



10. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik, 20. Nov. 2008

Zusammenfassung Workshop 2: In der Pflege eine Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit entwickeln

Im ersten Teil des Workshops dreht sich die Diskussion um das von Heinrich Neuweiler präsentierte Modell „Fachhierarchie“ des Kantonsspitals Graubünden (KSGR). Kernpunkte des Modells sind die Einführung der Bezugspflege sowie eine klare Kompetenzregelung zwischen den Pflegenden. Dadurch sollen Schnittstellen verringert und die Betreuungskontinuität verbessert werden. Die Fachperson Gesundheit (FaGe) arbeitet in Delegation der diplomierten Pflegenden, wobei letztere Ansprechperson für die Ärzt/innen ist und die Bezugspflegerin für die Patient/innen darstellt. Ärzt/innen wurden bei der Konzeption des Projektes in ihrer Funktion als Mitglied der Geschäftsleitung oder des Verwaltungsrats involviert. In der Umsetzung kommen von diesen bis anhin positive Rückmeldungen, da sie neu mit Pflegenden zusammenarbeiten, die ein grosses Wissen über ihre Bezugspatient/innen haben. Angestrebt werden soll auf der Bettenstation eine ähnlich gute Zusammenarbeit zwischen Ärzt/innen und Pflegenden, wie sie auf der Intensivstation schon heute der Fall ist. Die heutigen Pflegeassistent/innen wird es in Zukunft nicht mehr geben. Deren Arbeit wird künftig von den FaGe übernommen. Die Praktikabilität dieses Substitutionsvorhabens wird von einer Diskussionsteilnehmerin in Frage gestellt, da die FaGe in der Regel pflegerisch tätig sein möchten und nicht die Arbeiten der Pflegeassistent/innen übernehmen wollen. Im KSGR wurde demgegenüber die Erfahrung gemacht, dass gewisse FaGe gerne in der Administration/Logistik arbeiten und z. T. ein Rotationsmodell begrüssen, wobei eine gewisse Zeit in der Pflege und dann wieder in der Administration/Logistik gearbeitet würde. Wichtig scheint es, Arbeiten ausserhalb des Pflegebereichs attraktiv zu gestalten, indem z. B. die Verantwortung über die Materialbewirtschaftung übernommen werden kann. In der Psychiatrie wird ganz generell zumeist schon längere Zeit mit einem Bezugspersonenpflegesystem gearbeitet. Dort zeigte sich, dass je grösser der Nutzen für die Ärzt/innen ist, desto eher wird das System von diesen akzeptiert.

Im zweiten Teil des Workshops werden im Anschluss an das Referat von Iris Ludwig verschiedene weitere Punkte diskutiert:

Die Frage nach einer kritischen Stationsgrösse bei der Implementierung eines Skill- und Grade-Mix wird aufgeworfen. Bis anhin verrichteten alle Pflegenden alle Tätigkeiten und Kleinstteams von wenigen Pflegepersonen waren möglich. Bei Skill- und Grade-Mix Modellen braucht es hingegen eine kritische Stationsgrösse. Im Wallis wurde im Zuge der Einführung des Skill- und Grade-Mix die Grösse der Akutstationen auf heute mindestens 22 Betten festgelegt.

Von den FH-Absolvent/innen werden im Gegensatz zu den HF-Absolvent/innen erhöhte Kompetenzen in der Pflegediagnostik erwartet. Dem wird entgegen gehalten, dass schon DNII-Pflegende in Pflegediagnostik geschult wurden und fähig sein sollten, den Pflegebedarf zu bestimmen. Dies genügt offensichtlich den Anforderungen der Praxis nicht. Viele Pflegenden kennen das diagnostische Sprachsystem zu wenig oder arbeiten in der Anwendung zu wenig eigenständig. Generell müssen die unterschiedlichen Realitäten in der West- und Deutschschweiz berücksichtigt werden. In der Westschweiz werden FH-Absolvent/innen mit Bachelor-Diplom am Bett des Patienten eingesetzt. In der Deutschschweiz wird dies wohl in geringerem Ausmass der Fall sein.

Es wird dafür plädiert, dass sich die Diskussionen nicht nur auf den Skill- und Grade-Mix zwischen diplomierten Pflegenden und FaGe konzentrieren sollten. In Zukunft werden häufiger auch Personen mit einem Pflegemaster und wohl auch mit einem Dokortitel in Pflege zu integrieren sein.

Angesichts des voraussichtlichen Personalmangels im Pflegebereich muss es Ziel sein, die Pflegenden möglichst lange im Beruf zu halten. In diesem Zusammenhang spielt deren Arbeitszufriedenheit eine grosse Rolle. Wenn Pflegenden in der Bezugspflege vier Tage am Stück arbeiten müssen, ist das je nach familiärer Situation schwierig zu bewerkstelligen. Gerade bei Teilzeit Arbeitenden kann das Bezugspersonenpflegesystem Unmut auslösen, da sie aufgrund ihrer Teilzeittätigkeit nicht als Bezugspflegende in Frage kommen. Ganz allgemein ist bei Veränderungsprozessen der Dialog wichtig. Die Betroffenen müssen in den Prozess einbezogen und Veränderungen sollten nicht von oben herab verordnet werden. Darüber hinaus müssen Rollen klar definiert und Entwicklungsmöglichkeiten sichtbar sein. Wenn sich Pflegenden ihrer Funktion sicher sind, lassen sie sich eher auf Veränderungsprozesse ein als wenn diesbezüglich Unsicherheiten bestehen.

Abschliessend wird die Beziehung zwischen Ärzt/innen und Pflegenden ins Zentrum gerückt. Iris Ludwig wies in ihrem Referat darauf hin, dass alle von ihr betreuten Skill- und Grademixprojekte *intraprofessionelle* Projekte waren, d. h. kein einziges *interprofessionelles* Projekt darunter war. Es wird dafür plädiert, die Beziehung zwischen Ärzt/innen und Pflegenden im und ausserhalb des Spitals zu analysieren und neue Modelle der Zusammenarbeit zu entwickeln. Beispielsweise könnten in einer interprofessionellen Gruppe die Aktionsbereiche der jeweiligen Berufsgruppen analysiert und Berufsprofile entwickelt werden. Angesichts der künftigen Personalknappheit im Pflegebereich ist es jedoch fraglich, inwieweit Pflegenden ärztliche Leistungen übernehmen sollen und können.

Bern, 4. Dezember 2008

Daniela Schibli, Projektleiterin GDK