

Daniel Widmer

Interprofessionelle Komplexität und Zusammenarbeit


 Institut Universitaire de Médecine Générale
 Faculté de Biologie et de Médecine
 Université de Lausanne

Im Gespräch mit Prof. Diane Morin, Leiterin des IUFRS – Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins der Universität Lausanne, biologische und medizinische Fakultät

Das IUMG lanciert mit diesem Beitrag eine Serie von Artikeln, in denen eine Diskussion über neue Praxisformen für die Zukunft und insbesondere über interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung (skill mix) geführt werden soll.

PrimaryCare: Frau Morin, zum Jahresbeginn haben Sie ihre erste Vorlesung als Professorin an der Spitze des IUFRS gehalten. Bitte beschreiben Sie uns Ihr Institut in einigen Worten.

Diane Morin: Das IUFRS wurde im Oktober 2007 ins Leben gerufen. Die Universität Lausanne ist die zweite frankophone Universität, die einen Abschluss als PhD in Pflegewissenschaften anbietet. Das erste Programm wird gemeinsam von den Universitäten Montréal und McGill angeboten, das dritte von der Universität Laval in Québec. Das IUFRS ging aus einer Partnerschaft der Universitäten Lausanne und Genf, der Fachhochschule Westschweiz (HES-SO), dem Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), den Universitätsspitalern Genf (HUG), dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und der Stiftung La Source hervor. Es handelt sich also um ein föderatives Institut mit dem Mandat, Master- und Doktoratsprogramme anzubieten und innovative Forschung zu planen. Für die Zukunft der Krankenpflege haben wir drei grosse Themenkreise auf unserer Agenda:

- Evidenzbasierte Pflegequalität (EBM).
- Moderne Pflegepraxis auf der Basis zweier grosser Pflegefamilien: ICS (*l'infirmière clinicienne spécialisée*); ihr kommt eine wichtige Rolle zu, um Pflgeteams zu begleiten und zu beraten und Pflegeeffizienz zu gewährleisten. IPS (*l'infirmière praticienne spécialisée*); sie kann über medizinische Kompetenzen verfügen, die ihr vom Gesetzgeber zugewiesen werden. Beispiele der IPS gibt es bereits in einigen Ländern wie Grossbritannien, den Niederlanden, etc. Unser Institut bildet gegenwärtig zur ICS aus.
- Der dritte Themenkreis ist mit der interprofessionellen oder interdisziplinären Zusammenarbeit befasst.

Gehen wir etwas näher auf dieses Thema ein. In vielen Organisationsmodellen zur Grundpflege wird von der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegepersonal gesprochen.

Dabei stellt sich zunächst einmal die Frage nach dem Bedarf. Warum zusammenarbeiten, wenn kein Bedarf besteht? Es gilt natürlich, sich auf die Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie zu konzentrieren. Zusammenarbeit ist ein Interventionsmodus, mit Hilfe dessen auf Bedürfnisse reagiert wird, wenn mehrere Metiers gleichzeitig gefragt sind. Danach folgt eine Abstufung der Zusammenarbeit. Manchmal genügt es, sich zu informieren, ohne notwendigerweise gemeinsame Ziele zu verfolgen. Beispielsweise will man erfahren, was ein Pflegeprogramm bietet. Dann gibt es die spezifischen Leistungsangebote: Physiotherapie, Ergotherapie, Intervention von Sozialarbeitern. Und wenn schliesslich ein mit dem

Patienten gemeinsam definiertes Ziel gefunden wurde, heisst es sich zusammensetzen und einen gemeinsamen Behandlungsplan aufzustellen.

Häufig ist zu lesen, dass Arbeitsteilung die Lösung für den Fachkräftemangel in der Pflege sei. So sieht es auch der Bundesrat nach der Initiative der Hausärzte.

Wir arbeiten nicht zusammen, weil es einen Mangel gibt. Wir arbeiten zusammen, weil Pflege – wie Wissen – immer komplexer wird. Die Aufgaben und Funktionen werden immer spezieller, die Kommunikationsnetze und Herausforderungen immer globaler – neue Technologien, Alterung der Bevölkerung, mehr Probleme im Zusammenhang mit der mentalen Gesundheit.

Andererseits bilden sich die Pflegekräfte weiter und absolvieren akademische Studiengänge. Damit entfernen sie sich vom Patienten. Es wird auch einen Mangel der beim Patienten eingesetzten Pflegekräfte geben.

Die Einführung weiterbildender und akademischer Studiengänge ist wichtig, damit die Pflegepersonen ihre Zukunft planen und dabei die wissenschaftliche Entwicklung ihrer Profession einbeziehen können. Dies wird die Attraktivität des Berufs steigern. Gleichzeitig wird der sozioprofessionelle Status anerkannt und die Arbeitsbedingungen verbessern sich. Die grössere Komplexität in der Pflege impliziert immer öfter, dass die Pflegeperson nicht nur pflegt, sondern auch koordiniert.

Gleiches gilt auch für die Allgemeinmedizin, die sich in Lausanne mit der Einrichtung des IUMG im selben Jahr wie die IUFRS (2007) akademisiert hat. Welche Arbeit könnte der Hausarzt mit der Pflegeperson teilen?

Ich denke an ähnliche Krankheitsverläufe von Patienten, wo sich die Pflegemuster wiederholen und harmonisierte Vorgehensweisen erforderlich sind (kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, etc.). Motivierende Gespräche, beziehungsstärkende Gesten, gesundheitsfördernde Leistungen – beispielsweise könnte das Pflegepersonal bewerten, was der Patient behalten oder verstanden hat. Oder es könnte stabileren Patienten Standardverfahren angeeignen lassen.

In der Schweiz hört man den Hausarzt oft sagen, dass er Wert auf die Beziehung legt. In diesem Sinne ist auch die Vorgehensweise der SAPP in der Psychosomatik zu sehen. Ich denke nicht, dass der Hausarzt auf beziehungsstärkende Gesten verzichten will. Ausserdem hat er darum gekämpft, dass die Zeit, die er mit seinem Patienten verbringt, im Tarif berücksichtigt wird.

Gewiss ist die Zeitfrage wichtig – zunächst ist jedoch immer zu evaluieren, wer in der jeweiligen Situation am besten für welche Pflegeleistung in Frage kommt. Im jeweiligen Fall könnte die Problematik regional – beispielsweise kantonale – gesehen werden. Zunächst komme ich nochmals zu den zu definierenden Zielsetzungen.

In der Folge können wir uns über die einzelnen Rollen und Funktionen verständigen.

Bei der interprofessionellen Zusammenarbeit stellt sich oft die Frage nach der Verantwortung. Es gibt dieses Gefühl der Verantwortlichkeit (wenn von «meinem Patienten» gesprochen wird), der gesetzlichen und finanziellen Haftung. Beispielsweise wenn die santésuisse Ärzte attackiert und Abrechnungen über verschriebene Physiotherapien verlangt.

Wird der Leistungskorb dann ganz von der Vergütungsregelung bestimmt? Eine schwere Bürde auf den Schultern des Arztes, der den Zugriff auf die Pflege erleichtern möchte. Um diese Verantwortung übernehmen zu können, muss er seine Entscheidungen autonom treffen und voll verantwortlich in seinem Beruf handeln können. Den Gesetzen und Regelungen, die die beruflichen Verantwortlichkeiten in der Schweiz einrahmen, muss selbstverständlich getreu Rechnung getragen werden. Dennoch gibt es in der Realität Gegebenheiten, im Rahmen derer die Handelnden bei der Behandlung des Patienten Verantwortung teilen. Wenn die klinischen Handlungsträger bei Bedarf entscheiden, dass dieses Teilen von Verantwortung aus klinischer Sicht sowie aus Gründen der Sicherheit, Qualität und Effizienz angemessen erscheint, sollte es als Langzeitlösung angenommen werden.

Wenn zu viele Beteiligte voll verantwortlich und autonom handeln, könnte es zu jener Verwässerung der Verantwortlichkeiten kommen, von denen Balint spricht, und zu einer Verschwörung der Anonymität? Gleichzeitig würde jede Profession Anspruch auf die eigenen Kompetenzen erheben, in der Überzeugung, zu wissen, was dem Patienten zum Wohle gereicht. Balint hätte dies den Triumph der apostolischen Funktion genannt.

Wenn die Logik der Macht Vorrang vor der Effizienz hat, sind alle möglichen Entgleisungen denkbar – von der Anonymität bis zur Zentralisierung der Macht. Zurück zur klaren Zielsetzungen und zu folgenden vier Fragen:

- Warum zusammenarbeiten?
- Was bringt dies dem Patienten, den Pflegekräften und dem Gesundheitssystem?
- Was wird gemeinsam gemacht?
- Wer macht was?

Wer übernimmt die Leitung, d.h., wer ruft zum Handeln auf? In der Regel ist es der behandelnde Arzt, gelegentlich auch der Case Manager – wenn Patienten häufig Leistungen in Anspruch nehmen – in einer konzertierten Aktion mit den Versicherern.

Eine letzte Frage. Was wird aus der interdisziplinären Zusammenarbeit bei zunehmender Feminisierung des medizinischen Bereichs?

Ich weiss nicht, ob dies nur eine Frage des Geschlechts ist. Letzteres spielt eine grosse Rolle bei der Gestaltung der Arbeitswoche. Frauen wollen keine 60-Stunden-Woche. Es ist auch ein Generationenproblem. Die Generation X will nicht alles auf eine Karte setzen. Die Arbeitslast bleibt gleich und die neuen Generationen müssen etwas Neues machen. Auch in der Forschung muss mehr nach funktionierenden Modellen bzw. nach Erfolgsgeschichten Ausschau gehalten und diese dann in die Praxis umgesetzt werden (transitional research).

Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Widmer
Spécialiste en médecine générale FMH
2, av. Juste-Olivier
1006 Lausanne
widmer@primary-care.ch