

Typische Fehler bei der Dokumentation vermeiden

Die **Pflege-Transparenzvereinbarung mit ihren 82 Kriterien ist in aller Munde und wird zum Teil kontrovers diskutiert. Eine herausragende Rolle in den Bewertungskriterien spielt die Pflegedokumentation. Auf was Sie achten sollten.**

Heidenheim. Auch wenn die Pflegedokumentation scheinbar gut funktioniert, zeigt die Erfahrung, dass Abläufe, die allen bekannt und schon seit Jahren eingeführt sind, gelegentlich oder sogar häufiger nicht oder nicht durchgängig funktionieren. Hier geht es nicht um den „Ausrutscher“, der einmal passiert. Es treten Mängel zu Tage, die sich durchziehen und trotzdem in üblichen Qualitätssicherungsmaßnahmen, etwa der Pflegevisite, nicht wahrgenommen werden.

Die Pflegedienstleitung alleine kann nicht alle zu überprüfenden Prozesse bewerkstelligen. Es ist die Eigenverantwortung und Selbstkontrolle der Pflegekräfte und Mitarbeiter aus anderen Bereichen nötig, um entsprechende Vorgaben zu erfüllen. Selbst wenn für alle Verfahren Handlungsanweisungen vorhanden und schon lange eingeführt sind, bedeutet dies nicht, dass jederzeit danach gearbeitet wird. Ein Beispiel macht

dies deutlich: Die Frage „Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?“ wird bei allen Stichproben mit „ja“ beantwortet. Trotz Sturzgefahr werden jedoch erforderliche Maß-

nahmen und Häufigkeit der Eintragungen in das Pflegedokumentationssystem. Oft werden Leistungen und Verrichtungen nicht oder nicht korrekt dokumentiert. So ist bei-



Die gut geführte Pflegedokumentation ist Dreh- und Angelpunkt für die Bewertung nach der Pflege-Transparenzvereinbarung.

Foto: Höke

nahmen nicht durchgeführt. Hier gilt es Schritte einzubauen, um den Prozess zu sichern. Dies dient nicht nur dem Ziel, zu den entsprechenden Fragen der Prüfliste eine gute Note zu bekommen, sondern beinhaltet die Anpassung an die Wünsche des Pflegekunden nach Sicherheit und Lebensqualität.

Ein Fehler, den es anzusprechen und zu korrigieren gilt, ist die Art

spielsweise die Kommunikation mit dem Arzt nicht immer lückenlos nachvollziehbar. Es gibt zwar Bemerkungen die darauf hinweisen, den Arzt über ein bestimmtes Vorkommnis informieren zu müssen, weitere Einträge sind jedoch nicht vorhanden.

Fehlen Handzeichen des Arztes bezüglich der durchzuführenden Behandlungspflege oder sind

die Maßnahmen nicht ordentlich beschrieben (welche Maßnahme wann, wie, wie oft und womit), stimmen abgezeichnete Behandlungspflegen nicht mit der ärztlichen Anordnung überein, dann ist ein Kriterium nicht erfüllt. Diese Tatsache dürfte jeder Pflegefachkraft bewusst sein, trotzdem kommen Unregelmäßigkeiten vor: So steht im Berichteblatt die Verabreichung einer Salbe gegen ein Problem (z.B. Mycose), das der Pflegekunde früher einmal erhalten hat, inzwischen aber abgesetzt wurde.

Immer wieder ist zu lesen, dass ein Pflegekunde Bedarfsmedikation erhält. Zwar ist die Art des Medikaments und in der Regel die Einzel- und Tageshöchstdosierung angegeben. Als nicht ausreichend dokumentiert gilt der Eintrag aber, wenn die genaue Beschreibung fehlt. Jeder Mitarbeiter muss nachvollziehen können, bei welchen Symptomen das Medikament gegeben wird. Gerade bei Menschen mit demenziellen Veränderungen steht häufiger geschrieben, dass die Gabe spezieller Mittel „bei Unruhe“ zu erfolgen hat. Dieser Ausdruck lässt zu viele Interpretationen zu.

Bei der Frage zum sachgerechten Umgang mit Medikamenten schleicht sich gelegentlich der Fehler ein, dass Medikamente nicht beschriftet sowie Öffnungs- bzw. Haltbarkeitsdaten bei geöffneten Tropfen/Säften nicht angegeben sind. Eine Ursache für nicht mit

dem Bewohnernamen gekennzeichnete Medikamente kann sein, dass diese Aufgabe die Apotheke übernimmt und folgender systematischer Fehler auftritt: Bei so genannten Bündelpackungen wird der Name auf der Banderole vermerkt. Diese wird zum Zwecke der Entnahme einer Einzelpackung geöffnet und weggeworfen. Die einzelnen Schachteln sind somit nicht beschriftet.

Wichtig ist im Zusammenhang mit Medikamenten der Umgang mit Betäubungsmitteln, aber auch die sachgerechte Lagerung. Die Handhabung von verblisternten Medikamenten muss eindeutig geregelt sein, gerade auch das Verhalten bei Änderungen der Medikation. Hier besteht das Risiko etwas zu verabreichen, das nicht der ärztlichen Anordnung entspricht.

Die Bewertungskriterien und Fragen gehen teilweise sehr ins Detail. Es lohnt sich genau hinzusehen, denn viele Fehler sind oft einfach zu korrigieren.

Im nächsten Beitrag werden weitere Fehler und Risiken aufgezeigt und erläutert. //

INFORMATION

Die Rubrik wird betreut von Claudia Heim, Projektleiterin, Pflegefachexpertin und TQM-Auditorin bei QM Service. E-Mail: claudia.heim@qm-service.info, Internet: www.qm-service.info