

Die Operationalisierung der Ziele des Pflegedienstes

Heinz LOCHER

1. Probleme der Zielsetzung

Ziele operationalisieren bedeutet, sie so eindeutig zu formulieren, daß meßbar und damit kontrollierbar wird, ob sie erreicht worden sind.

Die Operationalisierung von Zielen setzt voraus, daß die Handelnden darüber nachgedacht haben, welche Ziele sie anstreben, kurzfristig, mittelfristig, langfristig, in welcher Beziehung diese Ziele zueinander stehen; welche Prioritäten sie beim Vorhandensein mehrerer Ziele festlegen wollen.

Ein einfaches Beispiel soll der Erläuterung dienen:

Eine Krankenpflegeschülerin hat im Unterricht die Bedeutung von Gesprächen mit dem Patienten kennengelernt und möchte während ihres Praktikums im Krankenhaus den daraus gezogenen Schlußfolgerungen entsprechend handeln. Ihre Vorgesetzte ist aber der Ansicht, sie solle nicht immer herumplaudern, wie sie es nennt, es wäre viel nötiger, den Medikamentenschrank in Ordnung zu bringen.

Dieses Beispiel deckt verschiedene Probleme auf, die mit der Zielsetzung verbunden sind:

Die Notwendigkeit, alle an der Krankenpflege und -behandlung beteiligten Kreise in den Zielfindungsprozeß des Pflegedienstes einzubeziehen, also auch die Krankenpflegeschule, der das Krankenhaus Ausbildungsstationen zur Verfügung stellt;

die Notwendigkeit, die verschiedenen, gleichzeitig angestrebten Ziele im Zusammenhang mit der Pfl egetätigkeit, der Ausbildung und dem Unterhalt der Station zu gewichten. Offensichtlich bestehen zwischen Krankenpflegeschule und Ausbildungsstation auch unterschiedliche Vorstellungen darüber, was eine gute Pflege ist.

Mit einem zweiten Beispiel sollen weitere Aspekte zur Beurteilung der mit der Zielfindung zusammenhängenden Probleme dargelegt werden:

Ein Patient ist für Freitag, 10.00 Uhr, zu einer Untersuchung in die Röntgendiagnostik aufgeboten worden, deren Ergebnisse für die Diagnose und die darauf basierende Therapie von großer Bedeutung sind. Der Belegungsplan der Röntgendiagnostik gestattet nur zweimal wöchentlich die Vornahme solcher Untersuchungen, das nächste Mal am Dienstag der folgenden Woche.

Der klinische Unterricht für Medizinstudenten findet ebenfalls freitags statt. Der für die Auswahl der dabei vorzustellenden Patienten verantwortliche Oberarzt ist ebenfalls auf den zur Röntgendiagnostik aufgebotenen Patienten aufmerksam geworden. Es stellt sich die Frage, wo wir den Patienten Freitag nach 10.00 Uhr antreffen werden – in der Röntgendiagnostik oder im Hörsaal.

Von Interesse ist für unsere Fragestellung in erster Linie, wie darüber entschieden wird, wer entscheidet und welche Kriterien dabei gelten.

Als Akteure kommen in Frage:

Der Oberarzt, Assistenzärzte, allenfalls der Klinikdirektor; die für den Patienten zuständige Krankenschwester, die Stationschwester, allenfalls die Oberschwester.

Der Entscheid hat unter anderem Konsequenzen auf die Dauer des Spitalaufenthaltes, die psychische Belastung des Patienten und seiner Familie (Ungewißheit), die Kosten (Spitalaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit), den Bettenbedarf (Spitalplanung), die Qualität der Ausbildung der Medizinstudenten.

Beim Fehlen von Grundsätzen (policies), welche die verschiedenen Ziele gewichten und einen möglichst objektiven Entscheid ermöglichen, wird in solchen Fällen ein Seilziehen stattfinden. Dessen Ausgang hängt von persönlichen Faktoren ab, wie zum Beispiel der informellen Stellung des Oberarztes, verglichen mit dem Einfluß der Stationsschwester, der zufälligen An- und Abwesenheit der Oberschwester, usw. Zurück bleiben im besten Fall unguete Gefühle bei den „Unterlegenen“, oft aber Spannungen in den persönlichen Beziehungen, obschon es sich doch um ein sachliches Problem handelt.

Nach meiner Überzeugung bilden die fehlende Auseinandersetzung mit den Problemen der Zielfindung und der sich daraus ergebende Mangel an zielgerichtetem Verhalten die Hauptursachen der gegenwärtigen Schwierigkeiten des Gesundheitswesens, besonders der Krankenhäuser und mit ihnen des Pflegedienstes. Es ist vielleicht ein zu hartes Urteil, wenn wir auf deutsch sagen, das Krankenhauswesen sei diesbezüglich, verglichen mit andern Bereichen, z. B. der Wirtschaft, *unterentwickelt*; etwas weniger hart tönt es auf französisch, wo man nicht von unterentwickelten Bereichen spricht, sondern von Bereichen en voie de developpement, auf dem Wege zur Entwicklung also. Dieses *en voie de developpement* trifft sicher gerade für den Pflegedienst zu, wo viele Anstrengungen unternommen werden, um einen höheren Entwicklungsstand zu erreichen.

2. Das Zielsystem des Pflegedienstes im Krankenhaus und seine Operationalisierung

Wie bereits erwähnt, verfolgt der Pflegedienst im Krankenhaus nicht ein einzelnes Ziel, sondern ein Bündel verschiedener Ziele – ein Zielsystem.

1. Das primäre Ziel ist auf den Patienten bezogen und heißt *Gesundheit oder Genesung*, allenfalls die Ermöglichung eines friedlichen Todes.
2. Ein zweites Ziel ist auf das Pflegepersonal gerichtet. Arbeit

ist eine Aktivität im Dienste der *Bedürfnisbefriedigung des Arbeitenden*. Deshalb soll die Arbeit so gestaltet sein, daß sie dem Pflegepersonal die Befriedigung eines möglichst weiten Bereichs seiner aktuellen Bedürfnisse ermöglicht.

3. Das *Prinzip der Wirtschaftlichkeit* beim Einsatz personeller und sachlicher Mittel bildet ein drittes Element im Zielsystem des Pflegedienstes.
4. Als Ausbildungsstätte einer Vielzahl von Berufen gelten für das Krankenhaus und damit auch für den Pflegedienst *Ausbildungsziele*.
5. Pflegeeinheiten haben als Ort medizinischer und pflegerischer Forschung ebenfalls *Forschungsziele* zu beachten.

Die einleitend angeführten Beispiele haben gezeigt, daß die einzelnen Ziele nicht unabhängig nebeneinander stehen. Nicht selten ergeben sich Situationen, in denen sich Maßnahmen zur Erreichung des einen Ziels ungünstig auf die Erreichung anderer Ziele auswirken – es entstehen *Zielkonflikte*. Bei der Analyse des Zielsystems des Pflegedienstes ist zu beachten, daß es Teil eines größeren Ganzen bildet. Im Idealfall besteht für das betreffende Land eine *Gesamtgesundheitskonzeption*, die wiederum unterteilt ist in überregionale und regionale Gesundheitskonzeptionen und *Krankenhausplanungen*. Die einzelnen Krankenhäuser können innerhalb dieses Rahmens eigene *Ziele und unternehmungspolitische Grundsätze* festlegen, welche die Ziele des Pflegedienstes ebenfalls beeinflussen. Sie beziehen oft weitere interessierte Kreise in ihre Zielsetzung ein, beispielsweise die Krankenpflegeschulen, für welche das Krankenhaus als Ausbildungsstätte dient. Die einzelnen *Kliniken und Pflegeeinheiten* bedürfen konkreter formulierter Prinzipien. Sollen sich Ärzte und Pflegepersonal mit dem ganzen Menschen in seiner Individualität auseinandersetzen, sind schließlich für jeden einzelnen Patienten *individuelle Ziele, Pflege- und Behandlungspläne* notwendig.

2.1. Auf den Patienten bezogene Ziele und ihre Operationalisierung

Als auf den Patienten bezogene Ziele des Pflegedienstes werden allgemein dessen Gesundheit oder Genesung, allen-

falls die Ermöglichung eines friedlichen Todes, bezeichnet. Freilich unterscheiden sich die Auffassungen über den Gesundheits- oder Krankheitsbegriff beträchtlich. Wer auf den Patienten bezogene Ziele des Pflegedienstes festlegen will, wird sich deshalb darüber Klarheit verschaffen müssen. Die möglichst klare Umschreibung der angestrebten *Pflegequalität*, also des Begriffes, mit dem das Genesungsziel operationalisiert werden soll, bildet eine wesentliche Voraussetzung für einen zielbewußten Einsatz des Pflegepersonals.

Wie der Begriff aussagt, soll lediglich die Qualität pflegerischer Leistungen beurteilt werden. Deshalb haben wir als erstes den Umfang der betrachteten Leistungen abzugrenzen und den Einfluß der andern Faktoren auszuschalten, die sich ebenfalls direkt oder indirekt auf den Erfolg der Pflegetätigkeit – die Genesung des Patienten – auswirken.

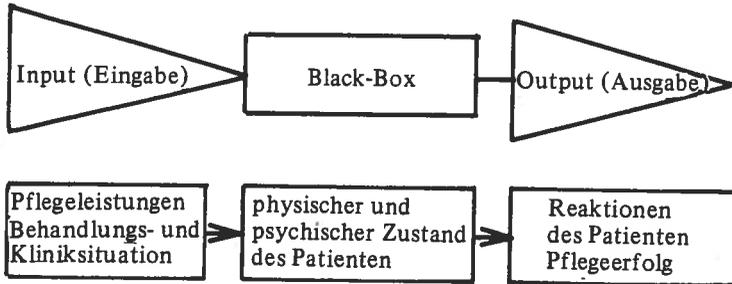
Nachdem wir den Bereich der zu beurteilenden Pflegeleistungen abgegrenzt haben, stellt sich als nächstes die Frage nach der Auswahl der zu beurteilenden Verhaltensweisen oder Konsequenzen dieser Verhaltensweisen. Da es unmöglich ist, alle Verhaltensweisen zu beurteilen, gilt es eine Auswahl zu treffen. Mit dem Begriff der Pflegequalität umschreiben wir demnach *exemplarische Kriterien*. Sie sollten in einem möglichst engen Zusammenhang zur Zielsetzung stehen, damit angenommen werden darf, daß Maßnahmen, deren Konsequenzen in bezug auf das exemplarische Kriterium günstig lauten, auch gemessen am letztlichen Ziel positiv zu beurteilen seien. In der Praxis wird man sich oft damit begnügen müssen, auf der allgemeinen Erfahrung beruhende Zusammenhänge anzuerkennen.

Zur Illustrierung der mit der Festlegung der Pflegequalität verbundenen Probleme bedienen wir uns der *Black-Box-Methode*¹⁾.

Dabei betrachten wir den kranken Menschen als Black-Box. Als *Input* wirken die einzelnen Pflegeleistungen sowie weitere, vom Pflegepersonal nicht beeinflussbare Faktoren wie der Behandlungsplan des Arztes und die allgemeine Spitalsituation (Bau, Einrichtung, Verpflegung). Den *Output* bilden die

1) Black-Box = schwarzer Kasten. Vgl. hierzu die Grafik auf S. 72.

Reaktionen des Patienten (Unruhe, Schwitzen, Veränderungen bestimmter biochemischer Werte, Tod, usw.). Der gegenwärtige Stand unseres Wissens erlaubt uns auch Aussagen über die innere Struktur der Black-Box und deren interne Prozesse; zudem verfügt das Pflegepersonal über Informationen betreffend den physischen und psychischen Zustand des Patienten.



Als letztlches Ziel sämtlicher Bemühungen der Krankenpflege bleibt die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten. Mit Hilfe der Kriterien beurteilen wir also einmal den Pflegeerfolg (Output). Pflegequalität bedeutet in diesem Fall *Pflegeerfolg*, gemessen an den durch die Pflgetätigkeit beeinflussten Verhaltensweisen des Patienten. Um den gewünschten Pflegeerfolg zu erreichen, muß das Pflegepersonal zur Gestaltung seines Mitteleinsatzes Aufschluß über Input-Output-Beziehungen gewinnen. Sofern dies möglich ist, kann es für die tägliche Arbeitssituation Kriterien zur Beurteilung seiner Verhaltensweisen (Inputs) festlegen, die es ihm dank seiner Kenntnis der Black-Box-Struktur oder der Input-Output-Beziehungen erlauben, die sich daraus ergebenden Verhaltensweisen des Patienten zu prognostizieren. Ein derartiges Vorgehen ist besonders in denjenigen Fällen wichtig, in welchen die Patientenreaktionen nicht abgewartet werden dürfen, weil das Risiko negativer Meßergebnisse nicht verantwortet werden kann. Wenn der Mitteleinsatz beurteilt wird, bedeutet Pflegequalität *Qualität der dem Patienten erbrachten Pflegeleistungen*.

2.2 Die Festlegung des Leistungsstandards

Damit ist festgelegt, welche Verhaltensweisen bzw. Konsequenzen von Verhaltensweisen beurteilt werden sollen. Dabei ist noch offen geblieben, welche Meßergebnisse anzustreben sind. Diese Frage wird durch das Festlegen von *Leistungsstandards* beantwortet.

In der Praxis wird eine so große Zahl von Leistungen erbracht, daß das detaillierte Festlegen von Standards für jede einzelne Leistung kaum möglich sein wird. Deshalb empfiehlt sich ein zweistufiges Vorgehen mit einem Grundsatzentscheid und davon abgeleiteten Einzelentscheiden für wichtige Leistungen. Der Entscheid über die angestrebte Pflegequalität ist von allen im Pflegedienst zu fällenden Entscheiden wohl der grundlegendste; seine Auswirkungen betreffen sämtliche anderen Spitalbereiche (vor allem auch die Spitalkosten) und die meisten übrigen Entscheide des Pflegedienstes (Personaldotierung, Zusammensetzung der Pflegegruppen, innerbetriebliche Weiterbildung).

Das unterste noch zu verantwortende Niveau der Pflegequalität ist das der *sicheren Pflege*; der Patient soll durch die Pflege nicht gefährdet oder gar geschädigt werden. Dieses elementare Niveau beruht auf der Auffassung, der Patient sei weitgehend hilflos und unabhängig, weshalb er in der Aufrechterhaltung aller lebenswichtigen Funktionen unterstützt werden müsse. Das Pflegepersonal erbringt die seiner Meinung nach notwendigen Pflegeleistungen gemäß den standardisierten Arbeitsabläufen; ein besonderes Gewicht wird auf die physischen Bedürfnisse des Patienten gelegt. Auf die Lebensgewohnheiten des Patienten wird nicht Rücksicht genommen, er hat sich den Erfordernissen der Spitalorganisation anzupassen. Die ihm gegebenen Informationen beschränken sich auf Anweisungen.

Zur Gewährleistung dieses Qualitätsniveaus müssen an das Pflegepersonal keine besonderen Anforderungen gerichtet werden, es genügen einfachere technische Fähigkeiten. Nur selten ergibt sich die Notwendigkeit, Situationen zu beurteilen und Entscheidungen zu fällen.

Ein nächsthöheres Pflegeniveau ist durch *pflegetechnisch*

anspruchsvolle Leistungen charakterisiert, welche vertiefte medizinische Kenntnisse des Personals voraussetzen. Das Pflegepersonal nimmt zudem *Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten des Patienten*, dem auf eigenen Wunsch gestattet wird, einzelne seiner Bedürfnisse selber zu befriedigen. In der Pflegeplanung werden die Einstellung des Patienten zu Krankheit und Spitalaufenthalt und die psychische Verarbeitung der daraus entstehenden Probleme beachtet. Zu diesem Zweck erhält das Pflegepersonal auch eine Schulung in Gesprächsführung.

Ein höchstes Pflegeniveau zeichnet sich durch die *Einbeziehung der Patienten in die Planung und Ausführung der Pflege* aus, die in ihrer Unabhängigkeit und persönlichen Weiterentwicklung gefördert werden sollen.

2.3. Die Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals

Nicht nur die auf den Patienten bezogenen Ziele, sondern auch die angestrebte Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals lassen sich operationalisieren. Im vorgegebenen Rahmen können wir die dazu geeigneten Verfahren an dieser Stelle nicht näher beschreiben.

3. Die Bedeutung der Operationalisierung der Ziele des Pflegedienstes für die Einleitung von Entwicklungsprozessen

Hier ist sicherlich zu fragen, wozu denn die Operationalisierung der Ziele des Pflegedienstes und die Verfügbarkeit über Kriterien und Leistungsstandards gut seien. Mein Zugang zu diesen Problemen ergab sich aus meiner Tätigkeit als Unternehmensberater in Krankenhäusern, insbesondere bei der Einführung der Gruppenpflege.

Zur Vorbereitung und Einleitung der zu diesem Zwecke notwendigen Entwicklungsprozesse mußten wir uns eine Reihe von Fragen stellen. Den Ausgangspunkt der Überlegungen bildete meist eine Unzufriedenheit mit der gegebenen Lage; das bedeutete aber, daß die Zielerreichung in verschie-

denen Bereichen gefährdet erschien. „Welches sind denn eigentlich unsere Ziele?“ lautete die Frage. Sicher, der Begriff der umfassenden, individuellen Pflege erlaubt eine allgemeine Umschreibung, er ist aber zu wenig konkret und eindeutig.

Wie umfassend soll die Pflege sein, was umfaßt sie? Wie individuell möchten und können wir pflegen? Welches sind die Konsequenzen aus der Forderung nach individueller Pflege für die Gestaltung des Tagesablaufs der Patienten, des Pflegepersonals, der Ärzte? Bedeutet individuelle Pflege nicht, daß für jeden Patienten Pflegeziel und Pflegeplan festgelegt, laufend überprüft und nötigenfalls angepaßt werden müssen?

Die Reihe der Fragen könnte beliebig verlängert werden. Ihre Beantwortung ist eine der wichtigsten Aufgaben des interdisziplinären Teams, welches mit der Einführung von Neuerungen im Krankenhaus beauftragt ist. Dieses Vorgehen erlaubt auch, sämtliche von den Neuerungen betroffenen Betriebsangehörigen in den Entwicklungsprozeß einzubeziehen.

Ich kann hier nicht im einzelnen auf die Methodik der Einführung von Neuerungen im Pflegedienst eingehen. Das gäbe Stoff für einen besonderen Beitrag. Es ist mir aber bei den nur skizzenhaft angedeuteten Ausführungen zu dieser Frage darum gegangen darzulegen, welche große praktische Bedeutung der Operationalisierung der Ziele des Pflegedienstes zukommt.

Es geht ja nicht nur darum, für die Beteiligten ein Arbeitsinstrument zu schaffen, es gilt auch, Rechenschaft abzulegen, einmal den Verantwortlichen eines Krankenhauses gegenüber, zum andern aber auch sich selber. Schließlich bedürfen wir auch geeigneter Mittel, um festzustellen, ob sich durch die Einführung von Neuerungen etwas geändert hat, was sich geändert hat und ob die Änderung in einer gewünschten Richtung verlaufen ist.

Dazu bedürfen wir operationalisierter, also konkretisierter, meßbar gemachter Ziele.

Die Weiterentwicklung des Pflegedienstes ist wohl nur durch ein Wechselspiel und eine gegenseitige Befruchtung von prak-

tischer Arbeit und theoretischer Überlegung möglich. Wir alle haben zu bedenken, was MAGER seinem Buch „Lernziele und programmierter Unterricht“ voranstellt:

Wer nicht weiß, wohin er will, braucht sich nicht zu wundern, wenn er ganz woanders ankommt.

Für weitere Ausführungen zum behandelten Themenbereich sei auf das Buch des Autors verwiesen: Heinz LOCHER: Der Pflegedienst im Krankenhaus. Analysen und Lösungsvorschläge aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien, 1973, DM 19,-.

Pflegedienst: Aspekte der Ausbildung und Fortbildung

Herausgegeben von Adolf Witte



Lempp Verlag

© Lempp Verlag GmbH, 1974
ISBN 3-920707-29-X

Composer-Satz: Einhorn-Druck GmbH
Druck und Herstellung:
Bahnmayer KG Druck+Repro
Umschlag: Ingrid Lempp

Alle in Schwäbisch Gmünd