

Rahmenleitlinie Medizin und Pflege

I. Grundsätzliches zur Rahmenleitlinie

Die Leitlinie „Zusammenarbeit Medizin und 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 weiterzuentwickeln und festzulegen.

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

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 Arbeitsweise.

Die vorliegende Leitlinie verpflichtet somit die Berufsgruppen zur Zusammenarbeit mit dem Ziel der Risikominimierung und höchstmöglicher Qualität im Kerngeschäft Medizin und Pflege.

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

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

Die Leitlinie umfasst zwei Aspekte:

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

II.1a 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 (Luffahrt, Wirtschaftsleben etc).

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

II.1b Das 4-Augen-Prinzip in der Tages- und Nachtarbeit

(anschließend an die Morgenarbeit)

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

Folgende Tätigkeiten sind jedenfalls als gefahrgeneigte Situationen definiert:

- Identifikation von PatientInnen (v.a. mit Namensgleichheit oder Namensähnlichkeit) vor Eingriffen und Therapien
- Blutabnahme für Blutgruppenbestimmungen
- Verabreichung von Blutkonserven
- Chemotherapien
- und ähnliche

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

Außerhalb des morgendlichen Routinebetriebes werden im Sinne der folgenden Ausführungen delegierbare Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung von diplomiertem Pflegepersonal durchgeführt. Dabei trägt der/die ÄrztIn die Anordnungsverantwortung - die Pflegeperson die Durchführungsverantwortung.

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

- Vitalzeichenkontrolle (Atmung, Blutdruck, Puls, Temperatur)
- Kapilläre Blutabnahmen
- Vorbereiten und Verabreichen von s.c. und i.m. Injektionen
- Spülen von peripheren Venenzugängen
- Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen ohne/mit Arzneimittelzusatz
- Setzen von Dauerkathetern unter Beachtung der Geschlechtsthematik
- Absaugen der oberen Atemwege
- Punktion von Venen zwecks Abnahme von Blut oder/ und Setzen von peripheren Venenverweilkanülen, Vorbereiten und Verabreichen von i.v. Injektionen bei liegendem Gefäßzugang (Ausnahme: stark wirksame Medikamente, Antibiotika, Zytostatika), Setzen von Magensonden.

Anmerkung: Grundsätzlich davon unterscheiden sich die Spezialpflegebereiche (Sonderausbildung 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.

Auf allen Einheiten sind folgende Tätigkeiten nach gesetzlichen Vorgaben im Sinne des § 49(3) Ärztegesetz und des § 15 GuKG zu delegieren:

- Vitalzeichenkontrollen (Atmung, Blutdruck, Puls, Temperatur),
- Kapilläre Blutabnahmen,
- s.c.Injektionen, i.m. 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

Die Delegation ist laut Formblatt „Vereinbarung zur Rahmenleitlinie Medizin und Pflege“ einvernehmlich von ärztlicher und pflegerischer Abteilungsleitung im Rahmen einer Teamsitzung auf Abteilungsebene schriftlich festzulegen. Die Festlegungen sind auf Abteilungsebene regelmäßig einmal jährlich zu evaluieren. Zwischenzeitliche Änderungen des Leistungsspektrums sind zu beachten. Das dafür zu verwendende Formblatt ist binnen drei Monaten ab Erlassdatum versehen mit den Unterschriften der ärztlichen und pflegerischen Abteilungsleitung an die Ärztliche- und Pflegedirektion im Haus zur Wahrnehmung deren Verantwortung weiterzuleiten.

Den Empfehlungen des Arbeitspaketes 7 entsprechend, wird **auf Modellstationen** das **gesamte Spektrum** ärztlicher Tätigkeiten im Sinne des § 49(3) Ärztegesetz und des § 15 GuKG delegiert. Für die Modellstationen wird es eine gesonderte schriftliche Information geben.

III. Weitere patientInnenbezogene und organisatorische Maßnahmen, welche zur reibungslosen, patientInnenorientierten Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen beitragen, bereits bestehen beziehungsweise 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 in Zukunft jede Abteilung (ärztliche und pflegerische Abteilungsleitung) den **Aufnahme- und Entlassungsprozess schriftlich zu definieren**. Die **Aufnahmeplanung** liegt dabei in **ärztlicher Verantwortung** – das **Entlassungsmanagement** wird **multiprofessionell** ausgerichtet.
- Zur Ressourcenschonung und Prozessoptimierung bei elektiven Aufnahmen ist sicherzustellen, dass die Befunde aller vorgeschriebenen Untersuchungen vorliegen. Die **inhaltliche** und **organisatorische Verantwortung** für die Umsetzung trägt die jeweilige Abteilung (ärztliche und pflegerische Abteilungsleitung).
- 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 **vidieren**.
- Der /die PatientIn ist bereits im Rahmen des Aufklärungsgespräches auf die Wichtigkeit seiner/ihrer 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 persönliche Vorstellung und fachliche Einführung neuer MitarbeiterInnen im Team ist zu gewährleisten.
- Multiprofessionelle 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 und vollständig 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 möglichst bereits bei der Visite ausgefüllt werden.

- Es sind standardisierte Dokumentationen bzw. SOPs besonders in gefahreneigneten und verwechslungsgefährdeten Bereichen zu verwenden. Diese sind durch Prozessverantwortliche (ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Abteilungsleitung) regelmäßig zu überprüfen bzw. zu aktualisieren.

Der Erlass tritt mit **01.01.2008** in Kraft und ersetzt den Erlass KAV-GD-265/1997/DKAP vom 18. 7.1997.

Der Umsetzungsschritt II.2 (Delegation, Tätigkeiten und schriftliche Festlegungen) ist bis **31.03.2008** durchzuführen.

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