

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)**

„Basales und mittleres Pflegemanagement“

07.11.2011 bis 04.10.2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Die Bezugspflege

Evaluierung anhand des Beispiels des
Seniorenzentrums Völkermarkt

vorgelegt von: Michaela Roszbacher
Sozialhilfeverband Völkermarkt
Seniorenzentrum Völkermarkt

begutachtet von: MMag. Martina Allesch

August/2012

Ehrenwörtliche Erklärung

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

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

Kühnsdorf, 08.08.2012

Kurzzusammenfassung

Ziel dieser Abschlussarbeit ist es die Gründe für die anfängliche ablehnende Haltung der Pflegenden im Seniorenzentrum Völkermarkt bei der Implementierung der Bezugspflege zu eruieren, oder liegen die Ursachen dafür eigentlich wo anders. Um die Thematik Verstehen zu können wurden alle beeinflussenden Faktoren, die in Betracht kommen erhoben (Novellierung der Kärntner Heim Verordnung, der Wechsel Führungsperson und der Implementierung der Bezugspflege). Ebenso wird im Theoretischen Teil die darauf Bezug genommen was Bezugspflege ist um diese dann mit den Antworten der Mitarbeiter aus der Mitarbeiterbefragung vergleichen zu können und eventuelle Schwachstellen aufzuzeigen.

Genauso wichtig erschien die allgemeine Mitarbeiter/Innenzufriedenheit um die Thematik von allen Seiten beleuchten zu können und eine allgemeine Unzufriedenheit als Grund ausschließen zu können. Deshalb wurde der Fragebogen an die Mitarbeiter/Innen um den Part der allgemeinen Mitarbeiter/Innenzufriedenheit erweitert. Das Ergebnis zeigt, dass die Implementierung der Bezugspflege nicht der alleinige Grund für die anfängliche Skepsis der Mitarbeiter/Innen war, sondern vielmehr eine Verkettung von gegeben Umständen dafür ausschlaggebend waren.

Inhaltsverzeichnis

0	VORWORT.....	6
1	EINLEITUNG.....	7
2	VORSTELLUNG DES SENIORENZENTRUM VÖLKERMARKT	9
3	RECHTLICHE GRUNDLAGEN	11
3.1	Auszug aus den Tätigkeitsbereiche lt. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG)	11
3.2	Novelle Kärntner Heimverordnung (LGBL.Nr. 40/2005 zuletzt geändert durch LGBL.Nr. 63/2011)	12
4	PFLEGESYSTEME/ORGANISATIONEN.....	15
4.1	Funktionspflege (funktionell orientiertes Pflegesystem)	15
4.2	Patientenorientierte Pflegesysteme.....	16
4.2.1	Zimmerpflege	16
4.2.2	Bereichspflege	17
4.2.3	Gruppenpflege	17
4.2.4	Primary Nursing	17
5	BEZUGSPFLEGE.....	18
5.1	Beziehung.....	19
5.1.1	Zwischenmenschliche Beziehung	19
5.1.2	Pflegerische (professionelle) und therapeutische Beziehung	20
5.1.3	Beziehungen Im Pfl egeteam.....	21
5.2	Verantwortung	22
5.2.1	Universelle Verantwortung.....	22
5.2.2	Persönliche Verantwortung.....	23
6	AUFGABEN DER BEZUGSPFLEGEPERSONEN	24
6.1	Diplom Gesundheits- und Krankenschwester/Pfleger (DGKS/P).....	24

6.2	Pflegehelfer (PH), Altenfachbetreuer (AFB), Fach- und Diplom Fachsozialbetreuer (FSB,DFSB), Heimhilfe (HH).....	25
7	PFLEGEPROZESS	26
7.1	Pflegeanamnese- Informationssammlung.....	26
7.2	Pflegediagnostik/Probleme und Ressourcen der Bewohner/Innen erfassen .	27
7.3	Ziele setzen.....	27
7.4	Maßnahmen individuell planen.....	28
7.5	Maßnahmen lt. Pflegeplanung durchführen	28
7.6	Evaluiieren.....	28
8	EMPIRISCHER TEIL	29
8.1	Vorgehensweise	29
8.2	Methodik.....	29
8.3	Fragebogen	30
8.3.1	Auswertung allgemeiner Teil: Mitarbeiterzufriedenheit.....	30
8.3.2	Auswertung spezieller Teil.....	35
8.3.3	Vergleich zur früher gelebten Bereichspflege.....	38
9	ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT	39
10	LITERATURVERZEICHNIS	41
11	ANHANG	42
11.1	Fragebogen Heimbewohner	42
11.2	Fragebogen Mitarbeiter/Innen.....	47
11.3	Antworten aus den Hybrid und offenen Fragen	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Seniorenzentrum Völkermarkt.....	9
Abbildung 2: Grafik des Pflegeprozesses	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Identifikation mit dem Arbeit/Beruf.....	30
Tabelle 2: Arbeitsbelastung	31
Tabelle 3: Arbeitsanforderung Arbeitgeber	32
Tabelle 4: Führungsebene/Pflegedienstleitung	33
Tabelle 5: Team/Kollegialität	34
Tabelle 6: Auswirkungen durch die Novelle der Kärntner Heimverordnung	35
Tabelle 7: Auswirkungen der Aufnahmebeschränkung ab Pflegestufe 4	35
Tabelle 8: Zufriedenheit mit den Bezugspflegebereichen.....	37

0 VORWORT

Als ich im August 2011 vom Schichtdienst in die Führungsebene wechselte, wurde Zeitgleich die Bezugspflege im Seniorenzentrum Völkermarkt implementiert. Es gab immer wieder Diskussionen rund um dieses Thema. Diese Diskussionen nahm ich zum Anlass mich eingehender mit diesem Thema zu beschäftigen und meine Abschlussarbeit der Evaluation der Bezugspflegeimplementierung zu widmen. Zeitgleich mit der Einführung der Bezugspflege änderten sich auch die Rahmenbedingungen durch die Novelle der Kärntner Heim Verordnung. Die anfängliche Skepsis bzw. die ablehnende Haltung der Mitarbeiter/Innen war mir ein Rätsel, da wir bislang eine Mischform der Bereichs – und Bezugspflege hatten. Ziel dieser Arbeit ist es Vor und Nachteile der Bezugspflege und mögliche Optimierungsmaßnahmen zu erörtern aber auch die Zusammenhänge zwischen den Unmut der Mitarbeiter, dem Wechsel der Führungsperson, der Novellierung der Kärntner Heim Verordnung und der Einführung der Bezugspflege darzulegen. Für mich persönlich ist es auch Wichtig, die Qualität meines Führungsstils zu selbstkritisch zu hinterfragen, um neue Perspektiven aufzuwerfen, mich weiterentwickeln zu können und die Mitarbeiterzufriedenheit weiterhin auf einen so hohen Level wie bisher halten zu können.

Ich hoffe neue Erkenntnisse zu gewinnen und diese dann auch in meine tägliche Arbeit einbinden zu können., und entstandene Probleme gemeinsam mit meinem Team aufarbeiten zu können.

Ich möchte mich gern bei meinen Arbeitgeber, den Mitarbeiter/Innen, meiner Stellvertretung und vor allem aber bei meiner Familie und meinen Freunden und meiner Betreuerin der Abschlussarbeit, Fr. MMag. Allesch Martina bedanken, die mich mit viel Verständnis und Geduld, bei meinem Weiterbildungslehrgang unterstützt haben. Ohne Ihren Rückhalt wäre mir dies sehr schwer gefallen.

Michaela Rossbacher

Kühnsdorf , 31.07.2012

1 EINLEITUNG

Bis August des letzten Jahres wurde im Seniorenzentrum Völkermarkt eine Mischform der Bereichs- und Bezugspflege praktiziert.

Im August wurde dann die Bezugspflege implementiert. Es wurden die zwei Stockwerke in vier Bezugspflegebereiche eingeteilt. Jeder Bereich wird von 16 bis 18 Heimbewohnern/Innen bewohnt und jedem Bereich wurde ein fixes Bezugspflegeteam zugeteilt.

Den Mitarbeiter/Innen wurden, je nach Beschäftigungsausmaß, zwei bis vier Heimbewohner/Innen zugeteilt.

Die Bezugspflegepersonen wurden den Heimbewohner/Innen und deren Angehörigen/Innen als erste Ansprechperson vorgestellt. Die Bezugspflegepersonen haben die Aufgabe die Bedürfnisse der Heimbewohner zu erkennen und diese so gut als möglich zu erfüllen.

Dies beginnt bereits bei der Aufnahme mit der Anamnese und in weiterer Folge mit dem Biographie Erhebungsbogen und vielen Gesprächen sowie der Erhebung welche Sachgüter und externe Dienstleistungen, wie zum Beispiel Bekleidung, Schuhe, Friseur und Fußpflege der/die Heimbewohner/In benötigt. Bei der Zuteilung wurde soweit als möglich auf die Wünsche der Mitarbeiter /Innen eingegangen.

Dies erwies sich aufgrund der vielen Teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter/Innen als recht kompliziert. Ebenso wurde darauf geachtet das in jedem Bereich auch ein männlicher Mitarbeiter als Bezugspflegeperson zugeteilt worden ist.

Die Wichtigkeit sowie die Vorteile der Bezugspflege als auch die Befürchtungen, Skepsis und Unsicherheit der Mitarbeiter/Innen wurden des Öfteren Anlass zu langen, zum Teil heftigen Diskussionen .So waren nicht alle Mitarbeiter/Innen mit der starren Einteilung in die Bereiche zufrieden. Sie fühlten sich mit der Situation, ständig für die Bewohner/Innen greifbar zu sein, überfordert. Ebenso gaben sie an, nicht mehr so flexibel zu sein, weil ihnen Informationen und der Zugang zu den anderen Bereichen fehlen würden.

Dies galt besonders für jene Mitarbeiter/Innen die mit „sehr viel Herz“ pflegen und größten Einsatz zeigten.

Erschwerend kam dann die Änderung des Personalschlüssels/ Qualifikation hinzu, die mit der Novellierung der Kärntner Heimverordnung Gültigkeit erlangte.

Im Rahmen der neuen Heimverordnung wurde der Strukturschlüssel von damals 25% auf 20% DGKS/P zugunsten der Heimhilfen gesenkt.

Auch die Tatsache, dass nur mehr Bewohner/Innen ab der Pflegestufe 4 in einem Pflegeheim aufgenommen werden dürfen, erwies sich als zusätzliche Belastung, da sich der Pflegeaufwand erhöhte.

Jetzt nach einem knappen Jahr stellen sich immer noch neue Fragen und Hindernisse die es zu überwinden gilt.

Vor diesem Hintergrund soll im Rahmen dieser Abschlussarbeit eine Evaluierung der Implementierung der Bezugspflege erfolgen.

Auf folgende konkrete Forschungsfrage soll am Ende der Arbeit eine Antwort gegeben werden können:

Welche Vor und Nachteile hat die Implementierung der Bezugspflege für die Heimbewohner/innen und für das Pflegepersonal des Seniorenzentrums Völkermarkt gebracht?

Welche Maßnahmen zur Optimierung können gesetzt werden?

Um auf diese Fragen eine aussagekräftige Antwort zu erhalten und Veränderungen aufzuzeigen, wurde ein Fragebogen für Heimbewohner/Innen und Mitarbeiter/Innen erstellt.. Die Fragen sind teils geschlossen mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten und teils offen gestellt worden damit das Empfinden der jeweiligen Personen erfasst werden konnte.

2 VORSTELLUNG DES SENIORENZENTRUM VÖLKERMARKT



Abbildung 1: Seniorenzentrum Völkermarkt

(<http://www.seniorenzentrum.cc>)

Das Seniorenzentrum Völkermarkt ist ein von insgesamt 3 Pflegeheimen des Sozialhilfeverbandes Völkermarkt.

Der Schwerpunkt des Sozialhilfeverbandes Völkermarkt liegt in der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen, betagten Menschen in stationären Einrichtungen. Derzeit verfügt der Sozialhilfeverband über 229 Betten die auf 3 Einrichtungen aufgeteilt sind.

Das Seniorenzentrum Völkermarkt wurde 2004 offiziell in Betrieb genommen und bietet Platz für insgesamt 69 pflegebedürftige Menschen. Die Aufteilung erfolgt in 61 Einbettzimmer und 4 Zweibettzimmer, die sich in den beiden Obergeschossen des Gesundheitszentrum Völkermarkt befinden. Die Architektur besticht mit großzügigen Licht und Luftraum, unterbrochenen Gangsituationen und mehreren Kommunikationsecken, welche liebevoll von den Mitarbeiter/Innen dekoriert und gestaltet werden, die zum Verweilen einladen und in denen auch die Mahlzeiten und der Nachmittagskaffee eingenommen werden können.

Im Erdgeschoss des Gesundheitszentrum befinden sich das Therapiezentrum Furian, das Nibelungencafe mit einem großen angeschlossenen Speisesaal für Bewohner externe Gäste

und Senioren der anschließenden Seniorenwohnanlage, der auch für Veranstaltungen im Haus genutzt wird, ein Friseursalon, einem Seminarraum und die Hauptverwaltung des Sozialhilfeverbandes.

Baulich und personell erfüllt das Seniorenzentrum die gesetzlichen Auflagen und 2009 wurde den Seniorenzentren Völkermarkt und Neuhaus, kärntenweit, das erste Mal das Nationale Qualitätszertifikat (NQZ) verliehen.

Beim Nationalen Qualitätszertifikat für Alten und Pflegeheime handelt es sich um ein einheitliches System zur Bewertung der Qualität durch unabhängige Zertifizierer/Innen.

Wie aus dem Leitsatz“ Zuhause ist kein Ort, sondern ein Gefühl“ hervorgeht, ist es ein großes Anliegen die Qualität in den Altenwohn- und Pflegeheimen auf einem hohen Level zu halten (vgl. <http://seniorenzentrum.cc>).

Im Juli 2012 erfolgte ein Audit zur Rezertifizierung. Um auf die in der Einleitung beschriebene Thematik näher eingehen zu können, ist es wichtig die gesetzlichen Grundlagen zu kennen.

Im folgenden Kapitel werden wesentliche Auszüge des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG) und der Novelle der Kärntner Heimverordnung dargestellt.

3 RECHTLICHE GRUNDLAGEN

3.1 Auszug aus den Tätigkeitsbereiche lt. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG)

§ 14.Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Die Ausbildung 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), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

§ 15 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

- Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.
- Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).
- Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.
- Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind.
- Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenverarbeitung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.
- Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen.

§ 16. Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

- Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
- Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
- Gesundheitsberatung und
- Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung. (vgl. Weiss-Fassbinder/Lust, 2010 S 87-114)

3.2 Novelle Kärntner Heimverordnung (LGBl.Nr. 40/2005 zuletzt geändert durch LGBl.Nr. 63/2011)

„ § 24

Pflegerische und soziale Betreuung

(1) Für je 2,5 Bewohner ist Betreuungspersonal in der Höhe eines Vollzeitäquivalentes vorzusehen.

(2) Als Betreuungspersonal im Sinne des Abs. 1 dürfen nur Personen herangezogen werden, die

- a) zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,
- b) zur Ausübung der Diplom-Sozialbetreuung mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit nach dem Kärntner Sozialbetreuungsberufegesetz,

- c) zur Ausübung der Fach-Sozialbetreuung mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit nach dem Kärntner Sozialbetreuungsberufegesetz,
- d) zur Ausübung der Pflegehilfe nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, sowie
- e) zur Ausübung der Heimhilfe nach dem Kärntner Sozialbetreuungsberufegesetz, berechtigt sind.

(3) Das Personal soll sich wie folgt zusammensetzen:

- a) 20 % Personaleinheiten gemäß Abs. 2 lit. a;
- b) 70% Personaleinheiten gemäß Abs. 2 lit. b, c und d, wobei ein Anteil von 10 % dieser Personaleinheiten die Qualifikation nach Abs. 2 lit. b oder c aufzuweisen hat. Maximal 10 % dürfen sich in Ausbildung befinden;
- c) 10 % Personaleinheiten gemäß Abs. 2 lit. e.

(4) Die Richtwerte gem. Abs. 3 dürfen hinsichtlich der Personaleinheiten gemäß Abs. 1 lit. a nicht unterschritten und hinsichtlich der Personaleinheiten gemäß Abs. 1 lit. e nicht überschritten werden.

(5) Bei stationären Einrichtungen, die als Hausgemeinschaften oder zur vorrangigen Betreuung und Pflege Demenzkranker errichtet sind und geführt werden, weiters bei gerontopsychiatrischen Einrichtungen, können bis zu 30 % Personaleinheiten gem. Abs. 3 lit. c im Personalschlüssel enthalten sein.

(6) In Pflegeheimen bis zu 60 Betten kann die Pflegedienstleitung in Vollzeitäquivalenz zu 50 % dem Pflegepersonal zugerechnet werden.

(7) Personen, in deren Aufgabenbereich die Animation und Unterstützung bei der Freizeitgestaltung fällt (Animationskräfte), sind auf jene Personaleinheit anzurechnen, über deren Grundausbildung sie verfügen.

(8) In Pflegeeinrichtungen bis 65 Betten sind 25 % Personaleinheiten gemäß Abs. 2 lit. a vorzusehen.

(9) Ein Nachtdienst ist einzurichten. Die Anzahl und die Qualifikation des Nachtdienstpersonals hat dem Hilfs- und Betreuungsbedarf der Bewohner zu entsprechen. Der Nachtdienst ist jedoch mindestens mit Betreuungspersonal im Ausmaß von 2 Vollzeitäquivalenten zu besetzen, davon mindestens eine Person, welche die Qualifikation nach Abs. 2 lit. a aufweist.

(10) Die Beiziehung einer Person, welche die Qualifikation nach Abs. 2 lit. a aufweist, für den Nachtdienst kann, sofern die Anwesenheit von zwei Betreuungspersonen in der Pflegeeinrichtung gewährleistet ist, auch in Form einer Rufbereitschaft erfolgen. Die nach dem Stand der Pflegewissenschaft vertretbare Zeit, innerhalb welcher bei Einrichtung einer Rufbereitschaft die entsprechende Pflege durch eine Person gem. Abs. 2 lit. a in der Pflegeeinrichtung verfügbar sein muss und für welchen Zeitraum eine Rufbereitschaft eingerichtet werden darf, ist im Bewilligungsbescheid festzulegen.

(11) Der Träger hat darauf hinzuwirken, dass in jeder Einrichtung zumindest eine Betreuungsperson eine Fortbildung im Bereich der Sterbebegleitung nachweisen kann, weiters eine Kraft zur Verfügung steht, welche die Sonderausbildung für Hygiene und die Weiterbildung im Wundmanagement absolviert hat. Zur Begleitung des Pflegepersonals soll bedarfsgerecht Supervision ermöglicht werden.“(K-HeimVO, LGBI. Nr. 40/2005,

§ 24)

4 PFLEGESYSTEME/ORGANISATIONEN

Pflegesysteme/Organisationen wie z.B. Funktions-, Bereichs-, Gruppen-, Bezugspflege oder Primary Nursing lassen sich nicht eindeutig voneinander trennen, denn es werden zumeist Mischformen davon angewendet (vgl. Leoni- Scheiber 2004, S 159).

Horn und Parker (1975) haben vier Hauptmerkmale für die Qualität der Pflege bestimmt, die im unterschiedlichen Ausmaß auf die Pflegesysteme/Organisationen zutreffen.

Diese wären:

- Kontinuität der Pflege und
- die eine umfassende pflegerische Versorgung,
- die Rechenschaftspflicht für die Pflegehandlungen und
- die Koordinierung der Pflege (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 159).

Dadurch lassen sich die Pflegesysteme/Organisationen in zwei Hauptgruppen unterteilen.

Zum ersten in die funktionell orientierten Arbeitsform (Funktionspflege) und zum zweiten in die patientenorientierte Arbeitsform (Zimmer-, Gruppen-, Bereichs- und Bezugspflege, sowie Primary Nursing).

4.1 Funktionspflege (funktionell orientiertes Pflegesystem)

Dieses Pflegesystem ist dadurch gekennzeichnet, dass die gesamte pflegerische Arbeit in Einzeltätigkeiten aufgeteilt und von einer Pflegeperson bei allen Patienten/Innen durchgeführt wird. Die Pflegenden spezialisieren sich auf einen Teilbereich eines umfassenderen Gesamtarbeitsvorganges. Dieses Prinzip findet man in der Industrie wieder, wo sie zur Rationalisierung der Arbeit dient. Dies soll Zeit einsparen und zu einem komplikationslosen Ablauf der Arbeit führen.

Die immer wiederkehrenden Pflegemaßnahmen können mit dem Begriff „Fließbandpflege“ beschrieben werden, das heißt zum Beispiel eine Pflegeperson teilt bei allen Patienten/Innen das Fieberthermometer aus, die nächste Pflegeperson misst den Blutdruck und wiederum eine andere Pflegeperson sammelt die Thermometer wieder ein. Dadurch wird es unmöglich Zusammenhänge zu erfassen.

Die Funktionspflege hat den Schwerpunkt in erster Linie im Versorgen der körperlichen Bedürfnisse, geistige und seelische Bedürfnisse kommen nicht zum Tragen, da sie eine untergeordnete Rolle spielen. Außerdem ist die Beziehung zwischen Patienten/Innen und Pflegenden von Distanz gekennzeichnet.

Die Patienten/Innen bleiben zumeist passiv und können an ihrer Pflege nicht mitwirken. Durch die sachliche Orientierung wird der/die Patient/In nicht mehr ganzheitlich gesehen, sondern auf seine Krankheit herunter reduziert(z. B. die Galle von Zimmer 3).

Die Patienten/Innen erleben sehr viel Unruhe durch viele unkoordinierte Einzel Pflegemaßnahmen, die ab einem gewissen Grad als Störung empfunden werden.

Durch die vielen Pflegepersonen weiß der/die Patient/In nicht wer für ihn zuständig ist und dies löst Verunsicherung aus.

In der traditionellen Funktionspflege arbeiten die Pflegenden weisungsgebunden auf Anordnung der Stationsleitung. Vielfach sind die Pflegepersonen unterfordert, weil sie erlerntes und angeeignetes Wissen nicht umsetzen können.

Der organisierenden und koordinierenden Stationsleitung wird ein Höchstmaß von persönlichen und beruflichen Fähigkeiten abverlangt, da sämtliche Fäden bei Ihr/Ihm zusammenlaufen. Sie sollte den kompletten Überblick haben und mit Organisationstalent und sozialen Fähigkeiten ausgestattet sein. Diese Anforderungen können auf Dauer zu einer Überforderung führen (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 68ff; Stuhl 2006, S. 16).

4.2 Patientenorientierte Pflegesysteme

Die Arbeitsabläufe werden in dieser Organisationsform nicht um die einzelnen zu erledigenden Tätigkeiten organisiert, sondern um die Personen, die die Tätigkeit betreffen, dies gilt sowohl für die ausführende Pflegeperson, als auch für die empfangenen zu pflegenden Personen.

Ziel dieses Ansatzes ist es, den Kern der pflegerischen Arbeit, die ganzheitliche- fördernde und aktivierenden Pflege gerecht zu werden und die gesetzlichen Anforderungen an Qualitätssicherung zu erfüllen. Handlungsleitend sind die vier zuvor in Kapitel 4 genannten Hauptmerkmale (vgl. Dibelius/Uzarewicz 2006, S. 192).

4.2.1 Zimmerpflege

Beim Zimmerpflegesystem werden einzelne Zimmer den Pflegenden zugeordnet oder untereinander verteilt. Dies geschieht vor bzw. bei Dienstbeginn. Die Anzahl der Zimmer hängt von der Betreuungsintensität der Patienten/Innen ab. Bei der Zuteilung der Zimmer wird aber darauf geachtet, das sie soweit als möglich nebeneinander liegen, um lange Wege zu vermeiden (vgl. Schlettig/von der Heide 1995 S. 76).

4.2.2 Bereichspflege

Charakteristisch für die Bereichspflege ist, dass eine Station in mehrere zusammenhängende Bereiche eingeteilt wird. Wie groß diese Bereiche sind, richtet sich nach Anzahl der Patienten/Innen und deren Pflegebedürftigkeit. Auch hier wird darauf geachtet, dass die Zimmer nebeneinander liegen, um lange Wegzeiten zu verhindern. Die Zuteilung der Pflegepersonen in die Bereiche erfolgt ebenfalls bei Dienstbeginn (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 76).

4.2.3 Gruppenpflege

Bei der Gruppenpflege wird eine Gruppe von Patienten/innen einer Gruppe von Pflegepersonen zugeteilt. Jede Pflegegruppe verfügt über eine Gruppenleitung, welche der Abteilungsleitung unterstellt ist und gilt als selbstständige und Verantwortung tragende Einheit.

Alle Pflegepersonen in der Gruppe sind bestrebt die Patienten/innen in der Gruppe kennenzulernen und einen Beitrag für die Pflegeplanung zu erbringen, damit alle Patienten/innen von den vereinten Pflegefertigkeiten der Pflegepersonen profitieren können (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S 76f; Stuhl 2006, S. 16)

4.2.4 Primary Nursing

Primary Nursing heißt übersetzt „primäre, erstrangige, an erster Stelle stehende Pflege“

Die Begründerin von Primary Nursing Manthey Marie (2011) definiert Primary Nursing als ein pflegerisches Versorgungssystem, welches auf vier Grundelementen aufgebaut ist.

Die vier Grundelemente sind:

1. „Übertragung der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen auf eine Person und deren Akzeptanz durch diese Person
2. Tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode
3. Direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch
4. Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen Patienten erbrachte Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche“(Manthey 2011, S. 79).

Jedem/r Patient/In erhält bei der Aufnahme eine zuständige und verantwortliche Hauptpflegeperson (Primary Nurse). Sie verantwortet „rund um die Uhr“ die Pflege

gegenüber den Patienten, dessen Angehörigen, anderen Pflegepersonen und anderen Berufsgruppen bis zur Entlassung des/r Patienten/In. Die täglichen Arbeitszuweisungen nach der Fallmethode betrauen die Hauptpflegeperson mit der Pflege der Patienten/Innen. Dazu ist es nötig, der Primary Nurse Kompetenzen und Handlungsentscheidung zu übertragen.

In ihrer Abwesenheit wird sie von einer stellvertretenden Pflegeperson (Associated Nurse) vertreten, die sich strikt (außer in Notfällen) nach dem Behandlungsplan der Primary Nurse hält. Beim Primary Nursing liegen Planung, Koordination und Pflege in einer Hand (vgl. Manthey 2011, S. 86ff).

Ähnlich im Aufbau zeigt sich die Bezugspflege, dennoch gibt es Unterschiede die im nächsten Kapitel erläutert werden.

5 BEZUGSPFLEGE

Dieses Pflegesystem ist von einem menschenorientierten Pflegeverständnis geprägt und stellt den/die Patienten/In in den Mittelpunkt der Organisation.

Oft werden in der deutschsprachigen Literatur die Begriffe Bezugspflege und Primary Nursing synonym verwendet und genauso oft wird Primary Nursing mit dem Begriff Bezugspflege übersetzt, dennoch unterscheiden sich diese Pflegesysteme, trotz parallelen, voneinander. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass sich bei der Bezugspflege die Bezugspersonen täglich ändern können und bei Primary Nursing trägt immer die gleiche Pflegeperson die Verantwortung.

Die Bezugspflege ist schichtorientiert, das heißt mehrere Pflegepersonen (Bezugspflegeteam) sind für Pflegeentscheidungen und somit auch für eine bestimmte Patientengruppe verantwortlich (vgl. Bücken 2006, S. 43f).

Jede/r Patient/In hat für die Dauer seines Aufenthaltes eine für ihn/Sie zuständige Pflegeperson, die ihm/r, dessen Angehörigen und dem Team, namentlich bekannt sein muss um eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten.

Ebenso soll die Anonymität der Pflegenden aufgehoben werden, um eine individuelle Pflege, im Sinne der Ganzheitlichkeit, den Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele zu ermöglichen.

Die Verantwortung für den gesamten Pflegeverlauf mit der Pflegeplanung, Durchführung und Evaluation, sowie der Pflegedokumentation gehen mit der Übernahme des Bezugspatienten auf die Bezugspflegekraft über. Da sie die zumutbaren Eigenaktivitätsmöglichkeiten des/r Patienten/In und alle anstehenden therapeutisch und diagnostischen Aktivitäten kennt, kann

sie die Durchführung von Pflege, Diagnostik und Therapie steuern (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 10, 92).

Wie der Name bereits sagt geht es bei der Bezugspflege vordergründig darum, eine Beziehung zum/r Patienten/In aufzubauen und Verantwortung zu übernehmen. Beziehung und Verantwortung sind die Grundelemente der Bezugspflege und wird in den nachfolgenden Kapiteln genauer beschrieben.

5.1 Beziehung

Jeder Mensch steht in unmittelbarer Beziehung zu seiner Natur und seiner Umwelt.

Darüber hinaus ist er in ein soziales Beziehungsnetz eingebunden das sich aus Familie, Freunde, Interessens- und Arbeitsgemeinschaften zusammensetzt und er steht in Beziehung zu sich selbst, seinen eigenen Fähigkeiten und zu übergeordneten Gesetzen.

Beziehung kommt dann zustande wenn zwei Personen in ein aktives Verhältnis zu einander treten.

Um Art und Ausprägung zu charakterisieren, bedarf es folgende Unterscheidungen:

1. mit- und zwischenmenschliche Beziehungen
2. pflegerische (professionelle), therapeutische, und helfende Beziehungen (vgl. Schlettig/von der Heide 2005, S. 11).

5.1.1 Zwischenmenschliche Beziehung

Voraussetzung um zwischenmenschliche Beziehungen eingehen zu können, ist die Fähigkeit, dem Gegenüber Respekt, Fürsorge und Verantwortlichkeit entgegen zu bringen.

Das Zusammenspiel dieser Eigenschaft wird als Nächstenliebe bezeichnet.

Nächstenliebe bedeutet aber auch sein Gegenüber als gleichwertig zu sehen und ihn nicht zu dominieren. Dies geschieht wenn man in sein Gegenüber die Einmaligkeit und Einzigartigkeit der menschlichen Individualität erkennt.

Die Anerkennung seiner Person, das Respektieren seiner Freiheit und die Achtung vor Ihm ermöglichen es, dass im Beziehungsprozess die Autonomie beider Menschen weiterbestehen kann.

Die Fürsorge für einen Menschen, ihn zu betreuen, begleiten und zu fördern wird als nähere Beschreibung der Pflegetätigkeit gesehen und ohne diese aktive Aufmerksamkeit und Zuwendung hätten sie keinen Bestand. Bei einem Menschen, der von seiner vertrauten

Umgebung und von seinen zwischenmenschlichen Beziehungen getrennt wird, entsteht das Gefühl der Einsamkeit und Isolation (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 12ff).

5.1.2 Pflegerische (professionelle) und therapeutische Beziehung

In der pflegerischen Beziehung nimmt die Pflegeperson die Beziehung von Berufs wegen auf. Für diese Art von Beziehung hat sie sich Kompetenz und fachliches Wissen angeeignet und Fähigkeiten erarbeitet um diesen Prozess bewusst eingehen zu können.

Sowohl fachgerechte, effektive Versorgung als auch die zwischenmenschliche, persönliche Begegnung mit dem/r Patienten/In und das Begleiten des Beziehungsprozesses bilden die Grundlage dafür, dass es zu einer therapeutischen Haltung im Beziehungsprozess kommen kann in der der/die Patient/In als sich entwickelnde Persönlichkeit miteinbezogen wird. In diesem Verlauf kann Positives entstehen und wachsen, jedoch muss sich nicht automatisch eine therapeutische Wirkung entfalten. Da nicht eindeutig ist, wann eine Beziehung in eine therapeutisch Beziehung übergeht, wird hier auch von der pflegerischen Beziehung gesprochen, welche einen bewussten, professionellen Umgang mit Patienten/Innen fordert.

Soll der Beziehungsprozess als zentrales Geschehen gesehen werden, muss zuerst die eigene Persönlichkeit bewusst betrachtet werden.

Um für jemand Anderen Sorge zu tragen, wird vorausgesetzt, für sich selbst auch Sorge zu tragen. Jeder sollte in der Lage sein, seine Interessen, Fähigkeiten und Bedürfnisse wahrzunehmen und seine Grenzen zu kennen. Der Mensch lernt sich selbst erst wirklich kennen, wenn er in Beziehung zu anderen tritt.

Es soll sowohl den Pflegepersonen als auch den Patienten/Innen eine konstruktive Entwicklung der Persönlichkeit ermöglicht werden.

Jeder Mensch braucht Orientierung. Menschen können sich auf Grund persönlicher Beziehungen an dem Verhalten, dem Denken und an der Einstellung der Bezugspersonen orientieren (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 14f).

„Die pflegerische Beziehung gründet sich auf:

- das richtige Maß von Nähe und Distanz
- fachliches Wissen (medizinisch und pflegerisch) sowie Pflegefertigkeiten- und Fähigkeiten
- Beziehungsfähigkeit (Interesse und Zuwendung für den/die Patienten/In),
- die Akzeptanz des/r Patienten/In als mündiger Partner,
- Verantwortungsfähigkeit, -bereitschaft und –Übernahme,

- Einbeziehung des/r Patienten/In und seines/Ihres sozialen Umkreises in den Pflegeablauf“ (Schlettig/von der Heide 1995, S. 19).

Durch regelmäßigen Kontakt entwickeln sich gemeinsame Gewohnheiten.

Das mit Einbeziehen in die Pflege, feste Absprachen, gute Information und die kontinuierliche zeitliche Gestaltung stehen im Mittelpunkt der Bezugspflege.

Es kann also gesagt werden dass die Kontinuität der Pflegepersonen und die der pflegerischen Vorgangsweise Vertrauen aufbauen, zu einem Gefühl der Sicherheit führen und zu dem Wissen, dass die seelischen und körperlichen Bedürfnisse befriedigt werden.

Wie zu große Distanz kann sich auch zu viel Nähe negativ auf den/die Patienten/In auswirken. Verliert die Pflegeperson den nötigen Abstand zum/r Patienten/In, neigt sie dazu in die Rolle des Dienenden abzurutschen und dem/r Patienten/In alles abzunehmen, weil der Erhalt bzw. das Erlernen der Selbstständigkeit für den/r Patienten/In als belastend und anstrengend empfunden wird.

Dies führt zu einem Verlust der Selbstständigkeit und die Anforderungen an die Pflegeperson werden stetig höher.

Bei der Pflegeperson wird sich trotz großen Einsatzes, ein Gefühl der unzufrieden stellenden Pflege einstellen, welches im schlimmsten Fall zu einem „Burn Out“ führen kann (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 29 ff).

5.1.3 Beziehungen Im Pflorgeteam

Einen großen Stellenwert nimmt auch die Beziehung im Team ein. Es macht einen großen Unterschied ob in einem Pflorgeteam jede Pflegeperson für die andere einsteht und sich mit seiner/Ihrer Kompetenz und Persönlichkeit einbringt, oder sich jede Pflegeperson als Einzelkämpfer sieht.

In einem Team mit gutem sozialem Klima, werden sich Pflegepersonen wohl und ausgeglichen fühlen, sich gegenseitig unterstützen und voneinander lernen. Jede Bezugspflegeperson im Team hat unterschiedliche Fähigkeiten und Talente und den Freiraum der beruflichen Entwicklung. Jeder kann sich Rat einholen und Pflegemaßnahmen hinterfragen. Gegenseitiges Vertrauen ist vordergründig.

In einem Team mit disharmonischem Klima herrschen Misstrauen, Spannungen, Unzufriedenheit und Verschlossenheit. Es werden, beim jeweiligen Anderen, Fehler und Schwächen gesehen, eigene Fehler und Schwächen werden dagegen übersehen.

Die allgemeine Grundstimmung in einem Team kann sich je nach sozialem Klima positiv oder negativ auf den Patienten auswirken.

5.2 Verantwortung

„Ein wichtiges Merkmal eines jeden Berufes ist es, innerhalb seines Kompetenzbereiches verantwortlich zu arbeiten. Erst indem die Verantwortung für die eigenen Entscheidungen und die daraus resultierenden Handlungen übernommen wird, kann ein Beruf autonom sein. Obwohl die Pflege einen schwer abgrenzbaren Aufgabenbereich hat und es schwierig ist, eigene Bereiche zu erkennen und festzulegen, besteht die Möglichkeit, in Eigeninitiative diese Festlegungen zu treffen und dann eigenverantwortlich zu arbeiten“ (Schlettig/von der Heide 1995, S. 9)

Die Verantwortlichkeit wird stark von dem erworbenen Wissen, praktischen Fähigkeiten, Erfahrungen und der menschlichen Reife einer Person, sowie die Fähigkeit, seine eigenen Bedürfnisse, zeitweise zurückzustellen um zu erkennen was die andere Person braucht, beeinflusst.

Verantwortungsübernahme kann für jeden etwas anderes bedeuten, so kann es für einen der Antrieb für seine Arbeit sein, für den andern ist sie stark an Vertrauen gekoppelt und den dritten kann, durch die im Vorfeld freiwillig übernommenen Verantwortung, starker Druck entstehen den er sich verpflichtet fühlt. Im Pflegeberuf wird sehr häufig an das Pflichtbewusstsein appelliert („es geht um das Wohl der Heimbewohner/Innen“). Pflegepersonen fühlen sich dazu verpflichtet dem Nächsten zu helfen, immer freundlich zu sein und eigene Interessen völlig in den Hintergrund zu stellen. Die Pflicht wird durch moralischen und gesellschaftlichen Vorstellungen geprägt und unterliegt Regeln die von außen kommen. Die Verantwortung im Gegensatz zur Pflicht wird als in der Freiheit des Menschen begründet, der mit seiner Persönlichkeit für sein Handeln einsteht (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 56; 62; 64).

5.2.1 Universelle Verantwortung

Unter der universellen Verantwortung versteht man jene Verantwortung die mit der Umwelt und der Menschheit in Verbindung gebracht wird. Menschen fühlen sich für Dinge oder Zustände verantwortlich die um ihn herum geschehen, für die er aber nicht direkt verantwortlich ist (z.B. Umweltschutz). Es geht darum die Verantwortung für das eigene Tun mit dem der Welt zu vereinbaren. Situationen die aus verantwortungslosem Handeln hervorgehen, können durch verantwortungsvolle Handlungen gebessert werden.

Verantwortung heißt: Mitzuwirken um für die eigene Person und deren Umfeld ein gutes Leben zu ermöglichen (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 57f).

5.2.2 Persönliche Verantwortung

Unter persönlicher oder personale Verantwortung versteht man das bekennende Handeln eines Menschen und die Bereitschaft mögliche Folgen des Handelns auf sich zu nehmen.

In Umgang mit Menschen erwächst die Verantwortung für den nächsten. Durch Kommunikation entsteht das Gefühl für jemanden da zu sein. Dieses Gefühl kann zur höchsten Verbindlichkeit führen.

Dabei muss aber darauf geachtet werden das Fürsorge nicht mit Bevormundung und Machtausübung überschattet wird, den jeder Mensch sollte autonom bleiben und Eigenverantwortung für sich selbst übernehmen.

Verantwortung kann im eigentlichen Sinn nur für etwas lebendiges übernommen werden, da hinter jeder Sache immer ein Mensch oder eine Gemeinschaft von Menschen steht (z.B. Eine Pflegeperson hat die Verantwortung für eine Station, doch bei genauerer Betrachtung hat sie nicht die Verantwortung für die Station, sondern für die Patienten die sich auf dieser Station befinden).

Spontan entwickelt ein Mensch Verantwortung für einen vermeintlich schwächeren oder hilfsbedürftigeren Menschen.

Durch die Fürsorge und dem Umgang mit diesen Menschen wird eine Vertrauensbasis geschaffen die, die Grundlage für eine Beziehung bildet.

Wird bei einem Hilflosen handelnd eingegriffen, kann der Hilfesuchende Vertrauen zur Pflegeperson aufbauen.

Demnach besteht eine Wechselwirkung zwischen der Pflegeperson, die, die personale Verantwortung übernimmt und dem Vertrauen, welches der Hilfsbedürftige dieser Person entgegen bringt (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 58ff).

Durch die beiden Grundelemente der Bezugspflege ergeben sich folgende Aufgabengebiete, die für das Seniorenzentrum Völkermarkt, der Qualifikation der Pflegepersonen entsprechend definiert wurden.

6 AUFGABEN DER BEZUGSPFLEGEPERSONEN

Jede/r Heimbewohner/In bekam im Rahmen der Einführung der Bezugspflege zwei Pflegepersonen zugeteilt. Diese setzen sich aus einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/Pfleger (DGKS/P) und einem/r Pflegehelfer/In (PH), Altenfachbetreuer/In (AFB) oder Fachsozialbetreuer/In (FSB). Bei der Zuteilung wurde auf Akzeptanz bei beiden Parteien Rücksicht genommen.

Die jeweilige Pflegeperson baut zu ihren Bewohnern/Innen eine Beziehung auf und ist direkte Ansprechperson für alle am Pflegeprozess beteiligte Personen und Angehörige.

Dies bedeutet für die Pflegeperson, eigenständiges Handeln innerhalb des gesetzlichen Rahmens und die Chance sich in der fachlichen und sozialen Kompetenz weiter zu entwickeln. Die PH, AFB und FSB sind die Hauptbezugspflegepersonen und arbeitet eng mit der Zuständigen DGKS/P zusammen. Gemeinsam sind sie für das Wohlergehen der Heimbewohner/Innen verantwortlich.

6.1 Diplom Gesundheits- und Krankenschwester/Pfleger (DGKS/P)

Wegen der geänderten Personalstruktur / Pflegeschlüssel lt. der Kärntner Heim Verordnung hat ein/e DGKS/P je nach Beschäftigungsausmaß bis zu 8 Heimbewohner zugeteilt.

Die DGKS/P arbeitet eng mit der Bezugspflegeperson aus den Reihen der PH, AFB und FSB zusammen.

Die Anamneseerhebung erfolgt in Kooperation mit den Bezugspflegepersonen dieser Berufsgruppen binnen 72 Stunden (Erstanamnese sofort bei Einzug ins Heim) und wird laufend evaluiert und auf den Ist-Stand gebracht

Den Pflegeprozess plant die zuständige DGKS/P nach Rücksprache mit dem Zuständigen aus der anderen Professionen (Fallbesprechungen) in den ersten 2-3 Wochen (nach dem Kennenlernen des/r Heimbewohners/In).

Am Tag der Evaluierung des Pflegeprozesses, übernimmt die DGKS/P die komplette geplante Pflege des/r Heimbewohners/In und bespricht die Maßnahmen dann mit der Bezugspflegeperson.

Die diplomierte. Fachkraft ist weiters für die gesamte Medikamentengebarung und die ärztlichen Anordnungen und Visitenvorbereitung, Ausarbeitung und Weiterleitung der Anordnungen zuständig.

6.2 Pflegehelfer (PH), Altenfachbetreuer (AFB), Fach- und Diplom Fachsozialbetreuer (FSB,DFSB), Heimhilfe (HH)

Jeder Pflegeperson wurden je nach Beschäftigungsausmaß 3-4 Heimbewohner/Innen zugeteilt.

Zu den Aufgaben zählen:

- Kontinuierliche Informationssammlung
- Biographie- und Bezugspflegegespräche und dessen Dokumentation (Biographie-Erhebungsblatt Pflegedokumentation)
- 1x wöchentlich Blutdruckkontrolle
- 1x monatlich Gewichtskontrolle
- Eingehen auf persönliche Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen des/r Heimbewohners/In (z.B. Gespräche, Spaziergänge, gemeinsam einen Kaffee trinken und dergleichen)
- Individuelle Planung von Orientierungsmaßnahmen
- Organisation von persönlichen Bedarfsgütern wie Schuhe, Unterwäsche usw.
- Nagelpflege
- Persönliche Ordnung im Zimmer, Kleiderschrank, Nachtkästchen und Nasszelle
- Reinigung und Beschriftung der Hilfsmittel wie z.B. Rollstuhl, Rollatoren, Sitzauflagen und dergleichen und die Aufnahme in das EDV Programm
- Beschriftung der persönlichen Gegenstände und Aufnahme im EDV Programm
- Pflegekörbe Reinigen und bei Bedarf auffüllen
- Beschriftung der Waschschränke, Hacken für Handtücher bis hin zum Kamm und Zahnbürste
- Kontrolle der Rufanlage (Bettglocke) auf Erreichbarkeit und Funktionstüchtigkeit (sofortiger Ersatz bei nicht gegebener Funktionstüchtigkeit)
- Fallbesprechungen (mitwirken bei der Pflegplanung) mit der zuständigen DGKS/P und im Team

Wie in den Aufgabenbereichen der verschiedenen Professionen bereits erwähnt, spielt der Pflegeprozess eine wesentliche Rolle. Im nach folgendem Kapitel wird dieser kurz erläutert.

7 PFLEGEPROZESS



Abbildung 2: Grafik des Pflegeprozesses

(Quelle: <http://www.pflegedienst-wassmus.de>)

7.1 Pflegeanamnese- Informationssammlung

Die Informationssammlung oder Erhebung der Pflegeanamnese stellt das Zentrum des Pflegeprozesses dar. Sie ist der Erste und wichtigste Schritt im Pflegeprozess.

Eine individuelle und maßgeschneiderte Planung kann nur dann gewährleistet werden wenn die Daten in der Anamnese vollständig sind.

Man unterscheidet zwischen der direkten Anamnese, das heißt die Informationen kommen vom/von der Heimbewohner/In selbst und der indirekten Anamnese, die mit dem sozialen Umfeld, Vertrauenspersonen und der Krankenakte erhoben wird.

Zu den Elementen der Informationssammlung werden folgende Punkte genannt:

- Informationen vor dem persönlichen Erstkontakt
- Aufbau einer professionellen Beziehung
- Ersteinschätzung
- Anamnesegespräch
- Informationsweitergabe an den/die Heimbewohner/In und deren Angehörigen
- Körperliche Untersuchung und
- Beobachtung

Die Anamnese wird Kooperation von der zuständigen Bezugspflegerperson und der Bezugspflege- DGKS/P erhoben und in den EDV basierten Erhebungsbogen aufgenommen, und niedergeschrieben. Sie ist die Basis der Pflegeplanung. Die Erstanamnese wird bei Heimeintritt erhoben und binnen 72 Stunden fertiggestellt. Durch regelmäßige Evaluierungen wird sie immer wieder auf den aktuellen Ist- Stand gebracht.

7.2 Pflegediagnostik/Probleme und Ressourcen der Bewohner/Innen erfassen

Als Pflegediagnostik wird der Weg von der Pflegeanamnese bis zu den Pflegediagnosen beschrieben. Dies erfolgt in mehreren Schritten:

- Informationssammlung
- Auswertung der gesammelten Daten
- Zusammenfassen der Daten zu bestimmten Problembereichen
- Eruiieren der individuellen Ressourcen des Heimbewohners/In
- Erstellung diagnostischer Hypothesen
- Überprüfung selbiger und
- erstellen der Pflegediagnosen (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 77f).

Unter Pflegediagnosen versteht man eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Menschen, einer sozialen Gemeinschaft, einer Familie oder potentielle Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse.

Die Pflegebedürftigkeit eines Menschen wird mithilfe von Pflegediagnosen beschrieben und Maßnahmen werden daraus abgeleitet. Pflegediagnosen sollen eine einheitliche Fachsprache für die Pflege ermöglichen und damit die Professionalisierung der Pflege sicherstellen und die Pflegediagnostik qualitätssichernd unterstützen (vgl. Altenpflege heute 2010, S. 98ff).

7.3 Ziele setzen

Wenn die Pflegediagnosen erstellt sind, werden Ziele formuliert, die es durch entsprechende Maßnahmen zu erreichen gilt. Ziele sollen realistisch formuliert werden und auch erreichbar sein. (vgl. Altenpflege heute 2010, S. 99f).

7.4 Maßnahmen individuell planen

Sind die Ziele formuliert, geht es daran die notwendigen Maßnahmen individuell auf den Menschen zugeschnitten zu planen. Hierbei werden die noch vorhandenen Ressourcen und die Bedürfnisse des Menschen berücksichtigt. Pflegemaßnahmen müssen die Pflegediagnose verändern können, bzw. bei Erhaltungszielen die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen erhalten (vgl. Altenpflege heute 2010, S. 78f).

7.5 Maßnahmen lt. Pflegeplanung durchführen

Sind die Maßnahmen geplant, werden sämtliche Handlungen die sich aus der Maßnahmenplanung ergeben, durchgeführt und nachweislich dokumentiert (Durchführungsnachweis) (vgl. Altenpflege heute 2010, S. 79f).

7.6 Evaluieren

Die Evaluation ist der letzte Schritt im Pflegeprozess. Unter Evaluation versteht man das Hinterfragen und Bewerten der gesetzten Maßnahmen und die Wirksamkeit dieser. Nach einem, im Vorfeld, gesetzten Zeitraum werden die Maßnahmen und die Zielerreichung kontrolliert. Sind die Pflegeziele erreicht worden, ist der Pflegeprozess für diese Diagnose beendet. Konnte das Pflegeziel nicht erreicht werden beginnt der Prozess von neuem. Gegebenen Falles müssen nicht zielführende Maßnahmen abgesetzt werden und neue in Erwägung gezogen werden. Eine Beschreibung, warum welche Maßnahmen beibehalten und andere abgesetzt werden, sind nötig um die Pflege nachvollziehbar zu machen (vgl. Altenpflege heute 2010, S. 81f).

Die Beschreibung des Pflegeprozesses bildet den Abschluss des Theoretischen Teils. Punkt 8 beschäftigt sich mit dem empirischen Teil der Arbeit

8 EMPIRISCHER TEIL

8.1 Vorgehensweise

Um eine Antwort auf die Forschungsfrage zu erhalten wurde ein Fragebogen für die Mitarbeiter/Innen des Seniorenzentrums Völkermarkt erstellt und ausgegeben. Von 36 ausgegebenen Fragebögen wurden 31 wieder retourniert. Dies entspricht einer Beteiligung von 86% aller in der Pflege arbeitenden Mitarbeiter/Innen. 3 % entspricht in etwa einem/r Mitarbeiter/In

Geplant war auch ein Fragebogen für die Heimbewohner/Innen des Seniorenzentrums Völkermarkt. Jedoch ist die Zahl der in Frage kommenden Heimbewohner/Innen (all diejenigen Heimbewohner/Innen, die vor Juli 2011, im Seniorenzentrum ihr neues Zuhause fanden) durch eine hohe Zahl an Heimaustritten (Todesfälle) schwindend gering geworden. Von den restlichen Bewohner/Innen weisen fast 80% eine mittelgradige Demenz auf und sind kognitiv nicht in der Lage einen Fragebogen zu beantworten. Bei der Durchführung eines Pretests (bei 7 Heimbewohner/Innen, dies entspricht in etwa 10% aller Heimbewohner/Innen des Seniorenzentrums Völkermarkt) wurde diese Tendenz leider bestätigt. Von den 7 Heimbewohnern/Innen haben 3 die Beantwortung des Fragebogens abgelehnt, die restlichen 4 Heimbewohner/innen waren nicht in der Lage aussagekräftige Antworten zu geben. Deshalb wurde von einer Befragung der Heimbewohner/Innen Abstand genommen.

8.2 Methodik

Für den allgemeinen Teil wurden quantitative Forschungsansätze gewählt und ein standardisiertes Verfahren (Fragebogen) mit geschlossenen Fragen verwendet, um die Zufriedenheit einerseits gut darstellen zu können und andererseits eine Vergleichbarkeit zu erzielen (vgl. Mayer, 2001, S. 88ff).

Die Fragen wurden in 5 Unterkategorien eingeteilt:

- Identifikation mit der Arbeit und dem Beruf
- Arbeitsbelastung
- Arbeitsanforderungen/ Arbeitgeber
- Führungsebene direkter Vorgesetzter (Pflegedienstleitung
- Team und Kollegialität

Jeder dieser Bereiche enthält 5-6 Fragen die graphisch dargestellt wurden.

Bei der Bewertung wurden jeweils die ersten 3 und die letzten 3 Antwortmöglichkeiten zusammengefasst.

Bei den Speziellen Fragen wurden Hybrid und offene Fragen verwendet um möglichst viel über das Empfinden der Mitarbeiter/Innen zu erfahren (vgl. Mayer, 2001, S. 93ff). Die Speziellen Fragen gliedern sich in die Kategorien:

- Geänderter Personalschlüssel/Qualifikation und Pflegeheimaufnahme ab der Pflegestufe 4
- Bezugspflege

Die Antworten bei den offenen Fragen wurden nach Qualifikation der Mitarbeiter/Innen transkribiert, um etwaige Unterschiede bei den Professionen darzustellen. PH, AFB, DFSB, FSB, wurden bei den Antworten mit dem Überbegriff der Pflegehilfe (PH) zusammengefasst. Die detaillierten Antworten finden sich im Anhang wieder.

8.3 Fragebogen

8.3.1 Auswertung allgemeiner Teil: Mitarbeiterzufriedenheit

Identifikation mit der Arbeit/Beruf

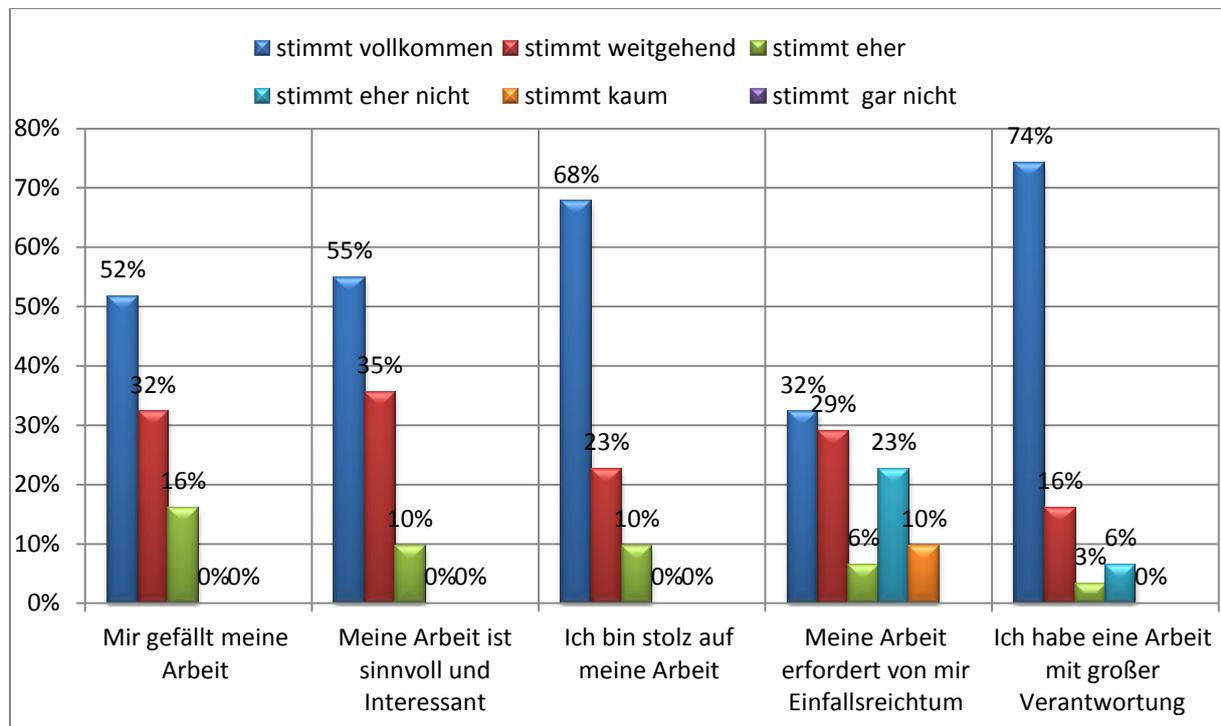


Tabelle 1: Identifikation mit dem Arbeit/Beruf

Informationsgewinn:

Bei den Fragen um das Gefallen, die Sinnhaftigkeit und der Identifikation mit der Arbeit, sind alle Mitarbeiter/Innen der Überzeugung den richtigen Beruf gewählt zu haben. 100% der

Mitarbeiter/Innen haben die Fragen mit stimmt vollkommen, stimmt weitgehend und stimmt eher beantwortet und sehen die Arbeit als Sinnvoll und sind stolz auf ihren Beruf.

33% geben an, das ihr Einfallsreichtum zu wenig gefordert ist und lediglich 3 % geben an, eher wenig Verantwortung in ihrem Beruf bzw. Arbeit zu tragen zu müssen. Im gesamtan kann gesagt werden das die Mitarbeiter/Innen stolz sind, in diesen Beruf zu arbeiten und können sich mit dem Selbigen auch identifizieren.

Arbeitsbelastung

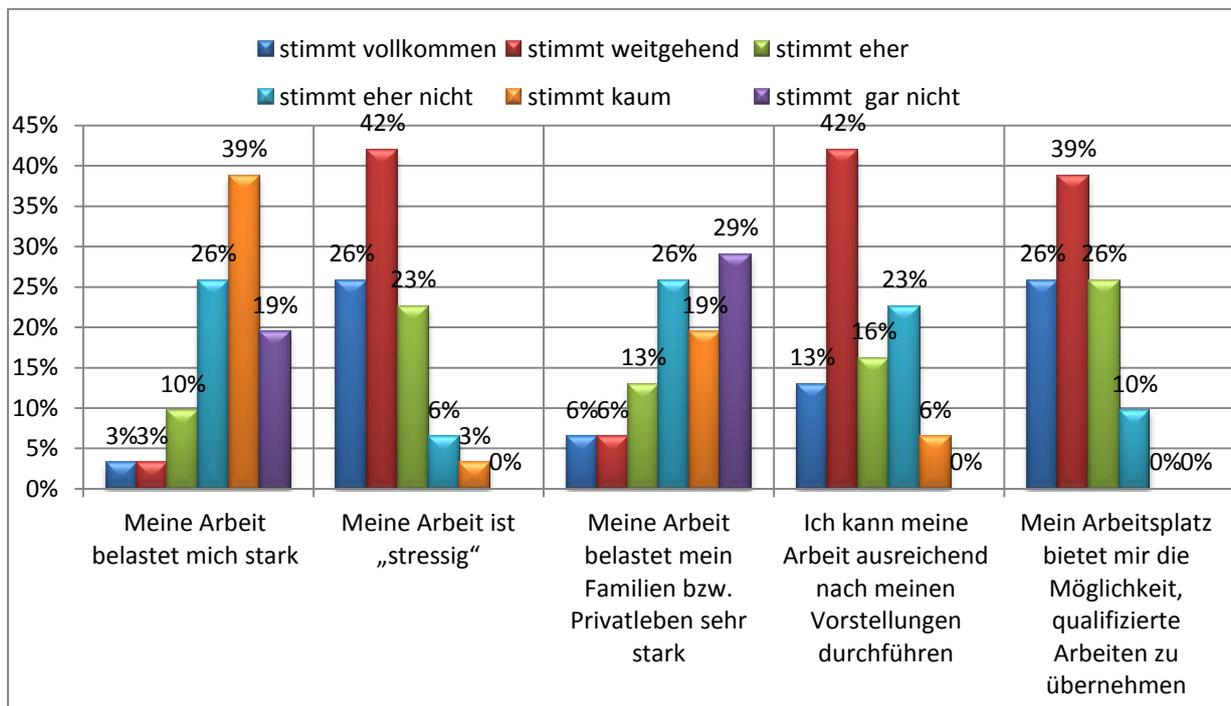


Tabelle 2: Arbeitsbelastung

Informationsgewinn:

91 % der Mitarbeiter geben an, dass ihre Arbeit stressig ist jedoch nur 16 % das sie diese stark belastet und 25% geben an das die Arbeit auch ihr Familien und Privatleben stark belasten. 71 % können die Arbeit nach ihren Vorstellungen ausführen und 90 % geben an qualifizierte Arbeiten übernehmen zu können. Zusammengefasst kann gesagt werden dass die Mitarbeiter ihre Arbeit als stressig empfinden und dass rund ein Viertel der Mitarbeiter die Belastung mit ins Familien- und Privatleben nimmt. Daraus ergibt sich der Bedarf einer Fortbildungsmaßnahme zur Stressbewältigung und Abgrenzung für die Mitarbeiter/Innen.

Arbeitsanforderung Arbeitgeber

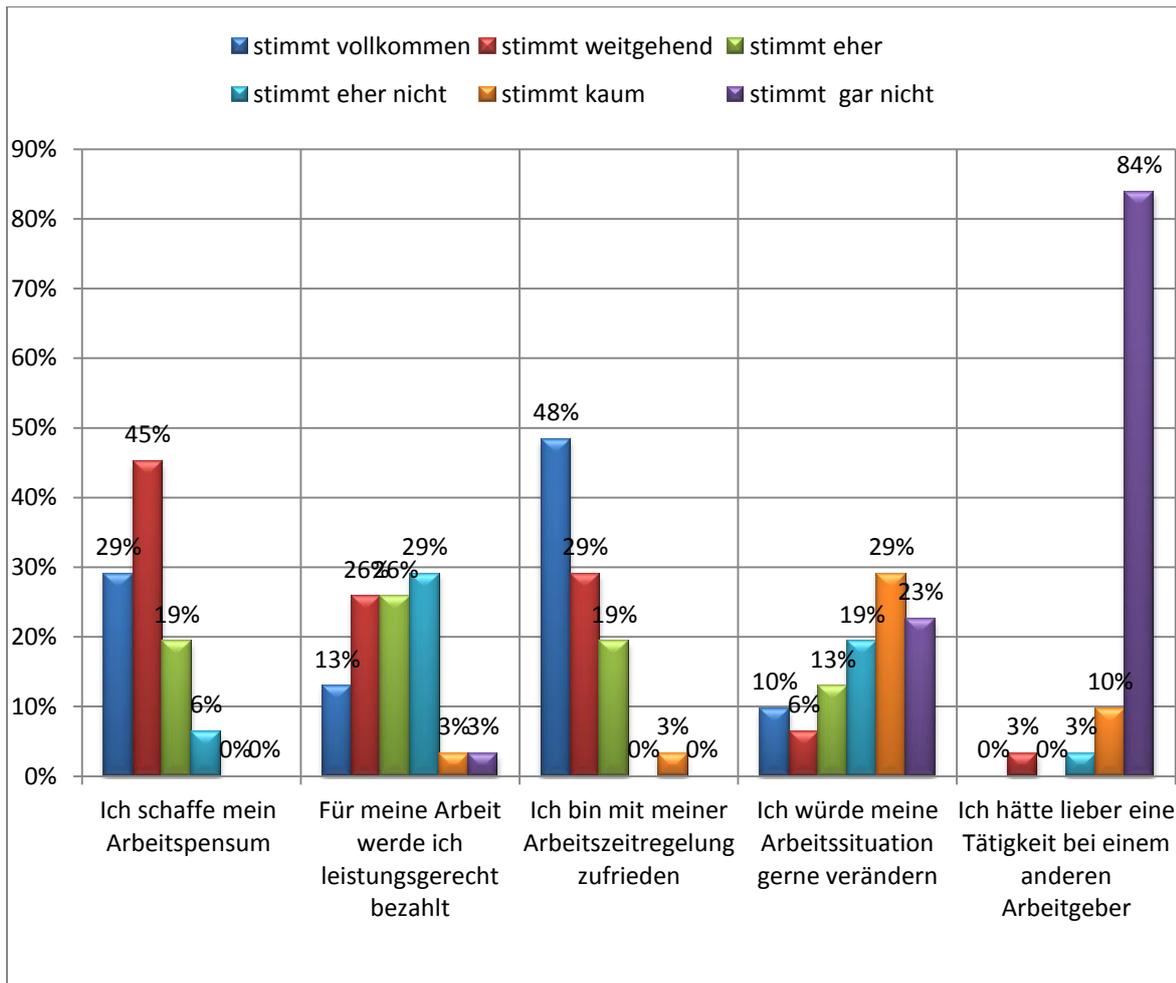


Tabelle 3: Arbeitsanforderung Arbeitgeber

Informationsgewinn

94 % der Mitarbeiter geben an ihr Arbeitspensum im Großen und Ganzen zu schaffen. Für 6 % der MA trifft dies eher nicht zu. 65 % der Mitarbeiter sind mit der Entlohnung voll bis eher zufrieden, 35% geben an eher nicht leistungsgerecht entlohnt zu werden. Bei der Arbeitszeitregelung zeigen sich 97% der Mitarbeiter voll bis eher zufrieden, lediglich 3 % geben an das dies kaum zutrifft. 29% würden gern ihre Arbeitssituation verändern, jedoch würden derzeit nur 3 % der Mitarbeiter/Innen lieber bei einem anderen Arbeitgeber tätig sein. Zusammenfassend kann zu dieser Unterkategorie gesagt werden, dass sich die Mitarbeiter im Betrieb wohl fühlen und mit den Arbeitsanforderungen zurechtkommen. Die niedrige Fluktuationsrate im Seniorenzentrum Völkermarkt spiegelt dieses Ergebnis der Befragungen wieder.

Führungsebene/Pflegedienstleitung

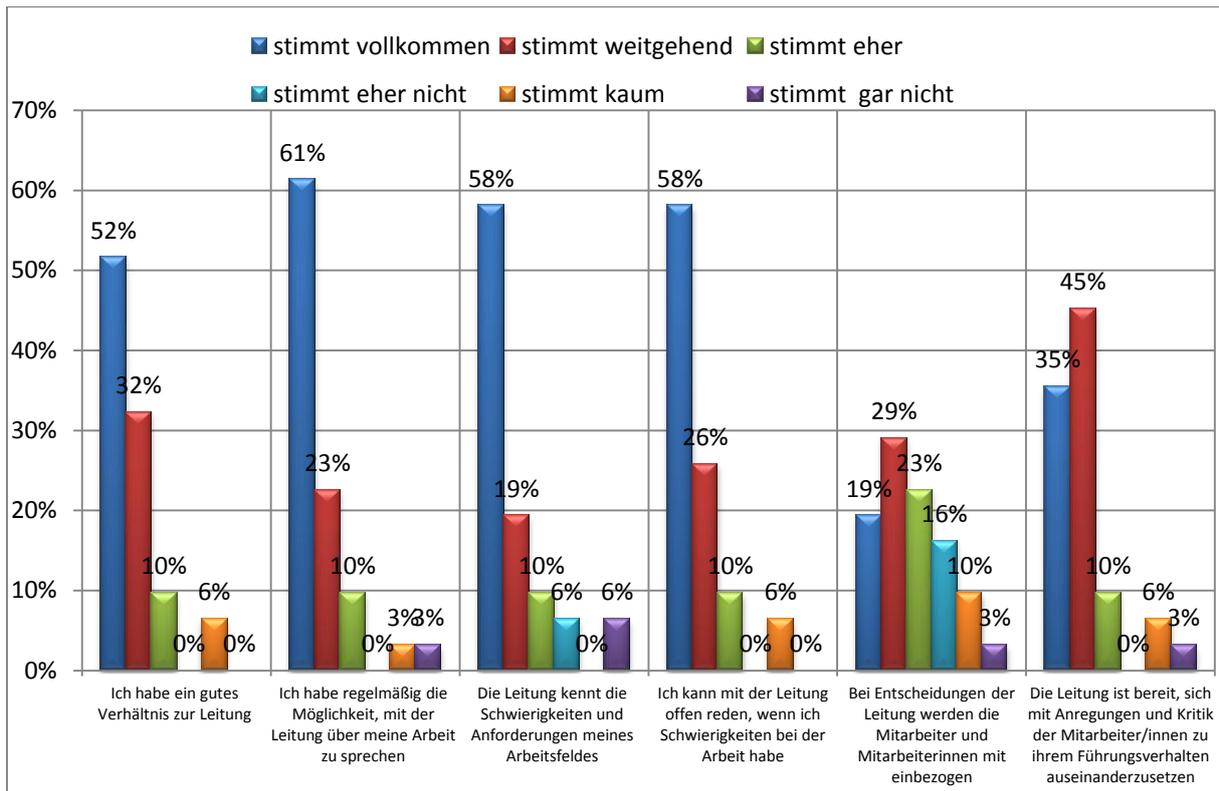


Tabelle 4: Führungsebene/Pflegedienstleitung

Informationsgewinn:

94% der Befragten Mitarbeiter/Innen geben an, ein eher bis sehr gutes Verhältnis zur Pflegedienstleitung (PDL) zu haben. Ebenfalls 94 % können regelmäßig mit der PDL über ihre Arbeit sprechen und bei Schwierigkeiten ist eine offene Gesprächsführung möglich. 6% geben an weder ein gutes Verhältnis zu haben noch mit der PDL sprechen zu können. 88 % der Mitarbeiter/Innen geben an, dass die PDL die Anforderungen und die Schwierigkeiten des Arbeitsumfeldes kennt, 12 % sind davon eher bis gar nicht überzeugt. 71 % sind der Meinung, dass sie bei Entscheidungen der PDL, zum Großteil mit einbezogen werden. 29% können diese Meinung nicht vertreten. Wiederum 94% der Mitarbeiter geben an, dass die PDL bereit ist, sich mit Anregungen und Kritik zu ihrem Führungsstil auseinander zu setzen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass im Seniorenzentrum Völkermarkt die Zufriedenheit mit der direkten Vorgesetzten als sehr hoch einzustufen ist und sich ein partizipativer Führungsstil erkennen lässt.

Team/Kollegialität

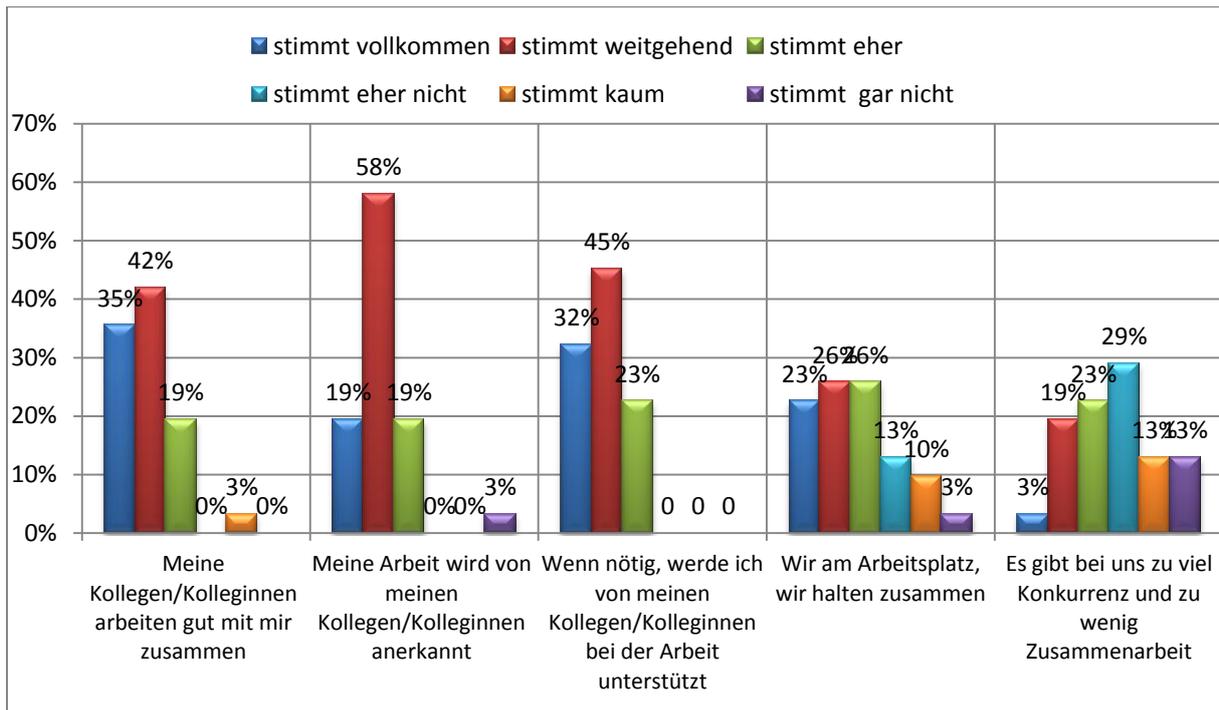


Tabelle 5: Team/Kollegialität

Informationsgewinn:

97% der Mitarbeiter/Innen geben an gut miteinander zu arbeiten und Anerkennung von den Kollegen/Innen für Ihre Leistungen zu erhalten. Ebenso viele Mitarbeiter/Innen sind sprechen sich für einen guten Zusammenhalt im Team aus. 100% der Mitarbeiter/innen erhalten Unterstützung bei ihrer Arbeit wenn es nötig ist. Jedoch meinen 45% das es ein hohes Konkurrenzdenken gibt. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sich die Mitarbeiter kollegial verhalten und das Team als solches einen hohen Stellenwert hat. Im Widerspruch dazu steht das Konkurrenzdenken deren Ursachen sich in den Antworten der nachfolgenden Fragen finden lassen.

8.3.2 Auswertung spezieller Teil

Die beiden nachfolgenden Hybridfragen Fragen werden im Anschluss an die Graphiken zusammengefasst interpretiert.

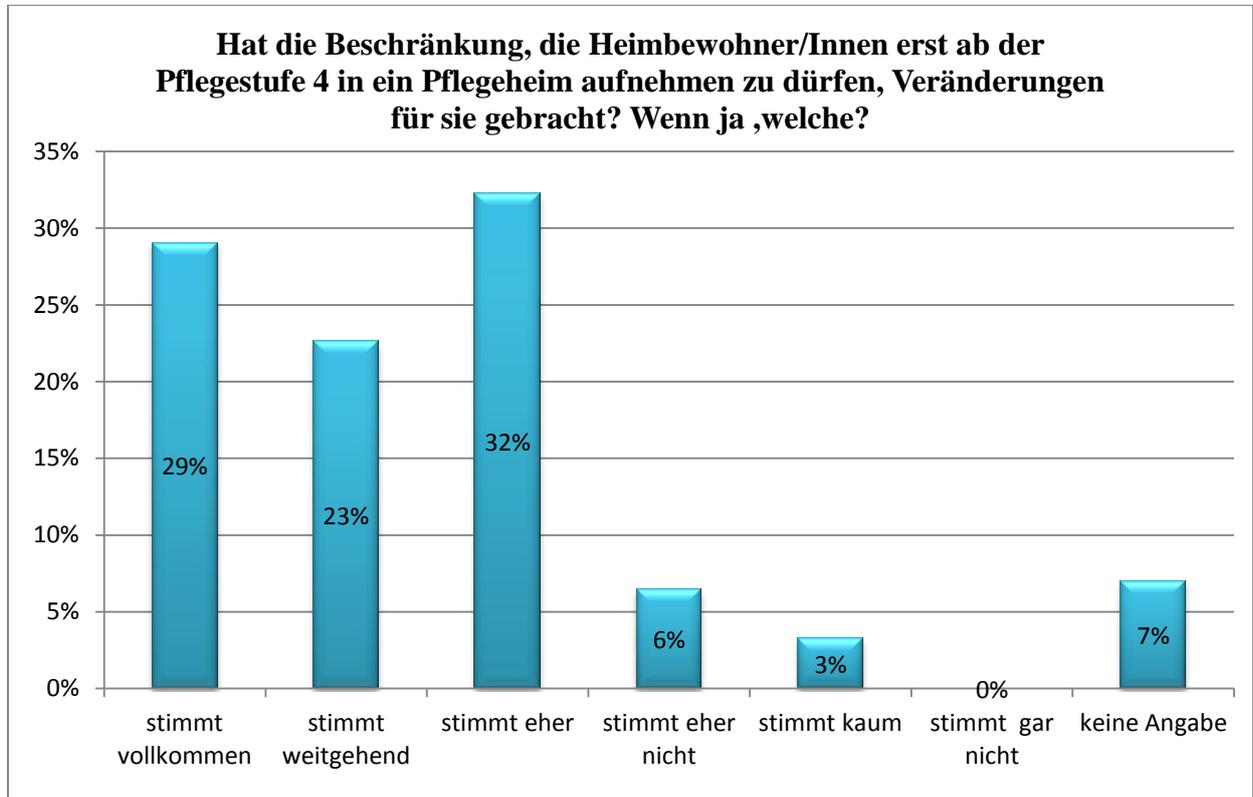


Tabelle 6: Auswirkungen durch die Novelle der Kärntner Heimverordnung

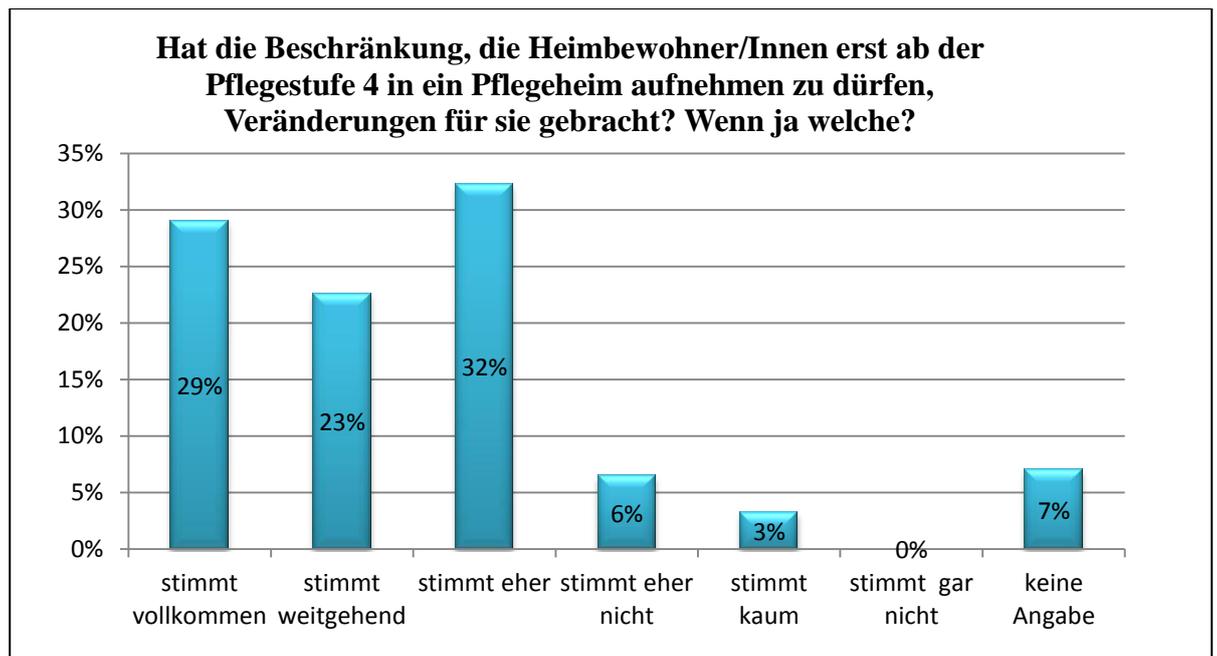


Tabelle 7: Auswirkungen der Aufnahmebeschränkung ab Pflegestufe 4

8.3.2.1 Auswirkungen aus der Novellierung der Kärntner Heim Verordnung aus der Sicht der Mitarbeiter/Innen

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich durch Änderung der Qualifikation und der Aufnahmebeschränkung das Arbeitspensum erhöht hat. Die DGKS/P stehen unter einem höheren Zeitdruck und tragen mehr Verantwortung für eine höhere Bewohner/Innenanzahl verbunden mit immer höher werdenden Druck, da der Tag und Nachtdienst nur mehr mit einer/m Diplom Gesundheits- und Krankenschwester/Pfleger (DGKS/P) besetzt werden kann, um sicherzustellen das 24 Stunden am Tag eine Fachkraft vor Ort ist.

Bei den DGKS/P hat sich der Administrationsaufwand deutlich erhöht, da der Aufgabenpool auf weniger DGKS/P neu aufgeteilt wurde, der Stresspegel ist gestiegen. Die DGKS/P vermischen die direkte Arbeit am Pflegebett. Weiters sehen sie die Aufrechterhaltung der hohen Qualität im Haus gefährdet. Die Pflegehilfe (PH, alle Berufsgruppen der Pflegehilfe zusammengefasst) und die Heimhilfe (HH) sehen die Auswirkungen vor allen im gestiegenen Pflegeaufwand, Verantwortlichkeit und den dadurch entstandenen Zeitdruck. Ein weiterer Faktor ist die hohe physische und psychische Belastung des Pflegepersonals aufgrund der Multimorbidität der Heimbewohner/Innen. Die Sorge um den Arbeitsplatz zeigt sich in allen Berufsgruppen.

8.3.2.2 Vorteile der Bezugspflege aus der Sicht der Mitarbeiter/Innen

Zusammenfassende Interpretation

Die Angaben sind bei allen Berufsgruppen ähnlich. Die klaren Vorteile sind die sehr gute Kenntnis über die Heimbewohner für die man die Bezugspflegeperson ist. Das Pflegepersonal kann individuell auf die Bedürfnisse der Heimbewohner/Innen eingehen, kennt die Angehörigen und arbeitet gut mit diesen zusammen, es entsteht eine familiäre Atmosphäre die von Achtung, Wertschätzung und Vertrauen gekennzeichnet ist. Veränderungen den/r Bewohner/In betreffend werden schneller erkannt und man gezielter und rascher handeln. Missverständnisse kommen seltener vor und Arbeitsabläufe sind nach der Kennenlernphase, routinierter und gehen leichter von der Hand. Die Überschaubarkeit für eine kleinere Gruppe von pflegebedürftigen Personen ist besser gegeben. Ein weiterer Pluspunkt ist, dass man die Arbeitsweise und Eigenheiten der Kollegen in seinem Bereich kennt und ein guter Informationsfluss gegeben ist.

8.3.2.3 Nachteile der Bezugspflege aus der Sicht der Mitarbeiter/Innen

Zusammenfassende Interpretation

Als Nachteil der Bezugspflege wird seitens der DGKS/P die schwierigere Dienstplan- und Urlaubsplangestaltung genannt (4 Bezugspflegebereiche statt der früheren Aufteilung in 2 Stockwerke), ebenso wie Ersatz bei Ausfällen wie z.B. Krankenstände zu finden, da die Mitarbeiter/Innen jetzt auf ihren Bereich fixiert sind und die Flexibilität nachgelassen hat.

Andere Mitarbeiter sehen den Hauptnachteil darin, von den Heimbewohner/Innen und Angehörigen zu sehr vereinnahmt zu werden und die professionelle Distanz schwindet. Die sinkende Kollegialität unter den Mitarbeitern (Aufteilung eines Ganzen Teams in 4 Bezugspflegeteams, jeder fühlt sich nur für seinen Bereich zuständig), wird ebenso genannt, wie die fehlende Erholung durch Abwechslung.

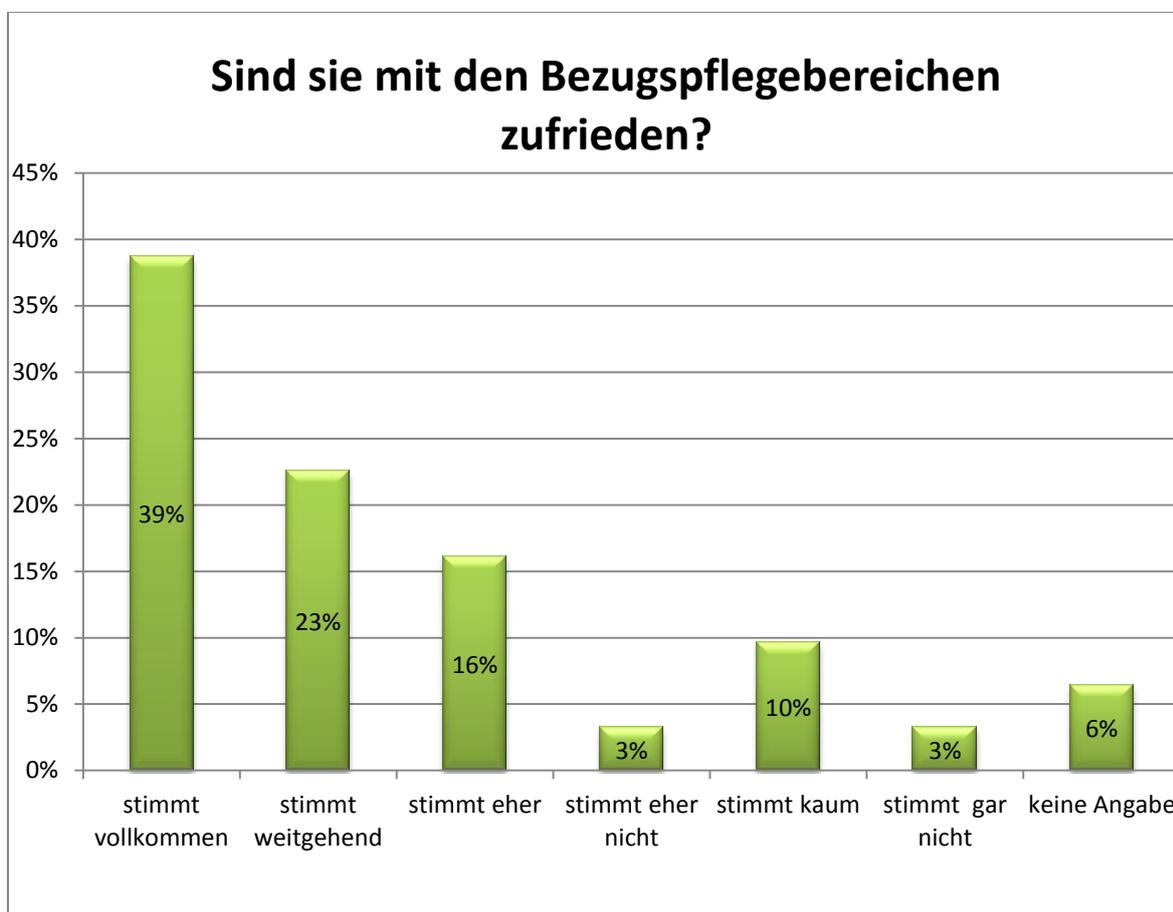


Tabelle 8: Zufriedenheit mit den Bezugspflegebereichen

78% der Mitarbeiter/innen sind mit den Bezugspflegebereichen vollkommen bis eher zufrieden, d.h. ein Großteil der Mitarbeiter/Innen können sich mit den Bezugspflegebereichen identifizieren. 16% sind eher nicht bis gar nicht zufrieden und 6% haben dazu keine Angaben gemacht.

8.3.2.4 Nachteile bzw. Gründe für die Unzufriedenheit mit den Bezugspflegebereichen aus der Sicht der Mitarbeiter/Innen

Zusammenfassende Interpretation

Hauptgründe dafür sind neben den, oben genannten Nachteilen der Bezugspflege, der Verlust der Gesamtübersicht der sich im Haus befindenden Heimbewohner/Innen. Ebenso der Verlust der professionellen Distanz, das Konkurrenzdenken unter den 4 Bezugspflegebereichen und die schwindende Flexibilität der Mitarbeiter /Innen. Für die DKGS/P ist es sehr schwierig die Bezugspflege zu leben da sie immer wenn sie im Dienst sind, die Verantwortung für die gesamten Abläufe im Haus tragen. Ebenso sind einige Mitarbeiter/Innen der Meinung, dass ein gelegentlicher Wechsel des Bereiches erfrischend und erholend wirken würde und neue Perspektiven aufwerfen könnte.

8.3.2.5 Wünsche und Vorschläge zur Optimierung der Bezugspflege aus der Sicht der Mitarbeiter/Innen

Die Mehrheit der Mitarbeiter/Innen gaben an, sich mehr Zeit für ihre Tätigkeiten und mit dem Umgang der Heimbewohner/Innen zu wünschen und zu brauchen. Pflegeferne Tätigkeiten sollten so gut als möglich ausgelagert werden. Eine Mehrfachnennung besteht auch nach dem Ruf von mehr Fachpersonal, die HH sollte zusätzlich eingeteilt werden und pro Stockwerk sollte eine DGKS/P im Tagdienst sein. Unter den DGKS kam die Nennung zur Einstellung einer Bürofachkraft (Arzthelferin) die den pflegefernen Bereich der Administration erledigt (Terminvereinbarungen, ...). Mehrfach wird die Wiedereinführung der 2 Bereiche als Optimierungsmaßnahme genannt, aber auch Supervision und Teamcoaching wurden vorgeschlagen.

8.3.3 Vergleich zur früher gelebten Bereichspflege.

Trotz der genannten Nachteile ist die Resonanz zur Einführung der Bezugspflege mit den 4 Bezugspflegebereichen eine positive. 78 % sind mit diesem Bewohner/Innenorientierten Pflegesystem sehr bis eher zufrieden. Die Mitarbeiter/innen arbeiten autonomer und eigenständiger. Früher wurde die Angehörigenbetreuung vorwiegend vom diplomierten Fachpersonal übernommen. Nun ist jeder bemüht, sich selbst um die ihm/r zugeteilten Bewohner/Innen und deren Angehörigen zu kümmern. Zudem wurden die Angehörigen als neuer Partner in der Betreuung entdeckt Die individuelle Betreuung im Rahmen des Möglichen steht nun im Vordergrund, der Biographiearbeit wurde ein höherer Stellenwert eingeräumt, ebenso wie dem gegenseitigen Vertrauen und der Wertschätzung.

9 ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT

Der anfängliche Misstrauen, der mit der Einführung der Bezugspflege und den Aufteilungen in die 4 Bezugspflegebereiche einherging, wurde durch multiple Faktoren die Zeitgleich auftraten, beeinflusst. Der Wechsel der Pflegedienstleitung, die veränderten Rahmenbedingungen durch die Kärntner Heimverordnung und zum Teil fehlende Informationen hatten zur Folge das die Unsicherheit und der Unmut der Pflegepersonals auf die Bezugspflege projiziert wurde. 78% der Mitarbeiter befürworteten die nun gelebte Bezugspflege. Mit der prozentuelle Neuaufteilung der Qualifikationen und die Aufnahmebeschränkung ab Pflegestufe 4 änderte sich auch das Klientel, Mehr Multimobiditäten und ein höherer Pflegeaufwand waren die Folge. Bei den DGKS/P ist es durch die Novellierung der Kärntner Heimverordnung zu den meisten negativen Veränderungen gekommen. Weniger DGKS mussten sich die Arbeit untereinander aufteilen, der Stresspegel ist gestiegen da sich nur mehr ein/e DGKS/P im Dienst befindet. Ein weiteres Problem ergab sich durch das beginnende Konkurrenzdenken zwischen den 4 Bereichen und den damit entstandenen Konflikten.

Dennoch kamen die Vorteile der Bezugspflege mit den Bezugspflegebereichen und den dazugehörigen Bezugspflegeteams klar zum Ausdruck. Die jeweiligen Bezugspflegepersonen kennen „ihre Heimbewohner/Innen“ sehr gut. Sie kennen die Eigenheiten, Bedürfnisse, das soziale Umfeld und können individuell darauf eingehen. Veränderungen den/r Bewohner/In betreffend (physisch und psychisch) werden schneller erkannt und dadurch ist eine schnellere Reaktion darauf möglich. Bewohner/Innen und dessen Angehörige haben eine kontinuierliche Ansprechperson und der Umgang miteinander ist von Vertrauen und gegenseitigen Respekt gezeichnet. Der Biographiearbeit wird nun ein höherer Stellenwert beigemessen. Wertigkeiten haben sich verlagert, es wird der/die Heimbewohner nicht nur aus medizinischer Sicht gesehen sondern in erster Linie wird der Mensch, der sich dahinter verbirgt gesehen.

Kleinere überschaubare Bereiche, routiniertere Arbeitsabläufe und Kenntnisse über die Arbeitsweise der Mitarbeiter sind ein weiterer positiver Aspekt der Implementierung der Bezugspflege mit den Bereichen und den Teams.

Dennoch haben einige Mitarbeiter/Innen Probleme mit der professionellen Distanz und lassen sich von den Heimbewohner/Innen und Angehörigen zu sehr vereinnahmen. Daraus resultierte eine Fortbildungsmaßnahme zur Stressbewältigung und Abgrenzung die bereits geplant ist. Dem Manko, der fehlenden bzw. falschen Informationen, wurde mit einer Fortbildungsmaßnahme zur Bezugspflege gegengesteuert.

Um Konfliktreiche Situationen künftig besser begegnen zu können, ist bereits ein Teamcoaching geplant. Mit den veränderten Rahmenbedingungen und dem intensiven Beschäftigen mit dem Thema Bezugspflege, stellt sich durch mehrere Diskussionen mit den Mitarbeiter/Innen heraus, dass das bis jetzt angewendete Pflegemodell nicht mehr Zeitgemäß bzw. für das jetzige Klientel nicht mehr passend ist. Deshalb wird derzeit intensiv recherchiert welches Pflegemodell zum Haus, dessen Bewohner/Innen und den Mitarbeitern passt.

Die Tendenzen gehen in ein Erlebnis- und Bewohner/Innenorientiertes Modell. Dieses beim Namen zu nennen ist aus dem jetzigen Stand noch nicht möglich, da viele Faktoren die Entscheidung beeinflussen.

10 LITERATURVERZEICHNIS

Altenpflege Heute: Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung. Mit dem Plus im Web., Urban&Fischer 2010.

Bücker T.: Teamorganisation mit Primary Nursing: Ein systemischer Organisationsentwicklungsansatz im Krankenhaus, Schülersche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Hannover 2006.

Dibelius O./Uzarewicz C.: Pflege von Menschen höherer Lebensalter, 1. Auflage, Kohlhammer W. GmbH, Stuttgart 2006.

Kärntner Heimverordnung, LGBI. Nr. 40/2005, II. Abschnitt - Pflegeeinrichtungen, §24 Pflegerische und soziale Betreuung.

Leoni-Scheiber C.: Der angewandte Pflegeprozess, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2004.

Schlettig J., von der Heide U.: Bezugspflege, 2., korrigierte Auflage, Berlin; Heidelberg; New York; London; Paris; Tokyo; Hong Kong; Barcelona; Budapest, Springer Verlag 1995.

Stuhl T.: Primary Nursing in der stationären Altenpflege, Hannover, Schülersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2006.

Weiss-Fassbinder S./Lust A.:GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 6 Auflage idF der Novelle 2009,Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung Wien2010.

Mayer H.:Pflegeforschung, Elemente und Basiswissen, 2. Überarbeitete Auflage, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG 2001.

Internetquellen

<http://www.seniorenzentrum.cc/30-0-Wissenswertes.html>, 27.04.2012, 9:00.

http://www.pflegedienst-wassmus.de/mediac/400_0/media/a29718.000-1_big.gif, 17.07.2012, 13:50

11 ANHANG

11.1 Fragebogen Heimbewohner



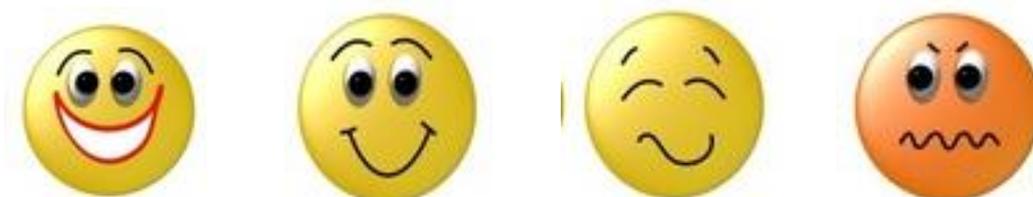
Seniorenzentrum Völkermarkt
Nibelungenstraße 26
9100 Völkermarkt

BewohnerInnenbefragung 2012 zum Thema Bezugspflege

Sehr geehrte Bewohnerinnen und Bewohner!

Wir führen in unserem Haus eine Befragung über die Zufriedenheit der Bewohner nach der Einführung der Bezugspflege durch und in diesem Zusammenhang bitten wir Sie höflich die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Über Verbesserungsvorschläge, Anregungen und Wünsche freuen wir uns sehr. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und streng vertraulich behandelt und nicht an das Pflegepersonal weitergeleitet.



Geschlecht:

weiblich

männlich

1.) Alter:

< 60 Jahre	60- 80 Jahre	> 80 Jahre

2.) Wie lange wohnen sie schon in unserem Haus?

< ½ Jahr	> ½ Jahr	> 1 Jahr

3.) Haben sie in den letzten Monaten Veränderungen wahrgenommen?

ja sehr viele 	einige 	weniger 	keine 

4.) Was hat sich für sie geändert?

Wie zufrieden sind sie mit der Einteilung des Personals in die Bezugspflegebereiche?

sehr zufrieden 😄	zufrieden 😊	weniger zufrieden 😐	unzufrieden 😞

5.) Wie zufrieden sind sie mit der Zuteilung des Pflegepersonals in ihrem Wohnbereich?

sehr zufrieden 😄	zufrieden 😊	weniger zufrieden 😐	unzufrieden 😞

6.) Sehen sie Vorteile darin, das ein fixes Pflegeteam die Betreuung in ihrem Bereich übernimmt?

ja sehr viele 😄	einige 😊	weniger 😐	keine 😞

Welche Vorteile ?

7.) Gibt es auch Nachteile?

ja sehr viele 	einige 	weniger 	keine 

Welche Nachteile?

8.) Kennen sie ihre Bezugspersonen?

ja	nein

9.) Wie zufrieden sind sie mit ihren Bezugspersonen?

sehr zufrieden 	zufrieden 	weniger zufrieden 	unzufrieden 

10.) Fühlen sie sich von den Bezugspflegepersonen verstanden, bzw. gehen sie auf ihre Bedürfnisse ein?

ja, sehr 	gut 	weniger 	gar nicht 

11.) Was würden sie sich noch von ihren Bezugspflegepersonen wünschen?

DANKE für Ihre Bemühungen.

Dieser Fragebogen gibt uns die Möglichkeit, die Qualität in der Pflege und Begleitung zu Ihrem Wohle zu verbessern und kontinuierlich zu steigern.

11.2 Fragebogen Mitarbeiter/Innen

Mitarbeiterfragebogen zur Evaluierung der Implementierung der Bezugspflege.2012

Liebe/r MitarbeiterIn!

Im Rahmen meiner Ausbildung mache ich eine Evaluierung der Bezugspflege.

Um diese Evaluierung durchführen zu können habe ich einen Fragebogen erstellt.

Um ein gesamtes Bild zu erhalten möchte ich mögliche Einflussfaktoren erheben die sich auf die Arbeit auswirken.

Der Fragebogen enthält Aussagen und Feststellungen zu verschiedenen Bereichen.

Ich möchte Sie bitten, zu entscheiden, in welchem Ausmaß diese für Sie zutreffen.

Beispiel:

Mir gefällt meine Arbeit

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht
		X			

Wenn Sie z.B. der Meinung sind, das dieser Satz über Ihre Arbeit eher stimmt, setzen Sie Ihr Kreuz bitte wie oben gezeigt. Platz für Kommentare ist in den leeren Zeilen.

Natürlich können mit diesen Fragen nicht alle Besonderheiten Ihrer persönlichen Situation berücksichtigt werden. Vielleicht treffen deshalb einige nicht so gut auf Sie zu. Kreuzen Sie trotzdem die Antwortstufe an, die für Sie am ehesten zutreffen kann.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Lassen Sie sich für die Beantwortung genügend Zeit. Bitte nur ein Kreuz pro Aussage.

Nachdem Sie den Fragebogen - einschließlich der Kommentare - ausgefüllt haben, geben Sie diesen bitte bis zum

14. Mai 2012

zurück (In die dafür vorbereitete Box im Aufenthaltsraum).

Die Angaben in diesem Fragebogen werden streng vertraulich und anonym gehandhabt. Bitte keinen Namen angeben!

Bei Unklarheiten oder Unsicherheiten über die Mitarbeiterbefragung oder das Ausfüllen des Fragebogens stehe ich für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Im Rahmen einer Teambesprechung erhalten sie die Auswertung dieses Fragebogens.

Vielen Dank für Ihre Beteiligung!

Michaela Rossbacher

Allgemeine Fragen zur Arbeit und zum Arbeitsumfeld

Ihre Profession

DGKS	PH, FSB, AFB	HH

1. Mir gefällt meine Arbeit

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

2. Meine Arbeit belastet mich stark

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

3. Meine Arbeit belastet mein Familien bzw. Privatleben sehr stark

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

4. Meine Arbeit ist sinnvoll und Interessant

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

5. Ich bin stolz auf meine Arbeit

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

6. Meine Arbeit erfordert von mir Einfallsreichtum

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

7. Ich habe eine Arbeit mit großer Verantwortung

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

8. Ich kann meine Arbeit ausreichend nach meinen Vorstellungen durchführen

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

9. Mein Arbeitsplatz bietet mir die Möglichkeit, qualifizierte Arbeiten zu übernehmen

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

1. Ich schaffe mein Arbeitspensum

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

2. Ich bin entsprechend meiner Fähigkeiten eingesetzt

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

3. Für meine Arbeit werde ich leistungsgerecht bezahlt

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

4. Ich bin mit meiner Arbeitszeitregelung zufrieden

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

5. Meine Arbeit ist „stressig“

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

6. Ich würde meine Arbeitssituation gerne verändern

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

7. Ich hätte lieber eine Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

8. Ich habe ein gutes Verhältnis zur Leitung

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

9. Ich habe regelmäßig die Möglichkeit, mit der Leitung über meine Arbeit zu sprechen

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

10. Die Leitung kennt die Schwierigkeiten und Anforderungen meines Arbeitsfeldes

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

11. Ich kann mit der Leitung offen reden, wenn ich Schwierigkeiten bei der Arbeit habe

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

12. Bei Entscheidungen der Leitung werden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit einbezogen

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

13. Die Leitung ist bereit, sich mit Anregungen und Kritik der Mitarbeiter/innen zu ihrem Führungsverhalten auseinanderzusetzen

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

14. Meine Kollegen/Kolleginnen arbeiten gut mit mir zusammen

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

15. Meine Arbeit wird von meinen Kollegen/Kolleginnen anerkannt

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

16. Wenn nötig, werde ich von meinen Kollegen/Kolleginnen bei der Arbeit unterstützt

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

17. Wir am Arbeitsplatz, wir halten zusammen

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

18. Es gibt bei uns zu viel Konkurrenz und zu wenig Zusammenarbeit

stimmt vollkommen	stimmt weitgehend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt kaum	stimmt gar nicht

Spezifische Fragen

1. Hat der geänderte Personalschlüssel lt. der Novelle der Kärntner Heimverordnung Auswirkungen auf ihre Arbeit?

Trifft sicher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft kaum zu	trifft gar nicht zu

Wenn es weitgehend oder sicher zutrifft, welche?

2. Hat die Beschränkung, die Heimbewohner/Innen erst ab der Pflegestufe 4 in ein Pflegeheim aufnehmen zu dürfen, Veränderungen für sie gebracht?

Trifft sicher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft kaum zu	trifft gar nicht zu

Wenn es weitgehend oder sicher zutrifft, welche?

Fragen zur Bezugspflege

1. Welche Vorteile sehen sie in der Bezugspflege?

2. Welche Nachteile sehen sie in der Bezugspflege?

3. Sind sie mit den Bezugspflegebereichen zufrieden?

Trifft sicher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft kaum zu	trifft gar nicht zu

Wenn eher nicht, kaum oder gar nicht , Weshalb?

Was hat sich mit der Einführung der Bezugspflegebereiche für Sie geändert?

4. Was würden sie brauchen um mit den Gegebenheiten besser umgehen zu können?

5. Welche Verbesserung,- bzw. Optimierungsmaßnahmen schlagen sie vor?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

11.3 Antworten aus den Hybrid und offenen Fragen

Detaillierte Antworten zu den offenen Fragen des Speziellen Teiles der Mitarbeiterbefragung nach Berufsgruppen:

Welche Auswirkungen der geänderte Personalschlüssel/Qualifikation It.Kärntner Heimverordnung auf ihre Arbeit?

DGKS/P:

- Mehr Facharbeit, weniger Zeit beim Heimbewohner/In
- sinkende Qualifikation
- größerer Verantwortungsbereich für jede DGKS/P ,da DGKS/P reduziert wurden
- größerer Zeitaufwand für Administration
- Wertigkeit hat sich verlagert

HH (Heimhilfen):

- Hoher Druck da gleiche Tätigkeiten von weniger Fachpersonal gemacht werden muss
- Weniger Zeit für den einzelnen Heimbewohner/In, da die notwendige Zeit fehlt.

PH:(alle berufsgruppen der Pflegehilfe zusammengefasst)

- Angst um den Arbeitsplatz (Qualifikation könnte nochmals gesenkt werden)
- Wenn man mit DGKS im Bereich Dienst hat, ist die PH oft allein auf Station da DGKS für das ganze Haus Verantwortung trägt
- zu wenig DGKS/P
- Wir haben sehr gute HH, diese dürfen aber aufgrund ihrer Qualifikation nicht alles machen, = Mehrarbeit für PH, dadurch hoher Zeitdruck
- Weniger Zeit für den einzelnen Heimbewohner/In
- höheres Arbeitspensum
- zu wenig Zeit für Heimbewohner/Innen

Ohne Angabe der Berufsgruppe:

- Mehr Aufgabenbereiche
- Hohe Qualität ist fast nicht mehr aufrecht zu erhalten
- Mehrarbeit

- mehr Verantwortung für alle Berufsgruppen
- nur mehr 1 DGKS/P im Tagdienst – längere Wartezeiten wenn etwas von der DGKS gebraucht wird
- Überforderung der DGKS
- Professionalität und Qualifikation sinkt
- Hohe Qualität ist fast nicht mehr aufrecht zu erhalten
- Mehrarbeit
- mehr Verantwortung für alle Berufsgruppen
- nur mehr 1 DGKS/P im Tagdienst – längere Wartezeiten wenn etwas von der DGKS gebraucht wird
- Überforderung der DGKS
- Professionalität und Qualifikation sinkt

Welche Auswirkungen hat die Beschränkung, die Heimbewohner/innen erst ab der Pflegestufe 4 in ein Pflegeheim aufnehmen zu dürfen auf ihre Arbeit?

DGKS:

- weniger Heimbewohner/Innen - Sorge um Arbeitsplatz
- höherer Pflegeaufwand bei niedrigerer Qualifikation und gleichbleibenden Personalstand
- kaum mobile oder teilmobile Heimbewohner/Innen
- niedrigere Verweildauer der Heimbewohner/Innen verbunden mit höheren Administrationsaufwand
- nicht ausgelastete Betten (Sorge um Arbeitsplatz)
- hohe physische und psychische Belastung des Pflegepersonals aufgrund der Multimorbidität der Heimbewohner/Innen

HH:

- fehlende Qualifikation / Ausbildung
- Zeitdruck

PH:

- höherer Pflegeaufwand (8X genannt)
- weniger Zeit für den einzelnen Heimbewohner/In (6X genannt)

- mehr benötigte Hilfsmittel wie z.B. Lifter und dergleichen
- keine ausgelasteten Betten, Sorge um Arbeitsplatz
- schlechter Gesundheitszustand der Heimbewohner/Innen

Ohne Angabe der Berufsgruppe:

- mehr Arbeit (4x genannt)
- mehr Verantwortung (2x genannt)
- höherer Pflegeaufwand (4x genannt)
- mehr spezielle Pflegemaßnahmen
- mehr Stress
- Zeitdruck/ Zeitmangel (4x genannt)
- gleichbleibender Personalstand

Welche Vorteile hat die Bezugspflege?

Antworten zusammengefasst:

DGKS:

- routinierterer Arbeits- und Tagesablauf für PH und HH
- HBW hat immer die gleichen Pflegepersonen (mehr Vertrauen)
- Mitarbeiter kennt „ seine Heimbewohner/Innen“ genau
- Mitarbeiter kann besser auf die Heimbewohner/Innen eingehen
- Heimbewohner/Innen freuen sich auf das Pflegepersonal
- Heimbewohner/Innen haben Ansprechperson

HH:

- man kennt den Heimbewohner/Innen sehr gut
- Veränderungen den Heimbewohner/Innen betreffend werden schneller erkannt
- Arbeit ist routinierter, es geht schneller von der Hand
- Man kennt die Arbeitsweise der Kollegen in seinem Bereich
- man muss sich nicht bei so vielen Heimbewohner/Innen sehr gut auskennen
- man ist über „ seine Heimbewohner/Innen“ informierter.

PH:

- intensiver Kontakt zu Heimbewohner/Innen und Angehörigen
- besser Kenntnis der persönlichen Bedürfnisse und persönlicher Bezug (5x genannt)
- Heimbewohner/Innen und Angehörige haben einen Ansprechpartner (3x genannt)

- individuelle Betreuung (10x genannt)
- besserer Informationsfluss
- mehr Achtung, Vertrauen und Verständnis (6x genannt)
- mehr Eigenverantwortung
- bessere Gestaltung des Tages und Arbeitsablaufes
- Veränderungen den Heimbewohner/Innen betreffend werden schneller erkannt
- Heimbewohner/Innen kennen die Pflegepersonen namentlich
- “gelebte Pflege“
- Verantwortung für einen überschaubaren Bereich
- Familiärere Atmosphäre
- keine Streitigkeiten darüber welche Pflegeperson in welchen Bereich seinen Dienst antritt
- keine Vorteile ersichtlich (2x genannt)

Ohne Angabe der Berufsgruppe:

- intensiver Kontakt zu Heimbewohner/Innen und Angehörigen
- man kann besser auf die Bedürfnisse der Heimbewohner/Innen eingehen
- Kenntnis der persönlichen Bedürfnisse der Heimbewohner/Innen
- Viele Vorteile für Heimbewohner/Innen
- Keine Vorteile für das Pflegepersonal (2x genannt)

Welche Nachteile hat die Bezugspflege?

Antworten zusammengefasst:

DGKS:

- Gesamtübersicht für das ganze Haus geht verloren
- schwierigere Dienstplangestaltung
- schwierigere Urlaubsplanung
- starke Belastung der Mitarbeiter bei „aufwendigen Heimbewohner/Innen“
- einige Pflegepersonen sehen nur noch „ihre Heimbewohner/Innen“
- weniger Flexibilität
- Kollegialität hat nachgelassen, da sich jeder/e nur mehr für seinen Bereich interessiert und sieht nicht mehr wenn in anderen Bereichen Hilfe benötigt wird.

- kaum Nachteile (für Heimbewohner/Innen), Kollegialität hängt immer von der Person ab.

HH:

- ab und zu ein Wechsel in einen anderen Bereich wäre manchmal sehr erholend und wirft neue Perspektiven auf

PH:

- bei belastenden Situationen (Heimbewohner/Innen und Angehörige) gibt es kaum eine Möglichkeit sich durch Abwechslung zu Erholen, dadurch höhere psychische Belastung
- Verlust des Gesamtüberblickes vom ganzen Haus, man kennt andere Heimbewohner/Innen nur von der Dienstübergabe
- Heimbewohner/Innen und Angehörige vereinnahmen das Pflegepersonal oft vollkommen(es ist oft schwierig sich abzugrenzen, professionelle Distanz geht leicht verloren).
- Niedrigere Hemmschwelle bei Heimbewohner/Innen und Angehörigen
- Flexibilität geht verloren
- Bereitschaft vom Pflegepersonal in anderen Bereichen auszuhelfen geht verloren.
- Personal wird auseinander dividiert, mehrere kleine Teams und kein Ganzes mehr.
- es gibt keine Nachteile (5x genannt)

Ohne Angabe von Berufsgruppe:

- zu wenig Zeit
- Kenntnis über die anderen Bereiche fehlt
- Überforderung (3x genannt)
- keine Nachteile
- Konkurrenzkampf unter den Bereichen
- Egoismus
- Bei Krankenständen ist es schwieriger einen Ersatz zu finden (weil wenige in einen anderen Bereich gehen wollen)
- sinken der Flexibilität

Wenn sie mit stimmt eher nicht , kaum oder gar nicht geantwortet haben , weshalb?

DGKS:

- kein Gesamtüberblick fürs ganze Haus
- schwierigere Dienstplan- und Urlaubsplanung
- man verliert die anderen Bereiche aus den Augen
- ein Wechsel in den anderen Bereich kann Erholend und Befreiend wirken

HH:

- (keine Nennung von Unzufriedenheit)

PH:

- zu wenig Eigeninteresse sich für andere Bereich zu interessieren

Ohne Angabe von Berufsgruppe:

- kein ganzes Team mehr, sondern mehr kleine
- höhere psychische Belastung- Gefahr der Überforderung
- niedrigere Hemmschwelle bei Heimbewohner/Innen und Angehörigen
- Konkurrenzkampf zwischen den einzelnen Bereichen

Was hat sich mit der Einführung der Bezugspflegebereiche für sie geändert?

DGKS:

Positiv:

- kaum negative Veränderungen wenn man flexibel bleibt

Negativ

- Konkurrenzdenken(2x genannt)
- Neid
- Fehlersuche beim „ Anderen“
- Fehlende Flexibilität
- Immer die gleichen Kollegen_ Spannungen steigen
- Mitarbeiter sehen nur mehr ihren Bereich
- Informationen über alle Heimbewohner/Innen fehlt

HH:

Positiv:

- man weiß jeden Tag wo und mit wen man arbeitet

- mehr Sicherheit da die Bereiche überschaubarer sind
- mehr Interesse daran, seinen Bereich ordnungsgemäß zu hinterlassen

Negativ:

- (keine negativen Äußerungen)

PH: Positiv:

- man kennt die Heimbewohner/Innen in seinem Bereich sehr gut.
- enger und persönlicher Kontakt zu den Heimbewohner/Innen (5x genannt)
- morgendlicher Stress(wer geht wohin) fällt weg (3x genannt)
- Aufbau einer guten Beziehung zwischen Pflegepersonen, Heimbewohner/Innen und Angehörigen (7x genannt)
- man weiß jeden Tag, was einen erwartet (3x genannt)
- effizientere Arbeitsabläufe (2x genannt)
- mehr Eigenverantwortung im positiven Sinn (3x genannt)
- Überschaubarer Bereich, weniger Konflikte (5x genannt)

Negativ:

- Heimbewohner/Innen sind mehr auf das Pflegepersonal fixiert
- das „Nicht kennen“ der anderen Heimbewohner/Innen (3x genannt)
- es hat sich leider noch zu wenig geändert (man muss trotzdem über das ganze Haus Bescheid wissen)
- Teamspaltung
- Konkurrenzdenken zwischen den Bereichen

Ohne Angabe der Berufsgruppe: Positiv:

- (keine positiven Äußerungen)

Negativ:

- Konkurrenzdenken zwischen den Bereichen
- Desinteresse an anderen Bereichen
- schwerer sich abzugrenzen
- Dienstaustausch und Ersatzdienste sind schwieriger zu finden

Was würden sie benötigen um mit den Gegebenheiten besser umgehen zu können und welche Optimierungsmaßnahmen schlagen sie vor?

DGKS:

- mehr Zeit (2x genannt)
- nur 2 anstatt der jetzigen 4 Bereiche
- mehr Fachpersonal (2x genannt)
- 2 Bereiche wie vorher
- Anstellung einer Bürofachkraft (Arzthelferin) für 4 Stunden tägl.von Mo-Fr., die folgende Dinge erledigt: Terminvereinbarungen aller Art den Heimbewohner/In betreffend (z.B. Friseur, Transporte Arzttermine...) sowie Verordnungen der Inkontinenzartikel, Sonden- Nahrungen , Listen ausdrucken, Küchenbestellungen., Biographien eintippen, Heimzeitung und dergleichen gestalten (diese Person könnte sogar gehbehindert sein, da sie ihren Schreibtisch nicht verlassen muss und würde sogar gefördert werden)

HH:

- Bewohner orientierte Beschäftigung (kochen, „ garteln“, alltägliche Aufgaben)
- mehr Zeit

PH:

- Teamcoaching (2x genannt)
- mehr Fachpersonal
- Pflegeschlüssel erhöhen (2x genannt)
- 2 PH und 1 HH pro Bereich
- Pflegeferne Tätigkeiten auslagern
- Pro Stockwerk 1 DGKS
- 2 Bereiche statt 4 (2x genannt),Trennung in 2 Stockwerke (Ersatzdienste sollen aus dem jeweiligen Stockwerk kommen)
- Supervision
- Kommunikation im gesamten Team
- mehr Flexibilität
- Verständnis, Zusammenhalt, Anerkennung der Kollegen
- mehr Zeit (4x genannt)

- öfters den Bereich wechseln (Nord und Süd)
- pflegeferne Tätigkeiten auslagern (Geschirr abräumen, Putztätigkeiten)
- mehr Fachpersonal (HH zusätzlich)
- mehr Eigenverantwortung der Mitarbeiter
- mir gefällt es so wie es derzeit ist

Ohne Angabe der Berufsgruppe:

- Aufhebung der 4 Bereiche, wieder 2 Bereiche wie zuvor