



# Zusammenarbeit und Rollenverteilung aus Sicht der Pflegewissenschaft

Hamburg, 31. Mai 2008

Sabine Bartholomeyczik



## Hintergrund

### Versorgung von Patienten im Wandel

#### Krankenhaus:

- kürzere Verweildauer, durchschnittlich kränkere Patienten
- mehr chronisch Kranke, vermehrte Multimorbidität

#### Extramural:

- mehr akute Versorgungserfordernisse vor dem Hintergrund chronischer Krankheit
- mehr Notwendigkeit von Langzeitversorgung
- mehr Versorgungsaufgaben im familialen Umfeld



## Hintergrund

### Ergebnisse ArbiK: Zusammenarbeit Ärzte - Pflegende im Krankenhaus (Maximalversorgung)

#### Ärzte und Pflegende sehen Verschlechterungen in Arbeitsbedingungen (2005 - 2007)

- leistungsgerechte Bezahlung
- Dokumentationsaufwand
- Quantitative Anforderungen

#### Verhältnis beider Berufsgruppen zueinander:

- Reibungsverluste in Arbeitsabläufen durch schlechte Kooperation
- Geringe Wertschätzung Pflegenden durch Ärzte
- Arbeitsabläufe können verbessert werden (trotz schwieriger Rahmenbed.)
- Werden von Pflegende stärker wahrgenommen als von Ärzten
- Ärzte können Aufgaben an Pflegende delegieren
- Pflegende können kaum Aufgaben delegieren, haben aber Angst um Arbeitsplatz



## Ziele

#### Neben ärztlicher Diagnostik, Therapie und Pflege:

- Empowerment von Patienten
- Förderung des Selbstmanagements/  
Selbstpflegekompetenz
  - Integration chronischer Krankheit in den Lebensalltag
  - Integration in familiales Umfeld
  - Integration in Versorgungsumfeld
- Krankenhaus: Entlassungsfähigkeit herstellen



## Aufgabenschwerpunkte

- Adäquate Kontinuität der Versorgung
- Versorgungsakteure: Sicherstellung von Versorgungs- und Patienten - Steuerung
  - innerhalb der Einrichtung (Case Management) und aus dem Krankenhaus heraus (Entlassungs-, Überleitungsmanagement)
  - zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten
- Nutzer als Akteure: Sicherstellung kontinuierlicher fachlicher Ansprechbarkeit und Beratung als (Schnitt-) Nahtstellen-Management



## Das bedeutet

- Kontinuität im Krankenhaus bei relativer "Ortsungebundenheit" der Ärzte: neue Aufgabenteilung
- wenn vermehrt ursprünglich ärztliche Aufgaben von Pflegenden übernommen werden müssen, dann
  - mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen
  - mit Qualifizierung
  - persönlicher Verantwortungsübernahme
- Primary Nursing mit individueller Entscheidung, was an Hilfskräfte delegiert werden kann (Pflegediagnostik!)
- Advanced Nurse Practitioners
- Personalausstattung neu definieren! (Pflegeindikatoren)



## Das bedeutet

### Ambulant

- Zugehende Angebote bei Risikogruppen
- Case Management und Care Management
- Pflegesprechstunden, Patientenedukation
- Verordnungskompetenz für Pflegemittel
- Versorgung akut Kranker zu Hause
- Neue Strukturen z.B.
  - Tandem-Praxen
  - Family Health Nursing
  - Präventive Hausbesuche
  - Gesundheitszentren
  - Pflegestützpunkte (keine Trennung SGB V und XI)



## Prinzipien

### Delegation von ärztlichen Aufgaben an Pflegende:

- Klärung der Verantwortlichkeiten
- Grundsätzliche Verantwortungszuweisungen
- Regelung unabhängig von aktueller Personalsituation



## Prinzipien

### Delegation von pflegerischen Aufgaben an Hilfskräfte:

- Nach Pflegediagnostik: Abhängigkeit vom Zustand der zu pflegenden Person
- Delegation nicht tätigkeitsdefiniert
- Sicherstellung der Qualität (z.B. Ernährung)
- Beachtung der personellen Kontinuität



## Desiderata: Forschung

### Krankenhaus

- Entwicklung von Pflegeindikatoren für das DRG-System
- Untersuchungen von patientenseitigen Outcomes und Personalausstattung
- Entwicklung nachhaltiger Indikatoren für Skillmix

### Ambulant

- Entwicklung wesentlicher Qualitätsindikatoren
- Effektivität von Versorgungsstrukturen und patientenseitigen Outcomes