



Strategie Pflegedienst 2016-2021

Autorinnen

G. Boegli, L. de Crom, Y. Huber, M. Keller, J. Khilji, Ch. Maguire, R. Rausch, A.-B. Schlüer,
A. Ullmann-Bremi, F. von Arx-Strässler | Genehmigt: Pflegedienstkonferenz Januar 2016

1. Einleitung

Die Strategie Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung 2015 – 2020 leitet das Handeln aller Mitarbeitenden; sie ist verbindlich. Sie beinhaltet die relevanten Herausforderungen bis zum Umzug in die Lengg. Unter erschwerten räumlichen und betrieblichen Bedingungen soll die führende Position des Universitäts-Kinderspitals Zürich gehalten und ausgebaut sowie Wachstum ermöglicht werden.

Die vorliegende Pflegedienst-Strategie ist von der Gesamtstrategie abgeleitet und definiert die Ausrichtung des Pflegedienstes. Der Pflegedienst des Universitäts-Kinderspitals Zürich hat eine im nationalen Kontext anerkannte führende Rolle in der Pflege von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, in der Pflegeentwicklung, in der Aus- und Weiterbildung und ist national und international vernetzt. Die Pflege ist ein Erfolgsfaktor für das Kinderspital.

Der Pflegedienst orientiert sich am Modell des Magnetspitals¹. Genügend und gut qualifiziertes Pflegepersonal aller Stufen ist die Voraussetzung für einen innovativen Pflegedienst. Die Pflegedienststrategie ist daher nach den fünf Komponenten des Magnetspitals aufgebaut (Leadership, Strukturen, professionelle Praxis, Pflegeentwicklung und Innovation, Pflegequalität und Outcome).

2. Leadership

Wir zeichnen uns durch kompetente und starke Kaderpersonen in Management, Pflegeentwicklung und Bildung aus, die sich für Patienten und Familien, für Mitarbeitende und für das Kinderspital einsetzen. Wir orientieren uns an den Prinzipien für erfolgreiches Leadership nach Kouzes & Posner² und fördern unseren Nachwuchs.

Kaderpersonen im Pflegedienst

- verfügen über ein fundiertes Pflegeverständnis³ und sind Schlüsselpersonen für eine wirksame Pflege.
- übernehmen im Spannungsfeld von strategischen Zielsetzungen und Alltagsrealitäten eine lösungsorientierte Rolle.
- leisten verlässliche und kooperative interprofessionelle Zusammenarbeit und fordern diese ein.
- fördern die Mitarbeiterzufriedenheit durch das Schaffen einer wertschätzenden Atmosphäre und einer konstruktiven Feedback-Kultur.
- positionieren sich, übernehmen Verantwortung und gestalten die Zukunft mit.

3. Strukturen

3.1. Organisation

Die Organisation des Pflegedienstes basiert auf dem Kreismodell Pflegedienst⁴, welches die Aufgaben im Management, in der Pflegeentwicklung und in der Bildung aufzeigt. Auf Stationsebene trägt das Führungsteam, bestehend aus Leiterin Pflege, Pflegeexpertin Praxis und Berufsbildnerin die Verantwortung.

Wir ermöglichen verschiedene Führungsmodelle unter der Bedingung, dass die fachliche, organisatorische und personelle Führung kompetent sichergestellt ist.

Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter

1 siehe Anhang 1: Magnet Modell nach McClure & Hinshaw, 2015

2 siehe Anhang 2: Leadership nach Kouzes & Posner, 2015

3 siehe Anhang 3: Unser Pflegeverständnis, 2016

4 siehe Anhang 4: Kreismodell Pflegedienst, 2016

Der Pflegedienst ist der Pflegedirektion unterstellt. Er übernimmt eine aktive Rolle mit entsprechender Verantwortung in der Geschäftsleitung, auf den verschiedenen Führungsebenen und Gremien. Wir fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit und engagieren uns für patienten- und familienzentrierte Prozesse.

Wir setzen uns für ein modernes und innovatives kinder- und familienfreundliches Spital ein. Wir beteiligen uns aktiv an der Planung und Gestaltung des Neubaus in der Lengg. Auf die damit einhergehenden organisatorischen, strukturellen und personellen Veränderungen sind wir vorbereitet.

3.2. Personal

Unsere Leistungen können nur dank kompetenten und engagierten Mitarbeitenden erbracht werden. Sie sind für uns von höchstem Wert.

Wir unterstützen die Umsetzung der Personalstrategie und pflegen eine enge Zusammenarbeit mit dem Personaldienst. Wir ermöglichen individuelle Arbeitszeitmodelle und setzen uns ein für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Arbeitssicherheit und die Gesundheitsförderung haben einen hohen Stellenwert.

Wir fördern Fachexpertise, Diversität, Spezialisierung und spezifische Fähigkeiten und fordern entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen ein. Mit einem Laufbahnmodell ermöglichen wir Mitarbeitenden eine Perspektive.

Wir betrachten eine gute Zusammenarbeit im Team und einen sinnvollen Skill-Grademix als entscheidende Faktoren für Leistung und Qualität. Die Teamentwicklung gestalten wir aktiv.

3.3. Aus- und Weiterbildung

Das Universitäts-Kinderspital Zürich ist ein attraktives Ausbildungs- und Weiterbildungsspital für Pflegefachpersonen verschiedener Ausbildungsstufen mit dem Schwerpunkt Pädiatrische Pflege.

Wir leisten sowohl qualitativ als auch quantitativ einen wichtigen Beitrag in der pädiatrisch-spezifischen Aus- und Weiterbildung und sichern den Nachwuchs. Professionelle Bildung ist die Grundlage für professionelle Pflege und hat im Kinderspital hohe Priorität. Pädagogisch qualifizierte Lehrerinnen für Pflege und Berufsbildnerinnen nehmen einen bedeutenden Einfluss auf die Kompetenzentwicklung der Lernenden und Studierenden. Wir machen sie fit für den beruflichen Alltag.

Die Zusammenarbeit mit Bildungsanbietern wie Höhere Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten ist etabliert. Die praktische Ausbildung orientiert sich an betriebseigenen Bildungskonzepten, welche auf neusten didaktischen und pädagogischen Erkenntnissen aufbauen. Die Curricula der verschiedenen Bildungsanbieter werden dabei berücksichtigt und der Transfer in die berufliche Praxis unterstützt. Grundlage für die betriebliche Transferunterstützung bietet das Modell der kognitiven Berufslehre (Cognitive-Apprenticeship-Modell) ⁵.

Die innerbetriebliche Weiterbildung Pflegedienst (IBW) organisiert Angebote mit Fokus auf die pädiatrische Pflege und den Kompetenzerwerb im Umgang mit Kindern aller Entwicklungsstufen und ihren Familien. Die Angebote nehmen Bedürfnisse der Praxis und Trends auf und tragen insbesondere neuen Technologien Rechnung. Sie stehen auch externen Fachpersonen zur Teilnahme offen. Wir entwickeln und fördern interprofessionelle Bildungsangebote in Zusammenarbeit mit andern Berufsgruppen und der Personalentwicklung.

⁵ siehe Anhang 5: Modell der kognitiven Berufslehre/Cognitive Apprenticeship, 2013

3.4. Netzwerke und Kooperationen

Wir übernehmen Verantwortung in Netzwerken, Fachgesellschaften und Verbänden, welche die Pädiatrische Pflege fördern und prägen. Einen Schwerpunkt bildet dabei die Gründung und Etablierung der Allianz «Pädiatrische Pflege Schweiz».

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Kinderkliniken und Institutionen sowie mit spitalexternen Dienstleistern, insbesondere den Kinderspitex-Organisationen, ist uns ein zentrales Anliegen.

4. Professionelle Praxis

Unsere Professionalität basiert auf «Unserem Pflegeverständnis», welches für uns richtungsweisend ist. Unsere Pflege zeichnet sich durch ein umfassendes Caring von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien aus. Der Pflegeprozess leitet dabei das pflegerische Handeln, sichert Kontinuität und eine wirksame und evidenzbasierte Pflege⁶ und Behandlung. Von Pflegefachpersonen wird erwartet, dass sie auf der Grundlage der professionellen Pflege die Verantwortung für die Patienten und ihre Familie übernehmen und sich im interprofessionellen Kontext klar positionieren.

Zukünftige Schwerpunkte legen wir auf

- die Stärkung der Handlungs- und Entscheidungskompetenz der Pflegefachpersonen.
- den kompetenten und reflektierten Umgang mit ethischen Fragestellungen im klinischen Alltag.
- die Weiterentwicklung von Advanced Nursing Practice (ANP).
- die Entwicklung strukturierter pflegerischer Übergangsprozesse vom pädiatrischen in den erwachsenen Versorgungsbereich (Transition).
- die Entwicklung neuer bereichs- und institutionsübergreifender Gesundheitsversorgungsmodelle.
- die Überprüfung und Anpassung der IT-unterstützten Instrumente im Pflegedienst, insbesondere den elektronischen Pflegeprozess.

5. Pflegeentwicklung und Innovation

Die Pflegeentwicklung setzt sich zusammen aus Praxisentwicklung und klinischer Pflegewissenschaft. Gemeinsam tragen sie die Verantwortung für die zielgerichtete Entwicklung, Implementierung und Evaluation von bestehenden und neuen Gesundheitsversorgungsmodellen, Advanced Nursing Practice und Interprofessionalität. Wir fokussieren auf nachhaltige Entwicklung, welche auch zukünftige gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedürfnisse miteinbezieht.

Die Praxisentwicklung sichert die Entwicklung und Qualität der Pflege auf Stations- und Bereichsebene. Die im Leistungsspektrum aufgeführten Modelle und Konzepte bilden dafür die Grundlage; sie werden systematisch ausgearbeitet, in der Praxis implementiert und evaluiert.

Die klinische Pflegewissenschaft richtet sich an den für die pädiatrische Pflege relevanten Themen aus und arbeitet mit einer Forschungsagenda, welche eine evidenzbasierte Pflege ins Zentrum stellt. Sie ist klinisch orientiert und zielt auf den direkten Nutzen für Patienten und Familien.

⁶ siehe Anhang 6: Evidence-based Nursing (EBN), 2015

Dabei stehen im Vordergrund:

- Der Ausbau und die Etablierung wissenschaftlicher Aktivitäten
- Die Zusammenarbeit im Forschungszentrum für das Kind (FZK)
- Die akademische Repräsentation in nationalen und internationalen Fachgesellschaften und Netzwerken
- Die universitäre Anbindung im Rahmen einer konkreten europäischen Partnerschaft

Wir sind stolz auf unsere Leistungen und machen diese intern wie auch extern sichtbar. Wir publizieren national und international.

6. Pflegequalität und Outcome

Wir sehen die Sicherung der Pflegequalität und Patientensicherheit als prioritäre Aufgabe. Die Anwendung der entsprechenden Instrumente ist verbindlich. Wir evaluieren und messen unsere Leistungen unabhängig und institutionsübergreifend und stellen uns dem Wettbewerb. Wir nutzen die Ergebnisse für die Verbesserung der direkten Patientenversorgung.

Es ist für uns selbstverständlich und zwingend, Leistungen und Kennzahlen im pflegerischen Alltag zu erfassen und sie für die Planung und den verantwortungsvollen Einsatz von Ressourcen zu nutzen.

Unsere Entscheidungen und Vorgehensweisen sind fakten gestützt.

Wir unterstützen die Weiterentwicklung und Implementierung nationaler Messmethoden im pädiatrischen Bereich. Wir beteiligen uns aktiv an der Erarbeitung neuer, relevanter nationaler Pflegeindikatoren für pädiatrische Patienten.

Anhang

- 1 Magnet Model nach McClure & Hinshaw, 2015
- 2 Leadership nach Kouzes & Posner, 2015
- 3 Unser Pflegeverständnis, 2016
- 4 Kreismodell Pflegedienst, 2016
- 5 Modell der kognitiven Berufslehre/Cognitive Apprenticeship, 2013
- 6 Evidence-based Nursing (EBN), 2015

Literatur

ANP/Pflegeentwicklung

- Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach* (4th ed.). W.B. Saunders Company, 2009
- ICN (International Council of Nurses), 2002. *Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles*.
www.icn.ch
- Ullmann-Bremi, A., Schlüer, A.B., Finkbeiner, G., Huber, Y. «Wie ein ANP-Team laufen lernt.»-Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätskinderhospital Zürich, *Pflege* 24(1): 21-28, 2011

Bezugspflege

- Manthey, M. *Primary Nursing – Ein personenbezogenes Pflegesystem* (3. Aufl.). Hans Huber Verlag, 2011

Caring

- Benner, P. & Wrubel, J. *Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Hans Huber Verlag, 1997

EBN

- Behrens, J. & Langer, G. *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber Verlag, 2010
- Rycroft-Malone, J. et al. *What counts as evidence in evidence-based practice?* *Nursing and Health Care Management and Policy*, 47: 81-90, 2004

Familienpflege

- Wright, L.M. & Leahey, M. *Familienzentrierte Pflege – Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen*. Hans Huber Verlag, 2009

Leadership

- Kouzes, J.M. & Posner, B.Z. *The Leadership Challenge*. John Wiley & Sons, 2007
- Huber, Y. *Wirksame Pflegepraxis – eine Herausforderung für die Führung: Ein Erfahrungsbericht der Pflegedienstleitung des Kinderhospitals Zürich*. *Pflege* 17: 270-275, 2004

Magnetspital

- McClure, M.L. & Hinshaw, A.S. *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses*. American Nurses Association, 2002

Pflegepädagogik

- Collins, A., Brown, J.S., & Newman, S.E. (1989). *Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics*. In Resnick, L. B. (Ed.). *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser* (pp. 453-494). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schwarz-Goavers, R. *Arbeiten mit dem Modell der Kognitiven Berufslehre*. In Brühlmann, J., Ludwig, I. & Schwarz-Goavers, R. (Hrsg.). *Der Arbeitsort als Lernort in der Pflegeausbildung*, 78-81. Pädagogik bei Sauerländer, 2000
- Weber, A. *Problem Based-Nursing Learning. Ein Handbuch für die Ausbildung auf der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe*. h.e.p. Verlag, 2004

Strategie

- Kinderhospital Zürich – Eleonorenstiftung. *Strategie 2015 – 2020*. www.kispi.uzh.ch

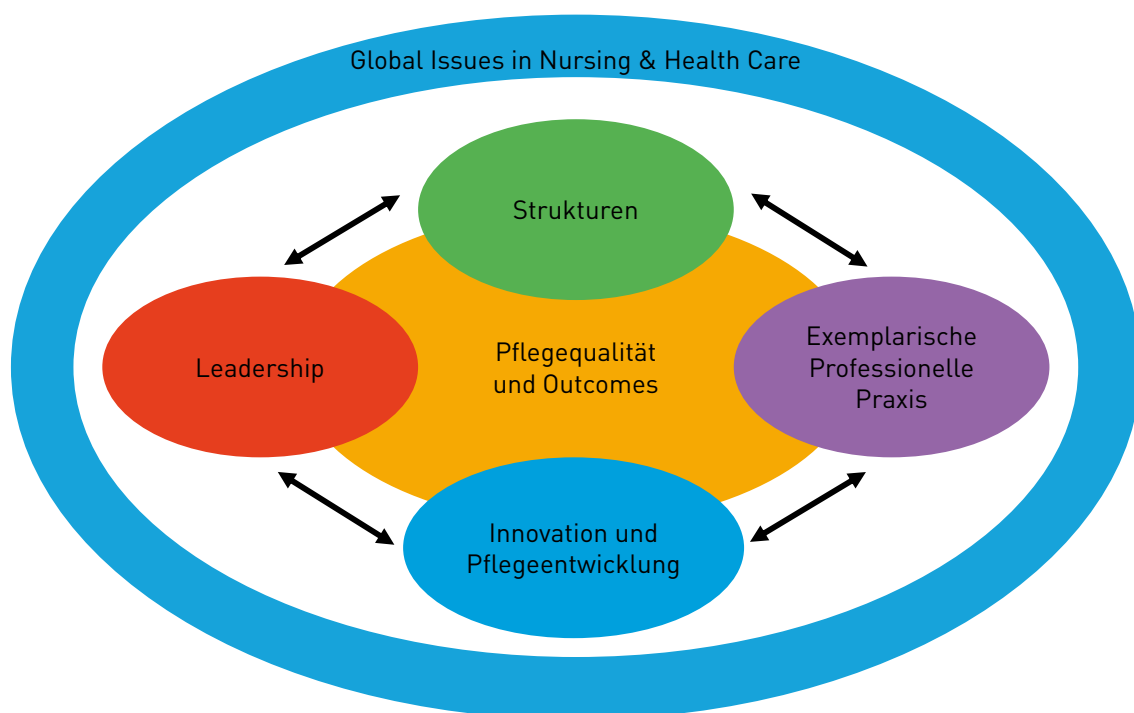
Versorgungsmodelle

- Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A. & Hofer, B. *Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege*. Bern: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP, 2015
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2013. *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates: Gesundheit 2020*.
www.gesundheit2020.ch

Magnet Modell

5 Komponenten/14 Kräfte (Force 1-14)

Ein Magnetspital zeichnet sich dadurch aus, dass es von qualifizierten Pflegefachpersonen als attraktiv angesehen wird und sie deshalb dauerhaft an das Spital gebunden werden können. Man unterscheidet insgesamt vierzehn Kräfte des Magnetismus, welche fünf Komponenten zugewiesen werden können. Im Folgenden wird auf diese Komponenten eingegangen und die dazugehörigen Kräfte benannt und erläutert.



1. Leadership (Transformational Leadership)

1.1. Sichtbare Führungskräfte (Quality of Nursing Leadership) – Force 1

Die Organisation zeichnet sich durch kompetente, starke und risikofreudige Führungspersonen aus, welche sich auf allen organisatorischen Stufen für die Unterstützung und den Beistand von Patient und Personal einsetzen.

1.2. Partizipativer Führungsstil (Management Style) – Force 3

Die Gesundheitsorganisation und das verantwortliche Pflegemanagement schaffen eine offene Partizipations- und Feedback-Kultur. Pflegefachpersonen in Führungspositionen sind stets präsent und zugänglich. Auf allen organisatorischen Stufen sollen die Mitarbeitenden zu Meinungsäußerungen ermutigt sowie diese bewertet und miteinbezogen werden.

2. Strukturen (Structural Empowerment)

2.1. Organisationsstruktur (Organizational Structure) – Force 2

Organisationsstrukturen werden generell flach gehalten und sind von dezentralen Entscheidungsprozessen geprägt. Sie sind zudem dynamisch und können auf Veränderungen reagieren. Pflegefachpersonen wirken auf allen Organisationsebenen mit, auch in den obersten Führungsebenen. Die Organisation zeichnet sich durch ein funktionierendes und produktives System der gemeinsamen Entscheidungsfindung aus.

2.2. Personalstrategie und -programme (Personnel Policies and Programs) – Force 4

Konkurrenzfähige Gehälter, eine sichere und gesunde Arbeitsumwelt, der Einbezug der Pflegefachpersonen bei der Gestaltung personalpolitischer Richtlinien sowie Weiterentwicklungsmöglichkeiten werden durch die vorhandene Personalpolitik gesichert.

2.3. Kommunales Angebot (Community and Healthcare Organisation) – Force 10

Beziehungen und Netzwerke zu verschiedensten Gesundheitsorganisationen werden geschaffen und gepflegt, um bessere Patientenergebnisse zu ermöglichen.

2.4. Image der Pflege (Image of Nursing) – Force 12

Die von der Pflege geleistete Arbeit wird von anderen Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitseinrichtung als wesentlicher und essentieller Bestandteil ganzheitlicher Betreuung verstanden.

2.5. Berufliche Entwicklung (Professional Development) – Force 14

In der Organisation werden die persönliche und berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeitenden unterstützt und geschätzt. Für die Teilnahme an Programmen zur Weiterentwicklung klinischer Kompetenzen sowie Führungs- und Managementfähigkeiten stehen ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung.

3. Exemplarische Professionelle Praxis (Exemplary Professional Practice)

3.1. Professionelle Pflegemodelle und -konzepte (Professional Models of Care) – Force 5

Pflegefachpersonen übernehmen Verantwortung bei der direkten Patientenversorgung und sind zudem verantwortlich für die Pflegekoordination. Pflegemodelle setzen den Einsatz kompetenter Pflegefachpersonen sowie adäquater Ressourcen voraus, ermöglichen Kontinuität in der Pflege und berücksichtigen die individuellen Bedürfnisse der Patienten.

3.2. Pflegequalität (Quality of Care) – Force 6

Pflegequalität ist ein hoher Unternehmenswert. Das Pflegemanagement ist verantwortlich für die Schaffung einer Umgebung, welche sich positiv auf das Wohlbefinden der Patienten auswirkt.

3.3. Qualitätsmanagement (Quality Improvement) – Force 7

Die Organisation der Pflege hat Strukturen und Prozesse zur Messung der Qualität, um Pflegequalität und Dienstleistungen in der Organisation zu verbessern.

3.4. Ressourcen stehen zur Verfügung (Consulation and Resource) – Force 8

Die Organisation stellt adäquate Ressourcen, Unterstützung und kompetente Expertinnen zur Verfügung. Die Pflegeorganisation unterstützt die Teilnahme der Pflegefachpersonen in Berufs- und Fachorganisationen sowie den Austausch innerhalb der Fachgemeinschaft.

3.5. Autonomie (Autonomy) – Force 9

Von Pflegefachpersonen wird erwartet, dass sie autonom, auf Grundlage professioneller Pflegestandards, mit Expertise und umfangreichen Sachkenntnissen arbeiten. Unabhängige Beurteilungen und eigenständiges Handeln werden im inter- und multiprofessionellen Kontext erwartet.

3.6. Pflegefachpersonen als Lehrkräfte (Nurses as Teachers) – Force 11

Ausgebildete Pflegefachpersonen sind miteinbezogen in interne und externe Bildungsaktivitäten. Die Pflegeorganisation bietet Mentoring- und Entwicklungsprogramme für Mitarbeitende und Studierende an. Pflegefachpersonen werden bei der Erbringung von Lehrtätigkeiten gefördert. Es gibt Patientenedukationsprogramme, welche den verschiedenen Bedürfnissen der Patienten entsprechen.

3.7. Interdisziplinäre Beziehungen (Interdisciplinary Relationship) – Force 13

Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Disziplinen wird geschätzt und gefördert. Gegenseitiger Respekt basiert auf der Annahme, dass alle Mitarbeitenden grundlegende und sinnvolle Beiträge zum klinischen Ergebnis beisteuern. Strategien zum Umgang mit Konflikten sind etabliert und werden gegebenenfalls effektiv eingesetzt.

4. Innovation und Pflegeentwicklung (New Knowledge, Innovations, Improvements)

4.1. Pflegequalität (Quality of Care) – Force 6

Pflegequalität ist ein hoher Unternehmenswert. Das Pflegemanagement ist verantwortlich für die Schaffung einer Umgebung, welche sich positiv auf das Wohlbefinden der Patienten auswirkt.

4.2. Qualitätsmanagement (Quality Improvement) – Force 7

Die Organisation der Pflege hat Strukturen und Prozesse zur Messung der Qualität, um Pflegequalität und Dienstleistungen in der Organisation zu verbessern.

5. Pflegequalität und Outcomes (Empirical Outcomes)

5.1. Pflegequalität (Quality of Care) – Force 6

Pflegequalität ist ein hoher Unternehmenswert. Das Pflegemanagement ist verantwortlich für die Schaffung einer Umgebung, welche sich positiv auf das Wohlbefinden der Patienten auswirkt.

5 Praktiken für erfolgreiches Leadership nach Kouzes & Posner

1. Gestalte den Weg – Model the Way

- Sei dir über deine persönlichen Wertvorstellungen im Klaren und vertrete sie
- Sei ein Vorbild und handle in Übereinstimmung mit gemeinsamen Werten
- Unterteile den Weg zum Ziel in bewältigbare Schritte
- Geh voraus wenn es nötig ist, aber nur dann

**Wer klare Vorstellungen hat und nach diesen lebt, ist glaubwürdig.
Glaubwürdigkeit ist die Voraussetzung für Leadership.**

2. Inspiriere zu einer gemeinsamen Vision – Inspire a Shared Vision

- Visualisiere die Zukunft durch die glaubhafte und konkrete Darstellung von anregenden und wertvollen Möglichkeiten
- Beteilige andere an einer gemeinsamen Vision durch die Aufforderung zu einer gemeinsamen Ausrichtung
- Lerne deine Mitarbeitenden kennen und sprich ihre Sprache

**Menschen folgen Visionen erst, wenn sie sich selber damit identifizieren.
Voraussetzung dafür ist, dass sie sie verstehen.**

3. Lass dich auf den Prozess ein – Challenge the Process

- Suche innovative Methoden der Veränderung und Verbesserung
- Experimentiere und wage etwas
- Lerne aus den Erfolgen und Fehlern
- Bleibe offen für Ideen von anderen

**Die Bereitschaft zu Veränderungen ist Voraussetzung und Merkmal von Leadership.
Veränderungen sind immer mit Risiken verbunden. Misserfolge gehören dazu.**

4. Ermögliche andere zu handeln – Enable Others To Act

- Fördere die Zusammenarbeit
- Unterstütze kooperative Ziele
- Schaffe Vertrauen
- Beteilige andere an Macht und Entscheidungskompetenz

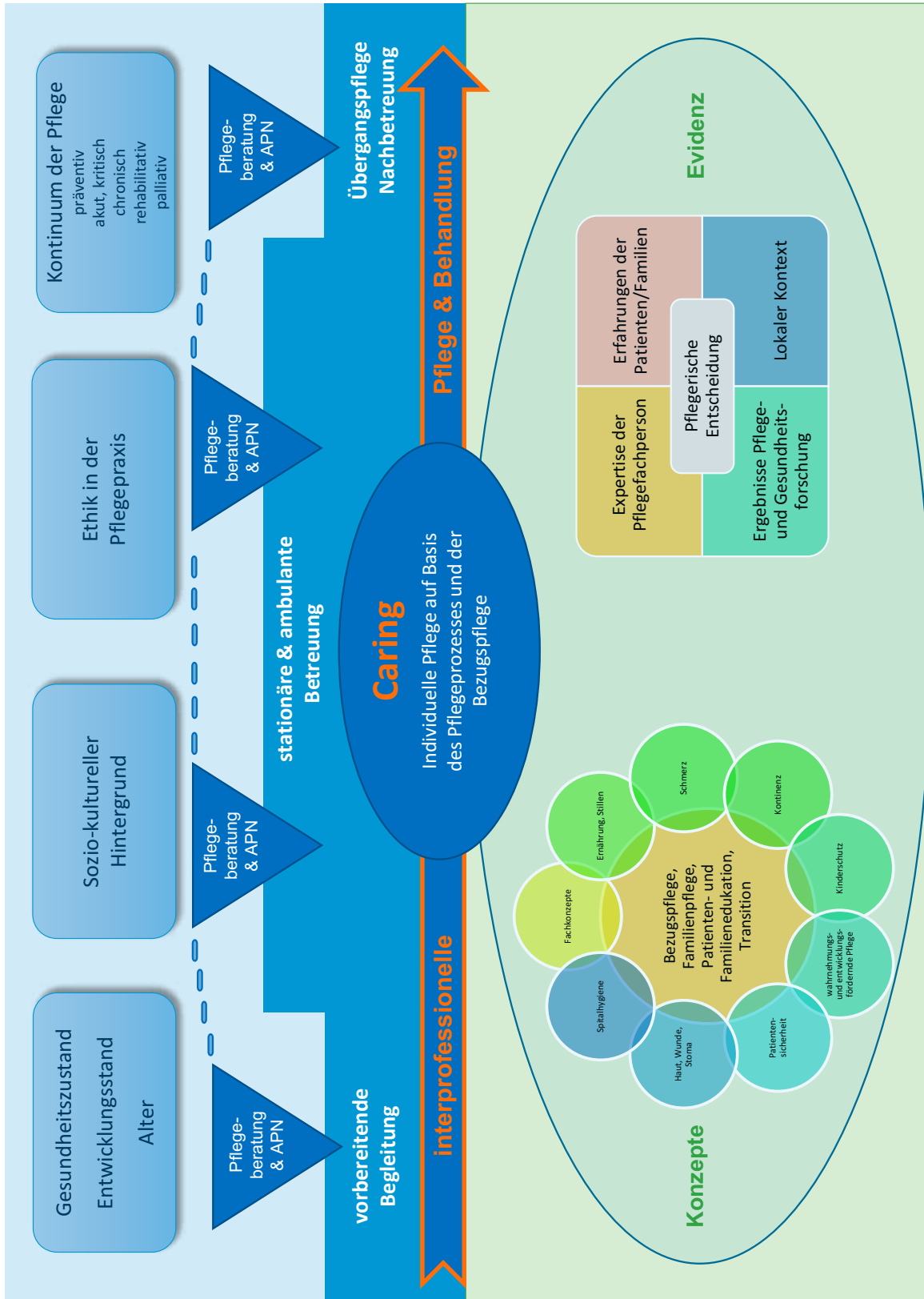
Die Aufgaben werden gemeinsam gestellt und gemeinsam gelöst. Wer den Prozess mitgestalten kann, ist motiviert, das Ziel zu erreichen und übernimmt Verantwortung.

5. Stärke das Herz – Encourage the Heart

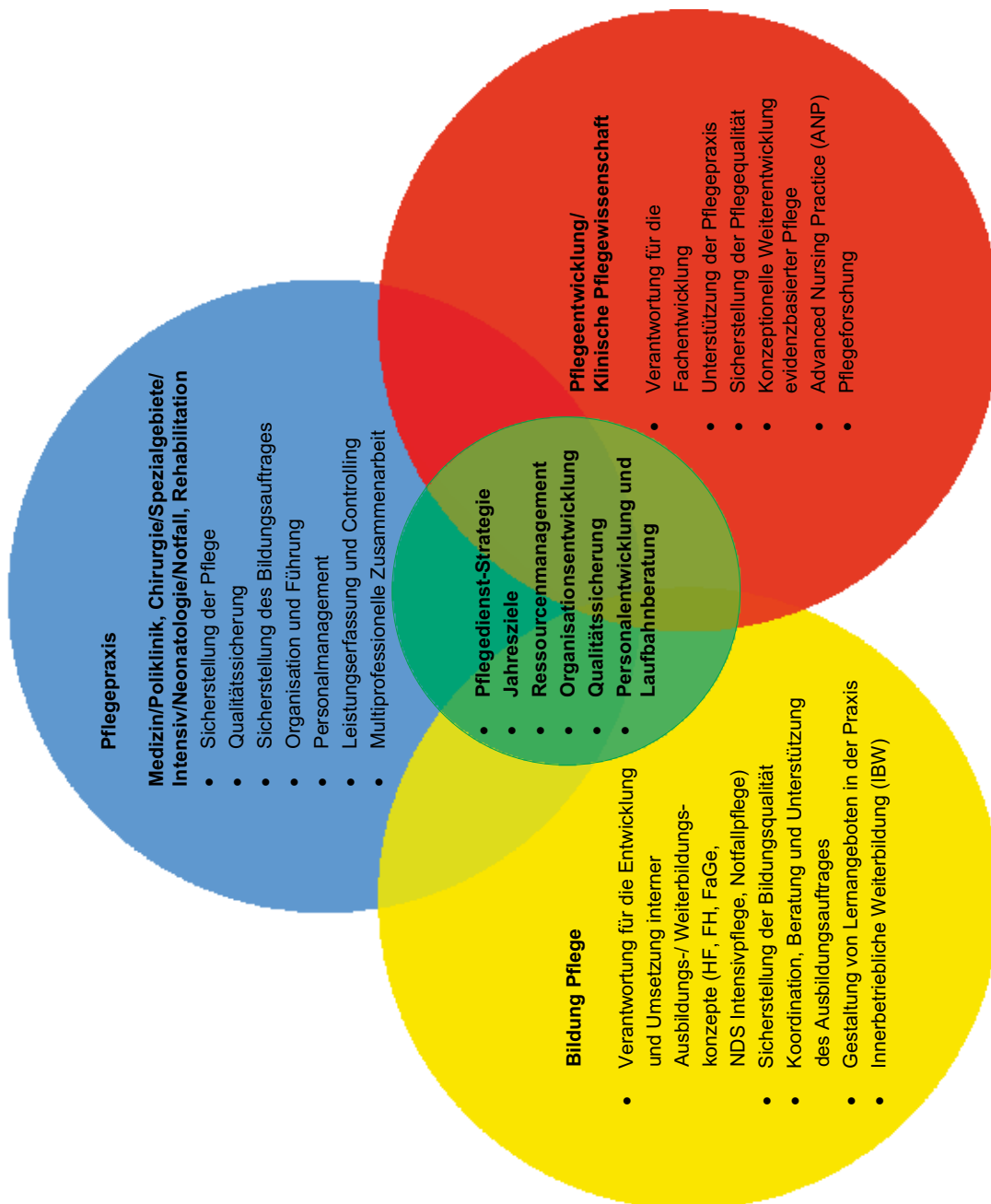
- Anerkenne individuelle Leistungen
- Schätze den Einsatz zusammen mit dem Team
- Seid gemeinsam stolz auf die erbrachte Leistung
- Bewältigt Misserfolge zusammen

Das Gemeinschaftsgefühl wird durch Erfolge gestärkt. Lobe die Mitarbeitenden und danke ihnen für ihre Leistungen. Auch kleine Schritte sind wichtig und verdienen Anerkennung.

Unser Pflegeverständnis



Kreismodell Pflegedienst



Modell der kognitiven Berufslehre/Cognitive Apprenticeship Modell nach Collins, Brown & Newman

Das «Modell der kognitiven Berufslehre/Cognitive Apprenticeship» hat seinen Ursprung in der praktischen Berufslehre und ist geeignet für das Lernen und Lehren in der beruflichen Praxis. Es orientiert sich am konstruktivistischen Ansatz und beschreibt das Aneignen von praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten in 6 Schritten, bezogen auf eine ausgewählte Aufgabenstellung. Die Lehrperson unterstützt und begleitet die Studierende in ihrem individuellen Lernprozess. Die Unterstützung nimmt kontinuierlich ab während die Studierende zunehmend selbstverantwortlich das Bearbeiten von Aufgaben übernimmt.

Phasen/Schritte	Lernbegleitperson	Studierende
Vorbereitung	<i>Unterstützen im Erfassen des individuellen Lernbedarfs</i> → bei Bedarf beraten	<i>Individuellen Lernbedarf erfassen</i> → Vorwissen und Können aktivieren, aktualisieren
	Unterstützung	Selbstverantwortung
1. Modellierung	<i>Vorzeigen und Vordenken (Verbalisieren)</i> → ausführen, demonstrieren, begründen	<i>Beobachten und Nachdenken (Nachvollziehen)</i> → nachfragen, erkunden und allfälligen Lernbedarf erfassen
2. Coaching	<i>Begleiten und Anleiten (Beraten)</i> → beobachten, unterstützen, nachfragen, beraten, überwachen und Feedback geben	<i>Erproben unter Anleitung</i> → durchführen, üben unter Berücksichtigung des Vorwissens
3. Scaffolding und Fading	<i>Unterstützen und Loslassen</i> → Vorschläge zur Aufgabenbewältigung machen, ev. Teilschritte aufzeigen → auf relevante Regeln, Vorgaben, Richtlinien hinweisen → zunehmend in Hintergrund treten	<i>Bewältigen mit indirekter Unterstützung</i> → Teilprozesse weitgehend allein bearbeiten, trainieren und entsprechende Hilfsmittel nutzen → bei Bedarf gezielte Unterstützung holen
4. Articulation	<i>Durchdenken und Durchsprechen ermöglichen</i> → Beschreibung der Aufgabenbewältigung überprüfen und kommentieren	<i>Aufgabenbewältigung transparent machen</i> → selbstständiges Ausführen der Aufgabe, anschliessend Verbalisieren des Denk- und Problemlösungsprozesses
5. Reflection	<i>Vergleichen und Hinterfragen ermöglichen</i> → Hilfestellung (gezielte Fragen, Material, Literatur, Experten, etc.) geben zum selbstständigen Hinterfragen des Lernprozesses und aus Sicht der Expertin Ergebnisse bewerten	<i>Aufgabenbewältigung überdenken</i> → beurteilen und vergleichen der Denk- und Handlungsprozesse und Konsequenzen für weiteres Handeln ableiten
6. Exploration	<i>Evaluieren und Entwickeln ermöglichen</i> → Ziele, Qualitäts- oder Berteilungskriterien vorgeben → Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung ermöglichen (z.B. spez. Fragestellung bearbeiten)	<i>Aufgabenlösung beurteilen und weiterentwickeln</i> → eigenständiges Bearbeiten und Evaluieren differenzierter Aufgaben- und Problemstellungen → Handeln und Verhalten in verschiedenen Kontexten anpassen → selbstgesteuertes Lernen

Collins, A., Brown, J.S., & Newman, S.E. (1989). Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. In Resnick, L. B. (Ed.). Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser (pp. 453-494). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
Schwarz-Goavers, R. Arbeiten mit dem Modell der Kognitiven Berufslehre. In Brühlmann, J., Ludwig, I. & Schwarz-Goavers, R. (Hrsg.). Der Arbeitsort als Lernort in der Pflegeausbildung, 78-81. Pädagogik bei Sauerländer, 2000
adaptiert 2013 Bereich Bildung Pflegedienst

Evidence-based Nursing (EBN) eine Entscheidungshilfe im Pflegealltag

Evidence-based Nursing (EBN)



Definition

“Evidence-based Nursing”

ist eine Denk- und Arbeitsrichtung, die problem- und handlungsorientiert von der konkreten Praxissituation ausgeht und ihre Entscheidungsfindung auf vier Wissensquellen stützt:

- Ergebnisse aus der Pflege- und Gesundheitsforschung,
- Expertise der Pflegefachpersonen,
- Erfahrungen der Patienten und Familien,
- Lokaler Kontext.

Vier Wissensquellen

Ergebnisse aus der Pflege- und Gesundheitsforschung

Ist die verlässlichste Quelle, wenn es sich um aktuelle und überprüfte Literatur handelt. In erster Linie sind dies wissenschaftliche Artikel. Die darin beschriebenen Studien sollten nach wissenschaftlichen Kriterien gültig und verlässlich sein. Die Umsetzung der Resultate in die Praxis liegt in den Händen der Pflegefachpersonen und ist somit einem gewissen Interpretations- und Umsetzungsspielraum ausgesetzt.

Erfahrungen der Patienten/Familien

Können durch Befragung, Beobachtung und Einbezug der Patienten und deren Angehörigen erfahren werden. Sie sind stark von der Wertvorstellung, der Erfahrung und den Vorlieben der Einzelnen abhängig.

Expertise der Pflegefachpersonen

Setzt sich aus der professionellen Erfahrung und der Lebenserfahrung der Pflegefachpersonen zusammen. Erfahrungswissen ist oft intuitiv vorhanden, muss aber kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden. In Verbindung mit der Literatur ist es die wichtigste Wissensquelle. Es darf jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass Pflegefachpersonen wissen, was für die Patienten das Beste ist. Dazu müssen die Patientenbedürfnisse erfragt werden.

Lokaler Kontext

Dazu gehört das Know-how des interdisziplinären Teams, schriftliche Dokumentation (Pflegedokumentation, Patientendossier etc.) sowie Feedback und Gespräche auf der Station. Auch politische, ökonomische, gesellschaftliche und kulturelle Themen beeinflussen diese Komponente.

Nutzen

- Pflegeinterventionen begründen und belegen
- Unsere auf Erfahrungen basierenden, „rituellen“ Handlungen hinterfragen
- Verfügbares Forschungswissen in die Praxis einfließen lassen
- Patienten in unsere Entscheidungen einbeziehen
- Interdisziplinäre Anerkennung erlangen
- Pflege sichtbar machen

Grenzen

- Gefahr von unreflektierter „Kochbuchpflege“
- Reduktion auf Kosten-Nutzen-Überlegung
- Vermittlung falscher/vermeintlicher Sicherheit: Es ist besser in begründeter Unsicherheit als in unbegründeter Sicherheit zu handeln
- Fehlen von genügend relevanten Forschungsergebnissen
- EBN nimmt uns die Verantwortung für persönliche Entscheidungen nicht ab
- Wir erhalten nie absolutes Wissen (Häufigkeits- und Wahrscheinlichkeitsaussagen)

