

Pflegedokumentation und Entbürokratisierung

Berlin

27.02.2015

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke
Department für Pflegewissenschaft

- **Bürokratie**
 - = Herrschaft durch Schreibtischarbeit
(Schreiben und Pflege als motivationale Gegensätze)
- **Bürokratisierung**
 - = formale Anforderungen an Verhaltensweisen (= Dokumentation), die sich vom Sinn dieser Verhaltensweise entfernt haben. Und der ursprüngliche Sinn überlagert wird (Entfremdung).
- **Entbürokratisierung**
 - ist daher nur sinnvoll!

Nicht jedes Schriftliche ist Bürokratisierung!!
Manche „Bürokratisierung“ entstand durch
Fehlinterpretationen (ausführl. Assessments)



- **Sinn von Pflegedokumentation**

**Information für KollegInnen, andere Versorger
Pflegebedürftige, Angehörige**

- **abgeleitete Funktion Basis für Kostenberechnungen
Nachweis für Art der Versorgung**

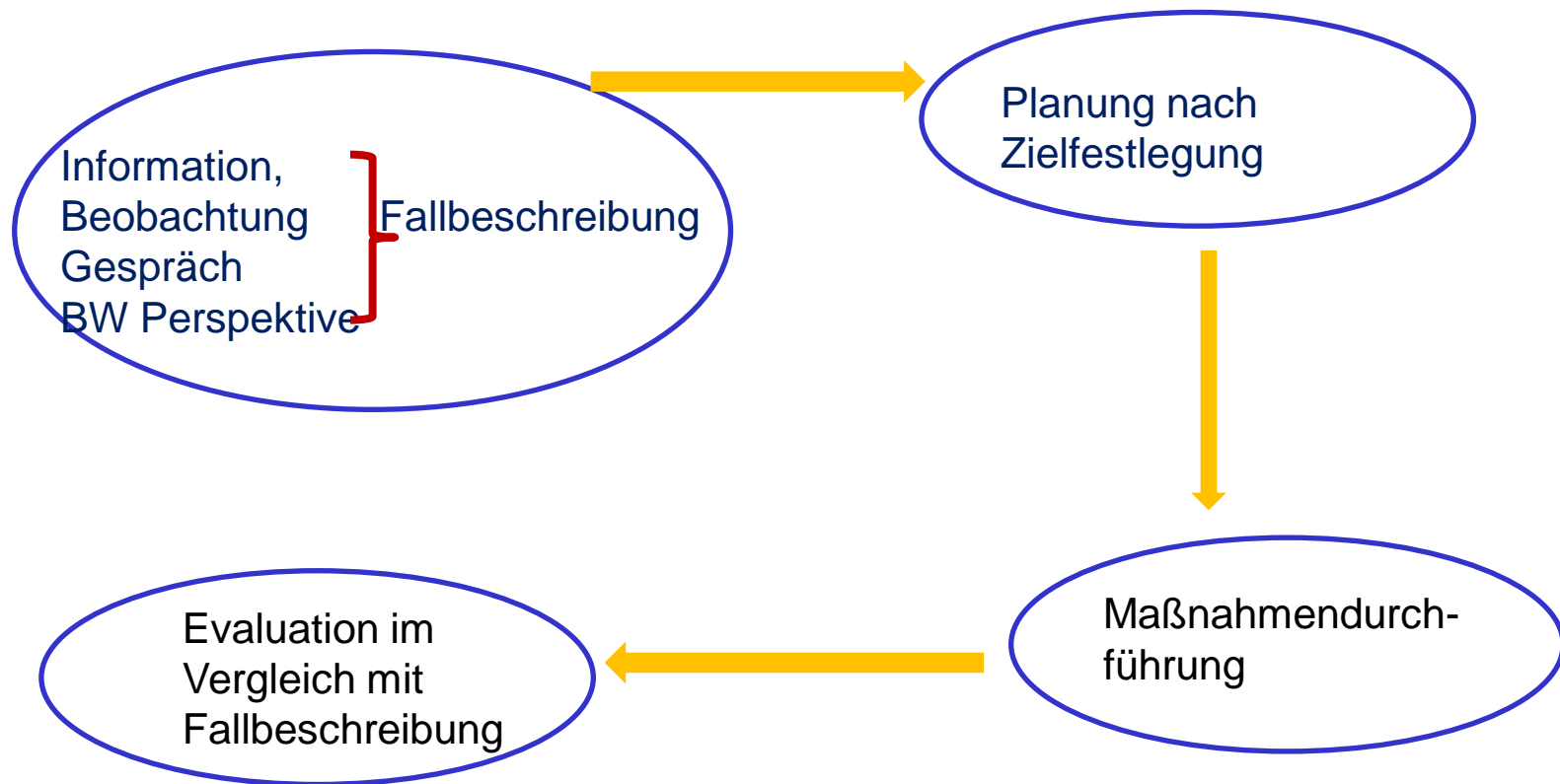
- **Inhalte**

**Pflegerelev. Situation und Geschichte der BewohnerIn = Fallbeschreibung
davon abgeleitete Ziele (wo nötig)
davon abgeleitete Maßnahmen, deren Zielerreichung bewertet wird**

 **nur sinnvoll, wenn aufeinander bezogen**

- **Art der Inhalte**

**Wichtiges!!! Prioritätensetzung:
So differenziert wie nötig
So kurz wie möglich**



Zahl der Stufen des Pflegeprozesses ist eigentlich sekundär (4, 5, 6)

Abwendung von Ankreuzverfahren

Sehr gut:

Stichworte in Inhalten gebündelt, die zu erfragen oder zu beobachten sind.

Das war aber schon immer als Doku gefordert

Ankreuzen galt als Vereinfachung und wurde von der Praxis gefordert

ATL: Roper et al. wollten nie das Ankreuzen

AEDL: Krohwinkel hat immer freie Formulierung gefordert (Info-Sammlung sollte schon immer frei formuliert werden!)

Es gibt auch gute differenzierte Assessmentverfahren

Gliederung nach NBA ist sinnvoll

Anderes kann auch sinnvoll sein

- Hier doch wieder Ankreuzverfahren? Zusammenfassung der gesamten Situation?
- Komplexität schwierig: warum müssen Risiken einzelnen Fähigkeiten etc. zugeordnet werden?
- Risiken kann es noch mehr geben (Kontrakturen, Thrombose, Ulcus cruris, Pneumonie....)
- (Und wieso sind Schmerz und Inkontinenz ein Risiko?)
- Würde nicht reichen, beim ersten Teil Hinweis auf notwendiges differenziertes Assessment?

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

	Dekubitus				Sturz				Inkontinenz				Schmerz			
			weitere Einschätzung notwendig				weitere Einschätzung notwendig				weitere Einschätzung notwendig				weitere Einschätzung notwendig	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mobilität und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Einschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leben in sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinnvoll ist sicher, dass bei Maßnahmen nur Abweichungen vom Geplanten dokumentiert werden

Gilt aber nicht für sog. Behandlungspflege: Täglich dieselben Medikamente müssen auch täglich jedes Mal dokumentiert werden

Die Beschreibung scheint von vollstrukturiertem Bericht auszugehen (Fragen):

Soll der Pflegebericht ausschließlich Maßnahmen enthalten?

Ist hier wieder nur Ankreuz-/ Kürzelerfahren vorgesehen?

Warum nicht Freitext, gerade wenn es um Abweichungen geht?

Wo erscheint der Verlauf des Befindens des Bewohners / Patienten?

Erfahrungen als Gutachterin:

Dokumente hängen nicht zusammen

Wichtiges oft nicht zu entnehmen, z.B.

Dekubitus 2. Grades aus dem „Nichts“

**2 Tage später Wundversorgung: Formular und Angaben
wieder Abbruch: keine Info über Maßnahmen oder
Entwicklung**

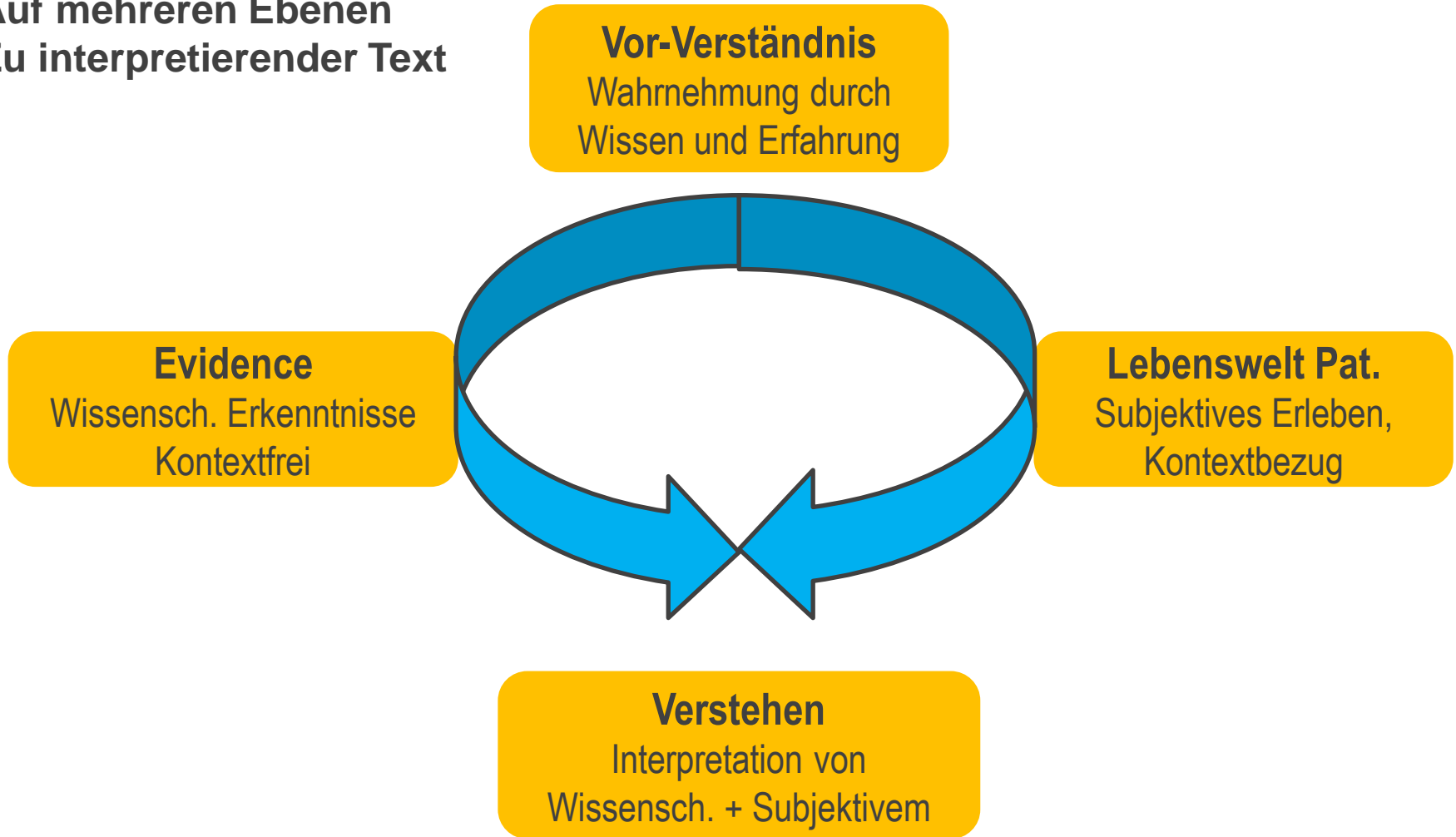
Es fehlen NICHT die Routinetätigkeiten!

**Naheliegendes wird nicht dokumentiert
(z.B. Seh-, Hörfähigkeit, Gewohnheiten),
weil für Finanzierung unbedeutend,
wenn nicht vorgedruckt**

Vorgegebenes leitet die Wahrnehmung!



Auf mehreren Ebenen
Zu interpretierender Text



Juristenkommentar (Kasseler Erklärung 2014)

**Maxime, dass nur Abweichendes vom Plan dokumentiert werden muss, ist ok,
gilt nur für sog. Grundpflege!**

**Es bezieht sich also nur auf Maßnahmen und nicht auf die pflegerelevante
Situation des Bewohners**

**Voraussetzung ist die unsinnige Trennung von sog. Grund- und
Behandlungspflege**

Unterstellt, dass „Grundpflege“ keine Gesundheitsziele erreicht

Auch bei genuinen Pflegemaßnahmen sind Akutsituationen zu beachten,

**müssen kurzfristige Änderungen berücksichtigt werden
sind wichtige Beobachtungen zu machen (Risiken!!) und zu
dokumentieren!**

und natürlich Gesundheitsziele zu erreichen

muss auch überlegt werden, was evtl. zu dokumentieren ist!



- Kernfrage: fördert es die Pflegepraxis?
- Hilft es bei der Entscheidungsfindung?
- Gibt es die wichtigsten Informationen übersichtlich weiter?
- Ist es praktikabel?
- Passt es in das vorhandene System?
- Sollte es für eigene Zwecke ergänzt werden ?
- Wieviel Schulung ist erforderlich?

Dennoch: Ein Dokusystem denkt nicht!

Denken müssen die Anwender

Die Qualität eines klugen Systems hängt von den Kompetenzen der Anwender ab!



WENN DEPPEN DUSCHEN

Warum ist die Dokumentation der zentralen Aspekte der eigenen Arbeit so ein Problem?

These:

Gelehrt wird

- a) PFLEGEN als (nicht nur) handwerkliche Praxis
- b) aufschreiben, dokumentieren unabhängig von einzelnen Pflegepraxisthemen

Schlussfolgerung:

Wissen anwenden, praktisch handeln und aufschreiben dürfen nicht getrennt gelehrt werden. Aufschreiben muss Teil des praktischen Handelns sein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

