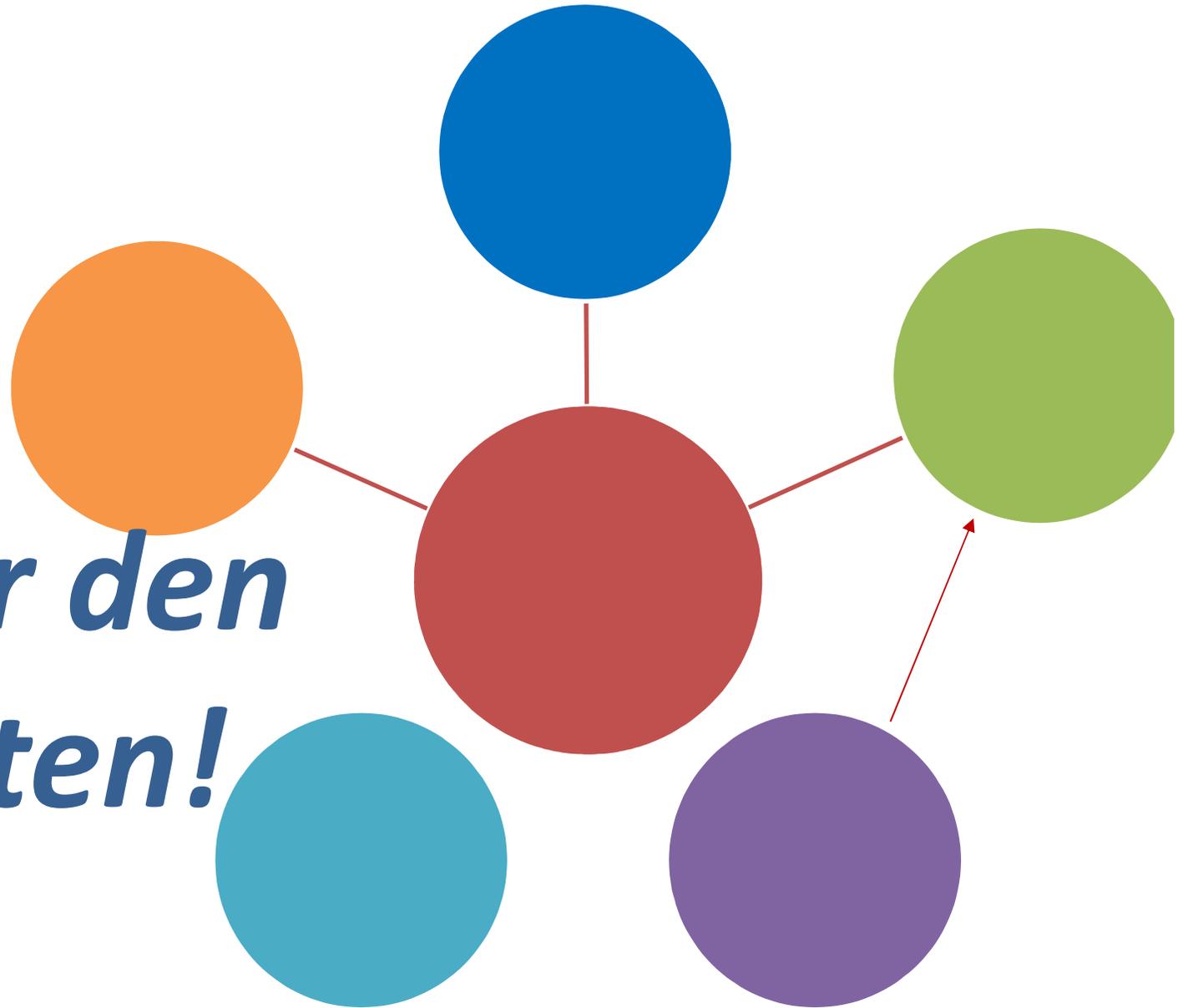
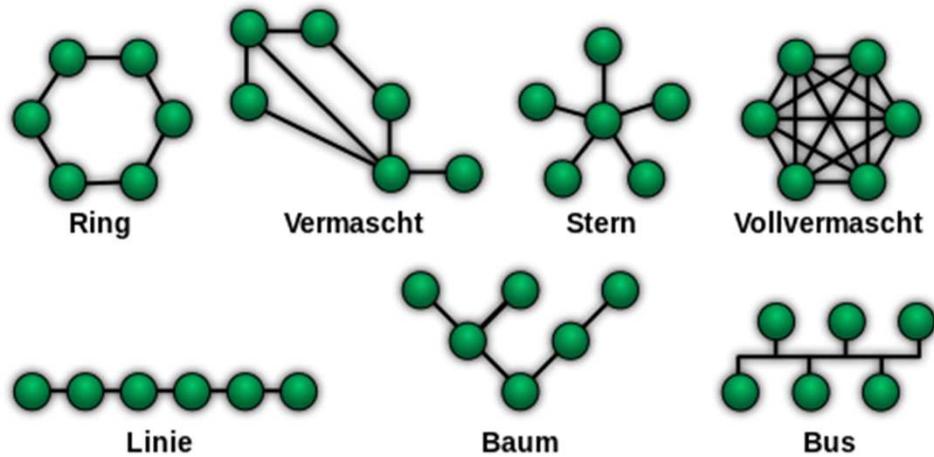


***Alle für den
Patienten!***





Quelle: NetworkTopologies.png

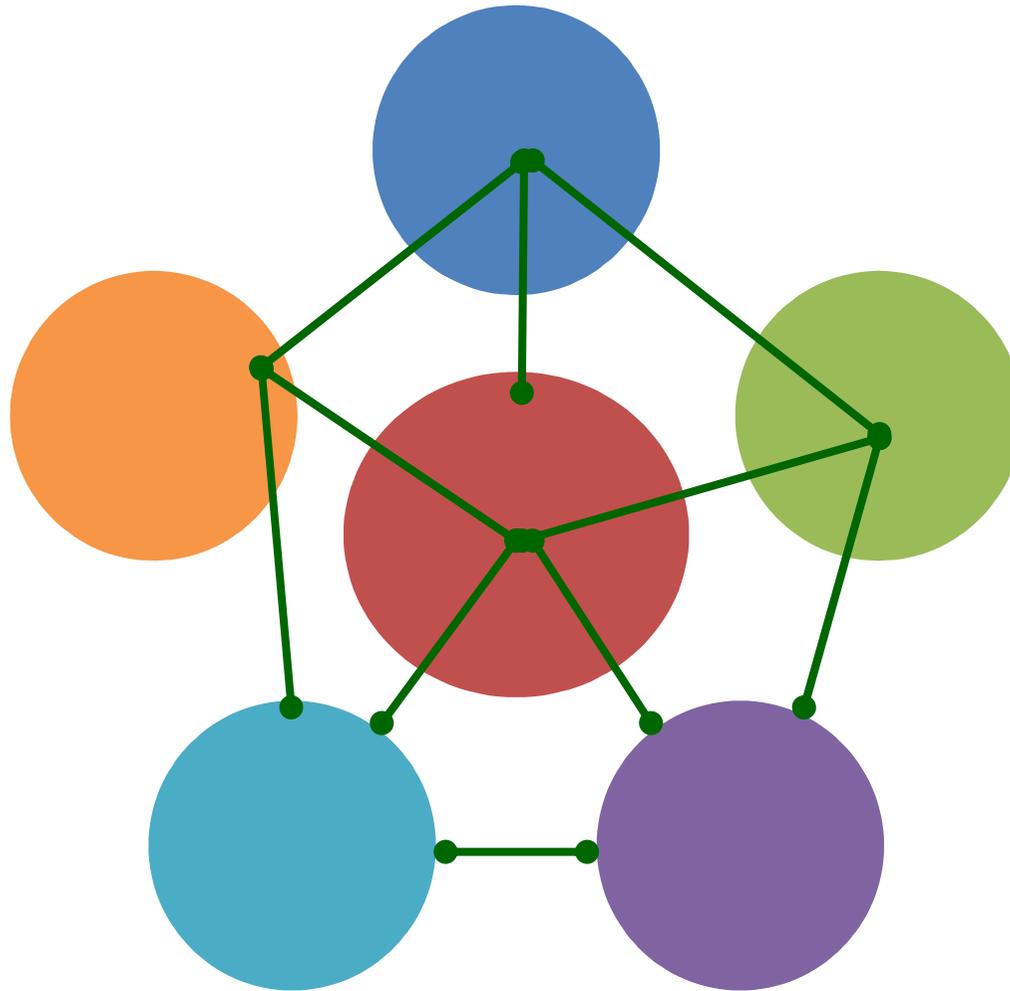


Alle für den Patienten!

Wie Netzwerkarbeit gelingen kann.

Maga. Brigitta Gruber
www.arbeitsleben.com

@rbeitsleben



Alle für den Patienten!

Wie Netzwerkarbeit = Zusammenarbeit gelingen kann.

Maga. Brigitta Gruber
www.arbeitsleben.com

@arbeitsleben

Zusammenarbeits-Levels

Auftrags- arbeit / Konsile

- Menschen arbeiten in einer Organisation/in einem Netzwerk ohne unmittelbar von anderen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben abhängig zu sein; sie bearbeiten Aufträge und liefern zu (Labor, ...).

Multi- professionalität

- meint weniger verbindliche Form der Zusammenarbeit: Mehrere Berufsgruppen sind an der Versorgung beteiligt und erbringen eher nebeneinander ihre Leistungen.

Inter- professionalität

- sieht regelmäßig und direkt Informationsaustausch & Koordination zur gemeinsam verantworteten Zielerreichung/Aufgabenerfüllung bei komplexen Versorgungsproblemen vor, z.B. Fallbesprechungen, Gemeinschaftspraxen oder zielorientierte Kommunikationskette

Trans- professionalität

- meint die komplexeste Form. Die einzelnen Berufsgruppen integrieren ihre Kompetenzen so weit, dass daraus ein neues Versorgungssystem gemeinsam mit PatientIn entsteht (z.B. Arbeiten nach Bobath-Prinzip)

Erwartungen an interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen



PATIENTINNEN:

Alle Beteiligten stimmen medizinische, therapeutische, pflegerische und sonstige Interventionen zum Patientenwohl aufeinander ab.

- **ganzheitliche Versorgung**
- **hohe Versorgungsqualität**



BERUFSANGEHÖRIGE:

Gesundheitsberufe erkennen die fachlichen Kompetenzen anderer an und binden diese sinnvoll und aktiv ein.

- **behinderungsarme Arbeitsabläufe**
- **Reduktion von Stressoren**
- **Arbeitszufriedenheit**



KOSTENTRÄGER:

Hohe Versorgungsqualität, die dazu führt, dass das Gesundheitswesen weniger häufig von Patienten wegen (Wieder-)Erkrankung aufgesucht werden muss.

- **Hohe Versorgungsqualität**
- **Effizienz**
- **Eindämmung von Krankheitskosten**

Wirksamkeitsnachweise interprofessioneller Zusammenarbeit

Patientenbezogene Effekte	Mitarbeiterbezogene Effekte	Klinikbezogene Effekte
- Verbesserte klinische Outcomes (Lemieux-Charles & McGuire, 2006; Valentine et al., 2013)	- Höhere Mitarbeiterzufriedenheit (Körner, 2010)	- Reduktion von unnötigen Interventionen, Doppel- untersuchungen (Chan & Wood, 2012)
- Bessere Behandlungsakzeptanz (Mickan, 2005)	- Besseres gesundheitliches Wohlbefinden (Busch, 2009; Körner, 2011; Stoll & Richter, 2001)	- Reduktion von Kosten (Grumbach & Bodenheimer, 2004)
- Höhere Patientenzufriedenheit (Quaschnig, Körner, Wirtz, in press; Lemieux-Charles & McGuire, 2006)	- Besseres Teamklima (Thylefors, Persson & Helström, 2005)	- Verbesserte Mitarbeiterbindung und -gewinnung (Chan & Wood, 2012)
- Behandlungsqualität (O'Leary et al., 2011)	- Höhere Teameffizienz (Poulton & West, 1999)	
- Höhere Patientensicherheit (Manser, 2009; Salas et al., 2011)	- Verbesserte Koordination der Versorgungsleistungen (Mickan, 2005)	

Zusammengestellt von Körner Miriam für Vortrag 17.1.2014

„Interprofessionalität ist zufällig und/oder wird praktisch wenig bereichernd erlebt“ (Lützenkirchen, 2005)

Strukturelle Hemmnisse:

- Noch nicht überwundene Statusunterschiede zwischen Gesundheitsberufen
- Rechtliche Regelungen mit alleiniger Verantwortung ärztlicher Profession
- Unterschiedliche und getrennte berufliche Sozialisationen, Aus- und Fortbildungen
- Unterschiedliche, verwirrende Vielfalt bzw. Uneindeutigkeiten von Begriffen und Arbeitssprachen - Kooperation kein Ausbildungs- und Fortbildungsfach
- Zeitknappheit, nicht honorierter Kooperationsaufwand bzw. ökonomische Restriktionen bzw. fehlende Anreize

Personale Hemmnisse:

- Zu geringe Kooperationsbereitschaft
- Geringe bzw. zufällige Kooperationskompetenzen
- Wettbewerb um Status/Anerkennung, fehlende Akzeptanz von eigener Wissensgrenzen oder mangelnde Wahrnehmung eigener Kompetenzen oder mangelnde Eigeninitiative
- „Monoprofessioneller Autismus“, unterschiedl. Nutzung/Pflege von Kommunikationsgefäßen

Kulturelle Hemmnisse:

- Jeder Gesundheitsberuf hat eigenes Verständnis von Professionalität und Interprofessionalität und weiß wenig von dem der anderen Berufsgruppen
- Statusbetonte Kommunikation
- Verbreiteter Zugang/Meinung: „Wer nicht kooperieren will, muss nicht“

Häufige Fehler der Praxis interprofessioneller Zusammenarbeit

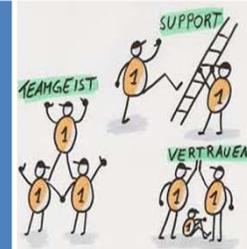
- ⚡ *„Verweigerung von Führung*
- ⚡ *Ablehnung klarer Strukturen der Weisung und Zuständigkeit*
- ⚡ *Unklare Ermessensspielräume*
- ⚡ *Entscheidungslosigkeit*
- ⚡ *Schweigen über Qualität und Kontrolle“*

Mythen



„Nun fassen wir uns an
den Händen und ...“

(Spontane)
Selbstorganisation



Null-Investitionen-
Annahme

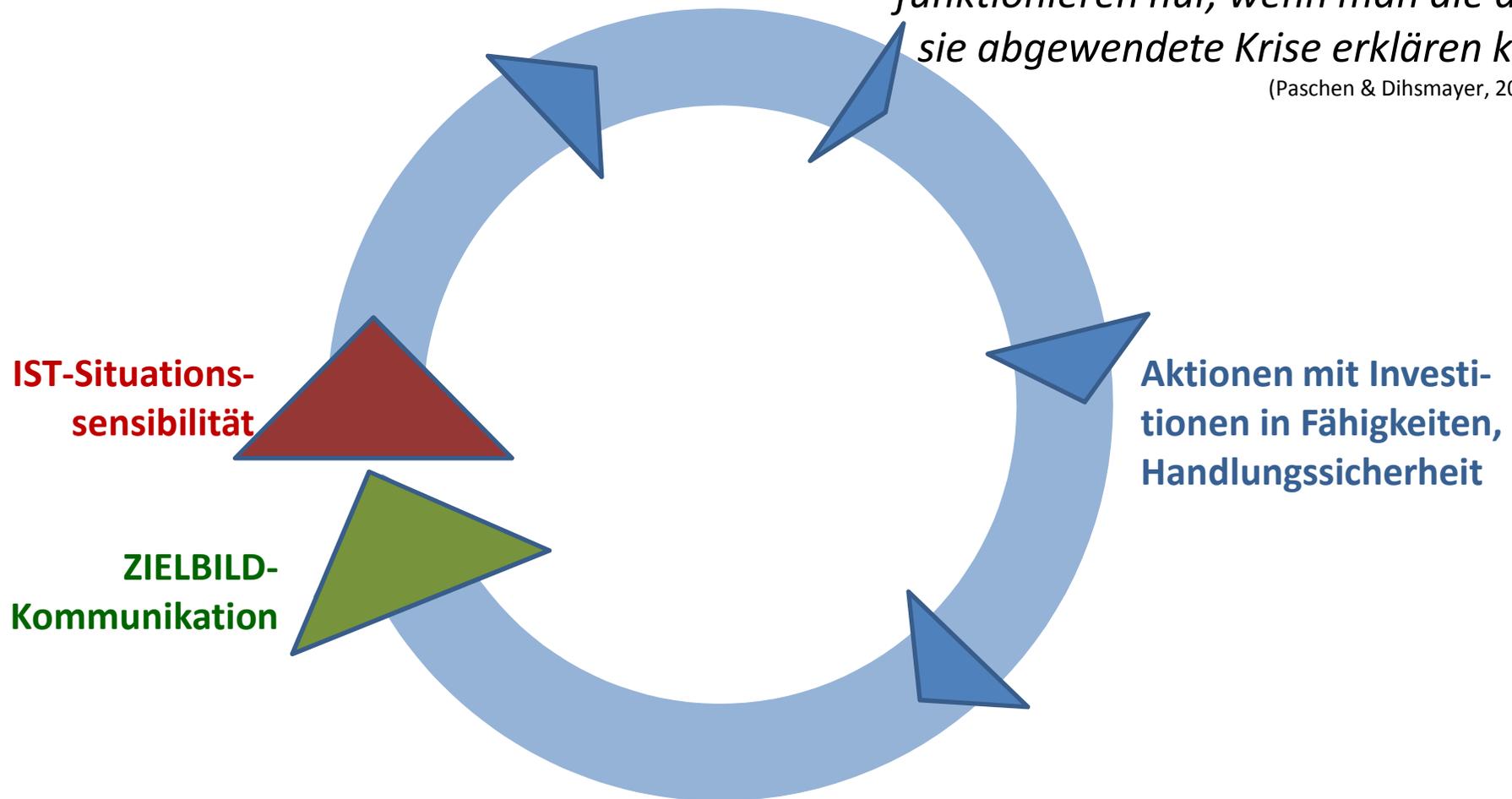
Gleichrangigkeit /
Abschaffung von
Hierarchie



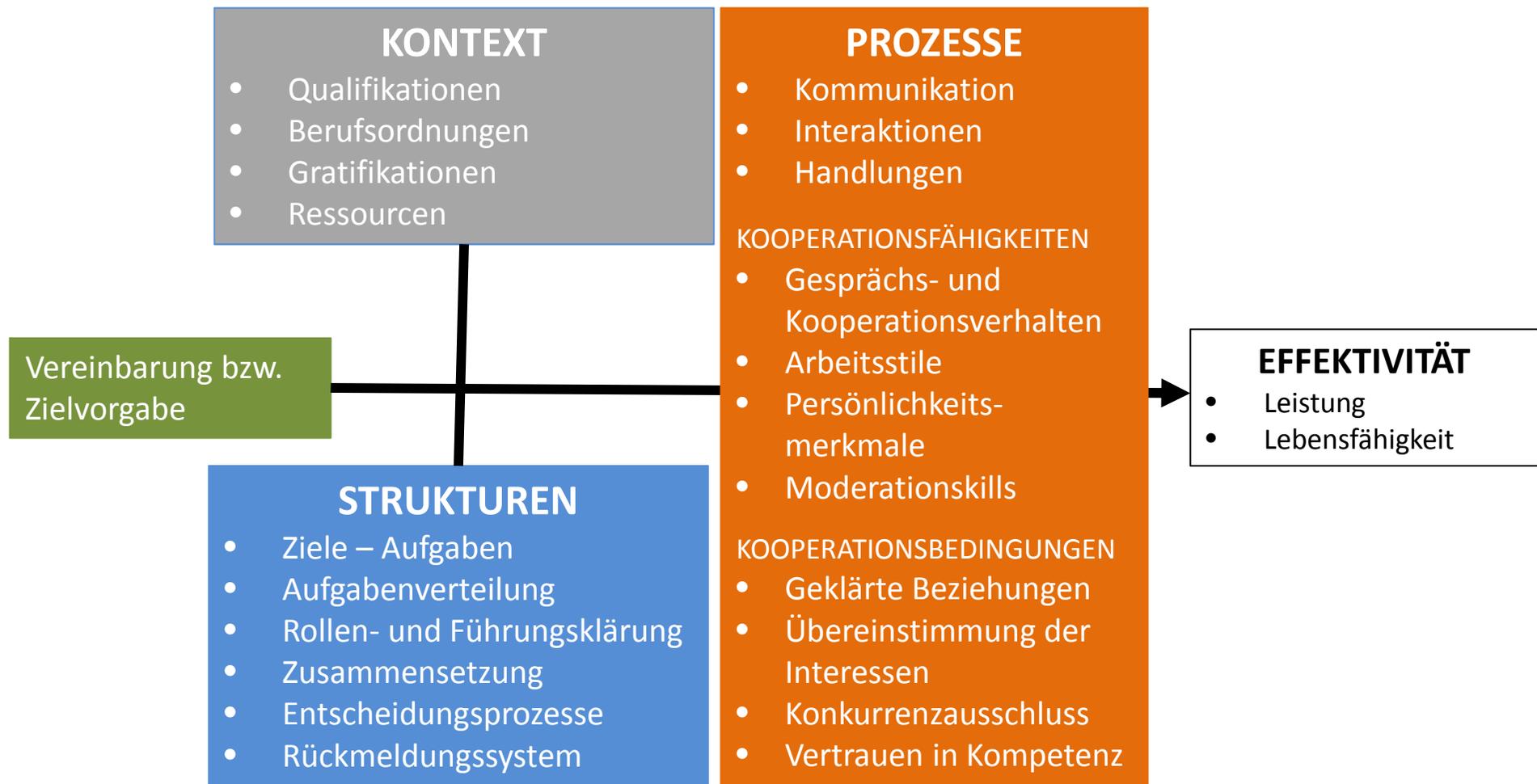
Wandel im Gesundheitswesen zu mehr interprofessioneller Zusammenarbeit

„Veränderungsprozesse funktionieren nur, wenn man die durch sie abgewendete Krise erklären kann“

(Paschen & Dihsmayer, 2014, 108)



Rahmenmodell für Effektivität interprofessioneller Zusammenarbeit



in Anlehnung an Conny H. Antoni, 2010



Interprofessionalität ist es
wert, in sie zu investieren.

Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie hat
Unterstützungsangebote
(auch im Rahmen des ArbeitnehmerInnenschutzes)

DANKE für Ihre AUFMERKSAMKEIT!