

Inhalt

Vorwort	8
Einleitung	9
1 Allgemeine Informationen und Grundsätze zur Dokumentation	10
1.1 Die einzelnen Grundsätze und ihre Bedeutung	11
1.2 Welchen Sinn hat eine Pflegedokumentation?	16
1.3 Die Formulare und der Pflegeprozess	18
2 MDK, Heimaufsicht etc. – Wem dient die Pflegedokumentation?	22
2.1 Viel hilft nicht immer viel – zu viel Papier erhöht die Fehlerrate	28
3 Jeder Schritt im Pflegeprozess will überlegt sein	31
3.1 Wir sind Weltmeister der Informationssammlung ..	31
3.2 Der Prozess beginnt mit der Informations- sammlung	34
3.3 Pflegekräfte als Erfinder von Problemen	35
3.4 Die Maßnahmen passen nicht zum Problem oder zu den Zielen in der AEDL-Planung	38
3.4.1 Die Sache mit der Trinkmenge	38
3.4.2 Dekubitusgefährdung	40
3.4.3 Übergewicht	40
3.4.4 Inkontinenz	41
3.5 Die Maßnahmen passen nicht zur SIS®	43
3.5.1 Sturzgefährdung	43
3.5.2 Schmerzen	44
3.6 Die Maßnahmen werden verkürzt und nur aufgezählt	44
3.6.1 Sturzgefährdung	44
3.6.2 Kommunikation	46
3.6.3 Nächtliche Unruhe	47

3.6.4	Fixierung	48
3.6.5	Vereinsamung	49
3.6.6	Schmerzeinschätzung	50
3.7	Die Maßnahmen sind oft nicht handlungsleitend ...	52
3.8	In den Maßnahmen befinden sich nur wenig Pflegetmaßnahmen	54
3.8.1	Überflüssige/unnötige Maßnahmen bzw. Maßnahmen, die keine sind	55
3.9	Die Planung der Behandlungspflege ist unsinnig ...	56
3.10	Evaluation bedeutet nicht »unverändert«	59

4 Die Biografie deuten und Probleme erfinden - Anekdoten aus der täglichen Pflegeplanung

4.1	Ablehnung wird nicht akzeptiert	64
4.2	Untergewicht wird zum Problem	65
4.3	Probleme, die keine sind	65

5 Lästig und überflüssig – die Doppeldokumentation

6 Warum Pflegekräfte mehr tun, als sie müssen

6.1	Das Stammbblatt	73
6.2	Die Anamnese	74
6.3	Medizinische Verordnungen, Behandlungspflege und ärztliche Verordnungen	76
6.4	Durchführungs- bzw. Leistungsnachweis	77
6.4.1	Ambulant	79
6.4.2	Stationär	80
6.5	Der Pflegebericht	81
6.5.1	Ambulant	82
6.5.2	Stationär	83
6.6	Risikoeerhebung Dekubitusgefahr	86
6.7	Risikoeerhebung Mangelernährung	88
6.8	Schmerzmanagement	91
6.8.1	Ambulant	92
6.8.2	Stationär	93
6.9	Sturzrisikoeinschätzung	94

6.10	Assessments	100
6.11	Wunddokumentation	103
6.12	Pflegeplanung	105
6.12.1	Stationär	106
6.12.2	Ambulant	107
7	Weniger ist mehr – Welche Papiere Sie wirklich brauchen	110
8	Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung: lese- und anwendungsfreundlich	117
8.1	Variante 1: Verzichten Sie auf die komplette Darstellung des Pflegemodells	120
8.1.1	Beispiel ambulant	121
8.1.2	Beispiel stationär	121
8.1.3	Beispiel (stationär)	125
8.1.4	Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung ambulant	132
8.2	Variante 2: Verzichten Sie auf Anamnese- und Biografiebögen	141
8.2.1	Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung stationär	156
9	Verknüpfen Sie BI, SIS® mit der neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfung	166
9.1	Vom Begutachtungsinstrument (BI) zur SIS®	167
10	Schlusswort	170
Literatur		171
Register		173