

Mit Autonomie zur Magneteinrichtung

Doris Kazianka-Diensthuber, MAS; Dr. Richard Hennessey; Dr. Ingo Kreyer; Mag. Toni Matosic

Zwei Herausforderungen scheinen derzeit in der Pflege zentral: Wie kann die Versorgungslücke, die für die nächsten Jahrzehnte prognostiziert wird, geschlossen werden? Und wie kann Pflegearbeit so gestaltet werden, dass die Arbeitskräfte nicht ausbrennen oder chronisch krank werden, sondern ihren Dienst am Menschen in hoher Qualität verrichten können?

Beide Fragen sind miteinander verwoben. In unserem Artikel präsentieren wir unsere Antworten an Hand eines Praxisbeispiels und wissenschaftlicher Belege. Als Dreh- und Angelpunkt haben wir die Autonomie in der Pflege identifiziert.

Die Zukunft der Pflege – Autonomie und Kompetenzentwicklung

Aufgrund der demografischen Entwicklung und Veränderungen familiärer Strukturen ist künftig mit einem erhöhten Bedarf an Pflegepersonal zu rechnen. Um ausreichendes, motiviertes und kompetentes Pflegepersonal sicherzustellen, hat die „Reformarbeitsgruppe Pflege“ im Auftrag des Sozialministeriums im Jahr 2013 rund 35 Empfehlungen abgegeben, darunter die beiden Folgenden:

- Pflege- und Betreuungsberufe sollen attraktiver gemacht werden.
- Die hohen Arbeitsanforderungen, insbesondere hohe körperliche Belastungen, Zeitdruck, psychische Belastungen und Stresssituationen sollen reduziert werden. Der steigenden Fluktuation soll Einhalt geboten und die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten erhalten und verbessert werden.

Auch der deutsche Pflegeexperte Friesacher sieht die aktuelle Situation der Pflege durch einen Dauerpflegenotstand sowie hohe Krankenstände gekennzeichnet. In seiner Analyse des Pflegeberufs geht er noch weiter und verleiht der Pflege den Status als „verhinderte“ Profession. Pflege sei

weitgehend fremdbestimmt und werde lediglich als „Heilhilfsberuf“, also ohne besondere Kompetenz, gesehen (vgl. Friesacher, 2013).

Es braucht daher einen grundlegenden Wandel des Pflegeverständnisses. Pflege ist keine Umsetzung von Alltagsroutinen oder das Behandeln von Defiziten, sondern eine höchst anspruchsvolle Dienstleistung, die nur in einer engen und kompetent gestalteten Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten erbracht werden kann. Sie ist gekennzeichnet durch permanente Kompetenzentwicklung sowohl auf Seiten der Pflegenden als auch der Gepflegten, um deren Gesundheit und Lebensqualität zu fördern. Der kompetenzorientierte Ansatz „Bilden statt Behandeln“ hat viele Implikationen für die in der Pflege tätigen Menschen und Institutionen. Einige wollen wir in diesem Artikel – an Hand eines Best-Practice-Beispiels zweier Modelleinrichtungen – skizzieren. Insbesondere die Bedeutung der Autonomie und deren Wirkungen soll dabei ausführlich erläutert werden.

Das Konzept „Worklife Quality“ – die Basic Needs

Um das Lernen in Organisationen zu ermöglichen sollten vier menschliche Grundbedürfnisse, die Basic Needs, auf jeden Fall erfüllt sein.

Autonom zu sein bedeutet, das eigene Tun als frei von inneren und äußeren Zwängen zu erleben (vgl. Deci / Ryan, 2000). Nicht jeder Handgriff ist reguliert oder standardisiert, man entscheidet hingegen selbst und übernimmt dafür die Verantwortung.

Autonomie ist grundlegend für die Befriedigung der drei anderen, mit ihr verflochtenen Basic Needs. Das sind Partizipation, Kompetenzerleben (vgl. Deci / Ryan, 2000) und Sinnhaftigkeit (vgl. Morin / Aranha, 2008). Kompetenzerleben meint, dass man sich als wirksam erlebt. Wenn man sein Handeln als sinnhaft erlebt, dann wird ein weiteres wichtiges Bedürfnis erfüllt. Partizipation bedeutet, gut eingebunden und in Beziehung zu anderen zu sein. Gemeinsam bilden die vier Basic Needs das Konzept der Worklife Quality (WLQ; siehe Abbildung 1).

Können Menschen alle Basic Needs bei Ihrer Arbeit realisieren, dann fühlen sie sich nachweislich wohler

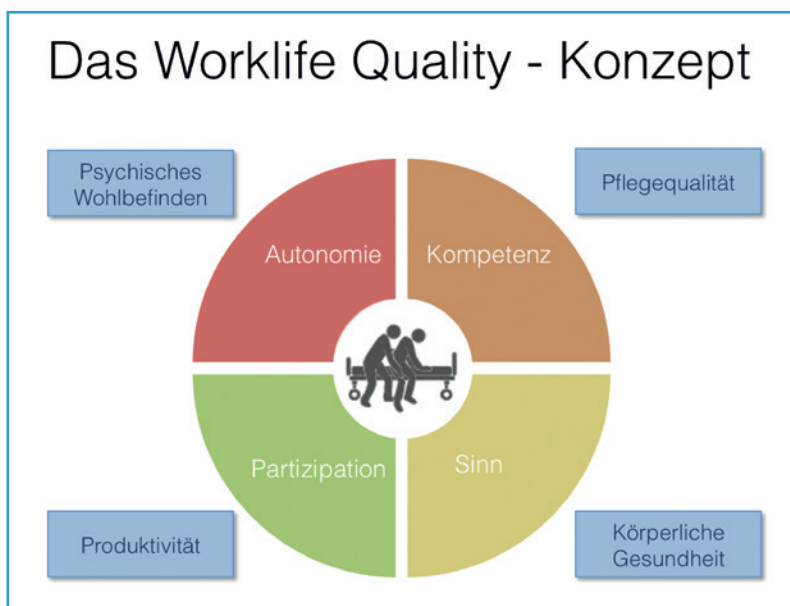


Abbildung 1: Verbesserung der Gesundheit

und gesünder, sie sind motivierter und lernen besser. Die Produktivität von Teams steigt und auch die Pflegequalität wird besser, denn Autonomie und die anderen Basic Needs werden weitergegeben. Wenn Pflegenden mit viel Autonomie pflegen, dann sind sie auch in der Lage, die Basic Needs und damit die Lebensqualität ihrer Klientinnen und Klienten positiv zu beeinflussen. Im negativen Fall führen zu enge Handlungsspielräume bei den Pflegekräften zu einer Verringerung ihrer eigenen Autonomie und zur Beeinträchtigung der Lebensqualität ihrer KlientInnen (vgl. Bundesministerium für Familie, Frauen und Senioren 1998).

Das Kinaesthetics-Bildungsprojekt mit begleitender Evaluation

Die Zielsetzung der Pflegeleitung der Gailtal-Klinik und des Landeskrankenhauses Laas, in die Bildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu investieren, war zunächst deren Gesundheitsentwicklung. Durch den Besuch von Kinaesthetics-Kursen sollten die Pflegekräfte ihre Bewegungskompetenz und ihre körperliche Gesundheit verbessern („Bewegen statt Heben“). Rasch wurde jedoch klar, dass diese Einzelmaßnahmen wie „Tropfen auf einen heißen Stein“ wirkten. Man entschied sich deshalb für die Durchführung eines einjährigen Bildungsprojekts. In einem Kinaesthetics-Bildungsprojekt findet das Lernen nicht im Seminarraum, sondern in der Praxis statt. Gelernt wird sowohl allein als auch mit Kolleginnen und Kollegen und mit den KlientInnen. Jedes Team kann ein Praxisthema frei wählen, das es im Projektzeitraum bearbeiten möchte. Zu den wichtigsten Bildungselementen zählen Umsetzungspläne, regelmäßige Workshops, die Ausbildung eines Trainers / einer Trainerin pro Haus sowie eines Peer Tutoren bzw. Multiplikators pro Station und der Einsatz von Video-Beobachtungen in der täglichen Praxis.

Zusätzlich ließ die Pflegedirektorin das Projekt und seine Wirkungen von Beginn an professionell evaluieren. Zum einen sollten auf diese Weise das Projektteam und die Stationsleitungen bereits während des Projekts Rückmeldungen über die Zielerreichung sowie sinnvolle Unterstützungsangebote erhalten. Zum anderen sollte der Projekterfolg auch nach außen darstellbar und die Erkenntnisse für zukünftige Projekte nutzbar sein.

Die zu erwartenden Wirkungen wurden mit Fragebögen standardisiert bei allen MitarbeiterInnen erfasst. Zusätzlich wurden Interviews und Fokusgruppendifkussionen durchgeführt, um auch überraschende Veränderungen sichtbar zu machen. Eine erste Erfassung wurde zu Projektbeginn durchgeführt, eine zweite am Ende des Projekts.

Gestalten einer Kultur für Lernen und Veränderung

Damit das Lernen in der Praxis erfolgreich ist, pflegte die Leitung konsequent eine „Worklife Quality Kultur“. Die Evaluation macht die Faktoren sichtbar.



UNIVERSITY OF NICOSIA

Upgrade vom Pflegediplom zum Bsc in Nursing

3 Semester (90 ECTS in Lehrveranstaltungen)

Unterrichtsform: Fernlehre
Unterrichtssprache: Deutsch

University of Nicosia
Standort Österreich

Dr. Martin Nechtelberger
Mariahilferg. 37/5, 1150 Wien
phone: +43 1 4067370
mail: nechtelberger.m@unic.ac.cy
web: www.unic-austria.at







Die hohe Autonomie stellte die Ausgangsbedingung für den Erfolg des Lern- und Entwicklungsprozesses dar. Von Beginn an zeichneten sich fast alle Stationen durch eine hohe Autonomie aus: eine hohe Bereitschaft der Leitung, Rahmenbedingungen und Personalressourcen an die Entwicklungsbedürfnisse der MitarbeiterInnen anzupassen.

Was die Partizipation betrifft, konnte die Evaluation zeigen, dass sich die Pflegenden im Laufe des Projekts in ihren Teams immer intensiver austauschten. Sie entwickelten eine gemeinsame Sprache und diskutierten über die unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen. Sie gingen miteinander „in Bewegung“, um gemeinsam Lösungen für Pflegeherausforderungen zu finden (Mobilisierung, Transfers). Die monatlichen Workshops, die Auseinandersetzung mit KollegInnen in den Teambesprechungen sowie die Praxisbegleitung durch Peer Tutoren wurden von den MitarbeiterInnen als besonders hilfreich bewertet.

Kinaesthetics fordert die Anwender heraus zu erklären, wozu sie etwas tun. Die Sinnhaftigkeit von Vorgaben und tradierten Sichtweisen wurde im Projekt laufend hinterfragt. Hilfsmittel, wie der traditionelle „Galgen“, wurden beispielsweise auf fast allen Stationen abgeschafft.

Die Kompetenz der Pflegenden stand im Zentrum des Bildungsprojekts. Die Pflege mit Kinaesthetics brachte es mit sich, dass Pflegekräfte begannen, die Bewegungserfahrung

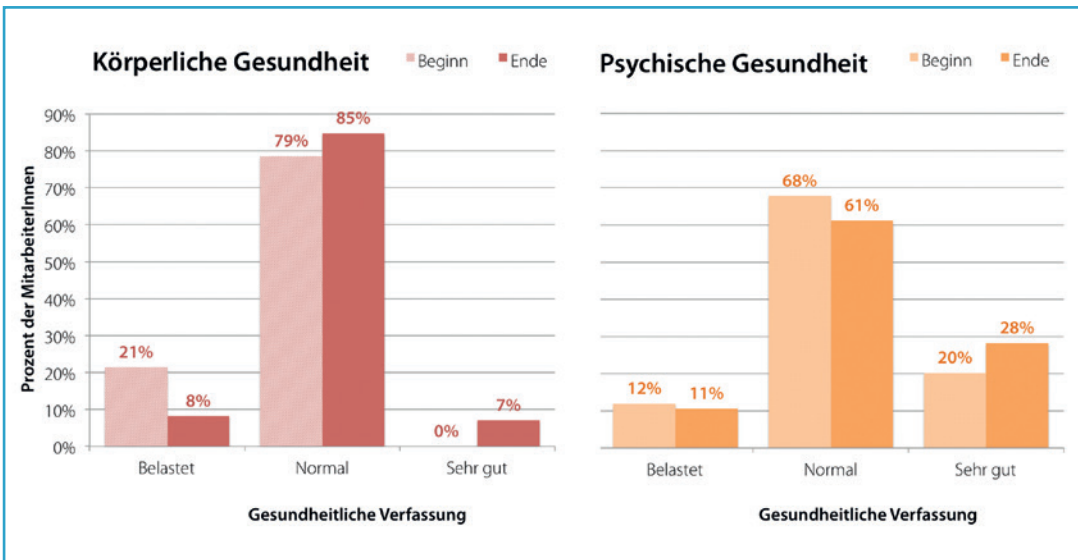


Abbildung 2: Verbesserung der Gesundheit (Fragebogen SF-12, Bullinger)

mit sich und den KlientInnen genauer wahrzunehmen und Wirkungen des eigenen Tuns zu beschreiben. Die Evaluation ergab, dass sich die Beteiligten zunehmend kompetenter und selbstbewusster fühlten und sich mehr zutrauten.

Die Wirkungsanalyse macht die Erfolge des Bildungsprojekts sichtbar

Die subjektive Gesundheit der MitarbeiterInnen zeigte signifikante Verbesserungen der körperlichen Gesundheit im Laufe des Projekts. Immerhin 21 Prozent der Beschäftigten waren zu Projektbeginn körperlich stark belastet. Dieser Prozentsatz konnte auf acht Prozent verringert werden (siehe Abbildung 2). Sieben Prozent hatten zum Projektende sogar eine sehr gute körperliche Gesundheit. Die Gruppe der psychisch sehr Gesunden stieg von 20 auf 28 Prozent an. Die meisten Befragten gaben an, sich bewusster zu bewegen

wurde damit erreicht. Darüber hinaus konnten zahlreiche weitere Wirkungen gezeigt werden.

Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen begann sich im Laufe des Projekts gravierend zu verändern. Das Interesse der Ärztinnen und Ärzte und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten an der neuen Art zu pflegen, stieg stetig an. Der Kompetenzzuwachs in der Pflege wird von den anderen Professionen sehr geschätzt. Man holt sich Tipps von den Pflegenden, kinaesthetische Interventionen werden angeordnet. Die Pflege tritt selbstbewusster auf, man begegnet den anderen Professionen auf Augenhöhe.

Die Wirkungen auf die KlientInnen wurden aus Sicht der MitarbeiterInnen evaluiert. Berichten zufolge schätzten KlientInnen ihre neue Rolle als ExpertInnen für ihre eigene Bewegung, und dass ihnen

mehr Raum und Zeit für Aktivitäten gegeben wurde. Auf technische Hilfsmittel wurde wenn möglich verzichtet. Als Folge spürten sich KlientInnen wieder besser, ihre Selbstständigkeit und die Lebensqualität stiegen an. Auch Angehörige erwarben viele konkrete und individuelle Kompetenzen für die Pflege ihrer Partner, Eltern etc., indem sie mit Pflegekräften neue Wege ausprobierten. Die Beratung der Angehörigen wurde stark professionalisiert.

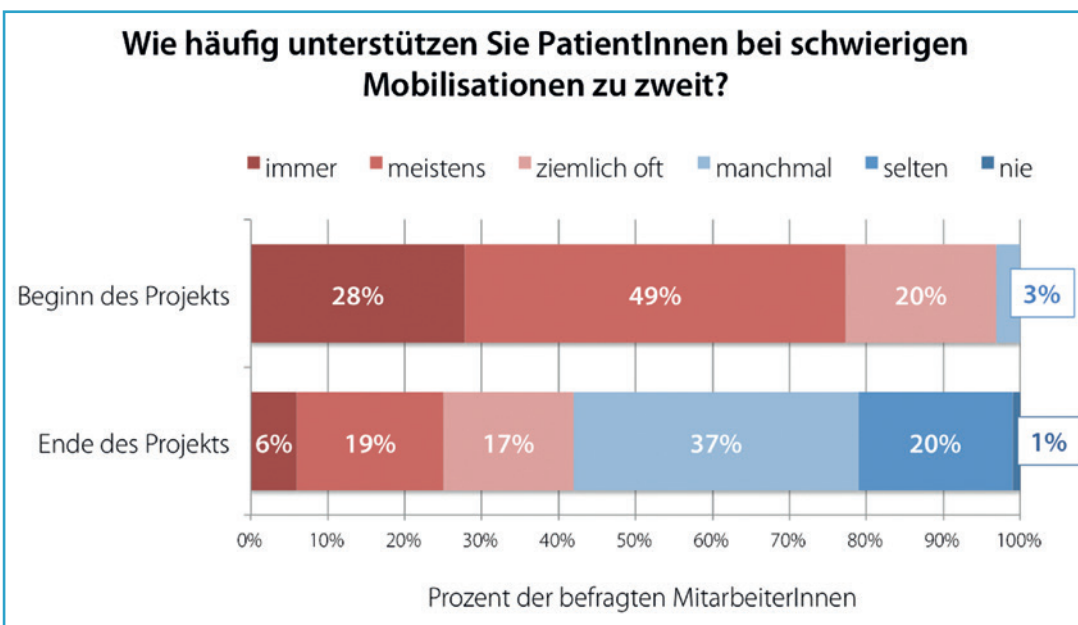


Abbildung 3: Veränderung der Pflegeinteraktion



Eine ganz wesentliche Veränderung durch das Projekt konnte in der direkten Pflegeinteraktion beobachtet werden. Im Laufe des Projekts wurde die Pflege am Patienten immer seltener zu zweit durchgeführt (siehe Abbildung 3). In Fokusgruppen berichteten die Pflegekräfte ausführlich darüber, dass es für sie alleine einfacher sei, sich auf den zu pflegenden Menschen und seine Kompetenzen zu konzentrieren. Während man als PflegerIn früher zu KlientInnen ins Zimmer ging und schon vorher wusste, was zu tun war, entscheidet man heute autonom vor Ort, was das Gegenüber braucht. In der gemeinsamen Bewegung würden die Ressourcen automatisch besser genützt. Auch für die Pflegenden selbst sei es angenehmer und weniger belastend, als wenn sie zu zweit eine Mobilisation durchführten.

Fazit

Heute, zweieinhalb Jahre nach Projektbeginn, sind die beiden KABEG-Häuser zu Vorzeigeeinrichtungen in Kärnten geworden. Die hohe Qualität der Pflege wird sehr effizient erbracht und zunehmend auch von außen wahrgenommen. Das zeigt sich in Besuchen von ExpertInnen und Leitungspersonen anderer Einrichtungen. Die Zahl der Bewerbungen, Praktika und Hospitationen stieg deutlich an. Man kann mit Recht behaupten, dass sich die beiden Häuser auf dem besten Weg zu „Magneteinrichtungen“ befinden. Magnet-einrichtungen haben keine Probleme mit hohen Fluktuationsraten und der Akquise von Fachpersonal. Sie üben eine dauerhafte Anziehungskraft auf Fachkräfte aus. Ein wesentliches „Magnetkriterium“ ist die Autonomie der Pflegekräfte (vgl. Lowe 2005).

Einen Wandel in der Pflege zu vollziehen wie in diesem Beispiel, erfordert es, auf allen Ebenen einer Einrichtung regelmäßig die Wirkung des gemeinsamen Tuns wahrzunehmen und dadurch zu lernen. Solche Lernschleifen können am besten durch eine Evaluation, die sich an der Autonomie und den anderen Basic Needs der MitarbeiterInnen orientiert, etabliert werden.

Stefan Knobel beschreibt in seinem Artikel „Bildung braucht Führung“ sehr anschaulich die Bedeutung der Autonomie und der Kompetenz im Hinblick auf die geringe Standardisierbarkeit des Pflegealltags. „Pflege ist eigentlich gar nicht von außen planbar. Jede Person muss über die Kompetenz verfügen, das Wichtige und Dringende vom Unwichtigeren, Aufschiebbaren zu unterscheiden, zu entscheiden und die Verantwortung für diese Entscheide zu übernehmen.“ Dokumentations- und Qualitätssysteme gehören folglich entrümpelt und der Standardisierungsmanie sollte ein „leises Servus“ gesagt werden.

In das Zentrum der Arbeit sollten stattdessen die „Activities of Daily Life“ rücken, da sie enorme Bedeutung für die Selbstständigkeit und die Lebensqualität der Betroffenen haben. Pflegekräfte wirken dann als ExpertInnen für Lebensqualität,

indem sie KlientInnen dabei unterstützen, ihre Autonomie und Selbstständigkeit zu erhalten und zu entwickeln. Das alles ist nur möglich, wenn Pflegenden ihrerseits durch ihre Führung eine hohe Autonomie gewährt wird. Das versetzt sie in die Lage, ihre eigenen Kompetenzen zu entwickeln, besser zu partizipieren und den Sinn ihres Berufes zu erleben. Das wiederum ist für ihre körperliche und psychische Gesundheit essenziell. Wenn Einrichtungen diese Bedingungen erfüllen, dann wirken sie, wie die beiden Kärntner Krankenhäuser, „magnetisch“ und die Angst vor einer Versorgungslücke gehört bald der Vergangenheit an. ♦

Literatur

- Bullinger M., Kirchberger I. (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2013): Empfehlungen der Reformarbeitsgruppe Pflege zur Verbesserung des Pflegeangebotes, Attraktivierung der Pflegeberufe, Optimierungen und Finanzierung in Österreich, Wien.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen, Stuttgart.
- Deci E., Ryan R. (2000): The „What“ and „Why“ of Goal Pursuits, Human Needs and the Self Determination of Behaviour. *Psychological Inquiry*, Vol. 11, No. 4, 227-268.
- Friesacher H. (2013): Gesund und gerne arbeiten in Pflegeberufen. Vortrag auf der Monitorveranstaltung „Die Bremer Pflegeinitiative gegen Fachkräftemangel“ am 23.10.2013 in Bremen.
- Knobel S. (2013): Bildung braucht Führung. Aufbau von Kompetenz und Selbstverantwortung. In: stiftung lebensqualität (Hrsg.) (2013): Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthetics. Siebten, Nr. 3, Verlag Lebensqualität, 46-50.
- Lowe G. S. (2005): Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become „preferred employers“. *Healthcare Quarterly*, 8, 60-63.
- Morin E., Aranha F. (2008): IRSST – The meaning of work, mental health and organizational commitment. *Psychological health, Studies and Research Projects*, Report R-585, Montreal.

Mag. Toni Matosic ist Betriebswirt, Projektmanager und Musiker. Schwerpunkte seiner Arbeit bei Human Impact (www.humanimpact.at) sind die Begleitung von Führungskräften bei der Umsetzung betrieblicher Entwicklungsprozesse.

Doris Kazianka-Diensthuber, MAS führte ihre berufliche Tätigkeit sowohl in den intra- wie auch extramuralen Bereich des Gesundheitswesens. Dabei wurde immer stärker das Interesse für „Gesunde Führung“ geweckt, sodass sie 2003 das Studium für Gesundheitsmanagement an der DUK abschloss. Die eigene Kraft zu mobilisieren und die Gesundheit zu erhalten, erscheint ihr elementar in einer Zeit der schwindenden Ressourcen.

Dr. Richard Hennessey ist Volkswirt und Wissenschaftler mit Forschungsschwerpunkt Lebensqualität. Als freier Mitarbeiter von Human Impact beschäftigt er sich vor allem mit Worklife Quality.

Dr. Ingo Kreyer ist Psychologe, Evaluator und Kinaesthetics-Trainer. Bei Human Impact entwickelt er Feedback-Instrumente für die Wirkungserfassung im Rahmen nachhaltiger Gesundheits- und Organisationsentwicklung.