

Bewohner-Informationen

Startseite → BewohnerIn auswählen → Informationen

Der Sinn einer Pflegedokumentation ist natürlich Informationen über unsere Bewohner zu sammeln, aufzubereiten und den Mitarbeitern und anderen beteiligten Personen zur Verfügung zu stellen. Dennoch erfordern die Informationen rund um die Pflege ganz unterschiedliche Arten der Handhabung. Neben den anderen Modulen der Pflegeplanung (z.B. Pflegeberichte, Verordnungen etc.) gibt es immer noch eine Reihe von Daten, die zusätzlich gespeichert werden müssen und die in die anderen Module nicht hinein passen.

Früher waren oft endlos lange Anamnese Bögen auszufüllen. Das waren dann bis 10 Seiten Dokumente an denen wir durchaus mehrere Stunden gesessen haben. Mein „Meisterstück“ war der Entwurf eines 17 Seitigen Informationsbogen. Bei einer Änderung konnte es dann schon mal zum Ausstreichen und „drüber schreiben“ kommen. So lange bis man manche Stellen nicht mehr richtig lesen konnte und sich dann irgendwann ein Kollege erbarmte und das Dokument nochmal neu geschrieben hatte.

Die Informationen für unsere Bewohner sind so gut wie nie statisch. Sie verändern sich mit der Zeit. Daher kann auch OPDE mit diesen zeitveränderlichen Informationen umgehen.

Natürlich kann OPDE Ihnen nicht ersparen, dass Sie die Informationen sammeln und eintragen müssen. Aber die Art und Weise entspricht, meiner Ansicht nach, eher den Erfordernissen wie sie in der Praxis benötigt werden. Die Informationen werden nicht auf einmal erfasst, sondern nach und nach. Schließlich muss der Bewohner ja auch erstmal etwas Vertrauen finden, bevor er Ihnen ein paar Angaben macht.

Eine Information ist nicht für immer gültig, sondern nur innerhalb des Zeitraums, der für sie jeweils festgelegt wurde. In der Regel geht das so: Sie tragen für eine[n] Bewohner[in] z.B. eine Harn-Inkontinenz ein. In OPDE gilt diese Info dann ab dem Zeitpunkt an dem Sie den Eintrag vorgenommen haben und läuft dann erst mal „bis auf weiteres“. Ihr Ende ist also offen.

Nach einiger Zeit, wenn z.B. das Kontinenztraining geholfen hat, können Sie diese Information wieder „absetzen“. Dann steht zwar im Computer noch : „war inkontinent von Zeitpunkt A bis Zeitpunkt B.“ aber zur Zeit liegt keine Inkontinenz vor.

Zeiträume und Zeitpunkte

Zu den Bewohner-Informationen gehören diejenigen, die

- **dauerhaft** gelten (sehr wenige, genau genommen sind es 6),
- nur über einen bestimmten **Zeitraum** (das sind die meisten)
- oder zu genau einem bestimmten **Zeitpunkt** in der Vergangenheit. Das sind z.B. Sturzereignisse, Schlaganfälle.

Dauerhafte Informationen

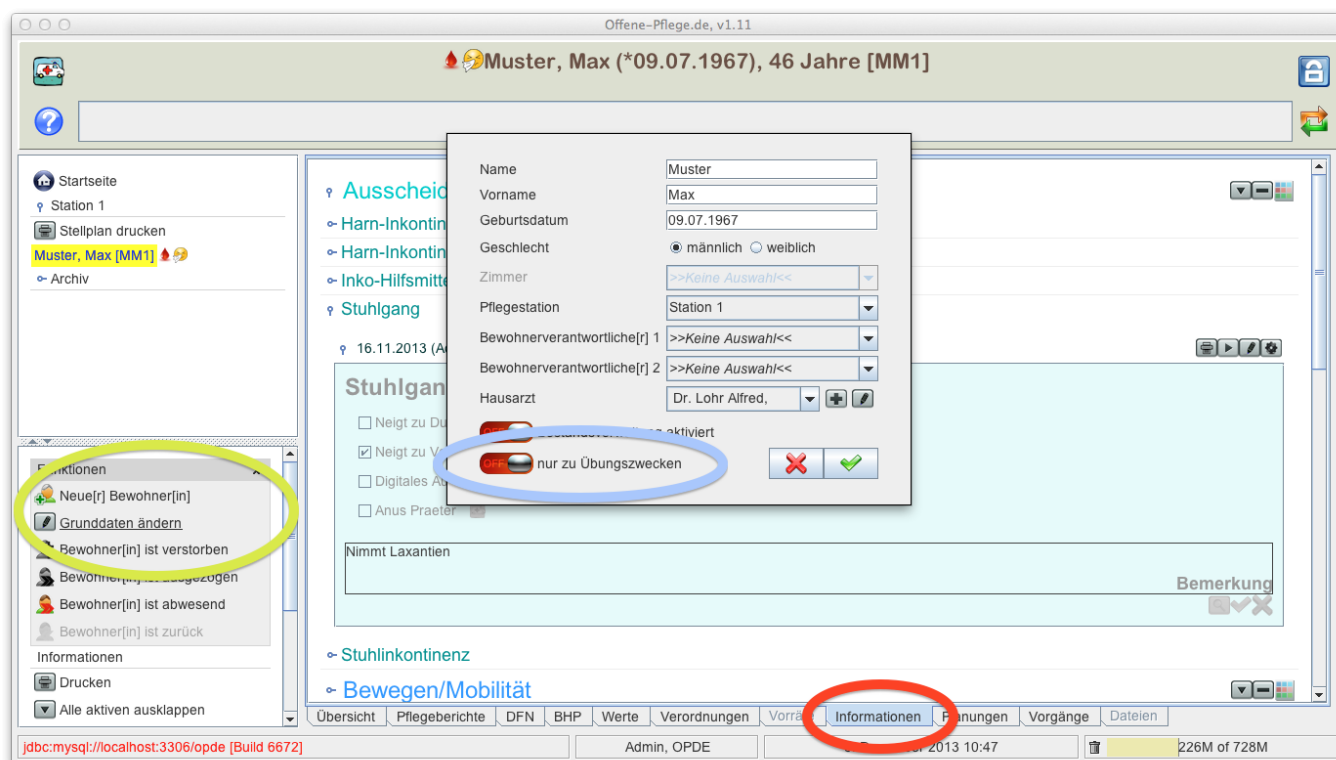
Grunddaten betrachtet OPDE als nicht zeitveränderlich. Sie werden einmal eingeben und bleiben dann so lange konstant gültig, bis man sie verändert. Nach der Änderung geht der vorherige Eintrag verloren.

Zu jede[m|r] Bewohner[in] gehören ein die folgenden Grunddaten:

- Vor- und Nachname
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Hausarzt
- zugeordnete Pflegestation
- [der|die] zugeordnete Bewohnerverantwortliche

Startseite → Bewohner-Name → Informationen → Informationen (linke Seite) → Grunddaten ändern

Wenn Sie die dauerhaften Informationen ändern möchten, wählen Sie in der Pflegeakte den Reiter „Informationen“ (roter Kreis in der Abbildung). Dann können Sie in dem Such- und Aktionsfenster links unten, die „Funktionen“ (gelber Kreis) ausklappen und die „Grunddaten ändern“.



Informationen innerhalb eines Zeitraums

Viele Informationen gelten nur innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

Beispiel: Ein[e] Bewohner[in] hat z.B. den Pflegegrad 3 für einen Zeitraum von 2 Jahren, danach wird [er|sie] hochgestuft. Der neue Pflegegrad wäre dann 4. OPDE speichert diese Informationen wie folgt:

Von	Bis	Information
15.11.2015	10.08.2017	PG3
10.08.2017	BIS_AUF_WEITERES	PG4

Wenn Sie nun einen neuen Pflegegrad eintragen würden, dann achtet OPDE darauf, dass der bestehende Grad „beendet“ wird und nahtlos der neue Grad eingetragen würde.

Informationen die nur zu einem bestimmten Zeitpunkt gelten

Zeitpunkt bezogene Einträge werden immer auf die Sekunde genau vermerkt. Man benötigt sie zum Beispiel bei der Speicherung einer Braden-Skalen oder eines Sturzprotokolls.

Indikatoren nach der QPR

Ab November 2019 tritt/trat die neue Qualitätsprüfungsrichtlinie in Kraft. Demnach müssen wir jetzt 2x jährlich Indikatoren über die Pflegequalität aus der Dokumentation „herausziehen“. Die Umsetzung dieser Anforderung befindet sich im Moment in der Entwicklung. [Mehr dazu hier](#).



So werden Elemente markiert, die als Indikator herangezogen werden.

Pflegeüberleitung

OPDE kann Pflegeüberleitungsbögen nach dem Essener Modell erstellen. Dabei werden Informationen herangezogen, die aus den Pflegeplanungen, den ärztlichen Verordnungen, den Durchführungsnachweisen und schließlich auch aus den Bewohner-Informationen selbst stammen.



[Elemente](#), die für die Pflegeüberleitung verwendet werden sind mit einem kleinen Krankenwagen markiert.

Patientenüberleitung
© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Angaben aus den Grunddaten, Daten der Einrichtung sowie Verwaltung → Krankenkasse

Aktuelles Datum und Uhrzeit

Verwaltung → gesetzliche[r] Betreuer(in), alleinstehend aus Verwaltung → Persönliches, minderjährig → Alter unter 18 Jahren

Soziales → Hauptbezugspersonen

Körperpflege → Körperpflege, Körperpflege → Mundpflege

Hautzustand/Wunden → Hautbeschaffenheit

Körperpflege → Körperpflege „Sonstiges“ enthält den Bemerkungstext aus OPDE

Bewegen/Mobilität → Mobilität Auch die Hilfsmittel. Bis auf den Toilettstuhl, der wir unter Ausscheidungen → Inko-Hilfsmittel eingetragen

Diese Eintragungen stammen aus der Pflegeplanung nicht aus den Bewohner-Informationen. Hier stehen alle geplanten Interventionen, die intern als Dekubitus-Propylaxe gekennzeichnet sind. Dazu gehören u.A.: die Lagerungen im Bett. Einfach planen, der Rest geht automatisch.

Daten der Einrichtung

Kommunikation/Wahrnehmung → Kommunikation

Verwaltung → Persönliches

Verwaltung → Pflegekasse

Steht dann auf „ja“, wenn eine Bilanzierung als Überwachung unter „Werte“ eingeschaltet wurde.

Gewichtskontrolle ist dann markiert, wenn es eine Planung oder eine Verordnung gibt mit der Intervention „Gewichtskontrolle“.

Ausscheidungen → Stuhlgang

Ausscheidungen → Harn-Inkontinenz (Tag oder Nacht). Sobald ein Profil nicht auf „Kontinenz“ steht, wird die Harninkontinenz auf „ja“ gesetzt.

Stuhlinkontinenz anhand der Eintragungen unter Ausscheidungen → Stuhlinkontinenz

Ausscheidungen → Inko-Hilfsmittel

Werden automatisch gesetzt, sobald es passende Pflegeplanungen zu diesen Themen gibt.

Eintragungen erfolgen passend zur Braden-Skala und evtl. vorhandenen Wund-Dokumentationen.

Schlaf → Schlafereigenschaften

Die obige Abbildung zeigt detailliert, welche Information wo verwendet wird.

Prävalenzauswertungen für das MRE Netzwerk



Falls Ihre Einrichtung an der Siegelung des **MRE-Netz regio rhein ahr** teilnimmt, benötigen Sie einmal im Jahr eine Auswertung, die Sie dann einreichen müssen. OPDE unterstützt Sie dabei. **Informations-Elemente die dafür herangezogen** werden sind mit dem MRE Symbol markiert.

Einzelne Formulare/Elemente

OPDE unterteilt die Flut an Informationen in einzelne, kleine Elemente (oder Formulare). Sie müssen daher nicht alles ausfüllen. Jedes Formular für sich ist entweder Zeitraum oder Zeitpunkt gebunden.

A

- Abwesenheiten
- Allergien
- Alltagsleben
- Amputation
- Anfall

- Angaben zur Antibiotikum Verordnung
- Ansteckende Infektion
- Ansteckende Infektionen
- Atmung
- Atmung/Beatmung
- Ausscheidungen
- Auswirkung Sturz

B

- BESD - BEurteilung von Schmerzen bei Demenz
- BEurteilung von Schmerzen bei Demenz
- BewohnerInnen-Zimmer
- Bewusstseinszustand
- Braden-Skala

C

- Chirurgischer Eingriff
- Chirurgischer Eingriff

D

- Demenz und Orientierung
- Demenz und Orientierung
- Diabetes
- Diabetes
- Diagnosen nach ICD10
- Doloplus

E

- Eigentum
- Ernährung
- Essen und Trinken

F

- Facharzt
- Fixierungsbeschluss
- Fixierungsprotokoll

G

- Gefäßkatheter
- Gefäßkatheter
- Gesetzliche[r] Betreuer[in]

H

- Harninkontinenz (Tag oder Nacht)
- Hautbeschaffenheit

- [Heimaufenthalte](#)
- [Herzinfarkt](#)
- [Herzschrittmacher](#)

I

- [Impfung](#)
- [Impfung](#)
- [Inkontinenz-Hilfsmittel und Katheter](#)
- [Integrationsgespräch](#)

K

- [Knochenbruch \(Fraktur\)](#)
- [Kommentierung Gewicht](#)
- [Kommunikation](#)
- [Kontrakturen](#)
- [Kontrakturenrisiko](#)
- [Krankenkasse](#)
- [Körperpflege](#)
- [Künstliche Ernährung](#)
- [Künstliche Ernährung](#)

M

- [Medikamenteneinnahme](#)
- [Mobilität](#)
- [Mobilität](#)

P

- [Patientenverfügung](#)
- [PEMU \(kurz\)](#)
- [PEMU Assessment Flüssigkeitsmangel](#)
- [PEMU Assessment Nahrungsmangel](#)
- [PEMU-Assessment-Flüssigkeitsmangel](#)
- [PEMU-Assessment-Nahrungsmangel](#)
- [PEMU-kurz](#)
- [Persönliches](#)
- [Pflegekasse](#)
- [Pilz-Infektion](#)
- [Pneumonierisiko](#)
- [Psychiatrie/Sucht](#)

R

- [Ruhen und Schlafen](#)

S

- Schlaganfall
- Schmerzeinschätzung
- Schmerzeinschätzung
- Soziales
- Stuhlgang
- Stuhlinkontinenz
- Sturzprotokoll
- Sturzprotokoll
- Sturzrisiko
- Sturzrisiko

W

- Wichtige Besonderheiten
- Wundanamnese Nr. 1 - 10
- Wunde
- Wunde Nr. 1 - 10

From:

<https://offene-pflege.de/> - **Offene-Pflege.de**

Permanent link:

<https://offene-pflege.de/doku.php/de:docs:resinfo?rev=1555520414>

Last update: **2019/04/17 17:00**

