

Entbürokratisierung in der Pflege???

Ein Tag aus dem Leben einer Pflegefachkraft

Morgens 6:00 Uhr – Schichtbeginn – bei der Übergabe wird von allen 54 Bewohnern das Wichtigste erörtert. Bei denen, wo besondere Auffälligkeiten waren, muss ich mir später die Pflegedokumentation noch genauer ansehen und durchlesen. Ich arbeite anschließend auf einer Etage mit 26 Bewohnern. Abzeichnen des Übergabeprotokolls.

Anschließend bereite ich die Morgenmedikation vor – Abzeichnen jeder Tätigkeit.

Es geht in die Pflege – ich schaffe es gerade einmal den Bewohner zu begrüßen, auf ein Gespräch kann ich mich erst später einlassen, da ich erst in der Dokumentation nach Besonderheiten sehen muss.

Wenn alles gut läuft, kann ich drei Bewohner grundpflegerisch versorgen, bei jedem muss ich alle Tätigkeiten, was er getrunken hat und sonstige Besonderheiten genau abzeichnen.

Dann gehe ich wieder ins Dienstzimmer und sehe als verantwortliche Pflegefachkraft nach all den Tätigkeiten, die zu erledigen sind, die eine Pflegehelferin nicht ausüben kann und darf. Auch hier muss ich jede einzelne Dokumentation zur Hand nehmen.

Wenn ich Glück habe, ist noch eine qualifizierte Kraft auf meinem Flur, dann kann ich Arbeit delegieren, aber bei dem Fachkräftemangel bin ich oft allein für alles verantwortlich.

Es kommt eine Pflegehelferin: „kannst Du mal gucken, Frau X ist wund unter der Brust“ – auch hierfür bin ich verantwortlich und muss noch eine Sonderdokumentation anlegen.

Nebenbei Blutzucker messen, eintragen, Insulin spritzen, eintragen, Medikamente verabreichen, eintragen.

So, das Tagesgeschäft ist erledigt, jetzt versuche ich per Fax die Ärzte über die aktuellen Veränderungen zu informieren – wenn ich Glück habe antworten sie bis Schichtende, so dass die Bearbeitung in der Hand von einer Fachkraft bleibt – oft antworten Sie erst nachmittags – dann ist die Spätschicht verantwortlich.

Heute haben wir noch eine Aufnahme aus dem Krankenhaus – hoffentlich kommt diese vor 12:00 Uhr – heute ist Mittwoch und der Hausarzt hat nachmittags keine Sprechstunde – schau ´n wir mal.

Irgendwann nehme ich mir Zeit, Pause zu machen, wir haben es bei uns eigentlich gut geregelt, aber als verantwortliche Pflegefachkraft muss ich das Telefon behalten und somit werde ich auch des öfteren gestört. Da rufen z. B. die Angehörigen an und erkundigen sich, wie die Nacht war. Nebenbei kläre ich auch noch einmal die Wäscheversorgung – nach der Pause sofort an die Pflegedokumentation und den Sachverhalt dokumentieren.

Gegen 12 Uhr gibt es Mittag – hier müssen die Bewohner zum Teil erinnert werden in den Speisesaal zu gehen, auch das muss dokumentiert sein, da die Demenz einen großen Stellenwert für die Einstufung in die Pflegestufe darstellt. Jetzt noch schnell den Blutzucker kontrollieren – dokumentieren, bei Bedarf Insulin spritzen und dokumentieren – die Medikamente verteilen und dokumentieren...

Frau Y wollte nichts essen, ihr Allgemeinzustand ist schon recht eingeschränkt, aber in Deutschland hat sie kein Recht einfach zu sagen, ich esse nichts. Das Gewicht muss konstant hoch bleiben – wir müssen für jeden Bewohner den BMI (Body Mass Index) ausrechnen – ist dieser kleiner als 20 - geht es richtig los mit der Pflegedokumentation:

Habe ich es in der Pflegeplanung eingetragen? Ist der Arzt informiert und ist dieses dokumentiert, habe ich die Mitarbeiter der Pflege und der Küche informiert und habe ich dieses dokumentiert, habe ich mit den Angehörigen besprochen, ob es eine Patientenverfügung gibt oder der letzte Wille anderswo dokumentiert ist? – Habe ich dieses Gespräch wiederum in der Pflegedokumentation protokolliert? Ich muss ein Ernährungsprotokoll anlegen; da Frau Y auch bestimmt nichts Trinken will, lege ich auch gleich ein Ein- und Ausführprotokoll an.

„Jeder Mensch hat schließlich ein Anrecht darauf in Würde und Frieden zu sterben“.

...

12:45 Uhr – der Zugang aus dem Krankenhaus kommt – natürlich ohne das die neuen Medikamente mitgegeben worden sind. Ich lege die Pflegedokumentation an, vergleiche die Medikation von zu hause (diese hatte sie zum Glück in ihrer Reisetasche) mit der derzeitigen im Krankenhaus und stelle fest, dass sie ein Betäubungsmittel gegen die Schmerzen einnehmen muss. Der Hausarzt hat seine Praxis natürlich geschlossen - der Anrufbeantworter weist mich dezent auf den diensthabenden Arzt hin – hier faxe ich den Bericht und den Hinweis auf das Betäubungsmittel hin – die Antwort: „ Morgen ist ja der Hausarzt wieder zu erreichen, ich kann nicht für 2 Tabletten ein Betäubungsmittelrezept ausstellen“ - nach Abbau der Wut, dass diese Bewohnerin bis morgen hoffentlich keine Schmerzen bekommt, dokumentiere ich alles akribisch – ach ja, ich muss ja auch noch die Küche, die Hauswirtschaft, die Verwaltung schriftlich von der Aufnahme unterrichten...

14:00 Uhr Übergabe – alle Bewohner werden namentlich erfasst und im Übergabeprotokoll abgezeichnet. Eigentlich ist danach Feierabend, da der Zugang aber gekommen ist, werde ich noch einmal ins Dienstzimmer gehen und die relevantesten Beobachtungen dokumentieren – Essgewohnheiten, Biographie, Allgemeinzustand, ist der Hautzustand intakt

15:30 Uhr Feierabend – ich bin kaputt, denke ob ich auch alles in den Pflegedokumentationen erfasst habe...

Es ist erstaunlich – aber mir macht der Beruf immer noch Spaß – und ich freue mich auf morgen in einem guten Team!

anonym