



Sichere Pflegeeinrichtung

Dienstraum



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Bau und Ausstattung	3
Bildschirmarbeitsplatz	3
Tätigkeiten	4
Pflegedokumentation	4

Mit der Einrichtung der Bildschirm- und Büroarbeitsplätze sorgen Sie dafür, dass die Arbeitsplätze funktional und optimal für die Erledigung der jeweiligen Arbeitsaufgabe geeignet sind. Die sorgfältige Planung und richtige Gestaltung der Arbeitsplätze trägt ferner dazu bei, dass die Beschäftigten sicher und ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen arbeiten können.

In der Pflege werden Bildschirmarbeitsplätze insbesondere für die Pflegedokumentation benötigt. Es ist darauf zu achten, dass genügend Eingabeplätze zur Verfügung stehen, um Engpässe und damit Zeitdruck zu vermeiden.



Quellen

- Bildschirm- und Büroarbeitsplätze – Leitfaden für die Gestaltung, DGUV Information 215-410

Die Pflegedokumentation hat im Laufe der letzten Jahre neben der zentralen Funktion als Steuerung des Pflegeprozesses zunehmend an Bedeutung in der Absicherung haftungsrechtlicher Fragen gewonnen. Durch den umfangreichen Dokumentationsaufwand werden zeitliche Ressourcen gebunden, die in der direkten Bewohnerversorgung fehlen. Der erhöhte Bürokratieaufwand in einer zunehmend angespannten Personalsituation hat immer mehr Belastungen und Überforderungen des Pflegepersonals zur Folge.

Daher ist es essentiell die Dokumentation des Pflegeprozesses bestmöglich und mit minimalem bürokratischen Aufwand zu organisieren und einrichtungseinheitlich durchzuführen. Somit können zeitliche Ressourcen besser genutzt und die Arbeitszufriedenheit gefördert werden.

Pflegedokumentation – Definition, Zuständigkeit

Die Pflegedokumentation umfasst die schriftliche Darlegung des Pflege- und Behandlungsprozesses und ist ein elementares Instrument zur Sicherstellung von Qualität und Versorgung pflegebedürftiger Menschen sowie Bewohnerinnen und Bewohner. Sie dient als Grundlage von Kommunikation, Information und Abstimmung zwischen allen am Pflege- und Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie der Ehrenamtlichen, und den zu Pflegenden bzw. zu Betreuenden selbst. Die Pflegedokumentation ist Ausdruck professionellen Handelns von Pflegefachpersonen und ergibt sich als Berufsverpflichtung aus der Rahmen-Berufsverordnung des deutschen Pflegerates, aus dem Alten- und Krankenpflegegesetz sowie aus BGH-Urteilen und dem SGB XI.



Laut SGB XI ergeben sich die Rahmenbedingungen zur Erhaltung und Verbesserung der Qualität der Pflegeleistungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Um dieses Ziel erreichen zu können sind in den Einrichtungen wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards umzusetzen. Weiterhin ist ein einrichtungsspezifisches Qualitätsmanagement zu implementieren. Die Medizinischen Dienste bzw. die WTG-Behörden (ehemals Heimaufsicht) sind berechtigt regelmäßige Qualitätsüberprüfungen in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen vornehmen zu dürfen. Die verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie zum Qualitätsmanagement, zur Anwendung von Expertenstandards und der Mitwirkung bei den Qualitätsprüfungen ergeben sich aus dem § 112ff SGB XI.

Umfang und Inhalt des Pflegeprozesses

„Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen der systematischen Feststellung der

Kompetenzen des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen

nachzukommen, dem Aushandeln von Pflegebedarfen und Pflegezielen, dem Festlegen von

Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Unterstützungsleistungen und der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen.“ (Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., 2005, Seite 10)

Der Pflegeprozess wird als Arbeitsmethode beschrieben, die Pflege als einen dynamischen Problemlösungs- und Beziehungsprozess ansieht. Dieser Prozess besteht aus logisch aufeinander aufbauenden Schritten, die sich wechselseitig beeinflussen. Der Pflegeprozess ist in Deutschland als fachliche Methode zur systematischen Beschreibung der professionellen Pflege anerkannt. In den einzelnen Schritten werden die Probleme, Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen in den Blick genommen und sollen zum Ziel haben:

- die Sicherheit für die Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf zu gewährleisten
- einen Einbezug des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen in die Pflege zu ermöglichen
- die personelle und fachliche Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Leistungen zu gewährleisten
- eine qualitative Pflege, Betreuung und Versorgung zu sichern
- eine fortlaufende objektive Beurteilung der Pflegeleistungen zu ermöglichen
- den innerbetrieblichen und interdisziplinären Informationsfluss für alle am Pflege- und Behandlungsprozess Beteiligten zu gewährleisten
- erfolgte Maßnahmen transparent und nachvollziehbar darzustellen
- den juristischen Nachweis der Pflegequalität im Sinne einer Beweissicherung zu führen.

Strukturmodell – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation und Strukturierte Informationssammlung SIS

Die Notwendigkeit des Abbaus der Bürokratisierung in der Pflege und der damit einhergehenden Entlastung des Pflegepersonals wurde 2011 ebenfalls auf politischer Ebene erkannt. Mit einem entsprechenden Projekt wurde die Ombudsfrau für Entbürokratisierung in der Pflege im Bundesgesundheitsministerium betraut. In Zusammenarbeit mit Experten aus Wissenschaft und Praxis entstand das „Strukturmodell – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“, welches 2013/2014 in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen erfolgreich getestet wurde.

Strukturmodell

Das Strukturmodell umfasst vier Phasen des Pflegeprozesses. In der **ersten Phase** erfolgt die Einschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfes sowie die strukturierte Informationssammlung (SIS). Diese Erhebung erfolgt im Erstgespräch und wird durch eine erfahrene und geschulte Pflegefachperson geführt. Weitere regelmäßig durchzuführende Einschätzungen sollen den Verlauf abbilden. Sie beinhaltet vier Bereiche, die als A, B, C1 und C2 gekennzeichnet sind. Im Bereich A werden Name, Datum des Gesprächs, sowie die verantwortliche Pflegekraft mit ihrer Unterschrift erfasst. Im Feld B werden offene Fragen an den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige nach dem Hauptproblem seiner Pflegesituation gerichtet. Dadurch kann die Perspektive der Betroffenen dargestellt werden und diese um die individuellen und biografischen Angaben erweitert werden. Unter den Bereich C 1 werden sechs pflegerelevante Themenkomplexe abgehandelt:

1. Kognition und Kommunikation,
2. Mobilität und Bewegung,
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen,
6. Leben und Haushaltsführung (ambulante Versorgung) bzw. Leben und Wohnen (stationäre Versorgung)

Nach dieser narrativ erfolgten Informationssammlung können die Pflegefachpersonen den Pflege- und Betreuungsbedarf der pflegebedürftigen Person oder der Bewohnerin bzw. des Bewohners festlegen.

Im letzten Schritt erfolgt unter C 2 die Erfassung der pflegesensitiven Risiken in einer Matrix. Diese umfasst die Gefährdungen Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz und Ernährung zuzüglich eines Freifeldes. Ein erkennbares Risiko wird bei Aufnahme angekreuzt und dahingehend beurteilt, ob eine weitere Einschätzung notwendig ist. Die Matrix ermöglicht eine Einschätzung dieser Risiken sowie eine Verknüpfung mit den sechs pflegerelevanten Kontextkriterien unter C 1. Die Bereiche C 1 und C 2 machen eine fachliche Beurteilung und Dokumentation der Pflege- und Betreuungssituation möglich.

In der **zweiten Phase** erfolgt die Planung der Maßnahmen auf Grund der Angabe der Hauptprobleme, welche unter „B“ im offenen Frageteil ermittelt wurden. Die Maßnahmenplanung bezieht sich auf den Handlungsbedarf bei routinemäßig wiederkehrenden Abläufen, der psychosozialen Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung, den Eigenarten und Vorlieben des Pflegebedürftigen sowie auf den Umgang mit Risiken bzw. zur Behandlungspflege.

Die **dritte Phase** mit dem Pflegebericht baut auf den ersten zwei Phasen auf. In diesen müssen nun nicht mehr die routinemäßigen, wiederkehrenden pflegerischen Maßnahmen dokumentiert werden, sondern nur die von der Maßnahmenplanung abweichenden Begebenheiten und sich daraus ergebenden Handlungsbedarfe. Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist, dass die routinemäßig wiederkehrenden Pflegemaßnahmen in einer standardisierten Verfahrensanleitung festgelegt sind und somit die interne Qualitätssicherung erfüllen. Dabei ist zwischen den Dokumentationsanforderungen der Grund- und Behandlungspflege zu unterscheiden. Die Grundpflege ist eine routinemäßig wiederkehrende Tätigkeit, daher bedarf es hier nur der Dokumentation von Abweichungen. Bei der Behandlungspflege handelt es sich um verordnete Maßnahmen. Daher ist es hierbei notwendig weiterhin den Einzelnachweis zu führen.

Die **vierte Phase** umfasst die Evaluation und bezieht auf die Einschätzung der Bedarfe, der eingeleiteten Maßnahmenplanung und des Pflegeberichts. Dabei können die Evaluationsintervalle variieren, je nachdem, ob ein identifiziertes Risiko im Blick behalten werden muss oder ein festgestellter Zustand nach erfolgten Maßnahmen überprüft werden muss.

Von der analogen zur digitalen Patientenakte

Die analoge Pflegedokumentation bedeutet für viele Pflegenden einen enormen bürokratischen Aufwand und die Reduzierung der eigentlichen Pflegezeit, die man für pflegebedürftige Personen bzw. Bewohnerinnen und Bewohner aufwenden muss. Abheften von Dokumenten und handschriftliche Eintragungen unterliegen einer Fehleranfälligkeit und können mit folgenschweren Konsequenzen, bis hin zu Behandlungsfehlern einhergehen.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird nicht nur durch das Krankenhauszukunftsgesetz vorangebracht, auch die Pflegekräfte begrüßen diesen Fortschritt und wünschen sich damit mehr Entlastung im Pflegealltag.

Um den Prozess der Digitalisierung auch im Gesundheitswesen voranzubringen müssen die bestehenden analogen Patientenakten in ein digitales Format umgewandelt werden.

Die digitale Patientenakte hat den Vorteil mehreren am Pflegeprozess beteiligten Personen den gleichzeitigen Zugang zu ermöglichen. Formulierungen der Maßnahmen sind vorab einheitlich vorgenommen worden und können aus einer Sammlung von Vorlagen und Masken ausgewählt werden. Somit ist es möglich mit verhältnismäßig wenigen Klicks eine maximal umfangreiche Dokumentation zu erzielen.

Als digitale Eingabemittel können Tablets oder mobile Einheiten fungieren, die mit Monitor und Tastatur ausgestattet sind. Letztere haben den Vorteil, dass hier in der Regel eine medizinische Tastatur genutzt werden kann, die hygienischen Ansprüchen gerecht wird und sich gut desinfizieren lässt. Die Tastaturen von Tablets können diesen hygienischen Anspruch oftmals nicht erfüllen.

Die digitale Patientenakte hat ebenfalls den Vorteil, dass bei Verlegungen die angelegten Akten weitergeführt werden können. Belegungs- und Personalkapazitäten sind durch ein digitales Erfassungssystem besser auszuwerten und anzupassen. Durch die bessere Strukturierung und Validität der Patientendaten können Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst bzw. der Heimaufsicht effizienter abgeleistet werden.

Bei der Einführung einer Software zur digitalen Erfassung der Pflegedokumentation kommen unterschiedliche Methoden des Projektmanagements und der Organisationsgestaltung zum Einsatz. Ziel ist es immer bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen und Unternehmensprozessen, den Mensch, die Technik sowie die Organisation sinnvoll miteinander zu verzahnen. Um dieses Ziel zu erreichen müssen bestimmte Handlungsfelder Berücksichtigung finden: So sollten während der Zielfindung und Planung Strukturen des Projektmanagements etabliert, Stakeholder ermittelt und Projektpläne formuliert sowie ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden. Außerdem sind Experten in das Projektteam mit aufzunehmen. Falls die Softwareimplementierung die Arbeitsabläufe stark beeinträchtigt, sollten die Entwicklungs- und Einführungsprozesse durch ein systematisches Changemanagement begleitet werden. Vorab sollten Bedarfs- und Bedürfnisermittlungen bei den Benutzerinnen und Benutzern der Software erfolgen. Die Beteiligung dieser Zielgruppe sollte bereits in der anfänglichen Planungsphase mitgedacht werden. Weiterhin sind technische und organisatorische Fachbereiche mit einzubeziehen. Vor dem Start der Softwareanwendung sollte die technische Infrastruktur als Voraussetzung für die störungsfreie Nutzung geprüft und weiterentwickelt worden sein. Weiterhin sind vorab Informationen und Schulungen anzubieten und wenn notwendig Struktur- sowie Prozessveränderungen vorzunehmen. Bei der Einarbeitung in die neue Software sollten die Nutzer begleitend Handbücher, Leitfäden und eine stets erreichbare Telefonhotline zur Verfügung gestellt bekommen. Auch sollten im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung und Erweiterung der Software transparente Kommunikationsstrukturen definiert und etabliert werden, um Fehler und Verbesserungen durch die Nutzer rückmelden zu lassen. Im Sinne der Evaluation und Qualitätssicherung können auf dem Wege auch Kennzahlen und Bewertungen erhoben werden.



Anforderungen an die Softwareergonomie

Die Implementierung guter anwendbarer Software begünstigt nicht nur die Erreichbarkeit betriebswirtschaftlicher Ziele, sondern steigert ebenfalls die Produktivität, Qualität und Zufriedenheit der Benutzerinnen und Benutzer. Voraussetzung dafür ist eine effiziente Nutzbarkeit der Software, die sich durch eine hohe Gebrauchstauglichkeit auszeichnet. Gebrauchstauglichkeit beschreibt die Dimension, in der ein System, ein Produkt oder eine Dienstleistung durch die Nutzer in einem speziellen **Kontext** mit dem Ziel der **Effizienz, Effektivität** und **Zufriedenheit** angewandt werden kann.

In den jeweiligen **Kontext** der Nutzung eines Produkts sind die Benutzerinnen bzw. Benutzer ebenso einbegriffen wie die Arbeitsaufgaben und Arbeitsmittel sowie die physische sowie soziale Umgebung der Anwendung.

Effizienz stellt das Verhältnis aufgewendeter Mittel und durch Benutzerinnen und Benutzer erzieltm Ergebnis dar. Aufgewendete Mittel sind zum Beispiel psychische und physische Belastungen, Zeit, Material und Kosten.

Effektivität beschreibt die Genauigkeit und Vollständigkeit mit der die Nutzer die Arbeitsaufträge mittels der Software erledigen können.

Es gilt die Software an den Arbeitsablauf und die Nutzenden anzupassen, um diese größtmöglich zu unterstützen und im Vergleich zum vorherigen Arbeitsprozess eine Verbesserung zu erzielen.

Zufriedenheit steht für das Fehlen von Beeinträchtigung und dem Vorhandensein einer positiven Einstellung bei der Nutzung der Software durch die Benutzerinnen und Benutzer. Dies ist Teil des anzustrebenden Benutzererlebnisses und umfasst laut der DIN EN ISO 9241-210 „sämtliche Emotionen, Vorstellungen, Vorlieben, Wahrnehmungen, physiologischen und psychologischen Reaktionen, Verhaltensweisen und Leistungen“.

Um das Verhalten und Erleben der Benutzerinnen und Benutzer zu beschreiben und zu messen, können psychologische Ansätze nützlich sein. Dies ist hilfreich um Kriterien für positive Benutzungserlebnisse zu definieren und bei der Softwareentwicklung und Implementierung psychische Belastungen zu vermeiden.

Durch die Anwendung psychologischer Erkenntnisse sollte Software so entwickelt werden, dass sie passgenau auf Benutzerinnen und Benutzer sowie Aufgabe und Arbeitskontext zugeschnitten ist. Dabei sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- humane Arbeitsgestaltung,
- effektive und effiziente Aufgabenerledigung,
- individuelle Entfaltungsmöglichkeiten,
- Motivation und Zufriedenheit,
- geringes Stresserleben und
- Wohlbefinden und psychische Gesundheit

Somit wirkt eine ergonomische Software psychischen Belastungen der Benutzerinnen und Benutzer entgegen.

Weiterführende Informationen können Sie der DGUV Information 215-450 Softwareergonomie entnehmen.

Literatur

- Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., 2005, Seite 10)
- CNE.online „So viel wie nötig, so wenig wie möglich, Organisation, Pflegeprozessdokumentation“, Pia Wieteck
- CNE.online „Bestandteile und ihre Funktion, Organisation, Die Pflegedokumentation“, Bärbel Dangel

Quellen

- Softwareergonomie, DGUV Information 215-450
- Pflegequalität, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- CNE.Magazin 3.16 Pflegen und mehr „Klicken statt schreiben“
- Deutscher Pflegerat (DBR) „Der DPR unterstützt das Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege“,