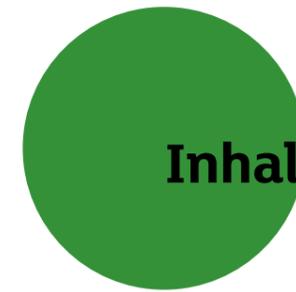


PFLEGEDIENST

Pflegesicht 6

Jahresbericht 2014





Inhaltsverzeichnis

Editorial	04
Die Familien im Fokus	06
Pflegediagnostik und elektronischer Pflegeprozess (ePP)	08
Short-Stay-Unit und Spätdienstsupport ...in der Not sind kreative Ideen gefragt	10
Erhöhung der Patientensicherheit im Operationssaal	12
Alles im grünen Bereich?! Berufsbildnerinnen in der Schnittfläche zwischen Bereich Bildung und Stationen	14
Wir bleiben dran mit ANP - Aktiv, Nachhaltig und Professionell	16
Kompetente Beratung in einem Tabubereich	18
Erstaustritt eines tracheotomierten Mädchens von der IMC nach Hause	20
Klinische Pflegewissenschaft auf dem Vormarsch	22
Transkulturelle Kompetenz - eine Kompetenz, die lächelt	24
Betreuen, begleiten und beistehen, wenn die Not am grössten ist	26
Kinderschutz - wir alle können einen Beitrag dazu leisten	28
Das Bildungsforum - BiFo - ein Erfolgsmodell?!	29
Weiterbildungs- und Studienabschlüsse 2014 im Pflegedienst	31
3-4-5-41 Publikationen, Artikel und Referate 2014	33
Personelles Pflegedienst 2014	37
Dienstjubiläen Pflegedienst 2014	38
Die Autorinnen dieser Ausgabe	39
Schlusspunkt Kleine und grosse Zahlen aus dem Pflegedienst 2014	40

Impressum

Redaktion Yvonne Huber, Maria Flury, Marianne Keller, 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 | Bild: Franziska von Arx-Strässler

„Warum mehr weniger ist“ oder „weniger mehr“, dies war das Motto der Januartagung des Pflegedienstes. Die Diskussion, wie viele Ziele und Projekte neben dem herausfordernden Praxisalltag zu bewältigen sind, wurde intensiv geführt. Es ist unbestritten wichtig, sich an unserer Strategie und den Visionen zu orientieren und die darin gesetzten Ziele zu verfolgen, aber es gilt dabei, sorgfältig die Balance zwischen Projekten, Innovationen und Praxisalltag zu halten und die Stationen frühzeitig und gut einzubeziehen. Deshalb nehmen wir den Leitgedanken „weniger ist mehr“ ins 2015 mit.

Der Rückblick auf 2014 verdeutlicht, dass sehr viel geleistet wurde und sich alle Bereiche grossen Herausforderungen stellen mussten. Das vergangene Jahr war ein anstrengendes und schwieriges, geprägt durch eine konstant hohe Auslastung in allen Fachbereichen mit sehr vielen schwerkranken Patienten in komplexen Situationen. Veranschaulicht wird diese Realität am Case Mix Index, welcher sich von 1.399 auf 1.451 erhöhte, in der Steigerung der Pflagetage im Akutbereich um 8,9 % oder an den LEP-Zahlen, die eine Zunahme von 73'000 Stunden (Gesamttotal 464'300 Stunden) direkt erbrachter Pflege verzeichneten. 56 bei uns verstorbene Kinder - 2013 waren es 30 - lassen darauf schliessen, wie gross die Belastung für die Behandlungsteams und ganz besonders für die Pflegenden war, die nicht nur die Kinder sondern auch die Familien begleiteten.

Sowohl der stationäre wie auch der ambulante Bereich verzeichneten ein kontinuierliches Wachstum. Mit den fast 77'000 erfolgten Konsultationen auf den Polikliniken und den über 38'000 Patienteneintritten auf der Notfallstation stiess das Kinderspital an allen Ecken und Enden an seine Grenzen. Die Diskussionen darüber, welcher Patient stationär aufgenommen, wer umplatziert, verlegt oder wem abgesagt werden muss, beschäftigten in einem grossen Ausmass auch den Pflegedienst. Die tägliche Suche nach Lösungen, welche für die Patienten und ihre Familien zumutbar sind und der Strategie des Kinderspitals entsprechen, verlangten von allen Beteiligten viel Flexibilität und Kreativität. In Anbetracht der hohen Arbeitsintensität und der begrenzten Ressourcen prägten Diskussionen rund um die Pflegequalität und die Patientensicherheit den Pflegealltag. Nebst den erwähnten Kapazitätsproblemen und der veralteten baulichen Infrastruktur kommen organisatorische Hindernisse erschwerend hinzu. Unsere Abläufe fokussieren nicht immer den Patientenprozess, sind oft über Jahre gewachsen und noch zu wenig standardisiert und verbindlich. Die harzige Umsetzung des Austrittsmanagement bildet diese Gegebenheit ab. Weil der tägliche Verteilungskampf um Betten oder Operationskapazitäten eine zermürbende Seite hat, begrüsst der Pflegedienst die von der Geschäftsleitung lancierten Projekte, welche sowohl die Optimierung von Disposition und Prozessen als auch die Erhöhung der Bettenkapazität zum Ziel haben.

Worauf wir stolz sein können, ist die im nationalen Vergleich tiefe Fluktuationsrate der Mitarbeitenden im Pflegedienst, die im 2014 auf 11.7% gesunken ist. Gleichwohl galt es 90 neue Mitarbeitende zu rekrutieren und einzuarbeiten. Als Familienspital mit vielen Facetten gibt es die stolze Zahl von 53 Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes, die im 2014 ein Kind geboren haben und im Mutterschaftsurlaub waren. Viel Aufmerksamkeit wurde nicht nur den Erhaltungs- und Rekrutierungsmassnahmen, sondern auch der Nachwuchsförderung geschenkt. Dies zeigen die sehr guten Resultate im Benchmark: die Studierenden fühlen sich gefordert und beurteilen ihre Ausbildungsbegleitung als ausgezeichnet. Etwa 80% Prozent wählen nach ihrer Ausbildung das Kinderspital als Arbeitsort. Zudem wurde die vom Kanton vorgegebene Ausbildungsverpflichtung übertroffen.

Die gut etablierten und verankerten Führungsteams, bestehend aus Leiterin Pflege, Pflegeexpertin Praxis und Berufsbildnerin, sichern eine hohe Qualität der erbrachten Pflege und Betreuung, die Ausbildung als auch die Pflegeentwicklung. Dank dem grossen Engagement der Führungsteams und ihren Mitarbeitenden konnten trotz der Belastungssituation Ziele erreicht und Projekte realisiert werden. Einige davon werden in der vorliegenden Pflegesicht präsentiert.

Die Umsetzung der Familienpflege war einer der gesetzten Jahresschwerpunkte. Einschliesslich der zunehmenden Sensibilisierung bewirkten die stationspezifischen Umsetzungen von Zielen zur Familienpflege kleinere und grössere Veränderungen, welche unsere gemeinsame Haltung widerspiegeln. Als Errungenschaft kann bezeichnet werden, dass unsere Definition von Familie in der neuen Strategie des Kinderspitals verankert wurde.

Eine innovative und wirkungsvolle Pflege lässt sich nicht ohne ANP-Weiterentwicklung und klinischer Pflegewissenschaft realisieren. Ab 2015 wird der Bereich Pflegeentwicklung, der Praxisentwicklung und klinische Pflegewissenschaft umfasst, dual durch Andrea Ullmann-Bremi und Anna-Barbara Schlier geführt und geleitet. Gemeinsam übernehmen sie die Verantwortung für die strategisch-inhaltliche und



wissenschaftliche Steuerung, respektive Weiterentwicklung der Pflege am Kinderspital. Durch die neu geschaffene Führungsstruktur wird der innovativen Entwicklung der pädiatrischen Pflege und der damit verbundenen Forschungsaktivität eine wichtige Plattform gegeben, welcher wir als Universitätsspital auch verpflichtet sind. Bereits jetzt zeigen die regelmässigen Anfragen aus dem In- und Ausland wie führend der Pflegedienst des Kinderspitals in diesem Bereich sowohl national wie auch international wahrgenommen wird.

Ich bin stolz auf unseren innovativen Pflegedienst. Es war ein bewegtes Jahr und in der Alltagsrealität anspruchsvoll, an unseren Jahreszielen zu arbeiten. Ganz besonders dann, wenn das Tagesgeschäft alles zu verdrängen droht, ist es von Bedeutung, unsere Strategie und Visionen vor Augen zu führen. Die Herausforderung liegt darin – ganz im Sinne von weniger ist mehr – sich wenige aber klar erreichbare Ziele zu setzen, der sorgfältigen Implementierung und Umsetzung im Praxisfeld Priorität zu geben und dabei den Fokus auf Kind und Familie nie zu verlieren. ●



Die Familien im Fokus

Text: Maria Flury, Anita Stooss | Bild: Elisabeth Haeny

Basierend auf der im Jahr 2012 vom Pflegedienst erarbeiteten Definition von Familienpflege in Anlehnung an Wright & Leahey (2000) wurde im folgenden Jahr von jeder Station mit Hilfe des Fragebogens „Patienten- und Familienzentrierte Pflege“ (entwickelt vom Institute for Family-Centered Care, Bethesda USA) ein Assessment zum Stand der Umsetzung der Familienpflege durchgeführt. Die Resultate zeigten im Gesamten ein erfreuliches Bild zum Thema Zusammenarbeit mit den Familien, alle Stationen haben jedoch auch Defizite erkannt. Mit dem Ziel, dass diese Resultate auch Früchte tragen und um das Thema auf den Abteilungen im Fokus zu behalten, wurde die Familienpflege in den Katalog der Jahresschwerpunkte und -ziele des Pflegedienstes 2014 aufgenommen. Um der Individualität der Stationen Rechnung zu tragen, wurde das Ziel ganz offen gesetzt: Pro Station ist ein Thema der Familienpflege bearbeitet und umgesetzt. Die folgenden Beiträge sollen aufzeigen, wie unterschiedlich das Thema angegangen und umgesetzt werden kann.

Familiengespräche – eine tägliche Herausforderung

Familienpflege im Rehab D

Die Station D im Rehab hat in diesem Jahr mit der Implementierung von Familiengesprächen begonnen. Die Implementierung erfolgte durch die Pflegeexpertin Praxis Rebekka Müller, welche sich schon seit längerem mit Familienzentrierter Pflege auseinandersetzt. Im Rahmen der Bezugspflege begann sie mit Eltern regelmässige Pflegegespräche zu führen und nahm darin im Team eine Vorbildfunktion ein. An einer Teamsitzung wurde das Thema Pflegegespräche aufgegriffen - sie analysierte mit dem Team was bereits gut läuft und was weniger, gab theoretische Inputs und regte zu einer offenen Diskussion an. In diesem Rahmen kam eine grosse Unsicherheit, einerseits zum Inhalt, andererseits zur Art und Weise wie mit den Eltern gesprochen werden kann, zu Tage. Das gezielte Coaching durch die Pflegeexpertin Praxis bei der Vorbereitung und Durchführung führte bei den Pflegenden zu positiven «Aha-Erlebnissen» in

ihrer Zusammenarbeit mit Eltern und in der Qualität ihrer Tätigkeit als Bezugspflegende. Der Nutzen von Pflegegesprächen war erkannt und ihre Häufigkeit nahm zu. Herausforderungen bei der Implementierung waren neben dem Gesprächseinstieg auch Unklarheiten darüber, bei welchen Familien Pflegegespräche indiziert sind und in welcher Frequenz sie geführt werden sollten. Das Team hat sich nun auf offene Rahmenbedingungen bezüglich Frequenz geeinigt; so werden Pflegegespräche bei Familien mit einem Kind mit einer erworbenen Hirnverletzung sowie in allen komplexen Pflegesituationen geführt.

Die Inhalte der Pflegegespräche sind aktuelle pflegerische Schwerpunkte wie beispielsweise Ernährung oder Ausscheidung, Austrittsplanung und Instruktionen der Eltern in Pflegehandlungen. Um den nach wie vor vorhandenen Unsicherheiten in der Gesprächsführung zu begegnen, soll ein Gesprächsleitfaden zu Struktur und möglichem Inhalt der Familiengespräche entstehen. Um dieses Ziel

... bekomme ich auch ein «Pickli»?

zu erreichen, werden die Pflegeexpertinnen des Rehabilitationszentrums dran bleiben und Familienpflege auch im 2015 als Schwerpunkt beibehalten.

Kleine Gesten mit grosser Wirkung

Familienpflege auf der Poliklinik
Die Poliklinik fokussiert sich in der Familienpflege, neben den Patienten und deren Eltern und Angehörigen, speziell auf die Geschwister. Dies das Ziel der Poliklinik. Geschwister von chronisch kranken Kindern müssen oft zurückstehen. Die Betreuung des kranken Kindes fordert die Aufmerksamkeit der Familie und auch im Kinderspital richtet sich die Aufmerksamkeit in erster Linie auf das betroffene Kind. Die Besuche im Kinderspital stellen oft nicht eine Wunschbeschäftigung für die gesunden Geschwister dar, sondern entstehen aus der Tatsache, dass sie nicht ohne Beaufsichtigung alleine zu Hause bleiben können. Vor allem während der Ferienzeiten ist beobachtbar, wie die Anzahl der

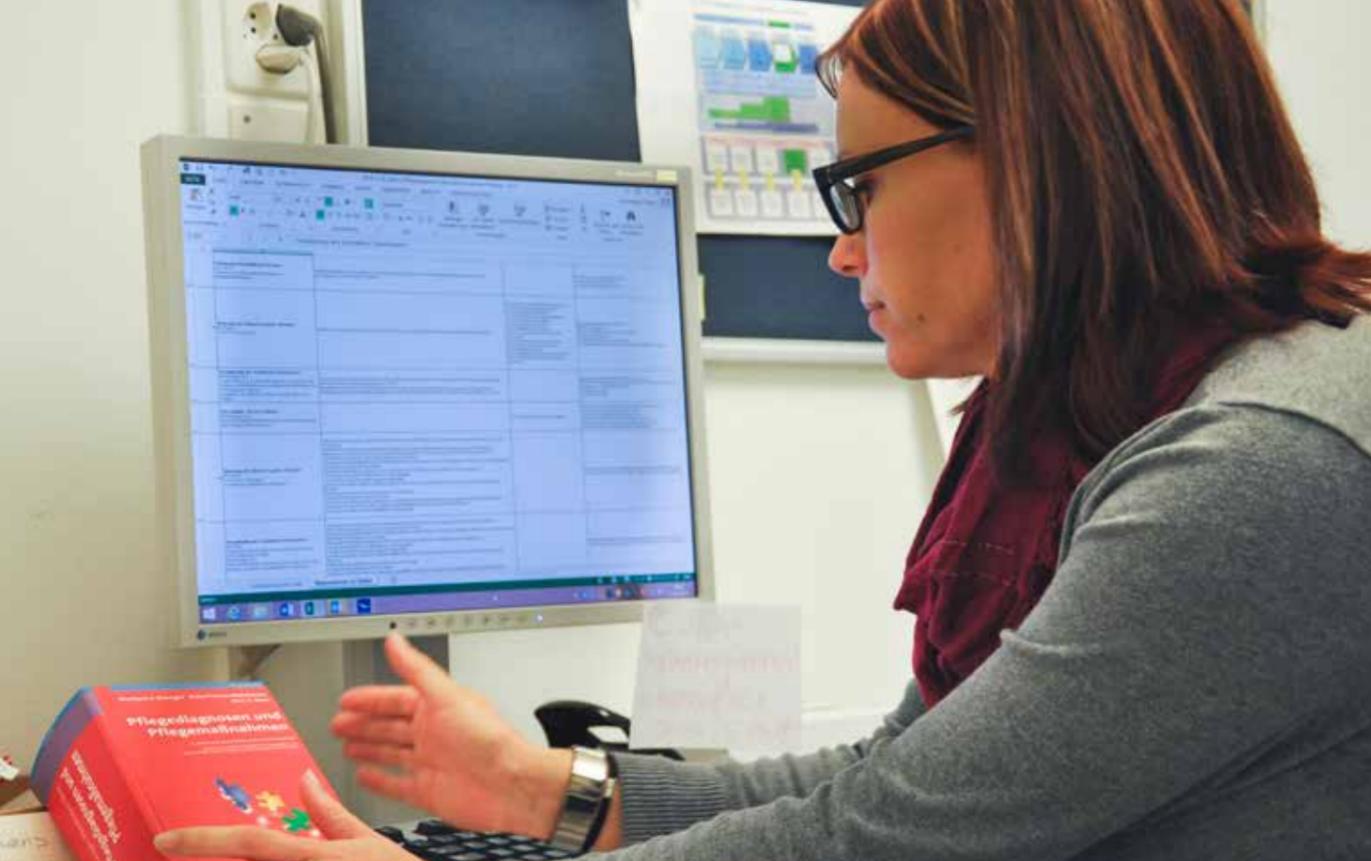


Belohnungsgeschenk für Patient und Geschwister

Geschwister, die das kranke Kind gemeinsam mit den Eltern ins Kinderspital begleiten, sprunghaft steigt. Bedingt durch die Zentrumsfunktion des Kinderspitals ist ein Teil der Familien mit langen Anfahrtszeiten konfrontiert und das heisst dann oft, dass ein ganzer Ferientag für die Konsultation auf der Poliklinik gebraucht wird. Wie ist es nun im Pflegealltag möglich, sich neben den Patienten auch auf die Geschwister zu fokussieren, wenn das Pflegeteam tagtäglich mit mehr als 200 Familien in Kontakt kommt, 50 Blutentnahmen durchführt und sich die Spezialisten die Klinke in die Hand geben? In der täglichen Arbeit werden die Geschwister persönlich begrüsst und auch nach ihrem Namen gefragt. Bei Familien mit einem chronisch kranken Kind wird auch das Geschwister nach seinem

Befinden gefragt. Um die Leistung der Geschwister zu belohnen, bekommt seit diesem Jahr nicht nur das kranke Kind eine Belohnung in Form eines kleinen Geschenkes, wie zum Beispiel eines farbigen Stickers oder eines kleinen Plastiktiers, sondern auch die Geschwister.

Eine Geste, die nicht nur von den Geschwistern sehr geschätzt wird. Ein Geschwisterkind muss nun nicht mehr darum bitten, doch auch ein «Pickli» zu bekommen. ●



Stefanie Graf beim Zusammenstellen der Pflegediagnosen-Kataloge

Pflegediagnostik und elektronischer Pflegeprozess (ePP)

Text: Andrea Ullmann-Bremi, Franziska von Arx-Strässler | Bild: Susi Deck

Die Dokumentation des Pflegeprozesses erfolgt im Kinderspital bisher zum grossen Teil von Hand, mittels Formularen. Nachdem die ärztliche Patientendokumentation in die Software des Spitalinformationssystems Phoenix eingeführt worden ist, wurde im April 2011 in einem zweiten Schritt auch die elektronische Kurve als interdisziplinäres Dokumentations- und Überwachungswerkzeug implementiert. In einem weiteren Schritt soll der gesamte Pflegeprozess (Anamnese, Assessment, Pflegeprobleme/-diagnosen, Pflegeziele, Massnahmen, Leistungserfassung und Evaluation) im

bestehenden System abgebildet werden.

Für die Ausarbeitung des Gesamtkonzeptes wurde eine Arbeitsgruppe aus Mitarbeitenden der Pflegeentwicklung, Pflegeinformatik und der Kispi-IT gebildet. Diese setzte sich mit Ausgangslage, Zielen, Konzeption der einzelnen Prozessschritte, Umsetzung, Realisierungsplanung, Kosten und Nutzen sowie Risikoanalyse auseinander. Das angestrebte System sollte vorwiegend auf Basis von standardisierten Katalogen, Codes und Textbausteinen aufgebaut sein, um eine höhere Effizienz und vereinfachte Auswer-

tungen zu ermöglichen. Die bestehenden Marktangebote erfüllten die speziellen Anforderungen der Pädiatrie, bzw. des Kinderspitals nicht, so dass die Entscheidung für die Entwicklung eines eigenen Modells getroffen wurde (siehe Tabelle rechts).

Die Arbeitsgruppe ging davon aus, dass der erwartete Nutzen der Eigenentwicklung den höheren Aufwand deutlich übersteigt. Um die Funktionalität zu prüfen und den finanziellen Aufwand zu bestimmen, wurden gemeinsam mit dem Softwareanbieter ein Detailkonzept entwickelt und die Verträge ausge-

arbeitet. Die Geschäftsleitung gab im Dezember 2013 grünes Licht für die Realisierung des Projektes.

Basierend auf den Erfahrungen anderer Spitäler wurde die Einführung der Pflegediagnostik zeitlich bewusst vor die Umsetzung des elektronischen Prozesses gestellt. Es ist zwingend, dass die Pflegenden die Systematik und Inhalte der Pflegediagnosen in ihrer Komplexität verstehen und anwenden können. Zudem unterstützt die Pflegediagnostik die Entwicklung der pflegerischen Fachsprache und die gemeinsame Zielentwicklung mit den Patienten und ihren Familien. Damit wird die Basis für eine überprüfbare Qualität geschaffen.

Das Jahr 2014 stand daher ganz im Zeichen der Einführung der Pflegediagnosen. Ein Projekt, bei dem der Bereich Pflegeentwicklung federführend war, eng unterstützt durch den Bereich Bildung und das Management. Alle Pflegenden nahmen an einer Basisschulung teil. Die Umsetzung der Pflegediagnosen findet auf den einzelnen

Stationen im Rahmen von Fallbesprechungen statt. Stefanie Graf stellte parallel dazu sämtliche Kataloge zusammen, hinterlegte die notwendigen Verknüpfungen und validierte diese mit Hilfe der Pflegeexpertinnen Bereich und Praxis. Die angepassten Unterlagen wurden zeitgerecht an den Softwareanbieter zur Integration in die Pflegeapplikation gesandt.

Für 2015 ist die Umsetzung des elektronischen Pflegeprozesses in der Praxis geplant. Dabei wird mit zwei Pilotstationen gestartet, bevor eine vollständige Ablösung der Papierversion auf allen Stationen erfolgt. Ende 2015 soll der Pflegeprozess komplett elektronisch abgebildet sein.

Wir stehen am Beginn einer wegweisenden Veränderung für den Pflegedienst und haben grossen Respekt vor dieser Herausforderung. Glücklicherweise erleben wir von den Pflegenden eine hohe Motivation und viel Engagement für dieses Projekt und freuen uns auf die gemeinsame Umsetzung. ●

Die Pflegediagnostik unterstützt die Entwicklung der pflegerischen Fachsprache

Das Kispi-eigene Modell besteht aus folgenden Elementen:

1. Standardisiert aufgebaute Anamnese
2. Assessment, das für alle Altersstufen und Fachbereiche nutzbar ist
3. Pflegediagnosen nach NANDA I/Taxonomie II
4. Ziele nach Gordon
5. Massnahmen nach Gordon, LEP und hauseigene
6. Evaluation mit Assessment

Short-Stay-Unit und Spätdienstsupport

...in der Not sind kreative Ideen gefragt

Text: Christine Maguire, Maria Völkin | Bild: Susi Deck

Notfälle kann man nicht terminieren. Entlastungsmassnahmen können helfen, Engpässe zu vermeiden und Arbeitsspitzen zu bewältigen. Die anfangs 2014 eingerichtete und nun von der Geschäftsleitung bewilligte Short-Stay-Unit (SSU) dient diesem Zweck.

Eine besondere Herausforderung für die Pflegefachpersonen sind Notfälle im Spät- und Nachtdienst, wenn zum Beispiel während der Wintermonate Infektwellen anrollen, die Bettenstationen bereits besetzt sind, aber weitere Patienten aus dem Notfall stationär aufgenommen werden sollten. Die Suche nach einem freien Bett ist meistens aufwändig. Nicht selten müssen bereits stationierte Kinder umplatziert oder gar in ein externes Spital verlegt werden. Und das alles nachts! Das belastet nicht nur die kleinen Patienten und ihre Eltern, sondern auch das Personal.

Die Short-Stay-Unit

Eine kreative Idee zur Abhilfe der vorgängig erwähnten Ausgangslage ist die neue SSU. Sie verfügt über vier Betten. Während 365 Tagen im Jahr können Patienten in einem Dreischichtenbetrieb aufgenommen und betreut werden, bis eine definitive Lösung gefunden ist. Wenn immer möglich, wird bis 14:00 Uhr verlegt, damit auf der SSU wieder Platz für neue Notfälle zur Verfügung steht.

In den ersten sechs Betriebsmonaten der SSU konnten 273 mehr Patienten als im Vorjahr hospitalisiert werden. Davon wurden 106 am folgenden Morgen auf die Bettenstation und 31 in ein anderes Spital verlegt. 136 Kinder konnten nach der Behandlung und Überwachung nach Hause austreten.

Bettenengpässe kommen aber nicht nur saisonal vor, sondern während des ganzen Jahres. Im Durchschnitt treten 6-8 Kinder am Nachmittag oder im Spätdienst über den Notfall ein. Diese Entwicklung hat die Geschäftsleitung veranlasst, nach einer Pilotphase die SSU weiter zu betreiben.

Auf der SSU werden keine hochkomplexen Fälle aufgenommen. Das heisst, auch Pflegefachpersonen mit weniger Berufserfahrung können hier arbeiten. Ein möglicher Nebeneffekt ist, dass ihnen die Fachgebiete Notfall und Intensivmedizin näher gebracht werden und sie zu einer entsprechenden fachvertiefenden Weiterbildung motiviert werden können.



Eingang Notfallstation

Der Spätdienstsupport

Neben der SSU stellt der Spätdienstsupport eine weitere kreative Entlastungsmassnahme im pflegerischen Praxisalltag dar. Bereits 2011 hat die Leitung Pflegedienst der Intensiv- und Notfallstation diesen Spätdienstsupport implementiert. Er unterstützt die Notfallstation bei der Verlegung von Kindern auf die Bettenstationen und während hoher Arbeitsbelastung.

Auch die Teams auf den chirurgischen und medizinischen Bettenstationen erhalten Unterstützung in der Pflege von Kindern und in der Betreuung der Angehörigen. Diese wird, wie das folgende Zitat verdeutlicht, von den Pflegefachpersonen geschätzt: «Der Spätdienstsupport ist eine gute Sache - täglich,

365 Tage im Jahr, werden wir von superguten Allrounderinnen zuverlässig und kompetent entlastet.»

Der Dienst wird von 16:30-23:00 Uhr angeboten. Die diensthabende Pflegefachperson informiert sich bei Arbeitsbeginn über den Stand der Betten-, Personal- und Arbeitsbelastung und übernimmt gezielt Aufträge zur Entlastung der Pflegeteams. Zusätzlich ist sie für die Betten- und Zimmerdisposition zuständig. Dabei beschränkt sich der Einsatz nicht auf die blosse Bettenzuteilung; sie hilft auch bei der Verlegung selbst und bei der Begleitung der Kinder und deren Familien auf die Bettenstation.

Im Spätdienstsupport arbeiten Pflegefachpersonen mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung. Die Arbeit gewährt Einblick in die unterschiedlichsten Fachbereiche. Zudem ist der Spätdienstsupport ein attraktives Modell der Teilzeitarbeit.

Neben der Unterstützung für die Pflegeteams während hoher Arbeitsbelastung und zur Vermeidung von nächtlichen Bettensuch- und Zügelaktionen stehen beide Massnahmen, der Spätdienstsupport wie die SSU, in erster Linie für Qualität: für Patienten und ihre Familien reduziert sich die Wartezeit, und eine kontinuierliche adäquate Betreuung ist gewährleistet.



Mirjam Liechti beim Übergaberapport

Erhöhung der Patientensicherheit im Operationssaal

Text: Mirjam Liechti | Bild: Valérie Jaquet

Das Kinderspital Zürich hat die Patientensicherheit im Operationssaal um einen weiteren Schritt erhöht: Der Übergaberapport von der Station an die Anästhesie ist verbessert, und die vor, während und nach der Operation verwendeten Checklisten sind optimiert worden. Gemäss einer Studie (Haynes et al. 2009) können Checklisten das Risiko eines Todesfalls oder grösserer Komplikationen um einen Drittel reduzieren. Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Aber einzelne Fehler sind selten

schuld an unerwünschten Ereignissen für den Patienten; viel öfter sind es latente Probleme im System. Um Fehlerquellen zu erkennen, Fehler zu verhindern oder deren Folgen zu minimieren, muss deshalb das ganze System von Arbeit, Technik und Organisation überprüft werden. Ein interdisziplinäres Team hat deshalb den gesamten Prozessablauf im Operationstrakt analysiert und auf Verbesserungen geprüft, wobei besonders den Schnittstellen grosse Beachtung geschenkt wurde; bekanntlich kommt es dort

zu den meisten Informationsverlusten. Eine Risikoverminderung erbringen Checklisten. Vergleichbar mit der Aviatik, werden im Operationssaal mittels standardisierter Listen die Patientensicherheit betreffende Punkte geprüft – siehe Graphik rechts. Im Kinderspital Zürich wird zwar seit drei Jahren mit Checklisten im Operationssaal gearbeitet, aber neu ist das dreistufige Verfahren, das nun auch Checklisten vor und nach der Operation vorsieht.

Sign in

Vor der Anästhesie wird die Patientenidentifikation überprüft. Die Informationen von der Station bekommt die Anästhesieausführende während des Rapports. Der Patient ist noch wach und somit neben dem begleitenden Familienmitglied ein wichtiger Faktor bei der Überprüfung der Identität, der Eingriffsart und des Eingriffsortes; neu werden diese Informationen dokumentiert, was dank der Umstellung auf ein neues Patientendatenmanagementsystem (PDMS) in der Anästhesie möglich geworden ist.

Time out

Es findet vor dem Schnitt statt. Wie der englische Begriff suggeriert, ist damit ein «Stoppen und Innehalten» gemeint, bevor das Skalpell angesetzt wird. Durchgeführt wird das «Time out» interdisziplinär, und dokumentiert wird es in der elektronischen Patientengeschichte.

Sign out

Es erfolgt nach der Operation; neu wird dabei auch die Frage nach Komplikationen gestellt. Alle beteiligten Personen haben die Möglichkeit einer «Stimme», unabhängig ihrer Stellung in der Hierarchie.

Um einen reibungslosen Ablauf nach Eintreffen eines Kindes in der OP-Zone zu gewährleisten, wurde auch der Übergaberapport überarbeitet. Ein interdisziplinäres Team (Pflegeexpertin M. Pfändler-Poletti, Pflegefachfrau Anästhesie M. Liechti und Chefarzt Anästhesie M. Weiss) erarbeitete eine «Präoperative Vorbereitungs- und Übergabeliste Station – Anästhesie». Sie wurde während sechs Wochen in der Chirurgischen Tagesklinik in einem Testlauf angewendet, anschliessend evaluiert, mit Anregungen der Pflegefachpersonen ergänzt und dank IT-Support schon nach wenigen Wochen im ganzen

Kinderspital implementiert. Der Pflegerapport der Station zuhanden der Anästhesie ist somit standardisiert und vollständig. Die Pflegefachperson füllt ihn auf der Station aus; gibt es Unklarheiten (Notwendigkeit einer Markierung, Antibiotikaphylaxe usw.), können diese vor dem Transport des Patienten in die OP-Zone geklärt werden. Das gibt den Pflegefachpersonen auch mehr Sicherheit gegenüber den Eltern und dem interdisziplinären OP-Team.

Ein weiteres bereichsübergreifendes Projekt zur Erhöhung der Patientensicherheit, das auch im Operationssaal umgesetzt wird, ist die Anpassung der Spritzenetiketten an einen internationalen Standard mit dem Farbkonzept nach Wirkstoffgruppe (z.B.: Opiate blau, Lokalanästhetika grau). Die Implementierung ist auf Anfang 2015 geplant.

Sign in

Vor Einleitung der Anästhesie

- Patientenidentität
- Eingriffsart
- Eingriffsort (Markierung)
- Anästhesie-Checkliste (Arbeitsplatz, Medikamente, etc.)
- Allergiestatus
- Antibiotikaphylaxe
- Anästhesieverfahren
- Patienteneinwilligung

Time out

Vor Schnitt

- Patientenidentität
- Eingriffsart
- Eingriffsort (Markierung)
- Prüfung der Antibiotikagabe
- Allergiestatus
- Antizipation potentieller kritischer Ereignisse
- Erforderliche Bilder vorhanden
- Material (Implantate, etc.) vorhanden

Sign out

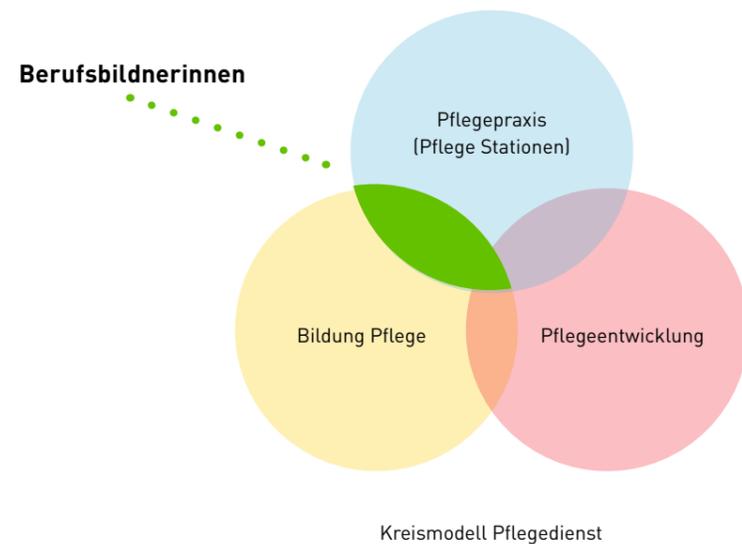
Nach der Operation

- Benennung der durchgeführten Eingriffe
- Material- und Ausrüstungsprobleme
- Korrekte Kennzeichnung der Proben und Materialien
- Intraoperative Probleme, welche einen Einfluss auf die Nachbetreuung haben

Alles im grünen Bereich?!

Berufsbildnerinnen in der Schnittstelle zwischen Bereich Bildung und Stationen

Text: Rita Rausch | Bild: Gaby Ruckstuhl



Das Kreismodell des Pflegedienstes zeigt die Schnittstellen der Bereiche Pflegepraxis, Pflegeentwicklung und Bildung Pflege auf. Die Gemeinsamkeiten und Schnittstellen werden in der Mitte sozusagen auf den „grünen Punkt“ gebracht.

Die Strategie Pflegedienst betont, dass wir ein attraktives Ausbildungsspital sind und einen wichtigen Beitrag zur Nachwuchsförderung und –sicherung in der pädiatrischen Pflege leisten. Diese Aussagen verpflichten.

Konkret bilden wir folgende Bildungsgänge aus:

Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe)	33 Lernende (pro Lehrjahr 11)
Diplomausbildung HF Pflege	2x 58 Studierende
Diplomausbildung HF Operationstechnik	3 Studierende
Bachelorstudiengang FH Pflege	3x 8 Studierende
NDS HF Intensivpflege	16 Studierende
NDS HF Notfallpflege	7 Studierende

Doch was heisst das konkret für uns im Bereich Bildung und für unsere Zusammenarbeit mit den Berufsbildnerinnen? Basierend auf den Rahmenlehrplänen resp. der Bildungsverordnung ist für jeden Bildungsgang ein Ausbildungskonzept erstellt, das als Grundlage dient. Die Berufsbildnerinnen haben einerseits den Ausbildungsauftrag (die Gestaltung von Lernangeboten und die Unterstützung des Pflegeteams im Bildungsauftrag) und andererseits in der Pflege vielfältige Aufgaben wahrzunehmen. Im Führungsteam der Station vertreten sie den Bereich Bildung und setzen sich für die konkrete Umsetzung der Ausbildungskonzepte ein. Alle diese Aspekte können zu einem Spannungsfeld führen, in dem es gilt, die richtigen Prioritäten zu setzen.

Was bedeutet es, wenn einerseits ein Lern-Transfer-Praxis-Tag (LTT) mit einer Studierenden geplant ist, jedoch gleichzeitig so viele komplexe Pflegesituationen zu bewältigen sind, dass beides kaum vereinbar ist? Oder wenn eine FaGe-Lernende einen vermehrten Unterstützungsbedarf hat und den Anforderungen des Ausbildungsjahres nicht gewachsen ist? Neben der Fachkompetenz als Pflegefachfrau muss die Berufsbildnerin grundlegende pädagogische Kompetenzen mitbringen und diese in einem SVEB1 Kurs vertiefen, um den Herausforderungen gewachsen zu sein.

Damit die vielfältigen Aufgaben bewältigt werden können, unterstützen die Lehrerinnen und die Leiterin des Bereichs Bildung die



Ausbildungsforum

Berufsbildnerinnen. In monatlichen Einzelbesprechungen mit den Lehrerinnen werden pädagogische Fragestellungen geklärt und konkrete Situationen mit Lernenden und Studierenden ausgetauscht. Bei Problemen im Ausbildungsverlauf können die Lehrerinnen kontaktiert werden um das weitere Vorgehen zu besprechen. In den 6-wöchentlich stattfindenden Ausbildungsforen werden durch den Austausch untereinander wertvolle Ressourcen genutzt. Hier erhalten die weniger erfahrenen Berufsbildnerinnen von den Erfahrenen Impulse und Ideen für ihre Ausbildungsaufgaben.

Um eine einheitliche pädagogische Haltung zu vertreten und die didaktischen Modelle zielgerichtet umzusetzen, findet seit 2014 im Forum Grundbildung (Kispi ZH und Rehab Affoltern) 4x/Jahr eine inhaltliche Auseinandersetzung und Fachvertiefung statt, welche von den Lehrerinnen angeboten wird. Das Ausbildungskonzept mit seinen pädagogischen Methoden und Modellen wird dadurch lebendig

und verständlich. Die Berufsbildnerinnen fühlen sich durch die Unterstützung der Lehrerinnen und die Fachvertiefungen in ihrer Rolle und ihren Aufgaben gestärkt, so dass sie dem Spannungsfeld zwischen Pflegefachfrau und Berufsbildnerin besser gewachsen sind.

An den Lerntagen für die FaGe-Lernenden und den LTT`s der Studierenden, von den Lehrerinnen durchgeführt, werden vor allem pädiatrische Themen vertieft. Damit können Lernende und Studierende den Transfer von schulischem Wissen in den pflegerischen Alltag besser bewältigen. Auch das ist ein wesentlicher Beitrag zur Ausführung des gemeinsamen Ausbildungsauftrages und die Berufsbildnerinnen können sich auf die Ausführung der konkreten Handlungskompetenzen der Lernenden und Studierenden konzentrieren. Abschliessend kann gesagt werden, dass alles im grünen Bereich ist, wenn sich Berufsbildnerinnen, Stationen und Lehrerinnen gemeinsam für den Nachwuchs für die pädiatrische Pflege engagieren. ●

Wir bleiben dran mit ANP

Aktiv, Nachhaltig und Professionell

Text: Andrea Ullmann-Bremi

APN und ANP Teams

Kardiologie: Gaby Stoffel, Chantal Etter, Marie-Therese Fehr, Chantal Costan, Yvonne Liebert, Jasmina Robl
Onkologie: Maria Flury, Nadia Schuler, Franziska Kühne, Susanne Ringger, Corinne Auchli, Simone Vetsch, Claudia Kohlbrenner
Kontinenz: Brigitte Seliner, Laila Mantegazzi, Anna Giambonini, Annabell Haufe, Tanja Ott, Corina Heiniger, Michelle Kneubühl, Sonja Bieder, Susanne Locher
Nephrologie: Marian Strucker, Béatrice Schnarwyler, Christa Gisler, Nina Issler, Besa Azemi, Stephanie von Orelli, Jorge Norden
Haut-Wund- und Stomapflege: Anna-Barbara Schlüer, Bettina Hafner, Jaqueline Wrobel Johanna Degenhardt, Sulamith Rothen, Wundverantwortliche der Stationen
Pädiatrische Palliative Care: Judith Wieland, Claudia Dobbert Maria Flury, Janine Bertschinger, Regine Sprenger
Hämatologie: Elsbeth Müller-Kägi

Onkologisch erkrankte Kinder und ihre Familien lernen mit Fatigue umzugehen. Die Buttoneinlage steht als Mikroschulung zur Verfügung. Das Toilettentraining ist für Kinder und ihre Eltern standardisiert. Neurodermitiskinder erhalten evidenzbasierte Therapien, welche enorme Linderung bringen. Der Unruhe von kardiologisch erkrankten Säuglingen wird gezielter und professioneller begegnet. Nierentransplantierte Jugendliche können bald ihr Therapiemanagement über ein Smartphone verwalten. Dies einige Beispiele, was Pflegeexpertinnen APN und die ANP-Teams in

diesem Jahr bewegen konnten. Jedes einzelne Thema entsteht aus einem Bedarf der Patienten und ihrer Familien und hilft den komplexen Alltag zu bewältigen. Im Kinderspital wurden in verschiedenen Fachbereichen sechs ANP-Teams aufgebaut und etabliert (siehe Tabelle oben). Diese werden von einer Pflegeexpertin APN mit Master in Pflegewissenschaft geleitet. In der Hämatologie wird die Beratung der Patienten durch eine Pflegeexpertin APN alleine geleistet.

Die **Pflegeexpertin APN** übernimmt eine erweiterte Rolle in der spezialisierten Pflege und Behandlung von zumeist hoch komplexen Patientengruppen. Sie kooperiert eng mit dem ärztlichen Dienst und übernimmt zusätzliche Tätigkeiten in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Case-Management und führt diese Aufgaben selbstverantwortlich aus. Sie leitet die **ANP-Teams**, welche aus weitergebildeten Pflegenden (Ebene BScN/MAS) des Fachgebietes zusammengesetzt sind. Die in den Teams vertretenen Stationen wurden basierend auf dem Patientenprozess bestimmt. Die Pflege erfolgt nach neusten Erkenntnissen, Forschungsergebnisse werden umgesetzt und pflegerische Angebote entwickelt, systematisch angewendet und evaluiert. Wertschätzende und tragende Beziehungen zu Patienten und ihren Familien (Caring) bilden die unabdingbare Basis für ANP.

Seit über 10 Jahren fördern wir am Kinderspital die ANP-Entwicklung gezielt und viele initiale Projekte können nun in den Normalbetrieb überführt werden. ANP ist ein nicht mehr wegzudenkendes Element im klinischen Alltag.

Gaby Stoffel begleitet und betreut seit vielen Jahren mit ihrem **ANP-Team Kardiologie** Säuglinge, Kinder, Jugendliche und ihre Familien mit leichteren bis schweren Herzfehlern. Im 2015 hat das Pflegeberatungsteam 514 Patienten betreut und durchschnittlich 90 Minuten Beratung durchgeführt. 600 Stunden wurden im direkten Patientenkontakt und 222 Stunden Koordinationsaufgaben für die Patienten geleistet, was die klinische Tätigkeit deutlich sichtbar macht.

In der **Onkologie** konnte auf schweizerischer Ebene in der Pädiatrischen Onkologiepflege Schweiz (POPS) - geleitet von Maria Flury als APN Onkologie - eine Leitlinie zur Hautpflege unter Radiotherapie bei Kindern erarbeitet werden. Zudem nahm sich das ANP Team der Thematik Tablettenschlucktraining bei onkologisch erkrankten Kindern an.

Das **ANP-Team Kontinenz** wurde ad interim von Laila Mantegazzi geleitet, welche dieses Jahr ihren Master in Pflegewissenschaft an der ZHAW abgeschlossen hat -herzliche Gratulation! Sie vertrat Brigitte Seliner, welche in den USA an ihrem PhD in Pflegewissenschaft arbeitete. Die Kontinenzberatung konnte ausgebaut werden, neu wird, neben der MMC- und Viszeralsprechstunde, eine Enuresis- und eine Dysraphiesprechstunde durch Pflegeberatungen angeboten.

Im **ANP-Team Nephrologie** wurde nach 11 Jahren die Leitung von Mar-

lis Pfändler-Poletti an Marian Strucker weitergegeben. Marlis Pfändler hat wichtige Aufbauarbeit geleistet und konnte ein gut etabliertes Team übergeben. Marian Strucker verfügt über grosse fachliche Expertise in der Nephrologie- und Transplantationspflege bei Erwachsenen und es ist toll, dass wir sie als APN Nephrologie gewinnen konnten.

Im **ANP-Team Wundpflege** wurde unter der Leitung von Anna-Barbara Schlüer der Wundkonsiliardienst auf 100% ausgedehnt. Mit dieser Dienstleistung kann der komplexe Pflegealltag im Spital entlastet werden. Dies zeigt sich deutlich mit über 850 Konsultationen und mehr als 605 Stunden Patientenkontakt in allen Bereichen des Kinderspitals Zürich von Juni 2013-Juni 2014 - ein voller Erfolg! Im 2014 konnten die Neurodermitissprechstunde und die Warzenbehandlung neu ins Angebot aufgenommen werden. Kinder mit Epidermolysis bullosa, die äusserst komplexe und pflegerisch aufwändige Betreuung benötigen, konnten unter dem Lead der APN Wundpflege behandelt werden.

Das **ANP-Team Palliative Care** unter der Leitung von Judith Wieland wurde nach 5 Jahren evaluiert. Es zeigte sich deutlich, dass die Kernaufgaben des ANP PPC die Unterstützung, Begleitung und Beratung der Pflegeteams während den verschiedenen Phasen des palliativen Krankheitsverlaufes eines Kindes und seiner Familie sind.

Elsbeth Müller-Kägi begleitet und unterstützt als **APN Hämatologie**

vor allem Familien mit Kindern mit Hämophilie. Sie ist europaweit eine der wenigen APNs auf diesem Fachgebiet und engagiert sich stark für die Vernetzung und Weiterentwicklung der hämatologischen Pflege.

Konzeptuell wurden die Stellenbeschreibungen der Pflegeexpertin APN und der Pflegeberatung, im 2014 vollendet. Sie helfen die Rollen, Aufgaben und Kompetenzen zu verdeutlichen und somit die Profile zu stärken.

Die Thematik der Profilschärfung war ein wichtiges Thema im spannenden, innerbetrieblichen Diskurs zwischen Management und Pflegeentwicklung. Weitere Diskussionspunkte sind die Rollen der Führung, die konzeptuelle Überarbeitung, die Outcomemessung und die Überführung der etablierten ANP-Projekte in den Normalbetrieb.

Im 2015 möchten wir diese Weiterentwicklungen konzeptionell festhalten und sichtbar machen. Dabei soll konkretisiert werden in welchen weiteren Fachbereichen **ANP-Entwicklungen** anstehen. In der Betreuung von Kindern mit gastrointestinalen Fehlbildungen und Erkrankungen werden wir im 2015 in die Umsetzung gehen.

Als Pioniere in der ANP-Entwicklung in der Schweiz ist es enorm wichtig, dies gegen aussen zu präsentieren und mit Outcomes zu unterlegen - bleiben wir dran: **aktiv, nachhaltig und professionell!**

Kompetente Beratung in einem Tabubereich

Text: Laila Mantegazzi | Bild: Valérie Jaquet

Das ANP-Team Kontinenzpflege unter der fachlichen Leitung von Brigitte Seliner, Pflegeexpertin APN setzt sich aus fünf Pflegeberaterinnen und vier Pflegefachpersonen zusammen. Wir arbeiten verteilt auf drei Stationen am Kinderspital in Zürich, inkl. Poliklinik, und auf drei Stationen im Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Affoltern am Albis. Das ANP-Team unterstützt die Pflegenden in der Betreuung der stationären Patienten mit einer Stuhl- oder Urininkontinenz. Das Ziel der vertieften und erweiterten Kontinenzpflege ist eine bestmögliche Kontinenz d.h. eine kontrollierte Entleerung von Stuhl und Urin bei Kindern und Jugendlichen mit angeborenen und erworbenen Kontinenzproblemen.

Zur Unterstützung führen wir seit einem Jahr ein gemeinsames E-Mail Konto: kontinenzberatung@kispi.uzh.ch und sind drei Tage in der Woche (Montag, Mittwoch und Freitag) unter der Telefonnummer 7890 erreichbar.

Welche Patienten betreuen wir?

Kontinenzprobleme sind auch bei Kindern und Jugendlichen ein gesellschaftlicher Tabubereich. Umso wichtiger ist gerade dann die professionelle und kompetente Beratung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien. Das ANP-Team Kontinenzpflege betreut alle Kinder und Jugendlichen mit einer organischen oder funktionellen Stuhl- oder Urininkontinenz:

- Urologie: Schwerpunktmässig bei Kindern und Jugendlichen mit funktionellen Problemen wie z.B. Enuresis oder urogenitalen Fehlbildungen
- Neurologie/Neurorehabilitation in enger Zusammenarbeit mit der Urologie: Schwerpunktmässig bei Kindern und Jugendlichen, beispielsweise mit Spina bifida, Dysraphie und Paraplegie
- Viszeralchirurgie: Schwerpunktmässig bei Kinder und Jugendlichen mit Fehlbildungen des Darmes wie beispielsweise Analatresien und Morbus Hirschsprung

Dank der engen interdisziplinären Zusammenarbeit mit Urologen, Neurologen, Viszeralchirurgen, Psychologen und Physiotherapeuten ist eine umfassende und kontinuierliche Betreuung der Patienten möglich.

Welches sind die Inhalte unserer Beratungen?

Der Inhalt der Beratungen orientiert sich an den jeweiligen Grunddiagnosen und den Symptomen des Kindes. Bei jedem Patient erfassen wir eine ausführliche pflegerische Anamnese mit Fokusassessment und Protokollen. Je nach Patientengruppe instruieren und unterstützen wir die Kinder und Eltern in:

- intermittierendem Selbstkatheterisieren transurethral (ISK) oder via katheterisierbarem Stoma
- Prophylaxe von Harnwegsinfektionen und Obstipation
- Darmmanagement (Einläufe, Desimpaktion oder Irrigation)
- Toilettentraining
- Operationsvorbereitung durch gezielte Information und Aufklärung

- Begleitung diagnostischer Untersuchungen (Blasen-, Rektalmanometrie, Uroflowmetrie)

Anamnese, Schulungs- und Informationsmaterial für die Fachpersonen, Eltern, Kindern und Jugendlichen werden möglichst evidenzbasiert erstellt. Das ANP Team engagiert sich in verschiedenen Interessengruppen wie der Schweizerischen Gruppe „Kidsempowerment“. Diese bietet gemeinsame Schulungswochenende für betroffene Kinder und Jugendliche und deren Familien an. Ebenso beteiligen wir uns aktiv an internationalen und nationalen Kongressen.

Wie sieht die Zukunft aus?

Die Kontinenzpflege am Kinderspital Zürich und in Affoltern am Albis hat sich in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt. Neue Behandlungen wie die intrauterinen Operationen der Kinder mit Spina bifida, das Angebot der Rektalmanometrie oder die Beratung von Kindern mit funktioneller Inkontinenz fordern neue Kompetenzen der ANP Mitglieder. Des Weiteren müssen Hilfsmittel und Schulungen laufend angepasst und erweitert werden.

Für die Kinder und Jugendlichen mit funktioneller Inkontinenz sehen wir z.B. eine interdisziplinäre Gruppenschulung als eine Möglichkeit, das Angebot zu verbessern. Um die Kinder mit anorektaler Malformation und deren Familien bei den mehrmaligen Spitalaufenthalten besser zu unterstützen, benötigt es dringend ein kontinuier-

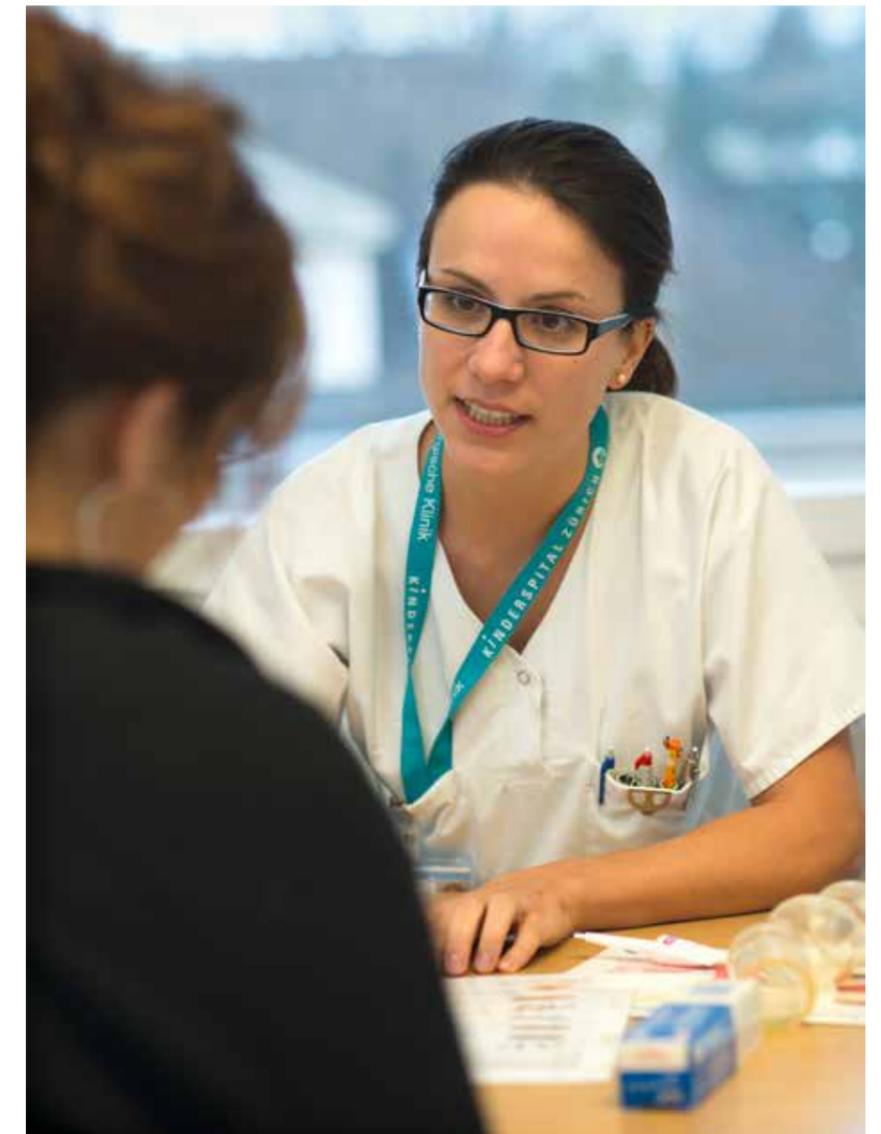
liches Programm, vom Säugling bis zum Übertritt in die Erwachsenen-klinik. Zusätzlich könnten wir z.B. für Patienten mit einer funktionellen Obstipation Beratungen in Zusammenarbeit mit den Gastroenterologen anbieten.

Wir freuen uns auf diese spannenden Herausforderungen. ●

kontinenzberatung@kispi.uzh.ch

Mo, Mi, Fr intern 7890

Laila Mantegazzi im Beratungsgespräch



Erstaustritt eines tracheotomierten Mädchens von der IMC nach Hause

Ein Einblick in die Zusammenarbeit Kispi-kispex bei der Austrittsplanung

Text: Françoise Jossi, Gaby Stoffel | Flyer: Kinder-Spitex Kanton Zürich

Ein acht Monate altes Mädchen, nennen wir sie Sina, hat verschiedene angeborene Fehlbildungen und eine subglottische Trachealstenose, die eine Tracheotomie nötig machte. Mitte August 2014 wurde sie von der Intensivpflegestation A auf die Intermediate Care (IMC) zur Austrittsvorbereitung und Schulung der Familie verlegt. Diese Pflegestation ist auf die Betreuung von tracheotomierten und langzeitbeatmeten Kindern spezialisiert.

Die Eltern, die Mutter eine Pflegefachfrau und der Vater im Bankwesen tätig, wurden während vier Wochen auf der IMC in der anspruchsvollen Kanülenpflege von Sina angeleitet. Dies beinhaltete Pflegemassnahmen wie Absaugen, Kanülenwechsel, aber auch Vertraut werden mit allem notwendigen medizinischen Material und dem Umgang mit den Geräten (wie Sauerstoffüberwachung, Absauggerät) sowie das Erlernen der Ernährung des Kindes mittels Sonde.

Wie kann diese Austrittsplanung konkret gelingen?

Die Zusammenarbeit mit der kispex Kinder-Spitex Kanton Zürich und dem Kinderspital wurde in den letzten Jahren laufend intensiviert, da Kinder mit zunehmend grösserem Pflegeaufwand früher nach Hause entlassen werden. Eine minutiöse Austrittsplanung von allen Seiten ist unabdingbar, um der Familie genügend Sicherheit und Vertrauen für den Austritt zu vermitteln. Für den Übertritt nach Hause wurden Formulare in einer Projektgruppe Kispi-kispex überarbeitet mit dem Ziel Doppelspurigkeiten bei der Anmeldung zu minimieren und diese Formulare danach auch für alle Kinderspitex-Organisationen der Deutschschweiz und Tessin zu nutzen.

Seit September 2013 ist die kispex des Kantons Zürich am Dienstag-nachmittag jeweils im Kinderspital Zürich präsent. Das hat zu einer wesentlichen Verbesserung der Zusammenarbeit auf verschiedenen

Ebenen beigetragen. Fragen sind im direkten Kontakt einfacher zu klären und die Familien können sich frühzeitig über das Angebot der Kinderspitex informieren und lernen zudem die Ansprechpersonen im Voraus kennen. Dieser persönliche Kontakt mit den zuständigen Pflegefachpersonen bewährt sich besonders bei Langzeitpatienten, um eine frühzeitige vorausschauende und individuelle Austrittsplanung zu gewährleisten. Unklarheiten und Fragen können so gemeinsam mit allen Involvierten besprochen und zusammen Lösungen gesucht werden.

So wurde die Kinderspitex bei Sina bereits drei Monate vor Austritt, als sie noch auf der Intensivpflegestation war, erstmals informiert. Da Einsätze bei tracheotomierten Kindern nach einem Erstaustritt nach Hause etwa 50 Stunden pro Woche betragen, ist es wichtig alles frühzeitig zu planen. Im Verlaufe des IMC Aufenthaltes fand ein erstes Gespräch zur Besprechung

des Pflegeaufwandes mit der Bezugspflegerin, der Einsatzleitung der Kinderspitex und der Mutter statt. Eine Pflegerin der Kinderspitex besuchte die Familie zu Hause, um sie bei der Einrichtung des Zimmers und dem Verstauen des Materials zu beraten.

Für den reibungslosen Übertritt vom Spital nach Hause braucht es regelmässige Kontakte der Bezugspflegerin mit der Kinderspitex. Diese waren in den letzten Wochen besonders intensiv. Der Austrittspflegeordner mit Checklisten für

tracheotomierte Patienten der IMC hilft, den Prozess zu planen, schriftlich festzuhalten und jederzeit zu wissen, wie der aktuelle Stand der Familienschulung ist.

Die Mutter von Sina hat die drei Monate der Hospitalisation bei uns mit folgenden Worten geschildert: «Am Anfang war das Gefühl des Fremd-Bestimmtsein am Schlimmsten. Ich konnte beinahe keinen Einfluss auf die Planung nehmen, hatte nicht die Möglichkeit Sina nach Hause zu nehmen, auch nicht mit ihr alleine zum Spazieren

hinauszugehen. Dazu kam das Gefühl, mit der Kanülenpflege und der damit verbundenen Verantwortung eine grosse Hürde nehmen zu müssen. Die Tatsache, dass der Vater zu dieser Zeit beruflich sehr gefordert war und der dreijährige Sohn in der Zeit der Anleitung fremdbetreut werden musste, war eine weitere Herausforderung.»

Die Mutter hat beim Austritt in einer Abschiedskarte Folgendes geschrieben:

«Der Berg schien uns gross und mächtig und ihn zu besteigen machte uns Angst! Doch wir hatten Glück, denn wir hatten Sie alle als Bergführer zur Seite! Ihr habt uns Mut zugesprochen, den Weg zu gehen und habt uns mit allen Reise-Utensilien vertraut gemacht. Wenn wir zögerlich waren, habt ihr uns die Hand gereicht, um Sicherheit zu geben für den nächsten Schritt!»

Die Dankesworte nehmen wir als Team zusammen mit der Kinderspitex natürlich gerne entgegen und bemerken, dass wir auch in diesem Austrittsprozess wieder viel Neues gelernt haben. Es zeigt, wie wichtig diese sorgfältige, gemeinsame Planung und Schulung ist, um die Familien für den Alltag mit ihrem Kind zu Hause zu befähigen. ●

kispex
Kinder-Spitex Kanton Zürich

Treffpunkt
Hier erhalten Sie Informationen zur Pflege zu Hause

«Nach dem Spital die kispex»

Foto: Ursula Meisser



Klinische Pflegewissenschaft auf dem Vormarsch

Text: Anna-Barbara Schlüer | Bild: Yvonne Aeschbach

Die Arbeitsschwerpunkte im Bereich der klinischen Pflegewissenschaft des Kinderspitals Zürich konzentrierten sich im 2014 auf drei Bereiche: Aktive Forschungstätigkeiten, Mitarbeit und Präsentationen an internationalen und nationalen Kongressen sowie dem Aufbauen und Etablieren von Netzwerken und Kollaborationen. Die Ziele der klinischen Pflegewissenschaft umfassen die Unterstützung einer patienten-, evidenz- und ergebnisorientierten professionellen und innovativen Pflege sowie den Forschungsschwerpunkt der Pädiatrie sowohl auf universitärer Ebene wie auch im klinischen Bereich stärker zu festigen und Ressourcen aller Partner zu nutzen. Dabei stehen Projekte im Zentrum der Bestrebungen, welche sich explizit mit pädiatrischen Patienten und der Erforschung von Outcomes befassen.

Insbesondere die Vernetzung und strategische Einbindung der klini-

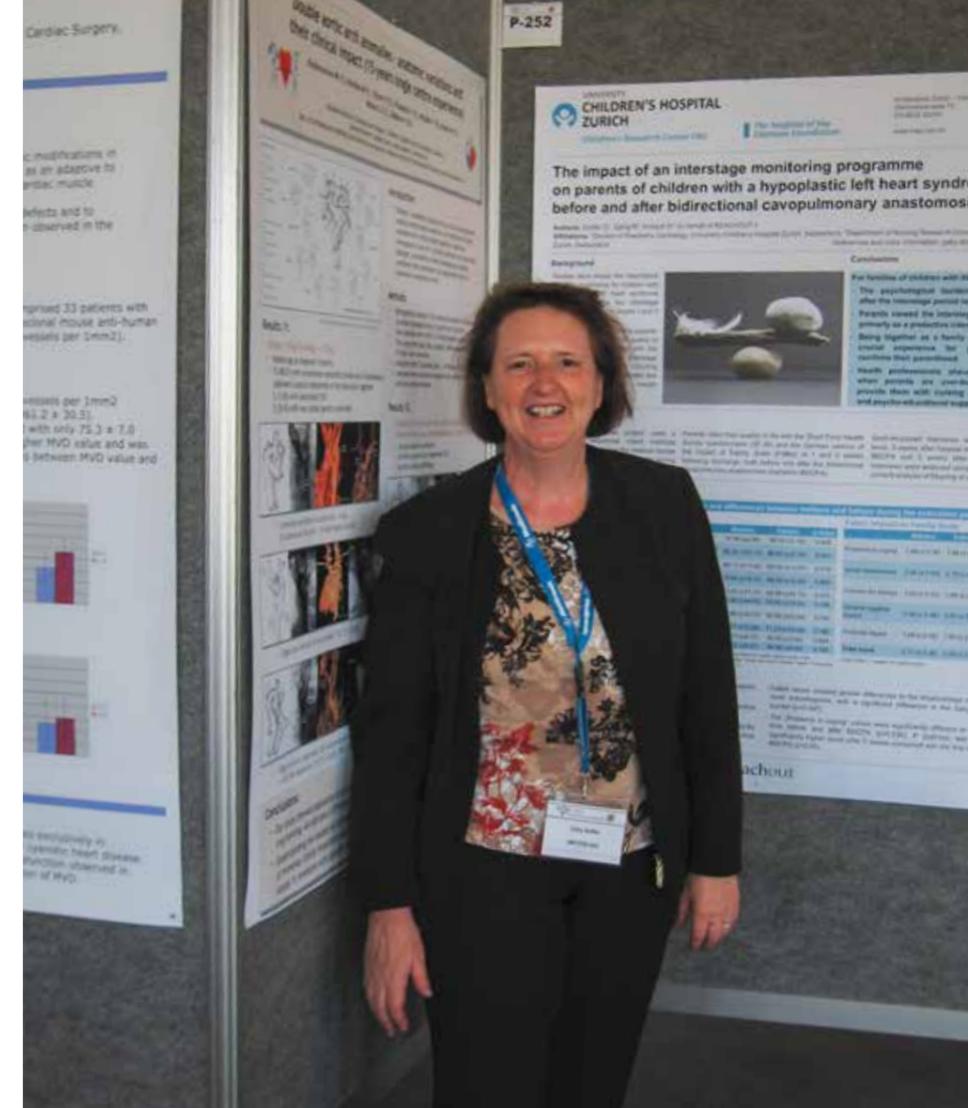
schen Pflegewissenschaft in internen und externen Strukturen war Schwerpunktthema im 2014. Innerhalb des Kinderspitals ist die Eingliederung und Etablierung ins Forschungszentrum für das Kind (FZK) wichtigster Fokus. Die Ziele der klinischen Pflegewissenschaft sind für die Präsentation unter dem Schirmdach des FZK leitend und werden an den wiederkehrenden Veranstaltungen im Laufe eines Jahres auch entsprechend präsentiert. Bereits zum vierten Mal fand Ende Oktober die FZK Retreat statt. An diesem Anlass werden Forschungsprojekte aller Gruppen sowohl in Vorträgen wie auch in Posterform präsentiert und dem Publikum vorgestellt. Die klinische Pflegewissenschaft war durch Gaby Stoffel, welche ihr interdisziplinäres Projekt zum Interstage Monitoring präsentierte, vertreten. Die FZK Retreat ist ein wichtiger Anlass um Vernetzung aber auch Akzeptanz innerhalb der Forschungslandschaft des Kinderspitals zu erlangen.

Die internen pflegewissenschaftlich geleiteten Forschungsprojekte umfassen zwei grosse Forschungsbestrebungen. Im Bereich Kardiologie, unter der Führung von Gaby Stoffel und PD Dr. Walter Knirsch zum Interstage Monitoring von Kindern mit schweren kongenitalen hypoplastischen Linksherzen, wurde die Datensammlung weitergeführt. Diese konzentrierte sich vor allem auf die Interviews und deren erste Analyse. Das Forschungsprojekt wird im kommenden Jahr abgeschlossen. Im Forschungsprojekt Disab@Kids, unter der Führung von Brigitte Seliner, wurde die Phase der Datensammlung abgeschlossen, die Intervention geplant und in der klinischen Praxis eingeführt und in einer zweiten Phase der Datensammlung ausgewertet. Mit der Etablierung dieser neuen Advanced Nursing Practice Tätigkeit (ANP) im Bereich von Kindern mit neuroorthopädischen Interventionen und ihren Familien konnte eine weitere

Patientengruppe aus den Schwerpunktgebieten des Kinderspitals erreicht werden. Weiter wurden für einzelne Patientengruppen – im Rahmen von Masterarbeiten – Forschungsarbeiten durchgeführt, so zum Beispiel am Standort Affoltern zu familienzentrierter Pflege durch Anita Stoos oder im Schwerpunkt von Patienten nach orthopädischen Eingriffen durch Laila Mantegazzi.

Die Bildung und Pflege von Netzwerken und Kooperationen mit für die pädiatrische Pflege und für das Kinderspital relevanten Partnern ist national und international zentral. Die nationalen Orientierungen zielen daher vor allem auf die etablierte Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Basel, mit den Fachhochschulen und den universitären Kliniken am Standort Zürich ab. In den letzten Jahren wurde die Zusammenarbeit und Kollaboration mit diesen Partnern bereits aufgebaut und kann nun als gute Grundlage für die internationale Vernetzung fungieren. In dieser Hinsicht war 2014 geprägt durch das Sondieren von möglichen universitären und klinischen für die Pflege zentralen Partnerorganisationen im Ausland. Ausgehend von der neuen Struktur des Bereichs Pflegeentwicklung wird 2015 Ziel sein diese internationalen Kollaborationen zu realisieren.

Pflegewissenschaftlerinnen des Kinderspitals wirkten bei der Etablierung der Akademischen Fachgesellschaft (AFG) für Pädiatrische Pflege auch 2014 aktiv mit. Nach dem erfolgreichen Aufbau



Gaby Stoffel am AEPC Kongress in Helsinki

dieser Fachgesellschaft in den letzten sieben Jahren, unter der Leitung von Andrea Ullmann-Bremi und Anna-Barbara Schlüer, ging das Co-Präsidium Ende 2014 an Anna-Barbara Schlüer und Karin Zimmermann (Inselspital Bern). Die AFG Pädiatrische Pflege hat im Frühling 2014 eine Schwerpunkttagung zur Vision und Entwicklung der pädiatrischen Pflege und Forschung auf nationaler Ebene initiiert und durchgeführt. Im Rahmen dieser Tagung ist es gelungen Führungspersonen aus der ganzen Schweiz aus dem Management, der Pflegeentwicklung, der Bildung und der Pflegeforschung zusammen zu bringen und in Workshops die Weiterentwicklung der pädiatrischen Pflege anzuregen. Ebenso wurde die aktive

Partizipation und die Zusammenarbeit mit dem Zentrum Klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspitals Zürich, unter der Leitung von Dr. Maria Schubert, weitergeführt. Dabei stand vor allem die Planung und Durchführung der Forschungskolloquien Zürich mit dem Schwerpunktthema Versorgungsforschung im Zentrum der Aktivitäten.

Die klinische Pflegewissenschaft wird 2015 weiterhin ein starker Partner auf lokaler, nationaler und neu auch auf internationaler Ebene sein und somit die Weiterentwicklung der pädiatrischen Pflege aktiv unterstützen, prägen und durch entsprechende Forschungen auch evaluieren.



Rebekka Müller im Pflegealltag

Transkulturelle Kompetenz - eine Kompetenz, die lächelt

Text: Marianne Keller, Claudia Schönbächler Marcar | Bild: Gabriela Acklin

Kinder unterschiedlicher Herkunft gehören zum Alltag im Kinderspital

«Vielfalt pflegen – Transkulturelle Pflegekompetenz (TKK) im Kinderspital»: Das war das Thema der Pflegefachtagung Pädiatrie 2014 im KKL Luzern. Eine Kompetenz, die lächelt – was ist damit gemeint?

Nicht ohne Grund gilt heute der Erwerb von TKK als eine der Schlüsselqualifikationen für das Pflegefachpersonal. Mit 23% Migrationsbevölkerung in der Schweiz gehören Kinder unterschiedlicher Herkunft zum Alltag im Kinderspital. Die Vielfalt dieser

Begegnungen kann eine Bereicherung sein, aber auch eine Belastung – sowohl für die betroffenen Kinder, ihre Familien als auch für Mitarbeitende.

Die Workshops und Referate an der Pflegefachtagung verdeutlichten die entsprechenden Herausforderungen. Da sind zum einen Sprachbarrieren, die Interaktionen im Spitalalltag erschweren; dann die Unterschiede in den Erklärungsmodellen für Gesund- und Kranksein, Rollen- und Therapieerwartungen,

soziokulturellen Prägungen und religiösen Bräuchen. Die Tagung zeigte weiter auf, wie sich erschwerte sozio-ökonomische Lebensbedingungen, traumatische Erfahrungen, Missverständnisse in der soziokulturellen Verständigung, aber auch fehlende Strukturen und mangelnde TKK des Gesundheitspersonals nachteilig auf die Gesundheitsversorgung auswirken können. Hellhörig auf die migrationspezifischen Aspekte zu reagieren, ist Teil der TKK. Genau so gehört dazu, sich der eigenen Werte, Vorurteile und Handlungsmuster bewusst zu werden und darüber zu reflektieren.

Claudia Schönbächler Marcar thematisierte in ihrem Workshop, wie im direkten Gespräch mit Patienten und ihren Familien die Chance genutzt werden kann, das «Fremdsein» zu überwinden. Wer Interesse an und Respekt für die Migrationsgeschichte und die kulturellen Besonderheiten zeigt, schafft eine Basis des Vertrauens. Ein Mittel dazu ist die transkulturelle Pflegeanamnese. Sie erfordert zwar mehr Zeit und entsprechende Kompetenzen, erleichtert aber in Folge den Pflegeprozess, weil Probleme schneller erkannt und individuell angepasste Pflegemassnahmen eingeleitet werden können.

Dass neben den Pflegefachpersonen auch das Kinderspital als Institution aktiv sein muss, damit TKK nachhaltig verankert wird, betonte Marianne Keller in ihrem Referat. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, gibt es die Fachstelle und die Kommission für interkulturelle

Fragen (KIF) und ausserdem gehört das Kinderspital dem Netzwerk «Migrant Friendly Hospitals» an, welches Initiativen umsetzt, um den Zugang zu Gesundheitsleistungen und deren Qualität für die Migrationsbevölkerung angemessen zu gestalten. Drei Aspekte stehen im Vordergrund: Spitaldolmetschen, Stärkung und Befähigung von Patienteltern sowie Sensibilisierung, Information und Schulung von Spitalpersonal.

Der Schwerpunkt im Jahr 2014 stellte das Spitaldolmetschen dar. Für Fachpersonal mit Patientenkontakt erfolgten Teachings und auf Anfrage Kurzschulungen zu den wesentlichen Aspekten des Dolmetschgesprächs vor Ort und am Telefon. Erstmals werden Visitenkarten mit den wichtigsten Informationen zur Nutzung des Nationalen Telefondolmetschdienstes an neu eintretende Mitarbeitende abgegeben. Im Infopoint steht neu ein Flyer mit dem in 14 Sprachen abgedruckten Satz «Bei Sprachproblemen fragen Sie nach einem Dolmetscher» zum Download zur Verfügung. Damit können fremdsprachige Patienten und ihre Familien informiert und motiviert werden, vorhandene Dolmetschangebote zu nutzen. Um die spital- und pädiat-

riespezifischen Kompetenzen von professionellen Dolmetschenden zu fördern, involvierte die Dolmetschvermittlungsstelle Vertreterinnen aus der KIF wiederholt in ihren Ausbildungsgängen.

Nebst den Aktivitäten im Schwerpunkt Spitaldolmetschen wurden die Flyer zu Besuchszeiten und zur Sicherheit im Spital in die häufigsten Migrationssprachen übersetzt. Wie jedes Jahr fanden zur Stärkung der Interaktionskompetenz ein Grundlagen- und ein Aufbaumodul zu TKK statt. Eine etwas andere Art der Sensibilisierung stellte zudem das Lunchkino «Lost in Translation» dar, bei dem über Mittag Filmsequenzen zur transkulturellen Kommunikation gezeigt wurden, die Anregungen für den herausfordernden Alltag bieten.

Das Kinderspital stärkt und fördert TKK auf verschiedenen Ebenen. Im 2015 liegt der Schwerpunkt in der Sensibilisierung, Information und Schulung des Spitalpersonals. Nicht zuletzt kann auch jede einzelne Pflegefachperson das Ihrige beitragen: Eine Kompetenz, die lächelt, meint Empathie, Interesse und Engagement – und ist somit das Gegenteil von Abgrenzung und Distanz gegenüber Fremdem. ●

Bei Sprachproblemen fragen Sie nach einem Dolmetscher	(Deutsch)
Dille ilgili bir sorununuz olursa lütfen bir tercüman isteyiniz	(Türkisch)
Ask for an interpreter if you need one	(Englisch)
En cas de problèmes de langue, demandez un interprète	(Französisch)
In caso di problemi linguistici si prega di chiedere di un interprete	(Italienisch)
Në qoftë se keni probleme me gjuhën, pyesni për ndonjë përkthyes	(Albanisch)
U slučaju da ne razumete jezik, potražite prevodioca	(Slowenisch)
Caso tenha problemas linguísticos, solicite o apoio de um intérprete	(Portugiesisch)
Si tiene problemas con el idioma, consulte a un intérprete	(Spanisch)
В случае затруднений с языком запросите содействия переводчика	(Russisch)

Betreuen, begleiten und beistehen, wenn die Not am grössten ist

Text: Sarah Naji | Bild: Valérie Jaquet

2014 verstarben 56 Kinder:

43 auf beiden Intensivstationen
12 auf den Bettenstationen
1 im Rehabilitationszentrum

Kritisch kranke oder sterbende Kinder benötigen intensive Pflege und Betreuung. Oft werden sie notfallmässig hospitalisiert und für das Behandlungsteam verbleibt kaum Zeit für die Begleitung der Familie. Hier bietet das Care-Team Entlastung.

Um 18 Uhr klingelt zuhause bei einer Care-Team-Mitarbeiterin das Telefon. Das Aufgebot zum Einsatz erfolgt durch die Schichtleitung der Intensivstation A/IMC. Auf der Notfallstation liegen Lisa und Rahel¹, die wegen einer schweren Lungenentzündung behandelt werden. Beide sind aufgrund einer vererbten Grunderkrankung in einer palliativen Situation. Das Behandlungsteam hat über die weiteren Schritte diskutiert und beschlossen, das Care-Team anzubieten. Bis die Care-Team-Mitarbeiterin eintrifft, hat sich der Zustand von Lisa stark verschlechtert. Die Zeit reicht nur noch, um mit der Familie ein Abschiedsritual

¹ Namen geändert

durchzuführen; dann verstirbt Lisa in den Armen der Mutter. Die Care-Team-Mitarbeiterin kümmert sich gemeinsam mit der Familie um die Pflege von Lisa.

Rahel benötigt weiterhin Sauerstoff. Angesichts der Gesamtsituation entscheiden die Eltern gemeinsam mit dem Behandlungsteam und der Care-Team-Mitarbeiterin, Rahel zur Beobachtung im Spital zu belassen. Die Care-Team-Mitarbeiterin informiert die zuständige Bettenstation. Die Pflegefachpersonen ermöglichen es, dass der Familie ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt wird. So kann Lisa noch eine Weile im Zimmer aufgebahrt werden und alle können sich verabschieden. Die Care-Team-Mitarbeiterin erklärt den Eltern das weitere Vorgehen und zeigt ihnen die Räumlichkeit, wo sie am nächsten Tag von Lisa Abschied nehmen können. Mit der Seelsorgerin zusammen organisiert sie eine kleine Gedenkfeier, die am nächsten Tag stattfinden soll. Die Familie ist

dankbar, dass sie mit beiden Kindern im Kinderspital bleiben kann, bis das Weitere geregelt ist.

2014 verstarben im Kinderspital 56 Kinder, 43 auf den beiden Intensivstationen, 12 Kinder auf den Bettenstationen und ein Kind im Rehabilitationszentrum. Rund zwei Drittel der Todesfälle betreffen Neugeborene und Säuglinge. Seit Herbst 2000 bietet das Care-Team Familien und Behandlungsteams auf Wunsch Unterstützung und Begleitung von sterbenden Kindern an. Es hilft bei der Gestaltung von Abschiedsritualen, bei der Geschwisterbetreuung und in der Pflege des verstorbenen Kindes; es berät die Familien bei den Formalitäten nach dem Todes-

fall und informiert über Bestattungsmöglichkeiten.

Die Mitorganisation von Nachgesprächen gehört ebenfalls zur vielseitigen und abwechslungsreichen Arbeit im Care-Team. Das Care-Team setzt sich vorwiegend aus Pflegefachpersonen zusammen, die sich für diese anspruchsvolle Aufgabe aus- und weiterbilden. Sie leisten den Pikettdienst im Rahmen eines Nebenamtes, zusätzlich zu ihrer regulären Spitaltätigkeit. Finanziert wird das Care-Team von der Stiftung «Chance für das kritisch kranke Kind». Der Pikettdienst wird 365 Tage im Jahr angeboten. Das Care-Team arbeitet eng mit dem Team Pädiatrische Palliative Care (PPC) und dem

Advanced Practice Nursing Team für pädiatrische Palliative Care (ANP PPC) zusammen. Projekte wie das Angebot der Trauerbegleitung durch eine Psychologin, Weiterbildungen oder das Erarbeiten von Richtlinien und Leitfäden werden gemeinsam realisiert. Neben regelmässigen Teamsitzungen und Fachweiterbildungen finden auch zweimal pro Jahr Fallbesprechungen unter Einbezug eines externen Supervisors statt.

Jeder Einsatz ist einzigartig und macht die Arbeit im Care-Team so wertvoll. Er wird mit grosser Dankbarkeit von Seiten der Behandlungsteams und der Familien bezahlt.





Kinderschutz - wir alle können einen Beitrag dazu leisten

Text: Gabi Boegli | Bild: Valérie Jaquet

Seit Jahren weist die Statistik der Kinderschutzgruppe (KSG) und Opferberatungsstelle des Kinderhospitals pro Jahr ca. 450 Fälle von Kindeswohlgefährdungen aus. Hinter dieser Zahl stehen traurige, manchmal erschütternde Geschichten von Kindern oder Jugendlichen, die in irgendeiner Form Gewalt, Grenzverletzungen, sexuelle Ausbeutung oder Vernachlässigungen erlebt haben und deshalb dringend Schutz und Unterstützung brauchen. Oft sind die erlittenen Verletzungen und Traumatisierungen nicht offensichtlich erkennbar, viele Misshandlungen hinterlassen keine sichtbaren Spuren. Gerade deshalb haben Pflegende, die im direkten Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen stehen und das interdisziplinäre Behandlungsteam eine zentrale Rolle im Erkennen von Kindsmisshandlungen. Genau hinzuschauen und Verdachtsmomente zu melden, ist eine verpflichtende Aufgabe in der Kinderschutzarbeit. Alle Pflegenden können/dürfen/müssen bei Verdacht oder konkreten Beobachtungen eine

Kinderschutzgruppensitzung veranlassen. In der KSG-Sitzung ist es wichtig, dass von der Pflege möglichst genaue Schilderungen von Beobachtungen und Informationen zu Interaktionen zwischen Kindern/Jugendlichen und deren Eltern und aus dem sozialen Umfeld eingebracht werden. Ziel jeder Intervention muss sein, Kinder und Jugendliche, manchmal auch deren Geschwister, vor weiteren Gewalterfahrungen zu schützen. Mit Ausnahme von sexuellen Übergriffen sind Kindeswohlgefährdungen oft Ausdruck von Überforderung oder übermässigen Belastungssituationen. Gelingt es, Familien, manchmal auch mit behördlichen Massnahmen, eine angepasste Unterstützung oder Entlastung zu kommen zu lassen, ist dies für gewaltbetroffene Kinder oder Jugendliche ein effektiver Schutz.

Interventionen ohne ausreichende Schmerzmedikation, grober Körperkontakt bei medizinischen und pflegerischen Handlungen, unangemessene Berührungen, sexistische

Äusserungen oder Vernachlässigungen sind Formen von Grenzverletzungen, vor denen Kinder und Jugendliche in Institutionen geschützt werden müssen. Die Grenze zwischen professionellem pflegerischem, ärztlichem oder therapeutischem Handeln und Misshandlungen sowie zwischen einer professionellen Beziehungsgestaltung und Übergriffen ist nicht klar definierbar. Umso wichtiger ist es, den Mut zu haben, Grenzen zu thematisieren und sich für das Wohl der Kinder und Jugendlichen einzusetzen. Wir alle sind in der Verantwortung, dass die Integrität der Kinder und Jugendlichen im Kinderspital gewahrt wird und sie einen sorgsamem Umgang erleben.

In meiner Rolle als Vertreterin des Pflegedienstes in der Kinderschutzgruppe ist es mir ein besonderes Anliegen, dass sich die Pflegenden im Kinderschutz engagieren. Gerne stehe ich den Pflegeteams für Fragen, Anliegen und Unsicherheit oder für fachliche Inputs zur Verfügung.



Bildungsforum

Das Bildungsforum – BiFo ein Erfolgsmodell?!

Text: Elfriede Natterer und Jutta Khilji | Bild: Elisabeth Haeny

Seit 2005 gestalten die Mitglieder des BiFo, unter der Leitung von Elfriede Natterer, gemeinsam das Weiterbildungsprogramm des Pflegedienstes. Die Idee dahinter war und ist, ein breit abgestütztes Programm zu entwickeln, das dem unterschiedlichen Bedarf und den individuellen Bedürfnissen der Kliniken und Bereiche Rechnung trägt. Vier Mal pro Jahr treffen sich die neun Mitglieder für zwei Stunden und bringen in lebhafter, mitunter auch kontroverser Diskussion ihre Anliegen ins Forum, um als Zielprodukt ein viele Aspekte beachtendes Programm auf die Beine zu stellen.

Die Mitglieder des BiFo

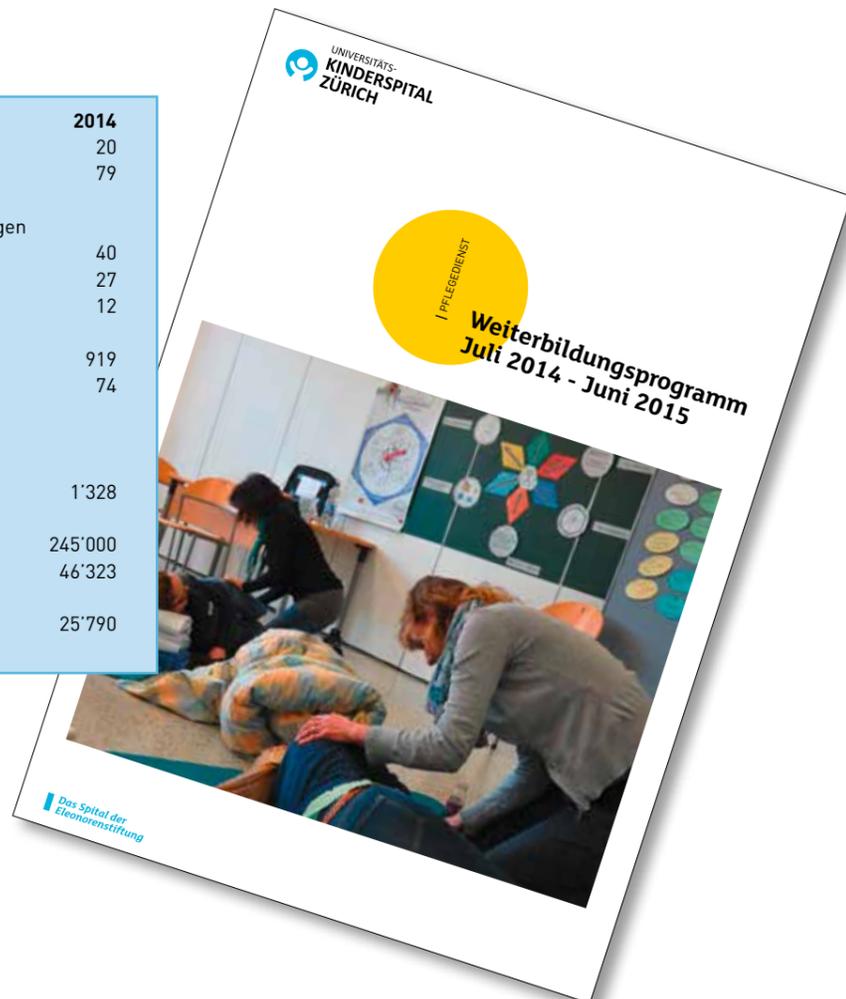
Elfriede Natterer, Leiterin Bildungsforum und Verantwortliche Innerbetriebliche Weiterbildung Pflegedienst
Anja Hirscher, Leiterin Pflege Intensiv B
Yvonne Huber, Pflegedirektorin
Jutta Khilji, Leiterin Pflegedienst Chirurgie und Spezialgebiete
Goran Lamešić, Leiter Pflege Anästhesie
Isabelle Schelling, Leiterin Pflege PSB/SZT
Getrud Väh, Berufsschullehrerin für Pflege in der Praxis
Judith Wieland, APN Pädiatrische Palliative Care, Pflegeexpertin RZA
Susi Deck, Sekretariat Innerbetriebliche Weiterbildung

Das interne Weiterbildungsprogramm, welches teilweise auch externen Interessenten offen steht, orientiert sich am universitären Kontext des Kinderspitals Zürich mit seinen medizinischen und pflegerischen Schwerpunktgebieten. Es bezieht sich auf: Aussagen im Bildungskonzept, die Strategie und Zielsetzungen des Pflegedienstes, aktuelle Bedürfnisse aus der Pflegepraxis, Rückmeldungen aus dem CIRS, und es greift Themen aus der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit auf. Im Rahmen der Steuer- und Controllingfunktion ist uns BiFo Mitgliedern die Qualität der einzelnen Angebote ein wichti-

ges Anliegen. Qualität beginnt für uns beim Entwurf einer neuen Weiterbildung und beinhaltet unter anderem Überlegungen zur Zielgruppe, Verständlichkeit des Inhaltes, Aussagekraft des Titels, Kompetenz der Dozierenden und Häufigkeit der Durchführung. Zudem sichten wir die Kursauswertungen der abgeschlossenen Weiterbildungen und ziehen daraus Schlüsse für die weitere Entwicklung unserer Angebote. Dies alles geschieht in enger Zusammenarbeit mit den Kursleiterinnen. Anvisiertes Ziel ist ein Bildungsangebot, das den Mitarbeitenden Möglichkeiten bietet, ihren Alltag zu reflektieren,

sich fachlich zu vertiefen und soziale Kompetenzen weiter zu entwickeln. Und last but not least sollen die zu betreuenden Kinder, Jugendlichen und deren Familien von diesem Wissenszuwachs profitieren. Wenn uns das gelingt, hat das Wort Erfolgsmodell im genannten Titel seine Berechtigung.

Kennzahlen der IBW	2014
Weiterbildungs-, Laufbahnberatungen	20
Anzahl Kurse	79
Verteilung der unterschiedlichen Kurslängen	
- ganztägig	40
- halbtägig	27
- 1-2 stündige Weiterbildungen	12
Interne Teilnehmende	919
Externe Teilnehmende	74
Anzahl Weiterbildungstage an externen Weiterbildungen/Studiengängen (siehe WB-/Studienabschlüsse)	
	1'328
Ausgaben Weiterbildungsbudget in CHF	245'000
Ausgaben Dozenten honorare in CHF	46'323
Einnahmen Kurserträge durch externe Teilnehmende in CHF	25'790



Weiterbildungs- und Studienabschlüsse 2014 im Pflegedienst

Zusammenstellung: Elfriede Natterer

Höhere Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege Zürich (Z-INA)

[Diplomierte Expertin Intensivpflege](#)

Fischer Alexandra, IPS B, «Sanfte Hände – Welche pflegerischen Massnahmen dienen der Prophylaxe von Hirnblutungen bei Frühgeborenen unter der 28. SSW?»

Gschwend Stefanie, IPS B, «Open the lung and keep it open – Die Atelektasenprophylaxe und deren pflegerische Behandlung bei invasiv beatmeten Kindern»

Imhof Anne, IPS A, «Palliative Care auf der pädiatrischen Intensivstation – Begleitung zwischen zwei Welten»

Locher Barbara, IPS B, «Ödeme nach HLM – Der Patient im Mittelpunkt unserer Pflege»

Schaufelbühl Julia, IPS A, «Trachealkanülenpflege – Postoperative intensivmedizinische Betreuung von trachealkanülierten Kindern und Angehörigen»

Schober Carolin, IPS A, «Das intubierte Neugeborene – Spezielle Aspekte der Gesichtspflege»

Weber Kathrin, IPS A, «Sehen heisst glauben – Anwesenheit von Angehörigen während einer kardiopulmonalen Reanimation»

[Diplomierte Expertin Notfallpflege](#)

Grolimund Isabelle, Notfall, «Kommunikation mit Angehörigen chronisch erkrankter Kinder»

Mancina Tabitha, Notfall, «Umgang mit Bezugspersonen von Notfallpatienten»

Murr Ann-Kathrin, Notfall, «Verbale Eskalation von Begleitpersonen»

Verschiedene Bildungsinstitutionen

[SVEB 1](#)

Hausherr Jannine, Anästhesie

Immoß Sibylle, Anästhesie

Kilic Manuela, Reha D

Küffer Pascal, OPS

Landolt Angelika, IPS A

Kinaesthetics Infant Handling, D-Stuttgart und A-Salzburg

[Zertifizierte MH Kinaesthetics Anwenderin](#)

Hafner Caroline, Chirurgie F

Ochsner Sybille, Chirurgie F

Stelzl Melanie, Reha C

Stooss Anita, Pflegeentwicklung

... weiter auf Seite 32

Fachhochschulen ZHAW, Bern, St. Gallen, Winterthur, Kaleidos

CAS

Boegli Gabi, Leitung Pflegedienst Medizin, Brennpunkt Kinderschutz, «Kinder und Jugendliche sind bei uns sicher – sicher? Empfehlungen zur Prävention von grenzverletzendem Verhalten im Kinderspital Zürich»

Funk Bettina, Chirurgie E2, Ausbilden in Gesundheitsberufen

Heitz Alexandra, Reha D, Neurocare, «Massnahmen in der Pflege bei chronisch kranken Kindern mit sekundär chronischen Atemwegs- und Lungenproblematiken im Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Affoltern am Albis»

MAS Pädiatrische Pflege

Cortés Veronica, Chirurgie E2, «The burden of guilt - Schuldgefühle von Eltern thermisch verletzter Kinder»

Naumann Jasmin, Reha C, «Biographie und Basale Stimulation® - Erstellen eines Anamnesezusatzes zur Integration der Basalen Stimulation® in den pflegerischen Alltag auf einer Station für Frührehabilitation»

von Orelli Stephanie, Chirurgie D, «Partizipation von Kindern in der Spitalpflege - die Rolle der Pflegefachperson»

MAS ZFH Supervision und Coaching in Organisationen

Pfändler-Poletti Marlis, Pflegeentwicklung, «Change Management im Pflegealltag. Einführung einer Weisung mit weitreichender und tiefgreifender Wirkung»

BScN

Butscher Maria, PS-U, «Gesundheitskompetenz von Eltern bezüglich der Ernährung ihrer Kinder fördern, Interventionen für Pflegefachpersonen im Akutspital»

MScN

Mantegazzi Laila, Chirurgie F, «Obstipationsprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen vor und nach einem orthopädischen Eingriff: eine quasi-experimentelle Studie»

Stooss Anita, Pflegeentwicklung, «Eine neue Welt entsteht. Erfahrungen von Eltern eines Kindes mit einer Hirnverletzung zum Übergang von der Rehabilitationsklinik nach Hause»

H+ Aarau

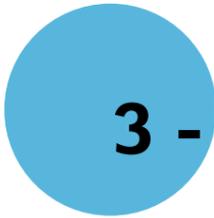
Fachvertiefung Dipl. Wundexpertin

Bertschinger Margrit, Poliklinik

SIB Schweizerisches Institut für Betriebsoekonomie Zürich

Diplomierte Qualitätsmanagerin

Liechti Mirjam, Anästhesie, «Erhöhung der Patientensicherheit mit dem Projekt *Team Timeout*»



3 - 4 - 5 - 41

Zusammenstellung: Elisabeth Haeny, Maria Flury

Publikationen, Artikel und Referate 2014 im Pflegedienst

3 - 4 - 5 - 41. Dies sind weder Nummern von LEP Variablen noch Laborwerte eines Patienten sondern die Kennzahlen der Öffentlichkeitsarbeit des Pflegedienstes des Kinderspital Zürich aus dem Jahr 2014: So wurden **3** Artikel in wissenschaftlichen Journals und **4** Artikel in Fachzeitschriften publiziert. An nationalen und internationalen Kongressen wurden **5** Poster präsentiert und **41** Referate gehalten.

Zusätzlich zu den auf den nächsten Seiten aufgeführten Artikeln und Referaten haben auch im 2014 Mitglieder des Pflegedienstes an höheren Fachschulen, Fachhochschulen, Universitäten und an Weiterbildungsinstitutionen eine Vielzahl von Vorlesungen, Workshops und Seminare abgehalten und so die Fachexpertise über die Mauern des Kinderspitals hinausgetragen.

Yvonne Kröger PE Praxis IPS B hat an der Jahrestagung der Schweizerischen Intensivmedizin SGI einen Preis für ihren Beitrag zu „Infant delirium after cardiac surgery“ gewonnen.

Herzlichen Glückwunsch!

Publikationen

Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften

Müller-Kägi Elsbeth, 5/2014, Albisetti M. & Koppitz A.L., «Adherence to treatment in adolescents with haemophilia: a qualitative study», The journal of haemophilia practice

Schlüer Anna-Barbara et al., 10/2014, «Response to letter to the editor of Murray, Quigley and Curley (2014)», Journal for Specialists in Pediatric Nursing

Stoffel Gaby et al., 6/2014, «Clinical course and interstage monitoring after the Norwood and hybrid procedures for hypoplastic left heart syndrome», Pediatric Cardiology

Publikationen in Fachzeitschriften

Flury Maria, 1/2014, Editorial, Onkologiepflege und «Advanced Nursing Practice Team und Pflegeberatung - ein Angebot des Universitäts-Kinderspital Zürich»

Flury Maria, 3/2014, «Das St. Jude Research Children's Hospital, Memphis», Onkologiepflege

Keller Marianne, Schönbächler Marcar Claudia, Sidler Cornelia, Huber Fabiola, 6/2014, «Einander verstehen», Krankenpflege

Gaby Stoffel, 3/2014, «Programm für Eltern: Gut geschult nach Hause», JuKiP

Referate

Cortés Veronica, 8/2014, «The burden of guilt – nursing interventions in daily care», ECPB Kongress, Shriners Hospital for Children, Boston

Degenhardt Johanna, Schlüer Anna-Barbara, 12/2014, «Strategies to decrease development of pressure ulcers in NICU und PICU», ISPeW, Rom

Flury Maria, 10/2014, «APN in der pädiatrischen Onkologiepflege», Jahrestagung der Deutschen, Oesterreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, Hamburg

Gisler Christa, 5/2014, «Hemofiltration CRRT in children», Minisymposium für Ärzte und Pflegende, Bern

Hafner Bettina, Mahrer Liv, 1/2014, «Brücken schlagen: Die verschiedenen Rollen der Pflege rund um die Familie», Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlungen (DAV), Arosa

Hafner Bettina, Schlüer Anna-Barbara, 12/2014, «The essential role of nurses in debriding wounds», ISPeW, Rom

Keller Marianne, 9/2014, «Transkulturelle Kompetenz im Kinderspital – was bedeutet transkulturelle Pflege im Spitalalltag?», Pflegefachtagung Pädiatrie, Luzern

Mahrer Liv, Strobel Daniela, 5/2014, «Gemeinsam Brücken schlagen: Die intraprofessionelle Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Pflege in der Nachsorge schwerbrandverletzter Kinder, Plastische Chirurgie des Universitäts-Kinderspital Zürich», Arbeitskreis – Das schwerbrandverletzte Kind, Erfurth

Müller-Kägi Elsbeth, 11/2014, «Transition from Paediatric to Adult Care», Mitarbeiterschulung einer Pharmazeutischen Firma, Zürich

Müller-Kägi Elsbeth, 12/2014, «Einführung in die Hä-mophilie», CH – Hämophilie-Nurse Treffen, Basel

Naji Sarah, 10/2014, «Care Giver im Care Team - und jetzt? Kreative Problemlösung», Kick off Referat als fachliche Beirätin Aufbau Care Team am USZ

Norden Jorge, 11/2014, «Pflegerische Schwerpunkte von Patienten mit einem hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS)», 4. Pflegefachtagung Nephrologie, Kinderspital Zürich

Pasternak Natascha, 11/2014, «HUS: Erfahrungen einer Mutter. Vortrag und Interview», 4. Pflegefachtagung Nephrologie, Kinderspital Zürich

Schlüer Anna-Barbara, 5/2014, «Challenges in pediatric wound care», EWMA, Madrid

Schlüer Anna-Barbara, 4/2014, «Pflege bewegt: Schweizer Pflegestudien im Rahmen der SRAN von 2007-2013», Inselspital Bern

Schlüer Anna-Barbara, 4/2014, 12/2014, «Allergie im pädiatrischen Alltag. Atopische Dermatitis Workshop», Stoos, Davos

Schlüer Anna-Barbara, 3/2014, «Pädiatrie Stomapflege Workshop», Aarau

Schlüer Anna-Barbara, 8/2014, «Pressure ulcer prevention in pediatric intensive care units», EPUAP, Stockholm

Schlüer Anna-Barbara, 10/2014, «Nationaler Workshop zu Dekubitusprävention in der Pädiatrie», Triemli, Zürich

Schlüer Anna-Barbara, 10/2014, «Umgang mit Daten im Rahmen der Versorgungsforschung: Erhebung; Sicherheit; Datenmanagement», Forschungskolloquium USZ

Schlüer Anna-Barbara, 11/2014, «Pressure ulcers in pediatric patients: a challenge», Netzwerk Pflegeexpertinnen, Brig

Schlüer Anna-Barbara, 11/2014, «Konzeptentwicklung und Evaluation im Kontext der wissenschaftlichen und klinischen Pflegepraxis anhand von Beispielen.», Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg

Schlüer Anna-Barbara, 12/2014, «Der Einsatz einer Pflegeexpertin APN in der Pflege Frühgeborener: Nutzen und Erkenntnisse. Neue Entwicklungen in der Behandlung und Pflege Frühgeborener», Akademie Städtisches Klinikum München GmbH, München

Schlüer Anna-Barbara, 12/2014, «The reliability and validity of using existing risk assessment tools», IS-PeW, Rom

Schlüer Anna-Barbara et al., 5/2014, «Versorgungsforschung: Themenbereiche und Methoden», Forschungskolloquium USZ

Schnarwyler Béatrice, 9/2014, «Ethical Issues in Organ Transplantation», European Society for Paediatric Nephrology (EWOPA) Kongress, Porto

Schnarwyler Béatrice, 11/2014, «Den Übergang vom Kinderspital ins Erwachsenenenspital bei nierentransplantierten Patienten gestalten», 9. Dreiländerkongress für nephrologische Pflege, Konstanz

Schönbächler Marcar Claudia, 9/2014, «Transkulturelle Pflegeanamnese» (Workshop), Pflegefachtagung Pädiatrie, Luzern

Seliner Brigitte, Boguth Katja, 5/2014, «Advanced Nurse Practitioner – Kontinenzberatung Konzept und praktische Umsetzung», 2. Dreiländerfachtagung Professionelle Kontinenzförderung, Heidelberg

Stoffel Gaby, 1/2014, «Herzinsuffizienzberatung in der Pädiatrie – Einblick Kinderkardiologie», Jahrestagung der IG-Herzinsuffizienz-Beraterinnen, Barmelweid

Stoffel Gaby, 3/2014, «Betreuung von Säuglingen und Kindern mit Herzfehlern zu Hause», Kinderspitex Ostschweiz

Stoffel Gaby, 6/2014, «Challenges for parent's caring for children with complex congenital heart disease at home», Jahrestagung, Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie

Stoffel Gaby, 9/2014, «Pflegerberatung in der Kinderkardiologie», Fortbildung für Pflegefachpersonen der Kardiologie USZ und Hearthouse

von Arx-Strässler Franziska, 03/2014, «Schmerzmanagement bei Kindern», Schweiz. Interessengemeinschaft Notfallpflege, Frühlingsfortbildung, Aarau

von Arx-Strässler Franziska, 10/2014, «Interprofessionalität – ärztliche und pflegerische Rollen», Universität Zürich

von Arx-Strässler Franziska, 10/2014, «Diplomiertes Pflegepersonal auf der Intensivstation», Jahrestagung Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)

von Arx-Strässler Franziska, 11/2014, «Schmerzmanagement bei Neugeborenen und Kindern», Pain Nurse Plus-Kurs. Zentrum für Kommunikation Information Bildung, Klinikum Nürnberg

Wehrli Anna, Schlüer Anna-Barbara, 12/2014, «Die Pflegeberatung für Früh- und Neugeborene mit einer gastrointestinalen Fehlbildung. Neue Erkenntnisse in der Behandlung und Pflege Frühgeborener», Akademie Städtisches Klinikum München GmbH, München

Poster

Cortés Veronica, 11/2014, «The burden of guilt - Schuldgefühle von Eltern thermisch verletzter Kinder», MAS in Action, zhaw Winterthur

Kröger Yvonne, 6/2014, «Infant Delirium After Cardiac Surgery – A Challenge For Nursing Staff», Jahrestagung Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie (SGK)

Kröger Yvonne, 11/2014, «Infant Delirium After Cardiac Surgery – A Case Report», Herbsttagung Schweiz. Gesellschaft für Intensivpflege (SGI)

Stoffel Gaby et al., 4/2014, «Preparation of an 8-year old child with a new generation of implanted ventricular assist device for discharge home», Euroheart Care 2014, Stavanger, Norway

Stoffel Gaby, 5/2014, «The impact of an interstage monitoring programme on parents of children with a hypoplastic left heart syndrome before and after bidirectional cavopulmonary anastomosis. Division of Paediatric Cardiology, University Children's Hospital Zurich, CH», Association for European Paediatric Cardiology (AEPC), Helsinki

von Arx-Strässler Franziska, 06/2014, «Grade-Skill-Mix auf der kardiologisch-kardiochirurgischen Intensivstation», Jahrestagung Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie (SGK)

Personelles Pflegedienst 2014

Text: Maria Flury

Wichtige personelle Veränderungen

Am 31. Juli 2014 verliess uns **Isabelle Feuz** nach 13 Jahren Tätigkeit im Kisp, davon fünf Jahre als Leiterin Pflege Neonatologie. Als Nachfolgerin konnte **Sabine Graf**, eine langjährige Mitarbeiterin im Pflegedienst, gewonnen werden, welche die Leitung der Station per 1. Juli 2014 übernommen hat.

Per Ende 2014 hat **Nicole Braun**, die die CMS während eineinhalb Jahren ad interim geleitet hat, die Leitung Pflege an **Sandra Peter** übergeben. Sandra Peter hat sich im 2014 in die Aufgaben der Leiterin Pflege eingearbeitet.

Isabelle Schelling übernahm am 1. März 2014, neben den Stationen PSB und Onkopoli, die Leitung Pflege der Abteilung für Stammzelltransplantation SZT von Alexandra Dzuiban (Mutterschaft). Die Funktion der Stv. Leitung Pflege haben **Bianca Schmid** PSB und **Alexandra Dzuiban** SZT inne.

Dienstjubiläen Pflegedienst 2014

Text: Maria Flury | Bild: Valérie Jaquet

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

Innen allen gebührt ein ganz grosser Dank für ihre Treue zum Kinderspital. Wir wünschen von Herzen weiterhin viel Freude und Befriedigung im Berufsalltag.

- 20 Jahre** **Simone Galasso** Dipl. Expertin Intensivpflege, Ips A/IMC | **Heidi Luginbühl** Dipl. Pflegefachfrau HF, Nephrologie | **Simona Giudici** Leiterin Pflege HF, Chirurgie D | **Judith Tobler** Dipl. Expertin Intensivpflege, Ips A/IMC | **Karin Barbara Willi** Dipl. Pflegefachfrau HF, Chirurgie E2 | **Beatrice Rae** Dipl. Pflegefachfrau HF, PS-B
- 25 Jahre** **Jeannette Racine Klügl** Dipl. Pflegefachfrau HF, Neonatologie | **Cornelia Burri** Dipl. Pflegefachfrau HF, Notfall | **Beatrice Ritz** Dipl. Expertin Anästhesiepflege, Aufwachstation | **Vreni Thamm** Dipl. Pflegefachfrau HF, Dialysestation | **Susanne Schellenberg** Dipl. Expertin Notfallpflege, Notfall
- 30 Jahre** **Elisabeth Beike Bichsel** Dipl. Pflegefachfrau HF, Neonatologie | **Susanne Riedo** Dipl. Pflegefachfrau HF, Onko-Poli | **Marlies Hohl** Dipl. Pflegefachfrau HF, Chirurgie D
- 35 Jahre** **Iris Zikos** Leiterin Pflege, Chirurgie E2 | **Ruth Faust** Dipl. Pflegefachfrau HF, Tagesklinik | **Monique Lischer** Leiterin Pflege, Poliklinik | **Beatrice Cicigoi** Dipl. Pflegefachfrau HF, PS-B

40 Jahre

Marie-Therese Fehr Pflegeberaterin, Kardiologie



40 Jahre Engagement für Kinderherzen

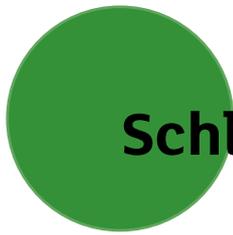
Standen beim Einstieg in dieses Fachgebiet vor allem die Anatomie, Physiologie und Hämodynamik - vermittelt durch begeisternde Lehrer - im Vordergrund, rückten im Lauf der Zeit immer mehr die Schicksale der betroffenen Kinder und deren Familien ins Zentrum.

Nach der Pflegeausbildung im Kinderspital, die im 1971 mit dem Diplom abgeschlossen wurde, arbeitete Marie-Therese Fehr die ersten drei Jahre auf der Neonatologie. 1974 erfolgte der Wechsel in die Kardiologie, dem Fachgebiet, dem Marie-Therese, ausgenommen einer 3-jährigen Familienpause, bis zum heutigen Tag treu blieb. Lange Jahre waren die kardiologische Poliklinik und das Herzkatheterlabor ihr Arbeitsfeld. Die Arbeit dort zeigte auch klar die Bedürfnisse der Familien nach einer psychosozialen Betreuung auf. Um diesen Bedürfnissen zu begegnen, übernahm Marie-Therese Fehr im 2004 die neugeschaffene Stelle als Pflegeberaterin Kardiologie.

Um den sich im Laufe der Jahre verändernden Anforderungen des Fachgebietes gewachsen zu sein, besuchte sie verschiedene fachspezifische interne und externe Weiterbildungen, eine Höfa 1 Pädiatrie und einen Kurs zu familienzentrierter Pflege im Lindenhofspital.

Die Autorinnen dieser Ausgabe

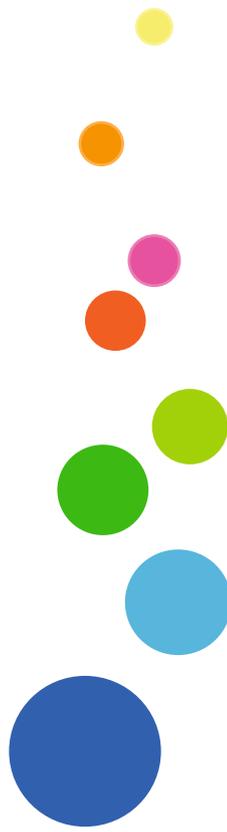
Gabi Boegli Leiterin Pflegedienst Medizin | **Maria Flury** Pflegeexpertin APN Onkologie | **Elisabeth Haeny** Sekretariat Pflegedirektion | **Yvonne Huber** Pflegedirektorin | **Françoise Jossi** Leiterin Pflege IMC | **Marianne Keller** Leiterin Fachstelle für interkulturelle Frangen | **Jutta Khilji** Leiterin Pflegedienst Chirurgie und Spezialgebiete | **Mirjam Liechti** Pflegefachfrau Anästhesie, Mitarbeiterin Qualitätsmanagement | **Christine Maguire** Leiterin Pflegedienst IPS, Notfall | **Laila Mantegazzi** Pflegeberaterin Kontinenz | **Sarah Naji** Co-Leiterin Pflege IPS A/IMC | **Elfriede Natterer** Verantwortliche Innerbetriebliche Weiterbildung | **Rita Rausch** Leiterin Bereich Bildung | **Anna-Barbara Schlüer** Leiterin Klinische Pflegewissenschaft | **Claudia Schönbacher Marcar** Lehrerin für Pflege in der Praxis | **Gaby Stoffel** Pflegeexpertin APN Kardiologie | **Andrea Ullmann** Leiterin Pflegeentwicklung | **Maria Völkin** Leiterin Pflege Notfall | **Franziska von Arx-Strässler** Leiterin Pflegedienst IPS, Neo, Kardiologie/Kardiouchirurgie



Schlusspunkt

Kleine und grosse Zahlen aus dem Pflegedienst 2014

Zusammenstellung: Maria Flury



1	Pflegedienst
2	Standorte
3	Bildungsgänge in der Pflegegrundausbildung
6.7	Jahre alt waren die gepflegten Patienten im Durchschnitt
11.7	% Fluktuation im Pflegedienst
27	% der Patienten waren jünger als ein Jahr
30	% der Pflegenden liessen sich gegen Grippe impfen
53	Geburten von Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes
99	Blutentnahmen im stationären Bereich pro Tag durchgeführt
121	Lernende und Studierende betreut
126	Pflegediagnosen für die Kispi Hitliste definiert
249	Schnuppertage durch die Berufsbildnerinnen durchgeführt
928	Mitarbeitende im Pflegedienst tätig
1'323	Einsätze durch die freiwilligen Mitarbeiterinnen der Aladdin-Elternentlastung
3'752	Tage Unbezahlter Urlaub bezogen
37'634	Patienten im Notfall triagiert
45'257	Mobilisationen in Affoltern durchgeführt
91'343	Schoppen von der Milchküche zubereitet
92'673	Infusionen gerichtet und angehängt
245'000	Franken für die Weiterbildung der Pflegenden aufgewendet
318'362	Pflegegespräche geführt
1'004'209	Überwachungen durchgeführt