

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΜΣ: “ ΔΙΑΜΕΘΟΔΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ”

Τίτλος εργασίας:

“Η Διεπιστημονική συνεργασία ιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών σε δομές υγείας”

ΤΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ:

ΦΑΣΟΥΛΑΚΗ ΙΩΑΝΝΗ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

κ. ΚΟΥΚΟΥΛΗ ΣΟΦΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ – Ιούνιος 2019

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στην γυναίκα μου Μαρία για την στήριξη της και για το κίνητρο, που μου δίνει, να γίνομαι συνεχώς καλύτερος. Θέλω να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια μου κ. Κουκούλη για την καθοδήγηση και τη συμβολή της στην εργασία.

Κατάλογος περιεχομένων

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή	8
1.1 Τα τρία επίπεδα περίθαλψης	9
1.2 Η διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης	10
1.3 Τύποι νοσοκομειακής περίθαλψης στο Ε.Σ.Υ.	11
1.4 Δομή και οργάνωση του Νοσοκομείου	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
2.1. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	15
2.2 Η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου	18
2.3. Η παραπομπή περιστατικών στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου	19
2.4 Κώδικας δεοντολογίας Κοινωνικού Λειτουργού	21
Κεφάλαιο 3ο: Ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο - Ο ρόλος και οι υποχρεώσεις ιατρών και νοσηλευτών- Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα.....	24
3.1. Οι ιατρικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο.....	24
3.2 Νοσηλευτικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο	25
3.3 Πρωτοβάθμιες Δομές Υγείας.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
4.1 Η διεπιστημονική συνεργασία σε πλαίσια παροχής υπηρεσιών υγείας.....	29
4.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη διεπιστημονική συνεργασία	30
4.3. Η διεπιστημονική συνεργασία στην Ελληνική πραγματικότητα	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5Ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	32
5.1 Ο σκοπός της έρευνας.....	32
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	32
5.3 Δείγμα.....	33
5.4 Ερευνητικό Εργαλείο	33
5.5 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων.....	34
5.6 Δυσκολίες στη συλλογή των ερωτηματολογίων	34
5.7 Στατιστική ανάλυση.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
Ο Συντελεστής αξιοπιστίας της κλίμακας ΑΙΤCS-II	36
Πίνακας 1 Reliability Statistics.....	36
Περιγραφική Στατιστική	36
Κοινωνικο-δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	36
Πίνακας 2 Κατανομή των κοινωνικο-δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος (%).....	36
Γράφημα 1 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς το φύλο.....	38
Γράφημα 2 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς την ηλικία.....	38
Γράφημα 3 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς τις σπουδές.....	39
Γράφημα 4 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς τα έτη εργασίας στον οργανισμό.....	39
Γράφημα 5 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς το επάγγελμα.....	39
Γράφημα 6 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς τη δομή εργασίας	40
Γράφημα 7 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς το τμήμα εργασίας ...	41
Γράφημα 8 Αριθμός ατόμων που συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο	42
Γράφημα 9 Ειδικότητες συνεργασίας	42
Αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων της υπηρεσίας τους (Ερ. 11)	42
Πίνακας 3 Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % σχετικά με την αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων.....	43

Συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα με συγκεκριμένες ειδικότητες (Ερ. 12)	43
Πίνακας 4 Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % σχετικά με τη συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα.....	43
Ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών (Ερ. 13)	43
Πίνακας 5 Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % σχετικά με τη ενίσχυση διεπιστημονικής συνεργασίας	44
Αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη (Ερ. 14).....	44
Πίνακας 6 Τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη (%).....	44
Αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Ερ. 15)	45
Πίνακας 7 Τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.....	45
Μέρος Α: Διεπιστημονική συνεργασία με επίκεντρο τον ασθενή	45
Πίνακας 8 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς την διεπιστημονική συνεργασία.....	46
Μέρος Β: Συνεργατικότητα.....	47
Πίνακας 9 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς την συνεργατικότητα ..	47
Μέρος Γ: Ομαδικότητα	48
Πίνακας 10 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς την ομαδικότητα	48
Επαγωγική Στατιστική	49
Επάγγελμα (Ερ. 5) και συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους εργαζομένους (Ερ. 12)	49
Πίνακας 11 Επάγγελμα και Συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα	50
Γράφημα 10 Συσχέτιση Επαγγέλματος και Συνεργασία με Ιατρό.....	50
Γράφημα 11 Συσχέτιση Επαγγέλματος και Συνεργασία με Νοσηλεύτη	51
Γράφημα 12 Συσχέτιση Επαγγέλματος και Συνεργασία με Κοινωνικό Λειτουργό.....	51
Επάγγελμα (Ερ. 5) και αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους (Ερ.11).....	52
Πίνακας 12 Σύγκριση της αξιολόγησης συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους σε σχέση με το επάγγελμα	52
Γράφημα 13 Η αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους σε σχέση με το επάγγελμα.....	53
Επίπεδο εκπαίδευσης (Ερ.3)και αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους (Ερ.11)	53
Πίνακας 13 Σύγκριση της αξιολόγησης της συνεργασίας των εργαζομένων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.....	53
Γράφημα 14 Μέσες τιμές της αξιολόγησης της διεπιστημονικής συνεργασίας ως προς το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων	54
Επάγγελμα (Ερ. 5) και απόψεις για την ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων (Ερ.13).....	54
Πίνακας 14 Σύγκριση των απόψεων για την ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων σε σχέση με το επάγγελμα	55
Γράφημα 15 Επάγγελμα και Θεσμοθέτηση Διεπιστημονικής Συνεργασίας.....	55
Γράφημα 16 Επάγγελμα και Ενημέρωση από την διοίκηση για τα οφέλη της Δ.Ε.....	56
Γράφημα 17 Επάγγελμα και απαραίτητη η Προπτυχιακή και Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στην Δ.Ε	56
Φύλο και απόψεις για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας (Ερ.14)	56
Πίνακας 15 Σύγκριση των απόψεων για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων	57
Φύλο και απόψεις για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Ερ. 15)	57
Πίνακας 16 Σύγκριση των απόψεων για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα	

μέλη της διεπιστημονικής ομάδας σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων	58
Συσχέτιση των μεταβλητών “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” με το φύλο των εργαζομένων	59
Πίνακας 17 Οι μεταβλητές “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων	59
Συσχέτιση των μεταβλητών “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” με τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων	60
Πίνακας 18 Οι μεταβλητές “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων	61
Συσχέτιση των μεταβλητών “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” με το επάγγελμα των εργαζομένων	61
Πίνακας 19 Οι μεταβλητές “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με το επάγγελμα των εργαζομένων	62
Συσχέτιση μεταξύ της “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητας” και “συνεργατικότητας”	62
Πίνακας 20 Συσχέτιση μεταξύ της “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητας”, “συνεργατικότητας”	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	64
Βιβλιογραφία.....	74
Παράρτημα 1 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Έγκριση Έρευνας	83

Περίληψη

Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας, μέσα από την ολιστική προσέγγιση της βοήθειας στον εξυπηρετούμενο, πρέπει να μην εργάζονται για αυτόν ως μονάδα, αλλά να πετυχαίνουν την συνεργασία με άλλους επαγγελματίες, ξεπερνώντας τα όρια και τις αγκυλώσεις του επαγγέλματος τους. Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας, μέσω της αρμονικής και της ανεμπόδιστης συνεργασίας τους, μπορούν να επιτύχουν καλύτερη προσφορά και ποιότητα φροντίδας για τον εξυπηρετούμενο.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις και εμπειρίες των κοινωνικών λειτουργών, των γιατρών και των νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονται σε δημόσιες δομές υγείας της Κρήτης για το θέμα της διεπιστημονικής συνεργασίας. Επίσης, γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν οι απόψεις των επαγγελματιών αυτών για τις αρμοδιότητες τους, την συνεργασία τους, την ομαδικότητα, που επιδεικνύουν, την ευθύνη τους απέναντι στις οικογένειες των εξυπηρετούμενων και πιθανά σημεία σύγκρουσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Η έρευνα είναι ποσοτική. Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει 110 κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς και νοσηλευτές, που εργάζονται σε δημόσιες δομές Υγείας της Κρήτης. Η συλλογή του δείγματος έγινε με σκόπιμη δειγματοληψία. Για την καταγραφή των απόψεων των επαγγελματιών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις.

Η έρευνα κατέδειξε ότι η αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ των εργαζόμενων στην υπηρεσία τους ήταν μοιρασμένη ανάμεσα στην καλή έως πολύ καλή και ανάμεσα στην μέτρια έως κακή. Γεγονός, που αποδεικνύει ότι η συνεργασία δεν είναι επαρκής ανάμεσα στις ειδικότητες στις δομές υγείας. Ως προς την συνεργασία διαπιστώθηκε ότι το 1/4 του δείγματος δεν έχει συνεργαστεί ποτέ με Κοινωνικό Λειτουργό. Οι κυριότεροι λόγοι σύγκρουσης των επαγγελματιών υγείας και μη εύρυθμης λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας συνοψίζονται στον μεγάλο φόρτο εργασίας, στην έλλειψη προσωπικού στις δομές υγείας, στα ασαφή όρια λειτουργίας της ομάδας και στην μη κατανόηση του ρόλου και των στόχων του κάθε επαγγελματία από τους υπολοίπους.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποδεικνύουν ότι υπάρχουν αρκετές δυσχέρειες και δυσκολίες στην ανάπτυξη συστηματικής διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών, Κοινωνικών Λειτουργών και Νοσηλευτών/τριών, αλλά παράλληλα υπάρχουν και περιθώρια βελτίωσης της συνεργασίας στο μέλλον.

Abstract

Healthcare professionals, through the holistic approach of helping the caregiver, should not work for him as a unit, but succeed in working with other professionals, overcoming the boundaries and rigidities of their profession. Health professionals, through their harmonious and unhindered cooperation, can achieve a better supply and quality of care for the caregiver.

The present work aims at exploring the views and experiences of social workers, doctors and nurses working in public health structures of Crete on the issue of interdisciplinary cooperation. In addition, an attempt is being made to explore the views of these professionals on their responsibilities, co-operation, teamwork, their responsibility towards families of services and possible points of conflict among healthcare professionals.

The research is quantitative. The sample of the survey includes 110 social workers, doctors and nurses working in public health structures in Crete. Collection of the sample was done by deliberate sampling. A questionnaire with closed and open questions was used to capture the views of professionals.

The survey showed that the evaluation of co-operation between employees in their service was shared between good to very good and between moderate to poor. A fact that proves that cooperation is not adequate among healthcare specialties. In cooperation, it was found that one-fourth of the sample had never worked with a Social Worker. The main reasons for the conflict of health professionals and the malfunctioning of the interdisciplinary team are summarized in the large workload, the lack of staff in health structures, the unclear limits of the team's operation and the lack of understanding of the role and goals of each professional from the rest.

The results of this research show that there are several difficulties and difficulties in developing systematic interdisciplinary collaboration between doctors, social workers and nurses, but there is also room for improvement in future cooperation.

Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζοντας πως η ασθένεια απαιτεί ολιστική προσέγγιση για την καλύτερη αντιμετώπιση της, αναζητούν καταφύγιο στην συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

Το νοσοκομείο είναι ένας χώρος που συνυπάρχουν πολλές επιστημονικές ειδικότητες και η συνεργασία τους συμβάλλει στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Σύμφωνα με τα ελληνικά δεδομένα η διεπαγγελματική συνεργασία είναι ανεπίσημη και η απουσία γραπτής περιγραφής επαγγελματικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων για το προσωπικό αποτελεί κοινή πρακτική στα νοσοκομεία (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α., 2001).

Η εργασία αυτή επιχειρεί να διερευνήσει τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών όσον αφορά την διεπαγγελματική τους συνεργασία με τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες στις δομές υγείας.

Πιο αναλυτικά η εργασία περιλαμβάνει: Αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας , Περιγραφή της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα υγείας , Πληροφορίες για την Κοινωνική Υπηρεσία στον χώρο του νοσοκομείου, τον ρόλο και τις αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας, Πληροφορίες για την Ιατρική και Νοσηλευτική Υπηρεσία στον χώρο του νοσοκομείου, τον ρόλο και τις αρμοδιότητες του/της νοσηλευτή/νοσηλεύτριας και των ιατρών στις δομές υγείας , Παράθεση του σκοπού της έρευνας, της μεθοδολογίας καθώς και των αποτελεσμάτων αυτής με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο : Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Τα τρία επίπεδα περίθαλψης

Σκοπός του συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό θεσμό τους κράτους και έχει ως κύριο σκοπό την βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Στα σύγχρονα συστήματα υγείας οι ιατροί συνεχίζουν να έχουν κυρίαρχο ρόλο, όχι μόνο στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας των ασθενών, αλλά και στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας οργανώνονται σε τρία επίπεδα: πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο. Καθένα από τα τρία αυτά επίπεδα περίθαλψης απευθύνεται σε ορισμένο πληθυσμό. Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο καλύπτεται πληθυσμός από 500 έως 50.000 εξυπηρετούμενων. Στο επόμενο επίπεδο, το δευτεροβάθμιο, καλύπτεται πληθυσμός έως 500.000 άτομα και η περίθαλψη παρέχεται από διεπιστημονική ομάδα και από ιατρούς των βασικών ειδικοτήτων των γενικών νοσοκομείων της κάθε περιοχής. Στο τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, η παροχή υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους γίνεται από διεπιστημονική ομάδα και ατρούς κυρίως Πανεπιστημιακών νοσοκομείων, ενώ αντιμετωπίζονται εκεί πιο σύνθετα προβλήματα. Ο πληθυσμός που καλύπτεται είναι από 500.000 έως 1.500.000 εκατομμύριο άτομα (Θεοδώρου και συν. 2001).

Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, ο ασθενής δέχεται υπηρεσίες υγείας από γιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό, κ.ά. Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης κατατάσσονται οι υπηρεσίες, που αποτελούν την νοσοκομειακή περίθαλψη, που οδηγεί στην θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας και παρέχεται στα νοσοκομεία (Μπιτσώρη, 2013).

Δύο είναι τα κυρίαρχα πρότυπα οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Το πρότυπο του Reutstein, στο οποίο το επίκεντρο του συστήματος υγείας είναι το Τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, που παρέχεται από νοσοκομεία Πανεπιστημιακού τύπου με εξειδικευμένο προσωπικό και με μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας και έχει βασικό και πρωτεύοντα ρόλο στη λειτουργία του συστήματος υγείας. Αντίθετα το πρότυπο, που προτείνει ο Ittig, δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στην οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης (Πολυχρονίου, 2010).

1.2 Η διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης

Στα τέλη του 19ου αιώνα τα νοσοκομεία σταματάνε να έχουν φιλανθρωπικό χαρακτήρα και μετατρέπονται σε φορείς, που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, γεγονός που συνοδεύεται με την εξέλιξη της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης. Η ιατρική σχετίζεται με τις θετικές επιστήμες και διδάσκεται στα τότε νοσοκομεία. Η Nightgale πρότεινε, το 1859 στην Μεγάλη Βρετανία, την μορφή ενός νοσοκομείου με πολλούς θαλάμους και κρεβάτια, που εξυπηρετούσαν καλύτερα την παρακολούθηση των ασθενών και μείωναν το κόστος της νοσηλευτικής διαδικασίας (Θεοφιλίδης, 2002).

Μετά τη δεκαετία του 1930, οι προηγμένες χώρες επένδυσαν στον τομέα της υγείας για την ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης. Το νοσοκομείο έγινε το επίκεντρο του συστήματος υγείας, ενώ μηχανήματα νέας τεχνολογίας και όλες οι ειδικότητες ιατρών προστέθηκαν στα νοσοκομεία. Μετά τη δεκαετία του 1950, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ισχυρίστηκε ότι τα νοσοκομεία πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, αποκατάστασης και προαγωγής της υγείας. Στην συνέχεια πρόσθεσε ότι τα νοσοκομεία πρέπει να προσφέρουν και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα. Το 1978 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υιοθέτησε την άποψη ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να αποτελέσει την βάση ανάπτυξης των σύγχρονων συστημάτων υγείας.

Στην Ελλάδα το 1983 καθιερώνεται το Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) με το νόμο 1397/83. Η φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ συνοψίζεται στο ότι όλοι οι Έλληνες πολίτες έχουν το δικαίωμα για πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν σε υπηρεσίες υγείας. Επίσης θεσπίζεται η Π.Φ.Υ (η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) με την ανέγερση και λειτουργία στην ύπαιθρο κέντρων υγείας. Η παροχή εξειδικευμένων και υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας παρέχεται στα νοσοκομεία μέσω της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην ελεύθερη επιλογή και καθορίζεται εν μέρει και από τις επιθυμίες και τις αποφάσεις των εξυπηρετούμενων.

Η Ελλάδα στηρίζει σε τρεις ισοδύναμους πυλώνες τις δαπάνες της υγείας, κατά 30% στον κρατικό προϋπολογισμό, κατά 30% στην κοινωνική ασφάλιση και κατά 40% στις ιδιωτικές δαπάνες. Είναι δε η μοναδική χώρα στον Δυτικό κόσμο, που ξοδεύει για την υγεία πέρα από τις δυνατότητες της από τον οικογενειακό προϋπολογισμό. Η Ελλάδα παρουσιάζεται με την μεγαλύτερη στον κόσμο ιδιωτική δαπάνη, που δεν καλύπτεται από την ιδιωτική ασφάλιση, όπως γίνεται σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (Ερμείδου, 2018).

1.3 Τύποι νοσοκομειακής περίθαλψης στο Ε.Σ.Υ.

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία, νομαρχιακά και περιφερειακά. Η διάκριση όμως αυτή σε νομαρχιακά και περιφερειακά καταργείται σύμφωνα με τον νόμο 2889/2001. Επίσης τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα γενικά και τα ειδικά. Τα γενικά διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες, ενώ τα ειδικά διαθέτουν τμήματα κυρίας νοσηλείας σε μία ειδικότητα (ψυχιατρικό, νοσοκομείο, μαιευτήριο κ.α.). Τα ειδικά νοσοκομεία διαθέτουν και τμήματα άλλων ειδικοτήτων για την στήριξη της κύριας ειδικότητας. Σύμφωνα με το Νόμο 2889/2001 άρθρο 5 τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που έχουν Πανεπιστημιακά τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες με απόφαση του Υπουργού Υγείας ονομάζονται «Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.» (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η κατάργηση της διάκρισης σε νομαρχιακά και περιφερειακά υποδηλώνει πως όλα τα νοσοκομεία μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας και ότι παύουν οι περιορισμοί της υγειονομικής περιφέρειας. Τα γενικά νοσοκομεία δεν κινούνται μόνο σε επίπεδο τοπικό ή νομαρχιακό, δεν καλύπτουν ανάγκες μόνο του νομού, αλλά μπορούν και να ανταποκρίνονται σε ανάγκες τριτοβάθμιας περίθαλψης (Βασιλάκου, 2008).

Με το Νόμο 2889/2001, τα νοσοκομεία κάθε Πε.Σ.Υ. (Περιφερειακό Σύστημα Υγείας) συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά, και εκπαιδευτικά. Σύμφωνα με τον Θεοδώρου και συν.. (2001) σε κάθε νοσοκομείο η ιατρική περίθαλψη διακρίνεται σε 3 επίπεδα: πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης. Σε κάθε ένα από τα επίπεδα αυτά οι ιατρικές υπηρεσίες διαφοροποιούνται.

Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας παρέχεται διαγνωστική και θεραπευτική ιατρική στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και επείγουσα ιατρική φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων αναγκών υγείας. Η προληπτική ιατρική και κοινωνική ιατρική αποτελούν περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σε δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέχεται νοσηλεία, διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος και διενεργούνται γενικές επεμβάσεις. Σε νοσοκομεία που διαθέτουν πανεπιστημιακά τμήματα οι ιατρικές δραστηριότητες αφορούν παροχή που απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό και την συμμετοχή άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες μπορεί να επεκτείνονται από τους βασικούς τομείς νοσηλείας (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός) και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα εξωτερικά ιατρεία μέχρι και σε εξειδικευμένους τομείς (μονάδα εντατικής θεραπείας, τεχνητού νεφρού, μεταμοσχεύσεων, στεφανιαία μονάδα, τμήμα αγγειοχειρουργικής κ.α.). Σε κάθε νοσοκομείο αναπτύσσονται εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες ιατρικές και

νοσηλευτικές που αφορούν προπτυχιακή εκπαίδευση, μερική ιατρική εξειδίκευση, ενώ τα νοσοκομεία με πανεπιστημιακά τμήματα παρέχουν πλήρη εξειδίκευση, μετεκπαίδευση αλλά και εκπαίδευση άλλων επαγγελματιών υγείας.

Στον τομέα της έρευνας μπορούν να αναπτυχθούν από περιορισμένες μελέτες και εφαρμογές μέχρι μεγάλη ερευνητική δραστηριότητα. Επίσης σε κάθε νοσοκομείο αναπτύσσονται διοικητικές - οικονομικές δραστηριότητες που αφορούν την διαχείριση και τον προγραμματισμό για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετεί κάθε νοσοκομείο, τη διοίκηση - διαχείριση και ανάπτυξη μεθόδων σύγχρονου management (Θεοδώρου και συν., 2001) .

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα προσφέρεται από 400 νοσοκομεία ιδιωτικά και δημόσια, γενικά και ειδικά. Συγκεκριμένα από 128 νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., από τα οποία 95 παρέχουν δευτεροβάθμια περίθαλψη και τα υπόλοιπα 23 τριτοβάθμια περίθαλψη. Επίσης, υπάρχουν 23 νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ (όπως τα στρατιωτικά) και 249 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές.

Το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας απορροφάται από την νοσοκομειακή περίθαλψη (55%) ενώ το μεγαλύτερο μέρος αυτών δαπανάται για την μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (55%) (Θεοδώρου και συν., 2001, Κουκλάκη, 2007). Σύμφωνα με την Χατζηανδρέου (2008) η Ελλάδα διαθέτει τους περισσότερους γιατρούς ανά 1000 κατοίκους απ' όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ με άνιση κατανομή. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη απασχολείται περισσότερο από το 50% του ιατρικού δυναμικού της χώρας, το 90% του νοσηλευτικού και το 80% του παραϊατρικού δυναμικού. Το μεγαλύτερο μέρος του δημοσίου χρήματος για την υγεία δαπανάται για τους μισθούς των γιατρών και των λοιπών εργαζομένων του ΕΣΥ και το υπόλοιπο στον εξοπλισμό και τις υποδομές τους. Επιπρόσθετα, οι δαπάνες για το φαρμακευτικό υλικό αποτελούν την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας. Το 2004 το 17,4 % των συνολικών δαπανών υγείας απορροφούσαν οι φαρμακευτικές δαπάνες (Νίκογλου, 2006), ενώ το 2006 η φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων ήταν 1 δις ευρώ (Χατζηνικολάου, 2009).

1.4 Δομή και οργάνωση του Νοσοκομείου

Η δομή του νοσοκομείου έχει τη μορφή ενός πυραμιδικού μοντέλου. Το μοντέλο αυτό οδηγεί στον κατακερματισμό των εργασιών και των διάφορων λειτουργιών του νοσοκομείου. Τα νοσοκομεία παρέχουν αρκετά εξειδικευμένες υπηρεσίες και έτσι με τη διαδικασία του κατακερματισμού της εργασίας έχει βρεθεί ότι ικανοποιούνται αυτές οι ανάγκες σε μεγαλύτερο βαθμό. Ο κάθε εργαζόμενος πρέπει να γνωρίζει τα καθήκοντα του, ώστε να λειτουργεί η νοσοκομειακή μονάδα εύρυθμα και αποδοτικά.

Στο υψηλότερο επίπεδο της διοικητικής ιεραρχίας βρίσκεται το διοικητικό συμβούλιο. Σε αυτό το συμβούλιο έχει δοθεί η υποχρέωση για την τελική ευθύνη όλων των αποφάσεων του νοσοκομείου και είναι υπόλογο για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου απέναντι στον νόμο, αλλά και απέναντι στην κοινότητα. Το διοικητικό συμβούλιο είναι υπεύθυνο για τις πράξεις των γιατρών, όλου του προσωπικού, την πρόσληψη του διοικητή και την χάραξη της πολιτικής του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001, η λειτουργία και η οργάνωση του νοσοκομείου βασίζεται στον οργανισμό του, με τον οποίο ορίζονται ιδίως η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός των κλινών του και η κατανομή των κλινών στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής, Νοσηλευτικής, Διοικητικής - Οικονομικής και Τεχνικής – Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι θέσεις κατά κλάδο και κατηγορία και η διαβάθμισή τους, ο αριθμός και οι ειδικότητες του με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου προσωπικού, η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνίσταται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας έχουν συσταθεί και παρέχονται οι παρακάτω υπηρεσίες: η ιατρική υπηρεσία, η νοσηλευτική υπηρεσία, η διοικητική- οικονομική υπηρεσία και η τεχνική- ξενοδοχειακή υπηρεσία.

Η ιατρική υπηρεσία αποτελείται από γιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, φυσικούς, χημικούς, κλινικούς χημικούς, βιοχημικούς, διαιτολόγους, βιολόγους, τεχνολόγους τροφίμων, τεχνολόγους ακτινολόγους, ψυχολόγους και άλλους επιστήμονες του τομέα υγείας, καθώς και από τα τμήματα του παραϊατρικού προσωπικού και το τμήμα κοινωνικών υπηρεσιών.

Το τμήμα των κοινωνικών υπηρεσιών ανήκει στη διοικητική υπηρεσία, καθώς οι οργανισμοί του νοσοκομείου δεν έχουν τροποποιηθεί. Η τροποποίηση αυτή πρέπει να εισηγηθεί από το εκάστοτε διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου προς την αρμόδια Υ.Π.Ε., που ανήκει το

νοσοκομείο και έπειτα να εισηγηθεί από αυτήν η τροποποίηση στο Υπουργείο Υγείας). Στην Ιατρική Υπηρεσία διευθύνει ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας με τριετή θητεία. Σε νοσοκομεία όπου είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, ο διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας μπορεί να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής που έχει την διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου, ή μονάδας.

Η ιατρική υπηρεσία αποτελείται σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001 από τους κάτωθεν βασικούς τομείς: 1) παθολογικός τομέας, 2) χειρουργικός τομέας, 3) εργαστηριακός τομέας και 4) ο τομέας ψυχικής υγείας. Σε νοσοκομεία με δυνατότητα πάνω από 400 κλινών υπάρχει η δυνατότητα να υφίστανται και άλλοι τομείς, όπως ο παιδιατρικός τομέας, ο τομέας απεικόνισης, ο τομέας επείγουσας ιατρικής, ο τομέας εντατικής θεραπείας και άλλοι εξειδικευμένοι τομείς. Σε νοσοκομεία που είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες Διευθυντής τομέα μπορεί να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής, που έχει την διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου, ή μονάδας.

Στην νοσηλευτική υπηρεσία ανήκουν οι νοσηλεύτριες/ νοσηλευτές, οι επισκέπτες υγείας, οι μαίες, οι τραυματιοφορείς και οι βοηθοί θαλάμων. Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελείται από τομείς, που αντιστοιχούν στην διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας. Κάθε νοσηλευτικός τομέας αποτελείται από διάφορα νοσηλευτικά τμήματα (π.χ. παθολογικό, παιδιατρικό, χειρουργικό κ.α.). Της νοσηλευτικής υπηρεσίας προϊστάται η διευθύντρια/ ο διευθυντής νοσηλευτικής (Βασιλάκου, 2008).

Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001 στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, που υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται και Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που υπάγονται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου, καθώς και τμήμα Προμηθειών.

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε προσπάθεια να επισημανθούν τα επίπεδα περίθαλψης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας με περιγραφή κυρίως της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης στον ελληνικό χώρο. Η λεπτομερής αναφορά του συγκεκριμένου κεφαλαίου κρίθηκε αναγκαία, ώστε να περιγραφεί το πλαίσιο στο οποίο εργάζονται και συνεργάζονται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι Ιατροί και οι Νοσηλευτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Η Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικής Εργασίας (IFSW) και η Διεθνής Ένωση Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (IASSW), το 2014 στην Μελβούρνη, πρότειναν τον εξής ορισμό του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας:

“Η Κοινωνική εργασία είναι ένα εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους”.

Ο Κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο είναι απαραίτητος, καθώς πολλοί ασθενείς και οι οικογένειές τους χρειάζονται βοήθεια για να διαχειριστούν ή να λύσουν προσωπικά ή κοινωνικά προβλήματα, που προκύπτουν, ως αποτέλεσμα της ασθένειας τους ή της αναπηρίας τους (Θριάσιο, Ιστοσελίδα).Ο κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο εκτός από τον κλινικό ρόλο του επαγγέλματος του μπορεί να αναλαμβάνει και ηγετικούς-διοικητικούς ρόλους σε ειδικά νοσοκομειακά προγράμματα.

Ο Κοινωνικός λειτουργός εργάζεται σε οργανωτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό, υποστηρικτικό, ερευνητικό επίπεδο στο νοσοκομείο και οι αρμοδιότητές του και οι ρόλοι του μεταβάλλονται ανάλογα με την περίπτωση και τον άξονα της δράσης του. Ο κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο έχει τις κάτωθι αρμοδιότητες:

Προληπτικής Παρέμβασης: συλλέγει στοιχεία, που αφορούν ασθενείς, τα κοινωνικά τους αίτια και καταγράφει τις συνέπειες στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητάς του για τον συντονισμό, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, που έχουν ως στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα υγείας.

Επείγουσας Παρέμβασης: συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ασθενή, το περιβάλλον του και τα προβλήματα, που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν και τους στηρίζει ψυχοκοινωνικά κατά τη φάση της κρίσης. Ακόμα συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας, με σκοπό να ενημερώσει τον ασθενή

και την οικογένειά του για την πορεία του ή και για να διεξαγάγει τις κατάλληλες παραπομπές προς όφελος των εξυπηρετούμενων. Επίσης συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες και με άλλες ειδικότητες για τη δημιουργία έντυπου ενημερωτικού υλικού, που είναι ωφέλιμο στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Κλινικής Παρέμβασης: αρχικά ανταποκρίνεται στο διαγνωστικό του ρόλο. Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό με τη διαδικασία της συνέντευξης είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από την οικογένειά του. Ο κοινωνικός λειτουργός, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, είναι υποχρεωμένος να συλλέγει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την κοινωνική και ψυχική κατάσταση του ασθενή που θα πρέπει να γνωρίζουν όλα τα μέλη της ομάδας (Πανταζάκας και Μέντης, 2002· Μουζακίτης, 1988). Με τον ρόλο αυτό ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός δεν επικεντρώνεται μόνο στα προβλήματα που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν, αλλά και στα προβλήματα των οικογενειών τους που ανέκυψαν λόγω της ασθένειας.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται όχι μόνο με τους εξυπηρετούμενους/ ασθενείς αλλά και με τις οικογένειές τους. Προς το οικογενειακό περιβάλλον των εξυπηρετούμενων αναπτύσσει υποστηρικτικό, συμβουλευτικό και θεραπευτικό ρόλο. Με τον εξυπηρετούμενο ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται για την ομαλή του προσαρμογή στο νοσοκομείο και την συναισθηματική του αποφόρτιση. Στηρίζει και προετοιμάζει τον εξυπηρετούμενο, ώστε να αποδεχτεί και να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, αλλά και τον βοηθάει στην αποδοχή της θεραπευτικής αγωγής. Ο εξυπηρετούμενος ενημερώνεται από τον κοινωνικό λειτουργό για τα δικαιώματά του, αλλά και τις υποχρεώσεις του. Ο κοινωνικός λειτουργός στηρίζει τον εξυπηρετούμενο με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης να ανακτήσει τις δυνάμεις του και να ενισχύσει τις ικανότητές του. Ακόμη προετοιμάζει τον εξυπηρετούμενο για την έξοδό του από το νοσοκομείο και την ομαλή επανένταξή του στο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί τον συνδετικό κρίκο της νοσοκομειακής με την μετανοσοκομειακή φροντίδα του εξυπηρετούμενου και φροντίζει να συνεχιστεί η σχέση του εξυπηρετούμενου με το νοσοκομείο για όσο χρειάζεται (Πανταζάκας και Μέντης, 2002 · ιστοσελίδα του νοσοκομείου Πα.Γ.Ν.Η www.papagnh.gr).

Ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει την υποστήριξη της οικογένειας του εξυπηρετούμενου, καθώς δε γίνονται παρεμβάσεις κοινωνικής εργασίας στον ασθενή, χωρίς την προσέγγιση και την υποστήριξη της οικογένειάς του. Στηρίζει και ενδυναμώνει ψυχολογικά την οικογένεια να αποδεχθεί την νέα κατάσταση, αλλά και να αναπτύξει νέους τρόπους επικοινωνίας με τον εξυπηρετούμενο. Η συναισθηματική ανακούφιση της οικογένειας είναι πρωταρχικός στόχος ώστε να αποβάλλουν τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργήθηκαν λόγω της νέας κατάστασης (σοκ - άγχος - φόβος - πανικός - θυμός - ενοχές – απογοήτευση).

Ο Κοινωνικός λειτουργός βοηθάει την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από τη νέα πραγματικότητα. Την στηρίζει και την παροτρύνει να σταθεί δίπλα στον εξυπηρετούμενο και να αναπτύξουν νέους ρόλους, που θα διευκολύνουν την φροντίδα τόσο στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδό του. Επίσης ρόλος του είναι να ενημερώνει την οικογένεια για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της κατά τη διαμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, ενώ οφείλει να την προετοιμάσει και να την συμβουλεύσει σχετικά με την επανένταξη του εξυπηρετούμενου μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (ιστοσελίδα του νοσοκομείου Πα.Γ.Ν.Η. www.peraghn.gr).

Επιπρόσθετα ο κοινωνικός λειτουργός εντοπίζει τις πηγές, που θα υποστηρίξουν τον εξυπηρετούμενο τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, όσο και έπειτα από αυτήν. Οι πηγές αυτές μπορεί να συνδέονται με υπηρεσίες, οργανισμούς και φορείς, που θα υποστηρίξουν τον ασθενή όσο νοσηλεύεται, αλλά και θα εξασφαλίσουν τη συνέχεια στη θεραπεία μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να φροντίζει για την διασύνδεση του νοσοκομείου με άλλους φορείς και ιδρύματα, για το συμφέρον του εξυπηρετούμενου και της οικογένειάς του, ενώ οφείλει να τους πληροφορεί και να τους παραπέμπει σε διάφορες πηγές της κοινότητας (Πανταζάκας και Μέντης, 2002· Λεμονίδου-Πατηράκη, 2002).

Ο Κοινωνικός λειτουργός είναι σε θέση να δημιουργεί και να συμμετέχει σε ομάδες εξυπηρετούμενων που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια. Σε αυτές τις ομάδες οι εξυπηρετούμενοι έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα, έτσι μέσω της ομάδας μαθαίνουν να αξιοποιούν τις ικανότητές τους. Η ομάδα λειτουργεί συμβουλευτικά, υποστηρικτικά και προληπτικά έτσι ώστε να αποτραπεί το αίσθημα της μοναξιάς. (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός με τη διασύνδεση των τμημάτων και των υπηρεσιών του νοσοκομείου προσπαθεί να αποτρέψει την άσκοπη ταλαιπωρία του εξυπηρετούμενου και τον ενημερώνει για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και των άλλων φορέων, ώστε να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά. Ακόμα συμμετέχει στα προγράμματα του νοσοκομείου και ερευνά τα προβλήματα και τις ανάγκες που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα του νοσοκομείου, υποβάλλοντας σχετικές εισηγήσεις.

Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης: Ο κοινωνικός λειτουργός συνεχίζει να παρακολουθεί τον εξυπηρετούμενο και την οικογένεια του και μετά το πέρας της νοσηλείας του. Αναζητά και καταγράφει τις πηγές σε τοπικό και εθνικό επίπεδο που θα βοηθήσουν τον εξυπηρετούμενο και συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας ώστε να βρεθούν οι καλύτερες λύσεις προς όφελός του. Αξιοποιεί και οργανώνει εθελοντικές ομάδες. Διατηρεί αρχείο για τα περιστατικά που παρακολουθεί εκτός του νοσοκομείου και ερευνά τα χαρακτηριστικά και την πορεία των εξυπηρετούμενων που παρακολουθεί μεταθεραπευτικά.

Έρευνας και Εκπαίδευσης: Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συντονίζει τις ερευνητικές

διαδικασίες που αναπτύσσονται στους προηγούμενους άξονες. Εκπαιδεύει τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας και «οργανώνει καινοτόμα προγράμματα που αφορούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή εισάγουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων» (Ν.2646/20-10-1998/ Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αρθ.15, παρ.1).

2.2 Η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου

Οι πρώτοι Κοινωνικοί λειτουργοί στην Ελλάδα ξεκίνησαν να εργάζονται σε φορείς Υγείας και σε δημόσια νοσοκομεία την δεκαετία του '50 (Δημακοπούλου, 1996). Με το νομοθετικό διάταγμα 2592/53 γίνεται αναφορά στο οργανωτικό πλαίσιο της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Το οργανωτικό πλαίσιο αυτό αναφέρει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί υπάγονται στον Διοικητικό διευθυντή του νοσοκομείου, ο οποίος μπορεί να εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο για την ανάθεση καθηκόντων προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Η σύσταση των Κοινωνικών Υπηρεσιών στα Ελληνικά Νοσοκομεία έγινε το 1956 με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978 άρθρο 3, καθορίζονται οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της Υγείας. Σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου, «ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην πρόληψη ή στην αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που έχουν δημιουργηθεί ως συνέπεια καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή οφείλονται στην προσωπικότητα των ατόμων αυτών ή σε δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντος τους, καθιστώντας το διαγνωστικό έργο ή την θεραπεία δυσχερή». Στη δεύτερη παράγραφο αναφέρεται ότι « το έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι και η παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και τους οικείους του, συμβάλλοντας κατά αυτό τον τρόπο στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και στην ομαλή επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον».

Τέλος, στην παράγραφο 3 αναφέρεται ότι «η δραστηριότητα του/της κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού στον τομέα Υγείας αναπτύσσεται εντός πλαισίων συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας, νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγείας (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα)» (Πανταζάκας και Μέντης, 2002). Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί καθιερώθηκαν επίσημα από τη δεκαετία του 1980 και μετά σε όλα τα νοσοκομεία του κράτους (Αλτάνης, 1991). Σύμφωνα με το Π.Δ. 87/86 τα Τμήματα Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία έχουν «την ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα και την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση. Η Κοινωνική Υπηρεσία γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της πολιτείας».

Σύμφωνα με το Π.Δ 87/86(ΦΕΚ32/27-3-86/τ.α) η Κοινωνική Υπηρεσία ανήκει στην Διοικητική Υπηρεσία. Με τον Νόμο 2889/01 (αρ.6 παρ.6) τα τμήματα των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία, αλλά μέχρι να ανανεωθούν οι οργανισμοί των νοσοκομείων εξακολουθούν να ανήκουν στο προηγούμενο διοικητικό καθεστώς (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

Μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών την ευθύνη της Κοινωνικής Υπηρεσίας έχει ο/η Προϊστάμενος/Προϊσταμένη του τμήματος. Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002) οι αρμοδιότητες του/της Προϊσταμένου/Προϊσταμένης της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι: Η σωστή λειτουργία της Κ.Υ., εντός και εκτός του Νοσοκομείου. Ο συντονισμός, καθοδήγηση, εποπτεία για το επιστημονικό και διοικητικό έργο του προσωπικού της Κ.Υ. Η ανάθεση καθηκόντων στους κοινωνικούς λειτουργούς σε διάφορους τομείς, τμήματα και προγράμματα του νοσοκομείου, καθώς και η ευθύνη για την υπηρεσιακή δραστηριότητά τους εκτός του χώρου του νοσοκομείου.

2.3. Η παραπομπή περιστατικών στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου

Οι εξυπηρετούμενοι παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου από το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου, από το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών του νοσοκομείου, από το συγγενικό περιβάλλον των εξυπηρετούμενων, από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους, από άλλες υπηρεσίες και φορείς εκτός νοσοκομείου και τέλος αυτεπάγγελτα από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς. Η παραπομπή των περιστατικών, που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας πρέπει να γίνεται χωρίς καθυστέρηση, ώστε να παρέχονται όλες οι απαραίτητες υπηρεσίες χωρίς να ταλαιπωρείται ο εξυπηρετούμενος με την παράταση της νοσηλείας του στο νοσοκομείο και να προλαμβάνονται διάφορα προβλήματα. Η παραπομπή των περιστατικών γίνεται με τη συμπλήρωση του ειδικού εντύπου ή σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά μπορεί να γίνει η παραπομπή και τηλεφωνικώς.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου συνεργάζεται με όλες τις κλινικές και υπηρεσίες του νοσοκομείου, αλλά και με υπηρεσίες και φορείς της Κοινότητας. Το έργο της κοινωνικής υπηρεσίας συνίσταται στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι εξυπηρετούμενοι αλλά και το περιβάλλον τους (ιστοσελίδα του Γ.Ν. Σπάρτης, www.hospa.gr).

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002), οι κοινωνικές υπηρεσίες στο χώρο του νοσοκομείου επεκτείνονται στους εξής άξονες:

Προληπτικής Παρέμβασης: Παρέχονται υπηρεσίες ενημερωτικού και συμβουλευτικού χαρακτήρα σε όσους απευθύνονται στο νοσοκομείο αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα μέσω

προγραμμάτων αγωγής υγείας που η κοινωνική υπηρεσία οργανώνει, διεξάγει και στόχο έχουν την πρόληψη. Για το στόχο αυτό συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου ή άλλους φορείς της κοινότητας.

Επείγουσας Παρέμβασης: Πραγματοποιείται παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης (στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) παρέχοντας ψυχοκοινωνική υποστήριξη συμβουλευτικού, ενημερωτικού, παραπεμπτικού χαρακτήρα στον εξυπηρετούμενο και την οικογένεια του.

Κλινικής Παρέμβασης: Στους τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας (Παθολογικός, Χειρουργικός, Εργαστηριακός και Ψυχιατρικός) παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στον εξυπηρετούμενο, για να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται ως απόρροια της ασθένειάς τους, με την συνεργασία της οικογένειας του εξυπηρετούμενου.

Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης: Είναι ο συνδετικός κρίκος της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας του εξυπηρετούμενου με την παρακολούθηση του εξυπηρετούμενου στα εξωτερικά ιατρεία ή και στο σπίτι με τη σύμφωνη γνώμη του εξυπηρετούμενου.

Τομέας Έρευνας και Εκπαίδευσης: Η Κοινωνική Υπηρεσία ενός νοσοκομείου επεκτείνεται και εκτός των ορίων νοσοκομείου για να διεξάγει κοινωνική έρευνα για να εντοπίσει τους άπορους εξυπηρετούμενους που χρειάζονται νοσηλεία και οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν έχουν πρόσβαση στο νοσοκομείο. Επίσης διεξάγει έρευνα για τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του ασθενή, που επηρεάζουν την κατάσταση του (ιστοσελίδα του νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν, www.dunant.gr).

Η κοινωνική υπηρεσία αναπτύσσει και υποστηρίζει ερευνητικά προγράμματα σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Η Κοινωνική Υπηρεσία αναλαμβάνει επίσης την εκπαίδευση σπουδαστών του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας και την διεξαγωγή προγραμμάτων κατάρτισης στα πλαίσια της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Τέλος, στην Κοινωνική Υπηρεσία μπορεί να απευθύνεται και στο ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου, όταν απαιτείται ανάγκη. (ιστοσελίδα του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», www.evaggelismos-hosp.gr).

2.4 Κώδικας δεοντολογίας Κοινωνικού Λειτουργού

Η Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW) και η Διεθνής Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (IASSW) υιοθέτησαν το 2004 τον Διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού. Οι βασικές αρχές και οι κώδικες ηθικής, που πρέπει να πλαισιώνουν το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού είναι οι εξής:

Ανθρώπινα δικαιώματα και ανθρώπινη αξιοπρέπεια:

Η κοινωνική εργασία βασίζεται στο σεβασμό της εγγενούς αξίας και αξιοπρέπειας όλων των ανθρώπων, καθώς και των δικαιωμάτων που απορρέουν από αυτές τις αξίες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να υποστηρίζουν και να υπερασπίζονται τη σωματική, ψυχική, συναισθηματική, πνευματική ακεραιότητα και ευημερία των εξυπηρετούμενων.

Αυτό έχει ως προϋποθέσεις:

- 1) τον σεβασμό στο δικαίωμα για αυτοδιάθεση: οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να σέβονται και να προάγουν το δικαίωμα των ατόμων να επιλέγουν και να αποφασίζουν ανεξάρτητα από τις αξίες και τις στάσεις ζωής τους, με την προϋπόθεση βέβαια ότι αυτές δεν απειλούν τα δικαιώματα και τα έννομα συμφέροντα των υπολοίπων.
- 2) Το δικαίωμα για ισότιμη συμμετοχή: οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να προάγουν την κοινωνική συμμετοχή των εξυπηρετούμενων και να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με τρόπο ενισχυτικό για όλες τις επιλογές και δράσεις, οι οποίες δυνητικά επηρεάζουν τη ζωή των εξυπηρετούμενων.
- 3) Η αντιμετώπιση του κάθε ατόμου ως μια ολότητα: οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να θεωρούν το κάθε άτομο ως μέρος της οικογένειας, της κοινότητας ή του φυσικού περιβάλλοντος του και να επικεντρώνουν την πρακτική τους εξίσου σε όλες τις παραμέτρους.
- 4) Η αναγνώριση και η ανάπτυξη των δυνατοτήτων: οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να εστιάζουν στα δυνατά σημεία των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων, με στόχο τη διαρκή ενδυνάμωση τους.

Κοινωνική δικαιοσύνη:

Οι Κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την ευθύνη να προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη τόσο σε επίπεδο ατόμου, όσο και σε επίπεδο κοινωνίας.

Επαγγελματική συμπεριφορά:

- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αναπτύσσουν και να διατηρούν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες, ώστε να μπορούν να εξασκούν αποτελεσματικά το έργο τους.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αποτρέπουν τη χρήση των δεξιοτήτων του για έκνομες πράξεις, όπως βασανιστήρια και τρομοκρατία.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να ενεργούν με τιμιότητα. Αυτό σημαίνει ότι δεν καταχρώνται των σχέσεων εμπιστοσύνης με τους εξυπηρετούμενους τους, ότι αναγνωρίζουν τα όρια μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και ότι δεν καταχρώνται τη θέση τους για προσωπικό όφελος ή κέρδος.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να συμπεριφέρονται στους εξυπηρετούμενους τους με κατανόηση, αποστασιοποιημένη συμπάθεια και φροντίδα.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν πρέπει να θεωρούν υποδεέστερες τις ανάγκες ή τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων τους, όταν αυτά συγκρούονται με τις δικές τους προσωπικές ανάγκες ή συμφέροντα.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν καθήκον να φροντίζουν τον εαυτό τους επαγγελματικά και προσωπικά, ώστε να μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες υπηρεσίες στους εξυπηρετούμενους.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να διατηρούν το απόρρητο στη συνεργασία τους με τους εξυπηρετούμενους. Εξαιρέση αποτελεί η διαφύλαξη ενός ανώτερου αγαθού, όπως αυτό της διατήρησης της ζωής.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρειάζεται να αναγνωρίζουν ότι είναι υπόλογοι για τις πράξεις τους στους χρήστες των υπηρεσιών τους, στους συναδέλφους τους, στους εργοδότες τους, στην επαγγελματική τους οργάνωση και στο νόμο, καθώς επίσης ότι τα συμφέροντα κάποιων εξ αυτών μπορεί να συγκρούονται μεταξύ τους.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να είναι πρόθυμοι για συνεργασία με τις σχολές Κοινωνικής Εργασίας, στοχεύοντας στην υποστήριξη των εκπαιδευόμενων κοινωνικών λειτουργών για απόκτηση ποιοτικής και σύγχρονης εκπαίδευσης στην πρακτική.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να πραγματεύονται διαρκώς τη δεοντολογική διάσταση των πράξεων τους, τόσο με τους συναδέλφους όσο και με τους εργοδότες τους και να αναλαμβάνουν την απορρέουσα από αυτές ευθύνη.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να παραθέτουν την επαγγελματική δεοντολογία με βάση την οποία λαμβάνουν τις αποφάσεις τους και να αναλαμβάνουν την απορρέουσα από αυτές ευθύνη.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να επιδιώκουν τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών στις οργανώσεις, όπου εργάζονται, ώστε ο παρών κώδικας δεοντολογίας να

συζητείται, να υποστηρίζεται και να αξιολογείται.

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε προσπάθεια από τον ερευνητή να διευκρινιστεί ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο και γενικότερα στις δομές υγείας. Έγινε περιγραφή της δομής και λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο και ο τρόπος παραπομπής των περιστατικών στην Κοινωνική Υπηρεσία. Τέλος, παρατέθηκε ο κώδικας δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών, ο οποίος πρέπει να είναι γνωστός και να τηρείται από όλους του επαγγελματίες, που ασκούν το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού.

Κεφάλαιο 3ο: Ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο - Ο ρόλος και οι υποχρεώσεις ιατρών και νοσηλευτών- Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα

3.1. Οι ιατρικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο

Οι αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου σύμφωνα με το ΦΕΚ (αρ.1483 Β' 4/5/2012) είναι:

- α. Η παροχή υπηρεσιών υγείας.
- β. Η προώθηση και προαγωγή της υγείας.
- γ. Η εκπαίδευση του προσωπικού που στελεχώνει την υπηρεσία.
- δ. Ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- ε. Η κατάρτιση πρωτοκόλλων για την παροχή και ανάπτυξη των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών από τη Διεύθυνση, τους τομείς και τα τμήματα.
- στ. Η οργάνωση και προώθηση της έρευνας
- ζ. Η συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- η. Η εποπτεία της εφημερίας και της αποτελεσματικής λειτουργίας των νοσοκομειακών κλινών καθώς και η επιστημονική εποπτεία της λειτουργίας των Εξωτερικών Ιατρείων, των Επειγόντων Περιστατικών και των Χειρουργείων.
- θ. Ο προγραμματισμός και η εισήγηση για τη χορήγηση οποιασδήποτε μορφής άδειας στο προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- ι. Η επιστημονική και διοικητική ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- ια. Η ενημέρωση και τήρηση φακέλων νοσηλείας ασθενών, από κοινού με τη νοσηλευτική υπηρεσία.
- ιβ. Η εποπτεία της νοσοκομειακής βιβλιοθήκης.
- ιγ. Η οργάνωση, ο προγραμματισμός και η εκτέλεση ιατρικών πράξεων

Η οργάνωση-διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου είναι η εξής: Στην κορυφή της βρίσκεται η ιατρική διεύθυνση και ακολουθεί η επιστημονική επιτροπή. Η ιατρική

υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς. Ο παθολογικός τομέας περιλαμβάνει την παθολογική κλινική και την παιδιατρική κλινική. Ο χειρουργικός τομέας αποτελείται από την χειρουργική και την νευροχειρουργική κλινική. Ο εργαστηριακός τομέας περιλαμβάνει το μικροβιολογικό εργαστήριο και το ακτινολογικό εργαστήριο. Ο ψυχιατρικός τομέας αποτελείται από την ψυχιατρική κλινική, το κέντρο της ψυχικής υγείας και τις μονάδες κινητής φροντίδας. Ο τομέας κοινωνικής ιατρικής περιλαμβάνει το τμήμα ιατρικής της εργασίας και το τμήμα επιδημιολογίας. Και τέλος, τα διατομεακά τμήματα περιλαμβάνουν τα εξωτερικά ιατρεία και το τμήμα ημερήσιας νοσηλείας.

Ο Διευθυντής της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου είναι υπεύθυνος για την εύρυθμη λειτουργία της. Ο συντονισμός των τομέων και των τμημάτων, όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τα εκπαιδευτικά προγράμματα και την έρευνα, εμπίπτει στην σφαίρα ευθύνης του διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας. Επίσης αναλαμβάνει όλες τις αρμοδιότητες και ευθύνες, που απορρέουν από την ιεραρχική του θέση.

3.2 Νοσηλευτικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο

Ο βασικός σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο είναι η νοσηλευτική διεκπεραίωση του εξυπηρετούμενου. Η νοσηλευτική υπηρεσία αναπτύσσει αρκετές δραστηριότητες, οι οποίες εκτός από τις νοσηλευτικές, έχουν να κάνουν με την εκπαίδευση που παρέχεται στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά και με την οργάνωση και τη διοίκηση της ίδιας της υπηρεσίας. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες παρέχονται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας, της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας φροντίδας στους εξυπηρετούμενους, που χρήζουν νοσηλείας στο νοσοκομείο ή στα εξωτερικά ιατρεία.

Η Διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας αφορά στην οργάνωση της εργασίας του γραφείου της νοσηλευτικής υπηρεσίας, στην εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για κάλυψη και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Ακόμα αφορά την επαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό νοσηλευτικό προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων σε διαρκή βάση. Επίσης ευθύνεται για την άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης των νοσηλευτικών τομέων, καθώς και για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, είναι υπεύθυνη για την από κοινού συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας με τις άλλες υπηρεσίες με σκοπό την καλύτερη και αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου (Βασιλάκου, 2008).

Οι νοσηλευτές, που εργάζονται στον νοσοκομειακό τομέα, έχουν ποικίλους ρόλους, είναι εκπαιδευτές, συνήγοροι του ασθενή, καθοδηγητές, διαχειριστές, ερευνητές, ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές ακόμα και συντονιστές των υπολοίπων μελών της ομάδας υγείας που παρέχουν φροντίδα στον ασθενή (Taylor et al., 2002, Lemone & Burke, 2004). Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει

τους ρόλους αυτούς με σκοπό την προαγωγή και τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών.

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει άμεση φροντίδα στον εξυπηρετούμενο και να είναι ευαισθητοποιημένος και έτοιμος να ανταποκριθεί στις ανάγκες του. Ακόμα, παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα και εκτελεί νόμιμες ιατρικές οδηγίες, οι οποίες έχουν να κάνουν με τη θεραπεία του εξυπηρετούμενου και την φαρμακευτική του αγωγή με την προϋπόθεση να αντιλαμβάνεται τα αίτια και τα αποτελέσματα της θεραπείας αυτής για τον εξυπηρετούμενο. Επίσης, παρακολουθεί την κατάσταση της υγείας του εξυπηρετούμενου και κάνει ακριβή καταγραφή και αναφορά των στοιχείων του. Ο νοσηλευτής οφείλει να επιβλέπει την φροντίδα του εξυπηρετούμενου που παρέχεται από άλλους, καθώς είναι υπεύθυνος για την αγωγή του, για την εκπαίδευση των εξυπηρετούμενων σε αυτήν, αλλά και των οικογενειών τους. Αναλαμβάνει να ενημερώνει τον εξυπηρετούμενο και την οικογένεια του σε θέματα φροντίδας των εξυπηρετούμενων τόσο κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, όσο και μετά την έξοδό τους για να υπάρχει ομαλότητα στη συνέχεια της φροντίδας των εξυπηρετούμενων και εκτός του νοσοκομείου. Τέλος, συντονίζει τον προγραμματισμό εξόδου των εξυπηρετούμενων, διενεργεί παραπομπές τους και συνεργάζεται με τους συναδέλφους του/της και τους άλλους επαγγελματίες υγείας προς όφελος των εξυπηρετούμενων (Βασιλάκου, 2008).

Ο Προϊστάμενος της νοσηλευτικής υπηρεσίας έχει την ευθύνη για την ομαλή λειτουργία του Τμήματος και στο να ενεργεί έγκαιρα για τον απαραίτητο εφοδιασμό του εκάστοτε τμήματος με κάθε λογής υλικό (σταθερό και αναλώσιμο) και να παρακολουθεί τη σωστή χρήση και την συντήρησή τους. Επίσης, είναι υπεύθυνος για την σωστή και ισόποση κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού και τον συντονισμό των εργασιών του, καθώς και την εποπτεία του. Έχει υπό την ευθύνη του την οργάνωση, τον προγραμματισμό και την ανάθεση των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο τμήμα, καθώς και τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων του. Οφείλει να παρακολουθεί την πορεία του ασθενή και να συμμετέχει στην ιατρική επίσκεψη και στην ενημέρωση του εξυπηρετούμενου και της οικογένειας του για την ακολουθούμενη θεραπεία, καθώς και για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του εντός του νοσοκομειακού πλαισίου. Τέλος, ο προϊστάμενος έχει την ευθύνη της αποστείρωσης των υλικών και της τήρησης υγιεινής και ασφάλειας του προσωπικού και των εξυπηρετούμενων, καθώς και για την συνεργασία με όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και για την οργάνωση και την λειτουργία ερευνητικών προγραμμάτων, καθώς και για την εκπαίδευση του προσωπικού, αλλά και των σπουδαστών όλων των βαθμίδων των νοσηλευτικών σχολών.

3.3 Πρωτοβάθμιες Δομές Υγείας

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) είναι υπεύθυνο για την Π.Φ.Υ στην Ελλάδα, συντονιζόμενο από τις 7 Υ.Π.Ε. 19,20 Η Π.Φ.Υ. παρέχεται από τα 300 πολυιατρεία και μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα 193 Κέντρα Υγείας (αγροτικού τύπου), τα 1650 περιφερειακά αγροτικά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., τους συμβαλλόμενους ιδιώτες ιατρούς (22000) και οδοντίατρους (13000), καθώς και τα 3527 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (Πετρέλης, Δομάγερ, 2016).

Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης, οι Μ.Κ.Ο. και οι κοινωνικές δομές των δήμων (ιατρεία και φαρμακεία), τα κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Εκτός από του γενικούς ιατρούς (περίπου 3000), εργάζονται νοσηλευτές, οδοντίατροι, φυσικοθεραπευτές, παιδίατροι και γυναικολόγοι. Η επιλογή των ιατρών είναι ελεύθερη, χωρίς την ύπαρξη «gatekeeping» στην πρόσβαση τόσο στις δημόσιες δομές όσο και στις ιδιωτικές. Η χρηματοδότηση του Π.Ε.Δ.Υ γίνεται μέσα από την Γενική Κυβέρνηση (28,4% το 2014), την κοινωνική ασφάλιση (31,3%) και την ιδιωτική συμμετοχή (40,3%)²⁴. Οι ιατροί στις δημόσιες δομές είναι έμμισθοι υπάλληλοι αποκλειστικής απασχόλησης, ενώ οι συμβεβλημένοι αποζημιώνονται κατά πράξη (10€ ανά επίσκεψη) με οριοθέτηση πλαφόν στις 300 μηνιαίες επισκέψεις, μέσω κλειστών προϋπολογισμών από τον Ε.Ο.Π.Υ. Σύμφωνα με μελέτες, η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα δεν υπήρξε υψηλή προτεραιότητα των υγειονομικών πολιτικών, με αποτέλεσμα να είναι αδύναμη να ικανοποιήσει τόσο τις αρχές της Alma Ata, όσο και τους στόχους της «Υγεία 2020».(Πετρέλης, Δομάγερ, 2016).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης αυτού του μέτρου. Αρχικά, θα πρέπει να εξεταστεί η επάρκεια των πόρων του συστήματος (ανθρώπινων και υλικών). Μέσα σε αυτό το περιβάλλον δημοσιονομικής προσαρμογής και περικοπών στην υγεία, το ίδιο το σύστημα αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα και θα ήταν δύσκολο να ανταποκριθεί σε αυτό. Οι ήδη υπάρχουσες δομές εμφανίζουν υποστελέχωση και ελλείμματα στις υλικοτεχνικές υποδομές, ενώ οι επιταγές για περαιτέρω μείωση της υγειονομικής δαπάνης και περιστολή των προσλήψεων καθιστούν δύσκολη την ανεύρεση του απαραίτητου προσωπικού. Από την άλλη, ο νοσοκομοκεντρικός χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. και η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. φαίνεται να υποσκελίζουν την επιτυχία αυτού του θεσμού. Παράλληλα, η απουσία συστηματικής καταγραφής των επισκέψεων και της τήρησης του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο το διατομεακό συντονισμό και τον σχεδιασμό προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας (Πετρέλης, Δομάγερ, 2016).

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στα εμπόδια πρόσβασης στην Π.Φ.Υ. τόσο για τους ασφαλισμένους, όσο και για τους άνεργους, ανασφάλιστους, τους πρόσφυγες και του μετανάστες. Οι μεγάλες λίστες αναμονής, το κόστος (costsharing) και η χαμηλή εγγύτητα δεν φαίνεται να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, με συνέπεια να δημιουργούνται αποκλεισμοί των ατόμων αυτών από την Π.Φ.Υ., ενώ θα έπρεπε να αποτελούν προτεραιότητα όπως επιτάσσουν οι αρχές της Alma Ata.

Το Υπουργείο Υγείας στην προσπάθειά του να μειώσει τις παθογένειες του Συστήματος Υγείας και σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει περάσει σε μια μεταρρύθμιση για την ΠΦΥ μέσα από τη δημιουργία των TOMY (Τοπικές Μονάδες Υγείας) το 2018.

Η μεταρρύθμιση συνίσταται στην θέσπιση δύο επιπέδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο πρώτο επίπεδο ΠΦΥ θα λειτουργούν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY) ενώ στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες ΠΦΥ. Βασικό ρόλο στη φιλοσοφία του νέου συστήματος της ΠΦΥ διαδραματίζει η εστίαση στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών περιορισμών στην πρόσβαση. Διοικητικά οι TOMY θα υπάγονται απευθείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ιστοσελίδα TOMY: <https://tomy.moh.gov.gr>).

Οι TOMY είναι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας. Οι μονάδες αυτές αποτελούν το νέο «κύτταρο» του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), γύρω από τις οποίες οργανώνεται εκ νέου ολόκληρο το δημόσιο σύστημα υγείας. Βασική αποστολή τους είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης τους (10.000 – 12.000 άτομα). Οι πολίτες, που ανήκουν στον πληθυσμό ευθύνης της TOMY, εγγράφονται στη σχετική λίστα. Οι μονάδες έχουν την ευθύνη για τη διασφάλιση προσβασιμότητας και συνέχειας της φροντίδας, καθώς και για την παροχή ασφαλούς, αποτελεσματικής, ολιστικής και ποιοτικής ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας (ιστοσελίδα TOMY: <https://tomy.moh.gov.gr>).

Το κεφάλαιο αυτό είχε ως στόχο να γίνει κατανοητός ο ρόλος των ιατρικών και των νοσηλευτικών υπηρεσιών στις δομές υγείας, καθώς οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν το ρόλο, τις υποχρεώσεις, τις δυνατότητες και τις ικανότητες όλων των επαγγελματιών με τους οποίους συνεργάζονται στο πλαίσιο της Διεπιστημονικής Ομάδας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Η διεπιστημονική συνεργασία σε πλαίσια παροχής υπηρεσιών υγείας

Η υγεία του ανθρώπου είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο και επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, οι πιο πολλοί από αυτούς σχετίζονται με την βιολογία, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) στον ορισμό του για την υγεία τονίζει τη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων: “Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου”. Παρά τον συγκεκριμένο ορισμό, ο ιατρικός κόσμος συνεχίζει να ταυτίζει τις περισσότερες φορές την υγεία μόνο με την απουσία της ασθένειας, ενώ οι κοινωνικοί επιστήμονες, εκφράζουν διαφορετικές συχνά προσεγγίσεις, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ευεξίας.

Στον τομέα της υγείας, η ψυχιατρική έχει την πρωτοκαθεδρία στην ανάπτυξη και την εγκαθίδρυση της διεπιστημονικής συνεργασίας (Αλτάνης, 1991). Η διεπιστημονική συνεργασία είναι το επίκεντρο καθώς με αυτήν επιτυγχάνεται η σφαιρική αντιμετώπιση των εξυπηρετούμενων και η παροχή ολοκληρωμένης και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας. Η ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ιατρικής συνέβαλε στην άρση της καρτεσιανής λογικής που θεωρεί το σώμα ανεξάρτητο από την ψυχή (Πανταζάκας και Μέντης, 2003). Είναι γενική παραδοχή ότι η υγεία είναι συνάρτηση οικονομικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων και ότι η ολιστική προσέγγιση της είναι απαραίτητη (Αλτάνης, 1991). Η θεραπεία δεναποτελεί ευθύνη μιας μόνο ειδικότητας, αλλά απαιτεί την συντονισμένη προσφορά όλων των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση του εξυπηρετούμενου ως σωματοψυχικού συνόλου (Πανταζάκας και Μέντης, 2003).

Κάτω από το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς, οι σύγχρονοι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ότι οφείλουν να αποφεύγουν την ατομική δραστηριότητα του επαγγέλματός τους και ότι οφείλουν να προσφεύγουν στη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες, ξεπερνώντας με αυτό τον τρόπο το εμπόδιο της εξειδίκευσης και αντιμετωπίζοντας τον εξυπηρετούμενο ολιστικά (Πανταζάκας & Μέντης, 2002). Η διεπιστημονική συνεργασία πρέπει να γίνεται σε επιστημονική βάση και να στοχεύει στην επίτευξη ενός σκοπού, που απαιτεί αλληλοεξαρτώμενες γνώσεις, δηλαδή την εμπειρία και τις υπηρεσίες ποικίλων επιστημονικών τομέων. Εκτός όμως από την ευκαιρία που προσφέρεται στους επαγγελματίες να αξιοποιήσουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους μέσω της συνεργασίας τους για την παροχή ποιοτικότερης φροντίδας, η διεπιστημονική συνεργασία συμβάλλει υποστηρικτικά και βοηθά τους επαγγελματίες μέλη της ομάδας να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις δύσκολες επαγγελματικές τους εμπειρίες.

4.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη διεπιστημονική συνεργασία

Η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των γιατρών, των νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών πρέπει να βασίζεται στην ποιότητα των μεταξύ τους σχέσεων, καθώς από το επίπεδο των σχέσεων της διεπιστημονικής ομάδας καθορίζεται η επιτυχία της ομάδας και η επίτευξη των κοινών στόχων που έχουν τεθεί. Οι αλληλοεξαρτώμενοι επαγγελματίες της διεπιστημονικής ομάδας οφείλουν να δρουν συλλογικά για να επιτύχουν την ικανοποίηση των ποικίλων αναγκών των εξυπηρετούμενων τους.

Στο σύγχρονο και γεμάτο απαιτήσεις σύστημα υγείας το επίπεδο της συνεργασίας της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και κυρίως οι σχέσεις μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικής υπηρεσίας, έχουν τεράστιο ενδιαφέρον, καθώς καθορίζουν το επίπεδο της προσφερόμενης φροντίδας προς τους εξυπηρετούμενους. Η διεπιστημονική συνεργασία περιλαμβάνει την επικοινωνία, την τήρηση κοινών στοιχείων, την ανταλλαγή πληροφοριών, ιδεών και επίσημες διαβουλεύσεις και συνεδριάσεις της ομάδας.

Η επίτευξη υψηλής ποιότητας φροντίδας προς τους εξυπηρετούμενους έχει εξάρτηση κατά πολύ, από την ικανότητα των επαγγελματιών του χώρου της υγείας να συνεργάζονται αρμονικά και να συμβάλουν με τις εξειδικευμένες τους γνώσεις στην ικανοποίηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων. Η παροχή της φροντίδας υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες γίνεται όλο και πιο σύνθετη με αποτέλεσμα πολλοί επαγγελματίες από διαφορετικούς τομείς να είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται από κοινού για να είναι δυνατή η παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εύρυθμη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας είναι το κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας να κατανοεί και να σέβεται τον επαγγελματικό ρόλο και τις ευθύνες των άλλων μελών της ομάδας. Επίσης, ο ρόλος του εκάστοτε επαγγελματία πρέπει να καθορίζεται από την εκπαίδευσ του και τις νομικές του αρμοδιότητες, όμως συχνά στην άσκηση των καθηκόντων παρατηρείται επικάλυψη αρμοδιοτήτων από τους επαγγελματίες της διεπιστημονικής ομάδας. Επομένως, η κατανομή των καθηκόντων και ο ρόλος των μελών της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να στηρίζεται πιο πολύ σε επιμέρους προβλήματα και ανάγκες των εξυπηρετούμενων παρά στον παραδοσιακό ρόλο του κάθε επαγγελματία – μέλους της διεπιστημονικής ομάδας.

Τα εμπόδια, που μπορούν να επηρεάσουν τη διεπιστημονική συνεργασία είναι ποικίλα. Η έλλειψη σταθερότητας και συνέχειας στις δομές και στο προσωπικό εμποδίζει την οργάνωση των παρεμβάσεων και τη συνοχή της ομάδας. Αν δεν προβλέπονται τακτικές συναντήσεις για την επικοινωνία των μελών της ομάδας, εξαναγκάζεται ο καθένας να λειτουργεί ατομικά και να παίρνει αποφάσεις μόνος του, πράγμα που εμποδίζει την ομαδική λειτουργία και δίνει πρόσφορο έδαφος

για ανταγωνισμούς και συγκρούσεις μέσα στην ομάδα.

Οι αδιευκρίνιστοι ρόλοι, η διαφορετική κουλτούρα και μέθοδος δουλειάς και τα στερεότυπα που έχει ο κάθε επαγγελματίας για τους άλλους επαγγελματίες του χώρου της υγείας μπορούν να δημιουργήσουν ανυπέβλητα εμπόδια στη λειτουργία της ομάδας, αν δε διερευνηθούν στις ομαδικές συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας και δεν τα επεξεργαστούν τα μέλη της..

Επίσης, είναι πολύ σημαντικό κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας να γνωρίζει και να πιστεύει ότι η συμβολή του στην επίτευξη του κοινού σκοπού είναι εξέχουσας σημασίας και ότι οι διαφορετικές προσφορές είναι αυτές που καθιστούν μια συνεργασία πετυχημένη (Huss, Schiller, & Schmidt, 2013).

4.3. Η διεπιστημονική συνεργασία στην Ελληνική πραγματικότητα

Το σύγχρονο νοσοκομείο είναι ένας χώρος δράσης πολλών διαφορετικών επαγγελμάτων υγείας. Η ορθή συνεργασία μεταξύ τους είναι η βάση για την αποδοτική, αποτελεσματική και ποιοτικής έκβαση της πορείας του εξυπηρετούμενου. «Η πολυπλοκότητα των σημερινών συστημάτων υγείας σε συνδυασμό με το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, αναδεικνύει τη χρησιμότητα της διεπαγγελματικής συνεργασίας ως ένα σχήμα που μπορεί να προσφέρει την απαιτούμενη για τα συστήματα υγείας ευελιξία και προσαρμοστικότητα. Επίσης υπάρχει η ανάγκη των επαγγελματιών για προσαρμογή σε νέα σχήματα, η ανάπτυξη της βούλησης για κοινές μαθησιακές εμπειρίες, με δημιουργία ευρύτερων επαγγελματικών συμμαχιών» (Σαπουντζή- Κρέπια και συν., 2001).

Η διεπιστημονική συνεργασία δεν είναι θεσμοθετημένη στο πλαίσιο της λειτουργίας του νοσοκομείου, όμως είναι απαραίτητη για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί σε συνεργασία και με άλλους επαγγελματίες υγείας σχηματίζουν όλο και πιο συχνά διεπιστημονικές ομάδες για την καλύτερη, ταχύτερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους. Η τάση και η σύγχρονες μετεκπαιδεύσεις των επαγγελματιών του χώρου της υγείας συμβάλλουν στην άμβλυνση των αγκυλώσεων του παρελθόντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Ο σκοπός της έρευνας

Η παρούσα εργασία είχε σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις και τις εμπειρίες, που έχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι γιατροί και οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε δημόσιες δομές υγείας της Κρήτης για το θέμα της διεπιστημονικής συνεργασίας.

Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας, με την ολιστική προσέγγιση της φροντίδας του εξυπηρετούμενου, πρέπει να μην εργάζονται για αυτόν ως μονάδα, αλλά να πετυχαίνουν τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες, ξεπερνώντας τα όρια και τις αγκυλώσεις του επαγγέλματός τους (Πανταζάκας & Μέντες, 2002). Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας μέσω της αρμονικής και της ανεμπόδιστης συνεργασίας τους μπορούν να επιτύχουν καλύτερη προσφορά και ποιότητα φροντίδας για τον εξυπηρετούμενο.

Συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν οι απόψεις των κοινωνικών λειτουργών, των γιατρών και των νοσηλευτών και η εμπειρία τους, όσον αφορά τη διεπιστημονική συνεργασία των κλάδων αυτών της υγείας στο χώρο του νοσοκομείου και των δομών υγείας. Επίσης, μελετήθηκαν οι απόψεις των επαγγελματιών αυτών για τις αρμοδιότητές τους, την ευθύνη τους απέναντι στις οικογένειες των εξυπηρετούμενων και πιθανά σημεία σύγκρουσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Η έρευνα προσπάθησε να απαντήσει στα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα:

- Κατά πόσο τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων σχετίζονται με τις απόψεις τους για τη μεταξύ τους διεπιστημονική συνεργασία.
- Ποια είναι η εμπειρία τους από τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ τους και πώς την αξιολογούν.
- Ποιες είναι οι θέσεις/ απόψεις τους για την ύπαρξη διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών και πώς θα μπορούσε να διευκολυνθεί.
- Τέλος, αν θεωρούν ότι υπάρχουν σημεία σύγκρουσης μεταξύ των επαγγελμάτων αυτών και αν ναι, ποια είναι τα πιθανά αίτιά τους.

5.3 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει 110 κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς και νοσηλευτές, που εργάζονται σε δημόσιες δομές Υγείας της Κρήτης.

5.4 Ερευνητικό Εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας δομήθηκε με βάση τις ανάγκες της έρευνας και μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών σχετικών με τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών του χώρου της υγείας. Το ερωτηματολόγιο συμπεριέλαβε μεταφρασμένη την κλίμακα AITCS-II, του C. Orchard, 2015. Το AITCS είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο που έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ των μελών της ομάδας. Αποτελείται από 23 δηλώσεις που θεωρούνται χαρακτηριστικές της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της λειτουργίας της ομάδας.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο με ερωτήσεις κυρίως κλειστού τύπου και ελάχιστες ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Αναλυτικότερα περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικές με:

- τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης), αλλά και στοιχεία σχετικά με τα εργασιακά τους χαρακτηριστικά, τα χρόνια της εργασίας τους στο χώρο του νοσοκομείου και τη θέση τους μέσα στον τομέα τους,
- τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών, των γιατρών και των νοσηλευτών και πώς την αξιολογούν,
- τα μέτρα που κατά την άποψή τους θα διευκόλυναν τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών, γιατρών και νοσηλευτών,
- τη δυνατότητα κοινής δράσης προς όφελος του εξυπηρετούμενου και τις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών, των γιατρών και των νοσηλευτών. Καθώς και ερωτήσεις για το πεδίο φροντίδας της οικογένειας του εξυπηρετούμενου,
- τις πιθανές συγκρούσεις ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς και νοσηλευτές και τα αίτια αυτών των συγκρούσεων.

5.5 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Ζητήθηκε άδεια από το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Αγ. Γεώργιος” για τη διεξαγωγή έρευνας εντός του νοσοκομείου, η οποία και δόθηκε (παράρτημα 2). Τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία: ΠΑ.Γ.Ν.Η., Βενιζέλειο Νοσοκομείο και Νοσοκομείο Ρεθύμνου και στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χανίων. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν εθελοντικά και μετά από συναίνεσή τους ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, αφού πρωτίστως τους επεξηγήθηκε ο σκοπός της ερευνητικής εργασίας και το τι επιζητείται από αυτούς να πράξουν.

5.6 Δυσκολίες στη συλλογή των ερωτηματολογίων

Οι δυσκολίες στην συλλογή των ερωτηματολογίων για την παρούσα έρευνα εστιάστηκαν μόνο στο θέμα της αδειοδότησης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου Χανίων. Η δυνατότητα πραγματοποίησης έρευνας εντός του Νοσοκομείου υπόκειται σε γραφειοκρατικές διαδικασίες, οι οποίες απαιτούν ένα εύλογο χρονικό διάστημα μέχρι να χορηγηθεί τελικά η σχετική άδεια. Κατά τη συλλογή των ερωτηματολογίων δεν ανέκυψαν ιδιαίτερες δυσκολίες και η διαδικασία προχώρησε ομαλά και σχετικά γρήγορα.

5.7 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS 20.0.. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή των δεδομένων και στη συνέχεια η επεξεργασία των στοιχείων μέσω του προγράμματος SPSS. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι τόσο Περιγραφικής όσο και Επαγωγικής Στατιστικής.

Εφαρμόστηκε το **T-test** που ονομάζεται παραμετρική στατιστική διαδικασία που ελέγχει τη στατιστική σημαντικότητα των διαφορών των μέσων όρων δυο συνόλων τιμών που διαφέρουν όσον αφορά ένα χαρακτηριστικό. Δηλ. οι υποθέσεις που εξετάζονται είναι: Μηδενική Υπόθεση (H_0): Οι διακυμάνσεις των δύο ομάδων είναι ίσες και Εναλλακτική Υπόθεση (H_1): Οι διακυμάνσεις των δύο ομάδων δεν είναι ίσες. Ο πρώτος πίνακας περιέχει κάποια περιγραφικά μέτρα για τα δύο δείγματα. Ο δεύτερος πίνακας είναι αυτός που μας ενδιαφέρει. Ο έλεγχος t έχει δύο “κατευθύνσεις”. Στο Levene’s Test for Equality of Variances, δίνεται η τιμή της στατιστικής συνάρτησης ελέγχου (F) και η p-τιμή (Sig.) του ελέγχου του Levene για ισότητα διασπορών. Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι. Αν η p-value είναι μικρότερη του 0,05 δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις δεν

είναι ίσες, συνεπώς ελέγχουμε τη σημαντικότητα του t-test στην δεύτερη γραμμή ενώ εάν είναι η p-value είναι μεγαλύτερη του 0,05 δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες συνεπώς ελέγχουμε τη σημαντικότητα του t-test στην πρώτη γραμμή. Εάν η p-value για τον έλεγχο της ισότητας των δύο μέσων είναι κάτω από 0,05 δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση ότι οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους και εάν είναι πάνω από 0,05 δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση ότι οι μέσοι όροι δεν διαφέρουν μεταξύ τους.

Προηγουμένως εξετάσαμε τον στατιστικό έλεγχο της διαφοράς μέσων τιμών για δύο δείγματα. Σε πολλές περιπτώσεις θέλουμε να εξετάσουμε αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων τιμών τριών ή περισσότερων δειγμάτων. Αυτό επιτυγχάνεται με τη μέθοδο που ονομάζεται **ανάλυση διακύμανσης (Analysis of Variance – ANOVA)**.

Εφαρμόστηκε επίσης **το τεστ χ^2** (Chi-Square test) (πίνακα διπλής εισόδου). Πρόκειται για την διασταύρωση δύο κατηγορικών μεταβλητών. (συνήθως ποιοτικών)

Για τη μέτρηση του συνολικού βαθμού των δηλώσεων των εργαζομένων και τη μελέτη παραγόντων, θα υπολογίσουμε τους μέσους όρους των μεταβλητών που εξετάζει το ερωτηματολόγιο μας (μέρος α, β και γ) και θα κατασκευάσουμε 3 νέες μεταβλητές με ονομασία: διεπιστημονική συνεργασία, συνεργατικότητα, ομαδικότητα που εκφράζει τον συνολικό βαθμό συχνότητας-συμφωνίας.

Στη μελέτη μας χρησιμοποιήθηκε επιπλέον και **ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r** που είναι στατιστικός δείκτης προκειμένου να αξιολογηθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ τριών μεταβλητών και την ένταση αυτής της συσχέτισης. Για να καταλήξουμε στην υποστήριξη της ισχύς μιας σχέσης εξετάζουμε το επίπεδο εμπιστοσύνης ($p = \text{significance level}$). Αν το sig. είναι μικρότερο του επιπέδου εμπιστοσύνης που ορίσαμε (0,01 ή 0,05), τότε καταλήγουμε στο ότι η συγκεκριμένη σχέση είναι στατιστικά σημαντική. Σε αντίθετη περίπτωση το συμπέρασμα είναι ότι η σχέση αυτή δεν φαίνεται να ισχύει. Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) παίρνει τις τιμές: $-1 < r < +1$ όπου $r = -1$ τέλεια αρνητική γραμμική συσχέτιση, $r = 0$ μηδενική (δεν υπάρχει) γραμμική συσχέτιση και $r = +1$ τέλεια θετική γραμμική συσχέτιση. Ενδεικτικά, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η συσχέτιση είναι: Ισχυρή όταν $0,6 \leq r < 1$, Μέτρια όταν $0,3 \leq r < 0,6$ και ασθενής όταν $0 \leq r < 0,3$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο Συντελεστής αξιοπιστίας της κλίμακας ΑΙΤCS-II

Ο Cronbach alpha είναι ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος από τους δείκτες αξιοπιστίας που παίρνει τιμές μεταξύ του 0 και 1, και για να αποδεχτεί μια μιας κλίμακα ως αξιόπιστη θα πρέπει ο alpha να είναι $>0,7$. (Nunnally & Bernstein, 1994; Cronbach, 1951)¹. Συγκεκριμένα από 0,7-0,79 έχει καλή αξιοπιστία-αποδεκτή, 0,8-0,89 έχει πολύ καλή αξιοπιστία και $>0,90$ άριστη αξιοπιστία.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's Alpha του ερωτηματολογίου είναι $\alpha=0,915$ που σημαίνει ότι παρουσίασε πολύ καλή αξιοπιστία (βλ. πίνακα 1).

Πίνακας 1 Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,915	44

Περιγραφική Στατιστική

Κοινωνικο-δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος, που αποτελείται από 110 εργαζομένους, οι οποίοι απασχολούνται σε δημόσιες δομές υγείας της Κρήτης. (βλ. Πίνακα 2)

Πίνακας 2 Κατανομή των κοινωνικο-δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος (%)

Χαρακτηριστικά	Συχνότητα (N)	Ποσοστό %
Φύλο		
Άνδρας	30	27,3%

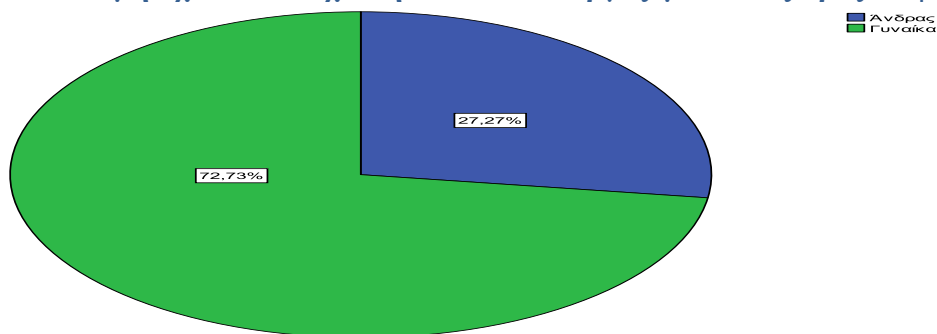
¹ Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill, Inc. Cronbach, L..J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16:297-334.

	Γυναίκα	80	72,7%
Ηλικία	25-30	13	11,8
	31-40	29	26,4
	41-50	32	29,1
	51-60	36	32,7
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος ΤΕΙ/Πανεπιστημίου	85	77,3
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	18	16,4
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	7	6,4
Επάγγελμα	Γιατρός	30	27,3
	Νοσηλεύτης/τρια	53	48,2
	Κοινωνικός/η Λειτουργός	27	24,5
Έτη Εργασίας στον χώρο της υγείας	0-5	20	18,2
	6-10	12	10,9
	11-15	18	16,4
	16-20	17	15,5
	21-30	27	24,5
	31+	16	14,5
Τομέα Εργασίας	Δημόσιο	110	100
Δομή Εργασίας	Ανοικτή (π.χ. Κέντρο Υγείας)	25	22,7
	Κλειστή (Νοσοκομείο)	85	77,3
Τμήμα εργασίας	ΩΡΛ	11	10,0
	Ογκολογική	12	10,9
	ΤΕΠ	5	4,5
	ΤΟ.ΜΥ	6	5,5
	Μαιευτική/ Γυναικολογική	6	5,5
	Ακτινολογικό	1	,9
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	8	7,3
	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	10	9,1
	Παιδιατρικό	7	6,4
	ΜΕΘ	2	1,8
	Αιματολογικό	10	9,1
	Ουρολογικό	14	12,7
	Κοινωνική Υπηρεσία	10	9,1
	Ψυχιατρικό	4	3,6
	Νοσηλευτική Υπηρεσία	4	3,6
Συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο (αριθμός)	1-10 άτομα	20	18,2
	11-20 άτομα	61	55,5
	21-30 άτομα	27	24,5
	31-40 άτομα	2	1,8

Συνεργασία με άλλους επαγγελματίες(ειδικότητες)	Ιατροί	11	10
	Νοσηλεύτες	11	10
	Κοινωνικοί λειτουργοί	1	0,9
	Άλλοι επαγγελματίες υγείας	1	0,9
	Ιατροί, Ψυχολόγοι, Νοσηλεύτες, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Επισκέπτες υγείας	86	78,2

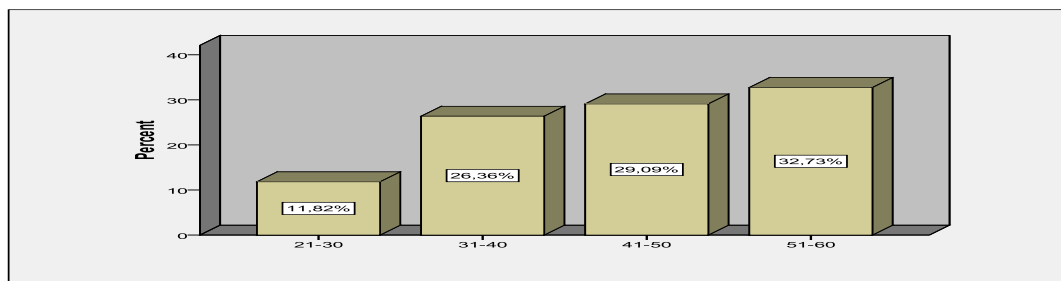
Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 110 εργαζομένους εκ των οποίων οι 80 (72,7%) ήταν γυναίκες και οι 30 (27,3%) ήταν άνδρες (βλ. γράφημα 1).

Γράφημα 1 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς το φύλο



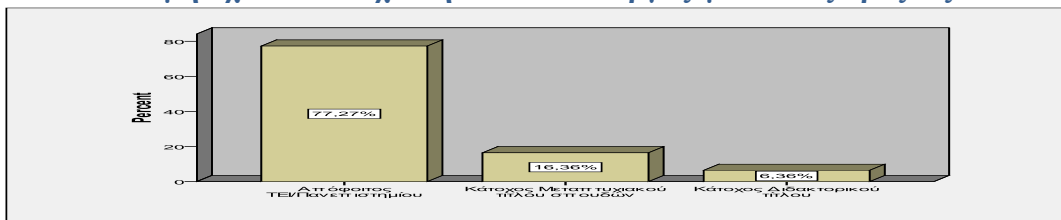
Ως προς την ηλικία των εργαζομένων, η εικόνα του δείγματος κυμαινόταν ως εξής: το 32,37% των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας από 51-60 ετών, το 29,1% από 41-50 ετών, το 26,4% από 31-40 ετών και το 11,8% από 21-30 ετών (βλ. γράφημα 2).

Γράφημα 2 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς την ηλικία



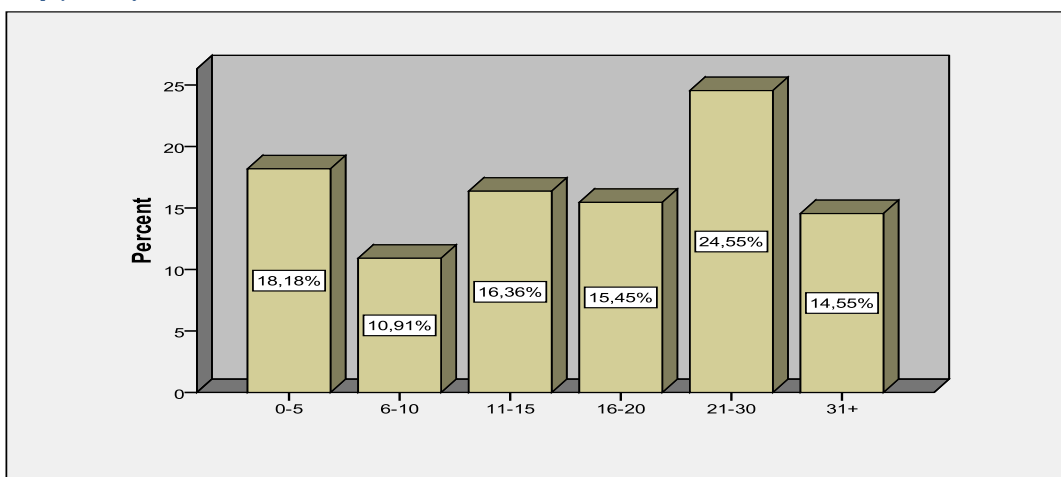
Ως προς τις σπουδές, το 77,3% των εργαζομένων έχουν πτυχίο Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι, το 16,4% κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το 6,4% έχουν διδακτορικό τίτλο. (βλ. γράφημα 3).

Γράφημα 3 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς τις σπουδές



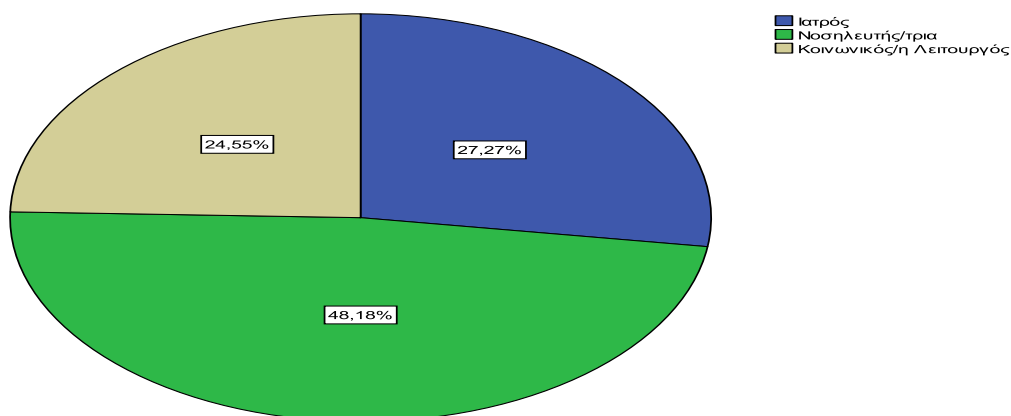
Ως προς τα έτη εργασίας στον χώρο της υγείας, το 24,5% έχει από 21-30 χρόνια, το 18,18% έχει 0-5 χρόνια, το 16,4% έχει 11-15 χρόνια, το 15,45% έχει 16-20 χρόνια, το 10,9% έχει από 6-10 χρόνια και το 14,55% έχει 31 χρόνια και άνω (βλ. γράφημα 4).

Γράφημα 4 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς τα έτη εργασίας στον οργανισμό



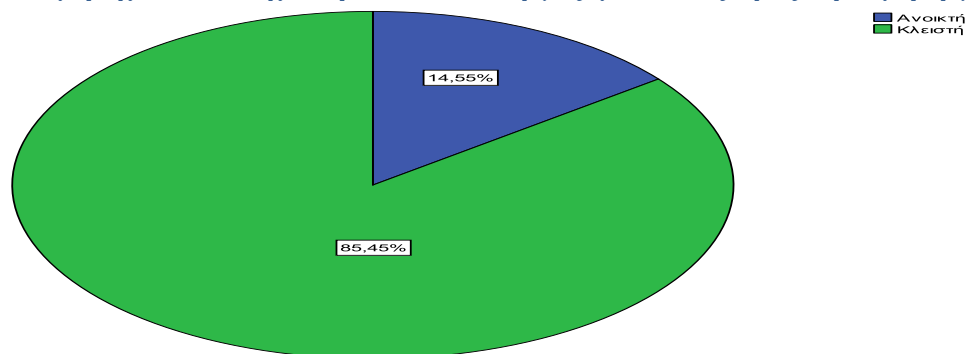
Ως προς το επάγγελμα των εργαζομένων, το 48,2% ήταν νοσηλεύτριες, το 27,3% ήταν ιατροί και το 24,5% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί (βλ. γράφημα 5).

Γράφημα 5 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς το επάγγελμα



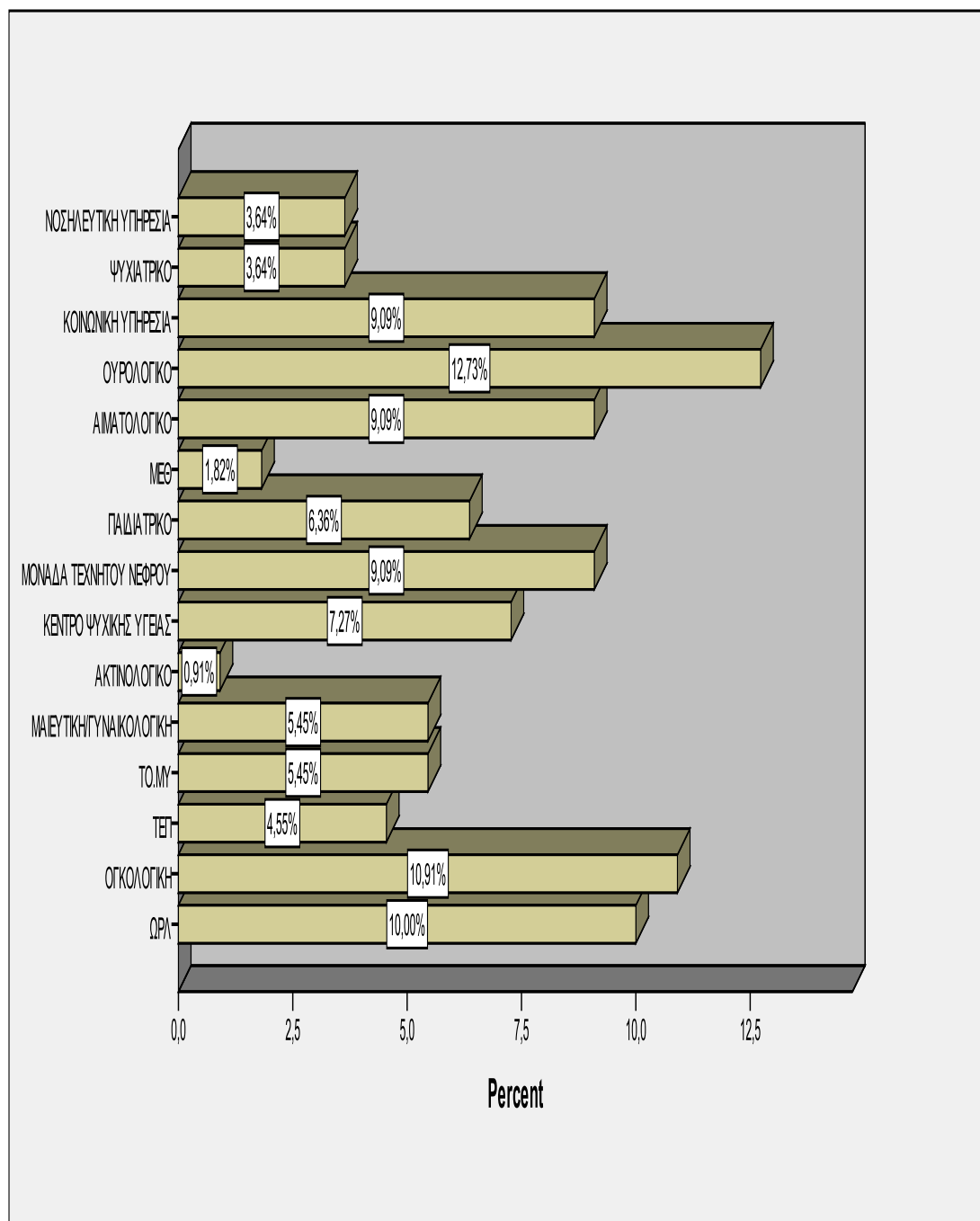
Όσον αφορά τη δομή εργασίας των εργαζομένων, το 85,5% εργάζονται σε κλειστή δομή όπως το νοσοκομείο ενώ το 14,5% σε ανοικτή δομή (πχ Κέντρο Υγείας) (βλ. γράφημα 6).

Γράφημα 6 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς τη δομή εργασίας



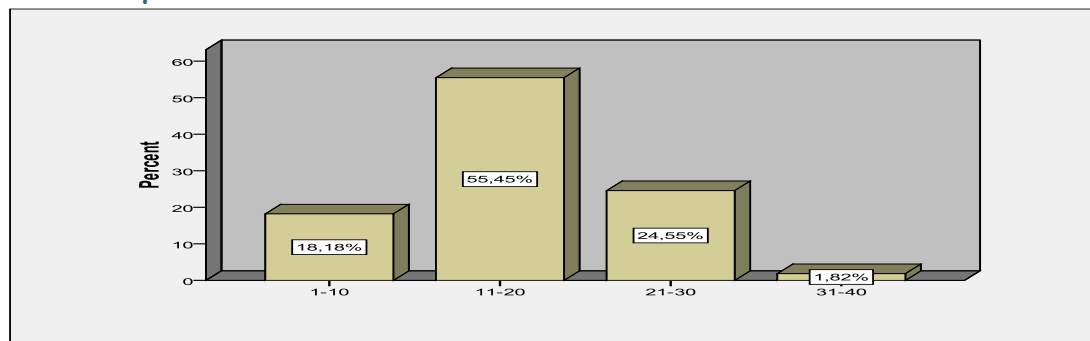
Όσον αφορά το τμήμα (Κλινική/υπηρεσία) του Νοσοκομείου που εργάζονται: στο ουρολογικό (12,7%), στο Ογκολογικό (10,9%), στο ΩΡΛ (10%), αιματολογικό (9,1%), στην Κοινωνική Υπηρεσία (9,1%), στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (9,1%), στο Παιδιατρικό (6,4%) κ.ο.κ. (βλ. αναλυτικά γράφημα 7).

Γράφημα 7 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς το τμήμα εργασίας



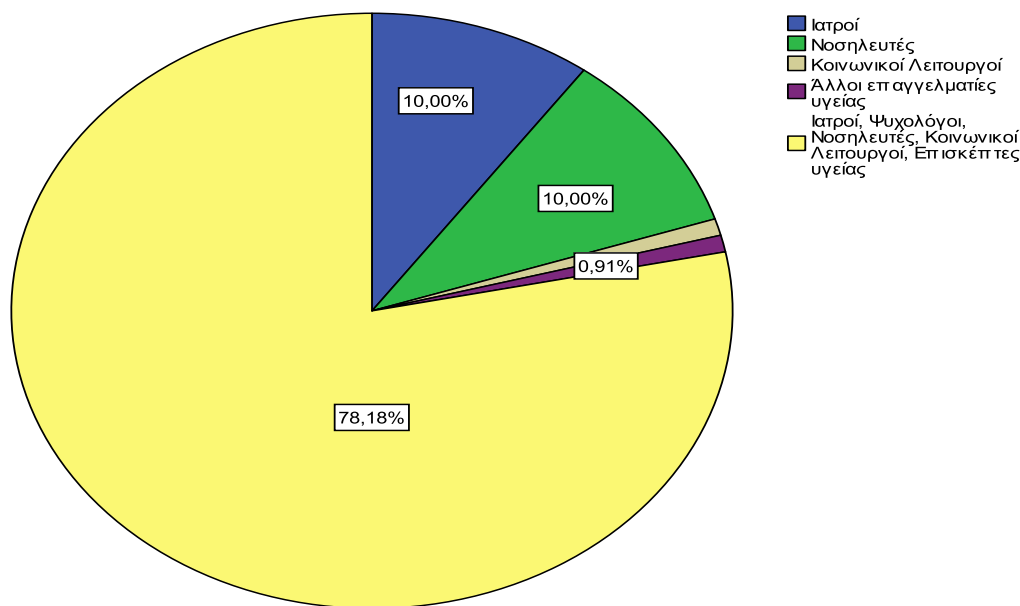
Σχετικά με τον αριθμό ατόμων που συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο, το 55,5% συνεργάζονται με 11-20 άτομα, το 24,5% με 21-30 άτομα, το 18,2% με 1-10 άτομα και το 1,8% με 31-40 άτομα. (βλ. γράφημα 8).

Γράφημα 8 Αριθμός ατόμων που συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο



Σχετικά με τις ειδικότητες που συνεργάζονται κυρίως οι εργαζόμενοι, το 78,2% συνεργάζονται με όλες τις ειδικότητες (ιατροί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας), το 10% συνεργάζονται με ιατρούς, το άλλο 10% συνεργάζονται με νοσηλευτές, το 0,9% συνεργάζονται με κοινωνικούς λειτουργούς και το άλλο 0,9% συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας. (βλ. γράφημα 9).

Γράφημα 9 Ειδικότητες συνεργασίας



Αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων της υπηρεσίας τους (Ερ. 11)

Σχετικά με τον βαθμό αξιολόγηση της συνεργασίας στην υπηρεσία τους μεταξύ κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και γιατρών, το 50% ήταν ικανοποιημένοι και το άλλο 50% ότι ήταν κακή ή μέτρια. Συγκεκριμένα το 30% δήλωσε αρκετά καλή συνεργασία, το 18,2% καλή συνεργασία, το 1,8% πολύ καλή συνεργασία. Ενώ το 37,3% δήλωσε μέτρια ικανοποίηση ως προς την συνεργασία και το 12,7% πολύ κακή συνεργασία. (βλ. πίνακα 3)

Πίνακας 3 Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % σχετικά με την αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ κακή/Κακή	14	12,7
Μέτρια	41	37,3
Καλή	20	18,2
Αρκετά καλή	33	30,0
Πολύ καλή/Άριστη	2	1,8
Σύνολο	110	100,0

Συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα με συγκεκριμένες ειδικότητες (Ερ. 12)

Όσον αφορά τη συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα, το 94,1% δήλωσε ότι έχει συνεργαστεί με γιατρό, το 89,1% με νοσηλεύτη και το 73,3% με κοινωνικό λειτουργό. (βλ. πίνακα 4)

Πίνακας 4 Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % σχετικά με τη συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα

		Απαντήσεις		Ποσοστό των περιπτώσεων
		N	Ποσοστό	
Συνεργασία	με Γιατρό	95	36,7%	94,1%
	με Νοσηλεύτη	90	34,7%	89,1%
	με Κοινωνικό Λειτουργό	74	28,6%	73,3%
Σύνολο		259	100,0%	256,4%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών (Ερ. 13)

Σύμφωνα με τις απόψεις των εργαζομένων, για την ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών θα βοηθούσε: 1) η προπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση στη διεπιστημονική συνεργασία (80%), η θεσμοθέτησή της (79,1%) και η ενημέρωση από την διοίκηση της δομής, όπου εργάζεστε για τα οφέλη της διεπιστημονικής συνεργασίας (51,8%). (βλ. πίνακα 5)

Πίνακας 5 Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % σχετικά με τη ενίσχυση διεπιστημονικής συνεργασίας

	Απαντήσεις	%
--	------------	---

		N	% απαντήσε ων	στο δείγμα
Ενίσχυση	Θεσμοθέτηση	87	37,5%	79,1%
Διεπιστημονικής Συνεργασίας	Διεπιστημονικής Συνεργασίας			
	Ενημέρωση από την διοίκηση για τα οφέλη της Δ.Σ	57	24,6%	51,8%
	Απαραίτητη η προπτυχιακή και Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στην Δ.Σ.	88	37,9%	80,0%
Σύνολο		232	100,0%	210,9%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη (Ερ. 14)

Σύμφωνα με τις δηλώσεις των εργαζομένων, τα 4 πιο σημαντικά αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας είναι: 1) η βελτίωση της φροντίδας (92,7%), 2) η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα (90,9%), 3) η ενεργή συμμετοχή ασθενών (80%) και 4) η αποτελεσματική διαχείριση χρόνου (77,3%). (βλ. πίνακα 6)

Πίνακας 6 Τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη (%)

		Απαντήσεις		Ποσοστό των
		N	Ποσοστό	περιπτώσεων
Δ.Σ. για τον ασθενή ^a	Τη βελτίωση φροντίδας	102	23,3%	92,7%
	Ενεργή συμμετοχή ασθενών	88	20,1%	80,0%
	Κάλυψη αναγκών ασθενών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο	51	11,6%	46,4%
	Μη ενεργή συμμετοχή ασθενών	1	,2%	,9%
	Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα	100	22,8%	90,9%
	Αποτελεσματική διαχείριση χρόνου	85	19,4%	77,3%
	Απαιτείται πολύ χρόνος για τη λήψη απόφασης	11	2,5%	10,0%
	Σύνολο	438	100,0%	398,2%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Ερ. 15)

Σύμφωνα με τις δηλώσεις των εργαζομένων, τα 4 πιο σημαντικά αποτελέσματα της

διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που αναδείχθηκαν είναι: 1) αυξάνεται η ικανοποίηση των μελών της ομάδας (98,2%), 2) η ανάπτυξη κανόνων και αξιών κάθε επιστημονικού κλάδου (98,2%), 3) τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν νέες δεξιότητες (91,8%) και 4) ενθαρρύνεται η καινοτομία (79,1%). (βλ. πίνακα 7)

Πίνακας 7 Τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας

		Απαντήσεις		Ποσοστό των περιπτώσεων
		N	Ποσοστό	
Δ.Σ. για την ομάδα	Αυξάνεται η ικανοποίηση των μελών της ομάδας	108	24,8%	98,2%
	Χάνεται η αυτονομία των μελών της ομάδας	2	,5%	1,8%
	Ενθαρρύνεται η καινοτομία	87	20,0%	79,1%
	Αυξάνεται η γραφειοκρατία	3	,7%	2,7%
	Απαιτείται πολύ χρόνος για τη λήψη απόφασης	27	6,2%	24,5%
	Τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν νέες δεξιότητες	101	23,2%	91,8%
	Ανάπτυξη κανόνων και αξιών κάθε επιστημονικού κλάδου	108	24,8%	98,2%
	Σύνολο	436	100,0%	396,4%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Μέρος Α: Διεπιστημονική συνεργασία με επίκεντρο τον ασθενή

Παρατηρείται από τον πίνακα 8 ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων “τις περισσότερες φορές” και “πάντα”: «ακούνε προσεκτικά τις επιθυμίες των ασθενών, όταν καθορίζουμε το σχέδιο φροντίδας που έχει επιλέξει η ομάδα» (80%: τις περισσότερες φορές 35,5% και πάντα 44,5%), «επικοινωνούν σε σταθερή βάση για να συζητάνε για τη φροντίδα του ασθενούς» (74,5%: τις περισσότερες φορές 51,8% και πάντα 22,7%), «συμπεριλαμβάνουν τους ασθενείς στον καθορισμό των στόχων για τη φροντίδα τους» (74%: περισσότερες φορές 37,3% και πάντα 36,4%), «ενθαρρύνουν ο ένας τον άλλον, αλλά και τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, να χρησιμοποιούν όλοι τις γνώσεις και τις ικανότητες του καθενός από αυτούς για την ανάπτυξη των σχεδίων φροντίδας του ασθενούς» (73,6%: περισσότερες φορές 41,8% και πάντα 31,8%), «συναντιούνται και συζητάνε για τη φροντίδα των ασθενών σε τακτική βάση» (71,8%: τις περισσότερες φορές 50% και πάντα 21,8%), «εμπλέκονται στη ρύθμιση στόχων για κάθε ασθενή» (66,4%: τις περισσότερες φορές 45,5% και πάντα 20,9%), «συνεργάζονται με τον ασθενή και τους συγγενείς του για την κατάλληλη προσαρμογή του σχεδίου φροντίδας» (60,9%: τις περισσότερες φορές 28,2% και πάντα 32,7%) και «συντονίζουν τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές

υπηρεσίες (πχ. για θέματα οικονομικά, απασχόλησης, στέγασης, σύνδεσης με την κοινότητα, ή πνευματικά ζητήματα) βάσει των αναγκών της φροντίδας των ασθενών» (58,2%: τις περισσότερες φορές 36,4% και πάντα 21,8%).

Πίνακας 8 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς την διεπιστημονική συνεργασία

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Τις Περισσότερες Φορές	Πάντα
συμπεριλαμβάνουμε τους ασθενείς στον καθορισμό των στόχων για τη φροντίδα τους	0,9	6,4	19,1	37,3	36,4
ακούμε προσεκτικά τις επιθυμίες των ασθενών, όταν καθορίζουμε το σχέδιο φροντίδας που έχει επιλέξει η ομάδα	0,9	0,9	18,2	35,5	44,5
συναντιόμαστε και συζητάμε για τη φροντίδα των ασθενών σε τακτική βάση	0,9	3,6	23,6%	50%	21,8
συντονίζουμε τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες (πχ. για θέματα οικονομικά, απασχόλησης, στέγασης, σύνδεσης με την κοινότητα, ή πνευματικά ζητήματα) βάσει των αναγκών της φροντίδας των ασθενών	1,8	13,6	26,4%	36,4%	21,8
επικοινωνούμε σε σταθερή βάση για να συζητάμε για τη φροντίδα του ασθενούς	0,9	1,8	22,7	51,8	22,7
εμπλεκόμαστε στη ρύθμιση στόχων για κάθε ασθενή	0,9	5,5	27,3	45,5	20,9
ενθαρρύνουμε ο ένας τον άλλον, αλλά και τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, να χρησιμοποιούμε όλοι τις γνώσεις και τις ικανότητες του καθενός από εμάς για την ανάπτυξη των σχεδίων φροντίδας του ασθενούς	0,9	6,4	19,1	41,8	31,8
Συνεργαζόμαστε με τον ασθενή και τους συγγενείς του για την κατάλληλη προσαρμογή του σχεδίου φροντίδας	1,8%	1,8%	25,5%	28,2%	32,7%

Μέρος Β: Συνεργατικότητα

Παρατηρείται από τον πίνακα 9 ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων “τις περισσότερες φορές” και “πάντα” : «σέβονται και εμπιστεύονται ο ένας τον άλλο» (92,8%: τις περισσότερες φορές 55,5% και πάντα 37,3%), «δημιουργούνε μια αίσθηση εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της ομάδας» (89,1%: τις περισσότερες φορές 51,8% και πάντα 37,3%), «είναι ανοιχτοί και ειλικρινείς ο ένας με τον άλλο» (80%: τις περισσότερες φορές 49,1% και πάντα 30,9%), «κατανοούνε ότι υπάρχουν γνώσεις και δεξιότητες που μοιράζονται μεταξύ των μελών της ομάδας» (78,2%: τις περισσότερες φορές 50,9% και πάντα 27,3%), «γνωρίζουν τα επαγγελματικά τους όρια (τι μπορεί να κάνει ο καθένας τους)» (76,4%: τις περισσότερες φορές 39,1% και πάντα 37,3%), «κάνουνε αλλαγές στη λειτουργία τους στην ομάδα μελετώντας την προηγούμενη εμπειρία» (68,2%: τις περισσότερες φορές 50,9% και πάντα 17,3%), «προσπαθούνε να πετύχουνε αμοιβαία ικανοποιητικές λύσεις όταν υπάρχουν διαφορετικές απόψεις» (65,5%: τις περισσότερες φορές 49,1% και πάντα 16,4%) και «μοιράζονται την εξουσία μεταξύ τους» (50%: τις περισσότερες φορές 34,5% και πάντα 15,5%).

Πίνακας 9 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς την συνεργατικότητα

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Τις Περισσότερες Φορές	Πάντα
μοιραζόμαστε εξουσία μεταξύ μας	2,7	16,4	30,9	34,5	15,5
σεβόμαστε και εμπιστευόμαστε ο ένας τον άλλο		1,8	5,5	55,5	37,3
είμαστε ανοιχτοί και ειλικρινείς ο ένας με τον άλλο		2,7	17,3	49,1	30,9
κάνουμε αλλαγές στη λειτουργία μας στην ομάδα μελετώντας την προηγούμενη εμπειρία			31,8	50,9	17,3
προσπαθούμε να πετύχουμε αμοιβαία ικανοποιητικές λύσεις όταν υπάρχουν διαφορετικές απόψεις		7,3	27,3	49,1	16,4
γνωρίζουμε τα επαγγελματικά μας όρια (τι μπορεί να κάνει ο καθένας)		2,7	20,9	39,1	37,3
κατανοούμε ότι υπάρχουν γνώσεις και δεξιότητες που μοιράζονται μεταξύ των μελών της ομάδας			21,8	50,9	27,3
δημιουργούμε μια αίσθηση εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της		0,9	10	51,8	37,3

Μέρος Γ: Ομαδικότητα

Παρατηρείται από τον πίνακα 10 ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων “τις περισσότερες φορές” και “πάντα”: «υποστηρίζουν τον ηγέτη της ομάδας, ο οποίος μπορεί να μην είναι πάντα ο ίδιος ανάλογα πάντα με τις ανάγκες των ασθενών» (74,5%: τις περισσότερες φορές 43,6% και πάντα 30,9%), «μοιράζονται εξίσου μεταξύ των μελών της ομάδας τους στόχους που έχουν συμφωνηθεί» (66,3%: τις περισσότερες φορές 43,6% και πάντα 22,7%), «εφαρμόζουν έναν ενιαίο ορισμό της ‘διεπαγγελματικής συνεργατικής πρακτικής’ στο πλαίσιο που δουλεύουν» (60%: τις περισσότερες φορές 41,8% και πάντα 18,2%), «ενθαρρύνουν και υποστηρίζουν την ανοικτή επικοινωνία, συμπεριλαμβάνοντας τους ασθενείς και τους συγγενείς τους κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της ομάδας» (53,6%: τις περισσότερες φορές 34,5% και πάντα 19,1%), «χρησιμοποιούν μια προσυμφωνημένη διαδικασία για να επιλύουν τις συγκρούσεις» (51,8%: τις περισσότερες φορές 40% και πάντα 11,8%), «όλοι μαζί επιλέγουν τον ηγέτη της ομάδας» (51,8%: τις περισσότερες φορές 27,3% και πάντα 24,5%) και «ανοικτά υποστηρίζουν την συμμετοχή και εμπλοκή των ασθενών στις συναντήσεις της ομάδας» (48,1%: τις περισσότερες φορές 24,5% και πάντα 23,6%).

Πίνακας 10 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων % των εργαζομένων ως προς την ομαδικότητα

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Τις Περισσότερες Φορές	Πάντα
εφαρμόζουμε έναν ενιαίο ορισμό της διεπαγγελματικής συνεργατικής πρακτικής’ στο πλαίσιο που δουλεύουμε	0,9	7,3	31,8	41,8	18,2
μοιράζουμε εξίσου μεταξύ των μελών της ομάδας τους στόχους που έχουν συμφωνηθεί	0,9		32,7	43,6	22,7
ενθαρρύνουμε και υποστηρίζουμε την ανοικτή επικοινωνία, συμπεριλαμβάνοντας τους ασθενείς και τους συγγενείς τους κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της ομάδας	2,7	4,5	39,1	34,5	19,1
χρησιμοποιούμε μια προσυμφωνημένη διαδικασία για να επιλύουμε τις συγκρούσεις	4,5	5,5	38,2	40	11,8
υποστηρίζουμε τον ηγέτη της ομάδας, ο			25,5	43,6	30,9

οποίος μπορεί να μην είναι πάντα ο ίδιος ανάλογα πάντα με τις ανάγκες των ασθενών					
όλοι μαζί επιλέγουμε τον ηγέτη της ομάδας	2,7	21,8	23,6	27,3	24,5
ανοικτά υποστηρίζουμε την συμμετοχή και εμπλοκή των ασθενών στις συναντήσεις της ομάδας	1,8%	5,5%	44,5%	24,5%	23,6%

Επαγωγική Στατιστική

Επάγγελμα (Ερ. 5) και συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους εργαζομένους (Ερ. 12)

Παρατηρείται από τον πίνακα 11 ότι οι ιατροί έχουν συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους γιατρούς (45,2%), με νοσηλευτές (30,6%) και με κοινωνικούς λειτουργούς (24,2%). Οι νοσηλευτές/τριες έχουν συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους νοσηλευτές/τριες (37,9%), με ιατρούς (34,5%) και με κοινωνικούς λειτουργούς (27,6%). Οι κοινωνικοί λειτουργοί ιατροί έχουν συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους κοινωνικούς λειτουργούς (33,3%), με ιατρούς (33,3%) και με νοσηλευτές/τριες (33,3%). Διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των κοινωνικών λειτουργών έχει συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με όλα τα επαγγέλματα στο ίδιο ποσοστό.

Διαπιστώθηκε ότι το p ($p=0.004$, $p=0.002$, $p=0.000$) είναι μικρότερο του 0.05 άρα *υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του επαγγέλματος με την συνεργασία με άλλες ειδικότητες σε διεπιστημονική ομάδα.*

Πίνακας 11 Επάγγελμα και Συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Σύνολο
-----------	--------

			Κοινωνικοί				p-
			Ιατρός	Νοσηλεύτες	Λειτουργός		value
Συνεργασία ^a	Συνεργασία με Ιατρό	Count	28	40	27	95	0,004
		% within Επάγγελμα	45,2%	34,5%	33,3%		
	Συνεργασία με Νοσηλεύτ(ή) Επάγγελμα	Count	19	44	27	90	0,002
		% within Επάγγελμα	30,6%	37,9%	33,3%		
	Συνεργασία με Κοινωνικό Λειτουργό	Count	15	32	27	74	0,000
		% within Επάγγελμα	24,2%	27,6%	33,3%		
Σύνολο		Count	62	116	81	259	

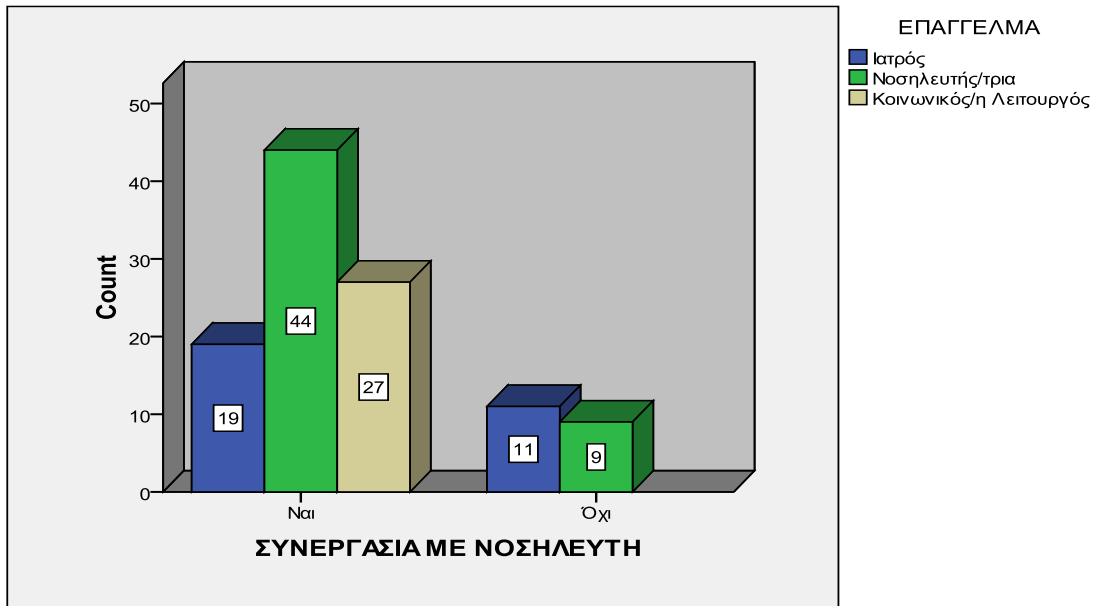
Percentages and totals are based on responses.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

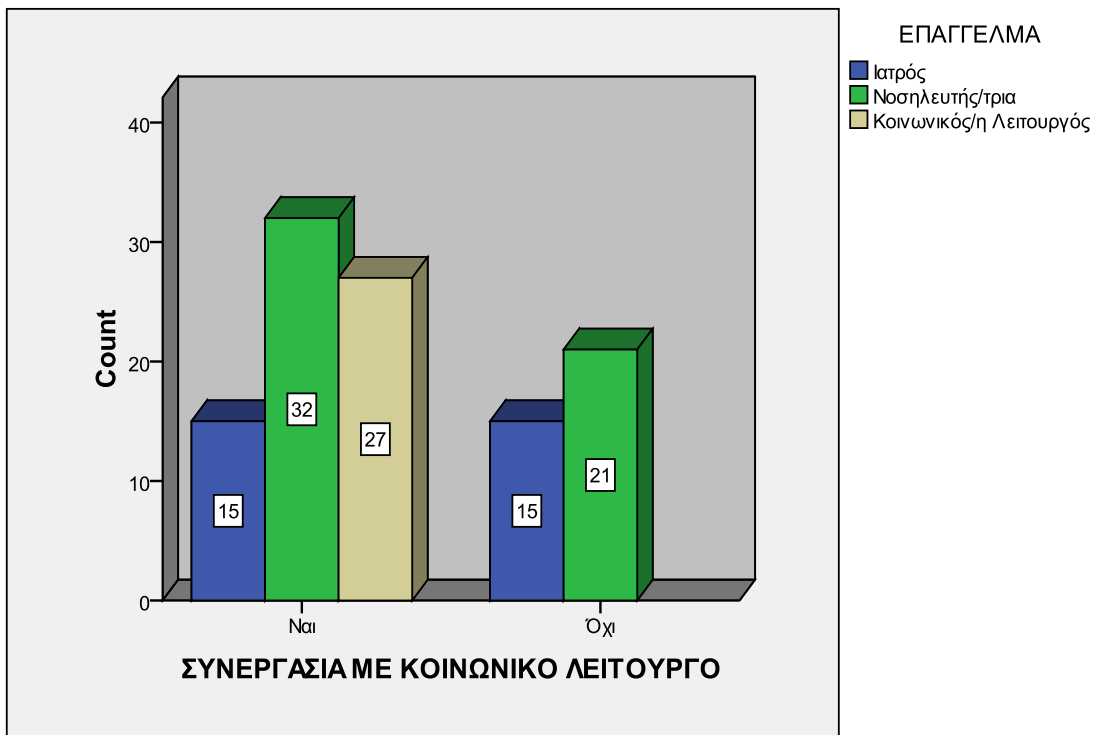
Γράφημα 10 Συσχέτιση Επαγγέλματος και Συνεργασία με Ιατρό



Γράφημα 11 Συσχέτιση Επαγγέλματος και Συνεργασία με Νοσηλεύτη



Γράφημα 12 Συσχέτιση Επαγγέλματος και Συνεργασία με Κοινωνικό Λειτουργό



Επάγγελμα (Ερ. 5) και αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους (Ερ.11)

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι στατιστικές συσχετίσεις της ειδικότητας των εργαζομένων με την αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών στην υπηρεσία τους.

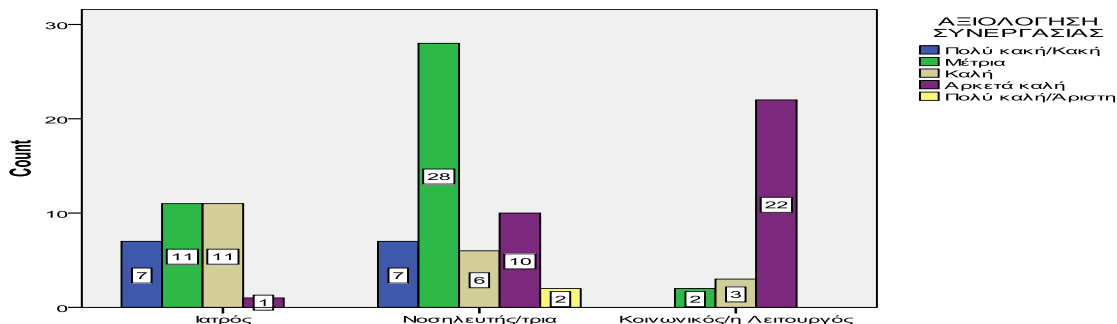
Η πλειοψηφία των ιατρών δήλωσαν μέτρια συνεργασία (10%) και καλή συνεργασία (10%), οι νοσηλευτές δήλωσαν μέτρια συνεργασία (25,5%) και αρκετά καλή συνεργασία (10%) και οι Κοινωνικοί λειτουργοί δήλωσαν αρκετά καλή συνεργασία (20%).

Διαπιστώθηκε ότι το Sig, δηλαδή το $p=0,000$ είναι μικρότερο του 0.05 άρα **υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ειδικότητας των εργαζομένων και της αξιολόγησης της συνεργασίας ($p=0.000<0.05$).**

Πίνακας 12 Σύγκριση της αξιολόγησης συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους σε σχέση με το επάγγελμα

		ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ							p-value
		Πολύ κακή/Κακή	Μέτρια	Καλή	Αρκετά καλή	Πολύ καλή/Άριστη	Σύνολο		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Κατηγορία	Count							
ΜΑ	Ιατροί	Count	7	11	11	1	0	30	
		% of Total	6,4%	10,0%	10,0%	,9%	,0%	27,3%	
	Νοσηλευτές	Count	7	28	6	10	2	53	
		% of Total	6,4%	25,5%	5,5%	9,1%	1,8%	48,2%	,000
Κοινωνικοί Λειτουργοί		Count	0	2	3	22	0	27	
		% of Total	,0%	1,8%	2,7%	20,0%	,0%	24,5%	
Σύνολο		Count	14	41	20	33	2	110	
		% of Total	12,7%	37,3%	18,2%	30,0%	1,8%	100,0%	

Γράφημα 13 Η αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους σε σχέση με το επάγγελμα



Επίπεδο εκπαίδευσης (Ερ.3) και αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους (Ερ.11)

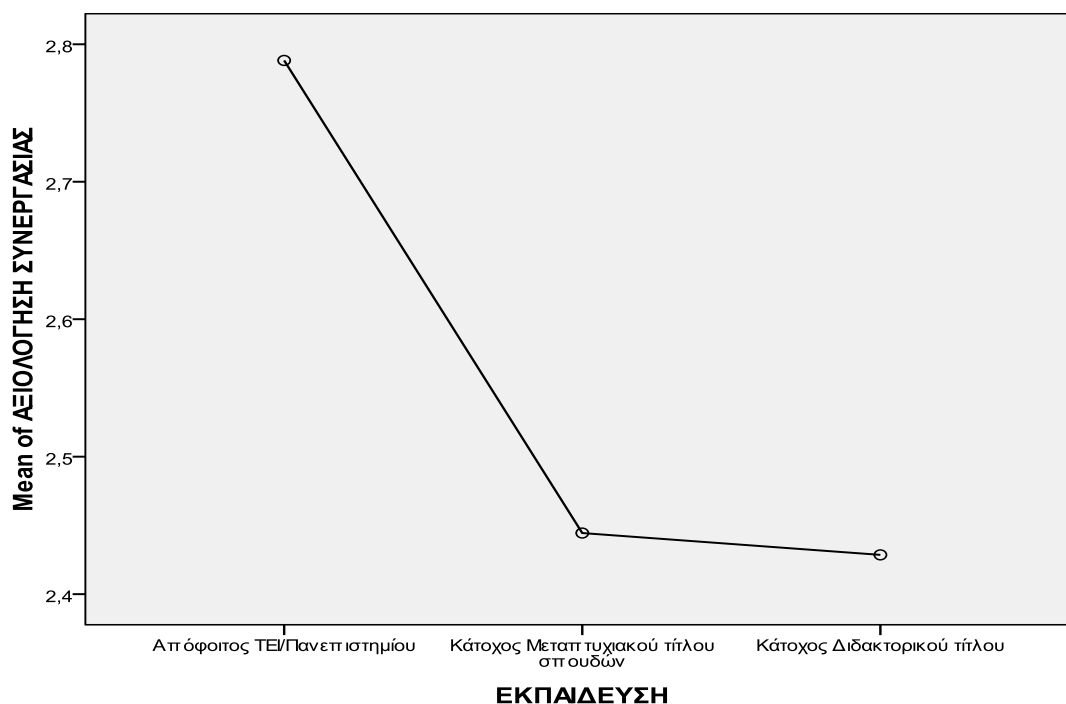
Στον πίνακα 13 παρουσιάζεται ο βαθμός αξιολόγησης της συνεργασίας των εργαζομένων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι εργαζόμενοι ανεξαρτήτου επιπέδου εκπαίδευσης αξιολογούν την συνεργασία σχεδόν το ίδιο με την υψηλότερη αξιολόγηση να παρατηρείται στους εργαζόμενους απόφοιτων ΤΕΙ/ΑΕΙ (Μ.Ο=2,79, Τ.Α.=1,14)

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι *δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εργαζομένων διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης ως προς την αξιολόγηση της συνεργασίας τους* ($F=0.993, p=0.374 > 0.05$)

Πίνακας 13 Σύγκριση της αξιολόγησης της συνεργασίας των εργαζομένων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

	N	M.O.	T.A.	Συγκρίσεις	
				F	p-value
Απόφοιτος ΤΕΙ/Πανεπιστημίου	85	2,79	1,145	,993	,374
Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	18	2,44	,784		
Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	7	2,43	,976		
Σύνολο	110	2,71	1,087		

Γράφημα 14 Μέσες τιμές της αξιολόγησης της διεπιστημονικής συνεργασίας ως προς το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων



Επάγγελμα (Ερ. 5) και απόψεις για την ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων (Ερ.13)

Παρατηρείται από τον πίνακα 14 ότι στην ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών θα βοηθούσε η θεσμοθέτηση της Διεπιστημονικής Συνεργασίας, οι νοσηλευτές/τριες το πιστεύουν με ποσοστό 48,3%, οι ιατροί με ποσοστό 24,1% και οι κοινωνικοί λειτουργοί με ποσοστό 27,6%. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0.216>0.05$).

Στην ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών θα βοηθούσε η ενημέρωση από την διοίκηση για τα οφέλη της Δ.Ε, οι νοσηλευτές το πιστεύουν με ποσοστό 42,1%, οι ιατροί με ποσοστό 40,4%, και οι κοινωνικοί λειτουργοί με ποσοστό 17,5%. **Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0.005<0.05$) μεταξύ του επαγγέλματος και η άποψη ότι ενημέρωση από την διοίκηση θα ενίσχυε την διεπιστημονική συνεργασία.**

Στην ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών θα βοηθούσε και η απαραίτητη προπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην Δ.Ε., οι νοσηλευτές το πιστεύουν με ποσοστό 53,4%, οι κοινωνικοί λειτουργοί με ποσοστό 23,9% και οι ιατροί με ποσοστό 22,7%. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0.052>0.05$).

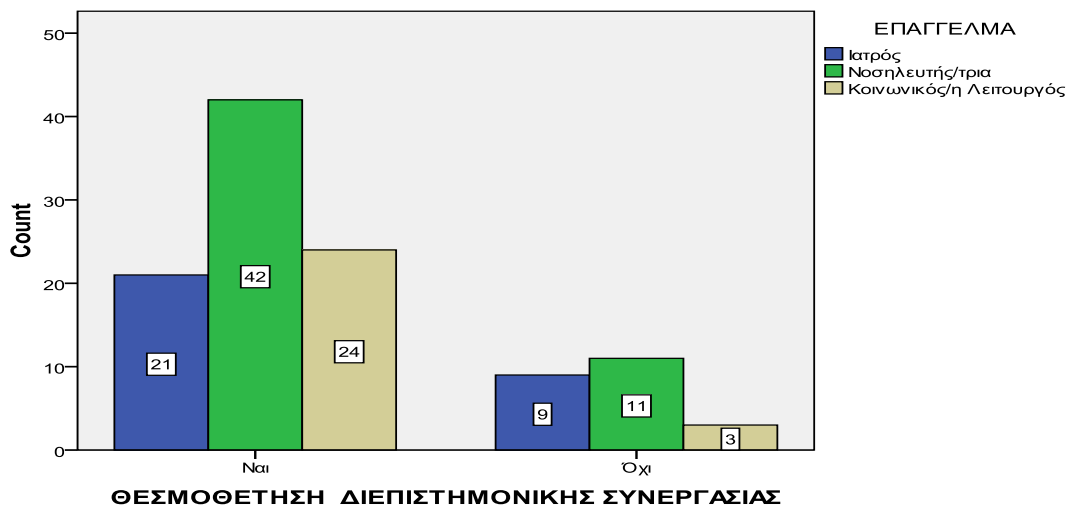
Πίνακας 14 Σύγκριση των απόψεων για την ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων σε σχέση με το επάγγελμα

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ				p-value
		Κοινωνικό	Κοινωνικό	Κοινωνικό	Κοινωνικό	
			Λειτουργοί	Λειτουργοί	Λειτουργοί	
			Ιατρός	Νοσηλεύτες	Κοινωνικός	Σύνολο
			Ιατρός	Νοσηλεύτες	Κοινωνικός	Σύνολο
Ενίσχυση ΔΣ ^a	Θεσμοθέτηση Διεπιστημονικής Συνεργασίας	Count	21	42	24	87
		% within \$ΕνίσχυσηΔΣ	24,1%	48,3%	27,6%	0,216
Ενημέρωση από την διοίκηση για τα οφέλη της Δ.Ε		Count	23	24	10	57
		% within \$ΕνίσχυσηΔΣ	40,4%	42,1%	17,5%	0,005
Απαραίτητη η Προπτυχιακή και Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στην Δ.Ε		Count	20	47	21	88
		% within \$ΕνίσχυσηΔΣ	22,7%	53,4%	23,9%	0,052
Σύνολο		Count	64	113	55	232

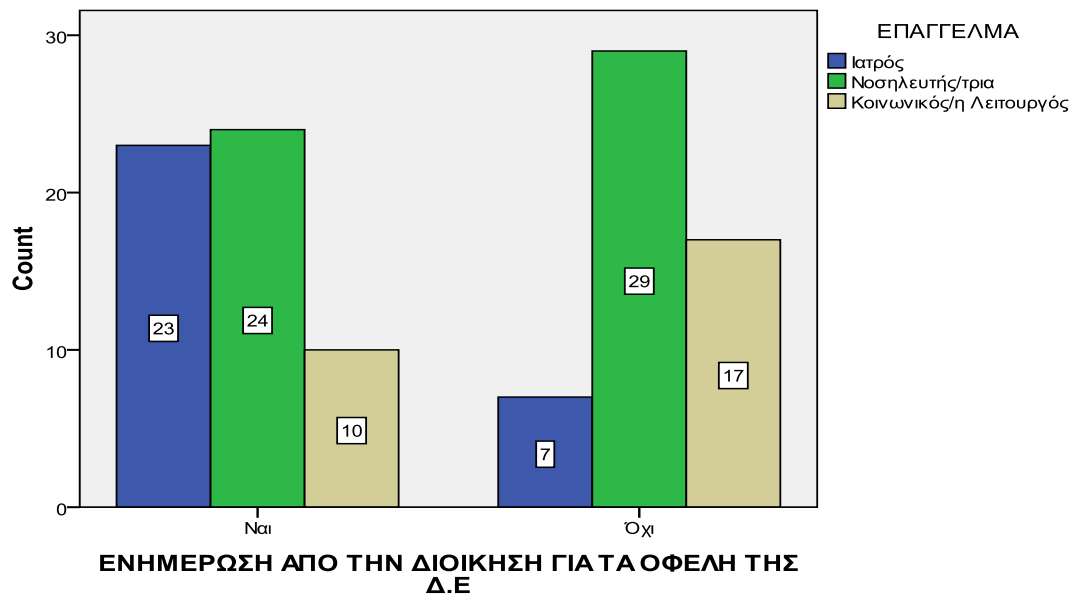
Percentages and totals are based on responses.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

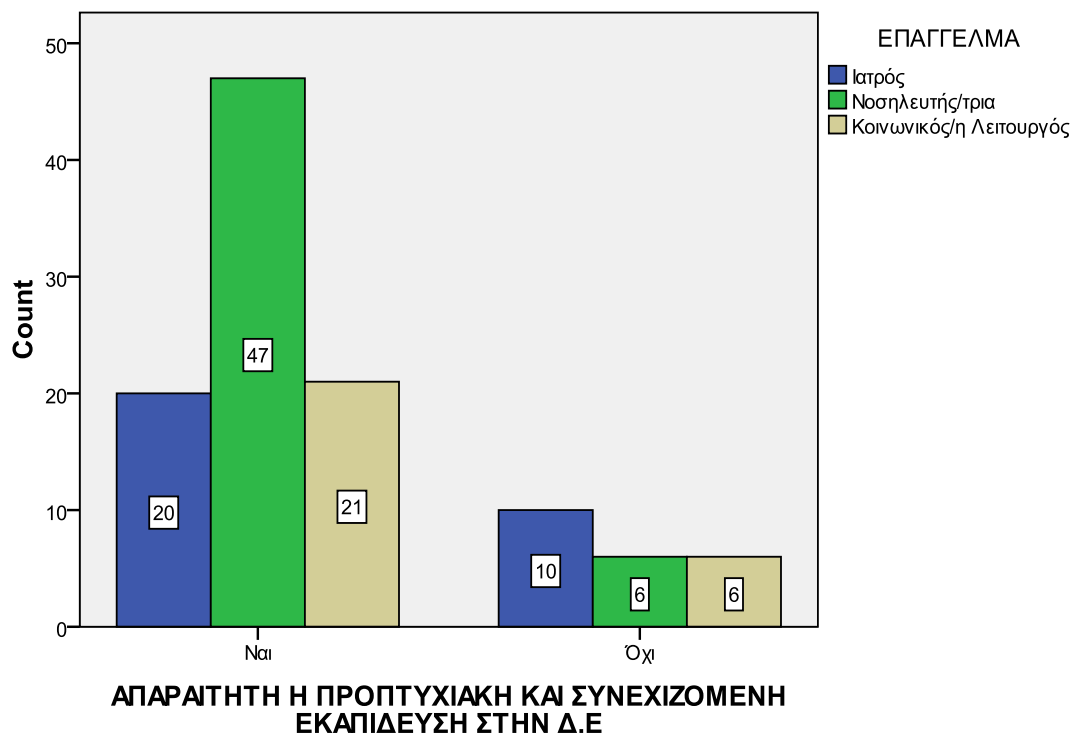
Γράφημα 15 Επάγγελμα και Θεσμοθέτηση Διεπιστημονικής Συνεργασίας



Γράφημα 16 Επάγγελμα και Ενημέρωση από την διοίκηση για τα οφέλη της Δ.Ε



Γράφημα 17 Επάγγελμα και απαραίτητη η Προπτυχιακή και Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στην Δ.Ε



Φύλο και απόψεις για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας (Ερ.14)

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απόψεων των εργαζομένων για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι απόψεις των γυναικών και ανδρών είναι σχεδόν οι ίδιες στις περισσότερες δηλώσεις, ενώ στην δήλωση « *Η Δ.Ε έχει ως αποτέλεσμα να απαιτείται πολύς χρόνος για τη λήψη απόφασης*» παρατηρείται οι άντρες να παρουσιάζουν υψηλότερη τιμή (Μ.Ο.=2 Τ.Α.=0) από τις γυναίκες (Μ.Ο.=1,86 Τ.Α.=0,3) καθώς αυτό αποδεικνύεται και στατιστικά ($t=0.3549$, $p=0.001<0.05$)

Πίνακας 15 Σύγκριση των απόψεων για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων

	ΦΥΛΟ	N	M.O.	T.A.	t	p-value
ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Άνδρας	30	1,03	,183	-1,176	,243
	Γυναίκα	80	1,09	,284		
ΕΝΕΡΓΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	Άνδρας	30	1,23	,430	,531	,596
	Γυναίκα	80	1,19	,393		
ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	Άνδρας	30	1,53	,507	-,039	,969
	Γυναίκα	80	1,54	,502		
ΜΗ ΕΝΕΡΓΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	Άνδρας	30	1,97	,183	-1,000	,326
	Γυναίκα	80	2,00	,000		
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Άνδρας	30	1,03	,183	-1,624	,108
	Γυναίκα	80	1,11	,318		
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ	Άνδρας	30	1,20	,407	-,311	,757
	Γυναίκα	79	1,23	,422		
ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΠΟΛΥΣ ΧΡΟΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ	Άνδρας	30	2,00	,000	3,549	,001
	Γυναίκα	80	1,86	,347		

Φύλο και απόψεις για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Ερ. 15)

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απόψεων των εργαζομένων για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι απόψεις των γυναικών και ανδρών είναι σχεδόν οι ίδιες στις περισσότερες δηλώσεις, ενώ στην δήλωση « *Η Δ.Ε έχει ως αποτέλεσμα να ενθαρρύνεται η καινοτομία*» παρατηρείται οι άντρες να παρουσιάζουν υψηλότερη μέση τιμή (Μ.Ο.=1,37 Τ.Α.=0,4) από τις γυναίκες (Μ.Ο.=1,15 Τ.Α.=0,3), καθώς αυτό αποδεικνύεται και

στατιστικά ($t=2,209$, $p=0.033<0.05$)

Πίνακας 16 Σύγκριση των απόψεων για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων

	ΦΥΛΟ	N	M.O.	T.A.	t	p-value
ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑ	Άνδρας	30	1,00	,000	-,869	,387
	Γυναίκα	80	1,03	,157		
ΧΑΝΕΤΑΙ Η ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	Άνδρας	30	2,00	,000	,869	,387
	Γυναίκα	80	1,98	,157		
ΕΝΘΑΡΡΥΝΕΤΑΙ Η ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ	Άνδρας	30	1,37	,490	2,209	,033
	Γυναίκα	80	1,15	,359		
ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ Η ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ	Άνδρας	30	2,00	,000	1,754	,083
	Γυναίκα	80	1,96	,191		
ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΠΟΛΥ ΧΡΟΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ	Άνδρας	30	1,70	,466	-,809	,420
	Γυναίκα	80	1,78	,420		
ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΜΑΘΑΙΝΟΥΝ ΝΕΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	Άνδρας	30	1,03	,183	-1,405	,164
	Γυναίκα	80	1,10	,302		
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΝΟΝΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΩΝ ΚΑΘΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	Άνδρας	30	1,00	,000	-1,423	,159
	Γυναίκα	80	1,03	,157		

Συσχέτιση των μεταβλητών “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” με το φύλο των εργαζομένων

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των μεταβλητών “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι απόψεις των γυναικών και ανδρών είναι οι ίδιες και στις 3 μεταβλητές “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” καθώς αυτό αποδεικνύεται και στατιστικά. Διαπιστώθηκε ότι:

Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της “διεπιστημονικής συνεργασίας” και του φύλου των εργαζομένων ($t=-0,126, p=0.900>0.05$).

Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της “ομαδικότητας” και του φύλου των εργαζομένων ($t=-1,052, p=0.295>0.05$).

Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της “συνεργατικότητας” και του φύλου των εργαζομένων ($t=-1,560, p=0.122>0.05$).

Πίνακας 17 Οι μεταβλητές “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων

	ΦΥΛΟ	N	M.O.	T.A	t-test	p-value
Διεπιστημονική Συνεργασία	Άνδρας	30	3,9167	,53673	-,126	,900
	Γυναίκα	80	3,9344	,69809		
Συνεργατικότητα	Άνδρας	30	3,8833	,54232	-1,052	,295
	Γυναίκα	80	4,0125	,58482		
Ομαδικότητα	Άνδρας	30	3,5190	,64924	-1,560	,122
	Γυναίκα	80	3,7589	,74199		

Συσχέτιση των μεταβλητών “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” με τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των μεταβλητών “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων διαφέρει και στις 3 μεταβλητές “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” καθώς αυτό αποδεικνύεται και στατιστικά. Διαπιστώθηκε ότι:

Υπάρχει σχέση μεταξύ της “διεπιστημονικής συνεργασίας” και των χρόνωνεργασίας των εργαζομένων ($F=2.571$ $p=0.031<0.05$). Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι με 31 και άνω χρόνια εργασίας παρουσίασαν υψηλότερη μέση τιμή διεπιστημονικής συνεργασίας ($M.O.=4,2$ $T.A.=0,6$) σε σχέση με αυτούς με τα λιγότερα χρόνια εργασίας όπως για παράδειγμα τα 0-5 έτη εργασίας ($M.O.=3,6$ $T.A.=0,6$).

Υπάρχει σχέση μεταξύ της “ομαδικότητας” και τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων ($F=7,211$ $p=0.000<0.05$). Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι με 31 και άνω χρόνια εργασίας παρουσίασαν υψηλότερη τιμή συνεργατικότητας ($M.O.=4,5$ $T.A.=0,4$) σε σχέση με τα λιγότερα χρόνια εργασίας όπως για παράδειγμα τα 0-5 έτη εργασίας ($M.O.=3,7$ $T.A.=0,5$).

Υπάρχει σχέση μεταξύ της “συνεργατικότητας” και τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων ($F=8,233$ $p=0.000<0.05$). Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι με 31 και άνω χρόνια εργασίας παρουσίασαν υψηλότερη τιμή ομαδικότητας ($M.O.=4,5$ $T.A.=0,3$) σε σχέση με τα λιγότερα χρόνια εργασίας όπως για παράδειγμα τα 0-5 έτη εργασίας ($M.O.=3,3$ $T.A.=0,5$).

Πίνακας 18 Οι μεταβλητές “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με τα χρόνια εργασίας των εργαζομένων

		N	M.O.	T.A.	F	p-value
Διεπιστημονική Συνεργασία	0-5	20	3,6938	,60627	2,571	,031
	6-10	12	3,6250	,47970		
	11-15	18	3,9514	,63902		
	16-20	17	3,7868	,86010		
	21-30	27	4,1435	,49359		
	31+	16	4,2188	,68693		
	Σύνολο	110	3,9295	,65568		
Συνεργατικότητα	0-5	20	3,7750	,51714		
	6-10	12	3,4688	,36589		
	11-15	18	3,9931	,61008		

	16-20	17	3,8529	,53443	7,211	,000
	21-30	27	4,1019	,50483		
	31+	16	4,5156	,41552		
	Σύνολο	110	3,9773	,57399		
Ομαδικότητα	0-5	20	3,3786	,56438		
	6-10	12	3,2857	,45989		
	11-15	18	3,7778	,68638		
	16-20	17	3,3950	,86533	8,233	,000
	21-30	27	3,7619	,63888		
	31+	16	4,5000	,34993		
	Σύνολο	110	3,6935	,72297		

Συσχέτιση των μεταβλητών “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” με το επάγγελμα των εργαζομένων

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των μεταβλητών “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με το επάγγελμα των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το επάγγελμα των εργαζομένων διαφέρει και στις 3 μεταβλητές “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” καθώς αυτό αποδεικνύεται και στατιστικά. Διαπιστώθηκε ότι:

Υπάρχει σχέση μεταξύ της “διεπιστημονικής συνεργασίας” και το επάγγελμα των εργαζομένων ($F=10,639$ $p=0.000<0.05$). Συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ιατροί παρουσίασαν υψηλότερη τιμή διεπιστημονικής συνεργασίας ($M.O.=4,2$ $T.A.=0,4$ και $M.O.=4,1$ $T.A.=0,5$) σε σχέση με τους νοσηλευτές ($M.O.=3,6$ $T.A.=0,6$).

Υπάρχει σχέση μεταξύ της “ομαδικότητας” και το επάγγελμα των εργαζομένων ($F=11,857$ $p=0.000<0.05$). Συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ιατροί παρουσίασαν υψηλότερη τιμή συνεργατικότητας ($M.O.=4,3$ $T.A.=0,4$ και $M.O.=4,0$ $T.A.=0,5$) σε σχέση με τους νοσηλευτές ($M.O.=3,7$ $T.A.=0,5$).

Υπάρχει σχέση μεταξύ της “ομαδικότητας” και το επάγγελμα των εργαζομένων ($F=5,758$ $p=0.004<0.05$). Συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ιατροί παρουσίασαν υψηλότερη τιμή ομαδικότητας ($M.O.=3,9$ $T.A.=0,5$ και $M.O.=3,8$ $T.A.=0,6$) σε σχέση με τους νοσηλευτές ($M.O.=3,4$ $T.A.=0,7$).

Πίνακας 19 Οι μεταβλητές “διεπιστημονική συνεργασία”, “ομαδικότητα”, “συνεργατικότητα” σε σχέση με το επάγγελμα των εργαζομένων

		N	M.O.	T.A.	F	Sig
Διεπιστημονική Συνεργασία	Ιατρός	30	4,1042	,56865	10,639	,000
	Νοσηλεύτες	53	3,6604	,66884		
	Κοινωνικοί Λειτουργοί	27	4,2639	,49799		
	Σύνολο	110	3,9295	,65568		
Συνεργατικότητα	Ιατρός	30	4,0667	,54212	11,857	,000
	Νοσηλεύτες	53	3,7453	,56114		
	Κοινωνικοί Λειτουργοί	27	4,3333	,41603		
	Σύνολο	110	3,9773	,57399		
Ομαδικότητα	Ιατρός	30	3,8619	,65785	5,758	,004
	Νοσηλεύτες	53	3,4636	,75692		
	Κοινωνικοί Λειτουργοί	27	3,9577	,59143		
	Σύνολο	110	3,6935	,72297		

Συσχέτιση μεταξύ της “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητας” και “συνεργατικότητας”

Από τον παρακάτω πίνακα αποτελεσμάτων που αφορά στον συντελεστή συσχέτισης, θα διαπιστώσουμε εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητας” και “συνεργατικότητας” καθώς και την ένταση αυτών των συσχετίσεων.

Βάσει της ανάλυσης που έγινε βρέθηκε λοιπόν ότι:

Υπάρχει μια ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της διεπιστημονικής συνεργασίας και συνεργατικότητας μεταξύ των ιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών ($r=0,695$, $p<0.001$).

Υπάρχει μια ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της διεπιστημονικής συνεργασίας και ομαδικότητας μεταξύ των ιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών ($r=0,684$, $p<0.001$).

Υπάρχει μια ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της ομαδικότητας και συνεργατικότητας μεταξύ των ιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών ($r=0,807$, $p<0.001$).

Πίνακας 20 Συσχέτιση μεταξύ της “διεπιστημονικής συνεργασίας”, “ομαδικότητας”, “συνεργατικότητας”

		Διεπιστημονική Συνεργασία	Συνεργατικότητα	Ομαδικότητα
Διεπιστημονική Συνεργασία	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1		

	N	110		
Συνεργατικότητα	Pearson	,695**	1	
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	,000		
	N	110	110	
Ομαδικότητα	Pearson	,684**	,807**	1
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	110	110	110

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας είχε ως γενικό και απώτερο σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις/ στάσεις και αντιλήψεις των Ιατρών, των Νοσηλευτών και των Κοινωνικών Λειτουργών, που εργάζονται σε δομές υγείας, σχετικά με την μεταξύ τους Διεπιστημονική Συνεργασία.

Το δείγμα της έρευνας για την διεπιστημονική συνεργασία αποτελείτο από 110 επιστήμονες υγείας, με υπερεκπροσώπηση των γυναικών. Η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο καταδεικνύει και την υπεροχή του γυναικείου φύλου που επικρατεί στα επαγγέλματα υγείας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, ενώ ελάχιστοι ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ή διδακτορικού τίτλου σπουδών. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες ήταν νοσηλεύτές/νοσηλεύτριες και το υπόλοιπο ποσοστό μοιραζόταν μεταξύ γιατρών και κοινωνικών λειτουργών. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι ήταν άνω των 40 ετών, αν και υπήρχε σημαντική εκπροσώπηση και των νεότερων ηλικιών. Ως προς τον τομέα εργασίας και οι 110 συμμετέχοντες προέρχονταν από το δημόσιο τομέα υγείας, ενώ περίπου το 1/3 εργαζόταν σε ανοιχτές δομές υγείας και οι υπόλοιποι σε νοσοκομείο.

Η Αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στην υπηρεσία τους ήταν μοιρασμένη ανάμεσα στην καλή έως πολύ καλή και ανάμεσα στην μέτρια έως κακή. Γεγονός, που αποδεικνύει ότι η συνεργασία δεν είναι επαρκής ανάμεσα στις ειδικότητες στις δομές υγείας του δείγματος. Το 32% των νοσηλευτών δήλωσε μέτρια προς κακή συνεργασία με τους γιατρούς και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Αυτό δεν διαφαίνεται από την άλλη πλευρά, καθώς οι γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφάνισαν μεγαλύτερη κλίση προς την καλή έως άριστη συνεργασία με τα άλλα επαγγέλματα. Αυτό πρέπει να διερευνηθεί εκτενέστερα σε άλλη έρευνα ως προς την άποψη των νοσηλευτών για την συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες μέσα στις δομές υγείας.

Σύμφωνα λοιπόν και με τα αποτελέσματα προγενέστερης έρευνας: “Στάσεις και απόψεις νοσηλευτών/νοσηλευτριών για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς και την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους στο χώρο του νοσοκομείου” παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών θεωρούν ότι η βασική εκπαίδευση δεν τους παρέχει αρκετές γνώσεις για το ρόλο και τις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η διεπαγγελματική συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών να παρουσιάζει σημεία τριβής. Σημαντικό, λοιπόν, θα ήταν να δοθεί έμφαση στα πλαίσια της βασικής εκπαίδευσης, με τη δημιουργία επιπλέον σεμιναρίων που θα έχουν σαν στόχο τους την ενημέρωση των νοσηλευτών για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, αφού η συνεργασία τους στο χώρο του νοσοκομείου

καθίσταται απαραίτητη. Επιπλέον, έπειτα από τις απαντήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τα σημεία τριβής με τους κοινωνικούς λειτουργούς, από αυτούς που απάντησαν, θεωρούν ότι η έλλειψη διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ τους οφείλεται και στο φόρτο εργασίας. Επομένως, η μείωση του φόρτου εργασίας μπορεί να αντιμετωπιστεί με την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού (νοσηλευτών) ώστε να μπορέσει να αναπτυχθεί, όσο το δυνατόν καλύτερα, διεπαγγελματική συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς (Αρχοντάκη, Μακράκη, Παρσωτάκη, 2013).

Όσον αφορά τη **συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα**, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι έχουν συνεργαστεί με γιατρό και με νοσηλεύτη και λιγότεροι έχουν συνεργαστεί με κοινωνικό λειτουργό. Άρα, όπως είδαμε στα αποτελέσματα της έρευνας, το 1/4 περίπου των συμμετεχόντων δεν έχει συνεργαστεί με Κοινωνικό Λειτουργό στο πλαίσιο Διεπιστημονικής Ομάδας. Αυτό δείχνει την έλλειψη της διεπιστημονικής συνεργασίας και την μη αξιοποίηση πλήρως των κοινωνικών υπηρεσιών στις δομές υγείας.

Σύμφωνα με τις απόψεις των εργαζομένων, την **ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας** μεταξύ των γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών θα βοηθούσε η προπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση στη διεπιστημονική συνεργασία, η θεσμοθέτησή της και η ενημέρωση από την διοίκηση της δομής, όπου εργάζονται για τα οφέλη της διεπιστημονικής συνεργασίας. Όλοι σχεδόν οι ερωτώμενοι θεώρησαν απαραίτητη την προπτυχιακή προπαρασκευή των επαγγελματιών υγείας για την διεπιστημονική συνεργασία, όμως παρόλα αυτά τα προγράμματα σπουδών των αντίστοιχων πανεπιστημίων, ενώ αλλάζουν διαρκώς, δεν έχουν ενσωματώσει μέχρι και σήμερα τον τομέα αυτό στους κύκλους των σπουδών των επαγγελματιών υγείας.

Σύμφωνα με τις δηλώσεις των εργαζομένων, τα 4 πιο σημαντικά **αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη** των υπηρεσιών υγείας είναι: 1) η βελτίωση της φροντίδας, 2) η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα, 3) η ενεργή συμμετοχή ασθενών και 4) η αποτελεσματική διαχείριση χρόνου .

Η **διεπιστημονική συνεργασία με επίκεντρο τον ασθενή** τείνει να είναι η προτεραιότητα των ερωτώμενων στο δείγμα. Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι ακούνε προσεκτικά τις επιθυμίες των ασθενών, όταν καθορίζουν το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς στο πλαίσιο της διεπιστημονικής διαβούλευσης για αυτόν. Στις ερωτήσεις αυτές διαφάνηκε έλλειμμα στον συντονισμό των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών για θέματα οικονομικά, απασχόλησης, στέγασης, σύνδεσης με την κοινότητα ή πνευματικά ζητήματα, βάσει των αναγκών των ασθενών. Η συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες για το όφελος του ασθενούς θεωρήθηκε ελλειμματική, κυρίως από τους νοσηλευτές, οι οποίοι πιστεύουν ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν έχουν τα απαραίτητα εργαλεία για να τελέσουν το έργο τους και να τους βοηθήσουν ουσιαστικά με τα προβλήματα των ασθενών τους. Ένα πολύ ενδιαφέρον αποτέλεσμα είναι ότι οι νοσηλευτές, που έχουν ως στόχο τη φροντίδα στο προσκέφαλο του ασθενούς απαντούν χαμηλότερα στη διεπιστημονική

συνεργασία με επίκεντρο τη φροντίδα του ασθενούς.

Σύμφωνα με τις δηλώσεις των εργαζομένων, τα 4 πιο σημαντικά **οφέλη της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας** είναι: 1) αυξάνεται η ικανοποίηση των μελών της ομάδας, 2) η ανάπτυξη κανόνων και αξιών κάθε επιστημονικού κλάδου, 3) τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν νέες δεξιότητες και 4) ενθαρρύνεται η καινοτομία.

Η συσχέτιση επαγγέλματος και συνεργασίας σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους εργαζομένους κατέδειξε ότι οι ιατροί έχουν συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους γιατρούς (45,2%), με νοσηλευτές (30,6%) και με κοινωνικούς λειτουργούς (24,2%). Οι νοσηλευτές/τριες έχουν συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους νοσηλευτές/τριες (37,9%), με ιατρούς (34,5%) και με κοινωνικούς λειτουργούς (27,6%). Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους κοινωνικούς λειτουργούς (33,3%), με ιατρούς (33,3%) και με νοσηλευτές/τριες (33,3%). Διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των κοινωνικών λειτουργών έχει συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με όλα τα επαγγέλματα στο ίδιο ποσοστό.

Ως προς την **συνεργατικότητα** παρατηρούνται δύο τάσεις στις απαντήσεις των ερωτώμενων. Οι μισοί θεωρούν ότι δεν μοιράζεται η εξουσία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και ότι η ομάδα δεν κάνει αλλαγές στη λειτουργία της μελετώντας την προηγούμενη εμπειρία της. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι κατέδειξαν, ότι υπάρχει σεβασμός, εμπιστοσύνη, επαγγελματικά όρια και μοίρασμα των γνώσεων και των δεξιοτήτων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Οι μισοί εργαζόμενοι δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένοι ως προς την συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο της εργασίας τους και οι άλλοι μισοί, ότι δεν είναι. Αυτό καταδεικνύει το δείγμα να είναι χωρισμένο σε δυο τάσεις, ενώ παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές κυρίως έχουν αρνητική στάση απέναντι σε άλλους επαγγελματίες υγείας και κυρίως απέναντι στους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ως προς την **ομαδικότητα** παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι θεωρούν ότι δεν επιλέγουν όλοι μαζί τον ηγέτη της διεπιστημονικής ομάδας, ότι δεν εφαρμόζεται ένας ενιαίος ορισμός της διεπαγγελματικής συνεργασίας και ότι δεν υπάρχει μια προσυμφωνημένη διαδικασία για να επιλύονται τυχόν συγκρούσεις μέσα στην ομάδα. Αντίθετα, η πλειοψηφία των ερωτώμενων θεωρεί ότι υποστηρίζουν τον ηγέτη της ομάδας, ο οποίος μπορεί να μην είναι πάντα ο ίδιος ανάλογα βέβαια με τις ανάγκες των ασθενών και επίσης, μοιράζονται εξίσου τους στόχους, που έχει συμφωνήσει η ομάδα για τον εκάστοτε ασθενή.

Ως προς την **συνεργασία** σε διεπιστημονική ομάδα με άλλους εργαζομένους : Διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των κοινωνικών λειτουργών έχει συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με όλα τα επαγγέλματα στο ίδιο ποσοστό. Και επιπλέον, η ομάδα αυτή παρουσιάστηκε πιο θετική απέναντι στη συνεργασία σε διεπιστημονική ομάδα σε σχέση με τις δυο άλλες ομάδες επαγγελματιών υγείας, τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Οι γιατροί έχουν συνεργαστεί κυρίως με

γιατρούς και το 1/4 μόνο έχει συνεργαστεί με κοινωνικό λειτουργό. Το ίδιο ισχύει και με τους νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό, αποδεικνύει την έλλειψη διεπιστημονικής συνεργασίας σε ικανοποιητικό βαθμό εντός των δομών υγείας.

Επιπρόσθετα, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι με περισσότερα χρόνια εργασίας επιδεικνύουν υψηλότερη μέση τιμή διεπιστημονικής συνεργασίας σε σχέση με αυτούς με τα λιγότερα χρόνια εργασίας. Το ίδιο ισχύει τόσο και στην σχέση ομαδικότητας με τα χρόνια εργασίας των εργαζόμενων όσο και στην συνεργατικότητα. Αυτό αποδεικνύει ότι οι εργαζόμενοι με περισσότερα χρόνια εμπειρίας έχουν αποδεχτεί τον ρόλο τους μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα και χωρίς να ανταγωνίζονται τους επαγγελματίες υγείας των άλλων κλάδων, μπορούν να συνυπάρξουν καλύτερα μαζί τους προς όφελος του ασθενούς.

Επίσης από τις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου προέκυψαν τα εξής ενδιαφέροντα αποτελέσματα που συμπληρώνουν τις κλειστές ερωτήσεις:

Στην ερώτηση: “Ποιοί θεωρείτε ότι είναι οι πιο συνήθεις λόγοι σύγκρουσης μεταξύ κοινωνικών λειτουργών, ιατρών και νοσηλευτών/τριών;” οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: ότι πρέπει να προσδιοριστεί ο στόχος μέσα από τον οποίο καθορίζεται και η σύνθεση της ομάδας και οι πράξεις της. Απαραίτητη κρίνεται και η αποσαφήνιση και συγκεκριμενοποίηση του ρόλου του κάθε λειτουργού της υγείας για το ίδιο το αντικείμενό του, έτσι ώστε να μην δημιουργούνται συγκρούσεις. Ακόμα ο μεγάλος φόρτος εργασίας δημιουργεί συγκρούσεις στους επαγγελματίες υγείας και το γεγονός για αυτούς ότι δεν πρέπει να εφαρμόζετε ένας “Ένιαίος ορισμός διεπαγγελματικής συνεργασίας”.

Επισημάνθηκε ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν έχουν τα απαραίτητα εργαλεία (εφόδια από το Κράτος, κατάλληλες δομές και χρηματοδότηση) που απαιτούνται για να διευκολύνουν τη δουλειά των νοσηλευτών, όσον αφορά την φροντίδα του ασθενούς και ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων, που κατά βάση δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον ή καθόλου περιβάλλον. Ένας σημαντικός παράγοντας σύγκρουσης είναι η έλλειψη σεβασμού και η άποψη των ιατρών και νοσηλευτών ότι πρέπει να λύνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί όλα τα προβλήματα σχετικά με τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα των εξυπηρετούμενων. Συγκεκριμένα πιστεύουν ότι σε ασθενείς χωρίς οικογενειακό περιβάλλον οι λύσεις που πρέπει να δοθούν τις περισσότερες φορές δε δίνονται με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εντάσεις και δυσaráεσκειες μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Τονίστηκε επανειλημμένα ότι οι πιο συνήθεις λόγοι σύγκρουσης μεταξύ των παραπάνω ομάδων είναι αρχικά ο φόρτος εργασίας, λόγω ελλείψεων επαρκούς προσωπικού να διαχειριστεί το πλήθος των αρμοδιοτήτων τους και η έλλειψη σεβασμού του ενός επαγγελματία για τον άλλον. Ως πολύ σημαντικοί παράγοντες σύγκρουσης θεωρήθηκαν τα ασαφή όρια κάθε επαγγελματία στην λειτουργία της ομάδας και η μη ορθή κατανομή των αρμοδιοτήτων. Η ελλιπής ενημέρωση των άλλων επαγγελματιών υγείας για τους στόχους των Κοινωνικών Λειτουργών και πολλές φορές η μη κατανόηση τους από αυτούς.

Άρα οι σημαντικότεροι λόγοι σύγκρουσης των επαγγελματιών υγείας συνοψίζονται στον μεγάλο φόρτο εργασίας, στην έλλειψη προσωπικού στις δομές υγείας, στα ασαφή όρια της λειτουργίας της ομάδας, στην μη κατανόηση του ρόλου και των στόχων του κάθε επαγγελματία από τους υπολοίπους και η έλλειψη σεβασμού μεταξύ των επαγγελματιών

Στην ερώτηση “Ποιο/α κατά τη γνώμη σας είναι το/α σημαντικότερο/α χαρακτηριστικά για τη λειτουργία μιας διεπιστημονικής ομάδας;” οι απαντήσεις, που δόθηκαν, ήταν ότι: Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά είναι η ομαδικότητα και η ειλικρίνεια μέσα στην ομάδα, ο σεβασμός, η αλληλεγγύη, η συναδελφικότητα και η υπομονή. Επίσης, δόθηκε έμφαση

στην προσπάθεια για την πληρέστερη κατανόηση των προβλημάτων και την ουσιαστικότερη επίλυση- διαχείριση των καταστάσεων.

Σημαντικά είναι: η αμοιβαία εκτίμηση, οι διακριτοί ρόλοι και η αναγνώριση της ανάγκης για συνεργασία για την επίτευξη του στόχου της ομάδας, καθώς και ο καθορισμός του σχεδίου φροντίδας των ασθενών, κατά τον οποίο πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία και κατανομή των καθηκόντων, ώστε να λειτουργεί ομαλά το κάθε τμήμα, ειδικά τις ημέρες που υπάρχει φόρτος εργασίας.

Επίσης πολύ σημαντικά θεωρούνται η συνεργασία, η επικοινωνία, η συμμετοχή όλων των μελών και η διαρκής επιμόρφωση με έμφαση στην ύπαρξη όλων των απαιτούμενων ειδικοτήτων μέσα στη διεπιστημονική ομάδα.

Ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών, καθορισμένες συναντήσεις, κοινοί στόχοι, συνοχή, συνεργασία, υποστήριξη για την υλοποίηση των στόχων, που έχουν συμφωνηθεί και ικανοποίηση από την επίτευξή τους, θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις από τους επαγγελματίες υγείας για την εύρυθμη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας. Τέλος, αναφέρθηκε ότι είναι σημαντικό το μέγεθος της ομάδας να είναι περιορισμένο: μικρός αριθμός μελών, τα οποία δεσμεύονται στην επίτευξη κοινού σκοπού με συγκεκριμένους και επιτεύξιμους στόχους, για τους οποίους όλα τα μέλη είναι υπεύθυνα συνολικά, έχουν τον κατάλληλο συνδυασμό δεξιοτήτων και ειδικοτήτων, επικοινωνούν σε τακτά χρονικά διαστήματα και επιλύουν προβλήματα».

Άρα τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά για τη λειτουργία μιας διεπιστημονικής ομάδας είναι: ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών της ομάδας, οι κοινοί στόχοι, η καλή συνεργασία, η θεσμοθέτηση της διεπιστημονικής συνεργασίας, η συνοχή της ομάδας, ο μικρός αριθμός των μελών της ομάδας, η επικοινωνία, η συμμετοχή όλων των μελών και η συνεχιζόμενη επιμόρφωση, η ομαδικότητα, η ειλικρίνεια, η ύπαρξη όλων των απαιτούμενων ειδικοτήτων, η συμμετοχικότητα, η οριοθέτηση και η στενή συνεργασία και κατανομή των καθηκόντων.

Στην ερώτηση: “Από την εμπειρία σας, τι κατά τη γνώμη σας θα βοηθούσε σημαντικά στη διευκόλυνση της διεπιστημονικής συνεργασίας;” επισημάνθηκε από τους επαγγελματίες υγείας ότι όλοι πρέπει να γνωρίζουν και να μην παρεμβαίνουν στο γνωστικό και θεραπευτικό μέρος των άλλων θεραπειών. Ο κάθε ειδικός πρέπει να γνωρίζει τα όρια της θεραπευτικής του δράσης και να στοχεύει στην αποτελεσματικότερη παρέμβαση προς την επίτευξη του σκοπού. Στη διευκόλυνση της διεπιστημονικής συνεργασίας τονίστηκε ότι θα βοηθούσε η κοινή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ο καθορισμός του ρόλου του καθενός επαγγελματία και η θεσμοθέτηση της.

Επίσης, σημαντικοί παράγοντες θεωρούνται η συνεργασία, συμμετοχικότητα, αμοιβαίος σεβασμός και οριοθέτηση, καθώς και η ίδια η αποδοχή της ύπαρξης της διεπιστημονικής συνεργασίας και φυσικά η σωστή συνεργασία στα πλαίσια του αμοιβαίου σεβασμού και της άμεσης

επικοινωνίας. Απαιτείται υπομονή και υποχωρητικότητα από όλες τις βαθμίδες των εργαζομένων και των ομάδων, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος, προς όφελος της φροντίδας και ίασης των ασθενών.

Επισημάνθηκε ότι είναι πολύ σημαντικός παράγοντας η αναγνώριση της δουλειάς των άλλων και η αναγνώριση της συμβολής όλων για την επίτευξη του κοινού στόχου, δηλαδή της θεραπείας του ασθενή και η καλύτερη ενημέρωση για τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας με ταυτόχρονη την πρόσληψη περισσότερων κοινωνικών λειτουργών, γιατρών και νοσηλευτών στις δομές υγείας.

Άρα η θεσμοθέτηση της διεπιστημονικής συνεργασίας, η συνεχής επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, οι ξεκάθαροι ρόλοι των επαγγελματιών μέσα στην διεπιστημονική ομάδα, ο σεβασμός, η ομαδικότητα, η συνεργατικότητα και η καλύτερη στελέχωση των δομών υγείας με προσωπικό, το οποίο τώρα υπολείπεται, θα βοηθούσαν σημαντικά στη διευκόλυνση της διεπιστημονικής συνεργασίας και στην ομαλότερη λειτουργία των ομάδων διεπιστημονικής συνεργασίας.

Στην ερώτηση: “Σύμφωνα με την εμπειρία σας, ποιο θεωρείτε ότι είναι το σημαντικότερο εμπόδιο στη διεπιστημονική συνεργασία στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας;” τονίστηκε ότι πολύ σημαντικό εμπόδιο στην διεπιστημονική συνεργασία είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού στις μονάδες υγείας. Επίσης, το πολύπλοκο εργασιακό περιβάλλον και ο τεράστιος φόρτος εργασίας στον οποίο πρέπει να ανταπεξέλθουν όλοι οι εργαζόμενοι δημιουργούν εμπόδια στη διεπιστημονική συνεργασία.

Ακόμα, θεωρείται ότι από τα σημαντικότερα εμπόδια είναι οι λύσεις, που πρέπει να βρεθούν κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών και ιδιαίτερα σε άστεγους/ μοναχικούς ανθρώπους, που για κοινωνικούς λόγους, πρέπει να παραμένουν στο νοσοκομείο χωρίς να υπάρχει ιατρικός λόγος και έτσι δημιουργείται σύγκρουση μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και ιατρικού προσωπικού.

Επίσης, η μη θεσμοθέτηση της διεπιστημονικής συνεργασίας και η έλλειψη εκπαίδευσης, καθώς και η έλλειψη χρόνου πολλές φορές και η μη αποδοχή της γνώμης των άλλων από πολλούς επαγγελματίες υγείας καθιστούν δύσκολη την υλοποίηση της διεπιστημονικής συνεργασίας στην πράξη.

Άρα τα σημαντικότερα εμπόδια στη διεπιστημονική συνεργασία θεωρούνται η έλλειψη προσωπικού στις δομές υγείας, η μη θεσμοθέτηση της διεπιστημονικής συνεργασίας, τα ασαφή όρια των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας, ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη κουλτούρας συνεργασίας και η έλλειψη εκπαίδευσης για διεπιστημονική συνεργασία.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι υπάρχουν αρκετές δυσκολίες για την ανάπτυξη συστηματικής διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών, κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών, αλλά παράλληλα υπάρχουν και περιθώρια βελτίωσης της συνεργασίας στο μέλλον. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι πρέπει να θεσμοθετηθεί η

διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και να θεσμοθετηθεί και το πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των τριών επαγγεμάτων υγείας, ανάγκη που διαπιστώθηκε και από την Σαπουντζή–Κρέπια και τους συνεργάτες της σε παλαιότερη έρευνα στο πεδίο της διεπιστημονικής συνεργασίας (2001). Τα μέτρα που είχαν θεωρηθεί ως απαραίτητα για την διευκόλυνση της διεπαγγελματικής συνεργασίας, στην έρευνα που προαναφέρθηκε όπως: θεσμοθέτηση διεπιστημονικής συνεργασίας μέσω λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας, επίσημος προσδιορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγεμάτων από το Υπουργείο Υγείας και τη Διοίκηση του νοσοκομείου και άσκηση στην ομαδική διεπαγγελματική συνεργασία κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης διαπιστώνονται βασικά και αναγκαία και μέσα από την παρούσα έρευνα.

Γίνεται σαφές ότι είναι σημαντικό αυτά τα μέτρα να ληφθούν υπ' όψη, ώστε να υπάρχει ξεκάθαρη επίγνωση των αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, αλλά παράλληλα στο πλαίσιο της θεσμοθετημένης συνεργασίας τους να αναπτυχθεί συστηματική επικοινωνία, να αντιμετωπισθούν με επιτυχία τα σημεία τριβής, αλλά και να αναπτυχθεί η αντίληψη της κοινής ισότιμης προσπάθειας για τη φροντίδα του εξυπηρετούμενου (αντί της ιατροκεντρικής αντίληψης και της ατελέσφορης συνεχής προσπάθειας διασφάλισης των επαγγελματικών συμφερόντων των εκάστοτε επαγγελματιών υγείας). Επίσης, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας στις δομές υγείας με μέτρα όπως η μείωση του φόρτου εργασίας (μέσω αντιμετώπισης του προβλήματος της έλλειψης προσωπικού) και η εξασφάλιση των συνθηκών επαγγελματικής αναγνώρισης θα συμβάλουν στη βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της παρεχόμενης φροντίδας των εξυπηρετούμενων.

Μέσα στη διεπιστημονική ομάδα η ομαδική εργασία δεν είναι αποτελεσματική, σε περίπτωση που η οργάνωση της ομάδας είναι στηριγμένη στο κλασικό κάθετο ιεραρχικό μοντέλο που δημιουργεί προβλήματα στις θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Jurgutis et al., 2013). Η σύγχρονη τάση και η αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας απαιτεί νέα μοντέλα διαχείρισης και οργάνωσης των διεπιστημονικών ομάδων των επαγγελματιών υγείας με απώτερο στόχο τη διευκόλυνση της οριζόντιας επικοινωνίας, τη δικτύωση, την από κοινού λήψη αποφάσεων και την ανάληψη ευθυνών για την κλινική πράξη στην κοινότητα. Η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να δίνει έμφαση στην επικοινωνία στο εσωτερικό της ομάδας, στη διαχείριση πιθανών κρίσεων και στον περιορισμό των ατομικών συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας (Clements, Dault & Priest., 2007).

Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη διεπιστημονική ομάδα οφείλουν να συνεργάζονται με τους εξυπηρετούμενους, τις οικογένειες και την κοινότητα, αφού τεκμηριώνεται ότι είναι ασαφή τα όρια μεταξύ των αναγκών υγείας και των κοινωνικών αναγκών (Jurgutis et al., 2013).

Επιπλέον, η διεπιστημονική ομάδα πρέπει σε κάποιες περιπτώσεις να διευρύνεται και με

επαγγελματίες εκτός του παραδοσιακού χώρου της υγείας, όπως καθηγητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εμπειρογνώμονες σε θέματα δημόσιας υγείας, αστυνομικούς και εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης. Παρ' όλα αυτά, η παραπάνω συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και άλλων φορέων μπορεί να συναντήσει δυσκολίες λόγω του νομικού και κοινωνικού πλαισίου στην ελληνική πραγματικότητα. Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική φροντίδα, οι επαγγελματίες υγείας – μέλη της διεπιστημονικής ομάδας θα πρέπει να διαθέτουν τις παρακάτω δεξιότητες (Groenewegen, Jurgutis et al., 2013):

- Να διενεργούν ολοκληρωμένη και ολιστική προσέγγιση/φροντίδα για τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου και της οικογένειάς του.
- Να αναγνωρίζουν τον ρόλο του ατόμου ή/και της οικογένειάς του και της κοινότητας σε κάθε διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης.
- Να αναγνωρίζουν τη συμμετοχή του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας ως τα πιο σημαντικά μέλη της ομάδας στα πλαίσια της αυτοφροντίδας, και την υποστήριξη της οικογένειας και της κοινότητας.
- Να εφαρμόζουν τους κανόνες της επικοινωνίας και να διαθέτουν τις ηγετικές ικανότητες που απαιτούνται για να οργανωθεί μια ομάδα που απαρτίζεται από διαφορετικούς επαγγελματίες.
- Να εργαστούν με όραμα, και η Διεπιστημονική Ομάδα να διευρυνθεί με προσανατολισμό την κοινότητα
- Να ανατροφοδοτούν τους άλλους επαγγελματίες υγείας – μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας σχετικά με τις επιδόσεις τους και τις προοπτικές καλύτερης κλινικής πρακτικής στο πλαίσιο της κοινότητας.
- Να εφαρμόζουν εργαλεία για την καταγραφή και παρακολούθηση της προόδου αναφορικά με τους στόχους που τέθηκαν και συμφωνήθηκαν από όλη την ομάδα της Διεπιστημονικής Ομάδας.

Η διεπιστημονική ομάδα στις δομές υγείας οφείλει να είναι το κλειδί για καλύτερα αποτελέσματα υγείας, τόσο στη διάρκεια της περίθαλψης των εξυπηρετούμενων, όσο και για την επανένταξή τους στην κοινότητα και την συνύπαρξή τους με τα άλλα μέλη της κοινότητας. Τα καλύτερα αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν μόνο εάν οι επαγγελματίες υγείας – μέλη της ομάδας συνεργαστούν γόνιμα μεταξύ τους και με την κοινότητα (Freeman et al., 2000). Υπάρχει τεκμηρίωση από τη βιβλιογραφία ότι η ομαδική εργασία και η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας βελτιώνει τους δείκτες υγείας στην κοινότητα γρηγορότερα σε σύγκριση με τις μεμονωμένες παρεμβάσεις από έναν επαγγελματία υγείας (Jones, 2009; Health Service Executive, 2009; Reeves et al., 2010). Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα συνεργάζονται με τους εξυπηρετούμενους, τις οικογένειες και τις κοινότητες, όπου υπάρχουν πολύπλευρες ανάγκες, και δεν χρειάζεται να τίθενται όρια μεταξύ της σωματικής, της

ψυχικής και της κοινωνικής υγείας. Η αποδοτικότητα της ομάδας δεν εξαρτάται μόνο από τα επαγγελματικά προσόντα των επιστημόνων που την απαρτίζουν, αλλά ίσως εξαρτάται περισσότερο από τις διαφορετικές ατομικές ικανότητες/δεξιότητες, την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία μεταξύ τους. Εμπόδιο για την ομαδική εργασία αποτελούν συχνά η καθορισμένη κάθετη ιεράρχηση στις δομές Υγείας, και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να θεσπιστούν κατάλληλες πολιτικές για την ανάπτυξη νέων μοντέλων οργάνωσης που θα έχουν ως βάση την ομαδική εργασία.

Είναι επομένως σημαντική η καθιέρωση ενός πλαισίου μέσα από το οποίο θα διευκολύνεται η ανάλυση και η συζήτηση για την διεπιστημονική ομάδα, το οποίο θα προωθεί θετικά την επιτυχία της συνεργασίας των μελών της ομάδας, ακόμη και όταν η ανάπτυξη μιας συνεργασίας μπορεί να είναι δύσκολη. Στην Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας όλοι οι επαγγελματίες υγείας επιβάλλεται να συνεργαστούν. Αυτή η συνεργατική προσέγγιση ενισχύει τον αυτοπροσδιορισμό των επαγγελματιών και την αυτοδυναμία τους, ενώ παράλληλα βασικοί αποδέκτες με πολλαπλά οφέλη από τη λειτουργία της, είναι ο ίδιος ο εξυπηρετούμενος αλλά και το σύστημα υγείας εν γένει. Η επιτακτική ανάγκη για τη δημιουργία και τη διατήρηση αποτελεσματικών ομάδων στις δομές Υγείας προάγεται από την κατάλληλη εκπαίδευση των μελών τους και τη μεγιστοποίηση των δεξιοτήτων τους για τη λειτουργία τους εντός της διεπιστημονικής ομάδας.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία:

- Αλτάνης, Π. (1991). «Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα-Διεπιστημονική Συνεργασία». και AIDS Κοινωνική Εργασία, τεύχος 22, σ. 109-118 2
- Αρχοντάκη, Β, Μακράκη, Β., Παρσωτάκη, Ε. (2013). «Στάσεις και απόψεις νοσηλευτών/νοσηλευτριών για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς και την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους στο χώρο του νοσοκομείου» , πτυχιακή εργασία, Ηράκλειο.
- Γομάτου, Ν. (2007). “Διεπαγγελματισμός και εκπαίδευση στο χώρο της υγείας, Μεταπτυχιακή- Διπλωματική εργασία, Ε.Κ.Π.Α, Αυτοέκδοση, Αθήνα
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήση
- Θεοφιλίδης, Χ., (2002). Η συγγραφή επιστημονικής εργασίας: από τη θεωρία στην πράξη. Αθήνα: Γ. Δαρδανός.
- Κουκλάκη, Δ. (2007) «Δωρεάν υγεία με 1800 ευρώ ανά οικογένεια» Ελεύθερος Τύπος www.E-tipos.com [Πρόσβαση: 14 Ιανουαρίου 2019].
- Μπιτσώρη, Ζ., (2013) “Ο ρόλος της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική Τόμο II, Αθήνα.
- Νίκογλου, Δ. (2006) «Σε υψηλά επίπεδα οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας» Καθημερινή. www.kathimerini.gr [Πρόσβαση: 13 Φεβρουαρίου 2019]
- Πανταζάκας, Π., Μέντης, Μ. (2002) «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας - Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού». Κοινωνική Εργασία, τεύχος 66.
- Πανταζάκας, Π., Μέντης, Μ. (2003) «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου: Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης». Κοινωνική Εργασία, τεύχος 70, σ.71-80.
- Παπαϊωάννου, Κ. (1994) «Κλινική Κοινωνική Εργασία και Διεπιστημονική Συνεργασία». Κοινωνική Εργασία, τεύχος 33, σ. 7-14 15.

- Παπαϊωάννου, Κ. (1988) «Ιατροκοινωνική Εργασία». Κοινωνική Εργασία, τεύχος 9 & 10, σ. 7-11 16.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πετρέλης Μ. , Δομάγερ Φ. (2016) “Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης”, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 15, Τεύχος 4.
- Πολυχρονίου, Π., (2010) “ Διοίκηση συγκρούσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα.
- Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2001) «Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική Συνεργασία, συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων». Νοσηλευτική, τεύχος1.
- Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. Κάντζος, Κ. Παπαδημητρίου, Π. Γεώργιος, Γ. (2001) «Διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτριών-κοινωνικών λειτουργών και διαφορές αντίληψεων». Νοσηλευτική, τεύχος 2
-
- Σαπουντζή - Κρέπια, Δ. (1995) «Νοσηλεύτριες – Κοινωνικοί Λειτουργοί. Διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας». Κοινωνική Εργασία, τεύχος 39
- Σαρρή, Μ. (2001) Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήσης
- Σέμπρου, Μ., Σαγιά, Α., Σεμπρου, Μ., & Σαγιά, Α. (2010). Οι απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών στο χώρο του νοσοκομείου.
- Τζωρζάκης, Κ. & Τζωρζάκη Α. (2007). “Οργάνωση και Διοίκηση, Αθήνα: Rosili.
- Χατζηανδρέου, Ε. (2008). «Δαπάνες Υγείας. Το φάρμακο είναι η κορυφή του παγόβουνου» Καθημερινή. www.kathimerini.gr [Πρόσβαση: 25 Μαρτίου 2019].
- Χατζηνικολάου, Π. (2009) «Στο μικροσκόπιο οι δαπάνες δήμων και νοσοκομείων» Καθημερινή. www.kathimerini.gr [Πρόσβαση: 20 Μαρτίου 2019].

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

- Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). Effective teamwork in healthcare: research and

reality. *Healthcare Papers*, 7(1), 26.

- Huss, N.M, Schiller, S. & Schmidt M. (2013). Areas of nursing within the multidisciplinary team and general nursing practice. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Groenewegen, P. P., & Jurgutis, A. (2013). A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care*, 21(6), 369-78.
- Lardier, M.R., Lasky, G.B. & Raney, L. (2014). Essential elements of effective integrated primary care and behavioral health teams. Samhsa-HRSA Center for integrated health solutions. Διαθέσιμο στο: <http://www.integration.samhsa.gov>.
- Orchard, C., Pederson, L. L., Read, E., Mahler, C., & Laschinger, H. (2018). Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): Further testing and instrument revision. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38(1), 11-18.
- Taylor et all, Lemone, P. & Burke, K. (2004). «Ο Νοσηλευτής του Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα» στο: Μπροκαλάκη, Η. (επιμ.) Νοσηλευτική κριτική σκέψη και φροντίδα ασθενούς. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός .
- C. Lillis, C. Lemone, P. (2002). «Φροντίδα Υγείας στην Κοινότητα» στο: Λεμονίδου, Χρ και Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (επιμ.) Θεμελιώδεις Αρχές Νοσηλευτικής. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ηλεκτρονικές Πηγές:

- Ιστοσελίδα του Γ.Ν Σπάρτης : www.hospa.gr
- Ιστοσελίδα του Νοσοκομείου ΠΑ.ΓΝΗ: www.pepagnh.gr
- Ιστοσελίδα του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας, Θριάσιο: <http://www.thriassio-hosp.gr/>
- Ιστοσελίδα Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν: <https://www.dunant.gr/>
- Ιστοσελίδα Νοσοκομείου Ευαγγελισμού: <http://www.evangelismos-hosp.gr/>
- Ιστοσελίδα TOMY: <https://tomy.moh.gov.gr>

Παράρτημα 1 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις και εμπειρίες των κοινωνικών λειτουργών, των γιατρών και των νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονται σε δημόσιες δομές υγείας της Κρήτης, για τη διεπιστημονική συνεργασία. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα δεδομένα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Τα δεδομένα θα διαφυλαχθούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε ως αυστηρώς εμπιστευτικά. Δε θα γίνει δε, καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων ή οργανισμών σε καμία από τις εκθέσεις που θα προκύψουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Η μελέτη διεξάγεται από τον μεταπτυχιακό φοιτητή κ. Ιωάννη Φασουλάκη, κοινωνικό λειτουργό, στο πλαίσιο της υποχρεωτικής εργασίας για τη λήψη του μεταπτυχιακού του τίτλου σπουδών και υπό την εποπτεία της κας Σ. Κουκούλη, Επ. Καθηγήτριας (Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και Εργαστήριο Διεπιστημονικής Προσέγγισης για τη Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής – ΤΕΙ Κρήτης)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία: (συμπληρώστε την ηλικία σας)

3. Εκπαίδευση (σημειώστε το ανώτατο επίπεδο που ολοκληρώσατε):
 1. Απόφοιτος ΤΕΙ/Πανεπιστημίου
 2. Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών
 3. Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου

4. Πόσα χρόνια εργάζεστε στον χώρο της υγείας:
 1. 0-5
 2. 6-10
 3. 11-15
 4. 16-20
 5. 21-30
 6. 31 +

5. Είστε :

1. Γιατρός
2. Νοσηλεύτης/τρια
3. Κοινωνικός/η Λειτουργός

6. Σε ποιον τομέα εργάζεστε: 1. Δημόσιο 2. Ιδιωτικό

7. Η δομή στην οποία εργάζεστε είναι:

1. Ανοικτή (πχ Κέντρο Υγείας)
2. Κλειστή (Νοσοκομείο)

8. Εάν εργάζεστε σε νοσοκομείο, σε ποιο Τμήμα (Κλινική/υπηρεσία) του Νοσοκομείου εργάζεστε;

9. Με πόσους άλλους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας συνεργάζεστε στο Τμήμα του νοσοκομείου/ υπηρεσίας, όπου εργάζεστε (συνολικός αριθμός);

.....

10. Με ποιους άλλους επαγγελματίες (ειδικότητες) συνεργάζεστε κυρίως ;

- Ιατρός ή ιατροί διάφορων ειδικοτήτων
- Ψυχολόγοι
- Νοσηλευτές (και διαφορετικών ειδικοτήτων)
- Κοινωνικοί λειτουργοί
- Επισκέπτες υγείας
- Άλλοι επαγγελματίες υγείας:.....

11. Πως θα αξιολογούσατε στην υπηρεσία σας τη συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και γιατρών:

- Πολύ κακή/κακή Μέτρια Καλή Αρκετά καλή Πολύ καλή/άριστη

12. Έχετε συνεργαστεί σε διεπιστημονική ομάδα με :

- | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Γιατρό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Νοσηλεύτη/τρια | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Κοινωνικό Λειτουργό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Ποιο από τα παρακάτω πιστεύετε ότι θα βοηθούσε στην ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών, των γιατρών και των νοσηλευτών:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Η θεσμοθέτησή της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Η ενημέρωση από την διοίκηση της δομής, όπου εργάζεστε για τα οφέλη της διεπιστημονικής συνεργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Η προπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση στη διεπιστημονική συνεργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι είναι τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας (σημειώστε τα 4 πιο σημαντικά για σας);

- βελτίωση φροντίδας
- ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα
- ενεργή συμμετοχή ασθενών
- αποτελεσματική διαχείριση χρόνου
- κάλυψη αναγκών ασθενών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο
- μη ενεργή συμμετοχή ασθενών
- απαιτείται πολύς χρόνος για τη λήψη απόφασης

15. Ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι είναι τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής συνεργασίας για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (σημειώστε τα 4 πιο σημαντικά για σας);

- αυξάνεται η ικανοποίηση των μελών της ομάδας
- χάνεται η αυτονομία των μελών της ομάδας
- ενθαρρύνεται η καινοτομία
- αυξάνεται η γραφειοκρατία
- απαιτείται πολύς χρόνος για τη λήψη απόφασης
- επιτρέπει στα μέλη της ομάδας να μαθαίνουν νέες δεξιότητες και προσεγγίσεις
- προωθεί την ανάπτυξη κανόνων και αξιών, του κάθε επιστημονικού κλάδου

Παρακαλούμε κυκλώστε (στις **ερωτήσεις 16-39**) από το 1 έως το 5 (**όπου: 1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 3=τις περισσότερες φορές, 5=πάντα**) τον αριθμό που αντικατοπτρίζει καλύτερα το πως βλέπετε τη λειτουργία της ομάδας στην οποία δουλεύετε και τον τρόπο που αισθάνεστε εσείς ως μέλος της ομάδας, που εργάζεστε ή ενεργείτε μέσα σε αυτήν.

ΜΕΡΟΣ Α:

Όταν δουλεύουμε σαν ομάδα, όλα τα μέλη της ομάδας μου.....

		Ποτέ				Πάντα
16	συμπεριλαμβάνουμε τους ασθενείς στον καθορισμό των στόχων για τη φροντίδα τους	1	2	3	4	5
17	ακούμε προσεκτικά τις επιθυμίες των ασθενών, όταν καθορίζουμε το σχέδιο φροντίδας που έχει επιλέξει η ομάδα	1	2	3	4	5
18	συναντιόμαστε και συζητάμε για τη φροντίδα των ασθενών σε τακτική βάση	1	2	3	4	5
19	συντονίζουμε τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες (πχ. για θέματα οικονομικά, απασχόλησης, στέγασης, σύνδεσης με την κοινότητα, ή πνευματικά ζητήματα) βάσει των αναγκών της φροντίδας των ασθενών	1	2	3	4	5
20	επικοινωνούμε σε σταθερή βάση για να συζητάμε για τη φροντίδα του ασθενούς	1	2	3	4	5
20	εμπλεκόμαστε στη ρύθμιση στόχων για κάθε ασθενή	1	2	3	4	5
21	ενθαρρύνουμε ο ένας τον άλλον, αλλά και τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, να χρησιμοποιούμε όλοι τις γνώσεις και τις ικανότητες του καθενός από εμάς για την ανάπτυξη των σχεδίων φροντίδας του ασθενούς	1	2	3	4	5
22	Συνεργαζόμαστε με τον ασθενή και τους συγγενείς του για	1	2	3	4	5

την κατάλληλη προσαρμογή του σχεδίου φροντίδας					
--	--	--	--	--	--

ΜΕΡΟΣ Β:

Όταν δουλεύουμε σαν ομάδα, όλα τα μέλη της ομάδας μου.....

		Ποτέ				Πάντα
23	μοιραζόμαστε εξουσία μεταξύ μας	1	2	3	4	5
24	σεβόμαστε και εμπιστευόμαστε ο ένας τον άλλο	1	2	3	4	5
25	είμαστε ανοιχτοί και ειλικρινείς ο ένας με τον άλλο	1	2	3	4	5
26	κάνουμε αλλαγές στη λειτουργία μας στην ομάδα μελετώντας την προηγούμενη εμπειρία	1	2	3	4	5
27	προσπαθούμε να πετύχουμε αμοιβαία ικανοποιητικές λύσεις όταν υπάρχουν διαφορετικές απόψεις	1	2	3	4	5
28	γνωρίζουμε τα επαγγελματικά μας όρια (τι μπορεί να κάνει ο καθένας από εμάς)	1	2	3	4	5
29	κατανοούμε ότι υπάρχουν γνώσεις και δεξιότητες που μοιράζονται μεταξύ των μελών της ομάδας	1	2	3	4	5
30	δημιουργούμε μια αίσθηση εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της ομάδας	1	2	3	4	5

ΜΕΡΟΣ Γ:

Όταν δουλεύουμε σαν ομάδα, όλα τα μέλη της ομάδας μου.....

		Ποτέ				Πάντα
31	εφαρμόζουμε έναν ενιαίο ορισμό της 'διεπαγγελματικής συνεργατικής πρακτικής' στο πλαίσιο που δουλεύουμε	1	2	3	4	5
32	μοιράζουμε εξίσου μεταξύ των μελών της ομάδας τους στόχους που έχουν συμφωνηθεί	1	2	3	4	5
33	ενθαρρύνουμε και υποστηρίζουμε την ανοικτή επικοινωνία, συμπεριλαμβάνοντας τους ασθενείς και τους συγγενείς τους	1	2	3	4	5

	κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της ομάδας					
34	χρησιμοποιούμε μια προσυμφωνημένη διαδικασία για να επιλύουμε τις συγκρούσεις	1	2	3	4	5
35	υποστηρίζουμε τον ηγέτη της ομάδας, ο οποίος μπορεί να μην είναι πάντα ο ίδιος ανάλογα πάντα με τις ανάγκες των ασθενών	1	2	3	4	5
36	όλοι μαζί επιλέγουμε τον ηγέτη της ομάδας	1	2	3	4	5
37	ανοικτά υποστηρίζουμε την συμμετοχή και εμπλοκή των ασθενών στις συναντήσεις της ομάδας	1	2	3	4	5

38. Ποιοι θεωρείτε ότι είναι οι πιο συνήθεις λόγοι σύγκρουσης μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργών, ιατρών και νοσηλευτών/ τριών;

.....

.....

.....

39. Ποιο/α κατά τη γνώμη σας είναι το/τα σημαντικότερο/α χαρακτηριστικά για τη λειτουργία μιας διεπιστημονικής ομάδας;

.....

.....

40. Από την εμπειρία σας, τι κατά τη γνώμη σας θα βοηθούσε σημαντικά στη διευκόλυνση της διεπιστημονικής συνεργασίας;

.....

.....

.....

41. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, ποιο θεωρείτε ότι είναι το σημαντικότερο εμπόδιο στη διεπιστημονική συνεργασία στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής ομάδας;

.....

.....

Ευχαριστώ πολύ για την συνεργασία σας!

Φασουλάκης Ιωάννης

Κοινωνικός Λειτουργός

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Έγκριση Έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: amanouras@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 18/6/19
Αρ. Πρωτ.: 12293
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κ. Φασουλάκη Ιωάννη,
Μεταπτυχιακός Φοιτητής στο Τμήμα
Κοινων. Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης.

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Διοικητή Γ.Ν. Χανίων
- 2) κ. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Χανίων
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου.

ΘΕΜΑ: «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στο Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», στο πλαίσιο μιας μεταπτυχιακής εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αριθ. πρωτ. 9676/30-4-19 έγγραφο του Διοικητή Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», κ. Βουλγαρίδη Μηνά.

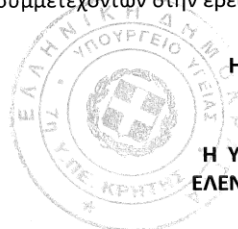
2. Η με αριθ. 5 απόφαση της συνεδρίασης 8/24-4-2019 του Επιστημονικού Συμβουλίου Γ.Ν. Χανίων. Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διανομή ερωτηματολογίου στο Επιστημονικό προσωπικό του Γ.Ν. Χανίων (Ιατρούς, Νοσηλευτές, Κοινωνικούς Λειτουργούς) στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας από τον κ. Φασουλάκη Ιωάννη, Φοιτητή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης «Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης», με θέμα: **«Η Διεπιστημονική συνεργασία γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών σε δομές υγείας» και επιβλέπουσα Καθηγήτρια την κα Κουκούλη Σοφία..**

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν. Χανίων.** Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της έγγραφης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.

18/6/19
18/6/19
Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικητές 7^{ης} Υ.ΠΕ.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

α.α.

Η ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
ΕΛΕΝΗ ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗ