

**Kollegiale Führungen/
Heimleitungen der Kranken-
anstalten und Geriatriezentren
des Wiener Krankenanstalten-
verbundes**

Vorher zur Einsicht:
Frau Direktorin d. TU 1
Dr. S. Herbek

Herrn Direktor d. TU 2
Univ.-Prof. Dr. R. Krepler

Herrn Direktor d. TU 4
Dr. R. Paukner

KAV-GED/2007
Erhöhung der PatientInnen-sicherheit im Bereich Medizin/Pflege

Wien, 24.09.2007

~~Projekt „Verbesserung der Ausbildungsqualität der TurnusärztInnen“~~

„Rahmenleitlinie Medizin-Pflege“

I. Grundsätzliches zur Rahmenleitlinie

Die Leitlinie „Zusammenarbeit Medizin – Pflege“ basiert auf den Ergebnissen des Arbeitspaketes 7 (AP7) des Projektes „Verbesserung der Ausbildungsqualität der TurnusärztInnen“ und verfolgt die Zielsetzung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen und die Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen weiter zu entwickeln und festzulegen.

Für die Erstellung dieser Rahmenleitlinie dienen die gegebenen Rechtsgrundlagen des Ärztegesetzes und des GuKG .

Somit verfolgt die vorliegende Leitlinie die Zielsetzung der verpflichtenden Zusammenarbeit der Berufsgruppen mit Risikominimierung und höchstmöglicher Qualität im Kerngeschäft Medizin und Pflege.

Berufsständische Interessen wurden anhand der festgeschriebenen Berufsbilder und Tätigkeitsprofile berücksichtigt und sind unter den gemeinsamen Anspruch der medizinischen und pflegerischen Qualität zu stellen.

Es liegt an allen Beteiligten, dies im Alltag zu leben. Dies nicht in einer ab- oder ausgrenzenden, sondern einer im Sinne der bestmöglichen Betreuung unserer PatientInnen zusammenwirkenden Sichtweise.

Die Erlässe „Erhöhung der PatientInnensicherheit im Bereich der medizinischen „Morgenarbeit“ GED-31/05/BGD und KAV/GED/2006 bleiben aufrecht.

Für die spezifischen Erfordernisse der Teilunternehmung 2 (Lehre, Forschung, Spitalsbetrieb) und der Teilunternehmung 4 (Geriatrie) sind sinngemäße Anpassungen zulässig.

Vorgangsweise

II. ~~Handhabung~~ von medizinischen Tätigkeiten, welche direkt am PatientInnenen/BewohnerInnen anfallen.

Die Leitlinie deckt hier zwei Aspekte ab, nämlich

Hände

- Fehler- und Risikominimierung durch Anwendung des 4-Augen-Prinzipes
- Kooperation bei der Durchführung von Tätigkeiten nach § 15 GuKG und § 49(3) Ärztegesetz

II.1 4-Augen-„Hände“-Prinzip der morgendlichen Qualitätsarbeit

Die Leitlinie Morgenarbeit basiert auf den Erkenntnissen, dass es sich bei dem definierten Zeitrahmen um einen „gefahren geneigten“ Zeitpunkt handelt (Nachtdienstende/Dienstbeginn/erste Arbeitsspitze). Es ist daher festgelegt die Tätigkeiten der morgendlichen Routinearbeit gemeinsam von diplomiertem Pflegepersonal und ÄrztInnen durchzuführen, innerhalb des Zeitrahmens von 7:00 – 9:00 Uhr.

Dies um so mehr, da es ein Grundprinzip sicherer und qualitativ hochwertiger Systeme ist, Arbeitsabläufe unter dem sogenannten 4-Augen-Prinzip zu gestalten (Luftfahrt, Wirtschaftsleben etc).

II.1.2 Das 4-Augen-Prinzip in der Tages- und Nachtarbeit

(anschließend an die Morgenarbeit)

Als weitere risikominimierende Maßnahme ist das 4-Augen-Prinzip bei gefahreneigenen Situationen in der Tages- und Nachtarbeit durchzuführen und zu dokumentieren.

Folgende Tätigkeiten sind jedenfalls als gefahreneigene Situationen definiert:

- Identifikation von PatientInnen mit Namensgleichheit oder Namensähnlichkeit vor Eingriffen und Therapien
- Blutabnahme für Blutgruppenbestimmungen
- Verabreichung von Blutkonserven
- Chemotherapien

II.2 Kooperation bei der Delegation von Tätigkeiten nach § 15 GuKG und § 49(3) Ärztegesetz

sind die nachfolgend genannten

Außerhalb des morgendlichen Routinebetriebes ~~XXXXXX~~

~~XXXXXX~~ delegierbare Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung von diplomiertem Personal durchzuführen. Dabei trägt der ÄrztIn die Anordnungsverantwortung - die Pflegeperson die Durchführungsverantwortung.

Delegierbare ärztliche Tätigkeiten im § 15 GuKG – mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich sind:

- Kapilläre Blutabnahmen
- S.c. Injektionen
- Spülen von peripheren Venenzugängen
- Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen ohne/mit Arzneimittelzusatz
- Setzen von Dauerkathetern unter Beachtung der Geschlechtsthematik
- Absaugen der oberen Atemwege

- Vitalzeichenkontrolle (Atmung, Blutdruck, Puls, Temperatur)
- ~~Überprüfung der Vitalzeichen~~
- Punktion von Venen zwecks Abnahme von Blut oder Setzen von peripheren Venenverweilkanülen, Setzen von Magensonden.

Anmerkung: Grundsätzlich davon unterscheidet sich der Spezialpflege Bereich (weitergehende Ausbildung der Pflegekräfte)

Die Ergebnisse des Arbeitspaketes 7 haben gezeigt, dass derzeit aufgrund unterschiedlich gelagerter Anforderungen an den verschiedenen Fachabteilungen die Delegierbarkeit jeweils fachspezifisch zu realisieren ist.

Es wird daher ein schrittweises Vorgehen gewählt.

Den Empfehlungen des Arbeitspaketes 7 entsprechend, werden in einem Zeitraum von einem halben Jahr ab Erlass, auf Modellstationen die erforderlichen Umstrukturierungen pilotiert, um in der Folge das **gesamte Spektrum** der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Sinne des § 49(3) Ärztegesetz und des § 15 GuKG umsetzen zu können.

zur Auswertung /dieser Pilotierungsphase
 Bis ~~zur Auswertung~~ Ergebnisse können **jedenfalls folgende Tätigkeiten** nach den gesetzlichen Vorgaben delegiert werden:

- Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Sinne des § 49(3) Ärztegesetz und des § 15 GuKG
- Kapilläre Blutabnahmen,
- s.c.Injektionen, Spülen von peripheren Venenzugängen,
- Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen ohne Arzneimittelzusatz bzw. mit abteilungsspezifisch definierten Arzneimittelzusätzen,
- Setzen von Dauerkathetern unter Beachtung der Geschlechtsthematik,
- Absaugen der oberen Atemwege
- Vitalzeichenkontrollen (Atmung, Blutdruck, Puls, Temperatur) ~~wirden~~
- ~~Geschlechtsthematik und Krankheitsbilder, die eine Delegation von Tätigkeiten bedingungslos ausschließen. Die Delegation von Tätigkeiten ist bedingungslos ausgeschlossen, wenn die Delegation von Tätigkeiten die Gesundheit des Patienten gefährden würde.~~
- ~~Behandlungsschritte, die eine Delegation von Tätigkeiten bedingungslos ausschließen.~~

einen definierten Zeitraum

Die Delegation ist für den Einzelfall und für ~~XXXXXX~~ ~~XXXXXX~~ ~~XXXXXX~~ ~~XXXXXX~~ ~~XXXXXX~~ einvernehmlich zwischen ärztlicher und pflegerischer Leitung auf Abteilungsebene schriftlich festzulegen. ^{Zwischenzeitige} Änderungen des Leistungsspektrums sind zu beachten, und an die ärztliche Direktion und die Pflegedirektion weiterzuleiten.

Festlegungen auf Abteilungsebene sind nach einem entsprechenden Erfahrungszeitraum zu evaluieren.

III. Weitere patientinnenbezogene und organisatorische Maßnahmen, welche zur reibungslosen, patientinnenorientierten Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen beitragen und sich aus der Arbeit des Projektes ergeben haben.

III.1 Aufnahmemanagement/Entlassungsmanagement

- Das pflegerische und das ärztliche Aufnahmegespräch müssen aufeinander abgestimmt sein – Doppelgleisigkeiten sind zu vermeiden (gemeinsamer Anamnesebogen).
- Grundsätzlich hat jede Abteilung den **Aufnahme- und Entlassungsprozess** schriftlich zu definieren. Die **Aufnahmeplanung** liegt dabei in **ärztlicher Verantwortung** – das **Entlassungsmanagement** wird **multiprofessionell** ausgerichtet.
- Zur Ressourcenschonung und Prozessoptimierung bei ^S elektiven Aufnahmen ist sicherzustellen, dass die Befunde aller vorgeschriebenen Untersuchungen vorliegen. Die **organisatorische Verantwortung** für die Umsetzung trägt ~~der/die Abteilungs-/Krankenhaus- und Abteilungs-/Krankenhaus-Verantwortliche~~ ^{die jeweilige Abteilung} (ärztliche u. pflegerische Leitung).
- Der **Zugriff** zum **computergestützten PatientInnen-Informationssystem** ist für alle berechtigten MitarbeiterInnen sicherzustellen.
- Weiters hat ein berechtigter **Arzt/Ärztin** die **Arzneimittelverordnungen** (auch entsprechend der hausspezifischen Arzneimittelliste) zu **überprüfen** und zu **validieren**.

- Der PatientIn ist bereits im Rahmen des Aufklärungsgespräches auf die Wichtigkeit seiner Anwesenheit zu den **festgelegten Visiten-** und **Behandlungszeiten** aufmerksam zu machen.

III.2 Verbesserung der Kooperation zwischen den Berufsgruppen

- Die für die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes erforderliche Präsenz an MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen ist zu planen und pro Betriebseinheit (Abteilung/Station) schriftlich festzulegen (365 Tage) und verbindlich einzuhalten.
- Die multiprofessionellen Arbeitsabläufe sind im Sinne einer Prozessoptimierung aufeinander abzustimmen und festzuschreiben.
- Rahmenzeiten für Visiten und Dienstübergaben sind berufsgruppenübergreifend aufeinander abzustimmen.
- Während der Visite sind Unterbrechungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren.
- Die Vorstellung neuer MitarbeiterInnen im Team ist zu gewährleisten.
- Teamentwicklungsprozesse sind zu fördern und umzusetzen. (Beispielsweise gemeinsame Supervision, gemeinsame Teambesprechung, „Teamspielregeln“ entwickeln).
- Multiprofessionelle Fortbildungen sind zu implementieren

III.4 Gemeinsame PatientInnendokumentation

- Die Dokumentation ist effizient zu gestalten. Multiprofessionell gestalteten und gemeinsam zu verfassenden Dokumentationen, vor allem im stationären Bereich ist der Vorzug zu geben.
- Die Dokumentation der durchgeführten und geplanten Untersuchungen ist übersichtlich zu gestalten. Die angeordneten und durchgeführten Maßnahmen müssen eindeutig in der Dokumentation erkennbar sein.
- Anordnungen sind klar leserlich zu verfassen, Abkürzungen sind zu standardisieren oder zu vermeiden.

- Auf Konsiliaranforderungen müssen neben der Unterschrift auch der Name und die Erreichbarkeit der/des Ärztin/Arztes (anfordernd/begutachtend) in Blockschrift angegeben sein. Konsiliaranforderungen sollen bereits bei der Visite ausgefüllt werden.
- Es sind standardisierte Dokumentationen bzw. SOPs besonders in gefahreneigenen und verwechslungsgefährdeten Bereichen zu verwenden. Diese sind durch Prozessverantwortliche (z.B. ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Abteilungsleitung) regelmäßig zu überprüfen bzw. zu aktualisieren.

sofortiger Wirkung

Der Erlass tritt mitin Kraft. Der Umsetzungsschritt II.2, letzter Absatz (Delegation, Tätigkeiten und schriftliche Festlegungen) ist bisdurchzuführen.

Die hier getroffenen Feststellungen sind verbindlich.

Dieser Erlass ist allen MitarbeiterInnen nachweislich zur Kenntnis zu bringen.

Sachbearbeiterin:
 Gen.Ob. Staudinger, Leiterin des
 Geschäftsbereiches Qualitätsarbeit
 Tel.: 40409-70551
 Fax.: 40409-99-70551

Der Generaldirektor:

Dr. W. Marhold

* und ersetzt den Erlaß KAV-GD-265-1997 DKB vom 18.7.1997