

## **Pflegekonzept** **- Häusliche Krankenpflege -**

Unser Hauptziel, ist Zufriedenheit und Lebensqualität zu erhalten und zu fördern, wobei wir insbesondere auf die Bedürfnisse und Ressourcen unserer Patienteneingehen, um sie dementsprechend zu pflegen und zu betreuen. Die primär pflegerische Zielsetzung richtet sich auf die Erhaltung und Förderung und Unterstützung der Fähigkeiten unserer Patienten.

### **Weitere wichtige Ziele sind:**

- Bei der Pflege steht die Würde jedes Einzelnen im Vordergrund, gleichzeitig schaffen wir eine vertrauensvolle Beziehungsebene zu unseren Patienten.
- Teilnahme der Patienten am öffentlichen Leben, trotz geistiger und körperlicher Einschränkungen.
- Wahrung der Intimsphäre.
- Begleitung Sterbender und deren Angehörigen unter Berücksichtigung ihrer religiösen Vorstellungen.
- Bewohner werden in ihrer Einzigartigkeit aktivierend ganzheitlich gepflegt. Das heißt: Ressourcen einbeziehen und fördern, Ereignisse, Gewohnheiten, Erfahrungen werden in der Pflege berücksichtigt.
- Der Mensch wird als ganzes gesehen.
- Der Pflegeprozess wird durch Pflegedokumentation und Planung nachgewiesen.

### Befähigung der Mitarbeiter zur Umsetzung des Pflegekonzeptes

Zur Sicherstellung der Umsetzung des Pflegekonzeptes erhalten alle Mitarbeiter das Pflegekonzept, im Einarbeitungskonzept befindlich, ausgehändigt. Im Rahmen von Stichproben durch die Pflegedienstleitung wird ermittelt, ob die Mitarbeiter die Inhalte des Pflegekonzeptes kennen und umsetzen.

## **1. Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel**

In unserer Einrichtung wird das Modell von Monika Krohwinkel angewandt.

Monika Krohwinkel ist Professorin an der Ev. Fachhochschule in Darmstadt. Auf der Grundlage verschiedener pflegewissenschaftlichen Modellen (Roper, Peplau, Henderson) entwickelte Monika Krohwinkel 1991 (erstmalig veröffentlicht 1984) das Modell der fördernden Prozesspflege.

Grundlage ist dabei eine ganzheitliche Sicht des Menschen und seiner Umgebung. Mensch und Umgebung gehören zusammen, beeinflussen und verstärken sich gegenseitig.

Dies hat sie anhand von AEDL Bereichen dargestellt.

Die AEDL-Bereiche stehen immer miteinander in einer Wechselbeziehung und bedingen sich gegenseitig. Entscheidend ist dass der Mensch als ganzheitlich zu begreifende Person mehr ist als die 13 AEDL´s. Er ist mehr als die Summe dieser Teile.

Im Folgenden wird auf die einzelnen AEDL-Bereiche eingegangen, um pflegerische Tätigkeiten diesen besser zuordnen zu können.

### **Die 13 AEDL´s nach Monika Krohwinkel:**

#### **Kommunizieren**

- Den Patienten als Individuum ernst nehmen.
- Gespräche als wichtigen Bestandteil der Pflege nutzen.
- Patienten bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen unterstützen und fördern.
- Einbeziehung von Angehörigen.

#### **Sich bewegen**

- Unterstützende und aktivierende Pflege, einschließlich Hilfsmittelberatung und ggf. Organisation (sofern die Organisation nicht von Angehörigen übernommen werden kann).
- Vermittlung von Krankengymnastik, Ergotherapie, Begleitperson für Spaziergänge, Beratung bei der Wohnraumgestaltung.

#### **Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten**

- Kontinuierliche, fachgerechte Krankenbeobachtung.
- Pflegeberatung bei chronischen Störungen (Diabetes Mellitus, Durchblutungsstörungen, etc.).
- Bei Bedarf Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärzten.
- In Notfallsituationen qualifiziert handeln (Teilnahme der Mitarbeiter an einem Ersthelferkurs).

#### **Sich pflegen**

- Durchführung der Körperpflege unter Berücksichtigung von Räumlichkeiten, um eine weitgehend selbständige Körperpflege zu ermöglichen.
- Bei Bedarf Vermittlung von Fußpflege und Friseur.

## Essen und Trinken

- Beratung bei Ernährungsfragen (z.B. Diabetes – Diät, Essen auf Rädern, Dekubitusprophylaxe) und bei Bedarf Vermittlung von Essen auf Rädern.
- Auf Ernährungsgewohnheiten achten.
- Zubereitung von Mahlzeiten.
- Hilfestellung zur selbständigen Zubereitung geben.
- Anregung und Hilfestellung zur selbständigen Nahrungsaufnahme.
- Bei Bedarf Verabreichung der Nahrung.
- Bei Nahrungsverweigerung Klärung der Ursachen mit Angehörigen und Ärzten und differenziert handeln.

## Ausscheidung

- Auf regelmäßigen Stuhlgang achten, ggf. Hausarzt informieren.
- Auf Gewohnheiten des Bewohners achten.
- Vorbeugende Maßnahmen: Kost, Flüssigkeit.
- Ausscheidung beobachten.
- Dem Bewohner Zeit lassen.
- Bei Problemen Gesprächsbereitschaft signalisieren, Probleme ernst nehmen.

## Sich kleiden

- Selbstbestimmung bei der Kleiderwahl unterstützen (dabei Beachtung der Jahreszeit).
- Beratung.
- Auf regelmäßigen Wäschewechsel achten, ggf. Patienten dazu anregen.

## Ruhe und Schlafen

- Auf Schlafgewohnheiten Rücksicht nehmen (z.B. bei der Einsatzplanung)
- Beratung bei Schlafstörungen, evtl. mit Hausarzt besprechen (nach vorheriger Absprache mit dem Bewohner)

## Sich beschäftigen

- Sich im Gespräch über Interessen der Patienten informieren.
- Wenn gewünscht, die Teilnahme an Veranstaltungen ermöglichen. (Informationsmaterial, evtl. Begleitperson organisieren, an Veranstaltungen erinnern).
- Zur Beschäftigung anregen.
- Hilfestellung bei Problemen (z.B. bei Sehschwäche entsprechende Hilfsmittel organisieren.)

### **Sich als Mann bzw. Frau fühlen und verhalten**

- Intimsphäre wahren.
- Geschlechtsspezifisches Selbstwertgefühl unterstützen (Kleidung).

### **Für eine sichere Umgebung sorgen**

- Auf Gefahrenquellen achten und wenn möglich ausschalten.
- Sicherheitsgefühl vermitteln (ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes, Vermittlung von Hausnotruf).
- Beachtung der Hygienevorschriften.
- Orientierungshilfen geben.

### **Soziale Bereiche des Lebens sichern**

- Kontakte erhalten (Angehörige, Bekannte, Kirchengemeinden)
- Bei Wunsch neue Kontakte herstellen (Begegnungsstätten, Kirchengemeinden).

### **Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen**

- Distanz halten und gleichzeitig Vertrauen aufbauen, Offenheit, Ehrlichkeit.
- Einbeziehung von Familienangehörigen.
- Begleitung in schwierigen Lebenssituationen (z.B. Verlust eines Angehörigen).
- Sterbebegleitung.
- Ständige Erreichbarkeit.
- Bei Wunsch Kontakt zu Seelsorgern herstellen.
- Einsatz der Pflegekräfte nach Bedarf.
- Unterstützung und Begleitung der Angehörigen.

## **2. Pflegeprozess**

Der Pflegeprozess wird definiert als ein System von charakteristischen Pflegetätigkeiten für die Gesundheit des Einzelnen, der Familie und/oder Gesellschaft. Nach Fichter und Meier ist der Pflegeprozess eine systematische patientenorientierte Pflegeplanung.

Der Krankenpflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkoppelungseffekt (Feed back) in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten." (Fichter und Meier, Pflegeplanung)

Die Pflegeetheoretikerinnen Verona Fichter und Martha Meier haben 1981 den Pflegeprozess als kybernetischen Regelkreis im sechsschrittigen Pflegeprozessmodell beschrieben (siehe Abbildung).



## Vorgehen

- Im ersten Schritt des Pflegeprozesses werden Informationen gesammelt.
- Fähigkeiten und Pflegeprobleme des Patienten werden anhand der AEDL-Struktur formuliert.
- Anschließend werden die Ziele für jedes Pflegeproblem erstellt.
- Die festgelegten pflegerischen Maßnahmen beschreiben das gesamte grund- und behandlungspflegerische Handeln am Patienten. Sie sind für das gesamte Pflegeteam verbindlich.
- Der nächste Schritt des Pflegeprozesses beschreibt die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen.
- Den letzten Schritt des Pflegeprozesses bildet die Evaluation. Im Sinne des kybernetischen Regelkreises findet hier ein Rückkoppelungseffekt (Feed back) in Form von Beurteilung und Neuanpassung statt.

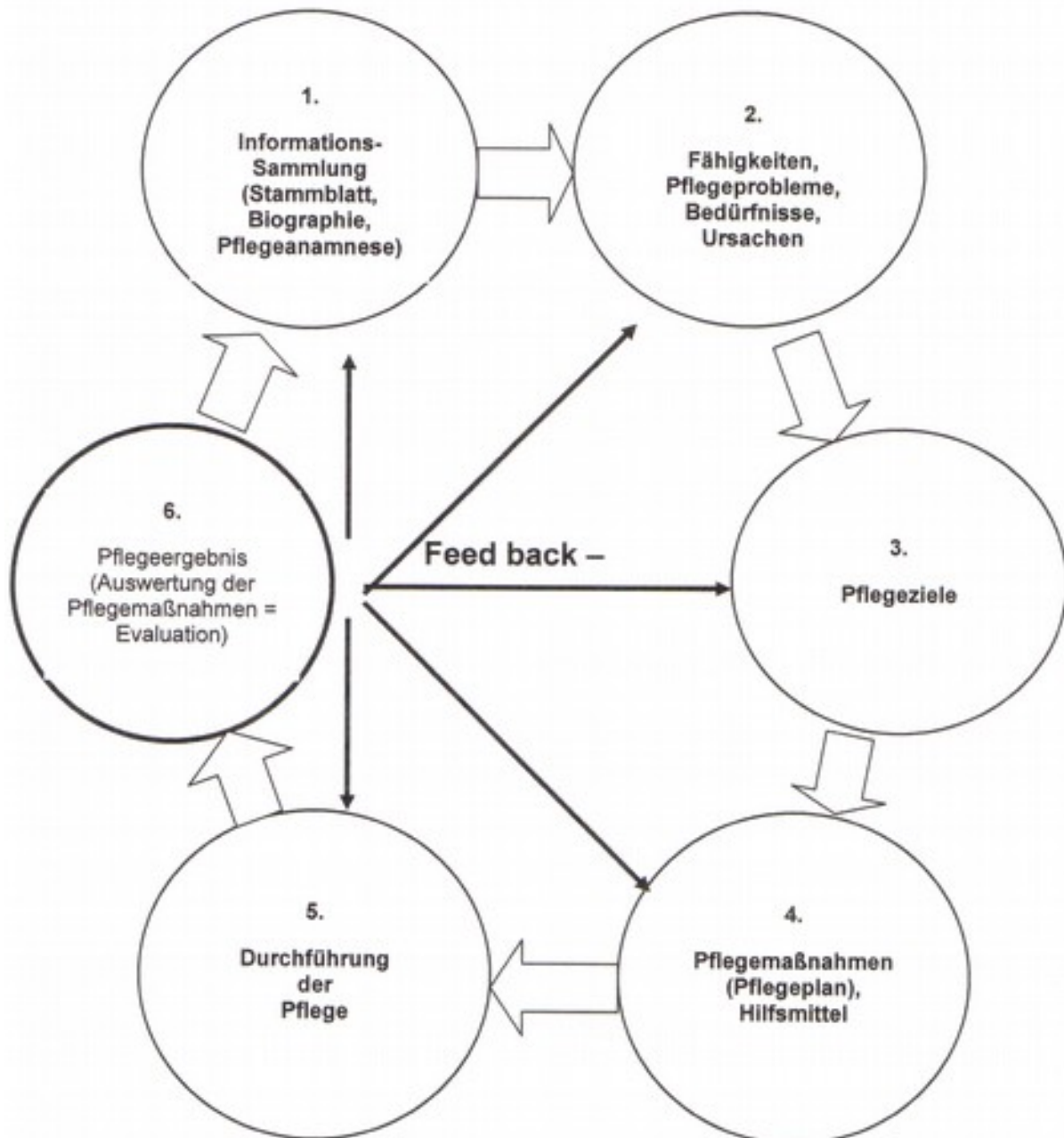
Der ablaufende Pflegeprozess nach Fichter und Meier entspricht dem Vorgehen in der PDCA- Zyklus-Struktur.

## Schriftliche Darstellung des Pflegeprozesses

Die individuelle Planung der pflegerischen Versorgung erfolgt durch die Bezugspflegekraft unter Einbeziehung des betreffenden Patienten und dessen Angehörige. Im EDV-Pflegedokumentationssystem Medifox wird der jeweilige Pflegeprozess verschriftlicht und durchgeführte Maßnahmen bestätigt.



Abbildung: Das Pflegeprozessmodell nach FIECHTER/MEIER



## **4. Bezugspflegesystem**

Die pflegerische Versorgung unserer Patienten spiegelt sich im Bezugspflegesystem wider.

### **Kernelement der Bezugspflege:**

Jeder Mitarbeiter ist für eine bestimmte Anzahl von Patienten zuständig und übernimmt für diese die anfallenden Tätigkeiten (entsprechend dem Pflegevertrag) und administrativen Aufgaben, wie z.B.:

- Körperpflege; An- und Auskleiden; Ausscheidung; Mobilität
- Ernährung- und Flüssigkeitszufuhr
- Behandlungspflege
- Medikamentenmanagement
- Psychosoziale Betreuung des Patienten
- den Kontakt zu Ärzten, Angehörigen oder anderen Institutionen herstellen, falls der Bedarf indiziert ist und der Patient dazu nicht selbst in der Lage ist und / oder die Übernahme wünscht
- Delegation der Pflege für die Zeit in der die Bezugspflegekraft selbst nicht im Dienst ist
- Gestaltung der zugehörigen Pflegeprozesse nach bestehender Pflegesituation, ständiges Hinterfragen der Aktualität der Prozessplanung
- Dokumentation der durchgeführten Leistungen und Pflegen des Berichtswesens

### **Grundelemente der Bezugspflege:**

#### 1. Beziehung:

- Mit Beziehung ist eine professionell-pflegerische Beziehung gemeint, die sich unter anderem auf fachliches Wissen und pflegerische Fähigkeiten und Fertigkeiten gründet, sowie auf die Beziehungsfähigkeit und die Akzeptanz des Klienten als mündigen Partner. Pflegerisches Handeln muss sich folglich an der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung des Patienten orientieren.

#### 2. Verantwortung:

- Ausgesprochene und unausgesprochene Fragen des Patienten, seiner Angehörigen und aller anderen die mit und am Patienten arbeiten, aufnehmen, bearbeiten und beantworten. Mit dieser besonderen Form der Verantwortung soll dem Patienten Sicherheit vermittelt und dadurch Vertrauen geschaffen werden.

Durch die in der Bezugspflege geforderte Kontinuität der täglichen Betreuung wird die Grundlage für Vertrauen geschaffen, ohne die eine Bezugspflegerische Beziehung nicht möglich wäre.



### **Vorteile der Bezugspflege:**

- es entsteht ein enges und gutes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Bezugspflegekraft.
- die Bezugspflege bietet eine ideale Voraussetzung für die Individuelle, personenorientierte Pflege
- die Pflegeplanung kann zur Grundlage der Arbeit mit dem Pflegebedürftigen werden (Pflegeplanender ist gleichzeitig Pflegedurchführender). Somatische und psychosoziale Aspekte können gleichermaßen bearbeitet werden.
- eine kontinuierliche Evaluation der Pflegeziele ist besser möglich,
- besonders dementiell erkrankte Patienten können in ihrem Wohlbefinden gefördert werden.
- pflegerische Tätigkeiten werden durch die Delegation der Bezugspflegekraft kontinuierlich und gleichmäßig ausgeführt, dies bedeutet Sicherheit und einen strukturierten Tagesablauf für den Patienten.
- die Bezugspflegekraft ist kompetenter und zuverlässiger Ansprechpartner für den Patienten, Angehörige und Ärzte.
- die Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten kann gezielter gefördert werden.
- ein Gefühl von Sicherheit stellt sich bei dem Patienten ein, da dieser einen festen und kompetenten Ansprechpartner hat.
- Die Verantwortung der Pflege liegt ausschließlich bei der zuständigen Bezugspflegekraft.
- Alle direkten und indirekten pflegerischen Tätigkeiten sind an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner/innen ausgerichtet (Dienstplan etc.).
- Die Bezugspflegekraft wird durch die ständig neuen Herausforderungen in ihrer Kreativität und Spontaneität gefördert und kann sich so kontinuierlich weiterentwickeln.

In der Bezugspflege haben die Patienten fest zugeordnete Bezugspflegepersonen. Dadurch soll möglichst viel Kontinuität im Pflegeprozess gewährleistet werden.

Die Arbeit mit den alten Menschen soll sich in allen Bereichen der direkten und indirekten Pflege an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten. Zudem soll eine klare Zuordnung der Verantwortung, Transparenz der Arbeit für alle Beteiligten, Motivation der Mitarbeiterinnen, sinnvolle Ausschöpfung der Ressourcen und die Umsetzung einer qualitätsgeleiteten Arbeit ermöglicht werden.

### Rahmenbedingungen

- Es existieren mehrere Touren (Früh- und Spätdiensttoure)

### Zuordnung der Mitarbeiter



Den jeweiligen Bezugspflegegruppen sind feste Bezugspflegepersonen zugeordnet. Alle Bezugspflegekräfte orientieren sich in Ihrer Arbeit an der jeweiligen Pflegeplanung/Pflegesituation des Patienten. Somit wird auch die Arbeit mit der Pflegedokumentation lebendig.

#### Informationsweitergabe

Durch Übergaben wird neben der Dokumentation im Pflegebericht sichergestellt, dass alle relevanten Informationen über die Patienten fließen. Im Rahmen der Fallbesprechungen wird es möglich, besondere Pflegesituationen von Patienten im professionellen Team zu bearbeiten, um Lösungen zu finden.

### **5. Kooperation/Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen**

Um die ganzheitliche Pflege zu gewährleisten, ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zwingend notwendig. Dazu gehören unter anderem:

- Krankengymnasten (Angestellte unserer physikalischen Therapie oder Externe)
- Logopäden (Externe)
- Apotheken
- Ärzte (freie Arztwahl für Bewohner)
- Sozialdienste in den Krankenhäusern
- Medizinische Fußpflege
- Friseur
- Seelsorger
- Betreuungsstelle der Stadt Solingen
- Ergotherapeuten und Sanitätshäuser
- Optiker

### **6. Innerbetriebliche Kommunikation**

Die festgelegten Kommunikationsstrukturen in unserer Einrichtung gewährleisten einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen allen Mitarbeitern, die am Versorgungsprozess beteiligt sind. Des Weiteren finden:

- 1 x monatlich Teambesprechungen,
- sowie eine Freitagsübergabe  
statt.

#### Übergaben

Im Rahmen der täglich stattfindenden Übergaben werden die einzelnen Pflegesituationen der Patienten in den Pflegeteams besprochen.

### Fallbesprechungen

Besteht die Notwendigkeit zur Klärung besonderer Pflegesituationen werden Fallbesprechungen durchgeführt. Je nach zu bearbeitender Thematik nehmen die Berufsgruppen daran teil, die zu einer Lösungsfindung beitragen können. Es kann ebenfalls sinnvoll und im Interesse des Patienten sein, dass sein Angehöriger und/oder Betreuer an der Fallbesprechung teilnimmt.

## **7. Personelle, räumliche und sachliche Ausstattung**

### **Personelle Ausstattung:**

Im Bereich Pflege sind examinierte Pflegefachkräfte, Pflegehelferinnen und hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen beschäftigt.  
Wir erfüllen die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote von 50%.

### **Räumliche Ausstattung:**

- ein Büro im Evangelischen Altenzentrum Ohligs gGmbH
- ein Funktionsraum
- ein Archiv in Kellerräumen des Evangelischen Altenzentrums Ohligs gGmbH

### Anmerkung:

Räumlichkeiten für Besprechungen und Fortbildungen stehen im Ev. Altenzentrum Ohligs gGmbH zur Verfügung

### **Sachliche Ausstattung:**

- In der Hilfsmittelliste ist ersichtlich, welche Hilfsmittel in unserer Einrichtung zur Anwendung zur Verfügung stehen
- Kraftfahrzeuge für die Einsätze bei den Patienten

## **8. Leistungsbeschreibung**

Entsprechend der individuellen Pflegesituation erhält der Patient seine grund- und/oder pflegende Versorgung, entsprechend der Vereinbarung im Pflegevertrag. Dabei orientieren wir uns an evidenzbasierten Erkenntnissen. Die Anwendung implementierter Standards, Konzepten und Verfahrensanleitungen ermöglicht uns ein einheitliches und professionelles Vorgehen.

### Bereitschaftsdienst

Unser Pflegedienst ist am Tag 24 Stunden lang erreichbar. Die Rufbereitschaft wird durch ein Diensthandy gewährleistet, welches die Einsatzleitung, ihre Vertretung oder eine examinierte Pflegekräfte mit sich führt.

Weitere relevante Informationen über die Leistungen der Einrichtung sind dem Pflegevertrag zu entnehmen.

## **9. Aussagen zum Qualitätssicherungssystem**

Um dem Kontinuierlichen Verbesserungsprozess Rechnung zu tragen, arbeiten wir mit einem Pflegecontrollingsystem, mit dessen Hilfe wir die Pflegeprozesse steuern und die Zielerreichungen überwachen können.

### **Pflegecontrolling**

Anhand des Pflegecontrollingsystems wird es uns möglich, die ablaufenden Pflegeprozesse unserer Patienten zu überprüfen, zu steuern und bei Bedarf zeitnah notwendige Interventionen zu ergreifen.

Durch die Anwendung des Pflegecontrollingsystems wird der **PDCA-Zyklus** sichtbar und nachvollziehbar.

### **Vorgehen bei der Umsetzung des Pflegecontrollingsystems:**

#### 1. monatliche Erhebung der Risiken

Die Bezugspflegekräfte erheben monatlich anhand des Dokumentes „Risikoerhebungsstandard“ die bestehenden Risikopotentiale „ihrer“ zugeordneten Patienten.

#### 2. Rücklauf der Ergebnisse der Risikoerhebung

Die Bezugspflegekräfte leiten zum 20.Tag des laufenden Monats die ausgefüllten Risikoerhebungsstandards persönlich an die Pflegedienstleitung weiter.

#### 3. Auswertung der Ergebnisse

Die Auswertung der ermittelten Ergebnisse erfolgt durch die Pflegedienstleitung und/oder die Assistenz der Pflegedienstleitung. Dabei ist von besonderem Interesse die Anzahl der bestehenden Risikofaktoren bei den Pflegebedürftigen in der Einzelbetrachtung.

#### Vorteile:

- Die Pflegedienstleitung und die Assistenz der Pflegedienstleitung sind über bestehende Risikopotentiale aller Pflegebedürftigen informiert.
- Eine regelmäßige Erhebung und Einschätzung der bestehenden Risiken aller Pflegebedürftigen wird möglich.

#### 4. Planung der Pflegevisiten

Anhand der Ergebnisse der Risikoerhebung erstellt die Pflegedienstleitung und/oder die Assistenz der Pflegedienstleitung eine Pflegevisitenplanung, die sich in der Matrix „Jahresübersicht Planung und Durchführung von Pflegevisiten“ widerspiegelt. Hierbei gilt das Prinzip: „An oberster Stelle in der Pflegevisitenplanung stehen die pflegebedürftigen Patienten mit den meisten Risiken.“ Bei dieser Vorgehensweise in der Planung wird sichergestellt, dass der Pflegeprozess von Patienten mit komplexen Pflegesituationen zeitnah durchleuchtet und evaluiert werden kann.



➤ Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:

Geplante und durchgeführte Pflegevisiten werden in der Matrix „Jahresübersicht Planung und Durchführung von Pflegevisiten“ dokumentiert.

Geplante Pflegevisiten werden in der EDV-Version mit der Farbe rot vermerkt, fand die Pflegevisite statt, wird die rote Schriftfarbe durch die schwarze ersetzt.

## 5. Durchführung der Pflegevisiten

Analog zur Pflegevisitenplanung erfolgt anhand des Dokumentes „Pflegevisitenprotokoll“ die Überprüfung des Pflegeprozesses des jeweiligen Patienten. Die Durchführung der Pflegevisite erfolgt im Rahmen der grundpflegerischen Versorgung, d.h. der Patient wird während der Versorgung durch die Bezugspflegekraft visitiert. Als weiterer Leitfaden zur Durchführung der Pflegevisite fungiert Checkliste zur Pflegevisite.

Pflegevisiten werden von der Pflegedienstleitung und/oder der Assistenz der Pflegedienstleitung durchgeführt.

Innerhalb der Pflegevisite fungiert der Risikoerhebungsstandard als hilfreiche Struktur, denn dem Visitör wird es möglich, bei der Überprüfung der Pflegeplanung einen Abgleich mit den erhobenen Risiken vorzunehmen.

In diesem System wird es dem Visitör möglich, neben der Durchleuchtung des Pflegeprozesses die fachlichen und sozialen Kompetenzen der begleiteten Bezugspflegekraft zu beurteilen.

➤ Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:  
Pflegevisitenprotokoll

## 6. Auswertung der Pflegevisite

Die Auswertung der Pflegevisite erfolgt zeitnah am Visitentag. Der Visitör bespricht mit der begleiteten Bezugspflegekraft die Ergebnisse der Pflegevisite und nimmt somit eine Auswertung vor. Sind Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen notwendig, sind diese auf dem Dokument „Maßnahmenplan Korrekturen und Verbesserungen (KVP)“ zu vereinbaren. Dabei ist darauf zu achten, dass Vereinbarungen klar definiert und Umsetzungstermine festgelegt werden.

➤ Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:  
„Maßnahmenplan Korrekturen und Verbesserungen (KVP)“

## 7. Treffen von Zielvereinbarungen mit der begleiteten Bezugspflegekraft

Im Rahmen der Pflegevisite wird es dem Visitör möglich, Fort- und Weiterbildungsbedarfe der begleiteten Bezugspflegekräfte zu erheben. Erkannte fachliche und/oder soziale Defizite (fachgebunden) sind in einem Zielvereinbarungsgespräch unter Einsatz des Dokumentes „Zielvereinbarungsgesprächsprotokoll“ zu thematisieren. Grundsätzlich ist in den Zielvereinbarungsgesprächen darauf zu achten, dass nicht nur Fort- und Weiterbildungen zu bestehenden fachlichen Defiziten vereinbart werden, sondern auch Fortbildungswünsche der Bezugspflegekräfte Berücksichtigung erfahren (unter Abwägung der Sinnvolligkeit für die Einrichtung).



- Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:  
Zielvereinbarungsgesprächsprotokoll

#### 8. Zielvereinbarungen im Überblick behalten

Zielvereinbarungen müssen im Überblick der PDL und/oder der Assistenz der Pflegedienstleitung bleiben.

- Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:  
Die Planungen und die Dokumentationen erfolgreicher Zielvereinbarungsgespräche erfolgen in der Matrix „Übersicht Zielvereinbarungsgespräche“. Geplante Zielvereinbarungsgespräche (Gesprächsdatum) werden in der EDV-Version mit der Farbe rot vermerkt, fand das Gespräch statt, wird aus dem „roten“ Datum ein „schwarzes“ Datum.

#### 9. Fortbildungsbedarfe der Mitarbeiter planen

Zum einen kann die monatliche Erhebung der Risikopotentiale einen Überblick über Fortbildungsbedarfe geben, aber auch durch die Erkenntnisse, die der Visitör im Rahmen der Pflegevisite bezüglich dessen sammelt, ermöglichen eine gezielte prospektive Fortbildungsplanung.

Grundsätzlich gilt: „Fortbildungsbedarfe werden erkannt – eine sinnvolle bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildungs-Jahresplanung, orientiert an den fachlichen Defiziten der Mitarbeiter sowie an evidenzbasierten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, kann vorgenommen werden. Erkannte Fortbildungsbedarfe sind zu thematisieren, damit eine gezielte individuelle Fortbildungsplanung erfolgen kann.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit bestehende Fortbildungsbedarfe im eigenen Team zu bearbeiten. Somit könnte es sinnvoll sein, dass Mitarbeiter ihr Fachwissen im Rahmen von praktischen Anleitungen oder Kurzschulungen an Mitarbeiter weitergeben, die in diesem Bereich fachliche Defizite haben.

- Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:  
Den Fortbildungsjahresplan erstellt die PDL, die Assistenz der Pflegedienstleitung in enger Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanager. Der Plan gibt Auskunft darüber, welche Fortbildungen für die jeweiligen Berufsgruppen stattfinden werden. Im Ordner „Fortbildungsnachweise“, der sich im Büro der PDL befindet, werden externe und interne Fortbildungsnachweise verwahrt. Durchgeführte team- interne Fortbildungen/Anleitungen werden auf dem Formular „Teilnahmebescheinigung“ bestätigt.

#### 10. Überprüfung der Wirksamkeit durchgeführter Maßnahmen

Ergriffene Verbesserungs- und Korrekturmaßnahmen sind auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Es kann sinnvoll sein, auf eine Pflegevisite eine Kontrollvisite folgen zu lassen. Je nach abzustellenden Mängeln sind dabei enge Zeiträume zu setzen, die mit der begleiteten Bezugspflegekraft am Tag der Erstvisite abzusprechen sind. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass auf nicht greifende Maßnahmen Alternativmaßnahmen folgen.



### 11. Überprüfung der Wirksamkeit ergriffener Fort- und Weiterbildungen

Die Pflegedienstleitung bespricht mit den Mitarbeitern, wie ihr erworbenes Wissen aus Fort- und Weiterbildung an andere Mitarbeiter weitergeben können. Im Rahmen der Teamsitzungen, die monatlich stattfinden, finden interne Schulungen statt. Mitarbeiter geben ihr erworbenes Wissen an andere Mitarbeiter des Teams weiter.

#### Vorteile:

- Die Pflegedienstleitung kann die Qualität der besuchten externen Schulungen/Fort- und Weiterbildungen, die Mitarbeiter besucht haben, beurteilen
- Mitarbeiter, die fachliches Wissen weitergeben, fungieren als Multiplikatoren
- Durchgeführte interne Schulungen dienen der Qualitätssicherung (Nachweise vor Leistungsträgern, MDK-Prüfungen)
- Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:

Der Nachweis durchgeführter interner Schulungen wird auf dem Dokument „interne Schulung“ erbracht.

### 12. Zielüberprüfungen anhand festgelegter Kennzahlen

In der Einrichtung wurden folgende Kennzahlen festgelegt:

- Jede Bezugspflegekraft wird mds. einmal jährlich in der Pflegevisite begleitet
- Jeder Pflegeassistent wird einmal jährlich überprüft (Überprüfung anhand der Befähigungsnachweise) sowie im Rahmen der Pflegevisite
- Bei jedem Patienten wird mds. einmal jährlich eine Pflegevisite durchgeführt

### 13. Evaluationen der Pflegeprozesse im festgelegten Rhythmus

Die Evaluationen der Pflegeprozesse sind pflegequalitätssichernde Maßnahmen. Werden Veränderungen (Neuplanungen, Abweichungen...) aufgrund veränderter Pflegesituationen notwendig, sind diese in der Pflegeplanung aussagekräftig zu dokumentieren.

Die Pflegefachkräfte überprüfen festgelegt alle 3 Monate die ablaufenden Pflegeprozesse der Patienten anhand der Pflegeplanungen. Als Checkliste fungiert hierbei das Pflegevisitenprotokoll.

Es gehört zu den Aufgaben der PDL und der Assistenz der Pflegedienstleitung Pflegeplanungsevaluationen zu planen.

- Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:  
in Medifox

#### Folgende Dokumentationsweise gilt im Rahmen der Evaluationsprozesse:

1. bei einem AEDL, das nicht aktualisiert werden musste, erfolgt in der zugehörigen Anamnese unter Beschreibung:

Angabe des Evaluationsdatums und der Eintrag: „Pflegeplanung entspricht der aktuellen Pflegesituation“

2. bei einem AEDL, das aktualisiert werden musste, erfolgt in der zugehörigen Anamnese unter Beschreibung:

Angabe des Evaluationsdatums und der Eintrag: „Pflegeplanung wurde der aktuellen Pflegesituation angepasst/Folgeplanung“

### Grundsätzliches

Kommt es zu Veränderungen in der Pflegesituation (z.B. Verschlechterung oder Verbesserung des Pflegezustandes) ist die Pflegeplanung zeitnah anzupassen.

➤ Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:

Geplante Pflegeplanungsevaluationen werden in der EDV-Version mit der Farbe rot vermerkt, fand die Evaluation statt, wird aus dem „roten“ Datum ein „schwarzes“ Datum.

### 14. Überprüfung der fachlichen Kompetenzen von Pflegeassistenten

Entsprechend der festgelegten Kennzahl wird die fachliche Kompetenz eines jeden Pflegeassistenten mds. einmal jährlich von der PDL überprüft. Gewonnene Erkenntnisse werden in dem ... Dokument verschriftlicht.

### 15. Die Überprüfung der fachlichen Kompetenzen von Pflegeassistenten im Überblick behalten

Die Regelmäßigkeit der Überprüfungen muss im Überblick der PDL bleiben.

### 16. Fallbesprechungen

Im Rahmen von Fallbesprechungen wird es möglich, individuelle Problemsituationen von Patienten professionell zu besprechen. Dabei besteht die Zielsetzung darin, Lösungen zur Problembewältigung zu finden. In der Verfahrensanleitung „Fallbesprechung“ und dem dazu gehörigen Standard ist das Vorgehen festgelegt.

➤ Nachweisführung/Nachvollziehbarkeit:

Durchgeführte Fallbesprechungen werden auf dem Fallbesprechungsprotokoll (Anhang am „Standard Fallbesprechung“) dokumentiert.

Es ist Aufgabe der PDL und/oder der Assistenz der Pflegedienstleitung die durchgeführten Fallbesprechungen in die Matrix „Jahresübersicht Fallbesprechungen“ einzupflegen.