

Newsletter Pflegeforschung für das Pflegemanagement

Newsletter-Management

Kiel und Lübeck im Dezember 2020

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier ist ein neuer Newsletter für das Pflegemanagement im UKSH. Themen sind diesmal Stresserleben auf unterschiedlichen Managementebenen, unerledigte Pflege, Intensivstation der Zukunft, ethische Führung in der Pandemie und wie wir digitalen Herausforderungen begegnen können.

Sollte es bestimmte Themen oder Fragestellungen geben, die wir bevorzugt behandeln sollen, so freuen wir uns darüber und bitten um eine formlose E-Mail.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

Erleben ManagerInnen auf unterschiedlichen Ebenen auch unterschiedlichen Stress?

Arbeitsbezogener Stress wird oftmals ausgelöst, wenn die Arbeitsanforderungen nicht mit den verfügbaren Ressourcen, Fähigkeiten und Kompetenzen bewältigt werden können. ManagerInnen im Gesundheitssystem spielen dabei eine Schlüsselrolle, weil sie zum einen auf unterschiedlichen Ebenen Stress bewältigen müssen, zum anderen aber auch eine Vorbildrolle für Stressbewältigung darstellen. Peter et al. (2020) aus der Schweiz sind der Frage nachgegangen, in wie weit ManagerInnen auf unterer, mittlerer und hoher Managementebene im Vergleich zu MitarbeiterInnen ohne Managementaufgaben Stress erleben. Hierzu wurden jeweils 100 Krankenhäuser, Pflegeheime und Pflegeeinrichtungen randomisiert zu einer Befragung eingeladen, von denen schließlich 36 Organisationen mit 8.112 MitarbeiterInnen teilnahmen, darunter Pflegenden, MedizinerInnen, TherapeutInnen und andere. 11 % arbeiteten im unteren Management (z.B. Teamleitungen, StationsärztInnen), 4 % im mittleren Management (z.B. PflegemanagerInnen, OberärztInnen), 2 % im oberen Management (z.B. KlinikdirektorInnen), 83 % waren ohne Managementaufgaben. Bei den Stressoren gab es statistisch signifikante Unterschiede: während MitarbeiterInnen im oberen Management vor allem Überstunden, mehr Anforderungen und work-life-Konflikte angaben, hatten MitarbeiterInnen im mittleren Management Schwierigkeiten durch unklare Rollenaufgaben. Im unteren Management wurden meistens physische und emotionale Anforderungen genannt. MitarbeiterInnen ohne Managementaufgaben gaben hingegen schlechte Arbeitsbedingungen an, u.a. körperliche Anstrengung, Lärm und emotionale Belastungen durch die Konfrontation mit Krankheit, Sterben oder Aggression, wodurch eine höhere emotionale Kontrolle notwendig sei. ManagerInnen in unterer Ebene hatten weniger das Gefühl, mit anderen über ihre Arbeit reden zu können als ManagerInnen auf mittlerer oder hoher Ebene, die wiederum auch in ihrer Freizeit viel für die Arbeit machten. Die Arbeitszufriedenheit und die Absicht, das Beschäftigungsverhältnis zu halten, waren im oberen Management am höchsten und im unteren, bzw. ohne Managementaufgaben am niedrigsten.

Kommentar: Die Autoren erklären die Unterschiede u.a. durch den Umstand, dass die ManagerInnen berichteten, ein höheres Maß an Kontrolle zu haben und im Allgemeinen eine positivere Wahrnehmung ihrer Arbeitsbedingungen als ihre MitarbeiterInnen hatten. Sicherlich gibt es daneben noch weitere Faktoren, die für die Zufriedenheit und das Erleben von Stress relevant sind. Entsprechende Interventionen zur Reduzierung der Stressoren oder auch Schulungen zum Stressmanagement sollten daher die jeweiligen Ebenen berücksichtigen, um spezifische und wirksame Strategien zu entwickeln. Weiter kann das Wissen um die jeweiligen Stressoren relevant sein, wenn VertreterInnen der verschiedenen Managementhierarchien miteinander über Stress und Stressbewältigung reden, denn: ManagerInnen haben im Umgang mit Stress eine Vorbildrolle (PN).

Quelle: Peter KA, Schols JMGA, Halfens RJG, Hahn S. Investigating work-related stress among health professionals at different hierarchical levels: A cross-sectional study. Nurs Open. 2020 Mar 14;7(4):969-979

Unerledigte Pflege

Unerledigte Pflege (missed care) ist Pflege, die verzögert, nur teilweise abgeschlossen oder gar nicht abgeschlossen wird. Das Ausmaß an unerledigter Pflege gilt mittlerweile als ein möglicher Parameter für Pflegequalität. Sie kann verschiedene Ursachen wie Personalmangel oder erhöhte Krankheitsschwere von PatientInnen usw. haben und zu Konsequenzen wie eine Zunahme an Decubitus und Beschwerden usw. führen. Chaboyer et al (2020) haben eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen internationalen Datenbanken nach Übersichtsarbeiten durchgeführt, um systematisch zu erfassen, welche Aspekte, Ursachen und Konsequenzen zu unerledigter Pflege bisher beschrieben worden sind.

Im Ergebnis konnten 7 Übersichtsarbeiten mit insgesamt 225 einzelnen Studien eingeschlossen werden. Aspekte von unerledigter Pflege sind: a) nicht abgeschlossene/fehlende Kommunikation und Informationsaustausch; b) unerledigte Organisation, Autonomie und Bildung einschließlich Pflegeplanung, Entlassungsplanung und Entscheidungen; c) unerledigte Grundpflege und (d) unerledigte emotionale und psychologische Betreuung. Faktoren im Zusammenhang mit der unerledigten Pflege waren u.a. Personalmangel und/oder Qualifikationsmix, unzureichende Arbeitsressourcen, akute Krankheitsschwere der PatientInnen und mangelnde Teamarbeit/Kommunikation. Konsequenzen der unerledigten Pflege enthielten geringere/schlechtere Qualität der PatientInnenversorgung, geringere Zufriedenheit von PatientInnen und der Pflegenden, mehr unerwünschte iatrogene Ereignisse sowie eine erhöhte Verweildauer und Wiederaufnahmerate. **Kommentar:** *Unerledigte Pflege ist ein weltweites Phänomen und kann von zahlreichen, teilweise sehr verschiedenen Aspekten beeinflusst werden. Das Thema ist ernst und hat direkte Konsequenzen auf die Versorgungsqualität, aber dennoch sind noch viele Fragen offen: welche Rolle spielt Bildung und Expertenstatus von Pflegenden? Wie lange müssen PatientInnen im Krankenhaus sein, um von unerledigter Pflege Nachteile zu erleiden? Kann Pflege, wenn PatientInnen sie aufgrund anderer Ziele oder Wertvorstellungen ablehnen, als unerledigt gelten? Welche PatientInnengruppen sind so vulnerabel, dass unerledigte Pflege unmittelbare und ernsthafte Konsequenzen hat? Und: welche Aspekte der unerledigten Pflege wie Kommunikation, Organisation, Grundpflege usw. sind die wichtigsten? Unerledigte Pflege ist ein Thema mit zunehmender Bedeutung und ein Qualitätsparameter der Versorgung, aber auch komplex und mit viel weiterem Forschungsbedarf.* (PN).

Quelle: Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci.* 2020 Oct 6. doi: 10.1002/kjm2.12308

Intensivstation der Zukunft

Die technische Weiterentwicklung ist nicht aufzuhalten, aber nicht alles, was technisch machbar ist, hilft der Praxis auch wirklich weiter. Poncette et al (2020) haben auf vier Intensivstationen in Deutschland die Teams befragt, wie die technische Überwachung der Zukunft aussehen sollte und welche Möglichkeiten entwickelt werden sollten. Hierzu wurden die Teams zunächst interviewt und auf der Basis der Interviewanalyse ein Fragebogen mit 36 Fragen entwickelt. Der Fragebogen wurde an alle vier Teams verteilt. Im Ergebnis haben 32 % (n=86) der MitarbeiterInnen den Fragebogen beantwortet. Die Mehrheit wünschte sich weniger Fehlalarme, kabellose Sensoren und SOPs zum Umgang mit Alarmmanagement. Künstliche Intelligenz für die frühe Identifizierung von sich verschlechternden PatientInnen oder PatientInnen mit erhöhtem Mortalitätsrisiko wäre wünschenswert, aber dann wären auch transparente Algorithmen, Interaktivität, effektive Bedienbarkeit, sinnvolle Nützlichkeit und Teamtrainings erforderlich. Smartphones zur Fernbedienung des Monitorings wären neben der vereinfachten Teamkommunikation ebenso wünschenswert. **Kommentar:** *auf der einen Seite sind die technologiebegeisterten Firmen, auf der anderen Seite die NutzerInnen, die mit der Technik umgehen sollen. Der Ansatz in dieser Studie, die späteren NutzerInnen frühzeitig nach ihren Bedürfnissen zu befragen, scheint hier zielführend zu sein, um zum einen sinnvolle und praxisnahe Produkte zu entwickeln und um zum anderen aber auch die Bereitschaft für die Implementierung neuer Technologien im Sinne einer digital literacy zu fördern. Was die AutorInnen nicht gemacht haben, war PatientInnen zu befragen: welche technischen Entwicklungen wie zB vereinfachte Kommunikation mit der Familie oder dem Team wünschen die sich eigentlich?* (PN)

Quelle: Poncette AS, Mosch L, Spies C, Schmieding M, Schiefenhövel F, Krampe H, Balzer F. Improvements in Patient Monitoring in the Intensive Care Unit: Survey Study. *J Med Internet Res.* 2020 Jun 19;22(6):e19091. doi: 10.2196/19091

Ethische Führung in der COVID-19 Pandemie

Die Unterstützung körperlich und emotional erschöpfter Pflegenden bei gleichzeitiger Gewährleistung von Qualitätsstandards in der Pflege erfordert in Zeiten von COVID-19 eine sorgfältige, überlegte und proaktive Planung der Führungskräfte. Markey et al. (2020) formulieren praktische Vorschläge für die Operationalisierung von ethischer Führung, basierend auf Ergebnissen der gesichteten Literatur und unter Verwendung des integrierten Rahmenwerks für ethische Führung bezüglich Zweck, Praktiken und Tugenden (Lawton und Paez Gabriunas 2015). Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Autoren: Pflegedienstleiterinnen und -leiter sollten ein werteorientiertes Verhalten fördern sowie Einfühlungsvermögen und Mitgefühl für Pflegenden zeigen, die aufgrund von der COVID-19 Situation körperliche und oder emotionale Erschöpfung erfahren. Es ist wichtig, dass es einen offenen Dialog, aktives Zuhören und Interventionen zur Selbsthilfe gibt. Pflegemanagerinnen und -manager spielen eine wesentliche Rolle bei der Inspiration und Befähigung des Pflegepersonals sowie beim Aufbau eines kollektiven Engagements für ethische Standards sowie eine sichere und qualitativ hochwertige Pflege. **Kommentar:** *Bitte auch an die Gesprächs Angebote von Frau Jacobs, Herrn Sieverding sowie der betrieblichen Sozialberatung des UKSH denken und ggf. MitarbeiterInnen daraufhinweisen- siehe Anhang.* (SK)

Quelle: Lawton, A., & Paez Gabriunas, I. (2015). Developing a Framework for Ethical Leadership. *Journal of Business Ethics*, 130, 639–649. Markey, Kathleen et al. (2020). Cultivating ethical leadership in the recovery of COVID 19. *Journal of nursing management*.

Digitale Zukunft im Gesundheitswesen – wie können wir den Herausforderungen begegnen? DISH– Ein europäisches Projekt

Der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme gehören zu den zentralen Herausforderungen vor denen die europäische Gesellschaft steht. Die fortschreitende Alterung der europäischen Bevölkerung erhöht die Ansprüche älterer Menschen, die integrierte Gesundheits- und Sozialfürsorgedienste benötigen, während die Zahl der Pflegekräfte schrumpft und weniger öffentliche Mittel zur Verfügung stehen, um diesen Bedarf zu decken. Um auf diese Herausforderung zu reagieren, wurden bereits viele innovative eHealth-Lösungen entwickelt und viele Gesundheitsdienstleister haben in Innovationen investiert. Es stellt sich jedoch häufig heraus, dass die Lösungen nicht oder nur teilweise umgesetzt werden, so dass das volle Potenzial der Innovation nicht ausgeschöpft wird. Häufig werden die Lösungen nicht in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitspersonal/AnwenderInnen entwickelt, es mangelt an allgemeinen digitalen Kompetenzen und spezifischen eHealth-Kenntnissen innerhalb des Personals oder es gibt Hindernisse für die Änderung von organisatorischen Praktiken (z.B. Arbeitsmodelle), die den Einsatz intelligenter Lösungen fördern. DISH zielt darauf ab, die Innovationsbereitschaft und die digitalen Fähigkeiten des Personals im Gesundheits- und Sozialwesen im Hinblick auf die Entwicklung, Nutzung und Umsetzung digitaler Lösungen in der täglichen Praxis zu stärken. Das von der EU geförderte DISH-Projekt (Digital & Innovation Skills Helix in Health) <https://www.dishproject.eu/> hat zum Ziel, das Personal im Gesundheits- und Sozialwesen mit relevantem Wissen und Kompetenzen ausstatten, welche es ihnen ermöglicht, eHealth-Lösungen zu nutzen, umzusetzen und lokale, regionale und nationale Digitalisierungsstrategien zu unterstützen. Das DISH-Projekt möchte den gegenwärtigen und zukünftigen Qualifikationsbedarf untersuchen und verschiedene Konzepte entwickeln, testen und vorstellen, die das Gesundheits- und Pflegepersonal dabei unterstützen, die digitale Transformation des Gesundheits- und Sozialfürsorgesektors besser zu bewältigen. Durch arbeitsbasiertes Lernen und Training soll das Gesundheitspersonal alltägliche Situationen reproduzieren, in denen der Einsatz von eHealth involviert ist. DISH bietet einen strukturierten Ansatz für den gesamten Implementierungsprozess digitaler Innovationen. Es basiert auf drei Konzepten, die die wichtigsten Ergebnisse der Projektaktivitäten darstellen: 1. Die Lernenden Innovationseinheit (LIU): Ein Organisationskonzept welches einen Rahmen bildet, der die multidisziplinäre Zusammenarbeit, innovative Einstellungen und das Lernen auch unter Anwenderaspekten im Team fördert. 2) Die Ausbildung am Arbeitsplatz (On the Job Training/OJT): Ein Konzept, das auf die Erlangung konkreter Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen ausgerichtet ist, die auf Innovation und der täglichen Anwendung der Technologien in einer sicheren Simulationsumgebung basieren. 3. Bewertung von Fertigkeiten und Kompetenzen (Assessment): Ein konzeptionelles Modell zur Bewertung und Anerkennung der digitalen und innovativen Fähigkeiten des Gesundheitspersonals. **Kommentar:** *Die Pflegeforschung am UKSH ist an diesem Projekt beteiligt und wird versuchen, dass DISH Rahmenprogramm mit einigen MitarbeiterInnen des UKSH durchzuspielen. (SK).*

Online: <https://www.dishproject.eu/>

Pflegeforschung UKSH: Peter.Nydahl@uksh.de, Susanne.Krotsetis@uksh.de

Bisherige Newsletter: <https://www.uksh.de/krankenpflege/Pflegeforschung/Newsletter.html>

