

Inhaltsverzeichnis

1	Rechtliche Grundlagen zur Pflegedokumentation. . .	1
2	Vorgaben bzw. Voraussetzung zur Pflege- dokumentation.	3
2.1	Anforderungen an die Pflegedokumentation allgemein	4
2.2	Arbeitshilfe Pflegedokumentation	4
2.3	Richtlinien für die Pflegedokumentation	6
2.3.1	Allgemeine Richtlinien für die Dokumentation in handschriftlicher Form.	6
2.3.2	Allgemeine Richtlinien für die durch Informationstechnologie gestützte Dokumentation.	7
2.4	Abkürzungen	8
3	Vorgaben bzw. Voraussetzungen für Pflegeberichtseinträge	9
3.1	Bedeutung und Zweck des Pflegeberichts	10
3.2	Wer tätigt Pflegeberichtseinträge?	10
3.3	Zeitpunkt, Häufigkeit und Art der Pflegeberichtseinträge	11
3.3.1	Zeitpunkt (wann)	11
3.3.2	Häufigkeit (wie oft)	11

VIII Inhaltsverzeichnis

3.4	Inhalte von Pflegeberichtseinträgen	13
3.5	Wahrnehmung/Beobachtung	14
3.5.1	Wahrnehmung	14
3.5.2	Beobachtung	15
3.6	Aufbau von Pflegeberichtseinträgen	22
3.6.1	FOKUS®-Dokumentation:	22
4	Aussagekraft von professionellen Pflegeberichtseinträgen	23
4.1	Knappes, sachliches und wertfreies Schreiben ...	23
4.2	Erstellung professioneller Pflegeberichtseinträge	25
4.3	Evaluation vs. Pflegeberichtseinträge	30
4.3.1	Evaluation	30
4.3.2	Formulierungsbeispiele für mögliche Zielevaluationen	33
4.3.3	Anpassung der Pflegediagnose nach Soll-Ist-Abgleich	37
4.3.4	Zielevaluation vs. Pflegeberichtseinträge..	38
5	Im Pflegebericht zu dokumentierende Inhalte	41
5.1	Aufnahme/Übernahme	42
5.2	Laufende Pflegeberichtseinträge	43
5.2.1	Abweichungen in der Pflegeplanung	43
5.2.2	Ablehnung von Interventionen.	45
5.2.3	Pflegeberichtseinträge während des Pflege- und Behandlungsprozesses ...	46
5.3	Entlassung/Transfer	49
6	Nicht in den Pflegebericht aufzunehmende Informationen	51
6.1	Floskeln und Doppeldokumentationen	51
6.2	Unpassende unklare Formulierungen.	54
7	Formulierungshilfen anhand pflegerelevanter Situationen in allen Settings	61
7.1	LA „Für Sicherheit sorgen“	62
7.1.1	Hautveränderung	62
7.1.2	Schmerzen	64
7.1.3	Orientierung	65

7.2	LA „Essen und Trinken“	66
7.3	LA „Sich sauberhalten und kleiden“	67
7.4	LA „Sich bewegen“	68
7.4.1	Normalzustand Bewegung – Beschreibung	69
7.4.2	Körperhaltung	69
7.4.3	Gang, Gangbild und Gangunsicherheiten.	70
7.4.4	Bewegungskoordination.	71
7.5	LA „Ausscheiden“	73
7.6	LA „Regulation der Körpertemperatur“	74
7.7	LA „Kommunizieren“	76
7.8	LA „Schlafen“	77
7.9	LA „Atmen“	80
7.10	LA „Sinn finden“ und „Sich beschäftigen“	82
8	Beschreibung von Verhalten/Äußerungen in bestimmten Situationen	85
8.1	Spezifizierung von Überbegriffen	85
9	Übungsbeispiele für mögliche Pflegesituationen	89
9.1	Akutstationäres Setting (konservative Abteilung)	89
9.2	Akutstationäres Setting (operative Abteilung)	94
9.3	Intensivbereich	99
9.4	Langzeitpflege	102
9.5	Mobile Dienste – Hauskrankenpflege	108
10	Qualitätssicherung Pflegebericht	111
10.1	Nachhaltige Verbesserung der Schreibweise der Pflegeberichtseinträge	111
10.2	Settingspezifische Formulierungen im Team	112
10.3	Qualitätssicherung des Pflegeberichts durch Fallbesprechungen	115
10.3.1	Ziele von Fallbesprechungen	116
10.3.2	Rahmenbedingungen von Fallbesprechungen	116
10.3.3	Ablauf von Fallbesprechungen	118
	Literatur	121
	Stichwortverzeichnis	125