

ΕΛΕΓΧΟΣ

ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗ ΙΩΑΝΝΑ

536

«ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ»



00153705

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
«Διοίκηση της Υγείας»

ΠΑΡ.	ΕΛΕΓΧΟΣ
ΑΡ. Λ.	53705 + CD
ΣΟΜΑ	35158
ΤΑΞΗ	649 8 ΚΑΡ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	

Πειραιάς, 2006

KARAGOUNI IOANNA

“INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HOME HEALTH  
CARE SERVICES”

Graduate Thesis submitted for the Degree  
“Master in Health Management”

Peiraias, 2006

ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗ ΙΩΑΝΝΑ

«ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ»

Επόπτης :

Παναγιώτα Σουρτζή, Αν. Καθηγήτρια, Νοσηλευτική ΕΚΠΑ

Μέλη:

Τίτλος Όνομα

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2006

Ευχαριστίες (Acknowledgements)

Ευχαριστώ την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Σουρτζή Παναγιώτα για την καθοδήγησή της στη διεκπεραίωση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας, το Ή Κ.Α.Π.Η. Ζωγράφου και το Κέντρο Υγείας Δομοκού για τις πληροφορίες που μου παρείχαν.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Περίληψη

Την τελευταία εικοσαετία έχουν συμβεί μεγάλες αλλαγές στον τομέα παροχής φροντίδας υγείας ειδικότερα στον τομέα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον. Οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες, συνδυασμένες με τη σύγχρονη τεχνολογία, δίνουν τη δυνατότητα σε πολλούς ασθενείς με οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας να θεραπεύονται με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στο σπίτι. Η μοναδικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι οφείλεται στο ότι η φροντίδα παρέχεται σ' ένα περιβάλλον γνωστό για τον ασθενή, το οποίο ελέγχεται από τον ίδιο και την οικογένεια. Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι η πρώτη μορφή περίθαλψης που παρουσιάστηκε και μέχρι σήμερα έχει καθιερωθεί διεθνώς. Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες - ανάμεσα σε αυτές και η Ελλάδα- και χώρες της Αμερικής έχουν οργανωμένη μορφή υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Η κύρια διαφοροποίηση είναι στον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης.

Η διεπιστημονική συνεργασία είναι προαπαιτούμενη για την αποτελεσματική λειτουργία οποιασδήποτε υπηρεσίας υγείας, αφού η ολιστική φροντίδα υγείας του ατόμου, είτε υγιούς είτε ασθενούς, σχεδόν πάντα απαιτεί την εμπλοκή παραπάνω του ενός επιστημόνων υγείας και συχνά και πρόνοιας.

Η κατ' οίκον φροντίδα επίσης απαιτεί τη συνεργασία πολλών επαγγελματιών υγείας. Ο νοσηλευτής κατ' οίκον φροντίδας είναι γενικά ο συντονιστής όλων των άλλων επαγγελματιών φροντίδας υγείας οι οποίοι επισκέπτονται τον ασθενή όπως ο φυσιοθεραπευτής, ο εργοθεραπευτής, ο λογοθεραπευτής, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι βοηθοί της κατ' οίκον φροντίδας. Ο νοσηλευτής αποτελεί τη βασική πηγή επικοινωνίας και συντονισμού της φροντίδας του ασθενούς, γι' αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιεί αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας με τους άλλους επαγγελματίες για τον συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συμπερασματικά, η διεπιστημονική συνεργασία είναι μία προσέγγιση στις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας που μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην εκπαίδευση του προσωπικού και συνεχή έρευνα για την διασφάλιση της ποιότητας.

**Λέξεις-κλειδιά :** κατ' οίκον νοσηλεία, επαγγελματίες υγείας, ομάδα, διεπιστημονική συνεργασία, επικοινωνία, συγκρούσεις

# “INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HOME HEALTH CARE SERVICES”

Karagouni Ioanna

Graduate Thesis Submitted for the  
Degree “Master in Health  
Management” University of Piraeus-  
TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr Sourtzi Panagiota

## Abstract

During the last twenty years many changes have taken place in the delivery of health care services especially in home care services. Specialized nursing knowledge and skills combined with modern technology offer treatment to patients with acute and chronic diseases, with safety and effectiveness at their home. The uniqueness of nursing care at home is that it is provided in an environment familiar for the patient, which is controlled from the whole family. Home care is the original kind of care and to date has become a necessity. All European countries –including Greece- and countries of America have organized home care services. The main difference lies in the organisation and funding of each health.

Interprofessional care is a prerequisite for the effective function of every health service, because the holistic care of the individual, being healthy or not, requires almost always the involvement of more than one health professional and very often a social care one.

Home care also requires the collaboration of many health professions. Home care nurses in most cases are the coordinators of all care professionals who are visiting the patient including the physiotherapist, the occupational therapist, the speech therapist, the social worker and the home care assistants. The nurse is the main point for communication and coordination of the patient care, thus must use effective communication skills when in contact with other health care professionals.

In conclusion, interprofessional collaboration is an approach in home health care services which will improve patient care, staff education and conducting health care research for assuring quality of the provided service.

**Key words** : home nursing care, health professionals, team, interprofessional collaboration, communication, conflicts

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	1
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ .....	1
1.1 Εισαγωγή .....	1
1.2 Αναγκαιότητα η κατ' οίκον νοσηλεία .....	2
1.3 Ορισμός.....	4
1.4 Η κατ' οίκον επίσκεψη .....	6
1.5 Κύρια χαρακτηριστικά, σκοποί και οφέλη της κατ' οίκον νοσηλείας .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	11
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ .....	11
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	11
2.2 Η οργάνωση της κατ' οίκον νοσηλείας ανά τον κόσμο.....	13
2.3 Το πρόγραμμα της κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα.....	14
2.3.1 Το νομοθετικό πλαίσιο.....	16
2.3.2 Προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα .....	17
<i>Η περίπτωση του Νοσοκομείου Μεταξά .....</i>	18
<i>Η περίπτωση του Νοσοκομείου Υγεία.....</i>	20
<i>Η περίπτωση των Κέντρων Υγείας.....</i>	24
<i>Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι .....</i>	26
2.4 Προβλήματα στην υλοποίηση του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλείας.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	31
Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	31
3.1 Εισαγωγή .....	31
3.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της αποτελεσματικότητας της ομάδας .....	31
3.2.1 Μέγεθος της ομάδας .....	32
3.2.2 Χαρακτηριστικά των μελών.....	32
3.2.3 Συνοχή.....	33
3.2.4 Κανόνες και διαδικασίες.....	33
3.2.5 Όραμα-Στόχοι-Καθήκοντα .....	34
3.2.6 Κλίμα –Κουλτούρα- Εμπιστοσύνη .....	34

3.2.7 Επικοινωνία-Ροή πληροφοριών .....	35
3.2.8 Ικανότητα Συναινεσης .....	39
3.2.9 Προβλήματα λειτουργίας των ομάδων-Ομαδική σκέψη .....	39
3.3 Χαρακτηριστικά αποτελεσματικών ομάδων .....	40
3.4 Διαχείριση Συγκρούσεων και η αποτελεσματική επίλυσή τους.....	41
3.5 Η εύρυθμη λειτουργία της ομάδας και οι ανάγκες εκπαίδευσης.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	49
Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ .....	49
4.1 Εισαγωγή .....	49
4.2 Ομάδα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	49
4.3 Το προσωπικό και οι ανάγκες των ατόμων στην κατ' οίκον νοσηλεία.....	53
4.4 Ρόλος του προσωπικού στην κατ' οίκον νοσηλεία.....	54
4.5 Χαρακτηριστικά προσωπικού για βελτιστοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας.....	56
4.5.1 Επικοινωνία.....	57
4.5.2 Ομαδική εργασία.....	57
4.5.3 Ομαλή μετάβαση από τον καθορισμό των διαδικασιών στην παραγωγή έργου .....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	59
Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ.....	59
5.1 Αξιολόγηση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.....	59
5.2 Το μέλλον της κατ' οίκον νοσηλείας.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....	63
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	63
Βιβλιογραφία .....	65
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	65
Ξένα Βιβλιογραφία .....	67



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

#### 1.1 Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες εμφανίσθηκε στη διεθνή σκηνή μια νέα ιδέα: Η παροχή κάποιου βαθμού νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι, ώστε να μειωθεί η μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία. Η ιδέα αυτή φαίνεται συναρπαστική και προκλητική και έχει τύχει ορισμένων εφαρμογών. Τέτοια σχήματα ονομάζονται διεθνώς "Hospital at Home" ή "Hospital-in-the-Home [HITH]", όρος που αντιδιαστέλλει το είδος αυτό της υπηρεσίας από τον ευρύτερο όρο "Home Care".

Τα περισσότερα προαναφερθέντα σχήματα συνίστανται σε πρόωμη έξοδο ασθενών από τα νοσοκομεία, σε φάση κατά την οποία έχει ουσιαστικά συμπληρωθεί το μεγαλύτερο μέρος της νοσηλείας τους και χρειάζεται μικρή ακόμη συνέχιση της θεραπείας. Μερικά σχήματα Hospital at Home ονομάζονται "αποφυγή εισαγωγής" (Admission avoidance or total episode substitutions). Όμως αυτοί οι ασθενείς εκτιμώνται στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία κάποιου νοσοκομείου και μερικές φορές νοσηλεύονται για μία ημέρα. Επί πλέον κατάλληλοι για να νοσηλευθούν στο σπίτι τους κρίνονται ασθενείς με επιβεβαιωμένη διάγνωση, των οποίων η κατάσταση της υγείας είναι αρκετά σταθερή ώστε να χρειάζεται ελάχιστη υποστήριξη. Σχεδόν σε όλους αυτούς τους ασθενείς η νοσηλεία προσφέρεται αποκλειστικά από νοσηλεύτριες και νοσηλευτές και μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις υπάρχει κάποιου βαθμού συμμετοχή από οικογενειακούς/γενικούς ιατρούς.

Η συγκεκριμένη προσπάθεια αποτελεί μία εναλλακτική μορφή νοσηλείας, γνωστή ως κατ' οίκον νοσηλεία. Ουσιαστικά αποτελεί μία στροφή η οποία υπαγορεύεται από:

- Τη μεγάλη αύξηση του αριθμού των ασθενών που έχουν ανάγκη από μακροχρόνια νοσηλεία
- Την αδυναμία των νοσηλευτικών μονάδων να παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα
- Την ανάγκη να βρίσκονται οι χρόνιοι ασθενείς όσο το δυνατόν περισσότερο σε οικείο περιβάλλον

Καθοριστικό ρόλο για την επιτυχημένη έκβαση της κατ' οίκον νοσηλείας διαδραματίζει η συνεργασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των υπόλοιπων

ειδικότητων, έτσι ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της συγκεκριμένης διεπιστημονικής προσπάθειας.

## 1.2 Αναγκαιότητα η κατ' οίκον νοσηλεία

Μετά το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου το γνωστικό αντικείμενο της ιατρικής επιστήμης διευρύνθηκε σημαντικά. Οι μεγάλες ανακαλύψεις στο χώρο της υγείας συνέβαλαν στην αύξηση των αναγκών για περισσότερο προσωπικό – σε αριθμό και σε εξειδίκευση -, νέα νοσοκομεία, υψηλή τεχνολογία κ.λπ. Παρ' όλες όμως τις τεράστιες δαπάνες που καταλάωναν τα κράτη στον τομέα της υγείας, φάνηκε μετά τη δεκαετία 1960-1970 ότι η κατάσταση υγείας των λαών δεν παρουσίαζε αισθητή βελτίωση. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα. Είχαν πια επισημανθεί στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου τα συμπτώματα μιας καινοφανούς υγειονομικής κρίσης, που χαρακτηρίζονταν από ιατρική αναποτελεσματικότητα απέναντι στη νεοδιαμορφωμένη νοσολογία, από προοδευτική μειωμένη απόδοση των ραγδαία αυξανόμενων δαπανών για την υγεία και από παροξυνόμενη κρίση εμπιστοσύνης στις σχέσεις γιατρών με το κοινωνικό σύνολο (Τριχοπούλου & Τριχοπούλος, 1986).

Μελέτες για τη διαπίστωση των αιτιών που εμπόδιζαν την περαιτέρω βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση των δαπανών για την υγεία έδειξαν ότι:

α) Με δεδομένο το σημερινό επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας, περαιτέρω αύξηση του αριθμού των γιατρών και των άλλων συντελεστών παραγωγής θα έχει ως αποτέλεσμα την παροχή υπηρεσιών σε ολόένα και λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις.

β) Με δεδομένη την τάση προσφοράς να δημιουργεί τη δική της ζήτηση θα παρουσιάζονται συνεχώς λιγότερο σοβαρά προβλήματα υγείας τα οποία θα απευθύνονται σε αυξημένη προσφορά.

γ) Οι περισσότερες από τις πιο αποτελεσματικές ιατρικές επεμβάσεις, όπως οι εμβολιασμοί και η αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων, είναι σχετικά φτηνές και δεν επηρεάζονται από την αύξηση στη συνολική προσφορά υγείας. Οι περισσότερες όμως, από τις δαπανηρές τεχνικές όπως οι μεταμοσχεύσεις οργάνων,

δεν προβλέπεται να παίξουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της θνησιμότητας, τουλάχιστον στο προβλεπόμενο μέλλον (Λιαρόπουλος, 1994).

δ) Το μεγαλύτερο ποσό για την υγεία διατίθεται στο θεραπευτικό τομέα ο οποίος ήταν επικεντρωμένος στα μεγάλα αστικά κέντρα ενώ οι περισσότερες ανάγκες υγείας απαιτούσαν προληπτικές υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο και σε όλες τις γεωγραφικές περιφέρειες.

ε) Η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει κοινωνική βάση και ο σημαντικότερος παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ανθρώπου με το κοινωνικό περιβάλλον (Μωραϊτής, 1985).

στ) Οι ταχύτεροι ρυθμοί των μεταβολών που λαμβάνουν χώρα σε οικονομικό επίπεδο και η εκρηκτική ανάπτυξη της επιστημονικής γνώσης έχει ως αποτέλεσμα σήμερα να ξοδεύονται περισσότερα σε διαδικασίες και βιοτεχνολογία σχετιζόμενη με θεραπείες ενώ δεν έχει αναπτυχθεί ανάλογα η φροντίδα (Μπονίκος, 1994).

Εσκινώντας λουπόν με τη σκέψη ότι θα μπορούσαν να μειώσουν τις τεράστιες δαπάνες για την υγεία έχοντας ως αρχή την τάση για εξασφάλιση της άριστης περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος, έγινε μια προσπάθεια για την πλέον ορθολογική χρήση της υπάρχουσας νοσοκομειακής υποδομής με την περιστολή των άσκοπων και αλόγιστων δαπανών (Varicchio, 1994). Η εφαρμογή σύγχρονων οικονομικών, διαχειριστικών και οργανωτικών μεθόδων, η αποφυγή άσκοπων εισαγωγών, ο περιορισμός της αδικαιολόγητης παράτασης του χρόνου νοσηλείας και των μη απόλυτα αναγκαίων ιατρικών πράξεων και ιδιαίτερα των παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων, πιστεύεται ότι θα εξασφαλίσουν την επιθυμητή μείωση του κόστους (ή του ρυθμού αύξησης του κόστους) νοσηλείας και θα δώσουν τη δυνατότητα για τη νοσηλεία μεγαλύτερου αριθμού αρρώστων χωρίς να είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων (Μωραϊτής, 1985, Τσατσάς και συν., 1995).

Πέρα όμως από τα παραπάνω στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. προωθείται τα τελευταία χρόνια η τάση να οδηγούνται ασθενείς σε μονάδες αποκατάστασης στην κοινότητα, σε μονάδες βραχείας νοσηλείας και τμήματα ημερήσιας νοσηλείας διαθέτοντας πόρους για την οργάνωση τέτοιου είδους προγραμμάτων κοινοτικής νοσηλευτικής. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο και για τη μείωση κυρίως του διαρκώς αυξανόμενου αριθμού επανεισαγωγών χρονίως πασχόντων και ηλικιωμένων εμφανίστηκε η ανάγκη δημιουργίας προγράμματος

υπηρεσίας υγείας με τον τίτλο «νοσηλεία στο σπίτι» (home care ή home health care) ως εναλλακτική λύση.

### 1.3 Ορισμός

Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι ένας ταχέως αναπτυσσόμενος τομέας της υγειονομικής περίθαλψης (Coyte & McKeever, 2001). Η ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας οφείλεται κυρίως στη συνεχή αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων σε όλες τις χώρες του κόσμου, αλλά και στην προσπάθεια των νοσηλευτικών μονάδων να μειώσουν τα κόστη παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί ουσιαστικά μία οικονομική και αποτελεσματική λύση στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν πολλές νοσηλευτικές μονάδες και είναι η ανεύρεση νοσοκομειακής κλίνης. Το πρόβλημα αυτό διογκώνεται στις περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων αλλά και ασθενών με ογκολογικά προβλήματα (McMurray, 1993). Παρατηρείται όμως και στις περιπτώσεις ατόμων με ειδικές ανάγκες, σε ηλικιωμένους, σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα και τους παρέχει τη δυνατότητα να ζήσουν με ανεξαρτησία στο σπίτι τους, κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα, με την οικογένειά τους και την κοινότητα (Wilkins & Park, 1997).

Με τον όρο **κατ' οίκον νοσηλεία** σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι από επαγγελματίες και μη φροντιστές με σκοπό την προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση του μέγιστου βαθμού ευεξίας, λειτουργικότητας και υγείας του ατόμου, περιλαμβάνοντας φροντίδα για έναν αξιοπρεπή θάνατο.

Η κατ' οίκον νοσηλεία συνίσταται ουσιαστικά στην ανακούφιση του πόνου του ανθρώπου στο χώρο διαμονής και διαβίωσής του, όπου εξασφαλίζεται η μέγιστη σωματική και ψυχική του ηρεμία. Δεδομένου ότι η κατοικία αποτέλεσε πάντα τον πιο ζεστό, οικείο και φιλικό χώρο διαβίωσης του ανθρώπου κρίθηκε ως ο πλέον κατάλληλος χώρος για την αποδοχή και λήψη ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης και νοσηλευτικής φροντίδας (Σπυράκη και συν., 2006).

Οι υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας μπορούν να ταξινομηθούν σε :

- προληπτικές,
- θεραπευτικές,

- αποκατάστασης,
- φροντίδας χρόνιων νόσων και
- παρηγορητικές.

Είναι φανερό ότι ο ορισμός της κατ' οίκον νοσηλείας παραπέμπει σε τεράστιο φάσμα υπηρεσιών που συνήθως περιλαμβάνουν τη φροντίδα χρονίως πασχόντων, σίτιση ατόμων με ειδικές ανάγκες (meals on wheels), επισκέψεις οικογενειακών ιατρών, εμβολιασμούς, χορήγηση φαρμάκων, οξυγόνου και ιατρικών αναλωσίμων στο σπίτι, συμβουλευτική, λογοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, φυσιοθεραπεία.

Όμως πολύ συχνά με τον όρο κατ' οίκον νοσηλεία χαρακτηρίζονται υπηρεσίες που δεν είναι καν ή είναι οριακά νοσηλευτικές, όπως π.χ. βοήθεια ατόμων με αναπηρίες ως προς την προσωπική τους υγιεινή, το λουτρό, το ντύσιμο, την καθημερινή φροντίδα του σπιτιού τους, τα καθημερινά τους ψώνια, επισκευές του σπιτιού, πληρωμές λογαριασμών και γραφική εργασία, επισκέψεις ιερέων και κοινωνικών λειτουργών.

Η πολυφωνία οδηγεί συχνά σε σύγχυση, έτσι ώστε ενώ σχεδόν κάθε χώρα στον κόσμο αναφέρει την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, τα είδη των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι τόσο ποικίλα, ώστε δύσκολα μπορεί κανείς να διακρίνει τη σκοπιμότητα της αθρόας ταξινόμησής τους κάτω από την ίδια επικεφαλίδα.

Πάντως η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι εκείνη που παρέχεται στο σπίτι του ασθενούς και περιλαμβάνει φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών με χρόνιες και οξείες ανάγκες φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τη McNamara (1982) η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι εκείνο το στοιχείο της ευρύτερης φροντίδας υγείας, όπου οι υπηρεσίες παρέχονται σε άτομα και οικογένειες στον τρόπο κατοικίας τους, με σκοπό την προαγωγή, τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας ή την ελαχιστοποίηση των συνεπειών της ασθένειας και της ανικανότητας. Η κατ' οίκον νοσηλεία σχετίζεται συνεπώς με υπηρεσίες κατάλληλες για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Κατά την παροχή φροντίδας υγείας στο σπίτι, οι νοσηλευτές ενσωματώνουν τις αρχές δημόσιας υγείας που επικεντρώνονται στους περιβαλλοντικούς, κοινωνικοοικονομικούς, πολιτισμικούς και προσωπικούς παράγοντες υγείας, οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και της οικογένειάς του (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1991). Το επίκεντρο της φροντίδας υγείας στο σπίτι είναι ο ασθενής, η οικογένεια, οι διάφοροι επαγγελματίες

φροντίδας υγείας, καθώς και οι στόχοι που θα διευκολύνουν τον ασθενή να επιτύχει τη μέγιστη ανεξαρτησία και επίπεδο υγείας.

Χαρακτηριστικό πάντως είναι ότι ενώ σύμφωνα με τα εθνικά στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας (Department of Health) του Ηνωμένου Βασιλείου μέσα σε μια εβδομάδα τον Σεπτέμβριο του 2002 προσφέρθηκαν 2.98 εκατομμύρια ώρες κατ' οίκον νοσηλείας σε 381.900 άτομα, στην ίδια αναφορά η κατ' οίκον νοσηλεία ορίζεται ως υπηρεσίες που έχουν σκοπό να βοηθήσουν το άτομο να είναι όσο το δυνατόν ανεξάρτητο και να ζει στο σπίτι του και περιλαμβάνουν καθημερινές δουλειές του νοικοκυριού μέσα και έξω από το σπίτι, προσωπική φροντίδα και φροντίδα αναψυχής, με τη συνεργασία και των οικείων του.

#### 1.4 Η κατ' οίκον επίσκεψη

Κατά τη διαδικασία της παραπομπής η υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας προσεγγίζεται από το γιατρό ή το άτομο το οποίο προγραμματίζει την έξοδο από το νοσοκομείο και λαμβάνει ένα σύντομο ιατρικό ιστορικό, μαζί με τις ενδείξεις για κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας. Ο νοσηλευτής στον οποίο έγινε η παραπομπή για κατ' οίκον φροντίδα πρέπει να συλλέξει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για τις ανάγκες του ασθενούς που περιλαμβάνουν τις διαγνώσεις από τους θεράποντες ιατρούς, τις προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις θεραπείες στις οποίες υποβάλλεται. Αυτή η φάση της κατ' οίκον φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η φάση πριν την είσοδο.

Ο ασθενής ανατίθεται σε μέλος του προσωπικού, που εξετάζει τις πληροφορίες, τηλεφωνεί στον ασθενή για να γίνει μια αρχική επαφή και προγραμματίζει την επίσκεψη. Κατά τη διάρκεια αυτής της συζήτησης, στόχος είναι να συλλεχθούν πληροφορίες για να καθοριστεί εάν τα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας στον ασθενή, μπορούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τις ανάγκες τους. Μέσω της συζήτησης μπορεί να είναι δυνατό να προσδιοριστούν οι γνωστικές ικανότητες, ο προσανατολισμός του ασθενούς και η κατάσταση του ατόμου, το οποίο παρέχει τη φροντίδα υγείας. Όλες αυτές οι πληροφορίες είναι σημαντικές για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς σχεδιάζεται η πρώτη επίσκεψη (Taylor και συν., 2002).

Κατά τη φάση πριν τη είσοδο συλλέγεται ο απαραίτητος εξοπλισμός που πιθανόν να απαιτηθεί, όπως τα υλικά φροντίδας τραυμάτων ή εκπαιδευτικά υλικά. Επίσης

χρησιμοποιείται ένα διάγραμμα, όπου τεκμηριώνονται τα δεδομένα της αξιολόγησης και η παρασχεθείσα φροντίδα στον ασθενή, το οποίο χρησιμοποιείται και στις επόμενες επισκέψεις.

Η δεύτερη φάση της κατ' οίκον νοσηλείας είναι η φάση εισόδου. Κατά τη φάση αυτή, το προσωπικό αναπτύσσει στενή σχέση με τον ασθενή και την οικογένεια, καθορίζει από κοινού τις επιθυμητές εκβάσεις, αξιολογεί, σχεδιάζει και εφαρμόζει την προγραμματισθείσα φροντίδα και παρέχει την αναγκαία εκπαίδευση ή αγωγή υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας.

Σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τις κατ' οίκον επισκέψεις αποτελούν η διαπραγμάτευση και η τήρηση των ωρών επίσκεψης, η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένεια, ο καθορισμός της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας η οποία πρόκειται να παρασχεθεί και η διδασκαλία για την προαγωγή ανεξαρτησίας στην αυτοφροντίδα (Stulginsky, 1993b).

### 1.5 Κύρια χαρακτηριστικά, σκοποί και οφέλη της κατ' οίκον νοσηλείας

Η μετατόπιση του κέντρου ευθύνης από το νοσοκομειακό τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν το κυρίαρχο στοιχείο που διαμορφώθηκε και επικράτησε μετά την συνδιάσκεψη της Alma – Ata. Οι 38 στόχοι της ΠΟΥ για την Ευρώπη στο πλαίσιο του «Υγεία για όλους το 2000», διαπνέονται από τη νέα αντίληψη κάνοντάς την πιο συγκεκριμένη.

Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι 26 – 29 αναφέρουν μεταξύ άλλων ότι «όλα τα κράτη – μέλη θα πρέπει να έχουν αναπτύξει συστήματα υπηρεσιών υγείας, μέσω μιας αποτελεσματικής κοινοτικής συμμετοχής, τα οποία θα βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ..... και θα προσφέρουν ..... ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προαγωγής της υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης και υποστήριξης που να ανταποκρίνεται στις βασικές αρχές υγείας του πληθυσμού και θα δίνει ειδική προσοχή στα υψηλού κινδύνου, ευπαθή και μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και ομάδες.....»

Τα περισσότερα κράτη προσανατολισμένα στους στόχους που τέθηκαν από την ΠΟΥ ανέπτυξαν τα τελευταία χρόνια τη **νοσηλεία στο σπίτι** ως εναλλακτική μορφή νοσηλείας, που εντάσσεται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας παρόλο που οι σχετικές υπηρεσίες εδρεύουν κατά βάση σε νοσοκομεία. Κύριος σκοπός άλλωστε της κατ' οίκον νοσηλείας είναι η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων υψηλής ποιότητας με ταυτόχρονη

κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του (Θεοδώρου και συν., 2001).

Οι βασικοί **στόχοι** της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας είναι:

- Η παραμονή του ασθενούς στο σπίτι με όλα τα οφέλη που αυτή συνεπάγεται.
- Η διαμόρφωση βασικών ή νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων του από το νοσηλευτή που εκτός από την παρακολούθηση του ασθενή, κατευθύνουν τους οικείους σε βασικές φροντίδες.
- Η δημιουργία ειδικής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ασθενή και καθιέρωση κλίματος μη εγκατάλειψης του από το νοσοκομείο.
- Η παροχή στο σπίτι φαρμακευτικής αγωγής και η εκτέλεση αιμοληψιών για εργαστηριακές εξετάσεις.
- Η παροχή φροντίδας υγείας από τον γιατρό του νοσοκομείου.
- Η εξοικονόμηση νοσοκομειακών κλινών (Θεοδώρου και συν., 2001)

Για την επίτευξη των στόχων της κατ' οίκον νοσηλείας είναι απαραίτητη :

- Η λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών.
- Η συνεργασία με το θεράποντα γιατρό εάν υπάρχει.
- Η μέριμνα για ασφαλιστική κάλυψη της κατ' οίκον νοσηλείας σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες.
- Η λεπτομερής καταγραφή των ενεργειών και της εξέλιξης του προβλήματος υγείας.
- Η συνεχής αξιολόγηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς.
- Η φροντίδα για την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου στο μέγιστο δυνατό βαθμό.
- Η εκπαίδευση του ίδιου του ασθενούς αλλά και του στενού του περιβάλλοντος για πιθανή μελλοντική αντιμετώπιση παρόμοιων προβλημάτων υγείας (Σουρτζή, 1994).



Η οργάνωση της κατ' οίκον νοσηλείας από τα κέντρα υγείας συνεπάγεται σε γενικές γραμμές τις ακόλουθες δραστηριότητες από πλευράς του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας:

- Σύσταση ομάδας υγείας
- Προσδιορισμό και καταγραφή ασθενών που έχουν ανάγκη από κατ' οίκον νοσηλεία
- Τακτικό πρόγραμμα επισκέψεων της ομάδας υγείας στους εν λόγω ασθενείς
- Τακτικό πρόγραμμα ιατρικής παρακολούθησης των ασθενών
- Εκπαίδευση των μελών των οικογενειών των ασθενών στην ορθή νοσηλευτική τους αντιμετώπιση
- Οργάνωση του συστήματος παραπομπών των ασθενών στο νοσοκομείο, σε ειδικά κέντρα ή σε ειδικούς κατά περίπτωση γιατρούς, συμπεριλαμβανομένων των ραντεβού, της διακομιδής και της ιατρικής ενημέρωσης
- Τήρηση αρχείου και ιατρικού φακέλου των νοσηλευόμενων ασθενών
- Σύνδεση της κατ' οίκον νοσηλείας με άλλες εκτός έδρας δραστηριότητες της ομάδας υγείας

Αναφορικά με τα οφέλη από τη λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλείας, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι:

- Παρέχει στον ασθενή την δυνατότητα να παραμένει στο οικογενειακό του περιβάλλον με θετικές επιπτώσεις για την συναισθηματική και ψυχολογική του κατάσταση.
- Προσφέρει ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή και την οικογένειά του με την εφαρμογή της θεραπείας, τις αλλαγές τραύματος, την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων την διασύνδεση με άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες και την παροχή σωστής πληροφόρησης.
- Περιορίζει τις απουσίες από την εργασία, δίνοντας την δυνατότητα στους εργαζόμενους ασθενείς να συνεχίσουν να εργάζονται, όσοι τουλάχιστον το επιθυμούν.

- Απελευθερώνει νοσοκομειακές κλίνες και κατά συνέπεια μειώνεται ο χρόνος και οι λίστες αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

#### 2.1 Ιστορική αναδρομή

Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει τις ρίζες της στα βάθη της ιστορίας. Το πρώτο νοσοκομείο που αναφέρεται στην ιστορία χρονολογείται γύρω στο 300-400 μ.Χ. Συνεπώς κάθε φροντίδα ασθενούς πριν από αυτή την εποχή αλλά και πολύ αργότερα, είναι λογικό ότι γινόταν στον τόπο της κατοικίας του. Όμως η πρώτη οργανωμένη παροχή κατ' οίκον νοσηλείας αναφέρεται στο χρονικό διάστημα 1633-1851, όταν δηλαδή ιδρύονται τάγματα-νοσοκόμων και δημιουργείται σύστημα ελεύθερων «οίκων νοσηλείας», ενώ το 1860 ιδρύεται η νοσηλευτική σχολή Nightingale στο Λονδίνο και οργανώνονται οι νοσηλευτικές υπηρεσίες και η νοσηλεία στο σπίτι (Μαρκέτος, 1996).

Την περίοδο 1860-1900 υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι αναπτύσσονται στη Μεγάλη Βρετανία, στη Γαλλία, στον Καναδά και στην Αμερική από συλλόγους ή εταιρίες που είχαν συστήσει νοσηλεύτριες, χρηματοδοτούμενες από φιλανθρωπικούς συλλόγους. Πιο συγκεκριμένα, στο τέλος του 1800 έγινε μεγάλη εισροή μεταναστών στην Αμερική και ταχύτατη αύξηση του πληθυσμού των περισσότερων πόλεων. Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας άρχισαν να δημιουργούνται στη Νέα Υόρκη, στη Βοστώνη και στη Φιλαδέλφεια, για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες υγείας των κατοίκων τους. Το 1885 ιδρύθηκε στο Buffalo υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας υγείας. Στις υπηρεσίες αυτές οι επισκέπτες νοσηλευτές παρείχαν φροντίδα στους φτωχούς κατοίκους λαϊκών συνοικιών. Τελικά, αυτού του είδους οι επαγγελματίες ίδρυσαν τις ενώσεις επισκεπτών νοσηλευτών, οι οποίοι επικεντρώνονταν αφενός στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς και αφετέρου στη διδασκαλία των οικογενειών. Η νοσηλευτική δημόσιας υγείας εμφανίστηκε με την αλλαγή του αιώνα και εστιάστηκε σε ολόκληρη την υγεία της κοινότητας. Στην αρχή οι νοσηλευτές επισκέπτονταν τους φτωχούς και τους μετανάστες, προσπαθώντας να βελτιώσουν τη γενική κατάσταση της υγείας τους (Taylor και συν., 2002).

Πριν το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, οι γιατροί συνήθιζαν τις κατ' οίκον επισκέψεις για τη θεραπεία των ασθενών, ενώ κατά τη διάρκεια του πολέμου, επήλθε αλλαγή στην πρακτική τους από το σπίτι στο περιβάλλον του νοσοκομείου και του ιδιωτικού ιατρείου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι νοσηλευτές άρχισαν να πραγματοποιούν τις

περισσότερες από τις κατ' οίκον επισκέψεις. Σταδιακά άρχισαν να αναπτύσσονται υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας με βάση το νοσοκομείο κατά την αναζήτηση τρόπων επέκτασης των υπηρεσιών τους στην κοινότητα. Η διαθεσιμότητα περισσότερων χρημάτων από το νοσοκομείο τους έδωσε τη δυνατότητα παροχής ευρύτερων υπηρεσιών.

Το πρώτο σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών υγείας στο σπίτι λειτουργήσε στη Νέα Υόρκη το 1947 και περιλάμβανε επίσκεψη ιατρού στο σπίτι του ασθενούς καθώς και προγραμματισμένες επισκέψεις νοσηλευτριών για περαιτέρω νοσηλευτική φροντίδα (Θεοδώρου και συν., 2001).

Στα μέσα του 1960 οι κατ' οίκον υπηρεσίες επεκτάθηκαν για να περιλάβουν τα ηλικιωμένα άτομα. Το 1965 ο νόμος για την κοινωνική ασφάλιση παρείχε πρόγραμμα κάλυψης για τη φροντίδα υγείας στο σπίτι σε ηλικιωμένους με τη συμμετοχή στο πρόγραμμα Medicare και λίγο αργότερα ξεκίνησε το πρόγραμμα του Medicaid.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για την αύξηση της κατ' οίκον φροντίδας με βάση την κοινότητα σε χώρες, όπως είναι οι ΗΠΑ. Πιο συγκεκριμένα, καθώς ο πληθυσμός συνεχίζει να γηράσκει, οι προαναφερθείσες υπηρεσίες αυξάνονται και εκτείνονται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών. Η εισαγωγή των ανά διαγνωστική κατηγορία ομάδων ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον, οδήγησε στην ταχύτερη έξοδό τους από τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Όταν επέστρεφαν όμως στο σπίτι, πολλοί από αυτούς είχαν ανάγκη εξειδικευμένης επαγγελματικής φροντίδας με αποτέλεσμα την ταχύτερη αύξηση του αριθμού των επισκέψεων κατ' οίκον φροντίδας. Επιπρόσθετα, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί άρχισαν να αναζητούν έναν αποτελεσματικό τρόπο μείωσης του αυξανόμενου κόστους φροντίδας υγείας μέσω χρήσης προγραμμάτων διαχείρισης της φροντίδας (Taylor και συν., 2002).

Στα αντίστοιχα προαναφερθέντα χρονικά διαστήματα η Ελλάδα δεν έχει να επιδείξει κάποια ενιαία οργανωτική δομή, εκτός από μεμονωμένα προγράμματα, όπως π.χ. το Κέντρο Υγείας του Βύθωνα που λειτουργούσε ως εκπαιδευτικό κέντρο για τις σπουδάστριες της Ανώτερης Σχολής Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων. Η καταγεγραμμένη εμπειρία αφορά τα τελευταία 25 χρόνια με πρώτη καταγραφή το 1979 το Νοσοκομείο Μεταξά, μία προσπάθεια που αφορούσε μόνο ασθενείς που έπασχαν από ανίατη ασθένεια. Ακολουθεί το 1986 το γενικό ογκολογικό νοσοκομείο των Αγίων Αναργύρων και στη συνέχεια ο ΕΕΣ

## 2.2 Η οργάνωση της κατ' οίκον νοσηλείας ανά τον κόσμο

Σήμερα εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο απολαμβάνουν κάποια μορφή κατ' οίκον νοσηλείας. Μία χώρα πάντως με μακρά παράδοση στον τομέα της κατ' οίκον νοσηλείας είναι οι **Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής**. Στη χώρα αυτή λειτουργούν σήμερα πάνω από 20.000 οργανισμοί κατ' οίκον νοσηλείας, ενώ οι πρώτες οργανώσεις κατ' οίκον νοσηλείας εμφανίσθηκαν μεταξύ του χρονικού διαστήματος 1885 και 1889, περίοδο κατά την οποία η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελούσε την κύρια εργασία των περισσότερων νοσηλευτριών. Μέχρι το έτος 1905 λειτουργούσαν ήδη 171 οργανισμοί που απασχολούσαν 455 επισκέπτριες αδελφές. Σήμερα λειτουργούν 20.215 οργανισμοί κατ' οίκον νοσηλείας, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε περισσότερους από 7 εκατομμύρια πολίτες, με κόστος που υπολογίζεται ότι ανέρχεται σε 38 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο.

Παρ' όλο που σήμερα οι περισσότερες χώρες αναζητούν επιστημονικές αποδείξεις (evidence) για να αποφασίσουν αν θα υποστηρίξουν την ανάπτυξη κατ' οίκον νοσηλείας, οι Αμερικανοί θεωρούν το είδος αυτό της περίθαλψης τόσο αυτονόητο, ώστε ξεοδεύουν σημαντικά ποσά χωρίς να χρειάζονται πλήρη επιστημονική τεκμηρίωση.

Οι περισσότερες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας στις ΗΠΑ παρέχονται από νοσηλεύτριες, το έργο των οποίων συμπληρώνεται από φυσιοθεραπευτές, βοηθούς και άλλους επαγγελματίες της υγείας. Οι ιατροί σπάνια επισκέπτονται ασθενείς στο σπίτι. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται περιλαμβάνουν την κατ' οίκον νοσηλεία και τον απαιτούμενο ιατρικό εξοπλισμό, τη θεραπεία νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος και τη χορήγηση ενδοφλέβιας φαρμακευτικής αγωγής και παρεντερικής διατροφής, την παροχή υπηρεσιών τηλεϊατρικής, αποκατάστασης και αποασυλοποίησης ([www.aahomecare.org](http://www.aahomecare.org)).

Στη **Μεγάλη Βρετανία** αυτές οι υπηρεσίες προσφέρονται από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service) μέσω μικρών επιχειρήσεων μέχρι μεγάλους οργανισμούς συμπεριλαμβανομένων κρατικών, μη κερδοσκοπικών, ιδιωτικών, εθελοντικών ή φιλανθρωπικών ενδιαφερόντων ([www.ukhca.co.uk](http://www.ukhca.co.uk)). Σε μια δημοσκόπηση που έγινε το 1999, προέκυψε ότι σε μία εβδομάδα είχαν παρασχεθεί 2,7 εκατομμύρια ώρες κατ' οίκον νοσηλείας σε 424.000 νοικοκυριά, με σκοπό να παραμένουν στο σπίτι τους άνθρωποι που διαφορετικά θα έπρεπε να πάνε σε οίκους ευγηρίας ([www.hospitalathome.gr](http://www.hospitalathome.gr)). Οι υπηρεσίες αυτές συνίστανται σε βοήθεια σε

καθημερινές δραστηριότητες, όπως η έγερση από το κρεβάτι, η κατάκλιση, το ντύσιμο, το πλύσιμο, η προσωπική υγιεινή, νοικοκυριό, ψώνια, μαγείρεμα και χορήγηση φαρμάκων.

Η κατ' οίκον νοσηλεία που έχει παρουσιάσει τεράστια αύξηση ζήτησης στον **Καναδά** κατά τα τελευταία 30 χρόνια ορίζεται από την Canadian Home Care Association ως μία σειρά υπηρεσιών, που παρέχονται στο σπίτι και περιλαμβάνουν την προαγωγή και την αγωγή υγείας, τη θεραπευτική παρέμβαση, τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, την αποκατάσταση, την υποστήριξη και τη συντήρηση, την κοινωνική προσαρμογή και την επανένταξη, καθώς και την υποστήριξη από άτομο-οικογενειακό παροχέα φροντίδας ([www.cdnhomocare.on.ca](http://www.cdnhomocare.on.ca)). Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από τις τοπικές κυβερνήσεις των επαρχιών και η ομοσπονδιακή κυβέρνηση παρέχει υποστήριξη μέσω χρηματοδότησης τέτοιων προγραμμάτων.

Από το 1962 στη Γαλλία δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην παροχή επαγγελματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους. Η κατ' οίκον βοήθεια και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από μη κερδοσκοπικές ενώσεις και λιγότερο από τις τοπικές αρχές και τα κέντρα κοινωνικής δράσης. Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται και εφαρμόζεται σχετικό πρόγραμμα που προέκυψε ως ανάγκη περίθαλψης του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Σπυράκη και συν., 2006).

Στη Γερμανία και στη Γαλλία παρέχονται από νοσηλευτές ελεύθερους επαγγελματίες ή εργαζόμενους σε ασφαλιστικούς φορείς και η χρηματοδότηση γίνεται μέσω του συστήματος ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών.

### 2.3 Το πρόγραμμα της κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα

Η κατ' οίκον νοσηλεία τείνει να κατατάσσεται περισσότερο έδαφος διεθνώς, με στόχο τη δραστική αποσυμφόρηση των ιδρυμάτων που παρέχουν τριτοβάθμια περίθαλψη, τη μείωση του κόστους, την πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και τα ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη που απορρέουν για τον ασθενή και τους οικείους του. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα εφαρμόζεται από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ογκολογικών κυρίως νοσοκομείων, με αντικείμενο την ανακούφιση καρκινοπαθών σε καταληκτικό στάδιο της νόσου τους.

Δεδομένου ότι στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. η κατ' οίκον νοσηλεία περιορίζεται κυρίως στην μετανοσοκομειακή πρωτοβάθμια περίθαλψη, μελετήθηκε και σχεδιάστηκε

στην Ελλάδα υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας που πρωτοτυπεί και στο διεθνή χώρο, εφαρμόζοντας δευτεροβάθμια περιθαλψη στο σπίτι. Για κάθε ασθενή ορίζεται από την υπηρεσία θεράπων ιατρός με ανάλογη ειδικότητα που φέρει τη συνολική ευθύνη και έχει υπό την εποπτεία του ομάδα ιατρών που πραγματοποιούν πρωινή και απογευματινή επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς. Νοσηλευτές και νοσηλεύτριες επισκέπτονται τον ασθενή κάθε 6 ή 8 ώρες, ενώ η υπηρεσία βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για έκτακτη άμεση επέμβαση για να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε απρόβλεπτη διαταραχή. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες του συστήματος καλύπτονται με ασφάλεια τις ανάγκες ενός σημαντικού ποσοστού ασθενών που σήμερα νοσηλεύονται σε τριτοβάθμια ιδρύματα.

Το σύστημα εφαρμόζεται στο λεκανοπέδιο της Αθήνας από τον Σεπτέμβριο του 1995. Χαρακτηριστικό είναι ότι κατά το πρώτο τρίμηνο νοσηλεύθηκαν στα σπίτια τους 24 ασθενείς εκ των οποίων (Παπαζήσης & Τούντας, 1996):

- 6 με κακοήθη νοσήματα.
- 1 με εκκολπωματίτιδα,
- 2 με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού,
- 3 με ουρολοίμωξη,
- 2 με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια,
- 1 με μητρορραγία,
- 2 με εξωπυραμίδική συνδρομή,
- 2 με ατελή ειλέο,
- 1 με σακχαρώδη διαβήτη,
- 2 με εμέτους και αφυδάτωση,
- 1 με γαστρεντερίτιδα και
- 1 με απόστημα κάτω γνάθου.

Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα παρέχονται τόσο από τον ιδιωτικό τομέα όσο και από δημόσια νοσοκομεία, αλλά και τα κέντρα υγείας. Μία μορφή κατ' οίκον

νοσηλείας αποτελεί και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο όμως δεν ανήκει στο σύστημα υγείας, αλλά οργανώνεται και ελέγχεται από την τοπική αυτοδιοίκηση.

### 2.3.1 Το νομοθετικό πλαίσιο

Ο νόμος που διέπει την κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα, είναι ο νόμος 2071/1992, ο οποίος τροποποιήθηκε μερικώς από το νόμο 2519/1997.

Στο άρθρο 28 του συγκεκριμένου νόμου αναφέρεται ότι:

*«με προεδρικά διατάγματα που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εργασίας, καθορίζονται κυρίως οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή της κατ' οίκον νοσηλείας, ο χρόνος ενάρξεως του συστήματος αυτού, οι κατηγορίες ασθενών, οι τυχόν εξειδικευμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις, τα νοσηλευτικά ή ιδρύματα ή άλλες μονάδες του τομέα υγείας ή πρόνοιας ή κοινωνικών ασφαλίσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με μέριμνα και ευθύνη των οποίων εφαρμόζεται η κατ' οίκον νοσηλεία, οι δαπάνες κινήσεως των ατόμων που συντελούν στην κατ' οίκον νοσηλεία, η συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα του νοσηλευόμενου στις δαπάνες της νοσηλείας αυτής, όπως και κάθε άλλη λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου».*

Η στελέχωση των μονάδων της κατ' οίκον νοσηλείας ρυθμίζεται με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του καθ' ύλην αρμόδιου υπουργού. Όπως αναφέρεται και στο σχετικό τεύχος της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

*«...για την εφαρμογή του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλείας είναι δυνατή η πρόσληψη ιατρών, νοσηλευτών ΠΕ ή ΤΕ, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας ή άλλου εξειδικευμένου κατά περίπτωση επιστημονικού προσωπικού με πλήρη ή μερική απασχόληση».*

Πρέπει να αναφερθεί πάντως ότι η κατ' οίκον νοσηλεία παρέχεται σχεδόν πάντα από ομάδα επιστημόνων υγείας, η οποία περιλαμβάνει :

- Τον υπεύθυνο ιατρό



- Τον/η προϊσταμένο/η νοσηλεύτ(η)τρια, ο/η οποίος/α έχει επιτελικό ρόλο για τον προγραμματισμό, έλεγχο και συντονισμό της ομάδας
- Νοσηλευτές/τριες ή κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες, οι οποίοι παρέχουν όχι μόνο νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και εκπαίδευση, διδασκαλία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη, καθώς και
- Βοηθούς νοσηλευτών

Στην ομάδα αυτή συνήθως συμπεριλαμβάνονται ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με το νόμο 2071/1992 στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνίσταται ειδική υπηρεσία υπό τον τίτλο «Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας», έργο της οποίας είναι ο συντονισμός και η όλη προαγωγή του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλείας.

Απαραίτητα στοιχεία για την οργάνωση του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλείας εκτός από την ύπαρξη του απαιτούμενου προσωπικού, είναι κατοχή του απαραίτητου εξοπλισμού, αλλά και η εκπαίδευση του συγκεκριμένου προσωπικού. Επίσης, απαιτείται εκπαίδευση τόσο όσον αφορά την ομαδική εργασία, όσο και τον τρόπο οργάνωσης της κατ' οίκον νοσηλείας και διαχείρισης του συνολικού έργου.

Όσον αφορά τέλος με τον απαραίτητο εξοπλισμό, κρίνεται απαραίτητο να υπάρχει:

- Φορητός εξοπλισμός νοσηλείας
- Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό
- Εξοπλισμός για την εκπαίδευση των μελών των οικογενειών των ασθενών και
- Εξασφάλιση μεταφορικού μέσου

### 2.3.2 Προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα

Προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα παρέχονται τόσο από τον ιδιωτικό όσο και το δημόσιο τομέα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι κατ' οίκον νοσηλεία στο δημόσιο τομέα παρέχεται από τα νοσοκομεία Μεταξά, Άγιοι Ανάργυροι, Γεώργιος Γεννηματάς, το νοσοκομείο Πατησίων. Παρόμοιες υπηρεσίες παρέχονται και από φορείς που εντάσσονται και χρηματοδοτούνται από το εθνικό πρόγραμμα Ψυχαγωγός, από το

Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, από το Αρεταιείο νοσοκομείο και από τα Κέντρα Υγείας.

Υπηρεσίες όμως για κατ' οίκον νοσηλεία παρέχονται και από το ιδιωτικό νοσοκομείο Υγεία, αλλά και από μη κερδοσκοπικούς φορείς, όπως είναι ο ΕΕΣ και ο Σύλλογος Παροχής Φροντίδας και Κατ' οίκον Νοσηλείας Σύρου, που ιδρύθηκε το 1995. Επίσης παρόμοιες υπηρεσίες παρέχονται στους πολίτες στο πλαίσιο του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι που υλοποιείται από πολλούς δήμους της χώρας.

Ακολουθεί ενδεικτική σύντομη περιγραφή του προγράμματος παροχής κατ' οίκον νοσηλείας του νοσοκομείου Μεταξά, του νοσοκομείου Υγεία, των Κέντρων Υγείας και του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι, ως παραδείγματα από τους διαφορετικούς φορείς οργάνωσης.

#### *Η περίπτωση του Νοσοκομείου Μεταξά*

Ένα από τα μεγάλα προβλήματα στον τομέα της Υγείας είναι η εξεύρεση Νοσοκομειακής Κλίνης. Στα Ογκολογικά Νοσοκομεία το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα οξύ, δεδομένου ότι ο ογκολογικός άρρωστος έχει ανάγκη από συχνή Ιατρική και Νοσηλευτική παρακολούθηση και φροντίδα.

Για τους λόγους αυτούς ιδρύθηκε το 1979 και άρχισε να λειτουργεί η Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι (Υ.Ν.Σ.) του Νοσοκομείου Μεταξά, η οποία θεωρείται ως μία ευκίνητη μονάδα με χαμηλό κόστος που προσπαθεί συνεχώς να βελτιώσει τις υπηρεσίες που προσφέρει. ([www.metaxa-hospital.gr/services](http://www.metaxa-hospital.gr/services))

Κύριοι στόχοι της προσπάθειας αυτής ήταν:

- Η αποσυμφόρηση του νοσοκομείου
- Η μείωση ζήτησης νοσηλευτικών κλινών, η ελάττωση ημερών νοσηλείας και η μείωση κόστους νοσηλείας.
- Η παροχή ιατρικών - νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Η ψυχοκοινωνική στήριξη.
- Η παραμονή αρρώστου στο γνώριμο οικογενειακό περιβάλλον.
- Η βελτίωση ποιότητας ζωής.

Η γεωγραφική ακτίνα που καλύπτει η συγκεκριμένη μονάδα αφορά τους δήμους:

1. Πειραιά
2. Κερατσινίου
3. Περάματος
4. Δραπετσώνας
5. Νίκαιας
6. Καλλιθέας
7. Μοσχάτου
8. Ν. Φαλήρου
9. Κορυδαλλού

Η συγκεκριμένη μονάδα κρίνεται ευέλικτη με χαμηλό οικονομικό κόστος και αποτελείται από :

- Τον υπεύθυνο ιατρό
- Την προϊσταμένη νοσηλεύτρια, η οποία έχει επιτελικό ρόλο. Προγραμματίζει, ελέγχει, συντονίζει.
- Νοσηλεύτριες που πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις και παρέχουν όχι μόνο νοσηλευτική φροντίδα αλλά και εκπαίδευση, διδασκαλία, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, καθώς και
- Έναν βοηθό νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτικές πράξεις που προσφέρονται είναι:

1. Αιμοληψίες
2. Πρόληψη και φροντίδα κατακλίσεων
3. Φροντίδα τραυμάτων
4. Φροντίδα στομιών (κολοστομία- ουρ/μία - τραχειοστομία)
5. Έλεγχος αποτελεσματικότητας αναλγητικής αγωγής
6. Κάλυψη διατροφικών αναγκών (χορήγηση ειδικών σκευασμάτων)
7. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενούς και οικογένειας

8. Εκπαίδευση της οικογένειας για την σωστή παροχή φροντίδας στον ασθενή.

Τέλος, αναφορικά με τις προϋποθέσεις για να γίνει εισαγωγή ασθενή στην υπηρεσία του Ογκολογικού νοσοκομείου Μεταξά είναι οι εξής :

1. Να είναι διαγνωσμένος ογκολογικός ασθενής στο νοσοκομείο Μεταξά
2. Να κατοικεί στις προαναφερόμενες περιοχές.
3. Να υπάρχει παραπομπή στην υπηρεσία από τον θεράποντα ιατρό.

#### *Η περίπτωση του Νοσοκομείου Υγεία*

Το τμήμα 1051 του νοσοκομείου Υγεία παρέχει νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι του ασθενούς. Λειτουργεί ως μία κανονική κλινική του Νοσοκομείου, με μόνη διαφορά ότι οι ασθενείς βρίσκονται στα σπίτια τους. Επισκέψεις γίνονται τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα, ενώ τουλάχιστον μία φορά την ημέρα επισκέπτεται τον ασθενή ιατρός. ([www.hospitalathome.gr](http://www.hospitalathome.gr))

Με εξαίρεση τους ασθενείς που πρέπει να χειρουργηθούν, οι μόνοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο, είναι αυτοί που πληρούν τα κριτήρια εισαγωγής σε Μονάδα Εντατικής και εισάγονται κατ' ευθείαν σε τέτοια μονάδα. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, η κλινική 1051, ανάλογα με τη βαρύτητα κάθε ασθενούς, πραγματοποιεί όσες επισκέψεις κρίνονται απαραίτητες.

Διοικείται από Διευθυντή ιατρό και είναι στελεχωμένο με ιατρούς επιμελητές Α' και Β' και νοσηλευτές. Οι ιατροί εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο (07:00-15:00, 15:00-23:00 και 23:00-07:00). Κάθε ομάδα παραλαμβάνει από την προηγούμενη την κατάσταση των ασθενών της κλινικής (που νοσηλεύονται κατ' οίκον), γίνεται λεπτομερειακή ενημέρωση για τα τελευταία διαγνωστικά αποτελέσματα και τυχόν μεταβολές στη θεραπευτική πορεία, ιεραρχούνται οι προτεραιότητες των επισκέψεων που θα γίνουν μέσα στο επόμενο δωρο, ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης κάθε ασθενούς, τις τυχόν διαγνωστικές αμφιβολίες, την επαγρύπνηση που απαιτεί η κατάστασή του και τις θεραπευτικές του ανάγκες.

Ομοίως και η νοσηλευτική ομάδα εργάζεται με κυλιόμενο ωράριο. Κάθε ομάδα παραλαμβάνει από την προηγούμενη την κατάσταση των κατ' οίκον νοσηλευόμενων ασθενών, γίνεται λεπτομερειακή ενημέρωση για τη νοσηλεία, τους χορηγούμενους ορούς, τους ρυθμούς έγχυσης, τα χορηγούμενα φάρμακα, και τις εν γένει ιατρικές οδηγίες.

Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί τους φροντίζουν για τον εξοπλισμό των κινητών μονάδων πριν από κάθε αναχώρηση.

Μετά την "παράδοση" και "παραλαβή" των κατ' οίκον νοσηλευόμενων ασθενών από τη μία βάρδια στην επόμενη, οι κινητές μονάδες αναχωρούν για τις επισκέψεις με τη σειρά που έχουν καθορίσει. Η σειρά αυτή βεβαίως συχνά στην πορεία αλλάζει, αν κάποιος από τους ασθενείς παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα ή επιπλοκή.

Κατά τη νυκτερινή βάρδια, γίνονται μόνο επισκέψεις που είναι προγραμματισμένες σε ασθενείς των οποίων η κατάσταση της υγείας επιβάλλει αυξημένη επαγρύπνηση, καθώς και για οποιοδήποτε έκτακτο περιστατικό.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης η κινητή μονάδα του 1051 μπορεί:

- Να χρησιμοποιήσει τον φορητό διαγνωστικό εξοπλισμό που διαθέτει (καρδιογράφο, αναλυτή αερίων αίματος και βιοχημικών παραμέτρων, ακτινολογικό μηχάνημα κλπ)
- Να χορηγήσει φάρμακα άμεσης ανάγκης από το πλήρως εξοπλισμένο φορητό φαρμακείο.
- Να χορηγήσει ορούς
- Να τοποθετήσει ουροκαθετήρα ή και ρινογαστρικό καθετήρα.
- Να κάνει διάνοιξη αποστήματος ή συρραφή τραύματος.
- Να σταματήσει μια αιμορραγία (π.χ. ρινορραγία)
- Να κάνει εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας.
- Να κάνει εκκενωτική παρακέντηση θώρακος.
- Να κάνει αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων.
- Να χορηγήσει οξυγόνο από τις μεγάλες οβίδες 3m<sup>3</sup> που διαθέτει.
- Να πάρει αίμα, ούρα και άλλα βιολογικά υλικά για άμεση εξέταση. Οι επείγουσες εξετάσεις γίνονται σε πολύ σύντομο χρόνο από την άφιξη του δείγματος στο νοσοκομείο
- Να εγκαταστήσει στο σπίτι του ασθενούς τον απαιτούμενο εξοπλισμό που βρίσκεται πάντα μέσα σε κάθε μονάδα και να ξεκινήσει κατ' οίκον νοσηλεία. "Εισαγωγή" δηλαδή, στο σπίτι του ασθενούς.

Μετά από μία έκτακτη κλήση του 1051 υπάρχουν οι εξής περιπτώσεις:

- Εξέταση, καρδιογράφημα, απλές οδηγίες και χορήγηση ιατρικής συνταγής.
- Απλές θεραπευτικές παρεμβάσεις (ένεση, τοποθέτηση καθετήρα).
- Λήψη αίματος, λήψη ακτινογραφίας και επανεξέταση με τα αποτελέσματα.
- Άμεση έναρξη νοσηλείας.

Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες αρχίζει άμεσα νοσηλεία είναι:

- *Μία Οξεία και απειλητική για τη ζωή κατάσταση* (ενδεικτικά αναφέρονται το πνευμονικό οίδημα, η εντερική απόφραξη, η οξεία ανουρία).

Στις περιπτώσεις αυτές η νοσηλεία αρχίζει άμεσα και η ιατρική μονάδα δεν φεύγει από το σπίτι του ασθενούς μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας του ή να κριθεί απαραίτητη η συνέχιση της νοσηλείας του σε νοσοκομείο.

- *Μία κατάσταση που δεν είναι μεν άμεσα απειλητική για τη ζωή, αλλά χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη και ενδοφλέβια φάρμακα.* (ενδεικτικά αναφέρεται η βαριά λοίμωξη του αναπνευστικού ή του ουροποιητικού, η βαριά αφυδάτωση, οι επιληπτικοί σπασμοί, οι ακατάσχετοι έμετοι, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η σοβαρή γαστρεντερίτιδα).

Στις περιπτώσεις αυτές αρχίζει η νοσηλεία, τοποθετούνται οι οροί, δίδονται οι πρώτες δόσεις των αντιβιοτικών, λαμβάνονται αίμα και ούρα για εξετάσεις και η ιατρική ομάδα φεύγει.

- *Περιπτώσεις με διαγνωστική αμφιβολία* (ενδεικτικά αναφέρεται ο κοιλιακός πόνος με έμετους που μπορεί να υποκρύπτει οξεία παγκρεατίτιδα).

Στις περιπτώσεις αυτές αρχίζει η νοσηλεία, λαμβάνονται αίμα και ούρα για εξετάσεις και η ιατρική ομάδα φεύγει. Η επόμενη επίσκεψη (που μπορεί να είναι κατά τη διάρκεια της νύχτας) θα εξαρτηθεί από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και από την κατάσταση του ασθενούς (τηλεφωνική επικοινωνία). Αν όλα είναι καλά, η επόμενη επίσκεψη θα είναι η προγραμματισμένη της επόμενης βάρδιας.

Όταν ένας ασθενής νοσηλεύεται στο πλαίσιο του προγράμματος του νοσοκομείου Υγεία θεωρείται κανονικός νοσηλευόμενος του νοσοκομείου. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όποτε χρειάζεται να κάνει χρήση οποιουδήποτε τμήματος του νοσοκομείου, αυτό γίνεται χωρίς ιδιαίτερες διατυπώσεις, όπως γίνεται για κάθε νοσηλευόμενο. Για περιπτώσεις εξετάσεων των οποίων ο εξοπλισμός δεν μεταφέρεται (αξονικός

τομογράφος, υπέρηχοι, πυρηνική ιατρική), ο ασθενής μεταφέρεται στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο μόνο για την εξέταση και επιστρέφει στο σπίτι του. Κατά την άφιξη του ασθενοφόρου στο νοσοκομείο, οι νοσοκόμοι οδηγούν τον ασθενή στο τμήμα που είναι ειδοποιημένο να πραγματοποιήσει την εξέταση. Μόλις αυτή ολοκληρωθεί, οι νοσοκόμοι μεταφέρουν τον ασθενή κατ' ευθείαν με ασθενοφόρο πάλι στο σπίτι του. Όταν κρίνεται απαραίτητη μια χειρουργική επέμβαση, γίνεται στο σπίτι όλη η προεγχειρητική προετοιμασία και ο διαγνωστικός έλεγχος. Ο ασθενής μεταφέρεται με ασθενοφόρο από το σπίτι του, κατ' ευθείαν στο χειρουργείο. Μετά από παραμονή το πολύ μιας ημέρας στο νοσοκομείο, επιστρέφει και πάλι στο σπίτι του για τη συνέχιση της θεραπείας του.

Σε κάθε προγραμματισμένη νοσηλευτική επίσκεψη γίνονται:

- Μέτρηση και καταγραφή της θερμοκρασίας, της πίεσης, των σφύξεων, του αριθμού των αναπνοών και του οξυγόνου του αίματος (SpO<sub>2</sub>).
- Μέτρηση και καταγραφή των υγρών που προσέλαβε ο ασθενής από τους ορούς και από το στόμα, κατά το διάστημα που μεσολάβησε από την προηγούμενη επίσκεψη.
- Μέτρηση και καταγραφή των αποβληθέντων ούρων.
- Αδρός υπολογισμός του ισοζυγίου του ύδατος με συνεκτίμηση των άδηλων απωλειών και ενημέρωση των ιατρών (τηλεφωνικά).
- Έλεγχος των σωματικών λειτουργιών του ασθενούς (κενώσεις) και αδρή αναζήτηση κλινικών σημείων που μπορεί να υποδηλώνουν ισχαιμία, θρόμβωση, φλεγμονή, εντερική απόφραξη, συσσώρευση βρογχικών εκκρίσεων ή υπερφόρτωση με υγρά. Ενημέρωση των ιατρών.
- Πραγματοποίηση εν τω βάθει αναρρόφησης βρογχικών εκκρίσεων, όποτε κρίνεται απαραίτητο.
- Έλεγχος λειτουργίας καθετήρων.
- Έλεγχος για αρχόμενες κατακλίσεις και έλεγχος της στοματικής κοιλότητας.
- Αντικατάσταση των ορών και προγραμματισμός της αυτόματης ηλεκτρονικής αντλίας με την οποία χορηγούνται κατά κανόνα για ασφάλεια όλοι οι οροί και τα φάρμακα.
- Συμπλήρωση ή αντικατάσταση της τροχήλατης εργαλειοθήκης που παραμένει στο σπίτι του ασθενούς, καθ' όλο το διάστημα της νοσηλείας.
- Αντικατάσταση της φιάλης οξυγόνου, αν χρειάζεται.

- Συμπλήρωση του φύλλου νοσηλείας που παραμένει στο σπίτι του ασθενούς.
- Αιμοληψία, αν είναι προγραμματισμένο. Τοποθέτηση των δειγμάτων σε ειδικό ισοθερμικό δοχείο με παγοκύστες.

Μετά το τέλος της επίσκεψης, οι νοσηλευτές τηλεφωνούν στο 1051 και αναφέρουν τα ευρήματα και τις μετρήσεις, για να καταγραφούν στον ηλεκτρονικό φάκελο.

Οι ιατροί συνήθως μεταβαίνουν στα σπίτια των ασθενών επιβαίνοντας σε μια ιατρική μονάδα, μαζί με έναν ή δύο νοσηλευτές. Κατά την επίσκεψη στον ασθενή γίνονται:

- Εξέταση του ασθενούς
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων που έχουν καταγραφεί
- Έλεγχος της εφαρμογής των θεραπευτικών οδηγιών
- Θεραπευτικές παρεμβάσεις (αν χρειάζεται)
- Επικοινωνία με άλλους ιατρούς του 1051 ή ιατρούς άλλων ειδικοτήτων του νοσοκομείου (αν χρειάζεται)

#### *Η περίπτωση των Κέντρων Υγείας*

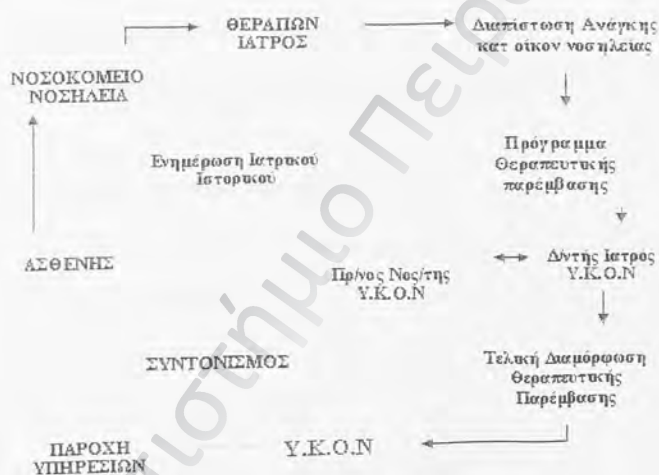
Οι διαδικασίες που ακολουθούνται στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας είναι οι ακόλουθες:

- Ο θεράπων ιατρός του Κέντρου Υγείας ή του νοσοκομείου παραπέμπει τον ασθενή στην ΥΚΟΝ (π.χ. Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»), αφού προηγουμένως έχει καταρτίσει πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης ή ανακούφισης του ασθενή..
- Το πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης παραλαμβάνεται από τον Διευθυντή γιατρό του Κέντρου Υγείας και την προϊσταμένη νοσηλεύτρια της ΥΚΟΝ και διαμορφώνεται ανάλογα με τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που συντρέχουν κατά περίπτωση και προωθείται για υλοποίηση στο υπόλοιπο προσωπικό της ΥΚΟΝ.
- Η προϊσταμένη νοσηλεύτρια καθορίζει το πρόγραμμα επισκέψεων έχοντας τον συντονιστικό ρόλο επί του συνόλου των ομάδων.
- Οι νοσηλευτές και τα λοιπά μέλη παρέχουν τις φροντίδες στον ασθενή, εκπαιδεύουν τους οικείους αυτού, παρέχουν συμβουλές και υποστηρίζουν ψυχολογικά τον ασθενή και το περιβάλλον αυτού.



- Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων συνίσταται από την μια στην εκτίμηση των δυσλειτουργιών της ΥΚΟΝ και συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης απόφασης για την λειτουργία της υπηρεσίας και από την άλλη παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και στο περιβάλλον του, με σκοπό την πιο ενεργή συμμετοχή του ασθενή και των οικείων του στην αντιμετώπιση της νόσου, ενώ παράλληλα μπορεί να προκαλείται η παρέμβαση των κοινοτικών – κοινωνικών φορέων όταν χρειάζεται.

Όλες οι διαδικασίες και τα αποτελέσματα καταχωρούνται στον ιατρικό ατομικό φάκελο του ασθενούς και ενημερώνεται ο θεράπων ιατρός και οι επικεφαλής της ΥΚΟΝ. Οι διαδικασίες εμφανίζονται στο διάγραμμα 1.



Διάγραμμα 1. Διαδικασίες κατ' οίκον νοσηλείας στο Κέντρο Υγείας Δομοκού

Η υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλείας στελεχώνεται:

- Από γιατρό με βαθμό διευθυντή από το Κέντρο Υγείας με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής.
- Από Νοσηλεύτριες / τές της υπηρεσίας
- Από βοηθούς νοσηλευτών
- Από Κοινωνικούς λειτουργούς της υπηρεσίας.

- Από Ψυχολόγο.
- Κατά περίπτωση ανάλογα με τις ανάγκες οι ειδικότητες που είναι αναγκαίες.
- Εθελοντές νοσηλευτές ή άλλων ειδικοτήτων
- Γραμματειακή υποστήριξη

Εκτός από την σωστή οργανωτική και οικονομική υποδομή της μονάδος απαραίτητες προϋποθέσεις για την παροχή υπηρεσιών από την ΥΚΟΝ είναι:

- Η συγκατάθεση του ασθενούς.
- Η παρουσία του οικογενειακού περιβάλλοντος.
- Η κοινωνική πραγματικότητα και το περιβάλλον.
- Η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης.

Σκοπός της συγκεκριμένης υπηρεσίας είναι να καλυφθούν ανάγκες για νοσηλεία, όπως είναι:

- **Νοσηλεία Χρόνιων νοσημάτων.**
  1. Εγκεφαλικά - Αγγειακά.
  2. Αναπνευστικά
  3. Σακχαρώδης διαβήτης
  4. Νόσος ALZHEIMER
- **Νοσηλεία ασθενών με καρκίνο και AIDS**
- **Νοσηλεία για υπερήλικες .**
- **Νοσηλεία για παιδιά.**
- **Νοσηλεία ειδικών παθήσεων**
- **Αποκατάσταση.**

#### *Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι*

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. Υλοποιείται στο πλαίσιο των περιφερειακών προγραμμάτων του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και έχει στόχο την παροχή οργανωμένης και

συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. Ουσιαστικά εξασφαλίζει την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση, την παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των πολιτών. Υλοποιείται με ευθύνη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πλαίσιο του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι:

- συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη,
- νοσηλευτική μέριμνα,
- φροντίδα του νοικοκυριού,
- συντροφιά, μικροαγορές,
- πληρωμή λογαριασμών,
- βοήθεια στη ατομική υγιεινή και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες.

Απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σε αυτούς που δεν εξυπηρετούνται πλήρως, χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα, διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλειμμένοι, δεν έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους. Στόχος είναι να παραμείνουν μέσα στο κοινωνικό τους περιβάλλον και αν βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Το πρόγραμμα γενικά στελεχώνεται από καταρτισμένα στελέχη και ειδικούς επιστήμονες όπως κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και οικογενειακούς βοηθούς. Πλαισιώνεται δε και με εθελοντές. Μέσω του προγράμματος εξασφαλίζεται στενή συνεργασία με τους αρμόδιους τοπικούς φορείς, το ιατρικό προσωπικό, τα νοσοκομεία και τις άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει τη μορφή των αντίστοιχων «home care» του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Σκανδιναβικών χωρών δίνοντας μια νέα μορφή στην παροχή κοινωνικής προστασίας στον πολίτη. Το πρόγραμμα απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σ' αυτούς που:

- Δεν εξυπηρετούνται πλήρως
- Χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα
- Διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλειμμένοι

- Δεν έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους

Στόχος είναι να παραμείνουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους.

Οι υπηρεσίες παρέχονται με περιοδικές επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των εξυπηρετούμενων με συχνότητα (καθημερινή, εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη) ανάλογα με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες τους.

Το πρόγραμμα υλοποιείται σε περίπου 1000 δήμους στη χώρα και στελεχώνεται από καταρτισμένα στελέχη και ειδικούς επιστήμονες όπως στο Δήμο Βούλας που στελεχώνεται συγκεκριμένα από κοινωνική λειτουργό, νοσηλεύτρια, οικογενειακούς βοηθούς, μια ιατρό παθολόγο, μια ψυχίατρο και δύο φυσιοθεραπευτές. Θα πλαισιωθεί δε και με εθελοντές. Μέσω του προγράμματος εξασφαλίζεται στενή συνεργασία με τους αρμόδιους τοπικούς φορείς, το ιατρικό προσωπικό, τα νοσοκομεία και τις άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" υλοποιείται και στο Δήμο Αθηναίων, όπου άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τις 12 Ιουλίου 1998 με χρηματοδότηση από τα Υπουργεία Εσωτερικών και Υγείας σε συνεργασία με την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (ΚΕΔΚΕ) και εφαρμόστηκε στις περιοχές "Γκύζη" και "Σεπόλια". Τα Κ.Α.Π.Η. των δήμων αποτέλεσαν στις περισσότερες περιπτώσεις τον πυρήνα για την οργάνωση και λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλείας. Με την ίδια πάντα λογική, ενίσχυσης και αναβάθμισης δομών και υπηρεσιών, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» επεκτάθηκε, από τον Ιούνιο του 2003, στα 7 δημοτικά διαμερίσματα του Δήμου Αθηναίων, ανεβάζοντας τα επιμέρους προγράμματα σε 9 από 2. Το πρόγραμμα υλοποιείται από την αναπτυξιακή εταιρεία του Δήμου Αθηναίων σε συνεργασία με την διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας. Οι επωφελούμενοι του προγράμματος ξεπερνούν τα 300 άτομα μηνιαίως. Υπολογίζεται ότι οι επωφελούμενοι συνολικά στην βετία, ανεξάρτητα από τον αριθμό επισκέψεων κατ' οίκον, ανέρχονται σε 600 άτομα. Η χρηματοδότηση των επτά πρόσθετων προγραμμάτων, από εθνικούς και ευρωπαϊκούς πόρους για τα τρία πρώτα χρόνια ανέρχεται σε 1.305.000 €. Στο εύρος της πενταετίας, μέσα στην οποία υλοποιείται το πρόγραμμα, αναμένεται συνολικά να δαπανηθούν περισσότερα από 2.000.000 €. Τα δύο πρώτα και παλαιότερα προγράμματα καλύπτονται, για την βετία 2003-2005, από πόρους του Δήμου και του Υπουργείου Εσωτερικών. Το κόστος συνολικά ανέρχεται σε 140.000.000 €. Το πρόγραμμα συμβάλλει στην ανάπτυξη της απασχόλησης, χάρη στην προώθηση της

απασχολησιμότητας, του επιχειρησιακού πνεύματος, της ικανότητας προσαρμογής και της ισότητας των ευκαιριών και αποτελεί επένδυση στους ανθρώπινους πόρους. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» 2003-2006 συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση-Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (75%) και εθνικούς πόρους (25%) Μέτρο 3.3. του Επιχειρησιακού Προγράμματος 2003-2006, το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα στην εφαρμογή του είναι ότι συγκεκριμένοι πόροι δεν επαρκούν για την κάλυψη όλων των αναγκών ([www.cityofathens.gr](http://www.cityofathens.gr)).

Στόχος είναι να παρέχει οργανωμένη και συστηματική φροντίδα στους ηλικιωμένους συμπολίτες μας που διαβιούν μόνοι τους. Σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό τους περιβάλλον, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Το πρόγραμμα στο Δήμο Αθηναίων απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες, με προτεραιότητα εκείνους που διαβιούν μόνοι τους, που δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας και, των οποίων το εισόδημα δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Το εξειδικευμένο προσωπικό του προγράμματος στο Δήμο Αθηναίων περιλαμβάνει κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτρια και δυο οικογενειακούς βοηθούς ανά πρόγραμμα και ανά Δημοτικό Διαμέρισμα. Παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, οικογενειακής βοήθειας (ελαφρύ μαγείρεμα, καθαριότητα, μικρό-εξυπηρετήσεις εκτός οικίας κλπ) αλλά και απλή ανθρώπινη επικοινωνία.

#### **2.4 Προβλήματα στην υλοποίηση του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλείας**

Με τον όρο πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας νοείται «η βασική φροντίδα υγείας, που στηρίζεται σε μεθόδους και τεχνολογία που είναι πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, που καθίστανται προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα μέσω της ουσιαστικής συμμετοχής τους και που έχουν ένα κόστος, το οποίο η χώρα και η κοινότητα μπορούν να αντέξουν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης τους, στο πνεύμα της αυτοδιάθεσης και της στήριξης στις δικές τους δυνάμεις (ΠΟΥ, 1978)».

Οι βασικές αρχές που προσδιορίζουν το ρόλο αλλά και στους σκοπούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η ισότητα, η ενδυνάμωση, η πολιτιστική

ευαισθησία και ο αυτόπροσδιορισμός του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας, η προσπελασιμότητα (McMurray, 1993).

Η προσπελασιμότητα αποκτάει ένα ιδιαίτερο ειδικό βάρος και για την κατ' οίκον νοσηλεία, καθώς ένα από τα πλέον βασικά προβλήματα στη λειτουργία του συγκεκριμένου θεσμού είναι η προσπέλαση του ατόμου που έχει ανάγκη των προσφερόμενων υπηρεσιών και γίνεται ακόμα πιο έντονο λόγω της έλλειψης της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα (Σουρτζή, 1997).

Εμπόδια όμως δημιουργούνται και από πιθανή μη συνεργασία της οικογένειας του ασθενούς με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα προϋπόθεση για την επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασθενή είναι η ύπαρξη συνολικής εικόνας για την υγεία του, η ύπαρξη των απαραίτητων εκείνων στοιχείων που θα επιτρέψουν την αξιολόγηση της κατάστασης, την οργάνωση και τη σωστή χρήση των υπαρχουσών τεχνικών. Η οικογένεια του ασθενούς συνεπώς ή το στενό του περιβάλλον αποτελεί ένα κέντρο εκτίμησης της παρούσας κατάστασης, μέσα από τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και τη χρήση επιδέξιας τεχνικής και παρατήρησης (Λανάρα, 1992).

Προβλήματα στην ομαλή παροχή των υπηρεσιών υγείας στη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας μπορεί να προκύψουν όμως από ελλιπή εκπαίδευση του προσωπικού, από τον αρνητικό ή και συχνά παθητικό ρόλο του ασθενούς στη φροντίδα υγείας του, αλλά και από την ελλειμματική ή προβληματική συνεργασία μεταξύ των στελεχών που μετέχουν στην ομάδα εργασίας.

## Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

## 3.1 Εισαγωγή

Ένα πολύ σημαντικό θέμα το οποίο απασχολεί τους επιστήμονες του χώρου της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η συνεργασία ανάμεσα σε όλους τους επιστήμονες που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας με στόχο πάντα τη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών (Αλεξιάδης κ Σιγάλας, 1999).

Η ολοένα αυξανόμενη πολυπλοκότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας να συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους και τον ασθενή (Hudson, 2002). Η ανάγκη για ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας και συνεργασίας έχει αναγνωριστεί και αποτελεί πλέον κοινό τόπο για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Ασφαλώς γίνεται αναφορά στην έννοια της διεπιστημονικής συνεργασίας.

Η έννοια της διεπιστημονικής συνεργασίας και η έννοια της αποτελεσματικής ομάδας συζητείται έντονα το τελευταίο χρονικό διάστημα στους κύκλους παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς τα οφέλη της είναι πολλά και επιβεβαιωμένα. Ποιο είναι επομένως το πρόβλημα, αντιμέτωποι με το οποίο βρισκόμαστε συχνά όλοι μας και εμποδίζει την αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας; Ίσως η έλλειψη ενός κοινού ορισμού, η έλλειψη ενός κοινού οράματος, η πολυπλοκότητα της συνεργασίας που απαιτεί την ανάπτυξη ορισμένων δεξιοτήτων.

## 3.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της αποτελεσματικότητας της ομάδας

Οι πλέον σημαντικοί από τους παράγοντες που κρίνουν την αποτελεσματικότητα μιας ομάδας είναι το μέγεθος και η συνοχή της ομάδας, τα χαρακτηριστικά, οι ρόλοι και οι λειτουργίες των μελών της, οι κανόνες και οι διαδικασίες λειτουργίας της, η ηγεσία, καθώς και το κλίμα που την χαρακτηρίζει (Anthony & Young, 1994). Ας μην διαφεύγει της προσοχής μας ότι σε έναν τομέα τόσο κρίσιμο όσο αυτός της υγείας η αποτελεσματικότητα μιας ομάδας είναι από τους πλέον κρίσιμους παράγοντες, καθώς κρίνεται μια ανθρώπινη ζωή.

### 3.2.1 Μέγεθος της ομάδας

Όσο μεγαλύτερη σε μέγεθος είναι η ομάδα, τόσο περισσότερες γνώσεις, ικανότητες, πληροφορίες, απόψεις, ιδέες συγκεντρώνονται στη διάθεσή της και συνεπώς τόσο πιο σωστές αποφάσεις μπορούν να παρθούν και πιο αποτελεσματική υλοποίηση αυτών μπορεί να επιτευχθεί. Συγχρόνως, όμως όσο μεγαλύτερη είναι η ομάδα τόσο δυσκολότερη γίνεται η συμμετοχή όλων των μελών, τόσο περισσότερη δυσκαμψία αποκτά, πιο σημαντικές δυσλειτουργίες εμφανίζονται και πιο δαπανηρή γίνεται η λειτουργία της, με τις αντίστοιχες συνέπειες στη συνοχή της, την ικανοποίηση των μελών της και γενικά στην αποτελεσματικότητάς της.

Το άριστο, συνεπώς, μέγεθος της ομάδας προκύπτει από την εξισορρόπηση μεταξύ των εν λόγω πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων, πράγμα που εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων που συνθέτουν την εκάστοτε περίπτωση, όπως η διάθεση, οι ικανότητες των ατόμων που την αποτελούν, η φύση του έργου που έχει να επιτελέσει, η ικανότητα των ηγετών της, το στάδιο ανάπτυξης κ.λ.π.

### 3.2.2 Χαρακτηριστικά των μελών

Τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την προσωπικότητα των μελών συνδέονται στενά με την αποτελεσματικότητά της ομάδας (Certo, 2000) αφού προσδιορίζουν:

- α) αυτό που το άτομο είναι ικανό να προσφέρει σε αυτή,
- β) αυτό που το άτομο είναι διατεθειμένο να προσφέρει,
- γ) το βαθμό στον οποίο το άτομο θα επιδράσει στα άλλα μέλη της ομάδας, για την επίτευξη των στόχων της.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα άτομα για να συνθέσουν μια αποτελεσματική ομάδα χρειάζεται να διαθέτουν γνώσεις και ικανότητες σε σχέση με το έργο αυτή καθώς και γνώσεις, ικανότητες και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που θα τους επιτρέψουν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά ως μέλη της. Μερικά σημαντικά από αυτά τα στοιχεία είναι η ικανότητα λήψης αποφάσεων, επικοινωνίας, σύνθεσης και ανάλυσης, διαχείρισης του χρόνου, χειρισμού συγκρούσεων, η κοινωνικότητα, η εξωστρέφεια, η αποδοχή και ο σεβασμός των άλλων, η ενσυναίσθηση, η εμπιστοσύνη κ.λ.π.

Αν ήταν χρήσιμο να περιγραφεί με τρεις διαστάσεις η προσωπικότητα ενός ιδανικού μέλους ομάδας, τότε αυτές είναι η λογική, το συναίσθημα και ο δυναμισμός ή



ενεργητικότητα. Ασφαλώς η ισορροπία μεταξύ αυτών των τριών διαστάσεων είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική λειτουργία του ατόμου στα πλαίσια της ομάδας.

### 3.2.3 Συνοχή

Συνοχή θα μπορούσε να οριστεί η ιδιότητα της ομάδας να διατηρεί τις στενές και πολλές σχέσεις μεταξύ των μελών της, έτσι ώστε να έχουν διάθεση να παραμείνουν και να καταβάλουν προσπάθειες στα πλαίσια της (Certo & Peters, 1995). Δηλαδή, η συνοχή εκφράζει τη δυνατότητα της ομάδας να ελκύει προς αυτήν τα μέλη της. Αυτό το χαρακτηριστικό της ομάδας είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την επιβίωση και την αποτελεσματικότητά της.

Οι βασικοί παράγοντες που προσδιορίζουν τη συνοχή της ομάδας είναι :

- Η συμφωνία των μελών πάνω στους στόχους της ομάδας
- Η συχνότητα των σχέσεων-επαφών μεταξύ των μελών
- Η διαπροσωπική έλξη των μελών
- Οι υψηλές αποδόσεις της ομάδας
- Ο ανταγωνισμός της ομάδας με άλλες ομάδες

Αντίθετα οι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στη συνοχή της ομάδας είναι :

- Το μεγάλο μέγεθος
- Η μη συμφωνία σε ό,τι αφορά τους στόχους της ομάδας, η κυριαρχία και η επιβολή ενός ή περισσότερων μελών πάνω στην ομάδα
- Η ύπαρξη κλίματος ανταγωνισμού μεταξύ των μελών της ομάδας
- Οι κακές εμπειρίες των μελών από τη λειτουργία ή την αντιμετώπιση της ομάδας

### 3.2.4 Κανόνες και διαδικασίες

Βασικό χαρακτηριστικό των ομάδων που προσδιορίζει την αποτελεσματικότητά τους είναι οι κανόνες σύμφωνα με τους οποίους λειτουργούν. Οι κανόνες αποτελούν πρότυπα

(standards) σύμφωνα με τα οποία τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους, έτσι ώστε να είναι αποδεκτή από την ομάδα.

Ουσιαστικά οι κανόνες λένε στα μέλη τι πρέπει και τι δεν πρέπει να κάνουν. Αυτοί οι κανόνες που μπορεί να είναι τυπικοί ή άτυποι, αφορούν στον τρόπο λειτουργίας της ομάδας (λήψη αποφάσεων, συζητήσεις κ.λ.π.), στο ύψος της επιθυμητής και επιδιωκόμενης απόδοσης, στους τρόπους και διαδικασίες εκτέλεσης των καθηκόντων, στην αξιολόγηση των επιδόσεων στις σχέσεις μεταξύ των μελών, τις συμπεριφορές κ.λ.π.

### 3.2.5 Οραμα-Στόχοι-Καθήκοντα

Η ύπαρξη κοινού οράματος αποτελεί τη συνεκτική δύναμη της ομάδας και την κινητήριο δύναμη για δράση και αποτέλεσμα. Οι κοινά αποδεκτοί στόχοι της ομάδας πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, ποσοτικά και χρονικά προσδιορισμένοι, αισιόδοξοι και αποδεκτοί από τα μέλη της. Η κάθε ομάδα έχει να επιτύχει τρεις κατηγορίες στόχων αναγκών. **Πρώτον**, οι στόχοι ή ανάγκες του έργου, δηλαδή αυτοί που αφορούν την επίτευξη ενός συγκεκριμένου έργου. **Δεύτερον**, οι στόχοι ή ανάγκες της ομάδας, όπως η συνοχή, η συντήρηση και η ανάπτυξη της ομάδας. **Τρίτον**, οι στόχοι ή οι ανάγκες του κάθε ατόμου που συμμετέχει στην ομάδα.

### 3.2.6 Κλίμα –Κουλτούρα- Εμπιστοσύνη

Εκτός των ικανοτήτων, των χαρακτηριστικών των μελών, των διαδικασιών, των κανόνων, του καθορισμού των στόχων και της κατανομής των καθηκόντων κ.λ.π., η συνοχή και η αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας απαιτεί ένα κατάλληλο, ευνοϊκό κλίμα-κουλτούρα. Με τον όρο κλίμα-κουλτούρα, εννοούνται οι αξίες, οι φιλοσοφίες, οι παραδοχές, τα πιστεύω, το ηθικό, η ατμόσφαιρα, οι σχέσεις, οι διαθέσεις, η νοοτροπία, οι προσδοκίες, οι αντιλήψεις κ.λ.π. που διακρίνουν την ομάδα. Με αυτή την έννοια ένα ευνοϊκό κλίμα –κουλτούρα για την αποτελεσματικότητα της ομάδας πρέπει οπωσδήποτε να χαρακτηρίζεται από το συλλογικό αίσθημα, από την πίστη στη συνεργασία και στον προορισμό της ομάδας, τον αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη, από τη διάθεση για συμβολή σε αυτή, από υψηλό ηθικό των μελών, από ειλικρινή και ανοιχτή επικοινωνία, από καλές φιλικές σχέσεις, την αναγνώριση της συνεισφοράς του κάθε μέλους.

### 3.2.7 Επικοινωνία-Ροή πληροφοριών

Η επικοινωνία αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη συνοχή και την αποτελεσματικότητα της ομάδας (Drucker, 2001). Με αυτή επιτυγχάνεται συντονισμός, καλές σχέσεις μεταξύ των μελών και το κλίμα, ανάπτυξη της εμπιστοσύνης και επίλυση των διαφορών.

Ένα πολύ σημαντικό μέρος του χρόνου των ανθρώπων αφιερώνεται στην αμοιβαία ανταλλαγή σκέψεων, ιδεών, προσδοκιών, επιθυμιών, συναισθημάτων και άλλων πληροφοριών (Bart, 2000).

Η αποτελεσματικότητα των τυπικών και άτυπων ομάδων και ιδιαίτερα των ευρύτερων κοινωνικών οργανώσεων είναι συνάρτηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας, αφού αυτή προσδιορίζει, σ' ένα σημαντικό βαθμό, την ανάπτυξη και την μορφή των ανθρωπίνων σχέσεων και της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Ο όρος επικοινωνία χρησιμοποιείται συχνά από τον κάθε άνθρωπο στη σημερινή κοινωνία. Δυο ορισμοί της επικοινωνίας που λίγο ή πολύ μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικοί του πλήθους ορισμών που υπάρχουν στη βιβλιογραφία είναι οι παρακάτω:

- Επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία μεταβιβάζονται πληροφορίες και νοήματα από έναν άνθρωπο σε άλλον.
- Επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία ένας πομπός Α (άτομο, ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα, ακόμη κι ενέργεια σε ένα δέκτη Β (άτομο, ομάδα) με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων, συναισθημάτων, ενέργειας και σε τελική ανάλυση να επηρεάσει την κατάστασή του και τη συμπεριφορά του (Μπουραντάς, 2002).

Από τους παραπάνω ορισμούς γίνεται φανερό ότι η επικοινωνία δεν είναι απλή μεταβίβαση πληροφοριών ή νοσημάτων. Είναι επίσης διαδικασία επαφής, αλληλοκατανόησης και αλληλοεπηρεασμού μεταξύ των ανθρώπων ή ομάδων.

Ουσιαστικά υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι επικοινωνίας ή ροής πληροφοριών, που είναι οι ακόλουθοι:

- α) ο τύπος της «αλυσίδας».
- β) ο τύπος του «τροχού» και

γ) ο τύπος του «δικτύου».

Ο τύπος της «αλυσίδας» έχει την έννοια ότι οι πληροφορίες μεταφέρονται από μέλος σε μέλος με μια διαδοχική σειρά όπως οι κρίκοι της αλυσίδας. Έτσι το κάθε μέλος επικοινωνεί μόνο με τα μέλη που βρίσκονται στα «πλευρά» του.

Ο τύπος του «τροχού» έχει την έννοια ότι υπάρχει ένα μέλος (προϊστάμενος-ηγέτης) και το κάθε μέλος επικοινωνεί μαζί του ξεχωριστά.

Τέλος, ο τύπος του «δικτύου» έχει την έννοια ότι όλα τα μέλη επικοινωνούν με όλα.

Η αποτελεσματικότητα του κάθε τύπου επικοινωνίας ή καλύτερα ροής πληροφοριών εξαρτάται από το στόχο της ομάδας.

Η ταχύτητα της ροής των πληροφοριών επιτυγχάνεται με την «αλυσίδα» και το δίκτυο. Για την ικανοποίηση των μελών το «δίκτυο» είναι ο καλύτερος τύπος και ο «τροχός» ο χειρότερος.

Η κατανόηση της διαδικασίας της επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, επιτρέπει την επισήμανση των εμποδίων που παρεμβαίνουν σε αυτή και μειώνουν τη αποτελεσματικότητά της. Τα στελέχη των επιχειρήσεων με την κατανόηση και συνειδητοποίηση των βασικών και συνήθων εμποδίων της επικοινωνίας θα μπορούσαν ευκολότερα να κατανοήσουν και να ασκήσουν στην πράξη βελτιωτικές ενέργειες (Αλεξιάδης & Περιστερά, 1997). Πολύ σημαντική είναι συνεπώς η σημασία της επικοινωνίας και ο εντοπισμός των εμποδίων στον τομέα της υγείας ιδιαίτερα εάν αναλογιστούμε το γεγονός ότι επηρεάζονται ανθρώπινες ζωές.

Σύμφωνα με τη διαδικασία της επικοινωνίας, εμπόδια μπορούν να τίθενται σε όλα της τα στάδια και να πηγαίνουν τόσο από τον πομπό και το δέκτη όσο και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο αυτή λαμβάνει χώρα. Πράγματι, η έλλειψη ικανοτήτων επικοινωνίας των ανθρώπων, είτε ως πομποί είτε ως δέκτες αποτελεί την πηγή μιας σειράς εμποδίων (ικανότητα μετάδοσης και σύλληψη μηνύματος, κόπωση κ.τ.λ.) που θα μπορούσαν να ονομαστούν φυσιολογικά. Επίσης η ψυχο-συγκινησιακή κατάσταση του ατόμου συχνά δημιουργεί σημαντικά εμπόδια στην επικοινωνία (διάθεση, προκατάληψη, συναισθήματα κ.λ.π.), τα οποία θα μπορούσαν να ονομαστούν ψυχοσυγκινησιακά εμπόδια. Παράλληλα το περιβάλλον αποτελεί πολλές φορές σημαντική πηγή εμποδίων (περιβαλλοντολογικά εμπόδια: δομές, διαδικασίες, τεχνικές, μέσα κ.λ.π.) τα οποία δυσκολεύουν την επικοινωνία παρά τη διάθεση και τις ικανότητες των ατόμων να επικοινωνήσουν. Η κάθε μια από αυτές τις τρεις κατηγορίες (φυσιολογικά, ψυχοσυγκινησιακά,

περιβαλλοντολογικά εμπόδια), περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό συγκεκριμένων εμποδίων των οποίων η επιστημονική τεκμηρίωση απαιτεί εκτεταμένη και διεπιστημονική θεωρητική ανάλυση (Μπουραντάς, 2002).

**Ασαφείς Στόχοι.** Όπως φαίνεται από τη διαδικασία της επικοινωνίας, το σημείο εκκίνησης της ή ο λόγος που αυτή λαμβάνει χώρα είναι η επιθυμία του πομπού να επικοινωνήσει με το δέκτη για να επιτύχει κάποιο σκοπό ή στόχο. Έτσι, η έλλειψη συγκεκριμένων και σαφών στόχων επικοινωνίας, είτε σε επίπεδο ατόμου είτε σε επίπεδο επιχειρήσεων αποτελεί το πρώτο βασικό εμπόδιο ή λάθος.

**Μη σωστά Μηνύματα.** Συχνά στην πίεση του χρόνου αλλά και για άλλους λόγους (αδιαφορία, ικανότητες κ.λ.π.), ο πομπός δεν διαμορφώνει τα σωστά μηνύματα με την έννοια ότι είτε δεν εμπεριέχουν ακριβώς αυτό που επιθυμεί να μεταβιβάσει, είτε είναι δύσκολα να συλληφθούν και να κατανοηθούν από τον δέκτη. Συνήθως, προβλήματα που παρουσιάζονται στα μηνύματα είναι η ασάφεια, η μη ακρίβεια, η έλλειψη πληρότητας, περιεκτικότητας, συντομίας και ορθότητας και γενικά η κακή τους κωδικοποίηση.

**Έλλειψη αξιοπιστίας.** Όταν ο πομπός χαρακτηρίζεται από έλλειψη αξιοπιστίας σε ότι αφορά τις πληροφορίες, τις γνώσεις, την κρίση που διαθέτει, τότε οι δέκτες ενδιαφέρονται λίγο να τον ακούσουν, να τον πιστέψουν και να τον κατανοήσουν.

**Έλλειψη ενδιαφέροντος/απροσεξίας.** Συχνά εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία τίθεται η έλλειψη ενδιαφέροντος, διάθεσης, αλλά και ικανοτήτων του δέκτη να συγκεντρώσει την προσοχή του στο μήνυμα που του μεταβιβάζει ο πομπός. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην συλλαμβάνεται ή να συλλαμβάνεται λανθασμένα ένα μέρος του μηνύματος και να αλλοιώνεται έτσι το νόημά του.

**Βιαστικά Συμπεράσματα.** Συχνά παρατηρείται το άτομο ως δέκτης να έχει τάση, λόγω έλλειψης υπομονής και πίεσης του χρόνου να σπεύδει να βγάλει συμπεράσματα σε ό,τι αφορά το νόημα του μηνύματος που του μεταβιβάζεται, πριν ακόμη ο πομπός ολοκληρώσει την μετάδοσή του. Έτσι, με τις πρώτες λέξεις ή φράσεις ενός μηνύματος, ο δέκτης βγάζει συνήθως λανθασμένα συμπεράσματα για το νόημα του μηνύματος και σταματά να συλλαμβάνει και να επεξεργάζεται το υπόλοιπο ή ακόμη σπεύδει να διακόψει τον πομπό-ομιλητή. Αυτή η ενέργεια τίθεται εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία ιδιαίτερα στο χώρο των επιχειρήσεων, όπου η πίεση του χρόνου συνήθως είναι σημαντική

**Προδιάθεση/Προκατάληψη.** Ο κάθε άνθρωπος χαρακτηρίζεται λίγο ή πολύ από προδιαθέσεις και προκαταλήψεις ενάντια άλλων ανθρώπων. Έτσι, όταν λειτουργεί ως δέκτης, τα μηνύματα που συλλαμβάνει περνούν μέσα από αυτό το φίλτρο των προδιαθέσεων και προκαταλήψεών του. Αυτό το φαινόμενο έχει σαν συνέπεια να μην κατανοείται το πραγματικό νόημα του μηνύματος, άλλα ένα αλλοιωμένο νόημα που θα ταίριαζε στον πομπό σύμφωνα με την προδιάθεση και την προκατάληψη του δέκτη. Όταν τα άτομα κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας τους δεν καταφέρουν να καταστήσουν ουδέτερες τις προδιαθέσεις και τις προκαταλήψεις τους, και τις επιτρέψουν να επιδράσουν στο νόημα του μηνύματος που στέλνει ο πομπός, τότε η επικοινωνία γίνεται «μετ' εμποδίων».

**Υπερφόρτωση.** Ο μεγάλος όγκος πληροφοριών που δέχεται καθημερινά κάθε άνθρωπος σε συνδυασμό με το χρόνο και τις ικανότητες σύλληψης, ερμηνείας και αξιοποίησης τους, συχνά αποτελεί εμπόδια στην επικοινωνία. Συνήθεις συνέπειες της εν λόγω υπερφόρτωσης πληροφοριών είναι:

- η αδυναμία του ανθρώπου να συλλάβει και επεξεργαστεί ένα μέρος αυτών.
- η λανθασμένη επεξεργασία των πληροφοριών.
- η καθυστερημένη επεξεργασία των πληροφοριών.
- επιλεκτική σύλληψη πληροφοριών.
- αποφυγή πληροφοριών.

Η συνεχής βελτίωση της επικοινωνίας αποτελεί ένα από τα βασικά καθήκοντα των στελεχών του τομέα υγείας, αφού είναι μια σημαντική προσδιοριστική παράμετρος της αποτελεσματικότητάς τους.

Σε ποσοτικό επίπεδο η προσπάθεια συγκεντρώνεται στην αύξηση της ποσότητας των πληροφοριών που μεταβιβάζονται ώστε να τείνει προς την αναγκαία για την αποτελεσματική λειτουργία της οργάνωσης. Σε ποιοτικό επίπεδο, επιδιώκεται ο περιορισμός των αποκλίσεων μεταξύ αυτών, που οι πομποί επιθυμούν να μεταβιβάσουν και εκείνων που οι δέκτες αντιλαμβάνονται. Η βελτίωση της επικοινωνίας περνά από το χειρισμό όλων εκείνων των μεταβλητών που υφίστανται στη διαδικασία της.

Η ανάπτυξη της γνώσης και των ικανοτήτων της διαπροσωπικής επικοινωνίας είναι απαραίτητη για κάθε άτομο αφού αυτή είναι χρήσιμη τόσο για την αποτελεσματικότητα στον επαγγελματικό χώρο όσο και για τις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους στην

προσωπική του ζωή. Για τους μάντζερ και την ηγετική λειτουργία η εν λόγω βελτίωση θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα και φροντίδα (Κέφης, 2005)..

### 3.2.8 Ικανότητα Συναίνεσης

Η ικανότητα επίτευξης συναίνεσης αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας. Η συναίνεση έχει διαφορετική έννοια από το συμβιβασμό. Συμβιβασμός σημαίνει υποχώρηση, ψηφοφορίες, μέσους όρους και γενικά μηχανιστική και υποχρεωτική συμφωνία μεταξύ των ατόμων. Η συναίνεση, χωρίς να σημαίνει ταύτιση, συντίθεται από δύο βασικές και αλληλεξαρτώμενες διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση αφορά το αίσθημα ιδιοκτησίας-συμμετοχής όλων των μελών της ομάδας για τις αποφάσεις και τα αποτελέσματα της ανεξαρτήτως αν συμφωνούν πολλοί ή όχι με αυτά. Δεύτερον, η συναίνεση αποτελεί μια διαδικασία συλλογικής απόφασης κατά την οποία:

- συμμετέχουν και εκφράζουν ελεύθερα τη γνώμη τους όλα τα μέλη
- αναπτύσσεται διάλογος, με την έννοια ότι η σκέψη του ενός προστίθεται στη σκέψη του άλλου
- η πειθώ επιτυγχάνεται μέσω επιχειρημάτων
- υπάρχει διάθεση από όλα τα μέλη να συμβάλλουν, να πείσουν αλλά και να πεισθούν.

### 3.2.9 Προβλήματα λειτουργίας των ομάδων-Ομαδική σκέψη

Πολλές φορές η αποτελεσματική λειτουργία προσκρούει σε ορισμένα προβλήματα τα οποία τα διοικητικά στελέχη πρέπει να έχουν υπόψη τους ώστε να τα εντοπίζουν και να αντιμετωπίζουν επιτυχώς.

Ένα από τα σημαντικά προβλήματα λειτουργίας των ομάδων που έχει ειδικά εικτεταμένα συζητηθεί από του θεωρητικούς είναι η ομαδική σκέψη (groupthink).

Η ομαδική σκέψη προκύπτει από τις πιέσεις που ασκεί η ομάδα στα άτομα που την αποτελούν για συμβιβασμό και επίτευξη συμφωνίας (Molynieux, 2001). Τα άτομα κάτω από αυτή την πίεση οδηγούνται σε μη ρεαλιστική αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων, αποφάσεων ή δράσης. Ιδέες και προτάσεις που δεν βοηθούν στην επίτευξη ενός

τέτοιου συμβιβασμού, παρά το γεγονός ότι είναι πιο ρεαλιστικές και σωστές, απορρίπτονται. Έτσι η ομάδα αναπτύσσει μια δυναμική σκέψης και καταλήγει σε συμπεράσματα και αποφάσεις ή δράση, όχι με κριτήριο το αποτέλεσμα τους, αλλά με κριτήριο ότι αυτές μπορούν να επιτύχουν συμφωνία και συναίνεση.

Ουσιαστικά ομαδική σκέψη είναι ένα ψυχοδυναμικό φαινόμενο (πίεση για συμμόρφωση, υποβολή των μελών, πόλωση) που οδηγεί την ομάδα σε μειωμένο καταλογισμό ή ικανότητα ορθολογικής και ρεαλιστικής σκέψης και συμπεριφοράς. Αυτό το πρόβλημα οδήγησε να παρθούν λανθασμένα πολύ σημαντικές πολιτικές και επιχειρησιακές αποφάσεις.

### 3.3 Χαρακτηριστικά αποτελεσματικών ομάδων

Τα κύρια χαρακτηριστικά των αποτελεσματικών και επιτυχημένων ομάδων θα μπορούσαν να συνοψισθούν ως εξής:

- Αίσθηση κοινής αποστολής και κοινού οράματος και κατανόηση της αλληλεξάρτησης.
- Άνετη, ανεπίσημη ατμόσφαιρα, θετικό κλίμα.
- Ύπαρξη κοινά αποδεκτών και αισιόδοξων στόχων, αφοσίωση των μελών σε αυτούς και ικανότητα επαναπροσδιορισμού αυτών όταν κρίνεται αναγκαίο.
- Εναρμόνιση ατομικών και ομαδικών στόχων.
- Ικανότητα επιλογής σωστών μεθόδων, διαδικασιών και κανόνων ανάλογα με την περίπτωση και αλλαγής αυτών όταν χρειάζεται.
- Ανοιχτή και αποτελεσματική επικοινωνία.
- Ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, ιδεών, απόψεων κ.λ.π.
- Ικανότητα επίτευξης συναίνεσης μέσω διαλόγου και επιχειρημάτων.
- Ικανότητα αυτοκριτικής και καθορισμός κατώτατου ανεκτού ορίου αποτελεσματικότητας.
- Ομαδική μάθηση μέσω ανταλλαγής γνώσεων και εμπειριών, επιτυχιών, αποτυχιών και λαθών.
- Αξιοποίηση των γνώσεων, ικανοτήτων, εμπειριών και διαθέσεων όλων των μελών.



- Ικανοποίηση και παρακίνηση των μελών.
- Ικανότητα εξασφάλισης συνοχής της ομάδας.
- Ενθάρρυνση των πρωτοβουλιών της ανάληψης κινδύνου και της δημιουργικότητας
- Αφοσίωση και υπευθυνότητα των μελών.
- Αμοιβαίος σεβασμός, αυτό-σεβασμός και αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών.
- Ενέργεια-δυναμισμός.
- Αποτελεσματική ηγεσία (Μπουραντάς, 2002).

### 3.4 Διαχείριση Συγκρούσεων και η αποτελεσματική επίλυσή τους

Ως σύγκρουση θα μπορούσε να ορισθεί η κατάσταση όπου η συμπεριφορά ενός ατόμου ή ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας. Σύμφωνα με αυτό το γενικό ορισμό, οι συγκρούσεις θα μπορούσαν να ταξινομηθούν, για την καλύτερη προσέγγιση, σε δύο βασικές κατηγορίες:

- Στις **διαπροσωπικές συγκρούσεις** που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των ατόμων.
- Στις **ομαδικές συγκρούσεις** που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των ομάδων.

Από οργανωσιακής σκοπιάς, οι συγκρούσεις θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε κατηγορίες όπως:

- Ιεραρχικές συγκρούσεις δηλαδή μεταξύ διαφορετικών ιεραρχικών επιπέδων, π.χ. μεταξύ Διοικητικού Συμβουλίου και Γενικού Διευθυντή.
- Λειτουργικές συγκρούσεις μεταξύ διαφόρων λειτουργιών ή τμημάτων της επιχείρησης, π.χ. μεταξύ πωλήσεων και παραγωγής.
- Συγκρούσεις επιτελικών-γραμμικών στελεχών.
- Συγκρούσεις μεταξύ της τυπικής και άτυπης οργάνωσης.

Σε ό,τι αφορά στο χειρισμό των συγκρούσεων, σημαντικός είναι ο διαχωρισμός μεταξύ διαπροσωπικών και ομαδικών συγκρούσεων, διότι τα προβλήματα, οι διαδικασίες και οι τεχνικές για την κάθε περίπτωση διαφέρουν.

Οι συγκρούσεις μεταξύ των ατόμων και των ομάδων αποτελούν σύνθηες και καθημερινό φαινόμενο στο χώρο της εργασίας (Κουσκουβέλης, 1999). Άτομα και ομάδες με διαφορετικές αξίες, εμπειρίες, γνώσεις, ικανότητες, αντιλήψεις, καθήκοντα, ανάγκες και στόχους, είναι υποχρεωμένα να συνυπάρχουν και να συνεργάζονται σε ένα οργανωσιακό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα και πολυπλοκότητα σε ό,τι αφορά τις δομές, τις διαδικασίες, τις τεχνικές, τους κανόνες κ.λ.π. (Skjorhammer, 2001). Συνεπώς οι συγκρούσεις αποτελούν φυσικό επακόλουθο αυτής της κατάστασης.

Η παραδοσιακή αντίληψη θεωρεί τις συγκρούσεις σαν ένα αρνητικό φαινόμενο που πρέπει να αποφεύγεται λόγω των δυσλειτουργιών που δημιουργεί και των αρνητικών επιπτώσεων στην αποτελεσματικότητα. Πιο συγκεκριμένα, η παραδοσιακή αντίληψη που χαρακτηρίζει ακόμη το μεγαλύτερο αριθμό των στελεχών, πιστεύει ότι:

- Οι συγκρούσεις μπορούν να αποφευχθούν.
- Οι συγκρούσεις πηγάζουν από τα προβλήματα προσωπικότητας των ατόμων και την αποτυχημένη ηγεσία.
- Οι συγκρούσεις δημιουργούν δυσλειτουργίες στην οργάνωση και έχουν γενικά αρνητικές συνέπειες.
- Οι συγκρούσεις λύνονται με φυσική απομάκρυνση των συγκρουόμενων μερών ή με την παρέμβαση των ανωτέρων.

Αντίθετα όμως από αυτή τη παραδοσιακή αντίληψη, η εξέλιξη των κοινωνικών επιστημών, οδήγησε στην ανάπτυξη της σύγχρονης αντίληψης του μάνατζμεντ για τις συγκρούσεις που συνοπτικά θεωρεί ότι:

- Οι συγκρούσεις είναι αναπόφευκτες.
- Οι συγκρούσεις αυτές καθαυτές δεν είναι ούτε καλές ούτε κακές, δηλαδή μπορεί να έχουν είτε αρνητικές, είτε θετικές συνέπειες.
- Οι συγκρούσεις οφείλονται κυρίως στην πολυπλοκότητα των οργανωτικών δομών, διαδικασιών, κανόνων, τεχνικών, συστημάτων.
- Οι συγκρούσεις μπορούν να αντιμετωπισθούν θετικά με την εξάλειψη των αιτιών που τις προκαλούν και την επίλυση των προβλημάτων.

Σύμφωνα με τη σύγχρονη αντίληψη, η σύγκρουση είναι φυσικό και αναπόφευκτο φαινόμενο. Έκτος όμως των αρνητικών της συνεπειών, που λίγο-πολύ είναι φανερές, μπορεί να έχει και θετικές τάσεις όπως:

- Να ενεργοποιεί τα άτομα για μεγαλύτερη δράση.
- Να αποτελεί κινητήρια δύναμη θετικών αλλαγών στην οργάνωση.
- Να αποτελεί αναπτυξιακή εμπειρία.

Ποιες είναι όμως οι στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων; Οι δυνατοί τρόποι χειρισμού των διαπροσωπικών και ομαδικών συγκρούσεων διακρίνονται σε τρεις βασικές λογικές που ουσιαστικά εκφράζουν τρεις διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισής τους:

**Ζημιά-Ζημιά.** Η λογική τούτης της στρατηγικής είναι η επίλυση της σύγκρουσης εις βάρος και των δύο συγκρουόμενων μερών, με την έννοια ότι τα δύο μέρη δεν μετακινούνται από τις θέσεις τους. Βασικοί μέθοδοι χειρισμού αυτής της κατηγορίας είναι:

-Συμβιβασμός. Τα συγκρουόμενα μέρη διατηρούν τις διαφορές τους όμως υποχρεώνονται σε μια μέση λύση.

-Διαιτησία. Η σύγκρουση επιλύεται μέσω της διαιτησίας ενός τρίτου μέρους το οποίο προσπαθεί να επιλύσει τις διαφορές «παίρνοντας και δίνοντας» στα δύο μέρη.

-Κανονισμοί. Πολλές φορές για την αντιμετώπιση των συγκρουόμενων διαμορφώνονται και τίθενται σε εφαρμογή συγκεκριμένοι και λεπτομερείς κανονισμοί συμπεριφοράς, με σκοπό να επιλύουν αυτόματα τις διαφορές ή τις συγκρούσεις.

-Αποφυγή. Με το φυσικό διαχωρισμό των συγκρουόμενων μερών ή την εξάλειψη ή τη μείωση των λειτουργικών σχέσεών τους στο χώρο της εργασίας πολλές φορές γίνεται προσπάθεια να αποφευχθούν οι συγκρούσεις.

-Δωροδοκία. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η σύγκρουση επιλύεται με αμοιβή ενός από τα συγκρουόμενα μέρη για να αλλάξει συμπεριφορά. Αυτή η αμοιβή προσλαμβάνει την έννοια της "Δωροδοκίας".

**Κέρδος-Ζημιά.** Αυτή η στρατηγική επίλυσης των συγκρούσεων θέλει να εκφράσει τον ανταγωνισμό. Τα μέρη επιλύουν τις διαφορές τους μέσω του ανταγωνισμού μέχρι την επικράτηση του ισχυρότερου. Αυτή η στρατηγική επίλυσης των διαφόρων συνδέεται άμεσα με την παιδεία και το κλίμα του ανταγωνισμού που χαρακτηρίζουν τον

επιχειρησιακό χώρο. Παραδείγματα τέτοιων στρατηγικών συνήθως βρίσκει κανείς στις σχέσεις προϊσταμένου-υφισταμένου, επιτελικών-γραμμικών στελεχών, συνδικάτων-διοίκησης και μεταξύ των διαφόρων τμημάτων. Αυτή η στρατηγική έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για την οργάνωση. Σημαντικά πλεονεκτήματα είναι τα κίνητρα που δημιουργεί στα άτομα και στις ομάδες, ο ανταγωνισμός για καταβολή μεγαλύτερης προσπάθειας, και η αύξηση της συνοχής της ομάδας που βρίσκεται σε σύγκρουση.

Παράλληλα, όμως, αυτή η στρατηγική επίλυσης των συγκρούσεων χαρακτηρίζεται από σημαντικά μειονεκτήματα από τα οποία το κυριότερο είναι ότι κάποιο μέρος (αν όχι και τα δύο) οπωσδήποτε χάνει, διακόπτεται η επικοινωνία και αναπτύσσεται η μυστικότητα μεταξύ των συγκρουόμενων μερών, επιχειρούνται μπλόφες και αποπροσανατολισμοί των αντιπάλων, οι κρίσεις γίνονται πολύ υποκειμενικές κ.λ.π. πράγματα που όταν συμβαίνουν στον επιχειρησιακό χώρο έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική αποτελεσματικότητα.

**Κέρδος-Κέρδος.** Αυτή η στρατηγική είναι η πλέον αποτελεσματική για την επίλυση των συγκρούσεων. Επιδιώκει την εξάλειψη των αιτιών των συγκρούσεων και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των στόχων και των αναγκών όλων των συγκρουόμενων μερών. Ο βασικό τρόπος επίλυσης της σύγκρουσης σύμφωνα με αυτή τη στρατηγική είναι ουσιαστική αντιπαράθεση μεταξύ συγκρουόμενων, έτσι ώστε να αναπτυχθεί επικοινωνία, να γίνει αντιληπτός ο κοινός στόχος και η αλληλεξάρτηση μεταξύ των συγκρουόμενων, να εξαλειφθούν οι παρεξηγήσεις και να εντοπισθούν οι δυνατότητες ταυτόχρονης ικανοποίησης των αναγκών και των στόχων όλων των μερών. Πρόκειται ουσιαστικά για μια στρατηγική συνεργασίας για την επίλυση της σύγκρουσης (Μπουραντάς, 2002).

### 3.5 Η εύρυθμη λειτουργία της ομάδας και οι ανάγκες εκπαίδευσης

Η εύρυθμη λειτουργία της μονάδας στηρίζεται στην εργασία της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας. Το έργο της αφορά στον καθορισμό και την οργάνωση συγκεκριμένων στόχων, στη συστηματική ανασκόπηση και αξιολόγηση όλων των δραστηριοτήτων που αναπτύσσει, ενώ το σύστημα των παραπομπών οργανώνεται σε συνεργασία με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του οργανισμού.

Στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία συμμετέχουν, συνήθως, διαφορετικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ανάλογα με την εξειδίκευση και τις ανάγκες. Η διερεύνηση και η κατανόηση των δυσκολιών κάθε ατόμου στηρίζεται στη συλλογή

πληροφοριών από διαφορετικές πηγές, με τις πιο έγκυρες διαγνωστικές μεθόδους, σε διαφορετικά πλαίσια. Τα αποτελέσματα διατυπώνονται με βάση τα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα, ώστε να διασφαλίζεται η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών και υπηρεσιών (Allan και συν, 2005).

Σε κάθε περίπτωση, ένας από τους επαγγελματίες, συνήθως ο γιατρός, έχει την ευθύνη για τη διαγνωστική διαδικασία και το συντονισμό των άλλων επαγγελματιών. Είναι το 'πρόσωπο αναφοράς', που έχει την ευθύνη της επαφής με τον ασθενή και την οικογένεια, καθώς και με εμπλεκόμενους εκτός υπηρεσίας, για την αποτελεσματική επικοινωνία. Κάθε ειδικός συντάσσει έκθεση αξιολόγησης και προτείνει συγκεκριμένες προτάσεις αντιμετώπισης. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, η διαγνωστική πρόταση και οι προτάσεις αντιμετώπισης για κάθε ασθενή, παρουσιάζονται σε καθορισμένη συνάντηση. Στα πλαίσια της διαδικασίας αυτής, η οποία έχει και εκπαιδευτικό χαρακτήρα, καθορίζεται η διάγνωση και οργανώνεται η θεραπευτική παρέμβαση. Η δομημένη, συστηματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών που συμμετέχουν, για κάθε ασθενή ατομικά, υποστηρίζει την αξιοπιστία της διάγνωσης και το χειρισμό των δυσκολιών του (Freieth & Reeves, 2004).

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων είναι εξατομικευμένη και αναγνωρίζει τη σημασία της στενής, ουσιαστικής συνεργασίας με την οικογένεια, άλλα σημαντικά πρόσωπα και άλλες υπηρεσίες που εμπλέκονται στη ζωή των ασθενών.

Πολλοί επιστήμονες κρίνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των προβλημάτων υγείας μπορεί να αντιμετωπιστεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ οι ειδικοί επαγγελματίες και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες παρέχουν αξιολόγηση και θεραπεία σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού, με συγκεκριμένες ανάγκες. Η εκπαίδευση του προσωπικού στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη των υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό, πρέπει να αναπτύσσονται και να εφαρμόζονται εκπαιδευτικές δραστηριότητες, καθώς και συνεργασίες διασυνδετικής, συμβουλευτικής και υποστηρικτικής φύσης (Caie-Lawrence και συν., 1995).

Η εκπαίδευση στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στηρίζεται στη διερεύνηση και στην ανάλυση των εκπαιδευτικών αναγκών των υπηρεσιών και του προσωπικού, στον τομέα ευθύνης (Wilcock & Headrick, 2000). Έτσι, οργανώνονται και συντονίζονται συναντήσεις με τους προϊσταμένους των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας, που εστιάζονται στον αριθμό και την ειδικότητα των επαγγελματιών προς εκπαίδευση, στον τύπο, τους σκοπούς και τη χρονική διάρκεια της απαιτούμενης εκπαίδευσης για κάθε υπηρεσία και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στηρίζεται (Cashman και συν, 2004):

- στην ενημέρωση και τη διερεύνηση σχετικών προβλημάτων στον τομέα της περιοχής ευθύνης
- στη διερεύνηση του ρόλου κάθε εκπαιδευόμενου και
- στη διερεύνηση της απαιτούμενης εκπαίδευσης για κάθε επαγγελματία.

Στόχος είναι διάφορες υπηρεσίες να δραστηριοποιούνται ενεργά στον τομέα της πρόληψης και να αναπτύσσονται επιστημονικά τεκμηριωμένες δραστηριότητες συνεργασίας στον τομέα ευθύνης, για την προαγωγή της υγείας μακροχρόνια και την αποτροπή της εκδήλωσης νέων περιπτώσεων – εξάλλου και η κατ' οίκον νοσηλεία θα πρέπει ουσιαστικά να αξιοποιείται ως τρόπος πρόληψης και όχι μόνο άμεσης παρέμβασης, με στόχο την εξοικονόμηση ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Η ανάπτυξη και η αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης μπορεί να στηρίζεται:

- στον εντοπισμό των προβλημάτων ή διαταραχών
- στον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου, αλλά και των προστατευτικών παραγόντων
- στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση συγκεκριμένων παρεμβάσεων
- στην εφαρμογή προγραμμάτων σε διαφορετικά πλαίσια της κοινότητας.

Πέρα από τις όποιες διοικητικές πράξεις, η κατ' οίκον νοσηλεία θα βασιστεί στην απόδοση του έμφυτου δυναμικού της. Ο κοινοτικός προσανατολισμός απαιτεί γνώσεις όπως επίσης διαφορετική νοοτροπία και στάση των ειδικών επιστημόνων. Προϋποθέτει συνεχή διαδικασία επεξεργασίας των θέσεων και αρχών (θεωρία), καθώς και της κλινικής πράξης (πρακτική). Πρόκειται για εκπαίδευση που αποκτάται κυρίως στην πράξη, στις δομές του τομέα.

Η βασική εκπαίδευση των στελεχών, παλαιών και νέων, (ιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, ψυχιατρικών νοσηλευτών, λογοθεραπευτών, εργοθεραπευτών.

επισκεπτών υγείας, διοικητικών...), οφείλει να είναι προσανατολισμένη προς τις νέες πρακτικές και το διαφορετικό τρόπο λειτουργίας (Zerwekh, 1995).

Η εκπαίδευση αποτελεί ουσιαστικά μια άσκηση των επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα με τα ακόλουθα κύρια χαρακτηριστικά:

1. Ασκείται μέσα στην κοινότητα και χρησιμοποιεί σε συνεργασία τις δυνάμεις και τους πόρους της κοινότητας.
2. Βρίσκεται σε άμεση συνάφεια με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη. Αποτελεί επομένως προτεραιότητα η εκπαίδευση στην οργάνωση ενός δικτύου πρωτοβάθμιας πρόληψης, σε συνεργασία με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, τις δομές της πρόνοιας, τις διοικητικές και κοινοτικές δομές.
3. Πρόκειται για μια συλλογική εργασία που χαρακτηρίζεται, πέρα των ιδιαιτεροτήτων της κάθε ειδικότητας, από τη συμβολή όλων των ειδικών που συνεργάζονται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας. Ο κάθε ειδικός συνεισφέρει τις γνώσεις του στην ομάδα και όλες οι λειτουργίες οργανώνονται με άξονα τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας.
4. Προϋπόθεση για το χειρισμό κάθε περίπτωσης αποτελεί η βασική γνώση της ιατρικής, της νοσηλευτικής και της ψυχολογίας. Η ολοκλήρωση της διάγνωσης και η θεραπευτική επιλογή αποτελεί προϊόν ομαδικής διεργασίας, παρότι παραδοσιακά το βάρος πέφτει στον ιατρό και τον νοσηλευτή της ομάδας.

Αναλυτικότερα, οι θεωρητικές γνώσεις που οφείλει να επεξεργαστεί κάθε εργαζόμενος αφορούν, πέρα των κλασικών κεφαλαίων, της θεραπευτικής προσέγγισης του ασθενούς και της οικογένειας, γνώσεις και δεξιότητες για συνεργασία σε τομείς όπως (Johnson και συν., 2003):

- της πρόληψης, που στηρίζεται στη γνώση πολλαπλών παραγόντων σχετικών με την εμφάνιση της διαταραχής, όπως: κοινωνικοί παράγοντες, ο τρόπος οργάνωση της πόλης και της γειτονιάς, οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού (εθνότητες, μετανάστευση, πληθυσμοί αυξημένου κινδύνου),
- της γονικής φροντίδας και των γεγονότων ζωής.
- της προσέγγισης και κατανόησης της λειτουργίας του παιδιού στο οικογενειακό του σύστημα.
- της γνώσης της κουλτούρας και της διαφορετικότητας κάποιων οικογενειών,

- της σημασίας του καθορισμού προτεραιοτήτων και στόχων για την υγεία του παιδιού, από τα προγράμματα υγείας μιας κοινότητας ή μιας χώρας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



### Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

#### 4.1 Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση όλων των καταστάσεων που αφορούν στις υπηρεσίες κατ' οίκου νοσηλείας απαιτεί από τη μεριά των επαγγελματιών μια σύνθετη στρατηγική παροχής υπηρεσιών φροντίδας. Η απαίτηση αυτή δημιουργεί την ανάγκη για την απόκτηση, εκ μέρους των μελών της ομάδας, επαγγελματικών δεξιοτήτων όπως η ικανότητα εργασίας σε ομάδα, ο συντονισμός, η επικοινωνία. Η ύπαρξη, λοιπόν, και λειτουργία της ομάδας εξασφαλίζει τη δυνατότητα πολύπλευρης αντιμετώπισης (Sharples και συν., 2002).

#### 4.2 Ομάδα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκου νοσηλείας

Η ομάδα παροχής υπηρεσιών κατ' οίκου νοσηλείας αποτελείται από διάφορα στελέχη, ως επί το πλείστον όμως αποτελείται από τον υπεύθυνο γιατρό, έναν νοσηλευτή, έναν επισκέπτη υγείας και έναν κοινωνικό λειτουργό. Το κάθε στέλεχος εργάζεται ουσιαστικά αυτόνομα, αλλά συνεργάζεται με τους υπόλοιπους με αιώτερο στόχο τη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς. Στο σημείο αυτό βέβαια πρέπει να αναφερθεί ότι σε ειδικές περιπτώσεις και ανάλογα με τα βαρύτητα κάθε μεμονωμένου περιστατικού επιδιώκεται η συνεργασία των συγκεκριμένων στελεχών και με άλλες ειδικότητες, όπως είναι οι φυσιοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι μαιές, οι εργοθεραπευτές.

Η ομάδα εργασίας στο πλαίσιο της παροχής φροντίδας υπηρεσιών υγείας στην κατ' οίκου νοσηλεία αποτελείται από διάφορες ειδικότητες, όπως έχει ήδη αναφερθεί με πολλαπλά καθήκοντα. Πιο συγκεκριμένα, σε μια παρόμοια ομάδα συμμετέχουν:

#### *Ο νοσηλευτής*

Η μοναδικότητα της νοσηλευτής φροντίδας στο σπίτι οφείλεται στο ότι η φροντίδα παρέχεται σε ένα περιβάλλον άγνωστο για το νοσηλευτή, αλλά οικείο και άνετο για τον ασθενή. Για τους περισσότερους ανθρώπους, το σπίτι αποτελεί χώρο ασφάλειας, με δεδομένο νόημα και αξία εξαιτίας της ιδιοκτησίας, των οικογενειακών σχέσεων και των

αναμνήσεων, της ανεξαρτησίας, του ελέγχου και της προστασίας. Η κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται στον ασθενή σε ένα περιβάλλον, το οποίο ελέγχεται από τον ίδιο και την οικογένειά του. Έτσι, ο νοσηλευτής όπως και οι υπόλοιποι επαγγελματίες καλούνται να προσαρμοστούν στο περιβάλλον του ασθενούς.

### *Ο γιατρός*

Ο γιατρός είναι πρωταρχικά υπεύθυνος για τη διάγνωση της ασθένειας και για τη φαρμακευτική ή χειρουργική της αντιμετώπιση. Οι γιατροί εξουσιοδοτούνται να διενεργούν τις εισαγωγές των ασθενών σε ένα περιβάλλον παροχής υγείας. Οι ιατρικές δραστηριότητες περιλαμβάνουν καταγραφή οδηγιών, ερμηνεία αποτελεσμάτων εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, εκτέλεση διαδικασιών και χειρουργικών επεμβάσεων και συνεργασία με άλλους επαγγελματίες. Πιο συγκεκριμένα το ιατρικό προσωπικό:

- Αναλαμβάνει την ευθύνη της διαγνωστικής εκτίμησης.
- Επιλέγει τις ενδεχόμενες συμπληρωματικές εξετάσεις
- Καθορίζει την κατεύθυνση της θεραπείας.
- Διευθύνει τη λειτουργία της ομάδας και τις συγκεντρώσεις παρουσίασης περιστατικών (case conference) συνθέτοντας τα διάφορα στοιχεία που προσκομίζουν οι άλλοι ειδικοί συνεργάτες χάρη στις γνώσεις που οφείλει να έχει για όλους τους επιμέρους κλάδους των επιστημών
- Συντονίζει τη θεραπευτική συνάντηση της ομάδας με στόχο την επεξεργασία των δυναμικών της.

Ουσιαστικά ο γιατρός πιστοποιεί ότι ο ασθενής έχει πρόβλημα υγείας, το οποίο απαιτεί παροχή φροντίδας υγείας στο σπίτι. Καθορίζει και πιστοποιεί το σχέδιο φροντίδας για τη θεραπεία του ασθενούς.

### *Ο φυσιοθεραπευτής*

Ο φυσιοθεραπευτής παρέχει υπηρεσίες άμεσης φροντίδας, όπως ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών, ασκήσεις βαδίσματος και μαλάξεις. Διδάσκει τον ασθενή και την οικογένειά του για την προαγωγή της αυτοφροντίδας. Ουσιαστικά ο

φυσιοθεραπευτής επιδιώκει να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα ή να προλάβει περαιτέρω ανικανότητα σε ασθενείς που έχουν υποστεί κάποιο τραυματισμό ή ασθένεια. Οι φυσιοθεραπευτές χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές για να θεραπεύσουν τους ασθενείς, όπως μαλάξεις, εφαρμογή θερμότητας, ψύχους, υδροθεραπεία, ηχητικά κύματα, ασκήσεις και ηλεκτρική διέγερση. Επίσης, οι περισσότεροι είναι εκπαιδευμένοι στη χρήση ψυχολογικών στρατηγικών για την κινητοποίηση των ασθενών.

### *Εργοθεραπευτής*

Ο εργοθεραπευτής εκτιμά το λειτουργικό επίπεδο του ασθενούς και διδάσκει ενεργειές, οι οποίες προάγουν την αυτοφροντίδα σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Αξιολογεί την ασφάλεια του σπιτιού και παρέχει τον κατάλληλο εξοπλισμό όπου είναι απαραίτητο. Επίσης βοηθάει τον ασθενή που αντιμετωπίζει κάποια φυσική διαταραχή να προσαρμοστεί στους περιορισμούς της. Οι εργοθεραπευτές χρησιμοποιούν μια ποικιλία μηχανημάτων και στρατηγικών για να βοηθήσουν τον ασθενή να διεκπεραιώνει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

### *Λογοθεραπευτής*

Ο λογοθεραπευτής παρέχει άμεσες υπηρεσίες φροντίδας σε ασθενείς με προβλήματα λόγου, γλώσσας ή ακοής, διδάσκει τον ασθενή και την οικογένειά του για τη διευκόλυνση του λόγου και της γλώσσας, καθώς και τον τρόπο λήψης τροφής και κατάποσης ειδικά σε ασθενείς που έχουν υποστεί κάποιο τραυματισμό ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Ασχολείται με τη διάγνωση και θεραπεία διαταραχών της φωνής, της εκφοράς και της δομής του λόγου, αλλά και της γραφής. Ο λογοθεραπευτής είναι εκπαιδευμένος για να βοηθάει τα άτομα με ακουστικές βλάβες να μιλούν περισσότερο καθαρά, εκείνους που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο να ξαναμάθουν να μιλούν, καθώς και να διορθώνει ή να τροποποιεί μια ποικιλία διαταραχών του λόγου σε παιδιά και ενήλικες.

### *Κοινωνικός Λειτουργός*

Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει τον ασθενή και την οικογένεια να αντιμετωπίσουν τους κοινωνικούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ευεξία τους. Επίσης, παρέχει συμβουλές στους ασθενείς και τα μέλη της

οικογένειάς τους και τους πληροφορεί ή τους παραπέμπει στις διάφορες πηγές της κοινότητας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού περιλαμβάνει πολλές δραστηριότητες, όπως συμβουλευτική, αναφορά σε περίπτωση υποψίας κατάχρησης ουσιών ή κακοποίησης, παροχή βοήθειας σε αποφάσεις που έχουν σχέση με θεραπείες παράστασης της ζωής, ενώ ταυτόχρονα παρέχει βοήθεια για την εξασφάλιση του εξοπλισμού και των απαραίτητων υλικών καθώς και για τα οικονομικά της φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

- Αναλαμβάνει την επικοινωνία της ομάδας με τα διάφορα θεραπευτικά και εκπαιδευτικά κέντρα, το σχολείο, τις υπηρεσίες παιδοψυχιατρικής περίθαλψης, πρόληψης και κοινωνικής πρόνοιας, τις δικαστικές και διοικητικές αρχές
- Πραγματοποιεί την ειδική θεραπευτική κοινωνική εργασία του με άτομα, ομάδες και οικογένειες
- Δέχεται κατ' αρχήν τις οικογένειες και πληροφορεί είτε για μια ειδική ψυχολογική βοήθεια, είτε παραπέμπει σε άλλο ειδικό κέντρο.

#### *Ο ψυχολόγος*

- Συνεισφέρει στη διάγνωση και πρόγνωση με τις μεθόδους των ψυχολογικών δοκιμασιών που συμπληρώνουν την εξέταση και την κλινική παρατήρηση
- Συμμετέχει ανάλογα με την ειδικότερη εκπαίδευση του στο θεραπευτικό έργο της ομάδας
- Συλλέγει τις πληροφορίες (από ομάδα, οικογενειακό περιβάλλον) που αφορούν τις διάφορες συμπεριφορές και τις αξιολογεί
- Αναλαμβάνει μεγάλο μέρος της έρευνας και ειδικότερα στον επιδημιολογικό τομέα χάρη στις στατιστικές γνώσεις του.

**Τέλος, το διοικητικό προσωπικό, απαιτείται,**

υποστηρίζει από διοικητική και διαχειριστική σκοπιά το έργο της μονάδας και φροντίζει ώστε οι απαιτήσεις του κοινοτικού προσανατολισμού της να μη σκοντάφτουν σε γραφειοκρατικά εμπόδια ή λογικές που είναι αντίθετες αυτού του προσανατολισμού.

Η ομάδα βέβαια είναι πολύ περισσότερο από το άθροισμα των μερών της. Χρειάζεται επιπλέον να ληφθεί υπόψη πως, εκτός από τις ειδικότητες, η ομάδα έχει δικά της δυναμικά, όρια, προσδοκίες και απαιτήσεις. Αυτό σημαίνει ότι ο κάθε επαγγελματίας πέρα από τις ειδικές δεξιότητες που χαρακτηρίζουν την επαγγελματική του ταυτότητα πρέπει να κατέχει εκείνα τα προσόντα που του επιτρέπουν να εργαστεί σε ομάδα.

#### 4.3 Το προσωπικό και οι ανάγκες των ατόμων στην κατ' οίκον νοσηλεία

Παραδοσιακά όταν ένας ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο η οικογένεια διαδραματίζει μικρό ρόλο στην παρεχόμενη φροντίδα. Οι οικογένειες και οι φίλοι επισκέπτονται τον ασθενή και μερικές φορές διανυκτερεύουν στο νοσοκομείο. Όμως γενικά δεν αναμιγνύονται στην άμεση φροντίδα του ασθενούς. Το προσωπικό του νοσοκομείου παρέχει προσωπική φροντίδα στον ασθενή και διαχειρίζεται τη φαρμακευτική αγωγή και τη θεραπεία του. Όταν ο ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο την ευθύνη για την παροχή της φροντίδας αναλαμβάνουν άτομα τα οποία μπορεί να είναι ή να μην είναι φυσικά ή διανοητικά ικανά να αναλάβουν αυτή την ευθύνη. Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, δίνονται στην οικογένεια ένα πλήθος οδηγιών μέσα σε ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα με την προσδοκία της διεκπεραίωσης αυτής της φροντίδας στο σπίτι.

Η φροντίδα υγείας συνεχίζει να μετακινείται από το νοσοκομειακό περιβάλλον στην κοινότητα, με αποτέλεσμα οι οικογένειες να επωμίζονται το βάρος της φροντίδας. Οι ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο και νωρίτερα και πριν αναρρώσουν, σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες. Οι χρονίως πάσχοντες χρειάζονται συνεχιζόμενη μακρόχρονη προσωπική φροντίδα συχνά στο σπίτι, η οποία συνήθως δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία (Taylor και συν, 2002).

Το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό στην κατ' οίκον φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο μετριάζοντας το βάρος της φροντίδας και διευκολύνοντας την πρόσβαση του ασθενούς και της οικογένειάς του στους κοινοτικούς πόρους, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν την οικογένεια στην ικανοποίηση διάφορων αναγκών. Επίσης, τα μέλη της οικογένειας είναι καταβεβλημένα με την παρεχόμενη φροντίδα και γίνεται προσπάθεια εξασφάλισης πόρων για την ανακούφισή τους. Τέλος, υποστηρίζονται οι αποφάσεις της οικογένειας για πολύπλοκες θεραπείες (Stulginsky, 1993b).

#### 4.4 Ρόλος του προσωπικού στην κατ' οίκον νοσηλεία

Εκτός από τις συνήθειες λειτουργίες ως επαγγελματίες υγείας, το προσωπικό είναι ταυτόχρονα συνήγορος του ασθενούς, συντονιστής των υπηρεσιών, εκπαιδευτής του ασθενούς και της οικογένειας.

Η προστασία και η υποστήριξη των δικαιωμάτων των ασθενών είναι ένας ακόμα σημαντικός ρόλος, εκτός από την κύρια ενασχόληση του προσωπικού. Οι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται βοήθεια για τη μετακίνησή τους διαμέσου των πολύπλοκων συστημάτων υγείας, για το χειρισμό των προβλημάτων ασφάλειας ή των κρατικών ρυθμίσεων, οι οποίες επηρεάζουν η φροντίδα τους και το περιβάλλον στο οποίο ζουν.

Επίσης, ένας νοσηλευτής στην κατ' οίκον φροντίδα μπορεί να είναι ο συντονιστής των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι λογοθεραπευτές, ο φυσιοθεραπευτής. Ο νοσηλευτής αποτελεί τη βασική πηγή επικοινωνίας και συντονισμού της φροντίδας του ασθενούς με τον οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας. Γι' αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιεί αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας με τους άλλους επαγγελματίες για το συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών στον ασθενή (Taylor και συν., 2002).

Παράλληλα, το προσωπικό καλείται να διαδραματίσει εκπαιδευτικό ρόλο, καθώς μεγάλο ποσοστό του διαθέσιμου χρόνου επικεντρώνεται στη διδασκαλία των ασθενών και των οικογενειών τους για την πορεία της ασθένειας, τη διατροφή, τη φαρμακευτική αγωγή, τη θεραπεία ή τη φροντίδα των τραυμάτων. Πιο συγκεκριμένα, καθώς η κατ' οίκον φροντίδα είναι βραχύχρονη και διακεκομμένη, το προσωπικό περιλαμβάνει την οικογένεια και τους φίλους στη διαδικασία της διδασκαλίας, ώστε να αναλάβουν πλήρως τη φροντίδα του ασθενούς, όταν η κατ' οίκον φροντίδα από επαγγελματίες υγείας να μην είναι πλέον απαραίτητα. Σταδιακά το προσωπικό ανιχνεύει τις ανάγκες εκπαίδευσης και αναπτύσσει από κοινού στόχους για τη διδασκαλία των απαραίτητων πληροφοριών για την προαγωγή της ευεξίας του ασθενούς. Το προσωπικό παρέχει στον ασθενή τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διατήρηση της ασφάλειάς του μέχρι την επόμενη επίσκεψη, αξιοποιώντας οτιδήποτε συμβάλλει σε αυτό. Σκοπός του είναι η κινητοποίηση των δυνατοτήτων των ασθενών και των ατόμων οι οποίοι συμβάλλουν στη φροντίδα υγείας για αυτοφροντίδα (Stulginski, 1993a). Η διδασκαλία σχεδιάζεται και εφαρμόζεται με βάση τους παρακάτω παράγοντες:

- Η διδασκαλία προσαρμόζεται στην ετοιμότητα για μάθηση του ασθενούς και των ατόμων τα οποία παρέχουν φροντίδα υγείας, καθώς και στη φυσική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς.
- Αναγνωρίζονται οι κυριότερες προβληματικές περιοχές και συλλέγονται οι απαραίτητες πληροφορίες για την ασφάλεια του ασθενούς μέχρι την επόμενη επίσκεψη
- Η διδασκαλία προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενούς στο σπίτι
- Κίνητρα για μάθηση αποτελούν η γνώση των σοβαρών συνεπειών καθώς και τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από την υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών (Stulginsky, 1993b)

Επίσης, καθοριστικής σημασίας είναι η συμβολή του προσωπικού στην αξιολόγηση του ασθενούς. Για τη σωστή αξιολόγηση το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διαθέτει δεξιότητες όχι μόνο για την αντικειμενική αλλά και για την ψυχολογική, την κοινωνικο-οικονομική, την περιβαλλοντική, την πνευματική και την πολιτισμική αξιολόγηση. Στο συνοδευτικό πλαίσιο αναφέρονται οι πολιτισμικοί παράγοντες οι οποίοι πρέπει να αξιολογηθούν κατά την πρώτη κατ' οίκον επίσκεψη. Η αξιολόγηση συνεχίζεται στις επόμενες επισκέψεις, όπου χρησιμοποιούνται διάφορες δεξιότητες για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων. Εκτός από τον ίδιο τον ασθενή, αξιολογείται και η οικογένειά του, λαμβάνοντας υπόψη το διαφορετικό ρόλο που παίζει κάθε μέλος της και τον τρόπο με τον οποίο συνεισφέρει στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Επίσης, είναι σημαντικό να προσδιοριστεί εάν τα μέλη της οικογένειας κατανοούν τις παρεχόμενες οδηγίες και εάν είναι ικανοί να παρέχουν φροντίδα (Healy και συν., 2002).

Το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό στο πλαίσιο της κατ' οίκον φροντίδας χρησιμοποιούν την άμεση παρατήρηση κατά τις επισκέψεις για να αποφασίσουν εάν ο τρόπος ζωής, η καθαριότητα και οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, αποτελούν δυνητικά προβλήματα στο σπίτι (Frisch, 1993). Για παράδειγμα, μπορεί να παρατηρήσουν ότι δεν υπάρχουν τρόφιμα στα ντουλάπια ή στο ψυγείο, οπότε να είναι απαραίτητη η σύσταση για υπηρεσίες, όπως διανομή γευμάτων στο σπίτι, ώστε να εξασφαλιστεί επαρκής διατροφή για τον ασθενή. Άλλοι αναγνωρίσιμοι κίνδυνοι μπορεί να περιλαμβάνουν εκείνους που σχετίζονται με τον έλεγχο των λοιμώξεων, όπως βρώμικα σπίτια με εστίες τρωκτικών ή εντόμων ή έλλειψη τρεχούμενου νερού.

#### 4.5 Χαρακτηριστικά προσωπικού για βελτιστοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας

Το προσωπικό που συνεργάζεται στις υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας χαίρονται να εργάζονται με αυτονομία σε ένα περιβάλλον, που μπορούν να αξιοποιήσουν την εμπειρία και τις γνώσεις τους σε ένα διευρυμένο ρόλο (Andrews & Boyle, 1995). Άλλοι απολαμβάνουν τη δυνατότητα ανεξάρτητης διαχείρισης του χρόνου τους και εκτιμούν τις εκδηλώσεις ικανοποίησης των ασθενών, οι οποίοι τους υποδέχονται στα σπίτια τους και στη ζωή τους.

Το προσωπικό που παρέχει φροντίδα στο περιβάλλον του σπιτιού πρέπει να διαθέτει γνώσεις, κλινική εμπειρία, δεξιότητες επικοινωνίας, δυνατότητα ανεξάρτητης πρακτικής άσκησης και υπευθυνότητα για τις πράξεις του. Επίσης, είναι απαραίτητες οι ικανότητες φυσικής εξέτασης για την αναγνώριση θετικών και αρνητικών αλλαγών στην κατάσταση της υγείας των ατόμων, καθώς συχνά απαιτούνται διαδικασίες όπως η χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών, η αλλαγή τραυμάτων, η φροντίδα των στομιών και η παροχή αναπνευστικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι παίρνουν ανεξάρτητες αποφάσεις και αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη λήψη των αποφάσεών τους (Morrison, 1995). Ιδιαίτερα όταν είναι μόνοι, παρέχουν φροντίδα και η ανταλλαγή απόψεων με άλλους επαγγελματίες δεν είναι δυνατή. Ο συνδυασμός καλής θεωρητικής κατάρτισης συνελώς με τις κλινικές δεξιότητες και την ικανότητα αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων τους παρέχει τη δυνατότητα λήψης των κατάλληλων αποφάσεων για τη φροντίδα του ασθενούς.

Η υπευθυνότητα είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό του προσωπικού που λαμβάνει μέρος στην κατ' οίκον νοσηλεία. Σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον το προσωπικό συνήθως εργάζεται σε βάρδιες και αναφέρεται στην επόμενη βάρδια, η οποία συνεχίζει το έργο και τη φροντίδα. Στην κατ' οίκον νοσηλεία το προσωπικό πρέπει να βασιστεί στα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς για να συνεχίσουν τη φροντίδα. Εάν δεν υπάρχει κανένα άτομο, το προσωπικό καλείται να αντιμετωπίσει τα ίδια θέματα στην επόμενη επίσκεψη. Γενικότερα, το προσωπικό είναι υπόλογο στον ασθενή, στην οικογένεια και στον οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Υπάρχουν όμως ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να υπάρχουν στην ομάδα, έτσι ώστε να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της κατ' οίκον νοσηλείας, χαρακτηριστικά όπως η συνεργασία, η επικοινωνία, ο σεβασμός προς τις γνώσεις και την εμπειρία του άλλου, η επαγγελματική συμπεριφορά (Lindqvist και συν., 2005).



#### 4.5.1 Επικοινωνία

Κύριο χαρακτηριστικό για την αποτελεσματική συνεργασία της επιστημονικής ομάδας στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι η επικοινωνία ανάμεσα στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η επικοινωνία αποτελεί ψυχο-βιολογική ανάγκη του ατόμου και παράλληλα είναι η βάση της δημιουργίας της ανθρώπινης κοινωνίας. Ο επικοινωνιακός διάλογος οδηγεί στην κατανόηση. Κάθε άνθρωπο εξάλλου πρέπει να καταλάβει τα προβλήματα των τρίτων, ώστε στη συνέχεια μόνος του να βγάλει τα δικά του συμπεράσματα και να σχηματίσει τις δικές του απόψεις. Η κατανόηση άλλωστε οδηγεί στη συνεργασία. Η συνεργασία που στηρίζεται σε καταναγκασμό δεν είναι ούτε εποικοδομητική, ούτε σταθερή. Ο άνθρωπος επιδιώκει να απαλλαγεί από αυτήν. Αντίθετα, η ελεύθερη, αυθόρμητη, με τη θέλησή μας συμμετοχή σε μια προσπάθεια που θεωρούμε κοινή, φέρνει τη δημιουργική συνεργασία.

Η επικοινωνία συνεπώς αποτελείται από μια σύνθεση και αλληλεπίδραση ατόμων, περιβάλλοντος, ερεθισμάτων, αντιδράσεων και άλλων παραγόντων που οδηγούν στην κατανόηση του εσωτερικού κόσμου, του δικού μας και των άλλων. Η επικοινωνία που στηρίζεται στην κατανόηση έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική αποδοχή και τη συνεργασία με σκοπό τη δημιουργία κοινώς αποδεκτού έργου. Το έργο αυτό είναι απόρροια των περισσότερων κατά το δυνατόν ενδιαφερόμενων μερών.

#### 4.5.2 Ομαδική εργασία

Στις αποτυχημένες ομάδες το κάθε μέλος τελεί απλώς τα καθήκοντά που του έχουν ανατεθεί. Έτσι, όταν ολοκληρωθεί η συμμετοχή του, μπορεί να αποχωρήσει από το χώρο εργασίας. Αντίθετα, στις επιτυχημένες ομάδες κάθε μέλος θεωρεί υποχρέωσή του να σχολιάσει σε βάθος τη δουλειά των άλλων. Με τον τρόπο αυτό το προϊόν της εργασίας κάθε μέλους βελτιωνόταν από τις γνώσεις και τις ικανότητες όλων ενώ το ίδιο το μέλος ένιωθε ότι οι υπόλοιποι συνεργάτες εκτιμούν την εργασία του και συμβάλλουν στην ολοκλήρωσή της. Με τον όρο σχολιασμό νοείται η υποβολή συγκεκριμένων προτάσεων και όχι η απλή διατύπωση γενικόλογων παρατηρήσεων, θετικών ή αρνητικών.

Κάθε ομάδα κατά τη διάρκεια των εργασιών της αντιμετωπίζει προβλήματα. Η διαχείριση των κρίσεων στον τομέα της υγείας αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά τμήματα της επιτυχημένης λειτουργίας μιας ομάδας, με δεδομένο ότι ένα κρίσιμο περιστατικό μπορεί να κοστίσει μια ανθρώπινη ζωή. Συνεπώς η άριστη συνεργασία μεταξύ των μελών μιας ομάδας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για να σωθεί ουσιαστικά μια ανθρώπινη ζωή. Στο πλαίσιο της διαχείρισης μιας κρίσης η ομάδα πρέπει να διακρίνεται από ταχείς κινήσεις, άριστη συνεργασία, θετική διάθεση, γνώση των δυνατών και αδύναμων στοιχείων των υπόλοιπων μελών έτσι ώστε να υπάρχει αλληλοκάλυψη. Καθοριστικής σημασίας είναι να αποφεύγονται αντιδράσεις πανικού, παράλυσης και σπασμωδικών κινήσεων.

Η διαπροσωπική επικοινωνία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη λειτουργία μιας ομάδας, με δεδομένο ότι παρανοήσεις και προσωπικές διαφωνίες έχουν σαν άμεση συνέπεια να κωλυσιεργήσει το έργο της ομάδας και να τεθεί σε κίνδυνο ακόμα και η ζωή του ασθενούς ή να γίνει δύσκολη η συνέχιση της συνεργασίας. Είναι συνεπώς πολύ σημαντικό τα μέλη της ομάδας να λειτουργούν πυροσβεστικά αμέσως μόλις βλέπουν πως υπάρχει έστω και η ελάχιστη πιθανότητα να ξεκινήσει κάποια ένταση ή διαμάχη μεταξύ δύο ή περισσότερων μελών. Είναι η μόνη στιγμή που το όποιο θέμα δημιουργείται μπορεί ακόμη να διευθετηθεί φιλικά χωρίς να επηρεάσει την καλή λειτουργία της ομάδας.

#### *4.5.3 Ομαλή μετάβαση από τον καθορισμό των διαδικασιών στην παραγωγή έργου*

Ο καθορισμός και η πρακτική εφαρμογή του κανονισμού λειτουργίας της κάθε ομάδας αποδεικνύεται ένα από τα πιο δυσεπίλυτα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν τα μέλη. Οι αποτυχημένες ομάδες αναλώνουν εξαιρετικά μεγάλο μέρος του χρόνου τους συζητώντας διαδικασίες και κανόνες εργασίας. Ωστόσο, οι κανόνες παραμένουν συχνά ανεφαρμοστοί, μέχρι να αντικατασταθούν από άλλους το ίδιο αποτυχημένους, καθώς ποτέ δεν ορίζεται κάποιος μηχανισμός ελέγχου και επιβολής διορθωτικών κινήσεων.

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά για την επιτυχημένη λειτουργία μιας διεπιστημονικής ομάδας είναι η σωστή συμπεριφορά απέναντι στα υπόλοιπα μέλη που τη συγκροτούν. Πιο συγκεκριμένα τα μέλη θα πρέπει να διακρίνονται από θετική συμπεριφορά και στάση, να επαινούν ο ένας την προσπάθεια του άλλου, να σκέφτονται θετικά ακόμα και όταν αντιμετωπίζουν μία δύσκολη κατάσταση και να σέβονται ο ένας τον άλλο.

## Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ

## 5.1 Αξιολόγηση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας

Για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας στο σπίτι έχουν τεθεί από την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών (American Nurses' Association, ANA) το 1986 ορισμένες αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι (Nuzzo-Milone, 1995), οι οποίες και ακολουθούν:

*Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι*

Αρχή 1. Όλα τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι σχεδιάζονται, οργανώνονται και διευθύνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο, με μεταπτυχιακό τίτλο νοσηλευτή με εμπειρία στην κοινοτική νοσηλευτική και τη διοίκηση.

Αρχή 2. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις θεωρητικές έννοιες σαν βάση για τις αποφάσεις του στην πρακτική άσκηση της κατ' οίκον νοσηλείας.

Αρχή 3. Ο νοσηλευτής συνεχώς συλλέγει και καταγράφει τις πληροφορίες οι οποίες είναι κατανοητές, ακριβείς και συστηματικές.

Αρχή 4. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών/νοσηλευτική διάγνωση.

Αρχή 5. Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδια φροντίδας τα οποία καθορίζουν στόχους. Το σχέδιο φροντίδας είναι βασισμένο στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και ενσωματώνει νοσηλευτικές πράξεις που σχετίζονται με τη θεραπεία, πρόληψη και αποκατάσταση.

Αρχή 6. Η νοσηλευτική παρέμβαση καθοδηγείται από λεπτομερές σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει στην ανακούφιση, επαναφορά, βελτίωση και προαγωγή της υγείας αλλά και στην πρόληψη επιπλοκών και στην αποκατάσταση της υγείας.

Αρχή 7. Ο νοσηλευτής συνεχώς αξιολογεί τις αντιδράσεις του ατόμου και της οικογένειάς του στις παρεμβάσεις του για να καθορίζει την πρόοδό του όσον αφορά στην επίτευξη των στόχων και να αναθεωρήσει τις βάσεις δεδομένων, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο φροντίδας.

Αρχή 8. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την κατάλληλη και αδιάκοπη φροντίδα μέσα στο πλαίσιο της συνεχούς φροντίδας υγείας και επομένως χρησιμοποιεί τον ανάλογο σχεδιασμό και συνεργασία με τις πηγές της κοινότητας.

Αρχή 9. Ο νοσηλευτής εγκαινιάζει και διατηρεί ένα σύνδεσμο με τα κατάλληλα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι όλες οι προσπάθειες αποτελεσματικά συμπληρώνουν η μια την άλλη.

Αρχή 10. Ο νοσηλευτής θεωρεί ως δεδομένο την ευθυνότητα για την επαγγελματική εξέλιξη και συμβάλλει στην επαγγελματική ανάπτυξη των άλλων.

Αρχή 11. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις ερευνητικές δραστηριότητες οι οποίες συμβάλλουν στη συνεχή ανάπτυξη του επαγγέλματος όσον αφορά στη γνώση για τη φροντίδα υγείας στο σπίτι.

Αρχή 12. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας που καθιέρωσε η Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών ως οδηγό για θέματα ηθικής που αφορούν στη λήψη αποφάσεων στην πράξη.

Για την εκτίμηση της αποδοτικότητας αυτών των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τουλάχιστον τρία κριτήρια:

- Το οικονομικό όφελος που προκύπτει από τη νοσηλεία ασθενών στο σπίτι σε σχέση με το νοσοκομείο.
- Η ποιότητα ζωής των ασθενών στο σπίτι και ειδικότερα εάν οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν.
- Η διαφορά επιβίωσης μεταξύ σπιτιού και νοσοκομείου (Τσαμανδουράκη και συν., 1989).

Αναλύοντας τα στατιστικά δεδομένα από τις ΗΠΑ όπου σχετίζονται με τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι φαίνεται ότι (Martinson & Widmer, 1989) :

- Το 94% των περίπου 1.350.000 ατόμων που έλαβαν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα.
- Ο μέσος αριθμός επισκέψεων ποικίλλει από 20 έως 33 και η μέση χρέωση ανά επίσκεψη ποικίλλει από 34 έως 53 δολάρια.
- Οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν περισσότερες φορές τις υπηρεσίες υγείας από τους άνδρες.

- Τα ανάπηρα άτομα που χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες αυτές χρειάζονταν περισσότερο αριθμό επισκέψεων ανά άτομο από ότι οι ηλικιωμένοι, αλλά συνολικά οι ηλικιωμένοι τις χρησιμοποιούν περισσότερο.

- Το ποσοστό χρήσης αυτών των υπηρεσιών αυξάνει δραματικά με την ηλικία. Ο μέσος όρος χρήσης υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας 85 ετών είναι 8 φορές περισσότερος από ότι ατόμων ηλικίας 65 ετών.

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο για την υγεία ενός μεγάλου τμήματος του πληθυσμού. Η ολοένα και αυξανόμενη χρήση τους όμως επιβάλλει την ύπαρξη μηχανισμών ελέγχων, τον καθορισμό διορθωτικών κινήσεων και τη βελτιστοποίηση της διεπιστημονικής συνεργασίας του προσωπικού το οποίο λαμβάνει μέρος σε αυτήν.

## 5.2 Το μέλλον της κατ' οίκον νοσηλείας

Η δεκαετία του 1990 ήταν η περίοδος της αλλαγής, της ανάπτυξης και της εξειδίκευσης για τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, ενώ μετά το 2000 άρχισαν να παρέχονται πιο πολύπλοκες υπηρεσίες στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας.

Τα επίπεδα βαρύτητας των ασθενών αυξάνονται σταδιακά, γεγονός που οφείλεται στις γρήγορες εξόδους από τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι αριθμοί των χειρουργικών επεμβάσεων, οι οποίες πρόκειται να διεξάγονται σε εξω-νοσοκομειακή βάση ή με βραχεία παραμονή συνεχώς θα αυξάνονται, με αποτέλεσμα οι οικογένειες και το φιλικό περιβάλλον να επωμίζονται περισσότερη ευθύνη για την παροχή φροντίδας στους οικείους ασθενείς.

Η εξειδίκευση θα συνεχίσει να επεκτείνεται στις περιοχές υπηρεσιών καρδιολογικής φροντίδας, φροντίδας των τραυμάτων και ενδοφλέβιας θεραπείας. Ο ρόλος της πρόληψης θα συνεχίσει να αναπτύσσεται στην κατ' οίκον φροντίδα μέσω της χρήσης του προσυμπτωματικού ελέγχου, της ανοσοποίησης και των κοινοτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Σκοπός αυτής της εξέλιξης θα είναι η διατήρηση της υγείας των προσώπων, ώστε να προλαμβάνεται η ασθένεια και οι συνεπαγόμενες εισαγωγές στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Συνεπώς το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό στις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας θα πρέπει να επεκτείνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους συνεχώς, ώστε να

αντιμετωπίζουν την πρόκληση παροχής προληπτικής, οξείας και χρόνιας φροντίδας σε ασθενείς στο σπίτι (Taylor και συν., 2002).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Την τελευταία δεκαετία έγιναν πολλές αλλαγές στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας. Μια από αυτές τις αλλαγές είναι η μετακίνηση από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες στην κοινοτική φροντίδα. Εξαιτίας αυτής της μεταβολής η φροντίδα στο σπίτι παρουσίασε ένα πρωτοφανές ποσοστό αύξησης. Η διαχείριση της φροντίδας είχε σημαντική επίδραση στη μετακίνηση από το νοσοκομείο στο σπίτι και αυτή η τάση αναμένεται να συνεχιστεί. Σήμερα η φροντίδα στο σπίτι ευθύνεται μόνο για ένα μικρό εύρος των συνολικών εθνικών δαπανών για την υγεία και θεωρείται μια από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες περιοχές φροντίδας υγείας.

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη του τομέα υγείας παγκοσμίως κατευθύνεται στη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών που θα περιλαμβάνουν πρόληψη και προαγωγή της υγείας, πρωτοβάθμια περίθαλψη, μετανοσοκομειακή φροντίδα, αποκατάσταση και κατ' οίκον νοσηλεία.

Η δημιουργία και λειτουργία προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή και ταυτόχρονα εναλλακτικό τρόπο περιορισμού των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών.

Στις προηγμένες υγειονομικά χώρες του κόσμου, όπως είναι η Αμερική, ο Καναδάς, η Νορβηγία, η Γαλλία, η Γερμανία, τα προγράμματα αυτά που υποστηρίζονται από το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό και την βιοϊατρική τεχνολογία, αποτελούν την καινοτόμο πρόταση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της παραδοσιακής νοσοκομειακής περίθαλψης, στη μείωση του κόστους καθώς και στην αντιμετώπιση της έλλειψης νοσοκομειακών κλινών.

Παρά τα θετικά αποτελέσματα που έχουν καταγραφεί όμως, τόσο στην ικανοποίηση των ασθενών όσο και στη μείωση του κόστους νοσηλείας, στον ελληνικό χώρο ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας δεν είναι τόσο διαδεδομένος όσο θα έπρεπε. Ίσως η πολυπλοκότητα των ενεργειών, το σύνολο των ανθρώπων που πρέπει να συντονιστούν και να συνεργάζονται αποδοτικά και η έλλειψη κρατικής βούλησης να αποτελούν αποθαρρυντικούς παράγοντες για τις διοικήσεις των νοσηλευτικών μονάδων.

Παρόλα αυτά η κατ' οίκον νοσηλεία δεν παύει να αποτελεί μία λύση σε οργανωτικά και διοικητικά θέματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία, αλλά και μία πρόκληση για τον τομέα υγείας. Η πρόκληση αυτή δεν συνίσταται μόνο στην βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και στη βελτιστοποίηση της διεπιστημονικής συνεργασίας του προσωπικού το οποίο λαμβάνει μέρος σε αυτήν. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να υλοποιούνται συχνά σεμινάρια κατάρτισης όχι μόνο όσον αφορά την επιστημονική τους κατάρτιση, αλλά και τους τρόπους για τη βελτίωση του κλίματος μέσα στην ομάδα. Δεν πρέπει να διαφεύγει άλλωστε της προσοχής μας ότι η άριστη συνεργασία ανάμεσα στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, ειδικά όταν γίνεται λόγος για έναν κρίσιμο τομέα, όπως αυτός της υγείας.

Το ομαδικό πνεύμα, ο σεβασμός και η αναγνώριση της αξίας του άλλου, η άριστη επικοινωνία, ο διάλογος, η αποδοχή των λαθών, η ταχύτητα στις αντιδράσεις, η συνοχή και η ψύχραιμη αντιμετώπιση των κρίσεων δεν είναι παρά ελάχιστες προτάσεις και χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διακρίνουν μια ομάδα, έτσι ώστε να υπάρξει βελτιστοποίηση των παραχθεισών υπηρεσιών της και μείωση των λαθών.



## Βιβλιογραφία

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλεξιάδης, Α.Δ., Σιγάλας, Ι. (1999). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ.
- Αλεξιάδης, Α.Δ., Περιστέρα, Β. (1997). «Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα στη δημόσια διοίκηση», *Διοικητική Ενημέρωση*, τεύχος 7.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
- Κέφης, Β. (2005) *Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ. Βασικές αρχές για σύγχρονες οικονομικές μονάδες*, εκδόσεις Κριτική.
- Κουσκουβέλης, Η. (1999) . *Λήψη αποφάσεων-κρίση-διαπραγμάτευση: θεωρία και πράξη*, εκδόσεις Παπαζήσης.
- Λανάρα, Β. (1992) . *Σημειώσεις Κοινωνικής Νοσηλευτικής*, Αθήνα, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Λιαρόπουλος, Α. (1994) . *Σημειώσεις οικονομίας της υγείας*, Αθήνα, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Μαρκέτος, Σ. (1996) . *Εικονογραφημένη ιστορία της Ιατρικής*, Αθήνα, εκδόσεις Ζήτα.
- Μπόνικος, Δ. (1994) . *Η ιατρική στο σταυροδρόμι ριζικών ανακατατάξεων*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 11.
- Μπουραντάς, (2002) . *Δ. Management. Θεωρητικό υπόβαθρο και σύγχρονες πρακτικές*, Αθήνα, εκδόσεις Μπένου.
- Μωραΐτης, Ε. (1985) . *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Σύγχρονη εννοιολογική θεώρηση*, Ιατρική, 48.
- Μωραΐτης, Ε. (1985). *Εναλλακτικές μορφές περιθαλψης. Νοσηλεία στο σπίτι. μονάδες βραχείας νοσηλείας*, Νοσοκ. Χρονικά, 47.
- Νόμος 2071/1992, *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*, ΦΕΚ 123/1992, τεύχος Α, Εθνικό Τυπογραφείο.

- Νόμος 2519/1997, *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 165/21-8-1997, τεύχος Α, Εθνικό Τυπογραφείο.
- Παπαζήσης, Η., Τούντας, Ι. (1996). *Σχεδιασμός και αρχική υλοποίηση προγράμματος νοσηλείας στο σπίτι*, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα.
- ΠΟΥ. *Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα*. Μετάφραση των «Σύγχρονων Θεμάτων» από το WHO: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, Geneva, World Health Organisation.
- Σουρτζή, Π. (1997). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και νοσηλεία στο σπίτι», *Νοσηλευτική*, τεύχος 1, σσ. 24-30.
- Σουρτζή, Π., Andrews, R., Nolan, P. (1994). *Συμμετοχή στη φροντίδα στα πλαίσια των προγραμμάτων υγείας στην κοινότητα: Αντιλήψεις των κοινοτικών νοσηλευτριών κι των πελατών τους*, Ανακοίνωση στο 21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα.
- Σπυράκη, Χ., Φραγκιαδάκη, Ε., Σουσαμλής, Μ., Καρατάσης, Π. (2006). «Κατ' Οίκον Νοσηλεία : μια εναλλακτική μορφή περίθαλψης», *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 17, τεύχος 99.
- Τριχοπούλου, Α. & Τριχόπουλος, Δ. (1986). *Προληπτική Ιατρική*, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνος.
- Τσαμανδουράκη, Κ., Τούντας, Γ., Τριχόπουλος, Δ. (1989). Διαφορές στην επιβίωση καρκινοπαθών τελικού σταδίου που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο και από ειδική ομάδα νοσηλείας στο σπίτι τους. *Ιατρική* 56: 466-471.
- Τσατσάς, Τ., Παπαβασιλείου, Ε.Δ., Ρήγας, Β. (1995). Μελέτη του χρόνου παραμονής ασθενών σε νοσοκομεία μεγάλων ελληνικών πόλεων. Σύγκριση με το μέσο όρο των ΗΠΑ. *Ιατρική*, 67.
- Drucker, P.F. (2001). *Το μάνατζμεντ στην πράξη*, Αθήνα, εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. (2002). *Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας*, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- Allan, H., Bryan, K., Clawson, L., Smith, P. (2005). Developing an interprofessional learning culture in primary care. *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 19.
- Andrews, M. & Boyle, J. (1995). *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia, Lippincott.
- Anthony, R.N., Young, D.W. (1994). *Management control in nonprofit organizations*. Irwin Professional Publications, Burr Ridge.
- Barr, H. (2000). Working together to learn together; learning together to work together. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 14.
- Caie-Lawrence, J., Peplonski, J., Russell, J. (1995). Training needs of home healthcare nurses. *Home HealthCare Nurse*, 13, 53-61.
- Cashman, S., Reidy, P., Cody, K., Leman, C. (2004). Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 18.
- Certo, S.C. (2000). *“Modern Management”*, Prentice Hall.
- Certo, S.C., Paul Peters, S. (1995). *Strategic Management. Concepts and Applications*. R. Irwin Inc.
- Coyote, P.C., McKeever, P. (2001). “Home Care in Canada : Passing the buck”, *Can J Nurs Res*, 33:11-25.
- Freeth, D., Reeves, S. (2004). Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities, *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 18.
- Frisch, N. (1993). Home care nursing and psychological-emotional needs of clients: How nursing diagnosis helps to direct and inform practice. *Home HealthCare Nurse*, 11, 64-65.
- Healy, J., Victor, C.R., Thomas, A., Seargeant, J. (2002). Professionals and post-hospital care for older people. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 16.

- Hudson, B. (2002). Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership?, *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 16.
- Humphrey, C. & Milone-Nuzzo, P. (1982). *Home care nursing : an orientation to practice*, Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Lindqvist, S., Duncan, A., Shepstone, L., Watts, F., Pearce, S. (2005). Development of the Attitudes to health professionals questionnaire: a measure to assess interprofessional attitudes, *Journal of Interprofessional Care*, Vol.19.
- Martinson, I. & Widmer, A. (1989). The continuum of care. Partners in acute and chronic care. In: Martinson I., Widmer A., *Home health care nursing*, Philadelphia, W.B. Saunders.
- McMurray, A. (1993). *A community Health Nursing. Primary Health Care in Practice*. Melbourne, Churchill Livingstone.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking : what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 15.
- McNamara, E. (1982). Hospitals discover comprehensive home care. *Hospital*, 56,60-66.
- Morrison, B. (1995). Home health care: Staying safe in dangerous times, *Nursing*, 25, 49-51.
- Nuzzo-Milone, P. (1995). Home health nursing. In: Smith C., Maurer A.F. *Community health nursing, theory and practice*, Philadelphia, W.B. Saunders Company.
- Sharples, A., Gibson, S., Galvin, K. (2002). Floating support : implications for interprofessional working, *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 16.
- Skjorshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts, *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 15.
- Stulginsky, M. (1993a). Nurses' home health experience. Part I: the practice setting, *Nursing & Healthcare*, 14, 402-407.
- Stulginsky, M. (1993b). Nurses' home health experience. Part II: the unique demands of home visits, *Nursing & Healthcare*, 14, 476-485.

- Varicchio, C. (1994). Human and indirect costs of home care, *Nursing Outlook*, 42, 151-157.
- Wilcock, P.M., Headrick, L.A. (2000). Interprofessional learning for the improvement of health care: why bother?, *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 14.
- Wilkins, K., Park, E. (1997). "Home Care in Canada", *Health Rep.*, 9:27-36,
- Zerwekh, J. (1995). High-tech home care for nurses, *Home HealthCare Nurse*, 13, 9-14.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς