

# Weniger ist oft mehr

## Schlanke Pflegeplanung und -dokumentation in NÖ

Unter dem Arbeitstitel „Schlanke Pflegeplanung und -dokumentation“ hat die ARGE NÖ Heime in Kooperation mit dem Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesheime, Expertinnen und Experten verschiedener niederösterreichischer Pflegeheimträger den Auftrag erteilt, die Pflegedokumentation wie sie derzeit gestaltet wird, zu diskutieren und Möglichkeiten auszuloten, diese gegebenenfalls effizienter zu gestalten. Die Diskussion wurde unter Beteiligung der NÖ Pflegeaufsicht und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) geführt, um ein möglichst großes Meinungsspektrum einfließen zu lassen.

Das GuKG schreibt keine näheren Details über die Form der Pflegedokumentation vor. Diese sind organisationsintern festzulegen. Gemäß §5 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) sind Angehörige von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen lediglich verpflichtet, die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu planen und zu dokumentieren. Insbesondere werden die Schritte des Pflegeprozesses mit

- Pflegeanamnese
  - Pflegediagnose
  - Pflegeplanung und
  - Pflegemaßnahmen
- benannt.

### Die Ausgangssituation

Zeit wird in vielen Pflege- und Betreuungseinrichtungen als meist sehr knappe Ressource bewertet, mit der sorgsam umzugehen ist. Wofür wird sie verwendet? Wo macht es mehr oder weniger Sinn, Zeit zu investieren?

In den letzten Jahren hat sich in ganz Österreich wie auch in Deutschland ein Trend entwickelt, der enorme Zeitressourcen

für die Dokumentation der Arbeit bindet und bei den BewohnerInnen letztlich fehlt.

Die Gründe dafür mögen vielfältig sein: wer umfassend dokumentiert fühlt sich nach allen Seiten abgesichert, meint Prüfinstanzen keinen Raum für Kritik zu lassen, drängt damit jedoch auch die eigene Fachkompetenz in den Hintergrund und versteckt sich hinter Vorgaben, Standards und Meinungen anderer ExpertInnen. Es scheint das Bild vorzuherrschen: je mehr Umfang eine Pflegedokumentation hat, umso weniger kann daran ausgesetzt werden.

Die derzeit vorhandenen Regularien, Formalismen und unterstützenden Instrumentarien (GuKG, ÖBIG-Richtlinien, Qualitätsvorgaben der Prüfinstanzen, EDV, usw.) sind geeignet, eine Pflegedokumentation so zu gestalten, dass die geforderte Qualität in einem angemessenen Zeitrahmen erbracht werden kann und bedarf keiner substanzieller Veränderung. Was es jedoch zu brauchen scheint, ist ein Denkanstoß an Führungskräfte und Pflegepersonen, ein Ermutigen sich wieder auf die eigene Kompetenz und auf das eigene Fachwissen zu besinnen.

### Das Ziel

Ziel des Arbeitskreises war die Erhebung des Ist-Standes, eine kritische Reflexion zu führen und in der Folge Anregungen zur Optimierung der Pflegeplanung und -dokumentation sowie für eine sinnvolle Reduktion des Planungs- und Dokumentationsaufwandes zu erarbeiten.

Folgender Rahmen wurde dafür festgelegt:

- das GuKG wird eingehalten
- die „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2010“ (ÖBIG) bleibt weiterhin Grundlage für den Planungsprozess

- der Pflegeprozess muss nachvollziehbar dargestellt sein
- die Dokumentation und Planung ist vollständig und aussagekräftig
- das Ergebnis ist in jeder Organisation anwendbar (unabhängig von Pflegemodell, EDV-Doku, ...)
- die Struktur für die Planung kann ein (beliebiges) Pflegemodell sein
- Philosophie und Wertesystem der jeweiligen Organisation kann beibehalten werden

### Ergebnisse

Jeder Pflegeperson muss bewusst sein, dass eine pflegerische Entscheidung aus mehreren Komponenten besteht: Expertise der Pflegenden; Ziele, Vorstellungen und Handlungen des Pflegebedürftigen, Ergebnisse der Pflegeforschung, Umgebungsbedingungen und Anreize (aus: Pflegerische Entscheidungsfindung Evidence-based Nursing and Caring Behrens/Langer, 2006, S. 28).

### 1) Pflegeassessment / Pflegeanamnese („Infosammlung“)

Die im GuKG beschriebene Pflegeanamnese meint eigentlich das (Pflege)Assessment. Dieses soll einen Überblick über Ressourcen und Probleme der jeweiligen pflegebedürftigen Person geben und alle Informationen enthalten, die für eine individuelle und zielgerichtete Planung der Maßnahmen erforderlich sind. Das Ankreuzen von vorgegebenen Parametern sollte vermieden werden. Aussagekräftiger und leichter zu lesen ist die Beschreibung der IST-Situation in Form einer schriftlichen Darstellung oder Zusammenfassung im Aufsatzstil.

### Das Pflegeassessment

- stellt die Grundlage für den pflegediag-

nostischen Prozess und die Pflegeplanung dar

- ist die Erfassung durch gezielte Informationsgespräche und Beobachtungen
- dient einer umfassenden Informationssammlung über: Fähigkeiten/Möglichkeiten, Ressourcen, Probleme/pflegerische Defizite, Gewohnheiten/Bedürfnisse/Wünsche, aktuelle Lebenssituation, Biografie/ Lebensgeschichte, eigene Sichtweise des Pflegebedürftigen zu seiner Situation, Wissen der Angehörigen über relevante Aspekte der Lebensgeschichte des Betroffenen, verwendete Hilfsmittel
- zeichnet sich durch ihre ganzheitliche Betrachtungsweise der Reaktion des Menschen auf Krankheit/Kranksein, Verletzungen, Behinderungen und belastende Lebensereignisse aus.“

Der Einsatz von Assessmentinstrumenten oder Skalen zur Einschätzung von Risiken (Dekubitus, Sturz, ...) oder anderen standardisierten pflegerischen Einschätzungen (Schmerz, Mobilität, ...) obliegen der jeweiligen fachlichen Einschätzung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Sinnvoll ist eine Anwendung nur dann, wenn sie einer vertieften Informationssammlung dienen.

## 2) Pflegediagnose

Häufig besteht der Irrtum, dass zu jeder Maßnahme, zu jeder „ATL“, zu jedem Ziel eine Pflegediagnose gestellt werden muss.

Das Augenmerk sollte vielmehr darauf gelegt werden, die für den/die Bewohner/in relevanten Pflegediagnosen zu stellen. Jedes vorliegende Risiko erfordert auf jeden Fall einen vollständigen Pflegeplan (Pflegediagnose, Pflegeziel und Maßnahmenbeschreibung).



„Alle anderen Phänomene sind kritisch zu beleuchten, Aspekte die Essen, Waschen, Kleiden, Trinken angehen (die bisher meist als „Selbstfürsorgedefizit in ...“ verfasst wurden) sind dann sinnvoll zu planen, wenn ein Verbesserungseffekt / Trainingseffekt zu erwarten ist (z.B. nach Schlaganfall –wiedererlernen von Anziehen, Gehen, komplikationsloses Schlucken.“ (Rappold 2016)

Vielfach können Pflegediagnosen zusammengefasst werden. Wesentlich ist die Klärung der Erfordernisse mit Maß und Ziel entsprechend der im (Pflege)Assessment erhobenen Daten.

## Pflegeplan

Der schriftliche Pflegeplan muss fachlich begründet sein und sich aus dem (Pflege)-Assessment ableiten lassen. Er muss alle pflegerelevanten Informationen über die BewohnerInnen enthalten und die durchzuführenden Maßnahmen beschreiben.

Wichtig ist, dass pflegerische Entscheidungen begründet sind und fachlich diskutiert werden können. Einen individuellen Pflegebedarf zu erfassen und daraus notwendige Maßnahmen abzuleiten, ist Ausdruck der Fachkompetenz der Angehörigen des gehobenen Dienstes.

Bei der Formulierung von Pflegezielen ist nicht die Anzahl, sondern die Sinnhaftigkeit und Messbarkeit der Ziele entscheidend. Sie sollen auf die BewohnerInnen bezogen, realistisch, umsetzbar, messbar, beurteilbar und anwendbar sein.

Bis der Pflegeplan fertiggestellt ist, ist im Pflegebericht ausführlich zu dokumentieren, danach sind nur noch die Abweichungen zu beschreiben.

Wenn es rein um die Übernahme oder Anleitung von Tätigkeit im Selbstfürsorgebereich durch Pflege geht und kein Risiko oder keine Fördermöglichkeit besteht, dann reicht eine Maßnahmenplanung (was, wie, wann, von wem, womit zu tun ist) aus.

## Pflegemaßnahmen

Unter Pflegemaßnahmen (Pflegeinterventionen) werden Handlungen verstanden, die von Pflegefachkräften aufgrund ihres Fachwissens angeordnet bzw. durchgeführt werden, um das festgelegte Ziel zu erreichen. Es gibt keine ungeplanten Maßnahmen.

Wenn Maßnahmen beschrieben werden, die keiner Pflegediagnose zugeordnet werden, ist es trotzdem Pflegeplanung und wird in der schriftlichen Maßnahmenplanung festgehalten. Auch diese Maßnahmen werden aus dem Assessment abgeleitet und sind geplant.

Nicht im individuellen schriftlichen Pflegeplan zu erfassen sind:

- einmalig zu erbringende Leistungen
- settingspezifische pflegerische Basisinterventionen (z.B. nächtlicher Rundgang, Kontrolle der Rufanlage)
- Interventionen, die schon an anderer Stelle geplant/angeordnet sind (z.B. ärztliche Anordnungen)
- Handlungsschemata, Prinzipien und Grundhaltungen
- Service- und Hotelleistungen.

Alle Standardleistungen (Aufgabenbeschreibungen, Hotelleistungen, Tätigkeiten des gesamten hauswirtschaftlichen Bereichs, regelmäßig wiederkehrende Tätigkeiten wie Kontrolle der Rufanlage, Bereitstellen von Getränken, Wahrung der Intimsphäre, ...) können in anderer Form schriftlich festgehalten werden, z.B. als Organisationsstandards und müssen nicht im schriftlichen Pflegeplan dargestellt werden.

#### Durchführungsnachweis

Die Abzeichnung soll möglichst zeitnah durchgeführt werden, spätestens aber zu Dienstende. Es ist möglich Arbeitspakete abzuzeichnen, ebenso ist es ausreichend, wenn die zuständige Pflegeperson die durchgeführten Maßnahmen einmal am Ende des Dienstes abzeichnet, in diesem Fall muss die Zuordnung zu einem/einer bestimmten BewohnerIn nachvollziehbar sein.

Auf jeden Fall sind erforderlich:

- Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich: ein Handzeichen bei Dienstende pro BewohnerIn für geplante Maßnahmen
- Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich:

- zeitnah einzelne Handzeichen pro Maßnahme
  - Abweichungen von der Planung sind im Pflegebericht zu dokumentieren
- Voraussetzung: nachweislicher Zuordnung der Pflegepersonen zum/zur Bewohner/in in bestimmten Zeiteinheiten.

#### Evaluation

Die Evaluierung ist ein wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozesses und dient der Überprüfung der Zielerreichung. Risikodiagnosen und Förderziele müssen nach festgelegten Intervallen auf ihren Zielerreichungsgrad hin überprüft werden, ebenso sind die geplanten Maßnahmen (der Maßnahmenplan) auf ihre Aktualität hin zu überprüfen und falls erforderlich anzupassen. Falls es zu einer Veränderung des Allgemeinzustandes gekommen ist, ist auch das (Pflege)Assessment entsprechend zu ergänzen, damit (Pflege)Assessment, Pflegeplanung und Maßnahmenplanung wieder sinnvoll aufeinander aufbauen.

#### Fazit

Der Arbeitskreis kommt zu dem Ergebnis, dass die bestehenden Regularien es

erlauben, die Pflegedokumentation effizient und „schlank“ zu gestalten. Im Hinblick auf die geplante Überarbeitung der Arbeitshilfe Pflegedokumentation für den Langzeit- und Mobilen Pflegebereich im Sommer 2016 erachten wir es derzeit nicht als sinnvoll, ein zusätzliches Regelwerk zu erstellen.

Somit wollen wir mit unserem Bericht Führungskräfte und Pflegepersonen ermutigen und sensibilisieren, die eigene Praxis kritisch zu überdenken. Sie haben es selbst in der Hand, den viel zitierten „roten Faden“ - begonnen von A wie Assessment bis Z wie Zielerreichung - zu spannen. Gleichzeitig appellieren wir, die organisation-sintern gewachsenen Vorgehensweisen zu „entrümpeln“. Denn dort sehen wir das größte Potential, die Pflegedokumentation schlanker zu gestalten. Es liegt in unser aller Verantwortung, diese Erkenntnisse anzunehmen, umzusetzen und weiterzuentwickeln.

Miele Inserat