



Bildung: Curricula

Integration von Bildungsinhalten in die Curricula der verschiedenen Weiter- und Fortbildungsgänge im Gesundheitswesen

Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG,
Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen»
2017–2020

Zusammenfassende Kurzdarstellung

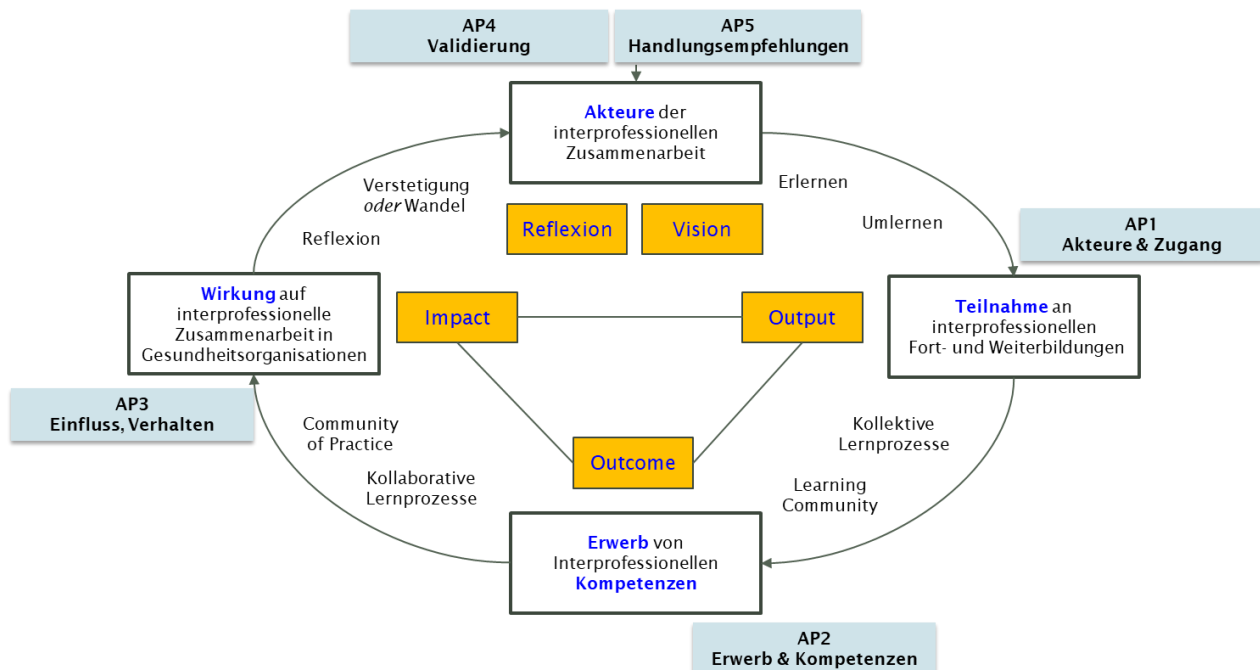
Prof. Dr. Andrea Gurtner
Prof. Bianca Tokarski
Prof. Isabelle Clerc
Lena Scheidegger

1 Hintergrund und Zielsetzung der Studie

Die zunehmende Hochaltrigkeit und Multimorbidität der Menschen und die Einführung neuer Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten führen zu immer komplexeren Behandlungsprozessen bei einem sich verschärfenden Fachkräftemangel und überproportional steigenden Gesundheitskosten. Vor diesem Hintergrund verspricht **interprofessionelle Zusammenarbeit (interprofessional practice IPP)** die Qualität der Versorgung zu optimieren und die wirtschaftliche Effizienz zu steigern. Dies führt zu der **Fragestellung, wie Lernprozesse im Rahmen von interprofessioneller Fort- und Weiterbildung (interprofessional education IPE) angelegt sein sollen, um den Grad der interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen zu erhöhen**. Eine nachhaltige Wirkung von IPP zeigt sich erst im praktischen Vollzug der Berufsausübung, also im Handlungsfeld der Organisation. Interprofessionelle Lernprozesse vollziehen sich somit sowohl im Rahmen institutionalisierter Angebote in der Fort- und Weiterbildung wie auch in den Organisationen im Zuge der praktischen Berufsausübung der beteiligten Gesundheitsprofessionen. Für die Identifikation potentieller Gestaltungsansätze für eine interprofessionelle Fort- und Weiterbildung ist daher zu unterscheiden zwischen

- der unmittelbaren Reaktion durch die **Teilnahme** an einer IPE (output),
- der **Veränderung von Einstellungen** und dem **Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen** (outcome)
- und der **Veränderung des Verhaltens** und damit der **Wirkung** auf IPP innerhalb der Gesundheitsinstitution (impact).

Diesen Ergebnisebenen entspricht das wissenschaftliche Grundmodell des Kreislaufs des organisationalen Lernens nach Kuhlmann und Sauter (2008), das der vorliegenden Studie zugrunde liegt. Die Analyse interprofessioneller Kompetenzen umfasst neben der individuellen Ebene der Lernenden, auch die Ebenen System und Ressourcen (Reischmann, 2016).



Modell interprofessionellen Lernen und Handelns (in Anlehnung an Kuhlmann & Sauter, 2008)

Vor diesem Hintergrund ist es **Ziel dieses Projektes** aufzuzeigen,

- welche Akteure welche Fort- und Weiterbildungsformate anbieten;
- welche Fort- und Weiterbildungsformate und -inhalte einen positiven Effekt auf die interprofessionelle Denk- und Arbeitsweise der Teilnehmenden zeigen;
- mit welchen Fort- und Weiterbildungsangeboten zukünftig Grad und Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen gesteigert werden können.

2 Ergebnisse

Auf der Grundlage des Kreislaufs des interprofessionellen Lernens beantwortet das Forschungsprojekt die durch die Ziele vorgegeben Fragestellungen im Rahmen eines mixed methods designs:

- Anbieter von IPE wurden über eine gesamtschweizerische Webrecherche ermittelt
- IPE und deren Effekte auf IPP wurden durch die Befragung von Gesundheitsfachpersonen in zehn ausgewählten Kliniken aus einem breiten Spektrum der Akut- und Langzeitversorgung sowohl im somatischen wie psychiatrischen Bereich untersucht
- Im Rahmen einer Fokusgruppendifkussion mit ausgewählten Verantwortungsträgern aus den beteiligten Kliniken wurden die Resultate validiert
- Auf dieser Basis wurden die Handlungsempfehlungen ausgearbeitet

2.1 Anbieter von Fort- und Weiterbildungsformaten

Die Webrecherche weist auf eine Vielzahl von Anbietern von Fort- und Weiterbildung. Wird der Identifikation von Anbietern die Definition der WHO zugrunde gelegt («richtet sich an zwei oder mehr Berufsgruppen...»), lassen sich rund 600 Anbieter identifizieren, wobei insbesondere Fachverbände und Spitalgruppen sowie Akut- und Unispitäler hervorstechen. Wird allerdings konkret danach gesucht, ob das Angebot explizit Interprofessionalität anspricht, reduziert sich das Angebot auf 80 Akteure, auch hier insbesondere aus dem Spektrum der oben genannten Anbieter.

2.2 Besuchte Fort- und Weiterbildungsformate und Prädiktoren interprofessioneller Denk- und Arbeitsweisen

Mittels Online-Fragebogen wurden die Teilnehmenden sowohl im Querschnitt wie im Längsschnitt befragt. In einem zweistufigen Prozess wurden auf dieser Basis sowohl die von den Teilnehmenden als **wichtigste in den vorangehenden 12 Monaten besuchte IPE** beschrieben (output) und deren Wirkung auf die Veränderung von Einstellungen und dem Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen (outcome) sowie der **Wirkung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis IPP** (impact) untersucht.

Insgesamt 462 Gesundheitsfachpersonen waren bereit die Fragen zu beantworten. Aufgeschlüsselt nach **Berufsgruppen** stammen 53 % aus der Pflege (inkl. Hebammen), 26 % aus der Ärzteschaft (inkl. Psychiatrie), 10 % aus Physio- und Ergotherapie, 6 % aus Psychologie und Psychotherapie und 4 % aus der Sozialen Arbeit und Pädagogik sowie rund 1 % Andere. Das mittlere Alter beträgt 40 Jahre (19–64 Jahre), rund ein Drittel der Befragten hat eine Führungsfunktion inne.

Schulungen sind mit 23 % die am häufigsten genannte wichtigste besuchte IPE. Schulungen sind zu zwei Dritteln einmalige Veranstaltungen, dauern in der Regel entweder maximal einen halben oder einen ganzen Tag, werden grösstenteils durch den Arbeitgeber finanziert und finden mehrheitlich klinikintern bzw. in der eigenen Gesundheitsinstitution, selten extern statt.

Simulationen werden von knapp einem Fünftel der Befragten als wichtigste IPE bezeichnet. Die besuchten Simulationen finden sowohl jährlich, teilweise auch halbjährlich oder seltener vierteljährlich statt. Sie dauern in der Regel einen ganzen, seltener einen halben Tag. Simulationen werden fast ausschliesslich durch den Arbeitgeber finanziert und finden klinikintern, bzw. in der eigenen Gesundheitsinstitution, selten extern statt.

Tagungen und Kongresse werden von 16 % der Befragten als wichtigste besuchte IPE bezeichnet. Tagungen und Kongresse finden einmal jährlich statt und dauern zwischen einem halben bis zu fünf Tagen. Die Teilnahme wird zu zwei Dritteln durch den Arbeitgeber, bzw. zu je rund 10 % teilweise oder ganz privat oder durch andere Quellen finanziert. Sie finden sowohl zu je rund 20 bis 25 % in der eigenen Klinik oder Gesundheitsinstitution oder einer anderen Gesundheitsinstitution statt oder wurden von Fachverbänden, seltener von Hochschulen organisiert.

Interprofessionelle Fallbesprechungen wurden von 13 % der Befragten als wichtigste besuchte IPE bezeichnet. Sie können sowohl einmalig, wöchentlich, monatlich oder auch quartalsweise stattfinden und dauern meist max. einen halben Tag. Sie werden mehrheitlich intern finanziert und finden klinikintern oder in der eigenen Gesundheitsorganisation statt.

Zusammenhänge zwischen dem Besuch von IPE (output), der Veränderung von Einstellungen und dem Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen auf individueller und Teamebene (outcome) und der Veränderung des Verhaltens und damit der Wirkung auf IPP (impact) wurden sowohl im Längs- wie Querschnitt untersucht. Die Resultate sind vergleichbar und werden daher nicht gesondert berichtet.

Wie erwartet sind interprofessionelle Kompetenzen sowohl auf individueller wie auf Teamebene zentrale Prädiktoren von IPP.

- Für die **Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses im Team** sind auf individueller Ebene die **Einstellung zu IPP und das Wissen um die Rollen und Aufgaben der anderen Teammitglieder** zentral.
- Für eine **gelingende IPP ist dieses gemeinsame Aufgabenverständnis und die Fähigkeit, die Perspektive anderer Teammitglieder einzunehmen**.
- Stärkste Prädiktoren einer gelingenden IPP sind die jeweiligen **Rahmenbedingungen (genügend Zeit, fachliche Kenntnisse, Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte und Zugang zu Fort- und Weiterbildung)** sowie eine **Zusammenarbeit im Team auf Augenhöhe**.

Entgegen der Erwartungen konnten hingegen kaum direkte Einflüsse des Besuchs von IPE nachgewiesen werden. Einzig der **Besuch von Schulungen** steht in einem positiven Zusammenhang mit sowohl der Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses im Team wie auch einer gelingenden IPP. Schliesslich zeigt einzig der Besuch von Tagungen und Kongressen einen schwachen Zusammenhang mit IPP, hingegen keine der anderen untersuchten IPE, deren Inhalte und Lernmethoden.

2.3 Validierung im Rahmen der Fokusgruppendifkussion

Um die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung zu validieren und aus ihnen konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten, wurde eine Fokusgruppen-Diskussion mit Kader- und Führungspersonen der an der Studie beteiligten Gesundheitsorganisationen durchgeführt.

Gemäss den beteiligten Expert*innen findet IPP, hier definiert als Perspektivenübernahme oder Perspektivenwechsel über Berufsgruppen hinweg, im Klinikalltag noch zu selten statt. Dies komme daher, dass IPP gegenwärtig noch wenig strukturell in Prozessabläufen verankert sei. Grundvoraussetzungen für das Entstehen von IPP seien insbesondere gute Beziehungen unter den Mitarbeiter*innen, ein starkes Vertrauen in die jeweilige eigene Expertise und eine als positiv wahrgenommene Kommunikations- und Unternehmenskultur durch den Abbau organisationaler Hierarchien. Insbesondere die Ärzteschaft, aber auch generell Führungspersonen seien dabei herausgefordert, überkommene professionelle Machtansprüche aufzubrechen, damit eine gegenseitige Vertrauenskultur entstehen kann. Initiative Führungspersonen mit einer «Nähe zur Front oder Basis», flache hierarchische Strukturen, sowie gemischte Führungsstandards gelten als Kontextfaktoren, welche IPP fördern und ermöglichen. Obwohl die Initiative zu IPP oft von Pflegefachleuten und Therapeut*innen ausgeht, stellt sie keine Arbeitsform dar, die «von unten oder von selbst» entsteht, sondern muss gezielt durch Führungspersonen eingefordert und gefördert werden. Insbesondere müssen Führungspersonen relevante Themenfelder und Prozesse identifizieren, die IPP erfordern und nachfolgend geeignete Weiterbildungsmassnahmen zur Umsetzung von IPP initiieren. Trotz oft angespannter Ressourcenlage stecke «mehr Machbarkeit zu IPP im System, als viele Beteiligte denken» Allerdings müsse man die vorhandenen Ressourcen effizienter aufeinander abstimmen und existierende Prozesse so gestalten, dass Freiräume zu IPP entstünden. Gleichzeitig ziehe IPP einen nicht zu unterschätzenden Anfangsaufwand nach sich. Die beteiligten Fachkräfte müssten eine gemeinsame Sprache finden sowie Abläufe gemeinsam planen und festlegen. Der dafür notwendige Zeitaufwand schmälere die Zeit, die für professionsspezifische individuelle Weiterbildungen zur Verfügung stehe.

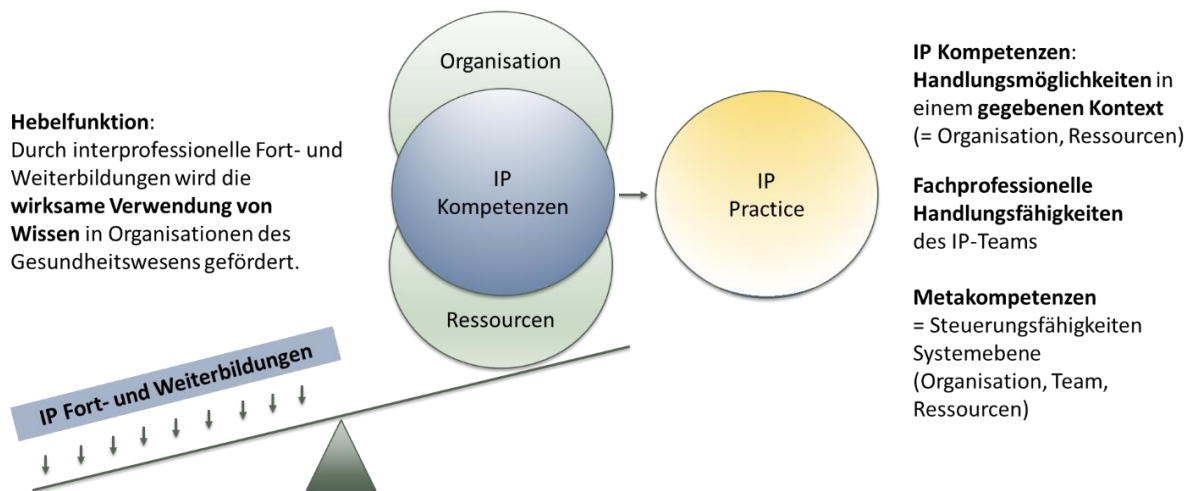
Notwendige Bedingung sei selbstverständlich auch das Führen von digitalen Patient*innen Akten, mit klar geregelten Zugriffsrechten der jeweils beteiligten Fachkräfte. Aber auch die Patient*innen müssen über Vorgehensweisen und Vorteile von IPP informiert werden. Es könnte sonst bei ihnen der Eindruck entstehen, dass IPP nur eine weitere Sparmassnahme ist, die den (teuren) Zugang zu Ärzt*innen reglementiert, erschwert oder verunmöglicht.

Auf gesellschaftlicher und politischer Ebene gilt es, übertriebene Erwartungen an IPP zu dämpfen: Es ist gemäss den/der Diskussionsteilnehmer*innen ein Irrtum, davon auszugehen, dass IPP Kosten unmittelbar senken könne. Hingegen sei es möglich, dass durch IPP Raum für neue Berufsbilder entstehe. Beispielsweise könnte dann der Einsatz von Advanced Practitioners anstelle von ärztlichem Personal Kostenersparnisse mit sich bringen.

3 Handlungsempfehlungen

Sowohl die quantitative Befragung wie die qualitative Fokusgruppen-Diskussion zeigen auf, dass IPP und die organisationale Befähigung zu IPP nur als komplexe Handlungsfelder erfasst werden können. Neben den individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten der Akteur*innen sind die Ebenen System und Ressourcen als Ermöglichungsfaktoren für Interprofessionalität zentral.

Damit IPP gelingen kann, braucht es interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen. Letzteren kommt eine Art Hebelfunktion zu: Durch interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen soll vor allem eine wirksame Verwendung von Wissen in Organisationen des Gesundheitswesens gefördert werden. Die Organisationen bilden gleichsam Plattformen, auf denen Wissen zirkuliert. Dieses kann jedoch auch in Abhängigkeit von konkreten Bedürfnissen der Patient*innen gebündelt und zwischen den Akteuren situationsspezifisch sowie lösungsorientiert ausgetauscht werden.

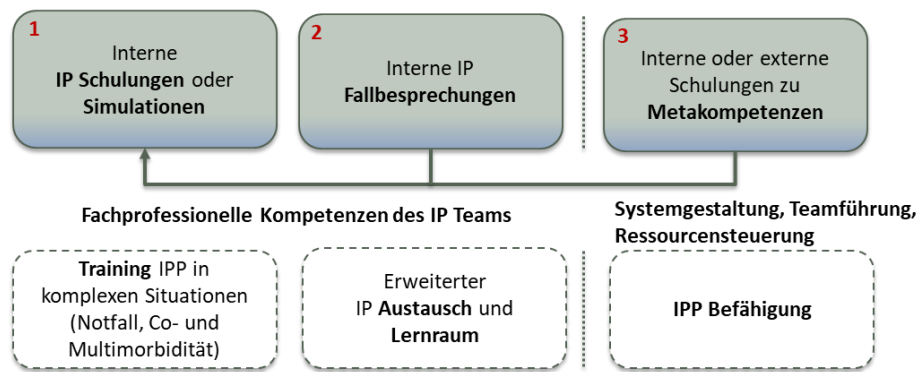


Hebelfunktion Interprofessionellen Lernens (IPL) für gelingende IPP

IPL ohne eine gleichzeitige Berücksichtigung der Ebenen **Organisation und Ressourcen** entfaltet weniger Wirksamkeit: IP Kompetenzen sind immer auch als Handlungsmöglichkeiten in einem gegebenen Kontext zu sehen. Patient*innennutzen und Ressourceneffizienz sind dabei zentrale Leitgedanken. IPP ist aus der Patient*innenperspektive bei gelingender Umsetzung wertsteigernd, gleichwohl infolge komplexer Abstimmungsprozesse, zusätzlicher Kommunikationsbedarfe und nicht zuletzt auch aufgrund ergänzender Fort- und Weiterbildungsaktivitäten ressourcenintensiv.

Einer nutzenstiftenden Konstruktion von interprofessionellen Fort- und Weiterbildungsformaten geht somit eine dezidierte Organisationsanalyse voraus: In welchen Versorgungssituationen sind in enger prozessualer Abstimmung, oder sogar zeitgleich die Kompetenzen mehrerer Professionen gefordert? Wo sind konkrete Schnittmengen in den Aufgabenfeldern der verschiedenen Professionen, bei denen mittels Interprofessionalität der Patientennutzen, als auch die Effizienz tatsächlich gesteigert werden können? Je grösser die Schnittmenge der geteilten Aufgabenbereiche mehrerer Professionen, desto mehr wird eine durch gemeinsame Lernprozesse begleitete IPP befürwortet.

Eine hohe Wirksamkeit von IPL im Sinne von gesteigertem Patientennutzen und Ressourceneffizienz ist insbesondere für komplexe Situationen zu erwarten, welche ein friktionsloses Funktionieren des interprofessionellen Teams erfordern. Hierzu gehört beispielsweise die Notfallversorgung polytraumatisierter Patient*innen, oder komplexe Behandlungen aufgrund von Co- oder Multi-Morbidität. Bevorzugte Kategorien für IP Lernen sind dabei vor allem **klinikinterne Schulungen oder Simulationstrainings**, welche aufgrund der unmittelbaren Nähe zum Anwendungsfeld die Erprobung von Szenarien (beispielsweise in der Notfallversorgung) ermöglichen. **Interne Fallbesprechungen** dienen hingegen dem IP Austausch als erweiterter Lernraum im Sinne der informellen Bildung mit dem Ziel künftiger Prozess- und Qualitätsverbesserungen. Wirksames IPE sollte zudem auf die Entwicklung von **Metakompetenzen** abzielen, welche eine erfolgreiche Steuerung von IPP auf der Prozessebene potenziell fördern. Metakompetenzen berühren primär die Ebenen Führung, Organisationsentwicklung und Prozesssteuerung sowie Kommunikation.



Bevorzugte Kategorien von IPL

Als Ergebnis dieser Studie werden die nachfolgenden **zentralen Handlungsfelder mit je zwei konkreten Handlungsempfehlungen (HE)** für in der Praxis wirksame IPE formuliert:

1. Interprofessionelle **Kompetenzen definieren (HE1 und HE2)**, 2. Interprofessionelle **Lernräume gestalten (HE3 und HE4)**, 3. Interprofessionelle **Lernprozesse begleiten (HE5 und HE6)**.



HE 1

IPL sollte sich im klinischen Umfeld vor allem auf komplexe und ressourcenintensive Leistungsbereiche konzentrieren, bei denen das IP Team durch gelingende IPP den Patientennutzen steigern kann. Die benötigten Kompetenzen sind spezifisch zu erfassen und IPL zugänglich zu machen.

HE 2

Führungskompetenz in interprofessionellen Teams, Perspektivenübernahme, Verbesserung der organisationalen Voraussetzungen (Verflachung von Hierarchien, Integration von Leistungsprozessen) und Kompetenz in der Ressourcensteuerung (Personalressourcen, Handhabung finanzieller Restriktionen, Ausbau von Digitalisierung) sind als wichtige Metakompetenzen im Rahmen von IPE und IPL zu fördern

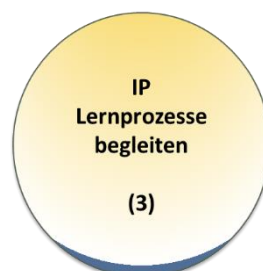


HE 3

Die klinik- respektive organisationsinternen Schulungsanlässe sind eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche IPP und sollten daher als Lernräume durch die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen stärker gefördert und unterstützt werden.

HE 4

IPL ausserhalb der Organisation zum Erwerb von Metakompetenzen sollte gefördert werden, sofern im Lehr-Lern-Prozess den Teilnehmenden eine kontextbezogene Auseinandersetzung mit der jeweiligen Einrichtung (individueller Praxisbezug) ermöglicht wird



HE 5

Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten interne Angebote für IPL stärker als Chance für erfolgreiche IPP begreifen und diese fachprofessionell durch Fort- und Weiterbildungsbeauftragte methodisch begleiten lassen.

HE 6

IPE und IPL sollten ein fester Bestandteil der internen und externen Fort- und Weiterbildungs-aktivitäten für Einrichtungen des Gesundheitswesens werden.