

Lernfeld 2

Pflegeprozess und Pflegedokumentation

Prozessteil	Dokumentationsteil
1. Informationssammlung/ Pflege Assessment	Stammblatt Anamneseblatt/Pflegeanamneseblatt Biographieblatt
2. Informationen auswerten Pflegeprobleme und dazugehörige Ressourcen formulieren/ Pflegediagnosen formulieren	Anamneseblatt Planungsblatt Diagnoseblatt
3. Pflegeziele vereinbaren Fernziele und Nahziele	Planungsblatt
4. Pflegemaßnahmen planen	Planungsblatt
5. Durchführung der geplanten Pflege/ Pflegeinterventionen	Berichtsblatt Leistungsnachweis
6. Bewertung der Pflege/ Zielkontrolle/ Pflegeevaluation	Anamneseblatt Biographieblatt Planungsblatt Berichtsblatt Leistungsnachweis andere Blätter wie Vitalzeichenblatt, Lagerungsplan

In schriftlichen Hausaufgaben müssen alle persönlichen Daten des Pflegebedürftigen aus datenschutzrechtlichen Gründen verfremdet werden!

Pflegeprozess und Pflegedokumentation

1. Informationssammlung/ Pflegeassessment

Die Erhebung der Informationssammlung erfolgt im Gespräch mit dem Pflegebedürftigen und ggf. seiner Angehörigen und durch gezielte und systematische Beobachtung (Anwendung von Assessmentinstrumenten).

Stammblatt: Persönliche Daten, Angehörigendaten, medizinische und pflegerische Daten, Medikamente bei Aufnahme, Therapien bei Aufnahme und Besonderheiten, Versicherungsdaten, Betreuungsdaten, Tag des Einzugs, Heimdaten, Seelsorgewünsche, besondere Wünsche, Bezugspflegepersonen, Verantwortlichkeit der Stammdatenerfassung

Biographieblatt: Elternhaus, Milieu, Abstammung, Erziehung
Geschlechterrolle, Geschwister
Generation, Jahrgang – Zeitgeschichte!!!
Schule, Ausbildung, Beruf
Finanzielle Situation und Entwicklung
Freundschaften, Ehe, Kinder
Hobbys, Interessen, Engagement
Erkrankungen, Unfälle
Erlebnisse des Zeitgeschehens
Besonders fördernde Erfahrungen
Besonders gefährdende Erfahrungen
Jüngste Vergangenheit, Allgemeines

Die Lebensgeschichte kann als Zugang zum Menschen dienen.

Pflegeanamneseblatt:

Die Pflegeanamnese ist das Kernstück der Informationssammlung! Als Grundlage dienen z.B. die AEDL aus dem Pflegemodell von KROHWINKEL oder ein anderes Pflegemodell. Die Pflegefachkraft erfasst die psychische und physische Situation des Pflegebedürftigen, seine individuellen Bedürfnisse, Gewohnheiten und Wünsche. Sie erkennt mögliche Risiken und untersucht diese näher mit Hilfe von Assessmentinstrumenten. Schon bei der Anamneseerhebung werden erste Maßnahmen der Prophylaxe eingeleitet.

Fehler und Unvollständigkeiten in der Pflegeanamnese ziehen sich durch alle folgenden Schritte des Pflegeprozesses.

AEDL 1 Kommunizieren können (Grundlage des zwischenmenschlichen Miteinanders)

Bewusstseinszustand oder Grad der Wachheit
Wahrnehmungsfähigkeit
Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit
Orientierung zu Zeit, Ort, Situation und Person
Gedächtnisleistungen
Denkleistungen
Ich-Erleben
Stimmungslage
Antrieb
Ängste
Verbale Verständigung: Sprache, Artikulation/Modulation, Sprachstörungen
Nonverbale Verständigung: Körpersprache, Mimik, Gestik

AEDL 2 Sich bewegen können

Bewegungsfähigkeit, Muskelkraft, Gleichgewicht, Koordination
Grobmotorik: Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen, Mobilisation, Allgemeines
Feinmotorik: Hand- und Fingerfertigkeit, Allgemeines

AEDL 3 Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können

Atmung (Frequenz, Qualität, Atemgeräusche, Auswurf, Hautfarbe ...)
Puls (Frequenz, Qualität)
Blutdruck (Bewertung, Schwankungen?)
Blutzucker (Bewertung, Schwankungen?)
Körpertemperatur (Bewertung, Schwankungen?)
Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße, Ödeme?, Body-Mass Index
Allgemeines z.B. Ödeme, Varizen

- AEDL 4 Sich pflegen können*
Hautzustand (Beschaffenheit, Turgor, Pflegezustand) beschreiben
Waschen, Duschen, Baden
Haarpflege/Bartpflege
Nagelpflege
Mundpflege
Gewohnheiten: übliche Hautpflege
Allgemeines
- AEDL 5 Essen und trinken können*
Ernährungszustand beurteilen (vgl. AEDL 3)
Essen und Trinken: Menge, Häufigkeit, Diät, Hilfestellung
Gewohnheiten: Zeiten, Abneigungen, Vorlieben, Lieblingsspeisen und –getränke
Störungen: Schluckstörung, Ernährungssonde, Stoffwechselstörung, Exsikkose u.Ä.
- AEDL 6 Ausscheiden können*
Harnausscheidung
Stuhlausscheidung
Hilfsmittel
Gewohnheiten
Allgemeines
- AEDL 7 Sich kleiden können*
Fähigkeiten
Hilfen
Gewohnheiten
Vorlieben
Allgemeines
- AEDL 8 Ruhen und schlafen können*
Schlaf-Wachrhythmus
Schlafgewohnheiten/Rituale
Schlafstörungen
Schlafmittel
- AEDL 9 Sich beschäftigen, lernen und entwickeln können*
Hobbys, Interessen, Beruf, Vorlieben
Vorhandene Fähigkeiten
Tagesablauf/Tagesgestaltung
Therapeutische Angebote
Allgemeines
- AEDL 10 Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten*
Intimverhalten/Schamgefühl
Rollenverhalten
Sexualverhalten
Allgemeines
- AEDL 11 Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können*
Eigenverantwortung (Gesundheitsfragen, Medikamenteneinnahme, Aufenthaltsbestimmung u.a.)
Soziale Sicherheit (Finanzielle Angelegenheiten, Testament u.Ä.)
Hygiene/Infektiöser Hospitalismus (Infektionsgefahr, Infektionserkrankung)
Risiko Sekundärerkrankungen zu erleiden (Dekubitus, Pneumonie, Dehydratation u.a.)
Psychischer Hospitalismus (Psychische Gefährdung durch die Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit)
Ärztliche Anordnungen/Medikamente (Durchführung von medizinischen Anordnungen)
Allgemeines

AEDL 12 Soziale Bereiche des Lebens sichern und gestalten können

Angehörigen Freunde/Bekannte, Ehemalige Kollegen
Kirchengemeinde
Besuchsdienste
Vereine/Gemeinschaften
Telekommunikation
Besuchsmöglichkeiten
Angebote/Medien
Verkehrswege
Allgemeines

AEDL 13 Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können (vgl. Biographie)

Akzeptanz der Situation
Sinnfrage
Vertrauen/Zuversicht/Hoffnung
Motivation
Religion/Weltanschauung
Allgemeines

HINWEIS

Soll eine didaktische Pflegeplanung (zu Lehr-/Lernzwecken) erarbeitet werden, müssen alle persönlichen Daten des zu Pflegenden verfremdet werden, um seine Anonymität zu wahren.

Geben sie, wenn möglich konkrete Werte zu den einzelnen AEDL an, wie z.B. das Körpergewicht, den Wert des Pulses und des Blutdruckes usw.. Bei den AEDL eines Pflegebedürftigen, die sie beschreiben, stellen sie konkrete Beispiele dar, durch die die Individualität des Menschen zum Ausdruck kommt oder Reaktionen auf besondere Belastungen wie „leichte Dyspnoe beim Gehen ohne Rollator“.

Erläutern sie zu jeder AEDL

- Ist-Zustand der AEDL und mögliche Störungen
- Bedeutung der AEDL für den Pflegebedürftigen
- Fähigkeiten
- Gewohnheiten/Vorlieben und Abneigungen

Geben sie möglichst konkrete Beispiele an, durch die die Individualität des älteren Menschen zum Ausdruck gebracht wird.

2. Informationen auswerten/Pflegeprobleme und dazugehörige Ressourcen formulieren/ (Pflegediagnosen)

Analyse und Bewertung der Informationssammlung:

„Enthält die Pflegedokumentation differenzierte Aussagen zu Problemen/Defiziten und Ressourcen/Fähigkeiten des Pflegebedürftigen?“

Planungsrelevanz und Prioritäten

Hat die Auswertung der Informationssammlung ergeben, dass der Bewohner unter bestimmten Situationen oder Einschränkungen leidet bzw. lässt sich ein aktuelles oder potenzielles Pflegeproblem ableiten, ist professionelle Hilfe durch eine Pflegefachkraft erforderlich (Pflegerrelevanz). Es wird nun versucht, die für den Pflegebedürftigen dringendsten Pflegeprobleme zu erkennen und eine Rangordnung (Prioritäten) aufzustellen.

Pflegeprobleme sind nichtmedizinische Probleme des Pflegebedürftigen im Bereich aller AEDL (o.a.Modell).

Aktuelle oder tatsächliche Probleme: sind beobachtbar, messbar, vom Patienten/Klienten geäußert, aus der Anamnese ersichtlich.

Potentielle Probleme: sind nicht vordergründig, aber aus Erfahrung zu erwarten, Risikofaktoren sind bekannt; fachliches Wissen ist Voraussetzung zur Erkennung.

Verdeckte, vermutete Probleme: sind vom Verhalten her ableitbar, durch Hinterfragen und eigene Überlegungen fassbar.

Ressourcen sind Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die dem pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, z.B. um ein vorhandenes Problem teilweise zu kompensieren oder daran zu arbeiten.

Innere Ressourcen: Lebenskraft, Motivation, Energie, Mut, Hoffnung, Zuversicht, Willen etc.

Äußere Ressourcen: positive lebendige Beziehungen; Fähigkeiten im allgemeinen psychischen und physischen Sinne; räumliche Ausstattungen; Umgang mit Hilfsmitteln etc.

Formulierung

- kurz und knapp
- exakt und spezifisch: AEDL-Bereich nennen und Art und Weise des Defizits beschreiben, wenn möglich, konkrete messbare Werte nennen
- objektiv beschreibend, nicht wertend
- individuell auf den Bewohner bezogen, nicht allgemein

Formulierungshilfe nach dem PÄS-R-System (engl. PES-System)

P = Pflegeproblem nennen

Ä = Ätiologie, Ursache nennen

S = Symptome oder Zeichen des Pflegeproblems konkret nennen oder beschreiben

R = Ressourcen

Beispiel

P: Sturzrisiko (potentielles Pflegeproblem)

Ä: schwere Arthrose in den Kniegelenken und Arteriosklerose

S: Schmerzen, besonders Anlaufschmerz

Kraftlosigkeit, besonders morgens

unsicherer zitteriger Gang bei gebeugter Körperhaltung

zeitweise Schwindel

Angst zu stürzen

R: Frau X kann ihre Situation einschätzen und bittet um Hilfe

Pflegediagnosen sind als Weiterentwicklung der Pflegeproblemformulierung zu verstehen. Sie sollen verdeutlichen, welche Pflegeprobleme, Ressourcen und/oder Risiken vorliegen, die eine pflegerische Intervention erfordern.

3. Pflegeziele vereinbaren/Fernziele und Nahziele

Die Formulierung eines Pflegeziels darf keine allgemeinen Aussagen beinhalten, sondern orientiert sich am individuellen Ausgangsdefizit und möglichen Ressourcen (Pflegediagnosen). Das Pflegeziel wird aus der Sicht des Bewohners formuliert, in der Gegenwartsform, in einem kurzen Satz mit konkreten Angaben und beschreibt einen Zustand in der Zukunft.

Pflegeziele ...

- ... beschreiben ein erwartetes und konkret formuliertes Ergebnis
- ... müssen realistisch und erreichbar sein
- ... müssen überprüfbar sein
- ... werden unterteilt in Fern- und Nahziele (bei Präventionen erübrigt sich diese Unterteilung)

Fernziele geben die Richtung und Orientierung an, in die der Pflegeprozess verläuft. Unterschieden werden Förder-, Erhaltungs- und Bewältigungsziele.

Nahziele definieren die kleinen Schritte, die zur Erreichung des Fernziels führen, also Etappenziele

4. Pflegemaßnahmen planen

Geplante Pflegemaßnahmen dienen der Erreichung des Pflegeziels und sind handlungsleitend.

Handlungsleitend heißt:

- welche Pflegemaßnahmen sollen durchgeführt werden?
- wann?
- wie oft?
- mit welchen Hilfsmitteln?
- von wem?

5. Durchführung der geplanten Pflege/Pflegeinterventionen

Die in der Pflegeplanung beschriebenen Pflegemaßnahmen haben den *verbindlichen Charakter* einer Dienstanweisung. Bei Nichtbeachtung drohen arbeitsrechtliche Konsequenzen.

6. Bewertung der Pflege/Zielkontrolle/Pflegeevaluation

Der Pflegebericht hat das Ziel, sowohl langzeitige Pflegeverläufe, als auch die aktuelle Befindlichkeit des Pflegebedürftigen widerzuspiegeln.

Merkmale des Pflegeberichtes

- | | |
|---------|---|
| Zeit | <ul style="list-style-type: none">- regelmäßig (abhängig von der Situation des Pflegebedürftigen)- kontinuierlich (fortlaufende Dokumentation bezogen auf die Pflegeprobleme)- bei Reaktionen- bei Veränderungen |
| Inhalte | <ul style="list-style-type: none">- Physische und psychische Befindlichkeit- Pflegeerfolge in Bezug auf die Pflegeziele- Aktuelle Ereignisse- Langzeitverlauf- Situationsgerechtes Handeln? (Eigenes Handeln kritisch hinterfragen) |