



Konzept Fachhierarchie

**Einführung des Bezugspflegesystems
auf den Bettenstationen des Kantonsspitals Graubünden**

Regula Berchtold
Projektleiterin Projekt Fachhierarchie

Verabschiedet durch die Pflegekaderkonferenz am 28. November 2007

Genehmigt durch die Geschäftsleitung am 28. Januar 2008

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Vorwort	3
Ausgangslage	4
1.1 Bildungsrevision im Schweizerischen Gesundheitswesen	4
1.2 Strategischer Entscheid der Geschäftsleitung und des Verwaltungsrates.....	4
2. Ziele	5
3. Bezugspflegesystem	6
3.1 Definition	6
3.1.1 Übernahme von Verantwortung	6
3.1.2 Kontinuität in der Pflege.....	6
3.1.3 Durchführung der Pflege.....	6
3.1.4 Direkte Kommunikation.....	6
4. Die Pflegeorganisation	7
4.1 Patientenzentrierte Überlegungen für die Pflegeorganisation	7
4.2 Fachhierarchische Überlegungen für die Pflegeorganisation	7
5. Organisationsmodell im KSGR	8
5.1 Eine Pflegegruppe	8
5.2 Mehrere Pflegegruppen	8
5.3 Das Modell mit allen Funktionen auf einer Bettenstation.....	9
5.4 Erklärung zum Modell	9
5.5 Kriterien zur Beurteilung der Pflegeorganisation	11
Schlussfolgerung	11
6. Bildung der Projektorganisation	12
6.1 Projektorganisation	12
6.2 Projektauftrag	12
7. Umsetzung	13
7.1 Bisheriger Projektverlauf.....	13
7.2 Planung der Umsetzung auf den einzelnen Stationen.....	13
7.3 Umsetzungsplan.....	13
7.4 Erhebung der Ressourcen (Personal).....	14
7.4.1 Muster-Dienstplan für eine 20-Betten-Station	14
7.4.2 Hypothetische Schlussfolgerungen.....	14
7.5 Eckwerte für die Umsetzung des Projektes in den Departementen.....	15
8. Risikobeurteilung	16
8.1 Drohender Personalnotstand im Gesundheitswesen	16
8.2 Neue Chancen.....	16
9. Literaturverzeichnis	17
10. Anhang I:	18
11. Anhang II: Definition der Gremien im Projektorganigramm	19
12. Anhang III: Umsetzungsplan	20

1. Vorwort

Unter dem Begriff "Projekt Fachhierarchie" beschäftigte sich das Pflegekader im Kantonsspital Graubünden seit einigen Jahren mit der Neukonzeption der schweizerischen Pflegeausbildungen, mit der Integration neuer Berufe und mit der Verbesserung der Betreuungskontinuität bei der Pflege unserer Patientinnen/Patienten.

Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Reinhard Lorez, Leiter Fachbereich Pflege erarbeitete die notwendigen theoretischen Grundlagen, Beurteilungskriterien und Modellskizzen. In einem 120-seitigen Projektbericht wurden diese Überlegungen dargestellt und im Rahmen der Pflegekaderkonferenz breit diskutiert und bis zur Konzeptreife weiter entwickelt.

Das vorliegende Konzept definiert die Vorstellungen des Pflegekaders vom Bezugspflegesystem und das gemeinsam erarbeitete Organisationsmodell, welches sicherstellen soll, dass die verschiedenen Berufe und Funktionen bei der Pflege und Betreuung unserer PatientInnen "fachhierarchisch" korrekt aufeinander abgestimmt miteinander den Pflegeauftrag erfüllen können.

Nebst der betriebsinternen Auseinandersetzung mit diesem Thema legte das Pflegekader immer grossen Wert darauf, die Entwicklung in der ganzen Schweiz mit zu verfolgen und die Erfahrungen von anderen Spitälern und die Entwicklung von Fachgruppen und Gremien mit ein zu beziehen.

Ausgangslage

1.1 Bildungsrevision im Schweizerischen Gesundheitswesen

Die Berufsbilder und Anforderungsprofile in der Krankenpflege unterliegen in der Schweiz seit Jahren einem Definitions- und Veränderungsprozess.

Im Mai 1999 stimmte die Sanitätsdirektorenkonferenz der neuen Bildungssystematik für die Berufe im Gesundheitswesen zu und entschied, dass zukünftig alle Diplomausbildungen im Gesundheitswesen auf Tertiärstufe (Höhere Fachschule HF, Fachhochschulniveau FH) angesiedelt werden. Damit wurden die Berufe der Krankenpflege an andere, vergleichbare Berufsgruppen angeglichen. Als Zusatz für diese in die Tertiärstufe überführte Ausbildung wurde auf Sekundarstufe II ein neuer Beruf geschaffen, jener der Fachangestellten Gesundheit (FaGe).

Diese Entwicklung führte das Pflegekader des Kantonsspitals Graubünden zur folgenden Fragestellung:

- Wie können wir die beiden Berufsgruppen, diplomiertes Pflegefachpersonal und Fachangestellte Gesundheit sowie die Funktionsgruppen, die sich aus Mitarbeitenden mit tieferem Qualifikationsniveau respektive ungelernten Mitarbeitenden zusammensetzen, kompetenzgerecht im Pflegealltag einsetzen?

In einer ersten Projektgruppe wurden 2004 neue Stellenbeschreibungen der oben erwähnten Berufsgruppen erarbeitet unter Berücksichtigung folgender Überlegungen:

- Es entstehen Spannungsfelder zwischen medizinischem Assistenzberuf (Funktionsgruppen) und eigenständigem Berufs- bzw. Fachbereich (diplomiertes Pflegefachpersonal).
- Mit der Tertiärisierung des Berufes Gesundheits- und Krankenpflege ist der Beruf (des diplomierten Pflegefachpersonals) als eigenständiges Fachgebiet und damit als Dienstleistungsgebiet zu verstehen/positionieren.
- Das diplomierte Pflegefachpersonal hat die konzeptuelle Verantwortung für die Pflege gegenüber dem Patienten.
- Der Wandel von der Krankenschwester hin zur Pflegefachfrau betrifft alle Kompetenzbereiche und bedeutet für die Beschäftigten subjektiv eine grosse Veränderung.

1.2 Strategischer Entscheid der Geschäftsleitung und des Verwaltungsrates

Am Strategiemeeting des Verwaltungsrates und der Geschäftsleitung des Kantonsspitals Graubünden wurde am 13. Juni 2006 durch die Vertreter des Pflegekaders das Projekt Fachhierarchie vorgestellt und der Verwaltungsrat mit der Geschäftsleitung fassten daraufhin folgende strategische Entscheide:

Strategischer Entscheid 1

Das Kantonsspital Graubünden setzt eine Organisationsform um die:

- eine hohe Betreuungskontinuität sicherstellt.
- möglichst wenig Schnittstellen beinhaltet.
- einen effizienten und pflegewirksamen Einsatz der Pflegepersonen und FaGe sicherstellt.
- eine sachgerechte, praktische Ausbildung von Studierenden und Lernenden sicherstellt.

Strategischer Entscheid 2

Im Kantonsspital Graubünden wird die Zuteilung der Personalressourcen Pflege aufgrund aktueller LEP-Daten gesteuert.

2. Ziele

Das Konzept Fachhierarchie verfolgt diese Ziele:

Ziel in Bezug auf den Patienten:

- Verbesserung der personellen Betreuungskontinuität
- Hohe Patientenzufriedenheit

Ziel in Bezug des Personalmanagement:

- Kompetenzklärung zwischen den Berufsgruppen «diplomierte Pflegefachpersonen» und «Fachangestellte Gesundheit»
- Die veränderte Berufsrolle des diplomierten Pflegefachpersonals (eigenständiges Fachgebiet, erhöhte Verantwortung, mehr Fachkompetenz, vertiefte sozialkommunikative Kompetenzen)
- Findung in der Berufsrolle der Fachangestellten Gesundheit
- Patientenbezogener Einsatz des Pflegefachpersonals

3. Bezugspflegesystem

Die folgende Definition des Bezugspflegesystems wurde als Grundlage für das im Kapitel 4.2 definierte Organisationsmodell erarbeitet:

3.1 Definition

Das Bezugspflegesystem ist darauf ausgerichtet, unter der kontinuierlichen Hauptverantwortung einer qualifizierten Pflegefachperson eine professionelle Pflege für die gesamte Dauer des Spitalaufenthalts anzubieten. Dabei werden die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten von der verantwortlichen Bezugspflegeperson erfasst, die Pflege geplant, koordiniert, selber ausgeführt oder an Andere (z. B. Fachangestellte Gesundheit, diplomierte Pflegefachpersonen, weitere Berufsgruppen sowie Lernende/Studierende) delegiert.

3.1.1 Übernahme von Verantwortung

Die Bezugspflegeperson übernimmt die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess, also für eine fachkompetente und patientenbezogene Pflege bei den ihr zugeteilten Patientinnen und Patienten. Sie ist für die Steuerung und Kontrolle sämtlicher Teilschritte im Pflegeprozess verantwortlich.

3.1.2 Kontinuität in der Pflege

Jeder Patient erhält nach Möglichkeit eine Bezugspflegeperson für die Dauer seiner Hospitalisation. Die Zuteilung erfolgt entsprechend den Fähigkeiten und Kompetenzen der diplomierten Pflegefachperson sowie der Bedürfnisse des Patientinnen und Patienten.

3.1.3 Durchführung der Pflege

Die Bezugspflegeperson trägt für den Pflegeprozess die Hauptverantwortung und delegiert Pflegehandlungen im Rahmen des definierten Pflegeplans an weitere diplomierte Pflegefachpersonen sowie Fachangestellte Gesundheit (FaGe) und Mitarbeiterinnen anderer Berufsgruppen oder Studierende/Lernende.

Bei Abwesenheit der Bezugspflegeperson (z. B. im Spätdienst, in der Nacht oder am Wochenende), übernehmen andere diplomierte Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit oder Lernende/Studierende Pflegeaufgaben im Rahmen des durch die Bezugspflegeperson festgelegten Pflegeplans.

Treten Veränderungen auf, welche die Anpassung des Pflegeplans erfordern, wird dies bei Abwesenheit der Bezugspflegeperson durch eine andere diplomierte Pflegefachperson durchgeführt.

3.1.4 Direkte Kommunikation

Die Bezugspflegende ist verantwortlich für die Kommunikation zwischen Patient/Angehörigen/Pflegeteam/ärztlichem Dienst/weiteren Diensten. Sie übernimmt die Koordination der Pflege, organisiert die Abläufe in der interdisziplinären Zusammenarbeit oder delegiert sie und ist für einen effizienten, gezielten Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten verantwortlich.

Diese Definition des Bezugspflegesystems wurde in Anlehnung folgender Literatur zusammengefasst: Paprotny M. et al: Bezugspersonenpflege. Klar geplant und klar gesteuert. (Krankenpflege 10/2006: 16-19)

4. Die Pflegeorganisation

In diesem Kapitel wird das Modell der Pflegeorganisation beschrieben, welches das Prinzip des Bezugspflegesystems aufnimmt und aus patientenzentrierten und fachhierarchischen Überlegungen umgesetzt werden soll.

4.1 Patientenzentrierte Überlegungen für die Pflegeorganisation

Es sind vor allem zwei Faktoren, welche die patientenzentrierte Arbeit von Pflegegruppen überhaupt erst ermöglichen: Die Beziehung zum Patienten, welche erst die Vertrauensbasis herstellt und der Wille zur persönlichen Verantwortungsübernahme.

Es ist vorgesehen, dass innerhalb der Pflegeorganisation jeder Patient über mehrere Tage durch eine für ihn zuständige diplomierte Pflegefachperson (Bezugspflegende) und eine Fachangestellte Gesundheit oder eine andere diplomierte Pflegefachperson, resp. Lernende/Studierende betreut wird. Die daraus entstehende kontinuierliche Zuständigkeit besteht idealerweise vom Eintritt des Patienten bis zu seinem Spitalaustritt oder zur Verlegung auf eine andere Station, damit wir eine Kontinuität der Pflegenden am Krankenbett erreichen.

Mit der Übernahme eines Patienten ist die volle Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess mit der Pflegeplanung, Durchführung der Massnahmen und der Dokumentation verbunden. Durch diesen engen Bezug der Pflegenden zum Patienten lernt die diplomierte Pflegefachperson mit den Problemen, Ressourcen, mit Krankheit und Prognosen, mit den Anliegen des Patienten und dessen Bezugspersonen umzugehen. Sie kann abschätzen, wie belastbar der Patient ist und wie viele Möglichkeiten der Eigenaktivität dem Patienten zumutbar sind. Die Pflege wird so individuell planbar.

Aus Sicht des Patienten ist es ein enormer Vorteil, wenn die Bezugspflegeperson – also die diplomierte Pflegefachperson – kontinuierlich für ihn da ist und er so ebenfalls eine Bindung aufbauen kann.

4.2 Fachhierarchische Überlegungen für die Pflegeorganisation

Bei der Pflegeorganisation auf einer Bettenstation – welche aus diplomierten Pflegefachpersonen, Fachangestellten Gesundheit sowie weiteren Funktionsgruppen besteht – handelt es sich um eine Fachhierarchie. Diese fachhierarchische Pflegeorganisation ist als System von über- und untergeordneten Linienverhältnissen zu verstehen. Sie bringt die verschiedenen fachhierarchischen Berufs- und Funktionsgruppen zueinander in Beziehung.

Die fachhierarchische Pflegeorganisation auf den Bettenstationen ist nach dem Prinzip der Pflegegruppen aufgebaut. Eine Pflegegruppe besteht aus einer diplomierten Pflegefachperson und einer ihr zugeordneten, unterstellten Fachangestellten Gesundheit oder einem Mitglied einer anderen Funktionsgruppe. Die Pflegegruppe ist für eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten zuständig.

Das diplomierte Pflegefachpersonal ist als «Linienoberhaupt» innerhalb der Pflegegruppe und somit als pflegefachliche und organisatorische Vorgesetzte definiert. Sie trägt die Hauptverantwortung für alle pflegerischen Handlungen und Entscheidungen und nimmt die ärztlichen Verordnungen entgegen.

Die Anzahl der Patienten, für die eine Pflegegruppe verantwortlich ist, hängt von dem jeweiligen zeitlichen und pflegerischen Aufwand ab, der für die Patienten geleistet werden muss.

5. Organisationsmodell im KSGR

Das Modell der Pflegeorganisation basiert in der Regel auf zwei bis sechs Pflegegruppen je nach Grösse der Abteilung (Anzahl der Patientinnen und Patienten, Komplexität der Krankheitssituation).

5.1 Eine Pflegegruppe

Eine Pflegegruppe setzt sich immer aus einer dipl. Pflegefachfrau und mind. aus einer weiteren Person zusammen (z. B. Fachangestellte Gesundheit, andere dipl. Pflegefachfrau, einer Lernenden* oder Studierenden*). Diese Personen betreuen gemeinsam eine definierte Anzahl von Patienten (je nach Komplexität und Pflegeaufwand).

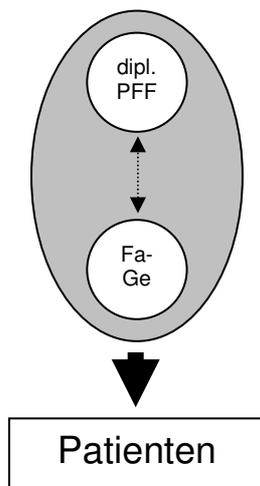


Abbildung 1: Eine Pflegegruppe

5.2 Mehrere Pflegegruppen

Mehrere Pflegegruppen werden je nach Anzahl der Patienten für eine Pflegestation benötigt.

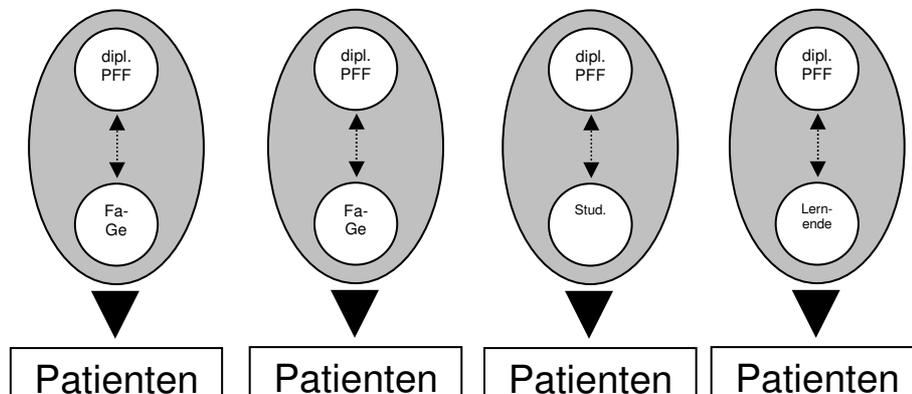


Abbildung 2: Mehrere Pflegegruppen einer Pflegestation

* Lernende = FaGe

* Studierende = HF (höhere Fachausbildung)

5.3 Das Modell mit allen Funktionen auf einer Bettenstation

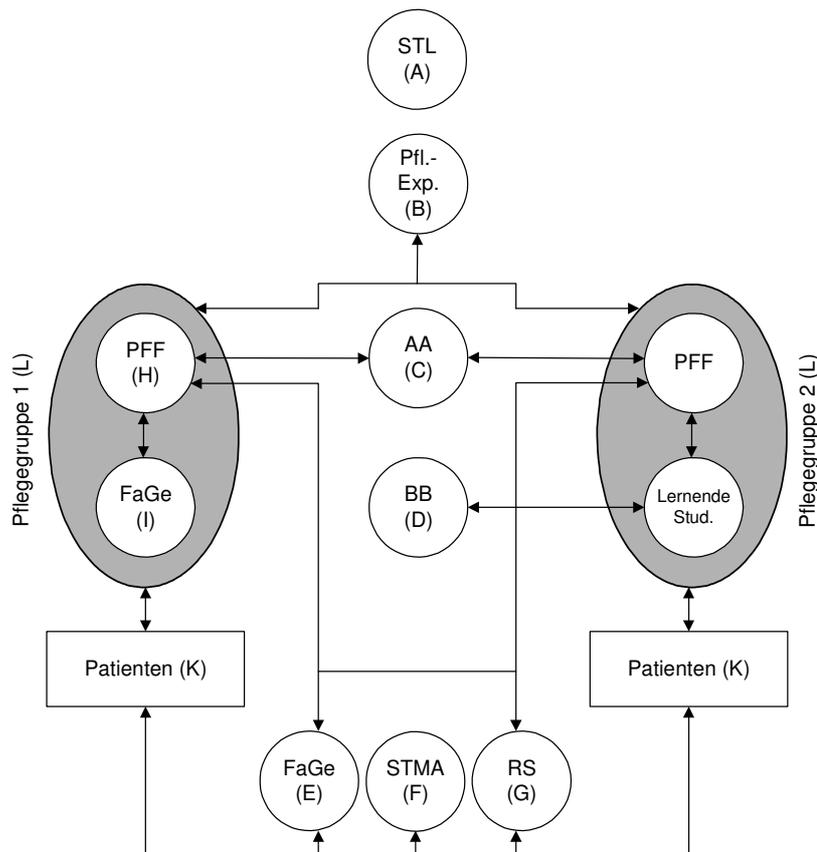


Abbildung 3: Organisationsmodell am Beispiel mit 2 Pflegegruppen

5.4 Erklärung zum Modell

Stationsleitung (A)

Die Stationsleitung ist verantwortlich für die Sicherstellung des pflegerischen Leistungs- und Ausbildungsauftrags auf der Bettenstation, der Führung und Förderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Stationsorganisation. Sie arbeitet in der Regel nicht als Bezugspflegende.

Pflegeexpertin (B)

Eine Pflegeexpertin ist eine diplomierte Pflegefachperson mit einem höheren Fachausbildungsabschluss (HöFa I oder ähnlichen Ausbildungen).

Ein Teil ihrer Aufgaben ist es, die einzelnen Pflegegruppen innerhalb der Pflegeorganisation in pflegerisch komplexen Situationen mit ihrem Fachwissen zu beraten und zu unterstützen.

Assistenzarzt (C)

Der Arzt der Bettenstation arbeitet eng mit der diplomierten Pflegefachperson (nach Möglichkeit Bezugspflegenden) der jeweiligen Pflegegruppe zusammen. Alle von ihm angeordneten medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Massnahmen werden von der diplomierten Pflegefachperson (Bezugspflegenden) entgegengenommen (nicht von der FaGe). Sie stellt auch die fachliche und die zeitgerechte Ausführung sicher.

Berufsbildnerin (D)

Die Berufsbildnerin ist verantwortlich für die Sicherstellung der Umsetzung des Ausbildungsauftrages auf Sekundarstufe II und Tertiärstufe (Lernende FaGe, Studierende DN II, HF) und stellt deren Ausbildungsqualität sicher.

Fachangestellte Gesundheit Administration/Logistik (E)

Die Fachangestellte Gesundheit (FaGe) arbeitet ausserhalb der Pflegegruppen und ist verantwortlich für die administrativen und logistischen Tätigkeiten. Siehe auch (I): Fachangestellte Gesundheit, welche innerhalb der Pflegegruppe arbeitet.

Stationsmitarbeiterin (F)

Die Stationsmitarbeiterin kann an Stelle der FaGe organisatorisch ausserhalb der Pflegegruppe eingesetzt werden. Sie erfüllt Aufgaben im Bereich der Hauswirtschaft und arbeitet unter der Verantwortung der Bezugspflegeperson.

Mitarbeiterin Room-Service (G)

Die Mitarbeiterin Room-Service ist organisatorisch ausserhalb der Pflegegruppe eingesetzt und erfüllt Aufgaben des Room-Services (Aufenthalt, Verpflegung, Unterkunft der Patientinnen und Patienten).

Bezugspflegende BP (H)

Eine dipl. Pflegefachfrau (dipl. PFF) ist als Bezugspflegeperson (BP) für eine gewisse Anzahl von Patienten (3 - 8 Patienten) bezeichnet.

Fachangestellte Gesundheit innerhalb der Pflegegruppe (I)

Die Fachangestellte Gesundheit (FaGe) arbeitet innerhalb der Pflegegruppe und arbeitet im Rahmen der gelernten Tätigkeitsfelder und Kompetenzen unter der Verantwortung der Bezugspflegeperson.

Patienten (K)

Eine Pflegegruppe umfasst 3 - 8 Patienten; je nach Pflegeaufwand und Komplexität der Situation sowie Anzahl und Kompetenzen der zugeteilten Mitarbeiterinnen.

Pflegegruppe (L)

Eine Pflegegruppe umfasst 3 - 8 Patienten; je nach Pflegeaufwand und Komplexität der Situation sowie Anzahl und Kompetenzen der zugeteilten Mitarbeiterinnen.

5.5 Kriterien zur Beurteilung der Pflegeorganisation

Die erste Projektgruppe definierte 2004 sechs Kriterien, die zur Beurteilung der fachhierarchischen patientenzentrierten Pflegeorganisation beitragen. Sie sind im «Projektbericht Teilprojekt Fachhierarchie» verankert.

Kriterium 1: Festgelegte verantwortliche Pflegefachperson

«Das Organisationsmodell ermöglicht, dass der Patient eine Beziehung über längere oder kürzere Zeit zur Pflegeperson aufbauen kann. Er erhält dadurch eine kompetente pflegerische Betreuung.»

Kriterium 2: Personelle Betreuungskontinuität

«Die Pflegeorganisation ermöglicht, dass die zuständige Pflegefachperson sowie deren Mitarbeitende während des Tages und über eine bestimmte Zeitdauer hinweg für die gleichen Patienten zuständig sind.»

Kriterium 3: Teilzeitkompatibilität

«Die Pflegeorganisation ermöglicht, dass Pflegefachpersonen auch in einem Teilzeitarbeitsverhältnis arbeiten können.»

Kriterium 4: Anzahl der Schnittstellen

«Die Pflegeorganisation soll zur Folge haben, dass die Anzahl der Schnittstellen zwischen der Pflegeperson und anderen Berufsgruppen möglichst gering ist.»

Kriterium 5: Patientenwirksamer Einsatz der Pflegefachperson

«Die Pflegeorganisation führt dazu, dass die tägliche Arbeitsdauer in hohem Umfang bei den zu betreuenden Patienten stattfindet.»

Kriterium 6: Kompetenzgerechter Einsatz der Fachangestellten Gesundheit

«Die Pflegeorganisation ermöglicht, dass die pflegerischen, medizinischen und stationsorganisatorischen Prozesse auf den Bettenstationen kompetenzgerecht eingegliedert werden.»

Schlussfolgerung

Die erarbeiteten Kriterien ermöglichen, dass die neue Pflegeorganisation folgende **zentrale Elemente** sicherstellt:

- Eine hohe Betreuungskontinuität am Patientenbett
- Möglichst wenige Schnittstellen
- Ein effizienter und pflegewirksamer Einsatz der Pflegefachpersonen und der Fachangestellten Gesundheit
- Eine sachgerechte, praktische Ausbildung von Studierenden und Lernenden

Diese Elemente zeigen auf, dass bei Einführung und Umsetzung dieser Pflegeorganisation die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten durch eine kontinuierliche Pflege erhöht wird und die Attraktivität des Arbeitsplatzes durch einen kompetenzgerechten Einsatz der Pflegemitarbeitenden zunimmt.

6. Bildung der Projektorganisation

6.1 Projektorganisation

Anlässlich des strategischen Entscheides von der Geschäftsleitung und des Verwaltungsrates wurde eine Projektorganisation mit den entsprechenden Gremien (siehe Anhang I) gebildet, die für die Umsetzung der Pflegeorganisation auf den Bettenstationen im Herbst 2006 beauftragt wurde. Zu unserer Unterstützung bei Planung und Umsetzung des Projektes wurde in der Anfangsphase eine Organisationsberaterin auf Mandatsbasis beigezogen. Einen entsprechenden Projektauftrag mit den Zielen (siehe unten) erstellte das Gremium Gesamt Projektleitung (siehe Anhang I).

6.2 Projektauftrag

Der **Projektauftrag** wurde am 19.12.2006 im Grobkonzept Projekt Fachhierarchie definiert:

- Planen und Umsetzen einer patientenzentrierten, fachhierarchischen Organisation auf den Bettenstationen, im Sinne einer prozessorientierten Entwicklung auch laufend Überprüfen und anpassen
- Vorbereiten, Schulen und Coachen aller Mitarbeitenden der Bettenstationen gemäss Umsetzungsplan
- Regelmässiges, sachgerechtes Informieren der beteiligten Berufsgruppen und Leitungsgremien
- Verfolgen der internen und externen Entwicklungen, welche das Projekt beeinflussen

Ziele der Pflegeorganisation

Die Ziele der Pflegeorganisation wurden im Grobkonzept Projekt Fachhierarchie so definiert:

- Sicherstellen der kompetenzgerechten Zusammenarbeit von diplomierten Pflegefachpersonen HF/FH und Fachangestellten Gesundheit und anderen Berufsgruppen auf den Bettenstationen
- Sicherstellen einer hohen Betreuungskontinuität am Patientenbett
- Umsetzen des neuen Berufsprofils der diplomierten Pflegefachperson HF/FH und der Fachangestellten Gesundheit in der pflegerischen Praxis

7. Umsetzung

7.1 Bisheriger Projektverlauf

Seit Oktober 2006 arbeitet das Gremium Gesamt Projektleitung (Anhang I) zusammen mit den jeweiligen Arbeitsgruppen an den Umsetzungsgrundlagen. Das Pflegekader hat an den geplanten Workshops die Rahmenbedingungen mit Einbezug der Ergebnisse aus den Analysen festgelegt und die Entscheide für die operative Umsetzung definiert.

Im Sommer 2007 besuchte eine Delegation von Stationsleitungen mit ihren Pflegeleitungen des Departements Chirurgie das Universitätsspital Zürich und das Kreisspital Männedorf. Bei dieser Hospitation konnten wir uns einen vertieften Einblick davon machen, wie das Bezugspflegesystem im Pflegealltag in zwei verschiedenen Spitalbetrieben umgesetzt ist und wie sie in der Praxis funktioniert.

Zudem konnten wir Frau Irene Bachmann-Mettler, Projektleiterin am Universitätsspital (USZ) für ein Referat zu den Themen "Bezugspflegesystem am USZ und ihre Erfahrungen" gewinnen. Anlässlich des KSGR-Führungstrainings für unsere Stationsleitungen am 9. Oktober 2007 zeigte sie uns auf, dass das Bezugspflegesystem eindeutig die Zukunft in der Pflege darstellt und auch dem aktuellen Trend und Zeitgeist entspricht, nämlich dem «Kunden resp. unseren Patientinnen und Patienten eine Bezugsperson zur Seite zu stellen», analog zur Kundenbetreuung auf einer Bank.

Wir wurden in unserer Entscheid für das Bezugspflegesystem erneut bestärkt und für eine konsequente Umsetzung dieser patientenzentrierten, fachhierarchischen Pflegeorganisation von ihr zusätzlich motiviert.

7.2 Planung der Umsetzung auf den einzelnen Stationen

Die operative Planung erfolgt auf der Umsetzungsebene (Anhang I) innerhalb der Linie auf Stufe der Pflegeleitungen und der Stationsleitungen. Zusammen mit ihren Teams werden die Stationsleitungen und die Pflegeleitungen partizipativ die Detailplanung vornehmen, die Grobkonzepte dazu sind erstellt. Kriterien für die Grobkonzepte sind Dienstpläne, Planungskriterien, Fragen aus dem Team, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Rollendefinition, Schulungen der Mitarbeiter, Teamsupport oder Supervision, Projektkommunikation und Rückmeldungen von Patienten.

Der Start der Umsetzung der Pflegeorganisation findet voraussichtlich im Januar 2008 statt. Die weitere Umsetzung auf den Bettenstationen erfolgt etappenweise innerhalb der Departemente und dauert ein bis zwei Jahre.

7.3 Umsetzungsplan

Der Umsetzungsplan 2007/2008 (siehe Anhang III) präsentiert die nächsten Planungsschritte mit den dafür verantwortlichen Personen. Es werden darin die zu erarbeitenden Ergebnisse, Meilensteine und Termine von August 2007 bis Juli 2008 aufgezeigt. Die Planung ist in Themenbereiche eingeteilt (Realisationsarbeiten, Schulung und Support, Umsetzung der Pflegeorganisation, Projektinformation, Evaluation, Austauschplattform «mittleres Kader»).

7.4 Erhebung der Ressourcen (Personal)

Bei dieser Erhebung geht es darum, anhand eines Muster-Dienstplanes herauszufinden, ob wir mit den **bestehenden Personalressourcen** die Umsetzung der Pflegeorganisation planen und umsetzen können.

7.4.1 Muster-Dienstplan für eine 20-Betten-Station

Eine Arbeitsgruppe (Leiter Pflege- und Fachsupport, Pflegeleitung und Stationsleitung der Medizin) erstellen ein Muster für die Planung einer 20-Betten-Station.

Die neu gebildeten Pflegegruppen werden an die Personalsituation und den Stellenplan der Bettenstationen angepasst und ermöglichen eine relativ hohe Kontinuität.

Organisation Pflegegruppe von Montag bis Freitag

Frühdienst: (07.00 bis 16.00 Uhr)	7 Personen in 3 Pflegegruppen
Spätdienst: (15.00 bis 23.00 Uhr)	4 Personen in 2 Pflegegruppen
Nachtdienst: (23.00 bis 07.00 Uhr)	1 Person

Ausserhalb der Pflegegruppe arbeiten die Stationsleitung (Management Team), eine Berufsbildnerin, sie betreut Lernende und Studierende, eine Mitarbeiterin Pflege und eine Mitarbeiterin des Room-Services.

Organisation Pflegegruppe am Samstag und Sonntag

Frühdienst: (07.00 bis 16.00 Uhr)	4 Personen in 2 Pflegegruppen
Spätdienst: (15.00 bis 23.00 Uhr)	3 Personen in 1 Pflegegruppe
Nachtdienst: (23.00 bis 07.00 Uhr)	1 Person

Ausserhalb der Pflegegruppe arbeitet eine Mitarbeiterin Pflege und eine Mitarbeiterin des Romm-Services.

7.4.2 Hypothetische Schlussfolgerungen

- Bei einem ausreichenden und besetzten Stellenplan ist die Erstellung des Dienstplans ohne Stellenaufstockung machbar.
- Die Lernenden und Studierenden sind in die Pflegegruppe integriert.
- Eine Pflegegruppe betreut 3 - 8 Patienten.
- Die diplomierte Pflegefachperson als Hauptverantwortliche in der Pflegegruppe arbeitet in einem Zweiwochenrhythmus, die Betreuungskontinuität am Patientenbett wird sich spürbar verbessern.
- Stationsleitung und Berufsbildnerin haben ihren Aufgabenbereich ausserhalb der Pflegegruppe.

7.5 Eckwerte für die Umsetzung des Projektes in den Departementen

Die folgenden Eckwerte wurden von der PKK am 18. Juli 2007 verabschiedet und gelten als Rahmenbedingungen für die Umsetzung in den Departementen.

Nr.	Eckwert	Erläuterung
1.	Einsatz Bezugspfleger (BP)	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein Block mit 5 Tage in Folge im Frühdienst, je länger desto besser • wenn möglich Dienst von Montag bis Freitag • Dienstabtausch nicht möglich (Sicherung der Betreuungskontinuität)
2.	Einsatz dipl. Pflegefachperson	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens 2 Tage in Folge
3.	Mögliche Zusammensetzung der Pflegegruppen	Bezugspfleger arbeitet in der Pflegegruppe mit: <ul style="list-style-type: none"> • FaGe • FASRK • DN I • Dipl. PFF • PA
4.	Fortbildungstage während der Bezugspflegesystemphase	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung ist planbar, somit kann sie im Dienstplan berücksichtigt werden, keine Fortbildung während der Bezugspflegesystemphase
5.	Pflegeprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Minimale strukturelle Vorgaben zu den einzelnen Schritten des Pflegeprozesses (in Arbeit)
6.	Definition notwendiger Fortbildungen für dipl. Pflegefachpersonen und andere Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen für Schulung sind vorhanden (AG Bildung) • PL macht mit STL Standortgespräche (Bedarfserhebung für Schulung) • STL klärt Standort und Bedarf mit jedem Mitarbeitenden

Die Projektleiterin ist beauftragt, die Umsetzung der Eckwerte laufend zu überprüfen.

8. Risikobeurteilung

8.1 Drohender Personalnotstand im Gesundheitswesen

In den Schweizer Spitälern gibt es mittlerweile einen erheblichen Personalmangel. Auch bei uns im Kantonsspital Graubünden wird es zunehmend schwierig qualifiziertes Pflegepersonal zu rekrutieren.

Wir im Pflegekader haben uns intensiv mit dieser Problematik auseinandergesetzt und haben festgestellt, dass einerseits das Image unseres Berufes zu verbessern ist, und dass damit andererseits mehr Menschen für die Gesundheits- und Krankenpflege als Beruf interessiert und gewonnen werden sollen.

Die Tertiärisierung unserer Berufsausbildung wird auf lange Sicht den Beruf der diplomierten Pflegefachperson interessant machen, so dass sich in Zukunft wieder vermehrt Menschen für eine Ausbildung und einen Beruf im Gesundheitswesen entscheiden werden.

Von Seiten der Arbeitgeber muss aber jetzt – wo das Personal knapp wird – alles dafür getan werden, um das vorhandene Personal zu halten und gleichzeitig neues, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Das kann gelingen, wenn wir die Attraktivität der Arbeitsplätze gezielt steigern und im Dialog mit dem Personal bleiben und konkurrenzfähig, bzgl. der Arbeitsbelastung und des Lohnes bleiben.

8.2 Neue Chancen

Wenn es uns gelingt durch die Neustrukturierung der Pflege, also mit der Einführung des Bezugspflegesystems, die Pflegenden gezielter nach ihren Kompetenzen einzusetzen und ihnen gut geregelte Arbeitszeiten zu bieten, werden wir ein interessanter Arbeitgeber für potentielle Mitarbeiter sein.

Im Weiteren zeigt uns die Entwicklung im Gesundheitswesen auf, dass in den letzten Jahren auch andere Spitalbetriebe (siehe Kapitel 6.1) sich mit einer Reorganisation der Pflege auseinandergesetzt und ähnliche Organisationssysteme eingeführt haben. Diese Entwicklung bestätigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

9. Literaturverzeichnis

Projektbericht Teilprojekt Fachhierarchie, zweiter ergänzter Bericht 8.9.2005, (unveröffentlichtes Manuskript)

Projektbericht Teilprojekt Fachhierarchie, 4.10.2004 (unveröffentlichtes Manuskript)

Arbeitsgruppe **Muster-Dienstplan**, 2007 (unveröffentlichtes Manuskript)

KESSELRING, Annemarie/PANCHAUD, Catherine, **Gesellschaft und Pflege**, Bern: Broschüre des Schweizerischen Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger, 1999

Bestimmungen für die Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau/zum diplomierten Pflegefachmann, Schweizerisches Rotes Kreuz, 2002

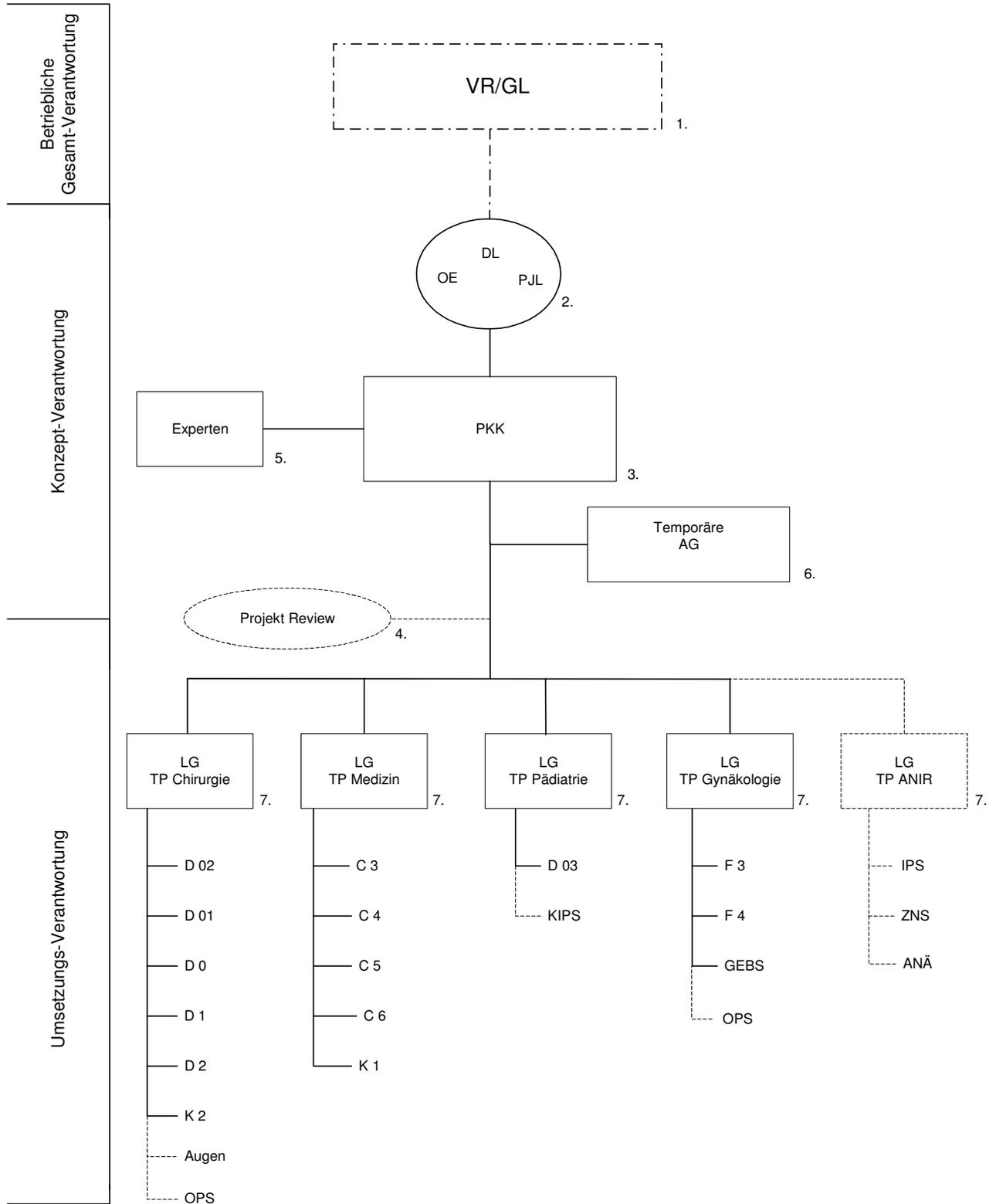
PHILIPPI Claus, **Change-Management**, Position 1.8. + 1.8.2, Skript Modul 2, Diplom-Lehrgang XX, VMI, Universität Fribourg

BACHMANN Irene, **Bezugspflegesystem am USZ**: Konzept 2005, Zürich, Universitätsspital, 2005

Paprotny M., et al (2006): **Bezugspersonenpflege. Klar geplant und klar gesteuert**, Krankenpflege 10/2006 16-19

10. Anhang I:

Organigramm Projekt Fachhierarchie



11. Anhang II: Definition der Gremien im Projektorganigramm

1. VR/GL

Auftrag:

- Strategische Entscheide
- Rahmenbedingungen festlegen

2. Gremium Gesamt Projektleitung

Zusammensetzung:

- Leiter Departement D7
- Projektleitung (PJL)
- OE-Beratung

Auftrag:

- Projektplanung
- Projektsteuerung
- PKK-Workshop Vorbereitung
- Kommunikation
- Budget
- Koordination Umsetzung der Teilprojekte

2.1 Leiter Departement D7 (DL)

Auftrag:

- Gesamtverantwortung
- Leitung Gremium gesamt Projektleitung
- Vertretung in GL und VR
- Leitung PKK

2.2 Projektleiterin (PJL)

Auftrag:

- Administrative Leitung des Projektes
- Sicherstellung Einladungen, Unterlagen, Protokolle der PKK-WS
- Koordination der Teilprojekte (TP)
- Controlling der PKK-Projekt-Entscheide
- Information und Kommunikation über Projektverlauf (in- und extern)

2.3 OE-BeraterIn

Auftrag:

- Coaching der Projektleitung
- Leiten von PKK-Workshops
- Bei Bedarf fachliche Schulung

3. PKK

Zusammensetzung:

- PKK-Mitglieder

Auftrag:

- Definition Pflegekonzepte
- Entscheide Organisationsmodell
- Definition von Umsetzungseckwerten

4. Projekt Review

Zusammensetzung:

- PKK
- STL
- Weitere Berufsgruppen je nach Bedarf (z. B. BB, HöFa, etc.)

Auftrag:

- Erfahrungsaustausch
- Meinungsbildung
- Früherkennung von möglichen Problemen

5. Externe und interne Experten

Zusammensetzung:

- Einzeln auf Anfrage hin

Auftrag:

- Fachberatung

6. Temporäre AG

Zum Beispiel:

- AG Risiko
- AG Kommunikation
- AG Bildung
- etc.

7. Leitungsgremium Teilprojekte

Zusammensetzung

- Pflegeleitungen (Leitung)
- Stationsleitungen
- Projektleitung (PJL)
- Ärztliche VertreterIn

Auftrag:

- Planung, Steuerung der praktischen Umsetzung des Organisationsmodells im eigenen Departement
- Entscheid über die Reihenfolge der Umsetzung auf den jeweiligen Stationen
- Die Umsetzungsentscheide werden mit der jeweiligen Departementsleitung abgeprochen resp. von dieser bewilligt. (z. B. bei Finanzfragen)

12. Anhang III: Umsetzungsplan

Planungsschritte	Verantwortung	AUG	SEP	OKT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	APR	MAI	JUN	JUL
Geplante Workshops für Pflegekaderkonferenz	Berchtold Neuweiler	29.08. 2007		31.10.	28.11.		22.01. 2008		13.03.		15.05.		04.07.
1. Realisationsarbeiten													
1.1	Grobkonzept erstellen innerhalb jedes Departements	PL	X										
1.2	IST-/SOLL-Stellenplan für jede Station erarbeiten	PL	X										
1.3	Standortgespräche mit allen Stationsleitungen, um den Schulungsbedarf der Mitarbeiter zu klären	PL/STL											
2. Schulung und Support													
2.1	Durchführung der Schulung «Rollenverständnis»	Fachber. Bildung											
2.2	Durchführung der Schulung «Verständnis von Pflege»	Fachber. Pflege											
2.4	Portfolios mit den Mitarbeiterinnen mit tiefem Qualifikationsniveau (FA SRK)	Cadisch			X	X							
3. Umsetzung der Pflegeorganisation													
3.1	Stufenweise Umsetzung der Pflegeorganisation (Pflegegruppen) auf einzelnen Stationen	STL/PL											
4. Projektinformation													
4.1	Stationen: Info zu Projektverlauf	Berchtold	X		X		X		X		X		X
4.2	GL: Vorstellen Konzept	Neuweiler Berchtold					X						
4.3	GL: Info zu Projektverlauf	Berchtold									X		
5. Evaluation													
5.1	Selbstevaluation, evtl. mit Fragebogen	Berchtold								X			
5.2	Projektevaluation laufend	Berchtold											
5.3	Standortbestimmung mit Projekt-Review auf den Bettenstationen	STL/PL Berchtold					X			X			X
6. Austauschplattform mittleres Kader (STL)													
6.1	Führungstraining (STL) Austausch und Bearbeitung von projektrelevanten Themen	Berchtold Neuweiler			X					X			

Legende: X = Arbeit muss bis zum angegebenen Termin erledigt sein
 — = Prozessarbeiten, die über eine bestimmte Zeitdauer laufen
 STL = Stationsleitung
 PL = Pflegeleitung

Erläuterung:

Die umgesetzten Massnahmen, die laufende Projektevaluation, die Selbstevaluation durch Fragebogen und die Standortbestimmungen mit Projekt-Review werden uns zeigen, wo wir Anpassungen an der Umsetzungsplanung vornehmen müssen.