

BIG Bildungsinstitut im Gesundheitssystem

Kurs: S-VIE 2

Leitung einer Station oder Einheit

Abschlussarbeit mit dem Titel:

„Implementierung einer Pflegevisite auf der offenen Sucht-Aufnahmestation A2 der LVR-Klinik Mönchengladbach“

Kursleitung: Sigrid Wieja und Dr. phil. Gunnar Lindner

vorgelegt am 04. Juli 2014

von

Christian Lorbiecki

Inhalt

1.	Einleitung	2
2.	Die LVR-Klinik Mönchengladbach.....	3
2.1	Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen	3
2.2	Die Station A2	3
2.3	Das Multiprofessionelle Team der Station A2.....	4
2.4	Zu meiner Person	4
3.	Die Pflegevisite	5
3.1	Formen und Definitionen der Pflegevisite (PV)	5
3.2	Ziel und Zweck der Pflegevisite	6
3.2.1	Ziele aus Sicht des Patienten	6
3.2.2	Ziele aus Sicht der Mitarbeiter	6
3.2.3	Ziel und Zweck der Einführung der Pflegevisite auf der Station A2.....	7
3.3	Voraussetzungen zur Einführung der Pflegevisite	8
3.3.1	Bezugspflege der Station A2	8
3.3.2	Bezugspflegegespräch.....	9
3.3.3	Pflegeprozess in der Theorie.....	9
3.3.4	Kompetenzen der Mitarbeiter	10
3.4	Pflegevisite als Leitungsinstrument	11
3.4.1	Organisation und Begleitung der Pflegevisite.....	11
3.5	Pflegevisite und Qualität.....	12
3.5.1	Definition wichtiger Begriffe	12
4.	Implementierung der Pflegevisite.....	14
4.1	Konzeptionsphase	14
4.1.1	Notwendige Vorgespräche	14
4.1.2	Projektauftrag	15
4.1.3	1. Informationsveranstaltung im Pflegeteam	15
4.1.4	Kick-off-Veranstaltung 1. Projektteam	15
4.1.5	Entwicklung der Befragungen zur Patientenzufriedenheit	16
4.1.6	Die Arbeitspakete	16
4.1.7	2. Projektteam zum Start der Pflegevisite	16
4.1.8	Pflegeteam zum Start der Pflegevisite	17
4.1.9	Pflegeteams zu den Inhaltlichen Ergebnissen.....	17
4.1.10	Klärung von Fortbildungsbedarf und Bedenken der Mitarbeiter	17
4.2	Projektdurchführung.....	18
4.2.1	Planung, Durchführung, Rahmenbedingungen und Zuständigkeit	18
4.2.2	Dokumentation	18
4.2.3	Variationen der Pflegevisite.....	19
4.2.4	Der Gesprächsleitfaden.....	20
4.2.5	Der Maßnahmenkatalog.....	20
4.2.6	Ein Themenbeispiel aus dem Maßnahmenkatalog.....	21
4.2.7	Begleitung der Pflegevisite durch die Stationsleitungen	22
4.2.8	Auswertung der Pflegevisite	23
4.3	Ergebnisse der Befragungen	23
5.	Fazit	25
6.	Quellenangaben. Literaturverzeichnis.....	27
7.	Anhänge.....	29

Für den gesamten nachfolgenden Text schließen grammatikalische maskuline Formen zur Bezeichnung von Personen weibliche und männliche gleichermaßen ein.

1. Einleitung

Als ich mich im Rahmen der Weiterbildung zur pflegerischen Stationsleitung mit dem Thema für eine Projektarbeit beschäftigt habe, stand für mich fest, dass es ein Leitungsthema sein sollte. Gleichzeitig wollte ich mich nicht nur theoretisch mit diesem Thema befassen, sondern das Projekt so gestalten, dass eine praktische Anwendung für die Station oder für die gesamte Klinik entsteht. Daher habe ich mir die Frage gestellt: "Welche Felder werden in der Arbeit mit Patienten in den nächsten Jahren von Bedeutung sein und dabei den Arbeitsbereich der Pflegenden aufwerten und professionalisieren"?

Eine Möglichkeit, diese beiden Aspekte in einem Projekt zusammenzuführen, ist die Implementierung des Leitungsinstrumentes der Pflegevisite (PV). Die Pflegevisite, die ich als ein strukturiertes, qualitätssicherndes Instrument sehe, setzt eine direkte Beteiligung der Patienten in den Fokus und bietet den Pflegenden die Möglichkeit, den Behandlungsprozess professionell, fundiert und strukturiert mitzugestalten. Sie verbindet damit die beiden Aspekte in besonderem Maße. Zudem ist sie ein wichtiger Baustein, um den Pflegeprozess zu individualisieren und zu vervollständigen. Dies wird im Laufe der Arbeit beschrieben und begründet.

Um z.B. die Wirksamkeit messen zu können, war es erforderlich, neben einer IST-Analyse durch eine Patientenbefragung vor Einführung, auch eine Befragung der Patienten nach Einführung durchzuführen, um eine fundierte Aussage über den qualitativen Effekt der Pflegevisite machen zu können.

Diese Arbeit beschreibt im Verlauf den Arbeitsbereich der LVR-Klinik Mönchengladbach (LVR-Klinik MG) und insbesondere den Suchtbereich in dem die PV zum Einsatz kommt. Dann werden im Laufe einer Literaturrecherche die theoretischen Hintergründe der PV beschrieben und direkt mit der Praxis verknüpft. Im 4. Kapitel werden die Schritte zur Implementierung der Pflegevisite beschrieben und Aspekte meiner Tätigkeit mit beleuchtet und damit auch die Rolle der Stationsleitung. Im anschließenden Fazit werden die Ergebnisse des Projektes zusammengefasst. Im Anhang befinden sich Protokolle, Ergebnisse der Befragung und im Laufe des Projektes entwickelte Arbeitsinstrumente, wie z.B. der Maßnahmenkatalog.

Ich möchte mich hier schon bei allen bedanken, die mich bei dem Projekt tatkräftig unterstützt haben. Hier im speziellen bei der Qualitätsmanagementbeauftragten, dem Pflegeexperten und den Projektteilnehmern, sowie dem gesamten Pflorgeteam der Station A2, welche durch die motivierte Mitarbeit und das Engagement eine Implementierung und Umsetzung erst möglich gemacht haben.

2. Die LVR-Klinik Mönchengladbach

Die LVR-Klinik MG ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum von Mönchengladbach / Rheydt. Die Klinik verfügt über eine Institutsambulanz, 36 teilstationäre Plätze, 130 vollstationäre Betten und einen Betriebsbereich soziale Rehabilitation mit 42 Plätzen. Neben dem suchtmmedizinischen Bereich, der im Folgenden näher beschrieben wird, hält die Klinik im KHG-Bereich einen gerontopsychiatrischen, einen allgemeinpsychiatrischen Bereich und eine Spezialstation für Depressionserkrankungen vor. Die LVR-Klinik MG hat keine Bereiche für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für Forensik.

2.1 Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen

Wie die gesamte Klinik arbeitet auch die Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen nach dem Prinzip der gemeindenahen Versorgung. Neben der Beratung und Information bei Problemen mit Abhängigkeitserkrankungen ist eine Aufgabe die Vorbereitung auf die stationäre Entwöhnungstherapie.

Die Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen bildet gemeinsam mit der Station A2 der LVR-Klinik MG das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen.

2.2 Die Station A2

Die Station A2 ist eine offen geführte suchtmmedizinische Aufnahmestation mit einer Kapazität von 18 Behandlungsplätzen. Davon sind 4 Plätze in so genannten Beobachtungszimmern für Patienten, die einer deutlich höheren Begleitung und Beobachtung bedürfen.

Die Patientenklientel besteht aus Frauen und Männern nach Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Aufnahmequote liegt auf das Jahr verteilt bei ca. 700 Aufnahmen. Der Schwerpunkt liegt in der qualifizierten Entzugsbehandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bei stoffgebundenen Süchten wie Alkohol, Medikamenten und illegalen Substanzen. Der Fokus liegt hierbei auf dem Alkoholentzug. Entzugsbehandlungen von Heroin werden in der Regel auf Spezialstationen mit entsprechender Qualifikation in anderen Kliniken durchgeführt. Psychiatrische Erkrankungen, die oftmals mit einer Abhängigkeit einhergehen, wie z. B. Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen sehen wir nicht isoliert, sondern als Sucht verstärkend oder bedingend und ebenfalls behandlungsbedürftig. Ziel der Behandlung ist es, den Patienten neben dem körperlichen Entzug die Möglichkeit eines abstinenten Lebens näherzubringen, den Glauben an die Selbstheilungskräfte zu fördern, das Hilfesystem der Stadt Mönchengladbach kennenzulernen und gemeinsam eine individuelle Nachsorge zu erarbeiten.

Die konzeptionelle Arbeit ist in einem Behandlungspfad im Intranet der Klinik hinterlegt und für jeden Mitarbeiter einzusehen. Es sind hier sehr strukturiert die Zuständigkeiten und Aufgabenfelder der verschiedenen Professionen in der Behandlung hinterlegt.

2.3 Das Multiprofessionelle Team der Station A2

Das multiprofessionelle Team setzt sich aus 13 Pflegenden mit 10,28 Vollkräftestellen, davon eine Pflegekraft mit 12,5 Std. und drei Pflegekräften mit 19,25 Std. zusammen. Alle Kollegen sind staatlich examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte. Zwei Pflegekräfte haben die Weiterbildung zum Fach- und Gesundheitspfleger für Psychiatrie abgeschlossen. Das Pflorgeteam der Station wird durch eine Stations- und eine stellvertretende Stationsleitung organisiert.

Das ärztliche Team besteht aus 1 Oberarzt und 2 Assistenzärzten.

1 Sozialarbeiterin befasst sich mit sozialen Belangen und Ämterangelegenheiten der Patienten der Station (10 Std. in der Woche).

Besonders von Vorteil für die Einführung der Pflegevisite ist die Tatsache, dass das Pflorgeteam sehr motiviert ist und ein großes Erfahrungswissen in der Arbeit mit Suchtpatienten aufweist. Zudem erleichtert das strukturierte Setting der Station für Abhängigkeitserkrankungen und das gelebte Bezugspflegesystem die Implementierung des Arbeitsinstrumentes Pflegevisite.

2.4 Zu meiner Person

Meine Tätigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus begann 1989 mit der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger in der LVR-Klinik Viersen, die ich 1992 erfolgreich mit dem Staatsexamen abschließen konnte. Nach Ableistung des Zivildienstes in einer Einrichtung für behinderte Jugendliche, nahm ich meine Arbeit in der LVR-Klinik Viersen auf einer Akut-Suchtaufnahmestation für alkohol- und drogenabhängige Patienten wieder auf. Im Verlauf der Jahre lernte ich verschiedene Bereiche der Klinik kennen. Dazu zählte die Arbeit auf einer Suchtaufnahme- und Therapiestation für Jugendliche in der Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen, sowie verschiedene Einsätze auf forensischen Stationen des allgemeinspsychiatrischen Bereiches und Suchtbereiches. Von 1998 bis 1999 nahm ich an der Weiterbildung zum Fachpfleger für Psychiatrie in der Stiftung Tannenhof/ Remscheid mit Erfolg teil.

2011 wechselte ich in die LVR-Klinik Mönchengladbach und übernahm die stellv. Stationsleitung auf der Suchtaufnahmestation A2. In die Position der Stationsleitung wechselte ich Ende 2013. Zurzeit befinde ich mich in der Weiterbildung zur Leitung einer stationären Einheit in deren Rahmen dieses Projekt der Pflegevisite entstand.

3. Die Pflegevisite

In den folgenden Kapiteln wird mit der theoretischen Diskussion um die Pflegevisite direkt die Praxis der Station A2 verknüpft, begründet und der Ist-Zustand beschrieben.

3.1 Formen und Definitionen der Pflegevisite (PV)

Der Begriff Visite ist aus dem lateinischen „visitare“ abgeleitet worden und bedeutet „besuchen, besichtigen, untersuchen“ (Internet 1: www.wortbedeutung.info/Visite/ 15.02.14).

In der Fachliteratur und in der Praxis werden für die Pflegevisite oft verschiedene Begriffe genutzt, womit diese nicht einheitlich definiert wurde.

„In der deutschsprachigen Pflegeliteratur wurde der Begriff wahrscheinlich erstmals von Döpcke-Paentz /1981 eingeführt“ (vgl. Heering, Das Pflegevisiten-Buch, S. 46).

Heering beschreibt, dass erste konzeptionelle Grundlagen Anfang der 1990-er Jahre entstanden sind und sich seit dem zahlreiche Autoren theoretisch und empirisch mit diesem Instrument auseinandergesetzt haben. Dabei wurde klar, dass in der Berufsgruppe der Pflegenden die Auffassung zur Notwendigkeit, der Zielsetzung, sowie praktische Umsetzung der PV inkongruent ist. (vgl. Heering, S. 46).

J. Kußmaul beschreibt z.B. die „Mybes Wohnbereichs- und Pflegedokumentationsvisite“. Diese Pflegevisite ist eine spezielle Visite, welche in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Anwendung findet (vgl. Kußmaul, Die modulare Pflegevisite, S. 24).

Heering hat z.B. die Pflegevisite konkretisiert und in verschiedene Formen unterteilt (vgl. Heering S. 47 – 57). Diese sehen wie folgt aus:

- Pflegevisite als Dienstübergabe am Patienten
- Pflegevisite als Führungsinstrument
- Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument
- Pflegevisite als Instrument zum Einbezug der Patienten

Zudem finden sich in der Literatur verschiedene Definitionen zur Pflegevisite. Hier ein paar Beispiele:

Der **Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.** definiert die Pflegevisite wie folgt:

„Die Pflegevisite wird als Besuch beim Pflegebedürftigen durchgeführt und dient u. a. der Erörterung des Befindens des Pflegebedürftigen, seiner individuellen Wünsche und seiner Zufriedenheit mit dem Pflegedienst sowie der Erstellung, kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung sowie der Pflegedokumentation ... Die Pflegevisite ist Planungs- und Bewertungsinstrument, das kunden- oder mitarbeiterorientiert durchgeführt werden kann“ (vgl. MDS, 2005, S. 104).

Swoboda definiert die Pflegevisite wie folgt:

„Die Pflegevisite ist ein Planungs- und Bewertungsinstrument, das kunden- oder mitarbeiterorientiert durchgeführt werden kann.“ (vgl. Swoboda, S. 43)

Heering wiederum definiert die Pflegevisite wie folgt:

„Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit der Klientin über ihren Pflegeprozess. Die PV dient so der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen, beziehungsweise der Pflegediagnosen, der Vereinbarung von gewünschten Pflegezielen, der Vereinbarung der Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich der Überprüfung der Angemessenheit und Wirkung der Pflege“ (vgl. Heering S.52).

3.2 Ziel und Zweck der Pflegevisite

Die Pflegevisite dient lt. der Definition von Heering als Instrument zur Beteiligung der Patienten an ihrer Behandlung. „Der Grundgedanke dieser Definition basiert auf einem Menschenbild, das jedem Menschen und jeden Patienten grundsätzlich als eine denkende, fühlende und wollende Persönlichkeit mit eigener Verantwortungsfähigkeit ansieht“ (vgl. Heering S. 53). Unter „partizipieren“ ist gemeint, dass die Patienten sich zu ihrer Situation und Erleben mitteilen und die Möglichkeit erhalten, sich aktiv in die Behandlung mit einbringen zu können. Die Sichtweise zum Pflegeprozess (Pflegeplanung / -diagnose / Planung von Maßnahmen) der Patienten soll also gehört werden und Maßnahmen zur Reduktion seiner Beschwerden können gemeinsam festgelegt werden. Insgesamt sind damit lt. Heering (vgl. Heering) folgende Ziele verbunden.

3.2.1 Ziele aus Sicht des Patienten

- Ein verbessertes emotionales Befinden durch Partizipation an der Behandlungsplanung bzw. dem Pflegeprozess- der Patient fühlt sich respektiert und ernst genommen
- Bedürfnisse beachten/ berücksichtigen
- Förderung der Eigenverantwortung
- Eine umfassende inhaltliche Information durch Beratung zur Thematik Sucht und Nachsorgeangebote durch Bezugspflege
- Ein besseres Verständnis gegenüber den Pflegemaßnahmen
- Intensivierung der Arbeitsbeziehung Patient/Bezugspflege

3.2.2 Ziele aus Sicht der Mitarbeiter

- Die Pflegevisite fördert Eigenverantwortung
- Die Pflegevisite fördert Berufszufriedenheit durch ein eigenständiges und wichtiges Arbeitsinstrument
- Die Pflegevisite sorgt für die Wertschätzung der Kollegen aus dem Berufsfeld Pflege

„Das pflegerische Fachpersonal ergreift die Initiative und hat die Möglichkeit zu agieren. Das führt zur nachhaltigen Steigerung des Pflegebewusstseins, der pflegerischen Qualität und Kompetenz. Die Pflegenden übernehmen Verantwortung für ihre Planung, kommunizieren auf hohem Niveau (...) und erhalten eine Wertschätzung aller beteiligten Gruppen und Angehörigen. Sie erarbeiten und erhalten ein einheitliches gemeinsames Pflegeverständnis“ (vgl. Internet 2:

https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/intensiv4-13.pdf
[26.02.14](#)).

3.2.3 Ziel und Zweck der Einführung der Pflegevisite auf der Station A2

Die Definition zur Pflegevisite von Heering wird uns als Grundlage für die Arbeit mit dem Patienten auf der Station A2 dienen und ist im „Kurzkonzept Pflegevisite Station A2“ (s. Anhang 8) hinterlegt.

Zusätzlich ist im Leitbild der LVR-Klinik MG die Behandlungsbeteiligung der Patienten verankert. Die Pflegevisite wird diesen Anspruch unterstützen und ausbauen.

Auch wenn die Bezugspflege auf der Station gut umgesetzt wird, finden Patientenkontakte (Bezugspflegegespräche) nicht immer ausreichend strukturiert statt. Nachdem die Pflegeanamnese erhoben worden ist, kommt es leider vor, dass im Rahmen einer sieben-tägigen Entgiftungsbehandlung kein strukturiertes und terminiertes Gespräch mit dem Bezugspflegepatienten mehr stattfindet. Die Bezugspflegegespräche gestalteten sich nach Gesprächsbedarf des Patienten, wie z.B. Klärung von Problemen im Alltag, im Umgang mit der Suchtproblematik oder soziale Belange. Wichtige Informationen, wie Ressourcen oder Defizite, welche für den Pflegeprozess und der Arbeit mit dem Patienten grundlegend sind, werden so nicht immer ermittelt, da die Bezugspflegegespräche nicht pflegeprozessorientiert sind.

Bezugspflegegespräche werden teilweise nicht zeitnah oder in der Thematik genau dokumentiert. Es gibt hierfür keinen Leitfaden. Dieses ist ungünstig, da Informationen verloren gehen und so auch kein Nachweis unserer erbrachten Leistungen erbracht wird. Die Sichtweise des Patienten zu seiner Behandlung, den Maßnahmen und Angeboten, sowie die Möglichkeit sich in die Behandlung mit einbringen zu können, werden in der Dokumentation nicht immer ersichtlich. In den Aktenaudits der LVR-Klinik MG wird bei der Diskussion über die Dokumentation die Patientensicht in den Fokus genommen. Die Teammitglieder der Stationen sollen somit für diese Thematik in der Dokumentation sensibilisiert werden. Es ist davon auszugehen, dass es für den Patienten wichtig ist, dass er sich in seiner „Sichtweise“ zur Behandlung ernstgenommen bzw. wahrgenommen fühlt.

Folgende Ziele sollen mit der Einführung einer Pflegevisite auf der Station A2 erreicht werden:

- Die Einführung des Instrumentes **Pflegevisite** als **Qualitätssicherungsinstrument** soll der Stärkung des pflegefachlichen Wissens dienen, was wiederum zu einer Steigerung des

professionellen Selbstverständnisses und der Arbeitszufriedenheit führt. (vgl. Heering 2012 S.58 ff.)

- Durch die regelmäßige kollegiale Beratung seitens der Stationsleitungen (s. Kap.3.4) soll dieses unterstützt werden. Zu beachten ist hierbei (Nichtziel), dass Fehler, die während der Visitation auffallen, hierbei nicht dazu dienen dürfen negativ zu kritisieren, sondern als Feedback, um aus der Situation „Pflegevisitengespräch“ zu lernen.
- Gleichzeitig kann anhand der durchgeführten Pflegevisiten die Qualität der pflegerischen Behandlung durch die Dokumentation transparent gemacht werden.
- Durch die Möglichkeit der Partizipation der Patienten an der Pflegevisite ist eine Steigerung der Patientenzufriedenheit auf der Station A2 zu erwarten.

3.3 Voraussetzungen zur Einführung der Pflegevisite

3.3.1 Bezugspflege der Station A2

Auf der Station A2 ist die „Bezugspflege“ ein wichtiges Instrument des Pflegepersonals in der Arbeit mit dem Patienten. Da die Patienten im Rahmen ihrer Suchtproblematik teilweise mehrmals, sogar über Jahre zur Behandlung erscheinen, hat sich durch das Bezugspflegesystem so auch oft eine Vertrauensbasis in der Zusammenarbeit ergeben.

Bei der Aufnahme des Patienten wird eine Standardpflegediagnose „Unwirksamer Selbstschutz“ (vgl. Pflegediagnosen und Maßnahmen, Doenges E. et al), mit der Pflegeplanung erhoben. Mit den geplanten Maßnahmen soll die Gefahr von Entzugskomplikationen, wie z.B. Krampfanfall und Entzugsdelir minimiert und dem Patienten das Ertragen der Entzugssymptome erleichtert werden.

Im ersten multiprofessionellen Mittagsteam nach Aufnahme wird der Patient einer Bezugspflegeperson zugeteilt. Es wird Wert darauf gelegt, dass ein Patient, welcher wiederholt zur Behandlung erscheint, der Bezugspflegeperson zugeteilt wird, welche diesen in der letzten Behandlung betreut hat. Aufgabe der Bezugspflegeperson ist es innerhalb der ersten zwei Tage eine Pflegeanamnese zu erstellen bzw. diese aus dem letzten Aufenthalt zu evaluieren. In diesem Rahmen werden Pflegeprobleme und Ressourcen erfasst und es sollte eine individuelle Pflegediagnose/ -planung erhoben werden. Dieses funktioniert leider noch nicht immer. Die Pflegevisite ist deshalb ein geeignetes Instrument, um den Mitarbeitern die Arbeit mit den Pflegediagnosen zu erleichtern.

Die Bezugspflegeperson ist in den Mittagsteams „Manager“ des Bezugspatienten. In diesem Team wird durch die Bezugspflegeperson die Moderation zum zu betreuenden Patienten übernommen. Falls die Bezugspflegeperson einen Tag nicht anwesend gewesen ist, hat sie die Pflicht sich über den Behandlungsverlauf bei den anwesenden Kollegen zu informieren. Gemeinsam wird dann multiprofessionell die Behandlung geplant.

Dieses Bezugspflegesystem hat sich in der Zusammenarbeit mit dem Patienten als effektiv gezeigt.

Auch Patienten, welche das erste Mal zur Aufnahme erscheinen, profitieren vom Bezugspflegesystem, in dem sie durch klare Zuständigkeiten und Strukturen in der (Behandlungs-) Planung wichtige Informationen erhalten und besser partizipieren können.

3.3.2 Bezugspflegegespräch

Das Bezugspflegegespräch ist ein Grundbaustein einer tragfähigen Arbeits- bzw. Beziehungsgestaltung in der Zusammenarbeit von Patienten und Bezugspflegeperson. Bereits bei der Exploration der Pflegeanamnese findet das erste intensivere Bezugspflegegespräch statt. Für die Planung ist die zuständige Bezugspflegeperson verantwortlich. Das Beratungspflegegespräch dient der Motivation, Information und der Reflektion von wirksamen sowie unwirksamen Verhalten und kann auch für Sorgen, Ängste, Probleme als Gesprächsplattform zur Verfügung stehen. Denn auch daraus könnten Maßnahmen für eine Pflegeplanung bzw. einer gemeinsamen Planung abgeleitet werden

Da die PV auch von der Bezugspflegeperson durchgeführt wird, ist dieses Gespräch sozusagen ein „spezielles“ Bezugspflegegespräch, mit der Intention den Patienten an seinem Pflegeprozess teilhaben und partizipieren zulassen, indem mit ihm zusammen Maßnahmen besprochen werden.

3.3.3 Pflegeprozess in der Theorie

„Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen der systematischen Feststellung der Kompetenz des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen nachzukommen, dem Aushandeln von Pflegebedarfen und Pflegezielen, dem Festlegen von Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Unterstützungsleistungen und der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen. In der Dokumentation werden die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben und allen am Prozess Beteiligten werden die notwendigen Informationen zugänglich gemacht“ (A. Uhl.: Die individuelle Situation des Patienten muss berücksichtigt werden, Pflege Zeitschrift 8/1998 S. 582 – 585). C. Heering benennt den Pflegeprozess als systematischen Zugang zur ganzheitlichen Pflege jedes einzelnen Patienten (vgl. Heering. S.27). Es existieren verschiedene Pflegeprozessmodelle. Das Bekannteste ist das 6-stufige Modell nach Fichter/Meier. Die Arbeit mit dem Patienten und der Pflegekraft gestaltet sich so in einem ständigen Kreislauf.

Folgende Punkte in einem fortlaufendem Kreislauf beinhaltet das Modell nach Fichter/Meier (s. Abb.1, S.10). „Informationen sammeln, Pflegeprobleme/ Ressourcen erfassen, Ziele setzen, Pflegemaßnahmen planen, Pflegemaßnahmen durchführen, Effektivität der Maßnahmen

kontrollieren-auswerten-ggf. verbessern“ (vgl. Pflege Heute. S.35). Das Modell ist somit ein Instrument der Qualitätssicherung.

Der Pflegeregelkreislauf nach Fichter/Meier

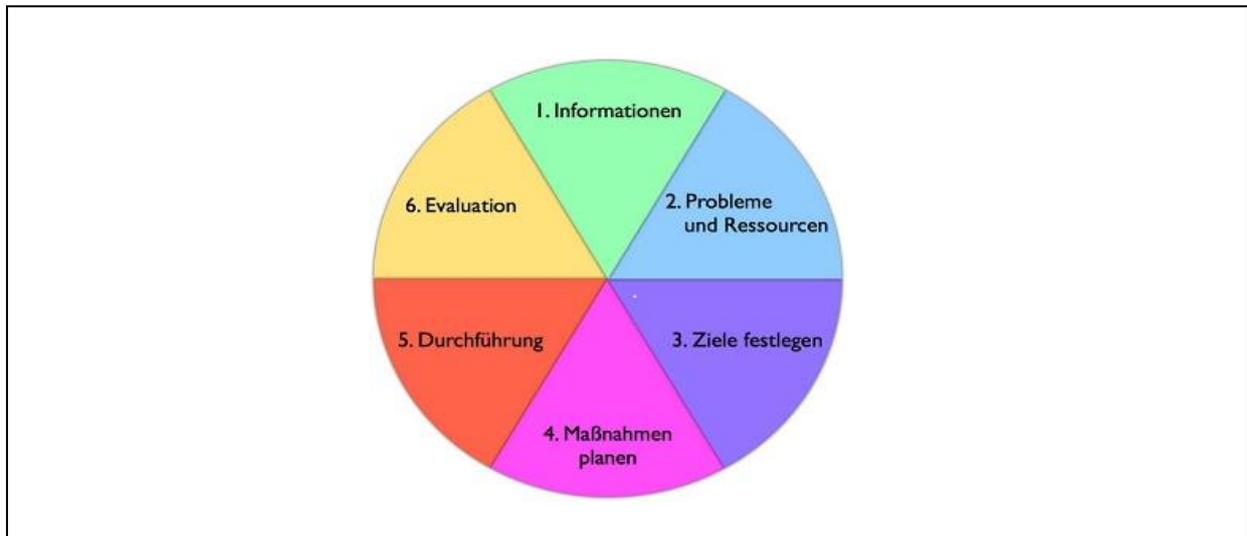


Abb. 1: Pflegeregelkreis

(vgl. Internet 8: Grafik Pflegeregelkreis aus PflegeWiki,
<http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegeprozess> 25.02.14)

Die Pflegediagnose nach NANDA gehört in der Arbeit mit dem Pflegeprozess in der LVR-Klinik Mönchengladbach untrennbar zusammen. Die Definition der NANDA 1990: „Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Reaktion von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potentielle Probleme der Gemeinschaft oder im Lebensprozess. (...) liefern die Grundlagen zur Wahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele, für welche die Pflegeperson die Verantwortung übernimmt“ (vgl. Stefan/Allmer et al., Praxis der Pflegediagnosen, S.12). Im Krankenhausinformationssystem (KIS) sind die Pflegediagnosen hinterlegt. Es existiert eine Aufteilung in Taxonomiefelder in der Anamnese, welches das Zuteilen einer Pflegediagnose erleichtert. Dementsprechend kann die Pflegediagnose erhoben und die Pflegeplanung erstellt werden. Um den Pflegeprozess und die Pflegevisite qualitativ hochwertig zu gestalten braucht es aber auch einige Kompetenzen der Mitarbeiter, welche im Folgenden beschrieben werden.

3.3.4 Kompetenzen der Mitarbeiter

Fachkompetenz

„Fachkompetenz bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, alle fachlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die der Berufstätige zur Bewältigung konkreter beruflicher Aufgaben benötigt einzusetzen, d. h. also die Beherrschung der speziellen Praxis und Theorie eines Berufes“ (Internet 3. <http://www.woxikon.de/wort/fachkompetenz.php> 16.02.14).

Damit ist explizit gemeint, dass die Pflegenden, neben der Kenntnis über Pflegeprozess und Pflegevisite, das Instrument der Bezugspflege kennen und umsetzen können müssen.

Soziale Kompetenz

„Sozialkompetenz ist ihre Fähigkeit, souverän, einfühlsam, fair und konstruktiv mit ihren Mitmenschen umzugehen. Dazu gehört ihre Teamfähigkeit, ihre Fähigkeit zu Empathie, d.h. sich in andere hineinzusetzen und einzufühlen, sowie das konstruktive Lösen von Konflikten“ (Internet 4. <http://www.soft-skills.com/sozialkompetenz/> 16.02.14).

Kommunikation

Zur Sozialkompetenz gehört eine entsprechende Haltung in der Kommunikation.

Heering beschreibt, dass die nicht- direktive Beratung im Sinne von Carl Rogers in der Arbeit mit der Pflegevisite als Gesprächsform sehr geeignet ist. Unter Anderem dann, wenn im Verlauf zwischen Patienten und Pflegeperson Einigkeit herrscht, wie Maßnahmen bzw. der Pflegebedarf aussehen könnte. Der Patient erhält die Möglichkeit über Lösungswege, welche die Pflegeperson aufgrund des Fachwissens anbietet, zu reflektieren (vgl. Heering. S. 53).

Die Grundhaltung in einem Patient/ Pflegeperson-Gespräch nach Rogers sollte folgende Aspekte enthalten:

- Echtheit und Kongruenz gegenüber dem Patient
- Empathie (Einfühlsames, nicht wertendes Verstehen/ dieses auch in Gestik und Mimik widerspiegeln)
- Akzeptanz

Rogers beschreibt diese Grundhaltung als „das Akzeptieren, die Anteilnahme oder Wertschätzung“ (vgl. Rogers. Der neue Mensch. 1981. S. 68) des Therapeuten gegenüber den Gefühlen und Äußerungen seines Patienten. Das bedeutet nicht, dass die Pflegeperson z.B. Gefühlen zustimmen muss, sondern diese erst einmal so annimmt, wie diese im Moment sind. Um die o.g. Kompetenzen zu fördern und zu fordern wird die Pflegevisite auch als Leitungsinstrument genutzt.

3.4 Pflegevisite als Leitungsinstrument

3.4.1 Organisation und Begleitung der Pflegevisite

Eine unterstützende Maßnahme zur Überprüfung der Pflegevisite ist die Begleitung durch die Stationsleitungen. Ablauf und Struktur, so wie inhaltliche Arbeit mit dem Patienten können so überprüft und mit der Bezugspflegeperson ausgewertet werden. Heering beschreibt, dass bei der Arbeit mit der Pflegevisite das Vier-Augen-Prinzip, eine betriebsblinde Betrachtung der Patientensituation durch die Bezugspflegeperson im täglichen Umgang mit dem Patienten unterbinden soll. Zudem unterscheidet er zwei Formen der Pflegevisite (vgl. C. Heering, S. 59)

1. „Die supervidierende Pflegevisite wird von einer leitenden bzw. vorgesetzten Pflegefachkraft mit der zuständigen Pflegekraft (...) durchgeführt“.

2. „Die kollegiale Pflegevisite wird von einer hierarchisch gleichgesetzten Pflegenden (...) durchgeführt,“ (vgl. C. Heering, S. 59).

Beide Pflegevisitenformen unterscheiden sich aber in der allgemeinen Zielsetzung, Inhalten oder Durchführung nicht.

Sie „ (...) dient der kontinuierlichen Verbesserung der Pflege, der Kundenzufriedenheit und der organisatorischen Abläufe“ (vgl. C. Heering, S. 62).

3.5 Pflegevisite und Qualität

3.5.1 Definition wichtiger Begriffe

Definition Qualität

In der Literatur sind verschiedene Begriffe und Definitionen zur Qualität ersichtlich. Der Begriff aus dem lateinischen „qualitas“ abgeleitet wird mit z.B. Eigenschaft oder Beschaffenheit beschrieben. Heering beschreibt, dass viele Menschen damit Attribute wie „gut“ oder „vom Hohen Wert“ verbinden (vgl. Heering, S. 52).

„Weit verbreitet ist es, Qualität als Grad der Übereinstimmung zwischen Ansprüchen bzw. Erwartungen (Soll) an ein Produkt und dessen Eigenschaften (Ist) anzusehen“ (vgl. Internet 5: http://quality.kenline.de/seiten_d/qualitaet_definition.htm 23.02.14).

J. Kußmaul beschreibt, dass es internationale und nationale Bemühungen gab, damit eine Norm für einen einheitlichen Begriff als Grundlage geschaffen werden konnte. Dieses erfolgte mit der anerkannten Qualitätsdefinition nach DIN ISO (vgl. J. Kußmaul, S.14).

„Die neue Qualitätsnorm DIN EN ISO 9000 (...) und beschreibt Qualität als: „Vermögen einer Gesamtheit inhärenter (lat. innewohnend) Merkmale eines Produkts, eines Systems oder eines Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien.“ (Internet 5: 23.02.14). Festzustellen ist somit, dass sich Qualität nicht nur auf einem Produkt bezieht, sondern auch mit der Dienstleistung in Verbindung gebracht wird.

Qualität und Pflegevisite

„Pqsg“ das Altenpflegemagazin im Internet definiert wie folgt:

„Pflegevisiten sind regelmäßige Gespräche zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern. Die Pflegevisite dient im Rahmen des Pflegeprozesses der Erfassung von Pflegeproblemen und Pflegeressourcen. Zudem werden Pflegeziele festgelegt und die Wirksamkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen kritisch hinterfragt. Mittels der Pflegevisite überprüft die Pflegedienstleitung den Pflegeprozess. Es handelt sich also um ein direktes Werkzeug der Qualitätskontrolle (Feststellung des Ist-Zustandes) und falls notwendig der Leistungsoptimierung (Definition des Soll-Zustandes)“ (Internet 6: www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-pflegevisite.htm 15.02.14).

Qualitätssicherung (QS)

Qualitätsmanagement (QM) sind alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QM-Systems Ziele, Verantwortung die Qualitätspolitik festlegen und dazu beitragen Ziele zu verwirklichen, z.B. Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung (vgl. Menche/ Balzen/ Kommerell, Pflege Heute, S.54). Dem entsprechend haben viele Einrichtungen Mitarbeiter, welche die Aufgabe des QM-Beauftragten besetzen und diese Aufgaben für die Organisation mit übernehmen. J. Kußmaul berichtet, dass die Qualitätssicherung ein Instrument des Pflegemanagements ist, welches sich nach DIN EN ISO (9000:2008) definiert. Zudem ergänzt er, dass die beschriebenen Prozesse der Einrichtung durch die QS gemessen und sichergestellt werden (vgl. J. Kußmaul, S. 17). Unterschieden wird zudem in die externe und interne QS. Die externe QS wird durch externe Institutionen durchgeführt. So überprüft z.B. der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) die Verlaufsdocumentation und kontrolliert, ob eine Behandlungsindikation gegeben ist, oder ob die angewandten Maßnahmen angemessen sind. Eine externe freiwillige QS ist z.B. die Überprüfung des QM-Systems durch eine Zertifizierungsgesellschaft. Die LVR-Klinik Mönchengladbach ist bereits 2x KTQ® zertifiziert. Die Interne QS beschreibt Grundlagen und Maßnahmen, die die Einrichtung selber entwickelt (auch durch gesetzliche Anforderungen (vgl. J. Kußmaul, S.18)) In der LVR-Klinik Mönchengladbach gehören z.B. das Aktenaudit und ein konzeptioniertes Bezugspflegesystem der Station A2 zur internen QS.

Qualitätssicherung und Pflegevisite

„Die Pflegevisite ist ein Instrument zur internen (...). Sie beurteilt die Ergebnisqualität des Pflegeprozess und legt Maßnahmen im kontinuierlichen Verbesserungsprozess fest“ (vgl. J. Kußmaul, S. 23) und verfolgt die Ziele:

- Kontroll- und Evaluationsinstrument und dient der Optimierung des Pflegeprozesses (dient zudem dem Erkennen und Unterbinden von Fehlern)
- Inhaltlichen Verbesserung der Pflegedokumentation im Behandlungsverlauf des KIS im Rahmen des Pflegeprozesses und Schaffung von Transparenz anderen Berufsgruppen gegenüber
- Die positive internen und externen Darstellung der pflegerischen Leistung (vgl. Internet 7 https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/intensiv4-13.pdf 26.02.14). Z.B. gegenüber dem MDK, den Krankenkassen
- Feststellen von eventuellen Fortbildungsbedarf

Die Einführung der Pflegevisite auf der Station A2 stellt somit ein Instrument der internen QS dar. Die praktische Einführung des Gesamtprojektes wird im nächsten Kapitel beschrieben.

4. Implementierung der Pflegevisite

4.1 Konzeptionsphase

4.1.1 Notwendige Vorgespräche

Um das Projekt Pflegevisite realisieren zu können, sind in einem Vorgespräch Ideen und Planungen mit der Pflegedirektion vorbesprochen worden und die Argumente für die Einführung konnten eingebracht werden. Der Pflegedirektion kam diese Planung sehr entgegen, da eine Pflegevisite bereits vor einigen Jahren in der Klinik eingeführt werden sollte. Der Projektauftrag wurde im Anschluss erstellt (s. Anhang 2) und dem Verfasser wurde die Projektleitung übertragen. Die Station A2 sollte für die Pflegevisite als Pilotstation fungieren. Wenn das Projekt erfolgreich umgesetzt werden sollte, könnte dieses Arbeitsinstrument auf andere Stationen im Haus übernommen werden.

Auch die Vorgespräche mit den anderen Berufsgruppen des multiprofessionalen Teams sind besonders wichtig. Hierzu fanden Gespräche mit dem damals zuständigen Oberarzt, den Stationsärzten und dem Sozialdienst statt. In diesen Gesprächen kam es neben der grundsätzlichen Information vor allem darauf an, Bedenken oder offene Fragen zu dem Thema zu beantworten und zu klären. Zu Anfang des Projektes konnte die Projektleitung bei der Literaturrecherche und im Austausch mit den pflegerischen Kollegen anderer Kliniken öfter erfahren, dass sich die leitenden Ärzte über den Begriff Visite in einem Arbeitsinstrument der Pflege störten, es zu Konflikten kam und der Name sogar als Begriff keine Verwendung finden durfte. So wurde eine Pflegevisite dann z.B. in Pflegebesuch umbenannt. Im Informationsgespräch mit dem Oberarzt bestätigte sich dieses nicht. Die Konzeptidee zur Umsetzung traf auf eine positive Resonanz. Beide Stationsärzte und der Sozialdienst nahmen die Projektidee und inhaltlichen Informationen ebenfalls positiv auf.

Auch mit der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) und dem Pflegeexperten hat die Projektleitung die Umsetzung der Pflegevisite vorbesprochen. QMB und Pflegeexperte sagten bereits in diesem Vorgespräch die Unterstützung für das Projekt Pflegevisite zu. Der Pflegeexperte stellte sich für inhaltliche Fachfragen zur Verfügung.

Im Anschluss wurde die Meilensteinplanung und Systemanalyse (s. Anhang 6) mit der QMB vorbesprochen bzw. festgelegt. Des Weiteren wurde in dem Gespräch überlegt, das Projekt durch eine Patientenbefragung vor und nach Umsetzung zu begleiten, welche dazu dienen sollte, ggf. Veränderungen in der Qualität zu messen (Umsetzung s. unter 4.1.5 und 4.3). Die Befragung erfolgte in Kooperation mit der QMB und wurde zeitnah nach Projektierung durchgeführt.

Zur Unterstützung in der Arbeit mit der Pflegevisite auf der Station A2 plante die Projektleitung die Einführung eines Maßnahmenkataloges (Arbeitspaket Maßnahmenkatalog). Hierzu wurde Unterstützung aus dem Pflgeteam eingeholt. Die Wahl fiel auf eine Kollegin, die erfahren in der Arbeit mit sucht- und psychiatrischerkranken Menschen war und die zudem die

psychiatrische Fachweiterbildung absolviert hatte. Unterstützung sollte sie zudem von einer weiteren Kollegin aus der Pflege erhalten. Beide Kolleginnen wurden durch die Projektleitung vor der ersten Informationsveranstaltung im Pflorgeteam (s. 4.1.3) angesprochen. Zur strukturierten Umsetzung der Pflegevisite wurde seitens der Projektleitung ein Kurzkonzept und ein Gesprächsleitfaden (s. Arbeitspaket PV-Konzept und Gesprächsleitfaden) entwickelt zur Strukturierung des Pflegevisitengesprächs. Eine zusätzliche Unterstützung sollte durch die damalige Stationsleitung erfolgen. (Stakeholderanalyse Anhang 3)

Mit allen für das Projekt wichtigen Personen sind dementsprechend Vorgespräche verlaufen und somit konnte der Projektauftrag offiziell werden und die praktische Umsetzung beginnen.

4.1.2 Projektauftrag

Der Projektauftrag (s. Anhang 1) wurde vom Vorstand ab 01.09.2013 erteilt. Wie bereits erwähnt erhielt der Autor die Projektleitung. QMB, Pflegeexperte sowie die genannten Stationsmitarbeiterinnen wurden als Projektmitglieder benannt. Diese waren bereits durch die Vorgespräche mit den Inhalten des Projektes vertraut. Meilensteinplanung und Systemanalyse waren zu diesem Zeitpunkt bereits in ein grobes Raster gefasst und sollten in den folgenden Projekt- und Teamtreffen weiter differenziert werden. Zudem musste das Team der Station über das Projekt informiert werden. Die im Folgenden beschriebenen Treffen/ Arbeitsschritte sind in chronologischer Reihenfolge beschrieben.

4.1.3 1. Informationsveranstaltung im Pflorgeteam

Die Information zur Pflegevisite erfolgte durch die Projektleitung im Rahmen eines Pflorgeteams. Alle nichtanwesenden Kollegen wurden durch ein Protokoll (s. Anhang7) per E-Mail informiert. In dieser Teambesprechung konnten strukturelle und inhaltliche Aspekte erläutert, als auch alle Fragen beantwortet werden. Die Projektleitung stellte dabei auch den ersten Entwurf eines Fragebogens vor. Befürchtungen und Ängste hinsichtlich einer deutlichen Mehrarbeit für die Kolleginnen und Kollegen des Pflegedienstes konnten ausgeräumt werden.

Die beiden Kolleginnen, welche für das Arbeitspaket „Maßnahmenkatalog“ zuständig sein sollten, wurden offiziell vorgestellt. Alle übrigen Kollegen wurden aufgefordert mit Vorschlägen und Ideen das Projekt zu unterstützen und sich ebenfalls aktiv zu beteiligen.

4.1.4 Kick-off-Veranstaltung 1. Projektteam

In der Kick-off-Veranstaltung Projektteam (s. Anhang 7 Protokoll Kick – Off Projektteam 08.10.13) wurden die Zuständigkeiten der Mitglieder des Projektteams für die Arbeitspakete konkretisiert. Deadlines für die Ergebnispräsentationen wurden terminiert. Die meisten sollten in einem weiteren Projektteam Anfang Januar vorgestellt werden. Zudem sollten einzelne Ergebnisse aus Arbeitspaketen (z.B. Inhalte zum Maßnahmenkatalog) schon zur Überprüfung des Inhaltes und der Verständlichkeit in den Pflorgeteams vorgestellt und besprochen werden.

4.1.5 Entwicklung der Befragungen zur Patientenzufriedenheit

Um die Wirksamkeit bzw. die Auswirkung der Pflegevisite messen zu können, hat die Projektgruppe sich für eine Befragung vor und nach Einführung der Intervention „Pflegevisite“ entschieden. Hierzu wurde für die 1. Befragung ein einseitiger Fragebogen (s. Anhang 12 Fragebogen 1) entworfen, der einfach zu verstehen und schnell auszufüllen war. Die 8 Fragen drehten sich rund um die Patientenzufriedenheit von bestimmten Leistungen wie z.B. „Information und Beratung“. Für die Beantwortung der einzelnen Fragen standen Antwortmöglichkeiten in Form einer 4-stufigen Likert-Skala mit den Pooltexten „sehr zufrieden“ und „sehr unzufrieden“ zur Verfügung. Die 9. Frage „Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche? Bitte teilen Sie diese uns mit“ war als offene Frage formuliert und sollte den Patienten Raum für ein breites Spektrum an Antwortmöglichkeiten bieten. Es wurde ein Befragungszeitraum von 6 Wochen gewählt, in dem die Patienten morgens in der Morgenrunde auf die Befragung hingewiesen und der Fragebogen offen ausgelegt wurde. Da die Befragung anonym durchgeführt wurde, stand in dem Zeitraum eine Urne für die Rückgabe bereit.

Für die 2. Befragung wurde der bestehende Fragebogen um 7 Fragen bezüglich der Intervention „Pflegevisite“ erweitert. Hierbei handelte es sich überwiegend um geschlossene Fragen (s. Anhang 12 Fragebogen 2) mit den Antwortmöglichkeiten „Ja/ Nein/ Kann ich keine Aussage“ zu machen. Das Setting wurde genauso gestaltet wie in der 1. Befragung (Befragungszeitraum/ Aufstellen der Urne/ Werbung um Teilnahme/ Bereitstellen der Fragebögen), so dass ein Unterschied nur in der Patientengruppe, die in diesem Zeitraum stationär waren und der zusätzlich aufgenommenen Fragen, auszumachen ist.

4.1.6 Die Arbeitspakete

Die Kurzkonzeption zur Pflegevisite (s. Anhang 8 Kurzkonzept Pflegevisite A2) und den Gesprächsleitfaden (s. Anhang 9 Gesprächsleitfaden) konnte durch die Projektleitung im vorgesehenen Zeitraum erstellt werden. Die Unterstützung durch die Stationsleitung als Stakeholder konnte leider nicht mehr stattfinden, da diese die Station in der Zwischenzeit unerwartet verlassen hatte. Dies konnte jedoch ohne weitere Probleme kompensiert werden.

Der Maßnahmenkatalog sollte bis Ende Dezember erstellt werden, was zeitlich ausreichend schien. Leider konnte die Erledigung bis zum zweiten Projektteam Anfang Januar nicht vollständig eingehalten werden. Grund war eine zeitliche Desorganisation der Arbeit der zuständigen Projektmitglieder.

4.1.7 2. Projektteam zum Start der Pflegevisite

Im Projektteam vom 07.01.2014 (s. Anhang 7 Protokoll Projektteam zum Start der PV) wurden die Ergebnisse der Arbeitspakete vorgestellt. Der Start der Pflegevisite in der Praxis wurde auf den 13.01.2014 terminiert.

Nur bei der Erstellung des Maßnahmenkataloges fehlten 5 Themengebiete. Obwohl die Umsetzung der Pflegevisite bereits für Januar geplant war, sollte die verbleibende Zeit bis Ende Januar ausreichen. Da die Kollegen größtenteils mit der Thematik vertraut waren, konnten wir auch ohne den fertig gestellten Maßnahmenkatalog mit der Pflegevisite starten. Den Projektmitgliedern, welche mit dem Maßnahmenkatalog befasst waren, wurden Stundenkontingente für die Fertigstellung eingeräumt und die zeitliche Desorganisation aus Sicht der Leitung problematisiert. Die Mitarbeiterinnen waren aber weiterhin motiviert und Ende Januar konnte der Themenkatalog dann mit den fehlenden Themen ergänzt werden.

Das nächste Projektteam wurde für Mai geplant, um dann über Implementierung und bisherigen Verlauf zu sprechen.

4.1.8 Pfl egeteam zum Start der Pflegevisite

Die aktuellen Ergebnisse der Ausarbeitungen zur Pflegevisite stellte die Projektleitung im Pfl egeteam am 09.01.2014 vor. Konzeption und Ablauf einer Pflegevisite sowie der Umgang mit dem Gesprächsleitfaden wurden erklärt. Mitarbeiter des Pfl egeteams, die nicht anwesend sein konnten, erhielten eine Informationsmail mit den Inhalten. Somit hatten alle die Möglichkeit sich bei Unklarheiten oder eigenen Vorschläge einzubringen bzw. Fragen zu stellen.

Konzept und Leitfaden wurden von Seiten der Mitarbeiter als gut strukturiert und verständlich empfunden.

Dass die Stationsleitungen die Pflegevisite begleiten werden, machte vereinzelt Kollegen etwas Sorge. Sie vermuteten Kontrolle von Seiten der Vorgesetzten, welche als unangenehm benannt wurde. Sorgen hierzu konnten im Gespräch anfänglich weitestgehend ausgeräumt werden.

4.1.9 Pfl egeteams zu den Inhaltlichen Ergebnissen

In einigen Pfl egeteams im Laufe des Projektes wurden immer wieder die Themen des Maßnahmenkataloges durch die zuständigen Kollegen vorgestellt.

Alle Pflegekollegen hatten die Möglichkeit ihre Ideen/ Meinungen hierzu zu äußern. Positiv zu erwähnen ist, dass sich daraufhin eine Kollegin meldete, um den Katalog um zwei Themen zu ergänzen, obwohl sie nicht zum Projektteam gehörte. Der Maßnahmenkatalog wurde durch die Beschreibung der Maßnahmen und deren Hintergründe, als sehr gut verständlich für die Arbeit mit der Pflegevisite empfunden.

4.1.10 Klärung von Fortbildungsbedarf und Bedenken der Mitarbeiter

Die Pflegevisite wurde ebenfalls in den Mitarbeitergesprächen thematisiert. Innerhalb der vielen Gespräche und Teamsitzungen konnte dabei geklärt werden, ob Fortbildungsbedarf zur Thematik Pflegevisite und Pflegeprozess besteht. Dies war nicht der Fall.

Sinn und Zweck der vielen Gespräche war es, Ängste oder Vorurteile schnell zu erfassen. Da das Bezugspflegesystem aber bereits routiniert umgesetzt wurde, empfanden die Mitarbeiter die Pflegevisite gar nicht als Belastung, sondern als Ergänzung.

Im Nachhinein lässt sich sagen, dass die Mitarbeiter durchgehend umfassend zur Thematik der Pflegevisite informiert waren und jederzeit Fragen an die Projektmitglieder stellen konnten. Unsicherheiten konnten zeitnah ausgeräumt werden.

Somit stand einer praktischen Umsetzung nichts mehr im Wege.

4.2 Projektdurchführung

4.2.1 Planung, Durchführung, Rahmenbedingungen und Zuständigkeit

Die Pflegevisite findet einmal innerhalb einer siebentägigen Regelbehandlung (Entgiftungsbehandlung von Alkohol) im Gespräch mit den Patienten statt. Patienten, die an der Motivations- und Informationswoche (14-tägige Behandlung) teilnehmen bzw. Patienten welche länger als 7 Tage behandelt werden, werden nochmals innerhalb der 2 Woche visitiert. Jede Sitzung dauert ca. 15 bis 45 Min.; abhängig von der zu besprechenden Thematik. Die Pflegevisite wird als Maßnahme der Pflegeplanung mit aufgenommen. Das Visitengespräch kann im Patientenzimmer der Patienten stattfinden und soll ungestört sowie in einer ruhigen Atmosphäre durchgeführt werden. Andere anwesende Personen (Mitpatienten/ Angehörige), welche nicht dem Gespräch beiwohnen sollen, werden aus dem Zimmer gebeten. Alternativ kann auch der Multifunktionsraum der Station genutzt werden, welcher sich hierfür besonders anbietet. Das Visitengespräch ist ein Gespräch zwischen Patient und Bezugspflegeperson. Es kann vorkommen, dass weitere Personen, z.B. Angehörige, Betreuer, oder Bezugspersonen aus einer weiter betreuenden Einrichtung für die weitere Planung mit einbezogen werden müssen. Diese Personen nehmen nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten teil. Die Bezugspflegekraft ist verantwortlich für den pflegerischen Prozess von der Aufnahme bis zur Entlassung und muss die Pflegevisite vorbereiten. Die Pflegevisite ist innerhalb dieses Prozesses fester Bestandteil und Arbeitsinstrument. Die zuständige Pflegekraft plant hierfür Zeitfenster und verabredet mit dem Patienten einen Termin. Zudem wird der Patient über das Thema informiert. Benötigte Unterlagen, (z.B. Pflegeanamnese, Thema aus dem Maßnahmenkatalog, Gesprächsleitfaden, usw.) werden für das Gespräch rechtzeitig vorbereitet.

4.2.2 Dokumentation

Das Pflegevisitengespräch wird im KIS von der Bezugspflegeperson dokumentiert. Um das Visitengespräch aus den Einträgen im Pflegeverlauf besonders hervorzuheben, wird dieses in der Farbe Violett dokumentiert. Über den Farbfilter des KIS ist der Eintrag so schnell ersichtliche. Die Bezugspflegeperson hat die Aufgabe, mit den gewonnenen Informationen die

Pflegeplanung und die Anamnese zu aktualisieren, bzw. eine aktuelle Pflegeplanung mit Pflegediagnose/n zu erheben. Der Maßnahmenkatalog kann die Planung der Pflegemaßnahmen unterstützen. Im Unterschied zu andern Dokumentationen von Behandlungsverläufen sind besonders die persönlichen Sichtweisen, und Wahrnehmungen der Patienten zum Behandlungsverlauf in der Dokumentation festzuhalten. Diese Informationen sind wichtig für den Pflegeprozess. Es soll aber auch ersichtlich werden, welchen Nutzen der Patient aus der Pflegevisite ziehen und ob er an der Behandlung partizipieren kann, sich ernstgenommen fühlt und seine Sichtweise Einbezug in die Behandlungsplanung und Pflegevisite findet. Der Gesprächsleitfaden beinhaltet deshalb auch Fragen, welche die Sichtweise des Patienten erfassen soll. Im Rahmen der KTQ[®]-Rezertifizierung wurde z.B. bei der Kontrolle/ Einsicht der Patientenverlaufsdokumentation dieses hinterfragt.

Im Leitbild LVR-Klinik Mönchengladbach ist zudem die Kundenorientierung verankert.

Vorteile der Dokumentation zur Pflegevisite:

- Mehr Transparenz gegenüber anderen Berufsgruppen.
- Input für die anderen Pflegekollegen (Informationsaustausch).
- Nachweis der Arbeit (OPS generieren).
- In bestimmter Farbe dokumentieren, damit über Farbfilter die PV schnell in Pflegeverlaufsbericht ersichtlich ist.

4.2.3 Variationen der Pflegevisite

Eine reine komplikationslose Suchtentgiftung von Alkohol dauert auf der Station A2 sieben Tage. Sollten Patienten zum ersten Mal zur Entgiftung da sein, oder waren seit mehr als einem Jahr nicht mehr stationär, haben sie die Möglichkeit eine 14-tägige Behandlung mit einer so genannten Informations- und Motivationswoche durchzuführen.

Bezugspflegegespräch mit Evaluation des Pflegeprozesses

Die Pflegevisite dient in erster Linie der engen Zusammenarbeit zwischen Patient und Bezugspflege und der Einbindung der Patienten in den Pflegeprozess und stellt dabei die aktive Partizipationsmöglichkeit dar. Dies ist meist bei einer 14-tägigen Behandlung der Fall, da hier genügend Behandlungszeit zur Verfügung steht.

Bezugspflegegespräch ohne Evaluation des Pflegeprozesses

Bei der Aufnahme von Patienten, welche an der siebentägigen Regelbehandlung (Alkoholentgiftung) teilnehmen, wird grundsätzlich eine „Standartpflegeplanung“ erhoben, mit deren Maßnahmen die Entzugssymptome erträglicher und Entzugskomplikationen ausgeschlossen werden sollen.

Zu Beginn der Behandlung sind Patienten oft nicht in der Lage sich aktiv zu beteiligen, z.B. weil sie in körperlich schlechter Verfassung sind. Die Pflegeplanung/-maßnahmen können hier

trotzdem kurz mit den Patienten besprochen werden, so dass er das Handeln der Pflege nachvollziehen kann.

Sobald der körperliche Entzug abgeklungen ist, kann dann die weitere Planung mit den Patienten für seine Zeit auf Station und für die Zeit nach der Entgiftungsbehandlung ausgiebiger innerhalb einer PV besprochen werden.

Z.B. kann ihm im Rahmen der Pflegevisite eine Informations- und Motivationswoche angeboten werden (14-tägige Behandlung), wenn die o.g. Rahmenbedingungen erfüllt sind.

Eine andere Möglichkeit ist z.B. ein Zielplangespräch im Rahmen der Pflegevisite,, an dem für den Patienten wichtige Personen (z.B. Angehörige, Betreuer, Mitarbeiter von weiterbehandelnden Einrichtungen z.B. Wohnheim oder betreutes Wohnen) teilnehmen, um gemeinsam den weiteren Weg zu planen.

4.2.4 Der Gesprächsleitfaden

Der Gesprächsleitfaden (s. Anhang 9) dient der Bezugspflegeperson als Unterstützung, um das Gespräch inhaltlich strukturieren zu können. Zudem kann dieser für die Dokumentation im KIS im Anschluss hilfreich sein. Ziele der Pflegevisite für den Patienten und die Grundhaltung für das Gespräch nach Rogers sind hier auch noch einmal ersichtlich.

4.2.5 Der Maßnahmenkatalog

Der Maßnahmenkatalog (s. Anhang 10) dient mit inhaltlichen und fachlichen Informationen der Beratung im Bezugspflegetgespräch innerhalb der Pflegevisite. Maßnahmen können in die Pflegeplanung übernommen werden. Der Maßnahmenkatalog ist auf dem Stations-PC hinterlegt und für alle Pflegemitarbeiter zugänglich. Er existiert zudem in Papierform und ist im Dienstzimmer griffbereit verortet. Die Bezugspflegeperson hat die Möglichkeit sich zu einem Thema nochmals einzulesen und kann die Pflegevisite inhaltlich vorbereiten. Maßnahmen können mit dem Patienten zusammen erarbeitet und somit auch als Ausdruck in schriftlicher Form ausgegeben werden.

Es wurden die Themen aufgenommen, welche im Rahmen der Entgiftungsbehandlung für die Patienten öfter zu den Gesprächsinhalten gehören und hinterfragt werden. Diese Themen sind natürlich nicht „gesprächsverpflichtend“, sondern die Thematik ergibt sich im Rahmen der Exploration der Pflegeprobleme der Patienten.

Folgende Themen beinhaltet der Maßnahmenkatalog:

- Grundinformationen zum S.T.A.R.
- Abstinenz Pro und Contra
- Ausgewogener Lebensstil
- Kontrolliertes Trinken
- Umgang mit Alkoholverlangen

- Trinkaufforderungen Ablehnen
- Umgang mit „Ausrutscher“ und Rückfall
- Informationen zum Therapieplan und mit dem Patienten Maßnahmen/ Ideen sammeln (z.B. für Ergotherapie/Sporttherapie)
- Belastungserprobungen gemeinsam Planen
- Umgang mit Skills bei innerer Anspannung/-Unruhe/-Selbstverletzungsdruck
- Informationen zu Angeboten des Suchthilfesystems
- Verschiedene Selbsthilfegruppen
- Verschiedene Therapieeinrichtungen
- Vorstellung Diakonie und Gesundheitsamt
- Weiterbetreuende Einrichtungen wie INTRES, PAS, Team 39, usw., welche BEWO, Wohngruppen, Wohnheime, oder Tagesstruktur anbieten.
- Vorstellung Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen der LVR-Klinik Mönchengladbach

4.2.6 Ein Themenbeispiel aus dem Maßnahmenkatalog

Als ein Beispiel soll hier ein Thema aus dem S.T.A.R. gezeigt werden.

Das S.T.A.R. (**S**trukturiertes **T**rainingsprogramm zur **A**lkohol **R**ückfallprävention) ist ein psychoedukatives Angebot. Es hat den Ursprung in der stationären Entwöhnungstherapie und wurde vom Suchtforscher Hr. Körkel und Dipl. Psychologin Fr. Schindler ins Leben gerufen. Im S.T.A.R. werden in Form von Gruppensitzungen zentrale Themen der primären und sekundären Rückfallprävention wie z.B. Zielabklärung, Sensibilisierung und Bewältigung von Risikosituationen, Umgang mit einem erneuten Konsum, Wunsch nach kontrolliertem Trinken etc. aufgezeigt und bearbeitet. Besonders dabei ist, dass Maßnahmen vermittelt werden, die wirkungsvoll umgesetzt werden können. Ehemalige Patienten, welche wieder zur Behandlung erscheinen, berichten immer wieder, dass sie längere Phasen der Abstinenz erleben. Von der Station A2 wird das Angebot in Koordination mit der Suchtambulanz organisiert und es werden Moderatoren aus dem stationären Pflegedienst gestellt. Die Themen sind dabei praxisnah, wie zum Beispiel:

Thematik „Alkoholverlangen“

Unter dem Begriff Alkoholverlangen verstehen die Patienten überwiegend den Begriff „Suchtdruck“, in der Fachsprache Craving genannt. Suchtdruck kann den Patienten belasten und zum Problem werden. Dieses nicht nur im Alltag, sondern auch im stationären Rahmen. Die Bezugspflegeperson versucht die Ursachen zu ermitteln (Zumeist unangenehme Gefühle oder zwischenmenschliche Konflikte).

Mit dem Patienten werden Maßnahmen in der PV erarbeitet. Die Patienten benennen oft selbst Strategien, die ihnen helfen könnten. Diese werden gesammelt.

Den Patienten können folgende Maßnahmen als Ergänzung mit an die Hand gegeben werden:

„Beispiele für Umgang mit Alkoholverlangen:

- Sich ablenken/aktiv werden (z.B. Sport treiben, (...))
- Ein nicht alkoholisches Getränk trinken
- Schokolade essen
- Sich etwas zu Essen kochen
- Mit anderen Personen über das Verlangen sprechen
- Jemanden anrufen
- Keine Panik (...)
- Dem Verlangen positive Gedanken entgegensetzen (z.B. ...)
- Sich etwas Guts tun (z.B. ...)
- Situationen (z.B. Lokal) verlassen“

(Beispiel vgl. Körkel/Schindler, Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen / Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R., S. 271)

4.2.7 Begleitung der Pflegevisite durch die Stationsleitungen

Die Stationsleitungen begleiten auf der Station A2 einzelne Pflegevisiten als dritte Person. Zu beachten ist, dass im Stationsdienst für die Zeit des Visitengesprächs zwei Pflegekräfte nicht zur Verfügung stehen. Die Stationsleitungen müssen diese Gegebenheit im Dienstplan berücksichtigen.

Die Bezugspflegekraft ist für die Umsetzung der Pflegevisite verantwortlich. Das Visitengespräch wird von der Bezugspflegeperson mit dem Patienten terminiert und mit der Stationsleitung vorbesprochen. Ein inhaltliches Thema oder Inhalte zur Arbeit mit dem Pflegeprozess (z.B. geplante Maßnahmen) werden dabei benannt.

Die Bezugspflegekraft erkundigt sich bei dem Patienten, ob eine dritte Person dem Gespräch beiwohnen darf. Die Entscheidung des Patienten wird respektiert. Während des Gesprächsverlaufes fungiert die Leitung als Beobachter.

Grundlegende Argumente für die Wahl des Modells sind:

- Gemeinsame Überprüfung der Umsetzung des Pflegeprozesses (interne QS.) und Beratung der Bezugspflegeperson.
- Eruiieren, ob die geplanten/ durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedürfnissen des Patienten entsprechen, die vereinbarte, geplante Wirkung erzielen und somit die Zufriedenheit des Patienten mit der erfahrenen Pflege erreicht ist (vgl. Bölike et al., DBfK-Leitfaden Pflegevisite 2002).
- Eruiieren, ob Expertenstandards (z.B. Umgang mit Sturzgefahr) angewendet/ umgesetzt werden.
- Beratung zur Dokumentation im KIS

4.2.8 Auswertung der Pflegevisite

Die Visitengespräche werden im Anschluss in Form einer Auswertung und kollegialen Beratung (s. Leitfaden: Auswertung Pflegevisite im Anhang11) nachbesprochen. Teilnehmende sind die Bezugspflegeperson und die Stationsleitung oder deren Stellvertreter. Inhalte und Ergebnisse des Gespräches werden nicht an andere Personen weitergeleitet, es sei denn, die Bezugspflegeperson stimmt dem zu (z.B. wenn ein Ergebnis als Lehrbeispiel für die anderen Kollegen dienen könnte).

Ein Thema ist dabei der formale Ablauf wie z.B. die Vorbereitung von unterstützenden Unterlagen oder die Art der Gesprächsführung. Eventuelle Probleme oder Schwierigkeiten können gemeinsam reflektiert werden und dienen so der Verbesserung von Abläufen der Visite. Es kann z.B. überprüft werden, ob die geplanten Maßnahmen sinnvoll, ausreichend und von der Patientin / Patient als angemessen empfunden werden.

Ein wichtiges Augenmerk liegt dabei auch auf der Dokumentation der Pflegevisite durch die Bezugspflegeperson. Veränderungen im Pflegeprozess (z.B. Anpassung von Maßnahmen/ Evaluation der Pflegeplanung) sowie der Grad der Patientenzufriedenheit sollten sich in der Verlaufsdokumentation widerspiegeln.

Das Gespräch der Auswertung gestaltet sich in Form einer kollegialen (supervidierenden) Beratung. Wichtig ist, dass bei den Kollegen des Pflegedienstes diese Maßnahme der Qualitätssicherung nicht als eine Sanktion bei eventuellen „Fehlern“ in der Arbeit verstanden wird. Es geht darum mit dem Patienten zusammen das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. Jeder Kollege der innerhalb der Bezugspflege Pflegevisitengespräche durchführt, wird innerhalb eines Jahres mindestens einmal begleitet.

4.3 Ergebnisse der Befragungen

Erste Befragung

Die erste Befragung vor Einführung der Pflegevisite hatte 39 Rückläufe. Die Auswertung zeigte auf, dass die Patienten im Allgemeinen mit der Behandlung auf der Station A2 zufrieden waren. Die schlechtesten Ergebnisse der Befragung erzielten die Punkte „Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse“ und „Sind ihre Ansichten/ Meinungen in die Behandlung mit eingeflossen und wurden beachtet“ (s. Anhang 13 Gesamtbericht Befragung). Insgesamt gab es 13 Nennungen im Freitext mit einem sehr heterogenen Inhalt.

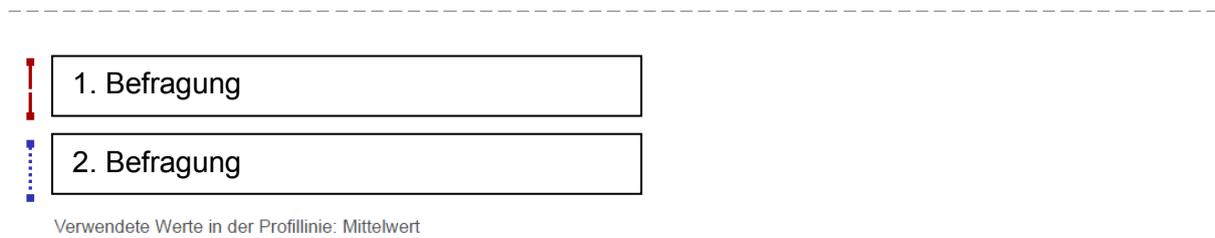
Zweite Befragung

Die zweite Befragung nach Einführung der Pflegevisite hatte ebenfalls einen Rücklauf von 39 Fragebögen. Knapp 82% der Befragten nahmen an einer Pflegevisite teil und insgesamt fanden 75% der befragten Patienten die Pflegevisite als hilfreich. Verbesserungswürdig erscheint die

gemeinsame Terminierung der Pflegevisite, da mit knapp über der Hälfte der Befragten kein Termin vereinbart wurde (s. Anhang 13 Gesamtbericht Befragung).

Die Auswertung der Fragen zur Zufriedenheit mit den einzelnen Leistungen, welche in beiden Befragungen gleich waren, zeigt die Grafik der Profillinien (s.u.).

Profillinie



Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?

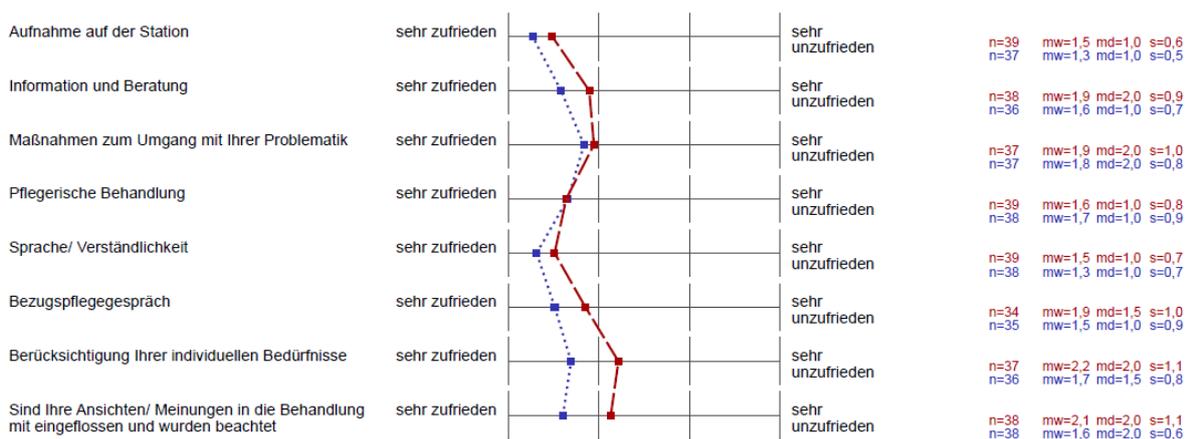


Abb. 2 Profillinien beider Befragungen im Vergleich

Wie an der Grafik in Abb. 2 zu sehen ist, gibt es von der ersten zur zweiten Befragung insgesamt eine Steigerung der Zufriedenheit. Was besonders hervor sticht und was ja auch Ziel der Pflegevisite war, ist die Steigerung zu den letzten beiden Punkten „Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse“ und „Sind ihre Ansichten/ Meinungen in die Behandlung mit eingeflossen und wurden beachtet“. Wie bereits zu genüge beschrieben, stehen Partizipation und damit die Sicht des Patienten im Fokus der Pflegevisiten-Gespräche. Die Erreichung dieses Zieles ist mit der Befragung bewiesen worden und neben anderen wichtigen Punkten ein Beweis für die Wirksamkeit der Pflegevisite.

5. Fazit

Wie zumeist bei der Einführung von etwas Neuem kamen Bedenken auf; so war es auch bei dem beschriebenen Projekt. Zu Anfang hatten Mitarbeiter die Sorge, durch die Pflegevisite eine deutliche Mehrarbeit leisten zu müssen. Nachdem die Mitarbeiter dieses Instrument aber einige Wochen umgesetzt hatten und sich in den Abläufen sicher fühlten, war zu bemerken, dass Planung, Durchführung und Dokumentation strukturierter umgesetzt wurden. Die Behandlungen wurden effektiver und dies entlastete sogar die Mitarbeiter.

Mit den Patienten konnten strukturiert wirksame Maßnahmen in die Behandlungsplanung aufgenommen werden. So konnte auch das Pflegepersonal bei der Pflegevisite dazulernen.

Gerade neue Kollegen hatten zu Anfang noch keine ausreichenden inhaltlichen Kenntnisse zum Ablauf auf der Station. Neben der Anleitung und Information durch die erfahrenen Kollegen, stellte der Maßnahmenkatalog, welcher im Rahmen der Pflegevisite entwickelt wurde, ein unterstützendes Instrument dar. Die neuen Kollegen konnten sich so inhaltlich zu einem Thema vorbereiten und zur eigenen Sicherheit mit dem Katalog in das Pflegevisitengespräch gehen. Da sich die erfahrenen Kollegen durch die Erstellung des Maßnahmenkataloges mit den Inhalten intensiv auseinandergesetzt haben, fand hier eine erneute „Auffrischung“ und Ergänzung des Wissens zur Suchtarbeit statt.

Die Begleitung der Pflegevisiten durch die Stationsleitungen ist in der Rückschau auch positiv aufgenommen worden. Zwar gab es zum Zeitpunkt der Begleitungen erneute Hemmungen von Seiten der Mitarbeiter, die sich beobachtet und kontrolliert fühlten, aber durch Beharrlichkeit der Leitungen und einfaches Ausprobieren mit positiven bestärkenden Rückmeldungen wurden diese Hemmungen abgebaut.

Die Projektleitung hat die Erfahrung gemacht, dass es teilweise schwieriger ist, einen Prozess andauernd im Verlauf zu halten, als diesen zu implementieren. Es war und ist schwierig, das Instrument der Pflegevisite in eine Routine zu überführen. Bei erhöhter Belastung, durch z.B. Überbelegung, Krankheitsausfällen und/ oder Fehlbelegungen kam es immer wieder zu Zeiten, in denen die Pflegevisite vernachlässigt wurde. Sobald wieder Ressourcen zur Verfügung stehen ist es dann eine Leitungsaufgabe, die Mitarbeiter wieder zu motivieren, damit diese an der Arbeit mit der Pflegevisite wieder anknüpfen.

Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass durch das Arbeitsinstrument Pflegevisite und seinen Auswirkungen die Arbeit der Pflegenden aufgewertet wird und dass es eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit ausgelöst hat. Die Pflegenden übernehmen mehr Verantwortung für ihre Planung, erhalten durch die Pflegevisite mehr Informationen von den Patienten und kommunizieren diese mit Kollegen anderer Berufsgruppen, welche sich wiederum positiv dazu äußerten. Andere Berufsgruppen konnten durch die verbesserte Pflegevisitendokumentation den Verlauf schneller nachvollziehen und auch eine deutliche Qualitätssteigerung der inhaltlichen Arbeit rückmelden.

Die Pflegekollegen anderer Stationen, welche Einsicht in die Dokumentation hatten, äußerten sich ebenfalls positiv und neugierig zur Pflegevisite. Die farbige Dokumentation der Pflegevisite ist sofort aufgefallen und macht wichtige Behandlungsinhalte deutlich erkennbar. Die nur von der Pflege verwendete Farbe Violett fiel bei der Dokumentation auf, wozu Bemerkungen der Pflegekollegen eingingen, wie z.B.: „Es ist toll, wenn Pflege nun sehr erkenntlich Behandlungseinträge dokumentieren kann, in denen der pflegerische Behandlungsprozess besser nachvollziehbar ist.“ Bei verlegten Patienten konnte so schneller eine nahtlose „Anknüpfung“ in der pflegerische Behandlung der neuen Station stattfinden.

Aber auch Patienten, Angehörige und Betreuer gaben entsprechende positive Rückmeldungen und das ist das Wichtigste.

Die Sichtweise, Zufriedenheit und Partizipation der Patienten zur Behandlung wurde mit den Pflegevisitengesprächen erfasst. Die Patienten gaben hierzu überwiegend die Rückmeldung, dass sie sich in ihren Ansichten zur Behandlung respektiert und ernst genommen gefühlt haben. In den bereits beschriebenen Aktenaudits konnte zudem bestätigt werden, dass sich dies in der Dokumentation widerspiegelt. Patienten berichteten in den Bezugspflegegesprächen, dass sie nun ihre Behandlung, sowie die Maßnahmen zu ihren Problemen besser nachvollziehen könnten. Auch deshalb, weil sie gemeinsam mit der Bezugspflege die Behandlung planen und sich beteiligen konnten. Die Berücksichtigung ihrer subjektiven Sichtweise konnte dann letztlich durch die Auswertung der Befragung (s. Anhang 13) untermauert werden.

Insgesamt kann ich die Einführung einer Pflegevisite empfehlen. Die Einführung dieses Instruments war ein intensiver Arbeitsaufwand, der sich aber durch die Ergebnisse rechtfertigt. Zudem konnte im Rahmen der Patientenbefragungen die Wertigkeit der Pflegevisite bestätigt werden. Eine Implementation auf andere Stationen im Haus könnte deshalb ein weiterer Schritt für die Zukunft sein.

6. Quellenangaben/ Literaturverzeichnis

C. Bölike, C. Panka, M. Stück, B. Wolosinski, Der DBfK-Leitfaden zur Pflegevisite 2002, Potsdam (DBfK Berlin-Brandenburg)

E. Doemges, et al, Pflegediagnosen und Maßnahmen, 3. Auflage, 2002, Verlag Hans Huber

C. Heering (Hrsg.): Das Pflegevisiten – Buch . 3 Auflage 2012 . Hans Huber Verlag

J. Körkel/C. Schindler: Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen / Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R., Auflage ?. 2003. Springer Verlag

J. Kußmaul: Die modulare Pflegevisite. 1. Auflage 2011. Kohlhammer Verlag.

Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.): 2005. Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege

N. Menche, Langen/U. Bazlen/T.Kommerell, Pflege Heute. 2. Auflag, 2001 Urban & Fischer Verlag S.35).

C. Rogers: Der neue Mensch / Konzepte der Humanwissenschaften, o.A. Klett-Cotta 1981, S. 68

H. Stefan/ F. Allmer et al.: Praxis der Pflegediagnosen, 1999, Spinger-Wien/New York Verlag

A. Uhl.: Die individuelle Situation des Patienten muss berücksichtigt werden, Pflege Zeitschrift 8/1998 S. 582 – 585

B. Swoboda: „Die Sicht der Dinge“ Altenpflege 31 (8). 2006 . S. 42 – 43

J. Weigert: Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement, Schlütersche GmbH & Co.KG, Verlag/Druckerei, 2004

Internetverzeichnis

Internet 1: Wortdeutung.info / Wörterbuch www.wortbedeutung.info/Visite/ (15.02.2014)

Internet 2:

https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/intensiv4-13.pdf
(26.02.14).

Internet 3: <http://www.woxikon.de/wort/fachkompetenz.php> (16.02.14)

Internet 4: <http://www.soft-skills.com/sozialkompetenz/> (16.02.14)

Internet 5: http://quality.kenline.de/seiten_d/qualitaet_definition.htm (23.02.14)

Internet 6: Pqsg, das Altenpflegemagazin im Internet / Standard Pflegevisite „AEDL“
www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-pflegevisite.htm (15.02.2014)

Internet 7:

https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/intensiv4-13.pdf
(26.02.14)

Internet 8: PflegeWiki, Grafik Pflegeprozess nach Fichter/Meier,
<http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegeprozess> (24.02.14)

7. Anhänge

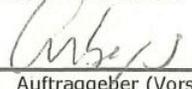
1. Eidesstattliche Erklärung
2. Projektauftrag
3. Stakeholderanalyse
4. Meilensteinplanungen
5. Projektstrukturplan
6. Systemanalyse
7. Protokolle (können beim Projektleiter eingesehen werden)
8. Kurzkonzept
9. Gesprächsleitfaden
10. Maßnahmenkatalog
11. Auswertung Pflegevisite
12. Fragebögen
13. Befragungsergebnis
14. Projektstatusbericht
15. Projektabschlussbericht

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

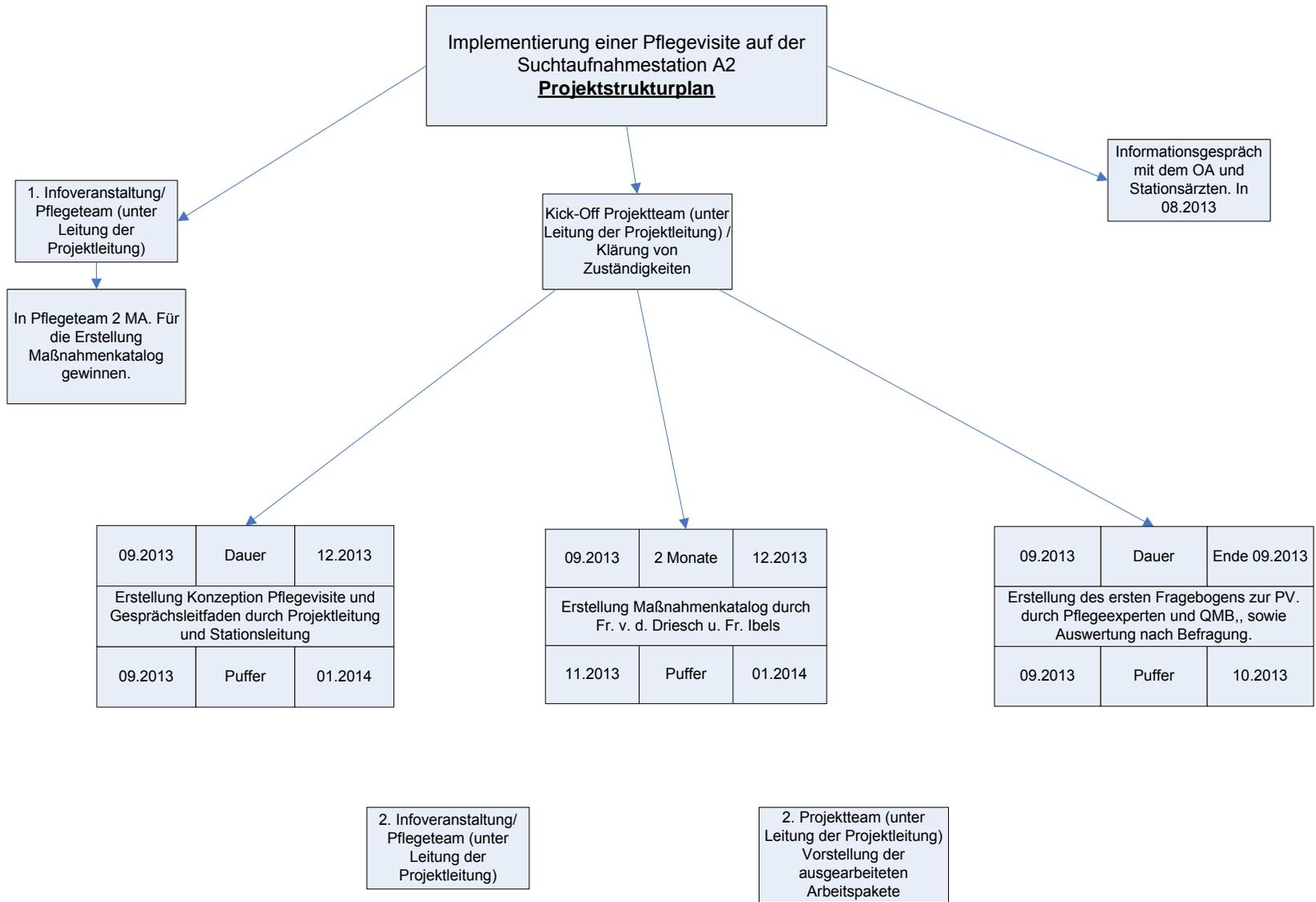
Datum, Vorname Name

 LVR-Klinikverbund	LVR-Klinik Mönchengladbach
	Projektauftrag

Titel des Projektes: Einführung der Pflegevisite auf der Station A2		Nr.: 64
Projektbeginn: 01.09.2013	Projektende: 31.07.2014	
Problembeschreibung: Im Rahmen der Bezugspflege finden bisher die Patientenkontakte nicht strukturiert statt (weder gibt es einen Leitfaden zur Gestaltung der Gespräche, noch finden die Kontakte in einem zeitlich strukturierten Rahmen statt), wodurch es nicht immer einfach ist, den Nachweis über erbrachte Leistungen zu erbringen.		
Zielsetzungen: Die Einführung des Instrumentes „Pflegevisite“ als Qualitätssicherungsinstrument soll der Stärkung des pflegfachlichen Wissens dienen, welches zu einer Steigerung des professionellen Selbstverständnisses und der Arbeitszufriedenheit führt. Dies wird durch die regelmäßige kollegiale Beratung der Stationsleitungen unterstützt. Gleichzeitig kann anhand der durchgeführten Pflegevisiten die Qualität der pflegerischen Behandlung transparent gemacht werden. Durch die geforderte Partizipation der Patientinnen und Patienten an der Pflegevisite erhoffen wir uns eine Steigerung der Patientenzufriedenheit auf der Station A2.		
Bezug zu den Kriterien ...		
des EFQM: Kriterium 5b: Prozesse werden nach Bedarf und unter Nutzung von Innovationen verbessert, um Kunden und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und die Wertschöpfung für sie zu steigern	der KTQ: Kriterium 1.1.3: Information und Beteiligung des Patienten Kriterium 1.4.4: Visite	
Zu erarbeitende Ergebnisse: (welche Ergebnisse werden erwartet? Welche Daten sind an welchen Messpunkten mit welchen Messverfahren zu ermitteln?)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage der Meilensteinplanung bis zum 18.09.2013 ▪ Erstellung eines Fragebogens zur Erhebung der Patientenzufriedenheit auf der Station ▪ Durchführung einer Patientenbefragung auf der Station vor und nach Einführung der Intervention „Pflegevisite“ ▪ Erarbeitung eines Konzeptes zur Pflegevisite auf der Station A2 (inkl. der Dokumentation) ▪ Erarbeitung eines Maßnahmenkataloges (Themen) zur Unterstützung in der Pflegevisite ▪ Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegedienst auf der Station ▪ Durchführung von Pflegevisiten der Bezugspflegekräfte und deren Begleitung durch die Stationsleitungen ▪ Evaluation der durchgeführten Pflegevisiten durch Pflege team sowie in Einzelgesprächen ▪ Evaluation der Patientenzufriedenheit durch Auswertung der Befragung 		
Projektleitung: Christian Lorbiecki		
Projektbeteiligte:		
Name:	Funktion:	Abteilung/Bereich:
Hartmut Oertner Sarah von den Driesch Samantha Ibels Alexander Cremer Henrike Kleinertz	Stationsleitung Praxisanleiterin Pflegeexperte QMB	Station A2 Station A2 Station A2
Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freistellung der Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer für die Projektgruppensitzungen (ca. 1-2 Sitzungen im Monat á 1,5 Std.) und die hierzu nötigen Vor- bzw. Nachbereitungszeiten ▪ Bereitstellung der nötigen Materialien ▪ Bei Bedarf Hinzuziehen von Experten hinsichtlich bestimmter Themen 		
Ergänzende Informationen/ Anmerkungen: (z.B.: mögliche Probleme/Risiken/Abhängigkeiten/verbindliche Termine) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Projekt erfolgt im Rahmen der Weiterbildung von Herrn Lorbiecki ▪ Dient der Klinik als Pilot, um es nach erfolgreichem Abschluss auf die anderen Stationen der Klinik zu übertragen 		
Im Auftrag des Vorstandes:		
21.08.13 Datum	 Auftraggeber (Vorstand)	24/08/13 Datum
		 Projektleitung

Wer	Stakeholderanalyse Erwartungen	Haltung (Positive, keine, negativ)	Einfluss, (stark, mittel, schwach)
Pflegeexperte: Herr Alexander Cremer	Qualitätssicherung, Beratung, inhaltliche Unterstützung zur Implementierung der PV	positiv	mittel
QMB: Frau: Henrike Kleinertz	Qualitätssicherung, Beratung, inhaltliche Unterstützung zur Implementierung der PV, z.B. Patientenbefragung u. Auswertung	positiv	stark
Fachkrankenschwester: Frau: Sarah v. d. Driesch 1 Projektstellvertretung	inhaltliche Unterstützung zur Implementierung der PV, Erstellung des Maßnahmenkataloges, im Anschluss Umsetzung der PV,	positiv	stark
Krankenschwester: Frau: Samantha Ibels	inhaltliche Unterstützung zur Implementierung der PV, Erstellung des Maßnahmenkataloges, im Anschluss Umsetzung der PV	positiv	stark
Pfleg. Stationsleitung Herr Hartmut Oertner	Ausgeschieden in 10. 2013 und auf andere Station gewechselt	positiv	stark
Die Pflegemitarbeiter der Station, da sie die PV prakt. umsetzen müssen.	Gerne inhaltliche Hinweise, eigene Ideen einbringen, Umsetzung der PV in den Stationsablauf/-Alltag	Überw. positiv, einzelene wenige haben Bedenken, da Leitung auch die PV begleitet	Für die prakt. Umsetzung stark
Stellv. Stationsleitung Herr Alexander Lange 2 Projektstellvertretung	inhaltliche Unterstützung zur Implementierung der PV, im Anschluss Umsetzung der PV	postiv	stark

Projektstrukturplan



Systemanalyse für die Implementierung der Pflegevisite der Station A2

Istzustand:

- Es existiert noch keine Pflegevisite
- Bezugspflegegespräche finden nicht immer strukturiert statt
- Dokumentation wird nicht umfassend genug zur Sichtweise, Erwartungshaltung, Meinung, Ressourcen des Pat. durchgeführt
- Obwohl gute Umsetzung der Bezugspflege nicht immer Dokumentation, Arbeitsnachweis geht verloren

Erwartung an die Pflegevisite:

- Qualitätssicherung
- Verbesserung der Dokumentation / Sichtweise, Erwartungshaltung, Meinung, Ressourcen des Pat. festhalten
- Ergebnisse für den Pflegeprozess besser nutzen können
- Aufwertung des Pat. / Der Pat. soll sich noch besser eingebunden fühlen und partizipieren können
- Leitung erhält Einblick in die Arbeit mit PV (Beraterfunktion/Anleiter/“Überprüfung“)

Chance und Optimierungsbedarf:

- Mitarbeiter (z.B. Fachpflege) gezielter einbinden / dadurch Aufwertung, Übernahme von Verantwortung
- Transparenz in der eigenen und den anderen Berufsgruppen gegenüber
- Aufwertung der Pflegearbeit. Z.B. Verbesserung der Pflegediagnostik, Ressourcen der Pat. fördern
- Bessere Dokumentation (OPS-Kompatibel = messbar/erfassbar)

Risiken:

- Ängste/Sorge bei Mitarbeitern der Pflege (Begleitung der PV durch Leitung)
- Verweigerung, Blockade, Vermeidung durch Pflegemitarbeiter
- Vorbehalte anderer Berufsgruppen
- Umsetzungsschwierigkeiten durch:
- Sorge der Pflegemitarbeiter vor Überforderung
- Überbelastung / aktive Bindung der Arbeitsressourcen, die für die Inhalt und Arbeit mit der Pflegevisite auf der Station grundlegend sind (z.B. Pfl.-Kollegen werden durch Überbelastung im gesamten Haus auf andere Stationen abgezogen, zudem hohe Belastung auf der eigenen Station durch Ressourcen bindende Pat. (z.B. fixierte Pat.)



Die Pflegevisite (PV):

Im Leitbild der LVR-Klinik MG ist die Behandlungsbeteiligung der Patienten und Patientinnen verankert. Die Pflegevisite wird diesen Anspruch im Hinblick auf die Ergebnisqualität unterstützen und ausbauen.

Die Definition von C. Heering soll als grundlegende Orientierung zum Umgang mit dem Arbeitsinstrument Pflegevisite stehen.

C. Heering definiert die PV wie folgt:

„Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit der KlientIn über ihren Pflegeprozess. Die PV dient so der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen beziehungsweise der Pflegediagnosen, der Vereinbarung von gewünschten Pflegezielen, der Vereinbarung der Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich der Überprüfung der Angemessenheit und Wirkung der Pflege“¹

Somit dient die Pflegevisite den Pflegenden im Besonderen als Kontroll- und Evaluationsinstrument des Pflegeprozesses. Sie ist ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung in der pflegerischen Behandlung und unterstützt die passgenaue Ziel- und Maßnahmensteuerung in Absprache mit den Patienten und Patientinnen und deren aktiver Beteiligung.

Insbesondere soll der Patient / die Patientin auch dazu befragt werden, wie er / sie von der Behandlung profitiert, ob er / sie sich in seinen Ansichten (Meinungen) zur Behandlung respektiert und ernst genommen fühlt und wie er partizipieren kann. Ein Nebeneffekt wird der bessere Informationsfluss zu Behandlungsinhalten und Möglichkeiten für die Patientinnen und Patienten sein.

¹ (vgl. C. Heering, Das Pflegevisiten Buch, S.52).



Zusammen genommen sollte dies zu einer höheren Behandlungszufriedenheit des Klientel der Station A2 führen. Dies wollen wir mit einer kleinen Studie durch eine quantitative Befragung der Patientinnen und Patienten jeweils vor und nach Einführung der Pflegevisite untermauern. Zudem erhoffen wir uns auch einen positiven Effekt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (s.u.)

Ziele:

Ziele für die Patientinnen und Patienten:

- Ein verbessertes emotionales Befinden durch Partizipation an der Behandlungsplanung/dem Pflegeprozess / der Pat. fühlt sich respektiert und ernst genommen
- Bedürfnisse sind beachtet / berücksichtigt
- Eigenverantwortung ist gefördert
- Eine umfassende inhaltliche Information durch Beratung zur Thematik Sucht und zu Nachsorgeangeboten durch die Bezugspflege (z.B. anhand des Maßnahmenkataloges der Station A2)
- Ein besseres Verständnis gegenüber den Pflegemaßnahmen
- Intensivierung der Arbeitsbeziehung Patientin / Patient zur Bezugspflege

Ziele für den Mitarbeiter / die Mitarbeiterin:

- Die PV fördert Eigenverantwortung
- Die PV fördert Berufszufriedenheit durch ein eigenständiges und wichtiges Arbeitsinstrument
- Beziehungsarbeit zu Klientel wird gefördert

Ziele für die Qualität der Behandlung:

- Die PV ist Kontroll- und Evaluationsinstrument und dient der Optimierung des Pflegeprozesses und zudem dem Erkennen und Unterbinden von Fehlern.



- Die PV dient der besseren inhaltlichen Pflegedokumentation im Behandlungsverlauf in KIS im Rahmen des Pflegeprozesses und Transparenz anderen Berufsgruppen gegenüber.
- Die PV dient der positiven internen und **externen** Darstellung der pflegerischen Leistung z.B. gegenüber dem MDK.

Zielgruppe:

Das Angebot richtet sich an alle Patientinnen und Patienten der Station A2, welche eine Entzugsbehandlung von Alkohol oder/und Medikamenten/Drogen absolvieren, bzw. an der Motivations- und Informationswoche teilnehmen. Gerade bei Patienten, die länger als 1 Woche in der Behandlung verweilen bietet sich die Pflegevisite als Kontroll- und Evaluationsinstrument der Zielplanung an. So kann z.B. innerhalb der Motivations- und Informationswoche eruiert werden, ob der Pat. sein Ziel aus der ersten Woche (z.B. umfassende Informationen zur Nachsorge) erreicht hat, bzw. ob noch weitere Bedarfe bestehen.

Zuständigkeiten:

Die Bezugspflegekraft ist verantwortlich für den pflegerischen Prozess von der Aufnahme bis zur Entlassung. Die Pflegevisite ist innerhalb dieses Prozesses fester Bestandteil und Arbeitsinstrument. Die zuständige Pflegekraft terminiert hierfür pro aktiv ein Zeitfenster und verabredet dieses mit dem Patient / der Patientin.

Die Bezugspflegeperson ist für die Vorbereitung der Unterlagen, welche zur Durchführung benötigt werden verantwortlich (z.B. Pflegeanamnese).

Das Visitengespräch ist ein Gespräch zwischen Pat. und Bezugspflegeperson. Es kann vorkommen, dass weitere Personen, z.B. Angehörige, Betreuer, oder Bezugspersonen aus einer weiter betreuenden Einrichtung für die Planung mit einbezogen werden müssen. Diese Personen nehmen nur auf ausdrücklichen Wunsch des Pat. teil.



Zeitlicher Rahmen und Räumlichkeiten:

Die Pflegevisite findet 1x innerhalb einer 7 Tägigen Regelbehandlung (Entgiftungsbehandlung von Alkohol) im Gespräch mit den Patienten statt. Patienten und Patientinnen die auf Grund der Motivations- und Informationswoche (bei 14 tägiger Behandlung) länger stationär verbleiben, können nochmals innerhalb der 2 Woche visitiert werden.

Jede Sitzung dauert ca. 15 – bis 45 Min., abhängig von der zu besprechenden Thematik.

Das Visitengespräch kann im Patientenzimmer des Patienten/ der Patientin stattfinden und soll ungestört sowie in einer ruhigen Atmosphäre durchgeführt werden. Dabei müssen andere anwesende Personen (Mitpatienten/Angehörige), welche nicht dem Gespräch beiwohnen sollen aus dem Zimmer gebeten werden. Alternativ kann auch der Multifunktionsraum der Station genutzt werden, welcher sich hierfür besonders anbietet.

Inhalte:

Allgemein:

Ein Problem zur Durchführung und Evaluation stellt die kurze Aufenthaltsdauer der Patienten / Patientinnen auf der Station A2 dar. Bei einem 7-tägigem Aufenthalt ohne planbare Evaluationsmöglichkeit der Pflegevisite sollte die Pflegevisite folgende Inhalte besonders im Fokus haben:

Das Gespräch enthält Informationen zur Behandlungsplanung und zum Pflegeprozess. Allerdings kann sich dieses Gespräch, neben einer vereinbarten Thematik, auch zu einem Gespräch mit Patientenpartizipation entwickeln, wenn sich der Patient/die Patientin z.B. für weitere Behandlungsschritte über die Entgiftungsbehandlung hinaus entscheiden sollte. Grundsätzlich soll das aber nicht heißen, dass Patienten der Regelbehandlung nicht an einer Pflegevisite mit Evaluation teilnehmen.



Alle weiteren Inhalte sind durch folgend beschriebene Arbeits- und Hilfsmittel vorgegeben

Unterstützende Hilfsmittel:

Der Gesprächsleitfaden

Der Gesprächsleitfaden (s. Anhang 1) beinhaltet vorformulierte Fragen und dient dem Pflegepersonal zur Strukturierung des Visitengesprächs. Dieser Leitfaden kann mit in das Visitengespräch genommen werden.

Der Maßnahmenkatalog

Die Bezugspflegekraft hat die Möglichkeit sich vor dem Visitengespräch inhaltlich mit einem Thema vorzubereiten. Hierfür steht ein ausgearbeiteter Themenkatalog (s. Anhang 2) auf der Station A2 zur Verfügung. Er beinhaltet Grundlegende Informationen (Themen) aus der Suchtproblematik, welche den Patienten / die Patientin im Alltag belasten können, ihn / sie in seinen / ihren Fertigkeiten einschränken, bzw. zu suchttypischen Verhalten führen können. Zudem sind belastende Symptome/Probleme (z.B. Umgang mit innerer Anspannung/Unruhe oder „Selbstverletzungsdruck“) aus dem psychiatrischen Themenfeld Inhalt des Kataloges.

Für Patientinnen und Patienten, welche an der Motivations- und Informationswoche teilnehmen, sind grundlegende Informationen zu Nachsorgeangeboten des Suchthilfesystems hinterlegt.

Um den Patienten / die Patientin besser unterstützen zu können sind zu jedem Thema Maßnahmen vorgeschlagen, welche dem Patienten / der Patientin zur Unterstützung nähergebracht werden können. Das zu besprechende Thema kann aus dem Maßnahmenkatalog ausgeheftet und zur Orientierung mit ins Visitengespräch genommen werden.

Dokumentation bzw. Nachbereitung:



Das Pflegevisitengespräch wird im Krankenhaus Informations System (KIS) von der Bezugspflegerperson dokumentiert. Um das Visitengespräch aus den Einträgen im Pflegeverlauf besonders hervorzuheben, wird dieses in der Farbe Violett dokumentiert. Über den Farbfilter des KIS ist der Eintrag so schnell ersichtlich.

Die Bezugspflegerperson hat die Aufgabe, mit den gewonnenen Informationen die Pflegeplanung zu aktualisieren, bzw. eine aktuelle Pflegeplanung mit Pflegediagnose/n zu erheben.

Der Maßnahmenkatalog kann zudem für die Erstellung der Pflegeplanung als Unterstützung dienen.

Supervidierende (kollegiale) Beratung:

Ein Baustein der internen Qualitätssicherung bei der Durchführung der Pflegevisitation ist die supervidierende (kollegiale) Beratung durch die Stationsleitungen.

Die Stationsleitungen begleiten dazu einzelne Pflegevisiten als 3. Person. Dieses ist insbesondere bei neuen Kollegen wichtig, die noch nicht mit der inhaltlichen Thematik und dem Ablauf der Pflegevisite vertraut sind. Die Bezugspflegerkraft terminiert das Visitengespräch. Dieses wird mit der Stationsleitung vorbesprochen. Ein inhaltliches Thema oder Inhalte zur Arbeit mit dem Pflegeprozess werden benannt.

Die Bezugspflegerkraft erkundigt sich bei dem Patient /der Patientin, ob eine dritte Person dem Gespräch beiwohnen kann.

Die Visitengespräche werden im Anschluss nachbesprochen. Dazu soll der Auswertungsbogen (Anhang 3) genutzt werden.

Jeder Kollege der innerhalb der Bezugspflege Pflegevisitengespräche durchführt wird innerhalb eines Jahres mindestens 1x begleitet.

Gesprächsleitfaden / Vorschlag für die Durchführung der Pflegevisite mit dem Patienten auf der Suchtaufnahmestation A2

- **Begrüßung / eigene Vorstellung / erklären des Instrumentes der PV.**
- Eruiieren der aktuellen Befindlichkeit. Wie geht es ihnen heute (physisch/psychisch)?
- Kommen Sie auf der Station / in der Entzugs-/Informations-/Motivationsbehandlung/ zu recht?
- Kommen Sie auf der Station mit den Mitpatienten zu Recht?
- Wie steht der Pat. zu seiner Suchtproblematik ? Z.B. Erkennen Sie die Sucht als Problem an? (oder bagatellisiert-negiert er / sie ?)
- Möchten Sie Hilfen / Unterstützung zur Bewältigung erfahren? (wichtig bei unfreiwillig behandelten Pat.)
- Besprechung der zuvor geplanten Thematik (oder bringt der Pat. ein aktuelles / belastendes Thema ein, welches vorrangig besprochen werden muss?)
 - Was belastet Sie?
 - Was möchten Sie erreichen?
 - Wo liegen Ihre Stärken?
 - Wo benötigen Sie Unterstützung?
 - Möchten Sie die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Bewältigung erfahren?
- Fühlen Sie sich ausreichend Informiert?
- Fühlen Sie sich mit Ihrer Ansicht/Meinung/eigenen Maßnahmen zur Bewältigung ihrer Problematik ausreichend respektiert/berücksichtigt? Fliest(fliesen) diese in die Pflegeplanung/Behandlungsplanung mit ein? (mit dem Pat. kann die Pflegeplanung/geplanten Pflegemaßnahmen besprochen werden).
- Finden Sie, dass Ihre individuellen Bedürfnisse ausreichend beachtet werden? (z.B. individuelle Schlafhygiene, oder bei der Nahrungsaufnahme - Pat. ist Mohammedaner, Vegetarier, oder Besuch erscheint nach 21:00h, da dieser weit entfernt wohnt und nur zu diesem Zeitpunkt vor Ort sein kann, usw.)
- Fühlen Sie sich gut aufgehoben in der Behandlung?
- Gibt es noch offene Fragen?



Maßnahmenkatalog

Pflegevisite der Station A2

Inhaltsverzeichnis

1	S.T.A.R.....	2
1.1	Was versteht man unter dem S.T.A.R.?	2
1.2	Thema Ausrutscher und Rückfall	4
1.2.1	Ausrutschervertrag	7
1.3	Abstinenz Pro und Contra	8
1.4	Thema Alkoholverlangen	11
1.5	Thema Trinkaufforderungen ablehnen	15
1.6	Ausgewogener Lebensstil	17
1.7	Thema Kontrolliertes Trinken	19
2	Maßnahmen der Station A2	22
2.1	Therapieplan.....	22
2.2	Umgang mit innerer Anspannung und Skills	27
2.3	Die Regeln der Schlafhygiene.....	29
2.4	Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll	32
2.4.1	Detox Tee	34
2.5	Belastungserprobungen	35
3	Nachsorgeangebote des Suchthilfesystems	36
3.1	Langzeittherapie Haus 15 der LVR-Klinik Viersen	36
3.2	AHG Klinik Dormagen	38
3.3	Soziale Rehabilitation Wohnbereich Station 30/10	40
3.4	Suchtambulanz der LVR-Klinik Mönchengladbach	41
3.5	INTRES (Integration und Rehabilitation Suchtkranker)	42
3.6	Diakonisches Werk Mönchengladbach GmbH.....	46
3.7	Gesundheitsamt Mönchengladbach	47
3.8	Selbsthilfegruppen	48
3.8.1	Selbsthilfegruppen Alkohol	48
3.8.2	Angebote für Angehörige von Alkohol-/Medikamentenabhängigen	52
3.8.3	Selbsthilfegruppen für Spielsüchtige	53
4	Literaturverzeichnis:	54

1 S.T.A.R.

1.1 Was versteht man unter dem S.T.A.R.?

Das **S.T.A.R**¹ bedeutet **Strukturiertes Trainingsprogramm zu Alkohol Rückfallprävention**.

Dieses psychoedukative Gruppeangebot hat den Ursprung in der Stationären Entwöhnungstherapie und wurde vom Suchtforscher Hr. Körkel und Dipl. Psychologin Fr. Schindler ins Leben gerufen.

In S.T.A.R werden in Form von Gruppensitzungen zentrale Themen der primären und sekundären Rückfallprävention wie z.B. Zielabklärung, Sensibilisierung und Bewältigung von Risikosituationen, Umgang mit einem erneuten Konsum, Wunsch nach kontrolliertem Trinken etc. dargeboten und bearbeitet.

Ziele des S.T.A.R

- Primäre und sekundäre Rückfallprävention.
- Enttabuisierung des Rückfalls.
- Wissenserweiterung über die zentralen Aspekte des Rückfallgeschehens.
- Sensibilisierung für die Rückfallgefährdung.
- Unterstützung der Veränderungsmotivation.
- Herausarbeiten persönlicher Rückfall-Risiken und Aufbau von Kompetenzen zu deren Bewältigung.
- Stärkung der Zuversicht, Rückfallgefahren meistern zu können.
- Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Ausrutschern.

Das S.T.A.R in der LVR Klinik Mönchengladbach ist ein Angebot im Rahmen der ambulanten Nachsorge und wird von unserer hauseigenen Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen organisiert.

- Die Staffel des S.T.A.R beginnt zu jedem neuem Quartal. (Januar, April, Juli, Oktober)
- Eine Staffel des S.T.A.R umfasst neun Module.
- Termine einmal wöchentlich - Donnerstag 90Min. (10.30h – 12.00h)
- Das S.T.A.R findet auf der Station A2 im Gruppenraum statt.
- Gruppenanzahl max. 12 Personen.

¹ S.T.A.R. Module

- Die Moderatoren sind Mitarbeiter/Innen der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen und der Station A2.
- Kosten für das S.T.A.R tragen die Krankenkassen.

Voraussetzungen um das S.T.A.R mitmachen zu können:

- Man ist Klient/In in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen der LVR Klinik Mönchengladbach.
- Die Klienten/Innen sind Abstinenzorientiert.

Persönliche Beratung zur möglichen Teilnahme am S.T.A.R finden sie in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen in der LVR Klinik Mönchengladbach.

- Hr. Haas Tel. 02166-6182313
- Fr. Kreisler Tel. 02166-6182305

1.2 Thema Ausrutscher und Rückfall

1. Ausrutscher: Und dann?

Von einem Ausrutscher spricht man, wenn es zu einem **ersten** erneuten Alkoholkonsum gekommen ist, **nach einer abstinenten Phase.**

Ein Ausrutscher muss nicht zwangsweise in einen Rückfall enden. Wie es nach dem „ersten Glas“ mit dem trinken weitergeht, kann sehr unterschiedlich sein.

Der von einem Großteil der Alkoholabhängigen befürchtete Kontrollverlust und „ Absturz“ nach dem „ersten Glas“ muss nicht zwangsweise erfolgen. Vielmehr zeigt es sich, dass sich der Trinkverlauf sehr unterschiedlich entwickeln kann. Es handelt sich dabei nicht um einen automatischen Prozess des Körpers, dessen Ausgang vorprogrammiert ist. Bei näherem Betrachten von Trinkverläufen kann man sehen, dass sich bei den meisten zunächst ein mäßiger Alkoholkonsum entwickelt. Es gibt Trinkpausen, welche aktiv als Chance genutzt werden können, um etwas gegen das Weitertrinken zu unternehmen.

2. Negative Gefühle und Gedanken können „Rückfallanheizer“ sein

Was „heizt“ einen Rückfallverlauf an?

Negative Gedanken und Gefühle wie z.B. **Scham, Schuld, Angst, Ärger, Wut, Selbstvorwürfe** sind häufig einhergehend nach einem erneuten Alkoholkonsum.

Typische „Rückfallanheizer“ sind zum Beispiel:

- „Ich bin ein Versager.“
- „Die anderen werden denken, dass ich mich nie ändere.“
- „Ich hab es schon wieder nicht geschafft.“
- „Ich könnte vor Scham im Erdboden versinken.“
- „Ich kann meinem Partner/In nicht mehr ins Gesicht sehen.“

Diese Art von Selbstgesprächen führen oftmals zum Weitertrinken, da sie sehr unangenehm sind und man die Erfahrung gemacht hat, sie durch weiteren Alkoholkonsum zumindest kurzfristig zum Verschwinden bringen zu können.

Darüber hinaus verhindern Scham, Schuldgefühle sowie Peinlichkeit einen daran, einen erneuten Alkoholkonsum bei seinem Partner/In oder Angehörigen anzusprechen und sich Hilfe zu holen. Als Folge wird der innere Druck größer, welcher wiederum das weiter Trinken begünstigt.

Aber auch andere **ungünstige Gedanken** können den Rückfall „anheizen“, wie z.B. die Überzeugung nach dem ersten Glas ohnehin nichts mehr gegen den weiteren Konsum unternehmen zu können.

- „Jetzt habe ich eh getrunken, jetzt ist sowieso alles aus- da kann ich auch gleich weitertrinken.“
- „Nach dem ersten Glas gibt es eh kein zurück.“

Unterstützende Angebote wie Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen oder andere Abstinenzhilfen, werden auf Grund dieser Gedanken in vielen Fällen nicht in Anspruch genommen, da man die eigene Situation ohnehin als hilflos einschätzt.

3. Selbstüberschätzungen begünstigen weiteren Alkoholkonsum

Auch eine zu große Sicherheit bzw. Selbstüberschätzung, nach dem „ersten Glas alles im Griff zu haben“, kann zu weitem Alkoholkonsum führen.

Typische Selbstüberschätzungen sind z.B.:

- „Das erste Glas hat mir ja gar nichts ausgemacht. Also kann ich auch in Zukunft etwas Alkohol trinken.“
- „Ich kann ja jederzeit wieder aufhören. Wahrscheinlich bin ich gar nicht abhängig.“
- „Ich habe alles im Griff.“

Diese trügerische Sicherheit verhindert, dass man sich rasch Hilfe holt- man sieht ja keine Notwendigkeit dafür. Da es keine klaren Regeln bezüglich der Trinkmenge, des Ortes oder ähnlichem existiert, ist es auch schwierig rechtzeitig zu erkennen, wann das Trinken entgleitet und man etwas dagegen unternehmen sollte.

4. Ein Ausrutscher sollte weder dramatisiert noch bagatellisiert werden

Es hilft nicht, nach einem Ausrutscher in Katastrophenstimmung zu verfallen. Nicht jeder Ausrutscher muss im schweren Rückfall enden. Es gibt immer eine „letzte Ausfahrt“. Auch nach dem „ersten Glas“ gibt es Eingriffsmöglichkeiten, um das Trinken zu stoppen. Dennoch sollte ein Ausrutscher immer ernst genommen werden, da es eben auch im schweren Rückfall enden kann. Familiäre Streitigkeiten, Gewalt, Probleme am Arbeitsplatz, körperliche Schädigungen oder andere Dinge sind tragische Begleiterscheinungen von dauerhafter Rückfälligkeit.

5. Was kann hilfreich sein, um nach einem Ausrutscher wieder zur Abstinenz zurück zukehren?

Ein erster wesentlicher Schritt nach einem Ausrutscher ist es, mit einer Vertrauensperson über das erste erneute Trinken zu sprechen. Die Basis für ein solches Gespräch sollte im besten Fall schon während der abstinenten Phase geschaffen werden. Nach einem Ausrutscher ist man nämlich erfahrungsgemäß innerlich aufgewühlt/beunruhigt und froh, auf vorher bereitgestellte Lösungen zurück greifen zu können.

Vertrauenspersonen können sein:

- guter Freund/ Freundin
- trockene alkoholabhängige Personen (z.B. aus einer Selbsthilfegruppe oder Therapie)
- Verwandte
- Suchtberater
- Hausarzt
- etc.

Eine solche Vertrauensperson festlegen, kann nur der Betroffene selbst. Entscheidend ist nur, dass man sich wirklich vorstellen kann, nach einem erneuten Trinken auf diese Person zu gehen und den Ausrutscher zu thematisieren.

Im Gespräch mit dieser Vertrauensperson geht es nicht in erster Linie um gute Ratschläge, sondern darum

- aus der Heimlichkeit heraus zu kommen, die den inneren Druck erzeugt.
- sich Entlastung bei Selbstvorwürfen und möglichen Schuldgefühlen zu schaffen.
- Unterstützung für schwierige Situationen oder aktuelle Probleme zu erhalten.
- den Weg zur Abstinenz zurück zu finden.

6. Um das Ansprechen eines erneuten Trinkens leichter zu machen, kann ein sogenannter „Ausrutscher- Vertrag“ vorgestellt werden.

Einen Ausrutscher Vertrag mit der Person des Vertrauens abzuschließen, kann dazu dienen, über das Thema „Rückfall“ ins Gespräch zu kommen. Eine verbindliche Vereinbarung soll getroffen werden, um somit im Falle eines erneuten Alkoholkonsums Entlastung und Unterstützung zu erfahren.

Sprechen Sie mit ihrer Vertrauensperson jetzt schon über die Möglichkeit, dass es auch bei ihnen zu einem „Ausrutscher“ kommen kann.

Dies hat nichts mit dem heimlichen Wunsch wieder zu trinken zu tun, sondern ist der Ausdruck einer ehrlichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Rückfallgefährdungen. Der Ausrutscher Vertrag kann individuell mit Inhalten gefüllt werden, die einen aus der akuten Situation helfen. Oftmals ist es wichtig, dass im Falle eines Falles die Vertrauensperson einen ohne Vorbehalte gegenüber tritt.

1.2.1 Ausrutschervertrag²

Bei vielen Alkoholabhängigen kommt es zu einem „Ausrutscher“, d.h. zum „ersten Schluck“, der berühmten Schnapspraline oder Ähnlichem. Nach einem Ausrutscher entstehen bei manchen Triumphgefühle („ich kann doch kontrolliert trinken!“), bei anderen Resignation und Schuldgefühle („wieder habe ich es nicht geschafft!“). Derartige Gefühle sind gefährliche „Rückfallanheizer“, denn dadurch kann der Ausrutscher nach einiger Zeit zu einem schweren Rückfall „auswachsen“. Deshalb ist es wichtig, nach einem Ausrutscher etwas zu unternehmen, statt einfach „alles laufen zu lassen“.

Auch bei Ihnen kann es zu einem Ausrutscher kommen – selbst wenn sie dies für sich im Moment völlig ausschließen. Die folgende Vereinbarung kann Ihnen dabei helfen, dass sie einen Ausrutscher zu keinem Absturz werden lassen.

Ich, _____, schließe mit der Person meines Vertrauens (das ist _____) die folgende Vereinbarung für den Fall, dass es bei mir zum erneuten Alkoholkonsum kommt – egal, wie viel oder wie lange ich trinke.

Ich werde so rasch wie möglich nach **jeglichem** Alkoholkonsum folgendes tun:

1. Ich werde die Situation, bzw. Umgebung, in der ich getrunken habe, verlassen.
2. Ich werde die o.g. Person meines Vertrauens anrufen oder aufsuchen, um mit ihr meinen Ausrutscher zu besprechen.
3. Ich werde mir mit ihr / ihm Klarheit darüber verschaffen, welche Risikofaktoren zu dem Ausrutscher geführt haben.
4. Ich werde mit ihr / ihm besprechen, was ich in Zukunft gegen diese Risiken tun kann.

Die Person meines Vertrauens, _____, verpflichte sich, mich so rasch wie möglich wie folgt zu **unterstützen**:

1. Er / Sie hilft mir aus der Situation, in der ich getrunken habe, heraus zu kommen.
2. Er / Sie kritisiert mich nicht, verurteilt mich nicht, verletzt mich nicht.
3. Er / Sie hilft mir dabei, die Faktoren heraus zu finden, welche zum erneuten Alkoholkonsum geführt haben, um diese besser in den Griff zu kriegen.
4. Er / Sie unterstützt mich auch in der folgenden Zeit, so dass ich meine Stabilität zurück gewinne und mir klar werden kann, wie es in Zukunft weiter gehen soll.

Datum: _____

Ihre Unterschrift: _____

Unterschrift der Person des Vertrauens: _____

² Körkel, Schindler / Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, Springer, Berlin (2003)

1.3 Abstinenz Pro und Contra

Ziel dieses Modul ist es die Ambivalenz bezüglich der Abstinenz heraus zu arbeiten. Für viele Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit hat der Alkohol nicht nur negative Seiten gehabt. Umso wichtiger ist es sich sowohl mit den Vor und Nachteilen des Alkoholkonsums als auch Vor und Nachteile der Abstinenz genauer auseinander zu setzen. Um so eine realistische Einschätzung zu bekommen, wo genau die Betroffene /der Betroffene in seinem Abstinenzwunsch steht.

Um dieses Modul im Einzelkontakt mit unseren Klienten/Innen durch zu führen ist im Anhang ein Arbeitsblatt zu finden.

Schritt 1

Der Klient/In soll sich zunächst mit den Nachteilen des Trinkens beschäftigen und diese auf dem Arbeitsblatt festhalten.

Negative Folgen des Alkoholkonsums stellen meist den Hauptgrund dar, etwas im Umgang mit dem Alkohol verändern zu wollen. Deshalb sollte der Klient/In sich immer wieder klar machen, welche unangenehmen Dinge der Alkohol in sein/ihr Leben gebracht hat.

Bsp. kann sein:

- Streit mit dem Ehepartner
- Abmahnung am Arbeitsplatz
- Körperliche Entzugserscheinungen
- Krampfanfall
- Führerscheinverlust
- Finanzielle Probleme etc.

Schritt 2

Im nächsten Schritt werden die Vorteile der Abstinenz zusammengetragen. Dabei geht es darum sich vor Augen zu führen, welche positiven Veränderungen mit der Abstinenz einhergehen.

Bsp. kann sein:

- Arbeitsplatz erhalten
- Ehepartner trennt sich nicht
- Finanzieller Aufstieg
- Erholung des Körperlichen Zustandes
- Klarer Kopf
- Wiedererlangen des Führerscheins

Schritt 3

Hier geht es darum die Vorteile des Trinkens heraus zu arbeiten. Es ist wichtig das der Klient/In sich auch mit dem Nutzen des früheren Alkoholkonsums auseinander setzt. Je genauer der Klientinnen & Klienten wissen welche Vorteile Ihnen der Alkohol brachte, umso gezielter können die Klienten/innen Fertigkeiten entwickeln, sich diese Vorteile auch ohne Alkohol zu sichern. Somit verringert man die Gefahr in belastenden Situationen erneut auf Alkohol zurück zu greifen.

Bsp. dafür kann sein:

- Fröhlich feiern
- Besser aus sich heraus gehen können
- Entspannung empfinden
- Probleme weniger schwer nehmen
- Das Gefühl dazu zu gehören etc.

Schritt 4

Als letztes soll der Klient/In sich mit den Nachteilen der Abstinenz auseinander setzten und diese zusammen tragen. Je besser der Klient/In darauf vorbereitet ist, dass am Anfang der abstinenten Lebensweise oft neue Hürden zu überwinden sind, desto weniger wahrscheinlich wird man davon aus der Bahn geworfen.

Bsp. dafür kann sein:

- Kontaktärmer
- Abgespannt, reizbarer, depressiv zu sein
- Als Alkoholiker abgestempelt zu werden
- Sich ausgeschlossen zu fühlen
- Kumpels verlieren
- Realität erkennen
- Angstgefühle etc.

Am Ende des Moduls kann man dem Klienten/In anbieten, die zusammengetragenen Argumente (Pro und Contra) nochmals in Form eines kleinen Rollenspiels oder einer Diskussion durch zu spielen und somit zu festigen.

Sollte der Klient/In sich nach dem Abwägen von Für und Wider dafür entscheiden oder darin bestätigt sehen, zukünftig ohne Alkohol leben zu wollen, sollte man dennoch darauf hinweisen, dass es sein kann, dass sich auch im weiteren Verlauf Zweifel bezüglich des Abstinenzziels einstellen können. Hier ist es wichtig dem Klient/In deutlich zu machen, dass das Abstinenzziel nicht gleich leichtfertig auf zu geben ist. In dem Fall lieber kurz inne halten, prüfen was sich verändert hat und überlegen, ob sich der Wunsch nach einem erneuten Alkoholkonsums einstellt. Hilfreich ist es, sich oftmals mit anderen darüber aus zu tauschen z.B. in eine Selbsthilfegruppe oder mit einem Suchtberater/-in.

1.4 Thema Alkoholverlangen

Die Pat. / Der Pat. soll mit dem Thema Alkoholverlangen vertraut gemacht werden (sensibilisieren), um eventuelle Gefahren für einen Rückfall für sich frühzeitig zu erkennen. Oft ist der Gedanke an Alkohol allein und/oder das Alkoholverlangen nicht die Rückfallursache. Falls das Alkoholverlangen für den einen Pat. sich aber als Rückfallgefahr in Pflegegespräch herausstellt, können Maßnahmen mit dem Pat. besprochen werden.

Was versteht man unter Alkoholverlangen?

Alkoholverlangen ist ein starker Drang nach Alkohol. Es gibt in der Umgangssprache verschiedene Begriffe hierfür (z.B. „Suchtdruck, Sauftdruck, Trinkgelüste, Drang, Lust, Gier, Jieper, Verlangen“). Als Fachbegriff wird das Alkoholverlangen Craving genannt. Unterschieden wird zwischen dem körperlichen (physischen) „Suchtdruck“, der im Entzug von Alkohol (Symptome sind z.B. Schwitzen, Unruhe, hoher RR+P / hier Gabe von entsprechender Medikation) auftreten kann und dem psychischen „Suchtdruck“, der nicht-entzugsbedingt nach mehreren Wochen Abstinenz auftreten kann (letzteres ist dann das eigentliche Thema).

Wie stark ist das Alkoholverlangen bei Ihnen?

Mit dem Pat. kann jetzt z.B. eruiert werden, wie stark sein Alkoholverlangen bei Abstinenz ist (Skala von 0 bis 5). Hier wird oft benannt, dass dieses von der jeweiligen Situation und psychischen Verfassung im Zusammenhang, abhängt. Dieses Gefühl wird dann auch überwiegend als jeweils unterschiedlich stark wahrgenommen

Wie macht sich das Alkoholverlangen bei Ihnen bemerkbar?

Benennen Sie eine Situation in der Sie mit dem Problem zu kämpfen hatten (z.B. Streit, Feier, unangenehme Situationen).

Beschreiben Sie, was dabei bei Ihnen am Körper (Symptome) passiert ist.

Beispiele: Starkes Schwitzen / schwitzen der Handinnenflächen / zittern der Hände / Geschmack von Bier im Mund, obwohl man noch nichts getrunken hat.

Was haben Sie gedacht?

Beispiele: Ständiger Gedanke an Alkohol - „jetzt würde mir eins schmecken“ / Situationen in denen man getrunken hat.

Welche Gefühle haben Sie verspürt?

Beispiele: Innere Unruhe / Drang nach Alkohol / Unwohl sein / Angst / Panik / Getrieben sein.

Wichtig ist hier, dass die Pat. / der Pat. für sich seine „Merkmale“ kennen lernt, sich dieser bewusst wird, um wirksamer diesen „Zustand“ bewältigen zu können. Es ist ein unterschiedlich wahrgenommenes Phänomen (Personenabhängig und situativ).

Hier stellt sich die Frage, ob den nur der Gedanke allein an Alkohol schon ausreichend ist, um rückfällig zu werden. Die Stärke der Gefahr ist somit schon besser einschätzbar.

Wie lange dauert das Alkoholverlangen bei Ihnen an?

Es kann eine Skala von 0 Minuten bis Tagen/Wochen als Beispiel genutzt werden. Bei dieser Frage stellt sich oft heraus, dass Craving schnell und heftig ansteigend auftritt aber schnell auch wieder abebbt. Dieses kann mit dem Verlauf einer Welle verglichen werden. Wichtig ist, dass dieses Gefühl meist nur kurz andauert. Sollte dieses nicht so sein, stellt das Craving schon eher eine Rückfallgefahr dar. Im Gespräch kann auch benannt werden, dass es Studien zum Alkoholverlangen gegeben hat. Die Pat. / Der Pat. kann gefragt werden wie viel Prozent (von 0 bis 100) von befragten Menschen allein durch das Alkoholverlangen rückfällig geworden sind. Dieses wird oft überschätzt und es werden zumeist Werte zwischen 80-90 % genannt. Überraschend ist dann wenn das wirkliche Ergebnis **5%** genannt wird.

Die Pat. / Der Pat. wird nun befragt, welche Strategien (Maßnahmen) er den im Umgang mit Alkohol bei sich persönlich kennt.

Beispiele:

- *Sich ablenken/aktiv werden (z.B. Sport treiben, Freunde anrufen, Hobbys ausüben, spazieren gehen, joggen)*
- *Ein nicht alkoholisches Getränk trinken*
- *Schokolade essen*
- *Sich etwas zu Essen kochen*
- *Mit anderen Personen über das Verlangen sprechen*
- *Jemanden anrufen*
- *Keine Panik (...)*
- *Dem Verlangen positive Gedanken entgegensetzen (z.B. „Was mir die Abstinenz wert ist“)*
- *Sich etwas Guts tun (z.B. einkaufen gehen)*
- *Situationen (z.B. Lokal) verlassen“*

- Wir bieten der Pat. / dem Pat. die Möglichkeit an, dass er sich auf die Station A2 begeben kann (nicht rückfällig), um sich im „sicheren Bereich“ (Vergleich zur oft genannten „Käseglocke“) aufzuhalten. Wenn es die Zeit zulässt hat das Personal bestimmt auch ein offenes Ohr für ein Gespräch.

Was tun, wenn die Maßnahmen nicht helfen ?

Das Alkoholverlangen ist nur zur 5% eine Rückfallursache. Überwiegend stehen unangenehme Gefühle oder zwischenmenschliche Konflikte als Auslöser. Diesem sollte man sich bewusst sein. In einer aktuellen Situation sollte man daher überlegen, wo die Auslöser sind.

Falls der Pat. aber Zustände beschreibt, dass er z.B. abends vor dem TV sitzt und immer wieder an Alkohol und Konsum denkt, seine Maßnahmen aber nicht helfen, sollte er spezielle Hilfe in Anspruch nehmen.

Beispiele:

- Mit vertrauten Personen sprechen (z.B. Selbsthilfegruppe / einen guten Freund / Verwandter)
- Den Therapeuten aufsuchen / anrufen, die Situation / Ursache be.- erarbeiten, Maßnahmen erarbeiten
- Es ist nicht einfach abstinenz zu bleiben. Nicht unter Druck setzen, sich Zeit geben.
- Situationen (z.B. Kneipe / Schützenfest) zumindest zu Anfang der Abstinenz meiden.

Information zu Medikamenten, welche bei Alkoholverlangen helfen sollen, einen Rückfall zu vermeiden.

Campral

Das bekannteste Medikament ist Campral (Acamprosat). Der Wirkstoff wirkt im Gehirn. Im Gehirn gibt es verschiedene Botenstoffe. Einer davon heißt Glutamat (bekannt aus der Lebensmittelindustrie als Geschmacksverstärker). In diesen Glutamatstoffwechsel greift das Med. ein. Es kommt zu keiner spürbaren Veränderung des Befindens, wie es z.B. bei Antidepressiva oder anderen Psychopharmaka der Fall ist.

Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, Durchfall und Potenzstörungen. Die Wirksamkeit wird kontrovers diskutiert.

Antabus

Der Wirkstoff [Disulfiram (unter dem Namen Antabus wird das Med. nicht mehr produziert in Deutschland)] greift in den Leberstoffwechsel ein. Alkohol wird über Enzyme zu Essigsäure umgewandelt und dann ausgeschieden. Dieses wird nun durch das Med. unterbunden. Bei Konsum von Alkohol führt dieses zu starkem Erbrechen, Übelkeit und starken Kopfschmerzen. Beschrieben werden auch ein Wärme-Kälte Gefühl in den Armen und Beinen und es kann sogar zu Herzrasen bis hin zu Herz Kreislaufschock oder auch einen Herzinfarkt führen.

Die Med. Campral und Antabus (sogar unter Aufsicht der Behandelnden) müssen im Rahmen von einer therapeutischen Begleitung eingenommen werden. Sie sollten nie einfach alleine eingenommen werden.

Resümee:

Bevor solche Medikamente zum Einsatz kommen, sollte generell bedacht werden, dass das Alkoholverlangen bei der Rückfallentstehung eher eine Untergeordnete Rolle spielt. Die Wirkung der Med. ist umstritten (50/50).

Wichtig ist, dass als Ursachen überwiegend unangenehme Gefühle und zwischenmenschliche Konflikte Auslöser sind und eher diese zum Alkoholverlangen führen.³

³ Informationen aus Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen:

1.5 Thema Trinkaufforderungen ablehnen

Alkoholabhängige Menschen kommen vermutlich immer wieder in Situationen, in denen Sie Alkohol angeboten bekommen oder zum Mittrinken aufgefordert werden. Da diese Trinkaufforderungen einen Rückfallauslöser darstellen können, ist es günstig, sich schon vorab einige Überlegungen zu machen, wie man zukünftig auf Einladungen oder Aufforderungen zum Mittrinken reagieren möchte.

Folgende Handlungsabfolge hat sich als hilfreich erwiesen:

1. Bei Einladungen zum Alkoholkonsum ohne zögern ein entschiedenes und klares NEIN aus sprechen und dabei den Gesprächspartner anschauen.

2. Unmittelbar nach der Ablehnung des Alkohols, ein alkoholfreies Getränk bestellen.

(„Nein, danke für mich kein Bier, aber gerne eine Apfelschorle“)

3. Das Gespräch unmittelbar auf ein anderes Thema lenken.

4. Bei Vehemenz das Verhalten der anderen Person hinterfragen.

(„Warum ist es dir so wichtig, dass ich Alkohol trinke?“)

5. Dem Gegenüber deutlich machen, dass man bei weiteren Aufforderungen zum Mittrinken sich einen anderen Platz sucht.

6. Als letzte Möglichkeit, die Situation verlassen.

Wichtig ist dabei, dass Ihre Ablehnung klar und unmissverständlich deutlich wird!!

Es gibt verschiedenen Möglichkeiten, einer anderen Person deutlich zu machen, dass man keinen Alkohol trinken möchte. Man kann es bei einem einfachen „NEIN , danke“ belassen oder auf die bestehende Alkoholabhängigkeit hinweisen.

Welche Möglichkeit am günstigsten ist, hängt von der Situation und den Menschen, mit denen man zusammen ist, ab. Man muss nicht jedem direkt von einer bestehenden Alkoholabhängigkeit erzählen. Man sollte es jedoch den engeren Personenkreis nicht verschweigen.

- **Es ist empfehlenswert die Personen, mit denen man häufig zu tun hat, wie z.B. Verwandte, Freunde oder Kollegen über die Abhängigkeit zu informieren. Damit erspart man sich immer wieder neue Ausreden.**
- **Die Verwendung von Ausreden, wie „ ich habe Magenschmerzen“, „ich nehme Medikamente“ oder ähnliches, erweist sich auf lange Sicht meist problematisch. Es kann ständig neuer Rechtfertigungsdruck entstehen bei Personen die man häufig trifft.**

Manchmal sucht man beim Ablehnen des Alkohols nach den richtigen Worten. Hier einige Vorschläge, wie man die Ablehnung formulieren könnte:

„Nein“ ohne Hinweis auf Alkoholproblem

- Nein, danke.
- Nein, danke, für mich kein Alkohol.
- Nein, danke, ich trinke seit länger Zeit keinen Alkohol mehr.
- Nein, danke, ich trinke keinen Alkohol mehr.

„Nein“ mit Hinweis auf ein Alkoholproblem

- Nein, danke, ich bin (trockener) Alkoholiker.
- Nein, danke, ich bin alkoholkrank und trinke keinen Alkohol mehr.
- Nein, danke, ich hatte Probleme mit Alkohol und verzichte nun ganz darauf.
- Nein, danke, ich habe in meinem Leben schon zu viel Alkohol getrunken.
- Nein, danke, ich habe eine Therapie gemacht und trinke keinen Alkohol mehr.

„Nein“ mit einer Ausrede

- Nein, danke, ich nehme Medikamente.
- Nein, danke, ich habe Magenprobleme.
- Nein, danke, ich bin mit dem Auto da.
- Nein, danke, ich habe morgen eine Besprechung, da muss ich fit sein.

Einfach einige Varianten des Ablehnens ausprobieren. Man wird schnell herausfinden, welche Varianten zu einem persönlich passen.

Man kann die Situationen auch im Rollenspiel durchspielen.

1.6 Ausgewogener Lebensstil

Was bedeutet ein ausgewogener Lebensstil?

Von einem ausgewogenen Lebensstil spricht man, wenn zwischen Belastungen des Alltags (z.B. durch viel Arbeit) und angenehmen Dingen (z.B. Hobbys) ein Gleichgewicht besteht. Je mehr man sein tägliches Leben mit angenehmen Dingen anreichert, desto weniger wird Alkohol benötigt, um sich Entlastung und Entspannung zu verschaffen. Daher ist es sehr wichtig den angenehmen Dingen des Lebens ausreichend Platz ein zu räumen. Denn allgemein gilt:

- **Ein zufriedenstellender Lebensalltag schafft eine gute Grundlage gegen Rückfälle.**

Angenehme Dinge „passieren nicht einfach so“. Es ist notwendig, dass die angenehmen Dinge im Leben genauso ein Platz finden wie die täglichen Pflichten. Daher ist es ratsam sich regelmäßig etwas vor zu nehmen, womit man sich was Gutes tut und was einem Freude bereitet.

Die Klienten/Innen sollen mit Hilfe dieses Moduls bewusst einschätzen lernen, welche Belastungen nach einer stationären Behandlung im Alltag auf sie warten und für mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung sensibilisiert werden.

Um es für den Klienten/In bildlich darzustellen kann man an Hand eines Waagemodells die aktuellen Belastungen und vielleicht bereits vorhandener Ausgleichsmöglichkeiten gegenüber stellen.

Tipps zu Ausgleichsmöglichkeiten

- **Ausgleichsmöglichkeiten passend zu den Belastungen auswählen.** Jemand, der acht Stunden körperlich hart arbeitet, hat vermutlich am Abend nicht unbedingt das Bedürfnis nach weiterer körperlicher Anstrengung, wie z.B. ins Fitness Studio zu gehen.
- **Eigene Interessen/Vorlieben berücksichtigen.** (Jeder hat andere Vorlieben. Was als angenehm und ausgleichend empfunden wird, ist von Person zu Person verschieden)
- **Auf Umsetzbarkeit im Alltag achten** (Zeit, Geld)
Es macht keinen Sinn sich Dinge auszusuchen die für einen weder zeitlich noch finanziell nicht möglich sind. Das würde auf die Dauer für Frustration sorgen.
- **Aktive Elemente einplanen**

Beispiele zu Ausgleichsmöglichkeiten:

- Sport, Wandern, Schwimmen

- Gutes Essen
- Erholung, Schlaf
- Freunde einladen
- Liebe, Sex
- Hobbys nachgehen
- Selbsthilfegruppen besuchen
- Mit der Familie was unternehmen
- Autogenes Training etc.

Mögliche Schwierigkeiten bei der Integration angenehmer Aktivitäten in den Alltag.

Jeder der sich schon mal vorgenommen hat, angenehme Aktivitäten in den Lebensalltag zu integrieren, weiß vermutlich, dass es oftmals schwerer ist wie zunächst gedacht.

Man sagt sich, z.B. nach einem schönen Urlaub: „Das Schwimmen hat mir richtig gut getan. Das mache ich jetzt regelmäßig.“ Zuhause geht man dann vielleicht noch zweimal ins Schwimmbad... und dann???

- „Man ist abends **zu müde**, kann sich nicht mehr aufraffen.“
- „ Es gibt so viel Arbeit, so viele Dinge die noch erledigt werden müssen, so dass für die schönen Dinge einfach keine Zeit mehr bleibt.“
- Alltagsgewohnheiten schleichen sich wieder ein.
- „Man wird bequem, die **Selbstdisziplin fehlt**.“
- „Man hat zu **wenig Zeit** dafür eingeplant.“
- Die Tätigkeit **macht keinen Spaß** wie zuvor gedacht.
- „Ich habe oft ein **schlechtes Gewissen**, wenn ich trotz Arbeit und Familie nur noch an mich denke.“

Es gibt viele Hürden, die es einem erschweren können unser Leben mit schönen Dingen anzureichern. **Fakt ist, schöne Dinge passieren nicht einfach so**, sondern benötigen viel Beachtung.

Man kann dazu die Klienten/Innen motivieren sich bereits während der stationären Behandlung einen Wochenplan anzulegen.

Eine Liste mit angenehmen Tätigkeiten sowie ein Beispiel für einen Wochen und Freizeitplan findet man im Anhang.

1.7 Thema Kontrolliertes Trinken

Bei vielen Alkoholabhängigen Menschen taucht irgendwann der Wunsch auf, vielleicht doch wieder kontrolliert mit Alkohol umgehen zu können. Damit ist oftmals die Hoffnung verbunden, wieder so trinken zu können wie nichtabhängige Menschen. Andere Alkoholabhängige vertreten die Haltung, dass ein kontrolliertes Trinken bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit nicht möglich ist. Dahinter steckt oftmals die Erfahrung, dass sie in der Vergangenheit schon selbst nach Phasen moderaten Alkoholkonsums wieder in alte Konsummuster gefallen sind.

In beiden Fällen ist jedoch nicht vom „kontrollierten Trinken „ im engeren Sinne die Rede. Der Begriff wird nämlich häufig mit „normalem Trinken“ verwechselt.

Es sollte klar sein das die Station A2 die Meinung vertritt das ein Kontrolliertes Trinken nur schwer möglich ist und wir dieses Konzept nicht unterstützen. Jedoch ist es wichtig die Betroffenen auf zu klären, dass es das Konzept des kontrollierten Trinkens gibt. Das soll keine Aufforderung zum Trinken geben.

1. Was ist Kontrolliertes Trinken?

- Von „**Kontrolliertem Trinken**“ spricht man, wenn jemand sein Trinkverhalten nach einem zuvor aufgestellten **Trinkplan** bzw. Trinkregeln steuert.

Beispiel:

Jemand trinkt Alkohol nach folgendem Plan:

- er trinkt pro Tag **nie mehr** als eine Flasche Bier (0,5l) oder ein Glas Wein (0,2l)
- er beginnt mit dem Alkoholkonsum nie vor 17 Uhr
- er legt pro Woche drei alkoholfreie Tage ein
- Von „**Normalen Trinken**“ spricht man, wenn jemand ohne vorherigen Trinkplan aus der Situation heraus entscheidet, ob er Alkohol (weiter) trinkt oder auf weiteren Alkoholkonsum verzichtet.

Beispiel:

- Jemand stellt beim ersten Bier fest, dass er müde wird und trinkt deshalb keinen weiteren Alkohol mehr.
- Jemand stellt bei der Geburtstagsfeier fest, dass er im Moment Lust auf einen O-Saft hat und trinkt deshalb keinen Sekt.

Beim Kontrollierten Trinken bedarf es einer Reihe von Trinkregeln und weiterer Fertigkeiten z.B. ein Trinktagebuch führen. Beispiel für einen Trinkplan siehe Anhang.

2. Kontrolliertes Trinken muss erlernt sein.

Beim Kontrollierten Trinken geht es darum die Alkoholmenge einzugrenzen. Auch kontrolliertes Trinken erfordert- ebenso wie die Abstinenz- eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Alkoholkonsum und dessen Hintergründe. Damit Kontrolliertes Trinken gelingen kann, bedarf es eine Reihe von Strategien zu entwickeln, Kontrolliertes Trinken zu praktizieren. Dies alles muss, wie die Abstinenz, gelernt und geübt werden. Deshalb ist es sehr riskant, wenn Alkoholabhängige nach einer abstinenten Phase ohne fachliche Vorbereitung auf eigene Faust versuchen, Alkohol kontrolliert zu trinken.

Es gibt Beratungsstellen wie die Suchtberatungsstelle in Heinsberg, die „Kontrolliertes Trinken“ anbieten. Die Suchtberatungsstelle der LVR Klinik MG begleitet dieses nicht bzw. bietet dieses nicht an.

3. Kontrolliertes Trinken gelingt nicht immer

Selbst bei guter Vorbereitung z.B. im Rahmen eines Gruppenprogramms bei einer Beratungsstelle, gibt es keine Garantie dafür, dass Kontrolliertes Trinken dauerhaft gelingt. Es gibt drei große Klippen, an denen erfolgreiches kontrolliertes Trinken scheitern kann.

3.1 Krisensituationen

Die größte Gefahr, dass der Alkoholkonsum wieder außer Kontrolle gerät, ist bei einer Krise gegeben wie z.B. massive Enttäuschungen, Stress mit dem Partner oder mit dem Arbeitgeber, Verlust einer nahestehenden Person etc..

In derartigen Situationen braucht man viel Kraft, um die Krise durchzustehen und diese Kraft fehlt dann oftmals bei der konsequenten Kontrolle des Trinkverhaltens. Zudem weiß man, dass man sich durch den Konsum von Alkohol die Sorgen kurzfristig vom Hals schaffen könnte. Dann kann es schnell passieren, dass in einer Kurzschlussreaktion das Trinken außer Kontrolle gerät.

3.2. Selbstüberschätzung

Bei einigen Alkoholabhängigen stellt sich nach einiger Zeit der erfolgreichen Kontrolle eine gewisse Leichtsinnigkeit und oder Selbstüberschätzung ein. „ *Ich komme doch jetzt ganz gut wieder mit dem Alkohol zurecht. Ich kann aufhören einen Trinkplan zu führen. Ich weiß wann ich aufhören muss.*“ Das kann einige Male gut gehen. doch die Gefahr besteht darin, dass nun, da keine feste Grenze mehr gegeben ist, das Trinken sich unmerklich steigert. Im weiteren Verlauf droht wieder der Kontrollverlust.

3.3 Körperliche Abhängigkeit

Durch zu hoch angesetzte Alkoholmengen oder nicht eingehaltene Trinkpläne können ebenfalls zu einer allmählichen Steigerung der Trinkmenge führen. Dadurch kann eine erneute körperliche Abhängigkeit entstehen, in deren Folge Entzugsserscheinungen wie z.B. Tremor, erhöhte Schweißneigung und Herzrasen auftreten, wenn der Alkoholspiegel im Blut sinkt.

Wenn der Alkohol die Aufgabe hat, die Entzugssymptomatik zu lindern, ist es nicht mehr möglich kontrolliert zu trinken.

Fazit

Man kann sehen das es mehrere Gründe gibt, warum es trotz erlernter Strategien und ausgefeilten Trinkplan nicht so einfach ist, auf die Dauer kontrolliert zu trinken. Es ist immer mit dem Risiko verbunden wieder in altes Konsumverhalten zu verfallen.

Auch bei derzeitigen ernsthaften Abstinenzwillen ist es nicht aus zu schließen, dass der Wunsch nach kontrollierten Trinken im weiteren Verlauf nicht auftreten kann. Daher ist es wichtig darüber aufgeklärt zu sein, was Kontrolliertes Trinken bedeutet / beinhaltet.

4. Wie geht man mit dem Wunsch nach Kontrollierten Trinken um?

Wenn Wünsche oder Gedanken zum Kontrollierten Trinken auftreten sollten, sollte man zuvor folgendes prüfen:

- Prüfen Sie, ob es wirklich ein Wunsch nach Kontrollierten Trinken ist oder ob es eher ein derzeitiges Alkoholverlangen ist.
- Prüfen Sie, was hinter dem Wunsch nach Kontrollierten Trinken steht.
- Wägen Sie Vor- Nachteile der Abstinenz und dem Kontrollierten Trinken gut ab.
- Probieren Sie kontrolliertes Trinken auf nicht eigene Faust aus.
- Erstellen Sie einen Trinkplan nur mit fachlicher Anleitung.

2 Maßnahmen der Station A2

2.1 Therapieplan

Zielgruppe

Patienten, die voraussichtlich länger als eine Woche auf der Station A2 behandelt werden, kommen für die Erstellung eines individuellen Therapieplans in Betracht (Info-Woche, TK-Status, längerer Entzug, z.B. von Opiaten, Benzodiazepinen). Diese können bereits in der ersten Woche an der Ergo- und Sportschau teilnehmen.

Patienten, die voraussichtlich eine kürzere Behandlungsdauer haben, können ohne Teilnahme an der Sportschau an den Angeboten der Bewegungstherapie teilnehmen. Dies wird durch den verordneten Arzt /Psychologen durch ein „x“ nach dem Therapiekürzel gekennzeichnet.

Ablauf (gekürzte Fassung)

1. Informationen zu Defiziten/Ressourcen/Interessen/Bedürfnissen/positive Erfahrungen, z.B. aus Behandlungen zuvor (z.B. das hat mir geholfen/gut getan, damit habe ich Schwierigkeiten) werden im Bezugspflegegespräch zusammengetragen. Der Bogen „Ergoschau – Therapieeinschätzung“ soll in diesem Rahmen ausgefüllt werden
2. Der Bogen „Ergoschau – Therapieeinschätzung“ wird im interdisziplinären Team ergänzt (Definition von Zielen), ggf. Festlegen, dass Patient an einer bestimmten Anzahl von Therapien teilnehmen soll, ...
3. Dem Patienten werden vor der Ergo-/Sportschau der zuvor erstellte Bogen und ein Stationsrahmenplan (TH-Expert), mit für den jeweiligen Patienten relevanten Stationsterminen ausgehändigt. Nach Möglichkeit wird der Patient, z.B. durch die Bezugspflegekraft, zur Ergo-/Sportschau begleitet.
4. Der Patient kann, sofern durch die Therapeuten nicht anders angegeben, bereits am Tag der Ergo-/Sportschau an den vereinbarten Angeboten teilnehmen.
5. Das Stationsteam pflegt die vereinbarten Angebote in den Rahmenplan des Patienten (TH-Expert) ein, händigt ihm ein Exemplar aus und veranlasst die Verordnung der Therapien durch den ärztlich-psychologischen Dienst. Ein Exemplar kommt in die Patientenakte.

Sportschau:

Dienstags und donnerstags, jeweils von 9:30 Uhr bis 10:30 Uhr

Ergoschau:

Montags bis freitags von 9:00 Uhr bis 10:30 Uhr

Bewegungstherapie (HA, CJ)

Was bedeutet Bewegungstherapie?

In unserer Körperhaltung, dem Muskeltonus, unserem Gangbild und der Art und Weise, wie wir uns bewegen, spiegelt sich auch unsere "Haltung" zum Leben und gewissen Situationen wider. Die Bewegungstherapie bietet die Möglichkeit, diese Haltungen und Einstellungen wahrzunehmen, zu erleben, zu erfahren und zu hinterfragen, auch im sozialen Umgang mit Anderen. Darüber hinaus lädt die Bewegungstherapie ein, sich mit oder ohne Material so zu bewegen, das es Spaß macht.

Die Ziele und Inhalte der Bewegungstherapie:

- Körper (schmerzfrei) erleben, Mobilität spüren, Freude und Lebenskraft mit Bewegung verbinden
- Körpergefühl und Selbstwahrnehmung durch Bewegung und Entspannungsverfahren entwickeln
- Es ergeben sich ggf. neue Perspektiven über den eigenen Körper zu individuellen Problematiken
- Im Mittelpunkt stehen die eigenen Grenzen, insbesondere im täglichen Miteinander
- Themenzentrierte Stunden, rein sportliche Angebote, Wahrnehmungsförderung, Entspannungsverfahren
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie nur für Frauen

Ergotherapie (BJ, BA, RSJ, CS, WI, MT, RP)

Was ist Ergotherapie?

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind, bei für sie bedeutungsvollen Betätigungen mit dem Ziel, sie in der Durchführung dieser Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. Durch Verbesserung, Wiederherstellung oder Kompensation der beeinträchtigten Fähigkeiten und Funktionen soll dem Patienten eine möglichst große Selbstständigkeit und Handlungsfreiheit im Alltag ermöglicht werden. Neben geeigneten Übungen soll auch der Einsatz von Hilfsmitteln dazu beitragen, dass die verbleibenden Fähigkeiten angepasst werden und so ein Optimum an Rehabilitation erreicht wird.

Zielsetzung der Ergotherapie

- Ziel der Ergotherapie ist es, individuelle Handlungskompetenzen im täglichen Leben und Beruf zu entwickeln, wiederzuerlangen und/oder zu erhalten.
- Die Methode der Ergotherapie ist der spezifische Einsatz ausgewählter Aktivitäten, um Auswirkungen von Krankheit und Behinderung zu analysieren und zu behandeln.

Zur Anwendung kommen:

- handwerkliche/gestalterische Techniken
- kognitive Trainingsverfahren
- lebenspraktische Aufgaben
- kommunikative und wahrnehmungsfördernde Maßnahmen

Methoden/Verfahren zur Behandlung:

- kompetenzzentrierte Methode
- ausdruckszentrierte Methode
- interaktionelle Methode

Häufigkeit und Dauer:

Die Ergotherapie findet von Mo. - Fr. als Gruppentherapie statt.

Die Therapieeinheit dauert zwischen 45 Min. und 180 Minuten je nach Bedarf.

Kunsttherapie (BB)

Die Kunsttherapie wird nicht im Rahmen der Ergoschau geplant. Hier ist eine Rücksprache mit Brigitte Biebrach-Schmitt zu freien Plätzen in den einzelnen Angeboten erforderlich.

Am häufigsten genutzt wird ist hier das Angebot „Offenes Atelier“, hier gibt es kein gemeinsames Gruppenthema und der Patient kann sich zunächst an die Arbeit in der Gruppe gewöhnen.

Die Angebote der Kunsttherapie haben einen tiefenpsychologischen Charakter. Die Interventionen der Therapeutin sind handlungs- und alltagsbezogen orientiert. Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, systemische Therapie und Psychotrauma Behandlungsansätze bilden insgesamt den theoretischen Hintergrund. Neben den kunsttherapeutischen Gruppen gibt es noch einen Schwerpunkt in der Arbeit mit „inneren Bildern“. In der Gruppe „Imaginationsübungen....“ werden über gelenkte Imaginationen Sicherheit gebende innere Bilder von den Patientinnen selbst entwickelt. Hier gilt es, den Ängsten und traumatischen Erinnerungen in der Vorstellung und auch im gemalten Bild etwas entgegenzusetzen und so zu lernen, den inneren Dialog besser zu steuern.

Kneipp'sche Güsse

Physiotherapie wird nicht im Rahmen von Ergo- und Sportschau geplant. Die Verordnung erfolgt ausschließlich über den Arzt.

Neben Kneipp'schen Kniegüssen, werden auch Massagen, therapeutische Bäder, Ganzkörpergüssen, u.v.m. angeboten. Auch hier erfolgt die Verordnung durch den Arzt.

Die medizinischen Kniegüsse erzielen folgende positive Auswirkungen auf den Körper:

- Verbesserung und Anregung des Stoffwechsels und der Durchblutung
- Anregung des Kreislaufs
- Gefäßtraining (hauptsächlich Venen)
- Blutdruckregulierende Wirkung
- Stärkung und Aktivierung des Immunsystems und somit vorbeugend gegen Erkältungskrankheiten
- Sie fühlen sich vitaler und erfrischter

Durchführung

Durchgeführt werden die Güsse als Wechselgüsse entweder mit warmem und kaltem Wasser oder bei Problemen mit Krampfadern nur mit kaltem Wasser.

Handtücher und Fußdesinfektionsmittel sind in der Bäderabteilung vorhanden.

Bei Unsicherheiten des Patienten, bzw. Zweifeln an der medizinischen Sinnhaftigkeit der Teilnahme an den Güssen, steht das Team der Bäderabteilung zum Gespräch zur Verfügung.

2.2 Umgang mit innerer Anspannung und Skills

Skill = „Fertigkeiten“, die Fertigkeit disfunktionales Verhalten in Anspannungssituation durch eine bestimmte Ablenkung zu vermeiden.

Im Kontakt mit der Patientin / dem Patienten 2-4 Skills festlegen mit denen gearbeitet werden sollen. Zuvor nach bereits positiv angewendeten Skills befragen. Diese können/dürfen ggf. auch ausgetauscht werden. Es ist jedoch darauf zu achten, dass nicht zu viele verschiedene Skills auf einmal angewandt werden.

Anwendung von Anspannungsbögen:

Anspannungsbögen werden dem Patienten erläutert. Der Anspannungsbogen sollte in den Bezugspflegegesprächen vorgelegt und besprochen werden. Welche Skills wurden genutzt? Was davon war hilfreich, was weniger? Gegebenenfalls Alternativen anbieten.

Vorschläge für anwendbare Skills auf Station:

- Vertraute Menschen anrufen/kontaktieren zum „Herz ausschütten“
- Schöne Fotos ansehen
- Rätsel raten / Sudoku lösen
- Mandalas ausmalen
- Gesellschaftsspiele spielen
- Spazieren gehen
- Magischer Würfel
- Lesen /Musik hören / Fernsehen
- Kachelfliesen im Badezimmer zählen
- Kaltes Wasser über die Unterarme laufen lassen
- Entspannungsbad
- Sport / Sit Ups oder Liegestütze
- Auf einem Besenstiel balancieren
- Handtrainer
- Igelball / Wutball
- Gummiband auf Haut schnippen lassen
- Heiß/Kalt duschen gehen
- Eis lutschen / in die Handfläschen reiben
- Treppen rauf und Runter laufen
- Pfefferminzöl unter die Augen reiben
- Fishermen's friend lutschen
- Vitamin C Brause Tabletten auf die Zunge legen und auflösen lassen
- Scharfe Bonbons lutschen
- Chilischoten kauen
- Japanisches Heilpflanzenöl unter die Nase reiben

- Ammoniak (Brechampullen/ oder auf einem Tupfer riechen)
- Finalgonsalbe stark auf die Haut reiben

Auf Station A2 befindet sich ein „Skillkoffer“, der genutzt werden soll um zusammen mit den Patienten in Anspannungssituationen Skills auszuprobieren.

Unterstützend kann ein Therapieangebot sinnvoll sein. Hier bieten sich zwei Gruppen von Frau Bierbrach-Schmitt an: Offenes Atelier (BB1) und Imaginationsgruppe (BB6)

Zusätzlich kann es sinnvoll sein die Gruppe „Notfallskills“ und „Skills“ zu besuchen, die von Mitarbeitern der Klinik geleitet/geführt wird. Diese beiden Gruppen richten sich an Menschen mit Anspannungs- und Emotionsregulationsstörungen.

Die Gruppe „Notfallskills“ verläuft in 5 Modulen, die auch ambulant wahrgenommen werden können sollte man vor Ende des 5 Moduls entlassen werden. Sie findet jeden Donnerstag um 12.15 Uhr im Therapieraum der Station H1 statt. Die Anmelde Listen findet man unter Intranet /Behandlung/Beratungs- Schulungs- und Edukationsangebote

Die Gruppe „Skills“ ist ein Angebot, das für Menschen im ambulanten Rahmen angeboten wird. Dieses verläuft in 10 Einheiten die aufeinander aufbauen. Aus diesem Grund ist eine kontinuierliche Teilnahme vorausgesetzt. Die Anmeldung verläuft über den ambulanten Psychiater und einem der Gruppenleiter - siehe Intranet /Behandlung/ Beratungs- Schulungs- und Edukationsangebote.

2.3 Die Regeln der Schlafhygiene

Halten Sie jeden Tag (auch am Wochenende) **regelmäßige Aufsteh- und Ins-Bettgeh-Zeiten** (max. Abweichung 30 Min) ein: Regelmäßigkeit (nicht nur in Bezug auf die Schlafzeiten, sondern auch z.B. Essenszeiten) stellt eine notwendige Voraussetzung dafür dar, dass sich die verschiedenen biologischen Rhythmen des Körpers aufeinander abstimmen können. Die Einhaltung einer regelmäßigen Aufstehzeit ist dabei am wichtigsten, denn die Aufstehzeit ist für unsere **biologischen Rhythmen** der "Ankerpunkt".

Machen Sie **kein Nickerchen** tagsüber. Selbst ein relativ kurzer Mittagsschlaf kann dazu führen, dass der Schlafdruck unverhältnismäßig stark reduziert wird. Ein- und Durchschlafstörungen in der Nacht können die Folge sein. Wenn Sie auf einen Kurzschlaf nicht verzichten können, sollten Sie ihn auf keinen Fall nach 15 Uhr legen. Besonders gefährlich ist in dieser Hinsicht auch das kurze - häufig nur minutenlange - Eindösen vor dem Fernseher am Abend.

Schränken Sie Ihre Bettliegezeit auf die Anzahl Stunden ein, die Sie ungefähr pro Nacht in der letzten Woche geschlafen haben: Diese Regel entspricht der „Schlafrestriktionstechnik“. Zu lange Bettliegezeiten können erheblich zur Aufrechterhaltung von Schlafstörungen beitragen. Als Richtmaß kann bei Schlafstörungen gelten: **Nicht länger als 7 Stunden im Bett verbringen.**

Trinken Sie keinen Alkohol: **Alkohol** verhilft zwar manchem Schlafgestörten zu einem leichteren Einschlafen, er beeinträchtigt aber gravierend die Schlafqualität und führt gerade in der zweiten Nachthälfte oft zu **Durchschlafproblemen**. Was die wenigstens wissen: Schon relativ geringe Mengen (2 Glas Wein, 1 Liter Bier) führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Schlaferholbarkeit

Trinken Sie 4-8 Stunden vor dem Zubettgehen keinen Kaffee mehr: Das Kaffee als "Wachmacher" erheblich zu Schlafstörungen beitragen kann, wird Ihnen bekannt sein. Die wenigsten Menschen wissen allerdings, dass je nach persönlicher Empfindlichkeit die **schlafschädigende Wirkung von Kaffee 8-14 Stunden** anhalten kann. Beachten Sie auch, dass schwarzer und grüner Tee sowie auch Cola ebenfalls Koffein enthalten. Nach Möglichkeit sollten Sie versuchsweise für 4 Wochen ganz auf Kaffee/Tee verzichten und anschließend nicht mehr als 3 Tassen Kaffee vor 10 Uhr vormittags trinken.

Rauchen Sie nicht mehr nach 19 Uhr abends oder geben Sie das Rauchen ganz auf. Während der Nacht sollten Sie überhaupt nicht rauchen: Nikotin wirkt sich auf den Schlaf ähnlich negativ wie Koffein aus. Insbesondere die Wechselwirkung aus Nikotin und Alkohol wirkt schlafstörend. Langfristig wird der Schlaf auch durch die vom

Rauchen eingeschränkte Funktion der Lunge beeinträchtigt. Besonders schädlich ist es, bei nächtlichem Erwachen kurz „eine zu rauchen“. Dadurch bringen sie Ihren Kreislauf in Aktion, was dem Wunsch nach Schlaf widerspricht.

Drei Stunden vor dem Zubettgehen sollten Sie **keine größeren Mengen an Essen** und/oder Trinken zu sich nehmen. Ein kleiner Snack vor dem Zubettgehen (z.B. Milch mit Honig, eine Banane o.ä.) kann aber hilfreich sein: Dass ein voller Bauch bzw. eine volle Blase dem Schlaf nicht zuträglich ist, erklärt sich von selber.

Vermeiden Sie körperliche Überanstrengung nach 18 Uhr. Gehen Sie aber grundsätzlich sportlichen Aktivitäten am Tage nach: Starke körperliche Anstrengung regt, ähnlich wie Kaffee und Nikotin, unser sog. "Sympathisches Nervensystem" an, das für "Aktivität" und "Stress" zuständig ist. Es braucht mehrere Stunden bis die Aktivität des sympathischen Nervensystems wieder abflaut. Umgekehrt können Menschen, die tagsüber kaum einer körperlichen Betätigung nachgehen, durch regelmäßiges körperliches Training, ihren Schlaf verbessern. Dies gilt besonders für ältere Menschen.

Gestalten Sie Ihre Schlafumgebung angenehm und schlaffördernd (Temperatur, Licht, Geräusche). Nach Möglichkeit sollte das Schlafzimmer nur zum Schlafen dienen und nicht gleichzeitig z.B. als Arbeitszimmer verwendet werden. Das Einschlafen gelingt in kühlerer Umgebung meistens besser, die Heizung sollte also deutlich niedriger laufen als im Rest der Wohnung. Sorgen Sie außerdem für gute Belüftung, stickige Luft führt zu wenig erholsamen Schlaf.

Schaffen Sie zwischen Ihrem Alltag und dem Zubettgehen eine **"Pufferzone"**: Wenn sich der Schlaf unmittelbar an den normalen Alltag (z.B. der Planung für den kommenden Tag, Arbeit, anstrengenden Gesprächen, u.ä.) anschließen soll, sind Einschlafprobleme leicht die Folge. Zwei Stunden vor dem Zubettgehen sollten solche Aktivitäten nach Möglichkeit abgeschlossen und der Rest der Zeit der Erholung gewidmet sein. Wenn Sie Aufgaben des nächsten Tages, Sorgen und Grübeleien nicht loslassen, ist es oft hilfreich, diese rechtzeitig am Abend, z.B. in einem Tagebuch, aufzuschreiben und "abzulegen".

Legen Sie sich ein regelmäßiges **„Zubettgehritual“** zu: Ein Reihe regelmäßiger, stets in der gleichen Abfolge durchgeführter Handlungen (z.B. Kontrolle, ob Haustür verschlossen ist, Licht in anderen Räumen löschen, Umziehen für die Nacht, Heizung abdrehen, Zähne putzen) kann helfen, den Körper bereits im Vorfeld auf die Schlafenszeit einzustimmen. Ihr Zubettgehritual sollte aber nicht länger als 30 Minuten dauern.

Wenn Sie **nachts aufwachen, sollten Sie nichts essen und nicht rauchen**: Regelmäßiges Essen in der Nacht führt innerhalb kurzer Zeit dazu, dass ihr Körper von selber nachts wach wird, weil er erwartet, von ihnen "gefüttert" zu werden.

Setzen Sie sich **keinem hellen Licht aus**, wenn Sie nachts wach werden und aufstehen müssen: Helles Licht wirkt als "Wachmacher" und ist in der Lage unsere "inneren Uhren" zu verstellen.

Vermeiden Sie es nachts auf die Uhr zu gucken: Der Blick zur Uhr löst zumeist direkt entsprechende gedankliche ("3 Uhr: Die Nacht kann ich mal wieder vergessen") und körperliche Reaktionen (Anspannung, Erregung) aus und raubt den letzten Rest an Unbefangenheit gegenüber dem Schlaf. Drehen Sie am besten Ihren Wecker so, dass Sie ihn gar nicht sehen können.

Setzen Sie sich **nach dem Aufstehen** am Morgen nach Möglichkeit etwa eine halbe Stunde lang dem **Tageslicht** aus: Tageslicht am Morgen (auch an einem grauen, bedeckten Tag ist das Tageslicht draußen bei weitem heller als die künstliche Raumbelichtung) hilft den Schlaf-Wach-Rhythmus zu stabilisieren und hat gleichzeitig eine stimmungsaufhellende Wirkung.

Auch wenn viele dieser Regeln bedeuten, dass Sie auf die eine oder andere liebgewonnene Gewohnheit verzichten müssen, sollten Sie doch keinesfalls auf "Sparflamme" leben, sondern auch in den Abendstunden angenehmen Aktivitäten nachgehen. Bedenken Sie, dass nicht nur der Schlaf den folgenden Tag bestimmt, sondern umgekehrt gilt auch: der Tag bestimmt die Nacht. Nur ein aktiv gestaltetes Wachleben mit Arbeit, Hobbys, Interessen usw. kann zu einem erholsamen Schlaf beitragen.⁴

⁴ Literaturquellen: Dies Informationsblatt wurde durch Hr. J. Schwarze (Stationsarzt) erstellt. Dabei hat er sich auf folgende Quellen bezogen.

- Jordan W, Hajak G: Gestörter Schlaf – was tun? Ein Ratgeber. München, Arcis Verlag 1997
- Peter JH, Köhler D, Knab B, Mayer G, Penzel T, Raschke F, Zulley J (Hrsg.): Weißbuch Schlafmedizin. Regensburg. S. Roderer Verlag 1995.

2.4 Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll

Akupunktur nach dem NADA-Protokoll (National Acupuncture Detoxification Association*) ist eine Behandlung, die am staatlichen Lincoln Hospital in der Bronx/ New York entwickelt wurde und die sich neben den USA und Deutschland derzeit in mehreren europäischen Ländern durchsetzt. Viele Tageskliniken und Ambulanzen sowie Praxen, Beratungsstellen und Krankenhäuser in Deutschland behandeln bereits erfolgreich mit dieser Form der Akupunktur.

Akupunktur nach dem NADA-Protokoll ist eine Ohrakupunktur und eignet sich besonders für Menschen, die erheblich unter Stress, Schlafstörungen oder an innere Unruhe' und Gereiztheit leiden. Akupunktur wirkt bei bekannten Suchtstoffen, z.B. Alkohol, Methadon, Heroin, Kokain, Crack, Cannabis oder Nikotin, so dass ein Entzug von diesen Stoffen wesentlich besser auszuhalten ist.

Akupunktur kann Störungen im Wohlbefinden regulieren, sie wirkt entspannend, fördert Wachheit und Konzentration. Akupunktur mindert das Suchtverlangen auch in Hinsicht einer Suchtverlagerung auf gesteigerter Esslust. Eine eventuelle Gewichtszunahme als Folge der Stoffwechselreaktion ist durch Akupunktur nicht beeinflussbar.

Die inneren Selbstheilungskräfte basieren nach der traditionell chinesischen Medizin auf die Lebensenergie, dem sogenannten Qi (Schi). Demnach ist Qi die Quelle aller Bewegungen. Sie schützt den Körper durch Abwehr, wärmt ihn, bewegt das Blut und ist gleichzeitig auch Quelle für Umwandlung/ Transformation.

Das Qi besteht aus zwei Komponenten, dem Yin und dem Yang. Bei der Nikotinentwöhnung beispielsweise geraten das Yin und Yang aus dem Gleichgewicht, was sich durch bekannte Symptome bemerkbar macht. Die Akupunktur stimuliert das Qi, so dass ein Gleichgewicht zwischen Yin und Yang begünstigt oder auch wieder hergestellt wird.

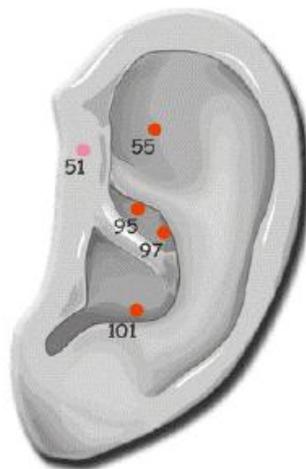
Zur Behandlung sitzen Sie auf einen Stuhl und reinigen sich zu Beginn mit einem Tupfer und Desinfektionsmittel die Ohrmuscheln. In jede Ohrmuschel werden max. fünf Nadeln gesetzt, ca. 2 Millimeter tief. Dies kann unter Umständen einen leichten Schmerz verursachen. Mitunter ist der Einstich aber auch nicht zu spüren. Der Akupunkteur hilft Ihnen dabei z.B. mit der Technik des Gegenatmens.

Die Behandlung

Ohrakupunktur darf bei jedem Menschen angewendet werden, es gibt keine Kontraindikationen. Akupunktur verursacht mitunter einen kurzen Schmerz an der Einstichstelle, aber sehr selten Komplikationen. Eine dieser seltenen Komplikationen kann eine Entzündung der Akupunkturstelle verursachen. Diese sollte dann von einem Arzt gesehen und behandelt werden. Selten kommt es zu Kreislaufreaktionen oder Kopfschmerzen. In diesem Fall werden die Nadeln ganz oder teilweise gezogen.

Zusammen mit anderen Teilnehmern sitzen Sie etwa 20-40 Minuten im selben Raum. Während der Behandlung sollten Sie auf Essen, Trinken, Reden oder Lesen verzichten. Mitunter fallen Nadeln vorzeitig aus dem Ohr, was nicht weiter schlimm ist. Bitte laufen Sie mit Nadeln im Ohr nicht im Raum herum. Es ist eine gute Idee, vor der Behandlung zur Toilette zu gehen. Während der Akupunktur läuft im Hintergrund Meditationsmusik, welche zur Entspannung beiträgt. Ebenso der wie Detox-Tee, welcher im Anschluss angeboten wird. Nach der Akupunktur wird noch ein Austausch stattfinden, bei der man über die gemachten Erfahrungen spricht. Um eine kontinuierliche Wirkung zu erzielen, sollte man die Ohrakupunktur täglich nutzen.

Die fünf Ohrpunkte



Vegetativum (51): Ausgleich vegetativer Funktionen wie übermäßiges Schwitzen, Durchfall, Verstopfung, Herzrasen, Blutdruckschwankungen, Zittern, Schmerz- und Schlafregulationsstörungen. Seelisch-geistige Modalität: Nachdenken/ ‚Grübeln‘.

Shen Men (55): (‚Tor des Geistes, Tor zur Seele‘) Belebt, entspannt und klärt den Kopf, fördert die Wachsamkeit und Aufmerksamkeit. Wirkt antidepressiv. Modalität: Freude.

Nierenpunkt (95): Erneuerung, Regeneration und Reaktivierung nach Erschöpfung. Die Niere bewahrt und schützt die Lebensenergie. Sie fördert die Entwicklung, reaktiviert Energie und unterstützt die innere Struktur der Person und ihren Willen (Willenskraft). Modalität: Angst.

Leberpunkt (97): Stoffwechsel, Bewegung und Emotion im Fluss halten. Beweglichkeit, Entscheidungskraft und Muskelfunktionen unterstützen. Aggressive Emotionen im Fluss halten, sich wehren und sich abgrenzen können. Seelische Modalität: Entscheidungskraft und Beweglichkeit, Wut/ Zorn.

*Lungenpunkt (101): **Ausscheidung, Austausch, Atmung, Loslassen und Abschied nehmen. Förderung von Trauer und dem ‚Loslassen können‘. Modalität: Trauer.***⁵

2.4.1 Detox Tee

zur Entspannung und Beruhigung

100g enthalten

- **Kamillenblüten** **3Teile (48g)**
- **Passionsblumenkraut** **1 Teil (16g)**
- **Pfefferminzblätter** **1 Teil (16g)**
- **Schafgarbenkraut** **1 Teil (16g)**
- **Hopfenzapfen** **¼ Teil (4g)**

Zubereitung

Wasser kochen und danach 3 Minuten abkühlen lassen.

2 gestrichene Esslöffel der Obigen Teemischung auf 1l Wasser, 5Minuten bziehen lassen, abschließend abseihen.

Der Detox Tee wird nach Bedarf mehrmals täglich angesetzt, trinken Sie davon so viel und so oft Sie mögen.⁶

⁵ Informationen aus der Infobroschüre der Station A2 für Patienten

⁶ Infobroschüre der Station A2 für Patienten

2.5 Belastungserprobungen

Zielgruppe

Belastungserprobungen richten sich vorwiegend an Patienten mit Differenzialdiagnosen und an sehr unsichere Patienten sowie an solche, die ihr häusliches Umfeld vor der Entlassung anpassen müssen.

Beispielhaft wären hier leere Flaschen in der eigenen Wohnung, die einen weiteren Rückfall triggern können und soziale Phobien zu nennen.

Arten von Belastungserprobungen (Auswahl)

Tagesurlaub: In der Regel von der Morgenrunde bis zum Abendessen bzw. bis zum Abend (20 Uhr).

Der Tagesablauf kann je nach konkretem Behandlungsziel mit der Bezugspflege vorbesprochen oder frei gestaltet werden.

Eine Begrenzung auf wenige Stunden, um beispielsweise zunächst einzelne Tätigkeiten (Einkaufen, Behördengänge, Blumen gießen, Post holen, ...) zu erproben, ist möglich (Stadtausgang).

Belastungserprobung mit Übernachtung: In der Regel verlässt die Patientin / der Patient die Station nach der Morgenrunde und kehrt vor der Morgenrunde des Folgetags auf die Station zurück.

Diese Form der Belastungserprobung dient in erster Linie der Vorbereitung auf die Entlassung.

Auch hier ist sowohl eine freie Tagesgestaltung als auch eine detaillierte Vorbesprechung mit der Bezugspflege entsprechend der Bedürfnisse der Patientin / des Patienten möglich.

Voraussetzungen

Belastungserprobungen sind im Rahmen einer regelhaften Entzugsbehandlung von Alkohol nicht vorgesehen. Auch Stadtausgänge sind regulär erst ab der dritten Behandlungswoche möglich.

Belastungserprobungen können erst unternommen werden, wenn der Patient keine Entzugsmedikation mehr erhält.

Wichtig!

In der Dokumentation „Belastungserprobung“ unbedingt ausschreiben und nicht abkürzen!

3 Nachsorgeangebote des Suchthilfesystems

3.1 Langzeittherapie Haus 15 der LVR-Klinik Viersen

Nachsorgeangebote Langzeitentwöhnungstherapie

Haus an den Süchtelner Höhen „Haus 15“ der LVR Klinik Viersen

- Langzeitentwöhnungstherapie für Menschen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit
- Es stehen 20 Plätze für eine vollstationäre medizinische Rehabilitation, 3 für eine teilstationäre Behandlung („ganztägig ambulant“) und vier Plätze für die Adaption zur Verfügung

Behandlungsdauer:

- Eine vollstationäre Behandlung kann bis zu 16 Wochen betragen und die Adaptionsphase kann bis zu 13 Wochen dauern
- Alle Zeiten können im Einzelfall verkürzt oder verlängert werden
- Zeitrahmen der teilstationären Behandlung ist variabel und richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten

Zusätzliche Angebote:

- eine acht Wochen dauernde Wiederholungsbehandlung und eine teilstationäre Behandlungsform
- AG100 (Eilantrag auf Entwöhnungstherapie)
Es wird ein fester Aufnahmetermin vereinbart für besonders gefährdete Patienten
Diese gehen dann zunächst auf eine der Entgiftungsstationen in der LVR Klinik Viersen. Dort wird durch den sozialen Dienst der Klinik ein Antrag auf Entwöhnungstherapie gestellt und sobald eine Kostenzusage gegeben wurde, wird die / der betroffene Patientin / Patient im Haus 15 zur Langzeitentwöhnungstherapie aufgenommen und behandelt.
Weitere Kliniken, die dieses Angebot haben, sind:
LVR Klinik Langenfeld
LVR Klinik Bedburg Hau

Wege in die Behandlung:

- Kostenträger ist die Rentenversicherung : DRV Rheinland und DRV Knappschaft

- Ausgenommen: DRV Bund
- AG100 (Eilantrag)

Informationsveranstaltung:

- jeden Donnerstag um 15:45 Uhr auf Station 30/2 in der LVR Klinik Viersen

Ansprechpartner

- Iris Seidel Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Telefonnummer: 02162/96-4193

Kontaktadresse:

- LVR Klinik Viersen, Johannisstraße 70 , 41749 Viersen

Auf Station A2:

- jeden dritten Donnerstag im Monat

3.2 AHG Klinik Dormagen

- Aufnahme ab einem Alter von 18 Jahren möglich, für Menschen mit einer Alkohol oder Medikamentenabhängigkeit
- Mitbehandlung möglicher Folge-/ Begleiterkrankungen wie zB:
 - Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Tabakabhängigkeit, Drogenmissbrauch, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Schlafstörung
- Nicht behandelt werden können sind Menschen mit schweren kognitiven Störungen wie Demenz, Korsakov-Syndrom oder akuter Schizophrenie

Behandlungskonzept:

- Erkenntnisse der modernen Verhaltenstherapie und Psychotherapie
- Oberstes Ziel ist die dauerhafte Abstinenz
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Reintegration ins private und berufliche Leben
- Grundlage allen therapeutischen Handelns ist die vom Berner Psychotherapieforscher Prof. Klaus Grawe entwickelte Neuropsychotherapie, die besagt das jeder Mensch nach der Befriedung seiner Grundbedürfnisse strebt und gelingt es einem seine Bedürfnisse umzusetzen spricht man von einer gesunden und stabilen Psyche. Gelingt dies nicht so gut ist ein Mensch anfälliger für psychotische Störungen.
- es werden individuelle Therapieschritte geplant
- angeboten werden verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapien, die durch Arbeitstherapie und Ergo- und Bewegungstherapie noch unterstützt werden
- hinzukommen noch sogenannte Indikative Angebote zu speziellen Störungsbildern wie z.B. Depressions- und Angstbewältigungsgruppen, Training sozialer Kompetenzen oder Entspannungstraining

Spezielle Angebote der AHG Klinik Dormagen:

- Entwöhnungstherapie plus Traumatherapie

Behutsame Traumatherapie in der stabilisierende Maßnahmen im Vordergrund stehen

Sowie

- Behandlung von kognitiven Störungen

Kognitive Trainingsprogramme üben bei alkoholabhängigen Menschen starken Einfluss auf einen positiven Therapieverlauf aus. Aus diesem Grund wird ein umfassendes Programm an neuropsychologischer Diagnostik und Therapie angeboten

Wege in die Behandlung:

- Kostenträger für die Entwöhnungstherapie sind Rentenversicherungsträger und Krankenkassen
- Die Beantragung läuft über Suchtberatungsstellen (Diakonie o. Gesundheitsamt), einen Kliniksozialdienst oder einen Betrieblichen Sozialdienst

Dauer der Behandlung:

- eine Behandlung kann bis zu 16 Wochen betragen

Anschrift der Klinik:

- AHG Klinik Dormagen, Zentrum für Verhaltensmedizin, Kurt-Tuchosky Straße 4, 41539 Dormagen

Ansprechpartner:

- Barbara Richartz und Jörg Glowig, Zentrale 02133/26600

Auf Station A2:

- jeden zweiten Donnerstag im Monat und bei Bedarf

3.3 Soziale Rehabilitation Wohnbereich Station 30/10

(der LVR Klinik Viersen)

- geschlossene Wohngruppe
- 17 Plätze für alkoholabhängige Menschen mit erheblichen psychosozialen, körperlichen und neurologischen Folgeschäden, die stark rückfallgefährdet sind und noch nicht in der Lage sind in einer offen geführten Einrichtung zu leben
- Die Förderung und Betreuung erfolgt im Rahmen der Eingliederungshilfe zu Lasten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Ziele:

- das Fördern der noch vorhandenen Ressourcen
- Erlernen von sozialen Kompetenzen
- Überleitung in eine offen geführte soziotherapeutische Einrichtung oder einer anderen betreuten Wohnform ermöglichen
- die Förderung erfolgt mit Hilfe eines individuell erstellten Hilfeplans in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen und dem gesetzlichen Betreuer

Angebote:

- die Bewohnerin / der Bewohner wird soweit wie möglich in die Wohngruppe eingebunden, sie werden sukzessiv an die Strukturen des Tagesablaufes herangeführt, durch eine Teilnahme an der Ergotherapie, Bewegungstherapie, Gruppenaktivitäten und geplante begleitete und unbegleitete Ausgänge

Aufenthaltsdauer:

- kann durchaus mehrere Monate betragen

Kontakt aufnehmen:

- Wohnbereich 30/10
LVR-Klinik Viersen
Johannisstraße 70
Telefon: 02162/96 4557

3.4 Suchtambulanz der LVR-Klinik Mönchengladbach

- für Menschen mit einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit oder eine Abhängigkeit von illegalen Drogen (THC/Amphetamine)
- bereits in der Entgiftungsphase wird die Bereitschaft zu einer suchtspezifischen Nachsorge gestärkt

Angebote der Suchtambulanz

- Beratung und Information bei Problemen mit Abhängigkeitserkrankungen
- Individuelle Diagnostik und medikamentöse Behandlung
- Stabilisierung und Vorbereitung auf eine ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapie
- Therapeutisch geleitete, teils geschlechterspezifische Gruppen
- Pflegerische, stabilisierende Einzelgespräche
- Vermittlung einer qualifizierten Entgiftungsbehandlung auf unsere Station für Abhängigkeitserkrankung
- Krisenintervention zur Rückfallprophylaxe
- Rückfallprävention mit S.T.A.R. (Strukturiertes Trainingsprogramm zur Rückfallprophylaxe nach Körkel und Schindler)
- Ergotherapieverordnung

Was wird benötigt:

- es muss ein Gesprächstermin mit in der Suchtambulanz vereinbart werden
- Überweisung (an das Fachgebiet Psychiatrie) des Hausarztes muss vorhanden sein zur Abrechnung

Kontakt aufnehmen:

- Zentrum für Abhängigkeitserkrankung
Swenja Kreisler 02166/618-2305
Peter Haas 02166/618-2313

3.5 INTRES (Integration und Rehabilitation Suchtkranker)

- Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, psychischen Beeinträchtigungen und deren Umfeld
- Angebote mit unterschiedlichen Betreuungsformen, die individuell an den Bedürfnissen und Bedarf der Betreuungsperson angepasst und weiter entwickelt werden
- In der Betreuung wird motivierend, ressourcenorientiert, kreativ und partnerschaftlich gearbeitet

Angebote von INTRES:

Ambulant Betreutes Wohnen

- Hilfesuchenden leben in ihrer eigenen Wohnung und erhalten dort Unterstützung in Bewältigung und Gestaltung ihres Alltags
Es wird zusammen ein individueller Hilfeplan (IHP) erarbeitet, in dem die Art, die Mittel, die Dauer und die Intensität der Hilfen festgelegt werden

Kostenanfragen:

Für die Kostenübernahme durch den Landschaftsverband Rheinland wird folgendes benötigt:

- ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
- Informationen und Nachweise über die Einkommensverhältnisse
- Individueller Hilfeplan

Tagesstruktur

- die Tagesstrukturierende Maßnahme richtet sich an Menschen die für die Bewältigung ihres Alltags einen Suchtmittelfreien Raum und regelmäßige Abläufe wünschen
- die genauen Ziele werden in einem individuellen Hilfeplan (IHP) erarbeitet

Ablauf der Tagesstruktur

- der Tag beginnt mit einer Morgenrunde, wo jeder sein aktuelles Befinden äußern kann. Im Abschluss findet ein vielfältiges Angebot unter ergotherapeutischer Anleitung statt. Es gibt ein gemeinsames Mittagessen, was zusammen mit einer Hauswirtschaftskraft zubereitet wird.

Weitere Angebote der Tagesstruktur:

- der Mittwochtreff in Zusammenarbeit mit der Suchtambulanz der LVR Klinik Mönchengladbach
- Sonntagstreff

Kostenanfragen:

- siehe Kostenanfragen Ambulant Betreutes Wohnen

Kontaktaufnahme:

- Brucknerallee 14-16 , Telefon: 02166/854711

Die Wohngemeinschaft

- die Wohngemeinschaft auf der **Dohlerstraße** bietet sechs Menschen einen Suchtmittelfreien Wohn- und Lebensraum
- es bietet Unterstützung bei der Stabilisierung der Lebensbedingungen oder eine Begleitung beim Übergang in eine neue Wohn- und Lebensform
- die Unterstützung richtet nach dem individuell erstellten Hilfeplans
- die Bewohner leben selbstständig unter fachlicher Begleitung der Wohngemeinschaft
- Es findet täglich eine Morgenrunde statt, wo jeder sein Befinden äußern kann, des weiteren finden regelmäßige Einzelgespräche statt zu weiteren Hilfen geplant werden und aktuelle Anliegen geklärt werden können
- Die Bewohner haben ebenfalls die Möglichkeit an der Tagesstrukturierung teilzunehmen

Kostenanfragen:

- die Kosten für die Miete und den Lebensunterhalt werden über das jeweilige Einkommen der Bewohner finanziert
- Für die Kostenübernahme der Betreuung durch den Landschaftsverband Rheinland wird folgendes benötigt:
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
 - Informationen und Nachweise über die Einkommensverhältnisse
 - Individueller Hilfeplan

Kontaktaufnahme:

- Dohlerstraße 77 , Telefon: 02166/1300972

Betreutes Wohnen Dessauer Straße

- Begleitung von Klientinnen / Klienten die in mehreren Zwei-Wohngemeinschaften leben
- Neben der psychosozialen Begleitung in Form von Einzelfallhilfen, werden weitere Hilfen angeboten wie z.B. :
- Training zur Einhaltung einer verbindlichen Tagesstruktur
- Eine Übung des Umgangs mit der eigenen Befindlichkeit- vor allem bezogen auf die abstinente Lebensweise
- Die Förderung der eigenen Kreativität
- Das Umsetzen von handwerklichen Ideen
- Die Teilnahme an Freizeitaktivitäten
- Gemeinsame Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten

Die Betreuung wird durch ein erfahrendes, multidisziplinäres Team aus Fachkräften gewährleistet. Es wird eng mit dem Wohnheim an der Viktoriastraße und dem Team der Tagesstruktur auf der Brucknerallee gearbeitet, so dass jeder Bewohner auch die Möglichkeit hat, dort Anbindung zu finden und an den dortigen Angeboten teilzunehmen.

Kostenanfragen:

- siehe Kostenanfragen Tagesstruktur

Kontaktaufnahme:

- Dessauer Straße 52, 02161/3039955

Wohnheim an der Viktoriastraße

- 25 Plätze für Menschen mit einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit
- Aufenthaltsdauer ist zeitlich nicht begrenzt
- Das Wohnheim besteht auf drei Wohneinheiten und zwei ausgelagerten Heimplätzen

Das Wohnheim ist für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die ...

- trotz zahlreicher und unterschiedlicher Bemühungen es nicht geschafft haben, von Suchtmittel loszukommen
- einen Suchtmittelfreien Raum suchen
- durch ihre langjährige Erkrankung so stark beeinträchtigt sind, dass sie die Unterstützung benötigen die nur ein Wohnheim bieten kann
- in der Lage sind, angebotene Hilfe anzunehmen

Kostenanfragen:

- siehe Kostenanfragen Tagesstruktur

Kontaktaufnahme:

- Viktoriastraße 83, Telefon: 02161/811920

Weitere Angebote von INTRES :

- MAT = Mentales Aktivierungstraining
Geistige Leistungsfähigkeit soll gesteigert werden, dies findet in der Gruppe statt
- NADA Akupunktur
Kann Menschen mit einer Suchterkrankung stabilisieren und stärken, Craving (Suchtdruck) kann gemindert werden
Wird nur von Fortgebildeten Personal durchgeführt
- S.T.A.R. Programm
Strukturierte Trainingsprogramm zur Rückfallprävention
Soll Kompetenzen zur Vorbeugung von Rückfällen vermitteln
Findet in der LVR Klinik Mönchengladbach statt
- HOT Haushaltsorientiertes Training
Menschen werden in ihrer häuslichen Umgebung begleitet, die Wohnreinigung, Wäschepflege, Zubereitung der Mahlzeiten und der Umgang mit finanziellen Mitteln werden trainiert und neue Strukturierende
Wird durch zertifizierende Fachkräfte durchgeführt

Die Kulturküche:

- 10 Klienten von INTRES haben die Möglichkeit sich dort im Service oder der Küche zu betätigen
- Sieben neu gestaltete Büroräume und ein Konferenzraum bieten neben der Funktion Arbeitsstätte für junge Selbstständige, die Möglichkeit zum Austausch, Zusammenarbeit und Netzwerkarbeit

- Gesellschaftliches Miteinander soll so gefördert werden

3.6 Diakonisches Werk Mönchengladbach GmbH

- Beratungsstelle für Menschen und deren Angehörige mit einem problematischen Konsum von Alkohol oder Medikamenten

Kontaktaufnahme:

- telefonische Sprechzeiten - Mo., Mi., Do., Fr., 13.00 -14.00 Uhr
- offene Sprechstunde
 - Montags 16.00 - 17.00 Uhr
 - Mittwochs 11.00 - 12.00 Uhr

in kurzen Einzelgesprächen können erste Hilfsmaßnahmen besprochen werden und weitere Vorgehensweisen erörtert werden, evtl. Vereinbarung weiterer Einzelgesprächstermine.

- Informations- und Motivationsgruppe – mittwochs 19.00 - 21.00 Uhr

eine offene, geleitete Gruppe zur Therapievorbereitung . Der Einstieg in diese Gruppe ist jederzeit möglich. Inhalte der Informations- und Motivationsgruppe:

- Informationen über Formen des Suchtverlaufs, Stadien der Abhängigkeitserkrankung und deren Folgen
- Einschätzung der eigenen Abhängigkeit
- Entwicklung einer Motivation zur Veränderung
- Verständnis von Abhängigkeit als Ausdruck ungelöster Lebensprobleme
- Wahrnehmung von Auslösesituationen für eigene Rückfälle

Mittelstraße 12, 41236 Mönchengladbach, Tel. 02166/ 17677 (Zentrale)

Weitere Angebote der Diakonie Mönchengladbach:

Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe

- Donnerstagsgruppe 19.00 - 21.00 Uhr Oskar-Kühlen-Straße 14
- Samstagsgruppe 19.00 - 21.00 Uhr Oskar-Kühlen-Straße 14

Die Leiter/innen nehmen regelmäßig an Teamsitzungen der Suchtberatung teil und haben die Möglichkeit sich weiterzubilden.

Auf Station A2:

- jeden Freitag gegen 10.00 Uhr / ab den 8.03.2013 jeden Samstag um 9.30 oder 10.00 Uhr auf Station

3.7 Gesundheitsamt Mönchengladbach

- Beratung und Begleitung von Menschen mit Problemen im Umgang mit
 - Alkohol
 - Medikamenten
 - Glückspiel
 - illegaler Drogen

- Beratung und Begleitung Angehöriger Suchtkranker Menschen

Angebote des Gesundheitsamtes Mönchengladbach:

- Aufklärung und Vermittlung von Basisinformationen über Abhängigkeitserkrankung
- Beratung und Begleitung abhängigkeitserkrankter Menschen und deren Angehörige
- Paar- und Familiengespräche
- Vermittlung in stationäre Entgiftungstherapien
- Vorbereitung und Vermittlung in eine Entwöhnungstherapie
- Nachsorge
- Gruppenangebote

Kontakt herstellen zum Gesundheitsamt:

- Offene Sprechstunden :
 - Montags 9.00-10.00 Uhr
 - Dienstags 15.00-16.00 Uhr
 - Mittwoch 9.30-10.30 Uhr
- Am Steinberg 55 , 41061 Mönchengladbach , Tel: 02161/25-6527
(Fr. Hausmann - Sekretariat)

Auf Station A2:

- jeden Montag 12.30 Uhr oder 13.30 Uhr (nach telefonischer Absprache)

3.8 Selbsthilfegruppen (SHG)

3.8.1 Selbsthilfegruppen Alkohol

Anonyme Alkoholiker (AA-Gruppen)

- eine SHG bestehend aus selbst betroffenen abstinent lebenden Alkoholikern
- regelmäßige Treffen um Erfahrungen und Erkenntnisse auszutauschen
- durch ständigen Kontakt und dem Gefühl der Gemeinschaft und Freundschaft kann der Zwang zum Trinken gebrochen werden

Kontaktaufnahme:

- Informationen über die örtlichen AA's erteilt auch die Selbsthilfekontaktliste MG , Friedhofstraße 39
- Telefon: 02166/923930
- Öffnungszeiten: Montags 10.00- 14.00 Uhr
Mittwochs 10.00 -12.00 Uhr und 16.00- 19.00 Uhr
Freitags 10.00 – 13.00 Uhr

Auf Station A2 :

- jeden Mittwoch ab 14.15 Uhr

Kreuzbund

- Austausch von Erfahrungen sollen aus der Isolation helfen und neue Perspektiven zeigen
- Begleitung der Betroffenen auf ihrem Weg zu einer zufriedenen Suchtabstinenz
- 1x wöchentlich wird sich getroffen und jeder kann für sich selbst entscheiden wann er nicht mehr kommen möchte

Kontaktaufnahme:

- siehe Flyer Kreuzbund Juni 2013

Auf Station A2

- jeden zweiten Donnerstag im Monat von 19.00 – 21.00 Uhr

Weitere Selbsthilfegruppen in Mönchengladbach:

- Blaues Kreuz
- Diakonie (SHG)
- Drogenberatung Mönchengladbach (bei Abhängigkeit illegaler Substanzen)
- Die Jungen Menschen im Kreuzbund (für Jugendliche mit Alkoholproblemen)

Selbsthilfegruppen Alkohol aufgeteilt nach Terminen und Orten:

Montags

19.00 bis 21.00 Uhr:

Kreuzbund (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit)

Gruppe für Betroffene und Angehörige, Gruppe Rheindahlen II

Katholischer Kindergarten, Helenastraße.

Kontakt Günther Boksmüller, Tel.: 015777014082.

19.00 bis 21.00 Uhr:

MAKS Freunde/Offene Gruppe für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch

Paritätisches Zentrum, Friedhofstraße 39, Mönchengladbach-Rheydt.

19.30 bis 21.00 Uhr:

AA (Anonyme Alkoholikerinnen)

Evangelisches Gemeindezentrum, Lenßenstraße 15, Mönchengladbach-Rheydt.

19.30 Uhr:

Suchtfreies Leben

Paritätisches Zentrum, Friedhofstraße 39, Mönchengladbach-Rheydt

19.30 Uhr:

Kreuzbund (Alkohol- und Medikamentensucht)

Pfarrhaus St. Josef, Corresburger Weg 51, Mönchengladbach-Schelsen.

19.30 Uhr:

AI Anon, Gruppe für Angehörige von Suchtkranken

Tagesstätte Brückner Allee 39, Mönchengladbach-Rheydt

Dienstags

19.00 Uhr:

Kreuzbund Gesprächskreis Angehörige von Suchtkranken,

jeden zweiten Dienstag im Monat

Drogenberatung Mönchengladbach, Waldnieler Straße 67-71, 41068 Mönchengladbach.

20.00 Uhr:

AA-Meeting (Anonyme Alkoholikerinnen)

Evangelisches Gemeindehaus Windberg, Severingstraße 2-4, Mönchengladbach

Mittwochs

18.00 Uhr:

Anonyme Alkoholiker, offenes Meeting jeden ersten Mittwoch im Monat.

Evangelisches Gemeindezentrum, Südwall 32, 41179 Mönchengladbach

18.30 Uhr:

Kreuzbund Frauengruppe

Im Haus der "Lebenshilfe" am Ringhofen 1a, 41189 Mönchengladbach (Wickrath)

19.00 Uhr:

Anonyme Alkoholiker (gleichzeitig AI-Anon-Meeting)

Seniorenakademie an der Landwehr 2, 41069 Mönchengladbach.

19.00 Uhr:

Kreuzbund (Alkohol- und Medikamentensucht)

SBS-Rheydt, Anna-Ladener-Haus, Odenkirchener Straße 3 a, Mönchengladbach-Rheydt

20.00 Uhr:

AA-Meeting (Anonyme Alkoholikerinnen)

Alte Schule 1. Etage, Steinstraße 18, Korschenbroich.

Donnerstags

19.00 Uhr:

AA-Meeting (Anonyme Alkoholikerinnen), deutsch-englische Gruppe

Gemeindeladen Wickrath, Quadtstraße 18.

19.15 bis 21.00 Uhr:

Kreuzbund (Alkohol- und Medikamentenabhängige)

Paritätisches Zentrum, Friedhofstraße 39, Mönchengladbach-Rheydt

19.00 Uhr:

Kreuzbund (Alkohol- und Medikamentenabhängige)

Caritas-Verband, Albertusstraße 36, 41061 Mönchengladbach.

19.00 Uhr:

Kreuzbund (Alkohol- und Medikamentenabhängige),

Gesprächskreis für junge Menschen

Teestube Drogenberatung Mönchengladbach e.V., Waldnieler Straße 65-71.

19.00 bis 21.00 Uhr:

Alkohol- und Medikamentenabhängige (Diakonie)

Oskar-Kuhlen-Straße 14, Mönchengladbach

19.30 Uhr:

Angehörige Alkohol- und Medikamentensucht

Emmaus-Haus, Waisenhausstraße 16, Mönchengladbach-Rheydt.

19.30 Uhr:

**AA-Meeting (Anonyme Alkoholikerinnen),
jeden ersten Donnerstag im Monat "offenes" Meeting**

Evangelisches Gemeindezentrum, Gracht 27, Mönchengladbach-Rheydt,

Freitags

19.00 Uhr:

Blaues Kreuz (Alkohol- und Medikamentensucht, auch Angehörige)

Suchtberatung, Kapuziner Platz, Mönchengladbach.

19.30 Uhr:

AI-Anon Angehörigengruppe

Evangelisches Gemeindezentrum, Gracht 27, Mönchengladbach-Rheydt

19.30 Uhr:

AA-Meeting (Anonyme Alkoholikerinnen)

Evangelisches Gemeindezentrum, Gracht 27, Mönchengladbach-Rheydt

Samstags

10.00 Uhr:

Alkohol- und Medikamentenabhängige (Diakonie)

Jeden Samstag

Kapuziner Straße 44, Mönchengladbach

3.8.2 Angebote für Angehörige von Alkohol- /Medikamentenabhängigen

Montags

19.30 Uhr:

AI-Anon Gruppe für Angehörige von Suchtkranken

Tagesstätte Brückner Allee 39, Mönchengladbach-Rheydt

Dienstags

19.00 Uhr:

**Kreuzbund, Gesprächskreis für Angehörige von Suchtkranken,
jeden 2. Dienstag im Monat**

Drogenberatung Mönchengladbach, Waldnieler Straße 67-71, 41068 Mönchengladbach

Mittwochs

19.00 Uhr:

AI-Anon Meeting (gleichzeitig Treffen Anonyme Alkoholiker)

Seniorenakademie, An der Landwehr 2, 41069 Mönchengladbach

Donnerstags

19.30 Uhr:

Angehörige Alkohol- und Medikamentensucht

Haus Emmaus, Waisenhausstraße 16, Mönchengladbach-Rheydt

Freitags

19.30 Uhr:

AI-Anon Angehörigengruppe

Evangelisches Gemeindezentrum, Gracht 27, Mönchengladbach-Rheydt

19.00 Uhr:

**Blaues Kreuz (Alkohol- und Medikamentensucht,
auch für Angehörige)**

Suchtberatung, Kapuziner Platz, Mönchengladbach

3.8.3 Selbsthilfegruppen für Spielsüchtige

Montags

19.30 Uhr:

Gamblers Anonymous (GA), anonyme Spielerinnen

Jeden ersten Montag im Monat, auch für Angehörige

Paritätisches Zentrum, Friedhofstraße 39, Mönchengladbach-Rheydt

Samstags

17.30 Uhr:

Gameover Spielsuchtselbsthilfe

Jeden Samstag

Paritätisches Zentrum, Friedhofstraße 39, Mönchengladbach-Rheydt

4 Literaturverzeichnis:

Körkel J. & Schindler C. (2003), Das Strukturierte Trainingsprogramm nach S.T.A.R., Modul 1-8, C. Heidelberg: Springer

Infobroschüre Station A2 der LVR-Klinik Mönchengladbach für Patienten

Jordan W, Hajak G: (1997) Gestörter Schlaf – was tun? Ein Ratgeber. München, Arcis Verlag

Peter J.H., Köhler D., Knab B., Mayer G., Penzel T., Raschke F., Zulley J. (1995) (Hrsg.): Weißbuch Schlafmedizin. Regensburg. S. Roderer Verlag

Auswertung der Pflegevisite Suchtaufnahmestation A2

1. Teilnehmer an der Visite:

Bezugspflegeperson: _____

Stationsleitung: _____

2. Anlass / Zweck der Pflegevisite

Datum:

Planmäßig:

Anlassbezogen:

Erstvisite:

Folgevisite (Nr.):

Thema:

3. Vorbereitung

Wurde der Klient/die Klientin über den Gesprächstermin und Thema informiert?

ja nein

Hat der Klient/die Klientin eingewilligt, dass die Stationsleitung dem Gespräch beiwohnen kann?

ja nein

Wurden wichtige Unterlagen, z.B. Pflegeplanung, Pflegeanamnese, Therapieplan, Thema des Maßnahmenkataloges, welche aktuell für dieses Gespräch gebraucht werden mit ins Gespräch genommen?
Fehlte etwas?

Wurde auf ein geeignetes Gesprächsumfeld (Räumlichkeit) geachtet (z.B. angenehme Atmosphäre, Sauberkeit, Störungsfrei, Stühle und Tisch)?

Wurde berücksichtigt, dass nur erwünschte Personen teilnehmen (z.B. nimmt auch ein Angehöriger, oder Betreuer teil)?

Sonstiges?

4. Durchführung

Wurde das Gespräch mit dem Klient/der Klientin inhaltlich verständlich geführt? Wurden die vorbesprochenen Themen (Maßnahmen/Inhalten des Pflegeprozesses) besprochen?

Sind Ziele und Maßnahmen real, erreichbar, stimmig zur Problematik, im Sinne des Klienten/der Klientin?

Wie war die Gesprächsgrundhaltung dem Klienten/der Klientin gegenüber?

Wurde auf Bedürfnisse, Wünsche, Kritik des Klienten/der Klientin eingegangen, bzw. fanden diese Berücksichtigung in der anschließenden Planung?

Fühlte der Klient/die Klientin sich gut informiert / beraten?

Wurde darauf geachtet, dass der Klient/die Klientin partizipieren kann, z.B. indem selber Maßnahmen mit eingebracht werden können?

Hat der der Klient/die Klientin die Themeninhalte/Maßnahmen zum Pflegeprozess verstanden?

Sonstiges ?

5. Dokumentation

Ist im Verlaufsbericht im KIS die Sichtweise des Klienten/der Klientin zur Behandlung/der Pflegeprobleme/der Maßnahmen/zur besprochenen Thematik ersichtlich?

ja teilweise

nein

Ist nachvollziehbar, ob sich der Pat. verstanden, in die Behandlung eingebunden, respektiert, ausreichend gewertschätzt und informiert fühlt?

ja teilweise

nein

Wurde die Pflegeplanung/Assessment im Anschluss der Pflegevisite entsprechend aktualisiert?

ja

nein

Bezugspflegeperson:

Stationsleitung:

Fragebogen 1

MUSTER

EvaSys	Patientenbefragung	Electric Paper
[LVR-Klinik Mönchnegladbach] Station A2	Befragung zur Patientenzufriedenheit 2013/ 2014	 Qualität für Menschen LVR-Klinikverbund

Markieren Sie so: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um unsere Angebote ständig verbessern zu können, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Es ist für uns sehr wichtig zu erfahren, wie zufrieden Sie mit uns sind.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen diesen Bogen aus. **Anonym natürlich.**

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in die hierzu bereitgestellte Urne in der Nähe des Ausgangs ein.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.
Das Team der Station A2

Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?

Aufnahme auf der Station	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
Information und Beratung	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
Maßnahmen zum Umgang mit Ihrer Problematik	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
Pflegerische Behandlung	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
Sprache/ Verständlichkeit	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
Bezugspflegegespräch	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
Berücksichtigung Ihrer individuellen Bedürfnisse	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
Sind Ihre Ansichten/ Meinungen in die Behandlung mit eingeflossen und wurden beachtet	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen

Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche? Bitte teilen Sie diese uns mit.

MUSTER

Fragebogen 2

MUSTER

EvaSys	Patientenbefragung	
LVR-Klinik Mönchnegladbach Station A2	Befragung zur Patientenzufriedenheit 2014	

Markieren Sie so: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um unsere Angebote ständig verbessern zu können, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Es ist für uns sehr wichtig zu erfahren, wie zufrieden Sie mit uns sind.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen diesen Bogen aus. **Anonym natürlich.**

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in die hierzu bereitgestellte Urne in der Nähe des Ausgangs ein.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.
Das Team der Station A2

2. Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?

2.1 Aufnahme auf der Station	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
2.2 Information und Beratung	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
2.3 Maßnahmen zum Umgang mit Ihrer Problematik	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
2.4 Pflegerische Behandlung	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
2.5 Sprache/ Verständlichkeit	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
2.6 Bezugspflegegespräch	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
2.7 Berücksichtigung Ihrer individuellen Bedürfnisse	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen
2.8 Sind Ihre Ansichten/ Meinungen in die Behandlung mit eingeflossen und wurden beachtet	sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	kann ich keine Aussage zu machen

MUSTER

EvaSys

Patientenbefragung


 Electric Paper
Elektronische Papiere

3. Fragen zur Pflegevisite

- 3.1 Hat eine Pflegevisite mit Ihnen stattgefunden? Ja Nein Kann ich keine Aussage zu machen

Wenn Sie Nein angekreuzt haben, dann machen Sie bitte mit der Frage 4.1 auf dieser Seite weiter.

- 3.2 Wurde eine Termin für die Durchführung der Pflegevisite mit Ihnen vereinbart? Ja Nein Kann ich keine Aussage zu machen

- 3.3 Wurde ein Thema mit Ihnen für die Pflegevisite vereinbart? Ja Nein Kann ich keine Aussage zu machen

- 3.4 Fand die Pflegevisite für Sie in einem angemessenen zeitlichen Umfang statt? Ja Nein Kann ich keine Aussage zu machen

- 3.5 Wie lange dauerte die Pflegevisite?
 0-20 Min. 21-40 Min. 41-60 Min.
 >60 Min.

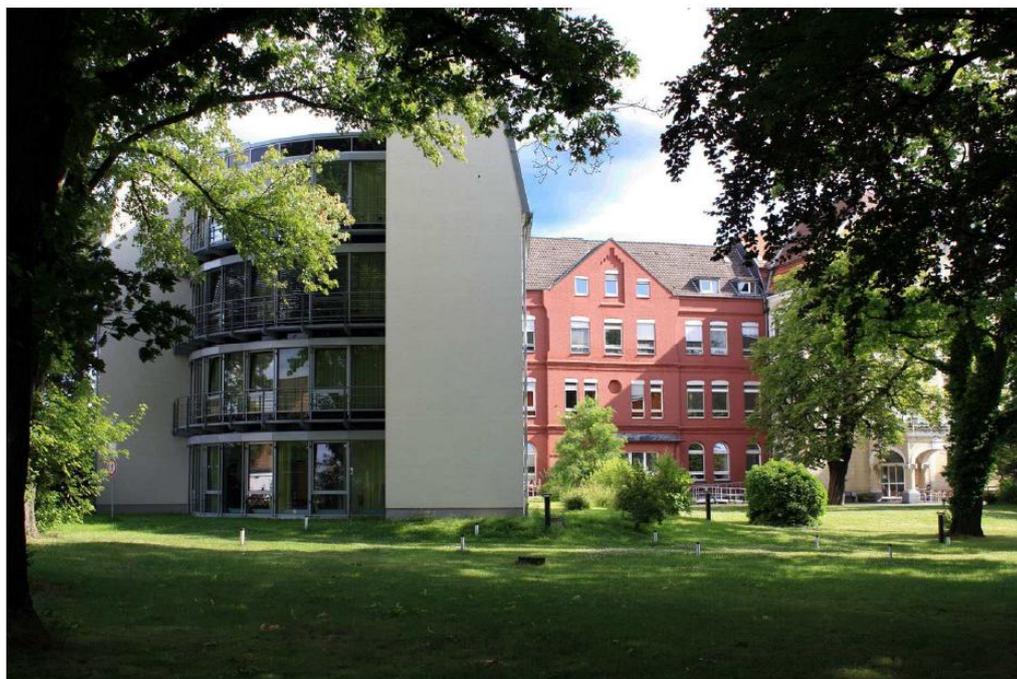
- 3.6 Hatten Sie das Gefühl, dass die Pflegevisite für Sie hilfreich war? Ja Nein Kann ich keine Aussage zu machen

- 3.7 Wenn nein, warum nicht?

4. Frage zur Behandlung allgemein auf der Station A2

- 4.1 Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche zur Behandlung auf der Station A2? Bitte teilen Sie uns diese mit.

Ergebnisse der zwei Patientenbefragungen zur Zufriedenheit auf der Station A2



1. Befragungszeitraum

30.09.2013 – 10.11.2013

2. Befragungszeitraum

14.04.2014 – 25.05.2014

Prä-Gesamtbericht

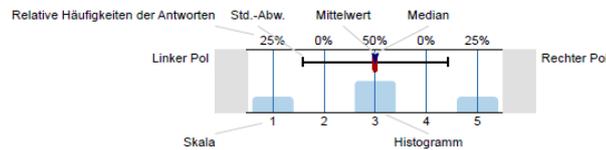
Erfasste Fragebögen = 39



Auswertungsteil der geschlossenen Fragen

Legende

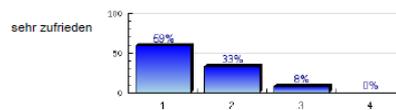
Frage-
text



n=Anzahl
mw=Mittelwert
md=Median
s=Std.-Abw.
E.=Enthaltung

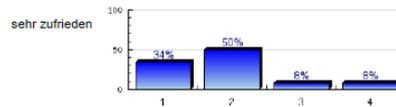
Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?

Aufnahme auf der Station



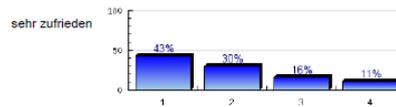
sehr unzufrieden
n=39
mw=1,5
md=1
s=0,6

Information und Beratung



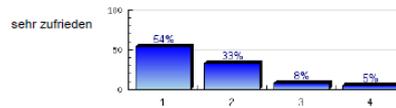
sehr unzufrieden
n=38
mw=1,9
md=2
s=0,9
E.=1

Maßnahmen zum Umgang mit Ihrer Problematik



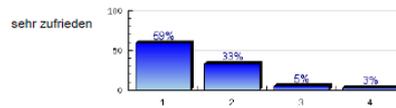
sehr unzufrieden
n=37
mw=1,9
md=2
s=1
E.=1

Pflegerische Behandlung



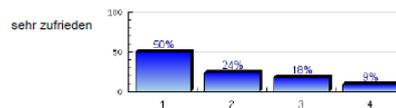
sehr unzufrieden
n=39
mw=1,6
md=1
s=0,8

Sprache/ Verständlichkeit



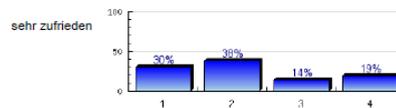
sehr unzufrieden
n=39
mw=1,5
md=1
s=0,7

Bezugspflegegespräch



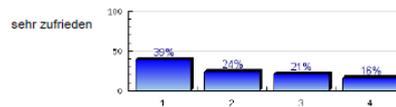
sehr unzufrieden
n=34
mw=1,9
md=1,5
s=1
E.=4

Berücksichtigung Ihrer individuellen Bedürfnisse



sehr unzufrieden
n=37
mw=2,2
md=2
s=1,1
E.=1

Sind Ihre Ansichten/ Meinungen in die Behandlung mit
eingeflossen und wurden beachtet



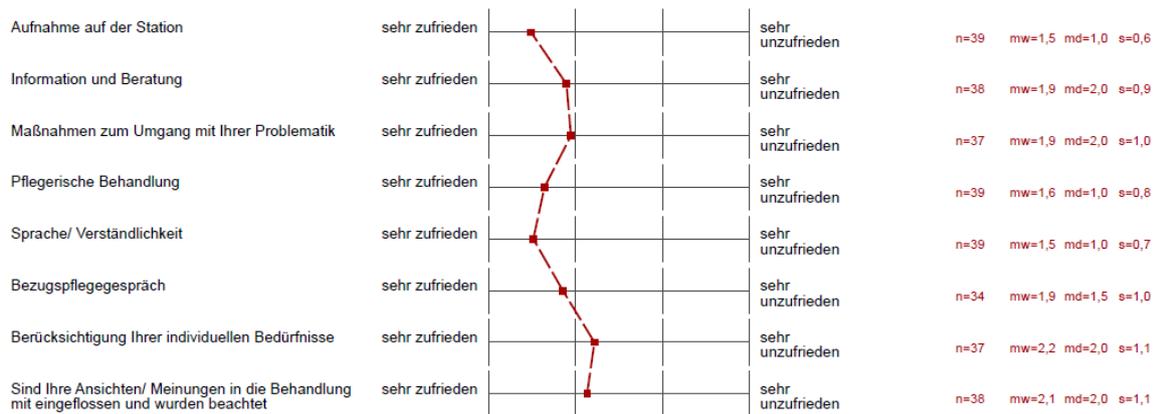
sehr unzufrieden
n=38
mw=2,1
md=2
s=1,1
E.=1

Profillinie

Zusammenstellung: Prä-Gesamtbericht

Verwendete Werte in der Profillinie: Mittelwert

Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?



Auswertungsteil der offenen Fragen

Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?

Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche? Bitte teilen Sie diese uns mit.

- Da die Station A1 überfüllt war, wurden 3 Patienten auf die A2 aufgenommen. Als wieder ein Platz auf A1 frei wurde, ist diejenige, welche die einzige war, die sich in die Gruppe integrieren konnte, zurück auf A1 verlegt. Applaus!
- Der Nachtdienst sollte auf sein Schuhwerk achten und nicht mit Stepschuhen antreten. Gummisohlen wären ratsam.
- Die Küche vergisst immer etwas.
- Die Leute die noch nicht raus dürfen das Rauchen auch in den Pausen zu ermöglichen.
- Die zur Vergabe gestellten Medikamente sollten genauer kontrolliert werden, auch so, dass alle im Team darüber informiert sind.
- Eine Praktikantin spielt Friede-Freude-Eierkuchen. Aber wenn man genauer hinschaut, sieht sie uns nur als Menschen zweiter Klasse.
- Heizung früher anmachen/ Raucherraum zu kalt Essen ging so, reichte vieles nicht für alle Patienten
- Ich habe einen Wunsch! Da ich Allergiker bin und Luftprobleme habe, fühle ich mich einsam. Ich konnte mich im Raucherraum nicht aufhalten.
- Ich möchte nochmal in Haus Grefrath zur Nachbehandlung oder Haus 31 Viersen.
- Lange Wartezeit der Aufnahme wenns wichtig ist. 1-2 Wochen, bitte weiter trinken, find ich nicht ok.
- Mehr Milch, Sexraum, mehr Ausgang, besseres Essen
- Mir ist aufgefallen, dass die Rückfallquote bei Alkoholkranken sehr hoch ist. Ich fände es gut das Psychotherapien hier angeboten werden nach dem Entzug. Alkoholkrankungen kommen meist durch psychische Probleme und die sollten behandelt werden.
- Sehr toll Team. Fähigkeit, Kontakt, hören, erklären (erste Klasse) Marc der Franzose

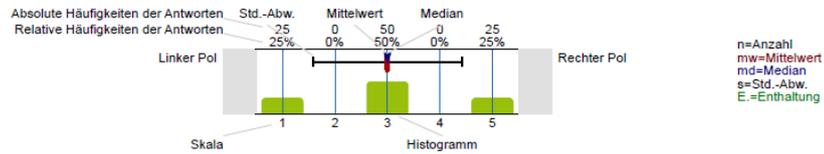
Gesamtbericht Post
Erfasste Fragebögen = 39



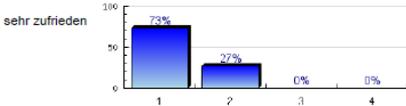
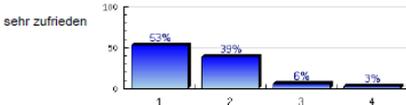
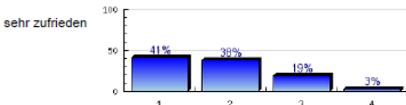
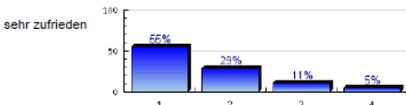
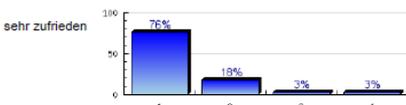
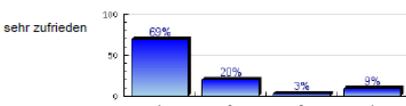
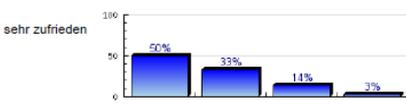
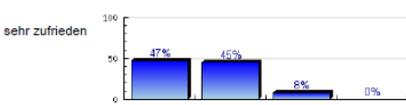
Auswertungsteil der geschlossenen Fragen

Legende

Frage**text**



2. Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?

2.1) Aufnahme auf der Station	sehr zufrieden		sehr unzufrieden	n=37 mw=1,3 md=1 s=0,5 E.=1
2.2) Information und Beratung	sehr zufrieden		sehr unzufrieden	n=36 mw=1,6 md=1 s=0,7 E.=1
2.3) Maßnahmen zum Umgang mit Ihrer Problematik	sehr zufrieden		sehr unzufrieden	n=37 mw=1,8 md=2 s=0,8 E.=1
2.4) Pflegerische Behandlung	sehr zufrieden		sehr unzufrieden	n=38 mw=1,7 md=1 s=0,9
2.5) Sprache/ Verständlichkeit	sehr zufrieden		sehr unzufrieden	n=38 mw=1,3 md=1 s=0,7
2.6) Bezugspflegegespräch	sehr zufrieden		sehr unzufrieden	n=35 mw=1,5 md=1 s=0,9 E.=3
2.7) Berücksichtigung Ihrer individuellen Bedürfnisse	sehr zufrieden		sehr unzufrieden	n=36 mw=1,7 md=1,5 s=0,8 E.=2
2.8) Sind Ihre Ansichten/ Meinungen in die Behandlung mit eingeflossen und wurden beachtet	sehr zufrieden		sehr unzufrieden	n=38 mw=1,6 md=2 s=0,6 E.=1

3. Fragen zur Pflegevisite

3.1) Hat eine Pflegevisite mit Ihnen stattgefunden?

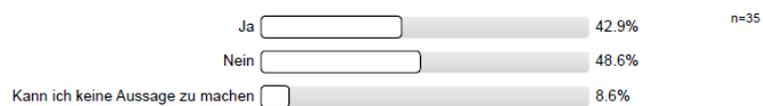


Wenn Sie Nein angekreuzt haben, dann machen Sie bitte mit der Frage 4.1 auf dieser Seite weiter.

3.2) Wurde ein Termin für die Durchführung der Pflegevisite mit Ihnen vereinbart?



3.3) Wurde ein Thema mit Ihnen für die Pflegevisite vereinbart?



3.4) Fand die Pflegevisite für Sie in einem angemessenen zeitlichen Umfang statt?



3.5) Wie lange dauerte die Pflegevisite?



3.6) Hatten Sie das Gefühl, dass die Pflegevisite für Sie hilfreich war?



Profillinie

Zusammenstellung: Gesamtbericht Post

Verwendete Werte in der Profillinie: Mittelwert

2. Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?



Auswertungsteil der offenen Fragen

3. Fragen zur Pflegvisite

^{3.7)} Wenn nein, warum nicht?

- Das kann ich leider nicht sagen. Denke das der Pflegedienst am Wochenende meiner Aufnahme sehr viel zu tun hatte.
- Ich hatte keinen Bezugspfleger/ in

4. Frage zur Behandlung allgemein auf der Station A2

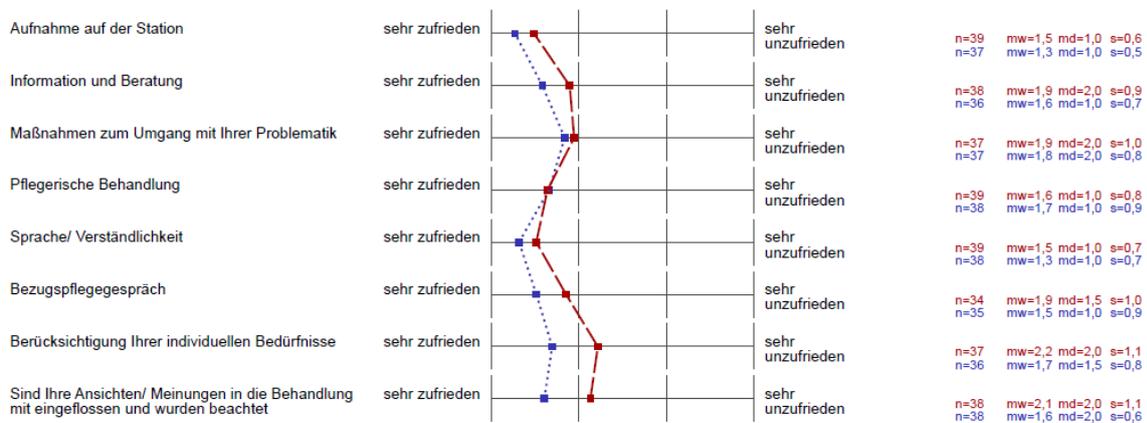
^{4.1)} Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche zur Behandlung auf der Station A2? Bitte teilen Sie uns diese mit.

- Bei Aufnahme auf Station gehts mir ja meist nicht gut, das Personal kennt mich und behandelt mich so das ich nicht überfordert bin. Etwas belastend empfinde ich es dann, wenn dann noch das Arztgespräch stattfindet (das ich für wichtig halte), ich aber nicht fit bin und das Arzt mich womöglich nicht kennt. Eine Idee dazu habe ich zzt nicht; ich werde hier immer so gut behandelt und unterstützt das ich den Aufnahmetag dann schnell vergesse.
- Der Pflegekraft, Frau XXX, sollte mal mitgeteilt werden, das wir kranke Menschen sind und keine kleinen Kinder. Auch ihre Machtspielchen sollte sie unterlassen! Ansonsten alles super!
- Es wäre schön, daß man mir mitgeteilt hätte, daß ich Medikamente bekomme und wann ich die einnehmen müßte.
Medikamente: Welche nehme ich da ein?
- Für Patienten ohne Ausgang wäre es gut die Möglichkeit zu haben, ein Trimmrad zu benutzen.
- Im Rahmen der Möglichkeiten des Pflegepersonals eine individuelle Betreuung bzw. Beratung.
- Ja, mehr Verständnis und Individuel auf Patienten abgestimmt, danke.
- Möchte mich nochmal beim Team der A2 bedanken. Mir wurde bei einem wirklich großen Problem sofort geholfen. Vielen Dank
Mit freundlichem Gruß Toith
- Nein
- Nein war sehr zufrieden.
- Pflegepersonal sehr hilfsbereit und freundlich.
Einziges Anstoss Fr. XXX Behandelt mich und andere Patienten wie Kleinkinder und (oder) Minderbemittelt.
Meine Meinung sie ist für eine Suchtstation fehlplaziert. Sie wird von Patienten nur gelitten.
- Sportliche Aktivitäten
- War alles sehr gut
- Wenig Bewegungen. Stand-Fahrrad wäre gut.
Esse ist gut.
7 Tage sitzen bauen Muskeln ab. Oder Laufband
Für Körperaufbau Möglichkeit für draußen.

Profilinie

■ Zusammenstellung: Prä-Gesamtbericht
■ Vergleichslinie: Gesamtbericht Post
 Verwendete Werte in der Profilinie: Mittelwert

Wie zufrieden sind Sie mit diesen Leistungen der Klinik?



Projektstatusbericht

Projekttitle: Einführung der Pflegevisite auf der Station A2	Stand: 31.04.2014
--	-----------------------------

Projektstammdaten:

Projektleitung:	Christian Lorbiecki
Auftrag vom:	21.08.2013
Projektbeginn:	01.09.2013
Projektabschluss:	31.07.2014
Geplanter Zeitaufwand (h):	/
Beteiligte externe Beratung:	Durch Pflegeexperte und QMB

Ziel des Projektes:

(Zustand, den das Projekt erreichen soll)

Die Einführung des Instrumentes „Pflegevisite“ als Qualitätssicherungsinstrument soll der Stärkung des pflegefachlichen Wissens dienen, welches zu einer Steigerung des professionellen Selbstverständnisses und der Arbeitszufriedenheit führt. Dies wird durch die regelmäßige kollegiale Beratung der Stationsleitungen unterstützt. Gleichzeitig kann anhand der durchgeführten Pflegevisiten die Qualität der pflegerischen Behandlung transparent gemacht werden. Durch die geforderte Partizipation der Patientinnen und Patienten an der Pflegevisite erhoffen wir uns eine Steigerung der Patientenzufriedenheit auf der Station A2.

Projektfortschritt:

(inhaltlich, seit dem letzten Projektbericht)

Zum heutigen Zeitpunkt hat die 1. Befragung zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten auf der Station A2 stattgefunden, ein Gesprächsleitfaden für die Durchführung der Pflegevisite durch die Bezugspflegekraft ist erstellt worden und ein Bogen (Vordruck) zur Auswertung der Pflegevisite wurde erarbeitet. Ebenso ist der Themenkatalog für die Pflegevisite fertiggestellt worden und das Instrument der Pflegevisite befindet sich im Einsatz. Hierzu wurde das Team mehrfach informiert bzw. geschult. Erste Begleitungen der Pflegevisite durch die Stationsleitung haben auch schon stattgefunden. Zurzeit läuft die 2. Befragung zur Patientenzufriedenheit auf der Station A2 und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weisen in den Morgenrunden die Patientinnen und Patienten auf diese Befragung hin. Die Befragung endet am 25.05.2014.

Eingesetzte Ressourcen:

(Personal- und Sachressourcen seit dem letzten Projektbericht)

Die zwei Kolleginnen, die mit der Erstellung des Themenkataloges beauftragt waren, haben je geschätzt ca. 24 Std. hierfür benötigt. Den Aufwand der Projektleitung für die Erstellung des Gesprächsleitfadens bzw. die Erstellung des Auswertungsbogens sowie die Schulungen und Begleitungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lässt sich nicht schätzen. Zur Kick-Off-Veranstaltung sowie zur Schulung wurde das Pflege-team der Station A2 genutzt, welches jeweils ca. 45 Min dauerte. Die Projektgruppentreffen haben in der Regel 1 bis 1,5 Std. gedauert. Bisher haben nur 2 Treffen stattgefunden, da es sich sehr schwierig gestaltete, die Projektgruppenmitglieder gleichzeitig an einen Tisch zu bekommen. Hinzu kommen Unterstützungsleistungen durch den Pflegeexperten und die QMB der Klinik.

Meilensteine	fällig am: (Plan)	beendet am: (Ist)
Meilenstein 1: Informationsgespräche mit allen beteiligten Berufsgruppen (Pflegeteam der Station A2, Oberarzt und Stationsärzte, Pflegeexperte, QMB)	Sep 2013	Sep 2013
Meilenstein 2: Benennung einer Arbeitsgruppe aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Station A2 für die Erarbeitung des Themenkataloges	Ende September	Ende September

Projektstatusbericht

Meilensteine	fällig am: (Plan)	beendet am: (Ist)
Meilenstein 3: Kick-Off-Veranstaltung	08.10.2013	08.10.2013
Meilenstein 4: Erstellung Themenkatalog	31.12.2013	31.01.2014
Meilenstein 5: Erstellung Konzept zur Umsetzung der Pflegevisite	15.12.2013	20.12.2013
Meilenstein 6: Durchführung der 1. Befragung	10.11.2013	10.11.2013
Meilenstein 7: Beginn der Durchführung der Pflegevisite	Dezember 2013	13.01.2014
Meilenstein 8: Durchführung der 2. Befragung	25.05.2014	25.05.2014

Probleme:**Beschreibung:**

Die Überbelegung der Station sowie krankheitsbedingte Personalausfälle haben dazu geführt, dass das Instrument der Pflegevisite bei der kurzen Verweildauer der Patientinnen und Patienten nicht so regelhaft eingesetzt werden konnte, wie dies geplant war. Dadurch ist es schwieriger, das Instrument der Pflegevisiten in eine Routine zu überführen. Unterstützt wird dies auch durch das subjektive Belastungsempfinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Lösungsvorschlag:

Die Stationsleitung und Vertretung verpflichten sich auch zukünftig die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die Durchführung der Pflegevisite zu erinnern, wenn dies die Situation zulässt. Klar ist, dass das Instrument eine „Zusatzleistung“ der Pflege (neben der Bezugspflege) zur Qualitätssteigerung darstellt.

Abstimmungs- /Klärungsbedarf:

keiner

Konsequenz, wenn das Problem nicht gelöst wird:

Das Instrument der Pflegevisite wird in Vergessenheit geraten und nicht mehr eingesetzt werden.

Sonstige Anmerkungen:

Es gibt die ersten positiven Rückmeldungen von anderen Stationen, da diese bei der Verlegung von Patientinnen und Patienten auf die Dokumentation der Pflegevisite gestoßen sind.

Projektabschlussbericht

Projekttitle: Einführung der Pflegevisite		Datum: 12.06.2014
Projektstammdaten:		
Projektleitung:	Christian Lorbiecki	
Auftrag vom:	21.08.2013	
Projektbeginn:	01.09.2013	
Projektabschluss:	31.07.2014 geplant - beendet am 11.06.2014	
Geplanter Zeitaufwand (h):	/	
Beteiligte externe Beratung:	Durch Pflegeexperte und QMB	
Ziel des Projektes (Plan):		
<p>Die Einführung des Instrumentes „Pflegevisite“ als Qualitätssicherungsinstrument soll der Stärkung des pflegfachlichen Wissens dienen, welches zu einer Steigerung des professionellen Selbstverständnisses und der Arbeitszufriedenheit führt. Dies wird durch die regelmäßige kollegiale Beratung der Stationsleitungen unterstützt. Gleichzeitig kann anhand der durchgeführten Pflegevisiten die Qualität der pflegerischen Behandlung transparent gemacht werden. Durch die geforderte Partizipation der Patientinnen und Patienten an der Pflegevisite erhoffen wir uns eine Steigerung der Patientenzufriedenheit auf der Station A2.</p>		
Projektergebnis (Do):		
<p>Alle notwendigen Dokumente zur Einführung der Pflegevisite (Gesprächsleitfaden, Themenkatalog, Auswertungsbogen, Konzept) sind erstellt worden. Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station A2 sind erfolgt. Die beiden geplanten Befragungen wurden durchgeführt und ausgewertet.</p>		
Eingesetzte Ressourcen für das Projekt:		
<p>Die zwei Kolleginnen, die mit der Erstellung des Themenkataloges beauftragt waren, haben je geschätzt ca. 24 Std. hierfür benötigt. Den Aufwand der Projektleitung für die Erstellung des Gesprächsleitfadens bzw. die Erstellung des Auswertungsbogens sowie die Schulungen und Begleitungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lässt sich nicht schätzen. Zur Kick-Off-Veranstaltung sowie zur Schulung wurde das Pflegeteam der Station A2 genutzt, welches jeweils ca. 45 Min. dauerte. 3 Projektgruppensitzungen á 1-1,5 Std. Hinzu kommen Unterstützungsleistungen durch den Pflegeexperten und die QMB der Klinik.</p>		
Inwieweit wurden die ursprünglichen Projektziele erreicht (Check)?		
Alle Projektziele wurde erreicht		
Bestehen noch offene Problemfelder?		
<p>Weiterhin stellt die Überbelegung und das dadurch bedingte Belastungsempfinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege ein Problem dar, da das Instrument der Pflegevisite nur punktuell eingesetzt werden kann und die Gefahr besteht, dass dies in Vergessenheit gerät.</p>		
Wie sollen noch bestehende Problemfelder bearbeitet werden (Act)?		
<p>Die Stationsleitung und Vertretung verpflichten sich auch zukünftig die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die Durchführung der Pflegevisite zu erinnern, wenn dies die Situation zulässt. Klar ist, dass das Instrument eine „Zusatzleistung“ der Pflege (neben der Bezugspflege) zur Qualitätsseigerung darstellt.</p>		