

Empfehlung des Landespflegeausschusses für eine Entbürokratisierung der Pflege in Sachsen-Anhalt

Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation soll ein individuelles Bild des Pflegebedürftigen widerspiegeln. Alle Eintragungen in der Pflegedokumentation sind mit Handzeichen und Datum zu versehen. Die pflegende Einrichtung verfügt über ein einheitliches Pflegedokumentationssystem. Neben der Dokumentation **grundsätzlich notwendiger Informationen (1. – 6.)** stehen **Informationen, die bei Bedarf erhoben und dokumentiert werden (A. bis I.)**

In jeder Dokumentation müssen zu finden sein:

1. Stammdaten:

- Angaben zur Person, ggf. gesetzlicher Vertreter
- Versicherungsdaten, Pflegestufe nach SGB XI
- Datum des Einzugs/Betreuungsbeginn
- medizinische Diagnosen mit Handzeichen Arzt oder Quellenverweis
- Allergien
- Kostform
- medizinisch-therapeutische Versorgungssituation (Hausarzt, andere Therapeuten)
- Informationen für Notfallsituationen
- Aufenthalt in Einrichtungen (Krankenhaus, Rehabilitation ...)
- Angaben zu Hilfsmitteln
- Informationen zur kulturellen Zugehörigkeit

2. Informationssammlung / Anamnese:

Die Informationssammlung beginnt spätestens mit Übernahme des Pflegeauftrages und wird sukzessive ergänzt.

Die Pflegeanamnese ist die Darstellung eines umfassenden Gesamteindrucks über die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen zum Zeitpunkt des Pflegebeginns unter Berücksichtigung von:

- Gewohnheiten, sozialen Beziehungen, Kontakten, Befinden, Emotionalität, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftlicher Versorgung, Bezugspersonen
- Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen des Bewohners
- Informationen über den Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens
- Informationen über Gedächtnis und Konzentration
- Informationen über Vitalfunktionen und pflegerelevante Probleme in Bezug auf Herz/ Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Schmerzen, Körpergewicht
- Eintragungen von anderen an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzte oder Therapeuten

Die Kenntnis der Vergangenheit sowie der regionalen Herkunft des Pflegebedürftigen ermöglichen ein besseres Verständnis für die individuellen Gewohnheiten, Traditionen sowie Werte und sind somit relevant bei der Planung von Pflegemaßnahmen. Über die Aufnahme biographischer Daten in die Dokumentation entscheidet der Pflegebedürftige bzw. sein gesetzlicher Vertreter.

Enthalten könnten sein:

- die familiäre Situation (Lebenspartner, Kinder, Angehörige, bisherige Lebensräume)
- Bildung (Schulbildung, Ausbildung, berufliche Prägung)
- Kommunikation (gesellschaftliche Interessen, Freunde, Bekannte)
- Lebensweise (sinngabende Inhalte, religiöse Bedürfnisse)
- existentielle Erfahrungen (Liebe, Heirat, Erfolge, Verluste, Krieg, Trennung, Schmerzen)

3. Pflegeprozessplanung:

Auf Grundlage der Anamnese wird die Pflegeprozessplanung erstellt. Die Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden. Die geplanten Pflegemaßnahmen sind handlungsleitend formuliert und gewährleisten eine kontinuierliche und individuelle Versorgung des Pflegebedürftigen durch alle Mitarbeiter. Es sind Aussagen darüber enthalten, wie oft welche Maßnahme mit welchen Mitteln durchgeführt werden. Die gewählten Pflegemaßnahmen sollen das vorhandene Problem lösen und das aufgestellte Ziel erreichen.

Folgende Inhalte sollten mindestens enthalten sein:

- Ressourcen
- Pflegeprobleme möglichst nach Priorität geordnet
- potentielle Gefahren (z. B. Isolation, Sturzgefahr, Dekubitus)
- differenzierte Maßnahmenplanung (was, wie oft, wann, warum) einschließlich tagesstrukturierender Maßnahmen/soziale Betreuung
- kurzfristige Pflegeziele und/oder langfristige Pflegeziele
- Regelung über die Zuständigkeit für die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen
- regelmäßige Evaluation des Zielerreichungsgrades mit Datum und Unterschrift der durchführenden Pflegefachkraft

Zu den gesundheitsfördernden und -erhaltenden Aufgaben der Pflegekräfte gehört auch die Planung und die Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen zur Verhütung von Folge- und Begleiterkrankungen. Daher sind Prophylaxen in die individuelle Pflege bei Bedarf einzubeziehen.

Im ambulanten Bereich sind die individuellen Pflegemaßnahmen einschließlich der zugehörigen Prophylaxen nur für die im Pflegevertrag vereinbarten Leistungen zu planen; Schnittstellen sind klar zu benennen.

4. Durchführungsnachweis:

- Der Durchführungsnachweis ist Beleg aller durchgeführten Maßnahmen/ Maßnahmenkomplexe
- Datum und tageszeitliche Zuordnung ist ersichtlich
- die Abzeichnung erfolgt durch den durchführenden Mitarbeiter zeitnah (nach Erledigung bzw. in der betreffenden Dienstzeit)

5. Pflegebericht:

- wichtige Geschehnisse, Beobachtungen, Informationen
- aktuelle Probleme
- Verlauf
- Ursachen und Begründung für Veränderungen der Ziel- und/oder Maßnahmenplanung
- besondere Hinweise

Wenn keine Besonderheiten zu verzeichnen sind, weist der Pflegebericht keine täglichen Eintragungen auf. Einmal wöchentlich sollte jedoch eine Dokumentation erfolgen.

6. Ärztliches Verordnungsblatt:

Der Medikamentenplan ist Inhalt der Pflegedokumentation.

Die Anordnung zur Medikamentengabe oder sonstige ärztliche Verordnung muss erkennbar sein. Zum Beispiel durch Unterschrift des Behandlers oder Kennzeichnung des VUG-Prinzips (Vorlesen und genehmigen lassen, Verordnungen oder aktuelle Befunde – jeweils mit aktuellem Datum).

Folgende Angaben / Formblätter werden nach tatsächlichem Bedarf dokumentiert:

A. Bewegungs- bzw. Lagerungsplan

erstellt nach Ermittlung der individuellen Bedürfnisse / in Absprache mit Behandler

B. Trink- und Bilanzierungsplan:

erstellt nach Ermittlung der individuellen Bedürfnisse / in Absprache mit Behandler

C. Ernährungsplan

erstellt nach Ermittlung der individuellen Bedürfnisse / in Absprache mit Behandler

D. Überleitungsbogen:

Stammdaten und feste Informationen wie z. B. bekannte Allergien sind bereits einzutragen. Alle weiteren Daten sind am Tag der Überleitung aktuell auszufüllen.

E. Wunddokumentation:

Aus der Wunddokumentation sollte Folgendes ersichtlich sein:

- Ursache, Entstehungsort und Zeitpunkt der Wundentstehung
- Lokalisation der Wunde
- Ausdehnung und Tiefe
- Wundbeschaffenheit: Sekret (Menge, Aussehen, Konsistenz, Geruch)
- Belege
- Infektionszeichen in der Wunde und Umgebung
- Behandlung
- momentane Heilungsphase

Die Punkte sollten in regelmäßigen Abständen, mindestens aber 1x/Woche dokumentiert werden. Bei möglicher zusätzlicher Fotodokumentation sollten nachfolgende Anforderungen erfüllt sein:

- durch Platzierung eines Zentimetermaßes neben der Wunde die Größe der Wunde abschätzbar sein
- Datum und Name des Pflegebedürftigen auf dem Foto aufgenommen werden (es reicht nicht aus, die Daten auf der Rückseite des Fotos zu beschreiben)
- Einverständnis des Pflegebedürftigen/Betreuers muss vorliegen

F. Dekubitusrisikokala:

Das bestehende Risiko sollte zu Beginn der Pflege einmalig ermittelt werden. Nur bei bestehendem erkanntem Risiko oder bei Pflegeveränderungen ist dies in geeigneten Abständen zu überprüfen und die sich daraus abzuleitenden Maßnahmen auf ihre Eignung hin zu überprüfen. (geeigneter Abstand 1x monatlich).

G. Sturzrisikoeinschätzung:

Bei Beginn der Pflege erfolgt eine aktuelle, systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren zur Beratung und Maßnahmeplanung für jeden Pflegebedürftigen. Wiederholung der Erfassung bei Veränderung der Pflegesituation und nach jedem Sturz.

H. Gewichtsverlauf:

Der Gewichtsverlauf ist insbesondere bei drohender oder bestehender Unterernährung zu dokumentieren.

I. Miktionsprotokoll:

Ein Miktionsprotokoll kann z. B. bei bestehender Inkontinenz und durchgeführtem Toilettentraining angelegt werden. Bei ausbleibendem Erfolg des Toilettentrainings ist die Sinnhaftigkeit zu überprüfen.

Optimierung / Abgrenzung der Aufgaben und Inhalte von MDK- und Heimaufsichtsprüfungen

In Sachsen-Anhalt ist zur Optimierung der Qualitätssicherung ein Qualitätsteam gebildet worden. Dieses Qualitätsteam setzt sich zusammen aus Vertretern der Pflegekassen, des MDK, der Heimaufsicht und des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe. Ziel dieses Qualitätsteams ist die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Prüfung beteiligten Organisationen (Pflegekassen, MDK, Heimaufsicht, Einrichtungsverbände) zu erreichen.

Zur weiteren Reduzierung von Doppelaufwänden empfiehlt die Arbeitsgruppe, die Übernahme und Anwendung des Abgrenzungsvorschlags des Runden Tisches der Bundesebene vom 12. September 2005:

„Die Heimaufsicht überprüft schwerpunktmäßig:

- *Personelle Ausstattung*
- *Sachliche Ausstattung*
- *Bauliche Ausstattung und Wohnqualität*
- *Wahrung der bürgerlichen Rechte (einschl. Überprüfung der freiheitsentziehenden Maßnahmen)*
- *Merkmale der hauswirtschaftlichen Versorgung und Verpflegung*
- *Heimverträge*
- *Heimmitwirkung*
- *Pflegeprozess (Basisprüfung; insbesondere tatsächliche Anwendung einer geeigneten schriftlichen Pflegeprozesssteuerung).*

Aufbauend auf der Basisprüfung des Pflegeprozesses durch die Heimaufsicht prüft der MDK schwerpunktmäßig:

- *Ergebnisqualität (insbesondere im Bereich Pflege, Ernährung, soziale Betreuung)*
- *Inhaltliche Richtigkeit des schriftlichen Pflegeprozesses, insbesondere der Pflegedokumentation (Nachweis der professionellen, systematischen, aktualisierten und auf den Pflegebedürftigen bezogenen individuellen Pflege, Sicherung der Kontinuität und Organisation der Pflege durch übersichtliche, konkrete und vollständige Verlaufsdarstellung, Darstellung des Leistungsgeschehens)*
- *Beteiligung der Bewohner am Prozess der Betreuung und Pflege (z.B. Respektierung von Wünschen, Einbeziehung bei der Pflegeplanung)*
- *Einsatz von Hilfsmitteln*
- *Qualitätsmanagement in der Pflege*
- *Soziale Betreuung*

Neben der Reduzierung des Arbeitsaufwandes auf beiden Seiten führt ein arbeitsteilig angelegtes Prüfsystem zu klaren Verantwortlichkeiten. Bei Stichprobenprüfungen im Rahmen der regelmäßigen Qualitätskontrolle durch den MDK soll die Ankündigungsfrist im Sinne einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Verbänden der Einrichtungsträger gestaltet werden. Sie sollten zwei Werkstage nicht unterschreiten.“

Die Diskussion in der Arbeitsgruppe hat ergeben, dass für Sachsen-Anhalt dazu in drei Punkten Konkretisierungsbedarf besteht:

- hinsichtlich der Erarbeitung und Verwendung einheitlicher Bögen zur Personalerfassung,
- zur Zuordnung der Prüfung hauswirtschaftlicher Versorgung im Einzelnen und vor allem
- zu einer operationalisierten Abgrenzung der Prüfung des Pflegeprozesses zwischen Heimaufsicht und MDK in dem Sinne, dass tatsächliche fachliche Kompetenzen die Grundlage für die jeweilige Prüfhandlung bilden.

Für diese Konkretisierung ist neben dem o.g. Qualitätsteam vor allem die AG 20 nach dem Heimgesetz zuständig und vom Landespflegeausschuss entsprechend zu beauftragen.

Magdeburg, den 11.11.2005