

Kongress Pflege 2015

Hochqualifizierte (akademische) Pflegekräfte im Krankenhaus

Prof. Dr. Peter Stratmeyer

- Vorstellung eines Kooperativen Organisationsmodells (KoPM®)
 - Leitorientierungen
 - Erweiterte Pflegeaufgabe
 - Kooperatives Arrangement Arzt- und Pflegedienst
 - Prozessunterstützende Aufbauorganisation
- Ergebnisse aus einem Projektkrankenhaus
- Erfolgsfaktoren für die Umsetzung Kooperativen Prozessmanagements

Leitorientierung des Kooperativen Prozessmanagement (KoPM®)

- **Kooperatives Handeln** von Ärzten und Pflegenden – nicht *gleichartig* aber *gleichwertig*
- **Anforderungen der Patientenversorgung** sind Ausgangspunkt der Prozess- und Strukturorganisation
- **Arbeitszufriedenheit** durch attraktive und herausfordernde Arbeitsplätze schaffen
- **Differenzierung der Mitarbeiter/innen** nach Engagement und Kompetenz
- **Primary Nursing** und **Case Management** als Referenzmodelle einer patientenorientierten Versorgung
- Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses um die „**besten Köpfe**“

Ziele

- **Attraktivitätssteigerung** durch Übernahme hochwertiger Aufgaben für engagierte und qualifizierte Pflegende
- **Entlastung** des Arztdienstes von Aufgaben, die nicht zum „Kerngeschäft“ gehören
- Delegation von medizinisch-diagnostischen und –therapeutischen **Teilprozessen** an Pflegende statt von Einzelaufgaben
- **Prozessoptimierung**: Minimierung von redundanten Rückkopplungsschleifen, Störungen, Unterbrechungen, Fehlern, Nachfragen, ablaufbedingte Wartezeiten ... durch Fallsteuerung „aus einer Hand“
- **Patientenorientierung** durch Versorgungskontinuität, Ansprechbarkeit und Definition eines eigenständigen pflegerischen Versorgungsauftrag (Pflegekonzept)

Erweiterte Pflegeaufgaben im Medizinprozess (Auswahl)

Beispiele aus der Stellenbeschreibung

Die Pflegefachkraft:

- beurteilt gemeinsam mit Bezugsarzt die **Situation des Patienten**
- ...
- führt die **präoperative Vorbereitung** und **postoperative Überwachung** durch
- überprüft gemeinsam mit Bezugsarzt die Medikation und initiiert ggf. Diagnostik (z.B. Labor) oder Änderung (**Medikamentenmonitoring**)
- hat die Erstellung wichtiger **Befunde** im Blick
- ...
- richtet und legt Infusionen an, ermittelt und **beurteilt Vitalzeichen**
- **therapiert** den Patienten im Rahmen des **Schmerz- und Wundmanagements**
- **managt Alltagsbeschwerden**

Erweiterte Pflegeaufgaben im Fallmanagement / in der Prozesskoordination (Auswahl)

Die Pflegefachkraft

- **gestaltet** und **überwacht** gemeinsam mit Bezugsarzt den **gesamten Prozess** mit Planung, operativer Steuerung und Anpassung des Behandlungsverlaufes
- bezieht den Patienten mit ein und schafft so eine **sichtbare Kontinuität** des Prozesses mit den Ziel der Patientenzufriedenheit ...
- hat eine **vermittelnde Funktion** im gesamten Prozess
- ist **verantwortlich für** reibungslosen, möglichst störfaktorarmen **Ablauf** geplanter Maßnahmen
- **koordiniert Teilprozesse** ...
- koordiniert und plant **Aufnahmen, Entlassungen** ...
- **plant** und **leitet** geriatrische **Teamkonferenz**
- **überprüft** und **überwacht** ... Tagesabläufe, Anordnungen, Befundeingänge ... Dokumentation

Erweiterte Aufgaben der Pflegefachkraft im Pflegeprozess → Revision des Pflegeprozesses

Ziele:

- **Funktionelle Arbeitsteilung** zwischen Medizin und Pflege → überschneidungsfrei, Versorgung „aus einer Hand“
- **Parallelisierung** von Medizin- und Pflegeprozess
 - Schaffung einer **Parallelstruktur** des Pflegeprozesses zum ärztlichen Expertensystem zur Unterstützung eines **integrierten Medizin-Pflegeprozesses**
 - Einführung der papierlosen Pflegeplanung
 - Inhaltliche Fokussierung des Pflegeprozesses auf Anforderungen der **Krankheitsbewältigung** (Neugestaltung der Pflegeanamnese)
 - Einmündung des diagnostischen Prozesses in einheitliche Terminologie von **Pflegediagnosen**
 - Klare Formulierung von pflegerischen **Versorgungszielen**; Bewertung von Pflegeergebnissen

Das Kernteam: Arzt- und Pflegefachkraft

Primäre Zuständigkeit für **alle Belange** des Patienten:

- Verantwortlich über den **gesamten Patientenaufenthalt** rund um die Uhr von der Aufnahme bis zur Entlassung
- **Entscheidungen** möglichst patienten- und zeitnah treffen
- **Informationen** direkt geben
- den **Gesamtprozess** gestalten und die wichtigsten Maßnahmen selber durchführen
- **Gemeinsame Visite** durchführen und ordnungsgemäße Dokumentation
- Weitere **MitarbeiterInnen** bei Bedarf heranziehen und umfassend informieren
- Aufgaben **delegieren**

Aufgaben der Bezugspflege (Auswahl)

- **Primäre Ansprechpartner** ... für alle Belange (Allzuständigkeit)
- ...
- Bietet dem Patienten **psychosoziale Unterstützung** an, entwickelt mit dem Patienten **Bewältigungsstrategien** ...
- Betreibt **Gesundheitsvorsorge**, **schult Patienten** vor Entlassung und nimmt **beratende Tätigkeit** wahr
- **Klärt** über Risiken **auf**, **managt Beschwerden**

- **Projektgruppe:**
 - GF, 2 CÄ, Leiter Innovations- u. Prozessmanagement, PDL, Ltg. QM, Vertretung KrPfl-Schule, Pflegewissenschaftlerin, 2 TN der Weiterbildung (Pflegefachkräfte), Vertretung KoPM-Team
 - 33 Sitzungen in Zeitraum 12/07 bis 09/2014
- Bildung themenbezogener **Arbeitsgruppen** → Abteilungsleitung, Prozessmanagement, Prozessorganisation, Implementierung, Pflegeanamnese/Pflegediagnosen
- Projektbegleitende **Weiterbildung** zur Pflegefachkraft
- **Wissenschaftlichen Begleitung**
 - Teilnahme an Projektgruppensitzungen → Beratung
 - z.T. Sicherung der Ergebnisse
 - Formative und summative Evaluation
 - Durchführung der Weiterbildung

Projektergebnisse: Focusgruppendifkussion mit Pflegefachkräften (Auswahl)

- Sehr **hohe Zufriedenheit** mit Aufgaben und Rolle
 - Hohes Engagement
 - Schritt in Richtung Professionalisierung
 - Positive Auswirkungen auf Pflegequalität
- Positiva
 - **Eigene Schwerpunkte** setzen können
 - **Freiräume** für eigene Entwicklung
 - Größeres **Mitentscheidungsrecht** gegenüber Ärzten/innen
 - Größere **Anerkennung** seitens der Ärzte/innen
 - Positive **Wahrnehmung** von Patienten/innen
 - Keinen **Schichtdienst**
- Negative
 - Betreute **Patientengruppe** zu groß (bis 20)
 - Funktion bei (häufigeren) **Personalausfällen** nicht aufrecht zu erhalten
 - **Überstundenanfall**
 - Unpräzises **Tätigkeitsfeld** → „Jeder kann ein wenig daraus machen, was er will“

- **Unterstützung** der gesamten **Krankenhausleitung**
 - **Keine Halbherzigkeit** → Krhs.ltg. muss vom Erfolg überzeugt sein
 - **Kurs halten** auch bei starkem Gegenwind
 - **Offenheit** gegenüber notwendigen Anpassungen und Nachjustierungen
 - **Geschlossen** hinter dem Modell stehen
 - **Präsenz** im Veränderungsprozess zeigen
- „starke“ **Bündnispartner** sichern → Ärzte/innen
- Begleitende **Qualifizierungsmaßnahme**, die auf Projektziele orientiert ist
- „Störungen“ antizipieren, präventiv, frühzeitig intervenieren
 - Sozialer **Teamfrieden** ist gefährdet durch Hierarchisierung, Elitenbildung, Privilegien
 - Offensive **Rückenstärkung** der Pflegefachkräfte durch Leitungskräfte
- Effektive und kontinuierliche **Informationspolitik**
- Angemessene **Ressourcenausstattung** sicherstellen
- Aufbau einer funktionalen **Projektorganisation**
- Gleichzeitigkeit von **Langfristperspektive** und **kurzfristigen Verbesserung**
- **Modularisiertes Vorgehenskonzept** aufstellen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt Beratung:

PROCARE CONSULT e.V.

Heckengrund 8

22359 Hamburg

www.procare-consult.com

Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Hauptstr. 160a

23879 Mölln

Tel. 04542 838611

Kontakt Forschung:

**Hochschule für Angewandte
Wissenschaft (HAW)**

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

KoPM[®]-Zentrum

Alexanderstraße 1

20099 Hamburg

Tel. 040 / 42875 7217

mail@kopm-zentrum.de

www.kopm-zentrum.de

peter.stratmeyer@haw-hamburg.de