

Interprofessionalität zwischen Medizin und Pflege

Gemeinsam um das Wohl der Patienten besorgt

Miteinander statt gegeneinander: Wenn Pflegendе und Arztpersonen gemeinsam und gleichberechtigt mit den PatientInnen arbeiten, wird deren Betreuung besser und man spart erst noch Geld und Energie. Das Wort für dieses Programm ist «Interprofessionalität».

ANNEMARIE KESSELRING

WAS ist Interprofessionalität? In den mir zur Verfügung stehenden Nachschlagewerken konnte ich die Definition des Wortes weder in einem deutschen, englischen noch einem Fremdwörter-Lexikon finden. Es muss sehr neu sein. Ist Interprofessionalität Gedankenaustausch, gemeinsames durch eine Arbeit verändern, oder ist darunter Zusammenarbeit zwischen Angehörigen verschiedener Berufe, Professionen zu verstehen? Auch wenn Interprofessionalität mehr sein könnte, beschränke ich mich im Folgenden auf «interprofessionelle Zusammenarbeit».

Neue Begriffshülse?

Was hat es mit dieser Interprofessionalität im Bereich Medizin und Pflege auf sich, dass es an einer Tagung wie der heutigen überhaupt thematisiert werden soll? Ob das Parlament sich je über seine Interprofessionalität Gedanken macht und Tagungen veranstaltet? Wohl kaum – und doch sind da viele Berufsgruppen vereinigt – und sie machen erst noch Politik mit- oder gegeneinander! Aber, hält da je jemand einen Vortrag über parlamentarische Interprofessionalität?

Die Tatsache, dass Careum (s. Schluss) das Thema vorgegeben hat, suggeriert, dass dem Begriff für die Ausbildung und Praxis Wichtigkeit zukommt. Dennoch frage ich: Ist Interprofessionalität eine neue Begriffshülse auf dem Markt? Soll ich etwas heransprechen, von dem viele nur träumen? Denn: Sie und ich wissen, dass Interprofessionalität zwischen Ärzten und Pflegenden unter dem Namen Hierarchie – Ärzte oben, Pflegendе unten – sehr lange schon gelebt

wird und uns allen aus der Erfahrung bestens bekannt ist. Dass die Ärzte oben sind, hat damit zu tun, dass sie einer «Profession», einem gehobenen Berufsstand angehören. Sie verfügen über eine lange, akademische Ausbildung, haben eine Standesordnung, geben sich ethische Richtlinien und verfügen über eine eigene Fachsprache. Im Gegensatz dazu ist die Pflege vom Gesetz her den medizinischen (Hilfs-)Berufen zugeordnet – das heisst, sie ist hierarchisch der Medizin unterstellt. Das Diplom wird in der Schweiz nach wie vor durch eine nicht-akademische Berufsausbildung erworben, eine Standesordnung gibt es nicht, wohl aber ethische Richtlinien und Bemühungen um eine eigene Fachsprache (zum Beispiel die Pflegediagnosen, die im Bestreben entstanden, es den Ärzten gleichzutun...).

Beruf für ehrbare Frauen

Ich soll aber hier nicht über diese allzu bekannte Hierarchie sprechen, sondern über Interprofessionalität, also die Zusammenarbeit zwischen Professionen. Heisst dies, dass wir an einer Wegkreuzung stehen, an der sich neue Wege und Horizonte zeigen? Soll Interprofessionalität die Hierarchie ablösen? Dann lohnt es sich, zuerst einen Blick zurück auf den langen Weg zu werfen, den wir als unterschiedliche Berufsgruppen hinter uns haben.

Die geschichtlichen Berufsentwicklungen der Medizin und Pflege im modernen Verständnis reichen in die Mitte des neunzehnten Jahrhunderts zurück. Damals installierte sich die Medizin als wissenschaftliche Disziplin an den Universitäten und beanspruchte die Spitäler zur Behandlung von Patienten sowie für die Lehre und For-

schung. Hospitalisierte Patienten galt es jedoch zu versorgen, zu überwachen und sauber zu halten, ausserdem musste der Spitalbetrieb reibungsarm funktionieren. Dazu war Hilfs- und Haushaltspersonal notwendig, also Frauen, welche neben der Wartung der Patienten und des Haushalts auch ärztliche Verordnungen zuverlässig ausführten und dem Arzt als Zudienerin zur Verfügung standen.

Die Medizin entwickelte sich als ein Beruf für akademisch geschulte Männer, die Pflege, mit Hilfe und Unterstützung von Ärzten, als Hilfs- beziehungsweise Tugendberuf für «ehrbare» Frauen. Frauen, welchen durch die Ausübung des Berufs die gesellschaftliche Achtung erhalten blieb, die sie sonst, als oft ledige Frauen, verloren hätten. Eine dem damaligen Zeitgeist entsprechende hierarchisch-geschlechterspezifische Positionierung spielte sich – für die Medizin sehr erfolgreich – ein. Diese wurde erst in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts, und zwar vorerst in den USA, hinterfragt, als im grossem Stil universitäre Studiengänge für Pflegendе geschaffen wurden. In Europa und in andern Kontinenten folgten universitäre Programme für die Pflege in den 60er- bis 80-er Jahren des letzten Jahrhunderts, und, wie Sie wissen existiert seit dem Jahr 2000 auch in der Schweiz ein universitäres Programm.

Trotz aller Aus- und Weiterbildung, die in den letzten dreissig Jahren auch in der Schweiz betrieben wurde, geistert das Verständnis der Pflege als «Mädchen für alles» aus dem 19. Jahrhundert noch immer herum und die Konzeption «Pflege als Profession» hat sich meines Erachtens bislang weder innerhalb noch ausserhalb des Berufs durchgesetzt.

Von Vorgesetzten und Unterstellten...

Natürlich ist das Selbstverständnis der Schweizer Pflege in den letzten 30 Jahren etwas professioneller geworden, vor allem im psycho-sozialen Bereich. Allerdings auf



Gemeinsam getroffene Behandlungs- und Betreuungsentscheide bei interdisziplinären Team-Visiten erbringen nachweisbar bessere Resultate für die Patienten.

Foto: Hanspeter Bärtschi

Kosten einer – wie ich denke, höchst problematischen – Entmedizinalisierung der Pflegeausbildung. Die Ausbildung wurde mit psychologischen, soziologischen, anthropologischen und philosophischen Konzepten angereichert – gleichzeitig jedoch wurden Physio- und Pathophysiologie sowie Unterricht in Pharmakologie und anderen medizinischen Therapien stark reduziert und zum Teil fast gänzlich aus den Programmen gestrichen. Ziel dieser Bemühungen war, weniger arztzentriert, dafür mehr patientenzentriert zu pflegen. Allerdings mit der Nebenwirkung, dass junge Pflegenden in die Praxis kamen, welche kaum Wissen über Krankheit und Therapie mitbrachten.

Die für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (aber auch für eine erfolgreiche Pflegepraxis) negativen Auswirkungen dieser Entmedizinalisierungsperiode sind meines Erachtens in der Schweiz immer noch spürbar. Vielleicht ist das starke hierarchische Gefälle in den letzten Jahren von einem skeptischen, manchmal mehr oder weniger respektvollen Neben- oder Hintereinander der beiden Berufsgruppen abgelöst worden – mit professionellen Grenz-Ausmachungen auf beiden Seiten – aber noch ist wirkliche Interprofessionalität in unsern Institutionen eine Seltenheit.

Pflegende fühlen sich heute eher dem Patienten und den Familien gegenüber verantwortlich als dem Arzt – was ja gut ist, solange eine Behandlung und Betreuung

gemeinsam mit den Ärzten abgesprochen und durchgeführt wird. Aber nicht alle Pflegenden übernehmen Verantwortung für das, was sie tun – noch dienen ärztliche Verordnungen vielfach als Versteck vor pflegerischer Eigenverantwortung.

... zu Partnern und Partnerinnen

Interprofessionalität suggeriert, dass zwei gleichberechtigte Professionen zielgerichtet zusammen arbeiten. Die Pflege ist immer noch daran, sich zu professionalisieren. Die Pflegeausbildung wird neu auf dem schulischen Tertiärniveau angesiedelt und die medizinisch-physiologischen Defizite sollen in den neuen Curricula durch eine bessere Balance zwischen medizin- und humanwissenschaftlichen Anteilen aufgehoben werden. Und, professionell Pflegenden mit universitärem Master-Abschluss werden mehr und mehr PartnerInnen in der interprofessionellen Zusammenarbeit sein.

Basler Master-AbsolventInnen spezialisieren sich auf die «state of the art» Pflege, Beratung und Betreuung vor allem von Menschen, die an chronisch verlaufenden Krankheiten leiden, indem sie schwierige Situationen systemisch und aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven angehen. Spezialisierungsmöglichkeiten gibt es viele: zum Beispiel in Bereichen wie der Medikamenten-, Therapie-,

Ernährungs- oder Bewegungscompliance im Alltag von Menschen die mit Herzinsuffizienz, Aids, Krebs, oder mit Organtransplantationen leben. Sturzprävention in Institutionen oder die Stärkung von Pflegesystemen zu Hause durch die Betreuung sowohl der pflegenden Laien wie auch von deren Patienten und zahllose weitere Spezialisierungsmöglichkeiten bieten sich an. Die Stärke einer emanzipierten Pflege liegt in ihrem Verständnis der täglichen Leiden und Probleme, welche durch das Leben mit Krankheit und Therapie entstehen, die jedoch durch situationsgerechte Beratung und Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen gelindert, manchmal auch gemeistert werden können. Viele dieser Probleme sind Ursachen für wiederholte Krankheitskrisen mit Hospitalisation und Arztkonsultationen und entsprechenden Kosten.

Gegenseitige Anerkennung

Ohne Zweifel hat sich die Schweizer Pflege in den vergangenen Jahren professionalisiert und sie entwickelt sich weiter. Damit sich eine auf das Patienten-Wohl fokussierte Interprofessionalität entwickeln kann, müssen beide Berufsgruppen die Expertise der jeweils anderen anerkennen. Aber es braucht noch mehr: die Fähigkeit, miteinander über die konkreten Patientensituationen zu kommunizieren, Entscheide, wie mit den Patienten und ihren Angehörigen

gearbeitet werden soll, in Absprache zu treffen und sich gegenseitig zu befähigen. Es gilt auch, dominante, berufsspezifische – abkapselnde – Routinen aufzugeben, welche eher der Manifestation eigener Interessen oder der Profilierung des eigenen Image dienen als einer verantwortungsvollen Betreuung der Patienten (der Arzt verordnet, die Pflegende führt aus, dient zu; oder die Pflege opponiert gegen ärztliche Therapien, die nach ihrer Auffassung fehl am Platz sind).

Bessere Resultate

Wie kann Interprofessionalität aussehen und was kann sie für Patienten und für das finanzbedrängte Krankheitssystem bringen? Interprofessionell zusammen arbeiten heisst, Verantwortung für gemeinsam abgeprochene Entscheidungen und für die Behandlung und Betreuung zu übernehmen und Informationen austauschen, Arbeiten koordinieren... So einfach beschreiben Zwarenstein und Bryant (2000), die eine Cochrane Review zum Thema gemacht haben, interprofessionelle Zusammenarbeit. Die, wie sie sagen, «bescheidene» Quintessenz der von ihnen bearbeiteten Studien fassen sie lapidar so zusammen: «Vermehrte Zusammenarbeit erbringt bessere Resultate für Patienten und Manager im Gesundheitswesen». Und die Resultate einer randomisierten amerikanischen Studie mit 1102 Patienten ergab: Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer konnte in der Interventionsgruppe von 6.06 auf 5.46 Tage – also um einen guten halben Tag – und die durchschnittlichen Spitalkosten von 8090 auf 6681 Dollar – um rund 1400 Dollar – gesenkt werden. Wie sah die Zusammenarbeit aus, welche diese Resultate hervorbrachte? In der Interventionsgruppe wurden über sechs Monate täglich strukturierte, interdisziplinäre Team-Visiten durchgeführt, in denen Behandlungs- und Betreuungsentscheide gemeinsam getroffen wurden. In der Kontrollgruppe entschieden die Ärzte allein.

Die Cochrane-Review listet weitere Vorteile auf, die aus interprofessioneller Zusammenarbeit resultieren: Die einzelnen Berufsleute übernehmen für ihren Anteil an der Behandlung und Betreuung Verantwortung; der Krankheitsverlauf wird engmaschiger verfolgt und die therapeutischen Massnahmen besser an die jeweilige Situation angepasst. Und, aus Pflege-Studien zu Magnet-Spitalern und neueren Arbeiten

von Aiken und Mitarbeitern zu Auswirkungen des Arbeitsklimas und der Zusammenarbeit auf Patienten und auf das Personal können wir folgern, dass respektvolle intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl die Patientenzufriedenheit wie auch die Arbeitszufriedenheit der Berufsleute fördert.

Gemeinsam für den Patienten

Die Zielrichtung scheint sehr klar: Gute, interprofessionelle Zusammenarbeit ist notwendig – im wörtlichen Sinn – um die Not der Berufsleute und die Nöte, die aus fehlender oder suboptimaler interprofessioneller Zusammenarbeit für die Patienten und das Krankheitswesen folgen, zu wenden. Das ist eher gesagt, als gelebt – deshalb wurden wir heute auch aufgefordert, über Interprofessionalität nachzudenken.

Ich schliesse mit einer – nicht abschliessenden Liste – von zehn Herausforderungen an Ärzte und Pflegende und an alle, die in interprofessionellen Teams zusammenarbeiten:

1. Patienten «gehören» weder der einen noch der andern Berufsgruppe. Patienten und ihre Meinung sind von allen Berufsgruppen zu respektieren und in die Behandlung und Pflege einzubeziehen. Patienten und Angehörige sind zu befähigen, wo immer dies möglich und für sie sinnvoll ist.
2. Der Fokus gemeinsamer Arbeit gilt der Optimierung der Behandlung und Pflege der Patienten. Das bedeutet: Für das Verfolgen von persönlichen oder eigenen Berufsinteressen oder für die Ausmarchung der Grenzen zwischen den Berufen gibt's keine Zeit.
3. Die berufliche Expertise der jeweils andern Berufsgruppe wird anerkannt und respektiert. Jede Berufsgruppe orientiert sich an den Grundsätzen von «best practice» beziehungsweise «state of the art practice» im Bereich der eigenen Expertise.
4. Entscheidungskompetenz und Verantwortlichkeit gehen zusammen, sie werden geklärt und explizit eingefordert – von allen beteiligten Berufsgruppen.
5. Interprofessionelle Kommunikation und Entscheidungsfindung wird geübt – vielleicht braucht es da ab und zu Hilfe von aussenstehenden Fachleuten?
6. Gemeinsam wird aus Fallstudien gelernt: Behandlungs- und Pflegeerfolge oder -misserfolge werden analysiert

und Schlüsse daraus für die Zusammenarbeit gefolgert.

7. Institutionalisierte hierarchische Strukturen und Barrieren in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden werden bewusst hinterfragt und mit dem Ziel der Förderung einer soliden Zusammenarbeit abgebaut.
8. Der Einsatz von limitierten Finanz-, Personal- und Zeitressourcen wird interprofessionell geplant. Da wird's viele harte Nüsse zu knacken geben, wenn nicht mehr jede Berufsgruppe auf Kosten der andern expandiert.
9. Erfolgreiche Modelle interprofessioneller Zusammenarbeit und ihre Auswirkung auf Patienten, Berufsleute und Krankheitskosten werden öffentlich bekannt gemacht. Man könnte auch einen «Nobel-Preis» für erfolgreiche, patientenzentrierte interprofessionelle Zusammenarbeit schaffen!
10. Aus Studien über fördernde und hemmende Faktoren in der interprofessionellen Zusammenarbeit wird gelernt. Noch gibt es kaum solche Studien – aber wir brauchen sie dringend, ebenso wie den guten Willen, wirklich zusammenarbeiten zu wollen.

Erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht nur energiesparend, sondern zugleich auch eine Methode zur Energiegewinnung – Energie, welche für die gemeinsame Betreuung der Patienten frei wird.

Nun weiss ich auch, warum wir hier über Interprofessionalität zwischen Pflegenden und Ärzten sprechen – und das Parlament nicht: zum Politisieren ist berufliche Kompetenz Nebensache. Für die erfolgreiche Behandlung und Betreuung kranker Menschen sind interprofessionelle und zwischenmenschliche Kompetenzen jedoch absolut notwendige Hauptsache. □

Annemarie Kesselring ist Professorin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.

Der Artikel beruht auf einem Referat mit dem Titel «Interprofessionalität zwischen Medizin und Pflege», gehalten am 10. März 2005 im Haus der Stiftung «Careum» in Zürich.

www.sbk-asi.ch

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Berufsbild
- Patientenzufriedenheit