

Einführung einer Pflege-Entwicklungsstation

gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

Zeitraum:

November 02 bis August 05

Praxispartner:

Frau Dr. Nahlah Saimeh, Frau Anja Thormann
Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt

Theoriepartner:

Frau Prof. Christel Peutl- Bienstein
Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH

Projektverantwortliche und Berichterstattung:

Anneke de Jong, MScN wissenschaftliche Mitarbeiterin (dejong@uni-wh.de)
Sabine Schiereck-Hollmann, Dipl.-Soz., Projektleitung (Schiereck-Hollmann@t-online.de)

Abstract

PFLEGEENTWICKLUNG, THEORIE-PRAXISVERNETZUNG, PERSONAL-UND ORGANISATIONSENTWICKLUNG

Das Projekt Pflege-Entwicklungsstation am Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt (WZFP) lief vom 01. September 2000 bis zum 31. August 2005.

Die primären Zielsetzungen waren die weitere Professionalisierung der Berufsgruppe und die Verbesserung der Pflege im Sinne eines best practice Ansatzes.

Die Ergebnisse in der Pflegepraxis ergaben sich durch Verhaltensveränderungen bei den Pflegenden. Sie wurden offener für Veränderungen, kompetenter in inhaltlichen Diskussionen und steigerten ihre Handlungskompetenzen, als auch ihre sozialen Kompetenzen und zeigten mehr professionelles Selbstbewusstsein. Das professionelle, fachinhaltliche Einbringen im Pflorgeteam und in der interdisziplinären Zusammenarbeit hat sich verbessert, und Entscheidungen über Pflegeinterventionen werden weniger als zu Beginn des Projektes ‚fremd bestimmt‘. Wo anfangs ‚Rezepte‘ Anderer auf der Grundlage erlebter Autorität akzeptiert wurden, werden jetzt Vorschläge professionell-kritisch betrachtet und eventuell abgelehnt.

Von Anfang an war den Pflegenden klar, was sie mit der Pflege dieser PatientInnen erreichen wollten, gleichzeitig stellten die Pflegenden schon zu Beginn des Projektes fest wo sie dieser Zielsetzung mehr entgegen als zuarbeiteten. Viele Pflegeinterventionen werden inzwischen in positivem Zusammenhang mit der zentralen Zielsetzung der Pflege durchgeführt. Die Spannung zwischen institutionellen Voraussetzungen einerseits und den angestrebten Zielen andererseits wird professioneller diskutiert, wobei vermehrt *patient advocacy* auftritt. Man kann hier von einer veränderten Stationskultur sprechen.

ZIELE UND ABSICHTEN

Die Pflege-Entwicklungsstation ist ein pflegewissenschaftliches Projekt das in Deutschland bislang einmalig ist. Es wird wissenschaftlich begleitet vom Institut für Pflegewissenschaft der privaten Universität Witten/Herdecke und wird im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt durchgeführt.

Die Pflege-Entwicklungsstation ist eine gemischt-geschlechtliche Aufnahmestation und betreut PatientInnen, die schwerpunktmäßig der klinischen Psychiatrie zuzuordnen sind. Die Aufgaben der Station ergeben sich aus dem Maßregelvollzugsgesetz Nordrhein-Westfalen. Dieses besagt, dass hier psychisch kranke Rechtsbrecher behandelt, betreut und gesichert untergebracht werden. Die Zielsetzung der Station ist es, die PatientInnen zu befähigen, ein in der Gesellschaft integriertes, straffreies Leben zu führen. Die Pflege ist Teil eines integrativen Behandlungskonzeptes und nimmt im Rahmen der Soziumiliegestaltung eigenständig Aufgaben wahr.

Die Pflege-Entwicklungsstation, als ein Modell zur Organisations- und Personalentwicklung hat die Weiterentwicklung von pflegerischem Handeln im Sinne einer bestmöglichen bzw. exzellenten Pflege (*best practice / excellence of nursing*) zum Ziel. Inhaltlich bedeutet dies eine Hinwendung zur Gesundheits- und Ressourcenorientierung durch:

- eine systematische Schulung der Fähigkeiten,
- Reflexion der Haltungen und Handlungen,
- Korrekturen am eigenen Verhalten und Tun
- Eigenverantwortliches Treffen von Entscheidungen.

Hierdurch kommt es zur Erhöhung von sozialen, methodischen und fachlichen Kompetenzen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2000).

Unabdingbar für die Durchführung solch eines Projektes ist die Zustimmung zum Projekt durch das Pflegeteam und alle involvierten Berufsgruppen der Station bzw. Abteilung, damit ein multidisziplinärer Ansatz verfolgt werden kann.

Der Wunsch der Projektbegleiterinnen, das die Stationen des Hauses sich für das Projekt bewerben sollten, wurde von der Betriebsleitung nicht gewählt. Statt dessen wurde die Station von der Pflegedirektion nach eigenen Kriterien ausgewählt. Hierfür waren kommunikative Missverständnisse der Auslöser.

Des weiteren war das Projekt auf langfristige und andauernde Pflegeentwicklungsprozesse im Sinne der Praxis-Theorie-Vernetzung angelegt. Die Dauer des Projektes war zunächst auf 3 Jahre festgelegt und wurde anschließend auf 5 Jahre verlängert. Diese Dauer stellt eine Mindestdauer dar, da Verhaltensänderungen immer zeitaufwändigen Lernprozessen unterliegen, die berücksichtigen müssen, dass in einigen Handlungsfeldern das bisheriges

Verhalten und Handeln regelrecht verlernt werden muss, um Neues erlernen zu können. Um dieses zu erreichen, ergaben sich folgende Notwendigkeiten in Bezug auf Pflege-Entwicklungsstationen, die als Instrument zur systematischen Pflegentwicklung in Großbritannien und jetzt auch in Deutschland implementiert wurden:

- *Die Pflege-Entwicklungsstation* sollte Entwicklungsprozesse anstossen und in der Lage sein neu gewonnene Erkenntnisse und Konzepte langfristig in die Praxis umzusetzen.
- Durch die Rahmenbedingungen der Pflege-Entwicklungsstation sollte die Rigidität des institutionellen organisationsgebundenen Handelns minimiert werden.
- Die spezifischen Interaktionen zwischen Pflegekräften und PatientInnen sollten sich derart verändern, dass sie zu einer verbesserten, möglichst selbstbestimmten Situation des Patienten führen.
- Die bereits erworbenen Kompetenzen sollten weiterentwickelt und noch nicht vorhandene Kompetenzen erworben werden.

Das Präferenzsystem der Pflegekräfte sollte sich wenn erforderlich dahingehend verändern, dass neue Werte und Normen internalisiert werden konnten.

METHODEN UND INSTRUMENTE

Forschung:

In erster Linie wurde mit dem Projekt ein qualitativer Forschungsansatz verfolgt, d. h. es kamen folgende Instrumente und Methoden zum Einsatz:

- allgemein:
 - qualitativer Forschungsansatz, case study. Interviews, Feldnotizen, Gesprächsnotizen
 - kleine qualitative Vergleichstudie im Rahmen einer einrichtungsbreiten Studie zum Deeskalationstraining: Interviews und Fragebögen
 - Analyse der Dokumentationssysteme
 - Prozessanalysen (Protokollanalyse der Meetings + evtl. Tonbandmitschnitte)
 - Teilnehmende und Nicht-teilnehmende Beobachtungen
 - Effektanalysen

- spezifisch (fokussiert auf einzelne Inhaltsaspekte innerhalb des Projektes):

- Innerhalb der Projektarbeit kamen quantitative Methoden zum Einsatz, wie z.B. der Fragebogen SBB zur Bestimmung des Stationsklimas.

Pflegealltag:

- Projektleitung neben Stationsleitung, Hauptaufgabe: Pflegenden beim Reflektieren des Pflegealltags behilflich sein.
- Pflegewissenschaftlerin, volle Stelle
- Methoden der Reflexion, Intevision, counselling
- Zur Aufarbeitung von Konflikten und Personalentwicklungsmaßnahmen kamen für die MitarbeiterInnen *aller* hierarchischen Ebenen Supervision und Coachingmassnahmen, sowie Kommunikationstrainings durch externe Berater zum Einsatz.

DURCHFÜHRUNG DES PROJEKTES

DIE IMPLEMENTIERUNG DES PROJEKTES IN LIPPSTADT

Auslöser für dieses Projekt war der konzeptionelle Ansatz von Pflege-Entwicklungs-Stationen, die auf langfristige Veränderungen und Weiterentwicklungen vor allem beim Pflege team ansetzen. Dieser Ansatz erschien für die pflegerische Praxis im deutschsprachigen Raum ideal, um die Pflegenden in ihrem Professionalisierungsbestreben hin zur *best practice* zu unterstützen.

Nach der Erstellung eines Kurzkonzeptes durch Sabine Schiereck-Hollmann und Anneke de Jong wurde das Projekt 1999 für alle kooperierenden Einrichtungen des Institutes für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten/Herdecke ausgeschrieben. Elf Einrichtungen bekundeten ihr Interesse an dem Projekt *Pflege-Entwicklungsstation*. Daraufhin luden die Projektbegleiterinnen zu einem Treffen ins Institut für Pflegewissenschaft nach Witten ein, um das Projekt detailliert vorzustellen. Nach diesem Treffen konnten sich weiterhin interessierte Einrichtungen in Form eines Essays schriftlich um das Projekt bewerben. Innerhalb dieser Bewerbung wurden die Einrichtungen gebeten die Motivation zur Partizipation, die Erwartungen, die an ein solches Projekt geknüpft werden und ihre

Selbsteinschätzung, inwieweit man die Rahmenbedingungen schon erfüllt, darzulegen. Des weiteren baten wir um ein Konzept, wie die Einrichtungen meinten die MitarbeiterInnen vor Ort für das Konzept gewinnen zu können und wie man sich die Position der Projektleitung vorstellt. Daraufhin bewarben sich drei Einrichtungen schließlich um das Projekt. Die Absagen der anderen Einrichtungen wurden fast ausschliesslich damit begründet, dass es nicht möglich war, die Stelle der Projektleitung im Jahr 2000 finanzieren zu können.

Aufgrund der Analyse der schriftlich eingereichten Bewerbungen konnten die Projektbegleiterinnen eine Einrichtung im Vorfeld ausschliessen. So dass sie mit den verbleibenden zwei Einrichtungen in Kontakt traten. Beide Einrichtungen wurden von ihnen besucht. Sie führten intensive Gespräche mit den Betriebs- und Pflegedienstleitungen, der ärztlichen Leitung, den Stationsleitungen und den Pflgeteams, die für das Projekt in Frage kamen. Anhand der Gesprächsprotokolle wurde eine Kriterienliste erstellt und mit den Kriterien des Rahmenkonzeptes einer PES verglichen. Schlussendlich konnte gesagt werden, dass das Projekt grundsätzlich in beiden Einrichtungen hätte angesiedelt werden können. Die Entscheidung für das *Westfälische Zentrum für Forensische Psychiatrie (WZFP)* fiel dann aufgrund von leichten Vorteilen im konzeptionell/strukturellen Aufbau Ende Februar 2000. Die Tatsache das es sich hier um eine Forensische Psychiatrie handelt war für die Entscheidung weder ein Vorzug noch ein Nachteil.

PROJEKTAUFBAU / FORSCHUNGSDESIGN

Strukturell:

- 1 Station (auch Auswahlprozedere)
- Projektleitungsgruppe, Teilnehmern: PDL, stellvertretende PDL, Stationsleitung, Mitarbeiter der Station, Projektleitung, ärztliche Leitung, Personalrat, Forscherin Institut für Pflegewissenschaft, ++
- Projektleitung und Stationsleitung stimmen gemeinsam ab
- Pflegenden bestimmen grundlegend die Themenschwerpunkte der Weiterentwicklung der Pflege und Prioritieren gemeinsam mit Projektleitung und Stationsleitung
- Mitarbeiter der Organisation werden mittels Sitzungen, interne Publikationen, Mitteilungen in Stationsleitungssitzungen +++ über das Projekt informiert
- Ist-analyse + 1x jährlich Bestandsaufnahme unter Pflegenden, PatientInnen, Verwaltung, Mitglieder des interdisziplinäres Team das diese Station zuarbeitet;

Zwischenaufnahmen. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahmen werden den Beteiligten und der PLG zurückgemeldet

Inhaltlich:

Merkmal einer PES ist, dass Pflegende sich der Rahmenbedingungen in ihrer Einrichtung und auf ihrer Station bewusst werden und selbst Schwerpunktthemen benennen und bearbeiten. In diesem Projekt waren das:

- z.B. die Bezugspflege, Umgang mit Geld, Hygiene, Patientenplenum, Entwicklung der Reflexionsfähigkeiten des Teams unter Anwendung unterschiedlicher methodische Ansätze (Intervision, counselling, mind mapping, in Kleingruppen).
- Definitionsarbeit (z.B. zum Konzept der Bezugspflege) bzw. Beschreibungsarbeit, Supervisionsitzungen, Projekttag
- Auf grund konkreter Fallbeispiele aus dem Stationsalltag Reflexion des eigenen Verhaltens in interkollegialer Kommunikation
- Pflegende für berufseigene Entscheidungen sensibilisieren und fördern, dass sie dafür Verantwortlichkeit nehmen [anders formulieren, wie viel selbst, wieviel lenkung...]
- Auswahlverfahren für eine neue Stationsleitung

VERNETZUNG INNERHALB DER PFLEGEINFRASTRUKTUR

Das Projekt ist so angelegt, dass alle Abteilungen des WZFP Lippstadt von den Ergebnissen profitieren können.

Informationen über die Arbeitsergebnisse werden z.B. über das Intranet weitergegeben. Es gibt auf Wunsch Einzeltermine mit interessierten Stationen/Abteilungen und es wurden Fachartikel veröffentlicht, sowie Vorträge auf der Eickelborner Fachtagung gehalten.

Inhaltliche Vernetzungen hat es im Bereich der Entwicklung eines elektronischen Dienstplanes gegeben, sowie beim sondieren geeigneter Software zur Leistungserfassung in der Pflege. Hier arbeiteten Mitarbeiter und die Projektleitung in übergreifenden Arbeitsgruppen mit und haben ihre Arbeitsergebnisse zur Verfügung gestellt.

Ebenso erfolgte die Vernetzung mit der Pflegewissenschaftlerin des Hauses, die u.a. für die Innerbetriebliche Fortbildung zuständig ist. Hier waren maßgebliche Veränderungen, die

Hinwendung von allgemeiner innerbetrieblicher Fortbildung zu kontinuierlicher teamgebundener Fortbildung. Zudem wurden bei bestimmten Fortbildungen Methodenwechsel vorgenommen, d.h. es werden weniger Fortbildungen in Vortragsform gestaltet, sondern die beteiligten Mitarbeiter aktiv in die Fortbildung durch gezielte Übungen und Gruppenarbeiten eingebunden. Ein Stichwort ist das Aktionslernen. Die Pflegewissenschaftlerin des Hauses äußerte noch, das sie gelernt hat nicht nur defizitorientiert an die Fortbildung heranzugehen, sondern ressourcenorientiert. Vorher hat sie in der Regel darauf abgehoben, was alles nicht gut läuft. Jetzt schaut sie vermehrt darauf was gut läuft und was noch verbessert werden kann.

ERGEBNISSE

PRAXIS

Auswirkungen für die Pflegepraxis

Eines der Grundprobleme zu Beginn des Projektes war, dass die Pflegenden Schwierigkeiten hatten neues Wissen in die Praxis umzusetzen. Dieses Wissen war (u.a. über Weiterbildung und IBF) grundlegend vorhanden, wurde aber kaum verbalisiert und nicht implementiert. Die Pflegenden argumentierten mit verschiedenen Gründen, u.a.: nicht das Recht zu haben selbständig neues zu initiieren, nicht zu wissen wo eine Implementierung wie umzusetzen ist, keine Zeit zu haben wegen der großen Anforderungen der alltäglichen Aufgaben.

Die Ergebnisse in der Pflegepraxis ergaben sich durch Verhaltensveränderungen bei den Pflegenden. Sie wurden offener für Veränderungen, kompetenter in inhaltlichen Diskussionen und steigerten ihre Handlungskompetenzen, als auch ihre sozialen Kompetenzen und zeigten mehr professionelles Selbstbewusstsein. Das professionelle, fachinhaltliche Einbringen im Pflorgeteam und in der interdisziplinären Zusammenarbeit hat sich verbessert, und Entscheidungen über Pflegeinterventionen werden weniger als zu Beginn des Projektes ‚fremd bestimmt‘. Wo anfangs ‚Rezepte‘ Anderer auf der Grundlage erlebter Autorität akzeptiert wurden, werden jetzt Vorschläge professionell-kritisch betrachtet und eventuell abgelehnt.

Von Anfang an war den Pflegenden klar, was sie mit der Pflege dieser PatientInnen erreichen wollten, gleichzeitig stellten die Pflegenden schon zu Beginn des Projektes fest wo sie dieser Zielsetzung mehr entgegen als zuarbeiteten. Viele Pflegeinterventionen werden inzwischen in positivem Zusammenhang mit der zentralen Zielsetzung der Pflege durchgeführt. Die Spannung zwischen institutionellen Voraussetzungen einerseits und den

angestrebten Zielen andererseits wird professioneller diskutiert, wobei vermehrt *patient advocacy* auftritt. Man kann hier von einer veränderten Stationskultur sprechen.

Ein weiteres Ergebnis ist das gesteigerte Engagement innerhalb des Projektes von Pflegenden, die solch ein Engagement zunächst für sich, aus verschiedenen Gründen, ablehnten. Dies führte weiterhin zu einer Abnahme erlebter Hilfs- und Machtlosigkeit. Die Grundhaltung der Pflegenden änderte sich von einer gewissen Resignation (sich im Stationszimmer zurückziehen) hin zu untersuchenden und auf PatientInnen fokussierte Pflegende. Gab es z.B. zu Beginn des Projektes oftmals den Ausspruch: ‚Wir sind nur Pflegekräfte‘, ist dieser Satz in den letzten zwei Jahren des Projektes nicht mehr erwähnt worden. Die Pflegenden des Teams sind zu Vorreitern der Klinik geworden und waren involviert in die Exploration verschiedener Konzepte (u.a. Bezugspflege, LEP, Pflege von Borderline-Patientinnen, Einsatz von weiblichen Pflegenden, Sozio-Milieutherapie, Krisenintervention, Dienstzeitplanung, IT). Spürbar ist auch eine anderes Interesse gegenüber IBF- Angeboten. Sie werden deutlich in Verbindung gesetzt mit notwendigem Wissensbedarf für die Station bzw. mit Erwartungen was man aufgrund des neuen Inputs in der Pflege optimieren könnte. In Audits die innerhalb der Einrichtung in 2005 durchgeführt worden sind, gehörte das Team der Projektstation zu den Besten.

Während des Projektes hat sich die Anzahl der aggressiven Zwischenfälle sowie die Anwendung von IBR-Massnahmen reduziert.

Auffallend in diesem Zusammenhang ist auch die Abnahme des Krankenstandes während des Projektes. War dieser zu Beginn recht hoch, ist er während der Projektzeit deutlich gesunken.¹

In den nächsten Monaten wird noch eine vertiefte Datenanalyse durchgeführt, um Phänomene die zu diesem Ergebnis beigetragen haben, genauer zu identifizieren und zu beschreiben.

KOSTEN-NUTZEN ABSCHÄTZUNG FÜR DIE PROJEKTEINRICHTUNG

Die Investition für dieses Pilotprojekt lag hauptsächlich auf der Ebene der Projektleitung, einer wissenschaftlich ausgebildeten Pflegenden, die für 5 Jahre Vollzeit nach BAT II eingestellt wurde. Im Rahmen des Organisationskonzeptes der PES musste für die Pflegenden systematisch Zeit zum reflektieren des Pflegealltags und für den Prozess der

¹ Evt (illustrativ) hier Zahlen von 2000 und von 2005 aufnehmen?? Evt.im Vergleich zu den allgemein Daten der Klinik in diese Zeit

² benennen!

Team- und Berufsentwicklung eingeräumt werden. Nicht vorauszusehen war, dass diese Prozesse fast drei Jahre in Anspruch nahmen, bis dann die inhaltliche Arbeit unbelastet erfolgen konnte (gerechnet worden war mit einem Jahr). Dazu trug u.a. ein zwei mal wiederholter Stationsleitungswechsel bei, so wie auch die Tatsache, dass das berufliche Selbstbild der Pflegenden niedriger war als zu Anfang eingeschätzt.

Die oben beschriebenen Projektergebnisse zeigen aber, dass es eine Steigerung der Pflegequalität gibt, dass es weniger zu aggressiven Zwischenfällen kommt und der Krankenstand der Pflegenden erheblich gesunken ist. Der Schwerpunkt der Datensammlung lag nicht beim Messen von Ergebnisse wie z.B. der Verweildauer der Patienten, Effizienz und Effektivität, oder Mitarbeiterzufriedenheit, so dass hier keine Zahlen vorliegen. Die befragten Pflegenden auf dieser Station betonen aber regelmäßig diese Station nicht (mehr) wechseln zu wollen. Mitglieder des interdisziplinären Teams auf dieser Station bemerken eine effizientere und besser argumentierte Übergabe von Patientendaten, und eine kritischere Betrachtung von Vorschlägen zu therapeutischen Maßnahmen. Das Team signalisiert eine verbesserte Zusammenarbeit/ Abstimmung. Dieses ermöglicht effizient und effektiv zu arbeiten.

Ergebnisse des Projektes die weiterhin auf Aspekte der Kosten-Nutzen-Abschätzung einwirken, sind der veränderte Umgang mit neuen Wissensangeboten (in Form von Fort- und Weiterbildungen) und dessen Umsetzung, sowie auch die Eigeninitiative sich neues Wissen bei anderen Einrichtungen bzw. bei Experten abzuholen. Auch die gestiegene Offenheit das eigene (implizite) Wissen zu verbalisieren, trägt zu einem optimierten Wissensstand bei. Es bedeutet u.a., dass gezielter ausgewählt werden kann, welche Angebote für die Optimierung der Pflege notwendig sind, und es sichert die Umsetzung in der Praxis mit ab. Damit ist diese Investition der Einrichtung effektiver und dementsprechend kostensparend. Die im Pilotprojekt gelernten Einflussfaktoren können bei der Umsetzung auf andere Stationen hilfreich sein und den Entwicklungsprozess beschleunigen.

KOSTEN-NUTZEN-ABSCHÄTZUNG BEI DER ÜBERTRAGUNG AUF ANDERE EINRICHTUNGEN

Wie aus diesem Projekt vorgeht, ist eine gezielte Ist-Analyse notwendig für eine effiziente Umsetzung der PES-Prinzipien. Stationen auf denen es Probleme gibt (Motivation, Arbeitszufriedenheit, interdisziplinäre Zusammenarbeit, usw.) brauchen mehr Zeit für eine Kulturveränderung im Sinne der PES. Erfahrungen aus Großbritannien zeigen, dass die Zeit

³ Im Projektbeschreibungsteil müssen die Organisationsmerkmale konkretisiert werden (wie sieht die Organisation einer PES konkret aus; evt Verweisung auf die 6 Modelle die Vaughan & Lathlean (??? Habe die Info nicht hier...) identifiziert haben?)

die notwendig ist um die essentielle Basis für Pflegeentwicklung zu legen normalerweise zwischen ein und zwei Jahren liegt (Shaw & Bosanquet 1993). Je mehr Schwierigkeiten es gibt, je mehr Zeit ist notwendig für die erforderliche Kulturveränderung. Das beeinflusst das Ausmaß der konkreten Reflektion über und die Umsetzung von (neuen) Pflegeinterventionen oder Veränderungen der Strukturen. Andere Interventionen der Organisations- und Personalentwicklung, die diese Probleme beiseitigen können, wären dann vielleicht angebracht.

Basierend auf dieser Investition von 1-2 Jahren besteht die Möglichkeit Kosten zu sparen aufgrund eines sachkundigen und effektiveren Umgangs mit konkreten Pflegesituationen, Wissen, Materialien, persönlichem Wachstum der einzelne Pflegenden, bessere Kommunikation so wie eine verbesserte Zusammenarbeit usw. Je nachdem wo der Fokus der Einrichtung liegt, wird sich diese Kosteneinsparung auf pflegerelevante Themen auswirken. Forschungsergebnisse aus Großbritannien weisen auch eine Senkung der Verweildauer auf, so wie Kostenneutralität bei einer erhöhten Qualität im Vergleich zu andere Stationen (u.a. Salvage & Wright 1995, Shaw & Bosanquet 1993, Lathlean 1997).

FORSCHUNG/THEORIE

Auswirkungen für die pflegewissenschaftliche Entwicklung

Bislang existiert noch wenig systematisches Wissen über die Aspekte der Praxis-Theorie-Vernetzung. Die Annahme war und ist in der Regel, das Pflegenden nicht oder kaum über neues Wissen verfügen, und das dieses Wissen über gezielte Bildungsangebote sowie über Fachliteratur vermittelt werden kann. Die (vorläufigen) Forschungsergebnisse zeigen auf, dass es weniger um mangelndes Wissen, sondern mehr um die Umsetzung/Implementierung des Wissens geht, und das ein sehr wichtiger Faktor dabei mangelndes professionelles Bewusstsein ist (stört u.a. Verhandlungen und die Fähigkeit sich aufgrund professioneller Einschätzungen fachlich und sachlich einzubringen). Das Wissen ist, sei es auch oft implizit, vorhanden. Welche Phänomene wie dazu beigetragen haben das sich das Verhalten und das Berufsselbstbewusstsein der Pflegenden auf der Projektstation zu mehr Professionalität veränderte wird noch näher untersucht.

Auswirkungen für andere wissenschaftliche Disziplinen

....

Institutinterne Fortbildungen und Informationen der nicht beteiligten Mitarbeiter

Aufgrund des Projektes wurden Informationsveranstaltungen zum Projekt für nicht beteiligte Mitarbeiter durchgeführt. Ebenso wurden Fortbildungen in Form von Deeskalationstrainings für nicht beteiligte Mitarbeiter implementiert nachdem das Teilprojekt Deeskalationstraining im Rahmen des Pflege-Entwicklungsprojektes für das Thema sensibilisiert hat.

7. Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen

Hinweise zu Vorgehensweisen

Pflegeeinrichtungen die vor haben das Konzept der Pflegeentwicklung umzusetzen sollten sich, zum minimieren der Porzessschmerzen, folgendes vor Augen führen (adaptiert von Salvage & Wright 1995):

- Sich ausgiebig über das Konzept informieren
- Austausch mit Beteiligten in der Einrichtung, über den Sinn des Konzeptes, warum es wünschenswert wäre, wie es hilfreich sein könnte, was alternative Möglichkeiten wären, usw.
- Eine Ist-Analyse über die Situation der in frage kommenden PES (darunter auch eine Beschreibung des Führungsstils des direkten Managements). An einem Instrument hierzu wird, aufgrund der Ergebnisse und in Zusammenhang mit existierenden Instrumenten, noch gearbeitet.
- Eine klare Beschreibung der Ziele, erwartete Ergebnisse, geplante Vorgehensweisen, Evaluation
- Klarheit für die Rolle und Position der Projektleitung, besonders im vergleich zu anderen Autoritäten (Stationsleitung, PDL, usw.)
- Kontinuierlicher Austausch / Kommunikation mit *allen* Beteiligten
- Eine Projektleitungsgruppe bzw. einen Beirat mit unterschiedlichen Beteiligten implementieren, die den Prozess konstruktiv-kritisch verfolgt.

Hinweise zur Schaffung von Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

Projekte kosten, besonders am Anfang, Zeit und Geld. Ein intensiver Personalwechsel sowie eine Personalreduktion gefährdet besonders in der Anlaufphase so ein Projekt und muss im Vorfeld ausgeschlossen werden. Das Projekt braucht ein klares Budget, in dem auch externe Aktivitäten vorgesehen werden (interkollegiale Beratung, externe Studientage usw.)

Die persönlichen und fachlichen Fähigkeiten der Projektleitung sind, so zeigen die britischen Ergebnisse wie auch dieses Projekt, ausschlaggebend für das Gelingen solcher Projekte. Die

Fähigkeiten beziehen sich besonders auf Motivationsarbeit, fördern der Reflexionsfähigkeiten der Pflegenden und der Vorgesetzten, begleiten und entdecken lassen statt vorgeben. Position und Aufgaben dieser Projektleitung (Stabstelle? Vollzeit? Laufzeit? Entscheidungsmöglichkeiten? Zusammenarbeit mit Vorgesetzten? Usw.) müssen im Vorfeld geklärt werden, sowohl in der Lenkungsgruppe als auch in Vertragsverhandlungen. Unter bestimmten Umständen kann es in einzelnen Phasen des Projektes ratsam sein einen externen Prozessberater für die Begleitung des Projektes hinzuzuziehen.

Zum Aufbau einer PES gehört es, das Vertrauen zu haben das die Pflegenden im Stande sind die für die Optimierung der Pflege wichtigen Aspekte festzustellen, entsprechende Prioritäten zu setzen und zu überarbeiten. Kernelement des Projektes ist dieses selbstenscheidende Vermögen der Pflegenden. Die Vorgabe von aufzugreifenden Themenbereichen kann den Prozess negativ beeinflussen. Hilfestellungen im Sinne von Reflexion, Angebot von neuem Wissen, usw. schliesst sich dieser Themenauswahl an.

Die für den Aufbau einer PES ausgewählte Station sollte im Vorfeld folgende Aspekte unbedingt geklärt haben:

- Was zu erwarten ist, mit welcher Zielsetzung und unter welchen Bedingungen
- Ob die MitarbeiterInnen durchaus motiviert sind sich an diesem Projekt zu beteiligen und/oder ob sie andere Wege zum Erreichen des Zieles sehen (= : Optimierung der Pflegequalität und Professionalisierung der Pflege)
- Ob es bei den Pflegenden ausreichend klare Ideen gibt, was man mit der Pflege der PatientInnen auf dieser Station erreichen möchte (Pflegephilosophie)

Hinweise zur Motivation der MitarbeiterInnen

Wichtig ist, dass den Pflegenden bewusst wird, dass sie innerhalb einer PES *selbst* die Möglichkeit haben Existierendes zu überdenken und Neues auszuprobieren – und das sie dazu im Projekt befähigt werden. Darüber hinaus muss deutlich sein, dass es tatsächlich um die Optimierung der Pflege geht, und nicht um eventuell verborgene Kalender des Managements oder um Kontrolling/Bewertung.

Motivierend wirkt auch die Sicherheit selbst Inhalte innerhalb des PES-Rahmens bestimmen zu können und Freiräume zu bekommen Neues auszuprobieren.

Ein Team, das nicht sicher sein kann Ernst genommen zu werden, wird sich nicht schnell für die Teilnahme an einem solchen Projekt entscheiden.

Hinweise zu Kostenschätzung und Finanzierung (alle Finanzierungsquellen)

In der Anlaufphase von 1 bis 2 Jahre entstehen Personalkosten, da eine Projektleitung ein- bzw. freigestellt werden muss. Evtl. werden ebenfalls zusätzliche Supervisionen für die

Pflegenden erforderlich. Britische Forschungsergebnisse weisen nach, dass im Vergleich zu anderen Stationen im Endeffekt nicht mehr Kosten entstehen als auf anderen Stationen die nicht nach dem PES Konzept arbeiten, sich die Kosten lediglich anders verteilen.

8. Zusammenarbeit der Kooperationspartner

Positive Erfahrungen

Im Rahmen des Projektes gab es klare Absprachen über die Rollen und Inhalte. Die Projektleitung war im Namen der Einrichtung für Aufbau und Inhalte des Projektes verantwortlich, die Forscherin verfolgte im Namen des Instituts für Pflegewissenschaft das Projekt wissenschaftlich, vermittelte die Ergebnisse der einzelnen Auswertungen an das Team sowie die Projektleitungsgruppe und gab dazu keine Empfehlungen. Das Team sollte selbst entscheiden ob und was sie aufgrund der Ergebnisse tun möchte. Zwischen Projektleitung und Forscherin fand ein kontinuierlicher Austausch über die Erfahrungen statt. Die Forscherin beteiligte sich an der Projektleitungsgruppe. Diese Vorgehensweise hat sich während der gesamten Projektlaufzeit bewährt. Bei Treffen mit anderen Kooperationspartnern des Institutes wurde regelmässig über den Verlauf des Projektes berichtet.

Schwierigkeiten die auch für andere Projekte von Interesse sein könnten

Auf grund der 5-jährigen Erfahrung innerhalb dieses Projektes lassen sich einige Bereiche benennen wo es zu Schwierigkeiten kommen kann:

- Bei unklaren Absprachen/Erwartungen können Stations- und Projektleitung einander eher behindern als eine gemeinsame Unterstützung des Projektes bieten
- Ein solches Projekt läuft innerhalb der normalen Organisations- und Pflegeabläufe. Das macht es schwierig abzugrenzen was ‚Projekt‘ und was ‚Alltag‘ ist. Damit lässt sich nicht einfach feststellen inwieweit bestimmte Effekte/Veränderungen ‚dem Projekt‘ oder anderen Prozessen zugeschrieben werden sollte. Es geht um eine Spirale die von einem dialektischen Prozess gelenkt wird; das eine geht nicht ohne das andere. So bald man das aus den Augen verliert, kann es zu erheblichen Spannungen kommen (z. B.: Wer trägt Verantwortlichkeit für welches Ergebnis, die Frage ob das Projekt überhaupt effektiv ist, künstliche Trennungen zwischen Projekt und Alltag)
- Während dieses Projektes hat die Stationsleitung 2x gewechselt, so das insgesamt 3 Stationsleitungen beteiligt waren. Der Prozess des Vertrautwerdens mit neuen Führungskräften störte den Entwicklungsprozess der Pflegenden; sie neigten dazu

alles liegen zu lassen bis ‚der Neue‘ kam und es deutlich wurde was dieser an Zielsetzungen und Ideen hatte.

- Zu Beginn des Entwicklungsprozesses der Pflegenden wird Neues ausprobiert, auch auf der Verhandlungsebene. Weil es meistens für alle Beteiligten neu ist, dass Pflegende sich argumentativ in Verhandlungen einbringen, reagieren sie nicht immer angemessen; auch das muss gelernt werden. Wir haben gesehen wie Vorgesetzte nicht zuhören wollten/ konnten und Pflegende zurückwiesen, wir haben gesehen wie Pflegende mit guten Argumenten sich in übertriebenen oder defensiven Gesprächsmethoden verloren und demotiviert wieder auf Station kamen.
- ‚Feindbilder‘ gibt es immer (z.B. die Verwaltung, das multidisziplinäre Team, bestimmte Kollegen). Sie müssen identifiziert, reflektiert und abgebaut werden – das ist schwierig und führt manchmal zu Streit. Es gehört aber zum Prozess.

10. Veröffentlichungen zum Projekt

1. *Schiereck, Sabine*: Nursing Development Units. In: *Pflege Aktuell*, 53.Jhrg. 1999
2. *Schiereck, Sabine*: Soziale Interaktionen auf einer Nursing Development Unit. In: *Pflege* 4/2000. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 13:242-252, Verlag Hans Huber, Bern.
3. *Schiereck, Sabine*: Die Pflege-Entwicklungsstation in der Forensischen Psychiatrie ein pflegewissenschaftliches Modell in Deutschland. In: *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattsschriften* Ausg. 1/2002
4. *Schiereck, Sabine*: Der Patient als Partner in der Forensischen Psychiatrie. Pflege-Entwicklung – Projektergebnisse. In: *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattsschriften* Ausg. 2/2003
5. *Schiereck, Sabine, Anneke de Jong*: Modell der Pflegeentwicklung Was bedeutet es, Pflege-Entwicklungsstation zu sein? In: *Die Schwester/derPfleger*

11. Literaturhinweise, Adressen

Graham, I.: A presentation of a conceptual framework and its use in the definition of nursing development within a number of nursing development units. In: *Journal of Advanced Nursing*, 1996, Jhrg. 23, S. 260-266.

Graham, I., et al.: An Exploration of Knowledge Underpinning Nursing Practice: The experience of a nursing development unit. A collaborative study between Bournemouth University and West-Dorset General Hospitals NHS Trust, 1997, Verlag. Bournemouth University

Lathlean, J. (1997) *Directory of NDU Activities* King's Fund London

Pearson, A.: Primary Nursing, Nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units. Chapman and Hall, London, 1988.

Salvage, J.; Wright, S.G. (1995) *Nursing Development Units – A force for change* Scutari Press, London

Shaw, J. T.; Bosanquet, N. (1993) *Nursing development Units – a way to develop nurses and nursing* King's Fund Centre, London