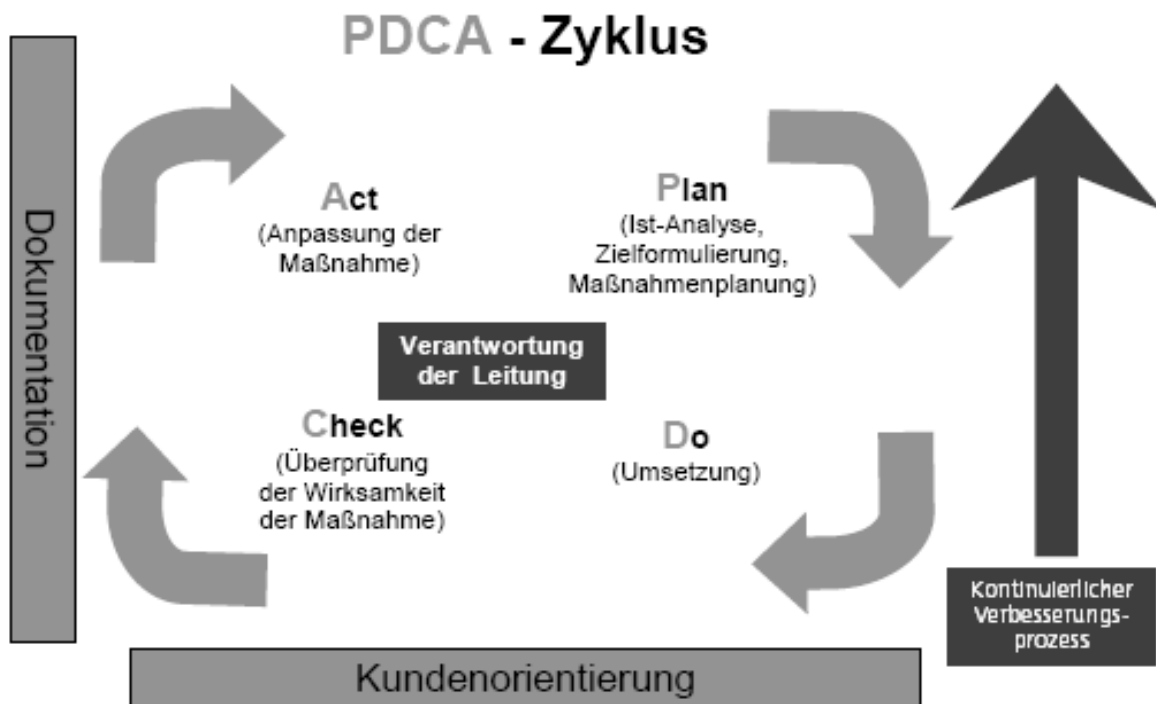


Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 8 „PDCA-Zyklus“ (6.5) bis Beschwerdemanagement (6.13)



Grafik aus: MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. November 2005

Qualitätsmanagement ist prinzipiell ein fließender Prozess. Es reicht also nicht, einmal ein Qualitätshandbuch zu erstellen und es dann schön ordentlich im Regal zu parken. Erst das permanente Anwenden und Überprüfen sorgt für ein lebendiges Qualitätsmanagement. Ein Qualitätsmanagement wird also auch nur dann ‚leben‘, wenn es so praxisnah strukturiert und formuliert ist, dass es für alle Mitarbeiter praktischen Nutzen bietet. Sonst bleibt es nur ein Leitungsprojekt.

Der stetige Veränderungs- und Verbesserungsprozess wird unter Punkt 6.5 der Prüfanleitung abgefragt, hier unter Zuhilfenahme des sogenannten „PDCA-Zyklus“. Dabei steht

- **P** für „Plan“: Ist-Analyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung: z.B. die Anweisung zur Umsetzung des Notfallstandards

- **D** für „Do“: die praktische Umsetzung der Maßnahme
- **C** für „Check“: die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahme: ob beispielsweise der Notfallstandard angewandt wurde und ob die darin beschriebenen Handlungsschritte auch sinnvoll waren.
- **A** für „Act“: Anpassung der Maßnahme: hier z. B. Veränderung des Notfallstandards oder Nachschulung der Mitarbeiter oder keinerlei Veränderungen, weil alles richtig funktioniert hat.

Dieser PDCA-Ablauf beschreibt nichts anderes als den kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der Grundlage jedes Qualitätsmanagements sein sollte.

Punkt 6.6 prüft die Aktualität der Handzeichenliste. In ihr sollten alle Mitarbeiter (die seit mehr als einer Woche im Dienst beschäftigt sind) enthalten sein einschließlich ihrer Qualifikation. Dabei geht es nicht unbedingt um deren evtl. fachfremder Ausbildung (z.B. Kauffrau), sondern um deren Beschäftigungsqualifikation (hier z.B. Pflegehilfskraft oder Pflegeassistentin). Die Handzeichen müssen natürlich eindeutig sein, also keine identischen Buchstabenkombinationen mehrfach verwenden.

Punkt 6.7 und 6.8 behandeln das Thema Fortbildungsplanung und die Teilnahme an Fortbildungen. Es wird geprüft, ob eine prospektive Fortbildungsplanung existiert. Die Fortbildungsplanung sollte auch, soweit vorhanden, einrichtungsspezifische Schwerpunkte wie Wachkoma-Versorgung berücksichtigen. In Punkt 6.8 wird abgefragt, ob alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen werden. Diese Fragestellung ist eigentlich zu kurz gefasst. Warum müssen beispielsweise Mitarbeiter, die nur Hauswirtschaft machen, nicht in der Fortbildungsplanung berücksichtigt werden? Was ist mit deren Notfallkompetenz, deren Fähigkeiten im Umgang mit Menschen mit demenziellen Störungen? Es empfiehlt sich, ein umfassendes Fortbildungsprogramm, differenziert nach Mitarbeitergruppen aufzustellen. Wichtig ist die Frage des Nachweises von internen Fortbildungen. Hier kommentiert die MDK-Anleitung, dass zur Dokumentation Teilnehmerlisten mit Datum, Inhalt der Fortbildung und Handzeichen der Teilnehmer ausreichend sind. Der MDK wird hier auch zu Recht kritisieren, wenn an den geplanten Fortbildungen nicht alle Mitarbeiter teilnehmen. Oder negativ formuliert: Mitarbeiter, die es immer schaffen, sich um Fortbildungen zu „drücken“ können nicht dauerhaft beschäftigt werden, weil mit ihnen nicht die geforderte Qua-

lität auf dem ‚aktuellen‘ Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse umzusetzen ist. Das ist zwar etwas hart formuliert, aber in der Praxis kennt man die Gruppe der eifrigen Fortbildungsgänger ebenso wie die Gruppe der Verweigerer. Was in der MDK-Anleitung so bisher nicht berücksichtigt ist, ist ein möglicher Fortbildungsanteil über Selbststudium, wie im Fortbildungsheft zu dokumentieren (siehe oben). Auch diese Fortbildungsart dürfte nicht ausgeschlossen sein, soweit sie überprüft wird und durch andere Fortbildungsarten ergänzt wird.

Punkt 6.9 ist natürlich der Lieblingsspunkt des Autors und jedes Fachverlages: Die Frage nach aktueller Fachliteratur und Fachzeitschriften. Es sollen nicht nur aktuelle Fachbücher (z.B. aktuelle Lexika und Lehrbücher) frei zugänglich vorhanden sein (also nicht unter Verschluss im PDL-Büro), sondern auch mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die den Mitarbeitern zugänglich gemacht wird. Um das Lesen zu überprüfen, kann dies per Umlaufprotokollblatt dokumentiert werden.

Punkt 6.10 fragt nach einem Einarbeitungskonzept und dessen praktische Anwendung. Einarbeitungskonzepte sind nicht nur im Rahmen einer kontinuierlichen Qualitätssicherung sinnvoll, sondern erleichtern und sichern den Einsatz neuer Mitarbeiter. Sie sollten auch regelmäßige Beurteilungen (Gespräche, Fragebogen, etc.) enthalten, so dass auch eine evtl. arbeitsvertraglich vereinbarte Probezeit sachlich beurteilt werden kann. Einarbeitungskonzepte sind natürlich mehr als nur die Auflistung der notwendigen Utensilien und die Einweisung in die Personalabrechnung. Neue Mitarbeiter müssen sich möglichst schnell in die Struktur und Abläufe der Einrichtung einfinden können, je schneller desto günstiger. Daher hat ein Einarbeitungskonzept auch eine wirtschaftliche Bedeutung.

Punkt 6.11 behandelt die Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe. Abgefragt werden die Punkte: geregelte Übergabe, regelmäßige Dienstbesprechungen und schriftlich fixierte Regelungen (wie Rundschreiben). Schon bei dieser Auflistung wird deutlich, dass die Besonderheiten der ambulanten Pflege nicht wirklich bekannt zu sein scheinen. Zentrale Übergabeinstrumente in der Ambulanten Pflege sind in erster Linie die Pflegedokumentation vor Ort, sowie die (in der Regel) schriftliche Übergabedokumentation in der Einrichtung (Übergabebuch). Dazu können aber auch telefonische Informationen kommen, wenn der Mitarbeiter direkt von zu Hause aus fährt. In der Prüfanleitung wird auch darauf hingewiesen, dass „ausreichend“ Zeit als Arbeitszeit eingeplant sein muss. Dabei sind diese Zeiten im Regelfall abhängig von der Menge der zu versorgenden Kunden, der Länge der Touren, aber auch von der Qualifikation der Mitarbeiter. So müssen in der regelmäßigen Dienstbesprechung nicht alle Mitarbeiter dabei sein, wenn es um Probleme der Behandlungspflege geht (z.B. im Rahmen von Fallbesprechungen). Auch hier ist es wieder eine Frage der sachgerechten und differenzierten Dokumentation (wie z.B. Dienstbesprechung Teil 1 (alle), Teil 2 (nur Fachkräfte)).

6.12 fragt nach der vorhandenen Notfallkompetenz. Es reicht natürlich nicht, schriftliche Standards für Notfälle erstellt zu haben, wenn die dazu notwendige Schulung der Erste-Hilfe-Maßnahmen nicht erfolgt, bzw. nicht regelmäßig wiederholt wird. Bei der Gestaltung der Schulungsmaßnahmen sollte die Zielgruppe beachtet werden (beispielsweise dürfte die Versorgung von starken Blutungen hier weniger wichtig sein als der Umgang mit Kreislaufversagen). Entsprechend müssen auch die Notfallstandards angepasst sein. Zusätzlich wird noch geprüft, ob auch ein Standard zur Fragestellung:

„Kunde öffnet nicht“ vorhanden ist. Diese Fragestellung ist vor allem dann relevant, wenn der Pflegedienst keinen Schlüssel hat bzw. die Tür so nicht zu öffnen ist (z.B. Schlüssel steckt). Der Notfallstandard muss auch klar beschreiben, wer wann und warum zu informieren ist und vor allem, wie der Notfall (einschließlich Reaktionszeiten) zu dokumentieren ist.

Punkt 6.13. fragt nach dem Vorhandensein eines Beschwerdemanagements. Die Fragestellung hätte man wohl eher in Zusammenhang mit dem internen Qualitätsmanagement vermutet. In der Regel hat jeder Pflegedienst ein Beschwerdemanagement, wenn auch nicht immer schriftlich fixiert und mit einem klaren Ablauf versehen. Beschwerden bieten immer die Chance, etwas zu verbessern und den Kunden (noch) zu behalten. Schwierig wird es nur, wenn die Kunden das Gefühl bekommen, sie werden nicht ernst genommen. Dann wechseln sie den Pflegedienst. Beschwerden sind in der Regel Chefsache, also sollte mindestens immer die PDL informiert sein. Sie sollte auch das Management verfolgen und überprüfen, falls sie nicht gleich selbst aktiv wird. Beschwerden sind oft weniger das Problem als der ‚handwerklich‘ ungeschickte Umgang damit.

Tipp:

Das Einarbeitungskonzept sollte auch zeitlich mit einer möglichen Probezeit abgestimmt werden, um die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Einarbeitungszeit für die Beurteilung im Rahmen der Probezeit zu nutzen. „Einarbeitungspaten“ können zudem bei Fragen und Kommunikationsproblemen helfen.

Mehr zum Thema „Übergabe“ auch in PDL Praxis 11/01

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 04/2007

© **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