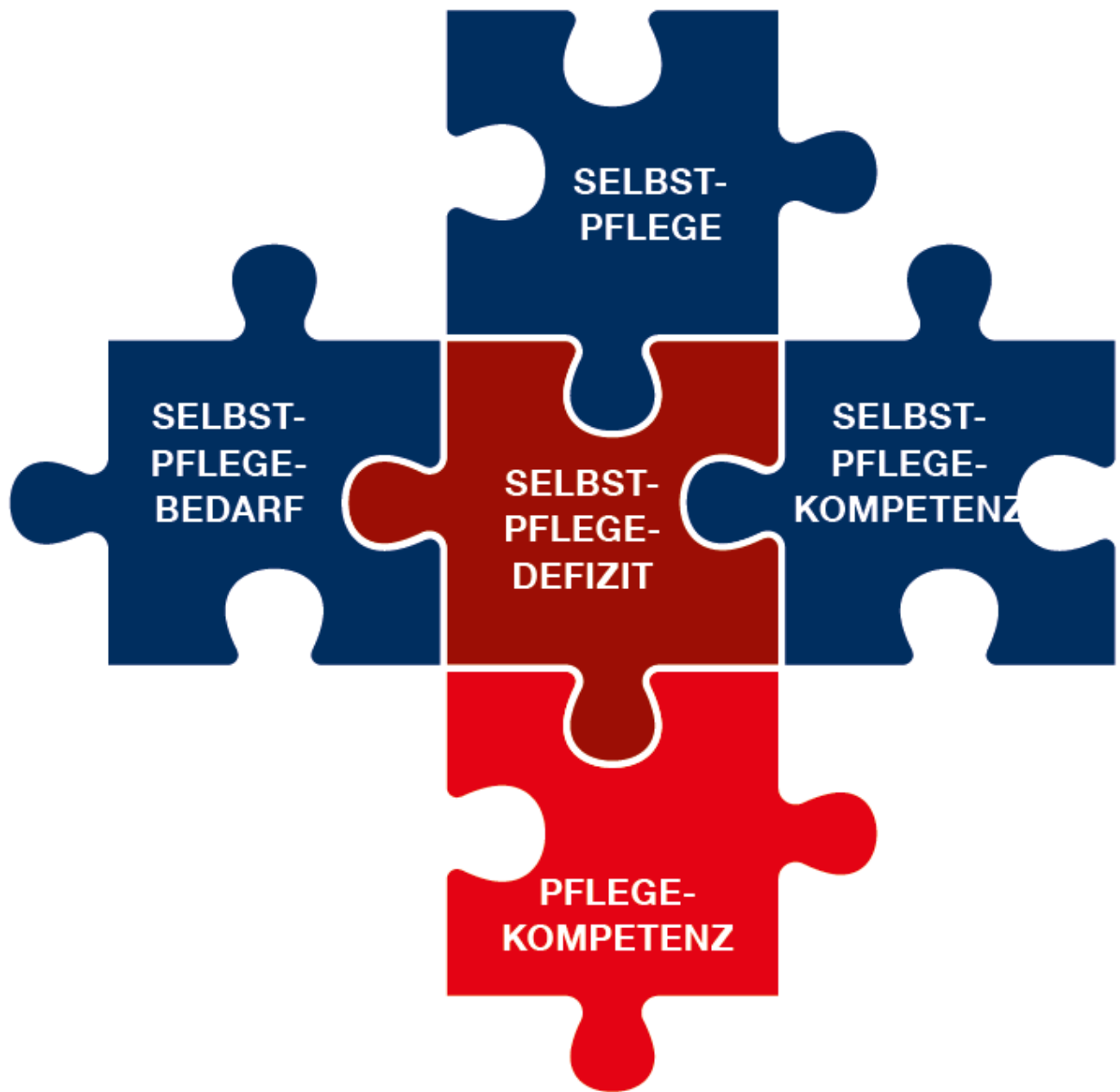




**Schwesternschaft München
vom Bayerischen Roten Kreuz e.V.**

Pflegekonzept der Schwesternschaft München vom BRK e.V.



INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|---|
| PRÄAMBEL | 2 |
| 1. ZIELSETZUNG | 2 |
| 2. ORGANISATION DER PFLEGE | 2 |
| 2.1. Der Prozess der Pflege in den Gesundheitseinrichtungen | 3 |

| | | |
|-----------|--|----------|
| 2.2. | Personaleinsatzplanung | 3 |
| 2.3. | Einarbeitung | 3 |
| 2.4. | Kommunikationsmanagement | 3 |
| 3. | METHODIK | 3 |
| 3.1. | Pflegemodell nach Dorothea Orem in der Pflegepraxis | 3 |
| 3.2. | Patienten/Bewohnerorientierung | 4 |
| 3.3. | Patienten/Bewohnerorientierung im interdisziplinären Team | 4 |
| 3.4. | Pflegeprozess und Pflegedokumentation | 4 |
| 3.5. | Anwendung spezieller Pflegekonzepte in der Praxis | 4 |
| 3.6. | Umsetzung Orem in der Praxis | 4 |
| 4. | KARRIERE IM GESUNDHEITSWESEN | 5 |
| 4.1. | Ausbildung in den Berufsfachschulen der Schwesternschaft München | 5 |
| 4.2. | Praxisanleitung | 5 |
| 4.3. | Schulung „Unser neues Pflegekonzept und –verständnis nach dem Pflegemodell von Orem“ | 5 |
| | Fort- und Weiterbildung | 6 |
| 4.5. | Pflegeexperten/Traineeprogramm | 6 |
| 4.6. | Pflegewissenschaft | 6 |
| 4.7. | Pflegewissenschaft in der Zukunft | 7 |
| 4.8. | Personalentwicklung | 7 |
| 5. | PFLEGERISCHES QUALITÄTSMANAGEMENT | 7 |
| 5.1. | Pflegecontrolling | 8 |
| 5.2. | Einführung und Optimierung der Pflegevisite als Instrument der Pflegeprozesssteuerung in allen Gesundheitseinrichtungen | 9 |
| 5.3. | Fallbesprechung | 9 |
| 5.4. | Kollegiale Beratung/Nursing/Konsilwesen | 9 |

PRÄAMBEL

Dieser Leitfaden – „gemeinsames Pflegeverständnis“ zur Stärkung der Berufsgruppe Pflege ist ein Ergebnis aus dem Projekt „Pflegepower 2018“, Auftraggeber ist die Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e. V..

Als Träger von Kliniken, Senioreneinrichtungen und Berufsfachschulen für Pflegeberufe ist die Schwesternschaft München ein wichtiger Akteur und Arbeitgeber auf dem deutschen Pflegemarkt und setzt sich für einen höheren Stellenwert von Pflege- und Gesundheitsberufen ein.

Unser Ziel ist die Entwicklung und nachhaltige Umsetzung eines einheitlichen Pflegeverständnisses auf Basis der Pflegeetheorie nach Dorothea Orem durch alle Pflegekräfte der Einrichtungen der Schwesternschaft München.

In einer zweitägigen Schulung erweitern alle Pflegekräfte ihre fachliche und methodische Kompetenz zum Pflegekonzept und Pflegemodell nach Orem.

Unser Leitfaden – „gemeinsames Pflegeverständnis“, der zusammen mit vielen Autoren aus allen Einrichtungen der Schwesternschaft München erarbeitet wurde, ist begleitend für alle zu sehen und wird laufend aktualisiert und ergänzt.

Die berufsethischen Grundsätze und das Leitbild „Wir für den Menschen“ sind die Basis für ein gemeinsames Pflegeverständnis. Wir sind in unserem Handeln stets dem obersten Rotkreuzgrundsatz, der Menschlichkeit, verpflichtet.

Wir bieten Pflege und Betreuung für unsere Patienten und Bewohner auf hohem Niveau an, mit einem gemeinsamen Pflegeverständnis als Voraussetzung für eine hohe Pflegequalität. Persönliches Engagement und Pflegekompetenz sind die wichtigsten Ressourcen um unsere Aufgaben zu erfüllen, um mit den ständigen Veränderungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen umgehen zu können.

1. ZIELSETZUNG

Um unsere Vision eines einheitlich gelebten Pflegeverständnisses nach Orem zu erreichen, setzen wir uns folgende Ziele:

- Gemeinsames Pflegeverständnis als Voraussetzung für eine hohe Pflegequalität
- Gemeinsames Forcieren der Pflegeentwicklung
- Definition der Aufgaben und Verantwortungen der Profession Pflege
- Förderung der beruflichen Identität und Beweglichkeit der Pflege
- Steigerung der Attraktivität des Arbeitgebers: Gesundheitseinrichtungen der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V.
- Steigerung der Attraktivität für Patienten/Bewohner
- Verbindliche Umsetzung in allen Gesundheitseinrichtungen der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V.

2. ORGANISATION DER PFLEGE

2.1. Der Prozess der Pflege in den Gesundheitseinrichtungen

Unsere Pflegekräfte arbeiten hochprofessionell und geben jeden Tag ihr Bestes für unsere Patienten und Bewohner. Daher ist es uns wichtig, dass sich die Pflege als Profession definiert und sich von anderen Be-

rufsgruppen abgrenzen kann. Mithilfe von Prozessbeschreibungen, Pflegestandards und Verfahrensanweisungen auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse unterstützen wir unsere Pflegekräfte bei der sach- und fachgerechten Durchführung pflegerischer Tätigkeiten in unseren Einrichtungen. Gleichzeitig stellen wir dadurch sicher, dass die Qualität unserer Arbeit kontinuierlich im Sinne unserer Patienten gesteigert wird.

2.2. Personaleinsatzplanung

Die Expertise unseres Pflegepersonals ermöglicht es uns, eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten. Um unsere hochqualifizierten Pflegekräfte optimal einsetzen zu können, wird die Personaleinsatzplanung digital unterstützt. Flexible Arbeitszeit- und Dienstplanmodelle ermöglichen eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie, soweit es der Auftrag der Einrichtung zulässt. Die elektronische Zeiterfassung gewährleistet eine hohe Transparenz, indem Mitarbeiter Zeitguthaben, Urlaubsanspruch etc. jederzeit selbstständig abrufen können.

2.3. Einarbeitung

In allen Bereichen findet eine strukturierte Einarbeitung statt, die in unserem Einarbeitungskonzept hinterlegt ist. Unsere Stationsleitungen und Praxisanleiter begleiten die neue Pflegefachkraft und sind als Ansprechpartner für sie da.

In einer Einarbeitungsveranstaltung erhalten unsere neuen Mitarbeiter weitere Informationen über die Gesundheitseinrichtungen der Schwesternschaft.

2.4. Kommunikationsmanagement

Eine gute Kommunikation ist eine wichtige Basis für den Informationsfluss im Unternehmen. Sie bedeutet Transparenz und Sicherheit für uns, unsere Pflegekräfte und selbstverständlich auch für unsere Patienten und Bewohner. Neben dem regelmäßigen, strukturierten interdisziplinären Besprechungswesen auf Augenhöhe, erfolgt auch der Austausch der einzelnen Einrichtungen untereinander strukturiert. Jeder hat ein offenes Ohr.

3. METHODIK

3.1. Pflegemodell nach Dorothea Orem in der Pflegepraxis

Die Basis unseres Pflegeverständnisses bildet das Pflegemodell nach Dorothea Orem. Ziel des Pflegemodells ist die **Förderung oder das Wiedererlangen der Selbstpflegekompetenz (Selbstpflegefähigkeit)** der zu Pflegenden.

Grundlage für unsere Unterstützung bei der Steigerung der Selbstpflegefähigkeit unserer Patienten und Bewohner bildet eine individuelle Pflegeanamnese zur Informationssammlung mit anschließender ressourcenorientierter Planung der Pflegemaßnahmen sowie deren konsequente Durchführung und Evaluation.

Dort wo bei den Patienten und Bewohnern ein gesundheitsbedingtes Selbstpflegedefizit besteht, wird professionelle Hilfe (Dependenzpflege) bei der Erfüllung ihrer Bedürfnisse benötigt.

Pflegefachkräfte identifizieren ein bestehendes Selbstpflegedefizit und kompensieren dies nur, wenn es erforderlich ist. Je nach der Selbstpflegekompetenz unterscheiden wir folgende Arten der Hilfe:

- Für andere handeln und agieren:
Wissenschaftlich fundierte Pflegehandlungen und Pflegetechniken zur Realisierung der Patienten-/Bewohnerziele.
- Führen und Anleiten (Aktivierende Pflege):
Professionelle Führung und Anleitung von Handlungen der Patienten/Bewohner unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen.
- Physische und psychologische Unterstützung:
Unterstützung durch das Pflegepersonal, um den Patienten/Bewohner vor Versagensängsten und Stress zu schützen.
- Ein Umfeld errichten und erhalten, das die persönliche Entwicklung fördert:

Durch die Kreativität der Pflegenden wird das Umfeld der Patienten/Bewohner bedarfsgerecht, seinem Gesundheitszustand entsprechend gestaltet sowie psychosoziale und materielle Aspekte berücksichtigt, so dass der Patient seine gesteckten Ziele realisieren kann.

- **Patientenedukation/Beratung**

Zum Erwerb von Fähigkeiten und zum Erhalt ihrer Selbstpflegekompetenz werden Patienten/Bewohner individuell, je nach Wissen und Vorkenntnissen, unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen, einzeln oder in Gruppen geschult und beraten.

3.2. Patienten-/Bewohnerorientierung

Das Pflegemodell nach Orem stellt in unseren Einrichtungen als ganzheitlicher Ansatz unsere Patienten und Bewohner in den Mittelpunkt unseres Handelns. Jeder Patient und Bewohner wird seinem individuellen Bedarf entsprechend gepflegt. Ein Schwerpunkt unserer Pflege liegt darauf, unsere Patienten und Bewohner bei Wiedererlangung und Verbesserung der Selbstpflegefähigkeit anzuleiten und zu beraten.

3.3. Patienten-/Bewohnerorientierung im interdisziplinären Team

Patienten-/Bewohnersicherheit sowie das Erkennen und Fördern von Selbstpflegekompetenz stehen im Mittelpunkt. Durch eine professionelle und konstruktive Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen richten wir unser Handeln konsequent auf die Bedürfnisse unserer Patienten und Bewohner aus. Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit wird unter anderem durch interdisziplinäre Fallbesprechungen und interdisziplinäre Übergaben gewährleistet. Durch Pflegevisiten und Arbeitsgruppen überprüfen wir die konsequente Umsetzung und erarbeiten Verbesserungsmöglichkeiten zur weiteren Steigerung der Patienten-/Bewohnerorientierung.

3.4. Pflegeprozess und Pflegedokumentation

Wir planen den Pflegeprozess nach dem individuellen Bedarf und der Komplexität der Pflegesituation. Ausgehend von Basis-Assessments und Standardpflegeplanungen kommen mit zunehmender Ausprägung und Einschränkung weitere Instrumente wie beispielsweise Konsile durch Pflegeexperten, Pflegevisiten oder Fallbesprechungen zum Einsatz.

Unser Pflegeprozess nach Orem besteht aus vier Stufen. Beginnend mit der Einschätzung, warum ein Mensch Pflege benötigt, planen wir diese, führen sie durch und überprüfen die Wirksamkeit und Qualität unserer pflegerischen Maßnahmen. Wir achten darauf, dass der Patient/Bewohner seine Selbstpflege aufrecht erhält bzw. ob diese wiederhergestellt werden kann.

Der Pflegeprozess spiegelt sich in der Pflegedokumentation wider. Hier wird auch die jeweilige Selbstpflegekompetenz (Ressourcen) des Patienten/Bewohners erfasst. Veränderungen im Verlauf werden durch Re-Assessments, Evaluation und Anpassung von Maßnahmen berücksichtigt.

3.5. Anwendung spezieller Pflegekonzepte in der Praxis

Spezielle Anwendungen, wie z. B. Aromatherapie, deeskalierende Kommunikation, Validation und Pflegekonzepte wie Kinästhetik, Bobath oder basale Stimulation unterstützen uns in unserem täglichen professionellen Handeln. Die Auswahl geeigneter Konzepte richtet sich nach der individuellen Pflegesituation und den Möglichkeiten des Patienten/Bewohners.

3.6. Umsetzung Orem in der Praxis

Instrumente wie Pflegeanamnese bzw. Ersterhebung bleiben erhalten und orientieren sich an den 8 Kategorien der Selbstpflegeerfordernisse. Beschreibung von 5 Arten von Information, die die Pflegeperson vom Patienten/Bewohner erhalten und aufgrund derer sie eine Einschätzung über den Pflegeplan und die Pflegemaßnahmen treffen kann.

1. Feststellung der Anforderungen, die an die Selbstpflege des Patienten/Bewohner selbst gestellt

werden.

2. Kann Patient/Bewohner seine Probleme selbst lösen, ist eingreifen erforderlich, in welchem Ausmaß benötigt er Hilfe, um sein Gleichgewicht wieder zu erlangen.
3. Bei Defizit in den Selbsthilfemöglichkeiten die Gründe dafür herausfinden:
 - Ungenügendes Wissen der Patienten/Bewohner über die neue Situation und Mehrbelastung. Das Informations-Defizit führt dazu, dass Patient/Bewohner nicht angemessen auf die Situation reagieren kann.
 - Fehlende Fähigkeiten des Patienten/Bewohners durch die neue Situation die Anforderungen zur Selbstpflege bewältigen zu können.
 - Individueller Entwicklungsstand und Vorerfahrungen des Patienten/Bewohners ermöglichen es ihm nicht die Selbstpflege auszuführen.
4. Prüfung, inwieweit es die Verfassung des Patienten/Bewohners zulässt, an der Selbstpflege beteiligt zu sein.
5. Ermittlung der Ressourcen des Patienten/Bewohners die ihm zur Verfügung stehen, um seine Selbstpflege in der Zukunft wieder auszuführen.

4. Karriere im Gesundheitswesen

Veränderungen im Gesundheitswesen eröffnen uns viele neue Chancen für die Gestaltung unseres Berufsweges und der eigenen Karriereplanung.

4.1. Ausbildung in den Berufsfachschulen der Schwesternschaft München

Um unser Pflegeverständnis nach Orem bereits während der Ausbildung zu etablieren, setzt unser Unterrichtskonzept geeignete Schwerpunkte.

Pflegedirektorinnen, Stationsleitungen, Praxisanleiter und die Leitungen der Berufsfachschulen der Schwesternschaft München arbeiten eng zusammen, um ein gemeinsames Pflegeverständnis im Alltag zu vermitteln.

Ab dem Jahr 2020 tritt die generalistische Pflegeausbildung in Kraft. Alle Auszubildenden der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege erhalten zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistische Ausbildung mit der Möglichkeit, einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung zu wählen. Wer die generalistische Ausbildung im dritten Jahr fortsetzt, erwirbt den Abschluss zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann. Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können für das dritte Ausbildungsjahr statt des generalistischen Berufsabschlusses einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Kinderkrankenpflege erwerben. Alternativ zur beruflichen Pflegeausbildung wird es das Pflegestudium geben.

4.2. Praxisanleitung

Unsere Schülerinnen und Schüler der Berufsfachschulen werden durch unsere Praxisanleiter gezielt in ihrem praktischen Einsatz begleitet und beim Lernen unterstützt.

Unsere Praxisanleiter vermitteln gleichermaßen fachliche und pädagogische Kompetenzen, wie auch Werte- und Normvorstellungen innerhalb der Organisation. Sie sind Multiplikatoren unseres Pflegeverständnisses in den Gesundheitseinrichtungen der Schwesternschaft München. Die Praxisanleiter nehmen regelmäßig an Schulungen zu pflegefachlichen Themen teil, um ihr Fachwissen und ihre pädagogische Kompetenz weiter zu entwickeln.

4.3. Schulung „Unseres neues Pflegekonzept und -verständnis nach dem Pflegemodell von Orem“

Die Vermittlung des Schulungskonzepts für alle Pflegefachkräfte in unseren Einrichtungen übernehmen unsere Kernmultiplikatoren in einer zweitägigen Schulung. Die Kernmultiplikatoren sind ausgewählte Mitarbeiter mit hoher fachlicher Expertise und sorgen somit für den Transfer der Theorie in die Praxis.

Damit wollen wir die Entwicklung und nachhaltige Umsetzung eines einheitlichen Pflegeverständnisses aller Pflegefachkräfte der Einrichtungen der Schwesternschaft München auf Basis der Pflegetheorie nach Orem gewährleisten.

4.4. Fort-und Weiterbildung

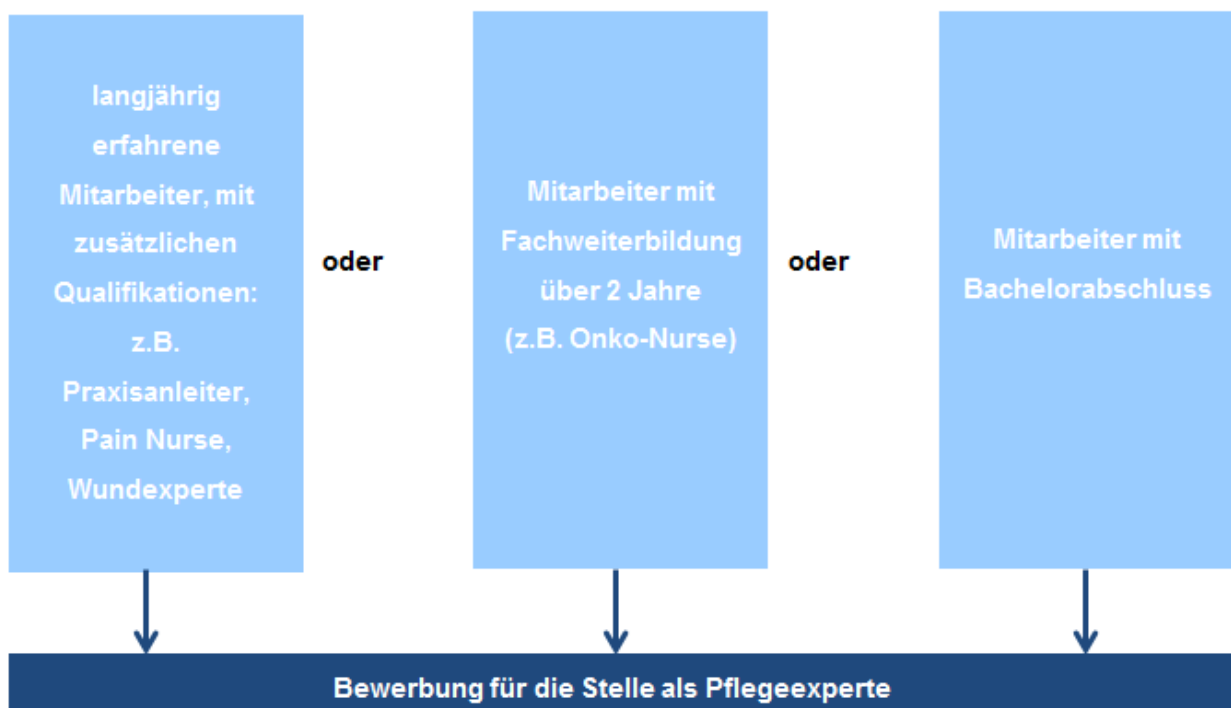
Wir legen Wert auf eine stetige Verbesserung der Qualität unserer Arbeit durch Fort- und Weiterbildungen. Ein umfangreiches Angebot bietet die interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung (IDF) der Schwesternschaft München.

Es besteht für die Mitarbeiter ein attraktives und interdisziplinäres Angebot bestehend aus praxisorientierten Workshops, fachlich fundierten Trainings, modular aufgebauten Fort-und Weiterbildungen, Beratung und individuellen Coaching. Kontakt: idf@swmbrk.de

4.5. Pflegeexperten/Traineeprogramm

Pflegeexperten entwickeln, schulen, implementieren und steuern pflegefachliche Themen Ihrer Stationen/Abteilungen/Bereiche und wirken damit einrichtungsweltweit auf die Weiterentwicklung der Pflegeexpertise ein.

In den Einrichtungen der Schwesternschaft München sind die Pflegeexperten, wie nachfolgend geclustert:



Neben bereits etablierten Pflegeexperten mit entsprechender Qualifikation und/oder Fachweiterbildung wird im Traineeprogramm der akademisierte Pflegeexperte mit dem wissenschaftlichen Abschluss „Bachelor of Science“ innerhalb von 24 Monaten systematisch als vielfältig einsetzbarer Experte entwickelt.

Das Programm umfasst 30% Freistellung zur Übernahme von Projekten/Wissenschaftlichen Arbeiten und 70% Tätigkeit am Bett mit jeweils 4-6 monatigen Einsätzen. Neben der Job-Rotation durch verschiedene Bereiche

wird nicht nur die Fachkompetenz des Pflegeexperten sondern auch die soziale Kompetenz weiterentwickelt. Eine Teilnahme an regelmäßigen Workshops und Schulungen – Training-off-the-Job – zielt darauf ab, die Softskills der Trainees zu verbessern. Die Betreuung erfolgt sowohl durch die fachlichen Vorgesetzten vor Ort als auch durch den Mentor.

4.5. Pflegewissenschaft

Pflegequalität ist eng mit den Erkenntnissen aus der Wissenschaft verbunden. Die Pflegewissenschaft beschäftigt sich mit dem Menschen und seinem Gesundheitszustand, dessen Umwelt und den Möglichkeiten professioneller Pflegehandlungen, welche die Lebensqualität der Patienten/Bewohner und seiner Bezugspersonen verbessern oder erhalten können. Um die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse in der Praxis anzuwenden, setzen wir die nationalen Expertenstandards der Pflege um.

Daneben werden gezielt Pflegeexperten mit wissenschaftlicher Expertise, wie z.B. Absolventen des *Pflegestudiums Dual* in den Stationen eingesetzt, um Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft in die praktische Arbeit am Patienten zu integrieren.

Unser Ziel ist die Umsetzung von Pflegediagnosen.

4.6. Pflegeentwicklung in der Zukunft

Führungskräfteentwicklung:

Die Gesundheitseinrichtungen der Schwesternschaft München gehen gemeinsam den Weg vom klassischen Pflegemanagement zur fortschrittlichen Pflegeentwicklung. Dieser neue Weg beinhaltet ein modernes Selbstverständnis in der Führung der Pflegekräfte. Führungskräfte kennen und leben das Pflegeverständnis der Schwesternschaft München und haben eine Vorbild- und Multiplikatorenfunktion. Die Grundlage bildet der Führungskräftekodex der Schwesternschaft: „Gemeinsam vertreten wir einen Führungsstil der vertrauensvollen, wertschätzenden Zusammenarbeit“.

Gezielte Förderung und Schulungskonzepte speziell für Führungskräfte begünstigen diese Führungskultur. Dazu gehören neben traditionellen Pflegemanagement-Kompetenzen wie Dienstplangestaltung und Mitarbeiterführung auch Kompetenzen in der Beratung und im Coaching von Mitarbeitern sowie das Vorleben einer positiven Fehlerkultur.

Instrumente der Pflegeentwicklung in den Einrichtungen der Schwesternschaft München:

Pflegeentwicklung beinhaltet die Erfassung von Veränderungsbedarf im pflegerischen Bereich und initiiert davon ausgehend Verbesserungsmaßnahmen:

- Durchführen stations-/wohnbereichsinterner und stations-/wohnbereichsübergreifender Pflegeprojekte
- Förderung einer patienten-, evidenz- und ergebnisorientierten Pflege
- Entwicklung und Förderung pflegewissenschaftlicher Fragestellungen im Zusammenhang mit der inter- und intraprofessionellen Patientenbetreuung
- Teilnahme an anerkannten Netzwerken.

4.7. Personalentwicklung

Das Herzstück unserer Pflegequalität bildet das gut ausgebildete und selbstbewusste Pflegepersonal. Die Entwicklung unserer Mitarbeiter liegt uns sehr am Herzen und wird nicht dem Zufall überlassen, sondern strukturiert und individuell geplant. Prospektive Personalentwicklungsplanung, insbesondere die finanzielle Umsetzung der Fort- und Weiterbildungen in der Pflege, werden durch eine ausreichende Budgetierung im Wirtschaftsplan gesichert. Dabei sind Aspekte der Organisationsentwicklung miteingeschlossen.

Personalentwicklung bedeutet für uns:

- Jährliche Mitarbeitergespräche zur Förderung der individuellen Potentiale des Mitarbeiters und Unterstützung bei der beruflichen Weiterentwicklung.
- Gezielte Fortbildung und Entwicklung durch Teilnahme an:
 - Fort- und Weiterbildungen
 - Kongressen
 - Hospitationen etc.
 - Laufbahncoaching und Bildungsberatung

- Potentialanalyse des Bundesverbandes der Schwesternschaft
- Frühzeitiges Erkennen von High Potential Mitarbeitern schon während der Ausbildung und deren gezielte Förderung.

5. PFLEGERISCHES QUALITÄTSMANAGEMENT

Unter Qualitätsmanagement versteht man die konsequente Ausrichtung des Handelns auf die Kundenanforderungen. Das Qualitätsmanagementsystem stellt sicher, dass die Systemqualität, Prozessqualität und die Dienstleistungsqualität geprüft und verbessert werden. Ziel des Qualitätsmanagementsystems ist eine dauerhafte Verbesserung der Unternehmensleistung.

Kernaufgabe von Führungskräften in der Pflege ist die systematische und strukturierte Planung, Überwachung und Steuerung pflegerischer Leistungen. Ein zielgerichtet aufgebautes Pflegecontrolling kann wirkungsvoll unterstützen und hilft Pflegequalität zu optimieren.

In all unseren Einrichtungen steht der Patient/Bewohner im Mittelpunkt des Pflegeprozesses. Die Etablierung und konsequente Umsetzung unserer Pflegeprozessstandards, Expertenstandards, Verfahrensanweisungen, SOPs etc. ermöglicht uns eine hohe Pflegequalität und gibt unseren Pflegefachkräften Sicherheit.

Der Vergleich von erwarteten Ergebnissen im Pflegeprozess mit den tatsächlich erreichten zeigt uns, ob unsere Instrumente geeignet sind, unsere angestrebten Pflegequalitätsziele zu erreichen. Durch kontinuierliche Evaluation unserer Ergebnisse können wir so die Wirksamkeit unserer Instrumente und die Durchdringung unserer Pflegephilosophie ermitteln, um kontinuierlich Maßnahmen zur weiteren Steigerung der Pflegequalität zu erarbeiten.

Zur nachhaltigen Implementierung unserer Pflegephilosophie setzen wir auf eine konsequente Umsetzung des PDCA-Zyklus:

P – Plan: Planung von Pflegeprozessstandards

D – Do: Durchführung der entwickelten Pflegeprozessstandards

C – Check: Evaluation der Wirksamkeit der Pflegeprozessstandards

A – Act: Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen

5.1. Pflegecontrolling

Der englische Begriff Controlling steht für die Nachhaltigkeit der Einhaltung der Sollvorgaben des Pflegeprozesses.

Der Begriff Pflegecontrolling umfasst folgende Bereiche:

Betriebswirtschaftliches Controlling für den Leistungsbereich Pflege

befasst sich mit den Themenfeldern Personal, Finanzen und Budgetüberwachung. Einige Beispiele:

Personalstellenplan, Personalbesetzungsstandard, Fort- und Weiterbildungsbudget, Personalausfallfaktor, Urlaubskonten, Überstundenkonten, Teilnahmequote bei (Pflicht-)Fortbildungen, Mitarbeitergewinnung, Mitarbeiterbindung.

Qualitätssicherndes Controlling im Pflegeprozess (Leistungsprozess-Statusveränderung-Qualität)

richtet den Blick auf die inhaltliche Ebene der Pflege. Es fokussiert den Kernprozess der Pflege und versucht, das Leistungsgeschehen darstellbar und transparent zu machen. Das beinhaltet ebenso die Darstellung der pflegerischen Primärleistung sowie die Abbildung qualitativer Kennzahlen erbrachter Pflegeleistung.

Einige Beispiele zu Pflegecontrolling-Leistungsprozess:

Anzahl der Fälle/DRG, Belegungstage/Fallzahl, Case-Mix-Index (durchschnittliche Schwere der Patienten-Fälle), Belegungsmanagement: Mitternacht-Statistik, Bettenauslastung, Auslastung der Funktionsabteilungen, OP-Leistungen, PPR (Pflegepersonal-Regelung) und Anzahl PKMS-Patienten (Pflegekomplexmaßnahmen-Score/Instrument zur Erfassung „hochaufwendiger Pflege“)

Einige Beispiele zu Pflegecontrolling-Qualität:

Grundlage ist ein Kennzahlensystem mit hinterlegten Qualitätsindikatoren, diese können aus den Expertenstandards, den Prozesszielen und Prozessrisiken abgeleitet werden, z.B.:

Kennzahlen aus den Prozesszielen der Expertenstandards:

- Auswertung Sturzprotokolle und Sturzrate
- Zahlen zur Dekubitushäufigkeit - BAQ-Modul-DEK (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung – Dekubitusprophylaxe)
- Anzahl liegender Blasendauerkatheter ohne medizinische Indikation etc.

Kennzahlen aus den Prozessrisiken der Expertenstandards:

- Unvollständige Dokumentation oder tatsächliche Umsetzung der Expertenstandards
- Fehlende oder nicht richtige Risikoeinschätzung und dadurch fehlende Information, Schulung und Beratung von Patient/Bewohner bzw. Angehörigen

5.2. Einführung und Optimierung der Pflegevisite als Instrument der Pflegeprozessessteuerung in allen Gesundheitseinrichtungen

Die Pflegevisite (PV) hat zum Ziel, im Beisein des Patienten/Bewohners die geplanten und durchgeführten Pflegemaßnahmen zu evaluieren und aktuelle Erkenntnisse weiter zu vermitteln. Durch die Einbeziehung des Patienten/Bewohners und ggf. von Angehörigen trägt sie zum Beziehungsaufbau bei und zeigt die Patienten-/Bewohnerorientierung. Sie gibt Feedback über Patienten- und Angehörigenzufriedenheit und es können Wünsche und Anregungen aufgenommen werden.

Die Pflegevisite dient der Weiterentwicklung der Berufsgruppe und trägt durch ihre Wirkung auf Patienten/Bewohner und Angehörige, Pflegende und Führende sowie durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit zur Organisationsentwicklung bei.

Die PV unterstützt die Umsetzung der ständigen Weiterentwicklung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation und dient als Qualitätssicherungsinstrument. Sie ist das Auswertungsinstrument für die Umsetzung der eingeführten Expertenstandards (Standards) und der Erfüllung fachlicher und gesetzlicher Anforderungen bzw. Auflagen und einrichtungsbezogener Vorgaben und Ziele. Die PV kann für die gemeinsame Benennung von Pflegeproblemen und Ressourcen, der Vereinbarung von Pflegezielen und der Vermittlung von Pflegeinterventionen und Evaluierung der eingeleiteten Pflegemaßnahmen genutzt werden.

Es gibt Pflegevisiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten:

- PV mit kundenbezogene Aspekte: Befragung von Patienten-/Bewohnerbefinden
- PV mit mitarbeiterbezogene Aspekte: Reflexion, Kompetenz, Selbstorganisation in Arbeitsprozessen
- Managementbezogene Aspekte: Führungsinstrument Unternehmensleitbild, organisationsspezifische Qualitätsstandards, Prozessplanung
- Einführung von Prozessaudits (fokussierte Pflegevisite)
- Einführung von Pflege-Dokumentationsaudit (wird in die Pflegevisite integriert)

Für die praktische Umsetzung der PV eignet sich die Makropflegevisite oder die Mikropflegevisite. Die Makropflegevisite umfasst die Überprüfung des gesamten Pflegeprozesses, der Dokumentation, des Umfeldes und der Zufriedenheit des Patienten/Bewohners ggf. der Angehörigen und der Pflegenden. Die Mikropflegevisite umfasst die Überprüfung von Teilbereichen mittels einer Checkliste.

Eine Verfahrensanweisung zur Pflegevisite, in der räumliche, zeitliche und personelle Rahmenbedingungen festgelegt sind, sowie die Planung und Häufigkeit der PV wurde erarbeitet. Das Pflegevisitenprotokoll wird ausgewertet und dient dazu, Verbesserungspotenziale zu analysieren. Beispielsweise könnte das Ergebnis der PV sein, dass ein Defizit im Bereich der Dokumentation vorliegt oder z.B. die Hilfsmittelbeschaffung nicht optimal funktioniert (Schnittstellenanalysen). Aus den Abweichungen und Fehlern können wir einen Lern- und Optimierungsprozess gestalten und somit die Entwicklung der Pflegequalität steigern und vorantreiben.

5.3. Fallbesprechung

Wir nutzen Fallbesprechungen bzw. interdisziplinäre Fallbesprechungen z. B. bei Patienten/Bewohner mit Folgesturz oder wenn bei der Evaluation von Pflegemaßnahmen eine Änderung/Anpassung der Maßnahmen festzulegen ist.

5.4. Kollegiale Beratung/Nursing/Konsilwesen

Wir nutzen bei unserer Arbeit mit unseren Patienten/Bewohner und Angehörigen bei fachlichen Fragen oder schwierigen, belastenden Situationen die kollegiale Beratung. Die Expertise des Kollegen können wir anwenden und umsetzen um gemeinsam eine gute Lösung zu entwickeln.

Strukturiertes Nutzen fachlicher Expertise: Wundexperten, Pain Nurses, Onko Nurses, Geriatriefachkräfte und Praxisanleiter etc..