

Für reibungslose Abläufe

Auch in der Pflegeplanung will der Umgang mit Stift und Papier gelernt sein.

Foto:
Susanne El-Nawab



Wenn die Pflegeplanung richtig eingeführt ist, laufen sämtliche Prozesse reibungslos. Das verringert die Fehlerquote, spart Zeit, Nerven und damit Geld. Und wie von selbst entsteht dabei aus den Mitarbeitern ein zielstrebiges und professionelles Team.

Von Hildegard Klein

Viele Pflegekräfte und sogar PDLs nehmen die Pflegeplanung als unnützen „Papierkram“ wahr. Dabei übersehen sie, dass eine gut geführte Pflegeplanung auch gut für den Pflegedienst ist. Aus den Ergebnissen des MDK-Qualitätsberichtes vom November 2004 zum Pflegeprozess lässt sich erkennen, woran es bei der Pflegeplanung bisher haperte: Bei 64 Prozent der Befragten lagen die Pflege-

ziele nicht in brauchbarer Form vor. Bei 54 Prozent der Patienten wurden die durchzuführenden Maßnahmen nicht so geplant, dass aus der Beschreibung hervorging, wie genau sie umgesetzt werden sollten. Stattdessen wurden laut MDK „schematisch Pflegemaßnahmen oder abrechenbare Leistungskomplexe als Maßnahmen dokumentiert“. Auch der MDK merkt dazu an, dass das nicht bedeute, dass die Mitarbeiter die Vorlieben und Fähigkeiten der Patienten nicht kennen, sondern es werde einfach nicht nachvollziehbar geplant. Vom MDK wurde dieses Arbeiten als „unfachlich und unwirtschaftlich“ bezeichnet.

In 56 Prozent der Fälle konnten die Pflegedienste nicht nachweisen, dass der Pflegebedürftige und sein Umfeld über erforderliche Maßnahmen, die von Dritten (zum Beispiel Angehörigen) durchzuführen waren, informiert und beraten wurde. Ähnlich sieht es bei den Prophylaxen aus, diese wurden in 55 Prozent der Fälle bei der Planung nicht berücksichtigt. Auch bei akuten Ereignissen, beispielsweise einem Sturz, waren die getroffenen Maßnahmen in 66 Prozent der Fälle nicht erkennbar bzw. kein situa-

tionsgerechtes Handeln nachvollziehbar. Besonders gravierend ist, dass in 58 Prozent der Fälle die Überprüfung und Bewertung der Pflegeergebnisse und ggf. eine Anpassung/Änderung der Ziele bzw. Maßnahmen nicht ersichtlich waren.

Seit fast zwei Jahren liegen die neuen MDK-Prüfrichtlinien vor, die unter anderem auch die oben genannten „Defizite“ als Richtlinien formulieren und eine Änderung einfordern. Trotzdem mangelt es weiterhin bei der Umsetzung in den Pflegediensten vor Ort.

Anforderungen an eine zeitgemäße Pflegeplanung

An die Pflegeplanung und Dokumentation stellen sich folgende Anforderungen, die auch aus haftungsrechtlicher Sicht wichtig sind:

- Alle erforderlichen Dokumentationsblätter sind ausgefüllt (inklusive Pflegeanamnese, dem „ungeliebten“ Biografiebogen und den „Blättern“ zur Sturzprophylaxe/Sturzrisiko).
- Spätestens alle drei Monate (besser alle vier Wochen) wird die Pflegeplanung ausgewertet.
- Im Pflegedienst liegt eine Musterpflegeplanung aus, die „perfekt“ ausgefüllt ist, sie dient al-

► Problem + Lösung

Problem: Die Pflegeplanung ist nicht auf dem neuesten Stand und muss überarbeitet werden.

Lösung: In der Pflegeplanung stehen übersichtlich nur die AEDLs, die für den Pflegebedürftigen relevant sind. So kann alle vier Wochen in zirka zehn Minuten die Pflegeanamnese überarbeitet werden (dort stehen alle Probleme und Ressourcen, die der Patient je hatte) und die Pflegeplanung angepasst werden. Wird der Pflegebericht verständlich geschrieben, so ist schnell ersichtlich, ob die Pflegeplanung noch stimmt.

Häusliche Pflege

len (insbesondere den neuen Pflegekräften) als „Anleitung“.

- Die Pflegeplanung und der Pflegebericht sind so formuliert, dass jeder sie versteht. Pflegeprobleme, Ziele und Maßnahmen werden unterschieden und klar und deutlich ausgedrückt.
- Es werden nur die für die Pflege relevanten „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDLs) aus dem Pflegemodell berücksichtigt, so dass die Pflegeplanung höchstens zwei Seiten lang ist.
- Im Pflegebericht steht nur für die Pflege Relevantes. Also das, was für den nächsten Mitarbeiter wichtig ist, der zum Patienten kommt. Routinetätigkeiten, die sich ständig wiederholen, haben hier nichts zu suchen.
- Allen Pflegekräften ist bewusst, dass der Pflegebericht im Haftungsfall als Rechtsnachweis dient. Dementsprechend sorgfältig, sprachlich korrekt und logisch wird er ausgefüllt.
- Für Patienten, die beim Erstgespräch nicht ganz „erfassbar“ sind, wird zunächst eine vorläufige Pflegeplanung erstellt.

Pflegeplanung ist Teamarbeit

Ein kluger Pflegedienst nimmt die Pflegeplanung sehr wichtig: Er weiß, dass die Planung Teamarbeit

► Problem + Lösung

Problem: Ein neuer Pflegebedürftiger wird aufgenommen, eine endgültige Pflegeplanung kann aber nicht sofort erstellt werden.

Lösung: Die PDL erstellt eine vorläufige Pflegeplanung beim Erstgespräch. Diese schreibt sie in den Pflegebericht. In den folgenden zwei bis vier Wochen schreiben alle Pflegekräfte im Pflegebericht genau auf, was bei diesem Patienten zu tun ist. So entsteht eine Dokumentation des Zustandes des Patienten. Nach zwei bis vier Wochen, kann aus dem gemeinsam erstellten Pflegebericht eine endgültige Pflegeplanung geschrieben werden.

Häusliche Pflege

ist. Und er weiß, dass alle Pflegekräfte, die eine Pflegeplanung erstellen, auf dem neuesten Wissensstand sein müssen. Es sollten mindestens vier Pflegekräfte eine Pflegeplanung sehr gut erstellen können (PDL, stellvertretende PDL und zwei Pflegefachkräfte). Alle anderen arbeiten diesen Pflegekräften zu bzw. streben danach, selber über kurz oder lang eine eigenständige Pflegeplanung schreiben zu können. Bis dahin üben sie unter Anleitung derjenigen Pflegekräfte, die es schon gut können.

Den schriftlichen Ausdruck verbessern

Natürlich gibt es in jedem Pflegedienst immer Pflegekräfte, die mitunter ungeübt sind, sich schriftlich auszudrücken. Hier ist es Aufgabe der PDL herauszufinden, ob es wirklich effektiv ist, diese Pflegekräfte eine eigene Pflegeplanung schreiben zu lassen. Vielleicht gibt es ja Teile der Pflegeplanung, die dieser Pflegekraft leicht fallen, so dass sie zunächst nur den Pflegebericht schreibt und von den „Könnern“ langsam an eine Pflegeplanung herangeführt wird.

Manchmal fehlt auch das Verständnis für die Logik des Geschriebenen. Zum Beispiel ist häufig der Unterschied zwischen einem Problem und einer Ressource nicht klar. Deshalb ist es sinnvoll, ein Problem mit „der Pflegebedürftige kann nicht ...“ zu bezeichnen und eine Ressource mit „er kann ...“. Bei den Prophylaxen wäre die Formulierung so: „... ist sturzgefährdet“, „ist dekubitusgefährdet“.

Bei den Zielen ist es ähnlich. Ein Ziel sollte einen zukünftigen Zustand so beschreiben, als sei er schon eingetreten, zum Beispiel: „körperliches Wohlbefinden“, „intakte Haut“. Bei den Prophylaxen schreibt man am besten: „Dekubitus bzw. Sturz wird verhindert bzw. vermieden.“ Bei den Maßnahmen sind klare kurze Sätze sinnvoll: „Bettgitter abends schließen“, „Frühstück morgens mundgerecht anreichen“.

Standards reduzieren Schreibaufwand

Finden immer wieder die gleichen Pflegemaßnahmen statt, haben sich Standards bewährt: „GGP (große

Grundpflege) morgens und abends nach Standard Nr. 1, Mobilisation, Patienten zu Mikrobewegungen anregen nach Standard Nr. 2, Thromboseprophylaxe nach Standard Nr. 3., Transfer Bett – Stuhl nach Standard Nr. 4.“ Die verwendeten Standards müssen nummeriert und ausgearbeitet im Pflegedienst vorliegen, damit jede Pflegekraft nachlesen kann, was genau bei jedem Standard zu tun ist.

Wird ein neuer Patient aufgenommen, so erstellt die PDL eine vorläufige Pflegeplanung, die sie in den Pflegebericht schreibt. Jede Pflegekraft, die anschließend den Pflegebedürftigen versorgt, schreibt außerdem in den Pflegebericht, was sie tut und was nötig ist. So entsteht im Pflegebericht eine Dokumentation des Zustandes des Patienten.

Nach zwei Wochen (bei demen- ten Personen sind es auch schon mal vier Wochen) kann aus dem gemeinsam erstellten Pflegebericht eine endgültige Pflegeplanung erarbeitet werden. Wenn alle Kollegen im Pflegeteam von diesem Vorgehen wissen, fühlen sich auch alle für einen verständlichen, sachlichen und kollegialen Schreibstil im Pflegebericht verantwortlich. Denn sobald ein wichtiges Detail nicht erwähnt oder unklar ausgedrückt wird, das aber wichtig für diesen Einsatz am Pflegebedürftigen ist, kann die Pflegeplanung anschließend nicht klar und vollständig erstellt werden. Ebenso wissen alle Pflegekräfte: Wird etwas Wichtiges nicht dokumentiert, be-



Hildegard Klein
ist Diplom-Sozialwissen- schaftlerin und Fachkrankenschwester für ambulante Pflege. Sie arbeitet als Beraterin und Coach in Köln.

► Pflegeplanung in 6 Schritten

1. Schritt: Informationen sammeln
2. Schritt: Ressourcen und Probleme erfassen
3. Schritt: Pflegeziele formulieren
4. Schritt: Pflegemaßnahmen planen
5. Schritt: Pflegemaßnahmen durchführen
6. Schritt: Pflege überprüfen

gibt sich ein Pflegedienst in haftungsrechtlich unsicheres Terrain. So kann er zum Beispiel für entstehende Sekundärerkrankungen und andere Risikosituationen mit verantwortlich gemacht werden.

Ist die Pflegeplanung nicht klar und deutlich, dauert auch der Pflegeeinsatz länger, weil es keine klaren und verständlichen Anweisungen gibt und jede weitere Pflegekraft sich etwas „zusammenreimen“ muss. Das führt auch zu Frust im Team, denn bei der Dienstbesprechung wird Zeit für Diskussionen über Dinge verschwendet, die eigentlich allen klar sein müssten.

Mindestens vier Mitarbeiter sollten die Pflegeplanung sehr gut erstellen können.

Die Anforderungen an eine zeitgemäße Pflegeplanung sind bekannt, der MDK hat sie in seinen neuen Prüfrichtlinien weitgehend mit einbezogen. Nun liegt es am einzelnen Pflegedienst, ob er die Zeichen der Zeit erkennt und diese konsequent umsetzt. Bezieht er alle Teammitglieder mit ein, werden sie es ihm danken – denn Pflegeplanung ist nun mal Teamarbeit! ■

Mehr zum Thema

Im Internet finden Sie Infos unter www.hildegard-klein.de

Telefonische Auskünfte erhalten Sie unter Tel.: (02 21) 3 98 99 06

Kontakt per E-Mail: info@hildegard-klein.de

Teil 2 + 3: Wie mit den neuen MDK-Prüfrichtlinien die Pflegeplanung optimiert werden kann und wie sich die neuen Expertenstandards mit einer guten Pflegeplanung leicht umsetzen lassen, lesen Sie in den nächsten beiden Ausgaben von HÄUSLICHE PFLEGE.

AEDL (n. Krohwinkel)	Problem/Ressource	Ziel	Maßnahme
3	Pat. ist Diabetikerin, benötigt 1x tgl. Insulin	stabiler BZ	1x tgl. BZ-Kontrolle und Insulin-Injektion
	Pat. kann die Medikamente nicht selbstständig einnehmen	• Medikamenteneinnahme ist gesichert	2x tgl. Medikamentengabe
	Pat. ist: • dekubitusgefährdet • thrombosegefährdet • und kontrakturgefährdet	1. Dekubitusprophylaxe 2. Thromboseprophylaxe 3. Kontrakturen werden vermieden	zu 1. : s. AEDL 4+6, Transfer Bett – Stuhl zu 2. : ATS zu 3. : zu Mikrobewegungen anregen (s. Standard Nr.)
2	Pat. ist durch reduzierten körperlichen AZ immobil	• Beweglichkeit erhalten • Für Sicherheit sorgen (s. AEDL 11)	Ressourcen einsetzen bei allen Transfers (bei Bedarf Liftereinsatz)
	R: Patient führt Mikrobewegungen selbstständig aus		
	R: kann Beine und Füße gut bewegen		
5	Pat. kann nicht selbstständig essen und trinken	• Konstante Nahrungs- u. Flüssigkeitsaufnahme	• Pat. Mahlzeiten mundgerecht anreichern • Getränke bereitstellen
	R: Pat. wählt das Essen selbstständig aus		
	R: Pat. kann mit Strohhalm selbstständig trinken		
9	kann TV nicht selbstständig ein- und ausschalten	• TV Konsum/Info ist gesichert	• TV morgens ein, abends aus
	R: Pat. nimmt am Geschehen im TV teil, Pat. wählt Programm selbstständig aus		

Grafik 1: Beispiel für eine sinnvolle Pflegeplanung mit AEDLs nach M. Krohwinkel. Die AEDLs wurden nach Prioritäten geordnet.