Міжпрофесійна співпраця

Лоренцо Біллі є

Анна-Марі Денольф

2020 - 2021

UKROTHE

STUDY PROGRAMME OCCUPATIONAL THERAPY IN UKRAINE

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

“Підтримка Європейською комісією видання цієї публікації не означає підтвердження її змісту, який відображає лише точки зору авторів, також Комісія не може нести відповідальності за використання інформації, що тут міститься.”

Цей курс розроблений в рамках проекту СВНЕ Erasmus+ “Ukrothe – розробка програми ерготерапії в Україні”.

www.ukrothe.eu

Наукова редакторка: Ольга Мангушева (ГО «Українське товариство ерготерапевтів»)

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ПОЗНАЧЕННЯ

	Навчальні цілі
	Завдання/вправа
	Презентація (PowerPoint)
	Співпраця
	Навчальна інструкція

	Зображення/звуковий ролик
	Приклад/випадок
	Вебсайт
	Додаткова інформація

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ЗМІСТ

Застереження 2

Позначення 3

Зміст 4

Вступ 7

Навчальні цілі 10

1. Три способи співпраці 11

1.1. Мультидисциплінарність 11

1.2. Трансдисциплінарність 11

1.3. Міждисциплінарність 12

1.3.1. Ієрархічна модель 13

1.3.2. Модель, орієнтована на клієнта 13

1.3.3. Проблемно-орієнтована модель 14

2. Модель співпраці між фахівцями у галузі охорони здоров'я 18

3. Основні компетенції спільної міжпрофесійної практики 22

3.1. Загальні та професійні компетенції 22

3.1.1. Загальні компетенції 22

3.1.2. Професійно-специфічні компетенції 23

4. Спілкування в командах та між професіоналами 28

4.1. Аудіолог 29

4.2. Дієтолог 29

4.3.Медсестра 29

4.4. Ерготерапевт 30

4.5. Ортопедагог 30

4.6. Фармацевт 31

4.7. Лікар 31

4.8. Психолог 32

4.9. Фізичний терапевт 32

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4.10. Соціальний працівник 33

4.11. Терапевт мови і мовлення 33

5. Інструменти для оцінки міжпрофесійної практики 37

5.1. Траєкторії 37

5.2. Шкала якості міжпрофесійної практики та освіти (IPEQS) 37

5.3. Опитувальник для прийняття командних рішень (TDMQ) (Batorowicz та Shepherd, 2008) 38

5.4. Шкала міжпрофесійної взаємодії 38

5.5. Шкала сприйняття міждисциплінарної освіти (IEPS) 39

6. Використання МКФ як спільної мови 40

6.1.1. Оцінка МКФ 42

6.1.2. Таблиця втручань МФК 43

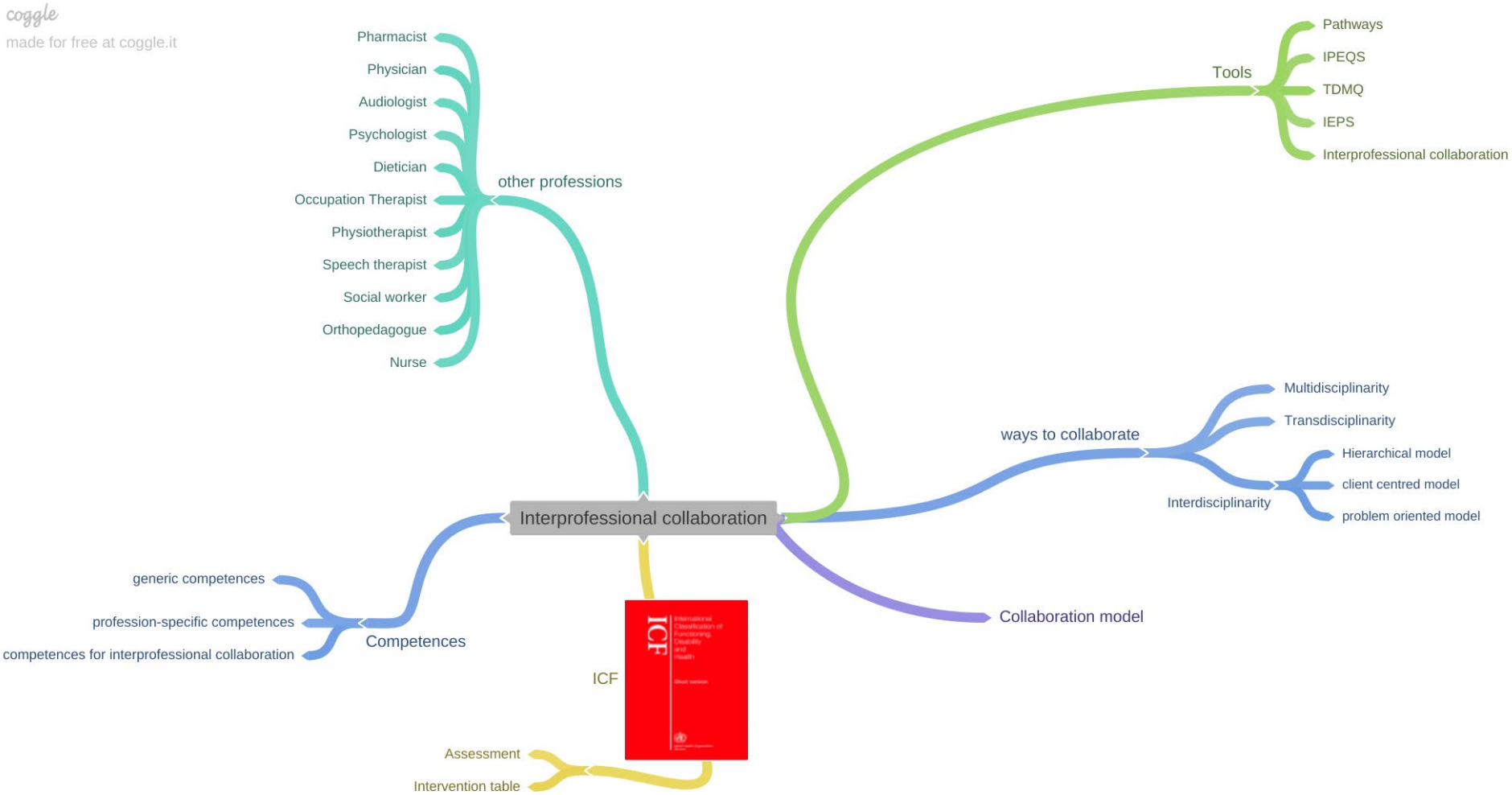
7. Випадок 1 45

8. Випадок 2 51

Бібліографія 52

Додаток: Поширені бар'єри для міжпрофесійної командної роботи 54

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ВСТУП

“Я можу планувати свою реабілітацію з людьми, які працюють разом зі мною, щоб зрозуміти мене та мого опікуна(ів), дозволяють мені контролювати послуги та об’єднуються для досягнення важливих для мене результатів.” (Swientozielskyj, S. & et al., 2015, с. 11).

Міжпрофесійна співпраця – відносно новий термін у літературі для міждисциплінарної співпраці. Міжпрофесійна співпраця у галузі охорони здоров’я – це партнерство між клієнтом та різними фахівцями з метою надання високоякісної допомоги клієнту. Це відбувається тоді, коли група осіб з різною підготовкою чи спеціалізацією працює разом, щоб вирішити проблеми клієнта, беручи до уваги різницю різних професій, спільне керівництво та ефективне спілкування.

Деякі макрофактори зумовлюють необхідність міжпрофесійної співпраці. Зростає потреба в якісній медичній допомозі, турботі про клієнта та його участь, зростає споживацький підхід у сфері охорони здоров'я, акцент на хронічних захворюваннях та розвиток технологій.

Це також є логічним наслідком зміненого погляду на здоров'я. Махтельд Хубер (2014) визначає здоров'я як "здатність справлятися з мінливими обставинами". Згідно з цим автором, здоров'я можна виміряти у 6 вимірах: функція тіла, психічна функція, духовний вимір, якість життя, соціальна участь і повсякденне функціонування.

Працюючи у сфері охорони здоров'я або освіти, ви не працюєте наодинці. Натомість, ви є частиною команди. Що таке команда? Команда - це відносно невелика група людей, яка працює над чітко визначеним, складним завданням, яке найефективніше виконується групою, що працює разом, а не окремими особами, що працюють поодинці або паралельно. Члени команди мають чіткі, спільні, складні цілі командного рівня, що безпосередньо випливають із завдання; вони повинні тісно і взаємозалежно співпрацювати для досягнення цих цілей; члени команди виконують різні ролі в команді й мають необхідні повноваження, автономію і ресурси, які дозволяють їм досягти цілей команди"(Woods & West, 2010). Команди існують у різних ситуаціях, наприклад, спортивні, хорові, оркестрові, пожежні, тощо.

Ми можемо продемонструвати необхідність співпраці на притчі про сліпих і слона (див. Рис. 1). Якщо кожен окремо займатиметься тим, що йому добре вдається, ми всі побачимо частину цілого (слона), але ніхто не знатиме, що являє собою ціле. Коли ми працюємо разом, ми здатні побачити цілу картину (слона) і зможемо приймати правильні рішення замість того, щоб діяти, виходячи з індивідуального сприйняття (нашої ментальної моделі), що може призвести до непорозумінь і конфліктів. Тому важливо мати цілісне бачення, коли ми дивимося далі, ніж тільки на медичну частину проблеми.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

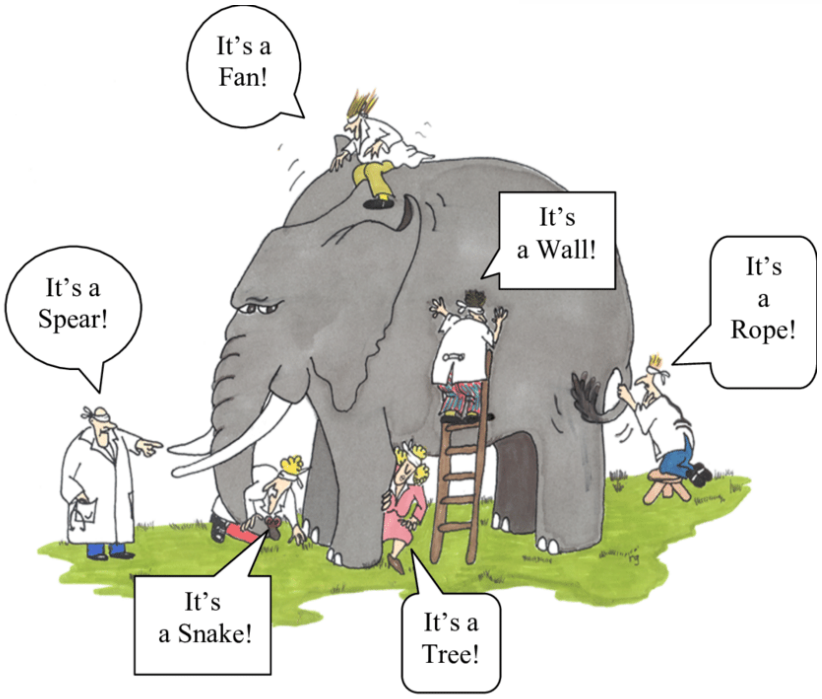


РИС. 1. СЛІПІ ТА СЛОН (WWW.RESEARCHGATE.NET)

Попередній тест

Клінічний випадок: інсульт – яким є підхід в Україні?

Жінці близько п'ятидесяти років, стало погано після обіду. У неї стався інсульт. Її терміново везуть до лікарні та кладуть у неврологічне відділення.

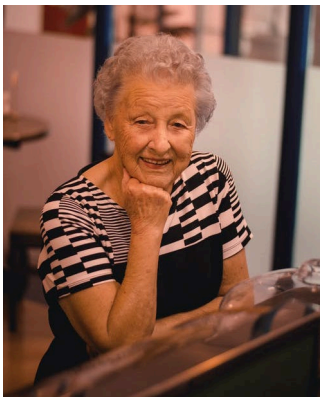
Як ця історія розвивається далі в Україні?
Хто в ній задіяний?
Хто приймає рішення, ставить цілі?
Як організовано догляд?
Який погляд на її майбутнє?

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Пост-тест

Той самий випадок із інсультом: яким би міг бути ідеальний підхід у цьому випадку згідно з теорією навчальної програми?

Для ілюстрації *міжпрофесійної співпраці*, ми використовуємо історію Місіс Перрі.



ВИПАДОК

Місіс Перрі – 83-річна жінка, яка мешкає сама у великому будинку з 4 кімнатами та садом. Її чоловік Віллі помер два роки тому. Вона страждала від різних вікових захворювань (артроз, гіпертонія, зниження рухливості, проблеми із зором, проблеми з концентрацією уваги…). Інколи вона відчуває запаморочення, коли занадто швидко встає.

У даний час Місіс Перрі має широке коло підтримки. Медсестра допомагає їй у повсякденному житті, літня помічниця утримує будинок в чистоті, а волонтери виконують для неї різні роботи (садівництво, закупи …). П’ять місяців тому вона спіткнулася об поріг у своєму домі і тепер боїться впасти знову. У результаті інциденту, вона хоче залишатися вдома і боїться виходити з нього.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

- Визначення цілей, відповідальності, повноважень та компетенції власної професії, а також функції інших фахівців, які входять до складу міжпрофесійної команди
- Інтеграція даних від інших фахівців у власні втручання
- Вияв розуміння, проникливості та поваги до ролей, відповідальності, повноважень та компетенції інших фахівців
- Формулювання (та обговорення) міжпрофесійних цілей з усіма залученими сторонами (цілі допомоги, цілі лікування, цілі проекту)
- Залучення клієнта до плану реабілітації
- Визнання і цінування спеціальних знань та унікальності інших фахівців
- Співпраця з людьми з різних дисциплін в умовах взаємоповаги та спільних цінностей
- Спілкування з чуйністю та повагою з тими, хто отримує допомогу, їх сім'ями та фахівцями з інших дисциплін, щоб командний підхід міг використовуватися для зосередження на зміцненні здоров'я та конкретному втручанні.

1. ТРИ СПОСОБИ СПІВПРАЦІ

У літературі можна виділити три способи співпраці у команді: мультидисциплінарний, інтердисциплінарний та трансдисциплінарний. (Vyt, 2008)

1.1. МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІСТЬ

При мультидисциплінарній роботі фахівці кожної професії дотримуються своїх обов'язків: немає спільних завдань. Клієнта оцінюють окремо кілька фахівців (наприклад, медсестра, соціальний процівник, лікар...). Вони працюють незалежно один від одного над конкретною проблемою. Кожен член команди надає послугу, описану в його або її оцінці або плані. У традиційній системі охорони здоров'я існує ієрархічна система, яка починається з лікаря, за яким слідують інші фахівці. Цей процес можна описати як адитивний (доповнюючий), а не інтегративний (Академія медичних королівських коледжів, 2020).

РИС. 2. МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНАДА

https://youtu.be/oiAUgIkkwms

Мультидисциплінарна допомога у дитячій клініці в Колорадо.

1.2. ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНІСТЬ

Інший спосіб співпраці в команді - це трансдисциплінарна співпраця, коли представники різних професій можуть брати на себе завдання один одного. Оцінювання та втручання часто проводяться спільно. Члени команди поділяють ролі, а також цілі. Це вимагає від фахівців-практиків ділитися своїми навичками (дозволяючи іншим вчитися і переймати навички), а також набувати нових навичок в інших сферах від інших фахівців. Результатом є більш згуртована команда, яка поділяє цілі та багато ключових навичок, необхідних для досягнення загальних цілей.

Найбільша пастка трансдисциплінарності - це втрата власної професійної ідентичності як окремого члена команди.

1.3. МІЖДИСЦИПЛІНАРНІСТЬ

Міждисциплінарна співпраця ґрунтується на цілісному баченні. У міждисциплінарній роботі існує інтегрований план догляду, створений у співпраці з клієнтом та його сім'єю/системою клієнта. Для досягнення мети члени команди повинні співпрацювати один з одним; немає ієрархічної влади, але кожного фахівця поважають як рівноправного члена команди. Важливо координувати всі види діяльності.

Існує потреба в комунікації між різними професіями (дисциплінами) в догляді. Члени команди збираються, щоб обговорити свої результати індивідуального оцінювання та розробити спільний план догляду за клієнтом і разом з ним. Практикуючі фахівці можуть розмивати деякі дисциплінарні кордони, але все одно зберігати специфічну для кожної дисципліни базу (наприклад, аспекти функціонального оцінювання можуть бути спільними для всіх дисциплін). Команди тісніше інтегруються для досягнення спільної мети (Академія медичних королівських коледжів, 2020).

РИС. 3. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНАДА

У міждисциплінарній співпраці ми розрізняємо загальні моделі: ієрархічна модель, клієнтоорієнтована модель, проблемно-орієнтована модель.

1.3.1. ІЄРАРХІЧНА МОДЕЛЬ

В ієрархічній моделі ми можемо розмістити лікаря (лікарів) на вершині піраміди. Вони координують всю медичну допомогу і вказують іншим фахівцям, що робити.

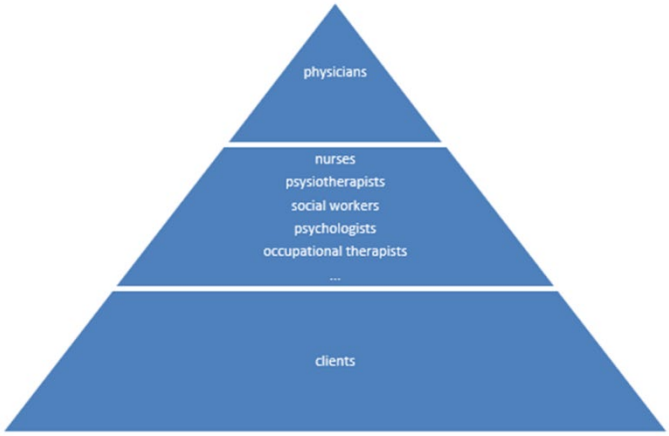


РИС. 4. ІЄРАРХІЧНА МОДЕЛЬ

1.3.2. МОДЕЛЬ, ОРІЄНТОВАНА НА КЛІЄНТА

В рамках моделі, орієнтованої на клієнта, клієнт є центральним елементом в організації медичної допомоги та роботи фахівців. Це створює можливість для клієнта взаємодіяти з працівниками галузі охорони здоров'я. Фахівець переходить від ролі експерта до ролі радника або помічника. Відбувається "спільне прийняття рішень": клієнт і його фахівець приймають рішення разом. При впровадженні клієнтоорієнтованої допомоги та спільного прийняття рішень клієнт повинен бути добре поінформований про медичні, професійні та особисті аспекти, що мають відношення до рішення (Hammelburg, 2014).
Ми можемо легко використовувати клієнтоорієнтовану модель у тривалому догляді та супроводі. У цьому виді роботи ми орієнтуємося на попит. З точки зору клієнта, деякі приклади ситуацій: людина з втратою зору, яка хоче вивчити новий маршрут, супровід людини з психічним розладом,...

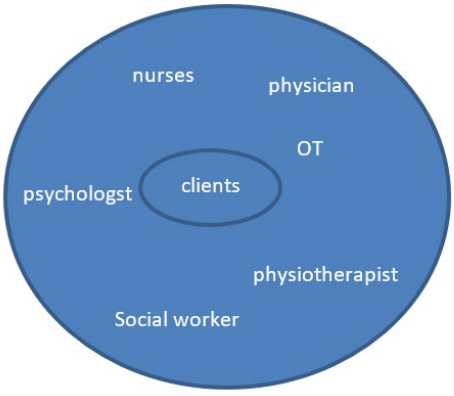


РИС. 5. МОДЕЛЬ, ОРІЄНТОВАНА НА КЛІЄНТА

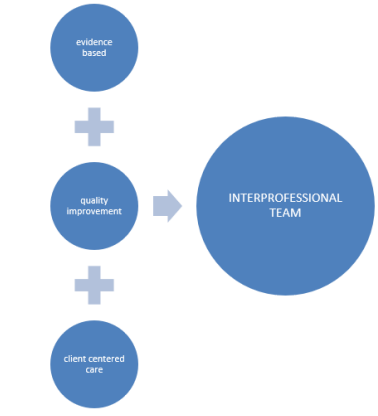
1.3.3. ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ

Відправною точкою в проблемно-орієнтованій моделі є проблема здоров'я або функціонування. Для роботи міжпрофесійної команди важливо не тільки працювати разом, але й працювати на основі доказової медицини, орієнтуючись на клієнта, а також прагнути до покращення якості [надання послуг, прим.редактора].

Ми можемо використовувати проблемно-орієнтовану модель у гострому періоді реабілітації. Початком допомоги є проблема зі здоров'ям, наприклад, у ситуаціях, що стосуються інсульту, протезування колінного суглоба, тощо. Інструментом, який ви можете використати тут, є траєкторія (більше інформації в 5.1).

РИС. 6 : ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ

Міжпрофесійна співпраця - це поєднання клієнтоорієнтованої допомоги, покращення якості надання допомоги та доказової практики. Щоб працювати на основі доказової медицини, ми дотримуємося процесу, який передбачає критичне мислення та оцінку наявної інформації. Він ґрунтується на трьох факторах: (1) власному досвіді фахівця, (2) цінностях та очікуваннях клієнта і (3) найкращих доказах. Іншими словами, це виконання дій професіоналом таким чином, щоб вони ґрунтувалися на найкращій доступній інформації про ефективність та результативність (див. також курс "Практика/дослідження, що ґрунтуються на доказах")



.

РИС. 7. ЕЛЕМЕНТИ МІЖПРОФЕСІЙНОЇ СПІВПРАЦІ

У цих різних моделях клієнт, його сім'я, друзі та опікуни все частіше визнаються невід'ємними членами команди, кожен з яких робить свій внесок у процеси прийняття рішень, а також в інші сфери, такі як дизайн і розвиток послуг (Academy of Medical Royal Colleges, 2020).

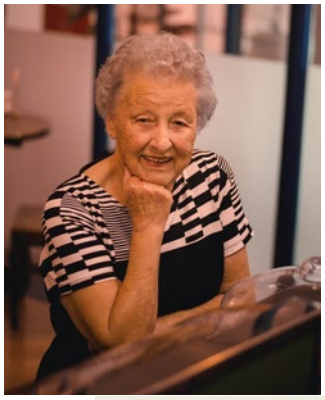
Традиційний формат	Командний формат співпраці
Присутність не всіх членів команди	Присутні всі члени команди
Обговорення фахівців у конференц-залі чи холі	У зустрічі команди та формулюванні плану бере участь клієнт
Окремі фахівці беруть ініціативу і вирішують питання більше, ніж інші	Кожен член команди бере участь у розмові
Коли клієнт присутній, не усі висловлюються. Використовується медична термінологія	Кожен в команді має свою роль і свій голос. Всі розуміють мову, яка використовується
Ієрархія. Лікарі призначають, фахівці звітують та інформують клієнтів/родину	Клієнти та їхні сім'ї беруть участь у прийнятті рішень
Зосередженість на хворобі та лікуванні	Зосередженість на людях, потребах та цілях
Про клієнта говорять у третій особі	Існує прозорість по відношенню до клієнта
Використовується документація одного з фахівців. Відбуваються паралельні втручання	План реабілітації розробляється спільно з клієнтом. Фахівці співпрацюють над втручаннями
Домінують припущення про те, хто і що робить. Завдання, делеговані членам команди не переглядаються і не підсумовуються	Часто використовуються контрольні списки якості і безпеки. План узагальнюється для команди, включно з клієнтом.

ТАБЛИЦЯ 1. ПОРІВНЯННЯ ТРАДИЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ТА СПІЛЬНОЇ ДОПОМОГИ (ДЖОНСОН, 2017)

Кожна модель має свої сильні та слабкі сторони, але міждисциплінарна модель набула популярності у зв'язку зі зміною потреб охорони здоров'я та недоліками традиційної мультидисциплінарної моделі.

Переваги міжпрофесійної співпраці	Перешкоди міжпрофесійної співпраці
- Можливість спільно працювати над досягненням цілей клієнта - Прийняття рішень на основі фактичних даних та спільна відповідальність - Економічно ефективне використання ресурсів (уникання дублювання послуг) - Ефективне використання часу	- Відмінності у сприйнятті цінності співпраці серед різних фахівців - Потреба у хороших комунікативних навичках для роботи в команді - Недостатні знання про різні професії/дисципліни (більше інформації про різні професії ви знайдете в розділі 4) - Ціннісні конфлікти (порятунок життя чи якість життя)

ТАБЛИЦЯ 2. ПЕРЕВАГИ ТА БАР'ЄРИ МІЖПРОФЕСІЙНОЇ СПІВПРАЦІ (STANLEY & PETERSON, 2001). БІЛЬШ ДЕТАЛЬНУ ІНФОРМАЦІЮ ДИВ. У ДОДАТКУ.



ВИПАДОК МІСІС ПЕРРІ

Коли повернемося до випадку з Місіс Перрі, зможемо застосувати її ситуацію до різних способів співпраці.

Спочатку ерготерапевт відвідує пані Перрі, щоб попрацювати над профілактикою падінь. Наступного дня приходить фізичний терапевт, щоб попрацювати над рухливістю плечового суглоба та виконати кілька вправ. Раз на місяць пані Перрі відвідує лікар, який виписує їй снодійні препарати. Висновок: кожен фахівець буде працювати навколо власних цілей, не узгоджуючи їх між собою. (МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА СПІВПРАЦЯ)
Коли існує комунікація між трьома фахівцями (ерготерапевтом, фізичним терапевтом і лікарем), ми можемо говорити про МІЖДИСЦИПЛІНАРНУ СПІВПРАЦЮ.
Коли ж ерготерапевт бере на себе функції фізіотерапевта і працює над рівновагою, виникає ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНА СПІВПРАЦЯ.
Коли всі професіонали працюють над профілактикою падінь, використовується ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ.

Ерготерапевт може працювати разом з іншими фахівцями в рамках міжпрофесійної співпраці.

Кілька прикладів:

- Фізичний терапевт і ерготерапевт можуть працювати над функціональною метою, наприклад: фізичний терапевт може працювати над силою м'язів, пропонуючи ізольовані вправи, в той час як ерготерапевт може працювати над практикою підйому по сходах.
- Логопед і ерготерапевт можуть працювати над комунікативними цілями. З людьми з синдромом Ашера (люди з поступовою втратою зору і слуху) логопед може працювати над артикуляцією, в той час як ерготерапевт навчає клієнта, як він може використовувати тактильні знаки (спілкування за допомогою дотику).
- Медсестра і ерготерапевт можуть працювати разом над позиціонуванням. Ерготерапевт може продемонструвати медсестрі, як вона може позиціонувати клієнта так, щоб вона не навантажувала спину, а медсестра може застосувати це під час щоденного догляду.
- Соціальний працівник і ерготерапевт можуть разом працювати над поверненням до дому/роботи/школи. У цьому прикладі ерготерапевт оцінює робоче місце і те, як робота буде виконуватися клієнтом. У разі виникнення проблем, він шукає шляхи пристосування робочого місця, як можна адаптувати роботу так, щоб клієнт міг виконувати її самостійно.
- Інженер і ерготерапевт можуть працювати разом над цілями щодо застосування асистивних технологій і допоміжних засобів. У цьому випадку інженер розробляє новий допоміжний засіб як відповідь на проблему, в той час як ерготерапевт навчає клієнта, як він може його використовувати.

- Невролог і ерготерапевт в керуванні спастичністю можуть працювати разом, щоб знайти найбільш зручне положення, яке дозволяє руці розслабитися і зменшити спастичність.

Міжпрофесійна освіта повинна бути включена в навчальну програму навчання всіх працівників галузі охорони здоров'я. У цьому процесі представники різних професій (наприклад, лікарі, медсестри, фізичні терапевти тощо) навчаються разом, один у одного та один про одного, щоб покращити результати роботи (Gregory, 2020).

РИС. 8. МІЖПРОФЕСІЙНА СПІВПРАЦЯ В ОСВІТІ

2. МОДЕЛЬ СПІВПРАЦІ МІЖ ФАХІВЦЯМИ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

З теорії мультидисциплінарності, трансдисциплінарності та міждисциплінароності, Д’Амур склав структурну модель співпраці.

Спрощений опис, особливо математичний, системи чи процесу для полегшення розрахунків та прогнозування.

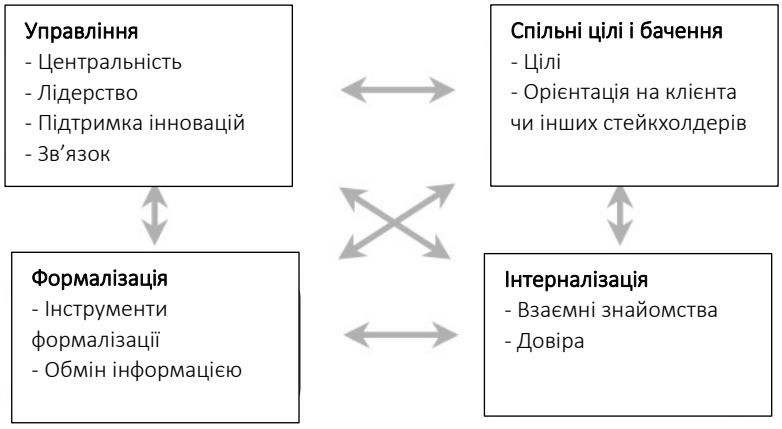


РИС. 9. СТРУКТУРНА МОДЕЛЬ СПІВПРАЦІ Д'АМУРА (2008)

Структурна модель співпраці може бути використана для аналізу того, як співпрацюють дедалі складніші та гетерогенніші багаторівневі системи (D'Amour та ін., 2008).

Співпраця є центральною проблемою будь-якої колективної діяльності. Вона ґрунтується на передумові, що фахівці хочуть працювати разом, щоб забезпечити кращу якість допомоги. Водночас, вони мають власні інтереси і хочуть зберегти певну автономію та незалежність.

Модель припускає, що колективні дії можна аналізувати в чотирьох вимірах, які операціоналізуються за допомогою 10 індикаторів. Два виміри стосуються відносин між людьми (спільні цілі та бачення; інтерналізація), а два - організаційних умов (управління та формалізація, які впливають на колективні дії).

Виміри:

1. **Спільні цілі та бачення**: цей вимір стосується існування спільних цілей та їх присвоєння командою, визнання розбіжних мотивів і множинної прихильності та різноманітності.
2. **Інтерналізація**: це усвідомлення професіоналами своєї взаємозалежності та важливості управління нею. Цей результат трансформується у знання цінностей один одного та дисципліни.
3. **Формалізація**: прояснює очікування та обов'язки.
4. **Управління**: вказує напрям і підтримує співпрацю.

У кожному вимірі є кілька індикаторів:

Виміри	Індикатори	Опис
СПІЛЬНІ ЦІЛІ ТА БАЧЕННЯ	Цілі	Цей індикатор пов'язаний з професійними цінностями у формі спільних цілей, з особливим акцентом на консенсусному та всеосяжному характері цілей. Визначення та спільне використання спільних цілей є важливою відправною точкою для спільної роботи. Дані свідчать про те, що метою, яка, найімовірніше, об'єднає зацікавлені сторони, є сприяння розвитку клієнтоорієнтованої допомоги. Таким чином, реагування на потреби клієнтів стає центральною метою, з якою всі можуть погодитися. Проблема полягає в тому, що ця мета тягне за собою радикальну трансформацію цінностей і практик; її досягнення було б справді інновацією.
	Орієнтація на клієнта в порівнянні з іншими стейкхолдерами	Як правило, існує складна структура інтересів, що включає різноманітні типи стейкхолдерів: клієнти, фахівці, організації, приватні інтереси тощо. Результатом цього є асиметрія інтересів між партнерами або частковий збіг інтересів. Потрібне взаємне пристосування, що робить потребу в переговорах ще більш важливою. У деяких випадках переговори можливі. В інших - інтереси залишаються здебільшого невисловленими, і переговорний процес не відбувається. Коли спільні цілі не обговорюються, існує ризик появи власних інтересів, що призводить до опортуністичної поведінки і супутньої втрати фокусу на співпраці, орієнтованій на клієнта.
ІНТЕГРАЦІЯ	Взаємне знайомство	Досвід показує, що фахівці повинні знати один одного особисто і професійно, якщо вони хочуть розвинути почуття приналежності до групи і досягти успіху в постановці спільних цілей. Знати один одного особисто означає знати цінності та рівень компетентності один одного. Знати один одного професійно означає знати дисциплінарну систему координат, підхід до надання допомоги та сферу практики. Процес знайомства відбувається під час соціальних заходів, тренінгів, формальних і неформальних заходів з обміну інформацією. Необхідно створити соціальні умови, які сприятимуть співпраці, зокрема через соціальну взаємодію.
	Довіра	На думку фахівців, співпраця можлива лише тоді, коли вони довіряють компетентності один одного та здатності брати на себе відповідальність (тобто, коли існує добра воля). Довіра зменшує

Виміри	Індикатори	Опис
		невизначеність. Фахівці можуть визнавати, що вони не знають один одного добре, а тому повинні постійно оцінювати ризики і дозволяти собі бути у вразливому становищі. Як свідчить досвід, коли існує занадто багато невизначеності, працівники галузі охорони здоров’я намагаються якомога довше утримувати відповідальність за своїх клієнтів, щоб уникнути співпраці. Такі дії суперечать меті побудови професійної мережі. Фахівці використовують результати співпраці, щоб оцінювати один одного і будувати довіру.
УПРАВЛІННЯ	Централізація	Централізованість означає наявність чіткого і ясного керівництва, яке має спрямовувати дії, в даному випадку, в напрямку співпраці. Дані свідчать про важливість участі деяких центральних органів влади у визначенні чітких напрямків і виконанні стратегічної та політичної ролі для подальшого впровадження процесів і структур співпраці. Керівники вищого рівня можуть мати значний вплив на міжорганізаційну співпрацю, зокрема, через домовленості, яких вони досягають з керівниками інших установ, щоб зробити співпрацю офіційною.
	Лідерство	Лідерство на місцевому рівні необхідне для розвитку міжпрофесійної та міжорганізаційної співпраці. Лідерство може набувати різних форм і може бути класифіковане як таке, що розвивається, або як таке, що пов'язане з посадою. Що стосується співпраці, то лідерство може здійснюватися або менеджерами, які мають на це повноваження, або професіоналами, які самі проявляють ініціативу. В останньому випадку лідерство розподіляється між різними партнерами і є предметом широкої згоди. Коли лідерство пов'язане з посадою, влада не повинна зосереджуватися в руках одного партнера; всі партнери повинні мати можливість бути почутими і брати участь у прийнятті рішень.
	Підтримка інновацій	Оскільки співпраця призводить до нових видів діяльності або передбачає інший розподіл обов'язків між фахівцями і між установами, вона обов'язково тягне за собою зміни в клінічній практиці і в розподілі обов'язків між партнерами. Ці зміни є справжніми інноваціями, які необхідно розробляти і впроваджувати. Співпраця не може бути успішною без взаємодоповнюючого процесу навчання і без залучення внутрішньої або зовнішньої експертизи для підтримки цього процесу навчання.

Виміри	Індикатори	Опис
	Пов’язаність	Пов’язаність стосується того факту, що люди та організації взаємопов’язані, що є місця для дискусій та побудови зв’язків між ними. Пов’язаність протилежна відрізаності, ізоляції, відокремленню. Вона вирішує проблеми координації та дає можливість вносити корективи у практики. Пов’язаність дозволяє швидко і постійно коригувати проблеми координації. Вона набуває форму інформаційних систем та систем зворотного зв’язку, комісій, тощо.
ФОРМАЛІЗАЦІЯ	Інструменти формалізації	Формалізація є важливим засобом прояснення обов'язків різних партнерів та узгодження розподілу обов'язків. Існує багато типів формалізованих інструментів: міжорганізаційні угоди, протоколи, інформаційні системи тощо. Для професіоналів важливо знати, чого очікують від них і чого вони можуть очікувати від інших. Попередні дослідження свідчать, що на співпрацю впливає не стільки ступінь формалізації, скільки консенсус, який виникає навколо механізмів формалізації та конкретних правил, які впроваджуються.
	Обмін інформацією	Обмін інформацією означає наявність і належне використання інформаційної інфраструктури, що дозволяє здійснювати швидкий і повний обмін інформацією між фахівцями. Результати досліджень свідчать про те, що фахівці використовують інформаційні системи для зменшення невизначеності у відносинах з партнерами, яких вони погано знають. Зворотний зв'язок надає фахівцям інформацію, необхідну для подальшої роботи з клієнтами, а також для оцінки своїх партнерів на основі якості письмового обміну та зворотного зв'язку. Це важливий аспект встановлення довірливих відносин.

3. ОСНОВНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ СПІЛЬНОЇ МІЖПРОФЕСІЙНОЇ ПРАКТИКИ

Для того, щоб співпрацювати в якості ерготерапевта в міжпрофесійній команді, нам потрібні професійні компетентності (Barr, 1998). Ми розрізняємо **загальні** компетентності, **додаткові** компетентності та компетентності **співпраці** з іншими професіоналами, клієнтами та їх мережею, волонтерами, громадськими групами. (Barr, 1998).

3.1. ЗАГАЛЬНІ ТА ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ

3.1.1. ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Ці компетентності є спільними для всіх фахівців з реабілітації (Greiner, 2003):

- допомога, орієнтована на клієнта (визначати, поважати та піклуватися про відмінності, цінності та уподобання клієнтів),
- робота в міждисциплінарних командах (співпрацювати, взаємодіяти та спілкуватися)
- використання доказової практики (інтегрувати найкращі дослідження з клінічним досвідом та цінностями клієнтів для оптимального догляду),
- впровадження програм вдосконалення якості та
- використання інформатики (прийняття рішень підтримується інформаційними технологіями).

Ми знаходимо ці загальні компетентності в системі CanMEDS. Це система, яка визначає та описує вміння, необхідні фахівцям охорони здоров’я для ефективного задоволення потреб у наданні медичної допомоги людям, яких вони обслуговують. Ці уміння тематично згруповані за сімома ролями (Королівський коледж, 2020).

Ролі CanMEDS:

- Медичний експерт: ви володієте великими знаннями, клінічними навичками та професійними цінностями для надання якісної та безпечної допомоги, орієнтованої на клієнта
- Комунікатор: ви підтримуєте зв'язок не лише з іншими фахівцями, але й з клієнтами та їхніми сім'ями
- Співробітник: як ерготерапевт ви будете ефективно співпрацювати з іншими фахівцями з реабілітації для надання клієнтоорієнтованої допомоги
- Керівник: ерготерапевти взаємодіють з іншими, щоб внести свій вклад в бачення високоякісної системи охорони здоров'я і беруть на себе відповідальність за надання відмінного догляду за пацієнтами в рамках своєї професійної діяльності в якості клініцистів, адміністраторів, науковців або викладачів.
- Адвокат з питань охорони здоров’я: ви робите внесок у розвиток громади або груп клієнтів, з якими працюєте.
- Науковець: ви демонструєте постійне прагнення до досконалості на практиці шляхом безперервного навчання, а також шляхом навчання інших, оцінки доказів і внеску в наукові дослідження.
- Професіонал: як ерготерапевт ви віддані здоров'ю та благополуччю окремих клієнтів і суспільства через етичну практику.

3.1.2. ПРОФЕСІЙНО-СПЕЦИФІЧНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Ці компетентності відрізняють одну професію та доповнюють компетентності інших професій.

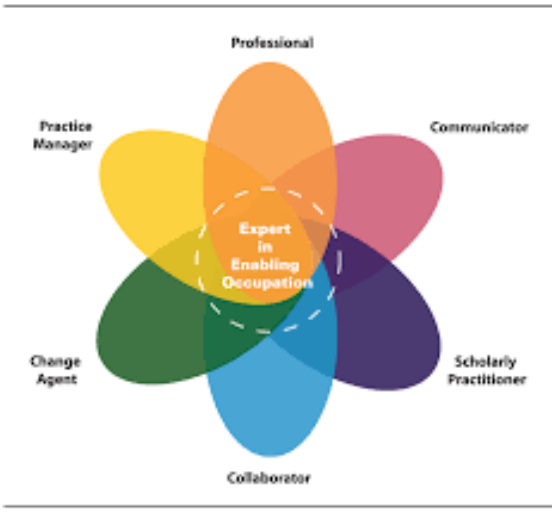


РИС. 10. ПРОФІЛЬ ПРАКТИКИ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ У КАНАДІ (ФОН ЗВЕК, 2012)

У розділі „ Комунікація в команді та між фахівцями” ми намагаємось дати уявлення про досвід різних професій охорони здоров’я.

Компетентності співпраці

Співпраця означає спільну роботу з іншими професіоналами, пацієнтами та їх мережею, волонтерами, громадськими групами задля досягнення спільної мети, яка принесе користь пацієнтові та підвищить якість наданої допомоги.

На додаток до загальних і професійних компетентностей, нам також потрібні компетентності для співпраці. Компетентності для міжпрофесійної співпраці

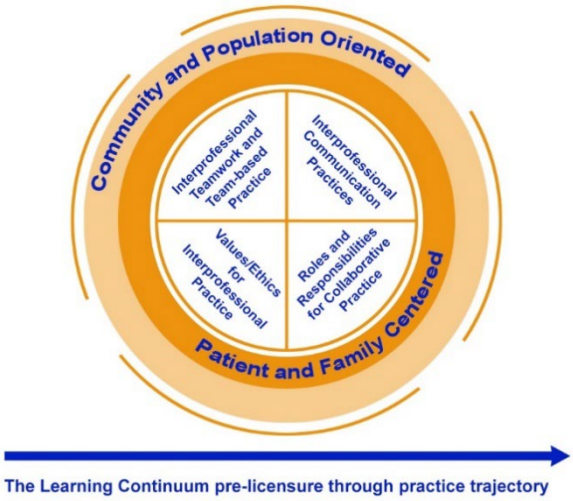


РИС. 11. ОСНОВНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДЛЯ МІЖПРОФЕСІЙНОЇ СПІВПРАЦІ (IPEC, 2011)

Основними компетентностями для міжпрофесійної спільної практики є

- Міжпрофесійна командна робота
- Міжпрофесійна комунікація
- Ролі та обов'язки
- Цінності та етика для міжпрофесійної практики

Про ці компетентності йдеться нижче.

3.2.1.1. МІЖПРОФЕСІЙНА РОБОТА В КОМАНДІ

Міжпрофесійна командна робота стосується цінностей побудови взаємовідносин і принципів командної динаміки для ефективного виконання різних командних ролей з метою планування, надання та оцінки орієнтованих на клієнта/населення програм і політик у сфері охорони здоров'я, які є безпечними, своєчасними, ефективними, результативними та справедливими.

Навчитися бути міжпрофесійним означає навчитися бути хорошим командним гравцем. Командна поведінка застосовується в будь-якому середовищі, де працівники галузі охорони здоров’я взаємодіють один з одним (див. спільні цілі).

Ми повинні використовувати принципи командної динаміки, щоб ефективно виконувати різні командні ролі для планування, надання та оцінки допомоги, орієнтованої на клієнта (AOTA, 2017).

Специфічні компетентності команди та командної роботи: (IPEC, 2011)

1. Описати процес розвитку команди, ролі та практики ефективних команд.
2. Досягти консенсусу щодо етичних принципів, якими слід керуватися в усіх аспектах піклування за клієнтами та командної роботи.
3. Залучати інших фахівців - відповідно до конкретної ситуації надання допомоги - до спільного вирішення проблем, орієнтованих на клієнта.
4. Інтегрувати знання та досвід інших професій - відповідно до конкретної ситуації догляду - для прийняття рішень щодо догляду, поважаючи при цьому цінності та пріоритети/вподобання клієнта і спільноти щодо догляду.
5. Застосовувати лідерські практики, які підтримують спільну роботу та ефективність команди.
6. Залучати себе та інших до конструктивного вирішення розбіжностей щодо цінностей, ролей, цілей і дій, які виникають між фахівцями, а також з клієнтами та їхніми сім'ями.
7. Розділяти відповідальність з представниками інших професій, клієнтами та громадами за результати, пов'язані з профілактикою та охороною здоров'я.
8. Аналізувати індивідуальну та командну роботу з метою покращення індивідуальної та командної ефективності.
9. Використовувати стратегії вдосконалення процесів для підвищення ефективності міжпрофесійної командної роботи та надання медичної допомоги на основі командного підходу.
10. Використовувати наявні докази для інформування про ефективну командну роботу та командні практики.
11. Ефективно працювати в команді та виконувати різні командні ролі в різних умовах.

3.2.1.2. МІЖПРОФЕСІЙНА КОМУНІКАЦІЯ

Щодня ми взаємодіємо з багатьма різними клієнтами, їх мережею та членами команди. У кожній ситуації ми адаптуємо тип і стиль (письмового чи усного) спілкування, який відповідає ситуації. Від формального до неформального, від складного до простого, з можливістю непорозуміння (Thistlethwaite, 2012). Не забувайте спілкуватися з клієнтами, сім'ями та громадами у чуйний і відповідальний спосіб (AOTA, 2017). Комунікація - це ключ до нових способів роботи. Чітке визначення ролей та обов'язків є важливим для безпеки клієнтів, формування ідентичності та ефективної командної роботи (Academy of Medical Royal Colleges, 2020).

Специфічні навички міжпрофесійної комунікації: (IPEC, 2011)

1. Обирати ефективні комунікаційні інструменти та методи, включаючи інформаційні системи та комунікаційні технології, для сприяння обговоренню та взаємодії, які покращують роботу команди.
2. Організовувати та передавати інформацію клієнтам, сім'ям та членам реабілітаційної команди у зрозумілій формі, уникаючи, за можливості, вузькоспеціальної термінології.
3. Висловлювати свої знання та думки членам команди, залученим до піклування за пацієнтом, впевнено, чітко та з повагою, працюючи над забезпеченням спільного розуміння інформації та рішень щодо лікування та догляду.
4. Активно слухати і заохочувати ідеї та думки інших членів команди.
5. Надавати своєчасний, делікатний, повчальний зворотний зв'язок іншим про їхню роботу в команді, з повагою реагуючи як член команди на відгуки інших.
6. Використовувати шанобливу мову, доречну в конкретній складній ситуації, важливій розмові або міжпрофесійному конфлікті.
7. Усвідомлювати, як власна унікальність, включаючи рівень досвіду, знання, культуру, владу та ієрархію в реабілітаційній команді, сприяє ефективній комунікації, вирішенню конфліктів та позитивним міжпрофесійним робочим стосункам.
8. Постійно інформувати про важливість командної роботи в клієнтоорієнтованій та орієнтованій на громаду допомозі.

3.2.1.3. РОЛІ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Використовуйте знання власної ролі та ролі інших фахівців для належного доступу та задоволення потреб клієнтів у реабілітаційній допомозі, а також для зміцнення та покращення здоров'я населення. Командна робота вимагає спільного визнання ролей і здібностей кожного учасника (AOTA, 2017). Без такого визнання несприятливі наслідки можуть виникнути через низку тривіальних помилок, яким можна було б запобігти завдяки ефективній командній роботі. Використовуйте знання власної ролі та ролі представників інших професій для належної оцінки потреб клієнта в реабілітаційній допомозі (IPEC, 2011).

Формуючи свою професійну ідентичність, фахівці засвоюють цінності, норми, навички та моделі поведінки своєї професійної групи. Це призводить до того, що людина починає "думати, діяти і відчувати" як член цієї групи. Професійна ідентичність дає змогу надати сенсу своїй роботі, а також розвинути почуття самосвідомості та відчуття приналежності (Academy of Medical Royal Colleges, 2020).

Навички виконання конкретних ролей та обов'язків: (IPEC, 2011)

1. Чітко пояснювати свої ролі та обов'язки клієнтам, сім'ям та іншим фахівцям.
2. Визнавати свої обмеження в навичках, знаннях і здібностях.

3. Залучати різних працівників галузі охорони здоров’я, які доповнюють ваш власний професійний досвід, а також пов'язані з ним ресурси, для розробки стратегій, спрямованих на задоволення конкретних потреб у роботі з клієнтом.
4. Пояснити ролі та обов'язки інших провайдерів послуг у галузі охорони здоров’я, а також те, як команда працює разом для надання допомоги.
5. Використовувати весь обсяг знань, навичок і вмінь наявних фахівців галузі охорони здоров’я для надання безпечної, своєчасної, ефективної, результативної та справедливої реабілітаційної допомоги.
6. Спілкуватися з членами команди для уточнення відповідальності кожного члена команди у виконанні компонентів плану втручання у сфері громадського здоров'я.
7. Налагоджувати взаємозалежні стосунки з представниками інших професій для покращення якості роботи та підвищення кваліфікації.
8. Брати участь у безперервному професійному та міжпрофесійному розвитку для підвищення ефективності роботи команди.
9. Використовувати унікальні та взаємодоповнюючі здібності всіх членів команди для оптимізації догляду за клієнтами.

Працівники галузі охорони здоров'я повинні продумати, як вони пояснюють свою роль клієнтам і колегам. Це особливо важливо для тих, хто працює в нових або менш знайомих ролях. Наприклад, представляючись, вони можуть розповісти про свій досвід і підготовку, свою роль у команді та завдання, які вони можуть виконувати. Ті, хто виконує більш усталені ролі, повинні представляти нових колег/професії позитивно, зосереджуючись на навичках, які вони приносять, і на турботі, яку вони можуть надати. Дослідження показують, що визнання ролі є важливим для формування професійної ідентичності, але деякі люди, які працюють у нетрадиційних ролях, повідомляють, що їх неправильно називають або неправильно представляють (Brown, Laughey, & Tiffin, 2020).
Деякі професійні групи вказують на те, що уявлення про їхню роботу іноді не відповідає суті їх професії, або що колеги дають неправильну інформацію про професійний зміст роботи колеги.

3.2.1.4. ЦІННОСТІ ТА ЕТИКА МІЖПРОФЕСІЙНОЇ ПРАКТИКИ

Співпраця з іншими професійними групами підтримує атмосферу взаємної поваги та спільних цінностей. (Міжпрофесійна освітня співпраця, оновлення 2016 року).

Спеціальні цінності та етичні навички: (IPEC, 2011)

1. Ставити інтереси клієнтів і населення в центрі міжпрофесійного надання допомоги у галузі охорони здоров’я.
2. Поважати гідність і приватність клієнтів, зберігаючи при цьому конфіденційність при наданні допомоги у галузі охорони здоров’я на основі командного підходу.
3. Приймати культурне розмаїття та індивідуальні відмінності, що характеризують клієнтів, групи населення та команду фахівців охорони здоров’я.
4. Поважати унікальні культури, цінності, ролі/обов'язки та досвід інших реабілітаційних професій.
5. Працювати у співпраці з тими, хто отримує допомогу, тими, хто надає допомогу, та іншими, хто сприяє або підтримує надання профілактичних і послуг у галузі охорони здоров’я.
6. Розвивати довірливі стосунки з клієнтами, сім'ями та іншими членами команди (CIHC, 2010).
7. Демонструвати високі стандарти етичної поведінки та якості професійної допомоги, роблячи свій внесок у командну допомогу.
8. Вирішувати етичні дилеми, характерні для ситуацій міжпрофесійної допомоги, орієнтованої на клієнта/населення.

9. Діяти чесно та доброчесно у відносинах з клієнтами, сім'ями та іншими членами команди.
10. Підтримувати компетентність у власній професії відповідно до сфери практики.

(Академія королівських медичних коледжів, 2020)

4. СПІЛКУВАННЯ В КОМАНДАХ ТА МІЖ ПРОФЕСІОНАЛАМИ

Хто є партнерами міжпрофесійної команди?

Щоб підвищити якість, яку ми надаємо клієнту, необхідно спілкуватися. Чи знаємо ми різних членів команди і їхні навички? У певних ситуаціях це дуже ясно, але іноді ці уявлення можуть бути дуже розмитими. Іноді команда близька до нас, але є також команди, які далекі від нашої щоденної роботи і невидимі для нас. Існує навіть така можливість, що ми працюємо з одним і тим же клієнтом, але мало що знаємо один про одного. Це лише один контекст, з іншого боку ми маємо запит, сформульований клієнтом. Запит, який забарвлений очікуваннями, побажаннями.

Співпрацю можна уявити у вигляді квітки. Пелюстки представляють різні дисципліни. Важливо дослідити в команді, хто бере на себе певні завдання, не втрачаючи при цьому власної професійної ідентичності. Знаючи, що деякі професії працюють більш тісно одна з одною, ніж інші (Вит, 2011).

РИС. 12. ПАРТНЕРИ В МІЖПРОФЕСІЙНІЙ КОМАНДІ

Нижче коротко представлені основні принципи для кожної професії (Tasakitzidis & Van Royen, 2015; Vyt, 2012).

4.1. АУДІОЛОГ

Аудіолог спеціалізується на лікуванні та допомозі зі слухом у дітей та дорослих. У клінічній аудіометрії він проводить усі дослідження слуху та функції рівноваги. Для цього аудіолог має у своєму розпорядженні цілий ряд методів обстеження та обладнання. Тести слуху відносяться до базової аудіометрії. Вони надають необхідну інформацію про характер і ступінь втрати слуху, а також про соціальну цінність слуху або ступінь використання залишкового слуху в повсякденному житті. Аудіолог також займається підбором слухових апаратів. Залежно від життєвої ситуації, аудіолог також адаптує інші допоміжні засоби, які сприяють навчанню, професійній та соціальній інтеграції людини. Це можуть бути індивідуальні або групові пристрої.

У випадку глухоти аудіолог тісно співпрацює з командою кохлеарної імплантації. Він також спеціалізується на спеціальних тренуваннях слуху та освіті щодо слуху. Аудіолог працює над первинною профілактикою втрати слуху. Він надає інформацію про профілактику пошкодження слуху. У співпраці з лікарем з гігієни праці він контролює слух працівників і пропонує поради щодо зменшення шуму, а також найбільш підходящі індивідуальні засоби захисту слуху. Аудіолог бере участь у ранньому скринінгу дітей з вродженими та набутими вадами слуху. У дитячій аудіології аудіолог відповідає за базові та диференційовані тести слуху, оснащення апаратами та реабілітацію немовлят і дітей раннього віку з порушеннями слуху.

Аудіолог є експертом з питань слуху та інших розладів, пов'язаних з вухами.

4.2. ДІЄТОЛОГ

Дієтолог, на прохання клієнта або за призначенням лікаря, надає рекомендації щодо харчування або дієти відповідно до науки про харчування та дієтологію, як у профілактичній та лікувальній охороні здоров'я, так і в харчовій галузі, з метою підтримки або зміцнення здоров'я особи, яка звертається за медичною допомогою, та/або оптимізації (громадського) здоров'я.

Дієтолог надає інформацію про якісні та кількісні аспекти раціону або дієти. Він також може брати участь у розробці, впровадженні та оцінці санітарної освіти. Основними завданнями є пропаганда здорового способу життя і здорового середовища проживання для сприння поліпшенню якості життя всього населення. Дієтологи працюють у лікарнях, центрах стаціонарного догляду, у приватній практиці, в інспекціях з контролю за якістю харчових продуктів, санітарній освіті та на промислових кухнях.

Дієтолог є експертом у всіх аспектах харчування/живлення.

4.3.МЕДСЕСТРА

Медсестра зосереджується на оптимізації добробуту та здоров'я, сприянні процесу одужання, реабілітації та відновлення, коли клієнт вчиться жити з обмеженнями та наслідками хвороби або залежності від третіх осіб. Центральними моментами уваги є аспект сприйняття опікунами, самодостатність і безперервність догляду. Інтегративний сестринський догляд бере на себе відповідальність за весь догляд за клієнтом. Медсестра замислюється над тим, який внесок вона може зробити в благополуччя і здоров'я клієнта.

Деякі з основних сфер відповідальності медсестри: спостереження та інтерпретація симптомів і реакцій, виявлення потреб у догляді, планування, виконання, оцінка та коригування догляду, виконання технічних медсестринських завдань відповідно до процедур, оптимізація автономії та якості життя клієнта, заохочення його піклуватися про власне здоров'я відповідно до його здібностей і оточення. Медсестра супроводжує клієнта психологічно, фізично, екзистенційно,

культурно та соціально.

Медсестринство зосереджується на комплексному догляді за здоров'ям людей усіх вікових груп. Медична допомога, орієнтована на хворобу, все ще залишається важливим аспектом, але все більше уваги приділяється профілактиці захворювань і зміцненню здоров'я: досягненню, підтримці та відновленню здоров'я. Медична сестра є важливою комунікаційною ланкою між різними працівниками охорони здоров'я в міжпрофесійній команді.

Медсестра працює у всіх сферах охорони здоров'я: у секторі профілактичної, невідкладної або тривалої допомоги в рамках клінічної, соціальної або психіатричної охорони здоров'я, а також в рамках стаціонарної та дистанційної професійної допомоги.

Медсестра є експертом у наданні допомоги.

4.4. ЕРГОТЕРАПЕВТ

Ерготерапія спрямована на те, щоб допомогти людям з фізичними, психічними та/або соціальними дисфункціями розвинути, відновити та/або підтримувати здатність функціонувати якомога автономніше в їхньому повсякденному житті, роботі та дозвіллі. Відправною точкою є ролі та відповідні завдання клієнта. Ерготерапевт використовує конкретні види активності, що випливають із життєвої ситуації клієнта або групи клієнтів, з метою покращення якості життя клієнта.

Завдання ерготерапевта дуже різні. Це, наприклад, навчання певним навичкам та інтеграція їх у повсякденне функціонування. Клієнт отримує від ерготерапевта підтримку та/або консультації щодо своїх можливостей та обмежень. Основна увага приділяється автономії, самодостатності, продуктивності та релаксації. За необхідності пропонуються альтернативні варіанти, модифікується навколишнє середовище або надаються допоміжні технології. Ерготерапевт також дає ергономічні поради щодо життєвої та робочої ситуації, щоб запобігти виникненню проблем. Залежно від конкретних проблем клієнта, ми розрізняємо ерготерапію у фізичній реабілітації, психіатрії, втручаннях при проблемах розвитку та догляд за людьми похилого віку. Ерготерапевт зосереджується на особистих аспектах та аспектах середовища клієнта, щоб відновити його здатність діяти (уможливлення заняттєвої активності).

Він використовує значущу активність клієнта як відправну точку для надання допомоги. Залежно від потреб клієнта, заняттєва активність може бути з різних сфер, таких як повсякденні справи, які стосуються проживання, роботи на кухні, догляду за собою, професійної діяльності, використання комп'ютера, праці у промисловості, садівництва, дозвілля та різні види ремісничих технік).

Ерготерапевти працюють у центрах стаціонарного догляду, реабілітаційних центрах, лікарнях, установах для людей з обмеженими можливостями, закладах освіти, в'язницях, закладах бізнесу, незалежній практиці.

Ерготерапевт є експертом у сприянні заняттєвій участі.

https://youtu.be/VmAGzESjZaI

4.5. ОРТОПЕДАГОГ

Ортопедагог - це професійний педагог для людей з ортопедичними проблемами, який фокусується на конкретній освітній та розвитковій ситуації клієнта. Він підтримує людей під час повсякденної життєдіяльності.

Ортопедагог супроводжує дітей та підлітків в рамках молодіжної опіки, осіб з інвалідністю, людей похилого віку або людей з психіатричними проблемами. Він починає з настановчих стосунків, щоб максимізувати якість життя та можливості розвитку в повсякденному житті клієнта. Розширення можливостей, робота, орієнтована на можливості, повага та якість життя є ключовими поняттями. Він також діє превентивно, щоб уникнути проблемних ситуацій для клієнта. Ортопедагог працює в команді педагогів.

Ортопедагог є експертом у вихованні людей з інвалідністю

4.6. ФАРМАЦЕВТ

Важливим завданням фармацевта є правильне дозування ліків, які можуть бути призначені або не призначені іншими медичними працівниками, такими як лікарі загальної практики, вузькі спеціалісти, стоматологи та акушерки. Фармацевт критично оцінює медичний рецепт або робить відповідальний вибір ліків. Фармацевт також перевіряє наявність подвійних ліків (наприклад, у контексті генериків), протипоказань і взаємодій між ліками та з їжею. Фармацевт пояснює призначення ліків, як і коли їх приймати. Фармацевт також відповідає за відповідність та якість складників та препаратів. До компетенції фармацевта входять також технічні аспекти ліків, наприклад, приготування ліків відповідно до потреб клієнта. Фармацевт надає клієнтам та іншим медичним працівникам інформацію про те, як слід зберігати, подрібнювати чи ділити або адмініструвати ліки. У разі необхідності він скеровує клієнта до (сімейного) лікаря або інших медичних працівників. У фармацевтичній допомозі взаємодія між клієнтом та іншими медичними працівниками, такими як лікарі та медсестри, є центральною. Міжпрофесійні консультації та співпраця з іншими медичними працівниками, такими як лікарі та домашні медсестри, мають вирішальне значення в цьому відношенні.

Фармацевти працюють не тільки в аптеці, але й в інших секторах, таких як фармацевтична промисловість, де вони займаються розробкою, виробництвом і контролем лікарських засобів. Лікарняні фармацевти відповідають за управління, адміністрування та дистрибуцію ліків, медичних виробів та імплантатів, а також за підготовку стерильних ліків, стерилізацію, гігієну, інформування лікарів та середнього медичного персоналу, контроль за клінічними випробуваннями, підготовку рецептур та застосування клінічної фармації. Фармацевти також працюють у регуляторних органах, науково-дослідних та клінічних лабораторіях.

Фармацевт є експертом з ліків.

4.7. ЛІКАР

Лікар загальної практики часто є першою точкою контакту для отримання медичної допомоги. Будь-яка людина, незалежно від віку, статі чи інших особистих характеристик, може звернутися до нього з будь-якою проблемою зі здоров'ям. У центрі його медичних дій - хвороба, діагностика та терапія. Лікар загальної практики повинен просувати економічно ефективну політику. Насамперед, лікар втілює відправну роль консультанта, який бере до уваги історію життя клієнта в її контексті (біопсихосоціальна модель). Медична практика ґрунтується на науково підтверджених даних (доказова медицина). Як моральні принципи застосовуються чотири нормативні принципи: не нашкодити, творити добро, поважати автономію, прагнути до справедливості.

Турбота про здоров'я передбачає увагу як до профілактики захворювань, так і до зміцнення здоров'я. Добре поінформований і уповноважений клієнт все частіше бере участь у всьому процесі прийняття рішень, керівництва та оцінки, і його необхідно підтримувати в цьому (розширення прав і можливостей клієнта).

На основі запиту про допомогу та результатів діагностичного процесу лікар обирає один з варіантів лікування. Лікар здійснює нагляд за парамедиком, оскільки він несе відповідальність за те, як парамедик виконує свої дії. Часто лікування полягає також у нагляді за пацієнтами. Крім того, він діє профілактично: щеплення, профілактичне виявлення, наприклад, раку та туберкульозу. Дедалі частіше лікар також бере на себе координаційні завдання в галузі охорони здоров'я.

Більшість лікарів працюють у лікувальному секторі як лікарі загальної практики або як лікарі-спеціалісти. Крім того, вони також працюють у сфері медицини праці, охорони здоров'я молоді, спортивної медицини, страхової медицини, профілактики, беруть участь у наукових дослідженнях у державних установах, приватних компаніях, університетах або займають керівні посади в секторі охорони здоров'я.

Лікар є експертом з питань здоров'я та хвороб.

4.8. ПСИХОЛОГ

Психолог є експертом з психологічної діагностики та психологічної допомоги особам та організаціям у клінічних умовах, школах, реабілітаційних установах, закладах праці. Психологічне благополуччя клієнта є центральним. Психолог володіє знаннями про нормальне та аномальне психологічне функціонування. Він застосовує методи психологічного дослідження та консультування. Крім того, психолог тренує, стимулює та спрямовує людей на досягнення поведінки, спрямованої на вирішення проблем. Він також бере участь у профілактичних програмах, тренінгах, коучингу, проектних наукових дослідженнях та політичній діяльності. Він працює на різних рівнях і часто в мультидисциплінарних командах.

Психолог є експертом в аналізі людської поведінки та психічного благополуччя.

4.9. ФІЗИЧНИЙ ТЕРАПЕВТ

Фізична терапія - це лікування рухом. Основна мета фізичної терапії - підтримувати та покращувати якість руху, спираючись на доказову медицину/практику. Реабілітація відбувається у партнерстві, в якому фізичний терапевт, з одного боку, розпочинає лікування, а з іншого боку, навчає клієнта, як найкраще рухатися якомога функціональніше. Фізичні терапевти в основному працюють в рамках лікувальної допомоги, де клієнти проходять лікування, щоб мати якомога більше незалежності після травми, операції, тощо. Останні кілька років фізичні терапевти також роблять свій внесок у профілактичну допомогу, наприклад, стосовно ожиріння, профілактичну реабілітацію з допомогою ходьби з метою запобігти інвалідності, ускладненням та більшим медичним витратам, підтримуючи якомога більшу активність пацієнта.

Фізичний терапевт покращує якість життя клієнтів з гострими та хронічними скаргами як у власній практиці, так і в домашніх умовах, а також у лікарнях та будинках відпочинку.

Фізіотерапевт є експертом з руху.

4.10. СОЦІАЛЬНИЙ ПРАЦІВНИК

Соціальний працівник втручається в точках дотику, де взаємодіють люди та їхнє оточення. Соціальна робота зосереджена на оптимізації психосоціального функціонування людей: складної взаємодії між людьми та їхнім оточенням. Принципи прав людини та соціальної справедливості є основою соціальної роботи. Основними завданнями є розширення прав і можливостей людей та надання їм можливості відновити справедливість: стимулювання активної громадянської позиції та розбудова соціальних систем.

Соціальні працівники зосереджуються на проблемах людини і суспільства: людина в сім'ї, в оточенні, на роботі, у вільний час. Соціальний працівник зосереджується на людях, які відчувають проблеми у своєму безпосередньому та ширшому оточенні і не можуть вирішити їх (безпосередньо) власними силами, задовільним для них або для суспільства способом. Основні завдання можуть включати психосоціальну допомогу, інформаційні та конкретні послуги, консультування, посередництво, дослідження та звітність про соціальні ситуації, координацію догляду та допомоги, загальну профілактику, ідентифікацію та орієнтовану на політику роботу в галузі навчання та освіти. Соціальний працівник бере активну участь у соціальній роботі, кадровій роботі, соціокультурній роботі.

Соціальний працівник працює в соціальних службах, таких як лікарні, будинки-інтернати, ортопедичні центри, організації для людей похилого віку, молоді та біженців.

Соціальний працівник є експертом, який сприяє соціальним змінам, згуртованості, участі та емансипації людей.

4.11. ТЕРАПЕВТ МОВИ І МОВЛЕННЯ

Терапевт мови і мовлення зосереджується на розладах комунікації та проводить скринінг у сфері голосу, мовлення та мови. Мета скринінгу - виявити наявні порушення голосу, мовлення та мови і, можливо, порадити лікування. У сфері профілактики терапевт мови і мовлення може пояснити правила гігієни голосу, щоб запобігти розвитку голосових розладів. Крім комунікації, терапевт мови і мовлення також приділяє увагу проблемам ковтання і може навчити технікам, які сприяють ковтанню. Терапевт мови і мовлення також може пояснити партнеру та родині природу проблеми з ковтанням і те, що робити у разі виникнення проблем.

Терапевт мови і мовлення заохочує та оптимізує комунікацію, де це необхідно. Він створює хороші базові умови для комунікативної поведінки. Він спрямовує і керує комунікативною поведінкою, щоб поліпшити або відновити порушені комунікативні процеси. Працює профілактично, проводячи діагностику та терапію проблем у сфері голосу, мовлення, слуху та мови (а також навичок читання, письма та лічби). Ці проблеми можуть виникати у дітей, підлітків, дорослих та людей похилого віку. Терапія мови і мовлення також передбачає лікування оральних дисфункцій та пошук замінників і підтримуючих комунікацій, коли основні канали комунікації не працюють або є неефективними.

Терапевт мови і мовлення працює в навчальних закладах, реабілітаційних центрах, лікарнях, ортопедичних центрах, будинках-інтернатах, центрах раннього втручання, а також у приватній практиці.

Терапевт мови і мовлення є експертом з питань спілкування та харчування.

Приклади (Tasakitzidis & Van Royen, 2015)

- Співпраця між психологом (або ортопедагогом) та парамедиками (такими як фізичний терапевт, терапевт мови і мовлення, ерготерапевт та/або аудіолог) у реабілітації дітей з інтелектуальною недостатністю, з маргіналізацією, з аутизмом, гіперактивних дітей, дітей з комплексними порушеннями навчання, мовними та мовленнєвими розладами.

- У центрах технічної ортопедії, де ортопед консультується з фізичним терапевтом та ерготерапевтом, наприклад, щодо дітей з церебральним паралічем. Разом вони вирішують, який ортез потрібен дитині для підтримки.

- Мультидисциплінарна співпраця між фізичним терапевтом і ерготерапевтом щодо (нейро)реабілітації, наприклад, (суб)коматозних клієнтів.

- Співпраця між ортопедом і міжпрофесійною командою в реабілітації після протезування колінного або кульшового суглоба. Ортопед встановлює вам нове коліно, медсестра доглядає за вами під час перебування в лікарні. Фізичний терапевт працюватиме над зміцненням м'язів після операції, а ерготерапевт навчить вас підніматися сходами.

У цьому навчальному плані можна знайти короткий опис змісту професії фахівців охорони здоров'я, з якими ви будете часто контактувати на практиці. Записуйте будь-які думки або запитання, які у вас можуть виникнути про професії з інших дисциплін. Що вам ще не зовсім зрозуміло?

Вправа

Нижче ви знайдете низку ситуаційних замальовок, які є коротким описом ситуації, в якій опинився клієнт з проханням про допомогу. Уважно прочитайте кожну ситуацію і щоразу заповнюйте матрицю: яких фахівців ви б залучили? Не всіх потрібно залучати до кожного випадку.

	Лікар	Медсестра	Соціальний працівник	Психолог	Фізичний терапевт	Терапевт мови і мовлення	Аудіолог	Дієтолог	Ерготерапевт
1. Наталія									
2. Джеймс									
3. Марія									
4. Вік									
5. Карен									
6. Рой									
7. Хіларі									
8. Ніколас									
9. Ліза									

1. Наталі 7 років, вона ходить до 2-го класу. Математика дається їй дуже важко, у неї явна проблема з читанням цифр. Кожного разу вона завжди плутає цифри. Це також відбувається, коли вона читає і пише. Вчителька не може їй допомогти. Після обстеження її скеровують до реабілітаційного центру. Хто може їй допомогти?

2. Джеймс народився зі спинномозковою грижею. У нього знижена м'язова сила як живота, так і спини. Йому важко утримувати рівновагу. Він користується ортезами нижніх кінцівок і пересувається у кріслі колісному. Внаслідок зниження м'язової сили у нього нетримання сечі. Які спеціалісти можуть працювати разом, щоб покращити якість життя Джеймса?

3. Марія, 85 років, втратила свого чоловіка 3 роки тому. Вона живе сама у великому будинку. Раз на тиждень до неї приходить медсестра, щоб допомогти з повсякденними справами, а щотижня - прибиральниця. Чотирнадцять днів тому вона потрапила в лікарню після нещасного випадку... в результаті: у неї перелом стегна. Їй поставили новий протез. Вона хоче якнайшвидше повернутися додому.

На даний момент вона ще не може самостійно пересуватися, тому слід провести необхідну підготовку. Хто з команди може виконати це завдання?

4. Віку 5 років, і іноді він буває дуже активним. Його часто ігнорують однокласники, тому що вони не розуміють його. Його батьки та вчитель також мають проблеми з його розумінням. Хто може допомогти?

5. Старша медсестра ортопедичного відділення отримує повідомлення від лікаря про те, що пані Карен Міллер, 75 років, дозволено покинути лікарню. Вона поступила після перелому ноги. Її самостійність все ще недостатня для того, щоб піклуватися про себе. Старша медсестра дізналася, що пані Карен Міллер живе сама і не має необхідного неформального догляду вдома. Старша медсестра зв'язалася з медсестрою соціальної служби, щоб організувати для неї догляд вдома. Старша медсестра організовує збори команди для того, щоб оптимізувати звільнення та домашній догляд. Які завдання стоять перед різними фахівцями в цій ситуації?

6. Рой, пацієнт 60 років, курець 30 сигарет на день, переніс ампутацію стегнової кістки на 20 см вище коліна через артеріальну недостатність. Наразі він все ще перебуває на стаціонарному лікуванні. Він щойно вийшов з відділення інтенсивної терапії і досі прикутий до ліжка. Які фахівці тут працюють як одна команда? Яке їхнє завдання?

7. Гіларі - жінка 67 років, у якої щойно діагностували діабет II типу. Лікар порадив їй вести здоровий спосіб життя, а також контролювати свій тиск. Наразі вона мало рухається, окрім хатньої роботи. Вона швидко втомлюється і більше не може витримувати групові прогулянки, тому що загальний темп ходьби занадто високий. Вона страждає від задишки під час фізичних навантажень через недостатню фізичну підготовку. Вона також хоче адаптувати своє харчування, але не знає, з чого почати. Завдяки здоровому способу життя вона сподівається покращити загальний стан здоров'я і знову почати зустрічатися з друзями. Які фахівці можуть тут допомогти?

8. Ніколасу 38 років, батько 2 дітей і бухгалтер у транспортній компанії. Він є великим перфекціоністом, і через реорганізацію на роботі стрес став занадто сильним. Сімейний лікар виписав йому кілька тижнів перебування вдома, щоб відновити сили. Які фахівці можуть тут допомогти?

9. Лізі 13 років, і вона вже кілька років має проблеми з вагою. У школі над нею часто знущаються, і вона не впевнена в собі. За порадою Центру профорієнтації її батьки звернулися до центру ожиріння, щоб записати дівчинку на програму для дітей з ожирінням. Які фахівці допоможуть Валерії?

Більше інформації

Якщо ви хочете отримати більше інформації про міжпрофесійну співпрацю, ось журнал про міжпрофесійну співпрацю, де ви можете знайти достатньо інформації

https://www.tandfonline.com/loi/ijic20

5. ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ ОЦІНКИ МІЖПРОФЕСІЙНОЇ ПРАКТИКИ

5.1. ТРАЄКТОРІЇ

Маршрут надання допомоги - це інструмент, який можна використовувати для комплексного втручання для спільного прийняття рішень та організації процесів надання допомоги чітко визначеній групі клієнтів протягом чітко визначеного періоду із залученням різних дисциплін (це робота для мультидисциплінарної команди) (Schrijvers, 2012).

ВЕБСАЙТ

Приклади різних траєкторій можна знайти https://www.nice.org.uk

5.2. ШКАЛА ЯКОСТІ МІЖПРОФЕСІЙНОЇ ПРАКТИКИ ТА ОСВІТИ (IPEQS)

Щоб оцінити командне засідання, необхідно провести різницю між процесом та результатами. Як керівництво щодо хорошої зустрічі ми можемо використати наведений нижче список від Віт (Vyt 2008):

Процес
• Всі учасники знали цілі перед зустріччю • Всі учасники були підготовлені (прочитали кейс) • У нас є вся необхідна інформація для проведення цілеспрямованої зустрічі • Коли ми аналізуємо проблему, ми беремо до уваги всі відповідні аспекти (за і проти) • Суперечливі погляди з'ясовуються під час зустрічі • Соціальний і психічний контекст клієнта залучений до обговорення, яке ми проводимо • Зустріч мала певну структуру
Результати
• Потреба в лікуванні була достатньо визначена • Кожна ціль призначена комусь із команди • Існує кінцевий термін для досягнення бажаного результату (результатів) • Чи зрозуміло, хто координує загальний догляд?
Пропозиції щодо проведення хороших і продуктивних командних зустрічей
• Чи використовуємо ми знання та інформацію в конструктивний спосіб? • Чи є можливість взаємодіяти один з одним? Чи можуть різні члени команди з різними ролями брати участь в обговоренні? • Чи є свобода вибору для клієнта? (клієнтоорієнтована робота)

5.3. ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ КОМАНДНИХ РІШЕНЬ (TDMQ) (BATOROWICZ TA SHEPHERD, 2008)

Опитувальник прийняття командних рішень (TDMQ) був розроблений для оцінки якості роботи міжпрофесійних команд та оцінки сприйняття клінічним персоналом процесу прийняття рішень.

Опитувальник прийняття командних рішень - це інструмент з 19 пунктів з 7-бальною шкалою, який використовується для оцінки якості роботи міжпрофесійних команд. Інструмент має 4 підшкали: прийняття рішень, підтримка команди, навчання та розвиток якісних послуг.

Заповнюючи цю анкету, будь ласка, враховуйте ваш загальний досвід.

Якою мірою процес прийняття рішень командою допомагає Вам ...
1. ... отримувати підтримку в прийнятті клінічних/технічних рішень?
2. ... надавати відповідні рекомендації для всіх клієнтів?
3. ... послідовно застосовувати стандарти у вашій команді?
4. ... знімати особисту відповідальність за прийняття рішень щодо призначень?
5. ... підтверджувати свої клінічні/технічні рішення?
6. ... послідовно застосовувати правила в межах власного навантаження?
7. ... застосовувати правила точно?
8. ... надавати підтримку колегам у прийнятті клінічиних технічних рішень
9. ... ділитися інноваційними ідеями
10. ... отримувати клініко-технічні поради
11. ... стати більш компетентним
12. ... поділитися успіхом
13. ... бути в курсі змін у політиці?
14. ... дізнаватися про застосування нових технологій/стратегій?
15. ... отримати різні клінічні/технічні точки зору?
16. ... бути в курсі обладнання та нових технологій в цій галузі клінічної практики?
17. ... розвивати ефективне вирішення проблем?
18. ... забезпечувати якість надання послуг?
19. ... генерувати нові ідеї з колегами?

Рис. 13. Опитувальник для прийняття командних рішень від Batorowicz та Sheperd (2008)

5.4. ШКАЛА МІЖПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

Шкала міжпрофесійної взаємодії - це інструмент самозвіту, який призначений для збору інформації про сприйняття міжпрофесійної взаємодії між трьома різними групами: медсестрами, лікарями та суміжними працівниками охорони здоров'я. Зокрема, за допомогою опитування, що складається з 13 пунктів, вимірюється сприйняття комунікації, ізоляції та пристосування (Kenaszchuk, 2010).

WEBSITE

Ви можете знайти шкалу міжпрофесійної співпраці онлайн за посиланням https://health.tamu.edu/iper/research/docs/ics-instrument-kenaszchuk.pdf

5.5. ШКАЛА СПРИЙНЯТТЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ОСВІТИ (IEPS)

IEPS була розроблена для оцінки професійно орієнтованих уявлень та пов'язаних з ними афективних сфер для міждисциплінарних освітніх програм. Це Інструмент з 6-бальною шкалою, яка може бути використана для оцінки ефекту міжпрофесійного освітнього досвіду. Інструмент має 4 підрозміри: компетентність та самостійність, усвідомлена потреба у співпраці та сприйняття фактичної співпраці та розуміння ролей інших.

ВЕБСАЙТ

Ви можете знайти шкалу міжпрофесійної співпраці онлайн

https://nexusipe-resource-exchange.s3.amazonaws.com/Tool.Interdisciplinary-Education-Perception-Scale-IEPS.pdf

Більше інструментів для оцінки міжпрофесійної співпраці

- Шкала оцінки міжпрофесійної командної співпраці (AITCS)

  https://nexusipe.org/advancing/assessment-evaluation/assessment-interprofessional-team-collaboration-scale-aitcs

- Інструмент оцінки спільної практики (CPAT)
  https://nexusipe.org/advancing/assessment-evaluation/collaborative-practice-assessment-tool-cpat

- Індекс міждисциплінарної співпраці
  https://nexusipe.org/informing/resource-center/iic-index-interdisciplinary-collaboration

6. ВИКОРИСТАННЯ МКФ ЯК СПІЛЬНОЇ МОВИ

Міжпрофесійна співпраця передбачає наявність спільної мови. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) забезпечує спільну міжнародну мову, яка має потенціал для полегшення комунікації між дисциплінами, стимулювання міждисциплінарних досліджень, покращення клінічної допомоги і, зрештою, для кращого інформування про політику та управління в галузі охорони здоров'я.

МКФ - це система класифікації для опису функціонування людей, включаючи фактори, що впливають на це функціонування. Вона складається з двох частин: (1) функціонування та обмеження життєдіяльності (функції та структури тіла, активність та участь) і (2) контекстуальні фактори (фактори середовища та особисті фактори) (ВООЗ, 2001).

У наступному курсі ми розглянемо це питання більш детально (див. курс МКФ).

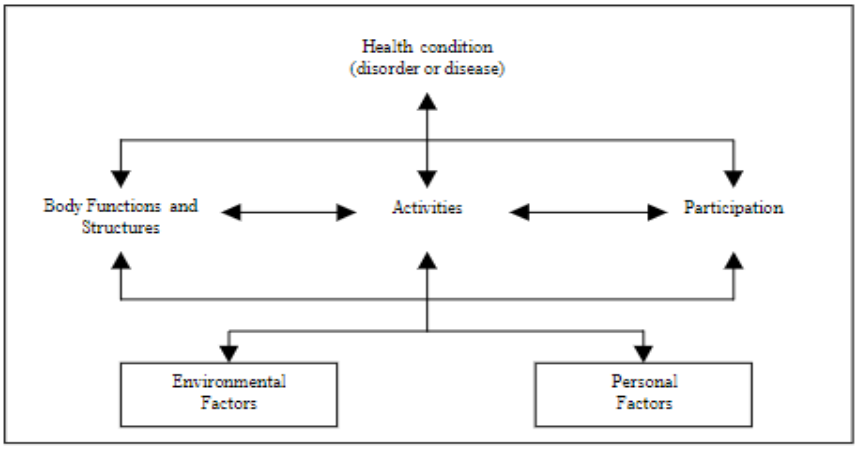


РИС. 14. МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я (ВООЗ, 2001)

План міжпрофесійної співпраці - це інструмент, який може допомогти вам, коли професійне завдання є складним, а в наданні професійної допомоги беруть участь більше одного працівника охорони здоров'я.

В рамках міждисциплінарної моделі мета полягає в тому, щоб разом з клієнтом (і його системою) з'ясувати, що йому потрібно, і що можуть зробити фахівці охорони здоров'я для досягнення мети клієнта. У схемі МКФ швидко стає зрозуміло, що мова йде про функціонування клієнта, а не стільки про його патологію. Якою мірою "хвороба" впливає на якість життя клієнта і що ми, як "медична та/або парамедична" команда, можемо зробити в цьому напрямку?

Складаючи спільний план догляду, на практиці також укладаються домовленості про завдання. Це передбачає взаємні зобов'язання та використання спільних каналів та інструментів комунікації.

План догляду (реабілітаційний план, прим.редактора) - це, як правило, письмовий документ, що стосується запланованого догляду за користувачем. Він відповідає потребам окремого клієнта і розробляє план, звертаючи увагу на різні відповідні проблемні сфери (фізичні, психосоціальні, контекстуальні). Документ є переважно проблемно-орієнтованим. Його можна розглядати як своєрідний контракт: всі знають, чого можна очікувати від кожного.

Чітко окреслюючи весь процес догляду, він передбачає нові проблеми та проблемні ситуації в майбутньому, а також зменшує невизначеність і тривогу. Робочий інструмент може містити багато елементів, таких як оцінювання від фахівців з різних дисциплін або функціональний баланс (інструментальної) активності в повсякденному житті. Зазвичай виділяють п'ять частин: адміністративна частина, загальні цілі (догляду/реабілітації), клінічна оцінка, розподіл завдань і комунікаційна частина; адміністративна частина є статичною, тоді як інші частини є динамічними і постійно адаптуються.

У міжпрофесійному плані надання професійної допомоги важливими є два елементи. Перш за все, **загальні цілі допомоги** повинні бути визначені на основі запиту клієнта або клієнтки про допомогу та проблеми. "

"Якими є потреби клієнта та його проблема, щоб отримати послуги у системі охорони здоров'я?"

Потім разом з клієнтом вивчається проблема і те, що є вирішенням для клієнта/клієнтки в її контексті. Важливо сформулювати досяжні цілі, які будуть використовуватися в першу чергу. Згодом цілі можуть бути скориговані на основі клінічних даних, перебігу одужання, потреб і запитів клієнта.

Крім того, важливо сформулювати чіткі домовленості про завдання або міжпрофесійні цілі в кінцевому результаті, довгострокові цілі (ДЦ) і короткострокові цілі (КЦ). Вони визначаються під час міжпрофесійної консультації: чого ми хочемо досягти разом для цього клієнта і як ми це зробимо? Для досягнення цілей укладається низка конкретних і практичних домовленостей: хто лікує клієнта, хто інформує. Домовленості чітко фіксуються в плані догляду. Ця інформація дає хороший огляд того, що відбувається з клієнтом і що для цього робиться. Цей метод роботи також дає можливість оцінити та гарантувати якість догляду.

У графіку призначень зазначаються дисципліни, що входять до плану лікування (реабілітації), частота заходів, що рекомендуються, та розвиток потреби в догляді. У документі також має бути чітко зазначено, хто є контактною особою і хто яку інформацію передає клієнту. Також повинні бути призначені зустрічі для подальшого спостереження за клієнтом.

Крім того, план догляду також включає розділ комунікації. Працівникам, які здійснюють допомогу, має бути зрозуміло, хто і на які питання відповідає. Тому план догляду або звіт з усіма даними про клієнта повинен постійно оновлюватися і бути доступним для всіх осіб, які здійснюють догляд, а також бути прозорим і доступним.

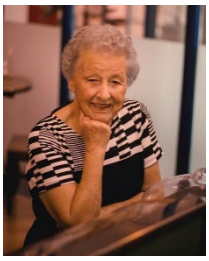
Складання плану догляду проходить у кілька етапів. Насамперед, це діагностичний етап, на якому виявляється і формулюється проблема. Потім починається фаза планування, на якій приймається рішення про те, чи будуть залучені інші дисципліни і з якою частотою. І, нарешті, є фаза виконання, на якій план реалізується. Цей акт є фундаментальним у будь-якому плані догляду. (Tasakitzidis & Van Royen, 2015).

6.1.1. ОЦІНЮВАННЯ МКФ

Лист оцінювання МКФ надає всебічний огляд функціонального стану людини, представляючи всі компоненти функціонування, фактори середовища та особисті фактори з урахуванням думки як фахівця, так і пацієнта. Це може допомогти команді зрозуміти, як функціонує людина, і визначити потреби, які необхідно задовольнити, з урахуванням факторів середовища та особистих факторів.

Ось як він може виглядати:

<table>
<tr><th colspan="5"><u>Оціночний лист МКФ</u></th></tr>
<tr><td rowspan="2">Погляд з точки зору клієнта</td><td rowspan="2">Функції та структури тіла</td><td>Інформація від клієнта/клієнта про функції та/або структури його/її тіла</td><td rowspan="2">Активність та участь</td><td>Інформація від клієнта/клієнтки про залучення до щоденної/періодичної активності та участь у громадському, соціальному та політичному житті</td></tr>
<tr><td>Погляд з точки зору працівника охорони здоров'я</td><td>Інформація/оцінка мультидисциплінарної команди працівників охорони здоров'я про функції та структури тіла клієнта/клієнта</td><td>Інформація/оцінка мультидисциплінарної команди медичних працівників про залучення клієнта/клієнтки до повсякденної/періодичної активності та участі у громадському, соціальному та політичному житті</td></tr>
<tr><td colspan="3">Фактори середовища</td><td></td><td>Особисті фактори</td></tr>
<tr><td colspan="3">Інформація/оцінка від мультидисциплінарної команди працівників охорони здоров'я та клієнта/клієнта про фактори середовища, які слугують бар'єрами та/або фасилітаторами (сприятливими факторами).</td><td></td><td>Інформація/оцінка від мультидисциплінарної команди працівників охорони здоров'я та клієнта/клієнта щодо особистих факторів, які слугують бар'єрами та/або фасилітаторами (сприятливими факторами).</td></tr>
</table>



Коли ми застосовуємо його до нашого випадку місіс Перрі, це виглядає так:

Оціночний лист МКФ				
Погляд з точки зору клієнта	Функції та структури тіла	- Вікові захворювання (артроз, високий кров'яний тиск, проблеми із зором)	Активність та участь	- Проблеми з мобільністю - Мережа підтримки: волонтери, медсестра, літня помічниця - Боїться падінь
Погляд з точки зору працівника охорони здоров'я		- Страх падіння		- Потребує навчання, як користуватися ходунками поза домом
Фактори середовища				Особисті фактори
- живе у великому будинку з 4 кімнатами та садом *- має ходунки*				- 83 роки - жінка - вдова

6.1.2. ТАБЛИЦЯ ВТРУЧАНЬ МФК

Таблиця втручань МКФ може полегшити координацію втручань, ролей і ресурсів у мультидисциплінарній команді. Вона надає всебічний огляд усіх цілей втручання, призначених для члена міждисциплінарної команди.

Важливо формулювати мету розумно

- "S" **specific** означає "конкретний". Сформулюйте свою мету або завдання якомога конкретніше.
- "M" **measurable** означає вимірюваний. Включіть у свою мету одиницю виміру. Пізніше ми зможемо виміряти, чи була досягнута ця мета.
- "A" **achievable** означає "досяжний". Будьте реалістами. ... чи може клієнт, його оточення та команда досягти цієї мети?
- "R" **realistic** означає "реалістичний". ...
- "T" **time**-bound означає "обмежений у часі". Коли ми хочемо бачити цю мету реалізованою?

Таблиця втручань МФК									
	Мета втручання	Втручання	Лікар	Медсестра	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Психолог	Соціальний працівник	Інші
Функції /структури тіла									
Активність / участь									
Фактори середовища									
Особисті фактори									

7. ВИПАДОК 1

ВИПАДОК

Джейсон - 23-річний чоловік із синдромом Ашера. Синдром Ашера характеризується втратою слуху та поступовим погіршенням зору. Втрата слуху спричинена дефектом внутрішнього вуха, тоді як втрата зору є наслідком пігментного ретиніту (РП), дегенерації клітин сітківки. На даний момент у нього є тільки втрата зору. Іноді страждає від болю в очах. У нього також обмежені когнітивні функції, але він мотивований до навчання і може утримувати увагу, коли не дуже втомлений.

Джейсон живе самостійно. Раз на тиждень йому допомагають прибирати, а батьки відповідають за прання, прасування та купівлю продуктів. Раз на місяць соціальний працівник виконує його паперову роботу. Він може самостійно виконувати деякі прості страви.

Іноді Джейсон буває дуже емоційним через погіршення перебігу його синдрому, тому зараз важливо навчитися різним навичкам, які він зможе використовувати на більш пізній стадії синдрому. Втрата слуху не за горами.

Наразі Джейсон може орієнтуватися у просторі. Він може пересуватися за допомогою тростини та собаки-помічника. Він знає деякі маршрути, але іноді йому потрібна допомога, щоб вивчити новий маршрут. Джейсон працює на півставки в колл-центрі. На роботу він їздить громадським транспортом (автобусом і поїздом).

З настанням темряви Джейсон поспішає додому, оскільки в темряві важко пересуватися та орієнтуватися.

У вільний час він любить читати книги на своєму плеєрі і насолоджується спілкуванням з друзями (плеєр спеціально розроблений для читання озвучених книг, журналів або газет. Насправді це різновид CD-плеєра, який призначений для сліпих, людей з вадами зору, людей з дислексією).

Кожної п'ятниці ввечері Джейсон йде до місцевого пабу, щоб поспілкуватися з друзями. Хтось із друзів приїжджає, щоб забрати його.

Для свого майбутнього Джейсону важливо вивчити шрифт Брайля, щоб продовжувати читати. Для нього також важливо вивчити тактильну мову, щоб спілкуватися на більш

пізній стадії синдрому.

Наразі Джейсон може розуміти усні повідомлення та використовувати цю навичку для користування iPhone. Він знайомий з WhatsApp та Facebook.

Дайте відповідь на наступні запитання:

Запитання 1: Використовуйте оціночний лист МКФ, щоб зробити загальний огляд.

Запитання 2: Як ми можемо підготуватися до міждисциплінарної зустрічі?

Запитання 3: Складіть таблицю міждисциплінарних втручань. Яка роль кожного працівника охорони здоров'я в цьому випадку?

Запитання 4: Яка роль ерготерапевта?

<table>
<tr><th colspan="5"><u>Оціночний лист МКФ: випадок Джейсона</u></th></tr>
<tr><td rowspan="2">Погляд з точки зору клієнта</td><td rowspan="2">Функції та структури тіла</td><td>Висловлювання клієнта/клієнтки про функції та/або структури свого тіла
- У мене іноді болять очі</td><td rowspan="2">Активність та участь</td><td>Інформація від клієнта/клієнтки про участь у щоденній/періодичній активності та участь у громадському, соціальному та політичному житті
- Робота в колл-центрі
- Користуюсь громадським транспортом
- Участь у громадській діяльності</td></tr>
<tr><td>Погляд з точки зору працівника охорони здоров'я</td><td>Інформація/оцінка від мультидисциплінарної команди медичних працівників про функції та структури організму клієнта/клієнта
- Втрата зору
- Втрата слуху</td><td>Інформація/оцінка від мультидисциплінарної команди працівників охорони здоров'я про залучення клієнта/клієнтки до щоденної/періодичної активності та участь у громадському, соціальному та політичному житті
- Потреба у вивченні нових маршрутів
- Потребує вивчення шрифту Брайля
- Потребує вивчення тактильних відчуттів</td></tr>
<tr><td colspan="3">Фактори середовища</td><td></td><td>Особисті фактори</td></tr>
<tr><td colspan="3">Інформація/оцінка мультидисциплінарної команди працівників охорони здоров'я та клієнта/клієнта про фактори середовища, які слугують бар'єрами та/або сприятливими факторами
- Батьки підтримують
- Має друзів, які підтримують
- Використовує тростину та собаку для пересування та орієнтації
- Плеєр
- Айфон</td><td></td><td>Інформація/оцінка від мультидисциплінарної команди працівників охорони здоров'я та клієнта/клієнта щодо особистих факторів, які слугують бар'єрами та/або сприяють
- 23 роки
- чоловік</td></tr>
</table>

Запитання 1: Використовуйте оціночний лист МКФ, щоб дати Джейсону загальну характеристику.

Питання 2: Як ми можемо підготуватися до міждисциплінарної зустрічі?

Питання 3: Заповніть таблицю мультидисциплінарного втручання. Яка роль кожного медичного працівника в цьому випадку?

Питання 4: Яка роль ерготерапевта?

Таблиця втручань МКФ може полегшити координацію втручань, ролей і ресурсів у мультидисциплінарній команді. Вона надає всебічний огляд усіх цілей втручання

	Мета втручання	Втручання	Лікар	Медсестра сестра	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Психолог	Соціальний працівник	Інші
Функції та структури тіла	Втрата зору	Навчитися компенсувати втрату зору							Офтальмолог
	Втрата слуху	Навчитися компенсувати втрату слуху							Аудіолог
Активність та участь	Рухливість	Дізнайтеся маршрут від дому до пабу				x			
	Читання	Вивчити шрифт Брайля				x			
	Використання методів зв'язку	Вивчити розуміння тактильних відчуттів							
Фактори середовища	Навчитися використовувати айфон у щоденному житті	- Навчитися використовувати додаток для навігації - Навчитися читати газету на айфоні				x			
		Слідкувати за документами						x	
Особисті фактори									

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

8. ВИПАДОК 2

Випадок

Джеймс - 52-річний вчитель музики, напівпаралізований після серйозної аварії на лижах. Він живе разом з дружиною та 2 дітьми. Його дітям 14 і 16 років і зараз вони навчаються в коледжі. Ми сподіваємося, що Джеймс зможе повернутися додому через кілька тижнів.

Пересування можливе за допомогою допоміжних засобів. Самостійна ходьба неможлива, оскільки він не може спертися на ногу. У нього також мало сили в руках і обмежена рухливість рук (відведення на 90 градусів). Найбільша проблема полягає в тому, що він не може хапати предмети.

Розлади мовлення та ковтання спочатку були серйозними, але зараз завдяки заняттям з терапевтом мови і мовлення вони значно зменшилися. Прогноз позитивний, але, швидше за все, у нього будуть постійні проблеми з координацією рухів.

ВПРАВА

Спробуйте дати відповідь на наступні питання

Питання 1: Використовуйте бланк оцінки МКФ, щоб зробити загальний огляд.

Питання 2: Як ми можемо підготуватися до міждисциплінарної зустрічі?

Питання 3: Складіть таблицю міждисциплінарних втручань. Яка роль кожного фахівця з охорони здоров'я у цьому випадку?

Питання 4: Яка роль ерготерапевта?

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Academy of Medical Royal Colleges. (2020). *Developing professional identity in multi-professional teams.*
2. Barr, H., (1998). Competent to collaborate: Towards a competency based model for interprofessional education. Journal of interprofessional care. 12, 181-187, http://doi.org/10.3109/13561829809014104
3. Batorowicz, B., Shepherd, T. A. (2008).Measuring the quality of transdisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care, 22*(6), 612-620
4. Brown, M., Laughey, W., & Tiffin, P. (2020). Forging a new identity: a qualitative study exploring the experiences of UK-based physician associate students. *BMJ Open*(vol. 10).
5. D'amour, et al., (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Service Research*, 8, 188, doi:10.1186/1472-6963/8/188.
6. Duncan, E. (2011). *Foundations for Practice in Occupational Therapy.* Elsevier Health Sciences.
7. Gregory, M. (2020). The Impact of Interprofessional Education on Healthcare Team Performance: A Theoretical Model and Recommendations. In J. Paige, *Comprehensive Healthcare Simulation: Inter Professional Team Training and Simulation, Comprehensive Healthcare Simulation.* Springer Nature Switzerland. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-030-28845-7_2
8. Greiner, AC., Knebel, E., (2003). *Health professions education: A bridge to quality. Chapter 3: The core competencies needed for health care professionals.* National Academies Press.
9. Grant, RW, Finnocchio, JL., the California primary care consortium subcommittee on interdisciplinary collaboration. (1995). Interdisciplinary collaborative teams in primary care: A model curriculum and resource guide. San Francisco.
10. Huber, M. (2014) Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Maastricht University: Maastricht.
11. IPEC (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice. https://www.ipecollaborative.org/resources.html
12. Johnson, C. (2017). Understanding Interprofessional Collaboration: An Essential Skill for all Practitioners. *OT Practice*(22(11)).
13. Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Service Research*.
14. Royal College (2020). CanMeds: Better standards, better physicians, better care. . http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e
15. Schrijvers, G., van Hoorn, A., Huiskes, N. (2012).The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care*. (Special Edition Integrated Care Pathways). doi: 10.5334/ijic.812
16. Stanley, P., Peterson, C. (2001*). Interprofessional collaboration in occupational therapy*. Routledge: new York and London
17. Swientozielskyj, S., & et al. (2015). *Multi-disciplinary Team Handbook. Working toward an effective multidisciplinary/multiagency team.* Leeds: NHS England.
18. Tasakitzidis, G., & Van Royen, P. (2015). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg.* Berchem: De Boeck.
19. Thistlethwaite, J., (2012). *Values-based interprofessional collaborative practice. Working together in health care*. Cambridge Medicine

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

20. Van Dongen, J. (2017). *Interprofessional collaboration in primary care teams. Development and evaluation of a multifaceted programme to enhance client-centredness and efficiency.* Maastricht.
21. Vyt, A., (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 24, 106-109.
22. Vyt, A. (2012). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
23. WHO (2001). *ICF*: *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organisation.
24. Woods, S., & West, M. (2010). *The psychology of Work and Organisations.* London: Cengage.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ДОДАТОК: ПОШИРЕНІ БАР'ЄРИ ДЛЯ МІЖПРОФЕСІЙНОЇ КОМАНДНОЇ РОБОТИ

(Grant, Finnocchio & Californa Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration, 1995)

Організаційні бар'єри	**Командний рівень бар'єрів**	**Бар'єри, з якими зіштовхуються окремі члени команди**
• Відсутність знань та розуміння ролі інших фахівців охорони здоров'я • Фінансові та регуляторні обмеження • Правові питання сфери діяльності та відповідальності • Структури відшкодування для різних професій • Ієрархічні адміністративні та освітні структури	• Відсутність чітко сформульованої, спільної та вимірюваної мети • Відсутність тренінгів з міжпрофесійної співпраці • Невизначеність ролей та лідерства • Команда занадто велика або занадто мала для міжпрофесійної роботи • Відсутній механізм обміну інформацією • Різниця в рівнях повноважень, влади, досвіду та доходів • Традиції • Відсутність відданості членів команди, апатія членів команди • Конфлікт щодо індивідуального ставлення до клієнта	• Розподіл лояльності між командою та власною дисципліною • Конкуренція • Небажання приймати пропозиції від членів команди, що представляють інші професії • Відсутність довіри

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Список таблиць

Таблиця 1 Контраст між традиційною допомогою та спільною допомогою (Johnson, 2017)

Таблиця 2 Переваги та бар'єри міжпрофесійної співпраці (Stanley & Peterson, 2001)

Interprofessional collaboration

Lorenzo Billiet

Anne-Marie Denolf

2020 - 2021

UKROTHE

STUDY PROGRAMME OCCUPATIONAL THERAPY IN UKRAINE

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Disclaimer

“The European Commission support for the production of this publication does not constitute endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.”

This course is developed as part of the CBHE Erasmus+ project “Ukrothe – developing an Occupation Therapy program in Ukraine”.

www.ukrothe.eu

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Icons legend

	Learning objectives
	Assigment/exercise
	Presentation (PowerPoint)
	Collaboration
	Study instruction

	Image/sound clip
	Example/Case
	Website
	Additional information

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Table of content

Disclaimer **2**

Icons legend **3**

Table of content **4**

Introduction **7**

Learning objectives later **10**

1 Three ways to collaborate **11**

1.1. Multidisciplinarity 11

1.2. Transdisciplinarity 11

1.3. Interdisciplinarity 12

1.3.1. Hierarchical model *13*

1.3.2. Client centred model *13*

1.3.3. Problem oriented model *14*

2. A model of collaboration between professionals in health care **18**

3. Core competencies for Interprofessional Collaborative Practice **23**

3.1 Generic and profession-specific competences 23

3.1.1 Generic competences *23*

3.2 Profession-specific competences 24

3.3 Collaboration competences 24

3.3.1 Competencies for interprofessional collaboration *24*

4 Communication within teams and between professionals **29**

4.1 Pharmacist 30

4.2 Physician 32

4.3 Audiologist 30

4.4 The psychologist 33

4.5 Dietician 30

4.6 Occupational therapist 31

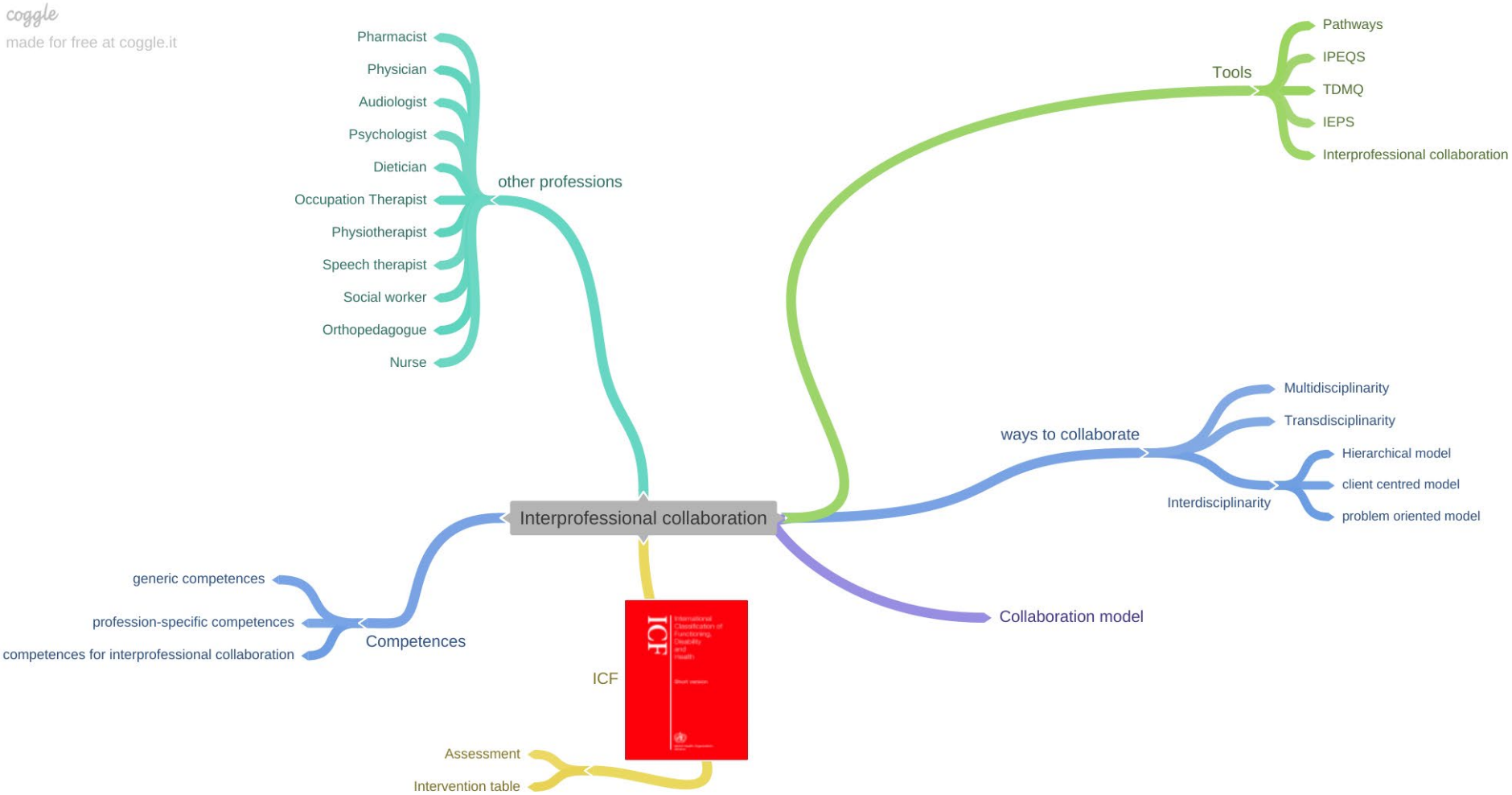
4.7 Physiotherapist 33

4.8 Speech therapist 35

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4.9 Social worker 34
4.10 Orthopedagogue 32
4.11 Nurse 30
5 Tools to assess the interprofessional practice 39
5.1 Pathways 39
5.2 Interprofessional practice and education quality scale (IPEQS) 39
5.3 Team Decision Making Questionnaire (TDMQ) 40
5.4 Interprofessional collaboration scale 40
5.5 Interdisciplinary education perception scale (IEPS) 41
6 Use of ICF as a common language 42
6.1.1 ICF Assessment 44
6.1.2 ICF Intervention table 45
7 Case 1 47
8 Case 2 53
Bibliografie 54
Appendix: Common barriers to interprofessional team work 56
List of tables 57

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Introduction

"I can plan my care with people who work together to understand me and my carer(s), allow me control, and bring together services to achieve the outcomes important to me." (Swientozielskyj, S. & et al., 2015, p. 11).

Interprofessional collaboration is a relative new term in the literature for interdisciplinary collaboration. Interprofessional collaboration in health care is a partnership among the client and the different professionals for the purpose of providing high quality care to individuals. It occurs when a group of individuals with diverse backgrounds or specializations work together to solve a client's problems while taking into account the difference in disciplines, shared leadership and effective communication.

Some macro factors make the need to interprofessional collaboration become important. There is a higher need for quality care, client-care and client-participation, a rising consumerism within health care, the shift towards chronic conditions and an expansion in technology.

This is also a logical consequence of a changed view on health. Machteld Huber (2014) defines health as "the ability to cope with changing circumstances". According to Huber, health can be measured on 6 dimensions: body function, mental function, spiritual dimension, quality of life, social participation and daily functioning.

When working in healthcare, education… you don't work alone. Instead, you are part of a team. What is a team? A team is a relatively small group of people working on a clearly defined, challenging task that is most efficiently completed by a group working together rather than individuals working alone or in parallel. Team members have clear, shared, challenging, team level objectives derived directly from the task; they have to work closely and interdependently to achieve these objectives; members work in distinct roles within the team and have the necessary authority, autonomy and resources to enable them to meet the team's objectives.' (Woods & West, 2010). There are teams in different situations for instance sports, choir, orchestra, firemen, …

We can demonstrate the need for collaboration with the parable of the blind men and the elephant (see figure 1). If everyone is individually engaged in what he is good at, we will all see a part of the elephant, but no one knows what constitutes the whole. When we work together, we will see an elephant and we will be able to make the right decisions instead of acting from an individual perception (our mental model) that can lead to miscommunication and conflict. Therefore, it's important to have a holistic vision where we look further than only the medical part of the problem.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

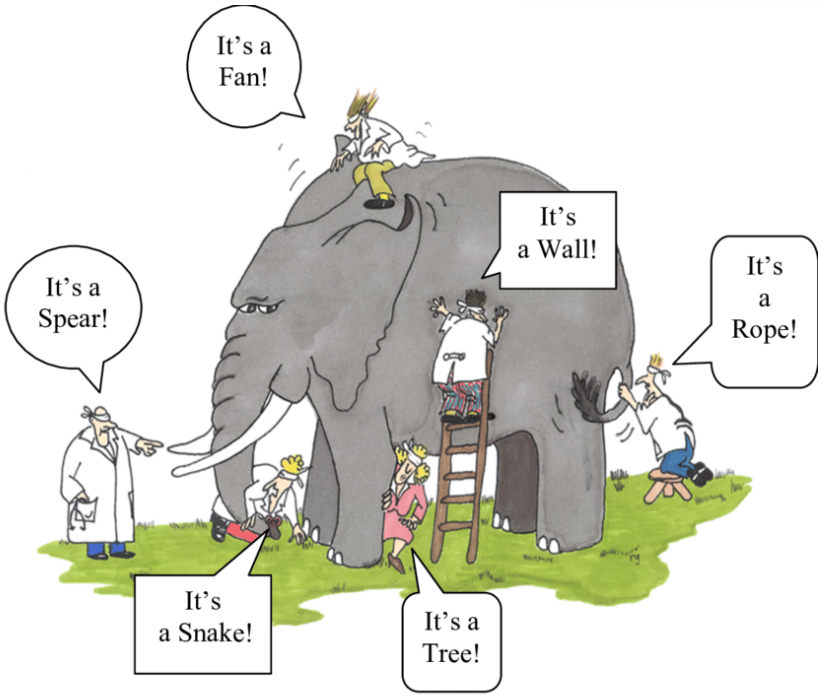


Figure 1 : The blind men and the elephant (www.researchgate.net)

Pretest

Case CVA – how is the approach of this case in Ukraine?

Mrs. Brown, a woman in her early fifties, becomes unwell after lunch. She had a stroke. She is rushed to the hospital and admitted to the neurology ward.

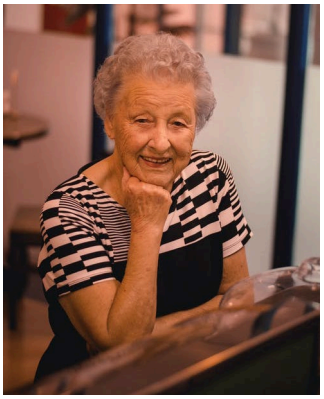
How goes this story further on in Ukraine?
Who is involved?
Who makes decisions, set the goals?
How is the care arranged?
How is the view on her future?

Posttest

Same case CVA – how could be the ideal approach of this case based on the theory in the syllabus.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

To illustrate *interprofessional collaboration*, we use the story of Mrs. Perry.



CASE

Mrs. Perry is an 83 year old women and lives independently in a big house with 4 rooms and a garden. Her husband Willy died two years ago. She suffered from various age-related diseases (arthrosis, high blood pressure, decline in mobility, visual problems, concentration problems, …). Sometimes she feels dizzy when she gets up too quickly. Currently Mrs Perry has a wide **network** of people around her. The **nurse** is helping her on daily basis with activities of daily living, the **elderly helper** keeps the house clean and some volunteers do various jobs for her (gardening, shopping, …). Five months ago, she stumbled on a threshold in her house, now she is afraid of falling again. As a result of her incident, she wants to stay inside her home and is afraid to leave the house.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Learning objectives

- describing own roles, responsibilities, powers and competences and those of other professionals within an Interprofessional team
- integrates data from other practitioners in its own interventions
- shows insight, understanding and respect for roles, responsibilities, powers and competences of other professionals
- formulates (and discusses- the interprofessional goals with all involved parties (care goals, treatment goals, project goals)
- involves the client in the care plan
- recognizes and values the expertise and uniqueness of other professionals
- More about this source textSource text required for additional translation information
- Collaborates with individuals from different disciplines in a climate of mutual respect and shared value.
- Communicates in a responsive and responsible manner with care recipients, their families and professionals from different disciplines, so that a team approach can be used to focus on health promotion, health promotion and concrete treatment.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1 Three ways to collaborate

In literature, we can distinguish 3 ways of cooperation in team: multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary collaboration. (Vyt, 2008)

1.1. Multidisciplinarity

When there is **multidisciplinary** work, each discipline sticks to their own duties: there are no communal tasks. The client is assessed individually by several professionals (such as nursing, social work, medical,…). They work independent of each other to a particular problem. Each team member provides the service described in his or her assessment or plan. In traditional health care, there is a hierarchical authority, starting with the physician and followed by other professionals. The process might be described as additive, not integrative (Academy of Medical Royal Colleges, 2020).

Figure 2 : Multidisciplinary team

https://youtu.be/oiAUgIkkwms

Multidisiplinary care at the children's hospital in Colorado.

1.2. Transdisciplinarity

Another way of cooperation in team is **transdisciplinary** collaboration where different professions can take over each other's tasks. Assessment, treatment and interventions are often carried out jointly. Team members share roles as well as goals. This requires specialist practitioners to share their skills (allowing others to learn and take on skills) as well as acquire new skills in other areas from other

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

practitioners. The result is a more blended team that shares objectives and many core skill sets required to achieve the overall goals.

The biggest pitfall by transdisciplinary is to lose your own professional identity as an individual team member.

1.3. Interdisciplinarity

Interdisciplinary collaboration establishes from a holistic vision. In interdisciplinary work, there is an integrated care plan established in dialogue with the client and his family/client-system. To achieve the goal, team members need to collaborate with each other; there is no hierarchical authority but each professional is respected as team member. It's important to coordinate all the activities.

There is a need for communication between the different disciplines in care. Members come together as a whole to discuss their individual assessments and develop a joint care plan for and with the client. Practitioners may blur some disciplinary boundaries but still maintain a discipline-specific base (e.g. aspects of functional assessment may be shared across disciplines). Teams integrate closer to complete a shared goal (Academy of Medical Royal Colleges, 2020).

Figure 3 : Interdisciplinary team

In interdisciplinary collaboration, we distinguish between general models: hierarchical model, client-centred model, problem-oriented model.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1.3.1. Hierarchical model

Within a hierarchical model we can place the physician (doctors) on top. He coordinates the entire care and tells the other professionals what to do.

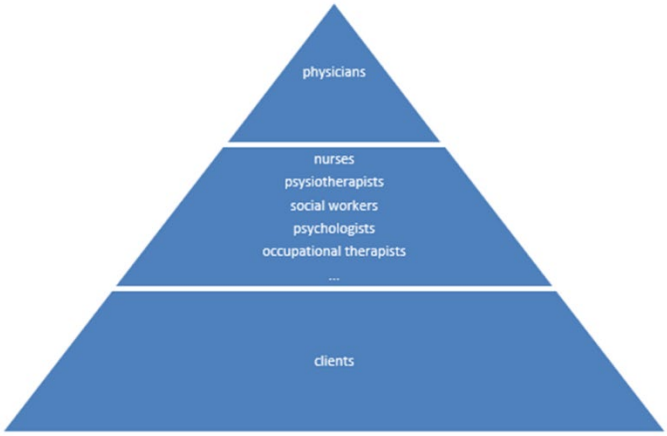


Figure 4 : the hierarchical model

1.3.2. Client-centred model

Within the client-centred model, the client is the central element in the organisation of care and professionals. This creates the opportunity for the client to interact with the health care professionals. The professional moves from the role of expert to the role of advisor or a supportive role. There is "shared decision making": the client and his healthcare professional take the decisions together. When implementing client-centred care and shared decision making, the client must be well informed about medical, professional and personal aspects relevant to the decision (Hammelburg, 2014).

We can easily use the client-centred model in chronic care and accompaniment. For this type of work, we work demand driven. From the perspective of the client, some example situations are: a person with vision loss who wants to learn a new route, the accompaigniment by a person with a mental disorder,…

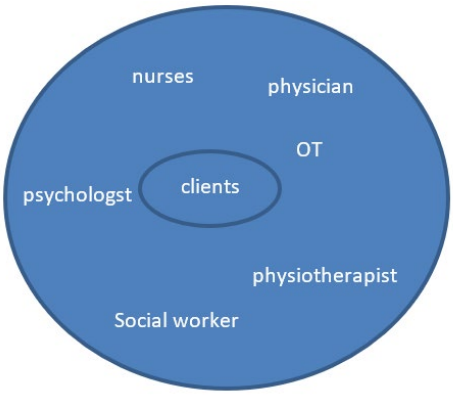


Figure 5 : the client-centred model

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1.3.3. Problem oriented model

The starting point in a problem oriented model is a health or functioning problem. To work as an interprofessional team, it is not only important to work together, but also to work evidence based, client centred and to pursue quality improvement.

We can use the problem oriented model in acute care. The start of the care is a health problem, for example in is situations concerning a cardio vascular accident (CVA), a knee prosthesis… The tool you can use here is a pathway (more info in 5.1).

Figure 6 : the problem oriented model

Interprofessional collaboration is a combination of client-centred care, quality improvement and evidence based practice. To work evidence based, we follow a process which involves critical thinking and evaluation of available information. It exists out of three considerations: (1) the practitioner's own expertise, (2) the values and expectations from the client and (3) the best evidence. In other words, the performance of an act by a professional in such a way that the performance is based on the best available information about efficiency and effectiveness (see also the course Evidence Based Practice/Research).

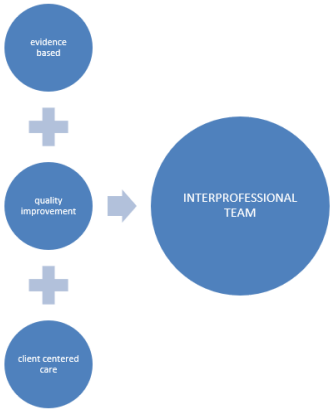


Figure 7 : The elements of interprofessional collaboration

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Across these different models, the client, his or her family, friends and carers are increasingly being recognised as integral members of the team, each contributing their own expertise to the decision-making processes, as well as to other areas such as service design and development (Academy of Medical Royal Colleges, 2020).

Traditional Care	Collaborative Care
All team members are not present	All team members are present
Located in a conference room or hallway	The team meeting and plan formulation includes the client
Only some persons do most of the talking	A team member facilitates the conversation
When the client is in the room, the face is brisk and does not include all voices. Medical jargon is used	Everyone in the team has a role and voice. Everyone understands the language that is used
Hierarchical. Physicians direct, disciplines report and clients/family are informed	Clients and families are engaged in the conversation
Focus on disease and treatment	Focus on people, needs and goals
The client is talked about (in third person)	There is transparency with respect to the client
Uniprofessional notes are taken. Parallel interventions occur	Care plan is jointly developed with the client. Professionals collaborate on interventions
Who will do what is assumed. Task delegation by team members is not reviewed or summarized.	Safety checklists are often used. The plan is summarized for the team, including the client.

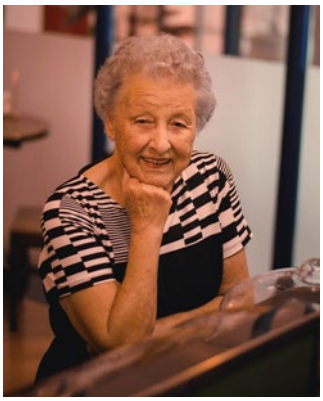
Table 1 : Comparison traditional care and collaborative care (Johnson, 2017)

Each model has its strengths and weaknesses, but the interprofessional model gained popularity due to changing health care needs and the shortcomings of the traditional multidisciplinary model.

Benefits of interprofessional collaboration	Barriers of interprofessional collaboration
- Opportunity to work collaboratively on client goals - Evidence–based decision making and shared responsibility - Cost-effective use of resources (avoiding duplications of services) - Effective use of time	- Differences in perceived value of collaboration among different professionals - The need for good communication skills to work in team - Inadequate knowledge about different disciplines (more info about different professions you find in 4) - Value conflicts (saving lives vs. quality of life)

Table 2 : Benefits and barriers of interprofessional collaboration (Stanley & Peterson, 2001). See appendix for more details.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union



CASE MRS PERRY

When we look back to the casus of Mrs Perry, we can apply her situation to the different ways to collaborate.

First, the occupational Therapist (OT) visits Mrs Perry to work on fall prevention. The next day, the physical therapist comes over to work on the lady's shoulder mobility and do some exercises. Once in a month, the doctor brings her a visit and prescribes Mrs Perry some sleep medication. Conclusion: every professional will work around their own goals without aligning them with each other. (MULTIDISIPLINARY COLLABORATION)

When there is communication between the 3 professionals (OT, physiotherapist and physician) , we can speak about INTERDISIPLINARY COLLABORATION.

When the OT takes over from the physiotherapist and works around balance, a TRANSDISIPLINARY COLLABORATION arises.

When all professions work around fall prevention, a PROBLEM ORIENTED MODEL is used.

The occupational therapist (OT) can work together in an interprofessional collaboration.

Some examples:

- The physiotherapist and OT can work on a functional goal, for example: the physical therapist can work on muscle strength by offering isolated exercises while the OT can work on practices for climbing stairs.
- The speech pathologist and OT can work on a communication goal. By persons with Usher syndrome (persons with gradual vision and hearing loss), the speech therapist can work at the articulation while the OT can learn how the client can use haptic signs (communication by touch).
- Nursing and the OT can work together on positioning. The OT can demonstrate the nurse how she can position a client in a back saving way and the nurse can apply it during the daily care.
- The social worker and the OT can both work on returning to home/work/school. In this example the OT looks at the workplace and how work can be performed. In case of problems, he will search

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

for workstation adjustment, how the work can be adapted so that it can be carried out independently by the client.

- The engineer and the OT can work together on an assistive technology goals. In this case the engineer will develop a new assistive technology as an answer to a problem while the OT learns the client how he can use the assistive technology.
- Neurology and the OT in the management of spasticity can work together to find the most comfortable position that allows the hand to relax and reduce spasticity.

Interprofessional education should be included in the curriculum of education of all health-caregivers. In this process, leaners learn from various professions (e.g., physicians, nurses, physical therapist, etc.) learn with, from, and about each other to improve performance outcomes (Gregory, 2020).

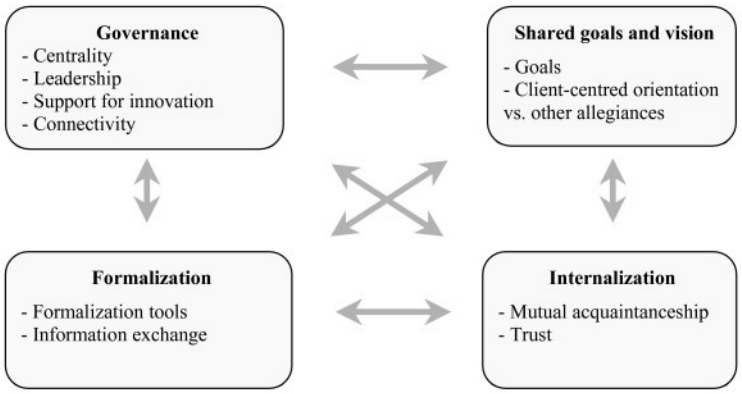
Figure 8 : Interprofessional collaboration in education

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

2. A model of collaboration between professionals in health care

From the theory of multidisciplinary, transdisciplinary and interdisciplinarity, D'Amour made a structuration model of collaboration.

a simplified description, especially a mathematical one, of a system or process, to assist calculations



and predictions.

Figure 9 : D'Amour (2008) structuration model of collaboration

The structuration model of collaboration can be used to analyse the ways in which increasingly complex and heterogeneous multi-level systems of actors collaborate (D'Amour et al., 2008).

Collaboration is the central problem in any collective undertaking. It is based on the premise that professionals want to work together to provide better quality and care. At the same time, they have their own interests and want to retain a degree of autonomy and independence.

The model suggests that collective action can be analysed in terms of four dimensions operationalised by 10 indicators. Two dimensions involve *relationships between individuals* (shared goals and vision; internalization) and two the *organizational setting* (governance and formalization which influences collective action).

The dimensions are:

1. **Shared goals and vision**: this dimension refers to the existence of common goals and their appropriation by the team, the recognition of divergent motives and multiple allegiances and the diversity.
2. **Internalization**: which refers to an awareness by professionals of their interdependencies and of the importance of manage them. This result translates into knowledge of each other's values and discipline.
3. **Formalization**: clarifies expectations and responsibilities.
4. **Governance**: this gives direction to and supports collaboration.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

In each dimension there are some indicators:

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Dimensions	Indicators	Description
SHARED GOALS AND VISION	Goals	This indicator is related to professional values in the form of common goals, with particular reference to the consensual and comprehensive nature of the goals. Identifying and sharing common goals is an essential point of departure for a collaborative undertaking. The data suggest that the goal most likely to rally stakeholders is that of promoting client-centred care. Providing a response to clients' needs thus becomes a central objective on which everyone can agree. The problem is that this goal entails a radical transformation of values and practices; its achievement would truly be an innovation.
	Client-centred orientation vs. other allegiances	There generally exists a complex structure of interests involving a variety of different types of allegiance: to the clientele, to the profession, to the organization, to private interests, etc. The result is thus an asymmetry of interests among partners or a partial convergence of interests. Mutual adjustments are required, making the need to negotiate all the more important. In some cases, negotiation is possible. In others, interests are left largely unexpressed, and there is no negotiating process. When shared goals are not negotiated, the risk is that private interests will emerge, resulting in opportunistic behaviour and a concomitant loss of focus on client-centred collaboration.
INTERNALIZATION	Mutual acquaintanceship	The data show that professionals must know each other personally and professionally if they are to develop a sense of belonging to a group and succeed in setting common objectives. Knowing each other personally means knowing each other's values and level of competence. Knowing each other professionally means knowing each other's disciplinary frame of reference, approach to care and scope of practice. The familiarization process occurs at social occasions, training activities and formal and informal information-exchange events. It is necessary to create the social conditions that will foster collaboration, particularly through social interaction.
	Trust	According to the professionals, collaboration is possible only when they have trust in each other's competencies and ability to assume responsibilities (that is, when goodwill exists). Trust reduces uncertainty. Professionals acknowledge that they do not know each other well, and so must constantly gauge risks and allow themselves to be placed in a vulnerable position. When there is too

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Dimensions	Indicators	Description
		much uncertainty, the data show, health professionals hold on to responsibility for their clients as long as possible to avoid collaborating. Such actions run counter to the goal of constructing networks. Professionals use the results of collaboration to evaluate each other and build trust.
GOVERNANCE	Centrality	Centrality refers to the existence of clear and explicit direction that is meant to guide action, in this case, towards collaboration. The data reveal the importance of the involvement of some central authorities in providing clear direction and playing a strategic and political role to further the implementation of collaborative processes and structures. Senior managers can exert significant influence on interorganizational collaboration, particularly through agreements they reach with the managers of other facilities to make the collaboration official.
	Leadership	Local leadership is necessary for the development of interprofessional and interorganizational collaboration. Leadership may take a variety of forms and can be categorized as either emergent or as related to a position. With respect to collaboration, leadership can be exercised either by managers who have been mandated to do so or by professionals who take the initiative themselves. In the latter case, leadership is shared by the different partners and is subject to wide agreement. When leadership is related to a position, power should not be concentrated in the hands of a single partner; all partners must be able to have their opinions heard and to participate in decision making.
	Support for innovation	Because collaboration leads to new activities or because it involves dividing responsibilities differently between professionals and between institutions, it necessarily entails changes in clinical practices and in the sharing of responsibilities between partners. These changes represent real innovations that must be developed and implemented. Collaboration cannot take hold without a complementary learning process and without the organization involved drawing on internal or external expertise to support this learning process.
	Connectivity	Connectivity refers to the fact that individuals and organizations are interconnected, that there are places for discussion and for constructing bonds between them. Connectivity is the opposite of being cut off, isolated, separate. It solves coordination problems and makes it possible to make adjustments

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Dimensions	Indicators	Description
		to practices. Connectivity allows for rapid and continuous adjustments in response to problems of coordination. It takes the form of information and feedback systems, committees, etc.
FORMALIZATION	Formalization tools	Formalization is an important means of clarifying the various partners' responsibilities and negotiating how responsibilities are shared. There are many types of formalized tools: interorganizational agreements, protocols, information systems, etc. For professionals, it is important to know what is expected of them and what they can expect of others. Earlier findings suggest that collaboration is influenced less by the degree of formalization than by the consensus that emerges around formalization mechanisms and the specific rules that are implemented.
	Information exchange	The exchange of information refers to the existence and appropriate use of an information infrastructure to allow for rapid and complete exchanges of information between professionals. The findings suggest that professionals use information systems to reduce uncertainty in their relationships with partners they do not know well. Feedback provides professionals with the information they need to follow up with clients as well as to evaluate their partners on the basis of the quality of the written exchanges and feedback. This is an important aspect of establishing relationships of trust.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

3. Core competencies for interprofessional collaborative practice

To collaborate as an OT in an interprofessional team, we need professional competencies (Barr, 1998). We distinguish **common** competences, **complementary** competences and **collaboration** competences with other professionals, clients and their network, volunteers, community groups … (Barr, 1998).

3.1 Generic and profession-specific competences

3.1.1 Generic competences

These competences are common for all care professionals (Greiner, 2003):

- client-centred care (identify, respect and care about clients differences, values and preferences),
- work in interdisciplinary teams (cooperate, collaborate and communicate),
- employ evidence- based practices (integrate best research with clinical expertise and client values for optimum care),
- apply qualitative improvements and
- utilize informatics (decision making is supported by information technology)

We find these generic competences back in the CanMEDS framework. This is a framework that identifies and describes the abilities needed for paramedicals to effectively meet the health care needs of the people they serve. These abilities are grouped thematically under seven roles (Royal College, 2020).

The CanMEDS Roles are

- **Medical Expert:** you have a big knowledge, clinical skills and professional values to provide high quality and safe client-centred care
- **Communicator:** you have not only a relation with other professionals but also with clients and their families
- **Collaborator:** as occupational therapist you will work effectively with other health care professionals to provide client-centred care
- **Leader:** occupational therapists engage with others to contribute to a vision of a high-quality health care system and take responsibility for the delivery of excellent patient care through their activities as clinicians, administrators, scholars, or teachers.
- **Health Advocate:** you deliver a contribute to the community or client populations you work with.
- **Scholar**: demonstrate a lifelong commitment to excellence in practice through continuous learning and by teaching others, evaluating evidence, and contributing to scholarship
- **Professional:** as occupational therapist you are committed to the health and well-being of individual clients and society through ethical practice

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

3.2 Profession-specific competences

These competences distinguish one profession and complement those of other professions.

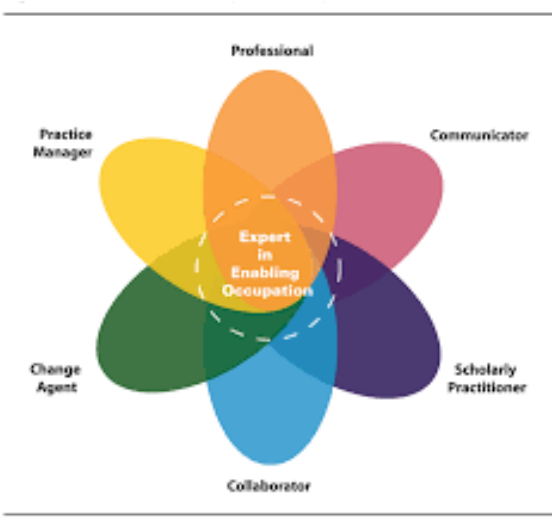


Figure 10 : Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada (von Zweck, 2012)

In Chapter 'Communication within teams and between professionals' we try to give insight into the expertise of various health professions.

Collaboration competences

Collaboration means working together with other professionals, clients and their network, volunteers, community groups towards a common goal that benefits the client and the quality of health care.

In addition to generic and job-specific competences, we also need collaboration competences. Competencies for interprofessional collaboration

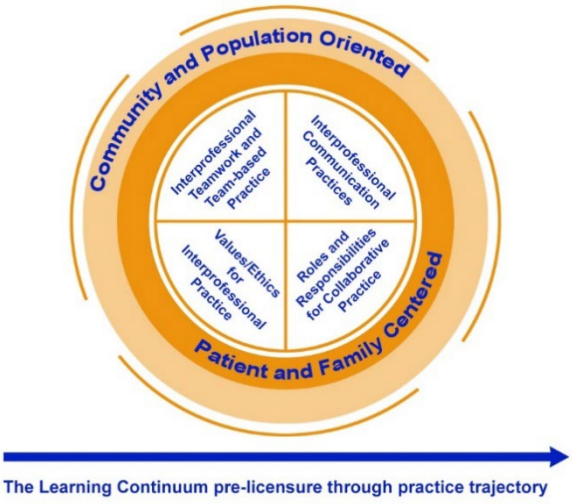


Figure 11 : Core competencies for interprofessional collaboration (IPEC, 2011)

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Core competences for interprofessional collaborative practice are:

- Interprofessional teamwork
- Interprofessional communication
- Roles and responsibilities
- Values and ethics for interprofessional practice

These competencies are discussed below.

3.2.1.1 Interprofessional teamwork

Interprofessional teamwork concerns relationship-building values and the principles of team dynamics to perform effectively in different team roles to plan, deliver, and evaluate client/population-centred care and population health programs and policies that are safe, timely, efficient, effective, and equitable.

Learning to be interprofessional means learning to be a good team player. Teamwork behaviours apply in any setting where health care professionals interact with each other (cf. shared goals).

We need to use the principles of team dynamics to perform effectively in different team roles to plan, deliver and evaluate client centred care (AOTA, 2017).

Specific Team and Teamwork competencies: (IPEC, 2011)

1. Describe the process of team development and the roles and practices of effective teams.
2. Develop consensus on the ethical principles to guide all aspects of client care and team work.
3. Engage other health professionals—appropriate to the specific care situation—in shared client-centred problem-solving.
4. Integrate the knowledge and experience of other professions— appropriate to the specific care situation—to inform care decisions, while respecting client and community values and priorities/ preferences for care.
5. Apply leadership practices that support collaborative practice and team effectiveness.
6. Engage self and others to constructively manage disagreements about values, roles, goals, and actions that arise among healthcare professionals and with clients and families.
7. Share accountability with other professions, clients, and communities for outcomes relevant to prevention and health care.
8. Reflect on individual and team performance for individual, as well as team, performance improvement.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

9. Use process improvement strategies to increase the effectiveness of interprofessional teamwork and team-based care.
10. Use available evidence to inform effective teamwork and team-based practices.
11. Perform effectively on teams and in different team roles in a variety of settings.

3.2.1.2 Interprofessional communication

Every day, we interact with many different clients, their network and team members. In each situation, we adapt the type and style of (written or oral) communication which is appropriate for the situation. From formal to informal, from complex to simple, with the potential of miscommunication (Thistlethwaite, 2012). Do not forget to communicate with clients, families and communities in a responsive and responsible manner (AOTA,2017). Communication is key to new ways of working. Clearly defining roles and responsibilities is important for client safety, identity formation and effective team-working (Academy of Medical Royal Colleges, 2020).

Specific interprofessional communication skills: (IPEC, 2011)

1. Choose effective communication tools and techniques, including information systems and communication technologies, to facilitate discussions and interactions that enhance team function.
2. Organize and communicate information with clients, families, and healthcare team members in a form that is understandable, avoiding discipline-specific terminology when possible.
3. Express one's knowledge and opinions to team members involved in client care with confidence, clarity, and respect, working to ensure common understanding of information and treatment and care decisions.
4. Listen actively, and encourage ideas and opinions of other team members.
5. Give timely, sensitive, instructive feedback to others about their performance on the team, responding respectfully as a team member to feedback from others.
6. Use respectful language appropriate for a given difficult situation, crucial conversation, or interprofessional conflict.
7. Recognize how one's own uniqueness, including experience level, expertise, culture, power, and hierarchy within the healthcare team, contributes to effective communication, conflict resolution, and positive interprofessional working relationships.
8. Communicate consistently the importance of teamwork in client-centred and community-focused care.

3.2.1.3 Roles and responsibilities

Use the knowledge of one's own role and those of other professionals to appropriately access and address the health care needs of clients and to promote and advance the health of populations. Teamwork requires a shared acknowledgement of each participating member's roles and abilities (AOTA, 2017). Without this acknowledgement, adverse outcomes may arise from a series of trivial

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

errors that effective teamwork could have prevented. Use the knowledge of one's own role and those of other professions to appropriately assess the healthcare needs of the client (IPEC, 2011).

In forming their occupational identity, individuals internalise the values, norms, skills and behaviours of their professional group. This results in 'thinking, acting and feeling' like a member of that group. A professional identity enables to attach meaning to their work as well as to develop a sense of self and perception of belonging (Academy of Medical Royal Colleges, 2020).

Specific roles and responsibilities skills: (IPEC, 2011)

1. Communicate one's roles and responsibilities clearly to clients, families, and other professionals.
2. Recognize one's limitations in skills, knowledge, and abilities.
3. Engage diverse healthcare professionals who complement one's own professional expertise, as well as associated resources, to develop strategies to meet specific client care needs.
4. Explain the roles and responsibilities of other care providers and how the team works together to provide care.
5. Use the full scope of knowledge, skills, and abilities of available health professionals and healthcare workers to provide care that is safe, timely, efficient, effective, and equitable.
6. Communicate with team members to clarify each member's responsibility in executing components of a treatment plan or public health intervention.
7. Forge interdependent relationships with other professions to improve care and advance learning.
8. Engage in continuous professional and interprofessional development to enhance team performance.
9. Use unique and complementary abilities of all members of the team to optimize client care.

Health and care professionals must consider how they explain their role to clients and colleagues. This is particularly important for those working in new of less familiar roles. For instance, when introducing themselves, they may refer to their background and training, their role in the team and the tasks they can perform. Those in more established roles should introduce new colleagues/professions positively, focusing on the skills that they bring and the care they can provide. Research suggests that role recognition is important for professional identity formation, but some people working in non-traditional roles report being mislabelled or introduced incorrectly (Brown, Laughey, & Tiffin, 2020).

Some professional groups indicate that the image of their work sometimes doesn't correspond to what it should be or that people give wrong information about the professional content of a colleague.

3.2.1.4 Values and ethics for interprofessional practice

Collaborating with other professional groups maintain a climate of mutual respect and shared values. (Interprofessional Education Collaborative, 2016 update).

Specific values and ethics skills: (IPEC, 2011)

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1. Place the interests of clients and populations at the centre of interprofessional health care delivery.
2. Respect the dignity and privacy of clients while maintaining confidentiality in the delivery of team-based care.
3. Embrace the cultural diversity and individual differences that characterize clients, populations, and the health care team.
4. Respect the unique cultures, values, roles/responsibilities, and expertise of other health professions.
5. Work in cooperation with those who receive care, those who provide care, and others who contribute to or support the delivery of prevention and health services.
6. Develop a trusting relationship with clients, families, and other team members (CIHC, 2010).
7. Demonstrate high standards of ethical conduct and quality of care in one's contributions to team-based care.
8. Manage ethical dilemmas specific to interprofessional client/ population centered care situations.
9. Act with honesty and integrity in relationships with clients, families, and other team members.
10. Maintain competence in one's own profession appropriate to scope of practice.

(Academy of Medical Royal Colleges, 2020)

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4 Communication within teams and between professionals

Who are the partners of an interprofessional team?

To increase the quality we deliver to the client, there is the need to communicate. Do we know the different team members and what their skills are? In certain situations it's very clear, but sometimes it can be very fluid. Sometimes the team is close to us, but there are also teams that are far away from our daily work and are invisible for us. There is even a possibility that we work with the same client but don't know much from each other. This is just one context, on the other hand we have the question formulated by the client. The question which is coloured by expectations, wishes…

The collaboration is representable by a flower. The petals represent the different disciplines. It is important to explore in team who takes up particular tasks without losing the own professional identity. Knowing that some professions work more closely with each other than other (Vyt, 2011).

Figure 12 : Partners in an interprofessional team

Below, the main principles are briefly presented per profession (Tasakitzidis & Van Royen, 2015; Vyt, 2012).

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4.1 Audiologist

The audiologist specializes in care and assistance with regard to hearing in children and adults. In clinical audiometry, he conducts all investigations into hearing and the equilibrium function. To this end, the audiologist has a range of examination techniques and equipment at his disposal. Hearing tests concern basic audiometry. These provide the necessary information about the nature and degree of the hearing loss and the social value of the hearing or the degree of use of the residual hearing in everyday life. The audiologist also works in hearing aid fitting. Depending on the living situation, the audiologist also adapts other aids that promote the person's schooling, professional and social integration. This can be individual or group devices.

In the case of deafness, the audiologist works closely with the Cochlear Implant team. He also specializes in specific hearing training and hearing education. The audiologist works on the primary prevention of hearing loss. He provides information on the prevention of hearing damage. In cooperation with the occupational physician, he monitors the hearing of employees and offers advice on noise reduction as well as the most suitable individual hearing protection products. The audiologist participates in the early screening of children with congenital and acquired hearing loss. In paediatric audiology, the audiologist is responsible for basic and differentiated hearing tests, equipped with devices and rehabilitation for babies and toddlers with a hearing disorder.

The audiologist is the expert in hearing and other ear-related disorders.

4.2 Dietician

A dietician, at the request of the client or on medical prescription, applies nutritional or dietary advice according to the science of nutrition and dietetics, both in preventive and curative health care and in the food sector, in order to maintain or promote the health of the care seeker and/or to optimize (public) health.

The dietician provides information about the qualitative and quantitative aspects of the diet or diet. He can also be involved in the development, implementation and evaluation of health education. The main objectives are to promote a healthy lifestyle and a healthy living environment in order to contribute to a better quality of life for the whole population. Dieticians are employed in hospitals, residential care centres, private practices, food inspection, health education and industrial kitchens.

The dietician is the expert in all aspects of nutrition.

4.3 Nurse

The nurse focuses on optimizing well-being and health, promoting a healing, rehabilitation and rehabilitation process, learning to live with limitations and the consequences of illness or dependency on third parties. Central points of attention are the perception aspect of the

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

caretaker, the self-reliance and the continuity of care. Integrative nursing is taking responsibility for the total care of the client. The nurse wonders what contribution he/she can make to the well-being and health of the client.
Some of the nurse's main areas of responsibility are: observing and interpreting symptoms and reactions, detecting care needs, planning, executing, evaluating and adjusting care, performing technical nursing tasks according to procedures, optimizing the client's autonomy and quality of life, and encouraging him to take care of his own health according to his abilities and environment. The nurse accompanies the client psychologically, physically, existentially, culturally and socially.
Nursing focuses on integral health care for people of all age groups. Disease-oriented health care is still an important aspect, but more and more attention is being paid to disease prevention and health promotion: achieving, maintaining and regaining health. The nurse is an important communication link between the different care providers in the interprofessional team.
The nurse works in the whole domain of healthcare: the sector of preventive, acute or chronic care within clinical, social or mental healthcare and this within intra- and extramural healthcare.
The nurse is the expert in giving care.

4.4 Occupational therapist

Occupational therapy is aimed at guiding people with physical, mental and/or social dysfunctions to promote, regain and/or maintain the ability to function as autonomous as possible in their living, working, and leisure situation. The starting point are the roles and corresponding tasks of the client. The occupational therapist uses concrete activities derived from the living situation of the client or a group with the outcome to improve the quality of life of the client.
The tasks of the occupational therapist are very different. This includes, for example, teaching skills and integrating them into daily functioning. The client receives support and/or advice regarding his possibilities and limitations. The focus is on autonomy in self-reliance, productivity and relaxation. Where necessary, alternatives are offered or environmental adjustments are made or tools are provided. The occupational therapist also gives ergonomic advice about the living and working situation in function of preventing problems. Depending on the problems, we distinguish between physical rehabilitation, psychiatry, interventions in developmental problems and care for the elderly. The occupational therapist focuses on personal and environmental aspects of the client so that his ability to act can be restored (enabling occupation).
He uses meaningful activities of his client as a starting point for the treatment. Depending on the needs of the client, the activities come from different areas, such as living, kitchen activities, taking care of oneself, working, computer use, industrial activities, horticulture, leisure time and kinds of handicraft techniques).

Occupational therapists are employed in residential care centers, rehabilitation centers, hospitals, facilities for people with disabilities, education, prison, business, independent practice.
The occupational therapist is the expert in enabling occupation

https://youtu.be/VmAGzESjZaI

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4.5 Orthopedagogue

The orthopedagogue is a professional educator for persons with an ortho(ped)agogic question who focuses on the specific educational and developmental situation of the client. He supports people during daily life activities.

The orthopedagogue accompanies children and adolescents within youth care, persons with a disability or elderly or people with psychiatric problems. The educator starts from a guidance relationship in order to maximize the quality of life and development opportunities in the daily life of the client. Empowerment, power-oriented work, respect and quality of life are key concepts. He also acts preventively to avoid problem situations for the client. An educator works within a team of educators.

The orthopedagogue is the expert in raising persons with a disability

4.6 Pharmacist

An important task of the pharmacist is the correct dispensing of medicines that may or may not be prescribed by other health professionals, such as general practitioners, specialists, dentists and by midwives. The pharmacist critically evaluates the medical prescription or makes a responsible choice of medicine. Pharmacists also check for double medication (e.g. in the context of generics), contraindications and interactions between drugs and with food. The pharmacist explains the purpose of the medication and how and when to take it. The pharmacist also stands for the conformity and quality of specialties and preparations. The pharmacist's expertise also includes the technical aspects of the drug, e.g. in the preparation of medication tailored to the client's needs. The pharmacist provides information on how drugs should be stored, crushed or shared or how plasters can be cut, ... to clients and other healthcare providers. If necessary, he refers the client to the (family) doctor or other health care workers. In pharmaceutical care, the interaction between client and other health professionals such as doctors and nurses is central. Interprofessional consultation and cooperation with other healthcare workers, such as doctors and home nurses, is crucial in this respect.

Pharmacists are not only active in the pharmacy but also in other sectors such as the pharmaceutical industry for the design, production and control of medicines. Hospital pharmacists are responsible for the management, administration and distribution of medicine, medical devices and implants, as well as for the preparation of sterile medicine, sterilization, hygiene, informing physicians and paramedics, follow-up of clinical trials, preparation of formulars and application of clinical pharmacy. Pharmacists also work in regulatory authorities, scientific research and clinical laboratories**.**

The pharmacist is the expert of medicine.

4.7 Physician

The general practitioner is often the first point of contact with health care. Any person, regardless of their age, gender, or other personal characteristics, can go there with any health problem. The

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

focus of his medical action is on disease, diagnosis and therapy. The general practitioner must promote a cost-effective policy. In the first place, the doctor uses the starting point of a counsellor, who takes into account the client's life story in its context (biopsychosocial model). Medical practice is based on scientifically validated data (evidence based medicine). Four normative principles apply as moral principles: not to harm, to do good, to respect autonomy, to strive for justice.

Care for health presupposes attention to both disease prevention and health promotion. The well-informed and empowered client increasingly participates in the whole process of decision making, guidance and evaluation and must be supported in this (client empowerment).

Based on the request for help and the findings of the diagnostic process, the doctor chooses from the various treatment options. The physician supervises the paramedic because he is responsible for the way in which the paramedic performs the action. Often, the treatment also consists of supervising clients. In addition, he acts preventively: inoculations, preventive detection of e.g. cancer and tuberculosis. Increasingly, the physician also takes on coordinating tasks within healthcare.

Most doctors work in the curative sector as a general practitioner or as a physician-specialist. In addition, they are also employed as occupational physicians, youth health care, sports medicine, insurance medicine, prevention and they participate in scientific research within government departments, private companies, universities or hold leading positions within the healthcare sector.

The doctor is the expert in health and disease.

4.8 Psychologist

The psychologist is an expert in psychological diagnosis and psychological care for individuals and organizations in clinical settings, schools, rehabilitation, labor. The psychological well-being of the client is central. The psychologist has knowledge about normal and abnormal psychological functioning. He applies psychological research and counseling methods. In addition, the psychologist coaches, stimulates and guides individuals to achieve problem-solving behaviour. He also participates in prevention programs, training, coaching, project-based scientific research and policy activities. He works at various levels and often in multidisciplinary teams.
The psychologist is the expert in the analysis of human behaviour and mental well-being.

4.9 Physiotherapist

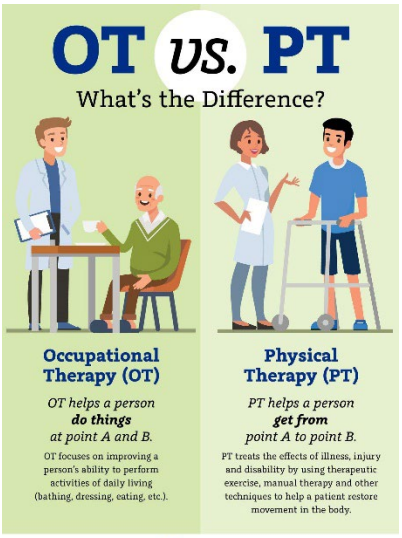
Physiotherapy lmeans treating by moving. The main objective of physical therapy is to maintain and improve the quality of movement, baed on Evidence Based Medicine/Practice. Rehabilitation takes place in a partnership in which the physical therapist on the one hand starts the treatment and on the other hand teaches the client how best to move as functionally as possible. Physiotherapists mainly works within curative care, where clients are treated to have as much independence as possible after a trauma, surgery,... The last few years physiotherapists also

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

contribute to preventive care f.i. obesity, preventive walking rehabilitation, ... to prevent disability, complications and higher medical costs by keeping the client as active as possible.

Physiotherapist increases the quality of life of clients with acute and chronic complaints both within their own practice and within the client's home situation, as well as in hospitals and rest homes.

The physiotherapist is the expert in movement.



4.10 Social worker

The social worker intervenes at the points of contact where people and their environment interact. Social work focuses on optimizing the psychosocial functioning of people: the complex interaction between people and their environment. Principles of human rights and social justice are foundations for social work. Core objectives are empowering people and letting people get their justice(s): stimulating active citizenship, and building social systems.

Social workers focus on the problems of people man and society: man in his family, in his environment, in his work situation, in his leisure time. The social worker focuses on people who experience problems in their direct and wider environment and cannot deal with them (directly) on their own strength, in a satisfactory way for them or for society. The core tasks can consist of psychosocial care, informative and concrete services, advice, mediation, research and reporting of social situations, coordination of care and help, general prevention, identification and policy-oriented work in the field of training and education. The social worker is active in social work, personnel work, socio-cultural work.

The social worker is active in social services such as hospitals, residential care centers, orthopedagogical centers, organizations for the elderly, young people and refugees.

The social worker is the expert who promotes social change, cohesion, participation and emancipation of people.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4.11 Speech therapist

A speech therapist focuses on dysfunctions in communication and does screening in the areas of voice, speech and language. The purpose of the screening is to detect the present voice, speech and language disorders and possibly advise a treatment. In the field of prevention, the speech therapist can explain the rules of voice hygiene in order to prevent the development of voice disorders. In addition to communication, the speech therapist also focuses on swallowing problems and techniques can be taught to promote swallowing. The speech therapist can also explain to the partner and family about the nature of the swallowing problem and what to do in case of problems.

The speech therapist promotes and optimizes communication where necessary. He creates good basic conditions for communication behaviour. He guides and directs communication behaviour to improve or repair disturbed communication processes. He works preventively by diagnostics and therapy of problems in the field of voice, speech, hearing and language (also reading, writing and arithmetic skills). These problems can occur in children, adolescents, adults and the elderly. Speech therapy also implies the treatment of oral dysfunctions and the search for substitute and supportive communication when the underlying communication channels have failed or are inefficient.

The speech therapist is employed in education, rehabilitation, hospitals, orthopedagogic centre, residential care centres, early intervention and independent practices.

The speech therapist is the expert in communication and feeding.

Examples (Tasakitzidis & Van Royen, 2015)

- Collaboration between psychologist (or orthopedagogue) and paramedics (such as physiotherapist, speech therapist, occupational therapist and/or audiologist) in the rehabilitation of children with an intellectual disability, with marginalization, with autism of hyperactive children, children with complex learning disabilities, speech and language disorders.
- In the centers of Technical Orthopaedics where the orthopedist consults with the physiotherapist and the occupational therapist on e.g. Children with cerebral palsy. Together they decide which splint the child needs for support.
- Multidisciplinary collaboration between the physical therapist and the occupational therapist concerning (neuro)rehabilitation in e.g. (sub)comatose clients.
- Collaboration between the orthopedist and an interprofessional team in the rehabilitation after knee or hip prostheses. The orthopedist gives you a new knee, the nurse will care for you while you are hospitalised. The physical therapist will work on muscle strength after the surgery and the OT learn how you can take stairs.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

In this syllabus you find a short description of the content of the profession of health care workers with whom you will often come into contact in practice. Write down any thoughts or questions you may have about the profession of the other disciplines. What is not quite clear to you yet?

EXERCISE

Below you find a number of situation sketches, which are short descriptions of the situation of a client with a request for help. Read each situation sketch thoroughly and fill in the matrix each time: which counsellors would you involve? Not everyone needs to be involved in every case.

	Physician	Nurse	Social worker	Psychologist	Physiotherapist	Speech therapist	Audiologist	Dietician
1. Natalia								
2. James								
3. Maria								
4. Vic								
5. Karen								
6. Roy								
7. Hilary								
8. Nicolas								
9. Lisa								

1. Natalia is 7 year and going to the 2the grade. Mathematics is very difficult for here, she has a clear problem with reading numbers. Each time, she always turns the numbers around. This is also the case when she is reading and writing. The teacher isn't able to help her. After testing, she is referred to a rehabilitation centre. Who can we help her?

2. James is born with spina bifida. He has reduced muscle strength in both his abdomen and his back. It is difficult for him to have a good balance. He uses ortheses in the lower limbs and moves in a wheelchair. As a result of the reduced muscle strength,

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

he is incontinent. Which disciplines can work together to improve the quality of life for James?

3. Maria, 85 year old and widow for 3 years. She lives alone in a big home. Once a week, there is a nurse to help her with activity of daily living and weekly, she has cleaning aid. Fourteen days ago, she was hospitalized after a accident… as a result: she has a hip fracture. She got a new hip. She wants to turn back home as soon as possible. For the moment, her self-reliance is still insufficient so the necessary preparations must be made. Who out of the team can perform this task?

4. Vic is a child of 5 year old and can sometimes be very active. He is often excluded by his classmates because they do not understand him. His parents and teacher also have troubles understanding him. Who can help?

5. The head nurse of the orthopaedics department receives the announcement from the doctor that Mrs. Karen Miller, 75 years old, is allowed to leave the hospital. She was admitted after a leg fracture. Her self-reliance is still insufficient to take care of herself. The head nurse learns that Mrs. Karen Miller is living alone and does not have the necessary informal care at home. The head nurse contacted the nurse of the social service to organize home care for her. The head nurse organizes a team meeting in order to optimize the dismissal and home care. What kind of tasks have the different disciplines involved in this situation?

6. Roy, a patient of 60 year old and a smoker of 30 cigarettes a day, has undergone a femur amputation up to 20 cm above the knee due to arterial suffering. He is currently still hospitalized. He has just left the intensive care unit and is still bedridden. Which disciplines work together as a team here? What is their task?

7. Hilary is a woman of 67 year old who has just been diagnosed with type II diabetes. The doctor advised her to adopt a healthier lifestyle, also to control her hypertension. At the moment, she doesn't do much physical activities besides housework. She gets tired easily and can't handle group outings anymore because the general walking pace is too high. She suffers from shortness of breath during physical exertion due to her lack of fitness. She also wants to adapt her diet, but doesn't know where to start. Through a healthier lifestyle, she hopes to improve her general health and hopes to go out again with her friends. Which disciplines can help here?

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

8. Nicolas is 38 year old, father of 2 children and bookkeeper at a transport company. He is a very perfectionist and because of a reorganization at work, the stress became too much. The family doctor wrote him a few weeks at home to recover. Which disciplines can help here?
9. Lisa is 13 year old and has been having weight problems for a number of years. She is often bullied at school and she has little self-confidence. On the advice of the Learning Guidance Center, her parents visit an obesity centre to enroll her in an obesity program for children. Which disciplines will help Valerie?

MORE INFORMATION

If you want more info about interprofessional collaboration, there is a journal about interprofessional care where you can find a lot of information

https://www.tandfonline.com/loi/ijic20

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

5 Tools to assess interprofessional practice

5.1 Pathways

A care pathway is the tool you can use for a complex intervention for the mutual decision making and organisation of care processes for a well-defined group of clients during a well-defined period with the involvement of different disciplines (it's a job for the multidisciplinary team) (Schrijvers, 2012).

WEBSITE

Examples of different pathways can be find on https://pathways.nice.org.uk/

5.2 Interprofessional practice and education quality scale (IPEQS)

To evaluate the team meeting, it is necessary to make a distinction between process and results. As a guideline to have a good meeting, we can use the list below from Vyt (2008):

Process
• All the participants knew the goals before the meeting • All participants were prepared (they read the casus) • We have all the relevant info needed to have a goal-oriented meeting • When we analyse the problem, we take into account all relevant aspects (pro's and contra's) • Conflicting views are cleared up during the meeting • The social and psychical context from the client, involved the discussion we have • There was a certain structure during the meeting
Results
• The treatment demand was sufficiently defined • Each goal is assigned to someone from the team • There is a deadline to achieve the desired result(s) • Is it clear who coordinate the total care?
Suggestions to have a good and productive team-meeting
• Do we use the knowledge and information in a constructive way? • Is there a possibility to interact with each other? Can different team members with a different role have a discussion? • Is there freedom of choice for the client? (client-centred work)

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

5.3 Team Decision Making Questionnaire (TDMQ)

(Batorowicz and Shepherd, 2008)

The Team Decision Making Questionnaire (TDMQ) was developed to assess the quality of interprofessional teams and to evaluate clinical staff's perceptions of decisions making.

The Team Decision Making Questionnaire is a 19-item tool with a 7-point scale that is used to assess the quality of interprofessional teams. The tool has 4 subscales: decision-making, team support, learning, and developing quality services.

When completing this questionnaire please consider your overall experience answer.

To what extent does the Team Decision Making Process help you to ...

1. ... obtain support in clinical/technical decision making?
2. ... make consistent recommendations for all clients?
3. ... apply standards consistently across your team?
4. ... takes personal onus off decisions regarding prescriptions?
5. ... validate my clinical/technical decisions?
6. ... apply policies consistently within your own caseload?
7. ... apply policies accurately?
8. ... provide support with colleagues' clinical technical decision making
9. ... share innovative ideas
10. ... obtain clinical/technical advice
11. ... become more competent
12. ... share success
13. ... keep current with knowledge regarding changing policies?
14. ... learn about application of new technology/strategies?
15. ... obtain various clinical/technical perspectives?
16. ... keep current with equipment and new technology in this field of clinical practice?
17. ... develop effective problem solving?
18. ... ensure quality of services?
19. ... generate new ideas with colleagues?

Figure 13 : Team Decision Making Questionnaire from Batorowicz and Sheperd (2008)

5.4 Interprofessional collaboration scale

The Interprofessional collaboration scale is a self-report tool that is designed to collect perceptions of interprofessional collaboration among three different groups: nurses, doctors, and allied health professionals. Specifically, perceptions of communication, isolation, and accommodation are measured in a 13-item survey (Kenaszchuk,2010).

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

WEBSITE

You can find the interprofessional collaboration scale online via https://health.tamu.edu/iper/research/docs/ics-instrument-kenaszchuk.pdf

5.5 Interdisciplinary education perception scale (IEPS)

The IEPS was developed to gauge professionally oriented perceptions and related affective domains for interdisciplinary education programs.

It is an 18-item tool with a 6-point scale that can be used to assess the effect of interprofessional education experiences. The tool has 4 subscales: competency and autonomy, perceived need for cooperation and perception of actual cooperation and understanding others' roles.

WEBSITE

You can find the interprofessional collaboration scale online

https://nexusipe-resource-exchange.s3.amazonaws.com/Tool.Interdisciplinary-Education-Perception-Scale-IEPS.pdf

MORE TOOLS TO ASSES INTERPROFESSIONAL COLLABORATION

- Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)

  https://nexusipe.org/advancing/assessment-evaluation/assessment-interprofessional-team-collaboration-scale-aitcs

- Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)

  https://nexusipe.org/advancing/assessment-evaluation/collaborative-practice-assessment-tool-cpat

- Index for Interdisciplinary Collaboration

  https://nexusipe.org/informing/resource-center/iic-index-interdisciplinary-collaboration

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

6 Use of ICF as a common language

Interprofessional collaboration assumes a common language. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) classification provides a common, international language with the potential to facilitate communication across disciplines, to stimulate interdisciplinary research, to improve clinical care, and ultimately to better inform health policy and management.

The ICF is a classification system to describe the functioning of people including factors that influence the functioning. It consists of two parts: (1) functioning and disability (body functions and structures and activities and participation) and (2) contextual factors (environmental and personal factors) (WHO, 2001).

In a next course, we will go more into detail (see course ICF).

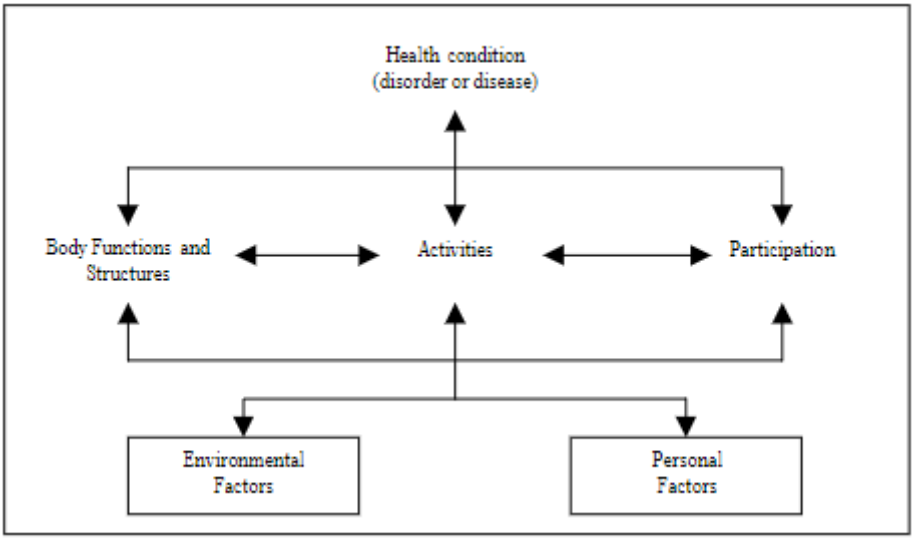


Figure 14 : The International Classification of Functioning, Disability and Health Schema (WHO, 2001)

An interdisciplinar careplan is a tool that can help you when the care is complicated, and more than one health care professional is involved in care giving.

Within the interprofessional model, the aim is to find out together with the client (and his system) what he needs and what healthcare can do to achieve this. With the ICF scheme it soon becomes clear that it is about the client's functioning and not so much about the client's pathology. To what extent does the 'disease' affect the client's quality of life and what can we, as a 'medical and/or paramedical' team, mean in this respect?

By drawing up a joint care plan, task agreements are also made in practice. This presupposes mutual commitment and the use of common communication channels and tools.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

A care plan is usually a written document relating to the planned care for a user. It meets the needs of the individual client and draws up a policy with attention to the various relevant problem areas (physical, psychosocial, contextual). The document is mainly problem oriented. It can be seen as a kind of contract: everyone knows what can be expected of everyone.

By clearly mapping out the entire care process, it anticipates to new problems and crisis situations in the future, and reduces uncertainty and anxiety. The work instrument can contain many elements, such as diagnostics from the various disciplines or the functional balance of the (instrumental) activities of daily life. Usually five parts are mentioned: an administrative part, general (care) objectives, the clinical assessment, task assignments and a communication part; the administrative part is the static part, while the other parts are dynamic and constantly adapted.

Two elements are essential in an interprofessional care plan. First of all, the **general care objectives** must be determined based on the client's or client's request for help and the problem. "

"What are the needs of the client and his or her problem to get into healthcare?"

Together with the client, the problem and what is feasible for the client/client in its context, is then examined. It is important to formulate achievable goals, which will be used in the first instance. Afterwards, the objectives can then be adjusted based on clinical findings, the evolution of the recovery, the needs and requirements of the client.

In addition, it is important to **formulate clear task** agreements or interprofessional objectives in the outcome, long term goals (LTG) and short term goals (STG). These are determined within an interprofessional consultation: what do we want to achieve together for this client and how do we do that? In order to achieve objectives, a number of concrete and practical agreements are made: who treats the client, informs... The agreements are clearly noted in the care plan. This information gives a good overview of what is going on with the client and what is being done about it. This method of working also offers an opportunity to evaluate and to guarantee the quality of care.

The appointments include the disciplines involved with their treatment plan, the frequency of treatments and the evolution of the need for care. The appointments must also clearly state who the contact person is and who communicates what information to the client. Appointments must also be made for the follow-up of the client.

Furthermore, a care plan also includes a communication section. It should be clear to the care workers who answers which questions. The care plan or report with all data about the client must therefore also be kept up to date and be available to all care providers at all times be transparent and accessible.

Drawing up a care plan goes through several phases. In the first instance there is the diagnostic phase, in which the problem is identified and framed. Then the planning phase begins, in which a choice is made whether other disciplines will be involved and with what frequency. Finally there is the execution phase in which the plan is carried out. This act is fundamental in any care plan. (Tasakitzidis & Van Royen, 2015).

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

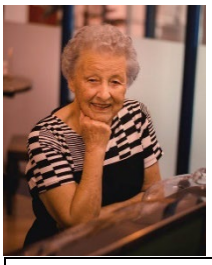
6.1.1 ICF Assessment

The ICF Assessment sheet provides a comprehensive overview of a person's functioning state by presenting all the components of functioning, environmental and personal factors with input from both the health professional and the client. It can help the team to understand the person's functioning and to identify the needs to be addressed. Taking into account the environment and personal factors.

This is how it may look :

<table>
<tr><th colspan="5"><u>ICF Assessment Sheet</u></th></tr>
<tr><td rowspan="2">Client Perspective</td><td rowspan="2">Body Functions & Structures</td><td>Statements from client/client about their body functions and/or structures</td><td rowspan="2">Activities & Participation</td><td>Statement from client/client about engaging in daily/periodic activities and participating in community, social and political life</td></tr>
<tr><td>Health Professional Perspective</td><td>Information/rating from multidisciplinary team of health professionals about client/client's body functions and structures</td><td>Information/rating from multidisciplinary team of health professionals about the client/client's engagement in daily/periodic activities and participation in community, social and political life</td></tr>
<tr><td colspan="3">Environmental Factors</td><td></td><td>Personal Factors</td></tr>
<tr><td colspan="3">Information/rating from multidisciplinary team of health professionals and client/client about the environmental factors that serve as barriers and/or as facilitators</td><td></td><td>Information/rating from multidisciplinary team of health professionals and client/client about the personal factors that serve as barriers and/or as facilitators</td></tr>
</table>

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union



When we apply it to our case of Mrs Perry its looks like:

ICF Assessment Sheet				
Client Perspective	Body Functions & Structures	- Age related diseases (arthrosis, high blood pressure, visual problems	Activities & Participation	- Problems with mobility - Network: volunteers, nurse, elderly helper - Afraid of falling
Health Professional	Body Functions & Structures	- Anxious to fall	Activities & Participation	- Needs to learn how she can use a walker outside her home
Environmental Factors				**Personal Factors**
- lives in a big house with 4 rooms and a garden - has a walker				- 83 year - women - widow

6.1.2 ICF Intervention table

The ICF Intervention table can facilitate the coordination of interventions, roles and resources within a multidisciplinary team. It provides a comprehensive overview of all the intervention targets assigned to a member of the interprofessional team.

It's important to formulate a goal smart

- "S" stands for **specific**. Make your goal or objective as specific as possible.
- "M" stands for **measurable**. Include a unit of measure in your goal. We can measure at a later date whether this objective has been achieved.
- "A" stands for **achievable**. Be realistic. ... stands the client, his network and the team behind this objective?
- "R" stands for **realistic**. ...
- "T" stands for **time**-bound. When do we want to see this goal realized?

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ICF intervention table									
	Intervention target	**Intervention**	**Doc**	**Nurse**	**PT**	**OT**	**Psych**	**SW**	**Others**
Body functions /structures									
Activities / Participation									
Environmental factors									
Personal factors									

*Doc= doctor, PT=physical therapist, OT = occupational therapist, SW = social worker

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

7 Case 1

CASE

Jason is a 23 year old man with the syndrome of Usher. Usher syndrome is characterized by hearing loss and a gradual visual impairment. The hearing loss is caused by a defective inner ear, whereas the vision loss results from retinitis pigmentosa (RP), a degeneration of the retinal cells. For the moment he has only a vision loss. Sometimes he suffers from ocular pain. Has also limited cognitive functions but is motivated to learn new things and can keep his attention when he is not too tired.

Jason lives independently. Once in a week he has cleaning aid and his parents are responsible for laundry, ironing and groceries. Once in a moth, the social worker does his paper work. He can cook independently some simple meals.

Sometimes, Jason is very emotional because of the progressive evolution of his syndrome now, it is important to learn different skills he can use in a later phase of the syndrome. The hearing loss will come up soon.

Currently, it is possible for Jason to orientate in space. He is able to move by using a cane and an assistant dog. He knows some routes, but sometimes he needs assistance to learn a new route. Jason works halftime in a call centre. He uses public transport (bus and train) to go to work.

When night falls, Jason hurries home because it is difficult to move and orientate himself in dark.

During leisure time, he loves reading a book on his daisy player and enjoys social interaction with his friends (A daisy player is specially designed to read a spoken book, magazine or newspaper. It is actually a kind of CD player that is designed for the blind, visually impaired, people with dyslexia).

Every Friday evening, Jason goes to the local pub to chat with friends. Someone of his friends will come over to pick him up.

For Jason's future, it is important to learn braille to keep reading. It is also important for him to learn haptics to communicate in a later phase of his syndrome.

Currently, Jason can understand spoken messages and use this skill to use his iPhone. He's familiar with WhatsApp and Facebook.

Give an answer on the follow questions:

Question 1: Use the ICF Assessment Sheet to give an overview

Question 2: How can we prepare us for the interdisciplinary meeting?

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Question 3: Make a multidisciplinary intervention table. What's the role of each healthcare professional in this case?

Question 4: What's the role of the occupational therapist?

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Question 1: Use the ICF Assessment Sheet to give Jason's overview.

<table>
<tr><th colspan="5">ICF Assessment Sheet : Case Jason</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Client Perspective</td><td rowspan="2">Body Functions & Structures</td><td>Statements from client/client about their body functions and/or structures
– I have some times ocular pain</td><td rowspan="2">Activities & Participation</td><td>Statement from client/client about engaging in daily/periodic activities and participating in community, social and political life
– Working in call center
– Use public transport
– Participate to social activities</td></tr>
<tr><td>Health Professional Perspective</td><td>Information/rating from multidisciplinary team of health professionals about client/client's body functions and structures
– Vision loss
– Hearing loss</td><td>Information/rating from multidisciplinary team of health professionals about the client/client's engagement in daily/periodic activities and participation in community, social and political life
– Needs to learn new routes
– Needs to learn braille
– Needs to learn haptics</td></tr>
<tr><td colspan="3">Environmental Factors</td><td></td><td>Personal Factors</td></tr>
<tr><td colspan="3">Information/rating from multidisciplinary team of health professionals and client/client about the environmental factors that serve as barriers and/or as facilitators
- Parents are supportive
- Has supportive friends
- Use a cane and dog to move and orientate
- Daisyplayer
- Iphone</td><td></td><td>Information/rating from multidisciplinary team of health professionals and client/client about the personal factors that serve as barriers and/or as facilitators
• 23 year
• men</td></tr>
</table>

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Question 2: How can we prepare us for the interdisciplinary meeting about Jason?

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Question 3: Fill in a multidisciplinary intervention table. What's the role of each healthcare professional in this case?

The ICF Intervention table can facilitate the coordination of interventions, roles and resources within a multidisciplinary team. It provides a comprehensive overview of all the intervention targets

	Intervention target	Intervention	Doc	Nurse	PT	OT	Psych	SW	Others
Body functions /structures	Vision loss	Learn to compensate the vision loss							Low vision therapist
	Hearing loss	Learn to compensate the hearing loss							audiologist
Activities / Participation	Mobility	Learn the route from home to the pub				x			
	Reading	Learn braille				x			
	Using communication techniques	Learning the understanding of haptics							
Environmental factors	Learn to use the iPhone in daily live	- Learn to use a navigation app - Learn to read the newspaper on the IPhone				x			
		Follow-up the paperwork						x	
Personal factors									

*Doc= doctor, PT=physical therapist, OT = occupational therapist, SW = social worker

Question 4: What's the role of the occupational therapist?

8 Case 2

CASE

James a 52-year-old music teacher who is half-paralyzed after a serious skiing accident. He lives together with his wife and 2 children. His children are 14 and 16 year old and are currently studying at a college. We hope James can go home in a few weeks. Mobility is possible with aids. Walking independently is not possible because he can't take support on his leg. He has also little arm strength and limited arm mobility (90 degrees abduction). The biggest problem he has is concerning grabbing objects.

His speech and swallowing disorders were initially serious but now it is much better thanks to the speech therapist. There is a positive prognosis but likely, he will have permanent motor coordination problems.

EXERCISE

Try to give an answer on the followed questions

Question 1: Use the ICF Assessment Sheet to give an overview

Question 2: How can we prepare us for the interdisciplinary meeting?

Question 3: Make a multidisciplinary intervention table. What's the role of each healthcare professional in this case?

Question 4: What's the role of the occupational therapist?

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Bibliografie

Academy of Medical Royal Colleges. (2020). *Developing professional identity in multi-professional teams.*

Barr, H., (1998). Competent to collaborate: Towards a competency based model for interprofessional education. Journal of interprofessional care. 12, 181-187, http://doi.org/10.3109/13561829809014104

Batorowicz, B., Shepherd, T. A. (2008).Measuring the quality of transdisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care, 22*(6), 612-620

Brown, M., Laughey, W., & Tiffin, P. (2020). Forging a new identity: a qualitative study exploring the experiences of UK-based physician associate students. *BMJ Open*(vol. 10).

D'amour, et al., (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Service Research*, 8, 188, doi:10.1186/1472-6963/8/188.

Duncan, E. (2011). *Foundations for Practice in Occupational Therapy.* Elsevier Health Sciences.

Gregory, M. (2020). The Impact of Interprofessional Education on Healthcare Team Performance: A Theoretical Model and Recommendations. In J. Paige, *Comprehensive Healthcare Simulation: Inter Professional Team Training and Simulation, Comprehensive Healthcare Simulation.* Springer Nature Switzerland. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-030-28845-7_2

Greiner, AC., Knebel, E., (2003). *Health professions education: A bridge to quality. Chapter 3: The core competencies needed for health care professionals.* National Academies Press.

Grant, RW, Finnocchio, JL., the California primary care consortium subcommittee on interdisciplinary collaboration. (1995). Interdisciplinary collaborative teams in primary care: A model curriculum and resource guide. San Francisco.

Huber, M. (2014) Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Maastricht University: Maastricht.

IPEC (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice. https://www.ipecollaborative.org/resources.html

Johnson, C. (2017). Understanding Interprofessional Collaboration: An Essential Skill for all Practitioners. *OT Practice*(22(11)).

Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Service Research*.

Royal College (2020). CanMeds: Better standards, better physicians, better care. . http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Schrijvers, G., van Hoorn, A., Huiskes, N. (2012).The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care*. (Special Edition Integrated Care Pathways). doi: 10.5334/ijic.812

Stanley, P., Peterson, C. (2001*). Interprofessional collaboration in occupational therapy*. Routledge: new York and London

Swientozielskyj, S., & et al. (2015). *Multi-disciplinary Team Handbook. Working toward an effective multidisciplinary/multiagency team.* Leeds: NHS England.

Tasakitzidis, G., & Van Royen, P. (2015). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg.* Berchem: De Boeck.

Thistlethwaite, J., (2012). *Values-based interprofessional collaborative practice. Working together in health care*. Cambridge Medicine

Van Dongen, J. (2017). *Interprofessional collaboration in primary care teams. Development and evaluation of a multifaceted programme to enhance client-centredness and efficiency.* Maastricht.

Vyt, A., (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 24, 106-109.

Vyt, A. (2012). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

WHO (2001). *ICF*: *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organisation.

Woods, S., & West, M. (2010). *The psychology of Work and Organisations.* London: Cengage.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Appendix: Common barriers to interprofessional team work

(Grant, Finnocchio & Californa Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration, 1995)

Organizational barriers	**Team level barriers**	**Barriers faced by individual team members**
• Lack of knowledge and appreciation of the roles of other health professionals • Financial and regulatory constraints • Legal issues of scope of practice and liability • Reimbursement structures for different professions • Hierarchical administrative and educational structures	• Lack of clearly stated, shared and measurable purpose • Lack of training in interprofessional collaboration • Role and leadership ambiguity • Team is too large or too small to work interprofessional • There is no mechanism for sharing information • Difference in levels of authority, power, expertise and income • Traditions • Lack of commitment of team members, apathy of team members • Conflict regarding the individual relationship to the client	• Split loyalities between team and the own discipline • Competition • Reluctance to accept suggestions from team members representing other professions • Lack of trust

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

List of tables

Table 1 Contrast between traditional care and collaborative care (Johnson, 2017) 15

Table 2 Benefits and barriers of interprofessional collaboration (Stanley & Peterson,2001) 15