

Interprofessionelle Kooperation

Auflistung der Berufsgruppen, die mit der professionellen Pflege direkt oder indirekt im Versorgungsprozess zusammenarbeiten:

Beispielhaft für die weitere Bearbeitung der Aufgabe werden die Berufsgruppen ausgewählt, die in besonderem Maße in der direkten Versorgung des Patienten mit der akutstationären Pflege kooperieren (rot markiert).

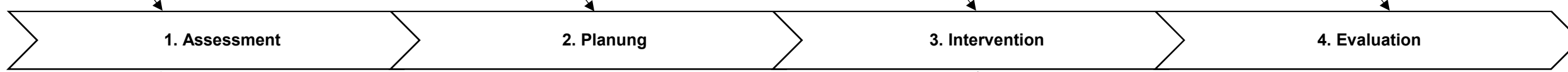
1. Krankenhausärzte
2. Hausärzte
3. Konsiliarärzte
4. Therapeuten (Ergo, Physio, Musik, Logo ...)
5. Sozialarbeiter
6. Spirituelle und psychosoziale Betreuung (Seelsorge, Grüne Damen, institutionalisierte Selbsthilfe, Experten aus Erfahrung ...)
7. Hauswirtschaft patientennah
8. Hauswirtschaft patientenfern
9. Transportdienste für Patienten
10. Diagnostische Assistenzberufe (MTA, RTA, MTAP ...)
11. Fachexperten (Podologen, Diätassistenten ...)
12. Konsilpflege (Stoma, Diabetes ...)
13. Amts- und Betreuungsgerichtsbarkeit (gesetzliche Betreuer, Richter)
14. Heil- und Hilfsmittelversorger
15. Apotheken (Apotheker, PTA)
16. Hygieniker
17. Leistungsträger (GKV ...)
18. Koordinatoren (Steuerungs- und Schnittstellenmanagement, Case Management, Patientenkoordinatoren)
19. Psychologen
20. Akteure im Quartier (Gesundheitsamt, Stadtteilbüro, Pflegestützpunkte ...)
21. Patientenverwaltung im Krankenhaus
22. Qualitätsmanagement
23. Ethikkomitee
24. Ausbildungsstätten, Hochschulen
25. Stationssekretärin, MFA

Unter Berücksichtigung dieser ausgewählten Berufsgruppen ergibt sich folgendes Prozessmodell:

Erwartungen der professionellen Pflege an sich selbst

<u>Übergeordnete Erwartungen:</u>	Erwartungen an andere Berufsgruppen müssen auch durch die professionelle Pflege erfüllt werden	(formale) Grenzen der eigenen Berufsgruppe müssen bekannt sein	Berufsgruppenübergreifende Entwicklungspotentiale müssen erkannt werden	Bereitschaft zur kollegialen Beratung muss vorhanden sein
-----------------------------------	--	--	---	---

Qualitativ hochwertige Dokumentation				
Einfordern von nicht eingehaltenen Absprachen (→ Bringschuld der anderen)			Bereitschaft zur sektorenübergreifenden Arbeit (erweiterte Pflege, home treatment ...)	
Wissen um aktuelle Standards, Leitlinien und Instrumente (evidenzbasiert)			Bereitschaft zur Wissensweitergabe (an Patienten, Angehörige, Kooperationspartner, in der Pflege)	
Berufsgruppenübergreifende Entwicklungspotentiale erkennen	Ziele SMART oder RUMBA setzen		Nicht nur körper- und verrichtungsorientiert denken	
Pflege steuert den Behandlungsprozess: • Bewusste Übernahme der Rolle • Rolle wird den Kooperationspartnern gegenüber vertreten	Kompetenzorientierte intraprofessionelle Delegation → qualifikationsadaptierte Rollenübernahme		Einfordern von Unterstützung (intra- und interprofessionell) bei Bedarf	Kritische Reflexion und Weiterentwicklung des Behandlungsprozesses
Bereitschaft zur interdisziplinären Kooperation: • Wertschätzung anderer • Wissen um die eigenen (formalen) Grenzen • reflexionsfähig	Pflegeplanung muss von der professionellen Pflege durchgeführt werden		Nachhaltige und qualitativ hochwertige Umsetzung • adressatengerecht	Bereitschaft, sich mit neuem (evidenzbasierten) wissen auseinanderzusetzen



Vorgelagerte Kooperationen (Pflege + weitere Berufsgruppen): Klare, aktuelle und zeitnahe Informationsweitergabe ist notwendig

Nachgelagerte Kooperationen (Pflege + weitere Berufsgruppen): Klare, aktuelle und zeitnahe Informationsweitergabe ist notwendig

<u>Mit 1 + 13 + 19:</u> Gemeinsames Notfall-Assessment
<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit • Kooperationsbereit auf Augenhöhe • Klare Aufgabenteilung → situationsadaptierte Rollenübernahme • Verfügen über aktuelles Fachwissen • Aktuelle und situationsrelevante Informationen werden weitergegeben • Bereitschaft zur interdisziplinären Kommunikation • Übernahme von Verantwortung • Können Maßnahmen priorisieren • Patientenwille wird berücksichtigt/respektiert
<u>Mit 1 + 4 + 5 + 11 + 12 + 13 + 18 + 19:</u> Gemeinsames elektives Assessment
<ul style="list-style-type: none"> • s. Erwartungen Notfall-Assessment • Bringschuld gegenüber der Pflege • Nachhaltig, präventiv und mit Blick auf den Patienten • Kollegial-professioneller Austausch
<u>Mit 1 + 4 + 5 + 11 + 12 + 18 + 19:</u> Gemeinsame Dokumentation
<ul style="list-style-type: none"> • Zeitnah • Vollständig • Eigeninitiative (Bringschuld)

<u>Mit 1 + 19:</u> Gemeinsame medizinisch-pflegerische Planung
<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung der jeweiligen Fachlichkeit, emanzipatives Miteinander • Gezielt • Strukturierter Informationsaustausch, bspw. Fallbesprechungen, Visiten • Partnerschaftlicher Entscheidungsfindungsprozess • Setzen gemeinsamer bedarfsorientierter Ziele für und mit dem Patienten • Anerkennung/Berücksichtigung des Patientenwillen
<u>Mit 4 + 5 + 6 + 11 + 12 + 13 + 18:</u> Gemeinsame therapeutische Planung
<ul style="list-style-type: none"> • s. Erwartungen an die gemeinsame medizinisch-pflegerische Planung • Anerkennung der Steuerungsrolle von Pflege für die Patientenversorgung • Bereitschaft zu interdisziplinärem Austausch und Abstimmung
<u>Mit 1 + 4 + 5 + 11 + 12 + 18 + 19:</u> Sektorenübergreifende Entlassplanung
→ muss bei der Planung von Anfang an mitgedacht werden
<u>Mit 1 + 4 + 5 + 13 + 19 + 23:</u> Ethische Entscheidungsfindung
<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung des Patientenwillen • Perspektive der Anderen (Patienten, Berufsgruppe) einnehmen und akzeptieren • Klar und präzise dokumentieren, Entscheidungen nachvollziehbar formulieren und auffindbar ablegen • Schnelle Entscheidung • Ethische Reflexionskompetenz

<u>Mit 1 + 19:</u> Gemeinsame medizinisch-pflegerische Behandlung
<ul style="list-style-type: none"> • Situationsangepasste Therapietreue, Verlässlichkeit • Regelmäßiger kollegialer Austausch (Visiten ...) • Patientenorientiert, bedarfsangepasst
<u>Mit 4 + 5 + 6 + 11 + 12 + 13 + 18:</u> Gemeinsame therapeutische Behandlung
<ul style="list-style-type: none"> • s. gemeinsame medizinisch-pflegerische Behandlung • strukturierte Kommunikation • vertiefende Information zu neuen spezialisierten therapeutischen Methoden und Techniken • gemeinsame Anleitung, Schulung und Beratung von Patienten und An-/Zugehörigen
<u>Mit 7 + 9 + 25:</u> Absprache Unterstützungsleistungen
<ul style="list-style-type: none"> • Verlässlichkeit • Rückmeldung bei Abweichungen (Bringschuld) • Kennen und Anwenden der relevanten Standards • Kennen der Ablauforganisation • Wissen um die Grenzen der eigenen Rolle

<u>Mit 1 + 19:</u> Gemeinsame medizinisch-pflegerische Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung der jeweiligen Fachlichkeit • Verständigung über individuumsbezogene Beurteilungskriterien
<u>Mit 4 + 5 + 11 + 12 + 18:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • s. gemeinsame medizinisch-pflegerische Evaluation
<u>Mit 1 + 4 + 5 + 11 + 12 + 18 + 19:</u> Gemeinsame epikritische Fallbesprechung
<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßig, strukturiert • Reflexionsbereitschaft • No-blame-culture • Transparenz

Erwartungen der Pflege an die weiteren, am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen

Erwartungen der Pflege an die weiteren, am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen

Für die gelungene Kooperation braucht es zwingend bei allen beteiligten Akteuren (Pflege + andere Berufsgruppen):

- Verlässlichkeit,
- gemeinsame Dokumentation,
- strukturierte, zielgerichtete Kommunikation,
- emanzipiertes Miteinander,
- Kooperationsbereitschaft,
- dass man den Patienten partizipieren lässt (shared-decision-making) und
- Reflexionsbereitschaft.

Es ergeben sich folgende Möglichkeiten zur Delegation/Substitution:

(Zur Definition von Substitution und Delegation: s. Glossar)

Jede Aufgabe, die im Rahmen von Delegation und Substitution durch die Pflege übernommen wird, benötigt entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen. Die Aufgaben müssen in Absprache mit den weiteren Professionen übernommen werden.

1. Substitution

- Ausbau der Modellversuche nach §63 3c, SGB V, GBA-Beschluss (Diabetes 1 und 2, chronische Wunden, Hypertonus und Demenz).
- Langzeitbeatmung/Weaningprozess.
- Management und Mitbehandlung chronischer Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, COPD, interstitielle Lungenerkrankung, HIV (Selbstmanagement, Alltagsmanagement, Medikation, sektoren- und berufsgruppenübergreifend) im Sinne von ANP.
- Komplexe palliative Behandlung (total care-Konzept – bio-psycho-spirituell).
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.
- Medikationsmanagement (Überprüfung, ggf. Anpassung, Veränderung der gegebenen Medikation)(erfordert die Befähigung zur Verschreibung und Verordnung und eine entsprechende Qualifikation), ggf. in Rücksprache mit den behandelnden Arzt.
- Clinical Assessment, Anamnese, körperliche Untersuchungen (bspw. ANP: Verordnung von klinischen Untersuchungen und Tests sowie deren Auswertung).
- Ernährungstherapie.

2. Delegation

Mit der Delegation einer Aufgabe wird auch die Durchführungsverantwortung an den Auszuführenden übermittelt.

Bspw. Servicedienste, Transport und Datenerfassung/-management (Stammdaten) können von der Pflege auf andere Berufsgruppen delegiert werden.

Bereits gängige Delegationen an die Pflege umfassen etwa i.v.-Medikation, Wundversorgung oder Beatmungskontrolle.