

PFLEGEDIENST

Pflegesicht 5 Jahresbericht 2013





Inhaltsverzeichnis

Editorial	04
Medikationssicherheit ein Teil der pflegerischen Verantwortung	06
Strenger Winter - Ruhiger Sommer Vom Umgang mit grossen Auslastungsschwankungen	08
Pflegedienst Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis	10
Schwerpunktstation Kardiologie/Kardiochirurgie PSA	12
Unser Weg zur Zielerreichung Pflegeprozessschulung	14
Bezugspflege auf der Tagesklinik	16
CPAP Therapie auf der Neonatologie	18
Patient Data Management System (PDMS) auf den Intensivstationen	20
Einführungskonzept für neue Mitarbeiterinnen Herausforderung und Chance zugleich	22
Clinical Assessment in der Pflege	24
HF Studierende bei der kispex Kinder-Spitex Kanton Zürich	26
Ein Wirbelwind ...auf dem Weg zum Doktorat in Pflegewissenschaft	28
Innerbetriebliche Weiterbildung	30
Weiterbildungs- und Studienabschlüsse 2013 im Pflegedienst	32
Publikationen, Artikel, Referate 2013 im Pflegedienst	34
Dienstjubiläen Pflegedienst 2013	38
Personelles Pflegedienst 2013	39
Die Autorinnen und der Autor dieser Ausgabe	39
Weiterbildungen Abschlussfeiern 2013	40

Impressum

Redaktion Yvonne Huber, Maria Flury, Susi Deck
 Redaktionsadresse maria.flury@kispi.uzh.ch, 044 266 73 49
 Lektorat Andreas Flury
 Titelbild: Valérie Jaquet
 Layout Susi Deck
 Druck Rolis Druck AG, Regensdorf

Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter



Editorial

Yvonne Huber, Pflegedirektorin

Zum zweiten Mal erscheint die Pflegesicht als Jahresbericht des Pflegedienstes, mit der Zielsetzung wichtige Entwicklungen, Jahres-schwerpunkte und Projekte sichtbar zu machen und zu reflektieren.

Auf den Stationen bleibt 2013 in Erinnerung als ein Jahr der extremen **Auslastungsschwankungen**. Eine grosse Herausforderung stellte die schwere Infektwelle im ersten Quartal dar, in welcher täglich nach freien Betten gesucht, Patienten laufend umplatziert, Dienstplanungen geändert und Prioritäten gesetzt werden mussten. Die vielen unplanbaren, oft kurzfristigen Schwankungen und die Entwicklung einer fast unheimlich anmutenden Flaute Ende des Jahres erforderten eine ebenso grosse Flexibilität von allen Beteiligten.

Den **Leiterinnen Pflege** obliegt diesbezüglich eine ganz besondere Verantwortung. Durch ihre umsichtige Führung garantieren sie die Sicherheit und Qualität der pflegeri-

schen Versorgung und Betreuung. Gleichzeitig gilt es, die Bedürfnisse der Mitarbeitenden zu berücksichtigen sowie den Ausbildungsauftrag sicher zu stellen und für die Kennzahlen gerade zu stehen. Die Leiterinnen Pflege sind auch massgeblich verantwortlich für die Umsetzung der Jahresziele und Neuerungen aus den verschiedensten Bereichen und Abteilungen des Kinderspitals. Dies, weil sich die daraus resultierenden Veränderungen am Schluss direkt auf die Stationen auswirken bzw. auf diesen in aller Regel umgesetzt werden müssen. Für eine nachhaltige Realisierung derselben ist es zwingend, die Stationen frühzeitig einzubeziehen und die verschiedenen Projekte besser zu koordinieren. Zur Stärkung und Unterstützung des Pflegemanagements wurde ein neues Austauschgefäss und spezifische Weiterbildungstage von und für die Leiterinnen Pflege eingeführt.

Anfangs 2013 war der Pflegedienst mit der Schwierigkeit konfrontiert,

die Stellen auf verschiedenen Stationen, vor allem auf den Intensivstationen und der Notfallstation zu besetzen. Dank erheblicher Initiative für die Personalrekrutierung mit gleichzeitigen Personalerhaltungsmassnahmen steht die **Personalsituation** mit einem um 30 Stellen höheren Personalbestand Ende Jahr sehr gut da. Speziell auf den Intensivstationen wurden grosse Anstrengungen betreffend eigener Nachwuchsförderung und Gewinnung von Teilzeitmitarbeitenden unternommen.

Die Arbeit mit festgelegten **Jahreszielen** gibt dem Pflegedienst die nötige Orientierung zur Verbesserung und Professionalisierung der Pflege und Betreuung, die für die Patienten und ihre Familien im Alltag spürbar sein muss. In der vorliegenden Auflage der Pflegesicht wird in verschiedenen Artikel darüber berichtet, wie diese Jahresziele realisiert und Neuerungen auf den Stationen implementiert worden sind.

2013 sind grosse Anstrengungen im Bereich der **Patientensicherheit** unternommen worden. Der neu geschaffene Flyer „Sicherheit im Spital – Helfen Sie mit“ bezieht die Ressourcen der Eltern für die Sicherheit ihrer Kinder aktiv ein. Weiter wurden die Platzkontrollen standardisiert und verschiedene Massnahmen zur Medikationssicherheit ergriffen wie die Doppelkontrollen bei Hochrisikomedikamenten oder das Tragen von Signalwesten beim Richten von Medikamenten. Zur Optimierung der Medikamentenrichtplätze auf den Stationen wurde auf Chirurgie F in enger Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement und dem technischen Dienst ein Pilotprojekt umgesetzt.

Die von der Geschäftsleitung verabschiedeten interdisziplinären Jahresziele **„Aufbau Herzzentrum“** und **„Austrittsmanagement“** erforderten viel Engagement des Pflegedienstes. So ist die Realisierung der kardiologischen/kardi-chirurgischen Schwerpunktstation PSA ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem Herzzentrum. Die bauliche Erneuerung war im April abgeschlossen, die Projekte zur Prozessoptimierung, insbesondere die koordinierte Disposition stehen noch am Anfang. Um die Zusammenarbeit der Stationen und ambulanten Einheiten mit kardiologischen/kardi-chirurgischen Patienten zu erleichtern, wurden diese organisatorisch neu zu einem

Jahresschwerpunkte Pflegedienst 2013

- Austrittsmanagement
- Patientensicherheit / Medikationsprozess
- Umsetzung Konzept Teilzeitarbeit
- Pflegeentwicklung
 - Bezugspflege
 - Familienpflege
 - Kinästhetik
 - Pflegeassessment und Pflegediagnosen
- Vorbereitung elektronischer Pflegeprozess
- Überprüfung des Angebots an Ausbildungsplätzen
- Aktualisierung / Erarbeitung Stellenbeschreibungen
- Weiterführung ANP-Projekte und APN-Dienstleistungen
- Führungsteam: Konsolidierung und Auswertung
- Projekt Pool, Springer, Pikett

Bereich unter der Leitung von Franziska von Arx zusammengefasst. Sie ist zudem Mitglied des fünfköpfigen Kernteams, welches für den Aufbau des Herzzentrums am Kinderspital zuständig ist. Verbunden mit der Realisierung der Schwerpunktstation PSA veränderte sich auch der Schwerpunkt der Säuglingsstation CMS, die während Jahren herzkrankte Säuglinge äusserst kompetent gepflegt hatte. Die CMS musste sich durch die erfolgte Neuausrichtung einem grossen Umbruch und Wechsel stellen.

Die **ANP Projekte** und ANP-Dienstleistungen wurden weiter etabliert. Durch die Erarbeitung der Stellenbeschreibungen für die Pflegeexpertin APN und die Pflegeberaterin wurden Anforderungen, Aufgaben und ihre Stellung weiter geklärt und definiert.

Am 6. Dezember 2013 hat **Anna-Barbara Schlüer**, seit 20 Jahren Pflegefachfrau im Kinderspital, Leiterin Klinische Pflegewissenschaft und Pflegeexpertin APN Wundbehandlung, ihre **Doktorarbeit** zu Dekubitus bei pädiatrischen Patienten an der Universität von Maastricht verteidigt. Dieses Ereignis ist ein Höhepunkt in der Entwicklung von Pflegeakademisierung und klinischer Pflegewissenschaft am Kinderspital.

Wir blicken auf ein Jahr mit vielen Herausforderungen, Veränderungen und Neuerungen zurück. Dank dem professionellen Einsatz und dem unverzichtbaren aktiven Engagement aller Mitarbeitenden des Pflegedienstes, sei es in der Pflege und Betreuung der Patienten, im Pflegemanagement, in den Bereichen Bildung oder Pflegeentwicklung und Forschung, konnten die Aufgaben auf einem hohen Niveau bewältigt werden. Nur ein Teil dieser erbrachten Leistungen und der innovativen Projekte können im vorliegenden Jahresbericht abgebildet werden. Sichtbar werden die Investitionen in die Aus- und Weiterbildung und in die Pflegeentwicklung mit dem Ziel, eine gute Pflegequalität mit optimalen Patientenergebnissen zu erbringen und ein attraktiver Arbeitsplatz zu sein. Die Pflege ist ein zentraler Faktor, damit das Kinderspital als ein führendes Kompetenzzentrum den Herausforderungen der Zukunft aktiv begegnen kann.



Medikationssicherheit ein Teil der pflegerischen Verantwortung

Text: Marlis Pfändler | Bild: Valérie Jaquet, Susi Deck

50 % aller Störungen bei der Zubereitung von Medikamenten sind Selbstunterbrechungen

Den Patienten und seine Familie in den Mittelpunkt stellen

Die Patientensicherheit und somit die Medikationssicherheit haben eine grosse Priorität im Arbeitsalltag der Pflegenden. 2013 bekam dieser Aspekt eine zusätzliche Brisanz. Ausgelöst durch die CIM-Meldungen in Bezug auf die Medikamentensicherheit, konkretisiert beim Safety Walk und durch eine Weisung der Heilmittelkontrolle, hat sich die Subgruppe Patientensicherheit ausführlich mit diesem Thema auseinandergesetzt. Befragungen in der Praxis, Besprechungen mit Fachpersonen aus dem Bereich Patientensicherheit und das Studium der Literatur führten zu einer Weisung mit dem Ziel der Verhütung von Fehlern bei der Medikamentenzubereitung.

Sichtbar sein

Durch eine rote Weste beim Medikamente-Richten soll die Umgebung darauf aufmerksam gemacht werden, dass nicht gesprochen werden darf. In einer Umfrage im Jahr 2012 wurden alle Pflegenden nach Möglichkeiten gefragt, wie Störungen vermieden werden könnten. Die Weste wurde von den

Pflegenden am meisten genannt. Die konkrete Umsetzung hat trotzdem einige Fragen aufgeworfen:

- Muss ich nun für jedes „Zäpfli holen“ eine Weste anziehen?
- Muss ich auch eine Weste tragen, wenn wir im Medi-Zimmer alleine unter uns sind?
- Muss ich auch nachts eine Weste tragen?

Die meisten Fragen konnten vor Ort geklärt und die Umsetzung für die Station spezifisch geregelt werden. Dabei halfen besonders die Fakten, dass die Teams den Sinn des „Weste tragen“ verstehen konnten:

- 50% aller Störungen sind Selbstunterbrechungen
- Wenn eine Pflegende die Weste trägt, ist sie disziplinierter bei den Selbstunterbrechungen
- Es gibt ein „Hirntraining“, ähnlich wie bei den Kindergartenkindern auf der Strasse mit ihren „Lüchtzgis“

Eine rote Weste zu tragen, signalisiert den anderen, dass nicht geredet werden darf oder man sich überlegen muss, ob die Frage in diesem Moment relevant ist.

Die Doppelkontrolle

„Hochrisiko“-Medikamente werden einer Doppelkontrolle respektive dem Vier-Augenprinzip unterzogen. Diese Weisung ist in der Umsetzung deutlich komplexer und betrifft die Stationen unterschiedlich, je nachdem in welchem Umfang sie von der Menge der Medikamente betroffen sind. Es bedeutet, dass beim Richten von Hochrisiko-Medikamenten eine Person zusätzlich hinzukommen muss und dass ein gewohnter Ablauf geändert wird.

Die Ressourcenfrage war von Beginn an eine zentrale Frage und ein grosses Anliegen der Pflegenden. Dabei wurde nie der Sinn in Frage gestellt, sondern die Frage aufgeworfen, wie dies ohne zusätzliche Ressourcen gewährleistet werden soll. Dass die Doppelkontrolle als Variable ins LEP aufgenommen wurde, ermöglicht im 2014 die Darstellung der zusätzlich benötigten zeitlichen Ressourcen.

Medikamenten-Richtplätze

Eine weitere Massnahme in Bezug auf die Medikationssicherheit ist die Optimierung der Medikamenten-Richtplätze. Das Pilotprojekt wurde auf der Chirurgie F umgesetzt. Es wurde gezügelt, evaluiert und laufend angepasst. Der organisatorische Aufwand, der dabei von den Pflegefachfrauen geleistet wurde, war enorm. Das Resultat, ein von den Benutzerinnen gestaltetes Medikamenten-Richtzimmer, zeigt, dass sich der Aufwand gelohnt hat. Die anderen Stationen werden nun aufgrund dieses Pilotprojektes ihre Medikamenten-Richtplätze überprüfen und wo nötig anpassen.

Die Umsetzung der Projekte ist in vollem Gange und wird bis zur Implementierung noch Zeit und

personelle Ressourcen in Anspruch nehmen.

Stationsapotheke Chirurgie F und Signalweste



Strenger Winter Ruhiger Sommer

Vom Umgang mit grossen Auslastungsschwankungen

Text: Gabi Boegli | Bild: Susi Deck

Isolationsmassnahmen



Das zu Ende gehende Jahr war von aussergewöhnlich starken Schwankungen in der Bettenbelegung geprägt

Die ersten Monate des Jahres zeigten durch die vielen Infektpatienten eine hohe bis sehr hohe Auslastung. Sowohl im Bettenmanagement als auch von den Pflegenden und dem Spätdienstsupportteam war eine grosse Flexibilität gefragt. Einige Teams, insbesondere das der Chirurgie F, die immer wieder sehr viele medizinische Patienten aufnehmen mussten, kamen an Belastungsgrenzen. Die Pflegenden konnten ihre Freitage häufig nicht wie geplant nehmen, mussten Schichten tauschen oder kurzfristig einspringen. Zusätzlich belastend wirkte sich aus, dass an den Freitagen jederzeit jemand anrufen konnte, um anzufragen, ob die betreffende Pflegende arbeiten

könne. Dass im Pflegedienst einige Stellen nicht besetzt waren und deshalb Betten geschlossen werden mussten, verschärfte die Situation zusätzlich.

Die Auswertung der Wintersaison zeigte einmal mehr deutlich, dass es aus den Erfahrungen zu lernen galt und Massnahmen für die kommende Saison getroffen werden mussten. Ein Jahresziel des Pflegedienstes war deshalb, uns vertieft mit der Frage von möglichen Pikett- und Poollösungen auseinander zu setzen, um gehäufte krankheits- und unfallbedingte Ausfälle und Belastungsspitzen besser auffangen zu können. Recherchen und Erfahrungen aus andern Institutionen zeigten, dass Pikett- oder Poollösungen oft nicht die gewünschte Wirkung bringen und in der Organisation sehr aufwändig sind. Diskussionen in den Pflegeteams machten zudem deutlich, dass die Akzeptanz von Pikett- und Poollösungen sehr unterschiedlich ist. Wenn einzelne Teams für sich einen Pikettdienst planen wollen, bleibt diese Möglichkeit offen.

Konkrete Massnahmen, um die kommende Infektsaison besser zu meistern, sind:

- Besetzer und zum Teil überzeugter Stellenplan im Winter, mit der Möglichkeit von unbezahltem Urlaub im Sommer
- Schaffung einer „Short Stay Unit“ im Notfall
- Lückenlose Abdeckung des Spätdienstsupports
- Umsetzung des Projekts Austrittsmanagement mit konsequenter Austrittsplanung

Kaum ging die Infektsaison zu Ende, zeichnete sich auf einigen Stationen eine unterdurchschnittliche Bettenauslastung ab. Eine über lange Zeit anhaltende Unterforderung kann ebenso belastend und unbefriedigend sein. Pflegende vom PSB stellten sich dazu die folgenden Fragen:

- Kann ich heute oder morgen auf dem PSB arbeiten oder muss ich wieder aushelfen?
- Kann ich den Anforderungen einer andern Station gerecht werden?
- Wie kann ich meine Freitage sinnvoll planen, wenn ich Pikettdienst habe?
- Was, wenn ich für einen Pikettdienst oder ungewollten Freitag noch mehr ins Minus komme?
- Wann endet diese ruhige Zeit endlich wieder; was, wenn die „Flaute“ gar nicht mehr endet?

Die Unsicherheit, ob und wo man am nächsten Tag arbeitet, wurde zunehmend zur Belastung. Unzählige Male haben die Pflegenden auf andern Stationen ausgeholfen und dabei unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Offen und freundlich empfangen, mit ausreichenden Informationen ausgestattet, einer definierten Ansprechperson an der Seite und mit entsprechender Wertschätzung, kann Aushelfen eine Bereicherung sein und Spass machen. Aushelfen ermöglicht den Horizont zu erweitern, zu vergleichen, Neues zu erfahren und eigene Gewohnheiten zu hinterfragen. Aushelfen bedeutet auch, nicht so kompetent sein, wie auf der eigenen Station, Verunsicherungen aushalten, mit Kolleginnen zusammenarbeiten, die

man nicht kennt, den eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden können.

Die Pflegenden schätzten, dass sie bei der Frage, wer aushelfen geht, jeweils mitreden konnten, doch die wiederkehrenden Diskussionen wurden zunehmend anstrengend. Die Pflegenden vom PSB brachten im Weiteren zum Ausdruck, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl und die Teamdynamik gelitten habe, da sie mit vielen Kolleginnen lange Zeit nicht mehr zusammengearbeitet haben, der Informationsfluss nicht mehr störungsfrei funktionierte oder die Rolle der Bezugspflegenden durch die vielen Absenzen nicht mehr wie gewohnt gestaltet werden konnte. Schliesslich musste man sich wieder an kurzzeitig auftretende Arbeitsspitzen gewöhnen, um die erhöhte Auslastung zu bewältigen.

Der Umgang mit ausgeprägten Belastungsschwankungen ist eine Herausforderung, kaum planbar und verlangt von allen grosse Flexibilität. Alle Teams waren von Belastungsschwankungen betroffen - allen gebührt grosse Anerkennung und ein herzlicher Dank für ihre Flexibilität!

Pflegedienst Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis

Seit 10 Jahren unter der Leitung von Luk de Crom
Seit 10 Jahren auf dem Weg zur Magnetklinik

Text: Luk de Crom | Bild: Udaya Pnapiti-Perera

Die Reise begann am 1. 12. 2003. Nein, nicht ins Children's National Medical Center in Washington D.C., ein zertifiziertes Magnetspital, sondern ins Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Affoltern am Albis (RZA). Die Reise? Ja, damals startete meine Reise, mein Weg, die Vision einer Magnetklinik im Rehabilitationszentrum zu verwirklichen.

Bereits nach acht Wochen ging es an meiner ersten Januartagung zentral um das Thema „Leadership“. Dieses Führungsmodell sollte für die zehn folgenden Jahre prägend sein. Das konsequente Streben nach Fachlichkeit und Qualität hat den gesamten Pflegedienst im RZA ausgezeichnet und weitergebracht.

Am Anfang stand die Frage: Wohin soll sich der Pflegedienst im RZA entwickeln, welche Grundlagen sind vorhanden, über welche Ressourcen verfügen wir? Das dringlichste Thema Ende 2003 war die hohe Fluktuation und viele unbesetzte Stellen. Ein grosser Erfolg war,

dass es im ersten halben Jahr 2004 gelang, zehn Pflegefachpersonen zu rekrutieren, darunter Judith Wieland, heute Pflegeexpertin Rehabilitation und Palliative Care und Christine Burri, heute Co-Leiterin Pflege Frührehabilitation. Zudem wechselte Marie-Eve Küng aus dem Bereich Bildung in Zürich ins RZA als Ausbildungsverantwortliche. Der Bereich Pflege Rehabilitation wurde neu strukturiert und mit Isabelle di Cristofano, als Lehrerin für Pflege, auch in fachlicher Hinsicht gestärkt. Die Pflegeentwicklung wurde zu dem Zeitpunkt bereits von Brigitte Seliner, heute Pflegeexpertin Rehabilitation und Kontinenz, sichergestellt. Inhaltlich war klar, dass die klinische Praxis auf den drei Stationen auf eine gemeinsame Basis gebracht werden musste; dies bereits mit der Vision von ANP, einer vertieften und erweiterten Pflegepraxis. Das ANP-Modell von Andrea Ullmann-Bremi diente bei unseren Grundsatzdiskussionen als Referenz. Für uns galt es aber zuerst den Boden vorzubereiten: Erste Themen waren die Entwick-

lung eines gemeinsamen Pflegeverständnisses und einer gemeinsamen Kultur. Schwerpunkte für die Jahre 2005/2006 waren: die Bezugspflege, der Pflegeprozess, die Familienpflege und die Rehabilitationspflege. Diese fachlichen Investitionen fanden bereits unter der Leitung eines Führungsteams aus Pflegemanagement, Pflegeentwicklung und Bildung Pflege statt. Seither ist das Kreismodell leitend für die strukturelle Entwicklung und die dazugehörigen Prozesse in der Aufbauorganisation des RZA.

Immer deutlicher zeigte sich für die Pflgeteams die Notwendigkeit einer fachlichen Spezialisierung in Rehabilitationspflege. Dazu gehörten Vertiefung in Kinästhetik, Basaler Stimulation und Führen nach Affolter sowie die Auseinandersetzung mit den Inhalten der Neuro-, Neuroorthopädischen-, der Früh- und der sozialpädagogischen Rehabilitation.

2007 war klar, dass eine Spezialisierung nur mit entsprechender Anpassung der Organisationsstruk-

v.l.n.r.: Jeannie Gertsch | Pia Stocker | Alessia Castagna | Judith Wieland | Annette Weitzel | Christine Burri | Isabelle Di Cristofano | Marie-Eve Küng und Luk De Crom



tur vorgebracht werden kann. Während eines Jahres wurde in einem umfassenden Change-Project auf eine grundlegende Reorganisation hingearbeitet. Dabei wurde klar, wie die Stationsgliederung aussehen sollte:

1. Trennung der Frührehabilitation von der weiterführenden Rehabilitation
2. Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen
3. Berücksichtigung der Bedürfnisse der kognitiv schwächeren und stärken Kinder

Es dauerte bis Ende 2008 bis umgesetzt war, was 2007 angedacht wurde: Ein ganz wichtiges Element war die Beachtung der Präferenzen der Pflegenden, die sich bewusst für eine Station entscheiden mussten. Es war anspruchsvoll, Altes loszulassen, um neue Wege zu gehen oder zu akzeptieren, dass nicht alles vom ersten Tag an perfekt lief. Im Rückblick war die Reorganisation ein entscheidender Meilenstein auf dem Weg zu einer

Magnetklinik. Ein weiteres wichtiges Element ist, das spezialisierte Know-how der Pflegenden durch laufende Weiterbildungen zu vertiefen. Mittlerweile verfügen rund 30% der diplomierten Pflegefachpersonen über einen weiterführenden Abschluss. Das Portfolio ist breitgefächert und umfasst folgende Themen: Kinästhetik, Basale Stimulation, Führen nach Affolter, FOTT, Kontinenz, Sozialpädagogik, psychiatrische Pflege, CAS, MAS in pädiatrischer Pflege, Bachelor und Master in Nursing Science sowie Leadership und Clinical Management. Über 90% der Pflegefachpersonen besuchen jährlich teils spezifisch für die Rehabilitationspflege entwickelte interne Fortbildungen. Alle Anstrengungen dienen dazu, die direkte Pflege am Patientenbett auf hohem Qualitätsniveau sicherzustellen.

Wie steht es denn heute um den Status „Magnetklinik RZA“? Ich glaube, wir dürfen mit Stolz auf die vergangenen 10 Jahre zurückblicken: Der Pflegedienst im RZA ist interdisziplinär gut aufgestellt, wir

haben eine gewichtige Stimme, dürfen und müssen diese aber auch bewusst wahrnehmen. Die Organisationsstruktur wurde den Bedürfnissen angepasst. Die Pflegequalität und das Pflegeverständnis werden kontinuierlich weiterentwickelt. Den Pflgeteams stehen bedarfsangepasst verschiedene Angebote an Coaching, Supervision und Teamentwicklung zur Verfügung. Flexible Anstellungsmodelle ermöglichen die berufliche Weiterentwicklung sowie die Verbindung von Privat- und Berufsleben. Die Ausbildungsqualität ist hoch, die Rekrutierung von neuen Kolleginnen erfolgt zu über 80% aus ehemaligen Studierenden. Die ANP-Entwicklung wird in gemeinsamer Kooperation mit dem Akutspital vorgebracht. Beispielhaft für das RZA sind die ANP-Projekte Kontinenz und Palliativ Care, welche beide von Pflegeexpertinnen des RZA geleitet werden.

Unsere Reise geht weiter – auf dem Weg zur Magnetklinik!



Säuglings- und Überwachungseinheit

Schwerpunktstation Kardiologie/Kardiochirurgie PSA

Text: Nadine Bruhn, Gaby Stoffel | Bild: Valérie Jaquet

Die neue Schwerpunktstation Kardiologie/Kardiochirurgie des PSA stellt einen wichtigen Meilenstein für unser Kinderherzzentrum dar. Um die Arbeitsabläufe zu optimieren, waren strukturelle, organisatorische und bauliche Massnahmen notwendig und forderten das ganze multiprofessionelle Betreuungsteam heraus. Aber auch für das Pflegeteam veränderte sich einiges...

Die Kinder und ihre Familien wurden bis März 2013 altersentsprechend auf drei verschiedenen Pflegestationen (Neonatologie-, Säuglingsstation und PSA) betreut. Der Stationswechsel bedeutete für die betroffenen Patienten und deren Familien oft Stress und Unsicherheit, da es immer wieder galt, ein neues Pflegeteam, unterschiedliche Abläufe und eine neue Station kennen zu lernen.

Die Umstrukturierung war für das Pflegeteam mit vielen Fragen und Ungewissheit verbunden. Einige

Pflegende freuten sich auf die Spezialisierung, andere reagierten mit Skepsis und äusserten Bedenken, nicht mehr die Pflege des ganzen Spektrums der Pädiatrie zu ihrem Aufgabenbereich zu zählen.

Im Frühjahr 2013 begannen die Umbaumassnahmen auf dem PSA. Zwei Patientenzimmer mit insgesamt sieben Betten wurden zur Säuglings- und Überwachungseinheit umgebaut. Das ehemalige Arztbüro wurde zum neuen Pflegestützpunkt dieser beiden Zimmer, mit Arbeitsplätzen und zentralem Monitoring. Im Vorfeld musste vieles organisiert und geplant werden.

Am 15. April 2013 erfolgte die offizielle Eröffnung der Schwerpunktstation Kardiologie/Kardiochirurgie mit insgesamt 17 Betten. Nach und nach wurden bereits stationär behandelte kardiologische Säuglinge von der Säuglingsstation auf das PSA verlegt und die regulären Eintritte der kleinen Herzpatienten auf das PSA koordiniert. Der Übergang der Betreuung der kardiologischen Säuglinge erfolgte zum Glück in Etappen, so dass wir langsam Erfahrungen bei der Pflege dieser Kinder und ihren Familien sammeln konnten. Besonders in den ersten Wochen stellte die Umstrukturierung das Pflegeteam immer wieder vor neue Herausforderungen durch den geänderten Ablauf der Visiten, den postoperativen Kostenaufbau nach Herzoperation bei Säuglingen oder das Austrittsmanagement von Patienten, die noch nie zu Hause waren. Fachliche Unterstützung

erhielten wir von drei Pflegefachfrauen, die ab 1. April 2013 von der Säuglingsstation auf das PSA gewechselt haben und uns mit ihrem spezifischen Wissen bei der Pflege dieser Kinder halfen. Auch die Pflegeberatung Kardiologie unterstützte uns aktiv bei der Betreuung der Familien, indem sie bei diesen Kindern einen Teil der Elternschulung übernahm.

Inzwischen hat sich auch der interdisziplinäre Rapport mit den betreuenden Pflegenden, Ärzten, Ernährungsberatung, Logopädie, Physiotherapie, Lehrerin und Kindergärtnerin sowie dem psychosozialen Team der Kardiologie etabliert. Dieser Austausch ist für alle wichtig, um Unterstützungsangebote und Austrittsplanungen mit den entsprechenden Massnahmen frühzeitig planen zu können. Seit der Eröffnung der Schwerpunktstation vor neun Monaten, blicken wir auf eine sehr lehrreiche, spannende aber auch herausfor-

dernde und intensive Zeit zurück. So langsam etabliert sich eine neue Routine auf unserer Station und die Abläufe im Alltag haben sich eingespielt. Per Ende 2013 wurden weitere Anpassungen geplant. Die Mehrheit der Voruntersuchungen soll bereits im ambulanten Bereich durchgeführt werden, was den Eintrittstag besonders für Patienten und ihre Familien entlasten wird.

Die neuen Strukturen führen vor allem bei Kindern mit komplexen Herzfehlern zu einer ganzheitlicheren Betreuung. Wir können nun die Kinder und ihre Eltern direkt nach ihrem Aufenthalt auf der Neonatologie betreuen und eine Beziehung zu ihnen aufbauen.

Wir freuen uns auf eine spannende Zukunft mit unseren kleinen und grossen Herzpatienten und ihren Familien!

Spiellecke PSA





Unser Weg zur Zielerreichung Pflegeprozessschulung

Text: Käthi Koblet, Simona Giudici, Jutta Khilji | Bild: Elfriede Natterer

Als zuständige Pflegeexpertin Praxis der Chirurgie D stand ich anfangs 2013 vor der Aufgabe, eine praxisorientierte Schulung und somit vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik Pflegeprozess für das Team zu initiieren. Während ich mich mit dem Thema auseinandersetzte, stellte ich mir die Frage, womit ich diesen „schon etwas älteren Hut“ aufpolieren und für das Team spannend gestalten könnte.

Erste Inputs zum Jahresschwerpunkt „Vorbereitung Pflegeassessment und Pflegediagnosen“ holte ich mir im Führungsteam. Hier besprachen wir die Jahreszielplanung des Pflegedienstes und ordneten die daraus resultierenden Aufträge den im Führungsteam vertretenen Funktionen zu.

Im Gremium der Pflegeexpertinnen Praxis, unter Leitung der zuständigen Pflegeexpertin Marlis Pfändler, setzten wir uns dann intensiv mit den Teilzielen sowie dem Verlauf der Implementierung auseinander. Gemeinsam diskutierten, analysierten und konkretisierten wir immer wieder Fragestellungen aus der Praxis und legten den Fahrplan zur

Zielerreichung fest. Als ersten Meilenstein setzten wir die Repetition und Schulung der Teammitglieder im Bereich Anamnese und Assessment. Das zweite Etappenziel lautete Einführung ins PES Format (**P** = Problem, **E** = Etiology, **S** = Symptom) und schlussendlich richteten wir den Fokus auf die Prozessschritte „Zielsetzung, Massnahmenplanung und Evaluation“ unter Anwendung des PES – Formates.

Zur Implementierung der Etappenziele in die Praxis ging ich folgendermassen vor: Die erste Information und Sensibilisierung möglichst vieler Teammitglieder fand jeweils während unseren monatlichen Teamsitzungen statt. Hier hielt ich zu den gesetzten Meilensteinen kurze Inputreferate und im Anschluss bestand die Möglichkeit zur Diskussion und Beantwortung offener Fragen.

Eine vertiefte Auseinandersetzung und damit Verankerung im Team erreichten wir durch gezielte Reflektionsarbeit am Tagesrapport, geplanten Fallbesprechungen zum

PES Format und einem Rollenspiel mit gegenseitiger Erfassung einer anspruchsvollen Anamnese.

Nach einem Jahr kontinuierlicher Arbeit an dem Thema lässt sich feststellen, dass wir gelernt haben, den Blickwinkel von der Problemstellung auf die Ursache zu lenken. Dies zeigt sich besonders in der Verbesserung des Berichtswesens und der gemeinsamen Argumentation bei schwierigen Patientensituationen.

Fazit

Der Implementierungsprozess ist noch nicht vollständig abgeschlossen, war aber eine tolle Erfahrung. Wir haben gemeinsam nicht nur viel erreicht, sondern auch viel voneinander gelernt und sind dem Ziel der Professionalisierung der Pflege wieder ein Stück näher gekommen.

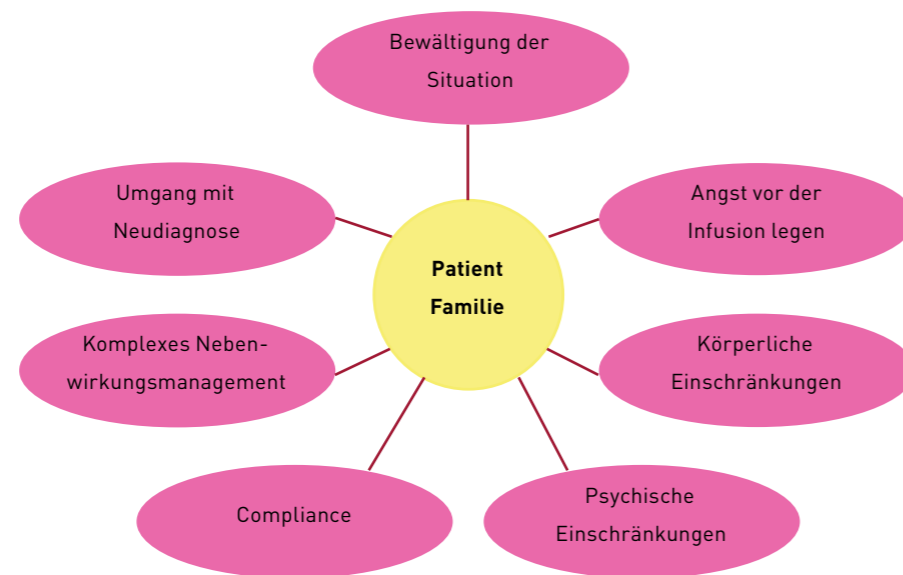


Pflegende Chirurgie D bei der Pflegedokumentation

Bezugspflege auf der Tagesklinik

Text: Rebecca Bächtold, Regine Sprenger | Grafik: Rebecca Bächtold

Auf der Tagesklinik werden Patienten mit diversen Krankheitsbildern behandelt. Der grösste Teil unserer Patienten sind chronisch kranke Kinder, welche in regelmässigen Abständen zu uns kommen



Grafik: Pflegethemen zur Indikation Bezugspflegende

Nachdem das Konzept der Bezugspflege 2006 auf den Pflegestationen eingeführt wurde, kam es 2008 auch im ambulanten Bereich dazu.

Wir stützen uns dabei auf die Grundsätze der Bezugspflege (Pflegedienst, 2006/2012) und auf die Ergänzungen der Grundsätze für die Bezugspflege im ambulanten Bereich Tagesklinik/Nephrologie

(Tagesklinik/Nephrologie, 2008). Der Entscheid, welche Patienten und deren Familien eine Bezugspflegende benötigen, wird durch die betreuende Tagesbezugsperson und das Team getroffen.

Die Grafik auf dieser Seite veranschaulicht, welche Pflegethemen zur „Indikation Bezugspflegende“ führen können.

Im Zentrum der Bezugspflege stehen immer der Patient und seine Familie

Im Zentrum stehen immer der Patient und seine Familie. Mit ihnen bespricht die Bezugspflegende, welche Ziele und Massnahmen verfolgt werden, um die auftretenden Probleme zu beheben oder zu verbessern. Sie stellt sich mit Namen und Funktion vor und gibt die Visitenkarte ab. Der nächste Termin wird so gelegt, dass die zuständige Bezugspflegende anwesend ist und sie die Familie betreuen kann. In diesem Rahmen werden die Gespräche geplant und durchgeführt. Bei jeder Konsultation/Therapie werden die Massnahmen der Pflegeplanung evaluiert und mögliche Anpassungen gemacht. Bei ihrer Abwesenheit ist die Bezugspflegende selbständig für eine Vertretung im Team verantwortlich.

Das Fallbeispiel von Moritz* veranschaulicht, wie das Konzept der Bezugspflegenden im ambulanten Bereich konkret umgesetzt wird.

Moritz ist acht Jahre alt und geht in die 2. Klasse. Bei ihm wurde eine juvenile ideopathische Arthritis festgestellt, ein sogenanntes Kinderrheuma. Nach mehreren Behandlungen und Konsultationen auf der Poliklinik kommt er für die Infusionstherapie auf die Tagesklinik. Beim ersten Mal wird er von beiden Elternteilen begleitet. Die ganze Familie ist sehr angespannt. Moritz sagt, dass er vor dem Stechen Angst habe.

Die zuständige Bezugspflegende stellt sich vor und erklärt der Familie ihre Funktion. Sie ist nun während der ersten vier bis fünf Therapien für die Familie zuständig und wird dann, wenn es keine Probleme gibt, durch die Tagesbezugspflege abgelöst. In einem ersten Schritt wird die Station gezeigt und der Tagesablauf erläutert. Das Emla®-Pflaster wird mit den Eltern geklebt, dabei instruiert die Bezugspflegende die Familie mit dem Ziel, dass sie das nächste Mal diese Massnahme zu Hause selbständig durchführen kann. In der nächsten Stunde respektive während das Emla®-Pflaster einwirkt, führt die Bezugspflegende das Anamnesegespräch mit Moritz und der Familie. Dieses ist im ambulanten Bereich weniger ausführlich als auf den Stationen und an die Behandlung auf der Tagesklinik angepasst. Die Bezugspflegende bespricht mit der Familie und

Moritz, dass sie ihn beim Legen der Infusion gut ablenken und ihm Schritt für Schritt alles genau erklären wird. Das Stechen klappt gut, dank der Ablenkung mit einem Bilderbuch durch die FaGe in Ausbildung. Für die Familie ist dies eine grosse Erleichterung.

Im Anschluss an die Therapie bespricht die Bezugspflegende den nächsten Termin und erläutert nochmals die wichtigsten Punkte, welche die Familie zu Hause durchführen muss. Bei Fragen können sich die Eltern per Telefon auf der Tagesklinik melden. Wahrscheinlich ist es möglich, die Bezugspflegende nach vier bis fünf Infusionstherapien durch die Tagesbezugsperson abzulösen. Diese Betreuungsphase beendet sie mit einem Gespräch und erklärt der Familie den weiteren Ablauf der Therapie. Treten in der Behandlung Probleme auf, kann die Bezugspflege wieder aufgenommen werden.

Die Bezugspflege ist auf der Tagesklinik gut implementiert und die Pflegefachpersonen sowie die Familien schätzen dieses Angebot sehr.

*Name geändert

CPAP* Therapie auf der Neonatologie

*Continuous Positive Airway Pressure

Text: Franziska von Arx-Strässler, Isabelle Feuz
Bild: Valérie Jacquet

Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) ist eine Behandlung, die Patienten eine Unterstützung in ihrer Spontanatmung bietet, indem während der In- und Expiration ein kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (PEEP) erzeugt wird. Durch die Therapie werden die Alveolen besser belüftet und/oder geöffnet und der kontinuierliche Luftflow stimuliert die Inspiration. Die Therapie wird eingesetzt bei Neugeborenen mit:

- Störungen der Oxygenierung und Ventilation
- respiratorischen Anpassungsstörungen nach der Geburt (z.B. Atemnotsyndrom)
- Vermeidung einer Intubation, bzw. Reintubation
- Entwöhnung nach Langzeitbeatmung
- Apnoen

Im Rahmen der Einführung im 2010 wurde ein Konzept entwickelt, das die Zielgruppe auf der Neonatologie mit den entsprechenden Kriterien, Indikationen, theoretischen und praktischen Grundlagen beschreibt sowie die Schulung der Mitarbeitenden beinhaltet. Mittlerweile ist das Konzept etabliert, was auch die entsprechenden Kennzahlen zeigen:

Anzahl	2011	2012	2013
Patienten	18	27	39
Pflegetage	178	215	322
Schichten	386	418	769

Für einige Patienten und ihre Familie bedeutet der Einsatz der CPAP Therapie, dass sie nicht auf die Intensivstation verlegt werden müssen, das gewohnte Pflgeteam sich weiter um sie kümmert und die Kontinuität aufrecht erhalten werden kann. Betriebswirtschaftlich gesehen ist die CPAP Therapie lukrativ und die nicht-invasiven Beatmungsstunden können über die DRG abgerechnet werden. Seit Juni 2013 wird daher der zusätzliche Score im Phoenix erfasst.

Für die Behandlung wird das Bubble-CPAP von Fisher Paykel® genutzt. Dabei wird ein kontinuierlicher Luftstrom von 6-8l/min über das System geleitet, welcher die Luft erwärmt und befeuchtet. Somit wird durch das geschlossene Schlauchsystem der gewünschte Druck von 4-8cmH₂O aufgebaut und über eine Maske oder Prongs (ähnlicher Ansatz wie bei der Sauerstoffbrille) via Nase des Kindes appliziert. Der Sitz der Maske bzw. der Prongs wird über eine spezifische Fixation mit Klettbandern und Mütze gewährleistet.

Nebst medizinischen und technischen Grundlagen wird auch pflegerisches Wissen und Praxis benötigt. Die Pflegenden werden nach ca. einem Jahr Berufserfahrung auf der Neonatologie in die Behandlung eingeführt und erhal-

ten eine 2½-stündige Schulung. In der Betreuung von Neugeborenen mit CPAP Therapie sind folgende Pflegeschwerpunkte besonders wichtig:

- sorgfältige und engmaschige Überwachung von Vitalparametern, Sauerstoffsättigung, transcutanem CO₂ und O₂
- regelmässige Kontrolle der Sauerstoffzufuhr, des PEEP's und Überprüfung der Dichtigkeit von Prongs / Maske
- regelmässige Pflege von Mund, Nase und Augen, da es durch den Flow zu einer Austrocknung der Schleimhäute kommt
- häufige kleine Mahlzeiten, da es

zu einer vermehrten Luftansammlung im Magen kommen kann

- Lagerungswechsel, um eine Optimierung der Atemsituation und Sekretmobilisation zu erreichen
- Hautkontrolle und Wechsel von Maske auf Prongs und umgekehrt, weil es durch die Fixation und starre Halterung zu Druckstellen an der Nase kommen kann
- Absaugen nach Bedarf
- Beziehung zwischen Eltern und Kind trotz Technik aufrechterhalten und fördern (z.B. mind. 1x täglich Känguru bei einem Elternteil)

Säugling am CPAP



Patient Data Management System (PDMS)

PDMS auf den Intensivstationen

Text: Franziska von Arx-Strässler | Bild: Valérie Jaquet

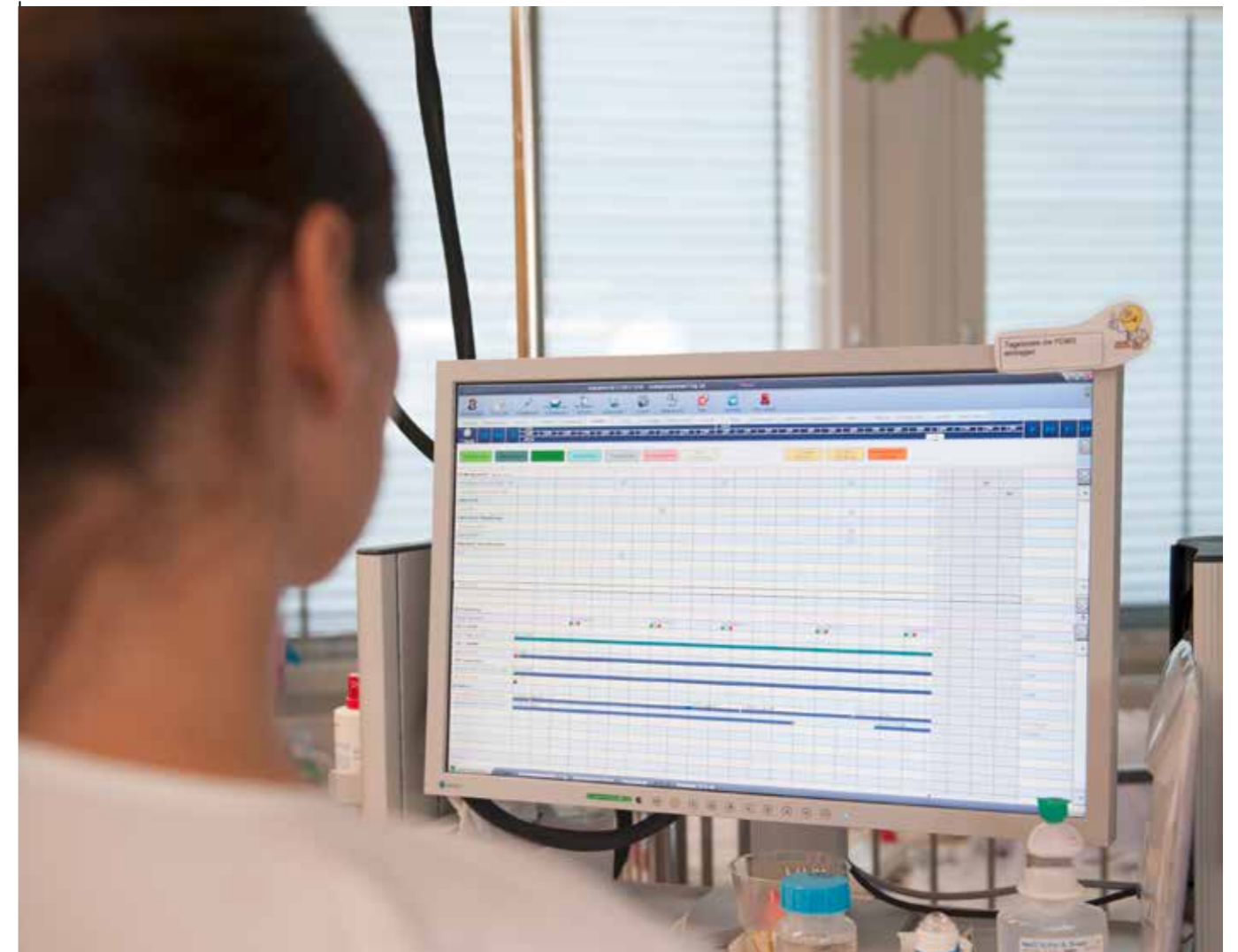
Das Kispi ist nach Lausanne und Genf das dritte Kinderspital das für die neonatologische und pädiatrische Intensivstation ein PDMS implementiert hat

Beim Patient Data Management System (PDMS) handelt es sich um ein elektronisches Informationssystem, das den Behandlungsprozess des Patienten auf der Intensivstation abbildet. Der Vorteil zur herkömmlichen Methode besteht darin, dass die Vitalparameter sowie die Daten der ans Netzwerk angeschlossenen medizinischen Geräte (z.B. Beatmungsgerät, Monitor, etc.) automatisch aufgezeichnet werden. Dadurch entfällt die manuelle Dokumentation durch die Pflege und die Daten können für automatisierte Berechnungen und zuverlässige Statistiken genutzt werden. Auf einen Blick ist es möglich, Trends zu sehen und damit eine mögliche Verschlechterung des Zustands der Patienten rasch zu erkennen und entsprechend zu handeln. Dies erhöht die Patientensicherheit.

Das PDMS gehört heute zum Standard der Intensivstation und ist vor allem auf den Erwachsenenintensivstationen bereits etabliert. Das Kispi ist nach Lausanne und Genf das dritte Kinderspital, das für die neonatologische und pädiatri-

sche Intensivstation ein PDMS implementiert hat. Beim ausgewählten PDMS handelt es sich um das weltweit am häufigsten verkaufte und angewendete Produkt, wobei das Kispi die erste Klinik ist, die deutschsprachig damit arbeitet und auch die pädiatrische, neonatologische und kardiologisch-kardiologische Intensivstation abbildet.

Vor der Einführung musste das System auf die Gegebenheiten im Kispi konfiguriert werden. Diese Arbeiten wurden durch die Applikationsverantwortlichen durchgeführt. Sie erhielten eine spezifische Schulung und haben danach mit extrem grossem Fleiss und Einsatz eine Oberfläche vorbereitet, die den Ablauf von Pflege und Ärzten widerspiegelt. Als besondere Schwierigkeit hat sich die Verordnung herausgestellt. Der Zeitrahmen für die Entwicklung war sehr eng und der Einführungsstermin musste um einen Monat verschoben werden. Es musste sichergestellt werden, dass die notwendigen Konfigurationen die jeweiligen Tests sicher bestanden, die Schnittstellen



Einsatz des PDMS auf der IPS

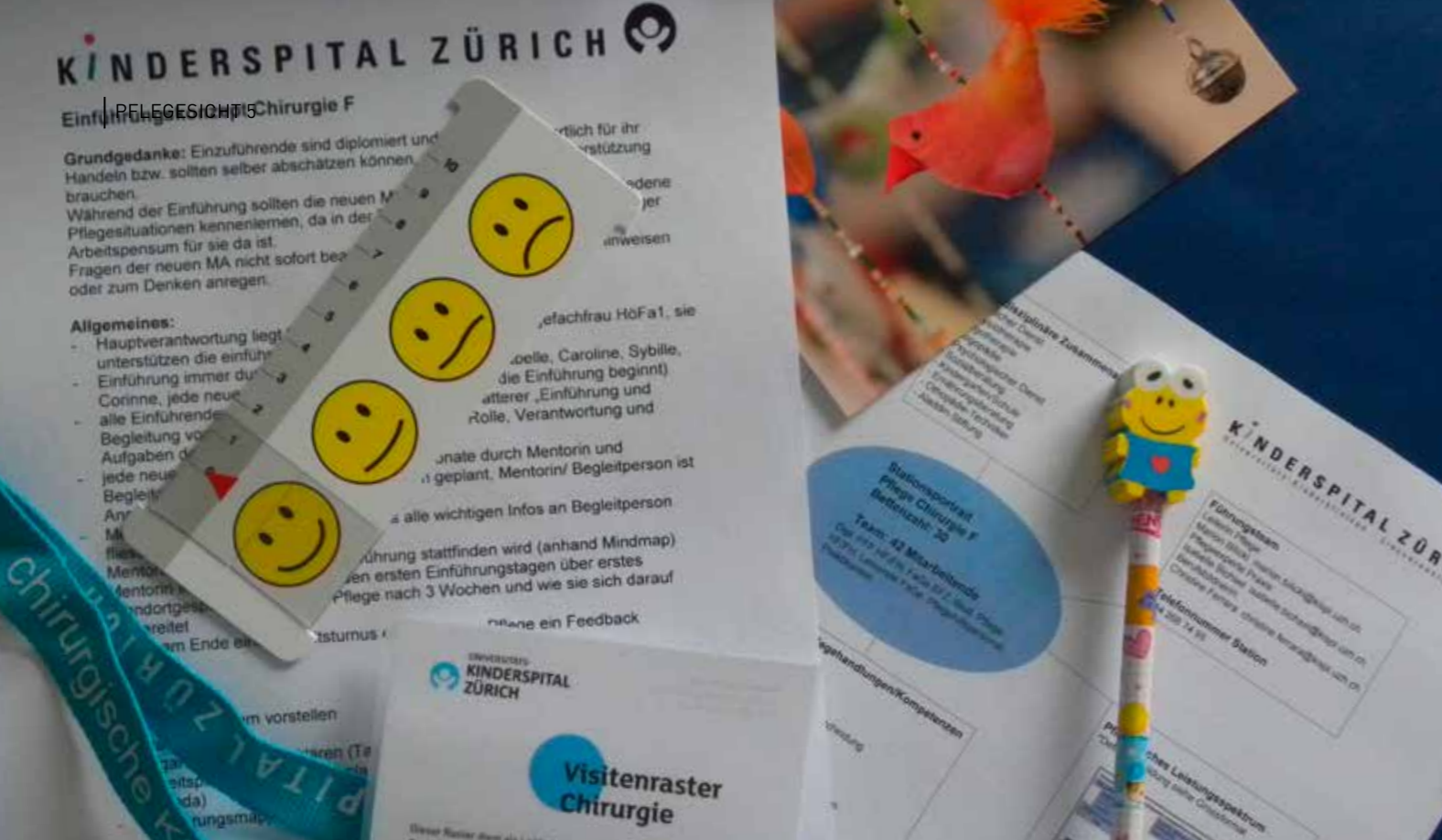
entwickelt, die Schulungen zeitgerecht durchgeführt, die medizinischen Geräte ans Netzwerk angeschlossen waren und der neue Arbeitsplatz mit Bildschirm und PC zur Verfügung stand. Erfreulicherweise zeigten sich die meisten Mitarbeitenden gegenüber den Neuerungen positiv, auch wenn sie sehr viele Umstellungen zu bewältigen hatten. Trotzdem traten nach der Einführung Probleme auf, was bei der Grösse dieses Projektes und den enorm vielen Veränderungen nicht erstaunlich ist. Die Arbeits-PC's konnten die geforderte Leistung und Performance nicht aufbringen und mussten komplett ausgetauscht werden. Des Weiteren waren die Abläufe in der Dokumentation via PC für die Pflegefachpersonen ungewohnt.

Bei den ärztlichen Verordnungen gab es aufgrund des nicht optimal dargestellten Verordnungsablaufs grosse Probleme. Der Verordnungsdialog musste vollkommen neu überarbeitet werden.

Da das PDMS eine Insellösung im Haus ist, kam es auch auf den nachbetreuenden Stationen zu Veränderungen. Diesen wurde vom Projektteam zu wenig Aufmerksamkeit und Vorbereitung gewidmet. Die Informationen über den Stand und Zeitpunkt der Einführung des PDMS, wie auch die Schulung und Präsentation des veränderten Verlegungsberichtes waren viel zu dürftig. Aktuell müssen die Verlegungsberichte vom Arzt nach dem Ausdruck kontrolliert und visiert werden und die Pflegenden gehen

den Bericht bei der Verlegung gemeinsam durch, um mögliche Fragen zu klären.

Trotz aller Widrigkeiten und Anpassungen kommen nun sechs Monate nach der Einführung auch immer mehr Rückmeldungen, dass das System Erleichterung bringt und die Dokumentation und Übersicht deutlich besser gewährleistet ist. Die Arbeiten sind aber noch nicht beendet – nach wie vor fehlen die Schnittstellen zu Phoenix und LEP, zudem müssen die Verordnungen weiter optimiert werden. Abschliessend kann jedoch gesagt werden, dass das System auf einem sehr guten Weg und das PDMS aus dem klinischen Alltag nicht mehr wegzudenken ist.



Chirurgie F

Einführungskonzept für neue Mitarbeiterinnen

Text: Isabelle Bichsel, Marion Bilicki, Christine Ferrara | Bild: Chirurgie F

Herausforderung und Chance zugleich

In den letzten Jahren hat sich das Team der Chirurgie F immer wieder verändert. Erfahrene Pflegefachfrauen haben das Team verlassen und neue Mitarbeiterinnen sind ins Team eingetreten. Neben dem positiven Effekt, dass neue Mitarbeiterinnen viele gute Ideen und somit frischen Wind ins Team bringen, braucht es auf der anderen Seite auch viel Engagement der Teammitglieder während der Einarbeitungsphase.

Als Team stellten wir im Laufe der Zeit fest, dass die Begleitung und Anleitung, welche aus einer diplomierten Pflegefachfrau eine spezifische, kompetente „Chirurgie F-Pflegefachfrau“ macht, sehr zeit- und personalintensiv ist.

Um den Einarbeitungsprozess für alle Beteiligten strukturiert, transparent und zielgerichtet durchführen zu können, haben wir uns aufgemacht, neben dem im Kispi bestehenden allgemeinen Einführungskonzept, ein ergänzendes Konzept für die Bedürfnisse der Chirurgie F zu erarbeiten. Wir definierten die folgenden **Zielsetzungen**

- Alle neuen Mitarbeiterinnen der Chirurgie F sind in zwei bis drei Monaten so eingearbeitet, dass sie das volle Arbeitspensum und somit eine professionelle Versorgung der Patienten innerhalb der verschiedenen Fachgebiete übernehmen können
- Die neuen Mitarbeiterinnen fühlen sich im Team wohl, sind

integriert und können nach getaner Arbeit mit einem guten Gefühl nach Hause gehen

Um diese Ziele erreichen zu können, braucht es als erste Voraussetzung ein motiviertes Team, welches den neuen Mitarbeiterinnen offen begegnet, sie in der Phase der Einarbeitung positiv unterstützt und ihnen durch eine wohlwollende Haltung sowie konstruktives Feedback den Start erleichtert. Zweitens benötigt die strukturierte Begleitung innerhalb der Einführungsphase zusätzliche Personalressourcen. Die Dienstplanung muss auf die Einarbeitungsbedürfnisse abgestimmt sein. Die enge Zusammenarbeit und ein guter Austausch zwischen Führungsteam und der Pflegefachfrau HöFa 1 soll dabei die fortlaufende Überprüfung der Etappenziele und zeitnahe Anpassung gewährleisten. Natürlich braucht es auch seitens der neuen Mitarbeiterinnen Motivation und Engagement. Neben der täglichen Herausforderung beim Praxislernen, sind sie angehalten, das im Kispi angebotene Weiterbildungsprogramm zur Vertiefung ihres pädiatrischen Basiswissens aktiv zu nutzen.

Planung und Gestaltung des Einführungskonzeptes

Die Hauptverantwortung für den gesamten Einarbeitungsprozess obliegt der Pflegeexpertin Praxis (Isabelle Bichsel) und der Pflegefachfrau HöFa 1 (Balbina Gerosa). Zur Sicherstellung der Kontinuität sind neben den obengenannten Personen zusätzlich drei weitere Pflegefachfrauen aktiv am Einfüh-

rungsprozess beteiligt. Sie übernehmen die Rolle der Mentorin bei Abwesenheit der hauptverantwortlichen Personen. Grundsätzlich haben wir im Einführungskonzept die Einführungszeit in mehrere Etappen aufgeteilt. Mit jeder Etappe, oder anders ausgedrückt von Tag zu Tag, wird die Anforderung an die neue Mitarbeiterin gesteigert.

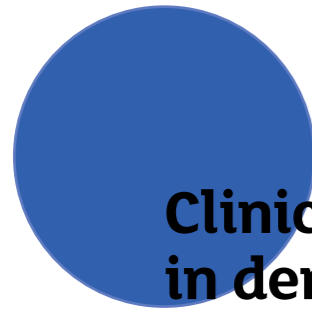
Während den ersten Arbeitstagen betreut die neue Mitarbeiterin gemeinsam mit der zuständigen Mentorin ein bis maximal zwei wenig pflegeaufwändige Kinder. In der darauffolgenden Woche versorgt sie bereits zwei bis vier einfache Patienten inklusive Dokumentation selbstständig. Zusätzlich übernimmt sie gemeinsam mit der Mentorin eine komplexe Patientensituation als neues Lernfeld. In der dritten und vierten Woche wird sie durch die Mentorin in den Betrieb der Spät- und Nachtschicht eingearbeitet. Parallel dazu wird die neue Mitarbeiterin dem gesamten interprofessionellen Team aktiv vorgestellt und lernt im Einarbeitungsprozess schrittweise die bestehende Organisationsstruktur und Ablauforganisation kennen. Nach Abschluss der vierten Woche findet dann das erste Standortgespräch mit der Mentorin und der Leiterin Pflege statt. Die neue Mitarbeiterin erhält den Auftrag, die ersten vier Arbeitswochen gezielt zu reflektieren und sich anhand des Formulars „Standortbestimmung: Bilanz der beruflichen Handlungskompetenzen – Selbsteinschätzung“ auf das Gespräch vorzubereiten. Im Gespräch selbst werden dann

gemeinsam Wünsche, Bedürfnisse, Schwierigkeiten und Zielerreichungsgrad besprochen und das weitere Vorgehen festgelegt. Zur Sicherstellung, dass die neue Mitarbeiterin nach Abschluss der ersten drei Monate Patienten aus allen Schwerpunktgebieten selbstständig betreuen kann, wurden die Tagesleitungen angehalten, dies bei der täglichen Patientenzuordnung entsprechend zu berücksichtigen.

Ab dem dritten Monat arbeitet die neue Mitarbeiterin innerhalb der Schicht dann weitgehend selbstständig und kann in die Bezugspflege eingeführt werden. Als niederschwelliges Unterstützungsangebot steht ihr weiterhin pro Schicht eine definierte Ansprechperson zur Verfügung. Mit Abschluss der Probezeit nach drei Monaten findet dann das erste Mitarbeiterbeurteilungsgespräch statt. Zusätzliche Schwerpunkte neben der Leistungsbeurteilung durch die Mentorin und die Leiterin Pflege sind die weitere berufliche Entwicklung im Hinblick auf die Übernahme von Lernbegleitung, Verantwortung als Bezugspflegerin oder Bedarf an fachlicher Vertiefung.

Fazit

Obschon der Arbeitsdruck gross, der Tag manchmal sehr hektisch und wir am Ende des Tages manchmal nicht wissen, wo die Zeit geblieben ist... **Gut Ding will Weile haben!** So auch die Einführung neuer Mitarbeiterinnen. ●



Clinical Assessment in der Pflege

Text: Claudia Schönbacher | Bild: Franziska Kühne

Das Handwerk für das „Clinical Assessment“ wird an der Fachhochschule Pflege an der zhaw im 2. Semester erlernt. Im Pflegealltag im Kinderspital ist es jedoch noch wenig bewusst etabliert – eigentlich schade! Zusammen mit den Studierenden FH 3 haben wir uns deshalb diesem Thema im Praktikum angenähert und häufig gestellte Fragen dazu beantwortet.

Clinical Assessment – was ist das?

Unter diesem Begriff wird die Erfassung einer Patientensituation mittels gezielter Anamneseerhebung und einer daraus abgeleiteten spezifischen körperlichen Untersuchung verstanden.

Immer diese Englischen

Ausdrücke – was ist neu daran? Anamnesegespräche, Wahrnehmen und gezieltes Beobachten gehörten schon immer zu den Kernaufgaben von Pflegefachpersonen. Neu sind vor allem die Systematik solcher Gespräche und Beobachtungen sowie die Anwendung von symptom-spezifischen Assessmentinstrumenten.

Die **Symptomfokussierte Anamnese** beinhaltet eine gezielte Informationssammlung, bei welcher nach der aktuell vorliegenden Problema-

tik (z.B. Atembeschwerden) gefragt wird. Hierbei wird nach einem Schema mit den folgenden sieben Dimensionen vorgegangen: Lokalisation, Qualität, Quantität, zeitlicher Ablauf, Umstände und Beeinflussbarkeit, Begleitphänomene. Die im Kinderspital Zürich schon seit Jahren verwendete erweiterte Schmerz-anamnese Pflege ist beispielsweise ein auf das Thema Schmerz fokussiertes Hilfsmittel zur gezielten Erfassung der Schmerzsituation, welche diese Dimensionen teilweise berücksichtigt.

Die **körperliche Untersuchung** orientiert sich am aus dem symptomfokussierten Anamnesegespräch erhobenen Leitsymptom und kann mittels Inspektion (Beobachtung), Auskultation (Abhören), Perkussion (Abklopfen) und Palpation (Abtasten) durchgeführt werden. Bei der Inspektion werden im Kinderspital Zürich bereits Instrumente wie der Oral Assessment Guide (OAG) zur Beurteilung der Mundschleimhaut, Schmerz-erfassungsinstrumente (VAS, NIPS, CHEOPS, NCCPC) oder die Braden-Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos angewendet. Das Auskultieren (z.B. Lungen) mittels Stethoskop, das Palpieren (z.B.

Abdomen) und die Perkussion (z.B. Umgebung einer schmerzenden Körperstelle) ist unterschiedlich stark im Pflegealltag eingebunden und wird von einzelnen Pflegeexpertinnen und Pflegefachpersonen punktuell und situativ angewendet.

Was braucht es, um ein Clinical Assessment durchführen zu können?

Einerseits braucht es Fachwissen, z.B. zu den sieben Dimensionen, entsprechende Gesprächs- und Fragetechnik, zur Terminologie und zu den Assessmentinstrumenten. Auch Kenntnisse über die körperlichen Untersuchungsmethoden sind unabdingbar. Ebenso sind Ansprechpersonen mit Erfahrung im Clinical Assessment (z.B. Assistentenärztin, Pflegeexpertin, Pflegefachperson FH), Zeit im Arbeitsalltag und die Akzeptanz im interprofessionellen Team wichtig, um das Clinical Assessment in der Pflege zu etablieren.

Was ist der Vorteil, wenn Pflegefachpersonen das Clinical Assessment beherrschen?

Akute Probleme können besser festgestellt und kommuniziert, Komplikationen dadurch bestenfalls verhindert und der Verlauf durch eine einheitliche Sprache eindeutig dokumentiert werden. Die

Objektivität macht Einschätzungen vergleichbarer, die Kommunikation und „Auskunftsqualität“ an Visiten wird besser. Durch kritisches Hinterfragen können vielleicht „Fehleinschätzungen“ verhindert, Zeit gespart und schliesslich die Zusammenarbeit interdisziplinär erleichtert werden.

Worin unterscheidet sich die ärztliche Untersuchung vom Clinical Assessment Pflege?

Das durch die Pflegefachperson erhobene Clinical Assessment ist eine objektive, symptomfokussierte, Einschätzung einer aktuellen Patientensituation (z.B. bei Schichtbeginn oder bei aktueller Verschlechterung einer Patientensituation im Nachtdienst). Die erhobenen Daten dienen zudem als Grundlage für eine professionelle Kommunikation im interdisziplinären Betreuungsteam. Das Clinical Assessment Pflege ergänzt/unterstützt die durch Ärzte durchgeführte Untersuchung und Datenerhebung.

Was habt ihr konkret gemacht im

LTT Clinical Assessment?

Wir haben bei zwei Kindern mit Atembeschwerden die Lungen sowie bei einem Frühgeborenen mit Atemnotsyndrom das Abdomen auskultiert, systematisch inspiziert und mit entsprechenden Fachausdrücken dokumentiert. Ebenso konnten wir mit Eltern, einer Patientin und einem Patienten ein symptomfokussiertes Anamnese-gespräche führen und uns mit dem Pflege-team über unsere erhobenen Informationen austauschen.

Was war schwierig?

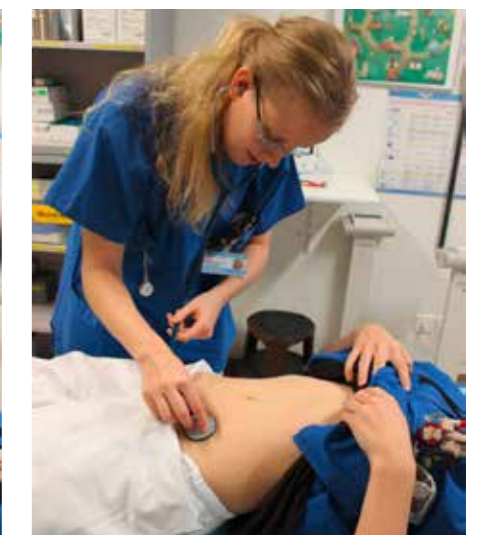
Den richtigen Zeitpunkt, den Zugang zum Kind zu finden und nicht einfach nochmals eine Person zu sein, die eine Untersuchung durchführt, stellten Herausforderungen dar. Es war auch nicht einfach, dem Pflege-team, den Eltern und Kindern Erklärungen abzugeben und Überzeugungsarbeit für die Tätigkeiten leisten zu müssen, wie auch sich selber zuzutrauen, das Clinical Assessment üben zu dürfen.

Wie geht es weiter?

Die Studierenden wollen vermehrt versuchen, in ihrem jetzigen und künftigen Pflegealltag Situationen zu eruieren, wann eine symptomfokussierte Anamnese oder eine körperliche Untersuchung Sinn macht und diese dann auch ausführen. Weiter möchten sie mit Berufskolleginnen, Ärzten und anderen Studierenden diesbezüglich im Gespräch bleiben.

Aus Sicht des Bereiches Bildung Pflege werden wir diese Übungssituationen für das Clinical Assessment Pflege im LTT mit den Studierenden FH2 und FH3 weiterführen und auch mit den Berufsbildnerinnen diskutieren.

Wer mehr zum LTT Clinical Assessment Pflege erfahren möchte, kann sich gerne mit dem Bereich Bildung Pflege in Verbindung setzen. ●



Anamnese, Palpation, Auskultation

HF Studierende bei der kispex Kinder-Spitex Kanton Zürich

Interview: Rita Rausch | Bild: kispex Kinder-Spitex Kanton Zürich

Seit Frühling 2011 bietet das Kinderspital für die Diplomausbildung Pflege HF die Direktanstellung an. Die Praktika finden im Kinderspital, einschliesslich Rehabilitationszentrum Affoltern, statt. Seit September 2012 absolviert jeweils eine Studierende das 2. Praktikum bei der kispex.

Mittlerweile absolviert bereits die dritte Studierende ihr Praktikum bei der kispex. Die Berufsbildnerin und die Einsatzleiterin haben uns positive Rückmeldungen zum Praktikum der HF Pflege Studierenden gegeben. Im Moment ist in Abklärung, ob ab Herbst 2014 jeweils zwei Studierende HF Pflege ein Praktikum bei der kispex absolvieren können.

Frau Janche Ponnaiyah war die erste Studierende, welche bei der kispex eingesetzt wurde. Ich habe mit Frau Ponnaiyah ein Interview geführt, um ihre Erfahrungen im kispex-Einsatz aufzeigen zu können.

Welche Erfahrungen aus deinem 1. Praktikum haben dich bei deinem Einsatz bei der kispex unterstützt?

Da ich schon die FaGe-Lehre und das 1. Praktikum im Kispi absolviert habe, konnte ich sehr viel in das Praktikum bei der kispex mitnehmen. Ich verfügte bereits über verschiedene Kompetenzen in Pflege, Betreuung und Medizinaltechnik, die ich selbständig ausführen konnte. Die Erfahrung im Umgang mit Kindern und Eltern erleichterte es mir zu Beginn sehr, den Kontakt zu Kindern und deren Familien im privaten Umfeld aufzunehmen. Es ist schon ein Unterschied, ob man Kinder und Eltern im Spital über mehrere Tage betreut, oder täglich zu mehreren Familien nach Hause geht.

Wenn du zurückblickst: Was sind für dich „Besonderheiten“ im Praxisfeld kispex?

Der Umgang mit behinderten Kindern war für mich immer mit Unsicherheit verbunden. Diese konnte ich nun deutlich reduzieren. Dadurch dass ich bei Patientenkon-

takten nach der Einführungszeit oft alleine war, habe ich gelernt, sehr selbständig zu arbeiten und mitzudenken. Ich musste schnell abschätzen, wann ich Hilfe holen muss oder die Berufsbildnerin informiere. Das war hauptsächlich zu Beginn eine grosse Herausforderung für mich. Ich wurde jedoch während des ganzen Praktikums immer sehr gut von der Einsatzleitung unterstützt. Besonders ist auch, dass man von den Eltern als Experten für die Krankheit ihres Kindes lernt und gleichzeitig selbst die pflegerischen Massnahmen korrekt, nach State of the Art, ausführt.

Welche Empfehlungen gibst du den Pflegefachpersonen im Kispi, wenn Kinder entlassen und von der kispex Zuhause betreut werden?

Pflegende sollten sich vor allem bei chronisch kranken Kindern bewusst machen, dass bestimmte Massnahmen Zuhause weiter durchgeführt werden. Die Eltern müssen entsprechend angeleitet sein. Ebenso muss das benötigte Material zur Verfügung stehen, da die Beschaffung von Material Zuhause oft sehr aufwendig ist. Im Spital ist immer alles vorhanden, auch wenn mal etwas Neues ausprobiert wird. Es ist wichtig, vor der Entlassung ein



Janche Ponnaiyah (rechts) mit Patient und kispex-Pflegefachfrau

genügend grosses Zeitfenster einzuplanen, damit alle Fragen beantwortet oder pflegerische Handlungen noch mal gezeigt werden können und sich die Eltern möglichst sicher fühlen. Zuhause sind sie, trotz kispex-Einsatz, oft auf sich alleine gestellt.

Du hast bei verschiedenen Familien Einsatz geleistet: Welche Erkenntnisse möchtest du im Hinblick auf die Familienpflege weitergeben oder selbst umsetzen?

Im Kispi bestimmen die Pflegenden den Rhythmus und legen den Zeitpunkt der Massnahmen fest. Bei der kispex ist die Pflegende „der Gast“. Das kranke Kind ist Zuhause in seiner vertrauten Umgebung, fühlt sich wohl und ist „aufgehoben“. Die pflegerischen Massnah-

men werden weitgehend ihm angepasst und es fühlt sich sicher. Es geht darum eine Balance zu finden zwischen nötigen pflegerischen Massnahmen und sich dem Familiensystem anzupassen. Bei der kispex werden auch die Geschwister bewusst miteinbezogen, sie sind Teil des Systems und haben Anteil am Krankheits- respektive Genesungsprozess. Meine Erkenntnisse für die Umsetzung im Kispi: Die Fähigkeiten der Eltern im Umgang mit der Krankheit ihres Kindes vermehrt miteinbeziehen (sie sind die Experten) und die Gewohnheiten berücksichtigen. Die Familie als Ganzes betrachten und auch die Geschwister miteinbeziehen. Wenn das Kind im Spital ist, muss sich das ganze Familiensystem umstellen, neu organisieren.

Wenn Geschwister da sind, bedeutet das oft eine aufwändige Organisation und neben der Sorge um das Kind eine zusätzliche Belastung für die Eltern.

Was würdest du den künftigen Studierenden für ihr Praktikum bei der kispex mitgeben?

Offenheit für „die andere Art der Arbeit“ mitbringen. Man ist viel unterwegs, teilweise mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Mobility, um von einem Einsatzort zum anderen zu gelangen. Ich habe jeweils am Freitag den Plan für die nächste Woche erhalten, das fordert auch eine hohe Flexibilität für die Planung. Auch die Länge des Arbeitstages konnte manchmal sehr variieren. Das Praktikum bei der kispex war sehr interessant und ich habe viel gelernt.



Ein Wirbelwind...

...auf dem Weg zum Doktorat in Pflegewissenschaft Persönliche und berufliche Weiterentwicklung

Text: Maria Flury | Bild: privat Anna-Barbara Schlüer

Verschiedene Schlüssel-erlebnisse, die Unterstützung durch Familie und Vorgesetzte sowie ein Herz, das für die Pflege schlägt, waren die Antriebe für die persönliche und berufliche Entwicklung

Mit einer ähnlichen Geschwindigkeit wie die Wirbelstürme, die die Verteidigung der Dissertation am 6. Dezember 2013 an der Universität in Maastricht (NL) begleitet haben, hat Anna-Barbara Schlüer ihre berufliche Aus- und Weiterbildung vom Diplom in Kinderkrankenpflege bis zum Doktorat in Pflegewissenschaft absolviert. Der Antrieb zu dieser persönlichen und beruflichen Entwicklung waren verschiedene Schlüssel-erlebnisse, die Unterstützung durch Familie und Vorgesetzte sowie ein Herz, das für die Pflege schlägt.

Aber nun ganz der Reihe nach: 1995, nach dem Abschluss der Ausbildung zur Pflegefachfrau im

Kinderspital, war ihre erste Station die Chirurgie F. Nach zwei Jahren fand ein Gespräch mit der damaligen Weiterbildungsverantwortlichen statt, welche betonte, dass es wichtig sei, sich weiterzuentwickeln und nicht stehen zu bleiben. Dieser Satz prägte die weitere Laufbahn von Anna-Barbara, auch wenn sie eigentlich zu jenem Zeitpunkt noch das Gefühl hatte, erst mal tüchtig Berufserfahrung sammeln zu müssen, bevor weitere Aufgaben übernommen werden könnten. Gehört und umgesetzt: Nach drei Jahren als Auszubildende auf der Chirurgie F, eine Aufgabe, die mit Engagement ausgeführt wurde, wechselte sie ins Kantonsspital Winterthur und übernahm für kurze Zeit die Stationsleitung einer allgemeinen Station der dortigen Kinderklinik.

Die personelle Veränderung in der Pflegedirektion des Kinderspitals und der Kontakt zu Pflegenden, führten Anna-Barbara zurück ins Kisp. Abermals als Berufsbildnerin auf der Chirurgie F, aber mit der Zusage, eine Weiterbildung Höfa 1 absolvieren zu können. Die Inputs während dieser Weiterbildung

weckten ihr Interesse an nationalen und internationalen Pflegekongressen. Dort ergaben sich Möglichkeiten, spannende Personen, die sich in der Pflegeentwicklung engagierten, kennen zu lernen und erste Netzwerke zu knüpfen. Die Weiterbildung gab aber auch erste Antworten auf die vielen Fragen, die im klinischen Alltag auftauchten. Die Höfa 1 Ausbildung war noch nicht beendet, da teilte Anna-Barbara ihren Vorgesetzten in einem Standortgespräch mit, dass sie sich für die Höfa 2 angemeldet habe.

Während der Höfa 2 Ausbildung erlaubte die Offenheit und Unterstützung der Leiterin Pflege, Iris Zikos, und des ganzen Teams einen Wechsel auf die Station E2, um dort eine Vorreiterrolle der heutigen Funktion der PE Praxis auszuüben. Die gegenseitige Wertschätzung ermöglichte ein Experiment - die Kombination von Pflege am Bett und Pflegeentwicklung - was damals fast etwas revolutionär wirkte. Nach der Abgabe der Höfa 2 Abschlussarbeit stand die Frage im Raum, was denn nun als nächster Schritt noch möglich sei. Eine Nachtwache lang, dann war die

Entscheidung, sich für das pflegewissenschaftliche Studium in Maastricht anzumelden, gefallen. Und bereits am nächsten Morgen auch der Leitung Pflege kommuniziert. Das Studium in Pflegewissenschaft führte nicht nur zum Schwerpunktthema Dekubitus in der Pädiatrie für die weitere Arbeit, sondern auch zur Begegnung mit Fritz Frauenfelder, ihrem zukünftigen Mann. Von Anfang an war klar, dass für beide nur ein Familienmodell zur Diskussion stand, in dem sich beide persönlich und beruflich weiter entwickeln konnten. Das erste Kind kam zeitgleich mit der Abgabe der Masterarbeit im Oktober 2006. Das Projekt Familie wurde zum Erfolgsprojekt und bildete das Fundament, um das

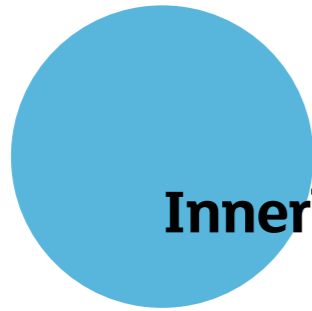
Projekt Doktorat in Angriff zu nehmen. Um beides zu ermöglichen, wurde der zeitliche Rahmen für das PhD Studium von Beginn weg auf sieben Jahre angelegt. Besonders das letzte Jahr des PhD war anstrengend, da es nun kein Zurück mehr gab und das Projekt durchgezogen werden musste. Falls es aber mal ganz diffus wurde - war da das Mädchen-Quartett, das sie ganz rasch wieder auf den Boden der Realität herunterholte.

Während der ganzen Ausbildungszeit hat sie sich in der klinischen Arbeit im Kinderspital für die Pflege, die Pflegeentwicklung und im Besonderen für die kleinen Patienten und deren Familien engagiert. Der Aufbau des ANP

Projektes Wundpflege und die nicht mehr aus dem Kinderspital wegzudenkende Wundberatung, sind Meilensteine in ihrer klinischen Tätigkeit. Neben klinischen Aufgaben widmet sich Anna-Barbara Schlüer auch der klinischen Pflegeforschung. Als Leiterin der klinischen Pflegewissenschaft hat sie in wenigen Jahren erreicht, dass diese in der Schweiz noch junge Disziplin auch im multidisziplinären Team im Kinderspital wahrgenommen wird. Nun aber ist ein wichtiger Meilenstein geschafft, die Dissertation verteidigt, die Urkunde gerahmt - und so wie wir Anna-Barbara kennen, wird sie sich nicht auf ihren Lorbeeren ausruhen und schon bald eine nächste Herausforderung annehmen. ●

Anna-Barbara Schlüer erhält ihre Doktorat-Urkunde in Maastricht





Innerbetriebliche Weiterbildung

Text und Bilder: Elfriede Natterer

949 Mitarbeitende haben letztes Jahr an 77 Weiterbildungsangeboten teilgenommen, die von 70 kompetenten und engagierten Dozierenden vorbereitet und durchgeführt wurden. Aus den überdurchschnittlich positiven Rückmeldungen der Kursteilnehmenden liess sich ableiten, dass die Inhalte den Bedürfnissen der Basis dienen. Die IBW, als Dienstleistung des Pflegedienstes, möchte die Fach- und Persönlichkeitsentwicklung unterstützen und zur Professionalisierung und Berufszufriedenheit beitragen. Einige dieser Dienstleistungen, in denen sich Entwicklungsprozesse beobachten liessen, möchte ich nachfolgend beschreiben.

Leadership konkret: den Anstoss gab die Weiterbildung für die Leitungen Pflege 2012 zum Thema **Personalentwicklung im Spannungsfeld zwischen betrieblichen Bedürfnissen und persönlichen Entwicklungszielen**. Dabei reifte die Idee, sich vier Mal im Jahr zu treffen, um Führungsthemen auszutauschen. Das neue Kommunikationsgefäss der Leiterinnen Pflege wurde unter anderem dazu genutzt, den aktiven Dialog untereinander und mit den Vorgesetzten zu

949 Teilnehmende
77 WB-Angebote
70 Dozierende

suchen. 2013 kristallisierte sich als Weiterbildungsthema **Selbstmanagement im Führungsalltag** heraus.

Entwicklung war auch beim Thema Kinaesthetic Infant Handling (KIH) ersichtlich. Nach der Verabschiedung des Konzeptes für den Pflegedienst konnte mit Anita Stooss die Stelle der Pflegeexpertin Kinaesthetics besetzt werden. Im Oktober erfolgte die erste Schulung der **Basics 4 you** inklusiv begleitetem **Transfertag** in der Praxis. KIH wird so zum gelebten Teil des pflegerischen Leistungsspektrums und kommt sowohl unseren Patienten als auch unseren Mitarbeitenden zugute.

Prozesse, die das gegenseitige Verständnis und den interprofessionellen Austausch förderten, wurden in den Kurzweiterbildungen **Elterninformation - Sicherheit im Spital** oder **Präanalytik - Blutentnahmen gut vorbereitet ist halb gewonnen** erkennbar. Über Abteilungsgrenzen hinaus gemeinsam die Hinter- und Beweggründe einer Broschüre oder die Wichtigkeit einer korrekten Blutentnahme zu diskutieren, erwies sich als fruchtbar für alle involvierten Akteure.

Fortschritte liessen sich auch beim angepassten Angebot zur **Einführung neuer Mitarbeitenden im Pflegedienst** ausmachen. 28 Teilnehmende besuchten das **Modul IV - Pädiatriespezifisches Pflegebasiswissen Skillstraining** – und 10 neue Mitarbeitende nahmen an ausgewählten **LTTs** der Grundbildung teil. Durch die zunehmende Zahl neuer Mitarbeitenden im Pflegedienst, ohne oder ohne vertiefte Fachkenntnisse in der Pädiatrie, gewinnen diese Weiterbildungsangebote an Bedeutung. Allen Skillstrainerinnen und Mitarbeitenden des Bereichs Bildung Pflege ganz herzlich Dank für die gelungene Zusammenarbeit. ●

Kennzahlen der IBW	2012	2013
Weiterbildungs-, Laufbahnberatungen	40	25
Kurse	72	77
Verteilung der unterschiedlichen Kurslängen		
ganztägig	33	39
halbtägig	23	27
1-2 stündige Weiterbildungen	16	11
Interne Teilnehmende	850	949
Externe Teilnehmende	82	69
Anzahl Weiterbildungstage durch Teilnahme an externen Weiterbildungen und Studiengängen PEP-Statistik		
	1'226	1'263
Ausgaben Total - Budget in CHF	243'000.00	238'433.00
Ausgaben Dozenten honorare in CHF	43'583.00	48'960.00
Einnahmen Kurserträge durch externe Teilnehmende in CHF	28'890.00	28'340.00

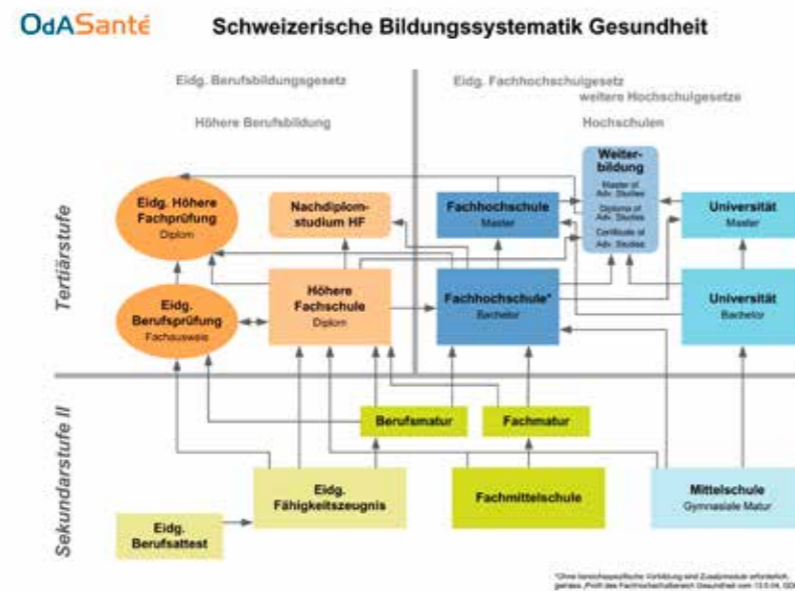


Weiterbildungskurs Kinaesthetics (KIH)



Weiterbildungs- und Studienabschlüsse 2013 im Pflegedienst

Zusammenstellung: Elfriede Nattereer



Nachdiplomstudium

Drschka Johanna

Dipl. PPF, Diplomierte Expertin NDS Intensiv B, NDS HF Intensivpflege, Z-INA Zürich

Escher Jacqueline (Bader)

Dipl. PPF, Diplomierte Expertin NDS Intensiv A, NDS HF Intensivpflege, Z-INA Zürich

Gadient Margrit

Dipl. PPF, Pflegeberaterin, Diabetologie, NDS Diabetespflege SBK Zürich

Grawehr Patricia

Dipl. PPF, Diplomierte Expertin NDS Notfallstation, NDS HF Notfallpflege, Z-INA Zürich

Länzlinger Livia

Dipl. PPF, Diplomierte Expertin NDS Intensiv B, NDS HF Intensivpflege, Z-INA Zürich

Martin Anouk

Dipl. PPF, Diplomierte Expertin NDS Intensiv A, NDS HF Intensivpflege, Z-INA Zürich

Tuttas Lena Dipl. PPF, Diplomierte Expertin NDS Intensiv B, NDS HF Intensivpflege, Z-INA Zürich

Pädagogische Grundausbildung Stufe 1

Alig Susanne

Dipl. PPF, BScN, Berufsbildnerin PS-U, 2013: SVEB 1 aeb Luzern

Bächthold Rebecca

Dipl. PPF FH, Berufsbildnerin Tagesklinik, 2013: WBK-Praxisausbildung 1 zhaw Winterthur

Gmeiner Christine

Dipl. PPF, Berufsbildnerin Reha C, 2012-2013: SVEB 1 SBK Zürich

Heidelberger Martina

Dipl. PPF, Dipl. Expertin NDS HF, Berufsbildnerin, Intensiv A, 2013: SVEB 1 aeb Luzern

Höldrich Patricia

Dipl. PPF, Dipl. Expertin NDS HF, Berufsbildnerin, Intensiv B, 2013: SVEB 1 EB Zürich

Küffer Pascal

Dipl. Operationsfachmann HF, Berufsbildner OPS, 2013: SVEB 1 Bildungszentrum USZ Zürich

Melot de Beauregard Isabell

Dipl. PPF, Dipl. Expertin NDS HF, Berufsbildnerin IMC, 2013: SVEB 1 aeb Luzern

Studer Melanie

Dipl. PPF, Berufsbildnerin Psychosomatisch-psychiatrische Abteilung, 2013: SVEB 1 aeb Luzern

Ausbildung in Kinaesthetics Infant Handling

Marfurt Lea

Dipl. PPF, Trainerin für MH Kinaesthetics Grundkurse Infant Handling Reha D, Ausbildung für MH Kinaesthetics Aufbaukurse Infant Handling, MH Kinaesthetics Tübingen

Lütolf Papapspyrou Gabrielle

Dipl. PPF, Expertin Intensivpflege NDS HF Intensiv B, Ausbildung für MH Kinaesthetics Grundkurse Infant Handling, MH Kinaesthetics Wien

Ledermann Judith

Dipl. PPF, Expertin Intensivpflege NDS HF Intensiv A, MH Zertifizierter Anwenderkurs MH Kinaesthetics, Universitäts Klinikum Tübingen

Graf Sabine

Dipl. PPF, Expertin Intensivpflege NDS HF Intensiv B, MH Zertifizierter Anwenderkurs MH Kinaesthetics, Universitäts Klinikum Tübingen

BScN

Luck Patricia

Dipl. PPF KMT, BScN am INS Universität Basel

MScN

Wieland Judith

Dipl. PPF, MScN, Pflegeexpertin APN Palliative Care und Rehabilitation, MScN Cardiff University UK

Wehrli Anna

Dipl. PPF, MScN Neonatologie, MScN zhaw Winterthur

CAS

Boegli Gabi

Leiterin Pflegedienst Medizin, CAS Betriebswirtschaft FH St. Gallen

Brüngger Norina

Dipl. PPF, Chirurgie E2, CAS Schmerz, zhaw Winterthur

Degenhart Johanna

Dipl. PPF, Expertin Intensivpflege, Pflegeexpertin Praxis Intensiv A, CAS I Grundlagen und Vertiefung in Pädiatrischer Pflege, zhaw Winterthur

Fischer Elisabeth

Dipl. PPF, BScN, Leiterin Pflege PS-U, CAS Leadership iap-zhaw Winterthur

Guggenheim Marsha

Dipl. PPF Neonatologie, CAS Schmerz, zhaw Winterthur

Pfändler Marlis

Dipl. PPF, HöFa II, Pflegeexpertin Klinik Chirurgie, CAS Ethische Reflexion im Beraterischen Alltag, FHNW

Ringger Susanne

Dipl. PPF, BScN, Pflegeexpertin Praxis KMT, CAS Ethische Reflexion im Beraterischen Alltag, FHNW

Tornic Martina

Dipl. PPF, Chirurgie F, CAS I Pädiatrische Pflege, zhaw Winterthur

Wattinger Alexandra

Dipl. PPF, Chirurgie F, Pflegeberaterin Orthopädie, CAS Patienten- und Familienbildung, zhaw Winterthur

Wrobel Jacqueline

Dipl. PPF, Chirurgie E2 und Wundberatung, CAS I Pädiatrische Pflege zhaw Winterthur

DAS

Kühne Franziska

Dipl. PPF, Berufsbildnerin PS-B, DAS Patienten- und Familienbildung, zhaw Winterthur

MAS

Schuler Nadia

Dipl. PPF HöFa I, Pflegeberatung Onkologie MAS Onkologie

Sonderegger Stefanie

Dipl. PPF, Leiterin Pflege, Psychosomatisch-psychiatrische Abteilung, MAS Management im Sozial- und Gesundheitsbereich, FH Luzern

Von Arx Franziska

Co-Leiterin Pflegedienst Intensivstation, Neonatologie und Notfall, Leiterin Pflegedienst Kardiologie und Kardiologie, Leiterin Pflegeinformatik, MAS in Managed Health Care, zhaw Winterthur



Publikationen, Artikel und Referate 2013 im Pflegedienst

Auch im 2013 haben wieder zahlreiche Pflegende durch Publikationen, Referate und Poster dem Pflegedienst des Kinderspitals in der Öffentlichkeit ein Gesicht gegeben, die nachfolgenden Listen zeigen dies eindrücklich auf

Zusammenstellung: Elisabeth Haeny, Maria Flury

Publikationen in Fachzeitschriften

Buff Corinne (2013) Fatigue bei Jugendlichen unter Chemotherapie. Onkologiepflege (3).

Flury Maria (2013) Pädiatrische Palliative Care. Onkologiepflege (2).

Gerosa Balbina, Langenegger Monika (2013) Ein Lächeln verändert sich. JuKiP 2 (4).

Naji Sarah, Tobler Judith, von Arx Franziska (2013) Früh übt sich... JuKiP 2 (2)

Schlüer Anna-Barbara (2013) „Ich will nach Hause“. Die Schwester Der Pfleger (7).

Schlüer Anna-Barbara (2013) Die Bedürfnisse der Kinderhaut berücksichtigen. Pflegezeitschrift 66 (6)

Schlüer Anna-Barbara (2013) Dekubitusprophylaxe in der Pädiatrie. JuKiP 2 (4).

Stoffel Gaby et al. (2013) Kinder mit Kunstherzunterstützungssystemen im häuslichen Bereich. Ausbildungskonzept und Notfallalgorithmus für Rettungskräfte. Notfall + Rettungsmedizin (6).

Publikationen in Zeitschriften

Stoffel Gaby et al. (2013). Dem Spital den Schrecken nehmen. Das Elternmagazin: Fritz + Fränzi (9).

Keller Marianne
Standards and Best Practice - Der Weg des Kinderspitals Zürich zum Kompetenzzentrum „Migrant Friendly Hospital“. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Düsseldorf 9/2013

Mahrer Liv
Pflegeberatung - Beratung und Begleitung über den Spitalaufenthalt hinaus. Arbeitskreis Schwerbrandverletztes Kind, Hamburg 5/2013

Mahrer Liv
A liaison nurse - A benefit for in hospital and post discharge patients. Jahreskongress Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie, Rüslikon 9/2013

Mahrer Liv
Bridging the gap - Daring various perspectives and different approaches. ECPB 2013, D-Tuzting 10/2013

Müller-Kägi Elsbeth
Presenting: the obedient adolescent! Haemophilia Nurse Conference, Berlin 5/2013

Müller-Kägi Elsbeth
Orale Antikoagulation: Eltern, Kinder & Jugendliche schulen und beraten. Kardiologische Fortbildung für Pflegefachpersonen, USZ 9/2013

Müller-Kägi Elsbeth
Transition - from Paediatric to Adult Care. Mitarbeiterschulung einer Pharma Firma 11/2013

Naji Sarah
Das Care Team. Transplantations-Koordination, USZ 11/2013

Referate

Flury Maria
Die Familie ist immer dabei. Konzeption Familienpflege am Universitätskinderspital Zürich, Symposium Familienpflege, Kantonsspital Winterthur 5/2013

Gisler Christa
Symptommanagement. Pflegefachtagung Kinderneurologie, Universitätskinderspital Zürich 11/2013

Huber Yvonne
Magnetspital. PKK Workshop Teil 2 Kantonsspital Graubünden, Chur. 9/2011

Huber Yvonne
Workshop: Magnetspital: wie gelingt das? H+ Kongress, Bern. 11/2013

Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften (peer reviewed)

Di Cristofano-Koller Isabelle (2013) Buchrezension: Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2012, 4. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag. Pflege 26 (3).

Huber Yvonne (2013) Praxis und Theorie - die gegenseitige Wertschöpfung: Forschungsgestützte Pflegeentwicklung in der Praxis. Pflege 26 (1).

Kottner Jan, Hauss Armin, Schlüer Anna-Barbara, Dassen Theo (2013) Validation and clinical impact of pediatric pressure ulcer risk assessment scales: A systematic review. Int. Journal of Nursing Studies 50 (6).

Schlüer Anna-Barbara, Seliner Brigitte (2013) Heimweh von Kindern und Jugendlichen während des Spitalaufenthalts - ein Pflegekonzept. Pflege 26 (1).

Schlüer Anna-Barbara et al. (2014) Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 19 (1).

Schlüer Anna-Barbara (2013) Pressure Ulcer Treatment in Pediatric Patients. Advances in Skin & Wound Care 26 (11).

Waldboth Veronika, Schlüer Anna-Barbara, Müller-Staub, Maria (2013) Evaluation pädiatrischer Advanced Practice Nurses: Qualität und Nutzen für die Schweiz? Pflege 26 (6).

Müller-Kägi Elsbeth

Transition - von der Pädiatrie in die Erwachsenenambulanz. Praxisprojekt Hämophilie-Sprechstunde. „think transition“. Symposium zur Transition vom Kinder- zum Erwachsenenalter bei chronischen Erkrankungen. Inselspital Bern 12/2013

Schluer Anna-Barbara

Pressure ulcer treatment in hospitalized pediatric patients. 16th Annual European Pressure Ulcer Meeting, Vienna 8/2013

Schluer Anna-Barbara, Ullmann-Bremi Andrea et al.

Evaluation von Nutzen und Tätigkeiten der Pflegeexpertin APN in der pädiatrischen Pflege aus interdisziplinärer Perspektive. 2. Internationaler Kongress ANP, Berlin 9/2013

Schluer Anna-Barbara et al.

Pressure ulcers in hospitalized neonates and infants; prevalence, risk factors, preventive measures. 3rd FZK/CRC Retreat, CH-Au 10/2013

Schluer Anna-Barbara

Wundmanagement. Notfallkongress, Interlaken 11/2013

Schnarwyler Béatrice

Pflegeberatungskonzept Compliance/Transition. Firma Amgen, Zürich 8/2013

Schnarwyler Béatrice

Nephrologie: Compliance-/Transitionskonzepte. „think transition“. Symposium zur Transition vom Kinder- zum Erwachsenenalter bei chronischen Erkrankungen. Inselspital Bern 12/2013

Schönbächler Claudia

Transkulturelle Kompetenz - Was heisst das in der Praxis? Fortbildung Departement Kinder- und Jugendmedizin, Kantonsspital Winterthur 4/2013

Schönbächler Claudia

Informieren - Trainieren - Reflektieren: Klinische transkulturelle Kompetenz in den Spitälern AllKidS. 1. Nationale Tagung der Swiss Migrant Friendly Hospitals, Bern 9/2013

Seliner Brigitte, Giambonini Anna

The Physical Examination: A core competence within the Assessment of Pediatric Continence Care? ESPUN, Genua 4/2013

Seliner Brigitte

Wenn es tropft und tropft oder gar verstopft: Blasen- und Darmrehabilitation, ein Thema für die ANP Kontinenz. Schweizerische Vereinigung für Pädiatrische Rehabilitation (SVPR), Aarau 11/2013

Seliner Brigitte

Kinder mit schwerer Behinderung und ihre Eltern: Was brauchen sie im Spital? Reach-out, Universitätskinderhospital Zürich 11/2013

Stoffel Gaby

Gemeinsam statt einsam. Herzsymposium - Neue Rhythmen, Universitätskinderhospital Zürich. 1/2013

Stoffel Gaby

Preparation of an 8-year old child with a new generation of implanted ventricular assist device for discharge home. Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie, Zürich 6/2013

Stoffel Gaby

Austrittsplanung eines Kindes mit einem LVAD. 45. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Weimar 11/2013

Stoffel Gaby et al.

Allem gerecht werden? Auswirkungen des Interstage-Monitorings auf die Eltern von Kindern mit einem hypoplastischen Linksherzsyndrom. Reach-out, Universitätskinderhospital Zürich 11/2013

Stooss Anita

Auswirkungen der Epilepsie auf den Familienalltag. Vorlesungsreihe „Aktuelle Probleme der Neuropädiatrie“, Universitätskinderhospital Zürich 11/2013

von Arx Franziska

Schmerzmanagement bei Kindern und Neugeborenen Workshop: Schmerzmanagement bei Kindern und Neugeborenen 10/2013

Wieland Judith, Dobbert Claudia

Pädiatrische Palliative Care. Fachtagung Kinderspitex plus 4/2013

Wieland Judith, Bergsträsser Eva

Die Rolle der Pflegeexpertin APN am Beispiel der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kompetenzzentrum für Pädiatrische Palliative Care, Universitätskinderhospital Zürich. Advanced Nursing Practice (ANP) Zentralschweizer Pflegesymposium, Luzern 10/2013

Wieland Judith

Einführung in PPC aus Sicht der Pflege. pro pallium: Erster Kinder Palliative Care Tag, Olten 10/2013

Wieland Judith

Pädiatrische Palliative Care von A bis Z; antizipiert - unterstützt - zielorientiert. Fachtagung Pädiatrische Onkologiepflege Schweiz. 11/2013

Wieland Judith

Erste Erfahrungen zum lösungsfokussierten Arbeiten eines Advanced Nursing Practice Teams in der Pädiatrischen Palliative Care. 2. Internationaler Kongress ANP, Berlin 9/2013

Poster

Stoffel Gaby et al.

Chronic Critical Illness (CCI): Empfehlungen für die Informationsvermittlung bei „Langzeitintensivpatienten“. Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin, Genf 9/2013

Für dieses Poster konnten die Autoren den Posterpreis: Bestes Poster SGI Pflege entgegennehmen

Wieland Judith

Gruppenreflexion in der Pädiatrischen Palliative Care. SBK Kongress, St. Gallen 5/2013

Wieland Judith

Das Pädiatrische Palliative Care Netzwerk (PPCPN CH). SBK Kongress, St. Gallen 5/2013

Externe Lehrtätigkeit durch Mitarbeitende des Pflegedienstes

Die Fachexpertise der Mitarbeitenden des Pflegedienstes ist auch in der Ausbildung und Lehre sehr gefragt. So waren im vergangenen Jahr verschiedene Pflegenden als Dozentinnen an den Höheren Fachschulen, den Fachhochschulen und an der Universität Basel tätig. Ebenso werden sie von anderen Kinderspitälern und Kinderspitexorganisationen als Referentinnen an Schulungen geschätzt. Aber auch andere Organisationen, wie zum Beispiel Ausbildungsstätten für Dolmetschende in Spitälern, engagieren in ihren Lehrgängen Mitarbeitende des Pflegedienstes.



Dienstjubiläen Pflegedienst 2013

Der Pflegedienst kann auf eine grosse Zahl von langjährigen Mitarbeiterinnen in verschiedenen Funktionen und Bereichen zählen. Sie leisten mit ihrer grossen Erfahrung, ihrem Wissen und Können und ihren fundierten Betriebskenntnissen einen wichtigen Beitrag zur Leistungsfähigkeit und Kompetenz des Pflegedienstes.

Wir danken ganz herzlich für den treuen Einsatz und wünschen weiterhin viel Freude und Befriedigung im Berufsalltag.

- 40 Jahre** **Marianne Altan** Dipl. Pflegefachfrau Notfallpflege, Notfall | **Christine Maguire** Co-Leiterin Pflegedienst Intensivstation, Neonatologie, Notfall
- 35 Jahre** **Elisabeth Zürcher** Dipl. Pflegefachfrau HF, Notfall | **Sonja Kaiser-Omoregie** Material-/Geräteverantwortliche Pflege | **Ines Ross** Dipl. Pflegefachfrau HF, Neonatologie
- 30 Jahre** **Katharina Widmer** Dipl. Pflegefachfrau HF, Chirurgie D | **Marlise Meeuwse** Dipl. Pflegefachfrau HF, Kardiologie | **Elfriede Natterer** Verantwortliche IBW | **Elisabeth Kern** Dipl. Pflegefachfrau HF, Chirurgie E2
- 25 Jahre** **Marion Bilicki** Leiterin Pflege Chirurgie F | **Anita Schneider** Dipl. Pflegefachfrau, Aufwachstation | **Maria Völkin-Kemper** Leiterin Pflege Notfallstation | **Aulikki Hillevi Bläsi** Dipl. Pflegefachfrau HF, Tagesklinik | **Gabriela Cruz** Dipl. Pflegefachfrau HF, Notfall
- 20 Jahre** **Pia Meyer** Dipl. Pflegefachfrau Notfallpflege, Notfall | **Ursula Rohr** Dipl. Pflegefachfrau HF, Poliklinik | **Jeanette Nille Süess** Dipl. Pflegefachfrau HF, PS-U | **Anna-Barbara Schlüer** Pflegeexpertin, Pflegewissenschaftlerin | **Damaris Hoppler** Lehrerin Pflege | **Isabelle Di Cristofano** Lehrerin Pflege | **Carmen Danuser** Dipl. Pflegefachfrau Intensivpflege, Ips A/IMC | **Jennifer Kane** Leitern Pflege OP | **Cornelia Roos** Dipl. Pflegefachfrau HF, Rehab E | **Irene Passarella** Dipl. Pflegefachfrau HF, Rehab D



Personelles Pflegedienst 2013

Wichtige personelle Veränderungen

Am 1. Januar 2013 übernahm **Gabi Boegli**, ehemalige langjährige Leiterin des Bereichs Bildung im Pflegedienst, die Funktion der Leiterin Pflegedienst Medizin, Onkologie/KMT und Psychosomatik. Zusätzlich vertritt sie den Pflegedienst in der Kinderschutzgruppe des Kinderspitals.

Mit **Rita Rausch** konnte eine ehemalige Mitarbeiterin und äusserst erfahrene Bildungsfachfrau ins Kinderspital zurück gewonnen werden. Sie trat ihre Funktion als Leiterin Bereich Bildung und Mitglied des Kaderteams am 1. Mai 2013 an.

Per Ende Juli 2013 verliess uns **Rita Wolfisberg** nach 30 Jahren Tätigkeit im Kinderspital, davon 15 Jahre als Leiterin Pflege CMS. Aktuell leitet **Nicole Braun**, langjährige Stellvertreterin, die Station ad interim.



Die Autorinnen und der Autor dieser Ausgabe

Rebecca Bächtold Berufsbildnerin Tagesklinik | **Isabelle Bichsel** Pflegeexpertin Praxis Chirurgie F | **Marion Bilicki** Leiterin Pflege Chirurgie F | **Gabi Boegli** Leiterin Pflegedienst Medizin | **Nadine Bruhn** Dipl. Pflegefachfrau HF PSA | **Luk de Crom** Leiter Pflegedienst Rehabilitationszentrum Affoltern | **Christine Ferrara** Berufsbildnerin Chirurgie F | **Isabelle Feuz** Leiterin Pflege Neonatologie | **Maria Flury** Pflegeexpertin Klinik | **Simona Giudici** Leiterin Pflege Chirurgie D | **Elisabeth Haeny** Sekretariat Pflegedirektion | **Yvonne Huber** Pflegedirektorin | **Jutta Khilji** Leiterin Pflegedienst Chirurgie und Spezialgebiete | **Käthi Koblet** Pflegeexpertin Praxis Chirurgie D | **Elfriede Natterer** Verantwortliche Innerbetriebliche Weiterbildung | **Martis Pfändler** Pflegeexpertin Klinik | **Rita Rausch** Leiterin Bereich Bildung | **Claudia Schönbächler** Lehrerin für Pflege in der Praxis | **Regine Sprenger** Leiterin Pflege Tagesklinik/Nephrologie | **Gaby Stoffel** Pflegeexpertin Klinik | **Franziska von Arx-Strässler** Co-Leiterin Pflegedienst IPS, Neo, Notfall, Kardiologie/Kardiochirurgie

Weiterbildungen Abschlussfeiern 2013



oben
FaGe-Lehrabschlussfeier 07/2013

links
Masterfeier 07/2013
v.L.n.r.: Judith Wieland, Elsbeth Müller Kägi
und Dorothea Kleiner

unten
Präsentation der Abschlussarbeiten 09/2013
v.L.n.r.: Susanne Ringger, Margrit Gadiant,
Dominique Schoch, Corinne Buff, Liv Mahrer,
Stefanie Sonderegger



UNIVERSITÄTS-
**KINDERSPITAL
ZÜRICH**

*Das Spital der
Eleonorenstiftung*

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
Postfach
CH-8032 Zürich

www.kispi.uzh.ch