

Restriktionen

Vor allem die Organisationsstruktur im Setting der Grundversorgung, die sich durch relativ kurze, ambulante Kontakte der Patienten zu den niedergelassenen Ärzten auszeichnet, kann hier als Gegenkraft zur Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit angesehen werden. Traditionell beschränkt sich die Rolle anderer Gesundheitsfachleute hier auf delegierte Zuarbeit bzw. Tätigwerden auf Überweisung hin. Dies resultiert aus bzw. spiegelt sich auch in den Vergütungsstrukturen, die sich ganz auf die Rolle des Arztes als zentraler Figur eingestellt haben.

Bindungskräfte

- Task Shifting ärztlicher Aufgaben mit Surplus in der psychosozialen Begleitung
- Hinreichende organisatorische Differenzierung der Sprechstunden zur sonstigen Tätigkeit
- Funktionierender Informationsloop zu den «medical experts» und Wahrnehmung der Ärzte, dass sie an Effizienz gewinnen und die Patienten positiv reagieren
- Hohes Engagement der nichtärztlichen Akteure
- Zugewinn für MPKs

Rückstellkräfte

- Genügende Anzahl von Patienten erforderlich, um eigenständige Sprechstunden organisieren zu können
- Aktuelle Vergütungsstrukturen

InHospitoOL

InHospitoOL ist eine computergestützte Anwendung, die die interprofessionelle Koordination des Spitalaustritts insbesondere von multimorbiden Patienten erleichtern soll. Drei Berufsgruppen, die Pflege, die Ärzte und der Sozialdienst tragen das je professionsspezifisch mögliche Austrittsdatum eines jeden Patienten ins Tool ein und stimmen sich zusätzlich während der täglichen Visiten über mögliche Verzögerungen (z.B. noch kein Platz für stationäre Anschlusspflege vorhanden) ab. Der Austrittsstatus wird je Berufsgruppe mit einem Ampelsystem markiert. Erst wenn die Ampeln aller drei Berufsgruppen auf Grün stehen, ist der Patient faktisch austrittsbereit.

Wie wird IPZ wirksam?

InHospitoOL ist einfach handhabbar und ersetzt bzw. komplementiert im Fall konsequenter Nutzung andere, tendenziell zeitaufwendigere Formen der Kommunikation. Diese Einfachheit gestattet die Synchronisation nicht nur unter-

schiedlicher Personen, sondern auch von Berufsgruppen, Aufgaben und deren zeitlichen Horizonten. In den Schilderungen der Befragten wird deutlich, wie InHospitoOL zu einem besseren Verständnis der Erfordernisse und Leistungen der unterschiedlichen Professionen und damit zu einer besseren interprofessionellen Zusammenarbeit führt.

Die Einfachheit des Tools ermöglicht die Synchronisation jeweils für sich hochkomplexer Arbeitsbereiche – des ärztlichen, des pflegerischen und des Sozialdienstes –, was im Effekt wiederum die weitere Ausdifferenzierung und bessere Komplexitätsverarbeitungskapazität innerhalb der beteiligten Bereiche erhöht. Die «Schönheit» des Tools besteht darin, dass diese Abstimmung ohne Zunahme der direkten, sprich: interaktionalen interprofessionellen Abhängigkeiten möglich wird. Interprofessionelle Kooperation und professionelle Profilschärfung bedingen sich in der konsequenten Anwendung von InHospitoOL wechselseitig.

Restriktionen

So einfach das Tool ist, so sehr ist es von entgegenkommenden Bedingungen abhängig. Offenbar ist InHospitoOL bei aller Praktikabilität sehr von einer hierarchischen Implementierung und kontinuierlichen Unterstützung abhängig. Nadelöhr einer gelingenden Umsetzung sind offenbar die ärztlichen Führungspersonen, die im Positiven wie im Negativen für Trickle-down-Effekte, also das «Durchsickern» von Einstellungen von oben nach unten, sorgen. Zudem bedarf es anscheinend eines nicht unerheblichen Aufwands in der praktischen und kulturellen Implementierung und im fortwährenden Präsenthalten, um die oben geschilderte Funktionalität überhaupt ins Werk zu setzen. Bei Nichtgelingen drohen interprofessionelle Fronten eher zu verhärten, wenn die Nutzung von InHospitoOL zwar erwünscht wäre, in der Praxis aber nicht gelingen will.

Bindungskräfte

- Einfache Handhabbarkeit des Tools
- Ersetzt zeitaufwendigere Formen der Kommunikation
- Effekt der Stärkung und höhere interne Komplexitätsverarbeitungskapazität der drei beteiligten Bereiche
- Stärkung der Professionalität

Rückstellkräfte

- Nadelöhr ärztliche Führungspersonen
- Möglicher kontraproduktiver Gap zwischen Versprechen und Realität