

Tutorial

PFLEGEPRAXIS

Welche Dokumentationsfehler gibt es und wie kann ich diese vermeiden?



© Artur - stock.adobe.com

Handlungsanleitung

Zusammenfassung

Tutorial

PFLEGEPRAXIS

Welche Dokumentationsfehler gibt es und wie kann ich diese vermeiden?

Handlungsanleitung

„Welche Dokumentationsfehler gibt es und wie kann ich diese vermeiden?“ Bei diesem Titel ahnen Sie es schon. Es geht mal wieder um die liebe Dokumentation. Für die meisten ein lästiges Übel. Wie viele Zuhörer wohl jetzt gerade die Augen verdreht haben? Aber dennoch ist und bleibt die Dokumentation ein wichtiger Teil des Pflegeprozesses. Je mehr Sie sich damit auseinandersetzen, desto einfacher wird es für Sie. Daher freuen wir uns, dass Sie sich diese Folge anhören und sich mit der Dokumentation, auch wenn sie Ihnen vielleicht noch so verhasst ist, beschäftigen. In diesem Beitrag werden wir uns mit den Dokumentationsfehlern befassen. Kennen Sie diese bereits im Vorfeld, dann können Sie sie auch leichter umgehen. Damit das Thema nicht allzu trocken wird und Sie nicht gelangweilt wieder abschalten, arbeiten wir mit einem Praxisbeispiel. Ein rein fiktives Beispiel muss ich dazu sagen. Also setzen wir uns mit der Thematik auseinander und schauen uns an, an welchen Stellen die Fehlerquellen beim Dokumentieren liegen und wie wir sie vermeiden können. Los geht's! Beginnen wir mit dem wichtigsten Fakt: Dokumentationsfehler können im schlimmsten Fall haftungsrechtliche Folgen mit sich bringen. Nicht jeder Fehler wird gleich rechtlich bestraft, aber es kann dazu kommen. Genau deshalb ist es so wichtig, Fehler nach Möglichkeit zu vermeiden oder sie zumindest frühzeitig zu erkennen und zu beseitigen. Also starten wir mit der ersten großen Fehlerquelle: der Informationssammlung. Schauen wir uns einmal an, was hier alles falsch laufen kann. Begrüßen Sie ganz herzlich Frau Müller. Sie wird uns ihren Alltag zeigen.

Frau Müller ist vor drei Wochen ins Pflegeheim gezogen. Heute Morgen ist sie gestürzt und befindet sich aktuell zur weiteren Untersuchung im Krankenhaus. Pflegerin Maria ist genervt. Schon dreimal hat das Krankenhaus angerufen und nach fehlenden Informationen gefragt, weil der Pflegeüberleitungsbogen nicht alle Informationen enthalten hat. Als Maria dann die Angehörigen anrufen möchte, um sie über die Krankenseinweisung zu informieren, findet sie keine Telefonnummer der Tochter. Das gibt Ärger. Die Tochter ist eh schon so schwierig. Zum Glück wird Frau Müller nach guten fünf Stunden wieder ins Pflegeheim zurückgebracht. Bis auf eine kleine Platzwunde am Kopf ist ihr nichts passiert. Pflegerin Maria möchte gerade den Arztbrief an den Hausarzt faxen, da fällt ihr doch etwas ein. Hat bei Frau Müller nicht erst letzte Woche ein Hausarztwechsel stattgefunden, weil die Angehörigen sehr unzufrieden mit dem alten Hausarzt waren? Maria schaut zur Sicherheit noch einmal in

die Stammdaten. Es steht immer noch der alte Arzt in den Kontakten. Dabei war Maria sich doch so sicher, dass Frau Müller einen neuen Hausarzt hat.

Welche Fehler können bei der Informationssammlung passieren?

Ein extremes Beispiel, doch es zeigt deutlich, welche Fehler bereits bei der Informationssammlung passieren können. Das Stammbblatt war unvollständig und nicht aktuell. Dem Krankenhaus fehlten daher wichtige Informationen. Auch die Einrichtung war nicht in der Lage, wichtige Arbeitsschritte, wie die Information der Angehörigen, zu erledigen. Hier haben verwertbare Informationen über die Bewohnerin und deren Bezugsperson, in diesem Fall die Tochter, gefehlt. Der Grundfehler kann hier bereits in der Anamnese zu finden sein. Wird bei der Heimaufnahme keine gründliche Abfrage der Krankengeschichte durchgeführt, fehlen wichtige Informationen bereits zu Beginn. Wie es im Pflegealltag so ist, wird auch schnell vergessen, dass noch wichtige Angaben eingeholt werden müssen. Und so bleibt zum Beispiel das Feld mit der Telefonnummer der Tochter leer. Aber schauen wir weiter:

Verändern wir das Szenario ein klein wenig: Frau Müller hat sich bei dem Sturz den Oberschenkelhals gebrochen. Die OP ist erfolgt, und nun ist Frau Müller seit gestern Vormittag wieder zurück in der Einrichtung. Die Spätschicht hat gleich zu Beginn wieder Stress, also hat Pflegerin Maria keine Zeit sich den kompletten Krankenhausbericht von Frau Müller anzusehen, das, was im Pflegebericht steht, muss reichen. Maria ist schon verärgert als sie die ersten Beiträge liest. Es steht mehrfach im Bericht, wie genervt Frau Müller von der Gesamtsituation ist. Maria wird ungeduldig. Die Kollegen warten, und sie muss hier haufenweise Berichte durcharbeiten. Wie man innerhalb von nur einem Tag so viel dokumentieren kann, ist ihr schleierhaft. Teilweise versteht Maria das Ganze auch nicht. Frau Müller scheint gestern erbrochen zu haben, doch es ist weder ersichtlich, wie oft sie erbrochen hat, noch ob es ihr heute wieder gut geht. Nach einer gefühlten Ewigkeit beginnt Maria ihre Schicht. Erst stürzt Frau Müller im Beisein von ihr fast erneut, weil ihr beim Gang auf die Toilette schwindlig wird. Dann beschwert sich Frau Müller, dass sie doch im Krankenhaus immer fünf Tabletten bekommen hat und nicht nur vier. Nachdem Maria im Medikamentenplan der Dokumentation nur vier angegebene Tabletten findet, schaut sie zur Sicherheit in den Krankenhausbericht. Tatsächlich: Frau Müller bekommt fünf Tabletten. Und bei einem weiteren Lesen steht sogar im Bericht, dass Frau Müller immer wieder Kreislaufprobleme bei der Mobilisation hatte.

Welche Fehler können im weiteren Verlauf bei der Pflegedokumentation noch auftreten?

Was für Fehler sind hier passiert? Betrachten wir zuerst den Medikamentenplan. Hier stimmen Durchführungsnachweis und ärztliche Anordnung nicht überein. Dies kann einerseits ein Übertragungsfehler sein, oder die ärztliche Anordnung wurden einfach nicht aktualisiert. Der zweite große Fehler hier: Der Pflegebericht war lückenhaft und hatte wenig Aussagekraft. Wichtige Informationen, wie die Kreislaufprobleme von Frau Müller, wurden nicht dokumentiert. Eine Folgeeintragung zum Erbrechen fehlte komplett. War es einmalig oder mehrfach? Was wurde dagegen getan und wie geht es der

Bewohnerin jetzt? Bei so einer Situation muss der Verlauf nachvollziehbar sein. Ebenso wurde der Bericht nicht wertungsfrei formuliert. Frau Müller mag genervt sein, aber das ist die Einschätzung des Personals. Richtig wäre hier eine genaue Beschreibung der Situation ohne Wertung. Oder man schreibt ein paar Aussagen der Bewohnerin eins zu eins nieder, wie: „Ich bin so genervt von all dem“, wiederholte die Bewohnerin immer wieder. Ebenso geht aus der Situationsbeschreibung hervor, dass die Berichte zu langatmig formuliert wurden. Jeder sollte bei der Dokumentation überlegen, ob ein seitenlanger Bericht notwendig ist oder der Sachverhalt auch in drei Sätzen beschrieben werden kann. Schauen wir aber jetzt erstmal, wie es mit Frau Müller weitergeht:

Frau Müller ist jetzt seit drei Wochen wieder da. Schwester Simone hatte Urlaub und schaut sich vor Dienstbeginn die Dokumentation an. Schließlich muss sie sich ja über den Zustand von Frau Müller informieren. Der erste Blick in die Dokumentation ist ernüchternd. Laut Maßnahmenplan läuft Frau Müller noch ohne Rollator, und keinerlei Sturzgefährdung ist vorhanden. Dazu ist die Planung in der restlichen Hinsicht auch nicht aussagekräftig. Das Datum der Maßnahmenplans zeigt, dass die letzte Bearbeitung zwei Monate her ist. Hier bekommt sie keine der gewünschten Informationen her.

Im Laufe des Vormittages wird Frau Müller von Angehörigen zu einem Ausflug abgeholt. Kaum haben sie die Einrichtung verlassen, ist die Hausärztin zur Untersuchung gekommen. Laut ihrer Aussage wurde der Termin letzte Woche telefonisch vereinbart. Pflegerin Simone kann nichts dazu in der Dokumentation finden. Die Hausärztin befragt Simone zum aktuellen Zustand von Frau Müller. Bei der Frage, ob Frau Müller noch Schmerzen habe und wie oft sie die Bedarfsmedikation nutzt, gerät Simone komplett ins Rudern. Sie kann nichts dazu in der Dokumentation finden. Da die vorhandene Packung fast leer ist, muss Frau Müller mehrfach Schmerzmedikamente eingenommen haben.

Wie wirken sich Fehler bei der Maßnahmenplanung aus?

Hier zeigen sich wieder einige Fehler. Zuerst war die Maßnahmenplanung nicht aktuell und oberflächlich formuliert. Oftmals sind sich Mitarbeiter nicht bewusst, wie wichtig eine aktuelle Maßnahmenplanung tatsächlich ist. Gleichzeitig sind viele auch nicht mit Erstellung und Formulierung vertraut. Zahlreiche Hilfestellungen und Formulierungshilfen, zum Beispiel im Internet und in Fachliteratur, können hier zurate gezogen werden. Der zweite Fehler war die nicht nachvollziehbare und lückenhafte Kommunikation mit dem Hausarzt. Es war nicht ersichtlich, wann eine Visite stattfinden sollte. Hier scheint jemand den Termin gemacht, aber nirgendwo vermerkt zu haben. Wirklich ärgerlich für den Arzt, der unverrichteter Dinge wieder geht.

Der letzte Fehler bezieht sich auf die lückenhafte Dokumentation bei der Durchführung der Maßnahmen. Ein Beispiel soll verdeutlichen, wie wichtig eine vollständige Dokumentation ist: Bei einer Kontrolle durch den MDK käme man spätestens hier in Erklärungsnot. Da in der Dokumentation nichts zu finden ist, hat Frau Müller rein

theoretisch nie eine Schmerztablette erhalten. Wie erklärt sich aber nun die fast leere Packung?

Was tun, wenn Kleinigkeiten so eine große Wirkung haben?

Sie sehen also, wie viele Fehler sich bei der Dokumentation einschleichen können. Einzelnen gesehen scheint jeder dieser Fehler nicht so dramatisch zu sein. Haben wir aber ein Szenario wie bei Frau Müller, dann kann durch das Aufeinandertreffen mehrerer Fehler ein ziemliches Chaos entstehen. Natürlich ist das Beispiel rund um Frau Müller sehr überspitzt, aber in der Hektik des Pflegealltags nicht undenkbar. Also nehmen Sie sich diese Fehler zu Herzen und denken Sie immer mal wieder an Frau Müller und ihre Pflegenden zurück. Dann werden Sie bestimmt den einen oder anderen Fehler vermeiden. Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Umsetzung.