

„Schnittstellenarbeit Klinische Pflegespezialistin – ärztlicher Dienst“

Ausgangslage

Im Langzeitpflegebereich haben sich die Pflege- und Betreuungssituationen in den letzten Jahren stark verändert. Die Eintritte von polymorbiden Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, in instabilen Situationen und/oder mit einer fortgeschrittenen Demenz haben zugenommen. Das interprofessionelle Betreuungsteam setzt sich heutzutage viel häufiger mit herausfordernden Situationen auseinander. Auslöser hierfür sind hauptsächlich komplexe Krankheitsmanagements, Verhaltenssymptome, schwierige soziale Situationen oder Palliative Care. Zusätzlich ist der Turnover von Ein- und Austritten stark gestiegen. Das geht einher mit einem erhöhten Bedarf an Austrittscoordination und Schnittstellenmanagement. Stets mit dem Ziel, eine sichere, effektive und bewohner/innen-orientierte Pflege und Behandlung zu gewährleisten. Angehörige erleben wir oft engagiert. Sie fordern einen aktiven Einbezug bei Entscheidungen und dem Festlegen der Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsstrategien.

Der ärztliche Dienst wird häufiger mit Anfragen konfrontiert, die störende Unterbrüche darstellen. Dies wird sowohl vom ärztlichen Dienst (äD), wie von der der Pflege als Stressor empfunden. Diesen multidimensionalen Anforderungen begegnen wir mit der Überzeugung, dass sie nur mit eingespielten, interprofessionellen Teams adäquat beantwortet werden können.

Die neuen Herausforderungen erfordern ein Umdenken in Bezug auf die Ressourcennutzung und Aufgabenverteilung der involvierten Health Care Professionals. In der Langzeitpflege bedeutet dies insbesondere, dass die fachlichen Kompetenzen der Health Professionals gezielt genutzt werden. So kann beispielsweise die geriatrische Expertise von Klinischen Pflegespezialistinnen (KPS) zur Entlastung des ärztlichen Dienstes eingesetzt werden. Dies geschieht auf Basis von einer klar abgesprochenen Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten (Kernelement 2 der Charta zur Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen). Beispielsweise fangen KPS Situationen mit auffälligen Verhaltenssymptomen mit einer pflegerischen Expertise auf. Oder unterstützen den ärztlichen Dienst, indem Assessments von der Pflege übernommen bzw. weitergeführt werden. Nicht zuletzt führt dies zu einer merklichen Entlastung der Ärztinnen und Ärzte und eine Konzentration ihrer Ressourcen auf andere Kernelemente im Heimalltag.

Die Optimierung der professionellen Behandlung, Pflege und Betreuung der Bewohner/innen und deren Angehörigen wird mit einem ressourcengerechten Einsatz der Kompetenzen aller Professionen ermöglicht. Dabei orientieren wir uns zum einen am Bedarf der Bewohner/innen und ihren Angehörigen und zum anderen an den Kompetenzen, die in den anfallenden Situationen tatsächlich benötigt werden (Kernelement 3 der Charta).

KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit

Um die neuen Herausforderungen anzugehen, wurde 2013 im KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit das Projekt „Schnittstellenarbeit Klinische Pflegespezialistin - ärztlicher Dienst“ angedacht, welches nun in den Jahren 2015/2016 umfassend zum Tragen kommt. Das KZU ist in seiner Rechtsform eine interkommunale Anstalt und richtet sich auf die Bedürfnisse der Bevölkerung aus den 20 Trägergemeinden aus. Es verteilt sich auf die drei Standorten Pflegezentrum Bächli, Pflegezentrum Embrach und Pflegewohnungen Nü-

renschorf. Insgesamt umfasst das Angebot rund 200 stationäre Plätze und bietet nebst Langzeitpflege auch unterschiedliche Schwerpunkte wie: Dementia Care, allgemeinen und spezialisierten Palliative Care für Langzeitpflege, Neuro Care, Pflege von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, Akut- und Übergangspflege, geriatrische Rehabilitation, Kurzaufenthalte, sowie Tages- und Nachtklinik. Im 2015 verzeichnete das KZU 257 Eintritte und 275 Austritte.

Das KZU arbeitet mit einem Heimarztssystem. Das Ärzteteam setzt sich aus vier Spezialistinnen und Spezialisten (FMH Allgemeine Innere Medizin, spez. Geriatrie (160%), FMH Allgemeine Innere Medizin (60%) und FMH Psychiatrie und Psychotherapie (90%) und zwei Assistenzarztstellen (200%) zusammen. Insgesamt werden im KZU 200 Pflege- und Betreuungspersonen mit 151 Vollzeitäquivalenzen beschäftigt. Davon sind ca. 38% Pflegefachpersonen mit der Verantwortung für den Pflegeprozess, ca. 30% sind Fachangestellte Gesundheit resp. Fachangestellte Betreuung, die im Pflege- und Betreuungsalltag aktiv sind, und ca. 32% sind Assistent/innen Gesundheit und Soziales und Pflegehelfer/innen, die Bewohner/innen in einfachen Situationen unterstützen und für eine wohnliche Atmosphäre auf der Pflegegruppe sorgen. Im 2016 sind insgesamt 6 klinische Pflegespezialistinnen an den beiden Standorten Embrach und Bassersdorf angestellt, die entweder einen Master of Advanced Studies (Schwerpunkt Palliative Care, Geriatrie oder ähnliches) oder Master of Science in Nursing abgeschlossen haben oder daran sind, eine entsprechende Ausbildung zu absolvieren.

Zielsetzungen

Das Projekt „Schnittstellenarbeit Klinische Pflegespezialistin - ärztlicher Dienst“ legt den Fokus auf der Förderung und Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Dienst (äD) und den klinischen Pflegespezialistinnen (KPS) mit dem Ziel die benötigten fachlichen Kompetenzen bewohner/innen- und bedarfsgerecht einzusetzen. Folgende Resultate wurden vom Projekt erwartet:

- Präventives, gezieltes und rasches Vorgehen in herausfordernden Situationen durch interprofessionelle Absprachen und klare Aufgabenteilung.
- Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Klinischen Spezialistin und dem ärztlichen Dienst sind geklärt und definiert.
- Störungsarmer Alltag durch die Reduktion der Telefonanrufe zwischen Pflege - Arzt resp. Arzt - Pflege auf ein notwendiges Minimum.
- Der eigenständige Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Pflege wird gestärkt und gefördert.

Rahmen der Umsetzung

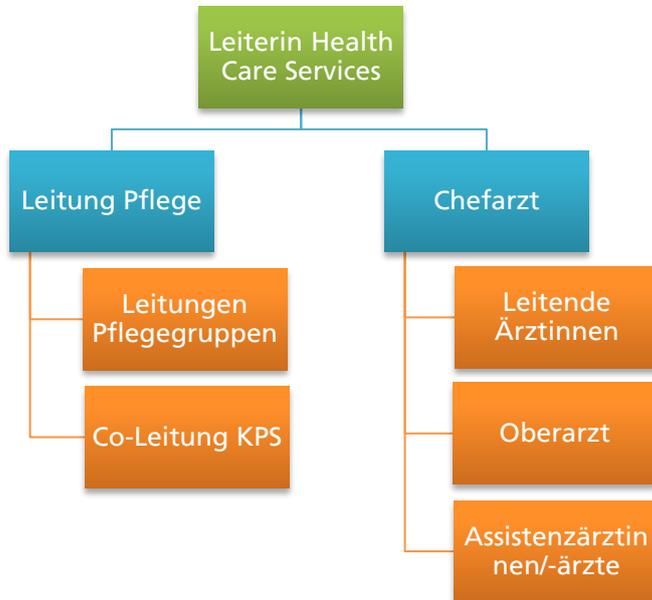


Bild 1: Auszug aus dem Organigramm

Die beiden Pflegezentren (192 Plätze ohne Tages- und Nachtklinik) beherbergen insgesamt 7 Pflegegruppen. Auf jeder Gruppe ist eine klinische Pflegespezialistin zugeteilt, die der Leitung der Pflegegruppe unterstellt ist. Fachlich werden die klinischen Pflegespezialistinnen von 2 Co-Leitungen geführt, die direkt der Leitung Pflege unterstellt sind. Der Pflege- und Arztbereich wird von der Leiterin Health Care Services geführt.

Als fest geplante Kontaktpunkte zwischen dem ärztlichen Dienst und der Pflege sind zwei Elemente vorgesehen: 1. Auf jeder Pflegegruppe findet 1-mal pro Woche eine Besprechung der aktuellen (nicht dringlichen) Fragestellungen anhand der Bewohnerdokumentation statt. 2. Es finden wöchentlich interprofessionellen Zielgespräche statt, an denen neben dem ärztlichen Dienst und der Pflege auch Vertreter/innen der Therapien teilnehmen. Inhalte hier bilden aktuelle interprofessionelle Fragestellungen in der Behandlung und Pflege der Bewohner/innen und es werden gemeinsame Ziele und Massnahmen festgelegt. Bei täglich anfallenden Fragen in der Behandlung und Pflege, die nicht auf die nächste Visite warten können, hat sich die Pflege vor Projektstart direkt an den ärztlichen Dienst gewendet.

Beschreibung der Schnittstellenarbeit

Ein zentrales Element des Projektes war die Einführung der Klinischen Pflegespezialistin als Drehscheibe zwischen Pflegeteam und ärztlichem Dienst mit täglichen Rapporten zwischen Pflegespezialistin und ärztlichem Dienst. Sie bringt täglich aktuelle Informationen und konkrete Fragestellungen der Pflege gebündelt in den Rapport ein. Gleichzeitig übermittelt sie der Pflege neu getroffene Massnahmen und Einschätzungen des ärztlichen Diensts. Die Pflege richtet telefonische Anfragen mit zeitkritischen Anliegen untertags direkt an die Klinischen Pflegespezialistin, die die Anfragen triagierte. Sie funktioniert somit als dynamische Informationsdrehscheibe. Der Ablauf an Wochentagen wurde neu strukturiert gemäss der Darstellung in Tabelle 1.

Wer	Wann	Was
PFP - KPS	08:00 – 08:45	<p>KPS nimmt von PFP entgegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktuellen herausfordernden BW-Situationen • Fragen an den ärztlichen Dienst • Informationen zu speziellen, ausserordentlichen Ereignissen in der Nacht / am Wochenende • Einsatz vom Notfallarzt mit dessen Grund und Auswirkungen <p>Rückfragen der KPS an PFP in Sinne eines Coaching:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Konkretisierung der beschriebenen Situationen (z.B. bei Aussagen wie: "der Allgemeinzustand des BW ist zunehmend schlechter") mit Einbezug aller objektiven und subjektiven Bereichen • Welche Vitalzeichenmessungen wurden bereits durchgeführt oder sollten noch bestimmt werden? • Was soll beim BW konkret verbessert / verändert werden? Welche konkreten Ziele sind anzustreben? • Welche pflegerischen Massnahmen werden ergänzend zur Medikamentengabe, zur Situationsverbesserung durchgeführt – mit welchem Erfolg? Welche Massnahmen wurden infolge mangelndem Erfolg abgebrochen/eingestellt? • etc. <p>Bei Bedarf gemeinsamer Besuch der KPS mit PFP bei Bewohner/in, um die Situation vor Ort einzuschätzen und zu beurteilen</p> <p>Triage gemeinsam mit PFP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • äD muss die BW-Situation zeitnah und dringend kennen und angehen • Problem muss heute durch / mit äD angegangen werden • Problem kann auf der nächsten Visite besprochen werden
KPS	nach Austausch mit PFP	Überprüfung der BW – Dokumentationen bez. der Übereinstimmung mit der mündlich formulierten Problemstellungen und dem Dokumentierten
KPS - äD	8:45 – 09:15	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle BW-Situationen werden multidimensional und vorausschauend besprochen • vorhanden Problemstellungen und offenen Fragen werden gemeinsam triagiert und zur Bearbeitung zugeteilt
KPS - PFP	nach Austausch mit äD	<p>Rückmeldung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situationsbedingt, rasche und direktes Feedback aus der Besprechung mit dem ärztl. Dienst (z.B. weitere Tests notwendig, bestimmte Massnahmen einleiten, etc.) • Evtl. Rückmeldungen zu BW-Dokumentationen
KPS - PFP	zwischen 14:30 – 15:00	<p>Entgegennehmen von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • noch offener Fragen an den ärztl. Dienst • neu aufgetretenen Problemen <p>Coaching:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gezieltes Nachfragen zu spezifischen BW-Situationen • Bei Bedarf gemeinsamer Besuch bei BW für eine Situationseinschätzung und –beurteilung mit Besprechung des weiteren Vorgehens • vorausschauendes, multidimensionales Vorgehen besprechen

KPS – äD	15:00 – 15:15	Beratung <ul style="list-style-type: none"> • der vorhanden Problemstellungen und offenen Fragen • der aktuellen BW-Situationen: multidimensionale und vorausschauende Besprechung
----------	---------------	--

Tabelle 1: Gestaltung der Schnittstelle Pflorgeteam (PFP) – Klinische Pflegespezialistin (KPS) – ärztlicher Dienst (äD)

Im Sinn der Charta zur Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen (SAMW, 2014) wurden für die Schnittstellenarbeit der Prozess der täglichen Zusammenarbeit gemeinsam vom ärztlichen Dienst, den Klinischen Pflegespezialistinnen und der Geschäftsleitung definiert. Verantwortlichkeiten geklärt und Kompetenzprofile angepasst bzw. wo angezeigt durch Schulungen der Kompetenzerwerb unterstützt. Ein Beispiel hierfür sind die Assessmentschulungen zu Mini Mental Status und Uhrentest. Die Zusammenarbeit wird gestärkt durch wöchentlich 30-minütige, gemeinsame Fortbildungen des Ärzteteams und der klinischen Pflegespezialistinnen zu geriatrischen und medizinischen Themen.

Ergebnisse und Gewinn

Die nachfolgende Nummerierung orientiert sich an den Kernelementen und Verpflichtungen der Charta „Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen“.

1 Interprofessionelle Zusammenarbeit bindet Patienten als Partner ein.

- (Herausfordernde) Bewohner/innen-Situationen werden aus ärztlicher und pflegerischer Perspektive umfassend und differenziert diskutiert. Diese Diskussionen bewirken ein gemeinsames Verständnis der gesetzten Ziele mit den entsprechenden Massnahmen. Die gestärkte Interprofessionalität erlaubt eine klare und einheitliche Kommunikation mit den Bewohner/innen, ihren Angehörigen oder den rechtlichen Vertretern. Dies unterstützt beispielsweise die Entscheidungsfindung bezüglich Behandlungsmöglichkeiten merklich.

3 Die Übernahmen von Aufgaben im Versorgungsprozess orientieren sich am Bedarf der Patienten und ihren Angehörigen und an den benötigten fachlichen Kompetenzen.

- Der Alltag ist für den Pflegebereich und den ärztlichen Dienst wesentlich störungsfreier geworden. Zusätzlich wird die Tagesplanung effizienter. Dies erlaubt dem ärztlichen Dienst beispielsweise, Eintrittsuntersuchungen oder Gespräche konzentriert durchzuführen ohne intermittierend von Zwischenfragen gestört zu werden.
- Der interprofessionelle Austausch ist kontinuierlich, koordiniert und zielgerichtet. Der Behandlungs- und Betreuungsprozess der einzelnen Bewohner/innen kann vom ärztlichen Dienst und den klinischen Pflegespezialistinnen zielgerichtet verfolgt und situativ rasch angepasst werden.
- Bei Bedarf werden vorausschauende Massnahmen geplant. Das Pflegepersonal erreicht dank vorausschauenden medizinischen Verordnungen und Massnahmepläne auch im Notfall eine höhere Handlungsfähigkeit. Die dadurch gewonnene Sicherheit, zeigt sich besonders in den Zeitspannen, in der niemand vom ärztlichen Dienst vor Ort verfügbar ist. Davon profitieren die Bewohner/innen und deren Angehörige. Mit der vorhandenen Handlungskompetenz muss der (externe) ärztliche Notfalldienst weniger aufgeboten werden. So können teilweise sogar Spitaleinweisungen verhindert werden.
- Die Pflegefachpersonen werden durch das Coaching der Klinischen Pflegespezialistinnen in ihren Aufgaben gestärkt:

- Sie unterscheiden und priorisieren welche Themen durch den ärztlichen Dienst zeitnah anzugehen sind und welche offenen Fragen erst in der wöchentlichen Visite beantwortet werden können.
- Sie lernen, konkrete Fragen mit einer zielgerichteten Vorstellung zur angestrebten Veränderung bei den Bewohner/innen zu stellen.
- Die Wahrnehmung und das Bewusstsein der eigenen Verantwortung und Kompetenzen wird gefördert. Das Selbstvertrauen in das eigene Fachwissen wird gestärkt. Die Pflegefachpersonen sind gefordert abzuschätzen, wo eine pflegerische Intervention das Problem lindern oder sogar lösen kann. Ein praktisches Beispiel stellen hier die pflegerischen Kompetenzen zur Symptomkontrolle dar, die medikamentöse Interventionen komplementieren oder sogar ersetzen.
- Die Erklärungen der fachlichen Verordnungshintergründe fördern das Verständnis für die Verordnung. Die Klinische Pflegespezialistin kann klärend wirken, wenn im Pflege-team ärztliche Verordnungen divergent diskutiert werden.
- Verständnis, Anerkennung und Respekt zwischen den Berufsgruppen werden gefördert. Dies wirkt sich positiv auf die alltägliche Zusammenarbeit und das gegenseitige Vertrauen aus.

5 Sowohl für die Ausbildung als auch für die Weiterbildung gibt es gemeinsame Module. Die Aus- und Weiterbildungsstätten der verschiedenen Gesundheitsberufe sind vernetzt.

- Die Klinische Pflegespezialistinnen nehmen an den wöchentlich durchgeführten, 30 Min. dauernden Fortbildungen des ärztlichen Dienstes teil. Die Themen sind praxisnah und orientieren sich in der Regel an aktuellen Situationen. Dies stärkt die Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis.

Erfolgsfaktoren

Folgende Faktoren haben zum Erfolg des neuen Modells beigetragen:

- Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Bestandteil des Leitbilds
- Die Geschäftsleitung befürwortete das Projekt
- Im Alltag wurde bereits vor der Einführung des Projektes eine wertschätzende und respektvolle interprofessionelle Zusammenarbeit gelebt
- Die Klinischen Pflegespezialistinnen und der ärztlicher Dienst sind dem Thema gegenüber offen
- Der ärztliche Dienst erlebte eine deutliche zeitliche Entlastung mit der Einführung des neuen Modells mit weniger Unterbrüchen und gezielteren Fragestellungen von den Pflegegruppen
- Die Pflegeteams fühlen sich sicherer mit der klinischen Unterstützung und der Hilfestellung bei der Beschreibung von klinischen Situationen, Fragestellungen und beim der Priorisieren
- Für die Klinischen Pflegespezialistinnen ist die neue Rolle ein Karriereschritt: beinahe alle konnten intern rekrutiert und gefördert werden, indem ihnen fachliche Weiterbildungen empfohlen und sie beim Einstieg in die neue Rolle begleitet wurden
- Die ersten Klinischen Pflegespezialistinnen waren sehr erfahrene Pflegefachpersonen mit einem breiten Bildungshintergrund (klinisch und pädagogisch), die eine gute Akzeptanz bei den Teams der Pflegegruppen hatten. Dies erleichterte den Einstieg mit dem neuen Modell

Stolpersteine

- Die Planung der Klinischen Pflegespezialistin und deren Vertretung, mit dem Ziel, jeden Tag unter der Woche abzudecken, ist eine organisatorische Herausforderung
- Die Implementierung des Projekts braucht klare Führung und kontinuierliche Begleitung und bedingt, dass diese Ressourcen vorhanden sind
- Die Leitung der Pflegegruppe braucht eine klare Vision, was die KPS in dieser Rolle dem Team bringt. Ohne dieses Verständnis kann sie die Klinische Pflegespezialistin in ihrer Funktion untergraben
- Die Klinische Pflegespezialistin braucht Akzeptanz im Team, um die Rolle ausfüllen zu können.
- Die definierten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten müssen konsequent umgesetzt werden, auch unter herausfordernden Alltagsbedingungen
- Neue Ärztinnen und Ärzte, die sich das Modell nicht gewöhnt sind, können dieses zu Beginn als einen Einschnitt in ihren Handlungsraum und in die traditionellen ärztlichen Kompetenzen erleben
- Die Konsultationen der Klinischen Pflegespezialistinnen bei den Bewohner/innen zur Unterstützung des ärztlichen Dienstes können nicht abgerechnet werden. Dies mindert die Einnahmen im ärztlichen Dienst.

Lessons Learned

Trotz klarer Qualitätssteigerung und Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, bleiben einige Knackpunkte, welche es zu bedenken gibt. Sie zeigen uns auf, was wir im Projekt bereits gelernt haben und welche Erkenntnisse für ähnliche Projekte wesentlich sind:

- Für den Aufbau der neuen Rolle der Klinischen Pflegespezialistin mit der Schnittstelle zum ärztlichen Dienst ist es hilfreich, mit einer Pflegefachperson mit breitem geriatrischen Hintergrund zu starten. Dies unterstützt die Akzeptanz und Rollenfindung.
- Ein Master of Advanced Studies im geriatrischen Bereich oder in Palliative Care gibt einen guten Hintergrund für diese Arbeit. Wichtig ist die Erfahrung oder je nach Situation zusätzliche Kurse in klinischem Assessment, da diese die gemeinsame Fachsprache von der Klinischen Pflegespezialistin und dem ärztlichen Dienst fördern.
- Parallel zur Arbeit der Klinischen Pflegespezialistin und dem ärztlichen Dienst braucht es eine Unterstützung des Pflegemanagements auf Ebene Pflegegruppe. Die Leitung Pflegegruppe braucht eine konkrete Idee / Vision an der sie sich bei der Implementierung orientieren kann.
- Die Pflegeteams brauchen ebenfalls Unterstützung zu Beginn, wann und wie sie die Klinische Pflegespezialistin in Situationen einbeziehen können. Dazu helfen Informationen, Schulungen durch die Klinische Pflegespezialistin, Pflegefachgespräche und individuelle Unterstützung.