



Enabling interprofessional collaboration in delirium management

Interprofessionelle Zusammenarbeit im Delir-Management gestalten

Andrea Moser^{1*}, Uta Grosse², Susanne Knüppel Lauener³

¹Stadtspital Triemli, Departement Pflege, Soziales und Therapien, 8063 Zürich, Switzerland
* andrea.moser@triemli.zuerich.ch

²Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, 8401 Winterthur, Switzerland

³Universitätsspital Basel, Ressort Pflege/MTT, Abteilung Praxisentwicklung Pflege, 4031 Basel, Switzerland

Received 7 May 2019, accepted 19 December 2019

Abstract

Introduction: Interprofessional collaboration (IPC) is dependent on different expectations and communication styles. IPC is a meaningful approach to accomplish treatment goals, especially in patients with delirium. Delirium affects approximately 50 % of patients older than 65 years in acute care settings. The constant attention and effort needed to care for patients suffering from delirium is challenging and cannot be provided by one profession alone. Instead, there is a need for IPC.

Aim: This study aims to analyse the structure of IPC in the treatment of patients suffering from delirium.

Method: Data was collected by conducting three group interviews and six individual interviews with members of different professions in an acute care hospital, and analysed by Charmaz's (2014) grounded theory approach.

Results: A model called *enabling IPC in delirium management* was developed. *This model shows how mutual respect and appreciation, being in dialog and dealing with challenges in IPC* interact with each other and also affect each other. Mutual respect and appreciation are common baseline values that have a pivotal effect on the dialog between professions and the management of IPC challenges. Being in dialog and dealing with challenges in IPC are essential values for enabling IPC, as well as mutual respect and appreciation.

Conclusion: Mutual respect and appreciation is fundamental for enabling IPC in the treatment of patients suffering from delirium. Interprofessional education, structured interprofessional care conferences and standardised communication can offer opportunities to foster mutual respect and appreciation which, in turn enable IPC.

Abstract

Einleitung: Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) wird von verschiedenen Erwartungen und unterschiedlichen Kommunikationsmustern geprägt. Zur Erreichung von Behandlungszielen ist IPZ bedeutsam, so auch in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir. Bis zur Hälfte der über 65-jährigen Patienten/-innen im Akutspital kann von einem Delir betroffen sein. Die Betreuung dieser Patientenpopulation stellt eine Herausforderung dar, die nicht von einer Profession alleine bewältigt werden kann, sondern der IPZ bedarf.

Ziel: Diese Studie untersucht, wie sich die IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir gestaltet.

Methode: Zur Datensammlung dienten drei Gruppen- und sechs Einzelinterviews mit Personen verschiedener Professionen in einem Akutspital. Die Daten wurden mittels Grounded Theory nach Charmaz (2014) analysiert.

Ergebnisse: In dieser Studie wurde das Modell *IPZ im Delir-Management gestalten* erarbeitet. Dieses zeigt, wie sich die IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir in einem engen Zusammen- und Wechselspiel gestaltet, das geprägt ist von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung, im Dialog miteinander sein und sich mit Hindernissen auseinandersetzen. Im Zentrum stehen gegenseitiger Respekt und Wertschätzung, was sowohl den Dialog miteinander als auch die Auseinandersetzung mit Hindernissen beeinflusst. Der Dialog miteinander und die Auseinandersetzung mit Hindernissen sind essenziell für die Gestaltung der IPZ, bedingen sich gegenseitig und haben wiederum Auswirkungen auf gegenseitigen Respekt und Wertschätzung.

Schlussfolgerungen: Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung sind für die Gestaltung der IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir grundlegend. Interprofessionelle Delir-Fortbildungen, formale interprofessionelle Gesprächsplattformen und eine gemeinsame professionelle Sprache bieten eine Chance, gegenseitigen Respekt und Wertschätzung in der Gestaltung der IPZ zu stärken

Keywords

Interprofessional Collaboration – Delirium – Grounded Theory Study

Keywords

Interprofessionelle Zusammenarbeit – Delir – Grounded-Theory-Studie



EINLEITUNG

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) ist keine Selbstverständlichkeit. Nur weil verschiedene Professionen die gleichen Patienten/-innen betreuen, ist dies nicht automatisch einer IPZ gleichzustellen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2017). IPZ bedeutet, dass Personen im Gesundheitswesen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund mit Patienten/-innen und deren Familien zusammenarbeiten, um die höchste Betreuungsqualität zu gewährleisten. Dabei können sämtliche Personen beigezogen werden, deren Fähigkeiten zur Erreichung der Behandlungsziele hilfreich sind (World Health Organization [WHO], 2010). Zudem muss IPZ von den Professionen gewollt, initiiert und erarbeitet werden (SAMW, 2017). Gegenseitiges Rollenverständnis ist eine vorausgesetzte Kompetenz zur gelingenden IPZ (Interprofessional Education Collaborative [IPEC], 2011; Suter et al., 2009). Ein gemeinsames patientenorientiertes Werteverständnis, interprofessionelle Kommunikation und Teamwork ergänzen die Kompetenzfelder der Akteure/-innen in der IPZ (IPEC, 2011). Auch organisationale Strukturen, wie räumliche Nähe oder Distanz zwischen den Professionen, können IPZ beeinflussen (Bowles et al., 2016).

Viele Studien konzentrieren sich auf IPZ zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen, welche die häufigste Form der IPZ darstellt (Haddara und Lingard, 2013). Haddara und Lingard (2013) zeigen auf, dass im wissenschaftlichen Diskurs über IPZ zwischen einem utilitaristischen und einem emanzipatorischen Ansatz unterschieden wird: Der utilitaristische Diskursansatz beinhaltet Themen der Effizienzsteigerung und Verbesserung des Patienten/-innen-Outcomes. Der emanzipatorische Diskursansatz hingegen legt den Fokus auf die Stärkung von nichtärztlichen Professionen und Abflachung von Hierarchien zwischen den Professionen (Haddara und Lingard, 2013). Ärzte/-innen und Pflegefachpersonen scheinen nicht nur ein unterschiedliches Verständnis über, sondern auch unterschiedliche Beweggründe für IPZ zu haben. Ärzte/-innen sind generell zufriedener mit der IPZ und sehen, im Gegensatz zu den Pflegefachpersonen, keine Notwendigkeit für Veränderungen (Sollami, Caricati und Sarli, 2015). Pflegefachpersonen hingegen möchten die IPZ fördern, was Sollami et al. (2015), in Anlehnung an Haddara und Lingard (2013), als Ausdruck des emanzipatorischen Stranges sehen. Pflegefachpersonen haben eine zentrale Rolle in der IPZ, weil sie unter anderem koordinative Aufgaben zwischen den Professionen übernehmen (Miers und Pollard, 2009). Nicht nur das Verständnis über und die Beweggründe für IPZ unterscheiden sich zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen, sondern auch der Kommunikationsstil,

wobei „nicht verstanden werden vom Gegenüber“ zu Frust führen kann. Gelingt es Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen hingegen, ihre jeweilige Perspektive verständlich einzubringen, begünstigt dies eine sichere, wirksame und patientenzentrierte Betreuung (Foronda, MacWilliams und McArthur, 2016). Kommunikation in der IPZ existiert nicht nur zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen, sondern findet auch mit anverwandten Professionen, wie Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialdienst und Seelsorge, statt. Die Kommunikation zwischen den Professionen kann *ad hoc* ablaufen oder geplant in vorgesehenen Gesprächsstrukturen (Lewin und Reeves, 2011). Der Informationsaustausch zwischen den Professionen stellt eine der großen Herausforderungen in der IPZ dar (Weller, Boyd und Cumin, 2014).

Gerade in komplexen, sich schnell verändernden Patientensituationen, wie bei Patienten/-innen mit einem Delir, hat IPZ einen hohen Stellenwert und ist eine unabdingbare Voraussetzung für die patientenorientierte Betreuung (Neufeld et al., 2011). Bei diesen Patienten/-innen zeigen sich unmittelbare Konsequenzen eines fehlenden interprofessionellen Informationsaustausches und somit mangelnder IPZ deutlich. Wenn beispielsweise Pflegefachpersonen Informationen, wie Beobachtungen zum Verhalten von Patienten/-innen, welches auf ein Delir schließen lässt, nicht an Ärzte/-innen weiterleiten, kann dies eine verpasste Delir-Diagnostik zur Folge haben (Detweiler et al., 2014). Auch scheint die professionsspezifische Wahrnehmung von Patienten/-innen mit Delir unterschiedlich zu sein, was die IPZ sowie die Betreuung der Patienten/-innen beeinflusst: Pflegefachpersonen halten Ärzten/-innen vor, dass diese Patienten/-innen mit Delir nicht als dringende Fälle betrachten. Ärzte/-innen hingegen fühlen sich von Pflegefachpersonen unter Druck gesetzt, eine sofortige Lösung für das Problem „Delir“ zu liefern, ungeachtet der Gesamtsituation der Patienten/-innen mit allfälligen Limitationen für die Delir-Behandlung (Palacios-Cena et al., 2016).

Bis zur Hälfte der über 65-jährigen Patienten/-innen in einem Akutspital kann von einem Delir betroffen sein (Inouye, Westendorp und Saczynski, 2014). Kennzeichnend für ein Delir sind eine akute Aufmerksamkeits- und Bewusstseinsstörung, verminderte Kognition, die Fluktuation der Symptome im Tagesverlauf und die Entstehung des Delirs innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen als Folge einer Erkrankung oder im Zusammenhang mit Substanzen-Konsum (American Psychiatric Association, 2014). Beim Delir wird zwischen der hyperaktiven Form mit Agitation, gesteigerter Motorik und teilweise vegetativen Entgleisungen, der hypoaktiven Form mit Verlangsamung, reduzierter Motorik bis zu Apathie und Mischformen unterschieden



(Savaskan et al., 2016). Über 65-jährige Patienten/-innen mit Delir weisen längere Spitalaufenthalte, höhere Mortalitätsraten, höhere Fallkosten sowie einen erhöhten Pflegeaufwand auf (Schubert et al., 2018).

Weil das Delir so facettenreich und komplex ist und die Konsequenzen für Betroffene schwerwiegend sind, kann die Betreuung dieser Patienten/-innen nicht von einer Profession alleine geleistet werden, sondern es bedarf der IPZ (Brajtman et al., 2008; Neufeld et al., 2011; Savaskan et al., 2016). IPZ in der Praxis, ergänzt von interprofessionellen Delir-Fortbildungen, kann die Teamarbeit fördern (Sockingam et al., 2014; Sockingam et al., 2015) und das klinische Outcome von Patienten/-innen mit Delir verbessern (Sockingam et al., 2014).

Obwohl IPZ im klassischen Duo Arzt/Ärztin – Pflege untersucht wurde, ist wenig darüber bekannt, wie IPZ sich mit anderen involvierten Professionen gestaltet. Ebenso bestehen wenige Kenntnisse zur Gestaltung von IPZ im Arbeitsalltag bei bestimmten Patientengruppen. Da Patienten/-innen mit Delir häufige und herausfordernde Arbeitssituationen im Alltag im Akutspital darstellen, ist es ein zentrales Anliegen, IPZ in diesem spezifischen Kontext besser zu verstehen. Ein erweitertes Verständnis und neue Erkenntnisse zur IPZ sind gefragt, um diese herausfordernden Patientensituationen erfolgreich zu meistern und die Praxis zum Wohl der Betroffenen zu optimieren.

Zielsetzung und Forschungsfrage

Die vorliegende Studie verfolgt das Ziel herauszufinden, wie IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir gestaltet wird, um aus diesen Erkenntnissen Handlungsbedarf und -möglichkeiten abzuleiten. Die Forschungsfrage lautet: Wie gestaltet sich IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir aus Sicht der involvierten Professionen in einem Schweizer Akutspital?

METHODE

Design

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage, im Rahmen einer Masterthesis als Teil eines studentischen Gesamtforschungsprojekts zum Thema „Delir“, wurde der konstruktivistische Ansatz der Grounded Theory von Charmaz (2014) gewählt. Die Grounded Theory ist geeignet, um interaktives Geschehen aus Sicht der Beteiligten zu erklären (Creswell, 2013) sowie soziale Prozesse zu erforschen (Charmaz und Belgrave, 2012). Beim konstruktivistischen Ansatz von Charmaz (2014) wird die soziale Realität als vielfältig, prozesshaft und konstruiert betrachtet. Weil IPZ ein dynamischer,

zwischenmenschlicher und interaktiver Prozess ist und verschiedene Perspektiven einschließt (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez und Beaulieu, 2005), wurde die Methode der Grounded Theory als besonders geeignet erachtet, um die Gestaltung der IPZ zu erforschen.

Studienpopulation

Diese Forschungsarbeit wurde in einem Akutspital mit 500 Betten in der Deutschschweiz durchgeführt. Es wurden Pflegefachpersonen, Ärzte/-innen, Physio- und Ergotherapeuten/-innen, Ernährungsberater/-innen, Sozialarbeiter/-innen und Seelsorger/-innen rekrutiert, welche alle in die Betreuung von Patienten/-innen mit Delir involviert sind. Um die in qualitativen Studien bedeutungsvolle Perspektivenvarianz zu unterstützen (Creswell, 2013) und die Heterogenität des Untersuchungsfeldes einzubeziehen (Kruse, 2015), wurde eine bewusste Fallauswahl getroffen. Es wurden Fachpersonen verschiedener Altersstufen, mit unterschiedlicher Berufserfahrung und Betriebszugehörigkeit, mit oder ohne Zusatzfunktion (Ausbildungs-, Fachberatungs- oder Kaderfunktion) gewählt. Die Fachpersonen sollten seit mindestens drei Monaten im Betrieb fest angestellt sein, weil nach dieser Zeit die reguläre Einarbeitungsphase abgeschlossen ist. Fachpersonen der Intensivstation wurden ausgeschlossen, weil die Erstautorin und Interviewerin selbst dort tätig ist. Forschungen im eigenen Arbeitsumfeld können aufgrund des Hierarchiegefälles die Datenqualität beeinträchtigen (Creswell, 2013). Die Rekrutierung erfolgte durch Information der Departements- und Klinikleitungen der jeweiligen Professionen über das Forschungsvorhaben mit der Bitte, potenzielle Studienteilnehmer/-innen für eine freiwillige Teilnahme anzufragen. Interessierte Fachpersonen wurden der Erstautorin gemeldet und durch sie kontaktiert.

Datensammlung

Die Erstautorin führte im Zeitraum zwischen November 2017 und März 2018 drei Gruppeninterviews à durchschnittlich 81 Minuten (Standardabweichung [SD]: 7,5 Minuten) und sechs Einzelinterviews à durchschnittlich 58 Minuten (SD: 5,4 Minuten). Die Interviewreihenfolge richtete sich nach der Verfügbarkeit der Teilnehmenden. Zu den Gruppeninterviews waren vier bis fünf Personen eingeladen, jeweils eine Ärztin oder ein Arzt, eine Pflegefachperson und zwei bis drei Personen aus den Professionen Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialarbeit und Seelsorge. Gruppeninterviews wurden als geeignet erachtet, weil diese nicht nur Einzelmeinungen abbilden, sondern auch



Tabelle 1: Soziodemografische Daten (n=19).

Geschlecht		Weiblich (n)	14
		Männlich (n)	5
Ausbildungs- oder Fachberatungsfunktion		(n)	5
Kaderposition (ab Stufe Abteilungsleitung/stellvertretende Abteilungsleitung oder Oberärztin/Oberarzt)		(n)	8
Alter in Jahren	M (SD)	41.7 (± 12.2)	Min. – Max. 26–60
Berufserfahrung in Jahren	M (SD)	13.8 (± 9.9)	Min. – Max. 3–39
Anstellungsdauer in Jahren	M (SD)	6.2 (± 5.6)	Min. – Max. 1–24

n=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min.=Minimum, Max.=Maximum

das interaktive Geschehen zwischen den Teilnehmenden (Kruse, 2015). Da sich ein Großteil der IPZ zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen abspielt (Haddara und Lingard, 2013), wurden ergänzend Einzelinterviews mit Ärzten/-innen und Pflegefachpersonen geplant. Initial wurde ein Interviewleitfaden für Gruppeninterviews, mit welchem die Diskussion über IPZ im Delir-Management stimuliert werden sollte, und ein Interviewleitfaden für Einzelinterviews, um individuelle Sichtweisen herauszukristallisieren, erstellt. Beide Interviewleitfäden entstanden basierend auf Literatur über IPZ und persönlichen Erfahrungen. Die Interviewleitfäden wurden im Verlauf der Datensammlung und Analyse angepasst, um erste Ideen zur Kategorienbildung zu überprüfen, zu vertiefen oder zu verwerfen. Zur Beschreibung der Studienpopulation wurden soziodemografische Daten erhoben. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und von der Erstautorin Wort für Wort nach dem einfachen Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2015) transkribiert. Die Transkripte wurden kontrolliert und anonymisiert. Zur Interviewanalyse wurde mit dem Programm Atlas.ti 8® gearbeitet. Soziodemografische Angaben wurden mittels deskriptiver Analyse mit IBM SPSS 24® ausgewertet. Sämtliche Daten wurden zur Weiterbearbeitung auf einem gesicherten Server gelagert.

Datenanalyse

Datensammlung und Datenanalyse fanden in einem parallelen Prozess statt, was typisch ist für Studien, die auf der Grounded Theory basieren (Charmaz, 2014). Jede einzelne Interviewaufnahme wurde unmittelbar transkribiert, analysiert und mit initialen Codes versehen. Die initiale Codierung erfolgte Zeile für Zeile. Die 542 initialen Codes des gesamten Datenmaterials wurden nahe den Daten in Verbform formuliert. Das zweite Interview wurde zur Qualitätskontrolle im Rahmen eines Peer-Debriefings von einer Kommilitonin aus dem Gesamtforschungsprojekt gegencodiert. Im nächsten Schritt, beginnend nachdem das dritte Interview initial codiert war, erfolgte das fokussierte Codieren jedes einzelnen Interviews. Aus initialen Codes entstanden

fokussierte Codes, oder initiale Codes wurden bereits gebildeten fokussierten Codes zugeordnet. Aus den insgesamt 42 fokussierten Codes zeichneten sich erste Hinweise auf vorläufige Kategorien ab. Um diese zu festigen und in Verbindung miteinander zu bringen, arbeitete die Erstautorin fortlaufend mit grafischen Darstellungen (Mindmaps). Diese stellte sie jeweils der Begleitperson und einer Peer-Gruppe von Kommilitoninnen des Gesamtforschungsprojekts vor. Diese Peer-Debriefings dienten einerseits als Qualitätskontrolle (Polit und Beck, 2012), andererseits konnten durch das kritische Hinterfragen in der Gruppe die Kategorien und ihre Zusammenhänge weiterentwickelt werden. Begleitend wurden seit Beginn der iterativen Datensammlung und Datenanalyse analytische Memos geschrieben. Basierend auf den grafischen Darstellungen, den analytischen Memos und dem ständigen Vergleichen von Daten, Codes und vorläufigen Kategorien entstand schließlich ein theoretisches Konstrukt, welches als Modell mit dem Namen *IPZ im Delir-Management gestalten* ausgearbeitet wurde und drei Kategorien beinhaltet.

ERGEBNISSE

Beschreibung Studienpopulation

Die interviewten Pflegefachpersonen (PFP, n=6), Ärzte/-innen (Ae, n=5) und Personen anverwandter Professionen (AP, n=8), bestehend aus Physiotherapie (n=2), Ergotherapie (n=1), Ernährungsberatung (n=1), Sozialdienst (n=2) und Seelsorge (n=2), waren auf chirurgischen und medizinischen Abteilungen tätig. Fünf Personen hatten eine Ausbildungs- oder Fachberatungsfunktion inne und acht Personen eine Kaderfunktion. Es nahmen mehrheitlich Frauen teil und die Studienpopulation zeigt eine breite Spanne bezüglich Berufserfahrung, Betriebszugehörigkeit und Alter (vgl. Tabelle 1).

Da die für das erste Gruppeninterview rekrutierte Pflegefachperson krankheitshalber nicht teilnehmen konnte und somit die pflegerische Perspektive auf die



Tabelle 2: Interviewreihenfolge und teilnehmende Fachpersonen.

Nummer	Art des Interviews	Teilnehmende Fachpersonen
1	Gruppeninterview	Ae (n=1), AP (n=3)
2	Einzelinterview	PFP (n=1)
3	Einzelinterview	PFP (n=1)
4	Einzelinterview	Ae (n=1)
5	Gruppeninterview	Ae (n=1), PFP (n=1), AP (n=2)
6	Gruppeninterview	Ae (n=1), PFP (n=1), AP (n=3),
7	Einzelinterview	Ae (n=1)
8	Einzelinterview	PFP (n=1)
9	Einzelinterview	PFP (n=1)

Ae= Ärztin/Arzt, AP= andere Profession, PFP= Pflegefachperson, n= Anzahl



Abbildung 1: IPZ im Delir-Management gestalten.

IPZ im Delir-Management als ungenügend abgebildet erschien, wurden im Verlauf der Datensammlung und -analyse zwei zusätzliche Pflegefachpersonen für Einzelinterviews rekrutiert. Die Interviewreihenfolge und Teilnahme der Fachpersonen sind in Tabelle 2 abgebildet.

Modell IPZ im Delir-Management gestalten

Das Modell *IPZ im Delir-Management gestalten* besteht aus drei Kategorien: *Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung, im Dialog miteinander sein* und *sich mit Hindernissen auseinandersetzen*. Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung im Umgang miteinander und für die individuellen Berufssituationen ist eine grundlegende und erforderliche Haltung für die Gestaltung der IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir. Ebenfalls essenziell ist der Dialog miteinander über Erfahrungen mit Patienten/-innen im Delir und die gemeinsame Betreuung. Prägend ist auch die Auseinandersetzung

mit Hindernissen, mit denen die Beteiligten in der IPZ konfrontiert sind. Wie das Modell *IPZ im Delir-Management gestalten* zeigt (vgl. Abb. 1), stehen die drei Kategorien in einem engen Zusammen- und Wechselspiel. Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung beeinflussen den Dialog miteinander und den Umgang mit Hindernissen in der IPZ. Hindernisse offenbaren sich meist im Dialog, die Auseinandersetzung damit beeinflusst und bedingt aber den Dialog miteinander. Der Dialog miteinander und die Auseinandersetzung mit Hindernissen in der IPZ beeinflussen wiederum gegenseitigen Respekt und Wertschätzung. Nachfolgend werden die drei Kategorien detailliert dargestellt und mit Zitaten ausgeführt.

Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung

Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung werden beeinflusst von gegenseitigem Verständnis, respektive fehlendem Verständnis, von der unterschiedlichen Priorisierung von Patienten/-innen mit Delir und von Erwartungen der Professionen aneinander. Weitere Einflussfaktoren sind die Hierarchie zwischen den Professionen und fehlende Kenntnisse von Fähigkeiten und Kompetenzen des Gegenübers.

Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen beklagten das fehlende gegenseitige Verständnis für individuelle Herausforderungen in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir und die Anforderungen des Klinikalltags. Auf der einen Seite berichteten Pflegefachpersonen, wie ihre Not von ärztlicher Seite nicht verstanden wird, wenn sie Unterstützung in der Betreuung deliranter Patienten/-innen benötigen, wenn diese beispielsweise agitiert sind.

„Und sie [Ärzte/-innen] sehen gar nicht, wie schlimm es für uns ist und für den Patienten. Dass er je nach dem aggressiv ist und du nichts mit ihm machen kannst.“ (PFP 18, 7:34)

Auf der anderen Seite äußerten Ärzte/-innen, dass Pflegefachpersonen wenig Verständnis zeigen, wenn Ärzte/-innen delirante Patienten/-innen nicht sofort visitieren und die Pflegefachpersonen nicht unmittelbar in der Betreuung unterstützen können.

„Das ist immer sehr schwierig, die Zusammenarbeit und das Verständnis füreinander, dass man jetzt nicht gerade hochkommen kann. Und dass die Pflege noch ein bisschen aushalten muss mit dem deliranten Patienten.“ (Ae 9, 4:105)

Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen erzählten, dass solche Situationen vor allem abends und nachts problematisch seien, wenn Dienstärzte/-innen nebst der



Verantwortung auf der Notfallstation auch für die örtlich getrennten Abteilungspatienten/-innen zuständig sind. In diesem Zusammenhang beschrieben Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen, wie sie Patienten/-innen mit Delir unterschiedlich priorisieren. Patienten/-innen mit Delir können unter Umständen die gesamte Aufmerksamkeit einer oder mehrerer Pflegefachpersonen erfordern und nehmen eine hohe Priorität im Arbeitsablauf von Pflegefachpersonen ein. Dienstärzte/-innen auf der Notfallstation hingegen priorisieren andere Patienten/-innen, beispielsweise mit akut lebensbedrohlichen Symptomen, höher als Patienten/-innen mit Delir. Als Folge des fehlenden Verständnisses und der unterschiedlichen Priorisierung bekannten Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen, sich in solchen Situationen nicht richtig zuzuhören oder ernst zu nehmen, was ungünstige Auswirkungen auf Patienten/-innen mit Delir hat.

[...] und sie [Ärzte/-innen] dann gewisse Informationen von der Pflege nicht wahrnehmen wollen und man genau durch das nicht im Sinne vom Patienten miteinander kommuniziert und agiert.“ (Ae 14, 5:105)

Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen schilderten, in Bezug auf die Betreuung von Patienten/-innen mit Delir, gegenseitige Erwartungen, die nur selten ausgesprochen und erfüllt wurden. Pflegefachpersonen erwarten beispielsweise von Ärzten/-innen vorausschauende medikamentöse Delir-Verordnungen. Ärzte/-innen hingegen erwarten von Pflegefachpersonen, dass diese erst ein Delir-Screening durchführen und nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Delir-Prävention und Behandlung ausschöpfen, bevor sie nach Medikamenten verlangen.

„Das Thema Medikamente verordnen ist meistens das Erste, was an uns herangetragen wird, bevor man andere Maßnahmen ergreift [...]. Das machen wir schon [...], aber schade, wenn ich manchmal das Gefühl habe, es ist das Erste nach dem gerufen wird.“ (Ae 3, 1:492)

In die Betreuung von Patienten/-innen mit Delir sind nicht nur Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen involviert. Personen anverwandter Professionen erzählten, dass ihre Tätigkeiten in der Hierarchie nach den pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten kämen. Auch wenn anverwandte Professionen durch diese Hierarchie in der Ausübung ihrer Tätigkeiten gestört werden, akzeptieren sie dies als gegeben.

„Wir haben jetzt diese roten Täfelchen, wo es heißt: Visite, bitte nicht stören [...]. Und wenn der mit

Delir in dem Zimmer ist, wo steht, bitte nicht stören, kann ich dort nichts machen.“ (AP 2, 1:890).

Inden Interviews zeigte sich, wie wenig Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen über die Fähigkeiten und Kompetenzen wissen, über die Personen aus anverwandten Professionen in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir verfügen. Sowohl Pflegefachpersonen wie Ärzte/-innen äußerten, dass Personen anverwandter Professionen in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir nicht viel tun könnten. Physio- und Ergotherapeuten/-innen veranschaulichten aber, wie sie Patienten/-innen mit Delir in der Wahrnehmungsförderung und Mobilisation unterstützen können und dies auch gerne tun möchten.

„Ich wünsche mir, dass wir schneller hinzugezogen werden. Weil wir wirklich Patienten positiv beeinflussen können, was die Orientierung anbelangt, was das Hier und Jetzt anbelangt.“ (AP 12, 5:314).

Seelsorger/-innen und Sozialarbeiter/-innen erklärten, wie sie beispielsweise in der Angehörigenbetreuung von Patienten/-innen mit Delir unterstützend tätig sein können und möchten. Dafür müssten sie aber von der Situation dieser Patienten/-innen erfahren, was im Alltag oft vergessen gehe, weil ihre Fähigkeiten und Kompetenzen Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen nicht präsent seien.

„Also, wenn Angehörige ein Problem haben [...], wäre das auch unser Bereich, wo wir noch vorbei gehen könnten. Das wird manchmal vergessen.“ (AP 11, 4:70)

Die Interviewten sahen in interprofessionellen Delir-Fortbildungen eine Möglichkeit, über jeweilige Fähigkeiten und Kompetenzen zu informieren und aufzuzeigen, wer zur Betreuung von Patienten/-innen mit Delir etwas beitragen könnte. In interprofessionellen Delir-Fortbildungen könnten zudem professionsspezifische Herausforderungen in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir aufgezeigt werden, wodurch sich die Interviewten mehr gegenseitiges Verständnis erhofften.

„Dann würde man auch hören, was die Schwierigkeiten von den Berufsgruppen sind. Und wie sieht es eben die andere [Berufsgruppe].“ (PFP 6, 3:351)

Mehrheitlich bevorzugten die Interviewten Delir-Fortbildungen im vertrauten Rahmen mit denjenigen Personen, mit welchen sie täglich zusammenarbeiten, beispielsweise in Form eines Stationsworkshops. Vereinzelt wurde von ärztlicher Seite Bedenken geäußert, dass Personen aus Sozialdienst oder Seelsorge,



welche keinen medizinischen Hintergrund haben, in interprofessionellen Delir-Fortbildungen überfordert sein könnten. Obwohl Sozialarbeiter/-innen und Seelsorger/-innen diese Bedenken teilten, ist ihnen die Teilnahme an interprofessionellen Delir-Fortbildungen ein großes Anliegen.

„Im Zusammenhang mit Delir, wo wir direkt betroffen sind, weil wir den Umgang mit den Patienten haben, wäre das wichtig, [...] dass wir dort auch geschult würden.“ (AP 4, 1:817)

Die Ergebnisse dieser Kategorie zeigen, dass gegenseitiger Respekt und Wertschätzung im Umgang miteinander und gegenüber individuellen beruflichen Situationen das zentrale Element der IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir sind. Interprofessionelle Delir-Fortbildungen können einen wertvollen Beitrag zur Förderung des gegenseitigen Respekts und Wertschätzung leisten. Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung beeinflussen den Dialog miteinander, der essenziell ist, um die IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir zu gestalten.

Im Dialog miteinander sein

Wenn es um den Dialog zwischen den Professionen geht, sind Pflegefachpersonen wesentliche Ansprechpersonen. Das betrifft sowohl den alltäglichen Informationsaustausch, die Delir-Erkennung und die Koordination der in die Betreuung von Patienten/-innen mit Delir involvierten Professionen. Zur gemeinsamen Besprechung von komplexen Patientensituationen gibt es formale Gesprächsstrukturen, welche den Dialog mit allen Professionen intensivieren.

Pflegefachpersonen erzählten, dass sie sehr oft in den Informationsaustausch involviert würden und Drehscheibe für Informationen seien. Ärzte/-innen und Personen anverwandter Professionen beschrieben Pflegefachpersonen als diejenigen Fachpersonen, welche am besten über Patienten/-innen Bescheid wüssten, weshalb sie bewusst den Austausch vor und nach Patientenkontakt mit ihnen suchten. Pflegefachpersonen erklärten, dass dies einerseits ein Mehraufwand für sie bedeute, andererseits seien sie sich ihrer zentralen Rolle in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir bewusst, weil sie so viel Zeit mit ihnen verbringen würden.

„Es kommt schon viel bei der Pflege zusammen. Ich denke, weil wir am nächsten beim Patienten sind, die größte Zeit den Patienten sehen.“ (PFP 5, 2:53)

Der Dialog miteinander trägt laut Aussagen der Interviewten zur Delir-Erkennung bei. Ärzte/-innen

erzählten, dass sie Patienten/-innen oft nur im Rahmen der täglichen Visiten sehen würden und daher auf Beobachtungen über einen längeren Zeithorizont von Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit Delir-Symptomen angewiesen seien.

„Auf der Visite kann sich vielleicht wieder ein normales Bild zeigen, wie das halt so fluktuierend ist manchmal. Und dann braucht es diese Beobachtungen an den übrigen Zeiten.“ (Ae7, 8:35)

Personen anverwandter Professionen zeigten auf, dass auch sie zur Delir-Erkennung beitragen können. Und zwar im Dialog mit Pflegefachpersonen, wenn sie Auffälligkeiten und Besonderheiten, welche sie im Patienten/-innenkontakt erlebten, weitergeben würden.

„Und dann weiß ich nicht so recht, ist das eine bestimmte Form von Demenz, oder ist es Delir. Da gehe ich zurückfragen, oder einfach meine Wahrnehmungen der Pflege weitersagen.“ (AP 16, 5:22)

Zur Koordination der verschiedenen Professionen bei der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir hoben die Interviewten die Wichtigkeit des Dialogs miteinander hervor. Um Patienten/-innen mit Delir nicht zu überfordern, versuchen die Befragten mittels Absprachen ihre Tätigkeiten bei den Patienten/-innen zu koordinieren. Beim Thema „Koordination“ wurde in den Interviews deutlich, dass Pflegefachpersonen auch hier eine wesentliche Rolle einnehmen.

„Wir schauen, wie viele Personen in die Behandlung involviert sind. [...] und dann immer mit der Pflege absprechen, was für heute die Priorität ist, damit die Patienten nicht überfordert sind.“ (AP 13, 5:281)

Die Interviewten beschrieben formale Gesprächsstrukturen, welche zur gemeinsamen Besprechung von Patienten/-innen mit Delir genutzt werden können, wie Visiten und interprofessionelle Rapporte. Letztere finden auf einigen Abteilungen wöchentlich statt und dienen dazu, komplexe Situationen von Patienten/-innen aus verschiedenen Perspektiven zu diskutieren. Der Informationsstand aller Professionen kann dadurch abgeglichen und Entscheidungen können transparent erklärt und getroffen werden. Dies fördert das gegenseitige Verständnis und somit gegenseitigen Respekt und Wertschätzung. Zudem erzählten Personen anverwandter Professionen, dass sie im interprofessionellen Rapport Gelegenheit hätten, ihre Fähigkeiten und Kompetenzen in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir einzubringen.



„Es gibt einen Wissenspool, wenn die verschiedenen Blickwinkel auf einen Patienten auf den Tisch kommen. Dann versteht man besser, warum welche Entscheidungen sinnvoll sind oder nicht, oder wie man es auch noch angehen könnte.“ (AP 10, 4:87)

Die Kategorie *im Dialog miteinander sein* zeigt die Wichtigkeit und die verschiedenen Facetten des Dialogs in der IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir auf. Formale Gesprächsstrukturen können gegenseitigen Respekt und Wertschätzung fördern, indem sie gegenseitiges Verständnis und das Aufzeigen von Fähigkeiten und Kompetenzen unterstützen. Dennoch begegnen die Personen im Dialog miteinander verschiedenen Hindernissen.

Sich mit Hindernissen auseinandersetzen

Die Auseinandersetzung mit Hindernissen in der IPZ ist ein Prozess, welcher innerhalb der Professionen, aber auch interprofessionell stattfindet. Hindernisse sind sowohl der finanzielle Druck wie auch das Fehlen einer gemeinsamen professionellen Sprache und mangelndes Wissen und Können in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir.

Die Interviewten berichteten über finanziellen Druck, den sie in der täglichen Arbeit mit Patienten/-innen mit Delir erfahren. Dieser wird als hinderlich für die IPZ wahrgenommen, da er teilweise unter den Professionen weitergegeben werde und sich somit negativ auf gegenseitigen Respekt und Wertschätzung auswirke.

„Und dann ist es so ein Kreislauf von Druck weitergeben. Und dann kommt auch manchmal Frust auf, das ist so.“ (AP1, 1:652)

Beispielsweise machten Ärzte/-innen Druck auf Sozialarbeiter/-innen, dass diese schnellstmöglich eine Anschlusslösung für Patienten/-innen mit Delir finden. Sozialarbeiter/-innen würden Druck von nachbetreuenden Institutionen erfahren, welche Patienten/-innen mit Delir nicht aufnehmen, solange diese im Spital eine Sitzwache benötigen. Dies wiederum verschärfe den Druck auf Pflegefachpersonen, Patienten/-innen mit Delir ohne Unterstützung von Sitzwachen zu betreiben. Ein Teil der interviewten Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen sah jedoch in diesem zunehmenden Kostendruck auch eine Chance zur Stärkung der IPZ, indem sie sich beispielsweise gemeinsam mit der Frage der Sitzwache auseinandersetzen, mit Fokus auf die Optimierung der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir.

„Jetzt, wo wir sagen, wir wollen so wenig Sitzwachen wie möglich, ist es noch viel wichtiger, was wir sonst noch alles für den Patienten tun können.“ (PFP 19, 9:25)

Ein weiteres Hindernis, welches aufgezeigt wurde und Einfluss auf die Gestaltung der IPZ hat, ist das Fehlen einer gemeinsamen professionellen Sprache. Gerade Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen erzählten, dass sie oft nicht in der gleichen professionellen Sprache miteinander sprächen.

„Im Moment kommunizieren wir nicht auf einer Ebene. [...] ich glaube, die Sprache ist irgendwie unterschiedlich.“ (Ae 17, 6:45)

In den Interviews zeigte sich, dass die Initiative zur Auseinandersetzung mit diesem Hindernis mehrheitlich von Pflegefachpersonen kommt. Sie lernen, objektive Messparameter zu erheben und diese mittels Kommunikationshilfen wie ISBAR (I = Identify, S = Situation, B = Background, A = Assessment, R = Recommendation) strukturiert an den ärztlichen Dienst weiterzugeben. Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen beschrieben ISBAR als Hilfsmittel, um beispielsweise die Dringlichkeit in der Betreuung von Patient/-innen mit Delir besser darzustellen und Erwartung an das Gegenüber klarer zu kommunizieren, womit gegenseitiger Respekt und Wertschätzung gefördert werden können.

„Wir von der Pflege sind dran, mit dem ISBAR [...], dass man die Fakten in den Händen hat, nicht einfach sagt: ‚Dem Patienten geht es nicht gut.‘“ (PFP 15, 5:120)

Die Interviewten waren sich einig, dass Delir ein herausforderndes Krankheitsbild ist. Es zeigte sich, dass fehlendes Wissen und Können im Umgang mit Patienten/-innen im Delir zu Überforderung führen, was sich dann in einer gemeinsamen Sprachlosigkeit äußert. Die Interviewten befürchteten, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Delir-Behandlung kommen könnte.

„Andererseits habe ich manchmal das Gefühl, dass ihr [Ärzte/-innen] dann auch selber nicht, also wir [Pflegefachpersonen] auch, also beide nicht wissen, was sollen wir machen.“ (PFP 8, 4:121)

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Auseinandersetzung mit Hindernissen die IPZ im Bereich der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir voranbringen kann und den Dialog miteinander voraussetzt. Zudem braucht es gegenseitigen Respekt und Wertschätzung, damit die



Professionen sich gemeinsam mit Hindernissen in der IPZ auseinandersetzen können. Diese Auseinandersetzung kann aber zugleich gegenseitigen Respekt und Wertschätzung stärken, wie das Thema der gemeinsamen professionellen Sprache zeigt.

DISKUSSION

In dieser Studie wurde das Modell *IPZ im Delir-Management gestalten* entwickelt. Die IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir basiert auf einem engen Zusammen- und Wechselspiel von *gegenseitigem Respekt und Wertschätzung, im Dialog miteinander sein* und *sich mit Hindernissen auseinandersetzen*. Die Erkenntnisse aus diesem Modell und die Ausführungen zu den drei Kategorien können das gegenseitige Verständnis der Professionen füreinander fördern, Unterstützung für Patienten/-innen mit Delir bieten und somit insgesamt zur Stärkung der IPZ beitragen.

Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich Personen verschiedener Professionen gegenseitigen Respekt und Wertschätzung im Umgang miteinander und gegenüber den individuellen Berufssituationen wünschen. Gegenseitiger Respekt wurde vom IPEC (2011) als grundlegend für eine funktionierende IPZ genannt, in welcher die Verschiedenheit der Professionen anerkannt und ihre jeweilige Expertise in der Patientenbetreuung berücksichtigt wird.

Pflegefachpersonen und Ärzte/-innen, die an der vorliegenden Studie teilnahmen, beschrieben von mangelndem gegenseitigem Verständnis geprägte Situationen, was negative Auswirkungen auf die IPZ und Patienten/-innen mit Delir hatte. Die SAMW (2017) bestätigte fehlendes gegenseitiges Verständnis als möglichen Grund für eine misslingende IPZ. Ähnlich wie in der vorliegenden Studie zeigten Palacios-Cena et al. (2016) problematische Auswirkungen auf die Betreuung von Patienten/-innen mit Delir und die IPZ, wenn diese Patientengruppe von Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen unterschiedlich priorisiert wurde und verschiedene Erwartungen vorhanden waren. Auch differierende Ansprüche im Zusammenhang mit Medikamenten zur Delir-Behandlung erschwerten die IPZ (Palacios-Cena et al., 2016). Bowles et al. (2016) hingegen gaben in Bezug auf IPZ und Verfügbarkeit von Ärzten/-innen zu bedenken, dass einzelne Ärzte/-innen für Patienten/-innen auf verschiedenen, örtlich auseinanderliegenden Stationen zuständig seien und somit nicht jederzeit vor Ort sein könnten. Die im Rahmen der vorliegenden Studie interviewten Ärzte/-innen ergänzten die Begründungen von Palacios-Cena et al. (2016) und Bowles et al. (2016)

mit dem absorbiert sein durch die Behandlung von anderen Patienten/-innen.

In der vorliegenden Studie kamen auch Personen anverwandter Professionen zu Wort. Es zeigte sich, dass ihre Fähigkeiten und Kompetenzen im Bereich der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir oft nicht erkannt und berücksichtigt werden. Suter et al. (2009) bestätigten fehlendes Wissen über die Rolle und die Verantwortlichkeit des Gegenübers als Grund, weshalb dessen Expertise zu wenig genutzt wird. Handlungsbedarf besteht deshalb bezüglich der Rollenklärung in interprofessionellen Teams, was gegenseitigen Respekt und Vertrauen erfordert (Suter et al., 2009). Sich der eigenen Rolle und derjenigen von anderen Professionen bewusst zu sein und den Beitrag anderer Professionen in der Patientenbetreuung zu erkennen, wurde vom IPEC (2011) als Kernkompetenz der IPZ aufgeführt. Bezüglich Hierarchie in der Patientenbehandlung gilt es, bestehende Strukturen zu überdenken. Denn sämtliche beteiligte Personen verschiedener Professionen können einen wertvollen Beitrag in der Patientenbetreuung leisten und sollten als gleichberechtigte Teammitglieder betrachtet werden (Weller et al., 2014).

Interprofessionelle Delir-Fortbildungen wurden in dieser Studie als Möglichkeit gesehen, sich über Fähigkeiten und Kompetenzen auszutauschen und das Verständnis füreinander zu verbessern. Brajtman et al. (2008) ergänzten, dass durch interprofessionelle Delir-Fortbildungen ein größeres Bewusstsein für die Wichtigkeit der IPZ im Delir-Management erreicht werden könnte. Die Interviewten der vorliegenden Studie präzisieren, dass sie interprofessionelle Delir-Fortbildungen zusammen mit denjenigen Personen, mit denen sie in ihrer täglichen Arbeit zu tun haben, bevorzugen. Genau dies wird auch von Weller et al. (2014) und Sockalingam et al. (2015) empfohlen.

Im Dialog miteinander sein

Im Informationsaustausch der verschiedenen Professionen nahmen Pflegefachpersonen in der vorliegenden Studie eine Schlüsselrolle ein. Auch Miers und Pollard (2009) sowie Lewin und Reeves (2011) bestätigen dies aufgrund der Tatsache, dass Pflegefachpersonen die meiste Zeit mit den Patienten/-innen in Kontakt stehen. Detweiler et al. (2014) hoben die Wichtigkeit des Dialogs zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen im Zusammenhang mit Delir-Erkennung hervor. In der vorliegenden Studie zeigte sich ergänzend zu Detweiler et al. (2014), dass auch anverwandte Professionen einen wertvollen und wichtigen Beitrag zur Delir-Erkennung leisten können, indem sie ihre Beobachtungen weiterleiten. Gerade auch angesichts des fluktuierenden klinischen Bildes eines Delirs mit Mischformen (American Psychiatric



Association, 2014; Savaskan et al., 2016) erscheint es essenziell, dass alle Professionen ihre Beobachtungen in den interprofessionellen Dialog einbringen. Erfahrungen mit und Wissen über Patienten/-innen aus verschiedenen professionsspezifischen Perspektiven zu integrieren und zu koordinieren, gehört gemäß IPEC (2011) zur Gestaltung der IPZ, was den Dialog miteinander voraussetzt.

Von den Interviewten Personen im Studien-Setting wurde die Bedeutung formaler Gesprächsstrukturen für den Informationsaustausch und zum besseren Verständnis füreinander hervorgehoben. Formale interprofessionelle Gesprächsstrukturen wurden auch von der SAMW (2017) zur Verbesserung der IPZ empfohlen. Lewin und Reeves (2011) hingegen zeigten in einer ethnografischen Studie, dass formale Gesprächsstrukturen eher ritualisierte und meist ergebnislose Zusammenkünfte mit unregelmäßiger Beteiligung von Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen darstellen. Ursache für diese Differenz könnten kulturelle und kontextuelle Unterschiede sowie ein jeweils anderes Studiendesign sein.

Sich mit Hindernissen auseinandersetzen

Der im Alltag wahrgenommene finanzielle Druck im Zusammenhang mit dem Einsatz von Sitzwachen wurde im Studien-Setting von verschiedenen Personen als hinderlich in der Gestaltung der IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir beschrieben. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso bedeutsamer, dass die Professionen eine gemeinsame, patientenorientierte Werthaltung aufweisen, wie vom IPEC (2011) empfohlen. In der vorliegenden Studie wurde finanzieller Druck vereinzelt als Chance gesehen, sich gemeinsam über Bedarf und Wirksamkeit von Interventionen auszutauschen und Entscheidungen gemeinsam zu treffen. Diesbezüglich kann ebenfalls auf die Schaffung interprofessioneller Gesprächsstrukturen verwiesen werden, welche allen Professionen die Möglichkeit bieten, ihre Sichtweise darzulegen (SAMW, 2017).

Eine gemeinsame professionelle Sprache gilt als zentraler Aspekt in der Gestaltung der IPZ (IPEC, 2011). Standardisierte und strukturierte Kommunikationshilfen wie ISBAR werden verschiedentlich empfohlen (Foronda et al., 2016; IPEC, 2011; Weller et al., 2014). Die vorliegende Studie zeigte, dass die Initiative zur Sprachangleichung primär von Pflegefachpersonen kommt. Die interviewten Ärzte/-innen begrüßten Maßnahmen zur Sprachangleichung seitens der Pflegefachpersonen mittels ISBAR. Da aber die historisch gewachsene Hierarchie zwischen den beiden Professionen als erschwerend für die interprofessionelle Kommunikation gilt (Foronda et al., 2016), entsteht der Verdacht, dass es eine nach wie vor vorhandene Hierarchie

ist, welche die Pflegefachpersonen als hierarchisch tiefgestellte Profession zu Initiatoren/-innen und Ausführenden der Sprachangleichung an die hierarchisch höhergestellte Profession macht. Eine andere mögliche Erklärung findet sich bei Sollami et al. (2015) in Analogie zu Haddara und Lingard (2013): Die Pflegefachpersonen möchten ihre eigene Autonomie im Rahmen der IPZ stärken und engagieren sich deswegen in und für IPZ. Basierend auf diesen Autonomiebestrebungen könnte auch die Initiative seitens der Pflegefachpersonen für eine gemeinsame Sprache kommen, mit dem Ziel, verstanden und gleichberechtigt behandelt zu werden.

Trotz der unterschiedlichen Priorisierung von Patienten/-innen mit Delir waren sich die verschiedenen Professionen über die Komplexität des Delirs einig und gestanden sich auch eine teilweise Überforderung in der Betreuung ein. Unsicherheit in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir wirkt sich auf IPZ aus, respektive kann dazu führen, dass Delir nicht als Aufgabe für das gesamte interprofessionelle Team betrachtet wird (Sockalingam et al., 2015). Mittels interprofessionellen Delir-Fortbildungen könnte dem fehlenden Wissen und Können und der Überforderung der verschiedenen Professionen im Umgang mit Patienten/-innen im Delir entgegenwirkt werden. Nebst dem Wissenszuwachs führen interprofessionelle Delir-Fortbildungen auch zu einer größeren Fortbildungszufriedenheit der Teilnehmenden (Sockalingam et al., 2014).

Stärken und Limitationen

Die interviewten Personen standen der IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir allesamt positiv gegenüber. Personen mit negativer Einstellung gegenüber IPZ wurden eventuell im Rahmen des Rekrutierungsprozesses über Vorgesetzte nicht angefragt oder haben abgelehnt, ohne dass die Erstautorin davon erfahren hat. Die Erstautorin ist selbst in der Institution tätig. Das damit verbundene Vorverständnis, welches gemäß Charmaz (2014) Bestandteil der konstruktivistischen Grounded Theory ist, kann sowohl die Datensammlung wie auch die Datenanalyse geprägt haben. Zur Qualitätskontrolle, basierend auf den Kriterien von Charmaz (2014), fanden regelmäßig Peer-Debriefings statt. Um die Transparenz und die Glaubwürdigkeit der Studie zu erhöhen, wurden die Ergebnisse mit Zitaten aus den Interviews untermauert, welche ein direktes Abbild der Erlebenswelten der Interviewten aufzeigen. Die vorliegende Studie hebt die Integration anverwandter Professionen in die IPZ im Rahmen der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir hervor, was die Originalität dieser Arbeit bereichert. Um die Anonymität der einzelnen Teilnehmenden der Professionen Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Seelsorge



und Sozialdienst zu sichern, wurden diese trotz ihres unterschiedlichen Rollenprofils in anverwandte Professionen zusammengefasst. Damit konnten Beiträge dieser einzelnen Professionen bezüglich der Gestaltung der IPZ nur ansatzweise aufgezeigt werden.

Schlussfolgerungen mit Empfehlungen für Praxis und Forschung

Die vorliegende Studie zeigt auf, wie grundlegend gegenseitiger Respekt und Wertschätzung für IPZ in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir ist. Interprofessionelle Delir-Fortbildungen, formale interprofessionelle Gesprächsstrukturen und die Etablierung einer gemeinsamen professionellen Sprache können positiv zur Gestaltung der IPZ beitragen sowie gegenseitigen Respekt und Wertschätzung unterstützen, den Dialog miteinander bereichern und die gemeinsame Auseinandersetzung mit Hindernissen stärken. Um die Perspektivenvarianz in der Betreuung von Patienten/-innen mit Delir weiter zu fördern, ist es wünschenswert, wenn zukünftige Forschung zur IPZ über die ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit hinaus auch anverwandte Professionen einschließt.

DANKSAGUNG

Wir danken den Interviewteilnehmer/-innen für ihre Bereitschaft und für ihre Offenheit sowie dem Praxispartner für die Ermöglichung der Forschungsarbeit und für die im Rekrutierungsprozess geleistete Unterstützung.

ETHISCHE PRÜFUNG

Diese Forschungsarbeit fand im Rahmen eines studentischen Gesamtforschungsprojekts statt, welches von der Kantonalen Ethikkommission Zürich (BASEC-Nr. 2017-01422) als unbedenklich eingeschätzt und bewilligt wurde.

INTERESSENKONFLIKT

Es liegt kein Interessenkonflikt vor.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 (5th ed., 3rd print)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bowles, D., McIntosh, G., Hemrajani, R., Yen, M., Phillips, A., Schwartz, N. et al. (2016). Nurse-physician collaboration in an academic medical centre. The influence of organisational and individual factors. *Journal of Interprofessional Care*, 30 (5), 655–660. doi:10.1080/13561820.2016.1201464
- Brajtman, S., Hall, P., Weaver, L., Higuchi, K., Allard, P. & Mullins, D. (2008). An interprofessional educational intervention on delirium for health care teams: providing opportunities to enhance collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 22 (6), 658–660. doi:10.1080/13561820802038732
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory. Introducing qualitative methods (2nd ed.)*. London: SAGE.
- Charmaz, K. & Belgrave, L. (2012). *Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis*. In: J. Gubrium (Hrsg.), *The Sage handbook of interview research. The complexity of the craft (2nd ed., p. 347–366)*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches (3rd ed.)*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration. Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 116–131. doi:10.1080/13561820500082529
- Detweiler, M., Kenneth, A., Bader, G., Sullivan, K., Murphy, P., Halling, M. et al. (2014). Can improved intra- and inter-team communication reduce missed delirium? *The Psychiatric Quarterly*, 85 (2), 211–224. doi:10.1007/s11126-013-9284-0
- Dresing, T. & Pehl, T. (Hrsg.). (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (6. Aufl.)*. Marburg: Dr. Dresing und Pehl.
- Foronda, C., MacWilliams, B. & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare. An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. doi:10.1016/j.nepr.2016.04.005
- Haddara, W. & Lingard, L. (2013). Are we all on the same page? A discourse analysis of interprofessional collaboration. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88 (10), 1509–1515. doi:10.1097/ACM.0b013e3182a31893
- Inouye, S., Westendorp, R. & Saczynski, J. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383 (9920), 911–922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1
- Interprofessional Education Collaborative. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86 (11), 1351.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz (2. überarbeitete und ergänzte Aufl.)*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lewin, S. & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork'. Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science and Medicine* (1982), 72 (10), 1595–1602. doi:10.1016/j.socscimed.2011.03.037
- Miers, M. & Pollard, K. (2009). The role of nurses in interprofessional health and social care teams. *Nursing Management*, 15 (9), 30–35. doi:10.7748/nm2009.02.15.9.30.c6882
- Neufeld, K., Bienvenu, J., Rosenberg, P., Mears, S., Lee, H., Kamdar, B. et al. (2011). The Johns Hopkins Delirium Consortium: a model for collaborating across disciplines and departments for delirium prevention and treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 Suppl 2, 244–248. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03672.x
- Palacios-Cena, D., Cachon-Perez, J., Martinez-Piedrola, R., Gueita-Rodriguez, J., Perez-de-Heredia, M. & Fernandez-de-las-Penas, C.



- (2016). How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ open*, 6 (1), e009678. doi:10.1136/bmjopen-2015-009678
- Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. et al. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. *Praxis*, 105 (16), 941–952. doi:10.1024/1661-8157/a002433
- Schubert, M., Schürch, R., Boettger, S., Garcia Nuñez, D., Schwarz, U., Bettex, D. et al. (2018). A hospital-wide evaluation of delirium prevalence and outcomes in acute care patients – a cohort study. *BMC Health Services Research*, 18 (1), 550. doi:10.1186/s12913-018-3345-x
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports*, 12 (2).
- Sockalingam, S., Tan, A., Hawa, R., Pollex, H., Abbey, S. & Hodges, B. (2014). Interprofessional education for delirium care: a systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 28 (4), 345–351. doi:10.3109/13561820.2014.891979
- Sockalingam, S., Tehrani, H., Kacikanis, A., Tan, A., Hawa, R., Anderson, R. et al. (2015). Determining the need for team-based training in delirium management: A needs assessment of surgical healthcare professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 29 (6), 649–651. doi:10.3109/13561820.2015.1045061
- Sollami, A., Caricati, L. & Sarli, L. (2015). Nurse-physician collaboration. A meta-analytical investigation of survey scores. *Journal of Interprofessional Care*, 29 (3), 223–229. doi:10.3109/13561820.2014.955912
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (1), 41–51. doi:10.1080/13561820802338579
- Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety. Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90 (1061), 149–154. doi:10.1136/postgradmedj-2012-131168
- World Health Organization, Health Professions Networks Nursing & Midwifery. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. (WHO/HRH/HPN/10.3). Zugriff am 8.03.2017. Verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf