

ÜBERPRÜFUNGSRASTER FÜR DIE PFLEGEDOKUMENTATION

Anleitung zur Anwendung des Überprüfungsrasters Pflegedokumentation

1. Überprüfen und bewerten Sie die Pflegedokumentationen anhand der Überprüfungskriterien.
2. Jedes Überprüfungskriterium wird mit einer Punktzahl bewertet. Ist ein Kriterium erfüllt, wird es mit 2 Punkten bewertet, ein teilweise erfülltes Kriterium mit 1 Punkt und ein nicht erfülltes Kriterium mit 0 Punkten. Falls das Kriterium in der überprüften Pflegedokumentation nicht relevant ist, wird es mit „nr“ (nicht relevant) bezeichnet.
3. Tragen sie die erreichten Punktzahlen jeweils unter der Spalte „Überprüfte Pflegedokumentation“ ein. Für die erste überprüfte Dokumentation unter der Spalten-Nummer 1, für die zweite überprüfte Pflegedokumentation unter der Spalte Nummer 2 usw. Sie können mit einem Raster bis zu zehn Pflegedokumentationen überprüfen.
4. Berechnen Sie am Ende der Überprüfungen zu welchem Prozentsatz jedes Kriterium erfüllt ist. Errechnen Sie zunächst die maximal erreichbare Punktzahl (= Anzahl überprüfte Pflegedokumentationen x 2), zählen Sie danach die effektiv erreichten Punkte zusammen und berechnen sie anhand dieser zwei Werte den Prozentsatz ($100/\text{max. erreichbare Punktzahl} \times \text{erreichte Punktzahl}$). Im unten aufgeführten Beispiel sehen Sie, wie die Berechnung für **4 überprüfte Pflegedokumentationen** erfolgt.

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise= 1 Punkt, Nein = 0 Punkte, nr = nicht relevant | Überprüfte Pflegedokumentation | | | | Max. erreichbare Punkte | Erreichte Punkte | % |
|--|--------------------------------|---|---|---|-------------------------|------------------|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 1. Alle Formulare enthalten die Angaben zur eindeutigen Identifikation des Patienten | 1 | 0 | 2 | 2 | 8 (4x2) | 5 | 63% |
| 2. Sämtliche Eintragungen sind mit dem Datum und der Uhrzeit des jeweiligen Ereignisses versehen (z.B. Beobachtung, Pflegeleistung, Überwachung, Behandlung) | 2 | 0 | 1 | 1 | 8 | 4 | 50% |
| 3. Sämtliche Eintragungen sind mit der Unterschrift/ dem Kürzel der Person versehen, welche für die Eintragung verantwortlich ist. | 2 | 2 | 1 | 1 | 8 | 6 | 75% |

Hinweis zum Gebrauch des Überprüfungsrasters

Aufgrund der Gegebenheiten und Schwerpunkte in Ihrer Institution können Sie nach Bedarf die für Sie relevanten Überprüfungskriterien auswählen (z.B. sind für elektronische Dokumentations-Systeme die Kriterien zur Leserlichkeit wenig relevant und werden daher nicht in die Überprüfung aufgenommen) oder bei den jeweiligen Überprüfungen Schwerpunkte setzen (z.B. Überprüfungszyklus mit Schwerpunkt Informationssammlung / Assessment und Pflegeproblem/ Pflegediagnose).

Raster zur Überprüfung der Pflegedokumentationen

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise = 1 Punkt, Nein = 0 Punkte | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % |
|---|----------------|---------------------|---|
| A. Strukturen Bitte beachten Sie: Die folgenden Überprüfungs-kriterien werden <u>nur einmalig für das gesamte Pflegedokumentations-System</u> der Institution beurteilt. Sie können nur mit Ja (=2 Punkte) oder Nein (= 0 Punkte) beantwortet werden. | | | |
| 1. Für jeden Patienten ¹ ist ein persönliches Dossier zur Verfügung gestellt | 2 | | |
| 2. Die Organisation hat die Formulare bestimmt, die in jeder Pflegedokumentation zwingend enthalten sein müssen | 2 | | |
| 3. Sämtliche Formulare lassen einen namentlichen Rückschluss auf die Organisation zu | 2 | | |
| 4. Die Formulare für die Pflegeplanung basieren auf einer festgelegten Struktur, bzw. einem pflegerischen Bezugsrahmen (z.B. Schritte des Pflegeprozesses, NANDA, ATL) | 2 | | |
| 5. Instrumente für die Durchführung von Screenings und /oder Assessments sind vorhanden (z.B. Schmerzskala, Assessment für Mangelernährung, Screening Delir) | 2 | | |
| 6. Die Ergebnisse aus Screenings und / oder Assessments können im Dokumentationssystem nachvollziehbar abgebildet werden (z.B. entsprechende Sparten bei Informationssammlung, Protokolle) | 2 | | |
| 7. Die Organisation verfügt über eine Anleitung und eine Musterpflegedokumentation für die korrekte Führung der Pflegedokumentation | 2 | | |
| 8. Die Organisation verfügt über ein gültiges Verzeichnis der erlaubten Abkürzungen oder Symbole und deren Bedeutung | 2 | | |
| 9. Die Organisation verfügt über ein gültiges Verzeichnis der Kürzel der Mitarbeitenden und der dazugehörigen Unterschriften | 2 | | |
| 10. Die Pflegedokumentation steht dem befugten Personal jederzeit zu Verfügung (z.B. Zugriff im Stationsbüro gewähr- | 2 | | |

¹ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Überprüfungs-raster der Begriff Patienten verwendet. Bewohner und Klienten sind damit ebenso gemeint, wie auch die entsprechende weibliche Form.

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise = 1 Punkt, Nein = 0 Punkte | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % |
|--|-----------------------|----------------------------|----------|
| leistet, für elektronisches Dokumentationssystem ausreichend Computer vorhanden, Zugriff bei Systemabsturz sichergestellt) | | | |
| 11. Die Pflegedokumentation wird so verwahrt, dass sie ausschliesslich dem befugten Personal zugänglich ist (z.B. sichere Aufbewahrung in Stationsbüro, Logout sichergestellt bei elektronischem Dokumentationssystem) | 2 | | |
| 12. Der Zugang des Patienten/ der Angehörigen zur Pflegedokumentation ist in der Organisation unter Berücksichtigung der geltenden Gesetzgebung geregelt (Datenschutz- und Patientenrechtserlasse) | 2 | | |
| 13. Die Pflegedokumentation wird vollständig archiviert | 2 | | |
| 14. Die Archivierungsdauer richtet sich nach den einschlägigen rechtlichen Vorschriften namentlich Obligationenrecht und kantonale Gesetzgebung. | 2 | | |
| 15. Die Vernichtung der Pflegedokumentation richtet sich nach den kantonalen Gesetzen oder einem in der jeweiligen Organisation datenschutzkonformen Verfahren | 2 | | |

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise= 1 Punkt, Nein = 0 Punkte, nr = nicht relevant (wird nicht gezählt) | Überprüfte Pflegedokumentation | | | | | | | | | | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % |
|--|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|----------------------------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| B. <u>Formalien</u> | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Alle Formulare enthalten die Angaben zur eindeutigen Identifikation des Patienten. | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Sämtliche Eintragungen sind mit dem Datum und der Uhrzeit des jeweiligen Ereignisses versehen (z.B Beobachtung, Pflegeleistung, Überwachung, Behandlung) | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Sämtliche Eintragungen sind mit der Unterschrift/ dem Kürzel der Person versehen, welche für die Eintragung verantwortlich ist | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Die Unterschriften/ das Kürzel sind erkennbar und erlauben die Identifizierung der betreffenden Person | | | | | | | | | | | | | |

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise= 1 Punkt, Nein = 0 Punkte, nr = nicht relevant (wird nicht gezählt) | Überprüfte Pflegedokumentation | | | | | | | | | | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % |
|---|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|---------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 20. Die in der Pflegedokumentation festgehaltenen Informationen sind leserlich geschrieben | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Die Pflegedokumentation ist täglich auf dem neuesten Stand | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Abkürzungen und Zeichensymbole entsprechen dem institutionsinternen Verzeichnis der erlaubten Abkürzungen oder Symbole und deren Bedeutung | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Die Eintragungen sind mit dokumentgerechten Schreibgeräten (kein Bleistift) vorgenommen, deren Eintrag unveränderbar über den gesamten Aufbewahrungszeitraum erhalten bleibt | | | | | | | | | | | | | |
| 24. Korrekturen sind nachvollziehbar; d.h. Schreibfehler sind so korrigiert, dass sie sichtbar bleiben | | | | | | | | | | | | | |
| C. Informationssammlung / Assessment | | | | | | | | | | | | | |
| 25. Für die Pflegeplanung relevante medizinische Vorgeschichte/ Diagnosen/Nebendiagnosen/ Allergien aus der Krankengeschichte sind identifiziert und korrekt ² übertragen/dokumentiert | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Informationen für Notfallsituationen (z.B. Reanimation(stufe), Benachrichtigung im Notfall/ Todesfall) sind korrekt dokumentiert | | | | | | | | | | | | | |
| 27. Informationen zur Patientenverfügung sind korrekt dokumentiert | | | | | | | | | | | | | |
| 28. Der Eintrittsgrund und das Hauptproblem aus Sicht des Patienten sind erfasst | | | | | | | | | | | | | |
| 29. Physiologische und funktionelle Merkmale sind dokumentiert z.B. Allgemeine körperliche Verfassung, ATL, IATL (z.B. Mobilität, At- | | | | | | | | | | | | | |

² Korrekte Dokumentation bedeutet in diesem Überprüfungsrastrer die Dokumentation gemäss der institutionseigenen Vorgaben (Leitfaden, Musterdokumentation). Die Eintragungen entsprechen formal den Vorgaben / der Musterdokumentation der Institution.

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise= 1 Punkt, Nein = 0 Punkte, nr = nicht relevant (wird nicht gezählt) | Überprüfte Pflegedokumentation | | | | | | | | | | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % | |
|--|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|---------------------|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| mung, Schmerz, Kommunikation, Ernährungszustand, Essenszubereitung, Einkaufen, Medikamentenmanagement) | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. Psychologische Merkmale sind dokumentiert z.B. Emotionen wie Angst, Lernbedarf, Lernmotivation, Therapiemanagement, Copingstrategien | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. Kulturelle Merkmale sind dokumentiert z.B. Sprache, Riten, Bräuche, Essgewohnheiten, Krankheitsverständnis, Hausmittel | | | | | | | | | | | | | | |
| 32. Psychosoziale Merkmale sind dokumentiert z.B. Biographie, Angehörige/ Bezugspersonen/ Familiensystem, Wohnsituation, Arbeitssituation, finanzielle Situation | | | | | | | | | | | | | | |
| 33. Der Umfang an erhobenen Informationen ist angepasst an die individuelle Situation, die voraussichtliche Aufenthaltsdauer und den voraussichtlichen Pflegeaufwand | | | | | | | | | | | | | | |
| 34. Die Beschreibungen sind vollständig/ umfassend (z.B. Erfasste Merkmale beinhalten: Probleme, Ressourcen, Erfahrungen, Gewohnheiten, Bedarf und Bedürfnisse/ Erwartungen) | | | | | | | | | | | | | | |
| 35. Die Formulierungen sind klar, deutlich und nachvollziehbar, ohne Wertung und Schlussfolgerungen | | | | | | | | | | | | | | |
| 36. Vorhandene Instrumente für Screening / Assessment werden bedarfsgerecht und gemäss Vorgaben eingesetzt | | | | | | | | | | | | | | |
| 37. Die Ergebnisse aus den eingesetzten Screening/ Assessmentverfahren sind dokumentiert | | | | | | | | | | | | | | |
| 38. Die verwendeten Methoden der Datensammlung (Befragen, Beobachten, Untersuchen) sind relevant und nachvollziehbar dokumentiert | | | | | | | | | | | | | | |

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise= 1 Punkt, Nein = 0 Punkte, nr = nicht relevant (wird nicht gezählt) | Überprüfte Pflegedokumentation | | | | | | | | | | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % |
|---|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|---------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 39. Direkte Informationen (von Patient) und indirekte Informationen (z.B. Angehörige, medizinische Krankengeschichte, Sozialdienst) sind unterscheidbar ausgewiesen | | | | | | | | | | | | | |
| 40. Die Erhebung der Pflegeanamnese erfolgte innerhalb einer übergeordnet festgelegten Frist nach der Aufnahme des Patienten | | | | | | | | | | | | | |
| 41. Vervollständigungen und Aktualisierungen in der Informationssammlung sind nachvollziehbar dokumentiert | | | | | | | | | | | | | |
| D. <u>Pflegeproblem/ Pflegediagnose</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Bitte beachten Sie: Wenn mit frei formulierten Pflegeproblemen gearbeitet wird, überprüfen Sie das Kriterium 42 wenn Pflegediagnosen nach NANDA verwendet werden, überprüfen Sie das Kriterium 43 | | | | | | | | | | | | | |
| 42. Die Pflegeprobleme sind vollständig ³ dokumentiert | | | | | | | | | | | | | |
| 43. Die Pflegediagnosen sind vollständig nach dem PES-Format (Problem, Einflussfaktoren, Kennzeichen oder Symptom) dokumentiert | | | | | | | | | | | | | |
| 44. Die Pflegeprobleme, bzw. Pflegediagnosen sind nachvollziehbar aus den Daten der Informationssammlung abgeleitet und beziehen sich auf die individuelle Patientensituation | | | | | | | | | | | | | |
| 45. Pflegeprobleme oder Pflegediagnosen sind so formuliert, dass sie mit Pflegemassnahmen beeinflusst werden können | | | | | | | | | | | | | |

³ Eine vollständig ausformulierte Problembeschreibung berücksichtigt folgende sechs Aspekte:

1. Betroffene Aktivität/Betroffene Funktion
2. Problem/Art der Beeinträchtigung
3. Quantität/Qualität der Beeinträchtigung
4. Ursachen, Zusammenhänge, Risikofaktoren
5. Ausdruck (Symptome/Beobachtungen und Äusserungen der betroffenen Person)
6. Ressourcen

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise= 1 Punkt, Nein = 0 Punkte, nr = nicht relevant (wird nicht gezählt) | Überprüfte Pflegedokumentation | | | | | | | | | | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % | |
|--|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|---------------------|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| E. <u>Festlegen der Ziele/ Pflegeplanung</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| 46. Zu jedem Pflegeproblem / zu jeder Pflegediagnose ist mindestens ein Pflegeziel formuliert | | | | | | | | | | | | | | |
| 47. Die Ziele sind plausibel aus den identifizierten Pflegeproblemen / Pflegediagnosen abgeleitet | | | | | | | | | | | | | | |
| 48. Die Ziele nehmen Bezug auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten | | | | | | | | | | | | | | |
| 49. Die Ziele sind gemäss der SMART ⁴ -Regel formuliert | | | | | | | | | | | | | | |
| 50. Die Ziele sind patientenorientiert formuliert (als Ziel des Patienten, nicht der Pflegefachperson) | | | | | | | | | | | | | | |
| F. <u>Planen der Massnahmen/ Pflegeplanung</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| 51. Die Massnahmen sind plausibel aus den Pflegezielen abgeleitet. | | | | | | | | | | | | | | |
| 52. Die Massnahmen können den zugehörigen Pflegeproblemen/ Pflegediagnosen und Zielen zugeordnet werden | | | | | | | | | | | | | | |
| 53. Die Massnahmen passen zum individuellen Zustand des Patienten (z.B. angepasst an Ressourcen, Gesundheitszustand, Alter, Entwicklungs- Bildungsstand, Umgebung) | | | | | | | | | | | | | | |
| 54. Die geplanten Massnahmen stimmen mit vorhandenen internen Vorgaben (z.B. Richtlinie Verbandswechsel, Standard Schmerzmanagement usw.) überein | | | | | | | | | | | | | | |

⁴ Specific (Spezifisch), Measurable (Messbar) Achievable (Erreichbar), Relevant (Relevant), Timely (Terminiert)

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise= 1 Punkt, Nein = 0 Punkte, nr = nicht relevant (wird nicht gezählt) | Überprüfte Pflegedokumentation | | | | | | | | | | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % | |
|---|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|---------------------|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| G. <u>Durchführen der Massnahmen / Interventionen</u> → <u>Pflege-Verlaufsbericht</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| 55. Die Einträge im Pflegeverlaufsbericht nehmen Bezug auf die Pflegeprobleme/ Pflegediagnosen und Pflegeziele, bzw. können diesen zugeordnet werden | | | | | | | | | | | | | | |
| 56. Im Pflegeverlaufsbericht ist die Wirkung der Massnahmen, bzw. die Reaktion auf die pflegerischen Interventionen beschrieben (keine reinen Tätigkeitsbeschreibungen) | | | | | | | | | | | | | | |
| 57. Die Eintragungen im Pflegeverlaufsbericht erfolgt zeitnah zu der Durchführung der Intervention, bzw. innerhalb einer intern übergeordnet festgelegten Frist | | | | | | | | | | | | | | |
| 58. Die Verlaufsberichte sind aussagekräftig, nachvollziehbar und ohne Wertung geschrieben | | | | | | | | | | | | | | |
| 59. Einmalige Pflegeinterventionen, die aufgrund eines punktuellen Problems gesetzt werden, sind im Pflegeverlaufsbericht vermerkt | | | | | | | | | | | | | | |
| 60. Im Pflegeverlaufsbericht wiederkehrend beschrieben Phänomene und Aktivitäten/Interventionen werden in die Pflegeplanung aufgenommen (z.B. als Pflegeproblem/ Pflegediagnose, Ziele, Massnahmen) | | | | | | | | | | | | | | |
| 61. Die Eintragungen zu Tätigkeitsnachweisen sind nur einmal und an der dafür vorgesehenen Stelle zu finden (z.B. standardisierte Pflegeplanung, Wunddokumentation, Überwachungsblatt, Schmerzprotokoll etc.). Es gibt keine Doppelspurigkeiten mit dem Verlaufsbericht | | | | | | | | | | | | | | |
| 62. Es ist nachvollziehbar, ob die Intervention eigenständig durch die zuständige dipl. Pflegefachfrau oder in Delegation ausgeführt wurde | | | | | | | | | | | | | | |

| Punktevergabe: Ja = 2 Punkte, Teilweise= 1 Punkt, Nein = 0 Punkte, nr = nicht relevant (wird nicht gezählt) | Überprüfte Pflegedokumentation | | | | | | | | | | Max. Punktzahl | Erreichte Punktzahl | % | |
|---|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|---------------------|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| H. <u>Medikamentenplan</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| 63. Die Medikation ist entsprechend der institutionsinternen Vorgaben korrekt dokumentiert | | | | | | | | | | | | | | |
| 64. Die verordneten Medikamente sind vollständig und unter der Berücksichtigung der 5 R Regel (Richtige Person, Richtiges Arzneimittel (Name korrekt), Richtige Dosierung (oder Konzentration), Richtige Applikationsart, Richtiger Zeitpunkt) dokumentiert | | | | | | | | | | | | | | |
| I. <u>Evaluation/ Beurteilen der durchgeführten Pflege</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| 65. Die Pflegeziele werden regelmässig / zum festgelegten Zeitpunkt überprüft | | | | | | | | | | | | | | |
| 66. Der Grad der Zielerreichung ist nachvollziehbar dokumentiert | | | | | | | | | | | | | | |
| 67. Die Evaluation der Pflegeziele lässt sich aus dem Verlaufsbericht ableiten | | | | | | | | | | | | | | |
| 68. Die Evaluationsdaten (Beobachtungen, Gespräche, körperliche Untersuchung, Pflegeverlaufsbericht) sind nachvollziehbar dokumentiert | | | | | | | | | | | | | | |
| 69. Die Pflegeziele und Massnahmen werden an die Ergebnisse aus der Evaluation angepasst (z.B. Beenden, Anpassen der Ziele und Massnahmen) | | | | | | | | | | | | | | |