

4.2 Die Pflegevisite

Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist die Pflegevisite ein wichtiges Instrument, die Ergebnisqualität der Versorgung und Betreuung von Bewohnern zu erheben und auszuwerten. Für die Bewohner und seine Angehörigen bietet sich durch die Teilnahme an der Pflegevisite eine Möglichkeit, in die Versorgung und Betreuung aktiv und systematisch mit einbezogen zu werden. Für die Einrichtung und die Mitarbeiter sind die Ergebnisse der Pflegevisite Anlass zur Selbststeuerung und Qualitätsverbesserung.

Autorin: Christine Seiz-Göser

4.2.1 ZIEL UND ZWECK

Die Visite ist aus dem Krankenhaus bekannt. Der Arzt kommt täglich zur Visite, einmal in der Woche auch der Oberarzt oder Chefarzt, um den Therapie- und Behandlungsverlauf bei den Patienten zu überwachen. Die Pflegevisite als eigenständiger Besuch beim Patienten durch Pflegefachkräfte ist im klinischen Bereich nicht bekannt.

Die Pflegevisite wird als Begriff vornehmlich in der Altenpflege verwendet und wurde vor allem durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in die Praxis eingeführt. In den Qualitätsprüfrichtlinien nach §§ 114 ff. SGB XI wird im Kapitel 6, Frage 6.4 nach Maßnahmen der internen Qualitätssicherung gefragt. Beispielhaft sind verschiedene Maßnahmen aufgeführt, unter anderem auch die Pflegevisite.

Einen Expertenstandard gibt es für die Pflegevisite nicht.

Für den Begriff der Pflegevisite gibt es keine einheitliche Definition. Es existierten eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen und Konzepten, die der Einrichtung einen gewissen Spielraum zur individuellen Ausgestaltung eröffnen.

Der DBfK Nordost e. V. hat sich in seinem Leitfaden auf folgende Definition geeinigt: **„Die Pflegevisite ist ein inhaltlich und gestalterisch flexibles Instrument zur Überprüfung der Umsetzung des Pflegeprozesses sowie der Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität. Die Pflegevisite erfolgt in festgelegten Abständen auf der Basis von strukturierten Gesprächen und Beobachtungen im direkten pflegerischen Umfeld durch Pflegefachkräfte, unter Mitwirkung des Klienten und ggf. seiner Angehörigen bzw. Bezugspersonen.“** (DBfK 2010)

Bei den Überlegungen, welche Form der Pflegevisite für das eigene Haus sinnvoll und angemessen ist, legen Sie zunächst die Zielsetzung fest.

Zuerst gemeinsam das Grundverständnis zur Pflegevisite klären.

Wer Pflege plant und durchführt, muss sie auch überwachen.

Um wen geht es eigentlich?

Was soll im Fokus der Pflegevisite stehen? Der **Bewohner** oder der **Mitarbeiter**? Die Pflegevisite eignet sich, die Zufriedenheit und den Pflegeprozess unter Einbeziehung aller Beteiligten, inkl. des Bewohners und seiner Angehörigen transparent zu machen. In einem persönlichen Gespräch mit dem Bewohner und seinen Angehörigen im Rahmen einer Pflegevisite, werden häufig sehr individuelle Wünsche ausgesprochen, die manchmal ohne viel Aufwand zu einer Verbesserung von Lebensqualität führen. Pflegerische Maßnahmen können gegenüber dem Bewohner und seinen Angehörigen nachvollziehbar erläutert werden und führen zu einer größeren Akzeptanz.

Im Rahmen der mitarbeiterorientierten Pflegevisite kann die pflegfachliche Kompetenz von Mitarbeitern überprüft werden. Das bedeutet, dass die Pflegekraft während der Ausübung ihrer Tätigkeit beim Bewohner von der visitierenden Pflegefachkraft supervidiert wird. Diese Form der Pflegevisite erfordert andere Rahmenbedingungen als die bewohnerorientierte und wird hier nicht weiter erläutert. Die Erfahrung zeigt, dass sich dazu aus arbeitsrechtlicher Sicht besser das Instrument der Fachaufsicht eignet.

Was soll damit erreicht werden?

Welchen Charakter soll die Pflegevisite haben? Ist die Pflegevisite für Sie ein **Kontrollinstrument** oder hat sie auch eine **Beratungsfunktion** gegenüber den Kollegen oder den Bewohnern und seinen Angehörigen? Kontrolle heißt, mit zuvor festgelegten Kriterien wird ein Soll-Ist-Abgleich durchgeführt. Damit können Schwächen oder Abweichungen von Vorgaben erkannt und bearbeitet werden. Beratung kann heißen, dass die Ergebnisse der Pflegevisite zwischen der visitierenden Pflegefachkraft und der verantwortlichen Wohnbereichsleitung und deren Team reflektiert wird. Oder das Ergebnis der Pflegevisite kann z. B. Anlass für eine vertiefende Auseinandersetzung im Rahmen einer Fallbesprechung sein.

Ist eine Beratung des Bewohners und seiner Angehörigen durch die visitierende Pflegefachkraft im Rahmen der Pflegevisite erwünscht oder ist es der zuständigen Wohnbereichsleitung vorbehalten? Das sollte im Vorfeld gut abgestimmt sein, damit es nicht verschiedene Aussagen gegenüber Bewohnern und Angehörigen gemacht werden.

Wer führt die Pflegevisite durch?

Je nach Zielsetzung sollte es nach Möglichkeit die Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung sein. Vorstellbar ist auch, dass sie von speziell ausgebildeten Pflegevisitenbeauftragten oder der Qualitätsbeauftragten durchgeführt werden.

Für die Prozesse auf dem Wohnbereich ist die Wohnbereichsleitung zuständig, sie muss deshalb auch die Ergebnisse der Pflegevisite verantworten. Bei einer kollegialen Form der Pflegevisite sollte sorgfältig geprüft werden, welche Funktion die Kollegin hat, die aus einem anderen Bereich zur Pflegevisite kommt. Als günstig hat sich herausgestellt, wenn es sich dabei ebenfalls um eine Wohnbereichsleitung oder deren Stellvertretung handelt.

Die Berücksichtigung der hierarchischen Position der visitierenden Pflegefachkraft, deren Qualifikation und die Distanz zum visitierenden Wohnbereich sind entscheidende Faktoren für die Akzeptanz und das Ergebnis der Pflegevisite.

Eine objektive und kritische Analyse, die zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung führen soll, erfordert Distanz und Kompetenz des Beobachtenden.

Welchen Umfang soll die Pflegevisite haben? In der Praxis finden sich dazu verschiedene Formen. Bei der sogenannten **modularen Visite** werden verschiedene Module wie z. B. die Pflegeplanung, Assessments, Heimaufnahme oder Expertenstandards bewohnerbezogen ausgewählt, ähnlich einem Baukastenprinzip zusammengesetzt und dann auch nur dieser Bereich visitiert.

Umfang und Form
müssen festgelegt sein

Andere Formen der Pflegevisite haben einen festgelegten **Basisinhalt** und werden durch Zusatzfragen, abhängig von der individuellen Pflege, ergänzt.

Außerdem wird zwischen einer **regelmäßigen Pflegevisite**, wie z. B. einmal im Jahr bei jedem Bewohner und einer **anlassbezogenen Pflegevisite**, wie z. B. bei einer komplexen Versorgung oder nach Abschluss der Integrationsphase nach Heimeinzug unterschieden.

Sind diese grundsätzlichen Fragen geklärt, lassen sich die entsprechenden Abläufe und Dokumente erstellen.

In der vorliegenden Ausgabe stellen wir Ihnen ein **Basismodell** vor, das inhaltlich um weitere Themenfelder ergänzt werden kann.

4.2.2 ZIELERREICHUNGSKRITERIEN

- Die Bewohnerzufriedenheit und die individuelle Anwendung des Pflegeprozesses, insbesondere der pflegerischen Risikobereiche sind durch die Pflegevisite erhoben.
- Die Bewohner und – sofern möglich – ihre Angehörigen sind in die Pflegevisite mit einbezogen.
- Bei jedem neu eingezogenen Bewohner wurde nach Abschluss der Integrationsphase eine Pflegevisite durchgeführt.
- Jeder Bewohner wird mindestens einmal jährlich während einer Pflegevisite besucht.
- Die Pflegevisite wird von den festgelegten Personen durchgeführt.
- Die Pflegemaßnahmen sind auf Lebensqualität, Selbstbestimmung und Prävention ausgerichtet.
- Definierte Kennzahlen der Pflegevisite sind zentral ausgewertet.

4.2.3 VERANTWORTUNG IM GESAMTPROZESS

Für die Planung, Festlegung, Überwachung, Änderung und ständige Verbesserung des Verfahrens ist die verantwortliche Pflegefachkraft zuständig.

4.2.4 PROZESSBESCHREIBUNG

Dokument	Flussdiagramm	Verantw.	Bemerkung
1. Jahresplan Pflegevisite (L_01_4.2.docx)	1. Planung der Pflegevisiten	1./2. PDL	1. (a) Erste Pflegevisite findet mit Abschluss der Integrationsphase nach einem Heimeinzug statt. (b) Erstellung Jahresplan
2. Einladungsschreiben zur Pflegevisite (F_01_4.2.docx)	2. Information und Einladung der Angehörigen/Betreuer		Der Jahresplan liegt auf dem WB zur Information für die MA aus.
	3. Information und Vorbereitung des Bewohners	3. WBL	2. Einladung erfolgt schriftlich zwei Wochen vor dem Termin. 3. Geplante Pflegemaßnahmen, z. B. Mobilisation, verschieben, damit eine Hautinspektion im Bett möglich ist.
4.-6. Protokoll Pflegevisite (PK_02_4.2.docx)	4. organisatorische Vorbereitung	4.-8. Visitor	4. Alle relevanten Unterlagen vorhalten z. B. Pflegedoku, Arztbericht, PV-Protokoll, Datenschutzvorschriften berücksichtigen
	5. Durchführung der Pflegevisite		5. Basismodule: - angemessene Versorgung - Pflegedokumentation - Zufriedenheit des Bewohners
6. Bewohnerbezogene Zusammenfassung (PK_03_4.2.docx)	6. Protokoll der Pflegevisite erstellen und an PDL weiterleiten		6. Die Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt die Bereiche auf, in denen Handlungsbedarf besteht.
	7. Rückmeldung zur Pflegevisite an WBL		7. zeitnah, am besten unmittelbar nach der PV
	8. Abweichungen festgestellt?		8. Handlungsbedarf kann bestehen in der Berücksichtigung von persönlichen Gewohnheiten, Wünschen in der Pflegedoku oder in der direkten Pflege.
	nein → weiter mit 12.		
9. Maßnahmenplan Pflegevisite (PK_04_4.2.docx)	9. Maßnahmenplan erstellen	9./10. WBL	9. Die Visitorin unterstützt die WBL dabei beratend. Ein Wiedervorlagetermin wird vereinbart.
	10. Bearbeitung durch den Wohnbereich		10. Im vereinbarten Zeitraum werden die Abweichungen abgearbeitet.
11. Wiedervorlageliste (CL_01_4.2.docx)	11. Maßnahmen umgesetzt?	11. PDL	11. Die PDL überprüft die Umsetzung der Maßnahmen.
	nein → 10. Bearbeitung durch den Wohnbereich		
	12. Pflegevisitenprotokoll an PDL weiterleiten	12. Visitor	
13. Einrichtungsbezogene Auswertung (AW_01_4.2.xlsx)	13. einrichtungsbezogene Auswertung	13./14. PDL	13. Die Auswertung der Kennzahlen werden in der Leitungsbesprechung präsentiert.
14. Konsequenzen/ Vereinbarungsprotokoll (PK_05_4.2.docx)	14. Anpassung des Prozesses und Konsequenzen		

4.2.5 ERLÄUTERUNGEN ZUR PROZESSBESCHREIBUNG

Organisatorische Planung und Information

(1^{*)}) Regelmäßig findet die erste Pflegevisite mit Abschluss der Integrationsphase statt. Danach wird das Datum der nächsten Visite, gemäß der zeitlichen Vorgabe im Jahresplan vermerkt. Die visitierende Pflegefachkraft wird von der Pflegedienstleitung frühzeitig über den Termin informiert und dieser im Dienstplan berücksichtigt.

Jahresplan Pflegevisite
(L_01_4.2.docx)

(2) Die bevollmächtigten Angehörigen oder Betreuer werden schriftlich zwei Wochen vor dem Termin eingeladen. Bereits im Vorfeld gilt es zu prüfen, inwieweit die zeitliche Planung der Pflegevisite sich an den Wünschen der Angehörigen orientieren kann. Häufig haben diese erst am Abend oder am Samstag Zeit, was sich auf deren Beteiligung auswirkt.

Ideal:
Einbeziehung der
Außenwelt

(3) Selbstverständlich wird auch der Bewohner informiert. Hier sollte individuell entschieden werden wann das erfolgt. Für manche Bewohner ist es wichtig frühzeitig informiert zu sein, damit Aktivitäten danach ausgerichtet werden können. Bei anderen Bewohnern ist es vielleicht sinnvoller erst kurz vorher zu informieren, damit keine unnötige Aufregung entsteht.

Einladungsschreiben
Pflegevisite
(F_01_4.2.docx)

Durchführung

(4) Die visitierende Pflegefachkraft stellt sich alle erforderlichen Unterlagen mit Unterstützung des Wohnbereichs zusammen.

Protokoll Pflegevisite
(PK_02_4.2.docx)

(5) Nach einer kurzen Übersicht und Information zum Bewohner beginnt die Pflegevisite immer mit dem persönlichen Gespräch mit dem Bewohner und seinen Angehörigen. In dem Gespräch ist es wichtig einen Kontakt zu den Gesprächspartnern herzustellen und deren Vertrauen zu gewinnen.

Eine empathische Haltung und die Methode des aktiven Zuhörens sind dabei sehr hilfreich. Als Leitfaden dient der erste Teil des Pflegevisitenprotokolls. Dieser sollte jedoch nicht Punkt für Punkt abgearbeitet werden, sondern in den Gesprächsverlauf eingebunden werden. Ist kein Gespräch mit dem Bewohner möglich, wird dies mit Begründung auf dem Pflegevisitenprotokoll vermerkt. Dies ist zum Beispiel aufgrund von demenziellen Erkrankungen häufig der Fall. Wenn das überwiegend der Fall ist, sollte im Rahmen der ständigen Verbesserung nach einer anderen Form der Erfassung von Wohlbefinden gesucht werden.

Im Mittelpunkt steht
der Bewohner – das
Gespräch mit ihm
steht an erster Stelle

Der nächste Schritt ist die Inaugenscheinnahme des körperlichen Zustandes des Bewohners, insbesondere die Pflegerisiken sind zu betrachten (zweiter Teil des Pflegevisitenprotokolls). Das Gespräch und die Inaugenscheinnahme können auch ineinander fließen und werden aus der Situation heraus so angenehm wie möglich für den Bewohner gestaltet. **Die Beurteilung des körperlichen Zustandes durch die Inaugenscheinnahme, ohne zuvor die Pflegedokumentation gelesen zu haben, schärft den**

Welche Risiken können
möglicherweise
auftreten bzw. welche
bestehen bereits?

^{*)} Die Ziffern in Klammern z. B. (1) beziehen sich auf das Flussdiagramm.

Blick dafür, was sich in der Pflegeplanung abbilden sollte. Hat die visitierende Pflegefachkraft einen unvoreingenommenen Blick auf den Bewohner, wird sie eine andere Beobachtungsqualität haben, als wenn sie die Inaugenscheinnahme durch den Filter der bereits zuvor gelesenen Pflegeplanung durchführt.

Bildet sich der Bewohner individuell in der Pflegedokumentation ab?

Im Anschluss daran wird die Abbildung der pflegerischen Risiken des Bewohners in der Pflegedokumentation überprüft, siehe Teil drei des Pflegevisitenprotokolls. Die Standarddokumente beziehen sich auf das Dekubitusrisiko (Anhang 1), die Ernährung (Anhang 2), das Sturzrisiko (Anhang 3), das Kontrakturrisiko (Anhang 4) und die Erfassung von chronischen Schmerzen (Anhang 5), und werden bei jedem Bewohner benutzt. Daneben können Bedarfsformulare hinzugezogen werden, wenn z. B. Wunden vorliegen oder freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet werden.

Evaluation

Bewohnerbezogene Zusammenfassung (PK_03_4.2.docx)

Nach Abschluss der Erfassung von Wünschen und Anregungen im Gespräch mit dem Bewohner und der Analyse der Pflegedokumentation erstellt die visitierende Pflegefachkraft eine bewohnerbezogene Zusammenfassung der Pflegevisite (6). Das Pflegevisitenprotokoll und die bewohnerbezogene Zusammenfassung der Pflegevisite bleiben in der Bewohnerakte auf dem Wohnbereich. Die Zusammenfassung wird als Kopie an die Pflegedienstleitung weitergeleitet.

(7) Diese Zusammenfassung ist Grundlage für die Rückmeldung an die verantwortliche Wohnbereichsleitung und deren Maßnahmenplanung. Günstig ist es, wenn das Gespräch im Anschluss an die Pflegevisite stattfindet, spätestens innerhalb von zwei Tagen. (8) Wurde aus Sicht der visitierenden Pflegefachkraft oder aus Sicht des Bewohners ein Handlungsbedarf identifiziert, muss sich die verantwortliche Wohnbereichsleitung dazu positionieren. (9) Die Wohnbereichsleitung erstellt unter Beratung der visitierenden Pflegefachkraft einen Maßnahmenplan. Ein Wiedervorlagetermin zur Überprüfung der Umsetzung der Maßnahmen wird vereinbart. Der Maßnahmenplan geht in Kopie an die Pflegedienstleitung. (11) Sie überprüft anhand der Wiedervorlage die Umsetzung des Maßnahmenplans.

Wiedervorlageliste (CL_01_4.2.docx)

Maßnahmenplan Pflegevisite (PK_04_4.2.docx)

(10) Auf Situationen, die für den Bewohner ein Risiko bedeuten wird sofort reagiert, alle anderen sollte innerhalb einer Woche in die Wege geleitet werden.

Einrichtungsbezogene Auswertung (AW_01.4.2.xlsx)

(13) Nach Abschluss der Evaluation der individuellen Pflegevisite werden diese Ergebnisse von der Pflegedienstleitung einrichtungsbezogen ausgewertet. Damit ist ein Überblick über die Ergebnisse aller Pflegevisiten gewährleistet. In regelmäßigen Abständen werden sie anhand von Kennzahlen ausgewertet z. B.

- Führt das eingeführte Verfahren zum gewünschten Ergebnis?
- Sind die Dokumente geeignet das gesamte Verfahren abzubilden?
- Wird jeder Bewohner regelmäßig visitiert?
- Gelingt es, die Angehörigen in die Pflegevisite mit einzubinden?
- Kann bei der Pflegevisite die Zufriedenheit der Bewohner erfasst werden?

- In welchen Feldern entsteht der meiste Handlungsbedarf?
- Welche Schritte sind im Bereich der Personalentwicklung erforderlich?

Die Planung und Umsetzung der einzelnen Verbesserungspotenziale werden dokumentiert (14).

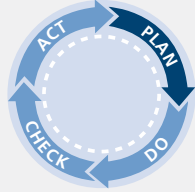
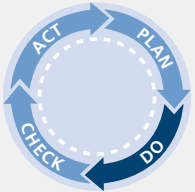
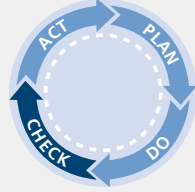
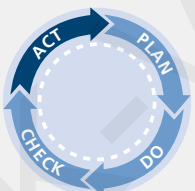
Durch die einrichtungsbezogene Analyse, werden die Ergebnisse der Pflegevisite auch auf der Strukturebene einer Qualitätssicherung und -entwicklung unterzogen.

Konsequenzen/
Vereinbarungsprotokoll
(PK_05_4.2.docx)

4.2.6 REFERENZEN

- SGB XI, § 11 Rechte und Pflichten der Einrichtung
- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011
- Vereinbarung MDK Prüfanleitung nach § 114 ff, SGB XI in der stationären Pflege, Kapitel 6, Stand 30. Juni 2009
- Praxisheft Leitfaden zur Pflegevisite – eine Arbeitshilfe für die Praxis, 4. Vollständig überarbeitete Auflage, November 2010, Hrsg.: DBfK Nordost e. V. Kreuzstraße 7, 14482 Potsdam

4.2.7 MITGELTENDE DOKUMENTE

Phase	Dokument (Dateiname)
PLAN 	<ul style="list-style-type: none"> – Verfahrensanweisung (VAW) Pflegevisite (VAW_01_4.2.docx)
DO 	<ul style="list-style-type: none"> – Jahresplan Pflegevisite (L_01_4.2.docx) – Einladungsschreiben zur Pflegevisite (F_01_4.2.docx) – Nachweisprotokoll zur Einführung des Verfahrens „Pflegevisite“ (PK_01_4.2.docx) – Protokoll Pflegevisite (PK_02_4.2.docx) – Pflegedokumentation (*) – Wiedervorlageliste (CL_01_4.2.docx)
CHECK 	<ul style="list-style-type: none"> – Bewohnerbezogene Zusammenfassung (PK_03_4.2.docx) – Maßnahmenplan Pflegevisite (PK_04_4.2.docx) – Einrichtungsbezogene Auswertung (AW_01_4.2.xlsx) (**)
ACT 	<ul style="list-style-type: none"> – Konsequenzen/Vereinbarungsprotokoll (PK_05_4.2.docx)

Für die mit (*) markierten Dokumente sind keine Musterdokumente abgedruckt, da diese einrichtungsindividuell zu erstellen sind.

(**) Dieses Dokument finden Sie nicht im Druckwerk, sondern als Datei unter dem genannten Namen im Onlinebereich.