

**Akzeptierte Manuskriptfassung (nach peer review)
des folgenden Artikels:**

Marti, S., Bregenzer, U., & Waldboth, V. (2023). Die Sichtweise des ärztlichen Dienstes hinsichtlich des klinischen Assessments durch Pflegefachpersonen in der Psychiatrie – Eine Case Study. *Pflege*. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000944>
© 2023 Hogrefe AG

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift «Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe» unter <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000944> erschienenen Artikel. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden. Bitte verbreiten oder zitieren Sie diesen Artikel nicht ohne Zustimmung des Autors bzw. der Autorin.

Die akzeptierte Manuskriptfassung unterliegt der Creative Commons License CC BY 4.0.



Originalarbeit

Die Sichtweise des ärztlichen Dienstes hinsichtlich des klinischen Assessments durch Pflegefachpersonen in der Psychiatrie

Eine Case Study

Samira Marti¹, Ursula Bregenzer², Veronika Waldboth¹

¹Institut für Pflege, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Winterthur, Schweiz

²Direktion PTS (Pflege, Therapien & Soziales), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz

S. Marti et al., Klinisches Assessment durch Pflegende in der Psychiatrie

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Menschen mit einer psychischen und somatischen Erkrankung erhalten eine weniger gute somatische Versorgung im Vergleich zur Bevölkerung ohne psychische Erkrankung. Um die Versorgungsqualität zu erhöhen, wurde in einer psychiatrischen Institution in der Schweiz 2017 das Clinical Assessment und Decision Making (CADM) durch Pflegende eingeführt. *Ziel:* Ziel der Studie war es, zu untersuchen, wie Ärzt_innen und leitende Psycholog_innen die Durchführung des CADM durch Pflegende erleben. Dies, um daraus Empfehlungen abzuleiten, wie die Zusammenarbeit optimiert und eine nachhaltige Etablierung des CADM gefördert werden kann. *Methode:* Eine Embedded Single Case Study wurde angewandt, die Datenanalyse orientierte sich an den Strategien der Grounded Theory nach Charmaz. Es fanden semistrukturierte Expert_inneninterviews (n=11) und offene unstrukturierte Beobachtungen in einer Psychiatrie in der Schweiz statt. *Ergebnisse:* Die Ergebnisse zeigten neun relevante Bereiche, welche die Zusammenarbeit und das CADM durch Pflegende betreffen: „Stärken“, „Schwächen“, „Risiken“, „Chancen“, „Erwartungen“, „Herausforderungen“, „Nutzen“, „Kompetenzen der CADM Pflegenden“ und „Wünsche für die Zukunft“. *Schlussfolgerungen:* Die Ärzt_innen und leitenden Psycholog_innen erachteten das CADM durch Pflegende als Mehrwert für das interprofessionelle Team und die Patient_innen. Unklarheiten in Bezug auf den

Verantwortungsbereich, Rollendefinitionen und Einsatzmöglichkeiten erschwerten die Implementation des CADM.

Schlüsselwörter: Fallstudie, Klinisches Assessment, interprofessionelle Zusammenarbeit, Pflegende, Psychiatrie

The physician's perspective on clinical assessment skills by nurses in psychiatry: A case study

Abstract: *Background:* People with a mental and physical illness receive less good somatic care compared to the general population. Patients in psychiatry receive better medical care when nurses have in-depth medical expertise. Therefore, in a psychiatric institution in Switzerland in 2017, the Clinical Assessment and Decision Making (CADM) by nurses was implemented. *Aim:* The aim of the study was to investigate how physicians and senior psychologists experience the implementation of CADM by nurses in order to derive recommendations on how to optimize the collaboration and promote a sustainable establishment. *Methods:* An embedded single case study was used, and the data analysis was based on grounded theory strategies by Charmaz. Semi-structured expert interviews (n=11) and open unstructured observations were conducted in a psychiatric institution in Switzerland. *Results:* The results showed nine relevant aspects regarding collaboration and CADM by nurses: „Strengths“, „Weaknesses“, „Risks“, „Opportunities“, „Expectations“, „Challenges“, „Benefits“, „Competencies of CADM nurses“ and „Wishes for the future“. *Conclusions:* The physicians and senior psychologists considered the CADM by nurses as an added value for the interprofessional team and for the patients. Lack of clarity regarding the scope of responsibilities, role definitions and possible applications made the implementation of CADM difficult.

Keywords: case study, clinical assessment, interprofessional collaboration, nurses, psychiatry

Was ist zu dieser Thematik schon bekannt?

Körperliche Begleiterkrankungen bei Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung werden zu wenig erkannt und behandelt.

Welchen Erkenntniszugewinn leistet die Studie?

Die Zusammenarbeit mit Pflegenden mit erweiterten Kompetenzen empfindet der ärztliche Dienst in der Psychiatrie als entlastend und zukunftsorientiert.

Einleitung

Weltweit leiden 10.7 % der Bevölkerung an einer psychischen Erkrankung (Ritchie & Roser, 2018). Die Prävalenz in der europäischen Gesamtbevölkerung beträgt 12 %, was 110 Millionen Menschen entspricht (WHO, 2019). Werden die Folgen von Substanzmissbrauch und neurologische Erkrankungen wie Demenz miteinbezogen, erhöht sich die Prävalenz auf 50 % (WHO, 2019). 15 % der Schweizer Bevölkerung geben an, sich durch psychische Probleme beeinträchtigt zu fühlen (Bundesamtes für Statistik, 2018). Der Anteil an körperlichen Begleiterkrankungen bei Menschen in psychiatrischer Behandlung liegt bei 30–50 % (Bundesamtes für Statistik, 2018). Aufgrund der unspezifischen Symptome und der Überlappung von psychischen und physischen Symptomen werden somatische Erkrankungen häufig nicht erkannt, daher müssen alle Gesundheitsfachpersonen im psychiatrischen Bereich bezüglich somatischer Erkrankungen sensibilisiert werden (Spiess & Ruflin, 2018). Wegen des zunehmenden Mangels an Psychiater_innen übernehmen immer mehr Psycholog_innen deren Aufgaben, ohne über das nötige medizinische Fachwissen zu verfügen (Hepp, 2018). Dies kann ein Grund für die somatische Unterversorgung von psychisch kranken Menschen im Vergleich zur Bevölkerung ohne psychische Erkrankung sein (Spiess & Ruflin, 2018). Pflegefachpersonen mit BSc-Abschluss erwerben im Rahmen ihrer Grundausbildung, Pflegende mit HF-Abschluss im Rahmen einer Weiterbildung Kompetenzen im Clinical Assessment und Decision Making (CADM). Die Umsetzung dieser Kompetenzen in der klinischen Praxis ist jedoch mangelhaft (Lemp et al., 2019). Patient_innen erhalten möglicherweise eine bessere somatische Versorgung, wenn die Pflege über vertieftes medizinisches Fachwissen im Bereich der Somatik verfügt. Durch frühzeitige Interventionen könnten nicht notwendige Spitäleinweisungen reduziert werden (Steinauer & Schwarze, 2018).

In einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz wurde 2017 das CADM durch Pflegende eingeführt. Dies mit der Zielsetzung einer ganzheitlicheren Versorgungsqualität und einer engeren Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und dem ärztlichen Dienst (Bregenzer & Dolci, 2018). Es ist jedoch unklar, wie sich diese Zusammenarbeit aus Sicht des ärztlichen Dienstes und seitens leitenden Psycholog_innen gestaltet (Thalmann et al., 2019).

Ziel

Das Ziel dieser Studie ist die Untersuchung, wie Ärzt_innen und leitende Psycholog_innen die Durchführung des CADM durch Pflegende erleben, welche Herausforderung und welcher Entwicklungsbedarf bestehen. Empfehlungen sollen abgeleitet werden, wie die Zusammenarbeit optimiert und eine nachhaltige Etablierung des CADM gefördert werden kann. Es wurde der Frage nachgegangen, wie Ärzt_innen und leitende Psycholog_innen die Umsetzung des CADM durch Pflegende in der Psychiatrie erleben.

Methode

Ein Embedded Single Case Study Design wurde für diese Arbeit verwendet, die sich mit dem Phänomen der Ausübung des CADM durch Pflegende auseinandersetzt. Dieses Design ermöglichte einen fallbezogenen, vertieften Einblick aus interprofessioneller Sicht, wodurch die Interpretierbarkeit der Ergebnisse verbessert werden konnte (Yin, 2018).

Aufgrund der fehlenden Verankerung der CADM-Anwendung durch Psychiatriefachpersonen eignet sich die SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threats) zur Ist-Einschätzung und als theoretisches Modell für die Dateninterpretation und -diskussion (Pelz & Döring, 2018). Diese stammt ursprünglich aus dem Managementbereich und ist inzwischen als Instrument zur Analyse von Prozessen oder Unternehmen etabliert (Pelz & Döring, 2018). Die vorliegende Studie wurde anhand der Reporting Statements nach O'Brien et al. (2014) verfasst.

Rekrutierung und Auswahl der Teilnehmenden

Die Studienpopulation beinhaltete elf Ärzt_innen aus unterschiedlichen Kaderstufen und leitende Psycholog_innen einer psychiatrischen Einrichtung. Es wurden nur Personen ausgewählt, welche direkt oder indirekt Kontakt mit dem CADM durch Pflegende hatten. Das heißt, Personen, welche Schlüsselpositionen bei der Etablierung der CADM-Anwendung von Pflegenden übernommen hatten oder mit diesen zusammenarbeiteten und Ärzt_innen in übergeordneten Leitungsfunktionen. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte durch eine Pflegefachleiterin, welche potenzielle Teilnehmende über die Studie informierte, und ihre Teilnahmebereitschaft erfragte. Zudem wurde im Schneeballsystem für die Studienteilnahme geworben und eine Informationsveranstaltung durchgeführt. Im nächsten Schritt wurden die

potenziellen Teilnehmenden zur Information und Überprüfung der Eignung für die Teilnahme kontaktiert. Nach deren Einverständnis erfolgte die Terminabsprache für das Interview, an dem die Einwilligungserklärung unterzeichnet wurde.

Datensammlung

Die Datensammlung an einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz erfolgte anhand semistrukturierter Leitfadeninterviews und offenen, unstrukturierten Beobachtungen von Oktober 2021 bis April 2022. Soziodemografische Daten wurden zu Beginn der Interviews erhoben. Diese wurden auf Schweizerdeutsch geführt, digital aufgezeichnet und anschliessend ins Hochdeutsche transkribiert nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2018). Zur Familiarisierung und Beschreibung des Kontexts wurden offene, unstrukturierte Beobachtungen nach Lamnek und Krell (2016) in einem Workshop, einer Intervision und einem Somatik-Rapport durchgeführt und mithilfe von Feldnotizen dokumentiert. Pflegende mit CADM-Kompetenz nehmen regelmäßig an diesen Gefäßen teil, weshalb durch diese Beobachtungssequenzen wichtige Informationen über die CADM-Anwendung gesammelt werden konnten. Dies da die Interaktion zwischen CADM-Pflegefachpersonen und Ärzt_innen und Psycholog_innen beobachtet und in den Untersuchungskontext gesetzt werden konnte. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes wurden alle Daten anonymisiert und passwortgeschützt archiviert.

Datenanalyse

Die Datenanalyse orientierte sich an den Strategien der Grounded Theory nach Charmaz (2014). Dieser Ansatz eignet sich für komplexe Prozesse und die Untersuchung verschiedener Perspektiven (Creswell, 2018). Somit konnte das Phänomen umfänglich erfasst werden. Zur Unterstützung der Textanalyse wurde die Software MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2021) verwendet. Die Analyse der Interviewtranskripte erfolgte in zwei Schritten: initiales und fokussiertes Kodieren. Zuerst wurden die Codes möglichst nah an den Originaldaten gewählt und bildeten die Basis für die weitere Analysearbeit (Charmaz, 2014). Hierbei wurden erste Themen identifiziert, welche zu einem Kodierparadigma entwickelt wurden. Danach beim fokussierten Kodieren, wurden größere Textpassagen kodiert und die verschiedenen Themen in Beziehung gesetzt. Mit dem Kodierparadigma konnte in diesem Schritt die Vergleichbarkeit hergestellt werden und der Fall analysiert werden (Charmaz, 2014). Die im Analyseprozesses

geschriebenen Memos unterstützten die Analyse. Für das Embedded Single Case Study Design musste der Fall (Casing) sowie dessen Aspekte (Bounded System) definiert werden. Durch das „Casing“ wurden der Fall als „Erleben des pflegerischen CADM durch Ärzt_innen und leitenden Psycholog_innen“ festgelegt. Das „Bounded System“ wurde durch zeitliche und räumliche Aspekte definiert (Creswell, 2018). Dies waren die Arbeitstätigkeit und Erfahrungen der Ärzt_innen und leitenden Psycholog_innen in Bezug auf das pflegerische CADM. Das „Casing“ sowie das „Bounded System“ musste bei allen Teilnehmenden gegeben sein.

In der Within-Case-Analyse wurde für jede Analyseeinheit (Teilnehmende) eine Synthese über deren Haltung entwickelt und anschliessend Cross-Case analysiert. Für diese beiden Analysen wurde das Kodieren sowie konstante Vergleichen genutzt (Creswell, 2018). Zur weiteren Einordnung der Ergebnisse wurden zum Schluss des Kodierprozesses die Codes mit den SWOT-Kategorien verglichen und gegebenenfalls zugeordnet (Pelz & Döring, 2018). Für diese Studie wurden die Qualitätskriterien nach Charmaz (2014) berücksichtigt. Diese sind die Glaubwürdigkeit, die Originalität, die Resonanz und die Anwendbarkeit. Die Qualitätskriterien wurden unter anderem durch die sorgfältige Planung des Projekts und durch den regelmäßigen Austausch in der Forschungsgruppe gesichert. Durch das Zusammenführen der Ergebnisse aus den Interviews und der Feldnotizen der Beobachtungen konnte eine Triangulation erzielt werden. Dies führte zu verschiedenen Perspektiven auf das „CADM durch Pflegende“, was die Ergebnisse aus der Analyse untermauerte (Flick, 2011).

Ethische Überlegungen

Die Studie wurde von der Kantonalen Ethikkommission Zürich geprüft (BASEC-Nr. Req-2021-00857), welche eine Nichtzuständigkeitserklärung ausstellte. Das Projekt wurde unter Berücksichtigung der Good-Clinical-Practice-Guidelines der ICH Expert Working Group (2016) durchgeführt. Die freiwillig Teilnehmenden wurden mündlich sowie schriftlich über die Studie aufgeklärt und unterzeichneten eine Einwilligungserklärung. Zudem bestand die Möglichkeit, jederzeit ohne Nachteile von der Studie zurückzutreten.

Ergebnisse

Aus dieser Studie resultierte eine Kontextbeschreibung, eine Within-Case-Analyse, basierend auf drei Fällen und deren zentralen Phänomenen und eine Cross-Case-

Analyse zu neun Themen. Es wurden insgesamt elf Interviews geführt, die durchschnittlich 38 Minuten dauerten (Tab. 1). An den Beobachtungssequenzen waren jeweils zwischen ein (Somatik-Rapport) und sieben (Intervision/ Workshop) Pflegende mit CADM anwesend.

Kontextbeschreibung

Zum Datenerhebungszeitpunkt in der psychiatrischen Klinik wandten 15 Pflegende das CADM in der klinischen Praxis an. Diese Pflegenden verfügten über Wissen und Fähigkeiten im klinischen Assessment und kannten differenzialdiagnostische Prinzipien. Dies zeigte sich im Berufsalltag beispielsweise dadurch, dass die CADM-Pflegenden eine Erfassung des Gesundheitszustands der Patient_innen bei Veränderungen durchführten und anschliessend dem ärztlichen Dienst weiterleiteten. Andere wiederum führten Eintrittsuntersuchungen durch, verordneten nach Rücksprache mit dem ärztlichen Dienst Maßnahmen, wie die Erhebung von Vitalparameter und nahmen an den Somatik-Rapporten teil. Einige der CADM-Pflegenden wandten diese Tätigkeiten jedoch kaum an. Laut den Interviewteilnehmenden könnte dies an der fehlenden Vergütung und dem mangelnden Selbstbewusstsein der Pflegenden liegen. Die CADM-Pflegenden konnten monatlich alternierend an Workshops und Intervisionen teilnehmen. Sie tauschten dort ihre Erfahrungen sowie ihr klinisches Fachwissen aus und führten Fallbesprechungen durch. In den Workshops vertieften und repetierten sie Untersuchungstechniken.

Within-Case-Analyse

Case 1: „CADM als unsichtbares Angebot“

Dieser Case zeichnete sich durch fehlendes Wissen und fehlende Bekanntheit des CADM in der Institution allgemein sowie bei einzelnen Teilnehmenden aus. Einigen Teilnehmenden war beispielsweise nicht bewusst, dass sie mit einer/einem CADM-Pflegenden zusammenarbeiten. Es bestand kaum Wissen darüber, was das CADM beinhaltet, welche Ausbildung diese Pflegenden hatten und wie sie konkret eingesetzt werden konnten (A06, Absatz 16; A09, Absatz 2). Dies führte dazu, dass diese Teilnehmenden viel mehr Unsicherheiten hinsichtlich einer Zusammenarbeit mit CADM-Pflegenden zeigten: „Wenn ich eine Patientin somatisch betreue, dann möchte

ich diese auch selbst untersucht haben. Weil nur dann weiß ich/ja nur dann kann ich sicher sein, dass es auch so ist, wie es ist“ (A06, Absatz 36).

Teilnehmende, welche Erfahrungen mit CADM-Pflegenden gemacht hatten, teilten diese Unsicherheiten seltener. Sie wiesen auf die Relevanz hin, positive Erlebnisse zu schaffen, um das Vertrauen aufzubauen und Unsicherheiten zu vermindern. Die fehlende Bekanntheit im Allgemeinen wurde auf das Informationsdefizit zurückgeführt, beziehungsweise darauf, dass einzelne Personen nicht erreicht wurden (A03, Absatz 44; A09, Absatz 58). In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, dass die Implementierung des CADM vor allem vonseiten der Pflege stattgefunden habe: „Die Pflegedirektion macht Dinge und die ärztliche Direktion macht Dinge und da gibt es gar nicht so viele Anknüpfungspunkte“ (A11, Absatz 4).

Case 2: „CADM als Zukunftsmodell, das die Interprofessionalität fördert“

Dieser Case zeigte das Potential für die interprofessionelle Zusammenarbeit durch das CADM. Das CADM wurde von einigen Teilnehmenden als Zukunftsmodell für die Gesundheitsversorgung angesehen, war im Berufsalltag integriert und wurde als erfolgreich wahrgenommen (A08, Absatz 2; A04, Absatz 68). Es wurde hervorgehoben, dass die Pflegenden schon immer eine zentrale Rolle in der somatischen Versorgung der Patient_innen spielten (A06, Absatz 40) und das CADM eine sinnvolle Ausbildung zur Stärkung und zum Ausbau der Pflege ist. Im CADM wurde die Chance gesehen, dass die Interdisziplinarität mehr kultiviert und gelebt wird (A11, Absatz 28). Die Zusammenarbeit sowie die Kommunikationskultur können gestärkt und flache Hierarchien gefördert werden. Die Grenzen im interprofessionellen Team werden durchlässiger gestaltet und Kompetenzen überschneiden sich: „(...), dass man halt sich gegenseitig eben auch, ja, Kompetenzen überlässt und überschreibt und definiert und man dann das Ziel hat, wie eine Synergie zu bilden aus beiden Bereichen“ (A03, Absatz 50).

Case 3: „CADM als Gefahr für den ärztlichen Dienst“

Dieser Case wurde charakterisiert durch die Bedenken, dass der ärztliche Beruf aufgrund von Kompetenzverschiebungen (CADM-Übernahme von Pflegenden) an Attraktivität verliert. Dies könnte laut Teilnehmenden den Mangel an Ärzt_innen verschärfen: „Gleichzeitig ist es aber auch ein wenig gefährlich, wenn man dann zu viel wegnimmt vom Kerngeschäft vom Arztberuf und dies verteilt auf andere

Berufsgruppen, läuft man Gefahr, dass dann der Job noch unattraktiver wird und damit den Prozess beschleunigt, dass man Nachwuchsprobleme hat.“ (A08, Absatz 2).

Diese Sorge wurde damit begründet, dass die Assistenzärzt_innen ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen unzureichend vertiefen könnten, wenn Aufgaben von Pflegenden übernommen würden: „Nicht, dass sie sofort von der Somatik weg sind und/und zu wenig nah dran sind, weil es ist/finde ich, schon auch noch wichtig, so die ganze stationäre Zeit, um das dort genug anwenden zu können und genug vertiefen zu können“ (A10, Zeile 24).

Cross-Case-Analyse

Nachfolgend wird veranschaulicht, welche fünf Themenbereiche ergänzend zu den SWOT-Kategorien aus Sicht der Teilnehmenden für das CADM zentral sind: „Stärken“, „Schwächen“, „Risiken“, „Chancen“, „Erwartungen“, „Herausforderungen“, „Nutzen“, „Kompetenzen der CADM-Pflegenden“ und „Wünsche für die Zukunft“ (Abb. 1).

Diskussion

Das Ziel dieser Studie war, die Sichtweise der Ärzt_innen sowie leitenden Psycholog_innen hinsichtlich des CADM durch Pflegende zu erfassen. Daraus resultierten drei Case-Beschreibungen, welche unterschiedliche Sichtweisen darstellen. Ergänzend konnten in der Cross-Case-Analyse neun Themenbereiche (inklusive SWOT-Kategorien) aufgezeigt werden. Die in dieser Studie beschriebenen CADM-Kompetenzen sind nur ein Teil der Rolle der Pflegenden im Alltag. Die restlichen Rollenaspекt konnten leider nicht aufgegriffen werden, sind jedoch bei der Wahrnehmung durch interprofessionelle Kolleg_innen relevant.

CADM durch Pflegende kann die somatische Versorgung in der Psychiatrie optimieren (Steinauer & Schwarze, 2018). Die vorliegende Studie zeigt jedoch auf, dass für die Teilnehmenden primär die Entlastung des ärztlichen Dienstes im Vordergrund steht. Die Relevanz, die somatische Versorgung in der Psychiatrie optimieren zu müssen, wurde nicht von allen Teilnehmenden empfunden, jedoch als mögliche und positive Eigenschaft des CADM angesehen.

Erwähnenswert ist, dass einige der Teilnehmenden zwar mit CADM-Pflegenden zusammenarbeiteten, jedoch keine Kenntnis davon hatten und nicht wussten, was das CADM beinhaltet oder wie es sich auf der Abteilung zeigte. Trotzdem wurden Akzeptanz und eine positive Einstellung der Teilnehmenden gegenüber den CADM-

Pflegenden und dem CADM geäußert. Dies ist für die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team und die Implementierung des CADM von großer Bedeutung. Laut Lemp et al. (2019) erlebten Pflegende vonseiten der Ärzt_innen Ablehnung gegenüber dem CADM. Das CADM wurde teilweise durch die Ärzt_innen belächelt, da die Ausbildungsdauer im Vergleich zum Medizinstudium um ein Vielfaches kürzer sei. Diese ablehnende Haltung konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt, sondern es konnte sogar, im Case „CADM als Zukunftsmodell, das die Interprofessionalität fördert“, das Gegenteil aufgezeigt werden.

Die Sichtweise der Teilnehmenden, die indirekte Erfahrungen mit Pflegenden mit CADM-Kompetenz machten, deckten sich weitgehend mit den Äußerungen der Teilnehmenden, die mit Pflegenden mit CADM-Kompetenz aktiv zusammenarbeiten. Für die Mehrheit der Teilnehmenden war ungewiss, was zu den Kompetenzen der CADM-Pflegenden gehört, welche Untersuchungen durchgeführt werden und wie die Pflegenden eingesetzt werden können. Dies ist auch aufseiten der Pflegenden teilweise unklar (Fennessey & Wittmann-Price, 2011; West, 2006). Dieses Unwissen kann einerseits auf eine große Bandbreite an Skill-Grade sowie Aus- und Weiterbildungen in der Pflege zurückgeführt werden. Andererseits könnte man dieses Unwissen auf eine unzureichende Bekanntheit und interne Kommunikation zurückführen, siehe Case: „CADM als unsichtbares Angebot“.

Die Kommunikation eines Unternehmens ist ein entscheidender Erfolgsfaktor, um einen Wandel zu bewirken (Lauer, 2014). Kommunikation schafft Transparenz und somit Orientierung, wodurch Widerstände verhindert werden können (Lauer, 2014). Wird Transparenz geschaffen, kann das CADM sichtbar gemacht und Orientierung zu deren Einsatz gegeben werden. Lemp et al. (2019) zeigten auf, dass die fehlende interne Kommunikation und das fehlende Konzept, zu Widerstand führten und das CADM in der Institution zu wenig wahrgenommen wurde.

Bisherige Studien zu erweiterten Pflegerollen wurden mehrheitlich zu Advanced Practice Nurses (APN) durchgeführt (Fung et al., 2014; Scheydt et al., 2020), welche über ein umfassendes fachliches und methodisches Wissen auf Masterebene verfügen. Erst kürzlich, führten Schmelzer et al. (2020) jedoch eine Analyse betreffend neuer klinischer Rollen, so genannter Klinischer Fachspezialist_innen, in einem Kantonsspital in der Schweiz durch. Klinische Fachspezialist_innen werden der Medizin zugeordnet und haben einen eigenen Berufsverband. In Abbildung 2 werden die Rollen aufgezeigt.

Klinische Fachspezialist_innen werden als Ergänzung oder anstelle von ärztlichen Fachpersonen zur Entlastung eingesetzt (Zumstein-Shaha et al., 2022). Die Teilnehmenden dieser Studie nehmen die CADM-Pflegenden auch als Entlastung wahr, beschreiben jedoch nicht, dass von Ihnen Visiten durchgeführt werden, wie es Klinische Fachspezialist_innen tun. Eine zentrale Erkenntnis der vorliegenden Studie war die Befürchtung, dass der Einsatz von Pflegenden mit CADM-Kompetenzen den Personalmangel im ärztlichen Dienst verstärken könnte, wie der Case: „CADM als Gefahr für den ärztlichen Dienst“ beschrieb. Dies wurde von Schmelzer et al. (2020) in Bezug auf Klinische Fachspezialist_innen aufgrund fehlender Ausbildungsplätze für Assistenzärzt_innen festgestellt. Es zeigte sich, dass die Akzentuierung des Pflegefachkräftemangels sowie eine mögliche Überlastung der Klinischen Fachspezialist_innen befürchtet wird. Dies deckt sich mit den vorliegenden Ergebnissen.

Der Aspekt der Verantwortungsdiffusion konnte ebenfalls aufgezeigt werden. Die unklaren Rollen- und Kompetenzverteilungen könnten die Patient_innensicherheit gefährden (Schmelzer et al., 2020). Die Wichtigkeit Rollen zu definieren und ein gemeinsames Verständnis für die Verantwortlichkeit zu erarbeiten, wurde bereits von Antoni (2010) dargelegt. Für die Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen ist die Klärung der Aufgabenstellungen im Team und die gemeinsame Identifikation von Wissens- und Kompetenzbereichen wichtig (Antoni, 2010). Die beschriebene Relevanz des offenen und direkten Umgangs im Team sowie des Vertrauensaufbaus deckt sich mit den vorliegenden Ergebnissen. Durch eine klarere Definition der Rolle und einem Skill-Grade-Mix aus interprofessioneller Sicht, könnte sich das Risiko vermindern, dass CADM-Pflegende als Lückenfüller eingesetzt werden, wenn akuter Mangel bei Assistenzärzt_innen besteht.

Lemp et al. (2019) beschrieben, dass die Pflegenden ihr Selbstbewusstsein durch das CADM stärken konnten und sich durch höhere Kompetenzen, Sicherheit, Strukturiertheit sowie differenziertere Entscheidungsfindung auszeichnen. Diese Einschätzung der Pflegenden deckt sich weitgehend mit der Fremdeinschätzung der Teilnehmenden dieser Studie. In den Beobachtungssequenzen wurden die CADM-Pflegenden jedoch zurückhaltend erlebt.

Der hohe Stellenwert der Workshops und Intervisionen, die Wichtigkeit der Durchführungsmöglichkeiten des CADM und die Supervision der CADM-Pflegenden durch die Ärzt_innen auf den Abteilungen zeigten auch Lemp et al. (2019) auf. Die

Supervisionen oder Coachings der CADM-Pflegenden waren für die Teilnehmenden mit Aufwand verbunden, wurden jedoch als wichtig für die Zusammenarbeit und Vertrauensbildung eingestuft. Dennoch besteht in dieser Hinsicht Bedarf, die Supervisionen auszubauen und der Stagnation der Implementierung entgegenzuwirken. Mentoring-Programme durch eine APN können anderen Pflegenden helfen, ihre Kompetenzen zu vertiefen und auszubauen (Leggat et al., 2014). Dies könnte eine Möglichkeit sein, die Ärzt_innen in ihrer Coachingrolle zu entlasten und die CADM-Pflegenden zu stärken.

Stärken und Limitationen

Die Qualität dieser Studie wurde anhand der genannten Kriterien bewertet (Charmaz, 2014). Die Glaubwürdigkeit wurde durch die transparente Ergebnisdarstellung erreicht. Die Studie bietet neue Erkenntnisse zum Erleben von Ärzt_innen und leitenden Psycholog_innen betreffend des CADM durch Pflegende, was für die Originalität der Studie spricht. Das Kriterium Nützlichkeit wurde erreicht, indem die Ergebnisse einen Beitrag für die Implementation des CADM durch Pflegende leisten können. Es nahmen nur zwei Assistenzärzt_innen an der Studie teil. Diese arbeiteten auf den Abteilungen am engsten mit den CADM-Pflegenden zusammen, weshalb es für die Resonanz von Vorteil gewesen wäre, weitere Assistenzärzt_innen zu befragen. Eine weitere Limitation der Studie stellt die Übertragbarkeit der Resultate auf andere psychiatrische Settings dar, da die Studie nur in einer Institution durchgeführt wurde und unklar ist ob und wie das CADM durch Pflegende in anderen Institutionen existiert. Weiter stellt das Auswahlverfahren eine Limitation dar, da Personen gezielt und nicht systematisch angefragt wurden. Dadurch konnten womöglich Meinungen von Personen nicht untersucht werden, weil sie nicht direkt kontaktiert wurden. Es konnte keine Validierung der Ergebnisse mit den Teilnehmenden durchgeführt werden. Die Resultate der Analyse hätten dadurch verifiziert oder bei Bedarf adaptiert werden können.

Schlussfolgerung

Es liegen kaum Studien vor, welche das Erleben von Ärzt_innen oder leitenden Psycholog_innen betreffend Pflegenden mit CADM-Kompetenzen untersuchten. Die vorliegende Studie konnte somit ein Beitrag leisten dieser Wissenslücke entgegenzuwirken.

Die Resultate dieser Studie zeigen, dass die Teilnehmenden motiviert sind, das CADM durch Pflegende zu implementieren, weil sie es für die Patient_innen als sinnvoll erachten. Ohne diese Motivation und damit verbundene Bereitschaft zur Umsetzung, wäre die Implementation kaum möglich. Weiter würde durch diese Unterstützung und Anerkennung das Rollen-Selbstbewusstsein der Pflegenden gestärkt werden. Die Unklarheiten zu Verantwortung, Rollendefinitionen und Einsatzmöglichkeiten sowie die unzureichende Kommunikation erschweren die Implementierung des CADM in die klinische Praxis. Die vorliegenden Ergebnisse können den bestehenden sowie angehenden CADM-Pflegenden eine Orientierung geben, wie die Ärzt_innen und leitenden Psycholog_innen zu der Thematik stehen und was diese von ihnen erwarten.

Aus den Ergebnissen können folgende Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden: Rollenklarheit schaffen (interprofessioneller Skill-Grade-Mix). Etablierung und Implementation von CADM-Kompetenzen bei Pflegefachpersonen mittels konkretem Framework und unter Beachtung der Rollenkonzepte (siehe Abb. 2). Weiter könnte eine APN für das klinische Coaching der CADM-Pflegenden stützend sein. Diese Empfehlungen richten sich vor allem an die übergeordnete Implementation in der Institution und werden in Tabelle 2 ausgeführt. Für die Implementierung ist es unabdingbar, dass das Management und somit die Direktionen der Fachbereiche Pflege und ärztlicher Dienst sich einig sind, was mit dem Einsatz der unterschiedlichen Rollenbildern erreicht werden soll. Die Fachbereiche sollten gemeinsam eruieren, für welche Ziele welche Rolle eingesetzt wird.

Für die weitere Forschung wird als wichtig erachtet, eine stärkere Perspektive der Assistenzärzt_innen und somit noch stärker den Fokus auf die klinische Praxis zu erfassen. Weiter wird als zukünftiges Forschungsziel empfohlen, das Erleben der Patient_innen und deren Angehörigen hinsichtlich des CADM durch Pflegende zu untersuchen sowie den Effekt auf die Qualität der Versorgung.

Literatur

Antoni, C.H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24.

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027>

Berner Fachhochschule. (2022). *CAS/Clinical Assessment and Decision Making*.

<https://www.bfh.ch/de/weiterbildung/cas/clinical-assessment-decision-making/>

- Bregenzer, U. & Dolci, B. (2018). Psychiatrische Gesundheit bedingt auch somatische Pflege. *fmc-impulse*, 01. <https://www.fmc.ch/de/fmc-publikation/fmc-impulse/mitgestalten-und-interessenkonflikte-loesen>
- Bundesamt für Statistik. (2018). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017* (Statistik der Schweiz). <https://damapi.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/6426300/master>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. 2nd edition. Sage.
- Creswell, J. W. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 4th edition. Sage.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Auflage. Eigenverlag.
- Fennessey, A. & Wittmann-Price, R. A. (2011). Physical Assessment: A Continuing Need for Clarification: A Continuing Need for Clarification. *Nursing Forum*, 46(1), 45–50. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00209.x>
- Flick, U. (2011). *Triangulation: Eine Einführung*. 3. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fung, Y.L., Chan, Z. & Chien, W.T. (2014), Systematic review on role performance of psychiatric APN. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21, 698-714. <https://doi.org/10.1111/jpm.12128>
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O’Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. 5th edition. Elsevier Saunders.
- Hepp, U. (2018). Somatische und psychische Komorbidität: Herausforderung für die Integrierte Versorgung. *fmc-impulse*, 01. <https://www.fmc.ch/de/fmc-publikation/fmc-impulse/mitgestalten-und-interessenkonflikte-loesen>
- ICH. (2016). Integrated addendum to ICH E6(R1): Guideline for Good Clinical Practice. E6(R2). https://database.ich.org/sites/default/files/E6_R2_Addendum.pdf
- Kantonsspital Winterthur. (2017). *Aufgabenliste Klinische Fachspezialistin / Physician Assistant / Clinical Nurse*. <https://www.dropbox.com/s/e908d1dl28v0eku/Aufgabenliste%20Klinische%20Fachspezialistin.docx?dl=0>
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Material*. 6. Auflage. Beltz.
- Lauer, T. (2014). *Change Management. Grundlagen und Erfolgsfaktoren*. 2. Auflage. Springer Gabler.

- Leggat, S., Balding, C. & Schifftan, D. (2014). Developing clinical leaders: The impact of an action learning mentoring programme for advanced practice nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1576–1584. <https://doi.org/10.1111/jocn.12757>
- Lemp, T. (2019). Das Klinische Assessment in der psychiatrischen stationären Pflege. "Ich will nicht den Doktor spielen!" - Erfahrungen mit der Implementierung des Clinical Assessments and Decision Making in der psychiatrischen Pflege; eine Inhaltsanalyse. Unveröffentlichte Masterarbeit, Pflege. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A. & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Pelz, W. & Döring, M. (2018). *SWOT-Analyse*. <https://www.lokale-demokratie.de/wp-content/uploads/2014/11/SWOT-Analyse.pdf>
- Ritchie, H. & Roser, M. (2018). *Mental Health*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Schmelzer, S., Hollenstein, E., Stahl, J., Wirz, M., Huber, M., Nast, I. & Liberatore, F. (2020). *Task Shifting in der inter-professionellen Zusammenarbeit. Schlussbericht Mandat 14. Eine Studie der ZHAW Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Institut für Physiotherapie, Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis*. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/20950/3/2020_Schmelzer-et-al_Task-Shifting-IPZ.pdf
- Scheydt, S., Holzke, M. & Hegedüs, A. (2020). Advanced Nursing Practice im psychiatrisch-psychosozialen Kontext: Übersicht und Vergleich der unterschiedlichen „erweiterten“ Rollenprofile der psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Praxis*, 47(3), 118–127. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0195>
- Spiess, M. & Ruffin, R. (2018). Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-) Psychiatrie-Akutsomatik: Analyse von Modellen guter Praxis im Bereich der Versorgung von psychisch erkrankten Personen mit zusätzlichen somatischen Erkrankungen. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte_versorgung/kov-patientengruppe-psych-somat-berichtmodelle.pdf.download.pdf/181018_BAG_akutpsy_Schlussbericht_definitiv.pdf

- Steinauer, R. & Schwarze, T. (2018). Somatische Gesundheit auch in psychiatrischen Institutionen fördern. *fmc-impulse*, 01. <https://www.fmc.ch/de/fmc-publikation/fmc-impulse/mitgestalten-und-interessenkonflikte-loesen>
- Thalmann, S. (2019). Die Umsetzung von Clinical Assessment und Decision Making durch Pflegefachpersonen in der Psychiatrie - Pionierarbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Herausforderungen in Abhängigkeit persönlicher und struktureller Faktoren. Unveröffentlichte Masterarbeit, Pflege. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- West, S. L. (2006). Physical assessment: Whose role is it anyway? *Nursing in Critical Care*, 11(4), 161–167. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2006.00161.x>
- Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. https://who-sandbox.squiz.cloud/_data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- Yin, R. K. (2018). *Case study research: Design and methods* (6th edition). Sage.
- Zumstein-Shaha, M., von Dach, C., Moramba, R., Thormann, K., Schenk, M., Fröhli, C., Schlunegger, M. C., Hahn, S. & Eissler, C. (2022). Neue Rollen der nicht-ärztlichen Berufe in der Schweizer Grundversorgung. *Primary and hospital care – Allgemeine Innere Medizin*, 22(4), 106–109. <https://doi.org/10.4414/phcd.2022.10398>

Historie

Manuskripteingang: 31.07.2022

Manuskript angenommen: 04.01.2023

Danksagung

Für das Vertrauen und die Zeit bedanken wir uns bei allen Teilnehmenden. Ein weiterer Dank gebührt allen, die bei der Umsetzung der Studie unterstützt haben.

Autorenschaft

Substanzieller Beitrag zu Konzeption oder Design der Arbeit: VW, UB, SM

Substanzieller Beitrag zur Erfassung, Analyse oder Interpretation der Daten: SM, VW

Manuskripterstellung: SM, VW, UB

Einschlägige kritische Überarbeitung des Manuskripts: VW, UB, SM

Genehmigung der letzten Version des Manuskripts: VW, UB, SM

Übernahme der Verantwortung für das gesamte Manuskript: VW, UB, SM

ORCID

Samira Marti

<https://orcid.org/0000-0001-5300-9541>

Ursula Regina Bregenzer

<https://orcid.org/0000-0003-4256-6988>

Veronika Waldboth

<https://orcid.org/0000-0003-2785-3241>

Dr. Veronika Waldboth

Institut für Pflege

Departement Gesundheit

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Katharina-Sulzer-Platz 9

8400 Winterthur

Schweiz

walo@zhaw.ch

Tabelle 1. Soziodemographische Daten der Teilnehmenden (n=11)

Geschlecht	Männlich	5
	Weiblich	6
Alter, in Jahren	30-40	4
	41-50	3
	51-60	4
Beruf/Position	Assistenzarzt_in	2
	Oberarzt_in	1
	Leitende_r Arzt_in	3
	Chefarzt_in	2
	Leitende_r Psycholog_in	2
	Externe_r Arzt_in	1
Arbeitsjahre in der Institution	1-5	6
	6-10	3
	11-30	2

Tabelle 2. Empfehlungen für die Praxis

Übergeordnete Themenfelder

Rollenklarheit schaffen	<ul style="list-style-type: none">• Kompetenzen und Aufgabenbereiche definieren.• Rollen auf den Abteilungen vereinheitlichen.
Etablierung und Implementation	<ul style="list-style-type: none">• Interprofessionell eruieren, welche Rollen benötigt werden und entsprechend einsetzen.• Vorstellung der CADM-Rolle in interprofessionellen Gefässen und Informationsfluss sicherstellen.• Rollenbeschreibung/ Stellenbeschreibung für Pflegende mit CADM Kompetenz• Bedarfserhebung auf den Abteilungen für eine gezieltere Implementation und Ausbau.
Supervision ausbauen	<ul style="list-style-type: none">• Regelmässige Supervisionen im interprofessionellen Team auf den Abteilungen planen.• In Workshops nach Möglichkeit Sequenzen einbauen, in denen Pflegende auf der Abteilung Patient_innen untersuchen.• Implementation einer APN für den weiteren Ausbau und Unterstützung der CADM-Pflegenden.



Abbildung 1. Cross-Case-Analyse (eigene Darstellung).

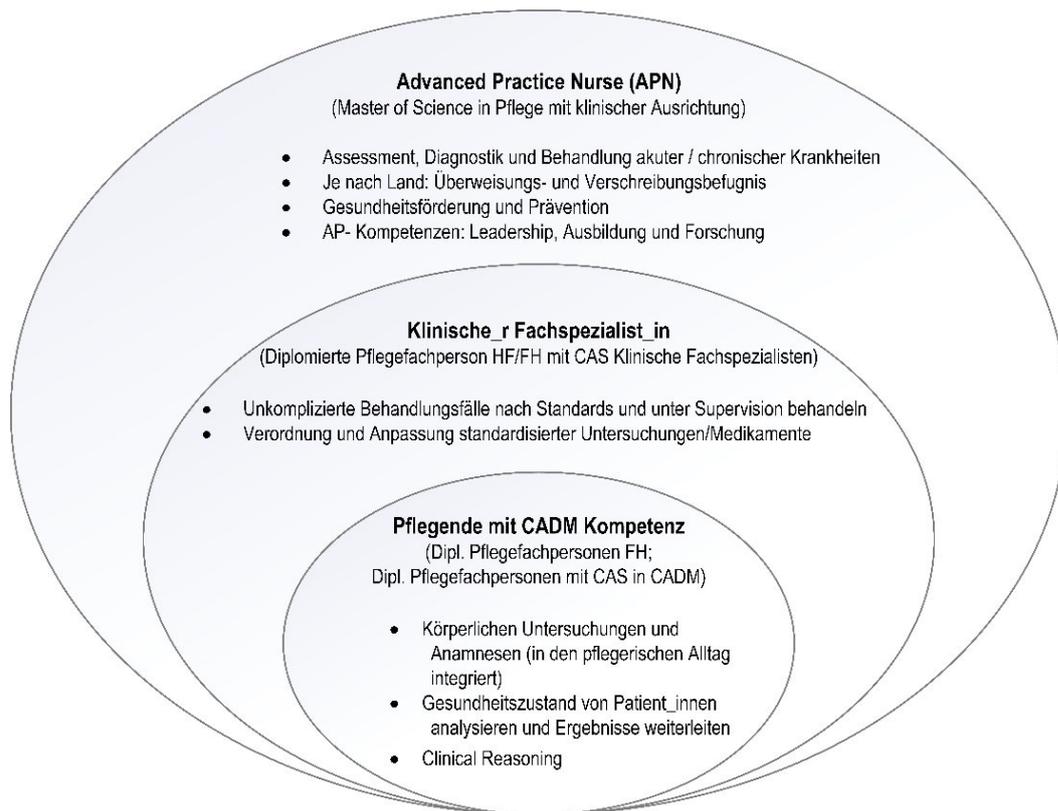


Abbildung 2. CADM-Kompetenzmodell der klinischen Praxis (eigene Zusammenstellung). Quellen: Berner Fachhochschule (2022); Hamric et al. (2014); Kantonsspital Winterthur (2017); Scheydt et al. (2020).