

Dokumentation

Pflegeberichte

Startseite → BewohnerIn auswählen → Pflegeberichte

Pflegeberichte sind immer dann gefragt, wenn Sie etwas eintragen möchten, dass sich nicht in Formulare pressen lässt. Die anderen Komponenten von OPDE sind ja eher Formular basiert. Daher decken die Berichte den freien Dokumentations-Teil ab. ([Lesen Sie weiter](#))

Werte, Trinkmengen und Bilanzen

Startseite → BewohnerIn auswählen → Werte

Sie können mit OPDE verschiedene Werte der zu pflegenden Person erfassen. ([Lesen Sie weiter](#))

Bewohner-Informationen

Startseite → BewohnerIn auswählen → Informationen

Vielen Informationen zu den von uns betreuten Personen werden in OPDE bereits mit den anderen Programm-Modulen verwaltet und gespeichert. Das Modul Bewohner-Informationen¹⁾ - *häufig als BW-Info abgekürzt* - speichert Informationen aus den übrigen Bereichen. Diese Daten werden verwendet zur Erstellung der Überleitbögen und der MDK-Indikatoren Auswertung. ([Lesen Sie weiter](#))

Pflegeplanung und Durchführung

In diesem Abschnitt beschreibe ich, wie die [Pflegeplanungen](#) mit OPDE verwaltet und deren Umsetzung überwacht werden können. ([Lesen Sie weiter](#))

Medikamente

Beschaffung, Lagerung und Entsorgung von Medikamenten sind wichtige Aufgaben, die in Pflegeeinrichtungen erledigt werden müssen. Sie werden uns von dem behandelnden Arzt übertragen.

OPDE unterstützt Sie bei der Verwaltung von Beständen, der Beschaffung von Medikamenten, sowie bei der Handhabung ärztlicher Verordnungen, der Kontrolle der Vergabe, der Beachtung von Verfallsdaten, der Prüfung des Erfolges einer Medikamenten-Gabe und der Prüfung von BTMs. ([Lesen Sie weiter](#))

Einstellungen

In OPDE können (und müssen) eine Reihe von Einstellungen vorgenommen werden, damit man das Programm im gewünschten Umfang verwenden kann. Dazu gibt es ein eigenes Programm Modul, was von der Startseite aus aufgerufen werden kann. ([Lesen Sie weiter](#))

Markierungen (Tags)

Die Datenmengen, die sich aus unserer Dokumentation ergeben, steigen mit der Zeit sehr stark an. Da ist es nötig die Übersicht zu behalten. Daher empfiehlt es sich die unterschiedlichen Einträge zu „markieren“. Mit OPDE können Sie Markierungen an Ihre Einträge heften. Dadurch ist es leichter diese später wieder zu finden. Auch benutzen viele Auswertungsfunktionen (Stichwort Controlling) innerhalb des Systems diese TAGs.

Der Begriff „Tag“ stammt aus dem [Englischen](#) und bedeutet soviel wie: Anhänger, Markierung, Etikett.

OPDE bringt bereits eine ganze Reihe von TAGs mit, die in unseren Einrichtungen bisher ausreichend waren um alle Fälle abzudecken. Sie können aber auch eigene TAGs erstellen oder bisherige verändern.

Zur Grundausstattung gehören die folgenden TAGs:

- **krankenhaus.** Für die Dokumentation der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.
- **arzt.** Alles was mit Ärzten zu tun hat.
- **betreuer.** Berichte über Kontakte zum gesetzlichen Betreuer können Sie hiermit hervor heben.
- **besuch.** Berichte über Besuche sollen hiermit markiert werden.
- **konflikt.** Für Berichte, die sich mit Konfliktsituationen befassen.
- **biographie.** Für biographische Informationen, die man mit der Zeit erfährt und nachtragen möchte.
- **fallbesprechung.** Zur Dokumentation von Fallbesprechungen.
- **fixierung.** Zur Dokumentation von Fixierungsmaßnahmen.
- **wundbeauf.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Wund-Beauftragten.
- **medibeauf.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Medikamenten-Beauftragten.
- **kontinenzbeauf.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Kontinenz-Beauftragten.
- **qb.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Qualitäts-Beauftragten.
- **demenzbeauf.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Demenz-Beauftragten.
- **ernährungsbeauf.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Ernährungs-Beauftragten.

System-TAGs

Es gibt noch eine Reihe von besonderen TAGs, die Sie nicht verändern können. Sie haben eine besondere Funktion und werden vom Programm benötigt um bestimmte Auswertungen zu erstellen.

- **übergabe.** Pflegeberichte, die mit dem „Übergabe“ TAG versehen sind, erscheinen im Dienstübergabeprotokoll. Welche das sind, müssen Sie selbst entscheiden. Verwenden Sie dieses TAG, wenn Sie sicherstellen möchten, dass Ihre Kollegen diesen Pflegebericht lesen.
- **notfall.** Hiermit sind Notfälle im klassischen Sinn gemeint. Also Rettungswagen, Notarzt, potentiell lebensbedrohliche Situationen. Berichte, die Sie als Notfall markieren, kommen

ebenfalls in das Dienstübergabeprotokoll.

- **antibiotikum.** Verordnungen, die diese Markierung tragen, werden bei der MRE Prävalenz-Messung mit einbezogen und entsprechend ausgewertet.
- **sturz.** Berichte, die sich mit Sturzereignissen befassen werden hiermit markiert. Das spielt bei späteren Auswertungen zum Thema Sturz eine Rolle.
- **sozial.** Dieses TAG ist für Berichte, die sich mit sozialen Massnahmen befassen.
- **pea.** steht für „Personen mit erheblicher eingeschränkter Alltagskompetenz“. Hiermit kann man Berichte schreiben, die im Rahmen der Tätigkeiten zum §87b SGB 11 erbracht wurden.
- **schmerzen.** Alle Beschreibungen und Tätigkeiten rund um Schmerzen sollen hiermit markiert werden.
- **wunden.** Markierung für Wundberichte und Ähnliches.
- **sturzbeauf.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Sturz-Beauftragten.
- **schmerzbeauf.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Schmerz-Beauftragten.
- **wundbeauf.** Zur Dokumentation der Tätigkeiten des Wund-Beauftragten.
- **bvbeauf.** Falls Sie in Ihrer Einrichtung das Primärpflege-System eingeführt haben (auch Bezugspflege genannt), dann ist diese Markierung für die Einträge des Mitarbeiters gedacht, der die Aktivitäten der Bewohnerverantwortlichen (BV) überwacht.
- **bv.** Für die Einträge der Aktivitäten im Rahmen der Bezugspflege durch die jeweiligen Bewohnerverantwortlichen (BV) .

1)

man verzeihe mir hier die Verwendung des *generischen Maskulinum*

From:

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

Permanent link:

<https://offene-pflege.de/doku.php/de:docs:userdocs?rev=1613730947>

Last update: **2021/02/19 10:35**

