

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**



20.09.2010 bis 05.10.2011

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Change Management bei Implementierung der Pflegevisite

vorgelegt von: Silvia Egger
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
CMZ Station J

begutachtet von: OSR Christine Schaller-Maitz
Landeskrankenhaus Villach

August 2011

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.

Egger Silvia

Klagenfurt, 16.08.2011

Kurzzusammenfassung

Die Pflege ist wie viele andere Arbeitsbereiche immer wieder vor neuen Anforderungen gestellt. Diese Ansprüche ergeben sich einerseits durch ein verändertes Patientengut und andererseits durch ein sich wandelndes Pflegeverständnis. Das Berufsbild hat sich in den letzten Jahren verändert. Die Pflege ist im Begriff sich mehr zu professionalisieren und Qualität ist geforderter denn je. Um am Arbeitsmarkt weiterhin bestehen und auch konkurrieren zu können, müssen neue Instrumente zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung implementiert werden. Dies kann mit Hilfe der Einführung von Pflegevisiten an einer interdisziplinären Station gelingen.

Ein für die Implementierung wichtiger Aspekt ist nicht nur die Einführung neuer Arbeitsprozesse selbst, sondern auch der Umstand, wie die Mitarbeiter damit umgehen, wie sie darauf reagieren und welche Aufgabe dabei die Führung in Anspruch nehmen sollte. Der Umstand einer Implementierung selbst stellt keine große Herausforderung dar, weil man den Mitarbeitern jederzeit das Werkzeug dazu liefern kann. Der Unterschied zu einer erfolgreichen Implementierung liegt im Wissen der Führungskraft, welche Unterstützung die Mitarbeiter dabei benötigen. Es genügt nicht, den Mitarbeitern das Instrument zur Implementierung zu reichen, sondern es ist notwendig die Zielsetzung dahingehend zu richten, Sehnsüchte hinsichtlich mehr Eigenverantwortung zu wecken. Veränderungen können nur durch und mit den Mitarbeitern vollzogen werden. Letztendlich steht und fällt der Erfolg damit. Nur wenn diese selbst an einem persönlichen Veränderungsprozess beteiligt sein wollen, kann eine erfolgreiche Implementierung erfolgen. Angestrebt wird, ein gemeinsames Ziel zu verwirklichen, in dem selbstverantwortliches Handeln und der Wunsch nach Professionalität als Grundsatz gilt.

Inhaltsverzeichnis

0. VORWORT	7
1. EINLEITUNG	8
2. BEGRIFFSDEFINITION PFLEGEVISITE.....	9
3. FORMEN DER PFLEGEVISITE	10
3.1. Pflegevisite als Dienstübergabe mit dem Patienten	10
3.2. Pflegevisite als Führungsinstrument	11
3.3. Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument	11
3.4. Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der Patienten	12
4. ABLAUF DER PFLEGEVISITE.....	14
4.1. Durchführungsvorbereitung.....	14
4.2. Pflegevisitendurchführung.....	14
4.3. Auswertung der Pflegevisite.....	15
5. ZIELE DER PFLEGEVISITE	15
5.1. Erreichbare Ziele für den Patienten.....	15
5.2. Erreichbare Ziele für den Mitarbeiter.....	15
5.3. Erreichbare Ziele für die Führungskraft.....	16
6. PERSONELLE VORAUSSETZUNGEN	17
6.1. Ganzheitlichkeit der Pflege.....	17
6.2. Eigenverantwortung	17
6.3. Fachliche Kompetenz.....	17
7. ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN.....	18
7.1. Exakte Pflegedokumentation.....	18
7.2. Patienteneinwilligung.....	18
7.3. Räumliche Gegebenheiten.....	18
7.4. Zeitfaktor	18
7.5. Beteiligte Pflegepersonen	18

8. ORGANISATION DER INTERDISZIPLINÄREN STATION.....	19
9. CHANGE MANAGEMENT	21
9.1. Begriffsdefinition.....	21
9.2. Instrumente des Change Managements	23
10. SCHULUNGEN	25
11. MOTIVATION	26
12. FORMULARE FÜR DIE PRAXIS	27
13. UMSETZUNG IN DIE PRAXIS	29
14. RESÜMEE.....	31
15. LITERATURVERZEICHNIS	32

Tabellen und Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Prozess der Pflegevisite (vgl. Heering 2006, S. 53)	13
--	----

0. VORWORT

Gesundheit und Wohlbefinden gehören zu den wichtigsten Dingen im Leben eines Menschen. Der Pflegealltag im stationären Bereich in einem Krankenhaus ist ständigen Anpassungen und Veränderungen unterworfen um diesen Anforderungen gerecht zu werden. Die Beibehaltung der bestehenden Qualität und die Verbesserung dieser ist ein Prozess, der sich ständig weiterentwickelt, wobei die Arbeitsabläufe im stationären Bereich ständig adaptiert werden. Aufgabe des Pflegemanagement ist es, geeignete Instrumente einzuführen, um den Menschen in seiner Ganzheit aus Körper, Geist und Seele zu erfassen und zu unterstützen.

Seit 2002 bin ich an einer interdisziplinären Station tätig. Die Arbeit mit und am Menschen steht im Vordergrund. Dienstleistungen, die von hoher Qualität zeugen, benötigen geeignete Rahmenbedingungen. Mein persönliches Bestreben ist es, die Qualität der Pflege an die steigenden Erwartungen der Patienten anzupassen. Ein solches Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung ist die Pflegevisite. Unterschiedliche Formen beziehungsweise Modelle werden bereits an diversen Krankenhäusern und Pflegeheimen angewandt. In meiner Arbeit möchte ich mich mit der Implementierung, einer für den interdisziplinären Bereich geeigneten Pflegevisite und dem damit verbunden Change Managementprozess beschäftigen. Der Mitarbeiter steht bei einer erfolgreichen Implementierung im Vordergrund, weil der Faktor des Erfolges von der geleisteten Qualität der Pflegefachkräfte abhängt. Welche Aufmerksamkeit hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes muss die Führungskraft den Mitarbeitern entgegenbringen, um erfolgreich eine Implementierung einzuführen und somit die Leistungsfähigkeit zu steigern?

Zum besseren Verständnis wird in der gesamten Arbeit die männliche Form des Ausdrucks angewandt. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Form sowohl das männliche als auch weibliche Geschlecht beinhaltet und keine Diskriminierung darstellt.

Danken möchte ich in diesem Zusammenhang meiner betreuenden Lehrperson, Frau Christine Schaller-Maitz, die mich in meinen Gedankengängen unterstützt und in manchen Fällen ein Wegweiser war.

1. EINLEITUNG

Der Pflegealltag ist vielfach bestimmt durch Handlungen, die auf die Assistenz für Ärzte abgestimmt sind. Die Behandlung von medizinischen Problemen war und ist noch immer Ausgangspunkt für die Pflege (vgl. Heering 2006, S. 15). Der Patient wird als zu pflegende Person wahrgenommen, weniger als Partner in der Pflege. Die Bewertung des Pflegeausmaßes wird durch die Pflegeperson bestimmt. Die Pflegefachkraft glaubt zu wissen, was der Patient braucht. Die Planung der Pflege erfolgt meist im Dienstzimmer, fernab des Patienten. Die Möglichkeiten sich in die Pflegebehandlung einzubringen sind für den zu Pflegenden eher gering. Ein Austausch über die Planung und Entwicklung der Pflegetätigkeiten erfolgt in der Regel nicht. Die Pflege wird am und nicht mit dem Patienten durchgeführt, der Patient lässt sich pflegen (Anmerkung des Verfassers).

In den letzten Jahren hat sich der Patient weiterentwickelt. Er ist nicht mehr nur ein passiver Leistungsempfänger, sondern fordert im Sinne einer Qualitätsoptimierung die Erfüllung seiner Bedürfnisse, Anliegen und Wünsche ein. Die Identität jeder einzelnen zu pflegenden Person ist somit in den Vordergrund gerückt. Es geht nicht mehr allein um die Krankheit und ihre Auswirkungen, sondern auch darum, wie der Patient die Krankheit empfindet. Das heißt, auch das Konzept des Pflegens hat sich verändert. Eine Veränderung von rein krankheitsbedingten Pflegehandlungen hin zur Gesundheitspflege vollzieht sich. Augenmerk wird auf den Gesundheitszustand und dessen Unterstützung gelegt. Die Pflege professionalisiert sich bezogen auf die Gesundheitsvorsorge immer mehr (vgl. Heering 2006, S 15f).

Der Prozess der Eigenständigkeit der Pflege wird durch geeignete Rahmenbedingungen und Instrumente unterstützt. Ein Instrument ist die Pflegevisite, mit ihren unterschiedlichen Formen der Anwendbarkeit, um sich vermehrt an den Bedürfnissen der Patienten orientieren zu können. Nachfolgende Seiten beschäftigen sich mit der Implementierung der Pflegevisite an einer interdisziplinären Station. Anhand von Literaturrecherchen werden die Formen der Pflegevisite bearbeitet und auf ihre Verwendbarkeit hinsichtlich eines Einsatzes an einer interdisziplinären Station überprüft. Hauptaugenmerk wird dabei auf den Mitarbeiter gelegt. Letztendlich ist die Qualität der Pflegevisite von der Durchführung der betreuenden Pflegeperson abhängig (Anmerkung des Verfassers).

2. BEGRIFFSDEFINITION PFLEGEVISITE

Der Begriff „visitare“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie „oft sehen, hingehen“ (Wahrig 1985, S. 804). Dadurch wird eine eindeutige Bewegung hin zum Patienten deutlich. Die Aktivität ist eine interaktive Tätigkeit und unterstützt die Beziehung zur pflegenden Person. Durch die Pflegevisite erfolgt ein Kennenlernen zwischen Patienten, Pflegenden und Führungskräften. Die pflegende Person kann sich an den Bedürfnissen der zu pflegenden Person orientieren. Gespräche werden mit dem Patienten in regelmäßigen Abständen geführt, um den Pflegeprozess zu evaluieren und zu adaptieren (vgl. Hollick/Kerres 2004, S. 19).

„Die Pflegevisite stellt ein Angebot dar, das durch regelmäßige Besuche beim Patienten als Kontaktstelle und zur organisatorisch gefestigten Möglichkeit der Beziehungsaufnahme dient. Ressourcen und Probleme werden für die Pflegeperson erkenntlich und dienen dazu, hieraus sich ergebende Maßnahmen und Ziele für den Aufenthalt festzulegen und diese immer wieder zu überprüfen“ (Hollick/Kerres 2004, S. 19). In einem Gespräch im Rahmen der Pflegevisite wird mit dem Patienten über die Planung der Pflege, die Maßnahmen und die damit verbundenen Ziele gesprochen. Diese Gespräche, welche regelmäßig stattfinden, nehmen Einfluss auf den weiteren Pflegeverlauf und die weitere Pflegeplanung (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 58).

In der Literatur ist ersichtlich, dass die Pflegevisite in unterschiedlichen Bereichen genutzt und auch als differenziertes Instrument angewandt wird. Ausgehend von dieser Tatsache haben sich verschiedene Formen der Pflegevisite entwickelt, die im nächsten Kapitel besprochen werden. In der Regel wird nicht nur eine Form der Visite genutzt, sondern es ergeben sich eher Mischformen, die für den jeweiligen Bereich bestimmt und von Vorteil sind (Anmerkung des Verfassers).

3. FORMEN DER PFLEGEVISITE

Formen der Pflegevisite unterscheiden sich je nach Autor. Differenzierungen ergeben sich auch aus der Möglichkeit des Einsatzes der Pflegevisite. Bei den in weiterer Folge beschriebenen Pflegevisiten, handelt es sich um jene, welche für die Implementierung eines interdisziplinären, stationären Pflegebereiches geeignet sind (Anmerkung des Verfassers).

3.1. Pflegevisite als Dienstübergabe mit dem Patienten

Dienstübergaben erfolgen in der Regel im Schwesterndienstzimmer. Viele der pflegenden Personen empfinden dies als ungenügende Information, um ausreichend auf die Pflegebedürfnisse der Patienten eingehen zu können. Daraus resultiert die Idee, den Pflegeprozess mit dem Patienten gemeinsam zu besprechen und die Dienstübergabe in das Patientenzimmer zu verlegen. Im Rahmen der Dienstübergabe wird der Patient dem zuständigen Pflegenden zunächst vorgestellt. Es erfolgt ein Informationsfluss über die medizinische und pflegerische Behandlung. Pflegeprobleme und deren Maßnahmensetzung werden besprochen. In einem abschließenden Gespräch, das mit dem Patienten geführt wird, kann dieser sich einbringen. Der Vorteil für die Pflegekraft liegt darin, sich vor Ort ein Bild von diversen Verbänden und eventuellen Lagerungen zu machen. Ebenso können pflegerische Abläufe in diesem Rahmen integriert werden (vgl. Heering 2006, S. 47).

Diverse experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, dass bei dieser Form der Pflegevisite der Patient nur in einem geringen Ausmaß in die Pflege mit einbezogen wird. Die medizinische Fachsprache, die von Pflegenden benützt wird, ermutigt den Patienten nicht Fragen zu stellen. Gespräche fanden in den Untersuchungen eher zwischen den Pflegepersonen statt. Durch die Anzahl der am Prozess dieser Pflegevisite beteiligten Personen, fühlt sich der Patient wenig angesprochen, sich aktiv zu beteiligen und hat nicht das Gefühl seine Situation bestimmen zu können. Der regelmäßige Besuch der Pflegenden fördert zwar einerseits den Informationsfluss und die Beziehung zum Patienten, andererseits ist der Miteinbezug in die Pflege und Behandlungsmaßnahmen eher gering (vgl. Heering 2006, S. 48f).

3.2. Pflegevisite als Führungsinstrument

In dieser Form der Pflegevisite ist zusätzlich eine Führungskraft anwesend. Ausgehend von dieser wird ein Patient für die Durchführung der Visite ausgewählt. Sein Pflegeaufwand wird mit der betreuenden Pflegefachkraft und der Führungskraft vorbesprochen. Darauf erfolgt ein Gespräch mit dem Patienten, in dem dieser die Möglichkeit hat sich aktiv einzubringen. Eine Anpassung der Pflegepläne folgt, in denen der Patient jedoch nicht mehr teilhaben kann. Für den Patienten erscheint dies keine ausreichende Möglichkeit zu sein, sich aktiv an seinen Pflegemaßnahmenplan zu beteiligen. Sein Beitrag beschränkt sich auf einen kleinen Teil der Pflegevisite. Den Patienten in den Mittelpunkt der Pflege zu stellen und den Patienten als Partner in der Pflege zu sehen, gelingt mit diesem Instrument der Pflegevisite kaum (vgl. Heering 2006, S. 51). Kritik wird vor allem dadurch angebracht, dass die Pflegevisite als Führungsinstrument zur Kontrolle der Pflegefachkräfte verstanden werden kann. Die Führungskraft hat hier nicht nur die Rolle des Vorgesetzten, sondern auch die des Pflegeexperten. Sie leitet die Pflegevisite an, beaufsichtigt sie und evaluiert die gesetzten Maßnahmen (vgl. Heering 2006, S. 51).

Wichtig scheint in diesem Rahmen der Pflegevisite, dass die Führungskraft als Unterstützung der Pflegefachkräfte und Patienten fungieren sollte. Die Kontrollfunktion in den Vordergrund zu stellen ist nicht zielführend. Vielmehr ist es notwendig, in die Rolle eines fachgerechten Beraters zu schlüpfen, welcher auf Grund einer Evaluierung, helfend in den Pflegeprozess eingreift, um das gemeinsam gesteckte Ziel in der Pflege zu erreichen (vgl. Ehmann 2005, S. 5).

3.3. Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument

Die Bewertung der Qualität im Dienstleistungsbereich ist schwer beurteilbar. Die Qualität wird durch den Prozess, in dem die Leistung erbracht wird, bestimmt. Qualität wird auch durch den Nutzen bewertet, den der Patient aus dieser erbrachten Dienstleistung ziehen kann. Bedingt durch unterschiedliche Wahrnehmungen der Patienten wird die Qualität eingestuft. Das bedeutet, dass der, der die Dienstleistung konsumiert, die Qualität von der Erfüllung seiner Anforderungen abhängig macht. Die Beurteilung der Qualität der erbrachten Dienstleistung hängt auch noch von den Erwartungen der Angehörigen oder anderen am Pflegeprozess Beteiligten ab. Die Gradwanderung besteht darin, einerseits nach den neuesten Erkenntnissen fachlich korrekt zu pflegen und andererseits einen persönlichen Nutzen für den Patienten zu schaffen (vgl. Engel 2008, S. 19ff).

Die Pflegevisite als Qualitätsinstrument wird im Rahmen des Pflegeprozesses angewandt, indem die pflegerische Leistung den Bedürfnissen des Patienten angepasst wird. Es erfolgt eine Evaluierung des Pflegeprozesses, indem alle Dokumentationsunterlagen einer Überprüfung unterzogen werden (vgl. Engel 2008, S. 35). Die einzelnen Schritte im Pflegeprozess werden einer genauen Betrachtung unterzogen. Augenmerk wird dabei auf die Angemessenheit der Pflege, die Wirksamkeit dieser und den Miteinbezug der Patienten gelegt. Die individuellen Bedürfnisse der Pflegenden werden im Rahmen der Pflegevisite abgestimmt (vgl. Heering 2006, S. 52). Durchgeführt wird diese Form der Visite von der Pflegefachkraft und der Führungskraft. Obwohl die Dokumentation der Pflege und dessen Evaluierung im Vordergrund steht, soll dies nicht als Kontrollwerkzeug für Mitarbeiter missverstanden werden. Es dient als Unterstützung der pflegenden Personen und soll die Eigenverantwortung der Pflegefachkräfte stärken (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 263).

3.4. Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der Patienten

Hier wird die Pflegevisite als Konzept für die Patientenpartizipation gesehen. Der Patient wird ermutigt, seine Wahrnehmungen und sein Erleben zu schildern. Die persönliche Situation fließt in die Gestaltung des Pflegeprozesses mit ein. Die Pflegeperson macht hinsichtlich der Planung Vorschläge, und der Pflegenden ist aufgefordert über die angebotenen Maßnahmen nach zu denken (vgl. Heering 2006, S. 53).

Diese Form der Pflegevisite scheint für eine Station mit mehreren Fachbereichen nur schwer durchführbar. Am Pflegeprozess können auch Personen aus dem interdisziplinären Bereich tätig sein und die Verweildauer der Patienten ist hierfür zu kurz, um eine derartige Partizipation anwendbar zu machen (Anmerkung des Verfassers).

Die nachstehende Grafik soll den Prozess der Pflegevisite veranschaulichen (Anmerkung des Verfassers).

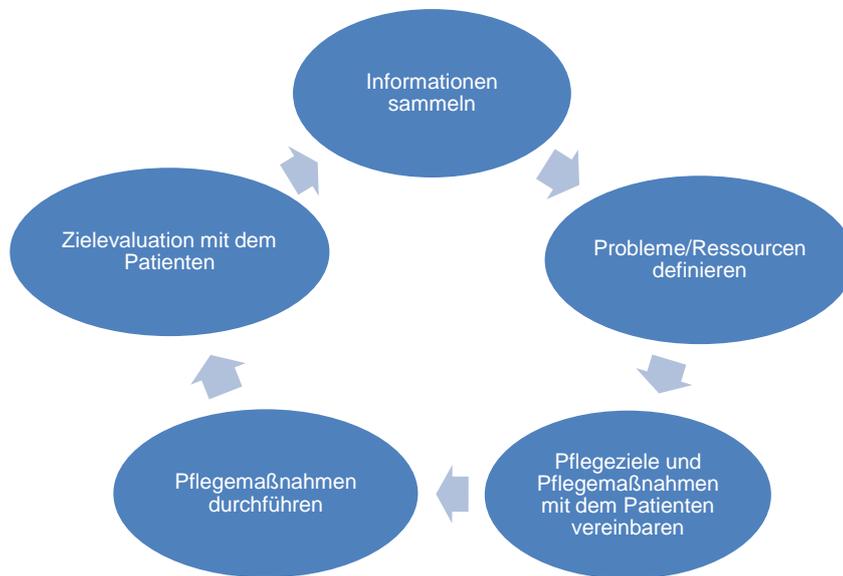


Abbildung 1: Prozess der Pflegevisite (vgl. Heering 2006, S. 53)

4. ABLAUF DER PFLEGEVISITE

Die Form der Pflegevisite und deren Ablauf werden individuell durch die jeweilige Einrichtung bestimmt. Ein sinnvoller Einsatz dieses Instrumentes hängt von der Anzahl der Pflegepersonen und der Häufigkeit des Einsatzes ab. Generell existiert jedoch kein vorgeschriebener Ablauf wie die Pflegevisite durchzuführen ist. In der Praxis erfolgen jedoch eine Vorbereitung, eine Durchführung und eine Auswertung beziehungsweise eine Evaluation der Pflegevisite, die nachfolgend beschreiben werden (vgl. Ehmann 2005, S. 28).

4.1. Durchführungsvorbereitung

Ausgehend von der Führungskraft oder einer pflegenden Person wird ein Patient für die Pflegevisite ausgewählt. Die notwendige Einverständniserklärung wird eingeholt und der Patient wird ausreichend über den Grund und Ablauf der Pflegevisite aufgeklärt. Ein Termin, der verbindlich ist, wird gemeinsam fixiert. Alle für die Dokumentation wichtigen Unterlagen werden bereitgelegt und auf ihre Vollständigkeit überprüft. Die Pflege der Patienten muss nachvollziehbar und die Pflegeplanung aktuell sein. Hilfreich können dabei angelegte Checklisten sein. Wichtig dabei ist es, Fragen, die nicht gemeinsam mit dem Patienten geklärt werden können, vor der Visite unter den Pflegenden zu klären (vgl. Ehmann 2005, S. 28).

4.2. Pflegevisitendurchführung

Das Gespräch sollte in einer für beide Teilnehmer angenehmen Atmosphäre stattfinden. Die Absicht und das Anliegen der Pflegevisite müssen für die Beteiligten klar sein. Die Pflegedokumentation wird hierbei überprüft. Ziel ist es einen guten Kontakt zum Patienten herzustellen und so einen Konsens zwischen Erwartung und Erfüllung der Bedürfnisse zu finden. Die Umsetzung und Planung der Pflege kann hier eingeschätzt werden, wobei die Zufriedenheit der Patienten im Vordergrund steht (vgl. Ehmann 2005, S. 29).

4.3. Auswertung der Pflegevisite

Alle an der Pflegevisite Beteiligten führen auch die Auswertung der Pflegevisite durch. Hier wird ein Vergleich zwischen dem aktuellen Zustand eines Patienten und seiner dazugehörigen Pflegedokumentation gezogen. Fakten, die für die weitere Pflege maßgebend sind, werden festgehalten. Das Verhalten der Patienten und der Pflegenden wird reflektiert, um den Ablauf gegebenenfalls zu verbessern oder auch neue Ziele zu definieren. Zum Abschluss wird ein Protokoll der Pflegevisite erstellt, welches in der Pflegedokumentation aufbewahrt wird (vgl. Ehmann 2005, S. 29).

5. ZIELE DER PFLEGEVISITE

5.1. Erreichbare Ziele für den Patienten

Der Pflegeprozess läuft nicht mehr passiv für den Patienten ab. Dieser hat durch die Einführung der Pflegevisite nun mehr die Möglichkeit sich aktiv zu beteiligen und ein Teil der Pflege zu sein. Die Mitbestimmung des Patienten steht an oberster Stelle. Der Patient ist dadurch in der Lage die durchgeführten Maßnahmen zu verstehen und kann eventuellen Ängsten, auf Grund von bestehenden Unsicherheiten, entgegen wirken. Der Patient fühlt sich in seiner Person mehr wahrgenommen und daraus steigt die Akzeptanz zur Mitarbeit. Durch die individuelle Planung der Pflege sowie einer fachgerechten Beratung durch die Pflegekraft wächst die Zufriedenheit mit der Betreuung (vgl. Ehmann 2005, S. 26). Die Pflegevisite bietet auch die Möglichkeit das Umfeld des Patienten miteinzubeziehen. Es erfolgt einerseits eine Orientierung an seinen bestehenden Bedürfnissen und andererseits wird der Grad der Pflegebedürftigkeit, unter Einbezug der Ressourcen, gemeinsam mit dem Patienten ermittelt. Dadurch erfolgt eine Mitarbeit des Patienten am gesamten Pflegeprozess, und dem Patienten wird das Gefühl der Wertschätzung und Mitbestimmung vermittelt (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 11).

5.2. Erreichbare Ziele für den Mitarbeiter

Eine gemeinsame Pflegeplanung mit dem Patienten und mit dem Mitarbeiter erhöht die Kommunikation. Dadurch besteht die Möglichkeit das Ergebnis der pflegerischen Arbeit transparenter zu machen. Die Rückmeldung des Patienten über die geleistete Pflege steigert die Wertschätzung und fachliche Anerkennung, dadurch verändert sich der Stellenwert der Pflege (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 11).

Die Pflegenden haben durch ihre geleitete Arbeit einen hohen Einfluss auf das Pflegeergebnis und steigern somit die Pflegequalität. Dies wiederum bewirkt eine Erhöhung der Zufriedenheit und steigert die Motivation. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit auf Probleme adäquater reagieren zu können und sind weniger an die Routine im Pflegealltag gebunden (vgl. Ehmann 2005, S. 26). Das Pflegeverständnis der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Bedürfnisse der Patienten verändert sich. Die Pflege wird individueller und professioneller. Probleme werden früher erkannt und dadurch kann ein potentieller Haftungsanspruch minimiert werden. Durch die vermehrte Auseinandersetzung mit der Planung der Pflege werden Arbeitsabläufe überdacht und gegebenenfalls optimiert (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 11).

5.3. Erreichbare Ziele für die Führungskraft

Ein aktiver Einbezug der Führungskraft im Rahmen der einzelnen Abschnitte der Pflegevisite führt zu einer Qualitätssicherung. Das gesamte Dokumentationssystem wird einer Überprüfung unterzogen. Mangelnde Planung der Pflegeziele oder Maßnahmen werden somit transparenter und der Kontakt zum Patienten geht nicht verloren sondern intensiviert sich. Eine Erfassung der Pflegequalität erfolgt durch die Analyse des gesamten Pflegeprozesses. Mängel in der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter werden so leichter erkennbar und ein frühzeitiges Reagieren auf notwendige Schulungen ist möglich (vgl. Scheiber 2004, S. 177).

Ziel ist es jedoch nicht, die Pflegevisite als ein ausschließliches Kontrollinstrument zu sehen. Vielmehr kann es als Beratung für die Mitarbeiter gesehen werden. Die pflegerische Arbeit kann dadurch konstruktiver gestaltet werden. Die Führungskraft soll beratend bei Fragen und Anliegen der Pflegefachkräfte zur Seite stehen, um das gemeinsame Ziel zu erreichen. Eine Optimierung der Arbeitsabläufe kann durch die erhöhte Transparenz schneller vor sich gehen. Durch das gemeinsame Nachbesprechen mit allen am Pflegeprozess beteiligten, erhöht sich das Teamgefühl und die Eigenverantwortung der Pflege wird gestärkt (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 263f).

Nachdem der Prozess der Pflegevisite ausführlich besprochen wurde, geht es im nächsten Kapitel um die Umsetzung in der Praxis. Für eine erfolgreiche Implementierung ist es von Vorteil, organisatorische Strukturen und notwendige Voraussetzungen im stationären Bereich näher zu betrachten (Anmerkung des Verfassers).

6. PERSONELLE VORAUSSETZUNGEN

6.1. Ganzheitlichkeit der Pflege

Die Bereitschaft und die Fähigkeit der Pflege müssen gegeben sein, um den zu Pflegenden im Sinne seiner Ganzheitlichkeit zu betrachten. Zu gering ist das Bemühen Mängel in den Aktivitäten der Patienten mit der Pflege auszugleichen. Die Ganzheitlichkeit betrifft sowohl das Individuum, das Umfeld sowie die Einstellung, die das Individuum betrifft. Erst dann kann wirklich von einer professionellen Pflege in diesem Sinne gesprochen werden (vgl. Scheiber 2004, S. 155).

6.2. Eigenverantwortung

Die Eigenverantwortung der Pflege ist klar im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt. Dies ist jedoch den Pflegepersonen nicht immer bewusst, auch unter anderem durch die teilweise Mitbestimmung der Pflege durch andere beeinflussende Bereiche. Dazu gehören Ärzte, Therapeuten, hierarchische Strukturen und der Patient selbst mit seinen Wünschen und Anregungen. Die Pflegefachkraft führt viele Pflegehandlungen aus, die medizinisch oder therapeutisch vom Arzt angeordnet werden. Das Verhältnis der Pflegeleistungen, welche von der Pflegefachkraft selbst geplant sind, zu den ärztlich geplanten und von der Pflege ausgeführten, medizinisch therapeutischen Pflegeleistungen, ist nicht ausgeglichen. Das bedeutet, dass für die Durchführung der Pflegeplanung und Pflegebehandlung Zeitressourcen genützt werden. Das zeigt wiederum, dass sich der Stellenwert der Eigenverantwortung der Pflege noch nicht klar positioniert hat (vgl. Scheiber 2004, S. 155).

6.3. Fachliche Kompetenz

Der Pflegeprozess, der durch die Bedürfnisse der Patienten und die daraus resultierenden Pflegeplanung entsteht, ist Grundvoraussetzung für die Implementierung der Pflegevisite. Wissen, das auf die Pflege bezogen ist, muss ständig erweitert werden, um die steigenden Anforderungen zu erfüllen und fachlich kompetent zu bleiben (vgl. Scheiber 2004, S. 156).

7. ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN

7.1. Exakte Pflegedokumentation

Basis bildet eine genaue Pflegedokumentation, um eine Pflegevisite durchführen zu können. Alle für den Pflegeprozess benötigten Unterlagen müssen vollständig vorhanden, überprüfbar und nachvollziehbar sein (vgl. Ehmann 2005, S. 23). Hilfreich kann dabei die Einführung von Checklisten sein. Auf die Verwendung, Notwendigkeit und Gestaltung von einer Checkliste wird im Kapitel zwölf eingegangen (Anmerkung des Verfassers).

7.2. Patienteneinwilligung

Der Patient, mit dem die Pflegevisite durchgeführt wird, muss von dieser informiert werden. Dem Patienten soll auf Grund der gegebenen Information klar sein, dass durch das gemeinsame Gespräch mit der Pflege, seine Planung der Pflege, und die damit zusammenhängende Zufriedenheit im Mittelpunkt steht. Der Ablauf der Pflegevisite wird dem Patienten erklärt und dieser gibt schriftlich seine Einwilligung, welche im Pflegedokumentationssystem aufbewahrt wird (vgl. Ehmann 2005, S. 24).

7.3. Räumliche Gegebenheiten

Die Pflegevisite sollte mit dem Patienten alleine durchgeführt werden. Eine Anwesenheit von Mitpatienten ist auf Grund einer möglichen Verletzung des Datenschutzes nicht angebracht. Ist dies wegen der baulich gegebenen Situationen nicht möglich, muss der betroffenen Patient seine schriftliche Einwilligung, bezogen auf die Anwesenheit eines Mitpatienten, erteilen (vgl. Ehmann 2005, S. 25).

7.4. Zeitfaktor

Der Zeitrahmen für die Durchführung einer Pflegevisite wird von zehn Minuten bis zu zwei Stunden bestimmt. Jede Organisationseinheit muss den Zeitrahmen finden, der für die Durchführung der Pflegevisite angepasst ist. Berücksichtigung finden die Tageszeit und der Dienstplan der zuständigen Pflegepersonen (vgl. Ehmann 2005, S. 25).

7.5. Beteiligte Pflegepersonen

Es besteht die Möglichkeit, dass andere Berufsgruppen aus interdisziplinären Bereichen an der Pflegevisite teilnehmen. Hierbei muss die Zustimmung des Patienten eingeholt werden. Die betreuende Pflegefachkraft und die Stationsleitung nehmen auf jeden Fall daran teil (vgl. Ehmann 2005, S. 25).

8. ORGANISATION DER INTERDISZIPLINÄREN STATION

Um Neuerungen im Bereich der Pflegeversorgung zu vollziehen, muss die Organisation der Station näher betrachtet werden. Wichtigster Punkt dabei ist vor allem die Ablauforganisation. Integriert in die Ablauforganisation ist die Prozessorganisation. Für eine erfolgreiche Implementierung der Pflegevisite ist es notwendig sich diesen Teil der Organisation genauer zu betrachten, um festzustellen, ob es erforderlich ist, bestehende Arbeitsprozesse zu verändern. Zum besseren Verständnis erfolgt nachstehend eine Vorstellung der bestehenden Ist Situation (Anmerkung des Verfassers).

Die Abteilung, an der das Instrument der Pflegevisite implementiert werden soll umfasst aktuell drei Fachbereiche. Diese bestehen aus den Gebieten der Urologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie und der Unfallchirurgie. Es erfolgt eine medizinische und pflegerische Betreuung von insgesamt 36 Patienten, elektiv als auch akut. Die täglich Neuaufnahmen und Entlassungen, erfolgen oft zum gleichen Zeitpunkt. Durch die hohe Anzahl an akuten Patienten müssen die Arbeitsprozesse eher flexibel gestaltet sein. Die Tagesbesetzung besteht aus drei diplomierten Fachkräften und zwei Pflegehilfsdiensten. Die Stationsleitung übernimmt neben ihren Aufgaben als Führungskraft den Bereich der medizinischen Visite und organisiert den reibungslosen Ablauf des Aufenthaltes der Patienten. Weiteres übernimmt diese alle organisatorischen Aufgaben, die für die notwendige Erfüllung der Arbeitsprozesse auf der Station erforderlich sind und kümmert sich um eine fortführende Betreuung der Patienten. Der Fachdienst und der Pflegehilfsdienst arbeiten im zwölf Stunden Rhythmus, während die Stationsleitung acht Stunden anwesend ist (Anmerkung des Verfassers).

Der Krankenpflegefachdienst orientiert sich in der Pflege nach dem Pflegemodell nach Nancy Roper, in dem die Lebensaktivitäten den Ansatz für die Pflege bilden. Die Pflege der Patienten ist in Bereichen gegliedert, wobei jeder Fachdienst zwölf Patienten betreut. Der Hauptanteil der Pflege findet in den Vormittagsstunden statt. Wobei die körperliche Pflege und die Versorgung der Operationswunden im Vordergrund stehen. Für die Planung der Pflege existieren derzeit keine fixen Zeiten. In der Praxis sieht es daher so aus, dass vorhandene Zeitressourcen von der Pflegefachkraft genutzt werden, um eine Pflegeplanung zu erstellen. Die erforderlichen Maßnahmen und die Ziele werden ohne den Patienten und nach dem Ermessen des Fachdienstes geplant. Das heißt, der Fachdienst entscheidet alleine wie viel Pflege notwendig ist. Die geplanten Maßnahmen werden dann von der Pflegefachkraft oder vom Pflegehilfsdienst ausgeführt (Anmerkung des Verfassers).

Die Beteiligung des Patienten erfolgt erst mit dem passiven Konsum der Pflegeleistung. Einen beträchtlichen Anteil verbringt die Pflege jedoch auch als Delegationsorgan der Ärzte und ist daher oft mit patientenfernen Prozessen beschäftigt, um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren. Die Veränderung der patientenfernen Prozesse finden hier kein Gehör, sondern es ist viel mehr die Aufgabe der Führung, die komplexen Arbeitsprozesse an der Station so zu gestalten, dass die Pflegevisite in der alltäglichen Routine problemlos eingeplant werden kann. Vorhandene Tagesressourcen sollten auch für unvorhersehbare Abläufe an der Station genutzt werden können (Anmerkung des Verfassers).

Eine vollständige Auflistung der geleisteten Arbeitsabläufe und eine genaue Beschreibung sämtlicher Arbeitsprozesse an der Station würden den Rahmen der Arbeit sprengen. Ein kleiner Überblick wurde, um sich den Ablauf vorstellen zu können, gegeben. Es erscheint wichtig, nicht nur den genauen täglichen Arbeitsaufwand und -ablauf fest zu legen, sondern einen Fixpunkt für die Durchführung der Pflegevisite zu schaffen. Probleme ergeben sich durch die Unterbrechung der Routinearbeiten durch akut eintretende Patientenaufnahmen, wobei vorhanden Zeitressourcen dies abdecken sollen. Die Kunst in der Führung liegt darin, die noch zu erledigenden Aufgaben so zu verteilen, dass die Bereichsschwester, die an der Pflegevisite teilnimmt, dies auch in Ruhe mit dem Patienten durchführen kann. Das heißt, bereits bestehende Prozesse müssen nicht reorganisiert, sondern eher optimiert werden. Durch diese Optimierung entsteht natürlich ein Veränderungsprozess. Bestehendes wird weiterentwickelt oder verbessert. Oberste Maxime sind dabei die Mitarbeiter, die von Beginn an einzubinden sind. Ein Instrument, um Veränderungsprozesse einzuleiten ist das Change Management (Anmerkung des Verfassers).

9. CHANGE MANAGEMENT

9.1. Begriffsdefinition

„Change Management bedeutet, Veränderungsprozesse auf Unternehmens- und persönlicher Ebene zu planen, zu initiieren, zu realisieren, zu reflektieren und zu stabilisieren. Change Management zielt auf planmäßige mittel- bis langfristig wirksame Veränderung von Verhaltensmustern und Fähigkeiten, um zielgerichtet Prozesse und Kommunikationsstrukturen zu optimieren“ (Kosta/Mönch 2009, S. 9).

Wichtig ist, dass die Mitarbeiter bereit sind grundsätzlich Veränderungen zu akzeptieren, da nur durch das Mitwirken dieser ein Veränderungsprozess erst möglich wird. Der Führungskraft muss bewusst sein, dass es durch eintretende Veränderungen auch zu emotionalen Belastungen der Pflegefachkräfte kommt und jeder dieser Reaktionen darauf zeigt. Es ist sonst möglich, dass der Fachdienst nicht nur Teil einer neuen Situation, sondern auch Teil eines neuen Problems wird. Die Mitarbeiter durchlaufen verschiedene Phasen und die Führungskraft muss Verständnis für die Phasen, welche unten angeführt werden, haben (vgl. Kosta/Mönch 2009, S. 12).

1. Schock

In dieser Phase wird der Mitarbeiter mit der Veränderung konfrontiert. Ein Schock stellt sich zunächst ein, weil die eigene Kompetenz in Frage gestellt wird. Der Mitarbeiter glaubt, seine bisherige geleistete Arbeit wird nicht mehr wertgeschätzt (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 187).

2. Ablehnung

Die Veränderungsbereitschaft wird vom Grund her abgelehnt. Dies deshalb, weil die Mitarbeiter dazu tendieren, zu glauben, ohne jegliche Veränderung in der Lage zu sein, die neue Situation zu meistern. Die Notwendigkeit der Veränderung wird nicht gesehen. Mangelnde Kompetenz kann diese Phase noch verstärken und dient dann als Selbstschutz. Der Mitarbeiter kann sich somit nicht weiterentwickeln. Aufgabe der Führungskraft ist es den Mitarbeitern das eigenen Verhalten und die Veränderung ins Bewusstsein zu rufen, damit ein weiterer Stein für die dritte Phase gelegt werden kann (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S.187).

3. Einsicht

Der Mitarbeiter hat die Notwendigkeit für die Veränderung erkannt, ist in dieser Phase jedoch noch nicht bereit eigene Verhaltensmuster zu verändern. Ein langfristiger Erfolg kann sich somit hier nicht einstellen (vgl. Kosta/Mönch 2009, S. 14).

4. Akzeptanz

Diese Phase ist maßgebend dafür, ob das Veränderungsvorhaben auch umgesetzt werden kann. Besteht eine emotionale Einsicht der Mitarbeiter, sind diese bereit, Lernbereitschaft zu zeigen und neue Ideen zu entwickeln. Hier kann es sogar gelingen, ungenutzte Potenziale zum Vorschein zu bringen. Stellt sich die emotionale Einsicht jedoch nicht ein, kann es zu einer erneuten Ablehnung der neuen Situation kommen und der Prozess der Veränderung wird unterbrochen (vgl. Kosta/Mönch 2009, S. 14). Eine große Aufgabe kommt hier für die Führungskraft im Sinne einer Motivation der Mitarbeiter zum Tragen. Das Thema der Motivation findet im Kapitel elf Berücksichtigung (Anmerkung des Verfassers).

5. Lernen

Ist eine emotionale Akzeptanz der Veränderung erfolgt, zeigt der Mitarbeiter Bereitschaft, den Prozess des Lernens zu durchlaufen. Die eigenen fachlichen Kompetenzen werden erweitert und es findet eine Anpassung an die veränderte Situation statt. Durch das Kontinuum des Lernens und Ausprobierens kommt es zu Erfolgen, aber auch zu Misserfolgen (vgl. Kosta/Mönch 2009, S. 14). Für die Stationsleitung bedeutet dies unterstützend einzugreifen und dem Mitarbeiter als beratender Kollege zur Seite zu stehen (Anmerkung des Verfassers).

6. Erkenntnis

Der Mitarbeiter erlangt durch den Veränderungsprozess neue Erkenntnisse und kann diese nutzen, um neue Kompetenzen zu gewinnen. Dadurch wird er in seinem pflegerischen Verhalten flexibler. Es erfolgt eine Identifizierung mit der neuen Situation (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 188).

7. Integration

Die letzte Phase ist bestimmt durch die vollständige Integration der Veränderung im Routineablauf. Der Mitarbeiter ist bereit Verantwortung zu übernehmen und betrachtet den Veränderungsprozess als selbstverständlich. Zu diesem Zeitpunkt ist die Kompetenz am Höhepunkt und die Mitarbeiter beeinflussen sich gegenseitig im positiven Sinne (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 188).

9.2. **Instrumente des Change Managements**

Die Führung leitet den Veränderungsprozess zwar ein, jedoch sind es in erster Linie die Mitarbeiter, die den Prozess der Veränderung vollziehen. Die Führungskraft nimmt hier eine besondere Rolle ein. Sie hat einerseits eine Vorbildfunktion. Sie muss an den Veränderungsprozessen schneller teilnehmen, um einen Schritt weiter in der Entwicklung zu sein und andererseits muss sie die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter kennen, um deren Engagement zu mobilisieren (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 189).

- Zielvereinbarungen treffen

Ziele sind für die Mitarbeiter wichtig, um sich im Berufsfeld orientieren zu können. Vor allem im Veränderungsprozess kann ein Ziel hilfreich sein und die Ernsthaftigkeit wird hiermit unterstrichen. Ein Teilbereich der Zielvereinbarung ist die Kommunikation mit den Mitarbeitern. Durch die Kommunikation fühlt sich der Mitarbeiter wertgeschätzt und kann sein Anliegen oder seine Bedenken ebenfalls dazu äußern. Wichtig ist, dass alle Handlungen, die den Veränderungsprozess betreffen ausführlich besprochen werden und die Betroffenen die Möglichkeit haben sich einzubringen (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 189).

- Der Mitarbeiter als Experte

Der Erfolg der Einführung eines neuen Prozesses hängt davon ab, die Mitarbeiter davon zu überzeugen, Experten in ihrem Gebiet der Pflege zu sein (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 189).

- Grad der Akzeptanz

Der Grad der Akzeptanz bestimmt über Erfolg oder Misserfolg der geplanten Veränderung. Alle am Prozess Beteiligten müssen vorab von der Veränderung ausreichend informiert werden. Um damit umgehen zu können, müssen ausreichende Qualifikationen vorhanden sein. Die Veränderung muss gewünscht oder der Wunsch dazu erweckt werden (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 189).

- Informationsfluss

Damit die Implementierung der Pflegevisite erfolgreich wird, ist eine gute Informationspolitik Grundvoraussetzung. Informationen durch Erklärungen und Dienstanweisungen sind zwar notwendig, werden jedoch durch eine gelebte Kommunikationskultur ergänzt (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 190).

Die Information über den Veränderungsprozess soll so gestaltet sein, dass die Mitarbeiter dies für sich als Chance zur Weiterentwicklung wahrnehmen. Durch den kontinuierlichen Informationsfluss und die darauf resultierende Kommunikation, ist es für die Führungskraft möglich, auf eventuelle Fragen der Beteiligten einzugehen und dadurch bestehende Unklarheiten zu beseitigen. Eine rechtzeitige und umfassende Information ist zielführend für eine geplante Veränderung von Arbeitsprozessen (vgl. Kosta/Mönch 2009, S. 64f).

- Projektmanagement

Das Vorhaben die Pflegevisite an einer interdisziplinären Station einzuführen ist komplex und könnte auch mit Hilfe eines Projektes als Arbeitsform einhergehen (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 190).

10. SCHULUNGEN

Wie bereits in den vorherigen Seiten erwähnt, ist der Informationsfluss zu Beginn einer Veränderungsphase und währenddessen ein wichtiges Kriterium, um etwas Neues zu Implementieren oder bestehende Prozesse zu verändern. Zu Beginn der geplanten Veränderung ist daher eine Informationsveranstaltung für die betreffenden Mitarbeiter ausreichend. Die am Veränderungsprozess Beteiligten erhalten so die Möglichkeit, sich mit der Thematik auseinander zu setzen. Der Zeitfaktor spielt dabei eine große Rolle und die Pflegefachkräfte dürfen dabei nicht überfordert werden. Ist die erste Information über den Veränderungsprozess geflossen, kann mit der Planung der weiteren Schulungen begonnen werden (Anmerkung des Verfassers).

Durch interne oder auch externe Fortbildungen, in Abhängigkeit der Unternehmensleitung, kann die Stationsleitung, oder ein auserwählter Mitarbeiter, als Experte für die Durchführung von Pflegevisiten ausgebildet werden. Die Führungskraft ist für diese Ausbildung prädestiniert, da sie fast täglich anwesend ist. Die Rolle als Experte kann von der Stationsleitung geführt werden und in weiterer Folge ist diese in der Lage alle Mitarbeiter zu schulen. Für alle pflegerischen Belange kann die Stationsleitung eine beratende Funktion ausführen. Der Vorteil eines Experten auf der Station liegt auch darin, vor allem in der Anfangsphase ständig für Fragen da zu sein und helfend eingreifen zu können. Im Rahmen einer Stationsbesprechung, in der die gesamte Gruppe der Pflegenden teilnimmt, wird das Konzept der Pflegevisite durch den Experten erläutert. Hilfreich dabei können Folien sein, in denen die Vorteile der Pflegevisite sowohl für den Patient als auch für die Mitarbeiter aufgezeigt werden (vgl. Ehmann 2005, S. 72).

Das gemeinsame zu erreichende Ziel sollte für allen am Prozess Beteiligten vorstellbar sein. Den Mitarbeitern soll durch die Schulung klar werden, dass sie durch ihren Beitrag maßgebend an der Steigerung der Qualität an der Station beteiligt sind und gegebenenfalls eine Vorreiterrolle führen. Es ist wichtig, nicht nur fachliche Inhalte der Pflegevisite zu vermitteln, sondern auch explizit auf die Vorteile der Implementierung einzugehen (Anmerkung des Verfassers). Im Rahmen der Schulung wird darauf hingewiesen, dass durch dieses Instrument der Pflegevisite die Ergebnisse der geleisteten pflegerischen Arbeit noch transparenter sind. Die Chance, die Pflege eigenständiger zu gestalten, kann hier genutzt und forciert werden. Die Möglichkeit wird geboten, weniger Routine dafür mehr Individualität im Pflegealltag zu leben (vgl. Ehmann 2005, S. 72).

Pflegende Personen können sich durch die verbesserte Kommunikation vermehrt austauschen und tragen so zu einem gemeinsamen Lerneffekt bei. Die tägliche Arbeit erhält somit einen anderen Stellenwert und wird dadurch auch aufgewertet (vgl. Ehmann 2005, S. 72).

Die pflegenden Personen sollen am Ende der Schulung eine ausreichende Vorstellung vom neuen Betätigungsfeld haben und sich mit Vorfreude an die neuen Aufgaben heranwagen. Um diesen Stand zu erreichen, ist ein Change Management nötig, wobei die Motivation der Mitarbeiter ein maßgebender Faktor und Schlüssel ist, um den gemeinsam definierten Erfolg erreichen zu können (Anmerkung des Verfassers).

11. MOTIVATION

„Wenn du ein Schiff bauen willst, so trommle nicht die Männer zusammen, um das Holz zu beschaffen, Werkzeuge vorzubereiten und Aufgaben zu vergeben, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem endlosen Meer“ (de Saint-Exupéry in: Schäfer/Jacobs 2004, S. 88).

Die Motivation ist ein wichtiger Bestandteil, um das Verhalten der Mitarbeiter positiv zu beeinflussen. Ist die Führung in der Lage zu motivieren, sind die Beteiligten um Erfolg bemüht und zeigen eine erhöhte Verhaltensbereitschaft. Die Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit jedes einzelnen Mitarbeiters sollte jedoch Berücksichtigung und Wertschätzung finden, um das definierte Ziel einer Implementierung zu erreichen. Die Motivation ist ein Prozess, der nie abgeschlossen sein darf. Durch die ausreichende Motivation sind die Mitarbeiter in der Lage, mit außergewöhnlichen Arbeitsbelastungen umzugehen. Sie können private Interessen hinter den betrieblichen stellen und sind leicht zu führen, da sie die anstehende Arbeit erledigen können (vgl. Schäfer/Jacobs 2004, S. 88f).

Ein bedeutender Faktor ist es, den Mitarbeitern die Bedeutung ihrer Arbeit bewusst zu machen. Nur dann zeigen sie Bereitschaft sich auch beruflich weiter zu entwickeln. Das wiederum ist der Grundstein des Erfolges. Tritt dieser ein und sind auch nur einige Mitarbeiter hoch motiviert, stecken sie andere Pflegepersonen damit an. Durch die Motivation zeigen diese auch Bereitschaft längerfristige Bemühungen oder Aufgaben auf sich zu nehmen (vgl. Conzen/Freund/Overlander 2009, S. 313).

In der Literatur sind unterschiedliche Motivationsgründe und Motivationstheorien beschrieben. Maßgebend für die Führungskraft scheint jedoch der Umstand zu sein, welche Art der Motivation jeder einzelne Mitarbeiter benötigt. Die Führungskraft soll in der Lage sein, nicht nur ein Motivationsmuster auf alle überzustülpen, sondern die Pflegepersonen dort abzuholen, wo sie stehen. Sie sollte sich auch dessen bewusst zu sein, dass es nicht immer möglich ist, höchst motiviert zu sein, sondern dass es auch Phasen geben wird, in denen die Motivation niedrig ist (Anmerkung des Verfassers).

12. FORMULARE FÜR DIE PRAXIS

Checklisten sind hilfreiche Formulare, um die Ergebnisse der Durchführung der Pflegevisite protokollieren zu können. Mit dem Instrument der Checkliste ist das Vorgehen strukturiert und effizient. Das Formular sollte so gewählt werden, dass die visitierenden Pflegepersonen nicht mit aufwendigen Schreib- oder Lesearbeiten belastet werden. Die Konzentration der Pflegepersonen soll sich auf den Patienten und seine Situation richten. Die Gesprächsführung während der Visite wird durch die Auflistungen am Formular unterstützt. Damit wird eine einheitliche Vorgehensweise garantiert. Checklisten dienen der Protokollierung und sind Teil der Pflegedokumentation und werden im laufenden Pflegebericht vermerkt (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 17). Durch die Führung von Checklisten sind bestimmte Qualitätskriterien der Ergebnisse überprüfbar.

Die Ergebnisqualität gliedert sich in folgende Bereiche:

1. Ergebnisse bezogen auf die Pflegequalität

Es erfolgt eine Evaluierung der gesamten Pflegedokumentation und deren Führung. Überprüft wird, ob alle notwendigen Dokumentationen vorhanden sind, um die Pflegevisite durchführen zu können. Untersucht wird, ob die Pflegemaßnahmen mit dem Pflegebedarf übereinstimmen und die Wirksamkeit der Pflege. Die pflegerelevante Ausgangssituation wird mit dem Pflegeverlauf verglichen und die aktuelle Pflegesituation beurteilt (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 13).

2. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

Der geleistete Pflegearbeitsaufwand wird evaluiert und eine notwendige Optimierung eingeleitet. Die fachlichen Anforderungen und die Durchführung der Pflege werden verglichen. Die Pflegekraft kann dadurch ihre eigene Arbeit evaluieren und sich mit anderen Pflegenden austauschen. Durch die sichtbaren Ergebnisse wird der Mitarbeiter in seiner Arbeit bestätigt und erhält so Sicherheit im Arbeitsprozess (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 13).

3. Patientenbezogene Ergebnisse

Der Patient erhält die Möglichkeit gezielt auf die Pflegeplanung Einfluss zu nehmen. Die Ergebnisse können mit Hilfe der Checkliste ersichtlich gemacht werden. Es kann das Bedürfnis des Patienten und der aktuelle Pflegebedarf mit dem Pflegeangebot verglichen werden. Die Ergebnisse der Patientenzufriedenheit werden transparent (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 13).

4. Ergebnisse bezogen auf den Fortbildungsbedarf

Die Checkliste führt zu einer Abrundung des gesamten Prozesses der Pflegevisite. Daraus kann resultieren, dass ein weiterer Fortbildungsbedarf für die Mitarbeiter besteht. Eine gezielte Ausrichtung der Fortbildung kann somit erfolgen (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 13).

5. Ergebnisse bezogen auf die Wirtschaftlichkeit

Schwachstellen vor allem in Bezug auf den Arbeitsablauf oder auch verdeckte Ressourcen können dadurch ersichtlich werden (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 13).

Mit der Checkliste ist es auch möglich nur Teilbereiche aus dem gesamten Pflegeprozessdokumentationssystem zu nutzen. Es ist nicht zwingend, immer alles zu überprüfen. Eine Anpassung der Checklisten auf einen gewünschten notwendigen Bereich, dieser kann ambulant oder stationär sein, ist ebenso möglich. Die Kriterien werden durch die Bereiche bestimmt und vorgegeben (vgl. Hellmann/Kundmüller 2006, S. 18).

13. UMSETZUNG IN DIE PRAXIS

Die Pflegevisite in die Praxis umzusetzen gelingt mit Hilfe von Change Management. Die Kriterien, die von der Führungskraft diesbezüglich zu beachten sind, wurden in vorangegangenen Kapiteln bereits besprochen. In diesem Teil der Arbeit geht es um die praktische Umsetzung, quasi um das Werkzeug zur Implementierung (Anmerkung des Verfassers).

Im Rahmen einer Startveranstaltung, welche als Informationsveranstaltung dient, wird das Vorhaben der Implementierung von Pflegevisite den Mitarbeitern nähergebracht. Der Mitarbeiter soll umfassende Informationen bekommen und eine Vorstellung vom Konzept der Pflegevisite erhalten. Ebenso wird die Möglichkeit geschaffen, Wünsche oder Fragen bekanntzugeben. Je besser dieser Schritt der Kommunikation gelingt, umso eher kann die Führungskraft einen Schritt weiter gehen (Anmerkung des Verfassers).

Einen großen Teilbereich bei der Implementierung nimmt die Schulung aller Mitarbeiter ein. Ziel ist es, dass alle Mitarbeiter den gleichen Wissensstand haben. Der Zeitrahmen der benötigt wird, um alle Mitarbeiter zu schulen wird mit zwei Monaten angesetzt, damit eventuell eintretende Urlaube oder Krankenstände berücksichtigt werden können. Auf eine detaillierte Beschreibung bezogen auf den Ablauf der Schulungen wird hier verzichtet, da dies in Kapitel zehn Beachtung findet. Nachdem alle Pflegefachkräfte auf dem gleichen Wissensstand sind, müssen die Kriterien für die Umsetzung festgelegt werden (Anmerkung des Verfassers).

Der Zeitpunkt der Pflegevisite an der interdisziplinären Station wird festgelegt, wobei das Hauptaugenmerk für die Durchführung der Pflegevisite auf den frühen Nachmittag gelegt wird. Eine exakte Uhrzeit oder Stunde kann aufgrund der akut eintretenden Patienten nicht fixiert werden. Der Rahmen kann jedoch von 13 Uhr bis 16 Uhr angegeben werden. Beteiligt an der Durchführung der Pflegevisite sind die Bereichspflegefachkraft und die Führungskraft. Ein wesentlicher Schritt ist die Auswahl des in Frage kommenden Patienten. Kriterien bezogen auf das Krankheitsbild und die Liegedauer müssen beachtet werden. Aufgrund der hohen Anzahl an täglichen Aufnahmen und Entlassungen an der interdisziplinären Abteilung können Patienten mit geringer Liegedauer nicht berücksichtigt werden. Eine Pflegevisite kommt hauptsächlich für Patienten mit schweren Krankheitsbildern in Frage, welche in bestimmten Abständen immer wieder an der Abteilung betreut werden und einen Mindestaufenthalt von fünf Tagen aufweisen (Anmerkung des Verfassers).

Die Planung für die Durchführung der Pflegevisite ist mit einmal pro Woche angesetzt, wobei auf das Patientengut Rücksicht genommen wird, und bei Bedarf kann dieser Zeitraum verringert oder auch verlängert werden (Anmerkung des Verfassers).

Mit Hilfe eines Pilotprojektes gelingt die Umsetzung der Implementierung strukturierter Dienstleistungen können zielgruppenspezifischer im Sinne einer Professionalisierung eingesetzt werden. Der Zeitrahmen für ein Pilotprojekt würde mit einem Jahr angesetzt werden, geht man von einer möglichen Patientenzahl von mindestens vier pro Monat aus. Eine Zwischenevaluierung des Projektes würde nach einem halben Jahr erfolgen. Dies ist notwendig, da auf aufgetretene Schwierigkeiten Rücksicht genommen werden kann. Auch Verbesserungspotenzial und Schwachstellen werden in dieser Zeit transparent. Eine Optimierung der Abläufe kann erfolgen und verbessert die Motivation der Mitarbeiter. Es kristallisiert sich in diesem Zeitraum auch die Effektivität und die Zielsetzung heraus. Auch der noch notwendige Unterstützungsbedarf der Pflegefachkräfte definiert sich. Eine Abschlussevaluierung erfolgt nach einem Jahr der Implementierung. Das Durchführen der Pflegevisite sollte bereits in die Routinetätigkeit integriert sein (Anmerkung des Verfassers).

14. RESÜMEE

Den Patienten ganzheitlich als Mensch zu erfassen, erfordert vom Pflegepersonal Anpassungsfähigkeit, empathisches Verhalten, ständige fachliche Weiterentwicklung und zielorientiertes Verhalten, um eine Qualitätsoptimierung erreichen zu können. Mit der Implementierung einer Pflegevisite, ist es möglich, im Sinne einer Verbesserung der Leistungen in der Pflege, einen Schritt in Richtung Professionalisierung zu gehen. Durch das Beschäftigen mit einschlägiger Literatur hat sich ergeben, dass keine bestimmte Form der Pflegevisite für eine Implementierung an einer interdisziplinären Station geeignet ist, sondern vielmehr die Kombination dieser zielführend ist. Meine Fragestellung richtet sich besonders auf die Aufmerksamkeit, welche von der Führungskraft den Mitarbeitern entgegen gebracht werden muss, um eine erfolgreiche Implementierung ermöglichen zu können. Durch Literaturrecherchen wird bestätigt, dass eine Reihe von Faktoren Einfluss auf den Prozess des Change Management nehmen und eine gelungene Implementierung durch die Berücksichtigung dieser stattfindet.

Die Aufmerksamkeit hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes seitens der Führungskraft richtet sich auf die Motivation der Mitarbeiter, die einen wesentlichen Faktor bei der Implementierung bildet. Die Führungskraft visualisiert das gemeinsam zu erreichende Ziel und weckt das Bestreben der Mitarbeiter Teil des Wandlungsprozesses zu sein und so den Stellenwert der Pflege besser zu positionieren. Der Motivationsbedarf und die Motivationsmethoden werden durch die Führungskraft erhoben, um somit die Mitarbeiter besser zu unterstützen. Der Beitrag der Führungskraft, hinsichtlich der Phasen des eintretenden Veränderungsprozesses, wird durch einen fortführenden Informationsfluss geleistet. Dies beginnt bei einer Informationsveranstaltung, reicht von der Einschulung bis zur vollständigen Implementierung. Die Führungskraft hält die Mitarbeiter somit auf dem Laufenden und kann so auch als Wegweiser oder Experte ihren Nutzen erweisen. Das Werkzeug für die Implementierung bildet den Abschluss des Unterstützungsbedarfes. Dazu zählen sowohl die Umsetzung der Implementierung mit Hilfe eines Probelaufes als auch die Verwendung von Checklisten.

Bei all den unterstützenden Maßnahmen, die getroffen werden um das Pflegepersonal auf dem Weg zu begleiten, den Patienten im Mittelpunkt des pflegerischen Geschehens zu stellen, dürfen die Bedürfnisse des Pflegepersonals selbst nicht außer Acht gelassen werden. Im Bemühen um Erfüllung der Patientenbedürfnisse muss umso mehr auch auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter eingegangen werden. Nur dann kann eine Leistungssteigerung und Professionalisierung im Sinne eines im Mittelpunkt stehenden Menschen erreicht werden.

15. LITERATURVERZEICHNIS

Conzen C./Freund J./Overlander G. (2009): Pflegemanagement heute. Ökonomie, Personal, Qualität verantworten und organisieren, München, Verlag Urban & Fischer

Ehmann M. (2005): Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege, Baden-Württemberg, Verlag Urban & Fischer

Engel K. (2008): Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen: Die Anwendung des Resident Assessment Instruments RAI 2,0 als Qualitätsinstrument, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer

Heering C. (2006): Das Pflegevisiten-Buch, Bern, Verlag Hans Huber

Hellmann S./Kundmüller P. (2006): Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Checklisten für die praktische Anwendung und Schulungsunterlagen für die innerbetriebliche Fortbildung, München, Brigitte Kunz Verlag

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

Kosta C./Mönch A. (2009): Change Management. 7 Methoden für die Gestaltung von Veränderungsprozessen, München, Verlag C. Hanser

Schäfer W./Jacobs P. (2004): Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für stationäre und ambulante Pflege, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer

Scheiber C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess, Wien, Facultas Verlag

Wahrig R. (1985): Fremdwörterlexikon, München, Verlagsgruppe Bertelsmann GmbH/Mosaik Verlag GmbH

Anhang:

Checkliste stationär

Name des Patienten:	Erfolgt eine Information des Patienten:		
Datum der Pflegevisite:			
Anlass der Pflegevisite: Teilnehmer:			
<u>Pflegedokumentation</u>			
Wurde eine ausreichende Anamnese durchgeführt?	Ja	Nein	Wenn Nein, warum nicht?
Besteht eine aktuelle Pflegeplanung?			
Sind in der Pflegeplanung Ressourcen oder Probleme definiert?			
Sind Pflegeziele individuell formuliert?			
Sind Hilfsmittel notwendig/ erfolgt ein sinnvoller Einsatz?			
Ist die Pflege nachvollziehbar?			
Besteht eine Wunddokumentation?			
Ist im Pflegebericht der Pflegeverlauf erkennbar?			
Anmerkungen:			
Erfolgt eine Evaluation der Pflegeplanung?			

<u>Patientenzufriedenheit</u>			
Wurden auf Wünsche des Patienten individuell eingegangen?			
Wurde eine Sturzprophylaxe durchgeführt?			
Ist die Rufanlage problemlos erreichbar?			
Wurde die Privat- und Intimsphäre gewahrt?			
Ist ausreichend Zeit für die Nahrungsaufnahme?			
Besteht die Möglichkeit Wünsche zu äußern?			
Wird der Patient entsprechend seiner Mobilität unterstützt?			
<u>Personal</u>			
Erfolgt eine Information der Pflegehandlungen für den Patienten?			
Wird mit Pflegestandards gearbeitet?			
Erfolgt eine aktivierende Pflege?			
Wird die Körperpflege nach individuellen Bedürfnissen der Patienten erbracht?			
Werden die Hygienevorschriften eingehalten?			

(vgl. Hellmann/Kundmüller, 2006, Anhang; vgl. Ehmann 2005, S. 61ff).