



Monika Beck



Heike Geschwindner

Monika Beck, MHSc, RN
MHSc, Gesundheits- und
Pflegerwissenschaftlerin
Curanovis GmbH
Badenerstrasse 9
CH-5200 Brugg/AG
Tel: +41 56 441 90 00
Mobile: +41 79 379 27 60
monika.beck@curanovis.ch

Heike Geschwindner
MHSc, Gesundheits- und
Pflegerwissenschaftlerin
Pflegezentren der Stadt Zürich
Fachstelle Entwicklung/
Forschung Pflege
Walchstrasse 31
CH-8035 Zürich
Tel: +41 44 412 44 20
heike.geschwindner@zuerich.ch

Schlüsselwörter

Pflegesysteme

Pflegeorganisation

Aufgabenteilung Pflege

Evaluationsstrategien

Fachangestellte Gesundheit

Seite 539-549

Eingereicht am: 10.11.2007
Akzeptiert am: 25.03.2008

Die Integration der neuen Berufsgruppe „Fachangestellte Gesundheit“ in der Schweizer Langzeitpflege

Eine Modellüberprüfung mittels Aufgaben- und Zeiterfassung

Monika Beck, Heike Geschwindner

Der Wechsel der Verantwortlichkeiten für die Ausbildungen im Gesundheitswesen vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) zum Bundesamt für Bildung und Technologie (BBT) erfordert umfassende Maßnahmen in der pflegerischen Praxis. Der neue Beruf der Fachangestellten Gesundheit (FaGe) und die in den neuen Bildungsgängen zur diplomierten Pflegefachperson erlangten Kompetenzen unterscheiden sich deutlich voneinander. Der Beruf der diplomierten Pflegefachperson verändert sich dadurch. Es stellt sich die Frage, welche prozentuale Verteilung für die unterschiedlichen Qualifikationsstufen (Grade-Mix) in einer Pflegeabteilung gewählt werden soll, um eine weiterhin qualitative hochstehende Pflege und Betreuung anbieten zu können.

Die Pflegezentren der Stadt Zürich haben eine Vorreiterrolle in der Frage des zukünftigen Grade-Mix eingenommen. Schon 2003 wurde vorausschauend ein Modell entwickelt und auf diesem aufbauend ein Funktionendiagramm Pflege erstellt. Darin sind sowohl die Aufgaben als auch deren prozentuale Verteilung auf die Qualifikationsstufen festgelegt. Das sogenannte ABC-Pflegeorganisationsmodell wird als Pilotprojekt zur Integration der neuen Berufsgruppe seit September 2006 auf zwei Pflegeabteilungen umgesetzt, nachdem die ersten im Kanton Zürich ausgebildeten Fachangestellten Gesundheit eingestellt werden konnten.

Die Evaluation des Pilotprojekts beinhaltet als einen Schwerpunkt die Überprüfung des ABC-Modells mit dem Fokus auf der Verteilung der Aufgaben je Qualifikationsstufe und der für die jeweiligen Aufgaben aufgewendeten Zeit. Dieser Beitrag beschreibt das Vorgehen zur Evaluation des Modells ein halbes Jahr nach dessen Einführung auf den Pilotabteilungen.

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Fachangestellten Gesundheit sich erst noch einen Platz in dem bestehenden Gefüge schaffen müssen. Wie erwartet, bedingt ein neuer Beruf in einem Berufsfeld mit vielen Traditionen, dass sich die bereits bestehenden Berufe wandeln. Im Falle der Integration der Fachangestellten Gesundheit ist es in erster Linie die diplomierte Pflegefachperson, deren Rolle sich verändern wird.

Damit diese den Wechsel ohne Qualitätsverlust für die zu pflegenden Menschen bewältigen können, bedarf es einer Klärung ihres Berufsverständnisses, einhergehend mit gezielter Weiterbildung.

Vor allem aber braucht es eine Abkehr vom auf Abteilungen der Langzeitpflege noch weit verbreiteten Glaubenssatz „Alle machen Alles“, hin zu einer situationsbezogenen fachlichen Hierarchisierung.

Einleitung

Der Pflegeberuf wurde in der Schweiz seit jeher vom Schweizerischen Roten Kreuz, im Auftrag des Bundes, reglementiert und kontrolliert. Eine Revision im Jahr 1992 löste die bisherigen arbeitsortbezogenen Pflegeausbildungen (Allgemeine Krankenpflege, Psychiatrische Krankenpflege, Kinder-, Wochenbett- und Säuglingspflege) ab und führte eine zweistufige generalistisch ausgerichtete Ausbildung ein (Diplomniveau 1 und 2). Nach wie vor war die Ausbildung jedoch nicht in die Bildungssystematik des Bundes eingegliedert. Dies änderte sich erst mit der neuen Bildungsrevision 2002. Die Pflegeausbildung ist nun auf der Tertiärebene angesiedelt, das heißt, dass vorgängig eine Ausbildung auf der Sekundarstufe 2 ab-

Title

The Integration of the New Occupational Group „Qualified Healthcare Assistant“ in Swiss Long-Term Care

A Model Examination via Task and Time Registration

Abstract

The transfer of the health profession's vocational education from the Swiss Red Cross to the Federal Office for Professional Education and Technology (OPET) is followed by major adaptations in nursing practise. The integration of the new professional category – Fachangestellte Gesundheit (FaGe) (i.e. Qualified Healthcare Assistant) – and the newly conceptualised vocational training of nurses with higher education (HF) in Swiss health care is a challenge for all health institutions. Today's nurses have to face a major transition of their professional tasks and skills as well. The question arises which grade-mix is required to organise daily nursing practise assuring a high quality nursing care.

geschlossen sein muss. Das kann eine Berufslehre oder ein Mittelschulabschluss sein. Das Diplom in Pflege kann heute an einer Höheren Fachschule oder an einer Fachhochschule (Bachelor-, Masterabschluss) erworben werden. Die Einbettung in die Bildungssystematik des Bundes bedeutet, dass im selben Berufsfeld Ausbildungen auf Sekundarstufe 2 angeboten werden müssen, nämlich eine drei- oder vierjährige Lehre und eine zwei Jahre dauernde Attestausbildung. Während die Attestausbildung noch nicht verwirklicht wurde, sind Fachpersonen mit Lehrabschluss „Fachangestellte Gesundheit“ (FaGe) seit 2006 auf dem Markt und in den Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) beschäftigt. Die neue Berufsgruppe stellt die PZZ – wie nahezu alle Institutionen im schweizerischen Gesundheitswesen – vor die Frage, für welche Aufgaben diese Fachpersonen eingesetzt werden sollen und welche Mischung von Qualifikationsstufen (Grade-Mix) in einer Pflegeabteilung gewählt werden soll. Die PZZ haben in einer Studie zu Personalressourcen 2003 ein Modell zum Grade-Mix entwickelt. Auf der Grundlage dieses Modells wurde im Jahr 2005 ein Funktionendiagramm erstellt, in dem sowohl die Aufgaben als auch deren prozentuale Verteilung auf die Qualifikationsstufen festgelegt sind. Das sogenannte ABC-Pflegeorganisationsmodell wird seit September 2006 in zwei Pflegezentren auf jeweils einer Pilotabteilung umgesetzt.

Das Modell versteht unter

- Level A: diplomierte Pflegefachpersonen (HF, DN II, AKP, PsyKP)
- Level B: Fachangestellte Gesundheit
- Level C: Hilfspersonal.

Ein halbes Jahr später soll die Frage beantwortet werden, ob das ABC-Pflegeorganisationsmodell in der Praxis tatsächlich so umgesetzt wird, wie es gemäß Funktionendiagramm vorgesehen ist.

In diesem Bericht beschreiben wir vor allem, wie wir vorgegangen sind, um diese Frage zu beantworten. Wir gehen auf die wichtigsten Ergebnisse ein und erläutern unsere Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

Der Auftrag war, die aktuelle, tatsächliche Alltagssituation auf den Pflegeabteilungen zu erheben, um sie mit der im Modell festgelegten prozentualen Aufteilung der Level (Qualifikationsstufen) im Funktionendiagramm vergleichen zu können.

Neben den beiden Pilotabteilungen wurde die Untersuchung auf drei Kontroll-Abteilungen durchgeführt, die in Bezug auf Größe und Pflegebedürftigkeit der Bewohner/innen vergleichbar waren, jedoch nach dem herkömmlichen Stellenschlüssel mit 60% diplomiertem Pflegepersonal und 40% Hilfspersonal organisiert waren. Weil auf den Kontroll-Abteilungen keine Fachangestellte Gesundheit eingesetzt waren, wurden in der Untersuchung unter „Level B“ auch z. B.

- Pflegerinnen FA SRK oder
- Pflegefachpersonen Diplommiveau I

subsumiert.

Somit waren an der Untersuchung fünf Abteilungen in drei Pflegezentren beteiligt.

Vorgehen

Auf die Frage, ob und wie weit das ABC-Pflegeorganisationsmodell heute bezüglich des Pflegebedarfs und der aktuellen Aufgaben der Pflege umgesetzt ist, sollten möglichst valide Antworten gegeben werden können.

Zu diesem Zweck wurde ein Instrument entwickelt, welches in drei unterschiedlichen Methoden einsetzbar war.

Diese drei Methoden waren: Selbsterfassung, Fremdbeobachtung und Selbsteinschätzung.

***Selbsterfassung:** Die Mitarbeitenden von fünf Abteilungen haben ihre Arbeit und die dafür benötigte Zeit selbst erfasst; dies erfolgte während 14 aufeinanderfolgenden Tagen über je 24 Stunden.*

Es war beabsichtigt, eine große Menge an rund-um-die-Uhr Daten zu erhalten, um zuverlässige Aussagen machen zu können. Eine ausschließliche Erfassung durch externe Personen wäre zu aufwändig gewesen. Eine **Selbsterfassung** von Aufgaben und der dafür benötigten Zeit durch die betroffenen Personen konnte jedoch die Ansprüche erfüllen.

Keywords

Nursing systems

Nursing organisation

Allocation of responsibilities

Evaluation strategies

Qualified healthcare assistant

Fremdbeobachtung: *Pflegewissenschaftlerinnen haben 14 ausgewählte Mitarbeitende jeder Qualifikationsstufe während einer Tagesschicht begleitet und die ausgeführten Arbeiten sowie die dafür benötigte Zeit dokumentiert.*

Die zusätzliche **Fremdbeobachtung** erschien aus mehreren Gründen sinnvoll:

- Es konnte ein laufender Abgleich bezüglich der Zuordnung der Tätigkeiten zu den Aufgaben erfolgen.
- Es fand eine „On-the-Job“ Schulung der Einzelnen im Umgang mit dem Instrument „Selbsterfassung“ statt, die begleiteten Mitarbeitenden konnten als Multiplikatoren des Wissens gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen wirken.
- Die Anwesenheit von Pflegewissenschaftlerinnen auf den Abteilungen ermöglichte auch denjenigen Mitarbeitenden, die nicht begleitet wurden, Fragen zu stellen und Unklarheiten zu bereinigen.
- Die Beobachterinnen konnten Mitarbeitende auf das korrekte Ausfüllen des Instruments ansprechen.

Mit diesen Maßnahmen konnte die Gültigkeit der Selbsterfassung und die Korrektheit der Daten erhöht und Vergleichsdaten generiert werden.

Selbsteinschätzung: *Vor und nach der Phase der Selbsterfassung haben die Mitarbeitenden die für ihre täglichen Aufgaben durchschnittlich benötigte Zeit eingeschätzt.*

Die **Selbsteinschätzung** hatte zum Ziel, einerseits die Mitarbeitenden mit der Liste ihrer Aufgaben im Aufgabenkatalog vertraut zu machen, andererseits Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welches Bild die Mitarbeitenden von ihrer Arbeit hatten. Wir wollten erfahren, ob und wie sich die Wahrnehmung der eigenen Arbeit durch die Studie verändern würde. Die Mitarbeitenden konnten ihre Einschätzungen nach Abschluss der Studie einsehen.

Allen drei Varianten des Instrumentes lag die gleiche Struktur des Aufgabenkatalogs zugrunde. Damit wurde die direkte Vergleichbarkeit möglich. Die Basis für den Aufgabenkatalog lieferte das Funktionendiagramm Pflege der Pflegezentren der Stadt Zürich.

Es war für die Aufgaben- und Zeitstudie von großer Wichtigkeit, dass die Formulierung der einzelnen Aufgaben für alle Mitarbeitenden verständlich war, dass Wiederholungen und Überschneidungen weitgehend ausgeschlossen waren und dass vor allem ein hoher Grad an Trennschärfe erreicht war. Letzteres bedeutete, soweit wie möglich sicherzustellen, dass eine einzelne Maßnahme bzw. Handlung nur einer einzigen Aufgabe zugeordnet werden konnte.

Die notwendig gewordenen Anpassungen erschwerten die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit dem ursprünglichen Funktionendiagramm auf Detailebene, auf der Ebene von Aufgaben-Gruppen waren Vergleiche aber sehr gut möglich.

Gemessen wurde nur, was direkt beobachtet und getan wurde. Der Zuordnung der Verantwortlichkeit kommt zwar eine große Bedeutung zu, in der vorliegenden Untersuchung konnte sie jedoch nur erfasst werden, wenn sie sich ausdrücklich zeigte, beispielsweise in der Aufgabe „Pfleger/Teams beraten“.

Die Mitarbeitenden aller Levels (Qualifikationsstufen) erhielten die gleichen Instrumente. Es wurde darauf verzichtet, Aufgaben, die nicht zum entsprechenden Level gehören, in den Instrumenten speziell zu bezeichnen. So konnte eher erkannt werden, wenn „level-fremde“ Aufgaben durchgeführt wurden. Zudem war es bei einigen Aufgaben schwierig, sie nur einem oder zwei Levels zuzuordnen, beispielsweise geschieht Medikamentenverabreichung ebenfalls durch Level C, wenn auch „nur“ als Verabreichung von Augentropfen oder Applikation therapeutischer Salben.

Jede der drei Formen des Instruments umfasste, in Anlehnung an den Bildungsplan FaGe (SRK, 2003), neun Aufgabengruppen, nämlich:

- Pflege und Betreuung
- Lebensumfeld und Alltagsgestaltung
- Administration und Logistik
- Medizinaltechnik
- Entwicklung und Ausbildung
- Beratung
- Führung

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Anderes.

Den Aufgabengruppen waren zwischen zwei und 14 einzelne Aufgaben zugeordnet, die Liste umfasste insgesamt 52 Aufgaben. Die Aufgabengruppe „Anderes“ beinhaltete z. B. Pausen und das Besuchen von Fortbildungen.

Instrumente

Das Instrument **Selbsterfassung** wurde in zwei Ausführungen entwickelt. Einerseits in Papierform, und zwar als kleines Heft, das in die Taschen der Berufskleidung passt und mit Bleistift ausgefüllt werden kann, andererseits als elektronische Version.

In der Papierversion des Instruments konnte jede der 52 Aufgaben über Zeitblöcke (eine Minute, fünf Minuten und zehn Minuten) erfasst werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mussten lediglich an den zutreffenden Stellen Striche setzen. Dies ermöglichte eine effiziente Erfassung der benötigten Zeit pro Aufgabe im Tagesablauf.

Nach Schichtende mussten die Daten von den Mitarbeitenden in die elektronische Fassung übertragen werden, die bereits vorprogrammiert war und die Einträge pro Zeitblock/Aufgabe multiplizierte und addierte. Das Anzeigen der insgesamt erfassten Zeit der jeweiligen Schicht ermöglichte eine Korrektur, solange die Erinnerung an den Arbeitstag noch frisch war.

Die zusätzliche Aufgabengruppe „Anderes“ ließ Platz für Aufgaben, die vom Fragebogen nicht abgedeckt waren, wie z. B. die Teilnahme am Mitarbeiterbeurteilungsgespräch.

Die Version für die **Selbsterfassung** beinhaltet außerdem eine Spalte für „Unerledigte Aufgaben“. „Unerledigte Aufgaben“ meint Aufgaben, die dringend hätten erfüllt werden sollen bzw. für diesen Arbeitstag (z. B.: Aktualisierung der Pflegeplanung) geplant waren, jedoch aus zeitlichen Gründen nicht erledigt werden konnten. Einiges wurde zwar in Überstunden geleistet, anderes blieb jedoch liegen und konnte in Minuten (geschätzter Zeitbedarf) erfasst werden.

Level:				Unerledigt, Zeitbedarf in Minuten	Summe
Datum:	Datum:				
	1 Min	5 Min	10 Min		
Pflege und Betreuung					
Routinemaßnahmen in den Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen					0
Formelle und informelle Bewohnergespräche ohne besondere Beratungsabsicht führen					0
Formelle und informelle Angehörigengespräche ohne besondere Beratungsabsicht führen					0
Eigene (individuelle) Arbeit planen					0
Im Team rapportieren					0
Lebensumfeld- und Alltagsgestaltung					
(Re-)aktivierende Beschäftigung („Freizeit“) anbieten					0
Tagesstruktur für Bewohner/innen festlegen					0
Hauswirtschaftliche Aufgaben für einzelne Bewohner/innen durchführen (z. B. betten, aufräumen)					0

Tab. 1: *Selbsterfassung, elektronisches Formular (Ausschnitt, gekürzt)*

Das Instrument **Fremdbeobachtung**, entspricht dem Instrument der **Selbsterfassung** sowohl in Papier als auch elektronischer Form. In der elektronischen Form ist lediglich die Spalte für die unerledigten Aufgaben ausgelassen. Die Datensammlung mit der Papierform und die spätere Übertragung bewährten sich auch bei den Fremdbeobachtungen. Durch Vorprogrammierung der notwendigen Formeln konnte auf schnelle Weise Überzeit und Minuszeit erkannt werden.

Level:				
	Datum:			
	1 Min	5 Min	10 Min	Summe in Minuten
Pflege und Betreuung				
Routinemaßnahmen in den Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen	2	8	8	122
Formelle und informelle Bewohnergespräche ohne besondere Beratungsabsicht führen	4			4
Formelle und informelle Angehörigengespräche ohne besondere Beratungsabsicht führen				
Eigene (individuelle) Arbeit planen			1	10
Im Team rapportieren		2	4	50
Lebensumfeld- und Alltagsgestaltung				
(Re-)aktivierende Beschäftigung („Freizeit“) anbieten				0
Tagesstruktur für Bewohner/innen festlegen	10	1	1	25
Hauswirtschaftliche Aufgaben für einzelne Bewohner/innen durchführen (z. B. betten, aufräumen)	15	6	2	65

Tab. 2: Fremdbeobachtung, elektronisches Format (Ausschnitt, gekürzt), ausgefüllt

Das besondere am Instrument **Selbsteinschätzung** ist, dass die Angaben in absoluten Zahlen (Minuten) gemacht werden mussten, zum Beispiel: „Wie viele Minuten brauchen Sie im Durchschnitt täglich für die Aufgabe *Im Team rapportieren*?“.

Das Selbsteinschätzungsformular lag nur in Papierform vor.

Selbsteinschätzung der täglichen Aufgaben

Name : _____ Level: _____

PZ: AAA PZ: BBB PZ: CCC

Zeitpunkt der Selbsteinschätzung:

vor der Aufgaben- und Zeiterfassung nach der Aufgaben- und Zeiterfassung

Schätzen Sie **in Minuten**, wie lange Sie täglich mit den einzelnen Aufgaben beschäftigt sind.

Die Schätzwerte bitte in die hellblau markierten Felder der folgenden Tabelle eintragen.

	Minuten
Pflege und Betreuung	
Routinemaßnahmen in den Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen	
Formelle und informelle Bewohnergespräche ohne besondere Beratungsabsicht führen	
Formelle und informelle Angehörigengespräche ohne besondere Beratungsabsicht führen	
Eigene (individuelle) Arbeit planen	
Im Team rapportieren	
Lebensumfeld- und Alltagsgestaltung	
(Re-)aktivierende Beschäftigung („Freizeit“) anbieten	
Tagesstruktur für Bewohner/innen festlegen	
Hauswirtschaftliche Aufgaben für einzelne Bewohner/innen durchführen (z. B. betten, aufräumen)	

Tab. 3: Selbsteinschätzung, Papierformat (Ausschnitt, gekürzt)

Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Instrumente

Auf die Gültigkeit und Zuverlässigkeit des Instruments (Polit & Hungler, 1999, LoBiondo-Wood & Haber, 1996) wurde im Rahmen des Möglichen großen Wert gelegt, denn nur so konnten schlussendlich auch „wahre“ und zuverlässige Antworten auf die Fragestellung gegeben werden. Die Methoden waren: Prüfung von Verständlichkeit, Trennschärfe und Vollständigkeit durch Expertinnen, Pilottest und Informationsveranstaltungen.

Expertinnen: Das Instrument basiert auf dem Funktionendiagramm der PZZ, welches seinerseits bereits von mehreren Expertinnen und Experten auf seine Vollständigkeit und Gültigkeit überprüft worden war. Die Verständlichkeit, Trennschärfe und Vollständigkeit des Instruments wurde wiederum in einem iterativen Verfahren mehrfach durch Expertinnen geprüft. Konkret handelte es sich um die Pflegewissenschaftlerin der Pflegezentren, die Studienleiterin und zwei Pflegedienstleiterinnen.

Die parallel zur Selbsterfassung durchgeführte Beobachtung und **Fremderfassung** gab weitere Anhaltspunkte zur Zuverlässigkeit der Instrumente.

Pilottest: Bevor die drei Instrumente breit eingesetzt wurden, wurden sie während eines Tages auf einer Pflegeabteilung getestet (Pilottest). Diese Abteilung war nicht an der eigentlichen Studie beteiligt, jedoch in Bezug auf Personalzusammensetzung und Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner vergleichbar.

Das Instrument zur Selbsteinschätzung wurde im Voraus allen beteiligten Mitarbeitenden abgegeben. Die Mehrzahl konnte die Selbsteinschätzung vor dem Pilottest ausfüllen und erhielt damit bereits einen Überblick über die Aufgabenliste. Am Tag des Pilottests arbeiteten alle Mitarbeitenden mit dem Instrument der Selbsterfassung. Je eine Person jeden Levels wurde durch die Studienleiterin während rund zwei Stunden begleitet. Fremd- und Selbsteinschätzung wurden verglichen, Unklarheiten und Schwierigkeiten besprochen. Die Mitarbeitenden waren sehr motiviert und gaben differenzierte und konstruktive Rückmeldungen.

Als Folge des Pilottests wurden etliche Anpassungen am Instrument vorgenommen. Zudem wurde klar, welche Informationen an den geplanten Informationsveranstaltungen unerlässlich sein würden.

Informationsveranstaltungen: Die Kompetenz im Umgang mit den Instrumenten wurde durch Informationsveranstaltungen für alle an der Untersuchung beteiligten Mitarbeitenden erhöht. Diese dauerten zwei Stunden, fanden in jedem der drei beteiligten Pflegezentren statt und wurden von der Mitarbeiterin Projekte Pflege PZZ und der Studienleiterin geleitet. Es bestand für die Mitarbeitenden zusätzlich die Möglichkeit, die Veranstaltung in einem anderen als dem angestammten Zentrum zu besuchen, um einer möglichst großen Zahl von beteiligten Personen den direkten Zugang zu den Informationen zu ermöglichen.

Es wurde über Rahmenbedingungen, Prozess und Zweck der Studie informiert.

An diesen Anlässen wurden die Teilnehmenden gebeten, den Selbsteinschätzungs-Bogen auszufüllen. Dadurch konnten Unklarheiten direkt und persönlich geklärt werden. Diese Arbeit zeigte den Teilnehmenden die Vielfalt ihrer Aufgaben auf und erwies sich für einige als ungewohnt und sehr anspruchsvoll. Besonders schwierig war es, den durchschnittlichen täglichen Zeitbedarf für die einzelnen Aufgaben zu schätzen. Einige Personen benötigten zusätzlich ausführliche Erklärungen zur Bedeutung der aufgelisteten Aufgaben.

Durch die Abteilungsleitungen erhielten diejenigen Mitarbeitenden, die nicht an der Veranstaltung teilnehmen konnten, den Selbsteinschätzungs-Bogen mit der Auflage, ihn vor Beginn der Selbsterfassung auszufüllen und abzugeben.

Teilnehmende: In fünf Abteilungen nahmen alle Mitarbeitenden im Bereich Pflege und Betreuung, die zu den Messzeitpunkten gearbeitet haben, teil. Ausgenommen waren Lernende und Praktikanten. Lernende wurden nicht berücksichtigt, weil sie nicht spezifisch einem Level zugeordnet werden können. Praktikanten wurden nicht berücksichtigt, weil sie zum einen nicht auf dem Stellenplan angerechnet sind und zum anderen ebenfalls keinem Level direkt zugeordnet werden können. Auch wurde davon ausgegangen, dass sowohl Lernende als auch Praktikanten einen höheren Zeitaufwand für die von ihnen erledigten Aufgaben benötigen als ausgebildetes und erfahrenes Personal. Dies hätte unweigerlich zu einer Verzerrung der Daten geführt.

Anzahl der Teilnehmenden

- Selbsterfassung: 95
- Selbsteinschätzung: 91
- Fremdbeobachtung: 14

Die Teilnehmenden an der Fremdbeobachtung wurden von den Abteilungsleitungen anhand des Dienstplans bestimmt.

Rund eine Woche nach den Informationsveranstaltungen begann die Phase der **Selbsterfassung**. Sie dauerte zwei Wochen (14 Tage) und umfasste 24 Stunden pro Tag.

Gleichzeitig wurden die Fremdbeobachtungen durch zwei Pflegewissenschaftlerinnen durchgeführt. Es wurde darauf geachtet, dass die Beobachterinnen am ersten Tag der Studie den ganzen Tag (ca. 7.30 bis 16.30 Uhr) zur Unterstützung der Mitarbeitenden vor Ort waren. Aus diesem Grund war der Beginn der Studie in den drei Pflegezentren gestaffelt.

Fragen und Unklarheiten konnten direkt vor Ort besprochen werden. Beispielsweise hatten einige Mitarbeiterinnen zunächst alle ihre Tätigkeiten auf zusätzliche Zettel geschrieben, um dies später in die Aufgaben-Liste zu übertragen. Durch sofortiges Ansprechen und Besprechen wurde die Unsicherheit erkannt und behoben. Danach trauten sich die Mitarbeitenden zu, ihre Angaben direkt in das Instrument einzufügen und sparten dadurch viel Zeit ein.

Zur Datenanalyse wurde Microsoft Excel 2000 und SPSS 13.0 verwendet, ein Teil der Beobachtungen wurde qualitativ ausgewertet.

Die Interpretation der Daten geschah in Zusammenarbeit mit der Mitarbeiterin Projekte Pflege der Pflegezentren der Stadt Zürich, die selbst Pflegewissenschaftlerin und lokal verankert ist.

Ergebnisse

Mit der Selbsterfassung wurden insgesamt 5213 Arbeitsstunden erfasst und mit der Fremdbeobachtung 118 Arbeitsstunden; es konnte somit von aussagekräftigen Ergebnissen ausgegangen werden.

Für die Mitarbeitenden Level A (diplomierten Pflegefachpersonen HF (SRK, 2002), DN II, AKP, PsyKP) gelten Beratung, Führung, Gesundheitsförderung und Prävention als Kernkompetenzen. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass sie den größten Anteil an diesen Aufgaben leisten, weitaus mehr, als die Mitarbeitenden der anderen Level. Betrachtet man jedoch die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit der diplomierten Pflegefachpersonen (Level A), so wird offensichtlich, dass sie täglich sehr wenig Zeit für diese Aufgaben aufwenden. Dies zeigte sich sowohl in den Resultaten der Fremdbeobachtung als auch in denjenigen der Selbsterfassung.

Ein Vergleich zwischen den Ergebnissen der Fremdeinschätzung und denjenigen der Selbsterfassung machte unter anderem deutlich, dass nach wie vor ein großer Teil der medizinal-technischen Arbeiten durch die diplomierten Pflegefachpersonen (Level A) geleistet wird.

Die Hypothese, dass die Mitarbeitenden nach Abschluss der Selbsterfassung für ihre Aufgaben sensibilisiert sind und sie besser einschätzen können, konnte verifiziert werden. Die Einschätzung nach der Phase der Selbsterfassung unterscheidet sich stark von der Ersteinschätzung und entspricht eher der Realität.

Vergleich Pilotabteilungen und herkömmliche Abteilungen

Das ABC-Pflegeorganisationsmodell ist vorerst nur auf den Pilotabteilungen umgesetzt. Diese sind nach dem ABC-Modell organisiert, was bedeutet, dass die Verteilung der Aufgaben dem Funktionendiagramm entsprechen sollte. Auf den Pilotabteilungen werden unter Mitarbeitenden Level B ausschließlich FaGe's verstanden, auf den herkömmlichen Abteilungen handelt es sich um Personen mit einer Ausbildung als z. B. Krankenpflegerin FA SRK oder Pflegefachfrau Diplomniveau I.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Mitarbeitenden der Pilotabteilung ein Selektionsverfahren durchlaufen hatten, um in Level A eingeteilt zu werden. Bei den Mitarbeitenden der herkömmlichen Abteilungen war dies noch nicht der Fall. Beispielsweise war hier auch ein Teil der Mitarbeitenden mit DN I (3-jährige Pflegeausbildung, im Gegensatz zu DN II, als 4-jährige Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau) unter Level A subsumiert, sofern sie zurzeit eine entsprechende Funktion (Abteilungsleitung oder Ausbilder/Ausbildnerin) innehatten. Daher war der Anteil der geleisteten Arbeitsstunden der Mitarbeitenden Level A in den herkömmlichen Abteilungen bedeutend höher.

Die Mitarbeitenden Level C übernahmen in den herkömmlichen Abteilungen ebenfalls einen größeren Anteil an der Arbeit als auf den Pilotstationen. Für die Mitarbeitenden Level C war durch die Einführung des ABC-Modells keine Auswirkung auf die Aufgaben ersichtlich.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Selbsterfassung zeigte sich während der Fremdbeobachtung ein größerer Unterschied zwischen Pilot- und herkömmlichen Abteilungen. Diese Unterschiede betreffen vor allem Aufgaben-Gruppen mit geringem zeitlichem Aufwand im Tagesverlauf, nämlich „Administration und Logistik“, „Beratung“ und „Entwicklung und Ausbildung“.

Diese Differenzen können zufällig entstanden sein oder sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass bei der Fremderfassung ausschließlich der Tagdienst erfasst wurde, während dem in der Regel mehr Entwicklungs- und Ausbildungsarbeit geleistet wird.

Auf Grund der Ergebnisse der Selbsterfassung konnte untersucht werden, ob die Aufgaben in den einzelnen Levels signifikante Unterschiede zwischen herkömmlich organisierten Abteilungen und Pilotabteilungen aufweisen.

Ein knapp signifikanter Unterschied zeigte sich im Aufgabenfeld „Pflege und Betreuung“. Dies bedeutet, dass Mitarbeitende Level A der Pilotabteilungen tatsächlich deutlich weniger Aufgaben in diesem Bereich übernahmen. Ebenfalls ein signifikanter Unterschied bestand im Zusammenhang mit „Medizinaltechnik“. Auch in diesem Bereich war der Anteil für die Mitarbeitenden Level A geringer.

Offenbar hatten sich die Aufgaben durch den Einsatz einer größeren Zahl von FaGe's für die Pflegefachpersonen bereits verändert.

Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung der Tatsache, dass auf herkömmlich organisierten Abteilungen weniger Mitarbeitende Level B arbeiten und dass diese nicht zwingend FaGe's sind, zu interpretieren. Signifikant mehr Aufgaben in „Pflege und Betreuung“ und „Lebensumfeld- und Alltagsgestaltung“ wurde von Mitarbeitenden Level B übernommen. Dies entspricht der Idee des Einsatzes der FaGe's.

Umsetzung des Funktionendiagramms Pflege auf den Pilotabteilungen

Wie eingangs erläutert, entsprechen die Aufgaben aus dem Funktionendiagramm den Instrumenten der Aufgaben- und Zeitstudie nicht in allen Teilen eins zu eins. Die Anpassungen waren vor allem aus Gründen der Verständlichkeit und der Trennschärfe nötig. Dem wurde wie folgt Rechnung getragen: Wenn verschiedene Aufgaben aus dem Funktionendiagramm zusammengefasst wurden, wurde mit dem entsprechenden durchschnittlichen Prozentwert des Zeitbedarfs der Aufgabe gerechnet.

Die Unterschiede zwischen der im Funktionendiagramm geplanten Verteilung der Aufgaben pro Level und dem, wie tatsächlich gearbeitet wurde, sind zum Teil sehr groß.

Die Pflegefachpersonen Level A führten weniger Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern als vorgesehen, mit Ausnahme von Biografiegesprächen. Das bezieht sich zum Beispiel auf informelle Bewohnerinnengespräche, auf das Festlegen der Tagesstruktur mit den Bewohnerinnen und Bewohnern oder auf das Einschätzen des Gesundheitsförderungsbedarfs.

Hingegen wurden im Gestalten des Lebensumfeldes und des Alltags viele Aufgaben durch diplomierte Pflegefachpersonen (Level A) übernommen, obwohl dies im Funktionendiagramm nicht so vorgesehen ist. Beispielsweise erledigten sie 13 % aller hauswirtschaftlichen Arbeiten für die Bewohner/innen und einen Drittel aller Tätigkeiten im Rahmen der Bewirtschaftung und Wartung von Geräten und Material. Allerdings wurden auch Schichtverantwortung und Controllingaufgaben vor allem von Level A-Mitarbeitenden wahrgenommen.

Die Mitarbeitenden Level A übernahmen noch zu oft Routinepflege, den Aufgaben aus ihren Kernkompetenzen widmeten sie nur wenig Zeit oder verschoben sie gar immer wieder auf einen späteren Zeitpunkt.

In mehreren Situationen zeigte sich deutlich, dass es sofort zu einer deutlichen Reduktion der Pflegequalität führte, wenn die Mitarbeitenden des Levels A, also die diplomierten Pflegefachpersonen, ihre Kernkompetenzen wie Controlling und Coaching nicht wahrnahmen.

Die Mitarbeitenden Level B berieten oder instruierten seltener als dies vorgesehen ist. Es ist auffallend, dass sie sich zwar seltener um die „normale“ Medikation kümmerten, hingegen der Umgang mit Betäubungsmittel zu ihren Aufgaben im Alltag gehörte, was nicht den internen Vorgaben entsprach.

Die Mitarbeitenden Level C führten erstaunlich viele Aufgaben aus, die laut Funktionendiagramm nicht zu ihrem Repertoire gehören. Das bezog sich beispielsweise auf reaktivierende Pflege, Biografie- oder Angehörigengespräche, spezifische Pflegeeinschätzungen, Flüssigkeitsbilanz oder Beratung und Instruktion von Bewohner/innen und Angehörigen.

Von Mitarbeitenden Level B und vor allem Level C wurden die Kompetenzen gemäß Funktionendiagramm oft nicht eingehalten. Eine Erklärung kann sein, dass die einzelnen Aufgaben und Zielsetzungen nicht klar sind, dass beispielsweise ein einfaches Alltagsgespräch als Beratung eingestuft wird.

Zeitlicher Anteil der direkten Pflege

Eine häufig geäußerte Meinung ist, dass die diplomierten Pflegefachpersonen (Level A) sich nicht oder kaum mehr beim Bewohner aufhalten (werden) und vermehrt „patientenferne“ Aufgaben erledigen müssen. Dieser Frage wurde als Nebeneffekt der Studie nachgegangen.

Mitarbeitende im Level B und C verbrachten während ihrer Arbeitszeit gleich viel, nämlich 2/3 der Zeit, direkt bei den Bewohner/innen.

Der Anteil an direkter Pflege war bei Level A-Mitarbeitenden am geringsten, was den Erwartungen entspricht. Allerdings umfasste die Zeit, die die Pflegefachpersonen direkt beim oder für den Bewohner verbrachten, d.h. in der Aufgaben des Bereichs „Pflege und Betreuung“ durchgeführt wurden, immer noch mehr als die Hälfte der durchschnittlichen täglichen Arbeitszeit.

Die Befürchtung, dass sich Mitarbeitende Level A kaum mehr bei den Bewohner/innen aufhalten, kann durch die vorliegende Untersuchung nicht bestätigt werden. Es scheint im Gegenteil so, dass sie wie bisher die Arbeiten direkt bei den Bewohner/innen ausführen, ungeachtet dessen, dass sich ihre Aufgaben mit dem Einsatz der neuen Berufsgruppe verändert haben. Diese Annahme wird bestärkt durch die Tatsache, dass die diplomierten Pflegefachpersonen (Level A) von allen Qualifikationsniveaus am häufigsten dringende Aufgaben verschieben mussten, obwohl sie den höchsten Anteil an Überstunden aufwiesen und die kürzesten Pausen machten. Die unerledigten Aufgaben von Mitarbeitenden Level A waren durchwegs solche, die nicht von Mitarbeitenden anderer Levels übernommen werden konnten.

Unerledigte Aufgaben

Weil immer wieder Aufgaben während der Arbeitszeit nicht erledigt werden können, sollte diese Untersuchung auch dazu dienen, dringende und geplante Aufgaben, die aber weder in der regulären Arbeitszeit noch in Überstunden geleistet wurden, zu erfassen.

Den Pflegefachpersonen Level A fehlte insbesondere die Zeit für:

- die Planung und Dokumentation der Pflege
- den Schritt 1 des Pflegeprozesses (z. B. Eintrittsgespräche, Biographiegespräche)
- spezifische Pflegeeinschätzungen (z. B. RAI Assessment, Schmerzerfassung)
- allgemeine administrative Arbeiten
- Führungsaufgaben, spezifisch für Controlling und Coaching.

Den Level B-Mitarbeitenden fehlte insbesondere die Zeit für:

- Informationsbeschaffung und Weiterleitung
- Dokumentation der Pflege.

Demgegenüber gaben die Mitarbeitenden Level C an, zuwenig Zeit gehabt zu haben für:

- Gespräche mit Bewohner/innen
- weitere Aufgaben in der Aufgaben-Gruppe Pflege und Betreuung
- hauswirtschaftliche Arbeiten für den Abteilungsbedarf (z. B. Ausguss)
- weitere Aufgaben im Rahmen von Lebensumfeld- und Alltagsgestaltung (z. B. mit Bewohner/innen spazieren gehen).

Warum gerade für die erwähnten Tätigkeiten im Laufe des Tages keine Zeit gefunden werden konnte, kann diverse Ursachen haben. Sicher ist es so, dass andere Aufgaben als wichtiger eingeschätzt wurden. Trotzdem war den Teilnehmenden, die diese Rubrik ausgefüllt hatten, bewusst, dass Dinge liegen geblieben waren. Die Hauptaufgabe der diplomierten Pflegefachpersonen des Levels A, den Überblick über den Pflegeprozess zu halten, Informationen gezielt einzuholen, den Pflegebedarf einzuschätzen und die Ergebnisse der geleisteten Pflege zu evaluieren und zu dokumentieren, wurde am häufigsten verschoben. Die Frage nach dem Grund dafür kann diese Untersuchung nicht beantworten. Auch bei den nicht erledigten Aufgaben von Level B ging es in erster Linie um dem Pflegeprozess nahe Aufgaben, nämlich um Informationsbeschaffung und deren Weiterleitung sowie um Dokumentation der Maßnahmen. Auch hier handelte es sich um Aufgaben, die für die Erhaltung der Pflegequalität wichtig sind.

Die Mitarbeitenden Level C hatten ebenfalls für levelspezifische Aufgaben nicht genügend Zeit, nämlich für hauswirtschaftliche Aufgaben. Was der Grund war, dass Ihnen für geplante Gespräche die Zeit fehlte, müsste näher abgeklärt werden, gehören diese doch nicht zum Kerngeschäft dieses Levels. Möglicherweise war gemeint, dass sie spontane Alltagsgespräche infolge Zeitmangels abbrechen mussten.

Auffälliges während der Fremdbeobachtung

Sobald diplomierte Pflegefachpersonen des Levels A ihre spezifische Rolle gegenüber Bewohnerinnen/Bewohnern und gegenüber Mitarbeitenden nicht wahrnahmen, sank die Pflegequalität merklich (z. B. keine kompetente Antwort auf die Frage einer FaGe zum richtigen

Verhalten gegenüber einer unmotivierten und dementen Bewohnerin; das Nicht-Wahrnehmen latenter Aggression einer Mitarbeiterin Level C gegenüber einer Bewohnerin; fehlende Wundkontrolle). Einmal wurde eine hauswirtschaftliche Aufgabe selber durchgeführt, da als mögliches Ergebnis der Delegation an eine Mitarbeiterin vom Level C negative Auswirkungen für die zukünftige Zusammenarbeit befürchtet wurden.

Beantwortung der Fragestellung

Die Frage, ob das ABC-Pflegeorganisationsmodell von 2003 hinsichtlich der heutigen Personalverteilung dem heutigen Bedarf entspricht, kann wie folgt beantwortet werden:

Die Aufgabenverteilung, wie sie im Funktionendiagramm beschrieben ist, entspricht nicht der heute gelebten Realität auf den Pilotabteilungen.

Zu groß waren die Unterschiede zwischen der Verteilung der Aufgaben im Funktionendiagramm und dem, was täglich gelebt wurde.

Die im Funktionendiagramm vorgegebene Aufgabenteilung setzt zum Teil ein stark verändertes Berufsprofil für die Mitarbeitenden des Levels A, den diplomierten Pflegefachpersonen, voraus. In der qualitativen Auswertung der Fremdbeobachtungen wurde deutlich, dass FaGe's, die bei Bedarf wenig pflegefachliche Unterstützung erhielten, überfordert waren und dass die Qualität dann sofort sank. Noch nicht alle diplomierten Pflegefachpersonen im Level A waren in der Lage, die notwendige Unterstützung zu geben oder waren sich dieses Anspruchs bewusst.

Viele der Aufgaben lassen sich nur durch das erwartete Ergebnis unterscheiden. Diese Art des Denkens war für viele Mitarbeitende ungewohnt, deshalb fiel es ihnen oft schwer, ihre Einzeltätigkeiten den Aufgaben zuzuordnen.

Schlussfolgerungen

Der freundliche und geduldige Kontakt der Mitarbeitenden mit den Bewohner/innen fiel in jeder der beteiligten Abteilungen sofort auf. Bewohnerautonomie war Leitgedanke und durchdrang die tägliche Arbeit aller Mitarbeitenden. Die Mitarbeitenden waren der Untersuchung gegenüber sehr aufgeschlossen und interessiert. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Selbsterfassung der tatsächlichen Realität entsprechen.

Der vorliegende Bericht zeigt detailliert auf, wie die Pflegepraxis zum Zeitpunkt der Studie (Frühsommer 2007) gelebt wurde und vergleicht diese mit dem Funktionendiagramm des A-B-C Modells. Die Realität wurde von unterschiedlicher Seite beleuchtet, die Ergebnisse aus den drei Methoden stimmten zu einem großen Teil überein. Die Mitarbeitenden von Level C scheinen das stabilste Berufsbild und Arbeitsfeld zu haben, ihre Aufgabe hat sich durch den Einsatz von Fachangestellten Gesundheit nicht wesentlich verändert.

Die Fachangestellten selbst aber müssen sich einen Platz in einem bestehenden Gefüge schaffen. Das ist alles andere als einfach. Auch wenn sich die meisten FaGe's, die an der Untersuchung beteiligt waren, in ihrer Rolle sicher und wohl zu fühlen scheinen, gab es doch einige, die ausdrücklich erwähnt hatten, dass die Rollenfindung und die Akzeptanz durch die Teammitglieder des Levels A schwierig sei.

Ein neuer Beruf in einem seit langem bestehenden Berufsfeld mit vielen Traditionen bedingt, dass sich die bereits bestehenden Berufe ebenfalls verändern, im Falle der FaGe scheint es nicht das Berufsbild der Pflegeassistenten oder der Pflegehilfen zu sein, das sich verändern muss, sondern dasjenige der diplomierten Pflegefachfrauen und der diplomierten Pflegefachmänner. Damit die in Zukunft für den Level A wichtigen Aufgaben-Gruppen Beratung, Gesundheitsförderung und Ausbildung und Entwicklung ins Blickfeld der Pflegefachpersonen rücken, bedarf es einer Rollenklärung auf institutioneller und persönlicher Ebene und einer intensiven Schulung der bislang eher vernachlässigten Aufgaben-Gruppen. Dies umso mehr, als dass es sich bei letzteren um Aufgaben handelt, die nicht oder nur äußerst beschränkt delegiert werden können, beispielsweise die Pflegebedarfseinschätzung, die Planung des Pflegeprozesses, Qualitätsentwicklungsaufgaben und Controllingfunktionen.

Vor allem auch braucht es eine Abkehr vom Glaubenssatz „Alle machen alles“, und eine Hinwendung zu einer situationsbezogenen fachlichen Hierarchisierung.

Letztendlich geht es um die Frage, wie die Qualität der Pflege und Betreuung mit dem Einsatz der neuen Berufsgruppe der Fachangestellten Gesundheit erhalten oder gar verbessert werden kann.

Literatur

- Alexander, M. F. & Runciman, P. J. (2003). ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse. Geneva (Switzerland): International Council of Nurses.
- Beck, M. Wolf, D. Schmid, S. (2001). Trends in der Langzeitpflege. NOVA, 5, 37-39.
- Frei-Fischer, R. (2001). Alterspflege – die Herausforderung für die Zukunft. NOVA(5), 40-43.
- Görres, S. & Böckler, U. (2004). Innovative Potenziale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege. Pflege, 17, 105-112.
- LoBiondo-Wood G. & Haber, J. (1996). Pflegeforschung: Methoden, kritische Einschätzung, Anwendung. Berlin: Ullstein Mosby.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). Nursing research: principles and methods (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (2004). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Huber.
- Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R. & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. Pflege, 19(1), 45-51.
- Spirig, R., Petry, H., Kesselring, A. & DeGeest, S. (2001). Visionen für die Zukunft – Die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz. Pflege, 14, 141-151.
- SRK (2002). Bestimmungen für die Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau/zum dipl. Pflegefachmann. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- SRK (2003). Fachangestellte Gesundheit – Bildungsplan. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.

Danksagung

Es ist der offenen und spontanen Art der Leitungen Pflege und aller Mitarbeitenden zu verdanken, dass die Aufgaben- und Zeiterfassung in der kurzen Zeit von zwei Monaten durchgeführt werden konnte.

Empfehlungen

Das Berufsbild der diplomierten Pflegefachperson hat sich in der Schweiz aus unterschiedlichen Gründen in den letzten Jahren stark verändert, nicht nur, aber auch durch die Schaffung des Berufes der Fachangestellten Gesundheit. Damit die diplomierten Pflegefachpersonen diese Veränderung ohne Qualitätsverlust für die Bewohner/innen bewältigen können, bedarf es einer Klärung ihres Berufsverständnisses. Die Empfehlungen lauten daher:

- 1.) Klärung des Berufsverständnisses der diplomierten Pflegefachpersonen (Level A) und entsprechende Weiterbildung. Die Beobachtungen und Ergebnisse dieser Untersuchung belegen deutlich, dass die in der aktuellen Pflegeliteratur (vgl. bspw. Alexander & Runciman, 2003; Beck, 2001; Frei-Fischer, 2001; Görres & Böckler, 2004; Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2004; Spichiger, Kesselring, Spirig, & De Geest, 2006; Spirig, Petry, Kesselring & DeGeest, 2001) beschriebenen Herausforderungen an die Pflege Gegenwart sind. Diese Herausforderungen sind unter anderem:
 1. Fachliche Hierarchisierung
 2. Führung, insbesondere Delegation
 3. Entscheidungskompetenz, kritisches Denken
 4. Problemlösekompetenz, Pflegeprozess, Pflegediagnostik
 5. Expertisen (weiter ausbauen bezüglich der häufigsten Pflegediagnosen/-probleme)Die Klärung des Berufsverständnisses beinhaltet auch die Frage, welche (Soft-)Faktoren das Verhältnis zwischen diplomierten Pflegefachpersonen Level A und FaGe's (allenfalls auch zu anderen Mitarbeitenden Level B) beeinflussen.

- 2.) Überprüfung des Funktionendiagramms daraufhin, in welchen Teilen es angepasst werden soll und in welchen Teilen der berufliche Alltag verändert werden muss. Dabei muss auch der Aspekt des Risikos (für Bewohner/in, für die Pflege- und Betreuungsperson und für die Institution) mitberücksichtigt werden. Die Risikostufe bildet eine wichtige Basis für die Entscheidung, ob eine Aufgabe von der diplomierten Pflegefachperson übernommen werden muss.
- 3.) Überprüfung des Organisationsmodells Pflege und Einführung eines Delegationskonzeptes, verbunden mit dem Case-Mix der Abteilungen. Dabei ist zu berücksichtigen, welche Delegationsrichtlinien notwendig sind, um flüssige Arbeitsabläufe und vollständige Arbeitsaufgaben für alle Mitarbeitenden gestalten zu können. Dies kann über die Formulierung von Pflegepfaden geschehen.

PrinterNet Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

www.printernet.info/detail.asp?id=811