

Originalarbeit



# Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft



## Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten

Marianne Schärli (MNS)<sup>1</sup>, Rita Müller (MNS)<sup>2</sup>, Jacqueline S. Martin (PhD, RN)<sup>3</sup>, Elisabeth Spichiger (PhD, RN)<sup>4</sup>, Rebecca Spirig (Prof., PhD, RN)<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Fachführung Medizinbereich Trauma-Derma-Rheuma, UniversitätsSpital Zürich

<sup>2</sup> Pflegeentwicklung, Kantonsspital Winterthur

<sup>3</sup> Ressort Pflege / MTT Universitätsspital Basel

<sup>4</sup> Bereich Fachentwicklung, Direktion Pflege / MTT, Inselspital Universitätsspital Bern und Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

<sup>5</sup> Direktion Pflege & MTTB, UniversitätsSpital Zürich und Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

### Zusammenfassung:

**Hintergrund:** Im klinischen Alltag stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en immer wieder eine Herausforderung dar. Quantitative oder qualitative Studien haben das Ziel, Erkenntnisse zu einer verbesserten Zusammenarbeit aufzuzeigen. Diese Erkenntnisse sind jedoch aus methodischen Gründen oft begrenzt.

**Ziel:** Mittels Triangulation quantitativer und qualitativer Daten beschreibt diese Studie die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegefachpersonen.

**Methode:** Die Datenerhebung erfolgte in einem Mixed Methods-Design im Rahmen der interprofessionellen Sinergia DRG-Begleitforschung. Zunächst erfolgte eine separate Analyse der quantitativen und qualitativen Daten. Durch die Triangulation entstand in vier Schritten eine „Meta-Matrix“.

**Ergebnisse:** Die „Meta-Matrix“ bildet alle relevanten quantitativen und qualitativen Ergebnisse sowie ihre Zusammenhänge modellähnlich auf einer Seite ab. Die Relevanz, die Einflussfaktoren sowie die Folgen der interprofessionellen Zusammenarbeit für Mitarbeitende, Patient(inn)en, Angehörige und Systeme werden deutlich.

**Schlussfolgerung:** Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegefachpersonen in fünf Spitälern wird erstmals umfassend in einer „Meta-Matrix“ aufgezeigt. Die Folgen ungenügender Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en sind beträchtlich, weshalb in interprofessionelle Konzepte investiert werden muss. Aus der „Meta-Matrix“ ist ersichtlich, welche Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit hinderlich bzw. förderlich sind.

**Schlüsselwörter:** Interprofessionelle Zusammenarbeit, Triangulation, Mixed Methods Research, Pflegefachpersonen, Ärzt(inn)en

### Interprofessional collaboration from nurses and physicians – A triangulation of quantitative and qualitative data

#### Abstract:

**Background:** Interprofessional collaboration between nurses and physicians is a recurrent challenge in daily clinical practice. To ameliorate the situation, quantitative or qualitative studies are conducted. However, the results of these studies have often been limited by the methods chosen.

**Aim:** To describe the synthesis of interprofessional collaboration from the nursing perspective by triangulating quantitative and qualitative data.

**Method:** Data triangulation was performed as a sub-project of the interprofessional Sinergia DRG Research program. Initially, quantitative and qualitative data were analyzed separately in a mixed methods design. By means of triangulation a „meta-matrix“ resulted in a four-step process.

**Results:** The „meta-matrix“ displays all relevant quantitative and qualitative results as well as their interrelations on one page. Relevance, influencing factors as well as consequences of interprofessional collaboration for patients, relatives and systems become visible.

**Conclusion:** For the first time, the interprofessional collaboration from the nursing perspective at five Swiss hospitals is shown in a „meta-matrix“. The consequences of insufficient collaboration between nurses and physicians are considerable. This is why it's necessary to invest in interprofessional concepts. In the „meta-matrix“ the factors which influence the interprofessional collaboration positively or negatively are visible.

**Keywords:** interprofessional relations, nurses, physicians, methods, research

Eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en im klinischen Alltag ist zentral. Dieser Artikel beleuchtet die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegefachpersonen. Die Absicht der vertieften Analyse ist das Zusammenfügen von Erkenntnissen aus einer quantitati-

ven und einer qualitativen Studie der interprofessionellen Zusammenarbeit für Akutspitäler in der Schweiz. Da in der deutschsprachigen Literatur nur wenige Publikationen die Triangulation quantitativer und qualitativer Daten aufzeigen, beschreiben wir in diesem Artikel exemplarisch eine geeignete Vorgehensweise. Dafür nutzten wir Daten

**Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?**

Üblicherweise ist die Datengrundlage in Studien zu interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en entweder quantitativ oder qualitativ.

**Was ist neu?**

Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten ermöglicht eine umfassende Beschreibung aus Sicht der Pflegefachpersonen.

**Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?**

Eine „Meta-Matrix“ visualisiert quantitative und qualitative Daten modellähnlich auf einen Blick.

der Studie „Monitoring des Einflusses der DRG-Finanzierung auf Pflegekontextfaktoren in Schweizer Akutspitälern“ (DRG-Begleitforschung Pflege) aus dem Sinergia-Forschungsprojekt (The IDoC Group, 2015).

## Hintergrund

Die Arbeitsumgebungsqualität von Pflegefachpersonen in Akutspitälern ist durch verschiedene Kontextfaktoren beeinflusst, welche pflegerische Tätigkeiten und somit pflegesensitive Patientenergebnisse beeinflussen. Beispiele sind interprofessionelle Zusammenarbeit, Personalbesetzung, Ressourcen und Führung. Dabei ist die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt(inn)en ein zentraler Aspekt (Aiken & Patrician, 2000). Wird sie als gut empfunden, steigt die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen (Gagliardi, Dobrow & Wright, 2011; Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty & Nutbeam, 2009).

Je nach Perspektive und Einstellung der Nutzer(innen) wird interprofessionelle Zusammenarbeit unterschiedlich definiert (Gillioz, 1997). Zudem werden Begriffe wie „multidisziplinär“, „interdisziplinär“, „multiprofessionell“ und „interprofessionell“ oftmals synonym genutzt. Wir orientieren uns an der Definition: Interprofessionelle Zusammenarbeit findet statt, „wenn mehrere Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund untereinander wie auch mit den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen, Betreuenden sowie der Gemeinschaft zusammenarbeiten, um die bestmögliche Versorgungsqualität zu erreichen. Dies ermöglicht es den Gesundheitsfachpersonen, mit jeder Person zusammenzuarbeiten, deren Kompetenzen die Erreichung der lokalen Gesundheitsziele erleichtern“ (BAG, 2013).

Positive Folgen einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit auf Patientenergebnisse bzw. auf die Arbeitszufriedenheit haben u. a. Rosenstein (2002) sowie Rosenstein und O'Daniel (2008) beschrieben. Die Autoren empfehlen, interprofessionelle Zusammenarbeit systematisch zu fördern. Magnet Hospitals beschreiben die gute interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en als positiven Arbeitsumgebungsfaktor (Cowden & Cummings, 2012). Durch eine optimierte Kommunikation und Zusammenarbeit lässt sich die Pflegequalität verbessern (Havens, Vasey, Gittel & Lin, 2010). Gute interprofessionelle Zusammenarbeit bildet auch die Voraus-

setzung für die Information und Schulung von Patient(inn)en und Angehörigen (Schildmann et al., 2006). Unkoordinierte oder unterschiedliche Informationen können die Empfänger(innen) verunsichern oder gar verängstigen.

Fördernde Faktoren einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit sind regelmäßiger Austausch und ein respektvoller Umgang miteinander, der sich durch gegenseitiges Zuhören und Ernstnehmen auszeichnet (Weller, Boyd & Cumin, 2014; Zwarenstein & Reeves, 2006). Pflegefachpersonen können die Zusammenarbeit durch eigene Beiträge fördern, indem sie ihre berufliche Kompetenz einbringen und proaktives Verhalten zeigen. Unsere Ergebnisse im Rahmen der DRG-Begleitforschung Pflege verdeutlichen, dass diese Eigenschaften erfahrenen Kolleg(inn)en zugeschrieben werden, da sie aufgrund ihrer Berufsjahre über vertiefte Kompetenzen verfügen und auf umfangreicheres Wissen zurückgreifen können (Rettke, Frei, Horlacher, Kleinknecht-Dolf, Spichiger & Spirig, 2015). Unterstützung durch Pflegefachpersonen mit mehreren Jahren Berufserfahrung ermöglicht Berufsanfängern und Berufsanfängerinnen, interprofessionelle Zusammenarbeit im Alltag als positiv zu erleben. Diese Erfahrungen zu Beginn des Berufslebens prägen die spätere Laufbahn (McGrail, Morse, Glessner & Gardner, 2008).

Als hinderliche Faktoren gelten Zeitdruck, mangelnde explizite Beschreibung der Rollen und Aufgaben der Berufsangehörigen, geringe organisatorische Unterstützung, das Fehlen klarer Führung, unterschiedliche Traditionen und Berufswerte, differierende Ziele und Prioritäten sowie Hierarchiestufen mit diskriminierenden Machtstrukturen (Martin, Ummenhofer, Manser & Spirig, 2010; Ashworth, 2000). Unzureichende interprofessionelle Zusammenarbeit löst Stress und Frustration aus, was zu kritischen Zwischenfällen wie Medikamenten- und Pflegefehlern führt. Patient(inn)en können Schaden erleiden – sogar mit tödlichen Folgen (Martin et al., 2010; Manser, 2009).

Der Pflegekontextfaktor „interprofessionelle Zusammenarbeit“ war Teil des konzeptuellen Modells der DRG-Begleitforschung Pflege (Spirig, Spichiger, Martin, Frei, Müller & Kleinknecht, 2014). Das Ziel dieser Studie ist, den Pflegekontextfaktor „interprofessionelle Zusammenarbeit“ in fünf Schweizer Spitälern aus Sicht der Pflegefachpersonen zu beschreiben. Um die im Mixed Methods-Design angestrebte Synthese der Ergebnisse zu erreichen, analysierten wir die vorhandenen quantitativen und qualitativen Daten vertieft mittels Triangulation. Nachfolgend beschreiben wir das methodische Vorgehen.

## Methode

### Design

Mixed Methods-Forschung eignet sich, um Phänomene mittels quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden vertieft zu untersuchen. Dabei ergänzen sich die bei-

den Forschungsansätze und ermöglichen durch das Zusammenführen der Resultate ein vollständigeres Bild (Creswell & Plano Clark, 2011). Wir nutzten ein sequentiell-explanatorisches Mixed Methods-Design, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en differenziert zu beschreiben.

## Quantitative Daten

An der quantitativen Querschnittstudie mittels Online-Befragung Ende 2011 beteiligten sich 2266 Pflegefachpersonen auf 204 Bettenabteilungen der fünf Akutspitäler. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 46 % (Kleinknecht-Dolf, Spichiger, Frei, Müller, Martin & Spirig, 2015). Für die Befragung zur interprofessionellen Zusammenarbeit setzten wir die deutsche Version des „Nursing Work Index Revised“ (NWI-R) ein, dessen psychometrischen Eigenschaften im Rahmen der RICH-Studie untersucht wurden (Cronbachs Alpha 0,73 für die Subskala interprofessionelle Zusammenarbeit) (Aiken & Patrician, 2000; Martin et al., 2010a; Schubert et al., 2008; Kleinknecht-Dolf et al., 2015). Die Subskala zur interprofessionellen Zusammenarbeit beinhaltet die folgenden drei Items: „Auf meiner Abteilung haben Pflegepersonen und Ärztinnen/Ärzte einen respektvollen beruflichen Umgang miteinander“, „Pflegepersonen und Ärztinnen/Ärzte arbeiten eng im Team zusammen“, „Zusammenarbeit und Austausch zwischen dem Pflegepersonal und den Ärztinnen/Ärzten sind gut“. In Form einer 4-Punkte Likert-Skala (1 = „stimme nicht zu“ bis 4 = „stimme zu“) beurteilten Pflegefachpersonen die Aussagen. Die erhobenen Daten werteten wir deskriptiv durch Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen aus. Die grafische Darstellung erfolgte in Form von Säulendiagrammen bzw. Boxplots. Zur Datenanalyse diente IBM SPSS Statistics 20.0.

## Qualitative Daten

Die qualitativen Daten zur interprofessionellen Zusammenarbeit stammten aus 20 Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 146 Teilnehmenden aus den fünf Spitälern (Rettke et al., 2015). Die 20 Fokusgruppen in vier Serien ermöglichten, die quantitativen Daten aus Sicht der Teilnehmenden zu erklären und inhaltlich zu vertiefen. Mit Fokusgruppeninterviews kann die Vielfalt der Meinungen und Einstellungen in der Gruppe erfasst werden (Rettke et al., 2015). Pro Spital fanden je vier Fokusgruppeninterviews mit jeweils sechs bis zehn Personen statt. Die freiwillige Teilnahme erfolgte mit Einverständniserklärung in vertrauensvollem Rahmen mit zwei außenstehenden Forscher(inn)en. Insgesamt engagierten sich 38 Pflegefachpersonen in der ersten Interviewserie, 37 Abteilungsleiter(innen) in der zweiten und 35 Pflegeexpert(inn)en in der dritten Serie. Teilnehmen

konnte, wer zuvor an der quantitativen Querschnittstudie beteiligt war und als Pflegefachperson mindestens zwei Jahre Berufserfahrung auf derselben Abteilung bzw. in der Funktion als Abteilungsleiter(in) oder Pflegeexperte / Pflegeexpertin hatte. Die für die Fokusgruppeninterviews entwickelten Fragen zur interprofessionellen Zusammenarbeit der Pflegefachpersonen mit dem ärztlichen Dienst basierten auf den quantitativen Resultaten Rettke et al., 2015). Die Fragen lauteten: „Was kennzeichnet eine gute Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst?“, „Welche Faktoren sind hinderlich?“, „Welche Folgen hat eine gut bzw. nicht gut funktionierende Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst?“ Nach den ersten drei Interviewserien diskutierten wir die vorläufigen Resultate in einer Reflexionsgruppe mit erfahrenen qualitativ Forschenden, um den Prozess der Datensammlung und -analyse zu überprüfen. Dabei ließen sich neue Themen generieren und ein zweiter Leitfaden entstand, um diese Themen in einer vierten Serie zu vertiefen (Spirig et al., 2014). Die Frage zur interprofessionellen Zusammenarbeit lautete: „Wie kommt es, dass in einer solchen Situation die Pflegefachperson XY ‚stopp‘ sagen kann, die Pflegefachperson YZ jedoch nicht?“ Hierzu führten wir Interviews mit je einer Fokusgruppe pro Spital durch (n = 36 Pflegefachpersonen). In den Interviews entstanden zusammenfassende Visualisierungen der Aussagen als Knowledge Maps (Pelz, Schmitt & Meis, 2004).

Bei der Datenanalyse verglichen wir jedes Original-Knowledge Map mit der entsprechenden Tonaufzeichnung des Fokusgruppeninterviews und ergänzten es, um Vollständigkeit zu gewährleisten. Anschließend werteten wir diese Maps inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring (2010) aus. Die synthetisierten Informationen der einzelnen Knowledge Maps reduzierten wir schrittweise auf ihre Kernaussagen (Rettke et al., 2015). Auf diese Weise entstand ein finales Knowledge Map.

## Triangulation der quantitativen und qualitativen Daten

Die Zusammenführung der Resultate aus verschiedenen Forschungsmethoden wird Triangulation genannt (Creswell & Plano Clark, 2011). In unserem Fall handelte es

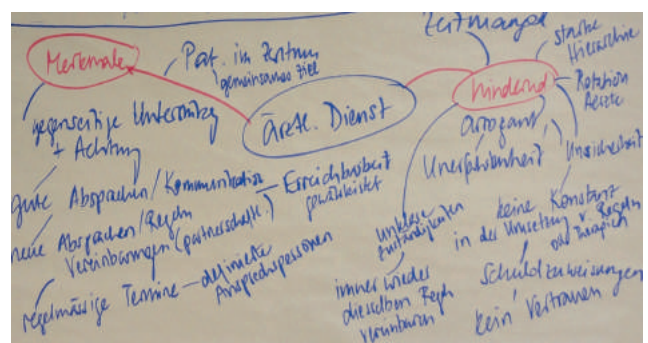


Abbildung 1. Knowledge Map.

sich um quantitative und qualitative Untersuchungsdaten. Triangulation kommt häufig zum Einsatz, um Ergebnisse auf der Basis verschiedener Forschungsmethoden zu validieren oder um ein Problem bzw. Phänomen durch verschiedene Untersuchungsperspektiven besser zu verstehen (O’Cathain, Murphy & Nicholl, 2010). Als Triangulationstechniken beschreiben O’Cathain et al. (2010) die „Mixed Methods-Matrix“, „Following a thread“ und das „Triangulationsprotokoll“. Eine „Mixed Methods-Matrix“ bietet eine integrierte Übersicht quantitativer und qualitativer Daten zu einem Thema oder zu einer Fragestellung. „Following a thread“ bedeutet, Ursprungsdaten nochmals systematisch zu sichten, nachdem keine Antwort auf eine Frage möglich war oder eine Hypothese unbestätigt blieb. Es gilt, „den Faden neu aufzunehmen“ und dies zu protokollieren. Ein „Triangulationsprotokoll“ stellt die verschiedenen quantitativen oder qualitativen Daten zu einer Fragestellung auf einer Seite dar, einschließlich einer Beurteilung hinsichtlich der Übereinstimmung, der partiellen Übereinstimmung, der fehlenden Übereinstimmung bzw. der fehlenden Erwähnung. Bei allen drei Techniken ist es wichtig, den Triangulationsprozess Schritt für Schritt nachvollziehen zu können.

Für unsere Analyse erfolgte die Triangulation mittels „Mixed Methods-Matrix“. Der Triangulationsprozess begann nach der separaten Analyse der qualitativen und quantitativen Daten. In vier Integrationsschritten entstand die finale „Meta-Matrix“.

### Integrationsschritt 1

Die beiden letztgenannten Autorinnen entwickelten ein erstes Matrixgerüst. In je einer Spalte stellten sie die quantitativen Ergebnisse sämtlicher Spitäler mit den drei Items zur interprofessionellen Zusammenarbeit dar, ergänzt durch die qualitativen Ergebnisse des Spitals 1 und die Reflexionsnotizen (siehe Tabelle 1).

Dabei ordneten sie die zusammengefassten Informationen der Knowledge Maps (Interviewserie 1–3) farblich gekennzeichnet einem der drei Items aus der quantitativen Befragung zu (blau: Pflegefachpersonen, orange: Abteilungsleiter(innen), grün: Pflegeexpert(innen)). Schriftlich ausformulierte Differenzierungskriterien für die Unterscheidung der Items 2 und 3 ermöglichten eine klare Zuordnung der Aussagen. Danach reduzierten sie die Aussagen inhaltsanalytisch (Mayring, 2010).

### Integrationsschritt 2

Die Ergänzung der Matrix durch Informationen aus den Knowledge Maps der Spitäler 2 bis 5 erfolgte in einem weiteren Integrationsschritt. Dabei arbeiteten die beiden letztgenannten Autorinnen neue, kontrastierende Elemente direkt in die Matrixspalte der reduzierten Kernaussagen des Spitals 1 ein. Entsprechend den Empfehlungen von O’Cathain et al. (2010) erstellten sie Reflexionsnotizen, um Auffälligkeiten und auftretende Fragen festzuhalten. Damit sich das Vorgehen jederzeit nachvollziehen lässt, notierten sie jeden Prozessschritt unterhalb der Matrix (siehe Tabelle 2).

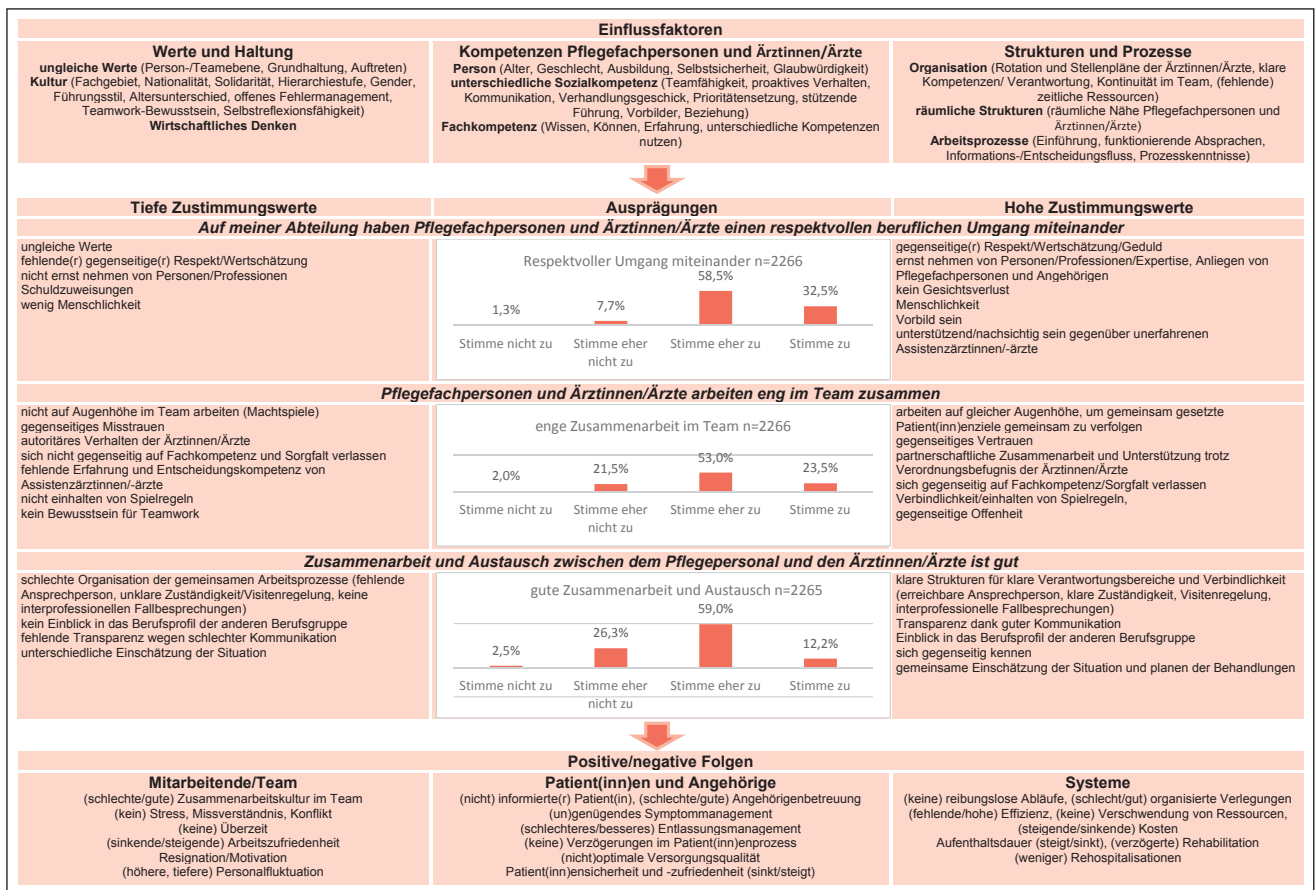


Abbildung 2. Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen – Ärztinnen/Ärzte: Integration quantitative – qualitative Daten.

**Tabelle 1.** Interprofessionelle Zusammenarbeit – Auszug Schritt 1

Fragebogenitem	Quantitative Ergebnisse	Spital 1	Reflexion
Auf meiner Abteilung haben Pflegepersonen und Ärztinnen /Ärzte einen <i>respektvollen</i> beruflichen Umgang miteinander.	Stimme nicht zu	<p>Ärztinnen /Ärzte akzeptieren Regeln und Strukturen der Abteilung;</p> <p>Wertschätzung: gegenseitiger Respekt; Anliegen der Pflegenden (und Angehörigen) werden ernst genommen;</p> <p>Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung sind personen- und fachgebietsabhängig;</p> <p>Fehlende gegenseitige Wertschätzung; (Nicht) Ernstnehmen der Person und Profession;</p> <p>(Keine) Wertschätzung; (Wenig) Menschlichkeit.</p>	<p>Gute Zusammenarbeit, wenn die Patientin / der Patient im Mittelpunkt steht und ein gemeinsames Ziel vorliegt;</p> <p>Umkehrschluss: Braucht es zwingend gute Zusammenarbeit, wenn die Patientin / der Patient im Mittelpunkt steht und ein gemeinsames Ziel vorliegt?</p> <p>Ungleichgewicht in der Zusammenarbeit: Pflege „gut organisiert“, Ärzte „schlecht organisiert“</p> <p>Die beschriebenen Folgen einer guten oder schlechten Zusammenarbeit können die quantitative Ausprägung illustrieren;</p> <p>Negative Bewertung aufgrund eines Kriteriums zieht definierte negative Folgen nach sich;</p> <p>Fehlender Einblick beeinträchtigt die Zusammenarbeit.</p>
	1.9 %		
	Stimme eher nicht zu		
	8.3 %		
Pflegepersonen und Ärztinnen /Ärzte <i>arbeiten eng im Team</i> zusammen.	Stimme nicht zu	<p>Partnerschaftliche Zusammenarbeit trotz Weisungsbefugnis versus autoritäres Verhalten der Ärztinnen /Ärzte;</p> <p>Teamkultur und Teamarbeit sollten sich ergänzen;</p> <p>Kollegialität;</p> <p>Kompetenz und Wissen;</p> <p>Unterstützung holen, falls notwendig;</p> <p>Hierarchische Struktur ist entscheidend;</p> <p>Zusammenarbeit ist sehr personen- und fachgebietsabhängig;</p> <p>(Nicht) Einhalten von Spielregeln</p> <p>(Kein) Bewusstsein für Teamwork</p> <p>(Schlechte) Organisation der jeweiligen Arbeitsprozesse;</p> <p>Sich nicht verlassen können auf die jeweilige Fachkompetenz;</p> <p>Arbeiten auf Augenhöhe;</p> <p>Gegenseitigkeit.</p>	
	1.9 %		
	Stimme eher nicht zu		
	21.3 %		
Zusammenarbeit und Austausch zwischen dem Pflegepersonal und Ärztinnen /Ärzten sind gut.	Stimme nicht zu	<p>Transparenz in beide Richtungen; Absprachen in beide Richtungen;</p> <p>Verbindlichkeit;</p> <p>Klare Strukturen zwischen Pflege und Ärztinnen /Ärzten = klare Verantwortung</p> <p>Gemeinsam hilfreiche Strukturen schaffen:</p> <p>Erreichbarkeit, (fehlende) definierte Ansprechperson, (fehlende) Kommunikation, regelmäßiger Austausch;</p> <p>Verlässlichkeit, Abmachungen einhalten;</p> <p>Zusammenarbeit ist sehr personen- und fachgebietsabhängig;</p> <p>Schlechte / gute Strukturen</p> <p>Schlechte / gute Kommunikation = Transparenz;</p> <p>(Fehlender) Einblick in das Berufsbild des anderen;</p> <p>Interdisziplinäre Fallbesprechungen;</p> <p>Visitenregeln für Ärztinnen /Ärzte und Pflegenden.</p>	
	1.9 %		
	Stimme eher nicht zu		
	26.6 %		
	Stimme eher zu		
	59.2 %		
	Stimme zu		
	12.3 %		

Interview 1: Alle Aussagen, die wir einem der Items zuordnen konnten, trugen wir in die Matrix ein  
 Wir konnten keine Aussagen einer Quantifizierung eindeutig zuordnen.  
 Aussagen zu weiterführenden Fragen, die wir keinem Item zuordnen konnten, legten wir für eine spätere Entscheidung beiseite.  
 Interview 2: Beispiel „Fronten verhärten sich“: Faktoren, die über die Bewertung eines Items entscheiden.  
 Interview 3: Analog zu 1 und 2.  
 Interview 4: Beinhaltet einen weiterführenden Schritt in der Zusammenarbeit und kommt erst zum Zug, wenn die Folgen analysiert werden.  
 Nächster Schritt: Reduktion der Matrix „Spital 1“, dann Ergebnisse der anderen Spitäler ergänzen und kontrastieren.

**Integrationschritt 3**

Die Erst- und Zweitautorin filterten alle Maps der ersten bis dritten Interviewserie nach Aussagen zu beeinflussenden Faktoren und Folgen guter bzw. schlechter Zusammen-

arbeit. Diese Aussagen bündelten sie zunächst und reduzierten bzw. verdichteten sie anschließend. Dem inhaltsanalytischen Prinzip folgend, entwickelten sie Kategorien und modifizierten sie fortlaufend (siehe Tabelle 3).

http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000551 - Tuesday, January 30, 2018 2:28:32 AM - IP Address: 212.98.41.25

Tabelle 2. Integrationsschritt 2

Items	Quantitative Werte	Alle fünf Spitäler	Reflexion
Auf meiner Abteilung haben Pflegepersonen und Ärztinnen / Ärzte einen <i>respektvollen</i> beruflichen Umgang miteinander.	Stimme nicht zu 1.9 % Stimme eher nicht zu 8.3 % Stimme eher zu 58.9 % Stimme zu 30.9 %	(Fehlender) gegenseitiger Respekt; (Fehlende) gegenseitige Wertschätzung; Ungleiche Werte; Als Vorbild Respekt vorleben (Chefärztin / Chefarzt); Ernstnehmen der Anliegen Pflegenden und Angehöriger; (Nicht) Ernstnehmen der Personen; Gesichtsverlust vermeiden; (Nicht) Ernstnehmen der Profession; (Wenig) Menschlichkeit; Schulduzuweisungen; Pflegende sind unterstützend und nachsichtig gegenüber unerfahrenen Assistenzärztinnen / Assistenzärzten; Gegenseitige Geduld; Abhängigkeit von Personen (Haltung, Auftreten) und Fachgebieten.	Gute Zusammenarbeit: wenn die Patientin / der Patient im Mittelpunkt steht und ein gemeinsames Ziel vorliegt; Umkehrschluss: braucht es zwingend gute Zusammenarbeit, wenn die Patientin / der Patient im Mittelpunkt steht und ein gemeinsames Ziel vorliegt? Ungleichgewicht in der Zusammenarbeit: Pflege „gut organisiert“, Ärztinnen / Ärzte „schlecht organisiert“? Die beschriebenen Folgen einer guten oder schlechten Zusammenarbeit können die quantitative Ausprägung illustrieren; Negative Bewertung aufgrund eines Kriteriums zieht definierte negative Folgen nach sich; Fehlender Einblick beeinträchtigt die Zusammenarbeit; Klare Strukturen = klare Verantwortung; Abhängigkeit von Person und Fachgebiet quer über alle drei Items; Neben den Folgen gibt es auch Gründe für die Einschätzung der Items, die möglicherweise noch einbezogen werden müssen (z.B. Zeitmangel / Rotation der Ärztinnen / Ärzte [Interview 2]); Gesichtsverlust vermeiden: Gesichtserhaltende Kommunikation.
Pflegepersonen und Ärztinnen / Ärzte <i>arbeiten eng im Team</i> zusammen.	Stimme nicht zu 1.9 % Stimme eher nicht zu 21.3 % Stimme eher zu 53.5 % Stimme zu 23.3 %	(Nicht) auf Augenhöhe und Hand in Hand im Team arbeiten wegen Machtspielen; Vertrauen / Misstrauen der Pflegenden in Ärztinnen / Ärzte und umgekehrt; Partnerschaftliche Zusammenarbeit trotz Weisungsbefugnis der Ärztinnen / Ärzte (gegenseitige Unterstützung, Ärztinnen / Ärzte nehmen Pflegenden etwas Kleines ab); Pflege sorgt für das Funktionieren; Autoritäres Verhalten der Ärztinnen / Ärzte; Sich nicht verlassen können auf Fachkompetenz und Sorgfalt (Beispiel: jüngere Pflegende sind weniger akzeptiert); Fehlende Erfahrung und Entscheidungskompetenz der Assistenzärztinnen / Assistenzärzte; Unterschiedliche Einschätzung der Situation durch Ärztinnen / Ärzte und Pflegende; (Schlechte) Organisation der gemeinsamen Arbeitsprozesse (Nicht) Einhalten von Spielregeln; Abhängigkeit von Personen und Fachgebieten; Kein Bewusstsein für Teamwork; Verbindlichkeit; Gegenseitige Offenheit.	
<i>Zusammenarbeit und Austausch</i> zwischen dem Pflegepersonal und Ärztinnen / Ärzten sind gut.	Stimme nicht zu 1.9 % Stimme eher nicht zu 26.6 % Stimme eher zu 59.2 % Stimme zu 12.3 %	(Keine) gemeinsamen Strukturen schaffen und verlässlich einhalten; (Fehlende) Ansprechperson ist (nicht) erreichbar und präsent, Zuständigkeit Visitenregeln, interdisziplinäre Fallbesprechungen); (Fehlende) Transparenz dank guter (schlechter) Kommunikation; (Fehlender) Einblick in Berufsbild des anderen; Abhängigkeit von Personen und Fachgebieten; Klare Strukturen zwischen Pflege und Ärztinnen / Ärzten = klare Verantwortung.	

Prozessnotizen: Reduktion der Aussagen aus den Knowledge Maps der Interviews 1 – 3.  
Interviews 1 – 3 der Spitäler 1 bis 5 sind eingearbeitet: Vorgehen analog Schritte 1 – 3.

Zur Validierung des Prozesses prüften sie die Nachvollziehbarkeit der Zuordnung, der Reduktion und der Kategorienbildung. Dabei sichteten sie erneut die

Knowledge Maps. Unklarheiten diskutierten sie im Autorinnenteam und nahmen entsprechende Präzisierungen vor.

### Integrations-schritt 4

Die entstandene Matrix entwickelten die Autorinnen in einem weiteren Integrations-schritt zu einer „Meta-Matrix“. Sie überprüften und integrierten die Resultate aus der vierten Interviewserie.

## Resultate der Triangulation

Das Gesamtresultat der Triangulation quantitativer und qualitativer Daten ist eine aussagekräftige „Meta-Matrix“ (siehe Abbildung 2). Sie zeigt, dass drei Hauptfaktoren die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en aus Sicht der Pflegefachpersonen beeinflussen: die Werte und Haltungen, die Kompetenzen der Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en sowie die Strukturen und Prozesse. Diese Einflussfaktoren sind im ersten Matrix-Abschnitt beschrieben und entstammen den qualitativen Resultaten. Abhängig von ihnen ist die im zweiten Abschnitt aufgeführte Beurteilung der Pflegefachpersonen hinsichtlich eines respektvollen beruflichen Umgangs mit Ärzt(inn)en, der Teamzusammenarbeit und des Austausches untereinander. Zur grafischen Veranschaulichung dient ein Pfeil, der den ersten mit dem zweiten Abschnitt verbindet. In der mittleren Spalte sind die quantitativen Resultate der statistischen Analyse als Balkendiagramm eingefügt. Die relative Skala der Zustimmungswerte verläuft von links nach rechts zunehmend. Die linke Spalte enthält die qualitativen Hauptaussagen der Pflegefachpersonen zu den tiefen Zustimmungswerten. Die rechte Spalte beinhaltet Aussagen zu den hohen Zustimmungswerten. Ein weiterer

Pfeil stellt eine Verbindung zum letzten Matrix-Abschnitt her. Darin sind die positiven und negativen Folgen der interprofessionellen Zusammenarbeit aus dem qualitativen Forschungsteil zusammengefasst dargestellt. Nachfolgend beschreiben wir die Resultate der einzelnen Abschnitte im Detail.

## Einflussfaktoren

### Werte und Haltungen

Aus Sicht der Pflegefachpersonen beeinflussen ungleiche Wertvorstellungen auf Personen- oder Teamebene sowie unterschiedliche Haltungen und anderes Auftreten die Qualität der Zusammenarbeit mit Ärzt(inn)en. Eine wichtige Rolle spielt zudem die Kultur, die beispielsweise durch den Führungsstil, das Fachgebiet, die Hierarchiestufe oder die Nationalität geprägt ist. Zunehmend beeinflusst auch wirtschaftliches Denken die Zusammenarbeit.

### Kompetenzen der Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en

Merkmale der Personen wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Selbstsicherheit und Glaubwürdigkeit wirken sich auf die Zusammenarbeit aus, ebenso unterschiedliche Sozialkompetenz, beispielsweise hinsichtlich der Kommunikation, der Teamfähigkeit oder des Verhandlungsgeschicks. Die Fachkompetenz der Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en zeigt sich aus Sicht der Pflegefachpersonen im Wissen, im Können und in der Erfahrung. Für die interprofessionelle Zusammenarbeit ist jedoch entscheidend, ob sich die unterschiedlichen Kompetenzen der Beteiligten im klinischen Alltag nutzen lassen.

Tabelle 3. Integrations-schritt 3

Item	Zustimmungswert	Fünf Spitäler	Einflussfaktoren	Folgen
Pflegepersonen und Ärztinnen / Ärzte <i>arbeiten eng im Team zusammen.</i>	Stimme nicht zu 1.9 % Stimme eher nicht zu 21.3 % Stimme eher zu 53.5 % Stimme zu 23.3 %	(Nicht) auf Augenhöhe Hand in Hand im Team arbeiten (wegen Machtspielen); Vertrauen / Misstrauen der Pflegenden gegenüber Ärztinnen / Ärzte und umgekehrt; Partnerschaftliche Zusammenarbeit trotz Weisungsbefugnis der Ärztinnen / Ärzte (einander unterstützen, Ärztinnen / Ärzte nehmen Pflegenden etwas Kleines ab); Pflege sorgt dafür, dass alles funktioniert; Autoritäres Verhalten der Ärztinnen / Ärzte; Sich (nicht) verlassen können auf Fachkompetenz und Sorgfalt (Beispiel: jüngere Pflegenden sind weniger akzeptiert); Fehlende Erfahrung und Entscheidungskompetenz der Assistenzärztinnen / Assistenzärzte; Unterschiedliche Einschätzung der Situation durch Ärztinnen / Ärzte und Pflegenden; (Schlechte) Organisation der gemeinsamen Arbeitsprozesse; (Nicht) Einhalten der Spielregeln; Abhängigkeit von Personen und Fachgebieten; Kein Bewusstsein für Teamwork; Verbindlichkeit; Gegenseitige Offenheit.	Wissen, Können und (fehlende) Erfahrung; Klare Kompetenzen; Kompetenzen nutzen; (Fehlende) ärztliche Führung / Einführung / Solidarität; (Fehlende) Zeit; (Fehlende) Kontinuität im Betreuungsteam.	Die Patientin bzw. der Patient steht (nicht) mit gemeinsamen Zielen im Mittelpunkt; Informierte Patientin bzw. informierter Patient; Patientensicherheit sinkt / steigt; Optimale Versorgungsqualität; Besseres Entlassungsmanagement; Aufenthaltsdauer steigt; Verzögerte Rehabilitation; Rehospitalisationen; Patientenzufriedenheit sinkt / steigt; Patienten würden eher wiederkommen; Imageverlust; Besserer Umgang mit Angehörigen; Ärger, Stress; (Ethische / moralische) Konflikte; (Schlechte / Gute) Zusammenarbeitskultur im Team; Überzeit .

http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000551 - Tuesday, January 30, 2018 2:28:32 AM - IP Address: 212.98.41.25

## Strukturen und Prozesse

Organisationselemente wie Rotation und Stellenpläne der Ärzt(inn)en, klar definierte Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie bestehende bzw. fehlende Kontinuität im Team sind weitere wichtige Einflussfaktoren. Die räumliche Nähe bzw. Distanz zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en sowie förderliche oder hinderliche Prozesse wie die Einführung neuer Ärzt(inn)en oder (nicht) funktionierende Absprachen beeinflussen ebenfalls die Zusammenarbeit.

## Ausprägungen der interprofessionellen Zusammenarbeit

### Respektvoller Umgang miteinander

32,5 % der Pflegefachpersonen bewerten ihren beruflichen Umgang mit Ärzt(inn)en als respektvoll, 58,5 % als eher respektvoll (Mittelwerte aller Antworten (MW): 3,0; Standardabweichung (SD): 0,57). Förderliche Faktoren sind gegenseitiger Respekt, Wertschätzung, Menschlichkeit und Geduld, aber auch das Ernstnehmen von Personen, Professionen, Expertisen und Anliegen von Pflegefachpersonen und Angehörigen. Wichtig sind zudem Vorbilder. Auch Nachsicht mit neuen Assistenzärzt(inn)en und deren Unterstützung stellen bedeutsame Faktoren dar. Als hinderlich erweisen sich ungleiche Werte, mangelnder gegenseitiger Respekt und fehlende Wertschätzung. Schuldzuweisungen sowie das Nichternstnehmen von Personen, Professionen, Expertisen kennzeichnen eine schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit.

### Enge Zusammenarbeit im Team

23,5 % der Pflegefachpersonen sagten aus, dass sie mit Ärzt(inn)en eng im Team zusammenarbeiten, 53 % stimmen dem eher zu (MW: 2,98; SD: 0,73). Als unterstützenden Faktor einer engen Teamkooperation nennen sie Arbeiten auf Augenhöhe, um gemeinsam gesetzte Patientenziele zu verfolgen, gegenseitiges Vertrauen, Offenheit, partnerschaftliche Zusammenarbeit trotz Verordnungsbefugnis der Ärzt(inn)en sowie das „Sich-Verlassen-Können“ auf die Fachkompetenz und die Sorgfalt in der Arbeit. 23,5 % der Befragten erlebten dies nicht so. Machtspiele, gegenseitiges Misstrauen, autoritäres Verhalten der Ärzt(inn)en, fehlendes „Sich-Verlassen-Können“ auf die Fachkompetenz und die Sorgfalt in der Arbeit, aber auch mangelnde Erfahrung bzw. Entscheidungskompetenz der Assistenzärzt(inn)en, das Nichteinhalten von Spielregeln und mangelndes Bewusstsein für Teamwork wirken sich negativ auf die interprofessionelle Zusammenarbeit aus.

### Austausch und gute Zusammenarbeit

12,2 % der Pflegefachpersonen bewerteten die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzt(inn)en als gut, 59 % stimmten dem eher zu (MW: 2,81; SD: 0,67). Unterstützend wirken klare Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche sowie Verbindlichkeit, Erreichbarkeit der ärztlichen Ansprechperson, klare Visi-

tenregeln und interprofessionelle Fallbesprechungen. Transparenz dank guter Kommunikation sowie eine gemeinsame Einschätzung der Situation und Behandlungsplanung sind wirkungsvolle Formen des Austauschs. Der Einblick in das Profil der anderen Profession und gegenseitige Kenntnisse, z. B. über Arbeitsabläufe, sind wertvoll für die Zusammenarbeit. 28,8 % der Pflegefachpersonen erlebten dies nicht so. Eine unzureichende Organisation der gemeinsamen Arbeitsprozesse, kein Einblick in das Profil der anderen Profession, fehlende Transparenz aufgrund ungenügender Kommunikation und unterschiedliche Situationseinschätzungen sind Zeichen eines fehlenden Austausches. Dadurch ergibt sich ein negativer Einfluss auf die Zusammenarbeit.

## Positive und negative Folgen

### Mitarbeitende und Teams

Eine gute bzw. schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit wirkt sich aus Sicht der Pflegefachpersonen entsprechend positiv oder negativ auf die Zusammenbeitskultur im Team aus, ebenso auf das Ausmaß des Stresserlebens, der Missverständnisse und der Konflikte sowie auf Überzeit und Arbeitszufriedenheit, die Personalfuktuationsrate und das Vorhandensein von Resignation versus Motivation.

### Patient(inn)en und Angehörige

Die Folgen einer guten bzw. schlechten interprofessionellen Zusammenarbeit für Patient(inn)en und Angehörige zeigen sich an der Patientensicherheit bzw. -zufriedenheit sowie am Informationsstand der Patient(inn)en und Angehörigen, an der Qualität der Versorgung und Angehörigenbetreuung, am Symptom- und Entlassungsmanagement und letztlich an Verzögerungen im Patientenprozess.

### Systeme

Aus der Systemperspektive wirkt sich eine gute bzw. schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit positiv bzw. negativ auf Abläufe, Verlegungen, Effizienz, Ressourcenverbrauch, Kosten, Aufenthaltsdauer, Rehabilitationszeit und die Anzahl der Rehospitalisationen aus.

## Diskussion

Mit der vorliegenden Triangulation war es möglich, quantitative und qualitative Daten der DRG-Begleitforschung Pflege zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en mit einer „Mixed Methods-Matrix“ nach O’Cathain et al. (2010) zu synthetisieren. Die Triangulation der Daten erfolgte in mehreren Integrationsschritten, die zu einer „Meta-Matrix“ führten. Diese Methode erwies sich als vorteilhaft: Unsere „Meta-Matrix“ bildet alle relevanten quantitativen und qualitativen Ergebnisse sowie ihre Zusammenhänge auf einer Sei-



te ab. In den Teilschritten war sowohl eine nochmalige Analyse als auch eine Validierung möglich, insbesondere, weil ein Team von Forscherinnen mitarbeitete. Der Triangulationsprozess umfasste eine fortlaufende Reflexion und förderte die Plausibilität bzw. Glaubwürdigkeit der Resultate, da im Zweifelsfall immer ein Rückgriff auf die Rohdaten möglich war. Wendler (2001) hebt die Wichtigkeit von Analysemeetings für die Validierung der Ergebnisse besonders hervor. In modellähnlicher Form lässt sich anhand der „Meta-Matrix“ auf einen Blick erkennen, wie groß in den teilnehmenden Spitälern der Anteil der Pflegefachpersonen ist, der die interprofessionelle Zusammenarbeit hinsichtlich der befragten Items jeweils als gut oder schlecht erlebt. Die Einflussfaktoren und Folgen sowie die Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit für Mitarbeitende, Patient(inn)en und Angehörige sowie für die Systeme aus Sicht der Pflegefachpersonen werden dadurch deutlich.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen erstmals detailliert die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegefachpersonen aus fünf Schweizer Spitälern in einer Matrix als Modell auf. Gleichzeitig bestätigen sie bisherige Studienresultate: Sämtliche förderliche (Zwarenstein & Reeves, 2006; Rettke et al., 2015) und hinderliche Einflussfaktoren (Martin et al., 2010; Ashworth, 2000) sind erwähnt. Dabei wird ersichtlich, dass Strukturen und Prozesse zwar wichtige Einflussgrößen sind, jedoch Haltungen, Werte und Kompetenzen der Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en ebenfalls zu zwei Drittel Einfluss haben. Unterschiedliche Persönlichkeiten verschiedener Kulturen mit ungleichen Werthaltungen, Denkweisen und Kompetenzen begegnen sich und arbeiten gemeinsam zielorientiert für Patient(inn)en. Die Wichtigkeit der Vorbildfunktion im Anstreben und Einfordern einer guten Teamzusammenarbeit, insbesondere auch von Führungspersonen, finden sich in unserer Studie analog zur Literatur bestätigt (Yeager, 2005; Firth-Cozens, 2001).

Pflegefachpersonen bezeichnen die interprofessionelle Zusammenarbeit in den fünf Spitälern vor der DRG-Einführung mehrheitlich als gut. Doch ein Viertel der Pflegefachpersonen erlebte die Zusammenarbeit trotz eines respektvollen Umgangs miteinander als nicht zufriedenstellend. Kritisch sehen die befragten Pflegefachpersonen die mangelnde Transparenz der Kommunikation, fehlende gemeinsame Austauschgefäße sowie mangelnde Kenntnisse des jeweils anderen Berufsbildes. Bedingt durch DRG ist eine Verdichtung des Arbeitsvolumens in beiden Professionen zu erwarten. Somit wird die interprofessionelle Zusammenarbeit vermutlich in den nächsten Jahren zusätzlich gefordert werden.

Die hier ermittelten Folgen entsprechen den Ergebnissen anderer Studien (Martin et al., 2010; Havens et al., 2010; Rosenstein & O'Daniel, 2008; Rosenstein, 2002): Gute bzw. schlechte Zusammenarbeit hat nicht nur unmittelbare Konsequenzen für die Mitarbeitenden und das Team, sondern letztlich auch für Patient(inn)en und Angehörige. Es ergeben sich auch Folgen für die Systeme, die sich direkt auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit auswir-

ken. Auffallend ist die Bedeutung der Angehörigen, die mehrmals Erwähnung finden.

Die Folgen ungenügender Zusammenarbeit sind beträchtlich und erfordern Gegenmaßnahmen. Mit einer Zusammenarbeitsvereinbarung vorerst zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en, aber danach erweitert mit anderen Professionen, könnte die geschichtlich entstandene, veraltete Form von Zusammenarbeit verabschiedet und eine effektive, patient(inn)enzentrierte Pflege erreicht werden (Reeves, van Soeren, MacMillan & Zwarenstein, 2013).

## Limitationen

Um ein vollständiges Bild der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Ärzt(inn)en und anderen Professionen zu erhalten, müssten die Sichtweisen der anderen Berufsgruppen ebenfalls untersucht werden. Dies war aufgrund der Anlage der Gesamtstudie nicht möglich, da die Fragen der Datenerhebung gezielt auf die Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Ärzteschaft ausgerichtet waren. Als potenzieller Nachteil der Methode ist das schrittweise Vorgehen der vier Autorinnen zu nennen. Bei unsorgfältiger Abstimmung oder mangelnder Diskussion birgt es die Gefahr von Datenverlust oder Interpretationsfehlern. Techniken wie die „Mixed Methods-Matrix“ sind hilfreich für die Integration der Daten, erfordern jedoch Zeit und Expertise in der Umsetzung (O’Cathain et al., 2010).

## Schlussfolgerung

Gute bzw. schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en hat aus Sicht der Pflegefachpersonen positive bzw. negative Folgen für Mitarbeitende, Patient(inn)en und Angehörige. Auch die Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Betriebs ist durch die Qualität der Zusammenarbeit betroffen. Deshalb muss vermehrt in interprofessionelle, theoriegeleitet entwickelte Konzepte investiert werden (Suter et al., 2013). Auf einen Blick sind in der „Meta-Matrix“ die relevanten Komponenten einer guten oder schlechten interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en in fünf Schweizer Spitälern sowie Ansatzpunkte zur Optimierung ersichtlich. In einer Folgestudie wäre es erforderlich, die Sicht der Ärzt(inn)en und anderer Fachpersonen zu erheben und die Matrix zu ergänzen.

Die Pflegefachpersonen haben keine Einschätzungsinstrumente erwähnt, die auf eine gezielte Förderung oder Evaluation der interprofessionellen Zusammenarbeit in der direkten Praxis schließen lassen. Es ist bekannt, dass die Förderung der Kommunikations- und Koordinationskompetenzen bei Pflegefachpersonen und Ärzt(inn)en ein besseres gegenseitiges Rollenverständnis und einen förderlichen

Wissens- bzw. Meinungsaustausch bewirkt sowie zu einer guten Informationsqualität bei Patient(inn)en führt (Anthoine, Delmas, Coutherut & Moret, 2014). Zur Einschätzung der Kommunikation eignet sich beispielsweise die validierte Skala „Communication and Sharing Information“ (CSI) (Anthoine et al., 2014). Schmalenberg et al. (2005) beschreibt folgende acht Verhaltensweisen als zusammenarbeitfördernd: „Erwartungen transparent machen“, „zuhören, ohne zu urteilen“, „offene Feedbackkultur“, „autonome Pflegepraxis“, „Kompetenzerweiterung durch Fortbildung“, „Befähigung“ und „konstruktives Konfliktmanagement“. Die Themengruppe „Interprofessionalität“ des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, 2013) hat ein Konzept für die interprofessionelle Ausbildung erarbeitet, das auf konkreten Beispielen basiert. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass solche Fördermaßnahmen gestartet werden sollten, da ein Viertel der Pflegefachpersonen die Zusammenarbeit trotz eines wertschätzenden Umgangs miteinander als nicht zufriedenstellend erlebte. Dies bestätigt der BAG-Bericht (2013), der Spitälern und stationären Institutionen empfiehlt, die Aus- und Weiterbildung interprofessionell zu gestalten sowie finanzielle, personelle und organisatorische Rahmenbedingungen sicherzustellen, die patientenzentrierte Interprofessionalität ermöglichen.

## Auftraggeber der Studie

Kantonsspital Winterthur, Solothurner Spitäler AG, Universitätsspital Basel, Inselspital Universitätsspital Bern, UniversitätsSpital Zürich

## Funding

Die DRG-Begleitforschung Pflege erhielt finanzielle Förderung durch den Schweizerischen Nationalfonds, den Käthe Zingg Schwichtenberg Fonds, die Gottfried und Julia Baninger-Rhyner Stiftung sowie die Olga Mayenfisch Stiftung.

## Dank

Die Autorinnen danken den sehr engagierten Projektgruppenmitgliedern, den teilnehmenden Spitälern sowie den vielen Pflegefachpersonen, die sich an der Befragung beteiligten. Ohne ihr unterstützendes Mitwirken wäre die Durchführung der Studie nicht möglich gewesen.

## Beiträge der einzelnen Autorinnen

Substanzieller Beitrag zu Konzeption oder Design der Arbeit: RS, ES, JM

Substanzieller Beitrag zur Erfassung, Analyse oder Interpretation der Daten: RS, ES, RM, MS  
Manuskripterstellung: MS, RS, RM  
Einschlägige kritische Überarbeitung des Manuskripts: RM, ES, JM  
Genehmigung der letzten Version des Manuskripts: RS, ES, JM, RM  
Übernahme der Verantwortung für das gesamte Manuskript: MS, RS

## Literatur

- Aiken, L. H.; Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing 7 Work Index. *Nursing Research*, 49 (3), 146 – 153.
- Anthoine, E.; Delmas, Ch.; Coutherut, J.; Moret, L. (2014). Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. *BMC Health Services Research*, 14:126. [www.biomedcentral.com/1472-6963/14/126](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/126) [28.6.16].
- Ashworth, P. (2000). Nurse-doctor relationships: conflict, competition or collaboration. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 127 – 128.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2013). Bericht der Themengruppe „Interprofessionalität“. Dialog nationale Gesundheitspolitik. Ständige Plattform von Bund und Kantonen. *Gesundheit 2020*. [www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html](http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html) [16.3.2016].
- Cowden, T. L.; Cummings, G. G. (2012). Nursing theory and concept development: a theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (7), 1646 – 1657.
- Creswell, J. W.; Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Firth-Cozens, J. (2001) Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Qualitative Health Care*, 10, 26 – 31.
- Gagliardi, A. R.; Dobrow, M. J.; Wright, F. C. (2011). How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management. Elsevier Ltd.: *Surgical Oncology* 20 (3), 146 – 154.
- Gillioz, S. (1997). Theorie und Praxis der Interdisziplinarität. *Journal SRK*, 3, 3 – 11.
- Gunnarsdóttir, S.; Clarke, S. P.; Rafferty, A. M.; Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (7), 920 – 7.
- Havens, D. S.; Vasey, J.; Gittell, J. H.; Lin, W. T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18 (8), 926 – 37.
- Kleinknecht-Dolf, M.; Spichiger, E.; Frei, I. A.; Müller, M.; Martin, J. S.; Spirig, R. (2015). Monitoring von Pflegekontextfaktoren – Erste deskriptive Studienresultate einer Querschnittserhebung der schweizerischen DRG Begleitforschung Pflege vor Einführung der SwissDRG. *Pflege*, 28 (2), 93 – 107.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143 – 151.
- Martin, J. S.; Ummenhofer, W.; Manser, T., Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140, w13062.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G.; Muck, K. (EDS), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 601 – 613.

- McGrail, K. A.; Morse, D. S.; Glessner, T.; Gardner, K. (2008). „What is found there“: Qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories. *Journal of General Internal Medicine*, 24 (2), 198 – 204.
- O’Cathain, A.; Murphy, E.; Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *British Medical Journal*, 341, c4587. doi: 10.1136/bmj.c4587
- Pelz, C.; Schmitt, A.; Meis, M. (2004). Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 5 (2).
- Reeves, S.; van Soeren, M.; MacMillan, K.; Zwarenstein, M. (2013). Medicine and nursing: a social contract to improve collaboration and patient-centred care? *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 441 – 442.
- Rettke, H.; Frei, I. A.; Horlacher, K.; Kleinknecht-Dolf, M.; Spichiger, E.; Spirig, R. (2015). Pflege im Vorfeld von SwissDRG. Erfahrungen von Pflegenden mit interprofessioneller Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitslast und Arbeitszufriedenheit. *Pflege*, 28 (3), 133 – 144.
- Rosenstein, A. H. (2002). Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102 (6), 26 – 34.
- Rosenstein, A. H.; O’Daniel, M. (2008). Managing disruptive physician behavior. Impact on staff relationships and patient care. *Neurology*, 70, 1564 – 1570.
- Schildmann, J.; Härlein, J.; Burchardi, N.; Schlögl, M.; Vollmann, J. (2006). Die Aufklärung schwer kranker Patienten im interprofessionellen Kontext: Ein Lehrprojekt für Medizinstudenten und Krankenpflegeschüler. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 23 (4), Doc67.
- Schmalenberg, C.; Kramer, M.; King, D.; Krugman, M.; Lund, Ch.; Poduska, D.; Rapp, D. (2005). Excellence through evidence securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 2. *Journal of Nursing Administration*, 35 (11), 507 – 514.
- Schubert, M.; Glass, T. R.; Clarke, S. P.; Aiken, L. H.; Schaffert-Witvliet, B.; Sloane, D. M.; De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal of Quality in Health Care*, 20(4), 227 – 237.
- Spirig, R.; Spichiger, E.; Martin, J. S.; Frei, I. A.; Müller, M.; Kleinknecht, M. (2014). Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol. *GMS German Medical Science*, 12, Doc07.
- Suter, E.; Goldman, J.; Martimianakis, T.; Chatalalsingh, C.; DeMatteo D. J.; Scott Reeves (2013). The use of systems and organizational theories in the interprofessional field: Findings from a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 27 (1), 57 – 64.
- The IDoC Group (2015). Assessing the impact of DRGs on patient care and professional practice in Switzerland (IDoC) – a potential model for monitoring and evaluating healthcare reform. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14034. doi: 10.4414/smw.2015.14034
- Weller, J.; Boyd, M.; Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in health-care. *Postgrad Med Journal*, 90, 149 – 154.
- Wendler, M. C. (2001). Triangulation using a meta-matrix. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4), 521 – 525.
- Yeager, S. (2005). Interdisciplinary collaboration: the heart and soul of healthcare. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17 (2), 143 – 8.
- Zwarenstein, M.; Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration: where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26 (1), 46 – 54.



### Marianne Schärli, MNS

Fachführung  
Medizinbereich TDR  
UniversitätsSpital Zürich  
Rämistraße 100  
8091 Zürich  
Schweiz  
marianne.schaerli@usz.ch

#### Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Die Schritte der Triangulation der qualitativen und quantitativen Daten verständlich zu beschreiben.

#### Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Betriebe sollen in Theorie geleitet entwickelte interprofessionelle Konzepte investieren.

#### Was empfehlen Sie den LeserInnen zum Weiterlesen/Vertiefen?

Suter et al. (2013) und Weller et al. (2014).

Manuskripteingang: 03.04.2016

Manuskript angenommen: 28.11.2016

Veröffentlicht online: 02.02.2017