

Die Visitenkarte des Pflegedienstes

Tipps die Pflegeokumentation richtig zu führen und zu nutzen

Ihr Verwandter wird durch einen Pflegedienst betreut und sie sehen in seiner Wohnung zufällig eine Mappe: vorne in der praktischen Einstecktasche sind diverse Zettel untergebracht, auf einem steht, das eine Tanja bitte doch den BZ-Wert kontrollieren solle. Als sie die Mappe anfassen, haben sie das Gefühl, als wäre diese dreckig. Sie sieht auch so aus. Als sie sie aufmachen, fallen ein paar Blätter raus, die sie schnell wieder aufheben. Innen finden sie diverse Formulare, teilweise ausgefüllt. Auf einem sind regelmäßige Eintragungen, diese betreffen einen sogenannten „Pat.“. ...

Soweit eine vielleicht etwas übertriebene Begegnung mit einer vielleicht gar nicht so untypischen Pflegedokumentation. Sie sind das ungeliebte Beiwerk der Pflege, deren Führung der Pflege die so wertvolle Pflegezeit klaut! Aber: wenn unsere oben beschriebene fiktive Besucherin etwas vom Pflegedienst mitbekommt, dann vor allem über die Pflegedokumentation. Der Verwandte ist in einem ausgezeichneten Pflegezustand, aber vom Pflegedienst hat man einen eher schlechten Eindruck!

Die Pflegedokumentation bleibt im Gegensatz zum Pflegedienst 24 Stunden in der Wohnung, wenn etwas unklar ist, sucht man als erstes hier um Aufklärung. Diese wichtige Kommunikationsfunktion wird allerdings oft weder gesehen noch genutzt. Pflegekräfte meinen oft, die Dokumentation wäre nur ihre eigene, kein anderer hätte darin zu lesen, geschweige denn zu schreiben! Dabei könnte eine ordentliche und gut strukturierte Pflegedokumentation viele mögliche Missverständnisse verringern und vermeiden.

Dazu sollte die Pflegedokumentation allerdings

1. sauber sein und **sauber** aussehen: so komisch sich dieser Punkt auch anhört, manche Dokumentationsmappen ziehen den Schmutz regelrecht an. Das liegt zum Teil auch am Material wie Weichplastik, aber auch daran, dass die Einstecktasche auf der Vorderseite als Transporttasche genutzt wird und nicht als Aufbewahrungsort des Deckblatts.
2. Als solche erkennbar sein: Das **Deckblatt** bzw. die Einstecktasche auf der Vorderseite sollte ein Deckblatt enthalten, das einerseits die Einrichtung nennt/zeigt (Logo), andererseits den Namen des Pflegebedürftigen. Es sollte weiterhin eine Telefonnummer (in sehr großen Buchstaben) angegeben werden, über die man eine Pflegekraft erreichen kann. Varianten von bis zu 7 verschiedenen Telefonnummern und Namen sind weder hilfreich noch technisch notwendig, da sich heute fast alle Nummern weiterschalten lassen. Welcher Pflegekunde in einer etwas angespannten Situation kann in Ruhe solche Varianten durchtelefonieren? Sinnvoll ist es auch, die Büroadresse und die Bürozeiten mit vielleicht der Büronummer für Abrechnungsfragen etc. anzugeben. Auch ein konkreter Ansprechpartner für alle Pflegefragen mit Namen und gfls. Aufgabe hilft, Kommunikationshürden abzubauen: es ist sehr viel leichter, Frau X anzurufen als ‚blind‘ den

Pflegedienst, um einen verantwortlichen Mitarbeiter zu finden. Der Ansprechpartner kann die PDL, aber auch eine Teamleitung etc. sein.

3. **Sortierte und eingheftete Blätter** haben: Auch dies eine Selbstverständlichkeit, aber nicht immer die Wirklichkeit: Mitteilungen an die Kollegen sollten nicht in Form von fliegendenzetteln weitergegeben werden, sondern gehören in den Pflegebericht, bzw. gar nicht hier hinein, sondern in das Übergabebuch. Die Inhalte sollten in sich sortiert sein. Zu alte Berichtblätter gehören in die Station. Allerdings sollten alle auch eine Jahreszahl und den Namen des Pflegekunden aufweisen, damit diese auch hinter hier zuzuordnen sind. Andere Inhalte, wie die Kopien der letzten 10 Verordnungen gehören ebenfalls hier raus.
4. **sinnvolle Inhalte** haben: neben den Standardinhalten auch den Pflegevertrag (oder Kopie) mit der momentan gültigen Anlage der zu erbringenden und erwünschten Leistungen, eine gültige Leistungs- und Preisliste (Pflegeversicherung und Privatleistungen), ein schon vorbereiteter Überleitungsbogen. Dazu gehört eine Leistungs- und Arbeitsübersicht mit Leistungsaufteilung (Beispiel: siehe PDL Praxis Heft 2) und eine ganzheitliche, also auch die Pflegepersonen einbeziehende Pflegeplanung! (§ 80!!!)
5. auch **auf die Pflegepersonen ausgerichtet** sein: Die Pflegepersonen wie Angehörige oder

Nachbarn erbringen den in der Regel mit Abstand größten Teil der Pflege, kommen aber oft nicht in der Dokumentation vor. Ein relativ krasses Beispiel: Ein Kunde bekommt dreimal täglich Insulin, morgens und Abends durch den Pflegedienst, mittags durch eine Pflegeperson. Die Pflegeperson heftet dann immer einen Zettel an den Kühlschrank, wenn der BZ-Wert vom Vorgabewert abweicht. Gut, dass dies nicht nur die Pflegedienstmitarbeiter wissen, sondern auch der Notarzt! Pflegepersonen können und dürfen auch in der Dokumentation schreiben! Pflegefachkräfte haben hier oft Vorbehalte: Wenn Angehörige ihnen im Berichtblatt alle möglichen Vorhaltungen machen, kann man das auch verstehen. Trotzdem ist es wichtig und sinnvoll innerhalb der Dokumentation einen geeigneten Ort für den Austausch zu finden: sei es eine eigene Seite, oder auch in den vorhandenen Formularen. Im Zweifelsfall kann immer aufgrund der Handschrift geklärt werden, von wem der Eintrag stammt.

6. auch den **Pflegekunden als solchen behandeln**: Die dritte Person Singular im Pflegebericht gehört eigentlich schon lange zur Geschichte! Vor allem in der ambulanten Pflege. Es geht hier um Herrn oder Frau X, die auch gleich nach dem Verlassen der Wohnung nachsehen werden, was nun drin steht! Die in der konkreten Pflege an den Tag gelegte Wertschätzung sollte sich dann nicht in der abstrakten Form des „Pat.“ verflüchtigen!

Veröffentlicht in:

PDL Praxis: Häusliche Pflege, Ausgabe 05/2001

© **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