

## GRUNDLAGEN ZUM ÜBERPRÜFUNGSRASTER FÜR DIE PFLEGEDOKUMENTATION

### Inhalt

1.	Aufbau des Überprüfungsrasters für die Pflegedokumentation.....	1
2.	Überprüfungskriterien .....	1
2.1	Strukturen/ Formalien .....	1
2.2	Pflegeprozess .....	2
2.2.1	Nutzen des Pflegeprozesses.....	2
2.2.2	Pflegeprozessmodelle.....	2
2.2.3	Der Pflegeprozess in der Pflegedokumentation .....	3
2.2.4	Informationssammlung/Aassessment.....	3
2.2.5	Erkennen von Problemen und Ressourcen/Pflegediagnose.....	3
2.2.6	Festlegen der Ziele/Pflegeplanung.....	4
2.2.7	Planen der Massnahmen/Pflegeplanung.....	4
2.2.8	Durchführen der Massnahmen/Intervention .....	4
2.2.9	Beurteilen der durchgeführten Pflege/Evaluation .....	4
3.	Quellenangaben.....	5

### 1. Aufbau des Überprüfungsrasters für die Pflegedokumentation

Der Überprüfungsraster für die Pflegedokumentation wird primär zum Zweck einer umfassenden Überprüfung der Dokumentationsqualität eingesetzt. Er kann jedoch auch als Hilfsmittel für den Aufbau eines neuen Pflegedokumentationssystems dienen.

Umfang, Aufbau und Detaillierungsgrad von Pflegedokumentationssystemen variieren je nach Einsatzbereich und Setting und werden von den Institutionen selber festgelegt. Im Überprüfungsraster sind daher die Überprüfungskriterien so gewählt und ausformuliert, dass sie für alle Pflegedokumentationen und in den unterschiedlichen Settings relevant und anwendbar sind.

### 2. Überprüfungskriterien

Der Überprüfungsraster ist zweiteilig aufgebaut: Der erste Teil beinhaltet strukturelle/formale Überprüfungskriterien, der zweite Teil die Kriterien für die Überprüfung der inhaltlichen Qualität der Pflegeprozess-Dokumentation.

#### 2.1 Strukturen/ Formalien

Damit der Pflegeprozess im Dokumentationssystem vollständig und nachvollziehbar abgebildet werden kann, müssen von der Organisation die entsprechenden Formulare und Vorlagen (Strukturen) zur Verfügung gestellt werden.

Die Pflegedokumentation ist als Urkunde einzustufen, dies bedingt das Einhalten von formalen, rechtlichen Kriterien.

## 2.2 Pflegeprozess

### 2.2.1 Nutzen des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess ist ein theoretisches Denk- und Handlungskonzept und eine Arbeitsmethode<sup>1</sup>, die es Pflegefachpersonen in der Praxis ermöglicht, Pflegephänomene systematisch zu identifizieren, zu analysieren und die Pflege rational, prozesshaft und systematisch zu planen, durchzuführen, sowie die Pflegeergebnisse zu bewerten (1). Ebenso dient der Pflegeprozess dem Nachweis der Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Pflegeleistungen (KVG Art.32) (2).

### 2.2.2 Pflegeprozessmodelle

Es existieren verschiedene Pflegeprozessmodelle, die sich hinsichtlich der Anzahl und der Bezeichnung der Prozess-Phasen/ Schritte unterscheiden.

Im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreitet sind die Pflegeprozessmodelle nach Fiechter/ Meier (3) und nach Gordon (4).

In Gordons Modell werden im Prozessschritt „Pflegediagnose“ nach einer vorgegebenen Struktur (z. B. PES Format<sup>2</sup>) und basierend auf einer taxonomischen Klassifikation (z.B. NANDA Taxonomie II) von der Pflegefachperson eine oder mehrere Pflegediagnosen gestellt. Die folgende Phase der „Pflegeplanung“ fasst die Prozessschritte „Pflegezielformulierung“ und „Massnahmenplanung“ zusammen.

Das Modell von Fiechter/ Meier (violett in der Abbildung 1) unterscheidet sich von Gordons Modell (blau in der Abbildung 1) dahingehend, dass die Pflegefachperson im Schritt „Erkennen von Problemen und Ressourcen“ das Pflegeproblem frei formuliert. Die nachfolgende Planung der Pflege wird in zwei Phasen „Festlegen der Ziele“ und „Planen der Massnahmen“ aufgeteilt.

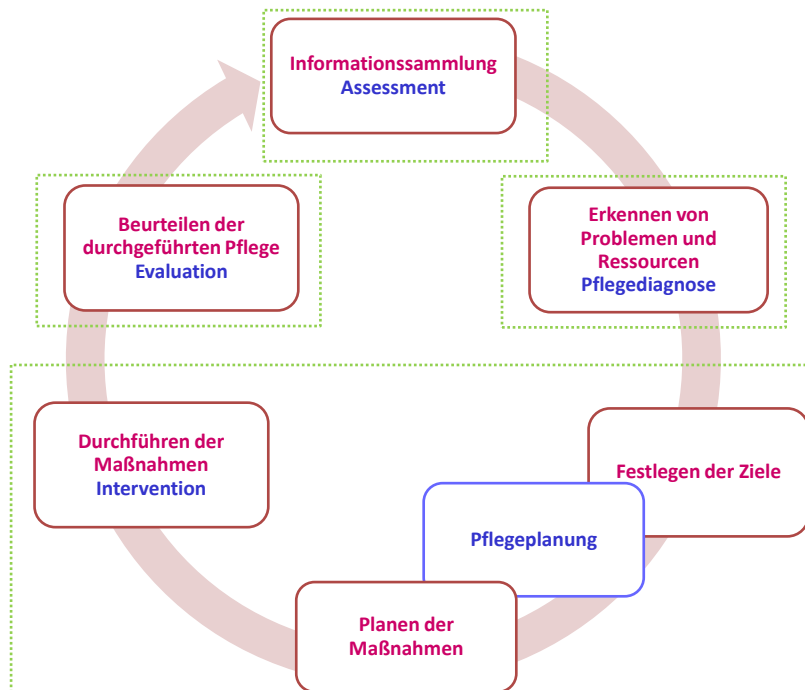


Abbildung 1 Die Schritte des Pflegeprozess in Anlehnung an Fiechter/ Meyer (1998) (Violett) und Gordon (2010) (Blau) sowie übergeordnete Systematik (Grün)

<sup>1</sup>Der Pflegeprozess wird oft als inhaltliche Pflegetheorie missverstanden. Das Pflegeprozessmodell als „Handlungsmodell“ gibt jedoch keinerlei Auskunft darüber, welche / wie Interventionen in den einzelnen Schritten ausgeführt und schriftlich festgehalten werden. Die Ausgestaltung der Schritte des Pflegeprozesses ist anhand theoriegeleiteter Entscheidungen zu bestimmen (1).

<sup>2</sup> Die Ausformulierung einer Pflegediagnose erfolgt nach dem PES-Format: P – Problem, E – Ätiologie/ Ursache, S – Symptom.

Grundsätzlich stimmen die verschiedenen Pflegeprozessmodelle in ihrer Systematik und ihren Inhalte überein (grün in der Abbildung 1):

- Informationen werden gezielt erhoben (und dokumentiert)
- Pflegeprobleme/ Pflegediagnosen werden definiert (und dokumentiert)
- Ziele und Interventionen werden geplant/ durchgeführt (und dokumentiert)
- Zielerreichung / Pflegeergebnisse werden evaluiert (und dokumentiert), die Pflegeplanung wird ausgehend von der Evaluation bei Bedarf angepasst

Für die Pflegefachperson in der Praxis ist nicht primär von Bedeutung welche Prozessschritte und Begrifflichkeiten das gewählte Modelle beinhaltet, sondern vielmehr, dass sie mit Hilfe der Pflegeprozessmethode ihre Handlungen tatsächlich systematisch und prozesshaft durchführen und ihr Denken in Prozessen verläuft (5).

Der Überprüfungsraster „Pflegedokumentation“ ist strukturell und inhaltlich an die beiden Pflegeprozessmodelle nach Fiechter und Meier sowie Gordon angelehnt, da beide Modelle (Pflegediagnostik und „freie“ Problemformulierung) in den Gesundheitsinstitutionen der Schweiz verbreitet sind.

### **2.2.3 Der Pflegeprozess in der Pflegedokumentation**

Ein Dokumentationssystem, welches sich am Pflegeprozess orientiert, ergänzt dessen qualitätssichernde Funktion in der Pflegepraxis. Indem die Prozessschritte in der Pflegedokumentation differenziert und nachvollziehbar abgebildet sind, werden pflegerische Leistungen transparent, sind sinnvoll miteinander verknüpft und überprüfbar. Die Qualität und Kontinuität der Unterstützung und Behandlung für die Patienten, Bewohner und Klienten ist gesichert.

### **2.2.4 Informationssammlung/Aassessment**

(Synonyme: Pflegeanamnese, Pflegeassessment, Pflegebedarfserfassung, Ersterfassung, Ersteinschätzung, Bedarfsabklärung<sup>3</sup>)

In der Informationssammlung werden pflege- und behandlungsrelevante Daten zielgerichtet und kontinuierlich<sup>4</sup> mittels Befragung, Beobachtung und Untersuchung beim Patienten/ Bewohner/Klienten und/oder bei dessen Bezugsperson/en erhoben, systematisiert und dokumentiert. Sekundäre Daten, wie Aussagen von Angehörigen, anderen Berufsgruppen, Krankengeschichten oder Entlassungsberichten dienen dazu, die Informationssammlung zu komplettieren.

Idealerweise wird bei Bedarf die Informationssammlung mit standardisierten Screening- und Assessmentverfahren (z. B. Skalen zur Ermittlung von Risiken wie Dekubitus, Mangelernährung, Sturz etc.) ergänzt.

Die Informationssammlung/das Assessment ist das Fundament des Pflegeprozesses. Die folgenden Phasen des Pflegeprozesses hängen von der Vollständigkeit und Verlässlichkeit dieser Situationseinschätzung ab (1).

### **2.2.5 Erkennen von Problemen und Ressourcen/Pflegediagnose**

Ausgehend von den in der Informationssammlung gewonnenen Informationen werden die prioritären Problembereiche, bzw. der Pflegebedarf und die Ressourcen des Patienten/Bewohners/Klienten und deren Bezugspersonen identifiziert und benannt. Die

<sup>3</sup> Bedarfsabklärung: Die Bedarfsabklärung umfasst nebst der Erfassung auch die Beurteilung der Gesamtsituation und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (KLV, Art. 8<sup>47</sup> Abs. 2) (6). Sie beinhaltet somit nebst der Informationssammlung auch bereits Schritte der Pflegeplanung. In sich folgt die Bedarfsabklärung jedoch ebenfalls der genannten Abfolge der Prozessschritte.

<sup>4</sup> Eine Informationssammlung kann niemals „vollständig“ sein, da während des gesamten Pflegeprozesses eine fortlaufende Informationssammlung stattfinden muss. Eine Aktualisierung der Informationssammlung erfolgt bei relevanten Zustands- und/oder Situationsveränderungen.

vollständige Problembeschreibung beinhaltet die Elemente: Problembenennung, Einflussfaktoren/Ursachen, Zeichen und Symptome.

### **2.2.6 Festlegen der Ziele/Pflegeplanung**

Zu jedem benannten Pflegeproblem (oder Problembereiche) wird mindestens ein entsprechendes Ziel abgeleitet. Die zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erwartenden Ergebnisse werden festgelegt. Die Zieldefinition wird so formuliert, dass sie gleichzeitig als Messgrösse dient, um die Wirksamkeit der geplanten pflegerischen Massnahmen zu beurteilen (z.B. SMART<sup>5</sup>).

Ein Priorisieren von Pflegezielen ist notwendig, da nicht alle Pflegeziele von gleicher Wichtigkeit sind und auch nicht eine „unendliche“ Anzahl von Pflegezielen gleichzeitig bearbeitet werden können.

### **2.2.7 Planen der Massnahmen/Pflegeplanung**

In der Massnahmenplanung werden pflegerischen Interventionen festgelegt, die wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sind, um die definierten Ziele zu erreichen und damit die benannten Pflegeprobleme zu lösen. Die präzise Beschreibung der Massnahme beeinflusst deren erfolgreiche Umsetzung. Die Pflegemassnahmen sind für das Pflegeteam verbindlich. Damit wird gewährleistet, dass sie zielorientiert und personenunabhängig umgesetzt werden.

### **2.2.8 Durchführen der Massnahmen/Intervention**

Während der Durchführung einer Pflegemassnahme wird die Reaktion des Patienten auf die Massnahme beobachtet und dokumentiert. Die Massnahme wird ausgehend von ihrer Wirkung gegebenenfalls angepasst und der Pflegeplan entsprechend modifiziert.

Die Dokumentation der durchgeführten Massnahmen dient nebst dem Aufzeigen der Wirkung auch dem Nachweis der selbst erbrachten oder delegierten Pflegeintervention und dem Informationsaustausch zwischen den zuständigen Berufsgruppen.

Die Dokumentation des Nachweises erfolgt an jenem Platz, der dafür in der Pflegedokumentation vorgesehen ist (z.B. Positionierungsplan, Schmerzprotokoll etc.), bzw. im Pflegeverlaufsbericht. Der Pflegeverlaufsbericht dient nicht der Dokumentation von Durchführungs-/Tätigkeitsnachweisen (z.B. Inhalation verabreicht), sondern gibt Auskunft über die Wirkung der Massnahme (Pat. atmet ohne Stridor).

### **2.2.9 Beurteilen der durchgeführten Pflege/Evaluation**

In der Evaluation wird der Grad der Zielerreichung durch den Vergleich des geplanten Ziels und des tatsächlichen Zustandes ermittelt und ausgewiesen/dokumentiert. Eine Beurteilung wird durch die präzise Dokumentation der Pflegeziele und der nachvollziehbaren Dokumentation der Wirkung der Pflegemassnahmen, bzw. durch Befragung, Beobachtung oder Kontrollen ermöglicht.

Als Konsequenz der Evaluation werden das Ziel, bzw. die Pflegemassnahmen beendet oder die Pflegeplanung wird weitergeführt oder angepasst.

---

<sup>5</sup> Specific (Spezifisch), Measurable (Messbar) Achievable (Erreichbar), Relevant (Relevant), Timely (Terminiert)

### 3. Quellenangaben

- (1) Brucker, U., Ziegler, G., Theis, S., Jodes-Laßner, U., Köhler, C., Reus, U. et al. (2005). *Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege* (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), Hrsg.), Köln. Verfügbar unter [http://www.mds-ev.org/media/pdf/P42\\_Pflegeprozess.pdf](http://www.mds-ev.org/media/pdf/P42_Pflegeprozess.pdf)
- (2) Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (1994). Bundesgesetz über die Krankenversicherung. KVG. Verfügbar unter <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201307010000/832.10.pdf>
- (3) Fiechter, V. & Meier, M. (1998). *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Anwendung und Dokumentation des Pflegeprozesses in der Praxis* (10., überarb. Aufl). Fritzlari: RECOM-Verl.
- (4) Gordon, M. (2010). *Handbuch Pflegediagnosen* (Auflage: 5., vollst. überarb. u. erg. Aufl.). Bern: Huber.
- (5) Allmer, F., Burger, V., Chukwuma-Lutz, S., Oswald, M., Rappold, E., Rottenhofer, I. et al. (2009). *Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- (6) Eidgenössisches Departement des Innern. (1995). Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. KLV. Verfügbar unter <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/201401010000/832.112.31.pdf>

Weiter verwendete Quellen zur Erstellung des Überprüfungsrasters:

Lötscher, R., Reidy, I. M. & Sherbetdjian, M. (2006). *Die Pflege dokumentieren. Qualitätskriterien zur Pflegedokumentation und ihre Anwendung*. Bern: SBK ASI Schweiz

Müller-Staub, M., Needham, I., Lunney, M., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & van Achterberg, T. (2008). *Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen: Kriterien und Operationalisierung des Messinstruments Q-DIO*. *Pflege*, 21 (5), 327–338.