

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

09.03.2009 bis 12.03.2010

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Die Pflegevisite im Altenwohn- und Pflegeheim

vorgelegt von: Elisabeth Kuttin
Diakonie Kärnten
Altenheim Bethesda

begutachtet von: Dr. Christine Fercher
Leitung des SG Pflegewesen
Amt d. Kärntner Landesreg. Abt. 13

Jänner 2010

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.

Spittal/Drau, 14. Jänner 2010

INHALTSVERZEICHNIS

1	VORWORT	7
2	EINFÜHRUNG	9
2.1	ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	10
3	DEFINITION WICHTIGER BEGRIFFE	11
3.1	DEFINITION QUALITÄT	11
3.2	DEFINITION PFLEGEQUALITÄT	11
3.2.1	DEFINITION STRUKTURQUALITÄT	11
3.2.2	DEFINITION PROZESSQUALITÄT	12
3.2.3	DEFINITION ERGEBNISQUALITÄT	12
3.3	DEFINITION QUALITÄTSSICHERUNG	12
3.4	DEFINITION EVALUATION	12
3.5	DEFINITION PFLEGEVISITE	13
4	DIE PFLEGEVISITE ALS QUALITÄTSSICHERUNGSINSTRUMENT	14
4.1	SCHULUNG DER MITARBEITER	14
4.2	FACHKOMPETENZ	14
4.3	SOZIALE KOMPETENZ	15
4.4	BEZUGSBETREUUNG	15
4.5	PFLEGEPROZESS	16
4.6	PFLEGEVERSTÄNDNIS	16
4.7	PFLEGESTANDARDS	17
5	ZIELE DER PFLEGEVISITE	18
5.1.1	BEWOHNERORIENTIERTE ZIELE	18
5.1.2	MITARBEITERORIENTIERTE ZIELE	18
5.2	LEITUNGSORIENTIERTE ZIELE	18
5.3	WIRTSCHAFTLICHE ZIELE	19

6	ARTEN DER PFLEGEVISITE	19
6.1	MIKROVISITE.....	19
6.2	MAKROVISITE.....	19
7	DURCHFÜHRUNG	20
7.1	DAUER	20
7.2	TEILNEHMER.....	20
7.3	TERMINANKÜNDIGUNG UND EINVERSTÄNDNIS	20
7.4	DAS VORGESPRÄCH.....	21
7.5	DIE PFLEGEVISITE BEIM BEWOHNER	21
7.6	DIE NACHBESPRECHUNG	22
8	KONZEPT ZUR IMPLEMENTIERUNG	23
8.1	WISSENSSTADIUM	23
8.2	ÜBERZEUGUNGSSTADIUM	23
8.3	ENTSCHEIDUNGSSTADIUM.....	24
8.4	IMPLEMENTIERUNGSSTADIUM	24
8.5	BESTÄTIGUNGSSTADIUM	24
8.5.1	METHODEN DER EVALUIERUNG	24
9	VORTEILE UND NACHTEILE DER PFLEGEVISITE	25
9.1	AUS SICHT DES BEWOHNER	25
9.2	AUS SICHT DES MITARBEITER	25
10	IMPLEMENTIERUNG DER PFLEGEVISITE IM HAUS BETHESDA.....	26
11	RESÜMEE	29
12	LITERATURVERZEICHNIS	30
12.1	BÜCHER:	30
12.2	INTERNET	32
13	ANHANG.....	33

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
DIN	Deutsches Institut für Normung
EDV	elektronische Datenverarbeitung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

KURZZUSAMMENFASSUNG

Qualität ist kein Zufall, sondern das Ergebnis des Bemühens aller Beteiligten. Mit der Pflegevisite als Instrument der Eigenevaluation werden die erbrachten Leistungen bewertet, kontrolliert und optimiert.

Die Dokumentation ist der rechtsgültige Beweis für die Qualität der Pflege, die der Bewohner bekommt. In der Praxis zeigt sich, dass die beste Maßnahme versagt, wenn der Bewohner nicht einverstanden ist. Deshalb fördert die Pflegevisite auch die Kreativität der Mitarbeiter und wirkt teambildend, weil sie Unterstützung in schwierigen Pflegesituationen bietet.

Nur eine stetige Verbesserung der Prozesse garantiert langfristig, einerseits Probleme und Schwachstellen zu identifizieren und Lösungsvorschläge zu finden und andererseits zufriedener Mitarbeiter, die ein Feedback über die geleistete Arbeit erhalten.

Die Pflegevisite ermöglicht eine neuartige Umsetzung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches z. B. in der psychosozialen Betreuung und der Weitergabe von Wissen.

Um die Pflegevisite als hilfreiches Instrument zur Steigerung der Pflegequalität zu integrieren, ist es wichtig, dass sie regelmäßig stattfindet.

Summary

Quality does not occur by coincidence but is the result of a real effort by all those who are involved. Using nursing visits as an instrument of self-evaluation, you can rate, assess and control your services.

Documentation provides the lawful proof for the quality of care that each inhabitant receives. In practice, it can be observed that even the best intervention fails if the patient does not agree to it. That is why the nursing visit demands the employee's creativity and team-cooperation in support of difficult care situations.

Only through the constant improvement of the process problems and weaknesses will be identified over time and solutions will be found, which, in turn, satisfy colleagues by giving them feedback about their work. The nursing visit suggests a new application for self-directed work, e.g. in the psychological and social care and the transfer of knowledge.

In order to integrate the nursing visit as a helpful tool in the improvement of quality of care, it is important that it takes place regularly.

1 VORWORT

Seit dem 1. Oktober 2005 bin ich als Stellvertretende Pflegedienstleitung im Altenwohn- und Pflegeheim Bethesda tätig. Der Weiterbildungslehrgang für Führungsaufgaben im basalen und mittleren Pflegemanagement hilft mir bei der Umsetzung der steigenden Anforderungen. Der Lehrgang vermittelt den Teilnehmern ein besseres Verständnis für das Verhältnis zwischen intra- und extramuralem Bereich sowie das Erkennen von Schnittstellen-Problematiken und deren Umorganisation in Nahtstellen.

Durch die zunehmende gesetzliche und wirtschaftliche Forderung nach effektiven und effizienten Qualitätsmanagements wurde für mich sicher der Grundstein zu der in der folgenden Arbeit beschriebenen Thematik gelegt. Der Einsatz einer Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument gewinnt zunehmend an Bedeutung, da es sowohl die Bereiche der Strukturqualität als auch der Prozess- und der Ergebnisqualität erheben, bearbeiten und verbessern bzw. sichern kann.

An meiner Arbeitsstelle wurde im Herbst 2008 ein Bezugspflegesystem eingeführt. Durch die Zuteilung von pflegerischen und sozialen Verantwortungen an genannte Pflegepersonen für einen bestimmten Kreis von Bewohnern wurden die Voraussetzungen für eine individuelle personenzentrierte Pflege geschaffen. Darauf hin erfolgte im Jänner 2009 die Implementierung der Pflegevisite als eine Möglichkeit der internen Qualitätssicherung.

Es gab in den letzten eineinhalb Jahren viele organisatorische Änderungen, dazu zählte auch die Einführung von jährlich wiederkehrenden Mitarbeiterfördergesprächen als Motivations- und Entwicklungsfaktor der Mitarbeiter, die ja eine wesentliche Ressource in jedem Unternehmen darstellen. Daher bietet die Diakonie Kärnten auch ein innerbetriebliches Fort- und Weiterbildungsangebot unter dem Namen Akademie de La Tour an.

Mein besonderes Interesse am Thema Pflegevisite gilt der Möglichkeit, die individuellen Bedürfnisse der Bewohner in den Mittelpunkt zu stellen und gleichzeitig die räumliche und soziale Umgebung jedes einzelnen Klienten zu visitieren und den effektiven Einsatz des Pflegeprozesses zu evaluieren.

Einen besonderen Dank für die Unterstützung während meiner Ausbildung möchte ich Frau Friedgard Tödtmann, akademisch ausgebildete Pflegemanagerin, aussprechen; sie übt die Funktion der Heim- und Pflegedienstleitung an meiner Arbeitsstelle aus, sie unterstützte mich mit einer flexiblen Dienstplangestaltung und stand mir stets mit Rat und Tat zur Seite.

Die Verwendung der Bezeichnung Bewohner, für Klienten, Patienten und Pflegebedürftige Personen in Altenwohn- und Pflegeheimen ist sehr geläufig und findet daher häufigen Einsatz. Für alle personenbezogenen Formulierungen in der folgenden Arbeit gilt die gewählte Form immer für beide Geschlechter.

Spittal/Drau, 10.08.2010

Elisabeth Kuttin

2 EINFÜHRUNG

Durch das im Jahr 1997 in Kraft getretene Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) kam es zur verpflichtenden Verankerung des Pflegeprozesses im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

Im folgenden Abschnitt bringe ich einen Auszug aus §14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes:

„...(1) Die Ausübung des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich. (Pflegeprozess)...“ (Weiss-Faßbinder, Lust, 2004, S.44)

„...(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten, sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressource (Pflegeanamnese)

Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)

Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung)

Durchführung der Pflegemaßnahmen

Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation)...“ (Weiss-Faßbinder, Lust, 2004, S.45)

Die Erhebung der Pflegeanamnese, das Zuordnen einer Pflegediagnose, die Erstellung einer Pflegeplanung, die Durchführung der Pflegemaßnahmen und die Evaluation der Maßnahmen und Diagnosen sind die Schritte des Pflegeprozesses, wobei die Umsetzung in der Praxis sicher ein neues Qualitätsverständnis der Pflegenden erfordert. Die Evaluation der pflegerischen Arbeit ist oft ein vernachlässigter Teil des Pflegeprozesses. Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung eignet sich zur regelmäßigen Überprüfung des angewandten Pflegeprozesses.

Die Diakonie Kärnten ist in ihrer Form als Dachverband neu. Sie besteht aus der evangelischen Stiftung der Gräfin Elvine de La Tour und der Diakonie Waiern. Seit mehr als 135 Jahren findet diakonische Arbeit in Kärnten statt. Das Leitbild der Diakonie Kärnten lautet: „Menschen zu begleiten, zu betreuen, zu pflegen, zu fördern und zu unterstützen. Unternehmenszweck ist eine zeitgemäße, bedarfsgerechte und bewohnerorientierte Versorgung.“ Die Unternehmen der Diakonie Kärnten bestehen aus Schulen und Ausbildungszentren, Krankenhäusern, Betreuungs- und

Beschäftigungsstellen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen sowie Altenwohn- und Pflegeheimen. In den Altenwohn- und Pflegeheimen mit den Standorten Klagenfurt, Waiern, Treffen und Spittal/Drau werden insgesamt ca. 290 Menschen betreut. (<http://www.diakonie-kaernten.at>, Zugriff am 21.11.2009)

Das Altenwohn- und Pflegeheim Bethesda in Spittal/Drau orientiert sich an dem „Modell der fördernden Prozesspflege“ nach Monika Krohwinkel, einer deutschen Pflegeforscherin. Sie erweiterte die 12 Aktivitäten des täglichen Lebens nach Dorothea Orem, einer Professorin für Pflegepädagogik in den USA, um eine 13. Aktivität, die sie „Mit den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ (AEDL) nennt. Sie macht somit einen Schritt von einer auf körperlichen Defiziten aufgebauten Theorie hin zur Ganzheitlichkeit. Dieses Modell dient auch dazu, die Pflegedokumentation nach den AEDL zu strukturieren. (vgl. De Jong, 2004, S.41ff)

Ab dem Jahr 2006 werden Mitarbeiter der Diakonie Kärnten nach dem Integrativen Pflegekonzept (IPK) von Maria Riedl geschult. Dieses Konzept geht davon aus, dass jeder Mensch einzigartig ist und spezielle Bedürfnisse besitzt. Die Biografieerhebung der zu betreuenden Menschen dient dabei als Grundlage jeglichen pflegerischen Handelns. Maria Riedl entwickelte ihr Konzept auf Basis des Psychobiografischen Modells nach Alfred Böhm und erweiterte dieses auf die speziellen Bedürfnisse alter pflegebedürftiger Menschen. (vgl. Riedl, 2006, S15)

2.1 Zielsetzung und Fragestellung

In dieser Arbeit möchte ich mich intensiv mit dem Thema der Pflegevisite im Altenwohn- und Pflegeheim auseinandersetzen und deren Bedeutung für die pflegerische Arbeit transparent machen. Daher ist es mein Ziel, folgende Frage zu beantworten:

- Ist die Pflegevisite hilfreich für die Erreichung und Sicherung einer guten Pflegequalität?

3 DEFINITION WICHTIGER BEGRIFFE

3.1 Definition Qualität

Im Duden wird Qualität mit „Beschaffenheit, Wert, Werte“ angegeben. Qualität nach DIN 66050 wird als „Gebrauchstauglichkeit“ definiert. „Qualität ist kein doppelwertiger Begriff im Sinne von vorhanden oder nicht vorhanden, sondern bewegt sich auf einer Skala zwischen schlecht und gut oder kleinen und großen Werten.“

(<http://www.agk.at/qualitaet.htm>, Zugriff am 18.09.09)

3.2 Definition Pflegequalität

Die treffendste Definition zum Thema Pflegequalität hat Avedis Donabedian, ein Professor an der Universität von Michigan (USA), formuliert. Er war Soziologe und Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Donabedian bezeichnet Pflegequalität als den Grad der Übereinstimmung zwischen der wirklichen Pflege und den zuvor dafür formulierten Standards und Kriterien. (vgl. Hellmann, Kundmüller, 2006, S.8f)

In der Pflege wird die besondere Qualität einer Dienstleistung in erster Linie vom Heimbewohner wahrgenommen und bewertet. Pflegequalität umfasst die fachliche Qualität der Pflege, aber auch Zufriedenheit und Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Auch die Angehörigen, die Fachkräfte, die Ärzte, der Träger einer Einrichtung und die Vertragspartner setzen bestimmte Erwartungen in die Qualität der vertraglich vereinbarten Dienstleistungen.

Die Pflegequalität wird in drei Kategorien unterteilt, die sich gegenseitig beeinflussen, die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität.

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegequalität>, Zugriff am 22.11.2009)

3.2.1 Definition Strukturqualität

Unter Strukturqualität versteht Donabedian die Rahmenbedingungen, die für die Versorgung gegeben sind. Sie umfasst personelle und materielle Ressourcen, z. B. Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter inklusive der Weiterbildungsmöglichkeiten, Arbeitsmittel, finanzielle Gegebenheiten, bauliche Situation und Ausstattung. Im extramuralen Bereich auch festgelegte Regelungen und Angebote zur Tagesstrukturierung, die sowohl bei Bewohnern als auch Mitarbeitern bekannt sind. Wann welche Aktivitäten stattfinden, ist in einem Wochenplan darzustellen. Diese Wochenpläne sind jederzeit in allen Wohnbereichen einsehbar und werden auch mündlich bekannt gegeben. (vgl. Weigert, 2007, S.52 f.)

3.2.2 Definition Prozessqualität

Unter Prozessqualität versteht man die Arbeitsablauforganisation für Dienstleistungen, also wie wird Pflege durchgeführt, z. B. in Form eines Bezugspflegemodells, in der Anwendung des Pflegeprozesses, das Formulieren von Pflegestandards, die Art der Dienstübergabe und die Durchführung einer Pflegevisite. Prozesse sollen "beherrscht" sein, also in immer gleich guter Qualität und ohne Störungen ablaufen, und die Ergebnisse den jeweils gestellten (Kunden-)Forderungen entsprechen. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Prozessqualit%C3%A4t>, Zugriff am 12.09.09)

3.2.3 Definition Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität gibt Auskunft über den Gesundheitszustand und die Zufriedenheit der Bewohner. Der Gesundheitszustand beinhaltet auch subjektive Faktoren, etwa, ob sich die Bewohner wohl fühlen. (vgl. Leonie-Scheiber, 2004, S. 173)

Die Qualität des Ergebnisses einer Dienstleistung lässt sich am einfachsten aus der Sicht der Kunden (Bewohner) bestimmen. (<http://www.pflegewiki.de/wiki/Ergebnisqualit%C3%A4t>, Zugriff am 12.09.09)

3.3 Definition Qualitätssicherung

„Umfasst alle Maßnahmen zur Erzielung der geforderten Qualität, oder das Bemühen, bereits vorhandene Qualität durch geeignete Maßnahmen zu erhalten oder zu verbessern.“ (Hellmann, Kundmüller, 2006, S.64)

3.4 Definition Evaluation

Der Begriff kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „bewerten“. Evaluation bezeichnet eine „methodisch kontrollierte, verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns und Auswertens von Informationen.“ (vgl. Kromrey, 2001, S.4) Sie kann summativ (d. h. vorhandene Ergebnisse bewertend) sein oder formativ (d. h. gestaltend und prozessbegleitend) wirken. Häufig laufen beide Prozesse parallel ab. (http://www.goeg.at/media/download/berichte/Pflege_Arbeitshilfe_Druck%20-%20Letztfassung.pdf, Zugriff am 15.12.09)

3.5 Definition Pflegevisite

Visite, abgeleitet aus dem lateinischen „visitare“, bedeutet hingehen und nachsehen, um eine kurze Zeit zu verbleiben, oder hingehen und nachsehen, um zu helfen und zu trösten (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S.170)

In der Literatur gibt es verschiedene Definitionen für den Begriff Pflegevisite.

Heering (2004) beschreibt die Pflegevisite auch als regelmäßigen Besuch bzw. ein Gespräch mit dem Patienten über den Pflegeprozess. Sie dient der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und -ressourcen bzw. der Pflegediagnosen, der Vereinbarung von gewünschten Pflegezielen, der Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich der Überprüfung der Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflege.

„Die Pflegevisite ist ein Instrument im Rahmen des Qualitätsmanagements der professionell ausgeübten Kranken- oder Altenpflege.“

(<http://de.wikipedia.org/wiki/pflege>, Zugriff am 19.08.09)

Die Mehrheit der Definitionen stellt den Patienten in den Mittelpunkt. Eine Außenseiterposition nimmt die Definition von Görres ein. Er meint, die Pflegevisite sei ein Kontrollinstrument der Pflegedienstleitung über den Pflegeprozess. (vgl. Görres, 2002, S.31)

4 DIE PFLEGEVISITE ALS QUALITÄTSSICHERUNGSMITTEL

Zahlreiche Autoren wie beispielsweise Roggenkemper oder Hübsch-Swoboda vertreten die Meinung, die Pflegevisite ist ein Instrument zur Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen. Beeindruckend an der Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität ist ein gewaltiger Mangel an Übereinstimmung der benutzten Begriffe für die Beurteilung der Pflege. Ursache ist das (zu) schnell gewachsene Interesse auf dem Gebiet der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. (vgl. Giebing, et al. 1999, S. 28)

Das Instrument der Pflegevisite wird auf vielfältige Weise umgesetzt. Die Einführung in den Praxisalltag stellt hohe Anforderungen an die Pflegeteams und an die einzelne Pflegeperson. Ein Schwerpunkt ist die Beziehungsgestaltung. Für Benner (1984) setzen sehr gute Leistungen in der Pflege, Können, Wissen und Fachkompetenz voraus. Andererseits betont sie die Wichtigkeit des Engagements, der inneren Beteiligung sowie der mitmenschlichen Anteilnahme. (vgl. Heering, et al. 2004, S.267f.)

Die Pflegevisite ist inzwischen ein gängiges Qualitätssicherungsinstrument geworden. Sie wird auch weiterhin an Bedeutung gewinnen, gerade im Hinblick auf die Überprüfung der Ergebnisqualität. Für leitende Pflegefachkräfte ist sie ein zentrales Qualitätswerkzeug. In erster Linie ist die Pflegevisite ein Instrument, um die Zufriedenheit des pflegebedürftigen Menschen und des Mitarbeiters zu fördern. (vgl. Hellmann, Kundmüller, 2006, S.7)

Um die Pflegevisite im Altenwohn- und Pflegeheim durchführen zu können, bedarf es einiger Vorarbeiten, Planung in der Organisation und bei den Mitarbeitern insbesondere folgender Voraussetzungen

4.1 Schulung der Mitarbeiter

Damit die Pflegevisite effizient (wirtschaftlich) und effektiv (wirkungsvoll) verlaufen kann, müssen Mitarbeiter in Hinsicht darauf geschult werden. Wichtig ist es, dem Team klar zu machen, dass die Pflegevisite dem fachlichen Austausch, dem Abbau von Unsicherheiten und der aktiven Einbeziehung des Bewohners dient. Die Information kann im Rahmen einer Teambesprechung stattfinden, um den Mitarbeitern die notwendigen Informationen zu vermitteln. (Leoni-Scheiber, 2004,S.177)

4.2 Fachkompetenz

Fachkompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, die berufstypischen Aufgaben fachgerecht, selbständig und eigenverantwortlich zu bewältigen. Zur Fachkompetenz gehören: fachliche Fertigkeiten und Kenntnisse, Erfahrungen, Verständnis

fachspezifischer Fragestellungen und Zusammenhänge sowie die Fähigkeit, fachliche Probleme technisch einwandfrei und zielgerecht zu lösen.

(<http://www.woxikon.de/wort/fachkompetenz.php>, Zugriff am 14. 12. 2009)

4.3 Soziale Kompetenz

Soziale Kompetenz, häufig auch „Soft Skills“ genannt, bezeichnet den Komplex all der persönlichen Fähigkeiten und Einstellungen, die dazu beitragen, individuelle Ziele mit den Einstellungen und Werten einer Gruppe zu verknüpfen. Im Arbeitsleben versteht man darunter auch die Fähigkeit, Einstellungen und Verhalten von Mitarbeitern positiv zu beeinflussen. (http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Kompetenz, Zugriff am 14. 12. 2009)

„Zur Sozialen Kompetenz zählen folgende Kenntnisse und Fähigkeiten:

- Achtung im Umgang mit Anderen
- Empathie (Mitgefühl bzw. Einfühlungsvermögen)
- Kritikfähigkeit
- Konfliktfähigkeit
- Verantwortung
- Vorbildfunktion u. a.“

(http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Kompetenz, Zugriff am 14. 12. 2009)

4.4 Bezugsbetreuung

Bezugspflege (primary nursing), ist eine Pflegeorganisationsform, in der jeder Bewohner einer qualifizierten Bezugspflegeperson zugeordnet wird. Anders als in anderen Pflegesystemen übernimmt bei der Bezugspflege eine Pflegeperson gegenüber dem Bewohner die Verantwortung für den Pflegeprozess und die erbrachte Leistung.

Die Grundsätze der Bezugspflege werden umgesetzt durch:

- Verantwortungsübernahme durch eine Pflegeperson
- Kontinuität in der Pflege
- Direkte Kommunikation
- Pflegeplanende ist zugleich auch Pflegeausführende (vgl. Heering, et al. 2004, S. 245)

4.5 Pflegeprozess

Das Wort Prozess geht auf das lateinische „processus“ zurück, und bedeutet das Fortschreiten, der Fortgang, der Verlauf.

„Die systematische, an den ganzheitlichen Bedürfnissen des Menschen orientierte und laufend angepasste Pflege wird als der Pflegeprozess bezeichnet. Dabei entwickelt sich zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegenden eine Beziehung, die auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet ist. Dieses Ziel ist die an der Person des

Pflegebedürftigen orientierte Problemlösung bzw. die Kompensation der nicht lösbaren Probleme. Der Pflegeprozess ermöglicht eine organisierte und ganzheitlich orientierte, individuelle Pflege.“ (<http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegeprozess>, Zugriff am 20.09.2009)

Die Schritte des Pflegeprozesses sind Einschätzung, Pflegediagnose, Pflegeplanung, Umsetzung und Auswertung. Im Mittelpunkt steht das individuelle Pflegebedürfnis des Bewohners. Die Dokumentation der Ergebnisse sichert die Pflegekontinuität. Der Pflegeprozess ist Bestandteil einer qualitativ guten Pflege. Strukturiert, geplant und gezielt vorgehen heißt, das Handeln mit theoretischem Überlegen zu beginnen. (vgl. Brobst et al, 1997, S. 18)

Wird der Pflegeprozess richtig angewendet, bietet er Gewähr dafür, dass der Pflegebedarf eines Bewohners zutreffend erkannt, dass angemessene Pflegeziele gesetzt, dass nur angezeigte Pflegemaßnahmen ausgewählt und durchgeführt werden und der Erfolg der Pflege überprüft wird. So kann sichergestellt werden, dass ein Bewohner weder über- noch unterpflegt, sondern angemessen und wirksam gepflegt wird. (vgl. Heering, 2006, S.27)

Die Organisation der Pflege entlang der Pflegeprozessschritte ist Kernaufgabe des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. Diese ist im eigenverantwortlichen Aufgabenbereich (GuKG §14 festgehalten und kann nicht delegiert werden. Im Lauf der Jahre wurde der Pflegeprozess immer wieder modifiziert. Er wird als vier- fünf- oder sechstufiges Phasenmodell beschrieben. (http://www.goeg.at/media/download/berichte/Pflege_Arbeitshilfe_Druck%20-%20Letztfassung.pdf, Zugriff am 15.12.09)

4.6 Pflegeverständnis

Pflegepersonen in Institutionen haben oft ein sehr unterschiedliches Pflegeverständnis. Für einen sinnvollen Einsatz der Pflegevisite braucht es ein individuell-ganzheitliches Pflegeverständnis. Pflegende mit einem individuell-ganzheitlichen Verständnis wollen dem Bewohner Bezugsperson sein, um einen Überblick über die Pflegesituation der Betroffenen zu haben. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 177)

4.7 Pflegestandards

Die WHO (1983) definiert den Begriff folgendermaßen:

„Der Pflegestandard ist ein vereinbartes Maß für einen bestimmten Zweck benötigter pflegerischer Betreuung. Der Pflegestandard legt also das zu erreichende Leistungsniveau fest. Die erbrachte pflegerische Leistung kann daran gemessen werden.“

(www.treffpunkt-altenpflege.de/pflegequalitaet.htm, Zugriff am 4.12.2009)

Pflegestandards sind individuell anzupassen und müssen nicht grundsätzlich für alle Pflegemaßnahmen erarbeitet werden. Sinnvoll sind Pflegestandards, wenn bei der Durchführung immer wieder Fehler oder Probleme auftreten und eine einheitliche Vorgehensweise erforderlich ist. Sie sind verbindliche Handlungsanweisungen für Pflegemitarbeiter. Werden Standards einfach übernommen, so setzen sich Mitarbeiter inhaltlich nicht ausreichend damit auseinander, oder der Standard findet erst gar keine Anwendung. Inhaltliche Anpassungen; die notwendig sind, um der Individualität des Bewohners gerecht zu werden, müssen möglich sein. Eine Begründung und Dokumentation erfolgt im Pflegebericht. (vgl. Weigert, 2007, S.78ff.)

Pflegestandards wenden sich an präventive Maßnahmen (Prophylaxen). Sie beziehen Symptome und nicht nur ärztliche Diagnosen mit ein. Pflegestandards basieren auf gesicherten Erkenntnissen, dabei werden Pflegewissenschaft und Pflegepraxis beachtet. (vgl. Messner, 2008, S.15)

Pflegestandards erleichtern die Durchführung der Pflegevisite. Sie vereinfachen die Überprüfung der Pflege, da bereits einheitlich definierte Richtlinien zur Erfüllung pflegerischer Leistungen vorliegen. (vgl. Leonie-Scheiber, 2004, S.177)

5 ZIELE DER PFLEGEVISITE

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung ist die Pflegevisite nicht nur ein wichtiges Planungs-, Kontroll- und Bewertungsinstrument, sondern auch ein zentrales Instrument zur Erfassung der Kundenzufriedenheit im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. (vgl. Weigert, 2007, S.65)

5.1.1 Bewohnerorientierte Ziele

Die Pflege kann individuell nach den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtet werden. Wichtig ist jedoch eine individuell ausreichende Information für die Betroffenen. Abgesehen davon zählt in Österreich die Aufklärungspflicht über sämtliche gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu den Berufspflichten der Pflegenden (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2004, § 9). Auf den Pflegealltag übertragen bedeutet das: Je besser ein Bewohner informiert und beraten ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er sich aktiv an der Pflege beteiligt. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S.172, 35)

5.1.2 Mitarbeiterorientierte Ziele

Mit der Pflegevisite kommt es zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch, aber auch zur gegenseitigen Unterstützung bei diversen Pflegeproblemen. Langwierige Pflegeprobleme sowie die Anpassung an das Pflegeziel sollen im Team diskutiert werden. Das fördert die Kreativität der Mitarbeiter sowie die Teamarbeit. Ganz „nebenbei“ findet eine praxisbezogene Fortbildung der jeweiligen Schritte des Pflegeprozesses statt. (vgl. Leonie-Scheiber, 2004, S.174)

5.2 Leitungsorientierte Ziele

Die Pflegedienstleitung

- macht sich ein Bild über den angewandten Pflegeprozess;
- erkennt organisatorische, materielle, personelle Mängel;
- ermittelt den Fortbildungsbedarf;
- schenkt Lob und Anerkennung;
- ermittelt die Bewohnerzufriedenheit. (vgl. Leonie-Scheiber, 2004, S.175f.)

5.3 Wirtschaftliche Ziele

- verdeckte Ressourcen werden erkannt;
- Schwachstellen werden sichtbar;
- der Materialaufwand wird überprüft;
- Feststellung, ob die Pflege wirtschaftlich und zweckmäßig geleistet wird. (vgl. Hellmann, Kundmüller, 2007, S.11)

6 ARTEN DER PFLEGEVISITE

In der Praxis und in der gängigen Literatur findet man zahlreiche, unterschiedliche Möglichkeiten zur Durchführung einer Pflegevisite, ich werde in der Folge nur auf zwei spezielle Arten der Pflegevisite eingehen:

6.1 Mikrovisite

Myriam Barth beschreibt die Mikrovisite als ein Gespräch, an dem nur der Bewohner und der betreuende Mitarbeiter teilnehmen. Sie findet nach Bedarf statt. In der täglichen Praxis bedeutet dies eine Überprüfung des Teilbereiches Pflegeprozessdokumentation. (http://www.ciando.com/shop/book/readex/index.cfm/fuseaction/readex/bok_id/0/cat_id/0/Titel/PflegevisiteinTheorieundPraxis, Zugriff am 24.09.09)

Diplom-Pflegepädagogin Birsel Tonsun und Katja Ellwanger beschreiben in ihrer Diplomarbeit die Mikrovisite als ein Gespräch mit dem Bewohner und seiner Bezugsperson. Die erste dieser Visiten findet bei der Aufnahme statt. Die weiteren Mikro-Visiten finden zu einem Termin statt, der in beiderseitigem Einverständnis abgesprochen wird. Nachdem die Pflegeperson Informationen über den Bewohner gesammelt hat, werden gemeinsam Ziele und Pflegemaßnahmen festgelegt. Die Überprüfung der Ziele auf Erreichung oder Nichterreichung wird mit dem Bewohner besprochen. Bei Nichterreichung werden gemeinsam neue Ziele definiert. (<http://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=09GE5FXXPtMC&oi=fnd&pg=PR15&ots=0JoOvcuVPq&sig=2-RaWgCSi4uatqnhXQM3eZDGzzA#>, Zugriff am 15.12.2009)

6.2 Makrovisite

Die Makrovisite umfasst die Bereiche „Überprüfung des gesamten Pflegeprozesses“, „Bewohnerbefragung“ und die Bereiche „Umgebung des Bewohners“ und „Personal“. (vgl. Hellmann, Kundmüller, 2006, S.8)

Die Makrovisite ist somit eine „Eins-zu-mehreren-Personen-Beziehung“. Das Pflegeteam trifft sich um die Situation mit dem Bewohner zu besprechen. So können Probleme mit dem Bewohner sofort besprochen werden, damit Unsicherheiten und Ängste nicht aufkommen. Dem Bewohner wird ein Mitspracherecht zugestanden. Die Bezugspflegeperson gibt über die pflegerischen Maßnahmen einen Überblick. Außerdem findet eine Auswertung der Maßnahmen statt und die jetzige Problemlage wird vorgestellt. Durch die Vielzahl der Erfahrungen der gesamten Gruppe besteht möglicherweise die Gelegenheit zu einer anderen Sichtweise des Problems. (<http://www.pflegeplanung-software.de./PMprof/Pflegevisiten/pflegevisiten.html>, Zugriff am 29.11.2009)

In der Folge handelt es sich beim Thema der Pflegevisite um die Form der Makrovisite.

7 DURCHFÜHRUNG

7.1 Dauer

Der maximale Zeitaufwand für die Pflegevisite sollte klar festgelegt werden. Erfahrungswerte liegen bei 1,5 Stunden je Bewohner. Der Zeitaufwand für die Erstellung des Pflegevisitenprotokolls ist abhängig von seiner Form. Empfehlenswert ist es, den Bericht zeitnah zu erstellen. (vgl. Heering, 2004, S. 60)

7.2 Teilnehmer

Bölicke beschreibt 2002, dass an der Pflegevisite mindestens die zuständige Bezugspflegekraft und die visitierende Pflegende (Leitung) beteiligt sind. Dazu kommen eventuell Angehörige oder Personen aus anderen Berufsgruppen. Allerdings sollten an der Pflegevisite nicht mehr als vier Personen beteiligt sein, da dies ein Unverhältnis gegenüber dem Bewohner erzeugt und zu viel Mitarbeiterressourcen verbrauchen würde. (vgl. Heering, 2004, S.60)

7.3 Terminankündigung und Einverständnis

Der betreffende Bewohner wird am Vortag informiert und sein Einverständnis mündlich eingeholt. Die Verantwortung der Pflegedienstleitung liegt einerseits in der Benennung der Mitarbeiter, die an der Pflegevisite teilnehmen, andererseits ist sie verantwortlich für die Schaffung der Rahmenbedingungen, damit ein ungestörter Verlauf gewährleistet ist. (vgl. Heering, 2004, S. 259)

7.4 Das Vorgespräch

Das Vorgespräch findet außerhalb des Bewohnerzimmers statt. Der Bewohner wird von der Bezugspflegerperson vorgestellt, ebenso die aktuell dokumentierte Pflegeplanung.

Dies wird unter folgenden Gesichtspunkten diskutiert:

- Wie aussagekräftig sind die pflegerische Anamnese und die Sozialanamnese?
- Wie sieht die aktuelle Situation aus?
- Welche Probleme hat der Bewohner?
- Welche Ressourcen sind vorhanden?
- Welche Ziele sollen erreicht werden?
- Welche Maßnahmen sind zum Erreichen der Ziele angesetzt?

Nach Klärung der offenen Fragen werden Schwerpunkte der Pflegevisite festgesetzt. Insbesondere Probleme der Bewohner und Fragestellungen für die Pflegevisite werden notiert. (vgl. Heering, 2004, S. 260)

7.5 Die Pflegevisite beim Bewohner

In einer Beziehung ist es wichtig, Blickkontakt herzustellen und eine zugewandte Körperhaltung einzunehmen. Dies bedeutet bei bettlägerigen Bewohnern, einen Stuhl zum Kopfende des Bettes zu stellen und sich hinzusetzen, um die Kommunikation auf gleicher Ebene zu beginnen. Gegenseitige Wertschätzung und konstruktiver Austausch mit dem Bewohner haben oberste Priorität. Um die Kommunikation in Gang zu bringen, sind möglichst einfache Fragen zu stellen und wenige Fachbegriffe zu verwenden. Die Beobachtung des Umfeldes kann unauffällig während des Gespräches erfolgen. Die Zufriedenheit beispielsweise in Bezug auf Ernährung und Personal, aber auch auf Aktivitäten und Körperpflege wird ermittelt. Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen, aber auch Einwände und Bedenken sollen erkannt und im Lauf des Gespräches geklärt werden. (vgl. Ehmann, 2005, S.29)

Die Pflegevisite ist auch bei Bewohnern mit dementieller Entwicklung möglich. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Informationen gar nicht oder nur unzureichend wahrgenommen und verarbeitet werden können.

Die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes muss besonders bei Bewohnern in Zweibettzimmern gewahrt bleiben. Dazu zählen sämtliche Inhalte des medizinischen und pflegerischen Behandlungsprozesses, aber auch private Mitteilungen. Dritte, also Besucher und Mitbewohner, dürfen die Dokumentation nicht einsehen. Im § 6 GuKG ist die Schweigepflicht festgehalten. Sinnvoll ist es, Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, in der Vorbesprechung zu erörtern. Ein weiterer Tipp zur

Einhaltung der Schweigepflicht ist, den Bewohner mit offenen Fragen zum Erzählen zu animieren, so entscheidet der Bewohner selbst, was er sagen möchte und was nicht. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S.181f)

7.6 Die Nachbesprechung

Die Nachbesprechung findet ohne den Bewohner statt. Eine Ergebnismachbesprechung der Pflegevisite mit den zuständigen Bezugspflegekräften ist unerlässlich. Bezugspflegekräfte erhalten ein Feedback über ihre tagtägliche Arbeit. An dieser Stelle wird geprüft, inwieweit noch Schulungs- und Fortbildungsbedarf besteht oder zusätzliche Hilfsmittel noch beschafft werden müssen. Die Ergebnisse der Pflegevisite münden in einem Optimierungsplan unter Berücksichtigung einer angemessenen Zeitvorgabe. (vgl. Weigert, 2007, S.66f)

Eine qualitative Evaluation der Pflegevisite erfolgt im Rahmen der Diskussion und des Feedbacks direkt im Anschluss an die Pflegevisite. Dieser Austausch ist wichtig, um das Instrument der Pflegevisite weiterzuentwickeln. Im zweiten Teilbereich werden der Ablauf der Pflegevisite und der Zeitaufwand evaluiert. Die Erfassung des Zeitaufwandes zeigt, dass sich mit wachsender Sicherheit und Routine der Zeitaufwand der Pflegevisite deutlich verringert. (vgl. Heering, 2004, S.260f)

8 KONZEPT ZUR IMPLEMENTIERUNG

Die Einführung der Pflegevisite muss gut geplant und vorbereitet werden. Um Innovationen im Pflegebereich anwenden zu können, hat Rogers eine Theorie entwickelt.

Die Rogers - Theorie der Forschungsanwendung umfasst insgesamt fünf Stadien:

1. Wissensstadium
2. Überzeugungsstadium
3. Entscheidungsstadium
4. Implementierungsstadium
5. Bestätigungsstadium (vgl. Burns, 2005, S.518)

8.1 Wissensstadium

Wissen kann formell durch Publikationen in klinischen Fachzeitschriften, Internet, Radio Fernsehen oder Konferenzpräsentationen vermittelt werden. Innerhalb einer Einrichtung kann die informelle Vermittlung von Wissen von einer Pflegeperson an die nächste oder zwischen verschiedenen medizinisch-pflegerischen Berufsgruppen helfen, Wissen zu steigern. Dieses wird durch viele verschiedene Bedingungen beeinflusst. Oft ist die Unzufriedenheit von bisherigen Praktiken der Auslöser, um eine Veränderung einzuführen. Es zeigt sich im Kommunikationsverhalten, ob sich das Management grundsätzlich offen gegenüber Veränderungen zeigt. (vgl. Burns, 2005, S. 519ff)

8.2 Überzeugungsstadium

Damit mit der Pflegevisite begonnen werden kann, müssen Vorgesetzte und der Rechtsträger, aber auch Mitarbeiter/Team überzeugt werden. Erneuerungen, deren Vorteil leicht erkennbar ist, werden meistens schneller in der Praxis übernommen. Eine offene Kommunikation wirkt sich positiv auf die Neuerung aus. Neues Wissen sollte in diesem Stadium am besten in kleinen Gruppen weitervermittelt werden. Die Person selbst, die die Pflegevisite in die Praxis implementieren möchte, soll gewappnet sein gegenüber vielen Fragen wie z. B.: Haben Sie die Neuerung bereits in ihrer Praxis angewandt? Was denken Sie darüber? Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Anwendung? Würden Sie mir dazu raten, Sie anzuwenden? Eine ehrliche Kommunikation erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Neuerung übernommen wird. (vgl. Burns, 2005, S. 520ff)

8.3 Entscheidungsstadium

Im Entscheidungsstadium wird die Erneuerung übernommen oder abgelehnt. Wird diese übernommen, bedeutet das die Implementierung in der Praxis. Wird die Erneuerung abgelehnt, kann die Bewertung der Wirksamkeit geprüft werden, um diese Entscheidung zu untermauern und bei dieser Entscheidung zu bleiben. (vgl. Burns, 2005, S. 521)

8.4 Implementierungsstadium

Im Implementierungsstadium erfolgt die Anwendung der neuen Idee und die Veränderung der Praxis. Eine Person oder eine Einrichtung beginnt damit, die Neuerung anzuwenden. Ein Implementierungsplan, der Risiken und Nutzen der Neuerung berücksichtigt, erleichtert die Umstellung. Zu den verschiedenen Arten der Implementierung gehören die direkte Anwendung, die Neuerung sowie indirekte Auswirkungen. Die direkte Anwendung tritt dann auf, wenn die Erneuerung genau so angewendet wird wie sie entwickelt wurde. Forscher vertreten die Meinung, dass eine Innovation nur übernommen werden kann, wenn ihre Ursprungsform beibehalten wird. Ein forschungsbasiertes Protokoll oder ein Ablaufplan soll die Umsetzung erleichtern. Diese Pläne fördern die direkte Anwendung von forschungsbasierten Innovationen. Von Neuerung spricht man dann, wenn Anwender eine Innovation so modifizieren, dass diese ihren eigenen Anforderungen entspricht. Auch bei Neuerfindungen wenden Pflegende Forschungswissen in der Praxis an. Die Anwendung von forschungsbasiertem Wissen kann auch indirekte Auswirkungen haben. Pflegende aus der Praxis und Forschende können Erkenntnisse diskutieren und diese Erkenntnisse in Lehrbüchern oder Publikationen zitieren. In diesem Fall ist es schwierig zu bestimmen, ob hier Forschungswissen genutzt wird. (vgl. Burns, 2005, S. 521)

8.5 Bestätigungsstadium

Nach durchgeführter Evaluierung, Feedback der Teilnehmer und Freigabe durch die Pflegedienstleitung erfolgt die Implementierung im gesamten Haus. (vgl. Burns, 2005, S. 523)

8.5.1 Methoden der Evaluierung

- Befragung in Einzelgesprächen
- Befragung im Team (Stärke-Schwäche-Profil der Pflegevisite in der jetzigen Umsetzungsform im Rahmen einer Teambesprechung)
- Konkrete Beobachtungen vor Ort und entsprechende Aufzeichnungen

- Erhebung der Bewohnerzufriedenheit (über Mitarbeiter könnte man auf Umwegen Optimierungspotential für das Instrument Pflegevisite herausfinden).
(vgl. Habermann, Biedermann, 2007, S.244)

9 VORTEILE UND NACHTEILE DER PFLEGEVISITE

Unternehmen, in denen die Mitarbeiter die Pflegevisite mit entwickeln konnten, identifizieren sich mit der Pflegevisite. Gestaltungsspielräume sollten eröffnet werden, um Veränderungsprozesse selbst zu gestalten. Durch fehlende systematische Evaluation werden Chancen verpasst, den Einsatz des Instrumentes kontinuierlich zu verbessern. Oft stellen Pflegedienstleitungen nur Mutmaßungen über die Einstellung der Mitarbeiter zum Instrument Pflegevisite an und führen keine direkte Befragung bei den Mitarbeitern durch. (vgl. Habermann, Biedermann, 2007 S.240)

Die Häufigkeit der Pflegevisite ist oft ein umstrittener Punkt. Wichtig ist, dass eine Regelmäßigkeit erkennbar ist und im Bedarfsfall mittels einer Anlassvisite flexibel auf aktuelle Probleme reagiert werden kann. Realistisch sind halbjährliche Intervalle. Es hat sich auch bewährt, zur Evaluation der Pflegeprozessdokumentation Mikrovisiten einzusetzen. (vgl. Hellmann, Kundmüller, 2006, S. 57)

9.1 Aus Sicht des Bewohners

Die überwiegende Mehrheit der Bewohner nutzt die Pflegevisite, um über alltägliche Freuden, Sorgen, Probleme und Erlebnisse ausführlich zu berichten. Die Besuche werden erwartet, und die Bewohner freuen sich, dass sich mehrere Personen gleichzeitig um ihr Wohlbefinden kümmern und danach fragen. Die Ankündigung des Besuchs beim Bewohner mit Zeitangabe ist unverzichtbar. Bewährt hat sich, dass die Bezugspflegekraft die Terminankündigung übernimmt. (vgl. Hellmann, Kundmüller, 2006, S.56)

9.2 Aus Sicht des Mitarbeiter

Ängste und Unsicherheiten müssen abgebaut werden. Wenn die ersten Pflegevisiten positiv verlaufen, fungieren die beteiligten Mitarbeiter als Multiplikatoren bei den Kollegen. Wichtig ist auch, bei Pflegevisiten den Eindruck von Prüfungssituationen zu vermeiden. Die Möglichkeit von Eigenreflexion und Fremdreiflexion wird positiv bewertet. Die Akzeptanz ist wesentlich höher, wenn Teams die Pflegevisite auch als Unterstützung in schwierigen Pflegesituationen erleben. So wird auch die Notwendigkeit einer genauen Dokumentation bewusst. Durch die Pflegevisite steigen Verantwortungsgefühl und Arbeitszufriedenheit. (vgl. Hellmann, Kundmüller, 2006, S.56)

10 IMPLEMENTIERUNG DER PFLEGEVISITE IM HAUS BETHESDA

An meiner Arbeitsstelle wurde im Herbst 2008 ein Bezugspflegesystem eingeführt. Durch die Zuteilung von pflegerischen und sozialen Verantwortungen an ernannte Pflegepersonen für einen bestimmten Kreis von Bewohnern wurden die Voraussetzungen für eine individuelle und personenzentrierte Pflege geschaffen. Um den kontinuierlichen Einsatz von Bezugspflegepersonen bei „ihren“ Bewohnern zu ermöglichen, wurden zwei Mitarbeiterteams gebildet, wobei auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Voll- und Teilzeitmitarbeitern geachtet wurde.

Im Altenwohn- und Pflegeheim Bethesda wurden einer Gruppe von Bewohnern je eine für die individuelle Pflegeplanung verantwortliche Pflegeperson aus dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und ein Bezugsbetreuer aus der Berufsgruppe der Pflegehilfe oder ein Fachsozialbetreuer in der Altenpflege zugewiesen. Das gesamte Pflegeteam wurde im Rahmen einer Besprechung von der Pflegedienstleitung über die geplante Einführung der Pflegevisite im Jänner 2009 informiert. Als Grundlage für eine einheitliche Vorgehensweise dient die Pflegevisitencheckliste, die zentral per EDV installiert wurde. Schwester Friedgard, unsere Pflegedienstleitung, holte sich Informationen bei anderen Pflegedienstleitungen, die bereits Erfahrungen in der Einführung und Umsetzung der Pflegevisite gesammelt hatten. Jedem Pflegemitarbeiter wurde ein Visitenprotokoll ausgehändigt, wobei jederzeit Verbesserungsvorschläge eingebracht werden können. Parallel erfolgte die Schulung zum dokumentierten Pflegeprozess, indem jeder diplomierte Pflegemitarbeiter dazu angehalten ist, einmal unter Begleitung eine Pflegeplanung zu schreiben. Dies ermöglicht eine gezielte und individuelle Unterstützung. In unserer Pflegeeinrichtung wird einmal pro Jahr bei jedem Bewohner eine Makrovisite, welche von der Pflegedienstleitung initiiert wird, durchgeführt. Die Pflegeprozessdokumentation und die Pflegeplanung werden an vorher festgelegten Zeitgrenzen überprüft. Zusätzlich sind monatliche Mikrovisiten durch die stellvertretenden Pflegedienstleitungen geplant. In der Regel nehmen an der Pflegevisite der Bewohner, die Bezugspflegeperson, die diplomierte Pflegefachkraft, die stellvertretende Pflegedienstleitung und die Pflegedienstleitung teil. Die Pflegevisiten werden von der Pflegedienstleitung einen Monat im Voraus schriftlich mit Datum, Uhrzeit, Namen des Bewohners und den daran teilnehmenden Pflegepersonen angekündigt. Die Durchführung von Pflegevisiten erfordert eine Zeitspanne von zwei Stunden. Eine gute Planung des Tagesablaufes ist Grundvoraussetzung und trägt zum Gelingen bei. Das Einverständnis des Bewohners wird mündlich einen Tag vorher eingeholt. Das Vorgespräch findet außerhalb des Bewohnerzimmers und nicht im Beisein des Bewohners statt. Das Visitenprotokoll und die gesamte Pflegedokumentation des

Bewohners werden bereitgelegt. Bestandteile des Vorgesprächs sind die pflegerischen Probleme, spezielle Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners sowie Fragestellungen, welche bei der Pflegevisite erörtert werden sollen. Anschließend erfolgt unter gleichzeitiger Überprüfung auf Vollständigkeit und Aktualität die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation. Freiheitseinschränkende Maßnahmen müssen ersichtlich sein und somit eingehalten werden. Der Pflegebericht und die Pflegeplanung, vorgelesen von der stellvertretenden Pflegedienstleitung, sollen den aktuellen Zustand des Bewohners darstellen. Im persönlichen Gespräch erfragt die Pflegedienstleitung nach der Begrüßung anhand einer Checkliste die Zufriedenheit des Bewohners, z. B. mit der Verpflegung, der Tagesgestaltung, seine Erfahrungen und Eindrücke über das Pflegepersonal; was ärgert den Bewohner, usw. Die Pflegedienstleitung macht sich ein Bild über den Pflege- und Ernährungszustand. Während des Gesprächs wird unauffällig die Umgebungsvisite vorgenommen, ebenso im Zuge dessen die Versorgung des betroffenen Bewohners mit Hilfsmitteln beurteilt. Zum Abschluss wird gemeinsam das Besprochene zusammengefasst, und es erfolgt die Verabschiedung vom Bewohner. Die Nachbesprechung findet wieder ohne Bewohner im Dienstzimmer statt. Der Verlauf der Pflegevisite wird von den Pflegenden diskutiert. Die Nachbesprechung mündet in einem Optimierungsplan mit Zeitgrenze. Am Ende der Nachbesprechung erstellt der Visiteur das Ergebnisprotokoll anhand der standardisierten Pflegevisitencheckliste, welche von den teilnehmenden Mitarbeitern unterschrieben wird. (siehe Anhang).

Die Checkliste ist folgendermaßen aufgebaut:

Anlass der Pflegevisite

Pflegeprozessdokumentation

Pflegezustand und Versorgung des Bewohners

Bewohnerbefragung

Umgebungsvisite

Beurteilung der Pflegekraft

Durch oftmalige Teilnahme an der Pflegevisite kommt es zur Festigung der erlernten Fähigkeiten. Die Erfahrung zeigt, dass auch nach einigen Monaten regelmäßiger Anwendung der Pflegevisite keine Verringerung des Zeitaufwandes eintritt, jedoch das Qualitätsniveau bei regelmäßiger Anwendung und Umsetzung der Pflegevisite steigt. . Eine mögliche Erklärung ist, dass man mehr Erfahrungen mit der Pflegevisite haben muss und auch die individuelle Kompetenz der einzelnen Pflegefachperson gefördert und entwickelt werden muss, um adäquate Verbesserungsvorschläge dazu entwickeln zu können. Ein angemessener Zeitpunkt für eine Zwischenevaluation ist ein Jahr nach der Implementierung der Pflegevisite, wenn alle Mitarbeiter mehrfach die Möglichkeit hatten, Erfahrungen in der Pflegevisite zu sammeln. Anpassungen ergeben sich z. B. im

Tagesablauf, ebenso können auf diese Weise auch Schwachstellen in der Handhabung der Pflegevisitencheckliste beseitigt werden.

Die Endevaluierung schließt die Einführungsphase ab. Als Zeitpunkt für die Endevaluation sind zwei Jahre nach der Implementierung angemessen. Damit die Pflegevisite ein auf Dauer erfolgreiches Instrument sein kann, ist es erforderlich, ständig um die Verbesserung der eigenen Arbeitsweise bemüht zu sein. In der Phase der Überprüfung sollen möglichst alle Mitarbeiter miteinbezogen werden, denn dies ist auch eine Chance zur Qualitätsentwicklung.

11 RESÜMEE

Die Pflegevisite ist ein geplanter Besuch und hilfreich für die Erreichung und Sicherung einer guten Pflegequalität. Im Rahmen der internen Qualitätssicherung ist die Pflegevisite nicht nur ein wichtiges Planungs-, Kontroll- und Bewertungsinstrument, sondern auch ein wesentliches Mittel zur Erfassung der Kundenzufriedenheit im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Mit ihr lassen sich Strukturen, Prozesse und Ergebnisse überprüfen und optimieren. Das Instrument der Pflegevisite wird auf vielfältige Weise umgesetzt. Die Einführung in den Praxisalltag stellt hohe Anforderungen an die Pflegeteams und an die einzelnen Pflegepersonen, wobei ein Schwerpunkt die Beziehungsgestaltung darstellt. Sehr gute Leistungen in der Pflege setzen Fach- und soziale Kompetenz voraus.

Die Pflegevisite ermöglicht einen Abgleich zwischen dem Zustand des Bewohners auf der einen und der Pflegedokumentation auf der anderen Seite. Dadurch können Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepraxis eingeleitet werden. Qualitätsoptimierung muss ein ständiges Bestreben sein. Es wird so mehr Transparenz in der Qualität der Pflege geschaffen; ebenso eröffnet sich durch das Instrument der Pflegevisite eine neuartige Umsetzung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches für Mitarbeiter des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

Im Verlauf dieser Arbeit wurde die Pflegevisite als wichtiger Bestandteil der Arbeit im Altenwohn- und Pflegeheim dargestellt und ihre Bedeutung als Instrument der internen Qualitätssicherung beschrieben. Kein anderes Instrument vereinigt so viele Möglichkeiten zur Qualitätsoptimierung und Weiterentwicklung.

12 LITERATURVERZEICHNIS

12.1 Bücher:

Brobst Ruth, Coughlin Arlene, Cunningham Diane Feldmann Joyce, Hess Robert, Mason Joan, McBride Lois, Perkins Renee, Romano Carol, Warren Judith, Wright Wendy, (1996) Der Pflegeprozess in der Praxis, Hans Huber, Bern

Bölicke Claus, Ritter Susanne, Stenzel Carola, (2002): Standards in der Pflege, Urban und Fischer Verlag, München

Burns Nancy, Grove Susan, (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden, Urban und Fischer Verlag, München

De Jong Anneke, (2004): Pflege Heute, 3. Vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer Verlag, München

Ehmann Marlies,(2005): Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege, Urban & Fischer Verlag, München

Giebing Hannie, Francois-Kettner Hedwig, Roes Martina, Marr Heather, (1999): Pflegerische Qualitätssicherung, 3. unveränderte Auflage, Huber-Verlag, Bern

Görres Stefan, Hinz Ingo, Reif Karl, Apenberg Ulrike, Augustin Bernadette, Bruns Dorothee, Fischer Hartwig, Gärtner Christian, Geiß Jochen, Hankeln Cornelia, Harms Stefan, Intemann Claudia, Klein Stefanie, Köhler Constance, Kressler Sandra, Kricke Bettina, Kutsch Jutta, Müller Astrid, Reichenbach Andy, Schade Silvia, Schmid Sebastian, Schoska Manuela, Spahl Rene, Schwiering Angela, Vorbrink Daniela, Wiemann Sandra, (2002): Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen, Eine empirische Untersuchung in den Bundesländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern Niedersachsen und Schleswig-Holstein, In: Pflege, Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 15.Jg., Heft 1, S.25-32, Verlag Hans Huber, Bern

Habermann Monika, Biedermann Heidrun, (2007): Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Mabuse-Verlag, Frankfurt

Heering Christian, (2004): Das Pflegevisiten-Buch, 1. Auflage, Huber- Verlag, Bern

Hellmann Stefanie, Kundmüller Petra, (2006): Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege, 2. aktualisierte Auflage, Kunz-Verlag, Hagen

Leonie-Scheiber Claudia, (2004): Der angewandte Pflegeprozess, Facultas-Verlag, Wien

Kromrey Helmut, (2001): Evaluation im Überblick. In: Schöch, H. (HG): Was ist Qualität. Die Entzauberung eines Mythos, Berlin. Wissenschaftlicher Verlag, S.31-85

Messner Barbara, (2008): Die Expertenstandards im Pflegealltag, Schlütersche Verlagsgesellschaft Hannover

Riedl Maria, (2006): Integratives Pflegekonzept, Band 1: Grundlagen, Books on Demand, Bischofshofen, Norderstedt

Weigert Johann, (2007): 100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege, Kunz-Verlag, Hagen

Weiss-Faßbinder Susanne, Lust Alexandra, (2004): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz- GuKG samt ausführlicher Erläuterungen, 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Manz Verlag, Wien

12.2 Internet

<http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegequalität>, Zugriff am 22.11.2009

<http://de.wikipedia.org/wiki/Prozessqualit%C3%A4t>, Zugriff am 12.09.09

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Ergebnisqualit%C3%A4t>, Zugriff am 12.09.09

http://www.goeg.at/media/download/berichte/Pflege_Arbeitshilfe_Druck%20-%20Letztfassung.pdf, Zugriff am 15.12.09

Internet 5, <http://de.wikipedia.org/wiki/pflege>, Zugriff am 19.08.09

Internet 6, <http://www.woxikon.de/wort/fachkompetenz.php>, Zugriff am 14.12.2009

Internet 7, http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Kompetenz, Zugriff am 14.12.2009

Internet 8, <http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegeprozess>, Zugriff am 20.09.2009

Internet 9, http://www.goeg.at/media/download/berichte/Pflege_Arbeitshilfe_Druck%20-%20Letztfassung.pdf, Zugriff am 15.12.09

Internet 10, www.treffpunkt-altenpflege.de/pflegequalitaet.htm, Zugriff am 4.12.2009

Internet 11,

http://www.ciando.com/shop/book/readex/index.cfm/fuseaction/readex/bok_id/0/cat_id/0/Titel/PflegevisiteinTheorieundPraxis, Zugriff am 24.09.09

Internet 12,

<http://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=09GE5FXXPtMC&oi=fnd&pg=PR15&ots=0JoOvcuVPq&sig=2-RaWgCSi4uatqnhXQM3eZDGzzA#>, Zugriff am 15.12.2009

Internet 13, <http://www.pflegeplanung-software.de./PMprof/Pflegevisiten/pflegevisiten.html>, Zugriff am 29.11.2009

13 ANHANG

Pflegevisite

Der/die Bewohner/Bewohnerin _____ wurde am _____ informiert und ist mit der Durchführung der Pflegevisite einverstanden.

Überprüfungsdatum: Name Bewohner/in: Herr _____

Name der Pflegekraft: DGKS/P _____ PH Name _____ PDL/Vertretung: _____

Bestandteile der Pflegevisite:

1 .Anlass der Pflegevisite

2. Überprüfung der Pflegeprozessdokumentation
3. Bedürfnisse und Zufriedenheit des Bewohners
4. Pflegesituation während der Pflegevisite
5. Rückmeldung an Mitarbeiter
6. Absprache/Zielvereinbarungen
7. Überprüfungstermin für Absprachen/Vereinbarungen
8. Protokoll/Unterschriften

1. Anlass der Pflegevisite:

Routine		Evaluation	
Kollegiale Beratung		Beschwerde	
Supervision des Mitarbeiters		Sonstige ...	

Welche Fragen/Probleme sind zu thematisieren?

2. Dokumentation

Dokumentationsmappe – folgende Formblätter sind vorhanden
Werden alle Standardformulare verwendet?

Ja	Nein	Vollständig	Bemerkung	Zu erl. Maßnahmen	Erledigt

Stammblatt

Pflegeanamnese					
Grundpflegenachweis – Frühdienst					
Grundpflegenachweis – Spätdienst					
Grundpflegenachweis – Nachtdienst					
Sturzrisikoeinschätzung					
Medikamentenplan					
Vitalzeichenkontrolle					
Ärztliche Anordnung					
Pflegebericht					
Pflegeplanung					
Mobilisations- und Bewegungsplan (Lagerungsplan)					
Ein- und Ausfuhrkontrolle					
Biographiebogen					
Aktuelle Pflegestufe					
Sonstiges: Braden – Skala					

Versorgung ausreichend gewährleistet?	Ja	Nein	Vollständig	Bemerkung	Zu erl. Maßnahmen	Erledigt
Medikamentenversorgung						
Hilfsmittelversorgung						
Pflegeutensilien						
Inkontinenzmaterialien						

Auswertung der Pflegevisite

Anmerkung des Visiteurs:

Anmerkung der Pflegekraft:

Gibt es pflegerelevante Änderungen:

Vorgehensweise bei der Umsetzung der Änderung (z.B. Fallbesprechung):

Datum/Unterschrift Visiteur:

Datum/Unterschrift Pflegekraft:
