

Die neue Modell- und Ausbildungsstation in der Akutpsychiatrie



Abstract

Ausgangslage: Der Fachkräftemangel ist spürbar und wächst weiterhin. Besonders im Bereich Pflege und Medizin sind die Vakanzen in der psychiatrischen Akut- und Grundversorgung mittlerweile nur sehr schwer zu besetzen. Zudem gibt es neue Herausforderungen in der Patientenversorgung: Die Inanspruchnahme für psychiatrische Behandlungen wächst allgemein, auch durch eine vermehrte Zuweisungen von FU-Patienten; die Diagnostik der Krankheitsbilder wird komplexer und schwieriger; ethische Fragestellungen werden vermehrt berücksichtigt, um die Zwangsmassnahmen weiter zu reduzieren; der Druck, eine gute Wirtschaftlichkeit zu erzielen, lastet weiterhin auf den psychiatrischen Kliniken.

Zielsetzung: Eine neue **Modell- und Ausbildungsstation** sollte Behandlungsqualität und Zufriedenheit der Mitarbeitenden verbessern. Dazu sollten neue evidenzbasierte Modelle, Theorien und Instrumente eingeführt werden. Dabei stand die **interprofessionelle Zusammenarbeit** im Zentrum der Veränderungen.

Ablauf: Ab dem 1. April 2023 wurde eine Akutstation in eine neue Modell- und Ausbildungsstation innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) umgewandelt. Der Aufbau geschah dynamisch im laufenden Betrieb der akutpsychiatrischen Versorgung und umfasste verschiedene miteinander verbundene Elemente.

Struktur: Die duale Führung der Station wurde zunächst reorganisiert. Die zuständige Oberärztin leitet seitdem mit der jeweiligen Schichtleitung, der **Primary Nurse**, die neue Station. Die Leitung am eingeführten sog. "**Huddle**" trägt neu die **Primary Nurse zusammen mit der Oberärztin**. Entscheidungen, die Stationsprozesse betreffen, werden im Team interprofessionell abgesprochen und entschieden.

Ergebnisse: Nach Etablierung der neuen Modell- und Ausbildungsstation kam es bei den ersten 63 Patienten zu einer **höheren Symptomreduktion** und zu **weniger Einsätzen von freiheitsbeschränkenden Massnahmen**. Die **Mitarbeitendenzufriedenheit zeigte sich ebenfalls leicht verbessert**.

Schlussfolgerung: Die neue Modell- und Ausbildungsstation stellt ein erfolgreiches Modell dar, die Behandlungsqualität und die Zufriedenheit auf einer psychiatrischen Akutstation zu verbessern.

1. Projektleitung

Aline Montandon, Leitung Pflege, Fachtherapien und Sozialdienst und Mitglied der Geschäftsleitung;
Prof. Dr. med. Marc Walter, Klinikleiter und Chefarzt

2. Projektteam

Tabea Meijer, Leitung Projektteam,
Michel Bamert, pflegerische Zentrumsleitung,
Dr. med. Maxim Zavorotnyy, ärztlicher Zentrumsleiter und Chefarzt

3. Berufsgruppen und Funktionen im interprofessionellen Behandlungsteam

Leitender Arzt, Oberärztin, Assistenzärzte- und Ärztinnen, Primary Nurses, Pflegefachpersonen HF, Fachfrau:mann Gesundheit FaGe EFZ, Psycholog:innen, Sozialdienst, Mobile Unterstützung Deeskalation, Kunsttherapeut:innen, Sporttherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Berufsbildner:innen, Stationsassistentin, Raumpflegerin, Seelsorge, Lernende und Studierenden sämtlicher Professionen, insbesondere für Berufe im Gesundheitswesen, sind ebenfalls auf der Station integriert.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage in der Schweiz	3
2	Zielsetzung	5
3	Angebotsbeschreibung	6
3.1	Primary Nursing	6
3.2	Kernteam	7
3.3	Huddle-Board	7
3.4	Schichtleitung	8
3.5	Creative-Prozess	8
4	Aufbau und Führung	10
5	Wirtschaftlichkeit	11
6	Evaluation	12
6.1	Methoden	12
6.2	Ergebnisse	13
6.3	Fazit	0
7	Literaturverzeichnis	2

1 Ausgangslage in der Schweiz

Der Arbeitsmarkt im Gesundheitssystem Schweiz ist hoch dynamisch. Die Spitäler stehen unter enormem Druck und versuchen mit immer neuen, vor allem monetären, Anreizen zu werben. Ein Beispiel geht aus der NZZ (Kälin, 2023) hervor. Der Artikel beschreibt, dass die Zürcher Stadtspitäler rund 27.6 Millionen in die Erhöhung der Löhne der Pflegefachpersonen investieren wollen, als Zeichen der Stärkung dieses Berufes. Die Zürcher sind damit nicht alleine. Laut WOZ (Turcan, 2023) erhöht das Spitalzentrum Biel die Löhne und Zulagen ihrer Angestellten um rund 2.8%.

Bei den medizinischen Berufen, insbesondere bei den Ärzt:innen, werden vor allem die Wochenarbeitszeiten diskutiert. Die schweizerische Ärztezeitung hat im 2020 einen Artikel veröffentlicht, in dem eine Studie publiziert wurde, welche zeigt, dass über 50% der Ärzt:innen in der Schweiz unerlaubterweise mehr als 56 Stunden arbeiten. Die Anzahl von erschöpften und belasteten Ärzt:innen nimmt zu.

Hinzu kommt, dass das Gesundheitssystem Schweiz durch unzählige Regulatoren beeinflusst und gesteuert wird, was die Behandlungsteams in ihrer täglichen Arbeit oft als zusätzlichen administrativen Aufwand wahrnehmen.

Mit der Einführung von Swiss Diagnosis Related Groups (DRG) wurde die Finanzierungsstruktur der stationären Versorgung stark verändert. Der Kostendruck für eine nachhaltige Finanzierung auf die vor allem öffentlichen Spitäler, nimmt laufend zu. Erschwerend kommen die aktuelle Inflation und die Lohnforderungen der Mitarbeitenden hinzu. Müssen Betten geschlossen werden, weil sie auf Grund des Fachkräftemangels nicht mehr betrieben werden können, schlägt sich dies in einer defizitären Buchhaltung nieder. Die Häuser müssten also daran interessiert sein, nebst monetären Anreizen, Modelle zu schaffen, welche für das Personal lukrativ sind, Prozesse verschlanken und gleichzeitig die Qualität der Versorgung verbessern. Mit der zunehmenden Ambulantisierung und der verkürzten Aufenthaltsdauer nimmt die Behandlungskomplexität im stationären Setting fortlaufend zu. Besonders auf den Notfallstationen steigt die Belastung. Gründe dafür sind unterschiedlich. Einerseits hat sich durch die Ambulantisierung die Patientenstruktur in den vergangenen Jahren verändert, andererseits ist die Entstigmatisierung in der Psychiatrie weit fortgeschritten. Das Behandlungssetting hat sich dadurch ebenfalls verändert, von einem geschlossenen zu einer offenen Haltung – dies fordert aber auch viel Fachkompetenz und eine moderne Haltung "auf Augenhöhe" den Patienten gegenüber.

Aus diesen Gründen wurde ein Projekt lanciert, das für die Professionen auf der Station lukrativ ist und bei dem auch der Arbeitsinhalt und die damit verbundene Sinnhaftigkeit an Gewicht gewinnt. Das heisst, es

sollen neue Arbeitsmodelle integriert, komplett andere Prozess eingeführt und die interprofessionelle Arbeit ins Zentrum gestellt werden.

Das Projekt wird als Pilot auf einer Station mit Schwerpunkt F2 Diagnose (Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis) durchgeführt. Die Station gehört der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP) der PDAG an. Die Station gehört zu einer der fünf Akutstationen der Klinik und stellt die Notfallversorgung der Aargauer Bevölkerung sicher. Die Station ist verpflichtet zu jeder Tages- und Nachtzeit über das gesamte Jahr hinweg aufnahmefähig zu sein.

*interprofessionelle Zusammenarbeit: Sämtliche Berufe, welche im stationären Setting am Behandlungspfad vom Patienten involviert sind (Ärzt*innen, Psycholog*innen, Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, Therapeut*innen etc. nicht abschliessend und vollständig)

Untenstehend: Daten zur Station vom 1. Quartal Januar bis März 2023

Betten	Pflegetage	Eintritte	Austritt	DMI	Aufenthaltsdauer
24	1889	62	60	1.022	22d

2 Zielsetzung

Die neue Modell- und Ausbildungsstation erzielt durch innovative Prozesse operativen Erfolg. Evidenzbasierte neue Modelle, Theorien und Instrumente wurden eingeführt, um diese dort zu validieren, bevor sie überführt werden können. Die interprofessionelle Zusammenarbeit steht im Zentrum und wird stark gefördert.

Lernende und Studierende werden noch besser auf die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis vorbereitet. Dem Mangel an Pflegefachkräften und jungen Ärztinnen und Ärzten wird vorgebeugt, indem noch mehr Pflegefachkräfte und Fachärzt:innen ausgebildet werden.

Das Ziel ist es, stetig neue Arbeitszeitmodelle und Organisationswelten zu schaffen, so dass eine noch bessere Behandlungsqualität erzielt werden kann und die klinischen Mitarbeiter:innen ein besseres Commitment erreichen können.

Die Bedürfnisse der jetzigen und kommenden Generationen können fortlaufen neu evaluiert und angepasst werden mittels Standards und Assessments der zentralen Bildung.

Dem Fachkräftemangel wird mittels innovativer und interprofessionell geführter Prozesse sowie neuen Arbeitszeitmodellen entgegengewirkt.

Die Interdisziplinarität wird durch interprofessionelles Arbeiten am **Huddle-Board**, Gefäßen für Teamreflexivität, einer Stärkung der Kernteamarbeit, sowie schlanken Lean-Prozessen gefördert, damit die Patient:innen schneller und individueller ihre Therapieziele erreichen. Dadurch wird eine Behandlung „auf Augenhöhe“ erreicht, die eine moderne Beziehungsgestaltung in der Psychiatrie charakterisiert.

Neu entwickelte Modelle, die innerhalb der Organisation entwickelt wurden, können innert nützlicher Frist am „Real-Life-Setting“ evaluiert werden. Die Performanz des Produkts steigt und wird messbar gemacht.

3 Angebotsbeschreibung

Durch Modernisierung und Umstrukturierung wurde die bestehende Akutstation KPP-4 ab dem 1. April 2023 in eine neue **Modell- und Ausbildungsstation** umgewandelt. Die Station bietet die Möglichkeit einerseits neue Projekte im Alltag auf ihre Durchführbarkeit zu prüfen, aber auch betrieblich evaluierte Standards aus der Forschung zu implementieren. Dabei stehen der Patientenzentrierte-Ansatz, sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit* im Zentrum.

Auf der Modell- und Ausbildungsstation wird, wie auf einer vergleichbaren Station, der Behandlungsauftrag mit derselben Auslastung erfüllt. Es werden akut psychisch kranke Patient:innen behandelt.

Durch die Etablierung der Modell- und Ausbildungsstation wurde die Behandlungsqualität gesteigert, da es durch das Konzept möglich wurde, die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit enger aneinander zu knüpfen. Entsprechend gross ist das Fachwissen von und über angrenzende Fachdisziplinen und Professionen. Den Patient:innen wird so ermöglicht, schneller ihre individuellen Therapieziele zu erreichen.

Lernende und Studierende sollen noch besser auf die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis vorbereitet werden (Oosterom, Floren, Ten Cate, & Westerveld, 2019).

Die Leistungsverdichtung erfordert neue Prozesse um Risiken zu minimieren, neue Organisationsformen zu suchen und innovative Lösungen zu erproben. Deshalb wurde das Konzept der Primary Nursing «PN» etabliert. Damit die Primary Nurse die erhofften Qualitätsverbesserungen in der pflegerischen Versorgung evaluierbar erbringt, muss die Umsetzung im Alltag gewollt, sichtbar und für alle Beteiligten spürbar sein. Die Verantwortung der primär zuständigen Pflegefachperson (Primary Nurse) ist eine Planungs-, Entscheidungs-, Durchführungs- und Kontrollverantwortung für die Pflege der ihr anvertrauten Patienten. Diese Verantwortung erstreckt sich über den gesamten Aufenthalt der jeweiligen Patienten auf einer Station.

3.1 Primary Nursing

Fünf Primary Nurses arbeiten Montag bis Freitag kollaborativ mit den fallführenden Ärzt:innen/ Psycholog:inne und den Patient:innen als Kernteam zusammen. Je nach Bedarf gehören zum Kernteam auch noch der Sozialdienst oder Fachtherapeuten. Damit eine Implementierung von Primary Nursing gelingt und sich auch die erhofften positiven Effekte für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und letztlich den Betrieb

selbst einstellen können, muss die Qualität des Primary Nursing stimmen. Dies geschieht durch die konsequente Erstellung und Umsetzung einer strukturierten und standardisierten Pflegeplanung. Die Arbeit der PN's wird laufend evaluiert, inhaltlich und formal.

Ebenfalls im Rahmen der Qualitätssicherung sind die PN's in stetigem Austausch mit dem Leiter Pflegeentwicklung der PDAG.

Die nahtlose, nicht durch Spät- und Nachtdienste unterbrochene Anwesenheit der PN's ermöglicht eine engere, kontinuierliche Zusammenarbeit der Pflege mit den Fallführenden Ärzten:innen/ Psycholog:innen.

3.2 Kernteam

Das «Herzstück» der Interdisziplinären Zusammenarbeit auf der Modell- und Ausbildungsstation ist das Kernteam, welches aus fallführenden Ärzt:innen/ Psycholog:innen, der Primary Nurse und der Patient:in besteht. Je nach Bedarf und Komplexität der Patientengeschichte, kann das Kernteam durch den Sozialdienst und oder Fachtherapeut: in ergänzt werden. Das Kernteam baut ein gemeinsames Fall – und Behandlungsverständnis auf und trägt die Verantwortung für die Behandlungsplanung und – Durchführung. Dies führt zu einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Behandlung. Die Oberärztin der Station ist Anlaufstelle für Fragen und Unklarheiten und supervidiert die Arbeit des Kernteams. Bei Bedarf schaltet sie sich in die Behandlung ein und oder übernimmt die Führung. Einmal in der Woche treffen sich die Fallführenden und die Primary Nurse und evaluieren ihre Zusammenarbeit mit Hilfe der Teamreflexion nach West et al (2006).

3.3 Huddle-Board

Das Huddle-Board kommt aus dem Daily Management, welches ein wichtiger Bestandteil des Lean Managements im Gesundheitswesen ist.

Ein Huddle-Board ist eine beschreibbare Tafel (Whiteboard), welche für die interdisziplinäre Kommunikation eingesetzt wird.

Das auf dieser Station genutzte Huddle-Board wurde über mehrere Wochen interdisziplinär entwickelt und evaluiert, um darauf genau jene Themen abzubilden, die für unsere Station relevant sind.

Die Inhalte des Huddle-Boards werden laufend aktualisiert zweimal täglich in kurzen Meetings, sogenannten Huddles besprochen (Bicheno, 2008). Somit ist das Huddle-Board gleichermassen ein Instrument zur Visualisierung der besprochenen Themen, wie auch ein Treffpunkt für das Meeting.

Ziel des Huddles ist es ein rascher Überblick über die Situation auf der Station zu erlangen sowohl bezüglich Patientensituation als auch organisatorisch.

Da das Huddle interdisziplinär genutzt wird, wurden Übergaberapporte gekürzt oder ganz aufgehoben. In einem immer gleichen strukturierten Ablauf werden die vordefinierten, tagesaktuellen Kennzahlen mitgeteilt, sodass die Patientinnen und Patienten bestmöglich koordiniert betreut werden können. Somit dient das Huddle der Schichtleitung auch als Steuerungstool. Da die Kennzahlen und Informationen bezüglich Spitalalltag und Lean-Initiativen (beispielsweise Anzahl Ein- und Austritte, Abweichungen vom Standard, Mitarbeitenden- und Patientenzufriedenheit etc.) für alle Berufsgruppen sichtbar sind, wird die Transparenz zwischen den Leistungserbringern gefördert. Dies führt zu einer Steigerung von Effizienz und Qualität beim Informationsaustausch und dadurch wiederum zu einem höheren Mass an Verantwortlichkeit sowie einer verstärkten Kultur der Zusammenarbeit. Da Vorfälle oder Abweichungen vom Standard frühzeitig interdisziplinär registriert werden, wurde die Patientensicherheit erhöht.

Das Ziel des Huddle-Boards ist es somit, die Mitarbeitenden mit den Prozessen zu verbinden, die sie durchführen. Dazu sollen Erfolge kommuniziert, Probleme im Arbeitsbereich aufgezeigt und Ziele mit tatsächlichen Leistungen verglichen werden (Brand & Rüegg, 2016).

Am Huddle wird nicht auf komplexe Patientensituationen eingegangen. Falls solche dort identifiziert werden, wird das Anliegen an das Kernteam triagiert.

3.4 Schichtleitung

Auf der Modell- und Ausbildungsstation gibt es keine Stationsleitung und oder Stellvertretung. Im Frühdienst übernimmt jeweils eine Woche lang von Montag bis Freitag eine Primary Nurse die Schichtleitung. Die Schichtleitung wird jede Woche einer anderen Primary Nurse zugeordnet, nach dem Rotationsprinzip. Das heisst, die jeweilige Schichtleitung trägt den Lead über die Organisation der Station, koordiniert Aufgaben und führt das Controlling durch. Die Schichtleitung erhält so spezifische Aufgaben und Kompetenzen, welche ihr, anders als den restlichen Teamer des Dienstes, obliegen.

Dadurch wird die interdisziplinäre Kernteam-Arbeit gestärkt, da nicht die Stationsleitung inhaltlich-fachlich den Behandlungsprozess führt, sondern das Kernteam. Die Behandlung gewinnt an Tiefe.

Die Schichtleitung wird in der Linie von der Leitung Pflege geführt und gecoacht.

3.5 Creative-Prozess

Alle drei Wochen findet ein interdisziplinärer Creative-Prozess statt. Im Creative-Prozess haben alle interdisziplinären Mitarbeitenden die Gelegenheit Ideen, neue Standards oder Prozesse zu besprechen oder zu kreieren. Der Prozess dient allen Berufsgruppen als offener Austausch. Ziel soll sein, neue Ideen zum Leben zu erwecken. Die 4 K's des 21. Jahrhunderts – Kreativität, Kollaboration, Kommunikation und kritisches

Denken - sind gewinnbringend für alle Mitarbeitenden, da sie sinnstiftend sind, eine hohe Beteiligung fordern und alle miteinbeziehen (Caduff, 2018). Im Creative-Prozess besteht die Möglichkeit, dass ein Mitarbeiter:in eine Idee anbringt, welche den Stationsalltag prägt, verbessert oder die interprofessionelle Zusammenarbeit noch stärker ergänzt. Gemeinsam im Team wird die Idee besprochen. Ein gegenseitiges Verständnis zwischen allen Berufsgruppen soll geschaffen werden. Zusätzlich können nicht betroffene Professionen neue Blickwinkel oder andere Lösungsansätze gewinnen.

Vielleicht benötigt es für eine Idee mehr Zeit, um die notwendigen Daten, Ressourcen, Materialien und Fachkenntnisse zu sammeln. Dann besteht die Möglichkeit eine Projektgruppe zu bilden oder einen Workshop zu organisieren, wobei die Idee ausgearbeitet wird und an einem kommenden Creative-Prozess vorgestellt wird.

Der Prozess kann dem Team helfen, die eigenen internen Abläufe oder Prozesse bewusster zu machen. In einem letzten Schritt geht es danach darum, die neue Idee, welche implementiert wurden, zu evaluieren. Die Arbeitsprozesse sollen so erleichtert, die interprofessionelle Arbeit gestärkt werden.

4 Aufbau und Führung

Die personelle Führung und die medizinische Verantwortung der Station obliegt der Klinik-- respektive der Zentrumsleitung für Psychiatrie und Psychotherapie stationär.

Besonders hervorzuheben gilt die Zusammenarbeit mit dem Querschnitt Pflege, Fachtherapien und Sozialdienst in der Matrixorganisation. Diese Organisationsform ist komplex, ermöglicht aber gleichzeitig eine optimale Synergienutzung zwischen den Professionen und die Interprofessionalität kann so vom oberen Kader vorgelebt werden.

Die Projektleitung, die Leitung Pflege & Fachtherapien bilden zusammen mit der Zentrumsleitung die operative Führung des Projektes. Der aktuelle Stand und die Kennzahlen werden pro Quartal in der Geschäftsleitung präsentiert und im Verwaltungsrat rapportiert. Dies zeigt, dass das Projekt durch sämtlich Führungslinien, Hierarchien und Professionen unterstützt und getragen wird.

5 Wirtschaftlichkeit

Die Station läuft unter demselben Leistungsauftrag wie zuvor. Es brauchte weder eine Budgetanpassung noch wurde aufgrund der bisherigen Berechnung mit Mehrkosten gerechnet. Mehrkosten die laufend anfallen werden mit Lohnminderungen (Wegfall Stationsleitung/Fremdpersonal) gegenverrechnet.

Die Umsetzung des Projektes erfolgt dynamisch, das bedeutet, dass auch während der Einführung die budgetierte Soll-Belegung als Zielsetzung gilt.

Mittelfristig bis längerfristig kann mit einer Effizienzsteigerung gerechnet werden, dies müsste sich in den erhöhten Pflgetagen zeigen. Aufgrund der schlanken Prozesse und der reduzierten Infoabbrüchen müssten die Patienten rascher austreten können.

Aufgrund der konstanten Bezugsperson und den standardisierten Einschätzungen und Verantwortlichkeiten gehen wir davon aus, dass die Fremdpersonalkosten für Vakanzen reduziert werden können, da die Kontinuität des Teams die bisherige Fluktuation unterbricht. Damit können Folgekosten von Rekrutierung und Onboarding sowie zeitliche Ressourcen gespart werden.

Ausserdem gehen wir davon aus, dass mit einer konstanten Bezugsperson die 1:1 Betreuungen reduziert werden können, was sowohl positive Auswirkungen auf Patient:innen und auch auf die Kosten hat.

6 Evaluation

Die Modell- und Ausbildungsstation ging per 1. April 2023 in den Betrieb über. Somit stehen für drei Monate klinikeigene Routinedaten zur Verfügung, die eine erste Evaluation ermöglichen. Wie erwähnt sollen durch die verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit, die Offenheit für innovative Ansätze sowie die gesteigerte Arbeitsplatzattraktivität Patient:innen und Mitarbeitende gleichermaßen profitieren. Konkret soll sich dies in einer weiteren Verbesserung der Behandlungsqualität widerspiegeln, in einem geringeren Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM) sowie in einer erhöhten Mitarbeitendenzufriedenheit.

6.1 Methoden

Stichproben

Fälle, die von April bis Juli aus der Modell- und Ausbildungsstation (folgend: Modellstation) ausgetreten sind und die mind. 2/3 ihres stationären Gesamtaufenthalts auf der Modellstation verbracht hatten, bildeten die **Experimentalgruppe (EG)**. Die **Kontrollgruppe (KG)** wurde durch paarweises Matching mit einem Fall gebildet, der in den zwei Jahren vor April 2023 aus ebendieser Station ausgetreten ist. Gematcht wurde nach den Merkmalen Geschlecht, Hauptdiagnose (3-stellig), Alter (+/- 5 Jahre) und HoNOS-Eintrittsscore (+/- 4 Punkte). Falls Merkmale beim Fall fehlten, wurde bestmöglich nach den vorhandenen Merkmalen gematcht.

Um die **subjektiv erlebte Arbeitssituation der Mitarbeitenden** auf der betreffenden Station zu erfassen, war es ein Anliegen die Zufriedenheit des Behandlungsteams im Rahmen der Projektierung der Modellstation regelmässig zu verfolgen. Dazu erfolgte zu vier Zeitpunkten in regelmässigen Abständen ab August 2022 eine kurze Umfrage. Die letzte Umfrage lief Ende Mai 2023, also gut zwei Monate nach Start der Modellstation. Die Umfragen wurden jeweils per Email allen Mitarbeitenden der Modellstation zugestellt. Es wurde dreimal erinnert und es waren jeweils zwei bis drei Wochen Zeit für die Teilnahme. Alle Fachbereiche wurden eingeladen teilzunehmen.

Variablen

Sämtliche Daten wurden am 11.07.2023 aus den Klinikinformationssystemen gezogen. Um sicherzustellen, dass es sich bei EG und KG um vergleichbare Gruppen handelt wurden neben den Matching –Variablen weitere soziodemographische und aufenthaltsbezogene Variablen verglichen (vgl. Ergebnisse). Als ergebnisbezogene Variablen wurden ausgewählt: Veränderungswerte (Ein- zu Austritt) im HoNOS, Anteil

der Fälle mit mind. einer FbM sowie die durchschnittliche Anzahl an FbM. Diese Variablen wurden im Anschluss detaillierter untersucht indem die einzelnen HoNOS-Items resp. die einzelnen Arten von FbM (Isolation, Zwangsmedikation etc.) analysiert wurden.

Beim Behandlungsteam wurden neben anstellungsbezogenen Parametern (Pensum, Funktion etc.) acht Items erfragt, die der organisationsweiten 4-jährlichen Befragung entnommen sind. Konkret wurden folgende Items abgefragt:

Kürzel	Item
allg. zufrieden	Mit meiner Arbeitssituation bin ich alles in allem zufrieden
Weiterempfehlung	Freunden oder Bekannten würde ich meinen Arbeitgeber weiterempfehlen
Modellstation	Ich wäre sehr froh, weiterhin auf der Modell- und Ausbildungsstation arbeiten zu können
Work-Life	Meine Arbeitssituation (Arbeitszeit, Arbeitsort etc.) ermöglicht es mir, Arbeit und Privatleben in Einklang zu bringen
Zusammenarbeit	Die Zusammenarbeit in meinem Arbeitsumfeld funktioniert gut
Ermutigung	In meinem Arbeitsumfeld werden die Mitarbeitenden ermutigt, Ideen einzubringen und Verbesserungen anzuregen
Probleme anspr.	In meinem Team werden Probleme offen angesprochen
Stellenwert Pat.	Patientinnen und Patienten haben einen hohen Stellenwert

Statistische Verfahren

Intervallskalierte Variablen wurden sowohl mit gepaarten als auch ungepaarten t-Tests geprüft. Hypothesenrelevante Variablen werden dabei einseitig getestet. Da die Ergebnisse beider Testverfahren nahezu identisch sind, jedoch die ungepaarte Testung die strengere ist und zudem keine ganzen Paare bei fehlenden Werten ausschliessen muss, werden in den Ergebnissen die ungepaarten Tests berichtet. Kategoriale und dichotome Variablen werden mittels Exaktem Fisher-Test geprüft. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgelegt. Alle Analysen wurden mit R (R Core Team, 2022) oder SPSS Statistics (Version 29) durchgeführt.

6.2 Ergebnisse

Tabelle 1 vergleicht die **EG (Experimentalgruppe, Modellstation)** mit der **KG (Kontrollgruppe)** hinsichtlich der Matching-Variablen sowie weiterer Merkmale. In allen Variablen sind die deskriptiven Daten sehr

ähnlich und nie ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede (alle $p > .2$). Somit sollten diese Merkmale keinen verzerrenden Einfluss auf die hypothesenrelevanten Variablen haben.

Die Hypothese zur besseren Reduktion der Symptombelastung (HoNOS) von Ein- zu Austritt in der EG bestätigte sich ($t(100) = 1.85, p = .033$, vgl. Tabelle 2). **Abbildung 1** veranschaulicht diesen Gruppenunterschied. Auch die Hypothesen zum verringerten Einsatz von FbM konnten bestätigt werden: In der EG lag der Anteil Fälle mit mind. einer FbM bei 27%, während dies in der KG 52% waren ($p = .006$).

Und auch die durchschnittliche Anzahl FbM war geringer in der EG ($t(124) = 3.57, p < .001$). **Tabelle 2** und **Abbildung 2** illustrieren dies.

Tabelle 1 Merkmale der zwei Vergleichsgruppen

	N	EG, N = 63 ¹	KG, N = 63 ¹	t-Wert ²	p-Wert ²	Differenz ²	95% CI ²³
Alter	126	36.8 (11.02)	36.3 (10.68)	-0.279	0.8	-0.54	-4.4, 3.3
Geschlecht	126				>0.9		
männlich		46 / 63 (73%)	46 / 63 (73%)				
weiblich		17 / 63 (27%)	17 / 63 (27%)				
Störungsbild	118				>0.9		
F1		8 / 55 (15%)	10 / 63 (16%)				
F2		38 / 55 (69%)	42 / 63 (67%)				
F3		7 / 55 (13%)	7 / 63 (11%)				
F4		2 / 55 (3.6%)	4 / 63 (6.3%)				
HoNOS Eintritt	121	17.6 (7.74)	17.9 (7.19)	0.291	0.8	0.40	-2.3, 3.1
Nationalität	126				0.6		
Ausland		23 / 63 (37%)	19 / 63 (30%)				
Schweiz		40 / 63 (63%)	44 / 63 (70%)				
Wohnkanton	126				>0.9		
Aargau		55 / 63 (87%)	56 / 63 (89%)				
Andere		8 / 63 (13%)	7 / 63 (11%)				
Anz. Nebendiagn.	126	0.6 (1.14)	0.4 (0.89)	-1.13	0.3	-0.21	-0.57, 0.16
Aufenthaltsdauer	126	15.2 (20.28)	16.3 (19.85)	0.302	0.8	1.1	-6.0, 8.2

¹Mittelwert (Standardabw.); n / N (%); EG = Experimentalgruppe (Modellstation); KG = Kontrollgruppe

²Welch Two Sample t-test; Fisher's exact test

³CI = Konfidenzintervall der Differenz

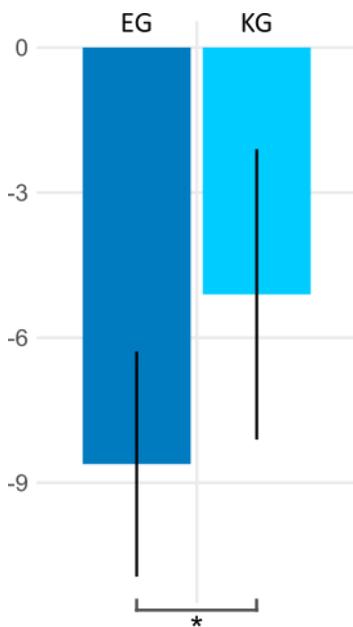


Abbildung 1
Gruppenvergleich Reduktion HoNOS (Mean & 95% CI)

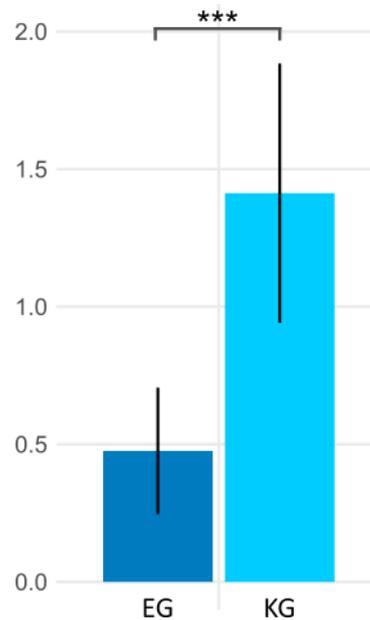


Abbildung 2
Gruppenvergleich Anzahl FbM (Mean & 95% CI)

Tabelle 2 Hypothesenrelevante Gruppenvergleiche

	N	EG, N = 63 ¹	KG, N = 63 ¹	t-Wert ²	p-Wert ²	Differenz ²	95% CI ²³
HoNOS Veränderung	102	-8.6 (8.11)	-5.1 (10.89)	1.85	0.033	3.5	-0.25, 7.3
∅ Anzahl FbM	126	0.5 (0.91)	1.4 (1.87)	3.57	<0.001	0.94	0.42, 1.5
Fall mit mind. 1 FbM	126	17 / 63 (27%)	33 / 63 (52%)		0.006	34%	15%, 75%

¹Mittelwert (Standardabw.); n / N (%); EG = Experimentalgruppe (Modellstation); KG = Kontrollgruppe

²Welch Two Sample t-test (einseitig); Fisher's exact test

³CI = Konfidenzintervall der Differenz

FbM = freiheitsbeschränkende Massnahme

Betreffend der **einzelnen HoNOS Items** zeigten sich signifikante oder marginal signifikante Gruppenunterschiede bei den Items 4 (kognitive Probleme; $t(95) = 1.76, p = .041$), 6 (Probleme im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen; $t(100) = 1.49, p = .070$), 7 (gedrückte Stimmung; $t(101) = 1.38, p = .086$) sowie 9 (Probleme mit Beziehungen; $t(78) = 1.49, p = .071$). Dies erscheint passend zu den Behandlungsschwerpunkten der Modellstation.

Betreffend der **verschiedenen Arten von FbM** zeigten sich signifikant geringere Anteile an Fällen mit mind. einer Isolation (22% vs. 43%, $p = .022$) und Zwangsmedikation per Injektion (11% vs. 27%, $p = .04$). Fixierungen wurden weder in der EG noch in der KG durchgeführt.

Die Zufriedenheitsbefragung im Behandlungsteam wurde jeweils an ca. 26 Mitarbeitende versendet (je nach Erhebungswelle). In Tabelle 3 ist ersichtlich, dass pro Erhebungswelle zwischen 9 und 15 Mitarbeitende teilnahmen. Somit liegt der Rücklauf zwischen ca. 35% und 58%. Für die beiden hypothesenrelevanten Zeitpunkte (August 2022 und Mai 2023) war der Rücklauf jeweils bei 58%.

Die in **Tabelle 3** angegebenen statistischen Kennwerte beziehen sich, wie in den Methoden formuliert, auf den Vergleich der Zeitpunkte August 2022 und Mai 2023. Einzig beim Alter der Mitarbeitenden und bei der Frage zur Work-Life-Balance ergaben sich signifikante Unterschiede. Das im Mai 2023 jüngere Durchschnittsalter ($t(28) = 2.66, p = .013$) könnte ein Indiz sein, dass es gelingt jüngere Mitarbeitende zu rekrutieren. Die besser bewertete Work-Life-Balance ($t(28) = -1.84, p = .039$) ist ein erfreuliches Ergebnis, welche sich natürlich unmittelbar auf die Arbeitsplatzattraktivität auswirkt. Auf deskriptiver Ebene zeigen sich bei den meisten Items positive Tendenzen seit August 2023 (Ausnahmen: Zusammenarbeit und Probleme ansprechen), aber statistisch signifikant ist allein die Work-Life-Balance.

Abbildung 3 illustriert ausgewählte Daten der Befragung zu allen fünf Zeitpunkten. Dabei wird besonders augenscheinlich, wie tief die Zufriedenheitswerte auf der Station im September 2021 bei der Routinebefragung waren (der Rücklauf lag damals um 45%). Diese Befragung wird durch ein externes Institut durchgeführt und leider stehen lediglich aggregierte Werte zur Verfügung, so dass keine Signifikanztests berechnet werden können. Dennoch ist offensichtlich, dass sich seit dieser Routinebefragung ein grosser Sprung hinsichtlich Mitarbeitendenzufriedenheit vollzogen hat. Scheinbar hat bereits die Projektphase vor dem Start der Modellstation für Aufbruchsstimmung und erhöhte Zufriedenheitswerte gesorgt. Natürlich trägt auch die Personalfluktuatation ihren Teil zu einem veränderten (sensu verbesserten) Arbeitsklima bei. Was ebenfalls in **Abbildung 3** auffällt sind die Maximalwerte zum Zeitpunkt Februar 2023, also kurz vor dem Start der Modellstation. Tatsächlich erreicht der Vergleich zwischen August 2022 und Februar 2023 bei allen Zufriedenheits-Items Signifikanz oder marginale Signifikanz. Es wirkt als hätte sich vor Beginn der Modellstation eine gewisse Euphorie aufgebaut, die dann mit dem Übergang in die Betriebsphase etwas nachgelassen hat – ein psychologisch durchaus nachvollziehbarer Vorgang.

Tabelle 3 Ergebnisse der Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung

	N	Sep 2021 ¹	Aug 2022 N = 15 ²	Nov 2022 N = 9 ²	Feb 2023 N = 11 ²	Mai 2023 N = 15 ²	t-Wert ³ Aug/Mai	p-Wert ³ Aug/Mai	Differenz ³ Aug/Mai	95% CI ³⁴ Aug/Mai
Stichprobenmerkmale										
Alter	50	k.A.	36.9 (10.37)	35.1 (10.22)	33.1 (9.66)	28.3 (7.19)	2.66	0.013	8.7	2.0, 15
Geschlecht	50	k.A.						0.6		
divers			0 / 15 (0%)	0 / 9 (0%)	0 / 11 (0%)	1 / 15 (6.7%)				
männlich			3 / 15 (20%)	2 / 9 (22%)	2 / 11 (18%)	1 / 15 (6.7%)				
weiblich			12 / 15 (80%)	7 / 9 (78%)	9 / 11 (82%)	13 / 15 (87%)				
Berufsgruppe	50	k.A.						0.6		
Ärzt:innen			1 / 15 (6.7%)	1 / 9 (11%)	2 / 11 (18%)	2 / 15 (13%)				
Pflege			7 / 15 (47%)	4 / 9 (44%)	4 / 11 (36%)	9 / 15 (60%)				
Therapeut:innen/Soziales			7 / 15 (47%)	4 / 9 (44%)	5 / 11 (45%)	4 / 15 (27%)				
Pensum	50	k.A.	75.3 (33.35)	83.3 (19.36)	82.7 (24.12)	86.7 (18.77)	-1.15	0.3	-11	-32, 9.2
Hypothesenrelevante Items										
allg. zufrieden	50	2.2	6.2 (2.68)	5.8 (2.44)	7.5 (1.37)	6.2 (1.37)	0.000	0.500	0.00	-1.6, 1.6
Weiterempfehlung	50	1.8	6.1 (2.59)	7.1 (2.09)	8.2 (1.78)	7.0 (1.41)	-1.14	0.134	-0.87	-2.4, 0.71
Modellstation	50	k.A.	6.6 (2.61)	7.3 (2.83)	8.3 (1.42)	6.7 (2.40)	-0.145	0.443	-0.13	-2.0, 1.7
Work-Life	50	4.5	6.1 (3.41)	5.9 (3.41)	7.6 (1.63)	7.9 (1.94)	-1.84	0.039	-1.9	-4.0, 0.23
Zusammenarbeit	50	2.0	6.2 (2.86)	6.2 (2.11)	7.5 (1.51)	5.9 (2.40)	0.276	0.392	0.27	-1.7, 2.2
Ermutigung	50	1.7	6.6 (2.87)	6.4 (2.55)	8.1 (1.51)	6.9 (1.55)	-0.316	0.377	-0.27	-2.0, 1.5
Probleme anspr.	50	1.0	6.3 (2.40)	5.8 (4.06)	7.7 (1.74)	5.7 (2.05)	0.654	0.259	0.53	-1.1, 2.2
Stellenwert Pat.	50	2.7	6.7 (2.66)	7.6 (2.74)	8.7 (1.35)	7.0 (1.60)	-0.415	0.341	-0.33	-2.0, 1.3

¹Es stehen nur aggregierte Daten zur Verfügung; k.A. = keine Angabe

²Mittelwert (Standardabw.); n / N (%)

³Vergleiche zwischen Aug 2022 und Mai 2023; Stichprobenmerkmale: Welch Two Sample t-test; Fisher's exact test; Hypothesenrelevante Items: Welch Two Sample t-test (einseitig)

⁴CI = Konfidenzintervall der Differenz

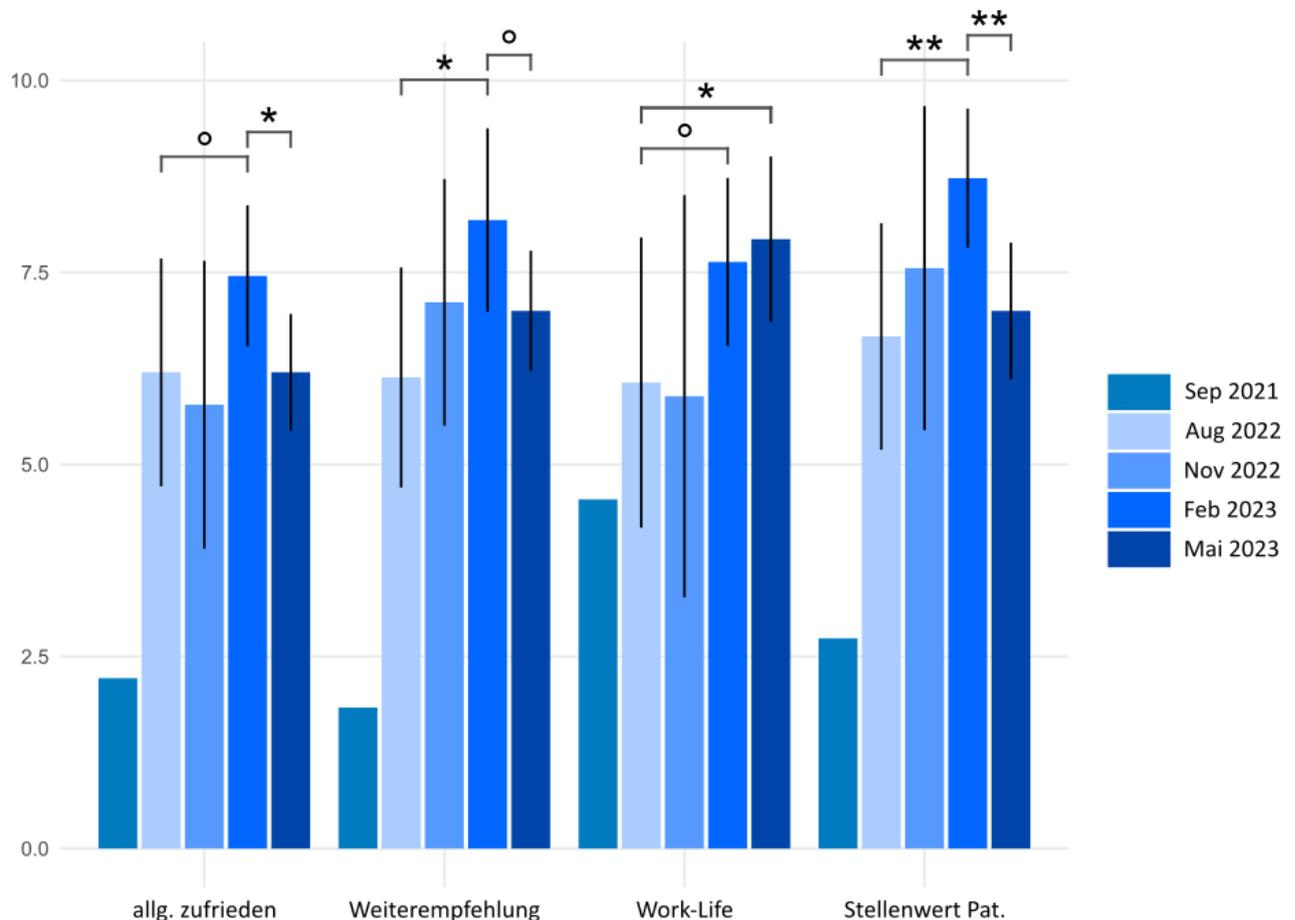


Abbildung 3 Mitarbeitendenzufriedenheit im Zeitverlauf (M & 95% CI)

6.3 Fazit

Das erste Quartal der Modellstation in der Betriebsphase verlief wie erwartet positiv.

Es kam bei den 63 Fällen, die bisher behandelt worden sind, im Mittel zu einer höheren Symptomreduktion und zu weniger Einsätzen von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM) als in der Kontrollgruppe. Die Mitarbeitendenzufriedenheit ist tendenziell besser, der Tiefpunkt von September 2021 wurde auf jeden Fall überwunden. Insbesondere bei der Work-Life-Balance zeichnete sich auch nach dem Start der Modellstation weiterhin eine positive Entwicklung ab. Eine bessere Work-Life-Balance für Mitarbeitende bei gleichzeitig verbesserter Behandlungsqualität für Patient:innen ist in der Essenz das positive und erfreuliche Fazit dieser ersten Evaluation. Die Entwicklungen werden weiter im Rahmen interner Routine-Reportings verfolgt. Schon jetzt zeigt sich, dass eine strukturelle Veränderung in der akutpsychiatrischen Versorgung, wie eine Modell- und Ausbildungsstation, die auf innovative Behandlungskonzepte

setzt, und damit die interprofessionellen Zusammenarbeit verbessert, von grossem Nutzen für die Patientinnen und Patienten sowie und für die Mitarbeitenden in der Psychiatrie ist. Die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit wird in Zukunft ein entscheidender Faktor für eine positive Entwicklung der Psychiatrie darstellen.

7 Literaturverzeichnis

- Brand, T., & Rüegg, K. (2016). Huddle-Board. In A. Angerer (Hrsg.), *LHT-BOK - Lean Healthcare Transformation Body of Knowledge*.
- Hammer, M., & Champy, J. (1993). Reengineering the corporation: A manifesto for business revolution. *Business horizons*, S. 90-91.
- Kälin, A. (28. Mai 2023). *Neue Zürcher Zeitung*. Von <https://www.nzz.ch/zuerich/stadtspitaeler-zuerich-mehr-geld-fuer-pflegerinnen-und-pfleger-ld.1685651> abgerufen
- Marti, M. 3. Juni 2020). *Arbeitszeiten in Spitälern: kein Ende der Missstände*. *Schweizerische Ärztezeitung*, S. 739-740. Abgerufen am 14.07.23 unter [Schweizerische Ärztezeitung - Arbeitszeiten in Spitälern: kein Ende der Missstände \(saez.ch\)](https://www.saez.ch/Arbeitszeiten-in-Spitaelern-kein-Ende-der-Missstaende)
- (2018). *Interprofessionalität im Gesundheitswesen – Beispiele aus der Berufspraxis*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Mihaljevic, A. L., Schmidt, J., Mitzkat, A., Probst, P., Kenngott, T., Mink, J., Trierweiler-Hauke, B. (2018). Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward. *GMS Journal for Medical Education*, 35 (3).
- Oosterom, N., Floren, L. C., Ten Cate, O., & Westerveld, H. E. (2019). A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes. *Medical Teacher*, 41(5), S. 547–554.
- Sterel, S., Pfiffner, M., & Caduff, C. (2018). *Ausbilden nach 4K: Ein Bildungsschritt in die Zukunft / Mit einem Vorwort von Rita Süssmuth*. hep verlag.
- Siegfried Greif, 2008, *Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion*, Hogrefe Verlag, Bern <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/KOMMUNIKATION/Feedback.shtml>; abgerufen am 10. Februar 2015
- Turcan, A. (28. Mai 2023). *WOZ die Wochenzeitung*. Von <https://www.woz.ch/2206/loehne-im-spital/biel-macht-einen-schritt-mit-signalwirkung#:~:text=Ganze%20%2C8%20Prozent%20mehr,von%20einem%20Prozent%20vereinbart%20wurde>. abgerufen