



Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“

Modul 3: Kollegiale Zusammenarbeit und Netzwerke der Familialen Pflege

Jan-Willem Waterböhr, Marco Kühn

Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“

Modul 2: Dokumentation der Familialen Pflege im KIS

Autoren

M.A. Jan-Willem Waterböhr

B.A. Marco Kühn

Kontakt

Modellprogramm Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7: Pädagogische Beratung

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

<http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege>

Dezember 2018, Universität Bielefeld

Einleitung

Die Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“ dokumentiert die besten Praxen in der Nutzung des Krankenhausinformationssystems (kurz ‚KIS‘) durch die Pflegetrainer*innen, die das Modellprogramm Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG in 420 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig Holstein umsetzen. Dabei handelt es sich nicht um eine Anleitung oder Blaupause zum Aufbau eines eigenen Bereichs ‚Familialen Pflege‘ im KIS, was bei der Vielzahl der verwendeten KIS nicht möglich wäre. Vielmehr bieten die folgend skizzierten besten Praxen Einsicht in die Ideen und notwendigen Entwicklungsprozesse, um anschließend eigene Entwicklungsprozesse in den Krankenhäusern zu beginnen – diese müssen anschließend an die Bedingungen des verwendeten KIS angepasst werden. Die Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“ ist daher als eine Schablone zur Integration der Familialen Pflege in das Krankenhaus als Organisation unter Verwendung des KIS und der damit verbundenen Arbeitsprozesse zu verstehen, an welchen die Familiale Pflege partizipiert. Es werden die Ansätze des Studienbriefs „Praktische Konzeption und die Instrumente des Modellprojekts Familiale Pflege“ fortgeschrieben und konkretisiert.

Folgender Umstand ist mit Blick auf verschiedene Krankenhäuser zu berücksichtigen:

„Sozialdienst, pflegerisches Entlassmanagement und Familiale Pflege läuft unterschiedlich in den Häusern. Wir sind dabei, es zusammenzuführen, aber auch dadurch wird immer deutlich, also ein pflegerisches Entlassmanagement haben wir nicht überall. Da, wo wir es haben, da haben wir eine super Familiale Pflege, da läuft die Akquise. Da, wo wir es eben nicht haben, da, wo es kein Thema ist, da ist es umso schwerer, überhaupt die Patienten zu filtern, obwohl wir von Anfang an die EDV versucht haben mit einzubinden. Also die EDV-Möglichkeit der Meldung gibt es, aber die Meldung funktioniert eben nicht so, wie wir es uns gewünscht haben.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1004-1012)

Krankenhäuser sind institutionell unterschiedlich aufgebaut und die Familiale Pflege ist an verschiedenen Stellen der Organisation eingebunden. Die Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten, mit dem Entlassungsmanagement und anderen Bereichen gestalten sich unterschiedlich. Der Erfolg der Familialen Pflege im Krankenhaus hängt daher auch von der Integration der Familialen Pflege in den Entlassungsprozessen ab. Das KIS bildet dabei die Kommunikationsplattform für die verschiedenen Professionen im Krankenhaus: Es unterstützt die intersektorale Kommunikation, die Prozessgestaltung und die professionelle Rollenentwicklung der Pflegetrainer*innen in der Organisation. Die alleinige Verwendung des KIS genügt jedoch meistens nicht aus, sondern muss in die Ablaufprozesse des Krankenhauses eingebettet werden.

Hauptanliegen der Praktischen Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“ ist es deshalb, die frühe Beauftragung der Pflegetrainer*innen im Anschluss an die Aufnahmeprozesse der Krankenhäuser zu realisieren. Damit verbunden sind mehrere Aspekte zur technischen Umsetzung sowie zur Prozessgestaltung. Allgemeine oder allgemeingültige Vorgaben können nicht aufgestellt werden. Eine gelingende Prozessgestaltung und Kommunikation in den Krankenhäusern ist von den jeweiligen Strukturen und Bedingungen der Krankenhäuser abhängig. Daher bietet die Praktische Konzeption einen ersten Einblick in verschiedene

Praxen und schlägt verschiedene Strategien der Umsetzung vor, die für das eigene Krankenhaus ausgestaltet werden müssen.

Die hier enthaltenen ‚Schablonen‘ zur Integration der Familialen Pflege in die Entlassungsprozesse und in das KIS basieren auf den vier Projektforen zum Thema „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“, die von 2014 bis 2016¹ von der Universität Bielefeld durchgeführt wurden. Die Ergebnisse speisen sich aus den Vorträgen und Gruppendiskussionen, die mit den Konzepten und Strategieempfehlungen des Modellprogramms Familiäre Pflege an der Universität Bielefeld ergänzt wurden. Die hier verwendeten Beispiele wurden anonymisiert.

Es sind die folgenden vier Themenkomplexe identifiziert und modular aufgearbeitet worden:

Modul 1: Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

Modul 2: Dokumentation der Familialen Pflege im KIS

Modul 3: Kollegiale Zusammenarbeit und Netzwerke der Familialen Pflege

Modul 4: Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung

Dabei bieten Modul 1 und Modul 2 einen eher technischen Zugang und dokumentieren mehrere Formen und Erfahrungen zur Integration der Familialen Pflege in das KIS. Modul 3 und Modul 4 hingegen fokussieren primär die Organisationsprozesse und -Strukturen, die mit der technischen Nutzung des KIS zusammenhängen. Die Module können einzeln gelesen und bearbeitet werden, sie bilden eigene Aspekte zur Umsetzung. Es ist jedoch zu empfehlen, die Module miteinander verschränkt zu bearbeiten. Querverweise sind zur weiteren Vertiefung in den Texten enthalten.

Die Module sind nach dem folgenden Schema aufgebaut:

- Vorbemerkungen, Kontext und Problemstellung
- Strategie und Konzept zur Integration
- Praxisbeispiele und Erfahrungen
- Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“ dient der ersten Orientierung und Kommunikationsgrundlage der Pflegetrainer*innen mit den EDV-Abteilungen, der (pflegerischen) Leitung wie auch anderen Bereichen des Krankenhauses (Stationen, Sozialdienst, Entlassmanagement etc.) in den Krankenhäusern.

¹ Das Pflegestärkungsgesetz II ist 2017 in Kraft getreten. Daher sprechen die Referent*innen in den Modulen noch von ‚Pflegestufe‘. Ebenso haben sich die Nachweisdokumente der Universität Bielefeld teils stark verändert. Diese Umstände schränken die Vorbildfunktion zur Strategiebildung jedoch nicht ein.

Der Dank des Modellprogramms Familiäre Pflege gilt insbesondere den folgenden Krankenhäusern, die freundlicherweise ihre Zwischenergebnisse zur Verfügung gestellt haben:

- Katholische Kliniken Bochum
- Gemeinschaftskrankenhaus, Bonn
- Alfried-Krupp Krankenhaus, Essen
- Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg
- Städtische Kliniken Mönchengladbach
- GFO St. Josef Krankenhaus, Troisdorf

Modul 3: Kollegiale Zusammenarbeit und Netzwerke der Familialen Pflege

1. Vorbemerkungen

Der kollegialen Zusammenarbeit mit den verschiedenen Personen und Funktionseinheiten im Krankenhaus kommt eine hohe Bedeutung zu. Die gelingende pflegerische Entlassung in die häusliche Versorgung ohne Versorgungsbrüche bedarf der engen und abgestimmten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen in den komplexen Entlassungsprozessen. Arbeitsteilig übernimmt hier die Familiale Pflege die Bildung, Beratung und Praxisanleitung der pflegenden Angehörigen.

Im folgenden Modul werden die Erfahrungen der Pflegetrainer*innen zur kollegialen Zusammenarbeit mit den Stationen und weiteren Funktionsbereichen der Entlassungsprozesse zusammengetragen und dargestellt. Ziel ist es, Strategien, Wege und Erfahrungen transparent zu machen, wie gezielt ein kollegiales Netzwerk im Krankenhaus aufgebaut werden kann, um

- die **Meldung von pflegenden Angehörigen an die Pflegetrainer*innen** auch ohne ihre Präsenz auf den Stationen sicherzustellen,
- die **Transparenz und Akzeptanz der Arbeit** mit den pflegenden Angehörigen bis in die Häuslichkeit in allen Bereichen des Krankenhauses zu erhöhen und
- die **systematische Integration** der Familialen Pflege in die Abläufe und Strukturen des Krankenhauses voranzubringen.

Eine Zusammenarbeit und Arbeitsteilung mit der Familialen Pflege in den Entlassungsprozessen zeigt sich schematisch wie folgt:

Prozess	Krankenhaus	Familiale Pflege
Hilfsmittelversorgung	Bedarfsermittlung, Bestellung (Sozialdienst)	Alltags- und wohnraumorientierte Praxisanleitung in der Häuslichkeit
Medikamentengabe	Medikationsplan, Therapie (Ärzte, Pflege)	Praxisanleitung der pflegenden Angehörigen
Demenzgerechte Versorgung	Identifikation und demenzsensible Versorgung (Ärzte, Pflege)	Demenzsensible Pflege in der Häuslichkeit, gelingender Alltag, innerfamiliäre Gerechtigkeit
Entlassung (in die Häuslichkeit)	Planung und Durchführung der Entlassung (Entlassmanagement)	Alltagsorientierte Praxisanleitung in der Häuslichkeit nach der Entlassung, Aufbau eines Pflegenetzwerks

Damit die oben genannten und andere Prozesse gelingen können, an denen die Pflegetrainer*innen beteiligt sind, ist die frühzeitige Einbindung der Familialen Pflege in die Entlassungsprozesse sicherzustellen. Die Frage nach dem Krankenhausinformationssystem (KIS) zeigt sich an dieser Stelle weniger im infrastrukturellen Aufbau des KIS (Meldesystem, Fallübersicht, Dokumentation,

Modulverweise:

→ [Modul 1](#)

→ [Modul 4](#)

Abrechnung) als vielmehr in der kollegialen Zusammenarbeit über das KIS:

- Wer meldet pflegende Angehörige an die Pflegetrainer*innen (z. B. über ein Konsil)? Wer sollte pflegende Angehörige über das KIS melden?
- Wer bzw. welche Station dokumentiert relevante Informationen für die Pflegetrainer*innen im KIS (z. B. Pflegegrad, Sekundärdiagnose Demenz)? Wer sollte diese dokumentieren?
- Welche weiteren pflegerelevanten Daten sind oder sollten vorhanden sein? Haben die Pflegetrainer*innen Zugriff auf diese Daten?

Häufig sind die Fragen leicht zu beantworten und auf dem Papier ebenso eindeutig. Die alltägliche Praxis jedoch zeigt verschiedene Hürden:

- Professionsgrenzen (z. B. zwischen Ärzten, Pflege und Sozialdiensten),
- ungesteuerte Prozesse,
- kollegiale und hierarchische Konflikte (z. B. auf Station).

Folgend soll in diese komplexen Anforderungen und Herausforderungen ein erster Einblick aus Sicht der Pflegetrainer*innen gewährt und damit ihre Aufgaben und Rollen im Krankenhaus näher veranschaulicht werden. Der Fo-

kus liegt auf der gemeinsamen Nutzung des KIS. Gleichzeitig sollen sie Inspiration geben, die eigenen Strukturen, Netzwerke und Prozesse zu verstehen und offensiv sowie gestaltend aufzubauen.

2. Erfahrungen zur kollegialen Zusammenarbeit

In den Projektforen-IT zwischen 2014 und 2016, welche von dem Modellprogramm „Familiale Pflege“ durchgeführt worden sind, haben zahlreiche Pflegetrainer*innen von ihrer Zusammenarbeit mit verschiedenen Stationen und Funktionseinheiten sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses berichtet. Exemplarisch sind folgende Themen zusammengetragen.

2.1 Meldungen über das KIS

Zentraler Aspekt in der kollegialen Zusammenarbeit ist die regelmäßige und frühzeitige Kommunikation und Beauftragung durch Kolleg*innen. Dabei sind die verschiedenen Professionen und ihre Zeitstrukturen zu berücksichtigen:

„Die Schwestern, die uns anfordern, oder Ärzte oder auch der Sozialdienst, müssen hier eigentlich nur den Terminwunsch, also das Datum eintragen, das sieht man an dem gelben Kästchen da, das ist so ein Pflichtfeld. Man kann die Pflegestufe eintragen, und man kann

Modulverweis:
→ Modul 4



natürlich auch Informationen an uns weitergeben, die man schon hat. Das macht der Sozialdienst oft sehr ausführlich und die Schwestern eher weniger [...].“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1450-1457)

Frühe Meldungen von Kolleg*innen in den Aufnahmeprozessen ermöglichen mehr Zeit für einen ausführlichen Beratungsprozess mit den pflegenden Angehörigen (Gröning, Lagedroste, von Kamen 2015). Nur im ersten Moment werden fehlerhafte Meldungen als nachteilig beschrieben. Sie sind jedoch Zeichen für mehr Selbstständigkeit der Pflegetrainer*innen.

„Und seit wir das haben, werden wir deutlich häufiger auch angefordert, und vor allen Dingen viel, viel früher, nämlich schon bei der Aufnahme. Wir haben einfach viel mehr Zeit, mit den Familien zu arbeiten, und das klappt wirklich sehr gut. Der Nachteil ist manchmal so ein bisschen, dass es dann manchmal auch sehr schnell angefordert wird, und wir dann sagen müssen, naja, es gibt aber gar keine Angehörigen, wir können gar nicht schulen, es muss eine andere Lösung geben. Das ist aber besser, als dass man irgendwie immer den Patienten hinterher laufen muss. So hat man dann doch einen größeren Patientenpool, sage ich mal.“ (ebd., Zeile 1472-1479)

Das im Krankenhaus häufig verwendete Konsil ist allgemein jedoch nur erfolgversprechend, wenn es den üblichen Routinen auf den Stationen auch für die Familiäre Pflege entspricht. Es sollte nach Möglichkeit allen Professionen zur Verfügung stehen, die an der Entlassung und Entlassungsplanung beteiligt sind.

„Dann haben wir ein – weil es so gut geklappt hat – ein pflegerisches Konsil, das kann jede im Haus beantragen, jede Schwester, jeder Arzt kann unsere beratende Leistung oder unser Pflegetraining anfordern. Damit es dann auch alle irgendwie mitbekommen haben, habe ich, Anti-Nerd, so ein Schreiben aufgesetzt mit so einer kleinen Darstellung, wie man das machen kann [...] das war ja ganz einfach, denn es ist genau so, wie der ärztliche Dienst [angefordert wird], und es wird sehr, sehr stark genutzt.“ (Mühlheim an der Ruhr 2015, Z. 938-945)

Wie technische Neuerungen kann auch der gezielte Aufbau der kollegialen Zusammenarbeit vorübergehend nicht zu dem gewünschten Erfolg führen. Der naheliegende Gedanke, dass der pflegerische Erstkontakt auch die Pflegetrainer*innen benachrichtigt, funktioniert in der Alltagspraxis nicht immer sofort. Hier sind Alternativen zu überlegen.

„Wir hatten uns damals überlegt, dass die Pflege auf der Station, Erstkontakt Patient, die hat den Blick, die weiß es, die weiß genau, wo der Bedarf ist. Also ich hab' gesagt, das ist ja kein Hexenwerk, ganz einfach, wir machen es ähnlich, wie der Wundmanager angefordert wird, die Struktur kennt die Pflege, wird funktionieren. Hat überhaupt nicht funktioniert. Ist völlig in die Hose gegangen, ging gar nicht. Es funktioniert jetzt da, wo wir das pflegerische Entlassmanagement haben. Die Mitarbeiter, die sehen auch am ersten Tag den Patienten, und weil da so ein gutes Bündnis gewachsen ist – Entlassmanagement, Sozialdienst, Familiäre Pflege – darüber kriegen wir, da läuft es.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1125-1132)

Das folgende Zitat verdeutlicht die Synergieeffekte zwischen KIS und kollegialer Zusammenarbeit – Mehrgleisigkeit ist auch mit dem KIS erfolgversprechend:

„Aber da die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst so perfekt ist, brauchen wir diese Liste [Report] fast gar nicht. Zwischendurch nutzen wir die, aber wir kriegen eigentlich jeden Morgen die Kopie der Auftragszettel bei uns auf den Schreibtisch gelegt. Und dann brauchen wir gar nicht mehr viel, weil, die schreiben sich ja, die haben meistens ein Erstgespräch geführt, für deren Bereich, die machen sich dann eine kurze handschriftliche Notiz, Pflegestufe was weiß ich, zwei, oder beantragt, oder, mit so Kürzeln, und dann, diverse Hilfsmittel [...]“ (Mühlheim an der Ruhr 2016, Z. 606-612)

2.2 Teamsitzungen

„Jedes Haus bringt so seine eigene Geschichte mit, und diese Geschichten, das spürt man einfach in den Häusern, wie die Entwicklung da ist, wie die Strukturen sind.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 991-993)

Eine allgemeine Aussage, mit welchen Stationen, Funktionsgruppen und Berufsgruppen strukturell und strategisch eine kollegiale Zusammenarbeit aufgebaut werden muss, kann nicht getroffen werden. Dieses hängt sehr von der Größe, der Struktur und den Bedürfnissen des jeweiligen Krankenhauses ab. Eigene Strukturen und Kommunikationswege müssen aufgebaut werden, die den Routinen und Abläufen des Krankenhauses entsprechen und den Anforderungen der Familialen Pflege gerecht werden.

„Das heißt dann natürlich auch, dass es eine enge Zusammenarbeit zwischen der Familialen Pflege, dem Sozialen Dienst und der Fallsteuerung geben muss. Sieht bei uns so im Haus aus, dass wir erstmal, regelmäßig morgens gibt es ein Telefonat zwischen Fallsteuerung und Sozialem Dienst, um einfach erstmal zu hören, was gibt es Neues im Haus. Und wir haben einmal im Monat ein Regeltreffen, wo sich Fallsteuerung, Sozialer Dienst und Familiäre Pflege treffen, um einfach Aktuelles zu besprechen. Zu besprechen, wo hakt es noch, wo können wir vielleicht noch was in der Zusammenarbeit verbessern.“ (Flensburg 2016a, Z. 40-47)

Darüber hinaus können Team- und Entwicklungssitzungen von großer Bedeutung sein. Dieses gilt einerseits für regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Teams (z. B. in Geriatrien).

„Ja, und last but not least, sind diese drei Teams – Sozialdienst, Entlassungsmanagement, Familiäre Pflege –, wir treffen uns so ca. viermal im Jahr am Runden Tisch, wir nennen das ‚Netzwerktreffen‘. Dort tauschen wir uns aus, und dort gucken wir eben auch gemeinsam auf weitere Schritte der Weiterentwicklung. Es sind nicht immer alle da, aber wenn alle da sind, ist die Hütte voll, und wir erleben uns da eben noch mal sehr kollegial noch mal im Miteinander, und nicht so, wie es im Anfang der Familialen Pflege war, eher so in der Abgrenzung.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1085-1092)

Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Teilnahme an den Teamsitzungen zunächst investierte Zeit ist, die nicht direkt vergütet werden kann. Es empfiehlt sich daher nicht, präventiv an möglichst vielen Teamsitzungen teilzunehmen. Folgende Teamsitzungen versprechen einen Mehrwert für die *Pflegetrainer*innen*:

- auf Stationen, die ein hohes Klientel an pflegenden Angehörigen haben (Geriatric, Kardiologie etc.),
- mit Berufsgruppen und Funktionseinheiten, die wesentlich die Entlassungsprozesse in die Häuslichkeit tragen (z. B. Sozialdienst, Case-Management, Aufnahme- und Entlassungsmanagement).

2.3 Konfliktpotenzial und Konfliktvermeidung

Im Aufbau einer kollegialen Zusammenarbeit und in der Ausgestaltung eigener sowie gemeinsamer Arbeitsprozesse wird es immer wieder zu Konfliktsituationen zwischen den Stationen, den Pflege- und Sozialprofessionen sowie in den Hierarchiestrukturen der Krankenhäuser geben, die häufig die Zuständigkeiten betreffen:

„Und die Herausforderung ist, finde ich, diese Grenzüberschreitung und die Reibung, die dabei [kollegiale Zusammenarbeit] entsteht, also die Wärme dann auch – Reibung erzeugt ja Wärme – auszuhalten. Das ist für Pflege manchmal nicht so einfach.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1204-1207)

Von entscheidender Bedeutung ist daher eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den beteiligten Akteuren und der Familialen Pflege. Andererseits ist der Rückhalt aus der Hierarchie (Pflegedirektion, Pflegedienstleitung) von hoher Bedeutung für die Familiale Pflege. Häufig sind sie es, die die nötigen strukturbildenden Maßnahmen (z. B. Stellenanteile) zur Verfügung stellen oder auch Verfahren und Routinen einer gelungenen Praxis, die von den Pflegetrainer*innen aufgebaut wurde, als regelhaft akzeptieren.

„Dann hab ich dann auch mit Unterstützung, die ich immer noch super habe von unserer Pflegedirektion, gesagt: So geht es nicht. Dann haben wir dann angefangen: ‚Okay, dann versuchen Sie mal 20 Stunden im Monat für die Familiale Pflege, und gucken Sie mal, wie Sie damit klar kommen‘. Und das ist dann immer weiter gegangen, Familiale Pflege wurde wirklich größer. Wir konnten sehen, der Bedarf ist da. Und so hab ich dann die Stunden auf der Station nach und nach reduziert und zur Familialen Pflege umgeschwicht.“ (Flensburg 2016, Z. 54-60)

Sie erleichtern auch häufig die Kommunikation mit den EDV-Mitarbeiter*innen.

„Wie bin ich dahin gekommen? Weil, das stimmt, ich war da an dem Punkt, ich hab das nur auf Station dokumentiert. So, ganz normal, Krankenschwester auf Station, wie bin ich hingekommen? Es war wirklich so, dass die PDL gemerkt hat, ich kann ja so nicht arbeiten. Und jedes Mal, indem ich gesagt habe ‚das funktioniert nicht‘. Also wirklich, du gehst mit deinen Vorgesetzten in Kontakt, mit den PDLern in Kontakt, und letztlich ging es nicht anders, sie mussten mich [im KIS] freischalten. [...]“ (Flensburg 2016b, Z. 231-236)

Die Suche nach geeigneten Bündnispartnern, sei es mit anderen Berufsgruppen (Pflege, Stationen, Sozialdienst etc.) oder in der Hierarchie (Pflegedirektion, Pflegedienstleitung) ermöglicht sowohl bestimmte Konfliktlösungen als auch den Aufbau weiterer Strukturen.

3. Mit wem zusammenarbeiten?

Wie schon dargestellt wurde, ist die Frage, mit wem die Pflegetrainer*innen eine gezielte, kollegiale Zusammenarbeit aufbauen soll, nicht pauschal zu beantworten. Die spezifischen Strukturen, Arbeitsprozesse und institutionellen Bedingungen sind zu berücksichtigen. Beispielsweise ist es entscheidend, ob das Krankenhaus über eine geriatrische Station verfügt, welche Aufgaben der Sozialdienst in den Entlassungsprozessen übernimmt oder ob ein umfangreiches Entlassungsmanagement vorhanden ist. Ferner ist der Durchdringungsgrad der Dokumentation im KIS zu berücksichtigen: Nicht immer dokumentieren die Pflege auf den Stationen oder der Sozialdienst umfangreich im KIS. All diese Praxen können vorteilhaft oder nachteilig für den Aufbau einer kollegialen Zusammenarbeit sein.

Auf welche Erfahrungen, Hürden und Möglichkeiten die Familiäre Pflege im Krankenhausalltag dabei stößt, wird in der folgenden Schilderung deutlich. Zunächst wird die Bedeutung der kollegialen Zusammenarbeit herausgestellt, ohne die es zu Unmut gegenüber der Familialen Pflege kommen kann:

„Da sitzt man auf seinem Platz, sucht sich Patienten, und möglicherweise finden alle noch einen blöd, denn der Arzt findet einen doof, weil man an der Entlassung was regelt. Die Pflege findet es blöd, weil man irgendwas mit dem Patienten macht, aber eigentlich wollten die ja gerade hin und was machen. Der Sozialdienst fühlt sich übergangen. Die Krankengymnastik sagt: ‚Mensch, das machen wir doch mit dem Bewegen. Warum machst du das jetzt?‘“ (Flensburg 2016a, Z. 290-295)

„Netzwerke in der Familialen Pflege, [sind daher] ganz wichtig. [...]. Eine Familiäre Pflege alleine in einem Krankenhaus funktioniert gar nicht.“ (ebd., Z. 288-290)

Betont wird darüber hinaus der Aufbau innerhalb sowie außerhalb des Krankenhauses. Innerhalb werden insbesondere der Sozialdienst, die Pflege auf den Stationen und die Fallsteuerung als Bündnispartner genannt:

„Deswegen ist es ganz, ganz wichtig, sich innerhalb und auch außerhalb des Krankenhauses ein Netzwerk aufzubauen. Innerhalb des Krankenhauses hab ich auch noch mal alle, die ich gerade beschrieben habe, mit aufgeführt. Sozialer Dienst einfach, ohne Kooperation mit dem Sozialen Dienst kriege ich keine Pflegestufe, kriege ich keine Hilfsmittel, da kriege ich keine Beratungen zu irgendwelchen Geldern, die die Angehörigen vielleicht brauchen, um Unterstützung zu bekommen. Ist einfach so, ich brauch den Sozialen Dienst. Ich brauch genau so die Fallsteuerung, die einfach dafür sorgt, dass alles vor Ort ist, dass vielleicht auch Medikamente schon da sind, dass Blutzuckergeräte zu Hause sind, die einfach mit mir zusammen die Entlassung vorbereiten. Genauso brauche ich die Stationen als Kooperationspartner. Wenn die Station mich nicht mag, hab ich verloren, denn dann spricht auch keiner mit mir. Dann werden sie immer sagen: ‚Nein, wir haben nichts‘. Dann kann ich auch noch so oft fragen, ob da Menschen sind mit Pflegestufe, ich werde keine Auskunft kriegen [...]“ (ebd., Z. 295-308)

Als erfolgversprechend für die Zusammenarbeit werden ebenso Rückmeldungen an die Stationen eingestuft:

„Deswegen da auch immer gerne Rückmeldung geben an die Stationen, auch mal von den Patienten zu Hause. Das war wieder das Beispiel mit diesem Palliativfall, da hab ich die Rückmeldung gegeben: ‚Patientin ist gut zu Hause angekommen, ist in Ruhe zu Hause eingeschlafen‘. So was ist für die Station auch schön zu hören, hat alles geklappt, wie ist es eigentlich ausgegangen? Genauso auch zu erzählen, was man in den Pflegetrainings macht. Also wenn ich eine Intimpflege mache mit den Angehörigen und der Station nichts sage, dann gehen die hin und waschen den Menschen noch mal komplett. Wenn ich jetzt sag: ‚Mensch, lasst euch Zeit, Intimpflege ist schon fertig, haben wir gerade mit den Angehörigen gemacht‘, die freuen sich dann auch über solche Informationen.“ (ebd., Z. 308-317)

Ebenso kann die Zusammenarbeit mit den Therapeuten die Versorgung für die Häuslichkeit vereinfachen:

„Und genau so wichtig, Zusammenarbeit mit Krankengymnastik und Logopädie im Krankenhaus, um einfach zu gucken, wie weit ist der Patient schon mobilisiert, was kann ich mit den Angehörigen üben? Also ich kann nicht mit den Angehörigen üben, den Patienten aus dem Bett zu holen und den hinzustellen, wenn der gerade mit der Krankengymnastik nur dabei ist, sich im Bett hin und her zu drehen. Deswegen ist die Kooperation wichtig, auch teilweise um die Hilfsmittelfindung, weil die intensiv die Bewegungsschemen von den Patienten überprüfen, und dann mit der KG zusammen einfach Gespräche, so, was ist jetzt sinnvoller? Nehmen wir den hohen Gehwagen, nehmen wir den tiefen Gehwagen, nehmen wir noch einen Rollstuhl, was brauchen wir da am ehesten? Brauchen wir beides? Genau so die Logopädie, einfach wie weit sind bei Schluckstörungen die Schluckübungen, was müssen wir an Nahrung beachten, müssen wir eine Ernährungsberatung dazu haben.“ (ebd., Z. 329-340)

Von zentraler Bedeutung sind ebenfalls die Ärzte, die die Entlassung hauptverantwortlich terminieren, aber dazu auch auf zahlreiche Informationen aus der Pflege und der häuslichen Situation angewiesen sind:

„Genauso wichtig [ist] die Zusammenarbeit mit den Ärzten. Einmal, finde ich, ist es wichtig, dass die Ärzte auch lernen, dass auch Pflege ein bisschen Ahnung von Entlassung hat, dass auch Pflege viel zu Entlassung beitragen kann, gerade wenn es um Hilfsmittelversorgung geht, aber auch genau so die Pflege die Information vom Arzt braucht. Also ich muss vom Arzt wissen, wie sieht es gerade bei dem Patienten aus, wie viel Zeit hab ich noch, im Krankenhaus zu üben? Muss ich vielleicht schon gucken, dass wir für zu Hause Termine machen, muss ich die Entlassung vorbereiten? So ist das dann eine gemeinsame Kooperation, und je besser die klappt, desto besser werden auch die Entlassungen nachher. Also dann kann man tatsächlich solche Sachen machen, dass man in den Arztbrief mit einfügen lässt, dass eine Krankengymnastik für zu Hause empfohlen ist. Ist für die Angehörigen viel leichter, die kriegen einen Physiotherapeuten nach Hause, wenn der Hausarzt das in einem Arztbrief liest.“ (ebd., Z. 319-329)

Insbesondere für die pflegerische Anschlussversorgung in der Häuslichkeit ist der gezielte Aufbau eines Pflegenetzwerks für die pflegenden Angehörigen zielführend. Abschließend soll an einem Beispiel aufgezeigt werden, wie eine erfolgreiche, berufsgruppenübergreifende Entlassung gelingend gestaltet werden kann:

„Wiederum gibt es die Patienten, ich sag jetzt mal grad, Palliativversorgung zu Hause, wo noch mal ganz schnell eben eine Verlegung nach Hause organisiert wird, damit derjenige zu Hause versterben kann. Kann ich vielleicht anhand eines Beispiels, hatten wir letzte Woche, war in Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst eine Stammhirnblutung bei einem Patienten. Der Wunsch war, Mutti nach Hause zu holen und bis zum Ende zu Hause zu pflegen. Da hat der Sozialdienst die SAPV, also die spezielle Palliativversorgung geregelt, der hat eine Pflegeeinstufung geregelt, in Absprache mit mir die Hilfsmittel, wobei wir uns da auf einen Pflegeheberahmen beschränkt haben, dass einfach eine normale Pflege stattfinden kann, und ich in der Zeit mit einem Pflegetraining, mit einem Doppeltraining im Krankenhaus angefangen hab, dass der Angehörige weiß, übermorgen kommt meine Mutter, der Soziale Dienst organisiert die Sachen, und ich kann die grundlegenden Sachen, ich krieg den Katheter leer, ich weiß, wie ich diesen Urin, falls jetzt plötzlich doch viel kommt, da raus krieg. Ich weiß, wie ich den Po ein bisschen bewegen kann, falls sie Schmerzen kriegt, und ich weiß die Nummer meines Ansprechpartners vom SAPV-Dienst und weiß, wie ich reagieren muss, wenn eine Luftnot kommt. So diese grundlegenden Sachen hab ich dann mit dem gemacht. Das ist so eine Kooperation, wie sie dann aussehen kann, als Beispiel.“ (ebd., Z. 111-127)

4. Handlungsempfehlungen

Die Ausführungen führen in die Komplexität der kollegialen Zusammenarbeit ein und verdeutlichen Entwicklungspotenziale. Dabei ist insbesondere auch das KIS als ein Werkzeug der kollegialen Zusammenarbeit zu berücksichtigen. Die Pflegetrainer*innen benötigen zur Beauftragung sowohl die Zuarbeit von anderen Stationen (z .B. über ein Konsil) als auch Zugriff auf bestimmte Daten, die auf den Stationen nicht immer vorliegen – wie ein vorhandener oder zu erwartender Pflegegrad. Gleichzeitig erhöht die Dokumentation im KIS auch die Transparenz und Akzeptanz der Pflegetrainer*innen im Krankenhaus. Das KIS kann daher Kommunikation ermöglichen oder Wege verkürzen und somit die kollegiale Zusammenarbeit unterstützen.

Um gezielt eine Zusammenarbeit mit den Stationen, Funktionseinheiten und unterschiedlichen Berufsgruppen aufzubauen, empfehlen sich demnach folgende Schritte:

1. Welche Bedarfe sind aus Sicht der Pflegetrainer*innen vorhanden?

Es sollte zunächst geklärt werden, welcher Bedarf an kollegialer Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegetrainer*innen vorhanden ist. Diese könnten beispielsweise sein:

- Sollen mehr Meldungen für die Pflegetrainer*innen eingehen?
- Reichen die vorhandenen Daten (im KIS) aus? Wer könnte diese Daten dokumentieren oder dokumentiert haben?
- Ist der Entlassungstermin bekannt?
- Gelingt die Ermittlung, Bestellung und Schulung von Pflegehilfsmitteln?
- Gelingt die Medikationsgabe in der Häuslichkeit?

2. Welche Stellen sind im Krankenhaus vorhanden?

Anschließend ist zu klären, wer im Krankenhaus für diese Bedarfe zuständig ist, wer einerseits „zuarbeiten“ kann und wer andererseits von der Arbeit der Familialen Pflege profitiert. Für einen ersten Zugang bieten sich üblicherweise folgende Bereiche an:

- Zentrale Aufnahmestationen zur frühen Erfassung der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit,
- Sozialdienst und Pflegeüberleitung,
- Entlassungs- und Case-Management, ggf. auch Bettenmanagement,
- Stationen (Geriatrien und Gerontopsychiatrien, Neurologien, Kardiologien).

3. Zu welchen Stellen und Stationen lohnt sich ein gezielter Kontaktaufbau?

Häufig entsteht ein riesiges Tableau an möglichen Anknüpfungspunkten: Sozialdienst, bestimmte Stationen, Entlassungsmanagement, Pflegedienstleitung und Pflegedirektion. Um Überforderungen in der Kontaktaufnahme und gemeinsamen Prozessbildung entgegen zu wirken, empfiehlt sich, Schritt für Schritt vorzugehen und beispielsweise gemeinsam mit dem Sozialdienst oder dem Entlassungsmanagement auf bestimmte Stationen zuzugehen.

In der Folge ist eine höhere Anzahl von erreichten Angehörigen zu erwarten, die jedoch bearbeitbar bleiben soll.

4. Gibt es darüber hinaus interdisziplinäre Teams oder Strukturen?

Neben Stationsteams existieren häufig interdisziplinäre Teams – vor allem im geriatrischen Bereich. Suchen Sie gezielt diese Teams und werden Sie dort vorstellig. Nehmen Sie auch gelegentlich oder in einer für Sie günstigen Regelmäßigkeit an diesen Teams teil, stellen Sie ihre Arbeit vor und rufen Sie immer wieder in Erinnerung, warum und wie die Kolleg*innen von Ihrer Arbeit als Pflegetrainer*innen auch auf den Stationen bzw. in den speziellen Bereichen profitieren können.

Veranstaltungstranskripte

Flensburg (2016). IT-gestützte Kommunikation, Prozesssteuerung und die Institutionalisierung der Familialen Pflege im Krankenhaus und in der Psychiatrie, Transkript 2 (unveröffentlicht).

Flensburg (2016a). IT-gestützte Kommunikation, Prozesssteuerung und die Institutionalisierung der Familialen Pflege im Krankenhaus und in der Psychiatrie, Transkript 3 (unveröffentlicht).

Flensburg (2016b). IT-gestützte Kommunikation, Prozesssteuerung und die Institutionalisierung der Familialen Pflege im Krankenhaus und in der Psychiatrie, Transkript 4 (unveröffentlicht).

Mühlheim an der Ruhr (2014). IT-gestützte Kommunikation und die Implementierung der Familialen Pflege in ORBIS (unveröffentlicht).

Mühlheim an der Ruhr (2015). IT-gestützte Kommunikation und die Implementierung der Familialen Pflege in iMedOne (unveröffentlicht).

Mühlheim an der Ruhr (2016). IT-gestützte Kommunikation und die Implementierung der Familialen Pflege in das KIS, Transkript 4 (unveröffentlicht).

Literaturverzeichnis

Gröning, K., Lagedroste, C. & Kamen, R. von (2015). Lerneffekte und Lernprozesse bei pflegenden Angehörigen, Bielefeld: Eigenverlag.

URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Lerneffektstudie.pdf (29.08.2018)

