

Für wen ist die Pflegedokumentation!??

Wer sich Pflegedokumentationen ambulanter Dienste als Angehöriger ansieht beziehungsweise mit Nutzen will stellt viel zu oft noch folgendes fest:

Die Dokumentation sieht nicht so professionell aus, wie der Dienst (hoffentlich) arbeitet und wo man als Angehöriger dokumentieren kann ist meist weder geklärt noch ist es oft überhaupt gewollt.

Dass die Pflegedokumentation auch ein optischer und inhaltlicher Ausweis der Professionalität des Pflegedienstes sein sollte, wurde schon öfter erwähnt (auch hier). Dazu gehört beispielsweise ein Deckblatt, das die für den Pflegebedürftigen wichtigen Informationen optisch und lesbar darstellt und nicht die dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen bekannten Stammdaten oder gar Diagnosen. Sinnvoll auf dem Deckblatt sind Angaben zu:

- Pflegedienstname mit Logo,
- immer erreichbare Telefonnummer in sehr großer Schrift,
- Hinweis auf die PDL oder zuständige Bezugspflegekraft (mit Telefonnummer, auch ein Foto kann schön sein),
- Hinweis auf Geschäftszeiten (für Fragen zur Abrechnung).

Die für den Pflegedienst wichtigen Daten können dorthin geheftet werden, wo sie jeder Pflegemitarbeiter findet, also beispielsweise auch als letzte Seite.

Das die Mappen auch von Außen ‚schön‘ aussehen sollten (keine überstehenden Formulare, keine ‚Eselohren‘, keine kaputten oder eingerissenen Mappen; auch Weichplastikmappen, die sich immer schmierig anfühlen, sind keine gute Wahl), ist zwar theoretisch eine Selbstverständlichkeit, aber in der Praxis noch nicht überall alltäglich.

Die Pflegedokumentationsmappe wirbt 24 Stunden für den Pflegedienst (im guten und im schlechten Sinne), die Pflegekraft vor Ort vielleicht nur ½ Stunde am Tag.

Dürfen die Pflegepersonen in der Dokumentation schreiben?

Immer wieder gibt es interessante Diskussionen mit Pflegefachkräften und Pflegedienstleitungen, ob die Angehörigen denn auch in der Dokumentation etwas schreiben dürfen. Oft wird gesagt, dass dies nicht erwünscht sei, schließlich sei es doch ein Dokument und solle die Arbeit des Pflegedienstes darstellen. Das ist allerdings nur teilweise richtig: schon in der Pflegeplanung soll dargestellt werden, wer für welche notwendigen Leistungen zuständig ist, auch im Rahmen der verschiedenen ‚Aufklärungen‘ wird in der Pflegedokumentation nachvollziehbar festgehalten, dass man über etwas aufgeklärt hat. Da die Versorgung in der Praxis immer in Zusammenarbeit mit Pflegepersonen stattfindet, stellt sich die Frage, wo diese denn wichtige Informationen über die Versorgung oder Veränderungen hinschreiben sollen wenn nicht beispielsweise in den Pflegebericht? Der Pflegebericht enthält alle Abweichungen und Besonderheiten in der Versorgung. Folgendes Beispiel: der Pflegedienst versorgt den Pflegebedürftigen am Morgen und mittags, dann wird er vom Rollstuhl wieder ins Bett gelegt. Am Nachmittag versorgen dann Angehörige den Pflegebedürftigen. Mittags beobachtet die Pflegekraft eine Hautrötung am Po. Soll der Angehörige, der den Pflegebedürftigen am Abend versorgt, seine Beobachtung nicht aufschreiben (noch was sichtbar?)? Oder nur auf einen losen Zettel? Womöglich hat der Angehörige die gerötete Stelle eingecremt, hat den Pflegebedürftigen anders gelagert? Wenn diese Informationen, selbst wenn sie laienhaft formu-

liert sind, nicht im Pflegebericht auftauchen und etwa wegen loser Zettel verloren gehen, kann die tatsächliche Gefährdung nicht eingeschätzt und nachvollzogen werden.

Wenn Angehörige im Pflegebericht dokumentieren, sollten (aber nicht nur für sie) folgende Regeln gelten:

- sachliche Beschreibung, was los ist und was getan wurde
- keine Veränderungen an vorhandenen Einträgen; wenn etwas dazu zu kommentieren oder richtig zu stellen ist, dann im eigenen Beitrag
- Unterschreiben mit vollem Namen

Wenn man diese Regeln kommuniziert und von beiden Seiten beachtet, spiegelt die Dokumentation die reale Versorgungssituation wieder und nicht nur einen Bruchteil.

Wichtig ist allerdings auch, dass die Pflegekräfte die Einträge der Pflegepersonen ernst nehmen und falls notwendig inhaltlich darauf eingehen.

Formal gibt es keine Gründe, warum die Pflegepersonen nicht im Pflegebericht Eintragungen vornehmen dürften.

Der Weg, ein eigenes Formular zur Kommunikation mit den Angehörigen zu nutzen, ist für konkrete Absprachen sinnvoll und hilfreich („Versorgung morgen Abend bitte übernehmen“; „Liebe Pflegeperson, die Medikamente XXX reichen nur noch 5 Tage, bitte ein neues Rezept besorgen“). Hinweise zur aktuellen Versorgung sollten auch aus Gründen der Kontinuität im Pflegebericht aufgeschrieben werden. Werden beispielsweise Medikamentengaben teilweise durch die Pflegeperson erbracht, ist zu klären, auf welche ‚Durchführungskontrolle‘ die Pflegeperson dokumentiert. Denn im Leistungsnachweis der Krankenkasse zeichnet nur die Pflegefachkraft ab, aber ob abends auch die Medikamente gegeben wurden, ist für die gesamte Versorgung wichtig.

Tip:

Formulieren Sie Dokumentationsregeln (siehe oben), die sie mit in die Dokumentation abheften.

Download:

Einen Vorschlag für ein Deckblatt finden Sie unter www.SysPra.de, im Bereich Arbeitshilfen; mehr dazu auch in PDL Praxis 5/2001.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgabe 10/2009

© 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