

14. Gesundheitspflegekongress Hamburg

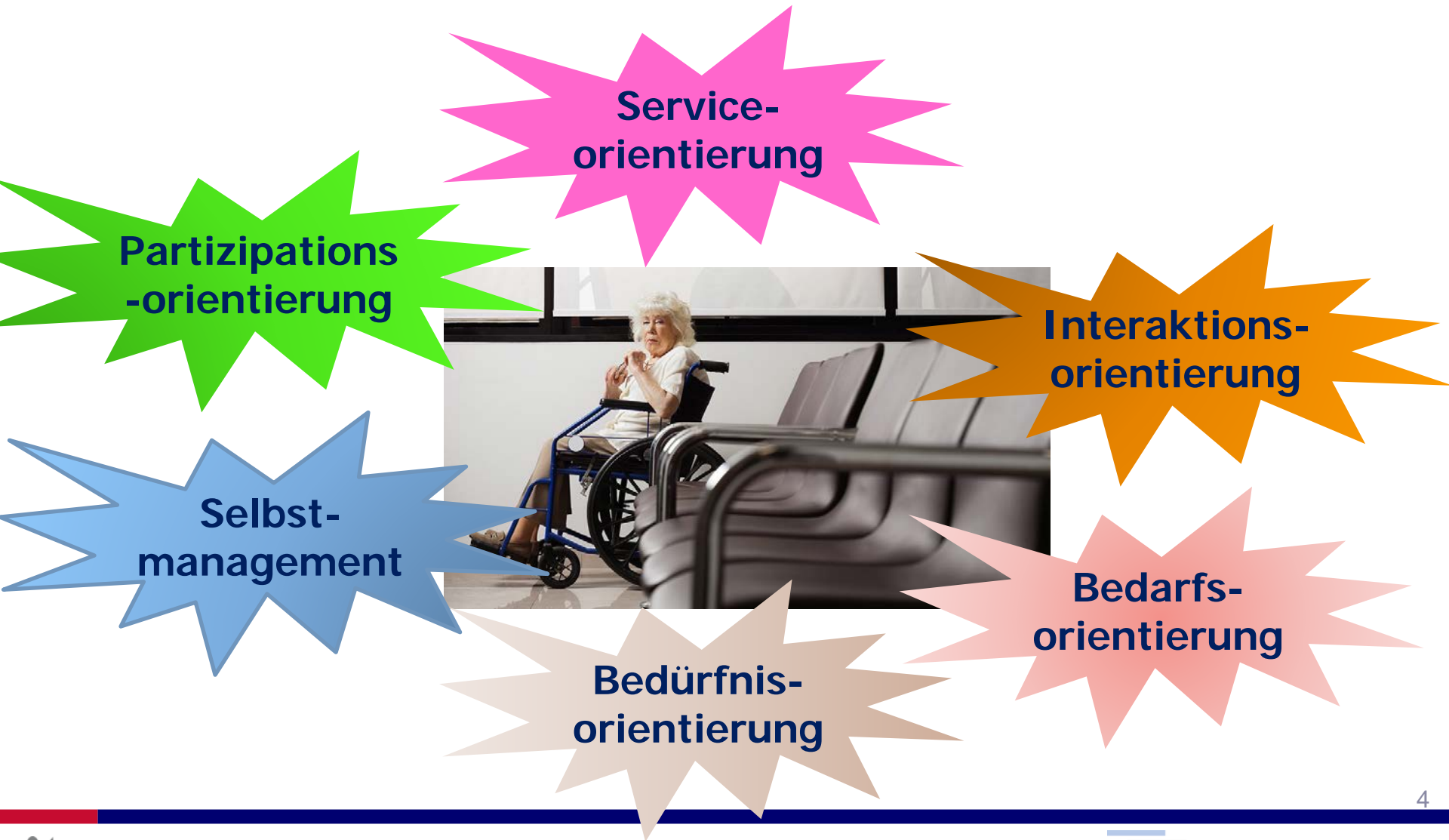
Organisation der Pflege zwischen Patientenorientierung und Professionalisierung der Pflege

Prof. Dr. Peter Stratmeyer

- Patientenorientierung – Annäherungen an einen komplexen Begriff
- Anforderungen an eine patientenorientierte Versorgung
- Patientenorientiertes Management (KoPM®)
- Fazit und Schlussbemerkung

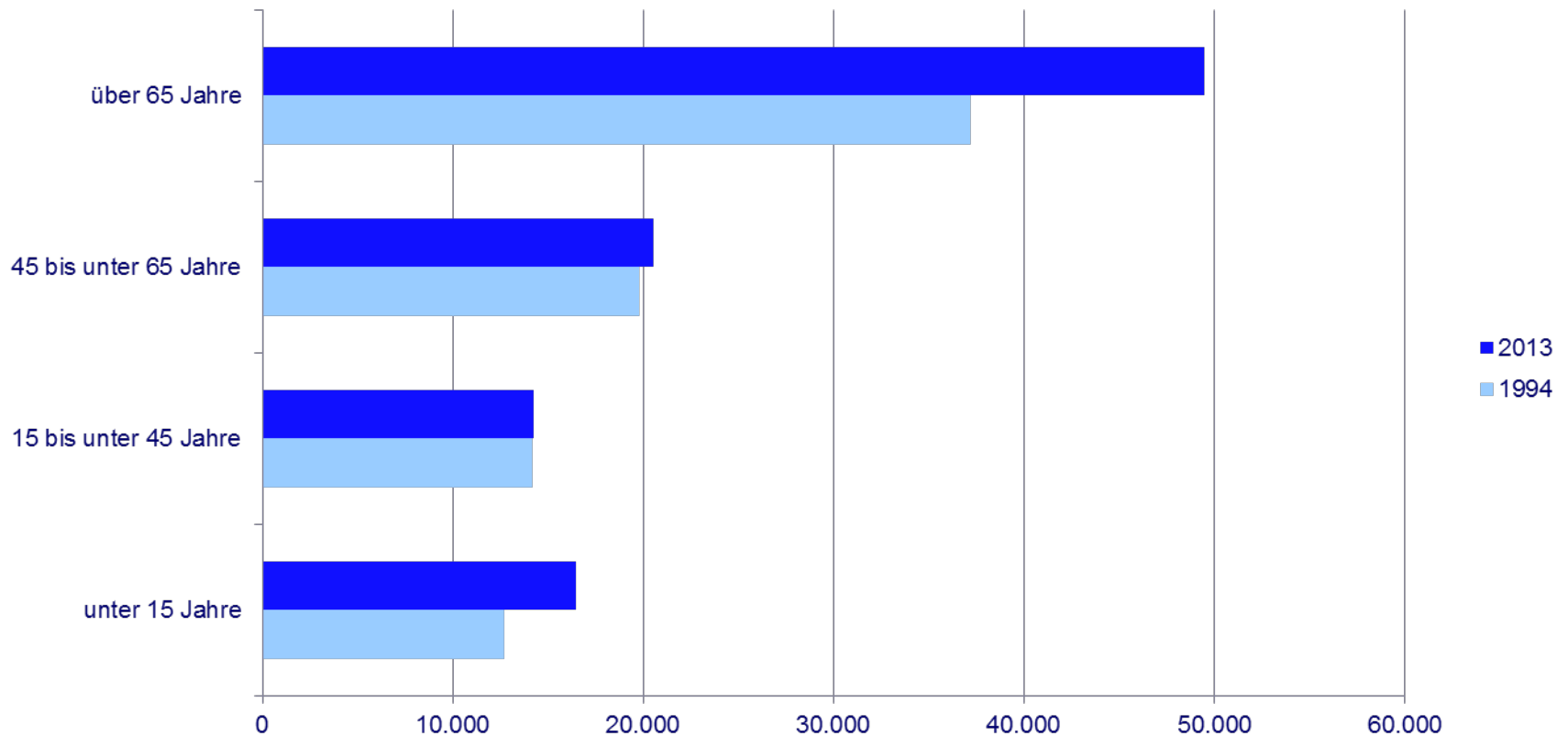
Patientenorientierung – Annäherungen an einen komplexen Begriff

Patientenorientierung – ein vieldimensionales Konstrukt



Patientenorientierung im Zeitalter chronischer Krankheit und Multimorbidität

Verteilung der Krankenhausfälle nach Alter



Daten entn.: Statistisches Bundesamt (2015): Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Wiesbaden: Fachserie 12 Reihe 6.2.1

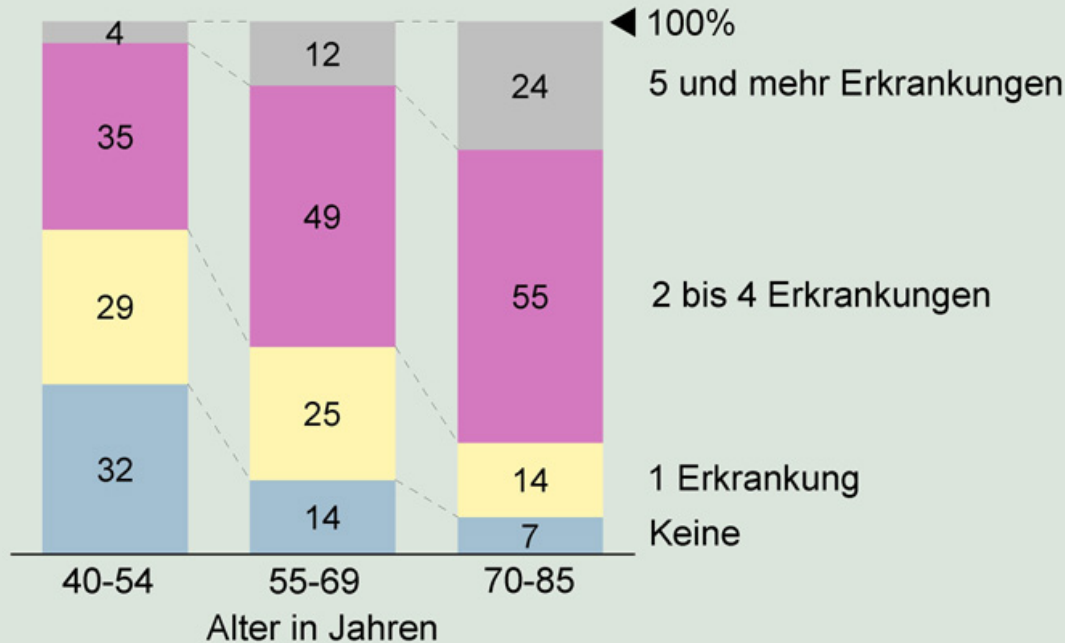
Patientenorientierung im Zeitalter chronischer Krankheit und Multimorbidität

Multimorbidität im Alter

Alte Menschen leiden meist an mehreren Krankheiten gleichzeitig



AOK Baden-Württemberg



AOK Baden-Württemberg Quellen: DZA, Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002

Belastungsfaktoren bei chronischen Erkrankungen

Biografische Neuorientierung

- Einschränkung von **körperlichem Wohlbefinden** und **Leistungsfähigkeit**, Funktionseinbußen, Einschränkung und Bedrohung der körperlichen Integrität
- Irreversibilität oder gar Progredienz → Einschränkung von **Zukunfts- und Lebensplanung**
- Bedrohung des **Selbstbildes**; körperliche Stigmata; stigmatisierende Umwelt
- Einschränkung / Bedrohung von **Sozialbeziehungen** und in der Erfüllung von Rollen
- **Lebensbedrohung** → subjektives Erleben / objektiv reduzierte Lebenserwartung
- **Stimmungsveränderung** / Bedrohung des emotionalen Gleichgewichts

Alltagsbewältigung

- Einschränkung / Bedrohung **beruflicher Möglichkeiten**
- Einschränkungen der **Lebensführung**

Krankheitsmanagement

- Anpassung an neue **Zeitrhythmen**
- **Symptommanagement**; chronische Schmerzen
- **Therapiemanagement**
- aversiv erlebte **Therapie**
- **Abhängigkeit** von Helfern und Maschinen



Ineinandergreifen von chronischer (Mehrfach-)Erkrankung und Pflegebedürftigkeit

- „Wie epidemiologische Daten ..., aber auch Verlaufsstudien zeigen ..., kumulieren dann Gesundheits- und Krankheitsprobleme und stellen sich neben chronischer Krankheit ggf. Multimorbidität und Funktionseinschränkungen sowie Pflegebedürftigkeit ein. Viele von ihnen gehen mit (alter-)spezifischen Anforderungen an das Versorgungssystem einher, werden dort jedoch ... nicht adäquat wahrgenommen und beantwortet“ (Schaeffer, D. 2009: Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: P & G, 14. Jg., Heft 4, S. 306 – 324)

Anforderungen an eine patientenorientierte Versorgung

Überholte Paradigmen in der Versorgung chronisch Kranker (vgl. Sachverständigenrat 2000/2001)

- ‚**somatische Fixierung**‘: die sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biografischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt;
- der chronisch Kranke wird als **passiver Empfänger** von med. Leistungen betrachtet – im Zentrum steht ‚Reparatur, Kur, Schonung‘;
- Vernachlässigung von **Prävention**
- Vernachlässigung von **Rehabilitation**
- unzureichende **Information, Schulung** und **Partizipation** des Patienten u. seiner wichtigsten Bezugspersonen;
- Mangel an **interdisziplinären Versorgungsstrukturen**

Gutachten Kooperation und Verantwortung (SVR 2007)

- Zentrale **Schlüsselstellung** von Ärzten wird der Bedeutung der Gesundheitsversorgung nicht gerecht. Verteilung der Tätigkeiten entspricht nicht den
 - demographischen
 - strukturellen
 - innovationsbedingten Anforderungen
- **Defizite in der Zusammenarbeit** der Gesundheitsberufe
- Arbeitsteilung von Ärzten und Pflegenden durch **Rechtsunsicherheit** belastet
- Ärzte zur **persönlichen Leistungserbringung** verpflichtet



Forderungen SVR

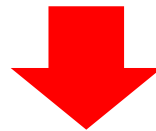
- Veränderung der **Arbeitsteilung** zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen → stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe
- größere **Handlungsautonomie** der Pflege
- Erprobung von berufsgruppenübergreifenden **Poolkompetenzen**

WHO-Definition Pflege (1993)

Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen **Menschen**, der **Familie** und ganzen **Gruppen** dabei zu helfen, ihr **physisches, psychisches** und **soziales Potential** zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer **Lebens- und Arbeitsumwelt**. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die **Gesundheit fördern, erhalten** und **Krankheit verhindern**. Zur Pflege gehört auch die Planung und **Betreuung bei Krankheit** und während der **Rehabilitation**, und sie umfasst zudem die **physischen, psychischen** und **sozialen Aspekte** des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Pflegende gewährleisten, dass der einzelne und die **Familie**, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung **einbezogen** werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen zusammen.

Erwartungen / Wünsche chronisch Kranker an die Krankenhausversorgung

- **Vertrauenswürdigkeit** → *Verlässlichkeit auf fachliche Expertise*
- **Achtungsvoller Umgang**
- Ungeteilte **Zuwendung** (kein Zeitdruck; keine Störungen; keine Reduzierung auf technische Einrichtungen)
- **Personelle Kontinuität** vs. wechselnde Pflegekräfte
- **Versorgungskontinuität** auch im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit
- Transparentes Management der Krankenhausversorgung mit **reibungslosen Abläufen** (z.B. Vermeidung von Wartezeiten)
- Berücksichtigung **individueller Bedürfnisse** in den Abläufen



Sicherheitsgefühl

zusammengefasst in: Prinzen, L.:
Bewältigungsarbeit chronisch erkrankter
Menschen beim Übergang vom
Krankenhaus in die Häuslichkeit, Uni
Bielefeld, 2008

13

*Patientenorientiertes Management
Kooperatives Prozessmanagement KoPM[®]*

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**“

Neujustierung der kooperativen Arbeitsteilung Ärzte - Pflegende

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 therapeutischen wirksamen pflegerischen Versorgungsauftrag (Pflegekonzept)

Komplementäre Arbeitsteilung von Medizin und Pflege im Versorgungsprozess

Kernkompetenz Medizin

zielt auf Erkennen, Verhüten, Heilen und Lindern von Krankheiten ab

Poolkompetenzen

zielt auf ein möglichst unabhängiges und selbständiges Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen ab

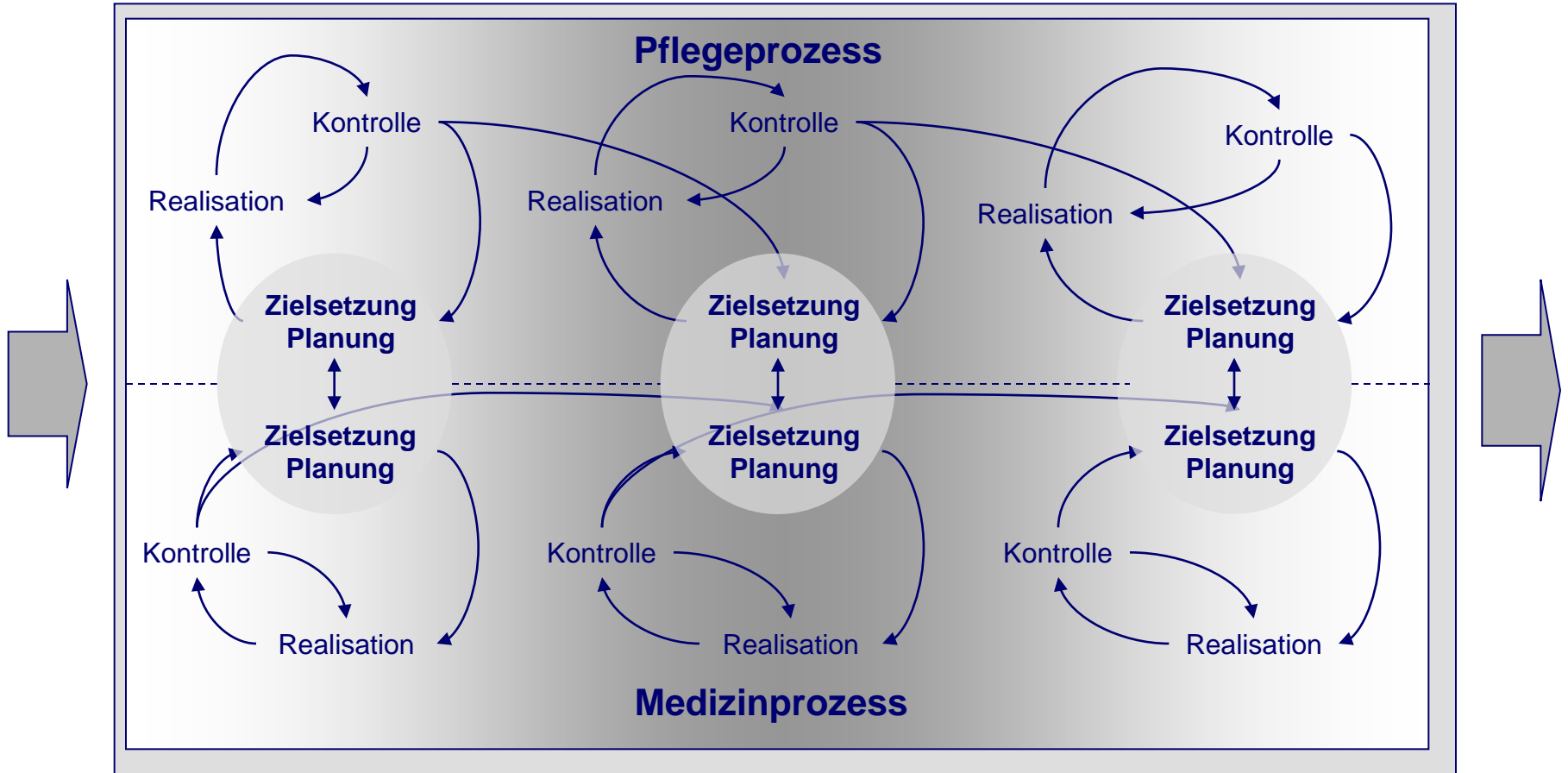
Kernkompetenz Pflege

- **Körperfunktionsorientierte Unterstützung**
 - Wiederherstellen und Substitution von Körperfunktionen
 - Linderung körperlicher Beschwerden
- **Psycho-soziale Begleitung von Patienten und Angehörigen**
 - Beistand, Trost, Empathie, Verständnis, ...
- **Verhaltens- und handlungsorientierte Unterstützung**
 - Schulen, Anleiten, Beraten

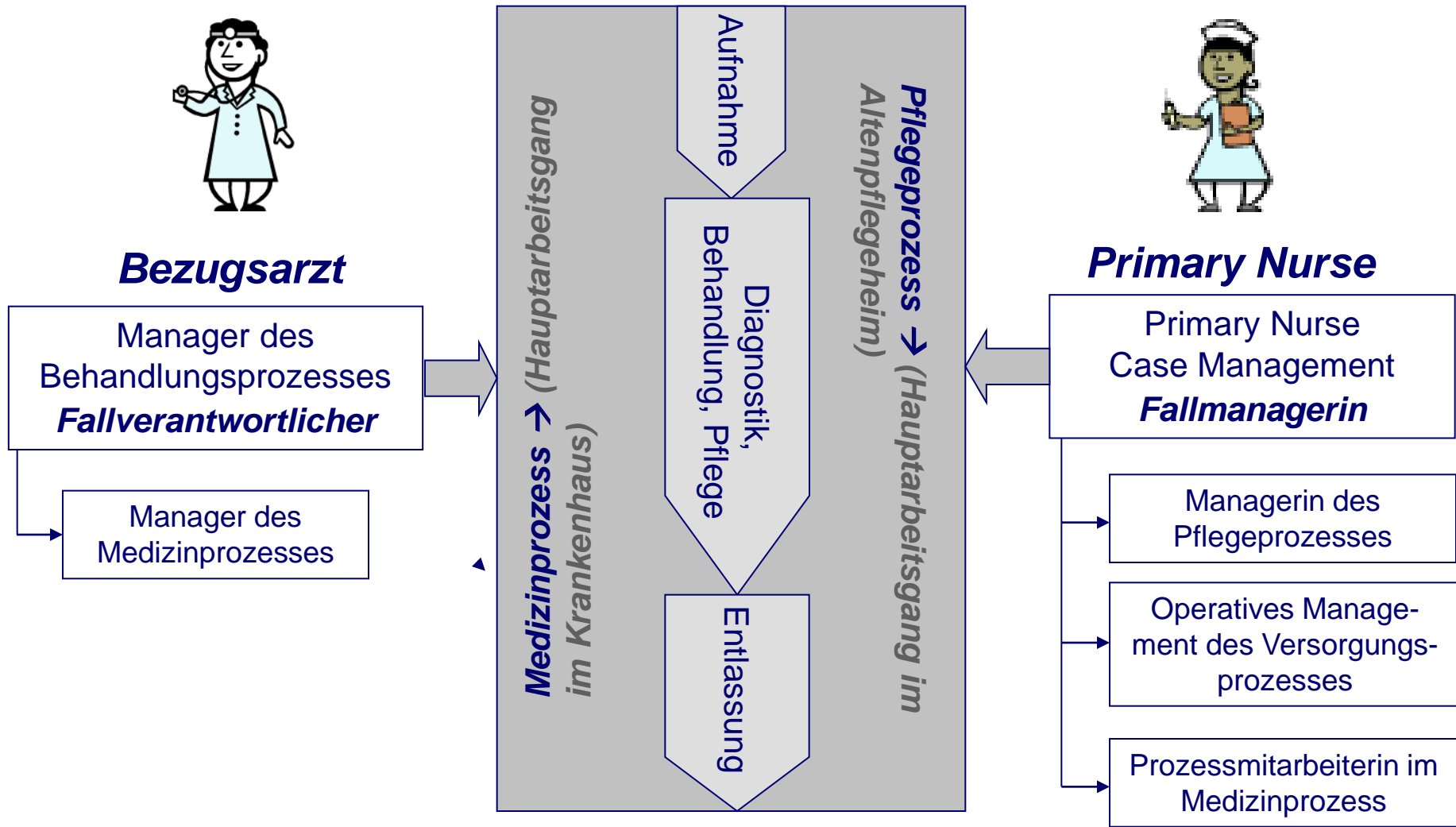
Ziele:

- **Funktionelle Arbeitsteilung** zwischen Medizin und Pflege → überschneidungsfrei, Versorgung „aus einer Hand“
- **Parallelisierung** von Medizin- und Pflegeprozess
 - Schaffung einer **Parallelstruktur** von Pflegeprozesses und Medizinprozess zur Unterstützung eines **integrierten Medizin-Pflegeprozesses**
 - Einführung der papierlosen **Patientendokumentation** mit z.T. integrierten Formularen (Beispiel: Berichtsblatt)
 - Inhaltliche Fokussierung des Pflegeprozesses auf Anforderungen der **Krankheitsbewältigung** (Neugestaltung der Pflegeanamnese)
 - Einmündung des diagnostischen Prozesses in einheitliche Terminologie von **Pflegediagnosen** als Pendant zu medizinischen Diagnosen
 - Klare Formulierung von pflegerischen **Versorgungszielen**; Bewertung von Pflegeergebnissen

Zusammenwirken von Medizin- und Pflegeprozess



Kooperatives Arrangement Arzt-Pflege (KoPM-Modell)



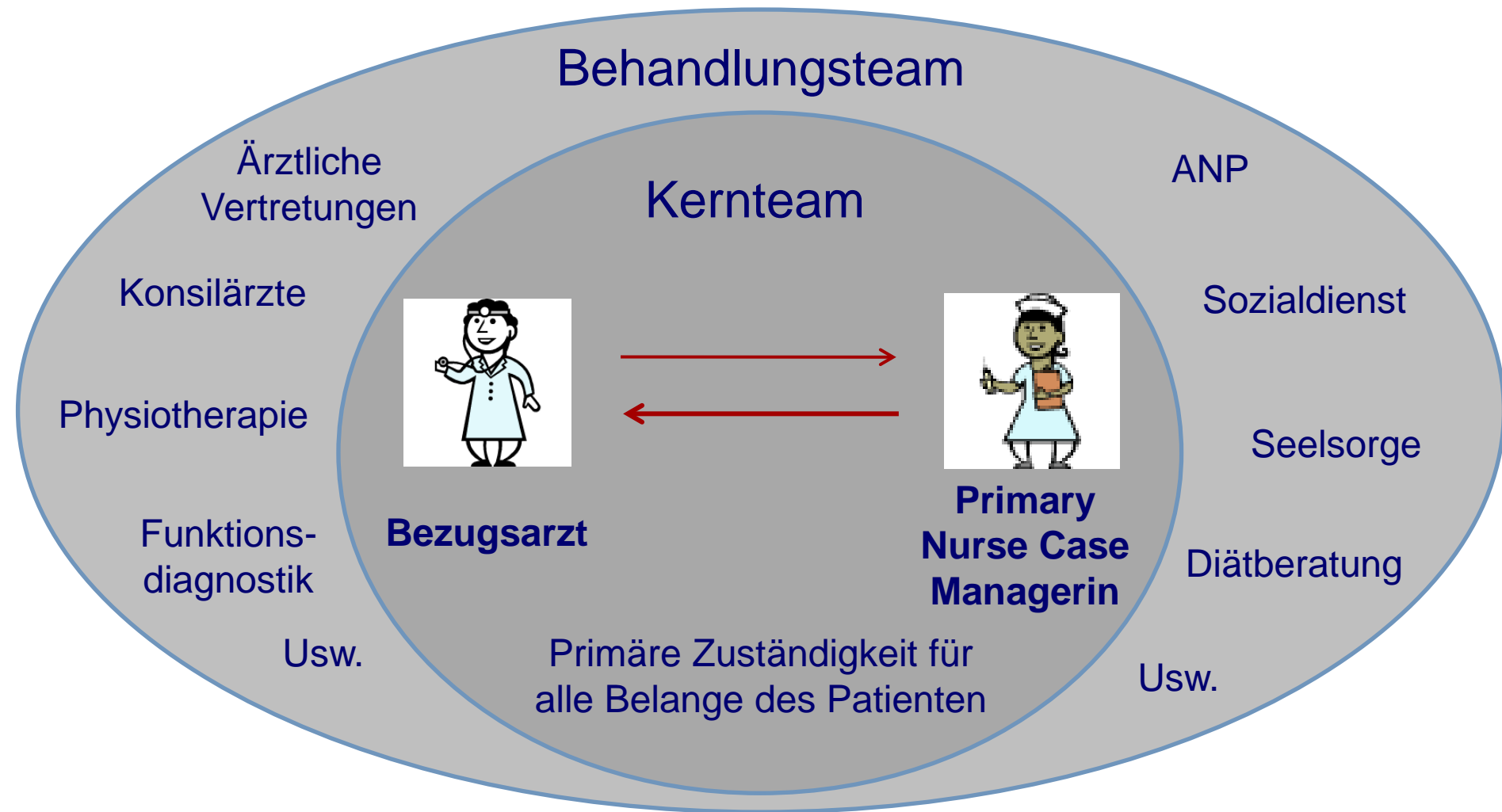
Anforderungen an Prozessmanager/innen

Empirische Befunde zur Prozessverantwortung

- Prozessverantwortliche sollten einen **relativ hohen Tätigkeitsanteil** am Prozess haben, um den Prozess beeinflussen zu können
- **Prozesskenntnis** und **Sozialkompetenz** sind Schlüsselanforderungen für das Prozessmanagement
- **Fachliche Weisungsbefugnis** kann das Prozessmanagement positiv verstärken

Stoi, R. 1999

Prozessunterstützende Aufbauorganisation: Interdisziplinäres Behandlungsteam



Das Kernteam: Arzt- und PNCM

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

- Persönlich 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**

Prozessmanagementaufgaben der Primary Nurse Case Managerin

Die Primary Nurse Case Managerin:

- **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 Teamkonferenz, Fallbesprechungen**
- **überprüft** und **überwacht** ... Tagesabläufe, Anordnungen, Befundeingänge ... Dokumentation

Befugnisse in der Funktion einer Primary Nurse Case Managerin

- **Dispositionsspielräume**

„Dann verschieben wir die Untersuchung X auf Mittwoch und ziehen dafür Untersuchung Y auf morgen vor.“

- **Verhandlungsmandat** gegenüber Patienten und Kooperationspartnern

„Ich bitte Sie, die Physiotherapie erst nachmittags bei Frau Schmidt durchzuführen, da vormittags diverse Untersuchungen laufen werden.“

- **Entscheidungsmandat** und -spielräume gegenüber Patienten und Kooperationspartnern

„Bei Frau Müller wird vom Standard Dekubitusprophylaxe in folgenden Punkten abgewichen.“

- **Situative Variabilität**

„Herr Kramer wirkt auf mich heute blass und erschöpft; wir nehmen zusätzlich noch ein kleines Blutbild ab.“

- **Fachliches Weisungs- und Delegationsrecht** gegenüber Mitarbeiter/innen des Prozessteams

„Die Wundversorgung bei Herrn Meyer führen Sie bitte wie folgt durch.“

- **Überwachung und Kontrolle** der Mitarbeiter/innen des Prozessteams

„Die Pflegedokumentation weist folgende Defizite aus.“

- Aufwertung und Sichtbarmachung des **beziehungsorientierten Arbeitsanteils** der Pflege
- Primary Nurse Case Management weist ein großes patientenorientiertes Potenzial:
 - Übertragung und Übernahme individueller **Verantwortung** für pflegerische Entscheidungen durch **eine Pflegenden**
 - Sicherstellung der **kontinuierlichen Versorgung** durch Zuteilung der täglichen pflegerischen Arbeit nach der Fallmethode
 - Direkte **Kommunikation** mit allen beteiligten Akteuren
 - **Pflegeplanender** ist zugleich **Pflegedurchführender** (Manthey 2005).
 - **Entlassungsmanagement, Ergebnisüberwachung, Inanspruchnahmemanagement** (Ewers 2000)
- Pflegende können bei entsprechender **Qualifizierung** die Aufgabe von Prozessmanagerinnen übernehmen,
- **aber nicht alle Pflegenden** können und sollten die Funktion von Prozessmanagerinnen übernehmen
 - Voraussetzungen sind: manageriale, soziale, fachliche und Führungskompetenz

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

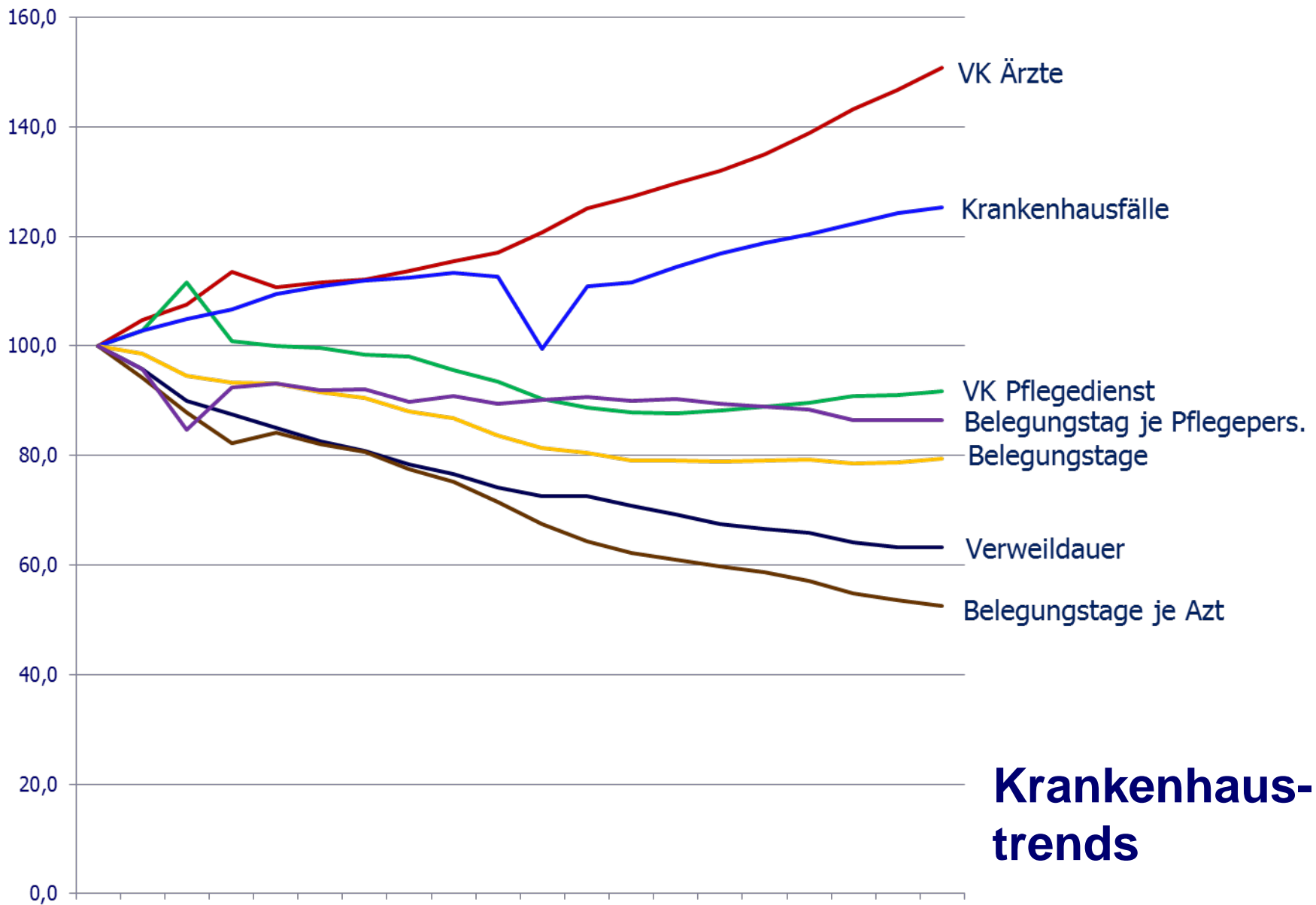
Tel. 040 / 42875 7217

mail@kopm-zentrum.de

www.kopm-zentrum.de

peter.stratmeyer@haw-hamburg.de

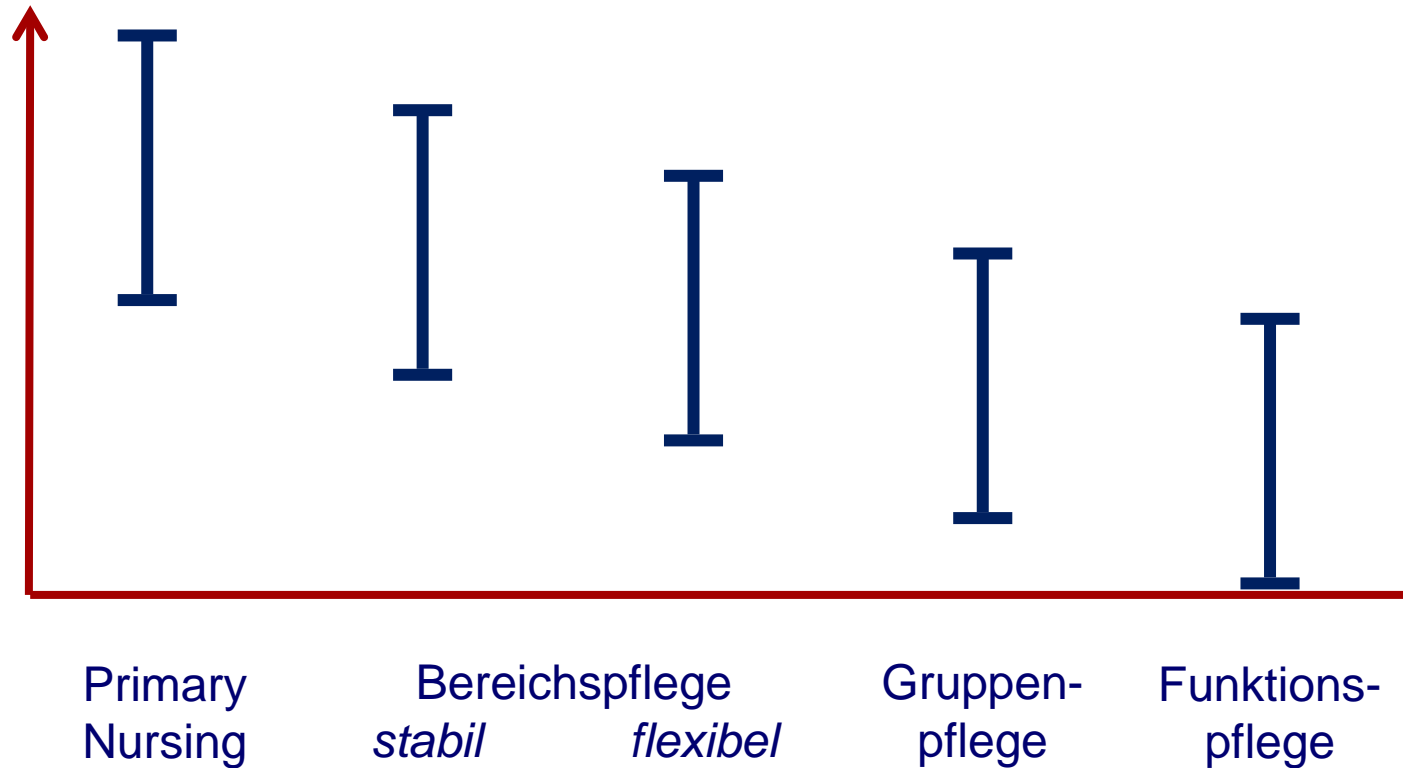
- **Unterstützung** der gesamten **Krankenhausleitung**
 - **Keine Halbherzigkeit** → Krhs.Itg. muss vom Erfolg überzeugt sein
 - **Kurs halten** auch bei starkem Gegenwind
 - **Offenheit** gegenüber notwendigen Anpassungen und Nachjustierungen
 - **Geschlossen** hinter dem Modell stehen
 - **Präsenz** 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 Führungskräfte
- Effektive und kontinuierliche **Informationspolitik**
- Angemessene **Ressourcenausstattung** sicherstellen
- Aufbau einer funktionalen **Projektorganisation**
- Gleichzeitigkeit von **Langfristperspektive** und **kurzfristigen Verbesserung**
- **Modularisiertes Vorgehenskonzept** aufstellen



Krankenhaus-trends

Zusammenhang Patientenorientierung und Pflegeorganisation

Patientenorientierung



In Anl. an Büssing XXXX

30

Patientenorientierte Organisationstrias

