

altenpflege.de Edition

护理培训简明教材 - 重点老年护理

Theo Ahrens

老年护理中的护理文档

presented by

**YES**  
**ARCH**  
**ITEC**  
**TURE.**

# 书目信息

Theo Ahrens – 简历

Theo

Ahrens, 1979年出生于慕尼黑附近，是一名护理职业教师和热心的护理教育者。在医院完成志愿社会服务年后，他接受了健康和护理培训，并在重症监护室积累了宝贵的工作经验。受传授知识愿望的驱动，他学习了护理教育学，并于2009年开始在慕尼黑的一所专科学校任教。Theo以其实用且富有同情心的教学而闻名，他用这种教学方式为未来的护理人员准备挑战性的职业。在私人生活中，他与妻子和两个孩子住在柏林，并志愿参与改善护理培训条件的工作。

本简要教科书是从他的教学计划中利用人工智能制定的。翻译是自动进行的。

由altenpflege.de出版 价格 德/奥：3,90 € 瑞士：5 瑞法

版权所有 2024 altenpflege.de

建议和改进意见请发送至 [team@altenpflege.de](mailto:team@altenpflege.de).

1/1-2412181520

preview

目录

|                        |    |
|------------------------|----|
| 1   引言                 | 4  |
| 1.1   老年护理中护理记录的重要性    | 4  |
| 1.1.1   历史发展           | 4  |
| 1.1.2   法律和道德基础        | 4  |
| 1.1.3   护理记录的作用和目标     | 5  |
| 2   护理记录的基础知识          | 6  |
| 2.1   护理记录的定义和原则       | 6  |
| 2.2   法律要求             | 6  |
| 2.2.1   护理保险法 (SGB XI) | 6  |
| 2.2.2   数据保护和保密义务      | 7  |
| 2.2.3   责任法方面          | 7  |
| 2.3   护理标准和质量保证        | 8  |
| 3   文档系统和形式            | 9  |
| 3.1   书面记录             | 9  |
| 3.1.1   护理计划           | 9  |
| 3.1.2   报告和记录          | 9  |
| 3.2   电子护理文档           | 10 |
| 3.2.1   优势与挑战          | 10 |
| 3.2.2   常用软件概述         | 10 |
| 3.3   特殊记录形式           | 11 |
| 3.3.1   传记工作           | 11 |
| 3.3.2   失智患者的验证性记录     | 11 |
| 4   护理过程与记录            | 13 |
| 4.1   护理评估和病史采集        | 13 |
| 4.2   护理计划             | 13 |
| 4.2.1   护理中的SMART目标    | 13 |
| 4.2.2   措施规划           | 14 |
| 4.3   护理诊断与记录          | 14 |
| 4.4   护理计划的评估与调整       | 15 |
| 5   护理记录的实际应用          | 16 |
| 5.1   结构化信息收集 SIS      | 16 |
| 5.1.1   概念介绍           | 16 |
| 5.1.2   示例和案例研究        | 16 |
| 5.2   撰写报告             | 17 |
| 5.2.1   护理日记           | 17 |
| 5.2.2   交接记录           | 18 |
| 5.2.3   亲属沟通           | 18 |
| 5.3   危险事件记录           | 19 |
| 5.3.1   跌倒记录           | 19 |
| 5.3.2   用药错误           | 20 |
| 6   挑战与解决方案            | 22 |
| 6.1   错误来源与避免          | 22 |
| 6.1.1   护理记录中的典型错误     | 22 |
| 6.1.2   防止错误的策略        | 22 |
| 6.2   时间管理与文档记录        | 23 |
| 6.2.1   有效的记录方法        | 23 |
| 6.2.2   文档任务的委托        | 23 |
| 6.3   跨学科合作            | 24 |
| 6.3.1   与医生、治疗师和家属的沟通  | 24 |
| 6.3.2   护理记录的协调调整      | 25 |
| 7   护理文档的未来            | 26 |
| 7.1   数字化与自动化          | 26 |
| 7.1.1   基于人工智能的护理记录    | 26 |
| 7.1.2   远程医疗及其整合       | 26 |
| 7.2   国际发展             | 27 |
| 7.2.1   与其他护理系统的比较     | 27 |
| 7.2.2   最佳实践           | 27 |

# 1 引言

## 1.1 老年护理中护理记录的重要性

### 1.1.1 历史发展

现代护理文档的起源可以追溯到19世纪，受到弗洛伦斯·南丁格尔工作的深刻影响。南丁格尔认识到系统观察和记录在护理中的重要性，以提高病人护理质量。她的方法奠定了护理结构化记录的基础，并至今仍被视为护理文档系统方法的基础。

在19世纪末和20世纪初，护理科学开始作为独立学科建立。护理文档成为确保和持续提高护理质量的重要工具。起初，观察和措施主要在医院，后来也在养老院中书面记录，以便于追踪病程和验证护理干预。

在20世纪下半叶，护理文档迎来了新视野。护理需求的复杂性增加以及护理的随之专业化导致了实施标准化文档形式和系统的必要性。这在许多国家引发了关于护理文档的法律规定和标准的出台。

随着20世纪90年代计算机和后来的互联网的引入，迎来了电子护理文档的新纪元。这提高了信息记录 and 处理的效率，并简化了对护理相关数据的访问。然而，数字化也带来了关于患者信息隐私和完整性的新挑战。

如今，护理文档是护理职业不可或缺的一部分，要求对法律、伦理和实践方面有精确的认识。历史发展显示出护理文档如何从简单的书面笔记演变为促进护理质量和安全的全面工具。

### 1.1.2 法律和道德基础

法律和道德标准在护理记录中发挥着关键作用。它们不仅保证了护理质量，还保护了需要护理者和护理人员。

#### 法律基础

为了确保所提供护理服务的透明性和可追溯性，护理记录必须符合一定的法律要求。德国最重要的法律框架是护理保险法（SGB XI）、患者权利法和民法典（BGB）。SGB XI规定了护理质量和记录的强制性标准，要求在合适的记录系统中完整、及时且正确地记录护理服务。

#### 数据保护和保密义务

根据《通用数据保护条例》（DSGVO），数据保护是护理记录的一项核心法律方面。它确保护理对象的个人数据得到保密处理。所有记录的信息必须防止未经授权的访问。保密义务要求护理人员对在职业活动中知悉的所有个人数据保密。

#### 责任问题

护理记录中的错误或遗漏可能引发责任问题。在发生损害时，错误的记录可以作为对护理人员不利的法律证据。因此，准确详细地记录所有护理措施、观察和偏差是至关重要的。

#### 道德基础

护理记录的道德基础是基于自主、仁爱和公正的原则。通过获取护理对象对记录和转交个人数据的同意，护理对象的自主权得以尊重。仁爱原则要求记录应为护理对象的最佳利益服务，并促进其福祉。公正意味着所有事项均应客观且无偏见地记录。

## 结论

护理记录的法律和道德基础建立了一个框架，确保护理的完整性和质量，同时保护需要护理者的权利和尊严。仔细且精确的记录是满足这些标准的必要条件。

### 1.1.3 护理记录的作用和目标

老年护理中的护理记录履行了许多功能，远远超出了简单的信息记录。

#### 患者安全和护理质量

护理记录显著提高了患者的安全性和护理质量。它确保所有团队成员了解护理对象的状况和需求，从而促进护理的连续性和一致性。这能最大程度地降低治疗错误或误解的风险。

#### 透明度和可追溯性

系统化的护理过程记录能够实现透明化。护理行动变得可以追溯，并在需要时可以进行检查。因此，护理记录建立了在护理对象、他们的家属和护理人员之间的信任，因为所有执行的措施及其结果都是可见的。

#### 法律保障

完整的护理记录为护理人员和机构提供了法律保障。在法律争议中，它作为证据，证明是否进行了妥善的护理。无错误的记录可以抵消或减少责任索赔。

#### 沟通与团队合作

护理记录改善了内部和跨学科的沟通。它促进了护理专业人员、医生和其他治疗师之间的信息交流，从而达成充分的协调，并提高了治疗效果。

#### 质量保障和评估

护理记录是质量保障和护理过程评估的基础。它允许系统地分析护理过程并支持识别改进潜力。良好的护理过程记录简化了报告和统计的编制，从而有助于优化护理实践。

#### 目标导向和规划

通过记录，护理目标和措施的效果得以记录，这使护理计划的调整成为可能。它帮助护理人员遵循个性化的护理计划并高效地实施护理措施。

#### 促进职业化

结构化的记录处理有助于护理职业化。它促进对自身行为和决策的反思，并增强护理人员的职业自我认知。

总之，护理记录为老年护理的有序、安全和高效运作做出了不可或缺的贡献。正确处理护理记录是日常实践的核心要素，对于高质量的护理至关重要。

## 2 护理记录的基础知识

### 2.1 护理记录的定义和原则

护理记录描述了在老年护理中对护理过程所有相关信息的系统收集、处理和存储。它有助于确保护理质量，改善团队沟通，并满足法律要求。

护理记录的一个重要原则是完整性。必须包含所有与护理相关的信息，以确保护理过程的可追溯性。这确保了护理的连续性，并使得护理需求可以随时客观评估。

约束力是另一个原则。记录的信息被视为有约束力，必须准确无误。这增强了护理过程中的合作，并且还有助于提供法律上的证据保障。

可追溯的记录是至关重要的。所有条目应该是易于第三方理解和追溯的。这也包括必要时对条目的调整能力，以便对护理需求的变化灵活反应。

护理记录的时效性保证了始终可以获得关于护理过程的最新信息。这样护理人员可以迅速对变化作出反应，这对被护理者的安全和福祉至关重要。

最后，真实性也很重要。记录的信息必须符合实际情况，并由观察护理情况的人员撰写。

这些原则有助于将护理工作的所有方面透明化，并以最佳方式支持护理过程

### 2.2 法律要求

#### 2.2.1 护理保险法 (SGB XI)

护理保险法，即《社会法典第十一册》（SGB XI），构成了德国护理保险的法律基础。它描述了护理服务的框架条件及相关的记录义务。

SGB XI 的一个核心方面是确保护理质量。护理记录在其中发挥着重要作用，因为它是衡量所提供护理服务的基础。根据 SGB XI 第 113 条的规定，护理机构有义务实施质量保障措施并记录结果。这种记录用于证明所达成的质量标准的遵守情况，并使护理过程透明化。

SGB XI 还强调护理中的经济性和效率。护理机构必须证明护理措施的规划和实施具有成本效益。这通过护理过程的记录得到支持，因为它提供了关于护理需求和所提供服务的清晰信息。另一个重要点是确保护理的连续性。护理记录确保所有与护理对象所需服务相关的信息都被记录和追溯。这对于顺利的护理过程至关重要，特别是在护理人员更换或转移到其他护理机构时。

SGB XI 还要求向护理对象及其亲属履行信息义务。护理记录支持护理人员全面通报护理过程，并实现透明的沟通。

最后，SGB XI 与数据保护密切相关。护理记录中记录的数据必须根据数据保护规定进行处理。这包括对护理对象敏感个人信息的保护。

总之，SGB

XI

对护理机构提出了明确的要求，这些要求可以通过仔细的护理记录来满足。这种记录不仅是质量保证和法律保障的工具，也是确保受护理者获得最佳护理的手段。

### 2.2.2 数据保护和保密义务

在护理文档的领域中，数据保护和保密义务是对护理需求者的核心责任。数据保护基本条例（DSGVO）和联邦数据保护法（BDSG）构成了老年护理中必须遵守的法律基础。

护理文档包含大量敏感的个人数据。这些数据只能用于护理服务的目的进行处理。只有在有法律依据或相关人员明确同意的情况下，才允许传递这些信息。该同意必须是自愿的、具体的和具备信息提供的，这意味着相关人员必须知道数据处理的目的、性质和范围。

遵守DSGVO要求护理机构实施合适的组织措施和技术措施，以确保数据安全。这包括对电子文档系统的访问限制或纸质文档的安全保管。

保密义务是数据保护的另一方面。护理人员有义务对其在工作过程中获悉的所有有关护理需求者的信息进行保密。即使是对家庭成员，也必须在没有相关人员明确同意的情况下，保持信息的保密。违反保密义务可能会导致刑事和劳动法的后果。

定期对护理人员进行培训是必须的，以增强他们对数据保护法律要求的意识，并确保在日常实践中的正确实施。护理机构内的数据保护专员可以在这方面提供咨询支持，并作为数据保护法律问题的咨询点。

此外，记录同意和信息传递也是关键步骤。每个同意必须以书面或电子形式记录，决定数据的访问和传递。这增加了护理过程的透明度，并增强了护理需求者对机构的信任。

因此，数据保护和保密义务是在护理文档中不可或缺的构件，用于保护护理需求者的个人权利，同时满足法律框架的要求。

### 2.2.3 责任法方面

护理记录在老年护理的责任中起着决定性的作用。无缝且无错误的记录是提供护理服务的证明，并能保护护理人员和机构免受法律后果的影响。

错误可能导致责任索赔。例如，不完整或错误的记录可能在出现并发症时作为针对护理人员的证据。在发生损害事故时，例如需要护理者跌倒，妥善的记录可以显示所有必要的措施都已采取。

错误记录存在伪造文件的风险，可能导致刑事后果。每项更改或修正都必须是可追溯的。这包括保持原始条目可读，并用日期和时间戳标注修正。

责任也可能因为遗漏重要信息而产生。若缺少关于居民健康状况的关键数据，这可能被视为不充分履行注意义务。

为获得法律保护，及时记录是至关重要的。回溯记录或延迟补充可能会质疑记录的可靠性和可信度。

处理药物错误尤其需要小心。由于这通常具有明显的法律责任影响，需要认真记录并及时报告。

另一个方面是可追溯性的要求。护理决策必须被逻辑地记录，使第三方能够理解，以在争议时指证适当行为的延续。

总体而言，所有记录必须以可能在法庭上使用为意识进行。细致入微、详尽的记录不仅是质量标志，还能保护所有相关人员免于可能的法律纠纷。

## 2.3 护理标准和质量保证

护理标准是系统化的、普遍认可的规定，确保护理服务质量。在老年护理中，它们作为强制性指南，以确保统一和可靠的护理服务。这些标准基于科学研究、法律规定和伦理原则。

为了有效实施护理标准，定期的质量保证是必不可少的。质量保证包括所有有助于实现和不断改进既定护理目标的过程。在此过程中，内部和外部的质量控制起着重要作用。

内部控制包括护理团队的定期检查，评估护理结果是否符合既定标准。指标如护理对象的满意度、跌倒的预防或文档记录义务的遵守情况将被分析。个案讨论和团队会议促进有关经验和改进可能性的交流。

外部质量控制由医疗保险服务的检查机构如医疗服务局（MDK）执行。这些机构检查老年护理机构是否遵循护理标准，并发布报告，这些报告既可用于内部改进措施，也用于向公众提供信息。积极的检查报告增强了亲属和潜在住户对设施的信任。

一个实际例子说明了护理标准和质量保证的实施：某个机构发现压疮的发生率高于预期。通过应用压疮预防护理标准，例如定期翻身和使用特殊的摆放辅助工具，以及在质量保证范围内进行系统的数据收集，可以解决该问题。措施的结果将被记录和分析，以评估引入标准的有效性，并在必要时进行调整。

将护理人员纳入护理标准的制定和发展至关重要。通过培训和研讨会，他们熟悉当前的标准，并能够在日常工作中应用这些标准。积极参与促进了员工的参与度和对措施的接受度。

护理标准和质量保证密切相关，是专业和伦理老年护理的基础。标准的持续调整和护理质量的定期评估对于应对不断变化的护理日常需求是必不可少的，并能够为护理对象提供最佳支持。

## 3 文档系统和形式

### 3.1 书面记录

#### 3.1.1 护理计划

护理计划是老年护理书面文档的重要组成部分。它们结构化地指导护理过程，并为持续照顾护理对象提供基础。精确的护理计划可以确保所有护理措施都能够有针对性和以患者为中心地进行。

首先，会对住户的现状进行分析，以识别其个别需求和问题。在此分析基础上，制定护理目标，这些目标必须是具体的、可衡量的、可实现的、相关的并有时限制的。这个SMART方法支持有针对性和现实的规划。

根据设定的目标进行措施规划。在此过程中，描述具体实施的护理行为，旨在实现目标。这些措施必须清晰且详细，以便团队中的每一位护理人员能够统一执行。

例如：若存在活动受限的情况，目标可能是住户在四周内能够独立走到休息室的心爱椅子上。作为措施，每天安排进行三次辅助步行练习。

灵活制定护理计划并定期评估是非常重要的。住户健康状况或需求的变化需要对护理计划进行调整，以确保护理质量和实现设定的目标。因此，认真记录的护理计划应被看作是一个动态过程，需要不断检查和调整。

#### 3.1.2 报告和记录

报告和记录在护理文档中具有决定性的重要性，因为它们提供了有关护理对象状况和照顾的及时信息。这些文件使整个护理团队能够进行精确的沟通，构成了持续护理和调整护理过程的基础。

##### **护理报告**

记录每天的护理和观察到的居民健康状况的变化。它们包含有关所实施护理措施的相关信息、其效果以及护理对象的可能反应。撰写护理报告需要简洁和客观的语言，避免主观解释。例如：与其说“M先生看起来很沮丧”，不如说“今天M先生大部分时间低着头坐在桌旁，少说话，反应迟缓。”

##### **重大事件记录**

必须在正常护理流程之外的情况下编写，如跌倒、伤口或用药错误。这些记录包括事件的详细描述、所采取的紧急措施以及医生或家属的通知。目的是清楚地记录事件，以减少未来的风险并确保居民的安全。

##### **交接记录**

在换班时至关重要，以保证护理的连续性。它们总结重要信息，对于接班人员而言是重要的，如健康状况的变化、未完成的任务和计划的措施。

##### **家属记录**

用于与居民家庭的结构化沟通。这些记录包含有关健康状况、计划的措施或护理日常中的相关事件的讨论。重要的是，客观且具有同理心地进行报告，以建立信任，并尽可能地为家属提供信息。

精心制作的报告和记录显著有助于护理质量的保障。它们提供透明性，并使团队能够迅速应对变化或危机情况。这种文档形式的精确使用支持护理团队并促进有效且以患者为中心的照护。

## 3.2 电子护理文档

### 3.2.1 优势与挑战

#### 电子护理记录的优点与挑战

电子护理记录提供了众多优点，同时也带来了挑战。一个主要的优点是节省时间。电子系统能够加快和提高记录的效率，因为信息可以轻松搜索、检索和更新。这减少了管理工作量，为直接护理居民腾出更多时间。此外，电子记录提高了可读性，并减少了因手写记录中可能产生的误解而导致的错误。

另一个优点是护理过程的可追溯性得到了改善。现代软件解决方案通常提供更无缝的变更追踪功能和对以前记录的查看功能。因此，在护理中的质量和安全性得到了提高，因为所有相关信息始终可以访问和验证。

同时，电子护理记录也带来了一些挑战。一个重要的障碍是培训护理人员使用新技术。这需要时间和资源，以充分培训所有员工，并确保他们能熟练使用这些系统。技术故障或软件错误可能是另一个问题。这些情况需要可靠的IT支持，以不影响护理工作。

此外，数据保护和数据安全是必须考虑的基本方面。电子系统必须得到安全保护，以防止居民的敏感数据被未经授权的访问。这需要对IT安全进行投资和持续检查，以符合法律规定并将数据保护风险降至最低。

最后值得一提的是，电子记录系统的引入可能会在团队中引起初期的抵触。一些员工可能对新技术持保留态度，这需要开放的沟通和所有参与者的积极参与。为顺利过渡到电子记录创建一个积极的环境，对于这一过程的成功至关重要。

### 3.2.2 常用软件概述

支持电子护理文档的多种软件解决方案。常用程序在功能上有所不同，但通常提供用于有效体现护理过程的基本应用。

#### 1. 护理等级文档

：像\*Dan\*或\*Swed\*这样的系统能够简单地分类和监控护理需求。这些解决方案简化了评估过程的记录。

#### 2. 护理计划与评估

：\*NokiCare\*和\*DigiNurse\*提供了全面的工具，用于创建和调整护理计划。在这里，设定了SMART目标，并通过整合当前健康数据进行持续评估。

#### 3. 报告和记录

：使用\*Medirecord\*和\*CareLog\*等软件，能够高效地管理报告和记录。这些程序在护理报告以及移交文档和协议文档方面提供支持。

#### 4. 药物管理

：像\*PharmaSafe\*这样的程序允许详细记录和监控药物服用情况。自动提醒和调整选项有助于用药安全。

## 7 这只是个预览

完整的书籍可以在 <https://www.altenpflege.de> 上为注册用户。注册和使用都是免费的。不想注册的人可以通过 PayPal 将第 2 页所述金额汇款至 buchhaltung@factsoft.de，并注明书名和电子邮件地址。然后他们会通过电子邮件收到 PDF。

除了访问简短教程的免费权限，注册 auf [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) 还可以直接申请工作。还可以自己免费发布招聘广告。成为 [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) 社区的一员吧