

The UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education, CAIPE. A brief overview of the policy context of IPE in England 1999-2006

Brytyjskie Centrum Zaawansowanej Interprofesjonalnej Edukacji – CAIPE. Przegląd koncepcji w kontekście interdyscyplinarnego nauczania w Anglii w latach 1999-2006

BARBARA CLAGUE

Chief Executive, Centre for the Advancement of Interprofessional Education, London, UK

The main subject of this article, was to review the problems of both interprofessional and multiprofessional education in the light of political changes in the United Kingdom, which took place in the previous few years. Author would like to point several key situations, which – from her point of view – were crucial in the process of acknowledgment the need of introducing the idea of interprofessional learning and, as a consequence after the election of the new Labor government led by Mr. Blair, to start reforms in the educational system. The article emphasizes the role of CAIPE in the process of reforming National Health Service in UK, as well as it points out the directions of future changes, that should take part in authors opinion. Concluding the article, author try to evaluate the effects of introduction of interprofessional learning to educational system, with the emphasize of its benefits, such as better general knowledge of NHS staff.

Key words: multiprofessional education, social care, health protection

Dokonano przeglądu problematyki zarówno interdyscyplinarnego jak i multiprofesjonalnego nauczania w kontekście zmian politycznych w Wielkiej Brytanii w ciągu ostatnich kilku lat. Zwrócono uwagę na najważniejsze sytuacje, które doprowadziły w pierwszym rządzie do nagłośnienia potrzeby stosowania tego typu edukacji, a w konsekwencji, w chwili objęcia władzy przez rząd Tony'ego Blaira, do przeprowadzenia reformy systemu nauczania. Podkreślona została także rola Brytyjskiego Centrum Zaawansowanej Interprofesjonalnej Edukacji (CAIPE) w procesie tworzenia "nowej" Narodowej Służby Zdrowia, a także kierunki dalszych zmian. We wnioskach jest próba oceny pierwszych kilku lat funkcjonowania systemu interprofesjonalnej edukacji, ze szczególnym podkreśleniem widocznego, wyraźnego podniesienia poziomu wykształcenia personelu służby zdrowia.

Słowa kluczowe: interprofesjonalne nauczanie, opieka socjalna, ochrona zdrowia

© *Probl Hig Epidemiol* 2006, 87(4): 311-318

www.phie.pl

Nadesłano: 20.09.2006

Zakwalifikowano do druku: 19.12.2006

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Barbara Clague

Chief Executive, CAIPE, 344 Gray's Inn Road, London WC1X 8BP. Tel.:

+44 (0) 20 7278 1083. Fax: +44 (0) 20 7278 6604

e-mail: b.clague@caipe.org.uk

The theme of this presentation will focus on the main changes in health and social care, including legislation and policy changes, which have stimulated innovative, interprofessional learning and working in England since 1997 when the new Labour Government came to power. It should be remembered, however, that the national governments of Scotland, Wales and Northern Ireland do have variations on the way they implement policy.

There are two CAIPE definitions of interprofessional education used widely both in the UK and internationally [1]. They draw a distinction between:

Temat tego opracowania skupi się na głównych zmianach w ochronie zdrowia i opiece społecznej, obejmując ustawodawstwo i polityczne strategie, które pobudziły nowatorskie podejście do interdyscyplinarnego nauczania i zespołowej pracy w Anglii od 1997 r., czyli od okresu gdy nowy laburzystowski rząd doszedł do władzy. Powinno się jednak pamiętać, że narodowe rządy Szkocji, Walii oraz Irlandii Północnej realizują strategię w tym zakresie z pewnymi zmianami.

Istnieją dwie definicje używane przez CAIPE na interdyscyplinarne nauczanie, powszechne w Zjednoczonym Królestwie i na całym świecie [1]. Rozróżnienie tkwi w nazwie:

'Multiprofessional Education which takes place when two or more professions learn side by side for whatever reason' (For example this might take place when several different professions learn anatomy side by side in a lecture theatre.)

and

'Interprofessional Education' which occurs when two or more professions learn with, from and about each other in order to improve collaboration and the quality of care'. (CAIPE 2002 revised)

This definition, by contrast with the first, emphasises interaction and mutual goals, both key aspects of interprofessional learning in university settings and in practice.

But learning *about* collaboration is one thing – learning *how* to collaborate is another.

Interprofessional education is characterised by interaction and interactive learning between those who need to collaborate. It takes place in both education and practice: in interprofessional *education* where professions learn with from and about each other to forge effective relationships, and in interprofessional *practice* where these relationships are tested and developed to achieve the common goals of better care [2].

Interprofessional education is not just about changing structures and systems, although this is a common misconception of government and management. It is about developing collaborative relationships and changing attitudes, and altering behaviour for the long term. It requires individuals to consider their values and beliefs in order to commit themselves to interprofessional learning and practice.

A further key feature of interprofessional education and its particular forms and requirements is that it is dependent upon the context in which it takes place. It is an applied discipline and can only be understood in its particular context, whether undertaking a project together across professions as in a university teaching sequence, or introducing team practice into a hospital ward. However, in both such situations, the individual's learning about collaboration needs constantly to be reinforced through collaborative systems and education so it can be transferable to new and different contexts [3,4].

Some information about CAIPE

CAIPE was founded in 1987 by Dr John Horder CBE with a small group of other committed people, mainly General Practitioners who saw the value of IPE. CAIPE is an independent charity and from its early days, it has been the principal pioneer for

1. 'Multiprofessional Education' – multiprofesjonalna edukacja, która ma miejsce, gdy dwu albo więcej przedstawicieli różnych zawodów uczy się tuż obok siebie z jakichkolwiek powodów (na przykład, gdy kilka osób z różnych kierunków medycznych uczy się anatomii razem w auli)
2. 'Interprofessional Education' – interprofesjonalna edukacja, która ma miejsce, gdy osoby z co najmniej dwóch profesji uczą się wzajemnie od siebie i o sobie, celem poprawienia współpracy i jakości opieki zdrowotnej (CAIPE, 2002).

Druga definicja, w kontraście z pierwszą, podkreśla interakcję i wspólne cele, czyli obydwie kluczowe aspekty interdyscyplinarnego nauczania w uniwersyteckich ośrodkach jak i w praktyce klinicznej.

Uczenie się o współpracy to jedno, a wiedza jak współpracować, to zupełnie inna kwestia.

Interdyscyplinarną edukację charakteryzuje interakcja i uczenie się w sposób interaktywny tych osób, które muszą współpracować. Ma to miejsce zarówno w teorii jak i praktyce: w nauczaniu interdyscyplinarnym, gdzie osoby o różnych kwalifikacjach uczą się wzajemnie o swoich profesjach, tworząc nie współpracę, ale także w praktyce, gdzie te nawiązane stosunki są sprawdzane i dalej rozwijane, celem osiągnięcia wspólnych założeń lepszej opieki.

Interdyscyplinarne nauczanie nie polega tylko na zmianach struktur i systemów, chociaż to jest częstym błędnym wyobrażeniem rządu i ośrodków kierowniczych. Polega natomiast na rozwijaniu wspólnych stosunków i zmianie postawy, a także zmianie podejścia na przyszłość. Wymaga od jednostek rozważenia ich wartości w poświęceniu się idei interdyscyplinarnego nauczania i praktyki [2].

Dalszą kluczową cechą interdyscyplinarnego nauczania i jego szczególnych form oraz wymogów jest fakt, iż zależne jest ono od kontekstu, w jakim ma miejsce. Jest to stosowana dyscyplina nauczania, rozumiana w jego szczególnym kontekście, czy to w zakresie podejmowania projektu razem przez kilka profesji (jak na przykład w czasie ćwiczeń uniwersyteckich), czy też podczas wprowadzenia zespołowej współpracy do oddziału szpitalnego. Jakkolwiek w obydwóch sytuacjach wiedza jednostki o współpracy potrzebuje ciągle być wzmacniana systemami współpracy oraz edukacją, tak by możliwe stało się przekazanie i dostosowanie w stosunku do konkretnych sytuacji [3,4].

Brytyjskie Centrum Zaawansowanej Interprofesjonalnej Edukacji – CAIPE

CAIPE zostało założone w 1987 r. przez Dr John Horder CBE wraz z małą grupą współpracowników, głównie lekarzy pierwszego kontaktu, którzy dostrzegli wartość interdyscyplinarnego nauczania. Obecnie

innovation and quality in interprofessional education and practice in the UK and often beyond. Today it is recognised as an authoritative national and international resource for the promotion and development of collaboration in health and social care. It has some 300 national and international members, both individual and organisational members.

A brief background to the NHS and to Social Care in the UK

In the UK, health is still broadly free at the point of need, funded from taxation and centrally directed by civil servants. The NHS has a workforce of 1.3 million people and an annual expenditure of some £90 billion. 90% of health episodes are dealt with in primary and community care where GP's provide continuity of personal care. However, at this time, the government is actively working to shift care from the expensive acute sector to the community. In terms of training, The NHS workforce still has a high proportion of staff without professional or occupational qualification.

By contrast, the social care workforce of 1.5 million people is located in many different elected local authorities. Recently the policy agenda for children has been transferred from the Department of Health to the Department of Education as part of a commitment across the Government to provide integrated children's services. There are 76,000 qualified social workers but 80% of the care workforce have no professional qualifications.

Mr Blair's government is progressively seeking to open up provision by private providers in health services, social care, and education and these services are also provided, in very much smaller measure, through the third sector of voluntary and independent organisations. In this vast mixed economy of care, it can be seen that collaboration is of the utmost importance.

In the last six years, the Government has made collaboration a policy imperative and, over the same period, interprofessional education has become accepted as the means to improve collaboration. In 2006 an increasing number of regulatory bodies like the General Medical Council are recognising interprofessional education as an essential component of professional education. The UK's General Medical Council is consulting on draft Guidance on Student Fitness to Practice. Amongst these consultations are a consideration of the values

CAIPE jest niezależną organizacją dobroczynną i od swoich pierwszych dni istnienia stała się pionierem procesów innowacji i jakości w zakresie interdyscyplinarnej edukacji i praktyki w Zjednoczonym Królestwie, a często i poza jego granicami. Dziś organizacja ta jest uznanym autorytetem – zarówno w Anglii jak i poza jej granicami – w zakresie promocji i wspomagania rozwoju współpracy w służbie zdrowia i opiece społecznej. CAIPE liczy obecnie ok. 300 członków w Anglii i za granicą, zarówno członków indywidualnych jak i organizacji członkowskich.

Skrótowe omówienie struktury i zakresu działania publicznej służby zdrowia i opieki społecznej w Zjednoczonym Królestwie

W Zjednoczonym Królestwie dostępność do opieki zdrowotnej jest bezpłatna, finansowana z podatków i centralnie kierowana przez wyższych urzędników służby zdrowia. Publiczna służba zdrowia składa się z 1,3 miliona personelu z budżetem około 90 miliardów funtów angielskich. Około 90% zachorowań jest załatwiana w opiece podstawowej i społecznej, gdzie lekarze pierwszego kontaktu zapewniają indywidualną opiekę. Przy tym rząd obecnie aktywnie pracuje nad przesunięciem – zgodnie z założeniami zmiany polityki zdrowotnej – części środków z drogiej strefy intensywnej opieki szpitalnej oraz leczenia ostrych stanów zagrożenia życia do zadań z zakresu profilaktyki. Pod względem wykszolenia publiczna służba zdrowia wciąż ma jednak wysoki odsetek personelu bez profesjonalnych i/lub zawodowych kwalifikacji.

Opieka społeczna liczy 1,5 miliona pracowników; finansowana jest przez liczne komitety władz lokalnych. Ostatnio decyzją rządu polityka zdrowotna dotycząca dzieci została przesunięta z Ministerstwa Zdrowia (Department of Health) do Departamentu Edukacji (Department of Education) – jako część rządowego planu mającego zapewnić dzieciom zintegrowany pakiet usług medyczno-edukacyjnych. Spośród 76000 pracowników opieki społecznej aż 80% nie posiada udokumentowanych kwalifikacji zawodowych.

Rząd Premiera Blaira stara się stopniowo poszerzać udział prywatnego sektora w służbie zdrowia, opiece społecznej i edukacji. Należy pamiętać że część z tych usług zapewnia w niewielkiej mierze trzeci sektor, w skład którego wchodzi wolontariat i organizacje pozarządowe. W tej mocno zakłóconej ekonomii opieki zdrowotnej widać, że współpraca ma najwyższe znaczenie.

W ciągu ostatnich sześciu lat rząd zawarł współpracę w opiece zdrowotnej w swojej polityce, a co za tym idzie, interdyscyplinarna edukacja stała się zaakceptowanym sposobem poprawy współpracy. W 2006 roku coraz większa liczba ciał nadzorujących jak np. Generalna Rada Medyczna uznała interdyscyplinarne nauczanie jako niezbędny składnik zawodowego

which health care professionals must evidence including, as CAIPE has long advocated, the values of cooperation and collaboration.

The Regulatory Bodies assure the quality of medical, health profession and social care professional training but the Universities must deliver this. Here, evidence of commitment to IPE comes from the fast growing number of universities which have incorporated teaching sequences on interprofessional education into their health and care curricula, though this teaching still does not, with any frequency, include doctors training with groups of other professions in health and social care.

What then, specifically, have been the most significant drivers for the development of interprofessional education in the UK since the election of the new Labour government led by Mr Blair in 1997?

When the government came into office it found a National Health Service 50 years old, heavy with inertia, wholly publicly funded, shaped by strong professional interests and where the standards of health and care differed markedly from region to region. Access to good health was dependent on where you lived. Social services, health and education were very separate services. In addition, the professions were characterised by organisational and professional barriers and rigid hierarchies and were educated uni-professionally. Today the position is significantly changed.

In 2000, the catalyst for change was an epoch making statement made by the UK government:

‘It (modernisation) is about looking at the workforce in a different way, as teams of people rather than as different professional tribes. For too long we have planned and trained staff in a uni-professional / uni-disciplinary way without a clear and comprehensive look at the future’ (Hargadon & Staniforth, 2000).

To change this state of affairs required a vision from the top. The government found this in ‘Modernisation’. Modernisation is essentially a process which necessitates team working to provide integrated care. Its purpose is actively to manage all the elements of the continuum of health and social care in order to meet the needs of individuals and communities and provide well co-ordinated, effective and efficient services. Twenty five years after the statement by Hargadon & Staniforth, health and social care in the UK have been the subject of successive changes and have been broadly brought up to contemporary standards.

kształcenia. Obecnie Generalna Rada Medyczna Zjednoczonego Królestwa konsultuje w fazie projektu zagadnienie swobodnego Przewodnika Przygotowania Studenta do Praktycznego Wykonywania Zawodu. Wśród tych konsultacji podnoszony jest aspekt wartości, które pracownicy służby zdrowia muszą posiadać, w tym te od dawna uważane przez CAIPE za jedne z najważniejszych, jak współpracę.

Organizacje nadzorujące gwarantują odpowiedni poziom wykształcenia pracowników personelu medycznego, personelu pomocniczego jak i opieki społecznej, ale to na uniwersytetach ciąży właściwa odpowiedzialność w tym zakresie. I właśnie w uniwersytetach dowody skuteczności zawierzenia idei interdyscyplinarnego nauczania są największe i w dalszym ciągu szybko rosną. Coraz więcej nauczycieli włącza interdyscyplinarne nauczanie do swoich programów, choć zaznaczyć należy że edukacja w dalszym ciągu nie obejmuje w swoim zakresie lekarzy pracujących z grupami innych specjalności służby zdrowia i opieki społecznej.

Co więc w szczególności było najznaczniejszym motorem rozwoju idei interdyscyplinarnego nauczania w Zjednoczonym Królestwie od czasu wyborów nowego laburzystowskiego rządu premiera Blaira w 1997 roku?

W chwili objęcia władzy rząd zastał 50-letnią państwową służbę zdrowia (*National Health Service*) ze znaczną inercją, opartą całkowicie na finansach publicznych, silnie określoną przez interesy profesjonalistów, oraz ze znacznymi różnicami poziomów opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach. Dostęp do dobrego poziomu opieki zdrowotnej zależał od miejsca zamieszkania. Opieka społeczna, zdrowie i edukacja były służbami całkowicie odrębnymi. W dodatku poszczególne specjalności obwarowane były różnymi organizacyjnymi i zawodowymi barierami ze sztywną hierarchią i kształceniem ogólnym. Dziś sytuacja ta podlega znacznym zmianom.

W 2000 roku sygnałem do zmian stało się oświadczenie złożone przez rząd Zjednoczonego Królestwa:

„Unowocześnienie ma polegać na zmianie spojrzenia na pracowników – jak na drużynę ludzi, a nie jak na swoiste różniące się plemiona specjalistów. Zbyt długo planowaliśmy i szkoliliśmy personel w sposób zunifikowany bez klarownej i wszechstronnej wizji przyszłości” (Hargadon & Staniforth, 2000).

Zmiana zaistniałej sytuacji wymagała odgórnego kierownictwa. Rząd odnalazł metodę w unowocześnieniu. Modernizacja to w gruncie rzeczy proces, który wymaga pełnej współpracy zespołu zgodnie z założeniami, celem zapewnienia zintegrowanej opieki. Celem nadrzędnym ma być aktywne zarządzanie wszystkimi elementami tworzącymi kontinuum opieki zdrowotnej i opieki socjalnej, aby zapewnić potrze-

Barriers between the professions have also reduced, helped by many new roles which have emerged which are outside the traditional professions – for example, in clinical governance, organisational change and risk management. The NHS drive towards strong Performance Management means that managers can ensure that staff work in collaboration with other essential professions. Professional barriers still remain but are no longer so powerful in restraining the development of services.

What have been the key factors in these changes?

New requirements in the context of health and care have made change essential. These include the pressing need to provide equal access to health and care services, to remove geographical and service inequalities in health and care, to improve patient safety, and, very important, to ensure services are integrated one with another to avoid breakdowns in services for the growing numbers of vulnerable groups in the community such as elderly people, patients with long term chronic conditions, and children. All require integrated services and informed collaboration between professions and services.

Two major incidents horrified the public during this period and drew attention to the failure of public services to work together.

In the first episode, a group of cardiac surgeons in a large NHS hospital had attention drawn to their work with new babies using what were unproven and highly experimental techniques. At the public Inquiry in 2001, it was said of the surgeons that they were operating in 'club culture' detached from their colleagues and management, although it did appear that many staff in the hospital knew what was going on and said nothing.

The second episode was the death of Victoria Climbié, a little girl of six living with her aunt. Victoria died in horrific circumstances and after suffering appalling cruelty. Social Services had lead responsibility for the child, with 13 other professions having contact with Victoria in the period before her death. The Inquiry into the circumstances which led to her death reported in 2003. Of the 108 recommendations a great many concerned the lack of communication and the failure of collaboration between professionals, managers and services in the care of Victoria.

by jednostek i dostarczać dobrze zorganizowanych, skutecznych i wydajnych usług. Opieka zdrowotna i społeczna w Zjednoczonym Królestwie stała się tematem kolejnych zmian i jej poziom został zasadniczo podniesiony do współczesnych standardów.

Bariery między profesjami zostały zredukowane również przy pomocy wielu nowych ról, które pojawiły się, a które wykraczają poza tradycyjne ramy zawodu – na przykład w klinicznym zarządzaniu, zmianach organizacyjnych czy też w stratyfikacji ryzyka. Narodowa Służba Zdrowia prowadzi obecnie zdecydowane działania w kierunku oceny wydajności, co oznacza, że menedżerowie mogą zapewniać współpracę personelowi z innymi niezbędnymi profesjami. Zawodowe bariery wciąż pozostają, jednak nie są już tak potężne w ograniczaniu rozwoju służby zdrowia.

Co stanowiło kluczowy czynnik tych zmian?

Nowe wymogi w kontekście zdrowia i opieki były niezbędne. Obejmowały one pilną potrzebę zapewnienia jednakowego dostępu do usług zdrowotnych, usuwały geograficzne różnice w dostępie do opieki, poprawiły bezpieczeństwo pacjentów. Najważniejsze, że zapewniły integrację usług, co w większym stopniu pozwala na uniknięcie ewentualnego załamania się systemu, zwłaszcza w stosunku do rosnącej liczby osób przynależnych do tzw. wrażliwych grup w społeczeństwie jak np osób starszych, pacjentów przewlekle chorych oraz dzieci. Wszyscy pacjenci wymagają zintegrowanych usług i świadomej, pełnej współpracy między służbami.

Dwa ważne incydenty wstrząsnęły opinią publiczną w tym okresie i skupiły uwagę na niepowodzeniach współpracy służb publicznych.

W pierwszym z nich, grupa kardiochirurgów w dużym publicznym szpitalu stosowała w swojej pracy z nowonarodzonymi dziećmi techniki doświadczalne wcześniej niesprawdzone pod kątem przydatności dla zdrowia pacjenta. Materiały z dochodzenia z 2001 r. stwierdzają, że kardiochirurdzy stanowili swoisty klub operatorów, działający bez kontaktu z kolegami i kierownictwem, chociaż wydaje się, że przynajmniej część personelu szpitala wiedziała co się dzieje i zachowywała milczenie.

Drugim wydarzeniem była śmierć Wiktorii Climbié, małej sześciolatniej dziewczynki mieszkającej z ciotką. Wiktorii zmarła w przerażających okolicznościach, wskutek okrutnego znęcania się. Opieka społeczna ponosi największą odpowiedzialność za śmierć dziecka, razem z 13 innymi organizacjami, które miały kontakt z Wiktorią w okresie bezpośrednio przed jej śmiercią. Dochodzenie w sprawie okoliczności, które spowodowały jej śmierć, opublikowano w 2003 roku. Ze 108 rekomendacji zdecydowana większość podkreślała brak porozumienia i niepowodzenia współpracy między profesjonalistami, menedżerami i organizacjami, których zadaniem była opieka nad Wiktorią.

Change was clearly needed. The two episodes above added weight to the call for changes in pre-registration professional training and in post-qualifying regulation and training. The case for incorporating interprofessional education into both pre and post qualifying training was strengthened at both levels and the need for partnership in practice seen as increasingly necessary and patient centred.

The Modernisation process has, over the years since 1997, been translated into law by many new pieces of legislation. Throughout, a key feature of this legislation has been on services delivered by partnership working across professions, health and care agencies, with central and local government and with new stakeholders, particularly patients and service users. I have only time to refer to three examples.

Health Action Zones were established after 1997 to bring together all agencies which could make a difference in terms of health – NHS bodies, police forces, educational organisations, local authorities, private business, voluntary and community organisations, transport etc – to highlight their interdependence and the importance of working together.

The NHS Plan (2000) created nationwide *Local Strategic Partnerships* at local government level. Later *Care Trusts* were also established which allow the integrated delivery of all health and social services by a single organisation. These partnership developments played a part in prompting legislation which imposed a new duty of collaboration on health and social care. Legislation in 2004 established *Children's Trusts* which enabled organisations to join together in local voluntary partnerships to plan, finance and deliver children's services.

More recently, and of the utmost influence, has been the recent legislation establishing a new *Patient Centred NHS*. The wants and needs of service users in health and care are now the key determinants of service provision and development. To fulfil these in all their complexity invariably requires high level collaboration from professional staff and their teams.

To bring about systems and workforce change, The Government has put in place a regime of setting formidable targets for health and care with financial penalties imposed if targets are not met. This regime has ensured that the new policies of partnership have been put in place. These apply right across health and social care and, in fact, 2006 has seen a new combined name used by government for health and social care emerge as 'Health and Social Care' all in one phrase. But as well as the formal mechanisms of legislation

Zmiana najwyraźniej była potrzebna. Dwa powyższe wydarzenia dodały wagi w procesie wołania o zmiany w edukacji jak i w poddyplomowym szkoleniu. Przekonanie o włączaniu interdyscyplinarnej edukacji zarówno w nauczaniu, jak i doskonaleniu poddyplomowym zostało wzmocnione, a konieczność partnerstwa w praktyce odbierana jest jako niezbędna konieczność, ze skupieniem uwagi na dobru pacjenta.

Proces modernizacji został od 1997 r. uregulowany licznymi nowymi aktami prawnymi i ustawami. W procesie tym kluczowym artykułem ustawodawstwa jest zapis o pełnej współpracy wszystkich służb gwarantujących społeczeństwu zdrowie i opiekę, zarówno na szczeblach centralnych jak i samorządów lokalnych, dla pacjentów i potencjalnych biorców usług. Pragnę przytoczyć w tym miejscu trzy przykłady:

Strefy Akcji Zdrowotnej zostały ustanowione w 1997 roku celem zgromadzenia wszystkich agencji, które mogły mieć jakikolwiek wpływ na szeroko rozumiane zdrowie – służbę zdrowia, policję, organizacje kształcące, władze lokalne, prywatne instytucje, wolontariaty i organizacje społeczne, transport itd. – celem uwydatnienia ich wzajemnej zależności i podkreślenia znaczenia współdziałania.

Plan Narodowej Służby Zdrowia z 2000 r. stworzył ogólnokrajowe Lokalne Partnerstwo Strategiczne na szczeblu samorządów. W późniejszym okresie zostały założone Zrzeszenia Opieki Zdrowotnej, które pozwalają na świadczenie zintegrowanego pakietu usług zdrowotnych i opieki społecznej w ramach jednej organizacji. Rozwój partnerstwa odegrał znaczącą rolę we wprowadzaniu nowego ustawodawstwa narzucającego obowiązek współpracy w służbie zdrowia i opiece społecznej. Ustawodawstwo z 2004 r. umożliwiło zakładanie tzw. *Children's Trusts*, które pozwalały organizacjom łączyć się razem w celu planowania, finansowania i świadczenia usług dzieciom.

Ostatnio, i prawdopodobnie z dużym wpływem, wprowadzono ustawę Ukierunkowaną na Pacjenta Narodową Służbę Zdrowia (*Patient Centred NHS*). Pragnienia i potrzeby użytkowników służby zdrowia i opieki społecznej stały się kluczowymi czynnikami warunkującymi dostarczenie i rozwój usług medycznych. Spełnienie tych wszystkich zawiłych wymogów wymaga wysokiego poziomu współpracy zawodowego personelu i zespołów.

Celem zmiany działającego systemu, rząd Wielkiej Brytanii przygotował do wdrożenia wymagające założenia postępowania dla opieki zdrowotnej, z wysokimi karami finansowymi, nakładanymi jeśli cele nie zostały osiągnięte. Ten reżim gwarantował, że nowa polityka oparta na partnerstwie została przygotowana do wdrożenia. Realizacja założeń programowych spowodowała, że faktycznie w 2006 r. pojawiło się wspólna nazwa i służba zdrowia oraz opieka społeczna zaczęły pojawiać się w jednym zwrocie, jako „służba

and modernisation, new factors are shaping health and care in the direction of improved collaboration.

First, are new market forces. 'Patient Choice' and the purchaser/provider model which opens the opportunity for service users to make their own direct payments to buy the care they want, has greatly opened up the provision of services in health and care to the private, independent and voluntary sectors. Partnerships in these sectors are looking for advantages from collaboration to achieve a competitive edge to their businesses. They too, will need skills in interprofessional collaboration to get the best deals [5].

Secondly, managers in Health and Care services have now to undertake the performance management of their staff to ensure that they meet personal and work targets and contribute to corporate targets. Working across many different professions and agencies often in organisations which employ a 'whole system' approach to health and care, staff will must become competent and confident in collaboration to meet their targets.

Responding to this challenge, universities in the UK are working in partnership in their local areas with medical and social services and with local government, to train practitioners who can work interprofessionally and be ready to undertake the new cross professional roles on which future services will rely. CAIPE continues to train educators and practitioners and is currently working on a government sponsored 2 year project to improve the quality of 'Practice Learning for Collaborative Practice' in the Social Work Degree.

To come to my conclusion, the world of health and social care in the UK has changed fundamentally since 1997 and it is a world, which, at base, is interprofessional and collaborative. But there are still major difficulties in the UK to be overcome to achieve an interprofessional workforce. The first relates to interprofessional education itself.

There is a severe shortage of teachers trained to teach IPE to mixed professional groups and also of facilitators trained to facilitate IPE in practice. Without these sufficiently trained and experienced staff, there will not be the possibility of training new teachers and facilitators of IPE who can, in turn, cascade their learning to create an interprofessional workforce.

Secondly, at present in the UK, only the Social Work profession has the requirement that, to gain its professional qualification, students must demonstrate, in practice, the knowledge and skills to work 'across professions' and 'with organisations'. Various other

zdrowia i opieka społeczna" (*Health and Social Care*). Mimo zmian ustawodawczych i formalnych mechanizmów wprowadzających je w życie, również nowe czynniki powodują zmiany w służbie zdrowia i opiece społecznej w kierunku poprawy współpracy.

Pierwszym z nich są nowe potrzeby rynku. Zasada „Pacjent Wybiera” wraz z modelem nabywca/dawca usług otwierające możliwość świadczenia odbiorcom zakupu usług jakie tylko chcą, spowodowały wzrost świadczeń zdrowotnych z zakresu sektora prywatnego, niezależnych organizacji jak i wolontariatów. Partnerstwa w tym sektorze szukają przewag wynikających ze wzajemnej współpracy, celem osiągnięcia konkurencyjności interesów. Oni również będą potrzebować umiejętności interdyscyplinarnej współpracy, by dostać najlepsze umowy.

Po drugie, zarządcy usług służby zdrowia i opieki społecznej muszą teraz podjąć odpowiednie kroki mające na celu zapewnienie przez personel realizacji celów osobistych jak i roboczych tak, by pokrywały się one z celami spółki. Pracując z ludźmi różnych profesji i agend, często zrzeszonych w organizacjach, które mają holistyczne podejście do zdrowia i opieki społecznej, personel będzie musiał stawiać się bardziej kompetentny i pewny siebie we współpracy, by osiągnąć stawiane przed nim cele.

Podjmując to wyzwanie, uniwersytety w Zjednoczonym Królestwie pracują w partnerstwie w ich lokalnych obszarach, z medycznymi usługodawcami oraz z samorządem lokalnym, aby szkolić nowych praktyków, którzy będą mogli pracować interdyscyplinarnie i będą gotowi by podjąć się nowych wyzwań, na których w przyszłości służba zdrowia i opieka społeczna będzie się opierać [4]. CAIPE kontynuuje szkolenie wychowawców i praktyków. Obecnie pracuje nad sponsorowanym przez rząd 2-letnim projektem poprawy jakości „Praktyczne uczenie się dla wspólnej wprawy w opiece socjalnej”.

Podsumowując powyższe należy stwierdzić, że świat służby zdrowia i opieki społecznej w Zjednoczonym Królestwie zmienił się gruntownie od 1997 roku. Jest obecnie światem, w którym u podstaw leży interdyscyplinarność i współpraca. W dalszym ciągu jednak istnieje do pokonania wiele trudności w Zjednoczonym Królestwie by osiągnąć profesjonalną, interdyscyplinarną siłę pracowniczą. W pierwszym rzędzie wiąże się to z interdyscyplinarną edukacją [5].

Mamy do czynienia z poważnym niedoborem nauczycieli doświadczonych w szkoleniu interdyscyplinarnym grup mieszanych, a także z niedoborem praktyków pomagających wdrażać programy w praktyce. Bez tych wyszkolonych w wystarczającym stopniu wykwalifikowanych i doświadczonych ludzi nie będzie możliwości szkolenia nowych nauczycieli i pomocników z IPE którzy z kolei, wykorzystają swoją wiedzę kaskadowo, tworząc wspólnie pracujące interdyscyplinarne zespoły.

Regulatory bodies including the General Medical Council are exploring a similar requirement but it is a very important step towards meeting the needs and wishes of patients and service users for integrated services, and one which needs to be addressed urgently.

Po drugie, obecnie w Zjednoczonym Królestwie jedynie opieka społeczna ma wymóg, że aby uzyskać zawodowe kwalifikacje studenci muszą zaprezentować w praktyce wiedzę i umiejętności pracowania z innymi grupami zawodowymi i organizacjami. Różne organy decyzyjne i ustawodawcze, w tym Generalna Rada Lekarska (*General Medical Council*), badają istnienie podobnych potrzeb. Są to kroki bardzo ważne w kierunku odpowiadania na potrzeby i pragnienia pacjentów do zintegrowanych usług, które to potrzeby powinny być pilnie realizowane.

Piśmiennictwo / References

1. Barr H. Interprofessional Education Today, Yesterday and Tomorrow. Occasional Paper 1. Health Sciences and Practice Subject Centre, Higher Education Academy 2002. www.health.heacademy.ac.uk
2. Fraser S, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001; 323.
3. Goff S. Transforming suppression – process in our participatory action research process. *Forum on Qualitative Social Research* [on-line journal] 2(1), available from. 2001. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01goff-e.pdf> (accessed 11/11/03)
4. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2002; 323: 625-628.
5. ***World Health Organization. Learning together to work together for Health. Technical Report No. 769. Geneva, WHO 1998.