

Erfolgsfaktoren und Barrieren für interprofessionelles Lernen in medizinischen Behandlungsteams im Akutspital

MASTERARBEIT

2019

Autorin:
Monika Wyss

Betreuerin:
Prof. Dr. Katrin Fischer

Praxispartnerin:
Universitätsspital Zürich
Fachstelle Qualitätsmanagement & Patientensicherheit
Dr. Amanda van Vegten

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Erfolgsfaktoren und Barrieren für interprofessionelles Lernen (IPL) in medizinischen Behandlungsteams im Akutspital. Auf vier Abteilungen einer Universitätsklinik fanden neun problemzentrierte Interviews mit Ärztinnen und Ärzten, ein Doppelinterview mit Leitender Ärztin und Leiter Pflege sowie Diskussionen in sechs Fokusgruppen mit 24 Pflegefachpersonen statt. Die Ergebnisse wurden durch eine Dokumentenanalyse handlungsleitender Dokumente ergänzt. Sämtliche Auswertungen erfolgten mittels strukturierender Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018).

Flache Hierarchien und ein respektvoller Umgang sowie das Commitment der Führung stellen für die Befragten wichtige Voraussetzungen für IPL dar. Knappe Zeitressourcen sind der Hauptgrund, weshalb Anlässe für IPL nicht stattfinden. Ärztinnen und Ärzte schätzen das bestehende Angebot für IPL positiver ein. Pflegende erleben zum Teil Desinteresse für IPL-Angebote von ärztlicher Seite. In den analysierten handlungsleitenden Dokumenten findet IPL noch kaum Erwähnung.

Auf Grundlage der Ergebnisse werden Gestaltungsmaßnahmen für die Implementierung einer Fortbildungssequenz für IPL formuliert.

Abstract

This paper deals with success factors and barriers for interprofessional learning (IPL) in medical treatment teams in acute hospitals. In four departments of a university hospital, nine problem-centered interviews with physicians, one double interview with a leading physician and a head of nursing, and discussions in six focus groups with 24 nursing professionals took place. The results were supplemented by a document analysis of the relevant operational guidelines. All evaluations were carried out using structuring content analysis (Kuckartz, 2018).

Flat hierarchies and a respectful approach as well as the commitment of management are important prerequisites for IPL for the interviewees. The lack of time resources is the main reason why IPL events do not take place. Physicians have a more positive view of the existing IPL offering. Nurses sometimes experience a lack of interest in offers for IPL on the part of physicians. IPL is hardly mentioned in the analyzed operational guidelines.

Based on the results, design measures for the implementation of a training sequence for IPL are deducted.

Dank

Ein herzliches Dankeschön geht an Frau Prof. Katrin Fischer, meine Betreuungsperson an der FHNW, die mich sowohl in allen fachlichen Fragen jederzeit unterstützt hat wie auch den gesamten Entstehungsprozess der Arbeit mit viel Verständnis und stets motivierend begleitet hat.

Mein weiterer Dank geht an die Leiterin der Fachstelle *Qualitätsmanagement und Patientensicherheit* sowie an das gesamte Team der Fachstelle, das mich immer wieder mit vielen hilfreichen Gedankenanstößen unterstützt hat. Ein besonderer Dank geht an Frau Dr. Amanda van Vegten, meine Ansprechperson der Praxispartnerin, für die konstruktive Auseinandersetzung mit meinen zahlreichen Fragen und für alle fachlichen und persönlichen Inputs.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Fragestellung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Praxispartnerin	3
1.3	Fragestellung	4
1.4	Abgrenzung	5
2	Theoretischer Hintergrund	6
2.1	Begriffsdefinitionen	6
2.2	Stand der Forschung zu interprofessionellem Lernen im Kontext der Gesundheitsversorgung	8
2.3	Interprofessional Learning Domains nach Thistlethwaite und Moran	10
2.4	Die lernende Organisation nach Argyris und Schön	12
2.5	Sicherheitskultur	14
2.6	Abschliessende Betrachtungen zur Theorieauswahl	15
3	Datenerhebung	16
3.1	Methodenwahl	16
3.1.1	Dokumentenanalyse	16
3.1.2	Problemzentrierte Interviews	17
3.1.3	Fokusgruppen	18
3.2	Sample	19
3.2.1	Beschreibung der Abteilungen	19
3.2.2	Beschreibung des Samples	19
3.2.3	Ein- und Ausschlusskriterien	20
3.2.4	Rekrutierung	20
3.2.5	Ethikkommission	21
3.3	Untersuchungsdesign	21
3.4	Datenanalyse	22
4	Ergebnisse	24
4.1	Ergebnisse der Dokumentenanalyse	24
4.1.1	Teamarbeit	24
4.1.2	Lernen/Reflexion	26
4.1.3	Ethik/Werte	27
4.2	Ergebnisse der Leitfadeninterviews und der Fokusgruppen	28
4.2.1	Teamarbeit	28
4.2.2	Rollen und Verantwortung	34
4.2.3	Kommunikation	36
4.2.4	Lernen/Reflexion	39
4.2.5	Ethik/Werte	43

4.2.6	Einfluss von interprofessionellem Lernen auf die Patientenversorgung	44
4.2.7	Strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen	46
4.2.8	Rückmeldungen der Befragten	48
5	Interpretation und Diskussion.....	49
5.1	Teamarbeit.....	49
5.2	Rollen und Verantwortung	50
5.3	Kommunikation.....	50
5.4	Lernen/Reflexion	51
5.5	Ethik/Werte.....	53
5.6	Einfluss auf die Patientenversorgung	54
5.7	Strukturelle Bedingungen.....	54
6	Zusammenfassung der Ergebnisse	56
7	Gestaltungsmassnahmen.....	57
8	Implikationen für weitere Forschung	59
9	Limitationen	60
	Glossar	61
	Tabellenverzeichnis	63
	Abbildungsverzeichnis	64
	Literaturverzeichnis	65
	Anhang	69
	Anhang A: Kodierleitfaden	69
	Anhang B: Kodierregeln.....	70
	Anhang C: Interviewleitfaden	71
	Anhang D: Moderationsleitfaden.....	72
	Anhang E: Samples.....	73
	Anhang F: Ein-/Ausschlusskriterien	74
	Anhang G: Anfrage Teilnehmende.....	75
	Anhang H: Formale Zustimmung	76
	Anhang I: Kurzfragebogen.....	77
	Anhang J: Zuständigkeitsabklärung	78
	Anhang K: Case Summaries.....	79

1 Einleitung und Fragestellung

1.1 Ausgangslage

Ein Grossteil der medizinischen Versorgung in Spitälern wird in medizinischen Behandlungsteams erbracht. Die Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) der Patientinnen und Patienten sowie der rasante medizinisch-technische Fortschritt stellen Herausforderungen dar, die nicht mehr allein durch eine Berufsgruppe zu bewältigen sind (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015).

Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen in komplexen Versorgungssituationen gewinnt deshalb an Bedeutung, da eine einzelne Berufsgruppe nicht mehr über die ganze Expertise verfügt, um auf die komplexen Bedürfnisse zu reagieren (Ewers & Reichel, 2017). Medizinische Behandlungsteams setzen sich aus verschiedenen Professionen zusammen, um komplexe Behandlungssituationen zu analysieren und zu bewältigen und somit eine sichere und qualitativ hochstehende Versorgungsleistung zu erbringen.

Die Fokussierung der beteiligten Berufsgruppe auf ihr eigenes Interesse und die Anstrengung, nur im Rahmen des eigenen Zuständigkeitsbereichs die Prozesse zu optimieren, führten in der Vergangenheit zu Kooperationsdefiziten unter den Professionen und zu Einbussen bei der Versorgungsqualität und -sicherheit (Bechtel, Smerdka-Arhelger & Lipp, 2017, S 26).

Interprofessionalität in Bildung und Berufsausübung ist notwendig, um die zukünftige Versorgung von chronisch und mehrfacherkrankten Menschen, die Leistungen von mehreren Gesundheitsfachpersonen in Anspruch nehmen, effizient gewährleisten zu können. Zudem verschärft der Mangel an Fachpersonen die Notwendigkeit, dass Gesundheitsfachpersonen in interprofessionellen Teams effizient zusammenarbeiten (BAG, 2015).

Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass insbesondere die Teamarbeit innerhalb und zwischen einzelnen Abteilungen als für die Patientensicherheit kritisch eingeschätzt wurde (z.B. Campione & Famolaro, 2018). In der vorliegenden Arbeit wird deshalb interprofessionelles Lernen als förderlicher Bestandteil für interprofessionelle Teamarbeit exemplarisch untersucht.

Auch wenn dies wissenschaftlich noch nicht eindeutig belegt ist, darf man davon ausgehen, dass die koordinierte Zusammenarbeit in Behandlungsteams sowohl die Sicherheit als auch die Qualität des Behandlungsprozesses positiv beeinflusst und dass die Motivation und Fertigkeit zur Zusammenarbeit durch interprofessionelles Lernen gefördert werden (Hensen & Stamer, 2018). Deshalb rückt interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit mehr und mehr in den Fokus, auch der Sicherheitskulturarbeit.

Diese Art der Zusammenarbeit ist anspruchsvoll und die entsprechenden Fähigkeiten müssen durch die einzelnen Professionen erlernt und während ihrer gesamten Berufslaufbahn weiterent-

wickelt werden. Idealerweise geschieht dieses Erlernen bereits während der Ausbildung der Professionen, beispielsweise durch Module, die berufsgruppenübergreifend an den Ausbildungsstätten angeboten werden. Studierende erhalten so die Möglichkeit, sich durch geplante Aktivitäten in einer sicheren und unterstützten Lernumgebung auf die Realität der Praxis vorzubereiten. Interprofessionelles Lernen ermöglicht den Studierenden, Fähigkeiten in den Bereichen Kommunikation, Argumentation, Entscheidungsfindung, Teamarbeit und Führung zu erlernen (Centre for the Advancement of Interprofessional Education [CAIPE], 2017). Im Idealfall ist dies der erste Schritt der Einführung einer berufsbegleitenden interprofessionellen Entwicklung.

Die so erlernten Fähigkeiten zum interprofessionellen Lernen müssen aber im Arbeitskontext weiter vertieft und verbessert werden. Durch die WHO wurden wichtige Rahmenpapiere zur Orientierung für die Gestaltung entsprechender Angebote entwickelt (World Health Organization, 2010). Die darin formulierten übergeordneten Ziele orientieren sich eng an der Versorgungspraxis und umfassen Aspekte wie die Förderung der Sicherheit, die Effektivität und Effizienz der Versorgung sowie die konsequente Nutzerzentrierung (ebd.). Für die Schweiz besteht das Förderprogramm *Interprofessionalität im Gesundheitswesen* des Bundesamts für Gesundheit (BAG, 2017). Ziel dieses Programms ist die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und damit die Steigerung der Effizienz. Dabei sollen unter anderem bestehende Instrumente und Angebote dokumentiert werden, die einen Vorbildcharakter haben, um als Grundlage für die Implementation oder Weiterentwicklung von Angeboten für interprofessionelle Bildung zu dienen.

Mit der Vielschichtigkeit der interprofessionellen Entwicklung befasst sich auch das 1987 in Grossbritannien gegründete *Centre of Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)*. Das CAIPE betont die Wichtigkeit der Kontinuität der interprofessionellen Weiterentwicklung durch interprofessionelles Lernen im Arbeitskontext (CAIPE, 2017). Diese kontinuierliche Weiterentwicklung wird wie folgt definiert:

«Continuum of Interprofessional Development (CIPD):

The means by which members of two or more professions learn with from and about each other to extend and reinforce collaborative competence to improve quality and safety in practice.» (CAIPE, 2017, S. 1)

Das CAIPE teilt die Auffassung, dass alle Professionellen der medizinischen Versorgung im Rahmen der beruflichen Weiterentwicklung auch für ihre kontinuierliche interprofessionelle Entwicklung verantwortlich sind. Es wird hervorgehoben, dass effektive interprofessionelle Entwicklung für alle Beteiligten herausfordernd und komplex ist (CAIPE, 2017).

In Übersichtsarbeiten zum interprofessionellen Lernen im Arbeitskontext (Reeves et al., 2008; Reeves, Pelone, Harrison, Goldman & Zwarenstein, 2017; Olson & Bialocerkowski, 2014) haben sich beispielsweise Einstellungsänderungen gegenüber anderen Berufsgruppen gezeigt. Auch ein

Wissenszuwachs über den Beitrag interprofessioneller Zusammenarbeit auf die direkte Versorgung von Patientinnen und Patienten konnte festgestellt werden. Schliesslich können interprofessionelle Lernangebote zur Erweiterung konkreter Fertigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit beitragen.

Die vorliegende Arbeit blickt aus der Perspektive der Patientensicherheit auf das Phänomen *interprofessionelles Lernen als fördernder Faktor für gelingende Teamarbeit*. Es werden die Erwartungen und Bedürfnisse von Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen für interprofessionelles Lernen im Berufsalltag untersucht. Es wird erfragt, in welchem Kontext Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen interprofessionelles Lernen wahrnehmen und welche Angebote für interprofessionelles Lernen bereits existieren. Zudem wird erfragt, mit welchen Berufsgruppen interprofessionelles Lernen geschieht. Schliesslich sollen sich die Befragten zu möglichen Erfolgsfaktoren und organisatorischen Voraussetzungen für interprofessionelles Lernen im Arbeitskontext äussern.

Auf Basis der Erkenntnisse werden Empfehlungen für die organisationale Implementierung einer Fortbildungssequenz zur Sensibilisierung für interprofessionelles Lernen in medizinischen Behandlungsteams im Arbeitskontext Akutspital abgeleitet.

1.2 Praxispartnerin

Praxispartnerin der vorliegenden Arbeit ist die Fachstelle *Qualitätsmanagement und Patientensicherheit* des Universitätsspitals Zürich (USZ). Am USZ sind mehr als 8'200 Mitarbeitende beschäftigt, davon rund 1'500 Ärztinnen/Ärzte sowie rund 2'600 Pflegefachpersonen. Jährlich werden mehr als 42'000 stationäre Patientinnen/Patienten behandelt und über 600'000 ambulante Behandlungen durchgeführt. Die medizinische Versorgung wird in 44 Kliniken und Instituten geleistet. Mit dem geplanten Gesundheitszentrum am Flughafen Zürich wird das USZ zudem ab 2020 für Patientinnen und Patienten direkt am Flughafen ambulante medizinische Versorgungsleistungen durch interprofessionelle Expertenteams anbieten. Mit knapp 1'000 Spitalbetten gehört das USZ zu den grössten Spitälern der Schweiz.

Die Fachstelle Qualitätsmanagement und Patientensicherheit gehört organisatorisch dem Stab der Spitaldirektion an. Die neun Mitarbeiterinnen (sechs Vollzeitstellen) weisen einen breiten beruflichen Hintergrund auf, es sind sowohl akademische Berufe (Arbeits- und Organisationspsychologinnen, Pharmazeutinnen) als auch medizinische Fachberufe vertreten (Dipl. Hebamme, NDS Anästhesie- und Operationspflege). Der Schwerpunkt der Aufgaben liegt im Erheben und Entwickeln von Kennzahlen zu Behandlungsqualität und Patientensicherheit, dem zentralen Risikomanagement sowie der Sicherheitskulturarbeit. Zudem erhalten die Kliniken Unterstützung bei internen und externen Audits. Das *Critical Incident Reporting System* (CIRS) ist ebenfalls der Fachstelle angegliedert. Ausserdem gehört die Beratungsstelle für Patientinnen und Patienten zu der Fachstelle.

1.3 Fragestellung

Der positive Einfluss von gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit auf die Patientensicherheit konnte in verschiedenen Studien festgestellt werden (Reeves et al. 2008; Olson & Bialocerkowski, 2014). Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass sich interprofessionelles Lernen stärkend auf die Kontinuität der interprofessionellen Entwicklung auswirkt (Hensen & Stamer, 2018). Somit ist eine gelingende Kontinuität der interprofessionellen Entwicklung auch ein Aspekt der Stärkung der Sicherheitskultur. Auf politischer Ebene wurden durch das Bundesamt für Gesundheit mit dem nationalen *Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen* (BAG, 2017) klare Impulse in Richtung Forschung in der interprofessionellen Ausbildung und der Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Arbeitskontext (Continuum of Interprofessional Development) (CAIPE, 2017) gesetzt. Insbesondere bezüglich des Potenzials von interprofessionellen Aus- und Weiterbildung hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungsqualität und begünstigender Inhalte und Formate für die Vermittlung ist noch vieles unklar (BAG, 2017).

Vor diesem Hintergrund und der eingangs dargestellten Ausgangslage ergibt sich für die vorliegende Arbeit folgende zweiteilige Fragestellung:

Welche Erfolgsfaktoren und Barrieren für interprofessionelles Lernen existieren für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen im Arbeitskontext Akutspital?

Welche Erfolgsfaktoren und Barrieren für die organisationale Implementierung einer Fortbildungssequenz zur Sensibilisierung für interprofessionelles Lernen im Akutspital existieren aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen?

Das Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung ist in den folgenden Kapiteln erläutert.

1.4 Abgrenzung

Sowohl die Grösse als auch die Heterogenität des Betriebs des Praxispartners bieten eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Erforschung des interprofessionellen Lernens. Zur Schärfung der Fragestellung wurden deshalb in den folgenden Aspekten Abgrenzungen vorgenommen.

Berufsgruppen

Wie einleitend erwähnt, sind medizinische Behandlungsteams häufig aus zahlreichen Berufsgruppen zusammengesetzt, um den komplexen Aufgabenstellungen der Praxis adäquat begegnen zu können. Die beiden grössten Berufsgruppen sind die Ärzteschaft und das Pflegefachpersonal. Ein Einbezug sämtlicher Berufsgruppen dieser Behandlungsteams würde den Umfang einer Masterarbeit sprengen; aus diesem Grund werden in der vorliegenden Arbeit ausschliesslich Vertreterinnen und Vertreter der Professionen der Ärztinnen/Ärzte und der Pflegefachpersonen befragt.

Auszubildende/Studierende

Interprofessionelles Lernen wird idealerweise bereits in der Ausbildung der Professionellen der Gesundheitsversorgung eingeübt. Interprofessionelles Ausbilden findet durch den Praxispartner auf der sogenannten ZIPAS (Zürcher Interprofessionelle Ausbildungsstation) statt (Michael Ewers, Paradis & Herinek, 2019), wo Medizinstudierende und Auszubildende der Pflegeberufe gemeinsam die Patientenversorgung übernehmen. In der vorliegenden Masterarbeit werden ausschliesslich ausgebildete medizinische Fachpersonen befragt.

Abteilungen

Die Patientenversorgung wird durch den Praxispartner in 44 Kliniken und Instituten angeboten. Um dieser Heterogenität Rechnung zu tragen, wären Erhebungen in einer Vielzahl von Kliniken nötig. Dieses Vorgehen würde jedoch über die zeitlichen und personellen Ressourcen einer Masterarbeit hinausgehen. Die Erhebungen im Rahmen der Arbeit beschränken sich aus diesen Gründen auf drei Abteilungstypen (Bettenstation, Notfall, Intermediate Care), insgesamt sind in vier Abteilungen Erhebungen durchgeführt worden.

Das anschliessende Kapitel erläutert die Einbettung der Forschungsfrage in die theoretischen Konzepte und den aktuellen Stand der Forschung in diesem Themenkontext. Für ein einheitliches Verständnis der verwendeten Fachbegriffe werden diese definiert und wo nötig näher erklärt.

2 Theoretischer Hintergrund

Die vorliegende Arbeit stützt sich konzeptuell auf das Modell der *Interprofessional Learning Domains* nach Thistlethwaite und Moran (2010) und das Konzept zum organisationalen Lernen nach Argyris und Schön (1978). Die beiden handlungsleitenden Konzepte werden im Anschluss näher erläutert und mit aktuellen relevanten Forschungsarbeiten in Bezug zur vorliegenden Arbeit ergänzt. Die Exploration des interprofessionellen Lernens erfolgt dabei nicht aus dem Blickwinkel der Pädagogik, sondern vor dem Hintergrund der Arbeits- und Organisationspsychologie, im speziellen der Sicherheitskultur. Aus diesem Grund wird nachfolgend der Begriff der Sicherheitskultur eingeführt und für ein gemeinsames Verständnis näher definiert. Abschliessend wird die Wahl der theoretischen Konzepte für die vorliegende Arbeit kritisch reflektiert.

2.1 Begriffsdefinitionen

In ihrer Übersichtsarbeit zur Begriffsterminologie in deutschen Publikationen zur Gesundheitsversorgung im Auftrag der *Gesellschaft für Medizinische Ausbildung* stellte die Forschergruppe um Mahler fest, dass die Begrifflichkeiten *Interprofessionalität* und *Interdisziplinarität* sehr heterogen verwendet werden (Mahler, Gutmann, Karstens & Joos, 2014). Auch für englischsprachige Publikationen im Kontext der Versorgungsforschung präsentiert sich die Situation ähnlich und die Begrifflichkeiten werden wenig einheitlich eingesetzt (z.B. Chamberlain-Salaun, Mills & Usher, 2013). Mahler und Kolleginnen liefern mit ihrer Übersichtsarbeit eine Grundlage für die Verwendung einer einheitlichen Terminologie zur Kennzeichnung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen. Die vorliegende Arbeit richtet sich für ein einheitliches Begriffsverständnis nach den durch Mahler et al. (2014) vorgeschlagenen Definitionen.

Im Zusammenhang der Gesundheitsversorgung durch medizinische Behandlungsteams beziehen sich die Vorsilben *mono*, *multi* und *inter* auf die Art oder Intensität der Zusammenarbeit.

Uniprofessionell/monoprofessionell

Die Vorsilben *mono* und *uni* stehen für *allein* oder *einzel*n und zeigen an, dass es sich um eine einzige Disziplin oder Profession handelt (Riecke, 2014).

Multiprofessionell

Die Vorsilbe *multi* steht für die Beteiligung mehrerer Disziplinen oder Berufsgruppen, die jedoch nicht zwangsläufig miteinander in Kontakt stehen (Ewers & Reichel, 2017). Dementsprechend beschreibt die multiprofessionelle Zusammenarbeit die Arbeit der Berufe als nebeneinander oder weitgehend unabhängig voneinander (Mahler et al., 2014).

Interprofessionell

Die Vorsilbe *inter* drückt eine enge Zusammenarbeit sowie einen intensiven gegenseitigen Austausch der involvierten Disziplinen oder Berufsgruppen aus (Lewin, Espin & Zwarenstein, 2010).

Analog dazu beschreiben Mahler et al. (2014), dass sich die Kompetenzen der verschiedenen Berufe überschneiden.

Interdisziplinär

Interprofessionalität und Interdisziplinarität sind in der medizinischen Versorgung sehr häufig anzutreffen. Sowohl im umgangssprachlichen Gebrauch als auch im wissenschaftlichen Kontext werden die Begriffe jedoch häufig wenig trennscharf oder unpräzise eingesetzt (Mahler et al., 2014).

Der Begriff *Interdisziplinär* wird im Herkunftswörterbuch der Dudenreihe beschrieben als (Riecke, 2014): «Mehrere Disziplinen umfassend; die Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen betreffend.»

Für den medizinischen Kontext umfasst die interdisziplinäre Zusammenarbeit beispielsweise die Besprechung von Fachärztinnen/ärzten der Urologie¹, der Gynäkologie², Sexualtherapie an einer gemeinsamen Fallbesprechung (Tumor-Board).

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Kaba-Schönstein und Kälble definieren interprofessionelle Zusammenarbeit im Kontext der Gesundheitsversorgung folgendermassen (Kaba-Schönstein & Kälble, 2004):

Interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet, dass Mitglieder verschiedener Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, einem unterschiedlichen Selbstbild und Wahrnehmungsvermögen, verschiedenen Fachgebieten und Arbeitsbereichen sowie einem unterschiedlichen Status direkt zusammenarbeiten, um eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten, so dass der Patient von den spezifischen Fähigkeiten jedes einzelnen Berufs profitiert. (S. 40)

Interprofessionelle Zusammenarbeit wird ganz unterschiedlich definiert. Auch wenn letztlich immer eine wirksamere Berufsausübung das Ziel ist, die bestenfalls vom Streben aller Beteiligten geleitet wird, um die verschiedenen Berufsgruppen und deren Herangehensweisen in Einklang zu bringen (Sottas & Kissmann, 2015). Im Idealfall schliesst dies auch Patientinnen und Patienten und deren Angehörige mit ein, sodass gemeinsam und koordiniert eine Entscheidung betreffend Behandlung erreicht werden (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Sottas und Kissmann (2015) weisen darauf hin, dass Interprofessionalität innerhalb der Gesundheitsversorgung eine breite Vielfalt mit sehr unterschiedlichen Ausprägungen aufweist: Einerseits kann es sich um ein kaum koordiniertes Zusammenfinden von Angehörigen verschiedener

¹ Spezialistinnen/Spezialisten der harnableitenden Organe

² Spezialistinnen/Spezialisten der Frauenheilkunde

Berufsgruppen zur Patientenversorgung handeln, andererseits agieren Teams in eng geführten Strukturen gleich einem fein abgestimmten Uhrwerk.

Die Unschärfen betreffend Gegenstand, Setting, Ziel, Interessenlage und Verwendungszweck müssen bei den Studien zur Interprofessionalität mitbedacht werden, beeinflussen sie doch die Annahmen der Akteure interprofessioneller Praxis wesentlich mit (Sottas & Kissmann, 2015).

Interprofessionelles Lernen (Interprofessional Education)

Die vorliegende Arbeit richtet sich beim Verständnis für interprofessionelles Lernen nach der weitverbreiteten und gebräuchlichen Definition des *Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)*, das interprofessionelles Lernen wie folgt definiert (CAIPE, 1997):

«Occasions when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care.»

Es geht also um Situationen, in denen zwei oder mehrere Berufsgruppen mit-, von- und übereinander lernen, um so die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern und die Qualität der Versorgung zu steigern.

2.2 Stand der Forschung zu interprofessionellem Lernen im Kontext der Gesundheitsversorgung

Einigkeit besteht darin, dass für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit in der Berufspraxis die notwendigen Kompetenzen als Grundstein dazu bereits in der Ausbildung erlernt werden sollen (World Health Organization, 2010; Sottas et al. 2016). Hier existieren bereits zahlreiche Angebote für interprofessionelle Erfahrungen an den jeweiligen Ausbildungsstätten. Die Initiativen sind jedoch oft wenig koordiniert und nicht schwerpunktmässig in den Curricula verankert (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth & Zwarenstein, 2013). In ihrer Übersichtsarbeit konnten Olson und Bialocerowski (2014) eine beachtliche Forschungstätigkeit innerhalb der interprofessionellen Ausbildung aufzeigen.

Eine Vorreiterrolle sowohl für interprofessionelles Lernen als auch für interprofessionelle Zusammenarbeit nehmen im europäischen Raum die skandinavischen Länder ein (Hensen & Stamer, 2018; Sottas, Mentrup & Meyer, 2016). Insbesondere in Schweden existiert bereits seit den 1980er-Jahren eine 12-wöchige interprofessionelle Lernphase für Studierenden aus verschiedenen Gesundheitsprofessionen (Walkenhorst et al., 2015). Studierende lernen zu Beginn des Studiums gemeinsam Prinzipien der Gesundheitsförderung sowie gesundheits- und gesellschaftspolitischen Fragen kennen, um eine Grundlage für gemeinsames problembasiertes Lernen zu schaffen. In der abschliessenden Phase nehmen die Studierenden in interprofessionellen Teams in einem Internship teil, während dem sie für die Patientenversorgung in realer Umgebung auf einer Trainingsstation verantwortlich sind. Sottas beschreibt das schwedische Beispiel als Modell für interprofes-

sionelles Lernen, das durch die gleichwertige Behandlung von Fachkompetenz und kooperativen Fähigkeiten einen kulturellen Wandel im Selbstverständnis der Berufsgruppen anstösst und die Überwindung monoprofessioneller Abgrenzung ermöglicht (Sottas, Mentrup et al., 2016).

Auch in Deutschland existieren zahlreiche vielversprechende Initiativen und Projekte, die den Lern- und Wissenstransfer von der Ausbildungsstätte in die berufliche Praxis initiieren und unterstützen (z.B. Nock, 2016; Ewers & Reickel, 2017). Die Expertengruppe der *Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)* attestiert in ihrem Expertenbericht *Interprofessional Education for the Health Care Professions* der Schweiz ein hohes Bewusstsein für interprofessionelle Bildung (Interprofessional Education) sowie eine hohe Bereitschaft, konkrete Massnahmen einzuleiten (Walkenhorst et al., 2015).

Um die Entwicklungen im Bereich der interprofessionellen Leistungserbringung im Schweizerischen Gesundheitswesen durch Versorgungsforschung zu begleiten, entstand im Auftrag des Bundesrates das *Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020* des Bundesamtes für Gesundheit (EDI/BAG, 2017). Ziel des Förderprogrammes ist es, die Herausforderungen und Potenziale interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu untersuchen und Modelle guter Praxis Interessierten zugänglich zu machen. Damit soll ein Beitrag zur Steigerung der Effizienz und der Qualität der Gesundheitsversorgung geleistet werden (EDI/BAG, 2017), weisen doch verschiedene Untersuchungen darauf hin, dass durch die Verbesserung der Interprofessionalität die Versorgungsqualität gesteigert sowie die Arbeitszufriedenheit der Professionellen erhöht und frühzeitige Berufsabgänge vermieden werden (Sottas, Kissmann & Brügger, 2016). Dabei werden durch das BAG (2017) zwei Ansatzpunkte verfolgt: die Förderung der interprofessionellen Aus-, Fort- und Weiterbildung (Interprofessional Education) und parallel dazu die Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis (Interprofessional Collaboration). Forschungsprojekte werden entlang dieser beiden Bereiche gegliedert. Das BAG (2017) führt jedoch an, dass thematische Überschneidungen der beiden Bereiche möglich sind.

Die Forschungsschwerpunkte des BAG im Rahmen des Förderprogramms zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen umfassen einerseits die strukturellen Rahmenbedingungen und andererseits inhaltliche Aspekte wie Kompetenzen und Lernprozesse (BAG, 2017). Insbesondere zielführende Vermittlungsformen, Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anreize zur Etablierung im Arbeitskontext sind Gegenstand des aktuellen Forschungsprogramms.

Noch fehlt eine fundierte Datenlage, die positive Ergebnisse für Formate zeigt, die auf interprofessionelle Fort- und Weiterbildung für ausgebildete Gesundheitsfachpersonen abzielen (Reeves et al., 2010, 2013).

2.3 Interprofessional Learning Domains nach Thistlethwaite und Moran

Die *Interprofessional Learning Domains* (Dimensionen des interprofessionellen Lernens) wurden in Auftrag der WHO erstellt (Thistlethwaite & Moran, 2010). Aus der systematischen Literaturrecherche wurden zunächst die Oberthemen entwickelt. Die am häufigsten definierten Lernergebnisse bezogen sich in irgendeiner Form auf *Teamarbeit*. Die zweithäufigste Gruppe waren die *Rollen und Verantwortlichkeiten*. In der Gruppen *Patient* konzentrierten sich die Ergebnisse hauptsächlich auf das Konzept des *Patienten im Zentrum der Versorgung* und die Themen *Patientensicherheit* und *effektive Gesundheitsversorgung*. Beim Thema *Lernen* beziehen sich die Ergebnisse auf den Lernprozess, einschliesslich Reflexion. Zu den kleineren Gruppen gehörte erstaunlicherweise das Thema *Kommunikation*. Die Themen wurden anschliessend in sechs Hauptkategorien gebündelt: Teamarbeit, Rollen und Verantwortlichkeiten, Kommunikation, Lernen und Reflexion, Patientenversorgung, Ethik und Einstellungen. Aus den am häufigsten verwendeten Formulierungen wurden ergänzend detailliertere Unterthemen ermittelt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Interprofessional Learning Domains (Thistlethwaite & Moran, 2010)

Outcome / Theme	Sub-themes
Teamwork	Knowledge of and skills for (including recognition of importance of common goals) Knowledge of, skills for and positive attitudes to collaboration with other health professionals Assume the roles and responsibilities of team leader and team member Barriers to teamwork Improve collaboration with other health professionals in the workplace Analysis of when and why professionals become key workers Facilitate interprofessional care conferences, team meetings etc. Team dynamics and power relationships
Roles/ Responsibilities	Knowledge and understanding of the different roles, responsibilities and expertise of health professionals Knowledge and development of one's own professional role Similarities and differences relating to roles, attitudes and skills Understanding of role/professional boundaries Being able to challenge misconceptions in relations to roles Knowledge of the health system and organization of health care within it Philosophies of care
Communication	Communicate effectively with other health professional students With other professionals Negotiation and conflict resolution Express one's opinions to others involved with care Listens to others/team members Shared decision making Communication at beginning and end of shifts (handover, handoff) Awareness of difference in professionals' language

Learning/ Reflection	Identification of learning needs in relation to future development in a team Identification of common professional interests through reflection Learning through peer support Reflect critically on one's own relationship within a team Transfer interprofessional learning to clinical setting Self-questioning of personal prejudice and stereotyped views
The patient	The patient's central role in interprofessional care (patient-focused or centered care) Understanding of the service user's perspective (and family/careers) Working together and cooperatively in the best interests of the patient Patient safety issues Recognition of patient's needs Patient as partner within the team
Ethics/ Attitudes	Acknowledge views and ideas of other professionals Respect Ethical issues relating to teamwork Ability to cope with uncertainty Understand one's own and other's stereotyping Tolerate difference, misunderstandings and shortcomings in other professionals Whistle blowing

Die Autorinnen machen keine konkreten Angaben, wie die Möglichkeiten für interprofessionelles Lernen im Arbeitskontext ausgestaltet sein können. Eraut (2000) weist darauf hin, dass arbeitsplatzbezogene Möglichkeiten für interprofessionelles Lernen auch implizit sein können. Sie sind jedoch nachhaltiger, übertragbarer und allgemeiner, wenn sie explizit gemacht werden (Wagner & Reeves, 2015). Das CAIPE formuliert vier Prinzipien für interprofessionelles Lernen im Rahmen der kontinuierlichen professionellen Entwicklung (CAIPE, 2017).

- Die Vereinbarkeit und Integration von individuellen, team- und organisationsspezifischen Lernbedürfnissen und Prioritäten.
- Die Harmonisierung von mono-, multi- und interprofessionellem Lernen.
- Mobilisierung, Optimierung und Nutzung der verfügbaren Lernressourcen.
- Entwicklung von schrittweise aufeinander aufbauenden Lernangeboten im beruflichen Kontext.

In mehreren Übersichtsarbeiten (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez & Beaulieu, 2005; Olson & Bialocerkowski, 2014) wird auf die Wichtigkeit einer theoretischen Fundierung bei der Erforschung der Prozesse des interprofessionellen Lernens hingewiesen. Für die vorliegende Arbeit wurde das Modell der Lernenden Organisation nach Argyris und Schön (1978) als leitendes Theoriekonzept ausgewählt. Das Modell wird im anschließenden Kapitel näher erläutert.

2.4 Die lernende Organisation nach Argyris und Schön

Seit den 1990er-Jahren ist die Vorstellung des organisationalen Wissens und des Lernens in Organisationen zu einem allgemeingültigen Verständnis geworden. Dabei kann organisationales Lernen als das Aneignen von Erkenntnissen, Know-how, Verfahren und Praktiken durch eine Organisation sein und ist in Organisationen allgegenwärtig anzutreffen (Argyris & Schön, 2018). Wissen kann in Organisationen auf verschiedene Arten vorhanden sein, es kann beispielsweise im Kopf der einzelnen Mitarbeitenden gespeichert sein. Ist Wissen nur in dieser Form vorhanden, kann es nach dem Weggang der Mitarbeitenden für die Organisation verloren sein. Organisationen können aber auch selbst Wissen ansammeln, in Form von organisationalem Wissen. Dieses verbirgt sich in Verfahren und Abläufen, die selbst dann angewendet werden können, wenn die ausführenden Personen diese nicht in Worte fassen können. Argyris und Schön (1978) postulieren in ihrem Modell, dass solches Wissen als *Aktions- und Handlungstheorien* vorliegt. Aktions- und Handlungstheorien enthalten sowohl Aktionsstrategien als auch Werte und Annahmen zur Auswahl dieser Strategien. Sie sind gemäss den Autoren nichts Gegebenes und werden aus den Beobachtungen der Aktionsmuster konstruiert. Aktions- und Handlungstheorien von Organisationen können sowohl implizit als auch explizit sein. Sie können implizit bleiben, weil sie beispielsweise nicht beschrieben werden können oder tabu sind. Auch wenn unterschiedliche Gründe für eine Implikation vorliegen, sind die handlungsleitenden Theorien der Organisation doch eine Erklärung der Identität der Organisation im zeitlichen Verlauf. Jedes Mitglied der Organisation macht sich ein Bild der handlungsleitenden Theorie des Unternehmens, dieses ist jedoch immer unvollständig und wird durch die Mitglieder kontinuierlich abgeglichen und vervollständigt. Durch diesen dynamischen gegenseitigen Abgleich unter den Personen prägen diese auch die Organisation mit. Auf die Dynamik sowohl der Organisation als auch des organisationalen Lernens weisen auch die Forschungsarbeiten der Forschergruppe um Weick hin (Weick, Sutcliffe & Obstfeld, 1999). Um die Kontinuität in der Organisation zu gewährleisten, ist die Ergänzung durch äussere, richtungsweisende Hinweise unerlässlich. Dies geschieht gemäss Schein (z.B. 2004) in Form von Artefakten wie beispielsweise Organigrammen, Richtlinien, Datenbanken etc., die als Leitlinien für zukünftiges Handeln dienen.

Vor diesem Hintergrund beschreiben Argyris und Schön (2018), dass organisationales Lernen stattfindet, wenn Mitarbeitende in der Organisation auf *Nichtübereinstimmen* zwischen erwarteten und tatsächlichen Ergebnissen treffen. Dies führt dazu, dass die Mitarbeitenden ihre Vorstellungen der Organisation oder ihr Verständnis organisationaler Phänomene verändern und sie reagieren darauf, indem sie ihre Aktivitäten neu ordnen, womit sie die handlungsleitenden Theorien der Organisation beeinflussen. Um organisational zu werden, muss das Lernen sowohl in den Vorstellungen ihrer Mitglieder verankert, wie auch in den Artefakten im organisationalen Umfeld erkennbar werden (also in Diagrammen, Speichern und Programmen).

Argyris und Schön (1978) unterteilen organisationales Lernen in Einschleifen- und Doppelschleifen-Lernen. Unter Einschleifen-Lernen verstehen sie Lernen, das Handlungsstrategien oder Annahmen, die diesen zugrunde liegen, nur so weit verändert, dass die zugrunde liegenden Wertvorstellungen unverändert bleiben. Bei diesem Lernen verbindet eine einzige Rückmeldeschleife Ergebnisse, die nicht den Erwartungen entsprechen, mit den Handlungsstrategien der Organisation und den zugrunde liegenden Annahmen. In der Folge kommt es zu einer Änderung dieser Strategien und Annahmen, damit die Organisation im Rahmen ihrer Normen und Wertvorstellungen bestehen bleibt. Die bestehenden Normen und Wertvorstellungen der Organisation bleiben jedoch unverändert.

Doppelschleifen-Lernen meint gemäss Argyris und Schön (2018) das Lernen, das zu einer Anpassung sowohl der handlungsleitenden Theorien und Annahmen als auch der Strategien führt. Doppelschleife meint dabei zwei Rückmeldeschleifen, die die ausgemachten Auswirkungen des Handelns mit den Wertvorstellungen und Strategien verbinden. Sowohl die Strategien als auch die zugrunde liegenden Annahmen können sich als Folge eines Wertewechsels ändern. Doppelschleifen-Lernen kann durch Individuen erfolgen, durch eine Anpassung der Werte ihrer handlungsleitenden Theorien oder durch Organisationen, indem sich die handlungsleitenden Theorien der Organisation ändern. Doppelschleifen-Lernen tangiert nicht nur die objektiven Mängel, sondern auch die Gründe und Motive hinter den Tatsachen. Wenn es erfolgreich ist, resultiert es in einer Veränderung hin zu proaktivem Lernen aus Irrtümern.

Einschleifen- und Doppelschleifen-Lernen kann auf Ergebnisse sowohl in Form von Lernprodukten als auch von Lernprozessen abzielen. Bei den Lernprodukten kann es sich um Änderungen der handlungsleitenden Theorien handeln, die nur Strategien und Annahmen beeinflussen oder um Änderungen, die auch Werte beeinflussen. Da auch Organisationsprozesse Verbesserungen und Umstrukturierungen der Werte mitbestimmen, sind Prozessergebnisse ebenfalls massgebend.

Einschleifen-Lernen ist dort ausreichend, wo eine Irrtumskorrektur darin besteht, Strukturen und Annahmen innerhalb eines konstanten Leistungs- und Normenrahmens anzupassen. In jenen Fällen, in denen eine Korrektur von bestehenden Werten und Normen der Organisation angebracht ist, ist Doppelschleifen-Lernen unablässig (Argyris & Schön, 2018). Die Bedeutung des Doppelschleifen-Lernens für die Organisation hängt davon ab, ob und in welchem Mass zentrale Werte und Normen betroffen sind.

Argyris und Schön (2018) räumen ein, dass eine trennscharfe Unterscheidung zwischen Einschleifen- und Doppelschleifen-Lernen durch die Organisationsgrösse und -komplexität erschwert wird. Sie beschreiben, dass Organisationen aus zahlreichen Ebenen bestehen, von der Einzelperson über kleine Gruppen und Abteilungen bis zu den Bereichen und schliesslich zur Organisation als Ganzes. Diese Organisationsebenen sind agile Systeme mit Eigeninteressen, Wertevorstellungen

und handlungsleitenden Theorien. Aus Sicht dieser Systeme ist die Organisation die Umwelt, vor deren Hintergrund sie interagieren, handeln und lernen.

In den zahlreichen Beschreibungen organisationaler Lernprozesse in der wissenschaftlichen Literatur wird das Lernen aus Schlussfolgerungen betont, beispielsweise aus Beobachtungen vergangener Erfahrungen oder Zusammenhängen zwischen Handlungen und Ergebnissen (Argyris & Schön, 2018). Dieses Vorgehen des organisationalen Lernens wird von einigen Autoren kritisch betrachtet. So merken Leavitt und March (1988) an, dass Organisationen irrtümlicherweise Handlungsstrategien in die Zukunft projizieren, die in der Vergangenheit zielführend gewesen sind. Lernen Organisationen aus wenig wahrscheinlichen Ereignissen mit grossen Auswirkungen, dann gehen Schlussfolgerungen häufig mit Konflikten bezüglich Verantwortung und Verpflichtungen einher (ebd.). Selbst wenn es gelingt, gültige Rückschlüsse aus Erfahrungen oder Beobachtungen zu ziehen, werden diese möglicherweise doch nicht in effektives Handeln umgesetzt. Die aktuelle Organisationsforschung (z.B. Kim, 1993) zeigt auf, dass Lernergebnisse organisationalen Lernens oft bruchstückhaft oder nur situationsbedingt sind und nur selten in die Wahrnehmung der Gesamtorganisation einfließen.

2.5 Sicherheitskultur

Während der letzten Jahre ist die Wahrnehmung der Zusammenhänge zwischen den Aspekten der Sicherheitskultur in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Patientensicherheit in den Fokus der Forschung gerückt (z.B. DiCuccio, 2015; Campbell, Singer, Kitch, Iezzoni & Meyer, 2010). Wahrnehmungen und Einstellungen von Mitarbeitenden hinsichtlich der Sicherheitskultur spielen sowohl bei der Entstehung als auch bei der Vermeidung von sicherheitsrelevanten Ereignissen eine wichtige Rolle und tragen damit massgeblich zur Qualität und Sicherheit der Versorgung bei (Morello et al., 2013).

Es existieren zahlreiche Definitionen des Begriffs *Sicherheitskultur*. Für die vorliegende Arbeit wurden die drei nachstehenden Definitionen ausgewählt.

«Safety culture is defined as: those aspects of the organization culture which will impact on attitudes and behavior related to increasing or decreasing risk.» (Guldenmund, 2000)

Patankar und Sabin (2012, S. 5) beschreiben Sicherheitskultur als einen dynamisch ausgewogenen, anpassungsfähigen Zustand, der sich aus der Konfiguration von Werten, Führungsstrategien und Einstellungen ergibt, die sich gemeinsam auf die Sicherheitsleistung des Einzelnen, der Gruppe und des Unternehmens auswirken.

Morello et al. (2013) beschreiben Sicherheitskultur als Bestandteil der Organisationskultur, die gemeinsame Überzeugungen, Einstellungen, Werte, Normen und Verhaltensweisen der Mitarbeitenden eines Unternehmens einschliesst. Die vorherrschende Sicherheitskultur beeinflusst die Ein-

stellungen und Verhaltensweisen der Mitarbeitenden sowohl in Bezug auf ihre Organisation als auch auf die Patientensicherheit (ebd.).

In den Forschungsarbeiten um Danielsson in schwedischen Spitälern konnte eine schwache Sicherheitskultur als wichtiger Faktor für die Entstehung sicherheitsrelevanter Ereignisse identifiziert werden (Danielsson, Nilsen, Rutberg & Årestedt, 2017). Die kontinuierliche Entwicklung der Sicherheitskultur ist deshalb ein bedeutender Faktor zur Verbesserung der Patientensicherheit und stellt eine wesentliche Grundlage für die erfolgreiche Etablierung von Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit im Krankenhaus dar (Campiono & Famolaro, 2018).

2.6 Abschliessende Betrachtungen zur Theorieauswahl

Das Modell der *Interprofessional Learning Domains* nach Thistlethwaite & Moran (2010) enthält differenzierte Angaben zu den verschiedenen Themenfeldern, in denen interprofessionelles Lernen stattfinden kann. Die sechs Dimensionen decken eine breite Themenvielfalt innerhalb der Kooperation von medizinischen Behandlungsteams ab. Aus dem Modell geht jedoch nicht hervor, was förderliche strukturelle Bedingungen bzw. Barrieren für interprofessionelles Lernen im Kontext der Gesundheitsversorgung sind.

Zur Theorie der lernenden Organisation nach Argyris und Schön (1978) ist anzumerken, dass trotz bestätigter Theorien zum organisationalen Lernen offen bleibt, wie organisationales Lernen genau stattfindet bzw. wer am Lernprozess beteiligt ist. Vickers (1968) betrachtet organisationales Lernen als eine Form des Lernens von Individuen, die zufällig im Rahmen der gleichen Organisation tätig sind. Kim (1993) teilt zwar diese Vorstellung des organisationalen Lernens, merkt jedoch kritisch an, dass ein Modell für organisationales Lernen das Dilemma lösen muss, Lernvermögen an ein Gebilde zu vermitteln, ohne es mit menschlichen Eigenschaft auszustatten.

Interprofessionelles Lernen befindet sich im Themenkreis von Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Je nach Betrachtungs- und Herangehensweise könnte die Wahl der relevanten theoretischen Konstrukte durchaus anders gewichtet sein. Der Wahl der oben beschriebenen Konzepte und Theorien liegt eine starke Gewichtung des arbeits- und organisationspsychologischen Blick auf das Phänomen «Interprofessionelles Lernen» zugrunde.

Im nachfolgenden Kapitel sind die Methodenwahl und das methodische Vorgehen zur Bearbeitung der zugrunde liegenden Forschungsfragen beschrieben.

3 Datenerhebung

3.1 Methodenwahl

Das Design der Erhebungen war auf Exploration hin angelegt. Das Verstehen und die Deutung der Fragestellung durch die Beteiligten werden mittels qualitativer Forschungsmethoden rekonstruiert (Klemm & Liebold 2017). Im Folgenden werden die drei Methodenblöcke *Dokumentenanalyse*, *Problemzentriertes Interview* und *Fokusgruppen* näher erklärt.

In der vorliegenden Arbeit wird die strukturierende Inhaltsanalyse (nach Kuckartz, 2018; Mayring, 2015) angewandt. Bei dieser Analyseform stehen die thematischen Kategorien im Mittelpunkt, die sowohl deduktiv als auch induktiv gebildet werden können, wobei in den meisten Fällen mit Kategorien und den jeweiligen Subkategorien gearbeitet wird. Inhaltlich relevante Textteile werden entsprechenden Kategorien zugeordnet, und das gesamte Datenmaterial wird systematisch durchgearbeitet und codiert.

3.1.1 Dokumentenanalyse

Wahl der Dokumente

Die Suche nach relevanten Dokumenten für die vier Abteilungen erfolgte in Anlehnung an die *Interprofessional Learning Domains* des in Kapitel 2.3 vorgestellten Modells nach Thistlethwaite & Moran (2010). Dabei interessierte, welche leitenden konzeptionellen Vorgaben es von Seiten der Abteilungen gibt, welche die interprofessionelle Weiterbildung der Behandlungsteams beeinflussen oder regeln.

Die Dokumente waren frei auf dem Intranet des Praxispartners einsehbar.

Datenanalyse

Die Auswertung der Dokumente erfolgte anhand einer strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018). Nach dem Import der Dokumente in MAXQDA2018.2 erfolgte die theoriegeleitete deduktive Kategorienbildung in Anlehnung an die *Interprofessional Learning Domains* nach Thistlethwaite & Moran (2010). Die einzelnen Kategorien wurden in einem Kodierleitfaden festgehalten und mit Ankerbeispielen definiert (Anhang A). Für die inhaltliche Zuordnung wurden Kodierregeln aufgestellt, welche die zu kodierenden Analyseeinheiten sowie die Zuordnung von Kategorien zu mehreren Textstellen beschreiben (vgl. Anhang B). Die Kategorien, denen keine relevanten Aussagen zugeordnet werden konnten, wurden weggelassen.

Die analysierten Dokumente sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2
Ausgewählte Dokumente für die Dokumentenanalyse

Abteilung	Betriebskonzept	Geschäftsordnung	Leitbild
Abteilung A (IMC)	x		
Abteilung B (IMC)	x		
Abteilung C (Bettenstation)		x	
Abteilung D (Notfallstation)		x	x

In einem weiteren Schritt wurden mittels problemzentrierter Interviews und Fokusgruppen die Voraussetzungen für interprofessionelles Lernen aus Sicht der Ärztinnen/Ärzte und der Pflegefachpersonen erhoben.

3.1.2 Problemzentrierte Interviews

Die Befragungen der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte wurden als problemzentrierte Interviews konzipiert. Problemzentrierte Interviews enthalten sowohl narrative als auch geführte Interviewpassagen und haben zum Ziel, die subjektiven Wahrnehmungen und die Art, wie gesellschaftlichen Realität verarbeitet wird, möglichst unvoreingenommen zu erfassen (Witzel, 2000).

Die Interviews sind leitfadengestützt durchgeführt worden. Der Ablauf gliedert sich in vier Teile: Gesprächseröffnung, allgemeine Sondierungen, spezifische Sondierungen und Ad-hoc-Fragen. Die Gesprächseröffnung beinhaltet eine offene Einstiegsfrage. Danach folgen allgemeine Sondierungen, woraus anschliessend in der spezifischen Sondierung bereits dargestellte Aspekte aufgegriffen und detailliert werden (Witzel, 2000). Falls der Gesprächsverlauf ins Stocken gerät und am Ende des Interviews können Ad-hoc-Fragen gestellt werden. Diese ergeben sich aus den vorbereiteten Themen des Leitfadens und dienen der Vergleichbarkeit der Interviews (ebd.).

Den Prozess der Erkenntnisgewinnung beschreibt Witzel als induktiv-deduktives Wechselspiel (Witzel, 2000). Einerseits werden die Wahrnehmungen und Perspektive der Befragten abgeholt, andererseits initiieren die Interviewenden den Dialog durch ihr Vorwissen, das auf theoretischen Konzepten basiert (ebd.).

Interviews bieten zudem den Vorteil, dass Informationen relativ gezielt und planbar erhoben werden können, ohne dass die Abläufe der Untersuchten allzu sehr gestört werden (Liebig et al., 2017). Ausserdem ist die Zugangshürde relativ gering, weil Interviews als Forschungsmethode weithin bekannt und akzeptiert sind. Sie erlauben zudem, die Interviewpartner systematisch auszuwählen (ebd.).

Zur Exploration des Forschungsgegenstandes wurden insgesamt neun problemzentrierte Interviews mit Ärztinnen und Ärzten durchgeführt sowie ein ebenfalls problemzentriertes Doppelinterview mit der ärztlichen Leitung und der Leitung Pflege der Notfallstation.

Entwicklung des Interview-Leitfadens

Zur stärkeren Strukturierung und Standardisierung mittels Sachfragen wurden die Interviews leitfadengestützt durchgeführt (Helfferich, 2014). Der Interview-Leitfaden entstand auf Basis der *Inter-professional Learning Domains* nach Thistlethwaite & Moran (2010).

Der Interview-Leitfaden erfasst die folgenden übergeordneten Themengebiete:

- Teamarbeit (Mitglieder des Behandlungsteams)
- Kommunikation
- Interprofessionelles Lernen
- Rollen/Verantwortlichkeiten
- Patientenbezug
- Förderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen

Der eingesetzte Interviewleitfaden ist im Anhang C beigefügt.

Snijker & Meyermann (2017) empfehlen, jeden Leitfaden im Vorfeld auf Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit der Fragen zu testen. Durch eine Prüfung soll sichergestellt werden, dass mit dem Erhebungsinstrument valide Daten erhoben werden. Der in dieser Erhebung eingesetzte Interviewleitfaden wurde durch eine Expertin im Bildungsbereich und einen Experten der klinischen Forschung auf Verständlichkeit und Durchgängigkeit geprüft. Die Vorschläge des Expertengremiums wurden umgesetzt und der Leitfaden wurde entsprechend angepasst.

3.1.3 Fokusgruppen

Fokusgruppen dienen der kollektiven Orientierung in einem Themenbereich und haben zum Ziel, die Einstellungen, Haltungen und Reaktionsweisen der Teilnehmenden zum Vorschein zu bringen (Vogel, 2014).

Die gegenseitige Beeinflussung der Teilnehmenden ist in Fokusgruppen Bestandteil des Verfahrens. Da diese Beeinflussung alltäglich ist, zeichnet sich das Bilden von Fokusgruppen als ein realitätsnahes und alltagsrelevantes Verfahren der Organisationsforschung aus (Siri & Faas, 2017). Die Gespräche in den Fokusgruppen wurden durch einen Leitfaden strukturiert (Vogel, 2014). Der Leitfaden (siehe Anhang D) lehnt sich an den Interviewleitfaden der problemzentrierten Interviews an (siehe Kapitel 3.1.2). Für eine 60-minütige Diskussion empfiehlt Helfferich drei bis fünf Leitfragen vorzugeben, wobei sich die Diskussion idealerweise zunehmend thematisch verengt (Helfferich, 2014).

Der Moderation kommt eine zentrale Bedeutung zu und sie ist massgeblich für die Verlässlichkeit der Ergebnisse verantwortlich (Vogel, 2014). Als Moderationstechniken nennen die Autoren: Paraphrasieren, aktives Zuhören oder Entschleunigung, um Details sichtbar zu machen (ebd.).

3.2 Sample

3.2.1 Beschreibung der Abteilungen

Bettenstation

Auf der untersuchten Bettenstation werden sowohl medizinische als auch chirurgische Versorgungsleistungen angeboten. Neben der stationären Versorgung werden zudem Abklärungen und Behandlungen im Ambulatorium und in den Sprechstunde durch zertifizierte Fachspezialisten durchgeführt.

Intermediate Care Station (IMC)

Die interdisziplinäre Überwachungsstation (Intermediate Care Station, IMC) übernimmt Patientinnen und Patienten, die eine intensive Monitorüberwachung ohne Intensivstation benötigen. Die IMC bildet ein Bindeglied zwischen Intensivstation, Notfallstation und Bettenstation. Alle Patientinnen und Patienten weisen einen erhöhten Überwachungsbedarf und die Notwendigkeit von intermediären intensiven Massnahmen wie Dauertherapie mit intravenösen Medikamenten oder assistierter Beatmung auf (Intermediate Care, Universitätsspital Zürich, 2017). Dabei handelt es sich um Patientinnen und Patienten, deren Zustand einen oder mehrere Organausfälle befürchten lassen, deren Zustand instabil ist oder für eine Rückverlegung auf eine Bettenstation einen zu intensiven Pflegeaufwand erfordern und die deshalb ein konstantes Monitoring benötigen (Intermediate Care, Universitätsspital Zürich, 2017). Nach abgeschlossener Therapie werden die Patientinnen und Patienten entweder entlassen oder auf die Bettenstationen verlegt. Sowohl die Auswahl zur Aufnahme der Patientinnen und Patienten als auch die Entlassung erfolgt nach fest definierten Kriterien.

Notfallstation

Auf der Notfallstation betreut ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team Patientinnen und Patienten, die von Hausärzten geschickt, durch Rettungsdienste gebracht werden oder selbst in die Notfallstation kommen. Alle Eintritte werden triagiert; dabei beurteilen speziell geschulte Pflegefachpersonen den Schweregrad und die Dringlichkeit der Erkrankung oder des Unfalls. Ein interdisziplinäres Ärzteteam untersucht die Patientinnen und Patienten und leitet die notwendigen weiteren Abklärungen und Behandlungsschritte ein. Falls notwendig, werden die Patientinnen und Patienten im USZ weiterbehandelt (Institut für Notfallmedizin, Universitätsspital Zürich).

3.2.2 Beschreibung des Samples

Die Erhebungen fanden in zwei Hauptgruppen statt: auf Ebene der Ärzteschaft und unter den Teams der Pflegefachpersonen. Es wurden Behandlungsteams der Intermediate Care Station, der Notfallstation und einer Bettenstation befragt.

Auf Seiten der Ärzteschaft fanden neun Einzelinterviews mit zwei Assistenzärztinnen und sieben Oberärztinnen/-ärzten statt sowie ein Doppelinterview mit ärztlicher Leitung und Leitung Pflege. Befragt wurden total 11 Personen. Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen: sechs Personen

waren weiblich, fünf männlich. Die Anzahl der Berufsjahre variierte stark und betrug zwischen 3,5 und 25 Jahren, durchschnittlich wiesen die Befragten 12,9 Jahre Berufserfahrung auf. Vier Interviewte hatten bereits während der Ausbildung Erfahrung mit IPL gemacht. Als Berufsgruppen wurden dazu angehende Fachpersonen der Pflege und der Physiotherapie genannt.

Seitens der Pflegefachpersonen wurden Gespräche in sechs Fokusgruppen mit je vier Teilnehmenden durchgeführt. Gesamthaft wurden 24 Pflegefachpersonen befragt. Das Geschlechterverhältnis entspricht der vorherrschenden Verteilung auf den Abteilungen: zwei Personen waren männlich, 22 Personen weiblich. Die Anzahl Jahre der Berufserfahrung variierte erheblich und betrug zwischen 3 und 41 Jahren. Neun Personen machten bereits während ihrer Ausbildung Erfahrung mit IPL mit den Berufsgruppen Betriebswirtschaft, Physiotherapie, Hebammen und Ärzteschaft.

Eine detaillierte Beschreibung des Samples der jeweiligen Erhebungsmethoden und Berufsgruppen findet sich in Anhang E.

3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Interviews und die Fokusgruppen galten die folgenden Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Befragten (die vollständige Liste findet sich im Anhang F):

Einschlusskriterien:

- Teilzeit- und Vollzeit-Anstellung
- Mindestens sechs Monate auf der jetzigen Abteilung tätig
- Freiwilligkeit

Ausschlusskriterien:

- Lernende
- Praktikantinnen / Praktikanten
- Nicht-klinisch tätiges Personal

3.2.4 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Abteilungen erfolgte über das Netzwerk der *Fachstelle Qualitätsmanagement & Patientensicherheit*. Auf vier Abteilungen konnten Befragungen durchgeführt werden. Die auf den jeweiligen Abteilungen zuständigen Ärztinnen/Ärzte wurden direkt angefragt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen erfolgte gemeinsam mit den Leitungen Pflege der Abteilungen. Die Interessierten erhielten eine schriftliche Einladung (siehe Anhang G), der Leitfaden wurde allen Befragten im Vorfeld zugesandt. Die Teilnahme war freiwillig, es wurden keine Incentives abgegeben. Sämtliche Teilnehmende gaben eine schriftliche Einverständniserklärung ab und konnten soziodemographischen Angaben machen (siehe Anhang H und I).

3.2.5 Ethikkommission

Vorgängig wurde bei der kantonalen Ethikkommission die Zuständigkeitsabklärung im Rahmen des Humanforschungsgesetzes durchgeführt (siehe Anhang J).

3.3 Untersuchungsdesign

In der nachfolgenden Tabelle 3 zum Untersuchungsdesign sind die Erhebungsmethoden, die Abteilungen, auf denen Erhebungen stattfanden und die befragten Professionen dargestellt und anschliessend näher erläutert.

Tabelle 3
Untersuchungsdesign

Methode	Abteilung	Berufsgruppe / Dokumente
Dokumentenanalyse	Intermediate Care A + B Bettenstation Notfallstation	Betriebskonzept Geschäftsordnung Betriebskonzept/Leitbild
Problemzentrierte Interviews (9)	Intermediate Care A Intermediate Care B Bettenstation	Ärztinnen/Ärzte (3) Ärztinnen/Ärzte (3) Ärztinnen/Ärzte (3)
Doppelinterview (2)	Notfallstation	Ärztin / Leiter Pflege (1/1)
Fokusgruppen (24)	Intermediate Care A Intermediate Care B Bettenstation	Pflegefachpersonen (2 x 4) Pflegefachpersonen (2 x 4) Pflegefachpersonen (2 x 4)

Initial erfolgte eine Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand im Themenbereich Interprofessionelles Lernen in medizinischen Behandlungsteams der stationären Gesundheitsversorgung.

Vorgängig zu den Erhebungen unter dem medizinischen Fachpersonal wurde eine Dokumentenanalyse der handlungsleitenden Konzepte der untersuchten Abteilungen durchgeführt. Dabei interessierte, welche strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen und Vorgaben für interprofessionelles Lernen in den Behandlungsteams bereits existieren.

Es wurden zwei Berufsgruppen untersucht, die Ärzteschaft der jeweiligen Abteilungen und die Teams der Pflegefachpersonen der Behandlungsteams. Auf Seite der Pflegefachpersonen fanden Diskussionen in Fokusgruppen statt. Wobei die Teilnehmenden der jeweiligen Stationen nicht gemischt waren, sodass der Austausch in Arbeitseinheiten (Realgruppen nach Vogl, 2014) stattfand. Um den regulären Betrieb gewährleisten zu können, waren jeweils nur vier Personen pro Schicht für eine Befragung abkömmlich, sodass pro Abteilung je zwei Fokusgruppen mit je vier Teilnehmenden stattgefunden haben. Die organisatorischen Abläufe und die personelle Situation auf den

untersuchten Abteilungen verhinderten, dass mit den Ärztinnen und Ärzten ebenfalls Diskussionen in Fokusgruppen durchgeführt werden konnten. Aus diesem Grund fanden die Erhebungen seitens der Ärzteschaft als problemzentrierte Interviews statt.

Die Erhebungen innerhalb der Untersuchungsgruppen erfolgten innerhalb eines Zeitraums von acht Kalenderwochen. Nach einer ersten Sichtung des Datenmaterials stellte sich heraus, dass die untersuchten Abteilungen mit starken strukturellen Herausforderungen konfrontiert waren, die sich hinderlich auf das interprofessionelle Lernen im Arbeitskontext auswirkten. Auf der Bettenstation fanden beispielsweise nicht täglich gemeinsame Visiten mit dem Pflege- und Ärzteteam statt, eine IMC-Station wurde durch das Belegarzt-System geführt und auf der anderen IMC-Station erodierte eine hohe Fluktuation sowohl des Ärzte- als auch des Pflorgeteams interprofessionelle Lernerfolge rasch weg. Vor diesem Hintergrund waren tiefergreifende Aussagen zur eingangs gestellten Forschungsfrage nur beschränkt möglich und es wurde zusätzlich eine Station rekrutiert, die schon eine starke Ausrichtung auf Interdisziplinarität und Interprofessionalität aufweist. Dort fand zusätzlich ein Doppelinterview mit der Institutsleiterin und dem Leiter Pflege der Notfallstation statt. Das Doppelinterview war ebenfalls als problemzentriertes Interview konzipiert. Die bereits erhobenen Daten konnten so vertiefend ergänzt werden. Aus zeitlichen Gründen wurde auf dieser Station lediglich ein Doppelinterview mit der leitenden Ärztin sowie dem Leiter Pflege durchgeführt.

Der methodische Ansatz bietet die Grundlage für die Ableitung und Formulierung fundierter Massnahmenempfehlungen. Anhand der erhobenen Daten können Handlungsempfehlungen zur Stärkung des interprofessionellen Lernens medizinischer Behandlungsteams abgeleitet werden.

3.4 Datenanalyse

Sowohl die Interviews also auch die Diskussionen in den Fokusgruppen wurden als Audio-Dateien aufgezeichnet. Die Audio-Dateien wurden in das Transkriptionsprogramm F5 importiert und vollständig transkribiert. Hierbei wurde das Schweizerdeutsche ins Hochdeutsche übertragen, durch diesen Schritt wurde die Dialektsprache bereinigt, die Satzstellung angepasst sowie der Stil geglättet (Flick, 2017, S. 210).

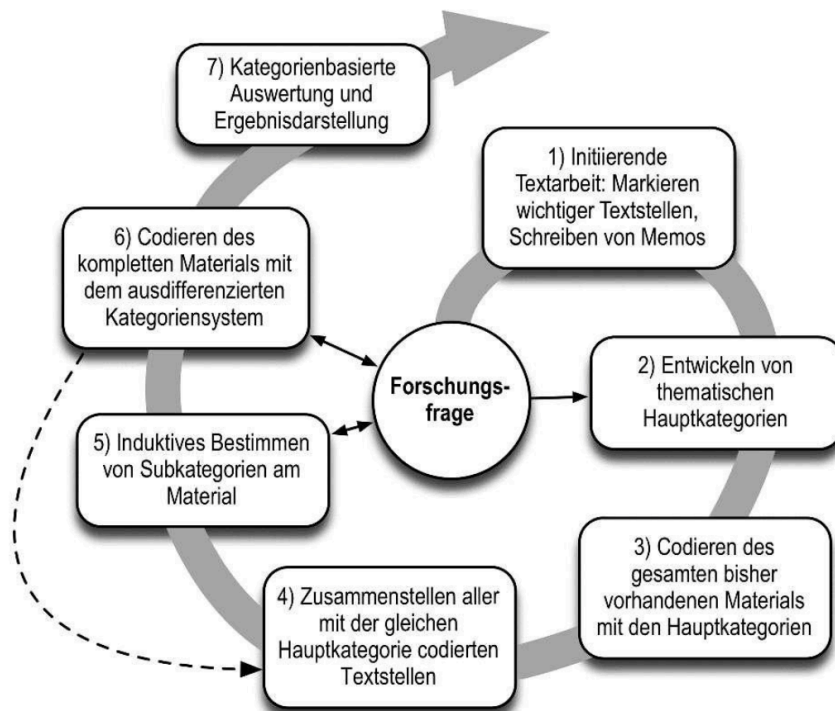


Abbildung 1. Strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018).

Das Textmaterial wurde mittels strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz, 2018), siehe dazu Abbildung 1. Die Daten wurden in MAXQDA2018.2 importiert und verwaltet. Die Kodierung erfolgte entlang des Kodierleitfadens (mit einfachen Kategorienlisten), dessen Kategorien auf Grundlage des Leitfadens deduktiv gebildet wurden (Baur & Blasius, 2014). Basis für die theoriegeleitete Entwicklung des Kodierleitfadens stellt das Modell nach Thistlethwaite und Moran (2010) dar (siehe Anhang A). Nach einer ersten Sichtung des Materials konnten induktiv neue Kategorien mit Bezug auf die Fragestellung zugefügt werden. Bezogen auf die Fragestellung wurden induktiv die Subkategorien *Themenwahl* und *Themen für interprofessionelles Lernen* und *Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren für interprofessionelles Lernen* hinzugefügt.

Die einzelnen Kategorien wurden in Summaries zusammengefasst. Die Inhalte der Summaries zu strukturellen Bedingungen wurden in Anlehnung an das Modell der *Interprofessional Learning Domains* nach Thistlethwaite und Moran (2010) weiter strukturiert. Analog der Auswertung der Dokumentenanalyse wurden diejenigen Kategorien weggelassen, die für die Beantwortung der Fragestellung keine bedeutenden Inhalte aufwiesen.

Kuckartz beschreibt die Inhaltsanalyse als komprimierende und resümierende Methode, mit der Absicht, durch Zusammenfassung eine Reduktion der Komplexität zu erreichen (Kuckartz, 2018, S. 52). In diesem Sinne wurden die Summaries entlang der *Interprofessional Learning Domains* (Thistlethwaite & Moran, 2010) strukturiert und inhaltlich nach Themenschwerpunkten geordnet und verdichtet.

Sämtliche Ergebnisse der Datenerhebungen mittels Dokumentenanalyse, Problemzentrierter Interviews sowie Fokusgruppen werden im nachfolgenden Kapitel 4 dargestellt.

4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse wie auch der problemzentrierten Interviews und der Fokusgruppen präsentiert. Die Ergebnisse werden auf Grundlage des Modells der *Interprofessional Learning Domains* nach Thistlethwaite & Moran (2010) dargestellt. Die Darstellung orientiert sich an den sechs Themengebieten *Teamarbeit, Rollen/Verantwortung, Kommunikation, Lernen/Reflexion, Ethik/Werte* und *Patientenbezug*. Im Hinblick auf die Fragestellung wurden die Kategorien *Förderliche* bzw. *hinderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen* direkt entlang der empirischen Daten gebildet (Kuckartz, 2018).

Die zugrunde liegenden Case Summaries sind in Anhang K angefügt.

4.1 Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Die Zusammenstellung der ausgewerteten Dokumente ist in Tabelle 2 (Kap. 3.1.1) einsehbar. Für die beiden Intermediate-Care-Abteilungen (IMC) existieren Betriebskonzepte. Auf der Bettenstation und der Notfallstation gibt es handlungsweisende Geschäftsordnungen. Einzig auf der Notfallstation existiert ein selbstformuliertes Leitbild. Nachfolgend werden aus den handlungsleitenden Dokumenten der Abteilungen die Textauszüge vorgestellt, welche die interprofessionelle Weiterbildung der Behandlungsteams regeln.

4.1.1 Teamarbeit

Die Textstellen aus den Dokumenten zu Annahmen über die Rollen der Führung und der Teammitglieder sind in Tabelle 4 festgehalten.

Tabelle 4

Assume the roles and responsibilities of team leader and team member

Bettenstation	Intermediate Care A	Intermediate Care B	Notfallstation
Die Leitung des Medizinbereichs ist interprofessionell zusammengestellt. (Geschäftsordnung Bettenstation)	Der ärztliche Leiter ist zuständig für die Organisation und Führung von 2-wöchigen interprofessionellen und interdisziplinären Sitzungen mit den ärztlichen Vertretern der belegenden Kliniken (Führungsgremium) und der Pflege. Er ist für die Organisation von Fort- und Weiterbildungen sowie die koordinierte Erstellung von Standard Operation Procedures (SOP) für das Behandlungsteam auf der IMC zuständig. (Betriebskonzept Intermediate Care A)	Problemfälle und Ablaufschwierigkeiten werden einmal monatlich in der interdisziplinären und interprofessionellen IMC-Sitzung besprochen, um Schwierigkeiten im Ablauf zu erkennen und ggf. zu verbessern. (Betriebskonzept Intermediate Care B)	Es finden monatlich interprofessionelle Leitungssitzungen statt. (Geschäftsordnung Notfallstation)

Auf sämtlichen vier Abteilungen finden sich Aussagen zu interprofessionellen Führungsgefässen.

Tabelle 5 weist Textstellen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Mitgliedern anderer Gesundheitsprofessionen aus.

Tabelle 5

Improve collaboration with other health professionals in the workplace

Bettenstation	Intermediate Care A	Intermediate Care B	Notfallstation
Zusammenarbeit in den Kliniken: Der Pflegedienst erbringt qualitativ hochstehende Leistungen und ist mitverantwortlich für die Erreichung der Ziele der Kliniken. (Geschäftsordnung Bettenstation)	Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist zielgerichtet und partnerschaftlich. (Betriebskonzepte Intermediate Care A+B)		Wir schaffen ein kollegiales und positives Leistungsklima, indem wir einander transparent und authentisch begegnen. Wir betrachten jede an der Notfallversorgung beteiligte Person als Teil des interdisziplinären Behandlungsteams, die in der gegebenen Ordnung zugehörig ist. (Leitbild Notfallstation)

Für sämtliche Abteilungen finden sich Aussagen in der Unterkategorie *Improve collaboration with other health professionals in the workplace*. Der Begriff *Behandlungsteam* wird in den Dokumenten nicht durchgängig verwendet. In den untersuchten Dokumenten der Bettenstation und der Intermediate-Care-Abteilungen wird der Begriff des Behandlungsteams nicht verwendet.

4.1.2 Lernen/Reflexion

Die Textaussagen zur Identifikation von Lerninhalten für zukünftige Teamentwicklungen sind in Tabelle 6 zusammengefasst.

Tabelle 6

Identification of learning needs in relation to future development in a team

Bettenstation	Intermediate Care A	Intermediate Care B	Notfallstation
Keine Aussagen		Die Visite soll für das Behandlungsteam lehrreich sein, die Visitenzeiten aber durch ausgedehntes Teaching nicht überschritten werden. Dafür wird ggf. Zeit nach der Visite verwendet. Beim Einsatz neuer Behandlungsgeräte muss vorgängig eine adäquate Einführung des Behandlungsteams stattgefunden haben. (Betriebskonzept Intermediate Care B)	Wir übernehmen Verantwortung für die Qualität unserer Arbeit und lernen aus Fehlern. Teaching betrachten wir als professionsübergreifende Querschnittsaufgabe, bei der wir individuell wie auch als Team einen gegenseitigen Lern- und Entwicklungsauftrag haben. Wir pflegen eine Debriefing-Kultur, die sowohl die fachliche Leistung wie auch die Sorge um das Wohl aller im Behandlungsteam einbezieht. (Leitbild Notfallstation)
Das «Critical Incident Reporting System» (CIRS) wird genutzt, um klinisch-relevante, vermeidbare Ereignisse und Risiken aufzuzeigen. Zudem dient es dazu, Verbesserungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen, aus ähnlichen Erfahrungen zu lernen und Schäden zu vermeiden. Pflegerische und medizinische Fort- und Weiterbildungen sind Teil des Anforderungsprofils und werden von den Vorgesetzten unterstützt. Schulungskonzepte sind vorhanden und werden von den Verantwortlichen laufend überprüft. (Betriebskonzepte Intermediate Care A+B)			

Die Geschäftsordnung der Bettenstation enthält keine Aussagen zum interprofessionellen Lernen. Beide Betriebskonzepte der Intermediate-Care-Stationen nennen das *Critical Incident Reporting System (CIRS)* als Lernsystem, jedoch ohne Erwähnung einer interprofessionellen Auswertung

oder Analyse. Aus beiden Betriebskonzepten geht nicht klar hervor, ob die Angebote für Fort- und Weiterbildungen interprofessionell angelegt sind. Im Betriebskonzept der Intermediate Care A findet die Arztvisite als Gefäß für interprofessionelles Lernen explizit Erwähnung. Im Leitbild der Notfallstation finden sich Aussagen zu Art und Umfang interprofessioneller Weiterbildung.

4.1.3 Ethik/Werte

Nachfolgend sind die Textauszüge für die beiden Unterkategorien *Acknowledge views and ideas of other professionals* (Tabelle 7) und *Respect* (Tabelle 8) aufgeführt. Für beide Unterkategorien finden sich nur im Leitbild der Notfallstation Nennungen.

Tabelle 7

Acknowledge views and ideas of other professionals

Bettenstation	Intermediate Care A	Intermediate Care B	Notfallstation
Keine Aussagen	Keine Aussagen	Keine Aussagen	Wir leben die professionssgegebenen Unterschiede und wirken integrativ, indem wir die jeweiligen Perspektiven beachten und schätzen. (Leitbild Notfallstation)

Tabelle 8

Respect

Bettenstation	Intermediate Care A	Intermediate Care B	Notfallstation
Keine Aussagen	Keine Aussagen	Keine Aussagen	Wir bringen jedem Mitglied des interdisziplinären Behandlungsteam hierarchie-unabhängigen Respekt entgegen. (Leitbild Notfallstation)

4.2 Ergebnisse der Leitfadeninterviews und der Fokusgruppen

Nachfolgend sind die Resultate der Problemzentrierten Interviews mit den Ärztinnen/Ärzten, des Doppelinterviews sowie der Fokusgruppen mit den Pflegefachpersonen wiedergegeben. Die Darstellung erfolgt getrennt nach Berufsgruppen und gliedert sich nach den *Interprofessional Learning Domains* nach Thistlethwaite und Moran (2010). Zur besseren Leserlichkeit ist *interprofessionelles Lernen* nachfolgend als *IPL* abgekürzt.

4.2.1 Teamarbeit

Mitglieder des Behandlungsteams

Eingangs wurden alle Befragten gebeten, die Mitglieder ihres jeweiligen Behandlungsteams zu nennen. In der folgenden Grafik (Abbildung 2) sind die Nennungen nach Berufsgruppen aufgeführt.

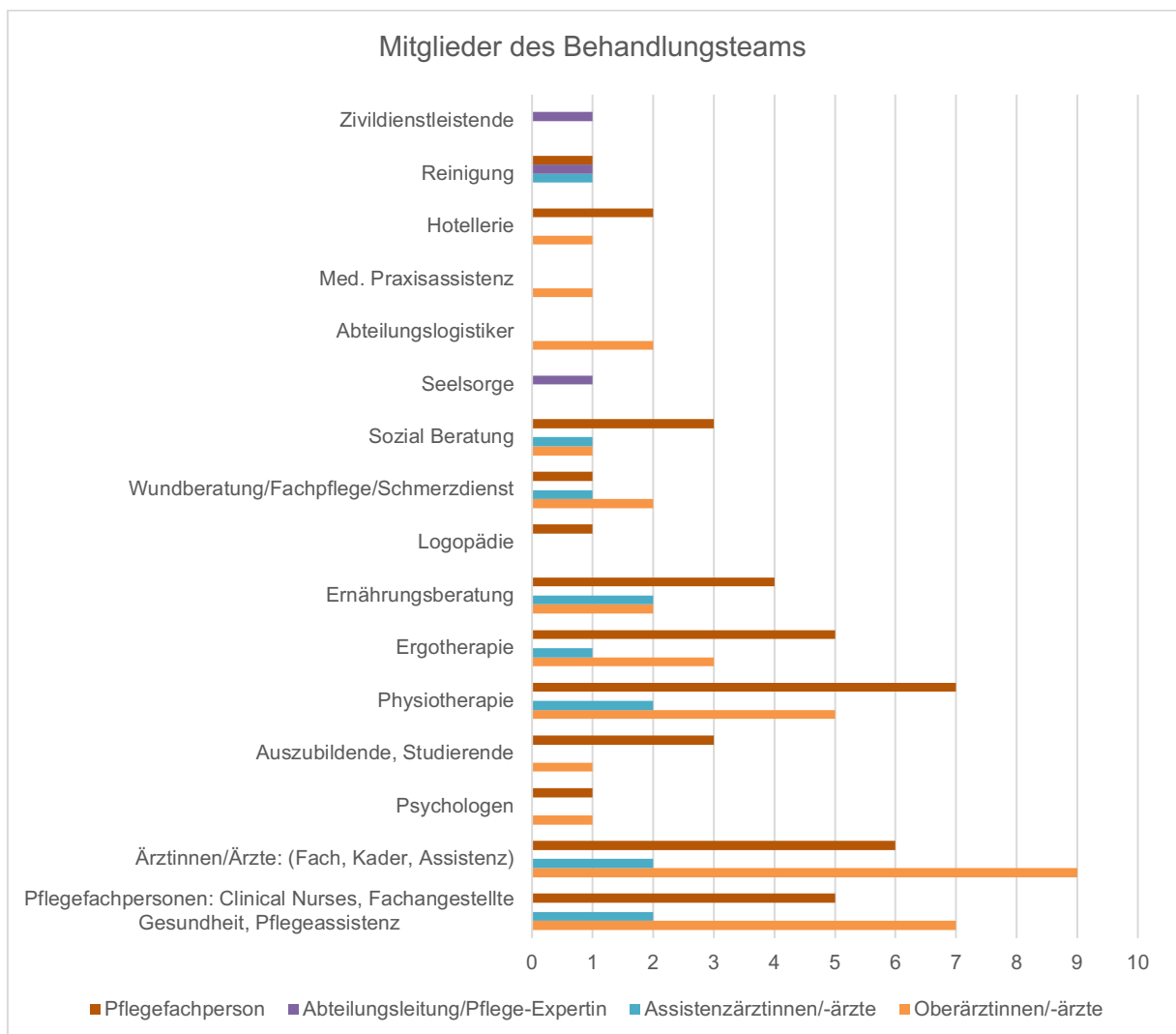


Abbildung 2. Mitglieder des Behandlungsteams

Die am häufigsten genannten Berufsgruppen sind die der Ärztinnen/Ärzte, Pflegenden und Physiotherapie mit je 14 bzw. 15 Nennungen. Die Skalierung der x-Achse stellt dabei die Häufigkeiten

der Nennungen dar. Nebst den medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen wie Ergotherapie, Ernährungsberatung und Logopädie, werden auch die Sozialberatung und die Seelsorge dem Behandlungsteam zugerechnet. Mitarbeitende der Abteilungslogistik, Hotellerie und Reinigung werden nicht durchgängig dem Behandlungsteam zugerechnet. Schliesslich werden Auszubildende und Studierende als Teil der Behandlungsteams genannt.

In Tabelle 9 sind Aussagen zu Kenntnissen, Fähigkeiten und positiven Einstellungen zur Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsprofessionen dargestellt.

Tabelle 9

Knowledge of, skills for and positive attitudes to collaboration with other health professionals

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expert/innen
<ul style="list-style-type: none"> • Beide Professionen halten das Erleben eines direkten Nutzens von IPL im Alltag, wie beispielsweise eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit, als motivierend. • Die Berufsgruppen äussern übereinstimmend, dass Eigeninitiative eine wichtige Voraussetzung für IPL ist. • Als zentral erachten beide Berufsgruppen die Bereitschaft, sowohl Wissenslücken einzugestehen und Expertise anderer einzuholen und anzunehmen, als auch die Bereitschaft, eigenes Wissen und Kenntnisse mit anderen Berufsgruppen zu teilen. <p><i>Und ich als Arzt bin auch offen und ich sag das auch gerne, wenn ich was nicht weiss, da hab ich glaub kein Problem mit oder einen Fehler zuzugeben und die Pflege weist mich darauf hin. (Interview 1/Z57)</i></p>	
<p>Pflegefachpersonen halten das Erkennen der Notwendigkeit für interprofessionelles Lernen sowie die nötige Bereitschaft und das Interesse dazu für essentiell. Wären diese Voraussetzungen erfüllt, würde gemäss den Pflegenden Energie und Eigeninitiative frei gesetzt.</p>	

Aussagen zur Rolle von Führungspersonen und Teammitgliedern sind in Tabelle 10 zusammengefasst.

Tabelle 10

Assume the roles and responsibilities of team leader and team member

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<ul style="list-style-type: none"> • Eine Verankerung der Grundsätze für IPL im Betriebskonzept, falls existierend im Leitbild, halten beide Berufsgruppen für eine essentielle Voraussetzung für IPL. • Eine Vertretung von Expertinnen/Experten für IPL auf Kaderebene sehen ebenfalls beide Berufsgruppen als wichtige Voraussetzung zur Erhaltung und Etablierung einer Kultur für IPL. <p><i>Und auch die Kadersitzungen sind interprofessionell. (Doppelinterview/Z63)</i></p> <p><i>Schlüsselpersonen für IPL sollten bis in die Leitungsspitze vernetzt sein und nicht nur mit der Basis zu tun haben. (Fokusgruppe 2/TN 3/Z23)</i></p>	

- Einig sind sich die Berufsgruppen auch über die Notwendigkeit des Commitments der Führung für das Thema, was sich in der Bereitstellung von Ressourcen für Koordination und Durchführung von IPL ausdrückt.
- Zudem sehen alle untersuchten Berufsgruppen die Führungspersonen in einer Vorbildfunktion. *Also die Leitung hat auch eine wichtige Rolle. Weil es braucht auch Zeit und man muss auch den Leuten Zeit geben. Und diese Zeitressourcen müssen von oben bereitgestellt werden. Und so auch die Wichtigkeit zeigen. (Interview 9/Z32)*
Ja, wir leben das vor. Wir leben das tagtäglich vor und das braucht es auch. (Doppelinterview/Z73)

Von ärztlicher Seite wird eine elitäre Einstellung der Führungspersonen als hindernd für IPL ausgemacht.

Aber wir [...] nehmen nie Teil an diesen interprofessionellen Boards und das geht noch anderen Disziplinen so, weil das von der Leitung nicht gewünscht ist. (...) Interprofessionell ist abgeschafft, weil wir es ja doch am besten wissen. (Interview 3/Z21)

Meinungen und Äusserungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit sind der Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11

Improve collaboration with other health professionals in the workplace

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<ul style="list-style-type: none"> • Konstanz im Behandlungsteam und gegenseitiges Kennenlernen erachten beiden Professionen als wichtige Voraussetzung für IPL, zu letzterem wünschen sie sich periodisch organisierte Anlässe. Durch gegenseitiges Kennenlernen über die Hierarchie- und Professionsgrenzen hinweg (z.B. durch gemeinsame Pausen) werden gemeinsame Erfahrungen und Erinnerungen generiert, was ein Behandlungsteam «zusammenschweisst». • Um mit den Aufgaben und Abläufen sowie den Belastungen und Beanspruchungen der anderen Berufsgruppe vertraut zu werden, besteht sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite der Wunsch nach Einblick in die andere Profession, was beispielsweise im Rahmen der Einführung neuer Mitarbeitender implementiert werden könnte. <i>Man könnte dies aus bei der Einführung aufnehmen. Dass jeder Assistenzarzt mal einen Tag mit der Pflege verbringen kann. (Fokusgruppe 3/TN 1/Z73)</i> <i>Was bedeutet überhaupt diese körperliche Arbeit? [...] Ich fänd's schon gut, wenn man da mal einen Einblick bekommen würde. Sowohl vom Organisatorischen als auch vom Inhaltlichen. Meine Idee wär grundsätzlich, dass jede Berufsgruppe, wenn sie irgendwo neu anfängt, dass sie vielleicht mal an den Einführungstagen mit dabei ist. Also mal so einen Tag mit bei der Pflege dabei ist. Das könnte man von den Kapazitäten her schon machen. (Interview 6/Z45)</i> 	<p>Pflegefachpersonen nennen eine erhöhte Aufmerksamkeit für Problemfelder der anderen Profession durch IPL und zudem das Entwickeln eines Zusammengehörigkeitsgefühls innerhalb des Behandlungsteams und beschreiben dies als:</p>
<p>Zwei Oberärzte haben im Rahmen ihres Medizinstudiums in Deutschland im Krankenhaus gearbeitet und äussern, dass sie so einen guten Einblick in den Arbeitsalltag von Pflegenden erhalten haben. Diese Erfahrungen erachten sie als nutzbringend für das Verständnis der Arbeit von Pflegefachpersonen.</p>	

Davon habe ich sehr profitiert. Auch zu checken, wie funktioniert Pflege oder selber mal einen Verband anlegen. Oder verstehen, was für Stress die haben bei den Übergaben [...] oder vor den Visiten, dass alles picobello ist. [...] Aber zu wissen, was die anderen machen, das ist sehr wertvoll und man verbessert sich ja selber dadurch. (Interview 3/Z24)

Oberärztinnen/-ärzte erleben, dass das Lernen aus Beispielsituationen zu einem professionelleren Umgang des Behandlungsteams in ähnlichen Situationen führt.

Wenn man das [...] nachbesprochen hat, [...] dann spüre ich im Alltag schon, dass das verstanden und aufgenommen wurde und dann auch Früchte zeigt. Dass das Team in zukünftigen Situationen, [...] besser damit umgehen kann. Da hat sieht man Erfolge, wenn das Team konstant bleibt. (Interview 4/Z59)

Zusammenrücken als Behandlungsteam

Alle ziehen am selben Strick

Alle sind im selben Boot

«Wir-Gefühl» über Professionsgrenzen hinweg

Pflegfachpersonen sind zudem der Meinung, dass IPL das Voneinander Lernen fördert und das eigene Handlungsrepertoire erweitert.

Gefässe für interprofessionelles Lernen

Die Befragten wurden zu bereits etablierten «Gefässen» für interprofessionelles Lernen gefragt. Die Antworten der Teilnehmenden der Diskussionen in den Fokusgruppen, der problemzentrierten Interviews und des Doppelinterviews sind in Abbildung 3 dargestellt.

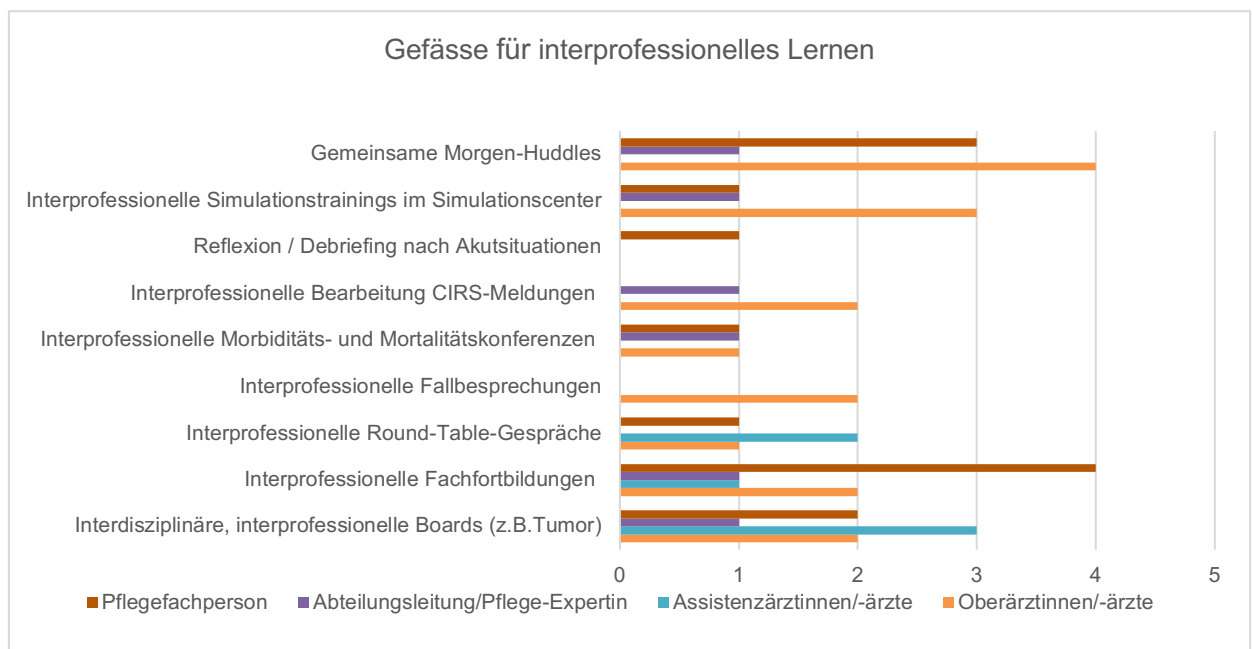


Abbildung 3. Gefässe für interprofessionelles Lernen

Interprofessionelle Fachfortbildungen werden von der Pflegefachpersonen am häufigsten genannt, auf ärztlicher Seite sind dies interprofessionelle Boards (z.B. Tumor-Board) mit je vier Nennungen. Beide Formate werden zudem von sämtlichen Hierarchiestufen und Professionen als Gefässe für

IPL genannt. Für Oberärztinnen/-ärzte stellen interprofessionelle Morgen-Huddles ein Gefäss für IPL dar. Die Skalierung der x-Achse bildet die Häufigkeit der Nennungen ab, stellt jedoch keine Wertung der einzelnen Gefässe dar.

Die nachfolgende Tabelle 12 fasst die Meinungen und Antworten zum Ermöglichen gemeinsamer Behandlungsbesprechungen und Treffen als Behandlungsteam zusammen.

Tabelle 12

Facilitate interprofessional care conferences, team meetings etc.

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Die Situation bezüglich dem Ermöglichen und bereits etablierter interprofessioneller Fort- und Weiterbildung präsentiert sich auf den untersuchten Abteilungen sehr unterschiedlich. Während auf der Notfallstation eine breite Palette an interprofessioneller Fort- und Weiterbildung etabliert ist, existieren auf der Bettenstation und der Intermediate Care interprofessionelle Angebote nur ansatzweise oder gar nicht.</p> <p><i>Wir gehen alle zwei Monate ins Simulationstraining, das interprofessionell bestückt ist. Dann haben wir M & M Konferenzen, die wir interprofessionell machen. Eigentlich auch den Morgenrapport, wo der Koordinator der Pflege immer dazukommt, dass er upgedatet ist. Wir haben die Mittwochs-Fortbildung, die auch akkreditiert sind [...], wo das Publikum auch das gesamte Behandlungsteam ist. Dann haben wir viele SOP, die interprofessionell eingehalten werden müssen, z.B. bei hochinfektiösen Patienten. (Doppelinterview/Z26)</i></p> <p><i>Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen, wo Ärzte und Pflege zusammen sind, das haben wir nicht. Das gibt es nicht. (Fokusgruppe 2/TN 1/Z66)</i></p> <p><i>Und wir laden halt auch ein zu Geräteschulungen, aber da nehmen eigentlich keine Ärzte teil. [...] Es geht dabei um das Handling und entweder wissen die das schon oder sie lernen es dann am Bett durch uns. (Fokusgruppe 1/TN 2/Z13)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beide Berufsgruppen stellen fest, dass es spitalintern nur wenig Angebote für interprofessionelle Fortbildungen gibt. Fortbildungen finden zudem nur sporadisch statt und die Information und Einladung anderer Berufsgruppen ist nicht zuverlässig. • Eine hohe Fluktuation sowohl der Ärzteschaft als auch unter den Pflegenden in den Behandlungsteams verhindern Kontinuität im Lernen. • Koordination und Organisation von Anlässen für IPL wird von beiden Berufsgruppen als aufwändig angesehen. Die Koordination gestaltet sich wegen der unterschiedlichen Arbeitszeiten und Abläufen der beiden Berufsgruppen schwierig. • Beide Berufsgruppen halten die Ressourcenfrage, namentlich die Zeitressourcen, für das Haupt-«Killerargument», weshalb gemeinsame Anlässe für IPL nicht stattfinden. • Aber ich glaube, da ist immer auch der Zeitfaktor, der bei ganz vielem einem da im Nacken sitzt oder auch ein Killerargument ist. Das ist leider oft so. (Interview 7/Z59)
<p>Der interprofessionelle Austausch mit den Pflegenden wird von den Oberärztinnen/-ärzten als gut wahrgenommen.</p> <p><i>Das ist proaktiv aufgegleist. Und es gibt dann auch alle zwei Wochen eine Sitzung, wo dann die Pflegeleitung und die Leiter der jeweiligen Klinik dabei sind [...] und auch über solche Dinge sich austauschen. (Interview 1/Z45)</i></p>	<p>Die Pflegefachpersonen erleben es als herausfordernd, gemeinsame Anlässe für IPL mit der Ärzteschaft zu organisieren, teils aus mangelndem Interesse.</p> <p><i>Das ist auch die grösste Herausforderung im Alltag, wie man die Ärzte mit ins Boot holen kann. Dass man auch die Benefits davon aufzeigen kann. (Fokusgruppe 5/TN 1/Z65)</i></p>

Also von pflegerischer Seite sehe ich viel Anstrengung und Initiative, um das zu fördern. Das Interesse von pflegerischer Seite ist einfach grösser. (Fokusgruppe 6/TN 2/Z46).

Pflegefachpersonen bemängeln, dass im Belegarzt-Prinzip ärztlicherseits eine Ansprechperson mit Überblick fehlt.

Sind Positionen von Schlüsselpersonen für IPL (z.B. Pflege-Expertinnen/Experten) nicht besetzt, wird IPL wenig gefördert und das «daily business» steht im Vordergrund.

Es ist etwas ins Stocken geraten, weil wir gerade keine Pflege-Expertin haben, die sich darum kümmert. (Fokusgruppe 2/TN 1/Z59)

Die Aussagen zu Teamdynamiken und Machtverhältnissen sind in Tabelle 13 zusammengefasst.

Tabelle 13

Team dynamics and power relationships

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Ärztinnen/Ärzte konstatieren, dass IPL von ihrer Profession auch als «Machtverlust» erlebt werden könnte. Daraus folgern sie, dass Veränderungen nicht immer gewünscht seien und zudem mit der Befürchtung einhergehen, dass IPL mit Zusatzverpflichtungen und aufwändigeren Aushandlungs- und Entscheidungsprozessen verbunden sei.</p> <p><i>Und ich glaub auch nicht, dass es von ärztlicher Seite gross gewünscht ist, so ein bisschen abzugeben an, nennen wir es, Macht. [...] Aushandlungsprozesse können natürlich länger werden. [...] Aber wir sind noch nicht ganz so weit, dass die Ärzte auch etwas abgeben wollen und anerkennen, dass nicht nur die im weissen Kittel etwas zählen. (Interview 3/Z40)</i></p>	<p>Pflegende erleben zum Teil eine geringe Identifikation der Ärzteschaft mit dem Behandlungsteam und bedauern dies.</p> <p><i>Das ist schwierig, wenn man das auf das interprofessionelle Lernen bezieht, [...] dann würde ich mir wünschen, dass die Ärzte sich auch mit unserem Team identifizieren können. Das finde ich hier schon schade. (Fokusgruppe 1/TN 1/Z37)</i></p>

4.2.2 Rollen und Verantwortung

Das gegenseitige Rollenverständnis der Berufsgruppen wurde durch zwei Frageblöcke abgefragt. Es wurde erhoben, was die Professionen voneinander wissen *wollen* (Tabelle 14) und was die andere Berufsgruppe über die eigene Profession wissen *sollte* (Tabelle 15). Im Modell der *Inter-professional Learning Domains* nach Thistlethwite und Moran (2010) entspricht dies den beiden Kategorien:

- Knowledge and understanding of the different roles, responsibilities and expertise of health professionals
- Similarities and differences relating to roles, attitudes and skills

Tabelle 14

Was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen wollen und was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen wollen

Was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen wollen	Was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen wollen
Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Die Antworten der Ärztinnen/Ärzte, können in vier Themenblöcke gegliedert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Interesse am Arbeitsfeld oder an konkreten Tätigkeiten</i> (z.B. Wundbehandlung oder Geräteeinstellungen). Hierunter fallen die Antworten der Assistenzärztinnen. • Wunsch nach gegenseitigem persönlichem Kennenlernen. • <i>Arbeitsfeld sehr gut bekannt</i> durch Zivildienst im Spitalbetrieb in Deutschland. • Kein Interesse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonen schätzen die Dienstzeiten der Ärzteschaft als sehr arbeitsintensiv und lang ein. Über den genauen Arbeitsinhalt wünschen sich die Pflegenden mehr zu wissen, um auch zu sehen, wo die Belastungen der Ärztinnen/Ärzte liegen. • Es besteht zudem Interesse an den Erwartungen der Ärzteschaft an die Pflegenden. • Mit dem Arbeitsfeld der Assistenzärztinnen/-ärzte sind Pflegenden besser vertraut als mit dem von Kaderärzten. <i>Es würd mich wirklich interessieren, was die den ganzen Tag machen, was ihr Arbeitsfeld ist. Ich würd denen auch gerne mal einen Tag hinterher laufen um zu sehen, wo die Stress haben oder wo ihr Hauptarbeitsfeld ist. Das würd mich interessieren. (Fokusgruppe 4/ TN3/Z 87)</i> • Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung und Erfahrung in Intensivpflege sind vertraut mit dem Arbeitsfeld der Ärzteschaft und haben entsprechend keinen Bedarf an zusätzlicher Information. • Zudem äussern Pflegefachpersonen Interesse am medizinischen Fachwissen.

Tabelle 15

Was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen sollen und was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen sollen

Was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen sollen	Was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen sollen
<p>Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte</p>	<p>Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen</p>
<p>Die Ärztinnen/Ärzte wünschen sich, dass seitens der Pflegenden Interesse an ihrem Berufsfeld vorhanden ist. Sie gehen zudem davon aus, dass durch Einblicke in Arbeitsalltag und Aufgaben, Pflegenden mehr Verständnis hätten und beispielsweise Unterbrechungen reduziert würden.</p> <p><i>Umgekehrt hat die Pflege nicht so den Überblick über meinen Alltag. [...] Als Kaderarzt ist natürlich diese Einheit IMC nur ein Teil [...] Das Pflegeteam sieht natürlich oft nur ihre Einheit und ihr akutes Problem. Ich würde mir manchmal den Weitblick mehr wünschen. Aber ich weiss nicht, ob ich da zu viel fordere von der Pflege. Denn wenn man es nicht sehen kann, weil man dort nicht eingesetzt ist, dann fehlt einem dieser Blick [...] Ich würd mir wünschen, die Pflege hätte mehr Verständnis für meine Aufgaben und auch für die Aspekte, die ich erfüllen muss. (Interview 4/Z77)</i></p> <p>Andere Oberärztinnen/-ärzte vertreten die Ansicht, dass ihr Tätigkeitsfeld für die Pflegenden weitestgehend bekannt ist.</p> <p><i>Das ist jetzt schwierig zu beantworten. Weil die sehn das Arbeitsfeld [...]. Die sehn ja glaub ich, was ich mache. [...] Da sehn sie ja auch, wie wir denken und was unser Job so im Alltag ist. Es fällt mir jetzt nicht ein, wo man noch sagen müsste, die Pflege sollte noch mehr wissen, was ich so am Tag mache. Ich glaube, wenn man da so längere Zeit ist, dann wissen die schon, was so läuft. (Interview 1/Z61)</i></p>	<p>Pflegefachpersonen wünschen sich von der Ärzteschaft mehr Kenntnis über ihr Arbeitsfeld und dass sie Basisfunktionen in der Patientenversorgung selbstständig ausführen können (z.B. Geräteeinstellungen).</p> <p><i>Also ich finde schon, dass die Ärzte wissen sollten, wie man so banale Sachen wie z.B. einen Perfusor oder Infusomaten einspannen oder wo man «Start» und «Stopp» drückt oder wo man einen Monitor aus- und einstellt. Einfach dass sie's auch können, wenn sie am Bett stehen und es blinkt etwas, weil die Vitalparameter nicht im Normbereich sind, dass sie in der Lage sind, einen Alarm zu quittieren und weiterleiten und nicht einfach daneben stehen und den Alarm zu ignorieren. Das sind einfache Dinge, in denen sie auch angelernt sein sollten. Denn die meisten neuen Assistenzärzte kennen es nicht einmal und hier fänd ich es cool, wenn sie uns auch fragen würden, wie etwas funktioniert. [...] Weil da wäre ihnen und auch uns geholfen. [...] So einfache Sachen könnte man ihnen schon zeigen, wie's funktioniert. (Fokusgruppe 4/TN 4/Z71)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausserdem wollen Pflegefachpersonen nicht für Sekretariatsarbeiten und Einführungen neuer Assistenzärztinnen/-ärzte von der Ärzteschaft eingesetzt werden. • Schliesslich wünschen sie sich von der Ärzteschaft mehr Wertschätzung für ihre Arbeit und mehr Offenheit, auf Fragen einzugehen.

4.2.3 Kommunikation

Die Antworten der Befragten zu den fünf Themenblöcken effiziente Kommunikation mit anderen Gesundheitsprofessionen, Meinungsäußerungen gegenüber anderen an der Behandlung Beteiligten, gemeinsame Entscheidungsfindung, Kommunikation zu Schichtbeginn und -ende sowie Bewusstsein für Unterschiede in der Fachsprache der Professionellen sind in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt.

Die Aussagen zu wirkungsvoller Kommunikation mit anderen Berufsgruppen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16

Communicate effectively with other professionals

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<ul style="list-style-type: none">• Beide Professionen erleben, dass durch die Anwesenheit beider Berufsgruppen die Kommunikation direkter und der Informationsverlust geringer ist, was wiederum eine positive Auswirkung auf die Informationsvermittlung hat.• Die Befragten sehen in der direkten Kommunikation zudem eine Zeitersparnis. Idealerweise führt ein Abgleichen der Informationen zu einer gemeinsamen Ausrichtung der Behandlung und der Behandlungsziele. <p><i>Ich kann mich nur anschliessen, weil es Zeit spart [...] weil ein Zeitpunkt festgelegt ist und jeder weiss Bescheid. Und man nimmt gleich den Laptop mit und passt die Verordnungen an. Es sind alle auf dem gleichen Wissensstand. (Fokusgruppe 5/TN 1/Z46)</i></p> <p><i>Das beschleunigt auch vieles, weil man nicht immer mit allen telefonieren muss, die dann auch wieder untereinander telefonieren müssen. Das ist eigentlich eine sehr gute Sache. Und die Pflege ist ja auch dabei und so sind alle Involvierten mal wieder auf dem gleichen Niveau. Das ist schon gut. (Interview 7/Z25)</i></p>	

Ärztinnen/Ärzte sehen, dass durch IPL Begegnungen auf Augenhöhe gefördert werden und alle gleichberechtigt mitreden können (z.B. bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung).

Jedes Fach [...] kann man sich einbringen. [...] Und dadurch gibt es auch irgendwie einen Energietausch (Lachen). [...] und ich sehe, dass jeder anerkannt ist. Auch die Pflege, die legen dann ihren Standpunkt dar und äussern ihre eigene Meinung. [...] Das finde ich schon spannend. Ich glaube, es ist die Wahrnehmung und Anerkennung und die Face-to-Face-Kommunikation und das ist angenehm. (Interview 8/Z55)

Ergebnisse zu Meinungsäußerungen gegenüber anderen an der Behandlung Beteiligten sind in Tabelle 17 zusammengefasst.

Tabelle 17

Express one's opinions to others involved with care

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Beide Berufsgruppen sehen im Begründen der Behandlungsentscheidungen nicht nur ein Mittel zur Herstellung von Transparenz, sondern auch eine Mittel, um Missverständnisse zu vermeiden.</p> <p><i>Ich merk, dass man durch dieses Begründen auf beiden Seiten, dass dies vieles erleichtert. Da schafft man gar kein Konfliktpotenzial, wenn man von Anfang an klärt, was man für einen Plan dahinter hat und die Gedanken transparent macht. (Interview 7/Z54)</i></p>	
	<p>Pflegefachpersonen äussern sich an interprofessionell geführten Boards nur selten.</p> <p><i>Eines ist das Tumor-Board, wo wir hingehen können. Dort werden Patienten [...] vorgestellt und [...] von interdisziplinären Fachspezialisten besprochen [...]. Es sind auch Breast- und Cancer-Nurses dabei oder Pflegenden von den Abteilungen, wer grad Zeit hat. Man dürfte auch etwas sagen, aber es ist schon so, dass eigentlich die Ärzte diskutieren. Ich habe noch nie gross eine Wortmeldung der Pflege erlebt und hab selber auch noch nie etwas gesagt. (Fokusgruppe 6/TN 2/Z12)</i></p>

Aussagen zu gemeinsamer Entscheidungsfindung als Form von IPL sind in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18

Shared decision making

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte konstatieren, dass durch interprofessionelles Analysieren gute Entscheidungen getroffen werden. • Gemeinsame Entscheidungsfindung wird als zeitaufwändig, aber essentiell für eine gute Arbeitszufriedenheit im Team angesehen. <i>Die gemeinsamen Aushandlungsprozesse nehmen schon Zeit in Anspruch, aber die sind essentiell. Die sind für mich genauso wichtig, wie das Tagesgeschäft am Patienten, weil je mehr Zufriedenheit im Team besteht zw. Pflege- und Ärzteteam, umso besser klappt der Alltag. (Interview 4/Z72)</i> • Oberärztinnen/-ärzte wünschen sich, dass Pflegenden Verantwortung übernehmen beim Fällen von gemeinsamen Behandlungsentscheidungen und die Umsetzung der Entscheidungen auch konsequent mittragen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonen sehen gemeinsames Arbeiten am Patientenbett und gemeinsame Entscheidungsfindung als Voraussetzung für IPL. • Der Einbezug der Pflegenden in die Entscheidungsfindung variiert stark zwischen den vier Abteilungen: Von respektvollem Miteinander und aktivem Einbeziehen bis hin zu keine Möglichkeit haben, Fragen zu stellen. <i>Ich finde die Zusammenarbeit sehr angenehm, man wird als Pflege angehört und bei Problemen in der Lösungsfindung eingebunden. (Fokusgruppe 4/TN 2/Z37)</i> <i>Da schliesse ich mich ganz an. Es ist ein respektvolles Miteinander, man wird angehört auch als Pflegefachfrau, wird auch mit einbezogen auch in die Entscheidungsfindung, wo dann jeder so seines dazu geben</i>

Oder, dass dann der Oberarzt den Entscheid fällen sollte, dass dann aber trotzdem alle immer gejamert haben und den Entscheid nicht mitgetragen haben, das hat mir ein bisschen gefehlt. Dass also lieber gejammert, als konstruktiv etwas beigetragen wurde. [...] man entscheidet im Konsens und trägt das dann mit und gibt Rückendeckung und trägt den Entscheid ideell mit. Dass man nicht, wenn's gut läuft, sich mit auf die Schulter klopf und wenn's schlecht läuft, gesagt wird, ja es waren ja die andern. (Interview 5/Z60).

kann, was er gut kann. (Fokusgruppe 4/TN 3/Z38)

Und sind nur ganz kurz da und da hast du keine Möglichkeiten, Fragen zu stellen. (Fokusgruppe 2/TN 4/Z39)

Aussagen zur Kommunikation zu Schichtbeginn und -ende sind der Tabelle 19 zu entnehmen.

Tabelle 19
Communication at beginning and end of shifts

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Von beiden Berufsgruppen wird vorgeschlagen, bestehende Gefässe wie z.B. Morgen-Huddle-Boards interprofessionell zu führen.</p> <p><i>Wir müssen zusammen am Morgen eine Sitzung haben und gemeinsam die Probleme der Nacht besprechen. Bis jetzt spricht nur die Pflege mit der Pflege und der Arzt spricht mit dem Arzt. [...] Ich stehe dann dazwischen und spreche mit beiden [...] und wir haben nur geredet und praktisch passiert nichts und es bleibt gleich. [...] Das Team spricht direkt miteinander, und nicht über eine «intermédiaire» [Vermittlerin], denn ich bin nur eine «intermédiaire» [Vermittlerin]. [...] Ich glaube, wenn die Leute direkt und persönlich miteinander sprechen würden, wäre das besser. (Interview 2/Z62)</i></p>	

Tabelle 20 enthält die Aussagen zum Bewusstsein bezüglich der Unterschiede in der Fachsprache der verschiedenen Berufsgruppen.

Tabelle 20
Awareness of difference in professionals' language

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Oberärztinnen/-ärzte weisen auf die Wichtigkeit der Verwendung und Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache hin.</p> <p><i>Ich denke, die Pflege hat durch die neuen Karrieremodelle auch einen anderen Stand erhalten. Trotzdem ist es manchmal so, dass man noch ein Stück Empowerment betreiben sollte, z.B. in ihrem Auftreten. Also wenn sie z.B. mit etwas nicht zufrieden sind, dann muss man zum Aushandeln ja wie dieselbe Sprache reden und ich glaube da sind kulturell bedingt noch etwas andere Sprachen.</i></p>	<p>Pflegefachpersonen machen keine konkreten Aussagen zur Wahrnehmung unterschiedlicher Fachsprachen. Sie äussern jedoch mehrfach, dass die beiden Professionen von «unterschiedlichen Dingen reden». Eine Abteilungsleiterin formuliert es folgendermassen:</p> <p><i>Ich hatte einige Male Austausch mit Ober- und Leitenden Ärzten. Langsam sehen sie vielleicht die Wichtigkeit, aber manchmal habe ich den Eindruck, dass wir von ganz anderen Dingen reden. (Fokusgruppe 5/TN1).</i></p>

Klar kann man fragen, welches die richtige Sprache ist. [...] Also man muss versuchen, Zahlen und Argumente gebündelt rüber zu bringen, sonst wird man nicht gleich ernst genommen. Also eine Fachsprache entwickeln und das vertreten, was man weiss und dafür auch einstehen. Weil das ist ganz viel und es ist auf einer anderen Ebene, aber man ist wie ein Anwalt auf dem Gebiet, auf dem man «Chef» ist. (Interview 9/Z57)

4.2.4 Lernen/Reflexion

Zusätzlich zu den soziodemographischen Angaben wurde erhoben, wie zufrieden die Befragten mit dem Angebot zu interprofessionellem Lernen auf ihrer Abteilung waren. Alle Befragten konnten auf einer sechsstufigen Skala (1 = sehr unzufrieden, 6 = sehr zufrieden) eine Einschätzung zu ihrer Zufriedenheit mit dem bestehenden Angebot für IPL abgeben.

Der Mittelwert der Zufriedenheit der Befragten der Ärzteschaft mit dem Angebot für IPL auf ihrer Abteilung lag bei 4,9. Bei den Pflegefachpersonen lag der Mittelwert mit 3,4 deutlich tiefer.

In der nachfolgenden Abbildung 4 sind die Personengruppen aufgeführt, die von den Befragten als *Schlüsselpersonen für IPL* identifiziert worden sind.

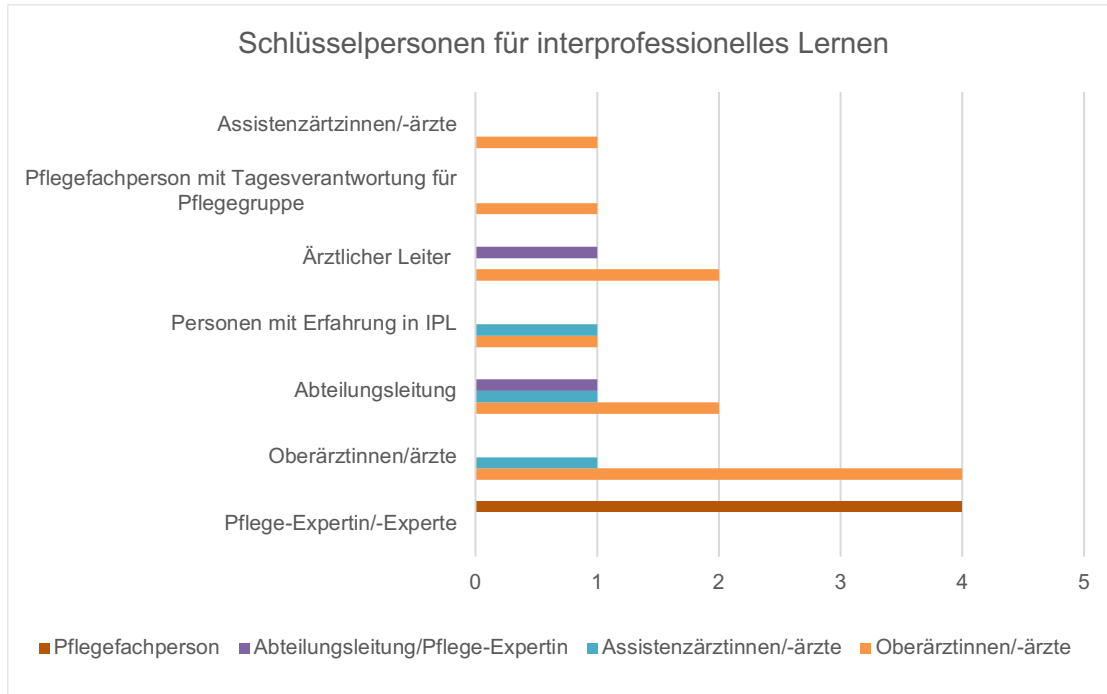


Abbildung 4. Schlüsselpersonen für interprofessionelles Lernen

Während Oberärztinnen/-ärzte vor allem sich selber als Schlüsselpersonen ausmachen (vier Nennungen), sehen Assistenzärztinnen/-ärzte zudem Personen mit Erfahrung in IPL und Abteilungsleitende als Schlüsselpersonen an (je eine Nennung). Abteilungsleitende machen nebst der

eigenen Personen auch ärztliche Leiterinnen/Leiter als Schlüsselpersonen aus (je eine Nennung). Pflegefachpersonen schätzen ausschliesslich Pflege-Expertinnen/-Experten als Schlüsselpersonen ein (vier Nennungen). Die Skalierung der x-Achse zeigt die Anzahl Nennungen der Berufsgruppen.

In Tabelle 21 sind die Nennungen zur Identifikation von Lernbedürfnissen für IPL für die zukünftige Entwicklung des Behandlungsteams dargestellt.

Tabelle 21

Identification of learning needs in relation to future development in a team

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
---	--

Die Berufsgruppen sind sich einig, dass das Verständnis, dass IPL ein kontinuierlicher Lernprozess während der Berufslaufbahn bedeutet, eine wichtige Grundvoraussetzung für IPL darstellt.

Es ist etwas, das nie abgeschlossen ist. Es ist etwas sehr individuelles, je nach Erfahrungswerten. (Fokusgruppe 3/TN5)

- Sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite sind Fachthemen die häufigste Nennung, dies umfasst beispielsweise Spezialbehandlungen (z.B. Wundpflege) oder EKG-Kurse.
- Schliesslich dient der Leistungskatalog der Kliniken und Institute ebenfalls als Themenspeicher.
- Hintergrund und Auslöser für die Themenwahl stellen häufig Wissensdefizite oder vermehrt auftretende Komplikationen dar. Auch Probleme durch strukturelle und organisatorische Voraussetzungen (z.B. Raumnot oder Ablauf der Visiten) fungieren als «Themengeber».

Meist dann wenn etwas schief läuft. Das wird dann gesammelt und angeschaut. (Fokusgruppe 2 /TN 2/Z50)

Eigentlich ein Lernen aus Fehlern. (Fokusgruppe 2/TN 4/Z51)

Ja, also die generellen Themen entwickeln sich aus unserer Platznot. (Doppelinterview/Z33)

Die Aussagen der Befragten zur Identifikation von gemeinsamen Interessen der Professionen sind der Tabelle 22 zu entnehmen.

Tabelle 22

Identification of common professional interests through reflection

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
---	--

- Die Auswahl der Themen erfolgt durch die Pflege-Expertinnen/-Experten, die Abteilungsleitenden, Oberärztinnen/-ärzten, durch (interprofessionelle) Fach- und Arbeitsgruppen oder durch Themenvorschläge aus dem Pflorgeteam.
- Es werden aber auch Themen aus dem anonymen Meldesystem für kritische Ereignisse (Critical-Incident-Reporting-System) generiert.
- Eine weitere Quelle stellt die aktive Mitarbeit des Leitungsteams in der direkten Patientenversorgung dar.

Wir als Leitungsteam arbeiten auch aktiv mit und sehen dann auch dort Themen oder Phänomene, die wir aufgreifen. (Doppelinterview/Z36)

Von beiden Berufsgruppen wird vorgeschlagen, die täglichen Visiten als Gefäss für IPL zu nutzen sowie bestehende Gefässe wie z.B. Fallbesprechungen interprofessionell zu führen. Zu den bestehenden Formaten wünschen sich beide Berufsgruppen ergänzend interprofessionelle Fort- und Weiterbildungsangebote (z.B. EKG-Kurse oder Geräte-Schulungen).

Ich mache eine EKG-Fortbildung mit den Assistenzärzten und ich wäre froh, wenn auch die Pflegenden kommen würden. Weil wir zusammen arbeiten und wenn ich ein gutes Pfllegeteam habe, verbessern sich auch die Assistenzärzte und ich verbessere mich auch. (Interview 2/58)

- Ärztinnen/Ärzte erachten bei der Ausgestaltung von Angeboten für IPL eine prospektive Wahl von Fortbildungsthemen als wichtig an.
- Als konkrete Möglichkeit wird zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Ausbildung auf den Abteilungen genannt, beispielsweise interprofessionelle Examinatorinnen/Examinatoren für Nachdiplomstudiengänge.

In den Nachdiplomstudiengängen (NDS) machen wir eine Prüfung im Simulationsraum mit anschliessender Besprechung. [...] Dort prüft unsere Institutsdirektorin auch alle Studierenden, zusammen mit der Lehrperson. Und so wird es schon auch für die Neuen, die frisch auf einen Notfall-Station kommen, völlig normal, dass es nicht durch die Pflege- oder Ärzteschaft alleine gemacht wird, sondern es ist so eine Kultur. (Doppelinterview/Z51)

Pflegefachpersonen erleben zum Teil grosses Desinteresse von ärztlicher Seite an Angeboten für IPL (z.B. interprofessionelle Simulationstrainings).

Wir hätten eigentlich das interprofessionelle Simulationstraining im Simulationszentrum eingeführt. [...] Ein einziges Mal haben wir es geschafft, ein Training mit den Ärzten durchzuführen. Aber es war schon ein Kampf, dass wir sie ins Boot dabei hatten und es ging wirklich viel von uns aus. [...] es gibt wie kein Echo von ärztlicher Seite und es geht auch gar nicht voran. [...] Das Interesse kommt halt so von unserer Seite und von ärztlicher Seite kommt halt einfach nichts. (Fokusgruppe 6/TN 1/Z69)

Nennungen zum Lernen durch «peer support» sind in Tabelle 23 zusammengefasst.

Tabelle 23

Learning through peer support

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
---	--

Neben dem Lernen, das in dafür etablierten Gefässen stattfindet, identifizieren die Befragten auch zahlreiche Erscheinungsformen von informell stattfindendem Lernen im Behandlungsteam. Von den Befragten wird Lernen durch «peer support» beispielsweise folgendermassen umschrieben:

Viel Lernen passiert so nebenher, man schaut selber, wie man zu seinen Informationen kommt oder auch weitergibt. (Fokusgruppe 3/ TN 4/Z37)

Nebst den Verordnungen schauen wir uns die Röntgenbilder an, das sind dann wie so kleine Filme und das dauert dann auch immer ein bisschen länger, aber die sind immer dankbar dafür. Weil es so ein wenig ein Teaching ist und man dann viel besser versteht, wo Probleme auftreten könnten oder was zu erwarten ist. (Interview 3/Z13)

- Beide Berufsgruppen beschreiben die gemeinsamen Visiten als häufigste Interaktion, wo informelles interprofessionelles Lernen stattfindet. Dies geschieht durch Rückfragen bei anderen Professionen, durch die interprofessionelle Analyse und Entscheidungsfindung in komplexen Behandlungssituationen sowie dem Begründen des eigenen Handelns.
- In einer Abteilung findet im Anschluss an die Visite eine kurze gemeinsame Reflexion statt. Hier können Feedbacks zum eigenen Beitrag sowie generell zur Visite gemacht werden, mit dem Ziel, den eigenen Beitrag sowie die gesamte Visite zu verbessern.

Das find ich hier so schön bei den Visiten, dass nach der Visite kurz Feedbackrunde gemacht wird. Wo jeder, der dabei war kurz sagt, wie's für ihn war, was man besser machen könnte. Das

macht z.B. der Chef sehr gerne hier auf der Bettenstation. [...] Das ist ja auch wieder Kommunikation und das find ich z.B. sehr gut und sinnvoll. (Interview 6/Z65)

Einigkeit herrscht unter den Berufsgruppen darüber, dass (junge) Assistenzärztinnen/-ärzte anfänglich am meisten von den Pflegefachpersonen lernen können. Inhaltlich werden sowohl organisatorische und strukturelle Themen genannt wie auch fachspezifische (z.B. Geräteschulung, Spezialmedikation). Ein Oberarzt beschreibt diese Situationen als Schlüsselsituationen.

Aber ich glaube, wenn's um interprofessionelles Lernen geht, wie es optimaler Weise, funktioniert, müsste man in der Schweiz in die ersten Ausbildungsjahre von Assistenzärzten schauen, denn da funktioniert es wirklich [...] Das funktioniert vollkommen informell. Das funktioniert einfach im Alltag, das funktioniert gut. Die Schlüsselsituationen [...] sind die ersten Jahre der Zusammenarbeit. (Interview 5/Z64/76)

Ärztinnen/Ärzte formulieren, dass sie von Pflegenden lernen, zusätzliche Aspekte (z.B. Flüssigkeits-Bilanzierung) und Symptome (z.B. Durst) zu beachten. Dadurch wird ihr eigener Behandlungsfokus erweitert.

Aber vorher war ich in diesen Aspekten weniger präzise. Ich habe mich hier durch die Pflege verbessert, dies auch zu beachten und zu kontrollieren, weil anfänglich war ich mir dessen weniger bewusst. (Interview 2/Z31)

Sie lernen zudem von der Patienten-Kommunikation der Pflegefachpersonen.

Man kann sich grad in der Pflege auch mal diesen Umgang anschauen, weil die Pflege in der Regel den Patienten viel besser kennt und viel näher dran ist. (Interview 6/Z16)

Pflegefachpersonen nennen Inputs/Teachings im Rahmen der Visite oder Kurzfallbesprechungen von komplexen Patientinnen/Patienten als Lernsituationen.

Das Fachwissen, das teilen sie auch gerne auf der Visite. Ich habe noch nie einen Arzt erlebt, der nichts sagte. Wenn du konkret fragst, dann erklären sie dir das auch alles. (Fokusgruppe 5/TN 1/Z90).

Abschliessend werden die Aussagen zum Transfer von interprofessionellem Lernen in das klinische Umfeld (Setting) aufgeführt.

Tabelle 24

Transfer interprofessional learning to clinical setting

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Oberärztinnen/-ärzte schildern Beispiele aus ihrer Praxis, in denen sie einen Lerntransfer in andere Situationen erleben.</p> <p><i>Also manche sagen schon bewusst: «Cool, das übernehme ich!» Aber manchmal macht man das auch einfach intuitiv, weil man dann vieles mit rüber nimmt. [...] Vielleicht einfach auch direkt beim Patienten, dass man mal fragt, wie er das empfunden hat, wie es für ihn war. Oder wenn man eine schwierige Situation hat und [...] sich dann auch mehr traut etwas zu sagen. (Interview 6/74)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonen erachten es als zielführend, aus den Erfahrungen zu lernen, wo IPL bereits gut funktioniert: z.B. mit Physio- und Ergotherapie oder bei der interprofessionellen Analyse von CIRS-Meldungen. • Auch sollten Rückmeldungen und Inputs von Mitarbeitenden und Lernenden mit Erfahrungen in IPL aufgenommen werden. • Zudem halten sie es für wichtig, die individuellen Bedürfnisse für IPL der Mitglieder des Behandlungsteams gemäss Ausbildungs- und Erfahrungsstand zu kennen.

Zur Ausgestaltung von Angeboten für IPL bestehen seitens der Pflegenden klare Vorstellungen:

Regelmässigkeit

zu Schichtbeginn (Aufnahmefähigkeit)

interaktive Gestaltung

Wiederholung zur Durchdringung des Behandlungsteams bei Schichtarbeit

Pflegefachpersonen, für die IPL ein fixer Bestandteil während ihrer Ausbildung war, erleben, dass im Berufsalltag IPL nur noch isoliert stattfindet. Für sie ist einleuchtend, dass, wer IPL während der Ausbildung oder des Studiums nicht kennen gelernt hat, IPL im Berufsalltag nicht oder wenig anwendet.

Ich finde, dass IPL bei uns nicht so gelebt wird. [...] In meinem Studium hatte ich Unterricht mit Betriebswirtschaftlern, das war ein fixer Bestandteil des Curriculums. Und wenn ich das nun mit der Praxis vergleiche, dann finde ich schon, dass dies noch sehr isoliert stattfindet. (Fokusgruppe 3/TN 4/Z18)

4.2.5 Ethik/Werte

In den beiden folgenden Tabellen zum Themengebiet *Ethik/Werte* sind Antworten zu den beiden Unterkategorien *Anerkennung von Ansichten und Ideen anderer Professionen* (Tabelle 25) und *Respekt* (Tabelle 26) aufgeführt.

Tabelle 25

Acknowledge views and ideas of other professionals

Ärztinnen/Ärzte

Oberärztinnen/-ärzte

Pflegefachpersonen

Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen

Übereinstimmend nennen beide Professionen flache Hierarchien und eine offene Kultur als Voraussetzungen für das Etablieren einer *Selbstverständlichkeit* für IPL.

Ich glaube nicht, dass dies von unten in diesen Hierarchien aufbaubar ist. (Interview 3/Z43)

Ich glaube, dass ist hier im Haus das Problem, dass die Hierarchien einfach enorm ausgedehnt sind: der Arzt redet nicht mit der Pflege, weil die Pflege ja nicht auf dem Niveau ist und umgekehrt getraut man sich nicht [...]. Gerade diese Selbstverständlichkeit ist essentiell. Denn bei uns ist es keine Frage, warum man mit der Pflege zusammen sitzt, diese Gefässe sind normal bei uns. (Doppelinterview /Z55/65)

Pflegende erleben es als zentrale Voraussetzung für IPL, Fragen stellen zu können, ohne blossgestellt zu werden.

Für mich wäre interprofessionelles Lernen [...] Fragen stellen dürfen, ohne dass man sich blöd vorkommen muss. (Fokusgruppe 1/TN 1/Z78)

Tabelle 26
Respect

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
---	--

Beide Professionen sind sich einig, dass ein respektvoller Umgang eine wichtige Voraussetzung für IPL darstellt.

Ich glaube, wenn Respekt vorhanden ist, dann kann man alles machen, [...] dann kann man alles in Ruhe diskutieren. [...] Aber falls ich von der Gegenseite keinen Respekt sehe, dann akzeptiere ich das nicht. (Interview 2/21)

Es ist mir schon öfter passiert, dass die Ärzte fragen: «Warum hast du denn das jetzt gewusst?» Und dann sage ich: «Ich habe es nicht gewusst, das ist Gespür.» [...] Natürlich sind sie studiert, aber wir verbringen die meiste Zeit mit den Patienten und dann kann man manchmal Dinge nicht benennen, das ist so ein Gespür, ein Gefühl. Wo ich dann sage: «Du, da stimmt was nicht, das gefällt mir nicht.» Und viele hören zu und haben das Vertrauen und hinterfragen dann auch auf eine gute Art, woher ich das wusste. Das hat ganz viel auch mit Respekt zu tun. (Fokusgruppe 3/TN 3/Z46)

4.2.6 Einfluss von interprofessionellem Lernen auf die Patientenversorgung

Abschliessend wurden die beiden Berufsgruppen dazu befragt, wie Sie den Einfluss von IPL auf die Patientenversorgung einschätzen. Die Antworten sind in den drei Unterkategorien *Die zentrale Rolle des Patienten in der interprofessionellen Versorgung* (Tabelle 27); *Zusammenarbeit und Kooperation zum Wohle des Patienten* (Tabelle 28) und *Aspekte der Patientensicherheit* (Tabelle 29) dargestellt.

Tabelle 27

The patient's central role in interprofessional care (patient-focused or centered care)

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
---	--

Sowohl von Seite der Pflegenden als auch der Ärztinnen/Ärzte wird die zentrale Rolle der Patientinnen und Patienten bei der Erbringung der gemeinsamen Versorgungsleistungen betont.

Patient first. Alles für den Patient. Alle haben das gleiche Ziel in der Behandlung, so dass er gesund werden kann oder in einem besseren Zustand. (Fokusgruppe 4/TN 1/Z14)

Also dass man versucht, gemeinsam die Bedürfnisse des Patienten herauszufinden, sowohl die medizinischen als auch die menschlichen Aspekte und dann die Stärken der jeweiligen Berufsgruppen in den entsprechenden Möglichkeiten einzusetzen. (Interview 5/Z27)

Tabelle 28

Working together and cooperatively in the best interests of the patient

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Beide Professionen nennen Verbesserungen der Abläufe und Prozesse als Auswirkung von IPL, was sich wiederum positiv auf eine vorausschauende Behandlungsplanung (z.B. Symptom-Management) auswirken kann.</p>	
<p>Ausserdem erleben Ärztinnen/Ärzte durch IPL eine Art Horizonserweiterung über rein medizinische Fakten hinaus, beispielsweise durch die Beachtung ethischer Aspekte.</p> <p><i>Also ich lerne immer etwas dazu wenn z.B. auch die medizinische Ethik dabei ist und gewisse Situationen aus der ethischen Perspektive nochmals differenzierter beleuchtet [...], dass man nicht nur medizinische Facts sieht, sondern auch ethische und soziale Facts mehr in der Vordergrund rückt. Den Pat. wirklich im Zentrum behält. (Interview 4/Z56)</i></p>	<p>Pflegefachpersonen nehmen dank IPL die Versorgung als umfassender, vorausschauender und auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmter war. Auf Grund einer abgestimmten Informationsvermittlung werden Patientinnen und Patienten als zufriedener und entspannter wahrgenommen.</p> <p><i>Auf die Pat. Versorgung hatte es jedes Mal einen positiven Einfluss gehabt. [...] Für die Pat. hatte es immer eine positive Auswirkung. Z.B. ein angepasstes Symptom-Management, [...] einfach die ganze Versorgung ist runder gelaufen. [...] Es war so vorausschauend und alles war besser abgesichert. (Fokusgruppe 6/TN 2/Z62)</i></p> <p><i>Wenn die Patienten merken, dass beide Parteien gleich informiert sind, dann sind sie auch zufriedener und entspannter und äussern das auch. (Fokusgruppe 3/TN 3/Z55)</i></p>
<p>Die Oberärztinnen/-ärzte merken aber auch an, dass eine direkte Verbindung von IPL auf die Patientenversorgung schwierig fest zu machen sei.</p> <p><i>Ich weiss nicht, ob es Hinweise gibt, ob es etwas nützt. Bezüglich Patientenversorgung ist es auch schwierig, das konkret fest zu machen. (Interview 9/Z47)</i></p>	

Tabelle 29

Patient safety issues

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p>Sowohl Pflegefachpersonen als auch Assistenzärztinnen/-ärzte nennen ein Gefühl der Sicherheit bei den Patientinnen und Patienten, das aus einer abgestimmten Informationsvermittlung zwischen den beiden Berufsgruppen hervorgeht.</p> <p><i>Für den Patienten hab ich den Eindruck, für den ist es auch leichter. Ich hab das Gefühl, dass sie dann sicherer sind. (Interview 8/Z43)</i></p> <p><i>Ich finde auch, man kann den Patienten besser informieren und Dinge erklären, [...] wenn wir das Wissen vorher auch erhalten haben. Deshalb bringt es auch für den Patienten eine Sicherheit. (Fokusgruppe 6/TN 2/Z63)</i></p>	
<p>Oberärztinnen/-ärzten zufolge, führt IPL zu einer vermehrten Sensibilität und Achtsamkeit im Behandlungsteam, was sich beispielsweise in entsprechenden CIRS-Meldungen zeigt.</p> <p><i>Ich bin ja auch im CIRS-Komitee und sehe dann halt, dass die Rückmeldungen sich ein mehr um das Thema drehen. [...] CIRS bringt schon Denkanstösse, das ist schon so. (Interview 5/Z43)</i></p>	

4.2.7 Strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen

Die Kategorie Strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen wurde induktiv aus dem Textmaterial gebildet, unterteilt in die Unterkategorien Förderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen (Tabelle 30) und Hinderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen (Tabelle 31). Die Unterkategorien umfassen die Aspekte Organisation und Prozesse, Bauliches, Ressourcen und Kultur.

Tabelle 30

Förderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<p><i>Organisation und Prozesse</i></p>	
<p>Beide Berufsgruppen sind sich einig, dass das Stationsarztprinzip mit fester Ansprechperson vor Ort eine Basis für Konstanz und Verbindlichkeit im Team bietet und deshalb dem Belegarztprinzip vorzuziehen ist.</p> <p><i>Wir haben hier das ganze System revolutioniert. Es gab vorher keine ärztliche Leitung. Ein klassisches Belegarztprinzip. [...] Wir haben gesagt, es braucht eine ärztliche Leitung, [...] dass Ansprechpartner da sind, gerade auch für die Pflege Ansprechpartner [...], denn die chirurgischen Ärzte sind oft im OP und können den Patienten im Alltagsgeschäft gar nicht betreuen. [...] Das ist bei uns anders, wir sind die Ansprechpartner, deshalb ist es uns wichtig, vor Ort zu sein und dann gemeinsam Probleme zu besprechen. (Interview 4/Z38)</i></p> <p><i>Was mir hier auf der Station fehlt, [...] das ist ein Stationsarzt. [...] Es wäre ein Einfaches zu sagen, wir bilden jetzt einen Arzt so aus und der ist dann auch wirklich fix auf der Station. Das würde 90 % der Probleme, die wir haben lösen. (Fokusgruppe 2/TN 2/Z90)</i></p>	

Als essentiell wird von beiden Berufsgruppen die Qualifikation und Spezialisierung der Pflegenden genannt. Eine Pflege-Expertin erlebt, dass die Ärzteschaft ihre Expertise aktiv einholt:

Ich erlebe, seit ich meine Ausbildung, den MAS, fertig habe, dass ich viel häufiger akzeptiert werde, von Ober- und Assistenzärzten und auch oft aktiv nach meiner Meinung gefragt werde. [...] Das steht ganz klar im Zusammenhang mit meiner Ausbildung, ich konnte vorher auch nicht so gut argumentieren. Jetzt habe ich einfach einen besseren Hintergrund, sende ihnen auch manchmal Studien zu. [...] Da merke ich schon, sobald sie den Hintergrund und auch etwas Schwarz auf Weiss haben, dann sind sie froh und die Akzeptanz ist grösser. (Fokusgruppe 6/TN 2/Z40/42)

Die Spezialisierung ist vielleicht unsere Zukunft. So wie wir die Medizin für jede Person adaptieren, müssen wir auch die Medikation adaptieren und wir müssen auch die Pflege spezialisieren, sonst geht es nicht. (Interview 2/Z53)

Bauliches

Schliesslich ist räumliche Nähe für beide Berufsgruppen ein wichtiges Kriterium für IPL. Dies umfasst kurze Wege zwischen den Berufsgruppen für Kommunikation und Behandlung sowie einen Besprechungsraum auf der Abteilung, der allen Anwesenden des Behandlungsteams Platz bietet.

Bei uns ist es gegeben, dass der Patient in einer Koje liegt und dass von beiden Seiten die Ärzte und Pflegenden zum Patienten gehen können. Es ist ein räumliches Denken, dass wir haben. (Doppelinterview/Z70)

Es gibt einen Besprechungsraum, wo alle zusammensitzen. (Doppelinterview/Z35)

Tabelle 31

Hinderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen

Ärztinnen/Ärzte Oberärztinnen/-ärzte	Pflegefachpersonen Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen
<i>Ressourcen</i>	
<p>Eine Oberärztin erwähnt die Ressourcen-Frage als limitierenden Faktor, da weder interprofessionelle Fortbildungen, Simulationskurse noch interprofessionelle Palliativ-Fortbildungen in den Fallpauschalen direkt verrechenbar sind. Um Round-Table-Gespräche abrechnen zu können, braucht es ausserdem eine Zusatzausbildung.</p> <p><i>Also bei den Palliativ-Situationen ist es so, dass man eine entsprechende Ausbildung [...] haben muss [...], damit man diese Round-Tables auch abrechnen kann. [...] Dies ist auch dasselbe für interprofessionelle Fortbildungen. Also weder diese Simulationskurse, noch die interprofessionelle Palliativ-Fortbildung sind verrechenbar. (Interview 9/Z56)</i></p>	Keine Aussagen
<i>Kultur</i>	
<p>Bestehende, historisch gewachsene Hierarchieformen zwischen Ärzteschaft und Pflegenden erachten beiden Professionen als hinderlich für IPL, da auch neue Mitarbeitende sich rasch einfügen und anpassen. Beide Professionen zeigen sich eher skeptisch, die bestehenden Strukturen in der nahen Zukunft verändern zu können.</p>	

Ich glaube, wir schaffen ja nie die Welt neu. Wir kommen in ein System rein, was so läuft. [...] Änderungen sind in diesem festgefassten System mühsam, schwierig und langwierig umzusetzen, sind auch nicht immer gewünscht. (Interview 1/Z92)

Eine schöne Zukunftsmusik [...]. Ich weiss nicht, ob es jetzt noch etwas utopisch ist. Es macht zwar alles durchaus Sinn, aber... (Fokusgruppe 4/TN 1/Z99)

4.2.8 Rückmeldungen der Befragten

Obschon der Aufwand für die Befragten in einem bereits eng getakteten Arbeitsalltag erheblich war, sahen sie die eingesetzte Zeit als gut investiert und die gestellten Fragen regten im besten Fall zur Reflexion an. Nachfolgend sind einige spontane Aussagen der Befragten aufgeführt, die dies illustrieren.

Das ist spannend, weil ich gerade auf der Geriatrie bin und da ist es ja wirklich sehr interdisziplinär. Deswegen hat mich die Interviewanfrage auch gleich so angesprochen. (Oberärztin, IMC)

Ich möchte mich bedanken für das Gespräch. Es hat mir auch noch mal ein paar Punkte gezeigt, wo ich reflektiert habe, weil vieles so selbstverständlich ist. Aber ja, das hat mir nochmals geholfen, über gewisse Situationen in meiner Abteilung nachzudenken. Da fand ich das für mich auch nochmal sehr interessant, diese Zeit zu investieren. (Oberarzt, IMC)

Ja, das ist für mich eine gute Frage, was interprofessionelles Lernen ist. Das dient sehr dazu, sich auch mal darüber Gedanken zu machen, denn wenn man so im Arbeitszyklus ist, dann denkt man nicht darüber nach. (Assistenzärztin, Bettenstation)

Das ist eine gute Frage, was ich über Pflegende wissen möchte. (Oberärztin IMC)

Aber ich werde jetzt schon mit unserer Pflege-Expertin über unsere gemeinsame Zusammenarbeit sprechen, ob es da Probleme gibt, das interessiert mich jetzt schon. (Oberärztin, Bettenstation)

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und vor dem Hintergrund der aktuellen Forschung interpretiert und diskutiert.

5 Interpretation und Diskussion

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf interprofessionellem Lernen in medizinischen Behandlungsteams im Arbeitskontext Akutspital. Es wurden sowohl die Erfolgsfaktoren und Barrieren für interprofessionelles Lernen wie auch die Erfolgsfaktoren und Barrieren für die organisationale Implementierung einer Fortbildungssequenz zur Sensibilisierung für interprofessionelles Lernen aus Sicht von Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen auf vier Abteilungen einer Universitätsklinik erfragt. Dazu wurden neun problemzentrierte Interviews mit Ärztinnen/Ärzten (Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte), ein Doppelinterview mit einer leitenden Ärztin und dem Leiter Pflege geführt sowie Diskussionen in sechs Fokusgruppen mit insgesamt 24 Pflegefachpersonen veranstaltet. Die Ergebnisse aus den problemzentrierten Interviews und den Diskussionen in Fokusgruppen wurden durch eine Dokumentenanalyse handlungsleitender Dokumente der vier untersuchten Abteilungen ergänzt. Sämtliche Auswertungen erfolgten mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und Kuckartz (2018). Die Gliederung erfolgt entlang der *Interprofessional Learning Domains* (Thistlethwaite & Moran, 2010).

5.1 Teamarbeit

In den untersuchten Dokumenten fanden sich Aussagen zu interprofessioneller Führung der Abteilungen sowie zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Der Begriff des *Behandlungsteams* wird nicht durchgängig verwendet. Die Befragten rechnen neben der eigenen Profession medizinisch-therapeutische Berufsgruppen, Sozialberatung und Seelsorge dem Behandlungsteam zu. Obwohl Mitarbeitende der Abteilungslogistik, Hotellerie und Reinigung ständig auf der Abteilung anwesend sind, werden diese nicht durchgängig dem Behandlungsteam zugerechnet. Schliesslich werden Auszubildende und Studierende als Teil der Behandlungsteams genannt.

Ärztinnen/Ärzte halten eine elitäre Einstellung der Führungspersonen als hindernd für IPL. Studien haben gezeigt, dass sich Ansichten und Einstellungen gegenüber der IPL in den verschiedenen Berufsgruppen stark unterscheiden können, was wiederum eine Hürde für eine gelingende Zusammenarbeit darstellt (Braithwaite et al., 2013).

Koordination und Organisation von Anlässen für IPL wird von beiden Berufsgruppen als aufwändig und wegen der unterschiedlichen Arbeitszeiten und Abläufen der Berufsgruppen als schwierig angesehen. Die Ressourcenfrage, namentlich die Zeitressourcen, wird als Hauptgrund genannt, weshalb gemeinsame Anlässe für IPL kaum oder gar nicht stattfinden. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Baerg und Kolleginnen. Diese kamen in einer Befragung von Professionellen verschiedener Gesundheitsberufe zum Ergebnis, dass zeitliche Beschränkungen höher gewichtet wurden als finanzielle Grenzen (Baerg, Lake & Paslawski, 2012). Dem hält die Forschergruppe um Walsh entgegen, dass Investitionen, die für die Planung einer IPL-Strategie erforderlich sind, sich mehrfach bezahlt machen, wenn effiziente Bildungseinheiten entstehen, welche die Kollaboration im Behandlungsteam vorantreiben und schliesslich zu einer sicheren und wirtschaftlichen Versorgung

führen (Walsh, Reeves & Maloney, 2014). Zudem verhindert eine verbindliche Regelungen, dass bei Vakanzen (z.B. Pflege-Expertinnen/Experten) IPL wenig gefördert wird und das «daily business» im Vordergrund steht. Hier erwarten die Befragten ein klares Commitment und Vorbildfunktion von der Führung für IPL.

5.2 Rollen und Verantwortung

Konstanz im Behandlungsteam und gegenseitiges Kennenlernen über Hierarchie- und Professionsgrenzen hinweg sind für die Befragten wichtige Voraussetzung für IPL. Erfahrungen in der Pflegearbeit im Rahmen des Medizinstudiums fördert bei Ärztinnen/Ärzten das Verständnis für die Arbeit von Pflegefachpersonen. Die Forschergruppe um Buhler machte aus, dass die Fähigkeit, konstruktiv mit der eigenen Teamrolle in heterogenen Behandlungsteams umzugehen, das Potenzial hat, die Teamfunktionalität und die Patientenergebnisse zu verbessern (Buhler, Coplen, Davis & Nijjar, 2016).

Während Oberärztinnen/-ärzte den Wunsch nach gegenseitigem persönlichem Kennenlernen äußern, sind Assistenzärztinnen/-ärzte eher an konkreten Tätigkeiten (z.B. Wundbehandlung oder Geräteeinschulungen) interessiert. Die Pflegenden interessieren sich für die Beanspruchungen der Ärztinnen/Ärzte insbesondere durch lange arbeitsintensive Dienstzeiten. Gleichzeitig fordern sie von der Ärzteschaft, Basisfunktionen in der Patientenversorgung selbstständig auszuführen (z.B. Geräteeinstellungen). Um mit Aufgaben und Abläufen sowie Belastungen und Beanspruchungen der anderen Berufsgruppe vertraut zu werden, wünschen sich die Befragten Einblicke in die andere Profession, beispielsweise im Rahmen der Einführung neuer Mitarbeitender. Hier könnten sich Einblicksequenzen bereits bei der Einführung neuer Mitarbeitender als gewinnbringend sowohl für die weitere interprofessionelle Zusammenarbeit als auch für IPL erweisen. Auch das CAIPE postuliert, dass in der Einarbeitung neuer Mitarbeitender interprofessionelle Elemente nutzbringend sind (CAIPE, 2017).

5.3 Kommunikation

Interprofessionell durchgeführte Besprechungen auf der Abteilung (z.B. Round-Table-Gespräche) beschleunigen die Kommunikation und verringern Informationsverlust. IPL geschieht dabei durch Abgleichen der Informationen, gemeinsame Ausrichtung der Behandlungsziele und gemeinsame Entscheidungsfindung. Ärztinnen/Ärzte sehen, dass Begegnungen auf Augenhöhe gefördert werden, alle gleichberechtigt mitreden können und gute Entscheidungen getroffen werden. Gemeinsame Entscheidungsfindung wird als zeitaufwändig, aber essentiell für eine gute Arbeitszufriedenheit im Team angesehen. Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und guter Interprofessionalität sind in Studien nachgewiesen (Sottas & Kissmann, 2015). Ärztinnen/Ärzte vermissen jedoch gelegentlich, dass Pflegenden bei gemeinsamen Behandlungsentscheidungen die Umsetzung auch konsequent mittragen. Seitens der Pflege ist erkannt, dass die Übernahme von mehr Verant-

wortung auch die Attraktivität des Pflegeberufes steigert. Dies bedeutet auch, Verantwortung für gemeinsame Behandlungsentscheidungen mit zu tragen (Bechtel et al., 2017, S. 35).

Der Einbezug der Pflegenden in die Entscheidungsfindung variiert stark: von aktivem Einbezug bis zu «Keine Möglichkeit, Fragen zu stellen». An interprofessionell geführten Boards (z.B. Tumor-Boards) äussern sich Pflegefachpersonen nur selten. Die Teilnahme mehrerer Professionen an interprofessionell geführten Boards führt noch nicht automatisch zu Wortmeldungen und aktivem Einbezug aller Anwesenden. Hier könnte eine geschulte moderierende Leitung die aktive Beteiligung aller Anwesenden unterstützen (Häsler & Schwappach, 2019, S. 21/5); so könnten die Ressourcen der verschiedenen Professionen auch im interprofessionellen Setting genutzt werden. Für Aushandlungsprozesse zur Entscheidungsfindung weisen Oberärztinnen/-ärzte auf die Wichtigkeit der Verwendung und Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache hin. Die Forschenden um Buhler konnten zeigen, dass die Wahrnehmung eigener Kommunikationsstile sowie häufiger Kommunikationsstile anderer Berufsgruppen, die interprofessionelle Kommunikationsfähigkeit verbessern (Buhler et al., 2016).

5.4 Lernen/Reflexion

In der Dokumentenanalyse fanden sich in den untersuchten Dokumenten Angaben zum *Critical Incident Reporting System (CIRS)* als Lernsystem. Es wird jedoch nicht erwähnt, ob Auswertung und Analyse interprofessionell stattfinden. Auch aus den Beschreibungen der Fort- und Weiterbildungen geht nicht klar hervor, ob diese interprofessionell angelegt sind. Die Arztvisite findet eine besondere Erwähnung als Gefäss für interprofessionelles Lernen im Betriebskonzept der Intermediate Care A. Einzig im Leitbild der Notfallstation sind Art und Umfang interprofessioneller Weiterbildung näher definiert. Die Befragten erachten eine Verankerung der Grundsätze für IPL im Betriebskonzept, falls existierend im Leitbild, als essentielle Voraussetzung für IPL.

Pflegefachpersonen, die IPL während ihrer Ausbildung erlebt haben, denken, dass wer dazu keine Möglichkeit hatte, IPL im Berufsalltag nicht oder wenig anwendet. Die Berufsgruppen sind sich einig, dass IPL ein kontinuierlicher Lernprozess während der Berufslaufbahn darstellt. Zentrale Voraussetzung stellen die Bereitschaft, Wissenslücken einzugestehen und Expertise anderer einzuholen sowie die Bereitschaft, eigenes Wissen und Kenntnisse mit anderen Berufsgruppen zu teilen. Auch Eigeninitiative gilt als wichtige Voraussetzung. Zudem wirkt es motivierend, direkten Nutzen durch IPL zu erleben, wie beispielsweise eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit. Pflegefachpersonen sind der Meinung, dass IPL das eigene Handlungsrepertoire erweitert und das Zusammengehörigkeitsgefühls innerhalb des Behandlungsteams stärkt. Oberärztinnen/-ärzte halten es jedoch für schwierig, eine direkte Verbindung von IPL auf die Patientenversorgung festzumachen. Hier besteht eine Diskrepanz in der Wahrnehmung der beiden Professionen. Während Ärztinnen und Ärzte mit dem bestehenden Angebot für IPL auf der Abteilung deutlich zufriedener sind als Pflegefachpersonen, erleben Pflegende zum Teil Desinteresse von ärztlicher Seite an

Angeboten für IPL (z.B. interprofessionelle Simulationstrainings). Frühere Forschung (z.B. Woermann, Weltsch, Kunz, Stricker & Guttormsen, 2016) zeigt, dass die Bereitschaft für IPL unter Pflegefachpersonen höher ist als unter der Ärzteschaft.

Das ist auch die grösste Herausforderung im Alltag, wie man die Ärzte mit ins Boot holen kann. Dass man auch die Benefits davon aufzeigen kann.» (Fokusgruppe 5/TN 1/Z65).
Also von pflegerischer Seite sehe ich viel Anstrengung und Initiative, um das zu fördern. Das Interesse von pflegerischer Seite ist einfach grösser. (Fokusgruppe 6/TN 2/Z46).

Eine Ausnahme bildet die Zusammenarbeit mit jungen Assistenzärztinnen/-ärzten, die neu auf der Abteilung sind. Hier findet in der Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen viel IPL statt.

Auch Howkins und Low (2015) stellen Lernen am Arbeitsplatz fest, das informell, zufällig, nicht intentional und in Arbeitstätigkeiten eingebettet ist. Sie heben aber hervor, dass obwohl eine solche Lernumgebung reichhaltig sein mag, solche Möglichkeiten für IPL möglicherweise nicht voll ausgeschöpft werden. Besser etabliert ist IPL auch in der Physio- und Ergotherapie. Dies bestätigen Beispiele aus der Rehabilitation und der Palliative Care, wo angesichts der Komplexität der Lebenssituationen der Betroffenen stärker danach gefragt wird, welche Fachperson wofür eingesetzt wird. Dies führt dazu, dass sich die einzelnen Berufsgruppen häufiger auf Augenhöhe begegnen und zusammenarbeiten (Galli, 2016). Diesbezügliche Erfahrungen und Ressourcen von Mitarbeitenden und Lernenden in IPL sollten aufgenommen werden. Gleichzeitig ist es wichtig, die individuellen Bedürfnisse für IPL der Mitglieder des Behandlungsteams zu ermitteln, ist doch die Unterstützung, die junge Mitarbeitende im interprofessionellen Lernen im Arbeitskontext in der frühen Phase der beruflichen Sozialisation erhalten, prägend für ihr weiteres interprofessionelles Engagement (Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes, Board on Global Health & Institute of Medicine, 2015).

Anlass für interprofessionelle Weiterbildungen bilden häufig vermehrt auftretende Komplikationen oder strukturelle und organisatorische Hindernisse (z.B. Raumnot oder Ablauf der Visiten), die es interprofessionell zu bewältigen gilt. Eine prospektive Ausrichtung der Themenwahl könnte z.B. durch ein interprofessionelles Risikomanagement auf Basis einer konsequenten interprofessionellen Analyse kritischer Ereignisse aus dem internen Meldesystem (*Critical Incident Reporting System*) geschehen. Auch könnten Visiten als Gefäss für IPL genutzt werden, und zwar durch Rückfragen, das Begründen des eigenen Handelns, interprofessionelle Analyse und Entscheidungsfindung sowie kurze gemeinsame Reflexion der Visite. Bestehende Gefässe wie z.B. Fallbesprechungen und Huddle-Boards könnten interprofessionell geführt werden. Beide Berufsgruppen stellen fest, dass spitalintern nur wenig Angebote für interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen existieren. Diese finden zudem nur sporadisch statt und die Information und das Einladen anderer

Berufsgruppen sind nicht zuverlässig. Angebote für IPL sollten interaktiv gestaltet sein, regelmäßig und wiederholt stattfinden zur Durchdringung des Behandlungsteams bei Schichtarbeit. Auch das CAIPE empfiehlt, Angebote interaktiv zu gestalten. Zusätzlich zur Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten enthalten sie idealerweise auch Raum für Reflexion von Rollen und Verantwortlichkeiten, um effektive Beziehungen zwischen den Berufen aufzubauen und Fähigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu entwickeln und zu stärken (CAIPE, 2017).

Eine effektives IPL entsteht nicht spontan, sondern lediglich durch das aktive Zusammenbringen von Fachkräften verschiedener Disziplinen (Baerg et al., 2012). Auch ist interprofessionelle Zusammenarbeit noch kein Garant für kontinuierliche interprofessionelle Weiterentwicklung (Sottas & Kissmann, 2015). Aus diesem Grund sollten Schlüsselpersonen identifiziert und entsprechend als Mentorinnen und Mentoren geschult werden. Schlüsselpersonen für IPL können Oberärztinnen/ärzte, Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen/Experten oder auch Personen mit Erfahrung in IPL sein. Die Aufgabe dieser Mentorinnen und Mentoren ist es, Mitarbeitende zu ermutigen und zu unterstützen, arbeitsbasierte Möglichkeiten für IPL zu erkennen und zu nutzen (Kitto, Goldman, Schmitt, & Olson, 2014). Ausgebildete Mentorinnen und Mentoren können bei IPL unterstützen, mit dem Ziel, berufsbezogenes Lernen zu ergänzen und die interprofessionelle Entwicklung im Behandlungsteam zu fördern (Kitto et al., 2014). Sie dienen als interprofessionelle Vorbilder und fördern dadurch den interprofessionellen Lernprozess der beteiligten Berufsgruppen (CAIPE, 2017).

5.5 Ethik/Werte

In den analysierten Dokumenten fehlen Aussagen zu Ethik und Werten weitgehend. Es finden sich einzig im Leitbild der Notfallstation Aussagen zum respektvollen Umgang unter den Mitgliedern des Behandlungsteams.

Ärztinnen und Ärzte konstatieren, dass IPL von ihrer Profession als «Machtverlust» erlebt werden könnte und folgern, dass Veränderungen nicht immer gewünscht sind und zudem mit der Befürchtung einhergehen, dass IPL mit Zusatzverpflichtungen und aufwändigen Aushandlungs- und Entscheidungsprozessen verbunden ist. Pflegende vermissen zum Teil die Identifikation der Ärzteschaft mit dem Behandlungsteam. Die Befragten sind sich einig, dass eine flache Hierarchie und ein respektvoller Umgang wichtige Voraussetzungen für IPL darstellen. Bestehende, historisch gewachsene Hierarchieformen, in die sich auch neue Mitarbeitende rasch einfügen, erachten sie als hinderlich. Auch wenn in den letzten Jahren durch die Gesundheitsversorger Investitionen in die Kulturarbeit unternommen wurden, sind hier weitere Anstrengungen nötig. Solange die Profession der Pflege von der Ärzteschaft nicht auf Augenhöhe akzeptiert wird, werden neue Rollenverteilungen nur schwer umsetzbar sein (Bechtel et al., 2017, S. 35).

5.6 Einfluss auf die Patientenversorgung

Die Befragten sehen zahlreiche positive Auswirkungen von IPL auf die Patientenversorgung. So können Abläufe und Prozesse verbessert werden, was sich positiv auf eine vorausschauende Behandlungsplanung (z.B. Symptom-Management) auswirkt. Ärztinnen und Ärzte erleben eine Horizonterweiterung über rein medizinische Fakten hinaus. Pflegefachpersonen nehmen die Versorgung als umfassender und auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmter wahr. Auch im Expertenbericht der IPEC (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011) wird auf den engen Zusammenhang zwischen interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildung und damit verbundener Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung hingewiesen. Auf den Einfluss interprofessioneller Vielfalt auf die Behandlung weisen auch amerikanische Forschungsergebnisse zu interprofessionellen Ausbildungsstationen hin. Bemühungen um eine interprofessionelle Vielfalt ermöglichen einen ganzheitlichen Ansatz für eine personenzentrierte Behandlung (Ambrose, Baker, Mahal, MicFlikier & Holmqvist, 2015).

Bezüglich Patientensicherheit führt IPL zu vermehrter Sensibilität und Achtsamkeit im Behandlungsteam, was sich beispielsweise in entsprechenden Meldungen im Critical Incident Reporting System (CIRS) zeigt. Durch eine abgestimmte Informationsvermittlung erleben die Befragten Patientinnen und Patienten als sicherer und entspannter. Empirisch sind diese Zusammenhänge noch nicht gesichert (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman & Zwarenstein, 2017). Zukünftige Entwicklungen sollten auch Patientinnen und Patienten und deren Angehörige als Partner für die Abstimmung der Gesundheitsversorgung im Sinne gelingender Interprofessionalität einbeziehen (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

5.7 Strukturelle Bedingungen

Das Stationsarzt-Prinzip mit fester Ansprechperson vor Ort bietet Konstanz und Verbindlichkeit auch für IPL und ist dem Belegarzt-Prinzip vorzuziehen. Auch im Hinblick auf die hohe Fluktuation sowohl der Ärzteschaft als auch unter den Pflegenden ist Konstanz und Verbindlichkeit essentiell, um die Kontinuität im Lernprozess zu garantieren. Zudem existieren nachgewiesene Zusammenhänge zwischen gelingender Interprofessionalität und dem Verbleiben im Job (Sottas & Kissmann, 2015).

Die Befragten sehen in der Qualifizierung und Spezialisierung der Pflegefachpersonen eine Voraussetzung zur Verbesserung von IPL. Damit könnten jedoch Überschneidungen der Kompetenzen zunehmen und dieser Umstand verstärkt die Notwendigkeit, die kommunikativen Fähigkeiten beider Berufsgruppen zu stärken, sodass Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse konstruktiv ausgetragen werden (Mahler, Gutmann, Karstens & Joos, 2014).

Räumliche Nähe ist ein wichtiges Kriterium, dies umfasst sowohl kurze Wege zwischen den Berufsgruppen für Kommunikation und Behandlung als auch geeignete Besprechungsräume auf der

Abteilung, die allen Anwesenden des Behandlungsteams Platz für konzentrierte Besprechungen bieten (Kobler & Schwappach, 2017).

Als herausfordernd ist das bestehende Tarifsystem zu sehen, in dem weder Koordination noch Durchführung interprofessioneller Fortbildungen in den Fallpauschalen direkt verrechenbar sind. Hier sind weitere gesundheits- und bildungspolitische Anstrengungen nötig, denn eine kontinuierliche interprofessionelle Entwicklung medizinischer Behandlungsteams lässt sich nur durch eine interprofessionelle Praxis erreichen und diese wiederum erfordert eine Intensivierung interprofessioneller Bildungsanstrengungen im Arbeitskontext (Ewers & Reichel, 2017).

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine flache Hierarchie, eine offene Kultur, ein respektvoller Umgang sowie das Commitment der Führung stellen für die Befragten wichtige Voraussetzungen für IPL dar. Anlass für interprofessionelle Weiterbildungen bilden häufig vermehrt auftretende Komplikationen oder strukturelle und organisatorische Hindernisse. Die Koordination und Organisation von Anlässen ist wegen der unterschiedlichen Abläufe der Berufsgruppen aufwändig. Knappe Zeitressourcen sind der Hauptgrund, weshalb Anlässe für IPL nicht stattfinden. Eine Strategie für IPL und effiziente Bildungseinheiten kann hier steuernd entgegenwirken (Walsh et al., 2014). Gemeinsame Entscheidungsfindung steigert die Arbeitszufriedenheit im Team (siehe auch Sottas & Kissmann, 2015). IPL geschieht dabei durch Abgleichen der Informationen und gemeinsame Ausrichtung der Behandlungsziele, hierzu ist die Verwendung und Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache wichtig. Der Einbezug der Pflegenden in Behandlungsentscheidungen variiert in den untersuchten Abteilungen stark.

Ärztinnen und Ärzte schätzen den interprofessionellen Austausch und das bestehende Angebot für IPL positiver ein. Pflegefachpersonen erleben zum Teil Desinteresse von ärztlicher Seite an Angeboten für IPL (z.B. interprofessionelle Simulationstrainings). Ausnahme bildet die Zusammenarbeit mit jungen, neuen Assistenzärztinnen/-ärzten. Hier passiert viel IPL in der Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen. Diese Lernumgebung ist zwar reichhaltig, Möglichkeiten für IPL werden möglicherweise nicht voll ausgeschöpft durch das informelle, zufällige, nicht intentionale Setting (Howkins & Low, 2015). Aus diesem Grund sollten Schlüsselpersonen (wie beispielsweise Oberärztinnen/-ärzte, Abteilungsleitende, Pflege-Expertinnen/-Experten oder Personen mit Erfahrung in IPL) identifiziert und entsprechend als Mentorinnen und Mentoren geschult werden, um Mitarbeitende zu unterstützen, arbeitsbasierte Möglichkeiten für interprofessionelles Lernen zu erkennen und zu nutzen mit dem Ziel, die interprofessionelle Entwicklung im Behandlungsteam zu fördern (Kitto et al., 2014).

In den handlungsleitenden Dokumenten findet die Arztvisite als Gefäss für interprofessionelles Lernen besondere Erwähnung. Allerdings sind nur in einem Leitbild die Art und der Umfang interprofessioneller Fort- und Weiterbildung und die zugrunde liegenden Werte näher definiert. Die Befragten erachten eine Verankerung der Grundsätze für IPL im Betriebskonzept als essentielle Voraussetzung für IPL.

Die vorliegende Arbeit schliesst mit Gestaltungsmassnahmen für die Praxis zur Implementierung einer Fortbildungssequenz. Die Massnahmen sind im nachfolgenden Kapitel näher erläutert.

7 Gestaltungsmassnahmen

Die Gesamtsituation bezüglich der Voraussetzungen für IPL in medizinischen Behandlungsteams im Betrieb der Praxispartnerin präsentiert sich sehr heterogen. Sowohl bezüglich der Anforderungen als auch des bestehenden Angebots zeigen sich grosse Unterschiede in den untersuchten Abteilungen. Dennoch konnten anhand der Analyse der Ergebnisse gemeinsame Herausforderungen ausgemacht werden.

Über den Grad der Verallgemeinerung in anwendungsorientierter Forschung rät Akremi (2014), den untersuchten Fall so breit wie möglich zu erfassen, um eine Abgleichung von Ist- und Soll-Zustand vorzunehmen. So werden aus beobachteten Zusammenhängen Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgedeckt und Regeln herausgearbeitet, die unter bestimmten Bedingungen Gültigkeit besitzen. Die Aussagen bleiben jedoch kontextspezifisch und bilden eine Grundlage für Verallgemeinerungen in Folgestudien.

Aus dieser Haltung heraus wurden auf Grund der Auswertungen der Dokumentenanalyse und den Ergebnissen aus den Erhebungen unter den Behandlungsteams sowie vor dem Hintergrund der bestehenden Empirie nachfolgende Gestaltungsempfehlungen für die Implementierung einer Fortbildungs-Sequenz zur Sensibilisierung für interprofessionelles Lernen abgeleitet.

- **Bereitschaft für interprofessionelles Lernen unter den Mitgliedern des Behandlungsteams schaffen.**

Die *Bereitschaft* der Mitglieder der Behandlungsteams für IPL im Arbeitskontext ist grundlegend. Dies umfasst das sowohl das Einfordern von Expertise als auch die Bereitschaft zur Weitergabe des eigenen Berufswissens an andere Berufsgruppen.

- Die Bereitschaft für interprofessionelles Lernen könnte mit dem Fragebogen *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)* unter den Mitgliedern der Behandlungsteams ermittelt werden. Die Gütekriterien für wissenschaftliche Auswertungen anhand des Erhebungsinstruments sind noch nicht gegeben (Yu, Jowsey & Henning, 2018). Die ermittelten Ergebnisse können jedoch als Basis für einen Prozess der Bewusstseinsbildung zu den persönlichen Motiven sowie als Diskussionsgrundlage in der Praxis dienen.
- Zudem könnten sich *Einblick-Sequenzen* bei der Einführung neuer Mitarbeitender als gewinnbringend sowohl für die weitere interprofessionelle Zusammenarbeit als auch für IPL erweisen.

- **Commitment der Führung der beteiligten Berufsgruppen.**

Die Unterstützung der Führungspersonen der jeweiligen Berufsgruppen für interprofessionelles Lernen ist grundlegend (BAG, 2017, S. 7).

- Dies zeigt sich insbesondere in der *Bereitstellung von Ressourcen* zur Teilnahme an interprofessioneller Fort- und Weiterbildung sowie der
- *Verankerung* der Zielsetzungen und Ausführung interprofessioneller Fort- und Weiterbildung in *handlungsleitenden Dokumenten*.

Beide Massnahmen führen zu einer prospektiven Ausrichtung der Themenwahl im Sinne einer interprofessionellen Planung für zukünftige Entwicklungen im Behandlungsteam und haben das Potential, das Verständnis des interprofessionellen Handels als Behandlungsteam zu fördern.

- **Vernetzung bzw. Anschlussfähigkeit von interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Ein Grossteil der Neueinsteigerinnen/-einsteiger in Gesundheitsberufen bringen bereits erste Erfahrung im interprofessionellen Lernen aus ihrer Ausbildung mit. Es gilt nun, sie durch eine Vernetzung von interprofessioneller Bildung (Education) bzw. Anschlussfähigkeit von Angeboten interprofessioneller Fort- und Weiterbildungen im beruflichen Kontext zu unterstützen, erworbene Kompetenzen in der Berufspraxis einzuüben und weiterzuentwickeln (BAG, 2017, S. 9).

- Dazu sind *Konzepte und Angebote für Fort- und Weiterbildungen für interprofessionelle Behandlungsteams* auf Ebene der Organisation nötig.
- Ergänzend empfiehlt sich, auf Ebene der Abteilungen *Schlüsselpersonen für IPL* zu identifizieren und diese als *Mentorinnen und Mentoren für IPL* zu schulen (Kitto et al., 2014; CAIPE, 2017).
- Um an bereits etablierten interprofessionell geführten Besprechungen die aktive Beteiligung aller Professionen zu fördern empfiehlt sich, die *Moderatorinnen und Moderatoren* entsprechend zu schulen (Häsler & Schwappach, 2019, S.21/5).

Im Verlauf haben sich bereits mehrfach Forschungslücken im sowohl im Bereich der interprofessionellen Ausbildung als auch der Interventionsforschung zu IPL im Arbeitskontext gezeigt. Im nachfolgenden Kapitel sind Überlegungen für weiterführende Forschung formuliert.

8 Implikationen für weitere Forschung

Ergänzend zu der Perspektive der beteiligten Professionellen ist auch die Perspektive der Führung bezüglich IPL näher zu betrachten. Hier ist beispielsweise der Einfluss interprofessioneller Führung auf Angebot und Durchführung von IPL zu nennen (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

In der Übersichtsarbeit zu Interprofessioneller Kooperation von Reeves und Kollegen (Reeves et al., 2017) flossen auch Studien zu interprofessionellen Meetings und Round-Table-Gesprächen mit ein. Auf Grund der Studienqualität liessen sich keine eindeutigen Schlüsse zum Einfluss dieser Gefässe auf die Performance der Behandlungsteams ziehen. Im Hinblick auf die Herausforderungen, welche die Berufsgruppen für die interprofessionelle Kooperation erleben, empfiehlt die Forschergruppe, Einflüsse von Interventionen über einen längeren Zeitraum zu messen und auszuwerten.

Ergänzende Forschungsergebnisse im Bereich von Outcomes werden vom Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen des BAG (2017) erwartet, um Zusammenhänge aufzeigen zu können, ob und in welcher Form IPL im Arbeitskontext einen Einfluss auf die Sicherheit in der Patientenversorgung wie auch die gesamte Versorgungsqualität mit sich bringt.

Schliesslich ist die Wahrnehmungen der Patientinnen und Patienten ein wichtiges Merkmal für die Qualität und Sicherheit des Versorgungsprozesses. Mit Hilfe von Patienteneinschätzungen zum Kommunikationsprozess und zur Patientensicherheit können die Ergebnisse des Behandlungsteams komplementiert und ein differenziertes Bild erstellt werden. Die Betrachtung der Sicht sowohl der Professionellen als auch der Patientinnen und Patienten erlaubt eine vertiefte Exploration des Forschungsgegenstandes (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

9 Limitationen

Für den vorliegenden Bericht wurden ausschliesslich Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern zweier Professionen geführt. Der Multiprofessionalität der Behandlungsteams wird somit nicht genügend Rechnung getragen. Erhebungen mit Professionellen anderer Berufsgruppen (z.B. Physio-, Ergotherapie oder Ernährungsberatung) hätten das Bild zu IPL abgerundet. Die Erhebungen waren zudem auf vier Abteilungen beschränkt, was der grossen Heterogenität innerhalb des Betriebes der Praxispartnerin nicht gerecht wird.

Die Selbstaussagen der Teilnehmenden sind möglicherweise keine gültigen Indikatoren für ihre tatsächlichen Gefühle, Überzeugungen und Handlungen, da die Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit (Paulhus, 1984) einer gewissen Verzerrung unterliegen.

Darüber hinaus kann durch die Rekrutierung innerhalb des Netzwerks der Praxispartnerin nicht ausgeschlossen werden, dass die Teilnehmenden möglicherweise eher an Fragen zu IPL interessiert sind als die übrige Belegschaft. Somit könnte das Sample aus interessierten Mitarbeitenden mit Vorwissen bestehen, was entsprechende Verzerrungseffekte auf die Ergebnisse zur Auswirkung hätte.

Bei den Auswertungen ist zudem die fehlende Interrater-Reliabilität sowohl bei der Auswertung der Dokumentenanalyse wie auch bei den Auswertungen der problemzentrierten Interviews und Fokusgruppen zu nennen.

Glossar

Belegarztprinzip	Bei diesem Betreuungsprinzip umfasst die Abteilung mehrere Fachdisziplinen, deren Patientinnen und Patienten von den jeweiligen Spezialistinnen und Spezialisten dieser Disziplinen betreut werden. Die Fachdisziplinen haben einige Betten auf der Abteilung zugeteilt, die sie mit ihren Patientinnen und Patienten belegen dürfen. Selbstverständlich können je nach Bedarf weitere ebenso qualifizierte Spezialistinnen und Spezialisten hinzugezogen werden. ¹
Breast-Care Nurse	Pflegefachpersonen mit spezialisierter Ausbildung zur Begleitung von Frauen mit Brustkrebs und deren Familien in unterschiedlichen Krankheitsphasen. ²
Elektro-Kardiogramm (EKG)	Diagnostisches Verfahren zur Registrierung der Herzaktivität. ¹
Infusomat (Infusionspumpe)	Elektronisch gesteuertes Gerät zur exakten Dosierung von Infusionen. Infusionspumpen verfügen über Luft- und Druckdetektoren, stoppen ggf. die Zufuhr und geben Alarm. ¹
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz	In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden retrospektiv Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden. Die Fokussierung auf kognitive und systemische Faktoren unterscheidet Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen von klinischen Fallbesprechungen mit Fokus auf bestmögliche Behandlung von Patientinnen und Patienten. ⁵
Perfusor	Elektrische Kolbenpumpe, die eine besonders genaue Dosierung von Infusionen auch kleinster Volumina ermöglicht. Dabei wird ein exakt dosierbarer kontinuierlicher Druck auf den Kolbenstempel einer grossen, im Perfusor befestigten Injektionsspritze ausgeübt. ¹
Rundtischgespräch (Round-Table)	Das Rundtischgespräch (Round-Table) bietet Personen aus verschiedenen Berufsgruppen (Ärztenschaft, Pflege, Sozialberatung, therapeutische Dienste, etc.) die Möglichkeit, institutionsübergreifend über die Behandlung bzw. den Austritt der Patientin oder des Patienten strukturiert und ergebnisorientiert zu beraten. Auch die Angehörigen können an solchen Gesprächen teilnehmen. ⁴
Simulationszentrum	Im Simulationszentrum werden medizinische Notfallsituationen (z.B. Schock, Komplikationen) trainiert. Der Simulationsraum ist ausgerüstet mit audiovisueller Technik zur Direktübertragung in den Debriefing-Raum und zur Aufzeichnung der Szenarios. Über Mikrofone können Regieanweisungen in den Simulationsraum gegeben werden. ³
Simulationstraining	Simulationstrainings ermöglichen, den Umgang mit komplexen Situationen zu üben. Während des Trainings werden verschiedene Herangehensweisen risikofrei ausprobiert und anschliessend im Debriefing reflektiert. So können invasive Techniken in kritischen Situationen trainiert werden ohne Patientinnen und Patienten zu involvieren. ³

Tumor-Board	Interdisziplinäres Fachgremium zur Besprechung und Erarbeitung individueller Behandlungsempfehlungen für Patientinnen/Patienten mit Tumorerkrankungen. ³
-------------	---

Quellen:	<p>¹www.pschyrembel.de</p> <p>²Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). CAS Breast Care Nurse: https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/weiterbildung/detail/kurs/breast-care/</p> <p>³Universitätsspital Zürich. Simulationszentrum: http://www.simulationszentrum.usz.ch/unser_angebot/Seiten/default.aspx</p> <p>⁴ETH (NA): Effective Roundtable Facilitation Techniques.</p> <p>⁵Häsler, L. & Schwappach, D. (2019). <i>Leitfaden-Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen</i>. Stiftung Patientensicherheit Schweiz.</p>
----------	--

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Interprofessional Learning Domains (Thistlethwaite & Moran, 2010).....	10
Tabelle 2	Ausgewählte Dokumente für die Dokumentenanalyse.....	17
Tabelle 3	Untersuchungsdesign	21
Tabelle 4	Assume the roles and responsibilities of team leader and team member.....	25
Tabelle 5	Improve collaboration with other health professionals in the workplace	25
Tabelle 6	Identification of learning needs in relation to future development in a team.....	26
Tabelle 7	Acknowledge views and ideas of other professionals	27
Tabelle 8	Respect.....	27
Tabelle 9	Knowledge of, skills for and positive attitudes to collaboration with other health professionals	29
Tabelle 10	Assume the roles and responsibilities of team leader and team member.....	29
Tabelle 11	Improve collaboration with other health professionals in the workplace	30
Tabelle 12	Facilitate interprofessional care conferences, team meetings etc.	32
Tabelle 13	Team dynamics and power relationships	33
Tabelle 14	Was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen wollen und was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen wollen.....	34
Tabelle 15	Was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzten wissen sollen und was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen sollen	35
Tabelle 16	Communicate effectively with other professionals	36
Tabelle 17	Express one's opinions to others involved with care.....	37
Tabelle 18	Shared decision making	37
Tabelle 19	Communication at beginning and end of shifts	38
Tabelle 20	Awareness of difference in professionals' language	38
Tabelle 21	Identification of learning needs in relation to future development in a team.....	40
Tabelle 22	Identification of common professional interests through reflection	40
Tabelle 23	Learning through peer support.....	41
Tabelle 24	Transfer interprofessional learning to clinical setting	42
Tabelle 25	Acknowledge views and ideas of other professionals	43
Tabelle 26	Respect.....	44
Tabelle 27	The patient's central role in interprofessional care (patient-focused or centered care)	44
Tabelle 28	Working together and cooperatively in the best interests of the patient.....	45
Tabelle 29	Patient safety issues.....	46
Tabelle 30	Förderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen	46
Tabelle 31	Hinderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018).	23
Abbildung 2. Mitglieder des Behandlungsteams.....	28
Abbildung 3. Gefässe für interprofessionelles Lernen	31
Abbildung 4. Schlüsselpersonen für interprofessionelles Lernen	39

Literaturverzeichnis

- Akremit, L. (2014). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 265–282). https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_17
- Ambrose, E., Baker, D., Mahal, I., Micflikier, A. & Holmqvist, M. (2015). Interprofessional Experiences at a Student-run Clinic: Who Participates and What Do They Learn? *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 5(2). <https://doi.org/10.22230/jripe.2015v5n2a197>
- Argyris, C. & Schön, D. A. (2018). *Die lernende Organisation: Grundlagen, Methode, Praxis* (Sonderausgabe Management-Klassiker; W. Rhiel, Übers.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1978). *Organizational Learning. A Theory of Action Perspective*. Reading/Mass.
- Baerg, K., Lake, D. & Paslawski, T. (2012). Survey of Interprofessional Collaboration Learning Needs and Training Interest in Health Professionals, Teachers, and Students: An Exploratory Study. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 2(2). <https://doi.org/10.22230/jripe.2012v2n2a47>
- Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Bechtel, P., Smerdka-Arhelger, I. & Lipp, K. (Hrsg.). (2017). *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54166-1>
- Buhler, A. V. K., Coplen, A. E., Davis, S. & Nijjar, B. (2016). Comparison of Communications Styles Amongst Students in Allied Health Professions Programs: How Do Our Students Communicate with Other Healthcare Providers? *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 6(2). <https://doi.org/10.22230/jripe.2017v6n2a233>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2015). *Koordinierte Versorgung*. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2016). *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). (1997). *Interprofessional Education: What, How & When?* CAIPE Bulletin No.13. Verfügbar unter: <https://www.caipe.org/download/caipe-bulletin-no-13-1997-2/>
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). (2017). *Interprofessional Education Guidelines 2017*. Verfügbar unter: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>
- Campbell, E. G., Singer, S., Kitch, B. T., Iezzoni, L. I. & Meyer, G. S. (2010). Patient safety climate in hospitals: Act locally on variation across units. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(7), 319–326.
- Campione, J. & Famolaro, T. (2018). Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>

-
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Verfügbar unter: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Chamberlain-Salaun, J., Mills & Usher, K. (2013). Terminology used to describe health care teams: An integrative review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 65. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S40676>
- Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes, Board on Global Health & Institute of Medicine. (2015). *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes*. <https://doi.org/10.17226/21726>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Danielsson, M., Nilsen, P., Rutberg, H. & Årestedt, K. (2017). A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden: *Journal of Patient Safety*, 1. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000369>
- DiCuccio, M. H. (2015). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 11(3), 135–142. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000058>
- Eidgenössisches Departement des Innern & Bundesamt für Gesundheit (2017). *Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 – 2020*. Bern.
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70(1), 113–136. <https://doi.org/10.1348/000709900158001>
- Ewers, M. & Reickel, K. (2017). *Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: das Projekt interTUT Working Paper No. 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik*. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Ewers, Michael, Paradis, E. & Herinek, D. (Hrsg.). (2019). *Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz.
- Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (8. Auflage August 2017). Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Galli, Claudia. (2016). *Wie gelingt Interprofessionalität?* Kongressbeitrag gehalten auf der Tagung Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- Häsler, L. & Schwappach, D. (2019). *Leitfaden-Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen*. Stiftung Patientensicherheit Schweiz.
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559–574). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hensen, P. & Stamer, M. (Hrsg.). (2018). *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen: Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche*. Heidelberg: Springer VS.
- Intermediate Care, Universitätsspital Zürich. (2017). *Betriebskonzept Intermediate Care*.

-
- Kaba-Schönstein, L. & Kälble, K. (Hrsg.). (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege ; (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Kitto, S., Goldman, J., Schmitt, M. H. & Olson, C. A. (2014). Examining the intersections between continuing education, interprofessional education and workplace learning. *Journal of Interprofessional Care*, 28(3), 183–185. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.906737>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Verfügbar unter: <http://www.myilibrary.com?id=313892>
- Liebig, S., Matiaske, W. & Rosenbohm, S. (Hrsg.). (2017). *Handbuch Empirische Organisationsforschung*. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-08493-6>
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*; 31(4):Doc40; ISSN 1860-3572. <https://doi.org/10.3205/zma000932>
- Morello, R. T., Lowthian, J. A., Barker, A. L., McGinnes, R., Dunt, D. & Brand, C. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 22(1), 11–18. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>
- Nock, L. (2016). *Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsberufen*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Olson, R. & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: A systematic review. *Medical Education*, 48(3), 236–246. <https://doi.org/10.1111/medu.12290>
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 598–609. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.3.598>
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 117–133). https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_6
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. & Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230–241. <https://doi.org/10.3109/13561820903163405>
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M. & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. In The Cochrane Collaboration (Hrsg.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub2>
- Riecke, J. (Hrsg.). (2014). *Duden, das Herkunftswörterbuch: Etymologie der deutschen Sprache* (5., neu bearb. Aufl). Berlin: Dudenverl.

-
- Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership* (3rd ed). San Francisco: Jossey-Bass.
- Siri, J. & Faas, Th. (2017). Methoden und Daten zur Erforschung spezieller Organisationen: In Liebig, St., Matiaske, W. & Rosenbohm, S. (Hrsg.), *Handbuch Empirische Organisationsforschung* (S. 699–722).
- Snijkers, G. & Meyermann, A. (2017). Betriebs- und Unternehmenssurveys. In St. Liebig, W. Matiaske, & S. Rosenbohm, (Hrsg.), *Handbuch Empirische Organisationsforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Sottas, B., Mentrup, C. & Meyer, P. C. (2016). Interprofessional education and practice in Sweden / Interprofessionelle Bildung und Praxis in Schweden. *International Journal of Health Professions*, 3(1), 3–13. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2016-0002>
- Sottas, B. & Kissmann, S. (2015). *Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP)*. Formative Works.
- Sottas, B., Kissmann, S. & Brügger, S. (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele*. Formative Works.
- Thistlethwaite, J. & Moran, M. (2010). Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 503–513. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.483366>
- Vogl, S. (2014). Gruppendiskussion. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 581–586). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wagner, S. J. & Reeves, S. (2015). Milestones and entrustable professional activities: The key to practically translating competencies for interprofessional education? *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 507–508. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.1003636>
- Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E. G., Kaap-Fröhlich, S., Karstens, S., Sottas, B. (2015). Position statement GMA Committee – “Interprofessional Education for the Health Care Professions”. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*; 32(2):Doc22; ISSN 1860-3572. <https://doi.org/10.3205/zma000964>
- Walsh, K., Reeves, S. & Maloney, S. (2014). Exploring issues of cost and value in professional and interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 493–494. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.941212>
- Witzel, A. (2000). *The Problem-centered Interview Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 1*, Methodical and Empirical Examples-. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1132>
- Woermann, U., Weltsch, L., Kunz, A., Stricker, D. & Guttormsen, S. (2016). Attitude towards and Readiness for Interprofessional Education in Medical and Nursing Students of Bern. *GMS Journal for Medical Education*. 33. 10.3205/zma001072
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva.
- Yu, T.-C., Jowsey, T. & Henning, M. (2018). Evaluation of a modified 16-item Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS): Exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Interprofessional Care*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1462153>

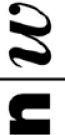
Anhang

Anhang A: Kodierleitfaden

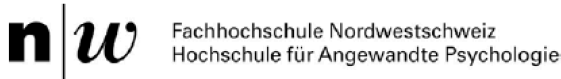
Kodierleitfaden			
Kodierregeln über alle Kategorien		Kodiereinheit Sinneinheiten, d.h. zu kodierende Passagen sind so auszuwählen, damit Sinn wiedergegeben ist. Minimale Kodiereinheit = mehrere Wörter mit Sinnzusammenhang. Der Kontext der Aussage sollte ersichtlich sein.	
		Kontexteinheit Maximal 2 Sätze pro Kode. Wenn zu einer Kategorie mehr Textmaterial (>2 Sätze) im gleichen Zusammenhang vorliegt, soll erneut kodiert werden. Aufzählungen (mit Punkten) sind als einzelne Sätze zu betrachten.	
		Auswertungseinheit Alle transkribierten Interviews mit Ärztinnen und Ärzten / alle transkribierten Fokusgruppen mit Pflegefachpersonen	
Einfache vs. mehrfache Zuordnung Textbestandteile zu Kategorien Mehrfachzuordnungen von Materialbestandteilen zu unterschiedlichen Kategorien, welche unterschiedliche Aspekte aufzeigen, sind zulässig. Passagen können wo sinnvoll mehreren Codes zugewiesen werden. Bei Unsicherheiten beim Zuweisen von Textstellen zu Codes werden die definierten Anker pro			
Kategorie	Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel
Teamwork	Mitglieder des Behandlungsteams	Aussagen zu Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des Behandlungsteams.	Physio, Ergo, Sozialdienst, Pflege, Ärzte und eigentlich auch Ernährungsberatung und die Clinical Nurses, das ist so das Team.
	Knowledge of, skills for and positive attitudes to collaboration with other health professionals	Aussagen zu Kenntnissen, Fähigkeiten und positiven Einstellungen zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	Und ich als Arzt bin auch offen und ich sag das auch gerne, wenn ich was nicht weis, da hab ich glaub kein Problem mit oder einen Fehler zuzugeben und die Pflege weist mich darauf hin.
	Improve collaboration with other health professionals in the workplace	Aussagen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachkräften am Arbeitsplatz	Man könnte dies aus bei der Einführung aufnehmen. Dass jeder Assistenzarzt mal einen Tag mit der Pflege verbringen kann.
	Team dynamics and power relationships	Teamdynamiken und Machtverhältnisse	Aber wir sind noch nicht ganz so weit, dass die Ärzte auch etwas abgeben wollen und anerkennen, dass nicht nur die im weissen Kittel etwas zählen.
Rollen / Verantwortlichkeiten	Knowledge and understanding of the different roles, responsibilities and expertise of health professionals	Aussagen zu Kenntnis und Verständnis der verschiedenen Rollen, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen, welche die Professionellen im Behandlungsteam inne haben.	Ich würd mir wünschen, die Pflege hätte mehr Verständnis für (...) für die Aspekte, die ich erfüllen muss. Nicht nur die IMC und die Pflege zufrieden zustellen. Mein Wunsch wär, sie könnten mal meinen Alltag sehen und erleben und mehr den Weitblick annehmen, den ich haben muss.
	Similarities and differences relating to roles, attitudes and skills	Aussagen zu Ähnlichkeiten und Unterschiede in Bezug auf Rollen, Einstellungen und Fähigkeiten.	Ich sag mir oft, ich sollte ein Mal im Jahr einfach nur die begleiten, was die so machen (...) Ich weis vieles gar nicht! Z.B. wie ist das strukturiert, wer stellt die Tabletten? Und wieviel Zeit braucht der, was macht der da wirklich?
	Rolle der Vorgesetzten	Aussagen zum Einfluss von Führungspersonen innerhalb des Behandlungsteams auf interprofessionelles Lernen.	Ja, ich glaube, das ist eine wichtige Rolle. (...) Ich glaube durch mehr interprofessionelle Gespräche. Dass darauf geachtet wird, dass wirklich alle rundherum einbezogen sind.
Kommunikation	Communicate effectively with other professionals	Aussagen bezüglich angepasster Kommunikation zwischen den Professionellen innerhalb des Behandlungsteams. Art und Weise der Kommunikation hinsichtlich Intensität, Qualität und Einsatz von Kommunikationsinstrumenten.	Ich würd sicherlich sagen, dass das 20 % meines Alltag in Anspruch nimmt, aber es ist unerlässlich. Dies sind die zusätzliche Gespräche mit Pflegeleitung, Einzelgespräche mit der Pflege über Pat. und Strukturen. Diese Kommunikation zw Ärzten und Pflege, unabhängig vom Pat. selber, um das strukturelle zu optimieren, um Zufriedenheit oder Probleme zu erfragen.
	Awareness of difference in professionals' language	Aussagen bezüglich des Bewusstseins für Unterschiede in der (Fach)sprache der Mitglieder des Behandlungsteams.	Klar kann man fragen, welches die richtige Sprache ist. (...) Also man muss versuchen, Zahlen und Argumente gebündelt rüber zu bringen, sonst wird man nicht gleich ernst genommen.
	Express one's opinions to others involved with care	Meinungsausserung gegenüber anderen Mitgliedern des Behandlungsteams.	Denn wenn ich die Probleme der anderen gut verstehe und auch gut kommuniziere, dann kann ich auch kooperativer sein.
Lernen / Reflexion	Gefässe für interprofessionelles Lernen	Aussagen zum Angebot interprofessionell durchgeführter Konferenzen, Besprechungen oder Weiterbildungen etc. zur gemeinsamen Entwicklung als Behandlungsteam.	Da gibt es reguläre Weiterbildungen, die in der Regel 1-2 mal wöchentlich interprofessionell statt finden.
	Schlüsselpersonen	Zuschreibung von Schlüsselrollen für interprofessionelles Lernen innerhalb des Behandlungsteams.	Aus meiner Erfahrung waren die Schlüsselpersonen die Stationsleitungen von der Pflege, die waren wichtig.
	Identification of learning needs in relation to future development in a team	Identifizierung von Lernbedarf in Bezug auf die zukünftige Entwicklung im Team.	Meist dann wenn etwas schief läuft. Das wird dann gesammelt und angeschaut.
	Identification of common professional interests through reflection	Identifizierung gemeinsamer beruflicher Interessen der verschiedenen Professionen durch Reflexion.	Wir als Leitungsteam arbeiten auch aktiv mit und sehen dann auch dort Themen oder Phänomene, die wir aufgreifen.
	Learning through peer support	Lernen durch Peer-Support	Viel Lernen passiert so nebenher, man schaut selber, wie man zu seinen Informationen kommt oder auch weitergibt.
	Erfolgsfaktoren	Aussagen über Erfolgsfaktoren für interprofessionelles Lernen im Behandlungsteam.	Ich glaube, für gute Bildung sollten wir keinen Schnitt machen zwischen ärztlicher und pflegerischer Fortbildung. Es macht keinen Sinn, denn wir müssen zusammen arbeiten und wir sollten auch die selbe Fortbildung haben.
	Barrieren	Aussagen zu Barrieren und Hindernissen für interprofessionelles Lernen [z.B. fehlende Ressourcen (Raum/Zeit/Finanzen)].	Das ist auch ein wichtiger, bestimmender Faktor für das Thema interprofessionelles Lernen, dass nicht so viel Zeit ist (...).
Ethik / Haltungen	Acknowledge views and ideas of other professionals	Anerkennen von Ansichten und Ideen anderer Fachleute	Für mich wäre interprofessionelles Lernen (...) Fragen stellen dürfen, ohne dass man sich blöd vorkommen muss.
	Respekt	Gegenseitiger Respekt und Vertrauen zwischen den Mitgliedern innerhalb des Behandlungsteams.	Ich kann jetzt nur für die (xx) sprechen, dass da schon ein Klima der gegenseitigen Wertschätzung herrscht.
Patientenbezug	Patient safety issues	Aussagen zum Einfluss von IPL auf die Patientensicherheit	Ich mache eine EKG-Fortbildung mit den AA und ich wäre froh, wenn auch die Pflegenden kommen würden. Weil wir zusammen arbeiten und wenn ich ein gutes Pflegeteam habe, verbessern sich auch die AA und ich verbessere mich auch.
	Working together and cooperatively in the best interests of the patient	Aussagen zur Zusammenarbeit und Kooperation zum Wohle der Patientinnen und Patienten.	Ich glaub, dass man immer in seiner eigenen Profession festgefahren ist. (...) Aber ich hab schon das Gefühl, dass je enger man zusammen arbeitet und je mehr man versteht, warum der anderer etwas macht. (...) Dass der Pat. auf jeden Fall davon profitiert.
Strukturelle Bedingungen	Förderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen	Aussagen zu System-Strukturen wie Umgebung und Bedingungen, in denen die Versorgung stattfindet. Dazu gehören materielle Ressourcen (z.B. Einrichtungen, Ausrüstung), personelle Ressourcen (z.B. Anzahl und Qualifikation des Personals) und organisatorische Strukturen (z.B. Arbeitsorganisation des medizinischen Personals, Methoden der Kostenerstattung).	Es gibt einen Besprechungsraum, wo alle zusammensitzen.
	Hinderliche strukturelle Bedingungen für interprofessionelles Lernen		Da ist oft auch Personalmangel auf beiden Seiten oder zu viele Patienten.

Quelle: Thistlethwaite, J., Moran, M. (2010). Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. Journal of Interprofessional Care, 24 (5), 503-513. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.483366>

Anhang B: Kodierregeln

 <p>Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Angewandte Psychologie</p>	
<p>Kodierregeln / inhaltsanalytische Regeln</p>	
Was	Bedeutung nach Mayring & Fenzel (2014)
Kodiereinheit	Die Kodiereinheit legt den kleinsten Textbestandteil fest, der einer Kategorie zugeordnet werden darf (semantische Einheit, Wort, Satz usw.). Falls auch quantitative Analyseschritte vorgenommen werden, ist die Definition dieser Einheiten wichtig.
Kontexteinheit	Die Kontexteinheit ist der grösste in eine Kategorie fallende Textbestandteil. Die Kontexteinheit bestimmt, welche Informationen für die einzelne Kodierung herangezogen werden dürfen (Satz, Absatz, Interviewantwort, ganzes Interview, Zusatzkontextmaterial) Falls auch quantitative Analyseschritte vorgenommen werden, ist die Definition dieser Einheiten wichtig.
Auswertungseinheit	Die Auswertungseinheit bestimmt, welche Texte jeweils nacheinander ausgewertet werden, d.h. welcher Materialportion das Kategoriensystem gegenübergestellt wird (ganzes Material, Materialteile, usw.).
Einfache vs. mehrfache Zuordnung von Textbestandteilen zu Kategorien	Mehrfachzuordnungen von Materialbestandteilen zu unterschiedlichen Kategorien.
Paraphrasieren	„Die einzelnen Kodiereinheiten werden in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben (Paraphrasierung). Dabei werden bereits nicht inhaltstragende (ausschmückende) Textbestandteile fallen gelassen. Die Paraphrasen sollen auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert sein. (Mayring, 2016).
Zitate	Eine Sammlung von sehr aussagekräftigen und treffenden Zitaten wird parallel zum Codieren erstellt. Diese dienen im Ergebnis zur Untermauerung von Aussagen.
Darstellung Endergebnis	Das Endergebnis wird in einer Übersichts-Tabelle dargestellt. Das Kategoriensystem, die Ankerbeispiele sowie die zugewiesenen paraphrasierten Aussagen werden einheitlich in der vorgegebenen Tabelle festgehalten.
<p>„Der Grundvorgang besteht nun in der regelgeleiteten Zuordnung von (entweder induktiv am Material entwickelten oder deduktiv vorab aufgestellten) Kategorien zu konkreten Textstellen, den inhaltsanalytischen Zuordnungsregeln folgend. Diese Regeln werden in einer Pilotphase an das Material angepasst und im Sinne eines zirkulären Modells verfeinert, wonach aufgrund der ersten Auswertungserfahrungen die Struktur der Analyse noch verändert werden kann. Wenn es hier zu Anpassungen gekommen ist, müssen die Regeln jedoch im endgültigen Materialdurchgang konstant gehalten werden (<i>lineares Modell</i>).“ (Mayring & Fenzel, 2014, S. 546) in (Baur & Blasius, 2014).</p>	

Anhang C: Interviewleitfaden



Interviewleitfaden - Ärztinnen und Ärzte

Definition Interprofessionelles Lernen (IPL)

«Situation, in der zwei oder mehrere Berufsgruppen mit-, von- und übereinander lernen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Qualität der Versorgung zu verbessern» (Centre for the Advancement of Interprofessional Education, CAIPE, 2016, S.1).

Begrüßung / Einwilligungserklärung

A) Teamwork

- 1) Wer gehört zu Ihrem Behandlungsteam?
- 2) Schildern Sie bitte, was interprofessionelle Zusammenarbeit für Sie bedeutet. Wo findet diese statt?

B) Kommunikation

- 3) Wie verläuft die Kommunikation im Behandlungsteam?
- 4) Wie fällen Sie Entscheide zur Behandlung?
- 5) Wie erleben Sie das Verhandeln und Konfliktlösen im Behandlungsteam?

C) Lernen/Reflektion

- 6) Wie haben Sie interprofessionelles Lernen selber erlebt?
- 7) Wo sehen Sie interprofessionelles Lernen im Behandlungsteam?
- 8) Gibt es Schlüsselpersonen für interprofessionelles Lernen im Team?
- 9) Welche Rollen übernehmen Vorgesetzte für interprofessionelles Lernen im Behandlungsteam?
- 10) Worin sehen Sie Hindernisse für interprofessionelles Lernen im Behandlungsteam?
- 11) Welche Möglichkeiten sehen Sie für Verbesserungen für interprofessionelles Lernens im Behandlungsteam?
- 12) Wie wird interprofessionelles Lernen in den klinischen Alltag übertragen?

D) Rollen/Verantwortlichkeiten

- 13) Gibt es etwas, dass Sie über Pflegefachpersonen wissen möchten?
- 14) Was möchten Sie, dass Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen?
- 15) Gibt es Missverständnisse in Bezug auf Rollenbeziehungen im Behandlungsteam? Wie gehen Sie damit um?

E) Patientenbezug

- 16) Welche Wirkung hat interprofessionelles Lernen Ihrer Meinung nach auf die Patientenversorgung?

F) Strukturelle Bedingungen

- 17) Welche betrieblichen Strukturen erachten Sie als förderlich für interprofessionelles Lernen?

G) Gibt es weitere Aspekte, die Sie zum Thema noch anfügen möchten?

Abschluss / Dank / Soziodemographischer Fragebogen

Anhang D: Moderationsleitfaden

Moderationsleitfaden Fokusgruppen - Pflegefachpersonen Klinik: X Datum:

Definition Interprofessionelles Lernen (IPL): «Situation, in der zwei oder mehrere Berufsgruppen mit-, vor- und übereinander lernen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Qualität der Versorgung zu verbessern» (Centre for the Advancement of Interprofessional Education, CAIPE, 2016, S.1).

Sequenz	Start	Dauer	Inhalt / Fragen	Hilfsmittel / Unterlagen
Begrüssung	14.35	5'	Kurze Begrüssung, Vorstellung und kurzes Framing / Einverständniserklärung	Flip: Ablauf Einverständniserklärungen
Check-In	14.40	5'	Kurze Vorstellungsrunde (Name, Funktion)	Aufnahmegeräte
A) Teamwork	14.45	10'	1) Wer gehört zu Ihrem Behandlungsteam? 2) Schildern Sie bitte, was interprofessionelle Zusammenarbeit für Sie bedeutet.	Vertiefung: Wo findet IPZ statt?
B) Lernen / Reflektion	14.55	30'	3) Welche Anlässe für interprofessionelles Lernen gibt es auf Ihrer Abteilung? 4) Wo sehen Sie interprofessionelles Lernen im Behandlungsteam? - Welche Rolle übernehmen Vorgesetzte für interprofessionelles Lernen? - Worin sehen Sie Hindernisse für interprofessionelles Lernen im Behandlungsteam? - Welche Möglichkeiten sehen Sie für Verbesserungen für Lernen im Behandlungsteam? 5) Wie werden Erkenntnisse in den klinischen Alltag übertragen?	Vertiefung: Wie haben Sie interprofessionelles Lernen selber erlebt? - Entscheidungsfindung - Verhandeln und Konfliktösen im Behandlungsteam
C) Rollen / Verantwortlichkeiten	15.25	10'	6) Gibt es etwas, dass Sie über Ärztinnen und Ärzte wissen möchten? 7) Was möchten Sie, dass Ärztinnen und Ärzte über Pflegefachpersonen wissen?	Vertiefung: Umgang mit Missverständnissen in Bezug auf Rollenbeziehungen im Behandlungsteam
D) Patientenbezug	15.35	10'	8) Welche Wirkung hat interprofessionelles Lernen Ihrer Meinung nach auf die Patientenversorgung?	Vertiefung: Sicherheit / Behandlungsqualität
E) Strukturelle Bedingungen	15.45	10'	9) Welche betrieblichen Strukturen erachten Sie als förderlich für interprofessionelles Lernen?	Vertiefung:
F) Schluss	15.55	5'	10) Gibt es weitere Aspekte, die Sie zum Thema noch anfügen möchten?	
G) Abschluss / Dank	16.00		Soziodemographischer Fragebogen	

Anhang E: Samples

Sample Ärztinnen/Ärzte

Stellenbezeichnung	Sex	Anzahl Berufsjahre	Erfahrung IPL in Ausbildung	Erfahrung IPL in Ausbildung mit ...	Zufriedenheit mit Angebot für IPL auf Abteilung (1 = sehr unzufrieden, 6 = sehr zufrieden)
Oberarzt	m	22	nein		4
Oberärztin	w	6	ja	Pflege/Physio	5
Oberarzt m.e.V	m	10	nein		keine Angaben
Oberärztin	w	18	nein		4
Assistenzärztin	w	3.5	nein		4
Assistenzärztin	w	6	nein		6
Oberarzt	m	15	nein		5
Oberarzt	m	7	ja	Pflege/Physio	4
Oberärztin	w	5	nein		5
Institutsdirektorin	w	24	ja		6
Leitung Pflege	m	25	ja		6
Mittelwerte		12.9			4.9

Abbildung 1: Sample Ärztinnen/Ärzte

Sample Pflegefachpersonen

Stellenbezeichnung	Sex	Anzahl Berufsjahre	Erfahrung IPL in Ausbildung	Erfahrung IPL in Ausbildung mit ...	Zufriedenheit mit Angebot für IPL auf Abteilung (1 = sehr unzufrieden, 6 = sehr zufrieden)
Dipl. Pflegefachfrau	w	25	nein		4
Dipl. Pflegefachfrau	w	8	ja		5
Dipl. Pflegefachmann	m	20	nein		3
Gruppenleiter	m	16	nein		4
Dipl. Pflegefachmann	w	10	nein		2
Gruppenleiterin	w	13	ja		2
Fachexpertin Pflege	w	34	nein		3
Dipl. Pflegefachfrau	w	4 1/2	ja	Ärzte, Hebammen	3
Abteilungsleiterin	w	14	nein		3
Berufsbildnerin	w	8	ja	Ärzte	3
Dipl. Pflegefachfrau	w	10	ja	Physio	3
Dipl. Pflegefachfrau	w	30	ja		4
Dipl. Pflegefachfrau	w	5	nein		2
Dipl. Pflegefachfrau	w	3	nein		4
Fachexpertin Pflege	w	41	nein		4
Dipl. Pflegefachfrau	w	10	nein		5
Dipl. Pflegefachfrau/ mBA Bildung	w	15	ja	Ärzte	4
Dipl. Pflegefachfrau	w	24	nein		3
Dipl. Pflegefachfrau	w	3	ja	Physio	4
Dipl. Pflegefachfrau	w	23	nein		3
Dipl. Pflegefachfrau	w	8	nein		4
Dipl. Pflegefachfrau	w	10	ja	Betriebswirtschaft	4
Dipl. Pflegefachfrau	w	15	nein		2
Dipl. Pflegefachfrau	w	4 1/2	nein		3
Mittelwert		14.75			3.375

Abbildung 2: Sample Pflegefachpersonen

Anhang F: Ein-/Ausschlusskriterien

Ein- /Ausschlusskriterien

Teilnehmende Interviews

Einschlusskriterien:

- Teilzeit und Vollzeit Anstellung
- Mind. 6 Monate auf der jetzigen Abteilung tätig
- Hauptanteil der Beschäftigung ist klinische Tätigkeit
- Freiwilligkeit

Ausschlusskriterien:

- Unterassistentinnen/-assistenten
- Nicht-klinisch-tätiges Personal

Teilnehmende Fokusgruppen

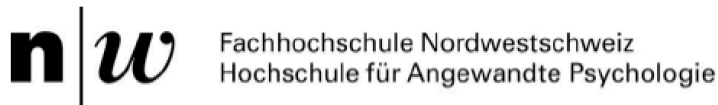
Einschlusskriterien:

- Ausbildung: FH / HF / NDS Intensivpflege / NDS Notfallpflege
- Teilzeit und Vollzeit Anstellung
- Mind. 6 Monate auf der jetzigen Abteilung tätig
- Hauptanteil der Beschäftigung ist klinische Tätigkeit
- Freiwilligkeit

Ausschlusskriterien:

- Fachangestellte Gesundheit
- Lernende
- Praktikantinnen / Praktikanten
- Nicht-klinisch-tätiges Personal

Anhang G: Anfrage Teilnehmende



Liebes Pfl egeteam

Im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Angewandte Psychologie, Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie an der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) befasse ich mich mit dem Thema «Interprofessionelles Lernen in medizinischen Behandlungsteams».

Ziel der Arbeit ist es, die einerseits die Bedürfnisse von Mitgliedern medizinischer Behandlungsteams für interprofessionelles Lernen im Arbeitskontext zu erfassen und andererseits Erfolgsfaktoren und Barrieren für interprofessionelles Lernen im Arbeitskontext zu ermitteln.

Mit diesem Schreiben möchte ich Sie anfragen, ob Sie an einem Workshop zum Thema «interprofessionelles Lernen in medizinischen Behandlungsteams» teilnehmen möchten. Der Workshop würde ca. 90 min dauern und wird mit 4 Teilnehmenden durchgeführt.

Ich würde mich sehr freuen, wenn ich Sie für einen Austausch gewinnen könnte. Für Ihre Rückmeldung danke ich Ihnen bereits jetzt ganz herzlich.

Freundliche Grüsse

Monika Wyss

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Studierende MSc Arbeits- und Organisationspsychologie

Anhang H: Formale Zustimmung



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

«Barrieren und Erfolgsfaktoren für interprofessionelles Lernen in medizinischen Behandlungsteams»

Formale Zustimmung

Hintergrund

Ein Grossteil der Gesundheitsversorgung in Spitälern wird durch interprofessionelle Behandlungsteams erbracht. Interprofessionelles Lernen ist eine Lernaktivität, durch die Behandlungsteams während ihrer gesamten Laufbahn Fähigkeiten in interprofessioneller Kooperation weiterentwickeln. Während an Ausbildungsstätten Programme mit interprofessionellen Modulen entstehen, ist noch wenig bekannt über interprofessionelles Lernen im Arbeitskontext.

Ziel

Die vorliegende Masterarbeit verfolgt zwei Ziele. Einerseits Barrieren und Erfolgsfaktoren für interprofessionelles Lernen im Arbeitskontext zu ermitteln und andererseits Barrieren und Erfolgsfaktoren für die Implementierung einer Fortbildungs-Sequenz für interprofessionelles Lernen im Arbeitskontext zu erfassen.

Anonymität

Die Interviewdaten werden mithilfe von Codes verschlüsselt und so gesichert, dass Dritte keinen Zugang zu den Daten haben. Ihre Anonymität ist zu jeder Zeit gewährleistet.

Einwilligung

Meine Teilnahme ist freiwillig. Es ist mir freigestellt, meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen.

Ich verstehe, dass relevante Daten, die während der Masterarbeit gesammelt wurden, von der Betreuungsperson der FHNW eingesehen werden können. Ich habe die Erlaubnis, jederzeit Zugang zu meinen Unterlagen zu erhalten.

Ich stimme zu, unter den aufgeführten Bedingungen teilzunehmen.

Name Teilnehmer/in

Datum

Unterschrift

Anhang I: Kurzfragebogen



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Kurz-Fragebogen

«Barrieren und Erfolgsfaktoren für interprofessionelles Lernen in medizinischen
Behandlungsteams»

Zum Abschluss möchte ich Sie bitten, folgenden Fragen zu beantworten.

1. Vorname, Name

2. Geschlecht: weiblich männlich

3. Jahrgang: _____

4. Bitte geben Sie Ihren höchsten Bildungsabschluss an:

5. Wie lautet Ihre aktuelle Stellenbezeichnung?

6. Wie viele Jahre berufliche Erfahrung haben Sie? _____

7. Besitzen Sie bereits Erfahrung mit interprofessionellem Lernen in Ihrer Ausbildung?

Nein Ja Falls ja, welche: _____

8. Wie zufrieden sind Sie mit den Möglichkeiten für interprofessionelles Lernen an Ihrem Arbeitsplatz?

1 2 3 4 5 6

Sehr
unzufrieden

Sehr
zufrieden

HERZLICHEN DANK!

Anhang K: Case Summaries

Summary	Dokumentenanalyse
Kategorie	Teamwork

Subkategorie	Assume the roles and responsibilities of team leader and team member		
Abteilung A (Intermediate Care)	Abteilung B (Intermediate Care)	Abteilung C (Bettenabteilung)	Abteilung D (Notfallstation)
<u>Behandlungsteam (1)</u> Der ärztliche Leiter ist zuständig für die Organisation und Führung von 2wöchigen interprofessionelle und interdisziplinären Sitzungen mit den ärztlichen Vertretern der belegenden Kliniken (Führungsgremium) und der Pflege. Er ist für die Organisation von Fort- und Weiterbildungen sowie die koordinierte Erstellung von SOP (Standard Operating Procedures) für das Behandlungsteam auf der IMC zuständig.	<u>Behandlungsteam (2)</u> Der ärztliche Leiter ist zuständig für die Organisation und Führung von 2wöchigen interprofessionelle und interdisziplinären Sitzungen mit den ärztlichen Vertretern der belegenden Kliniken (Führungsgremium) und der Pflege. Er ist für die Organisation von Fort- und Weiterbildungen sowie die koordinierte Erstellung von SOP (Standard Operating Procedures) für das Behandlungsteam auf der IMC zuständig.	<u>Behandlungsteam (0)</u>	<u>Behandlungsteam (2)</u> Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit Wir verstehen eine optimale Patientenversorgung als interdisziplinäre Teamleistung und nicht als Einzelleistung. Diese Interdisziplinarität wird ermöglicht durch eigenverantwortliche und professionsspezifische Beiträge der Einzelnen zum Ganzen. Wir übernehmen Verantwortung für die Qualität unserer Arbeit und lernen aus Fehlern.

Subkategorie	Improve collaboration with other health professionals in the workplace		
Abteilung A (Intermediate Care)	Abteilung B (Intermediate Care)	Abteilung C (Bettenabteilung)	Abteilung D (Notfallstation)
<u>Behandlungsteam (1)</u> Der ärztliche Leiter ist zuständig für die Organisation und Führung von 2wöchigen interprofessionelle und interdisziplinären Sitzungen mit den ärztlichen Vertretern der belegenden Kliniken (Führungsgremium) und der Pflege. Er ist für die Organisation von Fort- und Weiterbildungen sowie die koordinierte Erstellung von SOP (Standard Operating Procedures) für das Behandlungsteam auf der IMC zuständig.	<u>Behandlungsteam (2)</u> Voraussetzung für die Übernahme eines Patienten ist, dass dieser Zustand frühzeitig erkannt und behandelt werden kann. D.h., ausreichendes Fachpersonal muss vor Ort anwesend und die erforderlichen Ausrüstungen und Räumlichkeiten müssen vorhanden sein. Beim Einsatz neuer Behandlungsgeräte muss vorgängig eine adäquate Einführung des Behandlungsteams stattgefunden haben oder bereits ausreichende praktische Kenntnisse vorhanden sein. Ist eine oder sind mehrere Voraussetzungen nicht erfüllt, kann eine Aufnahme auf IMC nicht erfolgen.	<u>Behandlungsteam (0)</u>	<u>Behandlungsteam (2)</u> Belastbare Kollegialität Wir schaffen ein kollegiales und positives Arbeitsklima, indem wir einander transparent und authentisch begegnen. Schwieriges adressieren wir direkt, offen, konstruktiv und leistungsorientiert. Auch unter Druck kommunizieren wir wertschätzend. Wir pflegen eine Debriefing-Kultur, die sowohl die fachliche Leistung wie auch die Sorge um das Wohl aller im Behandlungsteam einbezieht. Wir unterstützen einander im Erzielen von fach- und persönlichkeitsbezogenen Fortschritten, geben einander Feedback und loben Leistung.

			<p>Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit</p> <p>Wir betrachten jede an der Notfallversorgung beteiligte Person als Teil des interdisziplinären Behandlungsteams, die in der gegebenen Ordnung zugehörig ist. Wir leben die professions-gegebenen Unterschiede und wirken integrativ, indem wir die jeweiligen Perspektiven beachten und schätzen. Wir bringen jedem Mitglied des interdisziplinären Behandlungsteam Hierarchie unabhängigen Respekt entgegen. Wir verstehen eine optimale Patientenversorgung als interdisziplinäre Teamleistung und nicht als Einzelleistung. Diese Interdisziplinarität wird ermöglicht durch eigenverantwortliche und professionsspezifische Beiträge der Einzelnen zum Ganzen. Wir übernehmen Verantwortung für die Qualität unserer Arbeit und lernen aus Fehlern.</p>
--	--	--	---

Summary	Dokumentenanalyse
Kategorie	Learning / Reflection

Subkategorie	Identification of learning needs in relation to future development in a team		
Abteilung A (Intermediate Care)	Abteilung B (Intermediate Care)	Abteilung C (Bettenabteilung)	Abteilung D (Notfallstation)
<p><u>Interprofessionelles Lernen</u></p> <p>Weiter wird das Critical Incident Reporting System (CIRS) genutzt, um klinisch-relevante vermeidbare Ereignisse und Risiken aufzuzeigen. Zudem dient es dazu, Verbesserungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen, aus ähnlichen Erfahrungen zu lernen und Schaden zu vermeiden.</p> <p>Pflegerische und medizinische Fort- und Weiterbildungen sind Teil des Anforderungsprofils und werden von den Vorgesetzten unterstützt. Schulungskonzepte sind vorhanden und</p>	<p><u>Interprofessionelles Lernen</u></p> <p>In der interprofessionellen Tagesvisite führt der AA die Visite und stellt kurz den Patienten problemorientiert vor. Die Visite soll für das Behandlungsteam lehrreich sein, die Visitenzeiten aber durch ausgedehntes Teaching nicht überschritten werden. Dafür wird ggf. Zeit nach der Visite verwendet.</p> <p>Die Abteilungsleitung Pflege ist zusammen mit dem ärztlichen Leiter der IMC für die Organisation und Durchführung der Aus-,</p>	<p><u>Interprofessionelles Lernen</u></p> <p>Zusammenarbeit in den Kliniken Der Pflegedienst erbringt qualitativ hochstehende Leistungen und ist mitverantwortlich für die Erreichung der Ziele der Kliniken. Die Leiterin Pflegedienst ernennt in Absprache mit dem Klinikdirektor die Vertretung des Pflegedienstes in der Klinikleitung. Die Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen der Vertretung Pflege ergeben sich aus der Klinik-Geschäftsordnung.</p>	<p><u>Interprofessionelles Lernen</u></p> <p>Engagement für eine moderne Notfallversorgung Fach- und Bildungsfragen stellen wir in den Dienst einer modernen Notfallversorgungsqualität und der Entwicklung von Nachwuchs für die Notfallmedizin. Teaching betrachten wir als professions-übergreifende Querschnittsaufgabe, bei der wir individuell wie auch als Team einen gegenseitigen Lern- und Entwicklungsauftrag haben. Mit unserem Engagement setzen wir fachliche und kulturelle Trends in der Notfallmedizin.</p>

<p>werden und werden von den Verantwortlichen laufend überprüft. Pflegefachliche Unterstützung erhalten die Pflegefachleute durch die Pflegeexpertin der IMC A.</p> <p>Um eine Standardisierung der Behandlung zusätzlich zur notwendigen individuellen Medizin zu erreichen, werden Patientenpfade und SOP für die gängigen Erkrankungen und Eingriffe erstellt. Die Weiterentwicklung der medizinischen Standards obliegt dem zuständigen IMC-Oberarzt in Zusammenarbeit mit dem Chefarzt. Die praktische Umsetzung dieser Richtlinien erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal. (..). Die Qualitätssicherung wird durch klinikinterne und externe Fort- und Weiterbildungen sowie regelmässige Morbiditäts- und Mortalitäts-konferenzen erreicht.</p>	<p>Weiter-, und Fortbildung des Pflegepersonals verantwortlich und beteiligt sich daran.</p> <p>Das "Critical Incident Reporting System" (CIRS) wird genutzt um klinisch-relevante, vermeidbare Ereignisse und Risiken aufzuzeigen. Zudem dient es dazu Verbesserungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen, aus ähnlichen Erfahrungen zu lernen.</p> <p>Das Pflegepersonal nimmt regelmässig an Fortbildungen zu IMC relevanten pflegerischen und technischen Themen teil. Das Fortbildungsprogramm muss Basiselemente der Intensivpflegeausbildung beinhalten. Die regelmässige Schulung der V-IPS für die Behandlung von Brandverletzten muss besucht werden. Weiter werden die Fortbildungsveranstaltungen des Pflegedienstes IMO gemäss den Vorgaben besucht.</p> <p>Patientenaufnahme (grundsätzlich) Nachdem alle angemeldeten Patienten auf Notfall-, Intensiv- und Normalstation beurteilt wurden, wird anschliessend in enger Absprache mit der IMC-Schichtleitung/ Abteilungsleitung der Entscheid zur Aufnahme eines Patienten durch das interprofessionelle Kader-team der IMC getroffen.</p> <p>Übernahme von der Intensivstation Problemfälle und Ablaufschwierigkeiten werden einmal monatlich in der interdisziplinären und interprofessionellen IMC-Sitzung besprochen, um Schwierigkeiten im Ablauf zu erkennen und ggf. zu verbessern.</p> <p>Stellenplan Pflege und Skill-Grade-Mix (..) Eine der FaGe's ist für die Abteilungsadministration und interprofessionelle Koordination zuständig, sie ist Anlauf- und Auskunftsstelle für Patientinnen und Patienten und Angehörige.</p>		<p>Gegenüber unseren Anspruchsgruppen sind wir ein verlässlicher Partner. Unser ökonomisches Denken und Handeln ist geleitet von Nachhaltigkeit, einem sorgsamem Umgang mit Ressourcen und einer realistischen Beurteilung und Gestaltung der Wertschöpfungskette.</p> <p>Konstruktive Entwicklungen (..) messen wir</p> <p>a) qualitativ: am Know-How-Zuwachs, der sich in einem fachlich kompetenten und sozial intelligenten Team ausdrückt</p> <p>b) quantitativ: am ökonomischen Erfolg, der sich im Erreichen von Kennzahlen zeigt.</p> <p>Das Institut (..) erfüllt seinen Auftrag interprofessionell und interdisziplinär mit Nutzung der (..) bestehenden Leistungs- und Supportangebote.</p> <p>Sie (Leitung Pflege) koordiniert einen regelmässigen Austausch mit der Patientenadministration und organisiert gemeinsame Schulungen für Pflege und Patientenadministration.</p>
--	---	--	--

Summary	Dokumentenanalyse
Kategorie	Ethik/Werte

Subkategorie	Acknowledge views and ideas of other professionals		
Abteilung A (Intermediate Care)	Abteilung B (Intermediate Care)	Abteilung C (Bettenabteilung)	Abteilung D (Notfallstation)
Keine Nennung	Keine Nennung	Keine Nennung	Wir betrachten jede an der Notfall-versorgung beteiligte Person als Teil des interdisziplinären Behandlungsteams, die in der gegebenen Ordnung zugehörig ist.
Subkategorie	Respect		
Abteilung A (Intermediate Care)	Abteilung B (Intermediate Care)	Abteilung C (Bettenabteilung)	Abteilung D (Notfallstation)
Keine Nennung	Keine Nennung	Keine Nennung	Wir bringen jedem Mitglied des interdisziplinären Behandlungsteam Hierarchie unabhängigen Respekt entgegen.

Ausgewählte Dokumente: Betriebskonzept (A + B) Geschäftsordnung (C) / Leitbild + Geschäftsordnung (*kursiv*) (D)

Summary	Problemzentrierte Interviews und Fokusgruppen
Kategorie	Teamwork

Subkategorie	Knowledge of, skills for and positive attitudes to collaboration with other health professionals	
Ärztenschaft	Pflegernde	
<p>Bewusstsein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benefit erfahren (z.B. Dinge nur einmal erklären und Wissen geht im Team weiter) - Langfristiger Wissenszuwachs <p>Bereitschaft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissenslücken und Fehler eingestehen - Bereitschaft: Expertise anderer einzuholen und anzunehmen - Bereitschaft: Wissen mit anderen Berufsgruppen zu teilen - Eigenes professionelles Handeln kritisch hinterfragen lassen - Schwächen eingestehen können - Verständnis: durch gut ausgebildetes Pflgeteam verbessert sich Ärzteschaft und Behandlungsqualität - Idealvorstellung entwickeln und danach streben, diese zu erreichen - Offene Kultur und "Selbstverständlichkeit" für IPL entwickeln - Verständnis: eigene Verbesserung durch IPL - Verständnis: kann erlernt werden und ist kontinuierlicher Verbesserungsprozess - Wunsch, sich zu verbessern - Commitment von beiden Seiten - Skepsis: bestehende Strukturen zu verändern - Fehlende Sicht für Nutzen von IPL, Haltung: "wir sind die Besten" 	<p>Bewusstsein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benefit für eine bessere Zusammenarbeit erleben <p>Bereitschaft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bereitschaft: Wissen annehmen, sich Zusammenhänge erklären lassen - Bereitschaft: Wissen austauschen, Voneinander Lernen - Interesse an Aufgaben und Abläufen anderer Professionen - Erkennen der Notwendigkeit und Bereitschaft für IPL - Interesse wecken: setzt Energie und Initiative frei - Verständnis: kontinuierlicher Lernprozess - wissbegierig-sein, Unterstützung holen -Wenig Offenheit, Bereitschaft, Wissen von neuen Mitarbeitenden anzunehmen 	

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Subkategorie	Recognition of common goals	
Ärzterschaft		Pflegende
<ul style="list-style-type: none"> - Auch Rotations-AA vertreten Philosophie - Verständnis: grosse Schnittmenge beider Professionen: können nicht unabhängig funktionieren - Konkurrenzdenken 		<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation der Ärzteschaft mit dem Behandlungsteam - Etablieren eines WIR-Gefühls über die Professionen hinweg - Fehlendes gegenseitiges Kennen / fehlende Kommunikation - Wenn man nicht zusammenarbeitet, kann man auch nicht zusammen lernen - OP-Programm = erste Priorität: Stationsarbeit wird weniger hoch gewichtet

Subkategorie	Facilitate interprofessional care conferences, team meetings etc. (Gefässe für interprofessionelles Lernen)	
Ärzterschaft		Pflegende
		<ul style="list-style-type: none"> - keine gemeinsamen Fort-/Weiterbildungen mit Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden - Einladung für Schulungen (z.B. Geräteschulung) an Ärzteteam, aber keine Teilnahme
<ul style="list-style-type: none"> - Interprofessionelle Tumor-Boards - Interprofessionelle Fachfortbildungen (Koloproktologie) - Interprofessionelle Boards (Pelvic-Board) - Interprofessionelle Weiterbildung durch den Palliativ-Mediziner - Interprofessionelle Round-Table-Gespräche - Interprofessionelle Fallbesprechungen - Interprofessionelle Simulationstrainings im Simulationscenter - Fachfortbildungen für Pflegefachpersonen durch OA - Teachings während der Visite - Interprofessionelle Interventionsgespräche, um akute Anliegen zu diskutieren - Ärztliche Fortbildungen, die offen sind für Pflegefachpersonen - Weiterbildungen des Pflegeteams, die offen sind für Ärzteschaft - Interprofessioneller Fort- und Weiterbildungsplan (z.T. akkreditiert) - Interprofessionelle Simulationstrainings - Interprofessionelle Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz - Interprofessionelle Bearbeitung von CIRS-Fällen 		<ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinäres, interprofessionelles Tumor-Board - Interprofessionelle Weiterbildungen in Anschluss an das Tumor-Board durch den Palliativ-Mediziner - Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M&M), die offen sind für alle Berufsgruppen - Fallbesprechungen mit dem OA - Teachings während der Visite - Kardex-Visite mit Fallbesprechung - Interprofessionelle Simulationstrainings im Simulationszentrum - Weiterbildungen durch Fachärzte (Psychiatrie, Ernährungswissenschaft) - Interprofessionell angebotene Weiterbildungen durch Fachpflege z.B. Wundmanagement - Interprofessionelle Fallbesprechungen von Pat. mit Spezial-Behandlung (z.B. Verbrennungspatienten) - Interprofessionelle Fortbildung, Geräteschulungen - Interprofessionelle Round-Tables - Fortbildungen von Fachärzten für Pflegefachpersonen - Reflexion / Debriefing nach Akutsituationen - CIRS als Möglichkeit zum interprofessionellen Lernen: Unerwünschte Ereignisse werden gemeinsam analysiert

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Subkategorie	Assume the roles and responsibilities of team leader and team member
Ärztenschaft	Pflegende
<p>Führung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme ins Betriebsreglement/Leitbild - Bereitstellen von Ressourcen: Koordination + Durchführung - Interprofessionelle Kader-Sitzungen/Austausch über IPL: <i>geteilte Verantwortung (Etablierung/Erhaltung Kultur für IPL)</i> - Vorbildfunktion der Führung: <i>Vorleben, was im Leitbild steht</i> - Mitarbeit Leitung in Patientenversorgung: Evaluation und Entwicklung Prozesse - Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Ausbildung (z.B. interprofessionelle Prüfungsaufsicht) - Schlüsselpersonen für IPL identifizieren und ausbilden in IPL - <i>Leitung kann nicht nachvollziehen, was Mitarbeitende erzählen (Praxisferne)</i> - Von der Leitung wenig gefördert. Mitarbeitende werden nicht zur Teilnahme an interprofessionellen Fortbildungen aufgefordert - In bestehenden Hierarchien nicht alleine "bottom up" erreichbar. Fehlende Steuerung, Anreize von oberer Führung - Führungsbild: Gott, der Chefarzt und dann lange Zeit nichts - Wenig nachhaltige Führungseinstellung: "nach mir die Sintflut" - IPL wird „ab beordert“ 	<p>Führung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verankerung im Betriebskonzept - Commitment des Kaders - Vertretung Pflegende auf Kaderebene - Experten für IPL auf Kaderebene - Gefässe/Formate für gemeinsamen Austausch schaffen - Vorbildfunktion der Kaderärzte

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
 ■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
 ■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Subkategorie	Improve collaboration with other health professionals in the workplace
Ärztenschaft	Pflegende
<ul style="list-style-type: none"> - Konstruktives Feedback / Lob und Anerkennung als positive Verstärker - Erleben, dass es Spass macht - Vertrauertes Verhältnis - Teammitglieder sind aufgeschlossener für Anliegen - Angenehmere und einfachere Zusammenarbeit: mehr Freude und Spass - Bessere Grundstimmung und Kommunikation im Team: beeinflusst Arbeitsklima positiv und erhöht Arbeitszufriedenheit und Effizienz im Behandlungsteam - Steigerung der Professionalität im Behandlungsteam - Eingespielte Teamabläufe durch Wiederholung - Verständnis für Arbeits-, Handlungsweisen sowie Belastungen und Beanspruchungen anderer Professionen: erhöht Kooperationsbereitschaft - Anlässe zum hierarchie- und professionsunabhängigen Kennenlernen (Apèros etc.) - Einblick (Einführungstage) in andere Profession: Kennenlernen Aufgaben / Abläufe - Konkurrenzdenken 	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen von neuen MA als Ressource für Wissenszuwachs nutzen - Rückmeldungen/Inputs von Lernende/Studierenden oder MA anderer Abteilungen aufnehmen - Gemeinsames Dokumentations- und Kommunikationssystem - Einblick (Einführungstage) in andere Profession: Kennenlernen Aufgaben / Abläufe - "Zusammenrücken" als Behandlungsteam / Zusammengehörigkeitsgefühls - „Alle ziehen am selben Strick“ - „Alle sind im selben Boot“ - „Wir-Gefühl“ unter den Professionen - Zusammenarbeit wird positiv erlebt - Teaching = Wertschätzung - Aufmerksamkeit für Problemfelder der anderen Profession - Fehlendes gegenseitiges Kennen / fehlende Kommunikation - Wenn man nicht zusammenarbeitet, kann man auch nicht zusammen lernen

Subkategorie	Team dynamics and power relationships
Ärztenschaft	Pflegende
<ul style="list-style-type: none"> - Flache Hierarchie als positive Voraussetzung - Herablassendes-Hinunter-Schauen der Ärzteschaft, neidisches Herauf-Schauen der Pflegenden - IPL: "Machtabgeben" seitens Ärzteschaft, was nicht erwünscht ist - Änderungen sind nicht immer gewünscht - Angst der Ärzteschaft, vor zeitaufwändigen Aushandlungsprozessen mit Pflegenden - Stark ausgeprägte Hierarchien als Barrieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Flache Hierarchie als Voraussetzung - Historisch gewachsene hierarchische Beziehungen. Die Hierarchie auch in Pflegeschäft etabliert unter verschiedenen Ausbildungsstufen - Kultur, in der IPL nicht erwünscht ist

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
 ■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
 ■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Summary	Problemzentrierte Interviews und Fokusgruppen
Kategorie	Rollen / Verantwortung

Subkategorie	Knowledge and understanding of the different roles, responsibilities and expertise of health professionals Similarities and differences relating to roles, attitudes and skills	
	Was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen WOLLEN / Was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen WOLLEN	
Ärztenschaft «Was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen WOLLEN»	Pflegende «Was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen WOLLEN»	
<ul style="list-style-type: none"> - Perfusor-Einstellungen und Wundpflege - wäre extrem spannend, das selber zu können - Einen Tag bei Pflege mit dabei sein, um Tätigkeiten zu sehen und Abläufe zu verstehen - Erleben, was es bedeutet körperlich zu arbeiten - Ich sollte sie einmal im Jahr einfach begleiten und sehen, was sie so machen. Das ist eine Idee, die ich nie umgesetzt habe. Ich weiss vieles gar nicht, z.B. über die Abläufe. Ich bin nur auf der Visite dabei, sehe aber nicht, was sie sonst noch machen - Sie wissen mehr, was wir machen, als dass wir wissen, wie der Pflegealltag detailliert aussieht - Sehr gutes Bild vom Alltag der Pflege vorhanden, da selber in Deutschland eine Zeitlang in der Pflege gearbeitet vor dem Medizinstudium - Arbeit in der Pflege während Studiums auf Intensivpflegestation und als Zivi, davon sehr profitiert, um zu verstehen, wie Pflege funktioniert oder was für Stress sie haben - Wenig Wissen über das Privatleben, was manchmal wichtig wäre, denn wenn jemand Probleme hat, könnte man toleranter sein, darüber reden und Hilfe anbieten - Mir kommt nichts in den Sinn - Da muss ich passen, mir fällt spontan nichts ein - Das betrifft mich nicht in meinen klinischen Alltag 	<ul style="list-style-type: none"> - Sie haben extrem viel zu tun haben, extrem viel schriftliche Arbeiten. Arbeiten sehr lange und sehr viel - Von den Assistenzärztinnen/-ärzten wissen wir viel, haben am meisten zu tun, sind räumlich am nächsten - Keine Ahnung, was Kaderärztinnen/-ärzte den ganzen Tag machen. Sprechstunden, OP? - Es würd mich wirklich interessieren, was sie den ganzen Tag machen, was ihr Arbeitsfeld ist. Gerne einen Tag begleiten, um zu sehen, wo sie Stress haben - Sehen, welche Probleme sie haben - Ihre Erwartungen und Wünsche an die Pflege - Schlimm und traurig, dass wir nicht sagen können, was unsere Ärzte von uns wollen - Arbeitsfeld bekannt durch frühere Arbeit auf der Intensivstation, wo Zusammenarbeit enger war, deshalb ist es kein Rätsel, was sie machen - Das Fachwissen - Nichts. Ich bin gar nicht so interessiert 	

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Subkategorie	Knowledge and understanding of the different roles, responsibilities and expertise of health professionals Similarities and differences relating to roles, attitudes and skills	
	Was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen SOLLEN / Was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen SOLLEN	
Ärzterschaft «Was Pflegefachpersonen über Ärztinnen/Ärzte wissen SOLLEN»	Pflegende «Was Ärztinnen/Ärzte über Pflegefachpersonen wissen SOLLEN»	
<ul style="list-style-type: none"> - Interesse, am andern Berufsfeld - Verstehen und Verständnis für Abläufe der Ärzteschaft, dadurch Unterbrechungen vermeiden - Fehlender Überblick über Alltag als Kaderarzt. Wunsch, nach Einblick in Alltag als Kaderarzt und dadurch mehr Weitblick und mehr Verständnis für Aufgaben eines Kaderarztes - Nur ungefähres Wissen über administrative Aufgaben der Ärzteschaft - Verständnis, für lange Präsenzzeiten und dass man dann etwas länger braucht, um Dinge zu erledigen - Mehr Aufmerksamkeit für den gesamten Behandlungsplan entwickeln. Das grosse Ganze sehen - 100%iges Interesse an der Arbeit, nicht den Job nur machen, um Geld zu verdienen - Pflegende kennt Arbeitsfeld und weiss was Ärzteschaft macht - Wenn man längere Zeit auf der Abteilung ist, weiss man wie es läuft 	<ul style="list-style-type: none"> - Eindruck, dass Pflege- und Ärzteschaft von ganz anderen Dingen reden - Wissen um und Verständnis für Aufwand, mit dem die Arbeit der Pflegefachpersonen verbunden ist - Pflegende machen viel für die Ärzteschaft, unterstützen sie sehr, was diese häufig nicht merken - Wertschätzung für die Arbeit der Pflegefachpersonen - Offenheit, auf Fragen einzugehen - Fragen proaktiv klären, um Unterbrechungen durch Nachfragen zu vermeiden - Erlernen der Bedienung von Perfusoren oder Infusomaten - Sehen, wie man eine Lagerung oder eine Intimpflege durchführt - Verbessern der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten - Pflegefachpersonen sehen sich nicht als Sekretär der Ärzteschaft - Einführung von neuen Assistenzärztinnen/-ärzte nicht an Pflegefachpersonen abgeben 	

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Summary	Problemzentrierte Interviews und Fokusgruppen
Kategorie	Communication

Subkategorie	Communicate effectively with other professionals
Ärzterschaft	Pflegende
<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliches Verbessern der eigenen Kommunikationskompetenz - Behandlungsentscheide begründen (Transparenz) - Begründen von Entscheidungen: besseres Verständnis, geringeres Konfliktpotential <p>Informationsvermittlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle sind auf dem gleichen Wissensstand bezüglich Behandlungsziele - Verhindern von Informationsverlust - Effiziente, zeitsparende Informationsvermittlung <p>Kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwesenheit aller Involvierten: direkte Kommunikation: beschleunigt Prozesse: Zeitersparnis 	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsentscheidungen begründen (Transparenz) <p>Informationsvermittlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abgleichen des Informationsstandes: Alle auf demselben Stand - Einheitliches Behandlungsverständnis: Gemeinsame Ausrichtung der Behandlung - Effizient, zeitsparend: Fragen direkt vor Ort gemeinsam klären <ul style="list-style-type: none"> - Lange Kommunikationswege in grosser Klinik

Subkategorie	Express one's opinions to others involved with care
Ärzterschaft	Pflegende
	<ul style="list-style-type: none"> - Arztvisiten ohne Möglichkeiten für die Pflegenden, Fragen zu stellen

Subkategorie	Shared decision making
Ärzterschaft	Pflegende
<ul style="list-style-type: none"> - Gute Entscheidungen durch interprofessionelles Analysieren - Zeitaufwändig, aber essentiell für Arbeitszufriedenheit im Team - Pflegende tragen Verantwortung gemeinsamer Behandlungsentscheide nicht konsequent mit 	<ul style="list-style-type: none"> - Einbezug der Pflegenden variiert stark zwischen den Abteilungen und den Fachrichtungen: Von respektvolles Miteinander und aktives Einbeziehen bis hin zu keine Möglichkeit, Fragen zu stellen

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Subkategorie	Communication at beginning and end of shifts (Handovers/Handoffs)	
Ärztenschaft	Pflegerische	
- Teaching bei Übergaben nicht vorgesehen: wird bei Zeitdruck weggelassen - Teachings bei Patienten-Übergaben Arzt-Pflege - Morgen-Huddle-Boards interprofessionell führen	- Bestehende Gefässe (Fallbesprechungen, Huddle-Boards) interprofessionell führen	

Subkategorie	Awareness of difference in professionals' language	
Ärztenschaft	Pflegerische	
- Gemeinsame Fachsprache verwenden und entwickeln		

Legende:



Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung



Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen



Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung

■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen

■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Summary	Problemzentrierte Interviews und Fokusgruppen
Kategorie	Learning / Reflection

Subkategorie	Identification of learning needs in relation to future development in a team (Themen/Themenwahl)
Ärzterschaft	Pflegefachpersonen
<p>Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fachliche Themen der Patientenversorgung (Thema Ernährung, Beatmung, Lagerung, EKG-Schulung etc.) - Häufig aus Alltagsproblemen der Patientenversorgung (z.B. vermehrt auftretende Komplikationen) - Strukturelle Probleme oder organisatorische Dinge (z.B. Ablauf der Visite) - Simulationstrainings im Simulationscenter zum Trainieren von Akutsituationen - WIE-Themen: „wie wir miteinander reden und umgehen“. „Wie wir uns gegenseitig Grenzen setzen“ - Vorgaben aus dem Leistungskatalog 	<p>Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erklären von komplexen Behandlungen durch OA, wenn AA nicht alle Fragen beantworten kann - Aktuelle Studien zur aktuellen Patientenbehandlung gemeinsam anschauen - Spezialpflege (z.B. Wundpflege) durch Thementräger - Schulungen zu neuen Geräten, neuen Materialien
<p>Themenwahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einschätzen, was aktuell wichtig ist durch Pflegeexpertin und OA - Pflegeleitung sammelt Meldungen zu Problemen - Aus CIRS-Meldungen - Dinge, die auf der Visite negativ aufgefallen sind - Aus andauernder Platznot zur Prozessoptimierung (z.B. interprofessionelle Time-Outs) - Aus interprofessionellen Sitzungsgefässen (Ökonomie, Ärzteschaft, Pflegende) - Durch interprofessionelle Arbeitsgruppen - Aus aktiver Mitarbeit des Leitungsteams in der Patientenversorgung 	<p>Themenwahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissensdefizite, Mankos in der Behandlung - Lernen aus Fehlern - Themenwahl durch Fachgruppen - Inputs vom Team zur Vertiefung eines Themas - Aufnehmen der Grundstimmung, Befindlichkeit im Team und Ableiten von Bedürfnissen - Vermitteln von neuen, innovativen Trends - Lernen aus Erfolgen
<ul style="list-style-type: none"> - Interprofessionelle Lernsituationen im Alltag kreieren: (z.B. Kurze Reflexions- und Feedbackrunde nach der Visite) - Gezielt abwägen, wo es IPL braucht - Wissen der Spezialisten an Uniklinik nutzen - Gemeinsame interprofessionelle Weiterbildung (z.B. EKG-Fortbildung Geräteschulung AA) <ul style="list-style-type: none"> - Wissenszuwachs führt zu vertieftem Nachfragen - Sensibilisieren des Behandlungsteams: Rückfragen und Meldungen im CIRS - Vermehrte Sensibilität und Achtsamkeit <ul style="list-style-type: none"> - Anderer Blickwinkel, zusätzliche Aspekte / Antizipieren von Problemen - Horizonterweiterung über die medizinischen Fakten hinaus (Soziales, Ethik) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lernen aus Erfolgen, guten Erfahrungen - Lernen aus Erfahrungen, wo IPL bereits gut funktioniert (z.B. Physio, Ergo, interprofessionelle Analyse von CIRS-Meldungen) - Wissen von neuen MA als Ressource für Wissenszuwachs nutzen - Rückmeldungen/Inputs von Lernende/Studierenden oder MA anderer Abteilungen aufnehmen - E-Learning im Intranet interprofessionell gestalten

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Subkategorie	Identification of common professional interests through reflection	
Ärzterschaft	Pflegefachpersonen	
		<ul style="list-style-type: none"> - Fehlendes Arzt Team, das sich fürs Team zuständig fühlt - Fehlender Stationsarzt: Distanz zw. Pflegenden und Ärzteschaft (Gleichgültigkeit bezüglich des Wissens- und Kompetenzniveaus der Pflegenden) - Herausforderung, die Ärzteschaft mit ins Boot zu holen für IPL. Benefit muss zuerst aufgezeigt werden - Von ärztliche Seite wird vermittelt, dass wissenschaftliche Forschung mehr Priorität genießt als "Tagesgeschäft" auf der Abteilung - Ärzteschaft signalisiert kein Interesse an interprofessionellen Simulationstrainings

Subkategorie	Learning through peer support (Informelles IPL)	
Ärzterschaft	Pfleger	
<ul style="list-style-type: none"> - Neue/junge Assistenzärztinnen/-ärzte lernen viel von Pflegefachpersonen, z.B. technische Verrichtungen -> Wissensvermittlung informell: es muss einfach funktionieren, um die Versorgung sicherzustellen - Die ersten Jahren der Zusammenarbeit von AA und Pflgeteam als Schlüsselsituationen für IPL (AA: Sich später daran erinnern und bescheiden bleiben) - Lernen von der Pflege während der Behandlung durch das Beachten zusätzlicher Aspekte (Handling von Kanülen und Kathetern, Bilanzierung) und Symptomen (Durst): Erweitern des eigenen Behandlungsfokus - Von der Patienten-Kommunikation der Pflegefachpersonen lernen. Profitieren davon, dass sie "näher" an den Patientinnen und Patienten sind und mehr über das soziale Umfeld wissen - Rückfragen bei anderen Professionen (z.B. Ernährungsberatung) - Visiten als interprofessionelle Lehr- und Lernsituation: Lernen durch gemeinsamen Austausch, durch interprofessionelle Analyse und Entscheidungsfindung in komplexen Behandlungssituationen - gemeinsames Festlegen des Behandlungszieles /-plans - Begründen von Behandlungsentscheidungen, Kommunizieren der Überlegungen hinter Behandlungsentscheiden / Begründen des eigenen Handelns - Fachliche Teachings auf der Visite 		<ul style="list-style-type: none"> - Viel Lernen passiert so nebenher, man schaut selber, wie man zu seinen Informationen kommt oder auch weitergibt - Durch das Abstimmen untereinander oder das Klären von Fragen - Mit dem Arzt auf der Visite den Fall besprechen - Lernen aus Fehlern - Erklären von komplexen Behandlungen durch OA, wenn AA nicht alle Fragen beantworten kann - Aktuelle Studien zur aktuellen Patientenbehandlung gemeinsam anschauen - Hilfsbereitschaft - Fördert Voneinander-Lernen

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
 ■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
 ■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

<ul style="list-style-type: none"> - Reflexion der Arztvisite aller Teilnehmenden im Anschluss an die Visite. Feedback zum eigenen Beitrag - Übertragung des Formats in andere interprofessionelle Settings - Mitgehen bei anderen Professionen: Kennenlernen der Arbeit und Verstehen der Abläufe - Keinen konkreten Vorstellungen 	
---	--

Subkategorie	Transfer interprofessional learning to clinical setting
Ärzterschaft	Pflegefachpersonen
<ul style="list-style-type: none"> - Interprofessionelle Analyse von Fehlern - Lernen aus Beispielsituationen. Lerntransfer in andere Situationen - Prospektive Wahl von Fortbildungsthemen - Erfahrungen im Pflegedienst während Ausbildung (AA) sind prägend für Verständnis - Visiten als Möglichkeit für IPL nutzen / Bestehende Gefässe (Fallbesprechungen, Huddle-Boards) interprofessionell führen - Rechtzeitige Einladungen der anderen Berufsgruppe zu interprofessionellen Fortbildungen - Regelmässigkeit - Lerntransfer: professioneller Umgang mit ähnlichen Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> - Im Studium war IPL fixer Bestandteil des Curriculums. Im Berufsalltag findet es nur sehr isoliert statt - Wer IPL nicht kennengelernt hat, kann es auch nicht anwenden - Bestehende Gefässe für IPL nutzen (z.B. Visiten) / Koordinationsaufwand kleiner - Bestehende Gefässe (Fallbesprechungen, Huddle-Boards) interprofessionell führen - Gefässe für IPL schaffen und etablieren - Gestaltung Weiterbildung: Zu Beginn des Dienstes (Aufnahmefähigkeit), herausfordernd und interaktiv / Fixe, vereinbarte Zeiten, Regelmässigkeit - Wiederholung zur Durchdringung im Behandlungsteam im Schichtbetrieb - Lerntransfer in andere Situationen - Neue AA werden schnell abgehärtet und fügen sich schnell ein

Subkategorie	Schlüsselpersonen für interprofessionelles Lernen
Ärzterschaft	Pflegernde
<ul style="list-style-type: none"> - Oberärztin/-arzt / Oberärztin/-arzt - Abteilungsleitung / Abteilungsleitung - Ärztlicher Leiter und stv. ärztlicher Leiter - Assistenzärztinnen/-ärzte - Pflegeleitung - Pflegeexpertin - Die Führungspersonen - Tagesverantwortliche der Pflege der jeweiligen Schicht - Mitarbeitende mit Erfahrung in IPL aus früheren Anstellungen/Tätigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Pflegeexpertin - Pflegeexpertinnen als Schlüsselperson und Schnittstelle zwischen Pflege- und Ärzteschaft

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
 ■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
 ■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Summary	Problemzentrierte Interviews und Fokusgruppen
Kategorie	Ethics/Attitudes

Subkategorie	Acknowledge views and ideas of other professionals	
Ärztenschaft		Pflegende
<ul style="list-style-type: none"> - Gleichwertigkeit und Anerkennung der Kompetenz und des Beitrages der anderen Professionen - Wertschätzung für Arbeit anderer Berufsgruppen - Begegnung auf Augenhöhe: Fördert Respekt und Anerkennung - Jede Profession bringt sich ein und Beitrag wird gewürdigt - Alle reden gleichberechtigt mit / Gemeinsam einen Weg suchen 		<ul style="list-style-type: none"> - Fragen stellen können, ohne blossgestellt zu werden - Perspektivenübernahme

Subkategorie	Respect	
Ärztenschaft		Pflegende
<ul style="list-style-type: none"> - Respekt, Toleranz und Kooperationsbereitschaft 		<ul style="list-style-type: none"> - Respektvoller Umgang

Subkategorie	Understand one's own and other's stereotyping	
Ärztenschaft		Pflegende
<ul style="list-style-type: none"> - Es kann nicht pauschalisierend von „der“ Pflege oder „den“ Ärzten gesprochen werden - Ärzte müssen in der Uniklinik als „tough“ gelten 		

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
 ■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
 ■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Summary	Problemzentrierte Interviews und Fokusgruppen
Kategorie	Patientenbezug

Subkategorie	Patient-focused or centered care	
Ärzeschaft	Pflegefachpersonen	
- Patientenwünsche ganzheitlicher erfassen	- Bedürfnisse und Anliegen besser abgedeckt: Umfassendere Patientenbehandlung	

Subkategorie	Patient safety issues	
Ärzeschaft	Pflegefachpersonen	
<ul style="list-style-type: none"> - Mehr CIRS-Meldungen - Vermehrte Sensibilität und Achtsamkeit - Verhindern von Informationsverlust durch interprofessionelle Absprachen - Bessere Abstimmung unter den Professionen - Verbesserung der Abläufe und Prozesse - Gefühl der Sicherheit bei Patientinnen und Patienten - Schwierig, Auswirkungen konkret fest zu machen 	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsaustausch und gleicher Wissensstand - Sicherheit durch umfassende Informationsvermittlung: für Pat. und Pflegende - Vorausschauendes Planen und Absichern: Proaktive Verordnung (Reserve-Medikation, Symptom-Management, postoperative Verordnungen) - Sicherheit durch präzisere Patienteneinrichtung (Übergaben) 	

Subkategorie	Working together and cooperatively in the best interests of the patient	
Ärzeschaft	Pflegefachpersonen	
<ul style="list-style-type: none"> - Vermehrte Sensibilität und Achtsamkeit - Verhindern von Informationsverlust durch interprofessionelle Absprachen - Bessere Abstimmung unter den Professionen - Verbesserung der Abläufe und Prozesse - Gefühl der Sicherheit bei Patientinnen und Patienten - Schwierig, Auswirkungen konkret fest zu machen - Mehr Wissen und dadurch Sicherheit beim Beantworten von Patientenfragen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit und Entspannung bei Patientinnen und Patienten, wenn Ärzteschaft und Pflege gleich informieren - Patientinnen und Patienten fühlen sich besser aufgehoben, wenn Informationsfluss stimmt - Vorausschauendes Planen und Absichern: Proaktive Verordnung (Reserve-Medikation, Symptom-Management, postoperative Verordnungen) - Mehr Hintergrundwissen zur Behandlung: Besseres Verständnis der Sachlage 	

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
 ■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
 ■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung

Summary	Problemzentrierte Interviews und Fokusgruppen
Kategorie	Strukturelle Bedingungen

Subkategorie	Hinderliche strukturelle Bedingungen für IPL	
Ärztenschaft		Pflegende
Ressourcen - Zeitfaktor als Killerargument - Zeit- und Personalmangel bei Ärzteschaft und Pflegenden - Interprofessionelle Fortbildungen, Simulationen und interprofessionelle Palliativ-Fortbildungen sind in den Fallpauschalen nicht direkt verrechenbar - Um Round-Tables abrechnen zu können braucht es eine Zusatzausbildung		Ressourcen - Monetäre Aspekte: Sprechstunden und Operationen haben Priorität
Prozesse - Aufwändige und schwierige Koordination und Organisation wegen unterschiedlichen Arbeitszeiten und Abläufen der beiden Berufsgruppen - Schwierige Planbarkeit, wegen Akutsituationen / langer Präsenzzeiten im OP - Belegarzt-Prinzip: fehlende übergestellte ärztliche Person, die alles im Überblick hat - Hohe Fluktuation sowohl der Ärzteschaft als auch der Pflegenden: verhindern Kontinuität im Lernen (Ausbildung / Sprungbrett auf IPS) - Wenig Angebote für interprofessionelle Fortbildungen		Prozesse - Anlässe nur sporadisch - Schichtarbeit: nicht alle vom Team gemeinsam teilnehmen - Interdisziplinarität in der Ärzteschaft: zusätzliche Ansprechpersonen und Abstimmung. Wenig Abstimmung unter Ärzteschaft - Grosse Fluktuation bei der Ärzteschaft - Zeitdruck durch "Schnellebigkeit" - Nicht über interprofessionelle Fortbildung informiert und eingeladen - Vakante Stelle der Pflegeexpertin: IPL wenig gefördert, „daily business“ im Vordergrund
Kultur - Änderungen sind im System schwierig und langwierig umsetzbar - Angst, vor Zusatzaufwand durch IPL - Anderes Verständnis von vertretenden Kaderärzten im Wochenend- und Nachtdienst (fehlende Kontinuität)		

Subkategorie	Förderliche Strukturelle Bedingungen für IPL	
Ärztenschaft		Pflegende
Baulich - Besprechungsraum auf Abteilung, der allen Teilnehmenden Platz bietet - Räumlich kurze Kommunikations- und Behandlungswege		Baulich - Räumliche Nähe
Organisatorisch - Stationsarzt-Prinzip: feste Ansprechperson vor Ort - Personelle Konstanz im Behandlungsteam (Rotations-Zyklen von AA)		Organisatorisch - Stationsarzt-Prinzip: feste Ansprechpartnern vor Ort

Legende: ■ Oberärztinnen/-ärzte; Pflegeexpertin / Abteilungsleitung
■ Assistenzärztinnen/-ärzte; Pflegefachpersonen
■ Doppelinterview: Kaderärztin/Pflegeleitung