

Stationsoptimierung und belegungsadaptierte Personaleinsatzplanung

Thomas Walter

Pflegedirektor

Kreiskrankenhaus Emmendingen

Gartenstr.44

79312 Emmendingen

t.walter@krankenhaus-emmendingen.de

Agenda

1. Stationsoptimierung

Berufsgruppenübergreifende Stationsorganisation als Königsweg

2. Belegungsadaptierte Personaleinsatzplanung

1. Stationsoptimierung

Ausgangslage:



- Hohe psychische Belastung
- Schlechte Arbeitsatmosphäre
- Resignation/ fehlende Motivation
- Hoher Krankenstand
- Kündigungen
- Überlastungsanzeigen
- Keine Bereitschaft einzuspringen



Stationsoptimierung

Ausgangslage: Die Stationsorganisation hat Einfluss
auf die Beanspruchung der Pflegenden!

Organisationsmerkmale	dadurch stark beanspruchte Mitarbeiter	
	auf ungünstig organisierten Stationen	auf günstig organisierten Stationen
Fehlende Ganzheitlichkeit der Pflege	55%	27%
Mangelnde Beeinflussbarkeit der Reihenfolge der Arbeit	64%	17%
Fehlende Informationen für die Arbeit	55%	12%
Mangelndes Wissen über Befugnisse bei der Arbeit	55%	9%
Widersprüchliche Anforderungen bei der Arbeit	55%	32%
mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte	48%	13%
Mangelnde Beeinflussbarkeit der Art und Weise des Vorgehens	57%	10%
Mangelnde Zuordnung von Arbeitsaufgaben bei Notfällen	43%	15%
Mangelnde Möglichkeiten den Arbeitsablauf an Patientenbedürfnisse anzupassen	68%	42%
Mangelnde Möglichkeiten des Austauschs mit Ärzten	52%	19%
Fehlende Lern- und Übungsangebote auf Station	50%	15%

Prozessoptimierung im Stationsablauf

Einer der sensiblen Bereiche im Krankenhausmanagement sind die Abläufe rund um den Patienten auf Station:

- Verkürzte Verweildauern
- Limitierte personelle Ressourcen
- Multimorbide Patienten
- Höhere Belastungen des pflegerischen Personals
- Organisationsstrukturen sind veraltet!
- Standesdenken
- Hierarchisches Denken
- Abteilungsdenken

Ziel: Interprofessionelle Prozessoptimierung

Stationsoptimierung/ Stationskonzepte

IST-Analyse:

- Kosten-Erlös-Vergleich
- Dienstplan- und Einsatzgestaltung bisher
- Prozessabläufe und räumliche Situation darstellen

Soll-Konzeption:

- Berufsübergreifende Definition der Sollprozesse, interdisziplinäre Wertschätzung etablieren, Hierarchien abbauen!
- Verschriftlichung der Regelungen und Verantwortlichkeiten im Stationskonzept

ze⁺Q

Handlungsfelder

1	Entlassplanung	6	Medikation
2	Visite, Übergabe und Kommunikation	7	Arztbriefschreibung
3	Aufnahmeplanung und Belegungsmanagement	8	Funktionsdiagnostik/ Intensivstation
4	Dokumentation und IT	9	Ärztliche Einsatzplanung
5	Personaleinsatzplanung und Skill Mix	10	Weitere Handlungsfelder

	Uhrzeit	Stationsassistentin	Bereichspflege	Stationsarzt	Oberarzt	
Früh-Entlassungen bis 10 Uhr	06:00		Übergabe			
	06:15					
	06:30					
	06:45					
	07:00	Blutabnahmen und Anlage von Venenverweilkanülen	FRÜHDIENST	Grund- und Behandlungspflege		
	07:15					
	07:30					
	07:45					
	08:00	Betreuung des Stationstelefon	Entlassung der Früh-Entlass-Patienten	Pause	Tägliche Oberarzt-Besprechung am Morgen mit Visite der Neuzugänge	
	08:15				Vorbereitung Visite	Kodierbesprechung (am Tag der Oberarzt-Visite)
	08:30					Funktionsbereich
	08:45				Koordination der Zugänge	
	09:00	Koordination der Untersuchungen				
	09:15					
09:30						
09:45						
Anordnungen und Anmeldung von Untersuchungen	10:00	Aufnahme der Essensbestellungen	Gemeinsame Visite			Oberarzt-Visite (1x/Woche)
	10:15					
	10:30					
	10:45	Abheften von Befunden	Patienten-Mittagessen	Nachbereitung der Visite	Funktionsbereich	
	11:00					
	11:15					
	11:30					
11:45	Organisation von Vorbefunden	Ausarbeitung der Visite	Mittagspause	Mittagspause		
12:00						
12:15	Entlassungs- Management				Dokumentation	Ärztliche Röntgen- und Nachmittags-Besprechung
12:30						
12:45		Übergabe	Ärztliche Fortbildung (Mittwoch)			
13:00						
13:15		SPÄTDIENST Entlassung der Spät-Entlass-Patienten	Angehörigengespräche	Funktionsbereich		
13:30						
13:45						
14:00						
14:15		Fertigstellung der Arztbriefe Entlassgespräche				
14:30						
14:45		Tägliche Oberarzt-Besprechung am Nachmittag				
15:00						
15:15	Grund- und					

Aufgabenteilung bei der Visite

Arzt	Pflege
<p>Symptomorientierte Untersuchung des Patienten</p> <p>Information des Patienten über die Ergebnisse der bisherigen Diagnostik und das geplante weitere Procedere</p> <p>Festlegung des Behandlungsplans und Treffen von Anordnungen</p> <p>Überprüfung der Medikation einschließlich der Bedarfsmedikation (Schmerz, Schlaf, etc.)</p> <p>Dokumentation der Visite</p>	<p>Klinischer Zustand aus pflegerischer Sicht</p> <p>Vitalparameter</p> <p>Bilanz/Ausscheidung</p> <p>Ernährung/Stuhlgang</p> <p>Hautstatuts/Wunden</p> <p>Schlaf/Unruhe</p> <p>Schmerz</p> <p>Bedarfsmedikation</p> <p>Unklarheiten bei der Medikation Probleme bei der Arzneimittelgabe</p> <p>Sozialanamnese/Häusliche Versorgung Aktueller Stand bei der Klärung der Weiterversorgung</p> <p>Potentieller PKMS-Patient?</p>
<p>Planung der Weiterversorgung und Festlegung des geplanten Entlassungsdatums liegen in der gemeinsamen Verantwortung von Arzt und Pflege und sind Thema jeder Visite</p>	

Verweildauersteuerung

Um eine gute Verweildauersteuerung zu ermöglichen finden künftig **auf allen Stationen einmal wöchentlich am Tag der Oberarzt-Visite Kodierbesprechungen zwischen Kodierfachkraft und Stationsoberarzt** statt. Auch die jeweiligen Stationsärzte nehmen, sofern es zeitlich möglich ist, an den Kodier-Besprechungen teil.

Kodier-Besprechung

**am Tag der Oberarzt-Visite
08:30 – 08:45 Uhr**

Entlassungsplanung

- ▶ Zwei Entlasszeitfenster: **Früh-Entlassung: bis 10:00 Uhr** (ohne Diagnostik am Entlasstag)
Spät-Entlassung: bis 15:00 Uhr (mit Diagnostik am Entlasstag)
- ▶ Die Entscheidung zur Entlassung erfolgt **spätestens am Vortag** und wird durch die Pflege als „Bettsperre“ (z.B. „E Do F“ oder „E Do S“) in Orbis eingetragen.
- ▶ Patienten, die für eine **Früh-Entlassung geplant sind**, verlassen die Station bis 10:00 Uhr und bleiben **nicht mehr bis zu Mittagessen**.
- ▶ Die Erstellung des Entlassbriefes erfolgt **am Vortag** der Entlassung.
- ▶ Am **Vortag** der Entlassung erfolgt ein **ärztliches Entlassungsgespräch**. Dieses Gespräch wird **dokumentiert**.
- ▶ Der **Arztbrief** wird am Entlasstag im Rahmen des **pflegerischen Entlassungsgesprächs** durch die Pflege überreicht.

Etablierung einer Stationsassistentenz



Für unser Projekt „Optimierung der Organisationsstruktur in der Inneren Medizin“ suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt und zunächst befristet bis zum 31.03.2019 zur Verstärkung unserer Teams auf den Stationen 41, 51, 54, B3/4 mit einer täglichen Arbeitszeit von 6 Stunden eine/n

Medizinische Fachangestellte/-n (MFA) oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-in

Ihr Aufgabengebiet sieht unter anderem folgende Tätigkeiten vor:

- Koordination der Entlassung nach Rücksprache mit dem Stationsarzt/ Pflorgeteam und Entlassmanagement
- Externe Kommunikation mit Zuweisern, Patienten, stationären und ambulanten Einrichtungen Allgemeine Sekretariatsaufgaben wie Administration, Korrespondenz, Erstellung von Bescheinigungen, Ablage und Archivierung der Krankenakten
- Administrative Fallanlage im Krankenhaussystem „Orbis Nice“
- Durchführung notwendiger Bestellungen aller Ge- und Verbrauchsmaterialien über das Bestellsystem
- Blutabnahme/ Venenverweilkanülen legen
- Arzneimittelbestellung über die Apotheke

Ihr Profil:

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Arzthelferin, medizinische Fachangestellte oder Gesundheits- und Krankenpflegerin/ -in
- Strukturierte Arbeitsweise – auch in stressigen Situationen
- Flexibilität, Selbstständigkeit und ein ausgeprägtes Organisationstalent
- Verbindliches Auftreten und ein professionelles Kommunikationsverhalten
- Ausgeprägte Kenntnisse im Bereich der medizinischen Nomenklatur
- Sehr gute EDV-Kenntnisse
- Teamfähigkeit, Aufgeschlossenheit, Engagement und Leistungsbereitschaft

Nachhaltigkeit

Internistische Leitungskonferenz

- Zweimal im Jahr erfolgt ein Treffen aller Führungskräfte der internistischen Abteilung. Der Chefarzt und der Pflegedirektor laden hierzu gemeinsam ein und bereiten den Termin vor. Alle Teilnehmenden können Themen für diese Besprechung vorschlagen.

Teilnehmer: Chefarzt
 Pflegedirektor
 Alle Oberärzte
 Alle Stationsleitungen und Stellvertretungen
 Assistentensprecher und Stellvertretung

Evaluation

- Darüber hinaus finden zu Beginn der Umsetzung regelmäßige Evaluationstreffen der Projektgruppe statt, in denen die Regelungen und evtl. notwendige Anpassungen besprochen werden. Begleitend wird eine Erfassung von einzelnen Fixzeiten im Stationsablauf erfolgen (z.B. Einhaltung der Visitenuhrzeit bzw. der Entlassungsuhrzeit), um objektiv abschätzen zu können, ob die gemeinsamen Regelungen den Praxistest bestehen oder nicht.

Einführung neuer Mitarbeiter

- Alle neuen Mitarbeiter der Station werden anhand des Organisationshandbuches mit den Abläufen auf Station vertraut gemacht. Darüber hinaus bekommt jeder Mitarbeiter einen Einarbeitungspaten seiner Berufsgruppe zugeteilt. Der Pate ist dafür verantwortlich, den neuen Mitarbeiter systematisch in die Abläufe anhand des Organisationshandbuchs einzuführen.

Belegungsadaptierte Personaleinsatzplanung

Belegungsadaptierte Personaleinsatzplanung

Ausgangslage im Bereich der Pflege

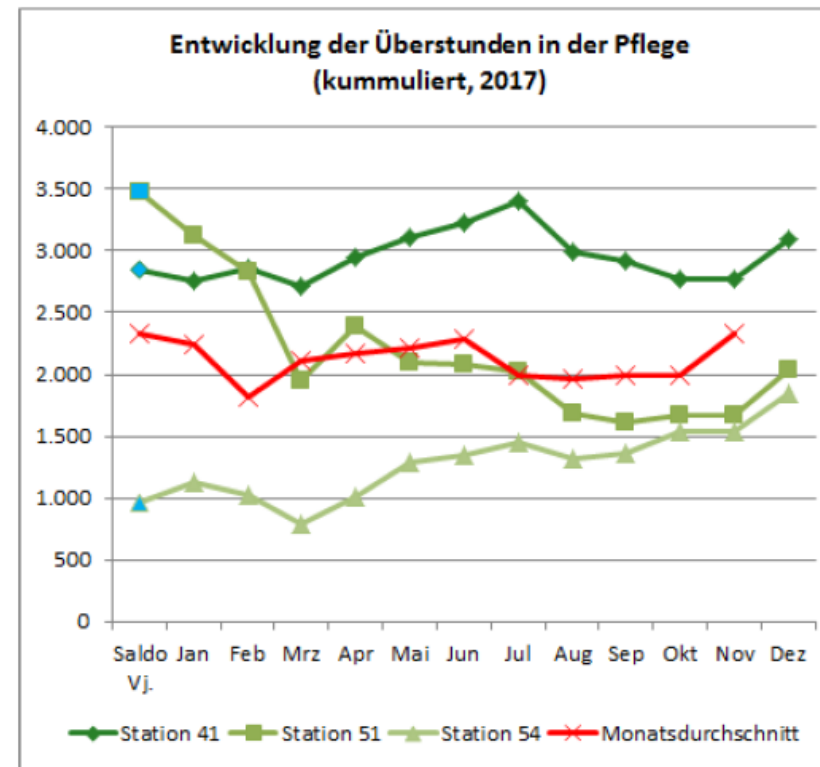
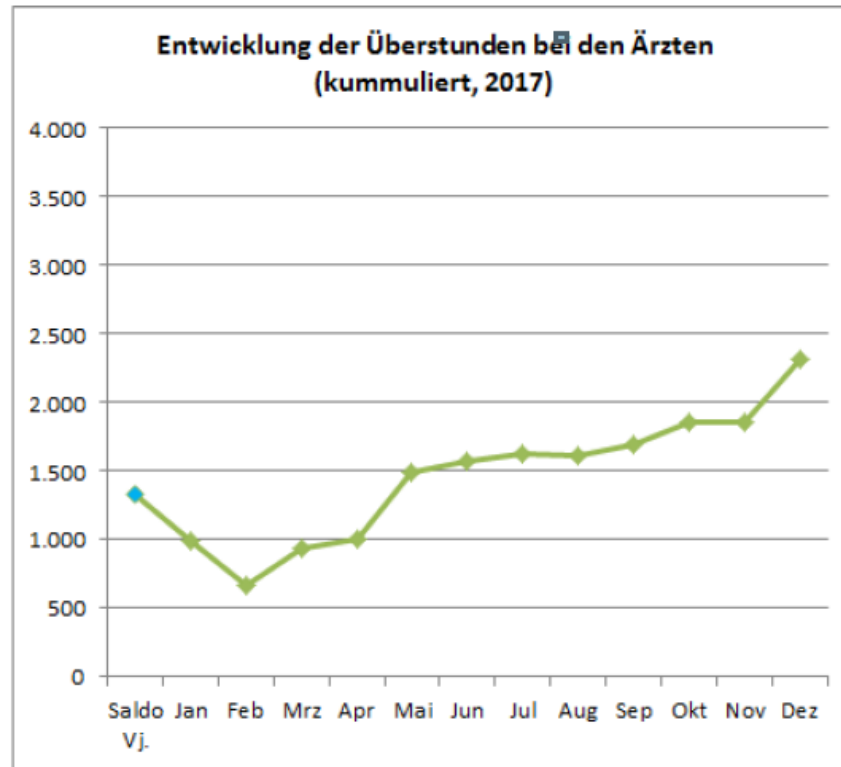
- ▶ Ein Ausfallkonzept in der Pflege existiert oftmals nicht bzw. nur über Springerpool
- ▶ Es fallen im Bereich Pflege viele Überstunden an
- ▶ Tendenziell zu viel Personal geplant

Entwicklung

- ▶ Verbesserung des Personaleinsatzes in der Pflege
- ▶ Erarbeitung einer Soll-Besetzung bei voller Belegung
- ▶ Erarbeitung eines Ausfallkonzeptes
- ▶ Erarbeitung einer belegungsabhängigen Personalsteuerung

Entwicklung von Überstunden

2017



Achtung: Personaluntergrenzenverordnung!

Pflegesensitive Bereiche müssen bei der Implementierung des Konzeptes bedacht werden!

Pflegepersonaluntergrenzen in vier Krankenhausbereichen

- ✓ ab dem 1. Januar 2019 in der:
Intensivmedizin, Geriatrie,
Kardiologie, Unfallchirurgie
- ✓ Unterscheidung zwischen
Tag- und Nachtschichten



Durchführung

Festlegung eines Betreuungsschlüssels (z.B. 1:10 im Frühdienst)

- Vornehmen einer Abstufung (siehe Schaubild folgende Folie)
- Schlüsse unangemessen hoch oder unangemessen niedrig
- Schlüssel noch hinnehmbar oder nicht hinnehmbar

Je nach Situation muss festgelegt werden, ob zusätzlich Personal benötigt oder Personal ins „Frei“ geschickt werden kann (oder gar Leasingpersonal abbestellt werden kann!)

Tägliche Frühbesprechung der PD und der Stations- oder Schichtleitung

→ Entwicklung der Belegung (geplante Aufnahmen, geplante Entlassung, durchschnittliche Zugänge über die Notaufnahme)

Einwand: Belegung spiegelt nicht den Betreuungsaufwand wieder

→ Stimmt, **aber:** würde man nach der PPR gehen, wäre die Gefahr, dass die Einstufungen generell höher ausfallen, groß

→ dadurch würde auch der Personaleinsatz steigen und somit auch die Kosten

→ Bettenbelegung ist eine Größe, die objektiv einschätzbar ist und bei der kein Manipulationsverdacht besteht!

Für jede Station wird eine belegungsabhängige Pflegebesetzung festgelegt

Station 54											
Frühdienst						Spätdienst					
bel. Betten	Besetzung	Schlüssel	Besetzung	Schlüssel	Besetzung	Schlüssel	bel. Betten	Besetzung	Schlüssel	Besetzung	Schlüssel
34	4	1: 8,5	3	1: 11,3	2	1: 17,0	34	3	1: 11,3	2	1: 17,0
33	4	1: 8,3	3	1: 11,0	2	1: 16,5	33	3	1: 11,0	2	1: 16,5
32	4	1: 8,0	3	1: 10,7	2	1: 16,0	32	3	1: 10,7	2	1: 16,0
31	4	1: 7,8	3	1: 10,3	2	1: 15,5	31	3	1: 10,3	2	1: 15,5
30	4	1: 7,5	3	1: 10,0	2	1: 15,0	30	3	1: 10,0	2	1: 15,0
29	4	1: 7,3	3	1: 9,7	2	1: 14,5	29	3	1: 9,7	2	1: 14,5
28	4	1: 7,0	3	1: 9,3	2	1: 14,0	28	3	1: 9,3	2	1: 14,0
27	4	1: 6,8	3	1: 9,0	2	1: 13,5	27	3	1: 9,0	2	1: 13,5
26	4	1: 6,5	3	1: 8,7	2	1: 13,0	26	3	1: 8,7	2	1: 13,0
25	4	1: 6,3	3	1: 8,3	2	1: 12,5	25	3	1: 8,3	2	1: 12,5
24	4	1: 6,0	3	1: 8,0	2	1: 12,0	24	3	1: 8,0	2	1: 12,0
23	4	1: 5,8	3	1: 7,7	2	1: 11,5	23	3	1: 7,7	2	1: 11,5
22	4	1: 5,5	3	1: 7,3	2	1: 11,0	22	3	1: 7,3	2	1: 11,0
21	4	1: 5,3	3	1: 7,0	2	1: 10,5	21	3	1: 7,0	2	1: 10,5
20	4	1: 5,0	3	1: 6,7	2	1: 10,0	20	3	1: 6,7	2	1: 10,0
19	4	1: 4,8	3	1: 6,3	2	1: 9,5	19	3	1: 6,3	2	1: 9,5
18	4	1: 4,5	3	1: 6,0	2	1: 9,0	18	3	1: 6,0	2	1: 9,0
17	4	1: 4,3	3	1: 5,7	2	1: 8,5	17	3	1: 5,7	2	1: 8,5
16	4	1: 4,0	3	1: 5,3	2	1: 8,0	16	3	1: 5,3	2	1: 8,0
15	4	1: 3,8	3	1: 5,0	2	1: 7,5	15	3	1: 5,0	2	1: 7,5
14	4	1: 3,5	3	1: 4,7	2	1: 7,0	14	3	1: 4,7	2	1: 7,0
13	4	1: 3,3	3	1: 4,3	2	1: 6,5	13	3	1: 4,3	2	1: 6,5

1 : x	Betreuungsschlüssel liegt im Zielkorridor
1 : x	Betreuungsschlüssel liegt etwas über oder unter dem Zielkorridor, ist zur Not aber hinnehmbar.
1 : x	Betreuungsschlüssel liegt deutlich über oder unter dem Zielkorridor. Der Betreuungsschlüssel sollte unbedingt durch Reduzierung der Schichtbesetzung (falls über Zielkorridor) oder Hinzugabe eines zusätzlichen Mitarbeiters zur Station (falls unter dem Zielkorridor) an den Zielkorridor herangebracht werden.

Voraussetzung für funktionierende belegungsadaptierte Personalsteuerung

- Funktionierende Entlassplanung → spätestens am Vortag!
- Aktives Verweildauermanagement
- Funktionierendes Entlassmanagement
- „Werbung“ für Verständnis für eine gewisse Flexibilität bei der Einsatzplanung

Das Einsparpotential in einem Krankenhaus mit 250 Betten durch die Steuerung liegt bei etwa 425.000€ Personalkosten pro Jahr!

(Berechnungsdaten von ZEQ AG)