

Arbeitshilfen

8

Wie im Vorwort bereits erläutert, befinden sich auf der beiliegenden CD-ROM neben fertig vorbereiteten Schulungseinheiten auch viele hilfreiche Formulare, Verfahrensanweisungen und Checklisten. Außerdem erhalten Sie ergänzende Informationen, z. B. wie Sie in der Planung eines Dienstplans idealerweise vorgehen sollten.

Sie können diese praxisbewährten Dokumente in Ihrer täglichen Arbeit verwenden. Ein Teil der Arbeitshilfen ist sowohl als PDF-Datei wie auch als Word-Datei verfügbar, sodass Sie diese bearbeiten und z. B. auch mit Ihrem eigenen Logo versehen können. Achten Sie aber bitte darauf, dass Sie die Dokumente inhaltlich Ihren einrichtungsspezifischen Gegebenheiten anpassen. So können Sie beispielsweise die Musterformulare in einem Qualitätszirkel diskutieren und dann überarbeiten. Nur so können Sie sicherstellen, dass sich auch Ihre Mitarbeiter mit den auf ihren Arbeitsalltag zugeschnittenen Dokumenten identifizieren können.

Im Folgenden sind alle Arbeitshilfen in verkleinerter Form und nach Ihrer Reihenfolge der Zuordnung zu den Kapiteln abgedruckt.

MENSCH UND MEDIEN	Checkliste: Bewertung von Prozessen	Datum:				
		A 1.6-1 Seite 1				
PROFESSIONELLES QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PFLEGE	<p>1 Prozessgrundlagen</p> <p>1.1 Wer ist für die Durchführung des Prozesses verantwortlich (z. B. Pflegefachkraft)?</p> <p>1.2 Findet der Prozess regelmäßig statt? Wenn ja: Ist der Rhythmus festgelegt (z. B. Evaluation der Pflegeplanungen)?</p> <p>1.3 Wird der Prozess durch rechtliche Vorgaben beeinflusst oder bestimmt (z. B. Gabe von BTM)?</p> <p>2 Prozessablauf</p> <p>2.1 Wodurch wird der Prozess ausgelöst und wodurch wird er beendet (z. B. Erstgespräch, Heimaufnahme)?</p> <p>2.2 Welche Tätigkeiten werden während des Prozesses erbracht (z. B. Verbandswechsel beim Wundmanagement)?</p> <p>2.3 Ist die Reihenfolge der Tätigkeiten aufeinander abgestimmt und sinnvoll?</p> <p>2.4 Sind Entscheidungskriterien allen Beteiligten eines Prozesses bekannt (z. B. Pflegestandards)?</p> <p>3 Prozessschnittstellen</p> <p>3.1 Gibt es Schnittstellen, die während des Prozessablaufs auftreten (z. B. Einbindung einer Wundtherapeuten beim Verbandswechsel)?</p> <p>3.2 Wie sind die Schnittstellen in Bezug auf den Informationsfluss eingebunden (z. B. wird die Informationsweitergabe geregelt und dokumentiert)?</p> <p>4 Prozesskontrolle</p> <p>4.1 Gibt es eine Kontrollfunktion und somit eine Evaluation des Prozesses (z. B. regelmäßige Assessments)?</p> <p>5 Prozessdokumentation</p> <p>5.1 Welche Dokumente werden benötigt? Müssen diese ggf. optimiert werden (z. B. Formular zur Wunddokumentation)?</p> <p>5.2 Werden die Dokumente entsprechend den Standards bzw. den Verfahrensanweisungen angewendet (z. B. Einsatz eines Assessments zum richtigen Zeitpunkt)?</p> <p>5.3 Wie und wie lange werden die Dokumente archiviert (z. B. Bewohnerakten mindestens zehn Jahre)?</p>					
FACHKOMPETENZ PFLEGE	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Erstellt durch:</td> <td>Freigebe durch:</td> <td>Datum:</td> <td>Version:</td> </tr> </table>		Erstellt durch:	Freigebe durch:	Datum:	Version:
Erstellt durch:	Freigebe durch:	Datum:	Version:			

MENSCH UND MEDIEN	Musterformular: Verfahrensanweisung	Datum:				
		A 3.3-1 Seite 1				
PROFESSIONELLES QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PFLEGE	<p>Verfahrensanweisung Nr. XXX Thema: XXX</p> <p>1. Ziel: <i>Hier wird die Zielsetzung der Verfahrensanweisung beschrieben – was soll mit ihr erreicht werden?</i></p> <p>2. Geltungsbereich: <i>Hier wird erläutert, für welchen Bereich der Institution die Verfahrensanweisung gültig ist: z. B. für die Verwaltung, für die Pflege, für den Sozialdienst, etc.</i></p> <p>3. Verantwortungen/Zuständigkeiten: <i>Hier wird erläutert, welche (Funktions-)Stelle für die beschriebenen Tätigkeiten zuständig ist.</i></p> <p>4. Beschreibung: <i>Hier wird der Ablauf des Verfahrens Schritt für Schritt beschrieben.</i></p> <p>5. Begriffe: <i>Hier werden Begriffe erläutert (sofern notwendig), die im Kontext der Verfahrensanweisung auftauchen.</i></p> <p>6. Mitgelieferte Unterlagen und Dokumentation: <i>Hier werden die Formulare aufgeführt, die für die Dokumentation der Prozesse relevant sind bzw. auf ggf. ergänzende Vorgabedokumente verwiesen.</i></p> <p>8. Erläuternde Hinweise und Besonderheiten: <i>Hier können ergänzende Hinweise, z. B. häufige Fehler, gegeben werden.</i></p> <p>9. Verteiler: <i>Hier wird vermerkt, an welche Bereiche und Personen die Verfahrensanweisung verteilt wird. Somit kann sichergestellt werden, dass alle betroffenen Mitarbeiter die Inhalte kennen.</i></p>					
FACHKOMPETENZ PFLEGE	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Erstellt durch:</td> <td>Freigebe durch:</td> <td>Datum:</td> <td>Version:</td> </tr> </table>		Erstellt durch:	Freigebe durch:	Datum:	Version:
Erstellt durch:	Freigebe durch:	Datum:	Version:			

MENSCHUNDMEDIEN	Checkliste: Externe Berater einbinden	Datum:	
		A 3.4-1 Seite 1	

Kriterien, die in einem Beratervertrag zur externen Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollten:

1. Ist das Beratungsziel klar definiert?

2. Ist der Beratungsumfang strukturiert dargestellt (inhaltlicher Fahrplan, methodische Vorgehensweise)?

3. Werden Angaben gemacht, welcher zeitliche Rahmen zu welchen Konditionen (Stundensätze, Spesen, etc.) für das Erreichen des Auftragsziels notwendig sein wird?

4. Welche Qualifikationen haben die eingesetzten Berater?

5. Sind Fristen benannt, bis wann der Berater Ergebnisse von Zwischenetappen benennen kann?

6. Ist im Vertrag eine Austrittsklausel vermerkt, die dem Auftraggeber ermöglicht, bei längeren Beratungsprojekten aussteigen zu können? Wenn ja, zu welchen Konditionen?

7. Sorgt das Beratungsunternehmen auch für den Wissenstransfer, sodass die involvierten Bereiche und Mitarbeiter zielführend zugeschnittene Informationen erhalten?

8. Wie kann nach Beendigung des Beratungseinsatzes der Erfolg der Dienstleistung gemessen werden? Sollen Mängel nach dieser Erfolgskontrolle bestehen, muss es möglich sein, dass die Einrichtung notwendige Nachbesserungen bekommt.

Erstellt durch:	Freigabe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCHUNDMEDIEN	Checkliste: Evaluation des Pflegeprozesses	Datum:	
		A 4.1-1 Seite 1	

Prüfkriterium	JA	NEIN	Erläuterung / Ergebnis
Wurde im Rahmen einer Pflegevisite der Zielerreichungsgrad der geplanten Maßnahmen überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde im Rahmen eines Kundengesprächs der Zielerreichungsgrad der geplanten Maßnahmen überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde im Rahmen einer Fallbesprechung der Zielerreichungsgrad der geplanten Maßnahmen überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde der Pflegebericht seit dem Zeitpunkt der vergangenen Evaluation gelesen und nachvollzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden in der im vorangegangenen Punkt beschriebenen Rückschau außergewöhnliche Ereignisse im Pflegeverlauf gefunden, die bisher nicht in die Pflegeplanung eingeflossen sind und somit noch nicht im Pflegeprozess berücksichtigt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Zwischenschritt: Anpassung des Pflegeprozesses an die Erkenntnisse der o. g. Instrumente			
Wurden neue Informationen aus dem Pflegebericht in die Informationssammlung und ggf. den Biografiebogen übertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist nach der Anpassung des Pflegeprozesses das Medikamentenblatt noch aktuell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müssen alle Formulare noch in der Pflegedokumentation geführt werden (z. B. Lagerungsplan, Wunddokumentation, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden die Risk-Assessments überprüft und ggf. aktualisiert (z. B. Sturz, Dekubitus, Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden im Berichtsblatt die Evaluationsergebnisse dokumentiert (welche Ziele wurden erreicht, welche nicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Zwischenschritt: Information des Kunden und des Teams			
Hat ein erneutes Informationsgespräch mit dem Kunden über die Neuausrichtung des Pflegeprozesses stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde das Team über die abgeänderte Pflegeplanung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müssen gegebenenfalls im Team Kurzschulungen zu einzelnen pflegerischen Maßnahmen durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erstellt durch:	Freigabe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCHUNDMEDIEN	Tipps für eine effektive Pflegedokumentation	Datum:	
		A 4.1-2 Seite 1	

Seit Jahren versuchen Hersteller von Pflegedokumentationssystemen, Experten und auch die Politik, die Pflege – und somit das Dokumentationswesen – zu enbürokratisieren. Der Erfolg war bisher eher marginal. Insbesondere der enorme „Nachweisdruck“, der auf Pflegeeinrichtungen durch die externen Prüfinstanzen wie MDK oder Heimaufsicht lastet, führt bei den Pflegemitarbeitern zu der Wahrnehmung, dass die Pflegedokumentation zunehmend umfangreicher und aufwendiger wird.

Anhand der folgenden, ganz praktischen Tipps kann die Kompetenz der Pflegeteammitglieder, sich in der Dokumentation auf das Wesentliche zu konzentrieren, gestärkt werden. Diese sollten im Rahmen von kurzen Schulungseinheiten (z. B. im Rahmen einer Übergabe) anhand von Pflegedokumentationsbeispielen geübt werden.

1. Keine Doppeldokumentation

Wenn eine Information an einer Stelle der Pflegedokumentation erfasst wurde, muss sie nicht ein zweites Mal wiederholt werden. Folgende Beispiele können diesen Grundsatz erläutern:

- Maßnahmen, die in der Pflegeplanung beschrieben wurden, müssen nicht in der Durchführungskontrolle einzeln abgezeichnet werden. Hier genügt es, wenn diese im Block abgezeichnet werden (mit Verweis auf die Pflegeplanung). Maßnahmen der Behandlungspflege sollten hingegen einzeln abgezeichnet werden.
- Im Berichtsblatt sollten keine Eintragungen getätigt werden, die dem alltäglichen Verlauf entsprechen. Eintragungen zu Stuhlgang, Duschen oder Baden sind überflüssig. Lediglich die Abweichung der Regel soll hier dokumentiert werden (z. B. dass der betreffende Arzt informiert wurde, da der Bewohner seit fünf Tagen an Obstipation leidet).
- Oftmals ist nicht klar geregelt, welche Eintragungen in welches Dokumentationsblatt gehören. Hier ist dafür Sorge zu tragen, dass einheitliche Regeln geschaffen werden, in welches Blatt welche Eintragungen aufgenommen werden (so gibt es oft inhaltliche Schnittmengen in der Pflegeanamnese, wenn ergänzend noch eine umfassende Informationssammlung gemacht wird).

2. Keine unklaren oder sinnlosen Aussagen

Hierbei handelt es sich oftmals um Eintragungen, die auf einer subjektiven Wahrnehmung beruhen und insofern auch so gut wie keine Aussagekraft haben. Sicherlich kennen Sie folgende Beispiele:

- „Dem Bewohner geht es gut“: Was soll das genau heißen? Hat er dies so geäußert, oder ist dies eine subjektive Wahrnehmung der Pflegekraft?
- „Bewohner hat gut gegessen und getrunken“: Was ist damit gemeint? Hat er „gut“ gegessen, weil er z. B. das Besteck trotz seiner Hemiplegie gekonnt eingesetzt hat oder hat er seine Solikolienzahl zu sich genommen?
- „Bewohner war aggressiv“: Hierbei handelt es sich um eine Bewertung des Verhaltens, diese sagt aber nichts aus. Die Wahrnehmungsgrenze, ab wann eine Pflegekraft ein Verhalten als „aggressiv“ empfindet, kann von Person zu Person unterschiedlich sein. In diesem Falle wäre es sinnvoller zu beschreiben, welches Verhalten der Bewohner an den Tag gelegt hat.
- „Bewohner war unruhig“: Hier wäre eine Beschreibung der Aktivitäten des Bewohners eher geeignet.

Erstellt durch:	Freigabe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCHUNDMEDIEN	Audit-Checkliste: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	Datum:	
		A 4.1-3 Seite 1	

Prüfen Sie anhand untenstehender Checkliste den Umsetzungsstand der einzelnen Qualitätskriterien in Ihrer Einrichtung. Erläuterungen können in der Zeile unterhalb der jeweiligen Themenspalte eingetragen werden.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S 1a</p> <p>Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und kommunikative Kompetenz. Menschen mit einer chronischen Wunde zu identifizieren und deren Einschränkungen und Selbstmanagementfähigkeiten sensibel zu erkunden.</p> <p>S 1b</p> <p>Die Einrichtung verfügt über eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Sie stellt sicher, dass eine pflegerische Expertin zur Verfügung steht und hält erforderliche Materialien für Assessment und Dokumentation bereit.</p>	<p>P 1a</p> <p>Die Pflegefachkraft erfasst im Rahmen der pflegerischen Anamnese bei allen Klienten wund- und therapiebedingte Einschränkungen sowie Möglichkeiten des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements.</p> <p>P 1b</p> <p>Die Pflegefachkraft holt eine medizinische Diagnose ein. Für das wundspezifische Assessment zieht sie, insbesondere zur Erst einschätzung und Dokumentation der Wunde, eine pflegerische Expertin hinzu und bindet diese nach Bedarf in die weitere Versorgung ein.</p>	<p>E 1:</p> <p>Die Dokumentation enthält differenzierte Aussagen zu den Punkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mobilitäts- und andere Einschränkungen, Schmerzen, Wundgeruch, Exsudat, Ernährungsstatus, psychische Verfassung Wissen der Klienten und ihrer Angehörigen über Ursachen und Heilung der Wunde sowie gesundheitsbezogene Selbstmanagementkompetenzen Spezifische medizinische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisation, -größe, -rand, -umgebung, -grund und Einzündungszeichen
<p>S 2</p> <p>Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen, zu krankheitsspezifischen Maßnahmen je nach Wundart (z. B. Bewegungsförderung, Druckentlastung oder Kompression), zur Wundversorgung, zur Grunderkrankung und zur Rezidiv- und Infektionsprophylaxe sowie zum Hautschutz.</p>	<p>P 2</p> <p>Die Pflegefachkraft plant unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen gemeinsam mit den Klienten und ihren Angehörigen Maßnahmen zu folgenden Bereichen: wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen, wundspezifische Erfordernisse, Grunderkrankung und Rezidivprophylaxe, Vermeidung weiterer Schäden, Umsetzen medizinischer Verordnungen.</p>	<p>E 2</p> <p>Ein individueller, alltagsorientierter Maßnahmenplan, der die gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen der Klienten und ihrer Angehörigen berücksichtigt, liegt vor.</p>

Erstellt durch:	Freigabe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCHUNDMEDIEN	Audit-Checkliste: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	Datum:
	A 4.1-4 Seite 1	

Prüfen Sie anhand untenstehender Checkliste den Umsetzungsstand der einzelnen Qualitätskriterien in Ihrer Einrichtung. Erläuterungen können in der Zeile unterhalb der jeweiligen Themenspalte eingetragen werden.

Struktur	Prozess	Ergebnis	
S1 Die Pflegekraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos.	P1 Die Pflegekraft beurteilt das Dekubitusrisiko aller Klienten, bei denen die Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Drucks u.ä. mithilfe einer standardisierten Einschätzungsskala, z.B. nach Braden, Waterlow oder Norton.	E1 Eine aktuelle systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.	
S2 Die Pflegekraft beherrscht haut- und gewebschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfer-techniken.	P2 Die Pflegekraft gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplans sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Klienten, z.B. 30-Grad-Lagerung, Mikrobewegung, reibungs- und scherkraftarmer Transfer, und fördert soweit als möglich die Eigenbewegung des Klienten.	E2 Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.	

Erstellt durch:	Freigabe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCHUNDMEDIEN	Audit-Checkliste: Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	Datum:
	A 4.1-5 Seite 1	

Prüfen Sie anhand untenstehender Checkliste den Umsetzungsstand der einzelnen Qualitätskriterien in Ihrer Einrichtung. Erläuterungen können in der Zeile unterhalb der jeweiligen Themenspalte eingetragen werden.

Struktur	Prozess	Ergebnis	
S1a Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Mangelernährung (Screening) und zur tiefer gehenden Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (Assessment). S1b Die Einrichtung stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente und Hilfsmittel zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.	P1 Die Pflegefachkraft erfasst bei allen Klienten zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der Pflegeanamnese, bei akuten Veränderungen und in regelmäßigen Abständen Risiken und Anzeichen einer Mangelernährung (Screening).	E1 Für alle Klienten liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Klienten mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt.	
S2a Die Pflegefachkraft verfügt über Fachwissen zur Planung und Steuerung berufsgruppenübergreifender Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung einschließlich der Kompetenz zur Entscheidungsfindung bei ethisch komplexen Fragestellungen.	P2 Die Pflegefachkraft koordiniert auf Grundlage der Verfahrensregelung in enger Kooperation mit Küche und Hauswirtschaft sowie in Absprache mit den anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten, Logopäden, Diätassistenten) Maßnahmen für eine individuell angepasste Ernährung.	E2 Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert, gegebenenfalls ethisch begründet und ihre Umsetzung ist überprüft.	

Erstellt durch:	Freigabe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCHUNDMEDIEN	Audit-Checkliste: Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz	Datum:
	A 4.1-6 Seite 1	

Prüfen Sie anhand untenstehender Checkliste den Umsetzungsstand der einzelnen Qualitätskriterien in Ihrer Einrichtung. Erläuterungen können in der Zeile unterhalb der jeweiligen Themenspalte eingetragen werden.

Struktur	Prozess	Ergebnis	
S1 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harnkontinenz.	P1 Die Pflegefachkraft identifiziert im Rahmen der pflegerischen Anamnese Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harnkontinenz. Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung bei Veränderung der Pflegesituation und in individuell festzulegenden Zeitabständen.	E1 Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harnkontinenz sind identifiziert.	
S2a Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zu Zuständigkeiten und Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der Förderung der Harnkontinenz bzw. Kompensation der Inkontinenz und stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen. S2b Die Pflegefachkraft verfügt über die erforderliche Kompetenz zur differenzierten Einschätzung bei Problemen mit der Harnkontinenz.	P2 Die Pflegefachkraft führt bei Vorliegen von Kontinenzproblemen eine differenzierte Einschätzung (z. B. auf der Grundlage eines zielgruppenspezifischen Miktionsprotokolls) durch bzw. koordiniert in Absprache mit dem behandelnden Arzt erforderliche diagnostische Maßnahmen.	E2 Eine differenzierte Einschätzung und eine Beschreibung des individuellen Kontinenzprofils liegen vor.	

Erstellt durch:	Freigabe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCHUNDMEDIEN	Audit-Checkliste: Expertenstandard Schmerzmanagement	Datum:
	A 4.1-7 Seite 1	

Prüfen Sie anhand untenstehender Checkliste den Umsetzungsstand der einzelnen Qualitätskriterien in Ihrer Einrichtung. Erläuterungen können in der Zeile unterhalb der jeweiligen Themenspalte eingetragen werden.

Struktur	Prozess	Ergebnis	
S1a Die Pflegefachkraft verfügt über das notwendige Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung. S1b Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente zur Verfügung.	P1 Die Pflegefachkraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags, ob der Klient Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt. Die Pflegefachkraft führt bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung mittels geeigneter Instrumente durch. Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung der Schmerzintensität sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und Belastung/ Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.	E1 Eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.	
S2a Die Pflegefachkraft verfügt über das erforderliche Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung. S2b Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.	P2 Die Pflegefachkraft setzt spätestens bei einer Schmerzintensität von mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala(NRS) die geltende Verfahrensregelung um oder holt eine ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung ein und setzt diese nach Plan um. Die Pflegefachkraft überprüft bei Neueinstellung bzw. Anpassung der Medikation den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem gesetzten Analgesieverfahren entsprechen.	E2 Der Klient ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS).	

Erstellt durch:	Freigabe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCH UND MEDIEN	Audit-Checkliste: Expertenstandard Sturzprophylaxe	Datum:			
		A 4.1-8	Seite 1		

Prüfen Sie anhand untenstehender Checkliste den Umsetzungsstand der einzelnen Qualitätskriterien in Ihrer Einrichtung. Erläuterungen können in der Zeile unterhalb der jeweiligen Themenspalte eingetragen werden.

Struktur	Prozess	Ergebnis	
S1 Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Identifikation von Sturzrisikofaktoren.	P1 Die Pflegefachkraft identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch die personen- und umgebungsbezogenen Risikofaktoren aller Klienten, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann. Die Pflegefachkraft wiederholt die Erfassung der Sturzrisikofaktoren bei Veränderungen der Pflegesituation und nach jedem Sturz des Klienten.	E1 Eine aktuelle, systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren liegt vor.	
S2 Die Pflegefachkraft verfügt über Beratungskompetenz in Bezug auf Sturzrisikofaktoren und entsprechende Interventionen.	P2 Die Pflegefachkraft informiert den Klienten und seine Angehörigen über die festgestellten Sturzrisikofaktoren und bietet eine Beratung zu den Interventionen an.	E2 Der Klient und seine Angehörigen kennen die individuellen Risikofaktoren sowie geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe.	
S3 Die Pflegefachkraft kennt wirksame Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung sturzbedingter Folgen.	P3 Die Pflegefachkraft entwickelt gemeinsam mit dem Klienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen einen individuellen Maßnahmenplan.	E3 Ein individueller Maßnahmenplan zur Sturzprophylaxe liegt vor.	

Erstellt durch:	Freigebe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCH UND MEDIEN	Informationsblatt: Dekubitusprophylaxe	Datum:			
		A 4.1-9	Seite 1		

Der Expertenstandard sieht unter anderem vor, dass die Pflegefachkraft über „Fähigkeiten, Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung des Patienten/Betroffenen und seiner Angehörigen zur Förderung der Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen und zur Druckreduktion verfügt“. Für diese Beratungsleistung kann das folgende Informationsblatt eine Grundlage sein.

Praxis-Tipp: Passen Sie das Informationsblatt Ihren einrichtungsspezifischen Gegebenheiten an und setzen Sie es bei der Beratung ein. Vermerken Sie in der Pflegedokumentation, mit welchen Inhalten und wann die Beratung durchgeführt wurde.

Informationsblatt: Dekubitusprophylaxe
Sehr geehrte Damen und Herren, mit dem vorliegenden Informationsblatt wollen wir Sie darüber informieren, was Sie selbst tun können, damit sich das Risiko zur Entstehung eines Druckgeschwurs (= Dekubitus) reduziert. Für Rückfragen steht Ihnen unsere einrichtungsinterne/r WundberaterIn Herr/Frau XY selbstverständlich gerne zur Verfügung. Sie erreichen sie/ihn unter der Rufnummer ____. Ihre Pflegedienstleitung
Was sind Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus?
<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsmangel und Bettlägerigkeit • Zu geringe Trinkmenge und Mangelernährung • Inkontinenz
Wie erkennt man einen Dekubitus?
<ul style="list-style-type: none"> • Durch eine Hautrötung, die auch bei Druckentlastung nicht verschwindet • Führen Sie hierzu einen Fingertest durch: Lässt sich die Rötung nicht wegdrücken, liegt womöglich ein Dekubitus vor.
Welche Maßnahmen können dann helfen?
<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktieren Sie auf jeden Fall das Pflegepersonal, wir werden umgehend den/die Wundexperten/in und den behandelnden Arzt informieren • Bewegung und regelmäßige Lagerung • Hautpflege • Ausreichende Trinkmenge (mindestens 1500 ml) sowie eine eiweiß- und vitaminreiche Kost
Welche Stellen sind besonders gefährdet?
<ul style="list-style-type: none"> • Gesäß • Fersen • Ellenbogen • Beckenknochen • Hinterkopf und Ohren • Schulterblätter • Fußknöchel
Das sollten Sie nicht tun!
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Einreibung mit Melkett, Zinksalbe oder Pflaster (Haut kann dadurch nicht mehr atmen) • Keine Einreibung mit Franzbranntwein (Haut trocknet zu stark aus) • Keine Sitzringe, Felle oder Fellschuhe

Erstellt durch:	Freigebe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCH UND MEDIEN	Informationsblatt: Umgang mit Schmerzen	Datum:			
		A 4.1-10	Seite 1		

Der Expertenstandard sieht unter anderem vor, dass die Einrichtung erforderliche Beratungs- und Schulungsmaterialien zur Verfügung stellt. Für diese Beratungsleistung kann das folgende Informationsblatt eine Grundlage sein.

Praxis-Tipp: Passen Sie das Informationsblatt Ihren einrichtungsspezifischen Gegebenheiten an und setzen Sie es bei der Beratung ein. Vermerken Sie in der Pflegedokumentation, mit welchen Inhalten und wann die Beratung durchgeführt wurde.

Informationsblatt: Umgang mit Schmerzen
Sehr geehrte Damen und Herren, mit diesem Informationsblatt wollen wir Sie darüber informieren, welche Maßnahmen der Schmerzinderung Sie selbst anwenden können und wie Sie Ihre Schmerzsituation dem Arzt und den Pflegekräften gegenüber benennen können. Somit können wir adäquat auf Ihre individuelle Situation reagieren. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter dieser Rufnummer ____ zur Verfügung. Ihre Pflegedienstleitung
Welche Maßnahmen können den Schmerz lindern?
<ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie die Schmerzmedikamente wie vom Arzt verordnet ein. Sollte die Medikation nicht ausreichen, kontaktieren Sie uns. Wir werden uns mit Ihrem behandelnden Arzt schnellstmöglich in Verbindung setzen. • Notieren Sie in einem Schmerztagbuch <ul style="list-style-type: none"> – Schmerzart (z. B. stechend, drückend, ziehend) – Schmerzzeitpunkt (tagsüber, nachts) – Schmerzort (z. B. Kopf, Knie) – Schmerzintensität (z. B. anhand einer Skala von 0 bis 10) • Lenken Sie sich ab (z. B. durch Gesellschaft, Musik, Radio oder TV) • Führen Sie in Absprache mit dem Arzt Kälte- oder Wärmeanwendungen durch
Was trägt nicht zur Linderung bei?
<ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie keine Schonhaltung ein, dies verschlimmert die Schmerzsituation ggf. auf Dauer • Unregelmäßige Schmerzmittelaufnahme • Überbelastung

Erstellt durch:	Freigebe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------

MENSCH UND MEDIEN	MDK-Prüfkriterien zum Wundmanagement	Datum:			
		A 4.1-11	Seite 1		

A 4.1-11 MDK-Prüfkriterien zum Wundmanagement

Im Folgenden sind die Kriterien aufgeführt, die der MDK zur Prüfung heranzieht, ob der Expertenstandard in der Pflegepraxis implementiert wurde. Es sind allesamt Transparenzkriterien und fließen somit in die Benotung der Pflegeeinrichtung durch den MDK mit ein.

Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?

Aus der Pflegedokumentation muss die Information hervorgehen, wann der Dekubitus/die chronische Wunde entstanden ist und wo sich der Bewohner zu dem Zeitpunkt aufgehalten hat.

Damit das Kriterium vom MDK als erfüllt gewertet wird, sollte in der Pflegedokumentation vermerkt sein:

1. Entstehungszeitpunkt
2. Entstehungsort
3. Verlauf
4. Behandlung

Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?

Konkret sind beim Vorliegen von chronischen Wunden oder Dekubiti die Lokalisation, Größe, Tiefe, gegebenenfalls Taschenbildung, Wundsekretion, Wundrand und Wundumgebung zu dokumentieren. Da es in der Praxis immer wieder Probleme gibt, wie oben genannte Kriterien beschrieben werden können, empfiehlt es sich hier, den Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ im Pflegeamt intensiv zu schulen. Hier werden ganz konkrete Vorschläge gemacht, wie die Wunde beschrieben und folgenderweise für alle an der Pflege beteiligten Akteure nachvollziehbar dokumentiert werden kann.

Grundsätzlich ist die fotografische Dokumentation kein Ersatz für die schriftliche. Problematisch ist hierbei nach wie vor, dass beispielsweise Unterminierungen, die Dreidimensionalität von Wunden oder auch Farben nur unzureichend dargestellt werden können. Wird dennoch – zur Unterstützung der schriftlichen Dokumentation – fotografisch dokumentiert, ist dabei auf Folgendes zu achten: Die Vorgehensweise muss strikt standardisiert erfolgen (immer derselbe Abstand, Winkel, Belichtung, Kameramodell). Außerdem muss vom Bewohner eine Einverständniserklärung eingeholt werden.

Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

Die Behandlung der chronischen Wunde bzw. des Dekubitus ist dann adäquat, wenn sie dem jeweiligen Expertenstandard entsprechend durchgeführt wird.

Konkret muss die Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erfolgen, sie sollte, soweit erforderlich, die Prinzipien der lokalen Druckentlastung, der therapeutischen Lagerung bzw. der Kompression umsetzen. Außerdem muss die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgen.

Wenn die Behandlung, basierend auf der Anordnung des Arztes, nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht, muss die Einrichtung den Arzt nachweislich darüber informiert haben. Das heißt, ein entsprechender Eintrag in der Dokumentation sollte erfolgen.

Erstellt durch:	Freigebe durch:	Datum:	Version:
-----------------	-----------------	--------	----------