

Workshop 3: Welche Herausforderungen gibt es bei der Umsetzung der interprofessionellen Bildung und wie werden diese gemeistert?

„Interprofessionelle Bildung der Gesundheitsfachpersonen
– Kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung“

Nationale Konferenz

Bundesamt für Gesundheit BAG

Donnerstag, 4. Dezember 2014; 13.15-15.30

Stade de Suisse, Bern CH

Einführung: Christa Müller-Fröhlich, MSc, Studiengangleitung Bachelor Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Diskussionsleiterin: Dr. rer. Nat. Sylvia Kaap-Fröhlich, Dekanat der Medizinischen Fakultät, Universität Zürich

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg



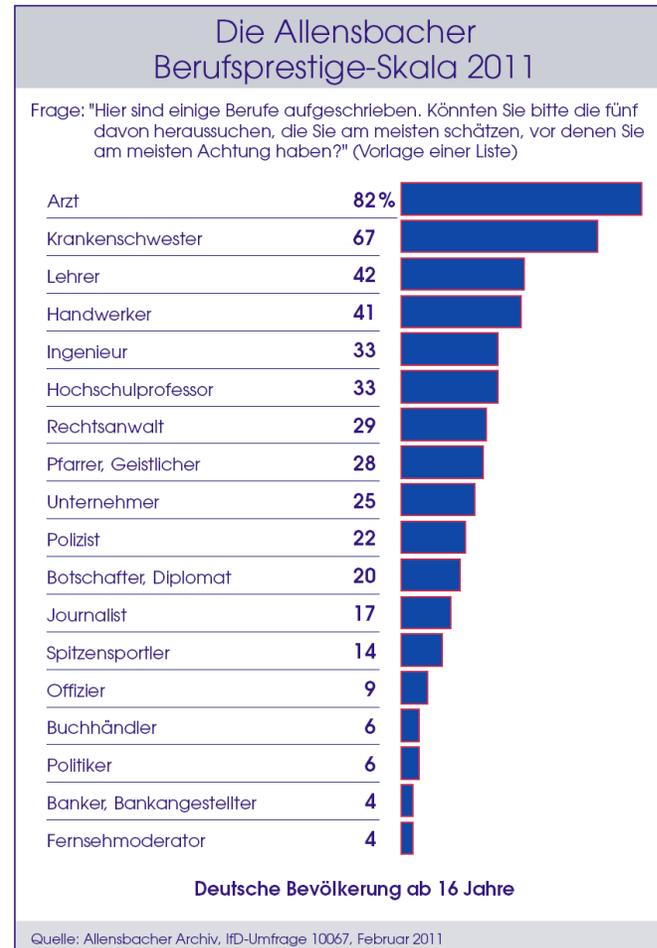
UNI
FREIBURG

- Interprofessionelle Lehre (Mikro-, Meso-, Makroebene)
 - Strukturen
 - Prozesse
 - Ergebnisse
- Beispiel Interprofessionelle Lehre an der Med. Fakultät:
Pflegerwissenschaften und Humanmedizin (Mesoebene)
- Ihre Vorstellungen und Erfahrungen

- **Ausgangslage**



Ausgangslage: Geschätzt und geachtet



Ausgangslage: und dennoch ein schwieriges Verhältnis



http://www.google.de/imgres?q=%C3%84rzte+und+Pfleger+Konflikt&hl=de&client=firefox-a&hs=RHy&tbo=d&rls=org.mozilla:de:official&channel=np&biw=1440&bih=739&bm=isch&tbnid=efMdoXYskYiCbM:&imgrefurl=http://www.pflegewiki.de/wiki/Konfliktgespr%C3%25A4ch&docid=ZphTCZpmyoUM&imgurl=http://www.pflegewiki.de/images/5/50/Pfleger_disussion01g.jpg&w=640&h=480&ei=mA78UNK2loWktAbO9YDgCg&zoom=1&iact=hc&vpx=153&vpy=432&dur=262&hovh=194&hovw=259&tx=103&ty=110&sig=113590176362892618246&page=2&tbnh=132&tbnw=166&start=31&ndsp=37&ved=1t:429,r:55,s:0,i:249

Ausgangslage: Studierende heute an einer Med. Fakultät: „Wir kennen uns nicht!“



Entwicklung
interprofessioneller
Kompetenzen

in der
grundständigen
Ausbildung beider
Berufsgruppen

wird empfohlen

auch Ausgangslage: Was ist Deiner Meinung nach interprofessionell?



Absolut keine Ahnung, scheint so ein neudeutscher Modebegriff zu sein – vielleicht etwas von der Art der Kombination von Fähigkeiten zweier verschiedener Professionen? Also z.B. das finanzielle Organisationstalent eines Managers und das Knowhow eines Arztes in Kombination für einen perfekten Chefarzt?



Studentische Umfrage durchgeführt von: Irina Stottmeister, Lars Arendt, Laura Hermann, Annalena Bauer, Jakob Meyer

Zwei Studierendengruppen: Struktur



Profession	Grundlage der Ausbildung	Studierende Anzahl	Lehrende / Aufbau der Lehre	Historie an der Fakultät / Finanzierung
Pflege- wissenschaft	Krankenpflegegesetz: Berufsanerkennung Prüfungsordnung Bachelor of Science der Universität	30 / Sem	M.Sc., Doktorat in Pflegerwissenschaft und Pflegepädagogik, weiterer Aufbau notwendig Lehreinheit Pflegewissenschaft Modularer Aufbau	Seit WS 2010-11 Fördermittel, noch nicht vollständig etabliert
Human- medizin	Approbationsordnung für Ärzte	ca 360 / Sem.	Doktorat, Professoren im Bereich der Theoretischen und Praktischen Medizin, der Vorklinik Lehrveranstaltungen überwiegend nach Fächern	550 Jahre Etabliertes Budget, Forschung

Beispiel: Struktur einiger interprofessioneller Lehrveranstaltungen

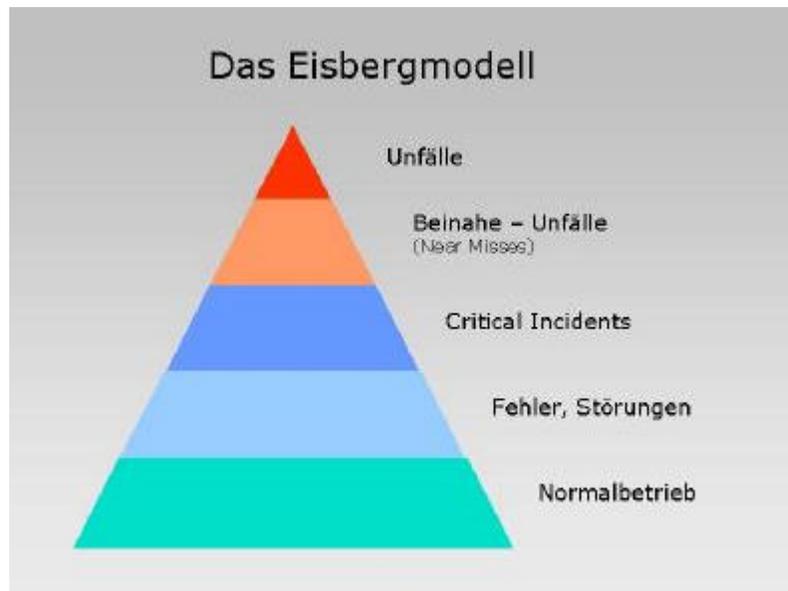


	Beteiligte Akteure	Lehrveranstaltungen	Studierende
1	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie B.Sc. Pflegewissenschaft	„Erfolgreiche interprofessionelle Kommunikation im Umgang mit Fehlern“ (EIKUF)	Fakultativ Humanmedizin Campustag Pflichtlehre, B.Sc. Pflegewissenschaft 1.-3. Sem.
2	SkillsLab B.Sc. Pflegewissenschaft	„Interprofessionelles Training der Fähigkeiten aus dem Basis-Untersuchungskurs (Herz/Lunge und Abdomen) sowie einer Reanimation“ (ITBUR)	Fakultativ Humanmedizin Fakultativ Pflegewissenschaft 3. Sem.
3	B.Sc. Pflegewissenschaft und MA aus dem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin und aus der Abteilung I Medizinische Klinik	„Betreuung von Familien mit chronisch kranken Kindern“ (BFCK)	Fakultativ Humanmedizin Campustag Pflichtlehre B.Sc. Pflegewissenschaft 1.-5. Sem.
4	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie B.Sc. Pflegewissenschaft	„Interprofessionelle Begleitung von Patienten bei der Diagnosemitteilung (IPPD)“	Fakultativ Humanmedizin Campustag Pflichtlehre B.Sc. Pflegewissenschaft 5. Sem.

Beispiel der Lehre: „Erfolgreiche interprofessionelle Kommunikation im Umgang mit Fehlern“ (EIKUF)



- Studierende entwickeln Strategien im Umgang mit Kommunikationsfehlern im Berufsalltag



Zwei Studierendengruppen im Kontext einer Medizinische Fakultät

Prozess



Profession	Ausgangspunkt der Studierenden	Dauer	Phasen im Studium	Lehrmethoden	Phasen in Praxis	Modelle für den Lernprozess
Pflege- wissen- schaft	1 Jahr berufliche Ausbildung oder nach abgeschlossener Berufsausbildung	1+3Jahre = insgesamt 4 Jahre oder 2 Jahre	1. + 2. Jahr integrierte Ausbildung – Ende zweites Jahr Prüfung Berufsanerkennung 3. Jahr Abschlussjahr mit Bachelorarbeit	Vorlesung, Seminar, Übung, Praktikum Spezifische z. B. körperliche Selbsterfahrung, klinische Anleitung	Kontinuierlich in der vorlesungsfreien Zeit	Curricula von Ausbildung und Studium
Human- medizin	nach Erwerb der Hochschulzugangs- berechtigung	6 Jahre	1. + 2. Jahr vorklinischer Studienabschnitt 4. – 5. Jahr Klinischer Studienabschnitt 6. Jahr - Praxis	Vorlesung, Seminar, Übung, Praktikum Spezifische z. B. Lehre mit Simulationspatienten, Multiple Choice	Verschiedene Phasen: Pflegepraktikum Famulatur Praktisches Jahr	einzelne Umsetzungsmodelle der Fakultäten

Zwei Studierendengruppen im Kontext einer Medizinische Fakultät **Ergebnisse, Evaluation**



Qualifikationsziele	Ausbildungsordnung	Generelle für interprofessionelles Lernen
Pflegewissenschaft	<p>Die Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege ist unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen sind zu berücksichtigen. Evidenzbasierte im interprofessionellen Team in der klinischen Arbeit, in Praxis- und Forschungsprojekten mitwirken.</p>	<p>Respektvolle Kommunikation und Kommunikationsstrategien</p> <p>Kooperierende Beziehungen</p> <p>Integration von Informationen anderer</p> <p>Teilen von Information</p> <p>Rollen, Integration der Rollen anderer</p> <p>Verantwortung übernehmen</p>
Humanmedizin	<p>Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.</p> <p>Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt</p>	<p>Teilen von evidenzbasiertem Wissen</p> <p>Einbeziehung von Patient und Familie, Information dieser Personen</p> <p>Patienten in Entscheidungsfindung einbeziehen</p>

- Lehrende: unterschiedliche Lehrkultur, Unsicherheit, Nervosität, „wichtig ist es mutig zu sein“
- Unklarheiten bei Konzepten und Aufgaben im professionellen klinischen Bereich, Bsp. „Beratung“ oder „ein chronisch krankes Kind“
- Macht: z. B. Pflegepraktikum, klinische Situationen für Pflegende in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, Gesundheitssystem
- Erfahrungen: Problematische Verhaltensweisen der anderen Berufsgruppe, Unterschiede der Berufsgruppen und Konflikte
- Wunsch nach mehr Auseinandersetzung im geschützten Raum

- Organisation der Gruppentreffen der Lehrenden schwierig
- Strukturelle Hindernisse bei der Planung der Veranstaltung, HM-Studierende / Kapazitätsrecht
- Reflektion als gemeinsame erste Erfahrung war ungewohnt

Lösungen, bzw. unsere positive Erfahrungen



- hoher Bedarf der Studierenden nach intensivem Austausch über ihr Studium und der Zusammenarbeit in der Praxis.
- Wahrnehmung der Kompetenz der Pflegewissenschaftstudierenden sowie der Humanmedizinstudierenden
- Raum sich auszutauschen, hat großen Einfluss auf die erlebte Veranstaltung
- „praxisnahe Lehre außerhalb der klinischen Praxis“
- motivierende, bestätigende Erfahrung für Lehrende und Studierende, gemeinsamer Lernprozess
- Ein sicherer Boden waren gemeinsame Reflektionen im Bereich der Lehre, hier waren die Konzepte eindeutig (z. B. didaktische Methoden, Zielsetzungen, Pflicht vs. freiwillige Teilnahme, strukturelle Machbarkeit)

Lösungen, bzw. unsere positiven Erfahrungen



- Praxis der Lehre für Studierende der Pflegewissenschaft und der Humanmedizin wurde verändert
- Besonderheiten im Kontext einer deutschen Medizinischen Fakultäten konnten erfahren und dokumentiert werden
- Raum für interprofessionelle Patientenorientierung
- Den Studierenden wurde durch intensive Evaluation eine Stimme gegeben

Lösungen, Blick in die Literatur: Beitrag zur Entwicklung der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen



Health professionals for a new century:
transforming education to strengthen health systems
in an interdependent world

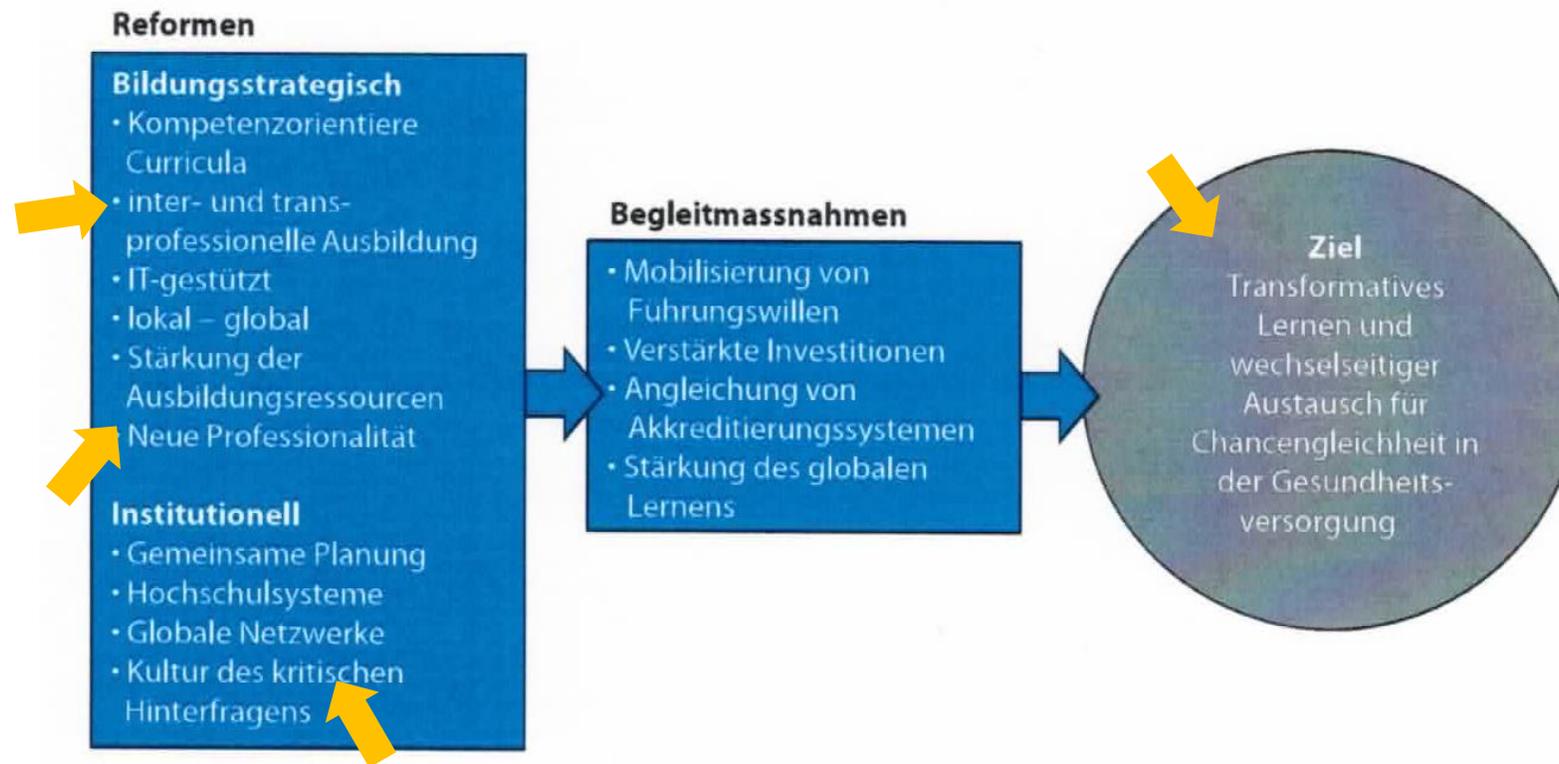


Abb. 12: Empfehlungen für Reformen und Begleitmassnahmen

Frenk, J., Chen, L., et al. (2010)

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Arbeitsgruppe Bildung und Training (2012). "Wege zur Patientensicherheit Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit, Eine Empfehlung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Campbell-Heider, N. and D. Pollock (1987). "Barriers to physician-nurse collegiality: An anthropological perspective." *Social Science & Medicine* 25(5): 421-425.

Coombs, M. and S. J. Ersser (2004). "Medical hegemony in decision-making -- a barrier to interdisciplinary working in intensive care?" *Journal of Advanced Nursing* 46(3): 245-252.

Debatin, J. r. F. (2006). *Zukunft Krankenhaus Überleben durch Innovation*. Berlin, ABW-Wiss.-Verl.

Donahue, M. P. (1996). *Nursing - the finest art*. St. Louis u.a., Mosby.

Fischer, G. C., G. Glaeske, et al. (2007). *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007*. . Bonn, Bundesministerium für Gesundheit.

Frenk, J., L. Chen, et al. (2010). "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world." *The Lancet* 376(9756): 1923-1958.

Hallett, C. (2007). "A 'gallop' through history: nursing in social context." *Journal of Clinical Nursing* 16(3): 429-430.

Heron, J. (1996). *Co-operative inquiry: Research into the human conditon*. Thousand Oaks, CA US, Sage Publications, Inc.

Institut für Demoskopie Allensbach (2011). *Ärzte weiterhin vorn – Pfarrer verlieren deutlich an Ansehen, Allensbacher Berufsprestige-Skala 2011*. [allensbacher berichte. Allensbach](#). **3**.

Kesselring, A. and S. De Geest (2007). "Medizin und Pflege; siamesische Zwillinge? ." *Swiss Academy of Medical Sciences (SAMW) Bulletin* 3: 1-3.

Knoll, M. and I. Lendner (2008). ""...dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!" Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation ("...thus he will be operated without and we do not have the blood type!" Inter-professional communication of nurses on a medical critical care unit)." *Pflege* 21: 339-351.

Lindseth, A., V. Marhaug, et al. (1994). "Registered nurses' and physicians' reflections on their narratives about ethically difficult care episodes." *Journal of Advanced Nursing* 20(2): 245-250.

Rindermann, H. (2002). *Evaluation. Handbook on information technologies for education and training*. H. H. Adelsberger, B. Collis and J. M. Pawlowski. Berlin, Springer: 309-329.

Rosenstein, A. H. (2002). "Nurse - physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention." *The American journal of nursing* 102(6): 26-33.

Curran V, Hollett A, Casimiro LM, Mccarthy P, Banfield V, Hall P, Lackie K, Oandasan I, Simmons B, Wagner S. Development and validation of the interprofessional collaborator assessment rubric (ICAR). *Journal of interprofessional care* 2011 Sep; 25(5):339-44.

Seidler, E. and K.-H. Leven (2007). *Die Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau*. Freiburg ; München, Alber.

Skjorshammer, M. (2001). "Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts." *Journal of Interprofessional Care* 15(1): 7-18.

Steppe, H. (1992). "Nursing in Nazi Germany." *Western Journal of Nursing Research* 14(6): 744-753.

Staender, S. (2001). "Incident Reporting" als Instrument zur Fehleranalyse in der Medizin. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. sich.*, 95, 479-484.

Wilkinson, T. J. T. J. (2009). "A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review." *Academic medicine* 84(5): 551.

Zander, B., L. Dobler, et al. (2013). "The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: Comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period." *International Journal of Nursing Studies* 50(2): 219-229.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



**UNI
FREIBURG**

