



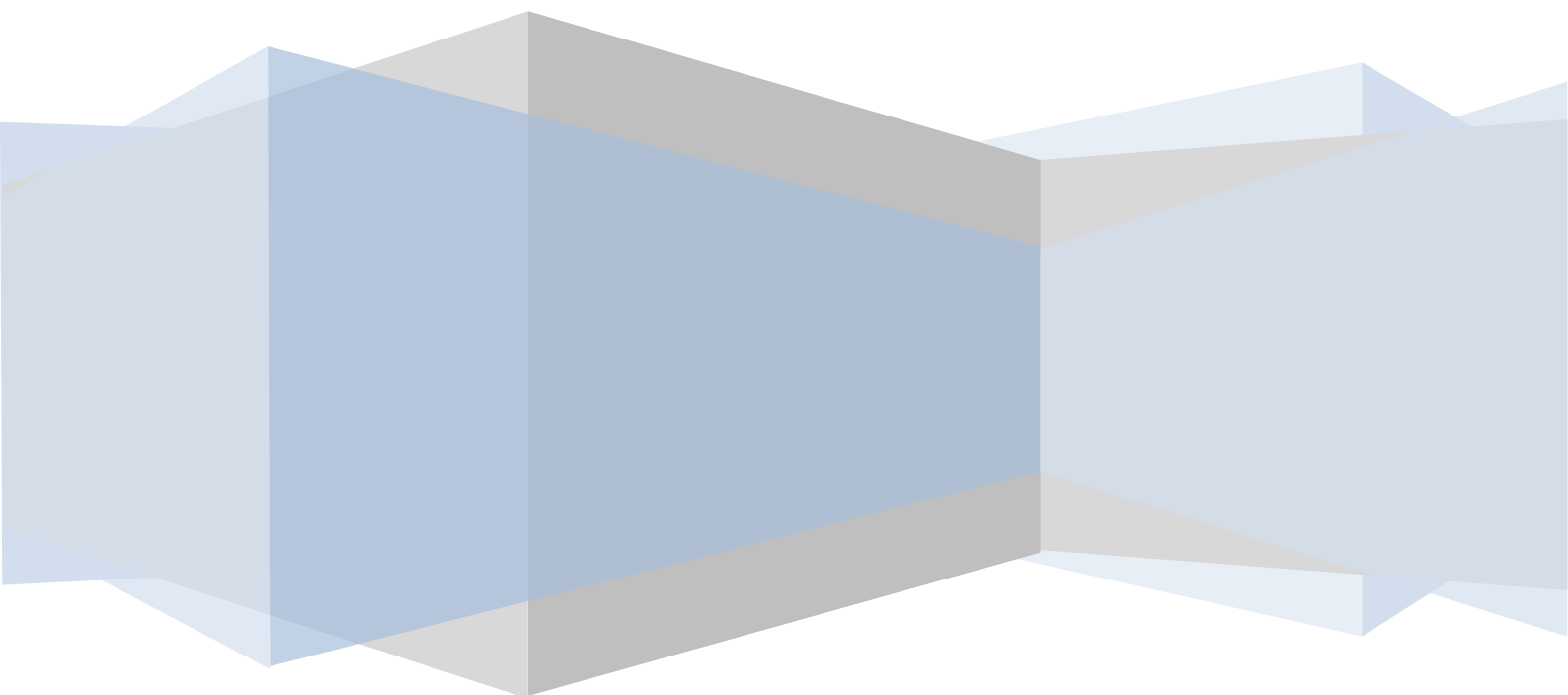
Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

dialog ständige
nationale plattform
gesundheits von bund
politik und kantonen

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad 2020

Bericht der Themengruppe «Inter- professionalität»



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis.....	2
2	Executive summary.....	4
3	Einleitung.....	7
3.1	Begriffsbestimmungen.....	7
3.1.1	Interprofessionelle Ausbildung / interprofessionelle Zusammenarbeit.....	8
3.1.2	Allgemeine und berufsspezifische Kompetenzen.....	8
3.2	Analyse des Mandats.....	9
3.2.1	Beschreibung des Endprodukts.....	11
3.2.2	Vorgesehene IPC-Modelle.....	12
3.3	Literatur.....	12
4	Der interprofessionelle Kontext in der Schweiz heute.....	13
4.1	Gesetzlicher Rahmen.....	14
4.2	Beruflicher Kontext.....	14
4.2.1	Probleme und konkrete Herausforderungen in der ambulanten Grundversorgung.....	14
4.2.2	Berufsrollen und -profile.....	17
4.3	Bildungskontext.....	17
4.4	Berufsprofile.....	19
4.4.1	Medizin.....	20
4.4.2	Pharmazie.....	21
4.4.3	Nicht-universitäre Gesundheitsberufe.....	22
4.4.4	Allgemeine Kompetenzen für die nicht-universitäre Gesundheitsberufe.....	22
4.5	Literatur.....	23
5	Interprofessionelle Berufsausübung – «Collaborative Practice».....	26
5.1	Überblick über die Fachliteratur.....	26
5.2	Faktoren einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit.....	27
5.2.1	Gemeinsame Sicht des Patienten und seines Wegs.....	27
5.2.2	Definition und Kenntnis der beruflichen Rollen.....	27
5.2.3	Organisation/Strukturierung des interprofessionellen Teams.....	28
5.2.4	Kompetenzen, Verantwortlichkeiten.....	28
5.2.5	Ausgangspunkt der IPC.....	29
5.2.6	Betreuung des Patienten auf seinem Weg durch das Gesundheitssystem.....	29
5.3	Barrieren und Grenzen für eine erfolgreiche IPC.....	30
5.4	Literatur.....	30
6	Interprofessionelle Ausbildung.....	32
6.1	Überblick über die Fachliteratur.....	32
6.2	Progressives Erlernen der Interprofessionalität.....	32
6.3	Bestandteile einer interprofessionellen Lehre.....	34
6.3.1	Werte.....	34
6.3.2	Prozesse.....	35
6.3.3	Outcomes.....	35
6.4	Wann mit der interprofessionellen Lehre beginnen?.....	36
6.4.1	Ärztliche Ausbildung.....	36
6.4.2	Ärztliche Weiterbildung.....	36
6.4.3	Ausbildung der interprofessionellen Partner.....	37
6.5	Welche Lehrmethoden verwenden?.....	37

6.6	Welche Evaluationsmethoden verwenden?	37
6.7	Barrieren und Grenzen für eine erfolgreiche IPE	38
6.8	Literatur.....	38
7	Konzept für eine Einführung in die interprofessionelle Zusammenarbeit	40
7.1	Ziele	40
7.2	Vision und allgemeine Grundsätze.....	40
7.2.1	Visionen	40
7.2.2	Zielpublikum.....	41
7.2.3	Allgemeine Grundsätze für die Entwicklung der Modelle und Module	41
7.2.4	Kompetenzmatrix.....	42
7.2.5	Umsetzung des Konzepts / von den Modellen zu den Modulen	42
7.3	Praktische Organisation der Lehre / allgemeines Portfolio	42
7.3.1	Allgemeines Portfolio.....	43
7.4	Modell 1 : Hausarztpraxis	43
7.4.1	Modul 1a	43
7.4.2	Modul 1b	44
7.4.3	Modul 1c	44
7.5	Modell 2 : Notfallsituation	44
7.5.1	Modul 2a	44
7.5.2	Modul 2b	45
7.5.3	Modul 2c	45
7.5.4	Modul 2d	45
7.6	Modell 3 : Sequenzielle IPC	45
7.6.1	Modul 3a	45
7.6.2	Modul 3b	46
7.6.3	Modul 3c	46
7.6.4	Modul 3d	46
7.7	Modell 4 : Polymorbide Patientinnen und Patienten.....	46
7.7.1	Modul 4a	46
7.7.2	Modul 4b	47
7.7.3	Modul 4c	47
7.8	Modell 5: Palliative Care.....	47
7.8.1	Modul 5a	47
7.8.2	Modul 5b	48
7.8.3	Modul 5c	48
7.9	Modell 6 : Prävention.....	48
7.9.1	Modul 6a	48
7.9.2	Modul 6b	48
7.9.3	Modul 6c	48
7.9.4	Modul 6d	49
7.10	Weitere mögliche Modelle	49
7.11	Literatur.....	49
8	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	50
9	Anhänge	52

NB: Der Bericht wurde in französischer Sprache verfasst und auf Deutsch übersetzt. Bei Bedarf, bitte die französische Version konsultieren.

2 Executive summary

During the meeting of the Platform "Future of the medical training" on the 14th of September 2011, the FOPH (Federal Office of Public Health) presented a draft mandate, previously discussed with the Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health, planning the launch of a thematic group "Interprofessionality". The majority of the Platform decided to approach the questions from the training angle. During the meeting of the 25th of January 2012, the Platform confirmed the mandate of the 14th of September 2011 within the following framework:

- base the work on the questions related to education
- develop concrete solutions that are likely to be put in place in short term, as a priority for medical training.
- occasionally associate with these works a support group and a steering group, the composition of which was defined by the Platform.

The members of the thematic group decided to develop a learning concept for interprofessional education (IPE) based on concrete examples of collaborative practice (IPC), taken from the health care models and from the chain of care of current patients or predictable in the medium term, coming mainly from ambulatory primary care, centred on the patient, orientated according to skills, based on the health problem and the journey of the patient through the health care system.

1. IPC within a primary care structure
2. IPC in an acute care team, respectively in an emergency situation
3. IPC "sequential" (ambulatory aftercare of a patient after hospital)
4. IPC in primary care medicine for polymorbid patients, under particular consideration of the "bio-psycho-social" aspects.
5. IPC in a regional network for patients in palliative care
6. IPC as preventive purpose within a primary care structure or a medico-social establishment.

Apart from the IPE training, which is a prerequisite for any IPC, it is important to gather all the tools essential to the success of a collaboration between professional health care partners. A lot of information about such tools can be found in national and international publications. The essential elements were put together as a tool-box for a global interprofessional training from the first to the sixth year of medical school, which allows the development of progressive IPE modules (early-to-late approach) which takes into account the increasing level of skills of the student(s) and learner(s).

This didactic tool should give enough leeway to the training institutions for the realisation of the IPC modules and allow them to be adapted according to the needs and the regional possibilities, or even be put in place together with the Higher education institutions or Vocational and Professional Education institutions in Health Care.

The purpose of this report is to establish a concept for an interprofessional teaching that includes recommendations regarding the skills and the training objectives common to all the professions involved in collaborative practices. It also offers methodological recommendations regarding the transmission of the training contents (interprofessional modules, learning in teams) which take into account existing mediums on the university level but also the systematic and usable mediums for the secondary and third level, as well as the various skills, responsibilities and legal provisions in force (LPMéd = medical professions act, LHES = Higher education institutions Act, LAU= University funding Act, LFPr = Vocational and Professional Education and Training Act).

These recommendations can be incorporated as part of the programmes and the objectives of the undergraduate medical education. They, however, consider the same standards as regards to the basic training of the health care professions that are led to work with them interprofessionally.

The concept in question represents the first step of a structured and coordinated introduction of the IPE in the medical studies at university and the training for health care professions. The experts of the

thematic group recommend the Platform to continue the operationalisation of this concept on a national level as part of a second mandate.

Zusammenfassung

Anlässlich der Sitzung der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» vom 14. September 2011 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein vorgängig mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) diskutiertes Projekt vorgestellt, dass die Mandatierung einer Themengruppe «Interprofessionalität» vorsah. Die Mehrheit der Plattform hat beschlossen, die Fragen der Interprofessionalität aus dem Blickwinkel der Bildung anzugehen. In der Sitzung vom 25. Januar 2012 bestätigte die Plattform das Mandat vom 14. September 2011 in folgendem Rahmen:

- Die Arbeiten sind auf Fragen der Bildung auszurichten.
- Es sind vorrangig für die ärztliche Bildung konkrete Lösungen zu entwickeln, die kurzfristig umgesetzt werden können.
- Begleitgruppen und eine Steuergruppe, deren Zusammensetzung von der Plattform bestimmt wurde, sind punktuell in die Arbeiten einzubeziehen.

Die Mitglieder der Themengruppe haben entschieden, ein Konzept für die interprofessionelle Ausbildung (IPE) auszuarbeiten, das auf konkreten Beispielen interprofessioneller Zusammenarbeit (IPC) basiert, die den heutigen und mittelfristig vorhersehbaren Versorgungsmodellen und Behandlungspfaden von Patientinnen und Patienten sowie vorwiegend der Praxis der ambulanten Grundversorgung entstammen, patientenzentriert, kompetenzenorientiert und auf das Gesundheitsproblem und den Weg der Patientin oder des Patienten durch das Gesundheitssystem ausgerichtet sind.

1. IPC in einer Einrichtung der Grundversorgung,
2. IPC in einem Team in der Akutpflege bzw. in Notfallsituationen,
3. «sequenzielle» IPC (ambulante Nachbehandlung eines aus einer Spitaleinrichtung ausgetretenen Patienten),
4. IPC in der Grundversorgung für polymorbide Patientinnen und Patienten unter spezieller Berücksichtigung bio-psycho-sozialer Aspekte,
5. IPC in einem regionalen Palliativversorgungsnetzwerk,
6. IPC zu Präventionszwecken in einer Grundversorgungs- oder einer Pflegeeinrichtung.

Neben der IPE, die eine unabdingbare Voraussetzung für die IPC darstellt, ist es wichtig, über die nötigen Instrumente für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern zu verfügen. Zahlreiche Informationen dazu finden sich in internationalen und nationalen Publikationen. Die wichtigsten Elemente wurden in Form einer Toolbox für eine umfassende interprofessionelle Lehre vom ersten bis zum sechsten Jahr des Medizinstudiums zusammengefasst, mit der progressive IPE-Module entwickelt werden können (early-to-late approach), die dem steigenden Kompetenzniveau der Studierenden Rechnung trägt.

Dieses didaktische Instrument soll den Bildungseinrichtungen genügend Freiheit bei der Umsetzung der IPC-Module lassen, sodass sie sie nach den regionalen Bedürfnissen und Möglichkeiten anpassen oder sogar mit anderen Hochschulen oder höheren Fachschulen für Gesundheitsberufe gemeinsam anbieten können.

Ziel dieses Berichts ist es, ein Konzept für die interprofessionelle Lehre zu erstellen, welches Empfehlungen bezüglich Kompetenzen und Ausbildungsziele beinhaltet, die allen an einer IPC beteiligten Berufe gemeinsam sind. Es werden auch methodische Empfehlungen hinsichtlich der Vermittlung der Ausbildungsinhalte gegeben (interprofessionelle Module, Lernen im Team), die den auf universitärer Stufe bestehenden Unterlagen, aber auch der Systematik und den Unterlagen für die Sekundär- und die Tertiärstufe sowie den verschiedenen Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und geltenden gesetzlichen Vorschriften (MedBG, FHSG, BBG usw.) Rechnung tragen.

Die Empfehlungen können in die bestehenden Programme und Lernziele der ärztlichen Ausbildung integriert werden. Sie berücksichtigen ausserdem dieselben Kriterien im Bereich der Ausbildung der Gesundheitsberufe, die mit den Ärztinnen und Ärzten interprofessionell zusammenarbeiten sollen.

Das vorliegende Konzept stellt eine erste Etappe der strukturierten und koordinierten Einführung der Interprofessionalität in der ärztlichen Ausbildung und der Ausbildung der Gesundheitsberufe dar. Die Expertinnen und Experten der Themengruppe empfehlen der Plattform, die Umsetzung des Konzeptes im Rahmen eines zweiten Mandats auf nationaler Ebene weiterzuverfolgen.

3 Einleitung

Im September 2010 wurde im Auftrag des Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik (NGP) die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» lanciert. Diese umfasst Vertreterinnen und Vertreter von sechzehn nationalen Organisationen der ärztlichen Bildung. Anlässlich der Sitzung vom 14. September 2011 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein vorgängig mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) diskutiertes Projekt vorgestellt, dass die Mandatierung einer **Themengruppe «Interprofessionalität»** vorsah.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben lange darüber diskutiert, welchem von zwei Hauptthemen Priorität eingeräumt werden soll: Bildungsfragen (interprofessionelle Module, gemeinsame Kompetenzen usw.) oder der künftigen Aufteilung von Aufgaben und Kompetenzen zwischen den Gesundheitsberufen (*skill mix / grade mix*).

Die Zusammensetzung der Themengruppe war ebenfalls Gegenstand der Diskussion, und dabei insbesondere der Anteil der Vertreterinnen und Vertreter aus Bildung und Praxis, die Notwendigkeit der Vertretung aller Regionen, der Einbezug der direktbetroffenen Kreise (Medizinstudierende, Lernende in den anderen Gesundheitsberufen) und die Vertretung bestimmter Gesundheitsberufe (z. B. medizinisch-technisches Personal). Bezüglich Zusammensetzung der Themen- bzw Begleitgruppen, siehe Anhang 2).

Die Plattform hat schliesslich beschlossen, die Fragen der Interprofessionalität aus dem Blickwinkel der ärztlichen Bildung anzugehen. Das BAG wurde daraufhin beauftragt, die geplante Ausrichtung des Mandats nochmals zu prüfen, dieses sodann zu präzisieren und einen neuen Vorschlag zur Zusammensetzung der Themengruppe vorzulegen.

An einer gemeinsamen Sitzung am 26. Oktober 2011

haben das BAG und die GDK versucht, einen Vorschlag auszuarbeiten, der die verschiedenen geäusserten Forderungen berücksichtigte, namentlich den Einbezug der Bildungs- wie auch der Praxisseite, die Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen, den Einbezug der Personen, welche die Ausbildung absolvieren, eine gleichmässige geografische Vertretung usw. Gleichzeitig war auch auf eine angemessene Gruppengrösse zu achten, die ein effizientes Arbeiten nicht verunmöglichen würde.

Der ausgearbeitete Vorschlag wurde den Mitgliedern der Plattform am 10. November 2011 zur Stellungnahme unterbreitet. Die designierten Verantwortlichen der Themengruppe, Nadine Facchinetti und Olivier Glardon, werteten die Antworten aus und passten Struktur und Zusammensetzung der Gruppe entsprechend an. Zudem wurde ein Konzept erarbeitet, welches das Mandat präziserte. Das Ziel war, einen Kompromiss zu finden, mit dem alle Parteien einverstanden waren, sodass die Arbeiten unverzüglich beginnen konnten.

In der Sitzung vom 25. Januar 2012 bestätigte die Plattform das Mandat vom 14. September 2011 mit folgenden Präzisierungen:

- **Die Themengruppe richtet ihre Arbeit klar auf Fragen der Bildung aus und nicht auf Fragen der Gesundheitspolitik.**
- **Sie verfolgt das Ziel, vorrangig für die ärztliche Bildung konkrete Lösungen zu entwickeln, die kurzfristig umgesetzt werden können.**
- **Dazu bezieht sie in ihre Arbeit punktuell Begleitgruppen und eine Steuergruppe ein, deren Zusammensetzung von der Plattform bestimmt wurde.**

3.1 Begriffsbestimmungen

Der Begriff der **Interprofessionalität** umfasst zwei komplementäre Aspekte (WHO 2010): die **interprofessionelle Ausbildung** (Interprofessional Education, IPE), die zu einer patientenzentrierten «**Collaborative Practice**» oder **interprofessionellen Zusammenarbeit** (Interprofessional Collaboration, IPC) führt.

Der Begriff der **Interdisziplinarität** definiert eine Zusammenarbeit, bei der die Partner denselben Beruf haben (z. B. Ärzte verschiedener Fachrichtungen). Wir haben bei der Entwicklung der IPC-Modelle und -Module nicht zwischen Interprofessionalität und Interdisziplinarität unterschieden, da sich unsere Vorschläge in erster Linie an Studierende in der universitären Ausbildung richten, und nicht an Personen, die sich in einer Fachrichtung weiterbilden.

3.1.1 Interprofessionelle Ausbildung / interprofessionelle Zusammenarbeit

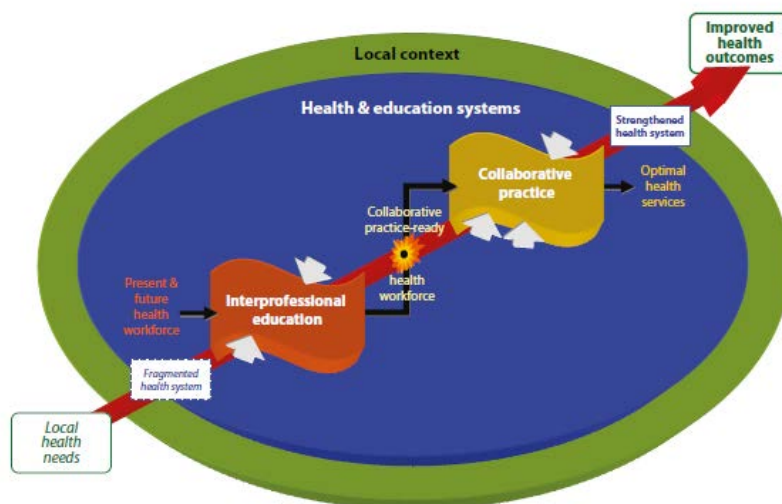
Gemäss der Definition des «Centre for the Advancement of Interprofessional Education» im Vereinigten Königreich (CAIPE 1997 und 2006)¹ ist **interprofessionelle Ausbildung** (*Interprofessional Education, IPE*), wenn zwei oder mehr Berufe miteinander, voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Diese Etappe ist nötig, um die Gesundheitsfachpersonen auf eine «Collaborative Practice» vorzubereiten, die am besten die lokalen Gesundheitsbedürfnisse abdecken kann (**collaborative practice-ready health workforces**, Abb. 1).

Von **interprofessioneller Zusammenarbeit** (Interprofessional Collaboration, IPC) spricht man gemäss internationaler Definition, wenn mehrere Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichem beruflichem 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.

Interprofessionalität darf nicht mit der *Bündelung* von Kompetenzen oder bestimmter Ausbildungselemente verwechselt werden. Im ersten Fall ist die **Interaktion zwischen den Fachleuten** (die eine Definition der Rollen und die Anerkennung/Akzeptanz der jeweiligen Kompetenzen voraussetzt) entscheidend. Nur dadurch kann das gesetzte Ziel – die Erfüllung der **Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten** – erreicht werden. Im zweiten Fall stellt jede Fachperson ihre Kompetenzen in den Dienst der Gruppe, die Interaktion ist aber nicht das zentrale Element der Zusammenarbeit. Es handelt sich hierbei um eine abgeschwächte Form der IPC, die wir im vorliegenden Konzept nicht berücksichtigen werden.

Abbildung 1: interprofessioneller Kontext der Medizinal- und Gesundheitsberufe



3.1.2 Allgemeine und berufsspezifische Kompetenzen

Der Begriff der **Kompetenz** wird im interprofessionellen Zusammenhang häufig verwendet und es gibt

¹ <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>

zahlreiche Definitionen dafür². Für das vorliegende Konzept wurden als Reflexionsgrundlage die Definitionen von Sottas (2010), Frank et al. (2010) und der Canadian Interprofessional Health collaborative (2010) herangezogen:

- *Allgemeine Kompetenzen*: Diese Kompetenzen, auch *nichtspezifische Kompetenzen*, *Querschnittskompetenzen* genannt, charakterisieren das professionelle Handeln in sieben Rollen nach dem CanMEDS-Modell³. Sie dienen als allgemeine Lernziele (SCLO II für die Medizinalberufe⁴, Abschlusskompetenzen für die Fachhochschul-Gesundheitsberufe) und sind allen Berufen gemeinsam. Sie entsprechen den Erwartungen der Behörden an die Fachleute, die ihren Beruf auf einem bestimmten Gebiet ausüben (Medizin, Gesundheit, soziale Arbeit), und gelten für alle reglementierten Berufe. **Die Integration in ein interprofessionelles Team setzt demzufolge nicht nur voraus, dass man diese Kompetenzen vorgängig erworben hat, sondern auch, dass man seine berufliche Tätigkeit an die Funktion oder die Rolle anpasst, die einem in der Gruppe zugeteilt wird oder die man dort übernimmt.**
- *(Berufs-)spezifische Kompetenzen (auch exklusive Kompetenzen genannt)*: Diese Kompetenzen wurden gemäss den international und national etablierten Standards festgelegt und definieren die Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten bei Abschluss auf der betrachteten Stufe (auch «Day-1 Competencies» genannt). Sie bestimmen im Wesentlichen den Umfang des professionellen Handelns.
- *Schlüsselkompetenzen oder Schlüsselqualifikationen*: so werden erwerbbar allgemeine Fähigkeiten genannt (sowohl aus dem kognitiven als aus dem affektiven Bereich), die zum Handeln befähigen und einen kompetenten Umgang mit fachlichem Wissen ermöglichen sollen. Die Schlüsselkompetenzen werden in Unterkategorien unterteilt wie Personal- oder Selbstkompetenz = learning to be (z. B. Ethik), Handlungskompetenz (ergebnisorientiertes Handeln = learning to do), Sozial- und Kommunikativen Kompetenzen (Learning to live together = z.B. Teamfähigkeit, Kommunikation, Problemlösungsfähigkeit, Dialogfähigkeit) sowie Methoden- und Medienkompetenzen = Learning to know. Im nationalen Referenzrahmen der Kompetenzen für die Interprofessionalität (CIHC 2010), werden sechs Kompetenzbereiche hervorgehoben: interpersonelle Kommunikation, patientenzentrierte Pflege, Rollendefinition, Teamwork, gemeinsame Entscheidungsfindung, Lösung von interprofessionellen Konflikten.

Im vorliegenden Konzept wird keine Priorisierung oder Bewertung der während der IPE zu erwerbenden Kompetenzen für die verschiedenen Berufe vorgenommen. Die Mitglieder der Themengruppe waren der Auffassung, dass dieser Aspekt der IPE/IPC von den wesentlichen Merkmalen der einzelnen IPE-Ausbildungsmodule abhängt. Die Leiterinnen und Leiter der Schulen und Fakultäten werden im Rahmen der Entwicklung solcher Module auf der Basis der sechs vorgeschlagenen Versorgungsmodelle auch die Ziele und Prioritäten entsprechend ihrem eigenen IPE-Konzept bestimmen.

3.2 Analyse des Mandats

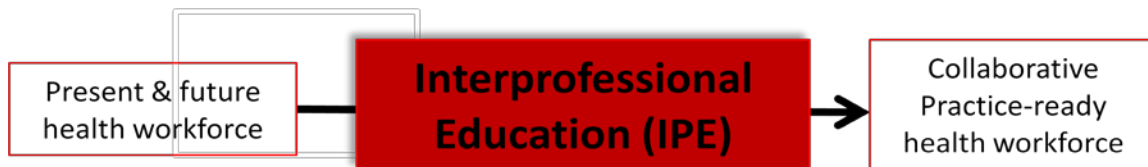
An ihrer ersten Sitzung hat die Themengruppe das von der Plattform festgelegte Mandat analysiert und dabei festgestellt, dass der Auftragsrahmen den von der WHO (2010) festgelegten Kriterien für die interprofessionelle Lehre (Interprofessional Education) entspricht. So soll nämlich der Erwerb der Kompetenzen gefördert werden, die für ein adäquates professionelles Handeln als **«collaborative practice-ready health workforce»** (Abb. 2) nötig sind. Es geht also um eine Einführung in die IPC als (dem beruflichen Profil und der beruflichen Rolle entsprechende) individuelle und kollektive (interprofessionelles Team, Versorgungsnetz usw.) berufliche Verhaltensweise (Davies et al. 2011).

Abbildung 2: interprofessionelle Ausbildung

² <http://australie.uco.fr/~cbourles/OPTION/Competences/Comptran.htm>

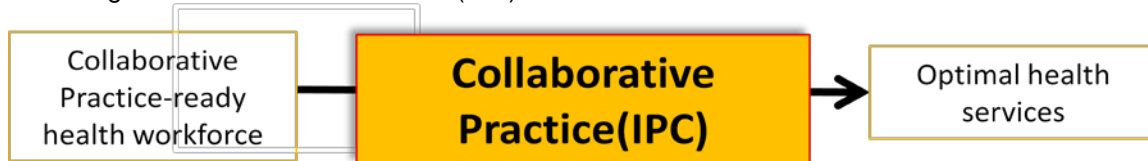
³ CanMEDS-Modelle; <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>

⁴ SCLO, Swiss Catalogue of Learning Objectives; <http://scllo.smifk.ch/>



Der Erwerb der Kompetenzen, die für die Erbringung einer optimalen Versorgung im Rahmen einer «Collaborative Practice» nötig sind (Abb. 3), ist eine zweite Etappe, die in einem weiteren Mandat aufgegriffen werden müsste. Allerdings spricht nichts dagegen, IPC-Modelle zu verwenden, um die zu entwickelnden Module für die interprofessionelle Lehre zu veranschaulichen. In diesem Sinne wurde das vorliegende Konzept erarbeitet.

Abbildung 3: «Collaborative Practice» (IPC)



Die Mitglieder der Themengruppe gelangten einstimmig zum Schluss, dass die Ziele erreicht würden, wenn die Themengruppe (nach Anhörung der Begleitgruppen und der Steuergruppe) wie folgt vorgehen kann:

- Vorlegen eines konkreten Vorschlags für die Einführung der IPE auf Stufe Universität⁵ (= «Endprodukt» der Themengruppe), der die interprofessionelle Realität und die interprofessionellen Bedürfnisse und Anforderungen des heutigen und künftigen Schweizer Gesundheitssystems abbildet; Ziel ist dabei nicht, die Grundprinzipien und die Theorie der interprofessionellen Lehre und Zusammenarbeit im Allgemeinen darzulegen (D'Amour et al. 2008), sondern die Prinzipien, die die Entwicklung oder Stärkung der für eine gute IPC erforderlichen Kompetenzen während der Ausbildung ermöglichen;
- Formulierung von Empfehlungen zuhanden der Fakultäten hinsichtlich der Einführung von IPE-Modulen in der ärztlichen Ausbildung und deren Koordination mit der IPE/IPC-Ausbildung der anderen Gesundheitsberufe;
- Ausarbeitung einer Liste mit Vorschlägen (zuhanden der Plattform) für die Fortsetzung der Arbeiten zum Thema IPE/IPC in der Schweiz und in der internationalen Zusammenarbeit (insbesondere IPE in der Weiterbildung für Medizinalberufe).

Zu diesem Zweck wurde entschieden, **ein IPE-Konzept auszuarbeiten, das auf konkreten Beispielen basiert**. Diese entstammen den heutigen und mittelfristig vorhersehbaren Versorgungsmodellen und Behandlungspfaden von Patientinnen und Patienten, so wie sie im Bericht von GDK und BAG⁶ beschrieben wurden.

Die Expertinnen und Experten der Themengruppe haben sich darum bemüht, die wichtigsten Kompetenzen, die für eine interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich sind, zu definieren und zu berücksichtigen, indem sie sie auf die verschiedenen IPC-Versorgungsmodelle und -Module aufteilten (siehe Anhang 3, allgemeines Portfolio, Kompetenzmatrix).

Die Arbeit wurde vorwiegend auf die **ambulante Grundversorgung** und auf die Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich ausgerichtet. Die Ausbildung zur IPC im stationären Be-

⁵ Im nicht universitären Ausbildungskontext werden die Ausdrücke „Ausbildung“ durch „formaler Bildung“ bzw. „Weiterbildung“ durch „nicht formaler Bildung“ ersetzt.

⁶ cf. Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung», GDK, 2011, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/MMtlg/BT_Versmod_pub_20120402_d.pdf

reich erfordert nämlich neben den nichtspezifischen und Querschnittskompetenzen, die bereits in diesem Konzept berücksichtigt sind, spezifische und methodische Kompetenzen, mit denen die Studierenden in der Regel erst während ihrer klinischen Praktika und vor allem im Rahmen ihrer Weiterbildung in Berührung kommen. Auch gehört in diesem Zusammenhang die Frage der Übernahme von Entscheidungsverantwortungen, deren Besprechung ein Mindestmass an Expertise verlangt.

Die IPC wird ausserdem stark durch Weisungen und Verfahren zur Qualitätssicherung beeinflusst, die in den verschiedenen Spital- und Pflegeeinrichtungen aufgestellt werden. Sich im Rahmen dieses Mandats damit auseinanderzusetzen, wäre deshalb verfrüht.

Zudem wurde es vorgezogen, die IPC-Modelle und -Module auf die Bachelor-/Masterstufe für die Studierenden der Medizin und auf die Bachelorstufe für die Bildungsgänge an den Fachhochschulen bzw. auf die Stufe des berufsbefähigenden Diploms für die Bildungsgänge an den höheren Fachschulen auszurichten (Fokus Tertiärstufe mit ad hoc Einbezug von interprofessionell tätigen Gesundheitsfachpersonen⁷).

Die Mitglieder der Themengruppe haben Kenntnis davon, dass für verschiedene Gesundheitsberufe Masterstudiengänge oder Advanced-Practice-Studiengänge⁸ (BBT 2012; Delamaire et al. 2010) beziehungsweise Konzepte für einen Direktzugang der Patientinnen und Patienten zu bestimmten Gesundheitsberufen (z. B. Physiotherapie)⁹ existieren oder in Vorbereitung sind. Die Modellvorschläge tragen dem implizit Rechnung, sodass eine Anpassung an die Bedürfnisse der Fakultäten und Schulen einfach möglich ist. Jedoch war man der Auffassung, dass es sich hierbei mehr um eine Frage des beruflichen Tätigkeitsfelds als eine Frage des Erlernens der Interprofessionalität handelt, die in diesem Sinne nicht unter das Mandat fällt und für die Einführung in die IPC auch keinen wirklichen Mehrwert bringt. Die Themengruppe empfiehlt dennoch, diese Problematik in einer zweiten Etappe der Umsetzung des nationalen IPE/IPC-Konzepts zu berücksichtigen. Die Überlegungen der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsberufegesetz (GesBG/LPSan, in Vorbereitung bei SBFI und BAG) und diejenigen der jeweiligen Berufsverbände^{10,11} könnten dann ebenfalls als Grundlage für ein solches Konzept dienen.

3.2.1 Beschreibung des Endprodukts

Vor diesem Hintergrund wurde vereinbart, dass die Themengruppe die Ergebnisse ihrer Arbeit in Form von drei Dokumenten vorlegen würde:

- Vorschlag für IPC-Modelle und -Module (siehe Anhänge 4–9), die vorwiegend aus der Praxis der ambulanten Grundversorgung stammen, **patientenzentriert, kompetenzenorientiert und auf das Gesundheitsproblem und den Weg der Patientin oder des Patienten durch das Gesundheitssystem ausgerichtet sind** und mit denen die charakteristischen Elemente der interprofessionellen Arbeit (Kompetenzen, erwartete Resultate, interagierende Berufe, Kommunikation, Koordination/Steuerung/Verlauf der Versorgung usw.) aufgegriffen, verstanden und geschult werden können. Diese Modelle berücksichtigen sowohl den **Pflegepfad** und den **Behandlungspfad** als auch die wichtigsten Möglichkeiten des **Eintritts in das Gesundheitssystem**.
- Vorschlag einer Toolbox für eine umfassende interprofessionelle Lehre vom ersten bis zum sechsten Jahr des Medizinstudiums (siehe Kapitel 5 und Anhang 3, allgemeines IPE-Portfolio), mit der IPE-Module entwickelt werden können (early-to-late approach¹²), die dem steigenden Kompetenzniveau der Studierenden Rechnung trägt. Dieses didaktische Instrument soll den Bildungseinrichtungen genügend Freiheit bei der Umsetzung der IPC-Module lassen, sodass sie sie nach den regionalen Bedürfnissen und Möglichkeiten anpassen oder mit anderen Hochschulen oder höheren Fachschulen für Gesundheitsberufe gemeinsam anbieten können.

⁷ Bezüglich MPA, siehe <http://www.odamed.ch>

⁸ <http://swiss-anp.ch/w/pages/de/aktuell.php>

⁹ http://www.zhaw.ch/fileadmin/php_includes/popup/projekt-detail.php?projektnr=1086

¹⁰ <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/0default/frameset.htm?webseiten/deutsch/0default/aktuell.htm>

¹¹ <http://swiss-anp.ch/w/media/Aktuelles/Positionspapier-ANP-DBfK-OeGKV-SBK-2013-final.pdf>

¹² http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_93.pdf (in englischer Sprache)

- Vorschlag eines nationalen IPC/IPE-Konzepts (Kapitel 7), das als Referenz dient für eine weitergehende Reflexion über eine künftige IPC im Rahmen der Entwicklung der Versorgungspraktiken und für die dadurch nötig werdende Weiterentwicklung der IPE.

3.2.2 Vorgesehene IPC-Modelle

Das ursprünglich der Plattform vorgeschlagene Konzept sah die Ausarbeitung von fünf Versorgungsmodellen vor. Angeregt durch die Diskussionen in der Gruppe und mit den eingeladenen Expertinnen und Experten wurde ein sechstes Modell im Bereich der Prävention hinzugefügt. Dieses hat den Vorteil, dass es auch wichtige Elemente der öffentlichen Gesundheit berücksichtigt, die für die Studierenden der unteren Semester unmittelbar zugänglich sind, was die Verteilung der IPE auf die Bachelor- und Masterjahre des Studiums vereinfacht.

Folgende Hauptthemen wurden gewählt:

1. IPC in einer Einrichtung der Grundversorgung auf verschiedenen Ebenen (Einzelpraxis, Gruppenpraxis, gemeinschaftliche Gesundheitsleistungen),
2. IPC in einem Team in der Akutpflege bzw. in Notfallsituationen,
3. «sequenzielle» IPC für die ambulante Nachbehandlung eines Patienten, der kürzlich aus einer Spitaleinrichtung ausgetreten ist (Rehabilitation, psychosoziale Unterstützung usw.),
4. IPC in der Grundversorgung für polymorbide Patientinnen und Patienten, die eine chronische Betreuung benötigen und kurz- oder mittelfristig in einer Pflegeeinrichtung untergebracht werden müssen, unter spezieller Berücksichtigung bio-psycho-sozialer Aspekte,
5. IPC in einem regionalen Palliativversorgungsnetzwerk,
6. IPC zu Präventionszwecken in einer Einrichtung der Grundversorgung oder einer Pflegeeinrichtung.

3.3 Literatur

- BBT (2012), Masterplan « Formation aux professions des soins » - rapport intermédiaire.
- Canadian Interprofessional Health collaborative (2010), Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, Internet : www.cihc.ca
- D'Amour D., Goulet L., Labadie J.-F., San Martin-Rodriguez L., Pineault R. (2008), A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations, *MBC Health Service Research*, 8:188-201.
- Davies K., Harrison K., Clouder D.L., Gilchrist M., McFarland L., Earland J. (2011), Making the transition from physiotherapy student to interprofessional team member , *Physiotherapy* 97(2):139-44.
- Delamaire M.-L., Lafortune G. (2010), Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries, *OECD Health Working Paper No 54, DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5*.
- Frank J.R. et al. (2010), Competency based medical education, *Med Teach*, 32(8) :638-645
- Sottas B. (2010), Les compétences génériques et les compétences spécifiques – rapport intermédiaire du projet « Compétences finales des professions de la santé HES », 10^{ème} Journée de travail Professions de santé : quelles formations pour quel besoin ?, Workshop No 5.
- Sottas B. (2011), Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption, *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28(1):Doc 11.
- WHO (2010), Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.

4 Der interprofessionelle Kontext in der Schweiz heute

Die Lancet-Kommission¹³ hat kürzlich eine Forderung übernommen, die bereits 1973 von der WHO erhoben wurde: mehr Interprofessionalität in der Medizin. Um dies zu erreichen, muss nicht nur die IPE gefördert und gegen die Abkapselung der einzelnen Berufe gekämpft werden, sondern es gilt, überall wo möglich und sinnvoll Teams ohne Hierarchien zusammenzustellen, die nach dem Prinzip der IPC zusammenarbeiten.

Abbildung 4: Interaktion zwischen IPE, IPC und Versorgungsqualität



Um eine wirksame und effiziente Versorgung sicherzustellen, die den Bedürfnissen und den Erwartungen heutiger und künftiger Patientinnen und Patienten entspricht, müssen alle beteiligten Akteure **Teamfähigkeit, gute Kenntnis der Rollen der anderen Berufe** und eine **positive Einstellung gegenüber allen Mitgliedern eines pluridisziplinären Teams** unter Beweis stellen (Hammick et al. 2009). Hier kann nicht einfach improvisiert werden, vielmehr sind den Studierenden an den Universitäten und Fachhochschulen neben den Fachkenntnissen besondere allgemeine Kompetenzen¹⁴ mitzugeben (Frenk et al. 2010).

Der Informationsaustausch und das gemeinsame Treffen medizinischer Entscheidungen können nur Wirklichkeit werden, wenn sie interprofessionell gelernt und regelmässig praktiziert werden. Hierin liegt die Herausforderung der Interprofessionalität, und sie ist umso schwieriger zu bewältigen, als bislang – trotz zahlreicher Publikationen zum Thema – bis vor Kurzem Belege in höheren Evidenzklassen fehlen, welche die Vorteile wissenschaftlich untermauern, die sämtliche interprofessionell arbeitenden Fachleute empirisch feststellen (Verbesserung der Arbeits- und der Versorgungsqualität, Aufwertung des Berufs, persönliche Motivation, Verbesserung der Kontakte mit den Patientinnen und Patienten, Vereinfachung der Abläufe usw.).

Nichtsdestoweniger werden sich die Denkweisen und die Gewohnheiten ohne Planung einer interprofessionellen Lehre zur «Collaborative Practice», die auf einer **gemeinsamen evidence-based Vision der Interprofessionalität abstützt und in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe beginnt**, nicht ändern (Olenick et al. 2013).

Um dies zu erreichen, wäre eine Bedarfsanalyse und eine evidenzbasierte Definition der Vor- und Nachteile von IPC und IPE sinnvoll. Das bedeutet, dass die Veränderungen im Arbeitsalltag aller Gesundheitsberufe identifiziert, diskutiert und mit gemeinsamen Konzepten erfasst werden sollten.

Dem Mandat der Plattform entsprechend wurde diese Frage, die in den Kapiteln 5 und 6 genauer ausgeleuchtet wird, indirekt angegangen, nämlich durch die Entwicklung von sechs Versorgungsmodellen und die vorgängigen Diskussionen.

¹³ Die «Lancet-Kommission» ist eine unabhängige internationale wissenschaftliche Kommission, die von der renommierten Fachzeitschrift «The Lancet» ins Leben gerufen wurde. Sie hat den Auftrag, eine Standortbestimmung zur ärztlichen Ausbildung im 21. Jahrhundert vorzunehmen.

¹⁴ Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice, Interprofessional Education Collaborative, May 2011, <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipcreport.pdf>.

4.1 Gesetzlicher Rahmen

In der Schweiz unterstreichen das Medizinalberufegesetz (MedBG, Art. 4 Abs. 2 Bst. c und f, Art. 6 Abs. 1 Bst. d und f, Art. 7 Bst. a und c, Art. 8 Bst. d, e, f und g) und das geplante Gesundheitsberufegesetz (GesBG) die Wichtigkeit einer interprofessionell ausgerichteten Ausbildung.

Das MedBG hält fest, dass die Aus- und Weiterbildung künftige Ärztinnen und Ärzte dazu befähigen muss, mit Angehörigen anderer Berufe zusammenzuarbeiten und adäquat und zielgerichtet zu kommunizieren (Ayer et al. 2009).

Die dazu erforderlichen Kompetenzen (Organisations- und Kooperationsfähigkeit, transdisziplinäre Kenntnisse, Delegationsfähigkeit, Kompetenz, ein interprofessionelles Netzwerk zu bilden oder zu aktivieren usw.) sollten gleichzeitig mit der Erweiterung der spezifischen Berufskompetenzen nach und nach erworben werden.

Ein Teil der allgemeinen Ziele „general objectives“ und der «Problems as starting points for training» des Swiss Catalog of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training (SCLO II, 2008)¹⁵ trägt diesen Anforderungen Rechnung. Leider werden sie aber noch lange nicht überall angewendet und sind auch nicht Gegenstand einer systematischen Auswertung, die im Übrigen grossen Aufwand erfordern würde, um zuverlässig und validierbar zu sein (Bandiera et al. 2006).

Im Interesse der Patientensicherheit sollten diese Ziele auf nationaler Ebene, insbesondere bei der Definition neuer Gesetzesgrundlagen umgesetzt werden. Die Umsetzung der bestehenden sowie der in Erarbeitung oder Revision befindlichen Erlasse (MedBG, GesBG [in Vorbereitung], HFKG¹⁶) muss dabei aufeinander abgestimmt werden.

4.2 Beruflicher Kontext

Die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe tragen alle in ihrem Bereich wesentlich zur guten Qualität der Versorgung in der Schweiz bei. Sie alle arbeiten für das Wohl der Patientinnen und Patienten und untereinander so eng wie möglich zusammen. **In der Praxis arbeiten zahlreiche Teams bereits heute interprofessionell zusammen.** Im ambulanten Bereich ist diese Zusammenarbeit jedoch meistens **erfahrungsbasiert** und näher an einer Kompetenzenbündelung als an echter Interprofessionalität (siehe Kapitel 5).

Studien haben ausserdem gezeigt, dass die Ansichten und Einstellungen gegenüber der IPC in den verschiedenen Berufen divergieren, was eine grosse Hürde für die Verwirklichung einer tiefgreifenden IPC darstellt (Braithwaite et al. 2013).

Dieser Bereich fällt nicht direkt unter das Mandat der Themengruppe. Insofern als die Vorbereitung auf diese Form der Zusammenarbeit aber das oberste Ziel der IPE ist, ist es dennoch wichtig, die heute bestehenden IPC-Modelle zu kennen und als praktische Beispiele zu verwenden – und sei es nur, um innerhalb der interprofessionellen IPE-Ausbildungsgruppen Wege zu diskutieren, wie die IPC zu verbessern wäre, und die Praxis in der Grundversorgung in diese Richtung zu entwickeln. Es wäre allerdings nicht sinnvoll, dies zu tun, ohne die institutionellen und strukturellen Gegebenheiten zu berücksichtigen, die alle zur Zusammenarbeit aufgerufenen Berufe betreffen (siehe Kapitel 8, Schlussfolgerungen).

4.2.1 Probleme und konkrete Herausforderungen in der ambulanten Grundversorgung

Die Fachleute der Humanmedizin üben ihren Beruf nicht isoliert aus. Sie sind Teil eines Systems, das sich in ständigem Wandel befindet (Cruess, 2008). Die öffentliche Gesundheit hat Entwicklungen erfahren, die den Berufsalltag und die Berufsprofile des medizinischen Personals bereits heute tiefgreifend verändert haben und in Zukunft weiter verändern werden (Bauer et al. 2007 und 2011). Erwähnenswert sind insbesondere einige gesellschaftliche Veränderungen, welche die heutige und die künf-

¹⁵ <http://sclo.smifk.ch/>

¹⁶ Bundesgesetz über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich (Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetz, HFKG, 2011), <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2011/7455.pdf>

tige Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und gleichzeitig die ärztliche Ausbildung, von der erwartet wird, dass sie die für diese Zusammenarbeit erforderlichen Kompetenzen vermittelt, beeinflussen (Julio et al. 2010; Iglehart 2010; Penfornis 2010; Schoen et al. 2009; Randin 2010; Inkster et al. 2005; Pruitt et al. 2005):

- Mangel an Gesundheitsfachkräften, namentlich in der ambulanten Grundversorgung, in der Psychiatrie, für die Pflege von chronisch kranken, die Palliativpflege und die Hauspflege (Jaccard et al. 2009). Der politische Druck, Lösungen zu finden, nimmt zu, wie die zahlreichen Vorstösse zu diesem Thema auf nationaler und kantonaler Ebene zeigen¹⁷. Der Mangel kann durch neue Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit abgemildert werden, weil dadurch sichergestellt wird, dass jede Gesundheitsfachkraft diejenigen Leistungen gewährleistet, für deren Erbringung sie am besten geeignet ist, und ihre Kompetenzen in den Dienst einer Gruppe stellt, die im Rahmen einer institutionellen Organisation (z. B. Spitex) oder ad hoc (Gruppenpraxis, regionales Netzwerk) auf die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten eingehen kann (Künzi et al. 2007).
- Multimorbidität: In einem kürzlich erschienenen Bericht stellt die OECD fest, dass die Gesundheitsfachkräfte durch dieses Problem auf eine harte Probe gestellt werden, weil zusätzliche Anstrengungen nötig sind, damit die Patientenbetreuung weiterhin den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht (Plochg et al. 2011). Die Autoren kritisieren die übermässige Spezialisierung und Fragmentierung der Aufgaben und plädieren für integriertere und generalistischere Formen der Zusammenarbeit. In diesem Sinne sollte die Frage einer gemeinsamen Unterrichtsbasis für Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apotheker, und Pflegepersonal auf breiter Ebene angegangen werden (gemeinsames Erlernen von Grundkenntnissen [z. B. Anatomie, Physiologie der Fortbewegung, Ethik, Kommunikation, usw.], Fertigkeiten, Terminologie).
- Wachsende Notwendigkeiten bei der Qualitätssicherung im Bereich der Versorgung (Audits, Zertifizierung, Akkreditierung von Pflegeabteilungen, Statistiken über Critical Incidents Reporting Systems [CIRS]), welche die Arbeitsabläufe beeinflussen. Nicht nur die Krankheiten werden immer komplexer, auch die Technik schreitet unablässig voran und erfordert ständig neue Kenntnisse. Dadurch sind in allen Gesundheitsberufen neue Kompetenzen gefragt. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten kann nur optimal sein, wenn den verschiedenen Berufen die Rolle der jeweils anderen klar ist. Das hat eine in den USA durchgeführte Studie gezeigt, nach der pro Jahr bis zu 98 000 Personen infolge vermeidbarer medizinischer Fehler sterben, wovon ein Teil auf mangelhafte Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zurückzuführen war (Kohn 2000). Eine australische Studie kommt zu ähnlichen Resultaten für 40 bis 60 Prozent der Patientinnen und Patienten, die an chronischen Krankheiten leiden (Chan et al. 2010).
- Internationalisierung des Gesundheitssystems: Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegefachkräfte aus dem Ausland wächst, ebenso die Zahl der Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen. Die Fachleute müssen deshalb fähig sein, ihr Verhalten und ihre Arbeitsweisen diesen neuen Gegebenheiten anzupassen (transkulturelle Kompetenz). Die Frage nach der Gesundheitskompetenz (health literacy, culture sanitaire) der Patientinnen und Patienten wird in diesem Zusammenhang immer akuter, denn ohne diese sind Präventionsanstrengungen kaum wirksam.
- Wachsender Einfluss wirtschaftlicher Überlegungen in der Medizin, insbesondere infolge der Einführung von SwissDRG am 1. Januar 2012. Parallel zur laufenden Reorganisation der Spitalplanung in fast allen Kantonen, die zum Teil die Schliessung von stationären Strukturen mit sich bringt, auf die sich die Hausärztinnen und Hausärzte stützten (Hoppeler et al. 2012), sind eine

¹⁷ Die von Jacqueline Fehr eingereichte Motion 08.3608 fordert die Ausarbeitung einer «Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin». Verschiedene parlamentarische Vorstösse wie auch die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» berufen sich auf den «Ärztemangel» und den «Numerus clausus», wie etwa die Motion Fetz 08.4048, die Interpellation Graf-Litscher 09.4031, die Postulate Bättig 09.4070 und Lustenberger 09.4299, die Motion der Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats 10.3886 und die Motion Häberli 11.3526. Mit der Zustimmung zur Teilrevision des KVG (Managed Care) hat das Parlament im Übrigen einem Paradigmenwechsel bei der ärztlichen Versorgung Tür und Tor geöffnet.

Reorganisation des Pflege- und des Behandlungspfads sowie eine Neudefinition der Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich absehbar, die in einer regionalen interprofessionellen Zusammenarbeit optimal angegangen werden könnte (Bourgueil et al. 2007)¹⁸.

- Entwicklung der medizinischen Praxis unter dem Einfluss soziopolitischer Tendenzen, z. B. Veränderung der Familienverhältnisse (OECD 2012), soziomedizinische Isolation, Schwinden der Gesundheitskompetenz, Vervielfachung des nichtkonventionellen Leistungsangebots, wachsendes Interesse an Eingriffen zur Gesundheitserhaltung (Wellness) und Komfortoperationen (Ästhetik, Anti-Aging etc.).
- Definition einer umfassenden Strategie für das Gesundheitswesen, «Gesundheit2020», durch das Eidgenössische Departement des Innern¹⁹, die eine schrittweise Ausdehnung der reinen Versorgungstätigkeit auf die Bereiche Prävention, Rehabilitation und Palliative Care vorsieht. Zur Umsetzung von «Gesundheit2020» und im Lichte der neuen Erkenntnisse aus dem Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»²⁰ und des kürzlich erschienen Positionspapiers «Nachhaltige Medizin»²¹ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW/ASSM), müssen Qualitätsgarantie, Patientensicherheit, Qualitätsmanagement und klinisches Risiko sowohl in der Ausbildung als auch in der Weiter- und Fortbildung der universitären Medizinalberufe thematisiert werden.
- Diversifizierung der Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem: Heute stehen sich zwei Anschauungen gegenüber: Die traditionelle will die Rolle des Grundversorgers oder Hausarztes als Gatekeeper stärken; die fortschrittlichere und auf sozioökonomischen Realitäten basierende möchte hingegen die Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem diversifizieren, indem einerseits der Begriff «Eingangspforte» (Arztpraxis, Gruppenpraxis, Apotheke, Versorgungsnetzwerk usw.) mit dem Begriff «Gatekeeper» ersetzt wird (ausschliesslich Medizinalberuf) und andererseits die Angehörigen nichtmedizinischer Berufsgruppen ermächtigt werden, Patientinnen und Patienten direkt zu empfangen (z. B. im Rahmen von Advanced Practices / Advanced Roles [Delamaire et al. 2010]; diese Leistungen werden heute von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht rückerstattet). Dies ist insbesondere für sozioökonomisch schwächer gestellte Personen wichtig, die sich bereits heute mit gesundheitlichen Problemen an Nichtmediziner wenden (kein Hausarzt, Notfallsituationen usw.). Daher ist es wichtig, ein **Konzept für die Betreuung der Patientin oder des Patienten während des ganzen Wegs durch das Gesundheits- und Versorgungssystem zu entwickeln**, das den Kompetenzen und den Berufsprofilen der einzelnen Medizinal- und Gesundheitsberufe Rechnung trägt. Im Rahmen dieses Konzeptes wurden die Vorschläge des Berufsverbands der Offizin-Apothekerinnen und -apotheker für eine stärkere Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker an der Erbringung von hausärztlichen Leistungen, insbesondere im Bereich der Prävention, berücksichtigt.
- Einbindung der Angehörigen in die Pflege von Kranken zu Hause, was einen neuen interprofessionellen Versorgungsansatz mit der Unterstützung eines institutionellen (lokalen, regionalen) oder ad hoc gebildeten interprofessionellen Netzwerkes nötig macht. Wenn die Patientin oder der Patient Mitverantwortung tragen und bei Entscheidungen über Pflege und Behandlungen mitentscheiden soll, braucht es auch eine Neuausrichtung der Kommunikation und der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Gesundheitsfachleuten und Patienten. Hinzu kommt das in dieselbe Richtung gehende Konzept der lebenslangen sozialmedizinischen Begleitung, das im Positionspapier der SAMW zur «Nachhaltigen Medizin» von 2012 thematisiert wird.
- Entwicklung von elektronischen Hilfsmitteln für klinische Entscheidungen und Entwicklungspotenzial von E-Health im Dienste der (interprofessionellen oder interdisziplinären) integrierten Versor-

¹⁸ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

¹⁹ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>

²⁰ <http://www.samw.ch/de/Projekte/Archiv/Zukunft-Medizin-Schweiz.html>

²¹ SAMW (2012), Nachhaltige Medizin – Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapiere/d_Nachhaltige_Medizin.pdf

gungsmodelle, wodurch mittelfristig eine Neugestaltung der Arbeitsmethoden nötig sein wird, gleichzeitig aber der interprofessionelle Zugang zu den Patientinnen und Patienten und ihren Dossiers gefördert wird.

4.2.2 Berufsrollen und -profile

Die Diskussion über die neuen Versorgungsmodelle und die neuen Formen der Zusammenarbeit bietet Gelegenheit, die Rolle der Ärztinnen und Ärzte, diejenige der anderen Gesundheitsfachkräfte und die Aufteilung der Versorgungstätigkeiten zu überprüfen (Larson 2012, Okie 2012) und sogar zu überlegen, wie notwendig erscheinende Kompetenzübertragungen allenfalls angegangen werden könnten (Buff 2006). Die tiefgreifenden Änderungen in der Ausbildung und der Gesundheitspolitik der letzten Jahre haben eine Neudefinition der Berufsrollen und -profile mit sich gebracht, welche die medizinische Welt nicht unberührt gelassen hat, die aber auch innovative Prozesse hervorgebracht und den Herausforderungen der Interprofessionalität einen zentraleren Platz verschafft hat (Ponzer et al. 2004).

Damit zusammenhängende berufspolitische Aspekte (Profilierungswünsche sowie Neudefinition von Rechten und Pflichten bzw. zivilrechtlicher und strafrechtlicher Haftung) können gleichwohl nicht versehen werden (MacDonald, 1995). Hinzu kommt für die Ärztinnen und Ärzte eine Neudefinition ihrer Beziehung zur Patientin oder zum Patienten, welche eine Kompetenzübertragung infolge einer ausgedehnten interprofessionellen Praxis mit sich bringt.

Es ist derweil nicht wünschenswert, dass die Debatte über die IPE von Berufsgruppen, die ihre Position auf dem Schauplatz der Gesundheitspolitik verbessern möchten (Samuelson et al. 2012), oder von zu einseitig auf die wirtschaftlichen Aspekte der medizinischen Praxis ausgerichteten Instanzen (Travaglia et al. 2011) instrumentalisiert wird. Die Mitglieder der Themengruppe haben sich darum bemüht, sich von solchen Diskussionen fernzuhalten.

4.3 Bildungskontext

Die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft sowie diejenigen des Pflegepersonals in den Themen- und Begleitgruppen gehen miteinander einig, dass die Aus- und Weiterbildung künftig verstärkt im Zeichen der Interprofessionalität stehen muss. Es ist folglich an den Verantwortlichen für die Aus- und Weiterbildung auf beruflicher, universitärer, nicht-universitärer und post-universitärer Ebene, den Dialog aufzunehmen und sich auf ein gemeinsames Verständnis der Rollenmodelle und der Erwartungen gegenüber den anderen Gesundheitsberufen zu einigen und zu bestimmen, mit welchen Mitteln, zu welchem Zeitpunkt und durch wen diese am besten vermittelt werden (Sottas et al. 2012).

Die Einsetzung der Themengruppe bot die Gelegenheit, diese Diskussion anzustossen. Die Plattform hat entschieden, den Fokus auf Bildungsfragen zu richten und nicht auf Fragen der Gesundheits- und Versorgungspolitik; diese wurden insbesondere von der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» unter der Federführung der GDK behandelt und betreffen vor allem die Weiterbildung. Die Themengruppe hat die von der GDK angestossene Reflexion und Expertenpublikationen (Giger et al. 2008) aber dennoch berücksichtigt.

Die Mehrzahl der Hochschulen (FH) und der höheren Fachschulen haben eine interprofessionelle Lehre eingeführt, welche die Studierenden der verschiedenen Berufe, für die sie ausbilden, zusammenbringt (in erster Linie Pflegefachpersonal, Physiotherapeuten, Hebammen, Ergotherapeuten, Ernährungsberater). Ausbildungskonzepte und Module wurden entwickelt, teilweise in regionaler Zusammenarbeit (siehe Anhang 9).

Leider erweist es sich als schwierig, die medizinischen Fakultäten einzubinden und ihren Studierenden eine andere als ausschliesslich freiwillige und punktuelle Teilnahme an dieser Form der Lehre zu ermöglichen. Das Konzept für die interprofessionelle Lehre, das von der HES-SO, der Biologie- und Medizinfakultät Lausanne und dem CHUV (Michaud et al. 2012) erarbeitet wurde, und das Projekt zwischen der HES, dem CMU und der Medizinfakultät der Universität Genf, das sich zurzeit in der

Umsetzungsphase befindet, sind die bekannten Ausnahmen, sowohl von ihrer Breite her als auch von der interprofessionellen Arbeit, die der Umsetzung vorausging²².

Was die Medizinalberufe angeht, so sieht das MedBG vor, dass die universitäre Ausbildung die nötigen Grundlagen zur unselbstständigen Ausübung des gewählten Berufs vermittelt. Im Bereich der Interprofessionalität soll die universitäre Ausbildung also in erster Linie eine Einführung in die Realitäten der interprofessionellen Zusammenarbeit geben, während das Erlernen der interprofessionellen Praxis, die sich von Fachgebiet zu Fachgebiet unterscheidet, zur Weiterbildung gehört.

Der Entscheid für oder gegen die Einführung einer interprofessionellen Lehre hängt vom Willen und von den Möglichkeiten der Ausbildungseinrichtungen im Rahmen der Lernziele der SMIFK (SCLO II) ab. Dies kann nur insofern verwirklicht werden, dass die Verantwortlichen für diese Art Lehre bereit sind, viel Zeit und Energie zu investieren, und zielstrebig das Projekt führen (« champions » der IPE). Eine institutionelle Unterstützung ist deshalb für die Verantwortlichen unentbehrlich. Einige IP-Aktivitäten wurden in der Schweiz bereits realisiert, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich (Allin et al. 2010; Gaspoz et al. 2011). Tabelle 1 bietet eine Übersicht, die wir entsprechend dem Mandat der Arbeitsgruppe auf die universitäre Lehre konzentriert haben. Die Einzelheiten zu den IPE-Aktivitäten in den Aus- und Weiterbildungen der wichtigsten Ausbildungseinrichtungen für Medizinal- und Gesundheitsberufe finden sich in Anhang 9.

Tabelle 1: synoptische Zusammenfassung der IPE-Aktivitäten der Schweizer Medizinfakultäten und Fachhochschulen in ihrer Umgebung (Stand: 10.08.2013)

	GE		LS		BE		BS		ZH	
	Uni	HES	Uni	HES	Uni	FH/HF	Uni Med	INS	Uni	ZHAW
Einführung in die IP	X	X	X	X	*	X	*	X		X
Interprofessionelle Kontakte (gelegentliche IPE)			X	1	*	X	*	X	*	X
IPE-Lehre etabliert						X		X		X
Collaborative Practice (IPC-Praktika) etabliert	(x)	(x)								X
Gemeinsame Unterrichtsmodule	(x)	(x)							*	

(*) = Wahlfach (x) = Ab Ende 2013 (unter anderem im CIS = centre interprofessionnel de simulation en santé, am 20.11.2013 eingeweiht)

(Ausb. Med) = universitäre Ausbildung der MedizinerInnen

(INS) = Institut für Pflegewissenschaft (Nursing Sciences) der Med. Fakultät.

Es ist allerdings auf nationaler Ebene weder eine Absprache noch eine Koordination der Ausbildungsbemühungen zwischen den Universitäten oder den Universitäten und den für die Ausbildung der Gesundheitsberufe zuständigen Fachhochschulen/höheren Fachschulen feststellbar. Dieser wenig strukturierte Ansatz könnte folgende Konsequenzen haben:

- Mangel an adäquaten Studien, die validierte (evidence-based) Daten liefern würden,
- vielfältige regionale Erfahrungen, ohne weitreichende Koordination oder Absprache,
- Analyse und Untersuchung der IPC/IPE-Mechanismen auf tiefem Niveau, ohne Bezug zur praktischen Realität oder der heutigen Lehre in der Medizin oder für die Gesundheitsberufe (Berücksichtigung von Fragen der interprofessionellen Kultur, insbesondere Fragen bezüglich Verantwortlichkeiten, Rollen und medizinischer Entscheidungen),
- Fehlen einer gemeinsamen Sicht der Patientin oder des Patienten aller Berufe (Pflege-, Medizinal-, sozialmedizinische Berufe etc.).

²² <http://www.hesav.ch/docs/400-coups/10h45-11h15-gepi-hesav-8-11-2012-final.pdf?sfvrsn=0>

Eine grundlegende Reflexion auf nationaler Ebene könnte die Anstrengungen bezüglich explizit gelehrter Interprofessionalität in der medizinischen Ausbildung unterstützen und helfen, den gesetzlichen Anforderungen und der vom Bundesrat festgelegten Strategie „Gesundheit 2020“ zu genügen, ähnlich wie es bei der Verankerung der Palliative Care in der Schweiz²³ der Fall war. Diese Aufgabe ginge allerdings über das Mandat der Themengruppe hinaus. Der vorliegende Bericht beschränkt sich deshalb darauf, zuhanden der Partnerorganisationen und der Plattform Empfehlungen abzugeben und Massnahmen aufzuzeigen.

In diesem Sinne sollten künftig die folgenden Überlegungen stärker gewichtet werden:

- Die Abschlusskompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen im Bereich IPE müssten auf universitärer und nichtuniversitärer Ebene aufeinander abgestimmt definiert werden, ebenso die jeweiligen zur Verfügung stehenden Lernmittel.
- Bei der Erarbeitung der Studienprogramme für die Aus- und die Weiterbildung der Medizinal- und Gesundheitsberufe sollten die Lernziele für die interprofessionellen Ausbildung harmonisiert werden.
- Die Berufsprofile des künftigen medizinischen Personals sollten klar und transparent sein. Die IPE sollte es ermöglichen, die beruflichen Perspektiven der anderen Berufe zu kennen, sodass jeder Person die Bedingungen, in denen die Arbeit organisiert ist, und die Kompetenzen der IPC-Partner bewusst sind.
- Die praktischen Ausbildungsabschnitte (insbesondere das Wahlstudienjahr für Medizinstudierende und die Praktika für die nicht-universitären Gesundheitsberufe) sollten stärker und didaktisch strukturierter für die interprofessionelle Ausbildungseinheiten nutzbar gemacht werden. Das Potenzial neuer Lehr- und Lernmittel (Instrumente zur Simulation von Bewegungen und technischen Verfahren, E-Learning, Skillslabs, usw.) sollte genutzt werden, um eine interprofessionelle Betrachtung des Patienten und seiner Gesundheitsprobleme ohne die Risiken und Schwierigkeiten, die das Erlernen dieser Fertigkeiten (skills) an echten Patientinnen und Patienten mit sich bringt, zu fördern.
- Die IPE sollte es den Studierenden aller Berufe ermöglichen, eine gemeinsame Sicht des Patienten und von dessen Bedürfnissen im Rahmen des nationalen Gesundheitssystems zu entwickeln. Gegebenenfalls (Ausbildungsabbruch, Nichtbestehen von Prüfungen, berufliche Umorientierung) sollten die Studierenden von Passerellen zwischen den Ausbildungen für Medizinal- und Gesundheitsberufe profitieren können, sodass bei einer Umorientierung nicht das ganze Wissenspotenzial verlorengeht.

In den deutschsprachigen Ländern hat die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) eine internationale Arbeitsgruppe gegründet und sie unter anderem beauftragt, die wissenschaftlichen Grundlagen zu sammeln, die es für die Einführung der IPE und der IPC braucht. Der Bericht der Arbeitsgruppe soll im Laufe des Jahres 2013 erscheinen. Die am Kongress der GMA 2012²⁴ vorgestellten Zwischenergebnisse zeigen, dass darin sämtlichen wichtigen Aspekten der IPE Rechnung getragen wird, namentlich den folgenden:

- wissenschaftliche Ergebnisse zur IP,
- IP Ansätze / Konzepte / Projekte in der Praxis = Perspektive Gesundheitsversorgung,
- IP Ansätze / Konzepte / Projekte in der Ausbildung = Perspektive Didaktik,
- Theoretische Grundlagen / Begriffe rund um die Gesundheitsberufe,
- IP Kompetenzentwicklung / Metakognition / professionelles Handeln / berufliche Identität / Kompetenz (siehe auch Wissenschaftsrat 2012).

4.4 Berufsprofile

Auch wenn dieser Bericht die IPE von Ärztinnen und Ärzten in den Mittelpunkt stellt, ist es wichtig, dass eine solche Lehre den Berufsprofilen und der Berufspraxis von anderen in die IPC involvierten

²³ BAG (2012), Nationales Bildungskonzept «Palliative Care und Bildung» – strategisches Grundlagenpapier (Empfehlungen)

²⁴ Proceedings GMA Jahrestagung 2012, Aachen

Berufen Rechnung trägt. Die Themengruppe ist vom Grundsatz ausgegangen, dass bei der Umsetzung der einzelnen Module entweder diesbezüglich Informationen bereitgestellt werden müssen oder aber eine gewisse Zeitdauer für die Arbeit in IPE-Gruppen vorgesehen werden muss, während derer die jeweiligen Kompetenzen der verschiedenen Teilnehmenden zu definieren sind.

Dieser Bericht beschränkt sich deshalb auf eine kurze Präsentation der Berufsprofile der Medizinal- und von diversen Gesundheitsberufe. Der Katalog der spezifischen Kompetenzen der Gesundheitsberufe ist in Anhang 10 zu finden.

Indessen ist hervorzuheben, dass die Berufsprofile in der Medizin durch die Fachgesellschaften definiert werden und deshalb an die Spezialisierung gebunden sind (einschliesslich jene, die zum Titel Hausärztin/Hausarzt führt).

Mit der Einführung des neuen Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetzes (HFKG/LEHE) hat der Bund die Kompetenz zur Regelung des Inhalts und zur Aufsicht über die Ausbildung der Gesundheitsberufe in den Fachhochschulen abgegeben. Das neue Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG/LPSan), das gemeinsam von WBF/SBFI und EDI/BAG ausgearbeitet wird, sollte Minimalstandards für die Ausbildung und die Berufsausübung definieren, wie es im MedBG für die Medizinalberufe der Fall ist.

Auf Bachelorstufe gibt es bei diesen Standards einen weitgehenden nationalen Konsens. Dem tragen wir im Folgenden Rechnung. Was die Kompetenzen auf Masterstufe angeht, wo es einen solchen für die Gesundheitsberufe gibt, ist die Diskussion noch nicht abgeschlossen. Die Arbeitsgruppe schlägt deshalb vor, diese Gelegenheit zu nutzen für Übungen in den IPE-Gruppen in Form einer Reflexion über die heutigen Praktiken und mögliche Entwicklungen, insbesondere im ambulanten Bereich.

4.4.1 Medizin

Folgende Ziele und **allgemeine Kompetenzen** sind im MedBG für alle Medizinalberufe festgelegt:

- *Patientinnen und Patienten umfassend, individuell und qualitativ hochstehend zu betreuen (Art. 4 Abs. 2 Bst. a MedBG),*
- *Fragestellungen mit wissenschaftlich anerkannten Methoden und unter Einbezug ethischer und wirtschaftlicher Aspekte zu bearbeiten und entsprechende Entscheide zu fällen (Art. 4 Abs. 2 Bst. b MedBG),*
- *Mit Patientinnen und Patienten und anderen Beteiligten sachgerecht und zielgerichtet zu kommunizieren (Art. 4 Abs. 2 Bst. c MedBG),*
- *Verantwortung im Gesundheitswesen und berufsspezifisch in der Gemeinschaft übernehmen (Art. 4 Abs. 2 Bst. d MedBG),*
- *Organisations- und Managementaufgaben im Rahmen ihrer Berufstätigkeit wahrnehmen (Art. 4 Abs. 2 Bst. e MedBG),*
- *den Kompetenzen anderer anerkannter Gesundheitsberufe Rechnung tragen (Art. 4 Abs. 2 Bst. f MedBG),*
- *Sie verfügen über die wissenschaftlichen Grundlagen, die für vorbeugende, diagnostische, therapeutische, palliative und rehabilitative Massnahmen erforderlich sind (Art. 6 Abs. 1 Bst. a MedBG),*
- *Sie erkennen gesundheitserhaltende Einflüsse, können sie beurteilen und in der beruflichen Tätigkeit berücksichtigen (Art. 6 Abs. 1 Bst. c MedBG),*
- *Sie sind fähig, Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe zu beraten, zu begleiten und zu betreuen (Art. 6 Abs. 1 Bst. d MedBG),*
- *Sie sind fähig, medizinische Informationen sowie die Ergebnisse der Forschung zu analysieren, deren Erkenntnisse kritisch zu werten und in der beruflichen Tätigkeit umzusetzen (Art. 6 Abs. 1 Bst. e MedBG),*
- *Sie sind in der Lage, in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe zu lernen (Art. 6 Abs. 1 Bst. f MedBG),*
- *Sie kennen die gesetzlichen Grundlagen des schweizerischen sozioalen Sicherungssystems und des Gesundheitswesens und können diese Kenntnisse in der beruflichen Tätigkeit umsetzen (Art. 6 Abs. 1 Bst. g MedBG),*
- *Sie sind fähig, die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen zu beurteilen und sich danach zu verhalten (Art. 6 Abs. 1 Bst. h MedBG),*

- Sie verstehen die Beziehungen zwischen den Volkswirtschaft und den Gesundheitswesen und seinen verschiedenen Versorgungsstrukturen (Art. 6 Abs. 1 Bst. i MedBG),
- Sie erkennen und respektieren die Grenzen der medizinischen Tätigkeit sowie die eigenen Stärken und Schwächen (Art. 7 Bst. a MedBG),
- Sie verstehen die ethische Dimension ihres beruflichen Handelns und nehmen ihre Verantwortung gegenüber Individuum, Gesellschaft und Umwelt wahr (Art. 7 Bst. b MedBG),
- Sie lernen das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung zu wahren (Art. 7 Bst. c MedBG).

Spezifisch für Absolventinnen und Absolventen des Studiums der Humanmedizin wurden die folgenden Ziele und **spezifischen Kompetenzen** im MedBG festgelegt:

- können die Befunde und deren Interpretation zusammenfassen und mitteilen (Art. 8 Bst. e MedBG),
- verstehen gesundheitliche Probleme ganzheitlich und erfassen dabei insbesondere die physischen, psychischen, sozialen, rechtlichen, ökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren und Auswirkungen und beziehen diese in die Lösung der gesundheitlichen Probleme auf individueller und Gemeinschaftsebene ein (Art. 8 Bst. f MedBG),
- setzen sich für die menschliche Gesundheit ein, indem sie beratend tätig sind und die erforderlichen präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen in ihrem Berufsfeld treffen (Art. 8 Bst. h MedBG).

Im Zusammenhang mit der interprofessionellen Ausbildung müssen die Studierenden also lernen, einerseits ihre künftige berufliche Rolle als Ärztin oder Arzt individuell und innerhalb eines interprofessionellen Teams zu definieren und andererseits deren Reichweite und Grenzen im Rahmen einer interprofessionellen Betreuung eines Patienten, einschliesslich unter den Gesichtspunkten der Prävention, Rehabilitation und Palliativversorgung, zu erkennen.

Für die Definition der IPE-Modelle und -Module hat sich die Arbeitsgruppe auf den Kompetenzkatalog von CanMEDS und die entsprechenden wichtigsten Lernziele des SCLO gestützt. Die Matrix der berücksichtigten Kompetenzen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Modelle und Module ist im allgemeinen Portfolio ersichtlich (siehe Kapitel 5 und Anhang 3).

Aus didaktischen Gründen (am Ende der Ausbildung erreichbares Kompetenzniveau) wird empfohlen, die spezifischen kurativen Aspekte der Modelle und Module erst in der Weiterbildung zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang wird in diesem Papier wenig Bezug auf Expertise-Niveau genommen (siehe Anhang 4 bis 9, „Niveau de formation médecin“ et „Niveau de formation autres professions“). Sollte das Thema der Übernahme von Entscheidungs-Verantwortungen in der IPC im Rahmen der IPE aufgenommen werden, dann wäre es angebracht das Konzept der kompetenzbezogenen Selbstständigkeits (EPAs) zu berücksichtigen (Carraccio C. and Burke A. (2010), Mulder H. and al. (2010), ten Cate O. and Scheele F. (2007)). Dies hätte aber den Rahmen unseres Mandats gesprengt.

4.4.2 Pharmazie

Was die interprofessionelle Ausbildung der Apothekerinnen und Apotheker angeht, gelten dieselben Ziele und allgemeinen Kompetenzen wie für die Ärztinnen und Ärzte. Folgende spezifische Kompetenzen legt das MedBG fest:

- sind in der Lage, Angehörige anderer Gesundheitsberufe pharmazeutisch zu beraten, und tragen mit ihnen dazu bei, die Patientinnen und Patienten über Gesundheitsfragen zu beraten (Art. 9 Bst. e MedBG),
- kennen die wichtigsten nichtmedikamentösen Therapien für Mensch und Tier (Art. 9 Bst. d MedBG),
- übernehmen Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten (Art. 9 Bst. f MedBG).

Die Apothekerinnen und Apotheker sind – als Angehörige eines Medizinalberufs, aber auch als Ver-

antwortliche einer Apotheke, die immer häufiger eine Eingangspforte ins Versorgungssystem darstellt – ein wichtiger interprofessioneller Partner für die anderen Medizinal- und Gesundheitsberufe (Gunter 2012; Bugnon et al. 2012).

4.4.3 Nicht-universitäre Gesundheitsberufe

NB: die Bezeichnung „Nicht-universitäre Gesundheitsberufe“ ist zwar formal korrekt (Burla et al. 2012), damit wird aber dem Umstand, dass Bachelor- und Masterstudiengänge an Hochschulen (Fachhochschulen und Universität) absolviert werden können, nicht genügend Raum gegeben. Der Vollständigkeit halber soll hier in diesem Sinne erwähnt werden, dass die Universitäten Basel seit 2000 und Lausanne seit 2008 ein pflegewissenschaftliches Masterstudium anbieten.

Was die Gesundheitsberufe angeht – ohne dem GesBG/LPSan vorgreifen zu wollen, das derzeit vom SBFI und vom BAG ausgearbeitet wird und das die aufgrund der Entwicklung des Schweizer Gesundheitssystems und der heutigen und künftigen Versorgungsmodelle nötig gewordenen interprofessionellen Erfordernisse berücksichtigen dürfte –, wurden die Kompetenzen und die Berufsprofile auf Stufe Bachelor im Rahmen dieses Berichts berücksichtigt.

Kompetenzen, die eher zur Masterstufe gehören (Advanced Practice Nurse²⁵, für die zwischen den Ausbildungseinrichtungen noch kein Konsens besteht), werden nur im Rahmen eines Ausblicks auf neue Versorgungsmodelle berücksichtigt, der den Teilnehmenden einer IPE-Lehre vorgelegt wird (gut 2007). Es handelt sich in diesen Fällen vielmehr um eine gemeinsame Reflexion innerhalb von Arbeitsgruppen als um eine Suche nach einer interprofessionellen Lösung für eine konkrete Patientin, einen konkreten Patienten oder einen konkreten Fall (Jovic et al. 2009).

Die in Anhang 10 erwähnten Kompetenzprofile und beruflichen Rollen basieren auf einem für die Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz erarbeiteten Dokument (Ledergerber et al. 2009; Sottas 2011), welche vom SBFI als Grundlage der Studiengänge anerkannt wird. Für die Erarbeitung dieser Abschlusskompetenzen wurden die Rollen des Canmeds Modell herangezogen. Somit besteht eine gemeinsame übereinstimmende Grundlage mit der universitären medizinischen Ausbildung.. Darüber hinaus wurden Ergänzungen aus Dokumenten berücksichtigt, die von Berufsverbänden oder in anderen Ländern erarbeitet wurden (Künzi et al. 2007), um die in der Arbeitsgruppe vertretenen Meinungen zu widerspiegeln und das Spektrum der in den Ausbildungsmodulen berücksichtigten Fälle zu erweitern.

Hinzugefügt wurden ausserdem Informationen über das Berufsprofil der medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten (MPA), um die Liste der derzeit am häufigsten in eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten eingebundenen Berufe zu vervollständigen. Informationen über weitere Berufe, die an der IPC teilnehmen können, stehen auf den jeweiligen Internetseiten der OdASanté/OrTra und des SBFI²⁶ zur Verfügung, namentlich Information zum Rahmenlehrplan (RLP).

4.4.4 Allgemeine Kompetenzen für die nicht-universitäre Gesundheitsberufe

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Kompetenzen bzw. die Expertiseniveaus der Gesundheitsberufe vom Ausbildungsfortschritt abhängig sind (z.B. Unterschied Bachelor- / Masterniveau), werden hier allgemeine (sog. generische) Kompetenzen aufgelistet, welche von Absolventinnen und Absolventen eines Studienganges aufgewiesen werden müssen (Ledergerber C., Mondoux J., Sottas B., 2009),:

²⁵ Reglementierung der Pflegeexpertin APN: Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung. Positionspapier. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), swiss ANP, Schweizer Verein für Pflegewissenschaft (VfP), CHUV Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS). Bern, 10. Oktober 2012.

²⁶ <http://www.sbf.admin.ch/bvz/index.html?lang=de> und <http://www.sbf.admin.ch/berufsbildung/01472/01487/index.html?lang=de>

- *gesundheitspolitisches Orientierungswissen*
 - Sie kennen die rechtlichen Grundlagen, die gesundheitspolitischen Prioritäten, die Steuerung und die Grenzen des schweizerischen Gesundheits-Versorgungssystems und des sozialen Sicherungssystems.
 - Sie sind befähigt, die Berufsausübung nach den gesundheitspolitischen Vorgaben auszurichten und fortlaufend die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität und Angemessenheit der erbrachten bzw. ausgelösten Leistungen zu evaluieren.

- *berufsspezifische Expertise und Methodenkompetenz*
 - Sie verfügen über die wissenschaftlichen Kenntnisse, die für die präventiven, diagnostischen, therapeutischen, palliativen und rehabilitativen Massnahmen erforderlich sind.
 - Sie sind mit den Methoden der wissenschaftlichen Forschung im Gesundheitsbereich und der Evidence Based Practice vertraut.
 - Sie kennen die gesundheitserhaltenden und gesundheitsfördernden Einflüsse auf individueller und Bevölkerungsebene und sie sind fähig, Massnahmen einzuleiten, welche zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.
 - Sie beherrschen das Clinical Reasoning und können Massnahmen konzipieren, welche sich systemisch in die Behandlung und Versorgung einfügen.
 - Sie sind befähigt, eine qualitativ hochstehende Versorgung in Übereinstimmung mit der Best Practice ihres Berufes zu erbringen.

- *Professionalität und Verantwortungsbewusstsein*
 - Sie übernehmen die Verantwortung für ihr Handeln und erkennen sowie respektieren die eigenen Grenzen.
 - Sie handeln engagiert und nach ethischen Prinzipien, nehmen ihre Verantwortung gegenüber Individuum, Gesellschaft und Umwelt wahr und wahren das Selbstbestimmungsrecht der Personen.
 - Sie sind im Stande, bei der Berufsausübung innovativ zu handeln und diese unter Einbezug der wissenschaftlichen Erkenntnisse weiterzuentwickeln sowie die Fertigkeiten und Fähigkeiten laufend zu reflektieren und im Sinne des lebenslangen Lernens fortlaufend zu aktualisieren.
 - Sie sind befähigt, an Forschungsvorhaben mitzuwirken und relevante Ergebnisse in die Berufsausübung einfließen zu lassen.
 - Sie handeln autonom aufgrund einer professionellen Beurteilung.

- *Fähigkeiten betreffend Kommunikation, Interaktion, Dokumentation*
 - Sie suchen aktiv die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und anderen Akteuren des Versorgungssystems.
 - Sie sind fähig, zu den Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten und deren Angehörigen eine professionelle und den Umständen angemessene Beziehung aufzubauen und sie zweckmässig zu beraten.
 - Sie können das eigene Handeln aussagekräftig darstellen und nachvollziehbar dokumentieren und sie kennen Anwendungen von eHealth-Instrumenten beim Patienten- und Versorgungsmanagement.

4.5 Literatur

- Allin A-C., Bonvin R. (2010), Favoriser la culture commune entre soignants et médecins, Courrier du médecin vaudois, 3:7
- Ayer A, Kieser U, Poledna T, Sprumont D. Medizinalberufegesetz (MedBG), (2009), Loi sur les professions médicales (LPMéd). Bâle: Editions Helbling Lichtenhahn.
- Bandiera G., Sherbino J., Frank J.R. (2006), An Introductory Guide to Assessment Methods for the CanMEDS Competencies

- Bauer W, Allaz A-F, Bader C, Gassmann B, Gyger P., de Haller J et al. (2007), Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique. Rapport 2007, SAeZ, 88(46):1942-52, et commentaires (2011), SAeZ, 92(26) :993-996. Internet : http://www.samw.ch/dms/fr/Publications/Feuilles-de-route/f_Berufsbilder_2011.pdf
- Braithwaite J., Westbrook M., Nugus P., Greenfield D., Travaglia J., Runciman W., Foxwell A.R., Boyce R.A., Devlin T., Westbrook J. (2013), Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing system-wide interprofessionalism, *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1):8-15.
- Buff A. (2006), Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations, Mémoire DESS en économie et management de la santé (Master in health economics and management), Lausanne.
- Bugnon O., Buchmann M. (2012), Pharmacie d'officine et médecine interne générale à la croisée des mêmes chemins : des opportunités à saisir, *Revue médicale suisse*, 8 :2287-91.
- Burla L., Widmer M. (2012), Datenlage bei den nicht universitären Gesundheitsberufen, Obsan, Neuchâtel.
- Carraccio C., Burke A.E. (2010), Beyond Competencies and Milestones: Adding Meaning Through Context, *J Grad Med Educ*, 2(3):419-422.
- Chan BC, Perkins D, Wan Q, Zwar N, Daniel C, Crookes P et al.(2010), Finding common ground? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals. *Int J Qual Health Care*; 22(6): 519.
- Cruess RL, Cruess SR. (2008), Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspect Biol Med*;51:579-98.
- Delamaire M.L., Lafortune G. (2010), Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries, OECD Health Working Paper No. 54. Site internet: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. (2010), Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376 (9756):1923-1958.
- Gaspoz J.-M., Junod Perron N. (2011), Le futur sera interprofessionnel ou ne sera pas !, *Revue Médicale Suisse*, 7 :1843-44.
- Giger M, De Geest S. (2008), De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires. *BMS*; 89(43): 1839-1843
- Guntern A. (2012), Apotheken als erste Anlaufstelle, *Care Management*, 5(2):13-15.
- Gut C. (2007), Nurse practitioners in der medizinischen Grundversorgung der Schweiz ?, *Schweizerische Ärztezeitung*, 88:51-52.
- Hammick M, Olckers L, Champion-Smith C. (2009), Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Med Teach*, 31(1):1-12.
- Hoppeler H., Richner O., Bieri M., Müller J. (2012), Kosten und Nutzen kleiner Spitäler, *Schweiz. Ärztezeitung*, 93(43):1580-1583.
- Iglehart JK. (2010) Health Reform, Primary Care and Graduate Medical Education. *N Engl J Med*, 363(6):584-90.
- Inkster M., Montgomery A., Donnan P., MacDonald T., Sullivan F., Fahey T. (2005), Organisational factors in relation to control of blood pressure – an observational study, *British Journal of General Practice*, 55:931-937.
- Jaccard Ruedin H, Weaver F. (2009), Ageing Workforce in an Ageing Society. Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030 ? Obsan (éd.), 2009. Neuchâtel.
- Jovic L., Guenot C., Naberes A., Maison P. (2009), Pratiques avancées des professionnels paramédicaux – étude exploratoire dans la région Île-de-France, *Recherche en soins infirmiers*, 99 :117-132.
- Julio F, Lincoln C, Zulfiqar AB, et al. (2010), Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*;376:1923-58.
- Kohn LT. (2000), To err is human : building a safer health system. Washington, D.C: National Academy Press, 2000.
- Künzi K., Detzel P. (2007), Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute, Obsan, Arbeitsdokument 27.
- Larson E.L. (2012), New rules for the game: interdisciplinary education for health professionals, *Nurs Outlook* 60:264-271.
- Ledergerber C., Mondoux J., Sottas B. (2009), Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES, Rapport final à l'intention de la Conférence des recteurs des Hautes Écoles

Spécialisées suisses (KHF)

- McDonald K. (1995), *The Sociology of the Professions*, Sage, London.
- Michaud P.-A., Teike Lüthi F., Clerc M., Gachoud D., Chapuis J., Allin A.-C., Wagnières S., Morin D., (2011), L'éducation interprofessionnelle pour tous... Une expérience de sensibilisation pour des étudiants vaudois en formation prégraduée, *Rev Med Suisse*, 7:2363-2365.
- Mulder H., Ten Cate O., Daalder R., Berkvens J. (2010), Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: the case of physician assistant training, *Med Teach*, 32(10):e453-e459.
- OECD (2012), *The Future of Families to 2030*. OECD Publishing, Paris.
- Okie S. (2012), The Evolving Primary Care Physician, *N Engl J Med*, 366(20):1849-1853.
- Olenick M., Allen L.A. (2013), Faculty intent to engage in interprofessional education, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6:149-161.
- Penfornis A. (2010), Éditorial : La coopération des professions de santé : une triple nécessité et une triple exigence, *ADSP*, No 70.
- Ploch T, Klazinga NS, Schoenstein M, Starfield B. (2011), Reconfiguring Health Professions in Times of Multi-Morbidity: Eight Recommendations for Change. 7-6-2011. OECD.
- Ponzer S., et al. (2004), Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards, *Medical Education*, 38:727-736..
- Pruitt S.D., Epping-Jordan J.E. (2005), Preparing the 21st century global healthworkforce, *BMJ*, 330:637-639.
- Randin J.-P. (2010), Déléguer les actes médicaux, une nécessité et une réalité, *Courrier du médecin vaudois*, 3 :8.
- Samuelson M., Herzig L., Widmer D. (2012), L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise, *Revue médicale suisse*, 8 :2254-9.
- Schoen C., Osborn R., Doty M.M., Squires D., Peugh J., Applebaum S. (2009), A survey of Primary Care Physicians in eleven Countries, 2009: Perspectives on Care, costs and Experiences, *Health Affairs*, 28(6):w1171-w1183.
- Sottas B. (2011), Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption, *GMS Z Med Ausbild.*, 28(1):Doc 11.
- Sottas B., Höppner H., Kickbusch I., Pelikan J., Probst J. (2012), Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik, *Careum working paper 7*, Careum, Zürich. Internet: <http://www.careum.ch/web/guest/neue-gesundheitsbildungspolitik>
- Ten Cate O., Scheele F. (2007), *Academic Medicine*, 82(6):542-547.
- Travaglia J., Nugus P., Greenfield D., Westbrook J., Braithwaite J. (2011), Contested innovation: the diffusion of interprofessionalism across a health system, *International Journal for Quality in Health Care*, 23(6):629-636.
- Wissenschaftsrat (2012), *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*, Drs. 2411-12, Berlin.

5 Interprofessionelle Berufsausübung – «Collaborative Practice»

5.1 Überblick über die Fachliteratur

Im Grunde genommen gilt heute, was die kanadische Arbeitsgruppe «Interprofessionalität» (Canadian Interprofessional Health Collaborative, CIHC²⁷) wie folgt zusammenfasst:

Kein Beruf besitzt für sich allein genommen die ganze Fachkompetenz, die erforderlich ist, um die komplexe Bandbreite der Bedürfnisse zahlreicher Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen zufriedenstellend und wirksam zu erfüllen.

Mit anderen Worten: In einem effizienten und auf die Versorgungsqualität ausgerichteten Gesundheitssystem müsste jede Fachperson in erster Linie diejenigen Leistungen erbringen, für deren Erbringung im Rahmen einer interdisziplinären und interprofessionellen Behandlung sie am besten qualifiziert ist. Verschiedene Tätigkeiten, die bislang ausschliesslich von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt werden, könnten nach dieser Anschauung künftig von anderen Fachleuten übernommen werden (Buff 2006).

Eine bessere Koordination und eine bessere Verteilung der Leistungen auf den ganzen Pflegepfad könnten die Wirksamkeit und die Sicherheit der Versorgung erhöhen, indem eine Überarztung vermieden sowie die Anzahl Arztkonsultationen oder nicht unbedingt nötiger Spitalaufenthalte, Doppelspurigkeiten und Gefahren von negativen Interaktionen zwischen verschiedenen Behandlungen reduziert werden.

Dennoch muss aber weiterhin der Grundsatz der Notfallmedizin gelten, wonach **die Triage zwingend von den Fachleuten mit der grössten klinischen Erfahrung gemacht werden muss**. Nichtsdestotrotz kann eine Delegation von Kompetenzen in einem interprofessionellen Rahmen dem gesamten Gesundheitssystem zuträglich sein.

Zahlreiche wissenschaftliche Studien zeigen für die Mehrheit der IPC-Fälle positive Effekte (Kilminster et al. 2004, Vanier 2011, Martinez et al. 2012, Zwarenstein et al. 2000, Hammick et al. 2007). Wir erwähnen nur zwei etwas detaillierter:

- Reeves et al. (2012) haben die Wirksamkeit der IPE systematisch analysiert. Fünf von sechs Studien, die die definierten Kriterien erfüllen, zeigten positive Ergebnisse.
- Morey et al. (2002) belegen eine Abnahme der Anzahl Fehler und eine Verbesserung der Leistung in Notfalldiensten dank einer spezifischen, an den Kursen für Pilotinnen und Piloten inspirierten Schulung zum Thema Teamarbeit. Folgende Elemente sind hervorzuheben:

Evaluiertes Parameter	Vergleich vor – nach der Schulung
Qualität der Teamarbeit	Besser in der geschulten Gruppe
Beobachtete Fehlerquote	Tiefer in der geschulten Gruppe
Selbstevaluation der Teamarbeit	Besser in der geschulten Gruppe
Selbstevaluation der Unterstützung durch Kollegen und Supervisoren	Mehr Unterstützung in der geschulten Gruppe

Insgesamt können laut WHO²⁸ und verschiedenen anderen Autoren folgende Resultate erwartet werden:

- auf die Patientin oder den Patienten und die Angehörigen ausgerichtete Behandlung der medizinischen Probleme, was zu einer gezielteren Versorgung führt,
- bessere Zugänglichkeit der Grundversorgung (Vannier et al. 2011),
- angemessenere Einbindung von Spezialistinnen und Spezialisten,
- Verbesserung der Versorgungsqualität und der Gesundheit von Chronischkranken,
- Verbesserung der Prävention und der Gesundheitsförderung, was die bestehenden Hausarztpraxen allein kaum übernehmen können,
- Verbesserung der Ergebnisse medizinischer Eingriffe bei verschiedenen Arten von Gesundheitsproblemen (Traynor et al. 2003),

²⁷ www.cihc.ca

²⁸ WHO (2010), Framework for Action on IPE and IPC

- Verbesserung der Qualität und der Sicherheit der Eingriffe (Behandlungssicherheit), insbesondere was die Komplikationsrate, das Fehlerrisiko und das Risiko von kritischen Vorfällen anbetrifft,
- erhöhte Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den medizinischen Eingriffen sowie ihrer Mitwirkung und ihrer Zusammenarbeit mit den Beteiligten.

Bei den Beteiligten, insbesondere den Gesundheitsfachpersonen, können insbesondere folgende Resultate festgestellt werden:

- Steigerung der Zufriedenheit und der beruflichen Motivation,
- besseres gegenseitiges Verständnis zwischen den beteiligten Fachpersonen und daraus folgend Steigerung des gegenseitigen Vertrauens,
- Verbesserung und Vereinfachung der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

5.2 Faktoren einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit

Von IPC spricht man, wenn ein Pflege- oder Ärzteteam sich auf eine gemeinsame Strategie einigt und der Interventionsplan gemäss den Informationen von Berufsleuten aus Gemeinschaft und Gesundheitsbereich (Spitex, Sozialhilfe, frei praktizierende Pflegepersonen) angepasst wird.

Diese Arbeitsweise erfordert eine Koordination und Absprache zwischen mehreren Fachkräften, wobei diese Personen am gleichen Ort oder an verschiedenen Orten tätig sein können (Cooper et al 2003). In mehreren europäischen Ländern wurden bereits IPC-Strukturen eingeführt (Frankreich, Schweden, Finnland, UK, NL, Deutschland, Norwegen), die nun für unser Gesundheitssystem als Vorbild dienen können (Schoen et al. 2009, Bourgueil et al. 2007).

Neben der IPE, die eine unabdingbare Voraussetzung für die IPC darstellt, ist es wichtig, über die nötigen Instrumente für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern zu verfügen (Schroeder 2009). Solche Hilfsmittel wurden namentlich vom «Collège des médecins de famille du Canada»²⁹ (Nolte et al. 2005) und von der «Haute Autorité de Santé» in Frankreich entwickelt. Auf den Internetseiten dieser Institutionen finden sich zahlreiche praktische Informationen dazu^{30,31}. Die wichtigsten Elemente sind im Folgenden kurz wiedergegeben. Diese sollten den Studierenden und Lernenden aller Berufe, die an einer IPE teilnehmen, vermittelt werden. Das Konzept der Themengruppe, wie es in den Modellen und Modulen (siehe Anhang 4 bis 9) entwickelt wurde, berücksichtigt diese Elemente.

5.2.1 Gemeinsame Sicht des Patienten und seines Wegs

Hierbei handelt es sich sicherlich um das wichtigste Element und den Eckpfeiler jeder interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Grundversorgung. **Die Abstimmung der Wahrnehmung der Patientenbedürfnisse erfordert eine grosse vorgängige interprofessionelle Arbeit und bedeutet in der Regel eine Umstellung für die Ärztinnen und Ärzte**, die durch ihre Ausbildung oft ungenügend auf diese Optik vorbereitet sind (Jablow 2013).

Trotz des augenscheinlich grossen persönlichen Efforts sämtlicher Beteiligten und des Zeit- und Planungsbedarfs erlaubt es diese Etappe, das Fundament gegenseitigen Verständnisses und Vertrauens innerhalb des interprofessionellen Teams zu legen. Diese Investition wird sich während der Dauer der Zusammenarbeit oder des Bestehens des interprofessionellen Netzwerkes auszahlen.

5.2.2 Definition und Kenntnis der beruflichen Rollen

Jeder Berufsstand hat seine eigenen Vorstellungen, wie die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsfachleuten und die Behandlung der Patientin oder des Patienten am besten zu organisieren sei. Aus diesem Grund müssen alle betroffenen Berufsgruppen (Ärzteschaft, diplomiertes Pflegefachpersonal, aber auch Physiotherapeuten, Apotheker, medizinische Praxisassistent/Innen, Psycho-

²⁹ www.eicp-acis.ca

³⁰ <http://toolkit.cfpc.ca/fr/index.php> (Toolkit) oder www.eicp.ca/fr/toolkit/default.asp

³¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi

log/Innen, Ernährungsberater/Innen, Hebammen und gegebenenfalls medizinisch-technisches und administratives Personal sowie andere Berufe) gemeinsam eine **kritische Reflexion über die eigenen Kompetenzen, ihre Erwartungen und Befürchtungen sowie über die Ansprüche der anderen Berufsgruppen anstellen.**

Diese Übung kann nur Erfolg haben, wenn alle Partner bereit sind, in gegenseitigem Respekt zusammenzuarbeiten. Sich aufdrängende Änderungen und auftauchende Probleme müssen kritisch geprüft werden; Probleme im Zusammenhang mit Konkurrenz und Hierarchien müssen offen diskutiert werden. Dabei darf der Standpunkt des Pflegefachpersonals oder des administrativen Personals nicht hinter demjenigen der Ärzteschaft zurücktreten.

5.2.3 Organisation/Strukturierung des interprofessionellen Teams

Auch hier sind für die meisten Beteiligten beträchtliche zeitliche und personelle Investitionen nötig. Dieser Punkt ist ausserdem eines der schwachen Glieder der interprofessionellen Zusammenarbeit und eine nicht zu vernachlässigende Quelle persönlicher und beruflicher Konflikte und Ängste.

Wir begnügen uns an dieser Stelle damit, einige grundlegende Prinzipien wiederzugeben, die bei der Zusammenstellung eines interprofessionellen Teams zu beachten sind (Vannier et al. 2011) und soweit möglich in Form von Richtlinien in den jeweiligen Institutionen zu präzisieren :

- die spezifischen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen ermitteln und dementsprechend die benötigten Fachkräfte auswählen,
- das interprofessionelle Team mittels schrittweiser Integration der verschiedenen Fachpersonen zusammenstellen,
- lernen, sich kennenzulernen (persönlich wie beruflich),
- die Entstehung eines Teamgeistes fördern, der auf einer gemeinsamen Vision der Zusammenarbeit gründet,
- Strategien für die Kommunikation und den Informationsaustausch festlegen,
- die Erwartungen und die Rolle jeder Person klar definieren,
- die Grundlagen der Zusammenarbeit regelmässig neu bewerten,
- eine transparente Personal-, Administrations- und Lohnpolitik festlegen,
- Interventionsprotokolle entwickeln,
- das Team in eine lokale oder regionale Struktur integrieren; prüfen, was auf sozialmedizinischer Ebene bereits vorhanden ist, und gegebenenfalls koordinieren,
- geeignete physische Räumlichkeiten herrichten, die die Interaktion zwischen den verschiedenen Partnern erleichtern,
- regelmässige (administrative und klinische) Teamsitzungen einplanen,
- ein einziges Patientendossier verwenden (wenn möglich ein elektronisches)
- interprofessionelle Ausbildungsaktivitäten vorsehen,
- Gelegenheiten für soziale Aktivitäten ausserhalb des Arbeitsumfelds schaffen.

5.2.4 Kompetenzen, Verantwortlichkeiten

Dieser Aspekt der Strukturierung und der Organisation eines interprofessionellen Teams oder Netzwerkes muss ebenfalls im Detail präzisiert werden, und zwar sowohl zwischen interprofessionellen Teams als auch innerhalb der einzelnen Teams. Dabei müssen die Rechtsvorschriften und die Grundsätze zur Tarifierung und der Rückerstattung von ärztlichen und pflegerischen Leistungen eingehalten werden.

Es empfiehlt sich, den Schnittstellen zwischen den Tätigkeiten der Teammitglieder und der Koordination der Aufgaben besondere Beachtung zu schenken.

Für die Ärztinnen und Ärzte, die oftmals in einer Optik der „**professional Autonomy**“ ausgebildet worden sind, ist eine wichtige Entwicklung zu einer Optik einer „**clinical Governance**“ (Verantwortung für die klinische Entscheidungsfindung innerhalb eines interprofessionellen Teams) nötig, die persönliche und berufliche Veränderungen mit sich bringt (Hewitt et al. 2007). Dies ist nicht immer einfach zu akzeptieren und stösst auch nicht bei allen Patientinnen und Patienten auf Akzeptanz.

Bei der Erarbeitung der Modelle und Module bemühte sich die Themengruppe zu unterscheiden zwischen:

- medizinischer Verantwortung³²
- organisatorischer Verantwortung,
- administrativer Verantwortung,
- rechtlicher, zivilrechtlicher und strafrechtlicher Verantwortung,
- individueller persönlicher und beruflicher Verantwortung der Teampartner,
- Entscheidungskompetenz und Treuepflicht (institutionell, strukturell, ad hoc) innerhalb des Teams und zwischen dem Team und dem Versorgungssystem, in dem es integriert ist.

Die Auswirkungen administrativer Entscheidungen und von Fragen der Verantwortlichkeiten auf die Behandlung der Patientin oder des Patienten verdienten nach Möglichkeit ebenfalls eine Thematisierung in der IPE aller Berufe (einschliesslich der Gebote des Risikomanagements, der Fehlerkultur, der Verbesserung der Teamorganisation, der Infragestellung von Entscheidungen usw.).

Es darf nicht verheimlicht werden, dass in der Schweiz heute das ganze Gewicht der Verantwortung für die medizinische Behandlung im Wesentlichen auf den Schultern der Ärztinnen und Ärzte lastet, obwohl andere Medizinal- und Gesundheitsberufe im Bereich der Pflege oder therapeutischer Interventionen immer mehr Kompetenzen erhalten. Es ist nachvollziehbar, dass die Ärzteschaft eine Form der Diskriminierung sieht, sofern Kompetenzen- und Tätigkeitsfelderweiterung nicht mit einer Umverteilung der Verantwortungen bzw Haftpflicht verbunden sind. Bei der Rollen-, Aufgaben- und Kompetenzenverteilung oder im Rahmen einer Delegation der Kompetenzen eines Berufs an das interprofessionelle Team muss dies (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen) teamintern diskutiert werden.

5.2.5 Ausgangspunkt der IPC

Es gibt keine feste Regel dafür, wann eine interprofessionelle Zusammenarbeit ihren Anfang nehmen soll. Idealerweise beginnt sie zum Zeitpunkt des Eintretens der Patientin oder des Patienten in das Gesundheitssystem (was eine hohe Entscheidautonomie der beteiligten Partner impliziert), oft hängt es jedoch von der Art und der Rolle des interprofessionellen Teams ab.

Grundsätzlich können drei Situationen auftreten, die durch die von der Themengruppe entwickelten Modelle und Module veranschaulicht werden:

- Die IPC wird auf Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen initiiert.
- Die IPC wird von einem Mitglied des interprofessionellen Teams oder Netzwerkes oder ad hoc initiiert.
- Die IPC wird als Reaktion auf die Bedürfnisse oder die Forderungen der Verantwortlichen des lokalen oder regionalen Gesundheitssystems (institutionelles Netzwerk) initiiert.

Die Arbeitsgruppe ist der Ansicht, dass das Ziel eines nationalen IPE/IPC-Konzepts sein sollte, dass die IPC-Strukturen und -Praktiken so organisiert sind, dass die interprofessionelle oder interdisziplinäre Zusammenarbeit – unabhängig davon, durch welche Fachperson, wie und warum sie initiiert wird – unverzüglich und den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten entsprechend gestartet werden kann.

5.2.6 Betreuung des Patienten auf seinem Weg durch das Gesundheitssystem

Auch dafür gibt es keine feste Regel. Die Funktionsweise des Teams sollte es ermöglichen, dass eine Antwort auf diese Frage gefunden werden und es sich an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anpassen kann.

Grundsätzlich können wiederum drei Situationen auftreten, die durch die von der Themengruppe entwickelten Modelle und Module veranschaulicht werden:

- Die Patientin oder der Patient entscheidet selbst und bestimmt den Weg.

³² www.eicp-acis.ca

- Mitentscheidende Angehörige nehmen Einfluss auf den Weg.
- Der Weg wird durch das interprofessionelle Team vorgeschlagen.

Es ist wichtig, dass im interprofessionellen Team oder Netzwerk Möglichkeiten für regelmässige Feedbacks bestehen und konkrete positive und negative Beispiele analysiert werden, damit die Strukturen und die Arbeitsorganisation sowie die interprofessionellen Kommunikationswege und -prinzipien regelmässig angepasst werden können.

5.3 Barrieren und Grenzen für eine erfolgreiche IPC

Die besten Absichten und die beste IPE reichen nicht aus, um die Probleme und Schwierigkeiten, die bei jeder interprofessionellen Zusammenarbeit auftreten, vorherzusehen, rechtzeitig zu erkennen und zu überwinden. Sicherlich ist nicht nur wichtig, potenzielle Konflikte unmittelbar nach ihrem Auftauchen nach einer festen Strategie zu lösen, sondern auch die Quellen des Konflikts oder der Vorbehalte gegenüber einer IPC-Zusammenarbeit zu identifizieren und anzusprechen.

Dieses Thema muss regelmässig im Team oder Netzwerk aufgegriffen und diskutiert werden. Einige Publikationen nennen Erklärungsansätze und die wichtigsten Indikatoren in diesem sensiblen Bereich (Reese et al. 2001). Wir geben im Folgenden die wichtigsten kurz wieder:

- Monoprofessionalität (Definition von Aufgaben, Berufsprofilen, Berufsethik nur für einen Beruf, unter Ausschluss der anderen),
- mangelnde Kenntnis der Kompetenzen der anderen Fachpersonen,
- Ad-hoc-Übernahme von Rollen und beruflichen Tätigkeiten anderer Berufe als On-the-job-Ausbildung,
- Minderwertigkeitsgefühl infolge Wissensnutzung auf Kosten der beruflichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen,
- strukturelle und sozioökonomische Unterschiede zwischen den Berufen,
- unterschiedliche theoretische und praktische Vorstellungen in Bezug auf die Patientin oder den Patienten und die Leistungserbringung,
- negative Normen innerhalb einer interprofessionellen Gruppe,
- mangelnde Identifizierung mit der interprofessionellen Gruppe,
- fehlender Wille für eine gleichmässige Aufteilung von Tätigkeiten, Aufgaben, Verantwortlichkeiten,
- Weigerung, die Entscheide der interprofessionellen Gruppe mitzutragen,
- Differenzen und Divergenzen bezüglich der Rollen und der Autorität innerhalb der Gruppe,
- schlechte Reaktion des Patienten oder falsche Interpretation der Einstellung des Patienten gegenüber dem Team,
- administrative Belastung des Teams,
- komplizierte, schlecht geeignete Kommunikationswege/-mittel.

5.4 Literatur

- Bourgueil Y., Marek A., Mousques J., Falcoff H., Chevreul K. (2007), Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives, IRDES, Rapport n° 537 (biblio n° 1675), Paris.
- Buff A. (2006), Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations, Mémoire DESS en économie et management de la santé (Master in health economics and management), Lausanne.
- Cooper B., Fishman E. (2003), The interdisciplinary team in the management of chronic conditions: has its time come ?, Partnership for solutions, Baltimore. Internet: http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/TEAMSFINAL3_1_.pdf
- Hammick M., Freeth D., Koppel I., Reeves S, Barr H. (2007), A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide No 9, Medical Teacher, 29:735-751.
- Hewitt J., Thomas P. (2007), The Impact of Clinical Governance on the Professional Autonomy and Self-Regulation of General Practitioners: Colonization or Appropriation ?, 5th International

- Jablow P. (2013), How to Foster Interprofessional Collaboration Between Physicians and Nurses ?, Robert Wood Johnson Foundation – Incorporating lessons learned in pursuing a consensus, Program Results Grant # 70224.
- Kilminster S., Hale C., Lascelles M., Morris P., Roberts T., Stark P., Sowter J., Thistlethwaite J. (2004), Learning for real life: patient-focused interprofessional workshop offer added value, Medical Education, 38:717-726.
- Martinez N., Berchtold P., Busato A., Egger M. (2012), Effectiveness of integrated care programmes in adults with chronic care conditions: a systematic review, Institute for Social and Preventive Medicine (ISPM), Bern.
- Morey J.C. et al. (2002), Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency Evaluation Results of the MedTeams Project, Health Services Research 37:6.
- Nolte J., Tremblay M. (2005), Enhancing Interdisciplinary collaboration in primary Health Care in Canada, EICP Initiative, Web site: www.eicp-acis.ca
- Reese, D. & Sontag, M-A. (2001). Barriers and solutions for successful inter-professional collaboration on the hospice team. Health and Social Work, 26, (3), 167-175.
- Reeves S, Tassone M, Parker K, Wagner S, Simmons B (2012) Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. Work; 41:233-245.
- Reeves-S., Zwarenstein-M., Goldman-J., Barr-H., Freeth-D., Koppel-I., Hammick-M. (2010), The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review, Journal of Interprofessional Care, 24(3):230-241.
- Schoen C., Osborne R., Doty M.M., Squires D., Peugh J., Applebaum S. (2009), A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries, Perspectives on Care, Costs, and Experiences, Health Aff, 28(6):1171-1183.
- Schroeder G. (2009), Interprofessionalität in der Umsetzung. Pflegewissenschaft, 01/10:18-23.
- Traynor B.J. et al (2003), Effects of a multidisciplinary amyotrophic lateral sclerosis (ALS) clinic on ALS survival: a population based study, 1996 – 2000, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 74:1258-1261.
- Vanier M.C., Rivest J., Boucher S. (2011), Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne – rêve ou réalité ?, Le Médecin du Québec, 46(2) :55-61.
- Zwarenstein M., Reeves S., Barr H., Hammick M., Koppel I., Atkins J. (2000), Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (review), Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.

6 Interprofessionelle Ausbildung

6.1 Überblick über die Fachliteratur

Im Bereich der Lehre und der Entwicklung von IPE-Programmen wurden zahlreiche Studien durchgeführt (Barr 2003; Cullen 2003; Bridges 2011; Parsell 1997; Morikawa 2007; Reese et al. 2001; Pollard et al. 2004). Unter Berücksichtigung des Mandats der Plattform geht die Themengruppe davon aus, dass die didaktischen Entschiede unabhängig vom betrachteten Beruf Sache der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen sind. **Aus diesem Grund werden die sechs Versorgungsmodelle mit jeweils drei oder vier Modulen oder Patientenwegen durch das Gesundheitssystem illustriert, die konkreten und möglichst realitätsnahen klinischen oder gesundheitlichen Situationen entsprechen.** Die heutige Realität des ambulanten Grundversorgungssystems wurde berücksichtigt, ebenso seine wahrscheinlichsten Entwicklungen, wie sie von den Expertinnen und Experten der Themengruppe geschildert wurden.

Wir begnügen uns deshalb im Rahmen dieses Kapitels, die allgemeinen, vom «Center for the Advancement of the Interprofessional Education» (CAIPE)³³ und „European Interprofessional Education Network“ (EIPEN)³⁴ – die im Bereich der Lehre als Referenz gelten – formulierten Grundsätze zu erwähnen. Zahlreiche Hinweise auf neue Literatur finden sich insbesondere in den Werken von Vyt (2009), Gallant et al. (2011), Reeves et al. (2012), Virani (2012) und Abu-Rish et al. (2012), Barr et Low (2013).

Zu beachten ist, dass der Begriff der IPE zwei Aspekte umfasst. Die **Ausbildung zur Interprofessionalität** (oder interprofessionellen Zusammenarbeit) und die **interprofessionelle Ausbildung**, die darin besteht, Studierende verschiedener Studiengänge gemeinsam zu unterrichten (Bündelung von Wissen oder tatsächliche gemeinsame und interaktive IPE). Da die empirischen Daten bislang noch keine Generalisierung der interprofessionellen Ausbildung auf das Medizinstudium an der Universität rechtfertigen, hat die Themengruppe ihre Tätigkeit auf die Ausbildung zur Interprofessionalität fokussiert.

6.2 Progressives Erlernen der Interprofessionalität

Künftige Ärztinnen und Ärzte sollten schon im Studium für die IPC sensibilisiert werden, zum Beispiel über **interprofessionelle Lernmodule**. Dasselbe gilt für alle anderen Berufe, die in einem interprofessionellen Rahmen eine Rolle spielen sollen.

Damit die Arbeit in einem Team bzw. die Vernetzung der Versorgung und der Behandlung der Patientin oder des Patienten Früchte tragen kann, muss nicht nur die Entwicklung der **allgemeinen Kompetenzen** (Organisations- und Kooperationskompetenz, fächerübergreifende Kenntnisse, Delegationsfähigkeit), die in den Lernzielen der jeweiligen Berufe vorgesehen sind (in der Humanmedizin SCLO II), gefördert werden, sondern den Studierenden auch die Möglichkeit gegeben werden, **sich mit einem realistischen Kontext auseinanderzusetzen**.

Insofern als mit der IPE-Lehre in der ärztlichen Ausbildung im Wesentlichen Kompetenzen wiederaufgenommen und gestärkt werden können, die im Studienplan bereits vorgesehen sind, **bedeutet sie keine Erweiterung des Unterrichtsstoffes** für die Fakultäten. Dennoch müssen die IPE-Module sorgfältig geplant und in den bestehenden Unterricht integriert werden, um **Valenzen freizugeben**, d. h. Stunden, die für den Erwerb von nichtspezifischen, allgemeinen Kompetenzen reserviert sind, die durch einen IPE-Unterricht aber effizienter und praxisnaher erworben werden können.

Dies kann sinnvoll nur über eine **Lernspirale**³⁵ erfolgen, mit der die Kompetenzen nacheinander vorgestellt, definiert und angewendet werden.

Mit anderen Worten sollte wenn möglich eine IPE-Lehre in der Form von **steigenden Kompetenzniveaus** geschaffen werden, was die Komplexität der Patientensituationen und der Interaktivität zwi-

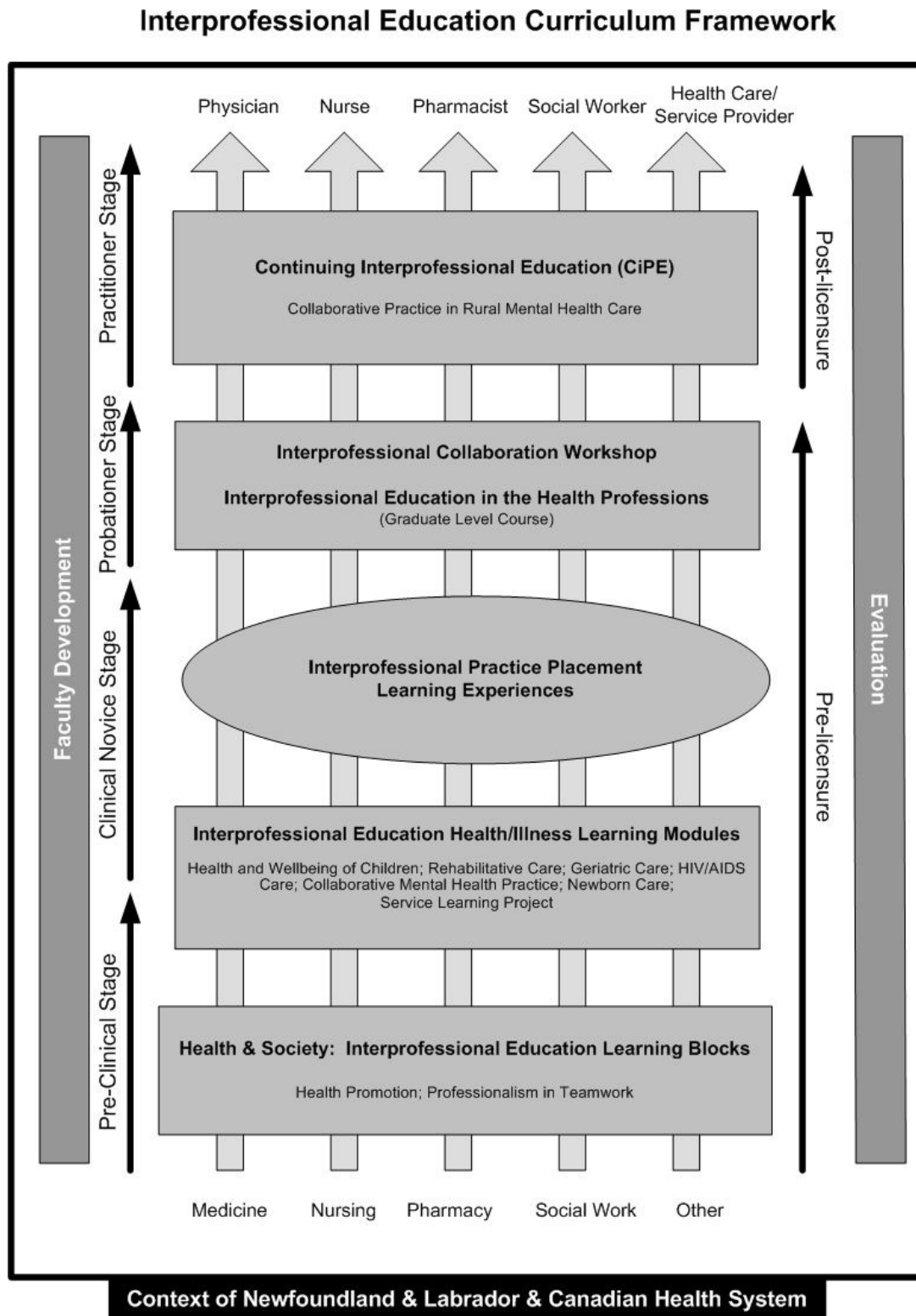
³³ <http://www.caipe.org.uk/>

³⁴ <http://www.eipen.org>

³⁵ Lernspirale = iterative Wiederholung von Lerninhalten / Kompetenzen mit steigendem Detail- / Expertiseniveau

schen den Berufen angeht (Abbildung 5). Das Curriculum, das vom «Center for collaborative Health Professional Education» der Memorial University of Newfoundland in Kanada entwickelt wurde (Curran et al. 2007), wird nachfolgend als Modell präsentiert.

Abbildung 5: Interprofessional Education Curriculum Framework (Curran et al. 2007)



Es ist ausserdem wichtig, den Studierenden **die nötige Zeit und die Mittel für eine Reflexion** über die Auswirkungen einer IPC auf ihre eigene künftige Berufsarbeit und deren Organisation an die Hand

zu geben. Oder wie Pollard (2008)³⁶ präzisiert:

There is a need for Interprofessional Education to go further, in that it should also make students explicitly aware of how organisational factors can affect interprofessional working (and) it is necessary to get students to start thinking about how interprofessional working happens within different organisational contexts; and, in particular, to encourage a habit of thinking creatively about strategies for change within all situations.

Die folgenden Etappen sollten nach dem Prinzip der Lernspirale durchgeführt werden und sich soweit möglich **kontinuierlich von der ärztlichen Ausbildung über die Weiterbildung bis zur Fortbildung weiterziehen**:

- erste interprofessionelle Kontakte (Einführung in die IPC, IPE-Module (Vorlesungen und Praktika) in den Grundwissenschaften wie Anatomie, Physiologie usw.),
- interprofessionelle Reflexion über konkrete Fälle, einschliesslich der Definition der individuellen Rollen im interprofessionellen Team anhand der Berufsprofile,
- persönliche Reflexion über die Rollen und Berufsprofile (individuelle Positionierung),
- konkrete Auswirkungen, persönliche Entwicklung,
- nachfolgende IPC/IPE-Kontakte (höheres Komplexitätsniveau).

Im Rahmen der universitären Ausbildung künftiger Ärztinnen und Ärzte und der Ausbildung für die Gesundheitsberufe sind die Art der Krankheit und die klinische Definition medizinischer Probleme, welche als Beispiel im Rahmen einer interprofessionellen Lehre vorgeschlagen werden, nicht ausschlaggebend und sollten eine interprofessionelle Lösung der Patientenproblemen nicht hindern.

Freth et al (2005) haben dies vor einigen Jahren schon erläutert: "Arguably, process is more important in interprofessional education than content. (...) The essential outcome is the development of transferable skills relevant to collaboration and teamwork skills, such problem solving, and initiating and improving care and the embedding of these in practice". Wobei, selbstverständlich „content is nevertheless important (in providing) motivation to learn, by filling recognized gaps in the learners' knowledge, or by capturing their imaginations and harnessing the energy of this enthusiasm. This means that content should be relevant to learners' concerns and professional practice“

Die Arbeitsgruppe ist sogar der Auffassung, dass die Hauptelemente des Inhaltes (genaue Diagnose, entsprechende aktuelle Therapie, usw) erst in der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzten aufgenommen werden sollten. In diesem Sinne wurden auch die Modelle und Module entwickelt.

6.3 Bestandteile einer interprofessionellen Lehre³⁷

Die Diskussionen in der Themengruppe haben gezeigt, dass im Grossen und Ganzen die vom CAIPE (Barr 2011; Barr et al. 2011) genannten Elemente auch auf die Lehre in der Schweiz anwendbar sind. Wir beschränken uns darauf, diese im Folgenden zu zitieren:

6.3.1 Werte

Interprofessional Education:

- Focuses on the needs of individuals, families and communities to improve their quality of care, health outcomes and wellbeing; *Keeping best practice central throughout all teaching and learning*
- Applies equal opportunities within and between the professions and all with whom they learn and work; *Acknowledging but setting aside differences in power and status between professions*
- Respects individuality, difference and diversity within and between the professions and all with whom they learn and work; *Utilizing distinctive contributions to learning and practice*

³⁶ Pollard (2008), Report for the Higher Education Academy of Health Science and Practice Subject Centre in London

³⁷ Barr H., Low H. (2011), CAIPE – Principles of Interprofessional Education. <http://www.caipe.org.uk/resources/principles-of-interprofessional-education/>

- Sustains the identity and expertise of each profession; *Presenting each profession positively and distinctively*
- Promotes parity between professions in the learning environment; *Agreeing 'ground rules'*
- Instils interprofessional values and perspectives throughout uniprofessional and multiprofessional learning. *Permeating means and ends for the professional learning in which it is embedded*

6.3.2 Prozesse

Interprofessional Education:

- Comprises a continuum of learning for education, health, managerial, medical, social care and other professions; *Sequencing interprofessional learning progressively throughout pre-registration and post-experience studies*
- Encourages student' participation in planning, progressing and evaluating their learning; *Including them with teachers and others in working groups*
- Reviewing policy and practice critically from different perspectives; *Subjecting policy and practice to critical analysis against experience and evidence*
- Enables the professions to learn with, from and about each other to optimise exchange of experience and expertise; *Facilitating interaction, exchange and co-reflection as they compare perceptions, values, roles, responsibilities, expertise and experience*
- Deals in difference as it searches for common ground; *Showcasing different yet mutually reinforcing roles and expertise in collaborative practice grounded in mutual understanding working towards shared objectives*
- Integrates learning in college and the work place; *Teachers and practice supervisors planning, delivering, assessing and evaluating classroom and practice-based learning together*
- Synthesizes theory and practice; *Deriving theory from and applying it to practice*
- Grounds teaching and learning in evidence; *Citing findings from research including those in systematic reviews of process and outcomes from interprofessional learning*
- Includes discrete and dedicated interprofessional sequences and placements; *Building in dedicated interprofessional learning based on these principles*
- Applies consistent assessment criteria and processes for all the participant professions; *Including summative assessment by the same means to the same standards*
- Carries credit towards professional qualifications; *Negotiating ways in which satisfactory fulfillment of interprofessional assignments meets requirements for professional awards*
- Involves service users and careers in teaching and learning; *Including them in planning, delivery, assessing and evaluating teaching*

6.3.3 Outcomes

Interprofessional Education:

- Engenders interprofessional capability; *Devising outcome-led learning delivering collaborative capabilities*
- Enhances practice within each profession; *Enabling each profession to improve its practice to complement that of others*
- Informs joint action to improve services and instigate change; *Applying critical analysis to collaborative practice*
- Improves outcomes for individuals, families and communities; *Responding more fully to their needs*
- Disseminates its experience; *Contributing to the advancement and mutual understanding in interprofessional learning in response to enquiries, at conferences and via the professional and interprofessional literature*
- Subjects developments to systematic evaluation and research; *Collecting data systematically to test against the requirements and expectations of stakeholders, funding, validating and regulatory bodies and to contribute to the evidence base*

6.4 Wann mit der interprofessionellen Lehre beginnen?

6.4.1 Ärztliche Ausbildung

Parsell und Bligh (1998)³⁸ postulieren, dass die IPE, wenn sie wirksam sein soll, gewisse Kriterien erfüllen sollte:

- involve all participating departments in planning and implementation
- be seen as relevant by learners
- have balanced group membership
- have participants of equal status
- clarify learners' previous experience
- use common tasks with clear objectives
- use interactive approaches to learning
- use real-life clinical problems to
- stimulate interprofessional problem-solving
- use experiential learning methods
- use small group methods of learning
- provide feedback to learners
- recruit teachers experienced in interprofessional working
- provide appropriate pre-course information to participants
- demonstrate support from senior management
- be evaluated

Das wichtigste Element dabei ist, dass die Studierenden und Lernenden aller medizinischen und Gesundheitsberufe sich in ihrer Rolle und ihrer Identität als Fachleute in Ausbildung sicher und damit mit den anderen gleichgestellt fühlen müssen. Ausserdem sollte ein zweckmässiger und wirkungsvoller interprofessioneller Unterricht auf realistischen klinischen Situationen basieren, mit denen sich die Studierenden identifizieren können und anhand derer sie gleichzeitig die Rolle der anderen Fachkräfte verstehen können (Finch 2000).

Dies alles wird allerdings durch die Feststellung in Frage gestellt, dass die Studierenden der verschiedenen Studiengänge selbst zu Beginn des Studiums bereits eine «Vision» ihrer professionellen Identität haben und dass diese darüber hinaus sehr stereotyp ist (Tunstall-Pedoe et al. 2003). Die Erfahrung zeigt, dass die IPE deshalb sehr früh eingeführt werden sollte, um diese Stereotype zu zerschlagen (McNair 2005; Horsburgh 2001).

Abgesehen von ausbildungsrelevanten Überlegungen kann eine IPE auf Bachelorstufe auch zu einer Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen den Studiengängen für Medizinal- und Gesundheitsberufe führen.

6.4.2 Ärztliche Weiterbildung

Die IPE muss auf der Grundlage des klinischen Kontextes mit der zunehmenden Spezialisierung und gleichzeitig mit dem gewählten Fach (allgemeine innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie usw.) fortgeführt werden. Die für die IPE in der Ausbildung entwickelte Kompetenzmatrix basiert auf dem CanMEDS und trägt den Lernzielen SCLO II Rechnung. Für die Weiterbildung müsste eine neue Kompetenzmatrix entwickelt werden, bei der die prioritären Bedürfnisse von Fachleuten in der Weiterbildung und im Beruf berücksichtigt werden.

Die Themengruppe empfiehlt, sich auch dabei an der Matrix von CanMEDS zu orientieren und diese für alle Berufe und für die ganze Aus-, Weiter- und Fortbildung zu verwenden. Dies bietet sich an, da die „general objectives“ des SCLO auch integraler Teil der Weiterbildungsordnung (WBO der FMH) sind. Damit ist auch auf die Kontinuität und Kohärenz zwischen Ausbildung und Weiterbildung hingewiesen, die gerade im Medizinalberufegesetz statuiert wird.

³⁸ <http://pmj.bmj.com/content/74/868/89.full.pdf+html>

6.4.3 Ausbildung der interprofessionellen Partner

Die Ausbildung der interprofessionellen Partner unterscheidet sich nicht grundlegend von derjenigen der Medizinstudierenden. Umso mehr als die universitäre und die berufliche Bildung im Idealfall koordiniert in gemeinsamen IPE-Modulen erfolgen sollte.

Sofern die Anzahl Personen für die Zusammenstellung ausgeglichener IPE-Gruppen nicht ausreicht, sollte in Betracht gezogen werden, Fachleute aus den verschiedenen Gesundheitsberufen zur Teilnahme an den Gruppenarbeiten einzuladen. Diese würden als „facilitators“ ihre beruflichen Kompetenzen den am IPE-Modul teilnehmenden Lernenden zur Verfügung stellen. Es kann auch nützlich sein, Studierende aus der spezialisierenden Stufe (Master Advanced Practices) in den IPE-Unterricht in der Grundausbildung einzubeziehen.

6.5 Welche Lehrmethoden verwenden?

Die Literatur liefert zahlreiche Beispiele für IPE-Lehrmethoden (Bridges et al. 2011, Lerner et al. 2009, Schmitt M. et al. 2013). An der Universität Karolinska in Stockholm etwa (Ponzer et al. 2004) wurde im Universitätsspital (Södersjukhuset) ein *Educational Ward* eingerichtet, in dem Patientinnen und Patienten auf Wunsch ausschliesslich von interprofessionellen Gruppen von Studierenden verschiedener Gesundheitsberufe betreut werden. Die Dozierenden sind nur für die Supervision zuständig. Auch in Linköping (Schweden) wird seit 1986 während eines insgesamt zwölf Wochen dauernden IPE-Unterrichts in der Medizin eine zweiwöchige Rotation in einem interprofessionellen Dienst absolviert³⁹.

Grundsätzlich braucht es keine unterschiedlichen IPE-Unterrichtsmethoden je nach Studiengang. Am wichtigsten ist, dass die IPE auf das Gesundheitsproblem der Patientin oder des Patienten ausgerichtet (problem-based) ist und von Anfang an interprofessionell, in kleinen Gruppen und als interaktiver Unterricht unter Einbezug von Simulationen stattfindet (Hean et al. 2012; D'Eon 2004; Curran et al. 2007; Kilminster et al. 2004; Cooper et al. 2001).

Im Rahmen dieses Konzepts schlägt die Themengruppe vor, insbesondere die folgenden Methoden in Betracht zu ziehen:

- Einführungsreferate,
- Diskussionen im Plenum,
- Analyse und Diskussion von Videomaterial in der IPE-Gruppe,
- Gruppenarbeit mit Fallvignetten, entsprechend dem Ausbildungsniveau (die diagnostische oder therapeutische Lösung des Falles ist auf Stufe Grundausbildung nicht das zentrale Element und sollte der Weiterbildung vorbehalten bleiben [Master, Advanced Practices]),
- Mitwirkung/Präsentationen von Patienten oder deren Angehörigen,
- Rollenspiele anhand konkreter, massgeschneiderter Beispiele, die auf eine beschränkte Anzahl Lernziele oder zu entwickelnder/teilender Kompetenzen ausgerichtet sind,
- E-Learning als Teil von Fernunterricht, der den IPE-Basisunterricht verlängert und ergänzt,
- persönliches IPE-Journal, insbesondere im Rahmen von interprofessionellen Praktika und klinischen Rotationen,
- Self-directed Learning (soweit möglich unter der Aufsicht der Facilitatorinnen und Facilitatoren aus der Praxis).

6.6 Welche Evaluationsmethoden verwenden?

Da die interprofessionelle Lehre nicht in allen Medizinfakultäten, Fachhochschulen und höheren Fachschulen gleich verankert ist, variieren die Evaluationsmethoden. Die Regel, dass jedes Lehren und Lernen immer (formativ oder summativ) evaluiert werden sollte, sollte aber auch für die IPE gelten.

Was die ärztliche Ausbildung angeht, wäre die Möglichkeit zu evaluieren, ein interprofessionelles Element in die Prüfung für das eidgenössische Diplom in Medizin aufzunehmen (summativ).

Für die ärztlichen Weiterbildungslehrgänge, die diese Evaluationsmethode eingeführt haben, sollten

³⁹ <http://www.hu.liu.se/pedagogisktcentrum/interprofessionellt-larande?!=en>

der IPE-Unterricht und die entsprechenden Kompetenzen einer 360°-Beurteilung unterzogen werden (Meng et al. 2009) oder mit einer anderen Methode evaluiert werden, die den Zielen der Fachgesellschaften entspricht.

6.7 Barrieren und Grenzen für eine erfolgreiche IPE

Auch im Bereich der Entwicklung und Einführung von interprofessionellen Lehrmodulen bestehen Hindernissen, die wir hier kurz erwähnen möchten. Unter anderem :

- Mangelnde gemeinsame Erarbeitung der Curricula
- Ungenügende Integration der Kompetenzen im Laufe des gesamten Curriculums.
- Begrenzte Ressourcen innerhalb der Institutionen (Räumlichkeiten, Logistik, Finanzierung, usw)
- Ungenügende Unterstützung der Verantwortlichen innerhalb der Institution (Anerkennung der Leistungen für die akademische Karriere, Entlastung in Lehre und Forschung)
- Mangel an motivierten „Champions“ der IPE innerhalb und ausserhalb der Institutionen
- Ungenügende Information der Studierenden und der Fakultät
- Ungenügende Koordination und Vernetzung innerhalb der Institution (Erarbeitung von Modulen, Einführungsvorträgen), zwischen Institutionen (universitäre und nicht-universitäre), welche im IPE Setting zusammenarbeiten sollten und zwischen Institutionen und „facilitators“ aus der Praxis.
- Fehlender Bezug zur Berufsausübung (siehe Konzept entrustable Professional Activities EPAs)

6.8 Literatur

- Abu-Rish. E., Kim S., Choe L., Varpio L., Malik E., White A.A., Craddick K., Blondon K., Robins L., Nagasawa P., Thigpen A., Chen L., Rich J. and Zierler B. (2012), Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review, *Journal of Interprofessional Care*, 26(6):444-451.
- Barr H. (2003), Undergraduate Interprofessional Education, CAIPE, Education Committee Discussion Document Number 0.1.
- Barr H., Helme M., D'Avray L. (2011), Developing Interprofessional Education in health and social care courses in the UK: a progress report. Occasional Paper 12, Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Subject Center, London.
- Barr H., Low H. (2013), Introducing Interprofessional Education, CAIPE, Fareham, UK.
- Bridges D.R., Davidson R.A., Odegard P. S., Maki I.V., Tomkowiak J. (2011), *Medical Education Online*, 16:6035.
- Cooper H., Carlisle C., Gibbs T., Watkins C. (2001), Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 35(2):228-37.
- Cullen L., Fraser D., Symonds I. (2003), Strategies for interprofessional education: the Interprofessional Team Objective Structured Clinical Examination for midwifery and medical students, *Nurse Education Today*, 23:427-33.
- Curran V.R., Sharpe D. (2007), A Framework for Integrating Interprofessional Education curriculum in the Health Sciences, *Education for Health*, 20(3): 1-7.
- D'Eon M. (2004), A blueprint for interprofessional learning, *Medical Teacher*, 26(7):604-609.
- Finch (2000), Interprofessional education and teamworking: a view from the education providers, *BMJ*, 321:1138-1140.
- Freth D., Hammick M., Reeves S., Koppel I., Barr H (2005), *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford, Blakwell.
- Gallant S., Clerc M., Gachoud D., Morin D. (2011), Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?, *Rech Soins Infirm*, 106 :20-6.
- Horsburgh M., Lamdin R., Williamson E. (2001), Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning, *Medical Education*, 35:876-83.
- Kilminster S., Hale C., Lascelles M., Morris P., Roberts T., Stark P., Sowter J., Thistlethwaite J. (2004), Learning for real life: patient-focused interprofessional workshop offer added value, *Medical Education*, 38:717-726.
- Lerner S., Magrane D., Friedman E. (2009), Teaching Teamwork in Medical Education, *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76:318-329.

- McNair R. (2005), The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education, *Medical Education*, 39:456-64.
- Meng L., Metro D., Patel R. (2009), Evaluating Professionalism and Interpersonal and Communication Skills: Implementing a 360-Degree Evaluation Instrument in an Anesthesiology Residency Program, *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2):216-20. Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931243/pdf/i1949-8357-1-2-216.pdf>
- Morikawa-Won S. (2007), Developing New Curriculum Modules for Enhancing Interprofessional Teamwork and communication Skills to Improve Patient Care and Safety at the University of California, San Francisco, Master Thesis in Organisational Psychology. ;
- Parsell G., Bling (1998), Interprofessional learning, *Postgrad Med J.*, 74:89-95.
- Pollard K.C. (2008), Non-formal learning and interprofessional collaboration in health and social care: the influence of the quality of staff interaction on student learning about collaborative behaviour in practice placements, *Learning in Health and Social Care*, 7(1):12-26.
- Pollard, K. C., Miers, M. E., & Gilchrist, M. (2004). Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health & Social Care in the Community*, 12(4), 346-358.
- Ponzer S., et al. (2004), Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards, *Medical Education*, 38:727-736.
- Reese, D. & Sontag, M-A. (2001). Barriers and solutions for successful inter-professional collaboration on the hospice team. *Health and Social Work*, 26, (3), 167-175.
- Reeves S, Tassone M, Parker K, Wagner S, Simmons B (2012) Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. *Work*; 41:233-245.
- Schmitt M.H., Gilbert J.H.V., Brandt B.F., Weinstein R.S. (2013), The Coming Age for Interprofessional Education and practice, *The American Journal of Medicine*, 126(4):284-8.
- Tunstall-Pedoe, Rink, Hilton (2003), Students attitude to undergraduate interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, 17(2):161-72.
- Virani T. (2012), Interprofessional Collaborative Teams, Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Internet: http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Virani-Interprofessional-EN.sflb.ashx
- Vyt A. (2009), Exploring quality assurance for interprofessional education in health and social care, Garant, Antwerpen.

7 Konzept für eine Einführung in die interprofessionelle Zusammenarbeit

7.1 Ziele

Ziel dieses Dokuments ist es, Empfehlungen bezüglich Kompetenzen und Ausbildungsziele abzugeben, die allen an einer IPC beteiligten Berufe gemeinsam sind. Es werden auch methodische Empfehlungen hinsichtlich der Vermittlung der Ausbildungsinhalte gegeben (interprofessionelle Module, Lernen im Team), die den auf universitärer Stufe bestehenden Unterlagen, aber auch der Systematik und den Unterlagen für die Sekundär- und die Tertiärstufe sowie den verschiedenen Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und geltenden gesetzlichen Vorschriften (MedBG, FHSG, BBG usw.) Rechnung tragen.

Diese Empfehlungen können in die bestehenden Programme und Ausbildungsziele integriert werden. In diesem Sinne bezwecken sie auch, die in den Kapiteln 5 und 6 präsentierten Informationen zu ergänzen, ohne diese noch einmal zu nennen oder aufzuzählen. Die Literaturhinweise sollen interessierten Personen dienen, ihre Dokumentation zu vervollständigen.

Das Mandat der Plattform sieht vor, dass die Themengruppe sich auf die universitäre Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte konzentriert. Das vorliegende Konzept berücksichtigt aber auch die Ausbildung der Gesundheitsberufe, die mit den Ärztinnen und Ärzten interprofessionell zusammenarbeiten sollen.

7.2 Vision und allgemeine Grundsätze

7.2.1 Visionen

Das von der Themengruppe vorgeschlagene Konzept basiert auf einer umfassenden Vision der Interprofessionalität in der Schweiz, welche die wahrscheinliche Entwicklung der Versorgungsmodelle und folglich der IPC sowie parallel dazu der IPE berücksichtigt. **Es fügt sich also in einen dynamischen Prozess ein, dessen erstes Element es auf nationaler Ebene bildet.**

Die Expertinnen und Experten der Themengruppe empfehlen den Verantwortlichen der Plattform und der Medizinfakultäten, sich die Mittel zu geben, um einen solchen Prozess zur Entwicklung von interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeitspraktiken zu unterstützen (Olenick et al. 2013). Diese Praktiken sind von grosser Wichtigkeit für die Zukunft und die Qualität der medizinischen Berufsausübung und damit für die Versorgungsqualität in unserem Land. Sie bilden auch die Grundlage für eine effiziente interprofessionelle Weiterbildung, die dann mehr in der Verantwortung der Berufsorganisationen und der stationären Bildungsstätten liegt. Die Expertinnen und Experten schlagen vor, die in diesem Bericht präsentierte Vision der Interprofessionalität als Diskussionsgrundlage für die weiteren Arbeiten und Entscheidungen zu verwenden.

- Auf nationaler Ebene besteht ein einheitliches Verständnis der Interprofessionalität im Sinne von IPC und IPE. Dies impliziert die Berücksichtigung und die Kombination verschiedener Ansätze, Denkweisen und fachspezifischer Methoden sowie die Schaffung von Synergien, die die Versorgungsqualität verbessern.
- Die IPC erfüllt die aktuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und jede, in einer interprofessionellen Struktur eingebundene Fachperson kann ihr Beitrag dazu leisten, unabhängig von ihrem Ausbildungsniveau, ihrer Rolle oder Funktion im Versorgungssystem oder IPC-Team.
- Die den verschiedenen Berufsgruppen gemeinsamen Querschnittskompetenzen müssen über geeignete Lernmethoden erworben und entwickelt werden (interprofessionelle Module, Transfer von der Theorie zur Praxis, Supervision, patientenzentrierter Ansatz, Einbindung der Angehörigen in die Bestimmung der Patientenbedürfnisse etc.).

- Die in interprofessionellen Einrichtungen arbeitenden Fachpersonen verfügen über die (berufs-)spezifischen und allgemeinen Kompetenzen (insbesondere kommunikative und soziale) sowie über die berufliche Autonomie, die zur Gewährleistung der ihnen zustehenden Rolle im IPC-Team oder -Netzwerk nötig und ausreichend sind. Sie sind dazu ausgebildet, der Multidimensionalität (physisch, psychisch, sozial, kulturell, spirituell) in ihrem ganzheitlichen Zugang zur Patientin oder dem Patienten Rechnung zu tragen.
- Die Interprofessionalität ist obligatorischer Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung für die universitären Medizinalberufe (nach MedBG Revision). Sie ist ebenfalls Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Gesundheitsberufe (Tertiär A und B, unter anderem im Rahmen GesBG). Soweit möglich wird sie in die Ausbildung weiterer Berufe, die im Gesundheitssystem tätig sind (Sozialmedizin, Psychologie usw.), integriert.
- Die Entwicklung eines gemeinsamen Ausbildungskonzept für sämtliche interprofessionell tätigen Berufskategorien im Gesundheitsbereich entwickelt und die Schaffung eines nationalen Vernetzungs- und Förderungsorgan nach dem für die Palliative Care verwendeten Modell bzw. dem Modell des CAIPE werden geprüft. Dieses könnte die Forschung in den die IPE/IPC betreffenden Bereichen fördern und sich an der Finanzierung von bemerkenswerten interprofessionellen Aktivitäten beteiligen (siehe auch Programm der Robert-Bosch Stiftung⁴⁰ für die Förderung der IPC).

7.2.2 Zielpublikum

Das vorliegende Dokument ist zuhanden der Plattform im Rahmen des der Themengruppe von ihr zugewiesenen Mandats verfasst worden. Es richtet sich aber auch generell an die Verantwortlichen für die Medizinal- und die Gesundheitsberufe in Lehre und Praxis. Das betrifft namentlich die Universitäten, Hochschulen, höhere Fachschulen, Berufsverbände, sozialmedizinischen Institutionen, Gesundheitsinstitutionen, die an der Aus-, Weiter- oder Fortbildung von Gesundheitsfachleuten beteiligt sind. Die verantwortlichen Personen waren eingeladen, via Anhörungen, die die Themengruppe organisiert hatte, in den Begleitgruppen und der Steuergruppe an der Erarbeitung dieses Konzepts mitzuwirken. Die Themengruppe hofft, dass dank einer breiten Verbreitung dieses Berichts eine noch grössere Zahl von Spezialistinnen und Spezialisten erreicht werden kann und ein Mentalitätswandel bezüglich der Interprofessionalität in der Ausbildung und im Schweizer Gesundheitssystem in Gang gesetzt wird.

7.2.3 Allgemeine Grundsätze für die Entwicklung der Modelle und Module

Die Themengruppe hat sich auf von den Medizinal- und Pflegeberufen allgemein anerkannte Grundsätze der Berufspraxis im Umgang mit Patientinnen und Patienten und deren Gesundheitsproblemen gestützt. Diese entsprechen der heutigen Realität der Berufsausübung, berücksichtigen aber auch Elemente, die sich im Rahmen der Anpassung der Praxis und der Strukturen in der Grundversorgung an die neuen Versorgungsmodelle entwickeln sollen. Es ist wichtig, dass den Studierenden von Anfang an beigebracht wird, sich an diese unerlässlichen Grundsätze zu halten, insbesondere während der Arbeiten in Gruppen.

- Gleichbehandlung aller Patientinnen und Patienten,
- institutionelle oder situative (ad hoc) Vernetzung der ambulanten Versorgung gemäss den Bedürfnissen der Patienten ab seinem Eintritt ins Gesundheitssystem, unabhängig davon, über welche Eingangspforte er ins Versorgungssystem gelangt,
- Anerkennung und Berücksichtigung der Schnittstellen (Patient, sein Umfeld, Arbeitswelt, Einzelpraxis, Gruppenpraxis, Facharzt, Apotheke, sozialmedizinische Institutionen, Spital, Pflegeeinrichtung etc.), die den Weg der Patientin oder des Patienten durch das Gesundheitssystem beeinflussen,

⁴⁰ <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/44080.asp>

- offene und angemessene Kommunikation zwischen den Fachkräften, mit dem Patienten und seinem Umfeld, gemäss den Regeln der Ethik und der informierten Zustimmung und entsprechend allfälliger Patientenverfügungen,
- qualifizierte Unterstützung während des Entscheidungsprozesses, unter Berücksichtigung der freien Wahl der Behandlung durch die Patientin, den Patienten oder wenn nötig die Angehörigen (konventionelle und nichtkonventionelle Ansätze),
- Berücksichtigung des persönlichen Umfelds und des gesamten Gesundheitssystems, wodurch das Gesundheitsproblem multidimensional angegangen werden kann,
- Einhaltung der Regeln zu Vertraulichkeit und Schutz der persönlichen Daten während des ganzen Pflegepfads und des ganzen Wegs der Patientin oder des Patienten durch das Gesundheitssystem.

7.2.4 Kompetenzmatrix

Die Arbeit der Themengruppe ist um eine Kompetenzmatrix herum strukturiert (siehe Anhang 3, allgemeines Portfolio), die auf dem CanMEDS-Katalog und SCLO II basiert. Die Expertinnen und Experten der Themengruppe haben die Kompetenzen, die den Besonderheiten der IPC und der IPE in der Schweiz am besten entsprechen, ausgewählt und auf die verschiedenen Modelle und Module verteilt. Es handelt sich um einen Vorschlag, der die Arbeit der Verantwortlichen für die IPE-Ausbildung künftiger Ärztinnen und Ärzte erleichtern soll und der gleichzeitig auch den Lernzielen der Gesundheitsberufe entspricht.

Je nach Bedürfnissen und Möglichkeiten der einzelnen Ausbildungseinrichtungen können weitere Aspekte einbezogen werden. Wichtig ist aber, dass die Entwicklung von Modulen mit einer ähnlichen Kompetenzenliste begonnen wird.

Die Expertinnen und Experten der Themengruppe empfehlen auf jeden Fall, sich an der Matrix von CanMEDS zu orientieren und diese für alle Berufe (Medizinal- und Gesundheitsberufe) und für die ganze Aus-, Weiter- und Fortbildung zu verwenden.

7.2.5 Umsetzung des Konzepts / von den Modellen zu den Modulen

Das vorliegende Konzept stellt eine erste Etappe der strukturierten und koordinierten Einführung der Interprofessionalität in der ärztlichen Ausbildung und der Ausbildung der Gesundheitsberufe dar. Die **sechs Versorgungsmodelle**, die hier vorgeschlagen werden, tragen den Erfordernissen der heutigen und künftigen «Collaborative Practice» Rechnung. Sie entsprechen der Realität der ambulanten medizinischen Grundversorgung.

Die Modelle und die Module, die diese veranschaulichen, sind so konzipiert, dass sie vom ersten bis ins sechste Studienjahr des Medizinstudiums implementiert werden können (nach dem Prinzip der Lern-/Lehrspirale). Unter Berücksichtigung der Vorbereitung durch die Teilnehmenden entspricht jedes Modell ungefähr einem ECTS-Kreditpunkt. Es ist sowohl eine Durchführung an Ausbildungswochenenden als auch an über das Jahr verteilten Ausbildungstagen oder -halbtagen möglich.

Die Themengruppe empfiehlt, im Idealfall ein IPE-Modell pro Studienjahr anzubieten. Durch eine Anpassung der Unterrichtsmethoden dürfte das Wahlstudienjahr kein grösseres Hindernis für die Kontinuität in der IPE-Planung darstellen. **Im Gegenteil, die Themengruppe empfiehlt, die konkreten IPC-Kontakte, welche die Studierenden während ihrer Praktika erleben werden, zu nutzen, um bestimmte spezifische Kompetenzen zu entwickeln oder ein konkretes, praktisches IPC-Projekt zu realisieren.** Die Erfahrungen könnten sodann in einem Praktikumsbericht reflektiert werden.

Jedes der sechs vorgeschlagenen Modelle besteht aus drei bis vier Unterrichtsmodulen, die die Ausbildungseinrichtungen gemäss ihren Besonderheiten, Aufgaben, Bedürfnissen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Ausbildungseinrichtungen weiterentwickeln können.

7.3 Praktische Organisation der Lehre / allgemeines Portfolio

Wie das Beispiel von UniL / CHUV / HES-SO zeigt, muss für die Planung und die Umsetzung der IPE

eine interprofessionelle Arbeitsgruppe eingesetzt werden. Die im allgemeinen Portfolio vorgeschlagenen Dokumente (insbesondere das Aufgabenheft für Fazilitatorinnen und Fazilitatoren) sollten eine Standardisierung der Arbeit ermöglichen. Natürlich ist es aber die Aufgabe jeder Ausbildungseinrichtung bzw. jeder interprofessionellen Arbeitsgruppe, die mit der Einführung der IPE beauftragt ist, eigene Lehr- und Evaluationsinstrumente zu erarbeiten (Hean et al. 2012; Cooper 2001; D'Eon 2004; Curran et al. 2007).

7.3.1 Allgemeines Portfolio

Das allgemeine Portfolio ist das Hauptdokument. Es ist für die Ausarbeitung einer interprofessionellen Lehre unabdingbar. In der Regel ist dieses Dokument auch das erste, das gemeinsam und interprofessionell von allen Beteiligten erarbeitet wird (Dozierende, Fazilitatorinnen und Fazilitatoren, Studiengangverantwortliche etc.). Basierend auf eigenen Erfahrungen und auf den Vorschlägen verschiedener Expertinnen und Experten, die eingeladen wurden an den Diskussionen der Themengruppe teilzunehmen, schlägt die Themengruppe einige Beispiele von Dokumenten für das allgemeine Portfolio vor:

- Auswahl der Teilnehmenden, Bildung der interprofessionellen Gruppen (Auslosung, «Berufebörse», Rollenspiele),
- Begleitung der Teilnehmenden durch Spezialistinnen und Spezialisten (Fazilitatorinnen und Fazilitatoren),
- Auswahl und Begleitung/Schulung der Fazilitatoren und Fazilitatorinnen (Dozierende, Fachpersonen, echte oder Simulationspatienten, Organisatoren etc.),
- Briefing/Debriefing der Studierenden, gegebenenfalls persönliche/psychologische Unterstützung in gewissen Ausbildungsmodulen,
- Dokumentation, Dossier für die Teilnehmenden zum Unterricht insgesamt und zu den einzelnen Lernmodulen,
- allgemeine Literaturliste, Liste der Publikationen und Unterlagen pro Modul, Konzept und Hilfsmittel für die Literatursuche,
- Schulung der Auszubildenden, Fazilitatorinnen und Fazilitatoren, Briefing/Debriefing pro Modul (Pollard 2008),
- zeitliche Organisation des IPE-Unterrichts (Bachelor, Master) und der einzelnen Module,
- logistische Probleme, Hörsäle, Gruppenarbeitsräume, Mahlzeiten, Pausen, Übernachtungen etc.,
- Finanzierung IPE und der Ausbildungsmodule, allfälliges Sponsoring,
- Zwischen- und Schlussevaluation der einzelnen Module und des IPE-Unterrichts insgesamt durch die Teilnehmenden und die Fazilitatoren,
- allgemeine Themen zur Einführung in die IPC/IPE-Theorie und zu deren Vertiefung,
- Gesamtprogramm und Ablauf der einzelnen IPE-Module.

7.4 Modell 1 : Hausarztpraxis

IPC-Struktur: Hausarztpraxis, ambulant

Lernziele:

- Die Ansichten und Vorstellungen der beteiligten Berufe herausarbeiten
- Die Formen formeller und informeller Interaktion, einschliesslich Konfliktpotenziale, erfassen und berücksichtigen
- Strategien der interprofessionellen Zusammenarbeit entwickeln
- Evaluieren, ob das Modell in einer Einzelpraxis eingesetzt werden kann

7.4.1 Modul 1a

Patientenweg: Eintritt ins Versorgungssystem, erste Kontakte

Szenario: Pädiatrischer Patient in Einzelpraxis, von der Mutter begleitet, seit zwei Tagen Nasenausfluss

Lernziele:

- Patient empfangen (Grundversorgung, Eingang ins Versorgungssystem), seine Bedürfnisse abklären
- Den Schweregrad einer Situation erkennen und Bericht erstatten können
- Mit einer anderen Fachperson klar kommunizieren (schriftlich und mündlich)
- Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie, erklären, informieren
- Administrative und medizinische Dokumente bearbeiten (Akte, Rechnung)

7.4.2 Modul 1b

Patientenweg: Eintritt ins Versorgungssystem, ambulante Konsultation als erster Kontakt oder für eine Nachuntersuchung

Szenario: Älterer urologischer Patient (> 80), wegen beginnender Demenz von seiner Frau begleitet, einfacher Harnwegsinfekt

Lernziele:

- Organisatorische Schritte im Team einleiten können
- Die Regeln der ärztlichen Verschreibung kennen
- Ein Arzneimittel mitsamt Wirkungen und Kontraindikationen erörtern und erklären
- Die Organisation einer Hauspflege initiieren
- Die Mitarbeitenden kontextbezogen informieren
- Den Patienten vor dem Austritt informieren: Verhalten im Fall von Komplikationen, nächster Termin

7.4.3 Modul 1c

Patientenweg: erster Kontakt via Apotheke

Szenario: sportlicher Patient, guter allgemeiner Gesundheitszustand, Schmerzen in der unteren Lendengegend infolge falscher Bewegung

Lernziele:

- In der Apotheke beraten können («Red flags» bei Lendenschmerz erkennen)
- Bezüglich der Einnahme von Schmerzmitteln beraten können
- Dem Patienten klare Anweisungen für eine Arztkonsultation geben (falls nötig, Medgate konsultieren)
- Den Arzt korrekt informieren, sich für den Patienten beraten lassen
- Dem Arzt wenn nötig einen Fall berichten können

7.5 Modell 2 : Notfallsituation

IPC-Rahmen: Notfallsituationen, Patient entscheidfähig / nicht entscheidfähig, bestehendes IPC-Team / bestehende IPC-Struktur

Lernziele:

- Effizient mit den anderen Fachpersonen im Team kommunizieren und zusammenarbeiten (Teamwork, Bedeutung der Sprache)
- Die Formen formeller und informeller Interaktionen erfassen und berücksichtigen, einschliesslich Konfliktpotenziale
- Situativ den Lead bei der Behandlung übernehmen
- Die für den Patienten überlebenswichtigen Handlungen definieren (Versorgungssicherheit auch aus der Distanz und bei Überlastung)

7.5.1 Modul 2a

Patientenweg: kritische Entwicklung des Gesundheitszustands

Szenario: Patientin auf der Entbindungsstation; Verschlechterung der Vitalparameter nach der Entbindung (z. B. Uterusatonie, starke Blutungen).

Lernziele:

- Konfrontation mit Behandlungsanweisungen und -protokollen
- Übermittlung sachdienlicher Fachinformationen
- Notfallbehandlung, Grundlagen der Reanimation

7.5.2 Modul 2b

Patientenweg: Eintritt in das Versorgungssystem und/oder erster Kontakt

Szenario: posttraumatische Behandlung eines jungen Motorradfahrers nach einem Strassenverkehrsunfall (in der Stadt oder auf dem Land)

Lernziele:

- Die Einsatz- und Arbeitsregeln eines Notfallsanitäter-/Rega-Teams kennen
- Reanimation ausserhalb der Spitaleinrichtung
- Kommunikation und Zusammenarbeit mit nichtmedizinischen Fachpersonen

7.5.3 Modul 2c

Patientenweg: kritische Entwicklung des Gesundheitszustands einer hospitalisierten Patientin in der Nacht

Szenario: 82-jährige Patientin im Pflegeheim, beim Aufstehen in der Nacht hingefallen, Schnittwunde an der Stirn und multiple Prellungen

Lernziele:

- Versorgungssicherheit
- Übermittlung sachdienlicher Fachinformationen
- Die Gefahren einer (berufsspezifischen) Fachsprache erkennen

7.5.4 Modul 2d

Patientenweg: Eintritt ins Versorgungssystem infolge plötzlicher Verschlechterung des Gesundheitszustands

Szenario: Kind mit Fieberkrampf (möglicherweise Meningitis?), Mutter bittet telefonisch bei der Arztpraxis um Hilfe

Lernziele:

- Eine emotional schwierige Situation erkennen und meistern
- Als Verbindung/Vermittler zwischen ambulanter und stationärer Einrichtung fungieren

7.6 Modell 3 : Sequenzielle IPC

IPC-Rahmen: sequenzielle interprofessionelle Zusammenarbeit, ad hoc, gemäss den Bedürfnissen des Patienten gebildetes interprofessionelles Netzwerk

Lernziele:

- Die Sprache und die Funktionsweise jedes Berufs beherrschen
- Die eigene Kommunikation auf den Patienten, die Patientin anpassen (einschliesslich Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds des Patienten)
- Die eigene Kommunikation auf die anderen Berufe anpassen
- Die Rollen und Kompetenzen der verschiedenen IPC-Beteiligten des ambulanten Versorgungssystems kennen

7.6.1 Modul 3a

Patientenweg: Rückkehr nach Hause, interprofessionelle Nachsorge

Szenario: Patientin nach Geburt ihres ersten Kindes (evtl. fremdsprachig)

Lernziele:

- Die Sprachen der anderen Berufe beherrschen

- Die verschiedenen möglichen IPC-Beteiligten bei der medizinischen Nachsorge für Mutter und Kind kennen
- Die Schnittstelle Kommunikation/Multikulturalität verstehen

7.6.2 Modul 3b

Patientenweg: Rückkehr nach Hause mit interprofessioneller Rehabilitation und psychosozialer Wiedereingliederung

Szenario: junger, alleinlebender Arbeitsloser, Verletzungen des Bewegungsapparates infolge Straßenverkehrsunfall, posttraumatische psychische Störung

Lernziele:

- Die Kommunikation an die (Bedürfnisse der) anderen Berufe anpassen
- Die verschiedenen möglichen IPC-Partner im ambulanten posttraumatischen Versorgungssystem kennen

7.6.3 Modul 3c

Patientenweg: die Nachsorge für einen älteren multimorbiden Patienten nach einem Notfallaufenthalt im Spital sicherstellen

Szenario: 90-jähriger, verheirateter Patient, Heimkehr nach der stationären Behandlung eines Schädelhirntraumas, das er sich durch einen Sturz zugezogen hat, zum Sturz geführt hat ein schlecht eingestellter Diabetes oder terminale Herzinsuffizienz

Lernziele:

- Pflegende Angehörige in die Behandlung einbinden
- Patientenverfügung und rechtliche Auswirkungen?
- Wie erneute Spitaleinweisungen durch eine Optimierung des interprofessionellen Netzes um den Patienten vermieden werden können

7.6.4 Modul 3d

Patientenweg: interprofessionelle Nachbehandlung chronischer Schmerzen

Szenario: 35-jährige Mutter, leidet seit einigen Jahren an chronischer Polyarthritits

Lernziele:

- Interprofessionelle wissenschaftliche Informationen über eine (dem praktischen Arzt) wenig bekannte Erkrankung einholen
- Die interprofessionelle Tätigkeit zugunsten der Patientin fördern und aufrechterhalten

7.7 Modell 4 : Polymorbide Patientinnen und Patienten

IPC-Struktur: multimorbider Patient, Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, ad hoc gebildetes oder institutionelles interprofessionelles Netzwerk

Lernziele:

- Interprofessionelle Sicht des Patienten und seiner gesundheitlichen Probleme definieren
- Pflegende Angehörige in die Behandlung einbinden, unter Einhaltung der Vertraulichkeitsregeln
- Die interprofessionellen Bedürfnisse antizipieren und formulieren
- «Ärzt hopping» vermeiden

7.7.1 Modul 4a

Patientenweg: die Probleme einer älteren, multimorbiden Patientin in der Hausarztpraxis analysieren

Szenario: 83-jährige Witwe, Anzeichen von Demenz/Depression, rezidivierender Zystitis und chronischer Verstopfung (und sozialer Prekarität)

Lernziele:

- Interprofessionelle Sicht der Patientin und ihrer gesundheitlichen Probleme definieren

- Grundkenntnisse der Delegation von Verantwortlichkeiten in der Behandlung?

NB: in diesem Zusammenhang wäre noch der Fall eines polymorbiden, pflegebedürftigen Patient zu Hause (z.B. mit Hemiplegie) zu berücksichtigen, der hauptsächlich von der Spitex unter Einbezug der Angehörigen von einem Pflorgeteam und allenfalls periodischen anderen Gesundheitsfachleuten betreut wird. Die medizinische Betreuung – meist durch den Hausarzt – erfolgt eher punktuell (3x / Woche Spitex, Physiotherapie und Ergotherapie nach Bedarf, alle 6 Monate Hausarztbesuch oder nach Bedarf wie z.B. Auftreten eines weiteren Leidens). In solchen Fällen ist die Pflege nicht eine Nachbehandlungskomponente sondern die kontinuierlich-bildende Komponente. Entsprechend dürfte das Lead beispielsweise bei der Spitex liegen. Die ärztliche Intervention stützt sich dabei idealerweise auf die Einschätzung und Informationen der Pflege ab, und wird von dieser initiiert.

7.7.2 Modul 4b

Patientenweg: Eintritt eines älteren, multimorbiden Patienten in eine Pflegeinstitution interprofessionell vorbereiten

Szenario: 77-jähriger, verheirateter Patient, Anzeichen von Demenz mit aggressivem Verhalten, lokomotorische Schwierigkeiten infolge Komplikationen mit der Hüftprothese

Lernziele:

- Die interprofessionellen Bedürfnisse antizipieren und formulieren
- Wahrnehmungen und Erwartungen des Umfelds, durch interprofessionelle Planung reagieren (einschliesslich Vermeidung von «Ärztchopping»)

7.7.3 Modul 4c

Patientenweg: multimorbide, infektiöse Patientin ausserstationär behandeln

Szenario: 67-jährige, verheiratete Patientin, MRSA-Infektion an den Harnwegen

Lernziele:

- Pflegende Angehörige in die Behandlung einbinden
- Im weiteren Sinne das Epidemiengesetz und die Gesetzgebung über übertragbare Krankheiten kennen

7.8 Modell 5: Palliative Care

IPC-Rahmen: interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliativversorgung, ad hoc gebildetes oder institutionelles interprofessionelles Netzwerk

Lernziele:

- Den Betreuungsrahmen (unter Berücksichtigung rechtlicher und ethischer Aspekte etc.) für einen Palliativpatienten definieren
- Sich auf den nahenden Tod des Patienten einstellen («End-of-life-Gespräche»)
- Akzeptieren, dass der Patient keine Behandlung will (Patientenverfügung)
- Vertraulichkeitsanforderungen definieren und garantieren

7.8.1 Modul 5a

Patientenweg: Patient in der Arztpraxis

Szenario: Arbeit in der Praxis mit einem Patienten, der unheilbar chronisch erkrankt ist und über die Patientenverfügung informiert werden möchte

Lernziele:

- Akzeptieren, dass der Patient keine Behandlung will (Patientenverfügung)
- Die Würde des Patienten garantieren

7.8.2 Modul 5b

Patientenweg: Rückkehr nach Hause zum Sterben (evtl. Möglichkeit der / Wunsch nach Sterbehilfe)

Szenario: Krebspatientin am Lebensende, Rückkehr nach Hause zum Sterben; Steuerung der Palliativversorgung, namentlich der Schmerzbehandlung

Lernziele:

- Den Betreuungsrahmen definieren (unter Berücksichtigung rechtlicher und ethischer Aspekte etc.)

7.8.3 Modul 5c

Patientenweg: Patientin am Lebensende vor dem Eintritt in eine palliativmedizinische Einrichtung

Szenario: AIDS-kranke Mutter in der Endphase einer Dreifachtherapie oder Patientin mit Brustkrebs im Endstadium

Lernziel:

- Sich auf den nahenden Tod der Patientin einstellen

7.9 Modell 6 : Prävention

IPC-Rahmen: interprofessionelle Mitwirkung an der Prävention in einem ambulanten (Grundversorgung) und/oder stationären Rahmen

Lernziele:

- Die interprofessionelle Entscheidungsfindung in der Arztpraxis oder in einer Institution verstehen
- Die Rolle und die Bedeutung der Interprofessionalität bei der Ergreifung von Präventionsmassnahmen für eine Risikopatientengruppe erklären
- Die Rolle der nichtkonventionellen Medizin in der Gesundheitserhaltung (Primärprävention) für gewisse Risikopatientengruppen kennen

7.9.1 Modul 6a

Patientenweg: Umgang mit Risikopatientengruppen einer Arztpraxis

Szenario: Meinungsbildung über Themen der Primärprävention (Impfstoffe, Geburtsvorbereitung, HIV, Tabak, Alkohol), vorbereitet durch eine Assistentin in Weiterbildung

Lernziele:

- Interprofessionelle Sensibilisierung für sozialmedizinische Probleme (z. B. häusliche Gewalt)
- Die interprofessionelle Entscheidungsfindung in der Arztpraxis verstehen

7.9.2 Modul 6b

Patientenweg: Eintritt ins Versorgungssystem für Routinekontrolle

Szenario: erwachsener Patient, der für Check-up oder Primärprävention kommt (Screening-Kampagne Pharma/FMH/BAG), Diagnose: leichter Diabetes oder Übergewicht

Lernziele:

- Den Patienten über die Möglichkeiten der Tertiärprävention aufklären

7.9.3 Modul 6c

Patientenweg: Risikomanagement für Patientinnen und Patienten in einer Institution (Sekundärprävention)

Szenario: interprofessionelle Einführung eines Konzepts zur Sturzprävention in einer Pflegeeinrichtung

Lernziel:

- An der Ergreifung interprofessioneller Präventionsmassnahmen für eine Risikopatientengruppe mitwirken

7.9.4 Modul 6d

Patientenweg: Mitarbeit bei einer Primärprävention für Risikopatienten

Szenario: ältere Patientin bittet nach einer Routinekonsultation bei ihrem Hausarzt um Ratschläge zur Gesundheitserhaltung

Lernziel:

- Die Rolle der nichtkonventionellen Medizin in der Gesundheitserhaltung (Primärprävention) für gewisse Patientengruppen kennen

7.10 Weitere mögliche Modelle

IPC-Rahmen: Palliative Care (gemäss nationalem Konzept), neue Versorgungsmodelle, einschliesslich Advanced Practices (Pflegefachpersonal, Physiotherapeuten, Hebammen), Einrichtung für bildgebende Verfahren (IPC mit MTRA)

Lernziele:

- Eine IPC auf der Grundlage der in Frage kommenden beruflichen Rollen einleiten
- Mögliche berufliche Rollen auf der Grundlage der in Frage kommenden IPC definieren

7.11 Literatur

- Cooper H., Carlisle C., Gibbs T., Watkins C. (2001), Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 35(2):228-37.
- Curran V.R., Sharpe D. (2007), A Framework for Integrating Interprofessional Education curriculum in the Health Sciences, *Education for Health*, 20(3): 1-7.
- D'Eon M. (2004), A blueprint for interprofessional learning, *Medical Teacher*, 26(7):604-609.
- Hean S., Craddock D., Hammick M. (2012), Theoretical insights into interprofessional education, *AMEE Guide No 62: 78-101* and *Medical Teacher*, 34(2):158-160.
- Olenick M., Allen L.R. (2013), Faculty intent to engage in interprofessional education, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6:149-161.
- Pollard K.C. (2008), Non-formal learning and interprofessional collaboration in health and social care: the influence of the quality of staff interaction on student learning about collaborative behaviour in practice placements, *Learning in Health and Social Care*, 7(1):12-26

8 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe tragen alle in ihrem Bereich wesentlich zur guten Qualität der Versorgung in der Schweiz bei. Sie alle arbeiten für das Wohl der Patientinnen und Patienten und untereinander so eng wie möglich zusammen. In der Praxis arbeiten zahlreiche Teams bereits heute eng zusammen, was unter anderem während der Weiterbildung geschult wird. Damit die therapeutischen Prozesse zum Wohle der Patientinnen und Patienten optimiert, Fehler vermieden und der Mangel an Gesundheitsfachkräften durch eine effiziente Zusammenarbeit abgemildert werden können, müssen die verschiedenen Berufsgruppen rechtzeitig beginnen, ihre eigene Rolle, ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie diejenigen der anderen Berufsgruppen explizit zu reflektieren.

Die tiefgreifenden Änderungen in der Ausbildung und der Gesundheitspolitik der letzten Jahre haben eine Neudefinition der Berufsrollen und -profile mit sich gebracht, welche die medizinische Welt nicht unberührt gelassen hat, die aber auch innovative Prozesse hervorgebracht und den Herausforderungen der Interprofessionalität einen zentraleren Platz verschafft hat.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, der Apothekerinnen und Apotheker, sowie diejenigen des Pflegepersonals gehen miteinander einig, dass die Aus- und Weiterbildung künftig auch im Zeichen der Interprofessionalität stehen muss. Es ist folglich an den Verantwortlichen für die Aus- und Weiterbildung auf nicht-universitärer, universitärer und post-universitärer Ebene, den Dialog aufzunehmen und sich auf ein gemeinsames Verständnis der Rollenmodelle und der Erwartungen gegenüber den anderen Gesundheitsberufe zu einigen und zu bestimmen, mit welchen Mitteln, zu welchem Zeitpunkt und durch wen diese am besten vermittelt werden. Auch müssen für die Spitäler und stationären Institutionen Rahmenbedingungen (finanzielle, personelle, organisatorische) geschaffen werden, die eine patientenzentrierte Interprofessionalität überhaupt ermöglichen.

Die Mehrzahl der Fachhochschulen (FH) und der höheren Fachschulen (HF) haben eine interprofessionelle Lehre eingeführt, welche die Studierenden der verschiedenen Berufe, für die sie ausbilden, zusammenbringt (in erster Linie Pflegefachpersonal, Physiotherapeuten, Hebammen, Ergotherapeuten, Ernährungsberater). Die medizinischen Fakultäten sind am Aufbau von interprofessionellen Angeboten, die über die Freiwilligkeit und punktuelle Teilnahme hinausgehen. Eine grundlegende Reflexion auf nationaler Ebene könnte diese Anstrengungen bezüglich explizit gelehrter Interprofessionalität in der medizinischen Ausbildung unterstützen und helfen, den gesetzlichen Anforderungen und der vom Bundesrat festgelegten Strategie „Gesundheit 2020“ zu genügen.

Die Integration in ein interprofessionelles Team setzt nicht nur voraus, dass man die berufsspezifischen Kompetenzen vorgängig erworben hat, sondern auch, dass man seine berufliche Tätigkeit an die Funktion oder die Rolle anpasst, die einem in der Gruppe zugeteilt wird oder die man dort übernimmt.

Die Expertinnen und Experten der Themengruppe haben sich darum bemüht, die wichtigsten Kompetenzen, die für eine interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich sind, zu berücksichtigen und sie auf die verschiedenen IPC-Versorgungsmodelle und -Module anzuwenden.

Diese wurden auf die Bachelor-/Masterstufe für die Studierenden der Medizin und auf die Bachelorstufe für die Bildungsgänge an den Fachhochschulen bzw. auf die Stufe des berufsbefähigenden Diploms für die Bildungsgänge an den höheren Fachschulen ausgerichtet.

Die Ausbildungsverantwortlichen der Tertiärstufe sollten damit beginnen, sich intensiv national und lokal auszutauschen, um die interprofessionellen Lerninhalte zu bestimmen, die zukünftig gemeinsam erlernt werden sollen. Dabei ist eine bessere Koordination zwischen den Bildungsgängen für die verschiedenen Gesundheitsberufe zentral..

Das von der Themengruppe vorgeschlagene Konzept basiert auf einer umfassenden Vision der Interprofessionalität in der Schweiz, welche die wahrscheinliche Entwicklung der Versorgungsmodelle und folglich der Interprofessionellen Zusammenarbeit (interprofessional collaboration IPC) sowie parallel

dazu der interprofessionellen Lehre (interprofessional education IPE) berücksichtigt.

Die Expertinnen und Experten der Themengruppe empfehlen der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» deshalb:

- Alle Initiativen an den medizinischen Fakultäten zu unterstützen für **eine rasche Einführung der interprofessionellen Lehre** in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Ausbildungsverantwortlichen der anderen Gesundheitsberufe.
- In den kommenden Monaten eine **nationale Konferenz zum Thema Interprofessionalität** zu organisieren, an der dieser Bericht und das von der Themengruppe ausgearbeitete Konzept sowie die möglichen nächsten Schritte vorgestellt werden,
- **Eine neue Themengruppe der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ einzusetzen für die Ausarbeitung eines Konzepts „Interprofessionalität in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung“**

Zu Handen des «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» empfehlen die Expertinnen und Experten der Themengruppe auch:

- die **Einsetzung einer erweiterten Arbeitsgruppe, für die Ausarbeitung eines auf diesen Bereich aufbauenden Konzeptes der IPE/IPC, das alle Gesundheitsberufe umfasst**

Als langfristige Vision könnte sich die Themengruppe vorstellen

- ein **nationales «Weissbuch» zur Interprofessionalität in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie im Berufsalltag** zu erstellen, in dem namentlich gesundheitspolitische, berufspolitische und ausbildungsmethodische Elemente enthalten sind.
- **Innovationen und Forschung** im Bereich IPE/IPC zu unterstützen.

Liebefeld, 28. Oktober 2013

9 Anhänge

Anhang 1: Mandat Themengruppe Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

Anhang 2: Organigramm und Funktionen der am IP Konzept der Plattform beteiligten Gruppen

Anhang 3: Allgemeines Portfolio «Einführung in die IP in der Medizin» - Kompetenzmatrix

Anhang 4: Dossier Modell 1

Anhang 5: Dossier Modell 2

Anhang 6: Dossier Modell 3

Anhang 7: Dossier Modell 4

Anhang 8: Dossier Modell 5

Anhang 9: Dossier Modell 6

Anhang 10: Zusammenfassung IP Lehre (nicht-medizinische Gesundheitsberufe) in der Schweiz
(Stand: 10.08.2013)

Anhang 11: spezifische Kompetenzen für die Gesundheitsberufe

Annexe 1

Annexe 1: Mandat du groupe thématique « Interprofessionnalité »

La plateforme « Avenir de la formation médicale » confie au **groupe thématique « Interprofessionnalité »** le mandat suivant :

Afin que tous les professionnels de la santé puissent répondre aux exigences à venir, notamment dans le cadre des nouveaux modèles de soins, il ne suffit pas de clarifier la question des futures compétences que doivent acquérir les membres des différents groupes professionnels ; ces derniers doivent, en outre, et ce dès leur formation universitaire et postgrade, aborder à la fois leur propre profil et celui des autres professions de la santé. Un groupe de travail de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) préconise cette approche.

Concrètement, le groupe thématique devra identifier les champs d'action et les interfaces entre les filières de formation des différentes professions de la santé, examiner les contenus et compétences clés qui peuvent faire l'objet d'un enseignement commun et qui se prêtent à la création de modules de formation interprofessionnels. Ensuite, il devra mettre au point des ébauches de modules interprofessionnels et élaborer des recommandations à l'attention de la plateforme « Avenir de la formation médicale », dans le but de voir le sujet abordé explicitement dans les filières de formation des professions de la santé et d'arriver à une meilleure coordination entre ces filières.

Les propositions de solutions élaborées par les groupes thématiques feront ensuite l'objet de discussions au sein de la plateforme ; les décisions quant à leur mise en œuvre restant du ressort des organisations partenaires concernées.

Contexte / problématique

- Dans certains domaines de la santé publique, une pénurie de personnel médical est d'ores et déjà prévisible. Cette pénurie peut être atténuée par de nouveaux modèles de collaboration interprofessionnelle affectant à chaque professionnel de la santé la responsabilité des prestations qu'il est le mieux à même de proposer. Il se constitue en même temps de nouvelles interfaces qui doivent être gérées à bon escient.
- Le personnel de la santé est mis à rude épreuve par le nombre croissant de patients multimorbides pour lesquels il est nécessaire de déployer des efforts supplémentaires afin qu'ils continuent de bénéficier d'une prise en charge répondant à leurs besoins. C'est ce qui amène l'OCDE à réclamer une réorientation vers des formes de collaboration plus intégrées. Une telle réorientation implique la nécessité de définir pour toutes les professions de la santé des programmes d'études capables de faire face à l'avenir et placés sous le signe de l'interprofessionnalité.
- La garantie de la qualité et la sécurité des patients, de même que la gestion de la qualité et du risque clinique doivent être abordées au cours de la formation universitaire, de la formation postgrade et de la formation permanente des professions médicales universitaires. Les résultats obtenus dans ces deux domaines dépendront beaucoup de la qualité de la collaboration entre les différentes professions de la santé.
- Il n'y a pas que les pathologies qui deviennent plus complexes. La technique et les connaissances qu'elle requiert ne cessent de progresser. Voilà qui invite à de nouvelles formes de collaboration, mais qui constitue en même temps un défi permanent pour le personnel de santé.
- L'impact croissant des considérations économiques a lui aussi d'ores et déjà profondément transformé le quotidien professionnel et continuera de le faire. En 2012, les forfaits par cas liés aux prestations feront leur entrée en Suisse avec les Swiss DRG, et on peut s'attendre à ce que les prestations jusqu'ici dispensées dans le domaine stationnaire soient transférées dans le domaine ambulatoire, avec les exigences nouvelles qui en découlent pour le personnel de santé.

- Les compétences dont les professionnels ont besoin pour relever ces défis doivent être transmises dès la formation universitaire et la formation postgrade. En Suisse, la mise en œuvre et la propagation d'un modèle de formation médicale à orientation interprofessionnelle, harmonisé avec les formations des autres professions de la santé, se heurtent cependant encore à différents obstacles (résistances, cloisonnements, structures sclérosées, pénurie de ressources, manque de temps et d'argent). La collaboration est certes vécue au quotidien, mais la formation est encore en reste lorsqu'il s'agit d'aborder explicitement le sujet de l'interprofessionnalité, d'en débattre et de l'incarner concrètement dans des concepts communs. C'est pourquoi les responsables de la formation doivent mener des échanges approfondis pour, d'une part, identifier les interfaces qui existent entre les différentes professions de la santé et, d'autre part, déterminer les contenus et compétences dont l'apprentissage peut être mis en commun et qui pourraient par exemple être enseignés dans des modules interprofessionnels.

Tâches et organisation

- Nadine Facchinetti (OFSP) dirige le groupe thématique.
- Pour des questions spécifiques, le groupe thématique peut, avec l'accord de l'OFSP, consulter des spécialistes.
- L'OFSP assume le financement et le soutien administratif.
- Le mandat du groupe thématique prend fin au printemps 2013 et peut, si besoin est, prorogé par la plateforme. Le groupe thématique établit le calendrier de ses travaux.

Décision

- Le groupe thématique élabore des propositions mûres pour une décision qu'il soumet à la plateforme. Celle-ci procédera au vote en vue de son adoption.

Approuvé le 14 septembre 2011 par la plateforme « Avenir de la formation médicale »

Annexe 2

Annexe 2: Organigramme des groupes impliqués dans le concept IP de la plate-forme

Comme le prévoit son mandat, le **groupe restreint** doit être formé en premier lieu de **responsables de la formation** des universités et des hautes écoles spécialisées. Il cible les experts chevronnés, à l'instar des responsables des programmes d'enseignement, des représentants de la direction des études, etc.

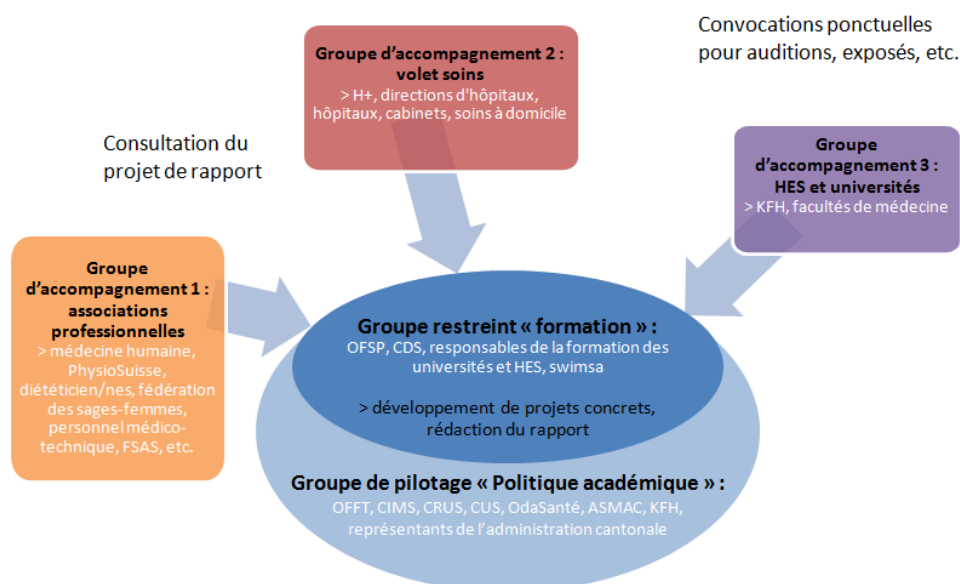
Les **décideurs en matière de politique académique** des organisations compétentes (Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT), Commission interfacultés médicales suisse (CIMS), Conférence des recteurs des universités suisses (CRUS), etc.) sont, en tant que **groupe de pilotage**, régulièrement tenus au courant de l'état des travaux et invités, au besoin, à prendre position par écrit. Ils obtiennent en outre la possibilité de s'exprimer au sujet du rapport du groupe thématique dans le cadre de la consultation finale. **Il n'est toutefois pas prévu d'organiser des séances propres au groupe de pilotage.**

Le groupe restreint sera secondé par différents **groupes d'accompagnement**, qui seront conviés ponctuellement. Cette solution permet de préserver l'efficacité du groupe de travail, tout en garantissant à tous les partenaires qu'ils seront entendus. Il est prévu d'inviter séparément chaque groupe d'accompagnement dans son ensemble à une séance du groupe restreint et de convoquer individuellement différents membres de ces groupes en fonction du thème abordé et des besoins (p. ex., exposés). Les membres des groupes d'accompagnement se voient en outre confier des mandats concrets et sont consultés par courrier électronique, en particulier dans le cadre de la consultation portant sur le rapport final. **Il n'est toutefois pas prévu d'organiser des séances propres aux groupes d'accompagnement.**

Illustration 1 : Groupe thématique « Interprofessionnalité » – proposition de structure

Structure du groupe – proposition :

un groupe restreint axé sur la formation, secondé par un groupe de pilotage et des groupes d'accompagnement



Composition du groupe noyau (Kerngruppe) :

- 1) **Nadine Facchinetti (OFSP, direction du groupe)**
- 2) **Olivier Glardon (OFSP, directeur suppléant du groupe)**

- 3) Peter Frey (coordinateur des études de la Faculté de médecine de l'Université de Berne)
- 4) Werner Bauer (président ASSM/ISFM) / Raphael Stolz (membre comité ISFM)
- 5) Marcel Mesnil (PharmaSuisse)
- 6) D^r Monika Brodmann Maeder, responsable de la formation médicale, Hôpital de l'île, Berne
- 7) Elisabeth van Gessel, maître d'enseignement et de recherche, Université de Genève
- 8) Rene Schwendimann, collaborateur de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle
- 9) Emanuel Feusi, responsable d'une filière d'études à la Haute école de sciences appliquées de Zurich, Département Santé
- 10) Daniela Schibli (CDS> AG « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours ») en alternance avec Ewa Mariétoz (CDS)
- 11) Philippe Carruzzo, président de la swimsa
- 12) Peter Marbet, directeur Berner Bildungszentrum Pflege

Composition du groupe de pilotage :

- 1) Corina Wirth, représentante du SEFRI
- 2) Simone Hofe, représentante du SEFRI,
- 3) Rainer Weber, représentant de la CMIS
- 4) Kurt Wechsler, représentant de la CUS, de la CRUS ou du Collège des Doyens
- 5) Michèle Graf, représentante de la KFH
- 6) Heinz Frey, représentant de l'OdaSanté,
- 7) Mio Savic, représentant de l'ASMAC,

Groupe d'accompagnement 1 : associations professionnelles

- 1) Marc Müller, représentant de la médecine humaine et la médecine de famille
- 2) Dr. Jürg Nadig, représentant de la médecine humaine dans le secteur hospitalier
- 3) Brigitte Neuhaus, représentante de la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS)
- 4) Susanne Clauss, représentante de la Fédération suisse des sages-femmes,
- 5) Gabi Fontana, représentante de l'Association suisse des diététicien/nes diplômé/es,
- 6) Bruno Gutknecht, représentant des assistant-e-s médicaux / médicales SVA
- 7) Claudia Galli, représentant des ergothérapeutes

Groupe d'accompagnement 2 : volet soins

- 1) Robert Paul Meier, représentant de H+,
- 2) Rita Ziegler, représentante des hôpitaux (universitaires, privés et cliniques)
- 3) Maja Mylaeus-Renggli, représentant de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile,
- 4) D^r Marc-André Raetzo (Réseau Delta, Genève) ou Philippe Schaller, représentant des cabinets, voir aussi Réseau Rétis avec Pharma
- 5) David Gachoud, CHUV

Groupe d'accompagnement 3 : hautes écoles spécialisées et universités

- 1) Omega Huber, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW
- 2) Klaus Grätz, Medizinische Fakultät Zürich
- 3) Cornelia Oertle, représentante de la KFH,
- 4) Nicole Seiler, représentante de la HES-SO
- 5) Martina Merz-Staerke, Fachhochschule SG
- 6) Theresa Scherer (directrice de la filière d'études Soins infirmiers à la FHS bernoise)
- 7) Ernst Schläpfer, Bildungszentren Gesundheit + Soziales

Expert-e-s convié-e-s à des séances de travail du groupe thématique

Catherine Piguet, Mme Katharina Fierz, Mme Anita Manser

Annexe 3

Portfolio Interprofessionnalité –

Documentation pour la préparation des modèles

Teach the teacher	
Critical points	Éléments principaux auxquels accorder une attention particulière (risques de blocages, difficultés de compréhension, manque de compétences préliminaires, etc) But général et objectifs spécifiques : <ul style="list-style-type: none">• Niveau du savoir• Niveau du savoir-faire• Niveau de l'être
Bibliographie	Liste de documents correspondant au modèle et à la préparation des modules
Questions-clé	Liste de questions concernant le modèle permettant de guider la préparation des modules (accompagnement des étudiants, des tuteurs, etc)
Hot-spot	Sujets généraux d'interprofessionnalité, mais qui peuvent être corrélés avec le modèle (à envisager sous forme de travail de groupe ou de conférence introductive)
Forum = Prise de contact entre participants (ouverture du séminaire)	La prise de contact peut être proposée sous forme de forum interactif (avec recherche de réponses à des questions, la formation / profession de chaque participante / participant étant indiquée par un badge de couleur), de jeu de rôle genre « speed dating », de bourse aux métiers pour la constitution d'équipes IPC, d'ateliers conduits par des facilitateurs, de recherche individuelle ou en groupe de documentation factuelle sur un module (internet, documents dans les salles de travail) ou tout autre moyen interactif d'entrer en contact et de dialoguer de manière interprofessionnelle.
Prerequisites students	
Connaissances, compétences	Liste de connaissances / expériences pratiques utiles / nécessaires pour le suivi du modèle
Bibliographie, documentation préliminaire	Liste des documents à lire avant le séminaire interprofessionnel

Distribution des rôles pour les modules	Dans certains cas, les étudiants en médecine devront assumer des rôles d'autres professions (manque d'autres professions participantes, meilleure compréhension interprofessionnelle, etc). Une documentation sur le profil professionnel concerné leur est fournie
Evaluation	
Connaissances, compétences des participants	Travail de validation sur un des modules (en groupe ou individuel)
Objectifs IP généraux	Évaluation suite à une définition préalable d'indicateurs, liés aux modèles et aux modules choisis. Envisager des indicateurs communs entre certaines facultés (benchmarking)
Objectifs du séminaire et des modules	Évaluation globale du week-end ou du séminaire, si possible sous forme d'évaluation 360o (par les formateurs, par les étudiants, par les facilitateurs et autres participants (patients, patients simulés, etc)

Portfolio Interprofessionnalité –

Exemple de documentation pour la préparation des modules*

Teach the teacher	
Critical points	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le patient en charge (premier recours, entrée système de soins), identifier ses besoins • Reconnaître la gravité d'une situation et savoir référer
Bibliographie	<ul style="list-style-type: none"> • Chan B. et al. (2010), Finding common ground ? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals, <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 22(6):519-24. • Hay A.D., Gorst C., Montgomery A., Peters T.J., Fahey T. (2007), Validation of a clinical rule to predict complications of acute cough in preschool children: a prospective study in primary care, <i>British Journal of General Practice</i>, 57:530-537.
Questions-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Comment communiquer, expliquer et informer la famille du patient la nécessité d'une consultation chez un spécialiste
Hot-spot	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer clairement avec assistante médicale (écrit et oral) pour préparer le dossier à l'intention du spécialiste
Prerequisites students	
Connaissances, compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de connaissance médicales particulières • Pas de compétences particulières
Bibliographie, documentation préliminaire	<ul style="list-style-type: none"> • Kreienbühl S. (2012), Ich wollte einfach mehr wissen, <i>Care Management</i>, 5(3) :6-7. • Schalch E. (2011), Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin ?, <i>SÄZ</i>, 92(43):1665-67. • Spirig R. (2012), Nurse practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin – oder Best Practice für Patienten ?, <i>SÄZ</i>, 93(8):295-97. • Okie S. (012), The Evolving Primary Care Physician, <i>New England Journal of Medicine</i>, 360(20):1849-53. • Zaroni U. (2011), Das FUTURO-Betreuungsprogramm:DIE Lösung, <i>PrimaryCare</i>, 11(1):7-8. • ZHAW Dokumentation –CAS in Pädiatrischer Pflege (Nov. 2012)
Distribution des rôles pour les modules	À définir en relation avec liste des participants

*exemple Modèle 1 – module 1 (premier recours, enfant)

Répartition des *CanMEDS Roles* et des *Key competencies* entre les modèles / modules

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	SCLO competencies / ME The physician is able to...	
		1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	6	6		6
Medical Expert	Functions effectively as consultant -> patient-centered medical care <i>Integrate all the CanMEDS-FM roles in order to function effectively as generalists</i>	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	... elicit a relevant, concise and accurate history from the patient and other sources ... conduct an effective physical examination
	Maintains appropriate clinical knowledge <i>Establish and maintain clinical knowledge, skills and attitudes required to meet the needs of the practice and patient population served</i>																						...analyze and interpret data to establish a differential and a working diagnosis and construct a management plan ... carry out under supervision relevant procedures and organize further investigations ... demonstrate appropriate medical data and information management
	Performs assessment to his/her practice <i>Demonstrate proficient assessment and management of patients using the patient-centered clinical method</i>																						... deliver good quality medical care and ensure patient safety ... demonstrate safe prescribing
	<i>Provide comprehensive and continuing care throughout the life cycle incorporating preventive,</i>																						... foster infection control ... promote health of patients and the community

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / COM The physician is able to...
Communicator	Develops relationship with patients and families <i>Develop rapport, trust and ethical therapeutic relationships with patients and families</i>																						... develop rapport, trust, and ethical therapeutic relationships with patients and families
	Elicits and synthesizes info of patients and other professionals <i>Accurately elicit and synthesize information from, and perspectives of, patients and families, colleagues and other professionals</i>																						... accurately elicit and synthesize relevant information and perspectives of patients and families, colleagues, and other professionals
	Convey information to patients and other professionals <i>Accurately convey needed information and explanations to patients and families, colleagues and other professionals</i>																						... accurately convey relevant information and explanations to patients and families, colleagues and other professionals and foster the development of a common understanding on issues, problems and plans to develop a shared plan of care
	Develops common understanding on problems with patients and other professionals																						... convey effective oral and written information about a medical encounter

	<p><i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i></p>		Yellow		Grey	Grey	Grey	Grey		Yellow	Yellow		Grey	Yellow	Grey		Yellow		Grey	Grey	Grey	Grey	
	<p>Convey effective information about a medical encounter <i>Convey effective oral and written information</i></p>				Grey	Grey	Orange	Grey		Yellow			Grey	Grey	Yellow				Grey	Grey	Grey	Grey	<p>CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 21 general objectives for the communicator</p>

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / COLL
Collaborator	Participates in an interprofessional healthcare team <i>Participate in a collaborative team-based model and with consulting health professionals in the care of patients</i>	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	The physician is able to...
	Effectively works with other professionals to prevent and resolve IP conflicts <i>Maintain a positive working environment with consulting health professionals, health care team members, and community agencies</i>																						... contribute effectively to other interdisciplinary team activities
	<i>Engage patients or specific groups of patients and their families as active participants in their care</i>																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 12 general objectives for the collaborator

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1 1	M 1 2	M 1 3	M 2 1	M 2 2	M 2 3	M 2 4	M 3 1	M 3 2	M 3 3	M 3 4	M 4 1	M 4 2	M 4 3	M 5 1	M 5 2	M 5 3	M 6 1	M 6 2	M 6 3	M 6 4	SCLO competencies / MAN The physician is able to...
Manager	Participates to contribute to the effectiveness of healthcare organizations <i>Participate in activities that contribute to the effectiveness of their own practice, healthcare organizations and systems</i>																						... utilize personal time and resources effectively in order to balance patient care, learning needs, and private activities outside the workplace, and to protect her/his own health ... use effectively under supervision finite healthcare resources, while acting in the best interest of the patient
	Manages practice and career effectively																						... work effectively and efficiently in a healthcare organization
	Allocates <i>finite</i> healthcare resources appropriately																						... effectively utilize information technology for patient care, self-learning and other activities ... assure and improve the quality of care and patient safety
	<i>Serve in administration and leadership roles, as appropriate</i>																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 18 general objectives for the manager

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / HA
		1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	The physician is able to...
Health advocate	Responds to individual patients <i>health needs and issues as part of patient care</i>																						... identify the important determinants of health that affect individual and population health, so as to have basic abilities to contribute to improving individual and societal health in Switzerland
	Responds to health needs of the community <i>that they serve</i>																						... recognize issues, settings, circumstances, or situations which require advocacy on behalf of patients, professions, or society
	Identifies the determinants of health of the population / <i>within their communities</i>																						
	Promotes the health of <i>individual patients, communities and populations</i>																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 7 general objectives for the health advocate

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / SCHO
Scholar	Performs ongoing learning <i>Maintain and enhance professional activities through ongoing self-directed learning based on reflective practice</i>	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	The physician is able to... ... develop, implement, and document a personal continuing education strategy
	Critically evaluates information and applies this to practice decisions <i>Critically evaluate medical information, its sources, and its relevance to their practice, and apply this information to practice decisions</i>																						... apply basic principles of critical appraisal to sources of medical information. This involves developing scientific curiosity and use of scientific evidence in clinical decision making
	Facilitates the learning of patients, families, and other collaborators <i>Facilitate the education of patients, families, trainees, other health professional colleagues, and the public, as appropriate</i>																						... facilitate the learning of patients, students and other health professionals ... contribute to the development, dissemination, and translation of new knowledge and practices
	Contributes to the creation, dissemination application and translation of new knowledge and practices																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 15 general objectives for the scholar

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / PROF
		1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	The physician is able to...
Professional	Demonstrates commitment to <i>their</i> patients, profession, society through ethical practice																						... deliver under supervision high quality care, exhibiting appropriate personal and interpersonal professional behavior
	Idem, through <i>participation in</i> profession-led regulation																						... practice medicine in an ethically responsible manner that respects the medical, legal and professional obligations of belonging to a – in many respects - self-regulating body
	Demonstrate a commitment to physician health and sustainable practice																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 23 general objectives for the professional
	<i>Demonstrate a commitment to reflective practice</i>																						

Keys competencies = CanMed general / family doctor

Concerne les médecins

Concerne d'autres professions

Cadre pour la programmation des séminaires (exemple sur un week-end)

Premier jour

08 :30 – 09 :00 Come together
09 :00 – 09 :15 Salutations, introduction
09 :15 – 10 :00 Introduction à l'interprofessionnalité (théorie IP)
10 :00 – 10 :45 Présentation du modèle et des modules A et B (ou A et A')
10 :45 – 11 :45 Forum
11 :45 – 12 :15 Mise en place du module A

12 :15 – 13 :30 Lunch

13 :30 – 15 :00 Module A
15 :00 – 15 :30 Pause
15 :30 – 16 :15 Debriefing Module A en groupe avec tuteurs
16 :15 – 17 :00 Discussion générale
17 :00 Fin du premier jour de séminaire

Deuxième jour

08 :30 – 09 :00 Come together
09 :00 – 09 :15 Salutations, introduction, questions sur le premier jour
09 :15 – 10 :00 Introduction à l'interprofessionnalité (théorie IP) ou conférence Hot-spot
10 :00 – 10 :45 Présentation du modèle et des modules A et B (ou A et A')
10 :45 – 11 :45 Forum
11 :45 – 12 :15 Mise en place du module B

12 :15 – 13 :30 Lunch

13 :30 – 15 :00 Module B
15 :00 – 15 :30 Pause
15 :30 – 16 :15 Debriefing Module B en groupe avec tuteurs
16 :15 – 17 :00 Discussion générale
17 :00 Fin du séminaire

Thèmes possibles d'introduction à l'interprofessionnalité

1. Wahrnehmung einer Situation
2. Assurer le leadership en collaboration
3. Rollenklärung, Rollenverständnis, Rollenschaffung
4. Reconnaissance de l'équivalence des professions collaborantes
5. Collaborative practice – interprofessionnal learning : effets validés sur la qualité de l'apprentissage et la qualité des soins
6. Gruppendynamik, travail en équipe: Stärken und Problemen
7. Core competencies – Kompetenzprofile
8. Résolution de conflits au sein d'une équipe interprofessionnelle
9. Relation entre Compétences et Entrustable Professional Activities

Annexe 4

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 1 (Cabinet généraliste)

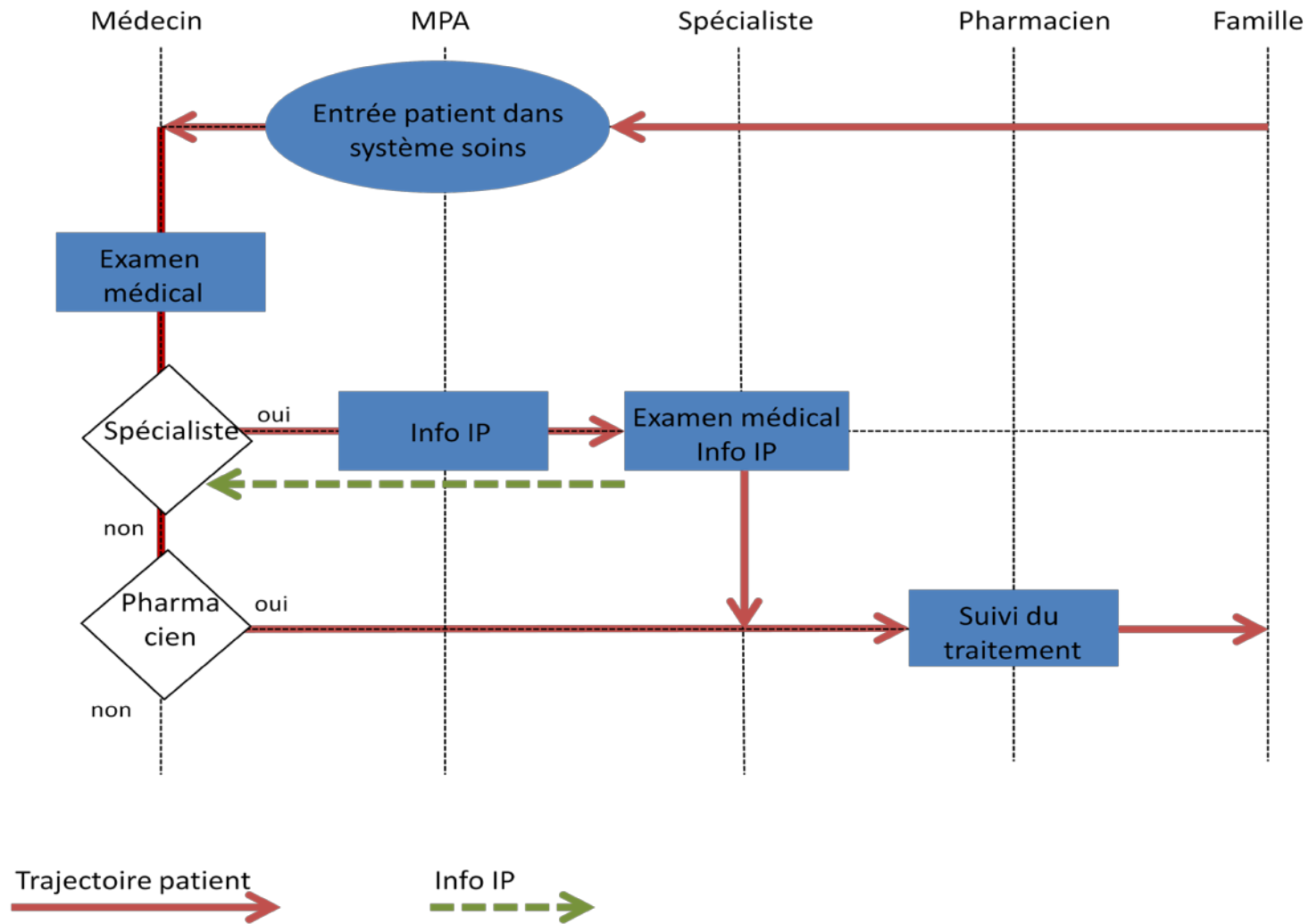
Modèle 1	Module Cabinet-Cas1	Module Cabinet-Cas2	Module Cabinet-Cas3
Objectifs de formation du Modèle 1 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en évidence les visions et les représentations des professions impliquées ○ Appréhender et intégrer les formes d'interactions formelles et informelles, y compris les potentiels de conflits ○ Développer des stratégies de collaboration interprofessionnelle ○ Évaluer si le modèle peut être appliqué en cabinet médical individuel 			
Trajectoire du patient	Entrée dans le système de soins ; et/ou premier contact	Entrée dans le système de soins ; et/ou premier contact Peut aussi être un cas de suivi en consultation ambulatoire	Pharmacie : 1 ^{er} contact
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Patient pédiatrique en cabinet individuel ; arrive avec sa mère pour un écoulement nasal de 2 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient urologique âgé (>80), vient accompagné de sa femme car démence débutante ; cas d'infection urinaire simple 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient sportif en BSH, présente des lombalgies basses suite à un faux mouvement
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille, assistante médicale, médecin consultant/spécialiste, famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille, assistante médicale, pharmacien, famille, infirmières de soins à domicile, ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacien + assistante pharmacie ; Médecin et assistante médicale
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacien + cabinet médical + physio
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin, famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacien

Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente – médecin • Patiente – assistante médicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient / famille – généraliste • Patient / famille – assistante médicale • Généraliste – infirmière de soins à domicile • Généraliste – ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – pharmacien / assistante en pharmacie • Pharmacien – assistante médicale • Pharmacien – généraliste • Patient – ergothérapeute
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicateur • Collaborateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicateur • Collaborateur • Manager • Health Advocate 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert* • Communicateur* • Professionnel* <p>* = pour le pharmacien</p>
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Integrate all the CanMEDS-FM roles in order to function effectively as generalists</i> • <i>Provide coordination of the patient care including collaboration and consultation with other health professionals and caregivers</i> • <i>Accurately elicit and synthesize information from, and perspectives of, patients and families, colleagues and other professionals</i> • <i>Participate in a collaborative team-based model and with consulting health professionals in the care of patients</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i> • <i>Engage patients or specific groups of patients and their families as active participants in their care</i> • <i>Allocates finite healthcare resources appropriately</i> • <i>Responds to individual patients health needs and issues as part of patient care</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Functions effectively as consultant → > patient-centered pharmaceutical care • Seeks consultation from other health professionals (own limits) • Convey info to patients and other professionals • Demonstrates commitment to patients, profession, society through ethical practice
Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le patient en charge (premier recours, entrée système de soins), identifier ses besoins • Reconnaître la gravité d'une situation et savoir référer • Communiquer clairement avec un autre professionnel (écrit et oral) • Communiquer, expliquer et informer 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir initier une démarche organisationnelle à l'équipe • Connaître les règles de prescription médicale • Discuter et expliquer un médicament, ses effets et contre-indications • Initier une organisation des soins à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir faire du conseil en pharmacie (reconnaître des « red flags » dans les lombalgies) • Savoir conseiller une prise d'antalgiques • Donner des consignes claires au patient pour une éventuelle consultation (si nécessaire consultation Medgate)

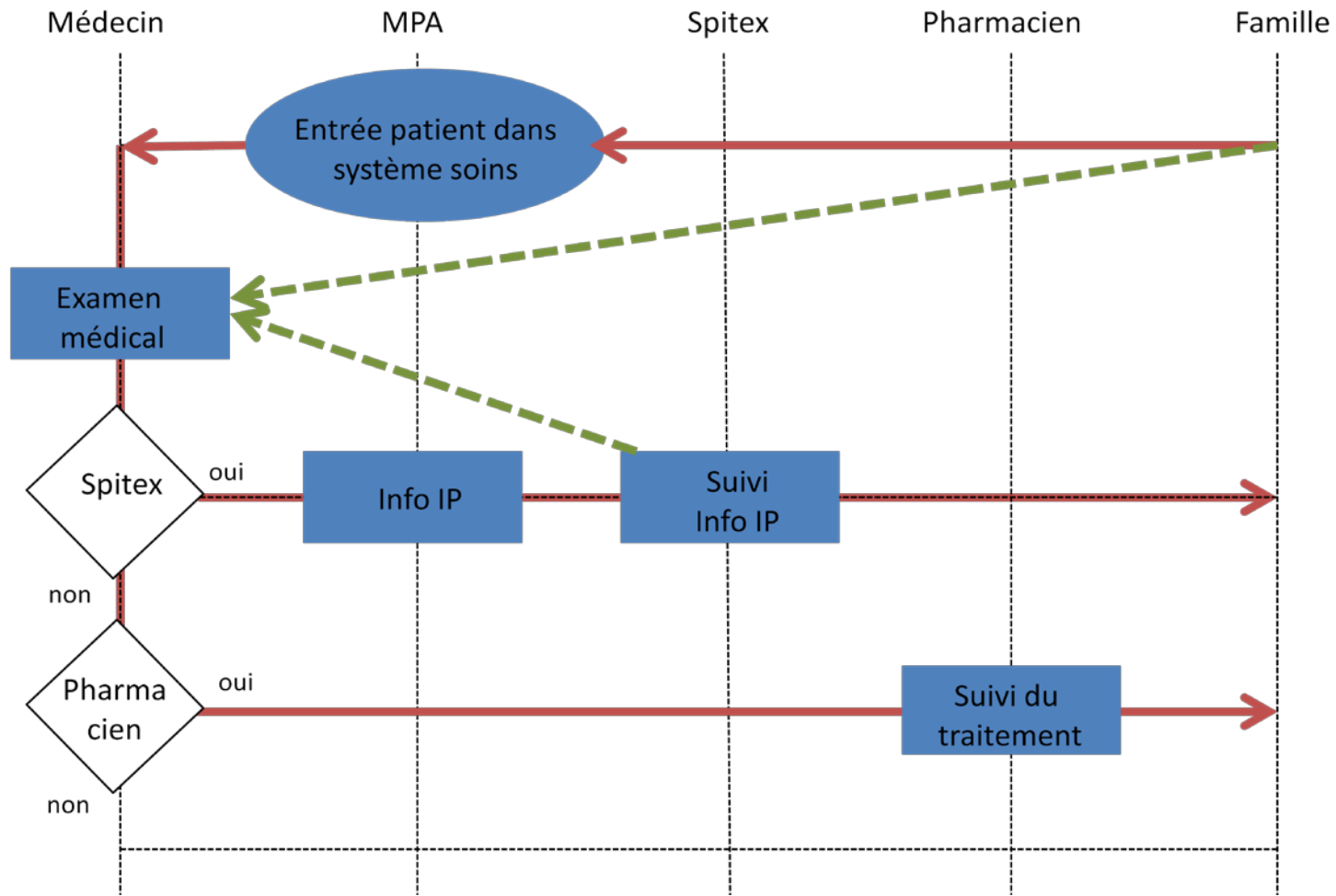
	<ul style="list-style-type: none"> le patient et sa famille Traiter des documents admin. et médicaux (dossier, facturation) 	<ul style="list-style-type: none"> Transmettre une information pertinente aux collaborateurs dans ce contexte Informations avant sortie du patient : comment réagir en cas de complications, prochain rdv 	<ul style="list-style-type: none"> Informé correctement le médecin, se faire conseiller pour le patient Savoir référer au médecin en synthétisant un cas, si requis
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> Le dossier médical et les informations importantes Le résumé d'un cas pour une communication professionnelle Les factures via les points tarmed ?? 	<ul style="list-style-type: none"> Une prescription (selon les règles de l'art) Si les besoins d'aide ont été identifiés auprès d'autres professionnels de la santé La démarche organisationnelle : p.ex. contrôle agendé 	<ul style="list-style-type: none"> Communication et information au patient Communication et information au médecin/professionnel de santé autre
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère}-2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 5^{ème} – 6^{ème} année (CAVE : = médicalement difficile) 	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} – 4^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère} – 2^{ème} année Bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> 2^{ème} – 3^{ème} année Bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère} – 2^{ème} année Bachelor
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur vignette Mise en situation de communication, filmée (type station ECOS) + Feed-back Utilisation du dossier patient informatisé 	<ul style="list-style-type: none"> Jeux de rôle oral (tel) Travail en groupe (écriture de prescription) Utilisation de document divers (ordonnances, demandes de soins, communication...) 	<ul style="list-style-type: none"> Jeux de rôle oral (tel) Mise en situation de communication, filmée (type station ECOS) + Feed-back
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> Extrait de dossier médical Recherche informatique selon eb-médecine Brèves directives organisationnelles (cf livre blanc du cabinet) 	<ul style="list-style-type: none"> Extrait de dossier médical Accès à des informations sur infections urinaires simples / compliquées 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de dossier médical Connaissance des « red flags » Savoir comment obtenir des informations (p. ex up-to-date)
Exemple de références bibliographiques	<ul style="list-style-type: none"> Kreienbühl S. (2012), Ich wollte einfach mehr wissen, Care Management, 5(3) :6-7. Okie S. (2012), The Evolving Primary Care Physician, N Engl J Med, 366(20):1849-1853 Weber H., Langewitz W. (2011), Basler 	<ul style="list-style-type: none"> Schalch E. (2011), Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin ?, SÄZ, 92(43):1665-67. Spirig R. (2012), Nurse practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin oder Best Practice für Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> Niquille Charrière A., Ruggli M., Buchmann M., Jordan D., Bugnon O. (2012), Die Auswirkung der Qualitätszirkel Ärzte – Apotheker auf die Medikamentenverschreibungen von 1999 bis 2010, PrimaryCare, 12(2):27-28.

	<p>Visitenstandard – Chance für eine Gelingende Interaktionstriade patient – Arzt – Pflegefachperson, Psychother Psych Med, 61:193-95.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hay A., Gorst C., Montgomery A., Peters T., Fahey T. (2007), Validation of a clinical rule to predict complications of acute cough in preschool children, British Journal of General Practice, 57:530-537.	<p>?, SÄZ, 93(8):295-295.</p> <ul style="list-style-type: none">• Zanoni U. (2011), Das FUTURO-Betreuungsprogramm: DIE Lösung, PrimaryCare, 11(1):7-8.	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

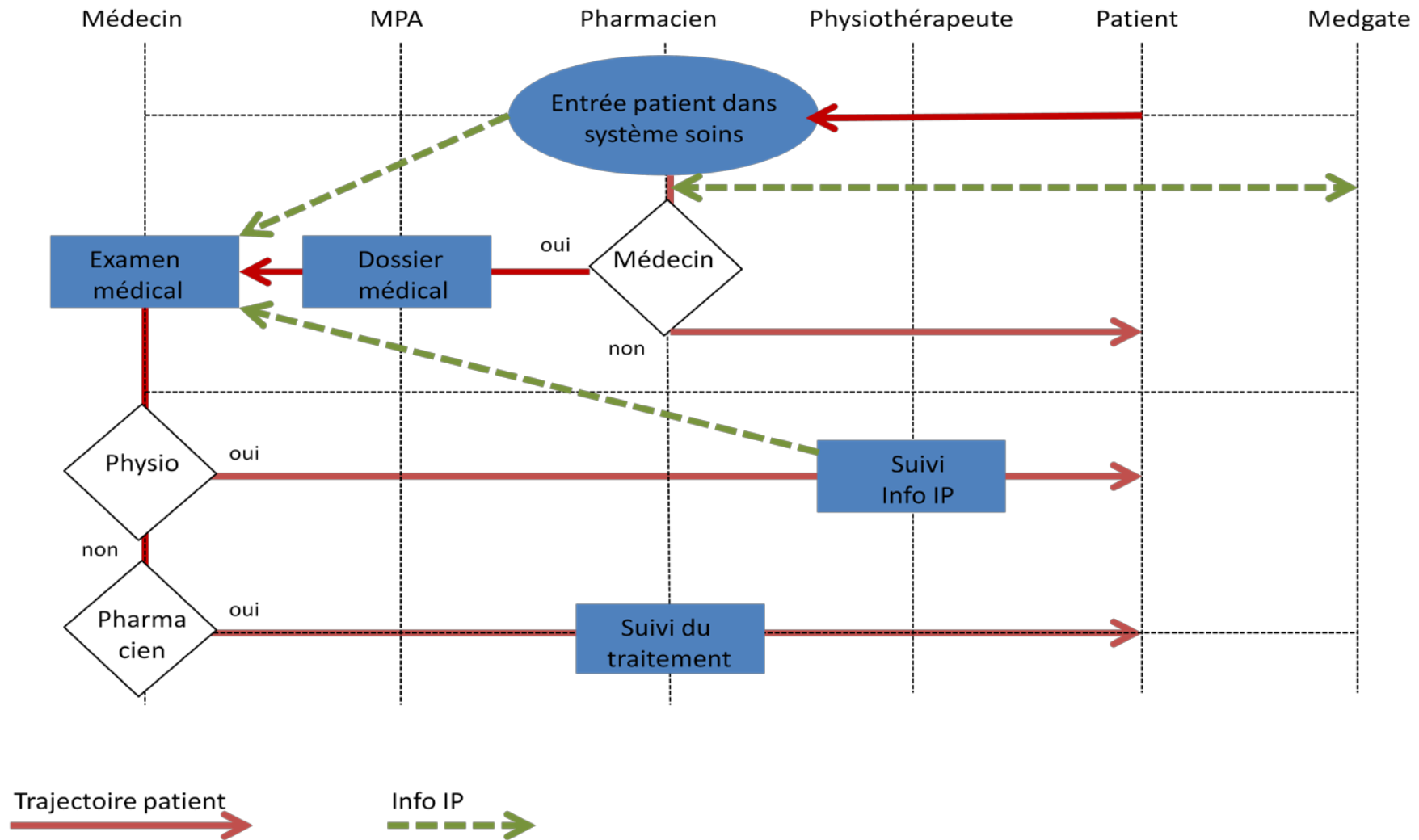
Trajet patient / dossier – Modèle 1 / Module 1



Trajet patient / dossier – Modèle 1 / Module 2



Trajet patient / dossier – Modèle 1 / Module 3



Annexe 5

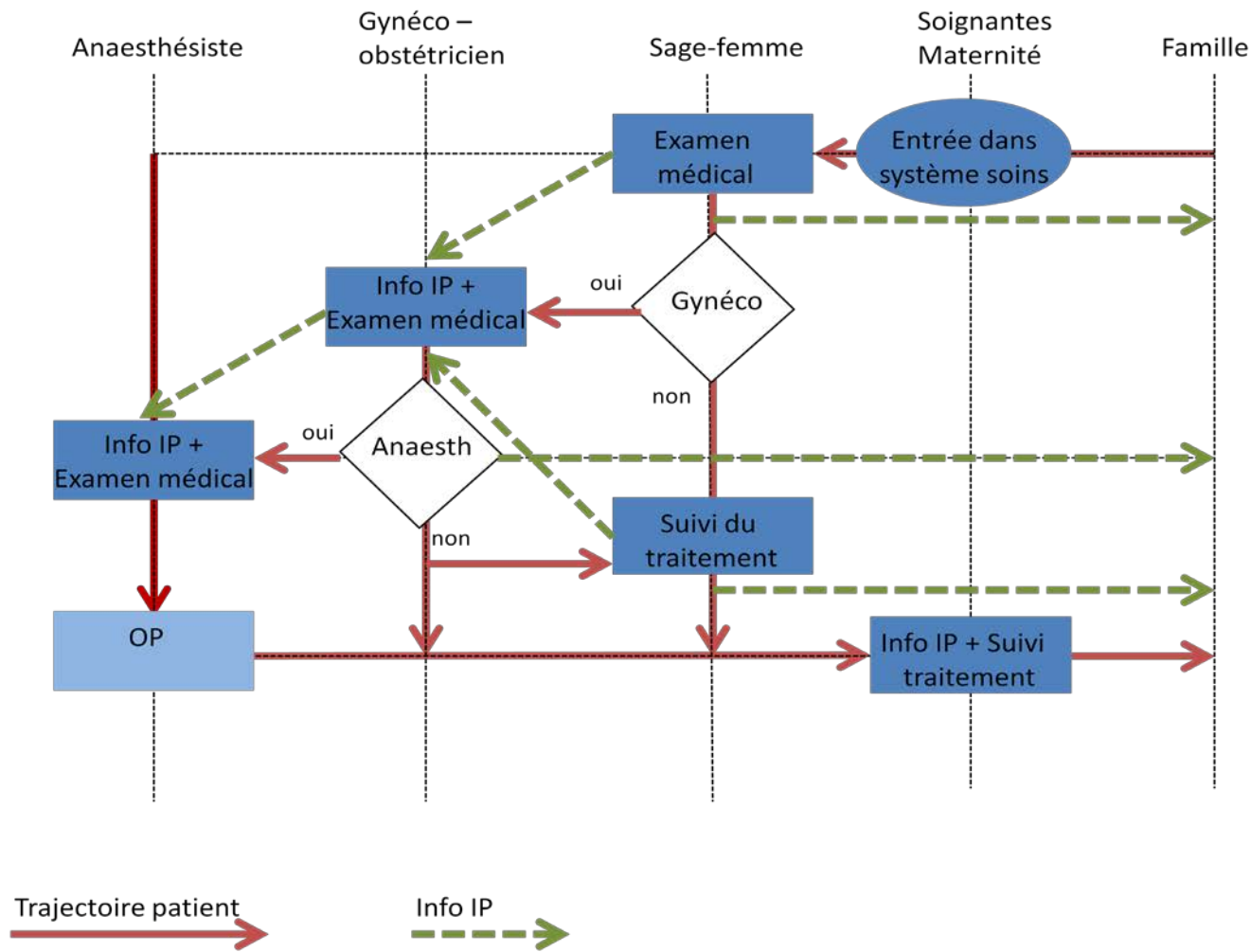
Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 2 (Situation d'urgence)

Modèle 2	Module Urgence-Cas1	Module Urgence-Cas2	Module Urgence-Cas3	Module Urgence-Cas4
Objectifs de formation du Modèle 2 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Communiquer et collaborer efficacement avec les autres professionnels de l'équipe (teamwork, importance du langage) ○ Appréhender et intégrer les formes d'interactions formelles et informelles, y compris les potentiels de conflits ○ Prendre le leadership du traitement de manière situationnelle ○ Définir les gestes fondamentaux pour la survie du patient (sécurité des soins aussi à distance et surcharge de travail) 				
Trajectoire du patient	Évolution critique d'un état de santé	Entrée dans le système de soins ; et/ou premier contact Prise en charge post-traumatique	Évolution critique nocturne d'un patient hospitalisé	Entrée dans le système de soins suite aggravation subite de l'état de santé
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente obstétrique en maternité ; péjoration des paramètres vitaux après l'accouchement (p.ex. atonie utérine, saignements importants). 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune motard AVP (en ville ou en campagne) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente de 82 ans, en EMS, tombe en se relevant la nuit, coupure au front et contusions multiples 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant présentant une convulsion fébrile (possible méningite ?) ; demande d'aide de la mère par téléphone au cabinet médical
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme, Gynécologue/obstétricien, Méd. anesthésiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin urgentiste, ambulancier, infirmière spécialisée en soins intensifs, hôpital le plus proche 	<ul style="list-style-type: none"> • Soignante de garde, assistante de garde, chirurgien de piquet, famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Pédiatre de garde, assistante médicale, infirmière spécialisée en soins d'urgence, médecin urgentiste hospitalier
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Team maternité 	<ul style="list-style-type: none"> • Team SAMU ou héli 	<ul style="list-style-type: none"> • Team garde hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> • Team d'urgence pédiatrique ou cabinet pédiatrique de premier recours
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif (médecin SAMU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif (soignante de garde), réactif (médecin de garde) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif (pédiatre de garde ou assistante médicale)

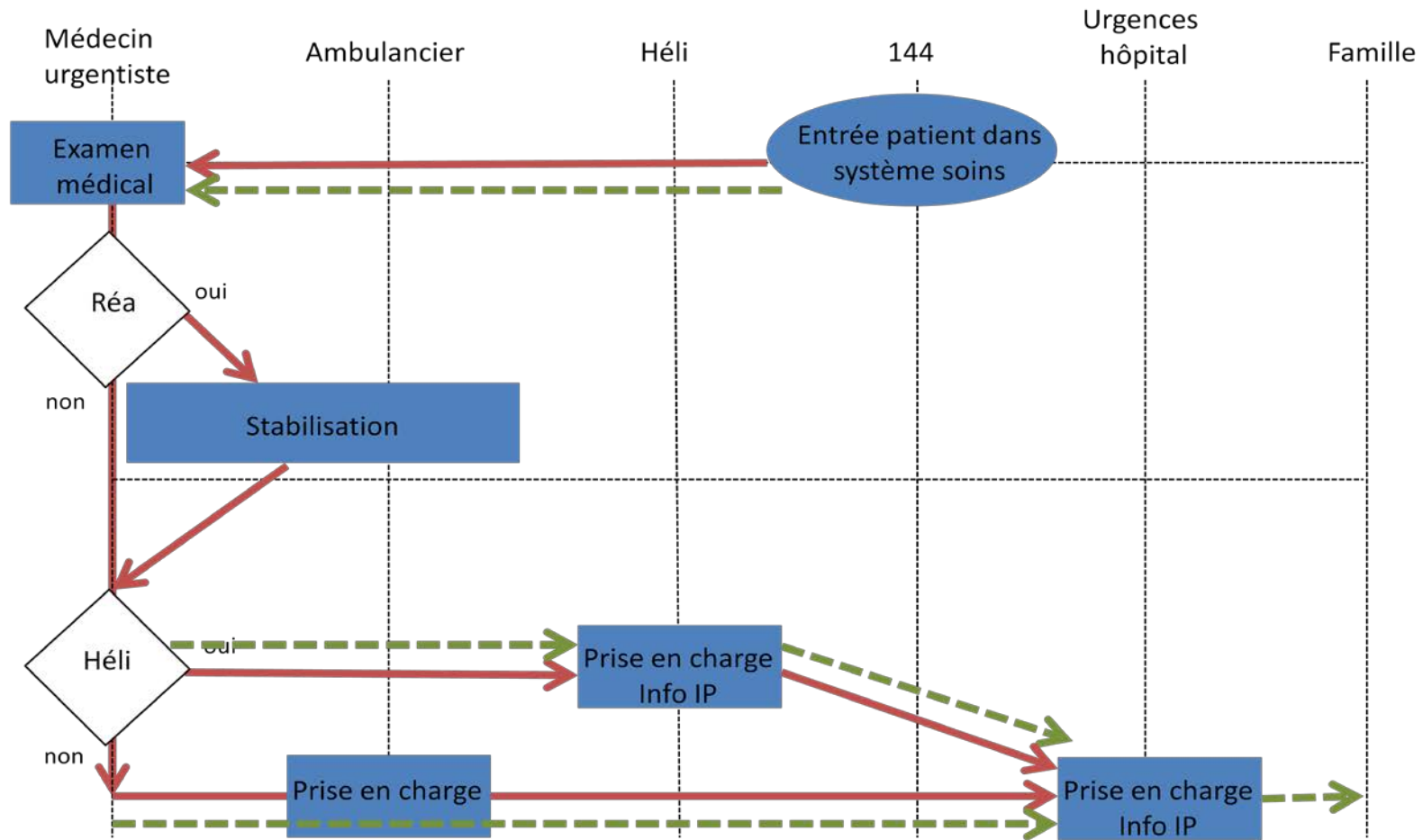
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme, puis gynécologue 	<ul style="list-style-type: none"> • Situationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Soignante de garde, év. médecin consultant (pas sur place) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pédiatre
Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente – maternité • Famille (père) – maternité • Sage-femme – gynécologue • Gynécologue / sage-femme – famille 	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU routier – hôpital • SAMU routier – héli 	<ul style="list-style-type: none"> • Institution – chirurgien de piquet • Institution – famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet pédiatrique de premier recours – hôpital • Service d'urgence – soins intensifs • Parents – service de garde
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicateur • Collaborateur • Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Collaborateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicateur • Collaborateur • Health advocate 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicateur
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Uses medical interventions effectively • <i>Develop rapport, trust and ethical therapeutic relationships with patients and families</i> • Participates in an interprofessional healthcare team • <i>Critically evaluate medical information, its sources, and its relevance to their practice, and apply this information to practice decisions</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrates appropriate use of skills • Participates in an interprofessional healthcare team 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Provide coordination of the patient care including collaboration and consultation with other health professionals and caregivers</i> • Convey effective information about a medical encounter • Effectively works with other professionals to prevent and resolve IP conflicts • Responds to health needs of the community <i>that they serve</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Attend to complex clinical situations in family medicine effectively</i> • <i>Accurately convey needed information and explanations to patients and families, colleagues and other professionals</i>
Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontation avec des directives et protocoles de soins • Transmission 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les règles d'engagement et de travail d'une équipe SAMU / REGA 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité des soins • Formulation d'informations professionnelles pertinentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître et maîtriser une situation émotionnellement lourde • Servir de lien /

	<p>d'informations professionnelles pertinentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge en urgence, bases de la réanimation 	<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation en site extra-hospitalier • Communication et collaboration avec des professionnels non-sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les dangers d'un langage idiomatique (propres à une seule profession) 	<p>transmission entre l'ambulatoire et l'hospitalier</p>
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> • Positionnement professionnel (rôle) au sein d'une équipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de lead et de subordinations changeantes en cours d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation d'informations pertinentes et nécessaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenu des informations à l'établissement hospitalier • Contenu des informations à la famille
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> • 5^{ème} – 6^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} – 4^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} – 4^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3^{ème} bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2^{ème} bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2^{ème} bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3^{ème} bachelor
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette • Mise en situation filmée + Feed-back (de patientes ?) • Simulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en situation filmée • Jeux de rôle • Simulation sur site 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation en équipe d'une vision commune du patient et de son problème médical • Jeux de rôle par téléphone, visio-conférence 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur les informations à transmettre par oral
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Algorithmes et protocoles de prises en soins d'urgences • ANTS-OTAS (anesthesia non technical skills and observational teamwork assessment for surgery) 	<ul style="list-style-type: none"> • BLS-ATLS • CRM and checklists 	<ul style="list-style-type: none"> • À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • À discuter

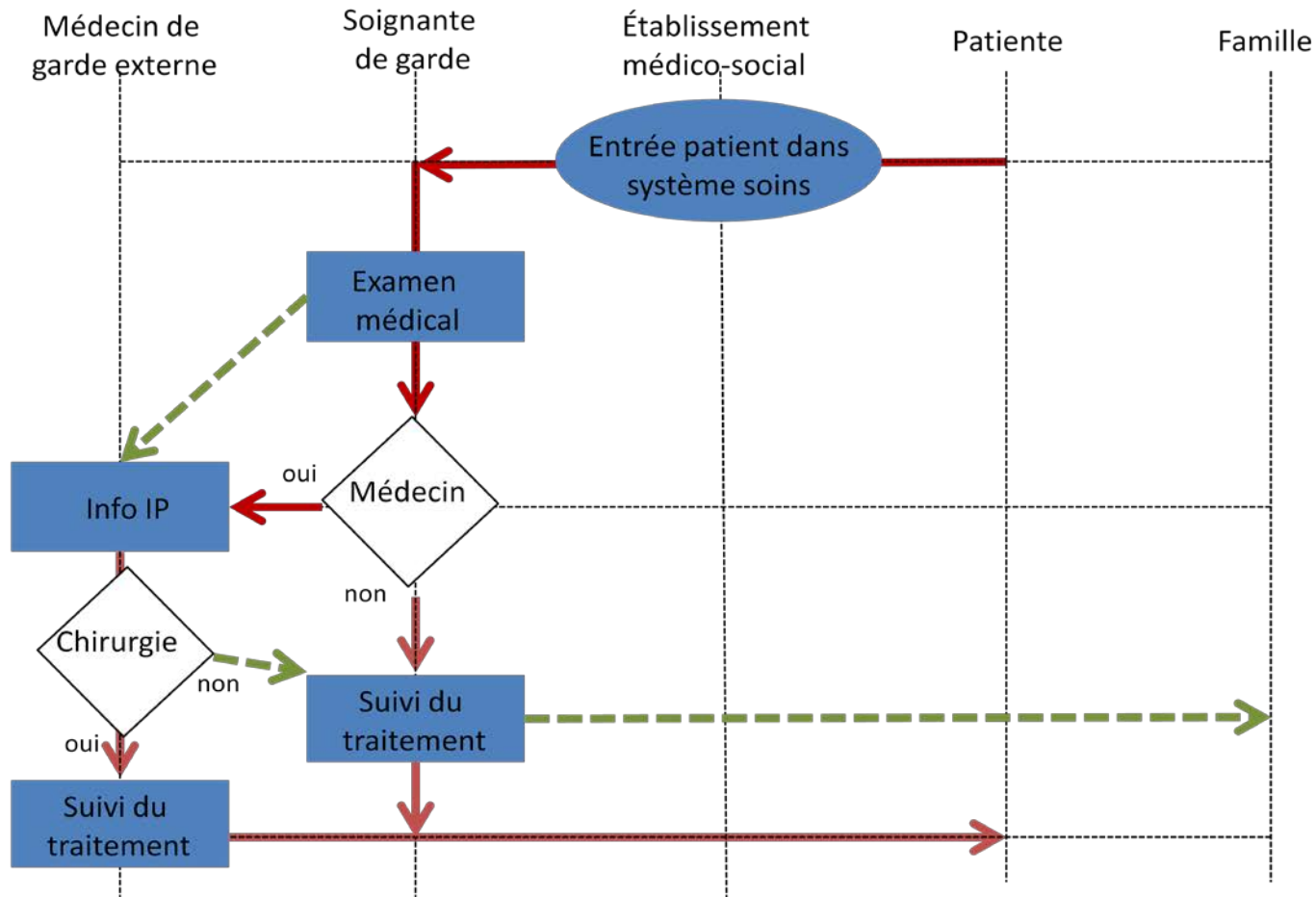
Trajet patient / dossier – Modèle 2 / Module 1



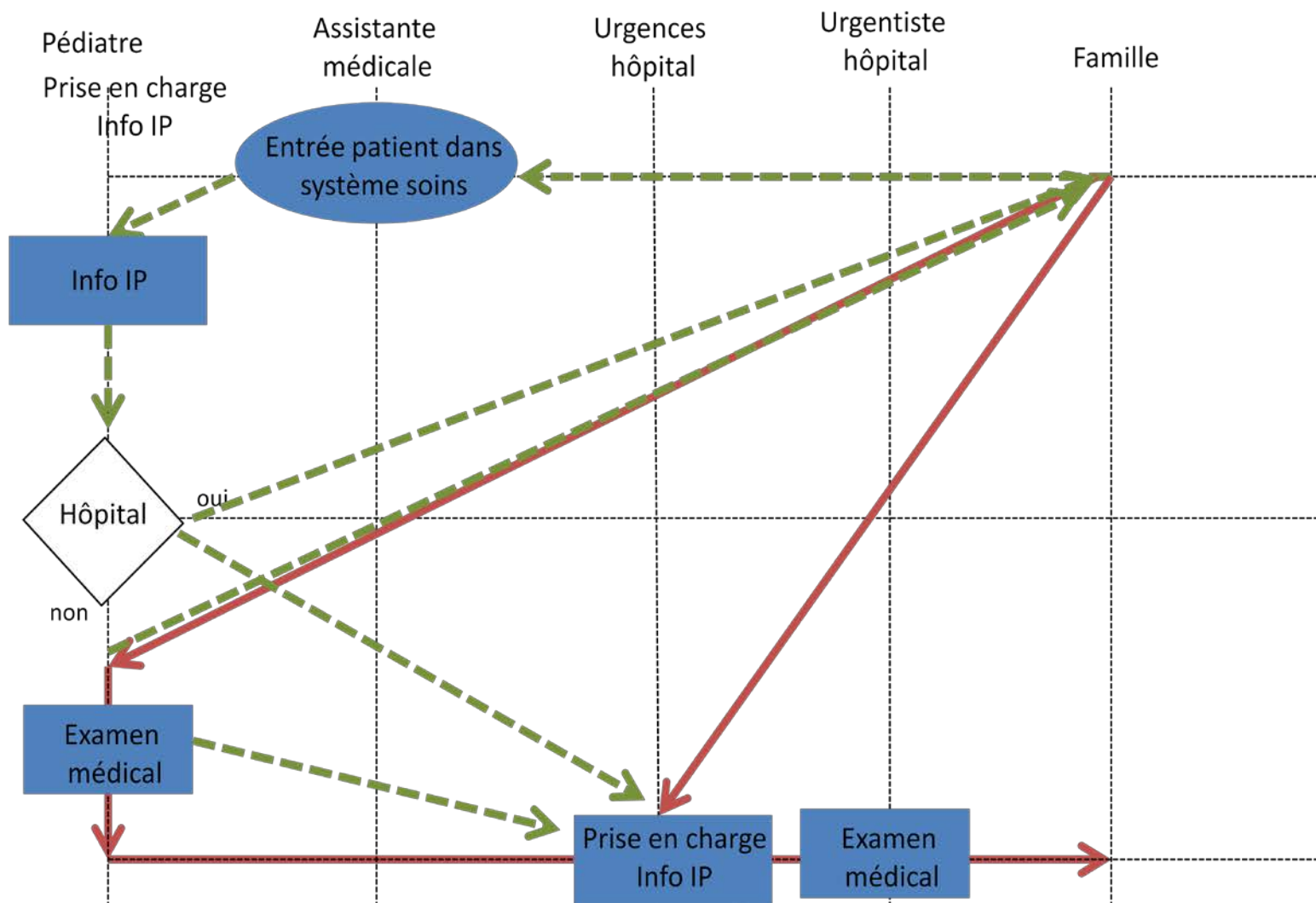
Trajet patient / dossier – Modèle 2 / Module 2



Trajet patient / dossier – Modèle 2 / Module 3



Trajet patient / dossier – Modèle 2 / Module 4



Annexe 6

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 3 (Suivi séquentiel d'un cas)

Modèle 3	Module séquentiel-Cas1	Module séquentiel-Cas2	Module séquentiel-Cas3	Module Séquentiel-Cas4
Objectifs de formation du Modèle 3 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Maîtriser le langage et les modes de fonctionnement professionnel de chaque profession ○ Adapter sa communication au patient (y c prise en compte de la culturalité du patient) ○ Adapter sa communication aux autres professions ○ Connaître les rôles et compétences des différents intervenants IP du système de soins ambulatoires 				
Trajectoire du patient	Retour à domicile avec suivi interprofessionnel	Retour à domicile avec réhabilitation interprofessionnelle et réinsertion psycho-sociale	Assurer le suivi des soins pour un patient âgé multimorbide après séjour hospitalier aigu	Suivi interprofessionnel d'un cas de douleurs chroniques
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente obstétrique après naissance de son premier enfant (év. ne parle pas le français) 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune chômeur vivant seul, suite AVP avec traumatisme locomoteur, séquelles psy post-traumatiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient de 90 ans marié, de retour à la maison après traitement d'un traumatisme crânien, suite à une chute due à un diabète mal équilibré ou une insuffisance cardiaque terminale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mère de famille de 35 ans, souffrant depuis plusieurs années de polyarthrite rhumatoïde
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme, gynécologue, pédiatre, infirmière en soins pédiatriques, pharmacien, diététicien-ne 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, physiothérapeute, orthopédiste, pharmacien, psychothérapeute, ergothérapeute, services sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, assistante médicale, diététicien-ne, physiothérapeute, pharmacien, ergothérapeute, infirmière en gériatrie, diabétologue, cardiologue, service médico-social 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, médecin spécialiste de la douleur, service médico-social, pharmacien, physiothérapeute, ergothérapeute,
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet gynécologique + réseau post-partum 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau IP

Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Actif (par la sage-femme) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif, réactif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme indépendante 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin, assistante sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Situationnel (diabétologue, cardiologue, diététicienne, pharmacien) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rhumatologue, médecin de famille
Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente / famille – sage-femme • Patiente /famille – pédiatre ou gynécologue • Patiente – pharmacien • Sage-femme – diététicienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – généraliste • Patient – cabinet de premier recours • Patient services sociaux • Services sociaux – psychologue 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – généraliste • Patient / famille – service médico-social • Infirmière indépendante – généraliste • Cabinet médical – hôpital de soins aigus • Cabinet médical - ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – généraliste • Patient / famille – service médico-social • Cabinet médical – rhumatologue • Généraliste – Physio- / Ergothérapeute
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicator • Collaborator • Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicator • Collaborator 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicator • Health advocate 	<ul style="list-style-type: none"> • Health advocate • Scholar
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Provide comprehensive and continuing care throughout the life cycle incorporating preventive, diagnostic and therapeutic interventions</i> • <i>Attend to complex clinical situations in family medicine effectively</i> • <i>Accurately elicit and synthesize information from, and perspectives of, patients and families,</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Develops common understanding on problems with patients and other professionals</i> • <i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i> • <i>Convey effective</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Seeks consultation from other health professionals (own limits)</i> • <i>Provide coordination of the patient care including collaboration and consultation with other health professionals and caregivers</i> • <i>Develops common understanding on problems with patients and other professionals</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Responds to individual patients health needs and issues as part of patient care</i> • <i>Contributes to the creation, dissemination, application and translation of knew knowledge and practices</i>

	<p><i>colleagues and other professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Engage patients or specific groups of patients and their families as active participants in their care • Facilitates the learning of patients, families and other collaborators (= Health Literacy) 	<p>information about a medical encounter Convey effective oral and written information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintain a positive working environment with consulting health professionals, health care team members, and community agencies 	<p><i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Responds to individual patients health needs and issues as part of patient care 	
Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtriser le langage des autres professions • Connaître les différents intervenants IP possible dans le suivi médical mère – enfant • Communication et multiculturalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter la communication aux (besoins des) autres professions • Connaître les différents intervenants IP possible dans le système de soins ambulatoires post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins • Directives anticipées et impact légaux ? • Comment éviter des ré-hospitalisations par une optimisation du réseau interprofessionnel autour du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir des informations scientifiques interprofessionnelles sur une affection mal connue (du praticien) • Favoriser et entretenir l'activité IP au profit d'une patiente
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement de communications • Feed-back de patiente fictive 	<ul style="list-style-type: none"> • Feed-back de patient ou de professionnel fictif • Plan de gestion de la réhabilitation et de la réinsertion sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents audio-vidéo communication avec proches • Plan de coordination réseau et interinstitutionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation d'une proposition de prise en charge IP et d'un soutien médico-social • Critères de maintien à domicile
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} – 4^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> • À définir 	<ul style="list-style-type: none"> • À définir 	<ul style="list-style-type: none"> • À définir 	<ul style="list-style-type: none"> • À définir

Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette • Jeux de rôles de contacts professionnels (tél) 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette • Jeux de rôles de contacts professionnels (tél) 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette • Jeux de rôles de communication avec famille et patient • Simulation réunion de réseau 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur les possibilités IP d'approche d'une maladie chronique douloureuse et invalidante
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de communication multiculturels • À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents SUVA ? • À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • Lois sur les directives anticipées • À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents des associations de patients souffrant de PR ? • À discuter
Exemple de références bibliographiques	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Frey P., Goette J., Vitulano D., Rüttsche A., Fattinger K., Stirnimann C. (2011), Projekt: Follow-MeD, (UniBE, BIHAM) • SGIM (2002), SGIM-Charta : Zusammenarbeit Spital – Praxis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beer J. (2012), Patienten nach Spitalaustritt begleiten, Care Management, 5(3) :35-36 	<ul style="list-style-type: none"> • McDonnough R.P., Doucette W. (2001), Developing Collaborative Working Relationship Between Pharmacists and Physicians, Journal of the American Pharmaceutical Association, 41(5):682-692.

Annexe 7

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 4 (Patient multimorbide)

Modèle 4	Module multimorbide -Cas1	Module multimorbide -Cas2	Module multimorbide-Cas3
Objectifs de formation du Modèle 4 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Définir une vision IP du patient et de ses problèmes de santé ○ Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins, tout en maintenant les règles de confidentialité ○ Anticiper et formuler les besoins interprofessionnels ○ Anticiper le « doctor-shopping » 			
Trajectoire du patient	Analyser les problèmes d'un patient âgé multimorbide en cabinet de premier recours*	Préparer en IP l'entrée en institution médico-sociale d'un patient âgé multimorbide	Gérer un cas multimorbide infectieux hors institution
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Veuve de 83 ans, souffrant de signes de démence / dépression, de cystites récidivantes et de constipation chronique (y compris situation de précarité sociale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient marié de 77 ans, présentant des signes de démence avec agressivité, difficultés locomotrices suite à des complications de prothèse de la hanche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente mariée de 67 ans, souffrant de MRSA urinaire
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, assistante médicale, assistant en formation postgrade, psychologue / psychiatre, diététicien-ne, physiothérapeute, pharmacien, ergothérapeute, infirmière en gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, assistante médicale, pharmacien, infirmière en gériatrie, ergothérapeute, service médico-social, établissement médico-social (séjour de jour), psychologue / psychiatre (y c pour la femme du patient) 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, médecin infectiologue, infirmière indépendante, pharmacien
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc + EMS (hôpital de jour ?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant - actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Famille du patient, service médico-social (Spitex) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infectiologue

Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente – généraliste • Généraliste – spécialistes • Généraliste – assistante médicale • Généraliste – assistante en formation • Patiente – assistante en formation • Pharmacien – cabinet médical (assistante médicale) • Cabinet médical - ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Femme du patient – généraliste • Généraliste – psychiatre • Femme du patient – institution médico-sociale • Généraliste – spécialiste hospitalier • Cabinet médical - ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente – généraliste • Patiente – pharmacien • Patiente – infirmière • Patiente – famille • Généraliste – infectiologue
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicator 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicator • Collaborator • Manager 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicator • Health advocate • Scholar •
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Performs assessment to his/her practice <i>Demonstrate proficient assessment and management of patients using the patient-centered clinical method</i> • Uses medical interventions effectively <i>Attend to complex clinical situations in family medicine effectively</i> • Elicits and synthesizes info of patients and other professionals <i>Accurately elicit and synthesize information from, and perspectives of, patients and families, colleagues and other professionals</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i> • Effectively works with other professionals to prevent and resolve IP conflicts <i>Maintain a positive working environment with consulting health professionals, health care team members, and community agencies</i> • <i>Serve in administration and leadership roles, as appropriate</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • ... foster infection control • ... promote health of patients and the community • Convey effective information about a medical encounter <i>Convey effective oral and written information</i> • <i>Responds to health needs of the community that they serve (SCLO: recognize issues, settings, circumstances or situations which require advocacy on behalf of patients, professions or society</i> • Facilitates the learning of patients, families, and other collaborators <i>Facilitate the education of patients, families, trainees, other health professional colleagues, and the public, as appropriate</i>

Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> Définir une vision IP du patient et de ses problèmes de santé Notions de délégation de responsabilités dans les prises en soins ? 	<ul style="list-style-type: none"> Anticiper et formuler les besoins interprofessionnels Perceptions et attentes de l'entourage, réponse par planification IP (y compris prévention du doctor-shopping) 	<ul style="list-style-type: none"> Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins Par extension, connaître les lois sur les épidémies et la législation relative aux maladies transmissibles
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> Plan de management du cas (documentation au patient) Conduite d'une réunion de réseau 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de management du cas (documentation IP) Maintien des règles de confidentialité et de la dignité du patient 	<ul style="list-style-type: none"> Instructions au patient et aux proches Protocoles de prises en soins des infections et autres maladies transmissibles
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> 5^{ème} – 6^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 4^{ème} – 5^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 4^{ème} – 5^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} année Bachelor ou Master 	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} année Bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} année Bachelor ou Master
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur vignette Jeux de rôles de contacts professionnels (au sein du cabinet médical) 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur vignette Jeux de rôles de travail IP Patients acteurs (OSCE) 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur vignette Jeux de rôles de communication avec famille et patient
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> LEp Systèmes de déclaration À discuter
Exemple de références bibliographiques	<ul style="list-style-type: none"> Huard P., Schaller P. (2010), Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1. Problématique, Pratiques et Organisation des Soins, 41(3) :237-45. Idem, 2. Stratégie, Pratiques et Organisation des Soins, 41(3) :247-255. Schulz-Nieswandt F. (2007), Innovationen in der Gesundheitsversorgung in Zürich, Sociale Medizin 4.07 :19-22. Bonsack S. (2011), Leben mit 	<ul style="list-style-type: none"> Salonen P., Haverinen R. (2003), Providing integrated health and social care for older persons in Finland, Procure, National Report. Jenkins R. (2012), Ich arbeite jeden Tag vernetzt, Care Management, 5(3):9-10. Steurer-Stey C., Rosemann T. (2010), Das Chronic Care Model – Ein konkreter Ansatz für eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen, UniZH (internet) 	<ul style="list-style-type: none">

	Lanzeiterkrankung – Projekt Leila, Care Management, 4(5):8-10.		
--	----------------------------------------------------------------	--	--

NB: in diesem Zusammenhang wäre noch der Fall eines polymorbiden, pflegebedürftigen Patient zu Hause (z.B. mit Hemiplegie) zu berücksichtigen, der hauptsächlich von der Spitex unter Einbezug der Angehörigen von einem Pflgeteam und allenfalls periodischen anderen Gesundheitsfachleuten betreut wird. Die medizinische Betreuung – meist durch den Hausarzt – erfolgt eher punktuell (3x / Woche Spitex, Physio und ergo nach Bedarf, alle 6 Monate Hausarztbesuch oder nach Bedarf wie z.B. Auftreten eines weiteren Leidens). In solchen Fällen ist die Pflege nicht eine Nachbehandlungskomponente sondern die kontinuierlich-bildende Komponente. Entsprechend dürfte das Lead beispielsweise bei der Spitex liegen. Die ärztliche Intervention stützt sich dabei idealerweise auf die Einschätzung und Informationen der Pflege ab, und wird von dieser initiiert.

NB : dans ce contexte, pourrait également être envisagé le cas d'un patient / une patiente polymorbide, nécessitant des soins à domicile (par ex. suite à une hémiplégie), dont les soins seraient principalement assurés par Spitex en collaboration avec les membres d'une équipe soignante et, le cas échéant, l'intervention de personnes d'autres professions de la santé. Le suivi médical, souvent assuré par un médecin de famille, se fait plutôt de manière ponctuelle (Spitex 3x / semaine, physio- et ergothérapie selon besoins, visite médicale tous les six mois ou selon besoins, par exemple en cas d'apparition de nouveaux problèmes médicaux ou d'aggravation de l'état du patient). Pour de tels cas, les soins ne sont pas une composante du suivi du traitement médical, mais un facteur important de continuité. En conséquence, le lead pourrait par exemple être assumé par Spitex. L'intervention médicale s'appuyant dans le cas idéal sur l'évaluation et les informations des professionnels des soins infirmiers, qui l'initient.

Annexe 8

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 5 (Soins palliatifs)

Modèle 5	Module palliatif-Cas1	Module palliatif-Cas2	Module palliatif-Cas3
Objectifs de formation du Modèle 5 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Définir le cadre d'accompagnement (y compris légal, éthique, etc.) d'un patient en soins palliatifs ○ S'adapter à l'approche de la mort du patient (« end of life » Gespräche) ○ Accepter le non soin (directives anticipées) ○ Définir et garantir les besoins de confidentialité 			
Trajectoire du patient	Patient en cabinet médical	Patient de retour à domicile pour fin de vie (év situation possibilité / souhait de suicide assisté)	Patient en fin de vie devant entrer en institution de soins palliatifs
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en cabinet sur un patient atteint de maladie chronique intraitable s'informant des directives anticipées 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente cancéreuse en fin de vie, de retour à domicile pour fin de vie ; gestion des soins palliatifs, notamment de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Mère de famille sidéenne en fin de trithérapie ou patiente souffrant d'un cancer du sein en phase terminale
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste • Collaborateurs / -trices du cabinet médical • Diététicien-ne 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, oncologue, religieux, service médico-social, expert en questions de suicide assisté^{1,2}, infirmière indépendante, psychologue / psychiatre, diététicien-ne 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, services sociaux, spécialiste soins palliatifs, soignante d'institution de soins palliatifs
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + service sociaux + réseau soins palliatifs
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin ou assistante médicale expérimentée 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient et famille • Expert en questions de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> • Services sociaux, patiente

¹ OFSP / CDS (2012), Concept national de formation « soins palliatifs et formation » - document stratégique 2013 – 2015 (recommandations)

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13769/index.html?lang=fr>

² Pereira J., Porchet F., Schröter C., Gamondi Palmesino C., Pautex S., Bucher B., Waldmann E., Zaugg K. (2012): Compétences et niveaux de formation en soins palliatifs en Suisse: progression du travail du Groupe Formation. Internet : http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_2_5_Publikation_Kompetenzen_f.pdf

		assisté	
Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Travail IP au sein du cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Famille – généraliste • Généraliste – oncologue • Famille – psychologue • Infirmière indépendante – services médico-sociaux • Diététicien-ne – famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Généraliste – institution soins palliatifs • Généraliste – services sociaux • Famille généraliste • Généraliste – psychologue (soutien personnel)
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Collaborator • Professional 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicator • Collaborator • Manager • Professional 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicator • Professional
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Uses medical interventions effectively <i>Attend to complex clinical situations in family medicine effectively</i> • Participates in an interprofessional healthcare team <i>Participate in a collaborative team-based model and with consulting health professionals in the care of patients</i> • Demonstrates commitment to <i>their</i> patients, profession, society through ethical practice 	<ul style="list-style-type: none"> • Develops relationship with patients and families <i>Develop rapport, trust and ethical therapeutic relationships with patients and families</i> • Develops common understanding on problems with patients and other professionals <i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i> • Effectively works with other professionals to prevent and resolve IP conflicts <i>Maintain a positive working environment with consulting health professionals, health care team</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Develops relationship with patients and families <i>Develop rapport, trust and ethical therapeutic relationships with patients and families</i> • Demonstrates commitment to <i>their</i> patients, profession, society through ethical practice • Demonstrate a commitment to physician health and sustainable practice

		<p><i>members, and community agencies</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Allocates finite healthcare resources appropriately</i> • Demonstrates commitment to <i>their</i> patients, profession, society through <i>participation in</i> profession-led regulation 	
Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Accepter le non soin (directives anticipées) • Garantir la dignité du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le cadre d'accompagnement (y compris légal, éthique, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • S'adapter à l'approche de la mort du patient
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> • Document de directives anticipées • Formulation de règles de confidentialité au sein du cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse situationnelle aux besoins de la patiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Concept de soutien psychologique du médecin et de son équipe soignante
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 5^{ème} – 6^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} – 4^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2^{ème} bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} année Bachelor ou Master 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} année Bachelor ou Master
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur directives anticipées 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette, animé par spécialiste soins palliatifs • Debriefing par un spécialiste (soins palliatifs / psychologie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur possibilités de soutien psychologique et d'accompagnement de la famille • Travail sur documents d'un établissement de soins palliatifs (p.ex. Fondation Riveneuve VD)
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Directives Académie Suisse des Sciences médicales - FMH 	<ul style="list-style-type: none"> • Directives modèle Liverpool ? • Directives ASSM 	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (1997), traitement de la douleur cancéreuse, 2^{ème} édition

<p>Exemple de références bibliographiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Müller-Busch H.C. (2010), Ernährung und Ernährungstherapie unter palliativen Aspekten – ambulant und stationär, Zeitschrift für Palliativmedizin, 11 :291-303. • OFSP – CDS (2010), Directives nationales concernant les soins palliatifs. • Marie Curie Palliative Care Institute (2010), What is the Liverpool care pathway for the dying patient (LCP) ?, Liverpool, UK. 	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (1997), Traitement de la douleur cancéreuse, 2^{ème} édition • Wasner M., Roser T., Fittkau-Tännesmann B., Borasio G.D. (2008), Spiritualität und psychosoziale Begleitung als wichtige Lehrinhalte, Deutsches Ärzteblatt, 105(13):674-5. • Fox L.A. (2008), The impact of interprofessional communication / collaboration during times of transition for cancer patients with advanced disease, Master thesis of nursing, University of Toronto, Canada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cina C. (2012), Solothurn : erster Kanton mit einheitlichem Betreuungsplan für Schwerkranke, SÄZ, 93(31/32):1123-24. • Weber A. (2012), Mehr Lebensqualität vor dem Tod, Care Management, 5(3):33-34. • Bastami et al. (2011), Interprofessionelle Kommunikationsprozesse – schwierige Gesprächssituationen mit Patientinnen und Patienten, Ethik Med, DOI 10.1007/s00481-011-0177-1.
------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Annexe 9

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 6 (Prévention)

Modèle 6	Module Prévention-Cas1	Module Prévention-Cas2	Module Prévention-Cas3	Module Prévention-Cas4
Objectifs de formation du Modèle 6 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprendre le mode de décision interprofessionnel en cabinet ou en institution ○ Expliquer le rôle et l'importance de l'IP dans la prise de mesures préventives pour un groupe de patients à risque ○ Connaître le rôle de la médecine non-conventionnelle dans le maintien de la santé (prévention primaire) pour certains groupes de patients à risque 				
Trajectoire du patient	Gestion de groupes de patients à risque d'un cabinet médical	Entrée dans le système de soins pour contrôle de routine	Gestion de risques pour les patients d'une institution (prévention secondaire)	Collaboration à une prévention primaire pour patients à risque
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Formation d'opinion (Meinungsbildung) sur des thèmes de prévention primaire (vaccins, préparation à la naissance, HIV, tabac, alcool) préparée par l'assistante en formation postgrade • Sensibilisation IP à des problèmes médico-sociaux (p.ex. violence domestique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient adulte dans le cadre d'un check-up ou prévention primaire (campagne de screening Pharma / FMH / OFSP) ; découverte d'un diabète léger ou surcharge pondérale 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place IP d'un concept de prévention des chutes en établissement médico-social 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente âgée demandant conseil de maintien de santé au sortir d'une consultation de routine chez son médecin de famille.
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille, assistante médicale, médecin consultant/spécialiste en prévention, enseignants, assistants sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille, assistante médicale, diététicien-ne, médecin spécialiste, pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, infirmières et équipe soignante, nettoyeuses, administration, architecte d'intérieur (?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin, spécialiste médecine non-conventionnelle, assistante médicale, infirmière indépendante, pharmacien, physiothérapeute, ergothérapeute

IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel EMS + médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc (y c Spitex)
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Assistante en formation postgrade 	<ul style="list-style-type: none"> • Diététicien-ne • Patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Cheffe soignante EMS, ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeute, assistante médicale
Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – cabinet • Pharmacie – cabinet • Patient – thérapeute non conventionnel • Cabinet médical – réseau de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – cabinet • Cabinet – médecin spécialiste • Patient – spécialiste santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Administration – infirmières • Soignantes – nettoyeuses • Patients – physiothérapeute / ergothérapeute • Médecin – patient • Infirmières – famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – cabinet • Patient – pharmacien • Patient – infirmière indépendante / physiothérapeute / ergothérapeute
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Health advocate • Professional 	<ul style="list-style-type: none"> • Health advocate • Communicateur • Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborateur • Health advocate 	<ul style="list-style-type: none"> • Health advocate
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Establish and maintain clinical knowledge, skills and attitudes required to meet the needs of the practice and patient population served.</i> • Responds to health needs of the community that they serve • <i>Promotes the health of individual patients, communities and populations</i> • <i>Demonstrate a commitment to reflective practice</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Convey informations to patients and other professionals • Responds to individual patients health needs and issues as part of patient care • <i>Facilitates the education of patients, families, trainees, other health professional colleagues and the public, as appropriate</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Engage patients or specific groups of patients and their families as active participants in their care</i> • Identifies the determinants of health of the population / within their communities 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promotes the health of individual patients, communities and populations</i>

Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> Comprendre le mode de décision interprofessionnel en cabinet 	<ul style="list-style-type: none"> Communiquer au patient les options de prévention tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> Participer à la prise de mesures préventives IP pour un groupe de patients à risque 	<ul style="list-style-type: none"> Connaître le rôle de la médecine non-conventionnelle dans le maintien de la santé (prévention primaire) pour certains groupes de patients
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> Fiches info patients sur certains thèmes de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de suivi médical d'un patient fictif (Vignette) 	<ul style="list-style-type: none"> Concept IP de prévention des chutes dans un établissement médico-social 	<ul style="list-style-type: none"> Proposition d'un cours de Tai chi en tant que prévention des chutes Préparation d'une soirée d'information / démonstration pour groupes à risque sur possibilités de médecine non conventionnelle
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère}-2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} – 4^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère}-2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère}-2^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> À définir 	<ul style="list-style-type: none"> À définir 	<ul style="list-style-type: none"> À définir 	<ul style="list-style-type: none"> À définir
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur documentation 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur problème médical (vignette) Jeu de rôle avec patient fictif 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche de documentation sur risque et groupe à risque (chutes) Travail en équipe sur documentation 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur documentation Recherche d'intervenant en médecine non-conventionnelle pour soirée info
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> Documentation prévention primaire, secondaire et tertiaire sur divers sujets Documentation CEDAW sur violence domestique 	<ul style="list-style-type: none"> Directives de prévention (OFSP, société de discipline, etc) Documents d'information des patients Publications sur effets positifs prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Plan et organisation du travail en EMS Littérature sur la prévention des chutes 	<ul style="list-style-type: none"> À collecter par le groupe au début du travail IP, en fonction du sujet choisi

<p>Exemple de références bibliographiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BAG (008), Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008 – 2012 (NPEB). • Bastino C., Zraggen C., Pralong G., Bosshard W. (2010), Introduction d'une démarche interdisciplinaire dans la prise en charge des patients diabétiques par une infirmière clinici enne, Hôpital de Lauvaux, Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Robinovitch S.N., Feldman F., Yang Y., Schonnop R., Leung P.M., Sarraf T., Sims-Gould J., Loughin M. (2013), Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care : an observational study, Lancet, 381 :47-54. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stück A.E., Meyer K., Born S. (2009), Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, Obsan. Internet: www.obsan.ch
------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Annexe 10

Annexe 10: Zusammenfassung nicht medizinische IP Lehre in der Schweiz (Stand 22.10.2013)³

Ausbildung

Institution	Thema	IP Bereiche	Bildungsstufe	Einbezug Mediziner	Status	Bemerkung
FHS St Gallen	IP Lehre (Vorlesungen, usw)	BSc Pflege BSc Soziale Arbeit BSc Betriebsök	AB	--	Im Aufbau	
FHS St Gallen	Clinical assessment (Praxismodul)	MSc Pflege	AB	Masterstufe	Im Aufbau	
SUPSI	Komplexe Fälle meistern (akut, PC, Rehab, Hauspflege)	BSc Pflege BSc Physio BSc Ergo	AB	--		
SUPSI	Palliative Care Kurs A2	BSc Pflege BSc Physio BSc Ergo	AB	--		
UNIL	Introduction IP	Pflege, Physio, Hebammen, MRT	AB	Bachelor		Wochen-End
BFH	Grundlagenwissen IP	Stud Physio Stud Pflege Stud Hebammen Stud Ernährung	AB	--		Gemeinsames Hören
BFH	IP Projekt Gesundheit	Stud Physio Stud Pflege Stud Hebammen Stud Ernährung	AB	--		Gemeinsames Tun
BFH	Gesundheitsberufe im Dialog	Stud Physio Stud Pflege Stud Hebammen Stud Ernährung	AB	Stud med (7.Semester)	Im Aufbau	Gemeinsames Analysieren und Verknüpfen
Careum	Modul "IP Kommunikationsprozesse –schwierige	HF Pflege	AB	Med Fak ZH	Seit 2011	Am Careum Bildungszentrum umgesetzt

³ Erstellt nach den eingegangenen Rückmeldungen zur Umfrage der Themengruppe

	Gesprächssituationen mit PatientInnen					
Careum	Modul "Handeln in Notfallsituationen"	HF Pflege	AB	Med Fak ZH	Jährlich seit 2007	Am Careum Bildungszentrum umgesetzt
Careum	Impulsgespräche zur interprofessionellen Zusammenarbeit	Stud Gesundheit sberufe HF Dentalhygiene, Operationstechnik, Biomedizinische Analytik, Medizintechnische Radiologie, Pflege	AB	Med Fak ZH	Im Umsetzung	In Kooperation zwischen Careum Stiftung (Abteilung Careum F+E), Careum Bildungszentrum und Med. Fak. ZH entwickelt und umgesetzt
BZ Pflege	IP Lehre (Praktikum)	Stud Pflege	AB (1. Stud Jhr)	Stud med (Wahlpraktikum)		Gegenseitige Vorstellung Gemeinsame Pflege Gemeinsame Studium Anatomie
BZ Pflege	IP Lehre (Praktikum)	Stud Pflege	AB (2. Stud Jhr)	Stud med (Bachelor level)		Kommunik. Training Simulationspatienten Konfliktlösung Angewandte Anatomie (z.B. Ultraschall)
ZHAW G	Wissenschaftliches Arbeiten, Zusammenarbeit sowie Gesundheit und Gesellschaft.	BSc Ergo, BSc Hebamme, BSc Pflege, BSc Physio	AB	--	Umsetzung und Aufbau	Die Themen werden in mehreren Pflichtmodulen aufgegriffen, total 27 ECTS-Credits
UNIBas Institut für Pflegewissenschaft (INS)	Clinical Assessment	MSc Nursing Science	AB	Teaching BSc/MSc Stufe	Etablierte LV für MSc Pflege	
UNIBas INS*	eHealth	MSc Nursing Science	AB	Möglich BSc/MSc Stufe	Pilot im HS2013	
UNIBas INS*	Patientensicherheit und Qualität	MSc Nursing Science	AB	möglich BSc/MSc Stufe	Etablierte LV für MSc Pflege	LV auf der Linie des WHO Patient safety interprofessional curriculums
Uni Genève	Module Interpro	5 filières de la HES GE	AB			Reconduit chaque année dès 2013
Uni Genève	Module Interpro 2	Stud.	AB	Master	Ateliers de	Voir CIS = centre

		Infirmières, sage- femmes, techn radiol			pratiques simulées	interprofessionnel de simulation en santé (Faculté de médecine / HES GE
--	--	-----------------------------------------------------	--	--	-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

LV = Lehrveranstaltung

Weiterbildung

Institution	Thema	IP Bereiche	Bildungsstufe	Einbezug Mediziner	Status	Bemerkung
Kalaidos	DAS Palliative Care	Dipl Pflege Theol Dipl Physio	WB	Mediziner		
Kalaidos	DAS Wound Care	Dipl Pflege	WB	Mediziner		
SUPSI	CAS Palliative Care	MSc Pflege MSc Physio MSc Ergo Psy, Sozialarb., Theol	WB	Masterstufe (nach Kurs A oder A2)		
SUPSI	DAS Gestion sanitaire	Dipl Pflege Dipl Physio Dipl Ergo Dipl TMR Dipl Ambulanzfhr .	WB	--		
SUPSI	MAS Gestion sanitaire	Jeder Beruf mit DAS oder Uniabschluss	WB	Mediziner		
CHUV	Mauvaises nouvelles	BSc Pflege BSc Hebammen	WB	Masterstufe		
CHUV	Urgences vitales	BSc Pflege	WB	Mediziner		Simulator
CHUV	Atelier Psycho-oncologie	Dipl Pflege Sozialarb., Psychol., Theol	WB	Mediziner		
BFH	Diverse CAS		WB			
BFH	Diverse Fachkurse		WB	z.T		z.B. Adherence Therapie
Gesellsch. Für klinische Ernährung (GESKE)	Zertifikatkurs in klinischer Ernährung		WB	Mediziner ?		Patronat SVDE
Universitätsspital Basel (Clinical Trial Unit CTU)	Clinical Research 1 Clinical trial Planning and conduct	Clinical research professionals with basic or intermediate level of experience Graduates form life sciences/ medicine without	CAS	Ja (post graduate level)	Registration	

		experience in clinical research				
Universitätsspital Basel (CTU)	Clinical Research 2 Advanced clinical trial management	Clinical research professionals with intermediate to higher level of experience	CAS	Ja (post graduate level)	Registratio n	
Universitätsspital Basel (CTU)	Clinical Trial Practice and Management	Clinical research professionals with basic or intermediate level of experience Graduates from life sciences/ medicine without experience in clinical research	DAS	Ja (post graduate level)	In Planung Pre- Registratio n	

Annexe 11

Annexe 11: Compétences spécifiques pour les professions de la santé

Compétences spécifiques pour les soins infirmiers

Dans le texte qui suit, le terme générique de « soignant-e » (Pflegefachperson) est utilisé. Deux type de filières y conduisent, l'une de type ES (HF), l'autre de type HES (FH). Pour la première, les compétences ont été définies selon CanMeds, alors que pour la seconde, un PEC (Rahmenlehrplan⁴) reconnu par le SEFRI a été établi sur le plan national, dans lequel les processus de travail sont précisément décrits. Dans le cadre de ce rapport, le niveau HES bachelor est principalement pris en compte.

De plus amples détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

Compétences spécifiques pour les pratiques de soins avancées (Advanced practices)

Des détails peuvent être trouvé ici :

Reglementierung der Pflegeexpertin APN: Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung. Positionspapier. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), swiss ANP, Schweizer Verein für Pflegewissenschaft (VfP), CHUV Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS). Bern, 10. Oktober 2012

<http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/0default/pdf/2012%2010%2010%20%20Registrierung%20ANP.pdf>

Compétences spécifiques pour les sages-femmes

Des détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

Compétences spécifiques pour la physiothérapie

Des détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

Compétences spécifiques pour l'ergothérapie

Des détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

⁴ Site internet: www.sbf.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=de

Compétences spécifiques pour les diététicien-ne-s

Des détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

Compétences spécifiques pour les assistant-e-s médicales

Berufsprofil nach der *Verordnung für VO Medizinische PraxisassistentInnen* (BBT). Des informations détaillées peuvent être obtenues dans le *Bildungsplan zur Verordnung über die berufliche Grundbildung Medizinische Praxisassistentin / Medizinischer Praxisassistent* du BBT.

Medizinische Praxisassistentinnen auf Stufe EFZ/Medizinische Praxisassistenten auf Stufe EFZ beherrschen namentlich folgende Tätigkeiten und zeichnen sich durch folgende Haltungen aus:

- Sie empfangen und betreuen Patientinnen und Patienten, erfassen alle nötigen Informationen, dokumentieren sie und leiten sie weiter. Sie verständigen sich in angemessener Weise mit den Patientinnen und Patienten und den externen Partnern sowohl in der lokalen Landessprache wie auch in mindestens einer Fremdsprache.
- Sie führen unter ärztlicher Verantwortung selbstständig diagnostische und therapeutische Arbeiten und Prozesse durch und unterstützen und entlasten die Ärztin oder den Arzt bei diesen Arbeiten. Dazu verfügen sie über ein angemessenes Wissen in Medizin und Naturwissenschaften.
- Sie beherrschen die betrieblichen Prozesse in den Bereichen Administration, Korrespondenz und Organisation und stellen damit das Funktionieren der Praxis und die Kommunikation gegen aussen sicher.
- Sie arbeiten gemäss den gesetzlichen Vorgaben und den betrieblichen Standards in den Bereichen Hygiene, Umweltschutz, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.

Die Ziele und Anforderungen der beruflichen Grundbildung werden in Form von Handlungskompetenzen beschrieben.

Die Fachkompetenz umfasst Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- Umgang mit den Patientinnen und Patienten;
- diagnostische und therapeutische Prozesse;
- betriebliche Prozesse;
- medizinische Grundlagen;
- Hygiene, Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Umweltschutz;
- Fremdsprache.

Die Methodenkompetenz umfasst Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- Arbeitstechniken und Problemlösen;
- prozessorientiertes, vernetztes Denken und Handeln;
- Informations- und Kommunikationsstrategien;
- Lernstrategien für das lebenslange Lernen;
- Beratungstechniken;
- qualitätsorientiertes Handeln.

Die Sozial- und Selbstkompetenz umfasst Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- ethisches Verhalten im Umgang mit Patientinnen und Patienten;
- Verschwiegenheit und Diskretion;
- eigenverantwortliches Handeln;
- lebenslanges Lernen;
- Kommunikationsfähigkeit und Empathie;

- Konfliktfähigkeit;
- Teamfähigkeit;
- Umgangsformen und Auftreten;
- Belastbarkeit;
- ökologisches Verantwortungsbewusstsein und Handeln.

Compétences spécifiques pour d'autres professions

Pour certains modules, il peut être utile d'élargir la palette des professions à prendre en compte dans un réseau IPC ad hoc ou institutionnel (suivant les régions). Dans ce cas, plusieurs documents sont disponibles, qui précisent les profils professionnels ou les objectifs de formation. Il s'agit notamment de :

- PflegewissenschaftlerIn
- FachexpertIn Infektionsprävention
- BewegungswissenschaftlerIn
- Fachfrau Gesundheit
- Pflegehelfer
- Fachfrau Langzeitpflege
- AssistentIn Gesundheit und Soziales (mit eidg. Berufsattest)

De informations peuvent être trouvées dans les documents ou sur les sites internet suivants:

- Obsan (2012), Datenlage bei den nicht universitären Gesundheitsberufe.
- SBFI, höhere Berufsbildung
- OdA Santé
- www.savoirsocial.ch