

# RAI-NH Pflegedokumentation

**PDok** (Papierversion)  
&  
**ePDok** (elektronische Version)



Q-Sys AG

Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen

## **Beschreibung der Pflegedokumentation**

Die RAI-NH Pflegedokumentation unterscheidet zwischen statischen Informationen und dynamischen Informationen bezüglich des Pflegeprozesses. In ihrer Handhabung werden grundsätzliche Regeln eingehalten, die sich in der Praxis als wertvoll erwiesen haben. Jede Information wird nur einmal festgehalten, die Anzahl der Seiten (bzw. elektronischen Fenstern) ist gering gehalten und Dauerinformationen werden von solchen mit rasch wechselnden Inhalten abgesetzt. Die Pflegeplanung ist eindeutig mit dem Pflegeverlaufsbericht vernetzt und wird als untrennbare Einheit angesehen. Dadurch nimmt der Pflegeverlaufsbericht bezüglich der Informationssammlung und zum Nachweis der Effizienz in der Umsetzungsarbeit eine Schlüsselposition ein, da ausschliesslich in ihm Verweise zu den einzelnen Teilen hergestellt, Begründungen und Verläufe festgehalten werden. Nur so werden zwei anspruchsvolle Bedingungen an eine Pflegedokumentation erfüllt:

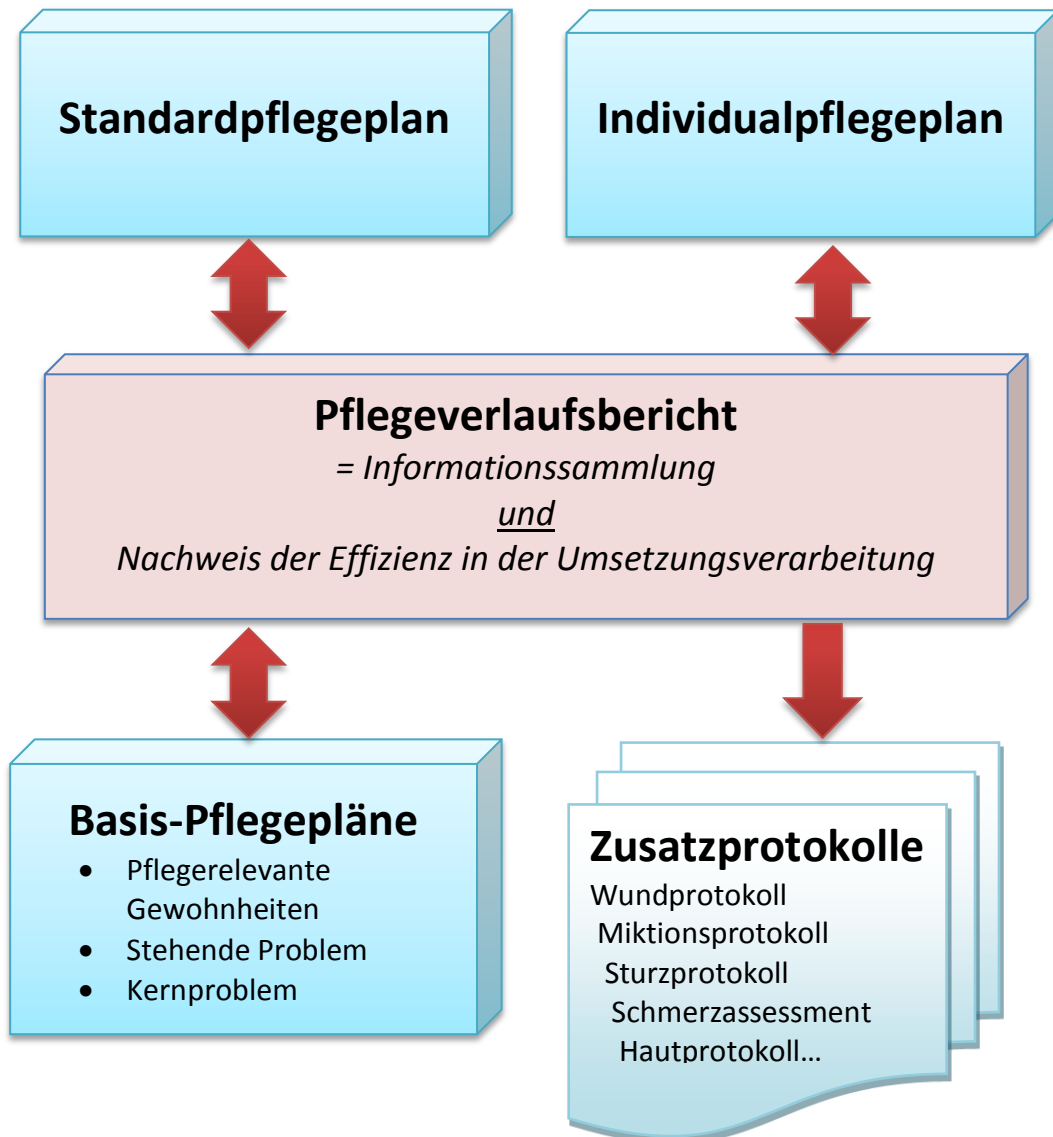
1. Mit wenigen Blicken werden alle aktuellen Informationen einschliesslich der Änderungen überblickt.
2. Der Pflegeprozess, als andauerndes Element in der Praxis, wird zu jeder Zeit und an jeder Stelle nachvollziehbar.

## **Verbindung zum RAI-NH**

Das Assessment des RAI-NH, das MDS, ist mehrheitlich ein Beobachtungsinstrument, das sich auf wesentliche Bereiche des aktuellen Zustandes einer Bewohnerin konzentriert. Der Kerngedanke des RAI ist die Sicherung der Pflegequalität. Differenzierte Beobachtungen werden in der Dokumentation beschrieben und bilden wertvolle Informationen zur Ausgangslage, aus denen Interventionen abgeleitet werden können.

So ist es sinnvoll in der Dokumentation selbst die Verbindung zu diesem Instrument herzustellen. Dies ist in der RAI-NH Pflegedokumentation an jeder Stelle möglich, entweder durch direktes Notieren in einer speziell dafür vorgesehenen Spalte, oder aber durch fix eingerichtete Plätze, z.B. in der Pflegeplanung. Verwiesen wird an diesen Stellen auf die entsprechenden, konkreten MDS-Punkte.

## Elemente der RAI-NH Pflegedokumentation



# Bildschirmansicht

Name: Gossen, Sandra Geb.: 19.04.1937 Beobachtungsperiode: 03.07.2011-16.07.2011



## sp - Standard-Pflegeplan

A / SSP

pb - Pflegebericht 
  blene 
  bg - Basispl. Pflrelev. 
  Gewohnh. 
  ip - Individualplan 
  kp - Kernproblem 
  In - Leistungs-Nachweis 
  pr - Protokolle

Standard-Pflegeplan  sp öffnen:

Standard-Pflegeplan [sp] Name Gossen Vorname Sandra vom 04.07.11

1 Sehen /Hören		D3 + C2	Datum	geändertgemässBericht(Datum)	M	Datum	geändertgemässBericht
Brille	Leserbrille	X Lupe	04.07.11	08.07.11		07.07.11	
Hörgerät	rechts	links	04.07.11			07.07.11	
2 Mundpflege		L	Datum	geändertgemässBericht(Datum)			
Prothese	Teil- Voll- Häfth. rechts	Kodierung					
oben	X	X 0.	07.07.11				
unten	X	X 0.	07.07.11				
eig. Zähne	0 X 1 2 4		07.07.11	08.07.11			
3 Hilfe beim Essen		G1h 0/0	Datum	geändertgemässBericht(Datum)			
Aufsicht	zerschneiden		07.07.11				
führen	Schmalbecher		07.07.11				
eingeben	Tellerand		07.07.11				
im Speisesaal			07.07.11	11.07.11			
4 persönl. Hygiene		G1j	Datum	geändertgemässBericht(Datum)			
Bett	Lav 0 1 2 3 4						
Rasur			07.07.11				
Gesicht	X		07.07.11				
OK	X X		07.07.11				
Rücken	X X		07.07.11				
Intim	X X		07.07.11	11.07.11			
Beine	X X		07.07.11				
1 PP			07.07.11	11.07.11			
5 Baden /Duschen		G2	Datum	geändertgemässBericht(Datum)			
Haare	Parfithen pro V Shampoo		08.07.11				
Bad	Dusche freitags		08.07.11				
G2	0 1 2 3 X 4 1 Pers		08.07.11				
stzt auf einem Duschnocker			08.07.11				
6 Kleiden		G1g	Datum	geändertgemässBericht(Datum)			
7 Hautpfleger/Fusspflege							
M5a	Druckfahstg.						
M5b	Schwammas						
Lagerungsplan		M5c speziell					
Zeit	:	:					
Lage	:	:					
M5Hauptpflege	Körperöfön (M-Budget)						
M5Fusspflege							
8 Kontinenzpflege							
Toiletten-Plan		H3a/b speziell					
Tag	:	:					
Nacht	:	:					
Einlagen		keine					
Tag	keine						
Nacht	keine						
H3d	DK / SP Nr	Ballon					
		Wechsel					
9 Toiletten-Hilfe		G1i: 3/2	Datum	geändertgemässBericht			
reinigen	0 1 X 2 3 4 1 Pers		07.07.11	11.07.11			
Kleider ordnen	0 1 2 X 3 4 1 Pers		07.07.11	11.07.11			
Transfer		Hinstellen durch Anheben an den Armen und Stütze am Rücken (1 PP)					
10 Bewegung im Bett		G1a: 3/2	Datum	geändertgemässBericht			
A	0 1 2 3 X 4 1 Pers		07.07.11	11.07.11			
Nachts re Bein hochlagern			07.07.11	11.07.11			
11 Hilfe beim Transfer		G1b: 3/2	Datum	geändertgemässBericht			
A	0 1 2 3 X 4 8 1 Pers		07.07.11	11.07.11			
Beine ins Bett / Hinstellen			07.07.11	11.07.11			

# Bildschirmansicht

Datei Ansicht Berichte Bewohner Fenster Hilfe  
 Name: **Gossen, Sandra** Geb.: **19.04.1937** Beobachtungsperiode: **03.07.2011-16.07.2011**  
 Abteilung: **Ost 1** Eintritt: **30.06.2011** RUG: **SSA / SSP**

Stammb.  
 Überwachung

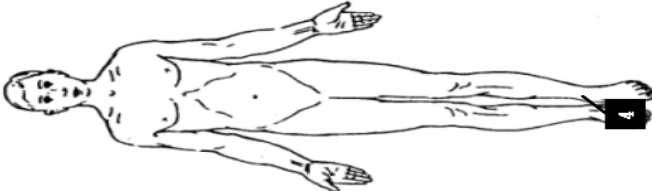
ip - Individualplan    kp - Kernproblem    In - Leistungs-Nachweis    pr - Protokolle  
 pb - Pflegebericht    sp - Standard-Pflegeplan    bs - Basispl. St.

**Basispl. Pfl'relev. Gewohnh.**                 Inaktive Einträge ausblenden

Nr.	Datum	MDS	Betreff	Pflegerelevante Gewohnheiten	Datum	->
3	11.07.11		Besondere Anlässe / Feste	trinkt gerne Bier in Gesellschaft		
2	05.07.11		Backwaren	nur Vollkornprodukte		
1	05.07.11		Zeitung lesen	bestehendes Zeitungsabonnement; morgens ins Zimmer auf den Tisch beim Sessel am Fenster legen.		

bg - Basispl. Pfl'relev. Gewohnh.


# Bildschirmansicht



**Wund-Verlaufsprotokoll Wund-Nr. 4** Neu

Drucken

Datum	rot	gelb	grün	schw/gra	Stadium / Grösse / Tiefe	glatt	zerklüftet	unterhöht	mazeriert	reizlos	gerötet	verhärtet	Bemerkung (z.B. Geruch, Sekretion usw.)	Pflege/WV	AR
19.07.11	▼				2x3 cm	▼								täglich Verbandwechsel: - Sterile Wundreinigung mit Ringerlactat-Lösung 20ml-Ampullen. Anschliessend trocknen lassen. - Wundabdeckung mit Askine Biofilm Transparent 10x10cm	


Link zu Fotos

# Bildschirmansicht

Datei Ansicht Berichte Bewohner Fenster Hilfe  
 Name: **Gossen, Sandra** Geb.: 19.04.1937 Beobachtungsperiode: 03.07.2011-16.07.2011  
 Abteilung: **Ost 1** Eintritt: 30.06.2011 RUG: **SSA / SSP**

Stammblatt Link zu Daten

Gossen, Sandra | Eingabe-Maske für Sturzprotokoll Neu - 5/5

**Sturzprotokoll Neu - 1/5**  
 Sturzdatum und Sturzzeit  
 am 11.07.2011 um 16:00  
 Sturzzeit auf 30 Min genau eintragen. Zeit so genau wie möglich

Sturzort  
 Zimmer  
 WC  
 Korridor  
 Bad  
 ausser Haus  
 Andere:

Sturzart  
 aus stehender / gehender Position  
 beim Aufstehen / Absitzen normaler Stuhl  
 aus dem Bett / vom Stuhl gefallen  
 beim Transfer in / aus Rollstuhl  
 Andere:  
 unbekannt

Zeugen  
 Personal  
 andere Bewohnerin  
 Besucher  
 keine Zeugen

Gossen, Sandra | Eingabe-Maske für Sturzprotokoll Neu - 3/5

**Sturzprotokoll Neu - 3/5**  
 Beteiligter  
 keine  
 einseitig (2. Seite offen)  
 einseitig (2. Seite an Wand)  
 beidseitig

Medikation  
 keine der folgenden  
 Diuretika  
 Psychopharmaka  
 Schlafmittel  
 Andere, oder neu in den letzten 30 Tagen

Aktivität  
 Im Sturzzusammenhang  
 Musste zum WC und wollte das Pe...

Gossen, Sandra | Eingabe-Maske für Sturzprotokoll Neu - 5/5

**Sturzprotokoll Neu - 5/5**  
 Kognitiver Zustand (bisher / üblicherweise)  
 orientiert, adäquate Selbsteinschätzung  
 desorientiert, inadäquate Selbsteinschätzung

Kognitiver Zustand (nach dem Sturz)  
 orientiert, adäquate Selbsteinschätzung  
 desorientiert, inadäquate Selbsteinschätzung

**Situationsbeurteilung und Besprechung des weiteren Vorgehens durch zuständige Pflegende und Arztin/Arzt**  
 Waren vor dem Sturzereignis Präventionsmassnahmen im Einsatz?  
 Nein  
 ja, nicht dokumentiert  
 ja (= dokumentiert)

Sturzprävention  
 Wird jetzt Sturzprävention durchgeführt?  im Pflegeplan dokumentiert

Sturz gemeldet von  
 Rubner, Achim

Information der Angehörigen  
 Ja am um  
 Angehörige (Name)  
 Dr. Anna Handalett

< Zurück Weiter > Abbrechen

## Einführung

Die Pflegedokumentation kann in der Qualitätsarbeit unterstützen, wird jedoch niemals die professionellen Überlegungen und die Fachkenntnisse der Pflegenden ersetzen. Damit diese Faktoren im Zusammenhang mit der RAI-Philosophie zum Tragen kommen, bietet die Q-Sys AG die Dokumentation ausschliesslich als Schulung an. Dazu braucht es in der Institution eine Projektverantwortliche, die während der Einführung und Schulung die Begleitung der Mitarbeitenden sicherstellt und auch danach die Umsetzung im Alltag unterstützt.

Daher begleiten wir Sie gerne bei der Einführung der RAI-NH-Pflegedokumentation wie folgt:

- **Telefonische Beratung**  
(Klärung der Bedingungen, Absprachen mit der Projektverantwortlichen, Schulungen, usw.)
- **Durchführung der Schulungen (Einführung und Vertiefung)** durch einen Schulungsbeauftragten der Firma Q-Sys AG
- **begleitende Unterstützung** durch den Schulungsbeauftragten als Ansprechpartner (telefonisch oder per Email)
- **Zugriff auf den geschützten Bereich unserer Webseite**  
(mit den Formularen und weiteren Protokollen)

Schulungen	PDok (Papierversion)	ePDok (elektronisch)
<b>Kosten</b> (pro Person)	Fr. 360.- inkl. Manual	Fr. 480.- inkl. Manual
<b>Empfehlung</b>	<i>Eine empfohlene Anzahl der zu schulenden Mitarbeitenden beläuft sich auf 12% der Bettenzahl des Heimes</i>	
<b>Einführungsschulung</b>	je 3 Stunden	
<b>Vertiefungsschulung</b>		
<b>Gruppengrösse</b>	6 - 12 Personen	4 - 8 Personen

**Kostenaufwand:** (Die Preise verstehen sich ohne Mehrwertsteuer)

<b>RAI-NH Pflegedokumentation in Papierversion (PDok)</b>	
Anschaffungskosten der Dokumentation	Fr. 1000.-
Coaching ( <i>pro Stunde</i> ) nach Einführung + Spesenpauschale ½ Tag	Fr. 200.- Fr. 80.-

<b>RAI-NH Pflegedokumentation elektronisch (ePDok)</b>		
<i>Die Kosten für die Einführung der RAI-NH ePDok staffeln sich je nach Grösse der Institution wie folgt:</i>		
<b>Bettenzahl</b>	<b>einmalige Gebühr (in Fr.)</b>	<b>Jahresgebühr (in Fr.)</b>
bis 20	3000.-	780.-
21 - 35	3400.-	880.-
36 - 50	3800.-	980.-
51 - 65	4200.-	1090.-
66 - 80	4600.-	1190.-
81-100	5000.-	1300.-
101-120	5400.-	1400.-
121-140	5800.-	1500.-
141-160	6200.-	1610.-
161-180	6600.-	1710.-
181-200	7000.-	1820.-
201-250	7400.-	1920.-
<i>Institutionen, die bei Einführung der ePDok bereits mit der RAI-NH PDok arbeiten, erhalten einen Rabatt von Fr. 1000.- auf die Einführungskosten.</i>		
<b>Installation der Software</b>		
Einzelplatz		Fr. 200.-
Netzwerkumgebung, d.h. mehrere Arbeitsplätze oder Citrix- / Terminalserverumgebung		Fr. 600.-
Mehraufwand (z.B. komplexe Umgebungen, Wartezeiten, die durch Kunden entstehen,...)		Fr. 168.- / h

## Rechnungsbeispiel

(Einführung ePDok für ein Heim mit 60 Betten)

RAI-NH ePDok	Anzahl	Einführungskosten	Jahresgebühr
Lizenzgebühren	51 - 65	Fr. 4200.00	Fr. 1090.00
Installation Netzwerkumgebung		Fr. 600.00	
Schulungen	8 Pers.	Fr. 3840.00	
<b>Summe</b>		Fr. 8640.00	Fr. 1090.00
Mehrwertsteuer 8.0%		Fr. 691.20	Fr. 87.20
<b>Total</b>		<b>Fr. 9331.20</b>	<b>Fr. 1177.20</b>

**Gerne machen wir Ihnen eine individuelle Offerte für die Einführung der RAI-NH Pflegedokumentation in Ihrem Hause. Dazu rufen Sie bitte in unserem Sekretariat an.**



## **Q-Sys AG**

St. Leonhard-Strasse 31

9000 St. Gallen

Telefon 071 228 8090

Fax 071 228 8099

Email **[info@qsys.ch](mailto:info@qsys.ch)**

Internet **[www.qsys.ch](http://www.qsys.ch)**