

„Wer aktiv wird, kommt nicht in ein so tiefes Tal“

Gesundheitsprävention für Pflegende im Krankenhaus



Das Alice-Hospital Darmstadt beschloss 2006, ein besonderes Präventionsprojekt zu starten, um die Gesundheit der Pflegenden zu fördern; ein Projekt, das sich nicht auf Entspannungskurse in der Mittagspause beschränkt. Dorit Kobusch sprach mit Barbara Schmidt, PDL, wie die Mitarbeiter dazu befähigt werden sollen, selbst Gesundheitskompetenzen zu entwickeln.

Frau Schmidt, wie verlief die Anfangsphase des Präventionsprojekts im Alice-Hospital?

In das Projekt „Partizipative Prävention in der Pflege“, kurz 3P, waren zunächst viele externe Berater involviert. Im Haus haben wir dann ein im kleineren Stil projektbewährtes Stationsteam gefragt, als Modellstation zu fungieren. Wir wussten, dieses Team ist neuen Dingen gegenüber aufgeschlossen und bringt Engagement mit.

Wir haben dieser Station das Projekt vorgestellt und erklärt, dass das Erstteam eine zusätzliche Stelle für den Projektzeitraum bekommt, die mit Projektgeldern finanziert würde. Das Team hat Bedenken bekommen und hat sich dafür entschieden. Es hat signalisiert: Wir geben unsere Zeit und Energie für das Projekt.

Welche Erwartungen hatten die Pflegenden der Modellstation und die Geschäftsführung an das 3P-Projekt?

Das war sehr unterschiedlich. Wesentlich später habe ich sogar mitbekommen, dass eine Pflegenden einfach erwartet hatte, einen Hoyer-Lifter mehr für die Station zu bekommen.

Unsere Erwartung war sicherlich, problematische Themen, die schon über einen langen Zeitraum präsent waren, mithilfe des Projekts gezielter und erfolgsversprechender anzufassen. Themen, um die man sich immer mal wieder gekümmert hatte, sowohl das Team als auch die Pflegedienstleitung (PDL) auf der Geschäftsführungsebene oder die Ärzte; Themen, die aber nie zu einem Abschluss gekommen sind. Das waren zum Beispiel die Entzerrung von Arbeitspitzen oder was passiert, wenn durch Notfälle die Routine gestört wird.

Waren denn alle 16 Pflegenden der Modellstation am Projekt beteiligt oder gab es Ausnahmen?

Es war klar, dass nur Krankheit und Urlaub als Gründe für ein Fehlen bei den so genannten Dialogseminaren zählen. Jedes Treffen hat zweimal in identischer Weise stattgefunden, damit jede Schicht informiert war. Das war für die Pflegenden zeitweise recht anstrengend, denn sie haben ihren Frühdienst gemacht und sich nachmittags zwei, drei Stunden hingesetzt. In der Anfangsphase gab es die eben erwähnten Dialogseminare, in denen alle externen Berater dabei waren. Daraus hat sich alles entwickelt. Ganz am Anfang wurde in den Dialogseminaren gefragt: „Welche Probleme gibt es? Wo sind die Ansatzpunkte, die Sie angehen wollen?“ und gesagt: „Daraus entwickeln wir gemeinsam, wie partizipative Lösungsstrukturen aussehen könnten.“

Es wurde zunächst auf einer sehr abstrakten Ebene überlegt, wie man Belastungen und Probleme angehen kann. Zum Beispiel war die zeitnahe Kommunikation mit dem ärztlichen Dienst, wenn es um die Frage eines Angehörigen ging,

problematisch und hat häufig zu Konflikten und Belastungen geführt. Dabei muss beachtet werden, dass wir hier über ein Belegkrankenhaus reden, wo die Arztpräsenz geringer ist als in einem Akutkrankenhaus.

In diesen Dialogseminaren wurden die Instrumente des 3P-Projekts entwickelt: der Entlastungsbogen und die so genannten Gesundheitshebel, die man in den Entlastungstreffen im Team anwendet.

Wie läuft denn ein Entlastungstreffen ab? Wer nimmt daran teil und wann findet es statt?

In der Pilotphase fanden die Entlastungstreffen wöchentlich statt. Inzwischen hat sich die Frequenz auf einmal im Monat reduziert beziehungsweise je nach Bedarf. Das Team der Modellstation setzt sich mittwochs, anschließend an die Übergabe, zusammen. An diesem Tag wird die Übergabe geplant kürzer gehalten.

In der Station gibt es eine Pinnwand, auf der Themen festgehalten werden, die die Pflegenden beschäftigen. Aus diesen suchen sie eines für die Bearbeitung in einem Entlastungstreffen heraus. Die, die anwesend sind – es kommt niemand extra dazu, der frei hat – benennen ihr Thema. Je nach Thema wird eine externe Abteilung hinzugebeten. Wenn es ein Problem mit der Küche oder der Apotheke gibt, wird jemand von dort eingeladen und gefragt, ob man das Thema bearbeiten kann.

Meist moderiert die Stationsleitung die Entlastungsrunde. Anhand des Entlastungsbogens, einem Formular, das die Pflegenden selbst entwickelt haben, wird das Thema abgearbeitet. Damit gibt man

Barbara Schmidt,

geb. 1959, ist Pflegedienstleitung in der Geschäftsführung im Alice-Hospital in Darmstadt sowie Vorsitzende der Alice-Schwesternschaft vom Roten Kreuz Darmstadt. Barbara.Schmidt@alice-hospital.de

Auf die Frage: „Wie schützen Sie sich vor Erschöpfung?“ antwortete sie: „Mit Yoga!“

sich eine Struktur. So erreicht man auch, nach zwanzig Minuten diese Phase des Entlastungsprozesses zu beenden. Die meisten Themen brauchen allerdings mehr als ein Treffen.

Wie werden die Ergebnisse der Entlastungstreffen umgesetzt? Können Sie ein Beispiel geben?

Der Termin für das nächste Meeting wird sofort festgesetzt. In diesem Folge-meeting wird kontrolliert, ob die besprochenen Maßnahmen umgesetzt werden konnten und Entlastung geschaffen haben. Man gibt an, wie schwerwiegend die Belastung ist und was erreicht werden soll. Welche Maßnahmen – die „Gesundheitshebel“ – sollen benutzt werden? Was soll getan werden? Das könnte zum Beispiel sein, sich über Prioritäten bei der Arbeit klar zu werden, oder wie man mit Abweichungen im Arbeitsablauf besser umgehen kann oder wie Abläufe entlastend gestaltet werden können. Und wenn man sich nach vier Wochen wieder trifft, kann man das überprüfen. Schließlich ist die Benennung eines Verantwortlichen sehr effektiv. Und das ist nicht immer die Leitung!

Wir haben gerade den Fall, dass Überstunden im Spätdienst in hoher Regelmäßigkeit vorkommen. Die Pflegenden haben die Leitung und einen Mitarbeiter als Verantwortliche für die Bearbeitung des Themas benannt, weil es unterschiedliche Sichtweisen gibt. Durch die Treffen kommt man zu einer anderen Ebene. Die Mitarbeiter kommen nicht zu mir und sagen „Wir müssen immer länger bleiben“, sondern werden jetzt selbst aktiv. Das ist sicherlich auch ein Erfolg des Projekts, dass diese Selbstständigkeit und Partizipation im Denken und

in der Herangehensweise an Themen gefördert wurde.

Gibt es Situationen, in denen die Entlastungstreffen nicht helfen und die Gesundheitshebel nicht zum gewünschten Erfolg führen?

Je breiter und je externer der Kreis der an den Themen Beteiligten ist, umso schwieriger wird sich die Umsetzung gestalten. Da fehlt die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen – was sich im Alice-Hospital durch die Belegstruktur schon sehr früh als Thema herauskristallisiert hat. Denn ich kann zum Beispiel den Beleger, der nicht fest angestellt ist, nicht zwingen mitzumachen. Er ist aber sehr häufig in die Gespräche eingebunden. Oder wenn ein Pflegeteam Probleme mit Einweisungen hat, ist das auch nicht hundertprozentig lösbar.

Die Gesundheits-Scorecard wurde entwickelt, um den Präventionserfolg auf Teamebene zu messen. Mit ihr können Stationen miteinander verglichen werden. Welche Ergebnisse hatte der Vergleich?

Die Scorecard hat hohe subjektive Anteile. Für die Mitarbeiter selbst gab es immer wieder einen Aha-Effekt, nachdem sie in der Scorecard für die gleichen Schichten ihren Stresspegel angegeben haben. Der eine hat dann die Schicht als niedrig stressig, der andere als maximal stressig empfunden. Da ist es mit der Vergleichbarkeit schon gescheitert. Das Problem bei den täglich abzufragenden Werten war auch, dass es offensichtlich sehr schwer war, den Bogen immer auszufüllen. Daher waren die Bögen selten vollständig. ▶

Das Projekt „Partizipative Prävention in der Pflege“ – Hintergrund

Das Pflegepersonal in Krankenhäusern steht aktuell vor immer größeren Herausforderungen. Sparmaßnahmen, Fachkräftemangel, Übernahme ärztlicher Tätigkeiten und demografischer Wandel sind nur einige Aspekte, die sich für Pflegendes auswirken. Diese Veränderungen können zu Stress, Überforderung, Burn-out und damit verbundener kurzer Verweildauer im Beruf führen. Um dem entgegenzuwirken, beteiligte sich das Alice-Hospital Darmstadt in den Jahren 2006 bis 2009 an einem durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierten Forschungsprojekt. Unter dem Titel „Partizipative Prävention in der Pflege“ wurde unter anderem mit der Fachhochschule Wiesbaden ein neues Konzept zur Gesundheitsförderung für Pflegendes entwickelt. Dabei sollen die Pflegenden Gesundheitskompetenzen, die sich nicht auf einzelne Präventionsstrategien konzentrieren, entwickeln. Im Rahmen von Entlastungstreffen bearbeiten die Pflegenden unter Verwendung von „Gesundthebeln“ Belastungen, befassen sich mit deren Ursachen und erarbeiten Lösungen zur Entlastung. Damit sollen die Pflegenden in der flexiblen Auswahl von Bewältigungsstrategien unterstützt werden und so in die Lage versetzt werden, die Organisation mitzugestalten und zu verändern.

Nach etwa einjähriger Entwicklungszeit auf einer internistischen Station konnte das Konzept auf die Stationen der Darmstädter Kinderkliniken übertragen werden. Parallel dazu wurde ein Curriculum zur Implementierung des Projektes in die Krankenpflegeausbildung entwickelt und umgesetzt.

Die Beschäftigten des Alice-Hospitals haben ihre Zufriedenheit am Arbeitsplatz im Jahr 2010 um circa zehn Prozent höher als im Jahr 2008 bewertet.

Die Gesundheitshebel

- 1. Prioritäten setzen** – Abstimmung zwischen kurzfristig und langfristig zu erledigenden Aufgaben bei erhöhtem Arbeitsanfall
- 2. Handhabung von Abweichungen** – auf Störungen im Arbeitsablauf vorbereitet sein und unvorhergesehene Situationen Belastung reduzierend bewältigen
- 3. Zusammenarbeit und Kommunikation** – Veränderung der Kommunikation und Zusammenarbeit innerhalb des Teams und mit anderen Berufsgruppen
- 4. Organisationsarbeit** – Abläufe und Arbeitsorganisation innerhalb der Abteilung „entlastend“ gestalten
- 5. Qualitätsarbeit** – bewusster Umgang mit Qualitätsanforderungen
- 6. Handhabung von Beanspruchungen**

Ein Projektbericht ist unter dem Titel „Die Gesundheitshebel“ 2009 im Gabler-Verlag erschienen (ISBN 978-3-8349-1515-3).

Für die Praxis war es immer sehr schwer, Korrelationen herzustellen, die etwas anderes besagten, als das, was vorher auch schon klar war. Wenn ich beispielsweise 18 Neugeborene habe und nur zwei Kinderkrankenschwestern statt vier im Dienst sind, wird die Betreuung der Kinder jeweils unterschiedlich ausfallen. Und wenn ich den Krankenstand erfasse und habe jemanden mit einem Bandscheibenvorfall, dann muss die Ursache seiner Erkrankung nicht ausschließlich mit dem Arbeitsumfeld korrelieren. Für uns hat sich die Gesundheitsscorecard also nicht gerechnet.

Gibt es ähnliche Programme wie das 3P-Projekt auch für Ärzte und andere Mitarbeiter?

In der Anfangsphase wurde geklärt, dass nur Pflegende involviert werden und die Ärzte nicht bei den Schulungen dabei sind. Zu den Dialogseminaren wurden sie später mit eingeladen. Auf weiteren Stationen wurden die Ärzte von Anfang an eingebunden. Sie sind mehr oder minder zuverlässig gekommen. Zum Beispiel bei dem eben erwähnten Problem Überstunden/Spätdienst: Wenn ein Arzt immer ganz spät Visite macht, muss derjenige natürlich eingebunden werden. Denn man wird von ihm wollen, die Visite früher oder alleine, aber nicht direkt vor der Übergabe zu machen.

Ich denke, dass es sinnvoll ist, die Ärzte und die anderen Berufsgruppen einzubinden. Meines Erachtens ist das Konzept auf sie, aber auch auf Küche, Technik oder andere Bereiche übertragbar. Die Berufsgruppe der Ärzte könnte sicherlich davon profitieren, wenn sie die für sie existenten Probleme bewusst mit 3P-Methoden bearbeitet.

Inwiefern profitieren die Pflegenden vom Projekt?

Die Mitarbeiterzufriedenheit ist gestiegen, aber da kommen mehrere Komponenten zusammen. Die Mitarbeiter sind dem Projekt gegenüber auch kritisch, sie haben sehr viel Zeit investiert, sie haben Berg- und Talfahrten hinter sich gebracht, aber die Modellstation und die Kinderklinik nutzen es immer noch. Manchmal auch mit einem spielerischen Ansatz: „Wir könnten das ja mal auf 3P

machen.“ Aber sie machen es dann auch. Sie sagen selbst, sie haben gelernt, die Dinge, die sie beschäftigen, strukturierter und selbstständiger anzugehen. Sie haben ja durch das Projekt die Aufforderung bekommen, sich selbst um Themen zu kümmern und sich Zeit dafür zu nehmen. Sie wissen auch, wenn sie an Grenzen kommen, zum Beispiel an Personengruppen, die sie nicht beeinflussen können, dann muss eben der eingebunden werden, der das kann – sei ich es oder jemand anderer aus der Geschäftsführung. Da geht man miteinander eine Verpflichtung ein.

Die Pflegenden können Probleme analysieren, und es kommt vor, dass sie sagen: „Wissen Sie, Frau Schmidt, so geht das gar nicht, da haben Sie den und den Punkt vergessen.“ Das Projekt fördert das Mitdenken im Haus. Es macht den Blick weiter. In dem Moment, in dem ich Probleme zu Papier bringen muss, kann ich nicht mehr nur sagen: „Das geht alles nicht.“, sondern nehme alle Beteiligten mit ins Boot und bekomme automatisch einen größeren Blickwinkel.

Hat das Projekt Auswirkungen auf die Patienten gezeigt?

Das Team der Modellstation hat einen sehr hohen Grad an Eigenständigkeit und Kreativität gewonnen. Es ergreift immer wieder Initiative für die Patienten. Zum Beispiel werden die Patienten bewusst begrüßt, man macht sich Gedanken, wie man den Aufenthalt für sie einfacher gestaltet. Man denkt mit, wie die Folgeversorgung sein soll, man bindet die Angehörigen ein, man versucht alle Ressourcen, die das Haus hat, für den Patienten zusammenzuführen.

Ich weiß, dass das immer so sein sollte, ich weiß aber auch, dass es nicht immer so ist. Ich nehme ganz deutlich wahr, dass diese Station da sehr kreativ geworden ist.

Setzt man die 3P-Methode denn inzwischen auch in anderen Stationen oder Bereichen im Krankenhaus ein?

Wenn die Modellstation einen Konflikt mit einer anderen Station hat, wird er nach der 3P-Methode bearbeitet. So kommt die andere Station damit in Berührung. Wenn eine andere Station ein Thema mit der Modellstation bearbeitet,

schlage ich vor, dies auch mit dem Entlastungsbogen zu tun, auch wenn die andere Station nicht den ganzen Vorlauf hatte.

Wir haben auch eine Mitarbeiterin aus dem Funktionsdienst, die eine Weiterbildung gemacht hat und eine Abschlussarbeit schreiben musste. Für diese Arbeit hat sie das Thema Prävention gewählt, weil es in ihrer Abteilung auch darum ging, das Teamklima zu fördern und den Krankheitsstand zu senken. Sie hat sich dem 3P-Thema genähert, mit der Leitung des Pilotteams und mit der Projektbeauftragten geredet und im kleinen Rahmen soll der Transfer nun auch in den Funktionsdienst stattfinden.

Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus werden immer schwieriger. Inwieweit befähigt das Projekt Pflegende, sich ihnen anzupassen?

Sich anpassen zu können – das alleine ist schon ziemlich viel wert! Im Projekt lernen die Pflegenden, Probleme anzugehen. Dadurch kommen sie gar nicht in so ein tiefes Tal wie jemand, der sich nur auf der Jammerebene bewegt, aber nie selbst aktiv wird – oder sich nicht wehrt. Durch das Projekt hat das Team gelernt, mit anderen Berufsgruppen zu reden, seine Position zu vertreten und Achtung zu erfahren. Besonders Pflegende geraten ja schnell in Hierarchieprobleme.

Es wäre spannend zu verfolgen, was passieren würde, wenn diese Modellstation eine massive Strukturveränderung erleben würde. Wenn andere Fachdisziplinen auf die Station kämen oder ein Chefarztwechsel anstünde. Wie würde man damit umgehen? Etwas Ähnliches gab es neulich in einer anderen Station, und das lief lange nicht gut, bis man aktiv wurde. Nachdem man in die Analysephase gegangen ist, hat man sich relativ schnell wieder gefangen.

Die Teamstimmung fängt ja auch viel von der Arbeitsbelastung auf. Wenn die Menschen gerne arbeiten, stecken sie auch mehr Stress weg, das ist mein Eindruck. Das wird auch von ihnen selbst formuliert: „Wenn unsere Besetzung stimmt, wenn unser Team stimmt, dann schaffen wir das schon.“

Vielen Dank für das Gespräch!