

Ein-STEP - Ein Silberstreif am Horizont!

Zum Hintergrund:

Die vom BMG eingesetzte Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Elisabeth Beikirch, hat eine Analyse der Pflegedokumentation in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen vorgenommen. Ergebnis sind die „Empfehlungen zur Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation in der stationären und ambulanten Langzeitpflege“.

Praxistest:

Das Strukturmodell wurde von Oktober 2013 bis Januar 2014 in einem Test erprobt, der erfolgreich verlief. Sowohl von den Kostenträger- als auch von den Leistungserbringerverbänden auf Bundesebene wurde daher einvernehmlich die Einführung des neuen Dokumentationssystems in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gefordert. Es wurde bestätigt, dass das Strukturmodell mit den bestehenden Gesetzen, Verträgen und Qualitätsprüfungsinhalten vereinbar ist.

Schulung:

Mit der Begleitung der Implementierung des Projektes und der Durchführung von Multiplikatorenschulungen für die Verbände und Prüfinstanzen hat das BMG im Dezember 2014 das IGES-Institut beauftragt. Ziel ist es, das neue Modell in 25 % aller Pflegeeinrichtungen einzuführen; die Beteiligung der Einrichtungen am Projekt ist freiwillig. Die Beteiligung liegt mit Stand v. November 2015 bei 30 %.

Was nun ändert sich konkret?

Person-zentrierter Ansatz:

Ausgangspunkt zu Beginn des Pflegeauftrags/Aufnahme ist ein narratives Interview mit Aufnahme von Originalaussagen der Klienten (SIS): „Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?“ Bei fehlender verbaler Selbstauskunft wird die mind. 3-tägige Beobachtung durch Pflegefachkräfte empfohlen.

Abkehr vom Strukturmodell der 13 ABEDL nach Monika Krohwinkel:

Stattdessen erfolgt die Erhebung/Erfassung der Informationen auf der Grundlage von sechs Themenfeldern: kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Mobilität und Beweglichkeit, krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen, Selbstversorgung, Leben in sozialen Beziehungen, Wohnen/Häuslichkeit mit entsprechenden Leitfragen:

Inwieweit ist die Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich, örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen?

Inwieweit ist die Person in der Lage, sich frei und selbständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereiches zu bewegen?

Inwieweit liegen krankheits- und therapiebedingte sowie für Pflege und Betreuung relevante Einschränkungen bei der Person vor?

(!!! auch: therapeutische Settings, Bewältigung einzelner Phänomene wie Schmerzen, Inkontinenz u.a. inkl. Anleitung, Beratung, Schulung)

Inwieweit ist die Fähigkeit zur Körperpflege, zum Kleiden, zur Ernährung und zur Ausscheidung eingeschränkt?

(!!! auch: mögliche Konflikte aus fachlicher und ethischer Sicht)

Inwieweit kann die Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

(!!! auch: welche Person aus dem Privatbereich kann ggfs. unterstützen?,

Biographie, sozialpflegerische, weltanschauliche, konfessionell bedeutsame Aspekte, Sterben und Tod, individuell gewünschte Betreuungsangebote)

Haushaltsführung

(!!! auch: Konflikt-, Risiko- und Aushandlungssituation)

Umfangbegrenzung:

Die Arbeit mit der SIS setzt die Verwendung der urheberrechtlich geschützten Version voraus; diese beinhaltet eine Umfangbegrenzung auf 1,5 A3-Seiten.

Mit Blick auf die vielzähligen, in der Vergangenheit gesammelten Informationen, auch und insbesondere mit Blick auf solche des lebensgeschichtlichen Kontexts, gilt es zukünftig zu prüfen, entscheiden, priorisieren, welche Informationen tatsächlich pflege- und betreuungsrelevant sind. Umfänglich geführte Informations- und Biographiebögen sind zukünftig überflüssig.

Abkehr vom klassischen Pflegeprozessmodell:

Im Rahmen des Ein-STEP-Modells werden Pflegediagnosen, Pflegeprobleme und Ziele nicht mehr explizit in diesen Begrifflichkeiten benannt. Vorschnell resümierende Mitarbeitende kommen damit rasch und erleichtert zur Einschätzung, dass Pflegeplanungen „nicht mehr geschrieben werden müssen“.

Eine Pflegeplanung im *klassischen* Sinne gibt es nicht mehr. Gleichwohl werden im Gespräch mit dem Klienten getroffene Vereinbarungen in einen Maßnahmenplan (Tagesstrukturplan, Ablaufplan) überführt, der auch weiterhin handlungsverbindlich ist und den juristischen Stellenwert einer Pflegeverordnung hat.

Dabei werden die angesetzten Maßnahmen einmal beschrieben, dann benannt. Dieses beinhaltet die Einführung von Pflegestandards (mit denen die Durchführung für alle Mitarbeitenden verbindlich geregelt wird). Im Weiteren ist dann die Individualisierung des Standards vorzunehmen (bei abweichender Leistung vom Standard).

Das Berichtblatt wird, wie bisherig auch, nur bei abweichender Leistungserbringung geführt. Auch zukünftig gilt es, den Nachweis einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und notwendigen Pflege und Betreuung zu erbringen.

Risikoeinschätzung:

Grundsätzlich werden nur die Phänomene/Risiken eingeschätzt, die europaweit von Pflegerelevanz sind. Zu diesen zählen Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz und Ernährung. Hier erfolgt kein standardisiertes Assessment mehr, sondern der initiale Ausschluss, bezogen auf die Themenfelder. Damit werden Phänomene nicht nur sinnvoller und sachlogischer verschränkt, sondern zugleich auch offenkundiger. Erst wenn ein Risiko nicht ausgeschlossen werden kann, sind weitere Einschätzungen notwendig.

Abschließend betrachtet erfordert die Umstellung von der bisherig bekannten Pflegedokumentation auf das Ein-STEP-Modell innovatives und kreatives Denken und Handeln, erfordert es einen Paradigmenwechsel. Dabei müssen langjährige, oft jahrzehntelang eingeübte Praktiken und Wege weitestgehend verlassen, vieles aber mindestens auf seine Sinnhaftigkeit hin überprüft werden.

Chancen pur -

aber auch Gefahren, die lauern, wenn die Umsetzung nicht belastbar geplant und fachlich begleitet wird!

Birgit Voß

*Leiterin der Ev. Altenpflegeschule e.V. in Oldenburg
Multiplikatorin im Rahmen des Ein-STEP-Projektes*