



Gefördert mit Mitteln aus dem Zukunftsfonds  
„Arbeit Menschen Digital“ der AK Oberösterreich



# „Pflegedokumentation neu denken“

Martin König, MBA  
Monika Reiter, MBA

2. Salzburger Symposium  
Effiziente Dokumentation für exzellente Pflege  
21. Juni 2023

## A. Grundsätzliches

- Ausgangslage
- Ziele und Lösungsansätze
- Voraussetzungen

## B. Projektorganisation

- Ansprechpersonen
- Projektteilnehmer
- Projektorganisation im APH
- Projektablauf
- Kosten

## C. Projektinhalte

- Grundlagen
- Methoden
- Workshops

## Ausgangslage

- Auftrag des Unterausschusses Pflege im OÖ Landtag an die Abteilung Soziales für Lösungsansätze zur Reduktion der Pflegedokumentation
- Projektauftrag „Pflegedokumentation neu denken“ der Abteilung Soziales an die SoNe (Soziale Netzwerk GmbH)
- Umsetzung in 11 APHs (aus allen Regionen, unterschiedliche Träger)
- Finanzierung durch AK-Zukunftsfonds u. Sozialresort

## Ziele und Lösungsansätze

- Vereinfachte, effiziente, vereinheitlichte Pflegedokumentation
- Entlastung der Mitarbeiter:innen;
- sichtbarer und spürbarer Nutzen für Mitarbeiter:innen
- Erarbeitung umsetzbarer Lösungen durch Einbindung von Expert:innen und Praktiker:innen
- Entwicklung eines Leitfadens/Handbuchs „Pflegedokumentation neu denken“
- Adaptierung bestehender Systeme
- Ausrollung der Ergebnisse in allen oö. APHs – Schulung der Mitarbeiter:innen

## Voraussetzungen

- Öffentliche Trägerschaft
- APHs in OÖ
- Zustimmung der Betriebsräte
- Doku mit EDV (Carecenter/Vivendi)
- Schriftliche Zustimmung zur Projektstruktur

## Ansprechpersonen

Projektleitung:

Martin König, MBA

Geschäftsführer der SoNe (Soziales Netzwerk GmbH)  
07258/29300-10 oder 0664/2214213  
[martin.koenig@sone.co.at](mailto:martin.koenig@sone.co.at)

Fachliche Leitung:

DGKP Monika Reiter, MBA

Lehrerin für Gesundheitsberufe, Expertin der GÖG, gerichtlich  
beeidete Pflegesachverständige  
0699/81233424, [Monika.Reiter@RpR.at](mailto:Monika.Reiter@RpR.at)

# Projektteilnehmer

Einrichtung	Träger	Mitarbeiter/innen in der Pflege/ Betreuung	in PE	Größe der Einrichtung in .....
<b>BSWH Bad Hall</b>	SHV Steyr-Land	82	59,11	123
<b>BAPH Esternberg</b>	SHV Schärding	78	57,255	125
<b>BAPH Haslach</b>	SHV Rohrbach	70	47,925	100
<b>BAPH Kallham</b>	SHV Grieskirchen	71	50,96	84
<b>BAPH Lambach</b>	SHV Wels-Land	43	33,875	125
<b>BAPH Perg</b>	SHV Perg	53	38,65	102
<b>APE Steyr</b>	Stadt Steyr	84	65,53	130
<b>AH Rudigier Linz</b>	Kreuzschwestern Linz	60	45,92	100
<b>Haus Karl Borromäus Linz</b>	Caritas Linz	86	66,816	125
<b>Seniorenheim Vöcklabruck</b>	Gemeinde Vöcklabruck	46	33,70	85
<b>Haus Vogelweide Wels</b>	Stadt Wels	83	58,35	128

## Projektorganisation im APH

**Projektverantwortlicher:** DGKP

**Stellv. Projektverantwortlicher:** DGKP

### **Arbeitsgruppen:**

Teilnehmer: je 1 DGKP und 1 FSB „A“ aus jedem Wohnbereich

Die Arbeitsaufträge aus den vier Workshops werden anschließend in der Arbeitsgruppe (Dauer: jeweils ½ Tag) im APH bearbeitet.





# Projekttablauf

Termine	Inhalte
<b>18. September 2019</b>	<b>Start-Info, Wels</b>
Oktober 2019	Projekteinreichung – Zukunftsfonds AK
November 2019	Juryentscheidung bzgl. Förderung
<b>31. Jänner 2020</b>	<b>1. Tages-Workshop</b>
Februar – März 2020	Arbeitsgruppe im APH
<b>13. März 2020</b>	<b>2. Tages-Workshop</b>
März – Mai 2020	Arbeitsgruppe im APH
<b>13. Mai 2020</b>	<b>3. Tages-Workshop</b>
Mai – Juli 2020	Arbeitsgruppe im APH
<b>9. Juli 2020</b>	<b>Abschluss-Workshop</b>
<b>Herbst 2020</b>	<b>Präsentation der Ergebnisse</b>

## Kosten

Pilotprojekt: € 29.908,50

Folgeprojekt: € 149.556,68

Die Kosten wurden zu 50 % durch den Zukunftsfonds der AK OÖ und zu 50 % von der Abteilung Soziales des Landes OÖ übernommen.

Kosten für APH – Träger

- Arbeitszeit Mitarbeiter (ca. 20 Std. / MA)
- Weiterführende Schulungs- bzw. Anpassungskosten

## Fachliche Begleitung

### **Monika Reiter, MBA**

DGKP

Lehrerin für Gesundheitsberufe

Fachexpertin der GÖG

Auditorin

Fachbuchautorin

Ganzheitliche Gedächtnistrainerin

Akad. Gesundheitsbildnerin

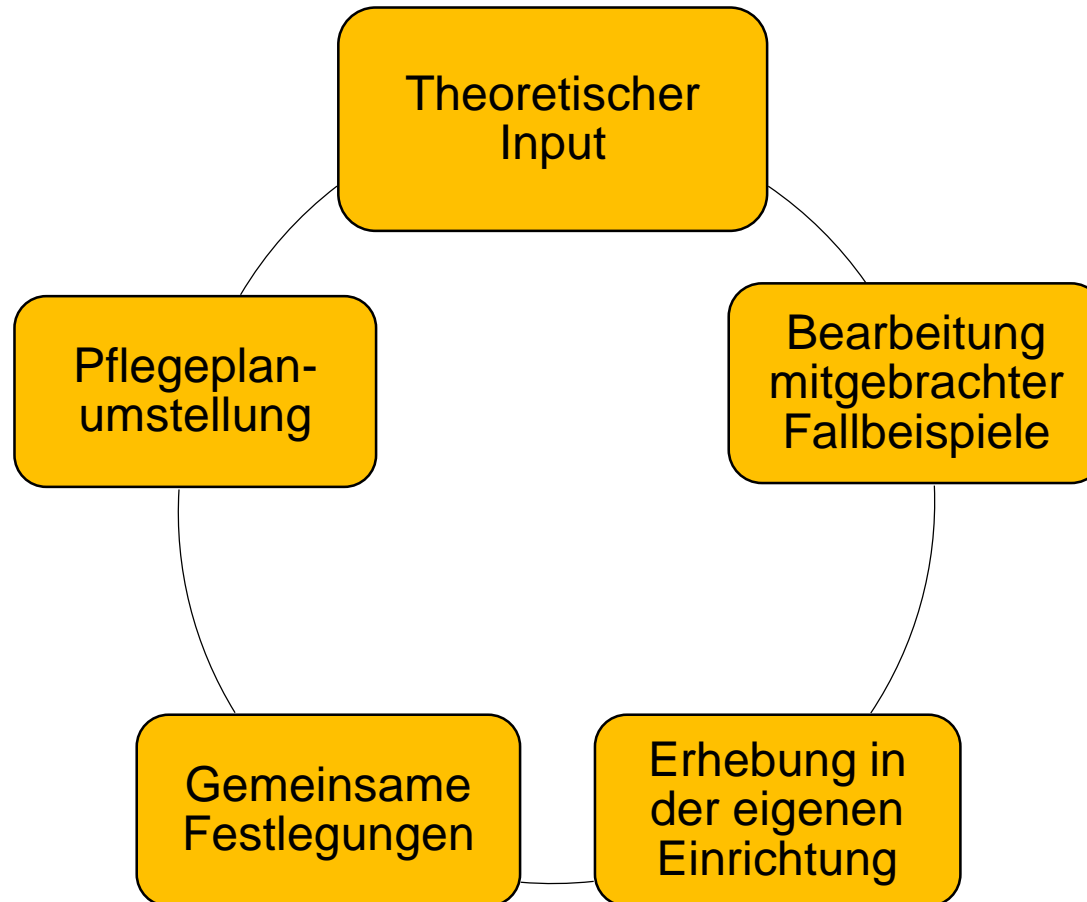
Mediatorin

Gerichtlich beeidete zertifizierte Sachverständige inkl. Pflegegeldeinstufungen

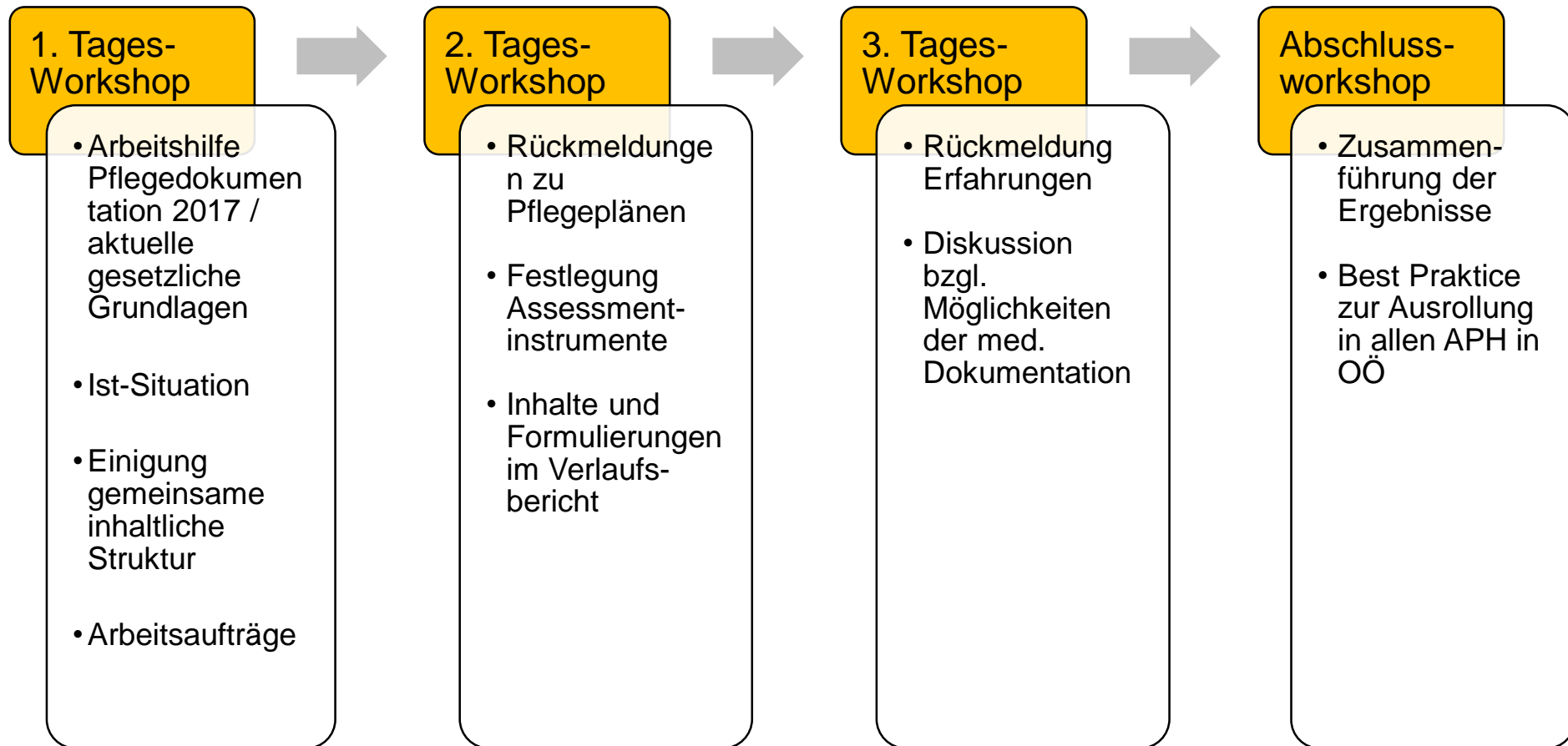
# Grundlagen



# Methoden/Inhalte Workshops



# Workshops



## Ausblick

- Nach erfolgreichem Projektabschluss sollen die Ergebnisse in den 11 APHs umgesetzt werden.
- Innerhalb von 3 Jahren soll die vereinfachte/effiziente Pflegedokumentation in allen oö. APHs eingeführt werden.
- Evaluierung – 2x jährlich



Gefördert mit Mitteln aus dem Zukunftsfonds  
„Arbeit Menschen Digital“ der AK Oberösterreich



SoNe – SOZIALES  
NETZWERK  
GMBH



# Projektergebnisse „Pflegedokumentation neu denken“



# Projektergebnisse Pilotphase

- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Akteuren
- Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflege von „zu viel auf das Notwendige“
- Grundlage für Pflegeforschung – vergleichbare statistische Daten
- Sicherstellung von Pflegequalität durch klare Strukturen und nachvollziehbare Abläufe insbesondere auch gegenüber externer Partner und Prüfinstanzen

Rückmeldungen der MitarbeiterInnen bestätigen, dass vor allem die Klarheit und Transparenz Sicherheit im täglichen Dokumentieren gibt.

Die einheitliche Vorgehensweise (Standardisierung) und die Definition einer Mindestanforderung der Dokumentation unterstützt die Erhaltung einer hohen Pflegequalität und erleichtert das Einarbeiten neuer MitarbeiterInnen, bei gleichzeitiger Reduzierung der benötigten zeitlichen Ressourcen für die Dokumentation.

# Grundsätze

Übergeordnetes Ziel ist die **Reduktion der überbordenden Pflegedokumentation** auf ein fachlich **notwendiges Maß** unter **Sicherstellung der Qualität** für BewohnerInnen und MitarbeiterInnen.

**Primäres Ziel** der Dokumentation ist eine **geordnete Weitergabe von Informationen** zwischen allen, am Betreuungsprozess beteiligten, Berufsgruppen.

**Sekundäres Ziel** der Dokumentation ist die **Nachvollziehbarkeit unseres Handelns.**

**„Weg von der Tätigkeitsorientierung hin zur Kompetenzorientierung!“**

## Grundhaltungen/Basisleistungen/Hotel-, Service-/ Logistikleistungen der professionellen Pflege

Sind Leistungen, die für alle BewohnerInnen und den OÖ APH zur Verfügung stehen und daher **nicht gesondert dokumentiert** werden.

- **Bewohnerinformationen zu Organisation/Tagesstruktur** (Checklisten beim Einzug)
- **Hotel- und Serviceleistungen:** Erklärung Rufanlage, Bettfunktion, Bett richten, Wäschewechsel, Reinigungsarbeiten, Versorgung zu den Mahlzeiten/Zwischenmahlzeiten (dafür ist keine pflegerische Kompetenz notwendig)
- Grundsätzliche **Infos zu pflegerischen Maßnahmen**, Einholung des Einverständnisses, angemessene Kommunikation gehören zum pflegerischen Grundverständnis
- **Handlungsschemata** die in der Ausbildung erlernt werden (wie Körperpflege durchgeführt wird)
- **Maßnahmen die nach Standards** durchgeführt werden (z.B. Kontrollgänge in der Nacht)

# Pflegeassessment

Das **initiale Assessment** ist die Einschätzung des IST-Zustands beim Einzug.

Es beinhaltet: Risiken, Ressourcen, individueller Verhaltensweisen, Bedürfnisse, Beeinträchtigungen (körperlich/psychisch/kognitiv), Beurteilung des sozialen Umfelds und der Pflegevorgeschichte

Es beginnt mit dem Erstgespräch und beinhaltet die Erstellung einer kompletten Pflegeplanung. In der Langzeitpflege soll es **nach 14 bis max. 28 Tagen abgeschlossen** sein.

Bis die erste Planung abgeschlossen ist, können die Pflegemaßnahmen in einem vorläufigen Pflegeplan oder im Pflegebericht dokumentiert werden.

# Pflegeassessment – Biografie

Der Biografiebogen ist ein Instrument, das kontinuierlich weiter ergänzt werden soll.

Es wurden sechs Hauptkategorien definiert:

- Leib
- Soziales
- Ökologie
- wichtige Lebensereignisse
- Ressourcen
- Pallium

Biografiebogen inkl. Pallium

<b>LEIB</b> umfasst Körper (Einschränkungen, Vorlieben, ...) Geist (Gefühle, Glauben, ...) Seele (Ziele, Erfahrungen, Ausbildung/Beruf, ...)																																			
<b>Soziales</b> umfasst Herkunftsfamilie, aktuelle Familie, Freunde, Beziehungen																																			
<b>Ökologie</b> umfasst Wo / Wie aufgewachsen? Wo / Wie gelebt?																																			
<b>Wichtige Lebensereignisse</b> umfasst Positive und negative prägende Erlebnisse / Ereignisse																																			
<b>Ressourcen</b> umfasst Positive Erinnerungen, Hobbies, Rituale, Bewältigungsstrategien, ...																																			
<b>Pallium</b> umfasst <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissen um und Umgang mit Erkrankungen / Einschränkungen</li> <li>• Erwartungen / Wünsche an / von An- und Zugehörigen</li> <li>• Konkrete Wünsche zum Abschied nehmen (Seelsorge, Verabschiedung, wie, mit wem)</li> </ul>																																			
Vorhandene Dokumente (im System vorliegend ja / nein) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenverfügung (verbindlich, beachtlich)                         <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> verbindlich</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> beachtlich</td> <td></td> </tr> </table> </li> <li>• Erwachsenenvertreter (wer, in welchen Belangen)                         <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> </table> </li> <li>• Vorsorgevollmacht                         <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> </table> </li> <li>• Willenserklärung (vorhanden, der Wunsch danach?)                         <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> <tr> <td>Wunsch <input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> verbindlich		<input type="radio"/> beachtlich		<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Wunsch <input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<table border="0"> <tr> <th colspan="2">Vorhanden</th> <th colspan="2">Falls ja, vorliegend</th> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> <td><input type="radio"/> JA</td> <td><input type="radio"/> NEIN</td> </tr> </table>	Vorhanden		Falls ja, vorliegend		<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																		
<input type="radio"/> verbindlich																																			
<input type="radio"/> beachtlich																																			
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																		
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																		
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																		
Wunsch <input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																		
Vorhanden		Falls ja, vorliegend																																	
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN																																

Biografiebogen inkl. Pallium erstellt von: Monika Reiter, MBA erstellt am 10.10.2020



# Pflegeassessment – Beispiel Biografie

<p><b>LEIB</b> umfasst          Körper (Einschränkungen, Vorlieben, ...)          Geist (Gefühle, Glauben, ...)          Seele (Ziele, Erfahrungen, Ausbildung/Beruf, ...)</p>	<p>Fr. H. sitzt tagsüber im RST, kann sich aber selbstständig fortbewegen. Transfer und Bewegung im Bett ist ihr ebenfalls selbstständig möglich. Ohrensauen und Depressionen zählt sie selbst zu ihren größten Einschränkungen.          Lieblingsschlafposition; seitlich.          Fr. H. hat nach der Volksschule keine Ausbildung gemacht, sagt aber von sich, dass sie ihr Leben immer im Griff hatte. Sie hat sich um den Haushalt gekümmert.</p>
<p><b>Soziales</b> umfasst          Herkunftsfamilie, aktuelle Familie, Freunde, Beziehungen</p>	<p>Sie ist die Tochter eines Steinbrucharbeiters und einer Hausfrau. Das Verhältnis zu den Eltern war schlecht, Erziehung hat es lt. Fr. H. nicht gegeben, sie konnte nichts von den Eltern lernen. Ihren Vater bezeichnet sie als Trunkenbold und Tyrannen. Sie war die Älteste, hatte 4 Geschwister und 4 Stiefgeschwister. Das Verhältnis zu ihren Geschwistern war gut. Weitere Bezugspersonen waren ihre Taufpatin und ihr Opa.          Sie hat mit 22 Jahren geheiratet. Ihren Mann ist sie immer wieder am <u>Wieserfeldplatz</u> begegnet. Ihr Gatte war sehr gutaussehend, Fr. H. war immer etwas eifersüchtig. Frau H. sagt: „es war Liebe dabei und auch nicht“. Ihr Mann ist 2015 verstorben („jeder muss einmal sterben“) Das Paar hat 3 Töchter (Susanne, Gabriele und Marion), einen Enkel (Daniel) und <u>Urenkerl</u>. Sie hat zu allen einen guten Kontakt, zu Marion aber ein besonders gutes Verhältnis.</p>
<p><b>Ökologie</b> umfasst          Wo / Wie aufgewachsen?          Wo / Wie gelebt?</p>	<p>Aufgewachsen ist sie in Feldkirchen an der Donau in ärmlichen Verhältnissen Fr. H. ist gerne Rad gefahren und hat sich mit Freundinnen getroffen, sie hat auch gerne auf Kinder aufgepasst. Pflichten hatte sie keine bestimmten.</p>
<p><b>Wichtige Lebensereignisse</b> umfasst          Positive und negative prägende Erlebnisse / Ereignisse</p>	<p>Eine Reise nach New York          Spitalsaufenthalt wegen Blutvergiftung</p>
<p><b>Ressourcen</b> umfasst          Positive Erinnerungen, Hobbies, Rituale, Bewältigungsstrategien, ...</p>	<p>Der Duft von Heu erinnert sie noch an die Kindheit, Vanille ist ihr Lieblingsduft. Zigarettengeruch mag sie gar nicht.          Fr. H. zählte Familie, Reisen, Stricken, Kegeln (Kegelverein), Nähen und Lesen zu ihren Hobbies. Sie war auch ehrenamtliche Mitarbeiterin bei „Allianz für Kinder“. Heute geht sie gerne ins Kaffeehaus und liest die Zeitung.          Fr. H. ist sehr tierliebend, sie hatte früher eine Katze „<u>Morli</u>“; Lieblingsblume: Sonnenblume          Fr. H. mag gerne Süßspeisen und Kaffee (Obstgarten!!!). Fleisch und harte Spirituosen mag sie nicht.          Fr. H. mag Schlager (Peter Alexander und Karel Gott) und ältere Filme (Peter Alexander und Waltraud Haas)</p>

# Pflegeassessment - Assessmentinstrumente

**Mindeststandard** sind Schmerz- und Sturzassessment.

Die Notwendigkeit der Verwendung zusätzlicher Instrumente zur Einschätzung des Dekubitusrisikos oder Ernährungszustandes, ect. obliegen der planenden DGKP.

Eine **Neueinschätzung** des IST-Zustandes soll **individuell** und **bedarfsorientiert** sein:

- Situationsabhängig (Sturz, akuter Schmerz)
- Bei Veränderung des Gesundheitszustandes/Pflegebedarfs

In der Langzeitpflege wird empfohlen alle 6-12 Monate eine Neueinschätzung durchzuführen.

# Pflegeplanung

POP Diagnosen werden als Klassifikation zur Erstellung eines Pflegeplan empfohlen.

Die POP Klassifikation orientiert sich an den Ressourcen der pflegebedürftigen Person. Weiteres sind die Pflegediagnosetitel auf den Bereich der pflegerischen Kernkompetenz abgestimmt und beinhalten nicht, wie bei NANDA, Inhalte der medizinischen Diagnostik und Therapie.

Folgende Pflegediagnosetitel bilden den Pflege- und Betreuungsbedarf von BewohnerInnen in APH am besten ab:

Aktuelle Pflegediagnosen nach POP	Aktuelle Pflegediagnosen nach NANDA
• Energie / Kraft beeinträchtigt	• Aktivitätsintoleranz
• Mobilität beeinträchtigt	• Mobilität, körperliche beeinträchtigte
• Aktivität umfassend beeinträchtigt	• Aktivitätsintoleranz
• Denkprozess verändert	• Denkprozesse, gestörte
• Atmen beeinträchtigt	• Atemvorgang, unwirksamer
• Schlucken beeinträchtigt	• Schluckstörung, Aspirationsgefahr
• Gewebeintegrität beeinträchtigt	• Hautschädigung
• Schmerzen	• Schmerzen, akut / chronisch
• Selbstschutz beeinträchtigt	• Selbstschutz, unwirksamer
Risiko Pflegediagnosen nach POP	Risiko Pflegediagnosen nach NANDA
• Sturz, Risiko	• Sturzgefahr
• Überernährung, Risiko	• Überernährung, Gefahr einer
• Flüssigkeitshaushalt defizitär, Risiko	• Flüssigkeitshaushalts, Gefahr eines unausgeglichene
• Mangelernährung, Risiko	• Mangelernährung
• Gewebeintegrität beeinträchtigt, Risiko	• Hautschädigung, Gefahr einer



# Pflegeplanung – priorisierte PD-Titel

Aktuelle Pflegediagnosen nach POP
• Energie / Kraft beeinträchtigt
• Mobilität beeinträchtigt
• Aktivität umfassend beeinträchtigt
• Denkprozess verändert
• Atmen beeinträchtigt
• Schlucken beeinträchtigt
• Gewebeintegrität beeinträchtigt
• Schmerzen
• Selbstschutz beeinträchtigt

Risiko Pflegediagnosen nach POP
• Sturz, Risiko
• Überernährung, Risiko
• Flüssigkeitshaushalt defizitär, Risiko
• Mangelernährung, Risiko
• Gewebeintegrität beeinträchtigt, Risiko

# Pflegeplanung – Anzahl Pflegediagnosen

Es gilt der Grundsatz: **So wenige als möglich, so viele als nötig!**

Eine **Hauptdiagnose** wählen, die am besten beschreibt, was die **Hauptursache** für den **Pflege- / Betreuungsbedarf** ist. Diese beinhaltet alle Bereiche, die aufgrund der Einschränkung zu unterstützen sind.

So beinhaltet beispielsweise die PD: „Mobilität beeinträchtigt“ auch Körperpflege, Ausscheidung, Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme etc., wenn die Einschränkungen in diesen Bereichen durch die beeinträchtigte Mobilität verursacht sind.

# Pflegeplanung – Anzahl Pflegediagnosen

Weitere Pflegediagnosen werden formuliert, wenn:

- Pflegeinterventionen nicht in die Hauptdiagnose passen => Zweitdiagnose
- Ein individuell erhöhtes Risiko besteht: z.B. Sturzgefahr, Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits (allgemeine Risiken, wie jeder Mensch ab dem 65. Lebensjahr ist sturzgefährdet, sind nicht zu planen).

Die Einschätzung des Risikos liegt bei der verantwortlichen DGKP!

# Pflegeplanung – Aktuelle Pflegediagnose versus Risikodiagnose

Ob erforderliche Pflegeinterventionen in einer Risiko- oder aktuellen Pflegediagnose abgebildet werden, entscheidet die planende Pflegefachkraft.

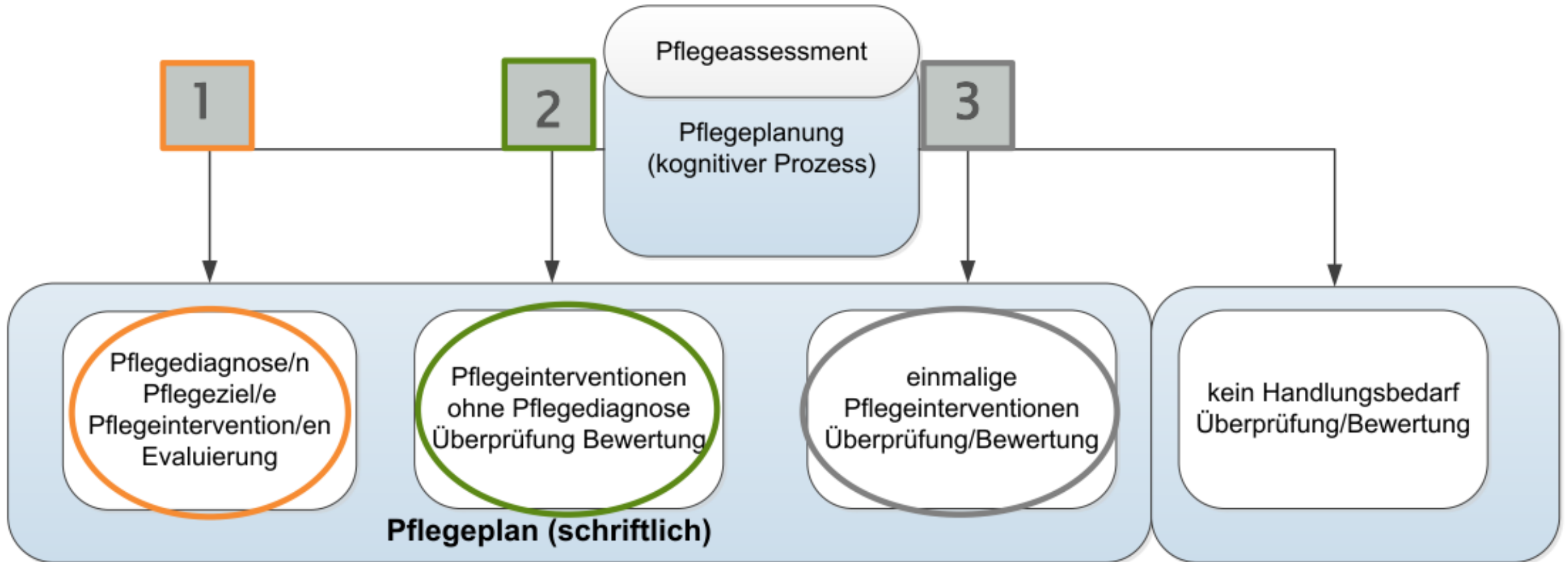
Empfehlung dazu:

Wenn das **Risiko** eine **vordergründige Aufmerksamkeit** der Pflegepersonen **erfordert**, ist es sinnvoll, eine **Risikodiagnose** zu wählen. Wenn die Interventionen, in einer anderen aktuellen Diagnose eingebunden werden kann, ist es auch zulässig, diese dort zu planen.

So können pflegerische Interventionen, die ein Sturzrisiko minimieren können, beispielsweise in der Risikodiagnose „Sturz, Risiko“ oder in der aktuellen Pflegediagnose „Mobilität beeinträchtigt“ geplant werden.

**Wichtig ist, dass die erforderlichen Maßnahmen sich im Pflegeplan wieder finden!**

# Pflegeplanung – Klassischer Pflegeplan oder Interventionsplan



# Pflegeplanung – Klassischer Pflegeplan oder Interventionsplan

## 1 : Interventionen in Verbindung mit einer Pflegediagnose

- Dokumentation im Durchführungsnachweis
- bei einer Abweichung, den Unterstützungsgrad betreffend, wird der Grund im Verlaufsbericht dokumentiert. Andere Abweichungen wie z.B. eine Änderung der Örtlichkeit (Waschbecken/Dusche/Bett) müssen nicht gesondert dokumentiert werden.

## 2 : wiederkehrende Pflegeinterventionen ohne Pflegediagnose

- Dazu gehören Pflegeinterventionen, die sich aus der medizinischen Behandlung bzw. der multiprofessionellen Versorgung, durch Pflegesituationen, die im Rahmen des Aufenthaltes nicht beeinflussbar und mit keinem Pflegeziel verbunden sind, ergeben.

## 3 : einmalige Pflegeinterventionen

- die aufgrund eines punktuellen Unterstützungsbedarfs gesetzt werden, werden adhoc-Leistung ohne Zeitangabe erfasst, ggf. erfolgt eine Begründung im Pflegebericht (z.B. Hilfe bei der Mobilisation aufgrund eingeschränktem Allgemeinzustand, Erbrechen).

# Pflegeplanung – Klassischer Pflegeplan oder Interventionsplan

Ein klassischer Pflegeplan besteht aus Pflegediagnose mit allen Bestandteilen.

Bei einer aktuellen PD neben PD-Titel – Ätiologie / Ursache - Symptome – Ressourcen – Pflegeziele – Pflegeinterventionen

Sind **keine realistisch erreichbaren Ziele** vorhanden, wird die Verwendung einer **Interventionsplanung** empfohlen.

Diese besteht aus:

PD-Titel – (Ätiologie / Ursache) - Symptome – Ressourcen – ~~Pflegeziele~~- Pflegeinterventionen



# Pflegeplanung – Pflegeinterventionen

**Handlungsschemata welche in der Ausbildung erlernt werden, müssen nicht im Detail ausformuliert werden.**

Zum Beispiel ist die Planung der Intervention „Übernahme der Morgenpflege“ ausreichend.

Umkleiden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren etc. muss nicht mehr extra geplant werden, da sie zur Körperpflege, die in der Morgenpflege geplant wird, dazu gehören.

Formulierungen für den Grad des Unterstützungsbedarfs:

Leistung
Anleitung ohne Anwesenheit einer Pflegeperson
Anleitung in Anwesenheit einer Pflegeperson
Unterstützung - mind. 50% macht Bew. selbst
Übernahme - mind. 50% macht Pflegeperson



# Pflegeinterventionen – Durchführung Pflegeplan - Evaluierung

Je wichtiger die Pflegeintervention (z.B. Positionierung), **desto genauer** der Durchführungszeitpunkt => Zeitnah **dokumentieren!**

**Die im Pflegeplan festgehaltenen Pflegeinterventionen sind für alle Pflegepersonen verbindlich!**

Alle Pflegepersonen sind verpflichtet, eine beobachtete veränderte Situation an die zuständige DGKP weiterzuleiten und zu dokumentieren  
=> Änderung des Pflegeplans

Im Langzeitpflegebereich wird eine geplante Evaluation in einem Zeitraum von 6-12 Monaten empfohlen!

# Pflegeinterplanung – praktische Anwendung

Welche **Einschränkung** des Bewohners **verursacht** den **Hauptpflegebedarf**?

- Gibt es erreichbare, messbare Ziele? Wenn nicht, werden keine formuliert (Interventionsplanung).
- Besteht ein individuelles Risiko, welches geplant werden muss?
- Passen Interventionen nicht zur Hauptdiagnose evtl. 2. Pflegediagnose formulieren.

Pflegediagnose	Ressourcen	Maßnahmen/Interventionen
Ätiologie, Symptome Beschreibung was der/die Bew. NICHT kann	Was KANN der/die Bew. Welche Hilfsmittel werden verwendet Was mag er/sie, was motiviert ihn/sie?	Welche Tätigkeiten übernimmt die Pflege? Keine Basisleistungen! Handlungsspielräume angeben! Zusammenfassung mehrerer logischer Maßnahmen (z.B. Übernahme der Morgenpflege) Individuelles beschreiben

# Pflegebericht - wie

Enthält die **aktuell** auftretenden **Probleme**, deren **Verlaufsbeschreibung** sowie die Beschreibung des Befindens des Bewohners.

**Der Pflegebericht weißt, sofern keine Besonderheiten verzeichnet sind keinen täglichen Eintrag auf.**

Einträge müssen **nachvollziehbar und chronologisch** sein.

Die Einträge sollen zeitnah erfolgen. Je akuter/relevanter das Ereignis, desto genauer/schneller dokumentieren!

Die Einträge sollen **aussagekräftig** sein. Regelmäßige Einträge bei Auffälligkeiten damit ein **Verlauf** ersichtlich ist, sind zwingend notwendig.

# Pflegebericht - wie

Verwendung des DAR-Schemas: **Daten (Beschreibung), Aktion, Reaktion**

Datum/Uhrzeit	Verlaufsbericht	Merkhilfe
19.11. 2020 08:30 Uhr	Frau M. lehnte Frühstück ab: „Mir ist nicht gut, ich möchte nichts essen“. Um 08:15 Uhr zweimal erbrochen (200 ml, klare gelbe Flüssigkeit).	<b>Daten</b>
	Nach Rücksprache mit DGKP Silvia Einzel-fall-Medikament laut Medikamentenblatt verabreicht.	<b>Aktionen</b>
10:00 Uhr	Übelkeit ist laut Aussage von Frau M. besser, hat ein Häferl Kaffee und ein Kipferl gegessen und gut vertragen.	<b>Reaktionen</b>

# Pflegebericht – Berichtskategorien

Zur besseren Vergleichbarkeit wurden einheitliche Benennung der Berichtskategorien festgelegt:

## Basics:

- Allgemeiner Pflegebericht
- Arztvisite
- Med. Diagnostik
- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen
- Hautzustand/Wundversorgung
- Pflegevisite
- Sturz
- Therapie (für Ergo, Physio, Logo, ...)

## Freischaltung auf Hausebene möglich:

- Facharzt
- Einzelfallmedikation
- Krankenhaus
- Angehörige
- Schmerzbeobachtung
- Krisensituation (z. B. psychosoz. Krise)
- Harnstreifentest
- Betreuung/Beschäftigung/Aktivitäten
- Ernährungsprotokoll
- Positionierungen
- Modell/Konzept
- Palliativ Care
- Bewohner zur Visite

# Pflegebericht – was nicht

NICHT in den Pflege-/Verlaufsbericht gehören:

- Inhalte, die bereits an einem anderen Ort (z.B. Medikamentenblatt, Wunddokumentation) dokumentiert sind
- persönliche Ansichten und Wertungen
- multi- und intraprofessionelle Konflikte
- Floskeln, die kaum Informationsgehalt bieten, z.B. „hat die ganze Nacht nicht geläutet“, „keine Besonderheiten“, „keine Beschwerden“, „Bewohner o B.“ „alles in Ordnung“

# Pflegevisite

Pflegevisiten können als „Mikro –und Makrovisite“ durchgeführt werden.

**Makrovisite: Überprüfung des gesamten Pflegeprozesses** und der Bereiche „Umgebung des Bewohners“, „Pflegezustand/Zufriedenheit des Bewohners“ und „Personal“ **durch WBL => Pflegevisitenformular + Pflegebericht**

Eine Pflegevisite wird **anlassbezogen** (Veränderter Gesundheitszustand, Erhöhte Risikofaktoren (Sturz/Deku), Wunsch von Bew./Angehörigen) oder als eine **routinemäßige Pflegevisite, einmal pro Jahr** je Bewohner durchgeführt.

**Mikrovisite: Überprüfung des Teilbereiches** Pflegeprozessdokumentation. z.B. Evaluation der Pflegeplanung/Behandlungspflege/etc. **durch DGKP mit FSBA => Dokumentation im Pflegebericht**

# Veränderungen – auf einen Blick

## Pflegedokumentation derzeit versus reduziert

Thema	Derzeitige Dokumentation	Reduzierte Dokumentation
Assessmentinstrumente	Keine einheitliche Verwendung	Einheitliches Vorgehen bei Standardinstrumenten (Sturz, Schmerz)
Pflegeplan	bis zu 12 Pflegediagnosen werden geplant	eine Hauptpflegediagnose - Fokus liegt auf dem Hauptgrund für die Pflegebedürftigkeit
Pflegeziele	„Erhaltungsziele“ werden geplant und evaluiert	Interventionsplanung wenn keine Verbesserung des aktuellen Zustands zu erwarten



# Veränderungen – auf einen Blick

## Pflegedokumentation derzeit versus reduziert

Thema	Derzeitige Dokumentation	Reduzierte Dokumentation
Evaluierung	Die Eintragungen erfolgten unterschiedlich – individuell - sowohl dem Zeitpunkt betreffend sowie inhaltlicher Natur	Einheitliche Vorgaben zur Evaluierung (bei Veränderungen, nach KH-Aufenthalt, ...)
Durchführungs nachweis	Viele Pflege - Einzelleistungen wurden einzeln digital abgezeichnet	Die Morgenpflege wird im Pflegeplan individuell geplant – es wird <b>ein</b> Leistungseintrag für alle geplanten Einzelleistungen durchgeführt / Ausnahmen berücksichtigen!
Sturzprotokoll	Unterschiedliche Auffassung/ Definitionen was ein Sturz ist Bei Mehrfachstürzen wird bei jedem Sturz ein Protokoll ausgefüllt	Einheitliche Sturzdefinition und –dokumentation Bei Mehrfachstürzen nur ein Protokoll ausgefüllt - Vergleichbare Statistik möglich

# Veränderungen – auf einen Blick

Pflegedokumentation derzeit versus reduziert

Thema	Derzeitige Dokumentation	Reduzierte Dokumentation
Pflegebericht	Übliche Standardeinträge z.B. <i>Bewohner geht es gut</i>	Nur mehr der Verlauf von Veränderungen wird dokumentiert
Berichtskategorien	bis zu 30 unterschiedliche Kategorien (Filter)	Reduzierung auf 8 Basiskategorien + erforderliche Kategorien auf Hausebene
Aufwand zeitlich/personell	Hoher Zeitaufwand für Planung, Dokumentation und Kontrolle/ Evaluierung	Freiwerdende Zeitressourcen können für Unterstützung und Betreuung / Tagesgestaltung mit Bewohnern genutzt werden
EDV-Systeme	Je nach Träger sind unterschiedliche Versionen der Software in Verwendung – keine einheitliche Dokumentation oö weit möglich	Einheitliche Versionen der EDV-Dokumentationssysteme – einfache Wartung Auswertungen und Statistiken sind vergleichbar



Gefördert mit Mitteln aus dem Zukunftsfonds  
„Arbeit Menschen Digital“ der AK Oberösterreich



SoNe – SOZIALES  
NETZWERK  
GMBH



# Ausrollung Projektergebnisse „Pflegedokumentation neu denken“ in den Oö APH

# Ablauf Implementierung - Schulung

- **1. Halbttag**

Basis - Was sind die Werkzeuge im System, wie sind diese anzuwenden  
Durch VertreterInnen der EDV-Firmen

- **2. Halbttag**

Nach ca. 4 Wochen - Fachliche Fragen, Umsetzung der Projektergebnisse in der Praxis  
Durch ExpertInnen

- **3. Halbttag**

Nach ca. 6 Monaten – Evaluierungstag, Reflexion, Klärung offener Fragen  
Je nach Themen durch VertreterInnen der EDV-Firmen und/oder ExpertInnen

# Ausrollung Projekt „Pflegedoku neu denken“

- Im Herbst 2021 - Start Ausrollung mit 1. und 2. Schulungstag in 54 Alten- und Pflegeheimen in OÖ
- Ab März 2022 - Start Ausrollung in den restlichen OÖ Alten- und Pflegeheimen
- Ab Mai 2022 – Abschluss Ausrollung in 54 Alten- und Pflegeheimen in OÖ - 3. WS Reflexion und Evaluierung
- November 2022 – offizieller Abschluss der Projektausrollung

# Aktuell

- Regelmäßige Informations- und Austauschtreffen (hybrid / online) zum Thema Pflegedokumentation
- Ziel ist es den fachlichen Austausch trägerübergreifend zu forcieren
- Benefit – Weiterentwicklung und Qualitätssicherung im Bereich der Pflegedokumentation
- Bisher reges Interesse an den Treffen – Austausch und Ideen zur Weiterentwicklung der Systeme, gemeinsame Lösungen - best practice

# Zeit für Fragen





Gefördert mit Mitteln aus dem Zukunftsfonds  
„Arbeit Menschen Digital“ der AK Oberösterreich



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!