

Symposium „Pflegedokumentation: Zeitverschwendung oder Instrument der Qualitätssicherung?“ IQP München – 28.11.2012

Dokumentationen nach innen und Dokumentationen
nach außen

Prof. Dr. Johann Behrens
Direktor
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg



Dokumentation nach innen und Dokumentation nach außen

Seit mindestens 40 Jahren lassen sich
organisationsanalytisch zwei Zwecke von
Dokumentationen unterscheiden:



Dokumentation nach innen und Dokumentation nach außen

1) interne Dokumentation:

Absprache von Kolleginnen und Kollegen untereinander und mit Klienten (z.B. bei der Schichtübergabe, immer bei gemeinsamen Klienten eines multiprofessionellen Teams)

2) Dokumentation nach außen:

Für Werbung, für Kontrollen außerhalb des unmittelbaren Teams durch die eigene Einrichtung oder Kontrollinstanzen wie Aufsichtsräte, Kunden, MDK usw., für gerichtliche Überprüfungen usw.



Zwei Zwecke – zwei Dokumentationssysteme

Diese beiden Zwecke führten sehr häufig zu zwei Dokumentationssystemen, z.B.

- persönliche Notizen (für Zweck 1) und
- formelle Arbeitsbögen (für Zweck 2),

weil der jeweils nützliche Inhalt sich offenbar stark unterscheidet:

- für 1) sind ungeschminkte Sorgen und Probleme wichtig,
- für 2) erscheint häufig etwas Schminke angemessen.



So dichteten die Beschäftigten einer äußerst
erfolgreichen bayrischen Weltfirma

*"Hast Du heut noch nicht gelogen
dann füll aus den Arbeitsbogen".*



Dokumentation nach außen: nur zeitfressende Bürokratie?

Die Dokumentation nach außen für Zweck 2 erscheint häufiger als überflüssige Bürokratie als die Dokumentation nach innen für Zweck 1, die kollegiale Absprache.

Die Pflegeplanung z.B. erscheint dann nicht als Bürokratie, wenn sie als hilfreiches Instrument für die kollegiale Abstimmung und den Aufbau interner Evidence in der Begegnung mit den je einzigartigen Pflegebedürftigen verstanden wird.

Ist sie kein lebendiges Instrument kollegialer Abstimmung in multiprofessionellen Teams, erscheint sie als Bürokratie, die am besten durch spezialisierte Berichteschreiber (auch schon zu Beginn der Schicht) durchgeführt wird.



Selbstverständlich ist ein Dokumentationssystem dann am organischsten, wenn mit dem Zweck 1 immer schon der Zweck 2 erfüllt werden kann.



Ausblick

Hier sind erhebliche Verbesserungen zu erwarten, aber es wäre naiv, davon auszugehen, dass die Dokumentation nach innen und die Dokumentation nach außen jemals völlig zusammenfallen werden.

Zu den Verbesserungen zählen die Umstellung von Delegation auf horizontale Koordination und viele andere, die auf dem Symposium diskutiert werden.



Koordination im multiprofessionellen Team
Gefahr: Delegation nach oben bis zu der Person, die Handlungen und Handlungsfolgen gar nicht mehr erkennen kann.

Pflege und Therapie finden keineswegs überwiegend in der exklusiven Zweierbeziehung statt, sondern überwiegend im „Team“

Team: „Niemand kann den anderen ersetzen, jede(r) kann die Arbeit der anderen zunichte machen.“

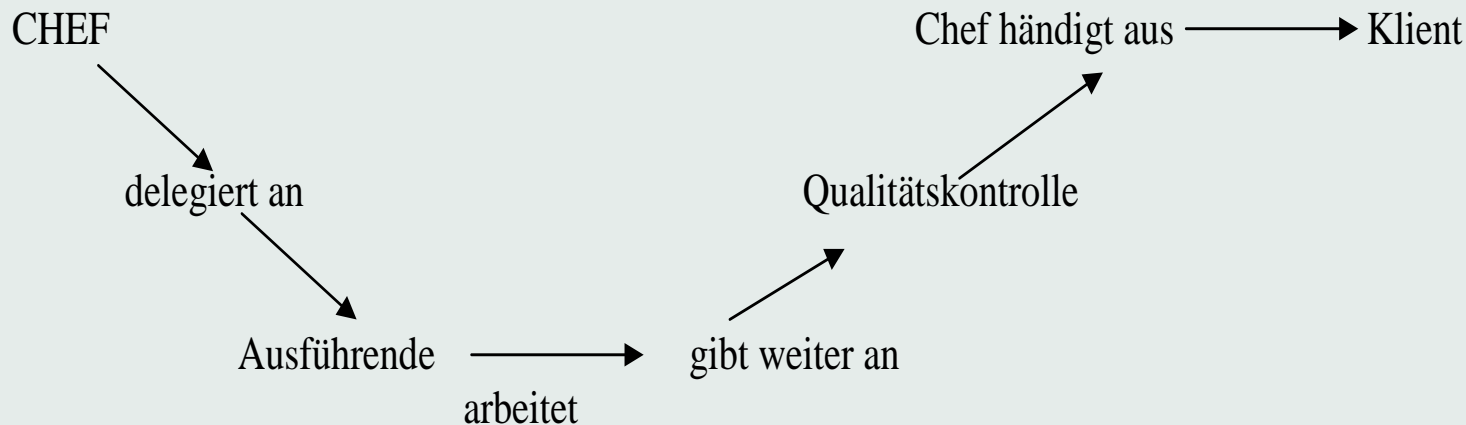
Vertikale „hierarchische“ Arbeitsteilung

Horizontale interprofessionelle Arbeitsteilung

Entscheidende empirische Frage: Sind Erstellung und Lieferung einer Dienst-Leistung trennbar?



a) **TEILBARKEIT VON ERSTELLUNG UND LIEFERUNG** erlaubt und erleichtert vertikale (hierarchische) Koordination

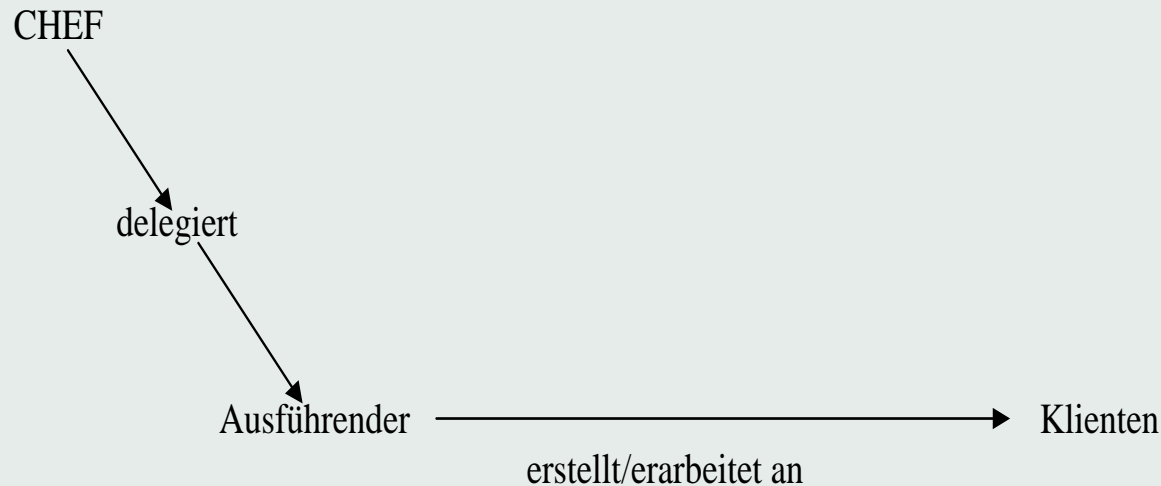


Beispiele: Juristische Schriftsätze, Madonnen in Cranachs Werkstatt, Schrauben, Röntgenbilder, Laborproben und vieles andere



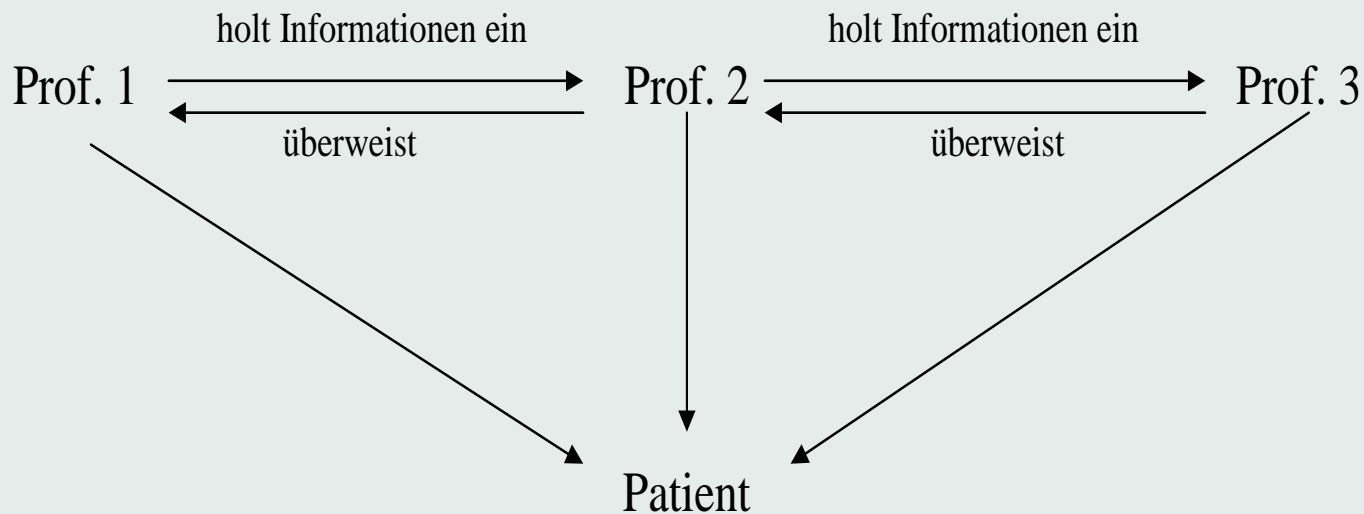
b) KEINE TRENNBARKEIT VON ERSTELLUNG UND LIEFERUNG erfordert eher horizontale Koordination

typisch für fachpflegerische und therapeutische Handlungen



DIE HORIZONTALE KOORDINATION IM MULTIPROFESSIONELLEN TEAM:
Verantwortungsübernahme, Selbstwirksamkeit und Informations- und
Überweisungspflicht jedes Teammitglieds (Praxis zwischen ÄrztInnen und
zwischen ÄrztInnen und psychologischen Psychotherapeuten)

Multiprofessionelles Team



Die ganze Universität steht „den Schwestern zur Vertiefung ihrer Allgemeinbildung zur freien Verfügung“

3. Entwurf eines Studienplanes und einer Prüfungsordnung für Oberschwwestern, Oberinnen und Schwestern im sozialen Dienst.

(Angenommen am 8. Juni und 22. Juli 1913.)

I. Studienplan.

Vorbemerkung.

Die Fortbildung der Krankenpflegeschwestern ist nach zwei Richtungen hin geplant: Es sollen ihre naturwissenschaftlichen Kenntnisse so weit vertieft werden, daß sie die Vorgänge im Organismus hinreichend verstehen lernen, um die Krankenpflege mit vollem Verständnis ausführen zu können. Diesem Ziele dienen die beiden ersten Stoffgruppen des Planes:

1. Naturwissenschaftliche Propädeutik,
2. Anatomisch-physiologische Begründung der Krankenpflege.

Ferner soll der Gesichtskreis der Schwestern, die leitende Stellungen erstreben, erweitert werden. Es sollen die mannigfaltigen sozialen Aufgaben unserer Zeit ihnen nahegebracht werden, so daß sie in ihrem zukünftigen größeren Wirkungskreise mit Verständnis für die großen Zusammenhänge arbeiten können. Besonders wird angestrebt — soweit dies theoretisch überhaupt möglich ist — sie für die selbständige Leitung von Krankenanstalten vorzubilden. Diesem Ziele dienen die beiden nächsten Stoffgruppen des Planes:

3. Grundlagen der praktischen Nationalökonomie und Sozialpolitik,
4. Krankenhaus- und Sanatoriumsverwaltung.

Auf diese vier Fächer soll ungefähr zwei Drittel der verfügbaren Zeit, also etwa 12—16 Wochenstunden, verwendet werden. Das weitere Drittel, also etwa 6—8 Stunden, soll den Schwestern zur Vertiefung ihrer Allgemeinbildung zur freien Verfügung

