

## Dokumentation

Madeleine Gerber

06.02.2018

Vortrag ICW AG Mülheim/Ruhr

## Neu seit Januar 2017: Pflegegrade statt Pflegestufen

- Anstelle von 3 Stufen gibt es jetzt 5 Pflegegrade
- Es geht nicht mehr nach Pflegeminuten, sondern nach Grad der Selbstständigkeit, bzw. Unselbstständigkeit. Es werden Punkte vergeben:

12,5 bis unter 27 Punkte	Pflegegrad 1
27 bis unter 47,5 Punkte	Pflegegrad 2
47,5 bis unter 70 Punkte	Pflegegrad 3
70 bis unter 90 Punkte	Pflegegrad 4
90 bis 100 Punkte	Pflegegrad 5

## Neu dabei:

- Behandlungspflege wird Bestandteil der Pflegegradermittlung..
- Was hat die Dokumentation damit zu tun?
- Es spielt eine Rolle, ob Verbandwechsel tgl. oder nur alle 3 Tage durchgeführt wird.
- Achtung: Dokumentation muss stimmig sein!

## Entbürokratisierte Pflegedokumentation- Themenfelder

- SIS Elemente
- SIS = **s**trukturierte **I**nformation**s**ammlung

1. A. Stammdaten
2. B. Erst- oder Aufnahmegespräch mit Leitfragen im Sinne der Person-Zentrierten Pflege
3. C1. Pflegerelevante Kontextkategorien
4. C2. Pflegesensitive Risiken und Phänomene

## Sicht des Kunden ( Patienten)

- Mit der Strukturierten Informationssammlung sollen vor allem die Vorstellungen des Pflegeempfängers erfasst werden (Person-Zentrierung).
- Dies geschieht anhand von Einstiegs- oder Leitfragen, wobei die pflegebedürftige Person aus Ihrer Sicht schildert, weshalb sie Leistungen des ambulanten Pflegedienstes oder der stationären Pflegeeinrichtung benötigt und welche Erwartungen mit der Inanspruchnahme der Dienstleistung verbunden wird
- Fragen, könnten sein: *"Welchen Unterstützungsbedarf haben Sie aus Ihrer Sicht? Wie können wir Ihnen helfen?," Was steht für Sie im Vordergrund?* Die Antworten bzw. Schilderungen werden wortwörtlich und ohne Interpretation dokumentiert.
- Risikoassessments werden nicht mehr zwingend für jeden ausgefüllt

SIS - stationär -

Strukturierte Informationssammlung Name der pflegebedürftigen Person: Sebastian Müller Geschlecht: männlich Datum der Aufnahme: 06.02.2018

Bitte beschreiben Sie den Grund für die Aufnahme in die Pflegeeinrichtung (z.B. Sturzrisiko, Demenz, etc.)

„Ja anfangs geht es mir ganz gut, bis auf die Wunde, das stört mich.“

---

Ich bin sehr kommunikativ. Sie scheiden in allen Bereichen orientiert zu sein. Sie kann Personen aus dem näheren Umfeld erkennen (hat nur beim Namen die Schwiegereltern). Sie kann mehrschrittigen Handlung folgen und diese ihren Zustand betreffend umsetzen. Sie kann Entscheidungen treffen. Wünsche und Bedürfnisse kann sie klar äußern. Risiken und Gefahren kann sie erkennen und fordert Hilfe an. Gedächtnis und Erinnerungsvermögen sind intakt.

Ich kann mich an sich bewegen, aber aufstehen und gehen kann ich nicht alleine. Auf einmal war ich steif gewesen. Ich hab große Angst zu fallen. Bis jetzt haben die mir immer geholfen, aufs Bett zu setzen und die heben mir die Beine ins Bett. Im Rollstuhl hab ich ein spezielles Kissen wegen der Wunde, da sind Wunden drin, die sind hinten rausgeholt, damit ich nicht auf der Wunde sitze.“ Sie hat laut ihrer Aussage dazu in der Lage, die Position in Bett und Rollstuhl zu wechseln. Das Fortbewegen im Raum ist erschwert, sie benötigt personelle Unterstützung, wie Fahren in den Tagesraum, etc. Sie hat eine stabile Position im Sitzen. Sie ist rollstuhlbedürftig bzw. kann unter personeller Aufsicht Unterstützung mit dem Rollator kurze Strecken zurück legen. Aus absteiger Position aufstehen erfolgt überwiegend unentbehrlich. Es besteht kein Sturzrisiko, da P. ihre Reaktionen selbst einschätzen kann und sie Hilfe für die Transfers anfordert. Dekubitusgefährdung liegt vor, sie hat zur Zeit einen Dekubitus.

Die Wunde hab ich schon seit 8 Monaten, das ist eine lange Zeit.“ Dekubitus am Steiß, zur Zeit mit MIRA-Behandlung. Diabetes Typ 2, mäßigpflichtig. Neigt zu Lymphödemen, hat zur Zeit starke Ödeme in den Beinen. Bekommt manuelle Lymphdrainage. Bzw. nimmt die Medikation nach Verabreichung selbst ein. Sie kann ihre Schmerzsituation selbst einschätzen und sich melden, klagt zur Zeit über keine Schmerzen.

Seite 1/2

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

	Dezubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung	
	weitere Einschätzung notwendig	ja	weitere Einschätzung notwendig	ja	weitere Einschätzung notwendig	ja	weitere Einschätzung notwendig	ja	weitere Einschätzung notwendig	ja
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten										
2. Mobilität und Beweglichkeit										
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen										
4. Selbstversorgung										
5. Leben in sozialen Beziehungen										

### Wundanamnese und Wundanalyse Fotodokumentation

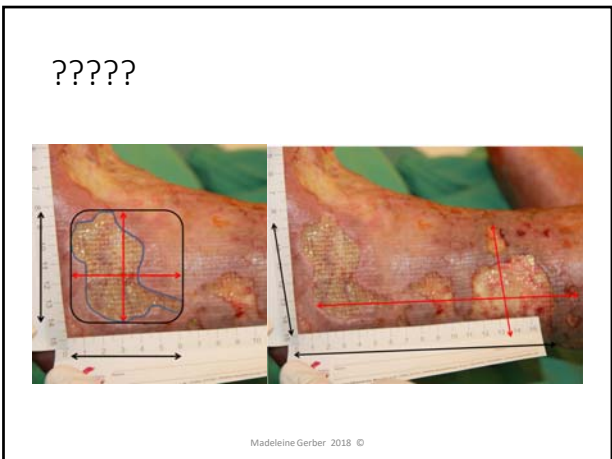
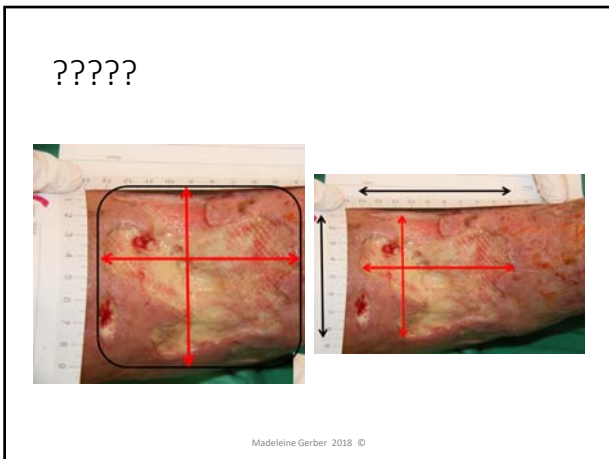
- Eine Verpflichtung zur Fotodokumentation gibt es nicht
- Eine Dokumentation ausschließlich per Fotografie ist nicht ausreichend
- Die Fotodokumentation unterstützt die schriftliche Wunddokumentation
- Niedergelassene Ärzte sind beim Ulcus Cruris verpflichtet, alle 4 Wochen eine Fotodokumentation zu erstellen.

Madeleine Gerber 2018 ©

### Wie misst man Wunden korrekt aus?



Madeleine Gerber 2018 ©



Und wie machen Sie es?



Madeleine Gerber 2018 ©

Wie sehen Wunddokumentationen aus?

- Es wird bei jedem Verbandwechsel dokumentiert
- Und zwar alle Parameter.
- Eindruck?
- Es wird abgeschrieben.

Was ist mit der Wunde passiert?

### 3. Wunddokumentation

Die Vermessung der Wunde am Steißbein

(fachlich korrekte Bezeichnung ; Kreuzbein)

01.07.2009	1,2 x 0,5 x 0,5	Fibrinös, granulierend, reizlos, mäßiges Exsudat, kein Geruch
08.07.2009	1,2 x 0,8 x 0,5	Dto.
15.7.2009	1,5 x 1,0 x 0,8	Dto.
22.07.2009	0,5 x 1,0 x 0,4	Dto.
29.07.2009	unverändert	Dto.
05.08.2009	1,2 x 0,8	Fibrinös, glatter Wundrand, kein Geruch, kein Exsudat

Wie sehen Wunddokumentationen aus?

- Es wird im Freitext geschrieben.
- Kommt tatsächlich noch vor!
- Beispiel:
- „ Wunde befindet sich am linken Unterschenkel und ist fibrinbelegt. Die Nekrose wird mit Nudel bestrichen. Die Größe hat sich nicht verändert. Die Wunde riecht übel.“

Analyse

- Die Wunde befindet sich am linken Unterschenkel
- Wo da? Innen, außen, oben, unten?
- Medial?. Lateral? Proximal? Distal?

Analyse

- Sie ist mit Fibrin belegt? Wo?
- Wo ist die Nekrose? Nekrose trocken oder feucht?
- Wunde riecht stark?
- Wie war das vorher? Hier muss ich erst wieder blättern und Text lesen um einen Überblick zu haben.it: s

## Wunddokumentation mit Legenden

1. Wundheilungsphasen:	2. Wundexsudation:	3. Wundzustand:	4. Ausmaß der Gewebeschädigung:	5. Zusätzliche Maßnahmen:
1.1 Nekrosen 1.2 Reinigungsphase 1.3 Granulationsphase 1.4 Epithelisierungsphase	2.1 viel 2.2 mäßig 2.3 wenig 2.4 keine 2.5 grünlich 2.6 eitrig-gelblich 2.7 bräunlich/blutig-serös 2.8 farblos-serös	3.1 Wunde sauber 3.2 Wunde belegt 3.3 Wunde infiziert 3.4 Wundtaschen 3.5 blutig 3.6 Wundrand gerötet 3.7 Wundrand oedematisch 3.8 Wundrand mazeriert	4.1 Dauerhafte Hautrötung 4.2 Epidermis, Dermis 4.3 Subkutis 4.4 Faszien, Muskeln 4.5 Sehnen, Knochen	5.1 Begleitende Kompressions-therapie 5.2 Druckerleichterung 5.3 Mobilisation 5.4 Gehhilfen 5.5 Sonstige

## Erfahrungen mit Dokumentenanalyse

- Ausgangslage:

Patientin eines Krankenhauses hat einen Dekubitus entwickelt und ist daran verstorben.

Fragestellung: Haben sich die Ärzte frühzeitig gekümmert?

Wurde das Risiko rechtzeitig erkannt

Datum	Verlauf	Dokumentationen
Tag 1	periphere Station	Pflege: Lagerungsprotokoll wird erstmalig angelegt
Tag 2	periphere Station	Pflege: Lagerungsprotokoll wird geführt
Tag 3	periphere Station	Pflege: Lagerungsprotokoll wird geführt
Tag 4	periphere Station	Pflege: Lagerungsprotokoll wird geführt
Tag 5	periphere Station	Pflege: 8 Lagerungen dokumentiert
Tag 6	periphere Station	Pflege: 11 Lagerungen dokumentiert
Tag 7	periphere Station	Pflege: 10 Lagerungen dokumentiert
Tag 8	periphere Station	Pflege: 5 Lagerungen dokumentiert + Sitzen im Rollstuhl Blase an rechter Ferse ist auf peripherer Station erstmalig schriftlich dokumentiert ( lt. Dokumentation kein offener Hautschaden) (Anmerkung: entspricht einem Dekubitus Grad 2)

7	periphere Station	Pflege: Lagerungsprotokoll wird geführt
8	periphere Station	Pflege: Lagerungsprotokoll wird geführt
9	Sigmoidoskopie wegen Blut im Stuhl	Pflege: Lagerungsprotokoll wird geführt
10	periphere Station	Pflege: Lagerungsprotokoll wird geführt
11	periphere Station	Pflege: Lagerungsprotokoll wird geführt
12	Gastroskopie und Koloskopie wegen Blut im Stuhl	Pflege: 6 Lagerungen sind dokumentiert
13	periphere Station	Kein Lagerungsprotokoll in der Akte. (Anmerkung: Samstag)
14	periphere Station	Kein Lagerungsprotokoll in der Akte. (Anmerkung: Sonntag)
15	periphere Station	Arzt: Anordnung eines chirurgischen Konsils wegen Dekubitus (Anmerkung: vorher findet sich keine Dokumentation des Dekubitus. Die Versorgung ist ebenfalls nicht dokumentiert)  Wundfotografie und Beschreibung durch Pflege: Tiefe sakrale Wunde mit großflächigen Hautläsionen in der Umgebung, vermutlich Mazerationswunde

16	Chirurgisches Wundkonsil mit dokumentierter Anordnung: „Engmaschige Wundkontrolle, intensive Lagerung“ ( Dr. Eichhardt)	Pflege Wunddokumentation: Dekubitus 15 cm, Rötung und Defekte der Epidermis, 6 x 2 cm große Nekrose an Rima Ani, kein Hinweis auf subcutanen Abszeß ( Übernahme von Konsilbefund) Im PKMS Bogen wird ein aufwändiger Verbandwechsel 3 x tgl. abgezeichnet ( Durchführungsnachweis)
17	OP des Dekubitus in Narkose	OP Bericht: Dekubitus Grad 4 mit überliegender Nekrose bis auf den Periost ( Knochenhaut).

18	Ärztliche Visitenanordnung: Watteverband für rechte Ferse.	Fieberkurve: Dekubitusversorgung Kreuzlein: siehe Wunddokumentation Pflege: Im PKMS Bogen wird ein aufwändiger Verbandwechsel 3 x tgl. abgezeichnet ( Durchführungsnachweis)
19	VAC Wechsel durch Arzt	Pflege: Fernsenntatverband in Fieberkurve wird diese Maßnahme abgesetzt Pflege: Im PKMS Bogen wird ein aufwändiger Verbandwechsel 3 x tgl. abgezeichnet ( Durchführungsnachweis)
20		Pflege: Im PKMS Bogen wird ein aufwändiger Verbandwechsel 3 x tgl. abgezeichnet ( Durchführungsnachweis)
21		Pflege: 13.00 Uhr Patientin hat gut gegessen, Lagerung durchgeführt, VAC Kanister gewechselt.
22	VAC abgesetzt. Spülung mit Lexasept und Kompressenversorgung	Pflege: Im PKMS Bogen wird ein aufwändiger Verbandwechsel 3 x tgl. abgezeichnet ( Durchführungsnachweis) Für den morgigen Tag VAC Wechsel im OP

36	Fieberkurve: Heute Verband mit <u>Mesalt</u> ( <u>Anmerkung</u> : diese Wundauflage enthält ca 28%iges Kochsalz) Anordnung wurde vom Arzt abgezeichnet  Wechsel des Blasenkatheters	Im Lagerungsprotokoll 3 x Rückenlage dokumentiert, sonst 2 stdl. Wechsel Rechts Link
37	Deutliche Verschlechterung des AZ. Gespräch mit Tochter für palliative Versorgung	Im Lagerungsprotokoll 3 x Rückenlage dokumentiert, sonst 2 stdl. Wechsel Rechts Link
38	Fieberkurve: tgl. Verband mit <u>Mesalt</u> ( <u>Anmerkung</u> : unklar welcher Dekubitus mit <u>Mesalt</u> versorgt werden soll. Laut Wunddokumentation soll <u>Mesalt</u> auf die rechte Ferse gegeben werden.)	Laut Lagerungsprotokoll alle 2 Stunden Rechts-Links Lage und FFL ( <u>Anmerkung</u> : Fersenfreilagerung)

## Fazit:

- Dekubitusrisiko wurde erstmals am 4. Tag dokumentiert
- Fingerteste waren während des gesamten Verlaufs nicht dokumentiert worden
- Lagerungen wurden dokumentiert, es wurde kein individueller Bewegungsplan angelegt
- Es erfolgten teilweise Fixierungen aufgrund von Unruhe
- Die Patientin hatte 2 Dekubitalulcerationen, deren Versorgung laut Dokumentation ca. 1 Woche vor ihrem Tod vertauscht wurde. Der ausgedehnte Dekubitus im Sakralbereich wurde mit 28iger Kochsalzkompressen abgedeckt ( lt. Doku)
- Übernahme dieser falschen Versorgung erfolgte auch in den Arztbrief