

Faktenblatt «Modellbaukasten Interprofessionelle Zusammenarbeit»

Das vorliegende Faktenblatt zeigt ausgewählte Modelle, Schemen und Systematiken zum Thema Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) auf den Ebenen Organisation, Teams und Netzwerke. Per Definition sollen in der interprofessionellen Zusammenarbeit gemeinsam neue Lösungen ausserhalb von Routinehandlungen im Rahmen der einzelnen Professionen erarbeitet werden. Es handelt sich also um Situationen, die als Abweichungen vom Normalfall kategorisiert werden und eine erhöhte Koordination und Synchronisation erfordern (Schmitz et al. 2020). Die Art und Weise, wie die IPZ abläuft, kann durch diverse Modelle, Schemen oder Systematiken dargestellt werden. Die im vorliegenden Faktenblatt getroffene Auswahl bietet hierzu eine Übersicht und kann als Basis für die Entwicklung eigener IPZ-Ansätze in der Praxis dienen. Bei Vertiefungsbedarf können die Originalquellen der Modelle im Literaturverzeichnis konsultiert werden. In der Übersicht wird keine Wertung vorgenommen – je nach Bedingungen und Fragestellung können sich unterschiedliche Modelle als geeignete Grundlage für IPZ eignen.

Inhaltsverzeichnis

Modelle für Organisationen und Netzwerke	2
1.1 IPZ als Kontinuum und Organisierungsformen	2
1.2 Kontinuum-Modell: Fünf Typen interprofessioneller Zusammenarbeit	4
1.3 Einflussfaktorenmodell	5
1.4 Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung.....	6
1.5 Wirkungsmodell «CareNet+»	8
1.6 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum.....	9
2. Modelle für Teams.....	10
2.1 Das Teamwork-Modell.....	11
2.2 Kawa-Modell.....	12
2.3 Interprofessionelles Modell der Empathie	13
2.4 Zahnradmodell.....	13
2.5 ICL – Modell	14
3. Modelle für Aus- und Weiterbildung	15
3.1 Das Strength-Modell (Stärkemodell der interprofessionellen Praxis und Ausbildung)	15
3.2 Das Toronto-Modell.....	16
3.3 Ein Schweizer Modell der interprofessionellen Ausbildung.....	17
3.4 Troika Interprofessional Gerontological Education Modell.....	17
3.5 Modell der kontinuierlichen interprofessionellen Ausbildung	18
3.6 «IMPACT Practice» - Modell	18
3.7 Weitere Modelle der interprofessionellen Ausbildung	18
Literaturverzeichnis	19
Abbildungsverzeichnis.....	22

Modelle für Organisationen und Netzwerke

1. IPZ als Kontinuum und Organisationsformen

Die im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) durchgeführte Studie «Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit» zeigt in einem Schema unterschiedliche Formen der IPZ auf (siehe Abb. 1). Dabei wird auf einem Kontinuum der Grad der **Verdichtung** von Arbeitsabläufen und Handlungen anhand von drei idealtypischen Formen der IPZ dargestellt (*koordinativ*, *projekthaft* und *ko-kreativ*). Während bei der *koordinativen Verdichtung* alle professionellen den ärztlichen Kompetenzen komplementär beigeordnet sind, können die Professionen im Rahmen der *ko-kreativen Verdichtung* nur gemeinsam und mit dem:der Patienten:in eine Lösung finden. Zwischen diesen beiden Polen befinden sich die *projekthaften Verdichtungen* als Antwort auf punktuelle Koordinationsbedürfnisse der involvierten Professionellen.

Das Kontinuum ist ausserdem durch verschiedene Verhältnisse von **Medizin** und **Individualität** geprägt. Als zwei Extreme stehen sich hier die Reanimation, wobei medizinische Handlungslogiken dominieren und die Palliation, bei welcher der Fokus auf individuellen Perspektiven der Fachpersonen und der Patienten:innen liegt, gegenüber.

Die in der Praxis von Fachpersonen beschriebenen Erfahrungen in der IPZ in unterschiedlichen Settings können diesem Schema zugeordnet werden.

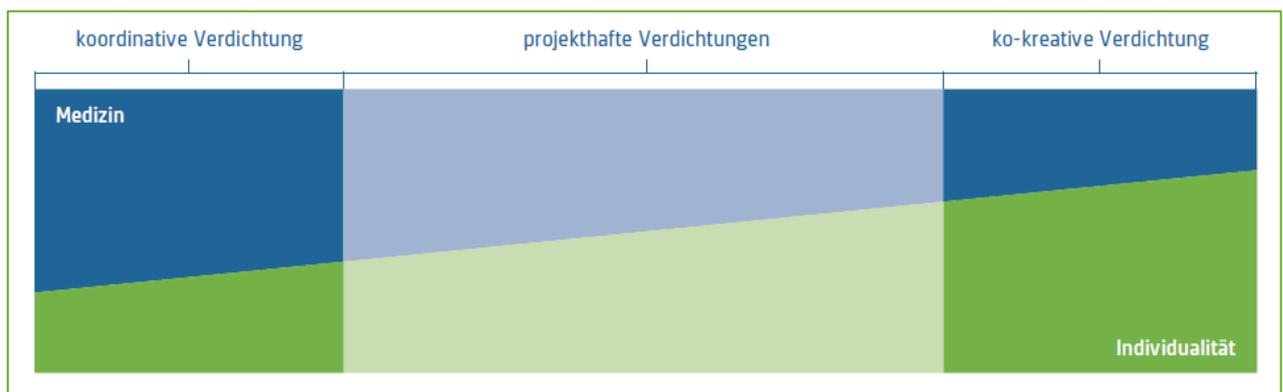


Abb. 1: Drei Formen gelingender IPZ (Azt 1)

Die Autoren:innen beschreiben überdies für die IPZ-Praxis idealtypisch drei Modelle aufgabenbezogener **Organisationsformen** (*Programm*, *Knoten* und *Netz*, siehe Abb. 2).

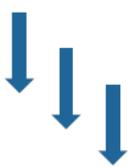
Modell	Programm	Knoten	Netz
Form			
Charakteristik	Vordefinierter, programmierter Ablauf	Beratung des Zentrums	Dialog
Beispiel	Intensivmedizin, Chirurgie	Grundversorgung, Konsil	Palliative Medizin, Tumorboard
Zusammenhang Expertisen und Organisation	Singuläre Kompetenzen können in programmierter Weise aneinandergereiht werden; jeder verbleibt im Rahmen seiner Expertise	Fall übersteigt Expertise eines einzelnen Spezialisten; beratendes, konsiliarisches Hinzuziehen verschiedener Spezialisten und Fachpersonen	Grenzen der Expertisen erreicht; gemeinsamer Dialog nötig für neue Lösungen

Abb. 2: Drei aufgabenbezogene Organisationsformen gelingender IPZ (Azteni et al. 2017)

Diese drei Organisationsformen lassen sich auf den Kontinuum-Ansatz übertragen (siehe Abb. 3). Das *Programmmodell* ist der Standardfall im medizinischen Bereich. Verschiedene Kompetenzen fügen sich eng koordiniert zur Bewältigung von Krisensituationen ineinander. Das *Knotenmodell* entspricht konsiliarischen Tätigkeiten in allen Versorgungsbereichen. Dieses bezieht sich insbesondere auf Situationen aus der Grundversorgung, wenn bei spezifischen patientenbezogenen Fragen Fachpersonen hinzugezogen oder mit integriert werden. Das *Netzmodell* kann speziellen Projekten (z.B. der Palliativversorgung) im Gesundheits- und Sozialbereich bzw. im Sozialraum zugrunde liegen (Azteni et al. 2017).

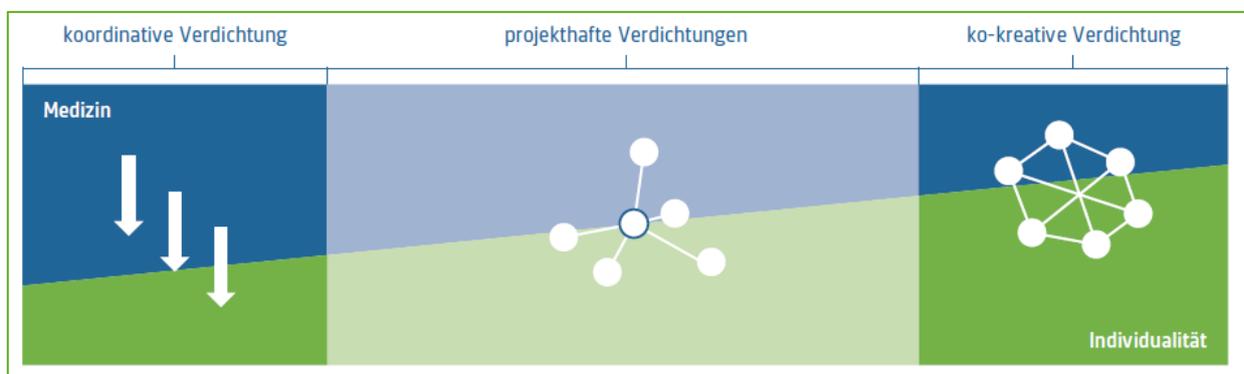


Abb. 3: Unterschiedliche Organisationsformen im IPZ-Kontinuum (Azteni et al. 2017)

Im Rahmen einer qualitativen Studie (Befragung Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen) der Hochschule Luzern wurde der Kontinuum-Ansatz übernommen, um die verschiedenen Formen und Merkmale der IPZ an der **Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialbereich** (siehe Abb. 4) aufzuzeigen (Oetterli et al. 2017).

	Abstimmung	Verknüpfung	Co-Kreation
<i>Professionen</i>	arbeiten nacheinander am gleichen Fall	arbeiten nebeneinander am gleichen Fall	arbeiten miteinander am gleichen Fall
<i>Ergebnisse</i>	werden ausgetauscht	werden verknüpft	werden gemeinsam erzielt
<i>Disziplinengrenzen</i>	bleiben erhalten (Multidisziplinarität)	werden überschritten (Interdisziplinarität)	werden aufgehoben (Transdisziplinarität)
<i>Beispiele</i>	bilaterale Besprechung, Fallkonferenz, runder Tisch, Konzil, Standortgespräch...	Personalaustausch, Training, konsiliarische Unterstützung, Angebote mit interprofessionellen Teams	Interprofessionelle Teams mit gemeinsamen, überprofessionellen Grundlagen ohne Aufgabenteilung zwischen Professionen
<i>Kooperationsgrad</i>			

Abb. 4: Formen und Merkmale der IPZ an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialbereich (Oetterli et al. 2017)

1.2 Kontinuum-Modell: Fünf Typen interprofessioneller Zusammenarbeit

Die FMH hat in einem Grundlagenpapier zur Qualität der IPZ ein IPZ-Modell nach Careau et al. (2014) aufgeführt. Das Modell zeigt **fünf Typen** der Interaktion (*unabhängige, parallele, beziehende, abgestimmte* und *geteilte Versorgung*) und bildet die zunehmende Komplexität und Intensität in der IPZ ab (s. Abb. 5).

Die **Interaktion** und die **Intention** der Zusammenarbeit gestalten sich für jeden dieser Typen verschieden. Die Wahl eines IPZ-Typs soll dem Modell zufolge von der Komplexität der **biopsychosozialen Situation** der Patienten:innen sowie deren Angehörigen ausgehen. Das Modell integriert verschiedene IPZ-Definitionen und bildet den Einbezug von Patienten:innen und Angehörigen (P/A) als wichtige Beteiligte in der interprofessionellen Zusammenarbeit ab (Gerber et al. 2018).

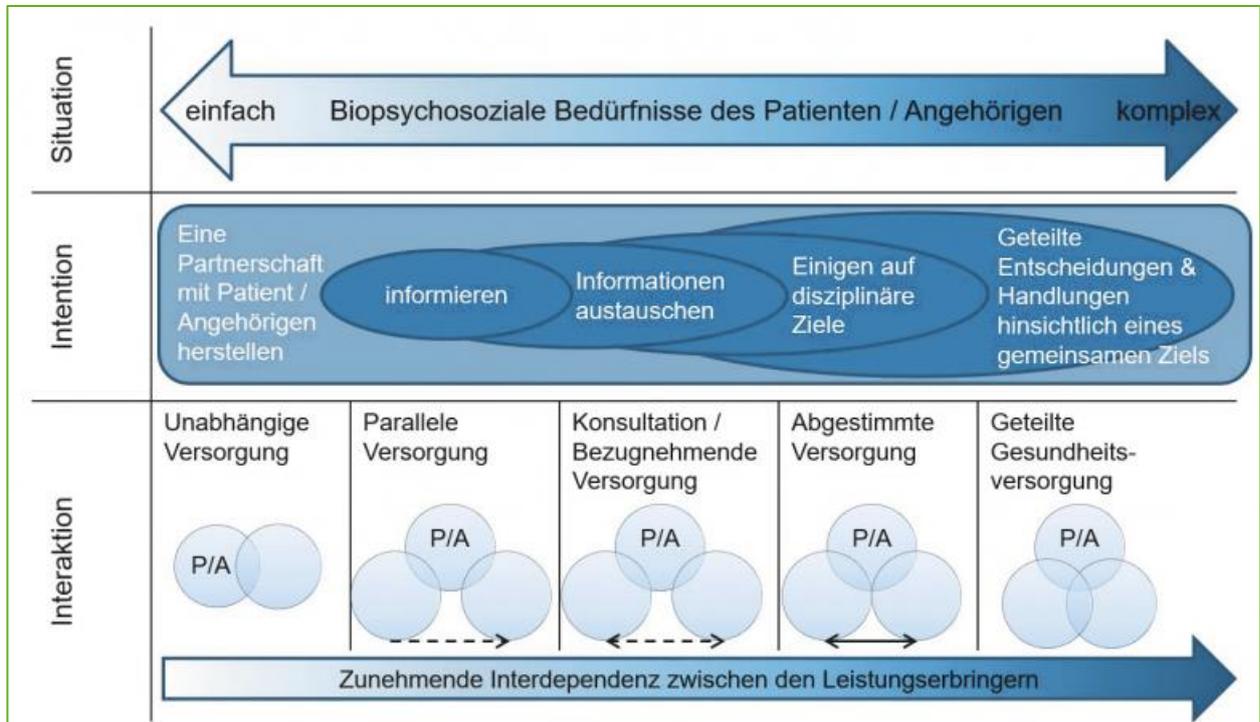


Abb. 5: Kontinuum interprofessioneller Zusammenarbeit gemäss Careau et al. (Gerber et al. 2018)

1.3 Einflussfaktorenmodell

Die FMH zeigt in ihrem Grundlagenpapier zur Qualität der IPZ ausgehend vom Modell von d'Amour und Oandasan ein Einflussfaktorenmodell auf (siehe Abb. 6). Das Modell erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und macht keine Aussagen über die Einflusstärke des jeweiligen Faktors. Im Mittelpunkt des Modells stehen **Patienten:innen und Angehörige**, da alle Beteiligten das Ziel einer optimalen Versorgung mit Patienten:innen verfolgen. Dabei soll die Intensität der IPZ auf die

Aufgabenschwierigkeit angepasst werden – also die Komplexität der Situation. Idealerweise besteht in der IPZ unter **Gesundheitsfachpersonen** keine Konkurrenz, sondern Vertrauen und Respekt für andere Berufe. IPZ wird aber auch beeinflusst von **interaktionalen, organisationalen und systemischen** Faktoren, wobei letztere auf den Ebenen des Gesundheits- und Bildungssystems, der Politik und der Gesellschaft angesiedelt werden können (Gerber et al. 2018, siehe auch: D'Amour & Oandasan 2005).

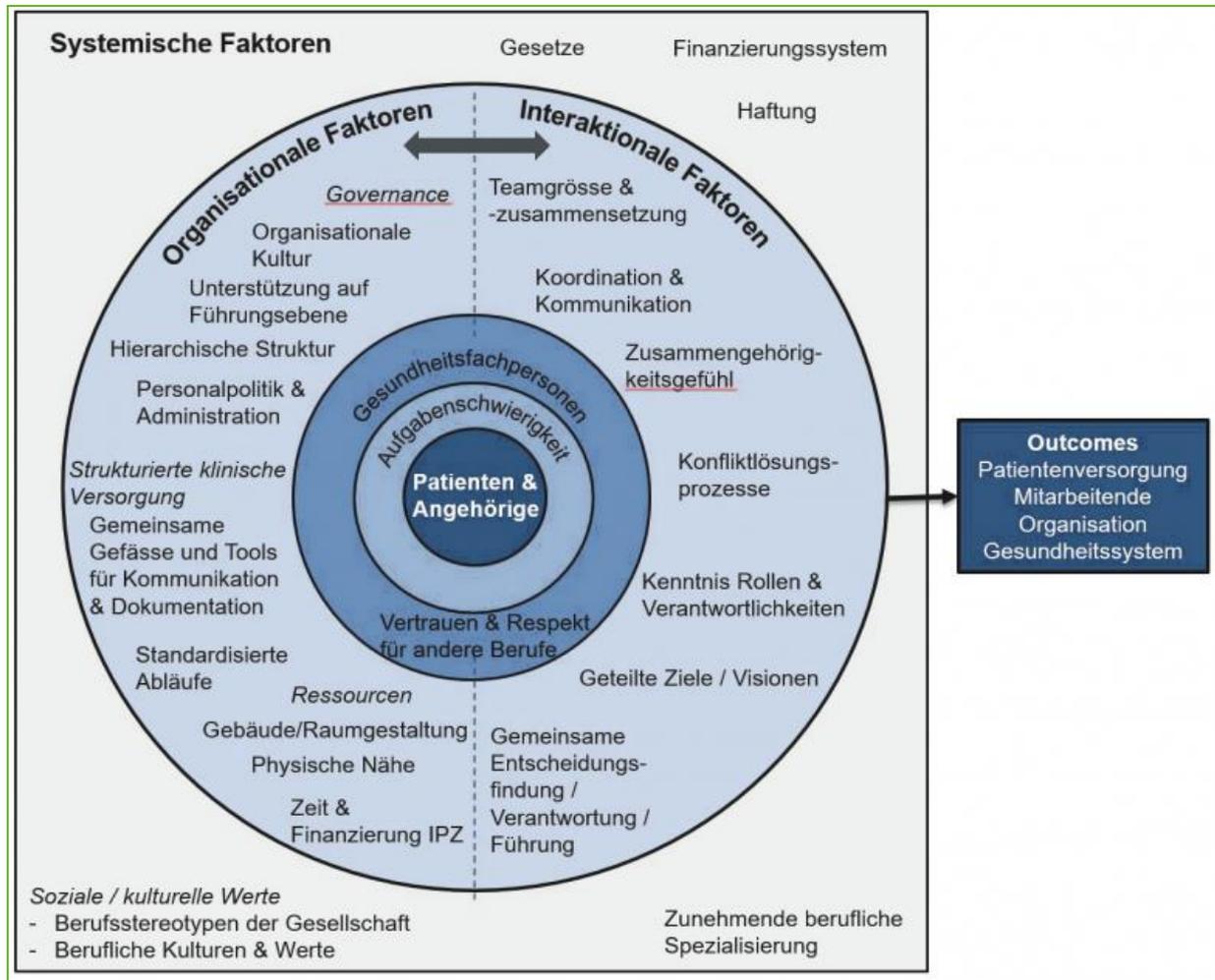


Abb. 6: Postulierte Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit (Gerber et al. 2018)

1.4 Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung

Die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) zeigt in einer Studie erforderliche Rahmenbedingungen für die IPZ von Gesundheitsfachpersonen auf. Es wurde geprüft, ob neue Formen der Zusammenarbeit positive Effekte auf Effizienz und Wirkung der Therapie sowie auf die Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit haben. Auf Basis von Fokusgruppen- und Einzelinterviews mit Personen über 65 Jahren, Spitex-Mitarbeitenden, Hausärzt:innen und anderen Gesundheitsfachpersonen wurde eine Bewertung verschiedener Organisationsmodelle durchgeführt (ZHAW 2021).

Folgende Modelle wurden am positivsten beurteilt:

Beim *Case Management in der Hausarzt:ärztinnenpraxis* sind bezüglich der ambulanten Versorgung verglichen mit der aktuellen Standardsituation (Arzt:Ärztin übernimmt Überweisung an die Gesundheitsfachperson) keine grossen Veränderungen vorgesehen. Neu jedoch sollen Hausarzt:ärztinnenpraxen eine Case-Management-Funktion einnehmen und die verschiedenen Gesundheitsdienstleistungen koordinieren (s. Abb. 7).

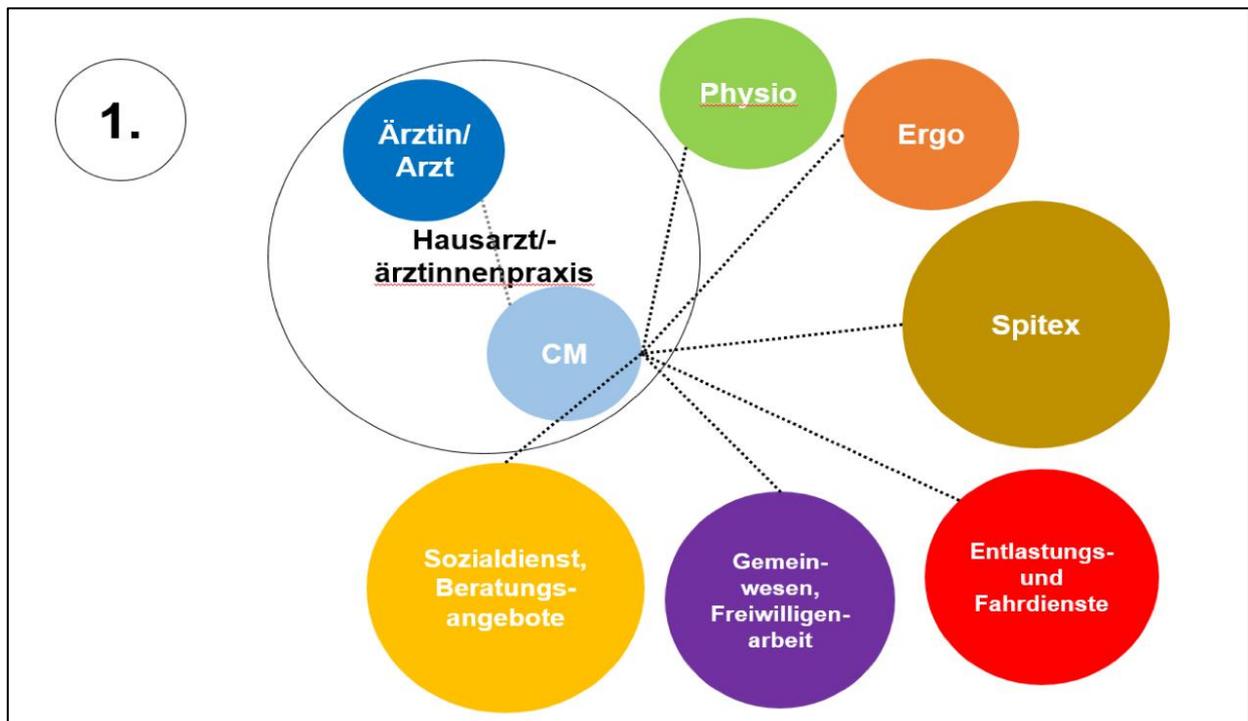


Abb. 7: Case Management in Hausarzt:ärztinnenpraxis (ZHAW 2021)

Im Modell *Multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit Case Management ohne Spitex* sind neben dem:der Arzt:Ärztin auch andere Therapieangebote integriert. Das Case Management koordiniert diese mit denjenigen Angeboten, die nicht ins Gesundheitszentrum eingebettet sind. Dieses Modell kann auch durch eine hausinterne Spitex ergänzt werden (s. Abb. 8).

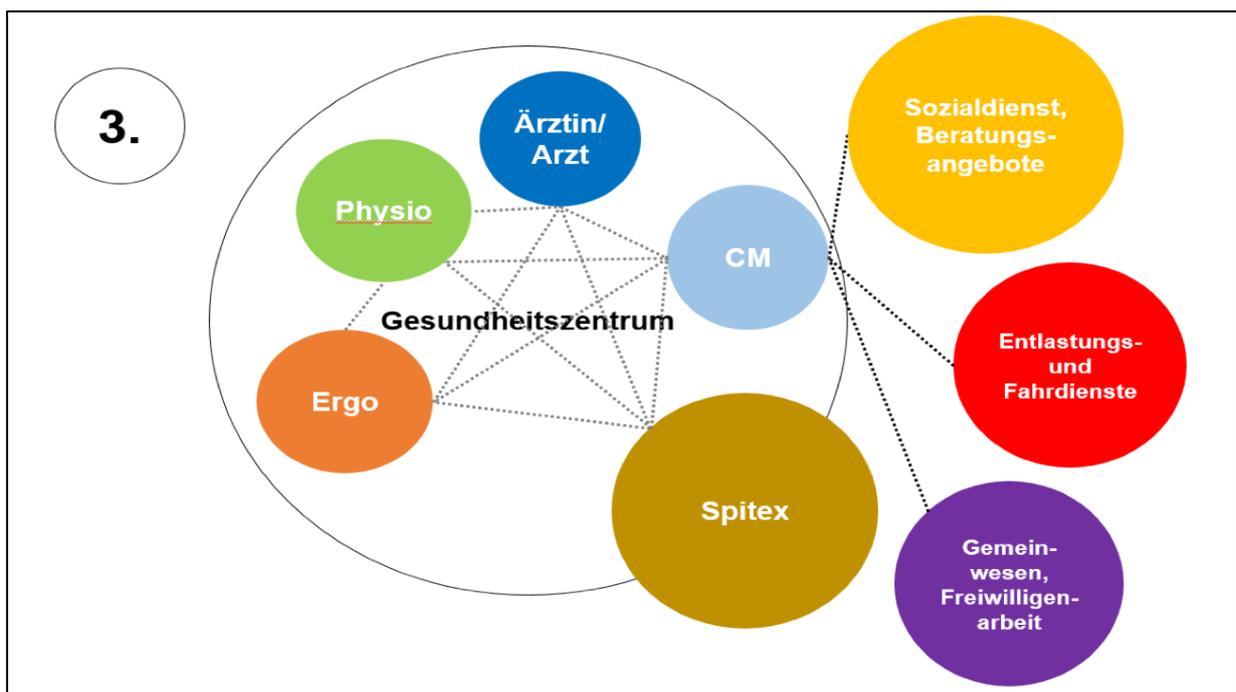


Abb. 8: Multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit Case Management und Spitex (ZHAW 2021)

Im Modell Multiprofessionelle Spitex mit Case-Management-Funktion gehören zu den Spitex-Leistungen auch die Ergo- und Physiotherapie, die Hauswirtschaft und das Case Management. Die Spitex koordiniert demzufolge die internen Abläufe sowie die Schnittstelle zur Hausarzt:ärztinnenpraxis (s. Abb 9).

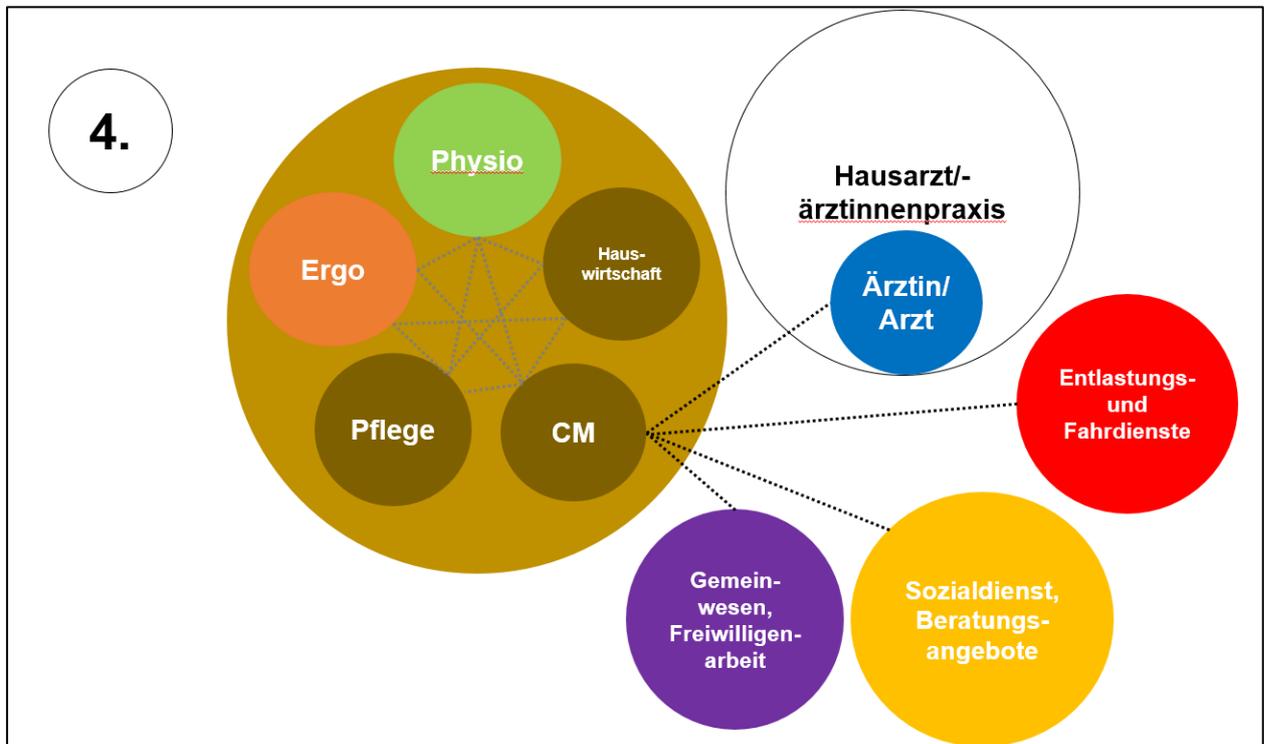


Abb. 9: Multiprofessionelle Spitex mit Case-Management-Funktion (ZHAW 2021)

Weitere Modelle sind das Case Management im Rahmen der Quartierarbeit mit einer niederschwellig funktionierenden Organisation des Gemeinwesens oder das Modell Pflegezentrum mit Spitex und Gesundheitszentrum, wo das Case Management innerhalb und ausserhalb eines Alters- und Pflegezentrums abgewickelt wird (vgl. Kap. 1.6: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum).

Die positiven Effekte der innovativen Modelle konnten mit den Daten der ZHAW nicht eindeutig belegt werden. Jedoch wird die Annahme unterstützt, dass sich ein Mangel an Koordination und eine erschwerte Kommunikation zwischen Fachpersonen aus deren Sicht negativ auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Behandlungsqualität und die Berufszufriedenheit auswirkt (ZHAW 2021).

1.5 Wirkungsmodell «CareNet+»

Das Wirkungsmodell wurde im Rahmen des Projekts «CareNet+» von Pro Senectute im Kanton Zürich entwickelt und getestet. «CareNet+» soll die fallbezogene Koordination von verschiedenen Leistungserbringenden erleichtern. Das Modell beinhaltet Projektelemente und macht die Komplexität an der Schnittstelle des Sozial- und Gesundheitsbereichs ersichtlich. Das Projekt verbindet eine fallbezogene Zusammenarbeit, die Kostenträger sowie die Neutralität des Akteurs «CareNet+» (Trageser 2017).

Wie in Abb. 10 ersichtlich, funktioniert die Koordination in Form eines Case-Management-Regelkreises (Scheibli 2018). Dieser ist nach Konzept, Umsetzung, Outcome und Impact gegliedert und macht die

Beziehungen zwischen den verschiedenen Akteuren:innen sichtbar (vgl. auch Kirschner & Reusser 2021).

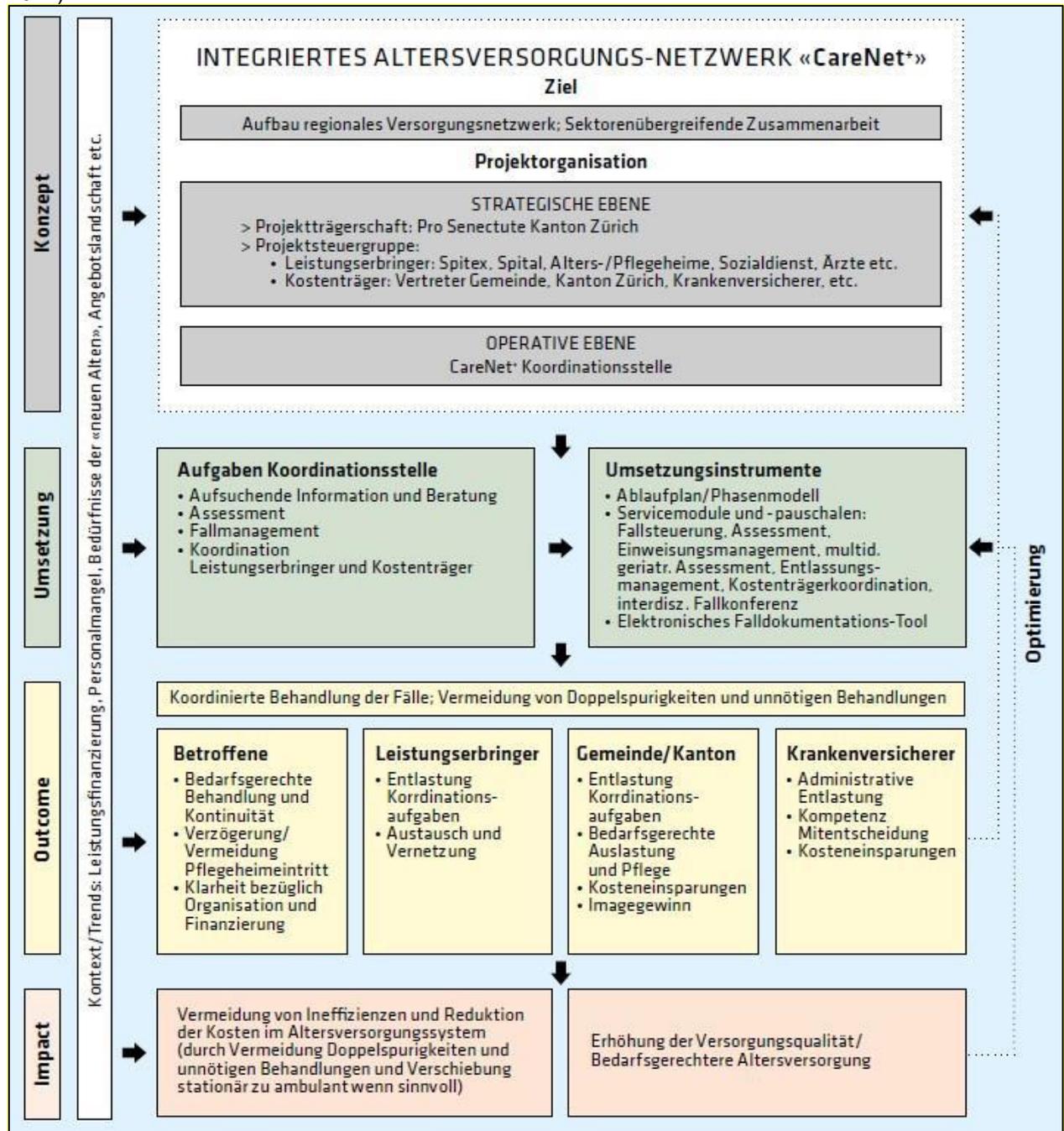


Abb. 10: Wirkungsmodell Case Management Pro Senectute (Trageser 2017)

1.6 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum

Dieses im Auftrag von CURAVIVA Schweiz entwickelte Modell basiert dem 2016 publizierten «Wohn- und Pflegemodell 2030» von CURAVIVA Schweiz (vgl. Faktenblatt: «Vision Wohnen im Alter», CURAVIVA 2020)

Die verschiedenen Leistungserbringer arbeiten in diesem Modell zusammen unter einem organisatorischen Dach und einer übergeordneten Gesamtleitung, die Strukturen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit schafft (Abb. 11). Die Philosophie umfasst eine sozialraum- und bedarfsorientierte Vision, welche Prinzipien der Partizipation, Gesundheitsförderung und Prävention einbezieht. Auch ein niederschwelliges Angebot, eine räumlich und sozial integrierte Struktur sowie spezifische Voraussetzungen beim Personal und der Finanzierung bilden wichtige Grundbausteine. Der Bereich der Interprofessionalität beinhaltet Team- und Entscheidungsaspekte, finanzielle Überlegungen, die Art des Dokumentationssystems (elektronisch, z.B. EPD), Weiterbildungen sowie Austauschmöglichkeiten. Beim Zusammenspiel dieser Hauptbereiche soll bezüglich Pflege und Betreuung der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Zentrum stehen, vor dem Hintergrund seiner persönlichen Ressourcen sowie des sozialen Umfelds und der Region (CURAVIVA 2018).

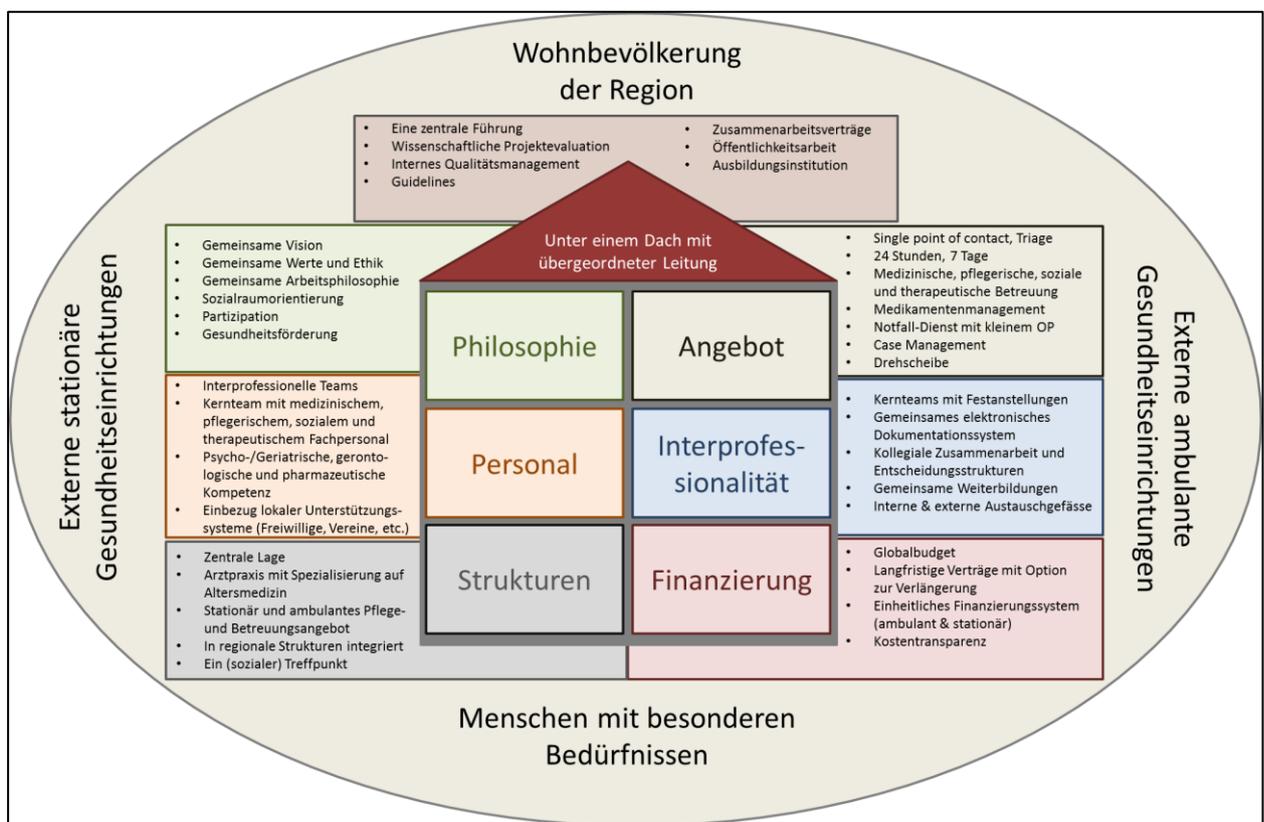


Abb. 11: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum (CURAVIVA Schweiz 2018)

2. Modelle für Teams

In diesem Kapitel werden ausgewählte IPZ-Modelle aufgezeigt, denen man häufig in der Forschungsliteratur begegnet und die eher abstrakt und allgemein formuliert sind. Zu nennen sind das «Kawa-Modell» und das «Teamwork-Modell» für die Mikroebene in stationären Settings (Fachpersonen in Teams). Das «Zahnradmodell», das «Interprofessionelle Modell der Empathie» und das «ICL-Modell» bieten hingegen konkretere Ansätze für die Praxis.

2.1 Das Teamwork-Modell

Das von Matthew D'Angelo et. al in den USA entwickelte Modell bietet Praxisgrundlagen für die Konzeptualisierung und Analyse von Teamarbeit. Als Team wird eine Gruppe von mehreren Personen definiert, die wechselseitig und aufeinander aufbauend auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Für erfolgreiche Teamarbeit sind fördernden Rahmenbedingungen zu schaffen. Hierfür werden acht wichtige Eigenschaften von erfolgreichen Teams identifiziert: Führung, Backup-Verhalten, gegenseitige Leistungsüberwachung, Kommunikation, Anpassungsfähigkeit, gemeinsame mentale Modelle, gegenseitiges Vertrauen sowie Teamorientierung. Das Teamwork-Modell beinhaltet vier sich gegenseitig beeinflussende Hauptbereiche der Teamarbeit (siehe Abb. 12). Die oben genannten Eigenschaften sind jeweils in einem dieser Bereiche anzuordnen.

Der Bereich Organisationsstruktur bildet das Fundament des Modells. Ein erfolgreiches Team sollte unter anderem über eine klare Struktur sowie über Rollen, Belohnungen und Sanktionen verfügen. Die grössere Organisation, in der das Team angesiedelt ist, trägt die Verantwortung für die Definition solcher Rollen und die Unterstützung der Teammitglieder. Die individuelle Kompetenz umfasst die klinische, emotionale und physische Kompetenz des Individuums im Team. Während die individuelle Kompetenz in der Verantwortung jedes einzelnen Mitglieds liegt, hat die Organisation die Aufgabe, die individuelle Leistungsfähigkeit zu messen und sicherzustellen.

Die Teamleistung beinhaltet die kollektive Fähigkeit des Teams, sich an verändernde Umwelten anzupassen, die Teamleistung zu überwachen und Unterstützung bei Schwierigkeiten von Kollegen:innen zu bieten. Dafür ist das Team mit seinen Mitgliedern im Kollektiv verantwortlich.

Der vierte Bereich betrifft die individuelle Interaktion eines Individuums mit dem Team. Idealerweise lernt das Teammitglied, anderen Mitgliedern zu vertrauen und mit ihnen zu kommunizieren. Optimal ist auch eine Teamorientierung, bei der Ziele des Teams höher gewichtet werden als diejenigen des Individuums (D'Angelo et. al 2019).

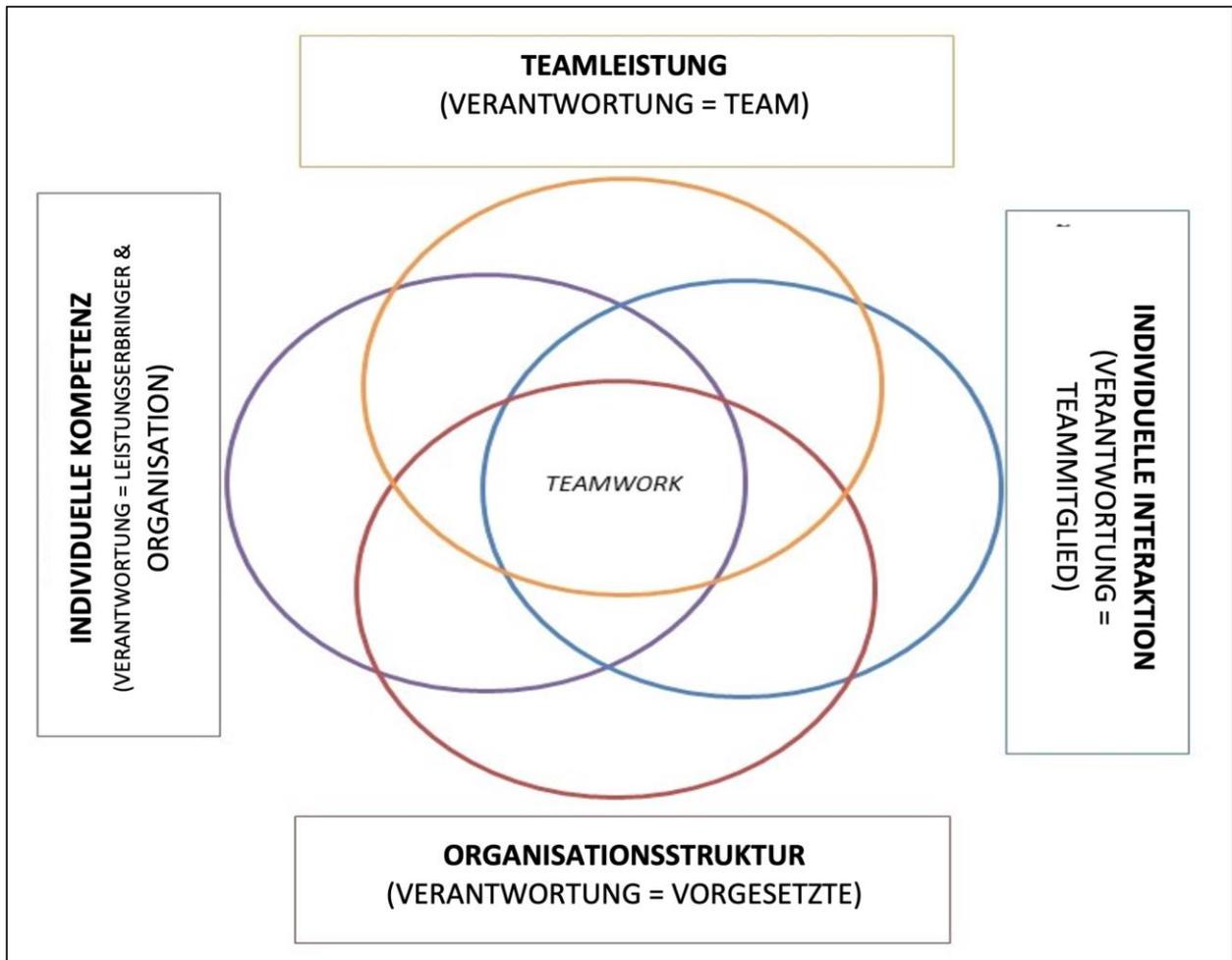


Abb. 12: Darstellung des Teamwork-Modells (D'Angelo et al. 2019)

2.2 Kawa-Modell

Das Kawa-Modell wurde von Michael K. Iwama in Zusammenarbeit mit japanischen Ergotherapeuten entwickelt. Traditionell wird es durch eine einzelne behandelnde Person eingesetzt. Die Pilotstudie von Lape et. al geht der Frage nach, ob das Modell auch für interprofessionelle Teams von Nutzen sein könnte. Bei der Anwendung des Modells steht der Fluss (japanisch: «Kawa») symbolisch für das Leben einer Person. Das Modell soll zur Problemidentifikation, Erfassung von Unterstützungsnetzwerken und der Bereitstellung effektiver Problemlösemethoden dienen. Betrachtet wird das Zusammenspiel aller Elemente des Modells, um die Interventionsebenen zu bestimmen. Beim Aufzeichnen des Flusses ist es das Ziel, Problemen (dargestellt durch Steine) mit Aspekten der Umwelt (Wände und Boden) sowie sozialen und persönlichen Ressourcen (zum Beispiel Treibholz) zu begegnen (siehe Abb. 13).

Die Resultate von Lape et. al zeigen, dass das Kawa-Modell als gemeinsame Sprache im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit bei Entscheidungen über die Behandlung von einem:r Patienten:in dienen könnte. Das Modell bietet mit seiner Symbolik einen Bezugsrahmen, der berufs- und kulturübergreifend verständlich ist (Lape et al. 2018, Iwama 2006). Von diesem Modell liegt auch eine Beschreibung in deutscher Sprache vor (Lutz und Glarner 2016).

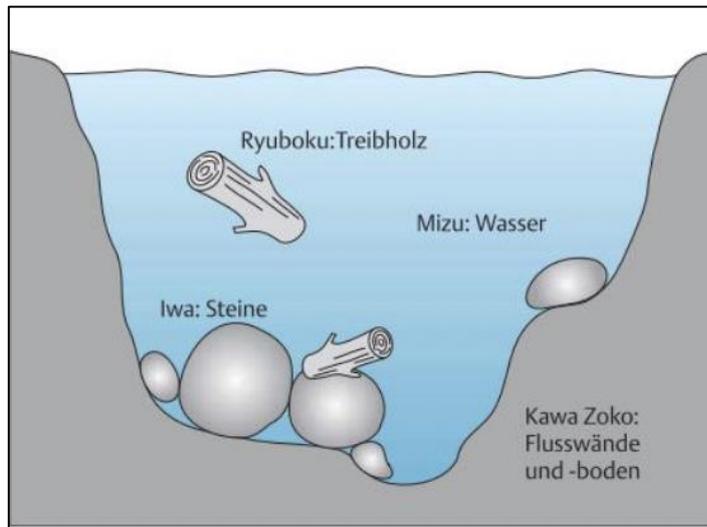


Abb. 13: Kawa-Modell (Iwama 2007)

2.3 Interprofessionelles Modell der Empathie

Dieses Stufenmodell von Adamson et al. von der Universität Toronto identifiziert wichtige Bausteine im Prozess der Entstehung kollegialer Beziehungen. Es beschreibt die Empathie für andere Teammitglieder:innen und das Verstehen von anderen Denkweisen als Voraussetzung für gelingende Interaktionen im Rahmen der IPZ. Durch Interviews mit Gesundheitsfachpersonen kristallisierten sich vier Stufen zur Bildung von interprofessioneller Empathie heraus: Als erste Stufe müssen sich die Teammitglieder:innen bewusst mit ihren sozialen Interaktionen beschäftigen. Für die zweite Stufe ist der Einsatz von dialogischer Kommunikation nötig. Die dritte Stufe beinhaltet das Verständnis von anderen Gesundheitsfachpersonen durch das Realisieren von interpersonellen Unterschieden. Die vierte Stufe schliesslich wird durch die Förderung des kollektiven Denkens erreicht. Die Stufen können dabei jeweils nur in dieser vorgegebenen Reihenfolge durchlaufen werden (Adamson et al. 2018).

2.4 Zahnradmodell

Die kanadische Studie von Mulvale et al. identifizierte Faktoren, die die Zusammenarbeit von Teams beeinflussen. Dies auf der Grundlage eines Modells, welches das Team in verschiedene Ebenen einbettet, die wie Zahnräder direkt oder indirekt einen wechselseitigen Einfluss auf die Teamebene nehmen. Wie in Abbildung 14 dargestellt, handelt es sich dabei um die Makro-, Meso- und Mikro-Ebene sowie um die individuelle Ebene. Pro Ebene konnten auf Basis wissenschaftlicher Evidenzen verschiedene Faktoren mit der Zusammenarbeit von interprofessionellen Teams identifiziert und verbunden werden. Sie sind ebenfalls in Abbildung 14 aufgeführt (Mulvale et al. 2016).



Abb. 14: Ebenen und entscheidende Faktoren des Zahnradmodells (Mulvale et al. 2016)

2.5 ICL – Modell

Das ICL-Modell («Interdisciplinary Leadership Council Model») von Allen Darcy vom Health Park Medical Center in Fort Myers in Florida, USA, widmet sich der Arbeit von Führungskräften in Form eines Programms von wöchentlichen Treffen (siehe Abb. 15). Der Fokus beim ICL-Programm liegt auf dem Überwachen und Hinterfragen von Prozessen. Das Ziel besteht darin, die Kommunikation von relevanten Informationen zu verbessern sowie unnötigen und/oder redundanten Austausch auf Führungsebene zu minimieren. Die ICL-Teams informieren sich dabei unter anderem über Personen, die im klinischen Alltag mitwirken. Bei sogenannten «Huddles», regelmässigen Treffen mit Personen aus verschiedenen Berufen der Organisation, drücken auch Gesundheitsfachpersonen ihre Vorstellungen über strategische

Gesichtspunkte aus. Diese Art von Teamarbeit wird als wichtig erachtet, da so bei Arbeitgebenden und -nehmenden wichtige Beziehungen und somit Zusammenarbeit stimuliert werden können (Darcy 2021).

3. Modelle für Aus- und Weiterbildung

Für den Bereich interprofessionelle Aus- und Weiterbildung gibt es diverse IPZ-Modelle. Zu nennen sind das «Strengths-Modell», das «Toronto-Modell» oder das «Troika InterProfessional (TIP) Gerontology Education Model». Ausgewählte Modelle werden nachfolgend kurz beschrieben, auf weitere IPZ-Ausbildungsmodelle wird mit Quellenangaben verwiesen (siehe Kap. 3.7).

3.1 Das Strength-Modell (Stärkemodell der interprofessionellen Praxis und Ausbildung)

Das Stärkemodell der interprofessionellen Praxis und Ausbildung von Kennedy (2019) von der University of Kansas basiert auf der Perspektive der Stärken. Diese fokussiert auf Resilienz und Ressourcen statt auf die Pathologie, um Klienten:innen bei ihren Zielen Problemen zu helfen (Kim et al. 2013). Im Modell werden verschiedene bekannte Ansätze zusammengebracht:

Nicht nur bei Patienten:innen, sondern auch bei Teammitgliedern kann die Konzentration auf deren Stärken eine positive Auswirkung haben. Das Konzept der wertschätzenden Untersuchung beinhaltet eine anerkennende Grundhaltung, die unter anderem durch das Erfragen der Stärken erreicht wird. Auch der Fokus auf Narrative spielt in interprofessionellen Tätigkeiten im Gesundheitsbereich eine grosse Rolle, da die Narrative von Patient:in und Therapeut:in zusammengeführt sowie die Narrative des Individuums und des Teams erarbeitet werden müssen. Das Modell ist personen-, familien- und gemeinschaftszentriert sowie teamorientiert. Während die wertschätzende Untersuchung Grundlage für Veränderungen erster Ordnung, also eine Praxisveränderung bietet, liefern die Narrative die Komponente zweiter Ordnung, nämlich einen Kulturwandel. Veränderungen durch die wertschätzende Untersuchung können folglich eine Veränderung der Art und Weise hervorrufen, wie Teammitglieder über das Team denken und sprechen (s. Abb. 15).

So kann die IPZ als ständiger Lernprozess laufend erneuert und angepasst werden.

Während der Ausbildung wird durch dieses Modell Wert daraufgelegt, dass nebst der professionellen als paralleler Prozess auch eine interprofessionelle Identität gebildet wird. Dies zum Beispiel, indem man sich bewusst in eine «Springer:innen»-Rolle versetzt. Das Ziel dabei ist, dass sich die Berufsidentität nicht nur isoliert auf den eigenen erlernten Beruf beziehen soll (Kennedy 2019).

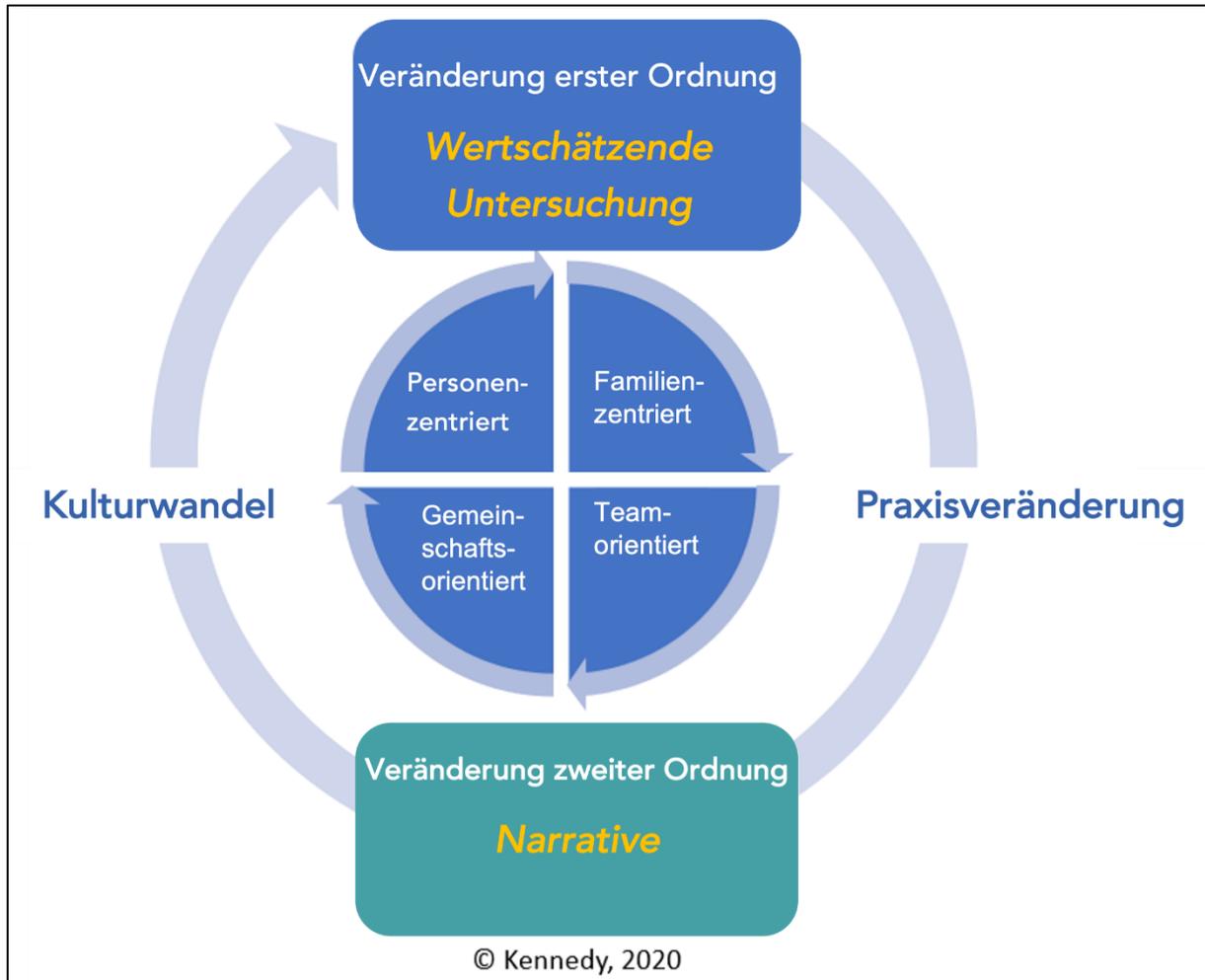


Abb. 15: Stärkemodel der interprofessionellen Praxis und Ausbildung (Kennedy 2020)

3.2 Das Toronto-Modell

An der Universität Toronto wurde ein spezielles Ausbildungsprogramm für interprofessionelle Zusammenarbeit entwickelt, auch bekannt als das «Toronto-Modell». Nelson et al. beschreiben die verschiedenen Aspekte dieses Modells sowie Überlegungen, die rund um das Studienprogramm getroffen wurden. Im Kern steht die Überzeugung, dass die Veränderung des Gesundheitswesens auf Inhalten und Methoden der Ausbildung basiert (Nelson et al. 2015).

Diese sollte nicht nur theoretische Inhalte zur IPZ beinhalten, sondern auch grossen Wert auf die Praxis als dynamischer Teil der Universität und des Studienprogramms legen. Viele Ausbilder:innen an der Universität Toronto sind in der Praxis tätig und fungieren zum Beispiel als Mentoren:innen. Das Modell wird in die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Grundstrukturen der Universität und des klinischen Alltags eingebettet.

Das Lehrprogramm basiert auf drei Konstrukten: Werte und Ethik umfassen die Beziehungen mit allen Beteiligten der Gesundheitsversorgung (z.B. die Beziehung des:der Therapeut:in mit der Gemeinschaft oder mit sich selbst). Die Kommunikation beinhaltet das Zuhören, Konfliktbewältigung oder Feedback. Schliesslich behandelt die Kollaboration die theoretischen Inhalte der interprofessionellen Zusammenarbeit. Jedes dieser Konstrukte wird während der Ausbildung in drei Phasen (siehe Abb. 16) durchlaufen: Exposition (Einführung), Vertiefung (Entwicklung) und Kompetenz (Eintritt in die Praxis). Innerhalb dieses Rahmenmodells können viele verschiedene Kernkompetenzen für die IPZ angesiedelt werden (Nelson et al. 2014).

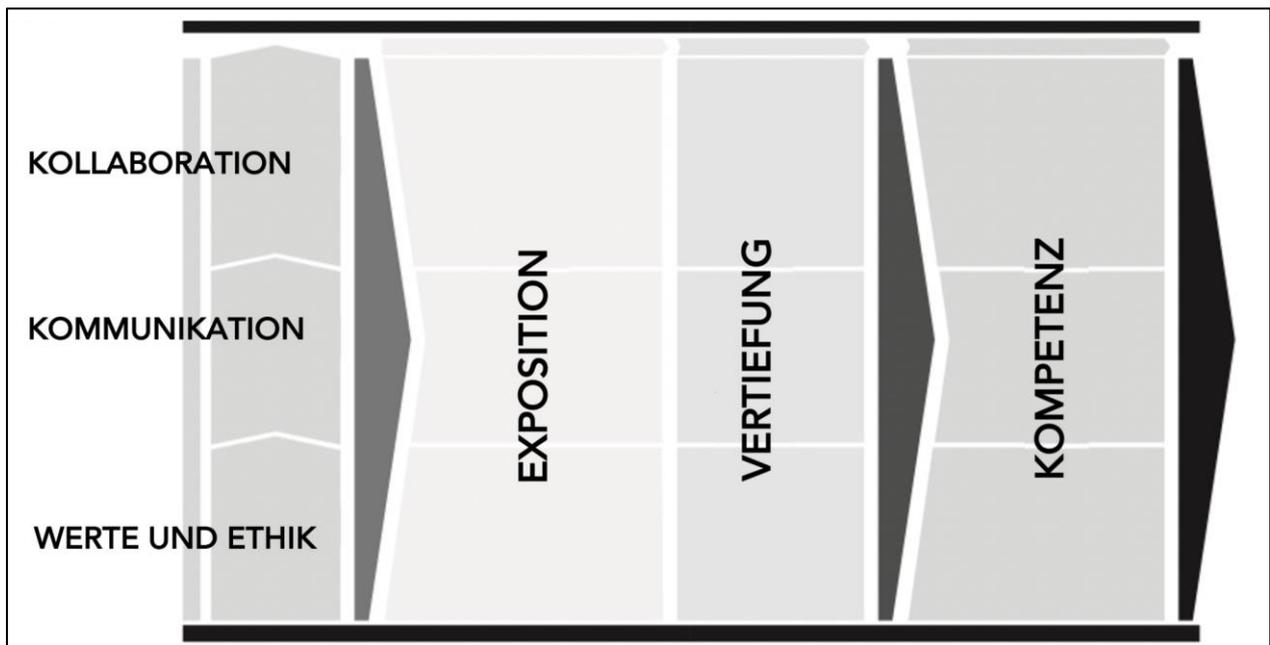


Abb. 16: Rahmenmodell der Entwicklung von Werten und Kernkompetenzen für die interprofessionelle Ausbildung (Nelson et al. 2014)

3.3 Ein Schweizer Modell der interprofessionellen Ausbildung

Hier handelt es sich um ein durch Vosseler beschriebenes und in der Ostschweiz angewendetes Modell in Form eines speziellen kooperierenden Medizinstudiengangs, der Pflege und Medizin zusammenbringen soll. Pflege- und Medizinstudierende besuchen ihre Seminare gemeinsam. So sollen Hierarchien aufgebrochen werden, was für interprofessionelle Zusammenarbeit ein wichtiger Faktor darstellt. Andere Ziele des Studienprogramms sind das Verständnis, der Respekt und die Akzeptanz für andere Gesundheitsberufe. Die IPZ bildet darüber hinaus einen von drei Vertiefungsbereichen. Auch bei diesem Modell soll das interprofessionelle Lernumfeld zu grossen Teilen in der Praxis in Form von Praktika liegen. Zu diesem Modell ist keine Graphik verfügbar (Vosseler 2018).

3.4 Troika Interprofessional Gerontological Education Modell

Das Troika InterProfessional (TIP) Gerontology Education Model von Harrington et al. an der East Carolina University beinhaltet die Anwendung von Prinzipien der interprofessionellen Zusammenarbeit auf virtuelle Fallstudien. Das Wissen der Gerontologie wird durch die Diskussion der Fallstudien gelernt und umgesetzt. Die virtuellen Patienten:innen sind dabei von einer Vielzahl von komplexen Gesundheitsproblemen betroffen. Um die Komplexität älterer Personen in der Gesundheitsversorgung zu simulieren, wurden potenziell ungeeignete Medikamente, der Umgang mit psychotropen Medikamenten, Schmerzbehandlung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einbezogen (Harrington et al. 2018).

3.5 Modell der kontinuierlichen interprofessionellen Ausbildung

Dieses durch Safabakhsh et al. an einer iranischen Universität herausgebildete Modell zeichnet sich durch seine Schritt-für-Schritt-Anleitung für die Umsetzung von Interprofessionalität in der Ausbildung aus. Diese Schritte werden in drei Phasen gegliedert. Die Planung der interprofessionellen Lerninhalte beinhaltet beispielsweise die Festlegung der interaktiven Unterrichtsmethode und die Erwartung an Lernende. Bei der Umsetzung geht es um das Vorwissen der Lernenden, die Anwendung geeigneter Methoden und die Festigung des Wissens durch Nachfragen. Im Rahmen der Evaluation wird die Qualität der Trainingseinheit mit einem geeigneten Instrument (z.B. Fragebogen oder Rückmeldung Patient:in) erfasst, ausgewertet und rückgemeldet.

Die Entwicklung des Modells beinhaltet eine Literaturrecherche über zentrale Elemente bei wichtigen Modellen der interprofessionellen Ausbildung sowie die Beurteilung von Experten:innen bezüglich der Bedeutsamkeit dieser Elemente. Die Autoren:innen empfehlen, das Modell auch im Praxisalltag anzuwenden. Eine ausführliche Visualisierung der Graphik ist in der Originalquelle vorhanden (Safabakhsh et al. 2018).

3.6 «IMPACT Practice» - Modell

Das «IMPACT Practice» - Modell wurde von Cahn et al. basierend auf der Praxis am MGH Institute of Health Professions in Boston entwickelt. Das Ziel des Modells ist es, IPZ in den gesamten Lehrplan zu integrieren, statt sie als isolierten Zusatz in der Ausbildung zu behandeln. Diese vielseitige kontextuelle Einbettung der IPZ soll dazu beitragen, dass Lernende IPZ nicht als sekundär im Vergleich zu ihren intraprofessionellen Fähigkeiten ansehen. Im Modell werden die verschiedenen Kontexte, in denen interprofessionelle Ausbildung stattfinden soll, veranschaulicht. IPZ kann im Unterricht als eigener Kurs angeboten werden, zum Beispiel durch Gruppendiskussionen über Fallbeispiele. Im Rahmen eines Moduls mit Simulation werden Kommunikation, Rollenausübung und Verantwortungsübernahme anhand von simulierten Fallstudien geübt. Auch bei diesem Modell soll IPZ in der klinischen Praxis trainiert werden, bestenfalls mit einer spezifischen interprofessionellen Ausbildungsabteilung, wo Gesundheitsfachpersonen darauf trainiert werden, Studierende von verschiedenen Berufen auszubilden. Ein weiterer wichtiger Kontext ist die Gemeinschaft. In der Ausbildung sollte also reflektiert werden, inwiefern soziale Kontextfaktoren auf Gesundheit und IPZ Einfluss nehmen. Der letzte Lernbereich umfasst den Kontext des Teams. In jedem dieser fünf Bereiche steht der:die Patient:in im Zentrum. Bestehende Lernaktivitäten können etwas abgeändert und so einfach in einen dieser Bereiche eingepasst werden, ohne dass etwas völlig Neues entworfen werden muss (Cahn et al. 2018).

3.7 Weitere Modelle der interprofessionellen Ausbildung

Auf der Ausbildungsebene können – neben den im Faktenblatt beschriebenen – noch viele andere Modelle, Schemen und Systematiken angesiedelt werden. Im vorliegenden Kapitel wird auf weitere Ausbildungsmodelle verwiesen, deren Quellen bei Interesse durch die Verlinkung oder das Literaturverzeichnis konsultiert werden können.

Dies sind Modelle von Ahmadi et al. (2017), Bärlocher et al. (2020), Brashers et al. (2020), Chris et al. (2006), Dubouloz et al. (2009), Grapczynski et al. (2015), Keshmiri et al. (2017), Lucas et al. (2019), Nadan und Scott (2014) sowie Wang und Hiren (2013).

Literaturverzeichnis

- Adamson, K., et al. (2018). Interprofessional Empathy. A Four-Stage Model for a New Understanding of Teamwork. *Journal of Interprofessional Care.* 2018 (32/6). S. 752–761.
- Ahmadi, S., Rasouli, D., & Mirmoghtadaie, Z. (2017). Designing the Conceptual Model of Interprofessional Education. A Systematic Map. *International Journal of Scientific Study.* 2017 (5/4), S.1068–1072.
- Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports.* 2017 (12/2). Abgerufen am 16.4.2019 unter www.samw.ch.
- Bärlocher, A., (2020). Hand in Hand für den Patienten - Erste Erfahrungen mit der Zürcher Interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation (ZIPAS) im Universitätsspital Zürich. *Krankenpflege.* 2020/09), S.23–25. Abgerufen am 25.11.2021 von <https://www.zipas.ch/>.
- Brashers V., et al. (2020). The ASPIRE Model: Grounding the IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice within a Foundational Framework. *Journal of Interprofessional Care.* 2020 (34/1), S. 128–132.
- Cahn, P.S., et al. (2018). Competent in Any Context. An Integrated Model of Interprofessional Education. *Journal of Interprofessional Care.* 2018 (32/6), S. 782–785.
- Careau, E., et al. (2014). Interprofessional Collaboration: Development of a Tool to Enhance Knowledge Translation. *Disability and Rehabilitation.* 2014 (37/4), S. 372–378.
- Chris, A., et al. (2006). A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care.* 2006 (20/3), S. 235-45.
- CURAVIVA Schweiz (2018). Modellbeschreibung. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter.
- CURAVIVA Schweiz (2020). Faktenblatt. Vision Wohnen im Alter von CURAVIVA Schweiz. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter. Abgerufen am 2.11.2021 unter www.curaviva.ch
- Darcy, A. (2021). Interdisciplinary Leadership Council. A model for excellence in improving interprofessional collaboration. *Nursing Management.* 2021 (52/10), S. 51–54.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care.* 2005 (19/1), S. 8–20.
- D'Angelo, M., et al. (2019). The Teamwork Model. Proposing a Model for Studying Interprofessional Healthcare Teams. *Medpublish.* 2018 (1).
- Dubouloz, C-J., et al. (2009). An Interprofessional University Clinic in Primary Health Care in Rehabilitation: A Collaborative Learning Model for Physical Therapy Students in a clinical placement. *Journal of Physical Therapy Education.* 2009 (24/1), S. 19–24.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweizerische Ärztezeitung.* 2018 (99/44), S. 1524–1529.

- Grapczynski, et al., (2015). The Integrated Model for Interprofessional Education. A Design for Preparing Health Professions' Students to Work in Interprofessional Teams. Journal of Allied Health. 2015 (44/2), S. 112–119.
- Harrington, C., et al. (2018). Troika Interprofessional (TIP) Gerontology Education Model. The Power of Three in Primary Care. Innov Aging. 2018 (2/Suppl. 1), S. 134.
- Iwama, M. K., (2006). The Kawa Model. Abgerufen am 10.11.2021.
- Kennedy, T. (2019). Strength in Age-Friendly Health Systems. An Innovative Integrated Interprofessional Model Innovation in Aging, 2019 (3/Suppl. 1), S. 829.
- Keshmiri et al (2017). Effectiveness of an interprofessional education model based on the transtheoretical model of behaviour change to improve interprofessional collaboration. Journal of Interprofessional Care. 2017 (31/3), S. 307–316.
- Kim, J. S., & Whitehill Bolton, K. (2013). Strengths Perspective. Encyclopedia of Social Work. Abgerufen am 10.11. 2021.
- Kirschner, M. & Reusser, A. (2021). Koordinationsansätze für personenzentrierte Dienstleistungen – eine terminologische Klärung mit ausgewählten Praxisbeispielen. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter.
- Lape, J., et al. (2019). Use of the Kawa Model to Facilitate Interprofessional Collaboration: A Pilot Study. Journal of Allied Health Sciences and Practice. 2019 (17/1).
- Lucas, C., et al. (2019). Development of the RIPE model (Reflective Interprofessional Education Model) to enhance interprofessional collaboration. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2019 (15/4), S. 459–464.
- Lutz, B., & Glarner, F. (2016). Jugendliche mit Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit in der Transition von der Schule zur Arbeit . Ergotherapeutische Unterstützungsmöglichkeiten zur erfolgreichen Bewältigung der Herausforderungen während der Transition. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Mulvale, G., et al. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. BMC Family Practice. 2016 (17/1), S. 83.
- Nadan, M., & Scott, P. (2014). An Innovative Interprofessional Education Model to Engage Community and Nonclinical Participants. Journal of Interprofessional Care. 2014 (28/4), S. 1469–9567.
- Nelson, S., et al. (2014). Creating the Health Care Team of the Future. The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice. Ithaca 2014.
- Nelson, S., et al. (2015). Creating the Health Care Team of the Future: The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice. J Med Libr Assoc. 2015 (103/2), S. 110–111.
- Oetterli, M., et al. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich: Was kann man von Good-Practice-Beispielen in der Luzerner Gesundheitsversorgung lernen?. Luzern: Interface und Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Safabakhsh, L., Irajpour, A., & Yamani, N. (2018). Designing and Developing a Continuing Interprofessional Education Model. Advances in Medical Education and Practice. 2018 (9), S. 456 – 467.

- Scheibli, E. (2018). CareNet+: Ein CM-Projekt mit Zukunft. Case Management an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialpolitik. Case Management. 2018 (2), S. 63-67.
- Schmitz, C., Atzeni, G., & Berchtold, P. (2020). Wieso eigentlich interprofessionelle Zusammenarbeit? Schweizerische Ärztezeitung. 2020 (1010/9), S. 292-293.
- Trageser, J., et al. (2017). Evaluation integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+). Zwischenbericht 2017. Abgerufen am 23.11.2021.
- Vosseler, B. (2018). „Interprofessional Health Education“ in Studiengängen der Medizin und Pflege. Ein Schweizer Modell. Public Health Forum. 2018 (26/1). S. 39-41.
- Wang, T., & Hiren B. (2013). A new model for interprofessional collaboration at a student-run free clinic. Journal of interprofessional care. 2013 (27/4), S. 339–40.
- Zürcher Fachhochschule ZHAW (2021). Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Abgerufen am 05.11.21 unter Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung | ZHAW Gesundheit.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports. 2017 (12/2). Zugriff am 16.4.2019 unter www.samw.ch.

Abb. 2: Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports. 2017 (12/2). Zugriff am 16.4.2019 unter www.samw.ch.

Abb. 3: Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports. 2017 (12/2). Zugriff am 16.4.2019 unter www.samw.ch.

Abb. 4 : Oetterli, M., et al. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbe

Abb. 2: Drei aufgabenbezogene Organisationsmodelle **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

reich: Was kann man von Good-Practice-Beispielen in der Luzerner Gesundheitsversorgung lernen?. Luzern: Interface und Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Abb. 5: Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. Schweizerische Ärztezeitung. 2018 (99/44), S. 1524–1529.

Abb. 6: Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. Schweizerische Ärztezeitung. 2018 (99/44), S. 1524–1529.

Abb. 7: Zürcher Fachhochschule ZHAW (2021). Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Zugriff am 05.11.21 unter [Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung | ZHAW Gesundheit](#).

Abb. 8: Zürcher Fachhochschule ZHAW (2021). Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Zugriff am 05.11.21 unter [Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung | ZHAW Gesundheit](#).

Abb. 9: Zürcher Fachhochschule ZHAW (2021). Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Zugriff am 05.11.21 unter [Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung | ZHAW Gesundheit](#).

Abb. 10: Trageser, J., et al. (2017). Evaluation integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+). Zwischenbericht 2017. Abgerufen am 23.11.2021.

Abb. 11: CURAVIVA Schweiz (2018). Modellbeschreibung: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter, online: www.curaviva.ch

Abb. 12: D'Angelo, M., et al. (2019). The Teamwork Model. Proposing a Model for Studying Interprofessional Healthcare Teams. Medpublish. 2018 (1).

Abb. 13 : Iwama, M. K. (2007). Kawa-(Fluss)-Modell – Überwinden kultureller Begrenzungen der zeitgenössischen Theorie der Ergotherapie. Ergoscience. 2007 (2), S. 107–119.

Abb. 14: Mulvale, G., et al. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. BMC Family Practice. 2016 (17/1), S. 83.

Abb. 15: Kennedy, T. (2020). [A New Model of Strength-Based Interprofessional Practice and Education.](#)

Abgerufen am 25.10.2021 unter [Scientific poster presentation printing services \(posterpresentations.com\).](#)

Abb.16: Nelson, S., et al. (2014). [Creating the Health Care Team of the Future. The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice.](#) Ithaca 2014.

Herausgeber

CURAVIVA | Zieglerstrasse 53 | 3007 Bern

Zitierweise

CURAVIVA (2022), Faktenblatt: Modellbaukasten Interprofessionelle Zusammenarbeit. . Hrsg.:
CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter. Online: www.curaviva.ch

Auskünfte/Informationen

info@curaviva.ch

Download

www.curaviva.ch

© CURAVIVA, 2022