις αξίες τους. Συχνά, οι ατομικές διαφορές αποκτούν ηθικές ή συναισθηματικές διαστάσεις, μετατρέποντας μια διαφωνία επί γεγονότων σε μια πικρή διαμάχη για την ηθική ορθότητα. Ενώ οι Jha και Jha υπονοούν ότι οι διαφορές συμβάλλουν στις συγκρούσεις, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη η μελέτη η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι συγκρούσεις μπορεί να απουσιάζουν όταν οι οργανισμοί προσπαθούν να προσλάβουν μέλη από διαφορετικές ηλικιακές κατηγορίες (Dougan και Mulkey, 1996).

Στην υγειονομική περίθαλψη, ο συνεργατικός χαρακτήρας μεταξύ των φροντιστών είναι θεμελιώδης, ωστόσο συχνά λειτουργεί ως δομικό προαπαιτούμενο της σύγκρουσης (Wright, Mohr και Sinclair, 2013). Πολυάριθμοι μελετητές έχουν επισημάνει ότι οι συγκρούσεις μεταξύ των αλληλοεξαρτώμενων επαγγελματιών υγείας συχνά προκύπτουν από διαφωνίες σχετικά με τους ρόλους και τις αρμοδιότητες λήψης αποφάσεων, παρά από διαφορές στα επιλεγμένα σχέδια θεραπείας (Jameson, 2003). Οι ασάφειες στην οριοθέτηση των καθηκόντων μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών μπορεί να οδηγήσουν σε συγκρούσεις, ιδίως όταν οι ανώτεροι νοσηλευτές, που διαθέτουν τεχνογνωσία στις ειδικότητές τους, υπερβαίνουν τα επίσημα όρια της νοσηλευτικής πρακτικής (Bonner και Walker, 2004). Αυτό ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα από μελέτες όπως η έρευνα των Kaitelidou και συν. (2012) στην Ελλάδα, που δείχνει ότι οι γιατροί ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα συγκρούσεων με νοσηλευτές που διαθέτουν ανώτερη εκπαίδευση. Οι νοσηλευτές, προχωρημένοι νοσηλευτές με προνόμια συνταγογράφησης σε ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ, έχουν εντείνει περαιτέρω τις διεπαγγελματικές εντάσεις, ιδίως μεταξύ των ιατρών που αντιστέκονται στην εξέλιξη του επαγγέλματος του νοσηλευτή. Τα αυξανόμενα ακαδημαϊκά προσόντα των νοσηλευτών, που μερικές φορές είναι ίσα ή ξεπερνούν αυτά των γιατρών, συμβάλλουν σε αυτή την επαγγελματική διχόνοια (Ashworth, 2000).

Η τάση αυτή είναι εμφανής σε διάφορες χώρες, με διαφορετικές αντιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου ο ρόλος των επαγγελματιών νοσηλευτών εξακολουθεί να αναδύεται, οι γιατροί επιδεικνύουν μεγαλύτερη αντίσταση στην ανάληψη προηγμένων δεξιοτήτων από τους νοσηλευτές, γεγονός που

οδηγεί σε συγκρούσεις και σε απαιτητικά εργασιακά περιβάλλοντα (Norris και Melby, 2006). Παρόμοιες προκλήσεις έχουν παρατηρηθεί στη Νιγηρία, όπου τα όρια μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών έχουν γίνει λιγότερο διακριτά, με αποτέλεσμα συγκρούσεις και υποβαθμισμένες συνθήκες εργασίας (Ihemedu et al., 2010).

Η αντίσταση στην αλλαγή είναι εμφανής στις ΗΠΑ, όπου οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν την αντίδραση των ιατρών κατά τη διάρκεια συνεδριάσεων του συμβουλίου όγκων. Περιπτώσεις, όπως η απαγόρευση στους νοσηλευτές να παρουσιάζουν περιστατικά ασθενών, υπογραμμίζουν την επιμονή των ιεραρχικών δομών και την απροθυμία των ιατρών να αναγνωρίσουν την πολύτιμη συμβολή των νοσηλευτών σε όλη τη συνέχεια της φροντίδας των ασθενών (Patton, 2014).

Το τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης έχει γίνει μάρτυρας μιας σημαντικής κλιμάκωσης του ανταγωνισμού για πόρους τις τελευταίες δεκαετίες. Η κλιμάκωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης ανάγκασε τα νοσοκομεία να βελτιστοποιήσουν τις δραστηριότητές τους με περιορισμένους πόρους. Προκλήσεις όπως ο μειωμένος αριθμός προσωπικού, οι περιορισμένοι προϋπολογισμοί για την προμήθεια εξοπλισμού και οι τροποποιήσεις στα πρότυπα ροής εργασιών έχουν προκαλέσει συγκρούσεις εντός και μεταξύ των ομάδων (Tomajan, 2012). Η κατανομή των οικονομικών πόρων, ιδίως στην αποζημίωση των ιατρών, επιδεινώνει περαιτέρω τις εντάσεις. Τα σχέδια υγείας και οι φορείς διαχείρισης της περίθαλψης κλίνουν προς το μοντέλο "πληρωμή για απόδοση" για την πληρωμή των γιατρών, μια προτίμηση που συχνά συγκρούεται με τις απόψεις των γιατρών. Οι γιατροί υποστηρίζουν την αύξηση των αποζημιώσεων, πιστεύοντας ότι αυτή η προσαρμογή θα ενίσχυε τη σχέση μεταξύ των πληρωτών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Patton, 2014).

Η δυσαρέσκεια και η απογοήτευση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας προκύπτουν όταν υπάρχουν περιορισμοί στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Dougan and Mulkey, 1996). Στο ιστορικό πλαίσιο, οι νοσηλευτές είχαν περιορισμένη συμμετοχή σε περίπλοκες αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, οι αλλαγές στους ρόλους τόσο των νοσηλευτών όσο και των γιατρών κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες προκάλεσαν μια στροφή προς ένα πιο συνεργατικό περιβάλλον, οδηγώντας σε συγκρούσεις στο πλαίσιο των πρακτικών υγειονομικής περίθαλψης. Ορισμένοι γιατροί δυσκολεύονται να αποδεχτούν την αυξανόμενη αυτονομία των νοσηλευτών ως επαγγελματιών (LeTourneau, 2004). Μια εθνογραφική μελέτη του Coombs (2003)

επικεντρώθηκε σε νοσηλευτές και γιατρούς εντατικής θεραπείας. Ενώ πολλές αλληλεπιδράσεις μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών ήταν αμοιβαίες ή ικανοποιητικές, προέκυψαν συγκρούσεις σχετικά με τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Και οι δύο ομάδες διαφωνούσαν ως προς τη συμβολή τους στις κλινικές αποφάσεις, οδηγώντας σε διαφορετικές ερμηνείες. Οι γιατροί αναγνώριζαν τη γνώση των ασθενών που κατείχε το νοσηλευτικό προσωπικό, ωστόσο συχνά απέτυχαν να ενσωματώσουν τη γνώση αυτή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Αυτή η παράλειψη άφησε τους νοσηλευτές να αισθάνονται απογοητευμένοι και υποτιμημένοι, θεωρώντας την ως προσβολή της κλινικής τους εμπειρογνωμοσύνης στην εντατική φροντίδα. Οι νοσηλευτές πίστευαν ότι η ικανότητά τους να παρέχουν πολύτιμες συνεισφορές περιοριζόταν λόγω της έλλειψης εξουσίας λήψης αποφάσεων. Ορισμένοι γιατροί απέρριψαν αυτές τις ανησυχίες, αποδίδοντας την αντιληπτή ιεραρχία στις ανασφάλειες των νοσηλευτών. Το ζήτημα της ασέβειας έρχεται επίσης στην επιφάνεια. Ο Almost (2006) υποστηρίζει ότι η διαπροσωπική δικαιοσύνη και η πληροφοριακή δικαιοσύνη αποτελούν κρίσιμα συστατικά στοιχεία της αλληλεπιδραστικής δικαιοσύνης. Η πρώτη αφορά το επίπεδο σεβασμού που λαμβάνουν τα άτομα, ενώ η δεύτερη αφορά την αιτιολόγηση που παρέχεται για τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Αυτές οι αντιλήψεις αδικίας ή ασέβειας χρησιμεύουν ως προγενέστερα στοιχεία των διαπροσωπικών συγκρούσεων. Οι Wright κ.ά. (2014) υποστηρίζουν ότι οι περιπτώσεις αδικίας προκαλούν συναισθήματα προς τα έξω, όπως θυμό, τα οποία είναι πιθανό να επηρεάσουν τις επακόλουθες νοσηλευτικές συμπεριφορές.

Πολυάριθμες μελέτες έχουν εντοπίσει την επικοινωνία ως πρωταρχική αιτία διαπροσωπικών συγκρούσεων μεταξύ των νοσηλευτών, όπως επισημαίνουν μελετητές όπως οι Almost (2006), Johnson (2009) και Warner (2001). Οι Kreitner και Kinicki (2010) εντοπίζουν συγκεκριμένα την ανεπαρκή επικοινωνία ως πρόδρομο παράγοντα, ευθυγραμμίζόμενοι με την υπάρχουσα βιβλιογραφία επί του θέματος (Wright et al., 2014). Επιπλέον, μελετητές όπως ο Almost (2006) τονίζουν ότι το στυλ επικοινωνίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλει στην ανάπτυξη συγκρούσεων. Το εν λόγω στυλ δεν περιλαμβάνει μόνο την απουσία επικοινωνίας, αλλά περιλαμβάνει τόσο τη λεκτική όσο και τη μη λεκτική επικοινωνία. Σε περιβάλλοντα υψηλού στρες, όπως τα χειρουργεία, παρατηρείται συχνά λεκτική επικοινωνία που προκαλεί συγκρούσεις, συμπεριλαμβανομένων δραστηριοτήτων

όπως κουτσομπολιό, χρήση σκληρής γλώσσας, διάδοση φημών, κριτική, συμμετοχή σε διαφωνίες και υποτιμητικά σχόλια (Wright et al., 2014). Οι συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών συχνά προέρχονται από απότομα επεισόδια θυμού (Duddle και Boughton, 2007). Σύμφωνα με τον Rosenstein (2009), ορισμένοι γιατροί δημιουργούν ακούσια σύγκρουση όταν λαμβάνουν κρίσιμες αποφάσεις για τη ζωή ή τον θάνατο, χρησιμοποιώντας έναν αυταρχικό και κυριαρχικό τόνο που μπορεί να είναι προσβλητικός για τους άλλους. Επιπλέον, τα μη λεκτικά σήματα, συμπεριλαμβανομένης της παραμέλησης, των εκφράσεων του προσώπου και της γλώσσας του σώματος, λειτουργούν ως καταλύτες για συγκρούσεις. Ο εργασιακός εκφοβισμός στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί παράδειγμα δυσλειτουργικής επικοινωνίας που οδηγεί σε συγκρούσεις (Chipps et al., 2013).

Η επικρατούσα άποψη μεταξύ των θεωρητικών υποστηρίζει ότι η σύγκρουση μεταξύ των ομάδων είναι μια αναπόφευκτη πτυχή της οργανωτικής δυναμικής (Dougan και Mulkey, 1996). Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι ρόλοι των διευθυντών των τμημάτων λειτουργούν εγγενώς ως προγενέστεροι παράγοντες της αντιλαμβανόμενης σύγκρουσης, απαιτώντας από μόνοι τους προσοχή. Οι διευθυντές τμημάτων φέρουν την ευθύνη της καθοδήγησης των υπαλλήλων τους ώστε να διατηρούν ουσιαστικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των τμημάτων, αλληλεπιδράσεις που συχνά είναι αναμενόμενες αλλά συχνά συγκρουσιακής φύσης. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των τμημάτων μπορεί να προκύψει, ιδίως σε περιπτώσεις όπου είναι απαραίτητες μη συνήθεις αγορές. Αυτές οι αγορές συχνά δεν προϋπολογίζονται επαρκώς σε οργανωτικό επίπεδο, οδηγώντας σε διχόνοια όταν πολλά τμήματα απαιτούν σημαντικές επενδύσεις κεφαλαίου που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν όλες. Επιπλέον, μπορεί να προκύψουν συγκρούσεις μεταξύ τμημάτων λόγω ασάφειας στα όρια των ρόλων. Η έλλειψη κοινής αντίληψης σχετικά με τους αντίστοιχους ρόλους έχει αναγνωριστεί ως πηγή συγκρούσεων εντός των ομάδων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Brown et al., 2011).

Οι διαφορετικές προσδοκίες μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης οδηγούν συχνά σε απογοήτευση όταν οι συνάδελφοι δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες αυτές. Κατά συνέπεια, προκύπτουν συχνά συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών, ένα διαδεδομένο ζήτημα που τεκμηριώνεται εκτενώς στη νοσηλευτική βιβλιογραφία (Wright et al., 2014). Ορισμένοι θεωρητικοί εικάζουν ότι οι συγκρούσεις μεταξύ νοσηλευτών συμβαίνουν συχνά λόγω της εκτοπισμένης επιθετικότητας, καθώς η

άμεση αντιπαράθεση με την κύρια πηγή πίεσης, τον ιατρό, θεωρείται πολύ επικίνδυνη (Rowe και Sherlock, 2005). Σε μια ολοκληρωμένη μελέτη που εξέτασε τους παράγοντες που επηρεάζουν την παραμονή των νοσηλευτών, οι Wright και συν. (2014) διεξήγαγαν εβδομαδιαίες έρευνες με 144 νοσηλευτές, κυρίως γυναίκες. Προέκυψαν συγκρούσεις σε ενδοτιμηματικό επίπεδο λόγω διαφορετικών εργασιακών προσδοκιών. Για παράδειγμα, μία νοσηλεύτρια που συμμετείχε στην έρευνα ανέφερε σύγκρουση με συναδέλφους της αφού τραυματίστηκε στη δουλειά και στη συνέχεια περίμενε να υπομείνει την κατάσταση χωρίς παράπονο. Ομοίως, οι Leever και συν. (2010) διεξήγαγαν μια εις βάθος ποιοτική έρευνα στην οποία συμμετείχαν ιατρικό προσωπικό και νοσηλευτές εντός ενός νοσοκομειακού θαλάμου. Τα ευρήματά τους αποκάλυψαν διαφορές στις προσδοκίες όσον αφορά την επικοινωνία, τον αμοιβαίο σεβασμό, τον επαγγελματισμό, την ατμόσφαιρα συνεργασίας και την ποιότητα της φροντίδας μεταξύ των συμμετεχόντων. Οι συγκρούσεις που παρατηρήθηκαν, όπως τόνισαν οι ερευνητές, προέκυψαν από τις αποκλίσεις μεταξύ αυτών των προσδοκιών και της απτής εργασιακής πραγματικότητας.

Κεφάλαιο 5ο- Ερευνητικό μέρος

5.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αναδείξει τα θέματα που εντοπίζονται στις έρευνες σχετικά με την διεπαγγελματική συνεργασία στον τομέα της υγείας, και πιο συγκεκριμένα τι μπορεί να κάνει πιο αποτελεσματική την λειτουργία των ομάδων στον τομέα της υγείας και επομένως στην βελτίωση της υγείας των θεραπευομένων.

5.2. Μεθοδολογία

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας θεωρήθηκε κατάλληλη η χρήση της συστηματικής ανασκόπησης, συνθέτοντας τα ευρήματα από τη σχετική βιβλιογραφία. Αναζητήθηκαν επομένως οι επιστημονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και ProQuest Dissertation & Theses Global. Οι λέξεις κλειδιά που αναζητήθηκαν ήταν [healthcare professional], [interprofessional collaboration], [patient outcome]. Συνολικά 21 μελέτες επιλέχθηκαν και παρουσιάζονται στη συνέχεια, με βάση τα εξής κριτήρια επιλογής:

- Ποιοτικές, ποσοτικές, μικτές μεθοδολογικές μελέτες που εξετάζουν τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν σε διεπαγγελματικές ομάδες
- Δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα
- Δημοσιευμένες μετά το 2010

5.3. Αποτελέσματα

5.3.1. Διευκρίνιση ρόλων

Το θέμα της αποσαφήνισης του ρόλου αποκαλύφθηκε σε δεκαπέντε μελέτες (McDonald, Jayasuriya και Harris, 2012- Causey-Upton et al., 2020a- Rathbone et al., 2016- Chong, Aslani και Chen, 2013- Qazi, Armour και Saini, 2020- Gucciardi et al., 2016- Lively et al., 2020- Asselin et al., 2016- Torti et al., 2022- DeJesse και Zelman, 2013- Causey-Upton et al., 2020b- Sørensen et al., 2020- Kvarnström, Airaksinen και

Liira, 2018- Lundell et al., 2017- Kinnaer et al., 2021). Η αποσαφήνιση των ρόλων είναι σημαντική λόγω της επικάλυψης ορισμένων αρμοδιοτήτων μεταξύ πολλών επαγγελματιών υγείας (McDonald, Jayasuriya και Harris, 2012- Kinnaer et al., 2021). Η εκπαίδευση των ασθενών μπορεί να αποτελεί ευθύνη περισσότερων του ενός επαγγελματιών υγείας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αβεβαιότητες και δυσπιστία όσον αφορά την εμπειρογνωμοσύνη του άλλου για την παροχή συνεπούς και ακριβούς εκπαίδευσης των ασθενών. Οι DeJesse και Zelman (2013) και Gucciardi και συν. (2016) δήλωσαν ότι οι ρόλοι μπορούν να αποσαφηνιστούν μέσω συμφωνιών παροχής υπηρεσιών και καθορισμού επαγγελματικών ορίων κατά την έναρξη της συνεργασίας. Αυτό συμβάλλει στην ανάπτυξη αμοιβαίας συναίνεσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και στη μείωση των αβεβαιοτήτων σχετικά με τη συμβολή κάθε μέλους στην ομάδα (Rathbone et al., 2016- Lively et al., 2020- Torti et al., 2022).

Κατά την αποσαφήνιση του ρόλου, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναγνωρίζουν και να κατανοούν τον ατομικό τους ρόλο και τους ρόλους των άλλων επαγγελματιών υγείας. Χωρίς σωστή κατανόηση των ορίων των ρόλων, οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να παραβιάζουν τους ρόλους των άλλων και να παρέχουν εκπαιδευτικό περιεχόμενο που μπορεί να μην εμπίπτει στη δικαιοδοσία τους, με αποτέλεσμα να δίνονται ανακριβείς ή αντιφατικές πληροφορίες στους ασθενείς (Causey-Upton et al., 2020a· Chong, Aslani και Chen, 2013· Qazi, Armour και Saini, 2020· DeJesse και Zelman, 2013). Γνωρίζοντας τα όρια της εξειδίκευσής τους και των άλλων, οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να κάνουν τις κατάλληλες παραπομπές στους αρμόδιους παρόχους που είναι καλύτερα ενημερωμένοι για να παρέχουν εκπαίδευση στους ασθενείς (Gucciardi et al., 2016- Asselin et al., 2016- Sørensen et al., 2020- Kvarnström, Airaksinen και Liira, 2018). Από την άλλη πλευρά, οι Torti και συν. (2022) υποστήριξαν ότι η υπερβολική εξάρτηση από άλλους επαγγελματίες υγείας έκανε τους γιατρούς να αισθάνονται λιγότερο ικανοί να υποστηρίξουν την ομάδα όσον αφορά τα ανατιθέμενα καθήκοντα.

Μετά την αποσαφήνιση και την κατανόηση των ρόλων, τρεις μελέτες πρότειναν ότι οι νοσηλευτές είναι σε καλύτερη θέση ως οι βασικοί επαγγελματίες υγείας για να κατευθύνουν τις εκπαιδευτικές και συνεργατικές διαδικασίες. Οι Causey-Upton και συν. (2020) διεξήγαγαν μια πανεθνική έρευνα στην οποία συμμετείχαν 591 νοσηλευτές, εκ των οποίων το 95,9 % (n = 450) ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές ήταν οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν περισσότερο στην εκπαίδευση των ασθενών.

Οι Kinnaer και συν. (2021) και Lundell και συν. (2017) υποστήριξαν αυτό το εύρημα, υποστηρίζοντας ότι οι νοσηλευτές αποτελούν κεντρικό μέλος της διεπαγγελματικής ομάδας και είναι σε θέση να διευκολύνουν τη συνεργασία, καθώς διαθέτουν τη γνώση και την εμπειρία να εντοπίζουν και να παραπέμπουν τους ασθενείς στους αρμόδιους φορείς για τη βέλτιστη εκπαίδευση.

5.3.2. Επικοινωνιακή υποδομή

Δέκα μελέτες αναγνώρισαν ότι μια αποτελεσματική υποδομή επικοινωνίας είναι απαραίτητη για τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας για την εκπαίδευση των ασθενών (McDonald, Jayasuriya και Harris, 2012- Farahani et al., 2011- Chong, Aslani και Chen, 2013- Gucciardi et al., 2016- Lively et al., 2020- Torti et al., 2022- Powell et al., 2016- Nallani et al., 2021- Kvarnström, Airaksinen και Liira, 2018- Vaartio-Rajalin et al., 2015). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι διαχωρισμένο μεταξύ των διαφόρων επιπέδων και περιβαλλόντων περίθαλψης, με αποτέλεσμα κρίσιμες πληροφορίες για τη φροντίδα των ασθενών να μην είναι διαθέσιμες ή να μην επικοινωνούνται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Chong, Aslani και Chen, 2013- Powell et al., 2016- Nallani et al., 2021- Kvarnström, Airaksinen και Liira, 2018). Οι Farahani και συν. (2011) δήλωσαν ότι οι συνέπειες αυτής της αστοχίας στη μεταφορά πληροφοριών περιλαμβάνουν την άγνοια των μελών της διεπαγγελματικής ομάδας για την πορεία δράσης των ασθενών. Αυτή η αναποτελεσματική επικοινωνία μπορεί στη συνέχεια να έχει ως αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να μην είναι σε θέση να παρέχουν εκπαίδευση στους ασθενείς ή ακόμη και να παρέχουν ασυνεπείς πληροφορίες στους ασθενείς (Torti et al., 2022). Έτσι, η τεχνολογία των πληροφοριών και τα ολοκληρωμένα συστήματα τεκμηρίωσης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον συντονισμό των θεραπειών και της εκπαίδευσης των ασθενών (Chong, Aslani και Chen, 2013- Vaartio-Rajalin et al., 2015). Οι Lively και συν. (2020) πρότειναν την ανάπτυξη εκπαιδευτικών καταλόγων ελέγχου, ενώ οι Vaartio-Rajalin και συν. (2015) πρότειναν ότι η εκπαίδευση των ασθενών θα πρέπει να τεκμηριώνεται σύμφωνα με την ανάθεση καθηκόντων του κάθε επαγγελματία υγείας, και τα δύο αυτά συστήματα συμβάλλουν στην ενημέρωση της διεπαγγελματικής ομάδας σχετικά με το εκπαιδευτικό περιεχόμενο που δεν έχει ακόμη καλυφθεί. Επιπλέον, η υποδομή θα μπορούσε να περιλαμβάνει διαδικτυακή

επικοινωνία που επιτρέπει τη μεταφορά πληροφοριών μεταξύ επαγγελματιών υγείας που δεν βρίσκονται στην ίδια τοποθεσία (McDonald, Jayasuriya και Harris, 2012- Gucciardi et al., 2016).

5.3.3. Κοινός χώρος για συνεργασία

Ο κοινός χώρος για συνεργασία τονίστηκε σε δέκα μελέτες (McDonald, Jayasuriya και Harris, 2012- Causey-Upton et al., 2020a- Rathbone et al., 2016- Chong, Aslani και Chen, 2013- Gucciardi et al., 2016- Torti et al., 2022- Paz-Lourido και Kuisma, 2013- Döhler et al., 2011- Lundell et al., 2017- Kinnaer et al., 2021). Πέντε μελέτες υπογράμμισαν την ανάγκη η διεπαγγελματική ομάδα να διαθέτει έναν κοινόχρηστο χώρο που θα διευκολύνει τη συνεργασία και θα αυξάνει την προσβασιμότητα των μελών της ομάδας για επικοινωνία (Causey-Upton et al., 2020a- Rathbone et al., 2016- Torti et al., 2022- Paz-Lourido και Kuisma, 2013- Döhler et al., 2011). Με αυτή τη βελτιωμένη προσβασιμότητα, οι Gucciardi και συν. (2016) αποκάλυψαν ότι περισσότεροι ασθενείς παραπέμφθηκαν για εκπαίδευση όταν οι αντίστοιχοι εκπαιδευτές βρίσκονταν στην ίδια τοποθεσία με τον πρωτοβάθμιο ιατρό τους.

Ενώ η ύπαρξη μιας ισχυρής υποδομής επικοινωνίας είναι αποτελεσματική για την τυποποιημένη τεκμηρίωση, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι η φυσική αλληλεπίδραση μεταξύ τους ευνοεί περισσότερο τη συνεργασία (Rathbone et al., 2016). Οι ευκαιρίες αλληλεπίδρασης μέσω κοινωνικών συγκεντρώσεων, οι αυτοσχέδιες διαβουλεύσεις με τα μέλη της ομάδας κατά μήκος των διαδρόμων και οι περιστασιακές συζητήσεις κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων, ενθάρρυναν την άμεση αναγνώριση των αποφάσεων που λαμβάνονται για τη φροντίδα των ασθενών (McDonald, Jayasuriya και Harris, 2012- Gucciardi et al., 2016- Lundell et al., 2017). Οι τακτικές ομαδικές συναντήσεις αναφέρθηκαν επίσης σε τρεις μελέτες ως ζωτικής σημασίας για τη διεπαγγελματική συνεργασία για την εκπαίδευση των ασθενών (Chong, Aslani και Chen, 2013- Lundell et al., 2017- Kinnaer et al., 2021). Αυτές οι ευκαιρίες επικοινωνίας ήταν περισσότερο διαδεδομένες όταν η διεπαγγελματική ομάδα ήταν συγκεντρωμένη σε κοινή τοποθεσία.

5.3.4. Διεπαγγελματική εμπιστοσύνη

Δέκα μελέτες ανέφεραν την ύπαρξη διεπαγγελματικής εμπιστοσύνης ως σημαντική προϋπόθεση για τη διεπαγγελματική συνεργασία για την εκπαίδευση των ασθενών (McDonald, Jayasuriya και Harris, 2012- Rathbone et al., 2016- Gucciardi et al., 2016- Asselin et al., 2016- Torti et al., 2022- DeJesse και Zelman, 2013- Nallani et al., 2021- Sørensen et al., 2020- Paz-Lourido και Kuisma, 2013- Lundell et al., 2017). Η εμπιστοσύνη εδραιώθηκε όταν τα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας μοιράζονταν τις ίδιες αξίες που διέπουν τη φροντίδα των ασθενών (Sørensen et al., 2020). Η εμπιστοσύνη μπορεί να οικοδομηθεί με συχνές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και διευκολύνεται με την ύπαρξη μελών της ομάδας στην ίδια τοποθεσία (Rathbone et al., 2016, Gucciardi et al., 2016, Torti et al., 2022). Οι διεπαγγελματικές σχέσεις συμβάλλουν επίσης στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ενθαρρύνοντας την επικοινωνία, προωθώντας την εξοικείωση και αυξάνοντας την εμπιστοσύνη στην πρακτική και την ικανότητα του άλλου για την εκπαίδευση των ασθενών (Gucciardi et al., 2016- Asselin et al., 2016- Paz-Lourido και Kuisma, 2013). Τέλος, η εδραίωση της εμπιστοσύνης βασίζεται επίσης στην κατανόηση και την αντίληψη του καθενός για τους ρόλους και τις ικανότητες των άλλων επαγγελματιών υγείας. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης προτιμούσαν να συνεργάζονται με εκείνους που θεωρούσαν αξιόπιστους και οι οποίοι θα μπορούσαν να προσφέρουν προστιθέμενη αξία στη φροντίδα των ασθενών (McDonald, Jayasuriya και Harris, 2012- Rathbone et al., 2016- Torti et al., 2022- DeJesse και Zelman, 2013- Lundell et al., 2017).

5.3.5. Οργανωσιακή υποστήριξη

Έντεκα δημοσιεύσεις υπογράμμισαν τη σημασία των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης για την παροχή επαρκούς υποστήριξης στους επαγγελματίες υγείας (Causey-Upton et al., 2020a- Lively et al., 2020- Asselin et al., 2016- Torti et al., 2022- DeJesse και Zelman, 2013- Nallani et al., 2021- Sørensen et al., 2020- Kvarnström, Airaksinen και Liira, 2018- Vaartio-Rajalin et al., 2015- Lundell et al., 2017- Kinnaer et al., 2021). Αναφέρθηκε ότι ο ανεπαρκής χρόνος εμπόδιζε τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν εκπαίδευση στους ασθενείς (Lively et al., 2020- Torti et al., 2022- Nallani et al., 2021- Sørensen et al., 2020- Kvarnström, Airaksinen

και Liira, 2018- Lundell et al., 2017). Οι χρονικοί περιορισμοί περιόρισαν επίσης τις ευκαιρίες των επαγγελματιών υγείας να συμμετάσχουν σε διεπαγγελματική συνεργασία και να διαβάσουν την τεκμηρίωση των άλλων επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εκπαίδευση που παρείχαν στους ασθενείς (Causey-Upton et al., 2020a- Asselin et al., 2016- Vaartio-Rajalin et al., 2015). Μια έρευνα των Lundell και συν. (2017) σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ανέφερε την έλλειψη πόρων ως πρόκληση για την παροχή εκπαίδευσης των ασθενών. Αυτό υποστηρίχθηκε από ποιοτικά ευρήματα που αποκαλύπτουν τον μεγάλο φόρτο εργασίας που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς έχουν εκπαιδευτικά καθήκοντα εκτός από τις κλινικές τους ευθύνες (Causey-Upton et al., 2020a- Kinnair et al., 2021). Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ανέφεραν επίσης ότι δεν έχουν επαρκείς γνώσεις για την εκπαίδευση των ασθενών, επομένως η εκπαίδευση είναι απαραίτητη για να είναι ικανοί να παρέχουν εκπαίδευση στους ασθενείς (Causey-Upton et al., 2020a- Torti et al., 2022- Lundell et al., 2017). Δύο μελέτες προσδιόρισαν περαιτέρω την ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τους ρόλους και την εμπειρογνωμοσύνη των επαγγελματιών υγείας άλλων κλάδων όσον αφορά την εκπαίδευση των ασθενών, ώστε να διασφαλιστεί η αποσαφήνιση των ρόλων και να διευκολυνθεί η αποτελεσματική διεπαγγελματική συνεργασία για την εκπαίδευση των ασθενών (Asselin et al., 2016- DeJesse και Zelman, 2013).

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, η παρούσα εργασία εξέτασε την περίπλοκη δυναμική της διεπαγγελματικής συνεργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, με ιδιαίτερη έμφαση στον αντίκτυπό της στα αποτελέσματα των ασθενών. Η έρευνα φωτίζει βασικά θέματα που αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της προώθησης της αποτελεσματικής ομαδικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Πρώτο μεταξύ αυτών των θεμάτων είναι η επιτακτική ανάγκη αποσαφήνισης των ρόλων. Η αλληλοεπικάλυψη αρμοδιοτήτων μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας υπογραμμίζει την αναγκαιότητα σαφώς καθορισμένων ρόλων, οι οποίοι επιτυγχάνονται μέσω μηχανισμών όπως οι συμφωνίες παροχής υπηρεσιών και η θέσπιση επαγγελματικών ορίων. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές αναδεικνύονται ως κεντρικές φιγούρες στην ενορχήστρωση εκπαιδευτικών και συνεργατικών διαδικασιών στο πλαίσιο διεπιστημονικών ομάδων.

Ένας κρίσιμος καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχή συνεργασία είναι η δημιουργία μιας αποτελεσματικής υποδομής επικοινωνίας. Στο σημερινό τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο χαρακτηρίζεται από κατακερματισμένα συστήματα και ποικίλα περιβάλλοντα περίθαλψης, η απρόσκοπτη μεταφορά πληροφοριών είναι υψίστης σημασίας. Υπογραμμίζεται επίσης ο ρόλος της τεχνολογίας των πληροφοριών, των ολοκληρωμένων συστημάτων τεκμηρίωσης και της διαδικτυακής επικοινωνίας στην ενίσχυση του συντονισμού και στον μετριασμό των κινδύνων που συνδέονται με αποτυχίες στη μεταφορά πληροφοριών.

Υπογραμμίζεται η σημασία ενός κοινού φυσικού και εικονικού χώρου για τη συνεργασία, αναγνωρίζοντας ότι, ενώ οι ψηφιακές πλατφόρμες διευκολύνουν την τυποποιημένη τεκμηρίωση, οι πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπιδράσεις προάγουν ένα πιο ευνοϊκό περιβάλλον για τη συνεργατική λήψη αποφάσεων. Οι τακτικές ομαδικές συναντήσεις, οι κοινωνικές συναθροίσεις και οι αυτοσχέδιες διαβουλεύσεις προσδιορίζονται ως καθοριστικές για την προώθηση της άμεσης αναγνώρισης των αποφάσεων που είναι ζωτικής σημασίας για τη φροντίδα των ασθενών. Η διεπαγγελματική εμπιστοσύνη αναδεικνύεται ως άξονας για την αποτελεσματική συνεργασία. Οι κοινές αξίες, οι συχνές αλληλεπιδράσεις και η φυσική εγγύτητα αναγνωρίζονται ως βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη

εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Υποστηρίζεται ότι η οικοδόμηση εμπιστοσύνης διευκολύνεται περαιτέρω μέσω των διεπαγγελματικών σχέσεων, οι οποίες ενθαρρύνουν την επικοινωνία, προωθούν την εξοικείωση και ενισχύουν την εμπιστοσύνη στις πρακτικές και τις ικανότητες του άλλου.

Το οργανωτικό πλαίσιο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, με τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να λειτουργούν ως κρίσιμοι καταλύτες ή αναστολείς της αποτελεσματικής συνεργασίας. Ο ανεπαρκής χρόνος, οι περιορισμοί πόρων και ο μεγάλος φόρτος εργασίας προσδιορίζονται ως τρομερές προκλήσεις που μπορούν να εμποδίσουν τους επαγγελματίες υγείας στις προσπάθειες συνεργασίας τους. Υπογραμμίζεται η σημασία της οργανωτικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, τονίζοντας την ανάγκη για στρατηγικές πρωτοβουλίες που δίνουν προτεραιότητα στην εκπαίδευση, στην κατανομή των πόρων και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που ευνοεί την αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία.

Βιβλιογραφία

Adeleye, O.A. and Ofili, A.N. (2010). Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles? *Journal of Environmental and Public Health*, [online] 2010, pp.1–6. doi:<https://doi.org/10.1155/2010/272896>.

Adorian, D., Silverberg, D.S., Tomer, D. and Wamosher, Z. (1990). Group discussions with the health care team--a method of improving care of hypertension in general practice. *Journal of Human Hypertension*, [online] 4(3), pp.265–268. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2362258/>

Al-Hussami, M., Hammad, S. and Alsoleihat, F. (2018). The influence of leadership behavior, organizational commitment, organizational support, subjective career success on organizational readiness for change in healthcare organizations. *Leadership in Health Services*, 31(4), pp.354–370. doi:<https://doi.org/10.1108/lhs-06-2017-0031>.

Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), pp.444–453. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03738.x>.

Almost, J., Doran, D.M., McGillis Hall, L. and Laschinger, H.K. (2010). Antecedents and consequences of intra-group conflict among nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(8), pp.981–992. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01154.x>.

Alotaibi, B. (2018). Nurses Communication Barriers in Healthcare Centers: Patients' Perspectives. *International Journal of Nursing Didactics*, 08(01), pp.24–34. doi:<https://doi.org/10.15520/ijnd.2018.vol8.iss01.271.24-34>.

Alshamari, S. (2017). Organizational Culture And Organizational Performance In The Primary Health Care Sector In Qatar: A Proposed Theoretical Framework. *CrossCultural Management Journal*, [online] (2), pp.129–138. Διαθέσιμο στο: <https://ideas.repec.org/a/cmj/journal/y2017i2p129-138.html>

Anderson, J.E., Lavelle, M. and Reedy, G. (2021). Understanding adaptive teamwork in health care: Progress and future directions. *Journal of Health Services Research & Policy*, [online] 26(3), p.135581962097843. doi:<https://doi.org/10.1177/1355819620978436>.

- Antwi, M. and Kale, M. (2014). *Change management in healthcare: Literature review*. The Moneson Centre for Business Research in Healthcare.
- Apker, J., Propp, K.M. and Ford, W.S. (2005). Negotiating Status and Identity Tensions in Healthcare Team Interactions: An Exploration of Nurse Role Dialectics. *Journal of Applied Communication Research*, 33(2), pp.93–115. doi:<https://doi.org/10.1080/00909880500044620>.
- Arevian, M. (2005). The significance of a collaborative practice model in delivering care to chronically ill patients: A case study of managing diabetes mellitus in a primary health care center. *Journal of Interprofessional Care*, 19(5), pp.444–451. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820500215095>.
- Ashworth, P. (2000). Nurse–doctor relationships: conflict, competition or collaboration. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(3), pp.127–128. doi:<https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1510>.
- Asselin, J., Osunlana, A.M., Ogunleye, A.A., Sharma, A.M. and Campbell-Scherer, D. (2016). Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: lessons learned from the 5As Team study. *Clinical Obesity*, 6(2), pp.124–132. doi:<https://doi.org/10.1111/cob.12133>.
- Aveling, E.-L. and Jovchelovitch, S. (2013). Partnerships as knowledge encounters: A psychosocial theory of partnerships for health and community development. *Journal of Health Psychology*, 19(1), pp.34–45. doi:<https://doi.org/10.1177/1359105313509733>.
- Bachrach, D.G., Powell, B.C., Collins, B.J. and Richey, R.G. (2006). Effects of task interdependence on the relationship between helping behavior and group performance. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), pp.1396–1405. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.6.1396>.
- Baileys, K., McMullen, L., Lubejko, B., Christensen, D., Haylock, P., Rose, T., Sellers, J. and Srdanovic, D. (2018). Nurse Navigator Core Competencies: An Update to Reflect the Evolution of the Role. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(3), pp.272–281. doi:<https://doi.org/10.1188/18.cjon.272-281>.
- Baluch, A.M., Salge, T.O. and Piening, E.P. (2013). Untangling the relationship between HRM and hospital performance: the mediating role of attitudinal and behavioural HR outcomes†. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), pp.3038–3061. doi:<https://doi.org/10.1080/09585192.2013.775027>.

- Bardad, S.A. (2017). *Factors influencing retention of essential healthcare providers at facility level in Mandera county: a case study of Mandera county referral hospital, Kenya*. [online] publications.universalhealth2030.org. Διαθέσιμο στο: <http://publications.universalhealth2030.org/ref/d15a4c64e07f02c7d1eec3314e2f951e>.
- Basham, M.J. and Mathur, R.P. (2010). Dynamic leadership development in community college administration: Theories, applications, and implications. *New Directions for Community Colleges*, 2010(149), pp.25–32. doi:<https://doi.org/10.1002/cc.392>.
- Bass, B.M. (1998). *Transformational leadership : industrial, military, and educational impact*. Mahwah N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beckham, J. (2022). *Factors impacting multidisciplinary team communication and patient-centered communication along the cancer care continuum*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3218&context=dissertations>.
- Berduzco-Torres, N., Choquenaira-Callañaupa, B., Medina, P., Chihuantito-Abal, L.A., Caballero, S., Gallegos, E., San-Martín, M., Delgado Bolton, R.C. and Vivanco, L. (2020). Factors Related to the Differential Development of Inter-Professional Collaboration Abilities in Medicine and Nursing Students. *Frontiers in Psychology*, [online] 11. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00432>.
- Bernerth, J. (2004). Expanding Our Understanding of the Change Message. *Human Resource Development Review*, 3(1), pp.36–52. doi:<https://doi.org/10.1177/1534484303261230>.
- Bersin, J. (2014). *Talent Strategies in Asia: Do Asian Leaders Behave Differently?* [online] HR Management App. Διαθέσιμο στο: <https://www.hrmanagementapp.com/talent-strategies-in-asia-do-asian-leaders-behave-differently/>
- Blaževičienė, A., Vanckavičienė, A., Paukštaitienė, R. and Baranauskaitė, A. (2021). Nurse's Role from Medical Students' Perspective during Their Interprofessional Clinical Practice: Evidence from Lithuania. *Healthcare*, 9(8), p.963. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare9080963>.
- Blišťáková, J. and Palenčárová, J. (2021). Human Resource Management in Healthcare. *SHS Web of Conferences*, [online] 115, p.03003. doi:<https://doi.org/10.1051/shsconf/202111503003>.

- Bonner, A. and Walker, A. (2004). Nephrology nursing: blurring the boundaries: the reality of expert practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), pp.210–218. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00858.x>.
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T.R. and Kasperski, M.J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), pp.4–10. doi:<https://doi.org/10.3109/13561820.2010.497750>.
- Brown, J.B., Mulder, C., Clark, R.E., Belsito, L. and Thorpe, C. (2020). It starts with a strong foundation: constructing collaborative interprofessional teams in primary health care. *Journal of Interprofessional Care*, 35(4), pp.1–7. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1787360>.
- Brown, R. and Hewstone, M. (2005). An integrative theory of intergroup contact. *Advances in Experimental Social Psychology*, 37, pp.255–343. doi:[https://doi.org/10.1016/s0065-2601\(05\)37005-5](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(05)37005-5).
- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K.D. and van Wijngaarden, J.D.H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, [online] 18(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>.
- Camarihna-Matos, L.M. and Afsarmanesh, H. (2008). Concept of Collaboration. In: *Encyclopedia of Networked and Virtual Organizations*. IGI Global, pp.311–315.
- Campbell, C., Craig, J., Eggert, J. and Bailey-Dorton, C. (2010). *Implementing and Measuring the Impact of Patient Navigation at a Comprehensive Community Cancer Center*. [online] Oncology nursing forum. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20044340/>.
- Campbell, S.M., Hann, M., Hacker, J., Burns, C., Oliver, D., Thapar, A., Mead, N., Safran, D.G. and Roland, M.O. (2001). Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ : British Medical Journal*, [online] 323(7316), p.784. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC57358/>.
- Cantril, C. and Haylock, P.J. (2013). Patient Navigation in the Oncology Care Setting. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(2), pp.76–90. doi:<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.003>.
- Carley, K. (1991). A Theory of Group Stability. *American Sociological Review*, 56(3), p.331. doi:<https://doi.org/10.2307/2096108>.

- Carpenter, J. and Dickinson, C. (2016). Understanding interprofessional education as an intergroup encounter: The use of contact theory in programme planning. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), pp.103–108. doi:<https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1070134>.
- Causey-Upton, R., Howell, D.M., Kitzman, P.H., Custer, M.G. and Dressler, E.V. (2020a). Orthopaedic Nurses' Perceptions of Preoperative Education for Total Knee Replacement. *Orthopaedic Nursing*, 39(4), pp.227–237. doi:<https://doi.org/10.1097/nor.0000000000000675>.
- Causey-Upton, R., Howell, D.M., Kitzman, P.H., Custer, M.G. and Dressler, E.V. (2020b). Preoperative Education for Total Knee Replacement. *Orthopaedic Nursing*, [online] 39(1), pp.23–34. doi:<https://doi.org/10.1097/nor.0000000000000623>.
- Chawla, N., Blanch-Hartigan, D., Virgo, K.S., Ekwueme, D.U., Han, X., Forsythe, L., Rodriguez, J., McNeel, T.S. and Yabroff, K.R. (2016). Quality of Patient-Provider Communication Among Cancer Survivors: Findings From a Nationally Representative Sample. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), pp.e964–e973. doi:<https://doi.org/10.1200/jop.2015.006999>.
- Chippis, E., Stelmaschuk, S., Albert, N.M., Bernhard, L. and Holloman, C. (2013). Workplace Bullying in the OR: Results of a Descriptive Study. *AORN Journal*, [online] 98(5), pp.479–493. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.08.015>.
- Chong, W.W., Aslani, P. and Chen, T.F. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), pp.373–379. doi:<https://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503>.
- Choudhary, A. and Gupta, V. (2015). Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, [online] 5(4), p.41. doi:<https://doi.org/10.4103/2229-516x.162273>.
- Claus, A.M. and Wiese, B.S. (2019). Development and test of a model of interdisciplinary competencies. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28(2), pp.191–205. doi:<https://doi.org/10.1080/1359432x.2019.1567491>.
- Cohen, E.L., Scott, A.M., White, C.R. and Dignan, M.B. (2013). Evaluation of Patient Needs and Patient Navigator Communication About Cervical Cancer Prevention in Appalachian Kentucky. *Journal of Communication*, 63(1), pp.72–94. doi:<https://doi.org/10.1111/jcom.12002>.

- Cömert, M., Zill, J.M., Christalle, E., Dirmaier, J., Härter, M. and Scholl, I. (2016). Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) - A Systematic Review of Rating Scales. *PLOS ONE*, [online] 11(3), p.e0152717. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152717>.
- Cook, K. and Stoecker, J. (2014). Healthcare Student Stereotypes: A Systematic Review with Implications for Interprofessional Collaboration. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4(2). doi:<https://doi.org/10.22230/jripe.2014v4n2a151>.
- Cooke, F.L., Wood, G., Wang, M. and Li, A.S. (2020). Riding the tides of mergers and acquisitions by building a resilient workforce: A framework for studying the role of human resource management. *Human Resource Management Review*, [online] 31(3), p.100747. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2020.100747>.
- Coombs, M. (2003). Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(3), pp.125–135. doi:[https://doi.org/10.1016/s0964-3397\(03\)00040-5](https://doi.org/10.1016/s0964-3397(03)00040-5).
- Côté, L. and Leclère, H. (2000). How Clinical Teachers Perceive the Doctor—Patient Relationship and Themselves as Role Models. *Academic Medicine*, 75(11), pp.1117–1124. doi:<https://doi.org/10.1097/00001888-200011000-00020>.
- Courtright, S.H., Thurgood, G.R., Stewart, G.L. and Pierotti, A.J. (2015). Structural interdependence in teams: An integrative framework and meta-analysis. *The Journal of Applied Psychology*, [online] 100(6), pp.1825–1846. doi:<https://doi.org/10.1037/apl0000027>.
- Cox, K.B. (2001). The effects of unit morale and interpersonal relations on conflict in the nursing unit. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), pp.17–25. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01819.x>.
- Craigie, F.C. and Hobbs, R.F. (2004). Exploring the organizational culture of exemplary community health center practices. *Family Medicine*, [online] 36(10), pp.733–738. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15531989/>.
- Czarniawska, B. and Guje Sevón (1996). *Translating Organizational Change*. De Gruyter. doi:<https://doi.org/10.1515/9783110879735>.
- D’Silva, J.L., Ortega, A. and Sulaiman, A.H. (2016). Influence of Personal and Task Interdependence on Task Conflict and Team Effectiveness. *Modern Applied Science*, 10(4), p.95. doi:<https://doi.org/10.5539/mas.v10n4p95>.

- Dahlawi, H.H., Al obaidallah, M.M., Rashid, N.A., Alotaibi, A.A., Al-Mussaed, E.M., Cheung, M.M.M., Abuaish, S. and Cordero, M.A.W. (2023). Defining Physician–Nurse Efforts toward Collaboration as Perceived by Medical Students. *Healthcare*, [online] 11(13), p.1919. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare11131919>.
- Danaher, A. (2011). *Reducing Health Inequities: Enablers and Barriers to Intersectoral Collaboration reducing health inequities 2 the welllesley institute ACKNOWLEDGEMENTS*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/09/Reducing-Health-Inequities-Enablers-and-Barriers-to-Intersectoral-Collaboration.pdf>.
- Danish, R.Q. and Usman, A. (2010). Impact of Reward and Recognition on Job Satisfaction and Motivation: An Empirical study from Pakistan. *International Journal of Business and Management*, 5(2), pp.159–167. doi:<https://doi.org/10.5539/ijbm.v5n2p159>.
- Darmayani, S., Findyartini, A., Widiasih, N. and Soemantri, D. (2020). Stereotypes among health professions in Indonesia: an explorative study. *Korean Journal of Medical Education*, 32(4), pp.329–341. doi:<https://doi.org/10.3946/kjme.2020.180>.
- Davies, C. (2006). A zero tolerance abuse policy--what does an RN need to consider? *Alberta RN*, [online] 62(4), pp.8–9. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16706011/>
- DeJesse, L.D. and Zelman, D.C. (2013). Promoting Optimal Collaboration Between Mental Health Providers and Nutritionists in the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 21(3), pp.185–205. doi:<https://doi.org/10.1080/10640266.2013.779173>.
- Delany, T., Lawless, A., Baum, F., Popay, J., Jones, L., McDermott, D., Harris, E., Broderick, D. and Marmot, M. (2015). Health in All Policies in South Australia: what has supported early implementation? *Health Promotion International*, 31(4), p.dav084. doi:<https://doi.org/10.1093/heapro/dav084>.
- Desimini, E.M., Kennedy, J.A., Helsley, M.F., Shiner, K., Denton, C., Rice, T.T., Stannard, B., Farrell, P.W., Marmarstein, P.A. and Lewis, M.G. (2011). Making the Case for Nurse Navigators. *Oncology Issues*, 26(5), pp.26–33. doi:<https://doi.org/10.1080/10463356.2011.11883604>.
- Diallo, T. (2020). *Five examples of intersectoral action for health at the local and regional level in Canada*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.ncchpp.ca/docs/2020->

GouvIntGov-5-Examples-Intersectoral-Action-Health-Canada.pdf [Accessed 6 Nov. 2023].

Döhler, N., Krolop, L., Ringsdorf, S., Meier, K., Ko, Y.-D., Kuhn, W., Schwalbe, O. and Jaehde, U. (2011). Task allocation in cancer medication management – Integrating the pharmacist. *Patient Education and Counseling*, 83(3), pp.367–374. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.03.002>.

Dougan, W.L. and Mulkey, L.M. (1996). Individual, organizational and contextual antecedents of perceived conflict among administrators in mental health service delivery systems. *Applied Behavioral Science Review*, 4(1), pp.1–21. doi:[https://doi.org/10.1016/s1068-8595\(96\)80014-6](https://doi.org/10.1016/s1068-8595(96)80014-6).

Duddle, M. and Boughton, M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), pp.29–37. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04302.x>.

Dyer, J. (1984). Team research and team training: A state-of-the-art review. *Applied Ergonomics*, 16(4), p.306. doi:[https://doi.org/10.1016/0003-6870\(85\)90133-4](https://doi.org/10.1016/0003-6870(85)90133-4).

El-Hanafy, E. (2018). Nurse physician work-related relationship as perceived by both of them. *Egyptian Nursing Journal*, 15(2), p.188. doi:https://doi.org/10.4103/enj.enj_42_17.

Elsous, A., Radwan, M. and Mohsen, S. (2017). Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: a Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, [online] 2017(7406278), pp.1–7. doi:<https://doi.org/10.1155/2017/7406278>.

Evans, L., Donovan, B., Liu, Y., Shaw, T. and Harnett, P. (2019). A tool to improve the performance of multidisciplinary teams in cancer care. *BMJ Open Quality*, [online] 8(2), p.e000435. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000435>.

Farahani, M.A., Sahragard, R., Carroll, J.K. and Mohammadi, E. (2011). Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), pp.322–328. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2011.01940.x>.

Fiscella, K. and McDaniel, S.H. (2018). The complexity, diversity, and science of primary care teams. *American Psychologist*, 73(4), pp.451–467. doi:<https://doi.org/10.1037/amp0000244>.

Flavel, J., van Eyk, H. and Baum, F. (2022). *Intersectoral models to build healthy public policy: A review of the evidence Produced for Wellbeing SA*. [online]

Διαθέσιμο στο: <https://www.adelaide.edu.au/stretton/ua/media/652/review-of-intersectoral-collaboration-models.pdf>.

Forté, P.S. (1997). The high cost of conflict. *Nursing Economic\$,* [online] 15(3), pp.119–123. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9305111/>.

Frederich, M.E., Strong, R. and von Gunten, C.F. (2002). Physician-Nurse Conflict: Can Nurses Refuse to Carry Out Doctor's Orders? *Journal of Palliative Medicine,* 5(1), pp.155–158. doi:<https://doi.org/10.1089/10966210252785132>.

Freeman, H.P. and Rodriguez, R.L. (2011). History and principles of patient navigation. *Cancer,* [online] 117(S15), pp.3537–3540. doi:<https://doi.org/10.1002/cncr.26262>.

Freeman, R.K., Ascioti, A.J., Dake, M. and Mahidhara, R.S. (2015). The Effects of a Multidisciplinary Care Conference on the Quality and Cost of Care for Lung Cancer Patients. *The Annals of Thoracic Surgery,* 100(5), pp.1834–1838. doi:<https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.05.056>.

Frenk, J., Chen, L.C., Chandran, L., Groff, E.O.H., King, R., Meleis, A. and Fineberg, H.V. (2022). Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. *The Lancet,* [online] 400(10362), pp.1539–1556. doi:[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)02092-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)02092-x).

Freund, K.M., Battaglia, T.A., Calhoun, E., Dudley, D.J., Fiscella, K., Paskett, E., Raich, P.C. and Roetzheim, R.G. (2008). National Cancer Institute Patient Navigation Research Program. *Cancer,* 113(12), pp.3391–3399. doi:<https://doi.org/10.1002/cncr.23960>.

Gaertner, S.L., Mann, J., Murrell, A. and Dovidio, J.F. (1989). Reducing intergroup bias: The benefits of recategorization. *Journal of Personality and Social Psychology,* 57(2), pp.239–249. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.2.239>.

Garber, J.S., Madigan, E.A., Click, E.R. and Fitzpatrick, J.J. (2009). Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *Journal of Interprofessional Care,* 23(4), pp.331–340. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820902886253>.

George, S., Rahmatinick, S. and Ramos, J. (2018). Commit to Sit to Improve Nurse Communication. *Critical Care Nurse,* 38(2), pp.83–85. doi:<https://doi.org/10.4037/ccn2018846>.

Greco, L.M., Porck, J.P., Walter, S.L., Scrimshire, A.J. and Zabinski, A.M. (2021). A meta-analytic review of identification at work: Relative contribution of team,

organizational, and professional identification. *Journal of Applied Psychology*. doi:<https://doi.org/10.1037/apl0000941>.

Griffiths, J., Austin, L. and Luker, K. (2004). Interdisciplinary teamwork in the community rehabilitation of older adults: an example of flexible working in primary care. *Primary Health Care Research and Development*, 5(3), pp.228–239. doi:<https://doi.org/10.1191/1463423604pc202oa>.

Grumbach, K. and Bodenheimer, T. (2004). Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? *JAMA*, 291(10), p.1246. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.291.10.1246>.

Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A. and Dorado, L. (2016). Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care. *BMC Family Practice*, 17(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12875-016-0407-1>.

Gully, S.M., Incalcaterra, K.A., Joshi, A. and Beaubien, J.M. (2002). A meta-analysis of team-efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied Psychology*, 87(5), pp.819–832. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.5.819>.

Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B. and Mattsson, B. (2009). Working together — primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), pp.78–85. doi:<https://doi.org/10.1177/1403494809347405>.

Haraway, D.L. and Haraway, W.M. (2005). Analysis of the Effect of Conflict-Management and Resolution Training on Employee Stress at a Healthcare Organization. *Hospital Topics*, 83(4), pp.11–17. doi:<https://doi.org/10.3200/htps.83.4.11-18>.

Harrington, N.G. (2015). *Health communication : theory, method, and application*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Harris, M.F., Advocat, J., Crabtree, B.F., Levesque, J.-F., Miller, W.L., Gunn, J.M., Hogg, W., Scott, C.M., Chase, S.M., Halma, L. and Russell, G.M. (2016). Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, [online] 9, pp.35–46. doi:<https://doi.org/10.2147/JMDH.S97371>.

Hean, S., Clark, J.M., Adams, K. and Humphris, D. (2006). Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other

- health and social care professional groups. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), pp.162–181. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820600646546>.
- Henneman, E.A., Lee, J.L. and Cohen, J.I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, [online] 21(1), pp.103–109. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x>.
- Hobgood, C.D., Riviello, R.J., Jouriles, N. and Hamilton, G. (2002). Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), pp.1257–1269. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2002.tb01586.x>.
- Hofhuis, J., Mensen, M., ten Den, L.M., van den Berg, A.M., Koopman-Draijer, M., van Tilburg, M.C., Smits, C.H.M. and de Vries, S. (2018). Does functional diversity increase effectiveness of community care teams? The moderating role of shared vision, interaction frequency, and team reflexivity. *Journal of Applied Social Psychology*, [online] 48(10), pp.535–548. doi:<https://doi.org/10.1111/jasp.12533>.
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Fields, S.K., Cicchetti, A., Scalzo, A.L., Taroni, F., Amicosante, A.M.V., Macinati, M., Tangucci, M., Liva, C., Ricciardi, G., Eidelman, S., Admi, H., Geva, H., Mashiach, T., Alroy, G., Alcorta-Gonzalez, A., Ibarra, D. and Torres-Ruiz, A. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), pp.427–435. doi:[https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00108-6](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00108-6).
- Homan, A.C. (2019). Dealing with diversity in workgroups: Preventing problems and promoting potential. *Social and Personality Psychology Compass*, 13(5), p.e12465. doi:<https://doi.org/10.1111/spc3.12465>.
- Homan, A.C., Hollenbeck, J.R., Humphrey, S.E., Knippenberg, D.V., Ilgen, D.R. and Van Kleef, G.A. (2008). Facing Differences With an Open Mind: Openness to Experience, Salience of Intragroup Differences, and Performance of Diverse Work Groups. *Academy of Management Journal*, 51(6), pp.1204–1222. doi:<https://doi.org/10.5465/amj.2008.35732995>.
- Honda, K. and Takamizawa, E. (2018). Characteristics of ‘Nurse-physician Collaboration’ as Perceived by Nurses at an Emergency Care Centre in Japan. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 5(1). doi:<https://doi.org/10.15344/2394-4978/2018/298>.

- House, S. and Havens, D. (2017). Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(3), pp.165–171. doi:<https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000460>.
- Howard, R. and Gunther, S. (2012). *Health in All Policies: An EU literature review 2006 – 2011 and interview with key stakeholders*. [online] Health Inequalities. Διαθέσιμο στο: <https://health-inequalities.eu/jwddb/health-in-all-policies-an-eu-literature-review-2006-2011-and-interview-with-key-stakeholders/> [Accessed 6 Nov. 2023].
- Hu, H., Gu, Q. and Chen, J. (2013). How and when does transformational leadership affect organizational creativity and innovation? *Nankai Business Review International*, 4(2), pp.147–166. doi:<https://doi.org/10.1108/20408741311323344>.
- Hudon, C., Fortin, M., Rossignol, F., Bernier, S. and Poitras, M.-E. (2011). The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting: a reliability study. *BMC Family Practice*, 12(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-71>.
- Hughes, B. and Fitzpatrick, J.J. (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), pp.625–632. doi:<https://doi.org/10.3109/13561820903550804>.
- Hughes, M. (2011). Do 70 Per Cent of All Organizational Change Initiatives Really Fail? *Journal of Change Management*, 11(4), pp.451–464. doi:<https://doi.org/10.1080/14697017.2011.630506>.
- Humphrey, S.E. and Aime, F. (2014). Team Microdynamics: Toward an Organizing Approach to Teamwork. *The Academy of Management Annals*, 8(1), pp.443–503. doi:<https://doi.org/10.1080/19416520.2014.904140>.
- Ihemedu, C., Omolase, C., Osere, Y. and Betiku, O. (2010). Appraisal of Physician and #8211;Nurse Working Relationship in Owo, South West, Nigeria. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(6), p.569. doi:<https://doi.org/10.5455/pmb.20100427030402>.
- Jacobson, P. (2012). *Evidence Synthesis for the Effectiveness of Interprofessional Teams in Primary Care*. [online] Διαθέσιμο στο: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/SynthesisInterProfTeams_Jacobson_EN_Web.pdf.
- Jaffe, R.A. (2013). *Staff nurse perception of leadership styles among nurse managers*.

- Jameson, J.K. (2003). Transcending Intractable Conflict in Health Care: An Exploratory Study of Communication and Conflict Management Among Anesthesia Providers. *Journal of Health Communication*, 8(6), pp.563–581. doi:<https://doi.org/10.1080/716100415>.
- Jankelová, N. (2021). The Key Role of Strategically and People-Oriented HRM in Hospitals in Slovakia in the Context of Their Organizational Performance. *Healthcare*, 9(3), p.255. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare9030255>.
- Jankelová, N. and Joniaková, Z. (2021). Communication Skills and Transformational Leadership Style of First-Line Nurse Managers in Relation to Job Satisfaction of Nurses and Moderators of This Relationship. *Healthcare*, [online] 9(3), p.346. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8003159/>.
- Jean-pierre, P., Hendren, S., Fiscella, K., Loader, S., Rousseau, S., Schwartzbauer, B., Sanders, M., Carroll, J. and Epstein, R. (2011). Understanding the Processes of Patient Navigation to Reduce Disparities in Cancer Care: Perspectives of Trained Navigators from the Field. *ProQuest*, [online] pp.111–20. doi:<https://doi.org/10.1007/s13187-010-0122-x>.
- Jha, S. and Jha, S. (2012). *Antecedents of Interpersonal Conflicts at Workplace*. [online] papers.ssrn.com. Διαθέσιμο στο: <https://ssrn.com/abstract=2144789> [Accessed 15 Oct. 2020].
- Johnson and Johnson (2023). *The importance of interprofessional collaboration in healthcare*. [online] Discover Nursing. Available at: <https://nursing.jnj.com/getting-real-nursing-today/the-importance-of-interprofessional-collaboration-in-healthcare>.
- Johnson, A., Nguyen, H., Groth, M. and White, L. (2018). Reaping the Rewards of Functional Diversity in Healthcare Teams: Why Team Processes Improve Performance. *Group & Organization Management*, 43(3), pp.440–474. doi:<https://doi.org/10.1177/1059601118769192>.
- Johnson, C. (2009). Bad blood: doctor-nurse behavior problems impact patient care. *Physician Executive*, [online] 35(6), pp.6–11. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19999685/>
- Jones, J. and Barry, M.M. (2011). Developing a scale to measure synergy in health promotion partnerships. *Global Health Promotion*, 18(2), pp.36–44. doi:<https://doi.org/10.1177/1757975911404762>.
- Joynes, V.C.T. (2018). Defining and understanding the relationship between professional identity and interprofessional responsibility: implications for educating

health and social care students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(1), pp.133–149. doi:<https://doi.org/10.1007/s10459-017-9778-x>.

Kaitelidou, D., Kontogianni, A., Galanis, P., Siskou, O., Mallidou, A., Pavlakis, A., Kostagiolas, P., Theodorou, M. and Liaropoulos, L. (2012). Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *Journal of nursing management*, [online] 20(4), pp.571–8. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01196.x>.

Kämmer, J.E. and Ewers, M. (2021). Stereotypes of experienced health professionals in an interprofessional context: results from a cross-sectional survey in Germany. *Journal of Interprofessional Care*, pp.1–12. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1903405>.

Kauff, M. and Wagner, U. (2012). Valuable Therefore Not Threatening. *Social Psychological and Personality Science*, 3(6), pp.714–721. doi:<https://doi.org/10.1177/1948550611435942>.

Kauff, M., Asbrock, F. and Schmid, K. (2020). Pro-diversity beliefs and intergroup relations. *European Review of Social Psychology*, 32(2), pp.269–304. doi:<https://doi.org/10.1080/10463283.2020.1853377>.

Kauff, M., Bührmann, T., Gölz, F., Simon, L., Lüers, G., van Kampen, S., Kraus, O. and Wulfhorst, B. (2023). Teaching interprofessional collaboration among future healthcare professionals. [online] 14. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1185730>.

Kehinde, O. and Banjo, H. (2014). A Test of the Impact of Leadership Styles on Employee Performance: A Study of Department of Petroleum Resources. *International Journal of Management Sciences*, [online] 2(3), pp.149–160. Διαθέσιμο στο: <https://ideas.repec.org/a/rss/jnljms/v2i3p3.html>.

Kim, S., Buttrick, E., Bohannon, I., Fehr, R., Frans, E. and Shannon, S.E. (2016). Conflict Narratives from the Health Care Frontline: A Conceptual Model. *Conflict Resolution Quarterly*, 33(3), pp.255–277. doi:<https://doi.org/10.1002/crq.21155>.

Kinnaer, L.-M., Kenis, I., Foulon, V. and Van Hecke, A. (2021). Evaluation of interprofessional care processes for patients treated with oral anticancer drugs. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), pp.509–519. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929103>.

Kline, R.M., Rocque, G.B., Rohan, E.A., Blackley, K.A., Cantril, C.A., Pratt-Chapman, M.L., Burris, H.A. and Shulman, L.N. (2019). Patient Navigation in Cancer: The Business Case to Support Clinical Needs. *Journal of Oncology Practice*, 15(11), pp.585–590. doi:<https://doi.org/10.1200/jop.19.00230>.

- Kotter, J.P. (1990). *Force For Change: How Leadership Differs from Management*. Riverside: Free Press.
- Kotter, J.P. (2007). *Leading change : why transformation efforts fail*. Boston, Mass.: Harvard Business Press.
- Kozlowski, S.W.J. and Ilgen, D.R. (2006). Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams. *Psychological Science in the Public Interest*, [online] 7(3), pp.77–124. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2006.00030.x>.
- Kreitner, R. and Kinicki, A. (2010). *Organizational behavior*. Boston: Mcgraw-Hill/Irwin.
- Kvarnström, K., Airaksinen, M. and Liira, H. (2018). Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners. *BMJ Open*, [online] 8(1), p.e015332. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015332>.
- Lamprell, K., Arnolda, G., Delaney, G.P., Liauw, W. and Braithwaite, J. (2019). The challenge of putting principles into practice: Resource tensions and real-world constraints in multidisciplinary oncology team meetings. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 15(4). doi:<https://doi.org/10.1111/ajco.13166>.
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O.A. and Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), pp.649–657. doi:<https://doi.org/10.1177/1403494814544397>.
- Leever, A.M., Hulst, M.V.D., Berendsen, A.J., Boendemaker, P.M., Roodenburg, J.L.N. and Pols, J. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians – A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), pp.612–624. doi:<https://doi.org/10.3109/13561820903550762>.
- Lehmann-Willenbrock, N. and Allen, J.A. (2014). How fun are your meetings? Investigating the relationship between humor patterns in team interactions and team performance. *Journal of Applied Psychology*, 99(6), pp.1278–1287. doi:<https://doi.org/10.1037/a0038083>.
- Lehmann-Willenbrock, N. and Allen, J.A. (2017). Modeling Temporal Interaction Dynamics in Organizational Settings. *Journal of Business and Psychology*, 33(3), pp.325–344. doi:<https://doi.org/10.1007/s10869-017-9506-9>.
- Leslie, L.M. and Flynn, E. (2022). Diversity Ideologies, Beliefs, and Climates: A Review, Integration, and Set of Recommendations. *Journal of Management*, p.014920632210862. doi:<https://doi.org/10.1177/01492063221086238>.

- LeTourneau, B. (2004). Physicians and nurses: friends or foes? *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, [online] 49(1), pp.12–15. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14768425/>
- Levit, L., Balogh, E., Nass, S. and Ganz, P.A. eds., (2013). *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*. [online] *PubMed*. Washington (DC): National Academies Press (US). Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24872984/>.
- Lewitt, M.S., Ehrenborg, E., Scheja, M. and Brauner, A. (2010). Stereotyping at the undergraduate level revealed during interprofessional learning between future doctors and biomedical scientists. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), pp.53–62. doi:<https://doi.org/10.3109/13561820902921704>.
- Lin, V., Jones, C., Wang, S. and Barbd, E. (2014). Health in All Policies as a Strategic Policy Response to NCDs. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper Series*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://ideas.repec.org/p/wbk/hnpdps/88272.html> [Accessed 6 Nov. 2023].
- Lively, A., Minard, L.V., Scott, S., Deal, H., Lambourne, T. and Giffin, J. (2020). Exploring the perspectives of healthcare professionals in delivering optimal oncology medication education. *PLOS ONE*, 15(2), p.e0228571. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228571>.
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L. and Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, [online] 6(3), pp.1189–1196. doi:<https://doi.org/10.1002/nop2.316>.
- Lum, L., Dowedoff, P. and Englander, K. (2016). Internationally educated nurses' reflections on nursing communication in Canada. *International Nursing Review*, 63(3), pp.344–351. doi:<https://doi.org/10.1111/inr.12300>.
- Lundell, S., Tistad, M., Rehn, B., Wiklund, M., Holmner, Å. and Wadell, K. (2017). Building COPD care on shaky ground: a mixed methods study from Swedish primary care professional perspective. *BMC Health Services Research*, [online] 17(1), pp.1–14. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2393-y>.
- Mabaso, C.M. and Dlamini, B.I. (2017). Impact of Compensation and Benefits on Job Satisfaction. *Research Journal of Business Management*, 11(2), pp.80–90. doi:<https://doi.org/10.3923/rjbm.2017.80.90>.

- Mach, M., Abrantes, A.C.M. and Soler, C. (2021). *Teamwork in Healthcare Management*. [online] www.intechopen.com. IntechOpen. Διαθέσιμο στο: <https://www.intechopen.com/chapters/76172>.
- Maguire, P., Fairbairn, S. and Fletcher, C. (1986). Consultation skills of young doctors: II--Most young doctors are bad at giving information. *BMJ*, 292(6535), pp.1576–1578. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.292.6535.1576>.
- Mahendra, A., Dinusha, F., Wickramanayake, K., Karunapema, P., Wickramatilake, S., Denawaka, C., Mahesh, P.K.B. and Pandithrathna, S. (2022). Work-related factors affecting the retention of medical officers in the preventive health sector in Sri Lanka. *Human Resources for Health*, 20(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00753-w>.
- Mansaray, H.E. (2019). The Role of Leadership Style in Organisational Change Management: A Literature Review. *Journal of Human Resource Management*, 7(1), pp.18–31. doi:<https://doi.org/10.11648/j.jhrm.20190701.13>.
- Martin, J. (2015). Perceptions of Transformational Leadership in Academic Libraries. *Journal of Library Administration*, 56(3), pp.266–284. doi:<https://doi.org/10.1080/01930826.2015.1105069>.
- Maynard, M.T., Kennedy, D.M. and Sommer, S.A. (2015). Team adaptation: A fifteen-year synthesis (1998–2013) and framework for how this literature needs to ‘adapt’ going forward. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(5), pp.652–677. doi:<https://doi.org/10.1080/1359432x.2014.1001376>.
- Mazor, K.M., Street, R.L., Sue, V.M., Williams, A.E., Rabin, B.A. and Arora, N.K. (2016). Assessing patients’ experiences with communication across the cancer care continuum. *Patient Education and Counseling*, 99(8), pp.1343–1348. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.004>.
- McDonald, J., Jayasuriya, R. and Harris, M.F. (2012). The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Services Research*, [online] 12(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-63>.
- McGrath, J.E. (1984). *Groups: Interaction and performance*. Prentice-Hall.
- McKeown, S. and Dixon, J. (2017). The ‘contact hypothesis’: Critical reflections and future directions. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(1), p.e12295. doi:<https://doi.org/10.1111/spc3.12295>.
- Menon, A., Bharadwaj, S.G. and Howell, R. (1996). The Quality and Effectiveness of Marketing Strategy: Effects of Functional and Dysfunctional Conflict in

Intraorganizational Relationships. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24(4), pp.299–313. doi:<https://doi.org/10.1177/00920703962444002>.

Mercer, S.W. and Howie, J.G.R. (2006). CQI-2--a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, [online] 56(525), pp.262–268. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16611514/> [Accessed 6 Nov. 2023].

Messmer, P.R. (2008). Enhancing Nurse-Physician Collaboration Using Pediatric Simulation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(7), pp.319–327. doi:<https://doi.org/10.3928/00220124-20080701-07>.

Mette, M. and Hänze, M. (2020). Wirksamkeit von interprofessionellem Lernen: Stereotype und Wissen über die andere Berufsgruppe. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 34(3-4), pp.187–200. doi:<https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000255>.

Michalec, B., Giordano, C., Arenson, C., Antony, R. and Rose, M. (2013). Dissecting first-year students' perceptions of health profession groups: potential barriers to interprofessional education. *Journal of Allied Health*, [online] 42(4), pp.202–213. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24326917/>.

Michalec, B., Schneider, J.M. and Mackenzie, M. (2021). Teaching empathy in an interprofessional setting with a focus on decategorization: Introducing I-Team. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 22, p.100395. doi:<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100395>.

Mitchell, R. and Boyle, B. (2015). Professional diversity, identity salience and team innovation: The moderating role of openmindedness norms. *Journal of Organizational Behavior*, 36(6), pp.873–894. doi:<https://doi.org/10.1002/job.2009>.

Mohammed, S., Ferzandi, L. and Hamilton, K. (2010). Metaphor No More: A 15-Year Review of the Team Mental Model Construct. *Journal of Management*, 36(4), pp.876–910. doi:<https://doi.org/10.1177/0149206309356804>.

Mohammed, S., Mathieu, J.E. and Bartlett, A.L. (2002). Technical-administrative task performance, leadership task performance, and contextual performance: considering the influence of team- and task-related composition variables. *Journal of Organizational Behavior*, 23(7), pp.795–814. doi:<https://doi.org/10.1002/job.169>.

Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), pp.29–35. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820020022855>.

- Muñoz, R., Farshidpour, L., Chaudhary, U. and Fathi, A. (2018). Multidisciplinary Cancer Care Model: A Positive Association Between Oncology Nurse Navigation and Improved Outcomes for Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(5), pp.E141–E145. doi:<https://doi.org/10.1188/18.cjon.e141-e145>.
- Nadolski, G.J., Bell, M.A., Brewer, B.B., Frankel, R.M., Cushing, H.E. and Brokaw, J.J. (2006). Evaluating the quality of interaction between medical students and nurses in a large teaching hospital. *BMC Medical Education*, 6(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-23>.
- Nallani, R., Fox, C.C., Sykes, K.J., Surprise, J.K., Fox, C.E., Reschke, A.D., Simpson, M.H., Polivka, B.J. and Villwock, J.A. (2021). Pain Management and Education for Ambulatory Surgery: A Qualitative Study of Perioperative Nurses. *Journal of Surgical Research*, 260, pp.419–427. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.11.001>.
- Nelson, T.D. (2016). *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. New York, Ny ; London: Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- Norris, T. and Melby, V. (2006). The Acute Care Nurse Practitioner: challenging existing boundaries of emergency nurses in the United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), pp.253–263. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01306.x>.
- O’Neill, T.A. and Salas, E. (2018). Creating high performance teamwork in organizations. *Human Resource Management Review*, 28(4), pp.325–331. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.09.001>.
- Oleribe, O.O. and Taylor-Robinson, S.D. (2016). Before Sustainable Development Goals (SDG): why Nigeria failed to achieve the Millennium Development Goals (MDGs). *The Pan African Medical Journal*, [online] 24, p.156. doi:<https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.156.8447>.
- Omisore, A.G., Adesoji, R.O. and Abioye-Kuteyi, E.A. (2017). Interprofessional Rivalry in Nigeria’s Health Sector: A Comparison of Doctors and Other Health Workers’ Views at a Secondary Care Center. *International Quarterly of Community Health Education*, 38(1), pp.9–16. doi:<https://doi.org/10.1177/0272684x17748892>.
- Paarlberg, L.E. and Lavigna, B. (2010). Transformational Leadership and Public Service Motivation: Driving Individual and Organizational Performance. *Public Administration Review*, 70(5), pp.710–718. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2010.02199.x>.
- Paolini, S., Wright, S.C., Dys-Steenbergen, O. and Favara, I. (2016). Self-Expansion and Intergroup Contact: Expectancies and Motives to Self-Expand Lead to Greater

- Interest in Outgroup Contact and More Positive Intergroup Relations. *Journal of Social Issues*, 72(3), pp.450–471. doi:<https://doi.org/10.1111/josi.12176>.
- Park, S. (2017). Differences between Nurses and Patients' Perception of Nurses' Communication Skills. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(2), p.166. doi:<https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.2.166>.
- Patton, C. (2018). CHANGES: A conflict management model for organizational redesign efforts. *Journal of Conflict Management*, 6(1).
- Patton, C.M. (2014). Conflict in Health Care: A Literature Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, [online] 9(1). Διαθέσιμο στο: <https://ispub.com/IJHCA/9/1/20081>.
- Pawlikowska, T.R.B., Walker, J.J., Nowak, P.R. and Szumilo-Grzesik, W. (2010). Patient involvement in assessing consultation quality: a quantitative study of the Patient Enablement Instrument in Poland. *Health Expectations*, 13(1), pp.13–23. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00554.x>.
- Paz-Lourido, B. and Kuisma, R.M.E. (2013). General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: A discourse analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), pp.254–260. doi:<https://doi.org/10.3109/13561820.2012.745487>.
- Peduzzi, M., Aguiar, C., Lima, A.M.V., Montanari, P.M., Leonello, V.M. and Oliveira, M.R. de (2019). Expansion of the interprofessional clinical practice of Primary Care nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [online] 72, pp.114–121. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0759>.
- Pereira, T.J. and Puggina, A.C. (2017). Validation of the self-assessment of communication skills and professionalism for nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), pp.588–594. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0133>.
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), pp.73–82. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>.
- Pettigrew, T.F. and Tropp, L.R. (2006). A Meta-Analytic Test of Intergroup Contact Theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, [online] 90(5), pp.751–783. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>.
- Pettigrew, T.F. and Tropp, L.R. (2011). *When groups meet : the dynamics of intergroup contact*. New York ; Hove, West Sussex: Psychology Press.

- Poddar, A. and Madupalli, R. (2012). Problematic customers and turnover intentions of customer service employees. *Journal of Services Marketing*, 26(7), pp.551–559. doi:<https://doi.org/10.1108/08876041211266512>.
- Porter, R.K. (2000). *Levels of Effectiveness of Communication Skills Used by College Students During The Job Search Process*. [online] vtechworks.lib.vt.edu. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/10919/33529> [Accessed 6 Nov. 2023].
- Poulton, B.C. and West, M.A. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1), pp.7–18. doi:<https://doi.org/10.3109/13561829909025531>.
- Powell, R.E., Doty, A., Casten, R.J., Rovner, B.W. and Rising, K.L. (2016). A qualitative analysis of interprofessional healthcare team members' perceptions of patient barriers to healthcare engagement. *BMC Health Services Research*, 16(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1751-5>.
- Prasad, V. and Ioannidis, J.P. (2014). Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. *Implementation Science*, 9(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-1>.
- Pratt-Chapman, M., Simon, M.A., Patterson, A.K., Risendal, B.C. and Patierno, S. (2011). Survivorship navigation outcome measures. *Cancer*, 117(S15), pp.3573–3582. doi:<https://doi.org/10.1002/cncr.26261>.
- Prouty, C.D., Mazor, K.M., Greene, S.M., Roblin, D.W., Firreno, C.L., Lemay, C.A., Robinson, B.E. and Gallagher, T.H. (2014). Providers' Perceptions of Communication Breakdowns in Cancer Care. *Journal of General Internal Medicine*, 29(8), pp.1122–1130. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-014-2769-1>.
- Qazi, A., Armour, C. and Saini, B. (2020). Perspectives of general practitioners about a collaborative asthma care model in primary care. *Journal of Asthma*, pp.1–13. doi:<https://doi.org/10.1080/02770903.2020.1823408>.
- Rathbone, A.P., Mansoor, S.M., Krass, I., Hamrosi, K. and Aslani, P. (2016). Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. *BMJ Open*, [online] 6(3), p.e010488. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010488>.
- Rathore, M. and Mehta, N. (2015). Sharpening Communication Skills of Engineering Students via Multifaceted Digital Tools: A Conceptual Framework. *Journal of Advances in English Language Teaching*, 3(4), pp.82–89.

- Ray, E.B. and Apker, J. (2011). Stress, Burnout, and Supportive Communication: A Review of Research in Health Organizations. In: *The Routledge Handbook of Health Communication*. Routledge.
- Reese, G., Berthold, A. and Steffens, M.C. (2016). As high as it gets: Ingroup projection processes in the superordinate group humans. *International Journal of Intercultural Relations*, 50, pp.39–49. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2015.11.003>.
- Reeves, S., Macmillan, K. and van Soeren, M. (2010). Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. *Journal of Nursing Management*, 18(3), pp.258–264. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01077.x>.
- Robbins, S.P. and Judge, T. (2013). *Organisational behaviour*. Pearson.
- Ronen, G.M., Kraus de Camargo, O. and Rosenbaum, P.L. (2020). How Can We Create Osler’s ‘Great Physician’? Fundamentals for Physicians’ Competency in the Twenty-first Century. *Medical Science Educator*, 30(3), pp.1279–1284. doi:<https://doi.org/10.1007/s40670-020-01003-1>.
- Rosenstein, A.H. (2009). Early intervention can help prevent disruptive behavior. *Physician Executive*, [online] 35(6), pp.14–15. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19999687/>.
- Roter, A. (2011). *The lived experiences of registered nurses exposed to toxic leadership behaviors*.
- Rowe, M. and Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13(3), pp.242–248. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00533.x>.
- Salas, E. (2020). *Wiley Blackwell Handbook Of The Psychology Of Team Working And Collaborative Processes*. S.L.: Wiley-Blackwell.
- Salas, E., Burke, C.S. and Cannon-Bowers, J.A. (2000). Teamwork: emerging principles. *International Journal of Management Reviews*, [online] 2(4), pp.339–356. Διαθέσιμο στο: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1468-2370.00046?saml_referrer.
- Salas, E., Sims, D.E. and Burke, C.S. (2005). Is there a ‘Big Five’ in teamwork?. *Small Group Research*, [online] 36(5), pp.555–599. doi:<https://doi.org/10.1177/1046496405277134>.

- Schmid, I.K. and Svarstad, B.L. (2002). Nurse–physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 54(12), pp.1767–1777. doi:[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00146-0).
- Schneider, M.A. (2012). Nurse-physician collaboration. *Nursing*, 42(7), pp.50–53. doi:<https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000412928.28007.5d>.
- Sharp, M. (2006). Enhancing Interdisciplinary Collaboration In Primary Health Care. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67(S1), pp.S4–S8. doi:<https://doi.org/10.3148/67.0.2006.s4>.
- Shin, J.-H. (2009). Developing constructive and proactive conflict management strategies in healthcare. *Journal of Communication in Healthcare*, 2(1), pp.78–94. doi:<https://doi.org/10.1179/cih.2009.2.1.78>.
- SHRM (2020). *Managing for Employee Retention*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.shrm.org/resourcesandtools/tools-and-samples/toolkits/pages/managing-for-employee-retention.aspx>.
- Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C. and Randolph, J. (2000). Physician, Nurse, and Social Worker Collaboration in Primary Care for Chronically Ill Seniors. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), p.1825. doi:<https://doi.org/10.1001/archinte.160.12.1825>.
- Sørensen, M., Groven, K.S., Gjelsvik, B., Almendingen, K. and Garnweidner-Holme, L. (2020). The roles of healthcare professionals in diabetes care: a qualitative study in Norwegian general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, [online] 38(1), pp.12–23. doi:<https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1714145>.
- Steiner, I.D. (1972). *Group processes and productivity*. New York: Academic Press.
- Stevenson, K., Baker, R., Farooqi, A., Sorrie, R. and Khunti, K. (2001). Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family Practice*, 18(1), pp.21–26. doi:<https://doi.org/10.1093/fampra/18.1.21>.
- Stewart, G.L. and Barrick, M.R. (2000). Team structure and performance: Assessing the mediating role of intrateam process and the moderating role of task type. *Academy of Management Journal*, 43(2), pp.135–148. doi:<https://doi.org/10.2307/1556372>.
- Stouten, J., Rousseau, D.M. and De Cremer, D. (2018). Successful Organizational Change: Integrating the Management Practice and Scholarly Literatures. *Academy of Management Annals*, 12(2), pp.752–788.

- Susanto, A.B. (2008). Organizational Readiness for Change: A Case Study on Change Readiness in a Manufacturing Company in Indonesia. *International Journal of Management Perspectives*.
- Swanson, J. and Koch, L. (2010). The Role of the Oncology Nurse Navigator in Distress Management of Adult Inpatients With Cancer: A Retrospective Study. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), pp.69–76. doi:<https://doi.org/10.1188/10.onf.69-76>.
- Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T. and Liaw, S.Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), pp.291–302. doi:<https://doi.org/10.1111/inr.12034>.
- Thistlethwaite, J.E., Forman, D., Matthews, L.R., Rogers, G.D., Steketee, C. and Yassine, T. (2014). Competencies and Frameworks in Interprofessional Education. *Academic Medicine*, 89(6), pp.869–875. doi:<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000249>.
- Thompson, J. (1967). Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory. *University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://ssrn.com/abstract=1496215> [Accessed 1 Oct. 2021].
- Thompson, T.L., Parrott, R. and Nussbaum, J.F. (2011). *The Routledge Handbook Of Health Communication*. New York: Routledge.
- Tomajan, K. (2012). Advocating for nurses and nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, [online] 17(1), p.4. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22320880/>.
- Torti, J.M.I., Szafran, O., Kennett, S.L. and Bell, N.R. (2022). Interprofessional care of patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: family physicians' perspectives. *BMC Primary Care*, 23(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01688-w>.
- Townsend, K., Wilkinson, A., Allan, C. and Bamber, G. (2011). All we need is a miracle: Using a solution-based approach to human resource management in hospitals. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 49(2), pp.165–179. doi:<https://doi.org/10.1177/1038411111400163>.
- Tsai, Y.-H., Huang, N., Chien, L.-Y., Chiang, J.-H. and Chiou, S.-T. (2016). Work hours and turnover intention among hospital physicians in Taiwan: does income matter? *BMC Health Services Research*, 16(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1916-2>.

- Tummers, L., Kruyen, P.M., Vijverberg, D.M. and Voesenek, T.J. (2015). Connecting HRM and change management: the importance of proactivity and vitality. *Journal of Organizational Change Management*, [online] 28(4), pp.627–640. doi:<https://doi.org/10.1108/jocm-11-2013-0220>.
- Vaartio-Rajalin, H., Huumonen, T., Iire, L., Jekunen, A., Leino-Kilpi, H., Minn, H. and Paloniemi, J. (2015). Patient Education Process in Oncologic Context. *Nursing Research*, 64(5), pp.381–390. doi:<https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000114>.
- van Dick, R., van Knippenberg, D., Hägele, S., Guillaume, Y.R.F. and Brodbeck, F.C. (2008). Group diversity and group identification: The moderating role of diversity beliefs. *Human Relations*, 61(10), pp.1463–1492. doi:<https://doi.org/10.1177/0018726708095711>.
- van Eyk, H., Harris, E., Baum, F., Delany-Crowe, T., Lawless, A. and MacDougall, C. (2017). Health in All Policies in South Australia—Did It Promote and Enact an Equity Perspective? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 14(11), p.1288. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph14111288>.
- van Knippenberg, D., De Dreu, C.K.W. and Homan, A.C. (2004). Work Group Diversity and Group Performance: An Integrative Model and Research Agenda. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), pp.1008–1022. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.6.1008>.
- van Knippenberg, D., De Dreu, C.K.W. and Homan, A.C. (2004). Work Group Diversity and Group Performance: An Integrative Model and Research Agenda. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), pp.1008–1022. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.6.1008>.
- Volini, E., Schwartz, J., Denny, B. and Mallon, D. (2020). *The social enterprise at work: Paradox as a path forward 2020 Deloitte Global Human Capital Trends*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/at/Documents/human-capital/at-hc-trends-2020.pdf>.
- Waldzus, S., Mummendey, A., Wenzel, M. and Boettcher, F. (2004). Of bikers, teachers and Germans: Groups' diverging views about their prototypicality. *British Journal of Social Psychology*, 43(3), pp.385–400. doi:<https://doi.org/10.1348/0144666042037944>.
- Wall, K. (2009). The Nurse–Physician Relationship. *AJN, American Journal of Nursing*, 109(10), p.13. doi:<https://doi.org/10.1097/01.naj.0000361465.56289.fc>.

- Wang, Y., Liu, Y., Li, H. and Li, T. (2015). Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. *Behavioural Neurology*, 2015, pp.1–6. doi:<https://doi.org/10.1155/2015/846498>.
- Warner, I. (2001). Nurses' perceptions of workplace conflict, implications for retention and recruitment.
- Weiner, B.J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, [online] 4(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>.
- Weiner, B.J. (2020). A theory of organizational readiness for change. In: *Handbook on implementation science*. Edward Elgar Publishing.
- Wells, K.B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., Miranda, J., Carney, M.F. and Rubenstein, L.V. (2000). Impact of Disseminating Quality Improvement Programs for Depression in Managed Primary Care. *JAMA*, 283(2), p.212. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.283.2.212>.
- Wenzel, M., Mummendey, A. and Waldzus, S. (2007). Superordinate identities and intergroup conflict: The ingroup projection model. *European Review of Social Psychology*, 18(1), pp.331–372. doi:<https://doi.org/10.1080/10463280701728302>.
- West, M.A., Guthrie, J.P., Dawson, J.F., Borrill, C.S. and Carter, M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *Journal of Organizational Behavior*, [online] 27(7), pp.983–1002. doi:<https://doi.org/10.1002/job.396>.
- White, S., Lambert, S., Visker, J., Banez, J.C., Lasser, B., Cichon, T., Leong, M., Dunseith, N. and Cox, C. (2019). Public health education student stereotypes of other health professions before and after an interprofessional education program. *Health Professions Education*, 5(2), pp.120–125. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.06.006>.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. [online] www.who.int. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>.
- WHO (1986). *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. [online] World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.
- WHO (1988). *Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, 1988*. [online] www.who.int. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/second-conference>.

- WHO (1997). *Report of a conference on Intersectoral Action for Health : a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century, 20-23 April 1997, Halifax, Nova Scotia, Canada.* [online] *iris.who.int.* Διαθέσιμο στο: <https://iris.who.int/handle/10665/63657?&locale-attribute=zh>
- WHO (2009). *Health workforce: The health workforce crisis.* [online] *www.who.int.* Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/q-a-on-the-health-workforce-crisis>.
- WHO (2013). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action.* [online] *www.who.int.* Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>.
- WHO (2014). *Framework for Country Action.* [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/140120HPRHiAPFramework.pdf>.
- WHO (2019). *Health workforce.* [online] *who.int.* Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1.
- WHO (2020). *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context, interim guidance, 1 June 2020.* [online] *www.who.int.* Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2.
- WHO (2023). *Constitution of the world health organization.* [online] World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
- WHO, UNESCO, UNICEF, The World Bank (2000). *Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH start to enhancing the quality and equity of education - UNSCN.* [online] *www.unscn.org.* Διαθέσιμο στο: <https://www.unscn.org/en/resource-center/archive/nutrition-through-lifecycle/nutrition-youth?idnews=1613>
- Williamson, O.E. (1995). *Organization theory : from Chester Barnard to the present and beyond.* New York: Oxford University Press.
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Buller, H. and Neiman, T. (2016). Nurse Communication About Goals of Care. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology,* [online] 7(2), pp.146–154. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5226308/>.
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. and Ferrell, B. (2013). Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing,* 17(2), pp.152–158. doi:<https://doi.org/10.1188/13.cjon.152-158>.

World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. [online] www.who.int. Available at: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.

World Health Organization (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. [online] World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>.

World Health Organization (2018). *Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region. Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346163/WHO-EURO-2019-3495-43254-60620-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=3> [Accessed 6 Nov. 2023].

Wright, R.R., Mohr, C.D. and Sinclair, R.R. (2013). Conflict on the treatment floor: an investigation of interpersonal conflict experienced by nurses. *Journal of Research in Nursing*, 19(1), pp.26–37. doi:<https://doi.org/10.1177/1744987113485577>.

Xyrichis, A. and Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, [online] 61(2), pp.232–241. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>.

Zheng, R.M., Sim, Y.F. and Koh, G.C.-H. (2016). Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *Journal of Interprofessional Care*, 30(4), pp.505–511. doi:<https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1160039>.

Zijl, A.L. van, Vermeeren, B., Koster, F. and Steijn, B. (2020). Interprofessional teamwork in primary care: the effect of functional heterogeneity on performance and the role of leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 35(1), pp.10–20. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1715357>.