

Frau B. Barth-Bühner
Seltwegstr. 96
4000 Basel

Die Gruppenpflege - ein Mittel zur Entwicklung des Pflegedienstes im Spital

Heinz Locher, lic.rer.pol., Bern

1. Phänomene

Seit einiger Zeit, vor allem seit die Arbeitsgemeinschaft für Gruppenpflege mit ihren Informationstagungen an die Öffentlichkeit getreten ist, wird allenthalben über die Gruppenpflege diskutiert. In Stelleninseraten erscheint nebst Fünftagewoche, Personalrestaurant, spitaleigenem Schwimmbad und Externat auch dieses neue Pflegekonzept als Werbeargument. Zeitschriftenartikel werden geschrieben, Vorträge gehalten, Spitalberater engagiert, Neubaupläne überprüft, Studienkurse in Schwesternschulen neu konzipiert. Spitäler, welche mit der Einführung der Gruppenpflege schon begonnen haben, entwickeln sich zu Wallfahrtsorten: Einzelne und gruppenweise studieren auswärtige Schwestern Stellenbeschreibungen, wohnen Gruppenbesprechungen bei, befragen die Beteiligten und arbeiten einen Tag oder auch länger als Gruppenmitglied, um das Konzept auch von "innen" her kennenzulernen.

Was bedeuten alle diese Phänomene? Ich glaube, sie sind Zeichen einer allgemeinen Unsicherheit vielen Problemen gegenüber, die der Pflegedienst im Spital heute stellt. Deshalb soll in diesem Artikel etwas näher untersucht werden, welche dieser Probleme nach den bisherigen Erfahrungen in der Schweiz durch die Gruppenpflege gelöst werden können und welche noch offen geblieben sind.

2. Durch die Gruppenpflege lösbare Probleme

- (1) Fähigkeits- und kompetenzgerechter Einsatz des Pflegepersonals
- (2) Intensivere Ausbildung der Schülerinnen und Einführung neu eingetretener Schwestern

Die sich abzeichnende Entwicklung zu einer vielfältigeren Berufsstruktur des Pflegepersonals, welche oft im gleichen Spital zum Einsatz von diplomierten Schwestern, Pflegerinnen FA SRK, Schülerinnen dieser beiden Berufe, Teilzeitschwestern, Spitalgehilfinnen und/oder Schwesternhilfen führt, verlangt Pflegekonzeptionen, welche einen sinnvollen, d. h. fähigkeits- und kompetenzgerechten Einsatz aller ermöglichen.

Sollen Pflegerinnen FA SRK im Akutspital nicht lediglich funktionenweise eingesetzt werden, so muss ihnen die Ausführungsverantwortung für die Pflege mehrerer Patienten zugeteilt werden. Dabei ist zu beachten, dass sie möglichst viele der bei diesen Patienten nötigen Aufgaben ausführen können (im Rahmen ihrer Kompetenzen), was sich einerseits für den Patienten, andererseits auch für ihre Arbeitsbefriedigung positiv auswirkt. Infrage kommen deshalb Patienten mit einem eher stationären Zustand. Es leuchtet ein, dass diese Patienten nicht alle im gleichen Zimmer liegen^{können}, ganz abgesehen von den Problemen, die sich bei einer Veränderung des Zustandes eines Patienten ergäben. Deshalb ist der richtige Einsatz der Pflegerin FA SRK in der Gruppenpflege eher gewährleistet als im Zimmersystem, weil bei der Gruppenpflege die Patientenzuteilung situationsgemäss durch die Gruppenleiterin vorgenommen und allenfalls kurzfristig verändert werden kann. An der Tatsache, dass Schülerinnen in den Praktika als Arbeitskräfte eingesetzt werden, kann auch die Gruppenpflege nichts ändern. Allerdings ist es möglich, die negativen Folgen, welche sich beim Zimmersystem auf die Intensität der Ausbildung ergeben, abzuschwächen. Einmal ist es der Gruppenleiterin möglich, durch mitdenken und mitplanen den Verantwortungsdruck, welcher oft allzustark auf der Schülerin lastet, mitzutragen, dazu ist sie nicht in "ihren" Zimmern so eingespannt, dass ihr fast keine Zeit mehr zur Betreuung und Hilfeleistung für die Schülerin übrigbleibt. Teilzeitschwestern fühlen sich beim Zimmersystem oft als Hilfskräfte eingesetzt. Ihre Integration und der volle Arbeitseinsatz sind bei der Gruppenpflege eher gewährleistet. Ähnliches gilt auch für die Spitalgehilfinnen und Schwesternhilfen, welche meines Erachtens an der Gruppenbesprechung mit dem Arzt teilnehmen sollten. Sie können sich so viel mehr für die Arbeit verantwortlich fühlen und sind weniger lediglich funktionenweise tätig, ohne das Ganze erfasst zu haben. Schliesslich ermöglicht die Gruppenpflege auch eine gründlichere und raschere Einführung neueintretender Schwestern.

(3) Bessere Integration von ärztlichem und Pflegebereich

Einen wichtigen Entwicklungsschritt in der Integration von ärztlichem und Pflegebereich, der durch die Gruppenpflege möglich wird, bildet die tägliche Gruppenbesprechung zwischen Arzt und Pflegepersonal. Dazu bedarf es einerseits situationsbezogener Informationen, beispielsweise über den Zustand des Patienten, über ausgeführte Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, andererseits müssen Ziele und Kriterien bekannt sein, welche eine Beurteilung der bisherigen Pflege und Behandlung ermöglichen.

In der Gruppenbesprechung werden folgende Aufgaben gelöst (vgl. Abbildung 1):

- Beurteilung der bisherigen Pflege- und Behandlung der Patienten
- Festlegung von Pflege- und Behandlungszielen
- Planung von Pflege, Untersuchungen und Therapien
- Regelung der Ausführung des Geplanten

(4) Die Qualität der Pflege verbessern

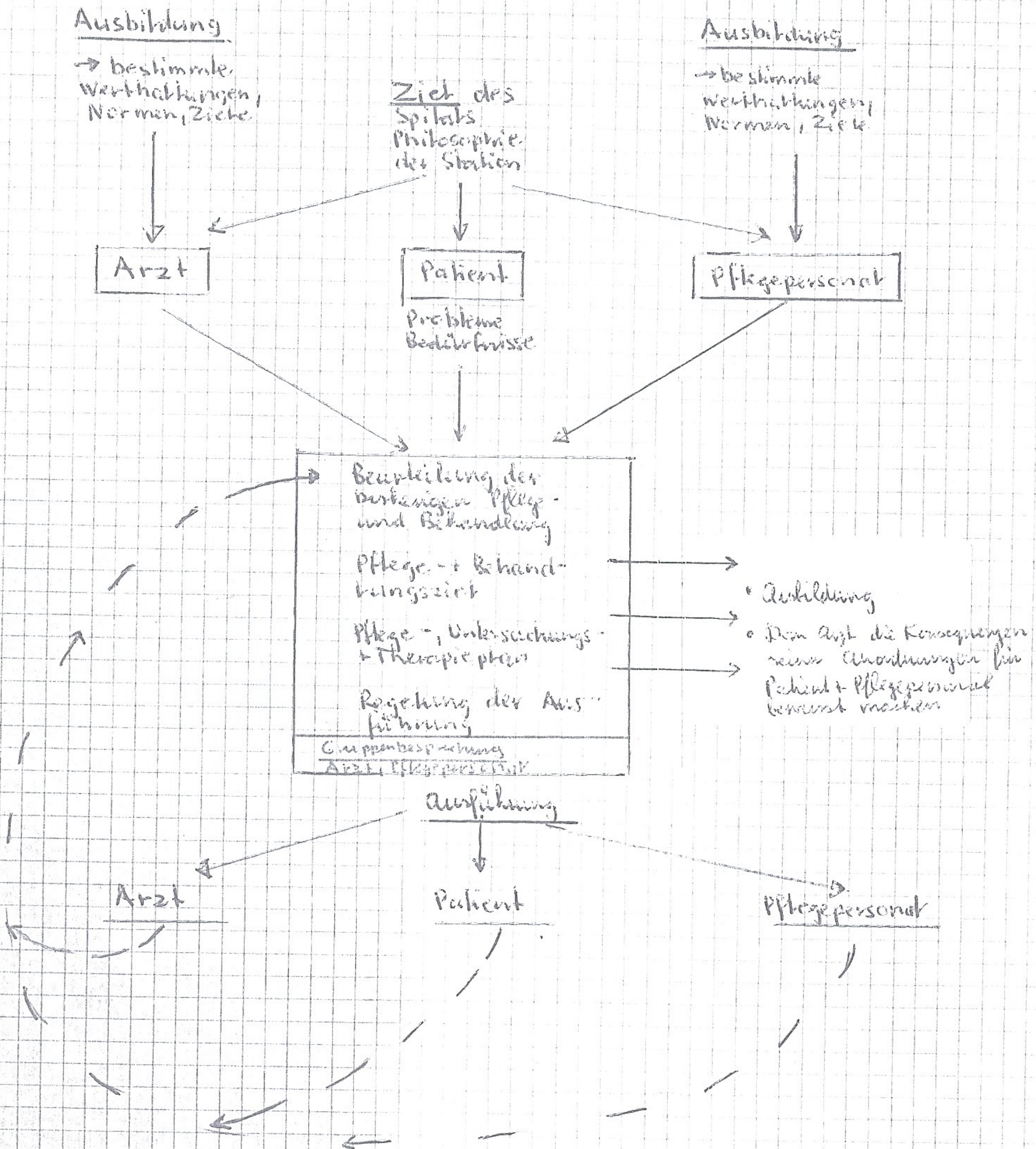
Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass durch die Einführung der Gruppenpflege die Pflege der Patienten in verschiedener Hinsicht verbessert werden konnte, wenn auch die diesbezüglichen Erfolge aus noch darzulegenden Gründen nicht überwältigend sind. Das Pflegepersonal löst vor allem diejenigen pflegerischen Probleme, welche leichter ersichtlich sind (Mobilisation, Essen, Toilette, Umlagerung etc.). Immerhin ist allgemein eher eine verbesserte Erfassung psychischer und sozialer Bedürfnisse festzustellen. Die bessere Planung der Arbeit gibt auch mehr Zeit für die Grundpflege, so dass eine Schwester zum Beispiel feststellt: "Es reicht sogar, um mit Patienten ab und zu ein Gespräch zu führen."

3. Bewusster gewordene Probleme

Eine ganze Reihe von Problemen sind Schwestern und Ärzten durch den engeren Kontakt bei der Gruppenpflege bewusster geworden. Diese Probleme zeigen sich bei der Auswertung und Planung der gemeinsamen Arbeit anlässlich der Gruppenbesprechung oder in Situationen, wo es Prioritäten zu setzen gilt, beispielsweise zwischen Pflege und Behandlung einerseits, der Ausbildung von Medizinstudenten andererseits. Nachfolgend seien fünf Problemgruppen erwähnt, deren Lösung mir vorrangig erscheint.

Abb. 1

Modell eines integrierten Gesamtkonzepts von ärztlichem und Pflegebereich mit Gruppenpflege



- (1) Die Ziele des Pflegedienstes (wie auch des ärztlichen Dienstes) sind nicht genügend differenziert festgelegt.
- (2) Dasselbe gilt für die Definition der eigenständigen Funktion des Pflegedienstes.

In jedem Spital, in jeder Klinik müssten Antworten auf Fragen wie die folgenden eindeutig gegeben werden können:

- Welches sind unsere Ziele?
- Wie setzen wir z. B. als Universitätsklinik Prioritäten zwischen Krankenpflege und -behandlung, Ausbildung und Forschung?
- Sind diese Prioritäten allen bekannt?
- Handeln alle, das Pflegepersonal wie die Aerzte, danach?
- Darf z. B. der Spitalaufenthalt zu Ausbildungs- oder Forschungszwecken verlängert werden? Orientieren wir die Patienten in einem solchen Falle, holen wir ihr Einverständnis ein?
- Wie unterscheiden sich die eigenständigen Funktionen des Arztes von denjenigen der Krankenschwestern?
- Hat der Pflegedienst überhaupt eine eigenständige Funktion?

(3) Es besteht keine "Philosophie" für die Pflege und Behandlung des Patienten in einzelnen Stationen.

(4) Die Rolle des Patienten ist ungenügend definiert.

Als Philosophie bezeichne ich ein System von Grundsätzen, die von allen mit der Pflege und Behandlung betrauten Personen hochgehalten und für den einzelnen Patienten je nach der Situation konkretisiert werden. Dazu einige Beispiele: ¹⁾

- Unsere Patienten haben sich freiwillig in diese Forschungsstation verlegen lassen. Wir wollen sie in ihrer Befriedigung über diesen Entschluss unterstützen, indem wir sie über das Forschungsprojekt und ihre diesbezügliche Funktion auf dem laufenden halten.
- Als Spezialstation für Herzkrankte ist unsere wichtigste Aufgabe, Notfall- und anderen kritischen Situationen richtig zu begegnen.

1) Vgl. Little, Dolores E., Carnevali Doris L., Nursing Care Planning, J. B. Lippincott, Philadelphia 1969.

4. Schlussfolgerungen

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass der Pflegedienst im Spital durch die Einführung der Gruppenpflege weiterentwickelt werden kann. Einerseits indem dank einer richtig konzipierten und gut eingeführten Gruppenpflege ¹⁾ verschiedene Probleme gelöst werden können, andererseits durch die Katalysatorfunktion der Gruppenpflege, durch welche bereits bestehende Probleme bewusster gemacht und so eher gelöst werden.

1) Vgl. dazu Locher Heinz, Strategie der Einführung der Gruppenpflege im Spital, Zeitschrift für Krankenpflege, Nr. 3, März 1971, S.108-111.