



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ
ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΜΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΤΥΡΟΓΙΑΝΝΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ Α.Μ.2291

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Δρ. ΞΕΡΓΙΑ ΣΟΦΙΑ

ΑΙΓΙΟ -2021

A NARRATIVE REVIEW

**THE IMPORTANCE OF AN INTERDISCIPLINARY TEAM IN
HEALTH CARE**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κα. Σοφία Ξεργιά, η οποία ως επιβλέπουσα καθηγήτρια με στήριξε, με βοήθησε και με καθοδήγησε, με τις προτάσεις και τις συμβουλές της, στην συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της Επιτροπής που αφιέρωσαν πολύτιμο χρόνο στην ανάγνωση και την παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας. Θα ήθελα να αφιερώσω αυτήν την εργασία στους γονείς μου και στα αδέρφια μου, γιατί με την στήριξή τους μου έδιναν δύναμη να συνεχίσω. Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές και καθηγήτριές μου, οι οποίοι με εφοδίασαν με πολύτιμες γνώσεις κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διεπιστημονική ομάδα στην υγειονομική περίθαλψη, δηλαδή η ομάδα των επαγγελματιών υγείας που συνεργάζονται από κοινού και με ισότιμο τρόπο για την παροχή υπηρεσιών υγείας έχει καθιερωθεί πλέον από τους διεθνείς Οργανισμούς (όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και κρατικούς φορείς σε μια πλειάδα χωρών ως ένας αποτελεσματικός τρόπος για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Η θεσμοθέτηση συστημάτων εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης, βάσει μετρήσιμων στοιχείων, θεωρείται αναγκαία για την περαιτέρω ανάπτυξη της και για τον σκοπό αυτόν έχουν παραχθεί διάφορα μοντέλα παρέμβασης.

Παρόμοια αξιολογείται και η διεπιστημονική εκπαίδευση, που αποτελεί το κύριο προαπαιτούμενο για την προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας στον τομέα αυτόν. Οι μηχανισμοί που την επηρεάζουν αφορούν είτε την εκπαιδευτική διαδικασία είτε το Πρόγραμμα Σπουδών.

Οι μηχανισμοί που επηρεάζουν την λειτουργία της διεπιστημονικής συνεργασίας σχετίζονται με την θεσμική υποστήριξη, την εργασιακή κουλτούρα και την υλική υποδομή. Σύμφωνα με μελέτη, οι μηχανισμοί αφορούν την υποστήριξη, την συνεργασία και συντονισμό, την συγκέντρωση πόρων, την ατομική μάθηση, την «θόλωση» ρόλων, την αποτελεσματική και τακτική επικοινωνία, την από κοινού ευθύνη, τα πρότυπα ομαδικής συμπεριφοράς, τον κριτικό έλεγχο, την δημιουργία νέων ιδεών και την ηγεσία. Με βάση τα κίνητρα και εμπόδια που υπάρχουν, προκύπτουν οι αναγκαίες δράσεις για την βελτίωση της κατάστασης.

Τα καταγεγραμμένα πλεονεκτήματα της διεπιστημονικής συνεργασίας αφορούν την καλύτερη ποιότητα φροντίδας, οφέλη από την ανταπόκριση και συνεργασία του ασθενή, την μείωση ιατρικών λαθών, οφέλη για το προσωπικό και οργανωτικά, καθώς και εξοικονόμηση κόστους.

Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή σε μια διεπιστημονική ομάδα σχετίζεται με το αντικείμενο των υπηρεσιών του, ενώ οι ειδικότερες περιπτώσεις συνεργασίας τους με άλλες ειδικότητες έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που πρέπει κάθε φορά να αξιολογούνται.

Τέλος, στα συμπεράσματα αναφέρεται η ανάγκη ακόμα καλύτερης τεκμηρίωσης, βάσει των αρχών της «ιατρικής βάσει αποδείξεων» (Evidence based medicine), που σε συνδυασμό με την υπέρβαση παραδοσιακών ιεραρχικών συστημάτων μπορεί να οδηγήσει στην εξειδικευμένη και βέλτιστη εφαρμογή της.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή	v
Σκοπός	v
Γενικό Μέρος Κεφάλαιο 1.....	1
Υγειονομική περίθαλψη.....	1
1.1 Βασικοί Ορισμοί.....	1
1.2 Συστήματα υγείας στις διάφορες χώρες	2
1.3 Οι παράγοντες ενός συστήματος υγείας και η αξιολόγησή τους σε ένα σύστημα ποιότητας.....	3
Κεφάλαιο 2 Διεπιστημονική εκπαίδευση	10
2.1 Βασικοί ορισμοί	10
2.2 Μηχανισμοί που επηρεάζουν την διεπιστημονική εκπαίδευση	11
2.3 Αξιολόγηση ποιότητας της διεπιστημονικής εκπαίδευσης	13
2.4 Παραδείγματα διεπιστημονικής εκπαίδευσης.....	17
Κεφάλαιο 3 Διεπιστημονική συνεργασία	21
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	21
3.1 Βασικοί ορισμοί	21
3.2 Ιστορία και εξέλιξη της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας	22
3.3 Μηχανισμοί που επηρεάζουν την λειτουργία της διεπιστημονικής συνεργασίας.....	24
3.4 Κίνητρα επιτυχίας και εμπόδια	29
3.5 Δράσεις για μια καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία.....	31
Κεφάλαιο 4 Πλεονεκτήματα της διεπιστημονικής συνεργασίας	33
4.1 Καλύτερη ποιότητα φροντίδας.....	33
4.2 Οφέλη σε ότι αφορά την ανταπόκριση και συνεργασία του ασθενή	34
4.3 Οφέλη σε ότι αφορά την ασφάλεια του ασθενή.....	35
4.4 Οφέλη για το προσωπικό και οργανωτικά οφέλη	37
4.5 Εξοικονόμηση κόστους.....	38
Κεφάλαιο 5 Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή σε μία διεπιστημονική ομάδα	39
5.1 Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή	39
Συμπεράσματα/ Συζήτηση	42
Βιβλιογραφία/ Αρθρογραφία	45
Παραρτήματα.....	50

Εισαγωγή

Η διεπιστημονική συνεργασία στον χώρο της υγείας αποτελεί έναν τομέα που έχει ξεφύγει από τα σπάργανα της βρεφικής ηλικίας και από τα πρώτα βήματα της νηπιακής και σε αρκετές χώρες του κόσμου αποτελεί ένα στοίχημα ουσιώδες για το μέλλον. Η ανασκόπηση αυτή περιγράφει βασικές έννοιες για τα συστήματα υγείας, αναλύοντας τους παράγοντες των συστημάτων και αξιολογώντας τα, ως προς την ποιότητα. Ακόμα περιγράφει ορισμούς διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας, καθώς αναλύεται γιατί ο ρόλος της διεπιστημονικής εκπαίδευσης ως προθαλάμου της διεπιστημονικής συνεργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Δηλαδή, παρουσιάζονται σημαντικά πλεονεκτήματα της διεπιστημονικότητας, βελτιώνοντας την υγειονομική περίθαλψη, με πολλά οφέλη τόσο για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, όσο για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας- μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Τέλος, ολοκληρώνοντας περιγράφεται ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή σε μία διεπιστημονική ομάδα.

Σκοπός

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να παρουσιάσει τα ευρήματα ενός συνόλου μελετών με θέμα τη σημασία της διεπιστημονικής ομάδας στην υγειονομική περίθαλψη και πώς θα μπορούσε να βελτιώσει την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Περιγράφονται οι παράγοντες της διεπιστημονικής συνεργασίας, οι ευκαιρίες που προσφέρει, οι μηχανισμοί και τα κίνητρα ανάπτυξης της, αλλά και τα εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν με σκοπό να ενδυναμωθούν τα συστήματα υγείας. Μέσα από παραδείγματα, αλλά και τεκμηριωμένες απόψεις μελετητών και Εκθέσεις Διεθνών Οργανισμών, προσεγγίζονται αρκετές πλευρές του θέματος, χωρίς βέβαια να εξαντλούνται. Συμπερασματικά, βασικός στόχος αυτής της εργασίας είναι να αναδείξει την σημαντικότητα της διεπιστημονικής ομάδας και πώς αυτή μπορεί να συνδράμει σε ένα σύστημα υγείας, καθώς η διεπιστημονική ομάδα προσφέρει στους ασθενείς μια εστιασμένη και εξατομικευμένη προσέγγιση και ταυτόχρονα βελτιώνει την υγειονομική περίθαλψη.

Σε κάθε περίπτωση, ελπίζουμε ότι η συγκεκριμένη εργασία μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη ενημέρωση του αναγνώστη διευκολύνοντας ενδεχομένως μελλοντικές προσπάθειες συστηματικότερης ανάπτυξης της διεπιστημονικής συνεργασίας και στην Ελλάδα.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1

Υγειονομική περίθαλψη

Στο κεφάλαιο αυτό αφού δίνονται οι ορισμοί της υγείας και των διαφόρων συστημάτων της υγειονομικής περίθαλψης (1.1), εξηγείται γιατί έχουμε διαφορετικά μοντέλα συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο και ποιοι είναι οι στόχοι τους (1.2). Στη συνέχεια, επιλέγεται και αξιολογείται ως προς την ποιότητα ένας αριθμός μοντέλων λειτουργίας συστημάτων υγείας, για τα οποία θεωρείται αναγκαία μια επικαιροποίηση των διαδικασιών τους στο χρόνο, ώστε να συμβαδίζει με το μεταβαλλόμενο κοινωνικό πλαίσιο (1.3). Τέλος, περιγράφονται μερικά μοντέλα διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας με στόχο την βελτίωση παροχής υγείας (1.4).

1.1 Βασικοί Ορισμοί

Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία (World Health Organisation ή εν συντομία WHO, 1948), όπως διατυπώθηκε στο Καταστατικό του το 1948 είναι «Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.» και αποτελεί το σημείο αφετηρίας μιας υγιούς κοινωνίας. Ο ορισμός αυτός αντανακλά μια ολιστική θεώρηση του ανθρώπου, ως μιας ψυχοσωματικής ενότητας, που απαιτεί αντιμετώπιση σε εξειδικευμένη βάση και βρίσκεται πολύ κοντά στην αφετηρία της ιατρικής επιστήμης (στην αρχαία Ελλάδα).

Ο ορισμός αυτός δέχτηκε κριτική ως αόριστος και απόλυτος και το 1984 ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1984) περιέγραψε την υγεία ως «ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες και να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει το περιβάλλον. Η υγεία είναι ένας πόρος για την καθημερινή ζωή, όχι ο στόχος της ζωής, είναι μια θετική προσέγγιση, με έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, καθώς και στις φυσικές ικανότητες». Υπάρχουν παράλληλα και άλλοι ορισμοί που προτείνονται, όπως: «η κατάσταση ισορροπίας, που ένα άτομο έχει καθιερώσει στον εσωτερικό του κόσμο και μεταξύ αυτού και του κοινωνικού και φυσικού του περιβάλλοντος» (Norman *et al.*, 2006).

Η φροντίδα υγείας ή υγειονομική περίθαλψη (healthcare) ορίζεται ως η οργανωμένη παροχή ιατρικής περίθαλψης σε άτομα ή σε μια κοινότητα. Κι εδώ υπάρχουν και άλλοι ορισμοί, όπως «η πρόληψη, θεραπεία και διαχείριση ασθενειών ή η διατήρηση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας μέσω των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ιατρικά, νοσηλευτικά και συναφή επαγγέλματα υγείας».

Σε κάθε περίπτωση, τα συστήματα φροντίδας υγείας αφορούν την οργανωμένη και συστηματική παροχή υπηρεσιών υγείας από επαγγελματίες, σε άτομα που τις χρειάζονται.

«Εργαζόμενος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης» είναι ένας όρος γενικότερος και χωρίς αποκλεισμούς, ο οποίος αναφέρεται σε όλα τα άτομα που συμμετέχουν σε ενέργειες που η βασική πρόθεση είναι να βελτιωθεί η υγεία του ασθενή. Σε αυτόν τον ορισμό περιλαμβάνονται αυτοί που προωθούν και διατηρούν την υγεία, εκείνοι που κάνουν διαγνώσεις και θεραπεύουν ασθενείς, εργαζόμενοι στη διαχείριση και στο υποστηρικτικό κομμάτι της υγείας και επαγγελματίες με εξειδίκευση (WHO, 2010).

1.2 Συστήματα υγείας στις διάφορες χώρες

Κάθε χώρα έχει το δικό της σύστημα υγείας, που αποτελεί συνήθως μίγμα παροχής υπηρεσιών από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες κατηγοριοποίησης των συστημάτων αυτών, όπου λαμβάνεται υπόψη κυρίως το πλαίσιο που θέτει το δημόσιο αλλά και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Η μείωση του κόστους που επιβαρύνει τους δέκτες αυτών των υπηρεσιών αλλά και τους φορείς είναι ένας από τους στόχους αυτών των διαφορετικών συστημάτων.

Η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή και πρόληψης αποτελεί βασικό στόχο των συστημάτων υγείας, όπως αναφέρεται σε Έκθεση του ΠΟΥ του 2008 (WHO, 2008). Ο στόχος αυτός αναφέρεται, μεταξύ άλλων, στις προτεραιότητες χωρών όπως:

- Οι ΗΠΑ, Primary Care: America's Health in a New Era (Donaldson *et al.*, 1996).
- Οι Ευρωπαϊκές χώρες (WHO, 2018).

Αντίστοιχα, τονίζεται και η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ αφενός του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας (ιδιώτες γιατροί, εξεταστικά κέντρα, υποστήριξη σε κοινοτικό επίπεδο) και του δευτεροβάθμιου (νοσοκομεία) (La Rocca & Hoholm, 2017).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, παρατηρείται πολυμορφία μοντέλων με ουσιαστικές διαφορές, αλλά και πολλά κοινά στοιχεία, ενώ οι δράσεις της ΕΕ στον τομέα της δημόσιας υγείας στοχεύουν στα παρακάτω:

- Προστασία και βελτίωση της υγείας των πολιτών της ΕΕ.
- Υποστήριξη του εκσυγχρονισμού των υποδομών υγείας.
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας (Jakubowski & Busse, 1998).

Ο ρόλος της ΕΕ είναι να υποστηρίζει τις προσπάθειες των χωρών μελών της να προστατεύσουν και να βελτιώσουν τα συστήματα υγείας, καθώς και να διασφαλίσουν την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας τους. Αυτό γίνεται με διάφορα μέσα, όπως:

- Νομοθετικές πρωτοβουλίες
- Παροχή οικονομικής υποστήριξης
- Συντονισμός και διευκόλυνση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών μεταξύ χωρών της ΕΕ και εμπειρογνομώνων στον τομέα της υγείας
- Δραστηριότητες προώθησης της υγείας (Sandier S. *et al.*, 2004).

Σε κάθε περίπτωση, σκοπός των συστημάτων υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Παγκόσμια Τράπεζα, είναι η πρόσβαση στα συστήματα υγείας του συνόλου των προσώπων που το έχουν ανάγκη. Η συγκέντρωση των απαιτούμενων στοιχείων αποτελεί το πρώτο βήμα, ώστε να είναι δυνατή και η αξιολόγηση των συστημάτων (WHO, 2015).

1.3 Οι παράγοντες ενός συστήματος υγείας και η αξιολόγησή τους σε ένα σύστημα ποιότητας

Τα νοσοκομεία αποτελούν βασικό παράγοντα στο σύστημα υγείας κάθε χώρας. Υπάρχουν διάφοροι και ποικίλοι παράγοντες σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον που θα αναλυθούν στη συνέχεια. Παράγοντες ενός συστήματος υγείας μπορούν να θεωρηθούν οι εξής:

- Το προσωπικό

Σε αυτό εντάσσονται οι εξής κατηγορίες εργαζομένων:

- το ιατρικό προσωπικό που αποτελείται από τους ιατρούς, τους ειδικευόμενους και όλους τους επαγγελματίες υγείας,
- το διοικητικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την σωστή περίθαλψη των ασθενών,
- το νοσηλευτικό προσωπικό, όπου οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς
- το βοηθητικό/υποστηρικτικό προσωπικό, όπως για παράδειγμα τραυματιοφορείς και τέλος,
- η διοίκηση η οποία είναι υπεύθυνη για την εύρυθμη και ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου.

- Νοσοκομειακές εγκαταστάσεις και υποδομές του νοσοκομείου

Οι υποδομές του νοσοκομείου είναι τα κτίρια που στεγάζουν τις κλινικές του νοσοκομείου, τα χειρουργεία, τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), τα εξωτερικά ιατρεία, το ακτινοδιαγνωστικό τμήμα, το μικροβιολογικό και αιματολογικό εργαστήριο, επείγοντα ιατρεία, αιμοδοσία και πιο εξειδικευμένες κλινικές.

- Οι ασθενείς

Αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα, αφού το μείζον θέμα είναι η υγεία τους. Η παροχή φροντίδας στους ασθενείς έχει ως στόχο την αποτελεσματικότερη βελτίωση στην υγεία τους. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα, οι ασθενείς αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, καλύτερη αποδοχή περίθαλψης και βελτιωμένα αποτελέσματα για την υγεία μετά από θεραπεία μιας διεπιστημονικής ομάδας (WHO, 2010; Dubas Jakóbczyk *et al.*, 2018).

Ο Mosadeghrad το 2014 καθόρισε ότι η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη είναι η «συνεπής ικανοποίηση του ασθενή παρέχοντας αποτελεσματικές και αποδοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις τελευταίες κλινικές οδηγίες και πρότυπα, που ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών και ικανοποιούν τους παρόχους». Προσδιόρισε 182 χαρακτηριστικά ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης και τα ομαδοποίησε σε πέντε κατηγορίες: περιβάλλον, ενσυναίσθηση, αποδοτικότητα, επιτυχία και αποτελεσματικότητα. Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως: η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα, η προσιτή τιμή, η αποδοχή, η καταλληλότητα, η ικανότητα, η χρονική επιλογή, η ιδιωτικότητα, η εμπιστευτικότητα, η προσοχή, η φροντίδα, η ανταπόκριση, η

λογοδοσία, η ακρίβεια, η αξιοπιστία, η σαφήνεια, η συνέχεια, η ισότητα, οι παροχές και οι εγκαταστάσεις.

Σε κάθε περίπτωση, θεωρείται σημαντική η θεσμοθέτηση διαδικασιών ποιότητας, μέσω ιατρικών πρωτοκόλλων, αλλά και συστημάτων εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης, για την ικανοποίηση των ασθενών και την επιτυχία των προκαθορισμένων στόχων (Mosadeghrad M., 2014).

Σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία, οι διεπιστημονικές ομάδες και γενικότερα η αντιμετώπιση των θεμάτων με ένα ομαδικό και συνεργατικό πνεύμα αποτελούν σημαντικό παράγοντα σε ένα ποιοτικό σύστημα υγείας. Ένα τέτοιο πνεύμα βέβαια θα πρέπει να έχει σαν αφητηρία την εκπαίδευση, ενώ επίσης θα πρέπει να ενισχύεται με συγκεκριμένες διαδικασίες και κίνητρα στο εργασιακό πεδίο.

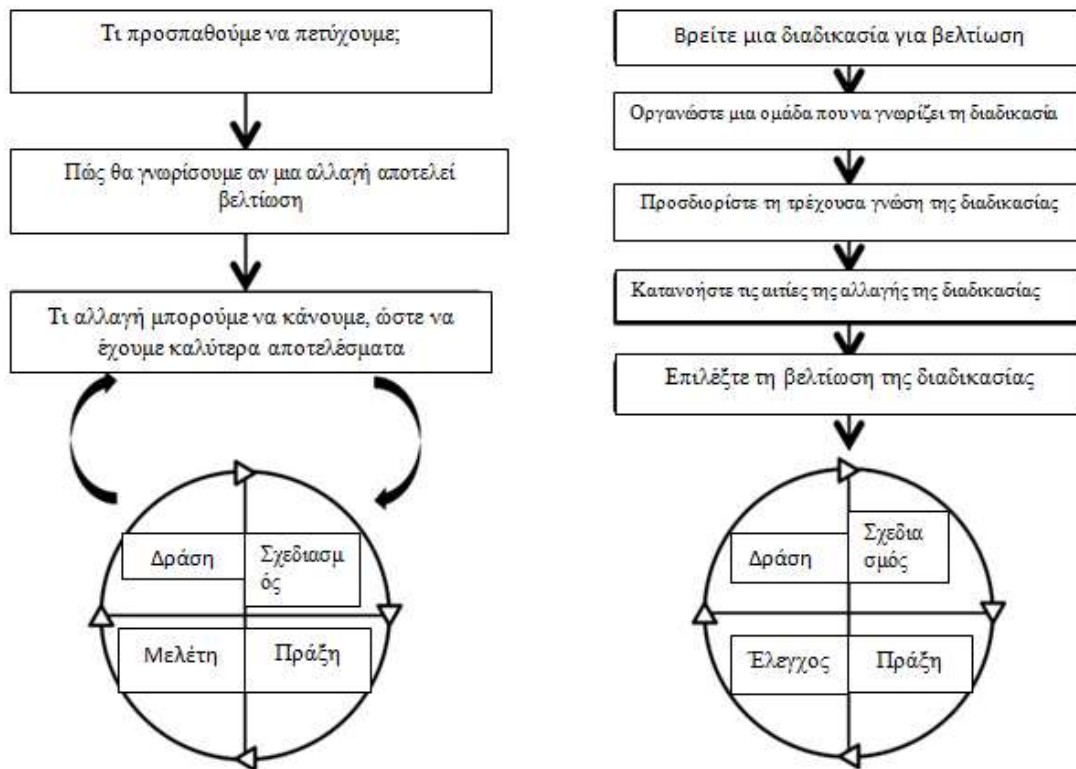
Σημαντικό ρόλο παίζει η ανάπτυξη μοντέλων που επιτρέπουν την διενέργεια των αναγκαίων αλλαγών, με σκοπό την συνεχή βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το σύστημα PDSA (προερχόμενο από τα αρχικά plan-do-study-act) είναι μια διεθνώς αναγνωρισμένη πρακτική, όπου σε αλληπάλληλους κύκλους διαπιστώνονται και εφαρμόζονται οι αναγκαίες αλλαγές και έχει εφαρμογή και στον τομέα της υγείας. Η βάση αυτής της διερεύνησης ήταν η διαπίστωση ότι για να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες αλλαγές σε κάποιο σύστημα, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι αυτό αφορά και το πλαίσιο του κοινωνικού περιβάλλοντος. Καθώς οι διαδικασίες αυτές μεταβάλλονται χρονικά με ένα προβλέψιμο ή μη τρόπο, οι παρεμβάσεις δεν μπορεί να είναι «στιγμιαίες», αλλά συνεχείς, προκειμένου να προσαρμόζονται στο κοινωνικό πλαίσιο και να ανταποκρίνονται σε απρόβλεπτα εμπόδια και ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Στον Πίνακα 1.1 απεικονίζεται η ανάπτυξη του μοντέλου στον τομέα της υγείας, κατ' αντιστοιχία άλλων τομέων παραγωγής (Taylor *et al.*, 2014).

Πίνακας 1.1 Περιγραφή μοντέλου σχεδιασμός, πράξη, μελέτη, δράση (PDSA)
(Taylor *et al.*, 2014).

	Deming (1986) Αρχική περιγραφή της μεθόδου, όπως εφαρμόστηκε στην παραγωγή αγαθών	Langley (1996) Πώς μπορεί να προσαρμοστεί η μέθοδος PDSA για εφαρμογή στο πλαίσιο της υγείας	Speroff and O'Connor (2004) Πώς η μέθοδος PDSA είναι ανάλογη της επιστημονικής μεθοδολογίας
Σχεδιασμός	Σχεδιασμός μιας αλλαγής ή ενός ελέγχου με στόχο τη βελτίωση	<ul style="list-style-type: none"> • Προσδιορισμός στόχου • Προσδιορισμός ερωτήσεων και προβλέψεων • Σχεδιασμός της εφαρμογής (ποιος, που, πότε) 	Διατύπωση μιας υπόθεσης για τη βελτίωση
Πράξη	Πραγματοποίηση της αλλαγής ή του ελέγχου	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτέλεση του σχεδιασμού • Καταγραφή προβλημάτων και μη αναμενόμενων παρατηρήσεων • Έναρξη ανάλυσης δεδομένων 	Συμπλήρωση των πρωτοκόλλων της μελέτης βάσει των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν
Μελέτη	Εξέταση των αποτελεσμάτων. Τι μάθαμε; Τι πήγε λάθος;	<ul style="list-style-type: none"> • Ολοκλήρωση ανάλυσης δεδομένων • Σύγκριση δεδομένων για πρόβλεψη • Περίληψη των γνώσεων που αποκτήθηκαν 	Ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων
Δράση	Υιοθέτηση της αλλαγής, απόρριψη της ή νέος κύκλος	<ul style="list-style-type: none"> • Τι αλλαγές πρέπει να γίνουν • Τι θα περιέχει ο επόμενος κύκλος 	Προγραμματισμός επόμενης δραστηριότητας

Δεν θα πρέπει να διαφύγει της προσοχής μας ότι τις τελευταίες δεκαετίες αναπτύσσεται για την αποτίμηση του «τί λειτουργεί και τί όχι» στην φροντίδα της υγείας, η «βάσει αποδείξεων ιατρική» (Evidence based medicine), δηλαδή η χρήση επιστημονικών αποδείξεων για την εξέταση και τεκμηρίωση του εκάστοτε θέματος (Masic, Miokonic & Muhamedagic, 2008).

Ο Πίνακας 1.1 συνδυάζεται με την Εικόνα 1.1 που περιγράφει το μοντέλο βελτίωσης FOCUS



Εικόνα 1.1 Το μοντέλο Βελτίωσης (FOCUS)
(προσαρμοσμένο από Taylor *et al.*, 2014).

Οι μέχρι τώρα Μελέτες που εξετάζουν την διεπιστημονική συνεργασία μέσα από την συγκεκριμένη οπτική τεκμηριώνουν την σημασία και συνεισφορά της στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην πραγματικότητα, το θέμα δεν είναι θεωρητικό, όπου αρκεί μια θετική απάντηση, αλλά πρακτικό, όπου αρμόδιοι δημόσιοι οργανισμοί, με την κατάλληλη χρηματοδότηση και εν γένει υποστήριξη, θα θέσουν προτεραιότητες για την αξιολόγηση των κλινικών υπηρεσιών, βάσει των διαθέσιμων αποδείξεων, προκειμένου στην συνέχεια να αναπτύξουν και εφαρμόσουν οδηγίες κλινικής πρακτικής βασισμένες στα αντίστοιχα πρότυπα (standards-based clinical practice guidelines) (For *et al.*, 2008).

1.4 Μοντέλα αξιολόγησης της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας

Σε ότι αφορά την διεπιστημονική εκπαίδευση και συνεργασία, σημαντική είναι η ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση μοντέλων που σκοπό έχουν να την βελτιώσουν. Μεταξύ αυτών, σημειώνουμε το Μοντέλο Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM), που αναπτύχθηκε από Αμερικανικό Πανεπιστήμιο, με σκοπό να προωθήσει την επικοινωνία και μια συντονισμένη φροντίδα υγείας με κέντρο τον ασθενή. Οι κανόνες ποιοτικής αξιολόγησης

ακολουθούν το πλαίσιο της FOCUS-PDSA που προαναφέρθηκε και τα πρώτα αποτελέσματα της εφαρμογής του (μετά από τις πρώτες ημέρες προσαρμογής, όπου οι συμμετέχοντες το αντιμετώπισαν με σκεπτικισμό) έδειξαν βελτιωμένη επικοινωνία και συνολικά εξοικονόμηση χρόνου. Γενικότερα, διαπιστώθηκε ότι η προσέγγιση αυτού του μοντέλου διευκολύνει ένα περιβάλλον συνεργασίας ανάμεσα σε ασθενείς, τις οικογένειές τους, γιατρούς, τους φυσικοθεραπευτές, τους νοσοκόμους και όσους παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας (Li *et al.*, 2018).

Δύο χρόνια αργότερα, άλλη μελέτη συγκέντρωσε τα στοιχεία από την εφαρμογή του μοντέλου ITIM σε 68 ομάδες διεπιστημονικής συνεργασίας, με 685 επισκέψεις σε ασθενείς σε δύο μεγάλα Νοσοκομεία (Real *et al.*, 2020).

Από τους ασθενείς ζητήθηκε να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια, σχετικά με την εμπειρία τους από τις διεπιστημονικές ομάδες. Τα συμπεράσματα ήταν τα εξής:

- Η διάρκεια νοσηλείας επηρεαζόταν σημαντικά από την δομή της ομάδας και την διαδικασία επικοινωνίας.
- Η εφαρμογή των κανόνων της ITIM διευκόλυνε την επικοινωνία ανάμεσα σε ασθενείς και προσωπικό.
- Οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ITIM, εκτιμώντας την το συνεργατικό και υποστηρικτικό πλαίσιο της όλης τους εμπειρίας.

Ένα άλλο, χρονικά προγενέστερο, μοντέλο αξιολόγησης της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας είναι το Healthy Teams Model, που προέκυψε επίσης από την ανάλυση των βασικών χαρακτηριστικών της. Η βάση αυτού του Μοντέλου ήταν η διαπίστωση ότι για να πραγματοποιηθούν οι βελτιωτικές αλλαγές, απαιτείται η αλλαγή των διαδικασιών, προκειμένου να προσαρμόζονται στο μεταβαλλόμενο κοινωνικό πλαίσιο και να ανταποκρίνονται σε απρόβλεπτα εμπόδια και ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Η πρώτη φάση για την ανάπτυξη του μοντέλου ήταν συνεντεύξεις με 39 πρόσωπα, με στρατηγικό ρόλο. Στην συνέχεια, 202 εργαζόμενοι στον τομέα υγείας συνετέλεσαν στην καταγραφή σε έναν κατάλογο των επιμέρους παραγόντων της διεπιστημονικής εργασίας. Η ανάλυσή του οδήγησε στον προσδιορισμό των βασικότερων θεμάτων, με βάση τα οποία δομείται ένα δυναμικό μοντέλο ομαδικής εργασίας (Healthy Teams Model) σε οργανισμούς παροχής ιατρικής φροντίδας. Το μοντέλο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με έναν Οδηγό Ανάλυσης της κατάστασης και ανάπτυξης της Ομάδας (Guide for Reflective Analysis and

Team Development), για την διευκόλυνση των μελών της στην αξιολόγηση και βελτίωση της λειτουργίας της ομάδας.

Τα έξι βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου ομαδικής εργασίας (Healthy Teams Model) είναι ο σκοπός, ο στόχος, η επικοινωνία η ηγεσία, η συνάφεια και ο αμοιβαίος σεβασμός-(Purpose, Goals, Communication, Leadership, Cohesion, Mutual respect). Αντίστοιχα, ο Οδηγός Ανάλυσης της κατάστασης και ανάπτυξης της Ομάδας περιλαμβάνει τέσσερις (4) φάσεις:

- Απεικόνιση της υπάρχουσας κατάστασης ως προς την υπάρχουσα ομαδική εργασία, ως προς τα έξι προαναφερθέντα χαρακτηριστικά.
- Συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης της ομάδας
- Σχεδιασμός των στρατηγικών βελτίωσης της ομάδας
- Εφαρμογή και αξιολόγηση των αλλαγών (Mickan & Rodger, 2005).

Κεφάλαιο 2

Διεπιστημονική εκπαίδευση

Στο κεφάλαιο αυτό, ξεκινώντας από μία σύντομη εισαγωγή με βασικούς ορισμούς για την διεπιστημονική εκπαίδευση στον χώρο της υγείας (2.1) θα παρουσιάσουμε τους μηχανισμούς που την επηρεάζουν (2.2) και θα αξιολογήσουμε την ποιότητα της διεπιστημονικής εκπαίδευσης (2.3). Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζονται δυο παραδείγματα μοντέλων διεπιστημονικής εκπαίδευσης (2.4).

2.1 Βασικοί ορισμοί

Διεπιστημονική εκπαίδευση (Interprofessional Education, συνοπτικά IPE) στον χώρο της υγείας είναι η παιδαγωγική προσέγγιση με στόχο την προετοιμασία των φοιτητών στα επαγγέλματα υγείας για την φροντίδα ασθενών σε ένα περιβάλλον ομάδας, όπου τα μέλη της συνεργάζονται. Η σημασία της για την διεπιστημονική συνεργασία είναι μεγάλη, αφού προετοιμάζει το προσωπικό παροχής ιατρικής φροντίδας για την διεπιστημονική συνεργασία. Από τη στιγμή που επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης αρχίζουν να εργάζονται μαζί ως συνεργάτες, θα βελτιώνεται η φροντίδα του ασθενή.

Μεταξύ άλλων, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ (Institute of Medicine), Εθνικές Ακαδημίες Επικουρικής Ιατρικής (National Academies of Practice), η Αμερικανική Ένωση Σχολών Φαρμακευτικής (American Association of Colleges of Pharmacy) και η Αμερικανική Ένωση Δημόσιας Υγείας (American Public Health Association) είναι μερικές από τις πολλές οργανώσεις που υποστηρίζουν την διεπιστημονική εκπαίδευση, με τρόπο ενεργό (Buring *et al.*, 2009).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η διεπιστημονική εκπαίδευση εφαρμόζεται όταν φοιτητές από δύο ή περισσότερες σχολές επαγγελματιών υγείας και μαθαίνουν ένας μαζί με τον άλλον και από τον άλλον. Αυτό έχει ως στόχο μια αποτελεσματική και λειτουργική συνεργασία μεταξύ των φοιτητών, βελτιώνοντας έτσι το σύστημα εκπαίδευσης και στην συνέχεια το σύστημα υγείας, αφού η διεπιστημονική εκπαίδευση αποτελεί ένα απαραίτητο βήμα για την προετοιμασία και στο επαγγελματικό πεδίο. Από την στιγμή όπου οι φοιτητές κατανοήσουν πώς να εργάζονται διεπαγγελματικά, είναι έτοιμοι να εισέλθουν στον χώρο εργασίας ως μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας, σημείο κλειδί, όπως αναφέρεται, για την βελτίωση του Συστήματος Υγείας (WHO, 2010).

2.2 Μηχανισμοί που επηρεάζουν την διεπιστημονική εκπαίδευση

Σύμφωνα με Έκθεση του ΠΟΥ (ΠΟΥ 2010), οι μηχανισμοί που διαμορφώνουν την διεπιστημονική εκπαίδευση αφορούν αφενός το προσωπικό που συμμετέχει σε αυτήν, όσο και το πρόγραμμα της εκπαίδευσης, περιλαμβανομένης και της πρακτικής εφαρμογής.

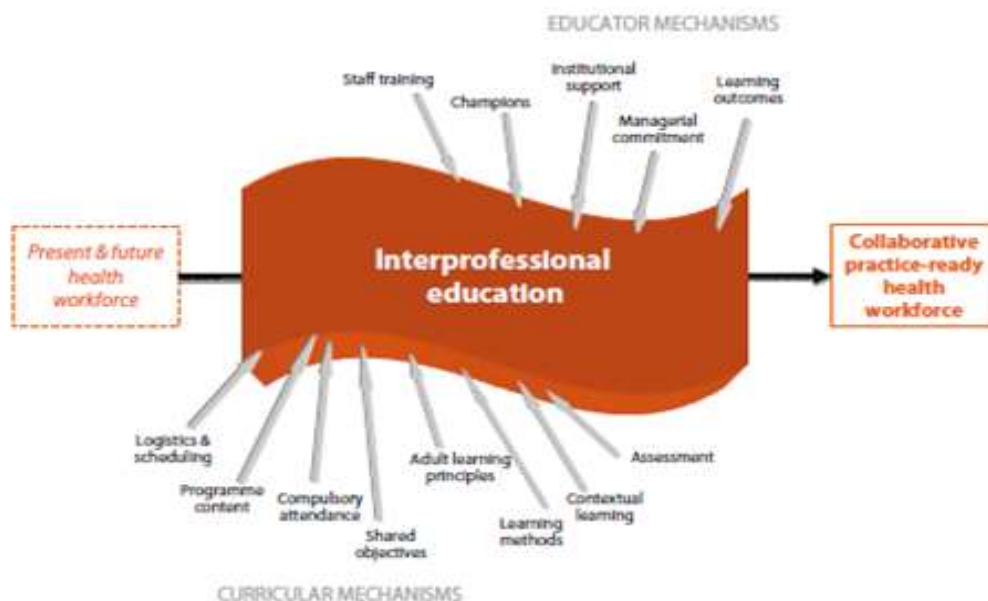
Στην Εικόνα 2.1 εμφανίζονται οι εξής μηχανισμοί:

Εκπαιδευτικοί Μηχανισμοί (Educator Mechanisms)

- Εκπαίδευση Προσωπικού (Staff Training)
- Πρωταθλητές (Champions)
- Θεσμική Υποστήριξη (Institutional Support)
- Διοικητική Δέσμευση (Managerial Commitment)
- Αποτελέσματα Μάθησης (Learning Outcomes)

Μηχανισμοί σχετικοί με το Πρόγραμμα Σπουδών (Curricular Mechanisms)

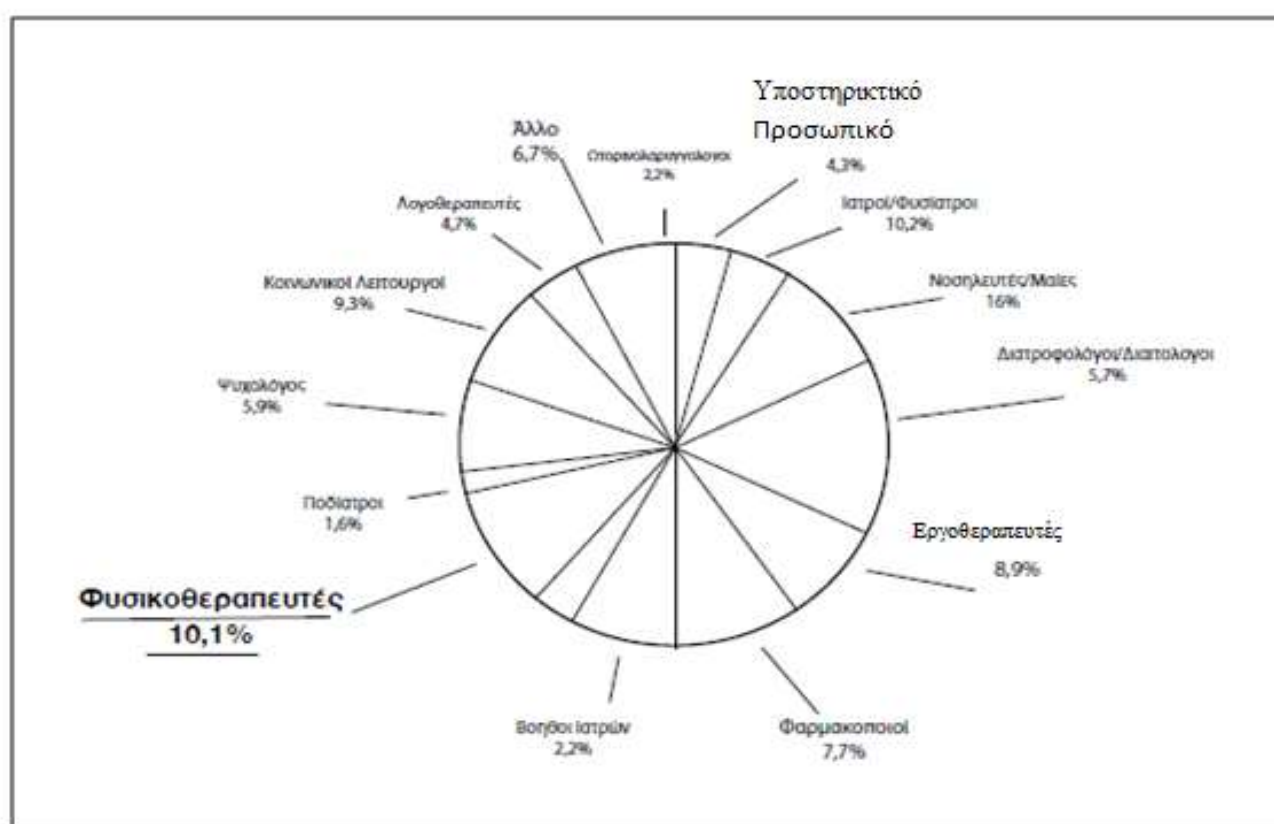
- Επιμελητεία και Προγραμματισμός (Logistics and Scheduling)
- Περιεχόμενο Προγράμματος (Programme Content)
- Υποχρεωτική Παρακολούθηση (Compulsory Attendance)
- Κοινοί Στόχοι (Shared Objectives)
- Εκμάθηση Ολοκληρωμένων Αρχών (Adult Learning Principles)
- Εκμάθηση Μεθόδων (Learning Methods)
- Συνειρμική Μάθηση (Contextual Learning)
- Εκτίμηση (Assessment)



Εικόνα 2.1 Μηχανισμοί Διεπιστημονικής Εκπαίδευσης (προσαρμοσμένο από WHO, 2010)

Στους μηχανισμούς εφαρμογής της διεπιστημονικής εκπαίδευσης εμπλέκονται όλα τα επαγγέλματα της παροχής υπηρεσιών υγείας (όπως γιατροί, φαρμακοποιοί, ψυχολόγοι) υποστηρικτικά και παραϊατρικά επαγγέλματα (όπως φυσικοθεραπευτές, νοσοκόμοι, λογοθεραπευτές αλλά και προσωπικό που διαθέτουν οι κοινότητες υποστήριξης ασθενών).

Η ακόλουθη Εικόνα 2.2 Επαγγελματίες που έλαβαν διεπιστημονική εκπαίδευση, στην οποία εμφανίζεται και η αναλογικά υψηλή συμμετοχή των φυσικοθεραπευτών είναι χαρακτηριστική (WHO, 2010).



Εικόνα 2.2 Επαγγελματίες που έλαβαν διεπιστημονική εκπαίδευση
(προσαρμοσμένο από WHO, 2010)

Επίσης, για την περαιτέρω ενεργοποίηση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης, ο ΠΟΥ προτείνει περαιτέρω δράσεις για την προώθηση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης για βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία, όπως παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.1.

Πίνακας 2.1 Δράσεις για προώθηση διεπιστημονικής εκπαίδευσης για βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία (WHO, 2010)

ΔΡΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ
Συμφωνία σε ένα κοινό όραμα και ένα κοινό σκοπό για την διεπιστημονική εκπαίδευση με τους κύριους εμπλεκόμενους από όλες τιςσχόλες και τους οργανισμούς.	<ul style="list-style-type: none"> - Αυτοί που παίρνουν τις αποφάσεις - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Ηγέτες στο τομέα της εκπαίδευσης - Διδάσκοντες - Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας
Ανάπτυξη προγραμμάτων διεπιστημονικής εκπαίδευσης, σύμφωνα με τις αρχές της ορθής διεπιστημονικής πρακτικής.	<ul style="list-style-type: none"> - Αυτοί που καταρτίζουν τα προγραμμάτων σπουδών - Διδάσκοντες - Ηγέτες στο τομέα της εκπαίδευσης - Ερευνητές
Παροχή οργανωτικής υποστήριξης και κατάλληλων οικονομικών πόρων και χρόνου για τα εξής: <ul style="list-style-type: none"> - Ανάπτυξη και προσφορά της διεπιστημονικής εκπαίδευσης - Εκπαίδευση προσωπικού ως προς την διεπιστημονική εκπαίδευση 	<ul style="list-style-type: none"> - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης
Εξασφάλιση προσωπικού υπεύθυνου για την ανάπτυξη, προσφορά και αξιολόγηση διεπιστημονικής εκπαίδευσης που είναι ικανό για τον σκοπό αυτό	<ul style="list-style-type: none"> - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης - Διδάσκοντες
Εισαγωγή της διεπιστημονικής εκπαίδευσης στα εξής εκπαιδευτικά προγράμματα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας: <ul style="list-style-type: none"> - Όλα τα προπτυχιακά προγράμματα - Κατάλληλα μεταπτυχιακά προγράμματα και προγράμματα της συνεχούς εκπαίδευσης - Μαθήματα για την ποιοτική βελτίωση υπηρεσιών 	<ul style="list-style-type: none"> - Κυβερνητικοί ηγέτες - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης - Αυτοί που καταρτίζουν τα προγραμμάτων σπουδών - Διδάσκοντες - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων
Εξασφάλιση της δέσμευσης για την διεπιστημονική εκπαίδευση των ηγετών των Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων	<ul style="list-style-type: none"> - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων

2.3 Αξιολόγηση ποιότητας της διεπιστημονικής εκπαίδευσης

Η διεπιστημονική εκπαίδευση υπόκειται επίσης σε ποιοτική αξιολόγηση, ως προς τα αποτελέσματά της (δηλαδή ως προς τον βαθμό αφομοίωσης και εφαρμογής των βασικών αρχών από τους εκπαιδευόμενους).

Ως τέτοια παραδείγματα περιγράφονται οι παρακάτω Μελέτες:

A. Αξιολόγηση των αντιλήψεων των φοιτητών ως προς την διεπιστημονική συνεργασία.

Αυτή η μελέτη διερεύνησε τις αλλαγές στην προσέγγιση των φοιτητών, χρησιμοποιώντας 2 αναγνωρισμένα μέσα διεπιστημονικής έρευνας - το εργαλείο Συνεργατικής Διεπιστημονικής Σχέσης Σχέσεων (CHIRP) και την Διεπιστημονική Κλίμακα Στάσεων (IPAS) - πριν και μετά τις διδακτικές και κλινικές ομάδες. Η υπόθεση που εξετάστηκε είναι αν σύντομες κλινικές εμπειρίες σε ομάδες διεπιστημονικής συνεργασίας θα παρήγαγαν σημαντικότερες αλλαγές από ότι εμπειρίες σε μικρές ομάδες (ακαδημαϊκής) διδασκαλίας. Για το σκοπό αυτόν, μελετήθηκαν οι εμπειρίες σχετικά με το σχεδιασμό και την παράδοση διεπιστημονικών μαθησιακών εμπειριών σε διδακτικές (n = 865) και κλινικές (n = 76) φοιτητικές ομάδες σε ολοκληρωμένο ακαδημαϊκό κέντρο υγείας.

Το συμπέρασμα ήταν ότι οι καθαρά διδακτικές δραστηριότητες μάθησης μπορούν να παρέχουν θεμελιώδεις αρχές για την διεπιστημονική συνεργασία, αλλά η εφαρμογή στο πλαίσιο της πραγματικής φροντίδας των ασθενών επέφεραν σημαντικότερες αλλαγές στις αντιλήψεις των φοιτητών, τις οποίες τα αποτελέσματα του IPAS αποκάλυψαν στον προαναφερθέντα υποτομέα.

Αυτή ήταν η πρώτη αναφορά που χρησιμοποιείται το αναγνωρισμένο μοντέλο IPAS για την αξιολόγηση όλων των κλάδων υγείας για την φροντίδα των ασθενών από διεπιστημονική ομάδα, που περιελάμβανε φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτικής, φαρμακευτικής και άλλα μέλη που παρείχαν υπηρεσίες υγείας (Dennis *et al.*, 2019).

B. Αρχές της ανάπτυξης της ύλης της διεπιστημονικής εκπαίδευσης σε ένα Πρόγραμμα Υγείας.

Η διεπιστημονική εκπαίδευση, επιφέρει αλλαγές στην ύλη της εκπαίδευσης, μεταξύ των οποίων τονίζονται οι εξής:

- Ο ρόλος της προσομοίωσης, με χρήση διαφόρων μέσων, όπως ανθρώπων σε παιχνίδι ρόλων, τεχνολογία υπολογιστών και η εκπαίδευση εξ αποστάσεως, μέσω προγραμματισμένων ηλεκτρονικών ενοτήτων μάθησης.
- Η ανάγκη να λαμβάνονται υπόψη οι διαφορετικές επαγγελματικές κουλτούρες, πχ γιατρών, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, κλπ.

- Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον όσων έχουν μεγαλύτερη επαφή με τον ασθενή, άμεσα ή έμμεσα. Η επαφή με τον ασθενή ως μέρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας διευκολύνει τους διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης και μακροπρόθεσμα έχει θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή.
- Η ανάγκη προσαρμογής του εκπαιδευτικού προγράμματος στο προσωπικό στο οποίο απευθύνεται, για παράδειγμα είναι διαφορετικό στους φοιτητές και στους αποφοίτους (Birk J. T., 2017).

Γ. Η αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής εκπαίδευσης.

Στην μελέτη αυτή, από την αναζήτηση σε γνωστές βάσεις δεδομένων για άρθρα που δημοσιεύτηκαν στην αγγλική γλώσσα μεταξύ των ετών 2000 και 2016 και περιέχουν λέξεις κλειδιά που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας στον τομέα της υγείας, επιλέχθηκαν τελικά 12 άρθρα για περαιτέρω εξέταση και μετα-ανάλυση.

Τα ευρήματα αυτής της συστηματικής επισκόπησης και της μετα-ανάλυσης αναφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στις βαθμολογίες πριν και μετά την ενσωμάτωση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης σε διάφορους ιατρικούς τομείς, όπως καθορίζεται από την αυξημένη απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και αντιλήψεων των φοιτητών. Αυτή η αποτελεσματικότητα του σχεδιασμού φαίνεται ότι οδηγεί σε πολυδιάστατα κέρδη, όπως έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ των νοσοκόμων και των ιατρών του τμήματος έκτακτης ανάγκης. Ακόμα, έχει βοηθήσει τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην προσέγγισή τους να επιλύσουν περίπλοκα ζητήματα με τους ασθενείς και την ικανότητά που αναπτύσσουν για την ενεργό συμμετοχή των ασθενών, εξαλείφοντας στερεότυπα.

Μεταξύ των στοιχείων που αναφέρει η μελέτη, μια πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξε μια σταθερά θετική ανταπόκριση στη διεπιστημονική εκπαίδευση από φοιτητές σχετικά με τις αντιλήψεις, την στάση, την συλλογική γνώση και τις δεξιότητες, όπως και επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της τρέχουσας μελέτης δείχνοντας μια αυξανόμενη βιβλιογραφία, που ενσωματώνει θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά, οργανωτική πρακτική, και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών και των λοιπών ενδιαφερόμενων μερών. Η αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής εκπαίδευσης θεωρείται ότι έχει μεγαλύτερη επίδραση όταν ενσωματώνεται σε διδασκαλία και εκπαίδευση στον χώρο εργασίας.

Η μελέτη εντόπισε θετικά αποτελέσματα της εκπαιδευτικής παρέμβασης με τη διδασκαλία και με την ανάπτυξη μαθημάτων διεπιστημονικής εκπαίδευσης σε διάφορους κλάδους του υγειονομικού προσωπικού. Η αποτελεσματικότητα του σχεδιασμού έχει αποδειχθεί ότι έχει θετικό αντίκτυπο στο βελτίωση των γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων των μαθητών σχετικά με τη συλλογική ομαδική εργασία. Ωστόσο, η διαχείριση του αυξανόμενου αριθμού φοιτητών που είναι εγγεγραμμένοι σε κάθε εξάμηνο για αυτά τα υποχρεωτικά μαθήματα, ο προγραμματισμός, το χρονοδιάγραμμα, η κατανομή επαρκούς χρόνου και η εύρεση κατάλληλου χώρου και προσωπικού διδασκαλίας για τις ανάγκες των μαθημάτων απαιτεί συστηματικές προσπάθειες από την διοίκηση και τη σχολή (Guraya & Barr, 2017).

Δ. Μέτρα διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η εξέταση των ποσοτικών μέτρων (δηλαδή, έρευνες και ερωτηματολόγια) που περιγράφονται στη διεπιστημονική αρθρογραφία. Τα μέτρα που εντοπίστηκαν αναλύθηκαν για την εγκυρότητα και αξιοπιστία των στατιστικών στοιχείων, το μέγεθος δείγματος, ευκολία πρόσβασης σε στοιχεία σχετικά με τις μετρήσεις, και η εφαρμοσιμότητα του μέτρου σε διαφορετικούς επαγγελματικούς πληθυσμούς. Τα δύο βασικά μέτρα που εξετάστηκαν είναι η κλίμακα ετοιμότητας για διεπιστημονική μάθηση (Parsell G. & Bligh, 1998) και η κλίμακα της αντίληψης της διεπιστημονικής εκπαίδευσης (Brett et al., 2014). Για τα υπόλοιπα έξι (6) μέτρα υπήρχαν περιορισμένες πληροφορίες και στερούνταν επαρκούς θεωρητικής ανάπτυξης, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες (Thannhauser J. *et al*, 2010; Parsell & Bligh, 1998; Vaughan *et al.*, 2014)

Ε. Αποτελέσματα της διεπιστημονικής εκπαίδευσης στην επαγγελματική πρακτική.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων της διεπιστημονικής εκπαίδευσης, σε σύγκριση με ξεχωριστές παρεμβάσεις και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων της διεπιστημονικής εκπαίδευσης, σε σύγκριση με την περίπτωση που δεν υπήρξε καμία εκπαιδευτική παρέμβαση.

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε εξειδικευμένα μητρώα και σε άλλα επιστημονικά αρχεία δημοσιεύσεων για τα έτη 2006 έως 2011.

Από τις δεκαπέντε (15) συνολικά Μελέτες που εντοπίστηκαν, δηλαδή εννέα (9) επιπρόσθετες των έξι (6) που είχαν εντοπιστεί σε αντίστοιχη μελέτη το 2008, στις επτά (7)

προέκυψαν θετικά αποτελέσματα, στις τέσσερις (4) μικτά αποτελέσματα και στις υπόλοιπες τέσσερις (4) δεν εντοπίστηκε αποτέλεσμα στην διαδικασία της παροχής φροντίδας ή την υγεία των ασθενών.

Το αποτέλεσμα αυτό που δε διευκρίνισε κατά τρόπο κατηγορηματικό το ερευνώμενο θέμα, θεωρείται ότι οφείλεται στην ετερογένεια των μελετών ως προς τον αριθμό ωρών της διεπιστημονικής εκπαίδευσης (που κυμαίνονταν από μερικές ώρες ή μερικές ημέρες έως προγράμματα διάρκειας άνω του ενός έτους), στο είδος της παροχής φροντίδας, στην ειδικότητα των εκπαιδευομένων (χειρουργοί, νοσοκόμες, φυσιοθεραπευτές, βοηθοί νοσηλευτών και προσωπικό συντήρησης, ενώ και ο αριθμός των ατόμων που εξετάστηκε σε κάθε μελέτη ήταν γενικά περιορισμένος (Reeves *et al.*, 2013).

Συμπερασματικά, παρά το γεγονός ότι καταγράφηκαν ορισμένα θετικά αποτελέσματα και επισημαίνεται το αυξημένο ενδιαφέρον ως προς την προηγούμενη καταγραφή, η συγκεκριμένη μελέτη, μέσω του εντοπισμού κάποιων ελλείψεων (όπως η μη αξιολόγηση των επιπτώσεων στους πόρους, η μη αναφορά ανά επάγγελμα, κλπ) προτείνει αυτές να ληφθούν υπόψη στις επόμενες μελέτες. Στις παραπάνω περιπτώσεις η Ολιστική Διαχείριση Ποιότητας (Total Quality Management) είναι σημαντική κυρίως μέσω της αξιολόγησης και πιστοποίησης των εμπλεκόμενων.

2.4 Παραδείγματα διεπιστημονικής εκπαίδευσης

Λόγω των ως άνω αναφερόμενων πλεονεκτημάτων της διεπιστημονικής εκπαίδευσης, κρατικές ή υποστηριζόμενες από το κράτος Αρχές, που περιλαμβάνουν ενώσεις ή και μεμονωμένα πανεπιστημιακά ιδρύματα, αναλαμβάνουν την προώθηση της, μέσω συγκεκριμένων πρωτοβουλιών, εξεύρεσης χρηματοδότησης συντονισμού των ενδιαφερόμενων φορέων κλπ. Τα μέσα με τα οποία ενισχύεται η διεπιστημονική εκπαίδευση περιλαμβάνουν την διοργάνωση σεμιναρίων, ή και πιο οργανωμένων δραστηριοτήτων (π.χ. campus), ή από κοινού παρακολούθηση μαθημάτων. Η συνεργασία με νοσοκομεία, χώρους πρακτικής άσκησης της θεραπείας αποτελεί ένα κρίσιμο κρίκο στην διεπιστημονική εκπαίδευση. Τα πιο προχωρημένα από αυτά παρέχουν σχετικές εμπειρίες και γνώσεις και μετά το τέλος των βασικών σπουδών ενώ επιδιώκουν την ανάπτυξη σχέσεων και με άλλες περιπτώσεις όπου.

Ως τέτοια πετυχημένα παραδείγματα περιγράφονται τα πιο κάτω.

A) Πανεπιστήμιο του Τορόντο

Από το 2000, το Πανεπιστήμιο του Τορόντο έχει αναπτύξει έναν διεπιστημονικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Συνεργασίας (IPE/C) στο οποίο συμμετέχουν έντεκα προγράμματα επαγγελματιών υγείας και σαράντα εννέα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Το πρόγραμμα αυτό ξεκινά από το πρώτο έτος και συνεχίζεται μέσω διαφόρων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών, και εκτείνεται στην πρακτική εκπαίδευση. Το σύστημα αυτό περιγράφεται σαν μοντέλο Τορόντο (Toronto Model) και στην ανάπτυξή του έχουν δεσμευτεί το προσωπικό από τα Πανεπιστήμια και τα Νοσοκομεία.

Η επιστημονική κοινότητα του πανεπιστημίου του Τορόντο που εμπλέκεται στην διεπιστημονική εκπαίδευση είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αποτελείται από :

- Περίπου 3.700 φοιτητές
- 620 μέντορες (συμβούλους) από το ακαδημαϊκό και νοσοκομειακό προσωπικό που ενεργοποιούνται σε πάνω από 120 εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε έντεκα επαγγελματικά προγράμματα.

Αυτή η εξαιρετικά γρήγορη και πετυχημένη ανάπτυξη δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την παρουσία:

- προσωπικοτήτων (πανεπιστημιακών) που ανέλαβαν να αναπτύξουν τον συγκεκριμένο τομέα
- των διοικήσεων του πανεπιστημίου και των Νοσοκομείων που συνεργάζονται στο πρόγραμμα
- του επιστημονικού προσωπικού αλλά και των Ενώσεων των φοιτητών
- των περιφερειακών και εθνικών Αρχών
- χορηγιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς (Nelson, Tassone & Hodges *et al.*, 2014).

B. Πανεπιστήμιο Rosalind Franklin University of Medicine and Science

Το πανεπιστήμιο αυτό οργανώνει από το 2014 ένα μάθημα με τίτλο “HMTD 500” «Διεπιστημονικές Ομάδες Υγείας», όπου οι φοιτητές επικεντρώνονται σε μία συνεργατική προσέγγιση για την περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή. Στο πλαίσιο αυτό οι φοιτητές αλληλεπιδρούν σε διεπιστημονικές ομάδες υγειονομικής περίθαλψης και δίνεται έμφαση στην επικοινωνία, στην επιστημονική τεκμηρίωση και στη βελτίωση της ποιότητας. Το

μάθημα αποτελείται από τρεις ενότητες: μια διδακτική, μια βιωματικής εκμάθησης παρεχόμενων υπηρεσιών και μια κλινικής εφαρμογής. Από αυτές:

α) Η διδακτική ενότητα έχει τους εξής στόχους :

- Να παρουσιάσει τα χαρακτηριστικά της συνεργασίας της διεπιστημονικής ομάδας.
- Να αναλύσει την αλληλεπίδραση της υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή.
- Να συσχετίσει την εκμάθηση των υπηρεσιών ως προς την κοινωνική ευθύνη.
- Να εντοπίσει πρόσθετες ομάδες επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να ωφελήσουν ένα συγκεκριμένο ασθενή.
- Να αναλύσει τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθούν σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος.
- Να συζητήσει τα τρέχοντα θέματα που αφορούν όλα τα επαγγέλματα της υγειονομικής περίθαλψης.

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει όχι μόνο από καθέδρας διδασκαλία, αλλά και συμμετοχή των φοιτητών με εξέταση παραδειγμάτων, εκπόνηση εργασιών και ανταλλαγή απόψεων.

β) Η ενότητα της βιωματικής εκμάθησης εξυπηρετεί τους εξής σκοπούς:

Οι φοιτητές καλούνται να σχηματίσουν ομάδες και τους ζητούν να βρουν έναν εταίρο της τοπικής κοινωνίας και να αναπτύξουν ένα σχέδιο, που ανταποκρίνεται σε μια συγκεκριμένη ανάγκη της. Κυρίως οι ομάδες εστιάζουν στην πρόληψη μέσω της φυσικής άσκησης, της σωστής διατροφής, των προληπτικών εξετάσεων υγείας και γενικότερα της υιοθέτησης υγιεινών επιλογών. Στην διάρκεια της παραπάνω διαδικασίας οι φοιτητές προβληματίζονται και μαθαίνουν για τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Στο τέλος της ενότητας αυτής παρουσιάζονται στο κοινό τα αποτελέσματα της κάθε ομάδας. Η εμπειρία έδειξε ότι η πιο πάνω διαδικασία γίνεται ευνοϊκά δεκτή από την τοπική κοινωνία και την μεγάλη πλειοψηφία των φοιτητών.

γ) Η ενότητα της κλινικής εφαρμογής περιλαμβάνει τον σχηματισμό ομάδων από τρία άτομα με διαφορετικό αντικείμενο σπουδών:

Οι ομάδες επισκέπτονται νοσοκομεία και κλινικές, και εφαρμόζουν την γνώση και την εμπειρία τους σε έναν ασθενή η κάθε ομάδα. Αφού τα μέλη συζητήσουν για την κλινική

περίπτωση συμβάλλοντας ανάλογα με την ειδικότητά τους, προτείνουν θεραπευτικά πλάνα αποκατάστασης σύμφωνα με τον κλάδο τους. Επίσης, εξετάζουν ποιες άλλες πρόσθετες ειδικότητες είναι απαραίτητες για την περίθαλψη του ασθενή. Προχωρούν σε συνάντηση με τον ασθενή για επανεξέταση της εξέλιξής του. Τέλος, ανταλλάσσουν απόψεις με τις άλλες ομάδες για την διεπιστημονική συνεργασία που ζητήθηκε (Bridges *et al.*, 2011).

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3

Διεπιστημονική συνεργασία

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σε ότι αφορά την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, αυτή βασίστηκε σε ποικίλες μελέτες, μετα-αναλύσεις, περιπτώσεις εφαρμογής (case studies), κλπ οι οποίες αναζητήθηκαν σε έγκυρες βάσεις δεδομένων, όπως το PubMed, Google Scholar, Research Gate και άλλες. Λιγότερα άρθρα και μελέτες χρησιμοποιήθηκαν από επιστημονικά περιοδικά ή από διάφορα αναγνωρισμένα Ινστιτούτα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: HealthCare System, interprofessional education, interprofessional collaborative practice, multidisciplinary team, transdisciplinary team. Η ανασκόπηση της αρθρογραφίας και βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε για την συγγραφή της εργασίας, ξεκίνησε από πιο παλιές δεκαετίες με τις πρώτες έρευνες να περιγράφουν βασικές έννοιες της διεπιστημονικής συνεργασίας, συνεχίζοντας με την ιστορική αναδρομή της, και σε μεγαλύτερο βαθμό παρουσιάζονται οι πιο σύγχρονες μελέτες και έρευνες (της τελευταίας δεκαετίας-δεκαπενταετίας), με σκοπό ο αναγνώστης να ενημερωθεί για τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα.

Στο κεφάλαιο αυτό, ξεκινώντας από τους βασικούς ορισμούς (3.1) και την ιστορία της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας (3.2), θα εξετάσουμε τους μηχανισμούς που την επηρεάζουν (3.3), τα κίνητρα επιτυχίας και τα εμπόδια (3.4), καθώς και τις προτεινόμενες από τον ΠΟΥ δράσεις (3.5).

3.1 Βασικοί ορισμοί

Ο ορισμός της ομάδας είναι «ένα διακριτό σύνολο από δύο ή περισσότερα άτομα που αλληλεπιδρούν δυναμικά, αλληλένδετα και προσαρμοστικά προς ένα κοινό και αξιόλογο στόχο, στους οποίους έχουν ανατεθεί συγκεκριμένοι ρόλοι ή λειτουργίες για να εκτελέσουν και οι οποίοι έχουν περιορισμένη διάρκεια συνεργασίας». Διεπιστημονική ομάδα στον τομέα

της υγείας σημαίνει η ομάδα που αποτελείται από διάφορους επιστήμονες υγείας, που αλληλεπιδρούν δυναμικά και μοιράζονται κοινούς ασθενείς και κοινούς στόχους για την καλύτερη περίθαλψη των ασθενών (World Health Organisation, 2012). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιγράφει την διεπιστημονική συνεργασία (IPCP) ως την πλήρη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από πολλούς επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, με διαφορετικό επαγγελματικό υπόβαθρο που επιδιώκουν να συνεργαστούν με ασθενείς, οικογένειες, παρόχους φροντίδας και κοινότητες, ώστε να παρέχουν την υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Αυτός ο ορισμός υπογραμμίζει τις βασικές πτυχές του (Interprofessional Collaboration Practise) IPCP, ότι η επικέντρωση εστιάζεται στον ασθενή, στην οικογένεια, και στις σχέσεις με τους επαγγελματίες. Η διεπιστημονική φροντίδα που βασίζεται στην ομάδα ορίζεται περαιτέρω ως παροχή φροντίδας στον ασθενή και δημιουργείται σκόπιμα, με τα μέλη της να αναγνωρίζουν οι ίδιοι ότι έχουν συλλογική ταυτότητα και κοινή ευθύνη για ένα ασθενή ή μια ομάδα ασθενών (Golom *et al.*, 2018).

3.2 Ιστορία και εξέλιξη της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας

Με την ευρύτερη έννοια του όρου, η διεπιστημονική συνεργασία συναντάται σε πολιτιστικές μορφές, όπου η συνεργασία ανθρώπων με διαφορετικές γνώσεις και ικανότητες, ήταν αναγκαίες για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Στην πράξη η διεπιστημονική συνεργασία ως μια μέθοδος με αρχές, διαδικασίες και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει την αφετηρία της στις ΗΠΑ, κατά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου οι ανάγκες, μεταξύ άλλων και στην περίθαλψη των ασθενών, ήταν ιδιαίτερα απαιτητικές. Στη συνέχεια, έλαβε ένα πιο συγκεκριμένο κοινωνικό χαρακτήρα, με την ίδρυση Κοινοτικών (Πρωτοβάθμιων) Κέντρων Υγείας, για την εξυπηρέτηση κυρίως πολιτών που δεν είχαν εύκολη πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Ενδεικτικά, αναφέρουμε την ίδρυση διεπιστημονικών ομάδων από το Κοινοτικό Κέντρο Υγείας του Martin Luther King, το 1972, ενώ ήδη από το τέλος της δεκαετίας του 1970 ετήσια συνέδρια για το θέμα αυτό οργανώνονται στις ΗΠΑ, αλλά και άλλες χώρες (Baldwin & De Witt, 1996).

Σταθμό στην παροχή της ιατρικής φροντίδας μέσω της διεπιστημονικής συνεργασίας αποτέλεσε η ίδρυση από τον ΠΟΥ το 2007 της Επιτροπής για την μελέτη της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας. Η συγκεκριμένη Επιτροπή αποτελείται από περίπου τριάντα (30) διακεκριμένα μέλη από διάφορες χώρες του κόσμου, ενώ στους συνεργάτες της Επιτροπής (ΠΟΥ, 2010) περιλαμβάνονται οργανώσεις που ομαδοποιούν με γεωγραφικά ή άλλα κριτήρια επιμέρους φορείς. Ενδεικτικά, μέλη του Ευρωπαϊκού Δικτύου EIPEN είναι πανεπιστήμια κυρίως από τη Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη (ενδεικτικά από

Βέλγιο, Γερμανία, Ολλανδία), γεγονός που φανερώνει μια ανισομέρεια στις χώρες ως προς την συστηματική προώθηση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας. Αντίστοιχα, στην Βόρειο Αμερική (ΗΠΑ και Καναδά) εξελίσσεται με γρήγορους ρυθμούς από πιλοτικά ερευνητικά προγράμματα σε στοιχείο εκπαίδευσης και εφαρμογής σε αυξανόμενο αριθμό Πανεπιστημιακών και Νοσοκομειακών ιδρυμάτων (Baldwin & De Witt, 1996; Hall *et al.*, 2006).

Προς την κατεύθυνση αυτή, αξίζει να σημειωθεί ότι εκτός από τις κυβερνήσεις και τους επαγγελματικούς φορείς που στηρίζουν και προωθούν την διεπιστημονική συνεργασία και εκπαίδευση, ιδιώτες αλλά και ιδιωτικοί φορείς επιλέγουν να προωθήσουν την σχετική έρευνα και εφαρμογή, με την επιχορήγηση και ενίσχυση σχετικών προγραμμάτων και άλλους τρόπους. Ενδεικτικά, σημειώνεται το Ίδρυμα Robert Wood Johnson Foundation που είναι ένα κέντρο έρευνας στον τομέα της υγείας που χρηματοδοτεί από τις πρώτες του ακόμα φάσεις (το 1972) έως και σήμερα προγράμματα διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας (Robert Wood Johnson Foundation, 2015; Baldwin & De Witt, 1996).

Οι λόγοι που συνέβαλλαν στη, σε κάποιες περιπτώσεις, αλματώδη αύξηση του ενδιαφέροντος για το θέμα αυτό είναι ποικίλοι:

- Λόγω της μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας σε σχέση με άλλα συστήματα πιο ιεραρχικά δομημένα προκύπτει μία εξοικονόμηση χρημάτων και ανθρώπινων πόρων, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό σε περιόδους οικονομικής στενότητας του δημόσιου χρήματος και αυξημένων αναγκών.
- Η προσέγγιση της υγείας με κέντρο τον ασθενή, επίσης συνέβαλε, μέσω της επιδίωξης για έναν ικανοποιημένο ασθενή, στην ανάπτυξη της διεπιστημονικής συνεργασίας.
- Λόγω των καλύτερων σχέσεων συνεργασίας και της μεγαλύτερης ικανοποίησης του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού από μία ισότιμη σχέση διεπιστημονικής συνεργασίας, άτομα και ομάδες προσώπων υποστήριξαν και ενίσχυσαν την τάση αυτή.

Σήμερα, η διεπιστημονική εκπαίδευση και συνεργασία έχει πλέον καθιερωθεί με εξειδικευμένο αντικείμενο, διαδικασίες λειτουργίας και αξιολόγησης, διοικητική αυτοτέλεια και υποστήριξη από περιφερειακές και εθνικές Αρχές. Κάποιες φορές ταυτίζεται με μία πολιτιστική επιλογή, διαφοροποιημένη από την κερδοσκοπία και αποξένωση, με συνεχώς αυξανόμενο ρόλο και απήχηση.

Οι διεπιστημονικές ομάδες υγειονομικής περίθαλψης κατανοούν πώς να βελτιστοποιήσουν τις δεξιότητες των μελών της ομάδας τους, αξιολογούν και συζητούν τις περιπτώσεις των ασθενών και παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς και στην κοινότητα. Ένα ενισχυμένο σύστημα υγείας οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα για την υγεία. Τα συστήματα υγείας και εκπαίδευσης πρέπει να συνεργάζονται μεταξύ τους για την ενδυνάμωσή τους.

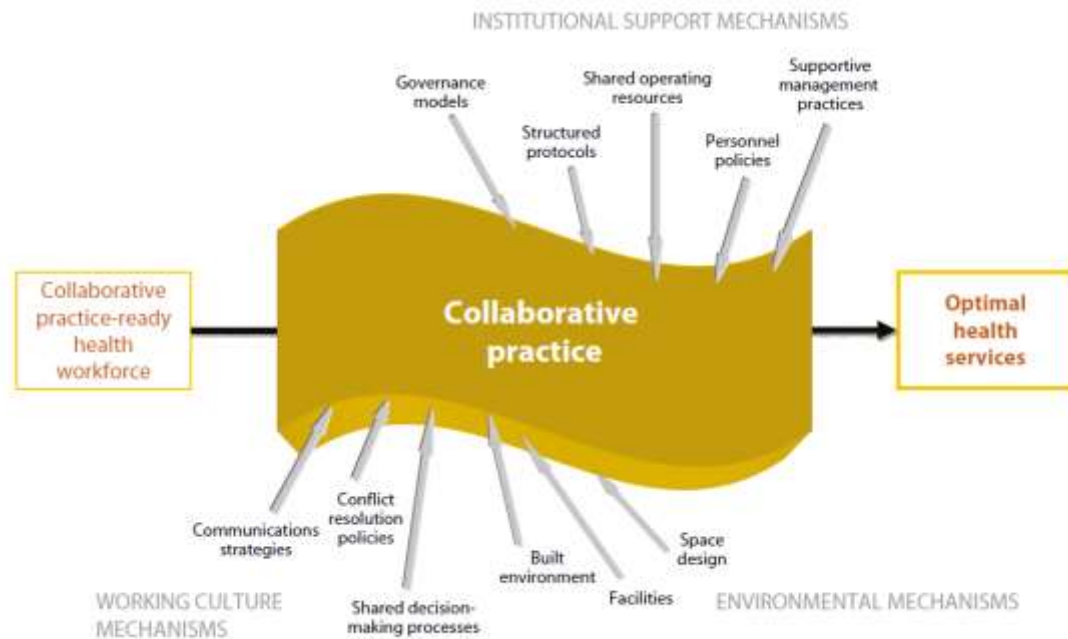
3.3 Μηχανισμοί που επηρεάζουν την λειτουργία της διεπιστημονικής συνεργασίας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (ΠΟΥ, 2010), για τον προσδιορισμό του καλύτερου τρόπου εισαγωγής νέων διεπιστημονικών εννοιών είναι απαραίτητη μια προσέγγιση βασισμένη στις ανάγκες του πληθυσμού. Η ύπαρξη προσωπικού έτοιμου να εφαρμόσει την διεπιστημονική συνεργασία είναι μια αναγκαία αλλά όχι ικανή από μόνη της προϋπόθεση για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Άλλοι πρακτικοί μηχανισμοί διαμορφώνουν στην πράξη την αποτελεσματικότητα της συνεργατικής πρακτικής.

Οι μηχανισμοί αυτοί έχουν διαιρεθεί σε τρεις τομείς:

- θεσμικής υποστήριξης, που περιλαμβάνουν μοντέλα διοίκησης, δομημένα πρωτόκολλα, κοινούς λειτουργικούς πόρους, πολιτικές διαχείρισης προσωπικού, υποστηρικτικές πρακτικές διοίκησης
- εργασιακής κουλτούρας, που περιλαμβάνουν επικοινωνιακές στρατηγικές, πολιτική για την επίλυση διαφωνιών, συμμετοχικές διαδικασίες για λήψη αποφάσεων και
- υλικής υποδομής, που αφορούν το δομημένο περιβάλλον, τις εγκαταστάσεις και το σχεδιασμό του χώρου.

Συνοπτικά, αυτά εμφανίζονται στην παρακάτω Εικόνα 3.1, όπου αναφέρονται οι μηχανισμοί που διαμορφώνουν τη συνεργασία σε πρακτικό επίπεδο και στη συνέχεια αναλύεται ο τρόπος δράσης τους.



Εικόνα 3.1 Παραδείγματα μηχανισμών που διαμορφώνουν τη συνεργασία σε πρακτικό επίπεδο (προσαρμοσμένο από WHO, 2010)

Σε ότι αφορά τον τρόπο δράσης των μηχανισμών, σημειώνονται αντίστοιχα τα εξής:

Θεσμική υποστήριξη: Θεσμικοί μηχανισμοί μπορούν να διαμορφώσουν τον τρόπο που μια ομάδα ανθρώπων συνεργάζεται, δημιουργώντας συνέργεια αντί για κατακερματισμό. Το προσωπικό που συμμετέχει σε μια διεπιστημονική ομάδα χρειάζεται σαφή πρότυπα διοίκησης, δομημένα πρωτόκολλα και κοινές διαδικασίες λειτουργίας. Πρέπει επίσης να γνωρίζει ότι η διοίκηση υποστηρίζει την εργασία σε επίπεδο ομάδας και ότι πιστεύει στην από κοινού ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τα μέλη της ομάδας, ενώ θα πρέπει να δοθεί επαρκής χρόνος και χώρος για την διεπιστημονική συνεργασία. Την ίδια στιγμή, χρειάζονται πολιτικές προσωπικού που αναγνωρίζουν και υποστηρίζουν τη συνεργασία και προσφέρουν μια δίκαιη αμοιβή.

Εργασιακή κουλτούρα: Η διεπιστημονική συνεργασία είναι αποτελεσματική όταν υπάρχουν ευκαιρίες για από κοινού λήψη αποφάσεων και τακτικές ομαδικές συναντήσεις. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας να αποφασίσουν κοινούς στόχους και σχέδια διαχείρισης ασθενών, να φέρουν σε ισορροπία τα ατομικά και κοινά καθήκοντα και να μοιραστούν τους διαθέσιμους πόρους. Δομημένα πληροφοριακά συστήματα και διαδικασίες, αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας, σαφείς πολιτικές για την επίλυση διαφωνιών και

τακτικός διάλογος μεταξύ των μελών της ομάδας και της κοινότητας διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία μιας καλής εργασιακής προσέγγισης.

Υλική υποδομή: Ο σχεδιασμός του χώρου, οι εγκαταστάσεις και το δομημένο περιβάλλον μπορούν να βελτιώσουν ή να απορρυθμίσουν σημαντικά την διεπιστημονική συνεργασία σε ότι αφορά τους ασθενείς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο αποτελεσματικός σχεδιασμός χώρου περιλαμβάνει συστάσεις από την κοινότητα και τους ασθενείς, καθώς και μέλη της ομάδας που παρέχει την υγειονομική περίθαλψη. Είναι ακόμα σημαντικό, ο φυσικός χώρος να μην αντικατοπτρίζει μια ιεραρχία, ενώ μπορεί να περιλαμβάνεται η ανάπτυξη ενός κοινόχρηστου χώρου για την καλύτερη διευκόλυνση της επικοινωνίας ή η οργάνωση χώρων και δωματίων με τρόπο που εξαλείφονται τα εμπόδια στην αποτελεσματική συνεργασία.

Εκτός από την πιο πάνω Έκθεση, που συμπυκνώνει την μέχρι τότε αποκτηθείσα εμπειρία, ενδιαφέρον παρουσιάζει η προσέγγιση των Hewitt, Sims, & Harris, που σε μια σειρά 4 δημοσιευμένων ιατρικών μελετών παρουσιάζουν συνθετικά τους μηχανισμούς της διεπιστημονικής συνεργασίας (Hewitt, Sims, & Harris, 2014, 2015). Για τον εντοπισμό των βασικών μηχανισμών της διεπιστημονικής συνεργασίας, οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν, αντί της απλής βιβλιογραφικής καταγραφής, μια νέα μέθοδο, της πραγματιστικής σύνθεσης (realist synthesis), η οποία δεν αρκείται στην απλή βιβλιογραφική έρευνα, αλλά εξετάζει σε βάθος τις παραδοχές που προκύπτουν, αναζητώντας στην συνέχεια αποδεικτικά στοιχεία. Η έρευνα διεξήχθη σε δύο φάσεις:

- κατά την πρώτη φάση καταγράφηκαν οι μηχανισμοί που θεωρείται ότι παίζουν ρόλο στις σχετικές παρεμβάσεις, ανατρέχοντας σε διάφορες πηγές, που εκτός από την βιβλιογραφία, περιλαμβάνουν έγγραφα για την ακολουθούμενη πολιτική, ακόμα και συνεντεύξεις με πρόσωπα-κλειδιά.
- Στην συνέχεια αναζητήθηκαν εμπειρικά στοιχεία που υποστήριζαν ή αντιτίθενταν στους μηχανισμούς αυτούς. Διερευνήθηκε επίσης το πλαίσιο που ενεργοποιεί τους εξεταζόμενους μηχανισμούς και τα αποτελέσματά τους και αναζητήθηκαν απρόβλεπτοι μηχανισμοί και τα σχετικά πλαίσια και αποτελέσματα.

Μεταξύ άλλων, η πραγματιστική σύνθεση διαφέρει σημαντικά από τη συμβατική συστηματική εξέταση σε ότι αφορά την προσέγγισή της στις υπάρχουσες σχετικές μελέτες. Αντί να περιορίζεται ο ερευνητής στην αξιολόγηση της μεθοδολογικής προσέγγισης, προκειμένου, με βάση την ποιότητά τους, να τις συμπεριλάβει ή όχι στην βάση των δεδομένων του, μελετάται με ποιο τρόπο ο συγγραφέας της βιβλιογραφικής αναφοράς κάνει

χρήση των δεδομένων του και κατά πόσο το συμπέρασμα συμβάλλει αξιόπιστα στο να θεωρείται ο μηχανισμός δοκιμασμένος. Η πραγματιστική σύνθεση συνεπώς βασίζεται σε ένα πολύ μεγαλύτερο εύρος αποδεικτικών στοιχείων από μια συμβατική συστηματική ανασκόπηση που αρκείται στην κριτική και προσεκτική χρήση προκειμένου να αποκλειστούν μεθοδολογικά μη επαρκώς τεκμηριωμένες μελέτες.

Η προσέγγιση που ακολουθήθηκε επικεντρώνεται στην προσπάθεια απάντησης στο ερώτημα «Ποιο στοιχείο της διεπιστημονικής συνεργασίας επηρεάζει ποια λειτουργία, με ποιον τρόπο και υπό ποιες συνθήκες». Παρά κάποιες δυσκολίες που παρουσιάζονται, όπως οι διασυνδέσεις μεταξύ των αναφερόμενων μηχανισμών, θεωρείται ότι συμβάλλει στην εν δυνάμει ανάπτυξη και βελτίωση της διεπιστημονικής συνεργασίας, μέσω της καλύτερης κατανόησης των μηχανισμών. Αντίθετα, οι άλλες πιο «συμβατικές» μέθοδοι συχνά περιορίζονται σε κρίσεις για λιγότερο ή περισσότερο επιτυχημένες πολιτικές, βάσει των αποτελεσμάτων τους.

Με βάση την πιο πάνω διαδικασία, καταγράφηκαν αρχικά εννέα (9) μηχανισμοί, που στην συνέχεια έγιναν δέκα (10) μετά από διαβούλευση με την ειδική συμβουλευτική ομάδα των συγγραφέων. Επιπρόσθετα, οι συγγραφείς βρήκαν στοιχεία για άλλους τρεις (3) μηχανισμούς. Οι συνολικά δεκατρείς (13) μηχανισμοί της διεπιστημονικής συνεργασίας έχουν ως εξής:

- **Υποστήριξη και αξία** (Support and value)

Τα μέλη της ομάδας αισθάνονται υποστήριξη και εκτίμηση, ενώ εμπιστεύονται και σέβονται τις δεξιότητες των άλλων μελών. Αυτό ενισχύει τα κίνητρα και τις δεσμεύσεις τους απέναντι στην ομάδα και τους στόχους της και ενισχύει τις σχέσεις μεταξύ του προσωπικού.

- **Συνεργασία και συντονισμός** (collaboration and coordination)

Η σαφήνεια των ρόλων μεταξύ των μελών της ομάδας τους επιτρέπει να συνεργάζονται αποτελεσματικά μεταξύ τους και να συντονίζουν το έργο τους. Αυτό μειώνει την επικάλυψη / παράλειψη υπηρεσιών, διασφαλίζει ότι οι δεξιότητες των μελών της ομάδας αξιοποιούνται πλήρως, και ενισχύουν την συνέχεια της φροντίδας.

- **Συγκέντρωση πόρων** (pooling of resources)

Η ομαδική εργασία επιτρέπει στα μέλη της ομάδας να συγκεντρώσουν τις διαφορετικές γνώσεις τους, δεξιότητες, εμπειρία, επιρροή, πόρους και δίκτυα. Αυτό οδηγεί σε μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του ασθενούς και σε

αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων και των δικτύων.

- **Ατομική μάθηση** (individual learning)

Η ομαδική εργασία παρέχει ατομικές ευκαιρίες μάθησης και σχέσεις που προωθούν την ανάπτυξη του επαγγελματία και βοηθά στην ενίσχυση του αμοιβαίου σεβασμού προς τα άλλα επαγγέλματα, με αποτέλεσμα την υψηλότερη ποιότητα της φροντίδας των ασθενών (Hewitt, Sims, & Harris, 2015).

- **«Θόλωση» ρόλων** (role blurring)

Μοιραζόμενες γνώσεις και δεξιότητες ανάμεσα στα μέλη της ομάδας σημαίνει ότι ορισμένα στοιχεία των ρόλων κάποιων επαγγελματιών μπορούν να αναληφθούν από άλλους εάν χρειαστεί. Αυτή η αλληλοεπικάλυψη ρόλων συμβάλλει στη διασφάλιση της μεταφοράς δεξιοτήτων, σε περίπτωση απουσίας ενός προσώπου. Μπορεί επίσης να βοηθήσει την επαγγελματική ανάπτυξη των μελών και να οδηγήσει σε μεγαλύτερη συνέχεια της φροντίδας του ασθενούς

- **Αποτελεσματική, ανοιχτή και δίκαιη επικοινωνία** (efficient, open and equitable communication)

Τα μέλη μιας ομάδας μπορούν να προσφέρουν την δική τους γνώμη, προκαλώντας εποικοδομητικά ο ένας τον άλλον, και η συνεισφορά κάθε μέλους λαμβάνεται δεόντως υπόψη. Η ελεύθερη και αποτελεσματική ροή πληροφοριών βοηθά στην αποφυγή σφαλμάτων, οικοδομεί εμπιστοσύνη και επιτρέπει την σοβαρή συζήτηση για την λήψη των αποφάσεων.

- **Τακτική επικοινωνία** (tactical communication)

Τα μέλη της ομάδας ελέγχουν προσεκτικά την ποσότητα και το είδος των πληροφοριών που μοιράζονται με άλλους, προς δικό τους όφελος τους ή αυτό που θεωρούν ότι ωφελεί τον ασθενή τους. Αυτό μπορεί να αποτρέψει ανοικτές διαφωνίες και να βοηθήσει στην διαπραγμάτευση επί της ιεραρχίας της ομάδας ή επί αντικρουόμενων προτύπων θεραπείας.

- **Από κοινού ευθύνη και επιρροή** (shared responsibility and influence)

Τα μέλη της ομάδας μπορούν να επηρεάσουν τις ομαδικές αποφάσεις και να μοιράζονται την ευθύνη για αυτές τις αποφάσεις. Αυτό αυξάνει την δέσμευση των μελών για την εφαρμογή των αποφάσεων της ομάδας, δίνει στους νεότερους υπαλλήλους μια μεγαλύτερη αίσθηση ευθύνης και παρέχει υποστήριξη στα μέλη της ομάδας (Hewitt, Sims, & Harris, 2014).

- **Πρότυπα ομαδικής συμπεριφοράς** (team behavioural norms)
Οι ομάδες αναπτύσσουν και μοιράζονται κανόνες συμπεριφοράς (ρητές ή σιωπηρές) που διέπουν τους αποδεκτούς τρόπους συνεργασίας, όπως αναμενόμενα πρότυπα πρακτικής, συμπεριφοράς και στάσης. Η μη τήρηση των κανόνων της ομάδας μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της μη δημοτικότητας ή του αποκλεισμού από την ομάδα.
- **Κριτικός έλεγχος της απόδοσης και των αποφάσεων** (critically reviewing performance and decisions)
Η ομαδική εργασία παρέχει ευκαιρίες για προβληματισμό στην ομάδα, δίνοντας χώρο για κριτικό έλεγχο της απόδοσης και των αποφάσεων και μοιράσματος της απόκρισης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη ποιότητα λήψης αποφάσεων, σε επίλυση προβλημάτων και μεγαλύτερη αυτορρύθμιση.
- **Δημιουργία και εφαρμογή νέων ιδεών** (generating and implementing new ideas)
Η ομαδική εργασία παρέχει ευκαιρίες για συλλογική μάθηση και ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένης της κοινοποίησης των ιδεών και του προσδιορισμού και της εφαρμογή νέων τρόπων εργασίας. Αυτό μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα της ομάδας και την φροντίδα των ασθενών.
- **Ηγεσία** (leadership)
Ένας αναγνωρίσιμος ηγέτης καθιερώνει την κουλτούρα της ομάδας, εμπλέκεται και παρακινεί την ομάδα, διασφαλίζει την ροή της επικοινωνίας και δημιουργεί ένα ασφαλές κλίμα για εποικοδομητική συζήτηση. Μέσω αυτών, εκμαιεύεται η δέσμευση για την ομάδα και τους στόχους της (Hewitt, Sims, & Harris, 2014).

3.4 Κίνητρα επιτυχίας και εμπόδια

Οι Ginsburg και Tregunno (2005) περιγράφουν την ξεχωριστή επαγγελματική παιδεία στην οποία η κουλτούρα που αναπτύσσει κάθε επάγγελμα υγείας αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για τη διεπιστημονική εκπαίδευση και συνεργασία. Ο Κλαρκ (2011) προσδιορίζει ως εμπόδιο και αιτία αποτυχίας του Προγράμματος Διεπιστημονικής Εκπαίδευσης στις Ηνωμένες Πολιτείες, ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά είναι απρόθυμοι να αναγνωρίσουν τα επιτεύγματα των άλλων και επικεντρώνονται κυρίως στην προώθηση του εαυτού τους και του δικού τους ειδικού αντικειμένου.

Για παράδειγμα, οι Ginsburg και Tregunno εξετάζουν τρεις διαφορετικούς τομείς για την προώθηση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας. Αναλυτικότερα:

- **το ατομικό επίπεδο**, όπου στερεότυπα επαγγελματικής ταυτότητας δημιουργούν μία ισχυρή επαγγελματική κουλτούρα που αποτελεί εμπόδιο στις αλλαγές. Τα βήματα προς μία αλλαγή είναι η κατανόηση των αρχών, η αποδοχή και υιοθέτησή τους στη παροχή υπηρεσιών υγείας και τέλος η δράση σύμφωνα με τις αρχές αυτές.
- **το επίπεδο οργάνωσης**, όπου το πλαίσιο και η ηγεσία όσων αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία, είναι καθοριστικοί παράγοντες. Το πνεύμα μίας οργανωτικής δομής συνάγεται από τις πρακτικές, τις διαδικασίες την πολιτική (policy) και τα είδη συμπεριφοράς που αναμένονται και εκείνα που ανταμείβονται. Για να αλλάξει το κλίμα, ορισμένες πρακτικές πρέπει να σταματήσουν, ενώ άλλες να προωθηθούν.
- **το επίπεδο του συστήματος** όπου υπάρχουν δυο προσεγγίσεις, της σταδιακής και της ρηξικέλευθης αλλαγής. Αυτό εξαρτάται από τις ρυθμιστικές Αρχές (που μπορούν να το επιβάλλουν) και εφαρμόζεται με την αντιγραφή ενός επιτυχημένου μοντέλου ή με την διαμόρφωση ενός κλίματος συνεργασίας, που προωθούν οι συνεργαζόμενοι επαγγελματίες (Ginsburg & Tregunno, 2005)

Οι παράγοντες επιτυχίας της ομαδικής εργασίας περιλαμβάνουν:

- σωστή επιλογή των μελών της ομάδας,
- κατάλληλοι επικεφαλής, σε ηγετικό ρόλο,
- ωριμότητα και ευελιξία των μελών της,
- προσωπική δέσμευση,
- φυσική εγγύτητα των μελών της ομάδας,
- χρήση του Διαδικτύου ως υποστηρικτικού μέσου,
- ύπαρξη κινήτρων,
- θεσμική υποστήριξη και οι αλλαγές στο χώρο εργασίας,
- ένα κοινό στόχο και κοινό όραμα,
- σαφήνεια και εναλλαγή ρόλων,
- επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδα (Bernard & Anita , 2007).

Τέλος, σημειώνεται ότι σύμφωνα με τον ΠΟΥ η παραδοσιακή ιεραρχική δομή αποτελεί εμπόδιο και θα πρέπει να μετασχηματιστεί σε μία λειτουργική ομάδα. Στην ομάδα αυτή, δεν αποκλείεται να εμφανιστούν και εντάσεις από αντικρουόμενα συμφέροντα ή απόψεις, η διευθέτησή τους όμως προσδίδει επιπλέον πλεονεκτήματα στην ομάδα (WHO, 2012).

Σε έκθεση του ΟΟΣΑ, ο οποίος μελέτησε αναλυτικά τα συστήματα υγείας δεκαπέντε χωρών σημειώνεται ότι παρά τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κάποιες χώρες είναι σημαντικό να διατηρηθεί η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ άλλων επί μέρους στοιχείων προς αυτήν την κατεύθυνση (σημασία της πρωτοβάθμιας υγείας και της πρόληψης, δυνατότητας ενημέρωσης των εμπλεκόμενων θεραπευτικών κέντρων σχετικά με το ιστορικό και την κατάσταση του ασθενή) τονίζεται η σημασία της διεπιστημονικότητας για την αντιμετώπιση της κατάτμησης των ιατρικών υπηρεσιών. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών και ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη ιατρική και κοινωνική φροντίδα (OECD, 2017).

Σημειώνεται πάντως ότι στην έκθεση του ΟΟΣΑ χρησιμοποιείται ο όρος *multidisciplinary*. Στην πραγματικότητα ο όρος αυτός παρουσιάζει κάποια διαφορά από τον όρο *interdisciplinary*, αφού θεωρείται ότι βασίζεται στη γνώση από διαφορετικούς κλάδους χωρίς όμως να παραβιάζονται τα επί μέρους όριά τους. Αντίθετα, ο όρος *interdisciplinary* αναλύει και συνθέτει τους δεσμούς μεταξύ επιστημονικών κλάδων σε ένα συντονισμένο και συνεκτικό σύνολο.

Τελευταία γίνεται χρήση και του όρου *transdisciplinary* που ενσωματώνει τις φυσικές, κοινωνικές και υγειονομικές επιστήμες σε ένα ενιαίο πλαίσιο, που υπερβαίνει τα παραδοσιακά όρια και τον τρόπο λειτουργίας τους (Bernard & Anita, 2006).

3.5 Δράσεις για μια καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία

Στον πιο κάτω Πίνακα 3.3, παρουσιάζονται οι αναγκαίες δράσεις σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 2010)

Πίνακας 3.3 Δράσεις για προώθηση διεπιστημονικής συνεργασίας για βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία (WHO, 2010)

ΔΡΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ
Διαδικασίες και δομές που προωθούν την από κοινού λήψη αποφάσεων, τακτική επικοινωνία και εμπλοκή της κοινότητας	<ul style="list-style-type: none"> - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας
Σχεδιασμός μιας κτιριακής υποδομής που προωθεί και ενισχύει την διεπιστημονική συνεργασία	<ul style="list-style-type: none"> - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας - Σχεδιαστές του αρχιτεκτονικού χώρου - Διαχειριστές κεφαλαίων
Ανάπτυξη πολιτικών για το προσωπικό οι οποίες αναγνωρίζουν και υποστηρίζουν την διεπιστημονική συνεργασία και μοντέλων δίκαιων αμοιβών	<ul style="list-style-type: none"> - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης
Εξασφάλιση προσωπικού υπεύθυνου για την ανάπτυξη, προσφορά και αξιολόγηση διεπιστημονικής εκπαίδευσης που είναι ικανό για τον σκοπό αυτό	<ul style="list-style-type: none"> - Κυβέρνηση - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Ρυθμιστικές Αρχές
Ανάπτυξη μοντέλου που επιτρέπει τον κατάλληλο χώρο και επαρκή χρόνο, ώστε το προσωπικό να επικεντρώνεται στην διεπιστημονική συνεργασία και την παροχή φροντίδας	<ul style="list-style-type: none"> - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης - Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας
Ανάπτυξη μοντέλων διακυβέρνησης που καθιερώνουν την ομαδική εργασία και την από κοινού ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας	<ul style="list-style-type: none"> - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Κυβερνητικοί ηγέτες

Κεφάλαιο 4

Πλεονεκτήματα της διεπιστημονικής συνεργασίας

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιείται μια ανάλυση των πλεονεκτημάτων της διεπιστημονικής συνεργασίας, όπως προέκυψαν, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία τα οποία συνοψίζονται ως εξής:

- Καλύτερη ποιότητα φροντίδας (4.1)
- Οφέλη σε ότι αφορά την ανταπόκριση και συνεργασία του ασθενή (4.2)
- Οφέλη σε ότι αφορά την ασφάλεια του ασθενή (4.3)
- Οφέλη για το προσωπικό κα οργανωτικά (4.4)
- Εξοικονόμηση κόστους (4.5)

4.1 Καλύτερη ποιότητα φροντίδας

Η απόδειξη των αποτελεσμάτων της διεπιστημονικής συνεργασίας στην ποιότητα της φροντίδας του ασθενή δεν είναι πάντα εύκολη. Οι δημοσιευμένες μελέτες και περιπτώσεις εφαρμογής (case studies) συμφωνούν ότι η συνεργασία οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα και βελτιώνει κρίσιμους παράγοντες της ποιότητας όπως είναι η μεταφορά της γνώσης, η κοινοποίηση των πληροφοριών και η λήψη των βέλτιστων αποφάσεων. Παρά το γεγονός ότι πολλές Μελέτες στηρίζονται σε παρατηρήσεις ή είναι περιγραφικές, ορισμένες περιέχουν αντικειμενικές μετρήσεις σε ότι αφορά τη συνεργασία, τα αποτελέσματα ή και τα δύο (Morley & Cashell , 2017).

Ενδεικτικά, αναφέρονται τα εξής:

- Σε γνωστό βιβλίο που ασχολείται με την διεπιστημονική συνεργασία αναλύονται οι περιπτώσεις του Καναδά, της Μεγάλης Βρετανίας και των ΗΠΑ, όπου συντονισμένες προσπάθειες προώθησης της διεπιστημονικής συνεργασίας είχαν ως σκοπό την περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, μέσω της διεπιστημονικής συνεργασίας (Reeves *et al.*, 2010).
- Άλλη μελέτη αφορά την νοσοκομειακή φροντίδα, σύμφωνα με την οποία η διασφάλιση της ποιότητας των αποφάσεων και η προώθηση ομάδων συνεργασίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας, ενώ εξετάζονται 15 σχετικές επικοινωνιακές πρακτικές που βελτιώνουν τα αποτελέσματα της φροντίδας αυτής (Propp K. M. *et al.*, 2009).

- Μια ακόμα μελέτη αφορά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς γενικής ιατρικής (δηλαδή έναν τομέα που δεν προσφέρεται ιδιαίτερα σε καινοτομίες). Εξετάστηκαν 30 μελέτες που δημοσιεύτηκαν από το 1998 έως το 2013, σε ότι αφορά την διάρκεια παραμονής των ασθενών (στο 30% των ασθενών μειώθηκε), την επανεισαγωγή εντός 30 ημερών (στο 20% υπήρξε θετική επίπτωση), στην θνησιμότητα (στο 7% μειώθηκε) και στις επιπλοκές (μειώθηκαν στο 50% των ασθενών) (Pannick *et al.*, 2015).

Γενικότερα, για την διεπιστημονική συνεργασία αναφέρεται ότι ποιοτικά αυξάνει την υιοθέτηση χρήσιμων πρακτικών, βελτιωμένων αποφάσεων και αυξημένης καινοτομίας, ενώ ποσοτικά μειώνει τον χρόνο παραμονής των ασθενών, την βέλτιστη συνταγογράφηση, την ψυχοσωματική διαχείριση και γενικά την φροντίδα υγείας.

4.2 Οφέλη σε ότι αφορά την ανταπόκριση και συνεργασία του ασθενή

Η συνεργασία μεταξύ των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βελτιώσει την εκπαίδευση των ασθενών και την εμπλοκή τους στην φροντίδα τους, συμπεριλαμβανομένων αλλαγών συμπεριφοράς σε ότι αφορά αναζήτηση πληροφοριών, συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων και στη φροντίδα του εαυτού τους.

Στην μελέτη αυτή, που αποκρυσταλλώνει την εμπειρία 30 ετών εξετάζεται η συμμόρφωση του ασθενή στις ιατρικές εντολές και γενικότερα η σχέση του με τους θεράποντες και τονίζεται ο ρόλος του ασθενή στην θεραπεία: «οι ασθενείς πρέπει να είναι οι πρωταρχικοί παράγοντες στη λήψη ιατρικών αποφάσεων και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υιοθετήσουν έναν υποστηρικτικό ρόλο». Δεδομένου ότι οι ανάγκες, οι επιθυμίες, η ικανότητα και ο χαρακτήρας των ασθενών μπορούν να διαφέρουν σημαντικά, είναι απαραίτητος ο συντονισμός μεταξύ των μελών της ομάδας της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο την εκπαίδευση των ασθενών και τις οδηγίες προς αυτούς με κατάλληλους και συνεκτικούς τρόπους. Ο ρόλος του ασθενούς και της αλληλεπίδρασής του με τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας είναι επομένως σημαντικός, αν όχι ο κεντρικός, για τη διεπιστημονική ομάδα. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις είναι απαραίτητα αμφίδρομες και περιλαμβάνουν τον καθορισμό κοινών αξιών, στόχων και προσδοκιών καθώς και πληροφοριών. Επιπλέον, οι πιο πάνω αλληλεπιδράσεις δημιουργούν εμπιστοσύνη και σχέση που με τη σειρά τους οδηγούν σε μεγαλύτερα επίπεδα διαφάνειας, συνεννόησης, επιτυχούς συμμόρφωσης με τις στρατηγικές ιατρικής περίθαλψης και μειωμένο άγχος (Vermeire *et al.*, 2001; Morley L. & Cashell A., 2017).

4.3 Οφέλη σε ότι αφορά την ασφάλεια του ασθενή

Ο ρόλος της συνεργασίας στην ασφάλεια του ασθενή μελετήθηκε σε διάφορα πλαίσια. Αρκετοί συγγραφείς ιατρικών άρθρων διαπιστώνουν μείωση στα ποσοστά των ιατρικών λαθών όταν υπάρχει ισχυρή διεπιστημονική συνεργασία και οι ομάδες έχουν εκπαιδευτεί να εργάζονται με ασφάλεια, συνεργαζόμενοι και συντονισμένα ώστε να αποφεύγονται κενά στα μέτρα ποιοτικής διασφάλισης. Το θέμα αυτό θεωρείται πρωτεύουσας σημασίας, αφού σύμφωνα με μελέτη γιατρών του Νοσοκομείου John Hopkins τα ιατρικά λάθη θεωρείται η τρίτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ (πίσω από τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο και πριν τις πνευμονοπάθειες), εκτιμώμενη ως αιτία θανάτου για περίπου 250.000 ασθενείς τον χρόνο (παλαιότερη μελέτη, του 1999, του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής, τους υπολόγιζε σε 44.000 έως 98.000). Σχετικά με τον τρόπο που δρα (ή μπορεί να δράσει) η διεπιστημονική συνεργασία, ενδεικτικά σημειώνουμε τις εξής μελέτες:

- Σε ανακεφαλαιωτική μελέτη του 2018 που βασίστηκε σε 30 δημοσιευμένες έρευνες, εξετάστηκε πώς η διεπιστημονική συνεργασία των εργαζομένων στα νοσοκομεία συμβάλλει στην διευκόλυνση της επικοινωνίας τους, καθότι προβλήματα στην επικοινωνία αποτελούν συνήθη αιτία ιατρικών λαθών. Πέντε διαφορετικοί τομείς διεπιστημονικής συνεργασίας εντοπίστηκαν στην έρευνα που αφορούσε σφάλματα φαρμάκων:
 - επικοινωνία μέσω μεθόδων που περιλαμβάνουν οδηγίες, πρωτόκολλα και αρχεία καταγραφής επικοινωνίας
 - συμμετοχή φαρμακοποιών σε διεπιστημονικές ομάδες
 - από κοινού εξέταση φαρμάκων κατά την είσοδο και κατά την έξοδο από τα νοσοκομεία
 - διεπιστημονικά εργαστήρια (workshops) και συνέδρια
 - πολυπλοκότητα της διαφοροποίησης του ρόλου και του περιβάλλοντος (Makary & Daniel, 2016).

Το συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι, παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα που έχουν αποδειχθεί σε προηγούμενες έρευνες, συνέχισαν να εμφανίζονται σφάλματα χορήγησης φαρμάκων. Απαιτείται αυξημένη εστίαση στην ανάπτυξη προσαρμοσμένων, εξατομικευμένων στρατηγικών που μπορούν να εφαρμοστούν σε συγκεκριμένα

περιβάλλοντα, για την περαιτέρω μείωση στα σφάλματα φαρμάκων. Απαιτείται επίσης καλύτερη κατανόηση των μεταβαλλόμενων ρόλων διαφόρων επιστημονικών κλάδων. Μεταξύ άλλων, στις προτάσεις περιλαμβάνεται η ανάπτυξη ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων για τους ασθενείς, που θα είναι διαθέσιμα σε διαφορετικά νοσοκομεία, εφόσον αυτό απαιτηθεί (Manias E., 2018).

- Σε άλλη μελέτη, αρχικά γίνεται αναφορά σε μελέτη του Αμερικανικού Ινστιτούτου της Υγείας (IOM), με τίτλο «Το να κάνεις λάθος είναι ανθρώπινο: οικοδομώντας ένα ασφαλέστερο σύστημα υγείας», όπου επισημαίνεται η ανάγκη προσέγγισης σε πολλές περιπτώσεις των ιατρικών λαθών ως στοιχείων αποτυχίας του συστήματος αντί της ως προσωπικού σφάλματος με ηθικές διαστάσεις. Στη συνέχεια αναφέρεται στην πολυπλοκότητα της παροχής ιατρικής φροντίδας, με τις πάνω από 50 ειδικότητες και υποειδικότητες και τους διάφορους επιστημονικούς κλάδους. Η κατάσταση γίνεται πιο δυσχερής, λόγω της αποσπασματοποίησης (fragmentation) της επιστημονικής γνώσης, της εξατομίκευσης, της αυστηρής ιεραρχίας και της διάχυτης ευθύνης, που συμβάλλουν στην αυξημένη συχνότητα των ιατρικών λαθών. Για την καλύτερη κατανόηση των πολύπλοκων μηχανισμών που διέπουν την επικοινωνία στην διεπιστημονική συνεργασία, συνεκτιμήθηκαν στοιχεία από τομείς, όπως η κοινωνιολογία, η Διοίκηση έργων (management), η χρήση των υπολογιστών για την υποστήριξη της διεπιστημονικής συνεργασίας, κλπ. Η μελέτη χρησιμοποιεί δύο θεωρίες από τις Κοινωνικές Επιστήμες, την θεωρία της δραστηριότητας (Activity Theory, όπου εξετάζονται η συσχέτιση ανάμεσα στα άτομα, τους στόχους, τα εργαλεία, τις κοινότητες, τους κανόνες και την διαίρεση του προσωπικού) και την θεωρία του λειτουργικού κόμβου (knotworking, όπου ο γιατρός, ο νοσοκόμος, ο φαρμακοποιός, όσοι παρέχουν υποστηρικτικές ιατρικές ή κοινωνικές υπηρεσίες, ο ασθενής και η οικογένειά του παρομοιάζονται με έναν κόμβο, όπου πρέπει να υπάρχει η αναγκαία ισορροπία για να είναι λειτουργικός). Η θεωρητική αυτή προσέγγιση μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών της διεπιστημονικής συνεργασίας και την προετοιμασία όσων συμμετέχουν σε αυτή (Varpio *et al.*, 2008).
- Άλλη μελέτη επικεντρώνεται στον τομέα της πρόσβασης του παρόχου υγείας στις αναγκαίες πληροφορίες, ιδιαίτερα όταν γίνεται μεταβίβαση της φροντίδας του (Sule *et al.*, 2020). Μετά από μια σύντομη αναφορά σε μελέτη του Αμερικανικού Ινστιτούτου Υγείας, με τίτλο «Προλαμβάνοντας τα λάθη φαρμάκων», που συμπληρώνει την

προαναφερθείσα, αναφέρονται ως μέθοδοι που πρέπει να διέπουν την παροχή της αναγκαίας πληροφορίας:

- Πρόσβαση της πληροφορίας σε όλη της διεπιστημονική ομάδα, με απλό τρόπο
- Τυποποιημένα εργαλεία επικοινωνίας
- Εκπαίδευση των παρόχων ιατρικής φροντίδας στην διαδικασία της μεταβίβασής της
- Χρήση του Ηλεκτρονικού Μητρώου Υγείας (ελεγχόμενη και προστατευμένη) για μεταβίβαση πληροφοριών, σε πραγματικό χρόνο (real-time)
- Άμεση σύνδεση της οθόνης μεταβίβασης της ιατρικής φροντίδας με άλλα στοιχεία του αρχείου
- Διαθεσιμότητα φορητών ηλεκτρονικών συσκευών, που να είναι εύκολες στην χρήση
- Πρόσβαση του ασθενή σε μέρος της πληροφορίας μεταβίβασης φροντίδας
- Κατάλληλη φόρμα συμπλήρωσης πληροφοριών, πχ με πρόβλεψη για τις επόμενες ημέρες, το ημερήσιο πρόγραμμα και στόχους, κλπ.

4.4 Οφέλη για το προσωπικό και οργανωτικά οφέλη

Η προώθηση ομάδων διεπιστημονικής συνεργασίας μπορεί επίσης να ωφελήσει το προσωπικό και τους οργανισμούς για τους οποίους εργάζονται. Η ικανοποίηση και η παραμονή του προσωπικού είναι υψηλότερη σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης όπου τα μέλη του προσωπικού συμμετέχουν σε ένα πνεύμα συνεργασίας, με ποιότητα και ασφάλεια.

Άλλα οφέλη για το προσωπικό σχετίζονται με την μεγαλύτερη αναγνώριση. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, επειδή οι ομάδες συνεργασίας έχουν γενικά μια πιο οριζόντια παρά ιεραρχική δομή εξουσίας, πιο ανοιχτή και χωρίς αποκλεισμούς επικοινωνία, και μεγαλύτερα επίπεδα κατανόησης ρόλου, σεβασμού και εκτίμησης μεταξύ των μελών.

Ομάδες με υψηλό επίπεδο συνεργασίας και απόδοσης μπορούν επίσης να οδηγήσουν στη βελτίωση των διαδικασιών, της καινοτομίας, της πρωτοβουλίας και της απόδοσης, να αυξήσουν την αφοσίωση των εργαζομένων και να μειώσουν την αδικαιολόγητη απουσία του προσωπικού. Όλα αυτά τα αποτελέσματα οδηγούν σε μια πιο ανταγωνιστική και αποτελεσματική οργάνωση.

Σε ότι αφορά το οργανωτικό επίπεδο, σε περίπτωση απουσίας ενός μέλους της διεπιστημονικής ομάδας, μπορεί ο ρόλος του να αντικατασταθεί έγκαιρα από την παρουσία των μελών της υπόλοιπης ομάδας και να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα της φροντίδας του ασθενούς.

Ενδεικτικά σημειώνεται μελέτη που εξετάζει τις προϋποθέσεις που είναι αναγκαίες για την καινοτομία. Το συμπέρασμα από την εξέταση 47 μεσαίου μεγέθους γερμανικών βιομηχανιών είναι ότι οι καινοτομίες σε διαδικασίες πρέπει να συνοδεύονται από κατάλληλο κλίμα για την υιοθέτηση και εφαρμογή αυτών των καινοτομιών. Η μελέτη της σχέσης μεταξύ καινοτόμου διαδικασίας, κλίματος για πρωτοβουλία, ψυχολογική ασφάλεια και απόδοση της Εταιρείας δείχνει ότι το κλίμα αυτό οδηγεί σε καλύτερη λειτουργία της Εταιρείας και επιτυχία των στόχων (Baer & Frese, 2003).

4.5 Εξοικονόμηση κόστους

Ήδη έχουν μηχανισμοί που οδηγούν σε μείωση του κόστους (όπως η μείωση των ιατρικών λαθών, η μείωση των αδικαιολόγητων απουσιών του προσωπικού, η καλύτερη αξιοποίηση του προσωπικού, η βελτίωση της πορείας του ασθενή, κλπ.

Επιπρόσθετα, σε μελέτη του Ιδρύματος Robert Wood Johnson (R.W.J.F., 2015), που αναφέρει, μεταξύ άλλων, ότι η βελτίωση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησε τα ποσοστά αποτυχίας και λαθών στο μισό, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Μεγάλος παράγοντας κόστους σε ένα σύστημα υγείας είναι ο χρόνος νοσηλείας, όπου στη συγκεκριμένη μελέτη μειώθηκε η διάρκεια παραμονής των νοσηλευόμενων ασθενών κατά 0,6 ημέρες μέσο όρο. Ακόμα, αυξήθηκαν οι αναχωρήσεις των ασθενών πριν το μεσημέρι κατά 20%. Σε άλλο νοσοκομείο, βελτιώθηκε η ώρα έναρξης των επεμβάσεων και προλήφθηκαν απώλειες 700 ωρών, σε διάστημα 4 ετών.

Κεφάλαιο 5

Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή σε μία διεπιστημονική ομάδα

Στο μέχρι τώρα κείμενο, αναδείχθηκε ο ρόλος των φυσικοθεραπευτών, ως ισότιμων μελών μιας ομάδας διεπιστημονικής συνεργασίας. Στα πλαίσια αυτά, οι φυσικοθεραπευτές μπορούν να προσφέρουν σημαντικά μέσα από την εργασία τους, όπως φαίνεται και στη συνέχεια.

5.1 Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή

Οι φυσιοθεραπευτές είναι ειδικοί στη βελτίωση της κινητικότητας και της κίνησης, για την αναστροφή της εξασθένησης, τη μείωση των περιορισμών δραστηριότητας και την ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών τους. Οι φυσιοθεραπευτές συνεργάζονται με ασθενείς όλων των ηλικιών αλλά και των ικανοτήτων για επέκταση, αποκατάσταση και διατήρηση της κίνησης. Πολλοί ασθενείς παραπέμπονται σε φυσιοθεραπευτή για την αποκατάσταση τους μετά από κάποιο τραυματισμό ή χειρουργική επέμβαση ή για πρόληψη και φροντίδα της υγείας τους. Η έρευνα υποδηλώνει όλο και περισσότερο ότι η αποκατάσταση που παρέχεται από έναν φυσιοθεραπευτή μπορεί να οδηγήσει σε αξιόλογα, λειτουργικά αποτελέσματα και οικονομικά αποδοτική φροντίδα ως εναλλακτική λύση στη χειρουργική επέμβαση και συνταγογραφούμενα φάρμακα για καταστάσεις όπως χρόνια οσφυαλγία, εκφυλιστική δισκοπάθεια μεσοσπονδύλιου δίσκου και οστεοαρθρίτιδα του γόνατος. Οι φυσιοθεραπευτές συνεργάζονται συνήθως με τους ασθενείς τους για να αναπτύξουν ένα πρόγραμμα θεραπείας, ώστε να επιτύχουν τα βέλτιστα αποτελέσματα. Οι παρεμβάσεις της φυσικοθεραπείας καθορίζονται με βάση την εξέταση, την αξιολόγηση και την διάγνωση με ένα πλάνο θεραπείας που αναπτύσσεται με τον ασθενή και έχει σχεδιαστεί για τους ατομικούς στόχους και τις ανάγκες του ασθενούς. Η φροντίδα που παρέχεται από έναν φυσιοθεραπευτή έχει σχεδιαστεί για να ενημερώνει και να παροτρύνει τους ασθενείς για την ενεργή συμμετοχή τους στη δική τους ανάρρωση, υγεία και γενική ευεξία.

- Συμμετοχή στον καθορισμό της φιλοσοφίας της διεπιστημονικής ομάδας
- Ενέργειες για την εμπλοκή όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας ακούγοντας και εκτιμώντας τις απόψεις τους, σεβόμενοι ότι άλλα επαγγέλματα υγείας που συμμετέχουν στην ομάδα θεραπείας.

- Συντονισμός για τη διάγνωση και τη διαχείριση δυσλειτουργιών και διαταραχών του συστήματος κίνησης
- Συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας στον διεπιστημονικό σχεδιασμό, στη λήψη αποφάσεων και στον προσδιορισμό των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς
- Παραπομπή ασθενών για γνωμάτευση στον ειδικό επαγγελματία υγείας με βάση το ιστορικό και της εξέτασης των ασθενών (Physical Therapy Academy, 2013).

Ενδεικτικά, αναφέρονται οι πιο κάτω περιπτώσεις στην βιβλιογραφία από την συμμετοχή των φοιτητών φυσικοθεραπείας στην διεπιστημονική εκπαίδευση και συνεργασία:

Η μελέτη αυτή αφορά ένα πιλοτικό campus στην Νέα Ζηλανδία, με συμμετοχή, μεταξύ άλλων, φοιτητών φυσιοθεραπείας. Το campus οργανώθηκε από το Πανεπιστήμιο του Otago, στο Wellington και συμμετείχαν φοιτητές ιατρικής, διαιτολογίας και φυσικοθεραπείας, σε προχωρημένη βαθμίδα σπουδών. Τα μαθήματα αφορούσαν τα βασικά στοιχεία της διεπιστημονικής συνεργασίας, όπως:

- Ανοικτή επικοινωνία, με αμοιβαίο σεβασμό
- Συνεργασία με επίκεντρο τον ασθενή
- Αμοιβαία ικανοποιητική διαπραγμάτευση και επαναδιαπραγμάτευση στην ομάδα
- Από κοινού λήψη αποφάσεων

Στη συνέχεια αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα του campus σε τρεις τομείς, την αντιμετώπιση των συμμετεχόντων στο θέμα της διεπιστημονικής συνεργασίας, της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και στην αντίληψή τους για την αποτελεσματικότητα των διεπιστημονικών ομάδων. Και στους τρεις τομείς, τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν μετά το campus, σε σχέση με πριν από αυτό, ήταν θετικά. Ως θέματα για περαιτέρω συζήτηση, μετά τα επιτυχημένα αποτελέσματα του προγράμματος που ανέδειξαν και την ωριμότητα της εισαγωγής του συγκεκριμένου αντικειμένου στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των φοιτητών της ιατρικής και συναφών κλάδων, αναφέρονται οι οργανωτικές δυσκολίες, η αντιστοίχιση της διδακτικής ύλης στις διάφορες σχολές, η κατάλληλη αξιολόγηση, η ικανοποίηση των φοιτητών και η εξεύρεση χρόνου (Pullon *et al.*, 2013).

Άλλη μελέτη αφορά την διδασκαλία της διεπιστημονικής προσέγγισης στις σπουδές της Φυσικοθεραπείας στις ΗΠΑ. Συνοπτικά, το Αμερικανικό Συμβούλιο για την

Πανεπιστημιακή Φυσικοθεραπεία (American Council on Academic Physical Therapy - ACAPT), το 2013 εξουσιοδότησε μια τετραμελή ομάδα για τα εξής:

- Την συλλογή και ανάλυση δεδομένων σχετικά με τις τρέχουσες και προβλεπόμενες πρωτοβουλίες ΙΡΕ σε προγράμματα διεπιστημονικής εκπαίδευσης στις σπουδές φυσικοθεραπείας
- Την ανάπτυξη μέσων για τη διάδοση πληροφοριών σχετικά με την διεπιστημονική εκπαίδευση των προαναφερθέντων προγραμμάτων
- Την πρόταση τρόπων συνεργασίας των φυσικοθεραπευτών με άλλους επαγγελματίες υγείας.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από εκπροσώπους από καθένα από τα 209 ιδρύματα - μέλη της ACAPT και τα 62 (58,5%) από τα 106 (50,7%) τμήματα που απάντησαν ανέφεραν ότι η διεπιστημονική εκπαίδευση είναι ένας βασικός στόχος του προγράμματός τους σπουδών φυσικοθεραπείας, ενώ συνολικά στο 78.3% των προγραμμάτων αυτών περιέχεται (σε διάφορους βαθμούς) η διεπιστημονική συνεργασία στην εκπαιδευτική τους ύλη. Επισημάνθηκε ακόμα ότι οι ευκαιρίες κλινικής άσκησης των φυσικοθεραπευτών στον συγκεκριμένο τομέα υστερούν και εκεί θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερο βάρος στο μέλλον (Wise *et al.*, 2015).

Τέλος, σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση της Γαλλίας, όπου ακόμα και μετά την μεταρρύθμιση του 2020 ένας τρόπος εισόδου στο αντίστοιχες Πανεπιστημιακές σπουδές Φυσικοθεραπείας είναι η παρακολούθηση κοινών σπουδών για έναν χρόνο, μαζί με φοιτητές της ιατρικής, φαρμακευτικής, οδοντιατρικής και μαιευτικής.

Υπάρχει ακόμα αρκετά εκτεταμένη βιβλιογραφία, όπου αναφέρονται ειδικές περιπτώσεις (case studies) διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ φυσικοθεραπευτών και άλλων ειδικοτήτων, όπως για την αποκατάσταση:

- παιδιών (pediatric rehabilitation) (Hayard *et al.*, 2016)
- ασθενών που προέρχονται από σοβαρές ασθένειες (McNeely *et al.*, 2016)
- ασθενών από καρδιακή προσβολή (M. Markle-Reid *et al.*, 2011)

Συμπεράσματα/ Συζήτηση

Σήμερα, μετά από μια πολύχρονη, σχετικά αργή, φάση ανάπτυξης της διεπιστημονικής συνεργασίας, αυτή αποτελεί μια ώριμη μορφή με πολλά στοιχεία να συνηγορούν στην σημασία της. Διεθνείς οργανισμοί (όπως ο ΠΟΥ), κρατικοί φορείς αλλά και ιδιωτικά ιδρύματα έρευνας στον χώρο της υγείας διαπιστώνουν τα θετικά της αποτελέσματα, ενώ σε Πανεπιστημιακά (και όχι μόνο) ιδρύματα εφαρμόζεται συστηματικά.

Ο ρόλος της διεπιστημονικής εκπαίδευσης ως προθάλαμου της διεπιστημονικής συνεργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η αποτελεσματικότητά της αυξάνει με έναν κατάλληλο συντονισμό και οργάνωση, και σε πρακτικό επίπεδο, με τον συνδυασμό της διδακτικής με την κλινική εμπειρία, ιδιαίτερα στους προχωρημένους στις σπουδές τους φοιτητές. Αναγκαία είναι ακόμα η διαρκής εκπαίδευση (με σεμινάρια, κλπ), η διατήρηση της επαφής των εκπαιδευομένων μεταξύ τους και με τους διδάσκοντές τους, κλπ.

Τα πλεονεκτήματά μιας ομάδας διεπιστημονικής συνεργασίας αφορούν κατ' αρχήν τα θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα φροντίδας, και στα οφέλη σχετικά με την καλύτερη ανταπόκριση, συνεργασία και ασφάλεια του ασθενή. Η ενεργός συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του μαζί με την διεπιστημονική ομάδα προσφέρουν βελτιωμένα αποτελέσματα στον ασθενή. Επιπλέον, η ικανοποίηση των μελών της ομάδας είναι ένα σημαντικό πλεονέκτημα, καθώς η παραγωγή έργου γίνεται υπό καλύτερες συνθήκες. Παράλληλα, υπάρχουν οργανωτικά οφέλη στην αλληλοκάλυψη, στην ανοιχτή επικοινωνία και στην από κοινού συμμετοχή στις αποφάσεις. Η μείωση του κόστους σχετίζεται κυρίως με την μείωση των ιατρικών και φαρμακευτικών λαθών και με τον καλύτερο συντονισμό για την εύρυθμη και ομαλή λειτουργία της υγειονομικής μονάδος.

Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην προώθηση της διεπιστημονικής συνεργασίας είναι η διαμόρφωση μηχανισμών για την καλύτερη λειτουργία της. Δηλαδή, ο ρόλος των «ηγετών» που αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους, αλλά και των εθνικών και περιφερειακών Αρχών, που προσφέρουν το αναγκαίο πλαίσιο, συχνά, μέσα από την υιοθέτηση προτάσεων από ομάδες εργασίας που έχουν εξουσιοδοτηθεί για το σκοπό αυτόν, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός. Επιπροσθέτως, η χρηματοδότηση Προγραμμάτων διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς- οργανισμούς, αποτελεί έναν παράγοντα καθοριστικό στην εξέλιξη του θέματος.

Περαιτέρω τομείς για την ανάπτυξη και εφαρμογή της διεπιστημονικής ομάδας στην υγειονομική περίθαλψη θεωρούμε ότι είναι οι εξής:

- Η ακόμα μεγαλύτερη σύνδεσή της με τους κανόνες της «ιατρικής βάσει αποδείξεων» (Evidence based medicine), καθώς και με διαδικασίες αξιολόγησης, θα προσκομίσουν περισσότερα στοιχεία, τροφοδοτώντας με την σειρά τους την πρακτική εφαρμογή της σε ειδικότερες περιπτώσεις. Γενικότερα, «ανοικτές» στην αλλαγή και στην καινοτομία κοινωνίες είναι στην πρωτοπορία της έρευνας και εφαρμογής της.
- Παρότι η διεπιστημονική συνεργασία έχει αποδείξει μέχρι σήμερα την αξία της, αυτή θα πρέπει να επιβεβαιώνεται σε κάθε της βήμα, με τις αναγκαίες προσαρμογές στην εκάστοτε ειδική περίπτωση. Η αναζήτηση της βέλτιστης λύσης και η ισότιμη και από κοινού συμμετοχή στις αποφάσεις αποτελούν και την ουσία της διεπιστημονικής συνεργασίας και θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να τηρούνται.
- Σαφώς προτείνεται μία νέα μελέτη συστηματικής ανασκόπησης, σε ειδικότερες περιπτώσεις της διεπιστημονικής ομάδας και της ποιοτικής αξίας που έχει σε ότι αφορά την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας.

Περιορισμοί

Ωστόσο, σημαντικό να αναφερθεί είναι, πως στη σχετική έρευνα για τα ποσοτικά μέτρα της διεπιστημονικής συνεργασίας είχαν αναλυθεί μόνο δύο βασικές μετρήσιμες παράμετροι, η κλίμακα ετοιμότητας για διεπιστημονική μάθηση και η κλίμακα της αντίληψης της διεπιστημονικής εκπαίδευσης. Για τις υπόλοιπες έξι (6) υπήρχαν περιορισμένες πληροφορίες και στερούνταν επαρκούς θεωρητικής ανάπτυξης, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την ανάλυση στις ψυχομετρικές τους ιδιότητες.

Επίσης, σχετικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων της διεπιστημονικής εκπαίδευσης σε πρακτικό επίπεδο: α) σε σύγκριση με ξεχωριστές παρεμβάσεις και β) σε σύγκριση με την περίπτωση που δεν υπήρξε καμία εκπαιδευτική παρέμβαση, υπήρχαν περιορισμοί στην έρευνα. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε επιστημονικά αρχεία δημοσιεύσεων για τα έτη 2006 έως 2011. Από τις δεκαπέντε (15) συνολικά μελέτες που εντοπίστηκαν, στις επτά (7) προέκυψαν θετικά αποτελέσματα, στις

τέσσερις (4) μικτά αποτελέσματα και στις υπόλοιπες τέσσερις (4) δεν εντοπίστηκε αποτέλεσμα στην διαδικασία της παροχής φροντίδας ή την υγεία των ασθενών.

Το αποτέλεσμα αυτό, που δε διευκρίνισε επαρκώς το ερευνώμενο θέμα, θεωρείται ότι οφείλεται στην ετερογένεια των μελετών ως προς τον αριθμό ωρών της διεπιστημονικής εκπαίδευσης (που κυμαίνονταν από μερικές ώρες ή ημέρες έως προγράμματα διάρκειας άνω του ενός έτους), στο είδος της παροχής φροντίδας, στην ειδικότητα των εκπαιδευομένων (χειρουργοί, νοσοκόμες, φυσιοθεραπευτές, βοηθοί νοσηλευτών και προσωπικό συντήρησης, ενώ και ο αριθμός των ατόμων που εξετάστηκε σε κάθε μελέτη ήταν γενικά περιορισμένος. Η συγκεκριμένη έρευνα, μέσω του εντοπισμού κάποιων ελλείψεων (όπως η μη αξιολόγηση των επιπτώσεων στους πόρους, η μη αναφορά ανά επάγγελμα, κλπ) προτείνει αυτές να ληφθούν υπόψη στις επόμενες μελέτες.

Βιβλιογραφία/ Αρθρογραφία

- Baer, M. and Frese, M. (2003) 'Innovation Is Not Enough: Climates for Initiative and Psychological Safety, Process Innovations, and Firm Performance', *Source: Journal of Organizational Behavior*, 24(1), pp. 45–68. doi: 10.1002/job.
- Baldwin, D. W. C. (1996) 'Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA', in *Journal of Interprofessional Care*, pp. 23–37. doi: 10.1080/13561820701594728.
- Bernard C. K. Choi PhD, MSc, Anita W.P. Pak PhD, MA, Me. (2016) *transdisciplinarity in health research , services , education and policy : 3 . Discipline , inter - discipline dis - tance , and selection of discipline, Clin Invest Med.*
- Birk, T. J. (2017) 'Principles for Developing an Interprofessional Education Curriculum in a Healthcare Program', *Journal of Healthcare Communications*. OMICS Publishing Group, 02(01). doi: 10.4172/2472-1654.100049.
- Bridges, D. R. *et al.* (2011) 'Interprofessional collaboration: Three best practice models of interprofessional education', *Medical Education Online*, 16(1). doi: 10.3402/meo.v16i0.6035.
- Buring, S. M. *et al.* (2009) 'Interprofessional education: Definitions, student competencies, and guidelines for implementation', *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4). doi: 10.5688/aj730459.
- Dennis, V. *et al.* (2019) 'Evaluation of student perceptions with 2 interprofessional assessment tools—the Collaborative Healthcare Interdisciplinary Relationship Planning instrument and the Interprofessional Attitudes Scale—following didactic and clinical learning experiences in the United States', *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. Korea Health Personnel Licensing Examination Institute, 16. doi: 10.3352/JEEHP.2019.16.35.
- Donaldson, M. S. *et al.* (1996) *Primary Care America's Health in a New Era*. Available at: <http://www.nap.edu/catalog/5152.html>.
- Dubas-jakóbczyk, K. *et al.* (2018) 'Building hospital capacity planning mechanisms in poland: The impact of 2016/2017 regulatory changes', *International Journal of Health Planning and Management*. John Wiley and Sons Ltd, pp. e403–e415. doi: 10.1002/hpm.2493.
- For, B. A. F. *et al.*, (2008) 'Institute of Medline'
Available at: <https://www.nap.edu/resource/12038/KWWreportbrief3.pdf>
- From, L. and Field, T. H. E. (2001) *RWJF 2015 Promising interprofessional collaboration*, *Journal of Health, Organisation and Management*. Available at: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2015/03/lessons-from-the-field.html>.
- Frost, J. S. *et al.* (2019) 'The intersection of professionalism and interprofessional care:

development and initial testing of the interprofessional professionalism assessment (IPA)', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor and Francis Ltd, 33(1), pp. 102–115. doi: 10.1080/13561820.2018.1515733.

Ginsburg, L. and Tregunno, D. (2005) 'New approaches to interprofessional education and collaborative practice: Lessons from the organizational change literature', *Journal of Interprofessional Care*, 19(SUPPL. 1), pp. 177–187. doi: 10.1080/13561820500083105.

Golom, F. D. and Schreck, J. S. (2018) 'The Journey to Interprofessional Collaborative Practice: Are We There Yet?', *Pediatric Clinics of North America*. Elsevier Inc, 65(1), pp. 1–12. doi: 10.1016/j.pcl.2017.08.017.

Guraya, S. Y. and Barr, H. (2018) 'The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis', *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. Elsevier (Singapore) Pte Ltd, pp. 160–165. doi: 10.1016/j.kjms.2017.12.009.

Hall, J. G. *et al.* (2006) 'A meeting of minds: Interdisciplinary research in the health sciences in Canada', *CMAJ*, pp. 763–771. doi: 10.1503/cmaj.060783.

Hayward, L. M. *et al.* (2016) 'Interprofessional Collaboration Among Physical Therapy, Speech-Language Pathology, and Engineering Faculty and Students to Address Global Pediatric Rehabilitation Needs: A Case Report', *Journal of Physical Therapy Education*, 30(4), pp. 24–34. doi: 10.1097/00001416-201630040-00005.

Hewitt, G., Sims, S. and Harris, R. (2014) 'Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care', *Journal of Interprofessional Care*. Informa Healthcare, 28(6), pp. 501–506. doi: 10.3109/13561820.2014.939744.

Hewitt, G., Sims, S. and Harris, R. (2015) 'Evidence of communication, influence and behavioural norms in interprofessional teams: A realist synthesis', *Journal of Interprofessional Care*. Informa Healthcare, 29(2), pp. 100–105. doi: 10.3109/13561820.2014.941458.

Jakubowski, E. and Busse, R. (1998) *Health care systems in the EU: A Comparative Study*, *Public Health and Consumer Protection Series*. doi:10.1515/.

La Rocca, A. and Hoholm, T. (2017) 'Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives', *BMC Health Services Research*. BioMed Central Ltd., 17(1). doi: 10.1186/s12913-017-2096-4.

Langley (1996) 'The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance' (1997) *Quality Management Journal*. Informa UK Limited, 4(4), pp. 85–86. doi: 10.1080/10686967.1998.11919154

Li, J. *et al.* (2018) 'Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM) to promote communication and patient-centred, coordinated care', *BMJ Quality and Safety*. BMJ Publishing Group, 27(9), pp. 700–709. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007369.

Makary, M. A. and Daniel, M. (2016) 'Medical error-the third leading cause of death in the US', *BMJ (Online)*. BMJ Publishing Group, 353. doi: 10.1136/bmj.i2139.

Manias, E. (2018) 'Effects of interdisciplinary collaboration in hospitals on medication errors:

an integrative review', *Expert Opinion on Drug Safety*. Taylor and Francis Ltd, pp. 259–275. doi: 10.1080/14740338.2018.1424830.

Masic, I., Miokovic, M. and Muhamedagic, B. (2008) 'Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges', *Acta Informtica Medica*, 16(4), p.219. doi:10.5455/aim.2008.16.219-225

M. Markle-Reid, C. O. *et al.* (2011) 'Interprofessional stroke rehabilitation for stroke survivors using home care' *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 38(2), pp. 317-334. Available at <https://www.otseeker.com>

McNeely, M. L. *et al.* (2016) 'The interdisciplinary rehabilitation care team and the role of physical therapy in survivor exercise', *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(6), pp. 8–16. doi: 10.1188/16.CJON.S2.8-16.

Mickan, S. M. and Rodger, S. A. (2005) 'Effective health care teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions', *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), pp. 358–370. doi: 10.1080/13561820500165142.

Morley, L. and Cashell, A. (2017) 'Collaboration in Health Care', *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. Elsevier Inc., 48(2), pp. 207–216. doi: 10.1016/j.jmir.2017.02.071.

Mosadeghrad, A. M. (2014) 'Factors influencing healthcare service quality', *International Journal of Health Policy and Management*. Kerman University of Medical Sciences, 3(2), pp. 77–89. doi: 10.15171/ijhpm.2014.65.

Nelson, S., Tassone, M. and Hodges, B. D. (2014) *Creating the Health Care Team of the Future: The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice*. Available at: www.cornellpress.cornell.edu.

Norman *et al.* (2006) *The meanings of health and its promotion.*, *Croatian medical journal*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16909464>.

OECD iLibrary. (2007) *Caring for quality in health : lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. Available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>.

Pannick, S. *et al.* (2015) 'Effects of interdisciplinary team care interventions on general medical wards: A systematic review', *JAMA Internal Medicine*. American Medical Association, 175(8), pp. 1288–1298. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.2421.

Parsell, G. and Bligh, J. (1998) *Educational principles underpinning successful shared learning*, *Medical Teacher*. doi: 10.1080/01421599880229.

Pullon, S. *et al.* (2013) 'Interprofessional education for physiotherapy, medical and dietetics students: A pilot programme', *Journal of Primary Health Care*, 5(1), pp. 52–58. doi: 10.1071/hc13052.

Propp, K. M. *et al.* (2010) 'Meeting the complex needs of the health care team: Identification of Nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes', *Qualitative Health Research*, 20(1), pp. 15–28. doi: 10.1177/1049732309355289.

Real, K. *et al.* (2020) 'Patient Perceptions and Real-Time Observations of Bedside Rounding Team Communication: The Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM)', *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Joint Commission Resources, Inc., 46(7), pp. 400–409. doi: 10.1016/j.jcjq.2020.04.005.

Reeves, S. *et al.* (2010) *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. doi: 10.1002/9781444325027.

Reeves, S. *et al.* (2013) 'Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.

Sule, A. A. *et al.* (2020) 'Desirable Features of an Interdisciplinary Handoff', *JMIR Nursing*. JMIR Publications Inc., 3(1), p. e18914. doi: 10.2196/18914.

Sandier S., Paris V and Polton D (2004) '*Health care systems in transition*'
Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/80694/E83126.pdf

Speroff, T. *et al.* (2004) *Guidelines for appraisal and publication of PDSA quality improvement.*, *Quality management in health care*. doi: 10.1097/00019514-200401000-00003.

Taylor, M. J. *et al.* (2014) 'Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare', *BMJ Quality and Safety*, 23(4), pp. 290–298. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862.

Thannhauser, J., Russell-Mayhew, S. and Scott, C. (2010) 'Measures of interprofessional education and collaboration', *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), pp. 336–349. doi: 10.3109/13561820903442903.

WHO (1946) *Constitution of the World Health Organization (1946) American journal of public health and the nation's health*. doi: 10.2105/AJPH.36.11.1315.

WHO (1986) 'A discussion document on the concept and principles of health promotion' (1986) *Health Promotion International*, 1(1), pp. 73–76. doi: 10.1093/heapro/1.1.73.

WHO (2008) 'The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever', *The World Health Report*, p. 148. Available at: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

WHO (2010) 'Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice', *World Health Organization*, WHO/HRH/HP, pp. 1–64. Available at: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.

World Health Organisation (2012) 'Course: To Err is Human Topic : Being an effective team player Summary Benefits Organizational benefits Benefits to team members', pp. 1–5. doi: 10.1109/WI.2016.0017.

WHO (2015) *Tracking Universal Health Coverage, First global monitoring report*. Available at: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

WHO (2018) *WHO European Centre for Primary Health Care: annual report of activities 2017 (2018)*. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2019/who-european-centre-for-primary-health-care-annual-report-of-activities-2018-2019>.

Wise, H. H. *et al.* (2015) 'Interprofessional Education: An Exploration in Physical Therapist Education', *Journal of Physical Therapy Education*, 29(2), pp. 72–83. doi: 10.1097/00001416-201529020-00010.

Varpio, L. *et al.* (2008) *Interprofessional communication and medical error: a reframing of research questions and approaches.*, *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. doi: 10.1097/acm.0b013e318183e67b.

Vaughan, B. *et al.* (2014) 'The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): which factor structure?', *Education in Medicine Journal*. Penerbit Universiti Sains Malaysia, 6(3). doi: 10.5959/eimj.v6i3.259.

Vermeire, E. *et al.* (2001) *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review*. doi: 10.1046/j1365-2710.2001.00363.x

Παραρτήματα

Πίνακες

Πίνακας 1.1 Περιγραφή μοντέλου σχεδιασμός, πράξη, μελέτη, δράση (PDSA) (Taylor et al., 2013).

	Deming (1986) Αρχική περιγραφή της μεθόδου, όπως εφαρμόστηκε στην παραγωγή αγαθών	Langley (1996) Πως μπορεί να προσαρμοστεί η μέθοδος PDSA για εφαρμογή στο πλαίσιο της υγείας	Speroff and O'Connor (2004) Πώς η μέθοδος PDSA είναι ανάλογη της επιστημονικής μεθοδολογίας
Σχεδιασμός	Σχεδιασμός μιας αλλαγής ή ενός ελέγχου με στόχο τη βελτίωση	<ul style="list-style-type: none"> • Προσδιορισμός στόχου • Προσδιορισμός ερωτήσεων και προβλέψεων • Σχεδιασμός της εφαρμογής (ποιος, που, πότε) 	Διατύπωση μιας υπόθεσης για τη βελτίωση
Πράξη	Πραγματοποίηση της αλλαγής ή του ελέγχου	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτέλεση του σχεδιασμού • Καταγραφή προβλημάτων και μη αναμενόμενων παρατηρήσεων • Έναρξη ανάλυσης δεδομένων 	Συμπλήρωση των πρωτοκόλλων της μελέτης βάση των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν
Μελέτη	Εξέταση των αποτελεσμάτων. Τι μάθαμε; Τι πήγε λάθος;	<ul style="list-style-type: none"> • Ολοκλήρωση ανάλυσης δεδομένων • Σύγκριση δεδομένων για πρόβλεψη • Περίληψη των γνώσεων που αποκτήθηκαν 	Ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων
Δράση	Υιοθέτηση της αλλαγής, απόρριψη της ή νέος κύκλος	<ul style="list-style-type: none"> • Τι αλλαγές πρέπει να γίνουν • Τι θα περιέχει ο επόμενος κύκλος 	Προγραμματισμός επόμενης δραστηριότητας

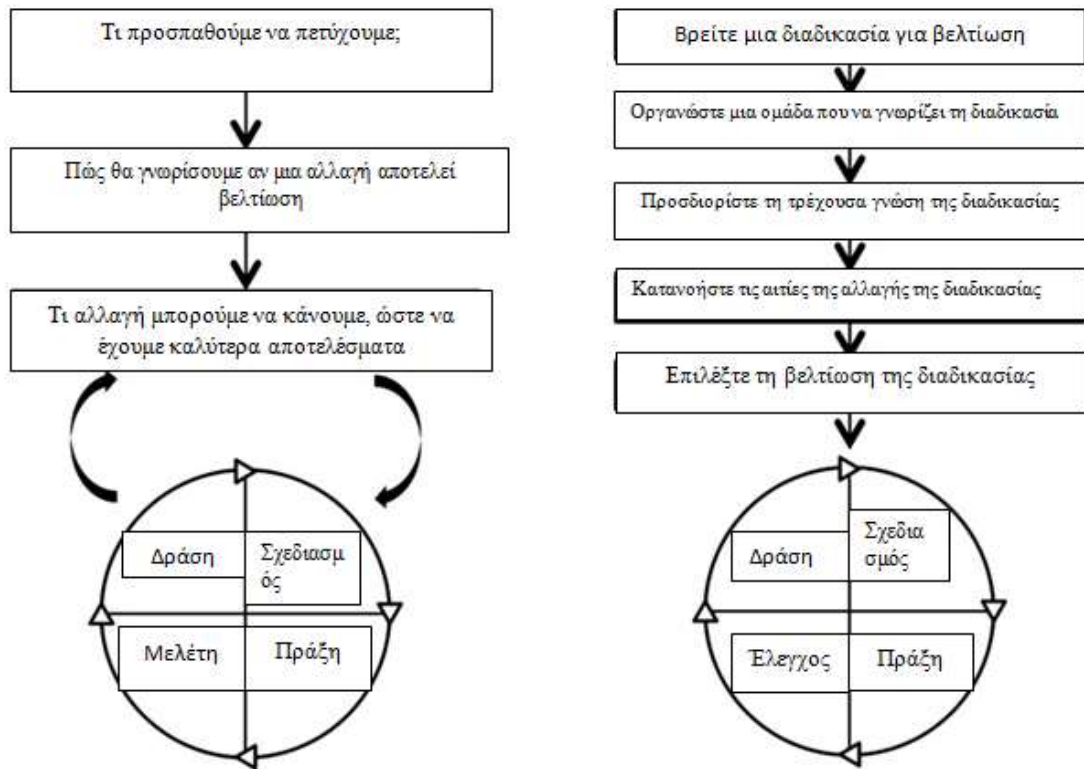
Πίνακας 2.1 Δράσεις για προώθηση διεπιστημονικής εκπαίδευσης για βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία (WHO, 2010)

ΔΡΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ
Συμφωνία σε ένα κοινό όραμα και ένα κοινό σκοπό για την διεπιστημονική εκπαίδευση με τους κύριους εμπλεκόμενους από όλες τιςσχόλες και τους οργανισμούς.	<ul style="list-style-type: none"> - Αυτοί που παίρνουν τις αποφάσεις - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Ηγέτες στο τομέα της εκπαίδευσης - Διδάσκοντες - Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας
Ανάπτυξη προγραμμάτων διεπιστημονικής εκπαίδευσης, σύμφωνα με τις αρχές της ορθής διεπιστημονικής πρακτικής.	<ul style="list-style-type: none"> - Αυτοί που καταρτίζουν τα προγραμμάτων σπουδών - Διδάσκοντες - Ηγέτες στο τομέα της εκπαίδευσης - Ερευνητές
Παροχή οργανωτικής υποστήριξης και κατάλληλων οικονομικών πόρων και χρόνου για τα εξής: <ul style="list-style-type: none"> - Ανάπτυξη και προσφορά της διεπιστημονικής εκπαίδευσης - Εκπαίδευση προσωπικού ως προς την διεπιστημονική εκπαίδευση 	<ul style="list-style-type: none"> - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης
Εξασφάλιση προσωπικού υπεύθυνου για την ανάπτυξη, προσφορά και αξιολόγηση διεπιστημονικής εκπαίδευσης που είναι ικανό για τον σκοπό αυτό	<ul style="list-style-type: none"> - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης - Διδάσκοντες
Εισαγωγή της διεπιστημονικής εκπαίδευσης στα εξής εκπαιδευτικά προγράμματα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας: <ul style="list-style-type: none"> - Όλα τα προπτυχιακά προγράμματα - Κατάλληλα μεταπτυχιακά προγράμματα και προγράμματα της συνεχούς εκπαίδευσης - Μαθήματα για την ποιοτική βελτίωση υπηρεσιών 	<ul style="list-style-type: none"> - Κυβερνητικοί ηγέτες - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης - Αυτοί που καταρτίζουν τα προγραμμάτων σπουδών - Διδάσκοντες - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων
Εξασφάλιση της δέσμευσης για την διεπιστημονική εκπαίδευση των ηγετών των Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων	<ul style="list-style-type: none"> - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων

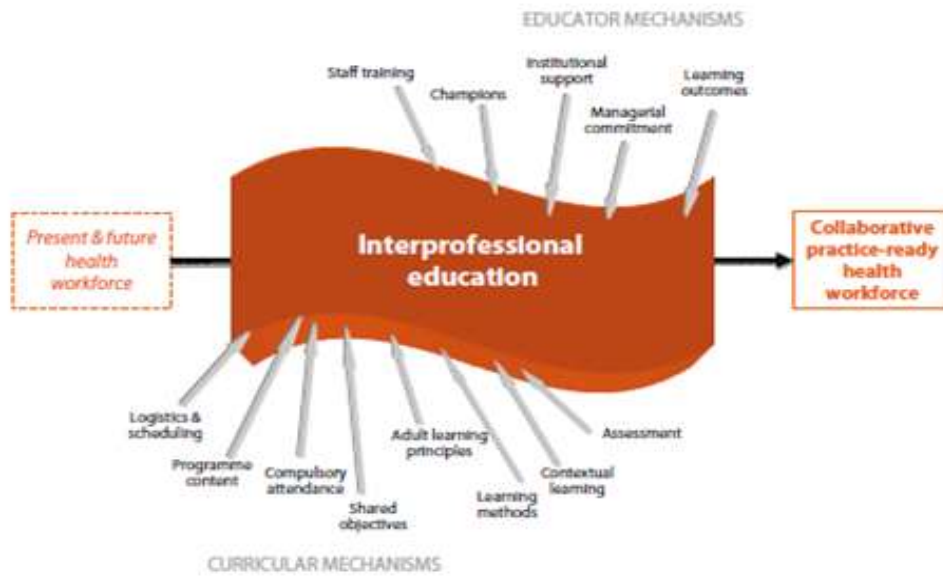
Πίνακας 3.3 Δράσεις για προώθηση διεπιστημονικής συνεργασίας για βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία (WHO, 2010)

ΔΡΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ
Διαδικασίες και δομές που προωθούν την από κοινού λήψη αποφάσεων, τακτική επικοινωνία και εμπλοκή της κοινότητας	<ul style="list-style-type: none"> - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας
Σχεδιασμός μιας κτιριακής υποδομής που προωθεί και ενισχύει την διεπιστημονική συνεργασία	<ul style="list-style-type: none"> - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας - Σχεδιαστές του αρχιτεκτονικού χώρου - Διαχειριστές κεφαλαίων
Ανάπτυξη πολιτικών για το προσωπικό οι οποίες αναγνωρίζουν και υποστηρίζουν την διεπιστημονική συνεργασία και μοντέλων δίκαιων αμοιβών	<ul style="list-style-type: none"> - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης
Εξασφάλιση προσωπικού υπεύθυνου για την ανάπτυξη, προσφορά και αξιολόγηση διεπιστημονικής εκπαίδευσης που είναι ικανό για τον σκοπό αυτό	<ul style="list-style-type: none"> - Κυβέρνηση - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Ρυθμιστικές Αρχές
Ανάπτυξη μοντέλου που επιτρέπει τον κατάλληλο χώρο και επαρκή χρόνο, ώστε το προσωπικό να επικεντρώνεται στην διεπιστημονική συνεργασία και την παροχή φροντίδας	<ul style="list-style-type: none"> - Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές - Ηγέτες στον τομέα της εκπαίδευσης - Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας
Ανάπτυξη μοντέλων διακυβέρνησης που καθιερώνουν την ομαδική εργασία και την από κοινού ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας	<ul style="list-style-type: none"> - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων - Κυβερνητικοί ηγέτες

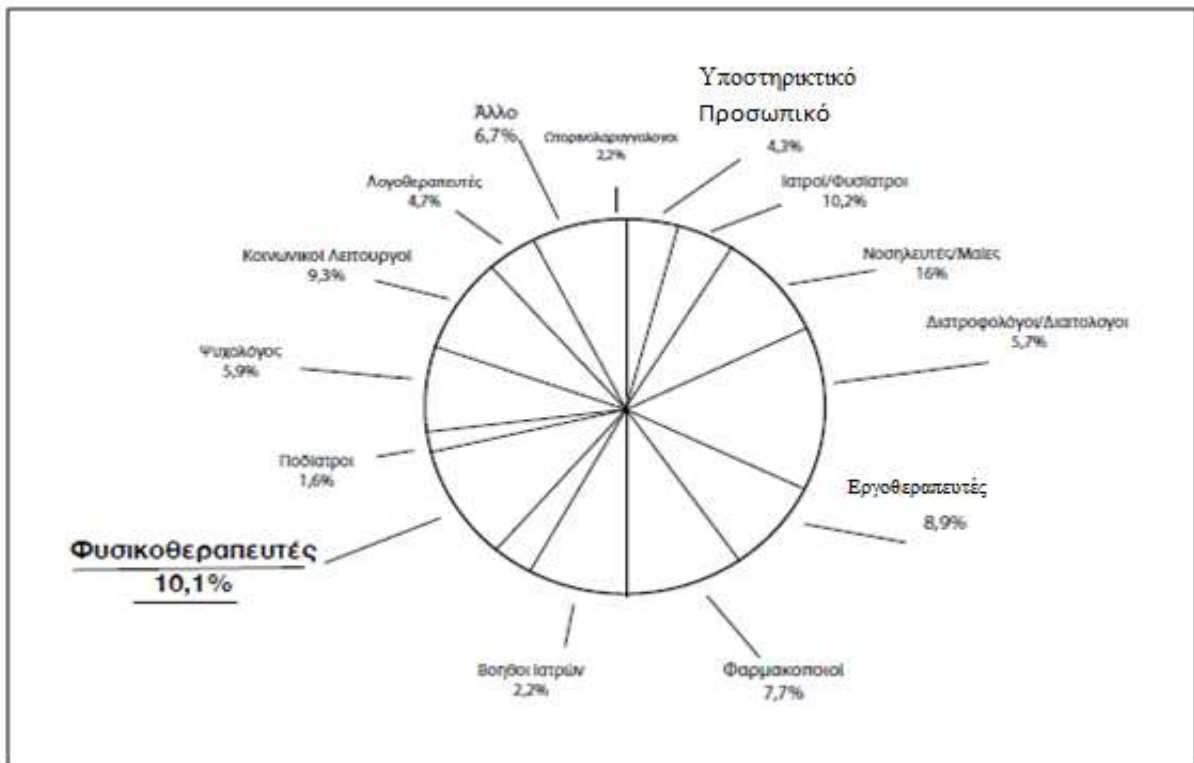
Εικόνες



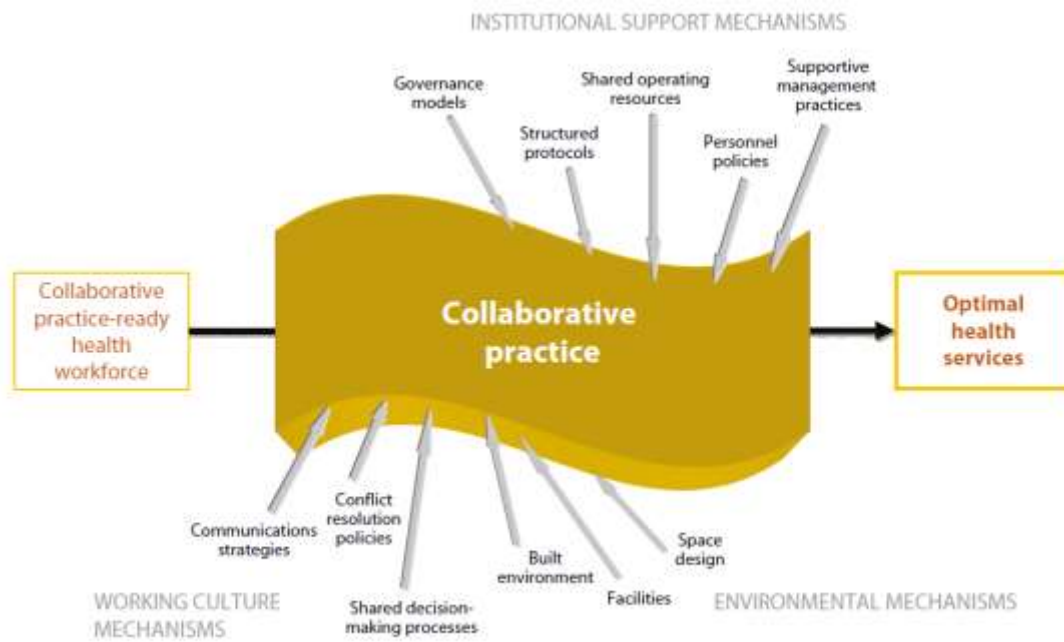
Εικόνα 1.1 Το μοντέλο Βελτίωσης (FOCUS)
(προσαρμοσμένο από Taylor et al., 2013).



Εικόνα 2.1 Μηχανισμοί Διεπιστημονικής Εκπαίδευσης
(προσαρμοσμένο από WHO, 2010)



Εικόνα 2.2 Επαγγελματίες που έλαβαν διεπιστημονική εκπαίδευση (προσαρμοσμένο από WHO, 2010)



Εικόνα 3.1 Παραδείγματα μηχανισμών που διαμορφώνουν τη συνεργασία σε πρακτικό επίπεδο (προσαρμοσμένο από WHO, 2010)