

Erläuterungen und Hinweise zum Hamburger Modell zur

Entbürokratisierung der Pflegedokumentation in der stationären Pflege

Arbeitsgemeinschaft Entbürokratisierte Pflegedokumentation
im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel



Maßnahmeträger:

Evangelische Berufsschule für Altenpflege des Rauhen Hauses

Beim Rauhen Hause 21 · 22111 Hamburg

Telefon (040) 655 91-139 · Fax (040) 655 91-390

Email: berufsschule-altenpflege@rauheshaus.de

1. Einleitung

Die in den Pflegewissenschaften und in der Praxis vor Ort zunehmend diskutierte Bürokratisierung in der Pflege war der Ausgangspunkt für das von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg – in Abstimmung mit dem Landespflegeausschuss Hamburg – im August 2005 ausgeschriebene Projekt zur Erprobung einer entbürokratisierten Pflegedokumentation in der stationären Pflege. Mit der Projektdurchführung wurde im Dezember 2005 die „Arbeitsgemeinschaft Entbürokratisierte Pflegedokumentation im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel“ beauftragt (Maßnahmeträger: Evangelische Berufsschule für Altenpflege des Rauhen Hauses). Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft waren – neben dem Rauhen Haus – das Diakonische Werk Hamburg, Fortbildungszentrum auf der Anscharhöhe und zehn stationäre Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Verbandszugehörigkeit im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel.

In jeder beteiligten Einrichtung wurde in einem geeigneten Wohnbereich die Pflegedokumentation verändert. Zu Vergleichszwecken wurde in den übrigen Wohnbereichen während der Projektlaufzeit die bisherige Dokumentationspraxis fortgeführt. Die Ansprechpartner und beteiligten Einrichtungen sind am Ende des Leitfadens aufgeführt.

Das in der Zeit vom 1. Januar 2006 bis 31. Juni 2007 durchgeführte Modellprojekt unterteilte sich in eine fünfmonatige Vorbereitungsphase, zehnmonatige Erprobungs- und Durchführungsphase sowie dreimonatige Auswertungsphase.

In der **Vorbereitungsphase** erfolgte zunächst die Erfassung der aktuellen Diskussion zur entbürokratisierten Pflegedokumentation. Eine Ist-Analyse in Bezug auf die Stärken und Schwachstellen der in den Einrichtungen vorhandenen Pflegedokumentationen sowie deren Handhabung schlossen sich an. Sie bildeten die Ausgangsbasis für die Vorschläge des Hamburger Modells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation.

Das entwickelte Modell stellt einen Orientierungsrahmen für die Entbürokratisierungsschritte in den Einrichtungen dar. Der Begriff der Musterdokumentation wird bewusst vermieden. Dieser Begriff könnte so missverstanden werden, dass die beteiligten Einrichtungen „ein Muster“ eins zu eins übernehmen sollen. Dies war und ist aber nicht die Zielsetzung des Projekts.

Von unterschiedlichen Ausgangssituationen herkommend, erwarteten die beteiligten Einrichtungen vielmehr, Entbürokratisierungsspielräume zu erproben und diese auf ihre spezielle Praxis zu übertragen.

Dies war Gegenstand der Prozessbegleitung. Mit den beteiligten Einrichtungen wurden jeweils die Ergebnisse der Ist-Analyse, die Zielsetzung der Entbürokratisierung in der Einrichtung sowie das Vorgehen der Umsetzung besprochen.

In weiteren Abstimmungsgesprächen erfolgte die fachliche Erörterung der Vorgehensweise mit dem Zuwendungsgeber, der zuständigen Heimaufsicht, dem MDK-Nord und der AG Entbürokratisierung des Landespflegeausschusses Hamburg.

In der **Umsetzungsphase** besuchten die Projektbegleiterinnen regelmäßig die beteiligten Wohnbereiche, um vor Ort mit den durchführungsverantwortlichen Mitarbeitern den Umsetzungsprozess zu begleiten und Umsetzungsprobleme ggf. unter Hinzuziehung leitender Mitarbeiter zu lösen. Regelmäßig wurden durch Reflexionsgespräche mit den leitenden Mitarbeitern Einschätzungen zum Umsetzungsprozess erörtert und ggf. übergeordnete Lösungsnotwendigkeiten vereinbart.

Wesentliche Maßnahmeelemente der **Auswertungsphase** stellen die Fachveranstaltung am 4. Juli 2007, der Abschlussbericht und ein Praxisleitfaden zur Einführung der entbürokratisierten Pflegedokumentationen in die stationäre Pflege dar.

Die hier vorliegenden Erläuterungen zum Modellprojekt möchten:

- ▶ die Grundstruktur und Denkweise des Hamburger Modells zur „Entbürokratisierten Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Altenpflege“ vorstellen (*Kapitel 2*)
- ▶ die Zielsetzung und Methodik der einzelnen Formulare darlegen (*Kapitel 3*)
- ▶ einrichtungsinterne Umsetzungsvoraussetzungen benennen, einige organisatorische Hinweise zur Umsetzung geben und Stolpersteine bei der Einführung benennen (*Kapitel 4*)
- ▶ Ansprechpartner zum Erfahrungsaustausch und zur weiteren Umsetzung benennen (*Kapitel 5*)

2. Das Hamburger Modell zur „Entbürokratisierten Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Altenpflege“

Das Hamburger Modell ist auf der Grundlage von sechs Bereichen der Pflege und Begleitung strukturiert, es erfasst die Lebensgewohnheiten und erhebt ausführlich den Pflegestatus des Bewohners. Ein Tagespflegeplan gibt Auskunft über die Lebensgewohnheiten und erforderlichen Pflegemaßnahmen in Form eines chronologischen Ablaufs.

Bei der Erfassung des Pflegestatus wird eine direkte Verbindung der pflegerelevanten biographischen Informationen zu den Ressourcen und Problemen des Pflegebedürftigen hergestellt. Diese Informationen bilden die Grundlage für die Erarbeitung des Tagespflegeplans.

Die Leistungsnachweise ermöglichen die Abzeichnung der erbrachten Leistungen pro Schicht mit einem Handzeichen durch eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft. Alle Maßnahmen sind dabei fester Bestandteil der „Tages- und Nachtstrukturierung“ innerhalb der Einrichtung. Der Leistungsnachweis dokumentiert das Erbringen der für eine Schicht geplanten Pflege. Abweichungen werden im Pflegebericht dokumentiert.

Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege werden gesondert dokumentiert. Hier erfolgt weiterhin der Nachweis, welche Pflegefachkraft welche konkrete Maßnahme durchgeführt hat. Zusatzformulare, z.B. bilanzierte Ein- und Ausfahrprotokolle, Bewegungsprotokolle u.a., werden je nach individuellem Bedarf eingesetzt.

Zur Veranschaulichung und Umsetzung des Hamburger Modells sind Formblätter entwickelt worden, deren Inhalte, Struktur und Abfolge als Orientierung zur Veränderung des bisher verwendeten Dokumentationssystems dienen. Die Formulare bieten entweder Denkanstöße zur Korrektur bzw. Präzisierung der bestehenden Dokumentation. Einzelne Formblätter können aber auch in Teilbereichen bzw. in ihrer Gesamtheit in die bestehende Dokumentation eingefügt werden.

Die einzelnen Formblätter des Hamburger Modells ermöglichen in jedem Schritt des Pflegeprozesses eine nachvollziehbare, klar strukturierte Dokumentation. Die wesentlichen Intentionen des Projektes – die Reduzierung der Schreibarbeit und die Darstellung einer übersichtlichen, logischen und benutzerfreundlichen Struktur der Dokumentation unter Einbindung vorhandener Assessmentinstrumente –, wird durch die genannten Kernelemente realisiert.

1. Da das Entbürokratisierungsprojekt in der stationären Altenpflege angesiedelt war, verwenden wir den Begriff „Bewohnerin/Bewohner“. Die in anderen Arbeitszusammenhängen gebräuchlichen Begriffe wie „Kunde/Klient“ sind darin eingeschlossen. Wenn im Text nur die männliche oder weibliche Form genannt wird, so sind trotzdem immer beide Geschlechter gemeint.

Abbildung 1 verdeutlicht den Bezug der entwickelten Formblätter zum sechshephasigen Pflegeprozess.

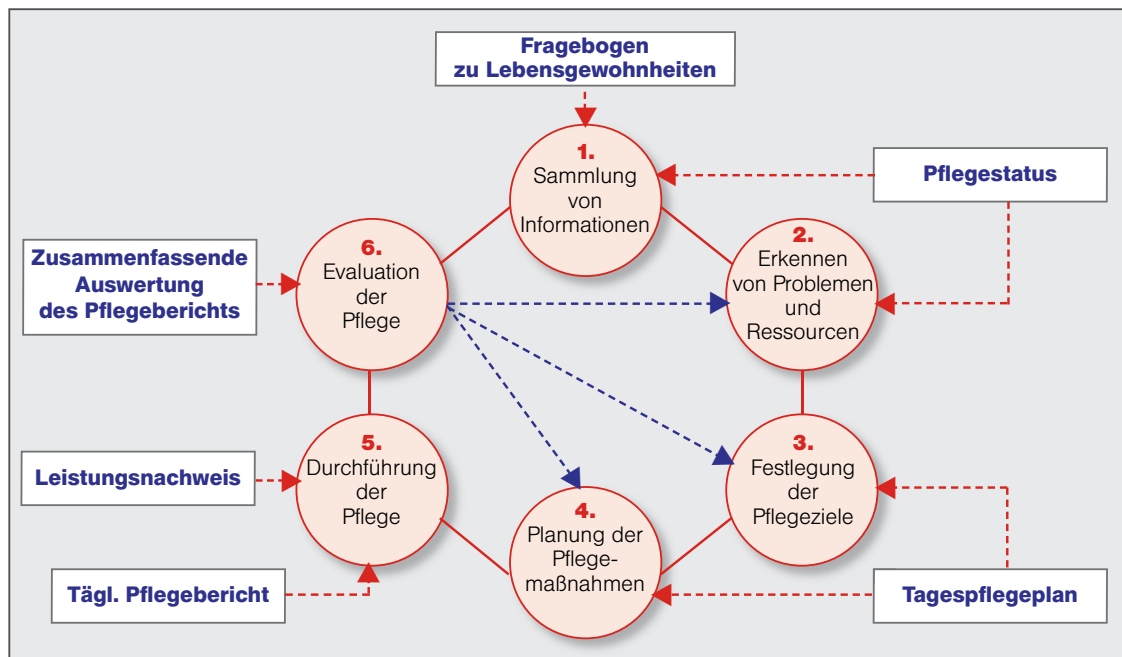


Abb. 1: Zuordnung der entwickelten Formblätter zum Pflegeprozess

Die Bereiche der Pflege und Begleitung: Kommunikation, Sicherheit, Körperpflege und Ausscheidung, Ernährung, Mobilität und Teilhabe/Partizipation am gesellschaftlichen Leben bilden die Strukturierungsgrundlage für den Pflegeprozess des Hamburger Modells. Der Bereich „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“ fließt in diese sechs Bereiche ein. Der Bereich „Sich als Mann/Frau fühlen können“ fließt in die beiden Bereiche Körperpflege und Ausscheidung sowie Teilhabe und Partizipation ein.

Abbildung 2 zeigt die sechs Bereiche der Pflege und Begleitung:

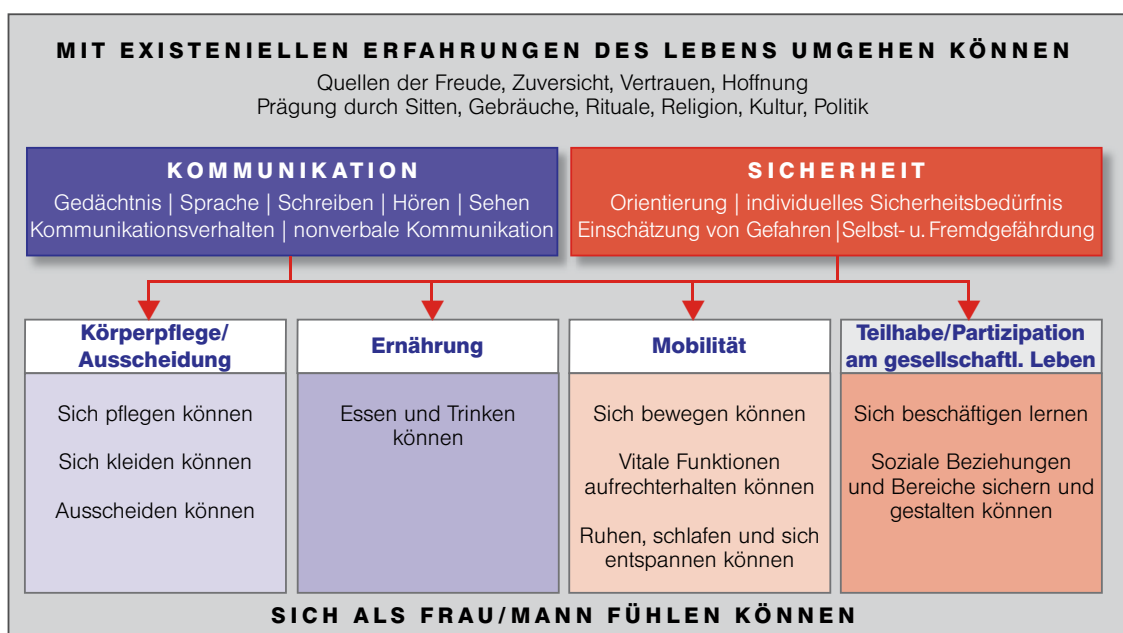


Abb. 2: Sechs Bereiche der Pflege und Begleitung

2. Die in den Dokumentationen verwendeten Blätter, wie Stammbblatt oder Überleitungsbogen usw., werden in den weiteren Ausführungen nicht berücksichtigt. Assessmentinstrumente, spezielle Planungsunterlagen, z.B. Lagerungspläne, und Durchführungsprotokolle, deren Anwendung in hausinternen Standards geregelt ist, sind in die Vorschläge bzw. Formblätter mit eingebunden.

3. Die meisten der am Projekt teilnehmenden Einrichtungen nutzten als Strukturierungsgrundlage für den Pflegeprozess die dreizehn AEDL von Monika Krohwinkel. An diese Voraussetzungen anknüpfend, erfolgte die Reduzierung der AEDL auf sechs Bereiche. Die Zusammenfassung bildet die AEDL ab, vermeidet jedoch Überschneidungen und Doppeldokumentation. Eine andere Zusammenlegung, wie z.B. „Essen und Trinken können“ und „Ausscheiden können“, kann ebenfalls gewählt werden, wenn Sie der Denkweise der Einrichtung und ihrer handelnden Akteure entspricht. Näheres dazu regelt der Manual zur Erhebung des Pflegestatus.

Das Hamburger Modell enthält einen **Fragebogen zu den Lebensgewohnheiten** des Bewohners. Dieser wird von dem Bewohner und/oder dessen Angehörigen bzw. Betreuer vor bzw. bei der Aufnahme in das Pflegeheim erhoben. Die Konzentration erfolgt dabei auf die Erhebung der individuellen Tageslaufstruktur, der Gewohnheiten und Wünsche, die in der Einrichtung umgesetzt werden können. Diese biografischen Informationen werden im Pflegestatus und in dem Tagespflegeplan aufgegriffen.

Der **Pflegestatus** gibt Auskunft über die biografischen Daten, die Ressourcen und die Pflegeprobleme des Bewohners. Er soll spätestens vier Wochen nach Aufnahme vorliegen, wobei von Beginn der Pflege an dokumentiert wird, um akute Gefährdungssituationen unmittelbar zu erfassen und entsprechend zu handeln. Der Pflegestatus wird auf der Grundlage der sechs Bereiche der Pflege und Begleitung erhoben. Im Manual – einer Anleitung zur Erhebung des Pflegestatus – sind für jeden Bereich der Pflege und Begleitung relevante Aspekte in Form eines Stichwortkatalogs zusammengefasst, um den Pflegekräften die Zuordnung zu erleichtern. Die Informationen aus dem Fragebogen zu den Lebensgewohnheiten fließen ebenfalls mit in den Status ein.

Die Einbindung vorhandener Assessmentinstrumente in die Erhebung des Pflegestatus ist dringend notwendig. Der Pflegestatus nimmt direkten Bezug auf die Ergebnisse der Assessments, z.B. zur Einschätzung des Dekubitusrisikos, des Ernährungszustands oder des Sturzrisikos. Der Einsatz dieser Assessmentinstrumente wird einrichtungsintern geregelt. Aus dem Pflegestatus werden die übergeordneten Pflegeziele ermittelt, die leitend sind für die Maßnahmenplanung im Tagesablauf.

Der Pflegestatus spiegelt jeder Zeit den aktuellen Zustand des Bewohners wider, insofern er regelmäßig überprüft und spätestens nach drei Monaten erneut erhoben wird. Die aktualisierten Ergebnisse aus der Erhebung der Assessmentinstrumente fließen in die Evaluation ein. So ist ein kontinuierlicher Verlauf im Rahmen der Dokumentation ersichtlich.

Die Pflegeplanung des Hamburger Modells verknüpft übergeordnete Pflegeziele mit einer am Bewohner orientierten **Tagespflegeplanung**.

Übergeordnete Pflegeziele sind richtungweisend für die pflegerische Versorgung. Die Pflegeplanung zeigt sich in einem bewohnerorientierten Tagespflegeplan. Dabei stehen die Prophylaxen bzw. die Beseitigung von bedrohlichen Gesundheitsproblemen, wie Dekubitus oder Mangelernährung, des Weiteren die individuellen Ziele des Bewohners und die der sozialen Betreuung im Vordergrund.

Pflegemaßnahmen und Maßnahmen der sozialen Betreuung werden chronologisch, nach individuellen mit dem Bewohner abgestimmten Zeiten festgelegt. Die geplanten Maßnahmen werden kurz und prägnant dargestellt. Im Mittelpunkt steht dabei immer die individuelle Maßnahmeplanung. Sie werden dann detailliert beschrieben, wenn individuelle Bedürfnisse des Bewohners eine Ausführlichkeit erfordern. Die im Tagespflegeplan aufgeführten einzelnen Maßnahmen sind den übergeordneten Pflegezielen zugeordnet. Darüber hinaus unterstützen klar definierte Ergebniskriterien die Überprüfung des Erfolgs der Maßnahmen. Der Tagespflegeplan dient als direkte und praxisnahe Handlungsanweisung für alle zuständigen Pflegekräfte.

In der Anfangsphase der Pflege und Betreuung – nach Aufnahme des Bewohners in der Einrichtung, in der noch kein Pflegestatus vorliegt, werden pflegerische Maßnahmen in einem „vorläufigen Tagespflegeplan“ aufgenommen, der in den nächsten vier bis sechs Wochen vervollständigt wird, basierend auf der Erhebung des Pflegestatus. Der Tagespflegeplan wird in regelmäßigen Abständen im Rahmen der Evaluation aktualisiert.

Die ärztliche Verordnung von Medikamenten und anderer ärztlicher Verordnungen erfolgen auf speziellen Verordnungsblättern, die Zeiten für diese Tätigkeiten werden ebenfalls im Tagespflegeplan dargestellt.

Besondere Gefährdungssituationen, zum Beispiel Dekubitus, sind im Tagespflegeplan zu berücksichtigen.

Der **Leistungsnachweis** dokumentiert das Erbringen der für eine Schicht geplanten Pflege. Sollabweichungen werden gekennzeichnet.

Im Leistungsnachweis können die erbrachten Maßnahmen durch eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft abgezeichnet werden. Durch geeignete organisatorische Maßnahmen – zum Beispiel im Rahmen eines Bezugspflegekonzepts – stellt die Einrichtung sicher, dass zu jeder Zeit nachvollziehbar ist, wer wann welche Pflegeleistungen erbracht hat.

Im **Pflegebericht** werden besondere Vorkommnisse, verändertes Verhalten des Bewohners oder das Auftreten neuer Pflegeprobleme und Abweichungen von geplanten Pflegemaßnahmen beschrieben und begründet. Gerade bei kurzfristig auftretenden Pflegeproblemen ist somit nicht umgehend der gesamte Tagespflegeplan zu überarbeiten, sondern veränderte Pflegemaßnahmen werden lediglich im Pflegebericht dargestellt und begründet.

Die **Evaluation** ist ein wesentlicher Bestandteil der pflegerischen Qualitätssicherung. Die Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen dient zur Überprüfung der Pflege sowie zur Erfolgskontrolle. Es wird beurteilt, ob die Pflege, wie sie durchgeführt wurde, erfolgreich gewesen ist und ob bestimmte Elemente des Pflegeprozesses verändert werden müssen. Die Evaluation ist an feste Zeiten gebunden, um der Auswertung ein besonderes Gewicht zu geben.

Monatlich erfolgt mittels einer Zusammenfassung der Pflegeberichte eine Überprüfung des Pflegezustands. Die im Tagespflegeplan festgelegten Ergebniskriterien schaffen hier eine Transparenz in Bezug auf die angestrebten Veränderungen bzw. die Stabilisierung/den Erhalt des Zustands der Bewohnerin/des Bewohners.

In einem dreimonatigen Evaluationsrhythmus oder bei wesentlichen Veränderungen der Pflegesituation sollen der Pflegestatus und die Ergebnisse aus den Assessments aktualisiert werden. Dabei werden die Veränderungen im Zustand des Bewohners in Bezug auf seine Ressourcen und Probleme reflektiert und bewertet. Veränderte Gewohnheiten des Bewohners werden ebenfalls berücksichtigt.

Auf der Basis der Evaluationen und des aktualisierten Pflegestatus wird dann entschieden, ob im Tagespflegeplan eine Anpassung der übergeordneten Pflegeziele und Maßnahmen erfolgen muss.

Durch diese erneute Einschätzung der Gesamtsituation wird ein prozesshafter Verlauf der Pflege gesichert. Die strikte Orientierung am Pflegeprozessmodell führt zu einer Verbesserung der Dokumentationsqualität, insbesondere bei der Darstellung des Pflegeverlaufs, der Einbindung der Bewohnerperspektive und der Evaluation. Darüber hinaus spiegelt die Pflegedokumentation die tägliche Pflege einer Bewohnerin/eines Bewohners wider.

Sie wird als die zentrale Arbeitsgrundlage des Pflegeprozesses im Pflegealltag genutzt. <

3. Anleitung und Tipps zur Umsetzung der „Entbürokratisierten Pflegedokumentation“

Im Folgenden werden die Formblätter erklärt, deren Zielsetzung beschrieben sowie deren Anwendung veranschaulicht.

3.1 Fragebogen zu Lebensgewohnheiten

Ziele des Formblatts

- ▶ zukünftige Bewohner und/oder Angehörige/Bezugspersonen reflektieren durch das Ausfüllen des Fragebogens die bisherigen Lebensgewohnheiten und ihre Wünsche
- ▶ zukünftige Bewohner und/oder Angehörige fühlen sich ernst genommen (Kooperation)
- ▶ Mitarbeitenden sind die bisherigen Lebensgewohnheiten bekannt
- ▶ Informationen aus dem Fragebogen zu den Lebensgewohnheiten bilden die Grundlage für die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses, schwerpunktmäßig für den Pflegestatus und die Planung der Pflegemaßnahmen im Rahmen der Tagesstruktur

Bisher wurden die in diesem Fragebogen gesammelten Informationen in der Regel im Aufnahmegespräch erfragt und im Pflegeanamneseblatt bzw. Biografiebogen dokumentiert. Durch die Fülle der Informationen war dieses Gespräch damit oft überfrachtet und insbesondere die neuen Bewohner in ihrer ohnehin ungewohnten Situation überfordert. Dadurch, dass der Fragebogen vor dem Einzug in die Pflegeeinrichtung ausgefüllt wird, haben zukünftige Bewohner und/oder Angehörige/Bezugspersonen die Möglichkeit, die bisherigen Lebensgewohnheiten und ihre Wünsche genau zu reflektieren.

Insbesondere Fragen zum individuellen Tagesablauf kamen bei in den im Projekt untersuchten Dokumentationen zu kurz. Die Berücksichtigung individueller zeitlicher Gewohnheiten und die Integration in den Arbeitsablauf der Einrichtung dienen dem Aufbau einer förderlichen Pflegebeziehung, unterstützen die Neuorientierung im neuen Umfeld und erhöhen somit die Lebensqualität.

Methode

1. Allgemeines zur Methodik

Die Leitung erklärt dem zukünftigen Bewohner und/oder Angehörigen/Bezugspersonen im Erstgespräch den Sinn des Fragebogens und die einzelnen Fragestellungen und bittet darum, diesen in Ruhe auszufüllen. Der Fragebogen kann entweder vorab zurück geschickt oder beim Einzug mitgebracht werden.

2. Beschreibung des Tagesablaufes

Dieser Teil erfragt den individuellen Tagesablauf einschließlich damit verbundener besonderer Gewohnheiten.

3. Beschreibung der sozialen Kontakte

Dieser Teil erfragt die individuelle Bedeutung und derzeitige Situation der sozialen Kontakte. Außerdem können Interessen an Veranstaltungen der Einrichtung in der Zukunft geäußert werden.

4. Besondere Mitteilungen

In diesem Teil besteht die Möglichkeit besonders wichtige Wünsche zu formulieren.

3.2 Pflegestatus

Ziele des Formblatts

- ▶ das Formblatt stellt den aktuellen Status des Bewohners dar
- ▶ unabhängig vom angewandten Pflegemodell erfolgt eine Strukturierung in maximal 6 Bereiche der Pflege und Begleitung
- ▶ pflegerelevante biografische Informationen werden mit den Ressourcen und Problemen des Bewohners verknüpft
- ▶ der Pflegestatus steht in direktem Bezug zu den einrichtungsintern verwandten Assessmentinstrumenten
- ▶ die erhobenen Informationen sind Grundlage zur Ermittlung übergeordneter Pflegeziele
- ▶ durch die alle 3 Monate stattfindende Neuerhebung ist ein kontinuierlicher Verlauf im Rahmen der Dokumentation ersichtlich

Anstelle des häufig verwendeten Begriffs „Pflegeanamnese“, der übersetzt „Vorgeschichte der Pflege“ bedeutet, wird nun der Begriff „Pflegestatus“ verwendet. Damit wird verdeutlicht, dass es sich hierbei nicht um ein einmalig zu erhebendes Instrument der Informationssammlung handelt, sondern im Rahmen der Überprüfung spätestens nach 3 Monaten eine neue Erhebung stattfindet. Somit kommt dem Pflegestatus eine zentrale Bedeutung im Rahmen des Pflegeprozesses zu.

Auf die übliche gesondert dokumentierte Sammlung biografischer Daten kann verzichtet werden, weil diese direkt als pflegerelevante biografische Informationen den einzelnen Bereichen der Begleitung und Pflege zugeordnet werden. Dadurch werden ein routinemäßiges Abfragen und die mögliche Verletzung der Intimität des Bewohners verhindert. Ergänzende biografische Daten, wie z.B. berufliche Tätigkeiten werden dem Bereich „Teilhabe und Partizipation am gesellschaftlichen Leben“ zugeordnet.

Bei der Sammlung von Daten im Rahmen des Pflegestatus wird bewusst auf ein alleiniges Ankreuzverfahren verzichtet, da dieses keine spezifizierte Darstellung des Zustandes gewährleistet. Stattdessen werden die Informationen sprachlich ausformuliert, was bereits auf die folgende Formulierung der Pflegeziele hinleitet.

Methode

1. Allgemeines zur Methodik

Der Pflegestatus wird durch die leitende Pflegefachkraft bzw. die Bezugspflegekraft in einem Aufnahmegespräch erhoben. Für das Gespräch gelten allgemeine Regeln der Kommunikation und Gesprächsführung. Neben dem Bewohner können – wenn erwünscht und erforderlich – auch Bezugspersonen teilnehmen. Eventuell ist eine Kennzeichnung erforderlich, aus dessen Sicht Informationen formuliert werden. Da nicht immer alle Informationen im Aufnahmegespräch gesammelt werden können, wird der Pflegestatus innerhalb der anschließenden vier Wochen ergänzt.

Ausgehend von dem Hamburger Modell werden sechs Bereiche der Pflege und Begleitung unterschieden: Kommunikation, Sicherheit, Mobilität, Körperpflege und Ausscheidung, Ernährung, Teilhabe/Partizipation am gesellschaftlichen Leben. In einem Manual zum Pflegestatus werden stichwortartig Beispiele für relevante Informationen und die Zuordnung zu den einzelnen Bereichen vorgeschlagen.

2. Datum

In dieser Spalte wird das Datum der Erhebung der jeweiligen Information eingetragen.

3. Wichtige relevante biografische Informationen (Gewohnheiten/Werte)

Hier werden Informationen, die in direktem Bezug zum jeweiligen Bereich der Begleitung und Pflege stehen, gesammelt. Hierzu gehören insbesondere in der Biografie begründete Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Gefühle, aber auch Wertvorstellungen und Haltungen.

4. Ressourcen

Hier wird zwischen inneren Ressourcen, den Fähigkeiten des jeweiligen Menschen, und äußeren Ressourcen, den äußeren Hilfsquellen, wie z.B. Hilfsmittel, unterschieden.

- Vorhandene Fähigkeiten:

Aus dieser Spalte muss die Selbständigkeit des Bewohners erkennbar sein.

Außerdem werden hier Informationen z.B. über physiologische Vitalfunktionen gesammelt.

- Vorhandene Hilfsmittel:

Diese Spalte gibt einen Überblick über vorhandene Hilfsmittel.

5. Probleme

Formuliert werden zum einen Beeinträchtigungen des Bewohners, die ihn in seiner Selbstständigkeit einschränken und zum anderen Probleme, die sich aus den Ergebnissen der Assessmentinstrumente ergeben. Schon hier wird eine Abstufung der Probleme vorgenommen im Hinblick auf die folgende Formulierung der Pflegeziele. Vorrangig sind die Probleme, die weitere Probleme auslösen, die gesundheitsbedrohliche Folgen haben und die von dem Bewohner als extrem belastend empfunden werden.

6. Handzeichen

Die gesammelten Informationen werden von der Pflegefachkraft mit Handzeichen bestätigt.

7. Gegebenenfalls zu bearbeitende Assessmentinstrumente

Der systematische Einsatz von Assessmentinstrumenten (z.B. Norton- bzw. Braden-Skala, Einschätzung des Ernährungszustands und Trinkverhalten, Einschätzung des Sturzrisikos und des Kontinenzprofils) ist in schriftlicher Form einrichtungsintern geregelt. Die bearbeiteten Assessmentinstrumente werden angekreuzt und die Ergebnisse finden sich in den Spalten „Vorhandene Fähigkeiten“ oder „Probleme“ wieder. Empfehlenswert ist es, die entsprechenden Assessmentinstrumente unmittelbar hinter dem jeweiligen Formblatt Pflegestatus abzuheften.

3.3 Der Tagespflegeplan

Ziele der Formblätter

- ▶ die individuellen Zielsetzungen der pflegerischen Versorgung sind allen am Pflegeprozess Beteiligten präsent und bekannt
- ▶ die Gewohnheiten und Rituale der Bewohner finden in der Pflege und Betreuung Berücksichtigung
- ▶ die Formblätter geben die in einer Tagesstruktur von der Pflegekraft durchzuführenden Maßnahmen wieder und werden als tägliche Arbeitsgrundlage genutzt
- ▶ Überprüfbare Ergebniskriterien zu Zielen und Maßnahmen erleichtern die Evaluation
- ▶ es werden alle Maßnahmen der pflegerischen und sozialen Versorgung systematisch festgehalten

Grundlage für die Entscheidung, wesentliche Aspekte der Planung in eine Tagesstruktur zu bringen, ist der Ansatz, die Planung für die Pflegekräfte im Pflegealltag verständlich und nutzbar zu gestalten. Sie soll zum einen die pflegerische Versorgung in chronologischer Reihenfolge abbilden und zum anderen die Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners stärker berücksichtigen.

Die Teilung einer Tagestruktur in einen Tages-, Abend-, und Nachtplan ermöglicht den Pflegekräften eine gezielte Durchsicht der Aufgaben in ihrem jeweiligen Diensten. Die Pflegeziele, die direkt auf dem Planungsblatt formuliert sind, zeigen aktuell und kontinuierlich die Richtung der pflegerischen Versorgung an. Gleichzeitig werden durch die Prioritätensetzung in der Formulierung übergeordneter Zielsetzungen die Schwerpunkte der pflegerischen Versorgung deutlich gemacht. Konkret formulierte Ergebniskriterien erleichtern die Einschätzung des Grades der Zielerreichung.

Die Formulierung von Ergebniskriterien, die Zuordnung der Maßnahmen zu den Pflegezielen und die Beschreibung der Maßnahmen in einer Tagestruktur ermöglichen die direkte Verbindung der Schritte des Pflegeprozess und die Nutzbarkeit in der Pflegepraxis.

Methode

1. Allgemeines zur Methodik

Für jeden Bewohner wird nach dem Einzug/der Aufnahme eine vorläufige Tages-/Wochenplanung erstellt. Sie ist das Ergebnis einer ersten Einschätzung des aktuellen Pflegebedarfs des Bewohners durch die Pflegefachkraft.

Nach vier bis sechs Wochen wird die vorläufige Tages-/Wochenplanung auf der Grundlage des Pflegestatus überarbeitet. So entsteht eine individuelle Tages-/Wochenplanung zur pflegerischen Versorgung und sozialen Betreuung der Bewohnerin/des Bewohners. Verantwortlich für die Planung und Umsetzung ist die leitende Pflegefachkraft, die diese Aufgaben an die Bezugspflegekraft delegieren kann. Die Planung ist als verbindliche Arbeitsanweisung für alle am Pflegeprozess Beteiligten zu verstehen.

Die Planung der Maßnahmen berücksichtigt die Gewohnheiten der Bewohnerin/des Bewohners und die vorhandene Tagestruktur der Dienste in der Einrichtung.

2. Formulierung übergeordneter Pflegeziele

Bezogen auf die im Pflegestatus festgestellten Probleme, werden übergeordnete Pflegeziele formuliert. Wesentliches Kennzeichen dieser übergeordneten Pflegeziele ist, dass sie realistisch und erreichbar sind. Ziele festlegen ist dabei ein Aushandlungsprozess zwischen der Pflegefachkraft und dem Bewohner. Zunächst schätzt die Pflegefachkraft ein, welche Probleme aus Sicht des Bewohners besonders seine Lebensqualität beeinträchtigen und welche Probleme aus pflegefachlicher Sicht sofort bearbeitet werden müssen. Die Berücksichtigung der Ziele des Bewohners spielt eine wichtige Rolle für sein Wohlbefinden. Die Prioritätensetzung der Pflegeziele entspricht dieser Einschätzung. Es werden maximal sechs übergeordnete Pflegeziele formuliert. Lediglich bei wirklich komplexen Pflege- und Gefährdungssituation können zusätzliche übergeordnete Pflegeziele hinzukommen.

3. Angesetzte/Abgesetzte Maßnahmen und Handzeichen

Der Beginn und die Beendigung der Maßnahme werden jeweils mit dem Tagesdatum und Handzeichen eingetragen. Beendete Maßnahmen werden noch leserlich mit einem roten Querstrich durchgestrichen. Neu angesetzte Maßnahmen werden in die chronologische Reihenfolge eingefügt.

4. Pflegerische Maßnahmen in zeitlicher Abfolge

Die Pflegefachkraft beschreibt in chronologischer Reihenfolge die Maßnahmen der pflegerischen Versorgung und der sozialen Betreuung. In der Maßnahmeplanung finden die Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners und dessen Fähigkeiten/Ressourcen Berücksichtigung.

Die notwendigen pflegerischen und sozialen Maßnahmen werden allgemein und handlungsleitend beschrieben, ggf. findet ein Verweis auf andere Dokumente und Formulare statt. Spezielle Planungen (z.B. Bewegungsplanung, Planung zu Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz, Ernährungsplanung) werden in die tägliche Maßnahmeplanung integriert oder auf einem extra Dokument spezifiziert. Sind spezielle Protokolle (z.B. Wundprotokoll, Lagerungsprotokoll) im Rahmen der Pflegedurchführung anzufertigen, wird dies im Tagespflegeplan vermerkt.

5. Tage der pflegerischen Unterstützung

Die Tage, an denen die pflegerische Unterstützung stattfindet, werden abgekürzt mit Tagesnennung eingetragen.

6. Intensität der pflegerischen Unterstützung

Bei der Einschätzung der Intensität der pflegerischen Unterstützung werden die Fähigkeiten/ Ressourcen des Bewohners berücksichtigt. Die verschiedenen Formen der Unterstützung: Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung, teilweise Übernahme oder vollständige Übernahme werden abgekürzt eingetragen.

7. Zuordnung zum Pflegeziel

Die beschriebenen Maßnahmen werden einem der formulierten übergeordneten Pflegeziele zugeordnet. Zu jedem Pflegeziel sind Maßnahmen formuliert, die zur Zielerreichung beitragen.

8. Überprüfbare Ergebniskriterien

Zu jedem Pflegeziel werden überprüfbare Ergebniskriterien formuliert, die mindestens alle drei Monate evaluiert werden. Die Kriterien beinhalten ein konkretes Ergebnis der pflegerischen Versorgung, dass der Bewohner bis zum nächsten Evaluationstermin durch die Unterstützung erreicht (bezogen auf seinen Zustand, sein Handeln, sein Wissen).

9. Evaluation/Neue Ziele nach der Evaluation

Es findet mindestens alle 3 Monate eine Evaluation der Pflegeplanung statt. Bei der Evaluation werden der Pflegestatus, die übergeordneten Pflegeziele, die formulierten Ergebniskriterien, die Durchführung der geplanten Maßnahmen und die Reaktion des Bewohners auf die Versorgung überprüft, bewertet und ggf. aktualisiert. Hierfür werden die Dokumente zum Pflegestatus (einschließlich Assessmentinstrumente, Pläne und Durchführungskontrollblätter), zur Tagestruktur, zum Leistungsnachweis, Pflegebericht und die Zusammenfassung des Pflegeberichtes herangezogen.

Der Pflegestatus wird aktualisiert, erledigte übergeordnete Zielsetzungen werden noch lesbar durchgestrichen, neue Ziele ggf. ergänzt. Die Ergebniskriterien und die Maßnahmen werden ggf. verändert und/oder angepasst.

3.4 Leistungsnachweise für Bewohner

Ziele des Formblatts

- ▶ durch das Abzeichnen der Tagestruktur wird diese im Pflegealltag von den Pflegekräften genutzt und regelmäßige die Durchführung der beschriebenen Maßnahmen kontrolliert
- ▶ durch das Formblatt ist nachvollziehbar, welche Pflegefachkraft und/oder welche Pflegehilfskraft für die Durchführung der Maßnahmen verantwortlich waren.
- ▶ durch das Abzeichnen bei Abweichungen im Leistungsnachweis und das Eintragen im Pflegebericht, schafft das Formblatt eine direkte Verbindung zwischen der Planung der Maßnahmen in der Tagestruktur und dem Pflegebericht

Die bisherigen Leistungsnachweise bestanden in der Regel aus einer Aneinanderreihung von Einzelleistungen, die abgezeichnet werden mussten. Häufig waren diese Leistungen mit den in der Planung aufgeführten Maßnahmen nicht lückenlos identisch. Die große Menge der abzeichnenden Leistungen (20-30 Kürzel) und das täglich monotone Wiederholen dieser Arbeit führten dazu, dass die Leistungen ohne wirkliche Kontrolle der Durchführung mit Handzeichen bestätigt wurden. Abweichungen wurden nicht in den Pflegebericht eingetragen.

Mit dem Leistungsnachweis für Bewohner zeichnen die Pflegefachkraft und die Pflegehilfskraft die in der Tagesstruktur beschriebenen Maßnahmen/Leistungen ab, die in ihren Dienst erbracht worden sind. Die Struktur des Leistungsnachweises „zwingt“ sie dazu, die Tagstruktur mit den tatsächlich geleisteten Maßnahmen abzugleichen und Abweichungen im Leistungsnachweis direkt und im Pflegebericht zu dokumentieren. Damit wird ein wesentlicher Teil des Pflegeprozesses, die Ziel und Maßnahmeplanung, im Pflegealltag als Arbeitsgrundlage genutzt.

Methode

1. Allgemeines zur Methodik

Für die Umsetzung der im Pflegeprozess geplanten Maßnahmen ist die Pflegefachkraft verantwortlich. Sie kann Maßnahmen an die Pflegehilfskraft delegieren und überzeugt sich davon, dass diese die Maßnahmen fachlich korrekt durchführt. Beide zeichnen die Durchführung der in der Tagesplanung beschriebenen Maßnahmen und deren Abweichungen ab. Wenn Pflege individuell durchgeführt wird, kommt es regelmäßig zu Abweichungen.

Es muss jederzeit durch den Dienstplan nachweisbar sein, dass die abzeichnenden Pflegekräfte anwesend waren. Bestimmte Pflegemaßnahmen werden ausschließlich durch die Pflegefachkraft durchgeführt und abgezeichnet.

2. Abzeichnung der Pflegemaßnahmen

Nach dem Dienst gleicht die Pflegefachkraft die tatsächlich durchgeführten mit den in dem „Tagespflegeplänen“ beschriebenen Maßnahmen ab. Sie bestätigt mit ihrem Kürzel unter dem Tagesdatum die Durchführung der Maßnahmen, so wie sie im Tagespflegeplan beschrieben worden sind. Die an der Pflege beteiligte Pflegehilfskraft führt ebenfalls den oben beschriebenen Abgleich durch und setzt ihr Kürzel in den Leistungsnachweis. Sollte es zu Abweichungen bei der Durchführung der Maßnahmen gekommen sein, setzt die Pflegefachkraft bzw. Pflegehilfskraft ihr Kürzel zusätzlich in die Spalte „Abweichungen“ unter das Tagesdatum. Wenn eine Abweichung von der Tagesplanung durch ein Kürzel bestätigt worden ist, muss die Art der Abweichung und die Ursache hierfür im Pflegebericht dokumentiert werden.

3. Behandlungspflege durch Pflegefachkraft

Die Pflegefachkraft trägt die Art der ärztlich verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen ein. Sie bestätigt die Durchführung der Maßnahmen mit ihrem Kürzel unter dem Tagesdatum. Abweichungen und deren Ursachen werden im Pflegebericht dokumentiert.

4. Pflegefachkräfte/Pflegehilfskräfte

Die an der Pflege des Bewohners beteiligten Pflegekräfte werden mit Namen und Kürzel in den Leistungsnachweis eingetragen.

3.5 Pflegebericht

Ziele des Formblatts

- ▶ der Verlauf der pflegerischen Versorgung und des Bewohnerzustandes ist kontinuierlich dargestellt
- ▶ die Eintragungen erhalten durch die Zuordnung zu den Bereichen der Pflege und Begleitung einen direkten Bezug zum Pflegestatus und zur Pflegeplanung
- ▶ die Auswertung ist die Grundlage für die Evaluation der Pflegeplanung
- ▶ Der Pflegebericht wird als tägliche Informationsquelle von allen an der Pflege beteiligten Pflegekräften genutzt

Der Pflegebericht wird als Dokument, das den Verlauf der pflegerischen Versorgung und des Bewohnerzustandes schildert, für die Evaluation nutzbar gemacht. Die Zuordnung der zeitlich festgelegten Auswertung zu den Bereichen der Pflege und Begleitung ermöglicht einen direkten Bezug zur Pflegeplanung.

Methode

1. Allgemeines zur Methodik

Eintragungen in den Pflegebericht werden durch die Pflegefachkraft und die Pflegehilfskraft vorgenommen. Die Eintragungen sollen einen Verlauf der pflegerischen Versorgung und des Bewohnerzustandes widerspiegeln.

Die Eintragungsintervalle werden nach einrichtungsinternen Vorgaben vorgenommen. Hilfreich ist eine tägliche Eintragung.

2. Datum/Uhrzeit/Handzeichen

Vor der Eintragung trägt die Pflegekraft das Datum und die Uhrzeit der Eintragung in die Datumsspalte ein. Die Eintragung wird mit dem Kürzel der Pflegekraft bestätigt.

3. Tägliche Eintragungen (nach Vorgabe der Einrichtung)

Die Pflegekraft nimmt Eintragungen unter folgenden Aspekten vor:

- ▶ Abweichung von geplanten Maßnahmen
- ▶ Verändertes Psychosoziales Verhalten
- ▶ Auftreten eines neuen Pflegeproblems
- ▶ Besondere Vorkommnisse, gefährliche Situationen, Zwischenfälle
- ▶ Ereignisse mit direkten Auswirkungen auf den Bewohnerzustand oder dessen Versorgung
- ▶ Reaktion des Bewohners auf die durchgeführte Pflege

4. Monatlich durch die Pflegefachkraft

Die Pflegefachkraft nimmt einmal monatlich eine Zwischenevaluation des Pflegeprozesses vor. Grundlage hierfür sind die Eintragungen in den Pflegebericht und ihre Einschätzung der pflegerischen Versorgung und des Bewohnerzustandes. Die Einschätzung findet strukturiert nach den Bereichen der Pflege und Begleitung unter folgenden Aspekten statt:

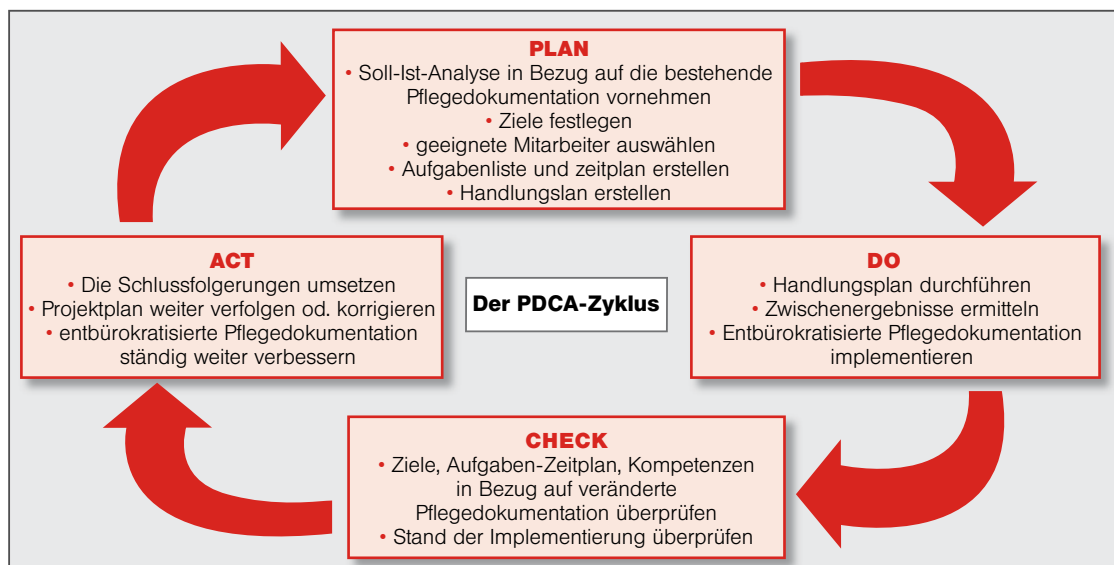
- ▶ Reaktion des Bewohners auf die durchgeführte Pflege
- ▶ Ursacheneinschätzung bei Abweichung von geplanten Maßnahmen
- ▶ Wiederholtes Auftreten neuer Pflegeprobleme
- ▶ Beschreibung des Bewohnerzustandes in Bezug auf die in der Planung formulierten Pflegeziele und Ressourcen
- ▶ Wiederholtes Auftreten besonderer Vorkommnisse
- ▶ Die Eintragungen werden den Bereichen der Pflege und Begleitung zugeordnet und mit dem Eintragdatum und dem Kürzel der Pflegefachkraft abgeschlossen. <

4. Projektmanagement zur Einführung der „Entbürokratisierten Pflegedokumentation“

Ziele des Projektmanagements

- Effektive und effiziente Planung und Implementierung des Projekts
„Entbürokratisierte Pflegeplanung“
- Verantwortung und Aufgabenbereich der Mitarbeiter sind für das Projekt festgelegt
- Mitarbeiter der Einrichtung sind über das Projekt informiert
- Mitarbeiter sind in Bezug auf die veränderte Pflegeplanung und -dokumentation geschult
- Mitarbeiter arbeiten korrekt mit der entbürokratisierten Pflegedokumentation

Die Einführung einer entbürokratisierten Pflegeplanung und Dokumentation ist ein Veränderungsprojekt, das all jene Mitarbeiter betrifft, zu deren Aufgaben es gehört, mit der Pflegeplanung und -dokumentation zu arbeiten. Die Leitung initiiert dieses Projekt. Das Vorhaben ist hoch komplex in Aufgabenstellung und Reichweite. Von daher sollte das Projekt im Vorfeld genau geplant werden. Die Projektplanung umfasst dabei die Zielsetzung, die Festlegung der inhaltlichen Aufgaben und der Zeitdimension, die Organisation, die Umsetzung sowie die Überprüfung des Projektstandes. Diese Managementfunktionen unterliegen der Dynamik des Regelkreis- bzw. Problemlösemodells, wie er aus dem Qualitätsmanagement bekannt ist. Für das Projekt „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ heißt dies:



Planen

Soll-Ist-Analyse in Bezug auf die bestehende Pflegedokumentation vornehmen

Vermutlich kennen Sie die Probleme, die die Kollegen in Ihrer Einrichtung mit der Pflegedokumentation haben. Dennoch lohnt es sich genauer hinzuschauen, bevor man mit der Veränderung beginnt. Welche Stärken, welche Schwächen hat Ihr jetziges Dokumentationssystem? Verleitet es dazu, bestimmte Fehler zu machen? Welche Fehler wiederholen sich bei Erstellung der Pflegeplanung und der Dokumentation? Interessant sind nicht die einmaligen Schwächen oder Probleme, der Trend entscheidet über Ihr weiteres Vorgehen.

Von daher sollten Sie sich exemplarisch einige Dokumentationen anschauen. Auf der Basis dieser Sichtung entscheiden Sie, welche Veränderungen Sie vornehmen wollen. Das kann die Veränderung der gesamten Pflegeplanung und Dokumentation sein, das kann aber auch die Übernahme einzelner Bausteine sein, z.B. die Einführung eines individualisierten Tagespflegeplans für die Bewohner. Ausgehend von der Analyse planen Sie, welche Ziele Sie erreichen wollen und wie der Ablauf der Einführung und Implementierung vonstatten gehen soll.

Ziele festlegen

Die Ziele richten sich nach Ihren personellen und organisatorischen betrieblichen Voraussetzungen:

- ▶ Projektmitarbeiter sind in folgende Bausteine der entbürokratisierten Pflegedokumentation (...) bis zum (Datum) eingewiesen
- ▶ Projektmitarbeiter haben Kollegen bis zum (Datum) in folgende Bausteine (...) geschult
- ▶ Mitarbeiter der Ebenen xx wenden folgende Bausteine (...) der entbürokratisierten Pflegedokumentation bis zum (Datum) an

Auswahl geeigneter Mitarbeiter

Kleinere Einrichtungen können möglicherweise alle Mitarbeiter in die entbürokratisierte Pflegeplanung schulen; größere Einrichtungen werden ein Projektteam zusammenstellen, das zunächst geschult und dann die Aufgabe übernimmt, in ihren Bereichen die Kollegen und Mitarbeiter in die entbürokratisierte Pflegedokumentation einzuweisen. Entscheiden Sie sich für ein Projektteam, ist die Qualifikation von Bedeutung. Pflegefachkräfte sind von der Kompetenz und vom Status in der Lage, diese Aufgabe zu übernehmen. Pflegehilfskräfte werden nach ihren Kompetenzen in das Projekt mit einbezogen. Holen Sie sich auch die Skeptiker und Zauderer in das Projektteam. Durch die Einbindung verhindern Sie spätere Blockaden. Bei der Auswahl der Mitarbeiter ist daran zu denken, dass eine personelle Kontinuität über einen gewissen Zeitraum erhalten sein muss, wenn Sie vorankommen und nicht immer wieder von vorne anfangen wollen.

Auch wenn möglicherweise Schulungen/Einweisungen an Bereichsleitungen delegiert werden, die (Pflegedienst)Leitung behält die Verantwortung für das Gesamtprojekt – und diese muss für alle Mitarbeiter auch deutlich werden durch die entsprechende Unterstützung.

Aufgaben in einer zeitlichen und personellen Perspektive auflisten

Was ist inhaltlich zu tun? Zunächst geht es darum zu entscheiden, ob Sie Ihre bestehende Dokumentation einfach nur „verschlanken“, ob Sie einzelne Formulare entsprechend Ihrer Bedürfnisse selber anpassen wollen oder ob Sie sich für den Ersatz einiger Formulare durch Musterformulare entscheiden, wie sie zum Beispiel von der „Projektgruppe Entbürokratisierung“ erarbeitet worden sind.

Im Weiteren geht es darum zu klären, welche „Bausteine“ in welcher Zeit vom Projektteam in Ihrer Einrichtung zu bearbeiten sind. Der Ablauf der Projektarbeit sollte moderiert werden, um zielgerichtet zu arbeiten und „Detailverliebtheit“ und ein Abweichen vom Thema zu verhindern. Auf der Basis der „alten“ Dokumentation werden dann die Informationen über einen Bewohner in die neue Pflegedokumentation überführt und mit dem Wissen der Mitarbeiter – z.B. zu den individuellen Gewohnheiten und Wünschen – ergänzt.

Wie häufig Sie sich treffen, um in der Logik der entbürokratisierten Pflegedokumentation sicher zu werden, hängt ab von der Qualifikation des Personals und ihrer Motivation, neue Wege in der Pflegedokumentation zu gehen.

Handlungspläne erstellen

Werden nicht alle Aufgaben in einer Sitzung bearbeitet, übernehmen Mitarbeiter bis zu einem weiteren Treffen die Aufgabe, selbständig Pflegedokumentationen in das neue System zu überführen, die dann dort vorgestellt und diskutiert werden. Dazu werden zusätzlich Zeitressourcen für die Mitarbeiter geschaffen. Die Absprachen werden in einem Handlungsplan festgehalten. Der Handlungsplan gibt Auskunft über die getroffenen Vereinbarungen, wer was mit wem bis zu welchem Zeitpunkt erledigt hat. Der Handlungsplan ist für alle Beteiligten zugänglich.

Durchführen

Handlungsplan durchführen

Zwischen den Sitzungen erhalten die Mitarbeiter während ihrer Arbeitszeit Gelegenheit ihre Aufgaben zu erledigen.

Zwischenergebnisse ermitteln

Während der Projektsitzungen wird deutlich, mit welchen Schwierigkeiten das Projektteam in Ihrer Einrichtung konfrontiert wird. Nicht selten ist, dass unterschiedliche Vorstellungen über die Durchführung von Pflegemaßnahmen, aber auch über die Tiefe und Detailliertheit der Biographiearbeit bestehen. Diese sind „begrenzt“ ausdiskutieren. Danach sollte eine Entscheidung getroffen werden. Im Projektteam sollte klar sein, wer letztlich die Entscheidungen trifft. Das kann die Pflegedienstleitung, aber auch die Bereichsleitung sein. Demokratische Abstimmungsprozesse sind an dieser Stelle nicht effektiv. Pflege basiert auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie sie z.B. in Expertenstandards nachzulesen sind. Sie geben Richtung und Fundament. Nur solche biografischen Informationen sind von Bedeutung, die die Lebensqualität des Bewohners erhalten bzw. erhöhen.

Entbürokratisierte Pflegedokumentation implementieren

Fühlen sich die Projektmitarbeiter sicher, geht es nun darum, die weiteren Mitarbeiter in die entbürokratisierte Pflegedokumentation einzuweisen. Auch hier spielen Termin, Raum, Dauer der Veranstaltung usw. eine entscheidende Rolle. Je nach Größe und Kapazität Ihrer Einrichtung kann sich dieser Prozess über ein halbes bis ein Jahr hinziehen. Besser wäre allerdings ein kürzerer Zeitabschnitt, um Parallelarbeiten nach „alter“ und „neuer“ Version der Pflegedokumentation zu vermeiden.

Überprüfen

Ziele, Aufgaben Zeitplan, Kompetenzen in Bezug auf veränderte Pflegedokumentation überprüfen

Neben der Ermittlung von Zwischenergebnissen ist zu einem gegebenen Zeitpunkt ein gezieltes „Controlling“ durch Soll-Ist-Vergleich über Ziele, Aufgaben, Zeitplan, Kompetenzen in Bezug auf veränderte Pflegedokumentation vorzunehmen. Damit ermitteln Sie Schwachstellen, aber auch Stärken in der Umsetzung bzw. im Wissensstand der Mitarbeiter. Dazu stehen Ihnen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. Die Mitarbeiter sollten von diesem Vorhaben vorher informiert sein, um sich nicht „kontrolliert“ zu fühlen. Controlling im PDCA-Zyklus bezieht sich ja bekanntlich auf Sachverhalte, nicht auf einzelne Menschen.

Manche Leitungskräfte vernachlässigen das Überprüfen, weil sie annehmen, dass alles schon laufen wird, so wie vorher abgesprochen. Die Erfahrung zeigt, dass diese Annahme nicht richtig ist. Mitarbeiter verlassen sich häufig auf ihre bisherigen Erfahrungen und die bekannten Abläufe; sie geben ja auch Sicherheit. Veränderungen erfordern eine wesentlich höhere Kraftanstrengung und Motivation. Diese sollte über das Interesse der Leitungskraft an der Weiterentwicklung des Systems und der Mitarbeiterkompetenzen gestärkt werden.

Implementierung in der Einrichtung überprüfen

Je nach Zielsetzung überprüfen Sie die Umsetzung der Entbürokratisierten Pflegedokumentation zu einem bestimmten Zeitpunkt mit dem Projektteam. Die Bereichsleitungen geben Auskunft über Stand und Motivation der Kollegen und Mitarbeiter zur Arbeit mit der entbürokratisierten Pflegeplanung und Dokumentation.

Verbessern

Die Schlussfolgerungen umsetzen

Die Überprüfung mit den sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen ist Teil eines kontinuierlichen Prozesses zur Weiterentwicklung der Qualität der entbürokratisierten Pflegedokumentation. Von daher stehen sie nicht am Ende eines Vorhabens, sondern sind Bestandteil aller Phasen des PDCA-Modells.

Projektplan weiter verfolgen oder korrigieren

Je nachdem, welche Schlussfolgerungen Sie aus Ihrem Controlling ziehen, werden Sie die Dynamik und inhaltliche Schwerpunktsetzung entweder beibehalten oder verändern. Bei starker Fluktuation der Mitarbeiter fängt man unter Umständen wieder bei einem vorherigen Prozessschritt an, z.B. bei der Schulung bestimmter Mitarbeiter als Multiplikatoren.

Entbürokratisierte Pflegedokumentation ständig weiter verbessern

Nicht nur die individuelle Pflegedokumentation selbst unterliegt einer ständigen Fortentwicklung, weil sich die Lebenssituation der Bewohner verändert hat, z.B. durch eine Verbesserung oder Verschlechterung des Krankheitszustandes, Tod des Partners, Veränderung von Appetit und Essgewohnheiten usw.

Diese Fortentwicklung bezieht sich ebenfalls auf die Arbeit mit den Pflegedokumentationen, weil z.B. Ziele individueller und präziser beschrieben oder das Berichtswesen aussagekräftiger geführt, die Akzeptanz der Mitarbeiter für die Notwendigkeit der Pflegedokumentation insgesamt gestärkt werden. Insofern kann die entbürokratisierte Pflegedokumentation als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung Ihrer Einrichtung angesehen werden – ein Prozess, der die Qualität der Pflege(planung und -dokumentation) kontinuierlich verbessert und die Kompetenz des Personals ständig erhöht.

Externe Beratung kann diesen Prozess entscheidend voran bringen. Manchmal hilft der Blick von außen, Betriebsblindheit und lähmende Routine zu überwinden. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse werden gezielt umgesetzt, Leitungshandeln wird effektiver, die Organisation insgesamt effizienter. Die Mitarbeiterinnen des Projektes unterstützen und beraten Sie gern in diesem Veränderungsprozess. <<

5. Kontakte

🕒 **Evangelische Berufsschule für Altenpflege des Rauhen Hauses**

Beim Rauhen Hause 21 · 22111 Hamburg · Telefon (040) 655 91-139 · Fax (040) 655 91-390
Email: berufsschule-altenpflege@rauheshaus.de · www.rauheshaus.de

Kontakt: Jörg Heinsohn, Telefon (040) 655 91 335 · Mobil 0160-95 30 08 71
Email: jheinsohn@rauheshaus.de

Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter:

Juliane Falk, Erziehungs- und Sozialwissenschaftlerin, Redakteurin der wissenschaftlichen Zeitschrift „Pflege und Gesellschaft“ und Herausgeberin der Buchreihe „Praxis der Pflegepädagogik“

Jörg Heinsohn, Sozialwissenschaftler und Gerontologe, Geschäftsführer eines regionalen Altenhilfeverbundes

Christel Ludewig, Kinderkrankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachbereichsleiterin im DFA

Carsten Mai, Krankenpfleger und Erziehungswissenschaftler, Leiter der ev. Berufsschule für Altenpflege des Rauhen Hauses

Ina Nowack, Qualitätsbeauftragte und Mitglied der Geschäftsführung von psychiatrischen Pflegeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt

Marina Oehlenschläger, Qualitätsbeauftragte, Krankenschwester und Sozialpädagogin

Diakonisches Werk Hamburg – Fortbildungszentrum auf der Ansharhöhe

Tarpenbekstraße 107 · 20251 Hamburg · Telefon (040) 4669 405 · Fax (040) 4669 404
E-Mail: info@dfa-hamburg.de · www.dfa-hamburg.de
Kontakt: Christel Ludewig · Email: christel.ludewig@dfa-hamburg.de

🕒 **Beteiligte Einrichtungen:**

Alten- und Pflegeheim Haus St. Johannis

Bei St. Johannis 10 · 20148 Hamburg
Telefon (040) 44 18 42-8
Kontakt: Cornelia Stöber (HL)

Stiftung Altenheim St. Johannis/St. Nikolai

Mittelweg 106 · 20149 Hamburg
Telefon (040) 4 14 49-0
Kontakt: Uwe Koch (HL)

Seniorenzentrum St. Markus der Martha-Stiftung

Gärtnerstraße 63 · 20253 Hamburg
Telefon (040) 4019 08-0
Kontakt: Wolfgang Janzen (HL)

ASH Haus Vitalis Lokstedt GmbH

Julius Vosseler Straße 40 · 22527 Hamburg
Telefon (040) 386 87-2 00
Kontakt: Gabriela Wenzel (PDL)

Alten- und Pflegeheim „Rommerskirchen“ GmbH

Garstedter Weg 79 · 22453 Hamburg
Telefon (040) 551 08 48
Kontakt: Marianne Längler (PDL)

Seniorenheim Burgwedel GmbH

Jungliebstraße 1 · 22457 Hamburg
Telefon (040) 55 97 73-0
Kontakt: Birgit Ternirsen (HL)

Alten- und Pflegeheim Schnelsen Joachim Grams GmbH

Wählingsallee 15-17 · 22459 Hamburg
Telefon (040) 55 97 49-0
Kontakt: Edda Grams (HL)

Pro Seniore Residenz Hamburg

Gazellenkamp 38 · 22529 Hamburg
Telefon (040) 419 25-09
Kontakt: Rainer Erdsiek (PDL)