

PflegeGESICHT

Ausblick Einblick Weitblick Durchblick



AUSGABE 1/2011
erscheint zwei Mal jährlich
herausgegeben vom Pflegedienst

RUBRIKEN
Editorial
Marktplatz
Pflegeinformatik
Pflegeentwicklung
Bildung
Pflegekarriere
GastautorIn
Agenda
Impressum

Inhalt

Editorial Pflege-sicht	3
Lernen Eltern, was wichtig ist für die Pflege zu Hause?	5
Entwicklung des Visitenrasters auf der Chirurgie D.....	6
Medikamentenmanagement im Rehabilitationszentrum	8
Pflegeinformatik	9
Das „Leistungsspektrum Pflege“ – ein Geheimrezept von Lilli	10
Reflexion – ein Schlüssel zum Lernen	12
InnerBetriebliche Weiterbildung (IBW).....	13
Brigitte Schwarz: 32 Jahre Intensivstation Kinderspital	14
Marlis Pfändler-Poletti: 25 Jahre Kinderspital Zürich.....	16
Sie müssten aber trösten können... ..	18
Agenda	19
Impressum.....	19
Kontakt	19

Editorial Pfl-e-ge-sicht

Text: Yvonne Huber

Liebe Pflegende



In unserem neuen Journal, das zum Internationalen Tag der Pflege am 12. Mai 2011 zum ersten Mal erscheint, steht für einmal ganz unbescheiden die Pflege im Zentrum. Nur eine eigenständige Pflege garantiert die pflegerische Versorgung unserer Pati-

enten und ihrer Familien. Und nur eine Pflege die selbstbewusst auftritt ist attraktiv für Pflegefachleute, welche sich für ihr Spital engagieren wollen und die wir so dringend benötigen.

Im Titel unseres Journals **Pflegesicht** ist die **Sicht** ebenso enthalten wie das **Gesicht**. Die Sicht der Pflege soll hier ihren Platz bekommen, die Pflege wird ihr ganz eigenes Gesicht zeigen. Dabei geht es nicht um ein einziges Gesicht. Pflege hat viele Facetten, und der Blick auf die Pflege kann ganz unterschiedlich sein. Indem wir uns den Raum nehmen, um verschiedene Sichtweisen der Pflege darzustellen, tragen wir dazu bei, das Selbstbewusstsein der Pflege zu stärken. Dieses Selbstbewusstsein ist Voraussetzung für die Entwicklung der Pflege.

Dies ist besonders wichtig in einer Zeit der Verunsicherung. Wie kann die Pflege in Zukunft bestehen mit der Aussicht auf Mangel an Pflegepersonal und der anstehenden Einführung der DRG? Unser Journal setzt der Unsicherheit und Resignation die selbstbewusste Pflege entgegen.

Am Anfang der Journal-Idee stand die Januartagung 2011 des Pflegekaders. Über vierzig Pflegefachleute aus dem Management, der Pflegeentwicklung und der Bildung diskutierten unsere Jahresschwerpunkte 2011, einer davon heisst **Pflege sichtbar machen**. Zunächst aber hielten wir Rückschau. Und einmal mehr zeigte sich, dass wir ein herausforderungsreiches Jahr hinter uns hatten. Die Beschränkung der Ressourcen wurde eindrücklich geschildert. Die Pflege wird, nicht zuletzt dank technischer Möglichkeiten und der Innovation der Medizin am Kinderspital, immer komplexer. Immer schneller dreht sich das Rad auch im Spitalalltag: innert kürzester Zeit müssen Pflegende eine Beziehung aufnehmen zu Patienten und ihren Angehörigen, Situationen, Probleme, Bedürfnisse erfassen und analysieren, zielgerichtet pflegen und die Beziehung kurz darauf wieder lösen, weil der Patient entlassen und ambulant weiter betreut werden kann. Immer mehr, immer schneller, in immer kürzerer Zeit. Fragen nach der Qualität der Pflege und ihrer Anerkennung tauchten auf.

Die eher bedrückte Stimmung lockerte sich, als die Pflegefachleute, die im Oktober 2010 eine Studienreise in ein Magnetospital machten, von ihrem Besuch des 'Children's National Medical Center' in Washington D.C. berichteten. 'Proud to be a nurse' hiess das Schlagwort, das sie nach Hause brachten. Anstatt zu klagen über mangelnde Wertschätzung, können auch wir stolz sein auf Erreichtes. ...

Editorial Pfl-e-ge-sicht (Fortsetzung)

... In mehreren Räumen liess sich anschauen und nachlesen, was im letzten Jahr im Kinderspital in der Pflege entstand. Innovative Ideen und spannende Projekte fanden sich auf diesem Marktplatz, von Abschlussarbeiten einzelner Kolleginnen hin zu Projekten auf Stationen und im interdisziplinären Rahmen, bei denen Pflegende führende Rollen übernommen hatten. Der Marktplatz regte zum Blättern, Lesen und zum Austausch an. Woran arbeiten eigentlich die Kolleginnen auf der Nachbarstation? Wir erkannten, dass ein Ausflug über den Ozean zwar neue Erkenntnisse und Impulse bringt, aber ein Besuch nebenan sowie der fachliche Austausch mit Kolleginnen eines anderen Bereichs oft ebenso interessant und nützlich sein kann.

Wie kann Pflege sichtbar gemacht werden? Das neue Journal ist eine unserer Antworten. Hier werden zweimal jährlich Fachbeiträge, konkrete Projekte und erarbeitete Produkte vorgestellt.

Hier zeigt die Pflege ihr Gesicht und wird sichtbar. Zugleich dienen diese Berichte dazu, sich innerbetrieblich besser zu vernetzen. Und da wir auch von Vorbildern lernen, stellen wir spezielle Pflegekarrieren vor, die Pflegefachleute ermutigen sollen, selbstbewusst ihren eigenen Weg zu suchen. Eine professionelle Pflege, ein starker, leistungsfähiger Pflegedienst als aktiver Teil und Partner im interdisziplinären Behandlungsteam als Erfolgsfaktor für das Kinderspital, das sich als schweizweit führendes Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendmedizin versteht – das ist unsere Vision.

'Proud to be a nurse' – unser Journal **Pfl-egesicht** soll diesen Stolz ermöglichen und nähren.

Ich wünsche Ihnen viel Anregung beim Lesen.

Yvonne Huber



Lernen Eltern, was wichtig ist für die Pflege zu Hause?

Text: Gaby Stoffel-Gehring



Eltern von Neugeborenen nach einer Herzoperation benötigen umfassende Schulungen damit sie die Pflege ihres Kindes zu Hause übernehmen können.

Lernen Eltern, was wichtig ist für die Pflege zu Hause? Mit dieser Frage evaluierte ich in meiner Masterarbeit die Austrittsschulungen für Eltern von Neugeborenen nach einer Herzoperation auf der Neonatologiestation. Seit 2008 erarbeiteten wir in der ANP Gruppe Kardiologie Unterlagen für die Austrittsschulung von Eltern von Kindern mit einer kardiologischen Diagnose. Besonders die Eltern von Neugeborenen sind gefordert innert kurzer Zeit nicht nur die normale Babypflege, sondern auch die medizinische Betreuung ihres Kindes zu lernen. Dies bedeutet beispielsweise Symptome der Herzinsuffizienz zu erkennen, Medikamente in Spritzen zu verabreichen oder Sättigungsmessungen durchzuführen.

Die Schulung der Eltern ist in der postoperativen Zeit auf der Neonatologiestation sehr zeitaufwändig und muss bereits frühzeitig nach der Verlegung von der kardiologischen Intensivpflegestation B beginnen. In einer Pilotphase von November 2009 bis April 2010 wurden

50 Elternpaare von Neugeborenen in Zusammenarbeit mit dem Pflegeteam und der Pflegeberaterin Kardiologie für die Pflege ihres Kindes zu Hause geschult. Mit 15 Elternpaaren, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurde die Austrittsschulung evaluiert. Die Resultate der Fragebogen bei Austritt und nach 5 Wochen zu Hause bestätigen, dass die Eltern sich gut vorbereitet fühlten, sowie die wichtigen Themen im Schulungsprogramm berücksichtigt sind.

Mit einem Telefoninterview drei Wochen nach Spitalaustritt konnten wichtige Informationen zu Problemen und Fragen der Eltern zu Hause erfasst werden. Die Resultate unterstützen uns während den Austrittsschulungen die Eltern noch gezielter auf den Austritt und die erste Zeit zu Hause vorzubereiten. Die enge Zusammenarbeit des Pflegeteams der Neonatologiestation und der Pflegeberaterin Kardiologie sowie die ärztliche Unterstützung, erleichtern die Einführung dieser Austrittsschulung in der Praxis.

Ein besonderer Dank gilt an dieser Stelle der Chance für das kritisch kranke Kind, die durch die Finanzierung eines Teilpensums der Stelle der Pflegeberaterin Kardiologie das Austrittsprojekt erst ermöglichte. ■

Anmerkung der Redaktion: Das hier beschriebene, innovative und familienzentrierte Forschungsprojekt entstand im Rahmen von Gaby Stoffels Studium zum Master of Science in Nursing (MScN) by Applied Research an der WE'G Hochschule Gesundheit, Aarau (Teil der Kalaidos Fachhochschule). Ihre Masterarbeit wurde mit dem Innovationspreis des SBK Zürich 2010 ausgezeichnet. Wir gratulieren ganz herzlich!

Entwicklung des Visitenrasters auf der Chirurgie D

Text: Simona Giudici, Marlis Pfändler



Wie die Ablafoptimierung der Visite zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Stärkung der Pflegenden führen kann.

Im Rahmen der Leadership-Ausbildung der Leiterin Pflege, suchte Simona Giudici als Abschlussarbeit ein Praxisentwicklungsprojekt. Nach gründlicher Überlegung und aufgrund ihrer Erfahrung entschloss sie sich, die Abläufe auf der Visite zu überdenken. Dabei war ihr wichtig, dass die Bearbeitung zusammen mit dem Pflorgeteam geschah. Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe wurde gezielt so gewählt, damit möglichst viele Kompetenzen vorhanden waren. Das Praxisentwicklungsprojekt wurde von der zuständigen Pflegeexpertin Marlis Pfändler begleitet.

Der Anstoss und die Ausgangssituation für die Studie waren die häufigen Rückmeldungen von den Dipl. Pflegenden, dass ihnen die Visite Mühe mache. Sie äusserten, dass sie ihre Rolle nicht genau kennen oder sie nicht wahrnehmen können. Vor allem die „jungen„ Pflegenden brachten dies auch im Rahmen der Qualifikationsgespräche zum Ausdruck. Im Team waren die Form und der Ablauf der Visite immer wieder ein Diskussionspunkt. Besonders brisant war das Thema, da die Visite eine tägliche Situation ist und ein wichtiger oder sogar der wichtigste Zeitpunkt ist für eine gute Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und

den Pflegenden. Als Problemfelder wurden genannt: Nicht professionelle Visiten, die Rolle der Pflegenden ist nicht genügend klar, die Zusammenarbeit zwischen dem Pflege- und Ärzteteam (vor allem mit den Assistenzärzten) ist nicht definiert.

Das Projektziel war:

Die Rolle der Pflegenden, der Inhalt und Ablauf der Patientenvisite ist interdisziplinär definiert.

Ein wichtiges Ziel der Leiterin Pflege war auch, dass sich das Projekt mit „der Stärkung der Rolle der Dipl. Pflegefachperson innerhalb der Visite“ auseinandersetzt.

Im Vorfeld wurde im Team ein Fragebogen zum Thema Visite erstellt und an die Pflegenden und die Ärzte verteilt. Der Rücklauf war von beiden Seiten sehr gut. Die Kategorien, die sich aus den Antworten bildeten, unterschieden sich bei der Pflege und den Ärzten. Die Pflegenden erwarten von Visite Verordnungen, Prozedere (Austrittsplanung) und Untersuchungen. Spannend war, dass fast alle Pflegenden ein Raster (schriftlich oder im Kopf) benützen, das bei allen ähnlich aussieht. Die Assistenzärzte verlangen bei der Visite von den Pflegenden Informationen über Probleme und Rückmeldungen der letzten Schicht.

Bei den Rahmenbedingungen und der Visitenzeit waren sich Pflegenden und Assistenzärzte einig. Bei beiden Berufsgruppen bezogen sich viele der Antworten auf die Visitenstruktur.

Aus diesen Erkenntnissen wurde beschlossen, ein Visitenraster zu erstellen, den jede Pflegenden und auch der ärztliche Dienst auf sich trägt, um ihn bei der Visite zu gebrauchen. Der Inhalt des Rasters wurde in der Arbeitsgruppe erstellt und zusammen mit dem ärztlichen Dienst fertig gestellt. ...

Entwicklung des Visitenrasters auf der Chirurgie D

(Fortsetzung)

... Mit der Umstellung der Visitenzeiten auf der Chirurgie wurde das Visitenraster auf der ganzen Chirurgie eingeführt. Die Erfahrungen damit sind bis heute sehr positiv. Vor allem unerfahrene Pflegenden und auch die Assistenzärzte profitieren von den Vorgaben. Mit der Zeit lernen die Pflegenden das Raster auswendig und gebrauchen es „nur“ noch im Kopf.

Das Projekt wird als gelungen erlebt. Das Ziel, die Pflegenden in ihrer Rolle zu stärken, ist erreicht worden. Sie fühlen sich sicherer und kennen ihre Rolle innerhalb der Visite. Ein Schritt in Richtung Praxisentwicklung ist erreicht worden. ■

Visitenraster Chirurgie

Dieser Raster dient als Leitfaden und soll individuell angepasst werden. Die Visite wird schwerpunkt- und problemorientiert durchgeführt.

Name (Alter / Diagnose / Postop Tag)

Alter, Diagnose und postop. Tag nur erwähnen, wenn Arzt den Patienten nicht kennt.

AZ

- Gemütszustand
- Aktivität
- Schlaf-Wachrhythmus

Vitalzeichen

- Abweichungen der Normwerte
- Veränderungen

Schmerz

- Schmerzindex
- Lokalisation
- Art
- Häufigkeit
- benötigte Medikamente

Wunden / Drainagen

- Beschreibung Wundsekret
- Menge
- Wunde

Ausscheidung

- Stuhl
- Urin
- Magensaft
- Erbrechen
- Schwitzen

Ernährung

- Kostaufbau
- Menge
- Verträglichkeit Flüssigkeitszufuhr: p.os / p.So / i.v.

Mobilität

- Lagerung
- Stöcke
- Rollstuhl
- Physiotherapie

Haut

- Auffälligkeiten
- Veränderungen
- Dekubitus

Installationen

- Infektzeichen
- Durchgängigkeit

Soziale Situation

- Anliegen der Eltern / Patientenvertretung
- Spezielles

Prozedere

- geplante Untersuchungen
- BE
- OP
- Konsilien

Austrittsplanung

- Austrittszeitpunkt
- Austrittsunterlagen
- Nachkontrolle
- Kispex
- Reha
- amb. Therapien

Verordnungen

- auf Aktualität prüfen, anpassen

Medikamentenmanagement im Rehabilitationszentrum

Text: Judith Wieland



Das korrekte Richten und Verabreichen von Medikamenten kann Leben retten. Umgekehrt können Fehler verheerende Folgen haben.

Im 2010 wurde im Rehabilitationszentrum das Medikamentenmanagement genauer unter die Lupe genommen. Der durchgeführte Safety Walk durch den Leiter des Qualitätsmanagements brachte diverse bekannte und neue Fehlerquellen zum Vorschein. Daraufhin wurden verschiedene Massnahmen geplant, unter anderem die Anpassung des bereits bestehenden Merkblattes „Medikamentenmanagement im Rehabilitationszentrum“.

Das Merkblatt soll im Pflegealltag helfen, Fehlerquellen zu reduzieren. Es soll kurz, präzise und prägnant die wichtigsten Punkte auführen. Die jetzige Fassung basiert auf den Grundsätzen der EBN (Evidence Based Nursing). Das Merkblatt spiegelt die Evidenz, die Expertise der Pflegenden sowie die Empfehlungen des Qualitätsverantwortlichen im Kontext des Rehabilitationszentrums mit dem Ziel der Patientensicherheit.

In einem kürzlich publizierten Forschungsbericht zur Fehlerreduktion beim Medikamentenprozess wurden verschiedene Empfehlungen abgegeben, z.B. das Richten in Ruhe und Doppelkontrolle (Lehmann et al., 2010). Eine zusätzliche internationale Literatursuche brachte vor allem hightech Massnahmen zutage, basierend auf computergestützter Technik. Da dies weit vom Rehabilitationsalltag entfernt ist, basiert das Merkblatt hauptsächlich auf den Empfehlungen des oben genannten Artikels.

Die Auseinandersetzung mit den Empfehlungen brachte spannende Diskussionen mit sich,

Referenzen:

A. Stooss, B. Seliner, F. von Arx & J. Wieland (2010). Medikamentenmanagement im Rehabilitationszentrum. Merkblattordner Rehabilitation. Kinderspital Zürich.

Lehmann, A., Conrad, C & Saxer, S. (2010). Blister und ungestörtes Richten reduzieren Fehler. Krankenpflege 12, 18-21.

vor allem bezüglich deren Umsetzbarkeit. Besonders der lokale Kontext wurde zur Herausforderung. Wie kann man den Rehabilitationsalltag mit dem Akutspital vergleichen? Wie können die engen Raumverhältnisse am Besten genutzt werden? Soll vorgerichtet werden oder nicht? Welche Medikamente brauchen eine Doppelkontrolle? Bei allen getroffenen Entscheidungen lag immer die Patientensicherheit im Vordergrund.

Das Merkblatt weist auf die Wichtigkeit des ungestörten Richtens und die 6-R-Regeln der Medikamentenverabreichung hin. Es beinhaltet konkrete Empfehlungen zu verschiedenen Punkten. Zur Veranschaulichung folgen einige Ausschnitte aus dem Merkblatt.

Verantwortlichkeiten: die Verantwortung liegt immer bei der richtenden diplomierten Pflegeperson. Studierende und FAGES richten und verabreichen Medikamente entsprechend ihren Kompetenzen.

Richten und Lagerung: p.os Medikamente werden möglichst zeitnah zum Verabreichungsmoment gerichtet und im Blister (sofern möglich) in angeschriebenen Medikamentenbechern aufbewahrt.

Doppelkontrolle: gerichtete Medikamente müssen vor der Verabreichung nochmals kontrolliert werden.

Schichtübergabe: die 16 Uhr Medikamente liegen in der Verantwortung der Spätschicht.

Dokumentation und Sicherheit: bei Medikamentenfehlern muss ein CIM-Protokoll ausgefüllt werden.

Zum Abschluss aber noch eines – eine neue Anpassung ist in Sicht, hat sich der lokale Kontext mit der elektronischen Kurve doch bereits wieder verändert und es sind neue Empfehlungen der Apotheke hinzugekommen. Wir bleiben dran. ■

Pflegeinformatik

Text: Jeanette Zandee



Die Entwicklungen der Informatik machen auch vor dem Kinderspital nicht Halt.

Die Informatik gewinnt im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung und erobert zunehmend auch die Pflegepraxis in den Spitälern. Die Chancen der EDV-gestützten Dokumentation bestehen in der verbesserten Lesbarkeit, der erhöhten Transparenz und der mehrfachen und zeitgleichen Nutzbarkeit. Ebenso können Umfang und Vollständigkeit der Informationen erhöht und die Professionalität gesteigert werden. Sie erleichtert gezielte Auswertungen von Daten und dient der Kostentransparenz.

Diese Entwicklung macht auch vor dem Kinderspital Zürich keinen Halt. Seit 2009 arbeitet die kleine Gruppe Pflegeinformatik am Aufbau des pflegerischen Patientendossiers und beschäftigte sich als erstes hauptsächlich mit der **Erstellung der interdisziplinären elektronischen Kurve / Verlaufsbericht**, welche auf den 4. April 2011 im Gesamtbetrieb eingeführt wurde.

Im Weiteren konnten folgende Meilensteine realisiert werden:

- Mailaccount für Pflegefachpersonen, Studierende, FAGE und Pflegeassistentinnen
- Phoenixberechtigung für Pflegefachpersonen, Studierende und FAGE
- Stationsspezifischer PC-Basiskurs für Pflegefachpersonen
- Evaluation und Anschaffung von Hardware

Weitere umgesetzte Aktivitäten sind:

- Evaluation und Anpassung der elektronischen Wunddokumentation
- Mitarbeit bei der Entwicklung des Assessmentinstrumentes ePA Kids ©
- Mitarbeit bei der Entwicklung des Pflegeprozesses bei Firma Parametrix

Durch die Hospis-Einführung konnten folgende Systeme auf den Stationen eingeführt werden:

- Einführung des Etikettendruckes (Ablösung der Printerkarten)
- Einführung der elektronischen Patientenverlegungen

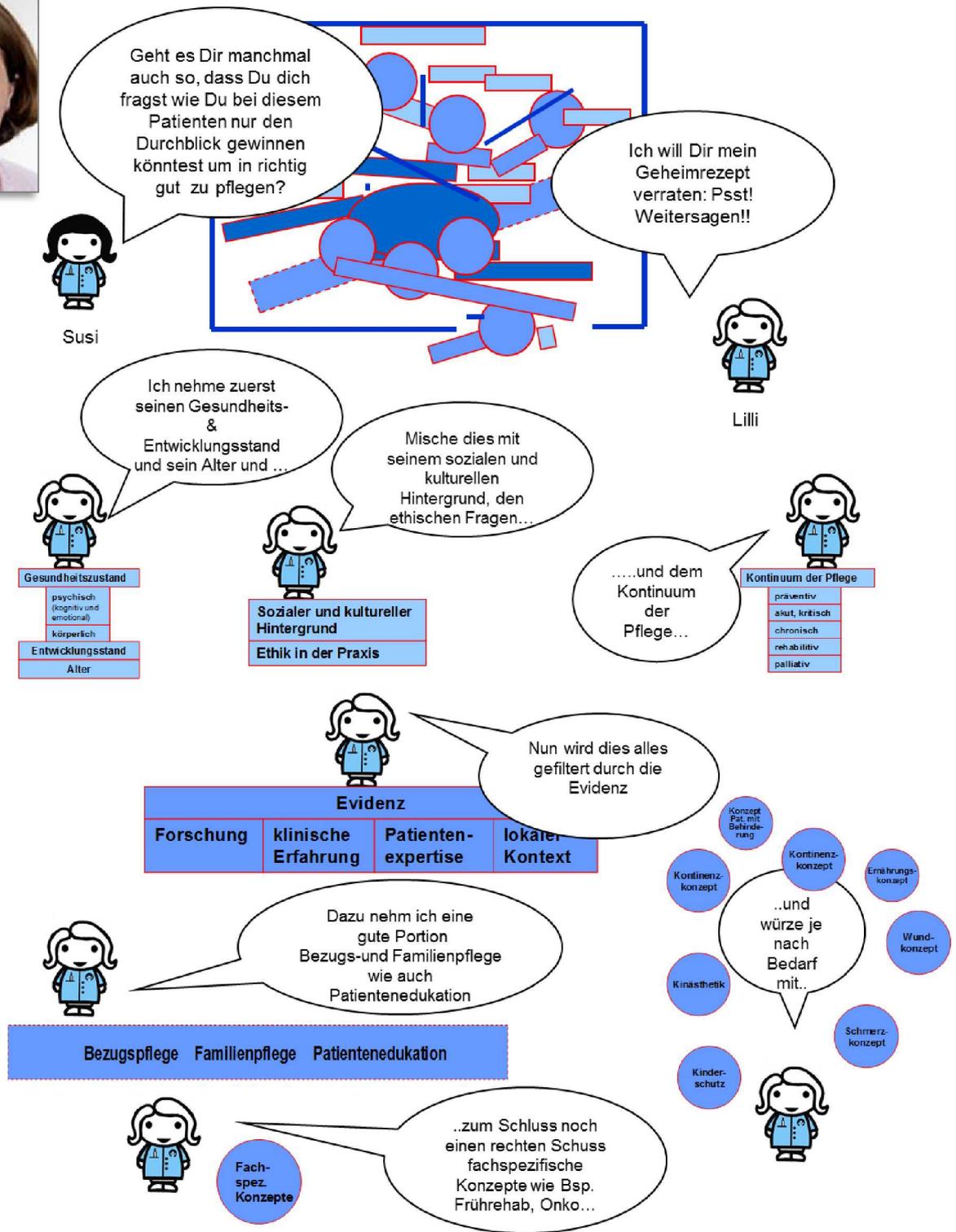
Im Namen der Pflegeinformatik danken wir allen Beteiligten, die uns bei der Arbeit unterstützen und ihren Beitrag für eine gute Zusammenarbeit leisten. ■

Franziska von Arx
Brigitta Straubinger
Stefanie Graf
Jeannette Zandee



Das „Leistungsspektrum Pflege“ – ein Geheimrezept von Lilli

Text: Andrea Ullmann



Das „Leistungsspektrum Pflege“ – ein Geheimrezept von Lilli (Fortsetzung)

Konkret mache ich mir zuerst Gedanken über den „Zustand“ des Patienten...

Genau! Und dann überlegst Du dir, welche Konzepte dir in dieser Situation helfen! Fertig!

Versuchs doch auch mal!

Lilli Susi

Findest Du die 6 Unterschiede?

Reflexion – ein Schlüssel zum Lernen

Text: Marie-Eve Küng, Claudia Schönbächler Marcar



„Reflexion ist die Fähigkeit, sich selbst zu beobachten, sich realistisch einzuschätzen und daraus Schlussfolgerungen für das individuelle Vorgehen abzuleiten (Meyer, 2006)“

Berufsbildnerinnen und Lehrerinnen für Pflege in der Praxis sind oft in der Situation, Reflexionen einzufordern oder Studierende darin anzuleiten – aber wie macht frau denn das?

Die Reflexionsfähigkeit hat einerseits etwas mit dem Lebensalter zu tun, es spielen aber auch Persönlichkeit, individuelle Lernerfahrungen oder betriebliche Rahmenbedingungen eine Rolle. Manchmal fehlt ganz einfach das richtige oder passende Instrument. Einfach so, vor dem weissen Blatt, ist es für Lernende und Studierende oft eine grosse Herausforderung, differenziert eine Situation zu reflektieren.

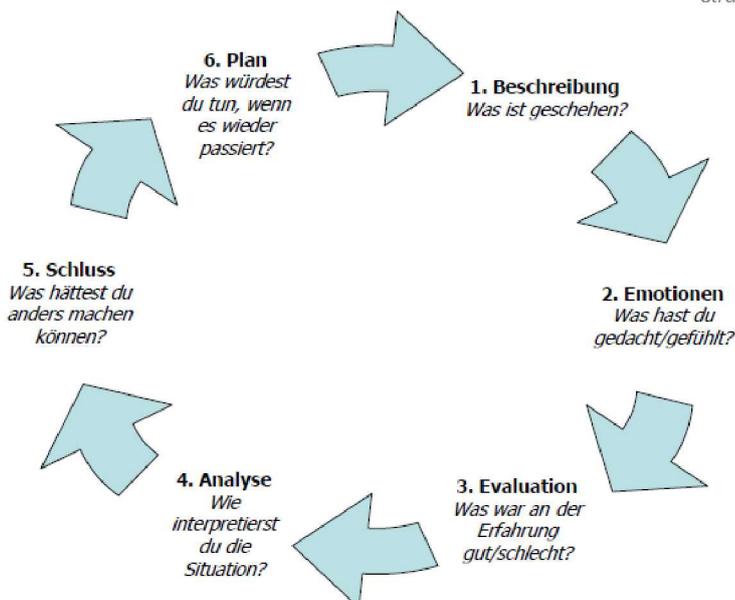
Aus diesem Grund wurde im Rahmen der Umsetzung des Ausbildungskonzeptes Pflege HF eine Auswahl an Reflexionsinstrumenten zusammengestellt. Isabelle Di Cristofano-Koller und Gaby Ruckstuhl (Lehrerinnen für Pflege im Rehab und Kispi) haben einige Instrumente zusammengetragen, teilweise adaptiert oder ergänzt und zu einer „Mappe“ zusammengestellt.

Diese soll den Studierenden Varianten anbieten, wie eine Reflexion durchgeführt werden kann. Ebenso dient sie Berufsbildnerinnen und Lehrerinnen für ihre Unterrichtspraxis als Ideenbörse und kann punktuell auch für die Arbeit mit Studierenden Pflege/Hebamme FH oder FaGe-Lernenden eingesetzt werden.

In der Mappe finden sich nebst vielen kognitiven Ansätzen zur Reflexion auch eher spielerisch-kreative und es gibt immer Hinweise der Autorinnen, in welcher Situation welches Instrument geeignet sein könnte. Sämtliche Angaben natürlich ohne Gewähr und Erfolgsgarantie! ■

Zur Veranschaulichung hier ein Beispiel ☺

(Der gesamte Inhalt der „Mappe“ befindet sich auf dem Infopoint: Pflegedienst / Bereich Bildung Pflege / Arbeitsinstrumente Pflege HF / Reflexionsinstrumente)



Reflexionszyklus (nach Gibbs, 1988)

Literatur: Johns, Ch. (2004)
Reflexion in der Pflegepraxis, S. 84.,
Bern: Huber

Ausbildungskonzept
Praxis Diplomausbildung Pflege FH
Lernprozessdokumentation /
Auswahl Reflexionsinstrumente /
Reflexionszyklus, Juli 2010

Innerbetriebliche Weiterbildung (IBW)

Text: Elfriede Natterer



INTRANET

Auf dem Kispi Intranet finden Sie unter Fort-Weiterbildungen eine Fülle von internen Weiterbildungsangeboten der verschiedenen Fachrichtungen und Spezialgebiete. Für den Pflegedienst erstellt das Bildungsforum jährlich ein den aktuellen Bedürfnissen der Pflegepraxis angepasstes Weiterbildungsprogramm. Wenn Sie in diesem Interessantes für sich entdecken, wenden Sie sich an Ihre Vorgesetzte.



BERATUNG

Denken Sie an eine berufliche Weiterentwicklung oder Veränderung und wissen noch nicht genau wie diese aussehen soll, dann bietet Ihnen der Pflegedienst die Möglichkeit zur beruflichen Weiterbildungs- und Laufbahnberatung. Wenden Sie sich an Ihre Vorgesetzte oder direkt an Frau Elfriede Natterer (Telefon und Mail siehe unten).

WÜNSCHE

Besprechen Sie Ihre Weiterbildungswünsche mit Ihrer Vorgesetzten. Sie kennt sowohl das Anforderungsprofil der Stationen als auch die innerbetrieblichen Regelungen. Gerne bespricht und plant sie gemeinsam mit Ihnen die Weiterbildungsmöglichkeiten und das weitere Vorgehen.

Elfriede Natterer – Verantwortliche IBW Pflegedienst
 Telefon: 044 266 78 08 – E-Mail: elfriede.natterer@kispi.uzh.ch

Brigitte Schwarz: 32 Jahre Intensivstation Kinderspital

Dipl. Pflegefachfrau mit Fachausweis Intensivpflege, IPS B

Text: Anja Hirscher, Maria Flury



32 Jahre Spezialisierung und Vertiefung in pädiatrischer Intensivpflege

Nach dem Examen in Kinderkrankenpflege 1971 in Augsburg, arbeitete Brigitte Schwarz in München im Schwabinger Krankenhaus auf einer Chirurgischen Intensivstation. Eine Oberärztin aus dem Kinderspital Zürich besuchte in dieser Zeit die Abteilung. Sie brachte im Auftrag von Susi Pfister, der ehemaligen Pflegedirektorin, Reklameflyer für die Intensivausbildung im Kinderspital Zürich mit.

Gemeinsam mit drei Kolleginnen kam Brigitte 1979 für diese Ausbildung ins Kinderspital nach Zürich mit der Absicht nach abgeschlossener Ausbildung wieder nach München zurück zu kehren. In dieser Zeit wurde die Intensivausbildung von Dr. Dangel geleitet.

Brigitte schloss 1981 die Ausbildung erfolgreich ab. Schon damals gab es zwei Intensivstationen: Auf der IPS A wurden Langzeitpatienten und vor allem Patienten jenseits des Neugeborenenalters, sowie alle infektiösen Patienten behandelt. Auf der IPS B lagen die Neugeborenen, zu dieser Zeit als saubere Patienten bezeichnet.

Die IPS B bestand seinerzeit aus zwei Zimmern, die Pflege musste in sehr engen Verhältnissen durchgeführt werden. Es standen einfache Monitore mit einer Puls- und Atemüberwachung zur Verfügung, später kam dann die Blutdrucküberwachung hinzu.

Für die Beatmung der Neugeborenen standen drei verschiedene Modelle an Beatmungsgerä-

ten zur Verfügung, die aber mit den heutigen Geräten und Möglichkeiten nicht zu vergleichen sind.

1993 übernahm Brigitte Schwarz die Funktion der Stationsleitung. Um diese Aufgabe optimal ausführen zu können, besuchte sie verschiedene Leitungskurse.

Ab 2001 startete eine neue Ära: Gemeinsam mit Anja Hirscher wurde auf der IPS B eine Co-Leitung aufgebaut. In diese Zeit fiel auch die neue Schwerpunktverteilung auf den beiden Intensivstationen: IPS A Neonatologie / Traumatologie, IPS B Kardiologie / Kardiochirurgie.



2002/2003 wurde die Station IPS B für die Versorgung von Patienten nach Herzlungenmaschine direkt aus dem neu geschaffenen Operationssaal im Kinderspital vorbereitet. Brigitte Schwarz besuchte in London einen Kurs um die Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) zu erlernen, mit dem Ziel auf der IPS B eine eigene ECMO-Gruppe aufzubauen. Um den Aufbau dieser Gruppe bestmöglich zu gestalten, besuchte Brigitte Schwarz 2003 einen Coachingkurs. ...

Brigitte Schwarz: 32 Jahre Intensivstation Kinderspital

Dipl. Pflegefachfrau mit Fachausweis Intensivpflege, IPS B

(Fortsetzung)

... Brigitte Schwarz engagierte sich neben der anspruchsvollen Aufgabe auf der Intensiv B auch für verschiedene spitalinterne und externe Gruppen. So war sie Mitglied im LEP-Forum, in der CIM Gruppe des Bereiches IPS/Notfall und im Bildungsforum der Klinik. Sie war Vorstandsmitglied der European Society of Paediatric and Neonatal Care (ESPNIC) und Initiantin der Austauschtreffen der schweizerischen pädiatrischen Intensivstationen (SPIC).

Rückblickend auf 32 Jahre IPS B sagt sie, dass die Entwicklungen der Intensivmedizin in dieser Zeit enorm waren, was in der Anfangszeit noch unmöglich war, ist heute selbstverständlich. Nicht nur auf der medizinischen Seite hat es Fortschritte gegeben. Auch die Pflege ist heute professioneller, der Patient

und die Eltern stehen im Mittelpunkt. Neben den vielen pflegerischen und medizinischen Entwicklungen hat sie aber auch unzählige Umbauten auf der IPS B sowie des Hauses miterlebt.

Es waren schöne 32 Jahre am Kinderspital Zürich, bereits vor zwei Jahren begann aber die Vorbereitung auf den Ruhestand im Allgäu. Brigitte Schwarz absolvierte eine Ausbildung für Fussreflexzonenmassage.

Mit dem Spruch: *Ich bin dann mal weg*, wird sie das Kispi Ende Juni verlassen und sich anderen neuen, diesmal privaten, Aufgaben widmen.

Wir wünschen ihr dafür alles, alles Gute! ■



...ich bin dann mal weg...



Marlis Pfändler-Poletti: 25 Jahre Kinderspital Zürich

Pflegeexpertin Chirurgie

Text: Maria Flury



„Irgendwann kam dann die Lust auf mehr und dann bin ich den Weg gegangen.“ (Marlis Pfändler)

Nach einer Ausbildung zur Kinderkrankenschwester an der Schule „Liebfrauenhof“ in Zug und einem Jahr Anstellung in der Kinderklinik in Bern, startete Marlis Pfändler im Juni 1985 ihre Arbeit im Kinderspital Zürich. Ihre erste Station war die damalige Frühgeborenenstation. Die Verhältnisse waren aus heutiger Sicht grundlegend anders: Die Pflegenden unternahmen mit den kleinen Patienten Spaziergänge an den See und wenn die Kinder in der Nacht schliefen, wurde fleissig für die Patienten gestrickt.

Dass in allen Büros und auch im Restaurant geraucht wurde, stellte damals auch niemand in Frage.

Nach zweieinhalb Jahren kam zum ersten Mal die Frage auf, wie es nun weitergehen sollte. Zu der Zeit gab es für Pflegende zwei verschiedene Karrierewege im Kinderspital: Entweder machte man eine IPS- oder OPS-Weiterbildung oder man wechselte in die Schule. Um Karriere in der Führung zu machen, musste man warten bis man an der Reihe war.

Marlis Pfändler entschied sich für die Berufspädagogik und wechselte an die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Kinderspital Zürich, machte die Ausbildung zur Unterrichtsassistentin und arbeitete während fünf Jahren in dieser Funktion. Während dieser Zeit wurden auch ihre zwei älteren Kinder geboren. Um genügend Zeit für die Kinder zu haben, wurde das Arbeitspensum auf 40% reduziert.

Nach diesen fünf Jahren zog es Marlies Pfändler wieder in die direkte Pflege zurück. Es stand zu diesem Zeitpunkt nur auf der Chirurgie F eine passende Stelle zur Verfügung. Der Weg zurück in die Praxis war nicht einfach. Nun war nicht mehr die Rolle der Begleiterin und Beobachterin gefragt, sondern man musste wieder selber Hand anlegen. Auch das Verhältnis zu den Patienteneitern hatte sich verändert, da sie nun selber Kinder hatte.



Nach ungefähr vier Jahren stellte sich erneut die Frage wie weiter. Es ergab sich dann die Möglichkeit als eine der ersten im Kinderspital Zürich am SBK-Bildungszentrum eine Höfa 1 Weiterbildung zu absolvieren. Während dieser Ausbildungszeit kam das dritte Kind zur Welt.

Mit viel Elan übte sie die Rolle der Höfa 1 aus: Als erstes Projekt führte sie auf der Abteilung die Pflegeanamnese ein.

Dass bei einem Stationsleitungswechsel ihre Bewerbung nicht berücksichtigt wurde, bezeichnet Marlis Pfändler rückwirkend als etwas vom Besten, das passieren konnte. Sie erhielt die Möglichkeit als zweite Pflegende im Kinderspital Zürich die Höfa 2 zu absolvieren. ...

Marlis Pfändler-Poletti: 25 Jahre Kinderspital Zürich

Pflegeexpertin Chirurgie
(Fortsetzung)

... Ab Mitte der Ausbildung erfolgte ein Funktionswechsel zur Pflegeexpertin Chirurgie. Seither kamen laufend neue Aufgaben dazu: Das interdisziplinäre CIM Projekt, die Mitarbeit im Ethikforum, die Leitung des ANP Projektes Nephrologie, usw. Mit den neuen Aufgaben zusammen kamen auch weitere Ausbildungen dazu: Eine Coaching-Ausbildung, verschiedene Weiterbildungen in Ethik und Fachvertiefungen im Bereich der Patientensicherheit.

Nach ihrer Motivation zum Einstieg in den Pflegeberuf gefragt, antwortete sie, dass sie bereits als Kind fasziniert war von der weissen Welt des Spitals. Das Gefühl in diesem Berufsfeld am Puls des Lebens zu sein, hat sich auch nach 25 Jahren noch nicht verflüchtigt.

Die Möglichkeit an einem Stück des Lebens von Patienten und deren Familien, sowie von anderen Pflegenden teilhaben zu können, ist nach wie vor ein grosser Motivator im Berufsalltag. Im Rückblick auf 25 Jahre Kinderspital

Zürich, ist es für Marlis Pfändler ganz klar, dass die Pflege anspruchsvoller geworden ist, die Leistungsansprüche sind massiv gestiegen. Sie wünscht sich, dass im Wald der Ansprüche und Vorschriften der gesunde Menschenverstand in der Pflege nicht verloren geht.

Um ihre Beratungskompetenzen zu vertiefen, ist bereits die nächste Weiterbildung geplant: Ein MAS in Supervision und Coaching ist das nächste Ziel. Diese Weiterbildung soll in der beruflichen Laufbahn eine Konzentrierung auf die Beratungstätigkeit ermöglichen.

Wir bedanken uns ganz herzlich für ihr Engagement für den Pflegedienst im Kinderspital und wünschen ihr viel Erfolg bei ihrer neuen Weiterbildung.

Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit. ■



Sie müssten aber trösten können...

Text: Esther Spinner, freischaffende Schriftstellerin und Kursleiterin



„Sie hatte das Bett abgeräumt und stach nun die eingelegenen Matratzen um, so dass sie sich wieder wölbten. Dann brachte sie den Molton und das Leintuch auf und glättete es mit dem Rechen ihrer Hände. Gut locker muss der Boden sein, in dem ein Patient gedeihen soll, und glatt und

ohne Brösel. Ihr ganzes Tun hatte etwas Gärtnerei-sches, und die weisse Haube stand ihr wie ein Erntekopftuch.“

Krankenpflege als Gartenarbeit? Vielleicht damals, Ende der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts, als dieser Text entstand. Aber heute? Soll am *Tag der Krankenpflege* zugleich des Gärtnerns gedacht werden?

Warum nicht. In beiden Berufen spielt das Handwerk, der Zugriff eine Rolle, weder Gärtnerin noch Pflegefachfrau dürfen sich vor schmutzigen Händen scheuen. Pflanzen wie Menschen brauchen den Zuspruch, doch in der Krankenpflege ist Sprache ungleich wichtiger. Pflege sei, so Angelika Abt-Zegelin, ein kommunikativer Beruf. Die Sprache sei eines ihrer wesentlichen Elemente.

Sprache ist ständige Begleiterin der Pflege, jede Pflegehandlung wird erklärt, kommentiert. Das Fragen ist eine Kunst für sich, ebenso das Informieren und Instruieren: die Wörter so wählen, dass das Gegenüber verstehen kann, und wenn es nicht gleich klappt, andere Wörter suchen, neue Sätze formulieren, damit Verständigung möglich wird. Und nicht zu verges-

sen das Übersetzen. Manchmal von einer Sprache in die andere, wenn die Pflegefachfrau mehrerer Sprachen mächtig ist, oft aber von der medizinischen Fachsprache in die Alltagssprache derer, die gepflegt werden.

Menschen haben – und hierin unterscheidet sich Menschenpflege von Pflanzenpflege – ein Anrecht darauf, zu wissen, wie es um sie steht, zu wissen, wieso diese oder jene Untersuchung empfohlen wird, zu wissen, was sie voraussichtlich erwartet. Alles dies in der Alltagssprache verständlich zu machen, setzt ein hohes sprachliches Bewusstsein voraus, Wissen über Sprache und Kommunikation und viel Takt. Ganz besonders ist Ehrlichkeit gefragt von den Pflegefachleuten, zuallererst Ehrlichkeit sich selbst gegenüber. Nur dann ist es möglich, offen auf andere zuzugehen, die eigenen Gefühle nicht zu verstecken und doch die nötige Distanz zu wahren, dann ist es möglich, mit Menschen zu reden über Diagnosen, die ihr weiteres Leben beeinflussen, oder mit Eltern über den bevorstehenden Tod ihres Kindes.

„Die Schwestern müssten aber trösten können, sie müssten ein wenig mehr von der Psyche der Kranken verstehen, damit sie wenigstens den Schwerkranken und den Operierten beistehen können.“

Dies schrieb die Autorin Maxie Wander 1980, als sie selbst nach einer Brustkrebsoperation im Krankenhaus lag. Sie wünschte sich von den Pflegefachfrauen die richtigen Worte. Ich wünsche mir am *Tag der Krankenpflege*, dass Pflege als gärtnerisches Handwerk wahrgenommen wird, aber auch und ganz besonders als kommunikativer Beruf, dessen wesentlicher Teil die Sprache ist. ■

Die weiblichen Berufsbezeichnungen gelten selbstverständlich auch für Männer.

Agenda

14. September 2011

Präsentation der Abschlussarbeiten aus dem Pflegedienst mit anschliessender Sicht-Bar

31. Oktober 2011

ANP-Tag mit anschliessender Sicht-Bar

Impressum

Redaktion:

Maria Flury und Yvonne Huber

Unter Mitarbeit von:

Judith Wieland

Claudia Schönbächler Marcar

Anja Hirscher

Layout und Gestaltung:

Susi Deck

Druck:

Elisabeth Haeny

Redaktionsadresse:

maria.flury@kispi.uzh.ch

044 266 73 49

Erscheinungsdaten:

1/2011 - 12. Mai 2011

2/2011 - 31. Oktober 2011

Fotos:

Infopoint, Privat und Diverse

Kontakt

Fragen, Lob und Tadel sowie Anregungen zu künftigen Ausgaben richten Sie bitte an:

maria.flury@kispi.uzh.ch



Dank der
Pflege
KINDERSPITAL ZÜRICH 