

Bakkalaureatsarbeit

Ranegger Renate

Mat.Nr.: 0533223

**Die Pflegevisite als Maßnahme
zur Qualitätssicherung**

Medizinische Universität Graz

Lehrveranstaltung: Qualitätsmanagement

Begutachterin: Mag.^a Christine Foussek

Eingereicht am 18. März 2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiteres erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am _____

Unterschrift _____

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
1. Einleitung.....	6
2. Die Pflegevisite als Arbeitsinstrument	7
2.1 Entstehung und Definition der Pflegevisite	8
2.2 Ziele der Pflegevisite	9
2.3 Ablauf der Pflegevisite.....	10
2.4 Kriterien der Pflegevisite	11
3. Partizipation und Empowerment	12
3.1 Die Pflegevisite als Maßnahme zur Patient/innenintegration	15
4. Qualitätsmanagement in der Pflege	17
4.1 Definition Qualität und Qualitätsmanagement	17
4.2 Qualitätsmanagementsysteme	18
4.3 Qualitätsentwicklung und -verbesserung	19
4.3.1 PDCA-Zyklus nach Deming	21
4.3.2 Qualitätssicherungsprozesse.....	22
5. Was bedeutet Qualität in der Pflege?.....	23
5.1 Qualitätskriterien in der Pflege	24
5.2 Pflegequalität nach Donabedian.....	25
5.3 Einflussfaktoren auf die Pflegequalität	26
5.4 Dimensionen der Pflegequalität	26
5.5 Qualitätsprobleme und Maßnahmen in der Pflege.....	30
5.6 Qualitätssicherung durch die Pflegevisite.....	32
6. Praktische Umsetzung der Pflegevisite in einer chirurgischen Klinik.....	33
7. Schlussfolgerung	36
8. Literaturliste.....	37

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Prozessschema: Pflegevisite	15
Abb. 2: PDCA-Zyklus nach Deming (1986)	21
Abb. 3: Regelkreis Qualitätssicherung.....	22
Abb. 4: European-Foundation-Qualitätsmanagement-(EFQM-)Modell.....	19
Abb. 5: Qualitätsstufenmodell nach Fiechter und Meier (1981)	24
Abb. 6: Die Qualitätsagenten und ihre Beziehung zu den Qualitätsdimensionen.	25
Abb. 7: Dimensionen der Pflegequalitätskontrolle.	27

Zusammenfassung

Die Pflege kranker Menschen hat sich in den letzten Jahrhunderten entscheidend verändert. Der Pflegeberuf entwickelt sich zunehmend zu einem autonomen Beruf und handelt aus einem eigenen Pflegeverständnis. Dabei orientiert sich die Pflege am bio-psycho-sozialen Modell und fokussiert den/die Pflegeempfänger/in als ganzheitlichen Menschen in der Betreuung.

Diese Tendenz zur Professionalisierung bringt auch viele neue Herausforderungen mit sich. Die Beteiligung und Mitentscheidung der Patient/innen am Genesungsprozess wird verstärkt gefordert. Auch der Internationale Ethikkodex (ICN) und die Gesundheitsgesetzgebung betonen die Selbstverantwortung für die Gesundheit. Die Mitsprache der Patient/innen und deren Angehörigen sind von großer Bedeutung und meistens in den Leitbildern der Institutionen verankert. Das Schlagwort „Kund/innenorientierung“ wird immer häufiger verwendet und hat in den Krankenhäusern einen sehr hohen Stellenwert. Außerdem wird in internationalen und nationalen Gesetzestexten, die Informationspflicht sowohl von der ärztlichen als auch der pflegerischen Seite und das Recht auf Selbstbestimmung, niedergeschrieben. Für das Qualitätsmanagement sehe ich die Umsetzung dieses Pflegeverständnisses als zentrale Herausforderung. Aber genauso wie in anderen Disziplinen gibt es auch in der Pflege einen Theorie-Praxis-Konflikt. Als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester erlebe ich immer wieder, dass es in zahlreiche Situationen einen Widerspruch zwischen der Wirklichkeit und dem theoretischen Grundgedanken gibt. Diese Diskrepanz wird auch durch Gespräche mit Kolleg/innen bestätigt. Allerdings gibt es eine sehr gute Möglichkeit zur Verbesserung der patient/innenzentrierten Pflege durch die Pflegevisite. In der Literatur finden sich Hinweise, dass die Pflegevisite eine gut geeignete Methode für die Erfassung der Pflegequalität und der Kund/innenzufriedenheit darstellt.

Damit die Pflegequalität auch wirklich gesichert und in Zukunft auch verbessert wird, bedarf es Kriterien anhand derer die Pflegequalität „gemessen“ werden kann. In der Literatur ist eine Fülle von Qualitätskriterien für die Pflege beschrieben. Ich möchte in meiner Arbeit die Pflegevisite als Maßnahme zur Qualitätssicherung näher beleuchten und herausarbeiten, inwieweit die Pflegevisite zur Steigerung der Pflegequalität beiträgt.

1. Einleitung

Die Pflege befindet sich in einem Wandel. Dieser zeigt sich nicht zuletzt als Entwicklung der Pflege vom unbezahlten Dienst am Nächsten hin zu einem Beruf, dessen Ausübung bestimmte Kompetenzen verlangt. Veränderungen des Berufsprofils werden durch die Professionalisierung der Pflegeberufe diskutiert. Der Zuständigkeitsbereich der Pflege verändert sich einerseits durch die soziodemographische Entwicklung, andererseits durch die Veränderungen in der Gesetzgebung des Gesundheitswesens. Es ist eine Erweiterung der Zuständigkeit und auch eine Verlagerung des Schwerpunktes in der Pflege beobachtbar. Das Aufgabengebiet der professionell Pflegenden umfasst heute nicht nur die Assistenz bei der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Interventionen oder die Betreuung kranker Menschen, sondern wendet sich immer mehr dem Begriff „Gesundheit“ zu. Die Pflege orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell und fokussiert nicht das Krankheitsbild sondern stellt den/die Pflegeempfänger/in in den Mittelpunkt der Betreuung. Pflegeberufe entwickeln sich zunehmend zu einem autonomen Beruf und handeln aus einem eigenen Pflegeverständnis (Lauber 2001, p. 88).

Qualitätssicherung ist die zentrale Herausforderung für dieses Pflegeverständnis. Soll Pflege als moderner Beruf überleben und weiterhin attraktiv sein, so sind Qualitätssicherungsmaßnahmen unerlässlich. Um diesen Qualitätsanforderungen gerecht zu werden, ist in vielen Einrichtungen die Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument eingeführt worden. Sie wird auch weiterhin an Bedeutung gewinnen, vor allem hinsichtlich der Überprüfung der Wirksamkeit von Tätigkeiten und der Beurteilung der Ergebnisqualität. Die Pflegevisite ist ein zentrales Qualitätswerkzeug, auch für leitende Pflegefachkräfte, denn sie dient zur fachlichen Überprüfung der Dienstleistung (Hellmann & Kundmüller 2006, p. 7).

Im Gesundheitswesen wird die Selbstverantwortung für die Gesundheit, die aktive Beteiligung an der Erhaltung, die Förderung beziehungsweise Wiedererlangung der Gesundheit immer wieder diskutiert. Die Mitsprache der Patient/innen und deren Angehörigen haben in Leitbildern der Institutionen einen sehr hohen Stellenwert. Kund/innenorientierung ist in den Krankenhäusern ein Schlagwort geworden und wird vom Qualitätsmanagement als zentrale Herausforderung gesehen. Einigkeit besteht darüber, dass die Aufklärung und Information der Patient/innen eine wesentliche Voraussetzung für dieses Mitentscheiden ist. Allerdings zeigen Ergebnisse von Patient/innenumfragen das Gegenteil. Häufig werden angegebene Informationen von der betroffenen Person nicht verstanden. Die Pflegefachkraft hat häufig nicht die gewünschte Zeit mit den Patient/innen Gespräche zu führen, um entstandene Ängste und Sorgen aufzuarbeiten. In

diesem Kontinuum von Abhängigkeit und Mitbestimmung kann die Pflegevisite einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Kund/innenzufriedenheit leisten (Habermann & Biedermann 2007, pp. 5-6).

In dieser Arbeit soll die Pflegevisite als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung vorgestellt werden. Anfangs möchte ich die Pflegevisite an sich vorstellen, dazu gibt das erste Kapitel einen Überblick über die verschiedenen Facetten der Pflegevisite und es wird die Vielfalt an Definitionen angeführt, die zum Teil unterschiedliche Schwerpunkte festlegen. Im zweiten Kapitel werden die Konzepte „Partizipation“ und „Empowerment“ als wichtige Bestandteile der Pflegevisite erläutert. Danach wird die Bedeutung von Qualität und Qualitätsmanagement in der Pflege erarbeitet. Hierbei findet eine Betrachtung der Begriffe „Qualitätssicherung“ und „Pflegequalität“ statt. Das Anliegen dieses Kapitels ist es einen Rahmen zu schaffen, wo die Pflegevisite mit Bezug auf die qualitätssichernde Funktion erläutert werden kann. Es werden auch verschiedene Dimensionen der Pflegequalität und Qualitätsprobleme diskutiert. Den Abschluss dieser Bakkalaureatsarbeit bildet die Auseinandersetzung mit der praktischen Umsetzung und deren Barrieren, Aussichten und Empfehlungen.

Zwei zentrale Fragestellungen haben sich bei der Bearbeitung dieser Thematik ergeben und werden in der Arbeit diskutiert.

1. Wie können durch die Pflegevisite die Konzepte „Partizipation“ und „Empowerment“ umgesetzt werden?
2. Wird bzw. wie wird die Pflegequalität durch die Qualitätssicherungsmaßnahme „Pflegevisite“ verbessert?

2. Die Pflegevisite als Arbeitsinstrument

Heering et al. (1997) erläutern verbesserungswürdige Umstände, die sich aus seinen Beobachtungen im Pflegealltag ergaben und nutzten diese Erkenntnis für die Entwicklung des Instrumentes „Pflegevisite“. Die Pflege ist ein Beruf, der noch nicht als autonom zu beschreiben ist. Deshalb fühlen Pflegende sich immer noch dem ärztlichen Dienst untergeordnet und orientieren sich meist an medizinischen Diagnosen anstatt auf pflegerisch relevante Fragen einzugehen. Fünf sechstel der üblichen Pflegedokumentation nimmt die ärztliche Datenerhebung ein. Daraus folgt, dass die individuellen Patient/innenbedürfnisse nicht ausreichend erfasst werden können. Während der Dienstübergaben im Stationszimmer und den Arztvisiten werden viele Informationen über die Patient/innen ausgetauscht. Gespräche über Patient/innen finden genügend statt, im Gegensatz zu

Gesprächen mit ihnen. Dadurch weiß die Pflegeperson eine Menge über ihre Patient/innen aber richtig kennen wird sie diese nicht. Die Ängste und Gefühle der Patient/innen bleiben der Pflegefachkraft verborgen, was sich wiederum in der Pflegeplanung widerspiegelt. Die Planung der Pflege geschieht üblicherweise im Stationszimmer, fern vom betroffenen Menschen. Dies führt dazu, dass Wünsche und Vorstellungen der Patient/innen nicht bekannt sind, nicht berücksichtigt werden und in der Ablaufplanung auf der Station meist auch keinen Platz finden. Die Patient/innen sind durch diese Vorgehensweise natürlich nur ungenügend informiert. Außerdem können sie so überhaupt keinen Einfluss auf die Planung ihrer Pflege nehmen, sich nicht aktiv einbringen und keine eigenen Wünsche und Vorstellungen äußern, d.h. der/die Patient/in hat zwar Mitspracherecht aber gar keine Möglichkeit seinen/ihren Krankenhausaufenthalt mit zu gestalten (Heering et al. 1997, pp. XV-XX).

2.1 Entstehung und Definition der Pflegevisite

Das Wort Visite wurde abgeleitet vom lateinischen Wort visitare und bedeutet besuchen, hingehen. Visite wird auch als „Krankenbesuch des Arztes im Krankenhaus“ definiert (Gültekin & Liebchen 2003, p. 16).

In der Literatur findet sich keine einheitliche Definition der Pflegevisite. Der Begriff wurde 1981 wahrscheinlich erstmals von Döpcke-Paentz in der deutschsprachigen Literatur eingeführt. Berichte über die Durchführung zeugen eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Methode. Der Begriff wurde aber nie so richtig definiert. Anfang der 90er-Jahre wurde der Begriff Pflegevisite von Brodehl (1990) und Christian (1994) erstmals als Führungs- und Supervisionsinstrument erwähnt. Für Heering & Heering (1994) ist die Beteiligung der Patient/innen am Entscheidungsfindungsprozess der Kernpunkt der Definition. Die Auseinandersetzung mit der praktischen Umsetzung zeigt, dass sich Pflegefachkräfte über die Notwendigkeit, die Zielsetzung und der Art der Durchführung der Pflegevisite nicht einig sind und der Begriff Pflegevisite nach wie vor unterschiedlich interpretiert wird. In der Literatur wird beschrieben, dass die Patient/innenübergabe am Bett und die Pflegevisite bedeutsame Unterschiede aufweisen (Heering 2006, p. 46).

Unter Patient/innenübergabe am Bett wird die Weitergabe von pflegerischen und medizinischen Informationen, die die Patient/innen betreffen, verstanden. Dabei handelt es sich um eine Berichterstattung von einer Schicht des Pflegeteams an die nachfolgende Schicht. Die Pflegevisite hingegen stellt den Pflegeprozess in den Vordergrund (Morawe-Becker 2004, p. 9).

Die Kommunikation mit einem pflegebedürftigen Menschen im Rahmen des Pflegeprozesses wird Pflegevisite genannt. Heering et al. 1997 definieren die Pflegevisite als einen regelmäßigen Besuch und ein Gespräch mit dem/der Betroffenen über seinen/ihren Pflegeprozess. Die Pflegevisite dient der gemeinsamen

- Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen bzw. der Pflegediagnosen;
- Vereinbarung der Pflegeziele;
- Vereinbarung der Pflegeinterventionen;
- Überprüfung der Pflege.

In dieser Definition wird die Pflegevisite als klient/innenzentrierte Beratungssituation verstanden. Der Pflegeempfänger, also der/die Klient/in, ist eine denkende, führende und wollende Persönlichkeit mit eigener Verantwortungsfähigkeit. Bei der Pflegevisite wird der/die Klient/in dazu ermutigt seine/ihre Situation darzustellen, um gemeinsam mit der Pflegeperson und der Unterstützung ihres Fachwissens nach Lösungen zu suchen. Damit die Pflegeperson solch ein Beratungsgespräch durchführen kann, bedarf es an bestimmten Qualifikationen. Diese notwendigen Fähigkeiten einer Pflegeperson bezeichnet C. Rogers als (1) empfindsames, einführendes verstehen Wollen, (2) Wertschätzung oder respektvoller Umgang und (3) Echtheit und Kongruenz (Heering et al. 1997, pp. XX-XXI).

2.2 Ziele der Pflegevisite

Die Pflegevisite beurteilt drei verschiedenen Kriterien. Erstens findet die ergebnisorientierte Beurteilung der ausgeführten Pflegemaßnahmen, zweitens eine prozessorientierte Bewertung des Pflegeverlaufs und drittens eine strukturorientierte Beurteilung der Organisation statt. Die Pflegevisite verfolgt verschiedene Zielsetzungen, dabei werden qualitätsorientierte, mitarbeiter/innenorientierte, patient/innenorientierte und wirtschaftliche Ziele unterschieden.

- *Qualitätsorientierte Ziele*

Durch die Überprüfung der Pflegemaßnahmen können Pflegeprobleme erkannt und neue Intervention eingesetzt werden. Die Evaluation der Maßnahmen führt zu einer Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität. Durch die regelmäßige Überprüfung der Pflegeplanung werden die Maßnahmen und Ziele auf die Bedürfnisse der Klient/innen abgestimmt. Da die Pflegevisite ein Ort der Kommunikation und des Informationsaustausches ist, können Kritik und Anregungen bezüglich der Dienstleistung besprochen und beseitigt werden. Dieses integrierte

„Beschwerdemanagement“ hat zur Folge, dass die Kund/innenzufriedenheit verbessert wird und eine Qualitätssteigerung erreicht werden kann.

- *Mitarbeiter/innenorientierte Ziele*

Die Pflegevisite bietet die Möglichkeit pflegerische Probleme und Sorgen gemeinsam mit den Patient/innen zu besprechen, um so eine bedürfnisorientierte Pflege leisten zu können. Der Pflegeverlauf wird gemeinsam im Team analysiert und gegebenenfalls optimiert. Während der Evaluation können der Pflegeperson positive Rückmeldungen gegeben werden. Durch diese Bestätigung der eigenen Arbeit wird die Motivation der Mitarbeiter/innen gefördert. Die gemeinsame Pflegeplanung bewirkt einerseits bei der Pflegefachkraft eine Erweiterung des Wissenshorizonts und andererseits bei den Klient/innen die Förderung des Selbstbewusstseins.

- *Patient/innenorientierte Ziele*

Die aktive Beteiligung der Klient/innen an der Gestaltung des Pflegeprozesses ermöglicht es, sie in die Pflege einzubeziehen und besser zu informieren. Durch den Informationsaustausch können Ressourcen und Probleme besser erfasst und die Betreuung effizienter gestaltet werden. Auf Wunsch können Angehörige bei der Pflegeplangestaltung teilnehmen, denn es kann sein, dass der/die Klient/in durch Angehörige versorgt wird bzw. wurde.

- *Wirtschaftliche Ziele*

Die Pflegevisite bietet die Möglichkeit verdeckte Ressourcen zu ermitteln. Dabei können Schwachstellen in den Arbeitsabläufen oder beim Materialverbrauch erkannt und aufgehoben werden (Hellmann & Kundmüller 2006, p. 11).

2.3 Ablauf der Pflegevisite

Vorgaben über die Durchführung der Pflegevisite gibt es durch den Gesetzgeber keine. Deshalb entwickeln Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen hausspezifische Konzepte zur Durchführung der Pflegevisite, mit mehr oder weniger Erfolg. Die Pflegevisite ist ein komplexes Geschehen, das eine ausführliche und gute Vorbereitung der Mitarbeiter/innen und der Organisationsstruktur verlangt. Die Pflegevisite besteht aus drei Phasen:

- *Vorbereitung*

Bevor die Pflegevisite durchgeführt wird, informiert die Bezugs- beziehungsweise Bereichspflegekraft die Beteiligten über die Klient/innen. Dieses Vorgespräch wird außerhalb des Patient/innenzimmers an einem ruhigen Ort durchgeführt. Durch die Vorstellung der Klient/innen

lernen die Visitenteilnehmer/innen dessen Bedürfnisse kennen und können sich bereits im Voraus auf den pflegebedürftigen Menschen einstellen. Die Bezugsperson soll die Pflegevisite moderieren. Dabei werden Punkte notiert, die während der Visite besprochen werden.

- *Durchführung*

Das Gespräch mit dem/der Betroffenen stellt den Mittelpunkt der Pflegevisite dar. Das Pflegevisitenteam wird von der Bezugspflegefachkraft vorgestellt. Bei der Besprechung der Patient/innen, sind diese ein aktives Mitglied und Entscheidungen sollen miteinander getroffen werden. Der/die Patient/in wird dazu aufgefordert seine/ihre aktuellen Probleme und Wünsche mitzuteilen. Das Pflegevisitenteam evaluiert und bespricht gemeinsam mit der betroffenen Person den Pflegeprozess und gegebenenfalls werden neue Pflegemaßnahmen oder Pflegeziele formuliert. Bei diesem aktiven Austausch soll sich die Gesprächsebene auf gleicher Höhe befinden und der/die Patient/in soll auch die Möglichkeit haben, Rückmeldungen über die Betreuung geben zu können.

- *Nachbereitung*

Das Nachgespräch findet wieder außerhalb des Patient/innenzimmers statt und dient der Ergebnissicherung und Reflexion der Pflegevisite. In dieser Phase erfolgt die schriftliche Bearbeitung der Pflegeplanung. Neue Aspekte und Verbesserungsvorschläge werden erfasst und Lösungsmöglichkeiten diskutiert (Morawe-Becker 2004, pp. 9-10).

2.4 Kriterien der Pflegevisite

Die Pflegevisite gliedert sich in drei Elemente, die erstmals 1966 als die klassischen Trias (=Dreiheit) von Donabedian beschrieben wurden. Es handelt sich um folgende Kriterien, die die Grundlage für die Qualitätsbeschreibung der Pflegevisite bilden:

Durch die **Strukturkriterien** werden die notwendigen Voraussetzungen in personeller wie materieller Hinsicht beschrieben, die für die Erreichung des Standards notwendig sind.

Bei den **Prozesskriterien** geht es um den Ablauf beziehungsweise die Durchführung der Maßnahme. Hier wird Schritt für Schritt die Durchführung der Pflegehandlung beschrieben.

Durch die **Ergebniskriterien** soll die Wirkung der pflegerischen Arbeit in Bezug auf das Gesundheitsbefinden, -wissen und -verhalten sowie die Zufriedenheit der Patient/innen beschrieben werden (Hellmann & Kundmüller 2006, p. 12).

In Kapitel 5.2 werden die Qualitätsdimensionen nach Donabedian genauer erläutert.

Zusammenfassend stellt die Pflegevisite ein Angebot dar, das durch regelmäßige Besuche bei den Patient/innen die Möglichkeit der Beziehungsaufnahme bietet. Ressourcen und Probleme werden für die Pflegepersonen ersichtlich und dienen dazu, sich ergebende Interventionen und Ziele mit dem/der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen festzulegen und diese immer wieder zu überprüfen.

3. Partizipation und Empowerment

Das Konzept der Partizipation ist in der Geschichte der Pflege noch relativ neu. Die Beteiligung und Mitentscheidung in der Gesundheitspflege hat sich in den letzten Jahren verstärkt durchgesetzt. Auch der Internationale Ethikkodex (ICN) und die Gesundheitsgesetzgebung fordern immer mehr das Mitentscheidungsrecht. Unter anderem hat dieses Bestreben aber auch wirtschaftliche Hintergründe. Es gibt Hinweise darauf, dass Pflege- und Behandlungsergebnisse durch Partizipation günstig beeinflusst werden können. Allerdings ist nicht bekannt wie Patient/innen wirksam zur Partizipation ermuntert werden können, anstatt eine passive Rolle einzunehmen (Heering 2006, pp. 19-20).

Der Begriff „partizipieren“ leitet sich aus dem Lateinischen ab und heißt soviel wie „etwas abbekommen von dem, was ein/e andere/r hat; teilhaben“ (Heering et al. 1997, p. 46).

In der Literatur sind viele verschiedene Definitionen über den Begriff Partizipation zu finden, außerdem wird die Bedeutung dieses Begriffes kontextabhängig unterschiedlich interpretiert. Aufgrund der Literaturrecherche von Cahill (1998) geht hervor, dass der Begriff Partizipation häufig synonym mit den Begriffen „Einbezug der Patient/innen“, „Zusammenarbeit“ oder „Partnerschaft“ verwendet wird. Cahill (1996) hat eine Konzeptanalyse durchgeführt und unter anderem auch die Klärung der für den Begriff Partizipation bestimmenden Faktoren vorgenommen. Dabei hat er fünf Faktoren analysiert:

1. Das Vorhandensein einer Beziehung, wobei es hier um die von den Personen wahrgenommene Beziehungsqualität geht.
2. Der Ausgleich oder die Verminderung eines Kompetenz- oder Wissensunterschiedes zwischen den Personen. Solche Aktivitäten zur Verminderung dieser Defizite sind notwendig und wichtig. Dabei wird die Pflegevisite als wichtigste Intervention zum Ausgleich gesehen.
3. Der Ausgleich eines Machtgefälles zwischen Pflegepersonen und Patient/innen ist ebenfalls ein wesentlicher Punkt. Denn die patriarchalische und hierarchische Organisationsstruktur der Krankenhäuser ist geprägt durch eine lange Geschichte und diese Philosophie der medizinischen Unterordnung zwingt den/die Patient/innen in die untere Position. Verdeutlicht wird dies zum

Beispiel daran, dass das Personal über die Zeiten für die persönliche Hygiene, der Mahlzeit- und Medikamentengabe und über die Termine für Untersuchungen bestimmen.

4. Die Beschäftigung mit physischen oder intellektuellen Aktivitäten und
5. ein positiver Nutzen hiervon.

Den Patient/innen die Freiheitsrechte zu gewähren und ihnen mehr Macht und Entscheidungsfreiheit bei der Bewältigung der alltäglichen Aktivitäten zu geben stellt die professionelle Pflegekraft vor eine große Herausforderung. Dafür wird möglicherweise eine große Veränderung in der Einstellung des Einzelnen, aber auch in der Organisationsstruktur erforderlich sein (Heering 2006, pp. 20-25).

Hierzu kann das Konzept „Empowerment“ wichtige Hinweise liefern. Empowerment verlangt einen Paradigmenwechsel weg von einem defizitären hin zu einem potenziellen, ressourcenkräftigen Leitbild. Hinter dem Begriff stecken viele verschiedene Vorstellungen, doch stehen die Potenziale und Ressourcen der Menschen immer im Vordergrund. Empowerment bezeichnet einen „Prozess des Werdens“ der darauf abzielt, die Kräfte zu wecken um den Lebensalltag selbst zu gestalten (Schroeter 2006, pp. 103-104).

Bereits 1998 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Begriff „Empowerment“ als wichtige Strategie zur Gesundheitsförderung genannt und wie folgt definiert: „Im Verständnis von Gesundheitsförderung ist Empowerment ein Prozess, durch den Menschen eine größere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen erlangen, die ihre Gesundheit beeinflussen.“ (Trummer et al. 2003, p. 9)

Das Konzept hat nicht nur in der Pflege sondern auch in anderen Disziplinen kontroverse Diskussionen ausgelöst. Im Bereich der beruflichen Pflege sind diese Diskussionen allerdings zweiseitig. Einerseits leiden die Pflegenden unter dem Druck des medizinischen Paradigmas, andererseits findet man ein Machtgefälle zwischen Patient/innen und Pflegenden. Trotz des eigenen Druckes sind Pflegenden dazu aufgerufen, ihre Patient/innen zu ermächtigen. Es ist wichtig das Bewusstsein der Patient/innen für seine/ihre eigene Gesundheit sowie die Beteiligung an der Entscheidungsfindung zu steigern. Dieser Prozess führt zur Verbesserung des Selbstbewusstseins und zum Wachstum der Selbsterfahrung und des persönlichen Wissens. Der Grundgedanke ist demnach die „Veränderung“, seien dies Veränderungen der Persönlichkeit oder der sozialen Struktur. Dazu wurden in einer kleinen, qualitativen Studie von Falk-Rafael (2001) drei Strategien herausgefunden, die geeignet erscheinen Patient/innen zu bestärken:

- „sich einsetzen für die Patient/innen (advocacy)“,

- „Lenkung, Weiterleitung (guidance)“ und
- „Beratung (counselling)“.

Die Anwendung dieser drei Punkte führt zur Stärkung des Selbstbewusstseins und fördert den Willen zur Mitsprache. Dadurch übernimmt der/die Patient/in mehr Verantwortung für den eigenen Körper und erhöht die Motivation gesundheitsfördernd zu handeln. Durch die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten für vorhandene Probleme ist eine raschere Genesung zu erwarten. Diese Patient/innenintegration muss durch die Pflegeperson gefördert werden, damit sich dieser Kreislauf zu drehen beginnt (Heering 2006, pp. 25-26).

Dazu möchte ich eine weitere Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen anführen. Das Projekt „Koproduktion durch Empowerment“ von Trummer et al. (2003) beschäftigt sich mit der Qualitätsverbesserung der Patient/innenbetreuung und des postoperativen Gesundungsprozesses in der Chirurgie. Diese Verbesserung des Gesundheitsprozesses sollte durch Empowerment von Patient/innen ermöglicht werden. Empowerment meint hier den Aufbau von persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten, damit der /die Patient/in zur eigenverantwortlichen Mitarbeit im Behandlungsprozess aktiviert wird. Gesundheit ist somit das Ergebnis einer gemeinsamen Bemühung von Patient/innen und Professionellen. Damit selbständiges Handeln beim Auftreten von Krankheit auch umgesetzt werden kann, sind der Aufbau von Wissen und persönliche Fähigkeiten sehr wichtig. Ein grundlegendes Element von Empowerment ist die Kommunikation. Damit Mitarbeit und Mitentscheidung im Behandlungsprozess möglich ist, müssen die Patient/innen und Professionellen miteinander kommunizieren. Doch nicht jede Kommunikation ist eine qualitätsvolle Kommunikation. Zum Aufbau von gesundheitsrelevantem Wissen müssen Patient/innen unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse informiert und geschult werden. Dabei muss sich die Informationsübermittlung an der Aufnahmefähigkeit der Klient/innen orientieren. Die Mitarbeiter/innen im Krankenhaus müssen verstärkt patient/innenorientiert kommunizieren.

Eine gezielte Kommunikation zwischen Patient/innen und Professionellen gewinnt aus mehreren Gründen immer mehr an Bedeutung:

1. Kommunikation wirkt sich positiv auf die Behandlungserfolge aus,
2. Kommunikation senkt die Verweildauer sowie den Medikamentenverbrauch und somit die Behandlungskosten,
3. Patient/innen in Krankenhäusern sehen Defizite besonders bei der Information und Kommunikation,
4. Patient/innen in Krankenhäusern fordern verstärkt die Verbesserungen der Kommunikation (Trummer et al. 2003, pp. 7-11).

3.1 Die Pflegevisite als Maßnahme zur Patient/innenintegration

In der Definition von Heering (1997) wird das oberste Ziel der Pflegevisite die Patient/innenpartizipation beschrieben. Die Pflegevisite dient der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme, Ressourcen und Interventionen, der Vereinbarung von Zielen und der Evaluierung der Wirksamkeit der Pflege.

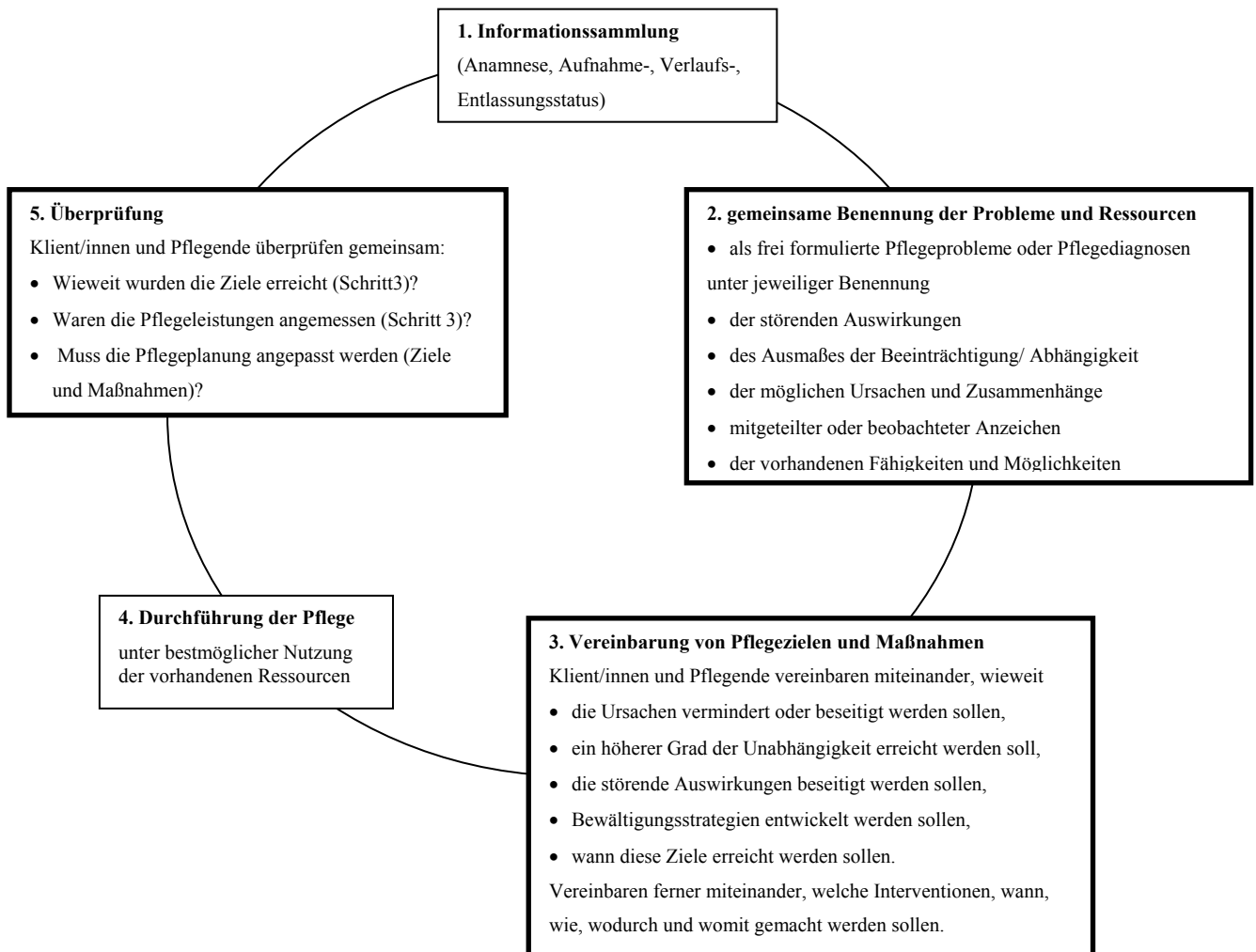


Abb. 1: Prozessschema: Pflegevisite (Heering 2006, p. 53)

Anhand dieser Abbildung ist ersichtlich, wie die Pflegevisite in den Pflegeprozess integriert werden kann und in welchen Bereichen ein partizipativer Ansatz möglich und sinnvoll ist. Die Pflegevisite wird also als Umsetzung des Konzeptes der Patient/innenpartizipation angesehen. Fokussiert wird dabei darauf, die Patient/innen anzuregen, ihr individuelles Erleben einer Situation und ihre eigenen Wahrnehmungen mehr Bedeutung zuzuschreiben. Wenn im weiteren Schritt Einigkeit darüber besteht, wie der Pflegeplan zu ändern ist, dann wird der/die Patient/in dazu animiert über Lösungswege nachzudenken. Dabei steht die professionelle Pflegekraft den Patient/innen zur Seite und unterstützt mit dem fachlichen Wissen (Heering 2006, pp. 52-53).

Carl Rogers (1972, p. 28) nennt diese Form der Pflegevisite auch „Nicht-Direktive-Beratung“ und führte dies näher aus: „Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutigen, strukturierten und gewährenden Beziehung, die es den Klient/innen ermöglicht, zu einem Verständnis seiner/ihrer selbst in einem Ausmaß zu gelangen das ihn/sie befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen“.

Es darf nicht vergessen werden, dass nur der/die Patient/in selber weiß, was er/sie fühlt und wie die Reaktionen des eigenen Körpers sind. Nur der/die Patient/in kann einschätzen was für ihn/sie selber, seine/ihre Zukunft und sein/ihr soziales Umfeld gut ist und welche Ziele verfolgt werden sollen. Pflegende sollten die Patient/innen als „Expert/innen“ für das eigene Kranksein sehen. Dabei ist zu beachten, dass bei der Pflegevisite zwei Expert/innen auf dasselbe „Objekt“ blicken:

- die Patient/innen als Experten für ihr Kranksein
- die Pflegenden als Expert/innen für die Gesundheits- und Krankenpflege.

Viele bedeutsame Pflege-theoretiker/innen nennen den Ansatz der Partizipation als Voraussetzung für eine gute Pflege. Außerdem heben sie sowohl das Recht auf Information und Partizipation, als auch das Recht Interventionen abzulehnen, hervor. Leider finden sich in der Literatur viele Hinweise, dass Pflegende ihre Patient/innen immer noch als unfähig erachten, selbst zu entscheiden und zu handeln (Heering 2006, pp. 54).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es für den Behandlungserfolg sehr wichtig ist das Konzept der Partizipation theoretisch zu verankern und in der Praxis auch umzusetzen. Dazu ist eine Veränderung der Einstellung sowohl bei den Pflegenden als auch in der Organisationsstruktur erforderlich. Partizipation und Empowerment kann durch die Pflegevisite am Patient/innenbett umgesetzt werde. Damit die Pflegevisite effektiv ist und sowohl der bedürftigen Person als auch der Pflegeperson nutzt, ist eine gründliche Vorbereitung ausschlaggebend. Ob nun die Pflegevisite ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung ist, wird im nächsten Kapitel diskutiert.

4. Qualitätsmanagement in der Pflege

Qualitätssicherung ist die zentrale Herausforderung für die Pflege geworden. Soll die Pflege als moderner Beruf überleben so sind Qualitätssicherungsmaßnahmen unerlässlich. Damit die Pflegequalität auch wirklich gesichert und in Zukunft auch verbessert werden kann, bedarf es Kriterien anhand derer man die Pflege „messen“ kann (Kellnhauser et al. 2004, p. 159).

4.1 Definition Qualität und Qualitätsmanagement

Der Begriff Qualität kommt aus dem lateinischen und bedeutet „Beschaffenheit, Wert, Güte“.

Im Bundesgesetzblatt BGBl. I Nr. 179/2004, § 5., Abs. 2 wird der Begriff Qualität definiert als „Grad der Erfüllung der Merkmale von patient/innenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität“.

Die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung ist gegeben, wenn sie mit den Wünschen und Erwartungen der Kund/innen übereinstimmen. Es geht also um die Übereinstimmung der Ist-Leistung (Dienstleistung) und der Soll-Leistung (Wünsche und Bedürfnisse der Kund/innen). Erst wenn die Ist-Leistung mit der Soll-Leistung übereinstimmt, spricht man von guter Qualität (Barth 1999, pp. 316-317).

Barth (2005, p. 318) bezeichnet den Begriff Qualitätssicherung als „systematische Tätigkeiten zur Schaffung eines Vertrauens in die Erfüllung von Qualitätsanforderungen. Doch zunehmend wurde auf internationaler Ebene der Begriff Qualitätssicherung abgelöst und durch Begriffe wie Qualitätsmanagement und Qualitätssystem ersetzt. Unter Qualitätsmanagement werden alle Tätigkeiten, Führungsaufgaben und Methoden, die zur Planung, Sicherung, Verbesserung und Prüfung der Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung gehören, verstanden.“

Unter anderem bedeutet Qualitätsmanagement auch Qualitätsverbesserung durch Qualitätsbeurteilung. Dabei finden umfassende, systematische Verfahren Anwendung, mit denen Qualitätsmängel feststellen und behoben werden können. In den meisten Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt es speziell ausgebildete Qualitätsmanagementbeauftragte. Diese entwickeln in Zusammenarbeit mit der Betriebsleitung und den einzelnen Abteilungen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -entwicklung. Diese Interventionen zur Entwicklung und Verbesserung der Pflegequalität werden als Qualitätsmanagementsysteme bezeichnet (Kellnhauser et al. 2004, p. 156).

4.2 Qualitätsmanagementsysteme

Die in Krankenanstalten am häufigsten diskutierten Qualitätssicherungsmodelle sind:

- DIN-EN-ISO-Normen

Bei der DIN-ISO-Normen-Reihe handelt es sich um ein Zertifizierungssystem, das in erster Linie die Dokumentation der Prozessqualität regelt. Es ist eine Übereinstimmungsprüfung zwischen dem dafür vorgesehenen Handbuch für Prozessqualität und Realität, d.h. ob das, was im Handbuch steht, auch wirklich durchgeführt wird. Hauptsächlich wird hiermit die Standardisierung von Arbeits- und Organisationsabläufen verfolgt. Es erfolgt keine Beurteilung der Qualität der Patient/innenversorgung, denn es wird nicht überprüft ob das, was gemacht wird, auch wirklich sinnvoll ist (Österreichisches Normungsinstitut, 2008).

- Kooperation-für-Transparenz-und-Qualität-im-Krankenhaus-(KTQ[®]-)Zertifizierung

Das KTQ[®]-Verfahren ist ein spezielles Verfahren, das seit 2002 zur Bewertung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern eingesetzt wird. Es ist auf die speziellen Anforderungen in Krankenhäusern ausgelegt und bewertet sechs Kategorien – Patient/innenorientierung, Mitarbeiter/innenorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement. Das Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung aller Prozesse der Patient/innenversorgung, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten.

- Total-Quality-Management-Konzept

Total Quality Management (TQM) geht von einer ganzheitlichen Betrachtung des Qualitätsbegriffes aus. Als integriertes, langfristiges Führungskonzept zielt TQM auf die kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der medizinischen sowie pflegerischen Behandlungs- und Servicequalität im Krankenhaus ab. Im Mittelpunkt steht die gesamte Organisation, wobei die Mitwirkung aller Mitarbeiter/innen der Institution gefordert ist.

- European-Foundation-Qualitätsmanagement-(EFQM-)Modell

Das Konzept der EFQM (European Foundation for Quality Management) ist die eigenständige europäische Weiterentwicklung des Total-Quality-Management-Konzeptes. Dabei handelt es sich um ein Selbstbewertungssystem, anhand dessen sich die Einrichtung nach vorgegebenen 9 Kriterien selbst einschätzen kann. Die Stärke dieses Modells liegt im Gegensatz zu DIN ISO und KTQ in der Bewertung der Ergebnisqualität.

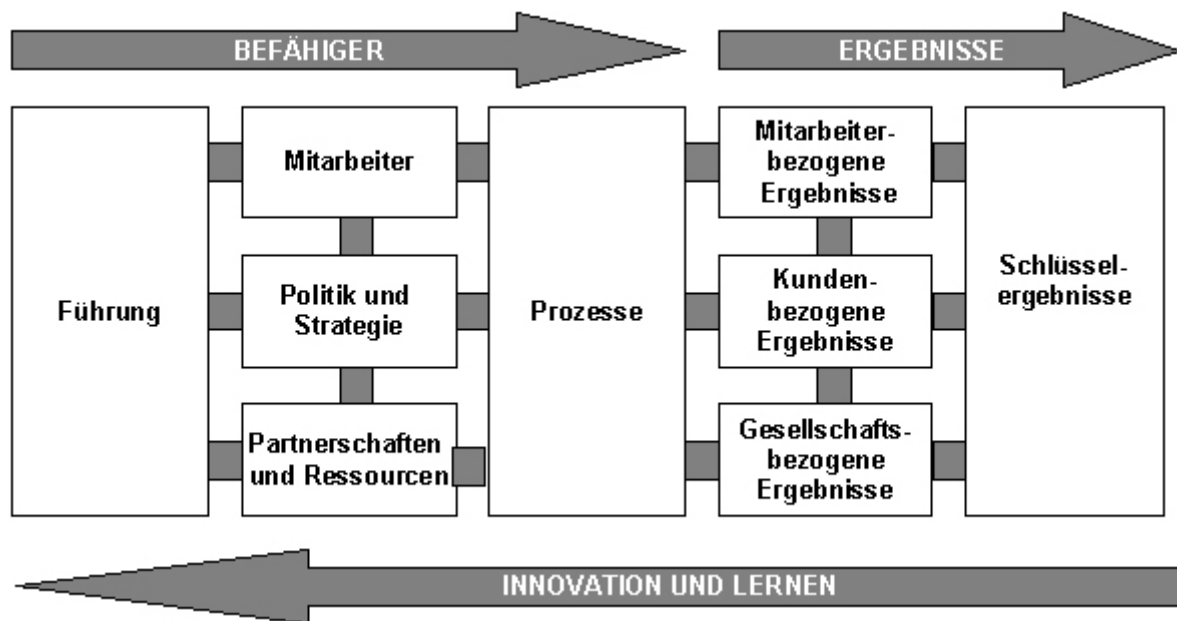


Abb. 4: European-Foundation-Qualitätsmanagement-(EFQM-)Modell zur Qualitätsbewertung (<http://www.tqm.com/methoden/efqm>).

Das Modell geht von einer Idealorganisation aus, welche die Forderungen des umfassenden Qualitätsmanagement in allen Teilbereichen der vorgegebenen Kriterien erreicht, dabei kann die Institution mit insgesamt 1000 Punkten bewertet werden. Grundsätzlich lässt sich das EFQM-Modell in 2 große Blöcke unterteilen, die jeweils mit 500 Punkten bewertet werden. Die neun Bewertungskriterien, die unterschiedlich in die Gesamtwertung eingehen, sind: (1) klinische und administrative Krankenhausführung; (2) Grundsätze, Strategien, Wertesystem und Leitbild; (3) Umgang der Organisation mit den Mitarbeiter/innen; (4) Einsatz und Erhalt von Ressourcen; (5) klinische und administrative Prozesse; (6) Zufriedenheit der Leistungsempfänger; (7) Zufriedenheit der Leistungserbringer; (8) Gesellschaft, Verantwortung und Image und (9) klinische und ökonomische Resultate.

Grundsätzlich erklärt das Modell, dass Kund/innenzufriedenheit, Mitarbeiter/innenzufriedenheit und der Einfluss auf die Gesellschaft durch die Führung, mit Hilfe von Politik, Strategie, Mitarbeiter/innenorientierung und Management von Ressourcen erreicht werden. Dies führt schließlich mit Hilfe von geeigneten Geschäftsprozessen zu optimale Ergebnisse (Foussek 2006, pp. 13-35).

4.3 Qualitätsentwicklung und -verbesserung

Qualitätsmanagement wird in der Pflegepraxis häufig als Kontrolle empfunden und somit im Sinne von negativen Erfahrungen interpretiert. Vielmehr ist Qualitätsmanagement aber als positive Maßnahme zu verstehen, die versucht Schwachstellen aufzudecken um diese zu verbessern.

Qualitätsmanagement hat sehr viele Vorteile für Patient/innen und Pflegende:

- Effektivitätssteigerung der Pflege durch die Verwendung von Pflegestandards und der Durchführung einer Pflegedokumentation, sie ermöglicht die Einschätzung der Leistung.
- Leistungen werden transparent und sind durch eine lückenlose Dokumentation gegenüber fachfremdem Stellen besser kommunizierbar.
- Motivationssteigerung der Mitarbeiter/innen, weil eine Reflexion und Diskussion über die tägliche Arbeit stattfindet und Wissensdefizite erkannt werden.
- Steigerung des Wohlbefindens der Patient/innen durch eine verbesserte Arbeitsweise der Pflegenden.

Qualität ist von Fachbegriffen geprägt und es gibt auch viele Publikationen zum Thema Qualitätsentwicklung in der Pflege. Häufig kommt es in der Praxis jedoch zu Missverständnissen, denn es ist nicht immer klar, welche unterschiedlichen Interpretationen zu den Begriffen bestehen. Qualitätssicherung bedeutet Qualitätsverbesserung auf Grundlage der Qualitätsbeurteilung.

Qualitätssicherung durch Controlling beinhaltet drei wichtige Aspekte:

- die Qualität der Pflege (Methoden und Techniken),
- die Qualität der Einstellungen und des Verhaltens der Mitarbeiter/innen gegenüber den Kund/innen,
- die Qualität der Organisation der Pflegeeinrichtung.

Die Pflegequalität bezieht sich nicht nur auf die Pflgetätigkeit sondern auf alle drei Aspekte. Es unterscheiden sich zwei Möglichkeiten zur Qualitätsbeurteilung:

- a) Externe Qualitätssicherung, dabei werden Qualitätssicherungsmaßnahmen von Institutionen (Behörden) außerhalb der Einrichtung festgelegt und überprüft.
- b) Interne Qualitätssicherung, hier werden allgemein gültige Qualitätskriterien von den leitenden Fachkräften in der Einrichtung durchgesetzt und überprüft, dazu gehören in der Regel die Pflegestandards sowie die Pflegevisite.

Das Ziel vom Qualitätsmanagement bleibt aber immer das Gleiche. Es wurde schon immer versucht, wirkungsvolle Systeme zu entwickeln, um eine ständige Verbesserung der Arbeitsabläufe und dadurch der Qualität zu erzielen. Deming betont den ständigen Verbesserungsprozess und entwickelte den so genannten PDCA-Zyklus, der auch als Problemlösungsprozess bezeichnet wird. Dabei konzentriert sich die Verbesserung auf zwei Aspekte:

1. Prozessorientierung (optimale Abläufe)
2. Ergebnisorientierung (optimale Ergebnisse)

4.3.1 PDCA-Zyklus nach Deming

Es wird zwischen der kontinuierlichen Verbesserung, auch Etappenziele genannt, und der innovativen Verbesserung, dabei sind Verbesserungen durch Innovationen gemeint, unterschieden. Bei der kontinuierlichen Verbesserung geht es darum Probleme und Schwachstellen zu erkennen, Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, zu erarbeiten, zu visualisieren und umzusetzen. Der PDCA-Zyklus nach Deming kann als fortwährender Prozess zur ständigen Qualitätsverbesserung gesehen werden. Beim PDCA-Zyklus ist das wiederholte Durchlaufen dieses Prozesses sehr wichtig, weil dadurch die Schwachstellen zunehmend eingegrenzt werden können (Weigert 2004, pp. 68-70).

Nach Deming wird dieser Zyklus in vier Phasen unterteilt:

1. Plan = Analyse der derzeitigen Situation und Identifikation von Problemursachen
2. Do = Maßnahmenkatalog und Umsetzung der Lösungen
3. Check = Soll-Ist-Vergleich
4. Act = Anpassung der Veränderungen

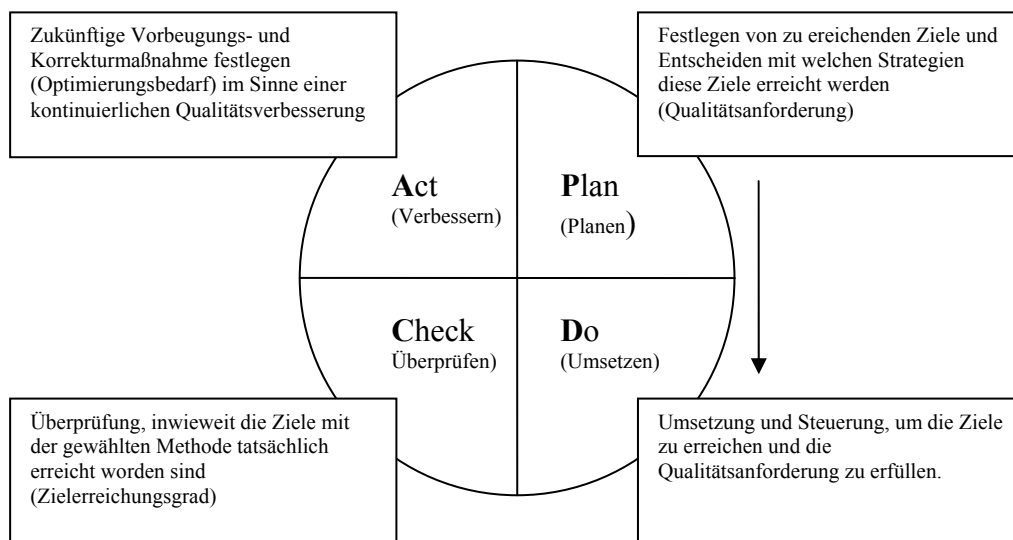


Abb. 2: PDCA-Zyklus nach Deming (1986) (Foussek 2006, p. 36)

4.3.2 Qualitätssicherungsprozesse

Es gibt eine Fülle von Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Manche bauen aufeinander auf, andere wiederum stehen nebeneinander. So entstanden auch viele Regelkreise zur Qualitätssicherung.

Der in Abbildung 3 dargestellte Qualitätsentwicklungsprozess ähnelt sehr stark dem Pflegeprozess, sie stehen miteinander in Wechselbeziehung. Dieser Kreis wurde in den 50er Jahren zur Qualitätssicherung in der Pflege in den USA entwickelt. Wichtig dabei ist die Dokumentation von Verfahren, Kriterien und Zielsetzung. Die Evaluierung und gegebenenfalls eine Korrektur erfolgt nach der Leistungserbringung. Bei der Anwendung des Regelkreises ist es wichtig, dass dieser flexibel zum Einsatz kommt und man muss berücksichtigen, dass sich einzelne Elemente verändern können.

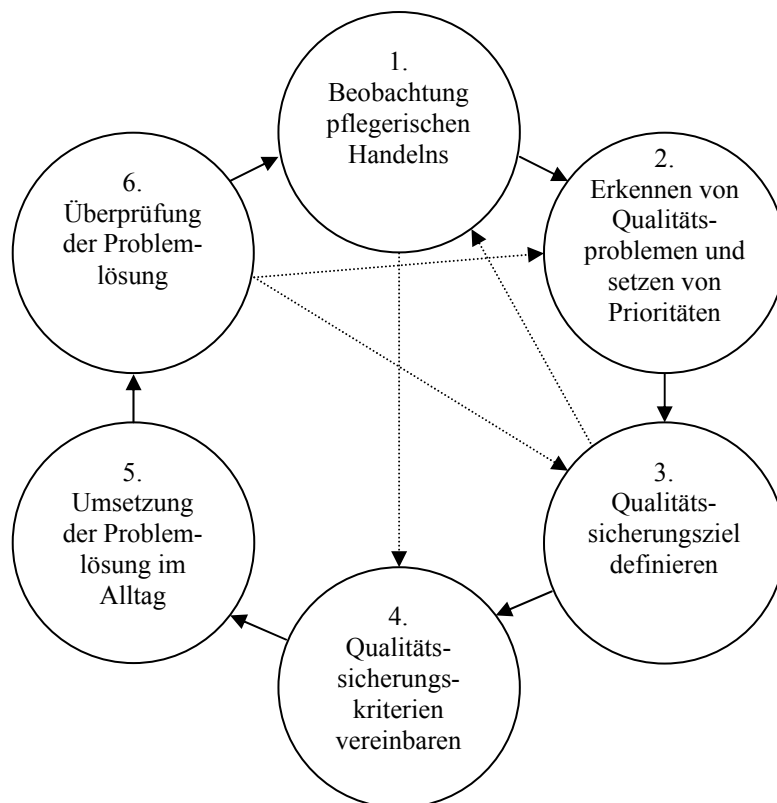


Abb. 3: Regelkreis Qualitätssicherung (Sperl 1996, p. 77).

(1) Der erste Schritt in diesem Regelkreis umfasst die Beobachtung einer bestimmten Leistung, d.h. Beobachtung und Kontrolle stehen am Anfang dieses Prozesses. Es kann sowohl eine Eigenbeobachtung stattfinden, diese sollte aber nur über einen kurzen Zeitraum aufgrund mangelnder Distanz erfolgen und bedarf einer Fremdbeobachtung. (2) Durch diese Beobachtung können dann im zweiten Schritt Qualitätsprobleme erkannt und priorisiert werden.

Dabei soll darauf geachtet werden, dass wirklich die Ursache für ein Problem gefunden wird. Der zweite Schritt stellt sich in der Praxis als schwierigster in diesem Modell heraus, weil die Begriffe „Qualität“ und „Pflege“ sehr unscharf definiert sind. Allerdings sind alle weiteren Schritte von dieser Problemerkennung abhängig. (3) Im dritten Element erfolgt die Definition der Qualitätsziele, diese können festgelegte oder flexible Inhalte beschreiben. (4) Der nächste Schritt beinhaltet die Vereinbarung über Qualitätskriterien, bspw. durch Standards, Pflegevisite, Supervision usw. (5) Diese Interventionen müssen nun im Stationsalltag umgesetzt werden. (6) Nach Implementierung dieser Leistungen erfolgt die Evaluierung und gegebenenfalls eine erneute Korrektur.

Bei der Anwendung solcher Qualitätssicherungsprozesse, vor allem bei der internen Entwicklung, ist zu beachten, dass die eigene Pflegepraxis kritisch gesehen wird. Somit wird auch die berühmte Betriebsblindheit verhindert und die Qualitätsverbesserung ist erfolgreicher (Sperl 1996, pp. 77-79).

5. Was bedeutet Qualität in der Pflege?

Qualität in der Pflege bedeutet: das Maß der Übereinstimmung zwischen der wirklichen Pflege und den dafür formulierten Standards und Kriterien. Pflegequalität ist ein selbstgesteuerter und prozessorientierter Regelkreis, der eine genaue Problemerkennung und Kenntnisse in der Pflege voraussetzt um Lösungsstrategien entwickeln zu können. Diese Lösungen werden auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und gegebenenfalls verändert. Professionell Pflegende müssen Engagement, Begeisterung und fachliche Kompetenz sowie Verantwortungsbewusstsein mit in den Beruf bringen. Für die Pflegequalität gibt es kein Rezept, denn Wissen und Phantasie lassen sich schwer niederschreiben. Pflegequalität bedeutet aber auch, den Pflegeprozess individuell anzuwenden und diesen nicht erstarren zu lassen. Die Entwicklung von Pflegequalität ist eines der wichtigsten Instrumente der professionellen Pflege. „Pflegequalität ist das Ergebnis der notwendigen pflegerischen Interventionen, bezogen auf pflegerische Ziele, unter Berücksichtigung der tatsächlichen vorhandenen Rahmenbedingungen – mit dem Wissen um die Prozesshaftigkeit“ (Sperl 1996, pp. 17-18).

5.1 Qualitätskriterien in der Pflege

Bereits 1975 wurde vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) ein Stufenmodell zur Bewertung der Pflege entwickelt. Das Stufenmodell nach Fiechter und Meier wurde zur Grundlage der Qualitätsbeschreibung in verschiedenen Bereichen der Kranken- und Altenpflege verwendet. Ob es sich um eine korrekte oder schlechte Pflege handelt, wird in vier Qualitätsstufen untergliedert:

- Stufe 0 = gefährliche Pflege;
- Stufe 1 = sichere Pflege (Routinepflege);
- Stufe 2 = angemessene Pflege;
- Stufe 3 = optimale Pflege.

Stufe 3 optimale Pflege			
Patient/in hat den seinen/ihren Bedürfnissen entsprechenden Lebensraum Patient/in und Angehörige werden in die Pflegeplanung miteinbezogen Patient/in erhält gezielte Unterstützung zur Befriedigung seiner/ihrer Bedürfnisse und zum Erhalt oder zur Widergewinnung seiner/ihrer Selbständigkeit	Stufe 2 angemessene Pflege		
	Patient/in erhält im Rahmen der Möglichkeiten Hilfen zur Befriedigung seiner/ihrer Bedürfnisse, sofern er/sie äußert und wird im Streben nach Selbständigkeit unterstützt	Stufe 1 sichere Pflege	
		Patient/in erhält die nötige Grund- und Behandlungspflege, er/sie ist nicht gefährdet und erleidet keinen Schaden	Stufe 0 gefährliche Pflege
			Patient/in ist durch Unterlassung, Widersprüche und Pflegefehler gefährdet

Abb. 5: Qualitätsstufenmodell nach Fiechter und Meier 1981 (Köther 2007, p. 784).

Auch heute ist dieses Stufenmodell sehr aktuell und dient in vielen Einrichtungen als Grundlage für die Qualitätseinschätzung in der Pflege. Neben dem sehr übersichtlichen Modell nach Fiechter und Meier gibt es unterschiedliche Möglichkeiten Pflegequalität zu beurteilen. Ein weiteres Instrument zur Beurteilung Pflegequalität möchte ich vorstellen.

5.2 Pflegequalität nach Donabedian

Für die Pflege sind die Qualitätsdimensionen von Avedis Donabedian von großer Bedeutung. Er hat 1966 in den USA drei Qualitätsdimensionen genannt, wobei er einen Zusammenhang zwischen der pflegerischen Dienstleistung und der Institution, in der die Dienstleistung erbracht wird, beschreibt.

Erstens nennt er die **Strukturqualität**, unter der man die Rahmenbedingungen versteht, die für die Versorgung geben sind. Sie umfasst personelle und materielle Ressourcen, z.B. die Fachkompetenz der Mitarbeiter/innen, ihre Arbeitsmittel sowie die organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten, unter denen der Versorgungsprozess abläuft.

Die zweite Dimension ist die **Prozessqualität**, die die Eigenschaften aller Aktivitäten beschreibt, die zwischen dem Leistungserbringer und den Patient/innen ablaufen. Diese Qualitätsdimension wird durch den Pflegeprozess bestimmt.

Die **Ergebnisqualität** ist seine dritte Dimension und gibt Auskunft über die dem Versorgungsprozess zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patient/innen. Durch diese Unterteilung ist ersichtlich, dass die Qualität mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten verbunden ist (Abb. 5). Diese drei Ebenen stehen aber trotzdem im Zusammenhang und müssen bei der Analyse von Pflegeproblemen ganzheitlich betrachtet werden (Gültekin & Liebchen 2003, p. 15).

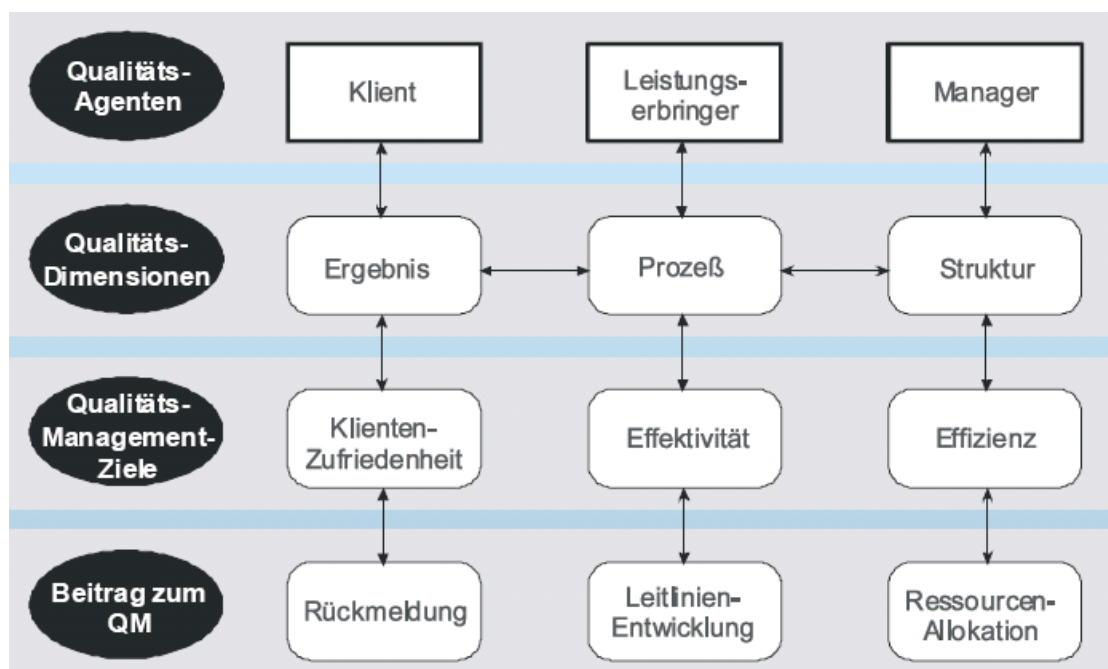


Abb. 6: Die Qualitätsagenten und ihre Beziehung zu den Qualitätsdimensionen, den Qualitätszielen und ihren Beiträgen zum Qualitätsmanagement nach Geraedts & Selbmann, 2007. Nähere Angaben zum Vortrag im Mai 2007 finden Sie unter der URL: <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2328/2007-05-03-Selbmann.pdf>.

5.3 Einflussfaktoren auf die Pflegequalität

Die Pflege ist ein prozesshaftes Geschehen und von vielen Einflüssen geprägt. Ob eine gute Ergebnisqualität erbracht wird, ist von folgenden Faktoren abhängig:

Maßstäbe für die Pflegequalität (Prozess- und Ergebnisqualität) setzen die **Fachpersonen** durch,

- Qualifikation und Ausbildung,
- individuellem Wissen und Können,
- menschlicher und sozialer Kompetenz,
- Motivation für den Beruf,
- Qualitätsbewusstsein,
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen,
- persönliche Bereitschaft zur Weiterentwicklung.

Die **Rahmenbedingungen** der Einrichtung können sich auf die Qualität auswirken, z.B. durch,

- Unternehmensphilosophie und –leitbild,
- Anzahl und Qualität der Mitarbeiter/innen (Stellenschlüssel),
- Wertschätzung gegenüber den Mitarbeiter/innen,
- Partizipation der Mitarbeiter/in,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit etc.

Aber auch die **Kooperationsbereitschaft** der Patient/innen und deren Angehörigen haben wesentliche Auswirkungen auf die Ergebnisqualität. Es wird schon ersichtlich, welch ein komplexes Zusammenwirken der unterschiedlichen Parteien von Nöten ist, damit eine optimale Pflegequalität erreicht werden kann (Köther 2007, pp. 784-786).

5.4 Dimensionen der Pflegequalität

Um Pflegequalität beurteilen zu können, bedarf es einer Bestimmung der Aufgabenbereiche, Handlungsziele und Handlungsformen wie auch der professionellen Orientierung der Pflege. Zunehmend wird an entsprechenden Spezifizierungen gearbeitet. Es gibt viele Klassifikationsmodelle der Pflege mit unterschiedlichen Ausprägungen und Schwerpunkten um Problemstellungen bzw. Phänomen der Pflege sowie Handlungsoptionen und Pflegeergebnisse anschaulich zu machen. Ebenso gibt es professionsbezogene Dimensionen der Pflege in Kodices (ICN, ANA). Allerdings gibt es nach wie vor keine einheitlich verbindliche Definition von Pflege, die einen Rahmen für Inhalte und Reichweite der Pflege vorgibt. Die Definitionen der American

Nursing Association (ANA 1995), des ICN oder der Weltgesundheitsorganisation sind zwar international verbreitet, beinhalten allerdings keine präzise Beschreibung aktueller Pflegeaufgaben. Aus diesem Grund sind in letzter Zeit vermehrt Definitionsanstrengungen zu verzeichnen, wobei die Möglichkeit und Notwendigkeit einer abschließenden Definition überhaupt in Frage gestellt wird.

Habermann und Biedermann haben im Zeitraum von 2004 – 2006 ein Forschungsprojekt "Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege" durchgeführt. Sie haben sich aufgrund der Anforderung an der Pflegearbeit in der häuslichen Pflege für sechs Qualitätsdimensionen entschieden. Dabei haben sie die vorliegenden rechtlichen Bestimmungen sowie den pflegewissenschaftlichen Grundgedanken berücksichtigt. Weiters wurde die herausragende Bedeutung einer lebensweltlichen Orientierung der Pflege genannt. Nicht zuletzt haben die Ergebnisse der Studie „Die Pflegevisite in der Praxis“ Impulse für die Konkretisierung der Dimensionen geliefert. Es ist zu erwähnen, dass sich diese Dimensionen auch auf die stationäre Pflege übertragen lassen.

Es ergaben sich folgende Pflegequalitätsdimensionen:

- Beziehung – Kommunikation – Interaktion
- Pflege- und Arbeitsablaufgestaltung und Arbeitstechniken
- Rehabilitierende/Aktivierende Pflege – Prävention und Gesundheitsförderung
- Beratung und Anleitung/Einbezug von Patient/innen und Angehörigen
- Versorgungssituation der Patient/innen
- Ergebnisse der Pflege

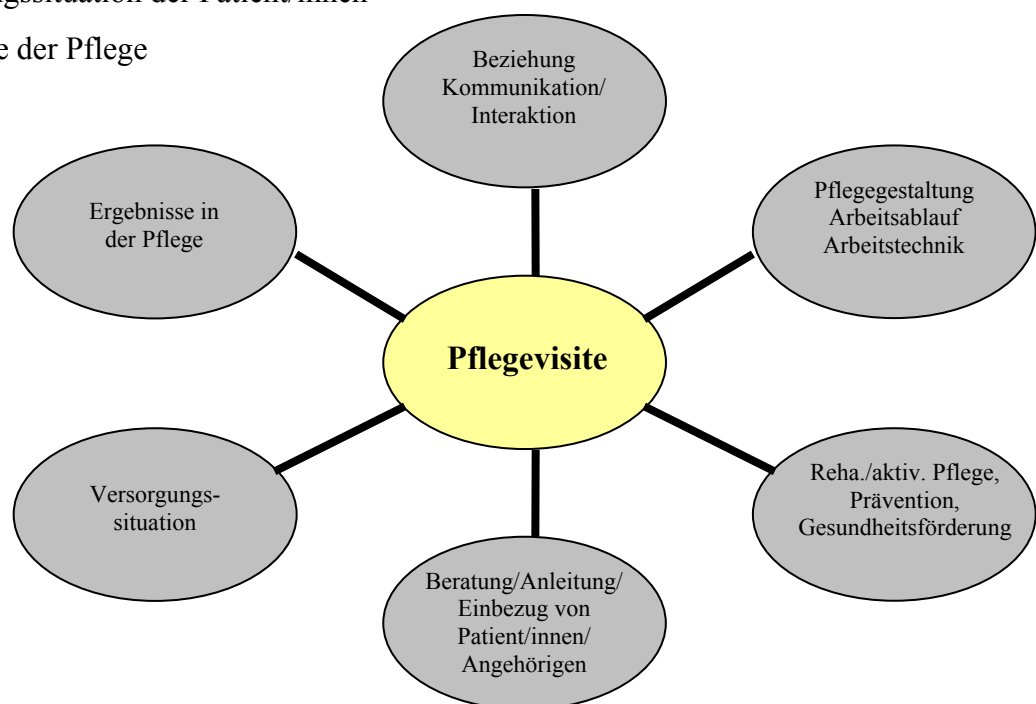


Abb. 7: Dimensionen der Pflegequalitätskontrolle (Habermann & Biedermann 2007, p.125).

Diese Qualitätsdimensionen beinhalten Aspekte, die in der konkreten Arbeitspraxis zahlreiche Überschneidungen aufweisen.

Beziehung – Kommunikation – Interaktion

Die professionelle Gestaltung ist zentraler Gegenstand beruflicher Qualifizierung und kontinuierlicher (Selbst-) Reflexion. Für Patient/innen und Angehörige wird eine befriedigende Beziehungsgestaltung ebenso als zentrales Qualitätskriterium empfunden. Eine professionelle Beziehungsgestaltung ist auch für die Berufszufriedenheit und die dauerhafte Berufsfähigkeit der Pflegenden von Bedeutung. Ergebnisse aus der Studie von Habermann und Biedermann (2007) zeigen, dass problematische Beziehungen mit Patient/innen und Angehörigen für Pflegenden täglich eine neue Herausforderung darstellen. Auch in zahlreichen Pflgetheorien wird die professionelle Beziehungsgestaltung erwähnt. So wurde eine „kongruente Beziehungspflege“ festgestellt, die sich über eine „bewusste Wahrnehmung und professionelle Bearbeitung und Klärung interpersonaler Aspekte einer ‚Schwester-Patient/in-Beziehung‘ im Pflegeprozess“ definiert. Ein regelmäßiger Austausch, etwa auf Grundlage der Pflegevisite, ermöglicht es, häufige Probleme in der Kommunikations- und Beziehungsgestaltung zu bearbeiten.

Pflege- und Arbeitsablaufgestaltung sowie Arbeitstechniken

Diese Qualitätsdimension spricht die technisch-instrumentelle Orientierung der Pflege an. Dabei geht es um die direkte Pflegehandlung an der betroffenen Person. Routinehandlungen können in Lehrbüchern nachgelesen werden und angemessene Techniken werden in Form von Standards gelehrt. Abweichungen etwa aufgrund von individuellen Bedürfnissen oder Wünschen, müssen begründet und fachlich als noch akzeptierbare Variante ausgewiesen sein. „Pflege als Arbeitstechnik“ beinhaltet aber auch alle Fragestellungen bezüglich der konkreten Ablaufgestaltung. Rationelles Arbeiten unter Berücksichtigung der Umgebungsfaktoren kann hier bspw. ein Beurteilungskriterium sein. Diese Dimension umfasst auch die Dokumentation der geleisteten Pflege. Die Qualität der Gestaltung der Pflege als Arbeitstechnik kann durch Richtlinien und Standards gefördert werden. Inwieweit diese tatsächlich handlungsleitende im Alltag genutzte Dokumente sind, oder eher als Abarbeitung von Prüfkatalogen dienen, ist schwer einzuschätzen. Allerdings gibt es Anhaltspunkte, dass der alltägliche Einbezug von Standards und Richtlinien in die Pflegepraxis ungenügend realisiert werden konnte. Die Pflegevisite bietet die Möglichkeit den Kenntnisstand der Mitarbeiter/innen zu aktivieren.

Rehabilitierende Pflege – Prävention und Gesundheitsförderung

Die rehabilitativ orientierte Pflege im Sinne der Vorbeugung, Milderung und Beseitigung von Einschränkungen wird in der allgemeinen stationären und ambulanten Pflege noch unzureichend in das alltägliche Pflegehandeln integriert. Das Potenzial der Rehabilitation von alten Menschen wird hier noch unterschätzt. Anhand von Studien ist ersichtlich, dass Pflegenden eher die Abhängigkeit als die Selbständigkeit unterstützen. Als „aktivierende Pflege“ wird eine an den individuellen Ressourcen anknüpfende und Selbstpflegekompetenzen fördernde Pflege verstanden, wobei die Grenzen bewusst sind. Pflegepersonen sind zur Gesundheitsförderung und Prävention verpflichtet und dies soll auf Grundlage des medizinisch-pflegerischen Wissens erfolgen. Tertiär- und sekundärpräventive Maßnahmen wie z.B. die Durchführung von Prophylaxen bzw. die Früherkennung von Gefahren sind demnach selbstverständlich in die alltägliche Pflegehandlung zu integrieren.

Beratung und Anleitung/Einbezug von Patient/innen, Angehörigen und relevanten Anderen

Der Einbezug von Angehörigen in die Pflege ist eine unverzichtbare Notwendigkeit. Aus zahlreichen Studien geht hervor, welche physischen und psychischen Belastungen durch die Pflege, v.a. im Falle einer Langzeitbetreuung, für die pflegenden Angehörigen hervorgerufen werden. In diesem Zusammenhang steht vor allem zukünftig der Einbezug von „anderen relevanten Personen“ in die Pflege. Denn Prognosen zeigen, dass in einer Gesellschaft mit zunehmenden Alleinlebenden die Kooperation mit Netzwerken von „relevanten Anderen“, seien dies Nachbarn oder Freunde, immer mehr an Bedeutung gewinnt. Dieser Einbezug in die Pflege wurde bislang nur unzureichend umgesetzt, dies ist auf mangelnde Kenntnisse und Fähigkeiten zur Beratung und Anleitung zurückzuführen. Der fehlende Einbezug des/der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in die Pflegeplanung macht dieses Problem sichtbar. Durch die Pflegevisite ist neben Wissen und Fähigkeiten auch die Bereitschaft angesprochen, Angehörige wirklich einzubeziehen und deren Probleme aufzugreifen.

Versorgungssituation der Patient/innen

Pflegekräfte haben regelmäßig mit dem/der Pflegebedürftigen Kontakt und sind somit diejenigen die im Versorgungsprozess eine pflegerische Unter- oder Überversorgung beobachten und gezielte Maßnahmen ergreifen können. Eine Unter- oder Überversorgung bezieht sich auf Hilfsmittel, Sicherheit des Bedürftigen sowie zusätzliche Serviceleistungen, die die Betreuung des/der Pflegebedürftigen in seinem/ihrer häuslichen Umfeld ermöglichen. So können durch die Pflegevisite Ressourcen gemeinsam mit den Angehörigen erarbeitet werden und durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Krankenhausaufenthalt verkürzt, eine Einweisung ins Pflegeheim vermieden und der Verbleib zu Hause gesichert werden.

Ergebnisse der Pflege

Die Beurteilung der Pflege beruft sich auf ihre Ergebnisse. Als Indikatoren werden die Zufriedenheit des/der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die Information der Pflegebedürftigen und ihr Verständnis bezüglich der unterstützenden Leistung sowie die Beratung durch das Pflegepersonal diskutiert. Anleitung und Aktivierung können ebenfalls ergebnisorientiert erhoben werden. Ergebnisse können darüber hinaus auch durch die Prüfung der Pflegeplanung und -dokumentation verfolgt werden (Habermann & Biedermann 2007, pp. 121-134).

5.5 Qualitätsprobleme und Maßnahmen in der Pflege

Mit der Studie von Roth (2001) „Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege: Nationale und Internationale Forschungsergebnisse“, wurden erste Daten über Misstände und Mängel bei der professionellen Pflege älterer und kranker Menschen erhoben. Anhand dieser Studie möchte ich die Qualitätsprobleme in der Pflege sowohl im ambulanten Bereich als auch in Institutionen aufzeigen. Die Studie Roth (2001) basiert zum einen auf Expert/inneninterviews mit 21 Fachleuten der sozialen Praxis, zum anderen auf einer schriftlichen, standardisierten Mitarbeiter/innenbefragung, darüber hinaus wurde die nationale und internationale Literatur zu diesem Thema ausgewertet. Sowohl die Befragung von Beschäftigten ambulanter Pflegedienste als auch von Expert/innen des sozialen Feldes förderten zahlreiche Qualitätsmängel zutage:

- Die Beratung durch den Pflegedienst und die Kassen ist häufig unzureichend;
- es fehlt die Transparenz des Pflegemarktes, so dass eine wirkliche Wahl des Pflegedienstes durch die Patient/innen nicht möglich ist;
- teilweise liegen keine Verträge bei den Pflegebedürftigen vor, ansonsten sind diese für den Pflegebedürftigen nicht transparent oder nicht auf dessen Bedürfnisse zugeschnitten;
- für die Pflegedokumentation liegen keine verbindlichen Standards vor und die Pflegeplanung ist bei den Pflegediensten wenig differenziert und häufig nicht vollständig, außerdem wird die Pflege von den Mitarbeiter/innen teilweise sehr unzureichend dokumentiert;
- die Aktivierung der Pflegebedürftigen wird als vernachlässigt eingeschätzt;
- durch die Abrechnung im Punktesystem werden Pflegende gezwungen, Aktivität des menschlichen Miteinanders zu minimieren – dies führt häufig zu Beschwerden;
- Pflegekräfte sollten besser bezahlt werden, die Expert/innen beobachten teilweise eine hohe Arbeitsbelastung;

- Qualitätssicherungsmaßnahmen durch externe Kontrolle, die möglichst regelmäßig, in kurzen Abständen und unangemeldet erfolgen.

Nach Einschätzung der Expert/innen erfolgen Beschwerden der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen vor allem aufgrund einer mangelnden Bedürfnisorientierung sowie fehlende Zuwendung, Beratung, Freundlichkeit und Motivation seitens der Pflegekräfte. Des Weiteren wurden Zeitmangel, Unpünktlichkeit, Fluktuation und unzureichende Qualifikationen des Personals genannt (Habermann & Biedermann 2007, pp. 78 - 85).

Durch die internationale Literaturlauswertung im Zuge dieser Studie konnten einige Maßnahmen zur Qualitätssicherung erarbeitet werden. Zielführende Maßnahmen umfassen die staatliche Aufsicht und ständige Qualitätskontrolle, die Anforderung von Eigenberichten und die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätsentwicklung. Eine sinnvolle Maßnahme wäre auch die laufende flächendeckende Erfassung und Messung samt Veröffentlichung aller qualitätsrelevanter Daten und Berichte, wie z.B. in den USA um die Verbesserung der Markttransparenz zu erreichen. Die Stärkung der Mitsprache und Selbstbestimmung von Betroffenen und das präventive Aufsuchen älterer Menschen in deren Wohnung wie z.B. in Dänemark, sind ebenfalls Qualitätssicherungsmaßnahmen. Es gibt bisher kaum wissenschaftliche Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen der staatlichen Regulierung und der Qualität sozialer Dienstleistungen. Internationale Forschungen zum Stand der Pflegequalität in den einzelnen Ländern stehen dazu erst am Anfang. Eine Zusammenfassung über die Studie von Roth Günter finden Sie auf der Homepage der Universität Dortmund unter <<http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/12234/>>.


In Österreich gibt es mit der Novelle des Bundesgesetzblattes 2001 eine gesetzliche Grundlage für die Realisierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Pflegeversorgung. Im BGBl. I Nr. 179/2004, § 5., Abs. 1 steht folgender Gesetzestext: „Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Dabei ist auf die Weiterentwicklung entsprechender Methodenarbeit sowie auf Melde- und Dokumentationsanforderungen Bedacht zu nehmen. Diese Vorgaben haben mit Bedacht auf internationale Entwicklungen zu erfolgen.“ Ein erstes Projekt für die österreichweite Datenerfassung über Pflegeprobleme gibt es seit 2008. Durch die Universität Maastricht in Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz wurde das Projekt „Landesweite Prävalenzerhebung Pflegebezogener Daten“ nach Österreich gebracht. Einerseits mit dem Ziel die Pflegequalität in Einrichtungen nachhaltig zu verbessern, andererseits

um internationale Datenvergleich zu ermöglichen. Nähere Angaben finden Sie auf der Homepage der Universität Maastricht unter <<http://www.lpz-um.eu/aut/home/>>.

5.6 Qualitätssicherung durch die Pflegevisite

Damit die Pflegequalität kontrolliert werden kann, müssen messbare Kriterien vorhanden sein.

Das Qualitätsmanagement besteht aus folgenden überprüfbaren Elementen:

- Fort- und Weiterbildung
 - Qualitätszirkel
 - Pflegeprozess und dessen Dokumentation
 - Pflegeleitbild
 - Patient/innenfragebogen
 - Pflegestandards
 - Dienstübergabe mit Patient/innen
 - *Pflegevisite*
- 
- Qualitätsmanagement**

Wie bereits gehört, wird Qualitätssicherung im Gesundheitswesen verbindlich gefordert und zunehmend auch kontrolliert. Dies geschieht anhand der Dokumentation der geleisteten Maßnahmen zur Qualitätssicherung. In diesen Grundsätzen finden sich auch die Durchführung und die Dokumentation der Pflegevisite wieder. Aus Sicht der Qualitätsentwicklung ist das Ziel der Pflegevisite, die geleistete Qualität bzw. die Ergebnisqualität darzustellen. Dabei soll die Pflegevisite regelmäßig durchgeführt werden und darauf fokussieren inwieweit die aktivierende Pflege zielorientiert und unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen durchgeführt wurde (Messer 2003, p. 109).

Bei der Pflegevisite sind häufig nicht nur Pflegefachkräfte anwesend, sondern es kann eine Besprechung im interdisziplinären Team sein. Dabei wird der Pflegebedürftige aktiv in alle Entscheidungsprozesse, insbesondere der Pflegeplanung und -durchführung einbezogen. Dadurch wird nicht nur beim pflegebedürftigen Menschen zur Wertschätzung und zum Wohlbefinden beigetragen, sondern auch das Personal bekommt ein Feedback über die geleistete Arbeit. Außerdem ist es ein Instrument zur Kontrolle der Pflegequalität und das Erkennen von Schwachstellen in der Pflege wird möglich. Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems kann die Pflegevisite zur kontinuierlichen Verbesserung der Pflege beitragen. Gleichzeitig kann durch die Pflegevisite die Zufriedenheit der Patient/innen überprüft werden. Die Pflegevisite macht den Pflegeprozess transparent und wird als dynamisches Element im Pflegeprozess gesehen, der es ermöglicht geplante und durchgeführte Maßnahmen und Leistungen gemeinsam mit den

Patient/innen zu kontrollieren. Durch diese Besprechung mit den Patient/innen und deren Angehörigen über die Wirksamkeit der Interventionen und der Zielreichung werden das Vertrauen und die Zusammenarbeit gestärkt. Außerdem wird im Rahmen der Pflegevisite der/die Pflegebedürftige über aktuelle Gegebenheiten informiert. Die Pflegvisite dient auch der Fachberatung und zum Erfahrungsaustausch der Mitarbeiter/innen. Sie wird auch in schwierigen Pflegesituationen als unterstützend empfunden (Müller 2008, pp. 394-395).

6. Praktische Umsetzung der Pflegevisite in einer Chirurgischen Klinik

Einleitung

Das Projekt wurde auf einer chirurgischen Station an der Chirurgischen Klinik Spital Thun in der Schweiz durchgeführt. Das Spital beschäftigt 1300 teil- und vollzeitlich angestellte Mitarbeiter/innen und betreut jährlich rund 18 000 stationäre und 27 000 ambulante Patient/innen. Qualitative und strategische Vorgaben der Klinikleitung werden für alle Berufsgruppen anhand eines Klinikleitbildes gemacht. Dies beinhaltet eine qualitäts- und bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung und eine patient/innen- und mitarbeiter/innenorientierte Betriebskultur. Im Rahmen der innovativen Entwicklung und des Professionalisierungsbestrebens des Pflegedienstes der Klinik wurde im Zeitraum 1995 und 1999 die Einführung und Weiterentwicklung der Pflegevisite angestrebt. Die Pflege erfolgte in der gesamten Chirurgischen Klinik nach dem Pflegesystem „Bezugspflege“, nach den folgenden Grundsätzen von Manthey (1980):

- Verantwortungsübernahme durch eine Pflegeperson
- Kontinuität in der Pflege
- direkte Kommunikation
- Pflegeplanende ist zugleich auch Pflegeausführende.

Der Pflegebedarf wurde mittels Pflegediagnosen erfasst und die Pflegedokumentation wurde strukturell auf die Pflegediagnosen ausgerichtet und in die elektronische Form übergeleitet.

Konzept

Im Sommer 1996 wurde auf einer Pilotstation mit der Einführung der Pflegevisite begonnen. Die Schulungen umfassten pflegetheoretische Grundlagen, Kommunikation und Gesprächsführung, dies diente auch der Weiterentwicklung des Pflegeverständnisses und der Beziehungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen. Es konnte beobachtet werden, dass sich die Inhalte der Dienstübergabe verändert

haben. Früher wurde vermehrt über die Bedürfnisse der Pflegenden gesprochen und die Arbeitsorganisation und Information über die Patient/innen standen im Vordergrund. Nach der Einführung rückten die Patient/innen und ihre individuellen Bedürfnisse ins Zentrum. Das lässt sich darauf zurückführen, dass durch die Pflegevisite das Bewusstsein und die Sensibilisierung der Pflegepersonen auf die Themen Partizipation, Beziehung und Gestaltung des Pflegeprozesses gesteigert wurde. Eine erste Qualitätserhebung fand 1997 durch eine externe Firma statt. Aus deren Bericht ging klar hervor, dass Pflegevisite und Bezugspflege sich positiv auf die Pflegequalität auswirkten. Dieser Bericht war ausschlaggebend für die Ausdehnung der Pflegevisite auf alle Stationen. Der Einführungsprozess der Pflegevisite erfolgte schrittweise, prozesshaft und mit starker Beteiligung der Pflegenden.

Durchführung der Pflegevisite

Als Grundlage für die Anwendung der Pflegevisite dient der Standard „Pflegevisite“. Der Pflegestandard enthält Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien, somit ist die einheitliche Anwendung und ein vergleichbares Qualitätsniveau in der Klinik gewährleistet. Mit der Pflegevisite wird das Konzept Partizipation und Empowerment sowie die Bezugspflege sichergestellt. Um die Verankerung der Pflegevisite im Pflegealltag auch zu erreichen, hat die jeweilige Stationsleitung die Verantwortung für die fachgerechte Anwendung und Umsetzung der Pflegevisite. Hierzu gibt es die Möglichkeit der stationsinternen Evaluation oder die regelmäßige Thematisierung in Teamsitzungen. Die Qualität der Pflegevisite wird an der Chirurgischen Klinik direkt oder indirekt überprüft. So finden regelmäßig Fremd- und/oder Selbstevaluationen bezüglich Anwendung und Umsetzung durch Pflegeexpert/innen und/oder Mitarbeiter/innen statt. Zusätzlich werden Outcome-Messungen bspw. Patient/innenzufriedenheit, Mitbestimmung, Information, Kontinuität, Patient/innenorientierung durchgeführt.

Evaluation

Anfangs bestand die Evaluation in der Beobachtung bei der Durchführung der Pflegevisite, Gespräche mit Pflegenden und der Analyse von Dokumenten, dazu wurde ein speziell dafür entwickeltes Evaluationsraster entwickelt.

Schlussfolgerung

Nach siebenjähriger Erfahrung wird die Anwendung der Pflegevisite als ein nachweislicher Gewinn gesehen. Sowohl für die Pflegenden und das Pflegemanagement als auch für die Patient/innen bringt die Pflegevisite viele Vorteile, dies zeigt sich deutlich v.a. durch die Mitbestimmung im Pflegeprozess, die Transparenz bezüglich der Zuständigkeit und der guten Informations- und

Kommunikationskultur. Es wird erwähnt, dass die Pflegevisite zwar zeitaufwendig ist, diese aber gut investiert sei, da gleichzeitig für die Pflege wesentliche Prozesse gesteuert werden können.

Empfehlungen

Das Gelingen der Pflegevisite ist sehr stark von strukturellen und mitarbeiter/innenbezogenen Faktoren abhängig. Die Bereitschaft und Motivation des ganzen Pflorgeteams ist eine unabdingbare Voraussetzung. Theoretische Grundlagen, Begriffserklärungen und Leitlinien müssen einheitlich und verbindlich festgelegt werden. Die volle Unterstützung durch die Pflegedienstleitung und Angebote über Fort- und Weiterbildungen ist für solch eine Pflegeentwicklung elementar. Die Einführung der Pflegevisite muss mit der Pflegekultur übereinstimmen. Um die Mitarbeiter/innen nicht zu überfordern, sollten neue pflegeintensive Innovationen nicht gleichzeitig geplant und durchgeführt werden.

Stolpersteine

Durch die Pflegevisite besteht die Gefahr, dass sich das Pflorgeteam einer Station nicht mehr als Ganzes trifft. Die Äußerung über aktuelle Probleme und das Einbringen persönlicher Meinungen und Befindlichkeiten ist im institutionalisierten Rahmen nicht mehr möglich. Außerdem besteht bei der Anwendung der Pflegevisite über mehrere Jahre die Gefahr, dass sich Routine negativ auswirken kann. Eine hohe Mitarbeiter/innenfluktuation kann sich ebenfalls negativ auf die Pflegevisite auswirken (Heering 2006, pp. 230-251).

7. Schlussfolgerung

Durch die Auseinandersetzung mit diesem Thema, konnte ich meine beiden am Anfang gestellten Fragen beantworten. Mir ist auch bewusst geworden, wie wichtig die Pflegevisite ist und was sie für alle Beteiligten bedeutet. Es gibt jedoch unterschiedliche Meinungen über die Durchführung der Pflegevisite. Doch anhand dieser Arbeit wird ersichtlich, dass die Pflegevisite mehr als nur ein „Abhacken von Checklisten“ ist und einer gründlichen Vorbereitung, Durchführung und Nachbesprechung bedarf. Bei der Anwendung der Pflegevisite als Qualitätssicherung muss besonderes Augenmerk auf die zwischenmenschliche Kommunikation und der interdisziplinären Zusammenarbeit gelegt werden. Der Erfolg einer guten Pflegequalität liegt einerseits in der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Mitarbeiter/innen andererseits in der Kooperation mit Patient/innen, Angehörigen und deren Vertrauenspersonen. Denn ein/e unzufriedene/r Mitarbeiter/in wird nicht in der Lage sein eine optimale Pflege zu leisten und ein/e unglückliche/r Patient/in wird eine schlechte Meinung über die Institution verbreiten.

Durch die Pflegevisite wird das Konzept der Partizipation und Empowerment verfolgt und der/die Patient/in wird dazu ermutigt, sich verstärkt einzubringen und seinen/ihren Genesungsprozess selbst mit zu gestalten. Grundlegendes Element ist allerdings eine qualitätsvolle Kommunikation. Außerdem trägt sie zum Erreichen von wichtigen Qualitätszielen bei. Dabei sind nicht nur Ziele vom Gesetzgeber gemeint, sondern auch solche, die sich aus dem Qualitätsverständnis des/der Betroffenen ergeben. Durch die kontinuierliche Durchführung der Pflegevisite kann der Pflegeprozess optimiert werden. Eine Fehlentwicklung kann schnell erkannt und angepasst werden. Die Pflegevisite ermöglicht es, einerseits eine hohe Prozessqualität, andererseits eine gute Ergebnisqualität zu sichern.

Rückblickend kann ich sagen, dass die Pflegevisite die Zufriedenheit der Kund/innen und die Berufszufriedenheit der Pflegenden stärkt. Das sind zwei grundlegende Komponenten die für die Qualitätssicherung in Institutionen ausschlaggebend sind. Dabei ist die Pflegevisite sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich von großer Notwendigkeit und sollte weiterhin forciert werden.

8. Literaturliste

- Barth, D. 1999, Mediziner-marketing: Vom Werbeverbot zur Patienteninformation, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.
- Foussek, Ch 2006, „Grundlagen des Qualitätsmanagements“, Vortrag im Studium Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Sommersemester, Handout 3, Graz.
- Gültekin, J & Liebchen, A 2003, Pflegevisite und Pflegeprozess, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Kellnhäuser, E et al. 2004, Thiemes Pflege: Professionalität erleben, Thieme Verlag, Stuttgart.
- Köther, I (Hg.) 2007, Altenpflege professionell, 2. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart.
- Lauber, A 2001, Grundlagen beruflicher Pflege, Thieme Verlag, Stuttgart.
- Habermann, M & Biedermann, H 2007, Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Hellmann, S & Kundmüller, P 2006, Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege, 2. Aufl., Kunz Verlag, Hannover.
- Heering, C (Hg.) 2006, Das Pflegevisiten-Buch, 2. Aufl., Hans Huber Verlag, Bern.
- Heering, C et al. 1997, Pflegevisite und Partizipation, Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden.
- Messer, B 2003, Tägliche Pflegeplanung in der ambulanten Pflege, Schlütersche Verlag, Hannover.
- Morawe-Becker, U 2004, Die Pflegevisite. Die Schwester/Der Pfleger, 43, Ausgabe 01/2004.
- Müller, H 2008, Arbeitsorganisation in der Altenpflege: Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung, Schlütersche Verlag, Hannover.
- Österreichisches Normungsinstitut, 2008, Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen (ISO 9001:2008), Wien.

Rogers, C 1972, Die nicht-direktive Beratung, Kindler, München.

Schroeter, K 2006, Das soziale Feld der Pflege: Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen, Juventa Verlag, Weinheim.

Sperl, D 1996, Qualitätssicherung in der Pflege, 2. Aufl., Schlütersche Verlag, Hannover.

Trummer, U et al. 2003, Koproduktion durch Empowerment: Mehr Qualität durch verbesserte Kommunikation mit Patient/innen in der Chirurgie, Hausdruckerei des BMGF, Wien.

Weigert, J 2004, Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagementsystem, Schlütersche Verlag, Hannover.

Website

Selbmann, H.K. 2007, Wie kann eine sektorenübergreifende Ergebnisqualität zum Vorteil aller Akteure dargestellt werden?, 16. Februar 2009, < <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2328/2007-05-03-Selbmann.pdf>>.

Roth, G 2003, Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, 29. Jänner 2009, <<http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/12234/>>.

Universität Maastricht, Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, 30. Jänner 2009, <<http://www.lpz-um.eu/aut/home/>>.