Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Andreas Kutschke

Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH

29. Oktober 2014

- Seit 1974 wird der Pflegeprozess von der WHO beschrieben
- Seit 1975 wird in Deutschland der Pflegeprozess in der Pflege diskutiert,
- 1976 beschreibt L. Juchli die „Problemerkennen-Problemlösen-Methode“

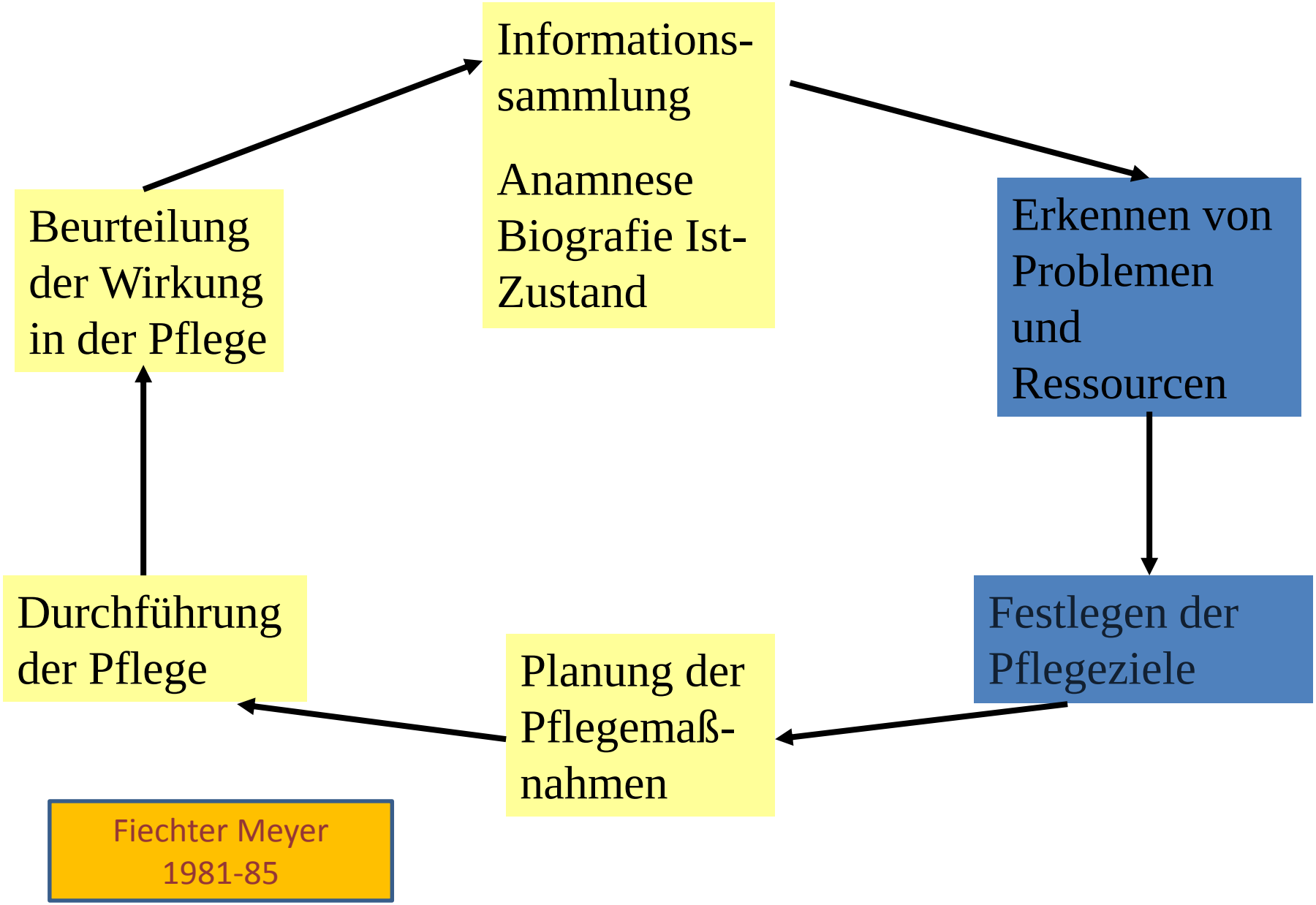
Entbürokratisierung Runder Tisch Pflege AG III 2005

- Anforderungen an eine Pflegedokumentation

„Der Runde Tisch Pflege fordert, eine übergreifende Leitlinie für eine Dokumentation des Pflegeprozesses in Abstimmung mit den Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Pflegedokumentation zu erarbeiten und zu verabschieden, die für alle … Einrichtungen nachvollziehbare und überprüfbare Kriterien an die Hand gibt.“

Weitere Empfehlungen des RTP

- Den Pflegeprozess an einer pflegeinhaltlichen Orientierung ausrichten.
- Einbezug aller Beteiligten auch anderer Berufsgruppen und Angehörige
- Aufhebung von starren Dokumentationsvorgaben
- Pflegeverlauf des Klienten wird dokumentiert
- Erstellen von Bewertungskriterien (Evaluation)

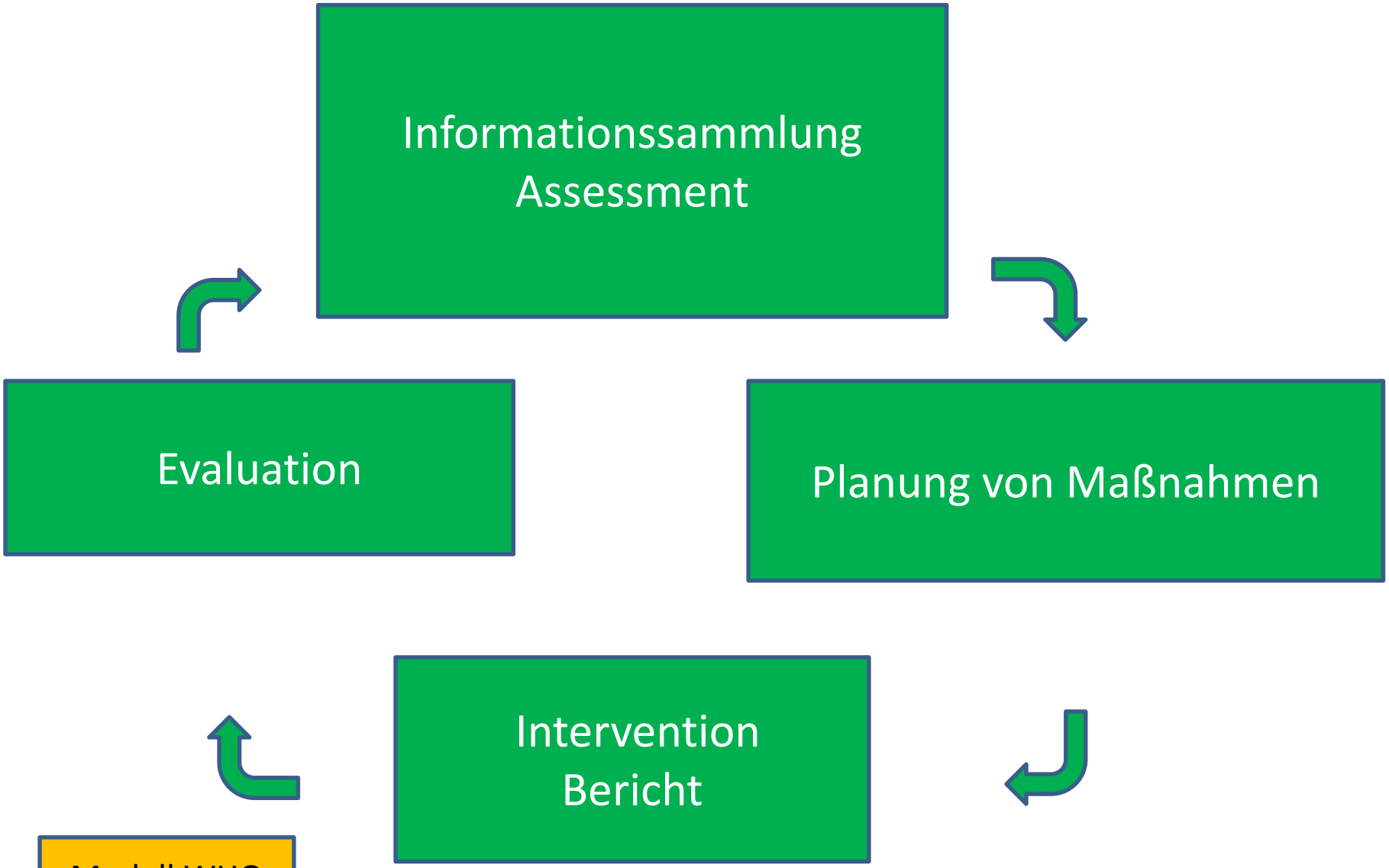

Informations-
sammlung
Anamnese
Biografie Ist-
Zustand
Erkennen von
Problemen
und
Ressourcen
Festlegen der
Pflegeziele
Planung der
Pflegemaß-
nahmen
Durchführung
der Pflege
Beurteilung
der Wirkung
in der Pflege
Fiechter Meyer
1981-85

Projekt der Entbürokratisierung

- Unter Leitung von E. Beikirch (Ombudsfrau)
- Offizieller Beginn 15.10 Ende 15.01
- 05.02. Abstimmung mit den Verbänden
- Vorstellen der Ergebnisse in der Öffentlichkeit 19.02.14
- 32 ambulant, 26 stationär
- Aus fast jeder Institution haben die angestrebten 10 BewohnerInnen teilgenommen

Das Projekt wird unterstützt

- Von Prof. Dr. A. Büscher (DNQP)
- Von Prof. Roes (DZNE)
- Dr. Pick (MDS)
- Durch die Kassen und verschiedene Juristen
- Politisch unterstützt durch Patientenbeauftragten der Regierung Laumann
- Durch eine Vielzahl von Projekten in Deutschland, viele haben Vorschläge gemacht


Informationssammlung
Assessment
Planung von Maßnahmen
Intervention
Bericht
Evaluation

Modell WHO

Wesentliche Aspekte im Prozess

- Individualität, Selbstbestimmung
- Konsensentwicklung mit dem zu Pflegenden
- Anerkennung der pflegerischen Fachlichkeit
- Begrenzung der schriftlichen Darstellung
- Strukturierte Informationssammlung erste Risikoeinschätzung
- Maßnahmenplanung im Tagesverlauf
- Veränderter Bericht
- Evaluation wird gestärkt

Wesentliche Grundprinzipien aus juristischer Sicht

- Die obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege
- Der Wegfall der Einzelleistungsnachweise in der stationären Pflege für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung
- Die haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindliche Vorgaben des internen QM`s

- Die Nutzung oder Anlehnung eines Modells, einer Trägerphilosophie oder der Charta pflege- und hilfebedürftiger Menschen ist notwendig
- Ein wesentlicher Aspekt dieser Form der Planung ist die Zusammenführung der individuellen und subjektiven Sicht der pflegebedürftigen Person mit der fachlichen und geleiteten Einschätzung der Pflegekraft

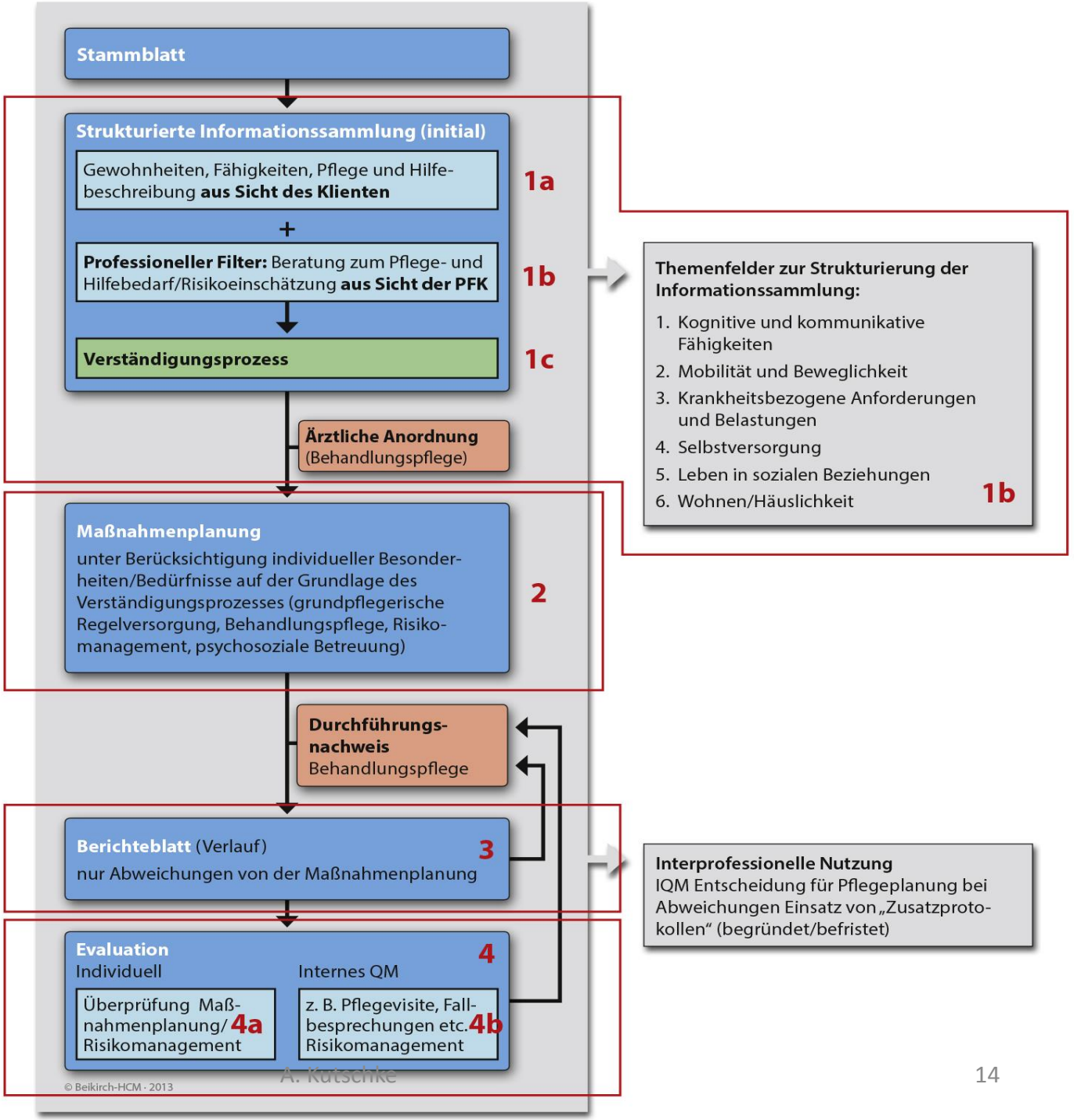
Dialog

- Die Pflege soll abgeleitet werden aus dem Dialog der pflegebedürftigen Person (Angehörigen oder Betreuer) mit der Pflegeperson.
- Dieses Vorgehen war bisher nicht durchgängig üblich und bedarf wahrscheinlich einer gewissen Übung
- Ziele sind Teil des professionellen Denkens

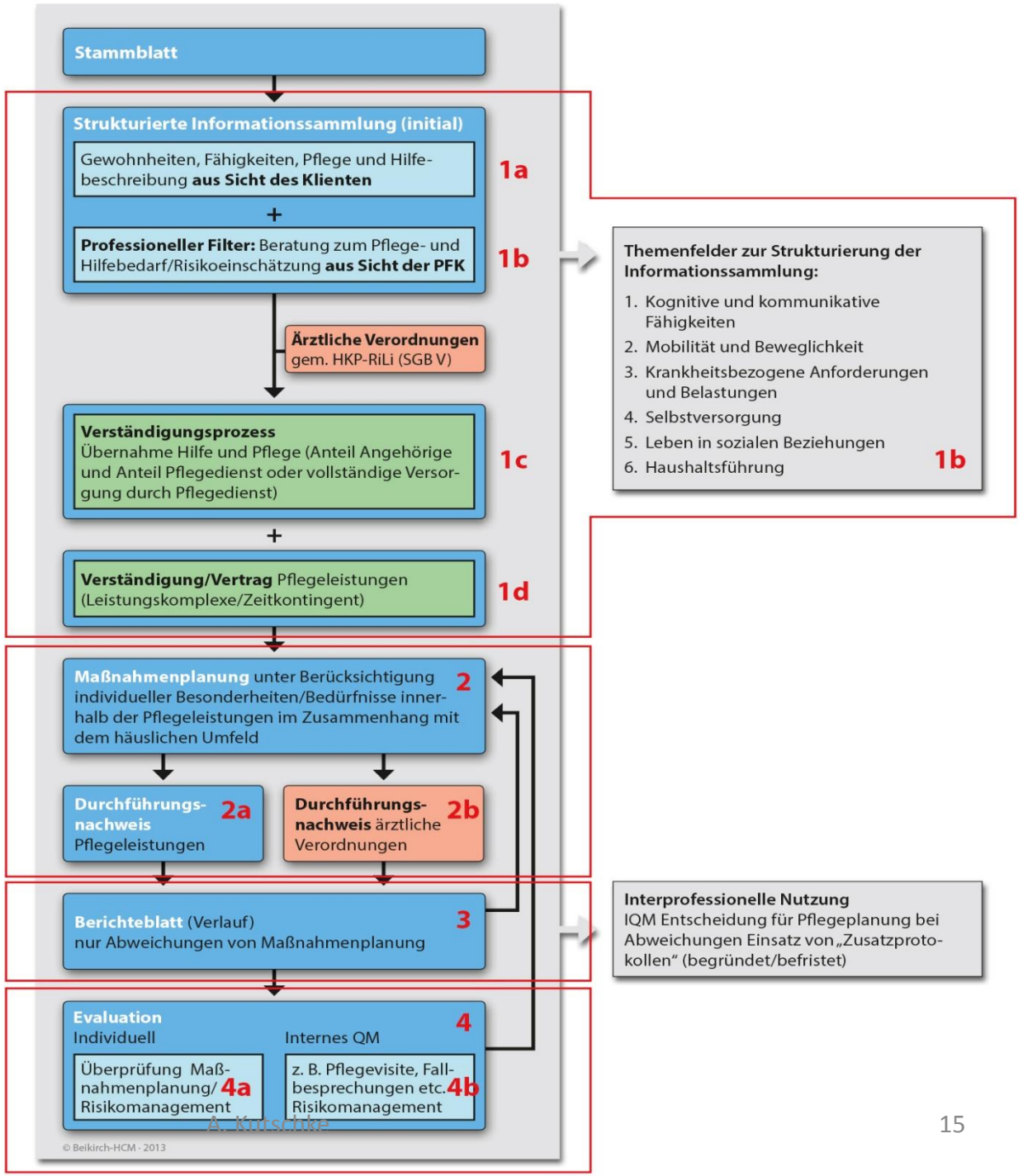
Strukturmodell stationär

- Stammblatt
- Strukturierte Informationssammlung initial (Gewohnheiten und Fähigkeiten
- Ärztliche Anordnungen
- Maßnahmenplanung („Grundpflege“, „Behandlungspflege“ und Risikomanagement)
- Durchführungsnachweis Behandlungspflege
- Pflegebericht Verlauf / nur Abweichungen von der Regel und aktuelle Ereignisse
- Und krankheitsbedingte Vorkommnisse
- Evaluation Anlassbezogen und internes QM (Visiten / Fallbesprechungen)

stationär


Stammblatt
Strukturierte Informationssammlung (initial)
Gewohnheiten, Fähigkeiten, Pflege und Hilfebeschreibung aus Sicht des Klienten
1a
+
Professioneller Filter: Beratung zum Pflege- und Hilfebedarf/Risikoeinschätzung aus Sicht der PFK
1b
Verständigungsprozess
1c
Ärztliche Anordnung (Behandlungspflege)
Maßnahmenplanung
unter Berücksichtigung individueller Besonderheiten/Bedürfnisse auf der Grundlage des Verständigungsprozesses (grundpflegerische Regelversorgung, Behandlungspflege, Risikomanagement, psychosoziale Betreuung)
2
Durchführungsnachweis Behandlungspflege
Berichteblatt (Verlauf)
nur Abweichungen von der Maßnahmenplanung
3
Evaluation
4
Individuell
Überprüfung Maßnahmenplanung/ Risikomanagement
4a
Internes QM
z. B. Pflegevisite, Fallbesprechungen etc. Risikomanagement
4b
© Beikirch-HCM · 2013
Themenfelder zur Strukturierung der Informationssammlung:
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen
6. Wohnen/Häuslichkeit
1b
Interprofessionelle Nutzung
IQM Entscheidung für Pflegeplanung bei Abweichungen Einsatz von „Zusatzprotokollen“ (begründet/befristet)

ambulant


Stammblatt
Strukturierte Informationssammlung (initial)
Gewohnheiten, Fähigkeiten, Pflege und Hilfebeschreibung aus Sicht des Klienten
1a
+
Professioneller Filter: Beratung zum Pflege- und Hilfebedarf/Risikoeinschätzung aus Sicht der PFK
1b
Ärztliche Verordnungen gem. HKP-RiLi (SGB V)
Verständigungsprozess
Übernahme Hilfe und Pflege (Anteil Angehörige und Anteil Pflegedienst oder vollständige Versorgung durch Pflegedienst)
1c
+
Verständigung/Vertrag Pflegeleistungen (Leistungskomplexe/Zeitkontingent)
1d
Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung individueller Besonderheiten/Bedürfnisse innerhalb der Pflegeleistungen im Zusammenhang mit dem häuslichen Umfeld
2
Durchführungsnachweis Pflegeleistungen
2a
Durchführungsnachweis ärztliche Verordnungen
2b
Berichteblatt (Verlauf)
nur Abweichungen von Maßnahmenplanung
3
Evaluation
4
Individuell
Überprüfung Maßnahmenplanung/ Risikomanagement
4a
Internes QM
z. B. Pflegevisite, Fallbesprechungen etc. Risikomanagement
4b
© Beikirch-HCM · 2013
Themenfelder zur Strukturierung der Informationssammlung:
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen
6. Haushaltsführung
1b
Interprofessionelle Nutzung
IQM Entscheidung für Pflegeplanung bei Abweichungen Einsatz von „Zusatzprotokollen“ (begründet/befristet)

Was ist verändert?!

- Stattdessen 6 Themenfelder in der SIS
- Keine Zielformulierungen
- Veränderte Risikoeinschätzung,
- Leistungsnachweis wird in der stationären Pflege nur für die Behandlungspflege geführt dabei gilt die Regel „Immer so“,
- Reduziertes Berichtblatt

sechs Themenfelder der strukturierten Informationssammlung SIS

0. Eingangsfrage an die pflegebedürftige Person (ungefilterte Aussage)
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (auch herausforderndes Verhalten)
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen (Erkrankungen und Behandlungspflege
4. Selbstversorgung (Pflegerische Aspekte)
5. Leben in sozialen Beziehungen
6. *Wohnen (stationär)/* Haushaltsführung (nur ambulant)

(in Anlehnung an den Anlageband zum NBA 2008 Kap. F)

A

SIS – ambulant –
Strukturierte Informationssammlung

☐ Erstgespräch ☐ Folgegespräch

Name der pflegebedürftigen Person | Gespräch am | Handzeichen Pflegefachkraft | pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

B

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

C1

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 – Haushaltsführung

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

	Dekubitus					Sturz					Inkontinenz					Schmerz					Ernährung					Sonstiges				
	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mobilität und Beweglichkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Selbstversorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Leben in sozialen Beziehungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C2

© Balluseck/Roos Version 1.0/2014

A

SIS – stationär –
Strukturierte Informationssammlung

☐ Erstgespräch ☐ Folgegespräch

Name der pflegebedürftigen Person | Gespräch am | Handzeichen Pflegefachkraft | pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

B

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

C1

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 – Wohnen/Häuslichkeit

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

	Dekubitus					Sturz					Inkontinenz					Schmerz					Ernährung					Sonstiges				
	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig ja	weitere Einschätzung notwendig nein	Beratung
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mobilität und Beweglichkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Selbstversorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Leben in sozialen Beziehungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C2

Kopfzeile der SIS

- Die Kopfzeile besteht immer aus dem
  - Namen der pflegebedürftigen Person
  - Datum an dem das Gespräch stattgefunden hat
  - Namen / Handzeichen der Bezugspflegefachkraft
  - Unterschrift des Pflegebedürftigen/ Angehörigen oder Betreuers

Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person

Was sind die Gründe warum Sie zu uns gekommen sind? Wie können wir Ihnen helfen? Oder ähnliche offene Frage,

„Beim Laufen mit dem Rollator fühle ich mich mittlerweile sicherer. Ohne Schmuck gehe ich nicht aus dem Haus, außerdem rauche ich gerne, nicht viel aber regelmäßig. In letzter Zeit bin ich so vergesslich geworden, ich habe immer alles verlegt.“

Themenfelder zur strukturierten Informationssammlung Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

Hat Einschränkungen des Kurzeitgedächtnisses. Zum Teil hat sie Wortfindungsstörungen oder wiederholt Aussagen, die sie schon mal getätigt hat.

2. Mobilität und Beweglichkeit:

Fr. M. ist geh- und stehfähig. Außerhalb ihrer Wohnung benutzt sie ihren Rollator. Hiermit fühlt sie sich sicher. Beim Aufstehen aus dem Stuhl benötigt sie leichte Unterstützung durch PK oder Armlehnen.

3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen:

Fr. M. ist insulinpflichtige Diabetikerin Typ 2. Nach ihrer Aussage hat sie einen schwankenden Blutzucker Sie merkt wenn es ihr nicht gut geht und sie meldet sich dann auch. Ein tägliches Wickeln der Beine mit Kompressionsverbänden und Watteunterlegung an den vernarbten Stellen ist ärztlich angeordnet.

4. Selbstversorgung:

Fr. M. beginnt ihren Tag gewohnheitsgemäß um 7.00. Sie möchte so viel wie möglich selbständig machen. Hilfe durch das Pflegepersonal fordert sie ein. Sie möchte gerne um 7.30 Uhr die Beine gewickelt bekommen.

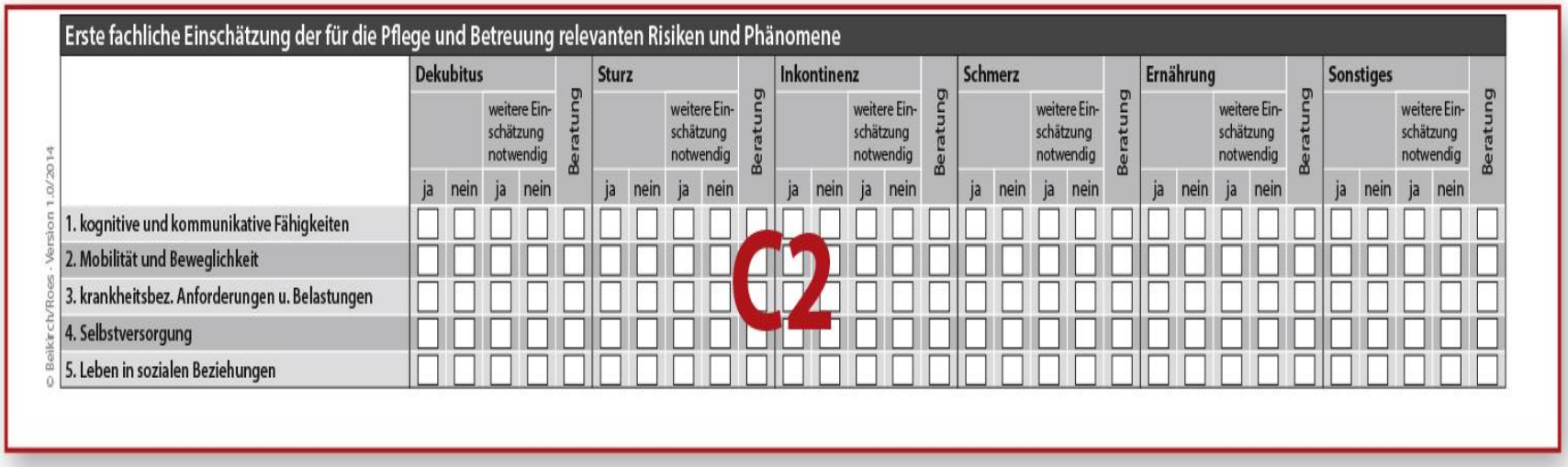
5. Leben in sozialen Beziehungen:

Fr. M. ist sehr gesellig. Sie unterhält sich mit ihren Tischnachbarn angeregt. Sie entscheidet eigenständig, an welchen Angeboten sie teilnimmt. Regelmäßig bekommt sie Besuch von ihren Angehörigen und Bekannten, worüber sie sich immer freut.

6. Wohnen (nur stationär) / Haushaltsführung (nur ambulant)

Liebste Farbe ist Rosa, Lieblingsblume ist die Sonnenblume

- eigene Möbel, Fernseher Musikanlage
- Gestaltung der Wände
- streichen, tapezieren, hängen von Dekoration


Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene
Dekubitus
Sturz
Inkontinenz
Schmerz
Ernährung
Sonstiges
ja
nein
weitere Einschätzung notwendig
Beratung
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen
© Beikirch/Roes - Version 1.0/2014
C2

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene
Dekubitus
Sturz
Inkontinenz
Schmerz
Ernährung
ja
nein
weitere Einschätzung notwendig
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen
© Beikirch/Roes - Version 1.0/2014
C2

SIS ThF

1. Der Bewohner kann Aufforderungen sich zu bewegen nicht folgen
2. Er bewegt sich im Bett so wenig, dass er Dekubitus gefährdet ist
3. Der Gesundheitszustand und die Wirkung der Med. muss noch abgewartet werden
4. Durch die trockene Haut entsteht ein erhöhtes Dekubitusrisiko
5. Bekommt viel Besuch

Feedback

Angehörige bzw. Betreuer werden einbezogen, es ist ein Aushandlungs-prozess zwischen den Beteiligten.

Erste Risikoeinschätzung zur Dekubitusprophylaxe

1. ja
2. ja
3. Beobachten
4. ja
5. Nein

Verschiedene Möglichkeiten bei der Maßnahmenplanung

- Die Tagesstruktur wird abgebildet nach den tatsächlichen Tagesaktivitäten (z.B. Morgenpflege, Frühstück etc.)
- Nach den Themenfeldern der SIS orientiert
- Nach Themenfeldern und innerhalb dieser nach der Tagesstruktur

- In der ambulanten Pflege können die Themenfelder mit den Nummern Leistungskomplexen verschränkt werden
- beispielsweise wird der Pflegeeinsatz beschrieben

Maßnahmenplanung

Fr. M Elisabeth Bewohnername:	24.3.24 Geb.-Datum	A, B Bezugspflegeperson/-team	 Datum

Individuelle Besonderheiten/Biografische Hintergründe:

Fr. legt sehr viel Wert auf angelegten Schmuck.

- Morgentoilette
- Mahlzeiten
- Toilettengänge (kumulieren von Leistungen)
- Einzel- Gruppenaktivitäten plus Mobilität
- Mittagsversorgung
- Abendversorgung
- Nachtversorgung

Berichte Blatt

- Im Bericht werden Abweichungen von „Immer so“ beschrieben,
- Verlaufsbeschreibungen werden von allen am Prozess beteiligten eingetragen (auch dem sozialen Dienst, Betreuungsassistenten usw.)
- Phrasen werden grundsätzlich vermieden

(nichts besonderes, wie immer etc.)

Datum	EVALUATION Frühdienst: blau / Spätdienst: grün / Nachtdienst: rot	HdZ.
	Hier wird der Pflegeprozess evaluiert, tagesaktuelles wird im Berichte Blatt dokumentiert. (die Evaluationszeiträume sind ohne individuelle Obergrenzen, sie sollten jedoch Trägerbezogen festgelegt werden beispielsweise alle 3 Monate) Die Evaluation wird mit Datum geplant	

Erfahrungen aus dem Pilotprojekt

- Eine Schulung und Praxisbegleitung ist notwendig
- Die Risikoeinschätzung muss gesondert geschult werden, sonst wird die Abgrenzung nicht klar
- Die Planungen wurden im zeitlichen Verlauf immer klarer und besser
- Auszubildende müssen besonders begleitet werden
- Der MDK Nordrhein und die Heimaufsicht stehen dem Prozess positiv gegenüber

Lieben Dank

SIS Thf Themenfelder Beispiel

2. Bew. kann Risiken nicht einschätzen

3. Bew. geht unsicher ist bereits mehrmals gestützt

4. erhöhte Spastik, Schwindel durch Medikamente

5. überschätzt sich bei der Körperpflege

6. Besucht gerne eine Freundin im Haus

Feedback

Angehörige bzw. Betreuer werden einbezogen, Ziel und Ergebnis ist ein Aushandlungsprozess zwischen Beteiligten.

Erste Risikoeinschätzung zum Thema Sturz

In allen Felder mit Ja, also muss die HA Sturzprophylaxe genutzt werden

Abt.: Q Frank-Manuciarean Kutschke