

Dokumentation

× **Bitte beachten Sie:** Zur Zeit (also im April 2019) überarbeite ich gerade die gesamte Dokumentation.

- [Einstellungen](#) Es gibt eine ganze Reihe von Einstellungsmöglichkeiten im Programm. Hier finden Sie die Anleitungen, was Sie wie einstellen können und wie sich das auswirkt.

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.

Informations-Arten

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

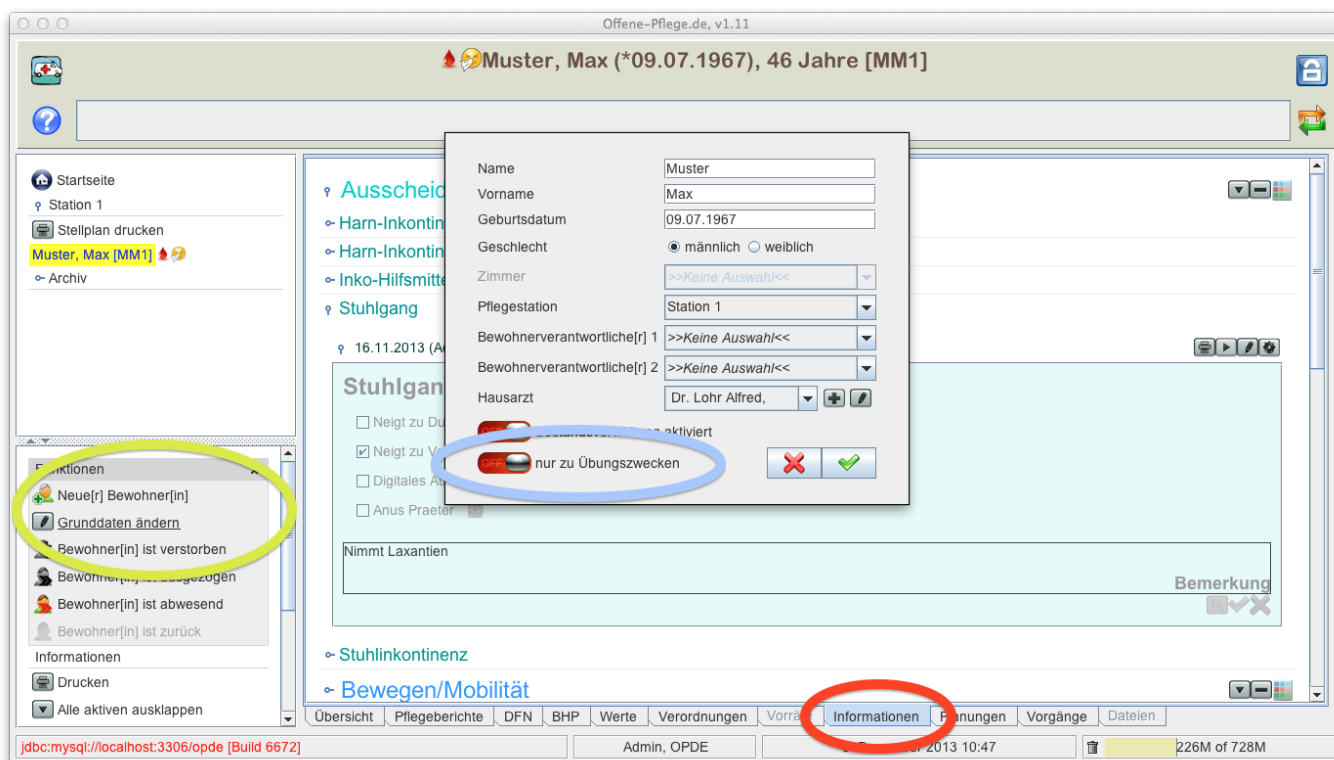
Grunddaten betrachtet OPDE als nicht zeitveränderlich. Sie werden einmal eingeben und bleiben dann so lange konstant gültig, bis man sie verändert. Nach der Änderung geht der vorherige Eintrag verloren.

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	
15.11.2015	10.08.2017	PG3
10.08.2017	BIS_AUF_WEITERES	PG4

Davor und danach sind die ungültig. Also wird ein Zeitraum von zwei Zeitpunkten (von - bis) bestimmt. Ein Zeitpunkt besteht immer aus einem Datum und einer Uhrzeit. Das sieht dann z.B. so aus: 01.05.2012 14:30:00

OPDE achtet darauf, dass Veränderungen im Zustand der

In OPDE können die Einstellungen der Zeitpunkte für **VON** und **BIS** unterschiedlich sein.

- **Auf die Sekunde genau** Bei den meisten Informationen werden die exakten Zeitpunkte für VON und BIS auf die Sekunde genau gespeichert. Z.B. (01.05.2012 14:18:34 - 31.05.2012 09:05:34).
- **ohne Einschränkung** Es gibt Informationen, bei denen mehrere Einträge derselben Art zur selben Zeit möglich sein müssen. So kommt es sehr oft vor, dass mehrere verschiedene Diagnosen eingetragen werden müssen. In diesem Fall würde OPDE beliebig viele gleichzeitige Einträge dieser Art zulassen.

Für die ersten beiden Fälle gilt, dass OPDE dafür sorgt, dass es keine Überschneidungen gibt. Es kann also nicht passieren, dass man versehentlich zwei Pflegestufen zur gleichen Zeit für eine[n] Bewohner[in] einträgt. In der Praxis hast Du mit diesen Feinheiten i.d.R. nichts zu tun.

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 von Braden-Skalen oder Sturzprotokolle. Das sind Ereignisse und gelten somit zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Informations-Elemente

Seiten in diesem Namensraum:

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](#)

Dokumentations Übersicht Alphabetisch

Hier finden Sie eine Übersicht über die Benutzer Dokumentation (soweit fertig gestellt) zu OPDE.

Seiten in diesem Namensraum:

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
- Einstellungen
- 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
- Informations-Elemente
- Informationssammlung
- Inkontinenz-Hilfsmittel und Katheter
- Installation und Konfiguration
- Integrationsgespräch

K

- Knochenbruch (Fraktur)
- Kommentierung Gewicht

- [Kommunikation](#)
- [Kontrakturen](#)
- [Kontrakturenrisiko](#)
- [Krankenkasse](#)
- [Körperpflege](#)
- [Künstliche Ernährung](#)
- [Künstliche Ernährung](#)

M

- [Markierungen \(Tags\)](#)
- [Medikamente](#)
- [Medikamenteneinnahme](#)
- [Mobilität](#)
- [Mobilität](#)

P

- [Patientenverfügung](#)
- [PEMU \(kurz\)](#)
- [PEMU Assessment](#)
[Flüssigkeitsmangel](#)

P (Fortsetzung)

- [PEMU Assessment](#)
[Nahrungsmangel](#)
- [PEMU-Assessment-](#)
[Flüssigkeitsmangel](#)
- [PEMU-Assessment-](#)
[Nahrungsmangel](#)
- [PEMU-kurz](#)
- [Persönliches](#)
- [Pflegeberichte](#)
- [Pflegekasse](#)
- [Pflegeplanung und](#)
[Durchführung](#)
- [Pflegeüberleitung](#)
- [Pilz-Infektion](#)
- [Pneumonierisiko](#)
- [Prävalenzmessung zu](#)
[multiresistenten Erreger](#)
- [Psychiatrie/Sucht](#)

Q

- [Qualitätssystem und](#)
[Indikatoren](#)

R

- [Ruhen und Schlafen](#)

S

- Schlaganfall
- Schmerzeinschätzung
- Schmerzeinschätzung
- Sicherheit in OPDE
- Soziales
- Stuhlgang
- Stuhlinkontinenz
- Sturzprotokoll
- Sturzprotokoll
- Sturzrisiko
- Sturzrisiko

W

- Werte, Trinkmengen und Bilanzen
- Wichtige Besonderheiten
- Wundanamnese Nr. 1 - 10
- Wunde
- Wunde Nr. 1 - 10

Ä

- Ärztliche Verordnungen und BHPs

From:

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

Permanent link:

<https://offene-pflege.de/doku.php/de:docs:uebersicht?rev=1554990230>

Last update: **2019/04/11 13:43**

