



ePA – LEP Anwenderkonferenz 23. November 2016

„Möchte eine Suppe essen“ – Prosa und andere Auffälligkeiten in der elektronischen Pflegedokumentation

Juliane Walter

Basisdokumentation

- 1. Pflegeaufnahmebogen**
- 2. Pflegeassessment ePA-AC**
- 3. Pflegemaßnahmen**
- 4. Klinische Notizen – Pflegeberichte**
- 5. Kurve Basis**

1. Pflegeaufnahmebogen

- Informationen / pflegewissenschaftliche Auswertung
soziales Umfeld, soziale Bezüge, Versorgungssituation
- **Daten werden i.d.R. vollständig erhoben – bis zu ½ Jahr
vorgeblendet**
- **Triggert im ePA – poststationäres Versorgungsdefizit**
- **Und über einen Report, potentielle „Kunden“ für „Familiale
Pflege“**

2. Pflegeassessment ePA - AC

- **Ermittlung Selbstpflegefähigkeit / aktueller Pflegebedarf / Ersteinschätzung & Evaluation tgl. durch Zwischeneinschätzung – Abschlusseinschätzung**
- **Umgang / Handhabung - wird geöffnet und geschlossen, Vorwerte werden ungeprüft übernommen**
- **Zustandsveränderungen werden nicht sichtbar**
- **Mangel an professioneller Beurteilung / Qualität**
- **Hintergrundwissen - epA Info Button wird nicht genutzt**
- **Mangel an Fach- und Methodenkompetenz**
- **Plausibilität / Validität wird nicht überprüft**

2.2 Pflegeassessment ePA – AC

- Zustandsveränderungen werden nicht sichtbar
- Plausibilität / Validität wird nicht überprüft
- Fach- und Methodenkompetenz

07.08.2016 / FD: Pat geht es unverändert, teilweise verschluckt sie sich jedoch und die Atmung ist schwerer. Ggf Gefahr der Aspirationspneumonie.

08.08. / SD: Pat äussert Übelkeit, Würgereiz, später leichtes Erbrechen, Zofran lingual brachte keine Linderung

08./ 09.08. / ND: Pat hat sich den Tag über mehrfach übergeben.

2.1 Pflegeassessment ePA – AC

- Wird geöffnet und geschlossen, Vorwerte werden ungeprüft übernommen und stimmen mit dem Verlauf nicht überein

Allergien: (0) nicht erfragt | DRG | Pat-Nr: 973784246 | Fall-Nr: 565312897 | F_CH UNFL | Aufnahme datum: 03.08.2016 (9) | Stat. | Stationä.

Patientenakte | Übersicht | CFS | Dokumentieren | Anforderungen | Aufenthalt

Klinische Übersicht

Klinische Übersicht | ePA | SHA_Archiv | Medikation Kinder

Einschätzung

	08.08.2016 08:42	07.08.2016 13:11
SPF Trinken	4	4
Trinkmenge	1	1
Flüssigkeitsergänzung	2	2
Flüssigkeitsbedarf	4	4
Sondenernährung	4	4
Schluckstörungen	4	4
Übelkeit	S4	S4
SPF Urinausscheidung	1	1
Fähigkeit die Urinausscheidung z ...	1	1
SPF Stuhlausscheidung	2	2
Fähigkeit die Stuhlausscheidung ...	4	4
Dranghafte/ gesteigerte Ausschei ...	4	4

ePA Zusammenfassung

Beeinträchtigungen/SPI-Grafik

Beeinträchtigungen | Kommentare | SPI grafisch

1 - 50 von 88 | 20 Vorkommen

	11.08.2016 12:40	10.08. 13:00
Vorliegende Beeinträchtigung	Bewegung	Bewegung
Vorliegende Beeinträchtigung	Körperpflege und Kleidung	Körperpflege und Kle:
Vorliegende Beeinträchtigung	Ernährung	Ernährung

20 Vorkommen

	08.08.2016 08:42	07.08.2016 13:11	06.08.2016 12:43	2
Art der Einschätzung	Zwischeneinschätzung	Zwischeneinschätzung	Zwischeneinschätzung	t
Selbstpflegeindex (SPI)	24	24	24	24
Dek.risiko	14	14	14	14
Risiko	erhöhtes Dekubitusrisiko	erhöhtes Dekubitusrisiko	erhöhtes Dekubitusrisiko	erhöhtes Dekubitusrisiko

2.3 Pflegeassessment ePA – AC

- Mangel an professioneller Beurteilung / Qualität
- Hintergrundwissen - epA Info Button wird nicht genutzt
- Plausibilität / Validität wird nicht überprüft

akute Beeinträchtigung der Atmun ...	4	4	Art der Einschätzung	Zwischeneinschätzung	
chronische Lungenerkrankung	4	4	Kommentar (Bew)	M. Parkinson seit 14 Jahren AZ -- > Hemiparese li, aggressive Tendenzen, Halluzinationen	
Beatmung > 24h akt. Aufenthalt	4	4	Kommentar (Kör)	Derzeit vollständige Übernahme der	
abdominale/ thorakale Verletzung ...	4	4			
Tracheostoma	4	4		21.08.2016	20.0
Sensorische Wahrnehmung	4	4	Art der Einschätzung	08:56	13
Schmerzintensität	S4	S4	Zwischeneinschätzung		Zwische tzung
Chronische Schmerzen	4	4	Selbstpflegeindex (SPI)	18	18
Dekubitus	0	0	Dek.risiko	13	13
Wunden	0	0	Risiko	erhöhtes Dekubitusrisiko	erhöhtes Dekubitu

2.4 Pflegeassessment ePA – AC

- Mangel an professioneller Beurteilung / Qualität / Fachkompetenz

Einschätzung

1 - 504 von 1120 | 20 Vorkommen

	15.08.2016 10:09	14.08.2016 08:59
Art der Einschätzung	Zwischeneinschätzung	Ersteinschätzung
SPF Aktivität/Fortbewegung	1	2
SPF Mobilität/Veränderung der Kö ...	1	3
Reibung/ Scherkräfte bei Positio ...	1	3
verändertes Gangbild	9	4
Gleichgewichtsstörungen	9	4
Sturzereignis in letzten zwei Mo ...	1	4
aktuelles Sturzereignis	4	4
Erschöpfung/ Fatigue	1	3
SPF Körperpflege Oberkörper	1	3
SPF Körperpflege Unterkörper	1	2
SPF An-/Auskleiden Oberkörper	1	3

ePA Zusammenfassung

Beeinträchtigungen/SPI-Grafik

Beeinträchtigungen | **Kommentare** | SPI grafisch

1 - 60

	15.08.2016 10:09	14.08.2016 08:59
Art der Einschätzung	Zwischeneinschätzung	Ersteinschätzung
Kommentar (Bew)	HE 2°	
Selbstpflegeindex (SPI)	11	31
Dek.risiko	8	20
Risiko	hohes Dekubitusrisiko	Dekubitusrisiko

3. Pflegemaßnahmen (PM)

- (Nachweis durchgeführter, notwendiger PM, Regress, Tätigkeitsnachweis, Erlösrelevant, Entwicklung alternativer Pflegekonzepte / Identifizierung von „wirksamen“ & „unwirksamen“ PM)
- **Lückenhafte Dokumentation notwendiger Pflegeleistungen (PKMS, MRE)**
- **Unzureichende Anordnung (Häufigkeiten fehlen)**
- **Unklare (Doppelte) Anordnung & Dokumentation von PM**
- **Formulierung von erklärenden Kommentaren**

3.1 Pflegemaßnahmen – lückenhafte Dokumentation

	08.08.2016 03:17	07.08.2016 16:21	07.08.2016 12:38	07.08.2016 10:16	07.08.2016 10:15	07.08.2016 04:44	07.08.2016 03:54	06.08.2016 21:06	06.08.2016 12:34	06.08.2016 10:05	06.08.2016 10:04	06.08.2016 04:52	06.08.2016 03:47	05.08 20
klinische Dokumentation (wiederkehrend)														
Pflegemaßnahmen 2	✓	✓		✓			✓	✓		✓			✓	

Nach Verlegung

	08.2016 14:01	21.08.2016 13:05	19.08.2016 10:51	19.08.2016 05:04	18.08.2016 11:24	17.08.2016 17:19	16.08.2016 14:39	16.08.2016 14:38	14.08.2016 14:27	13.08.2016 14:03	12.08.2016 12:17	12.08.2016 06:06	11.08.2016 15:08	10.08.20 14:59
Pflege Sturz-Ereignisprotokoll												✓		
klinische Dokumentation (wiederkehrend)														
Pflegemaßnahmen 2	✓			✓			✓							✓

22.08./FD

19.08./ND

16.08./FD

10.08./FD

Fallnr.: [REDACTED]

3.2 Pflegemaßnahmen – unklare Anordnung / doppelte Doku

Pflegemaßnahmen 2

Schicht Isolation [Hygienemaßnahmen bei MRE lt. QMH](#)

Bewegung	Häufigkeit	Zeitpunkt/Uhr	Nähere Erläuterung zur Maßnahme
Mikrolagerung durchführen	4x tgl.	(2) 17,20	<input checked="" type="checkbox"/>
Wechselnde Lagerung OK_Rü_Sre_Sli	8x tgl.	(2) 17,20	<input checked="" type="checkbox"/>
Oberkörperhochlagerung durchführen	4x tgl.	(2) 17,20	<input checked="" type="checkbox"/>
Herzbettlagerung durchführen			<input checked="" type="checkbox"/> zu den Mahlzeiten
			<input checked="" type="checkbox"/>

PKMS-Maßnahme D

3.2 Pflegemaßnahmen – Kommentare

Bewegung	Häufigkeit	Zeitpunkt/Uhr	Nähere Erläuterung zur Maßnahme
Sensorik/Motorik/Durchblutung überwachen	12x tgl.		<input checked="" type="checkbox"/> Post OP
Wechselnde Lagerung OK_Rü_Sre_Sli	4x tgl.	(1) 8	<input checked="" type="checkbox"/> Auffordern zum Lagerungswechsel
			<input checked="" type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>
Mikrolagerung durchführen	4x tgl.	(1) 8	<input checked="" type="checkbox"/> Korrektur der Extremitäten
PKMS-Maßnahme D D1 (E) Lagerungs-/Positionswechsel und/oder Mobilisation min. 12*tgl. davon max. 4 Mikrolagerungen			
Körperpflege/ Kleiden	Häufigkeit	Zeitpunkt/Uhr	Nähere Erläuterung zur Maßnahme
Bett zurechtmachen	1x tgl.		<input checked="" type="checkbox"/>
Bettwäsche wechseln	1x tgl.	(1) 8	<input checked="" type="checkbox"/>
Ganzkörper an-/auskleiden	2x tgl.	(1) 8	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfestellung bei Hemi re ,Anleiten und M
Ganzkörperwäsche durchführen	1x tgl.	(1) 8	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfestellung bei Hemi re ,Anleiten und M
Mund / Zähne reinigen	2x tgl.		<input checked="" type="checkbox"/> Sachen in reichweite stellen
Kognition/ Bewusstsein	Häufigkeit	Zeitpunkt/ Uhr	Nähere Erläuterung zur Maßnahme
Bewusstseinslage überwachen	8x tgl.	(2) 9,12	<input checked="" type="checkbox"/> Visusveränderungen achten
Medikamenteneinnahme überwachen / Gabe	3x tgl.		<input checked="" type="checkbox"/> Wechselhaft adäquat
Schlaf-/Wachrhythmus überwachen	4x tgl.		<input checked="" type="checkbox"/> alle 2 std
Verhalten beobachten	6x tgl.	(1) 8	<input checked="" type="checkbox"/> pat. hat eine ausgeprägte Aphasie

4. Klinische Notizen - Pflegeberichte

- Evaluation, Beschreibung von Veränderungen / Verläufen, Wirkung von - & Reaktion auf PM, aktuelles individuelles Befinden, Erlösrelevant, Entwicklung alternativer Pflegekonzepte / Änderung von Maßnahmen
- unzureichende Fokussierung / Problemorientierung
- „Prosa“ – keine Berichte – Art Nacherzählung (Länge/Zeit)
- Sprache – Floskeln ohne Inhalt und Bedeutung
- Unzureichende professionelle kompetente Beurteilung
- Doppelte Dokumentation – PM ohne individuellen Bezug
- Organisatorische Informationen und Hinweise
- Erkenntnisse / Informationen werden nicht in ePA übertragen / dokumentiert – Reflektion Verlauf
- Umgang / Handhabung / Prozessdefizite

4.1 Klinische Notizen – Pflegeberichte Länge / Inhalt / Fokus / PM

RR und HF stabil, Pat geht es soweit gut, weiter geschwächt und sehr müde, Pat ist aber allseits orientiert; BZ bei 51 mg /dl-Pat hat 2 Gläser Apfelsaft erhalten und getrunken; Braunülen ESS reizlos, Pat wurde im Bad komplett grundpfleg versorgt ,Gesicht hat sich selbst gewaschen, der Rest wurde von Pflegekraft übernommen, Haut mit Eucerin 10 % gesalbt, Rücken mit Essemtan eingesalbt; Nasen-und Lippenpflege mit Bepanthensalbe versorgt; Fersen weiter sehr schuppig-ebenfalls mit Eucerin versorgt, re Ferse Hautdefekt-wurde mit Hydrokolloidverband versorgt und mit Watte zum besseren Halt gewickelt; an Steiß mehrere Hautläsionen (re ca 2x2 cm) (li ca 1x1 cm +mehrere Rötungen) sichtbar und Rötungen- im Vergleich zu gestern Verschlechterung-Hautdefekte wurden mit Octenisept gereinigt und Hydrokolloidverband versorgt, Pat wird lt. Plan gelagert alle 2 Std mit 2 Pflegekräften, Pat hat inhaliert, O2 über Brille läuft kontinuierlich auf 2 l, darunter Spo2 gut; Pat nimmt grad Frühstück ein- möchte eine Suppe essen, Tabletten unter Aufsicht verabreicht ; Fersen hochgelagert (146 Wörter)

4.1 Klinische Notizen – Pflegeberichte Länge / Inhalt / Foccus / PM

~~RR und HF stabil, Pat geht es soweit gut, weiter geschwächt und sehr müde, Pat ist aber allseits orientiert; BZ bei 51 mg/dl Pat hat 2 Gläser Apfelsaft erhalten und getrunken; Braunülen ESS reizlos, Pat wurde im Bad komplett grundpfleg versorgt, Gesicht hat sich selbst gewaschen, der Rest wurde von Pflegekraft übernommen, Haut mit Eucerin 10% gesalbt, Rücken mit Essectan eingesalbt; Nasen- und Lippenpflege mit Bepanthensalbe versorgt; Fersen weiter sehr schuppig-ebenfalls mit Eucerin versorgt, re Ferse Hautdefekt wurde mit Hydrokollóidverband versorgt und mit Watte zum besseren Halt gewickelt; an Steiß mehrere Hautläsionen (re ca 2x2 cm) (li ca 1x1 cm +mehrere Rötungen) sichtbar und Rötungen- im Vergleich zu gestern Verschlechterung-Hautdefekte wurden mit Octenisept gereinigt und Hydrokolloidverband versorgt, Pat wird lt. Plan gelagert alle 2 Std mit 2 Pflegekräften, Pat hat inhaliert, O2 über Brille läuft kontinuierlich auf 2 l, darunter Spo2 gut; Pat nimmt grad Frühstück ein möchte eine Suppe essen, Tabletten unter Aufsicht verabreicht; Fersen hochgelagert (146 Wörter)~~

4.1 Klinische Notizen – Pflegeberichte Länge / Inhalt / Focus / PM

Pat geht es soweit gut (?), weiter geschwächt und sehr müde, Hautdefekte im Vergleich zu gestern, verschlechtert (**16 Wörter**)

Orientierung

Focus

Fachkompetenz

4.1 Klinische Notizen – Pflegeberichte Länge / Inhalt / Focus / PM

Kurz, knapp, präzise

Pat fühlt sich gut, Schmerzen werden verneint (**Aktuelles Befinden**). Spannungsblase am Bauch noch geschlossen (**Verlauf**), Pat fühlt sich durch den Verband gestört (**individuelle Reaktion auf**). ~~Urin klar~~ (Zusatzinfo Urin in **Kurve Basis**)


Fallnr.:



4.2 Klinische Notizen – Sprache / Floskeln / professionelle Beurteilung

- **keine Beschwerden geäußert**
- **geht es soweit gut / geht es besser**
- **schien bei den Rundgängen zu schlafen**
- **wirkt schlafend**
- **scheint zu schlafen**
- **scheint schmerzgeplagt**
- **unauffällig**
- **gut führbar**
- **freundlich zugewandt**


Klinische Notizen – Professionelle Beurteilung / Floskeln

Anford./Klinische Notizen/Klinische Doku 

Klin. Notizen | Anford. | Klin.Doku | Board | Patienteneinwilligungen | DRG-Info | Beob.studien/Biobanken


7 Tage ▾ | 12.08.2016-18.08.2016 ▾ | Alle Notizen ▾

▼ Ereignis: 17.08.16 20:04 Eingegeben: 17.08.16 20:04


Pflegepersonal  ←


VW ist erfolgt. Pat. ist weiterhin schmerzgeplagt, hat Analgesie erhalten.

✓ Ereignis: 17.08.16 16:38 Eingegeben: 17.08.16 16:38

Medizinisches Personal  ←

Visite: Patient wohlauf, Bauch, weich, Vac. erneuert. Di OP geplant

✓ Ereignis: 16.08.16 20:17 Eingegeben: 16.08.16 20:18 



4.3 Klinische Notizen – Doppelte Doku. / Handhabung

Ursprüngliche Notiz: <input type="text"/> Ereignisdatum/-uhrzeit 09.08.16 23:16	Eingabedatum/-uhrzeit 09.08.16 23:16 ←	Status Vollständig
22:00 Patientin schläft bereits, Medikamente über die PEG erhalten. Sie verneint Schmerzen, wirkt sehr akinetisch. Sie lehnt weitere Flüssigkeit aufgrund der vorher vorhandenen Übelkeit ab. Nun habe sie keine Übelkeit mehr. Sie wurde um 21:30 Uhr vom Spätdienst auf die linke Seite gelagert. Nun liege sie gut.		
Änderung1: <input type="text"/> Ereignisdatum/-uhrzeit 09.08.16 23:16	Änderungsdatum/-uhrzeit 10.08.16 04:41 ←	Status Vollständig
Grund: x 22:00 Patientin schläft bereits, Medikamente über die PEG erhalten. Sie verneint Schmerzen, wirkt sehr akinetisch. Sie lehnt weitere Flüssigkeit aufgrund der vorher vorhandenen Übelkeit ab. Nun habe sie keine Übelkeit mehr. Sie wurde um 21:30 Uhr vom Spätdienst auf die linke Seite gelagert. Nun liege sie gut. 01:00 Patient wirkt schlafend beim Durchgang, Lagerung auf die rechte Seite 03:00 Patient scheint zu schlafen, Lagerung auf den Rücken. 05:00 Lagerung auf die linke Seite		
Änderung2: <input type="text"/> Ereignisdatum/-uhrzeit 09.08.16 23:16	Änderungsdatum/-uhrzeit 10.08.16 05:08 ←	Status Vollständig
Grund: d 22:00 Patientin schläft bereits, Medikamente über die PEG erhalten. Sie verneint Schmerzen, wirkt sehr akinetisch. Sie lehnt weitere Flüssigkeit aufgrund der vorher vorhandenen Übelkeit ab. Nun habe sie keine Übelkeit mehr. Sie wurde um 21:30 Uhr vom Spätdienst auf die rechte Seite gelagert. Nun liege sie gut. 01:00 Patient wirkt schlafend beim Durchgang, Lagerung auf die linke Seite 03:00 Patient scheint zu schlafen, Lagerung auf die rechte Seite 05:00 Lagerung auf den Rücken		
Änderung3: <input type="text"/> Ereignisdatum/-uhrzeit 09.08.16 23:16	Änderungsdatum/-uhrzeit 10.08.16 05:59 ←	Status Vollständig
Grund: g 22:00 Patientin schläft bereits, Medikamente über die PEG erhalten. Sie verneint Schmerzen, wirkt sehr akinetisch. Sie lehnt weitere Flüssigkeit aufgrund der vorher vorhandenen Übelkeit ab. Nun habe sie keine Übelkeit mehr. Sie wurde um 21:30 Uhr vom Spätdienst auf die rechte Seite gelagert. Nun liege sie gut. 01:00 Patient wirkt schlafend beim Durchgang, Lagerung auf die linke Seite 03:00 Patient scheint zu schlafen, Lagerung auf die rechte Seite 05:30 Lagerung auf den Rücken, Intimpflege durchgeführt, Schutzhose gewechselt.		

Phänomene

- Informationen „Ich habe gehört das “ SPI 39,37,35 ...
- Verselbständigung von fraglichen Informationen
- Führen zu neuen Überzeugungen
- Münden in neues Wissen – „ich glaub` Juliane hat gesagt“, „Juliane hat auf der letzten MAB gesagt“
- Angewohnheiten Umgang / Handhabung –
- Beratungsresistenz – einfachere Handhabung
- Am liebsten alles auf / in einem Formular
- Stationsspezifisches Dokumentationsverhalten

- Zeit – dauerhaftes Phänomen

Bewährtes Vorgehen

- lockeres „heran pirschen“ an die Stationsleitung
- Loben für die gute Doku und die Fortschritte
- So nebenbei einfließen lassen – „mir ist aufgefallen, dass“
- Wir können ja mal einen Termin machen., ich stelle mal was zusammen
- Stationsspezifische Dokumentationsanalyse – Nutzung der Formulare, Umgang und Handhabung – Kontakt mit MA auf Station – Beispiele aus Praxis - Wiedererkennungseffekt
- Rücksprache mit Stationsleitung – Ziel / Änderungen / Neuerungen – die umgesetzt werden sollen
- Teilnahme an MAB – Vorstellung der Ergebnisse –
- Vorschläge von MA
- Nach gemeinsamer Absprache - Handzettel über potentielle Änderungen

Aktivitäten Allgemein

- **VA – Klinische Dokumentation als gemeinsame Grundlage**
- **Kontakte zu Schule & Ausbildung - Ansprechpartnerinnen**
- **Standortbestimmung Pflegedokumentation – Ltg. 1 x Monat**
- **AG – Pflegedokumentation – Anpassung / Weiterentwicklung**
- **„Kümmerein“ – Koordinatorin – Pflegedokumentation -**

- **Bewusstsein: Pflegedokumentation wird als wesentlicher Bestandteil des UKE Kompetenzmodell begriffen und implementiert**

Wir wollen, daß unsere Mitarbeiter „anders“ sind. Aber nicht so sehr „anders“, daß es die Leute merken.

Martinstraße 52
D-20246 Hamburg

Ansprechpartner Juliane Walter
Funktion: Koordinatorin
Pflegedokumentation, Soarian, ePA-AC/LEP
Telefon: +49 (0) 40 7410-56244
Telefax: +49 (0) 40 7410-56187
j.walter@uke.de
www.uke.de

