

PflDoku	Pflegedokumentation	<u>Kommentar</u>	
<p>Die Dokumentation pflegerischer Leistungen ist mittlerweile nicht nur aus rechtlicher und arbeitsorganisatorischer Sicht wichtig, sondern auch eine wesentliche Voraussetzung für Qualitätssicherung. Dazu reicht es jedoch nicht, lediglich geplante oder durchgeführte Pflegemaßnahmen aufzulisten. Vielmehr müssen Art und Umfang der Leistung aus der Situation heraus begründbar sein. Demnach gilt es einen Modus zu finden, der die Bewohnersituation, seinen Gesundheitszustand, Pflegemaßnahmen und Ergebnisbewertung gleichermaßen berücksichtigt. Die Pflegedokumentation bezieht sich auf alle Bereiche, in denen Pflegeleistung erbracht wird; von der Aufnahme bis zur Verabschiedung des Bewohners. Sie beinhaltet eine kontinuierliche Situationsdarstellung (Pflegerbericht) und Problemerkennung sowie die Planung von Zielen und Maßnahmen, mit denen die vorliegende Situation verbessert werden soll.</p> <p>ZIEL: Kontinuität und Nachweis von Pflege</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>1. Bestandteile des Pflegedokumentationssystems:</p> <p>1.1 Schriftlich formulierte Pflegestandards: Pflegestandards beschreiben Art, Umfang und Qualität bestimmter Pflegeleistungen. Sie definieren und dokumentieren somit das allgemeine Pflegeangebot in einer bestimmten Situation. Sofern es im konkreten Falle keiner Abweichungen vom vorliegenden Standard bedarf, ist der zutreffende Pflegestandard maßgebend, ohne dass dies eigens dokumentiert werden müsste. s. <u>PflStand</u></p> <p>1.2 Individuelle Pflegeplanung (Pflegeplan) Sofern in einer vorliegenden Situation die Standardvorgehensweise nicht reicht, um diese verbessern zu können, sind individuelle Maßnahmen zu planen. Die individuelle Pflegeplanung orientiert sich an den Problemen des Bewohners und gibt die Ziele bekannt, die die Pflege beim Bewohner erreichen will, sowie die Maßnahmen, die sie zur Erreichung dieser Ziele anbietet. s. <u>PflPlan</u></p> <p>1.3 Der Pflegebericht Ausgehend von einer genauen Beschreibung der Ausgangssituation (Aufnahmebericht), werden alle Situations-/Zustandsveränderungen des Bewohners, in chronologischer Form schriftlich berichtet. s. Punkt 2</p> <p>1.4 Ärztliche Verordnungen/Behandlungspflegemaßnahmen Sofern ärztliche Anordnungen von den Pflegenden durchgeführt werden sollen, sind diese vom Arzt im Medikamenten-/ bzw. Verordnungsblatt festzuhalten. s. <u>Medik1 und Medik3</u></p> <p>1.5 Sondervereinbarungen und Sonstiges: Alle Notizen, die nicht in den Rahmen der o.g. Formulare passen, werden unter der Rubrik Sonstiges in der Bewohnerdatei abgelegt.</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>2. Der Pflegebericht</p> <p>2.1 Aufnahmebericht: Im sogenannten Aufnahmebericht werden alle pflegerelevanten Daten zur Person des Bewohners, zu seinem Gesundheitszustand sowie besondere Umstände festgehalten. <u>Bewohnerstammblatt:</u> bleibende Daten (z.B. u. a. Prothesen) <u>Pflegerbericht:</u> veränderliche Daten (z.B. Obstipation), s. <u>AufnD</u></p> <p>2.2 Fortlaufender Bericht: Jede Situations-/Zustandsänderung wird in Berichtsform festgehalten. Dazu wurde folgende Systematik vorgesehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a.) Gegen Dienstende schreibt die jeweils für den Bewohner zuständige Pflegeperson einen kurzen Bericht über aktuelle Vorkommnisse oder Verbesserungen/Verschlechterungen seines Zustandes. Sofern diese individuelle Maßnahmen erforderlich machen, sind sie ebenfalls zu berichten sowie ggf. deren Erfolg. b.) Maßnahmen, deren Durchführung in einem Pflegestandard, dem Pflegeplan oder dem ärztlichen Verordnungsblatt, definitiv für eine bestimmte Situation oder Zeit geplant sind, müssen nicht berichtet werden, falls diese wie geplant durchgeführt wurden. c.) Jeder Bericht trägt die Unterschrift des Verfassers. Sofern eine Nicht-Fachkraft den Bericht geschrieben hat, wird dieser vom Teamleiter (s. <u>FD,SD</u>) geprüft und gegengezeichnet. Mit der Unterschrift bestätigt der Berichtende, dass alles wie geplant oder berichtet stattgefunden hat. </div> </div>			
© A.v.Stösser	erstellt 7/96 überprüft 8/05	freigegeben: am:	Dokument: PflDoku

Warum dieser Standard?

Die Pflegedokumentation hat durch das Pflegeversicherungsgesetz eine deutliche Aufwertung erfahren. Vorher wurde hauptsächlich aus Gründen einer rechtlichen Absicherung in Streitfällen dokumentiert, nun stehen Leistungserfassung und Qualitätssicherung im Vordergrund. Die Bedeutung der Pflegedokumentation ist also nicht mehr in Frage gestellt. Anders verhält es sich jedoch hinsichtlich der Art und Weise und Qualität der Pflegedokumentation. Wenn man das Angebot auf Pflegemessen sieht und die Vorstellungen von Pflegeschulen, mit den Ergebnissen der Praxis vergleicht, dann muss man sich fragen, ob die allgemein propagierte Vorgehensweise überhaupt sinnvoll ist. Meines Erachtens wird bei dem heutigen Verständnis von Pflegedokumentation und deren praktischer Umsetzung zuviel unnötiges dokumentiert und zuviel wichtiges übersehen. Man verzettelt sich im wahrsten Sinne des Wortes. Sowohl auf dem Papier, wenn man die Dokumentationsformulare sieht, als auch bei den meisten EDV-gestützten Angeboten. Zu viele Einzelblätter mit vorformulierten Rubriken zerstückeln den Zusammenhang zwischen den Einzelinformationen. Wenn man z.B. erst einmal drei bis vier Formulare durchblättern (durchklicken) muss, um sich die Probleme eines Bewohners zu vergegenwärtigen, dann verliert man eher die Übersicht, als dass diese hierdurch gefördert würde. Auslöser dieser Aufspaltung in viele Detailprobleme/Ziele/Maßnahmen ist vor allem, die weit verbreitete Orientierung an einem analytischen Pflegemodell (ATL/AEDL). Hierdurch kommt es zwangsläufig zu einer starken Zergliederung von Pflegeinhalten, die den Blick auf das Wesentliche erschwert. Zudem verleitet solch eine Dokumentationssystematik, zu unzusammenhängendem Denken in Einzelleistungen und Funktionen, und steht damit im Widerspruch zu den Bemühungen um ganzheitliche Pflegekonzepte. Während die meisten Pflegenden vor wenigen Jahren noch davon ausgingen, dass die Pflegedokumentation und Planung jeweils individuell (handschriftlich) erfolgen muss, wird heute der Wert von Pflegestandards zunehmend erkannt. Statt jeweils bei Adam und Eva anzufangen und die Pflege pro Patient/Bewohner neu erfinden zu müssen, sieht

man inzwischen ein, dass individuelle Pflege nur auf der Basis eines definierten generellen Pflegeangebotes (Pflegestandards) dargestellt werden kann. Denn individuelle Pflege ist dann erforderlich, wenn das Standardangebot nicht ausreicht, um ein Problem positiv zu beeinflussen. Somit bilden in unserem Konzept die

Pflegestandards die Grundlage für Pflegedokumentation und Planung. Schriftlich festgelegte Pflegestandards sind Dokumente, sofern diese in der Einrichtung zur allgemeingültigen Norm erklärt wurden und nachweislich den Mitarbeitern bekannt sind.

Das heißt, im Pflegebericht muss nicht jeweils erwähnt werden, dass z.B. die Intimpflege nach dem Standard Intim durchgeführt wurde. Die Tatsache, dass es hierzu einen bestimmten Standard gibt, der generell zu beachten ist, dokumentiert diese Pflegeleistung automatisch. Wer also nach definierten Pflegestandards arbeitet, könnte sich das gesamte Dokumentationsverfahren erheblich vereinfachen. Leider hat es momentan den Anschein, dass mit Pflegestandards, die Dokumentationen eher noch komplizierter und verworrener werden.

Qualitätssicherung:

Einerseits muss die Pflegedokumentation als wichtiger Bestandteil eines Qualitätssicherungssystems gesehen werden. Andererseits bedarf die Dokumentation an sich der Qualitätssicherung, damit sie den o.g. Zweck erfüllen kann. Bei allen anerkennenswerten Bemühungen um Qualitätssicherung, sollte man deren Zweckmäßigkeit nicht aus dem Auge verlieren, weil sonst die Gefahr besteht, dass der Aufwand hierfür höher ist als der Nutzen, den eine Einrichtung damit erzielen kann. Bereits heute entsteht vielfach der Eindruck, als würde die Dokumentation der Dokumentation willen praktiziert. "Jetzt muss ich noch die Pflegedokumentation schreiben.", heißt es dann nicht selten, so als ob man eine lästige Zusatzleistung, nur weil dies gesetzlich gefordert wird, erfüllen muss. Je nach Einstellung der Pflegeperson wird folglich mehr oder weniger sorgfältig dokumentiert. Die einen schreiben halbe Romane, die anderen begnügen sich mit täglichen Berichtseintragungen, wie "nichts besonderes". Statt einer systematische Dokumentation, aus der sich zu jedem Zeitpunkt ein Zusammenhang zwischen der Situation bzw. dem Problem des Bewohners und den durchgeführten Maßnahmen erkennen lässt, wird allenfalls Wert auf den sog. Durchführungsnachweis gelegt. Dabei sind diese völlig wertlos, wenn kein Sinnzusammenhang hergestellt werden kann. Weshalb die Pflegedokumentation insgesamt anders angegangen werden müsste und wie diese mit weitaus weniger Aufwand wesentlich sinnvoller gehandhabt werden kann, wird näher in der u.a. Literatur erklärt. Vgl. Band1 (Vorspann) "Qualitätssicherung".

Stösser v.A. (1994) Pflegestandards. Springer Verlag, Kap. 5

Stösser v.A. (1995) Pflegedokumentation auf dem Prüfstand. Die SchwesterDerPfleger, Heft

