

1.1 Einleitung

Die Dokumentation in der Pflege ist ein immer wichtiger werdendes Arbeitsmittel. Es ist zur Selbstverständlichkeit geworden, nach jedem Arbeitsschritt seine Tätigkeit zu dokumentieren.

Die Dokumentation dient vor allem dem Leistungsnachweis, als Rechtsgrundlage um für alle erkennbar zu machen, wo die zentralen Probleme, Bedürfnisse und der pflegerischer Bedarf bei dem Patienten liegen.

Die Sicherstellung der nächsten Arbeitsschritte, in der Versorgung des Patienten, wird so dargestellt, um eine einheitliche Pflege des Patienten zu gewährleisten.

Die Pflege leidet daher unter einem großen Aufwand für Verwaltung, Aufzeichnungspflichten und Berichten, daher geht wertvolle Zeit für die Pflege am Patienten verloren.

Im Laufe der Zeit hat man ein System entwickelt, die eine qualitativ gute und schnelle Dokumentation ermöglicht.

Im Gemeinschaftskrankenhaus Bonn nutzt man diesbezüglich das System des Optiplan.

Aufgrund des hohen Stellenwertes der Dokumentation ist es wichtig, dass Schüler diese frühzeitig korrekt erlernen, diese üben und eine Selbständigkeit und Sicherheit entwickeln.

Welche Probleme sind uns aufgefallen, die uns veranlasst haben dieses Thema für zu bearbeiten?

Anfangs bemerkt man, dass Schüler die Schritte der Dokumentation überdenken müssen. Um dies in Ruhe und Zeit machen zu können, dokumentieren sie Maßnahmen und Beobachtungen über den Patienten nicht zeitnah, oft ist dies der Grund dafür, dass die Dokumentation vergessen wird oder wesentliche Aspekte nicht mehr präsent sind.

Da Schüler die examinierten Pflegekräfte immer wieder als Vorbild nehmen, entstehen Fehler in der Dokumentation, da auch bei den Pflegekräften Unsicherheiten bestehen.

Wenn der Schüler noch unsicher ist, möchte er einen Anhaltspunkt haben, wie die Dokumentation durchführbar ist, jedoch erkennt er dann die Fehler nicht und überträgt diese.

Oft ist es schwer für Praxisanleiter oder andere Pflegenden die Dokumentation zu überprüfen, denn wie erkennt man was richtig ist und was falsch ist?

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Um eine Grundlage zu erschaffen, haben wir uns diesem Thema zugewandt. Für uns sollte es Orientierungshilfen geben, die in schneller Form überprüfbar macht, ob die Dokumentation inhaltlich vollständig und sinnvoll durchgeführt worden ist. Den Aspekt Anleitung bei wenig Zeit möchten wir hier auch beachten.

2. Ziele

Wenn die Anleitung und das Erlernen der Dokumentation gelingt, soll der Schüler die Dokumentation selbstständig durchführen können.

Diese Selbständigkeit zeigt ein großes Spektrum, der Schüler kennt die rechtlichen, qualitätssichernden und qualitativen Hintergründe für die Patientendokumentation.

In einem Pflegebericht sollten Beobachtungen und Informationen auf das Wesentliche beschränkt sein, sollte aber jedoch vollständig sein. Informationen kann der Schüler didaktisch reduzieren und in der Praxis schnell und sicher dokumentieren.

Die Gefahr der Routine besteht darin, dass die Dokumentation nicht mehr individuell für den Patienten ist. Es geschieht schnell, dass die Dokumentation nach Standard xy erstellt wird, dies sollte nicht passieren, der Schüler soll erkennen, wo die zentralen und für den Patienten subjektive und objektiven Probleme sind. Ebenfalls kann der Schüler die Richtlinien der Dokumentation nennen und diese umsetzen.

Der Schüler kann Fehler, die in der Dokumentation aufgetreten sind, erkennen und kann diese korrigieren. Andere Pflegekräfte sollen vom Schüler auf die Fehler aufmerksam gemacht werden, um eine Verbesserung zu erlangen, dies auch in Hinsicht auf die Dokumentationsqualität.

Der Leistungsnachweis der Pflegemaßnahmen kann von dem Schüler korrekt geführt werden, Maßnahmen die bei den Problemen des Patienten notwendig sind, müssen in den Unterlagen erkennbar sein.

Pflegemaßnahmen die nicht notwendig sind oder die Selbständigkeit des Patienten herabsetzt, müssen vermieden werden und in der Dokumentation erkennbar sein. Dem Schüler sollte der Satz, bei Ansprache auf den Leistungsnachweis, in den Sinn kommen: „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht worden!“

3. Rechtliche Hintergründe der Dokumentation

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Mit dem Abschluss des Behandlungsvertrag bekommt der Patient einen Rechtsanspruch auf eine sichere und qualifizierte Versorgung nach den aktuellen Erkenntnissen der Medizin. Dokumentation ist eine Pflicht und Teil dem Patient geschuldeten Leistung. Das Anlegen von Krankheitsunterlagen ist eine vertragliche Nebenpflicht, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergibt. In den Unterlagen müssen alle behandlungsrelevanten Daten, wie zum Beispiel Operationsbericht und alle andere Behandlungsmaßnahmen fixiert werden.

Eine transparente und lückenlose Dokumentation erhöht die Sicherheit des Patienten und gilt als Qualitätsnachweis für die Behandlung.

Erreichen der Pflegeziele und Therapieerfolg lassen sich leicht feststellen.

Der Patient hat Anspruch auf Einsicht in seine Krankenhausunterlagen, (außer den Patienten im Bereich der psychiatrischen Behandlung.)*

Ein wesentlicher Aspekt der Dokumentation, neben der Sicherung von Pflegequalität, ist aus rechtlicher Sicht die Beweissicherung bei gerichtlichen Verfahren. Inhalt und Umfang der Dokumentation müssen sich daher, an der Erfüllung dieses Zwecks messbar sein.

Die Dokumentation muss in erster Linie von demjenigen der die Pflege durchführt dokumentiert werden und den übrigen, mit der Behandlung und Pflege betrauten Personen, verstanden werden. Dabei genügt oft eine stichwortartige Darstellung dessen, was wichtig ist und worauf es ankommt. Trotz Beweissicherungscharakter kommt es nur darauf an, was für die Weiterführung der Behandlung oder Pflege benötigt wird. Entscheidend und maßgebend ist dabei das Wohl des Patienten.

So sind neben den wesentlichen Behandlungs- und Pflegemaßnahmen insbesondere Auffälligkeiten und atypische Verläufe zu dokumentieren, während selbstverständliche Maßnahmen nicht dokumentiert zu werden brauchen. Auch sollte das Pflegepersonal mündliche Anordnungen des Arztes sowie deren Ausführung sorgfältig und zeitnah dokumentieren, um im Haftungsfall die Beweisführung zu erleichtern.

Verantwortlich für die Durchführung der Pflegedokumentation ist grundsätzlich die Pflegekraft, die die Maßnahme durchgeführt hat. Die Stationsschwester oder Pflegedienstleitung hat dabei die Pflicht, regelmäßig die richtige Führung der Dokumentation zu kontrollieren.*

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Ist eine dokumentationsbedürftige Tatsache in den Krankheitsunterlagen nicht dokumentiert oder findet eine Therapieaufklärung, die zu dokumentieren wäre, pflichtwidrig in den Krankenunterlagen keinen Niederschlag, folgt hieraus die Vermutung: Das, was nicht dokumentiert ist, ist auch nicht geschehen.

Eine fehlende Pflegedokumentation hat Folgen für die Beweislast im Zivilprozess.

Behauptet ein Pflegebedürftiger, dass er durch einen Pflegefehler einen Körperschaden erlitten hat, so muss er normalerweise darlegen und beweisen, dass die Pflege nicht fachgerecht durchgeführt wurde, dass dies Schuld war und dass der Pflegefehler den Körperschaden verursacht hat. Wurden die durchgeführten Pflegemaßnahmen nicht dokumentiert, so müssen der Träger der Pflegeeinrichtung bzw. die Pflegekraft darlegen und beweisen, dass fachgerecht gepflegt wurde (Beweislastumkehr). Die fehlende Dokumentation erschwert die Beweisführung zusätzlich.

Da der Zweck der Dokumentationspflicht neben der Therapiesicherung auch in der Beweissicherung liegt, muss vollständig und vor allem in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlungsmaßnahme dokumentiert werden.

Eine spätere Nachholung oder gar inhaltliche Veränderung der Dokumentation vernichtet diese Beweiswirkung und könnte darüber hinaus als Urkundenfälschung gewertet werden.

Eine strafbare Urkundenfälschung gem. §267 StGB liegt somit vor, wenn

- Jemand solche Daten in den Unterlagen verändert, die nicht von ihm selbst verfasst wurden oder
- Jemand die von ihm selbst aufgenommenen Daten verändert, nachdem der Patient einen Anspruch auf den unveränderten Bestand der Urkunde erworben hat.*

Auch die ärztliche Anordnung sollte aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit grundsätzlich schriftlich erfolgen. Darüber hinaus ist die schriftliche ärztliche Anordnung für die ausführende Pflegekraft bei einem eventuellen Streitfall von äußerster Wichtigkeit... Ausgenommen sind selbstverständlich Notfallsituationen.* Eine telefonische Anordnung muss nur in Ausnahmefällen geschehen, und nachträglich, möglichst zeitnah durch den Arzt in der Dokumentation abgezeichnet werden.

Krankenhausunterlagen müssen sorgfältig aufbewahrt werden, da ihr Inhalt der Schweigepflicht unterliegt. Aufgrund der 30- jährigen Verjährungsfrist für

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

verträgliche Schadenersatzansprüche sind die Unterlagen auch so lange aufzubewahren (§195 BGB)*.

4. Bestandteile der Dokumentation

Es gibt eine Vielzahl an Blättern bei der Dokumentation, sie dienen teils auch verschiedenen Berufsgruppen, zum Beispiel haben Ärzte eigene Blätter für ihre Dokumentation. Hier möchten wir uns allerdings ausschließlich mit der Pflegedokumentation beschäftigen.

Auch gibt es viele Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern, hier möchten wir nur die Bestandteile der Dokumentation im GKH Bonn abhandeln, wobei es auch zwischen den einzelnen Stationen kleine Unterschiede und Abweichungen geben kann.

Neu sind auch Dokumentationsformen über den Computer, wie etwa auf der Intensivstation.

Hier haben wir nur die gängigsten Bestandteile der Dokumentation näher erläutert, die unserer Meinung nach am wichtigsten für unsere Auszubildenden sind.

4.1 Die Fieberkurve/ Das Kurvenblatt

Zunächst klebt hier das Patientenetikett mit den Stammdaten des Patienten, wie zum Beispiel Geburtsdatum, Wohnort, Krankenkasse, etc.

Unter dem Feld des Aufklebers ist ein Kasten für Besonderheiten wie z.B. Allergien. Nach Datum und Nummerierung des Kurvenblattes steht die Zimmernummer, der Bettplatz, Größe, Gewicht und in welchem Haus des GKHs der Patient liegt. Danach folgen die Kostform, erste Untersuchungsergebnisse wie Vitalzeichen und Schmerzskala. Dann werden medizinisch relevante Anteile wie Flüssigkeitsbilanz, Zugänge und abgehende Katheter wie Braunülen oder Blasendauerkatheter dokumentiert, darunter in der Spalte kann das Pflegepersonal bei Erbrechen ein Kreuz, bei Stuhlgang einen einfachen Strich, bei Diarrhoen einen schlangenförmigen Strich notieren.

In der darauf folgenden Spalte können Verbandswechsel oder Operationstage sowie Operationsformen vermerkt werden.

Dann folgt viel Platz für die Medikamente mit Dosierung und Zeitangabe, sortiert nach Applikationsart von oral bis i.v. Hier werden farbliche Markierungen verwendet, wie orale Medikamente in blau und i.v.- Medikamente in rot geschrieben. Bei Applikation von Medikamenten, muss natürlich auch mit Handzeichen, etc. abgezeichnet werden.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Die Tropfen, Pflaster, etc. werden blau geschrieben und mit 2 roten senkrechten Strichen, vor und hinter dem Medikament, gekennzeichnet.

Im unteren Teil des Kurvenblattes werden die Laboruntersuchungen, Konsile, Diagnostik und Therapie dokumentiert und die Bedarfsmedikation, die bei Erhalt mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen abzuzeichnen sind. Auch täglich auszuarbeitende Anordnungen, wie tägliches Labor werden hier vermerkt.

Vereinzelt gibt es hier stationspezifische Besonderheiten.

4.2 Das Stammbblatt/Die Pflegeanamnese

Dieses Dokumentationsblatt wird nicht mehr bei allen Patienten ausgefüllt, vor allem bei Patienten die selbständig und nur kurz im Krankenhaus liegen, wird das Blatt nicht mehr ausgefüllt, die Empfehlung hierzu ist für alle Patienten die mindestens A/2 S/2 in der PPR eingestuft sind.

Hier soll der Aufnahmezustand des Patienten erfasst werden und so viele Informationen wie möglich über den Patienten gesammelt werden. Deshalb sollte die Anamnese möglichst früh, wenn möglich bei der Aufnahme erhoben werden.

Zunächst wird das Blatt mit einem kleinen Patientenetikett versehen. Dann folgt, die Telefonnummer eines Angehörigen/Betreuer oder Bezugsperson.

Dann wird die Aufnahmeart wie z. B liegend, Begleitung und wann der letzte Aufenthalt im Haus war, geklärt.

Im nächsten Absatz muss die Bewusstseinslage des Patienten fest gehalten werden, um festzustellen, ob der Patient orientiert ist. Danach wird der Ernährungszustand des Patienten erfasst.

Nun werden die Einweisungsgrund sowie pflegerelevante Begleiterkrankungen eingetragen, sowie die häusliche und soziale Situation des Patienten aufgenommen und wie die zukünftige Versorgung gestaltet ist, soweit bekannt.

Im nächsten Absatz geht es um den Hautzustand. Zunächst wird dokumentiert, ob die Haut intakt ist, sowie Auffälligkeiten, wie Rötungen, etc.

Bei der Entdeckung eines Dekubitus wird eine Meldung an die Pflegedirektion geschickt, diese kann man sich aus dem Intranet ausdrucken. Wenn eine Fotodokumentation erfolgt, kann dies hier angekreuzt werden. Hier gibt es zur Hilfe eine Zeichnung, in die das Personal, Dekubitus, sowie Wunden, etc. einzeichnen kann.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Nun werden noch Dinge, wie Allergien (Pass) und die Religion abgefragt. In der letzten Spalte werden zunächst Hilfsmittel wie Gehhilfen, Zahnprothesen, etc. des Patienten aufgeschrieben. Im letzten Absatz werden Aussagen über die Pflegebedürftigkeit sowie Ressourcen des Patienten getroffen, z. B. beim Waschen. Auch eine Inkontinenz, oder ein Blasenkatheter kann hier vermerkt werden. Wenn eine Sturzprophylaxe und/oder Nortonskala ausgefüllt wurde, kann dies hier angekreuzt werden. Im Abschluss muss der aufnehmende Mitarbeiter mit Datum und vollem Namen unterschreiben.

4.3 Der Pflegebericht

Der Pflegebericht muss mindestens 1-mal pro Schicht geschrieben werden, jedoch wird dieser Grundsatz unter der Fokusedokumentation wegfallen, darauf werden wir im Fazit noch einmal eingehen.

Einmal täglich das Datum ersichtlich sein, ansonsten reicht nur die Uhrzeit.

Tagsüber wird in blau dokumentiert und nachts in rot. Wichtig ist, dass immer mit dem Handzeichen abgezeichnet wird.

Der Pflegebericht soll den Pflegeverlauf des Patienten nachvollziehbar machen, möglichst kurz, aussagekräftig und leserlich sein.

Pflegeerfolge oder auch Misserfolge, sowie Besonderheiten sollen hier ersichtlich werden, in Berücksichtigung von vorangegangenen Problemen und Einweisungsdiagnose(n). Äußerungen des Patienten zum eigenen Befinden gehören auch in den Pflegebericht.

Wichtig ist, dass bei Besonderheiten des Hautzustands (Dekubitus, Wunden) mindestens 1-mal täglich eine Beschreibung dieses Areals durchgeführt wird, so dass diese für andere Pflegekräfte nachvollziehbar ist. Zugänge wie Braunülen müssen 1-mal am Tag beurteilt und beschrieben werden.

Sätze wie z.B. „nichts besonderes“, etc. sind zu vermeiden.

Bei Entlassung ist entweder ein Verlegungsbericht, wenn nötig, anzufertigen oder einen Abschlussbericht im Pflegebericht zu schreiben, der die Situation des Patienten bei Entlassung konkret beschreibt.

4.4 Der Pflegeplan/Pflegenachweis

Hier sollen alle durchgeführten Pflegemaßnahmen abgezeichnet werden, für alle Patienten ab PPR-Einstufung A2 und längerfristig ersichtlichem Pflegeaufwand. Besonders ist hier darauf zu achten, dass es beim Waschen 2 verschiedene Felder gibt, das heißt wenn ein Patient mehr als 2 Teile des Körpers gewaschen bekommt

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

wie Rücken, Beine und Genitalien, ist in der dunkelblauen Spalte abzuhaken, die zur PPR A3 gehört.

Nicht zu vergessen ist, dass sich auf der Rückseite dieses Bogens, die Nortonskala befindet.

4.5 Die Nortonskala

Sie dient der Erfassung eines Dekubitusrisikos in Form eines Punktesystems. Je nach Alter, Beweglichkeit, Inkontinenz, Hautzustand, Compliance, Mobilität, Zusatzerkrankungen, Aktivität, körperlichen und geistigen Zustand erhält der Patient eine Punktzahl pro Spalte zwischen 1 und 4, je nach Ausprägungsgrad.

Aus der Gesamtzahl lässt sich ein Dekubitusrisiko erfassen: bei 25 Punkten und weniger, ist der Patient dekubitusgefährdet.

4.6 Der Sturzprophylaxebogen

Dieser Bogen soll bei allen Patienten ab 75 Jahren und älter ausgefüllt werden, natürlich auch bei jüngeren Patienten, wenn sie sturzgefährdet sind, oder wenn ein Sturz erfolgt ist.

Auch hier wird natürlich als erstes markiert, zu welchem Patient dieser Bogen gehört und wann der Sturzprophylaxebogen ausgefüllt wurde.

Nun kann die Pflegekraft verschiedene Aspekte ankreuzen, die zu einer Sturzgefährdung führen, wie eingeschränkte Mobilität, Sehbeeinträchtigungen, Bewusstseinsstörungen, Erkrankungen die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen können, Ausscheidungsverhalte, Medikamente, Sonden, Drainagen, Infusionen, die Angst vor Stürzen, Sturzvorgeschichte, das benutzen von Hilfsmitteln und ungünstige Kleidung/Schuhwerk.

Im unteren Teil können Maßnahmen der Sturzprophylaxe, wie Bett in tiefer Parkposition, Klingel in Reichweite oder passend zum Ausscheidungsverhalten, adäquate Inkontinenzversorgung, etc. vermerkt werden.

Wenn ein Patient gestürzt ist, wird der rechte Teil dieses Dokuments wichtig. Hier wird der Sturzhergang dokumentiert und was für Folgen wie Verletzungen und Nachuntersuchungen daraus resultierten.

Eine Kopie dieses Bogens geht nach einem Sturz an die Pflegedirektion, zum Erheben einer Statistik.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

5. Erlernen der Dokumentation in der Theorie

Um zu erkennen was der Schüler bereits an Vorwissen mit in die Praxis bringt, also das was er in der Theorie erlernt hat, haben wir uns Aspekte angeschaut, die im Block 1 auf dem Lehrplan stehen.

Unter der Unterrichtseinheit 1.4.01, Pflege planen und dokumentieren, haben wir einige Aspekte gefunden, die konkret für die Dokumentation wichtig sind und wollen diese hier kurz aufführen.

Die Ziele beschreiben unter anderem, dass ein Schüler das Können darüber erlangen muss, die Bestandteile der Dokumentation zu kennen, diese Anforderungen bearbeiten können und die Notwendigkeit der Dokumentation erklären können.

Außerdem soll er Beobachtungen und Wahrnehmungen entsprechend verarbeiten und diese im Bericht konkretisieren können.

Um einzelne Aspekte der Inhalte deutlicher zu machen, zeigen wir konkrete Aspekte auf, diese sind unter anderem als eine Grundlage für den Pflegeprozess anhand der ATLS zu erlangen, die auch so in der Dokumentation in verschiedenen Formen wiedergespiegelt werden müssen. Zum Beispiel müssen die zentralen Probleme des Patienten im Pflegebericht aufgeführt werden, um weitere Schritte zu ermöglichen. Der Schüler soll anhand von Dokumentation Informationen beschaffen können und diese selektieren und zuordnen können.

Das Planen der Pflegemaßnahmen, was der Schüler erlernt, zeigt sich in der Patientendokumentation im Pflegenachweis oder im Pflegebericht.

Natürlich muss der Schüler geplante Maßnahmen evaluieren können, was ebenfalls in der Dokumentation ersichtlich werden muss.

Dem Schüler wird das hauseigene Dokumentationssystem, in unserem Falle Optiplan, vorgestellt und die Arbeit mit diesem wird erläutert und eingeübt.

Allgemein werden die Prinzipien der Dokumentation und die rechtlichen Hintergründe einschließlich der Sicherung erläutert und gehören zum Wissen, welches der Schüler erlangen muss.

5.1 Übungsequenzen in der Theorie

Um in der Theorie die Praxis etwas näher zu bringen, haben wir einige Ideen entwickelt, mit welchen man Alltagssituationen in der Pflege näher bringen kann und mit diesen vertraut machen kann. Diese haben den Vorteil, dass der Schüler diese wiedererkennt und anhand eines gedankenbildlichen Schema, was er bei dieser Übung erlernt hat, bearbeiten kann.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Fallbeispiele

Bei der Bearbeitung von unserem Thema haben wir ein Paar Fallbeispiele zusammengestellt. Schüler haben eine Beschreibung von der Pflegesituation und Zustand des Patienten bekommen und sollten dazu einen Pflegebericht schreiben und eine Pflegeplanung erstellen.

Dabei sind wir zu dem Entschluss gekommen, dass Fallbeispiele für die verschiedenen Fachrichtungen unterschiedlich und fachspezifisch sein sollen.

Fallbeispiele zu Dokumentation für die Auszubildende müssen zu Entwicklung von bestimmten Strategien dienen. Zum Beispiel, dass bei Entfernung des Zugangs auf jeden Fall auf die Einstichstelle zu achten ist. Oder wenn ein Patient, die Beine im Bett gewaschen bekommt, der Hautzustand von den Fersen kontrolliert und beschrieben wird. Der Schüler sich sollte ein Konzept in Gedanken erstellen, wie geht er in der Beschreibung am besten vor um später für die andere Pflegende einen Überblick zu verschaffen, wie es zu diesem Zeitpunkt war.

Einer unser Übungssequenzen beinhaltet Fallbeispiele, die aus realistischen Patienten- Klientels beschrieben wurden. Hierbei orientieren wir uns ebenfalls an dem Schema der neuen Ausbildungsverordnung, wo die Schüler auch den Umgang mit Fallbeispielen erlernen sollen. Diese sind auch Teil der Prüfungen. Ob die von uns erstellten Fallbeispiele in Prüfungssituationen zu verwenden sind, ist für uns nicht beurteilbar.

Fallbeispiele haben für uns den Vorteil, dass diese praxisnah sind. Sie können aus der Praxis erstellt werden und als Übung für die Praxis verwendet werden können.

Die Grundidee die uns veranlasst hat, auch diese Form zu verwenden war unter anderen, dass Schüler diese Form bereits am Ende des Theorieunterricht verwenden können, auch im Bezug der immer mehr vordringenden Fotodokumentation, die ebenfalls eine Beschreibung der Hautsituation beinhaltet.

Um diese Idee auszubauen, wird es notwendig sein eventuell fachbezogene Fallbeispiele zu erstellen. Zum Beispiel sind die Aspekte in der Kardiologie anders als in der Orthopädie oder Geriatrie.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Oft denken die Schüler, dass ein mobiler, selbständiger Patient keine außergewöhnliche Dokumentation verlangt. Wenn jedoch ein Fallbeispiel eines selbständigen Patienten mit Zugängen oder veränderter Hautsituation, Farbe, Beschaffenheit beschreibt, wird dem Schüler eventuell klar, dass auch hier eine Beschreibung von Einstichstelle, Hautblässe oder ähnlichen stattfinden muss.

Unser Ziel wäre erreicht, wenn der Schüler diese Beobachtungen im Kontakt mit dem Patient vornimmt und diese natürlich korrekt, verständlich und übersichtlich beschreibt.

Der wichtigste Aspekt sind die Gedankenwege, die der Schüler durchläuft um das Ziel zu erreichen.

Die Übungssequenz zur Wundbeschreibung

Hier erfordert es auch etwas Übung, um eine Sicherheit und Sensibilisierung für dieses Thema bei den Auszubildenden zu erreichen.

Oft bestehen Unsicherheiten bei der Formulierung von Beschreibungen, oder Hautveränderungen werden gar nicht erst wahrgenommen.

Hierzu hatten wir die Idee, Übungssequenzen mit Hilfe von Fotos zu entwerfen. Also haben wir verschiedene Wunden fotografiert.

Die Auszubildenden bekommen diese und müssen die Wunde betrachten, beurteilen und dann beschreiben.

Bei Variieren der Wundart oder auch Punktionsstellen, lässt sich der Schwierigkeitsgrad verändern. Bei komplexeren Wunden sollte sich natürlich nicht ein Anfänger in Wundbeschreibung üben, sondern zum Beispiel ein Auszubildender im Oberkurs.

Für einen noch nicht soviel geübten Auszubildenden könnte man eine Hilfestellung geben, in Form einer Folie, die man auf das Foto legen kann (siehe Anhang).

Hier zeigt die Folie zum Beispiel die zu beschreibenden Anteile der Wunde an, wie zum Beispiel die Länge, Breite, Tiefe, Wundumgebung, Farbe, Ort und Sezernierung.

Somit könnten Auszubildende besser üben, auf was genau sie achten müssen.

Diese Hilfen kann man individuell an den einzelnen Schüler anpassen und es erfolgt ein stufenweises Erlernen von Fähigkeiten im beobachten und dokumentieren.

Die Vorteile dieser Übungen sind, dass sie patientennah sind, weil Beispiele aus der alltäglichen Praxis benutzt werden. Hier kann die Praxis in die Schule transportiert werden. Natürlich könnten die Übungen auch auf den Stationen stattfinden.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Der Schüler kann außerdem Strategien für sich entwickeln und sich diese besser merken, wenn er an definierten Parametern lernt, wie Wundgröße, Lokalisation, etc. Das Lernen wird mit den Bildern visualisiert, ein Bild sagt oft mehr als „1000 Worte“.

Bei den Einsätzen auf der Station, lassen sich ähnliche Wundverhältnisse schnell wieder erkennen und es wird dem Schüler leichter fallen die Wunde zu beschreiben oder überhaupt wahrzunehmen. Das ganze hat dann einen Wiedererkennungswert. Die erfolgte Routine kann letztendlich zu einem geringeren Zeitaufwand führen und die Unsicherheiten der Schüler mindern.

Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass sich die Schüler selbst Wunden oder Punktionsstellen herausuchen und fotografieren, um für sich selbst eine Aufgabe zur Wundbeschreibung entwickeln.

Das Fotografieren von Wunden auf der eigenen Station könnte die Schüler motivieren und sensibilisieren für das Thema Wundbeschreibung.

6. Erlernen der Dokumentation in der Praxis

Wenn der Schüler auf die Station kommt hat er verschiedene Einflüsse erfahren bezüglich der Dokumentation und man sollte klar unterscheiden ob der Schüler die Dokumentation in der Theorie erlernt hat. Wenn dies nicht der Fall ist kann man nur subjektiv beurteilen, in wie weit er Vorkenntnisse erlangt hat und ob diese korrekt sind oder ob er sich „Falsches“ erworben hat.

Die Aufgabe der Praxisanleiter und auch der Pflegekräfte auf den Stationen wird sein, vorerst den Wissenstand des Schülers zu überprüfen um darauf aufbauen zu können.

Ist der Schüler zum Beispiel Ende seines 2. Ausbildungsjahres, wird er einzelne Bestandteile der Dokumentation kennen und diese auch bereits selbständig angewandt haben. Hier jedoch kann man jetzt Schwerpunkte setzen, zum Beispiel die gesamte Dokumentation, eventuell im Zusammenhang mit der Versorgung einer Patientengruppe.

Ein Schüler der Anfang seines 1. Ausbildungsjahr auf die Station kommt, hat unter Umständen das Ausmaß der Dokumentation noch nicht kennen gelernt.

Hier ist es wichtig den Schüler langsam an das Spektrum heranzuführen, einzelne Bestandteile vorzuführen und ihn im Einzelnen üben zu lassen.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Der Praxisanleiter sollte anfangs die Dokumentation zusammen mit dem Schüler durchführen, um eine Vorbildfunktion einzunehmen.

Man sollte dem Schüler Zeit einräumen, um eine zeitnahe Dokumentation zu ermöglichen. Wenn diese eine Routine einnimmt, tritt das Problem in den Hintergrund, dass die Dokumentation vergessen wird oder lückenhaft ist.

Im späteren Verlauf sollte der Schüler alleine dokumentieren. Die Dokumentation sollte vom Praxisanleiter gelesen werden, um ein Feedback geben zu können und die weitere Entwicklung zu fördern.

7. Kontrolle und Feedback

Die Kontrolle dient dazu, um dem Schüler ein Feedback geben zu können.

Diese kann durch verschiedene Hilfsmittel durchgeführt werden.

Der Praxisanleiter kann nach durchgeführter Dokumentation diese gegenlesen, er kann sich die Frage stellen: Erkenne ich die zentralen Probleme des Patienten, worauf muss ich in der weiteren Pflege des Patienten achten, welche Maßnahmen muss ich durchführen, um Problemen entgegen zusteuern und ist der tatsächliche Ist- Zustand des Patienten realistisch beschrieben?

Um eine Übersicht zu bekommen, haben wir im Rahmen der Hausarbeit eine Checkliste zur Dokumentation entwickelt, diese soll einerseits eine Kontrollmöglichkeit geben, zudem aber auch eine Möglichkeit sein dem Schüler ein Feedback geben zu können, das schriftlich festgehalten ist.

Dies hat den Vorteil, dass in weiteren Einsätzen der Praxisanleiter einen Anhaltspunkt hat, wie weit die Entwicklung bezüglich dieses Themas fortgeschritten ist.

Allgemein hat die Checkliste den Vorteil hinsichtlich „Anleitung bei wenig Zeit“.

Die Checkliste beinhaltet unter anderem, die wichtigsten Bestandteile der nötigen Patientendokumentation, die formalen und die tagtäglich wichtigen Aspekte welche dokumentiert werden müssen.

Wenn der Schüler die aufgeführten Punkte korrekt und vollständig durchgeführt hat, kennzeichnet man dies mit einem Kreuz unter der Spalte „Gut“, wenn ein Entwicklungspotential zu einzelnen Schritten besteht oder diese gar nicht beachtet wurden, kennzeichnet man dieses unter der Spalte „Üben“.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Weiterhin kann man in der Liste schriftlich festhalten, wie die weiteren Empfehlungen sind. Dies könnte weitere Übungssequenzen beschreiben oder im besten Falle ein Weiterführen dieser Art der Dokumentation.

Unumgänglich ist es hierbei, dass der Schüler in einer Nachbesprechung ein Feedback erhält, wo man das Entwicklungspotential an konkreten Beispielen festhält.

Wenn ein Schüler den Hautzustand unvollständig beschreibt, zum Beispiel „Der Pat. zeigt eine offene Hautstelle am Bein auf.“, kann man dieses zunächst in der Checkliste kennzeichnen. Im anschließenden Nachgespräch ist es zwingend notwendig, dass man dem Schüler dieses genau erläutert. Der Praxisanleiter versucht mit dem Schüler zu erarbeiten, was in dieser Beschreibung fehlt und wie man dieses besser beschreiben kann.

Im späteren Verlauf sollten diese Durchführungskontrolle weiterhin stattfinden, um beurteilen zu können ob dieses Vorgehen der Übung für den Schüler ausreichend war. Hat der Schüler seine Fähigkeit ausgeweitet, kann er dieses jetzt selbständig durchführen?

Ohne eine Evaluation ist die Gefahr groß, dass der Schüler aus dieser Übung keine Neuerungen mitnimmt.

Eine weitere Hilfe zur Beurteilung der Dokumentation, ist der bereits vorhandene Evaluationsbogen. Dieser ist im Gemeinschaftskrankenhaus Bonn im Intranet einsehbar und verwendbar.

Dieser wird von den Stationen in regelmäßigen Abständen, anhand einer Patientenkurve ausgefüllt. An diesem Vorgehen erkennt man, wo noch vorhandene Probleme der Dokumentationsdurchführung sind.

Dieser beinhaltet kurz die Standard Dokumente und im Einzelnen wichtige Aspekte, die zwingend notwendig sind.

Dieser Bogen kann zusammen mit dem Schüler, anhand einer von ihm durchgeführten Dokumentation ausgefüllt werden. Das Ziel dieses Vorgehens ist es, das dem Schüler bewusst wird: worauf muss ich achten, habe ich darauf geachtet und warum?

Anhand dieses Bogens kann der Schüler ebenfalls seine Dokumentation selbständig und zu jederzeit evaluieren, ohne das zunächst ein Praxisanleiter anwesend ist. Bei auftretenden Fragen, ist dann der Praxisanleiter der primäre Ansprechpartner.

Bei der Feedbackgabe ist auf die allgemeinen Richtlinien zu achten, man sollte zunächst mit positiven Aspekten beginnen.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

Im Anschluss kann eine Empfehlung ausgesprochen werden, wie eine Verbesserung stattfinden kann. Hierbei ist ebenfalls darauf zu achten, dass diese positiv formuliert sind.

6 Fazit

Aufgrund der uns bewusst gewordenen Probleme die bei der Durchführung der Dokumentation im Krankenhaus bestehen, haben wir unser Ziel gut erreicht. Wir möchten Anregungen, Ideen und Vorschläge für Schüler, Praxisanleiter und Pflegekräfte erstellen, um in Zukunft die Lernprozesse zu diesem Thema zu vertiefen und zu vereinfachen. Mit diesem Ziel hoffen wir weitergehend auf eine Verbesserung der Qualität der Dokumentation, da diese einen immer höheren Stellenwert erlangt.

Natürlich bleibt der Stand der Dokumentation nicht kontinuierlich. Auch auf diesem Gebiet erfolgen immer weitere Erneuerungen bzw. Veränderungen, diese sind ausschlaggebend für die Inhalte des Lernzieles. Wichtig ist es daher, dass auch die Wege zum Lernziel angepasst werden.

Zurzeit erleben wir eine Veränderung der Dokumentationsprinzipien in unserem Haus, jedoch sind diese noch nicht konkretisiert. Wir sprechen hier die Fokusedokumentation an, die bereits in einem anderen Haus der Trägerschaft durchgeführt wird. Zunächst hat man bei uns den Schritt gewählt, die zurzeit bestehende Dokumentation zu evaluieren, um erkennbar zu machen, wo die Probleme sind und wie kann man es allgemein vereinfachen.

Da wir jedoch noch in dieser beschriebenen Phase sind, wollten wir im Rahmen dieser Hausarbeit nicht konkret darauf eingehen. Dieses wird dann sinnvoll, wenn konkrete Richtlinien beschrieben sind, um den Schüler nicht zusätzlich zu verunsichern.

Es hat uns Spaß gemacht, an diesem Thema zu arbeiten und wir hoffen, dass es etwas weiterhelfen kann und vielleicht neue Wege eröffnet. Besonders die entwickelte Checkliste würden wir gerne als Arbeitsinstrument im Intranet wieder finden.

Vielleicht können auch Mitarbeiter, die von anderen Krankenhäusern zu uns ins GKH wechseln, davon profitieren, um die Dokumentation kennen zu lernen.

Wie viel Nutzen es bringt, wird sich in Zukunft bei der praktischen Arbeit auf den Stationen zeigen.

Fehler! Unbekanntes Schalterargument.

7. Quellenangaben

- Walter Hell :Alles Wissenswerte über Staat, Bürger; Recht
Verlag Thieme, Stuttgart; Auflage: 4., überarb. A. (Januar 2003)
- Volker Großkopf, Hubert Klein : Recht in Medizin und Pflege
Verlag: Spitta (Auslieferung Wmi); Auflage: 3., neu überarb. u. aktualis.
A. (31. Januar 2007)
- www.wikipedia.de
- Leitfaden Patientendokumentation von 11/2002 und einzelne
Dokumentationsbögen des Gemeinschaftskrankenhaus Bonn

Bilder zur Beschreibung:

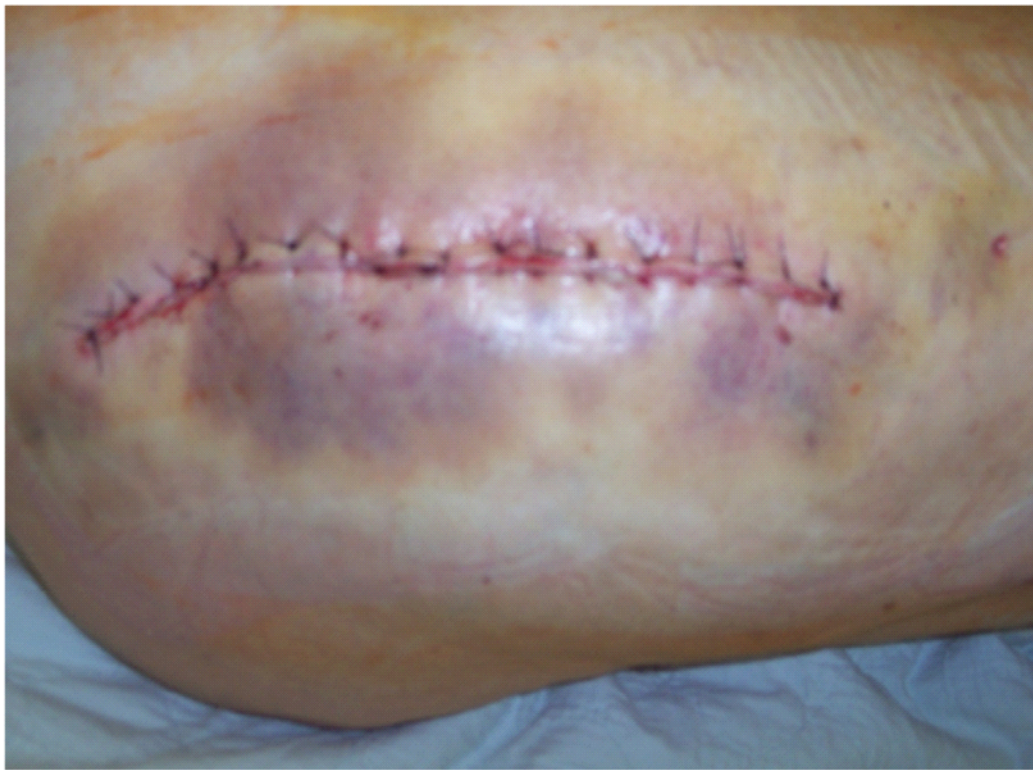
Fehler! Unbekanntes Schalterargument.



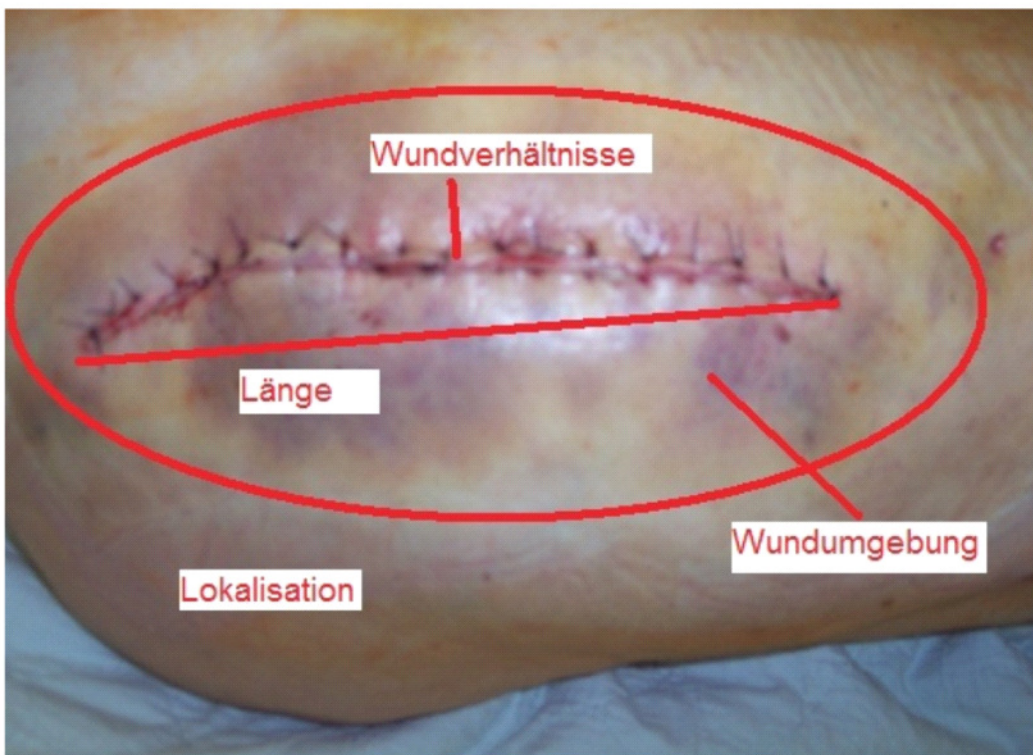
Nach Bearbeitung sollte beschrieben sein:



Fehler! Unbekanntes Schalterargument.



Nach Bearbeitung sollte beschrieben sein:



Fehler! Unbekanntes Schalterargument.