

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)**

„Basales und mittleres Pflegemanagement“

07.11.2011 bis 04.10.2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Pflegevisite

Ein Instrument zur Evaluation von Prozessen

vorgelegt von: Giese Karin
LKH Villach
Medizinische Abteilung

begutachtet von: Kornelia Fiausch, MAS
LKH Villach
Pflegedienstleitung

August/2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Villach, 20.08.2012

Kurzzusammenfassung

Qualitätssicherung, Optimierung von Prozessen zum Erreichen einer effizienten und professionellen Pflege sind notwendig, um den Patienten die bestmögliche Betreuung zu bieten und eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten.

Es ist im Pflegeberuf ein Umdenken erforderlich, denn nicht immer wissen die Pflegenden was das Beste für den Patienten ist.

Heering hält fest, dass alle Wahrnehmungen, über die der Mensch seine Umwelt erfährt nur von diesem interpretiert werden können (Heering 1997, S. VIII). Das führt zum Schluss, dass der Patient aktiv an seinem Genesungsprozess beteiligt werden soll. Dies kann mit Hilfe der Pflegevisite in die Praxis umgesetzt werden.

Das Aufgabengebiet einer Stationsleitung umfasst aber nicht nur das Sicherstellen der Pflegequalität sondern auch die Organisation eines reibungslosen Tagesablaufes. Dazu gehören beispielsweise das Personalmanagement, die Optimierung von Organisationsabläufen und Sicherstellung von benötigten Arbeitsmaterialien sowie der wirtschaftliche Umgang damit.

Aus Sicht der Verfasserin sind Kontinuität, aber auch das Evaluieren der einzelnen Prozesse notwendig um eine optimale, patientenorientierte Pflege und Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen. Die Führungskraft benötigt Hilfsmittel um diese Aufgabe zu erfüllen. Die Pflegevisite ist ein Instrument, welches unterstützend verwendet werden kann.

Abkürzungsverzeichnis

ALEC	Anamnese- Leitlinien- Evaluationscheckliste
AOP	Assessment of Patients
JCI	Joint Commission International
KABEG	Krankenanstalten Betriebsgesellschaft
LA	Lebensaktivitäten
LEP	Leistungserfassung Pflege
LKH	Landeskrankenhaus
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
OSR	Oberschwester
PDL	Pflegedienstleitung
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung

Inhaltsverzeichnis

0	<i>Vorwort</i>	7
1	<i>Einleitung</i>	9
2	<i>Definitionen</i>	10
3	<i>Anwendungsmöglichkeiten der Pflegevisite</i>	12
	3.1 Vorstellung LKH Villach	12
	3.2 Medizinische Abteilung	14
	3.3 Medizinische Aufnahmestation	15
	3.4 Kurzzusammenfassung	16
4	<i>Der Pflegeprozess</i>	17
5	<i>Qualitätsmanagement</i>	19
	5.1 Qualitätssicherung	19
	5.2 Qualitätssicherungsmaßnahmen	19
	5.3 Zusammenfassung	21
6	<i>Pflegevisite</i>	22
	6.1 Einführung der Pflegevisite	23
	6.2 Arten der Pflegevisite	23
	6.2.1 Primäre Pflegevisite	23
	6.2.2 Sekundäre Pflegevisite	24
	6.2.3 Mikrovisite	24
	6.2.4 Makrovisite	24
	6.3 Ablauf der Pflegevisite	24
	6.3.1 Vorbereitung/Vorbesprechung	26
	6.3.2 Visite am Bett	26
	6.3.3 Nachbereitung	28
	6.4 Vor- und Nachteile	29
	6.5 Ziele der Pflegevisite	30
	6.6 Kurzzusammenfassung	32
7	<i>Praxis</i>	33
	7.1 Entwicklung einer neuen Checkliste	33
	7.2 Aktionsplan zur Implementierung der ALEC	35
	7.3 Durchführung der Pflegevisite mit der ALEC	36
8	<i>Resümee</i>	39
9	<i>Literaturverzeichnis</i>	40
10	<i>Anhang</i>	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegeprozess	17
---	-----------

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Patientenkennzahlen	16
---	-----------

0 VORWORT

„Pflege so, wie Du gepflegt werden möchtest“, ist ein Satz der längst der Vergangenheit angehört. Heute sollte der Grundsatz gelten: „Pflege so, wie es der Patient möchte“ (vgl. Heering 2006, S. 18).

Die Pflege befindet sich im Wandel der Zeit, denn nicht mehr die medizinisch gestellte Diagnose, sondern der Patient rückt durch dieses „Umdenken“ in den Mittelpunkt aller pflegerischen Bemühungen. Im Landeskrankenhaus (LKH) Villach ist der Grundsatz von Heering durch das patientenorientierte Qualitätsmanagement bereits ein fester Bestandteil des Arbeitsalltags. Nicht umsonst gilt hier die Devise, die von den Mitarbeitern tagtäglich gelebt wird: „Ihr Wohlbefinden ist uns Herzenssache“ (URL: www.lkh-vil.or.at).

Regelmäßige Prozessevaluierungen sind notwendig, um die Qualität der Patientenbetreuung zu erhalten bzw. an einer kontinuierlichen Verbesserung zu arbeiten. Diese Anforderungen stellen einen wesentlichen Teil des Tätigkeitsbereiches einer Stationsleitung dar, um eine qualitativ hochwertige Überprüfung der Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflege zu gewährleisten.

Im LKH Villach, in welchem ich seit 2010 als Stationsleitung an der Medizinischen Aufnahmestation arbeite, wurde im Jahr 2011 die Pflegevisite als Evaluationsinstrument hausweit eingeführt. Diese Erhebung von aktuellen Informationen über die Pflege eines Patienten kann als Planungs- und Bewertungsinstrument im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt werden. Es unterstützt die Führungskraft in vielen Belangen bei der Überprüfung einer professionellen Pflege. Die Pflegevisite ist ein Teil des Qualitätsmanagements, wobei unter anderem auch die Patientenzufriedenheit ermittelt werden kann. Durch die Qualitätsauswertung des Pflegeprozesses werden der Wissensstand und die praktische Umsetzung durch die Mitarbeiter evaluiert. Informationen über das aktuelle Befinden und über die Entwicklung des Patienten werden dadurch ermittelt. Die Dokumentation, ob das gewonnene Bild vom Patienten mit der Planung und Darstellung übereinstimmt, wird überprüft. Bei eventuellen Veränderungen wird eine erforderliche Anpassung durchgeführt.

In dieser Abschlussarbeit wird das Instrument der Pflegevisite erläutert und es soll festgestellt werden, ob weitere Prozesse im Arbeitsalltag evaluiert werden können.

Bedanken möchte ich mich bei Frau Pflegedienstleitung Kornelia Fiausch, MAS für ihre Zeit, Geduld, Ehrlichkeit, Anregungen und wertvollen Ideen, die mir halfen, meine Abschlussarbeit zu schreiben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die Verwendung von geschlechtsspezifischen Bezeichnungen, z.B. „Patient/Patientin“ verzichtet. Die Bezeichnung „Patient“ gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

1 EINLEITUNG

Die Herausforderung einer Stationsleitung ist es, alle an sie gerichteten Aufgaben zu erfüllen. Im LKH Villach sind die Aufgaben in der Arbeitsplatzbeschreibung festgehalten. Beispielsweise Pflege-, Mitarbeiter-, Organisations-, Qualitäts-, Wirtschafts- und Kostenmanagement (vgl. Arbeitsplatzbeschreibung Stationsleitung, S. 2f).

Die Pflegevisite ist ein Hilfsinstrument, mit welchem die Führungskraft viele der an sie gerichteten Anforderungen besser bewältigen kann (Anm. des Verfassers).

Das Krankenhaus ist ein Dienstleistungsbetrieb und der Patient ist dessen Kunde. Kundenzufriedenheit ist ein wichtiger Faktor in der gesamten Patientenbetreuung. Während der Pflegevisite wird dem Patienten Raum gegeben seine Wünsche, Ängste und Bedürfnisse zu äußern. Es ist wichtig, gemeinsam mit dem Patienten am Genesungsprozess zu arbeiten, denn jeder Mensch ist Experte für seine eigene Gesundheit (vgl. Heering 2006, S. 54).

Die Mitarbeiter erhalten durch die Pflegevisite die Möglichkeit ihr fachliches Wissen und Können einzubringen. In diesem Rahmen kann die Führungskraft Wertschätzung und Anerkennung aussprechen, die die Motivation des Mitarbeiters steigert und Zufriedenheit am Arbeitsplatz herstellt bzw. erhält. Sie kann aber auch mangelndes oder fehlendes Wissen wahrnehmen und der daraus folgende Schulungsbedarf wird im Fortbildungsangebot berücksichtigt (Anm. des Verfassers).

Evaluationen sind ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements, um die Qualität kontinuierlich zu gewährleisten und bei Bedarf optimieren zu können. Mit schriftlichen Auswertungen, die nachvollziehbar die Vorteile von Prozessveränderungen aufzeigen, können Vorgesetzte überzeugt werden. Mitarbeiter werden für neue Ideen gewonnen, indem sie aktiv am Evaluierungsprozess teilhaben und eigene Vorschläge einbringen können (Anm. des Verfassers).

Somit stellt sich die Frage, welches Instrument für die Evaluationen geeignet ist.

Können Prozesse im Arbeitsalltag durch die Pflegevisite evaluiert werden?

In dieser Abschlussarbeit wird das Instrument Pflegevisite erläutert und eine Antwort auf die Forschungsfrage entwickelt.

2 DEFINITIONEN

Zu Beginn werden folgende Begriffe erläutert:

Prozess

„Der Begriff Prozess kommt aus dem Lateinischen und bezeichnet einen Verlauf, Ablauf, Hergang oder eine Entwicklung“ (Duden 2010, S. 861).

Pflegeprozess

„Der Pflegeprozess ist ein systematischer Zugang zur ganzheitlichen Pflege jedes einzelnen Patienten. Er hat zum Ziel, dem Bedarf des Patienten nach pflegerischer Betreuung (= Pflegebedarf) zu entsprechen“ (Heering 2006, S. 27).

Evaluation

„Evaluation bedeutet Bewertung, Bestimmung und Beurteilung“ (Duden 2010 S. 315).

Pflegevisite

„Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit dem Klienten über seinen Pflegeprozess“ (Heering et al. 1997, S. 52).

Pflegequalität

Fast alle Definitionen von Pflegequalität finden ihren Ursprung im Aufsatz von Avedis Donabedian aus dem Jahr 1966. Er nannte 3 Aspekte, die helfen sollen, die Qualität in der Pflege besser beurteilen zu können.

- ❖ Strukturqualität: Sie beinhaltet alle Voraussetzungen um die Pflegeleistung erbringen zu können (z.B. personelle, räumliche und technische Ausstattung, Qualifikation der Beschäftigten sowie deren Fort- und Weiterbildung, Kooperation einzelner Berufsgruppen und die Koordination der Arbeitsabläufe).
- ❖ Prozessqualität: Diese bezieht sich auf alle Elemente im Bereich der direkten Pflege. Es werden alle Schritte des Pflegeprozesses beurteilt. Dazu gehören die Erstellung individueller Pflegepläne, die die Bedürfnisse und Probleme der Patienten berücksichtigen, sowie die Entwicklung standardisierter Pflegepläne.

- ❖ Ergebnisqualität: Sie konzentriert sich auf den Erfolg der Pflege und beinhaltet den Gesundheits- und Zufriedenheitszustand der Pflegeempfänger sowie der an der Pflege beteiligten Berufsgruppe (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 15).

Qualität

In der Literatur gibt es verschiedenste Definitionen des Begriffes Qualität.

Übersetzt aus dem Lateinischen „qualitas“ wird das Wort mit Beschaffenheit, Verhältnis und Eigenschaft beschrieben (vgl. Kußmal 2011, S. 14).

Pflegerische Qualitätssicherung

Hier werden Prozesse beschrieben, in denen die Pflegeinterventionen, Pflegeergebnisse und die Versorgungsabläufe (Arbeitsablauforganisation) an vordefinierten Qualitätsmerkmalen gemessen und laufend überprüft werden (vgl. Leonie-Scheiber 2004, S. 173).

Pflegeleitbild

Ein Pflegeleitbild enthält Normen, Werte und Aufgaben des Unternehmens, Unternehmensgrundsätze, Visionen und Ziele. Ein Leitbild muss in den Köpfen und Herzen der Mitarbeiter so verankert sein, dass sie die Werte und Normen auch in der täglichen Praxis leben (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 152).

3 ANWENDUNGSMÖGLICHKEITEN DER PFLEGEVISITE

Die Pflegevisite kann im intramuralen wie extramuralen Bereich (z.B. Pflegeheim, Hauskrankenpflege) angewandt werden. In dieser Abschlussarbeit wird der Einsatz der Pflegevisite im LKH Villach erläutert.

3.1 Vorstellung LKH Villach

Das LKH Villach ist eines der fünf Krankenhäuser der Krankenanstalten Betriebsgesellschaft (KABEG) und besteht aus 11 Abteilungen und 4 Instituten (das Zentralröntgen, die Pathologie, das Zentrallabor und die Apotheke).

Das LKH Villach ist ein allgemein öffentliches Krankenhaus und verfügt über 758 systemisierte Betten. Zusätzlich werden 36 Betten als Krankenanstalt für chronisch Kranke betrieben (URL: www.lkh-vil.or.at).

Im Dezember 2003 wurde das LKH Villach als erstes allgemeines Krankenhaus in Österreich von der Joint Commission International (JCI) akkreditiert und entspricht somit höchsten internationalen Ansprüchen der Qualitätssicherung und Patientenorientierung. Re-Akkreditierungen fanden 2007 und 2010 erfolgreich statt. Die nächste Re-Akkreditierung der JCI ist voraussichtlich für Anfang 2013 geplant.

Als Basis gibt es derzeit die 4. Auflage der JCI Standards aus dem Jahr 2011. Diese dienen weltweit als Grundlage für die Akkreditierungen von Gesundheitseinrichtungen. Die 4. Auflage der Qualitätsstandards spiegelt die weltweit beobachtbaren Veränderungen im Gesundheitssektor wider. Diese sind z.B.: der Einsatz neuer Technologien, eine gesteigerte Mobilität von Patienten, um medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen oder auch die gesteigerte Mobilität der Mitarbeiter, um bessere berufliche Möglichkeiten wahrzunehmen.

Um festzustellen, ob die Vorgaben eingehalten werden, gibt es zu jedem Standard „messbare Elemente“. Diese bieten einen klaren Überblick über die Anforderungen eines Standards. Es gibt patientenorientierte und organisationsorientierte Managementstandards und Patientensicherheitsziele (URL: www.lkh-vil.or.at).

Im LKH Villach wird seit 2003 die Pflegedokumentation elektronisch durchgeführt. Im gleichen Jahr wurde das Pflegesystem Bezugspflege eingeführt. Das bedeutet, dass jeder Patient bei der Aufnahme eine Pflegefachkraft zugeteilt bekommt. Im optimalen Fall führt diese die Pflegeanamnese mit dem Patienten durch. Im Anschluss kann die notwendige Planung der Pflegemaßnahmen, anhand des persönlichen Pflegebedarfs des Patienten stattfinden. Dabei ist es wichtig die Eigenständigkeit und Eigenverantwortung des Patienten zu stärken und zu erhalten. Auch die Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen wird von der Bezugspflegefachkraft überprüft und wenn notwendig weitere Behandlungsziele mit dem Patienten besprochen. Der Patient wird aber auch informiert, dass das gesamte Pfltegeteam ihn während seines Aufenthaltes betreut (URL: www.lkh-vil.or.at).

Weiters wurde die Leistungserfassung Pflege (LEP) implementiert. Das System der LEP kommt aus der Schweiz. Ziel des Konzeptes ist es, die Pflegehandlungen sichtbar zu machen und das Personal zu berechnen. Die LEP lässt Rückschlüsse und Quervergleiche über die effektiv erbrachte Pflege und den Personalaufwand zu. Mit der daraus entstehenden Statistik können die Pflegefachkräfte bzw. die Führungsebene argumentieren (vgl. Heering 2006, S. 78).

Das Konzept LEP macht die Pflegehandlungen evident, quantifiziert sie und schafft Transparenz. So liefert dieses Konzept wesentliche Führungsinformationen.

Ziele der Methode der LEP sind:

- den Pflegeaufwand und Pflegeinhalt aufzuzeigen und zu dokumentieren
- mit geringem Aufwand eine verständliche, glaubhafte Datenbasis für die Planung und Steuerung zu erhalten (z.B. Entscheidungsgerechte Kennzahlen erhalten, Organisations- und Strukturinformation besitzen, Grundlagen für das Controlling, zur Personalbedarfsberechnung, zur Leistungsberechnung und für die Pflegeforschung erhalten)
- Entwicklungen und Trends aufzeigen (vgl. LEP Nursing 3).

Als Basis für Qualitätsmanagement bzw. Qualitätssicherung, welche im LKH Villach von großer Bedeutung sind, dient das „Villacher Modell“.

Das „Villacher Modell des patientenorientierten Qualitätsmanagements“ ist eine strukturierte Sammlung von Zielvorstellungen, Strategien und Umsetzungsinstrumenten um das Unternehmen Krankenhaus Villach an die wandelnden Umweltbedingungen anpassen zu können. Der Inhalt des „Villacher Modells“ richtet sich an die Mitarbeiter und stellt eine Art Leitbild dar. Dieses konzentriert sich auf die strategische Ablauforganisation und bedeutet, dass der Patient und dessen Angehörige im Mittelpunkt aller Bemühungen des Krankenhausalltags stehen. Es wurden acht Schwerpunktstrategien entwickelt:

1. Patientenorientierung
2. Beste medizinische Versorgung
3. Umwelt, Ambiente – Ausstattung/Krankenhausstadt
4. Qualitätsmanagement
5. Risk-Management
6. Eigenverantwortung – Dezentralisierung
7. Personal- und Teamentwicklung
8. Kommunikationsnetzwerke

(URL: www.lkh-vil.or.at).

Das Qualitätsmanagement am LKH Villach besteht aus mehreren Ebenen. Einerseits aus dem Qualitätssicherungs-Kernteam (Mitglieder kommen aus der Verwaltung, Pflege und Medizin), der Qualitätssicherungs-Kommission (Mitglieder aus Medizin, Pflege, Psychotherapie, medizinisch-technischem Dienst, Psychologie und Verwaltung) und aus der Gruppe der Qualitätssicherungs-Abteilungsverantwortlichen (Vertreter aus jedem Bereich der primären Patientenversorgung).

Gemeinsam arbeiten sie an Projekten und stehen für Fragen zum Thema Qualitätssicherung zur Verfügung (URL: www.lkh-vil.or.at).

3.2 Medizinische Abteilung

Die Medizinische Abteilung besteht aus sechs Stationen inklusive Intensivstation und Dialyse. Die Belegstationen verfügen über 166 systemisierte Betten, davon befinden sich zehn Betten auf der Intensivstation. Ein Kontingent von 20 Behandlungsplätzen steht der Dialyse zur Verfügung. Den bettenführenden Stationen ist jeweils ein krankheitsspezifischer Schwerpunkt zugeteilt.

Die Station AB betreut vorwiegend Patienten mit kardiologischen Erkrankungen. Patienten mit Stoffwechselerkrankungen, gastroenterologischen Erkrankungen und pulmologischen Krankheitsbildern werden auf der Station CK behandelt. Auf der Station EF werden Patienten mit hämatoonkologischen Erkrankungen therapiert und gepflegt. Die Sonderklasse Patienten werden auf der Station AB und Station EF sowie auf der neuen interdisziplinären Klassestation im 4. Stock der Gynäkologischen Abteilung medizinisch behandelt und pflegerisch betreut. Auf die Medizinische Aufnahmestation wird in Kapitel 3.3 eingegangen.

Die Medizinische Abteilung bietet darüber hinaus eine Vielzahl von Untersuchungen, Therapien und ambulante Betreuung von Patienten mit verschiedensten internistischen Krankheitsbildern an. Es gibt z. B. die Nieren-, Gastroenterologische- Diabetes- und Onkologische Ambulanz, Medizinische Diagnostik, Herzkathederlabor, Pulmologische Diagnostik und Schlaflabor sowie die neue Rheumaambulanz (vgl. Jahresbericht Medizinische Abteilung Landeskrankenhaus Villach 2010, S. 6ff).

3.3 Medizinische Aufnahmestation

Die medizinische Aufnahmestation besteht aus zwei Bereichen, dem Aufnahmebereich und der Bettenstation. Der Aufnahmebereich besteht aus drei Untersuchungs- und einem Therapiezimmer, einem Warteraum sowie einer Anmeldung. In der Anmeldung werden die Patienten empfangen und ihre Daten von einem Sekretär (Montag bis Freitag von 7 Uhr bis 17 Uhr) aufgenommen. In der verbleibenden Zeit werden die Patientendaten von einer Pflegeperson erfasst. Jeder Rettungszugang und Patienten mit akuten Beschwerden werden sofort einer Pflegeperson vorgestellt.

Der Notarzt kündigt sich immer vor dem Eintreffen telefonisch an und erläutert den Zustand des Patienten. Damit kann sich die Pflegeperson auf die Situation vorbereiten und den zuständigen Arzt informieren.

Der stationäre Bereich umfasst vier Patientenzimmer mit jeweils drei Betten. Es werden hier Patienten behandelt, die nur eines kurzen stationären Aufenthalts bedürfen und Patienten, die noch nicht intensivpflichtig sind, aber eine erhöhte Aufmerksamkeit benötigen. Alle anderen Patienten werden nach Kapazität gezielt abteilungsintern verlegt.

In der folgenden Tabelle werden die Patientenzahlen der medizinischen Aufnahmestation aus dem Jahr 2011 dargestellt. Die Zahlen stammen von der Abteilung für elektronische Datenverarbeitung des LKH Villach.

Patientenzahlen der Medizinischen Aufnahmestation 2011	
Stationär aufgenommene Patienten	6.591
ambulant behandelte Patienten	5.837
stationär behandelte Patienten	1.535
durchschnittliche Nachtdienstzugänge	8,9 Patienten/Nachtdienst
durchschnittliche Verweildauer	1,72 Tage

Tabelle 1: Patientenzahlen

3.4 Kurzzusammenfassung

Durch die kurze Aufenthaltsdauer (wie in Tabelle 1. Patientenzahlen ersichtlich), die hohe Fluktuation und die akuten Beschwerden der Patienten auf der Medizinischen Aufnahmestation ist es eine besondere Herausforderung, Pflegequalität in der kurzen Verweildauer analog der Bedürfnisse der Patienten anzubieten.

4 DER PFLEGEPROZESS

Der Pflegeprozess besteht aus der Informationssammlung (Pflegeanamnese) und der Feststellung von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten. Weiters kommt es zur Erstellung der Pflegediagnose mit Benennung des Pflegezieles und zur Planung der benötigten Pflegemaßnahmen (Pflegeplanung) sowie zur Durchführung der geplanten Maßnahme. Ein weiteres Element des Pflegeprozesses ist die Beurteilung von Veränderungen und eventuell das Festlegen neuer Ziele bzw. veränderter Pflegemaßnahmen (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 15).

Die folgende Abbildung stellt den Regelkreis des Pflegeprozesses dar.



Abbildung 1: Pflegeprozess

Quelle: www.google.at

Bei der Erstellung der Pflegediagnosen können Klassifikationssysteme zu Hilfe genommen werden. Im LKH Villach finden die Pflegediagnosen nach der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Verwendung.

Nach NANDA stellt die Pflegediagnose eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Sie bilden die Grundlage für die Auswahl von pflegerischen Interventionen, um die aufgestellten Pflegeziele und erwünschten Ergebnisse zu erreichen (vgl. Pflege Heute 2001, S. 39).

Vorteile von Klassifikationssystem der Pflegediagnosen sind z.B. die einheitliche Pflegesprache (verbesserte Kommunikation zwischen den Pflegenden selbst und mit anderen Berufsgruppen), die Vergleichbarkeit von Daten, der bessere Leistungsnachweis und ein verbessertes Umfeld der Pflegeforschung (vgl. Pflege Heute 2001, S. 41).

Der Pflegeprozess ist eine Hilfestellung zur Strukturierung von Handlungsabläufen in der Pflege. Es handelt sich nicht um ein punktuell Vorgehen, sondern um ein stetiges Fortschreiten, einen Verlauf über einen längeren Zeitraum. Die Handlungen werden laufend überprüft und bei Notwendigkeit angepasst (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 9).

Pflege ist ein kontinuierlicher Prozess in dem die beteiligten Personen immer wieder neue Lösungen für neue Situationen suchen. Der Pflegeprozess ist die Voraussetzung, damit die Pflegevisite erfolgreich eingesetzt werden kann (vgl. Hellmann/Rösslein 2012, S. 19).

5 QUALITÄTSMANAGEMENT

„Ein Qualitätsmanagement (QM) besteht aus aufeinander abgestimmten Tätigkeiten, die dem Erhalt der festgelegten Qualität dienen. Interne und auch externe Qualitätssicherung (QS) ist ein Teil des QM. Die Maßnahmen der QS sind ein Teil des QM und sollen den externen Kunden überzeugen, dass die festgelegten Qualitätsanforderungen und das Qualitätsniveau auch dauerhaft erfüllt werden“ (Weigert 2010, S. 15).

5.1 Qualitätssicherung

QS umfasst alle Maßnahmen zur Erzielung der geforderten Qualität, um die bereits vorhandene zu erhalten oder verbessern (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 9).

Je nach dem, welche Personengruppe oder Institutionen die Maßnahmen zur QS durchführen, wird im QM folgendes nach Weigert 2010 unterschieden:

- ❖ Zentrale QS durch eine Person und/oder eine speziell dafür geschaffene Abteilung eines Trägers, wobei die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung aktiv mit eingebunden werden.
- ❖ Externe QS durch nicht der Pflegeorganisation zugehörige Berufsgruppen (z. B. externe Beratungsunternehmen)
- ❖ Interne QS durch die leitenden Mitarbeiter einer Einrichtung (z. B. Pflegedienstleitung)

Die internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen dienen der Verbesserung der Pflege und Versorgung der Klienten und sind Bestandteil des QM (vgl. Weigert 2010, S. 15).

5.2 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Alle internen und externen QS bewirken eine positive Qualitätsentwicklung, sie müssen aber konsequent und nachhaltig umgesetzt werden.

Wichtig ist es, die Ergebnisse auszuwerten und im Team zu reflektieren. Durch die QS verändert sich somit auch die gesamte Kultur einer Einrichtung, da Betroffene zu Beteiligten gemacht werden (vgl. Weigert 2010, S. 15).

Bei der intern gesteuerten QS geht es in erster Linie nicht um die Optimierung von Prozessen und der Leistungsqualität, sondern um das festgelegte Qualitätsniveau im Rahmen der Leistungserbringung sicherzustellen und die Einhaltung zu gewährleisten. Es gibt verschiedenste Maßnahmen zur internen QS in der Pflege:

- ❖ Qualitätszirkel
- ❖ Fallbesprechungen
- ❖ Weiterentwicklung von Standards
- ❖ Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen
- ❖ Zufriedenheitsbefragung von Patienten
- ❖ Einsatz von QM - Beauftragten
- ❖ Weiterentwicklung eines QM - Handbuch
- ❖ Pflegevisiten

(vgl. Weigert 2010, S. 64)

Die Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen einer Einrichtung bildet die interne QS. Mittels Evaluierungen des einrichtungsinternen, festgelegten Qualitätsniveaus, durch den Qualitätsbeauftragten, können positive oder negative Entwicklungen festgestellt werden. Diese führen zu entsprechenden Reaktionen. Die QS kann durch interne Audits oder in der Pflege durch die Pflegevisite erfolgen (vgl. Kußmal 2011, S. 18).

Bei der externen QS erfolgt die Festlegung der Qualitätskriterien durch nicht der Pflegeorganisation angehörenden Berufsgruppen. Um anerkannte Zertifikate oder ein Qualitätssiegel zu erhalten, kann sich die Einrichtung einer freiwilligen externen Qualitätskontrolle unterziehen (vgl. Weigert 2010, S. 62f).

5.3 Zusammenfassung

Die Mitarbeiter sind in das QM-System aktiv mit einzubeziehen, damit sich ein Qualitätsbewusstsein und ein Selbstverständnis der Qualität entwickeln können.

Sie sollen sich mit den Gründen für das QM und mit den Maßnahmen der internen QS innerhalb des Teams identifizieren und bereit sein, diese konsequent umzusetzen.

Sowohl QM als auch QS ist ein Prozess in kleinen Schritten. Die Mitarbeiter sind das wichtigste Bindeglied zwischen Leitung, Patienten und Angehörigen. QM und QS setzen Teamfähigkeit (Kommunikations-, Kooperations-, Kritikfähigkeit) voraus. Ein erfolgreiches Team kennt seine Ziele und konzentriert sich darauf, die festgelegten Ziele, durch gegenseitiges Helfen und Hand in Hand arbeiten, zu erreichen (vgl. Weigert 2010, S. 46).

Um das festgelegte Qualitätsniveau zu halten und wirksam geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen zu implementieren, ist es unerlässlich, seine Kernprozesse, Aufgaben und Verfahren zu kennen. Dafür ist es notwendig, dass die Pflegeeinrichtung vorab klärt, wer für die Wahrnehmung des QM sowie für die interne und externe QS zuständig ist (vgl. Weigert 2010, S. 62).

Qualität muss immer wieder im Prozess überprüft und bei Bedarf angepasst bzw. verbessert werden, denn sie lässt sich nicht für alle Zeiten manifestieren. Die QS stellt aus diesem Grund ein zentrales Aufgabengebiet für Einrichtungen dar (vgl. Kussmaul 2011, S. 19).

Mit der Pflegevisite als Instrument interner QS werden systematisch und patientenbezogen die erbrachten Pflegeleistungen evaluiert, d. h. der Pflegeprozess hinsichtlich seiner Umsetzung überprüft (vgl. Heering 2006, S. 59f).

6 PFLEGEVISITE

Der Pflegeberuf befindet sich fortlaufend in einem Wandel. In der Praxis sind vermehrt Bemühungen feststellbar, das klientenorientierte Pflegeverständnis umzusetzen. Viel Wert wird darauf gelegt, dass der Kranke, von fachkompetentem Pflegepersonal als mündiger Mensch wahr- und ernstgenommen wird.

Die Pflegevisite ist eine geeignete Methode, um diese Bemühungen in Richtung Professionalität auch konkret in der Praxis umsetzen und anwenden zu können (vgl. Heering et al. 1997, S. 113).

Die Pflegevisite ist die effektivste Methode um Pflegequalitätssicherung aktiv zu betreiben. Durch die Durchführung dieser wird nicht nur den fachlichen sondern auch den gesetzlichen Richtlinien in höchstem Maße entsprochen (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 31).

Festgehalten ist die gesetzliche Vorgabe der Pflegedokumentation im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich § 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2010, S. 88).

In § 26 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sind die Führungsaufgaben einer Leitung gesetzlich genau beschrieben. Zum Beispiel:

- Die Überwachung, Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation
- Die Organisation von Sachmittel und Überwachung deren Einsatzes
- Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

(vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2010, S. 138)

Die gesetzlichen und Pflegequalitätssicherungsanforderungen können mit der Pflegevisite erfüllt werden. Infolgedessen ist die Pflegevisite ein Instrument, um eine der Hauptaufgaben von Führungskräften zu unterstützen (Anm. des Verfassers).

6.1 Einführung der Pflegevisite

Um die Pflegevisite in einer Einrichtung einzuführen, ist es unabdingbar eine bzw. mehrere themenzentrierte Fortbildungen dem Team anzubieten, damit alle Mitarbeiter den gleichen Wissensstand haben. Mangelnde Information der Pflegefachkräfte führt zu Unsicherheit und Ablehnung (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 177).

Vor Implementierung der Pflegevisite sollte die Einrichtung festlegen, in welchen Bereichen diese zum Einsatz kommt.

In der Literatur wird die Pflegevisite als ein vielseitiges Instrument dargestellt.

Heering beschreibt die Pflegevisite im stationären Bereich:

- Pflegevisite als Übergabe am Bett mit Patient
- Pflegevisite als Führungsinstrument
- Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument
- Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der Patienten

(vgl. Heering 2006, S. 47ff).

6.2 Arten der Pflegevisite

Im extramuralen Bereich werden zwei Arten von Pflegevisite (je nach durchführender Person) unterschieden: die supervidierende Pflegevisite (wird von einer leitenden Pflegefachkraft mit der zuständigen Pflegekraft durchgeführt) oder die kollegiale Pflegevisite (diese wird von einer hierarchisch gleichgestellten Pflegenden durchgeführt, z.B. auf einer Nachbarstation) (vgl. Heering 2006, S. 59).

6.2.1 Primäre Pflegevisite

Der Fokus ist ausschließlich auf die unmittelbaren Belange des Pflegeempfängers ausgerichtet. Die Häufigkeit der Durchführung ist höher als bei der sekundären Pflegevisite und die Teilnahme einer Führungskraft ist nicht erforderlich (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 75).

6.2.2 Sekundäre Pflegevisite

Sie wird als Kontrolle der primären Pflegevisite und deren Rahmenbedingungen gesehen. Die Teilnahme von Führungskräften ist erforderlich. Die sekundäre Pflegevisite dient der stichprobenartigen Qualitätsüberprüfung und zur fachlichen Unterstützung der primären Pflegevisite (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 75, S. 100).

6.2.3 Mikrovisite

Bei der Mikrovisite wird nur ein Teilbereich der Pflegedokumentation überprüft (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 8).

6.2.4 Makrovisite

Die Makrovisite umfasst den gesamten Pflegeprozess und den Bereich „Umgebung des Patienten“ und „Personal“ (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 8).

6.3 Ablauf der Pflegevisite

Zur Durchführung der Pflegevisite gibt es keine einheitlichen Standards. Die Dauer, Anzahl der Teilnehmer und der Ablauf können und müssen individuell auf die Wünsche und Bedürfnisse der jeweiligen Abteilung abgestimmt werden (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 178).

Der Patient, der für die Pflegevisite ausgewählt wird, wird bei Gültekin/Liebchen als Pflegeempfänger bezeichnet. Die Kriterien der Auswahl des zu visitierenden Pflegeempfängers muss vorab vom Stationsteam allgemein gültig festgelegt werden (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 77).

Versteht der Pflegeempfänger die deutsche Sprache nicht oder nur wenig, kann zur Pflegevisite ein Familienangehöriger oder ein Übersetzer, wie bei der Anamnese mit dem Patienten vereinbart, hinzugezogen werden (Anm. des Verfassers).

Für die Durchführung der Pflegevisite müssen zuerst einige Rahmenbedingungen abgeklärt werden (vgl. Heering 2006, S. 60).

Dazu gehören räumliche Rahmenbedingungen, damit ein ungestörtes Gespräch mit dem Patienten stattfinden kann. Wenn möglich, soll bei Mehrbettzimmern der Mitpatient gebeten werden, das Zimmer während der Pflegevisite zu verlassen (vgl. Heering S. 60).

Wenn es der Gesundheitszustand des Patienten erlaubt, kann die Pflegevisite auch in einem anderen Raum (z. B.: einem Besprechungsraum) stattfinden.

Dadurch wird die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes gewahrt und private Mitteilungen des Patienten können vertraulich behandelt werden (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 181).

Um die zeitlichen Rahmenbedingungen, damit ist die Dauer des gesamten Pflegevisitenprozesses (Vorbereitung, Durchführung und Nachbesprechung) gemeint, einzuhalten, ist es wichtig, diesen Zeitaufwand (Erfahrungswerte liegen bei ein bis eineinhalb Stunden) bei der Einsatzplanung der Mitarbeiter zu berücksichtigen (vgl. Heering 2006, S. 60).

Die personellen Rahmenbedingungen sind abhängig von der Form der Pflegevisite. An der Pflegevisite ist mindestens der zuständige Pflegende (Bezugs-/Bereichspflegekraft) und die visitierende Pflegende (Leitung) beteiligt. Es könnten noch zusätzliche Pflegekräfte, Mitarbeiter von anderen Berufsgruppen oder auch Angehörige beteiligt sein. Allerdings sollten an der Pflegevisite nicht mehr als vier Personen teilnehmen. Der Zeit-/Mitarbeiteraufwand muss vorher eingeplant werden (vgl. Heering 2006, S. 60).

Die Pflegevisite wird mittels einer Checkliste durchgeführt. Diese kann sich die Pflegefachkraft selbst erarbeiten, damit sie auf die Bedürfnisse des Krankenhauses bzw. der Abteilung zugeschnitten ist oder ein fertiges Formular verwenden (Anm. des Verfassers).

Im LKH Villach kommt die Pflegevisitecheckliste des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) zur Anwendung und diese wurde um einige relevante Punkte, die für das LKH Villach wichtig sind, ergänzt.

Es gibt Checklisten für die Pflegevisite von Firmen oder auch selbstgestaltete Checklisten von Einrichtungen, die speziell für die verschiedensten Arten der Pflegevisite zugeschnitten wurden.

Zum Beispiel: - Checkliste Pflegevisite „Ambulant“

- Checkliste Pflegevisite „Stationär“

- Checkliste Makrovisite „Stationär“

- Checkliste Umgebungsvisite für den stationären Bereich

- Checkliste Pflegevisite in Kurzform

(vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S18).

6.3.1 Vorbereitung/Vorbesprechung

Im Rahmen der Vorbereitung informiert die Bezugspflegekraft/Bereichspflegekraft den Patienten über die bevorstehende Pflegevisite, deren Ziel und Ablauf (vgl. Heering 2004, S. 61).

Dieser muss mit der Pflegevisite einverstanden sein und kann seine Einwilligung jederzeit, auch kurzfristig wieder zurückziehen (Anm. des Verfassers).

Zu Beginn stellt die Bezugspflegekraft/Bereichspflegekraft den Patienten anhand der Fieberkurve und der gesamten Pflegedokumentation den teilnehmenden Personen vor.

Falls es wichtige Besonderheiten gibt, die im Verhalten gegenüber dem Patienten berücksichtigt werden sollen, oder bereits offene Fragen bzw. Probleme bestehen, soll dies in der Vorbesprechung schon geklärt werden (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 180).

6.3.2 Visite am Bett

In der Folge gehen alle an der Visite beteiligten Personen zum Patienten. Dem Pflegeempfänger werden die beteiligten Personen von der Bezugspflegekraft/Bereichspflegekraft vorgestellt und diese ist auch der Gesprächsleiter (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 181).

Zu beachten ist noch, dass die visitierenden Personen sich an die Position des Betroffenen anpassen. Wenn dieser im Bett liegt, sollen die „Besucher“ auf einem Stuhl neben dem Bett Platz nehmen. Wenn es dem Patienten möglich ist, sollte er eine sitzende Position einnehmen (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 80).

Vom Beginn der Visite ist der Patient durch eine entsprechende Fragestellung mit einzubeziehen. In einem gemeinsamen Gespräch werden Informationen ausgetauscht. Werden dem Patienten Mitteilungen von Seite der Pflege gegeben, ist es sinnvoll ihm gleichzeitig nach seiner Meinung zu fragen. Wahrnehmungen, die den Pflegepersonen auffallen, sollen dem Patienten sofort gespiegelt werden (z. B. „Ich erlebe Sie gerade sehr aufgeregt, kann es daran liegen, dass...“) (vgl. Hollick/Kerres 2004, S. 22f).

Leoni-Scheiber erläutert in ihrem Buch über den angewandten Pflegeprozess Tipps zur Kommunikation mit dem Patienten.

Diese wären beispielsweise:

- sich richtig vorstellen (mit Namen und Funktion)
- nach offenen Bedürfnissen fragen (ob der Patient vor Gesprächsbeginn noch ein Bedürfnis zu erledigen hat, z.B. die Toilette aufsuchen)
- sich Zeit nehmen (dem Gegenüber vermitteln, dass man sich jetzt für ihn Zeit nimmt. Zeitmangel wirkt sich negativ auf das kommunikative Miteinander aus)
- auf gleicher Ebene kommunizieren

- ein Gespräch führen, nicht interviewen (beim Interview übernimmt die Pflegeperson den aktiven Part und der Patient wird dabei automatisch in die passive Rolle gedrängt, der Betroffene soll aber als Experte für seine Bedürfnisse und Gewohnheiten die Möglichkeit haben, sich zu äußern. Dabei sollten die Pflegepersonen aktiv zuhören.
- den richtigen Fragentyp wählen (offene Fragen)

(vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 43ff)

Durch strukturiertes Vorgehen ist Raum und Sicherheit für ein persönliches und intensives Gespräch gegeben. Idealerweise bestehen Gespräche aus fünf Phasen:

1. Kontaktaufnahme (Begrüßung und Vorstellung)
2. Informationsphase (z.B.: „Ich bin heute für Sie zuständig und möchte wissen, wie es Ihnen geht und was ich für Sie tun kann?“)
3. Argumentationsphase/Kernphase (inhaltliche Auseinandersetzung durch Nachfragen, gemeinsame Suche nach Erklärungen oder Diskussionen)
4. Beschlussphase (Entscheidungen wiederholen, Einverständnis beobachten z.B. durch Blickkontakt oder verbale Zustimmung)
5. Abschlussphase (Verabschiedung)

(vgl. Heering 2006, S. 163)

Heering gibt auch zu beachten, dass Störungen ausgeschaltet werden sollen (z. B. kein Telefon mitnehmen, Patientenruf ausschalten).

Er hält noch zusätzlich fest, dass die gestellten Fragen keine Suggestivfragen (z.B. „Sie möchten doch sicher gesund werden!“) sein sollen. Diese sind manipulativ und überrumpeln den Patienten. Dies führt nur zu Antworten, die von den Pflegefachkräften gehört werden wollen.

Beim Sprechen ist darauf zu achten, dass sich die Pflegefachkraft so einfach wie möglich ausdrückt, damit der Patient auch alles versteht. Der Visitierende soll den Pflegeempfänger beim Reden aussprechen lassen. Aufmerksamkeit und Interesse ist auch auf der nonverbalen Ebene zu zeigen, z.B. indem der Blickkontakt gehalten wird, die visitierenden Personen mit dem Kopf nicken und eine offene, dem Gesprächspartner zugewandte Körperhaltung einnehmen.

Zu den Ausführungen des Gesprächspartners sollten keine Wertungen abgegeben werden. Jeder Mensch hat seine eigenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (vgl. Heering 2006, S. 162f).

Die Möglichkeit, sich aktiv an der Pflege bzw. an seiner Pflegeplanung zu beteiligen und offen Fragen stellen zu können oder auch Probleme, Wünsche, Ängste aussprechen zu dürfen, kann wesentlich zur Beruhigung des Patienten beitragen. Durch diese Art der Gesprächsführung (im Vergleich zur medizinischen Visite: Patient ist großteils aus dem Gespräch der Ärzte ausgeschlossen) wird es beim Patienten zu einem Gefühl von Sicherheit kommen (vgl. Hollick/Kerres 2004, S. 24).

Bevor das Gespräch beendet wird und sich die teilnehmenden Personen verabschieden, sollen die wichtigsten Inhalte des Gespräches für den Patienten zusammengefasst werden. Dieser hat dann noch die Möglichkeit Antworten auf offene Fragen zu erhalten, Anliegen vorbringen zu können oder Inhalte richtig zu stellen (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 53).

6.3.3 Nachbereitung

Zu jeder Pflegevisite gehört eine Nachbereitung in Form einer Auswertung, die außerhalb des Patientenzimmers und unter der Beteiligung aller an der Pflegevisite teilgenommenen Personen (außer dem Pflegeempfänger) stattfindet. Diese Nachbereitung dient zur Reflexion, wie die Pflegevisite gelaufen ist und ob es Möglichkeiten zum Verbessern des Verfahrens gibt.

Weiters kommt es zur Auswertung der Pflegedokumentation und es wird eine eventuelle Diskrepanz zwischen Soll- und Ist-Zustand aufgedeckt. Beispielsweise können die

Pflegediagnosen an die aktuellen Probleme oder Wünsche des Patienten angepasst werden (vgl. Heering 2006, S. 62).

Abschließend werden die Inhalte und Ergebnisse der Pflegevisite in den dafür vorgesehenen Formblättern bzw. Checklisten eingetragen. Patientenbezogene Details werden in der Pflegedokumentation festgehalten (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 182f).

Die Stationsleitung bzw. Führungskraft kann nach der Pflegevisite für sich selbst reflektieren, ob sie Handlungsbedarf z. B. im Unterstützen von einzelnen Mitarbeitern (Anbieten von Fortbildungen) hat oder ob einzelne Prozesse genauer zu hinterfragen sind und evaluiert werden müssen (Anm. des Verfassers).

6.4 Vor- und Nachteile

Ein Vorteil der Pflegevisite ist, dass sich die Pflegenden unter professionellen Rahmenbedingungen über wichtige pflegerische Belange austauschen und sich damit auseinandersetzen können. Die Pflegenden können die Effektivität ihrer bisherigen Pflegemaßnahmen überprüfen, andere Möglichkeiten oder Ziele überdenken und neu festsetzen sowie Pflegeverläufe analysieren (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 18).

Die Pflegevisite hat auch eine große therapeutische Wirkung, denn abgesehen von der kommunikativen Seite, kann die Pflegevisite auch als Teil der Pflegemaßnahme selbst betrachtet werden. Die Möglichkeit für ein Gespräch und die strukturierte regelmäßige Zuwendung hat für den Patienten große Bedeutung (vgl. Hollick/Kerres 2010, S. 20).

Die Motivation und Kreativität der Pflegenden wird erhöht und sie werden angeregt, neue Vorschläge einzubringen, um so ihren Wissenshorizont stetig zu erweitern. Dies wirkt sich auch positiv auf das Selbstbewusstsein der jeweiligen Person aus und hebt die Berufszufriedenheit. Die Pflege orientiert sich noch größtenteils an den Ärzten. Mit der Einführung des Instrumentes der Pflegevisite ist ein wichtiger Schritt in Richtung eigenständiger Arbeitsbereich gemacht. Durch die Pflegevisite wird der Prozess des Umdenkens in diesem Bereich unterstützt. Die Pflege erfährt dadurch die ihr zustehende Aufwertung (vgl. Gültekin/Liebchen 2003, S. 19).

Der Patient freut sich, dass ihm ein hoher Grad an Wertschätzung entgegengebracht wird, sich gleichzeitig mehrere Personen um sein Wohlbefinden kümmern und dieses auch hinterfragen (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 56).

Aus Sicht der Mitarbeiter wird die Pflegevisite oft mit einer gewissen Skepsis gesehen, da sich einzelne Mitarbeiter wie in einer Prüfungssituation vorkommen. Hier kann nur die genaue Information aller Beteiligten über die Pflegevisite Abhilfe schaffen (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 56).

Ein Nachteil ergibt sich aus der Situation, wenn der Patient nicht alleine im Zimmer ist. Es ist nicht immer möglich, den Raum mit dem Pflegeempfänger zu verlassen oder den Mitpatienten während des Gespräches aus dem Zimmer zu bitten.

Dann muss besonders auf die Lautstärke des Gespräches geachtet werden, damit die Privatsphäre des Patienten gewahrt bleibt.

Ebenso muss darauf geachtet werden, dass sich der Mitpatient nicht vernachlässigt fühlt. Diesem Umstand kann man wiederum nur mit Information und Zuwendung entgegenwirken (Anm. des Verfassers).

Weitere Vorteile in Bezug auf den Patienten, den Mitarbeiter und die Vorteile für die Erfüllung der Führungsaufgabe werden im folgenden Unterkapitel über die Ziele der Pflegevisite verdeutlicht.

6.5 Ziele der Pflegevisite

Hellmann und Rösslein beschreiben je nach betrachteter Perspektive unterschiedliche Ziele der Pflegevisite.

Bezogen auf den Patienten

Aus Sicht der Patienten können folgende Ziele erreicht werden:

- die systematische Einbeziehung des Patienten in die Pflege und Betreuung,
- die direkte Mitwirkung des Patienten bei seiner Pflege bzw. seinem Pflegeprozess,
- der Patient wird aktiver Teilhaber am Pflegegeschehen,
- die Förderung der Autonomie des Patienten, über seinen Assistenzbedarf selbst zu entscheiden,

- die Ermittlung des aktuellen Pflegebedarfs,
- die bessere Erfassung von Ressourcen und Problemen,
- die Ermittlung der Bedürfnisorientierung und
- die Begutachtung des aktuellen Patientenumfeldes.

Bezogen auf die Pflegefachkraft

Aus der Perspektive der Pflegefachkräfte ergeben sich folgende Ziele der Pflegevisite:

- die Ermittlung des Pflegeverständnisses der einzelnen Pflegefachkraft,
- die Überprüfung des pflegerischen Arbeitsaufwands,
- das Erkennen von Optimierungsmöglichkeiten,
- die Ermittlung von fachlicher Kompetenz, Rationalität und Praktikabilität in den Arbeitsprozessen,
- die Förderung der Kommunikation und des fachlichen Austausches untereinander,
- die Förderung der Kontinuität und Transparenz in der Pflege,
- die Möglichkeit des Austausches, der Reflexion und Evaluation der eigenen Arbeit,
- die Abwehr von haftungsrechtlichen Ansprüchen durch frühzeitiges Erkennen von Problemfeldern und
- das bessere Verstehen von Befinden und Bedürfnissen des Patienten lernen und dadurch bessere Ausrichtung der professionellen Planung.

Bezogen auf den Fortbildungsbedarf

Die Pflegevisite kann auch zu Erkennung des Fortbildungsbedarfs genutzt werden. Dazu zählen:

- die Ermittlung des Fortbildungsbedarfs der einzelnen Pflegefachkraft und
- die gezielte Anpassung des Fortbildungskataloges einer Einrichtung durch die individuelle Erhebung.

Bezogen auf die Pflegequalität

Folgende Ziele können im Hinblick auf die Pflegequalität erreicht werden:

- Einschätzung und Überprüfung der Pflegequalität,
- die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung,
- die Prüfung der fachgerechten Führung des Dokumentationssystems,
- die Prüfung der Wirksamkeit des Pflegeplans,
- die Erhebung des Hilfs- und Pflegemittelsbedarfs,

- die Entgegennahme von Kritik und Anregungen inklusive Feedback bezüglich der Dienstleistung,
- das Aufzeigen der Ausprägung von Flexibilität und Kundenorientierung,
- Ermittlung der Qualität der pflegerischen Leistung und
- Beurteilung der Interaktion zwischen Patient und allen Mitarbeitern.

Bezogen auf die Wirtschaftlichkeit

Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen im Rahmen der Pflege und Betreuung können folgende Ziele der Pflegevisite festgestellt werden:

- das Erkennen von verdeckten Ressourcen und
- das Erkennen von Schwachstellen
 - o in Arbeitsabläufen,
 - o Materialverbrauch und
 - o Gebrauch von Hilfs- und Arbeitsmitteln.

(vgl. Hellmann/Rösslein 2011, S. 14ff)

6.6 Kurzzusammenfassung

Die Globalziele, die mit der Pflegevisite erreicht werden können, sind in erster Linie eine stärkere Orientierung der Pflege an den Bedürfnissen der Patienten und die Sicherung bzw. Verbesserung der Pflegequalität (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 171).

Aus Sicht des Verfassers ist der motivationsfördernde Faktor der Pflegevisite als Ziel für die Führungskraft nicht zu vernachlässigen. Denn im Anschluss an die Visite beim Patienten hat die Stationsleitung die Möglichkeit dem Mitarbeiter Lob, Anerkennung und Feedback zu geben. Dies wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit aus und motiviert ihn auch weiterhin professionell seine Arbeit zu verrichten (Anm. des Verfassers).

Mitarbeiter wollen wissen wo sie stehen. Ehrliches Lob und Kritik, die im Rahmen einer wertschätzenden Kommunikation ausgesprochen werden, kann als Chance zur Weiterentwicklung gesehen werden (vgl. Bechtel/Friedrich/Kerres 2010, S. 56).

7 PRAXIS

Wie im Vorwort erwähnt wurde die Pflegevisite 2011 im LKH Villach im Rahmen eines Projektes der Stationsleitungen eingeführt. Die Mitarbeiter auf den Stationen erhielten die notwendigen Informationen von den Stationsleitungen. Auf der Medizin Aufnahmestation erfolgte die Informationsweitergabe während einer Teambesprechung. In diesem Rahmen konnten die Fragen der Mitarbeiter beantwortet und eventuelle Bedenken diskutiert werden.

Durch die hohe Fluktuation und die kurze Verweildauer, wie im Kapitel 3.3 Medizinische Aufnahmestation Tabelle 1 ersichtlich, ist die Durchführung der Pflegevisite mit der zu verwendenden Checkliste der ÖBIG nicht bei jedem Patienten effizient.

7.1 Entwicklung einer neuen Checkliste

Im Rahmen dieser Abschlussarbeit wurde eine neue, an die Medizinische Aufnahmestation angepasste, Checkliste entwickelt, mit welcher die Pflegevisite durchgeführt wird.

Primär galt es festzulegen, welche relevanten Inhalte diese Checkliste aufweisen soll.

Der Inhalt der neuen Pflegevisitencheckliste orientiert sich an der Aufnahmeleitlinie des LKH Villach, den vorgegebenen Standards der JCI und an der Pflegevisitencheckliste des ÖBIG, welche im LKH Villach verwendet wird.

In der Leitlinie für Aufnahme stationärer internistischer Patienten sind zum Beispiel folgende Kriterien festgehalten:

- Anlegen des Patienten-Identifikationsbandes (außerhalb der Dienstzeit des Sekretärs)
- Messung des Gewichtes und der Körpergröße
- Messung der Vitalzeichen
- Dokumentation der Aufnahme im Pflegebericht
- Anlegen der ersten Seite der Pflegeanamnese
- Befragung des Patienten auf die Lebensaktivität (LA) 1 (Sicherheit), LA 3 (Haut) und LA 10 (Schmerz) und Dokumentation in der Pflegeanamnese.

- Nach ärztlicher Anordnung Harnuntersuchung mit Teststreifen und Öffnung von Wundverbänden

(vgl. Leitlinie für die Aufnahme stationärer internistischer Patient)

Im Kapitel Assessment von Patienten (AOP) im Handbuch der JCI Standards sind zum Beispiel folgende Standards, welche das pflegerische Fachpersonal betreffen, beschrieben:

- AOP.1 Alle von der Einrichtung aufgenommenen Patienten durchlaufen einen standardisierten Prozess, in dem ihr Behandlungsbedarf ermittelt wird.
- AOP.1.1 Die Einrichtung definiert unter Beachtung der geltenden Gesetze und Bestimmungen sowie Berufsvorschriften, die inhaltliche Mindestanforderung an ein Assessment.
- AOP.1.3 Die medizinischen und pflegerischen Bedürfnisse des Patienten werden im ersten Assessment ermittelt und in der Patientenakte dokumentiert.
- AOP.1.3.1 Das erste medizinische und pflegerische Assessment von Notfallpatienten basiert auf deren Bedürfnissen und Zustand.
- AOP.1.4 Assessments werden in einem Zeitraum abgeschlossen, der von der Einrichtung vorgeschrieben wird.
- AOP.1.4.1 Die ersten medizinischen und pflegerischen Assessments werden innerhalb der ersten 24 Stunden nach der stationären Aufnahme des Patienten abgeschlossen bzw. früher, wenn es der Zustand des Patienten oder die Krankenhausleit/-richtlinie erfordert.
- AOP.1.5 Ergebnisse von Assessments werden in der Patientenakte dokumentiert und sind für alle Behandlungsverantwortlichen leicht verfügbar.
- AOP.1.7 Bei allen stationären und ambulanten Patienten erfolgt eine Schmerzeinschätzung, sollten sie aber Schmerzen haben, erfolgt ein Schmerzassessment.
- AOP.1.11 Das erste Assessment beinhaltet die Ermittlung der Bedürfnisse für die Entlassungsplanung.

(vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2010, S. 79f)

So entstand die Anamnese–Leitlinien–Evaluationscheckliste (ALEC) für die Medizinische Aufnahmestation.

Mit ALEC wird evaluiert, ob die Leitlinie für die Aufnahme stationärer internistischer Patienten eingehalten wird und die Vorgaben der AOP-Standards der JCI erfüllt sind.

Fragen gibt es zur Vollständigkeit der von der Pflegekraft zu ermittelnden Parameter in der Fieberkurve sowie das Vorhandensein eines Patientenidentifikationsbandes und die Richtigkeit der Patientendaten auf diesem. Bei der Pflegeanamnese wird überprüft, ob diese der Aufenthaltsdauer des Patienten entsprechend vollständig ausgefüllt wurde. Sind Pflegeprotokolle (Schmerz-, Haut- und Sturzeinschätzungsprotokoll) vorhanden und ist eine Bezugspflegeperson, entsprechend dem Pflegesystem des LKH Villach eingetragen. Wurde die Pflegeplanung entsprechend der erfassten Risiken und Defizite angelegt und sind die Ressourcen des Patienten erkennbar? Der Durchführungsnachweis wird auf Vollständigkeit der erbrachten Leistungen (ein Vergleich mit der Fieberkurve ist notwendig) kontrolliert. Im Pflegebericht muss eine zeitliche Durchgängigkeit gegeben sein. Die Dokumentation sollte einen situationsbezogenen, nachvollziehbaren Verlaufsbericht darstellen und einen Eintrag zum Entlassungsmanagement enthalten. Auf die Verwendung von Textbausteinen und ob Doppeldokumentationen vorhanden sind wird geachtet.

7.2 Aktionsplan zur Implementierung der ALEC

Zur Einführung der ALEC wurde ein Aktionsplan erarbeitet, welcher im Anhang dargestellt wird.

Nach Fertigstellung der neuen Pflegevisitencheckliste wurde diese der Oberschwester (OSR) der Medizinischen Abteilung und der Pflegedienstleitung (PDL) vorgestellt. Vor Implementierung auf der Station wurden die Mitarbeiter der Medizinischen Aufnahmestation im Rahmen einer Teambesprechung über die neue Pflegevisitencheckliste informiert.

Als Probelauf sollen zehn Pflegevisiten mit der ALEC durchgeführt werden. Zur besseren Beurteilung der Checkliste, wird ebenfalls auf einer anderen Station, die auch Patienten mit kurzer Aufenthaltsdauer haben, ein Testlauf gestartet.

Der Stationsleitung der Gynäkologischen Station A wird der Inhalt der ALEC erläutert und anschließend soll die Checkliste für zehn Pflegevisiten, in einem Zeitraum von einem Monat, verwendet werden.

Anhand der Evaluationsergebnisse der Probeläufe wird sich eine ev. notwendige Verbesserung der Checkliste ergeben. Vor der endgültigen Implementierung werden die Ergebnisse der Evaluation der OSR und der PDL vorgestellt, sowie die ev. notwendige Bearbeitung erläutert.

Bis zu nächsten Evaluation, sinnvoll in sechs Monaten, sollten 10 Pflegevisiten im Monat mit der ALEC durchgeführt werden.

7.3 Durchführung der Pflegevisite mit der ALEC

Die praktische Durchführung der Pflegevisite findet auf der Medizinischen Aufnahmestation wie folgt statt:

Der Pflegeempfänger wird von der Stationsleitung oder in Absprache mit der Pflegekraft ausgesucht. Die Information über die Pflegevisite sollte dieser einen Tag vorher von der Bezugspflegekraft bzw. von der Bereichspflegekraft erhalten. Durch den raschen Wechsel der Patienten ist dies nicht immer möglich. Dann erfolgt die Information am gleichen Tag.

In der Vorbesprechung stellt die Bezugspflegekraft/Bereichspflegekraft den Patienten vor und es wird die gesamte Pflegedokumentation und die Fieberkurve von der Stationsleitung und den teilnehmenden Personen (Bezugspflegekraft bzw. Bereichspflegekraft und z.B. der Oberschwester) anhand der ALEC evaluiert. Eventuell vorhandene Pflegefragen oder bestehende Pflegeprobleme können schon jetzt im Team besprochen bzw. diskutiert werden.

Anschließend findet die Visite am Patientenbett statt. Beim Patientengespräch wird die Zufriedenheit des Patienten während seines stationären Aufenthaltes ermittelt und auf gestellte Fragen, Wünsche, Ängste und Probleme wird eingegangen.

Einer Aufnahmestation ist es ein wichtiges Anliegen, dass sich der Patient bei der Aufnahme gut und rasch betreut, ernst genommen und sicher gefühlt hat.

Damit sich der Patient in dieser „Akutsituation“ gut aufgehoben fühlen kann, ist es erforderlich, dass er von ärztlicher, wie pflegerischer Seite Informationen zu seinem Gesundheitszustand und zu den bevorstehenden Untersuchungen sowie Therapien erhält. Fragen, ob dies für den Patienten in ausreichender Form stattgefunden hat, finden sich im LKH Villach im Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit wieder. Dem Patienten kann während der Pflegevisite schon die Information gegeben werden, dass er vor der Entlassung die Möglichkeit hat, einen Fragebogen anonym auszufüllen. Diese Erhebungsbögen werden monatlich von der Führungskraft an die Organisationsabteilung im LKH Villach geschickt und vorher analysiert, ob sofortiger Handlungsbedarf besteht. Jährlich werden den Stationsleitungen die Ergebnisse im Rahmen einer Stationsleitungssitzung abteilungsintern präsentiert. Diese können aus den Ergebnissen den eventuellen weiteren Handlungsbedarf ableiten.

Nach dem Besuch beim Patienten findet eine Nachbesprechung mit allen teilnehmenden Personen außerhalb des Patientenzimmers statt. Es wird der Ablauf der Pflegevisite im Team reflektiert und über eventuell notwendige Verbesserungsmöglichkeiten bei der Durchführung diskutiert.

Anschließend werden die Inhalte der Pflegevisite im Pflegebericht dokumentiert und wenn Änderungen in der Pflegeplanung notwendig sind, werden diese vorgenommen.

Während des Patientengesprächs kann auch der aktuelle Hilfsmittelbedarf erhoben werden und wenn nötig wird dieser anschließend organisiert. Im Rahmen der Pflegevisite kann bzw. soll bereits auf das Entlassungsmanagement eingegangen werden. Der Pflegeempfänger äußert z.B. das er für zu Hause Unterstützung bei der Körperpflege oder für den Haushalt benötigt. Die Pflegeperson kann augenblicklich darauf reagieren und alles in die Wege leiten, damit für den Patienten sämtliche Hilfestellung bis zur Entlassung organisiert ist.

Die Stationsleitung analysiert im Anschluss alleine den gesamten Verlauf der Pflegevisite. Während der Visite am Bett beobachtet die Führungskraft das Verhalten des Mitarbeiters und achtet auf die Umgebung des Patienten. Gibt es einen ressourcenorientierten Umgang mit den Pflegeprodukten und Pflegematerialien? Wenn beim Patienten direkt Pflegeprodukte/-materialien gelagert sind, stellen sich für die Stationsleitung einige Fragen.

Werden diese Pflegeutensilien noch benötigt? Welche Menge ist gelagert? Muss dies beim Patienten gelagert werden oder wäre eine Lagerung beispielsweise am Pflegewagen besser, da das Produkt auch für andere Patienten verwendet werden kann?

Wenn fachliche Defizite beim Mitarbeiter festgestellt wurden ist zu überlegen, ob dies nur den Einzelnen betrifft oder ob mehrere Kollegen zu diesem Thema einen Schulungsbedarf haben. Daraus ergibt sich dann, ob den Mitarbeiter eine Fortbildung angeboten wird, oder es eine Schulung für das gesamte Team gibt.

Macht der Patient Äußerungen zu organisatorischen Abläufen, so muss die Führungskraft dies für sich selbst dokumentieren, denn in der Pflegevisitencheckliste gibt es kein Kriterium dafür. Wichtig ist aber, dass auch dies festgehalten wird, um zu überprüfen, ob dies eine einmalige Aussage eines Patienten ist, oder sprechen mehrere Pflegeempfänger Kritik bezüglich organisatorischer Prozesse aus. So hat die Führungskraft die Möglichkeit nicht hinterfragte, routinemäßig ablaufende Prozesse zu evaluieren und eventuell neu zu strukturieren.

Haben Patienten wegen ihres Krankheitsbildes oder wegen eines erhöhten Pflegebedarfes einen längeren stationären Aufenthalt auf der Medizinischen Aufnahmestation, so wird zur Durchführung der Pflegevisite die Checkliste des ÖBIG verwendet.

8 RESÜMEE

Die Pflegevisite ist nicht nur ein verbindliches und wichtiges Planungs-, Kontroll- und Bewertungsinstrument im Rahmen der internen Qualitätssicherung, sondern auch ein zentrales Instrument zur Erfassung der Kundenzufriedenheit im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Dazu zählt nicht nur die Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung und Freundlichkeit der Mitarbeiter, sondern sie erstreckt sich bis zur hauswirtschaftlichen Versorgung (z.B. Speisenauswahl, Zufriedenheit mit der Reinigung von Räumlichkeiten) (vgl. Weigert 2010, S. 73).

Durch die Einführung von ALEC kommt es zur effizienten internen Qualitätssicherung an der Medizinischen Aufnahmestation, da die Evaluationskriterien an die kurze Patientenverweildauer adaptiert wurden.

Mit der Pflegevisite kann nicht nur das Fachwissen und die praktische Umsetzung evaluiert werden, es wird auch der Umgang mit Verbrauchsmaterialien bzw. Pflegeutensilien beobachtet. Diese Ergebnisse können sich in der Mitarbeiterevaluation bzw. Beurteilung widerspiegeln und Fortbildungen können analog der festgestellten Defizite angeboten werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, ob die Pflegevisite ein Evaluationsinstrument verschiedener Prozesse im Arbeitsalltag ist, kann folgendes festgehalten werden:

Es können unterschiedliche Prozesse mit der Pflegevisite überprüft werden. Dazu zählen der gesamte Pflegeprozess, der wirtschaftliche Umgang mit Pflegematerialien und die Evaluation des theoretischen und praktischen Wissens der Mitarbeiter.

Durch Rückmeldungen von Patienten können sich ebenfalls Optimierungen und Verbesserungen hinsichtlich organisatorischer Arbeitsabläufe ergeben.

Es gibt aber auch Prozesse, die durch klare Strukturvorgaben nicht veränderbar sind. Beispielsweise der Zeitpunkt zur Verabreichung von Medikamenten (für jede Abteilung sind Referenzzeiten vorhanden, die eingehalten werden müssen).

9 LITERATURVERZEICHNIS

Bechtel, P.; Friedrich, D.; Kerres, A. (Hrsg.): Mitarbeitermotivation ist lernbar. Berlin. Springer Verlag, 2010.

Duden: Das Fremdwörterbuch. 10. Auflage, Mannheim/Zürich, Dudenverlag, 2010.

Gültekin, J.; Liebchen, A.: Pflegevisite und Pflegeprozess. 1. Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2003.

Heering, C.: Das Pflegevisitenbuch. 2. Auflage, Bern, Huber Verlag, 2006.

Heering, C.(et al.): Pflegevisite und Partizipation. Berlin/Wiesbaden, Ullstein Mosby, 1997.

Hellmann, S.; Kundmüller, P.: Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. 2. Auflage, Brigitte Kunz Verlag, 2006.

Hellmann, S.; Rösslein, R.: Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. 3. Auflage, Brigitte Kunz Verlag, 2012.

Hollick J.; Kerres A. (Hrsg.): Pflegevisite. Ein Praxisleitfaden für Krankenpflege im Operationsdienst und die stationäre Kranken- und Altenpflege. 1. Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2004.

Jahresbericht 2010 Medizinische Abteilung Landeskrankenhaus Villach.

Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser. 4. Auflage, Illinois/USA, 2010, Deutsche Übersetzung: Sanicademia – Internationale Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe EWIV, Villach – Triest – Venezia.

Kussmaul, J.: Die modulare Pflegevisite. Ein Instrument zur Qualitätssicherung von Pflege- und Betreuungsleistungen mit statistischer Auswertung für den Pflegeprozess.

1. Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2011.

Leoni-Scheiber, C.: Der angewandte Pflegeprozess. Wien, Facultas Verlag, 2004.

Menche, N.; Bazlen, U.; Kommerell, T.: Pflege Heute, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2001.

Weigert, J.: 100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege. 2. Auflage, Hannover, Brigitte Kunz Verlag, 2010.

Weiss-Faßbinder, S.; Lust, A.: GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 6. Auflage, Wien, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 2010.

Internet:

http://www.google.at/imgres?q=bilder+zu+pflegeprozess&hl=de&sa=X&biw=1400&bih=956&tbn=isch&prmd=imvns&tbnid=JwUTdltrpz3JJM:&imgrefurl=http://www.bhslinz.at/index_html%3Fsc%3D148728343&docid=L1HzxCDt8xIOaM&imgurl=http://www.bhslinz.at/bhslinz/media/pix_bhslinz/Pflegeprozess.jpg&w=420&h=350&ei=DLmvT6S4Koj4sgb8xoyKBA&zoom=1&iact=hc&vpx=184&vpy=144&dur=8459&hovh=205&hovw=246&tx=158&ty=83&sig=101404367743043516870&page=1&tbnh=139&tbnw=167&start=0&ndsp=30&ved=1t:429,r:0,s:0,i:70 Zugriff: 13.05.2012, 15.40 Uhr

<http://www.lkh-vil.or.at/121.html>, Zugriff: 20.06.2012, 16.30 Uhr

<http://www.lkh-vil.or.at/1621.html>, Zugriff: 20.06.2012, 16.30 Uhr

<http://www.lkh-vil.or.at/926.html>, Zugriff: 20.06.2012, 17 Uhr

<http://www.lkh-vil.or.at/953.html>, Zugriff: 21.06.2012, 17.30 Uhr

<http://www.lkh-vil.or.at/1623.html>, Zugriff: 21.06.2012, 17.30 Uhr

<http://www.lkh-vil.or.at>, Zugriff: 21.06.2012, 17.45 Uhr

Intranet LKH Villach:

Leitlinie für die Aufnahme stationärer internistischer Patient, Version 5, Villach, 2011,
Ausdruck: 17.04.2012, 14.30 Uhr

LEP Nursing 3 – Vortrag 7.02.2008, Ausdruck: 21.06.2012, 17 Uhr

Arbeitsplatzbeschreibung Stationsleitung/Bereichsleitung, Version 4, Villach 2006,
Ausdruck: 27.07.2012, 6.30 Uhr

10 ANHANG

ALEC – Anamnese-Leitlinien-Evaluationscheckliste

Aktionsplan zur Implementierung der ALEC

Anamnese - Leitlinien - Evaluationscheckliste (ALEC)

Abtlg./Station:	
Fallzahl:	
Aufenthaltsdauer:	
Durchgeführt von:	

	Ja	Nein	Teilw.	Nicht anw.	Anmerkung
FK lt. Aufnahme-LL vollständig ?					
ID-Band angelegt ?					
ID-Band Daten korrekt?					

Pflegeanamnese

Aufenthalt < 24 Std. - Allg. Daten, LA 1, LA 3, LA 10 ausgefüllt?					
Aufenthalt > 24 Std. vollständig?					

Schmerzprotokoll angelegt?					
Hautprotokoll angelegt?					
STEP vorhanden?					
Bezugspflegeperson eingetragen?					

Pflegeplanung

Bei festgestellten Risiken - Pflege- Diagnosen angelegt?					
Zusammenhang Anamnese und Pflegeplanung?					
Ressourcen erkennbar?					

Durchführungsnachweis

Sind alle erbrachten Leistungen verbucht?					
---	--	--	--	--	--

Pflegebericht

Zeitliche Durchgängigkeit gegeben?					
Kontinuierlicher Berichtsverlauf vorhanden?					
Doppeldokumentation vorhanden?					
Bezugspflegegespräch vorhanden?					
Entlassungsmanagement vorhanden?					
Textbausteine verwendet?					
Wenn ja, welche?					

Patientengespräch

Wünsche? Anregungen?					
Wenn ja, welche?					
Übereinstimmung Patientenaussage und Pflegedokumentation					

Aktionsplan zur Implementierung der ALEC

	Durchführungs- verantwortlicher	Tätigkeit	Bis wann?	Kontrolle
1.	Stlg. Med Aufnahme	Erstellen der Checkliste	Juli 12	23.07.2012
2.	Stlg. Med Aufnahme	Information OSR	05.08.2012	26.07.2012
3.	Stlg. Med Aufnahme	Information PDL	05.08.2012	2.08.2012
4.	Stlg. Med Aufnahme	Information MA	12.08.2012	9.08.2012
5.	Stlg. Med Aufnahme	Probelauf mit 10 Bögen	20.09.2012	
6.	Stlg. Gyn A	Probelauf auf anderer Station mit 10 Bögen	20.09.2012	
7.	Stlg. Med Aufnahme	Evaluation	25.09.2012	
8.	Stlg. Med Aufnahme	Bearbeitung/Verbesserung	27.09.2012	
9.	Stlg. Med Aufnahme Stlg. Med Aufnahme	Vorstellung der Ergebnisse an OSR und PDL	28.09.2012	
10.	Stlg. Med Aufnahme	Implementierung mit 10/Monat	ab Oktober 2012	
11.	Stlg. Med Aufnahme	Evaluation	in 6 Monaten	

Erstellt: DGKS Giese Karin, Version 1,1.08.2012