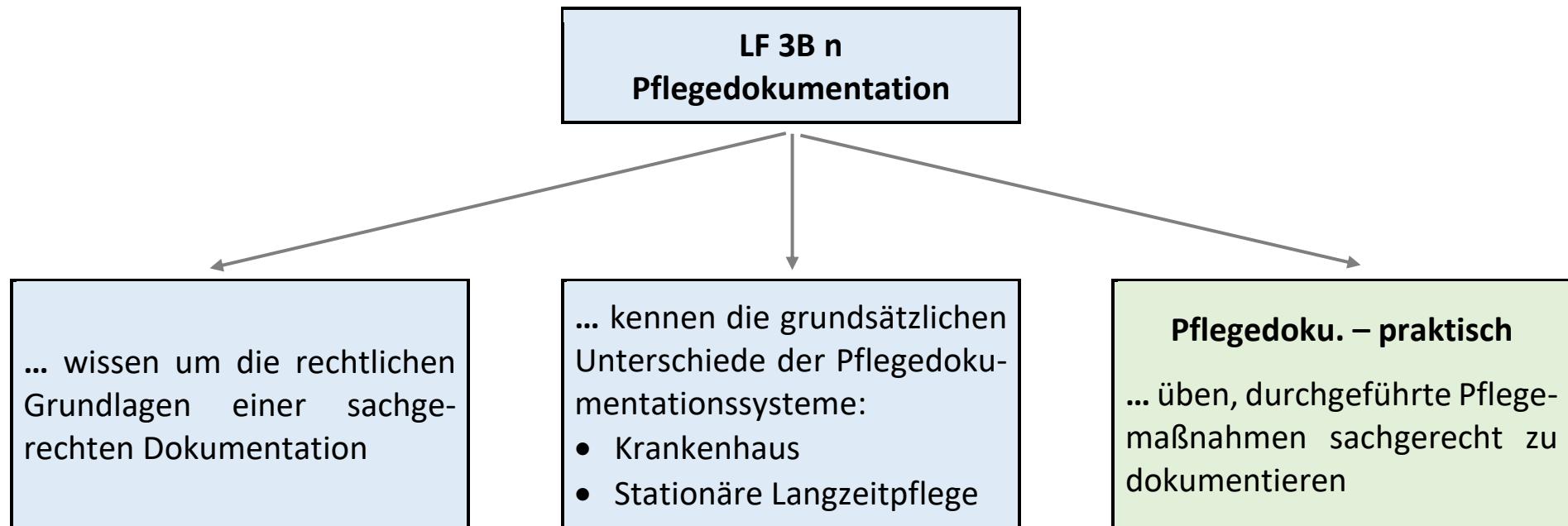


GKPH – LF 3B n – Pflegedokumentation



Pflegedokumentation

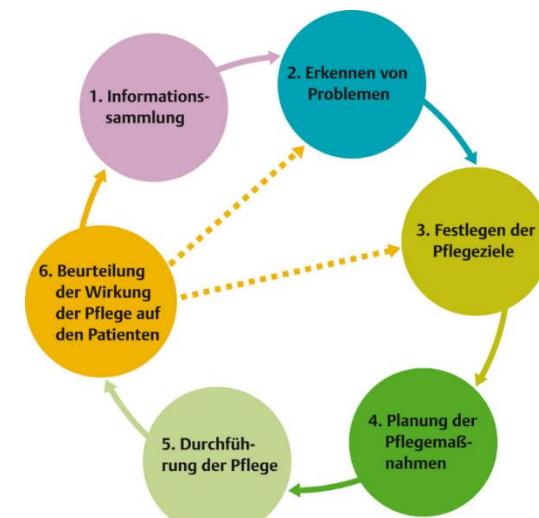
Pflegeprozess und Pflegeplanung (aus: Pflegeassistenz – Kapitel 3.2 S. 45 ff.)

Für die zielgerichtete und methodische Planung pflegerischer Handlungen wurde der **Pflegeprozess** entwickelt. Er besteht aus aufeinander aufbauenden Schritten und Phasen, die sich gegenseitig beeinflussen. Durch ihn werden die Handlungen der Pflegepersonen bei einem Patienten beschrieben und strukturiert.

Die **Pflegeplanung** und die **Pflegedokumentation** sind Elemente des Pflegeprozesses.

Vorteile des Pflegeprozesses:

Der Pflegeprozess ermöglicht den Pflegenden eine systematische Vorgehensweise im Arbeitsalltag und hilft dabei, das Wesentliche in den Blick zu nehmen.



Pflegedokumentation

Pflegedokumentation (aus: Pflegeassistenz – Kapitel 3.3. S. 56 ff.)

Das Pflegepersonal unterliegt der **Dokumentationspflicht** und muss alle Schritte im Pflegeprozess transparent und lückenlos darstellen. Nur so kann die Versorgung des Pflegebedürftigen Menschen auf einem gleichbleibend hohen Niveau gewährleistet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die gesammelten Informationen systematisch erfasst werden und stets abrufbar sind.



Pflegedokumentation

Dokumentationspflicht in der Pflege (aus: Pflegeassistenz – Kapitel 5.3 S. 103 ff.)

Verantwortlich für die Dokumentation ist vor allem die Person, die die Maßnahmen durchgeführt hat. Die Dokumentation ist im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der zu dokumentierenden Maßnahme durchzuführen. Dies bedeutet nicht, dass sofort dokumentiert werden muss, jedoch sollte die Dokumentation ohne schulhaftes Zögern erfolgen. So kann auch sichergestellt werden, dass keine wesentlichen Details vergessen werden.

Zweck der Pflegedokumentation ist die:

- Sicherung der Therapie,
- Beweissicherung und Rechenschaftspflicht,
- Absicherung der ausführenden Person und
- Information des Patienten.

Inhalt der Pflegedokumentation:

- sämtliche Pflegeleistungen,
- ärztliche Anordnung und
- atypische Verläufe

Pflegedokumentation

Grundlagen der Pflegedokumentation

- **Systematisch und lückenlos:** In der Dokumentation werden die im Pflegeprozess geplanten und durchgeführten Maßnahmen, Beobachtungen, Besonderheiten und Veränderungen umfassend und lückenlos schriftlich festgehalten. Die Dokumentation sollte für alle an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen nachvollziehbar sein.
Merke: In der Pflegedokumentation sollten nur wichtige Dinge dokumentiert werden. Dabei sollte immer berücksichtigt werden, welche Angaben ein Arbeitskollege tatsächlich benötigt, um die Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung eines Patienten einheitlich fortzuführen.
- **Übersichtlich und linear:** Ein Dokumentationssystem, das sich an den Schritten des Pflegeprozesses orientiert, strukturiert die Dokumentation übersichtlich und linear, entlang einer logischen Reihenfolge. Der Versorgungsverlauf ist auf den ersten Blick klar, Mehrfachdokumentation sowie unnötige Dokumentation wird vermieden.
- **Zeitnah und individuell:** Die Dokumentation erfolgt zeitnah, also möglichst direkt im Anschluss an die Pflegehandlung, und individuell für jeden Pflegebedürftigen. Jeder Patient/Klient/Bewohner hat eine eigene Dokumentationsmappe (handschriftlich oder EDV-gestützt). Diese enthält alle verfügbaren Dokumente zur Krankengeschichte (Anamnese, Diagnosen, Operationen, Untersuchungen, Therapien, Leistungsnachweise, Pflegeplanungen, -berichte usw.).
- **Objektiv und professionell formuliert:** Die Dokumentation sollte professionell erfolgen, pflegerische und medizinische Begriffe sollten verwendet werden. Die Formulierungen sollen auf den Pflegebedürftigen bezogen (wertfrei und objektiv), eindeutig, transparent und überprüfbar sein.
- **Überprüfbar und qualitätssichernd:** Alle Bestandteile der Dokumentationsakte müssen zeitnah schriftlich niedergelegt werden und immer mit Datum, ggf. Uhrzeit und Handzeichen des Durchführenden abgezeichnet werden. Nur so ist jederzeit nachvollziehbar, wer, wann, was am Patienten getan hat. Die Dokumentation lässt sich auch zur weiteren Auswertung heranziehen, z.B. für Erhebungen oder Statistiken.

Pflegedokumentation → Rechtliche Grundlagen

Pflegedokumentation

Im Rahmen der Pflegedokumentation werden die im Pflegeprozess geplanten und durchgeführten Maßnahmen, weitere Beobachtungen, Besonderheiten und Veränderungen systematisch, umfassend und möglichst lückenlos schriftlich dokumentiert.

Anforderungen an die Pflegedokumentation sind u.a.:

- Zeitnahe Dokumentation
- Dokumentenechter Stift (Kugelschreiber)
- Angabe von Datum und Uhrzeit
- Angabe von Namen/ Kürzel
- Wertfreie und möglichst objektive Formulierungen
- Leserliches Durchstreichen bei fehlerhaftem Eintrag
→ Das Durchgestrichene muss noch zu lesen sein!
- ZU BEACHTEN: Nachträgliche Änderungen wie z.B. Überkleben von Sätzen, Verwendung von Tipp-Ex, Ausradierungen, ... können als **Urkundenfälschung** gewertet werden.

Pflegedokumentation → Rechtliche Grundlagen

Urkundenfälschung

§ 267 Strafgesetzbuch – Urkundenfälschung

- (1) Wer zur Täuschung im Rechtsverkehr eine unechte Urkunde herstellt, eine echte Urkunde verfälscht oder eine unechte oder verfälschte Urkunde gebraucht, wird mit **Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe** bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) 1. In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren.
2. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
- (4) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer die Urkundenfälschung als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat, gewerbsmäßig begeht.

Pflegedokumentation – analog/ digital

Handschriftliche Pflegedokumentation

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none">• Jede/r MitarbeiterIn kann dokumentieren. Voraussetzung: nur ein (dokumentenechter) Stift• Keine Hardware/ kein Strom notwendig	<ul style="list-style-type: none">• Eventuell: unvollständig/ nicht zeitnah/ fehlendes Datum/ fehlende Unterschrift/ nicht lesbare Handschrift/ Verwendung der Formulare nicht nach den Vorgaben/ ...• Besonders für MitarbeiterInnen, die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen, stellt die analoge Pflegedokumentation eine Herausforderung dar.

EDV-gestützte Pflegedokumentation

- Definition: EDV = Elektronische Datenverarbeitung. Durch elektronisch gesteuerte Datenverarbeitungsanlagen werden Informationen in Form von Daten automatisch verarbeitet.

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none">• EDV unterstützt beim „Denken“: z.B. Aufforderungs-/ Erinnerungsmechanismen z.B. Formulierungsvorschläge• Jede/r Berechtigte/r kann zu jeder Zeit auf die gesamte Pflegedokumentation zugreifen.• Übersichtlichkeit und gute Lesbarkeit	<ul style="list-style-type: none">• Formulierungsvorschläge verleiten zu einer standardisierten Dokumentation• Zugang nur mit Hardwaregerät u. Strom möglich• Berechtigungsmanagement evtl. fehlende Zugänge für Praktikanten/ Schüler

Pflegedokumentation – LZP – SIS®

Hintergründe zur Dokumentationsentwicklung in der Pflege¹

Anfang der 1980er Jahre beschränkte sich in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland die Dokumentationform meist neben der medizinischen Dokumentation auf ein Buch – das „Berichtebuch“. In diesem Berichtebuch wurde festgehalten, was für die folgende Schicht zu berücksichtigen war.

1985 forderte das Krankenpflegegesetz „... die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege ...“. 2003 forderte das Altenpflegegesetz „... sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege ...“.

Als theoretischer Hintergrund orientierte sich die Pflegeplanung an den aus der Pflegewissenschaft heraus entwickelten Pflegemodellen oder -theorien. Als Beispiele sollen die sehr häufig genutzten 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) von Monika Krohwinkel (1993) und die 12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Liliane Juchli (1998) erwähnt werden. Die Umsetzung der Pflegetheorien wurde in vielen Fällen auf das Erwähnen der Theorie im Konzept und Leitbild und auf das Aufteilen der menschlichen Bedürfnisse in Kategorien reduziert. In vielen Einrichtungen gab es Vorgaben, zu jeder möglichen Aktivität des Lebens etwas dokumentieren zu müssen. Zum Erhalt der Übersichtlichkeit wurde für jede Aktivität ein eigenes Blatt verwendet. So wurden zusätzlich zu den vorhandenen Berichten mindestens 12 bis 13 Seiten zusätzlich geschrieben. Bei aufwendiger Pflege konnte sich die Seitenzahl auch verdoppeln.

Durch die Einführung von Qualitätsprüfungen und Expertenstandards – und hierdurch resultierende Gerichtsprozesse und Urteile – wurden zusätzlich zur Pflegeprozessdokumentation verschiedene Checklisten und Protokolle eingeführt. Eine Hauptaufgabe von Leitungskräften (u.a. zur eigenen sowie rechtlichen Absicherung) wurde es, allen gesetzlichen, prüfungsbezogenen und innerbetrieblichen Anforderungen nachzukommen. Es galt der Grundsatz „Was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht getan!“ – die Dokumentationsanforderungen an die Pflege nahm stetig zu.

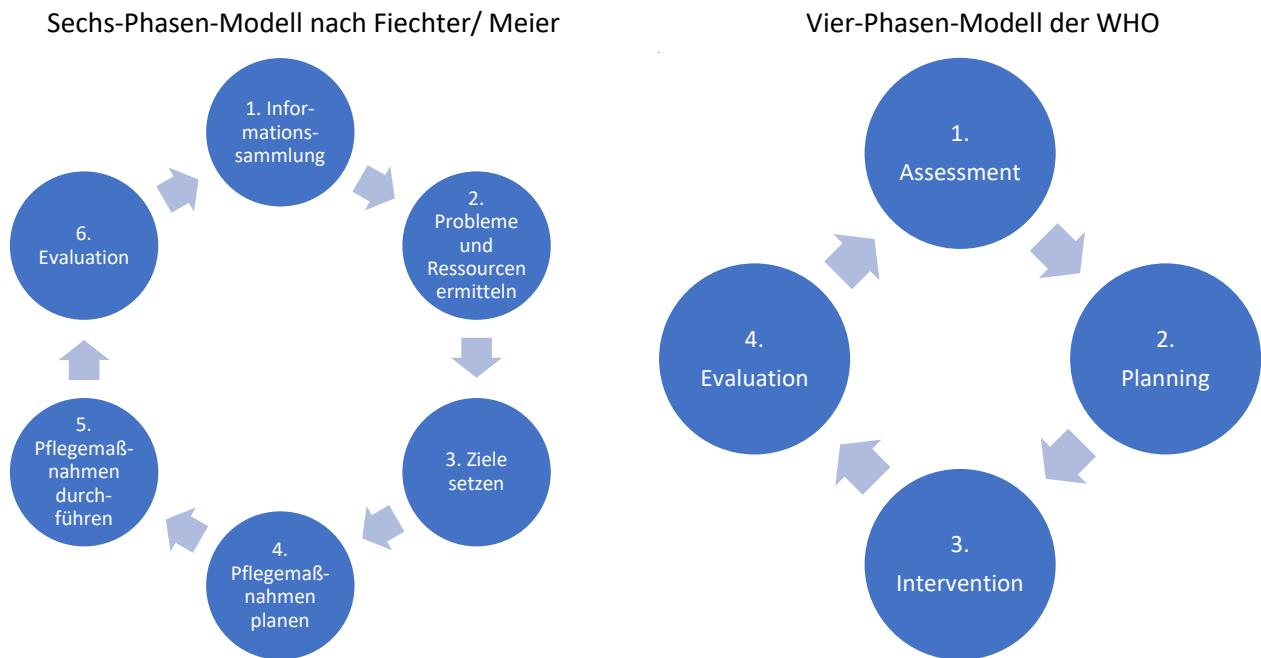
2012 schlug Elisabeth Beikirch als eingesetzte Ombudsfrau ein Strukturmodell zur Pflegedokumentation in der Langzeitpflege vor. Im Juli 2012 erhielt sie vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag, dieses Modell zu testen. 2014 wurde nach § 113 SGB XI die bundesweite Implementierung verabschiedet.
→ Infos: www.ein-step.de

Der Bürokratieabbau in der Pflegedokumentation der stationären Pflege erfolgt mittels Begrenzung der Verschriftlichung des Pflegeprozesses von sechs auf vier Schritte/ Elemente entsprechend des WHO-Pflege-Modells sowie Einführung des Strukturmodells mit der **SIS® (Strukturierte-Informations-Sammlung)** als Kernelement.²

¹ Vgl. Panka (Hrsg.): Pflegedokumentation entbürokratisiert, 2017, S. 17 ff.

² Vgl. Henke: Formulierungshilfen zur Pflegeplanung, 2017, S. 19 ff.

Pflegeplanung

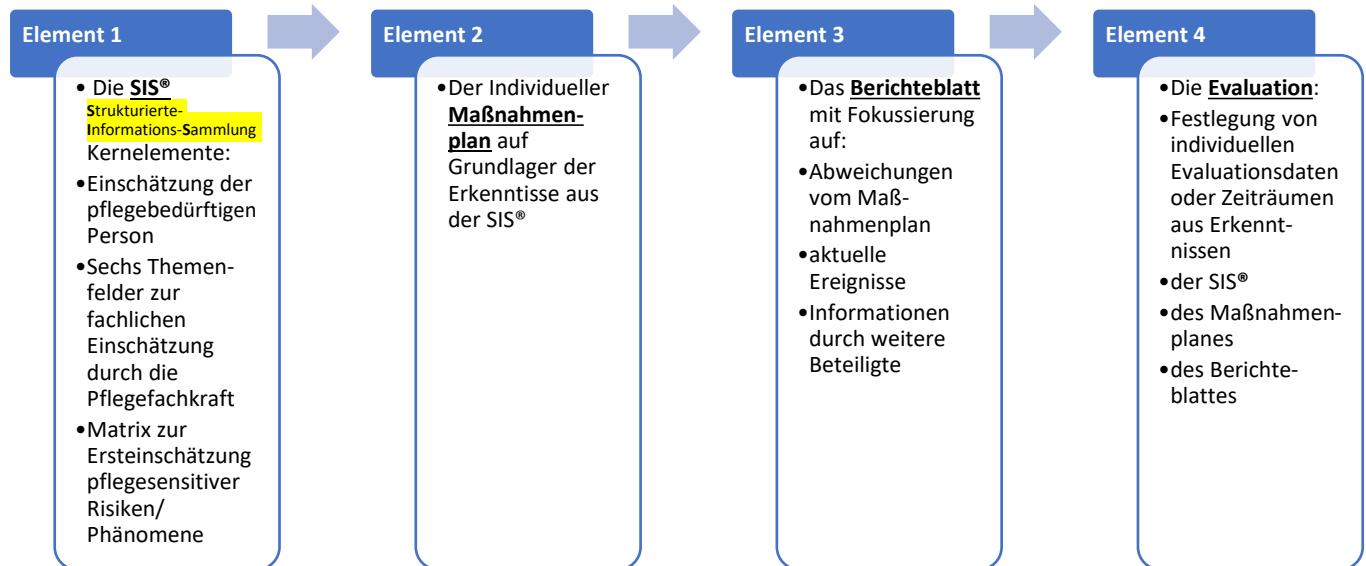


Die Grundprinzipien der inhaltlichen Ausrichtung des Strukturmodells:³

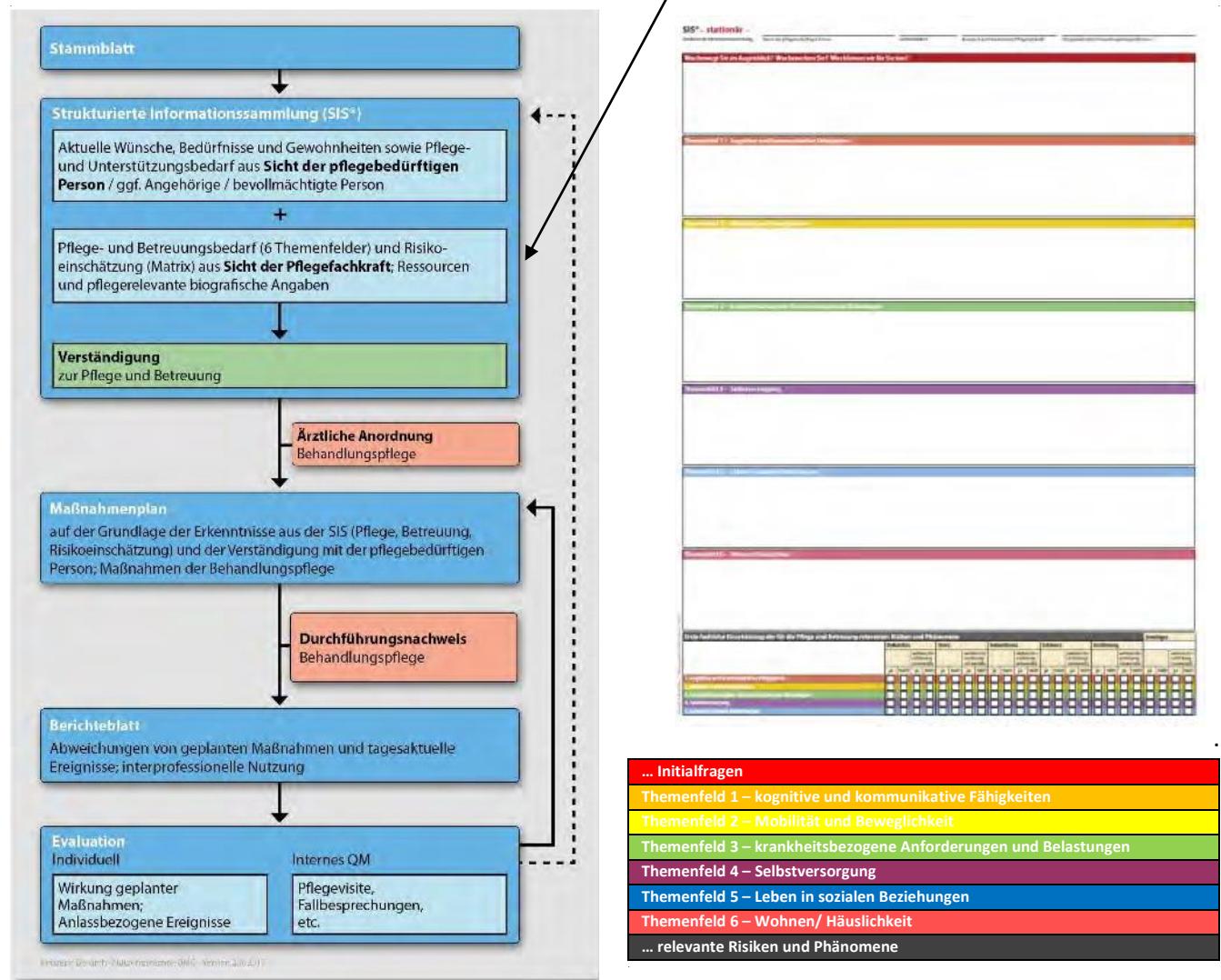
- Das pflegewissenschaftliche Fundament eines personenzentrierten Ansatzes, sich daraus ergebene Konsequenzen für den individuellen Pflege- und Betreuungsprozess sowie die Organisationsabläufe und die Kommunikation des Pflege- und Betreuungsteams.
- Die Stärkung der fachlichen Kompetenz der Pflegefachkräfte und der Verständigungsprozess mit der pflegebedürftigen Person im Hinblick auf die Selbstbestimmung und die individuellen Wünsche und Bedürfnisse.
- Die Erfassung pflege- und betreuungsrelevanter biografischer Aspekte im Zusammenhang mit der fachlichen Einschätzung zur individuellen Situation der pflegebedürftigen Person.
- Die (Erst-)Einschätzung zu individuellen pflegerischen Risiken und Phänomen der pflegebedürftigen Person und sich daraus abzuleitender individueller fachlicher Handlungsbedarf durch die Pflegefachkraft und damit die Abkehr von schematischen Routinen.
- Die Beschränkung im Berichteblatt auf Abweichungen von den regelmäßig wiederkehrenden geplanten Maßnahmen der körperbezogenen Pflege und pflegerischer Betreuungsmaßnahmen sowie die Dokumentation akuter Ereignisse.
- Die Beibehaltung der bisherigen Dokumentationsanforderungen für ärztlich angeordnete oder verordnete Maßnahmen der Behandlungspflege.

³ Vgl: www.ein-step.de/schulungsunterlagen/schulungsunterlagen/ 2017, S. 15

Die vier Elemente des Strukturmodells auf der Grundlage des vierphasigen Pflegeprozess:⁴



Einbettung der SIS® in das Strukturmodell⁵



⁴ Vgl: www.ein-step.de/schulungsunterlagen/schulungsunterlagen/ 2017, S. 14

⁵ Vgl: www.ein-step.de/schulungsunterlagen/schulungsunterlagen/ 2017, S. 17

SIS® - Strukturierte-Informations-Sammlung

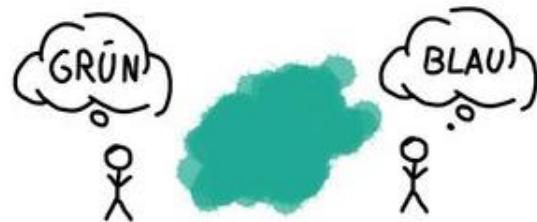
SIS® stationär	Name zpM	Geburtsdatum	Gespräch am/ Hdz. Pflegefachkraft	zpM/ Angehöriger/ Betreuer												
Initialfragen: Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?																
Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten Leitfrage: Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren auch unter Beachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens zu erkennen?																
Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit Leitfrage: Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs, auch unter Beachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens zu bewegen?																
Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen Leitfrage: Inwieweit liegen krankheits- und therapiebedingte sowie für die Pflege und Betreuung relevante Einschränkungen der pflegebedürftigen Person vor?																
Themenfeld 4 – Selbstversorgung Leitfrage: Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person zur Körperpflege, zum Kleiden, zur Ernährung und zur Ausscheidung eingeschränkt?																
Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen Leitfrage: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?																
Themenfeld 6 – Wohnen/ Häuslichkeit Leitgedanke (je nach Versorgungsform) – stationär: Wünsche und Vorlieben bezüglich der eigenen Einrichtung und die Fähigkeits- und Selbstständigkeitsbeeinträchtigungen in Bezug auf Reinigung und Ordnung halten im Zimmer																
Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene:																
1. kognitive u kommunikative Fähigkeiten 2. Mobilität und Beweglichkeit 3. krankheitsbez. Anforder. u. Belastungen 4. Selbstversorgung 5. Leben in sozialen Beziehungen	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges: ...					
	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein		
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein

Maßnahmenplan

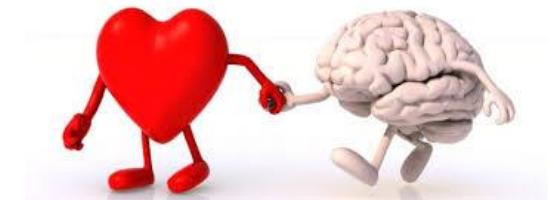
Seite	Name	Vorname	Geb.Datum	PFK
-------	------	---------	-----------	-----

*Die Inhalte des Maßnahmenplan orientieren sich an den Inhalten der 6 Themenfelder der SIS®. Jedes im SIS®-Bogen ausgefülltes Themenfeld wird betrachtet und NACH Durchführung des Verständigungsprozesses werden entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Zu den Maßnahmen gehören auch die Prophylaxen, die in den Ablauf der Tätigkeit eingebunden sind. Betreuungsangebote und Hinweise auf Behandlungspflege (ohne Details) runden den Maßnahmenplan ab.

Pflegedokumentation



Wiederholung LF 1e Dokumentation von Informationen



subjektiv – objektiv

subjektiv	objektiv
<ul style="list-style-type: none">• Eine subjektive Betrachtung ist: individuell• Es fließen sowohl die eigenen Gefühle als auch die bisherigen Erfahrungen mit in die Betrachtung ein.• Man ist voreingenommen und hat eventuell gewisse Vorurteile.	<ul style="list-style-type: none">• Eine objektive Betrachtung ist: sachlich u. neutral• Es zählen Daten und Fakten.• Man versucht möglichst wertfrei und neutral auf ein Thema einzugehen.
→ Beispiel: Biografie	→ Beispiel: PFLEGEDOKUMENTATION

Pflegedokumentation

Wiederholung LF 1e – subjektive/ objektive Formulierung im Pflegebericht

Situation	subjektive Formulierung	objektive Formulierung
Ein Bewohner lehnt es ab, sich waschen zu lassen und die Kleider zu wechseln. Überredungsversuchen begegnet er erbost. Er benutzt Worte wie Sau, Kuh usw.	Bewohner beleidigt mich und verweigert die Pflege. Habe die Pflege daher nicht durchgeführt.	Bewohner hat Körperpflege und Kleiderwechsel abgelehnt. Er äußerte großen Ärger über die Pflegekräfte, nannte aber keine konkreten Sachverhalte. Wenn er die Grundpflege bis Donnerstag weiterhin ablehnt, sollte ein Gespräch über seine Beweggründe geführt werden
Ein Bewohner wird wütend und wirft der Pflegekraft einen Gegenstand hinterher.	Bewohner war aggressiv.	Bewohner warf um 13:11 Uhr ohne erkennbaren Anlass eine Blumenvase nach der Pflegekraft.
Ein Bewohner stürzt zum wiederholten Mal über eine Teppichkante in seinem Zimmer.	Bewohner ist schon wieder gefallen.	Bewohner ist um 11:25 Uhr gestürzt, siehe Sturzprotokoll. Hausarzt kommt gegen 14 Uhr.
Ein demenzerkrankter Bewohner läuft während einer längeren Zeit immer wieder den Flur auf und ab.	Bewohner läuft schon wieder ständig über den Flur und will sich nicht setzen.	Bewohner ging heute Morgen seit dem Frühstück ohne Pause auf dem Wohnbereich umher. Er hatte hierbei einen angespannten Gesichtsausdruck. Beim Mittagessen blieb er für drei Minuten sitzen. Danach ging er weiter. Körperhaltung und Gesichtsausdruck wirkten zunehmend angespannter.
Ein demenzerkrankter Bewohner fragt eine Pflegekraft mehrfach hintereinander nach der Uhrzeit.	Bewohner ist unruhig und fragt ständig nach der Uhrzeit.	Bewohner fragt wiederholt nach der Uhrzeit und vergisst die Antwort sofort wieder.

Pflegedokumentation – praktisch

Berichteblatt

Situation	Dokumentation im Pflegebericht
 <p>Teilkörperpflege am Waschbecken</p>	
 <p>Ganzkörperpflege im Bett</p>	

Pflegedokumentation – praktisch

Vitalzeichenblatt

Tag/ Monat:	01.04.	02.04.	03.04.	04.04.	05.04.	06.04.	07.04.	08.04.	09.04.	10.04.	11.04.	12.04	13.04
-------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	-------

P 140	T 40												
120	39												
100	38												
80	37												
60	36												
40	35												
RR:													
Gewicht:													

Tragen Sie die folgenden Werte in die Kurve ein:	P: 80 T: 37,2 RR: 140/80	P: 84 T: 37,4 RR: 135/80	P: 88 T: 37,8 RR: 140/80	P: 88 T: 37,8 RR: 135/80	P: 84 T: 37,4 RR: 135/80	P: 80 T: 37,2 RR: 140/70	P: 80 T: 37,0 RR: 130/80	P: 84 T: 36,8 RR: 135/75	P: 88 T: 36,8 RR: 140/80	P: 88 T: 36,8 RR: 140/75	P: 80 T: 36,8 RR: 140/80	P: 80 T: 36,8 RR: 135/80	P: 84 T: 37,0 RR: 140/75
--	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

P: Puls → mit rotem Stift in die Kurve einzutragen.

T: Temperatur → mit blauem Stift in die Kurve eintragen.

RR: Eine gängige Abkürzung für den arteriellen Blutdruck ist RR, nach dem italienischen Internisten Scipione Riva-Rocci (1863 bis 1937). Die Einheit des Blutdruckes ist „mm Hg“ = Millimeter Quecksilbersäule.

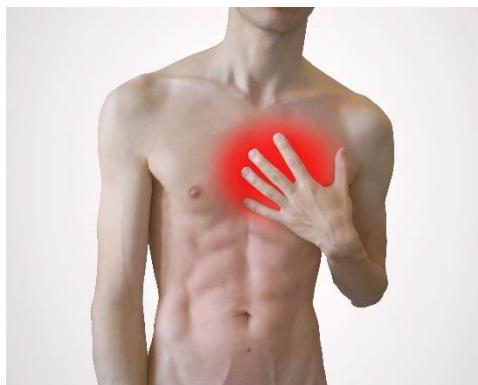
Pflegedokumentation – praktisch

Dokumentation von Informationen im Pflegebericht

Tragen Sie die folgenden Vitalwerte in die analoge Patientenkurve ein:

- Blutdruck: 140/80
- Plus: 80
- Temperatur: 37,2

U:	A:	EK:	Datum				
ZUW:			p.OP				
KO:			P / T				
AUF:			140 40				
Vorbefunde:				120 39			
				100 38			
				80 37			
				60 36			
Dat.	AZ	Untersuchungen	Stop	40 35			
				RR			
				RR			
				Gr. / Gew.			



Deuten Sie die Situation „Schmerzen“ – tragen Sie Ihre Deutung **PROFESSIONELL** in die Pflegedokumentation ein:
