

„Það er fróðlegt og krefjandi að vinna í teymi“

Þverfræðilegt nám á heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands: þriggja ára þróunarverkefni

Sóley S. Bender, Andri St. Björnsson, Anna Bryndís Blöndal, Guðlaug Kristjánsdóttir, Inga B. Árnadóttir, Ólöf Guðný Geirsdóttir, Þorvarður Jón Löve og Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Þverfræðilegt nám fyrir nemendur Heilbrigðisvísindasviðs (HVS) Háskóla Íslands (HÍ) var í þróun á tímabilinu 2014–2017. Nemendum bauðst að taka tvö námskeið, annað fræðilegt og hitt klínískt. Á þessu tímabili tóku alls 423 nemendur fræðilega námskeiðið og 132 nemendur fengu klíníska þjálfun. Nemendur komu úr ólíkum heilbrigðisvísindagreinum og höfðu mismunandi bakgrunn og væntingar. Í þróunarverkefninu fólst margvíslegur ávinningur en jafnframt strembin úrlausnarverkefni. En hver var þörfin í íslensku samfélagi fyrir þverfaglegt samstarf í heilbrigðisþjónustu og hvert var mikilvægi þessa náms á Heilbrigðisvísindasviði?

Hinn 15. október 2013 birtist eftirfarandi bréf í Morgunblaðinu eftir Guðbjörgu Sveinsdóttur ellilífeyrisþega:

Eins og nú er eru sjúklingar á endalausri ferð í kerfinu á milli sérfræðinga og staða. Þessu þarf að breyta til bóta fyrir alla. Ég sé fyrir mér að sjúklingur komi inn í miðjukjarna. Þar sem tekið er á móti honum, þar sem hann gefur upplýsingar um hvað ami að honum. Í þessum miðjukjarna séu til staðar sérfræðingar, starfslíð, sem tekur við honum og komi honum í rannsóknir, blóðgreiningu, röntgen, sneiðmynd o.s.frv., allt sem þarf til að fá heildarmynd af ástandi hans ... þarna fengi sjúklingurinn greiningu í einni ferð og í stað þess að hrekja hann fram og til baka um kerfið, væri hann möndullinn, sem kerfið snerist um. Allt tæki þetta miklu styttri tíma þar sem greiningaþættirnir vinna náið saman eins og vel smurð vél.

Þessi orð Guðbjargar veita góða innsýn í þarfir sjúklinga og hvernig þjónustan þarf að vera skipulögð svo hún komi sem best til móts við þær. Guðbjörg leggur áherslu á heildarmyndina af ástandi sjúklingsins þar sem margir fagaðilar eiga hlut að máli og hvernig þjónustan eigi að snúast í kringum hann. Hún nefnir jafnframt að árangurinn af þverfaglegu samstarfi felist í hagræðingu.

Áhersla á þverfaglega samvinnu heilbrigðisstarfsfólks er mikilvæg til þess að stuðla að öryggi sjúklinga og til að takast á við sífellt flóknari viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur um alllangt skeið lagt áherslu á mikilvægi þess að mennta nemendur og heilbrigðisstarfsfólk í samvinnu þvert á fræðigreinir (WHO, 1978, 1988). Áhersla á þverfaglega samvinnu (e. interprofessional collaboration) heilbrigðisstarfsfólks er mikilvæg til þess að stuðla að öryggi

sjúklinga og til að takast á við sífellt flóknari viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar (WHO, 1988, 2010; IECEP, 2011). Iðulega má rekja orsakir mistaka á sjúkrastofnunum til skorts á samskiptum eða óljósum boðskiptum milli meðferðaraðila (Hannaford o.fl., 2012). Auknar kröfur eru í samfélaginu um samstillta þjónustu með þverfaglegu samstarfi vegna flókinna viðfangsefna.

Dæmi um vaxandi heilbrigðisvandamál í íslensku samfélagi þar sem margir fagaðilar þurfa að koma að er offita og fylgikvillar hennar. Samkvæmt skýrslu OECD þá þurftu 19% þjóðarinnar að glíma við offitu árið 2015 borið saman við 12,4% árið 2002 og 7,5% árið 1990 (OECD Health Statistics 2018). Dánartíðni í þessum hópi er mun hærri en hjá þeim sem eru í kjörþyngd og mun meiri hætta á að fá sjúkdóma, svo sem krabbamein, hjarta- og æðasjúkdóma, stoðkerfisvandamál, sykursýki, astma og kæfisvefn (Malnick og Knobler, 2006). Frjösemin minnkar iðulega í þessum hópi og meðganga getur reynst mun áhættusamari (Klenov og Jungheim, 2014; Ramachenderan o.fl., 2008). Til að sporna við slíkri þróun í samfélaginu þurfa heilbrigðisstéttir að vinna saman. Það er bæði mikilvægt fyrir einstaklinginn að lifa betur og þjóðhagslega hagkvæmt að fyrirbyggja þetta vandamál. Til að svo geti orðið þarf að mennta og þjálfva heilbrigðisstarfsfólk í þverfaglegum vinnubrögðum svo það geti unnið saman á árangursríkan hátt (WHO, 2010).

Þverfagleg þátttaka, þar sem er heildræn nálgun í greiningar- og meðferðarferlinu, kemur sér ekki aðeins vel fyrir þjónustuþegann heldur getur hún einnig aukið starfsánægju þeirra sem veita þjónustuna (WHO, 2010). Sýnt hefur verið fram á aukna ánægju skjólstæðinga þegar betri vinnuaðferðir eru teknar upp í kjölfar fræðslu og þjálfunar starfsfólks í þverfaglegum vinnubrögðum (Reeves o.fl., 2010). Auk þess stuðlar þannig samstarf að auknu öryggi, gæðum og hagkvæmni í þjónustu heilbrigðisstarfsfólks (WHO, 2010).

Á námsárunum þarf að leggja grunn að samvinnu nemenda í heilbrigðisvísindum, hún eykur þekkingu og skilning á starfs-

sviði og fræðigrein samnemenda. Slík samvinna er meðal annars líkleg til að hafa áhrif á viðhorf nemenda til annarra fagstétta sem þeir vinna með í framtíðinni (Hawkes o.fl., 2013). Viða í erlendum háskólum gefst nemendum í heilbrigðisvísindum kostur á að læra með öðrum nemendum og vinna með þeim. Má þar nefna University of Minnesota (UM) í Bandaríkjunum, University of Toronto (UT) í Kanada og University of East Anglia (UEA) í Bretlandi. Miðstöð þróunar um þverfræðilegt nám (e. The Center for the Advancement of Interprofessional Education) var stofnuð í Bretlandi 1987 til að aðstoða kennara við skipulagningu slíks náms þar í landi (Oandasan og Reeves, 2005). Tilgangur þess er að búa verðandi heilbrigðisstarfsmenn ólíkra fræðigreina undir að vinna markvisst saman í þverfræðilegri teymisvinnu til að ná betri árangri í störfum þeirra síðar meir. Við undirbúning og skipulagningu námsins hér á landi var hvað mest samstarf við UM og UEA til að skoða reynslu þeirra sem var um margt ólík.

Hægt er að byggja upp þverfræðilegt nám á marga vegu og engin ein leið hefur verið talin best (Freeman o.fl., 2010). Breytingar á námskrá eða skipulagi náms eru ýmist álitnar óþarfi eða tækifæri. Til að mynda voru margir hlyntir því en aðrir fullir efasemda þegar þverfræðileg klínísk kennsla hófst við University of Toronto (Nelson o.fl., 2014). Eins hafa verið skiptar skoðanir um hvenær á námsferli nemenda skuli hefja þannig nám (Oandasan og Reeves, 2005). Þverfræðileg klínísk þjálfun nemenda mun þó ávallt gera kröfur um að nemendur hafi klíníska þekkingu. Erlendis er töluvert unnið með nemendum við þessar aðstæður, svo sem í færnibúðum til að skapa vettvang fyrir samvinnu nemenda, en þjálfun nemenda við klínískar aðstæður er mjög mismunandi. Hér á landi var með þessu þróunarverkefni lögð áhersla á fræðilegt námskeið sem þjálfaði nemendur í teymisvinnu sem væri undirbúningur undir klínískt námskeið sem byði upp á frekari þjálfun en við raunverulegar aðstæður.

Tilgangur þessarar fræðslugreinar er að varpa ljósi á skipulag þriggja ára tilraunaverkefnis þverfræðilegs náms á Heilbrigðisvísindasviði HÍ, það sem reyndist lærdómsríkt og þá erfiðleika sem fólust í verkefninu. Það er von höfunda að upplýsingarnar geti reynst gagnlegar við frekari þróun náms á HVS og jafnvel á öðrum sviðum háskólans.

Skipulag og þróun

Undirbúningur námsins

Vorið 2010 skipaði Sigurður Guðmundsson, þáverandi forseti HVS, fulltrúa frá öllum deildum HVS og tveimur námsbrautum í stýrihóp til að meta hvort HVS ætti að koma á fót göngudeild innan sviðsins sem í eðli sínu fæli í sér samvinnu nemenda HVS, þvert á fræðigreinar. Því lagði stýrihópurinn frá upphafi ríka áherslu á klínískt nám; svipað og gert var við University of Toronto árið 2004 (Nelson o.fl., 2014).

Í stýrihópinn voru skipaðir Sóley S. Bender, formaður og fulltrúi Hjúkrunarfræðideildar, Anna Birna Almarsdóttir, fulltrúi Lyfjafræðideildar, Helgi Sigurðsson, fulltrúi Lækna-deildar, Inga B. Árnadóttir, fulltrúi Tannlæknadeildar, Ólöf

Guðný Geirsdóttir, fulltrúi Matvæla- og næringarfræðideildar, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, fulltrúi Námsbrautar í ljósmóðurfræði, Sigrún Vala Björnsdóttir, fulltrúi Námsbrautar í sjúkraþjálfun, og Urður Njarðvík, fulltrúi Sálfræðideildar. Síðar komu aðrir fulltrúar deilda og námsbrauta, en þeir sem eru höfundar þessarar greinar voru síðast starfandi í stýrihópnum. Við undirbúning móttökunnar var að undangengnum umræðum ákveðið að leggja áherslu á að markhópur þjónustunnar miðaðist við nemendur HÍ. Niðurstöður könnunar vorið 2011 á viðhorfum háskólanema til göngudeildarþjónustu leiddu m.a. í ljós að tæplega 40% íslensku nemanna og um 70% hinna erlendu höfðu ekki heimilislækni á höfuðborgarsvæðinu. Meirihluti þátttakenda þurfti á heilbrigðisþjónustu að halda á árinu fyrir könnunina en rúmlega helmingur beið með að leita eftir heilbrigðisþjónustu og var meginástæða þess kostnaður (Sóley S. Bender o.fl., 2015).

Til að samræma hugmyndafræði þessara ólíku fræðigreina, sem að náminu stóðu, var í febrúar 2013 gefin út skýrslan Heilsutorg: Þverfræðileg samvinna sem fjallaði um fræðilegan bakgrunn námsins og um námið sjálft.

Heilsutorg: Þverfræðileg samvinna

Töluverða forvinnu þurfti til áður en þverfræðilega námið gat hafist og fékk verkefnið styrki úr Kennslumálasjóði og Aldarafmælisjóði Háskóla Íslands og þannig var kleift að ráða verkefnisstjóra. Dr. Sólfríður Guðmundsdóttir starfaði á tímabilinu 2012–2014 en Mardís Sara Karlsdóttir á árunum 2014–2016. Til að samræma hugmyndafræði þessara ólíku fræðigreina, sem að náminu stóðu, var í febrúar 2013 gefin út skýrslan *Heilsutorg: Þverfræðileg samvinna* sem fjallaði um fræðilegan bakgrunn námsins og um námið sjálft (Sólfríður Guðmundsdóttir o.fl., 2013). Heiti skýrslunnar og um leið námsins hafði sérstaka skírskotun til klíníska námsins sem fram fór á Heilsugæslu Glæsi-bæjar. Í skýrslunni var gerð grein fyrir ýmsum grundvallarhugtökum þverfræðilegrar og þverfaglegrar samvinnu sem nauðsynlegt þótti að skýra því notkun þeirra var ekki alltaf samræmd. Hér vísar hugtakið þverfræðilegt (e. interdisciplinary) til náms og samvinnu nemenda frá ýmsum fræðigreinum en þverfaglegt (e. interprofessional) til náms og samvinnu heilbrigðisstarfsmanna sem hlotið hafa leyfi til að starfa í sinni fræðigrein.

Til undirbúnings voru útbúnaðar handbækur að erlendra fyrirmynd fyrir leiðbeinendur og nemendur bæði í fræðilega og klíníska námskeiðinu (FICC, 2012; Oandasan og Reeves, 2005). Einnig var haldin ráðstefna í maí 2013 undir heitinu *Vinum saman: Þverfræðilegt nám á Heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands*. Gestafyrirlesari var dr. Susanne Lindqvist sem stýrir Centre for Interprofessional Practice við University of East Anglia í Bretlandi. Hún hélt jafnframt eins dags námskeið fyrir verðandi leiðbeinendur. Ekki reyndist unnt að hefja námið haustið 2013 vegna flókinna þátta í skráningu nemenda. Til að



Mynd 1. Kristín Ingólfssdóttir, Jónas Guðmundsson, Sigrún K. Barkardóttir, Halldór Jónsson, Svanhvít Jakobsdóttir, Ófeigur T. Þorgeirsson, Inga Þórsdóttir og Sóley S. Bender. Mynd tekin í tilefni af undirritun samstarfssamnings Háskóla Íslands og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins um Heilsutorg, fyrir tímabilið 2014–2017.

mynda var þetta í fyrsta sinn sem í boði var námskeið á vegum HVS þvert á deildir. Einnig vantaði klínískan vettvang þar sem nemendur frá átta fræðigreinum gátu unnið saman og óljóst var hvort möguleiki væri á samstarfssamningi við Landspítalann eða Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH). Örfáum dögum áður en klíníska námið hófst á Heilsutorgi náðist samkomulag milli HÍ og HH, eða 24. september 2014.

Með samstarfssamningnum var kominn grundvöllur fyrir sérstakan klínískan vettvang til að þjálfa nemendur HVS til að vinna saman á þverfræðilegan hátt og var byggt á fyrri samstarfssamningi HÍ og HH um kennslu, stjórnun og rannsóknir. Í samningnum kom fram: „Með vísan í samstarfssamning HÍ og HH eru aðilar sammála um að vinna sameiginlega að því að tryggja gæði klínískrar kennslu í heilbrigðisvísindum og stuðla að framgangi vísindarannsókna heilbrigðisstétta tengdum heilsugæslu. Þessu tengd er þróun og rekstur þverfræðilegrar móttöku á Heilsutorgi háskólanema, í samstarfi HVS og HH.“

Hugmyndafræðilegar áherslur

Samkvæmt gögnum frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni er *þverfræðilegt nám* skilgreint á eftirfarandi hátt: „Þverfræðilegt nám er þegar nemendur úr tveimur eða fleiri fræðigreinum læra um, af og með hver öðrum til að vinna á árangursríkan hátt saman að bættu heilbrigði“ (WHO, 2010, bls. 7). Viða erlendis er verið að þjálfa nemendur úr tveimur fræðigreinum til að vinna að sameiginlegum viðfangsefnum (Russell og Hymans, 1999). Við undibúning þessa náms þótti nauðsynlegt að gefa nemendum frá öllum deildum HVS tækifæri til að vinna saman í teyminum.

Hugmyndafræðin, sem lögð var til grundvallar í báðum námskeiðunum, var *heildræn sýn* á heilsu og heilsufarsleg vandamál þjónustuþegans (Wade, 2009), að *þjónustuþeginn væri miðpunktur* þjónustunnar og að hann væri *virkur þátttakandi* í eigin meðferð (Barry og Edgman-Levitan, 2012; Epstein og Street, 2011; OMA, 2010).

Klíníska námskeiðið á Heilsutorgi skapaði möguleika fyrir nemendur úr mörgum fræðigreinum á að öðlast heildarsýn á viðfangsefni og vanda þjónustuþegans þar sem hann var miðpunkturinn. Hann var þátttakandi í viðtölunum með nemendum ásamt klíníska leiðbeinandanum og var hluti af teyminu. Lögð var áhersla á hugmyndafræði um virkni skjólstæðingsins en í 31. gr. laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 segir: „Sjúklingur ber ábyrgð á heilsu sinni eftir því sem það er á hans færi og ástand hans leyfir. Honum ber eftir atvikum að vera virkur þátttakandi í meðferð sem hann hefur samþykkt“ (skáletrun höfunda). Leitast var við að ná góðri samvinnu og gagnkvæmum skilningi með viðtalinu og að leita bestu leiða til að ná sameiginlegum markmiðum

um bætta heilsu. Til þess að svo mætti verða þurftu þjónustuþegarnir sjálfir að leggja meira af mörkum í meðferðarferlinu en heilbrigðiskerfið gerir almennt ráð fyrir í dag. Slík aðferð virkar hvetjandi fyrir þjónustuþegann sem finnur að á hann er hlustað og borin virðing fyrir skoðunum hans í stað þess að fagfólk stjórni og gefi fyrirsmáli sem einstaklingurinn á að fylgja hvað sem vilja hans líður (Nolte, 2005).

Leitast var við að ná góðri samvinnu og gagnkvæmum skilningi með viðtalinu og að leita bestu leiða til að ná sameiginlegum markmiðum um bætta heilsu. Til þess að svo mætti verða þurftu þjónustuþegarnir sjálfir að leggja meira af mörkum í meðferðarferlinu en heilbrigðiskerfið gerir almennt ráð fyrir í dag.

Um námskeiðin og mat á þeim

Haustið 2014 hófst námið, bæði fræðilegt og klínískt, við HVS. Fræðilega námskeiðið var undirbúningur undir þverfræðilega klíniska námskeiðið en nemendur gátu líka tekið það eitt og sér. Könnun var lögð fyrir nemendum í lok hvers námskeiðs.

Þverfræðilega námið var mikil nýjung enda höfðu nemendur ekki vanist því að vinna markvisst með öðrum nemendum HVS að sameiginlegum verkefnum fyrr en á þessum námskeiðum.

Fræðilega námskeiðið, HVS003F, *Þverfræðileg samvinna í heilbrigðisvisindum*, var 2 ECTS-eininga skyldunámskeið. Það var þannig byggt upp að nemendur komu fyrst allir saman í tvær samfelldar kennslustundir síðdegis, en það gat verið flókið að finna sameiginlegan tíma í stundaskrá nemendanna, meðal annars vegna fastmótaðs klíníks náms þeirra. Handbók námskeiðsins var kynnt fyrir nemendum, farið í áhersluþætti og sérstaklega fjallað um hugmyndafræðilegar áherslur námskeiðsins. Nemendur unnu síðan saman í 8–10 nemenda þverfræðilegum teymum undir handleiðslu leiðbeinenda. Hvert teymi hittist í fjögur skipti síðdegis á fimmtudögum og vann að fjölpættum verkefnum sem m.a. byggðust á tilbúnum tilfello. Námskeiðinu lauk að jafnaði með kynningu nemenda og var hún einnig haldin síðdegis.

Leiðbeinendur nemendateymanna sóttu háls dags námskeið áður en þeir byrjuðu teymisfundina með nemendum og var farið yfir *Handbók leiðbeinenda*. Einnig var fundað með þeim á örfundum í hádegi á meðan á námskeiðinu stóð. Sex leiðbeinendur tóku þátt í heils dags námskeiði, *Facilitator Training*, vorið 2013 í umsjón dr. Susanne Lindqvist. Eins tóku þrír leiðbeinendur þátt í *Team Steps*-námskeiði á vegum Landspítalans vorið 2016. Fyrstu tvö árin voru leiðbeinendur frá öllum deildum HVS nema læknaeild en það breyttist á þriðja árinu sem námið var kennt.

Við uppbyggingu námskeiðsins var meðal annars byggt á skýrslu um grundvallarhæfniviðmið (e. core competencies)

þverfaglegar teymisvinnu sem unnin var af sérfræðingahópi í Bandaríkjunum (IECEP, 2011). Þessi hæfniviðmið voru um a) lífsgildi og siðferðisleg málefni, b) hlutverk og ábyrgð heilbrigðisstétta, c) boðskipti og d) teymisvinnu. Samkvæmt skýrslu sérfræðingahópsins var nemendum ætlað að tileinka sér þessi hæfniviðmið í þverfræðilegu námi til að verða betur til þess fallnir að vinna þverfaglega í heilbrigðiskerfinu. Í fræðilega námskeiðinu var aðallega lögð áhersla á fagmennsku, boðskipti, teymisvinnu, hlutverk og ábyrgð heilbrigðisstétta, siðareglur og siðferðileg málefni. Unnu nemendur í teymum að verkefnum er tengdust þessum málefnum. Þegar æfingar voru undirbúnar var einnig tekið mið af æfingum sem höfðu verið prófaðar meðal nemenda í þverfræðilegu námi erlendis. Dæmi um það er æfing í rótargreiningu (e. root cause analysis) sem var notuð við UEA í Bretlandi og hafði sú æfing skírskotun til marga hæfniviðmiða.

Námsefnið var endurskoðað eftir hvert ár með tilliti til umsagna nemenda og leiðbeinenda. Nemendur greindu frá margvíslegum ávinningi við þetta námskeið: lærðu um starfssvið hver annars, kynntust öðrum nemendum og öðluðust vitneskju um það hvernig nemendur úr öðrum fræðigreinum nálguðust viðfangsefnin. Jafnframt prófuðu þeir sig í mismunandi hlutverkum í teymum og lærðu að gagnrýna teymisvinnuna. Í þessu nýja námskeiði fólust einnig ýmsir erfiðleikar. Má til dæmis nefna að þegar nokkrir nemendur voru úr sömu fræðigrein þá gat framlag þeirra verið einsleitt. Nemendum með mikla klíniska reynslu að baki, eins og hjúkrunarfræðinemum og nemum í ljósmóðurfræði, fannst, í sumum tilvikum, aðra nemendur í teyminu skorta klíniska reynslu. Í öðrum tilfellum náðu þessir nemendur að nýta reynslu sína til að auðvelda öðrum nemendum að vinna að verkefnum.

Mikill meirihluti nemenda gaf námskeiðinu góða einkunn og var meðaleinkunn á lokaárinu 7,9. Undantekning var að læknanemar gáfu námskeiðinu að jafnaði lélega einkunn en þó mátti sjá breytingu á því eftir því sem árin liðu.

Þau ár, sem námskeiðið var kennt, skáru læknanemar sig úr hópi nemenda, meðal annars varðandi óánægju með staðsetningu námskeiðsins í læknanáminu, hvernig væri unnið með tilfelli og að þeir væru þegar komnir með reynslu af teymisvinnu. Mikill meirihluti nemenda gaf námskeiðinu góða einkunn og var meðaleinkunn á lokaárinu 7,9. Undantekning var að læknanemar gáfu námskeiðinu að jafnaði lélega einkunn en þó mátti sjá breytingu á því eftir því sem árin liðu. Leiðbeinendum í námskeiðinu fannst hins vegar læknanemar taka virkan þátt í teymisvinnunni engu síður en aðrir nemendur.

Klíniska námskeiðið, HVS004F//HVS006F, *Þverfræðileg klínísk samvinna: Heilsutorg*, var einnig 2 ECTS-einingar. Það var skylda hjá nemendum í sjúkrahjálfun, námsbraut í klínískri næringarfræði og lyfjafræði. Heilsutorg var starfrækt í samvinnu við Heilsugæslu Glæsibæjar samkvæmt samstarfssamningi HÍ

og HH. Heilsutorg var annars vegar vettvangur fyrir nema HVS til að æfa þverfræðilega samvinnu og hins vegar móttaka fyrir skráða nema við HÍ til að fá upplýsingar og ráðleggingar um forvarnir og heilsuefingu. Þannig var námskeiðið svokallað þjónustunám (e. service learning) (Oandasan og Reeves, 2005).

Öll teymin voru þverfræðileg samkvæmt skilgreiningu WHO og unnu undir leiðsögn klíníks leiðbeinanda. Leiðbeinendahópurinn var þverfaglegur: hjúkrunarfræðingar, lækna, sálfræðingur og sjúkrapjálfari.

Námskeiðið var kennt bæði að hausti og vori og urðu nemendur að hafa áður lokið fræðilega námskeiðinu um þverfræðilegt samstarf og fengið klíníska þjálfun. Langflestir nemanna voru í framhaldsnámi við HVS. Nemendur fengu handbók um námskeiðið og náði námsdvöl þeirra á Heilsutorgi yfir tvær vikur, tvo daga vikunnar, kl. 16:00–18:00. Öll teymin voru þverfræðileg samkvæmt skilgreiningu WHO og unnu undir leiðsögn klíníks leiðbeinanda. Leiðbeinendahópurinn var þverfaglegur: hjúkrunarfræðingar, lækna, sálfræðingur og sjúkrapjálfari.

Fyrstu árin fengu leiðbeinendur á Heilsutorgi eins dags námskeið áður en þeir hófu leiðsögn, sem var stytta í hálf dags námskeið haustið 2016 vegna annríkis þeirra. Í námskeiðinu var farið yfir *Handbók leiðbeinenda*. Leiðbeinendur voru í klínísku starfi, flestir við störf á heilsugæslustöðvum; einkum á Heilsugæslu Glæsibæjar.

Byggt var á sömu hugmyndafræði og lögð var áhersla á í fræðilega námskeiðinu. Á Heilsutorgi skoðuðu nemendur heilsufar þjónustuþegans á heildrænan hátt út frá líkamlegri, andlegri, félagslegri og tilfinningalegri líðan. Nemendur úr hverri fræðigrein öfluðu upplýsinga um þjónustuþegann út frá sinni fræðigrein. Sálfræðinemar gátu til dæmis spurt um andlega og tilfinningalega líðan og sjúkrapjálfanemar um ýmislegt er laut að hreyfingu. Það gat verið mismunandi hvort vandi þjónustuþegans var margþættur eða ekki. Einnig komu þjónustuþegar sem vildu fá heilbrigðismat. Hjá þeim sem komu með eitt vandamál, eins og streitu, kom iðulega í ljós í viðtölunum að um fjölþættara viðfangsefni eða vandamál var að ræða.

Það var ný nálgun fyrir nemendur og suma leiðbeinendur að vinna þannig að þjónustuþeginn væri virkur þátttakandi í eigin greiningar- og meðferðaráætlun. Þegar þjónustuþeginn er í brennidepli er upplýsingasöfnun, meðferð og umönnun skipulögð „með honum“. Fyrirkomulagið gekk almennt vel fyrir sig á Heilsutorgi. Einn nemandi orðaði þetta svo:

Mér leist ekki alveg nægilega vel í byrjun á þá hugmynd að sitja svo mörg inni yfir einum skjólstaðingi. Ég hélt að hann myndi þá frekar halda aftur af sér. Ég hafði svo sannarlega rangt fyrir mér. Þrátt fyrir að sumir væru frekar feimnir fyrst um sinn breyttist það fljótlega um leið og þeir fóru að finna fyrir öryggi.

Þjónustuþegum fannst almennt gott að hitta hóp af nemendum úr ólíkum heilbrigðisvísindagreinum, gott að gera grein fyrir

heilsufari sínu við hóp nemenda og það væri hlustað af athygli á það sem viðkomandi sagði um heilsufar sitt. Þeir fengu tækifæri til að spyrja spurninga og að teymið útskýrði hlutina á þann hátt sem var auðvelt að skilja.

Nemendum fannst lærdómsríkt að þjálfast í þverfræðilegri teymisvinnu við raunverulegar aðstæður, kynnast nálgun annarra nemenda og taka á móti skjólstaðingum. Einnig var mikilvægt að hafa þjónustuþegann í teyminu því hann gaf mikilvægar upplýsingar. Einn nemandi orðaði lærdóm sinn af Heilsutorgi svo:

Mér fannst teymið í heild standa sig vel ... Allir aðilar voru virkir hlustendur og gáfu tilfellingum óskipta athygli. Allir voru af vilja gerðir að standa sig vel með hagsmuni þjónustuþegans að leiðarljósi. Ég lærði heilmikið af því að fylgjast með öðrum fagaðilum að störfum og viðurkenna þeirra störf því að þeir hafa meiri þekkingu en ég á ýmsum sviðum. Til að mynda kom þjónustuþegi til okkar með „almenn heilsufarsvandamál“ en þegar nánar var að gáð hafði hann djúp sálræn vandamál og hafði hann ekki gert sér grein fyrir að þau voru mjög líklega aðalástæða meina hans.

Á Heilsutorgi voru líka ýmis vandkvæði. Í byrjun var mikill áhugi meðal nemenda en þegar líða tók á tilraunátímabilið þá vantaði ákveðna nemahópa og gátu skýringar á því verið margvíslegar. Þetta voru einkum læknanemar en einnig hjúkrunarfræðinemar. Einstaka nemendahópar (lyfjafræðinemar og sjúkrapjálfanemar) voru of margir í einu en það skapaði erfiðleika við samsetningu teyma. Sumir nemar höfðu takmarkaða klíníska reynslu og þjálfun í að skrá heilbrigðissögu. Óskir komu fram hjá sumum nemendum um að fá meiri upplýsingar um skjólstaðinginn áður en hann kæmi, hafa meiri tíma með honum og fylgja honum eftir. Einnig vildu þeir sjá fleiri þjónustuþega. Í byrjun kom einstaka þjónustuþegi á Heilsutorg og vissi ekki að hann mundi hitta þverfræðilegt teymi þrátt fyrir upplýsingar þar að lútandi á vefsíðu Heilsutorgs þar sem viðkomandi pantaði viðtalstíma. Unnt var að leysa úr flestum vandamálum jafnóðum.

Litið yfir farinn veg

Þróunarverkefnið hélst í hendur við aðrar áherslubreytingar í samfélaginu sem áttu sér stað á svipuðum tíma. Í erindi Svanhvítar Jakobsdóttur, forstjóra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, 19. apríl á þingi HVS árið 2016 kom fram áhersla á teymisvinnu í stefnu heilsugæslunnar. Að auki má geta þess að byrjað var að skipuleggja verkefnið STREYMA á Landspítalanum árið 2014 en það verkefni gengur út á að stofugangur eigi að fela í sér markvissa teymisvinnu (Hávar Sigurjónsson, 2015). Það er mikilvægt að mennta- og heilbrigðisstofnanir séu samstiga svo að þverfræðilegt nám verði mikilvægur áfangi í vegferðinni til bættrar heilbrigðisþjónustu.

Út frá sjónarhóli skipuleggjenda námsins kom í ljós að nemendur voru misvel undirbúnir undir teymisfundi fræðilega námskeiðsins, þeir höfðu mismikla klíníska reynslu og voru misþjálfaðir í að skrá heilbrigðissögu og leggja upp meðferðaráætlun. Því er mikilvægt að meta hver klínísk reynsla nemenda er áður en þeir í framtíðinni taka þátt í þverfræðilegu klínísku



námskeiði með öðrum nemendum. Að jafnaði gekk vel að vinna með tilbúin tilfelli í fræðilega námskeiðinu en tilgangur þess var að þjálfra þverfræðilega samvinnu en ekki að kenna innihald einhverrar fræðigreinar (Oandasan og Reeves, 2005). Á Heilsutorgi tókst jafnóðum að sníða vankanta af ýmsum skipulagsatriðum þannig að starfsemin var farin að ganga vel. Þó gildi um þá starfsemi eins og aðra göngudeildarstarfsemi að sumir þjónustuþegar mættu ekki í pantaðan tíma og var reynt að leysa það með innkomu annarra skjólstæðinga af heilsugæslunni eða með tilbúnum tilfellum.

Þegar líða tók á skipulagningu þróunarverkefnisins þótti nauðsynlegt að kynna námið út á við og leggja áherslu á mikilvægi þverfræðilegrar og þverfaglegrar samvinnu. Stýrihópur Heilsutorgs stóð því að málþingi 20. maí 2016 undir yfirskriftinni *Teymisvinna í takt við tímann*. Birgir Jakobsson landlæknir hélt erindi og sérstakur gestafyrirlesari málþingsins var dr. Teddie Potter frá University of Minnesota. Á málþinginu deildu bæði nemendur og leiðbeinendur reynslu sinni af Heilsutorgi.

Að skapa nýjan þverfræðilegan vettvang fyrir nemendur HVS til að vinna saman var mikil viðureign og fól í sér róttækar breytingar á kennsluaðferðum og námsframboði, en þrátt fyrir margar og misjafnar torfærur gekk þetta þriggja ára þróunarverkefni vel.

Lokaorð

Að skapa nýjan þverfræðilegan vettvang fyrir nemendur HVS til að vinna saman var mikil viðureign og fól í sér róttækar breytingar á kennsluáðferðum og námsframboði, en þrátt fyrir margar og misjafnar torfærur gekk þetta þriggja ára þróunarverkefni vel. Nemendur lýstu því yfir í umsögnum sínum að það væri lærdómsríkt að vinna með öðrum nemendum og þeir áttuðu sig betur á því hvað hver fræðigreinin hefði fram að færa.

Á Heilsutogi gáfu nemendur klínískum leiðbeinendum að jafnaði mjög góða umsögn og var það gagnkvæmt. Leiðbeinendur bæði í fræðilega og klíníska námskeiðinu voru með jákvæð viðhorf til teymisvinnu, höfðu lausnamiðaða nálgun þegar á þurfti að halda og gerðu sér grein fyrir mikilvægi þess að gefa nemendum tækifæri til að þjálfast í nýjum vinnubrögðum. Einn klínískur leiðbeinandi á Heilsutorgi orðaði það svo: „Ég lít svo á að við séum að prófa okkur áfram með þessa vinnu og þetta smiti smám saman á alla aðra vinnu á heilsugæslunni. Það eru forréttindi sem við fáum ... að byrja á því að taka þátt í þessu.“

Þegar litið er til framtíðar er ástæða til að halda áfram að móta þverfræðilegt klínískt nám í samstarfi við heilsugæsluna en jafnframt að skoða námstækifæri annars staðar, eins og á Landspítalanum, auk þess að nýta færnibúðir til að gefa nemendum tækifæri til að þjálfast í að leita sameiginlegra úrlausna á klínískum viðfangsefnum.

Mikilvægt er að geta þess að aukaafurð verkefnisins fólst í að greina heilmikla þörf meðal skráðra nemenda við HÍ fyrir heilbrigðisþjónustu er lýtur að forvörnum og heilsuefningu, sérstaklega meðal erlendra stúdenta. Því ætti að skipuleggja slíka þjónustu í náinni framtíð og best væri að staðsetja hana miðsvæðis á háskólasvæðinu. Þar gætu leynst margvísleg þverfræðileg tækifæri í framtíðinni fyrir nemendur HVS. Draga má lærdóm af þessu þróunarverkefni HVS og yfirfæra þá þekkingu og reynslu til að byggja upp heilbrigðisþjónustu fyrir nemendur HÍ, eins og gert er víða í erlendum háskólum.

Heimildir

- Barry, M.J., og Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making: The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781.
- Epstein, R.M., og Street, R.L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9, 100–103. Doi:10.1370/afm.1239.
- FICC (Foundations of Interprofessional Communication and Collaboration) (2012). *Facilitator Guidebook*. Minneapolis: FIPCC.
- Freeman, S., Wright, A., og Lindqvist, S. (2010). Facilitator training for educators involved in interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 375–385. Doi: 10.3109/13561820903373202.
- Guðbjörg Sveinsdóttir (2013). Bréf til blaðsins. *Morgunblaðið*, 15. október.
- Hannaford, N., Mandel, C., Crock, C., Buckley, K., Magrabi, F., Ong, M., o.fl. (2012). Learning from incident reports in the Australian medical imaging setting: Handover and communication errors. *Journal of Radiology*, 86. Doi/pdf/10.1259/bjr.20120336.
- Hawkes, G., Nunney, I., og Lindqvist, S. (2013). Caring for attitudes as a means of caring for patients: Improving medical, pharmacy and nursing students' attitudes to each other's professions by engaging them in interprofessional learning. *Medical Teacher*, 35 (7), e1302-8. Doi: 10.3109/0142159X.2013.770129.
- Hávar Sigurjónsson (2015). Með því að hægja á okkur aukast afköstin: Frá málþingi á lyflækningaþingi. *Læknablaðið*, 101 (1), 48–49.
- IECEP (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel) (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washingtonborg: Interprofessional Education Collaborative.
- Klenov, V.E., og Jungheim, E.S. (2014). Obesity and reproductive function: A review of the evidence. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 26(6), 455–460. Doi:10.1097/GCO.0000000000000113.
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- Malnick, S.D.H., og Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity. *QJM: An International Journal of Medicine*, 99(9), 565–579. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcl085>.
- Nelson, S., Tassone, M., og Hodges, B.D. (2014). *Creating the health care team of the future. The Toronto model for interprofessional education and practice*. London: Cornell University Press.
- Nolte, J. (2005). *Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada*. Canada: EICP (Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care). Sótt á <http://www.eicp.ca/en/resources/pdfs/enhancing-interdisciplinary-collaboration-in-primary-health-care-in-canada.pdf>.

- Oandasan, I., og Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part I: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 21–38. Doi:10.1080/13561820500083550.
- OECD Health Statistics 2018. *Frequently requested data*. Sótt á <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>.
- OMA (Ontario Medical Association) (2010). Patient centered care. *Ontario Medical Review*. June, 34–49. Sótt á <http://hsprn.ca/seminarFiles/14id1335542366.pdf>.
- Ramachenderan, J., Bradford, J., og Mclean, M. (2008). Maternal obesity and pregnancy complications: A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48, 228–235. Doi:10.1111/j.1479-828X.2008.00860.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I., o.fl. (2010). The effectiveness of interprofessional education. Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230–241. Doi:10.3109/13561820903163405.
- Russell, K.M., og Hymans, D. (1999). Interprofessional education for undergraduate students. *Public Health Nursing*, 16(4), 254–262.
- Sóley S. Bender, Anna Bryndís Blöndal, Þorvarður Jón Löve, Ólöf Guðný Geirsdóttir, Andri S. Björnsson, Inga B. Árnadóttir o.fl. (2015). Er þörf á sérstakri heilbrigðismóttöku fyrir háskólanemendur? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 91(1), 54–60.
- Sólfríður Guðmundsdóttir, Sóley S. Bender, Helga Gottfreðsdóttir, Anna Birna Almarsdóttir, Þorvarður Jón Löve, Sigrún Vala Björnsdóttir o.fl. (2013). *Heilsutorg: Þverfræðileg samvinna*. Reykjavík: Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands.
- Wade, D.T. (2009). *Holistic health care. What is it, and how can we achieve it?*
- Oxford: Oxford Centre for Enablement. Sótt á <http://docplayer.net/5778978-Holistic-health-care-what-is-it-and-how-can-we-achieve-it.html>.
- WHO (World Health Organization) (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Genf: WHO. Sótt á http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf.
- WHO (World Health Organization) (1988). *Learning together to work together for health*. Genf: WHO, Technical Report Series 769.
- WHO (World Health Organization) (1978). *The Alma Ata Declaration*. Genf: WHO.

Átt þú sumarhús sem þú vilt leigja?

Fíh óskar eftir að leigja orlofshús fyrir félagsmenn sína sumarið 2019

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga óskar eftir að leigja nýleg, vel búin orlofshús eða íbúðir víðs vegar um landið. Húsin þurfa að geta hýst 6-8 manns og vera fullbúin húsgögnum og öðrum viðeigandi búnaði. Leigutími er 10 – 12 vikur í júní, júlí og ágúst sumarið 2019.

Einnig leitar félagið eftir íbúðum á Spáni og í Kaupmannahöfn til leigu fyrir félagsmenn sína.

Nánari upplýsingar gefur fulltrúi á skrifstofu félagsins í síma 540 6400 eða í netfangi: hjukrun@hjukrun.is

