Dr. Mercedes Stiller ist seit über 25 Jahren im Fort- und Weiterbildungsbildungsbereich tätig. www.sp-kommunikation.de

Die Entdeckung der Relevanz

Pflegeberichte gehören zur professionellen Pflege dazu . Aber nicht alles gehört hinein. Floskeln und wertende Formulierungen müssen raus. Sie können sogar das Einstufen des Pflegegrades beeinflussen.

Kennen Sie diese »Problematik«? Der Medizinische Dienst (MD) kritisiert wiederkehrend Ihre Eintragungen im Pflegebericht: Früher haben Ihre Mitarbeitenden zu viel dokumentiert und nun angeblich zu wenig. Was ist »richtig« und was ist »falsch«? Welcher Empfehlung sollen Sie folgen? Dieser Beitrag stellt Ihnen eine **Leitlinie** vor, die Ihnen mehr Klarheit und Sicherheit in Bezug auf sinnvolle Dokumentationseinträge geben soll.

AUSSCHLIESSLICH RELEVANTE INFOS DOKUMENTIEREN

Glauben Sie nicht länger an den Mythos, dass täglich etwas in den Pflegebericht eingetragen werden muss; womöglich noch nach jeder Schicht. Diese Aussage ist schlichtweg falsch. Sie basiert auf keiner MD-Empfehlung oder gar MD-Auflage. Vielmehr ist sie das Resultat von unsicheren Leitungskräften, die die Auffassung vertreten, dass die Mitarbeitenden es schlichtweg »vergessen« zu dokumentieren, wenn es ihnen freigestellt wird, nur dann Eintragungen vorzunehmen, wenn ihnen etwas als relevant erscheint.

Reservieren Sie den Pflegebericht ausschließlich für relevante Beobachtungen, die dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) folgen: Das heißt, nur dann, wenn es Maßnahmen zu ergreifen gilt, die einen »roten Faden« aufweisen und die abschließend evaluiert werden. Wenn es keine hinreichend bedeutenden Auffälligkeiten oder Veränderungen bei einer pflegebedürftigen Person gibt, bleibt der Eintrag leer.

Doch es gibt etwas zwischen »schwarz« und »weiß«: Wenn Sie sich als Leitungskraft unsicher sind, wie oft Ihre Mitarbeitenden dokumentieren sollen, dann erstellen Sie eine Verfahrensanweisung (VA). Diese händigen Sie allen Mitarbeitenden aus. Vor allem bei neuen Kollegen sollte die VA gleich mit der Einarbeitungsmappe ausgegeben werden. So kursieren vor allem für die »Neuen« im Team nicht länger Mythen und Mären: Einige im Team behaupten, dass jeden Tag etwas auf dem Berichteblatt dokumentiert werden muss, während andere sagen, dass dies je nach Bedarf erfolgen kann **(Kasten S. 44)**.

BEISPIELE FÜR »FLOSKELBEITRÄGE«

Eintrag	Aussagekraft/Nutzen?
Herr/Frau X geht es gut.	Nur sinnvoll, wenn es der Person tatsächlich gestern nicht gut ging und dies auch dokumentiert wurde!
Keine Beschwerden bzw. Besonderheiten.	Unsinnig: Kostet Zeit und bietet keinerlei Nutzen!
Zustand wie gestern.	Vorsicht! Nur sinnvoll, wenn es am Tag zuvor einen Eintrag zu einer Veränderung des Wohlbefindens gab und dieser Prozess weiterhin anhält.
Keine besonderen Vorkommnisse.	Ohne jegliche Aussagekraft: Kostet nur Zeit und bietet keinen Nutzen!
Alles in Ordnung.	Vorsicht! Nur sinnvoll, wenn es am Tag zuvor einen Eintrag zu einer Veränderung des Wohlbefindens gab und dieser Prozess weiterhin anhält.
Herr/Frau X war unauffällig.	Ohne jegliche Aussagekraft: Kostet lediglich Zeit und bietet keinen Nutzen!
Versorgt nach Plan.	Vorsicht! So formuliert stellt sich die Frage danach, ob die Person am Vortrag »anders« versorgt wurde, warum dies der Fall war und ob dies dokumentiert wurde.

Tab.1: »Floskeleinträge« haben meist keinen praktischen Nutzen.

Foto: Werner Krüper

Mitarbeitende sollten die pflegebedürftige Person aufmerksam beobachten und auch positive Dinge wahrnehmen.

»FLOSKELEINRÄGE« HABEN KEINEN NUTZEN

Warum sollte gerade bei den niedrigeren Pflegegraden bzw. den geringeren Einsätzen im ambulanten Bereich häufiger ein Eintrag im Pflegebericht erfolgen?

Dafür gibt es eine einfache Erklärung: Bei pflegebedürftigen Personen mit den Pflegegraden Vier und Fünf bzw. mit drei Einsätzen pro Tag passiert in der Regel nur noch sehr wenig: Gerade dieser Umstand verleitet Mitarbeitende dazu, sogenannte »Floskeleinträge« vorzunehmen **(Beispiele siehe Tabelle 1).**

» **»Floskeleinträge« haben keinen praktischen Nutzen. Sie führen zur »Verstopfung« des Pflegeberichts mit Belanglosigkeiten, sodass wirklich relevante Fakten untergehen.**

» **»Floskeleinträge« rächen sich vor allem in Bezug auf Pflegegradhöherstufungen: Wenn ein Pflegekunde über Wochen »unauffällig« und »in Ordnung« ist, lässt sich ein erhöhter Pflegebedarf wohl kaum gegenüber dem MD begründen.**

Deshalb sollte bei Pflegekunden mit Pflegegrad 2 und 3 bzw. mit geringeren ambulanten Einsätzen häufiger etwas dokumentiert werden: Gerade hier treten schneller Veränderungen auf, die bei einer Höherstufung geltend gemacht werden können. Im Pflegebericht spiegelt sich zudem das Pflegeverständnis eines Pflegeteams wider: Welchen Eindruck bekommen Lesende, wenn es auf dem Berichteblatt stets um »defizitäre« bzw. »körperliche« Schwerpunkte geht – bevorzugt um die Themen Verdauung, Schmerzen und Medikamente? »»

Glauben Sie nicht länger an den Mythos, dass täglich etwas in den Pflegebericht eingetragen werden muss.

>>> Wo bleiben die positiven Aspekte und die sozialen oder psychischen Faktoren?

Grundsätzlich gilt: Mitarbeitende sollten die pflegebedürftige Person aufmerksam beobachten und sich auch positive Dinge merken, etwa über welche Highlights sie mit der Person gesprochen haben. Oft ergibt sich hierüber nicht nur ein pflegerischer, sondern auch ein sozialer Bezug: Zeigte die pflegebedürftige Person positive Reaktionen, wie etwa bei Maßnahmen, bei denen es sonst keine oder nur unmerkliche Reaktionen gibt? Solche positiven Einträge können so aussehen:

- **Die pflegebedürftige Person gibt an, dass er heute besonders gut geschlafen hätte. Die Angabe »besonders« ist hier wichtig: Anderenfalls kommt die Frage danach auf, ob der Pflegekunde denn sonst schlecht schläft!**
- **Die pflegebedürftige Person sagt, dass er sich sehr auf den morgigen Besuch seines Enkels freut.**

EINTRAGUNGSINTERVALL

Empfohlene Anzahl von Eintragungen in der Pflegedokumentation (nach Pflegegraden)

- **Pflegegrad 2: drei bis fünf Einträge pro Woche**
- **Pflegegrad 3: zwei bis drei Einträge pro Woche**
- **Pflegegrad 4/5: ein bis zwei Einträge pro Woche**

Diesen Eintrag kann die nachfolgende Schicht nutzen, um daran anzuknüpfen, wenn der Besuch des Enkels erfolgt ist.

DIREKTE ODER INDIREKTE REDE NUTZEN

Doch wie gehe ich künftig als Pflegekraft vor, wenn ich keine »Floskeleinträge« oder defizitär anmutende Einträge auf dem Berichteblatt vornehmen soll?

Das ist ganz einfach: Wertfreie Formulierungen entwickeln Sie über die direkte oder indirekte Rede. Sie können dies in Ihrem Pflegeteam regelmäßig »üben«: Entwickeln Sie zunächst gängige Formulierungen und evaluieren Sie diese im Anschluss daran kritisch in Bezug auf deren Aussagekraft. Dann verabschieden Sie sich davon, indem Sie nun die direkte oder besser noch die indirekte Rede benutzen.

TYPISCHE SITUATIONEN ANDERS DOKUMENTIEREN

Das folgende Beispiel macht diesen Zusammenhang deutlich:

Frau Simon ist dementiell erkrankt: Sie hat einen Dekubitus und muss jeden Tag grundpflegerisch versorgt werden. An diesem Morgen kooperiert sie nicht. Sie schlägt nach der Pflegekraft und sagt: »Ich lasse mich von Euch nicht vergewaltigen. Lasst mich in Ruhe. Ich will nicht mehr leben.«

» Gängige Formulierung

Nicht selten werden solche Ereignisse wie folgt dokumentiert: »Frau Simon ist aggressiv und verweigert die Grundpflege. Sie zeigt Wahnverhalten und ist depressiv«.

» Kritische Evaluation des Eintrags

Der voranstehend abgebildete Eintrag ist in doppelter Hinsicht problematisch: Die nachfolgenden Pflegekräfte können sich wenig unter dem Begriff »aggressiv« vorstellen. Dieses Wort ist nicht nur wertend, sondern auch dehnbar: Es umfasst vom Spucken über Bisse bis hin zum Werfen mit Gegenständen eine breite Palette möglicher Verhaltensweisen! Das Verwenden der direkten oder indirekten Rede ist hier deutlich besser geeignet, den Vorfall zu dokumentieren.

1. Die indirekte Rede

Die Nutzung der indirekten Rede bietet hier schon einige Vorteile. Der Eintrag

DOKUMENTATIONSREGELN

So nicht ...	So geht's!
aggressiv	Eine genaue Beschreibung des Vorfalls muss erfolgen: Was ist passiert und worin drückt sich das Verhalten der pflegebedürftigen Person aus?
depressiv	Dies ist eine Diagnose laut ICD10! Diese darf nur von einem Arzt oder einer Ärztin gestellt werden! Hier gilt es genau zu beschreiben, worin das Verhalten der pflegebedürftigen Person seinen Ausdruck findet.
füttern	Essen reichen
fettleibig	Die pflegebedürftige Person hat einen BMI von 35.
ferkelt	Die pflegebedürftige Person verteilt das Essen im Haar, im Gesicht, auf der Kleidung usw.
Lätzchen	Essschutz bzw. Kleiderschutz
pampern	Das Wort ist ein »Kunstwort«! Es gibt nur das Produkt »Pampers« für Babys. Stattdessen: Versorgung mit Inkontinenzmaterial
pinkeln	urinieren
verweigern	ablehnen
Wahnvorstellungen	Dies ist eine Diagnose laut ICD10! Diese darf nur von einem Arzt oder einer Ärztin gestellt werden! Hier gilt es genau zu beschreiben, worin das Verhalten der pflegebedürftigen Person seinen Ausdruck findet!

Tab. 2: Die Beispiele zeigen, wie aus einer wertenden eine wertneutrale Formulierung entsteht.

Foto: Werner Krüper

könnte dann wie folgt lauten: »Frau Simon schlägt während der Grundpflege mit der Hand nach der Pflegekraft. Sie verdächtigt uns, sie vergewaltigen zu wollen. Frau Simon bittet darum, in Ruhe gelassen zu werden. Sie äußert, nicht mehr leben zu wollen.«

Dieser Eintrag lässt weniger Fragen offen. Es unterbleibt jede Wertung des Verhaltens. Und: Zudem geht diese Formulierung beim Ausfüllen des Bogens deutlich schneller von der Hand!

2. **Die direkte Rede**

Die Nutzung von direkter Rede ist der nächste Schritt, der für viele Pflegekräfte oft noch etwas gewöhnungsbedürftig ist, da hier genau zitiert werden muss:

»Frau Simon schlägt während der Grundpflege mit der Hand nach der Pflegekraft. Sie sagt: »Ich lasse mich von Euch nicht vergewaltigen. Lasst mich in Ruhe. Ich will nicht mehr leben.«

Das Ergebnis: Neutrale Formulierungen, wenig Grübelei über die richtige Ausdrucksweise und somit Zeitersparnis! Des Weiteren lassen sich hieraus Maßnahmen im Sinne des PDCA-Zyklus ableiten: So gilt es nun im Team im Rahmen einer Übergabe oder Fallbesprechung abzuklären, wie sich die weiteren Maßnahmen in Bezug auf die Grundpflege, Vergewaltigungsvorwürfe und die möglichen suizidalen Äußerungen von Frau Simon gestalten.

Die Dokumentation weist erst dann einen »roten Faden« auf, wenn dieser Prozess definitiv abgeschlossen ist. Das heißt, dass Frau Simon die Grundpflege wieder zulässt und dass sie weder suizidale Gedanken hat noch sich länger vergewaltigt fühlt.

KEINE WERTENDEN BEGRIFFE VERWENDEN

Das Pflegeteam sollte immer darauf achten, dass sich keine wertenden Begriffe im Pflegebericht wiederfinden. Wertende Formulierungen spiegeln häufig das Problem einer Pflegekraft wider und lassen den Hinweis darauf zu, dass diese mit ihnen nicht fertig wird. Die pflegebedürftige Person wird zudem abgestempelt und schuldig gesprochen. Wertende Begriffe können Sie eliminieren, indem Sie eine Übersicht entwickeln, in der Sie die »Dos und Don'ts« hinterlegen **(Tabelle 2)**. Alle Notfälle, Abweichungen und Besonderheiten müssen Sie zwingend dokumentieren. Achten Sie dabei immer darauf, den Prozess anhand der folgenden »W-Fragen« zu beschreiben:

- **Was ist geschehen? Was haben Sie beobachtet?**
- **Was äußerte die pflegebedürftige Person dazu? Verbal oder nonverbal.**
- **Was haben Sie unternommen?**
- **Was haben Ihre Maßnahmen bewirkt?**
- **Wie geht es weiter?** «

MEHR ZUM THEMA

Haben Sie noch offene Fragen? Dr. Mercedes Stiller widmet sich dem Thema »Wertfreie Dokumentation« ausführlich im Altenpflege-Webinar am 11. August. Sie können sich im Rahmen Ihres Altenpflege-Abos jetzt schon exklusiv und kostenfrei anmelden:

vinc.li/webinar110823

FAZIT

» 1.

Reservieren Sie den Pflegebericht ausschließlich für relevante Beobachtungen

» 2.

»Floskeleinträge« haben keinen praktischen Nutzen für die Kolleginnen und Kollegen aus anderen Schichten. Wertfreie Formulierungen entwickeln Sie am besten über die direkte oder indirekte Rede.

» 3.

Wenn Sie sich als Leitungskraft unsicher sind, wie oft Ihre Mitarbeitenden dokumentieren sollen, dann erstellen Sie eine Verfahrensanweisung (VA).