



Schweizer  
Paraplegiker  
Zentrum

Centre  
suisse des  
paraplégiques

Centro  
svizzero per  
paraplegici

Swiss  
Paraplegic  
Centre

**Pflegemanagement**

Mechtild Willi Studer, Leiterin Pflegemanagement

**Kontaktperson**

Mechtild Willi Studer

Telefon +41 41 939 53 52

Fax +41 41 939 53 60

E-Mail mechtild.willi@paraplegie.ch

SAMW Generalsekretariat  
Award „Interprofessionalität“ 2018  
Haus der Akademien  
Laupenstrasse 7  
3001 Bern

Nottwil, 14. September 2018

**SAMW-Award „Interprofessionalität“ 2018/Begleitbrief übergeordnete Instanz**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir freuen uns, unseren Beitrag „Entwicklung und Erprobung von Interprofessionellen Teams (IPT)“ am Schweizer Paraplegiker-Zentrum, einzureichen. Anbei senden wir Ihnen die erforderlichen Unterlagen:

**Projektbeschreibung**

- mit den sechs Unterschriften von den insgesamt fünf verschiedenen beteiligten Berufsgruppen.
- mit Beschreibung des Nutzens für Patienten sowie Mehrwert der beteiligten Personen.
- Skizzierung der Umsetzung von IPT auf allen Pflegestationen.

**Begleitbrief übergeordnete Instanz**

-von der Leiterin Rehabilitation, Diana Sigrist-Nix.

Wir danken Ihnen herzlich für die Überprüfung unserer Unterlagen und freuen uns auf die Veranstaltung vom 27. November 2018.

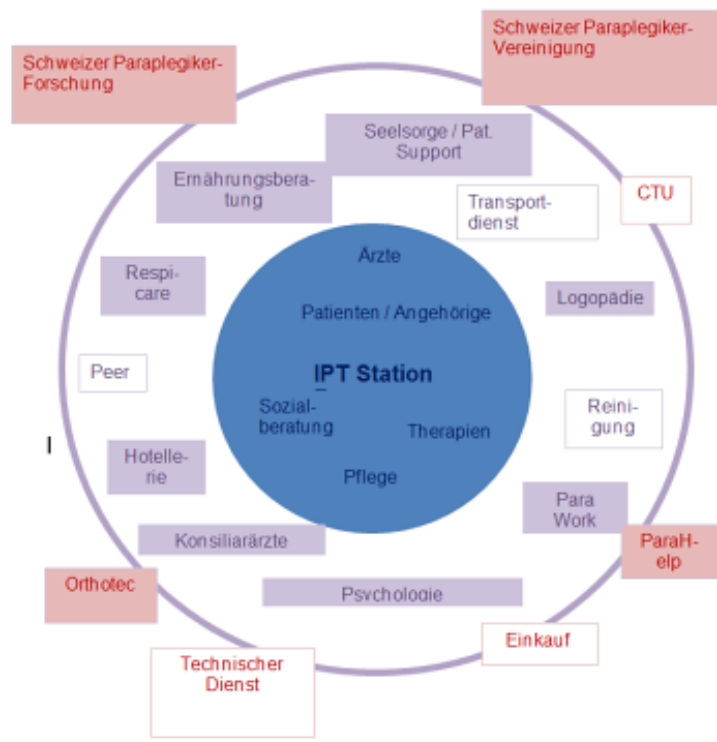
Freundliche Grüsse

Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Mechtild Willi Studer  
Leiterin Pflegemanagement  
Master of Science in Organization Development

# Projektbeschreibung Interprofessionelle Teams

- 1. Ausgangslage ..... 3
- 2. Auftrag und Leitidee ..... 3
- 3. Konstituierung der Arbeitsgruppe ..... 4
- 4. Verfahren/Methode ..... 4
- 5. Entwicklungsschritte ..... 5
- 6. Resultate und Umsetzungsplanung ..... 6
- 7. Umsetzung auf allen Stationen/Prämissen ..... 8
- 8. Statements der am Pilot beteiligten Berufsgruppen ..... 8
- 9. Was wir sonst noch gemacht haben ..... 9
- 10. Quellen ..... 9



## 1. Ausgangslage

Im Rahmen des Changeprojektes des Schweizer Paraplegiker-Zentrums (SPZ) 2020, möchte die Prozessgruppe Rehabilitation interprofessionelle Teams (IPT) entwickeln und erproben.

Es entspricht ausserdem einem unverminderten Wunsch der Pflege nach mehr Interprofessionalität, weswegen sich die Übernahme der Leitung geradezu aufgedrängt hat. Im Sinne einer vorausschauenden Selbsterneuerung ist dies aus folgenden Gründen notwendig:

- Zunahme chronischer und multimorbider Erkrankungen.
- Zunahme von involvierten „Spezialisten“ erhöht die Komplexität. Im Fokus steht die Abstimmung und Steuerung interdisziplinärer Prozesse, die einen optimalen Behandlungsablauf ermöglichen sollen.
- Mangel an Fachpersonen (Ärzte/Pflege/Therapien etc.) somit effizientere Ressourcenaufteilung.
- Neue Kompetenzen und Berufsbilder.
- Aus Patientenrückmeldungen wissen wir, dass sie mehr Abstimmung und Koordination im interprofessionellen Team wünschen. Deshalb Forderung einer effizienteren Behandlung und konsequenteren Patientenorientierung sowie Einbezug der Angehörigen.

2016 hat die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) mehrere Fortbildungen angeboten und seither schreibt sie jährlich einen Preis für beispielhafte Praxis aus. Der Bund hat Anfang 2017 ein Förderprogramm zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen lanciert, um unter anderem Best practice Beispiele zu fördern. Interprofessionelle Teams sind im Trend und werden an Relevanz in der Gesundheitsversorgung weiter zunehmen.

## 2. Auftrag und Leitidee

### Auftrag

Entwicklung und Erprobung von „**Interprofessionellen Teams**“ im Rahmen eines Pilotprojekts mit der Station B in einem Reifegrad, der dann die Umsetzung auf allen Stationen zulässt. Folgende Ziele sind wegleitend:

- Eine Vision „Interprofessionelle Teams“ ist vorhanden.
- Entwicklung von Grundlagen zur gemeinsamen Steuerung der Prozesse, basierend auf Expertise und Reflektion.
- Interaktionen gestalten zwischen den Beteiligten, welche von Vertrauen, gegenseitigem Respekt und geteilter Verantwortung geprägt ist. Elemente aus dem Changemanagement SPZ sowie kulturelle und berufsgruppen bezogene Differenzen werden berücksichtigt.
- Klärung und Entwicklung von neuen Abläufen und Kommunikationsgefässen (vorgegebene Rahmenbedingungen aber auch Freiräume).
- Konsequente Patientenorientierung von Beginn weg.
- Interprofessionelles Tandem erproben (Bezugspflege und Primärtherapeut).
- Klärung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten.
- Klärung und Stärkung der Rolle der Bezugspflege/Therapeutin/Assistenzarzt.
- Innovative Lösungen haben Platz – Entwicklungszeit ist vorhanden.
- Kontinuierliche Verbesserungen (Lösen von Problemen) finden vor Ort statt.
- Erarbeitung von Instrumenten/Hilfsmitteln und letztlich eines Leitfadens als Grundlage für die Umsetzung auf allen Stationen.
- Evaluation der Pilotphase sowie Planung der Umsetzung auf allen Rehab-Stationen.
- Tabus dürfen/müssen angesprochen und stets mit grösstem Respekt behandelt werden.
- Berufsidentitäten und gleichzeitig Identität des interprofessionellen Teams sichtbar machen.
- Die Entwicklung und Erprobung wird zur Sache des **gesamten** interprofessionellen Teams gemacht.
- Gemeinsame Lern- und Feedbackkultur entwickeln.
- Gemeinsames Qualitätsverständnis und Nutzen für den Patienten evaluieren.
- Nachhaltige Rehabilitation und Behandlung ermöglichen, die sich an den Kriterien der Evidenz, der Ethik und der Ökonomie orientieren
- Prüfung einer Begleitforschung/respektive Beteiligung am Förderprogramm des Bundes.

## Leitidee

„Interprofessionell mit (anstatt für) dem Patienten und seinen Angehörigen zielorientiert arbeiten/unterwegs sein“, so dass Partizipation und Integration vollzogen werden können, (so wie wir es immer sagen aber bisher nicht wirklich gut genug gelungen ist). Dies als Chance nutzen mit den Patienten/Angehörigen und beste Voraussetzungen für die Rehabilitation aber auch eine Folgebehandlung bieten können.

### 3. Konstituierung der Arbeitsgruppe

Angelehnt am Modell „ICF-Kernteam“, bestehend aus Oberarzt, Therapien, Sozialberatung und Pflege, haben wir mit der jeweils verantwortlichen Person pro Bereich der Station B die Arbeitsgruppe gebildet. Wir haben auch eine Rollenklärung durchgeführt, die im Wesentlichen vorsah dass

- a.) man sich hauptsächlich *als Arbeitsgruppe (AG)* noch besser kennenlernen und gut abstimmen muss. Die Hauptaufgabe wird sein mit den Mitarbeitenden die identifizierten Themen zu entwickeln. Das ist nicht Sache der AG. Sie haben für zeitnahe Abstimmungen unter sich ein eigenes Zeitfenster. Ein- bis zweimal monatlich Abstimmung mit Moderatorin oder nach Bedarf. Zum Schluss werden halbtägige Workshops in der AG geplant, um die Resultate umsetzungsreif zur Genehmigung aufzubereiten.
- b.) *AG-Mitglieder* haben eine Mandatsfunktion, um die Kommunikation zum eigenen Berufsteam sicherzustellen. Die Teams der anderen Stationen sollen mittels Veranstaltungen (Soundingboards) regelmässig auf der Pilotstation informiert werden, so dass sich alle als Teil des Entwicklungsprozesses fühlen im Hinblick, dass sie IPT später auf ihrer Station ebenfalls einführen werden.
- c.) *Die Prozessmoderatorin* sieht ihre Rolle als Coach/Koordinatorin/Vernetzung des Themas nach ausser/Taktgeberin/Dokumentation mit dem Sekretariat der Pflege sowie der Hüterin des Auftrags.

Es ist wichtig, wenn **Aufträge an die Mitarbeitenden** vergeben werden, dass man ein stringentes Ziel, die ungefähre Zeit, die sie dafür aufwenden können und einen Termin setzt. Ein Mitglied der AG begleitet sie bei der Thematentwicklung. Sie werden von der AG eingeladen, ihre Resultate vorzustellen. Sie müssen die Leitidee und die Restriktionen kennen.

### 4. Verfahren/Methode

Die beschriebene Arbeitsgruppe war für die Entwicklung, Erprobung und Evaluation im Rahmen eines Pilots, der unmittelbar auf ihrer Station erfolgte, zuständig (siehe Anhang 4, Organigramm SPZ).

Die Moderatorin des Prozesses besuchte 2016 die Veranstaltungen „Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit“ des SAMW und wurde inspiriert das Vorhaben im SPZ modellhaft einzuführen. Die Arbeitsgruppe IPT fand jedoch wenig Zugang zu dieser skizzierten Idee, weswegen wir eine **evolutionäre Vorgehensweise** wählten. Das heisst, wir erfassten mit allen involvierten Mitarbeitenden an der Kick-off Veranstaltung die Themen, die sie beschäftigten und bei denen sie eine Entwicklung erhofften. Dieser Entscheid mobilisierte die unverzichtbare Energie, damit das Vorhaben von Beginn weg eine kraftvolle Fahrt aufnehmen konnte.

Auf der Station wurde gut sichtbar ein Plakat aufgehängt „Hier darf ausprobiert werden“ als Einladung mutig zu sein. Die Patienten und ihre Angehörigen wurden bei Eintritt über diesen Entwicklungscharakter auf der Station informiert. Im Aufenthaltsraum der Patienten lag ein Buch, in das Erfahrungen von ihnen und Mitarbeitenden eingetragen werden konnte. Die Einträge wurden von der AG regelmässig gesichtet und wenn nötig Rückmeldung z.B. auf eine konkrete Frage gegeben.



## 5. Entwicklungsschritte

- Auftragsklärung, Auswahl eines Pilotteams einer Station, die bereits in dieser Formation zusammengearbeitet haben.
- Konstituierung der Arbeitsgruppe.
- Einführung in die Thematik und Planung des ganzen Prozesses.
- *Kickoff* Ende März 2017 auf der Pflegestation des Pilotteams, Einladung an alle Interessierten, die einen Beitrag leisten wollten. Es nahmen rund 80 Personen aus allen Bereichen teil.
- Ermittlung der Themen, die die Mitarbeitenden in Zusammenhang der interprofessionellen Zusammenarbeit beschäftigten.
- Clusterung der Themen (siehe Anhang 1).
- Entwicklung der Themen nach einer bestimmten Vorgabe durch weiter interessierte Mitarbeitende (unter der jeweiligen Leitung einer Person aus der AG).
- Kondensat der Themen zum Modell „IPT Rehabilitation“ (Anhang 2).
- Freigabe der entwickelten Themen zur praktischen Erprobung.
- Kritische/wertschätzende Reflexion der Arbeit in der AG IPT mit entsprechenden Anpassungen im weiteren Vorgehen.
- Sporadische Information der Zwischenergebnisse und Absprachen des weiteren Vorgehens im Leitungsgremium der Prozessgruppe Rehabilitation (Auftraggeberin).
- *Grossveranstaltung (Anfang November 17)*: Vorstellung der Zwischenresultate auf Station B mit Involvement der Patienten.
- Weitere Entwicklungsarbeiten an den Themen, praktische Erprobung und Evaluation.
- *Schlussveranstaltung* Ende März 2018:
- Evaluation der Pilotphase mit Befragungen bei allen beteiligten Berufsgruppen sowie den Patienten
- Genehmigung der Resultate und Entscheid zur Umsetzung auf allen Stationen durch das Leitungsgremium Prozessgruppe Rehabilitation.
- Vorbereitungen für die Umsetzung z.B. Harmonisierung von strukturellen Gegebenheiten (Visiten- und Rapportstrukturen) für die ganze Klinik.
- Start Umsetzung auf allen Stationen Anfang September 2018.
- Evaluation auf allen Stationen und Anpassungen im Hinblick auf die Veränderung „Aufteilung von Akut und Rehabilitation“ per 1.1.2020.



## 6. Resultate und Umsetzungsplanung

In der Praxis erprobte Themen wie

*Übergeordnet vor Einführung auf den Stationen (bis Ende 2018)*

- Standortbestimmung/Vision von Interprofessionellen Teams
- Werte und Grundsätze (Anhang 3)
- Feedback- Lern und Fehlerkultur
- Soziale Aktivitäten

*In erster Priorität einzuführen (Start 7.1.2019)*

- Bezugspflege (geschärft im Kontext zu Interprofessionalität)
- Zusammenarbeit Therapien und Pflege
- Eintrittsanamnese
- Gemeinsame Zielvereinbarung für unterschiedliche Settings
- Patientenboard
- Huddleboard
- ICF-Rapport
- Rehabilitationszielgespräch
- Medizinische Visiten
- Stationsversammlung

*In zweiter Priorität einzuführen (bis Ende Juni 2019)*

- Eintrittsprozess in verschiedenen Settings
- Austrittsprozess in verschiedenen Settings
- Fallverantwortung (ist zZt noch in Entwicklung)

*Anderes oder noch zu entwickeln*

- Übersicht aller relevanter Schnittstellen
- Erarbeitung eines Tages-Wochen- und Monatsplans nach Einführung von IPT
- Entwicklung einer Angehörigensprechstunde
- Interprofessionelle Organisation und Führung einer Pflegestation (letzte Meile ab 2020)

Alle Themen der Interprofessionalität sind so aufbereitet, dass für die Umsetzung die folgenden wesentlichen Aspekte nachvollziehbar sind. Struktur der aufbereiteten Arbeitsblätter:

Fokus: Konsequente Patientenorientierung inklusive seiner Angehörigen. Prozesse auf Patienten ausrichten und nicht auf Personen. Die Vision Interprofessionelle Teams als verbindliche Orientierung.

*Beispiel anhand des Patientenboards*

### Arbeitspapier IPT

**Fokus:**

- Konsequente Patientenorientierung inkl. Angehörige, Prozesse auf Patienten ausrichten (nicht auf Personal)
- Vision Interprofessionelle Teams

**Thema: 5. Strukturen**  
**5.5 Patientenboard**

<b>1. Auftrag</b> Entwicklung aller für den Patienten relevanten Informationen. Auf dem Patientenboard visualisieren, so wie testen. Instrument des Patientenboard muss einen provisorischen Charakter haben (Ablösung durch elektronisches Patiententerminal)
<b>2. Vorbestehende/gültige Dokumente + Link</b> Keine
<b>3. Verantwortung</b> Esther Peter, Dragan Stojanov, Anna Schär, Nicole Fecker, Silvia Lötscher
<b>4. IST</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Das Patientenboard existiert im SPZ als Pilot auf STD – noch nicht gut implementiert</li></ul>

<p><b>5. SOLL IPT Spezifität</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Patientenboard soll für den Patienten und alle Bereiche ein Instrument sein, um die Ziele immer visualisiert zu haben</li> <li>• Diese Ziele werden alle zwei Wochen aktualisiert und mit dem Pat. an der ICF Visite besprochen</li> <li>• Die Ziele werden smart formuliert und sollten in zwei Wochen erreichbar sein – wenn nicht, können sie auch für zwei weitere Wochen übernommen werden</li> <li>• Die Ziele werden auf Deutsch von der Arztdisponentin während der Visite geschrieben - anschliessend ausgedruckt und ebenfalls von der Arztdisponentin am selben Morgen am Patientenboard im Patientenzimmer befestigt</li> <li>• Ein Ziel wird vom Patienten selber formuliert (unantastbar) wird gleichwertig mit den Bereichszielen aufgeführt</li> <li>• Gemeinsames interprofessionelles Ziel ist als mittelfristiges Ziel gedacht (1 - 2 Monate)</li> <li>• Mit dem Ampelsystem wird das Austrittsdatum realistisch gestaltet – dies wird ebenfalls alle zwei Wochen überprüft, ob auf Kurs. Folgende Bereiche spielen eine Rolle für den Austritt: Medizin, Pflege, Therapien, Sozialberatung. Start mit dem Ampelsystem nach dem ersten Rehabzielgespräch. Wird auf der nächsten ICF Visite gestartet.</li> <li>• Der Patient hat alle seine Bezugspersonen aller Bereiche auf einen Blick ersichtlich mit Namen und Tel. Nr. (jeder Bereich ist dafür verantwortlich, dass beim Eintrittsgespräch die Namen und Nummern aufgeschrieben werden)</li> <li>• Das Patientenboard wird durch das elektronische Patiententerminal zukünftig ersetzt</li> </ul>
<p><b>6. Pilot Versuch von 23.10.2017 bis 31.01.2018</b></p>
<p><b>7. Auswertung + Resultat + Empfehlungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn der Patient nicht im Zimmer angetroffen wird, geht das IPT Team am Schluss noch einmal bei ihm vorbei. Bei nochmaligem Nichtantreffen, werden die Ziele für weitere 2 Wochen übernommen</li> <li>• Der Punkt mit der zuständigen Pflegeperson wird ersatzlos auf dem Patientenboard gestrichen, da auf dem Huddleboard ersichtlich ist, wer im FD, im SD und in der NW für die Pat. zuständig ist. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Angaben nicht immer aktuell sind und die Pat. lieber keine Namen auf dem Board sehen, als die falschen. (Rückmeldung bei Austrittsgespräch)</li> <li>• Das Patientenboard wird neu angepasst</li> <li>• Die Ziele müssen smart formuliert, verständlich und dem Patienten angepasst sein</li> </ul> <p><b>Resultate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive Rückmeldungen aller Bereiche, Kommunikationswege sind kürzer, Patienten werden zeitnah informiert. Pat. wird im Rehabverlauf aktiv mit einbezogen. Alle sind gleichzeitig auf aktuellstem Infostand über Rehabverlauf. Dem Pat. wird bewusst gemacht, dass ein geschlossenes IPT Team mit ihm an seinen Zielen arbeitet.</li> </ul> <p><b>Empfehlung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ICF Struktur mit ICF Rapport, ICF Visite und Patientenboard bildet eine Einheit und müsste aus Sicht der AG zwingend von allen Stationen so übernommen werden.</li> <li>• Das Patientenboard ist aktuell sehr „handgestrickt“ und wäre aus Sicht der AG zwingend im Patiententerminal anzusiedeln.</li> <li>• Eingabe im Budget 2019 zur Programmierung der Patiententerminals</li> </ul>
<p><b>8. Freigabe zur def. Umsetzung auf Station Ab 01.02.2018</b></p>
<p><b>9. Freigabe zur def. Umsetzung alle Stationen SPZ PG2 WS vom 08.06.2018:</b> Kann auf allen Rehabstationen umgesetzt werden. Die Ziele werden jeweils für zwei Wochen definiert. Das Ampelsystem muss noch mehr gelebt werden. Es wird ein Antrag gemacht für die Aufnahme des Patientenboards ins KIS für die Programmierung und die Bewirtschaftung.</p>
<p><b>10. Umsetzung + Verantwortung für Einführung auf andren Stationen</b></p>

Die Arbeitsblätter dienen als Vorgabe, was genau eingeführt werden muss mit einer Historie zur Nachvollziehbarkeit. Damit wird eine gewisse Harmonisierung angestrebt. Durch das regelmässige Einholen von Resonanz, gingen wir davon aus, dass es für alle weiteren Stationen praktikabel sein wird. Anpassungen im Sinne einer Weiterentwicklung werden nach einer systematisierten Evaluation nach Einführung auf allen Stationen im Sommer 2019 erfolgen.

## 7. Umsetzung auf allen Stationen/Prämissen

### Prämissen und flankierende Massnahmen

- Das IP-Team der Station B steht für das Mentoring und die Moderatorin als Verantwortliche für die Gesamtumsetzung zur Verfügung. Diese Unterstützung wird individuell mit den Teams vereinbart.
- Durchführung einer monatlichen moderierten Austauschbörse für die Teams in Umsetzung. Diese dient als Erfahrungsaustausch und gegenseitige Ermutigung.
- Diana Sigrist-Nix, Leiterin Rehabilitation unterstützt die Teams als „Mediatorin“ sollte der Prozess eine unauflösbare Blockade erfahren.
- 2019 wird als Übergangsjahr für die Einführung und Konsolidierung von IPT betrachtet. Anpassungen und Weiterentwicklungen für die definitive Organisation Akut-Reha (ab 2020) sind bis Ende 2019 bekannt.

## 8. Statements der am Pilot beteiligten Berufsgruppen

### Ergotherapie

- vermehrte Reflexion was Ergotherapie bei uns im Haus bedeutet, wo sind Schnittstellen und wo Abgrenzung
- direktere Kommunikation bei den Schnittstellen, jeweils mit den zuständigen Personen (v.a. Pflege, Ärzte, Physio)
- ganzheitlicher Blick auf Ziele von Patienten (die alle Berufsgruppen betreffen) und bessere Priorisierung dieser

### Pflege

- Die Patienten und auch die Angehörigen sind immer gut informiert und in den Zielvereinbarungsprozess miteinbezogen.
- Durch dieses Projekt ist ein deutliches WIR Gefühl entstanden und wir gehen die Probleme gemeinsam an.
- Durch das Projekt entstand ein grösseres Verständnis für die anderen Disziplinen und deren Aufgabengebiete.

### Ärzte

- Die Arbeit wird sehr erleichtert, da alle an einem Strick ziehen.
- Die jetzige ICF-Struktur ermöglicht einen zeitnahen Austausch mit dem Pat., somit ist der Pat. jederzeit gut informiert.
- Niederschwelliger Kontakt ist jederzeit möglich und wird auch so gepflegt

### Sozialberatung

- Zusammenarbeit unter dem interdisziplinärem Team hat sich verbessert, man kennt sich mit Namen
- Informationen untereinander und zum Patienten laufen besser
- Angehörige sind besser informiert und fühlen sich wahrgenommen

### Physiotherapie

- Die Therapeutinnen sind wesentlich mehr auf den Stationen, was allgemein mehr geschätzt wird.
- Durch die gemeinsame Zielvereinbarung mit den Patienten entsteht eine zeitnahe Kommunikation und Dokumentation auf dem Patientenboard.
- Bei Unklarheiten den Patienten betreffend, kann schneller Stellung genommen werden. Dies bedeutet eine Reduzierung von Missverständnissen und unnötigem Ressourcenverschleiss. Die Zufriedenheit des Patienten hat sichtbar zugenommen.

### Projektmoderatorin

- Es hat sich eine Art Selbstverständlichkeit des direktiven aber stets respektvollen Umgangs sowie ein Gefühl der gemeinsamen Verantwortung in diesem Team entwickelt
- Es zeigen sich messbare Effekte in der Patienten- wie auch in der Mitarbeiterzufriedenheit. Diese sind insgesamt und teilweise um über 10 Punkte gestiegen.



- Es ist eine unglaubliche Kraft auf dieser Station entstanden auch grösste Herausforderungen zu meistern. Es ist ohne Diskussion möglich, hoch komplexe Patienten dort zu platzieren, weil sie wissen, dass jeder einen sichtbaren Beitrag leisten wird.

## **9. Was wir sonst noch gemacht haben**

Die Arbeitsgruppe konnte einen Workshops am Change Kongress in Basel 24.-26. Januar 2018 durchführen: „Loslassen und gewinnen – Entwicklung von interprofessionellen Teams am Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil“. Der Austausch vor allem mit Beratern im Gesundheitswesen, gab uns wiederum einige Ideen, was wir bei der Implementierung auf allen Stationen beachten sollten.

Die Idee einer Begleitforschung haben wir aus rein pragmatischen Gründen fallen gelassen, da das Bewerbungsverfahren des Bundes zum Zeitpunkt des Startes zu aufwändig gewesen wäre und wir unbedingt im März 2017 starten wollten. Eine Verzögerung wäre ein schlechtes Signal gewesen.

## **10. Quellen**

Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und Pflegenden (Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“ – Phase III, SAMW 2007/2011)

Zusammenarbeit der Fachleuten im Gesundheitswesen CHARTA, SAMW 2014

Diverse Unterlagen Veranstaltung „Wie gelingt Interprofessionalität?“, SAMW 2016

Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft (Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten), Marianne Schärli et al., Pflege (2017)

Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit, Studie im Auftrag der SAMW, Gina Atzeni et al., (2017)

Diverse Unterlagen Change Kongress „Identität in der modernen Arbeitswelt“ Basel 2018

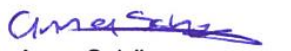
Wir freuen uns, dass wir unser Projekt „Interprofessionelle Teams“ für den SAMW-Award einreichen dürfen.

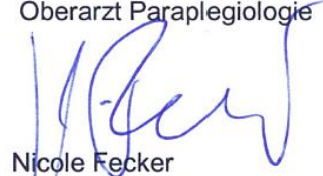
*Verantwortliche Projektgruppe*

  
Mechtild Willi Studer  
Leiterin Pflegemanagement

  
Dragan Stojanov  
Oberarzt Paraplegiologie

  
Esther Peter-Spengeler  
Leiterin Pflegestation

  
Anna Schär  
Teamleiterin Therapien

  
Nicole Fecker  
Therapie-Expertin

  
Silvia Lötscher  
Sozialberaterin FH

*Alle tätig auf Pflegestation B*

# Anhang 1

## Themenübersicht Interprofessionelle Teams

Version vom 14.09.2018

**Fokus:**

- Konsequente Patientenorientierung inkl. Angehörige, Prozesse auf Patienten ausrichten (nicht auf Personal)
- Vision Interprofessionelle Teams

Themen zur Bearbeitung	Auftrag	Start /Ende, Zeitbudget	Verantwortung Teilnehmende	Resultat(e)	Freigabe durch.... zur verbindlichen Umsetzung
<b>1. Vision IPT entwickeln</b>	Bereichsspezifische Visionen von IPT und Synthese einer Vision	April- Juni 17	Verantwortung und TN: AG	Gemeinsame Vision als Orientierung für alle (auf STB, im Tagebuch, Komm. in allen Teams)	12. Juni Vorstellung
<b>2. Bezugspflege</b>	Konsequente Umsetzung der BP gemäss Konzept. Bei nicht Konformität Kontakt mit KRO. Vernetzung in IPT.	Mai - Ende 17 4-6 Std.	Verantwortung: EP Thomas Hädrich Marina Portmann Tatjana Baumgartner	Praxisbezogene Idee, wie man der Bezugspflege gerecht werden kann.	Januar 2018 Vorstellen RES 1 18 15.02.18 Vorstellen AG 16.02.18 Durch KRO/PE
<b>3. Zusammenarbeit Therapie und Pflege</b>	Vorschlag: Welche Therapien in welchen Situationen, Absprachen und Dokumentation	Mai – 6.Juli 17	Verantwortung: FENI Melanie Marchner Brigitte Oswald Doreen Bischofberger Sarah Meier		Juli Vorstellung danach Pilot und Anpassungen 23.11. PG2 WS  Zwischenstand 08.01.18
<b>4. Prozesse</b>					
<b>4.1 a) Eintrittsprozess Erstrehab</b>	Idealer Eintr.prozess Erstreha definieren	Juni – August 17	AG (ohne MEW)	Ein- und Austrittsprozess idealerweise als Ganzes 24.10.	23.11. Vorstellung Umsetzung 1.12.
<b>4.1 b) Eintrittsprozess Folgerehab</b>	Idealer Eintr.prozess Folgerehab definieren	Juni-August 17	AG (ohne MEW)		23.11.Vorstellung Umsetzung 1.12.
<b>4.2 a) Austrittsprozess Erstrehab</b>	Idealer Austr.prozess Erstreha definieren	Oktober bis November	AG (ohne MEW)		23.11.Vorstellung Umsetzung 1.12.
<b>4.2 b) Austrittsprozess Folgerehab</b>	Idealer Austr.prozess Folgerehab definieren	Oktober bis November	AG (ohne MEW)		23.11.Vorstellung Umsetzung 1.12.
<b>4.3 Eintrittsanamnese</b>	Ist bereits in Erarbeitung auf STA, sobald beendet, Pilot durch AG IPT. Auftrag erfolgt von	Start Dez. 17	Romy Thalmann, Sandro Baumgartner, STA, (KRO Konsequenzen für alle	Resultate werden auch auf STB getestet	23.11. Vorstellung Übernommen und umgesetzt auf STI und STB

Kultur: Feedback-, Lern- und Fehlerkultur

Themen zur Bearbeitung	Auftrag	Start /Ende, Zeitbudget	Verantwortung Teilnehmende	Resultat(e)	Freigabe durch..... zur verbindlichen Umsetzung
	DN. Ein Eintrittsassessment Pflege/Arzt zu entwickeln und zu erproben		PE) MVS / STOD		
<b>4.4 a)Gemeinsame Zielvereinbarung Erstrehab</b>	Ideale Vereinbarung definieren	Juni – 21. August 17	Verantwortung EP AG (ohne MEW)	Visualisiert auf Pateintenboard	12.Sept. Vorstellung Start 26.10.
<b>4.4 b)Gemeinsame Zielvereinbarung Folgerehab</b>	Ideale Vereinbarung definieren	Juni – 21. August 17	Verantwortung EP AG (ohne MEW)	Visualisiert auf Pateintenboard	12.Sept. Vorstellung Start 26.10.
<b>4.5 Fallverantwortung</b>	Im Ein-/Austrittsprozess (DN) wurde der Auftrag vergeben bestehende Checklisten sowie Aufgaben und Kompetenzen weiterzuentwickeln	??	KRO, DN KH	Resultat an AG IPT übergeben zur Weiterverarbeitung	Noch offen
<b>5. Strukturen</b>					
<b>5.1 Huddleboard</b>	Huddleboard: als Instrument Hilfsmittel, um Strukturen und Prozesse allmählich neu zu denken und zu entwickeln (Modell STC prüfen und externes Modell besichtigen).	August-September	AG (ohne MEW) Unter Einbezug Reinigung und Hotellerie	Vorschlag Huddleboard, erste Erfahrungen	Start 16.10. Abgleich der Zeiten über alle Stationen muss noch erfolgen
<b>5.2 ICF- Rapporte/Besprechungen</b>	Anpassung der Struktur und Inhalte, nur was autonom auf Station erfolgen kann, Vorschläge für übergeordnete Konsequenzen	Oktober-November	STOD/LOES Verantwortung AG ohne MEW		Vorstellung 23.11. Umsetzung ab 1.12.17
<b>5.3 Rehabzielgespräch</b>	Einheitliches Instrument zur Verfügungenstellen, wie ein Rehabziel	Nov. 17 2h	AG Verantwortung LOES	Konkretisiertes Rehabzielgespräch inhaltlich und	Vorstellung 08. Jan.18



Themen zur Bearbeitung	Auftrag	Start /Ende, Zeitbudget	Verantwortung Teilnehmende	Resultat(e)	Freigabe durch..... zur verbindlichen Umsetzung
	Inhaltlich geführt werden soll.			strukturell.	
<b>5.4 Medizinische Visiten</b>	Anpassung der Struktur sowie inhaltlich	Februar 18	STOD/EP/PE		Vorstellung 23.11. Umsetzung ab 1.12.17 Tägl. AA Visite mit Pflege noch offen
<b>5.5 Patientenboard</b>	Entwicklung aller für den Patienten relevanten Informationen. Auf dem Patientenboard visualisieren, sowie testen. Instrument des Patientenboard muss einen provisorischen Charakter haben (Ablösung durch elektronisches Patiententerminal)	2 x 1.5 Std.	Verantwortung EP 2-3 Patienten	Testreifes Patientenboard, zur Überführung in Patiententerminal.	12.Sept. Vorstellung Erprobung ab 26.10.
<b>5.6 Essenzeiten Pflege</b>	Kontinuität für den Patienten bei der Essenseingabe am Mittag	August 17	Verantwortung EP	Gute Lösung für Patienten und MA - umsetzbar auf allen Stationen	Freitagsaustausch STB im August 17
<b>6. Soziale Aktivitäten</b>	Organisation und Ideenentwicklung von Teamevents Aktivitäten zu Teambildung Empfehlung an andere Stationen und dies im Arbeitspapier ergänzen.	Mai 17	Joelle Warinski (ab Sept. Kevin Onken für Joelle) Verantwortlich LOES Miriam van Schriek Tommaso Clericetti Liubov Opokina Silvia Lötscher	Diverse Aktivitäten werden vor zu und spontan durchgeführt	Präsentation 6. Juli Keine da in Freiziet  Zwischenstand 22.01.18
<b>7. Kommunikation</b>					
<b>7.1 Kultur: Feedback-, Lern- und Fehlerkultur</b>	Konkretisieren und Formulieren der Feedback-, Lern- und Fehlerkultur für MA und	Mitte August 17 2x 2 Std.	Verantwortung EP Miriam van Schriek Fabienne Sigrist Anja Walter	Rückmeldung von EP an Gruppe für Umsetzung.	Präsentation 12.9. erfolgt  Zwischenstand

Themen zur Bearbeitung	Auftrag	Start /Ende, Zeitbudget	Verantwortung Teilnehmende	Resultat(e)	Freigabe durch..... zur verbindlichen Umsetzung
	Patient auf der Basis des Konzeptes „Rehabilitation im SPZ“, Kapitel 15.3, S. 52f und Verhaltenskodex SPG.		Céline Schuler	Wird am Huddleboard festgehalten 24.10.	08.01.18
<b>7.2 Stationsversammlung</b>	Patientenversammlung: Gefäss prüfen für den weiteren Einbezug der Pat. um ihre Mitwirkung möglichst umfassend sicherzustellen	Dez. 17 Testlauf Monatlich 2 Std.	MEW, EP, STOD	Idee/Struktur	Vorstellung 23.11. Start Dez. 17
<b>7.3 Angehörige und Pat. Sprechstunde</b>	Bald möglichst konkretisieren.		STOD		Start 1. Quartal 2019
<b>8. Schnittstellen STB</b>	Erstellen eines Bildes, wer mit welcher Intensität auf und mit STB partizipiert. Anschliessendes überprüfen des Einbezugs der Bereiche.		AG mit MEW und KRO	z.B. Logistik Hotellerie Forschung.....	Ende Januar
<b>9. Erarbeitung eines Tages-, Wochen- und Monatsplans</b>	Übersicht wann, was, mit wem, wo stattfindet	Zeitaufwand quantifizieren (mehr oder weniger als vor Einführung IPT?)	EP Führungsteam Pflege/AG		Ende Januar 2018

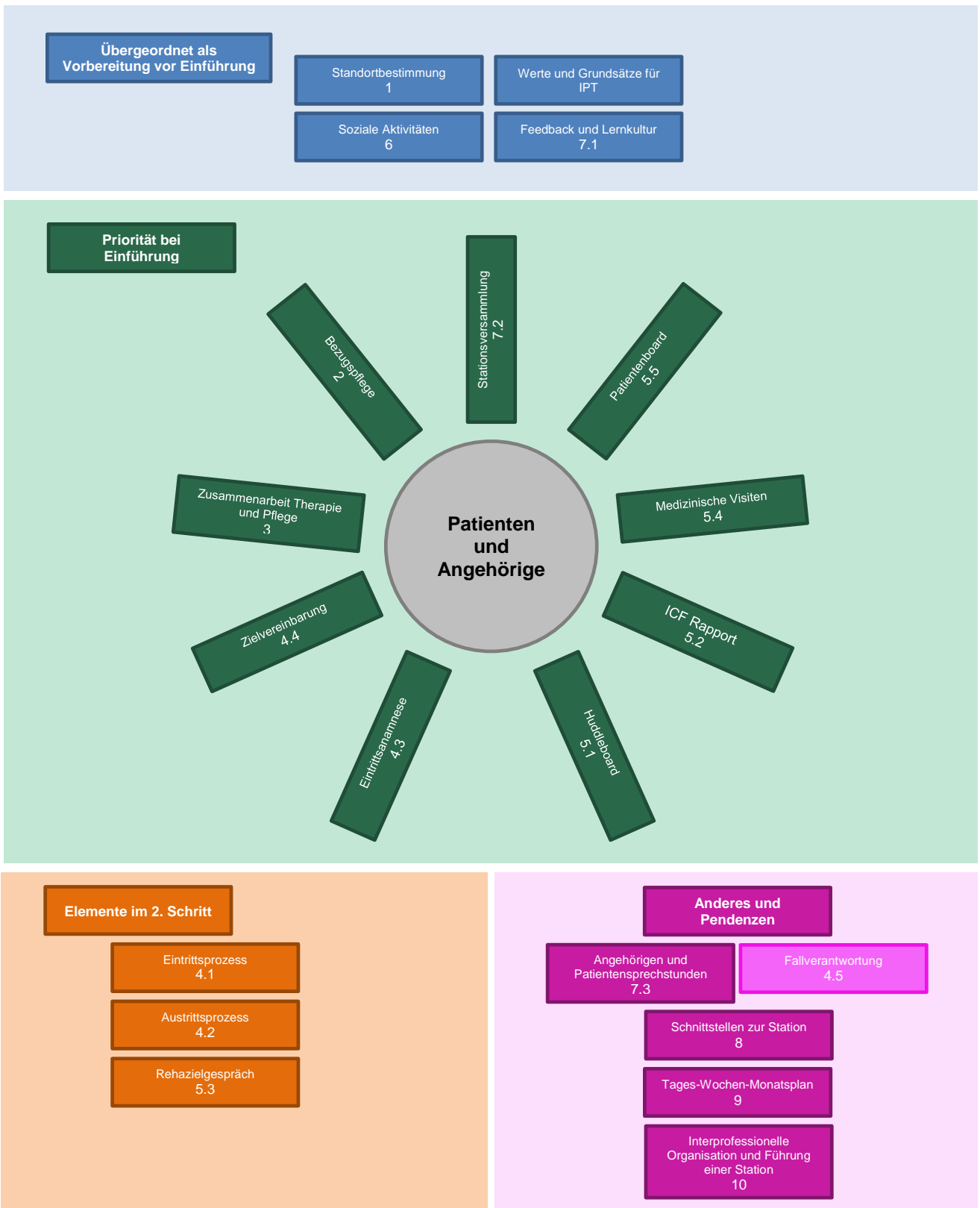
Themen zur Bearbeitung	Auftrag	Start /Ende, Zeitbudget	Verantwortung Teilnehmende	Resultat(e)	Freigabe durch..... zur verbindlichen Umsetzung
<b>10. Interprofessionelle Organisation und Führung einer Pflegestation</b>					Noch offen, siehe Kommentar im Arbeitspapier
<b>Kick - Off</b>		<b>27. März 2017</b>			
<b>Zwischenveranstaltung</b>		<b>07. November 2017</b>			
<b>Führungsgremium PG 2</b>	Vorstellung aller bisheriger Resultate, Genehmigung, was möglich	<b>15. März 2018</b>			
<b>Abschlussveranstaltung</b>		<b>20. März 2018</b>			
<b>Soundingboard</b>		<b>09. April 2018</b>			

**Legende:**

- Abgeschlossene Themen
- Themen, die von anderen AG miteinfließen

Anhang 2

Modell „Interprofessionelle Teams Rehabilitation“





## Anhang 3



Schweizer  
Paraplegiker  
Zentrum

Centre  
suisse des  
paraplégiques

Centro  
svizzero per  
paraplegici

Swiss  
Paraplegic  
Centre

### Arbeitspapier: Interprofessionelle Teams (IPT)

**Fokus:**

- Konsequente Patientenorientierung inkl. Angehörige, Prozesse auf Patienten ausrichten (nicht auf Personal)
- Vision Interprofessionelle Teams

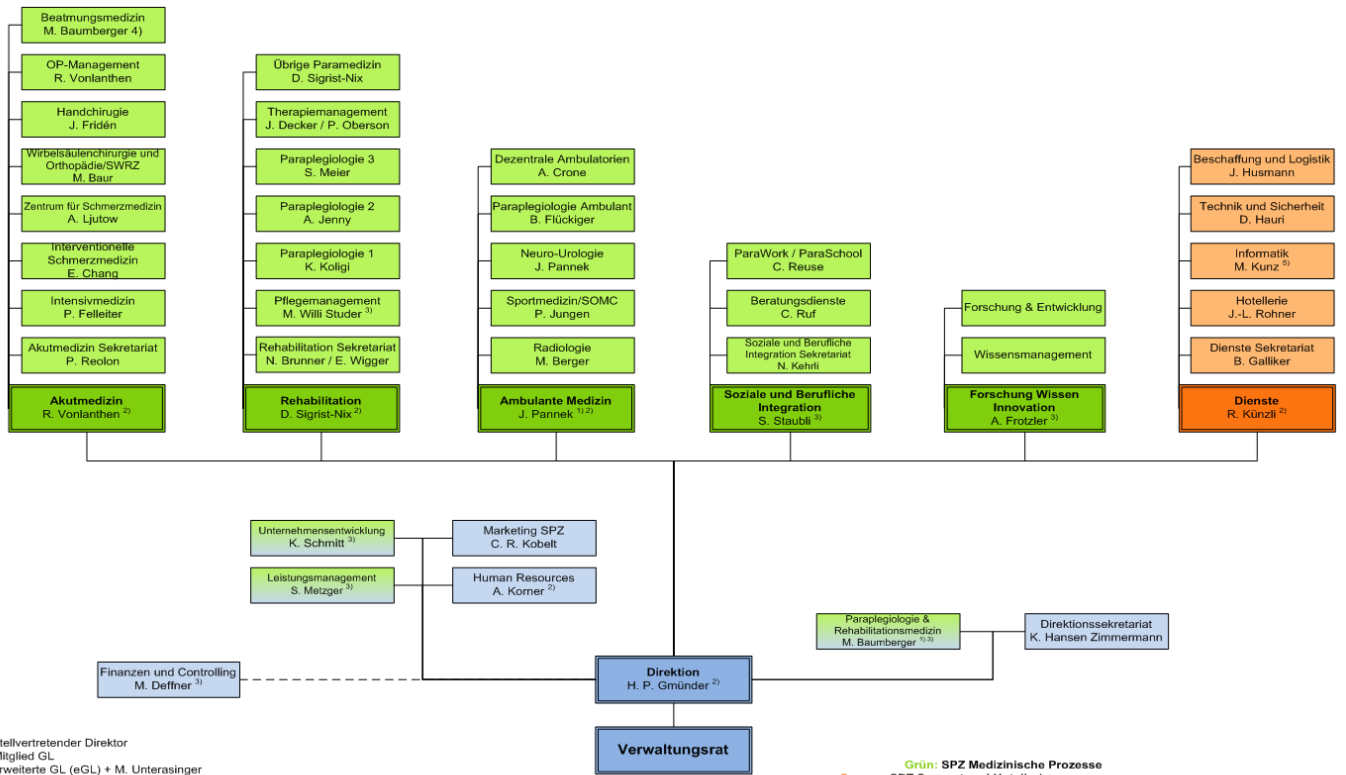
### Thema: Werte und Grundsätze für interprofessionelle Teams

- Bereitschaft für einen Musterwechsel (mehr als Optimierung)
- Bereitschaft und Neugierde einander kennenzulernen
- Positive Grundhaltung den anderen Berufen gegenüber & ein aktives + neugieriges aufeinander zugehen (nicht abwarten – sondern tun!)
- Bereitschaft zur „Machtteilung“
- Gemeinsam etwas Neues wagen und ausprobieren
- Loslassen / abgeben / teilen + gewinnen
- Konflikte offen aussprechen und austragen
- Bereitschaft für Feedback ( pos. + neg.)
- Gefässe für notwendige Regelkommunkation
- Es entsteht eine idelle Kraft um miteinander grosse Dinge zu erreichen / unmögliches wird möglich
- Stärkung des Vertrauens von Pat. + Angehörige durch funktionierendes IPT
- Ressourcen optimieren durch strukturierte Koordination

*Rückblickende Reflektion, was hat uns geholfen in der Entwicklung IPT*

# Anhang 4

## Organigramm SPZ



1) stellvertretender Direktor  
 2) Mitglied GL  
 3) erweiterte GL (eGL) + M. Unterasinger  
 4) nur prozessual  
 5) Leiter Informationstechnologien SPS

Grün: SPZ Medizinische Prozesse  
 Orange: SPZ Support und Hotellerieprozesse  
 Blau: SPZ Management-Prozesse