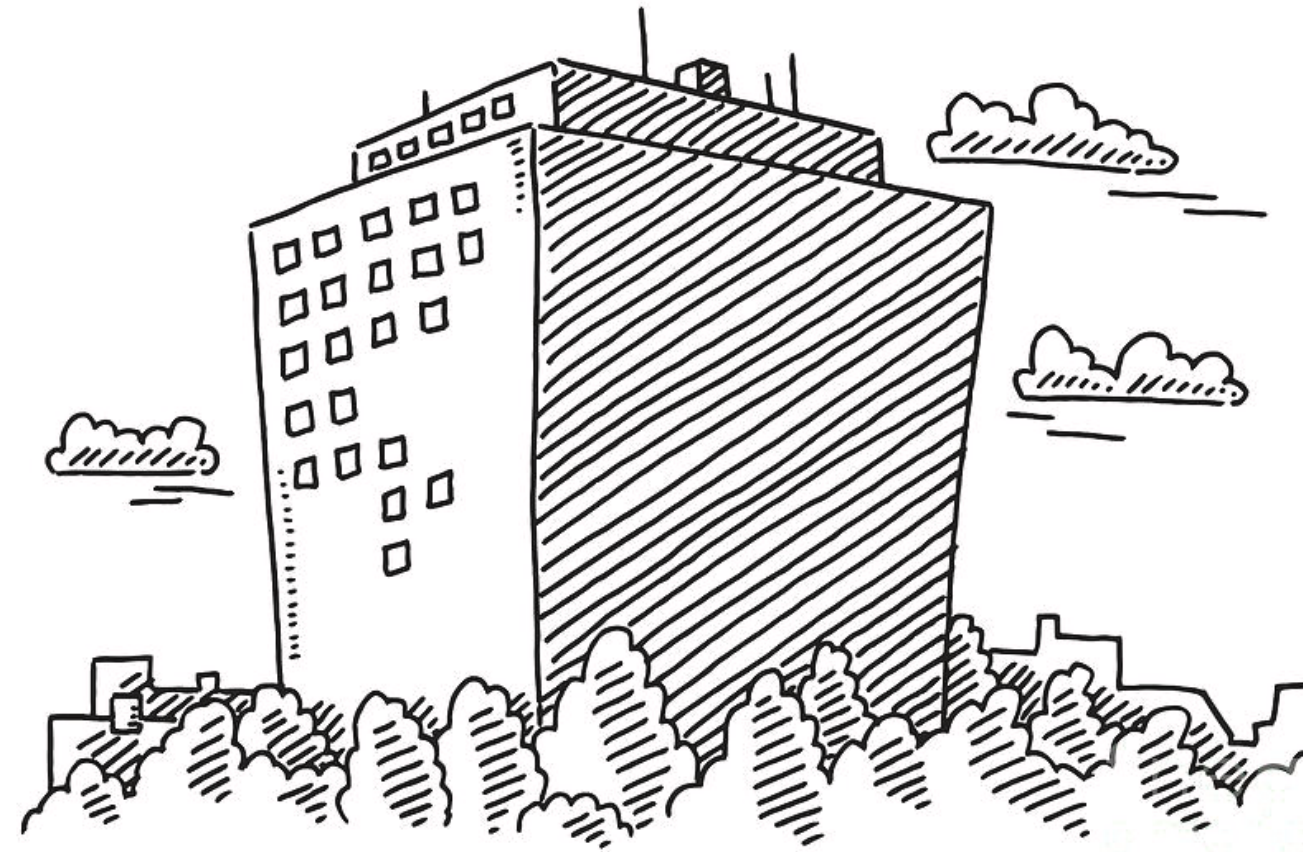
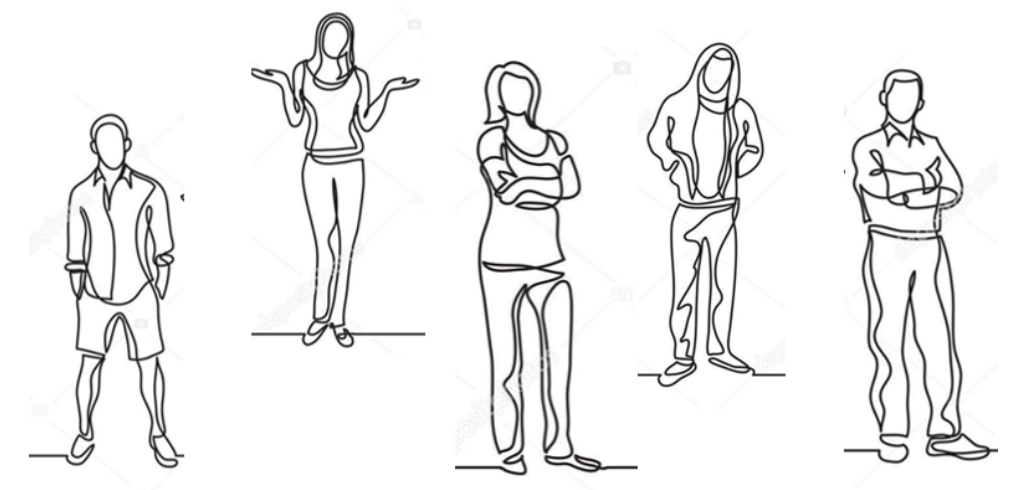
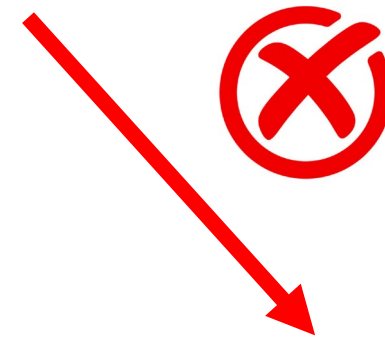




# Einführung einer Advanced Practitioner-Rolle

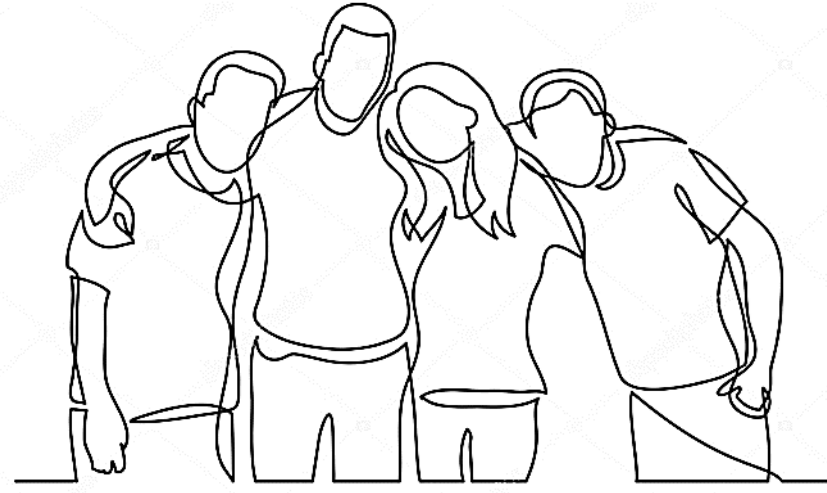


Team A



Team B

# Team A



- In diesem Team besteht die AP-Rolle seit 8 Jahren.
- Die Mitglieder des Teams, aus verschiedenen Fachbereichen, arbeiten schon **länger** als diese 8 Jahre zusammen: **Anerkennung & Vertrauen**
- Der Wunsch, eine AP-Rolle zu entwickeln, kam aus der Ortho/Trauma: **Personalmangel**
- Die AP-Rolle wurde gemeinsam entwickelt: Wer kann was und macht was. Aufteilung der Aktivitäten. Effizienz.
- Einführung bei klar definierten Diagnosen
- Der Therapeut führt ein erstes Patientenscreening durch und bewertet/bestimmt, welcher Patient von einer „Nicht-Intervention“, einer therapeutischen Intervention oder einer Operation profitieren würde – Teamsitzung.

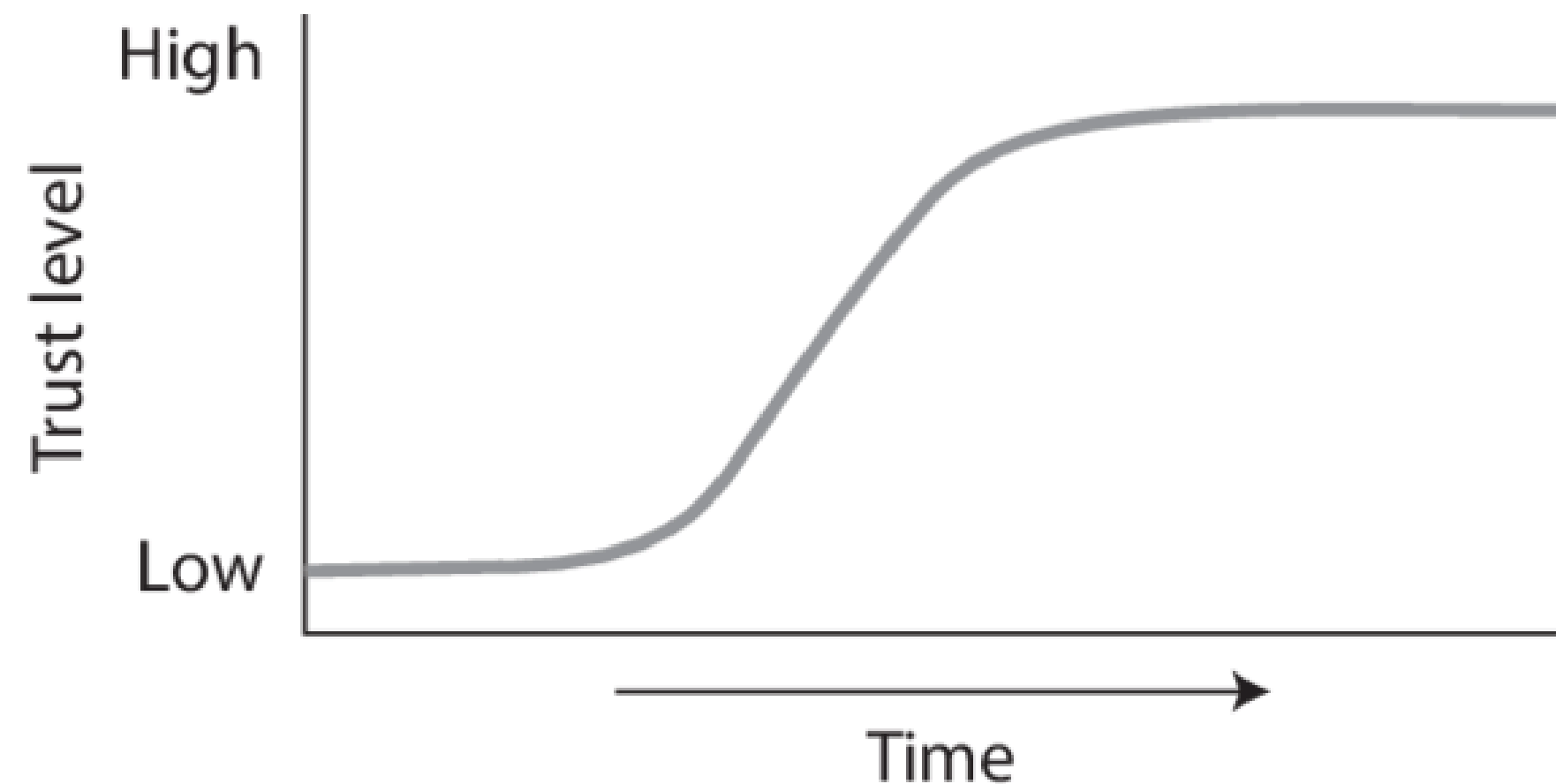
# Team B



- Sowohl das Chirurgenteam als auch das Therapieteam sind "neu": **Fehlen von gegenseitige Anerkennung & Vertrauen.**
- Der Wunsch, eine AP-Rolle zu entwickeln, kommt aus das Therapieteam: **Erfahrung mit einer AP-Rolle:** Erfahrung mit den positiven Auswirkungen auf die klinische Praxis, die Effizienz der Dienste, Jobenrichment, das Funktionieren des Teams bei gleichbleibend hoher Patientenzufriedenheit.
- Neuer leitender Chirurg zum ersten Mal in einer Führungsrolle, keine Erfahrung mit Therapeuten in einer AP-Rolle
- Kontrollbedürfnis (micromanagement): derzeit keine Öffnung für Collaborative / Clinical Democracy

"A collaborative approach to leadership may be challenging for interprofessional teams embedded in traditional health care, education, and medical-legal systems that reinforce the idea that physicians sit at the top of the hierarchy". Lingard et al, 2012. Conflicting messages, Academic Medicine, Vol. 87, No. 12

Ist die Lösung so einfach, dass man sich mehr Zeit nimmt, sich gegenseitig kennenlernt und so Anerkennung und Vertrauen erhält.... und der Rest kommt von selbst?



Source: Schlackman (1984)



- Beide Teams sind aber abhängig vom Wunsch des hierarchisch stärker positionierten Chirurgen, und die (Un)kenntnis / (Un)vertrautheit mit der positiven Wirkung einer AP-Rolle und kollaborativer Führung.
- In der Literatur wird ein kollaborativer Ansatz der gemeinsamen Führung hervorgehoben, was jedoch für Kliniker, die in einem traditionell hierarchischen Gesundheitssystem arbeiten, eine Herausforderung darstellen kann. Lingard et al, 2012. Conflicting messages, Academic Medicine, Vol. 87, No. 12
- Obwohl die ärztliche Führung an sich nicht problematisch ist, kann sie in interprofessionellen Teams Probleme aufwerfen.
  - Spannungen: Ärzten - Therapeuten
  - Spannungen: klinische Demokratie - Erhalten von strukturellen Hierarchien



# Interprofessional Practice/ collaborative leadership

- Interprofessional Practice (IPP) kann in verschiedenen Teams auf unterschiedliche Weise umgesetzt werden, aber im Allgemeinen erfordert es eine Aufteilung der Macht auf der Grundlage von Wissen und Erfahrung und **nicht von Rollen**.
- Die Teammitglieder folgen nicht bestimmten Leitern, sondern arbeiten in gegenseitiger Abhängigkeit zusammen und **verlassen sich auf die Fachkenntnisse der anderen**, um Ziele zu erreichen und Aufgaben zu erfüllen.....wenn dies im besten Interesse der Patientenversorgung liegt. Bronstein LR. A model for interdisciplinary collaboration. Soc Work. 2003;48:297-306
- Dort, wo die IPP nicht erfolgreich ist, kann eine der Hauptursachen für das Fehlschlagen auf interprofessionelle Konflikte zurückgeführt werden, die zusammenhängen mit "**professional identity threats**". McNeil, K., Mitchell, R., & Parker, V. (2013). Interprofessional Practice and Professional Identity Threat. Health Sociology Review 22(3), 291-307

# Professional identity threats

Das Verständnis der Faktoren, die zur "professional identity threats" beitragen, ist entscheidend für eine erfolgreiche IPP.

- Wahrnehmungen der Rollen anderer Berufe / vereinfachende und falsche Konstruktionen anderer Berufe.
- Aus Sicht der Ärzte sind IPP und gemeinsame Entscheidungsfindung verständlicherweise bedrohlich, wenn sie die letzte (rechtliche) Verantwortung für die Patientenversorgung tragen – (medical legal).
- Unklare Rollenabgrenzungen und sich überschneidende Praxisbereiche haben zu Verwirrung, Spannungen und Territorialität geführt, was eine Bedrohung der beruflichen Identität und potenzielle Konflikte zur Folge hat.
- Beeinflussung von Machtdifferenzen



# Strategie

Wenn also der Wunsch nicht von den hierarchisch stark positionierten Chirurgen ausgeht....  
Und die Chirurgen möglicherweise ein "Professional Identity Threat" empfinden....

Wie entwickeln wir eine AP-Rolle, und wie erreichen wir dann eine kollaborative Führungsrolle?



# Strategie

## Team A:

- Hat die „Hindernisse“ gemeinsam überwunden.
- Hat IPP eingeführt, mit der **Bereitschaft**, Wissen und Entscheidungsfindung zu teilen und eine andere Berufsgruppe zu beauftragen, wenn dies im besten Interesse der Patientenversorgung ist.
- Hat die AP-Rolle in diesem Prozess gemeinsam (collaborative & compassionate) entwickelt.



**Team B:** braucht ein anderes Konzept, aber welches?

# Team B: Erfordert eine Änderung der Strategie

Strategie umkehren = UMDENKEN

- Therapeuten selbst pro-aktiv, nicht abwartend von ‚Bedarf‘ (Wünsche) der Chirurgen
- Sich unentbehrlich machen durch Fokus auf andere Säule
- Wissen über die Möglichkeiten von Therapeuten in AP-Rolle erweitern (verhindern von 'professional identity threats')

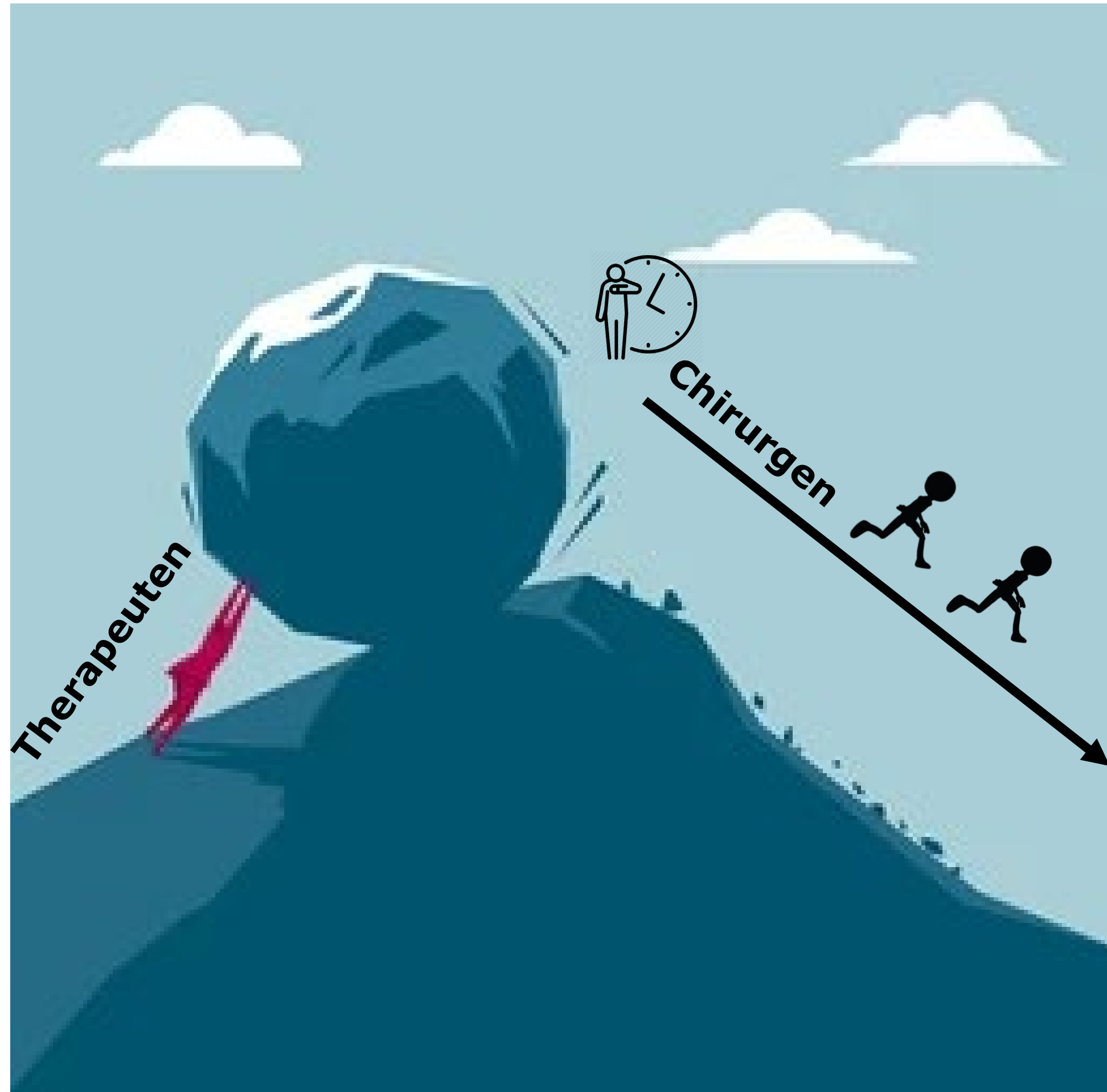
Verbesserungsbedürftig:

- Mangel an Klarheit (über den Zweck, z.B. Kosten Senkung, Patientenzufriedenheit)
- Unklarheit über den unterstützenden Kontext (Kompetenzen)
- Kollektive Leistung vs. Individualismus
- ....

Die vier advanced clinical practice Säule



# Strategie

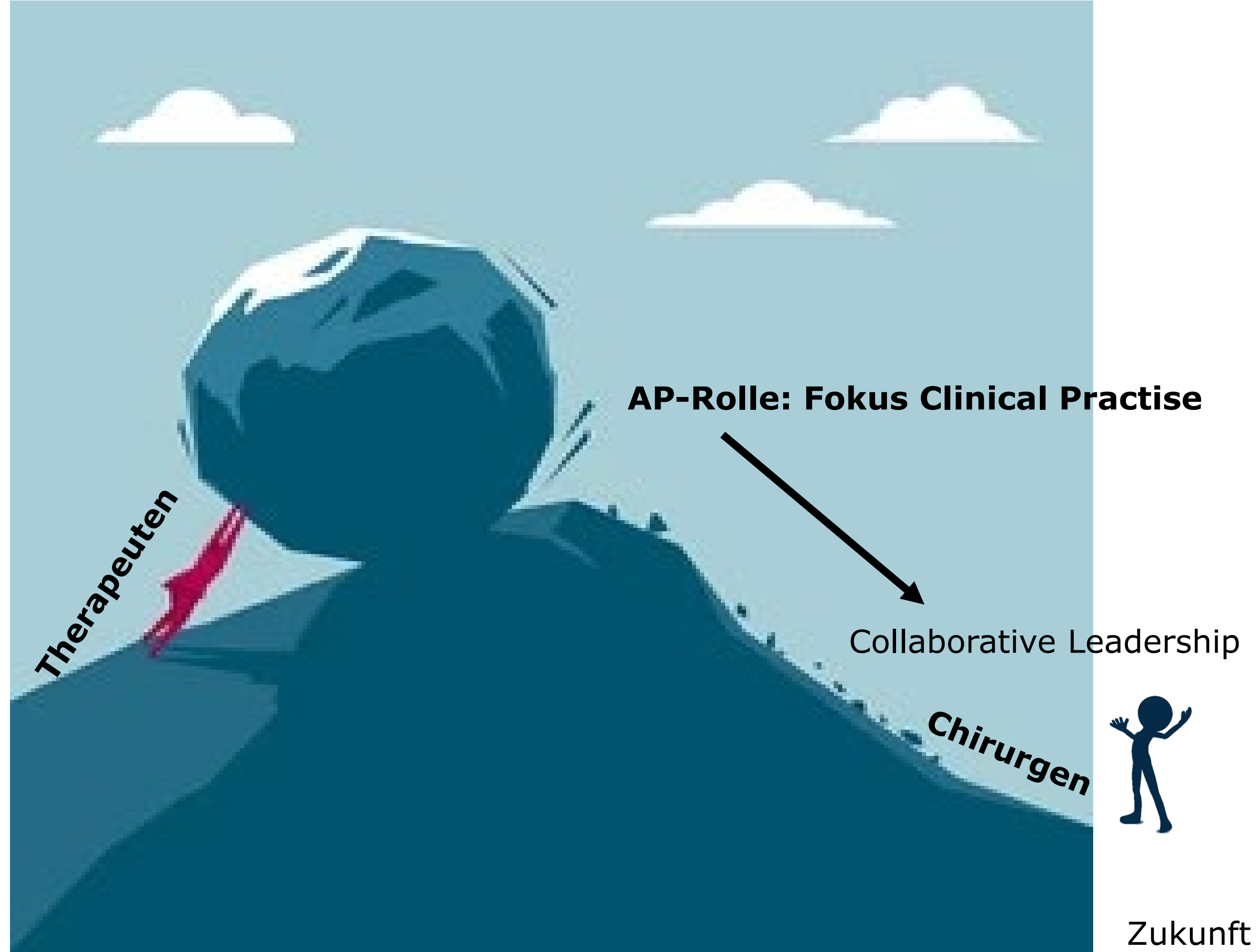


## AP-Rolle

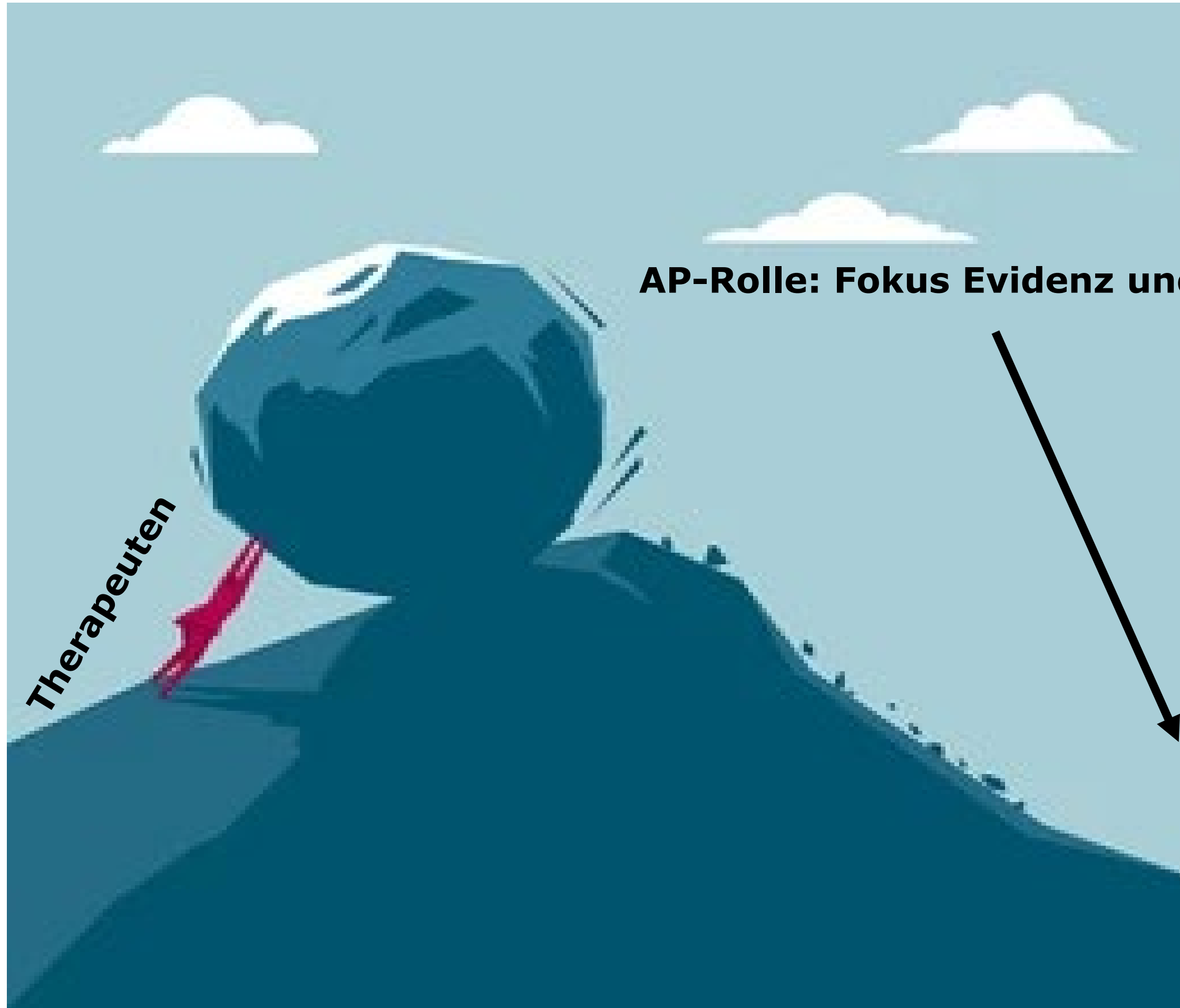
Collaborative and  
Compassionate Leadership



# Oder..



# Oder..



**AP-Rolle: Fokus Evidenz und Entwicklung**

**Therapeuten**



**Chirurgen**

Collaborative &  
Compassionate Leadership

Zukunft

Aktuelle Situation

# Klarheit über Zweck

Warum gibt es den Wunsch, eine AP-Rolle einzuführen:

- Effizienz:
  - Weniger Konsultationen für Patienten
  - Kostensparend
  - **Ein Team - ein Behandlungsplan**
- Entlastung der Chirurgen
  - Weniger Admin und mehr Zeit für Chirurgie – task shift
- Wertschätzung
  - Derzeit werden nicht alle Kompetenzen der Handtherapeuten genutzt
  - Respekt für Zeit der Chirurgen – mehr Zeit für operieren
- Attraktivität des Berufs
  - Entwicklung, Schulung
- Qualität
  - Heterogene Gruppen können qualitativ hochwertigere Ergebnisse erzielen: breiteres Spektrum an Wissen, Fähigkeiten und Standpunkten



Seite 3 Quelle: Reeves et al., 2017; Körner et al., 2015; Sottas et al., 2015; Niezen et al., 2014; Laurant et al., 2005

# Role Identity = Kompetenzen

## Klarheit über die Fähigkeiten von Handtherapeuten zur Unterstützung

- Ausführliche Assessments, die bei der Erstellung eines Behandlungsplans helfen (z. B. Assessment funktionelle Einschränkungen von Patienten die helfen bei Entscheidung welche Operation dem Patienten am meisten nützen würde).
- Kompetenzen-beschreibungen
- Beweis dass Therapeuten und Chirurgen vergleichbare Entscheidungen treffen (Diagnose, Behandlungsplan,..)

### ▪ Extra Kompetenzen des AP Handtherapie

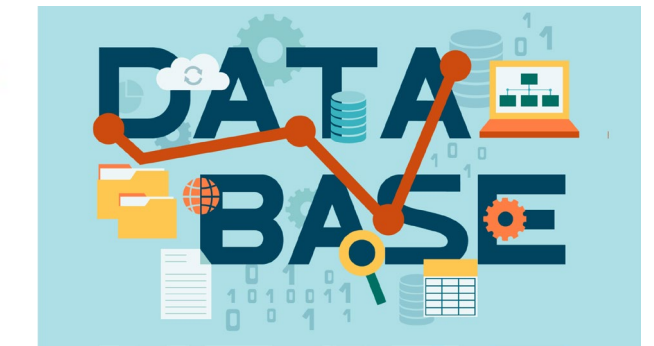
- Diagnostik
- K-Draht-Entfernung
- Verordnung für Bildgebung und Labor
- Indikationsstellung für OP und Wahl der erforderlichen chirurgischen Massnahme
- Diagnostischer Ultraschall
- Injektionstherapie (Kortikosteroide und Botox)
- Einfache Fraktur- und/oder Luxationsmanipulationen
- Führen der 'virtual fracture clinic'







# Strategie in der Praxis



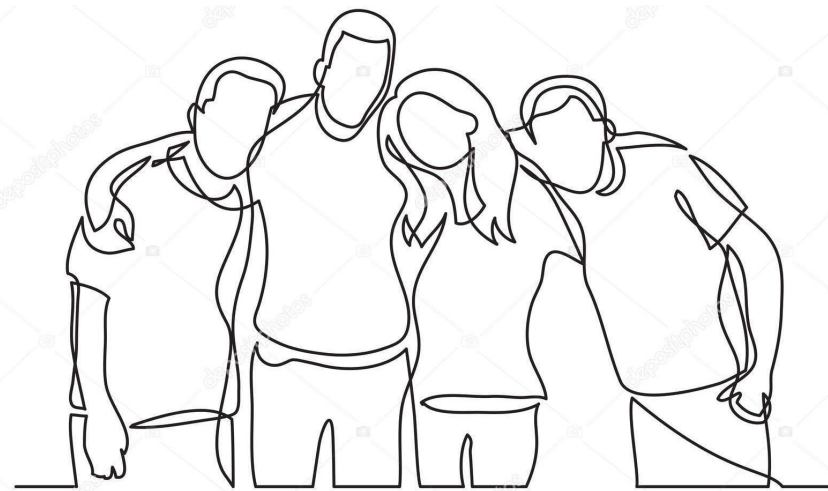
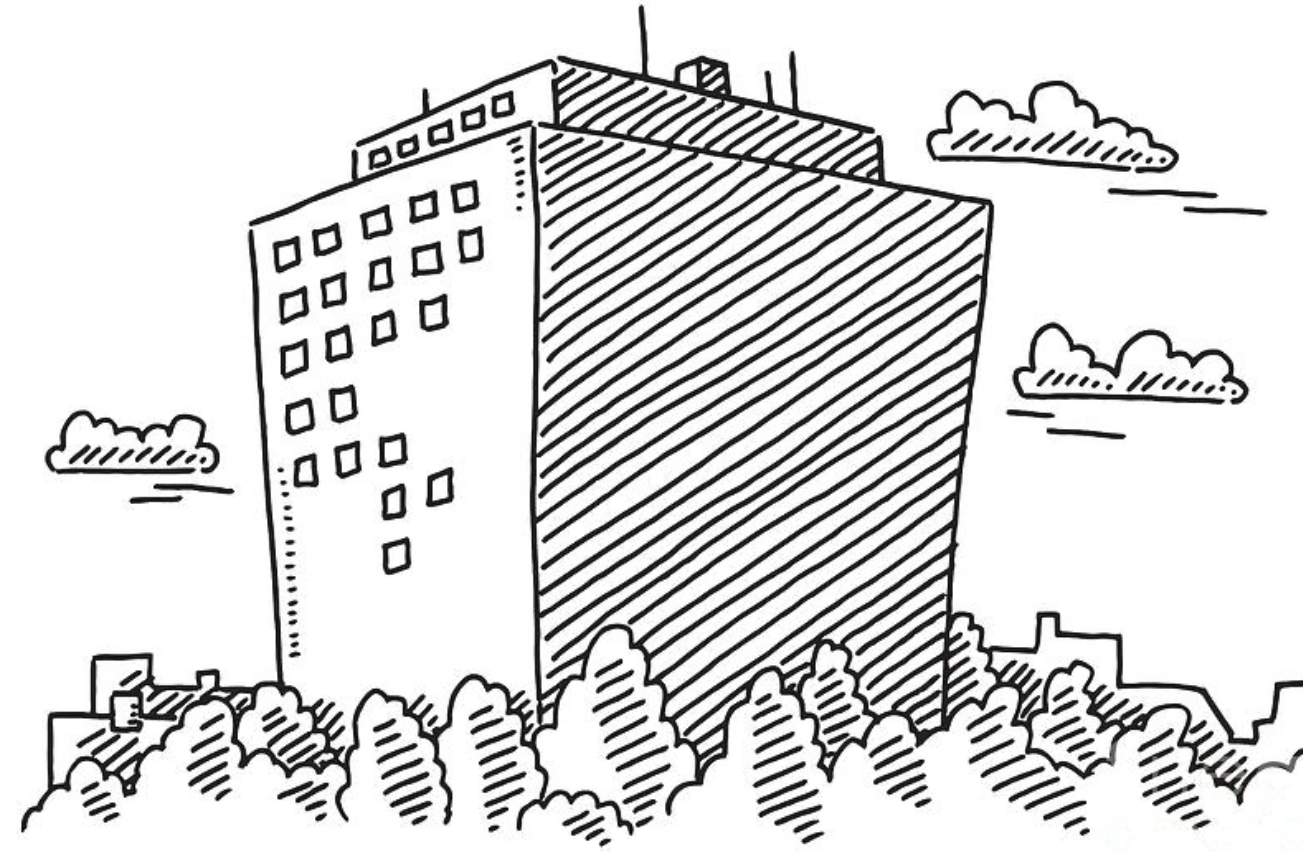
**Methode:** (AP- Säule Clinical Practice & Evidenz und Entwicklung)

- Konzentrieren auf die Patientenversorgung
- Nutzung externer Überweiser, wie z. B. Hausärzte
- Spezifische Diagnosegruppe: CMC 1 Osteoarthritis (wird sowohl konservativ als auch chirurgisch behandelt / Team A).
- Behandlungsprogramm besteht aus Assessment mit standardisierten Messinstrumenten (RoM, VAS, Funktionalität)
- Spezifisches Übungsprogramm für einen festgelegten Zeitraum
- Database anlegen: Evidenz präsentieren an Chirurgie

## Ziel:

- Es geht nicht darum, die Anzahl der Operationen zu reduzieren, sondern anbieten ein komplettes Behandlungspaket und damit die Qualität zu verbessern
- Demonstrieren, dass die präoperative Therapie das postoperative Ergebnis verbessert
- Verbesserung der Patientenzufriedenheit: Vereinfachter Zugang für Patienten
- Finanziell

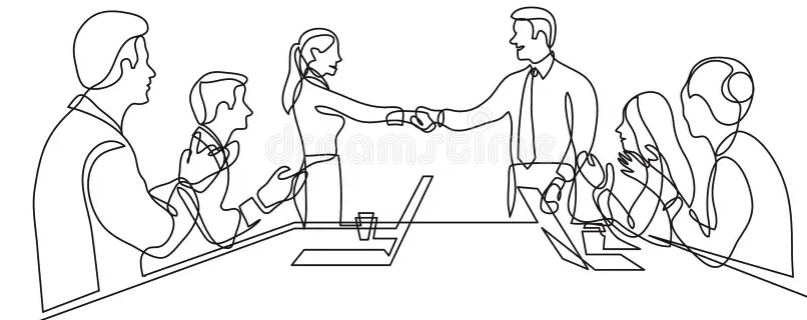
# Einführung einer Advanced Practioner-Rolle



Team A

- 1 Spital**
- 2 Teams**
- 2 verschieden Strategien**

**gleiches Ergebnis? .....ABWARTEN.....**



Team B

# Take home message: think outside the box

