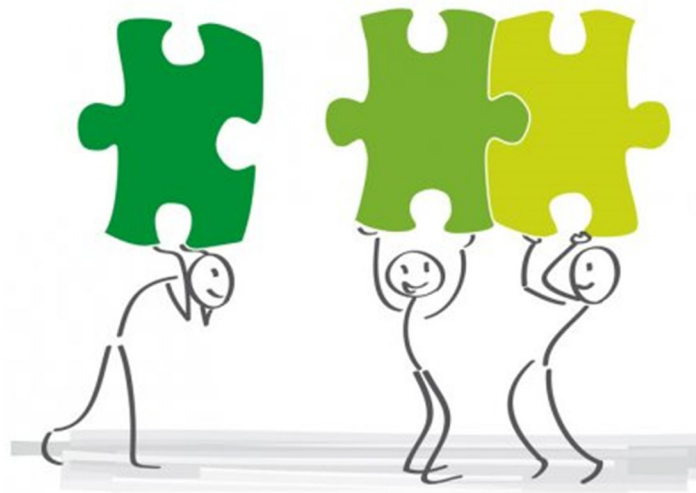


Bachelorarbeit

Diversity-Management in Pflegeteams – Entwicklung der Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams



Eingereicht an der	FHNW – Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Angewandte Psychologie
Praxispartner	OdA Gesundheit Bern
Autorin	Petra Hauswirth
Begleitperson	Urs Jörg
Datum	Dienstag, 7. Juni 2016

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu untersuchen, wie die drei Berufsgruppen Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit EFZ, Pflegefachpersonen HF und Pflegefachpersonen FH mit Diversity-Aspekten in der interprofessionellen Zusammenarbeit umgehen und welche Faktoren darauf einwirken. Aufgrund einer Dokumentenanalyse wurden die drei Berufsprofile miteinander verglichen und zueinander in Verbindung gebracht. Basierend auf den theoretisch ausgearbeiteten Erkenntnissen wurden jeweils drei Berufsangehörige der untersuchten Berufsgruppen sowie drei Teamleitungen in Experteninterviews befragt. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die untersuchten Betriebe bereits grosse Anstrengungen unternommen haben, um den Diversity-Aspekten zu begegnen, die Berufsbilder der Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit und der Pflegefachpersonen FH jedoch noch nicht vollständig etabliert sind. Es wird weiteres Optimierungspotential festgestellt, insbesondere in den Bereichen der interprofessionellen Kommunikation und der Differenzierung innerhalb des Kompetenzmanagements.

Schlüsselwörter:

Diversitymanagement, Teamrollen, Identifikation, Teamentwicklung, berufliche Identität, Profession, Kompetenzmanagement

Diese Arbeit umfasst 104'914 Zeichen (inkl. Leerzeichen).

Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Bachelorarbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Projektidee, Zielsetzung und Abgrenzung	1
1.3	OdA Gesundheit Bern	2
1.4	Aufbau der Arbeit	2
2	Untersuchungsleitende Fragen	3
3	Theoretische Grundlagen	3
3.1	Diversity im Arbeitskontext	3
3.2	Das Rollenkonzept	5
3.3	Identifikation mit der Arbeitsgruppe	6
3.4	Teamentwicklung	8
3.5	Berufliche Identität	10
3.6	Profession	11
3.7	Kompetenzmanagement	12
4	Methodik	15
4.1	Dokumentenanalyse	15
4.2	Qualitative Inhaltsanalyse	15
4.2.1	Inhaltsanalytisches Ablaufmodell	16
4.2.2	Stichprobe	18
5	Ergebnisse	20
5.1	Ergebnisse der Dokumentenanalyse	20
5.2	Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse	21
5.2.1	Profession	21
5.2.2	Berufliche Identität	24
5.2.3	Gruppe / Team	27
5.2.4	Zusammenarbeit mit anderen Grades	28
5.2.5	Persönliche Perspektive	32
6	Diskussion	33

7	Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen	37
7.1	Handlungsempfehlungen	37
7.2	Schlussfolgerung	38
8	Literaturverzeichnis	39
9	Anhang	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Titelblatt: www.umweltministerium.hessen.de/landwirtschaft/foerderung-der-innovation-und-zusammenarbeit	0
Abbildung 2: Systematik der Diversity-Dimensionen nach Gardenswartz & Rowe	4
Abbildung 3: Rollenübernahme angelehnt an Steiger (2013)	5
Abbildung 4: Kompetenzen der Diversity-Teamentwicklung nach Lüthi et al.	9
Abbildung 5: Prozess des Kompetenzmanagement.....	14
Abbildung 6: Codierung der Kategorien	17
Abbildung 7: Interviewpartner nach Region	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufgaben des Kompetenzmanagements.....	13
Tabelle 2: Übersicht Interviewpartner nach Versorgungsbereich und Berufsabschluss	18
Tabelle 3: Kompetenzen	21
Tabelle 4: Verantwortung	22
Tabelle 5: Entscheidungen	23
Tabelle 6: Selbständigkeit / Unabhängigkeit	24
Tabelle 7: Gleichwertigkeit	25
Tabelle 8: Beeinflussbarkeit	25
Tabelle 9: Identifikation	26
Tabelle 10: Gruppe / Team	27
Tabelle 11: Ingroupverständnis	27
Tabelle 12: Kommunikation und Schnittstellen zwischen Grads.....	28
Tabelle 13: Arbeitsbezogene Konflikte zwischen den Grades	29
Tabelle 14: Einfluss der Führung.....	30
Tabelle 15: Innerbetriebliche Förderung	30
Tabelle 16:Förderung während der Ausbildung	31
Tabelle 17: Persönliche Anliegen	32

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Arbeitswelt ist einem ständigen Wandel unterworfen. Wissenschaftliche Erkenntnisse, sich verändernde Bedürfnisse, demografische Entwicklungen und durch technische Errungenschaften neu entstehende Möglichkeiten prägen das Gesundheitssystem der Schweiz. Vor rund 10 Jahren wurde gemäss dem Praxispartner ein neuer Beruf ins Leben gerufen, der damals als Novum den Einstieg in die Gesundheitsberufe auf der Sekundarstufe II möglich machen sollte: die Fachangestellten Gesundheit (FaGe). Bis zu diesem Zeitpunkt war das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) für die Pflegeausbildung zuständig und der Beruf der diplomierten Krankenschwester, des diplomierten Krankenpflegers landesweit etabliert. Mit der Überführung der Gesundheitsberufe in die Schweizerische Bildungssystematik wurde aus den Krankenschwestern und -pflegern Pflegefachpersonen auf Stufe Höhere Fachschule. Neu wurde das Studium auch auf Fachhochschulstufe angeboten und die Grundbildung FaGe eingeführt. Diese einschneidenden Veränderungen führten zwangsläufig zu grosser Verunsicherung. Die Berufsleute sahen sich plötzlich mit neuen Berufsgruppen konfrontiert, mit denen sie gemeinsam in Teams ihren Arbeitsalltag zu gestalten hatten. Es wurden neue Hierarchien geschaffen sowie die Betreuung der Patienten an verschiedene Berufsgruppen übertragen. Die unterschiedlichen Kompetenzniveaus übernehmen seither gemeinsam den Versorgungsauftrag der Patienten und Klienten, eine ganzheitliche Betreuung durch nur eine Pflegeperson ist aufgrund der neuen Strukturen nicht mehr möglich.

1.2 Projektidee, Zielsetzung und Abgrenzung

Im letzten Jahrzehnt wurden gemäss dem Praxispartner grosse Anstrengungen unternommen, um dem neu gebildeten Skill und Grade-Mix zu begegnen. Auf den ersten Blick scheinen sich vielerorts die Teams eingespielt und die Berufspersonen in die neuen Rollen eingelebt zu haben. Infolge einer Umfrage, welche aufgrund einer Revision der Bildungsverordnung FaGe im Jahr 2015 durchgeführt wurde, musste aufgrund der dabei gemachten Äusserungen festgestellt werden, dass die Zusammenarbeit nach wie vor von Vorurteilen geprägt ist und das gegenseitige Verständnis sowie die Kenntnisse über die Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen noch ungenügend vorhanden zu sein scheinen. Meinungsäusserungen von Fachfrauen/ Fachmänner Gesundheit darüber, dass sie die gleiche Arbeit verrichten würden wie die Pflegefachpersonen HF und FH, lassen aufhorchen. Es ist ebenfalls unklar, ob die Pflgeteams von ihren Vorgesetzten im Umgang mit den verschiedenen Berufsprofilen in den Teams genügend geschult oder gezielt darauf vorbereitet werden. Ebenfalls von Interesse ist, wie weit sich die Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit mit ihrem noch jungen Beruf im Alltag als solche identifizieren.

Die OdA Gesundheit Bern möchte als Auftraggeberin dieser Bachelorarbeit untersuchen lassen, mit welchen Schwierigkeiten die Berufsgruppen in der Zusammenarbeit konkret konfrontiert sind, um daraus Handlungsschritte zur Unterstützung des Veränderungsprozesses einleiten zu können. Der Fokus soll dabei auf Teams, welche durch FaGe's, Pflegefachpersonen HF und FH zusammengesetzt sind, gelegt werden. Alle weiteren Berufsgruppen, welche ebenso Einfluss auf die tägliche Arbeit der Pflgeteams haben, sollen dabei nicht untersucht werden, obwohl diese ebenso wichtige Funktionen in der interprofessionellen Zusammenarbeit wahrnehmen. Ebenfalls soll auf eine Aussenwahrnehmung verzichtet werden und der Augenmerk ausschliesslich auf die Mitarbeitenden und Leitungen der Team gerichtet werden. Im Folgenden wird die Auftraggeberin, die OdA Gesundheit Bern, vorgestellt.

1.3 OdA Gesundheit Bern

Die Organisation der Arbeitswelt (OdA) Gesundheit Bern ist das Dienstleistungszentrum für Bildungsfragen im Gesundheitswesen des Kantons Bern. Sie vertritt die Akutspitäler, Spitex-Organisationen, stationären Langzeiteinrichtungen, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken und koordiniert die berufsbildungsspezifischen Anliegen von Arbeitgeberverbänden, Arbeitnehmerorganisationen und den kantonalen Behörden. Die inzwischen seit 10 Jahren bestehende Organisation engagiert sich aktiv in der Bildungspolitik des Kantons Bern, wie auch auf nationaler Ebene. Zentrale Kernkompetenzen der OdA Gesundheit Bern bilden Kommunikations- und Marketingmassnahmen für 14 nichtuniversitäre Gesundheitsberufe, die Organisation der Überbetrieblichen Kurse und die Durchführung des Qualifikationsverfahrens für Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit sowie Assistenten Gesundheit und Soziales. Dabei wird vernetzt mit den Lehrbetrieben, den Berufsfachschulen, der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und dem Mittelschul- und Berufsbildungsamt zusammengearbeitet. Die OdA Gesundheit Bern beschäftigt an der Dienststelle 17 Mitarbeitende und beauftragt rund 150 Berufsbildnerinnen und Berufsbildner sowie 700 Prüfungsexpertinnen und –experten pro Jahr (OdA Gesundheit Bern, 2016).

1.4 Aufbau der Arbeit

Nach Absprache mit der OdA Gesundheit Bern wird die Fragestellung entsprechend zum Projektauftrag formuliert. Anhand einer Literaturrecherche werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in einem Theorieteil ausgearbeitet, welcher die Basis für die anschliessende qualitative Datenanalyse legen wird. Mit einer Dokumentenanalyse werden die drei Berufsbilder miteinander verglichen und zueinander in Verbindung gebracht. Aus den gewonnen Ergebnissen werden Handlungsempfehlungen für die OdA Gesundheit Bern erarbeitet.

2 Untersuchungsleitende Fragen

Um die Zusammenarbeit in den interprofessionellen Teams fokussiert auf die drei Berufsgruppen zu untersuchen, werden folgende Fragen untersucht:

1. Welche Faktoren beeinflussen die Zusammenarbeit zwischen den drei Berufsgruppen Fachfrauen/ Fachmänner Gesundheit, Pflegefachpersonen HF und FH?
2. Mit welchen Massnahmen können interprofessionelle Teams befähigt werden ihre Zusammenarbeit zu optimieren?
3. Wie können die berufsspezifischen Kompetenzen sinnvoll eingesetzt werden, um die Ziele der Organisationen effizient zu erreichen?

3 Theoretische Grundlagen

3.1 Diversity im Arbeitskontext

Das Thema der Diversity ist heutzutage in aller Munde. In den letzten Jahrzehnten hat sich der Umgang mit Unterschiedlichkeiten und den daraus geprägten Identitätsgruppen stark gewandelt. Lüthi, Oberpiller, Loose und Orths (2013) beschreiben einen Paradigmenwechsel dessen Anfänge sich in den 60er Jahren finden lassen. Damals wurden erste Anstrengungen unternommen, die bis dahin oft unterdrückten Mitglieder von Minderheiten, aufgrund von Fairness und Respekt, in die Arbeitswelt zu integrieren. Dies geschah weniger aus Überzeug als aus dem Bestreben heraus, sich politisch korrekt zu verhalten. In den 80er Jahren vollzog sich gemäss Lüthi et al. (2013) eine grosse Veränderung, indem Unterschiede zunehmend akzeptiert und bewusst dafür eingesetzt wurden neue Märkte zu beschreiten. Das neue zugängliche Wissen wurde oft nur punktuell zur Zielerreichung genutzt, jedoch nicht als weiterbringende Ressource erkannt. Erst im neuen Jahrtausend hat ein grundlegender Paradigmenwechsel stattgefunden. Lüthi et al. (2013) heben hervor, dass erstmals Unterschiede genutzt wurden, um gemeinsam und gegenseitig voneinander zu lernen und die Organisationen damit weiterzuentwickeln. Geprägt wird das Paradigma durch Begriffe wie Integration, gegenseitige Wertschätzung und Chancengleichheit. Gemäss Krell (2004) verfolgt das Diversity Management das Vorbeugen von Diskriminierung, ermöglicht eine bessere Ausschöpfung der Human Resources und schafft zudem Wettbewerbsvorteile auf den Absatz- und Finanzmärkten. Dabei wird Diversity in zwei Varianten unterschieden. Einerseits kann die *Vielfalt als Unterschied* betrachtet werden, wobei das Anderssein von Personen ins Zentrum rückt. Andererseits kann gemäss Krell (2004) die *Vielfalt als Unterschied und Gemeinsamkeit* definiert werden, was deutlich macht, dass die unterschiedlichen Personengruppen stets über vielfältige Gemeinsamkeiten verfügen.

Rowold und Bormann (zitiert nach Jackson, 1995, S.204) verstehen unter Diversity im Arbeitskontext diejenigen Unterschiede, welche als Individuum wahrgenommen werden können und die sich in spezifischen Personenmerkmalen von anderen unterscheiden. Diese Charakteristiken werden in zwei Subgruppen unterteilt (Rowold und Bormann, 2015):

1. Beziehungsorientierte Merkmale (Geschlecht, Alter, Religion, Ethnie usw.)
2. Arbeitsbezogene Merkmale (Ausbildungshintergrund, Expertise, Fähigkeiten, Funktion in der Arbeitsgruppe usw.)

Eine in der Literatur häufig verwendete Anordnung über die verschiedenen Diversity-Dimensionen (Thomas 2003, Sepheri 2002, Stuber 2002) ist die Systematik der Four Layers of Diversity von Gardenswartz und Rowe (1993). Die Abbildung 2 zeigt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Individuen und deren Persönlichkeitsmerkmale. Daneben kann zwischen den demografischen Daten und organisationsbezogenen Dimensionen unterschieden werden.

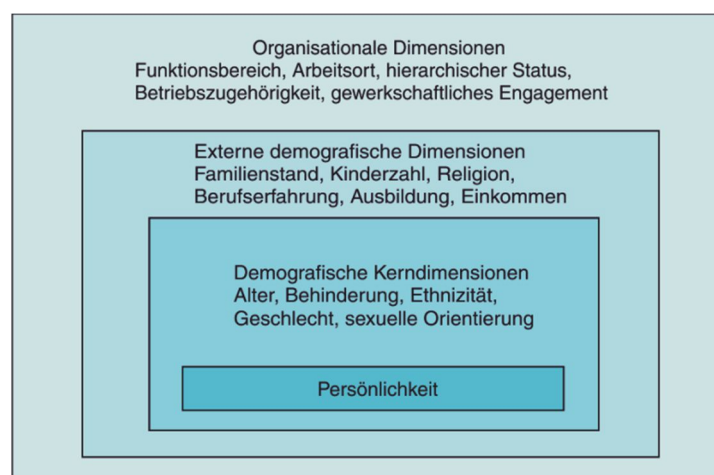


Abbildung 2: Systematik der Diversity-Dimensionen nach Gardenswartz & Rowe

Wie wirkt sich nun Diversity auf Arbeitsgruppen aus und welche Auswirkungen können zwischen untereinander in Beziehung stehenden Individuen entstehen, die eine gemeinsame Verantwortung für bestimmte Ergebnisse haben? Rastetter (2006) ordnet die Arbeitsgruppen auf der Mesoebene zwischen dem Individuum und der Organisation an, welche ihrerseits von einer vielfältigen Gesellschaft umgeben ist und den Arbeitsmarkt beeinflusst. Sie setzt die Arbeitsgruppen dem Teambegriff gleich. Die verschiedenen Ebenen stehen in Wechselwirkung mit den Teams und haben einen wichtigen Einfluss auf das Diversity-Management. Rastetter (2006) beschreibt heterogene Teams als flexibel und kreativ, welche besser auf die Kundenzusammensetzung abgestimmt werden können. Lüthi et al. (2013) postulieren, dass heterogene Teams nicht automatisch aufgrund ihrer Vielfalt ein höheres Leistungsniveau entwickeln, sondern dass erst mit einem Management, welches die entsprechenden Bedingungen schafft, die vorhandene Vielfalt zu nutzen und zu steuern, ein Mehrwert entstehen kann.

3.2 Das Rollenkonzept

Ein Mitglied einer Arbeitsgruppe zu sein ist für viele Arbeitnehmende eine attraktive Arbeitsform. Hug (2013) sieht eindeutige Leistungsvorteile einer Arbeitsgruppe, verglichen mit der Summe von Einzelleistungen. Diese wird durch verschiedene Faktoren geprägt, wie z.B. der Entwicklung eines Wir-Gefühls, welches die Einzelnen verstärkt zu Effizienz und Verantwortungsgefühl motiviert. Die Gruppe kann zudem physische wie auch psychische Leistungen vollbringen, die Einzelnen allein nicht möglich sind. Ebenso ist das gemeinsame Lernen wie auch das Voneinanderlernen ein Effekt, der die Entwicklung der Mitarbeitenden fördert. Auch die Kombination von verschiedenen Kompetenzen und unterschiedlichem Fachwissen spiegelt sich in der Leistung wieder. Neben den effizienzorientierten Vorteilen, finden sich gemäss Hug (2013) auch Chancen im sozialen und emotionalen Bereich, wie Sicherheit, Solidarität und Identität.

Übernimmt eine Person eine Stelle in einem neuen Team an, stellt die bereits existierende Arbeitsgruppe nach Steiger (2013) gewisse Erwartungen an das neue Teammitglied. Die Kombination von Erwartungen welche gesamthhaft von Vorgesetzten, Mitarbeitenden, Kollegen und Kunden vorhanden sind, wird nach Steiger (2013) als Rolle bezeichnet. Erfolgreich eine Rolle auszuführen, hängt also direkt davon ab, ob und wie es gelingt den gestellten Ansprüchen und Erwartungen gerecht zu werden. Dieser Erfolg stellt sich gemäss Steiger (2013) oft erst nach einem dynamischen Prozess ein, während dem Rollenerwartungen kommuniziert werden und der Möglichkeit des Rolleninhabers, sich entsprechende Handlungs- und Gestaltungsfreiheiten zu schaffen. Dieser Austausch- und Anpassungsprozess wird als Rollenübernahme bezeichnet. Die Abbildung 3 zeigt die Herausforderungen, welche an die Rollenträger wie auch an die Organisation für eine erfolgreiche Rollenübernahme gestellt werden.

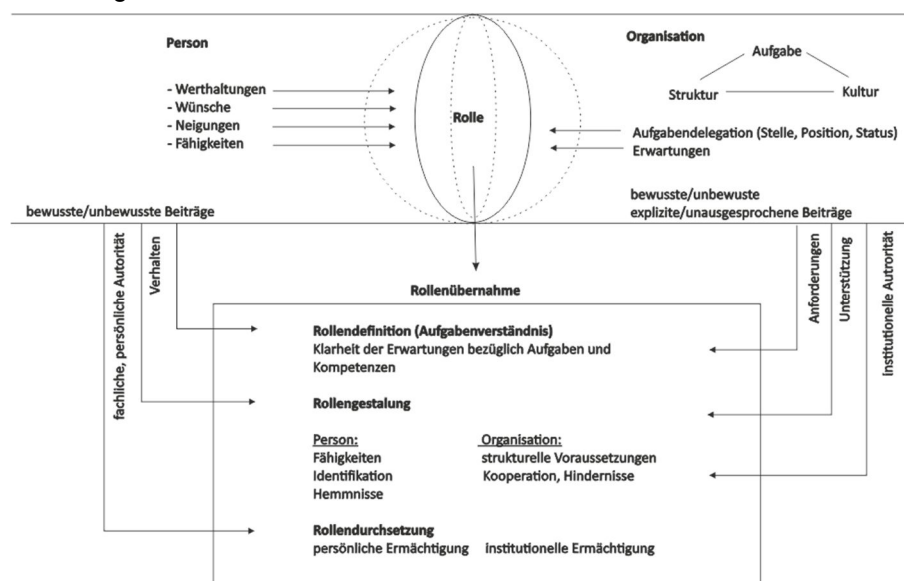


Abbildung 3: Rollenübernahme angelehnt an Steiger (2013)

Damit eine Rollenübernahme stattfinden kann ist es nach Steiger (2013) zwingend, dass die Person welche die Rolle innehat, ebenso wie auch die Organisation, ihren Beitrag dazu leisten. Die Rolleninhaberin oder der Rolleninhaber verfügt über Fähigkeiten und Kenntnisse welche zielführend eingesetzt werden sollen und trägt die Verantwortung für den zugeteilten Bereich. Daneben fließen persönliche Werthaltungen und Wünsche in die Rollengestaltung mit ein und die individuelle Fähigkeit vorhandene Freiräume zu nutzen. Das Verhalten auf persönlicher wie auch fachlicher Ebene prägt den Prozess der Rollenübernahme. Die Organisation ihrerseits steht in der Verantwortung klare Strukturen bereitzustellen, die Aufgaben zu definieren und mit einer entwicklungsfördernden Kultur die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Art und Weise wie Unterstützung angeboten wird und die Anforderungen kommuniziert werden, haben einen wichtigen Einfluss auf die Rollenübernahme der Mitarbeitenden. Erfolg kann sich erst einstellen, wenn für alle Beteiligten das Aufgabenverständnis geklärt ist, die Rolleninhaber ihre Rolle beleben können und auch bei Widerständen oder Konfliktsituationen mit der nötigen Autorität von beiden Seiten verteidigen können (Steiger, 2013).

3.3 Identifikation mit der Arbeitsgruppe

Bei der Integration in eine Arbeitsgruppe sind die Individuen vor die Herausforderung gestellt, sich der Teamkultur anzupassen und gleichzeitig eigene Wertvorstellungen einzubringen. Am leichtesten fällt dies laut Lüthi et al. (2013), wenn andere Gruppenmitglieder Ähnlichkeiten aufweisen. Um ein Zugehörigkeitsgefühl zu entwickeln, fügen sich teamfähige Personen rasch in ein bestehendes Gruppengefüge ein und passen sich den Gegebenheiten an. Sobald sich Gruppen neu formen, finden gemäss Mummendey und Otten (2002) zwangsläufig Differenzierungsprozesse statt. Dabei werden die sozialen Beziehungen kategorisiert und Ähnlichkeiten ebenso wie Unterschiede in verschiedene Kategorien eingeordnet. Sobald dieses Kategoriensystem das Selbst einschliesst, wird zwischen eigener und fremder Gruppe unterschieden. Diese Differenzierung kann auch durch Subgruppen in einem grösseren Team entstehen. Mummendey & Otten (2002) haben erkannt, dass die Mitglieder der Ingroup der eigenen Person als ähnlich wahrgenommen werden und diese positiver bewertet werden als Mitglieder der Outgroup. Das Wiedererkennen von eigenen Wertdimensionen gibt den Mitgliedern der Ingroup das Gefühl einer positiven sozialen Identität. Zick (2008) beschreibt diese als übergeordnetes Ziel, wenn sich Individuen einer Gruppe zuordnen. Dabei hilft die Abgrenzung zu einer Outgroup, indem die Ingroup deutlich höher bewertet wird und positiv von anderen unterschieden werden kann. Durch die Begünstigung der Eigengruppe kann nach Spears und Tausch (2014) ein Ingroup bias entstehen. Während die Ingroup positiver behandelt wird, resultiert ein Herabsetzen der Outgroup, was sich darin äussert, dass diese weniger positiv behandelt wird. Mummendey & Otten (2002) schlagen drei Modelle vor, wie die Intergruppenbeziehungen verbessert werden können.

Dekategorisierung

Das Modell der Personalisierung von Brewer & Miller (1984) hat zum Ziel, die vorhandene Kategorisierung zwischen Gruppen aufzuweichen und im besten Fall gänzlich aufzulösen. Die Gruppenmitglieder welche in ihrer Subgruppe gleichförmig und kaum individuell wahrgenommen werden, erkennen sich gegenseitig auf der personalen Ebene, wo Interaktionen nicht mehr zwischen Gruppen sondern zwischen den einzelnen Individuen stattfinden. Die Personen werden mit ihren individuellen Besonderheiten wahrgenommen, was die Stereotypisierung und Bildung von Vorurteilen fremder Gruppen in den Hintergrund stellt. Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft der Gruppenmitglieder, die durch die Kategorisierung entstandene soziale Identität aufzugeben.

Rekategorisierung

Dieser Ansatz von Gaertner und Dovidio (2000) zielt auf eine Neukategorisierung auf der nächst höheren Ebene ab. Dabei werden vorhandenen Kategorien zwischen der Outgroup und Ingroup nicht aufgelöst, sondern zu einer gemeinsamen übergeordneten neuen Gruppe zusammengefügt. Diese Common ingroup vereint die Gruppenmitglieder unter einem neuen Aspekt, lässt die Identifikation mit der ursprünglichen Ingroup unverändert zu.

Wechselseitige Differenzierung

Dieses Modell von Mummendey und Schreiber (1983) sucht die Lösung von Konflikten zwischen Gruppen in der Reduktion des herrschenden Wettbewerbs. Die gewonnene Überlegenheit welche sich durch die Zugehörigkeit einer Gruppe anderen Gruppen gegenüber manifestiert, wird durch die Stützung der eigenen positiven sozialen Identität herabgesetzt. Dabei werden den Subgruppen bei Problemlösungsprozessen oder Aufgabestellungen komplementäre Rollen zugewiesen, was zur Folge hat, dass die Gruppen aufeinander angewiesen und voneinander abhängig sind und sich gleichzeitig optimal ergänzen. Dieses Modell hat den Vorteil, dass die Personen die Ebene der Kategorisierung nicht wechseln müssen, die eigenen Stärken der Gruppe einbringen können und den Mehrgewinn der Zusammenarbeit mit anderen Gruppen erkennen können.

Eine weitere Variante auf Subgruppen in Teams zu reagieren, ist der von Schermuly und Schölmerich (2014) konzipierte „Diversity Faultline-Ansatz“. Sie empfehlen den Teamleitenden mehrere sich unterscheidende Merkmale der Teammitglieder gleichzeitig zu betrachten. Die „Diversity Faultlines“ sind hypothetische Trennlinien, die ein Team aufgrund von Merkmalen in Subgruppen unterteilen können. Es wird darauf hingewiesen, dass die Teammitglieder die Entstehung von Subgruppen oft nicht bewusst wahrnehmen. Das dabei entstehende Wir-Gefühl macht deutlich, dass sich die Subgruppe als Ingroup wahrnimmt. Gemäss Schermuly & Schölmerich (2014) unterscheiden sich Subgruppen umso mehr voneinander, je deutlicher mehrere Merkmale der Teammitglieder miteinander verbunden sind. Neben den bereits erwähnten positiven Effekten von Unterschiedlich-

keiten in Teams werden von Schermuly & Schömerich (2014) auch negative Konsequenzen der Subgruppenbildung beschrieben. „Diversity Faultlines“ schwächen den Zusammenhalt im Team und verstärken den Wettbewerb zwischen den Subgruppen. Dabei wird weniger Kommunikation angewendet, die Leistung nimmt ab und die Stimmung verschlechtert sich. Die Risiken von starken „Diversity Faultlines“ lassen sich gemäss Schermuly & Schömerich (2014) eindämmen: Bei der Rekrutierung von neuen Mitarbeitenden kann mit einer bewussten Teamzusammenstellung Einfluss genommen werden um die Bildung von Subgruppen abzuschwächen. Dabei kann die Tatsache mit einbezogen werden, dass Personen die über das Persönlichkeitsmerkmal einer ausgeprägten Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen verfügen, der Bildung von Diversity-Faultlines entgegen wirken. Ebenso nehmen Führungskräfte eine Vorbildfunktion ein, indem diese überzeugend vorleben, wie mit Diversity umgegangen werden kann. Das Team kann auch damit befähigt werden, indem mittels Teamentwicklungsmaßnahmen gemeinsame Normen und Ziele definiert werden, um die Bildung eines übergeordneten Identitätsgefühls zu verstärken. Durch Gemeinsamkeiten entsteht Vertrauen im Team. Führungskräfte sollen Gemeinsamkeiten der Mitglieder betonen. Dabei hilft ein konstruktives Konfliktmanagement indem Differenzen offen angesprochen werden.

3.4 Teamentwicklung

Unter Teamentwicklung verstehen Lüthi et al. (2013) einen automatisch verlaufenden, gruppendynamischen Prozess, den Arbeitsgruppen und Teams phasenweise durchlaufen. Wenn der Prozess aktiv gesteuert wird, kann er zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitenden beitragen, die Teamkultur fördern und wirkt sich positiv auf die Arbeitseffizienz und die Leistung eines Teams aus. Nach Stumpf und Thomas (2003) können zwischen folgenden Phasen der Teamentwicklung unterschieden werden:

Einleitungsphase

In der ersten Phase wird ein vorhandenes Problem erkannt, welches sich negativ auf die Teamzusammenarbeit auswirkt. Dies kann durch Teammitglieder selbst, der Teamleitung oder auch durch andere Organisationsmitglieder ausserhalb des Teams erfolgen. Entscheidet sich die Teamleitung dafür, das geortete Problem durch eine Teamentwicklungsmaßnahme anzugehen, wird eine Expertin, ein Experte hinzugezogen.

Diagnosephase

Dabei wird erfasst worin das eigentliche Problem besteht und auf welchen Stärken und Erfahrungen im Team aufgebaut werden kann. Die Analysen können nach Kauffeld (2001) entweder prozessanalytisch oder strukturanalytisch durchgeführt werden. Erstere erfordern einen hohen Aufwand, verfügen über einen geringen Standardisierungsgrad und sind wenig praxistauglich. In

aufwändigen Settings, welche meist auf Verhaltensbeobachtungen beruhen, werden Gruppenaktivitäten, Interaktions- oder Kommunikationsprozesse per Videoaufzeichnung erfasst und mittels Kodiersystemen ausgewertet. Im Gegensatz dazu können gemäss Kauffeld (2001) strukturanalytisch durchgeführte Analysen mit weniger Ressourcen und geringem Zeitaufwand durchgeführt werden. Der Einsatz von standardisierten Fragebogen oder Adjektivlisten vermittelt zwar ein eher grobes Bild der Realität, erfasst gleichzeitig auch die subjektiven Einschätzungen und Gefühle der einzelnen Teammitglieder.

Interventionsphase

In dieser Phase werden Interventionen für die Teamentwicklung durchgeführt. Nach Poggendorf (2012) basieren diese entweder auf einer systemisch (Fokus auf das soziale System), proxemisch (Ansatz der Raumbedeutung und des Raumverhaltens) oder ganzheitlichen (auf Körper, Geist, Gefühle und Kommunikation bezogen) Herangehensweise und werden meistens im Gruppensetting durchgeführt.

Teamerfolge von heterogenen Teams hängen gemäss Lüthi et al (2013) von Faktoren wie Dauer der Zusammenarbeit, Qualität der Ziele und der Fähigkeit der Teamleitung ab. Im Gegensatz zur systemischen Teamentwicklung legen sie mit ihrem *Diversity-Teamentwicklungs-Modell* den Fokus nicht ausschliesslich aufs Team, sondern auch auf einzelne Personen im Team, deren Haltung, Unterschiede zu anderen und deren Beitrag zum Ziel. In der folgenden Grafik sind die Kompetenzen der Diversity-Teamentwicklung in Abgrenzung zur systemischen Teamentwicklung abgebildet:

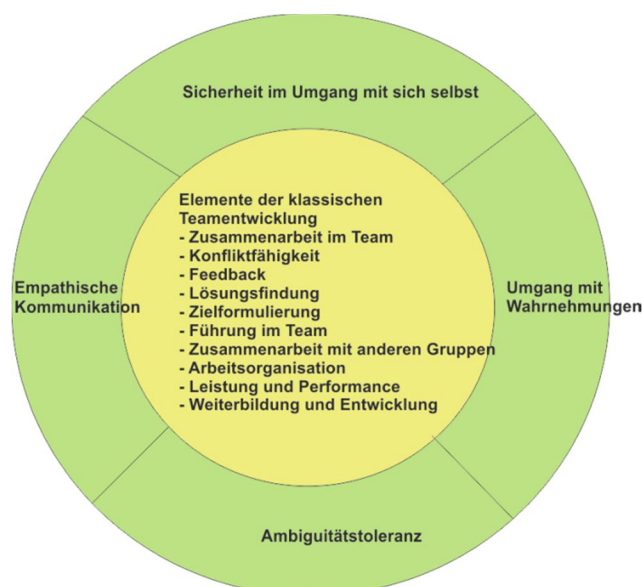


Abbildung 4: Kompetenzen der Diversity-Teamentwicklung nach Lüthi et al.

Im systemischen Verständnis steht nach Lüthi et al. (2013) das Team im Mittelpunkt, die einzelnen Personen stellen nicht das Problem dar, sondern sind Symptomträger. Schwierigkeiten die sich aufgrund von Diversity in Teams bilden, werden nach diesem Verständnis von der Gruppe selbst ausgelöst und sind nicht auf individuelle Unterschiede zurückzuführen. Mit den ergänzenden Aspekten des Diversity-Teamentwicklungs-Modells wird die persönliche Ebene der einzelnen Teammitglieder miteinbezogen und dient damit als Grundlage für Interventionen mit dem bewussten Umgang mit Vielfalt, Unterschieden und Ähnlichkeiten in Teams.

3.5 Berufliche Identität

Neben einer personalen und sozialen Identität entwickelt sich aufgrund eines erlernten Berufs auch die berufliche Identität. Der Begriff der Identität bedeutet völlige Übereinstimmung, Gleichheit und Wesenseinheit (Etymologisches Wörterbuch, 2010). Mit dem Hineinwachsen und schliesslich dem Übernehmen einer beruflichen Rolle beginnen die Personen sich mit Beruf zu identifizieren. Dabei verfügen gemäss Fischer (2013) nicht alle Berufe über dasselbe Identifikationspotenzial. Dieses wächst sobald ein Beruf bei berufsinteressierten Personen und Berufsangehörigen eine hohe Übereinstimmung bezüglich deren Interessen, Fähigkeiten und Neigungen der Person und dem Berufsbild herzustellen vermag. Für Rauner (2005) hängt das Identifikationspotenzial davon ab, wie stark verankert Berufsbilder im gesellschaftlichen Bewusstsein sind und wie gross die Stabilität eines Berufs über einen längeren Zeitraum wahrgenommen wird. Dabei spielen das Alter und die Bekanntheit eines Berufs eine zentrale Rolle. Es bedingt, dass die Gesellschaft eine Vorstellung davon entwickelt, mit welchen Aufgaben sich die jeweiligen Berufsangehörigen beschäftigen und wie differenziert die Tätigkeitsprofile für Nicht-Berufsangehörige erfasst werden können.

Die Entwicklung der beruflichen Identität beginnt gemäss Fischer (2013) bereits während der Ausbildung und erzeugt während diesem Zeitraum einen indirekten Einfluss auf das zukünftige Engagement und die Arbeitsmoral im zukünftigen Berufsfeld. Am Lernort Praxis tragen ein gutes Arbeitsklima und die Vielfalt der Arbeitsaufgaben, welche in die betrieblichen Arbeitszusammenhänge eingebettet sind, wesentlich zur Identitäts- und Engagement-entwicklung bei. Ebenfalls wichtige Einflussfaktoren sind gemäss Fischer (2013) die Unterstützung der Auszubildenden und die Art und Weise wie sie als Mitarbeitende behandelt und integriert werden. Im Kontext der schulischen Ausbildung prägen Themenbereiche wie „Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen“ sowie „Berufliche Anforderungen bewältigen“ zur beruflichen Identitätsentwicklung bei. Die Qualität und der Nutzen dieses Unterrichts hängt vielfach von der Ausgestaltung der konkreten Lernsituationen ab und ist durch die Kompetenz und Kreativität von Lehrpersonen und Praxisbildner geprägt, da nach Fischer (2013) in den meisten Ausbildungsrichtlinien die strukturelle Verankerung des Themas selten in angemessener Weise vorhanden ist.

3.6 Profession

Berufe in denen Interaktion und Beziehung eine zentrale Rolle spielen sind in der Diskussion, ob sie eine eigene Profession bilden, gemäss Kälble (2005) unverändert umstritten. Nach wie vor werden sie in den meisten Fällen als Semiprofessionen charakterisiert, obwohl seit den 90er Jahren grosse Anstrengungen unternommen und Fortschritte erzielt wurden, um die Entwicklung von Berufen wie z.B. der Pflege, auf dem Weg zur eigenen Profession zu fördern.

Van Kessel (2015) beschreibt verschiedene Professionstheorien welche auf unterschiedlichen Grundorientierungen basieren. Die klassische, merkmalsbezogene Sichtweise beruht auf dem strukturfunktionalistischen Paradigma und ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

Eine vorhandene Spezialisierung, die durch akademisch erworbenes Spezialwissen geprägt ist, eine Dienstleistungsorientierung welche aufgabenbezogen ausgeübt wird, eine eigene Berufsethik, eine vorhandene Standesorganisation wie auch eine Autonomie, die es ermöglicht persönliche und sachliche Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in der Tätigkeit gegenüber kontrollierenden staatlichen oder Organisations-Instanzen auszuüben.

Daneben führt van Kessel (2015) den handlungs- und strukturorientierten Ansatz auf, welcher die innere Logik des Handelns sowie dessen strukturelle Bedingungen untersucht.

Der Prozess der Professionalisierung wird nach van Kessel (2015) mit professioneller Entwicklung gleichgesetzt. Dabei verfügen die Berufsangehörigen durch ihre Ausbildung über erworbenes Wissen, welches in den wissenschaftlichen Kontext gebracht werden muss, zum andern bedingt es der Entwicklung für das Verstehen von konkreten Einzelfällen, bei welchen Praxiserfahrung und ein reflektierter Umgang damit entstehen sollte.

3.6.1 Die Pflege auf dem Weg zur Profession

Der Pflegeberuf in der Schweiz ist ständigen Entwicklungen und neuen Anforderungen unterworfen, von verschiedensten Akteuren wird gleichzeitig der Weg, eine eigene Profession zu etablieren, vorangetrieben. Der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) unterstützt die Definition des International Council of Nurses (ICN) welcher den Begriff Professionelle Pflege erörtert (1987):

Professionelle Pflege (durch diplomierte Pflegefachpersonen) umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Pflege schliesst die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und

Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.

In der Schweiz werden Pflegefachpersonen an Höheren Fachschulen HF und Fachhochschulen FH auf der Tertiärstufe ausgebildet und schliessen ihr Studium mit dem eidgenössisch anerkannten Titel „Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF“ oder „Dip. Pflegefachfrau/-mann FH“ ab (OdA Santé, 2016).

3.6.2 Entwicklung des Berufs Fachfrau/ Fachmann Gesundheit EFZ

Die Fachfrau/der Fachmann Gesundheit ist eine berufliche Grundbildung auf Sekundärniveau in der Schweiz. Der Beruf wurde 2002 im Zuge der Reformierung der Ausbildungsstruktur im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege neu geschaffen. Fachpersonen Gesundheit unterstützen das diplomierte Pflegefachpersonal und es wird zur Umsetzung von zeitgemässen Pflege- und Betreuungskonzepten beigetragen. Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit unterstützen und pflegen Menschen, die in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind. Sie übernehmen selbständig Aufgaben unter der generellen Verantwortung von diplomierten Pflegefachpersonen. FaGe zählen nicht zu den Pflegefachpersonen (OdA Santé, 2016).

3.7 Kompetenzmanagement

Für Organisationen stellt das Managen von unterschiedlichen Kompetenzen ihrer Mitarbeitenden aus eigener Erfahrung eine grosse Herausforderung dar, um die Potenziale effizient zu nutzen und zielorientiert zu entwickeln. Die vielerorts vorhandenen Kompetenzmodelle gilt es mit geeigneten Prozessen zu steuern, um die Effektivität und Transparenz der Personalarbeit zu erhöhen. Gerade im Gesundheitswesen, wo Fachpersonen mit unterschiedlichsten Kompetenzprofilen die Betreuung und Pflege ihrer Klienten gewährleisten, ist es zwingend diese Kompetenzen professionell zu erfassen, auf die Organisationsziele auszurichten und zu managen. Grote, Kauffeld und Frieling (2012) verstehen unter Kompetenzmanagement die Erreichung von herausfordernden Zielen, indem organisationales Lernen, Gruppenlernen und individuelles Lernen für die Umsetzung neuer Strategien und in Veränderungsprozessen in Organisationen vernetzt werden. Unabhängig der Grösse von Unternehmen oder der Branche, zeigen sie eine Systematik auf, wie das Kompetenzmanagement in jegliches System implementiert werden kann, welches als Voraussetzung über ein eigenes Kompetenzmodell und HR-Instrumente verfügt. Erpenbeck und Heyse (2007) definieren den Begriff der Kompetenz als die Fähigkeit aller Mitarbeitenden, sich auch in offenen und unüberschaubaren komplexen und dynamischen Situationen selbstorganisiert zurechtzufinden.

Die Kompetenzentwicklungsprozesse in Unternehmen orientieren sich gemäss Sauter und Staudt (2016) aus den individuellen Zielen der Mitarbeitenden und an den Zielen die sich aus der

Unternehmensstrategie ableiten. Ersteres fokussiert die persönliche Karriereplanung und die gezielte Gestaltung der individuellen Kompetenzentwicklung. Letzteres spielt für die Umsetzung der Unternehmensziele eine zentrale Rolle und dient als Grundlage für die verschiedenen Personalprozesse. Sauter & Staudt (2016) teilen die Aufgaben des Kompetenzmanagements aus Prozesssicht in folgende vier Phasen:

Tabelle 1: Aufgaben des Kompetenzmanagements

Erfassen	Im ersten Schritt werden die Kompetenzen der Mitarbeitenden schriftlich erfasst, welche als Gesamtes die Unternehmenskompetenz darstellt. Dabei werden alle Ebenen, von Mitarbeitenden, Teams, Abteilungen und der Organisationsführung einbezogen und ausgewiesen.
Reflexion	Die Grundlage der Unternehmenskompetenz wird mit den zukünftig notwendigen Kompetenzen abgeglichen und der Entwicklungsbedarf daraus abgeleitet. Damit wird es möglich, individuelle und zielgerichtete Entwicklungsmaßnahmen zu definieren.
Vervielfältigung	Das vorhandene Wissen und Kompetenzen sollten auf allen Ebenen der Organisation zugänglich sein. Deshalb wird in dieser Phase die Integration des Wissens- und Kompetenzmanagements angestrebt um die Verteilung zu gewährleisten.
Entwicklung	Das Potenzial der Mitarbeitenden wird analysiert und Massnahmen ergriffen, um der Strategieentwicklung und deren Anforderungen zu begegnen. Diese Phase ermöglicht eine zielorientierte Entwicklung der Mitarbeitenden, indem ihre Kompetenzen entsprechend gefördert werden.

Aus diesem Prozess wird deutlich, dass Kompetenzmanagement zum Ziel hat, die Mitarbeiterkompetenzen bezogen auf die Unternehmensstrategie zu nutzen und zu entwickeln. Mögliche Instrumente, um Führungskräfte zu unterstützen, den Mitarbeitenden die Anforderungen transparent zu machen, sind gemäss Grote et al. (2012) Anforderungsprofile, Stellenbeschreibungen, Funktions- oder Kompetenzprofile, welche sich aus einem Kompetenzmanagementsystem ableiten lassen. Diese Instrumente enthalten unabhängig von der Organisationsstruktur Elemente wie Tätigkeitsbeschreibungen, Verantwortlichkeiten, fachliche Anforderungen und Kompetenzen. Daneben kann mit Ist-Profilen aufgezeigt werden, wie Mitarbeitende die Anforderungen tatsächlich umsetzen und entsprechend der Kompetenzentwicklungsbedarf daraus abgeleitet werden (Grote et al., 2012).

Das Kompetenzmanagement in sich ist ebenfalls ein Prozess der kontinuierlich evaluiert und angepasst werden muss. Aufgrund von Veränderungen in der Unternehmensstrategie oder operativen Anpassungen gilt es zeitnah zu reagieren. Die Abbildung 5 zeigt den Prozess des Kompetenzmanagements (Kunzmann und Schmidt, 2007):

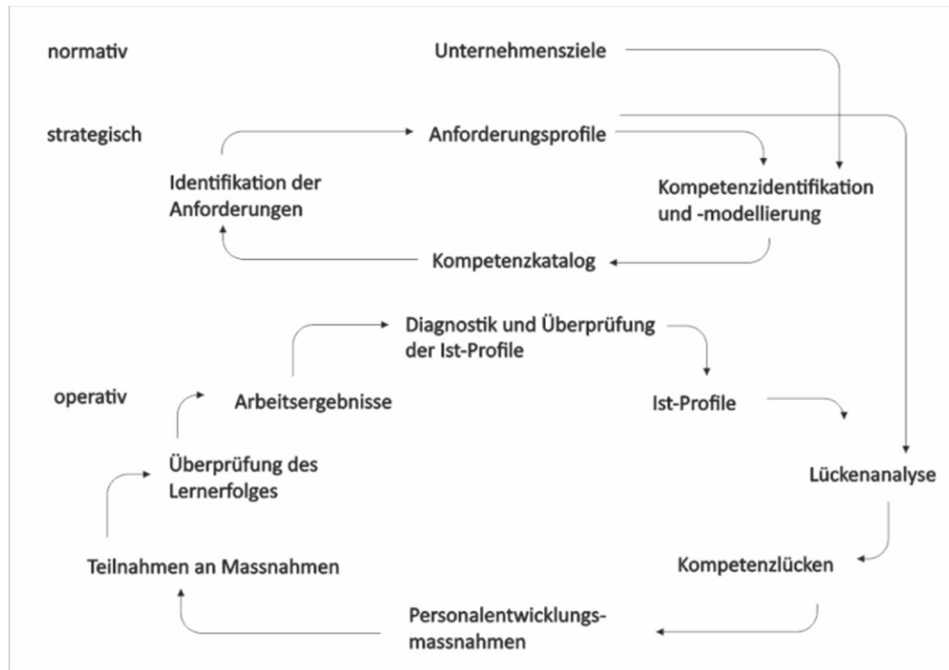


Abbildung 5: Prozess des Kompetenzmanagement nach Kunzmann & Schmidt

Gemäss Kunzmann & Schmidt (2007) findet der Prozess des Kompetenzmanagements auf allen drei Organisationsstufen statt. Die normative Ebene beinhaltet die Unternehmensziele, auf der strategischen Ebene entstehen die erforderlichen Kompetenzkataloge und daraus abgeleitet die Anforderungsprofile. Auf der operativen Ebene findet der Personalentwicklungsprozess statt, in welchem die Mitarbeitenden dazu befähigt werden sollen, die gestellten Anforderungen zu erfüllen, indem Kompetenzlücken erkannt und mit geeigneten Massnahmen unterstützt werden, um diese zu schliessen.

Die drei dieser Arbeit zugrunde liegenden Berufsgruppen verfügen je über ein Berufsprofil, welches die Kompetenzen nach ihrem Ausbildungsabschluss aufzeigt. Diese sind dem Anhang 4 angefügt und werden für die folgende Dokumentenanalyse genutzt.

4 Methodik

4.1 Dokumentenanalyse

Um die Kompetenzprofile der drei Berufsgruppen Fachfrau/Fachmann Gesundheit, Pflegefachperson HF und Pflegefachperson FH voneinander unterscheiden zu können, werden die Abschlusskompetenzen, welche nach Ausbildungsende erworben werden, miteinander verglichen. Dazu wird die Kompetenzübersicht aus dem Bildungsplan FaGe EFZ vom 05.11.2008, der Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen Pflege vom 24.01.2011 und die berufsspezifischen Kompetenzen des Pflegestudiengangs Pflege der Berner Fachhochschule Gesundheit (2016) einander gegenübergestellt und analysiert. In einem ersten Schritt werden die Kompetenzen in ein Raster eingefügt und dabei zwischen eigenständigen und sich überschneidenden Kompetenzen unterschieden (vgl. Anhang 1). Die so entstandene Übersicht wird analysiert und die Erkenntnisse daraus abgeleitet. Dabei wird nicht auf jede Kompetenz einzeln eingegangen, sondern übergeordnete Aussagen zu den Berufsprofilen gemacht.

4.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der 12 Interviews erfolgt anhand der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Die Qualitative Inhaltsanalyse ist eine Textanalysemethode, deren Ziel die systematische Analyse des Materials ist, um sich dadurch der freien Interpretation zu entziehen. Das bedeutet, die gesamten Analyseschritte und Entscheidungen haben in der Qualitativen Inhaltsanalyse nach vorab formulierten Regeln abzulaufen. Dabei spielt das Ablaufmodell, in welchem die Analyseschritte festgehalten sind, eine zentrale Rolle. Die Inhaltsanalyse passt sich der Fragestellung und dem Material an und wird immer in den Kommunikationszusammenhang gesetzt. Das heisst, dass die Interpretation anhand des Textkontextes erfolgt. Dafür werden Textelemente gruppiert und zu einer bestimmten Klasse, einer Kategorie, zusammengefasst. Die Bildung von Kategorien ist zentral für die Qualitative Inhaltsanalyse und kann induktiv oder deduktiv erfolgen. Die induktive Kategorienentwicklung erfolgt aus dem Material heraus und setzt die Technik der Zusammenfassung ein. Bei der deduktiven Kategorienanwendung werden die Kategorien anhand von theoretischen Überlegungen vorab bestimmt, und anschliessend wird der Text nach diesen untersucht (Mayring, 2010). Laut Rössler (2005) wird in der Praxis häufig eine Mischform dieser zwei Techniken angewendet. Bei der Kategorienbildung lassen sich auch quantitative Analyseschritte einbauen (Mayring, 2010). Beispielsweise kann durch die Häufigkeitszählung einer Kategorie deren Relevanz aufgezeigt werden. Die wissenschaftlichen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) sind auch bei der Inhaltsanalyse zu berücksichtigen (Mayring, 2010).

4.2.1 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell

Das Vorgehen bei der qualitativen Analyse wird in Anlehnung an Mayring (2010) nachfolgend mit Hilfe des vorliegenden Ablaufmodells Schritt für Schritt erläutert.

Schritt 1: Theorie, Fragestellungen

In einem ersten Schritt wird zusammen mit dem Praxispartner definiert, was genau untersucht und welche Forschungsfragen beantwortet werden sollen.

Schritt 2: Methodenwahl

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wird die Methode der qualitativen Expertenbefragung gewählt, welche im Gegensatz zu einer quantitativen Erhebung vertiefte Aussagen ermöglicht. Es wird damit das Ziel verfolgt praxisorientierte und fachlich fundierte Aussagen zu gewinnen. Zudem ermöglicht diese Methode laut Flick (2011) eine Perspektivenvielfalt, eine Anreicherung und Vervollständigung der Erkenntnismöglichkeiten.

Schritt 3: Kategorienbildung für Erhebung und Auswertung

Für die Erstellung des Interviewleitfadens werden aus der bearbeiteten Theorie Kategorien gebildet und Fragen dazu abgeleitet, welche für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind. Für eine Strukturierung des Leitfadens und für eine spätere qualitative Auswertung geschieht die Kategorienbildung deduktiv und somit auf der Grundlage von theoretischen Überlegungen. Für die Gruppe der Teamleitungen wird ein adaptierter Interviewleitfaden erstellt, welcher auf den gleichen Kategorien basiert wie derjenige der Mitarbeitenden (vgl. Anhang 2).

Schritt 4: Interviewleitfaden

Der halbstandardisierte Interviewleitfaden beinhaltet offene sowie strukturierte Fragen. Die offenen Fragen dienen zur Anregung des Erzählstimulus und die strukturierten Fragen zur gezielten Gewinnung von Informationen der einzelnen Kategorien. Im Anschluss an die Interviews erhalten die zu interviewenden Fachpersonen einen Fragebogen, damit einige wichtige Kenngrößen zur gewählten Stichprobe erfasst werden können (vgl. Anhang 3).

Schritt 4: Pretest und Durchführung der Interviews

Für die Überprüfung des geplanten Zeitrahmens des Interviews sowie um zu klären, ob die Fragen klar und verständlich sind, wird ein Pretest mit einer FaGe und einer Teamleitung durchgeführt. Aufgrund der Rückmeldungen wird der Interviewleitfaden entsprechend angepasst. Die Durchführung des Interviews erfolgt mit drei Teamleitungen, drei Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit, drei

Pflegefachpersonen HF und drei Pflegefachpersonen FH, um eine fachliche Einschätzung aus der betrieblichen Praxis zu erhalten. Zwecks späterer Analyse werden die Interviews aufgezeichnet.

Schritt 5: Transkription

Die Transkription der Audioaufzeichnungen erfolgt mit Hilfe der Software f4/f5 und MAXQDA. Die Audioaufzeichnung der 12 durchgeführten Interviews werden transkribiert. Anschliessend werden die Transkriptionsprotokolle in die Software MAXQDA eingefügt, um eine elektronische Datenauswertung zu ermöglichen.

Schritt 6: Formulierung des Codierleitfadens

Die Codierung dient zur Konzentration des Materials. Nur die prägnanten Textstellen, welche bedeutend für die Untersuchung sind, werden aus den Transkriptionsprotokollen entnommen. Bei der Codierung werden Textpassagen zu einer oder mehreren Kategorien zugeordnet. Damit die Codierung systematisch erfolgen kann, wird ein Codierleitfaden verfasst. Im Leitfaden werden sämtliche Kategoriendefinitionen und Codierregeln aufgeführt. Zudem wird jede Kategorie mit einem Ankerbeispiel veranschaulicht, das exemplarisch für diese Kategorie gelten soll.

Schritt 7: Kategorienanwendung

Jedes einzelne Interview wird nach den vorab bestimmten Kategorien codiert. Im MAXQDA werden die Textpassagen mit den definierten Kategorien verknüpft.

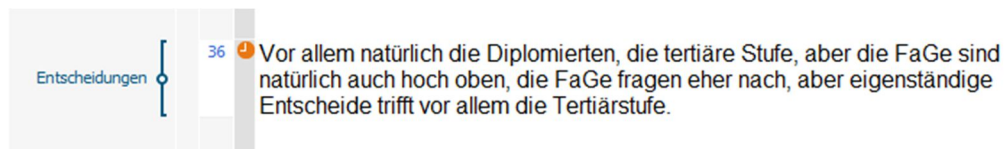


Abbildung 6: Codierung der Kategorien

Schritt 8: Überarbeitung des Kategoriensystems, Intracodercheck

Anschliessend wird überprüft, ob die Codierungen tatsächlich den zugewiesenen Kategorien entsprechen. In dieser Phase wird das bereits vorhandene Kategoriensystem evaluiert und überarbeitet. Durch die nochmalige Überprüfung der Kategorien entstehen Subkategorien als auch neue Kategorien (induktive Datenauswertung).

Schritt 9: Endgültiger Materialdurchgang

Im endgültigen Materialdurchgang wird jedes einzelne Interview nochmals durchgelesen und auf die Codierung hin überprüft und diese wenn nötig angepasst (vgl. Anhang 4).

Schritt 10: Intercoder-Reliabilitätsprüfung

Um Fehlinterpretationen zu vermeiden werden die Ergebnisse der Auswertung von einer

aussenstehenden Person überprüft. Die Wertungen und Interpretationen werden diskutiert. Wenn Zweifel bei den Beurteilungen bestehen, werden entweder die Originalaufnahmen noch einmal abgehört oder die vollständigen Transkriptionsprotokolle durchgelesen, um die Zuordnungen zu überprüfen und modifizieren.

Schritt 11: Qualitative und quantitative Analyse der Kategorien

In dieser Phase werden die Erkenntnisse aus den 12 Interviews zusammengefasst. Im MAXQDA wird ein Zusammenzug sämtlicher Kodierungen erstellt und in eine Excel-Liste exportiert (vgl. Anhang 5). Aus dem vervollständigten Kategoriensystem werden die Haupterkenntnisse abgeleitet. Durch die Häufigkeitszählung einer Aussage wird deren Relevanz unterstrichen.

4.2.2 Stichprobe

Bei der Auswahl der Interviewpersonen werden die verschiedenen Funktionen in einem interprofessionellen Pflegeteam berücksichtigt. Dabei werden Teamleitungen und Personen, welche mit mindestens einer der zu untersuchenden Berufsgruppen zusammenarbeitet, ausgewählt. Die Personen arbeiten alle seit mindestens einem Jahr nach Ausbildungsabschluss in einem der drei Versorgungsbereiche Akutpflege, Langzeitbereich oder der Spitex. Die Rehabilitation und die Psychiatrie werden dabei nicht berücksichtigt, da diese nur einen kleinen Teil der Pflegeteams im Kanton Bern ausmachen und von ihrer Arbeitsstruktur her der Akut- und Langzeitpflege zugeordnet werden können. Insgesamt werden 12 Interviews geführt. Die ausgesuchten Betriebe sind zum Teil öffentliche Institutionen, zum Teil Privatbetriebe die alle einen vom Kanton Bern anerkannten Versorgungsauftrag haben. Regional wird zwischen Stadtbetrieben und ländlichen Betrieben unterschieden, welche sich im Berner Oberland, Berner Mittelland, dem Emmental und der Stadt Bern befinden. Die Interviewpersonen stammen alle aus verschiedenen Pflegeteams und geben aus der Sicht ihrer jeweiligen Funktion Auskunft. Mit der gewählten Stichprobe soll gewährleistet werden, dass das Berufsfeld möglichst vielfältig repräsentiert wird.

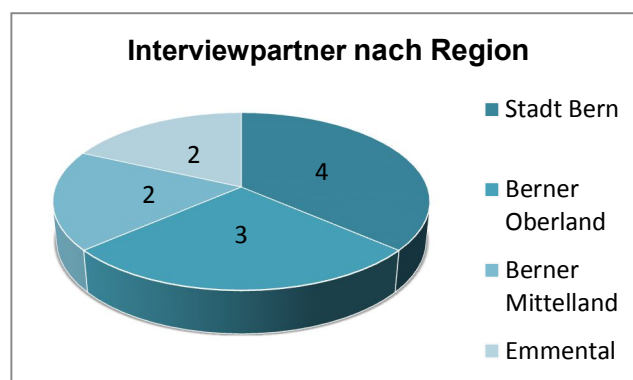


Abbildung 7: Interviewpartner nach Region

Tabelle 2: Übersicht Interviewpartner nach Versorgungsbereich und Berufsabschluss

	Teamleitung	FaGe	Pflege HF	Pflege FH
Akutbereich	1 Interview	1 Interview	1 Interview	1 Interview
Langzeitbereich	1 Interview	1 Interview	1 Interview	1 Interview
Spitex	1 Interview	1 Interview	1 Interview	-

Die Umsetzung, eine Pflegefachperson mit FH-Abschluss zu finden welche in der Spitex arbeitet, konnte nicht realisiert werden, da keine Person mit diesem Profil gefunden werden konnte. Anhand eines im Anschluss an die Interviews abgegebenen Fragebogens konnten weitere Daten zu den involvierten Pflgeteams gewonnen werden. Die Teams in welchen die Interviewpersonen arbeiten, haben eine Grösse zwischen 18 bis 39 Mitarbeitenden. In allen Teams sind Fachpersonen Gesundheit und Pflegefachpersonen HF vertreten. Nur in fünf Teams arbeiten auch Pflegefachpersonen FH. Dabei variiert die Verteilung der verschiedenen Berufsgruppen, vor allem bezogen auf die Versorgungsbereiche. Im Langzeitbereich dominieren die Fachpersonen Gesundheit die Pflgeteams, Pflegefachpersonen mit einem tertiären Abschluss sind nur einzelne zu finden. Im Akutbereich überwiegen die Pflegefachpersonen, in der Spitex ist der Anteil ungefähr ausgeglichen.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Bei der Analyse der Kompetenzen der drei Berufsgruppen fällt auf, dass die meisten Aufgabengebiete mit unterschiedlichen Fähigkeiten bei allen Berufsgruppen vorhanden sind. Die Bereiche der Beziehungsgestaltung, bedürfnisgerechte Kommunikation, ethisches Handeln, Mitwirken im Pflegeprozess, Mitwirken in Krisen- und Notfallsituationen, Prävention, Ressourcenförderung, Administration und die interprofessionelle Zusammenarbeit lassen sich auf alle drei Berufsgruppen übertragen. Die FaGe verrichten Tätigkeiten, welche sich gemäss den Taxonomiestufen nach Bloom (1976) auf den ersten drei Stufen bewegen: *Kenntnis, Verständnis und Anwendung*. Die Pflegefachpersonen HF und FH haben ihren Tätigkeitsfokus auf den übergeordneten Stufen: *Analyse, Synthese und Evaluation*, wobei die ersten drei Stufen nach Bloom (1976) als Grundlage dafür dienen. So wird z.B. der Pflegeprozess ausschliesslich von Pflegefachpersonen HF und FH erstellt, beurteilt und angepasst. Die FaGe führen darin Pflege- und Betreuungsmassnahmen durch und dokumentieren diese. Ebenfalls werden medizinaltechnische Massnahmen ausgeübt, welche ihnen von der Tertiärstufe übertragen werden. Gemeinsam können die drei Berufsgruppen im selben Arbeitsfeld tätig sein, üben jedoch zum Teil überschneidende, zum Teil erweiterte Fähigkeiten bei der gleichen Handlung aus.

Daneben gibt es einzelne Kompetenzen die berufsgruppenspezifisch zugeordnet sind. So üben die FaGe in den Bereichen der Wäscheversorgung, der Alltagsgestaltung und bei alltäglichen Hausarbeiten Kompetenzen aus, die in den anderen Profilen als solche nicht vorgesehen sind. Explizit erwähnt wird im Rahmenlehrplan für Pflegefachpersonen HF das Meistern von unvorhergesehenen und rasch wechselnden Situationen, was bei den anderen beiden Berufsgruppen nicht aufgeführt ist. Die Pflegefachpersonen mit FH-Abschluss beteiligen sich an Projekten und Forschung im Bereich Pflege und fördern den Transfer der Resultate in die Lehre und Praxis. Ebenfalls gehört zu ihren Abschlusskompetenzen nach dem Studium, dass sie ihre Berufsrolle reflektieren und ihre Berufskarriere aktiv gestalten, was sich bei den anderen beiden Profilen nicht finden lässt.

Die Kompetenzabgrenzungen sind in den meisten Fällen jedoch fließend, eine strikte Trennung der Aufgabengebiete scheint nur möglich, wenn konkrete Patientensituationen, das betriebliche Umfeld und die vorhandenen Personalbestände mit Grade-Zuteilung bekannt sind, um ableiten zu können, wer was zu tun hat.

5.2 Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse

5.2.1 Profession

Tabelle 3

Kompetenzen

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Gegenseitige Bekanntheit der Kompetenzprofile und deren Verankerung im Betrieb.	Hinweise wie die verschiedenen Berufsgruppen die jeweils anderen Kompetenzprofile einordnen können.	„Wir haben natürlich alle Standards festgelegt, wer was machen darf.“ (IP7; 4)

Die befragten Betriebe haben die Kompetenzbereiche der drei Berufsgruppen in verschiedenen Dokumenten festgehalten. Es finden sich Kompetenzkataloge (IP2; 15, IP3; 2, IP4; 15, IP5; 2, IP6; 8, IP7; 4, IP8; 4, IP10; 6), Delegationsleitfaden (IP1; 11, IP8; 4, IP2; 16) und Stellenbeschreibungen, in welchen die Kompetenzen geregelt sind (IP1; 16, IP6; 4, IP10; 2). Die Kompetenzkatalog sind in mehreren Betrieben offengelegt, so dass diese jederzeit nachgelesen werden können (IP2; 15, IP3; 2, IP5; 4, IP7; 4, IP8; 4, IP10; 36) oder wurden in Projekten wie Skill und Grade allen Berufsgruppen gegenseitig vorgestellt (IP5; 44, IP10; 44, IP2; 44, IP4; 4, IP6; 8, IP8; 13).

Die interviewten Personen haben unterschiedliche Kenntnisse über die Berufsprofile der anderen Berufsgruppen. „So ganz klar ist es mir nicht. (...) Ich kenne vor allem punktuelle Kompetenzen der FaGe, ich könnte das jetzt nicht aus dem Stegreif definieren“ äussert sich IP1 (2) dazu. Bei der Beschreibung der gegenseitigen Kompetenzen bleiben die Antworten meist oberflächlich und es werden übergeordnete Bereiche benannt. IP3 beschreibt den Kompetenzbereich der Pflegefachpersonen HF so: „Die dürfen einfach mehr machen als wir. Vor allem die Bedarfsabklärungen oder medizinaltechnische Sachen, die sie halt mehr machen“ (3). Auch IP4 beschreibt den Kompetenzbereich der Pflegefachpersonen HF: „So viel ich weiss dürfen sie gewisse Sachen machen, z.B. iv-Spritzen, Chemotherapie, Infusionstherapie, solche Sachen“ (2). Eine Interviewperson mit Abschluss Pflege HF hat den Eindruck, dass die FaGe in ihrem Betrieb kein vollständiges Bild des Berufsprofils HF haben (IP9; 14). Für IP9 benötigt es viel Feingefühl und Wissensvermittlung, den FaGe den Kompetenzbereich der tertiären Stufe näherzubringen. Mit Transparenz darüber, was jeweils in diesem Bereich für Tätigkeiten anfallen, wird versucht Verständnis und Verstehbarkeit zu fördern (8, 10)

Die Pflegefachpersonen der tertiären Stufe benennen die Kompetenzbereiche der FaGe folgendermassen: „Bei uns ist das sehr streng abgegrenzt (...) die Kompetenzen der FaGe. (...) z.B. im Pflegeprozess haben sie weniger Kompetenzen (...) sie schreiben keine Interventionsplanungen

oder Tagesstrukturplanungen“ (IP2; 2). Für IP9 wird der Kompetenzbereich der FaGe oft als defizitär beschrieben. Es wird darüber gesprochen was diese alles nicht machen dürfen oder nicht können (55). IP10 kennt die Kompetenzen der FaGe sehr gut, da die Ausbildung FaGe vor dem HF-Abschluss selber absolviert wurde (2). Für die Teamleitung IP7 sind die Kompetenzen der FaGe im Bereich der Medizinaltechnik und bei der Kommunikation von psychiatrischen Patienten zu wenig fassbar (14).

Der Kompetenzbereich der Pflegefachpersonen FH wird im Arbeitsalltag von zwei Personen demjenigen der HF gleichgesetzt (IP1; 2, IP2; 13). Zusätzliche Aufgaben wie die des Mitwirkens im Qualitätszirkel (IP1; 2) oder andere übergeordnete Aufträge (IP2; 4) sind Bereiche, wo sich die Aufgabengebiete Pflege HF und FH unterscheiden. Die Kompetenz ‚klinische Assessments‘, welche ausschliesslich unter die FH-Kompetenzen gehört durchzuführen, ist nur sehr beschränkt möglich (IP1; 4, IP2; 7). IP8 bekundet Schwierigkeiten, den Unterschied zwischen HF und FH aufzuzeigen, da das Tätigkeitsfeld zu wenig bekannt ist (6).

Mit den eigenen Kompetenzen sind die Interviewpartner der drei Berufsgruppen gut vertraut und wissen wo diese schriftlich festgehalten sind (IP2; 4, IP3; 2, IP4; 15, IP5; 2, IP6; 8, IP7; 2, IP8; 10, IP10; 2). Aufgrund des Personalschlüssels werden die Kompetenzen der FaGe in gewissen Betrieben erweitert. Die Übernahme der Tagesverantwortung (IP6; 12) oder die punktuelle Übernahme von Aufgaben aus dem tertiären Bereich (IP7; 2) zeigen, dass im Alltag die Kompetenzen auch gelegentlich adaptiert werden. Auch IP10 bestätigt solche Grauzonen, wo Inhalte aus der Ausbildung der FaGe und die Einsatzbereiche im Alltag auseinanderklaffen und teilweise erweiterte Kompetenzen wahrgenommen werden (6).

Tabelle 4
Verantwortung

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Verantwortungsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen.	Aussagen die beschreiben, welche Berufsgruppe in welchen Situationen die Verantwortung übernimmt.	„(...) auf unserer Abteilung hat entweder eine Diplomierte oder eine FaGe die Verantwortung.“ (IP4; 8)

Die FaGe beschreiben, dass sie für die Ausübung von Aufgaben innerhalb ihres Kompetenzbereiches die Verantwortung tragen (IP 7; 16, IP4; 13; IP5; 14, IP6; 16). Betriebsabhängig werden diese Kompetenzen jedoch zum Teil auch erweitert und zusätzliche Verantwortung an die FaGe abgegeben. Mehrere interviewte Personen benennen dabei die Tagesverantwortung, welche die FaGe übernehmen (IP4; 13, IP5; 14, IP8; 20) Dabei wird in einen Akut-Betrieb die Verantwortung über Röntgenkoordination, Tagesämtli, Logistik, hauswirtschaftliche Koordination und Material-

bewirtschaftung getragen (IP5; 14), im Langzeit-Betrieb haben die Tagesverantwortlichen FaGe die Tageskoordination des Teams unter sich (IP4; 13). Bei medizinaltechnischen Verrichtungen zieht IP3 bei Unsicherheiten eine Pflegefachfrau hinzu, um die Verantwortung zu teilen (10).

Im tertiären Bereich wird die Verantwortungsübertragung anders eingeschätzt. IP1 hat den Eindruck, dass die Pflegefachpersonen über alles die Verantwortung tragen (16) oder sie selber steuern wann sie Verantwortung an die FaGe abgeben (IP10; 14). „Ich habe die Verantwortung zu merken wenn etwas ist, die FaGe haben die Verantwortung wenn sie am Pflegen sind“ beschreibt IP9 (20) den Unterschied zwischen den Berufsgruppen. IP10 als HF-Pflegende übernimmt vor allem in der Gesprächsführung von komplexen und interdisziplinären Situationen die Verantwortung (18).

Für IP2 sind die Verantwortungsbereiche zwischen Pflegefachpersonen HF und FH identisch (19). Zur Steuerung der Verantwortungsbereiche gibt IP8 für gewisse Bereiche die Verantwortung bewusst an alle drei Grades ab (32). In der Spitex tragen die Fallverantwortlichen, welche je nach Komplexität der Situation von Pflegefachpersonen oder FaGe bestehen, die Hauptverantwortung über ihre Kunden (IP7; 18). IP10 hat den Eindruck, dass FaGe im Akutbereich weniger Verantwortung übernehmen können als in einem Langzeitbetrieb (8).

Tabelle 5

Entscheidungen

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Entscheidungsmöglichkeiten der drei Berufsgruppen.	Aussagen darüber, welche Berufsgruppe wann Entscheidungen trifft.	„Aber die Entscheidung ist dann bei den Diplomierten.“ (IP5; 19)

Die Pflegefachpersonen HF und FH beschreiben, dass sie für Entscheidungen welche die Patienten betreffen vielfach auf Informationen, Hinweise und Rückmeldungen der FaGe angewiesen sind, da diese im direkten Patientenkontakt viele Beobachtungen machen und Gespräche führen (IP1; 20, IP9; 20, IP10; 16). Bei komplexeren Situationen und bei der Steuerung des Pflegeprozesses tragen sie die Verantwortung allein (IP1; 20, IP9; 20, IP10; 16, IP7; 21, IP8; 24). Zwischen den Versorgungsbereichen lassen sich Unterschiede in der Tagesorganisation und Patientenzuteilung feststellen. Im Akutbereich entscheiden ausschliesslich die Pflegefachpersonen HF und FH darüber (IP1; 22, IP5; 19), im Langzeitbereich übernehmen dies vorwiegend die FaGe (IP9; 27) und in der Spitex liegt die Entscheidung darüber bei der Teamleitung (IP7; 22).

Die FaGe beschreiben Situationen in denen sie selber entscheiden können, z.B. bei der Anpassung von Medikamenten mit schriftlich vorhandenem Abgabeschema (IP3; 12), organisatorische Anliegen

mit Bewohnern und Angehörigen (IP4; 19) oder die Auswahl von Salben bei der Körperpflege (IP5; 16). IP9 ergänzt, dass die Entscheidungskompetenz der FaGe in „Allem was das Zimmer und die Kleidung anbelangt, eigentlich allem ausser dem Medizinischen“ liegt (24). Alle drei interviewten FaGe ziehen bei schwierigeren und sich verändernden Situationen eine diplomierte Pflegefachperson hinzu, die jeweils die Entscheidungen trifft (IP4; 19, IP5; 16, IP3; 12). Die Teamleitung IP 8 bestätigt die Wichtigkeit der FaGe bei Entscheidungsprozessen, indem Empfehlungen und Informationen zuhanden der Tertiärstufe abgegeben werden (24).

5.2.2 Berufliche Identität

Tabelle 6

Selbständigkeit / Unabhängigkeit

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Bereiche in denen selbständiges und von den anderen Berufgruppen unabhängiges Arbeiten möglich ist.	Hinweise dazu, ob die Berufsgruppen von den anderen abgegrenzte Bereiche haben und in welchen Situationen sie unabhängig der anderen Berufsgruppen arbeiten können.	„Es gibt ganz klar Bereiche wo ich jetzt wahrnehme als meine Aufgaben die ich nicht teilen möchte.“ (IP10; 18)

Die befragten FaGe haben nicht in allen Betrieben eigenständige Bereiche für die sie unabhängig von anderen Berufsgruppen zuständig sind: „Nein bei uns in der Spitex gibt es das nicht. Wir sind ja allein unterwegs und müssen halt einfach unsere Aufgaben machen“ (IP3; 8). Obwohl bei diesem Spitexbetrieb kein bestimmter Bereich zugeteilt ist, führen die Mitarbeitenden aller Stufen im Alltag ihre Aufträge selbständig und unabhängig aus. In einer anderen Spitexorganisation ist den FaGe die Archivierung der Dokumente als unabhängiger Bereich übertragen worden (IP7; 26). In den Langzeit- und Akutbetrieben führen FaGe das Bestellwesen von Material, Medikamenten und Büroutensilien selbständig (IP1; 17, IP9; 26, IP4; 23). Andernorts werden Bereiche wie die Logistik (IP8; 18), die Bewirtschaftung von Pflegeprodukten (IP9; 26) oder die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (IP5; 34) den FaGe übergeben, welche sie als Berufsgruppe eigenständig verwalten.

Auch Pflegefachpersonen HF und FH verfügen über Tätigkeitsbereiche, welche sie unabhängig der FaGe ausführen. Dabei ist zu beachten, dass von den interviewten Personen kein Unterschied zwischen HF und FH gemacht wird. Als eigenständiger Aufgabenbereich wird die Führung des Pflegeprozesses (IP2; 26, IP6; 14, IP9; 59, IP10; 18), die Fallverantwortung (IP7; 18), die Durchführung von Bedarfsabklärungen (IP7; 28) und die Beteiligung in Arbeitsgruppen (IP8; 28) genannt. „...auch das ganze Geschehen mit der Bettenbelegung, (...) und überall wo wir uns selber

organisieren und selber managen“ (IP10; 26) wird von der Tertiärstufe eigenständig bewältigt. Für IP 10 sind ebenso Gespräche in kommunikativ herausfordernden Situationen mit Patienten, Angehörigen oder Ärzten Aufgaben die nur von ihrer Stufe gemacht werden können (18).

Tabelle 7

Gleichwertigkeit

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Wichtigkeit und Gleichwertigkeit der drei Berufsgruppen im Team.	Einschätzung wie wichtig die verschiedenen Berufsgruppen bewertet werden.	„Absolut, es braucht alle Berufsgruppen, das ist mein Grundverständnis, mein persönliches.“ (IP9; 29)

Zehn der elf interviewten Personen erachten die verschiedenen Berufsgruppen als gleich wertvoll. IP4 beschreibt dies so: „Es ist wie ein Zahnrad, es braucht alle damit das funktioniert“ (25). Einzig IP1 erlebt den Berufsalltag so, dass es auch ohne FaGe gut funktionieren würde, wenn stattdessen nur Pflegefachpersonen im Einsatz stünden (29). Die FaGe werden jedoch auch von IP1 als wichtig beschrieben (28). Unterschiedliche Bewertungen zur Gleichwertigkeit werden vorgenommen, wenn es um die Teamzusammensetzung geht. Im Akut- und Langzeitbereich werden Pflegefachpersonen als einfacher einsetzbar und als sicherer Wert beschrieben, welche keine zusätzlichen Hintergrund-Piketts erfordern und selbstverantwortlich arbeiten können (IP6; 32, IP8; 34). In der Spitex gelten die Pflegefachpersonen auch als Kostenfaktor, weshalb FaGe in diesem Bereich vielseitiger eingesetzt werden können (IP3; 16, IP11; 28).

Tabelle 8

Beeinflussbarkeit

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Beeinflussbarkeit von Situationen und der täglichen Arbeit.	Aussagen zu Situationen die von den verschiedenen Berufsgruppen beeinflusst werden können.	„FaGe's können sich einbringen, indem sie Beobachtungen weitergeben.“ (IP9; 24)

Die Pflegeplanung wird von diplomierten Pflegefachpersonen erstellt (IP1; 50, IP10; 14). Dabei wird von IP10 speziell darauf geachtet, die FaGe's mit einzubeziehen (14). Obwohl die Steuerung der Patientensituationen den Fachpersonen auf der tertiären Stufe vorbehalten ist, sind diese auf Empfehlungen, Beobachtungen und Erfahrungen mit Patienten der FaGe angewiesen (IP1; 50, IP8; 24, IP9; 18) und fordern diese auch konkret ein (IP2; 23). Einfluss auf die Einsatzplanung können vor allem die Pflegefachpersonen HF und FH oder die Teamleitungen nehmen. Bei der Spitex wird die Einsatzplanung ausschliesslich durch die Teamleitung erstellt (IP7; 30). FaGe nehmen in

Ausnahmesituationen Einfluss auf die Planung, wenn es z.B. „jemandem zu viel wird (...) oder man Mühe hat jemanden zu betreuen“ (IP5; 58). Sie können sich ansonsten wenig oder gar nicht in die Planung einbringen (IP3; 18, IP5; 28). Eine Teamleitung achtet bei Teamsitzungen bewusst darauf, die Meinungen der FaGe einzubeziehen, um deren Einflussmöglichkeiten zu erhöhen (IP6; 38).

Tabelle 9

Identifikation

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Identifikation mit dem eigenen Berufsabschluss.	Hinweise wie die Vertreter/-innen der Berufsgruppen sich mit ihrem Grad identifizieren.	„Ich glaube schon, dass meine Leute stolz auf ihren Abschluss sind.“ (IP6; 40)

Die persönliche Identifikation mit dem Berufsbild der FaGe hat sich gemäss IP5 zunehmend verstärkt. Vor einigen Jahren war das berufliche Umfeld noch deutlich verunsicherter wie die FaGe einzuordnen ist: „Als FaGe hat man damals nicht gewusst wie man uns einsetzen kann. Also ich war immer zwischen Pflegeassistenten und Diplomierten“ (50). IP6 bemerkt, dass die FaGe auf ihre Fähigkeiten stolz sind (40). IP5 habe sich sehr viel erkämpfen müssen und ist sehr gerne FaGe (70).

Mit dem Einzug der FaGe in den Berufsalltag haben sich auch die Arbeitsfelder der Pflegefachpersonen HF und FH verändert. IP8 empfand den Anfang als sehr schwierig, da die Pflegefachpersonen Mühe hatten, die neuen Arbeitsstrukturen und das neue Auftreten den FaGe gegenüber anzunehmen (10). Für IP9 haben sich die anfänglichen Widerstände inzwischen gelegt und würdigt, dass für die Pflegefachpersonen neue Freiräume für ihre spezifischen Tätigkeiten aufgegangen sind, womit es im Alltag möglich wird, sich mit der tertiären Stufe besser zu identifizieren (59).

IP2 bemerkt, dass kein Unterschied zwischen HF und FH gemacht werde (19). Auch IP1 bestätigt diese Einschätzung: „...es wird eigentlich nicht zwischen HF und FH unterschieden“(44). Sie werden dem diplomierten Pflegepersonal zugeordnet mit welchem sie sich mehr identifizieren als mit ihrem Berufsabschluss FH. IP2 ergänzt, dass während dem Studium Erwartungen bezüglich zukünftigen Aufgabengebieten vermittelt wurden, welche mit der Praxis nicht verbunden werden können (90).

5.2.3 Gruppe / Team

Tabelle 10

Rolle im Team

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Rollenübernahme im Team.	Aussagen zu berufsspezifischen Rollen, die im Team eingenommen werden.	„Persönliche Stärken werden ganz klar gefördert im Team und dadurch nehmen sie ganz unterschiedliche Rollen wahr, unabhängig von der Berufsgruppe. (IP6; 42)

Für die Pflegefachpersonen FH, welche sich ansonsten mit der Rolle der Pflegefachpersonen HF identifizieren, gibt es den Aspekt, dass sie eine gewisse Expertenrolle im Team wahrnehmen und öfters bei herausfordernden Situationen einbezogen und gefragt werden (IP1; 42, IP2; 48). IP10 beschreibt verschiedene Rollen die persönlich im Team eingenommen werden: Arbeitskollegin, Vorbildfunktion, Berufsbildnerin, Vorgesetzte im Ausbildungsbereich, normale Mitarbeitende im Pflegealltag (28). Für IP3 ist die Betreuung und Integrierung von neuen Mitarbeitenden eine wichtige Zusatzrolle, die jedoch informell eingenommen wird (26). Die Teamleitung IP6 fördert bewusst die Stärken der Mitarbeitenden, indem individuelle Verantwortungsbereiche vergeben werden und entsprechend unterschiedliche Rollen unabhängig der Berufsgruppen verteilt werden (42). Die FaGe werden nehmen gemäss IP4 (35) und IP8 (20) auch die Rolle der Tagesverantwortung wahr, welche mit einem eigenen Profil hinterlegt worden ist. Für IP2 (48) und IP9 (31) spielt der Berufsabschluss bei der Rollenübernahme im Team eine untergeordnete Rolle, diese werde eher von der Aufgabeneinteilung her geprägt.

Tabelle 11

Ingroupverständnis

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Integration der eigenen Berufsgruppe im Team.	Einschätzung wie sich die Berufsangehörigen im Team integriert haben aufgrund ihres Berufsabschlusses.	„Es wird auch nicht mehr anders danach gefragt. Es gibt jetzt einfach FaGe und Diplomierte.“ (IP5; 48)

Mehrere Interviewpartner heben deutlich hervor, dass sie sich selber sehr gut ins Team integriert fühlen sowie auch ein grosses Miteinander erleben (IP5; 46, IP6; 30, IP7; 34, IP8, 48, IP10). Trotzdem gibt es auch Subgruppen, welche nach IP10 aufgrund der Grösse des Teams von rund 50 Personen natürlich erscheinen (20). IP6 erlebt im Team Personen, die sich gerne auch mal zurückziehen, aber trotzdem integriert sind (48). Für IP8 spielt der berufliche Hintergrund keine Rolle, um sich ins Team

zu integrieren zu können, wäre eher von den Persönlichkeiten her abhängig (42) und IP10 sieht darin, dass „(...) man sich gegenseitig auch auf Augenhöhe begegnet“ einen wichtigen Grund, um die Bildung von Subgruppen zu minimieren (20). Herausfordernd ist in einem Team ein Kern an Personen, der eine eigene Gruppe bildet, jedoch auch die Fähigkeit hat sich neuen Mitarbeitenden gegenüber zu öffnen (IP6; 44). In der Spitex scheint die Integration ins Team eher zweitrangig, da die Mitarbeitenden selbständig ihre Arbeit verrichten. Ein wichtiger Austausch findet da in den Pausen statt, in welchen sich IP3 bewusst die Leute aussucht mit denen sie diese verbringen will (24).

5.2.4 Zusammenarbeit mit anderen Grades

Tabelle 12

Kommunikation und Schnittstellen zwischen den Grades

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Interprofessionelle Kommunikation zwischen den drei Berufsgruppen.	Aussagen zu Erfahrungen im Bereich der Kommunikation zwischen den Grades.	„Es muss einfach von mir als FaGe selber kommen, ich muss die Initiative ergreifen.“ (IP3; 22)

Zum Austausch zwischen den Mitarbeitenden gibt es je nach Versorgungsbereich verschiedene standardisierte wie auch informelle Austauschgefäße. Während des Tages finden im Akut- und Langzeitbereich Standortgespräche und Rapporte statt. Dabei werden alle Berufsgruppen miteinbezogen, die Informationen von allen Beteiligten werden als relevant betrachtet (IP2; 56, IP5; 30, IP6; 56, IP9; 33). Im Spitexbereich treffen sich am Morgen nur die Pflegefachpersonen zu einem standardisierten Rapport, die anderen Mitarbeitenden fahren oft direkt von zu Hause zum ersten Einsatz (IP7; 42). Auch während des Tages ist der Austausch informell, IP3 muss als FaGe selber die Initiative ergreifen um eine Situation besprechen zu können (22). Im Spitexbetrieb findet einmal pro Woche ein gemeinsamer Rapport mit denjenigen Mitarbeitenden statt, welche an diesem Tag arbeiten (IP3; 20). Allen gemeinsam sind Teamsitzungen, welche monatlich bis alle zwei Monate stattfinden. Dabei werden bewusst alle Berufsgruppen zusammen genommen, um aktuelle Themen gemeinsam zu besprechen (IP1; 32, IP2; 56, IP5; 44, IP6; 56, IP7; 42, IP8; 46). Daneben werden im Team von IP1 zusätzlich berufsspezifische Teamsitzungen abgehalten (32). Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden finden nicht nur verbal, sondern auch elektronisch per Dokumentationssystem statt, wo Mitteilungen weitergegeben werden können (IP9; 39). Bei herausfordernden Patientensituationen hat IP10 die Möglichkeit eine Fallbesprechung einzuberufen, an dieser sich alle Berufsgruppen beteiligen können (24).

Für IP5 ist es zentral, dass zwischen den Mitarbeitenden eine offene Feedback-Kultur gelebt wird und Probleme zeitnah angesprochen werden (60). IP6 sieht in der Kommunikation zwischen den

Berufsgruppen die Schwierigkeit, dass die Mitarbeitenden der Funktionsstufe 1 sich oft nicht wagen den FaGe oder Pflegefachpersonen etwas zu sagen. Die langjährige Prägung einer klaren Hierarchie wirke deutlich nach (34). Für IP10 ist eine Kommunikation zwischen den Grades auf Augenhöhe das Wesentliche (32) und dass eine offene Kommunikation gelebt wird, bei welcher Ideen unabhängig des Berufsabschlusses eingebracht werden können (48). Neben der Offenheit für konstruktive Kritik, sieht IP8 auch die Fähigkeit sich aktiv ein Feedback einzuholen als wichtigen Faktor, die Kommunikation zwischen FaGe und Pflegefachpersonen zu verbessern. IP5 wünscht sich in diesem Zusammenhang, dass die Informationen nicht nur einseitig von den FaGe zu den Pflegefachpersonen laufe, sondern diese auch unaufgefordert auf sie zukommen und den Austausch suchen oder Hilfe anbieten (72). IP5 nimmt während dem Arbeitstag viele informelle Gespräche innerhalb der Berufsgruppen wahr, welche sich über ihre spezifischen Aufgaben austauschen (24).

Tabelle 13

Arbeitsbezogene Konflikte zwischen den Grades

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Konfliktentstehung aufgrund der interprofessionellen Zusammenarbeit.	Hinweise zu möglichen Konflikten welche aufgrund der interprofessionellen Zusammenarbeit entstehen.	„Ich kann mir gut vorstellen, dass es aufgrund der Kompetenzverteilung Konflikte gibt, ja.“ (IP2; 66)

Zwei der interviewten Personen bemerken in Stresssituationen im Pflegealltag eine Zunahme des Konfliktpotentials (IP1; 48, IP5; 60). Dabei werden von den Diplomierten die Delegationsrichtlinien nicht mehr strikt eingehalten und vermehrt Aufgaben an FaGe's delegiert, welche nicht in deren Kompetenzbereich fallen (IP5; 60). Konflikte zwischen den Berufsgruppen entstehen auch aufgrund von unklaren Kompetenzregelungen (IP2; 64, IP10; 26) wobei eigene Kompetenzen gegen die anderen verteidigt werden müssen (IP10; 26). Ebenfalls führen Missverständnisse zwischen den Berufsgruppen (IP4; 29) und Überschneidungen im Kompetenzbereich (IP9; 6) zu Unstimmigkeiten. Eine weitere Schwierigkeit wird von IP8 bei Berufswiedereinsteigerinnen gesehen, welche die Zusammenarbeit mit FaGe's noch nie kennengelernt haben und „noch vor 10 Jahren zu Hause“ (60) sind. Vier Interviewpartner sehen entstehendes Konfliktpotenzial in den Teams vor allem abhängig von den Persönlichkeiten der Mitarbeitenden, weniger aufgrund der Berufsgruppen (IP1; 64, IP9; 43, IP8; 42, IP10; 34) wobei Konkurrenzsituationen, fehlende Anerkennung oder die Teamkonstellation als mögliche Ursachen genannt werden. Für drei interviewte Personen ist die Führung zentral, welche Konflikte offen anspricht (IP4; 44), den Mitarbeitenden Wertschätzung entgegenbringt und sie motiviert (IP9; 12), um Konfliktpotenzial zu minimieren. Beim Durchsetzen von Grenzen kann eine Führungsperson auch Missmut auslösen, da sich die Mitarbeitenden zurückgewiesen fühlen (IP9; 49).

Vier Personen erkennen überhaupt kein Konfliktpotenzial in der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen (IP3; 28, IP4; 44, IP6; 24, IP7; 44).

Tabelle 14
Einfluss der Führung

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Förderung der Zusammenarbeit durch die Vorgesetzten.	Aussagen zu Einflussfaktoren der Führungspersonen in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen den Grades.	„Als erstes spiele ich den Ball zurück, dass sie erstmal Eigeninitiative entwickeln, sonst passiert da nichts.“ (IP8; 56)

Die interviewten Personen der drei Berufsgruppen erkennen verschiedene Faktoren, wie die jeweiligen Teamleitungen Einfluss auf die Zusammenarbeit nehmen: IP1 erlebt eine grosse Wertschätzung ihrer Teamleitung den einzelnen Mitarbeitenden gegenüber, was sich direkt auf die Teammitglieder übertrage und sich diese ebenso gegenseitig wertschätzen (40). Bei drei Personen werden Teamziele im Bereich der Zusammenarbeit und Kommunikation benannt (IP2; 70, IP6; 46, IP5; 62). Die Förderung des Informationsaustausches und einer Feedback-Kultur wird von IP1 (52) hervorgehoben. Massnahmen wie Supervision um die Teamzusammenarbeit zu stärken (IP2; 70), die Reflexion der Zusammenarbeit an Teamsitzungen (IP5; 64) und das zeitnahe Reagieren seitens der Teamleitung bei Konfliktsituationen sind weitere Einflussfaktoren. Ebenfalls werden Skills der Vorgesetzten, wie direktives Führen, Offenheit gegenüber den Teammitgliedern, aktives Zuhören bei Problemsituationen und die Vorbildfunktion im Umgang mit den Mitarbeitenden positiv bewertet (IP4; 46, IP4; 57, IP10; 40).

Die Teamleitungen selbst beschreiben aus ihrer Perspektive verschiedenste Massnahmen, die sie zur Förderung der Zusammenarbeit im Team ergreifen: Alle drei interviewten Teamleitungen übernehmen aktive Steuerungsfunktionen im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit (IP6, 30, IP7; 48, IP8; 38). Dabei begleiten sie neue Mitarbeitende über einen längeren Zeitraum mit regelmässigen Gesprächen um die Integration im Team zu fördern (IP8; 56), sie implementieren neu entstehende Aufgaben bewusst, indem Verantwortungen und Kontrollmechanismen geklärt werden (IP6; 20) und teilen Verantwortungsbereiche (wie z.B. die Hygiene) Vertretungen aus allen drei Berufsgruppen gemeinsam zu (IP8; 32). Es wird auch bewusst die Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden gefördert, Themen werden offen angesprochen (IP8; 58), die Bottom-up-Kommunikation gestärkt (IP6; 62) und Einfluss auf Austauschgespräche genommen, indem Struktur und Impulse hineingegeben werden (IP6; 54).

Tabelle 15

Innerbetriebliche Förderung

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Verankerung und Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Betrieb.	Hinweise wie die interprofessionelle Zusammenarbeit im Betrieb verankert ist und gefördert wird.	„Ich bin zwar nicht an allen Sitzungen dabei, aber ich höre manchmal von oben, dass es immer noch ein Thema ist.“ (IP6; 60)

Zwei Interviewpartner haben das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit in ihrer Betriebsstrategie verankert und verfolgen dabei konkrete Zielvorgaben (IP7; 50, IP6; 60). Verschiedene Betriebe haben Projekte zum Skill und Grade durchgeführt, woraus die Stellenbeschreibungen angepasst und die Kompetenzen detailliert dokumentiert worden sind (IP5; 44, IP10; 44, IP2; 44, IP4; 4, IP6; 8, IP8; 13). Bei IP2 wurde dafür eine Pilotstation gebildet um erste Erkenntnisse zu sammeln, welche später auf die anderen Teams übertragen werden konnten (72). In einem Spitexbetrieb werden sporadisch Betriebsfeste durchgeführt, welche sich gemäss IP3 verbindend auf die Mitarbeitenden auswirken, welche im Alltag meistens allein unterwegs sind (30). Für IP4 (49) und IP5 (64) sind die Interventionen aus betrieblicher Sicht wenig fassbar, die Aufgabenverteilung sei jedoch im Betrieb gut organisiert und die Leitung habe immer ein offenes Ohr für persönliche Meinungen. Die Teamleitungen heben ihre Weiterbildungsangebote hervor, welche einerseits berufsgruppenspezifisch und auch berufsgruppengemischt angeboten werden. In den gemischten Settings können sich die Mitarbeitenden mit den unterschiedlichen Skills zu einem Thema auseinandersetzen, da die verschiedenen Berufsgruppen anwesend sind und entsprechende Diskussionen entstehen, in den berufsspezifischen Weiterbildungen wird der Grade gestärkt (IP6; 58, IP7; 46, IP8; 44). IP9 erkennt im Betrieb einen Prozess, der sobald es neue Aufgaben zu klären gibt, wieder neu in Gang gesetzt werden muss, um Klärung in die Zusammenarbeit zu bringen (51).

Tabelle 16

Förderung während der Ausbildung

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Ausbildungsinhalte zur Vorbereitung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im Berufsalltag.	Einschätzungen wie die drei Berufsgruppen auf die gegenseitige Zusammenarbeit während ihrer Ausbildung vorbereitet worden sind.	„Ja wir hatten Themen- blöcke wo man dies be-arbeitet hat. Z.B. Skill and Grade.“ (IP1;56)

Die Berufsgruppe FaGe hat sich gemäss IP4 während der Ausbildung nur am Rande mit dem Berufsprofil der Pflegefachpersonen auseinandergesetzt und dies eher oberflächlich (59). IP5 kann sich nicht mehr an die Inhalte darin erinnern (66).

Die Pflegefachpersonen HF haben sich während der Ausbildung mit dem Setting Skill and Grade Mix beschäftigt, welches von IP10 als sehr theorielastig empfunden wurde und der Bezug zur Realität nicht hergestellt werden konnte (44). Die Vorbereitung auf den Berufsalltag habe in diesem Bereich nur mässig stattgefunden, Übungssettings wo die Führung oder Kommunikation übernommen werde, hätten gänzlich gefehlt (IP10; 46). Auch während den Praktika habe die aktive Zusammenarbeit mit FaGe nicht stattgefunden da IP10 stets mit einer diplomierten Pflegefachperson zusammengearbeitet hat (44). IP9 und IP10 wünschen sich, dass bereits während dem Studium das Führen von Besprechungen mit FaGe zusammen praktisch geübt werden könnte (53) (46).

Auch die Pflegefachpersonen FH haben sich im Vollzeitstudiengang mit dem Thema Skill and Grade beschäftigt, was von IP1 als zu detailliert erlebt wurde: „In der Praxis sieht das dann immer ganz anders aus, da diese Aufgabenteilung nicht immer so strikt ist“ (58). Im berufsbegleitenden Studiengang war die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen FaGe, Pflege HF und FH kein Thema, wurde von IP2 jedoch nicht vermisst da die Auseinandersetzung mit dem Thema im Berufsalltag bereits stattgefunden hat (IP2; 73).

5.2.5 Persönliche Perspektive

Tabelle 17

Persönliche Anliegen

Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Persönliche Sicht und weitere Anliegen zum Thema Zusammenarbeit.	Aussagen über persönliche Anliegen in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den drei Berufsgruppen.	„Erstens dass die verschiedenen Berufsbilder bekannt sind. (IP2; 92)

Die interviewten Personen haben weitere persönliche Anliegen in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit geäussert. IP1 wünscht sich, dass die FaGe auch im Akutbereich ihren Kompetenzen entsprechend gefördert werden. Es wird vermutet, dass sie zu einseitig eingesetzt werden, was für viele den Ausschlag geben könnte ihren Beruf aufzugeben oder die Höhere Fachschule Pflege zu besuchen (60). IP2 bezweifelt, dass die FaGe den Unterschied zwischen Pflegefachpersonen HF und FH kennen und erachtet es als zwingend nötig, dass die Berufsbilder gegenseitig besser bekannt werden (92). Die Möglichkeit Weiterbildungen und Kurse zu besuchen ist

für die FaGe IP4 sehr wichtig, damit eine Weiterentwicklung im Beruf möglich ist (61). Für die Teamleitung IP7 wäre ein vermehrter Austausch mit der Berufsfachschule förderlich, um das Kompetenzprofil der FaGe aufgrund von schulischen Inhalten besser einordnen zu können (52). Für IP6 sind die verschiedenen neuen Ausbildungen schwierig einordbar. Die Herausforderung, dass dadurch beinahe alle Mitarbeitenden ein anderes Kompetenzprofil mitbringen, welches mit entsprechenden Weiterbildungen angeeignet wurde, verkompliziert die Einsatzplanung enorm. Eine solche Vielfalt werde als Teamleitung nicht benötigt und sei nicht zielführend (64).

6 Diskussion

Aufgrund der vorliegenden Analyse konnten verschiedene Faktoren eruiert werden, welche die Zusammenarbeit zwischen den drei Berufsgruppen Fachfrau/mann Gesundheit, Pflegefachpersonen HF und FH beeinflussen und geben so Antwort auf die erste Fragestellung.

Die Auswertung ergibt, dass das Wissen über die gegenseitigen Kompetenzen nur teilweise vorhanden ist und die Kompetenzprofile der anderen Berufsgruppen nur in Teilbereichen konkret benannt werden können. Zudem werden die Kompetenzbereiche der Pflegefachpersonen HF demjenigen der Pflegefachpersonen FH gleichgesetzt. Um die Mitarbeiterkompetenzen effizient zu nutzen, sieht das Kompetenzmanagement von Sauter & Staudt (2016) vor, dass das vorhandene Wissen und die Kompetenzen auf allen Ebenen der Organisation zugänglich gemacht werden. Mit der Integration des Wissens- und Kompetenzmanagements wird die Verteilung dessen gewährleistet und die Zusammenarbeit auf fachlicher Ebene gefördert.

Ein weiterer beeinflussender Faktor ist die Zuteilung der Verantwortungsbereiche, was sich ebenfalls im Entscheidungsspielraum der drei Berufsgruppen widerspiegelt. Es gibt nicht für alle interviewten Personen Bereiche, wo sie als Berufsgruppe im Betrieb eigenverantwortlich zuständig sind. Für die Rollengestaltung gemäss Steiger (2013) ist es zentral, dass die Rolleninhaber die vorhandenen Fähigkeiten und Kenntnisse zielführend einsetzen und entsprechend auch die Verantwortung für den zugewiesenen Bereich übernehmen können. Findet dies nicht statt und wird das Aufgabenverständnis zu wenig geklärt, wodurch nach Steiger (2013) der Rolleninhaber die Rolle zu wenig beleben kann, können Widerstände und Konfliktsituationen mit beteiligten Mitarbeitenden hervorrufen werden.

Positiv auf die Zusammenarbeit wirkt sich der Faktor aus, dass die verschiedenen Berufsgruppen in der Zusammenarbeit als gleichwertige Teammitglieder wahrgenommen und nur im Planungskontext des Stellenplans als unterschiedlich wichtig bewertet werden. Dem sich im Gruppgefüge bildende Differenzierungsprozess, welchen Mummendey & Otten (2002) beschreiben, wird damit entgegengewirkt und die Bildung von Subgruppen verringert. Dies wird innerhalb der Ergebnisse bestätigt, die interviewten Personen können in ihren Teams keine Subgruppen aufgrund des

beruflichen Grades identifizieren. Der Berufsabschluss führt nicht zwangsläufig zur Bildung einer Outgroup, da sich die Mitarbeitenden dem Gesamtteam zuordnen und ihre soziale Identität im beruflichen Umfeld aufgrund der Integration in das interprofessionelle Team festigen können. Es sind ebenfalls keine Ingroup biases zu erkennen, welche gemäss Spears und Tausch (2014) aufgrund der Begünstigung der Eigengruppe entstehen können.

Ein weiterer Einflussfaktor für die Zusammenarbeit spezifisch auf der tertiären Stufe, ist die Erkenntnis, dass zwischen den Berufsbildern Pflegefachpersonen HF und FH kaum differenziert und im Pflegealltag kein Unterschied gemacht wird. Die in den Teams nur sporadisch anzutreffenden Pflegefachpersonen mit einem FH-Abschluss werden dem Berufsbild der HF gleichgesetzt. Ein eigenes Berufsbild zu verankern ist nach Rauner (2005) davon abhängig, wie die Stabilität eines Berufs über einen längeren Zeitraum wahrgenommen wird und wie dieses gesellschaftlich eingebettet ist. Eine weitere Voraussetzung nach Rauner (2005) ist die Aussenwahrnehmung bezüglich der Aufgaben, mit welchen sich die jeweiligen Berufsangehörigen beschäftigen und wie differenziert die Tätigkeitsbereiche erfasst werden können. Das Identifikationspotenzial der Pflegefachpersonen FH ist aufgrund der Ergebnisse noch wenig entwickelt, was gemäss Fischer (2013) direkten Einfluss auf das berufliche Engagement und die Arbeitsmoral im Berufsfeld haben kann. Im Gegensatz dazu wird das Berufsbild FaGe differenzierter wahrgenommen, was auf eine deutlich höhere Entwicklung der beruflichen Identität schliessen lässt.

Um eine optimale Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu gewährleisten, werden Fähigkeiten im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit benötigt. Die dazu notwendige Vorbereitung in den jeweiligen Ausbildungen wird von den interviewten Personen als zu theoretisch vermittelt oder nicht vorhanden beurteilt. Um die Rollenübernahme zu machen ist es nach Steiger (2013) Voraussetzung, dass Personen die entsprechenden Fähigkeiten mitbringen, um den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Die Vorbereitung in der Ausbildung, um die interprofessionelle Zusammenarbeit umzusetzen, benötigt auf jeder Stufe unterschiedliche Skills, welche in den Ausbildungen zu wenig praxisnah vermittelt werden.

Ein wichtiger Faktor für die Zusammenarbeit wird im Bereich der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen geortet. Die Ergebnisse zeigen, dass verschiedene bewusst eingesetzte Kommunikationsstrukturen den Informationsaustausch zwischen den Grades fördert. Die Steuerung der Führungspersonen ist dabei zentral. Lüthi et al. (2013) weisen darauf hin, dass erst mit dem Managen der vorhandenen Vielfalt und dem Erschaffen von entsprechenden Bedingungen heterogene Teams ein höheres Leistungsniveau entwickeln können. Bei Konflikten die aus Stresssituationen entstehen, indem Kompetenzen überschritten werden und Missverständnisse aufkommen, erachten die interviewten Personen die Rolle der Führung als Schlüsselfunktion. Indem eine wertschätzende Feedback-Kultur vorgelebt wird und Probleme zeitnah angesprochen werden,

nehmen die Teamleitungen wichtigen Einfluss auf die Zusammenarbeit. Ebenso wird die Steuerung und Unterstützung der Mitarbeitenden in der Top-Down- und Bottom-Up-Kommunikation als wichtige Intervention seitens der Teamleitungen gesehen.

Als hilfreich und klärend für die interprofessionelle Zusammenarbeit werden die betrieblichen Skill and Grade-Projekte wahrgenommen, aus welchen Dokumente für die Differenzierung der Kompetenzen und Delegationskriterien entstanden sind. Die Orientierung der Mitarbeitenden, sich anhand von Kompetenzen in unüberschaubaren, komplexen und dynamischen Situationen selbstorganisiert zurechtzufinden, ist gemäss Erpenbeck & Heyse (2007) Voraussetzung für ein erfolgreiches Kompetenzmanagement.

Die zweite Forschungsfrage verlangt nach der Ableitung von Massnahmen, durch welche die interprofessionellen Teams befähigt werden können, ihre Zusammenarbeit zu optimieren. Aus den Ergebnissen lassen sich verschiedene Massnahmenbereiche ableiten, welche einerseits aufgrund aufgezeigten Erfahrungen oder andererseits festgestellten Defiziten identifiziert werden. Das Erstellen und Bekanntmachen der gegenseitigen Kompetenzbereiche mit integrierten Delegationsanleitungen ist ein Vorgehen, welches von den interviewten Personen als zielführend beurteilt wird. Auch die daraus resultierende Wissensvermittlung vom tertiären Bereich den FaGe gegenüber, um Transparenz dem tertiären Aufgabengebiet gegenüber zu vermitteln, wird als wirksame Massnahme erlebt. Die Übertragung von eigenen Verantwortungsbereichen für alle Berufsgruppen wird als motivationsfördernd wahrgenommen, was einen positiven Effekt auf die Zusammenarbeit hat. Ebenso hat die wertschätzende Art der Teamleitungen, allen Berufsgruppen gegenüber als gleichwertig zu begegnen den Effekt, dass diese Haltung von den Mitarbeitenden übernommen wird und sich eine Kultur der gegenseitigen Akzeptanz entwickeln kann. Die Förderung der Identifikation der einzelnen Berufsgruppen mit entsprechend angepassten Aufgabenbeschreibungen unterstützt die berufliche Rollenfindung. Steuerungsaufgaben der Teamführung, indem persönliche Stärken der Mitarbeitenden unterstützt und die Integration von neuen Mitarbeitenden bewusst gefördert werden sind weitere zielführende Massnahmen. Ebenso die Entwicklung von wertschätzenden Haltungen, die sich in der Kommunikation widerspiegeln, indem angepasste Kommunikationsgefässe geschaffen werden und die Zusammenarbeit darin regelmässig thematisiert werden kann. Als wichtige Steuerungsmassnahmen der Teamleitungen werden Rückmeldungen zur Kommunikation zwischen den Grades und zeitnahe Reaktionen, wenn Probleme in der Zusammenarbeit auftreten, erkannt. Bei grösseren Schwierigkeiten hat sich die Durchführung einer Supervision bewährt, um die Teamzusammenarbeit zu stärken. Ebenfalls durch die Teamleitung gesteuerte bewusste Verteilung von Verantwortungsbereichen und Kontrollfunktionen. Als transparenzfördernde Massnahme wird die betriebliche Verankerung der interprofessionellen Zusammenarbeit erlebt. Im Spitexbereich, wo im Arbeitstag nur punktuelle Begegnungen mit den anderen Teammitgliedern stattfinden, bewähren sich

Veranstaltungen, wo sich das Team ausserhalb der Arbeit gemeinsam treffen kann, um damit die Teambildung zu fördern. Eine Massnahme wird auch im Ausbildungsbereich geortet. Mit einer entsprechenden praxisorientierten Vorbereitung in den Ausbildungen, könnte der Einstieg in die interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert werden.

In Bezug auf die dritte Forschungsfrage, mit welcher der Einsatz von berufsspezifischen Kompetenzen überprüft werden soll, um die Ziele der Organisationen effizient zu erreichen, werden die Ergebnisse im Folgenden diskutiert.

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Dokumentenanalyse lässt sich feststellen, dass die Kompetenzbereiche der drei Berufsgruppen unterschiedliche Taxonomiestufen abdecken und sich die Tätigkeiten bei den meisten Kompetenzen überschneiden. Wie sich die Rollenverteilung im Alltag im Konkreten umsetzen lässt, kann daraus nicht direkt abgeleitet werden. Um das Aufgabenverständnis für alle Mitarbeitenden herbeizuführen, ist es gemäss dem Rollenübernahme-Konzepts von Steiger (2013) von zentraler Bedeutung, dass die Mitarbeitenden über Klarheit bezüglich Erwartungen den Aufgaben und Kompetenzen gegenüber verfügen. Verschiedenen befragten Fachpersonen stehen in ihrem Betrieb Dokumente wie Kompetenzkataloge, Delegationsleitfaden und Stellenbeschreibungen zur Verfügung, die eine Orientierung diesbezüglich zulassen. Aus den Ergebnissen geht jedoch auch hervor, dass die Umsetzung meistens problemlos gelingt und die Aufgabenbewältigung aufgrund dieser Basis umgesetzt werden kann und die Ziele erreicht werden. Die Steuerung der Prozesse rund um die Kompetenzmodelle ist gemäss Grote, Kauffeld und Frieling (2012) eine wichtige Führungsaufgabe, um die Effektivität und Transparenz der Personalarbeit zu erhöhen. So schlagen Sauter & Staudt (2016) in ihrem 4-Schritte-Modell zum Kompetenzmanagement vor, neben dem Erfassen und Implementieren der Kompetenzen ins unternehmerische Gesamtkonzept, zwingend auch die individuelle Förderung der Mitarbeitenden zu verfolgen.

7 Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

7.1 Handlungsempfehlungen

Aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse werden zuhanden der OdA Gesundheit Bern Handlungsempfehlungen vorgeschlagen.

Ich empfehle den Betrieben die Kompetenzprofile der einzelnen Berufsgruppen auf konkrete Pflegesituationen anzuwenden, damit eine bestmögliche Differenzierung innerhalb der einzelnen Aufgaben für alle Mitarbeitenden erreicht werden kann. Projekte wie Skill und Grade, welche bereits von verschiedenen Betrieben durchgeführt worden sind, können hier als erfolgreiche Beispiele einbezogen werden. Dabei sollte beachtet werden, die Informationen zu den Kompetenzprofilen nicht nur schriftlich zu Verfügung zu stellen, sondern die Mitarbeitenden zusätzlich zu befähigen, diese im Alltag umzusetzen, um das gegenseitige Verständnis zu fördern. Dies könnte mit zusätzlichen Methoden erreicht werden, indem zum Beispiel typische Pflegesituationen in Form eines Videos dargestellt werden, um die einzelnen Aufgabengebiete abzubilden. Ebenfalls förderlich könnten Austauschgefässe bewusst für die Reflexion der interprofessionellen Zusammenarbeit genutzt werden, um anhand der Kompetenzverteilung erlebte Situationen zu besprechen.

Ein weiteres Handlungsgebiet sehe ich im Übertragen von konkreten Verantwortungsbereichen für die einzelnen Berufsgruppen, welche sich anhand der Kompetenzprofile ableiten lassen. Gerade die FaGe verfügen über Kompetenzen wie der hauswirtschaftliche Bereich, Materialbewirtschaftung oder Alltagsgestaltung welche bewusst dieser Berufsgruppe zugeordnet werden und die Hauptverantwortung darüber übertragen werden kann. Auch für die Pflegefachpersonen FH lassen sich Bereiche finden, welche die Identität dieser Berufsgruppe stärken kann. Ihrem Kompetenzbereich entsprechend könnten Aufgaben wie die Durchführung von klinischen Assessments, Fachberatung des Teams oder der Einbezug von Forschungsergebnissen übergeben werden.

Von bedeutender Wichtigkeit erscheint mir auch die Verankerung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf der strategischen Ebene der Betriebe und damit verbunden ein Kompetenzmanagement, welches für alle Mitarbeitenden als solches erkannt werden kann. Die Teamleitungen wären damit gefordert, Ziele und Massnahmen für einzelne Mitarbeitende, wie auch für das Gesamtteam zu definieren und diese regelmässig zu überprüfen. So könnte der Handlungsbedarf konkretisiert und angepasste Interventionen abgeleitet werden.

Als ebenfalls wesentlicher Punkt schlage ich eine vertiefte Auseinandersetzung zum Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit bereits während der einzelnen Ausbildungen vor. Dabei erachte ich es als sinnvoll nicht nur Wissen über die anderen Berufsgruppen zu vermitteln, sondern

Übungssequenzen zu Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen den Schnittstellen zu trainieren. Dies könnte im Praktikum oder auch im 3. Lehrort integriert werden.

Zentral erachte ich auch, dass die Teamleitungen verschiedene Teamentwicklungsmaßnahmen ergreifen, um die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu unterstützen. Bei auftretenden Schwierigkeiten im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit empfehle ich eine Analyse des Gruppensystems und anhand dieser, abgeleitete Interventionsschritte in Bezug auf das Gesamtteam, wie auch auf die einzelnen Personen im Team. Hierfür könnten die Teamleitungen auch externe Fachpersonen hinzuziehen, welche den Prozess begleiten und den Umgang mit Vielfalt, Unterschieden und Ähnlichkeiten im Team fördern.

Gerade auch die Aussenwahrnehmung der Berufsgruppen könnte mit Hilfe von Berufsmarketingmassnahmen gestärkt werden, wie auch Angebote für die Teamleitungen geschaffen werden.

7.2 Schlussfolgerungen

Die untersuchten Betriebe haben bereits grosse Anstrengungen unternommen, um den Diversityaspekten in der Zusammenarbeit zu begegnen und können zahlreiche positive Entwicklungen vorweisen. Trotzdem sind die Berufsbilder der FaGe und Pflegefachpersonen FH noch nicht vollständig etabliert. Es gilt das Thema weiter zu verfolgen und sich nicht mit dem heutigen Stand zufrieden zu geben. Weiterer Entwicklungsbedarf ist angezeigt, welcher durch die OdA Gesundheit Bern unterstützt werden kann, um den einzelnen Berufsgruppen den erforderlichen Stellenwert und die nötige Bedeutung zu geben, damit sich die Berufe weiter etablieren können.

Die Wirkung der vorgeschlagenen Interventionsmassnahmen wird sich erst in Zukunft vollständig zeigen können, weshalb eine Überprüfung des Ist-Zustandes in 2-3 Jahren sinnvoll sein könnte. Da die zentralen Einflussfaktoren auf das Diversity-Management mit dieser Arbeit nun vorliegen, könnte eine quantitative Untersuchung mit einer grossen Stichprobe ein Folgeschritt für die mittelfristige Weiterbearbeitung des Themas durch die OdA Gesundheit Bern sein. Zu überlegen wäre dabei, die Versorgungsbereiche einzeln zu untersuchen, da die Umgebungsfaktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsbereiche haben und entsprechend verschiedene Aspekte bezogen auf den Versorgungsbereich vertieft analysiert werden könnten.

8 Literaturverzeichnis

Berner Fachhochschule Gesundheit (2016). *Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH*. Unter: www.gesundheit.bfh.ch/de/bachelor/abschlusskompetenzen.html (Zugriff am 22.05.2016)

Bloom, B.S. (1976). *Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich*. Basel: Beltz.

Brewer, M. B., & Miller, N. (1984). Beyond the contact hypothesis. Theroretical perspectives on desegregation. In Miller, N. & Brewer, B. (Hrsg.), *Groups in contact: The psychology of desegregation* (S. 281-302). New York : Academic Press.

Erpenbeck, J. & Heyse, V. (2007). *Die Kompetenzbiographie* (2. Aufl.). Münster: Waxmann.

Etymologisches Wörterbuch des Deutschen (2010): Koblenz: Edition Kramer.

Fischer, R. (2013). *Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz: Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege*. Bielefeld: Bertelsmann.

Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (4. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Gaertner, S.L., & Dovidio, J.F. (2000). *Reducing intergroup bias: The common ingroup identity model*. Philadelphia : Taylor & Francis.

Gardenswartz, L. & Rowe, A. (1993): *Managing Diversity: a complete desk reference and planning guide*. New York: Edwards Brothers.

Grote, S., Kauffeld, S. & Frieling, E (2012). *Kompetenzmanagement - Grundlagen und Praxisbeispiele* (2. Aufl.). Stuttgart: Schäfer-Poeschel.

Hug, B. (2013). Gestaltung der Arbeit in und mit Gruppen. In Lippmann, S. (Hrsg.), *Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte. Führungskompetenz und Führungswissen* (S. 299-405). Berlin: Springer.

Jackson, S.E., May, K.E. & Whitney, K. (1995) Under the dynamics of diversity in decision-making teams. In Guzzo, R.A. & Salas, E. (Hrsg.), *Team effectiveness and decision making in organizations* (S. 204-261) San Francisco: Jossey-Bass.

Kälble, K. (2005). Die ‚Pflege‘ auf dem Weg zur Professionalisierung? Zur neuen Entwicklung der Pflegeberufe vor dem Hintergrund des Wandels und der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In Eurich, J., Brink, A., Hädrich, J., Langer, A. & Schröder, P. (Hrsg.), *Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte* (215-245). Wiesbaden: VS Sozialwissenschaften.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse* (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.

Kauffeld, S. (2001). *Teamentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

Krell, G. (2004): Managing Diversity: Chancengleichheit als Wettbewerbsfaktor. In Krell, G. (Hrsg.), *Chancengleichheit durch Personalpolitik* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

Kunzmann, C. & Schmidt, A. (2007). Kompetenzorientierte Personalentwicklung – Auf dem Weg zum Lernen bei Bedarf. *ERP Management*, 3, 38-41.

Lüthi, E., Oberpriller, H., Loose, A. & Orths, S. (2013). *Teamentwicklung mit Diversity Management. Methoden-Übungen und Tools* (3. Aufl.). Bern: Haupt.

Mummendey, A. & Otten, S. (2002). Theorien intergruppalen Verhaltens. In Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie – Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien* (2. Aufl., S. 95 – 119). Bern: Hans Huber.

Mummendey, A. & Schreiber, H.J. (1983). Better or different ? Positive social identity by discrimination against or by differentiation from outgroups. *European Journal of Social Psychology*, 13, 389 – 397.

OdA Gesundheit Bern, (2016). *Porträt OdA Gesundheit Bern*. Unter: <https://www.oda-gesundheit-bern.ch/ueber-uns/portraet-oda/> (Zugriff am 11.03.2016)

OdA Santé, (2008). *Bildungsplan FaGe EFZ*. Unter: <https://www.odasante.ch/berufliche-grundbildung/eidgenoessisches-faehigkeitszeugnis-efz/#c495> (Zugriff am 22.05.2016)

OdA Santé, (2016). *Gesundheitsberufe*. Unter: <https://www.odasante.ch/kommunikation-public-relations/gesundheitsberufech/> (Zugriff am 12.04.2016)

OdA Santé, (2011). Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen Pflege. Unter: www.odasante.ch/hoehere-berufsbildung-hochschulen/hoehere-fachschule/ (Zugriff am 22.05.2016)

Poggendorf, A. (2012). *Angewandte Teambdynamik. Methodik für Trainer, Berater, Pädagogen und Teamentwickler*. Berlin: Cornelsen.

Rastetter, D. (2006). Managing Diversity in Teams: Erkenntnisse aus der Gruppenforschung. In Krell, G. & Wächter, H. (Hrsg.), *Diversity Management – Impulse aus der Personalforschung* (Trier Beiträge zum Diversity Management, Bd. 7, S. 81-108). München: Hampp.

Rauner, F. (2005). Berufswissenschaftliche Arbeitsstudien. Empirische Untersuchung berufsförmig organisierter Facharbeit. *ITB-Arbeitspapiere Nr. 58*. Unter: http://www.itb.uni-bremen.de/fileadmin/Download/publikationen/AP_58.pdf (Zugriff 16.04.2016)

Rowold, J. & Bormann, K.C. (2015). *Innovationsförderndes Human Resource Management. Grundlagen, Modelle und Praxis*. Berlin: Springer.

Schäffner, L. & Bahrenburg, I. (2010). Kompetenzorientierte Teamentwicklung. In Heyse, V. & Erpenbeck, J. (Hrsg.), *Kompetenzmanagement in der Praxis*. Münster: Waxmann.

Schermuly, C. & Schölmerich, F. (2014). Die Gruppe in der Gruppe. *Personalmagazin*, 3, 30 – 33.

Sauter, W. & Staudt, F.P. (2016). *Strategisches Kompetenzmanagement 2.0 – Potenziale nutzen – Performance steigern*. Springer: Wiesbaden.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, (1987) *Definition der Pflege*. Unter: <https://www.sbk.ch/pflegethemen.html> (Zugriff am 17.04.2016)

Sepehri, P. (2002): *Diversity und Managing Diversity in internationalen Organisationen*. München: Hampp.

Steiger, T. (2013). Das Rollenkonzept der Führung. In Lippmann, S. (Hrsg.), *Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte. Führungskompetenz und Führungswissen* (S. 35-64). Berlin: Springer.

Spears, R. & Tausch, N. (2014). Vorurteile und Intergruppenbeziehungen. In Jonas, K., Stroebe, W. & Hewstone, M. (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (6. Aufl. S. 507 – 564). Berlin: Springer.

Stuber, M. (2002): Diversity Mainstreaming. *Personal*, 54, 48–53.

Stumpf, S. & Thomas, A. (2003). Einleitung. In Stumpf, S. & Thomas, A. (Hrsg.), *Teamarbeit und Teamentwicklung* (S. IX – XXXV). Göttingen: Hogrefe.

Thomas, A. (2003): Zum Verhältnis von Minderheiten und Mehrheiten in Organisationen – aus psychologischer Sicht. In Wächter, H., Vedder, G. & Führung, M. (Hrsg.): *Personelle Vielfalt in Organisationen* (S. 71–86). München: Mering.

Van Kessel, L. (2015). *Professionalität, Professionalisierung, Professionelles Handeln im Kontext von Supervision und Lehrsupervision. Organisationberatung, Supervision, Coaching*, 22, 363-384. Unter: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11613-015-0436-y/fulltext.html> (Zugriff am 17.04.2016)

Zick, A. (2008). Die Konflikttheorie der Theorie sozialer Identität. In Bonacker, T. (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien – Eine Einführung* (4. Aufl. S. 409 – 426). Wiesbaden: VS Sozialwissenschaften.

9 Anhang

Anhang 1: Vergleich der Kompetenzprofile

Fachfrau/Fachmann Gesundheit	Pflegefachfrau/-mann HF	Bachelor of Science Pflege FH
Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit unterhält und pflegt in ihrem/seinem Berufsalltag eine respektvolle berufliche Beziehung zu den Klientinnen und Klienten und den Personen in deren Beziehungsumfeld. Sie/er wahrt dabei die berufliche Distanz. Sie/er baut diese Beziehungen bewusst auf und ist in der Lage, sie ebenso zu beenden.	Die dipl. Pflegefachperson HF schafft und unterhält durch die Wahl geeigneter Kommunikationsmittel und -methoden eine empathische und vertrauensfördernde Beziehung mit Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen.	Sie bauen vertrauensvolle professionelle Beziehungen zu den Patienten und ihren Bezugspersonen auf, passen die Kommunikation an die jeweilige Situation an um eine gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making) zu ermöglichen.
Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit richtet ihr/sein berufliches Handeln an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten aus und arbeitet unterstützend mit deren Angehörigen zusammen.	Die dipl. Pflegefachperson HF gestaltet die Kommunikation und die Beziehung so, dass sie der Situation angepasst ist, den Bedürfnissen der Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen gerecht wird, das allgemeine Wohlbefinden fördert und Ängste sowie andere psychische Stress-Phänomene situationsgerecht auffängt.	Sie stellen ihre professionellen Kompetenzen den Akteuren des Gesundheitssystems, den Patienten und deren Angehörigen zur Verfügung. Sie setzen sich für gesundheits- und lebensqualitätsbezogene Anliegen ein und unterstützen die Interessen der Patienten sowie deren Bezugspersonen.
Sie/er beachtet ethische Grundsätze.	Die dipl. Pflegefachperson HF respektiert und reflektiert die rechtlichen und beruflichen Normen sowie die ethischen Grundsätze. Sie setzt sich mit ethischen Dilemmata auseinander und bezieht Stellung.	Sie beteiligen sich an komplexen Entscheidungsfindungen in intra- und interprofessionellen Gruppen und vertreten eine berufsethische Haltung. Sie vertreten in der Begegnung mit den Patienten, deren Bezugspersonen und der Gesellschaft eine berufsethische Haltung.
Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit	Die dipl. Pflegefachperson HF setzt sich für den bestmöglichen Schutz der Privatsphäre und der	

<p>respektiert die Klientinnen und Klienten als Individuen mit ihren spezifischen Wertesystemen. Mit Einfühlungsvermögen, Wertschätzung und Respekt berücksichtigt sie/er deren individuelle, soziale und kulturelle Bedürfnisse und integriert diese in die Gestaltung des Tagesablaufes.</p>	<p>Persönlichkeit der Patientinnen/Patienten während der gesamten Betreuungszeit ein.</p>	
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit führt ihrem/seinem Arbeitsort, der Umgebung und der Situation der Klientinnen und Klienten entsprechende Hygienemassnahmen durch und unterstützt dadurch eine hygienische und sichere Umgebung der Klientinnen und Klienten. Sie/er berücksichtigt dabei die Grundbedürfnisse der Klientinnen und Klienten.</p>		
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit leistet eine bedarfs- und situationsgerechte Pflege und Betreuung der Klientinnen und Klienten. Sie/er führt Pflege- und Betreuungsmassnahmen anhand des Pflegeprozesses durch. Sie/er dokumentiert ihre/seine Arbeit. Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit führt die ihr/ihm übertragenen medizinaltechnischen Verrichtungen bei den Klientinnen und Klienten durch.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF stellt die Pflegediagnosen und plant spezifische Massnahmen, um Gesundheitsprobleme, Krisensituationen und Konflikte effizient anzugehen. Sie wendet dazu relevante Konzepte, Methoden und Modelle an.</p> <p>Die dipl. Pflegefachperson HF beurteilt konsequent die Wirkung und die Auswirkungen der Pflegeinterventionen.</p> <p>Die dipl. Pflegefachperson HF wählt im Rahmen der ihr übertragenen Verantwortung adäquate Methoden, Massnahmen und Techniken aus. Sie setzt diese korrekt ein und führt die Pflege fachgemäss durch.</p>	<p>Sie setzen Behandlungspläne effektiv und effizient innerhalb der institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen um. Sie entwickeln ein gemeinsames Verständnis einer Pflegesituation und setzen bei Bedarf das Konfliktmanagement gezielt ein.</p>

<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit erkennt Notfallsituationen und leistet Erste Hilfe. Sie/er wirkt bei der Bewältigung von Krisensituationen mit. Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit wirkt ausserdem an Massnahmen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes mit.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF erkennt Krisen und Situationen von Selbst- und Fremdgefährdung, beurteilt sie und leitet die relevanten Massnahmen ein.</p>	
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit führt Massnahmen zur Gesundheitsförderung, zur Förderung und Erhaltung der Lebensqualität und zur Prävention durch. Sie/er berücksichtigt dabei die gesunden Anteile und die vorhandenen Ressourcen der Klientinnen und Klienten, nutzt diese in ihrem/seinem Handeln und fördert sie.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF definiert gemeinsam mit Patientinnen/Patienten Ressourcen, die in der Pflege zur Vorbeugung und Bewältigung von Problemen eingesetzt werden können. Die dipl. Pflegefachperson HF gestaltet und fördert präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen für sich selbst. Dazu fordert sie gegebenenfalls Unterstützung an.</p>	<p>Sie integrieren Konzepte zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für Individuen und Gruppen in ihre Berufspraktik und beteiligen sich aktiv an deren Umsetzung. Sie befähigen Patienten sowie deren Bezugspersonen vorhandene Mittel differenziert und individuell zur Krankheitsbewältigung und -prävention, respektive zur Erhaltung bestmöglicher Lebensqualität einzusetzen.</p>
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit unterstützt Klientinnen und Klienten bei der Gestaltung des Alltags. Sie/er leitet Klientinnen und Klienten an und bezieht das soziale Umfeld in die Alltagsgestaltung mit ein.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF gestaltet das Umfeld so, dass es der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Patientinnen/Patienten Rechnung trägt und die pflegerischen Interventionen unterstützt.</p>	
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit unterstützt Klientinnen und Klienten im Bereich der Ernährung und Verpflegung und handelt situationsgerecht.</p>		
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit stellt sicher, dass Klientinnen und Klienten sich der Situation, dem Klima und den Gewohnheiten angepasst kleiden, und gewährleistet die Versorgung mit sauberer Wäsche.</p>		
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit unterstützt Klientinnen und Klienten bei alltäglichen Hausarbeiten und der Wäscheversorgung und übernimmt bei Bedarf einzelne Handlungen im</p>		

<p>Privat- und Kollektivhaushalt.</p>		
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit erledigt fachbereichsbezogene administrative Arbeiten unter Einsatz branchenspezifischer Software und Hilfsmittel der Informationstechnologie.</p> <p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit dokumentiert die eigene Arbeit.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF führt die Pflegedokumentation der Patientinnen/ Patienten vollständig, korrekt und für das intraprofessionelle Team verständlich.</p>	<p>Sie dokumentieren alle relevanten Daten einwandfrei unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen. Sie erkennen Dokumentationslücken und schlagen entsprechende Lösungen zur Schliessung der Lücken vor.</p> <p>Sie nutzen Informationstechnologien und arbeiten prozess-, ziel- und ressourcen- orientiert.</p>
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit führt fachbereichsbezogene logistische Arbeiten nach Vorgaben aus. Sie/er setzt Ressourcen zielgerichtet, kostenbewusst und umweltbewusst ein. Sie/er entsorgt Materialien gemäss gesetzlichen, organisatorischen und ökologischen Regelungen.</p> <p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit hält Apparate und Mobiliar betriebsbereit und informiert die zuständige Stelle über Mängel oder Störungen.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF sorgt für einen fach- und sachgerechten Einsatz der Einrichtungen und Materialien. Sie berücksichtigt dabei ökonomische und ökologische Kriterien.</p>	
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit kann Ziele, Abläufe und Mittel der gestellten Aufgaben planen, organisieren, durchführen, auswerten und auch in unvorhergesehenen Situationen Prioritäten setzen.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF koordiniert vorhandene Ressourcen und setzt diese adäquat und effizient ein.</p> <p>Die dipl. Pflegefachperson HF analysiert in der eigenen Institution bzw. in der eigenen Organisationseinheit die Organisationsabläufe und gestaltet diese mit.</p>	

<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit beobachtet Situationen und ist in der Lage, Veränderungen wahrzunehmen und die zuständigen Stellen bzw. Personen darüber zu informieren.</p> <p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit gibt Informationen angemessen und adressatengerecht weiter.</p> <p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit kennt den eigenen Kompetenzbereich und stimmt die Aufgabenerfüllung innerhalb der interdisziplinären Fachgemeinschaft ab. Sie/er ist in der Lage zu entscheiden, wann sie/er die verantwortliche Fachperson hinzuziehen muss.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF informiert das intra- und interprofessionelle Team präzise, zur richtigen Zeit und angemessen über Gesundheitszustand und -entwicklungen der Patientinnen/Patienten.</p> <p>Die dipl. Pflegefachperson HF trägt aktiv zur konstruktiven intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit bei.</p>	<p>Sie kommunizieren mit Patienten und Fachpersonen und teilen ihr Wissen und ihre Erfahrung mit Berufsangehörigen aus.</p>
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit arbeitet im interprofessionellen Team. Sie/er arbeitet mit verschiedenen Berufspersonen zusammen. Gleichzeitig beurteilt sie/er sich selbst und die Arbeit kritisch und passt ihr/sein Verhalten und Handeln entsprechend an.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF übernimmt fachliche Koordinations-, Delegations-, Anleitungs- und Überwachungsaufgaben innerhalb des intraprofessionellen Teams.</p> <p>Die dipl. Pflegefachperson HF erfüllt die ihr delegierten pflegerischen Aufgaben. Sie berücksichtigt dabei die intra- und interprofessionellen Arbeitsabläufe und die von der Institution bzw. Organisationseinheit vorgegebenen administrativen Prozesse. Sie fördert die Effizienz dieser Arbeitsabläufe und Prozesse.</p>	<p>Sie übernehmen die Verantwortung im Interesse der Patienten in professionellen (skills mix) und interprofessionellen Teams für eine qualitativ hochstehende, wirksame, effiziente und kontinuierliche Pflege.</p> <p>Sie engagieren sich innerhalb eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams, und vertreten eine optimale patientenorientierte Pflege.</p>
<p>Die Fachfrau / der Fachmann Gesundheit erkennt die persönlichen Fähigkeiten und übernimmt Verantwortung für das eigene Lernen und für die eigene fachliche Weiterbildung.</p>	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF nimmt die berufliche Situation als Lern- und Lehrmöglichkeit wahr und setzt sich mit Forschungsergebnissen auseinander.</p>	
	<p>Die dipl. Pflegefachperson HF nimmt die klinische Beurteilung vor und trifft die ihr zu- stehenden Entscheidungen. Sie gestaltet die Pflege so, dass die Wertehaltung, die Rechte und die Interessen</p>	<p>Sie sind verantwortlich für die Pflege, erheben den pflegerischen Handlungs- bedarf bei Individuen und Gruppen in allen Lebensphasen, führen die</p>

	der Patientinnen/Patienten berücksichtigt werden.	notwendige Pflege aus oder delegieren und evaluieren sie laufend. Das Pflegeangebot schliesst präventive, therapeutische und palliative Massnahmen ein.
	Die dipl. Pflegefachperson HF unterstützt die Patientinnen/Patienten im Erreichen und Erhalten der bestmöglichen Lebensqualität. Sie unterstützt sie in ihrer Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Sie schafft Bedingungen, um sie in Entscheidungsprozesse mit einbeziehen zu können.	Sie identifizieren den Lernbedarf von Patienten, deren Umfeld und der Öffentlichkeit und bieten wirkungsorientierte Unterstützung unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Situation an.
	Die dipl. Pflegefachperson HF beteiligt sich an Programmen zur Eingliederung und Wiedereingliederung gefährdeter oder kranker Menschen. Sie führt solche Programme selbstständig oder in intra- und/oder interprofessioneller Zusammenarbeit durch.	
	Die dipl. Pflegefachperson HF meistert auch unvorhergesehene und rasch wechselnde Situationen. Sie arbeitet in kritischen und komplexen Situationen effizient mit Fachpersonen intra- und interprofessionell zusammen.	
	Die dipl. Pflegefachperson HF reflektiert Pflegesituationen systematisch anhand von relevanten Konzepten, Theorien und Modellen. Sie überträgt die gewonnenen Erkenntnisse auf andere Arbeits- und Pflegesituationen.	Sie beteiligen sich an der Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.
	Die dipl. Pflegefachperson HF setzt Methoden und Standards für die Leistungserfassung und Qualitätssicherung ein und beurteilt die (Mess-)Ergebnisse. Sie beteiligt sich an der Entwicklung von Methoden und Standards für die Leistungserfassung und Qualitätssicherung.	Sie arbeiten bei der Implementierung und Evaluation von evidenzbasierten Qualitätsstandards der Pflege mit und erkennen Innovationsbedarf.
	Die dipl. Pflegefachperson HF beschafft sich	Sie beteiligen sich an Projekten und Forschungen

	Forschungsergebnisse und setzt neue wissenschaftliche Erkenntnisse im Berufsalltag um.	im Bereich der Pflege und fördern den Transfer der Resultate in die Lehre und Praxis. Sie identifizieren praxisrelevante Fragestellungen für Entwicklungs- und Forschungsprojekte und leiten sie an die entsprechenden Stellen weiter.
	Die dipl. Pflegefachperson HF entwickelt adressatengerechte gesundheitsbezogene Lernprogramme für Individuen, Familien, Gruppen. Sie führt diese eigenständig oder in intra- und/oder interprofessioneller Zusammenarbeit durch.	Sie bieten den Patienten und den Angehörigen pflegerische Fachberatung an, welche sich auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und ethische Grundsätze abstützt.
	Die dipl. Pflegefachperson HF beschafft sich gezielt Informationen. Sie wählt die richtigen Informationsmittel und -wege aus und wendet diese adäquat und effizient an.	Sie evaluieren und reflektieren ihre Berufspraxis laufend und tragen damit zur Gesundheit und Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft bei.
	Die dipl. Pflegefachperson HF beurteilt die Qualität der eigenen Arbeit und nutzt die eigenen Erfahrungen mit dem Ziel, kritisch-konstruktiv zu urteilen und selbstständig zu arbeiten.	Sie reflektieren ihr professionelles Handeln, erfassen Lücken und Ressourcen und verbinden ihre klinische Erfahrung, Patientenexpertise und aktuelles evidenzbasiertes Wissen für die Weiterentwicklung der Pflege.
	Die dipl. Pflegefachperson HF nimmt Lehr- und Anleitungsfunktionen wahr. Die dipl. Pflegefachperson HF unterstützt Studierende während deren Praktikum. Sie leitet die Studierenden verschiedener Bildungsgänge an und fördert deren Lernprozesse.	Sie übernehmen für Pflegesituationen die fachliche Verantwortung. Dabei koordinieren und begleiten sie Arbeitsgruppen und unterstützen und leiten fachlich andere Mitarbeitende des Pflorgeteams. Sie erhalten und entwickeln ihre professionellen Kompetenzen durch kontinuierliches Lernen, unterstützen Studierende in der Praxis und stützen sich dabei auf wissenschaftliche Erkenntnisse ab.
		Sie reflektieren ihre Berufsrolle und gestalten ihre Berufskarriere aktiv.
		Sie vertreten den Beruf professionell, setzen sich verantwortungsbewusst und eigenständig für die Entwicklung und Ausübung des Pflegeberufs und der Erhaltung ihrer eigenen Gesundheit ein.

Anhang 2: Interviewleitfaden für Mitarbeitende und Vorgesetzte

Interviewleitfaden für Mitarbeitende

Nochmals herzlichen Dank, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben für unser Interview, welches ich im Rahmen meines Studiums in Arbeits- und Organisationspsychologie an der FHNW und mit dem Projektpartner OdA Gesundheit Bern anlässlich meiner Bachelorarbeit durchführe. Ihr Mitwirken schätze ich sehr!

Ziel der Bachelorarbeit ist es herauszufinden, wie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Grades (Personen mit verschiedenen Berufsabschlüssen im Pflorgeteam) funktioniert und welchen Einflussfaktoren darauf wirken. Dazu werden verschiedene Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen FaGe, Pflegefachpersonen HF und FH sowie Teamleitungen interviewt. Aufgrund der anschliessenden Auswertung, werde ich Themen ausarbeiten um Handlungsempfehlungen für die Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit abzuleiten. Die OdA Gesundheit Bern wird die Umsetzungsschritte dazu initiieren.

Ihre Daten werden anonymisiert behandelt. Es wird zu keinem Zeitpunkt möglich sein, Rückschlüsse auf ihren Betrieb oder ihre Person zu ziehen.

Haben Sie noch Fragen bevor wir mit dem thematischen Teil beginnen?

offen		← Frageformen →
strukturiert		
Eröffnungs- und Erzählstimulus		Nachfragen und Vertiefung
Kompetenzen	Beschreiben Sie bitte Ihr Kompetenzprofil an Ihrer heutigen Arbeitsstelle.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Aufgaben sind Ihnen konkret im Arbeitsalltag zugeteilt? ▪ Wo sind Ihre Kompetenzen und Aufgaben schriftlich festgelegt? ▪ Entspricht Ihr Aufgabengebiet jenen Fähigkeiten, welche Sie während der Ausbildung erlernt haben? ▪ Wie klar sind Ihnen die Erwartungen die bezüglich Aufgaben und Kompetenzen an Sie gestellt sind?
	Wie beschreiben Sie die Kompetenzen der anderen beiden Grades?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie gut kennen Sie die Aufgabenbereiche der anderen Berufsgruppen? ▪ Sind die Kompetenzprofile der anderen Grades schriftlich festgehalten, wo Sie diese nachlesen können? ▪ Wie wichtig ist es für Sie die Aufgabenbereich der anderen Grades im Detail zu kennen?

Verantwortung	Welche Verantwortung tragen Sie im Berufsalltag?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es Bereiche die Sie eigenverantwortlich übernehmen? ▪ In welchen Situationen teilen Sie die Verantwortung mit anderen Grades? ▪ Entspricht der Verantwortungsgrad den Sie übernehmen, den Fähigkeiten über die Sie verfügen?
Entscheidungen	Wann und wie können Sie Einfluss auf Entscheidungen nehmen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In welchen Situationen werden Sie in Entscheidungen mit einbezogen? ▪ In welchen Situationen treffen Sie allein die Entscheidung? ▪ Stichworte: Patienten, Angehörige, Pflegeplanung, Organisation, Notfallsituationen, Patientenunabhängige Aufgaben
Selbständigkeit / Unabhängigkeit	Welche Arbeiten können Sie selbständig und unabhängig von den anderen Grades ausführen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es Bereiche die ihrem Grade unabhängig der anderen Berufsgruppen zugeteilt sind? ▪ In welchen Situationen arbeiten Sie ohne Delegation oder Kontrolle von anderen?
Gleichwertigkeit	Gibt es Personen die im Team wichtiger sind als andere?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wen würden Sie als wichtigste Person oder Subgruppe im Team benennen? ▪ Gibt es Personen oder Subgruppen die weniger wichtig sind?
Beeinflussbarkeit	In welchen Situationen wird ihre Meinung aktiv erfragt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es Austauschgefässe mit anderen Teammitgliedern wo ihre Meinung eingefordert wird? ▪ Wann können Sie aufgrund ihrer persönlichen Einschätzung Einfluss auf Patientensituationen nehmen?
Identifikation	Gibt es Bereiche die Sie in ihrem Subteam (eigener Grade) unter sich selber organisieren?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Werden bestimmte Mitarbeitende in ihrem Team als Subgruppe wahrgenommen? ▪ Gibt es Angebote wie z.B. Sitzungen, Weiterbildungen oder Austauschgefässe speziell für Ihren Grade? ▪ Welche Bedeutung hat Ihr Berufsabschluss für Sie?
Rolle im Team	Wie beschreiben Sie Ihre Rolle im Team?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lässt sich ihre Rolle mit den Rollen der Personen aus dem gleichen Grade vergleichen? ▪ Es es nötig sich speziell für ihren Grade im Team einzusetzen?
Ingroupverständnis	Fühlen Sie sich als vollwertiges Teammitglied integriert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Woran erkennen Sie dies? ▪ Was müsste sich ändern um als vollwertiges Teammitglied wahrgenommen zu werden?

Schnittstellen mit anderen Grades	Wie sind die Schnittstellen zu den anderen Grades organisiert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation ▪ Organisation ▪ Dokumentation
Kommunikation zwischen den Grades	Welche Kommunikationsgefäße bestehen, um sich zwischen den Grades auszutauschen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formale ▪ Informale ▪ Bilateral ▪ Im ganzen Team
Arbeitsbezogene Konflikte zwischen den Grades	Gibt es in der Zusammenarbeit Situationen in denen Konflikte zwischen den Aufgabenbereichen der verschiedenen Grades entstehen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzung Ursache der Konflikte ▪ Wie wird auf Konflikte reagiert? ▪ Wer trägt zur Konfliktlösung bei? ▪ Können die Konflikte gelöst werden?
Einfluss der Führung	Mit welchen Massnahmen fördert Ihre direkte Vorgesetzte die Zusammenarbeit zwischen den Grades?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind Massnahmen erkennbar? ▪ Sind diese ihrer Meinung nach angepasst? ▪ Müssen weitere Anstrengungen unternommen werden?
Innerbetriebliche Förderung	Unternimmt ihr Betrieb Anstrengungen um die Zusammenarbeit zwischen den Grades zu fördern?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strategische Massnahmen ▪ Teamübergeordnete Massnahmen
Förderung während der Ausbildung	Wurden Sie während Ihrer Ausbildung auf die Zusammenarbeit mit den anderen Grades vorbereitet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie hat diese Vorbereitung ausgesehen? ▪ Wie schätzen Sie den Effekt einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema während der Ausbildung ein? ▪ Was könnte während der Ausbildung zum Thema verbessert werden?
Persönliche Anliegen	Was ist Ihnen aus persönlicher Sicht wichtig in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in Ihrem Team?	

Interviewleitfaden für Vorgesetzte

Nochmals herzlichen Dank, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben für unser Interview, welches ich im Rahmen meines Studiums in Arbeits- und Organisationspsychologie an der FHNW und mit dem Projektpartner OdA Gesundheit Bern anlässlich meiner Bachelorarbeit durchführe. Ihr Mitwirken schätze ich sehr!

Ziel der Bachelorarbeit ist es herauszufinden, wie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Grades (Personen mit verschiedenen Berufsabschlüssen im Pflorgeteam) funktioniert und welchen Einflussfaktoren darauf wirken. Dazu werden verschiedene Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen FaGe, Pflegefachpersonen HF und FH sowie Teamleitungen interviewt. Aufgrund der anschliessenden Auswertung, werde ich Themen ausarbeiten um Handlungsempfehlungen für die Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit abzuleiten. Die OdA Gesundheit Bern wird die Umsetzungsschritte dazu initiieren.

Haben Sie noch Fragen bevor wir mit dem thematischen Teil beginnen?

offen		← Frageformen →
strukturiert		
Eröffnungs- und Erzählstimulus		Nachfragen und Vertiefung
Kompetenzen	Wie und wo sind die Kompetenzen Ihrer Mitarbeitenden geregelt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist es möglich die Mitarbeitenden ihren Kompetenzen entsprechend einzusetzen? ▪ Wo ergeben sich dabei Schwierigkeiten? ▪ Gibt es Bereiche in denen die Kompetenzregelung ungeklärt ist oder Unsicherheiten bestehen? ▪ Was ist zu den Kompetenzprofilen schriftlich festgelegt und in welchem Detailierungsgrad? ▪ Wie beurteilen Sie die Kenntnisse ihrer MA bezüglich der gegenseitigen Kompetenzen?
Verantwortung	Wie sind die Verantwortungsbereiche festgelegt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wer trägt in Ihrem Team die Verantwortung für welche Bereiche oder Situationen? ▪ Wo wird die Verantwortung von den verschiedenen Grades geteilt?
Entscheidungen	Wer trifft in ihrem Team die Entscheidungen in welchen Situationen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welcher Grade entscheidet in welchen Situationen? ▪ Werden die anderen mit einbezogen? ▪ Stichworte: Patienten, Angehörige, Pflegeplanung, Organisation, Notfallsituationen, Patientenunabhängige Aufgaben

Selbständigkeit / Unabhängigkeit	Wie stufen Sie die Fähigkeiten der einzelnen Grades ein, selbständig und unabhängig von den anderen zu arbeiten?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Bereiche sind einem Grade alleinig zugeordnet? ▪ Bei welchen Aufgaben wird in Delegation oder unter Kontrolle von anderen gearbeitet?
Gleichwertigkeit	Gibt es Berufsgruppen in ihrem Team die wichtiger für Aufgabenerfüllung sind als andere?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wen würden Sie als wichtigste Personen in ihrem Team bezeichnen um den Pflegeauftrag auszufüllen? ▪ Könnte auf eine Berufsgruppe verzichtet werden um trotzdem arbeitsfähig zu sein?
Beeinflussbarkeit	In welchen Situationen können sich die einzelnen Grades aktiv einbringen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wann ist die Meinung der Personen der verschiedenen Grades besonders wichtig? ▪ Wer kann Einfluss auf die Patientensituationen nehmen und wie?
Identifikation	Gibt es aufgrund der verschiedenen Berufsgruppen Subgruppen in Ihrem Team?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nehmen Sie bestimmte Mitarbeitende in ihrem Team als Subgruppe wahr? ▪ Gibt es Angebote wie z.B. Sitzungen, Weiterbildungen oder Austauschgefässe speziell für jeden Grade? ▪ Wie stark identifizieren sich die einzelnen Berufsgruppen mit ihrem Berufsabschluss? Woran erkennen Sie dies?
Rolle im Team	Wie würden Sie die Rollen in Ihrem Team bezogen auf die verschiedenen Berufsgruppen beschreiben?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nehmen die verschiedenen Berufsgruppen grundsätzlich unterschiedliche Rollen ein? Wie zeigt sich dies?
Ingroupverständnis	Gibt es Personen die sich dem Team weniger zugehörig fühlen als andere?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Worin sehen Sie die Ursache dafür? ▪ Gibt es eine Berufsgruppe die weniger ins Team integriert als andere? Wie macht sich dies bemerkbar?
Schnittstellen mit anderen Grades	Wie sind die Schnittstellen zwischen den Grades organisiert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation ▪ Organisation ▪ Dokumentation
Kommunikation zwischen den	Welche Kommunikationsgefässe bestehen, damit sich die	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formale ▪ Informale ▪ Bilateral ▪ Im ganzen Team

Grades	Grades auszutauschen können?	
Arbeitsbezogene Konflikte zwischen den Grades	Gibt es in der Zusammenarbeit Situationen in denen Konflikte zwischen den Aufgabenbereichen der verschiedenen Grades entstehen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzung Ursache der Konflikte ▪ Wie wird auf Konflikte reagiert? ▪ Wer trägt zur Konfliktlösung bei? ▪ Können die Konflikte gelöst werden?
Einfluss der Führung	Mit welchen Massnahmen fördern Sie die Zusammenarbeit zwischen den Grades?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist die Förderung der Zusammenarbeit ein Führungsziel für Sie? ▪ Sehen Sie es als Ihre Aufgabe Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zu nehmen?
Innerbetriebliche Förderung	Unternimmt ihr Betrieb Anstrengungen um die Zusammenarbeit zwischen den Grades zu fördern?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strategische Massnahmen ▪ Teamübergeordnete Massnahmen
Persönliche Anliegen	Was ist Ihnen aus persönlicher Sicht wichtig in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in Ihrem Team?	

Anhang 3: Fragebogen Stichprobe

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, mit mir ein Interview zum Thema „Entwicklung der Zusammenarbeit von interprofessionellen Teams“ durchzuführen.

Dieser Fragebogen dient als Ergänzung zu unserem bevorstehenden Interview und soll mir für die Auswertung zusätzliche Informationen geben.

Ich versichere Ihnen, die erhobenen Daten vertraulich zu behandeln und lediglich in anonymisierter Form in meinem Bericht einfließen zu lassen. Rückschlüsse auf einzelne Betriebe und Personen werden nicht möglich sein.

Ich danke Ihnen bereits im Voraus bestens für Ihre Unterstützung und dafür, dass Sie sich die Zeit für die Beantwortung der Fragen nehmen.

Versorgungsbereich (Akut, Langzeit, Spitex, Rehab, Psychiatrie)

.....

Titel Berufsabschluss

.....

Absolvierte Zusatzausbildung welche für die heutige Tätigkeit relevant ist

.....

Berufserfahrung (Jahre wie lange Sie mit obengenanntem Berufsabschluss arbeitstätig sind)

.....

Alter

.....

Zusammensetzung des Teams bezüglich Grades

Anzahl Personen FaGe

.....

Pflegefachpersonen HF

.....

Pflegefachpersonen FH

.....

Anhang 4: Kategoriensystem

Hauptkategorie	Subkategorie	Definition	Codier-Regel	Ankerbeispiel
Profession	Kompetenzen	Gegenseitige Bekanntheit der Kompetenzprofile und deren Verankerung im Betrieb.	Hinweise wie die verschiedenen Berufsgruppen die jeweils anderen Kompetenzprofile einordnen können.	„Wir haben natürlich alle Standards festgelegt, wer was machen darf.“ (IP7; 4)
	Verantwortung	Verantwortungsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen.	Aussagen die beschreiben, welche Berufsgruppe in welchen Situationen die Verantwortung übernimmt.	„(...) auf unserer Abteilung hat entweder eine Diplomierte oder eine FaGe die Verantwortung.“ (IP4; 8)
	Entscheidungen	Entscheidungsmöglichkeiten der drei Berufsgruppen.	Aussagen darüber, welche Berufsgruppe wann Entscheidungen trifft.	„Aber die Entscheidung ist dann bei den Diplomierten.“ (IP5; 19)
Berufliche Identität	Selbständigkeit/ Unabhängigkeit	Bereiche in denen selbständiges und von den anderen Berufsgruppen unabhängiges Arbeiten möglich ist.	Hinweise dazu, ob die Berufsgruppen von den anderen abgegrenzte Bereiche haben und in welchen Situationen sie unabhängig der anderen Berufsgruppen arbeiten können.	„Es gibt ganz klar Bereiche wo ich jetzt wahrnehme als meine Aufgaben die ich nicht teilen möchte.“ (IP10; 18)
	Gleichwertigkeit	Wichtigkeit und Gleichwertigkeit der drei	Einschätzung wie wichtig die verschiedenen Berufsgruppen bewertet	„Absolut, es braucht alle Berufsgruppen, das ist mein Grundverständnis, mein

		Berufsgruppen im Team.	werden.	persönliches.“ (IP9; 29)
	Beeinflussbarkeit	Beeinflussbarkeit von Situationen und der täglichen Arbeit.	Aussagen zu Situationen die von den verschiedenen Berufsgruppen beeinflusst werden können.	„FaGe’s können sich einbringen, indem sie Beobachtungen weitergeben. (IP9; 24)
	Identifikation	Identifikation mit dem eigenen Berufsabschluss.	Hinweise wie die Vertreter/-innen der Berufsgruppen sich mit ihrem Grad identifizieren.	„Ich glaube schon, dass meine Leute stolz auf ihren Abschluss sind.“ (IP6; 40)
Gruppe / Team	Rolle im Team	Rollenübernahme im Team.	Aussagen zu berufsspezifischen Rollen, die im Team eingenommen werden.	„Persönliche Stärken werden ganz klar gefördert im Team und dadurch nehmen sie ganz unterschiedliche Rollen wahr, unabhängig von der Berufsgruppe. (IP6; 42)
	Ingroup-Erleben	Integration der eigenen Berufsgruppe im Team.	Einschätzung wie sich die Berufsangehörigen im Team integriert haben aufgrund ihres Berufsabschlusses.	„Es wird auch nicht mehr anders danach gefragt. Es gibt jetzt einfach FaGe und Diplomierte.“ (IP5; 48)
Zusammenarbeit mit anderen Grades	Kommunikation und Schnittstellen zwischen den Grades	Interprofessionelle Kommunikation zwischen den drei Berufsgruppen.	Aussagen zu Erfahrungen im Bereich der Kommunikation zwischen den Grades.	„Es muss einfach von mir als FaGe selber kommen, ich muss die Initiative ergreifen.“ (IP3; 22)
	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen	Konfliktentstehung aufgrund der interprofessionellen	Hinweise zu möglichen Konflikten welche aufgrund der	„Ich kann mir gut vorstellen, dass es aufgrund der Kompetenzverteilung

	den Grades	Zusammenarbeit.	interprofessionellen Zusammenarbeit entstehen.	Konflikte gibt, ja.“ (IP2; 66)
Förderung der Teamdiversity zwischen den Grades	Einfluss der Führung	Förderung der Zusammenarbeit durch die Vorgesetzten.	Aussagen zu Einflussfaktoren der Führungspersonen in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen den Grades.	„Als erstes spiele ich den Ball zurück, dass sie erstmal Eigeninitiative entwickeln, sonst passiert da nichts.“ (IP8; 56)
	Innerbetriebliche Förderung	Verankerung und Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Betrieb.	Hinweise wie die interprofessionelle Zusammenarbeit im Betrieb verankert ist und gefördert wird.	„Ich bin zwar nicht an allen Sitzungen dabei, aber ich höre manchmal von oben, dass es immer noch ein Thema ist.“ (IP6; 60)
	Förderung während der Ausbildung	Ausbildungsinhalte zur Vorbereitung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im Berufsalltag.	Einschätzungen wie die drei Berufsgruppen auf die gegenseitige Zusammenarbeit während ihrer Ausbildung vorbereitet worden sind.	„Ja wir hatten Themenblöcke wo man dies bearbeitet hat. Z.B. Skill and Grade.“ (IP1;56)
Persönliche Perspektive	Persönliche Anliegen	Persönliche Sicht und weitere Anliegen zum Thema Zusammenarbeit.	Aussagen über persönliche Anliegen in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den drei Berufsgruppen.	„Erstens dass die verschiedenen Berufsbilder bekannt sind. (IP2; 92)

Anhang 5: Codings

IP	Gruppe	Bereich	Code	Beginn	Ende	Text-Segment
IP1	FH	Akut	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	48	48	Ja. Zwischen den Pflegehilfen, gibt es Situationen wo sie in der Küche sind und wir sind am herum springen und da muss man einfach miteinander sprechen, vielleicht nehmen Sie es auch nicht so war, aber sonst wenn es stressig ist, helfen alle allen. Eigentlich wird die Teamarbeit in so stressigen Situationen noch mehr gefördert, da alle am gleichen Strick ziehen und man aufeinander angewiesen ist.
IP2	FH	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	64	64	Konflikte gibt es sicher. Ob diese jetzt unbedingt mit den Berufsgruppen zu tun haben weiss ich nicht. Es kommt darauf an, wenn zum Beispiel eine FaGe die Tages-Verantwortung hat auf der Abteilung und je nachdem wie das andere Personal das Gefühl hat was sie für Kompetenzen hat kann es schon Konflikte geben.
IP2	FH	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	66	66	Ich kann ich mir gut vorstellen dass es aufgrund der Kompetenzverteilung Konflikte gibt, ja.
IP3	FaGe	Spitex	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	28	28	Nein ich glaube nicht. Es sind alle ja auch erwachsen.
IP4	FaGe	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	29	29	Es gibt wenn man zusammenarbeitet, es gibt immer vielleicht Missverständnisse, vor allem wenn man zwischen verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeitet das gibt es immer wieder, das ist normal ich war früher auch einmal Pflegeassistentin und da habe ich auch immer gedacht die HF weshalb sitzen die immer am Computer weshalb sitzen die häufig im Büro und machen nichts anderes? Aber man muss das abklären und genau hinschauen, was gemacht wird und in diesem Pflegemeetings haben sie uns das sehr gut erklärt. Zum Beispiel kann ich als FaGe die Arbeit von Diplomierte nicht übernehmen Sie können mir gewisse Sachen nicht abdelegieren, wir können unsere Arbeit nicht gegenseitig abgeben, jeder hat seinen Aufgaben-Bereich. Sie haben uns ganz klar erklärt wer was macht und wer für was zuständig ist.
IP4	FaGe	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	44	44	Nein das kenne ich bei uns nicht,es kommt auch sehr auf die Leitung darauf an. Wir haben eine sehr gute Leitung mit der wir offen sprechen können auch darüber was wir machen oder nicht machen und sie kennt unsere Kompetenzen natürlich und unterstützt uns darin.
IP5	FaGe	Akut	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	60	60	Ja vielleicht wenn wir sehr viel zu tun haben, stressige Situationen würde ich jetzt mal sagen, ja jeder ist ein bisschen anders, ich kenne meine Frauen mittlerweile gut und sie mich auch, und da spürt man einander schon wenn es stressig ist und dann ist es manchmal, klar wir haben auch gemerkt, wenn viel ist haben alle viel zu tun, auch die Gastgeberin. Dann wollen sie uns manchmal wie zuviel abgeben. Also sagen kannst du noch hier einen Notfall holen oder hier noch etwas machen, aber nur wenn es mega stressig ist und aus den Fugen fällt. Aber sonst habe ich das Gefühl haben wir es recht gut im Griff.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	24	24	Den Streit den man früher gekannt hat, ist wirklich weg. Sie haben gelernt sehr viel besser zu delegieren, das Team kann viel besser untereinander kommunizieren gegen oben und gegen unten.

IP7	Teamleitung	Spitex	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	44	44	Nein das hier gar nicht der Fall. Früher war das vielleicht bei den Hauspflegerinnen der Fall. Heute jedoch nicht mehr. Ich schaue diese und die FaGe's als das Gleiche an. Ich mache da gar keinen Unterschied.
IP8	Teamleitung	Akut	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	42	42	Ja vor einem Jahr hatten wir dies. Das war jedoch von den Persönlichkeiten abhängig. Die haben Unruhe in den Alltag gebracht und aufgewiegelt. Es war mehr eine Konkurrenzsituation unter Frauen gewesen. Dies war jedoch einmalig während einer Periode, weil es wirklich von diesen Personen abhängig war.
IP8	Teamleitung	Akut	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	46	46	Es geht sehr gut auf wenn wir alle offen an einem Tisch sein können an einer Teamsitzung. Für mich wäre das eher ein bisschen kontraproduktiv wenn ich die Berufsgruppen trennen würde. Die Gefahr wäre da, dass Fronten entstehen könnten. Aber es kommt natürlich immer auch auf die Sitzungsleitung drauf an.
IP8	Teamleitung	Akut	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	60	60	Der einzige Gedanke, morgen fängt jemand neu an, temporär für drei Monate, wo vor x Jahren mal Krankenschwester gelernt hat, war auch noch beim Schnuppern so angeschrieben und war vor 10 Jahren zum letzten mal im Akutspital. Da sind Fragen aufgekommen wo ich gemerkt habe die ist wirklich noch vor 10 Jahren zu Hause.
IP9	HF	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	6	6	Es ist ganz klar definiert und ich habe im vorherigen Betrieb geholfen die Stellenbeschreibungen zu machen von dem her ist es mir eigentlich wirklich klar und trotzdem gibt es immer wieder Überschneidungen die halt auch Konfliktpotenzial in sich haben.
IP9	HF	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	8	8	Es läuft schon eine Zeit lang so und trotzdem braucht es als HF extrem viel Feingefühl zu vermitteln dass sie viel wert sind auch wenn Sie dies jetzt nicht mehr machen.
IP9	HF	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	12	12	Weil wenn man das nicht macht und man diese Schätzung nicht entgegenbringt dann helfen sie nicht mit. Es sind halt auch Führungsaufgaben sie zu motivieren, dass sie mit mir mitkommen und nicht gegen mich arbeiten.
IP9	HF	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	43	43	Immer wieder erlebe ich das, das ist einfach die Realität oder. Das je nachdem wer da ist, es ist es eigentlich klar und trotzdem nicht klar.
IP9	HF	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	43	43	Das ist mit Verbänden, wenn dies chronisch und kontinuierlich ist, ohne grosse Veränderungen, dann kann dies die Funktion Stufe zwei machen. Und sonst für die Beurteilung und die neue Dokumentation geht wie die HF, aber oft läuft es darauf hinaus dass sie sagen ich habe keine Zeit, das kann ja die HF machen die hat ja sonst eh nichts zu tun oder genau das Gegenteil, warum kann ich das nie machen die Situation ist doch konstant, ich möchte das selber machen, je nachdem wird Gewisses abgeschoben je nachdem wer da ist, je nach Konstellation, das muss man wie wissen.
IP9	HF	Langzeit	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	47	47	Oder dass die Pflegehilfen das Gefühl haben Sie müssen den Angehörigen Auskunft geben, das war eine Zeit lang auch ein Problem, da haben wir gesagt das geht nicht, das ist eigentlich klar geregelt das darfst du nicht tun, dort muss man dann auch Grenzen setzen und dann kommt manchmal Missmut auf wenn sie so zurückgewiesen werden und sie sagen dann aber ich weiss das ja. Die Bereiche sind vor allem die Medizinaltechnik, die Angehörigen und die Pflegeplanungen wo es zu Spannungen und Konkurrenzkampf kommt.

IP10	HF	Akut	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	26	26	Also ich habe den Eindruck verteidigen müssen wir eigentlich nichts mehr. Wir hatten eine Verteidigungsphase die ist hinter uns, als die Kompetenzen noch nicht klar geregelt waren, da mussten wir elblöglen.
IP10	HF	Akut	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	34	34	Also das hat eigentlich nur zwei FaGe's betroffen vom ganzen Team wo noch eine Weiterbildung gemacht haben oder so eine Kompetenzerweiterungskurs gemacht haben, wo sie nicht soviel Anerkennung bekommen haben wie sie sich vorgestellt hatten,
IP11	HF	Spitex	Arbeitsbezogene Konflikte zwischen Grades	44	44	Ich sehe kein Konfliktpotenzial zwischen den Berufsgruppen.
IP1	FH	Akut	Beeinflussbarkeit	50	50	Das sind ganz klar die Diplomierten, es gibt aber auch ein paar FaGe die das Team steuern helfen.
IP2	FH	Langzeit	Beeinflussbarkeit	23	23	Bei uns müssen Sie sich die FaGe einbringen.
IP3	FaGe	Spitex	Beeinflussbarkeit	18	18	Wir haben da halt auch kein richtiges Gefäss. Es gibt einen Austausch wo FaGe's und Pflegefachfrauen einen Austausch haben aber das ist vielleicht alle 2 Monate oder so. Da haben wir halt nicht so viel Zeit zur Verfügung. Und sonst halt auch privat, jeder hat so seine Leute im Team wo man viel zusammen ist da kann man sich auch austauschen untereinander und fragt sich gegenseitig, du warst bei diesem Klienten was ist dort oder wie kann ich es dort besser machen, dass man sich auch so hilft. Wenn man sich z.B in den Pausen sieht oder am Morgen im Büro findet auch Austausch statt. Da kann ich fragen ob ich bei den Klienten etwas spezielles beachten muss, das vielleicht nicht in der Dokumentation steht.
IP4	FaGe	Akut	Beeinflussbarkeit	28	28	Also was es gibt ist der 3 Uhr Rapport. Den machen aber nur die Diplomierten. Da kommt aus jeder Station eine Diplomierte, da schauen sie zusammen vor allem wer am nächsten Tag Hilfe braucht zum Aushelfen, oder wer hat zuviele die z.B. kompensieren könnten. Aber da haben wir keinen Einfluss darauf. Aber sonst austauschen, da wir ein kleines Spital sind kennen wir einander und manchmal lafern wir mal zusammen, aber wirklich Gefässe so haben wir nicht.
IP4	FaGe	Akut	Beeinflussbarkeit	58	58	Aber sonst von der Planung her macht es die Diplomierte, aber untereinander planen wir dann den Tag schon selber zusammen.
IP4	FaGe	Akut	Beeinflussbarkeit	58	58	Also wir können jetzt Einfluss nehmen wenn ich weiss ich haben einen L Tag also Lerntag, Kompetenznachweis, dann kann ich sagen ich nehme diese Patienten weil ich diese Kompetenz prüfen muss
IP4	FaGe	Akut	Beeinflussbarkeit	58	58	Also das darf ich sagen. Oder wenn es bei jemanden zu viel wird oder schon lange da ist oder man Mühe hat jemanden zu betreuen darf man es auch sagen.
IP7	Teamleitung	Spitex	Beeinflussbarkeit	16	16	Wir planen ja so, wenn wir die Aufgaben richtig hinterlegen, geht niemand irgendwohin wo diese Kompetenz nicht gemacht werden darf.
IP7	Teamleitung	Spitex	Beeinflussbarkeit	24	24	Sie arbeiten sehr eng zusammen im Team. Also ich bekomme meistens das Endergebnis über und mache die Planung entsprechend.
IP7	Teamleitung	Spitex	Beeinflussbarkeit	30	30	Die Einsatzplanungen werden nur durch die Teamleitung gemacht. Die Diplomierten bestimmen höchsten die Einsatzzeiten mit den Kunden zusammen welche wir dann entsprechend planen.
IP8	Teamleitung	Akut	Beeinflussbarkeit	24	24	Versierte erfahrene FaGe's sind auch in der Lage in ihrem Bereich Entscheidungen zu treffen und sie geben auch viele Empfehlungen ab.
IP8	Teamleitung	Akut	Beeinflussbarkeit	35	36	Wo erlebst du dass sich die verschiedenen Berufsgruppen aktiv ins Geschehen einbringen? Bei den Patienten, aber auch zunehmend an Teamsitzungen.

IP8	Teamleitung	Akut	Beeinflussbarkeit	38	38	Früher waren die Teamsitzungen sehr dominiert von der Stationsleitung oder von der Diplomierten. Aber ich spiele bewusst den Ball denjenigen zu die mehr beitragen sollten. Je länger je mehr kommen viele sehr wertvolle Dinge seitens der FaGe's.
IP9	HF	Langzeit	Beeinflussbarkeit	24	24	FaGe's können sich einbringen indem sie Beobachtungen weitergeben und die Erfahrung teilen, was sie zum Teil schon also es gibt FaGe's die schon lange im Beruf sind, die Sachen kennen und dann war es so die Erfahrung die zählt auf jeden Fall auch mit, plus alles was die Zimmer anbelangt, die Kleider anbelangt, was Schuhe anbelangt, eigentlich alles ausser das Medizinische, dort treffen Sie die Entscheidung selber.
IP10	HF	Akut	Beeinflussbarkeit	14	14	So dass ich auch Anpassungen dieser Pflegeplanung, was eigentlich Aufgabe einer Pflegefachfrau ist, mache ich sehr gerne mit einer FaGe zusammen. Weil zu diesem Zeitpunkt befinde ich mich ja vielleicht nicht im Zimmer wo sie mehr wahrnehmen kann und mehr beobachten kann wo sie dann eigentlich meine Ressource ist, den ganzen Pflegeprozess wieder anpassen zu können mit ihr zusammen.
IP10	HF	Akut	Beeinflussbarkeit	18	18	Ich bin natürlich sehr dankbar wenn die FaGe Informationen gibt, Beobachtungen weitergeben kann, wo ich während der Visite unterstützen kann. Die Umsetzung ist aber bei mir.
IP1	FH	Akut	Einfluss der Führung	38	38	Ich habe das Gefühl sehr stark ja.
IP1	FH	Akut	Einfluss der Führung	40	40	Ich denke die Wertungsschätzung ist sehr gross, dadurch dass unsere Teamleitung uns gegenüber eine grosse Wertschätzung zeigt, das fördert automatisch dass auch wir die anderen wertschätzen. Und von ihr gegenüber ist die Wertschätzung wirklich allen Personen gegenüber ausserordentlich Das habe ich sonst noch nie erlebt. Wenn man das so erlebt gibt man das auch weiter.
IP1	FH	Akut	Einfluss der Führung	52	52	Wir hatten gerade Einführung in die elektronische Dokumentation. Da wurden die FaGe auch vermehrt miteinbezogen, um auch den Informationsaustausch zwischen einander zu fördern, auch die Feedback-Kultur war ein Thema. Sonst eher im Hintergrund was wir vielleicht gar nicht mitbekommen.
IP2	FH	Langzeit	Einfluss der Führung	70	70	Ja schon. Das eine Team ist relativ stabil die haben Jahresziele und das andere Team die haben eine Team-Supervision da geht es vor allem darum die Zusammenarbeit anzuschauen.
IP4	FaGe	Langzeit	Einfluss der Führung	46	46	Ja vor allem mit ihrer direkten Art und ihre Offenheit fördert sie die Zusammenarbeit, ich habe das sehr gerne. Wenn irgend ein Problem auftaucht reagiert sie sofort. Sie versucht diese dann zu lösen und wenn das nicht gelingt holt sie sich Hilfe.
IP4	FaGe	Langzeit	Einfluss der Führung	53	53	Für das Team eigentlich machen wir monatliche Ziele. Wir schauen jeweils bei der monatlichen Teamsitzung welche Faktoren wichtig sind und arbeiten dann daran, dort haben wir auch zum Beispiel Kommunikationsziele.
IP4	FaGe	Langzeit	Einfluss der Führung	57	57	Ja vor allem wegen der Teamleitung, sie unterstützt uns, hört uns zu, ich kann sie immer fragen auch wegen den Deutschkenntnissen, wenn ich etwas nicht verstehe und sie ist nicht nur für mich, das ist für das ganze Team da, sie ist sehr hilfsbereit. Es hat alles Platz wenn ich etwas fragen möchte.
IP5	FaGe	Akut	Einfluss der Führung	62	62	Wir haben immer Jahresziele, das sind gerade die dort hängen und diese ziehen wir immer mit ein. z.B die Tandemarbeit über die wir gesprochen haben,
IP5	FaGe	Akut	Einfluss der Führung	64	64	Aber (...)hat ganz gute Ideen was man noch verbessern könnte, das besprechen wir an der Teamsitzung und dann müssen wir auch unsere Überlegungen dazu beitragen.

IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	20	20	Wir haben einen langen Prozess gehabt, also auf meinem Wohnbereich ist das jetzt eingeführt, aber fertig ist es ja nie, weil es kommen ja immer wieder neue Leute es gibt wieder neue Aufgaben, dann muss ich als Leitung entscheiden, wo gehört die Aufgabe hin, wo verteile ich die Aufgaben, die Verantwortlichkeit, mache ich Aufgabenteilung, mache ich Delegation daraus und es ist ganz klar, dass neue Mitarbeitende in das Schema eingeführt werden müssen, damit wir das, was wir erreicht haben, auch wirklich behalten können.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	21	22	Das ist dann in ihrer Kompetenz, neue Aufgaben im Team zu implementieren? Meine Aufgabe oder die der Geschäftsleitung. Es wird ganz klar vorgegeben, wer hat den Kontrollmechanismus. Es kommt immer auf die Aufgabe darauf an
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	28	28	Aufgrund des Stellenplans den ich habe, brauche ich die FaGe's ganz klar als Fachpersonen in der Tagesverantwortung und in der Pflege, aber es gibt keinen Bereich den nur die FaGe's machen.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	30	30	Was man manchmal merkt ist dass die HF sich noch nicht so getrauen sich aus der Pflege herauszunehmen. Das ist aber eher auf der persönlichen Ebene verankert, dass die HF das Gefühl haben ich kann das dem Team jetzt nicht antun. Und da bin ich auch schon längst dran, dass sie sich den eigenen Raum nehmen und ihre Aufgaben ausserhalb des Teams bewältigen.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	42	42	dadurch dass die Fachkräfte auf gleicher Stufe sind, nehme ich bewusst ihre Stärken und Schwächen wahr.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	42	42	Sie sind dann auch ganz stolz, dass ich Ihnen gewisse Aufgaben übergebe, die andere nicht bekommen und das ist für ihr Selbstwertgefühl sehr prägend. So versuche ich, allen auch individuelle Aufgaben zu geben, damit auch keine Eifersucht aufkommt und versuche von allen die Stärken zu stärken.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	52	52	Sie wissen auch welche Informationen sie da hinein bringen müssen. Manchmal ufert das ein bisschen aus, dann gehe ich als Leitung schauen und gebe wieder ein bisschen Struktur hinein.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	54	54	Ja genau ich muss ein bisschen schauen, Impulse geben und so weiter.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	62	62	Um eine gute Teamkultur zu haben ist die Förderung der Zusammenarbeit immer ein Thema, vor allem die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Hierarchien. Vor allem der Weg von unten nach oben muss ich ganz klar fördern.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Einfluss der Führung	62	62	Sich manchmal mehr äussern dürfen, sich einbringen dürfen, da waren sich viele noch nicht so sicher, von oben nach unten ist meistens nicht so ein Problem aber das von unten nach oben bin ich schon sehr am Fördern.
IP7	Teamleitung	Spitex	Einfluss der Führung	48	48	Wenn ich ein Problem sehe nehme ich das Team zusammen. Ich führe sehr direkt.
IP8	Teamleitung	Akut	Einfluss der Führung	32	32	Da gebe ich allen drei Grades die Verantwortung gemeinsam
IP8	Teamleitung	Akut	Einfluss der Führung	38	38	Früher waren die Teamsitzungen sehr dominiert von der Stationsleitung oder von der Diplomierten. Aber ich spiele bewusst den Ball denjenigen zu die mehr beitragen sollten. Je länger je mehr kommen viele sehr wertvolle Dinge seitens der FaGe's.
IP8	Teamleitung	Akut	Einfluss der Führung	50	50	Aber ich versuche ihnen mitzugeben dass sie sehr gezielt nachfragen, wie war meine Organisation heute, wie bin ich heute aufgetreten. So nähert man sich eher an.
IP8	Teamleitung	Akut	Einfluss der Führung	56	56	Als erstes spiele ich den Ball zurück dass sie erstmal Eigeninitiative entwickeln, sonst passiert da nichts.

IP8	Teamleitung	Akut	Einfluss der Führung	56	56	Sie kommen nicht mit dem Rucksack wie es früher war. Ich muss viel länger begleiten und Rückmeldung geben.
IP8	Teamleitung	Akut	Einfluss der Führung	58	58	Ja wir schauen wie bei Problemen mit der anderen Berufsgruppe aufeinander zugegangen werden kann, warum können z.B. Rückmeldungen nicht direkt angebracht werden. Ich nehme Bezug und konfrontiere sie.
IP9	HF	Langzeit	Einfluss der Führung	49	49	Zum Teil gibt es Projekte wie will man miteinander umgehen, sonst ist das viel mehr in Konfliktsituationen wo es greift, wo man mehr Massnahmen ergreift und dort ist es auch ein bisschen schwierig, es gibt Sachen die sind immer ein bisschen das Problem mit bestimmten Personen.
IP10	HF	Akut	Einfluss der Führung	40	40	Wir haben grosse Unterstützung erhalten. Wir haben verschiedene Dokumente erhalten die wir durchlesen konnten wo wir aufgefordert wurden diese mehrmals durchzulesen, unklare Sachen anzustreichen, z.B. welche Berufsgruppe macht jetzt was.
IP10	HF	Akut	Einfluss der Führung	40	40	Da haben wir sehr viel Unterstützung erhalten, wo unsere Führung auch auf anderen Abteilungen hospitieren gegangen ist und sie haben uns auch etwas Positives vorgelebt.
IP11	HF	Spitex	Einfluss der Führung	63	64	Die Führung plant halt genau nach der Weisung die vorgegeben ist, was bedingt dass viel Austausch stattfinden muss.
IP1	FH	Akut	Entscheidungen	20	20	Also bei der Reserve-Medikation-Verabreichung werden die Fage sehr viel mit einbezogen weil sie halt am nächsten beim Patienten sind, da erhalte ich oft Rückmeldungen bezüglich Schmerzen, dass Sie mir diese Informationen weiterleiten, auch bei der Arztvisite ist mir jede Meinung wichtig, wo ich vorher in Erfahrung bringe, auch Hinweise zu Veränderungen der Patienten-Situationen helfen mir die richtigen Massnahmen einzuleiten, ich finde dies eigentlich schon noch so wichtig, es ist aber in meiner Kompetenz zu entscheiden.
IP1	FH	Akut	Entscheidungen	22	22	Es kommt sehr auf die Situation an. Wenn wir eine palliative Situation haben, sind sie schon sehr nahe am Patienten und haben auch einen sehr hohen Kontakt mit den Angehörigen und auch wenn es je nachdem um die Austrittsplanung geht wenn die Angehörigen involviert sind, da sind sie weniger involviert. Die ganze Organisationen, Zuteilung der Patienten, Tages-Organisationen liegt bei den Pflegefachpersonen.
IP3	FaGe	Spitex	Entscheidungen	12	12	Es kommt auf die Situation darauf an. Meistens frage ich bei der diplomierten Pflegefachfrau nach oder bei der Leitung im Büro. Solange es darum geht, dass es in meinen eigenen Kompetenzbereich liegt, entscheide ich selber. Zum Beispiel muss ich bei einer Kundin jeden Morgen wägen. Dann heisst es vom Arzt aus bei diesem oder jenem Gewicht muss ich dann soviel Medikamente geben. Mit dieser Vorgabe kann ich selber entscheiden, das ist aber alles ganz genau aufgeschrieben. In den meisten Fällen wird über die Diplomierten geschaut was zu tun ist. Ausser in einem Notfall dann rufen sie selber die Ambulanz an. Es ist halt immer eine Ermessensfrage, ich kann ja selber einschätzen was ich kann und weiss.
IP4	FaGe	Langzeit	Entscheidungen	19	19	Zum Beispiel mit Angehörigen und Bewohnern, zum Beispiel habe ich gestern ein Telefon bekommen, können wir morgen zum Mittagessen zu unseren Angehörigen kommen, dann kann ich selber entscheiden.
IP4	FaGe	Langzeit	Entscheidungen	33	33	Wir können darüber immer reden und diskutieren, zum Beispiel hatten wir einmal einen Bewohner mit PEG Sonde und das war verstopft. Dann habe ich einer Diplomierten telefoniert, ich selber hatte keine weitere Möglichkeit gesehen das Problem zu lösen und hätte den Patienten ins Spital einweisen müssen, die Diplomierte hat dann jedoch gewusst was zu tun ist und wir konnten die Sonde wieder reinigen.

IP5	FaGe	Akut	Entscheidungen	16	16	Wie soll ich sagen, ich sage jetzt einmal jnein. Vielleicht wenn es kleinere Sachen sind wie z.B. Salben, wie verschieden Salben wo wir mitentscheiden können, wenn es um Austrittsplanung geht eher weniger, aber bei uns sind sie immer sehr froh, wenn wir ja manchmal mehr am Patienten sind oder die wir selber betreuen, wir erfahren durch das Gespräch sehr viel durch die Patienten. Da sind sie auf uns angewiesen dass wir sie danach informieren. Wir arbeiten immer sehr eng zusammen. Aber so wirklich Sachen entscheiden, wenn es ein bisschen schwieriger wird müssen schon sie entscheiden.
IP5	FaGe	Akut	Entscheidungen	19	19	Aber die Entscheidung ist dann bei den Diplomierten.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Entscheidungen	36	36	Vor allem natürlich die Diplomierten, die tertiäre Stufe, aber die FaGe sind natürlich auch hoch oben, die FaGe fragen eher nach, aber eigenständige Entscheide trifft vor allem die Tertiärstufe.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Entscheidungen	37	38	Werden FaGe's in solche Entscheidungen mit einbezogen? Natürlich gelten sie für mich ganz klar als Fachpersonen und sie gehören immer dazu. Sie haben diese Stellung auch und das gebe ich Ihnen immer zu spülen.
IP7	Teamleitung	Spitex	Entscheidungen	21	22	Wie ist es mit Entscheidungen treffen, bei veränderten Situationen die man antrifft, wie ist dies geregelt wer entscheidet was man verändert oder anpasst? Eigentlich die Fallführende Mitarbeiterin in Zusammenarbeit mit dem Arzt. Der Arzt muss schlussendlich die Bedarfabklärung unterschreiben, doch ich unterstütze das und der Mitarbeiter vor Ort sieht eigentlich am besten was sich verändert.
IP8	Teamleitung	Akut	Entscheidungen	24	24	In Patientensituationen sind es natürlich die HF die vor allem entscheiden aber versierte erfahrene FaGe's sind auch in der Lage in ihrem Bereich Entscheidungen zu treffen und sie geben auch viele Empfehlungen ab.
IP8	Teamleitung	Akut	Entscheidungen	24	24	Es ist auch ein grosser Unterschied ob jemand frisch diplomiert ist oder eine FaGe die schon 7 Jahre Berufserfahrung hat. Dann ist die Frischdiplomierte fast mehr auf die FaGe angewiesen, fällt mir viel auf.
IP8	Teamleitung	Akut	Entscheidungen	25	26	Also du erlebst auch dass erfahrene FaGe's auch zur Entscheidungsfindung beitragen? Ja sehr viel, indem sie Informationen weitergeben. Das macht ja auch Spass diese enge Zusammenarbeiten.
IP9	HF	Langzeit	Entscheidungen	20	20	Da haben die FaGe die Verantwortung dies wahrzunehmen und dann mir zu melden und ich muss diese Rückmeldung einordnen können. Ist das wichtig ist das unwichtig, muss ich ein weiteres Procedere einleiten oder nicht.
IP9	HF	Langzeit	Entscheidungen	24	24	Alles was die Zimmer anbelangt, die Kleider anbelangt, was Schuhe anbelangt, eigentlich alles ausser das Medizinische, dort treffen Sie die Entscheidung selber.
IP9	HF	Langzeit	Entscheidungen	27	27	Und die FaGe haben schon im Tagesablauf ganz viel wo sie entscheiden können. Es ist wie auf allen drei Etagen ist eine Gruppenleitung, die ist auf Funktionsstufe zwei. Sie bestimmt wer wann aufsteht, wann geduscht wird, wie oft geduscht wird, ob die Kapazität da ist jetzt zum Beispiel ob ein Toilettentraining begonnen wird, eigentlich auch das entscheiden sie auf Stufe zwei.
IP9	HF	Langzeit	Entscheidungen	27	27	Wenn es dann mehr um die Planung geht mit Zielen und Evaluationen, Ressourcen, eben der Pflegeprozess das wird dann von der Tertiärstufe übernommen und mit den FaGe zusammen gestaltet.
IP10	HF	Akut	Entscheidungen	16	16	Ich denke alle Entscheidungen wo den Pflegeprozess betreffen fühle ich mich definitiv verantwortlich. Die will ich treffen.
IP10	HF	Akut	Entscheidungen	16	16	Es gibt Situationen wo eine FaGe sicher auch entscheiden kann, wo dies auch gewünscht ist, wo ich mir aber eine Rücksprache erwünsche.

IP10	HF	Akut	Entscheidungen	16	16	Sobald die Situationen komplexer werden, instabiler, herausfordernder dann treffe ich die Entscheidungen.
IP10	HF	Akut	Entscheidungen	16	16	Ja auch da ist wichtig dass man in einem guten Austausch ist miteinander. Es soll nicht sein, du gehst jetzt einen Schritt zurück, jetzt komme ich, jetzt entscheide ich. Dass man dies miteinander macht, wo man schaut was hat die FaGe gesehen, was habe ich gesehen? Dass man da möglichst die richtige Entscheidung auch treffen kann.
IP1	FH	Akut	Förderung während der Ausbildung	56	56	Ja wir hatten Themenblöcke wo man dies bearbeitet hat. Zum Beispiel Skill and Grade.
IP1	FH	Akut	Förderung während der Ausbildung	58	58	Ja es war sehr detailliert, vielleicht ein bisschen zu detailliert. In der Praxis sieht das dann immer ganz anders aus, diese Aufgabenteilung da nicht immer so strikt ist. Es kommt dann auch auf den Betrieb darauf an, macht man dies mehr oder weniger. Es wurde sehr theoretisch vermittelt.
IP2	FH	Langzeit	Förderung während der Ausbildung	73	74	Während ihres Studiums an der BFH wurden sie darauf vorbereitet mit den anderen Grades zusammen zur arbeiten und wenn ja auf welche Art? Nein das war nie Thema.
IP2	FH	Langzeit	Förderung während der Ausbildung	80	80	Ich glaube es wäre gut. Aber für diejenigen die berufsbegleitend studieren braucht es dies eigentlich nicht. Weil die wissen damit etwas anzufangen die haben auch schon ihre Rolle gefunden sie studieren das wahrscheinlich nicht ohne Grund und das Studium ist berufsbegleitend so konzipiert dass es das nicht braucht. Aber im Allgemeinen Studiengang braucht es das schon.
IP4	FaGe	Langzeit	Förderung während der Ausbildung	37	37	Auf die Tages Verantwortung sind wir nicht vorbereitet worden. In der Ausbildung haben wir nicht so gross darüber erfahren wie man Verantwortung trägt und die Theorie ist sowieso etwas ganz anderes, man spürt das nicht richtig um was es genau geht, aber ich habe während drei Tagen eine Weiterbildung zur Tagesverantwortung jetzt gemacht, das war sehr interessant und ich habe viel erfahren. Seither geht es besser und durch das Arbeiten lernt man immer viel dazu.
IP4	FaGe	Langzeit	Förderung während der Ausbildung	58	59	Hast du während deiner Ausbildung kennen gelernt was eine HF macht? Wir haben das in der Schule angeschaut. Das war aber eher oberflächlich. In der Ausbildung schaut man eher was eine FaGe darf.
IP5	FaGe	Akut	Förderung während der Ausbildung	66	66	In der Schule kann ich mich mehr erinnern. Aber ich habe die Ausbildung im Heim (...) gemacht, im Alters- und Pflegeheim und dort habe ich einfach mit den Diplomierten zusammen gearbeitet. Und dort gab es natürlich auch noch PA's und Pflegehelferinnen. Aber an mehr kann ich mich nicht erinnern.
IP9	HF	Langzeit	Förderung während der Ausbildung	53	53	Nein es ist schon länger her, damals waren es Pflegeassistentinnen und Diplomierte die zusammenarbeiten mussten. Das war aber schon damals das Thema was machst jetzt du, die Abgrenzung damals zwischen DN I und Pflegerinnen, das war sehr nahe. Man hat auch dort versucht zu unterscheiden, wo sind die Unterschiede. Damals hat man davon gesprochen, wer hat wie viele Stunden zu einem Thema etwas gelernt, was ich jedoch nicht als förderlich empfunden habe und das hat dazu geführt, dass Reaktionen kamen wie, da muss ich mir jetzt nichts von dir sagen lassen, ich habe viel mehr Stunden zu diesem Thema gehabt. Das menschliche hat wie gefehlt.

IP9	HF	Langzeit	Förderung während der Ausbildung	55	55	Was mir ein bisschen fehlt bei den HF, ich bin jedoch nicht sicher ob sie es nicht haben, ist wie ein Fführungspraktikum das ich noch erlebt habe. Das müsste wie in die Ausbildung integriert werden, da würden sie sehr viel lernen in solchen Situationen, wie kann ich fördern, wie mache ich das wenn ich für alles verantwortlich bin, eher der praktische Teil.
IP9	HF	Langzeit	Förderung während der Ausbildung	55	55	Und bei FaGe, ich weiss einfach nicht genau wie viel man erwarten kann, dort ist es eher ein bisschen defizitorientiert, ich habe keine Lösung, man müsste ihnen aufzeigen können was fehlt, was können Sie machen und was ist der Unterschied zu der Tertiärstufe und das ist defizitorientiert und das ist nicht schön, es hat halt sehr viel mit Selbstwertgefühl zu tun. Was ich ja gesagt habe das dies gestärkt werden muss.
IP9	HF	Langzeit	Förderung während der Ausbildung	55	55	Und bei FaGe, ich weiss einfach nicht genau wie viel man erwarten kann, dort ist es eher ein bisschen defizitorientiert, ich habe keine Lösung, man müsste ihnen aufzeigen können was fehlt, was können Sie machen und was ist der Unterschied zu der Tertiärstufe und das ist defizitorientiert und das ist nicht schön, es hat halt sehr viel mit Selbstwertgefühl zu tun. Was ich ja gesagt habe das dies gestärkt werden muss.
IP10	HF	Akut	Förderung während der Ausbildung	44	44	Ich kann mich an das Setting Skill and Grade Mix erinnern aber doch sehr theorielastig. Ich konnte mir damals die Realität nicht vorstellen.
IP10	HF	Akut	Förderung während der Ausbildung	44	44	Es ist sicher auch sehr unterschiedlich wo man das Praktikum hat ob man bereits damit konfrontiert worden ist oder nicht. Ich selber habe es nicht erlebt, dass ich aktiv mit einer FaGe zusammengearbeitet habe, ich war immer mit einer Diplomierten am Arbeiten. Es war ein bisschen ausgeklammert,
IP10	HF	Akut	Förderung während der Ausbildung	44	44	Ich wurde mässig darauf vorbereitet vom BZ-Pflege auf das was mich tatsächlich erwartet hat.
IP10	HF	Akut	Förderung während der Ausbildung	46	46	Was ich mir wünschen würde, wir hatten viele Übungssituationen vor allem im Bereich der Kommunikation, Übungssettings wo ich die Führung übernehme in der Kommunikation mit einer FaGe zum Beispiel, so wie wir es jetzt jeden Morgen machen beim Besprechen.
IP10	HF	Akut	Förderung während der Ausbildung	46	46	Man ist während der Ausbildung immer Arbeitskollegin bis man auf einmal diplomiert ist, man übernimmt die Führung von Besprechungen mit den FaGe's und das muss eigentlich schon geübt sein
IP11	HF	Spitex	Förderung während der Ausbildung	71	71	Wir sind gar nicht darauf vorbereitet worden mit den FaGe oder FH zusammen zu arbeiten. Das war kein Thema. Eigentlich funktioniert es relativ gut vom Rollenverständnis her dass die FaGe wissen wie die Zusammenarbeit funktioniert. Sie wissen was sie dürfen und was nicht. Ob sie abschätzen können was die Diplomierten für spezifische Aufgaben haben weiss ich nicht.
IP1	FH	Akut	Gleichwertigkeit	28	28	Ich habe einfach öfters festgestellt, dass in unserem Team die FaGe öfters krank sind und da geht es ja trotzdem wenn die Diplomierte dann übernimmt von dem her gesehen, schon ja, weil wir ja den Prozess steuern . Mit dem Arzt zusammen schauen, aber es würde trotzdem nicht ohne FaGe gehen. Sie sind halt trotzdem wichtig.
IP1	FH	Akut	Gleichwertigkeit	29	30	Aber punktuell könnte man ohne sie sein? Ja es würde auch so funktionieren.
IP2	FH	Langzeit	Gleichwertigkeit	31	31	Es braucht alle, ich glaube nicht dass eine wichtiger als die andere ist und schlussendlich ist man am meisten darauf angewiesen auf gutes Hilfspersonal, auf der ersten Stufe.
IP2	FH	Langzeit	Gleichwertigkeit	32	32	Ich glaube die FaGe sind die Basis welche am meisten da sind.

IP3	FaGe	Spitex	Gleichwertigkeit	16	16	Das ist schwierig, weil es braucht alle. Ich finde die FaGe's kann man fast für alles brauchen. Wir können einerseits für medizinaltechnische Sachen wie auch Haushaltssachen eingeplant werden. Die Diplomierten machen halt nicht alles, die sind nur begrenzt einsetzbar weil sie sonst zu teuer sind. Deshalb sind wir als FaGe's am besten einsetzbar.
IP4	FaGe	Langzeit	Gleichwertigkeit	25	25	Für mich ist es von unten nach oben von oben nach unten sind alle wichtig. Ohne Betreuerin kann ich meine Arbeit nicht erledigen ohne TV ohne Diplomierte geht es auch nicht. Es ist wie ein Zahnrad es braucht alle damit das funktioniert.
IP5	FaGe	Akut	Gleichwertigkeit	22	22	Das finde ich gar nicht. Weil als wir das Thema Skill and Grade Mix hatten haben sie auch immer gesagt dass wir alle auf der gleichen Schiene sind. Also das heisst nicht wenn die Diplomierten mehr wissen wir jetzt unter ihnen stehen. Und sie vertreten sehr stark dass wir zusammen arbeiten und nicht dass jemand wichtiger ist oder weniger. Also bei uns auf der Station habe ich überhaupt nicht das Gefühl.
IP5	FaGe	Akut	Gleichwertigkeit	44	44	An einer Teamsitzung oder wenn wir Gruppenarbeiten haben dann ist immer gemischt Diplomierte und FaGe. Ich habe das Gefühl seit dem Skill und Grade Projekt ist es extrem ein miteinander worden, es ist nicht mehr so gespalten.
IP5	FaGe	Akut	Gleichwertigkeit	72	72	Was mir ganz wichtig wäre, jetzt haben wir dann auch neue Mitarbeitende, dass diese auch lernen dass wir wirklich ein Tandem sind, dass wir eigentlich wie zusammen zu den Patienten schauen, das Ziel ist dann mal auch ohne Güfeli zu arbeiten, dass man zusammen die Patienten betreut und einander hilft und nicht dass die FaGe einfach immer die Aufwändigsten betreuen muss
IP6	Teamleitung	Langzeit	Gleichwertigkeit	26	26	Nein die FaGe sind bei uns sehr gleichgestellt mit den Diplomierten, sie haben einfach ein bisschen weniger Kompetenzen zum Teil, von dem her ist es eigentlich die gleiche Ausführung im Alltag, die die HF auch haben.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Gleichwertigkeit	28	28	Aufgrund des Stellenplans den ich habe, brauche ich die FaGe's ganz klar als Fachpersonen in der Tagesverantwortung und in der Pflege, aber es gibt keinen Bereich den nur die FaGe's machen.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Gleichwertigkeit	32	32	Ich muss ganz ehrlich sagen für mich ist eine HF praktischer ja, weil ich plane, ich muss schauen dass mein Wohnbereich abgedeckt ist und dann ist es für mich natürlich praktischer wenn ich einfach HF's habe, weil diese einfach die Verantwortlichkeit updecken, sobald ich jedoch mehr FaGe habe, muss von uns jemand auf Pikett sein, an Tagen wo dann wirklich mehr FaGe da sind, gibt es dieses und jenes wo dann hinten nach schon noch kontrollieren gehen muss, bei den HF kann ich es einfach gesorgt geben.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Gleichwertigkeit	34	34	In meinem Team ist immer noch das man zu den Fachpersonen FaGe wie HF hinaufschaut. Mein Gefühl ist oft, es kommt auf die Person darauf an, die diesem Titel ausübt. Aber es hat immer mit dem Skill zu tun.
IP7	Teamleitung	Spitex	Gleichwertigkeit	32	32	Also für mich sind die FaGe's schon relativ wichtig. Die können eigentlich alles machen. Bei den Diplomierten Pflegefachpersonen ist so da muss ich immer vom wirtschaftlichen Aspekt her denken. Eine FaGe kann Tätigkeiten übernehmen und gleichzeitig rentabel sein. Für mich sind die FaGe's gleich wertvoll.
IP8	Teamleitung	Akut	Gleichwertigkeit	34	34	Und die Mitarbeitenden HF sind so ein sicherer Wert. Das wird schon ein bisschen anders angeschaut, was ich so beobachte. Ich selber kann nicht ohne HF und auch nicht ohne FaGe

IP8	Teamleitung	Akut	Gleichwertigkeit	34	34	Eine Zeitlang hatte ich schon das Gefühl die HF seien wie wertvoller. Vielleicht auch weil sie mehr einspringen, es hat viel mehr Teilzeitmitarbeitende. FaGe ist ein so neuer Beruf. Die meisten die ich kenne und angestellt habe wollen einfach 100% arbeiten noch ein bisschen reisen gehen oder sich weiterbilden zur HF. So haben wir immer wieder LÖcher.
IP9	HF	Langzeit	Gleichwertigkeit	12	12	Sie sind so wertvoll und das möchte ich Ihnen unbedingt vermitteln und nicht das meine Arbeit wie besser ist als ihre.
IP9	HF	Langzeit	Gleichwertigkeit	29	29	Absolut es braucht alle Berufsgruppen, das ist mein Grundverständnis mein persönliches.
IP9	HF	Langzeit	Gleichwertigkeit	29	29	Es ist nicht so ein grosses Haus und wir haben mit der Küche engen Kontakt, mit dem Reinigungsdienst, wir haben sehr viele Rotkreuzhelfer ohne diese ging es überhaupt nicht, auch die Stufe zwei ist sehr wichtig, ohne diese ginge es auch nicht, die braucht es auch sehr, plus auch Leute von den Sozialdiensten die hier arbeiten kommen, ohne diese würde es auch nicht gehen. Es braucht wirklich wirklich alle.
IP9	HF	Langzeit	Gleichwertigkeit	31	31	Der Abschluss spielt nicht so eine Rolle, es ist wichtig wo sie dann eingeteilt sind, mit diesen drei Stufen jeder ist auf seiner eigenen Stufe zugeteilt und dann ist es wie klar.
IP10	HF	Akut	Gleichwertigkeit	22	22	Nein definitiv nicht. Weil ohne die andere Gruppe wäre es nicht machbar. Egal ob FaGe, HF, Ärzte, Raumpflegepersonal was auch immer, wir sind abhängig voneinander. Damit wir die Qualität am Patienten leisten können.
IP11	HF	Spitex	Gleichwertigkeit	28	28	Je länger je mehr merkt man dass die FaGe sehr wichtig sind, aus finanziellen Gründen heraus. Uns wurde auch schon an einer Teamsitzung gezeigt wie sich die Einsatzplanung auf die Finanzen auswirkt.
IP1	FH	Akut	Identifikation	34	34	Die sind vor allem gemischt, es gibt solche an denen die FaGe nicht teilnehmen können. Meistens sind sie ausgewiesen für welche Berufsgruppen diese ausgeschrieben sind, aber meistens sind diese gemischt für die Diplomierten.
IP1	FH	Akut	Identifikation	44	44	Nein eigentlich nicht, sie schätzen uns sehr, obwohl eigentlich nicht zwischen HF und FH unterschieden wird. Wir sind einfach die Diplomierten.
IP1	FH	Akut	Identifikation	36	36	Eigentlich gar nicht, wir haben ein sehr offenes Team der Austausch findet sehr gut statt.
IP2	FH	Langzeit	Identifikation	19	19	Wenn ich am Bett arbeite habe ich nicht mehr Verantwortung als eine HF. Es wird kein Unterschied gemacht.
IP2	FH	Langzeit	Identifikation	38	38	Ich glaube es gibt viele Themen dynamische Einflüsse das hat glaube ich weniger mit Berufsgruppen zu tun und deine Trennung von FaGe, HF und FH die ist eigentlich nicht wirklich vorhanden. Die merkt man nicht. Bei den Teams merkt man auch nicht die Trennung zwischen der ersten Stufe und den anderen.
IP2	FH	Langzeit	Identifikation	90	90	Ja es ist natürlich so im Studium hat man so viel gehabt dass da schon Erwartungen vermittelt wurde was man noch machen könnte die man nicht unbedingt mit der Praxis verbinden kann. Diejenigen die mit mir studiert haben hatten schon das Ziel nicht mehr unmittelbar am Bett zu bleiben. Auch lohnmassig ist es halt nicht ein grosser Unterschied da man eigentlich den HF gleichgesetzt wird.
IP3	FaGe	Spitex	Identifikation	24	24	Ich glaube nicht nein. Man arbeitet ja nicht direkt zusammen und sieht sich vor allem in den Pausen, da kann man sich die Leute auch ein wenig aussuchen.

IP4	FaGe	Langzeit	Identifikation	26	27	Erleben Sie in Ihrem Team Untergruppen? Nein das merke ich gar nicht.
IP4	FaGe	Langzeit	Identifikation	31	31	ich bin jetzt Fachperson
IP4	FaGe	Langzeit	Identifikation	42	42	Es gibt bei uns spezifische Weiterbildungen die auf eine Berufsgruppe fokussiert ist.
IP5	FaGe	Akut	Identifikation	42	42	Und jetzt haben sie gerade angefangen spezifische Themen für FaGe's zu machen. Und sonst besuchen wir eigentlich die selben Weiterbildungen wie die Diplomierten.
IP5	FaGe	Akut	Identifikation	50	50	Weil als ich angefangen habe gab es noch PA's. Und als FaGe hat man damals nicht gewusst wie man uns einsetzen kann. Also ich war immer zwischen PA und Diplomierten
IP5	FaGe	Akut	Identifikation	54	54	Ja ich würde jetzt sagen mein Status auf meiner Station ist schon etabliert. Ich habe das Gefühl wir sind da sehr weit auch von den andern die da super mithelfen, die Diplomierten.
IP5	FaGe	Akut	Identifikation	70	70	Ich bin sehr gerne FaGe. Ich habe mir viel erkämpfen müssen, mittlerweile sind die FaGe's aber gut akzeptiert, es ist leichter geworden.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Identifikation	24	24	Es hat sich wahnsinnig viel verändert, wirklich auch zum Erstaunen, es ist sehr schön zu sehen, auch im Austausch mit anderen Häusern. Die Betreuenden kommen von sich aus und sagen was hast du hier zu suchen das ist meine Aufgabe. Es ist ganz klar geregelt untereinander, dass sie wissen was sie zu tun haben.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Identifikation	40	40	Ich glaube schon, dass meine Leute stolz auf ihren Abschluss sind.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Identifikation	40	40	Eine FaGe die ich habe möchte auch ganz klar weitermachen und an die HF gehen, weil sie merkt, sie braucht noch etwas mehr dazu. Eine andere FaGe hat sich sonst in der Berufsbildung weitergebildet. Auf ihre Fähigkeiten sind Sie stolz, wichtig ist Ihnen aber, dass sie sich auch weiterentwickeln können auf ihren eigenen Stufen.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Identifikation	64	64	Ich bin gespannt wie es mit der FaGe-Ausbildung weitergeht, was Sinn und Zweck ist. Manchmal ist dies eine Ausbildung die keine Hände und Füße hat, ich bin selber nicht sehr davon überzeugt, weil die Personen bekommen oft zu wenig fundiertes Wissen.
IP8	Teamleitung	Akut	Identifikation	10	10	Am Anfang war es schwierig für die Leute die bereits hier gearbeitet haben hatten wahnsinnig Mühe reinzukommen. Das andere Arbeiten und das andere Auftreten.
IP8	Teamleitung	Akut	Identifikation	48	48	Es hat aber auch ganz fest mit den Menschen, mit den Persönlichkeiten zu tun. Es gibt Persönlichkeiten die unsicher auftreten, aber das ist ein Lebensthema das sie haben. Und das Gleiche habe ich bei FaGe's wo ich alle Monate ein Standortgespräch machen muss damit ich sie soweit bringe dass sie endlich mal einen gewissen Berufsstolz zeigen können
IP9	HF	Langzeit	Identifikation	59	59	Ich habe die Anfänge erlebt und es hat so viele Widerstände gegeben und ich HF muss jetzt einfach sagen uns sind Freiräume aufgegangen, das heisst weil die Aufgaben besser verteilt sind das ich meine Rolle besser wahrnehmen kann, sei dies jetzt etwas durchzulesen und zu schauen, ich habe mehr Zeit genau hinzuschauen und überhaupt den ganzen Pflegeprozess ersichtlich zu machen und Abklärung in Zusammenhang mit Versicherungssachen, weiter hinaus zu denken,

IP10	HF	Akut	Identifikation	26	26	Was jetzt unsere Subgruppe HF selber regelt, organisiert an sich nimmt ist das ganze Geschehen mit der Bettenbelegung, Austritte wo sind Eintritte angemeldet worden, wer hat Kapazität für einen Notfall holen zu gehen. Das ganze Planerische und Organisatorische der Abteilung betreffend der Bettenbelegung das bleibt alles bei den HF. Wo wir uns selber organisieren und selber managen in dem Sinn, ja.
IP11	HF	Spitex	Identifikation	34	34	Das hat sich schon verschoben, früher ging jemand Diplomiertes bei einem Klienten zum Duschen, Medikamenteeinnahme und vielleicht einem Gespräch. Und das ist heute nicht mehr möglich. Heutzutage ist das natürlich nicht mehr möglich dass dies von einer diplomierten Person allein gemacht wird. Da gehen unter Umständen drei verschiedene Personen vorbei welche stufengerecht die Aufträge erledigen. So sehe ich die Klienten nur punktuell z.B. wenn ich den Verband mache.
IP11	HF	Spitex	Identifikation	39	40	Für gewisse ist der FaGe-Abschluss nur ein Schritt um nachher in der HF weiterzumachen. Für andere wo das wirklich etwas ist und etwas darstellt. Ich denke die Identifikation mit dem Beruf erlebe ich als positiv.
IP1	FH	Akut	Ingroupverständnis	44	44	Nein eigentlich nicht, sie schätzen uns sehr.
IP2	FH	Langzeit	Ingroupverständnis	86	86	Ja ich musste mir das schon ein bisschen erkämpfen nach wie vor wird in der Praxis kein grosser Unterschied gemacht zwischen HF und FH.
IP3	FaGe	Spitex	Ingroupverständnis	24	24	Ich glaube nicht nein. Man arbeitet ja nicht direkt zusammen und sieht sich vor allem in den Pausen, da kann man sich die Leute auch ein wenig aussuchen.
IP5	FaGe	Akut	Ingroupverständnis	44	44	Ich habe das Gefühl seit dem Skill und Grade Projekt ist es extrem ein miteinander worden, es ist nicht mehr so gespalten.
IP5	FaGe	Akut	Ingroupverständnis	46	46	Ich glaube mittlerweile eine sehr grosse, weil ich bin die erste FaGe die hier im Spital angestellt worden ist und bin seit 7 Jahren hier. Ja ich habe das Gefühl ich gehöre fast ein bisschen zum Inventar.
IP5	FaGe	Akut	Ingroupverständnis	48	48	Ja total. Es wird auch gar nicht mehr anders danach gefragt. Es gibt jetzt einfach FaGe's und Diplomierte.
IP5	FaGe	Akut	Ingroupverständnis	46	46	Ich glaube wenn man so lange dabei ist kennt man einander sehr gut und auch wenn man sehr streng hat man kann dann auch ohne Worte einfach zusammen arbeiten. Und es macht mega Spass. Und ich und auch andere FaGe die schon länger da sind wir gehören einfach zum Team wie die Diplomierten. Also ich habe das Gefühl wir sind wie einen festen Bestandteil geworden mittlerweile.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Ingroupverständnis	30	30	Ich muss wirklich sagen, das ist auch sehr schön bei uns, ich erlebe es kaum mehr hier auf der Abteilung, es weiss wirklich jeder was sein Plätzchen ist, die FaGe's sind auch sehr froh um diese Entlastung, ich erlebe es diesen Weg
IP6	Teamleitung	Langzeit	Ingroupverständnis	44	44	Ich habe immer noch so beim alten Kern Personen die schon lange hier arbeiten in meinem Team, die sind ganz klar eine Gruppe für sich, aber dieser Kern öffnet sich anderen gegenüber auch und lässt das andere Team hinein. Eigentlich ist das Team ist jetzt gut gemischt und es ist ein gutes Untereinander.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Ingroupverständnis	48	48	Es gibt Personen die sich gerne zurückziehen aber sie sind trotzdem integriert. Das Team hat in der Zwischenzeit eine sehr schöne Art und Weise wie die Personen aufgenommen werden mittlerweile, da gibt es für alle Personen Spielraum. Die Personen haben Spielraum um sich zurückziehen zu dürfen.
IP7	Teamleitung	Spitex	Ingroupverständnis	34	34	Bei uns sind alle eins. Wir arbeiten auch sehr miteinander. Wir haben bei den Fallverantwortlichen immer zwei drin, eine Diplomierte und ein FaGe (...). Weil wir wollen ja ihre Verantwortung auch stärken.

IP8	Teamleitung	Akut	Ingroupverständnis	42	42	Da spielt der berufliche Hintergrund überhaupt keine Rolle. Die verstehen sich einfach. Das Niveau ist nicht so extrem verschieden, dass die HF extrem intelligent wären und alles könnten und die FaGe weniger verstehen würde.
IP8	Teamleitung	Akut	Ingroupverständnis	48	48	Die FaGe's sind selbstbewusster und die Diplomierten können sie auch immer besser annehmen. Es ist mehr ein miteinander nicht ein gegeneinander.
IP8	Teamleitung	Akut	Ingroupverständnis	52	52	Wir erleben eher dass Leute die aushelfen kommen aus anderen Betrieben oder Leute aus dem Pool, die sind nicht ganz bei uns zu Hause und trotzdem. Sie sind zwar schon integriert gehören aber nicht ganz zum Stammteam
IP8	Teamleitung	Akut	Ingroupverständnis	52	52	Wir haben versierte Diplomierte die bereits seit 40 Jahren hier arbeiten und zum Kernteam gehören. Diese geben mir oft Rückmeldungen wie sich vor allem neue Mitarbeitende im Team integrieren.
IP10	HF	Akut	Ingroupverständnis	20	20	Wo ich rein als Pflegefachfrau HF gearbeitet habe 100% habe ich die Subgruppen mehr wahrgenommen.
IP10	HF	Akut	Ingroupverständnis	20	20	Ein Stück weit gibt es diese Trennung. Wir sind auch ein sehr grosses Team, mit den Studierenden haben wir gegen die 50 Mitarbeitende. Das gibt Subgruppen das ist ganz klar.
IP10	HF	Akut	Ingroupverständnis	20	20	Wir haben auch begonnen die Teamsitzungen zu separieren. In der ersten Stunde haben die FaGe's zusammen, danach gibt es einen gemeinsamen Teil, FaGe und HF und danach noch einen Teil nur für HF. Schon rein das kann Subgruppen bilden, egal ob jetzt HF oder FaGe, hatte man Sitzung, da sind News durchgekommen, Erneuerungen, Organisatorisches, Personelles das einen aufwühlt, manchmal emotional, wo sich schon kurzum Gruppen bilden.
IP10	HF	Akut	Ingroupverständnis	20	20	Aber sonst habe ich den Eindruck, dass man in diesem Team miteinander arbeitet auch in den verschiedenen Diensten, dass man sich gegenseitig auch auf Augenhöhe begegnet. Dass es gar nicht so viel Potenzial gibt um Subgruppen bilden zu können.
IP1	FH	Akut	Innerbetriebliche Förderung	54	54	Ich habe mich da nicht so darum gekümmert, aber ich denke schon, dass in unserem Spital die Zusammenarbeit mit den FaGe sehr hoch gestellt ist.
IP2	FH	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	42	42	Das ist Führungsaufgabe.
IP2	FH	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	44	44	Ja man hat's das Thema Skill and Grade aufgenommen und damit auch meine Stelle geschaffen man hat recht viel am Umstrukturierung vorgenommen und das sind die Profile dann halt schon klarer geworden. Es sind auch alle Stellenbeschreibungen angepasst worden.
IP2	FH	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	46	46	Da gibt es halt immer Anpassungen aber ich glaube erst mal ist das Gerüst da.
IP2	FH	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	72	72	Das war auf der strategischen Ebene, es gab früher eine Pilot-Station dann hat man das dann. Da wurden vor allem die Stellenbeschreibungen angepasst und soweit ich das beurteilen kann ist das eigentlich abgeschlossen. Die Prozesse werden zwar schon laufend angepasst. Aber die Profile sind relativ klar, da würde ich schon sagen das ist abgeschlossen.
IP3	FaGe	Spitex	Innerbetriebliche Förderung	30	30	Wir haben manchmal Anlässe wo alle eingeladen sind. Solche Feste verbinden natürlich.

IP4	FaGe	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	49	49	Ich weiss es nicht aber für mich ist alles sehr gut organisiert von oben nach unten sind die Aufgaben sehr gut verteilt und wir dürfen auch eben unsere Meinung nach oben schicken.
IP5	FaGe	Akut	Innerbetriebliche Förderung	64	64	Ich weiss nicht ob es von oben her kommt, das weiss ich zuwenig was man da alles noch machen müsste.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	58	58	Es gibt Weiterbildungen die in Funktionsstufen unterteilt sind. Das muss ja auch so sein, wenn es um Wissen geht, stehen die Stufen an einem anderen Ort. Wenn es zum Beispiel um Demenz geht kann man nicht für alle das Gleiche anbieten.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	58	58	Dann gibt es natürlich auch Weiterbildungen wo alle Stufen zusammen genommen werde, wo man die Mischung auch möchte.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	60	60	Ich bin zwar nicht an allen dieser Sitzungen dabei, aber ich höre manchmal von oben, dass es immer noch ein Thema ist. Das ist eine gute Sache und hier und da versucht man es immer noch umzusetzen, sucht neue Wege dazu. Die Berufsgruppe der FaGe ist nach wie vor ein Thema wo man schauen muss, wie werden Sie am besten eingesetzt.
IP7	Teamleitung	Spitex	Innerbetriebliche Förderung	46	46	Weiterbildungen wo wir alle zusammen nehmen aber auch nach Berufsgruppe. Bei den FaGe's machen wir gerade über Blasenspülungen und Diabetes. Es gibt immer so viele Veränderungen dass dies Sinn macht.
IP7	Teamleitung	Spitex	Innerbetriebliche Förderung	50	50	Es ist natürlich ein Strategiepunkt. Wir müssen die Zusammenarbeit haben, wir haben unsere Zielvorgaben und wenn ich diese erreichen will muss ich natürlich schauen dass mein Team funktioniert. Aber da es bei uns gut läuft ist der Bedarf nicht da. Strategisch ist es verankert.
IP8	Teamleitung	Akut	Innerbetriebliche Förderung	44	44	Wir pushen die berufsspezifischen Weiterbildungsangebote sehr und im 2016 wollen wir da schon noch mehr machen, bis jetzt sind sie etwas untergegangen.
IP8	Teamleitung	Akut	Innerbetriebliche Förderung	44	44	Aber machen wir wirklich gezielt nur für FaGe's Weiterbildungen. Es ist interessant dass sich die Diplomierten auch angemeldet haben aber wir schauen dass sie da nicht hingehen weil es wirklich nur für FaGe's ist
IP8	Teamleitung	Akut	Innerbetriebliche Förderung	58	58	Sie müssen begleitet und aufgefordert werden. Ich kann ihr Problem nicht lösen. Und ich sehe je länger je mehr weniger den Unterschied, es gibt HF die knorzen auch um etwas zu erreichen und die FaGe's zum Teil auch aber es gibt auch FaGe's die es spielend machen. Aber es ist weniger so dass es mit ihrem Abschluss direkt in Verbindung steht.
IP8	Teamleitung	Akut	Innerbetriebliche Förderung	64	64	Ja unser Haus ist im Vergleich mit den Verbundpartnerspitälern am weitesten. Wir haben ja die neue Berufsgruppe integriert der Gastgeberin und konzentrieren uns hier wirklich auf die Pflege.
IP8	Teamleitung	Akut	Innerbetriebliche Förderung	66	66	Es reisst halt immer wieder Löcher wenn die jungen FaGe wieder gehen. Es ist ja schön wenn sie sich immer weiterentwickeln. Die Fluktuation die durch diese Wechsel entstanden ist durch die neuen Rollen was früher so nicht existiert hat.
IP9	HF	Langzeit	Innerbetriebliche Förderung	51	51	Also im Moment ist im (...) im Bereich Palliativpflege das Thema Schmerz der Schwerpunkt und da ist man ganz fest daran, es ist wieder ein neues Dokument entstanden, ein Schmerzprotokoll, wo man sich überlegt wie will man das, wer hat die Verantwortung zum Auswerten wer überträgt, wer trägt ein, also es kommt immer wieder zum Tragen, wenn etwas Neues kommt, muss wieder wie neu verteilt werden.

IP1	FH	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	32	32	Wir haben einmal im Monat eine Teamsitzung und dies ist eigentlich einfach ein Informationsaustausch und dann haben wir noch einen Team-Nachmittag nur für die Diplomierten und einmal im Monat gibt es eine FaGe-Sitzung wo sie ihre Sachen besprechen.
IP2	FH	Langzeit	Kommunikation zwischen den Grades	56	56	Also es gibt ja ganz normale Teamsitzungen das sind alle Berufsgruppen zusammen. Dann gibt es hier nach Abteilung Sitzungen für das Fachpersonal und die Mitarbeitenden aber man unterscheidet nicht zwischen FaGe und HF.
IP2	FH	Langzeit	Kommunikation zwischen den Grades	60	60	Es gibt schon Weiterbildungen die sich mehr an die Mitarbeitenden richten und sonst auf die HF und FH und FaGe ausgerichtet sind. Dann gibt es höchstens noch eine Unterscheidung nach der Funktion.
	FaGe	Spitex	Kommunikation zwischen den Grades	20	20	Nein einfach am Morgen wenn alle ihre Schlüssel und Material holen kommen dann findet ein informeller Austausch statt. Jeden Montag gibt es einen Rapport aber nur mit diesen Mitarbeitenden die an diesem Tag arbeiten.
IP3	FaGe	Spitex	Kommunikation zwischen den Grades	22	22	Es muss einfach von mir als FaGe selber kommen, ich muss die Initiative ergreifen.
IP4	FaGe	Langzeit	Kommunikation zwischen den Grades	31	31	Für mich jetzt schon, ich bin jetzt Fachperson, aber für die Betreuungspersonen und die Praktikanten wenn sie neu kommen, muss man ihnen das erklären.
IP5	FaGe	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	30	30	Ja es ist so, also am Morgen haben wir um 8 Uhr Besprechung im Tandem, da planen wir wie den Tag zusammen, dann um halb zehn haben wir mit allen zusammen einen Standort, wo jeder sagt wie er dran ist und am viertel nach eins haben wir nochmals einen Standort wo wir alle zusammen kommen. Also man erfährt immer voneinander wie es einander geht oder wer Hilfe braucht.
IP5	FaGe	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	44	44	Haben wir eigentlich nicht mehr so. Wir hatten mal so eine Sitzung als wir noch Pflegeassistenten hatten, eine PA FaGe Sitzung und die hat man dann aufgelöst. An einer Teamsitzung oder wenn wir Gruppenarbeiten haben dann ist immer gemischt Diplomierte und FaGe. Ich habe das Gefühl seit dem Skill und Grade Projekt ist es extrem ein miteinander worden, es ist nicht mehr so gespalten.
IP5	FaGe	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	60	60	Es gibt nicht soviel, ich würde sagen wir sind auf einem sehr guten Weg. Und wir haben auch so das Ziel dass wir eine offene Feedback-Kultur haben, dass wir dies einander sagen und vor allem im Jetzt sagen und nicht erst ein paar Tage später.
IP5	FaGe	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	72	72	Es wäre auch noch mein Wunsch dass sie offener werden und vielleicht auch einmal auf einem zukommen wenn sie ihre Patienten fertig betreut haben, kann ich dir noch etwas helfen, das geht zum Teil schon recht gut. Aber einfach dass dies wie selbstverständlich würde.
IP5	FaGe	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	72	72	Weil wir fragen von uns aus immer, kann ich dir noch etwas helfen oder soll ich dir dort noch einen Blutdruck messen oder hier eine Blutentnahme machen, das kommt manchmal noch etwas wenig zurück.
IP5	FaGe	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	74	74	Je nach Diplomierte ist es auch unterschiedlich. Ich habe das Gefühl dass sie da noch dran wachsen müssen, aber wenn es das Ziel ist von ihnen mal dann ohne diese Güfeli zu arbeiten, dass man dann zusammen die Patienten betreut müssen sie sich dort noch verbessern. Sonst wird es schwierig, es wird anstrengend, es macht dann auch nicht so viel Spass. Dann sind wir über beide Ohren beschäftigt.

IP6	Teamleitung	Langzeit	Kommunikation zwischen den Grades	34	34	Sie wagen sich sehr oft nicht vor allem die Funktionsstufe 1 der Funktionsstufe drei etwas zu sagen. Das ist auch dadurch geprägt dass ich Mitarbeitende habe, die schon lange in der Pflege sind und anders geprägt sind und das ist schwierig aus den Köpfen herauszubekommen. Die Stufen zwei und drei differenzieren mehr zwischen den Skills als zwischen den Personen, da kommt es wirklich mehr auf die Persönlichkeit der Person an.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kommunikation zwischen den Grades	56	56	Nein bei uns werden die FaGe und die Diplomierten immer zusammen genommen, wie gesagt bei uns sind sie relativ gleichgesetzt, da gehören sie ganz klar dazu.
IP7	Teamleitung	Spitex	Kommunikation zwischen den Grades	40	40	Dann gibt es auch noch gesamthafte Teamsitzungen mit allen zusammen.
IP7	Teamleitung	Spitex	Kommunikation zwischen den Grades	42	42	Die Diplomierten treffen sich am Morgen für einen Austausch. Die anderen starten von zu Hause aus, die haben das nicht.
IP8	Teamleitung	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	46	46	Es geht sehr gut auf wenn wir alle offen an einem Tisch sein können an einer Teamsitzung. Für mich wäre das eher ein bisschen kontraproduktiv wenn ich die Berufsgruppen trennen würde. Die Gefahr wäre da, dass Fronten entstehen könnten. Aber es kommt natürlich immer auch auf die Sitzungsleitung drauf an.
IP8	Teamleitung	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	50	50	Das bedingt eine gewisse persönliche Entwicklung und die Frage wie offen man ist für Kritik, auch konstruktive Kritik, wie man nach einer Rückmeldung fragt. Man sagt oft es war gut nach der Arbeit, vielen Dank. Aber ich versuche ihnen mitzugeben dass sie sehr gezielt nachfragen, wie war meine Organisation heute, wie bin ich heute aufgetreten. So nähert man sich eher an.
IP9	HF	Langzeit	Kommunikation zwischen den Grades	33	33	haben wie Teamrapporte auf den Abteilungen. Es hat immer auf allen Abteilungen noch eine HF hinten dran und die ist nur punktuell dort dann besprechen sie das was im Team ist untereinander und dann haben wir Sitzungen mit Funktions Stufe eins und zwei und nur eins.
IP9	HF	Langzeit	Kommunikation zwischen den Grades	39	39	Es hat ganz klar den Übergaberapport der Tagesverantwortung zur Abend-Verantwortung da geht man auf alle Abteilungen und nimmt alle Bewohner kurz durch anhand von easy dok.
IP9	HF	Langzeit	Kommunikation zwischen den Grades	39	39	Wir haben auch eine elektronische Möglichkeit einander ein Mail zu schreiben das beim Computer dann gleich aufblinkt sobald etwas wichtiges eingetragen wird gibt es eine Meldung. So kann ich den Bezugspersonen der Funktionsstufe zwei direkt eine Meldung von meinem Büro auf die Abteilung machen.
IP10	HF	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	24	24	Was wir haben wenn es schwierige Patientensituationen gibt haben wir Fallbesprechungen wo aber nicht berufsgruppenspezifisch ist, also da kann auch eine FaGe teilnehmen,
IP10	HF	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	24	24	Da gibt es gerne einen Austausch zwischen Diplomierten wie machst denn du dies oder unter den FaGe's wenn du Tee bringen gehst. Das ist auch schon passiert solche Situationen. Was aber in einem professionellen Rahmen sein und nicht ein Schwatzen miteinander, so.
IP10	HF	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	32	32	Das man sich eben auf Augenhöhe begegnen kann.

IP10	HF	Akut	Kommunikation zwischen den Grades	48	48	Was mich ausserdem wichtig dünkt trotz Grade den man hat, dass man eine offene Kommunikation miteinander lebt, dass Ideen unabhängig vom Grade eingebracht werden können, dass man auf Augenhöhe mit dem gleichen Ziel am gleichen Strick zu ziehen zum Wohl der Patienten.
IP1	FH	Akut	Kompetenzen	2	2	So ganz klar ist er mir nicht. Ich habe auch nicht andere Aufgaben als andere Pflegefachpersonen. Einzig das ich im Qualitätszirkel bin, aber sonst auf der Station ist es genau das gleiche wie bei den anderen.
IP1	FH	Akut	Kompetenzen	4	4	Vielleicht die klinischen Untersuchungen, wobei wir haben schon einige klinische Untersuchungen die ich machen darf, es wird einfach nicht so sehr umgesetzt. Ja man hört vielleicht mal Abdomen ab,einfach vor allem das machen wir,aber sonst wenig klinische Untersuchungen.
IP1	FH	Akut	Kompetenzen	8	8	Ich merke es nur auch bei der anderen FH dass wir mehr nachlesen gehen, dass wir gewisse Dinge differenzierter zu einem Thema aufschreiben, als es vielleicht die HF machen aber sonst eigentlich nicht.
IP1	FH	Akut	Kompetenzen	10	10	Ich glaube schon. Ich weiss einfach dass die von den FaGe aufgeschrieben sind, aber ehrlich gesagt weiss ich nicht ob es das gleiche bei den FH & HF gibt. Ich muss ehrlich gesagt sagen ich habe mich noch nie darum gekümmert.
IP1	FH	Akut	Kompetenzen	11	12	D.h. der Kompetenzrahmen der FaGe ist eher definiert? Ja weil wir dort abgrenzen müssen.
IP1	FH	Akut	Kompetenzen	13	14	Wie gut kennst du das Profil der FaGe? Ich kenne vor allem punktuelle Kompetenzen der FaGe, ich könnte das jetzt nicht aus dem Stegreif definieren.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	2	2	Bei uns ist das sehr streng abgegrenzt und klar abgegrenzt die Kompetenz FaGe ist klar im normalen Alltag. Sie machen die Tagesverantwortung haben aber im Pflegeprozess weniger Kompetenz das heisst sie schreiben bei uns keine Interventionsplanungen keine Tagesstruktur-Planungen. Das machen die HF-Pflegenden.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	4	4	Ich bin der einzige überhaupt ich habe ein eigenes Profil erhalten. Das waren die normalen Aufgaben einer HF und ich habe dann noch so andere Aufträge erhalten.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	5	5	Vor allem hauptsächlich im Bereich der Begleitung von HF Studierenden im Alltag hat es keinen grossen Unterschied gegeben rein vom Stellenbeschrieb her.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	7	7	Ja gut Assessment ist immer so eine Geschichte. Das hätte ich sicher machen können wenn ich es selber voran getrieben hätte aber da muss man mit den Ärzten schauen und so weiter. Es ist weniger standardisiert dass man mich hätte machen lassen können.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	8	9	Das heisst ihr Profil ist eigentlich demjenigen der HF im Alltag identisch ausser der Begleitung der Studierenden? Ja mehr oder weniger.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	11	11	Ja das ist sicher irgendwo aufgeschrieben in der Stellenbeschreibung bei der FH ist es die gleiche Stellenbeschreibung einfach mit Zusatz Aufgaben da waren die Zusatzaufgaben halt schon deklariert.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	13	13	Ich glaube eher nicht, aber früher habe ich schon 40 % gearbeitet. Die wussten dass ich eine andere Ausbildung habe und sind dann schon mit speziellen Problemen zu mir gekommen. Aber ob sie wirklich einen Unterschied gemacht haben zwischen HF & FH glaube ich nicht.

IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	15	15	Ja es gibt so einen Kompetenzen-Katalog.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	16	17	Habt ihr auch einen Delegationsbogen? Ja das haben wir. Das ist alles schriftlich.
IP2	FH	Langzeit	Kompetenzen	54	54	Wenn es fachlich ist ist es meine Aufgabe.
IP3	FaGe	Spitex	Kompetenzen	2	2	Ja ich kenne diese gut. Wir haben auf unserem Laufwerk Dokumente wo die Kompetenzen aufgeschrieben sind. Dort sind auch die Schnittstellen aufgeschrieben.
IP3	FaGe	Spitex	Kompetenzen	3	4	Wie würden sie den Kompetenzbereich der HF beschreiben? Die dürfen einfach mehr machen als wir. Vor allem die Bedarfsabklärungen oder medizinaltechnische Sachen die sie halt mehr machen.
IP3	FaGe	Spitex	Kompetenzen	5	6	Werden die Berufsgruppen ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt? Ja ausser bei Engpässen oder wenn jemand krank ist, da kommt es vor dass eine Diplomierte auch eine einfache Körperpflege wie ein Duschen übernehmen muss.
IP3	FaGe	Spitex	Kompetenzen	8	8	Als ich ein Praktikum in einem Spital gemacht habe, habe ich dies viel extremer empfunden, wo ich gemerkt habe da ist alles vieles unklarer. Die Patienten wissen da zum Teil gar nicht ob jetzt eine Pflegefachfrau bei ihnen ist oder eine FaGe. Wir bei der Spitex werden ja da entsprechend eingeteilt, mit den Funktionen die wir machen dürfen, zum Beispiel Medikamente richten oder so.
IP3	FaGe	Langzeit	Kompetenzen	2	2	So viel dass ich weiss dürfen sie gewisse Sachen machen zum Beispiel iv Spritzen, Chemotherapie, Infusionstherapie solche Sachen. Aber unsere Kompetenzen als FaGe darin sind begrenzt. Es gibt auch andere Sachen bei der Organisation wie zum Beispiel bei Notfällen oder ins Spital überweisen, wir müssen immer die Diplomierten nachfragen. Es gibt ein paar Sachen die können wir selber entscheiden, aber wir müssen uns eben mit durch Diplomierte unterstützen lassen.
IP3	FaGe	Langzeit	Kompetenzen	4	4	Ja das gibt es für beide Berufsgruppen. Wir haben fast monatlich ein Pflegemeeting und ich glaube vor circa einem Jahr wir hatten Skill als Grade gehabt und wir haben diese Papiere erhalten. Dabei gibt es die Unterscheidung F1, F2 und F3 was die Tertiär Stufe und die zweite Stufe beschreibt. Und je nachdem die Kompetenzen.
IP3	FaGe	Langzeit	Kompetenzen	6	6	Bis jetzt habe ich das nicht erlebt dass es unklar wäre. Es ist alles gut geregelt wir haben auch noch einen Vorteil dass dieses Haus sehr gross ist und wenn ich auf meiner Abteilung alleine arbeite hat es immer im Hintergrund noch andere Personen an die ich mich wenden kann, wir haben auch den Spitex-Dienst wo auch immer eine Diplomierte arbeitet. Dieser Dienst ist 24 Stunden abgedeckt.
IP3	FaGe	Langzeit	Kompetenzen	9	10	Und die planen dann auch für den nächsten Tag? Ja das organisieren auch die FaGe.
IP3	FaGe	Langzeit	Kompetenzen	15	15	Ja genau auf diesem Dokument worin die Kompetenzen geregelt sind findet man auch wer wann welche Entscheidungen treffen muss und so weiter.

IP3	FaGe	Langzeit	Kompetenzen	21	21	Eigentlich dürfen wir alles ausüben aber die medizinischen Sachen die haben wir nicht so oft hier. Zum Beispiel Blutentnahmen die haben wir nicht so oft die mache ich schon selber, aber wenn wir Lernende hier haben übergebe ich oft ihnen zum üben.
IP4	FaGe	Akut	Kompetenzen	2	2	Also ich kenne meine Kompetenzen eigentlich sehr gut, also eigentlich alle. Aber mittlerweile seit wir das Skill und Grade Mix Projekt angefangen haben, weiss ich noch etwas besser was meine Kompetenzen sind weil wir haben sie dann wie ganz klar geregelt, was es wirklich für Kompetenzen sind. Und ich kann wirklich Auskunft geben was ich darf und was nicht.
IP4	FaGe	Akut	Kompetenzen	4	4	Ja also, wir haben ein Formular und das steht dort drin.
IP4	FaGe	Akut	Kompetenzen	6	6	Also schon aber ein bisschen weniger. Ich kenne meinen Beruf schon besser als der von ihnen.
IP4	FaGe	Akut	Kompetenzen	8	8	Ja total. Also wir haben es sehr gut. Wir haben ja, wir arbeiten immer in einer Tandemarbeit, es ist immer eine Diplomierte und eine FaGe oder eine Diplomierte und eine Lernende und wir ausgebildeten FaGe's wir können unseren Kompetenzen entsprechend alles selber machen.
IP4	FaGe	Akut	Kompetenzen	12	12	Auch allgemein, ich habe das Gefühl im Thema Organisieren oder Überblick behalten oder Tagesverantwortung haben, das Team leiten zu können während des Tages. Sicher die Punkte wo sie mehr Wissen haben als wir, würde ich sagen.
IP5	FaGe	Akut	Kompetenzen	50	50	Bis wir angefangen haben die Kompetenzen ein wenig zu regeln was wir dürfen. Und dann ist es langsam besser geworden, aber damals mussten wir noch viel mehr hauswirtschaftliches machen jetzt haben sie uns sehr viel abgenommen. Das ist auch gut so, es ist sinnvoller wenn ich mehr beim Patienten eigentlich bin und es geht jetzt also viel besser. Es ist also schon etwas anderes geworden.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	4	4	Die sind mir recht gut bekannt, da ich beide Ausbildungen absolviert habe und da wir auch FaGe- Lernende haben, wo wir sehr gut hineinschauen und ich somit sehr gut auseinanderhalten kann, was eine HF gelernt hat was hat eine FaGe gelernt hat, wie man sie am besten einsetzen kann, aber natürlich ist die Stellenbeschreibung bei uns natürlich auch im Vordergrund die vorgibt was macht eine FaGe was macht eine Diplomierte.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	8	8	Ja jeder kennt die Stellenbeschreibungen, die haben wir dazumal als wir den Skill and Grade-Mix eingeführt haben erstellt, da haben wir in jedem Wohnbereich einen Ordner angelegt wo man nachlesen kann wer welche Stellenbeschreibung hat und wie diese aussieht. Die Kompetenzen sind klar verteilt, dazu haben wir mehrere Raster gemacht, das hat mit dem RAI zusammen zu tun, aufgrund dessen haben wir die wichtigsten Pflegehandlungen, den Pflegeprozess, die wichtigsten Punkte heraus genommen, dort steht genau drin wer welche Verantwortung hat.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	12	12	Manchmal unter uns gesagt, sind diese auch erweitert, sie machen bei uns auch die Tagesverantwortung. Als FaGe sind sie auch alleine auf der Abteilung, wenn Sie zum Beispiel Tages- Verantwortung haben und dann weiss sie sehr genau wann sie die HF holen muss. Dies ist ganz klar festgehalten ja.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	14	14	Es gibt zwar Weiterbildungsangebote die sie machen können, aber bei uns werden die FaGe von Anfang an eingeführt in die Tages-Verantwortung
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	14	14	Auch pflegeprozessmässig ist immer eine HF, in meinem Fall jetzt die Wohnbereichsleitung im Hintergrund die den ganzen Prozess managed. Da agieren die FaGe nicht selbständig.

IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	20	20	Wir haben einen langen Prozess gehabt, also auf meinem Wohnbereich ist das jetzt eingeführt, aber fertig ist es ja nie, weil es kommen ja immer wieder neue Leute es gibt wieder neue Aufgaben, dann muss ich als Leitung entscheiden, wo gehört die Aufgabe hin, wo verteile ich die Aufgaben, die Verantwortlichkeit, mache ich Aufgabenteilung, mache ich Delegation daraus und es ist ganz klar, dass neue Mitarbeitende in das Schema eingeführt werden müssen, damit wir das, was wir erreicht haben, auch wirklich behalten können.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	24	24	Es hat sich wahnsinnig viel verändert, wirklich auch zum Erstaunen, es ist sehr schön zu sehen, auch im Austausch mit anderen Häusern. Die Betreuenden kommen von sich aus und sagen was hast du hier zu suchen das ist meine Aufgabe. Es ist ganz klar geregelt untereinander, dass sie wissen was sie zu tun haben.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	40	40	Aber rein als FaGe war es für diese beiden nicht genügend, sie wollen sich in eine Richtung entwickeln dass sie noch mehr Kompetenzen erhalten, damit sie sich wohl fühlen in Ihrem Beruf und sich auch entsprechend identifizieren können
IP6	Teamleitung	Langzeit	Kompetenzen	42	42	Sie sind dann auch ganz stolz, dass ich Ihnen gewisse Aufgaben übergebe, die andere nicht bekommen und das ist für ihr Selbstwertgefühl sehr prägend. So versuche ich, allen auch individuelle Aufgaben zu geben, damit auch keine Eifersucht aufkommt und versuche von allen die Stärken zu stärken.
IP7	Teamleitung	Spitex	Kompetenzen	2	2	Sie setzen sich stark mit den Kompetenzen auseinander und es funktioniert relativ gut. Die FaGe's übernehmen punktuell Sachen der diplomierten Pflegefachfrauen z.B. kleine Wunden, Verbandswechsel. Das habe ich das Gefühl funktioniert gut.
IP7	Teamleitung	Spitex	Kompetenzen	4	4	Wir haben natürlich alle Standards festgelegt, wer was machen darf. Das ist auch im Computer abgelegt, dort können sie nachschauen gehen. Es liegt auch stark im Ermessen unserer Planung, dürfen sie etwas machen oder nicht. Damit arbeiten wir zusammen. Das wird schon vorgesteuert.
	Teamleitung	Spitex	Kompetenzen	5	6	Gibt es auch Delegationsdokumente? Das weniger. Das liegt wirklich vor allem bei der Steuerung von der Planung her. Wir müssen einfach immer den wirtschaftlichen Aspekt einbeziehen und an den Skill und Grade Mix denken, doch das ist jetzt sinnvoll ob eine Diplomierte das macht oder eben weniger.
IP7	Teamleitung	Spitex	Kompetenzen	12	12	Was ich grundsätzlich etwas genauer wissen möchte, was in der Schule konkret für Handlungskompetenzen gelehrt werden, damit ich unsere Standards mit den aktuellen Lerninhalten abgleichen könnte.
IP7	Teamleitung	Spitex	Kompetenzen	14	14	Genau in der Medizinaltechnik und das Wissen darüber was im psychologischen Bereich an Kompetenzen vorhanden ist. Wir haben je längers je mehr Klienten die psychologische Unterstützung brauchen, was wird in diesem Zusammenhang überhaupt in der Schule gelernt.
IP8	Teamleitung	Akut	Kompetenzen	4	4	Wir haben einen Delegationsleitfaden der laufend erneuert und angepasst wird und zusätzlich haben wir einen Kompetenzenkatalog für die FaGe's. Der ist aus meiner Sicht noch detaillierter als der Delegationsleitfaden da dieser verschiedene zusätzliche Berufsgruppen wie Pflegeassistentinnen und Hotellerie beinhaltet. Die HF sind dort integriert.
IP8	Teamleitung	Akut	Kompetenzen	8	8	Wenn jemand jedoch noch von der alten Schule her kommt hat man eher Mühe sich zu orientieren. Der ganze Rollenwechsel der dazukommt und es sehr viel Inhalt ist.
IP8	Teamleitung	Akut	Kompetenzen	10	10	Unterdessen können sich die Mitarbeitenden relativ gut orientieren. Inzwischen werden die Neuen auch mitgenommen. Am Anfang war es schwierig für die Leute die bereits hier gearbeitet haben hatten wahnsinnig Mühe reinzukommen. Das andere Arbeiten und das andere Auftreten.

IP8	Teamleitung	Akut	Kompetenzen	13	13	Das Thema Skill and Grade hat sich entsprechend etabliert und ist verankert.
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	6	6	Es ist ganz klar definiert und ich habe im vorherigen Betrieb geholfen die Stellenbeschreibungen zu machen von dem her ist es mir eigentlich wirklich klar und trotzdem gibt es immer wieder Überschneidungen
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	8	8	es braucht sehr viel Feingefühl und viel mit Wissensvermittlung schau ich überlege noch Das und Das und dieser Bogen der fehlt dir jetzt einfach, aber ich brauche dich dafür, dass ich das machen kann für die Informationssammlung, sei es jetzt für die Arztvisite oder individuelle Pflegeplanung. Ihr seid jeden Tag mit den Bewohnern, ihr kennt sie genau, ihr seid in der Alltagsgestaltung, ihr wisst was sie gerne haben ihr seht die Veränderungen vorher und auch kontinuierlicher und deshalb seid ihr genauso wichtig.
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	8	8	Hier ist die Arztvisite ist hier ein Thema, ich denke die Evaluationen der individuellen Pflegeplanungen ist ein Thema, Angehörigen Gespräche.
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	10	10	Ich versuche immer wieder einfließen zu lassen, dass wenn ich komme oder dass wenn ich lange weg gehe, zu sagen weshalb ich jetzt weg gehe, was ich machen gehe. Damit ich die Transparenz zeigen kann, dass ich nicht unten im Büro sitze und Daumen drehe sondern dass für sie gerechtfertigt ist was ich mache. Die Zeit wo ich jetzt halt fort bin.
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	12	12	Ja also eben mit ihnen zusammen und den Gedankengang immer offen legen. Weshalb ich jetzt zu einem Resultat komme weshalb ich mir das überlege. Und weshalb das jetzt ein Ziel ist.
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	12	12	Oft fragen sie sich was machen die Diplomierten eigentlich immer am Computer wenn wir arbeiten? Das Verständnis war und ist oft zum Teil jetzt noch nicht da dafür. Deshalb ist die Transparenz so wichtig und ich probiere sehr zu motivieren
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	14	14	Nein ich glaube nicht dass sie schon ein Bild haben. Sie machen das sehr von der Person abhängig. Die sie kennenlernen als HF, was sie damit verbinden, weniger inhaltlich, das denke ich nicht.
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	16	16	Ja wir haben das, darin ist enthalten dass Rückmeldungen gemacht werden und dass sie Delegation Sachen machen, das ist wie integriert.
IP9	HF	Langzeit	Kompetenzen	18	18	Ich habe das im letzten Betrieb aufgebaut dort war es wie ganz klar, dort hat man das ganz genau aufgeteilt, wer ist verantwortlich und wohin kann man etwas hin delegieren und wo muss man Rückmeldung haben und wer muss was.
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	2	2	Mein Kompetenzbereich ist mir sehr bekannt, schon durch die Ausbildung bin ich in Kontakt gekommen mit all den verschiedenen Kompetenzen.
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	2	2	Wo ich hier die Stelle angefangen habe, habe ich auch einen Stellenbeschrieb bekommen wo übergeordnet eigentlich die Kompetenzen definiert sind wo mir im Alltag absolut klar sind.
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	6	6	Besonders im Bereich FH ist es sehr schwierig für mich einzuordnen.
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	6	6	Ich kenne das Tätigkeitsfeld der FH in dem Sinne zuwenig, wo beginnt dies wirklich wo endet es. Ich fühle mich damit nicht vertraut.
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	6	6	In die Richtung der FaGe's habe ich den Eindruck fühle ich mich sehr sicher. Ich weiss was die Kompetenzen einer FaGe sind.
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	6	6	Ich finde es gibt immer wieder Grauzonen zwischen dem was FaGe's in der Schule lernen, im ÜK lernen und wo der Betrieb zum Teil auch vor gibt. Was darf die FaGe in unserem Betrieb machen und was nicht.

IP10	HF	Akut	Kompetenzen	6	6	Wo es manchmal wieder zu Diskussionen kommen kann, darf ich dies jetzt oder nicht. Da haben wir auch Dokumente, wir haben Listen, zum einen für FaGe's in Ausbildung, was sie in welchem Lehrjahr machen dürfen. Andererseits auch für die ausgebildeten FaGe's wo sie auch nachschauen können, darf ich dies nun in diesem Haus machen oder nicht.
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	8	8	Ich bin ganz klar der Meinung dass eine FaGe sich hier entfalten kann, absolut. Ob sie das macht ist immer sehr individuell,
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	18	18	Diverse Sachen auch im Pflegeprozess, sei dies mit Assessmentgesprächen die wir mit den Patienten führen kurz nach Eintritt, um so den Überblick zu erhalten vom Patienten, was ist im Moment für ihn die grösste Herausforderung und nicht unbedingt für mich, das Ganze erfassen und festhalten können, das erachte ich auch als meine Kompetenz, die ich schwer teilen kann.
IP10	HF	Akut	Kompetenzen	36	36	Die Kompetenzen sind geregelt, da kann man im Sharepoint, also im Intranet kann man dies sehr rasch nachlesen, für alle zugänglich.
IP1	FH	Akut	Persönliche Anliegen	60	60	Sicher dass diese Kompetenzen der FaGe auch entsprechend gefördert werden. Wir haben sehr viele sehr gute FaGe, die nach der Ausbildung doch nicht bei uns bleiben. Die meisten machen dann in der HF weiter. Ich vermute dass man sie vielleicht auch ein bisschen zu wenig fördert, dass sie zu einseitig eingesetzt werden.
IP1	FH	Akut	Persönliche Anliegen	62	62	Zum Beispiel in der Medizinaltechnik, in der Wundversorgung vielleicht, ein bisschen mehr mithelfen bei der Prozesssteuerung.
IP2	FH	Langzeit	Persönliche Anliegen	92	92	Erstens dass die verschiedenen Berufsbilder bekannt sind. Ich bin mir nicht unbedingt sicher ob eine FaGe zwingend weiss was der Unterschied zwischen einer HF und einer FH ist zum Beispiel. Und dann halt bei der FaGe-Ausbildung es ist schon ein riesen Unterschied ob sie im Spital ausgebildet werden oder bei uns. Und das könnte man viel mehr vereinheitlichen. Ich glaube im Spital haben sie viel weniger Kompetenzen als bei uns.
IP2	FH	Langzeit	Persönliche Anliegen	93	94	Wie würden Sie diese Vereinheitlichung angehen? Ich glaube das ist ein politisches Ding aber man kann den Leuten im Spital durchaus auch mehr zutrauen.
IP4	FaGe	Langzeit	Persönliche Anliegen	61	61	Für mich ist es sehr sehr wichtig dass ich Weiterbildungen und Kurse besuchen kann. Man lernt immer etwas, obwohl das zum Teil Wiederholung ist
IP6	Teamleitung	Langzeit	Persönliche Anliegen	64	64	Ich finde es sehr schwierig mit all diesem neuen Ausbildungen, was ist das genau, wo kann man es einordnen. Viele haben noch einzelne Weiterbildungen besucht, die wiederum neue Kompetenzen ermöglichen und jede Person verfügt dadurch über ein eigenes Kompetenzprofil was es für mich sehr herausfordernd macht die Personen gezielt einzusetzen. Eigentlich brauche ich das gar nicht diese unbegrenzte Vielfalt, ich benötige eine gewisse Strukturen im Team, das bringt mir alles gar nichts.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Persönliche Anliegen	64	64	Ich verstehe sehr gut das das Gesundheitswesen diese Personen braucht, dass es Ihnen persönlich auch die Möglichkeit gibt auf dieser Stufe tätig zu sein. Manchmal habe ich einfach ein bisschen Mühe damit, eine FaGe ist meines Erachtens nicht für eine Tagesverantwortung ausgebildet, eine Tagesverantwortung entscheidet und organisiert, trägt Verantwortung was eine FaGe in dieser Form nie erlernt hat. Ich schaue, dass meine FaGe diese Tätigkeit ausüben können, indem ich die Strukturen rundherum schaffe, aber eigentlich ist das nicht Sinn und Zweck davon.
IP6	Teamleitung	Spitex	Persönliche Anliegen	52	52	Austausch mit der Schule...
IP10	HF	Akut	Persönliche Anliegen	48	48	Es sind gute interdisziplinäre Austauschinstrumente vorhanden, welche im Moment noch zu wenig genutzt werden von allen Bereichen. Die Pflege gibt sich Mühe diese zu nutzen, was von den anderen Bereichen noch zu wenig der Fall ist.

IP1	FH	Akut	Rolle im Team	42	42	Vielleicht werden wir öfters gefragt für Sachen aber sonst haben wir keine spezielle Rolle.
IP1	FH	Akut	Rolle im Team	46	46	Ja ich habe ja schon zehn Monate im Praktikum hier verbracht.
IP2	FH	Langzeit	Rolle im Team	48	48	Ich glaube das hat nicht unbedingt mit meinem Abschluss zu tun. Aber ich war natürlich schon der, wenn es schwierig wurde, der erste war, den man gefragt hat. Ich habe schon so eine Experten-Rolle ich bin nicht sicher ob es auf den Abschluss zurückzuführen ist.
IP3	FaGe	Spitex	Rolle im Team	26	26	Das ist noch schwierig. Es ist nirgends aufgeschrieben, aber oftmals wenn Neue kommen kümmere ich mich um diese und stelle mich als Ansprechperson zu Verfügung. Wenn sie z.B. den Weg nicht mehr wissen oder Unsicherheiten haben können sie mich immer anrufen.
IP4	FaGe	Langzeit	Rolle im Team	35	35	Am meisten wenn ich arbeite bin ich Tagesverantwortliche. Wir sind auf der Tagschicht 5-6 Personen für die ich schauen muss. Meistens bin ich als FaGe alleine und habe Betreuungspersonen, Pflegehilfen mit denen ich zusammenarbeite, erst am Mittag kommt eine zweite Fachperson.
IP5	FaGe	Akut	Rolle im Team	50	50	Und beide Berufsgruppen haben immer gesagt du hilfst mir zuwenig und die anderen auch. Und das war sehr schwierig am Anfang. Bis wir angefangen haben die Kompetenzen ein wenig zu regeln was wir dürfen.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Rolle im Team	24	24	Doch es ist klarer ersichtlich und sie wagen sich auch mehr, dadurch dass sie haargenau wissen das ist meine Aufgabe und Sie können den Diplomierten klar zurückmelden, stopp diesen Auftrag kann ich dir jetzt nicht erfüllen, weil schau ich weiss das nicht.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Rolle im Team	26	26	Nein die FaGe sind bei uns sehr gleichgestellt mit den Diplomierten, sie haben einfach ein bisschen weniger Kompetenzen zum Teil, von dem her ist es eigentlich die gleiche Ausführung im Alltag, die die HF auch haben.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Rolle im Team	30	30	Ich muss wirklich sagen, das ist auch sehr schön bei uns, ich erlebe es kaum mehr hier auf der Abteilung, es weiss wirklich jeder was sein Plätzchen ist, die FaGe's sind auch sehr froh um diese Entlastung, ich erlebe es diesen Weg
IP6	Teamleitung	Langzeit	Rolle im Team	42	42	Ja, das natürlich, absolut, je nachdem was sie mitbringen oder die Erfahrung die sie haben, je nach Persönlichkeit nehmen sie verschiedene verschiedene Rollen ein.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Rolle im Team	42	42	Eine FaGe kennt sich sehr gut mit Computern aus und die hat dann auch die Verantwortung darüber. Persönliche Stärken werden ganz klar gefördert im Team und dadurch nehmen Sie ganz unterschiedliche Rollen wahr, unabhängig von der Berufsgruppe
IP7	Teamleitung	Spitex	Rolle im Team	36	36	Ja vielleicht schon die Diplomierten haben mehr Büro, sie haben mehr Büroarbeit. Und die FaGe haben natürlich eine andere Rolle weil sie noch die Lernenden mitnehmen. Das spürt man sicher.
IP8	Teamleitung	Akut	Rolle im Team	20	20	Ja das läuft auch sehr gut seit man ihnen die Verantwortung übergeben hat, dass man auch Tagesverantwortliche hat, ihnen ein eigenes Telefon organisiert hat, ein Profil haben wir ihnen geschrieben. Seit alles ziemlich schwarz auf weiss geklärt ist läuft es auch viel besser.
IP8	Teamleitung	Akut	Rolle im Team	48	48	Am Anfang war dies sehr stark spürbar, dass die FaGe's wie untergeordnet waren, was man früher von den Pflegeassistenten gekannt hat. Es ist interessant, ich habe 4 Pflegeassistenten auf dem Nachtdienst und die funktionieren immer noch gleich. Die sind noch so untergeordnet.
IP9	HF	Langzeit	Rolle im Team	31	31	Der Abschluss spielt nicht so eine Rolle, es ist wichtig wo sie dann eingeteilt sind, mit diesen drei Stufen jeder ist auf seiner eigenen Stufe zugeteilt und dann ist es wie klar.

IP10	HF	Akut	Rolle im Team	28	28	Ich habe viele Rollen im Team. Es beginnt bei Arbeitskollegin, manchmal ist man jemandem trotzdem ein bisschen näher, manchmal tauscht man vertraute Dinge aus, da hat man das Gefühl menschlich sie man sich näher, Vorbildfunktion ist sicher auch eine Rolle, als Berufsbildnerin kommen noch ganz viele andere Rollen dazu, vom Erzieherischen bis zum ja Lebensberatung irgendwo, Beziehungsberatung, irgendwo bin ich Vorgesetzte und eben trotzdem auch Mitarbeiterin - ich habe das Gefühl ich habe verschiedene Rollen.
IP1	FH	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	17	18	Gibt es Gebiete die den FaGe selbstständig übertragen werden, die abgegrenzt sind? Ja das ist vor allem bei den Bestellungen, zum Beispiel Material-Bestellungen da wissen wir als Pflegefachperson eigentlich nichts darüber.
IP2	FH	Langzeit	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	26	27	Gibt es Bereiche die den HF/FH vorbehalten sind und den FaGe? Ja vor allem dann halt im Pflegeprozess.
IP2	FH	Langzeit	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	28	29	Haben die FaGe auch einen abgrenzten Bereich? Ich glaube weniger nein. So eher was sie nicht können aber sie haben nicht direkt so ein Aufgabengebiet. Man versucht schon sie in den einzelnen Fachgruppen einzubinden und ihnen mehrfach fachliche Kompetenz zugeben, das ist aber immer von Abteilung zu Abteilung verschieden. Es kommt auch immer stark auf die Personen an was sie sonst noch mitbringen.
IP3	FaGe	Spitex	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	8	8	Nein bei uns in der Spitex nicht. Wir sind ja allein unterwegs und müssen halt einfach unsere Aufgaben machen.
IP3	FaGe	Spitex	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	13	14	Haben sie als FaGe spezifische Aufgaben die ihnen als Berufsgruppe speziell übertragen werden? Nein eigentlich gibt es das nicht.
IP4	FaGe	Langzeit	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	23	23	Ja zum Beispiel Medikamenten-Bestellungen, die Lernenden-Begleitung oder das Hauswirtschaftliche natürlich oder das Büromaterial. Die FaGe haben auch ihre eigenen Kompetenzen aber wenn ich die Tagesverantwortung habe, mache ich alles selber und muss auch nicht nachfragen.
IP5	FaGe	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	34	34	Ja eigentlich die hauswirtschaftlichen Sachen, sind wir eigentlich zuständig, wo wir eigentlich machen. Aber wenn wir jetzt mal völlig im Seich sind würden uns die Diplomierten schon helfen kommen.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	12	12	Die sind alle drin. Es ist klar erstellt bis wo die FaGe ihre Selbstständigkeit wahrnehmen darf.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	14	14	Auch pflegeprozessmässig ist immer eine HF, in meinem Fall jetzt die Wohnbereichsleitung im Hintergrund die den ganzen Prozess managed. Da agieren die FaGe nicht selbständig.
IP7	Teamleitung	Spitex	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	7	8	Die beiden Berufsgruppen sind wohl sehr selten zusammen unterwegs. Sehr selten, einfach bei sehr komplexen Situationen.

IP7	Teamleitung	Spitex	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	18	18	Genau. Wir arbeiten ja mit Fallverantwortlichen, also die haben ja ihre Kunden wo sie zuständig sind, von a - z wo sie auch organisieren müssen wenn etwas ist.
IP7	Teamleitung	Spitex	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	26	26	Was die FaGe haben ist die Archivierung der Dokumente die ja 10 Jahre aufbewahrt werden müssen.
IP7	Teamleitung	Spitex	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	28	28	Das ist vor allem die Bedarfabklärung wo die Diplomierten immer jemanden mit einbeziehen um die Pflegeplanungen zu schreiben.
IP8	Teamleitung	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	18	18	Ja das sind wir auch ganz extrem am Pushen und die FaGe haben vor allem die Logistik und das Hauswirtschaftliche im Sinn von Materialbewirtschaftung zu sich genommen..
IP8	Teamleitung	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	28	28	Ja aber das ist nicht direkt hier auf der Station. Wir haben Arbeitsgruppen wo eigentlich die HF's die Station vertreten, die treffen sich alle 3 bis 4 Monate. Eine Pflegeexpertin ist da auch dabei und die übernehmen dann mehr den Lead.
IP9	HF	Langzeit	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	26	26	Ja die FaGe haben zum Beispiel den Bereich des Materials für sich oder Pflegeproduktebestellung oder alles was die Angehörigen mitbringen, was wir bestellen müssen, da habe ich überhaupt keine Ahnung, da muss ich mich auch überhaupt nicht kümmern, das ist ganz klar ihr Bereich.
IP9	HF	Langzeit	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	59	59	Ich habe die Anfänge erlebt und es hat so viele Widerstände gegeben und ich HF muss jetzt einfach sagen uns sind Freiräume aufgegangen, das heisst weil die Aufgaben besser verteilt sind das ich meine Rolle besser wahrnehmen kann, sei dies jetzt etwas durchzulesen und zu schauen, ich habe mehr Zeit genau hinzuschauen und überhaupt den ganzen Pflegeprozess ersichtlich zu machen und Abklärung in Zusammenhang mit Versicherungssachen, weiter hinaus zu denken,
IP10	HF	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	18	18	Es gibt ganz klar Bereiche wo ich jetzt wahrnehme als meine Aufgaben die ich nicht teilen möchte. Das geht in Richtung Visite wo ich eben nicht schwarz weiss sage es ist nur meins.
IP10	HF	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	18	18	Die Zeit der Visite da bin ich präsent, wo die FaGe andern Tätigkeiten nachgehen kann.
IP10	HF	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	18	18	Es gibt diverse Gespräche wo ich gerne selber führe aufgrund auch von kommunikativ herausfordernden Situationen sei dies mit Patienten, mit Angehörigen, vielleicht auch noch mit den Ärzten wo involviert sind.
IP10	HF	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	18	18	Diverse Sachen auch im Pflegeprozess, sei dies mit Assessmentgesprächen die wir mit den Patienten führen kurz nach Eintritt, um so den Überblick zu erhalten vom Patienten, was ist im Moment für ihn die grösste Herausforderung und nicht unbedingt für mich, das Ganze erfassen und festhalten können, das erachte ich auch als meine Kompetenz, die ich schwer teilen kann.
IP10	HF	Akut	Selbständigkeit / Unabhängigkeit	26	26	Was jetzt unsere Subgruppe HF selber regelt, organisiert an sich nimmt ist das ganze Geschehen mit der Bettenbelegung, Austritte wo sind Eintritte angemeldet worden, wer hat Kapazität für einen Notfall holen zu gehen. Das ganze Planerische und Organisatorische der Abteilung betreffend der Bettenbelegung das bleibt alles bei den HF. Wo wir uns selber organisieren und selber managen in dem Sinn, ja.

IP1	FH	Akut	Verantwortung	16	16	Eigentlich ist es bei uns so, dass die Diplomierte bei uns für alles die Verantwortung trägt. Ich habe das Gefühl dass bei den FAGE die Kompetenzen zu wenig gefördert werden. Zum Beispiel grössere Wundverbände machen eigentlich automatisch die Diplomierten, es werden nur kleinere Dinge abgegeben. Infusionen richten, je nachdem macht man es auch gerade gleich selber, um den Überblick zu behalten. Schlussendlich auch die Pflegeberichte kontrollieren wir alles nach, müssen wir ja auch. Vielleicht vom pflegerischen her haben Sie am meisten Eigenverantwortung.
IP2	FH	Langzeit	Verantwortung	19	19	Wenn ich am Bett arbeite habe ich nicht mehr Verantwortung als eine HF. Es wird kein Unterschied gemacht.
IP2	FH	Langzeit	Verantwortung	20	21	Wie beurteilen Sie die Verantwortlichkeit einer FaGe? Wir wissen Sie haben ihren Bereich. Gibt es auch einen Bereich in dem sie eine eigene Hauptverantwortung tragen? Ja in ihrer Rolle als Bezugsperson, die brauchen dann schon mehr Unterstützung wie eine FH /HF.
IP3	FaGe	Spitex	Verantwortung	10	10	Wenn ich etwas medizinaltechnisches zu tun habe und ich mir nicht sicher bin, dann weiss ich genau ich muss der Pflegefachfrau anrufen und sichere mich ab oder frage nach. Ich habe jederzeit eine Ansprechperson im Hintergrund.
IP4	FaGe	Langzeit	Verantwortung	8	8	Nicht unbedingt auf unsere Abteilung hat entweder eine Diplomierte oder eine FaGe die Verantwortung.
IP4	FaGe	Langzeit	Verantwortung	13	13	Es gibt manchmal Tage das ich mit einer Diplomierten zusammenarbeite zum Beispiel, der Teamleiterin und ich habe dazu die Tages-Verantwortung. Dann mache ich meine Arbeit selbständig und wenn ich unsicher bin, wenn ich etwas fragen möchte kann ich sie eben fragen, dabei schaue ich dass das Team gut läuft wenn Sie Fragen haben bin ich Ansprechpersonen dann erledige ich das und sobald die Tätigkeiten meine Kompetenz überschreiten frage ich eine Diplomierte im Hintergrund.
IP5	FaGe	Akut	Verantwortung	10	10	Die Diplomierten sind sicher die die den grösseren Überblick haben müssen, wir arbeiten sehr eng zusammen aber sie haben wie die Hauptverantwortung über uns und es gibt sicher auch noch Teile der Medizinaltechnik die wir auch nicht machen dürfen weil wir auch zuwenig Wissen zu diesen Teilen haben. In ihrer Ausbildung lernen sie schon noch viel mehr dazu als wir.
IP5	FaGe	Akut	Verantwortung	14	14	Also ich würde sagen von diesen Patienten die ich betreue, einfach meine Kompetenzen die ich habe, in diesen Bereichen trage ich selber die Verantwortung. Und wir haben auch immer eine Tagesverantwortung FaGe, die ist immer zuständig auch für die Tagesämtli und Röntgenkoordinieren, das habe meistens ich oder wenn ich nicht da bin die anderen FaGes. Ja wir sind eigentlich verantwortlich für das. Und unsere Diplomierten geben uns sehr viel Vertrauen, dass wir unseren Kompetenzen entsprechend auch handeln und diese Sachen kompetent und vertrauensvoll durchführen. Und das klappt eigentlich gut.
IP5	FaGe	Akut	Verantwortung	36	36	Ja genau, da haben wir auch die Verantwortung. Die TV FaGe ist verantwortlich für diesen Teil.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Verantwortung	10	10	Genau die Übernahme-Verantwortung, die Ausführung-Verantwortung, die Mithilfe etc.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Verantwortung	16	16	Genau das ist ja sonst nicht möglich heutzutage, ich kann schlichtweg nicht so viel diplomiertes Pflegepersonal haben, damit ich den Wohnbereich so laufen lassen könnte. Deshalb haben wir ja auch FaGes, aber so funktioniert es sehr gut. Es gibt einfach Tage wo jemand auf Pikett sein muss, wo man gut schauen muss, wer ist noch im Haus.
IP6	Teamleitung	Langzeit	Verantwortung	18	18	Ja schlussendlich unterschreiben Sie die Stellenbeschreibung, das ist in Ihrer Verantwortung, für uns auf der Abteilung geht es gut so.
IP7	Teamleitung	Spitex	Verantwortung	16	16	Wir planen ja so, wenn wir die Aufgaben richtig hinterlegen, geht niemand irgendwohin wo diese Kompetenz nicht gemacht werden darf. Bei Unsicherheit kommen die Mitarbeiter. Dann sagen sie hier bin ich vielleicht weniger stark oder sie holen sich Hilfe untereinander.

IP7	Teamleitung	Spitex	Verantwortung	18	18	Wir arbeiten ja mit Fallverantwortlichen, also die haben ja ihre Kunden wo sie zuständig sind, von a - z wo sie auch organisieren müssen wenn etwas ist. Die FaGe's sprechen sich dann einfach mit den Pflegefachpersonen ab.
IP8	Teamleitung	Akut	Verantwortung	16	16	Die HF steuern eigentlich den ganzen Prozess und sind viel am Organisieren und Managen und vermehrt das Ausführen wird von den FaGe's übernommen, die Massnahmen. Nicht nur aber em..
IP8	Teamleitung	Akut	Verantwortung	18	18	Ja das sind wir auch ganz extrem am Pushen und die FaGe haben vor allem die Logistik und das Hauswirtschaftliche im Sinn von Materialbewirtschaftung zu sich genommen..
IP8	Teamleitung	Akut	Verantwortung	20	20	Ja das läuft auch sehr gut seit man ihnen die Verantwortung übergeben hat, dass man auch Tagesverantwortliche hat, ihnen ein eigenes Telefon organisiert hat, ein Profil haben wir ihnen geschrieben. Seit alles ziemlich schwarz auf weiss geklärt ist läuft es auch viel besser.
IP8	Teamleitung	Akut	Verantwortung	32	32	Da gebe ich allen drei Grades die Verantwortung gemeinsam
IP9	HF	Langzeit	Verantwortung	20	20	Von meinem Verantwortungsbewusstsein her habe ich die Verantwortung über alles auch über alles was die FaGe machen.
IP9	HF	Langzeit	Verantwortung	20	20	Ich habe die Verantwortung zu merken wenn etwas ist, sie haben die Verantwortung wenn sie am pflegen sind, wenn sie sehen dass sich etwas verändert hat dass sich zum Beispiel die Haut verändert hat
IP9	HF	Langzeit	Verantwortung	20	20	da haben die FaGe die Verantwortung dies wahrzunehmen und dann mir zu melden und ich muss diese Rückmeldung einordnen können. Ist das wichtig ist das unwichtig, muss ich ein weiteres Procedere einleiten oder nicht.
IP10	HF	Akut	Verantwortung	8	8	habe aber den Eindruck dass sie im Gegensatz zu einem Langzeitbetrieb weniger Verantwortung übernehmen kann. Wenn ich höre von Mitarbeiterinnen oder von ehemaligen FaGe-Lernenden oder Ausgelernten wo jetzt z.B. die HF machen höre ich dass sie im Altersheim die Tagesverantwortung haben von beispielsweise 15 Bewohnern. Und das über einen Zeitraum von 5-8 Stunden. Wo sie hier bezüglich dieser Verantwortlichkeit schon weniger haben.
IP10	HF	Akut	Verantwortung	10	10	Für die zugeteilten Patienten, wo ich am Morgen sehe wo ich überall zuständig bin, welche Patienten ich begleite und betreue und natürlich für die Umsetzung für den ganzen Pflegeprozess, von A-Z von der Informationssammlung bis zur Evaluation durchgeführt werden kann, das ist einerseits, auch die Planung ist ein grosses Thema was mein Aufgabenbereich ist, Umsetzung, Durchführung wo ich vor allem mit einer FaGe zusammen arbeite, auch die Planung für den nächsten Dienst für den nächsten Tag, genau.
IP10	HF	Akut	Verantwortung	14	14	Du und ich wir betreuen heute alle Patienten, du hast den Fokus auf diesen 4 und ich habe meinen Fokus auf den anderen aber zusammen sind wir zuständig. Und wo ich versuche die Verantwortung zum Teil auch ein wenig abzugeben oder wo wir beide auch tragen, ist sicher in der Umsetzung der Pflegeplanung, die ganze Durchführung der ATL's Unterstützung bieten, Körperpflege behilflich sein.
IP10	HF	Akut	Verantwortung	18	18	Je komplexer und interdisziplinärer es wird übernehme ich die Verantwortung und auch die Kompetenz diese Gespräche auch zu führen.