

Betriebsblindheit wird reduziert

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 5

In den meisten heute zu lesenden Artikeln und in den Fachdiskussionen wird selbstverständlich immer der Begriff Tourenplanung verwendet, wenn es um die Einsatzplanung in der ambulanten Pflege geht. Tourenplanung meint die Zuordnung von Pflegekunden zu einer (abstrakten) Tour, wobei noch nicht festgelegt ist, welcher Mitarbeiter diese Tour auch übernimmt. Aus der Geschichte der Sozialstationen bzw. ambulanten Pflege in Deutschland heraus gibt es aber auch eine andere Form: die mitarbeiterbezogene Planung: hier werden die Pflegekunden fest einem Mitarbeiter zugeordnet, der diese immer versorgt. Das klassische Bild ist die Gemeindegemeinschaft, die allerdings auch oft allein arbeitete und daher keine Alternative zu dieser Zuordnung hatte. Aus Mitarbeitersicht erscheint die direkte Zuordnung von Pflegekunden erstrebenswert, schafft sie doch klare Verhältnisse: jeder weiß, wer für wen verantwortlich ist und um wen er sich kümmern muss. Aber sowohl inhaltlich als auch technisch entstehen in der ambulanten Pflege hiermit viele Probleme:

1. **„Mein Patient“:** Ist der Pflegekunde fest zugeordnet, wird aus einer anfangs sinnvollen Einsatzplanung nach und nach ein Flickenteppich, bedingt durch den Weg- und Neuzugang. Selbst in geografisch kleinen Räumen wie Stadtbezirken lassen sich Wegezeiten nur sinnvoll steuern, wenn die Pflegekunden nicht zwingend einem Mitarbeiter zugeordnet sind.

2. **„Meine Schwester“:** weiß der Pflegekunde, das er immer nur von seiner Schwester versorgt werden soll, wird er auch darauf bestehen, selbst wenn es nicht sinnvoll ist, beispielsweise aufgrund veränderter Touren.
3. Ob die in den ersten beiden Punkten beschriebene Nähe auch pflegepraktisch sinnvoll ist, darf zumindest bezweifelt werden. **Professioneller Abstand** dürfte genauso wichtig sein wie professionelle Teilnahme und Nähe.

In der stationären Pflege gewinnt die Bezugspflege wieder zunehmend an Bedeutung, seit man (wieder) bemerkt hat, das nicht schon allein die fachliche richtige Versorgung über eine Funktionspflege ausreichende pflegerische Ergebnisse erzielt, sondern das Kontinuität und Beziehungen ebenfalls wichtig sind. Einfach übersetzt wäre dann Funktionspflege der Einsatz von zwei Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen. Diese Fragestellung wurde schon in den letzten Folgen hier (und bei Sießegger) diskutiert.

In diesem Sinne wäre ja die Schwesterntour die optimale Lösung, ist es aber im ambulanten Bereich nicht. Durch die sehr unterschiedlichen Wegezeiten ist eine mitarbeiterbezogene Planung weder sinnvoll zu organisieren noch durchzuhalten. Es würde zwangsläufig immer wieder zu Verschiebungen kommen, wenn der Mitarbeiter einen neuen Patienten bekommt. Dies ist bei einer Tourenplanung ohne festen Mitarbeiterbezug viel weniger oft der Fall. Die Tourenplanung berücksichtigt

die schon beschriebenen Kriterien: Qualifikation, Zeitwünsche und Wege. Viele Pflegedienste haben die Touren nach Qualifikation geordnet: Fachkräftetour oder Schwesterntour und Pflegekräftetour.

Ein wichtiger Punkt bleibt in Bezug auf die Personalzusammensetzung festzuhalten: nur weil die Touren nicht mehr auf einen Mitarbeiter hin geplant werden, bedeutet das nicht, das die Tour nun ständig von einem anderen Mitarbeiter gefahren wird: Beispiel: der Pflegedienst hat 5 Touren und 15 Mitarbeiter (Köpfe). Im Laufe eines Monats haben die Pflegekunden so die Möglichkeit, jeden zweiten Tag einen anderen Mitarbeiter kennen zu lernen!

Das Beispiel beschreibt das Gegenteil von dem, was eine gute Tourenplanung ausmacht. Kontinuität ist ein wichtiges Kriterium in der Versorgung, aus Sicht des Pflegekunden eines der wichtigsten. In der Praxis hat sich gezeigt, das 4 Mitarbeiter gut 3 Touren dauerhaft

Weiter in der nächsten Ausgabe.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgabe 04/2002

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-mail: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de

übernehmen können (da ein Mitarbeiter rechnerisch immer im Frei, Urlaub, etc. Ist). Innerhalb eines solchen kleinen Teams würden die Pflegekunde im Sinne von Verantwortungszuweisung fest verteilt:

Beispiel: Mitarbeiter A ist verantwortlich für Herrn Meyer. Durch die Teampflege wird er alle 3 bis 4 Tage von Mitarbeiter A versorgt. Mitarbeiter A ist zuständig für die ‚Überwachung‘ und Fortentwicklung der Pflegedokumentation, für die Koordination zu anderen Berufsgruppen (Ärzte, ...), konkreter Ansprechpartner bei Problemen, etc..

Durch den regelmäßigen Wechsel ist es möglich, im kleinen Team gemeinsam die Lebenssituation von Herrn Meyer zu beobachten. Durch dies Mehr-Augenprinzip wird auch die klassische Betriebsblindheit in einer dauerhaften Pflegebeziehung reduziert.