

Linz, 06.11.2024

Delirmanagement in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in Deutschland:

Verantwortungen für Clinical Leadership
von Pflegedirektion und Advanced
Practice Nurse

S. Dorgerloh, S. Sniatecki

Kaiserswerther Diakonie
Florence-Nightingale-Krankenhaus

Menschen stärken



© Kaiserswerther Diakonie / B. Engel-Albustin

1. Perspektive Pflegedirektion



Florence-Nightingale-Krankenhaus

- Modernes Schwerpunktkrankenhaus
- 12 Fachkliniken, 556 Betten
- 25.000 stationäre Patienten
- 56.000 ambulante Patienten und 33.000 Notfallpatienten
- 1500 Mitarbeiter (970 Vollzeit)
- Fachkräftequote Pflege bei 99%; DQR 4-7
- Seit 2010 Advanced Nursing Practice
- Seit 2009 Primary Nursing
- Akademisches Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Aufgaben des Klinik-Leadership im Kontext von Advanced Practice Nursing (APN)

1. Strategische Planung und Implementierung:

- Identifizierung von Bereichen, in denen APN-Rollen einen positiven Einfluss auf die Versorgung haben können.
- Entwicklung von Strategien zur Implementierung von APN-Modellen, die den klinischen Anforderungen und den Bedürfnissen der Patienten entsprechen.

2. Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit:

- Sicherstellen, dass APNs effektiv mit Ärzten, Pflegepersonal und anderen Fachkräften zusammenarbeiten.
- Abbau von Barrieren zwischen Berufsgruppen, um eine reibungslose Integration von APNs zu ermöglichen.

3. Qualitätsmanagement und Patientenversorgung:

- Überwachung der Auswirkungen der APN-Rollen auf die Qualität der Pflege und die Patientenergebnisse.
- Sicherstellen, dass APNs eine evidenzbasierte Praxis anwenden und zur kontinuierlichen Verbesserung der Pflege beitragen.

4. Ressourcenmanagement:

- Bereitstellung der notwendigen Ressourcen (z.B. Fortbildungen, technische Ausstattung, Personalkapazitäten), um APNs in ihrer Arbeit zu unterstützen.
- Sicherstellen, dass APNs Zugang zu beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten haben, um ihre Kompetenzen weiter auszubauen.



Aufgaben des Klinik-Leadership im Kontext von Advanced Practice Nursing (APN)

5. Kulturwandel und Akzeptanzförderung:

- Förderung einer Unternehmenskultur, die die Rolle von APNs versteht und schätzt.
- Unterstützung des Kulturwandels hin zu einer stärkeren Autonomie von Pflegefachpersonen und der Anerkennung der erweiterten pflegerischen Verantwortlichkeiten.

6. Rechtliche und regulatorische Rahmenbedingungen:

- Sicherstellen, dass die Arbeit der APNs im Einklang mit den gesetzlichen und regulatorischen Anforderungen steht.
- Überwachung von Änderungen in der Gesetzgebung und deren potenziellen Auswirkungen auf die APN-Rollen.

7. Evaluation und Feedback:

- Regelmäßige Bewertung der Leistung von APNs und des Einflusses auf die klinischen Ergebnisse.
- Förderung von Feedback-Mechanismen, um eine kontinuierliche Verbesserung zu ermöglichen und die Integration von APNs weiter zu optimieren.



Erfolgsfaktoren / Anforderungen - Führungskräfte

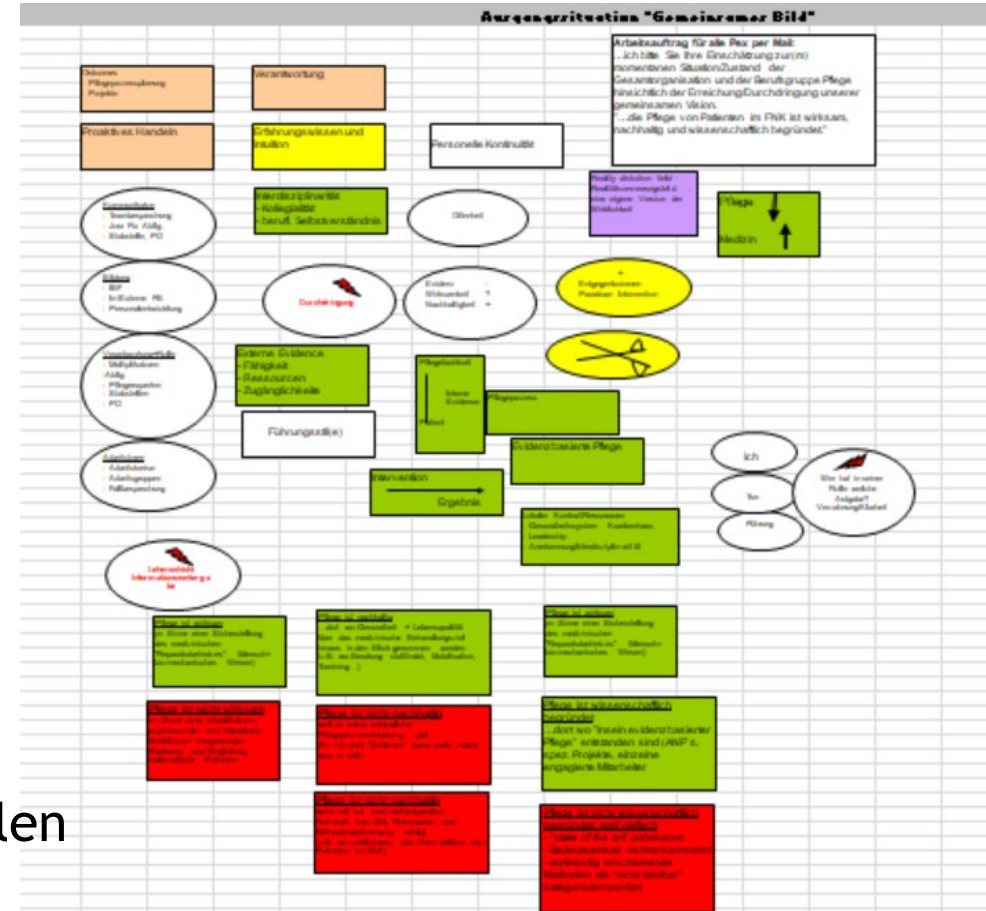
- Vorbild
- Inspirierend & motivierend
- Intellektuell anregend
- Individuell unterstützend

- Vertrauen
- Entscheidungen ermöglichen
- Zielsetzungen
- Flexibilität
- Zeitnahes Feedback
- Ziele des Gesamtunternehmens im Blick



Pflegemanagement: „Aushandlung“

- Rollenverständnisse - PEX APN / Clinical Leadership Kompetenzen = veränderte Führungs- und Versorgungsstrukturen = **geteilte Führung**
- Verantwortlichkeiten
- Dezentrale Organisation und Entscheidungen
- Kommunikationsmatrix
- Kooperation zwischen Beteiligten
- Kritische Auseinandersetzung mit der / den Vision / Strategie / Zielen / Maßnahmen
- Entwicklung von Aktionen zu festzulegenden Zielen




Clinical Leadership / Clinical Leader - Kompetenzen ANP

- **Methoden- und Führungskompetenz** - Coaching, Beratung, Konsultation, Forschungsfähigkeit, **Clinical Leadership**, Zusammenarbeit, Ethische Entscheidungsfindung
- **Klinische Kompetenz** - Klinische Expertise, Evidenz einbeziehen, Ganzheitliche Perspektive, partnerschaftliche Beziehungsgestaltung, Gesundheits- und Krankheitsmanagementkonzepte
- **Interpersonelle Kompetenz** - Haltung, Engagement, Empathie, Kommunikation



Erfolgsfaktoren: Kompetenzen Pflegeexperte:in / APN



 Geltungsbereich: FNK, Pflege	Anforderungsprofil Pflegeexperten APN im FNK	Gültig ab:	23.05.2017
		Version:	1.1
		Revision:	1/2022
		Dokumenten-Nr.:	FNK-PF-ORG-AP-01

Anderungen gegenüber Vorversion - grün

- Klinisches und professionelles Leadership
 - Fähigkeit spezialisiertes Expertenwissen reflektiert und begründet im speziellen Praxisfeld und relevanten Schnittstellen anzuwenden, weiterzugeben und weiterzuentwickeln
 - Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Arbeiten und Übernahme von Entscheidungsverantwortung, auch in komplexen Situationen
 - Fähigkeit eine zukunftsorientierte Haltung einzunehmen, um relevante Entwicklungstrends zeitnah zu erkennen und innovativ zu handeln
 - Fähigkeit zur Selbstreflexion
 - Fähigkeit verschiedene Erwartungen / Ansprüche an sich / an die APN-Rolle auszuhalten und auszubalancieren
 - Verständnis für die Veränderungssituation/ -prozesse der Pflegenden und sie dabei unterstützen
- (interdisziplinäre) Zusammenarbeit
 - Fähigkeit zur Kommunikation und Zusammenarbeit im (interdisziplinären) Team
 - Fähigkeit zur Planung, Moderation und Leitung von (interdisziplinären) Projekten zur Entwicklung pflegerischer Praxis⁴
 - Praxis-Theorie-Vernetzung im interdisziplinären Team gestalten
 - Fähigkeit zur Koordination und Organisation
- Forschungsfertigkeiten
 - Fähigkeit zur Evaluation von komplexen Fragestellungen/ pflegerischer Interventionen⁵ im Praxisfeld
 - Kenntnisse und Fähigkeiten in wissenschaftlichen Methoden zur Verbesserung der Pflege einsetzen und kontinuierlich erweitern
- Ethische Entscheidungsfindung
 - Fähigkeit das eigene Handeln am Ethikkodex der Internationalen Vereinigung der Pflegenden (ICN) (www.dbfk.de oder www.icn.ch) auszurichten.
 - Fähigkeit ethische Entscheidungen zu verantworten und zu diesen Entscheidungen im interdisziplinären Umfeld entsprechend beizutragen



Pflegemanagement - Klärung rechtlicher Rahmen

- Autonomie - Für „Was“ ist die Berufsgruppe Pflege gesellschaftlich legitimiert“ - gesellschaftlicher Auftrag?
- Pflegeberufegesetz (PflBG) - definiert erstmals Vorbehaltsaufgaben
- Erweiterte Berufsrollen - bisher nur Delegationsprinzip (SGB V § 28 Abs. 1)
- Pflegekompetenzgesetz (PKV; Referentenentwurf liegt vor) - Heilkundliche Befugnisse / Haftungsrecht
 - Die Erweiterung der pflegerischen Tätigkeiten um die Heilkunde sollte nicht über einzelne Tätigkeiten definiert werden, vielmehr müssen, im Sinne eines „Scope of Practice“, die Prozesse im Vordergrund stehen, die einzelne heilkundliche Tätigkeiten beinhalten!

Entscheidungsfreiräume nutzen!



Wirkungen? - Clinical Leader


- Mehr Innovationen
- Mehr Kreativität
- Höheres Vertrauen
- Klarere Rollenverteilung
- Höhere Selbstwirksamkeit und Gruppenkohäsion
- Weniger Stress
- Mehr Commitment



2. Perspektive Advanced Practice Nurse



Delirmanagement Operative Abteilungen - Unfallchirurgie


 <p>Geltungsbereich: AC / OR-UC / TC</p>	Delirmanagement für Patient:innen mit einem operativen Eingriff ab 70 Jahre	Gültigkeit ab:	28.06.2023
		Änderungsstufe:	1.0
		Letzte Revision:	28.06.2023
		FNK-PF-VA-35	

- Start 2014: Intensivstation
- 2021: Ausweitung Delirmanagement in den operativen Abteilungen (Unfallchirurgie / Orthopädie, Allgemeinchirurgie, Thoraxchirurgie) Erstellung Konzept und SOP / Freigabe

(Aufnehmende) Fachabteilung	Gesamtfälle Delirmanagement (n)	Kognitive Einschränkung bei Aufnahme / im Verlauf (n)	„Gebrechlichkeit“ bei Aufnahme (ISAR \geq 2 Punkte) (n)	Kognitive Einschränkung und Gebrechlichkeit bei Aufnahme (n)
UC 2023	147	19 (12%)	81 (55%)	24 (16%)
UC 2022	108	25 (23%)	58 (53%)	

(Fälle gesamt Delirmanagement 2023 n=454)



 <p>Geltungsbereich: AC / OR-UC / TC</p>	<p>Delirmanagement für Patient:innen mit einem operativen Eingriff ab 70 Jahre</p>	Gültigkeit ab:	28.06.2023
		Änderungsstufe:	1.0
		Letzte Revision:	28.06.2023
		FNK-PF-VA-35	

Erstellung Konzept / SOP

Leitende Fragen:

- Welche Evidenz liegt für die operativen Bereiche vor?
 - Wie kann die gesichtete Evidenz in der Praxis sinnvoll umgesetzt werden?
 - Was ist praktikabel?
 - Was ist zu vermeiden? (Delir-Scoring: Doppeldokumentation)
 - Was ist unbedingt notwendig?
 - Was hat sich bereits bewährt (Rolle APN ICU)?
- > Einbezug von Pflegefachpersonen der jeweiligen Abteilungen zur Einschätzung
- > Schulungen
- > Begleitungen und Betreuung von Patient:innen im klinischen Setting durch APN



 <p>Geltungsbereich: AC / OR-UC / TC</p>	<p>Delirmanagement für Patient:innen mit einem operativen Eingriff ab 70 Jahre</p>	Gültigkeit ab:	28.06.2023
		Änderungsstufe:	1.0
		Letzte Revision:	28.06.2023
		FNK-PF-VA-35	

Was ist notwendig? Thema: Reorientierung


1. Strukturen und Prozesse

- Patient:innenzimmer mit Uhren und Kalendern
- Bezugspflege (Beziehungsaufbau über einen längeren Zeitraum)
- Frühzeitige und kontinuierliche Nutzung von Orientierungshilfen
- (Brille, Hörgeräte) so früh wie möglich und kontinuierlich (Wilson et al. 2020)

2. Direkte (re)orientierende Kommunikation (I)

- Angepasste Kommunikation (Erkennen von Verhaltensänderungen und eine dementsprechende Reaktion)
- Empathie und Ernstnehmen der Äußerungen
- Vermeiden von Provokationen Dominanz, Strafe, Bevormundung (Hasemann and Savaskan 2017)




 <p>Kaiserswerther Diakonie Florence-Nightingale-Krankenhaus Menschen stärken</p> <p>Geltungsbereich: AC / OR-UC / TC</p>	<p>Delirmanagement für Patient:innen mit einem operativen Eingriff ab 70 Jahre</p>	Gültigkeit ab:	28.06.2023
		Änderungsstufe:	1.0
		Letzte Revision:	28.06.2023
		FNK-PF-VA-35	

2. Direkte (re)orientierende Kommunikation (II)

- Mitteilen von Tag, Datum, Uhrzeit, Ort und anstehenden Ereignissen (Burton et al. 2021; Martinez et al. 2012; Mulkey 2019)
- Identifizierung und Thematisierung von Inhalten, die für Patient:innen bedeutsam sind (Budd and Brown 1974)

3. Angehörige

- Einbezug von für Patient:innen bedeutsamen Personen
- Thematisierung von bedeutsamen Themen aus der Patient:innen-Lebenswelt (z. B. Fotos, Tondokumente, Gespräche über das Tagesgeschehen) (Mulkey 2019; Zorembo and Coburn 2019)
- Rooming-In bei kognitiv eingeschränkten oder deliranten Patient:innen ist grundsätzlich möglich

 <p>Kaiserswerther Diakonie Florence-Nightingale-Krankenhaus Menschen stärken</p> <p>Geltungsbereich: AC / OR-UC / TC</p>	<p>Delirmanagement für Patient:innen mit einem operativen Eingriff ab 70 Jahre</p>	Gültigkeit ab:	28.06.2023
		Änderungsstufe:	1.0
		Letzte Revision:	28.06.2023
		FNK-PF-VA-35	

► 2024: „Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx)“
(Gemeinsamer Bundesausschuss [GBA] 2024)



- Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen
- Trägerorganisationen: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen
- Beschluss von Richtlinien, in der gesetzlichen Krankenversicherung bindend
- Rechtsaufsicht: Bundesministerium für Gesundheit
(<https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/> [31.10.2024])



QSFFx und Delir

Ziele (§2)

- 1. „[...] Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und frühestmöglichen operativen Versorgung [...] in der Regel innerhalb von 24 Stunden [...] sofern der Allgemeinzustand der Patientin oder der Patienten dies zulässt [...]“
- 5. „die Vermeidung oder Minderung der perioperativen Morbidität, insbesondere postoperatives Delir, Depression, Mortalität [...]“ (GBA 2024, S.3)

Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten (§7)

- (1) Versorgung von Patient:innen mit einer hüftgelenksnahen Femurfraktur darf in der entsprechenden Einrichtung nicht über Diagnostik und Erstversorgung hinausgehen
- (2) Wegfall des Vergütungsanspruchs (GBA 2024, S.7)

Ziele werden anhand von Standard Operating Procedures (SOPs) und Mindestanforderungen operationalisiert -> SOP „Perioperative Planung“ und „Ortho-Geriatriische Zusammenarbeit“

-> [Regelungen zur präoperativen Einschätzung und zum Management von Delir und Dekubitus](#) (GBA 2024, S.13)



Was bedeutet QSFFX für das Delirmanagement?

Was ist in den SOPs festgelegt?

- Identifikation und Kommunikation der delirgefährdeten Patient:innen
- Benennung von Zuständigkeiten („Delirbeauftragter“)
- **Interprofessionelle Visite**
 - Di / Do 07:15 Pflegefachperson, Physiotherapie, ärztlicher Dienst (Unfallchirurgie, **Geriatric**), Demenzbeauftragter, Pflegeexperte APN Delir
 - Medikation, Delirrisiken
- **Prä- / Postoperative Visite der Patient:innen mit Interventionsangeboten durch APN**
 - Erfassen von bedeutsamen Inhalten des / der Patient:in
 - (Re)Orientierung
 - Delirassessment
- **Planung / Umsetzung der Erkenntnisse aus der APN-Visite**
 - Pflegepersonal -> Fallbesprechung
 - Ärztlicher Dienst -> Therapie



Ausblick

“Typischer“ Verlegungsbericht:

„Ein prolongiertes Delir zeigte sich unter Risperidon, Pipamperon, sowie reorientierenden Maßnahmen gut behandelt.“

Promotionsvorhaben:

Orientierungsfördernde und reorientierende Interaktionen durch Pflegefachpersonen bei delirgefährdeten und deliranten Patient:innen während der Morgenpflege im postoperativen Setting - Eine qualitative Verlaufsstudie

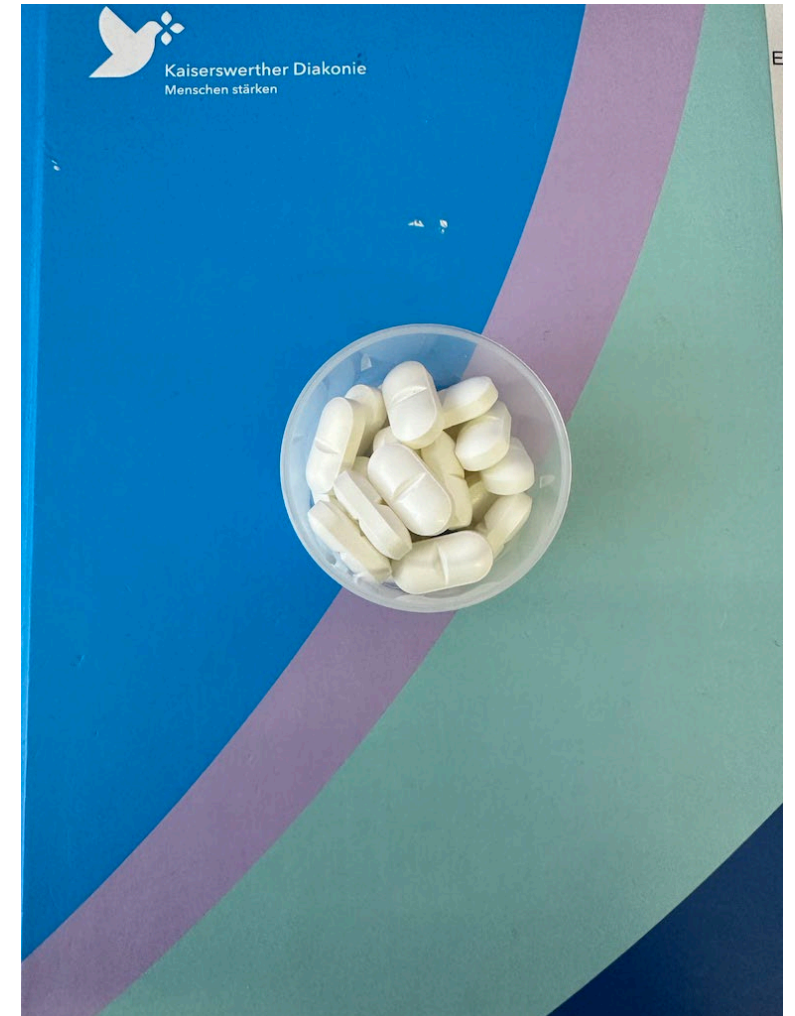


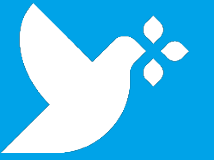
Foto: Sniatecki



Literatur

- Budd, S., & Brown, W. (1974). Effect of a Reorientation Technique on Postcardiotomy Delirium. *Nursing Research*, 23(4), 341-348. <https://doi.org/10.1097/00006199-197407000-00012>
- Burton, J. K., Craig, L. E., Yong, S. Q., Siddiqi, N., Teale, E. A., Woodhouse, R., Barugh, A. J., Shepherd, A. M., Brunton, A., Freeman, S. C., Sutton, A. J., & Quinn, T. J. (2021). Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013307.pub2>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser*. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3351/QSFFx-RL_2023-12-06_iK-2024-01-01.pdf
- Hasemann, W., & Savaskan, E. (2017). Leitlinie Delir. In E. Savaskan & W. Hasemann (Eds.), *Leitlinie Delir*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85761-000>
- Huber, Diane., & Joseph, M. L. (2006). *Leadership and Nursing Care Management* (7th ed.). Elsevier.
- Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G., & Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*, 41(5), 629-634. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs060>
- Mulkey, M. A. (2019). Top Four Evidence-Based Nursing Interventions for Delirium. *MEDSURG Nursing*, 28(6), 357-362. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=140364654&site=ehost-live>
- Tracy, M. Fran., O'Grady, E. T., & Phillips, S. J. (2022). *Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (7th ed.). Elsevier Health Science.
- Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M. J., Slooter, A. J. C., & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 90. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>
- Zoremba, N., & Coburn, M. (2019). Acute confusional states in hospital. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 116(7), 101-106. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0101>





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

sniatecki@kaiserswerther-diakonie.de