

Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 9
Das Pflegedokumentationssystem

Punkt 7 der Prüfanleitung befasst sich mit der Struktur des Pflegedokumentationssystems. Dabei geht es hier weniger um die Frage wie es inhaltlich angewandt wird (Thema des Fragenkomplexes 12), als zunächst nur um strukturelle Fragen.

Zunächst wird in Frage 7.1 geklärt, ob es ein „einheitliches Pflegedokumentationssystem“ gibt. Das Wort „einheitlich“ ist nicht so verkürzt zu verstehen, dass es nur von einem Anbieter stammen darf. Wie auch immer der Pflegedienst sein Dokumentationssystem aufgebaut hat, es muss sich in dieser Form bei allen Pflegekunden wieder finden. Dabei muss es in sich nachvollziehbar und stimmig strukturiert sein: die Struktur der Pflegeanamnese sollte sich so auch in der Pflegeplanung wieder finden.

In Punkt 7.2 werden eine ganze Reihe von Formularen aufgezählt, die für eine umfassende Informationssammlung nach Meinung der Prüfanleitung notwendig sind. Ob und wie die Formblätter tatsächlich genutzt werden, kann der Prüfer erst im Rahmen der Prüfung vor Ort bei den Pflegekunden sehen.

Die wichtigsten sind sicherlich das Stammdatenblatt, die Pflegeanamnese/Informationssammlung, die Pflegeplanung sowie die Durchführungsnachweise und der Pflegebericht. Daneben sind weitere Formulare für bestimmte pflegfachliche Fragen notwendig wie „Gabe verordneter Medikamente“ oder „Dekubitusrisikoskala“ genannt. Während die hier aufgeführten 19 verschiedenen Formulare in einer „Musterpflegemappe“ nicht fehlen sollten, stellt sich die Frage, ob diese auch alle in jeder Kundenpflegedokumentation sein müssen. Konkret ge-

fragt: muss bspw. ein Trinkprotokoll in der Dokumentation sein, wenn der Kunde keinerlei Probleme in Bezug auf Ernährung hat, bzw. diese notwendigen Hilfen allein über die Pflegepersonen geleistet werden. Entscheidend ist hier immer die Pflegeanamnese bzw. Pflegeplanung mit der darin enthaltenen Leistungsaufteilung. Für Maßnahmen, die der Pflegedienst nicht zu erbringen (aber zu planen!) hat da sie von Pflegepersonen übernommen werden, gibt es auch keine Notwendigkeit entsprechende Protokollblätter in der Mappe vorzuhalten, es sei denn als Service für die Pflegepersonen, die diese ja auch nutzen könnten.

Ein Formular welches oft in Pflegedokumentationen zu finden ist, ist der „Medikamentenplan“. Er findet sich meist auch dann in der Mappe, wenn es keine Verordnung für die Gabe von Medikamenten gibt. Folglich sind die dort protokollierten Medikamente auch sehr häufig nicht auf dem aktuellen Stand. Bei einem Notfalleinsatz von Rettungsdiensten oder hausärztlichen Bereitschaftsdiensten kann dies unter Umständen zu schwerwiegenden Missverständnissen führen, wenn die evt. zwischenzeitlich veränderte Medikation hier nicht protokolliert ist.

Von daher ist auch die formale Bezeichnung der Formblätter in der Prüfanleitung: „Gabe verordneter Medikamente“ bzw. „verordnete medizinische Behandlungspflege“ sachgerecht und hilfreich. Es sollten nur verordnete (und damit vom Pflegedienst zu erbringende) Medikamentengaben dokumentiert werden, ansonsten sollte kein Medikamentenplan in der Dokumentation liegen.

Der zunehmende EDV-Einsatz auch bei der Erstellung der ambulanten Pflegedokumentation ist Grund für die Frage 7.3 zur Problematik der Zugriffsrechte. Die Frage ist ambulant weniger brisant als stationär, da die Programme ambulant meist nur zur „Ersterstellung“ der Pflegedokumentation genutzt werden, die dann auf Papier ausgedruckt und handschriftlich weitergeführt wird. Stationäre Systeme werden meist auch zur kompletten Führung der Pflegedokumentation im PC genutzt, womit sich die Frage stellt, wer hat was und wann geschrieben. Handschriften kann man in der Regel sicher zuordnen, aber wie steht es mit Veränderungen im Computer?

Die heutigen Programme sind in der Lage, jede Veränderung beispielsweise in der Pflegeplanung zu dokumentierten (selbst wenn man z.B. nur das Wörtchen „und“ durch „oder“ ersetzt hat). Entscheidend ist jedoch die Frage, wer an der Tastatur gesessen hat. Wenn sich z.B. die PDL eingeloggt hat, werden alle Änderungen ihr zugeordnet. Wenn aber das Telefon klingelt und die Dokumentation trotzdem ausgedruckt werden muss und die Verwaltungsmitarbeiterin schnell was am Bildschirm/Arbeitsplatz der PDL ändert

und es dann ausdruckt/speichert, dokumentiert der Computer, dass die ‚PDL‘ alle Änderungen durchgeführt hat.

Bei EDV-Systemen muss sicher gestellt sein, dass keiner am Arbeitsplatz der anderen Änderungen durchführt, ansonsten sind diese nicht eindeutig zuzuordnen. Dass kann man auch erreichen, indem der Bildschirmschoner relativ schnell eingeschaltet wird und nur passwortgeschützt zu reaktivieren ist.

Tipp:

In der Dokumentation vor Ort sollten nur die notwendigen Formulare enthalten sein. Leere Formulare, die nur vorsorglich in der Dokumentation enthalten sind, verführen zum Ausfüllen (siehe Beispiel Medikamentenplan).

Literaturtipp:

„Zu viel des Guten: Im Bereich der Behandlungspflege wird oft zu viel dokumentiert“ aus PDL Praxis 11/2004

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 05/2007

© **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