

moderne Pflegeplanung

von Friederich Peter



Pflegeplanung schnell und problemlos
komplett mit Erhebungsbögen und fertigen Formulierungen

COPYRIGHT © Friederich Peter 2011, Alle Texte, und Bilder in diesem Buch unterliegen dem Urheberrecht und dürfen - auch auszugsweise - nicht ohne ausdrückliche und schriftliche Genehmigung des Urhebers kopiert oder Verkauft werden. Alle Zuwiderhandlungen werden strafrechtlich verfolgt.

Einleitung:

Erst eine umfassende Pflegeplanung ermöglicht eine strukturierte und individuelle Pflege. Die Individualität des Einzelnen in eine Pflegestruktur einzubringen erfordert eine umfangreiche und genaue Erfassung der Informationen zur zu pflegenden Person.

Ziel dieser Anleitung ist es, eine schlanke Pflegeplanung mit überschaubarer Gliederung zu erstellen, die den Pflegekräften als verlässliche Richtlinie dient und ihnen die rechtliche Sicherheit in ihrem pflegerischen Handeln gibt.

Eine ausufernde Pflegeplanung birgt die Gefahr in sich, vom Pflegepersonal nicht beachtet zu werden, mit der Folge dass eine ordnungsgemäße Dokumentation erschwert wird und sich das pflegerische Handeln in einer rechtlichen Grauzone befindet.

Um die sich aus den Informationen ergebenden Probleme zu kompensieren und die noch vorhandenen Ressourcen zu nutzen, bedarf es einer klaren Zielsetzung und ebenso klaren, wie verständlich formulierten, Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele.

Hierbei ist davon auszugehen, dass die Kompetenz gut ausgebildeten Pflegepersonals ausreicht, definierte Pflegestandards ebenso zu beherrschen, wie die Abfolge sich täglich wiederholender Pflegevorgänge.

Nach Ansicht des Autors sind detaillierte Beschreibungen dieser Vorgänge, wie z. B. "Waschlappen nass machen und auswringen" weder hilfreich, noch sachdienlich und führen nur zur unnötigen Aufblähung.

Im Vordergrund sollte immer die Einbeziehung der (noch) vorhandenen Fähigkeiten einer Person bei Durchführung der einzelnen Pflegemaßnahme stehen, um die "*Erhaltung*" oder "*Wiederherstellung*" der "*Selbstpflegefähigkeit*" für den jeweiligen Bereich zu fördern.

Bei einer professionellen Pflege soll die zu pflegende Person zunächst angeleitet werden, das zu tun, was ihr, auch unter Anstrengung, möglich ist, damit diese Fähigkeiten nicht weiter abnehmen.

Dabei soll die Person weder über- noch unterfordert werden.

Jeder einzelne Pflegeschritt muss dem Betroffenen vorher mitgeteilt werden, damit er sich darauf einstellen und seine Fähigkeiten in seinem Tempo und auf seine Art einbringen kann.

Diese aktivierende Pflege ist anerkannter Grundsatz professioneller Pflege in Deutschland.

Eine aktivierende Grundhaltung kostet mehr Zeit als die vollständige Übernahme einer Tätigkeit, ist aber zur Erhaltung, bzw. Förderung noch vorhandener Fähigkeiten unumgänglich.

Es würde wohl zu weit führen, wenn ich hier sämtliche Pflegemodelle die in der Vergangenheit seit Jahrzehnten entwickelt wurden aufzählen würde.

Deshalb beschränke ich mich hier auf die wesentlichen Modelle auf denen die heutige Pflegeplanung basiert.

Dass der frühere behüternde Pflegestil oder die kompensatorische Pflege zur Passivität erzieht und dadurch oft sogar eine anwachsende Pflegebedürftigkeit mit steigendem Pflegeaufwand nach sich zieht ist unbestritten und wurde bereits 1952 von *Hildegard Peplau* in ihre plegerische Überlegung einbezogen.

Sie verstand die Pflege als signifikanten, therapeutischen Prozess, der über die Fertigkeiten verfügt die Kraft zur Entwicklung der Person zu geben und auch als pädagogisches Instrument eingesetzt werden kann.

Der heutige Grundtyp vom Bedürfnismodell geht auf Virginia Henderson (1966 USA), Magdeleine Leininger (1966 USA), Dorothea Orem (1971 USA), Nancy Roper (1976 Glasgow) und Liliane Juchli (1983 Schweiz) zurück und ist auch die Basis für das in Deutschland wohl gebräuchlichste, von Monika Krohwinkel 1993 als Weiterentwicklung von Juchli eingeführte Modell.

Die **Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)** (engl. ADL = "activities of daily living") gehören zu einem ganzheitlichen Pflegemodell in der Alten- und Krankenpflege und ist eine Weiterentwicklung von Hendersons Modell der 14 Bedürfnisse und Ropers Modell des Lebens.

In der Krankenpflege (und Gerontologie) werden die immer wiederkehrende Tätigkeiten zur Erfüllung der physischen und psychischen menschlichen Grundbedürfnisse, die bei Erkrankungen und im Alter Schwierigkeiten bereiten können; z.B. Körperhygiene, Zubereiten und Einnahme von Mahlzeiten, Mobilität (Stehen, Gehen, Treppensteigen) sowie Kontinenz, Verlassen des Bettes, selbstständiges An- und Auskleiden in den Aktivitäten des täglichen Lebens zusammengefasst.

Das von Liliana Juchli im deutschsprachigen Raum auf dieser Basis (vor allem Roper) weiterentwickelte Modell umfasst 12 Aktivitäten.

Ein durch Monika Krohwinkel weiter entwickeltes ATL-Modell orientierte sich zunächst an den Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (**AEDL**)

Das im deutschsprachigen Raum verbreitete Pflegemodell wird in der professionellen Gesundheits und Krankenpflege sowie in der Altenpflege unter verschiedenen Bezeichnungen für das Pflegemodell eingesetzt, darunter „Pflege nach Krohwinkel“, „AEDL-Strukturmodell“ oder „Pflege nach AEDLs“.

Das Modell wird zu den ganzheitlichen Bedürfnismodellen mit mittlerer Reichweite gezählt und ist das bislang einzige Modell, dass aus der deutschen Pflegewissenschaft heraus entstanden ist.

1999 wurde die **Beziehung** als zusätzlicher Faktor mit der entsprechenden Abkürzung **ABEDL** von Krohwinkel vorgestellt.

Inhaltsverzeichnis:

1. Seite 5/6 die 12 ATL's nach Juchli
2. Seite 7 ABEDL Modell nach Krohwinkel
3. Seite 8/9 Begriffserklärung
4. Seite 10 Stammbatt (Muster)
5. Seite 11 Anamnese Erhebungsbogen
6. Seite 12/13 Biografie Erhebungsbogen
7. Seite 14-26 Informationssammlung (Musterformulare)
8. Seite 27/28 Formulierungsvorschläge
9. Seite 29-47 mögl. Probleme / Ressourcen / Ziele / Maßnahmen

Inhalt Komplettpaket:

dieses eBook

Anleitung

Formulierungsvorschläge als DOC-Datei

Muster.pdf mit Inhalt aus einer real existierenden Pflegeplanung

Version1 (4-spaltig mit Formulierungsvorschlägen)

Version1_leer (4-spaltige Leertabelle)

Version 2 (3-spaltig mit Formulierungsvorschlägen)

Version2_leer (3-spaltige Leertabelle)

Die 12 ATL's umfassen die folgenden Bereiche:

- Ruhen und schlafen / *dazu gehören evtl. Fähigkeiten im Bereich*
 - Krankenzimmer im sauberen Zustand
 - Krankenbett täglich oder wenn nötig erneuern und säubern
 - Lagerung der Patienten
 - nutzen von Lagerungshilfsmitteln
 - Betten der Patienten
 - Nachtdienst und Beobachtung des Schlafes
- Sich bewegen
 - hat Bedeutung für Geist und Körper
 - Dekubitusprophylaxe durchführen
 - Kontrakturprophylaxe durchführen
 - Bewegungsübungen (aktiv, assistiv, passiv)
 - Thromboseprophylaxe durchführen
 - Mobilisation und Krankengymnastik
- Sich waschen und kleiden
 - Hilfe bei An- und Ausziehen
 - Hilfestellung und komplette Übernahme der Körperpflege
 - Pflege der Sinnesorgane
 - Parodontitisprophylaxe durchführen
 - Beobachtung der Haut und Aussehen
 - Beobachtung von Schweiß und Körpergeruch
- Essen und trinken
 - Beobachtung von Körpergewicht und Körperlänge
 - Hilfeleistung beim Essen und Trinken (Essen reichen; auch Ess-und Trinkassistentz)
 - Kostformen patientengerecht bestimmen
 - Aspirationsprophylaxe
 - Ernährungssonde und Sondenkost
- Ausscheidung
 - Obstipationsprophylaxe
 - Abführmittel
 - Beobachtung von Urin, Stuhlgang, Erbrechen
 - Inkontinentalpflege
 - Darmeinlauf
- Regulierung der Körpertemperatur
 - Beobachtung der Körpertemperatur
 - Pflege bei Schüttelfrost
 - Pflege bei Fieber

- Atmen
 - Beobachtung der Atmung
 - Pneumonieprophylaxe
 - Inhalation
 - Hilfe bei Atemnot
 - Beobachtung von Puls und Blutdruck
- Für Sicherheit sorgen
 - Patientenaufnahme, -verlegung und -entlassung
 - Verhütung von Gefahren
 - persönliche Hygiene
 - Umgang mit Medikamenten
 - Verhütung von Nosokomialen Infektionen (im Krankenhaus erworbene Infektion)
 - Infusion und Injektionen verabreichen und vorbereiten
- Sich beschäftigen
 - hat Bedeutung für Gesunde und Kranke
 - Ergotherapie und Physiotherapie
 - Rehabilitation
 - Selbsthilfegruppen
- Kommunizieren
 - mit Patienten und Angehörigen
 - innerhalb des Teams
 - Übergabegespräch
 - verbale und nonverbale Kommunikation
 - Visite
- Sinn finden
 - Beruf, Körper, Geist und Seele
 - Verwirklichung der ganzheitlichen Pflege
 - Angstbewältigung
 - Besinnungstage und Meditationen
 - Beobachtung von Schmerz und Schmerzbewältigung
 - Begleitung Sterbender
- Sich als Mann oder Frau fühlen
 - Intimsphäre schützen
 - Schamgefühl wahren
 - Probleme bei Intensiv- und Langzeitpatienten
 - Veränderung durch Medikamente

Das **Modell der fördernden Prozesspflege** ist ein von der deutschen Pflegewissenschaftlerin Professor Dr. rer. cur. **Monika Krohwinkel** entwickeltes konzeptionelles Pflegemodell.

Das Modell der "Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens" (AEDL) ist ein Bedürfnismodell, in dem die Bedürfnisse und Fähigkeiten in 13 Bereiche (AEDL's) eingeteilt werden.

Die AEDL's® wurden zu **ABEDL's®**, wobei das B für **Beziehungen** steht.

Um Urheberrechtskonflikte bezüglich der vorstehenden Begriffe zu vermeiden, werde ich im Folgenden von Bereichen ausgehen.

Die ersten 11 Bereiche sind mit den "Aktivitäten des täglichen Lebens" (ATL) von Roper identisch.

Der zwölfte Bereich "soziale Bereiche des Lebens sichern" ist für die Vorbereitung der Patienten auf die Zeit der Entlassung aus dem Krankenhaus von besonderer Bedeutung.

Der dreizehnte Bereich "mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen" wird von Krohwinkel unterteilt in:

- die Existenz gefährdende Erfahrungen (Abhängigkeit, Sorge, Angst, Schmerzen, Sterben usw.),

- die Existenz fördernde Erfahrungen (Unabhängigkeit erreichen, Zuversicht, Vertrauen, Sicherheit usw.),

- Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden (Kultur / Biographie).

Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL) nach Krohwinkel:

Die Bezeichnung der meisten **ABEDLs** lehnt sich an die seit längerem eingeführten ATL nach Juchli an:

1. Kommunizieren können
2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können
4. Sich pflegen können
5. Sich kleiden können
6. Ausscheiden können
7. Essen und trinken können
8. Ruhen, schlafen, entspannen können
9. Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können
10. Die eigene Sexualität leben können
11. Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können
12. Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Die folgende Erklärung sich häufig wiederholender Begriffe und Abkürzungen stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit dar, da diese von Fall zu Fall variieren können.

Ressourcen:

Ressourcen sind die Mittel, die zur Verfügung stehen, eine Handlung zu tätigen oder einen Vorgang ablaufen zu lassen.

Ressourcen betreffen zur Verfügung stehende Hilfsmittel ebenso wie Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken eines Menschen.

Obwohl dieser Begriff dem Französischen entstammt, hat er sich wegen seiner weiterreichenden Bedeutung inzwischen in der deutschen Sprache etabliert.

Insofern ist es sinnvoll, alles noch Vorhandene unter Ressourcen zusammenzufassen.

Eine Unterteilung, wie in manchen Pflegeplanungen vorgenommen, in Ressourcen (R) und Fähigkeiten (F) ist weder sachdienlich, noch dient es der Klarheit, sondern führt allenfalls zu Abgrenzungs- bzw. Formulierungsproblemen.

Zur Verdeutlichung die folgenden Beispiele:

"Der Patient **kann** den Nackenbereich vollständig bewegen" oder "Kopf und Nackenbereich zeigt keine Einschränkungen"

Mit der ersten Formulierung wird ganz eindeutig eine Fähigkeit beschrieben (**er kann**), während die zweite Formulierung aussagt, dass es keine Einschränkung hinsichtlich bestimmter Fähigkeiten gibt, d.h. erst im Umkehrschluss wird eine Fähigkeit erkennbar.

Noch schwieriger wird eine Abgrenzung beispielsweise bei der Feststellung: "Patient befindet sich gerne in größeren Gruppen und unterhält sich gerne", da hier eigentlich eine Vorliebe beschrieben wird, die sich wohl eher als "Neigung" denn als "Fähigkeit" einstufen läßt.

Fassen sie das Vorhandene unter Ressourcen zusammen, benutzen sie aussagekräftige und verständliche Formulierungen und diejenigen, denen die Pflegeplanung als Arbeitsgrundlage dient werden es ihnen danken.

Pflegestandards:

Pflegestandards sind schriftlich festgehaltene Tätigkeitsmerkmale definierter Leistungen. Sie legen in der Regel tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation leisten soll.

Sie beschreiben den Handlungsweg und lassen ihn dadurch für jeden transparent und nachvollziehbar werden.

Sie dienen der Leistungserfassung und dem Nachweis der pflegerischen Tätigkeit

Pflegestandards können die konkrete Pflege durch ihre Beschreibung des Handlungsablaufs unterstützen aber eine Ausbildung darin nicht ersetzen.

In der Regel ist auch eine individuelle Anpassung des Handelns an situative und pflegerische Rahmenbedingungen erforderlich und vom Pflegestandard her auch gefordert.

Sie sind von so genannten Expertenstandards zu unterscheiden.

Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entsprechen Standards einem erreichbaren und professionell abgestimmten Leistungsniveau. Sie geben Sollvorstellungen der Pflegequalität wieder, an denen die tatsächliche Leistung gemessen wird.

In der Pflegeplanung sind Standards nach meiner Ansicht immer da von Bedeutung, wo durch definierte Vorgaben eine langatmige Beschreibung eines Pflegevorgangs ersetzt werden kann, da eine Pflegeplanung dadurch kürzer, präziser und übersichtlicher wird.

Einen guten Überblick über ausgearbeitete Pflegestandards kann man sich beispielsweise bei den nachfolgend genannten Internetadressen verschaffen.

www.modernealtenpflege.de/Pflegestandards/..._/ubersicht_pflegestand_.html -

www.fortbildung-pflege.com/Pflegestandards.htm

Gängige Abkürzungen:

BW = Bewohner, HB = Heimbewohner, PP = Pflegepersonal, PFK = Pflegefachkraft,

BT = Beschäftigungstherapie, BWT = Bewegungstherapie, S = Selbstständig,

U = Unterstützung, TÜ = Teilweise Übernahme; VÜ = Völlige Übernahme,

B = Beaufsichtigung, A = Anleitung,

Stammblatt

Aufnahmedatum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

Sprache: _____

Pflegestufe bei Aufnahme: _____

Krankenkasse: _____

Pflegestufenänderung: ____ ab ____ ____ ab ____ ____ ab ____ ____ ab ____

bisherige Anschrift: _____

Letzter Aufenthalt vor Heimaufnahme: _____

☐ ohne festen Wohnsitz

☐ Familie

☐ Krankenhaus

☐ allein lebend

☐ Pflege / Altersheim

Kostenträger: _____

☐ Selbstzahler

Betreuer/in: _____

Betreuung seit: _____ bis: _____

_____ ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Gesundheitsfürsorge

_____ ☐ Vermögensverwaltung ☐ Post

Tel.: _____

☐ Entscheidung über unterbringungsähnliche
Maßnahmen nach § 1906 BGB

☐ _____

Familienstand: _____

verheiratet mit: _____ seit: _____

geschieden seit: _____

verwitwet seit: _____

Kinder : _____

Familienangehörige: _____

Kontakt mit: _____

Bezugsperson: _____

mitgebrachte Dokumente:

☐ Krankenversicherungskarte

☐ Arztberichte

☐ Personalausweis

☐ Schwerbehindertenausweis

☐ Pflegeüberleitungsbogen

☐ Bestellung – Betreuung

☐ Patientenverfügung

☐ Vorsorgevollmacht

Bestattungswünsche: _____

Bestattungsunternehmen: _____

Anamnese – Erhebungsbogen

Ärztliche Diagnose/n: _____

Besonderheiten: _____

Hausarzt: _____ **Tel.:** _____

Konziliararzt: _____ **Tel.:** _____

sonstige: _____

Krankenhausaufenthalte:

Krankenhaus	von	bis	Aufnahmegrund

Medikation bei Aufnahme:

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Verordnet von

Bestehende oder angeordnete Therapien:

Verordnete Therapiemaßnahme	Häufigkeit	Verordnet von

Anschrift/Tel. des Therapeuten: _____

Freiheitsentziehende Maßnahmen: ☐ ja/ genehmigt vom ☐ Gericht ☐ Betreuer ☐ beantragt
☐ Fixierung – Arm/ Beine ☐ Bauchgurt ☐ Bettgitter ☐ Psychopharmaka
☐ geschlossene Unterbringung genehmigt bis _____ / _____ / _____

Biographie - Ersterhebungsbogen

Elternhaus:

Mutter: _____ Beruf: _____ ☐ lebt ☐ verstorben _____

Vater: _____ Beruf: _____ ☐ lebt ☐ verstorben _____

Bekannte Krankheiten der Eltern: _____

bei vererblichen Erkrankungen – welcher Elternteil war erkrankt: ☐ Vater ☐ Mutter

Geschwister: Anzahl: ____ Bruder: ____ Schwester: ____ Stellung in der Fam.: ____ . Kind

Kindheit:

aufgewachsen in: _____

Verhältnis zu Geschwistern: _____

Besondere Lebensereignisse: _____

Schulausbildung: _____ Berufsausbildung: _____

Wehrdienst absolviert: ☐ ja ☐ nein wo: _____

beruflicher Werdegang: _____

letzte Arbeitsstelle: _____ in Rente seit: _____

Jugendzeit/ Freundschaften: _____

Heirat/ Lebenspartnerschaften: _____

Kinder/ Enkelkinder: ____ / ____ Kontakt zu Kindern: _____

Besondere Lebensereignisse während der :

Kindheit: _____

Jugendzeit: _____

Ehe: _____

2. Weltkrieg: _____

Nachkriegszeit: _____

Krankheiten/ Operationen: _____

Betreuung wurde eingerichtet seit: _____ **Familiäre Bezugsperson:** _____

Krankenhausaufenthalte: _____

letzter Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung: _____

Besondere Auffälligkeiten vor der Aufnahme: _____

Bestehende Alkoholabhängigkeit: ☐ ja ☐ nein Handgreiflichkeiten gegenüber Personen ☐ ja ☐ nein

Wann zuletzt auffällig geworden und wie: _____

Beschäftigung – gesellschaftliche Einbindung in der Gemeinschaft:

Hobbys: _____

Interessen: _____

Beteiligung an Beschäftigungstherapie erwünscht:

☐ ja ☐ nein ☐ Einzelangebote ☐ Gruppenangebote

Wünsche zur Beschäftigung: _____

Vereinsmitgliedschaft: ☐ ja ☐ nein Bei: _____

Kirchliche Einbindung: ☐ ja ☐ nein **besucht Gottesdienste:** ☐ ja ☐ nein

Kirchliche Betreuung erwünscht: ☐ ja ☐ nein **welche:** _____

Angaben zur Biographie: ☐ selbst ☐ Angehöriger _____ ☐ Betreuer

☐ Biographie konnte nicht erhoben werden – Bewohner kann selbst keine relevanten Angaben machen

☐ Betreuer kann keine Auskunft geben ☐ Angehörige haben keinen Kontakt/ können keine Auskunft geben

erhoben von: _____ Datum: _____

Bereich 1 - Kommunizieren können -

- zutreffendes bitte ankreuzen -

Hörvermögen: ☐ ungestört ☐ mäßig ☐ schwer ☐ nicht konkret überprüfbar ☐ Ausfall
Sprachvermögen: ☐ ungestört ☐ mäßig ☐ schwer ☐ nicht konkret überprüfbar ☐ Ausfall
Sprache: ☐ normal ☐ verlangsamt ☐ verwaschen ☐ Wortfindungsstörung ☐ stottert
☐ nur Laute ☐ spricht nicht **Lesen:** ☐ ja ☐ nein **Schreiben:** ☐ ja ☐ nein
Sehvermögen: ☐ ungestört ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ Ausfall **Brille:** ☐ ja ☐ nein
☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig **Brillenpflege:** ☐ selbstständig ☐ mit Anleitung ☐ mit Hilfe
Bemerkungen: _____

Orientierungsvermögen:

zeitlich: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise ☐ bedingt ☐ nicht konkret überprüfbar
örtlich: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise ☐ bedingt ☐ nicht konkret überprüfbar
situativ: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise ☐ bedingt ☐ nicht konkret überprüfbar
zur Person: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise ☐ bedingt ☐ nicht konkret überprüfbar
findet sich auf der Station zurecht: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise ☐ bedingt
findet sich in der Einrichtung zurecht: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise ☐ bedingt

Bemerkungen: _____

Konzentrationsvermögen: ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ nicht konkret überprüfbar

Erinnerungsvermögen: ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ nicht konkret überprüfbar

Einschränkungen beim Erinnerungsvermögen: ☐ Langzeitged. ☐ Kurzzeitged.

☐ keine ☐ ja ☐ zeitweise ☐ häufig ☐ nicht konkret überprüfbar ☐ Ausfall

Kommunikationsvermögen: ☐ ungestört ☐ eingeschränkt ☐ bedingt ☐ nicht vorhanden

konkrete Gesprächsführung: ☐ ohne Probleme ☐ versteht und begreift Situationen

☐ nicht möglich ☐ mangels Sprachvermögen ☐ herabgesetztes Auffassungsvermögen

☐ begreift Worte und Handlungen nicht ☐ kann sich nicht konzentrieren, vergisst vorher Gesagtes

kann selbstständig Wünsche und Bedürfnisse angeben: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

situatives Anpassen: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht konkret überprüfbar

Verkennen von Alltagssituationen mit inadäquatem Reagieren: ☐ nie ☐ selten ☐ oft ☐ immer

in situativem Kontext inadäquates Verhalten: ☐ nie ☐ selten ☐ oft ☐ immer

nonverbal aggressiv/ neigt zu Handgreiflichkeiten: ☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ immer

Reagiert auf Ansprache von Mitbewohnern, Pflegepersonal oder anderen Personen:

verstimmt/verbal aggressiv: ☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ immer ☐ nur mit Gesten/Mimik

freundlich / kooperativ: ☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ immer

Bezugspersonen: _____

gewünschte Ansprache vom Pflegepersonal: ☐ "Sie" ☐ "du" ☐ Vorname

Bemerkungen: _____

Bereich 2 - Sich bewegen können -

- zutreffendes bitte ankreuzen -

Einschränkungen in der Mobilität: ☐ keine Bemerkungen

beim gehen: ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer ☐ benötigt Hilfe/Unterstützung _____

Treppensteigen: ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer ☐ benötigt Hilfe/Unterstützung _____

Sitzen im Stuhl: ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer ☐ benötigt Hilfe/Unterstützung _____

Lagern: ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer ☐ benötigt Hilfe/Unterstützung _____

Aufsuchen / Verlassen des Bettes: ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer _____

Bettlägerig: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise ☐ ständig _____

Bewegungsbild: ☐ normal ☐ Hyperaktiv ☐ ausschlagende Bewegung _____

Auffälligkeiten Bewegungsbild: _____

Einschätzung der Sturzgefährdung:

Sturzgefährdet: ☐ ja ☐ nein

Maßnahmen erforderlich: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche Maßnahmen wurden eingeleitet:

Dekubitusrisikoeinschätzung nach Bradenskala:

Maßnahmen erforderlich: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche Maßnahmen wurden eingeleitet:

Kontrakturen: ☐ ja ☐ nein

Kontraktur wo: _____

Kontrakturnisiko: ☐ ja ☐ nein

wehalb: _____

Risikominimierende Maßnahmen: _____

Teilnahme an Bewegungstherapie (BWT) ☐ ja ☐ auf Station ☐ im Therapieraum ☐ lehnt BWT ab

Einsatz von Hilfsmittel: ☐ ja ☐ nein ☐ ohne Hilfe ☐ mit Hilfe

Lagerungshilfen: _____

☐ Rollstuhl ☐ Gehwagen/Rollator ☐ Gehstock ☐ sonstiges _____

Bereich 3 - Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können -

- zutreffendes bitte ankreuzen -

Auffälligkeiten / Störungen:

Atmung: ☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ Hilfsmittel _____
☐ Zyanose ☐ Schmerzen ☐ Husten ☐ Atemgeräusche ☐ Raucher ☐ Nichtraucher

Kreislauf – Blutdruck / Puls: ☐ normal ☐ verändert _____

Wärmeregulation: ☐ normal ☐ gestört _____ ☐ Fieberschübe

kann einfache Veränderungen des Gesundheitszustandes selbst angeben:

☐ ja ☐ nein ☐ manchmal ☐ meistens _____

gibt Körpermissempfinden an: ☐ ja ☐ nein _____

Bei Diabetes mellitus: kennt Symptome einer Hyperglykämie / Hypoglykämie ☐ ja ☐ nein

Schmerzanamnese: ☐ ja ☐ nein wenn ja, dann die weiteren Punkte beantworten

Kann selbst Schmerzen / Häufigkeit / Intensität angeben: ☐ ja ☐ nein

äußert sich durch Laute / Mimik ☐ ja ☐ nein Schmerzen seit wann: _____

Schmerzen: ☐ gelegentlich ☐ oft ☐ ständig ☐ wellenhaft ☐ stechend ☐ stumpf ☐ bohrend

Schmerzlokalisierung: _____

Schmerzintensität: Schmerzen sind ☐ leicht ☐ mäßig ☐ stark ☐ sehr stark

Linderung der Schmerzen durch: ☐ Medikament ☐ Kälte ☐ Wärme ☐ Bewegung

Schmerzmedikation: _____ **BTM:** ☐ ja ☐ nein _____

Bereich 4 - Sich pflegen können -**- zutreffendes bitte ankreuzen -****Körperpflege:**

	Waschen Duschen	Baden	Mund / Zahnpflege	Rasur	Haarpflege	Hautpflege	Nagelpflege
selbstständig							
Teilweise Hilfe							
Völlige Hilfe							
Beaufsichtigung							
Anleitung							
Aufforderung							

Zahn / Mundpflege: ☐ 2 / 3 x täglich **Anregung Geschmacksinn bei PEG:** ☐ ja ☐ nein
 Gefahr einer Aspirationspneumonie durch vermehrten Speichelfluss bei Anregung Geschmacksinn:

☐ ja ☐ nein

Zahnprothese: ☐ ja ☐ nein ☐ Teilprothese ☐ Vollprothese
☐ Oberkieferprothese ☐ Unterkieferprothese

Zahnprothesepflege: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ nimmt sie zur Nacht heraus ☐ Zahnkleber

Bartpflege: ☐ Vollbart **Rasur:** ☐ täglich ☐ ___ x pro Woche ☐ Elektrorasierer ☐ Nassrasierer

Durchführung Körperpflege/Ganzwaschung:

☐ täglich ☐ ___ x pro Woche ☐ im Bett ☐ Waschbecken ☐ morgens ☐ abends

Duschen / Baden / Haare waschen: ☐ täglich ☐ ___ x pro Woche

Hautzustand: ☐ intakt ☐ trocken ☐ schuppig ☐ feucht ☐ Hautunreinheiten _____

Chronische Wunden: Dekubitus / Ulcus cruris / Diabetisches Fußsyndrom:

☐ Dekubitus ☐ Ulcus cruris ☐ Diabetisches Fußsyndrom seit wann? _____
 wo? _____ Gradeinteilung: 1 2 3 4

Anlegung Wundverlaufsbericht: ☐ ja ☐ nein Wann? _____ Wer? _____

Ärztlich angeordnete Wundversorgung: ☐ ja ☐ nein Wie? _____

Hautschäden / Wunden: ☐ ja ☐ nein Was? _____ Wo? _____

Anlage einer Magensonde: ☐ ja ☐ nein seit wann? _____ letzter Wechsel? _____

Allergien: ☐ ja, auf _____ ☐ nicht bekannt ☐ nein

Besonderheiten: u.a. Vorlieben – bevorzugte Seife / Shampoo – Rituale : ☐ keine

Bereich 5 - Sich kleiden können -

- zutreffendes bitte ankreuzen -

Auswahl der Kleidung: ☐ selbstständig ☐ benötigt Anleitung/Hilfe _____

Jahreszeitlich/witterungsgerechte Auswahl der Kleidung:

☐ selbstständig ☐ benötigt Anleitung/Hilfe _____

Kleidungswechsel:

☐ selbstständig ☐ benötigt Anleitung/Hilfe ☐ täglich ☐ __x pro Woche ☐ sehr ungern

Tragen von Pantoffeln / Hausschuhen: ☐ ja ☐ nein

Tragen von festen Schuhen: ☐ ja ☐ nein

Achtet auf korrekten Sitz der Kleidung / Schuhe: ☐ ja ☐ nein

Ankleiden: ☐ selbstständig ☐ Aufforderung ☐ benötigt Anleitung ☐ benötigt Hilfe

Auskleiden: ☐ selbstständig ☐ Aufforderung ☐ benötigt Anleitung ☐ benötigt Hilfe

Vorlieben: ☐ trägt Unterhemd ☐ Trägt gern bequeme Kleidung ☐ trägt Bundhosen

☐ trägt Anzüge bei Frauen: ☐ trägt BH ☐ trägt gerne Röcke, Kleider _____

Besonderheiten: _____

Bereich 6 - Ausscheiden können -

- zutreffendes bitte ankreuzen -

Ausscheidungen: ☐ keine Probleme

Harnkontinenz: ☐ ja ☐ nein

Stuhlkontinenz: ☐ ja ☐ nein

Harninkontinenz: ☐ manchmal ☐ häufig ☐ immer ☐ tagsüber ☐ nachts seit: _____

Stuhlinkontinenz: ☐ manchmal ☐ häufig ☐ immer ☐ tagsüber ☐ nachts seit: _____

Kontinenzprofil: ☐ unabhängig erreichte Kontinenz ☐ abhängig erreichte Kontinenz

☐ unabhängig kompensierte Kontinenz ☐ abhängig kompensierte Inkontinenz

☐ nicht kompensierte Inkontinenz

Kontinenzförderung möglich: ☐ ja ☐ nein

Toilettentraining: ☐ ja ☐ nein

Toilettengang: ☐ ja ☐ nein

Einsichtfähigkeit und Mithilfe: ☐ ja ☐ nein

Miktionsprotokoll: ☐ ja ☐ nein

Inkontinenzmaterialeinsatz: ☐ ja ☐ nein

Inkontinenzmaterialversorgung: ☐ selbst ☐ Anleitung ☐ völlige Übernahme

Inkontinenzmaterial: Windelhosen: _____ Größe S/M/L Einlagen: _____ Größe S/M/L

Häufigkeit: ____ x tagsüber ____ x nachts

☐ Blasendauerkatheter ☐ Suprapubischer Blasenkateter Gr. ____ Wechsel 1x in ____ Tagen

Menstruation: ☐ ja ☐ nein

Stuhlgang: ☐ normal ☐ Durchfall ☐ Verstopfung **Häufigkeit:** ☐ täglich ☐ ____ x pro Woche

Laxtantiagebrauch: ☐ ja ☐ nein

Toilettenbenutzung: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ Beaufsichtigung

Einhaltung der Händehygiene: ☐ ja ☐ nein ☐ Hilfe ☐ Anleitung ☐ Beaufsichtigung

Bereich 7 - Essen und trinken können -**- zutreffendes bitte ankreuzen -****Ernährungszustand:** ☐ gut ☐ mager ☐ Übergewicht ☐ Untergewicht _____**Gewicht der letzten Mon./Jahre:** ☐ stabil ☐ schwankend ☐ Abnahme/Zunahme __ kg in _____**Kostform:** ☐ Diabeteskost ☐ ärztl. Angeordnete Diät hält sich an Diät ☐ ja ☐ nein☐ Normalkost ☐ passierte Kost ☐ Sondenkost ____ ml/Tag Fingerfood: ☐ ja ☐ nein

Benötigte Kalorienanzahl:			Pro Tag
(bei Unter-/Übergewicht)	Grundumsatz	Gesamtkalorien	

Nahrungsaufnahme: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ Hilfsmittel ☐ isst langsam ☐ isst schnell☐ verschluckt sich ☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ isst nur kleine Portionen☐ verweigert Nahrungsaufnahme ☐ manchmal ☐ häufig**Teilnahme an Mahlzeiten:** ☐ Frühstück ☐ Mittagessen ☐ Abendessen ☐ Spätmahlzeit**Flüssigkeitszufuhr:** ☐ wenig ☐ ausreichend ☐ viel ☐ übermäßig viel Hilfsmittel _____**Trinkmenge:** ____ ml/Tag ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ verweigert Flüssigkeitsaufnahme _____**Benutzung vom vollständigen Besteck:** ☐ ja ☐ nein ☐ isst mit Löffel**Vorlieben/Besonderheiten:** _____**Abneigungen:** _____**Individuelle Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungszustandes notwendig:**☐ ja ☐ nein**Kontrollierte Medikamenteneinnahme:** ☐ ja ☐ nein**Medikamenteneinnahme:** ☐ psychisches Leiden ☐ organisches Leiden ☐ ohne Probleme☐ Medikamenteneinnahme wird verweigert ☐ Tropfen geben ☐ Medikamente zerkleinern**Insulinverabreichung:** ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ selbst ☐ mit Hilfe**Bemerkungen/sonstiges:** _____

Bereich 8 - Ruhen, schlafen, entspannen können - - zutreffendes bitte ankreuzen -

Schlafgewohnheiten:

Probleme: ☐ keine ☐ ja ☐ beim Einschlafen ☐ beim Durchschlafen ☐ Störung Tag/Nacht Rhythmus

Aufstehzeit: _____ Uhr **Zubettgehzeit:** _____ Uhr **Mittagsschlaf:** ☐ ja ☐ nein

Aufstehen/Zubettgehen: ☐ selbständig ☐ mit Hilfe ☐ Aufforderung

Vorlieben: ☐ Bett freistehend ☐ Bett an der Wand **Nachtkleidung:** ☐ ja ☐ nein

Ein/Ausstieg: ☐ rechts ☐ links

Besonderheiten/Rituale: _____

nimmt Nachtmedikamente: ☐ ja ☐ nein ☐ selbstständig ☐ unter Aufsicht

Bereich 9 - Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können

-zutreffendes bitte ankreuzen -

Sich beschäftigen:

Tagesplanung/Strukturierung: ☐ selbstständig ☐ benötigt Anleitung ☐ benötigt Hilfe

Beschäftigt sich selbst: ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung/Hilfe ☐ antriebsarm

kann an Aktivitäten teilnehmen: ☐ ja ☐ nein ☐ selbstständig ☐ mit Anleitung ☐ mit Hilfe

Teilnahme an Gruppenaktivitäten: ☐ gerne/immer ☐ oft ☐ selten ☐ nie ☐ Einzelgänger

Teilnahme an Aktivitäten auf Station: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht mehr fähig dazu ☐ bettlägerig

☐ gerne/immer ☐ oft ☐ selten ☐ nie ☐ bei Gruppenangeboten ☐ bei Einzelangeboten

kann Hobbys angeben und umsetzen: ☐ ja ☐ nein

Hobbys: _____

geeignet für Beschäftigungstherapie: ☐ ja ☐ nein ☐ vielleicht ☐ zeitweise

Teilnahme an Beschäftigungstherapie: ☐ ja ☐ nein ☐ auf Station ☐ im Therapieraum

Besonderheiten/Vorlieben: _____

Aktivitäten bei völliger Immobilität: ☐ Vorlesen ☐ Musik hören ☐ fernsehen

sonstige: _____

Wünsche zur Beschäftigung und Hobbys siehe auch Erhebungsbogen "Biographie"

Bereich 10 - Die eigene Sexualität leben können - - zutreffendes bitte ankreuzen -

zeigt Schamgefühl: ☐ ja ☐ nein ☐ immer ☐ selten

Beachtung der Intimsphäre: ☐ ja ☐ nein ☐ immer ☐ selten

kann sexuelle Wünsche äußern/angeben: ☐ ja ☐ nein

Sexualtrieb: ☐ unauffällig ☐ ausgeprägt

sucht Bekanntschaften zu anderem Geschlecht: ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten: _____

Bereich 11 - Für eine sichere, fördernde Umgebung sorgen können -

- zutreffendes bitte ankreuzen -

verursacht gefährliche Situationen: ☐ ja ☐ nein

Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen: ☐ ja ☐ nein

Unsachgemäßer Umgang mit potentiell gefährdenden Substanzen: ☐ ja ☐ nein

Unkontrollierte Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz): ☐ ja ☐ nein

Erkennt Sicherheitsrisiken und reagiert korrekt darauf: ☐ ja ☐ nein ☐ selbstständig
☐ mit Hilfe ☐ meistens/immer ☐ selten

Welche Sicherheitsrisiken werden nicht beachtet?: _____

Neigt zu Selbstverletzung: ☐ ja ☐ nein wie? _____

Einschätzung der Sturzgefährdung:

Sturzgefährdet: ☐ ja ☐ nein

Maßnahmen erforderlich: ☐ ja ☐ nein

Risikofaktoren: ☐ Funktionseeinbußen/beeinträchtigungen ☐ Medikamenteneinnahme

☐ Sehbeeinträchtigung ☐ Beeinträchtigungen der Kognition und Stimmung ☐ Ausscheidungsverhalten

☐ Erkrankungen, die zur kurzfristigen Ohnmacht führen ☐ Angst vor Stürzen

Sturzgeschichte: ☐ ja ☐ nein letzter bekannter Sturz: _____

Einsichtsfähigkeit zu erforderlichen Maßnahmen: ☐ ja ☐ nein

Wurden Maßnahmen eingeleitet?: ☐ ja ☐ nein

Welche?: ☐ Mobilitätstraining ☐ Hüftprotektoren ☐ genehmigte Fixierung

Besonderheiten: _____

Freiheitsentziehende Maßnahmen: ☐ ja ☐ nein ☐ stundenweise ☐ unbegrenzt _____

welche?: ☐ Fixierung – Arme / Beine ☐ Bauchgurt ☐ Bettgitter ☐ Psychopharmaka

☐ geschlossene Unterbringung ☐ genehmigt ☐ beantragt durch: _____

Kontrolle bei Medikamenteneinnahme erforderlich: ☐ ja ☐ nein

Bereich 12 - Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können -
- zutreffendes bitte ankreuzen -

Kann sein Eigentum selbst verwalten / aufbewahren: ☐ ja ☐ nein

Taschengeld – selbstständiger Einkauf: ☐ ja ☐ nein

Kleidung – persönliche Gegenstände: ☐ ja ☐ nein

☐ entwendet Fremdeigentum: _____

☐ neigt zum Sammeltrieb: _____

☐ neigt zur Verwahrlosung: _____

Kontaktpflege

kann selbstständig Kontakte aufbauen: ☐ ja ☐ nein ☐ meistens/immer ☐ selten

Kontaktaufbau: ☐ kontaktfreudig ☐ kontaktarm ☐ Verständigungs/Sprachprobleme ☐ Einzelgänger

kann Kontakte pflegen: ☐ ja ☐ nein ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe

Kontakt mit Angehörigen: ☐ ja ☐ nein **Erhält Besuch von:** _____

Bereich 13 - Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können -

Dieser Bereich, der besonders wichtig ist, wenn die Lebenszeit sich dem Ende zuneigt, wird leider häufig vernachlässigt.

Dieses sensible Thema ist so individuell und persönlich, dass ich hier bewusst auf einen Erhebungsbogen wie zu den anderen Bereichen verzichtet habe, da ich denke, dass hier einfühlsame Gespräche eher angebracht sind.

Da aber dieser wichtige Bereich in keiner Pflegplanung fehlen darf, habe ich auch hierzu entsprechende Formulierungsvorschläge ausgearbeitet, die Ihnen helfen sollen die Substanz der Gespräche zu Papier zu bringen.

Formulierungsvorschläge

Die auf den folgenden Seiten aufgezeigten möglichen Probleme, Ressourcen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen der 13 Bereiche sind nur stichwortartig (und auch nicht vollzählig) aufgezählt und sind an die jeweilige Pflegeplanung die sie erstellen möchten anzupassen.

Im Krankenhaus z. B. würde man von Patienten sprechen, in einem Pflegeheim eher von Bewohnern oder von Frau X bzw. Herr Y oder in der mobilen Pflege evtl. auch von Kunden.

Wenn also bei den Problemen beispielsweise steht: "klagt über Atemnot" heißt es in der Pflegeplanung Frau X klagt über Atemnot.

Die Formulierung sollte den Gepflogenheiten der jeweiligen Einrichtung angepasst werden.

Ebenfalls sind die Designs an die in der Einrichtung üblichen Pflegeplanungen anzupassen, dieses schon alleine damit keine uneinheitlichen Formen zu Verwirrung führen.

Ob die Probleme und Ressourcen jeweils eine eigene Spalte erhalten, oder ob sie in einer gemeinsamen Spalte aufgezeigt und entsprechend (z.B durch grüne Schrift) gekennzeichnet werden ändert nichts am Inhalt und dient lediglich der gewohnten Übersicht.

Beispiele:

Probleme	Ressourcen	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen
Patient benötigt etwas Hilfe für Körperpflege	Patient kann Gesicht und Arme selbst waschen	Körperhygiene ist gewährleistet	Hilfestellung am Waschbecken

Oder:

Probleme / Ressourcen (grün)	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen
Patient benötigt etwas Hilfe für Körperpflege Patient kann Gesicht und Arme selbst waschen	Körperhygiene ist gewährleistet	Hilfestellung am Waschbecken

Immer da, wo die Ursache für eine Problem bekannt ist, sollte diese in der Pflegeplanung mitbenannt werden.

Beispiel: Patient kann sich nicht selbst waschen aufgrund von starker Demenz.

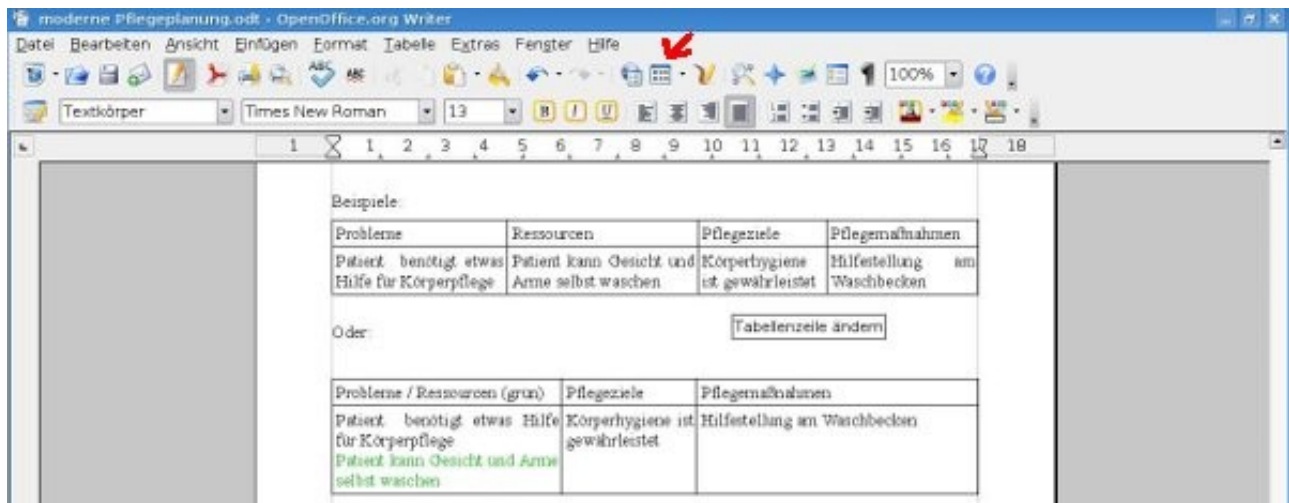
Die Ziele sind ebenso wie die erforderlichen Maßnahmen kurz, präzise und unmissverständlich zu formulieren.

Wo immer in ihrer Einrichtung Pflegestandards vorliegen, sollten sie diese einsetzen.

Damit gewährleisten sie klare Pflegeanleitungen und Sicherheit im Handeln der Pflegenden.

Um die erforderliche Tabelle einzurichten benutzen Sie einfach die Tabellenfunktion ihrer Textverarbeitung.

z.B.:



Die auf den Seiten 29 – 47 zusammengestellten Formulierungsvorschläge zu den jeweiligen Bereichen, wurden zusätzlich in eine doc-Datei ausgelagert, damit sie diese direkt aus der Datei in Ihre Pflegplanung kopieren können und nicht extra abschreiben müssen.

Obwohl diese, da nur stichwortartig, häufig noch ergänzt, bzw. in Format und Schriftgröße angepasst werden müssen, habe ich die Erfahrung gemacht, dass ein derartiges Vorgehen eine echte Arbeitserleichterung bringt.

Ob sie dabei zunächst alles übernehmen und das unpassende wieder auslöschen, oder ob Sie sich die zu ihrer Planung passenden Vorschläge aussuchen, bleibt ihnen dabei selbst überlassen. Mit beiden Methoden lassen sich relativ zügig übersichtliche Pflegeplanungen erstellen.

Noch mehr Zeit sparen Sie, wenn Sie die vorgefertigten Versionen benutzen. Sowohl die 3-spaltige, als auch die 4-spaltige Version liegt jeweils einmal mit Inhalt und einmal als Leertabelle im DOC-Format vor.

Da die Zusammenstellung, wie weiter oben bemerkt, keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Fehlerfreiheit erhebt, würde ich mich freuen, wenn Sie sich an der Vervollständigung beteiligen möchten.

Verbesserungsvorschläge an fpeter@artesa.de werden daher gerne angenommen und wenn möglich in die künftigen Ausgaben eingearbeitet.

Bereich 1 - Kommunizieren -

mögliche Probleme :

Kommunikation teilweise eingeschränkt /benötigt etwas Anleitung und Hilfe
Sprachvermögen eingeschränkt / Wortfindungsstörungen
Sprachvermögen eingeschränkt / verwaschene Sprache
das Sprachvermögen hat nachgelassen
spricht langsam und verwaschen.
kann seit dem --.---.---- nur noch Laute von sich geben
Sehvermögen eingeschränkt
Hörvermögen eingeschränkt
Seh- / Hör- und Sprachvermögen eingeschränkt
Sehunvermögen (Erblindung)
Hörunvermögen (Taubheit)
Sprechunvermögen und Hörunvermögen (Taubstumm)
Sprechunvermögen / versteht nur teilweise
stottert
das Auffassungsvermögen ist herabgesetzt
das Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt
ist zur Person orientiert, jedoch örtlich, zeitlich und situativ nur bedingt
Zeitweise nicht feststellbar, ob Ansprache überhaupt wahrgenommen wird
nach äußerer Beurteilung ist kein Verstehen und Denken wahrnehmbar
keine sichtbare Reaktion auf Berührung

mögliche Ressourcen:

keine Probleme
hat keine Einschränkungen bei sehen und hören
ist orts- und situationsorientiert
hält Regeln und Absprachen ein
verbales und averbales Ausdrücken möglich
Empfindungen werden ausgedrückt
kann sich zu einfachen Fragen durch Mimik ausdrücken
Reaktion auf Berührung

mögliche Pflegeziele:

Kommunikation mit Pflegepersonen und Mitbewohnern ist gewährleistet
fühlt sich ernst genommen/ wird respektiert
Verhinderung von Vereinsamung
ist sozial integriert
soziale Kontakte zu anderen Bewohnern sind gewährleistet

Verhinderung von Vereinsamung und Anstreben von sozialen Kontakten zu anderen Bewohnern
Verhinderung von Vereinsamung durch Kommunikation mit Pflegepersonen und Mitbewohnern
Kommunikation mit Pflegepersonen und Anstreben von sozialen Kontakten zu anderen Bewohnern
ist mit Hilfe tagesformabhängig orientiert

mögliche Maßnahmen

Hilfestellung bei der Integration in den Wohngruppenalltag
Namensschilder beim Personal
Bewohner nicht Duzen
Realitätsorientierungstraining
Gespräche während der Pflegemaßnahmen
Integration in das Alltagsgeschehen
Impulsgabe
Einbeziehung in die Gruppe
Teilnahme an der Beschäftigungstherapie
Gedächtnistraining
Sprachübungen
regelmäßige Ansprache
Batteriewechsel und / oder Reinigung- Hörgerät
Reinigung der Brille
Einnahme der Mahlzeiten mit den Mitbewohnern im Aufenthaltsraum
ruhige sachliche Ansprache
Musik
Kontakte (Ehegatten , Familie)
basale Stimulation (nonverbal)
bildhaftes Erklären
Validation = auf Gefühlsebene des Bewohners eingehen
auf Seh- Sprach- und Hörstörungen eingehen
Zusammenarbeit mit Logopäden

Bereich 2 - sich bewegen können -

mögliche Probleme :

Gehen nur mit Pflegepersonal möglich
ist aufgrund der Erkrankung in der Mobilität stark eingeschränkt
für Transfer jeglicher Art ist Hilfe notwendig
Bewegung eingeschränkt durch
die Koordination der Bewegungsabläufe verschlechtert sich zunehmend
unkontrollierbare Bewegungen verstärken sich
leidet an Gleichgewichtsstörungen
es besteht erhöhtes Sturzrisiko und Kontrakturgefährdung
ist aufgrund der Erkrankung mittlerweile bettlägerig
ist thrombose- und dekubitusgefährdet da er fast nur im Rollstuhl sitzt.
durch Immobilität - Mobilisation nicht möglich - bettlägerig
toleriert nur bestimmte Lage
ist aufgrund von extremer Bewegungsunruhe sturzgefährdet
ist aufgrund der Bettlägerigkeit dekubitusgefährdet

mögliche Ressourcen:

Fortbewegung selbständig inkl. Treppensteigen
angepaßter Aufenthalt im Haus/ Freien
Gelenke sind alle frei beweglich
selbständiges Bewegen in gewohnter Umgebung (incl. Treppensteigen)
selbständiges Bewegen in gewohnter Umgebung (kein Treppensteigen)
selbständiges Bewegen in gewohnter Umgebung (kein Treppensteigen)
mit Rollstuhl selbständig
selbständiges Gehen mit Hilfsmittel oder Pflegepersonal
selbständiges Gehen mit Hilfsmittel
selbständiges Gehen mit Pflegepersonal
Gehen mit Pflegepersonal
kann kurze Gehstrecken allein bewältigen
kann auf der Bettkante sitzen
Lagerungshilfsmittel

mögliche Pflegeziele:

Erhalten der Restselbständigkeit
Vermeidung von Immobilität
Vermeidung von Sturz
Vermeidung von Kontrakturen
Entstehung eines Dekubitus soll vermieden werden
Entstehung von Thrombose soll verhindert werden
Förderung und Erhaltung der Eigenaktivität
Rollstuhlmobilität
Mobilisation und Aktivierung

Mobilisation und Aktivierung / mit Hilfe vor dem Bett stehen können
sicherer Gang / Vermeidung von Stürzen
Erhalten der Restmobilität
selbständiges Gehen mit Hilfsmittel Rollator / Deltarad
Gewährleistung größtmöglicher Mobilität
vorhandene Mobilität erhalten

mögliche Maßnahmen:

Mobilisation ist orientiert an Bewohnerwünschen
Motivation zu regelmäßigen Übungen
Teilnahme an den bewegungstherapeutischen Maßnahmen ermöglichen
regelmäßige Krankengymnastik
Zusammenarbeit mit Krankengymnasten
zeitweises Sitzen auf der Bettkante ermöglichen
regelmäßige Lagerung (Kontrakturenprophylaxe)
2 stdl. Lagerung lt.Lagerungsplan
regelmäßige 30° Lagerung
aktive / passive Bewegungübungen
aktive / passive Kontrakturenprophylaxe
Geh - und Stehübungen mit Pflegepersonal
Lagerung nach Bewohnerwünschen unter dem Aspekt der Schmerzfreiheit
Begleitung und Unterstützung beim Gehen
Hilfsmittel (Rollator)
regelmäßiger Transfer in Rollstuhl
Förderung von Restfähigkeiten
Pflegerische Maßnahmen werden mit 2 PK durchgeführt.
einmal im Monat Bradenscala erheben und im Formblatt dokumentieren
PP achtet darauf, dass das Bettgitter hochgezogen ist.
PP führt bei Bew. bei allen pflegerischen Verrichtungen Hautinspektionen durch, um die Gefahr der Entstehung eines Druckgeschwürs zu minimieren.

Bereich 3 - vitale Funktionen -

mögliche Probleme

kann Veränderungen des Gesundheitszustandes nicht angeben
Einschränkung der Atemfunktion
benötigt Hilfe bei der Anpassung Wärme - Kälte
kann sich nicht allein zudecken
Beschwerden bei Anstrengung, rasche Ermüdung kann Hilfe anfordern
Beschwerden bei Anstrengung, rasche Ermüdung kann teilweise Hilfe anfordern
Beschwerden bei Anstrengung, rasche Ermüdung kann keine Hilfe anfordern
Beschwerden bei Anstrengung / Seitenlage nicht möglich - da Atembeschwerden
Beschwerden bei Anstrengung, rasche Ermüdung kann Hilfe nicht mehr anfordern
dauernde Abhängigkeit von Hilfsmitteln (z.B. O₂), kann Hilfe anfordern
Körperreaktionen fehlen, verbal & averbal - keine Reaktion wahrnehmbar

mögliche Ressourcen:

keine Probleme
RR-Werte sind im Normbereich
übernimmt Reinigung der Nase
entscheidet klar & angepaßt über Getränke
kann Anleitung anfordern
kann teilweise Hilfe anfordern
deckt sich allein auf
kann sich allein zudecken

mögliche Pflegeziele:

Wärmeregulation
beschwerdefreies Atmen
beschwerdefreies Atmen durch Verbesserung des Atemvolumens
beschwerdefreies Atmen durch Vermeidung einer Sekretanhäufung
Aufrechterhaltung normaler Körpertemperatur
Vitalwerte sind im Normbereich
Veränderungen werden wahrgenommen und dokumentiert

mögliche Maßnahmen:

PP übernimmt regelmäßige Routinekontrolle der Vitalzeichen
Auffälligkeiten werden an den Hausarzt weiter geleitet
Frischluftzufuhr/ Vermeidung von Zugluft
auf Notfälle vorbereitet sein (beispielsweise Epilepsie)
atemfördernde Maßnahmen bei atembeeinträchtigenden Erkrankungen
angepaßte Kleidung
Einreibung mit ätherischen ölen

spezielle Lagerungen
spezielle Lagerungen / erhöhter Oberkörper
medizinische Anordnungen nach Anweisung des Arztes -
spezielle Lagerungen
keine Seitenlage aufgrund von : _____
Bewegung
Wärmeregulation
Reinigung der Nase
regelmäßige BZ- Kontrollen
Abhusten von Sekret ermöglichen
Absaugen des Mund - Rachenraumes
atemerleichternde Lagerung
Atemübungen
Inhalation
Giebelrohr
zum tiefen Durchatmen anregen
entsprechende Kleidung und Anpassung an die Umgebung
Sonnenschutz
Atemfördernde Maßnahmen

Bereich 4 - sich pflegen -

mögliche Probleme

benötigt etwas Anleitung für Körperpflege
benötigt etwas Anleitung für An / Auskleiden
benötigt etwas Hilfe für Körperpflege
benötigt etwas Hilfe für An / Auskleiden
benötigt durch Desorientierung Anleitung für Körperpflege
benötigt durch Desorientierung Anleitung für An / Auskleiden
benötigt durch Desorientierung Hilfe bei Körperpflege und An / Auskleiden
benötigt Anleitung und Hilfe bei der Körperpflege und beim An- und Auskleiden
kann wenig eigene Körperpflege übernehmen (Gesicht , Hände) und sich nicht für eine Handlung entscheiden
Verantwortung für Körperpflege kann nicht übernommen werden
benötigt völlige Übernahme der Körperpflege
Juckreiz / trockene Haut
kann die Intimpflege nicht selbständig durchführen

mögliche Ressourcen

keine Probleme
selbständige Ausführung der Körperpflege
selbständige Entscheidung über Art und Weise der Kleidung
Teilwaschung selbstständig
hat besondere Vorlieben bezüglich Seife, Shampoo, Duftwasser etc.

mögliche Pflegeziele

Hygiene und Sauberkeit
Förderung körperlichen Wohlbefindens
gepflegtes äußeres
Förderung von Selbständigkeit und Eigenaktivität
Erhaltung und Förderung des Selbstwertgefühls
Vermeidung von Hautschäden und diversen Infekten, Intertrigo u.ä.
Entzündungen im Analbereich vermeiden
Zufriedenheit durch vom Bewohner ausgewählte und bevorzugte Körperpflegeartikel
Zufriedenheit über Aussehen
gepflegtes Aussehen
intaktes Hautmilieu erhalten
Gepflegte Zähne und intakte Mundflora
Vermeidung von trockener Haut
Ausheilung Dekubitus

mögliche Maßnahmen

Hilfe und Anleitung bei der Körperpflege
Wahrung der Intimsphäre
Einreibung mit ph- neutralen Hautlotionen
Verbandswechsel nach Pflegestandard Nr.: _____
Verbandswechsel ____X____ siehe ärztliche Maßnahme
Hautzustand beobachten
Vermeidung von Druckstellen
Ganzwaschung nach Pflegestandard Nr. _____
eigene Körperpflegemittel
erkennen möglicher Probleme
regelmäßige Haarpflege ermöglichen und durchführen
individuelle zeitliche Wünsche berücksichtigen
Mundpflege mit _____
aktivierendes Waschtraining
übernahme der Körperpflege durch Pflegepersonal
Aktivierungsmaßnahme
Einreibungen mit
regelmäßiges Duschen und Baden
Hautpflege
regelmäßige Frisörbesuche ,Nagelpflege, Rasur, Fußpflege
eigene Auswahl der Pflegemittel (Deo)
persönliche Gewohnheiten respektieren
Zeitpunkt der Körperpflege bestimmt Bewohner möglichst selbst
- Hilfsmittel - Wechseldruckmatratze

Bereich 5 - sich kleiden können

mögliche Probleme

kann sich die Kleidung jahreszeitlich und witterungsbedingt nicht selbstständig auswählen
keine selbständige Entscheidung über Art und Weise der Kleidung
benötigt etwas Anleitung für An/ Auskleiden
benötigt durch Desorientierung etwas Anleitung für An/ Auskleiden
benötigt Hilfe beim An/ Auskleiden
kann sich nicht selbstständig an und aus kleiden
benötigt völlige Hilfe
wechselt Kleidung ungern
muss zum Kleiderwechsel aufgefordert werden
kann Kleidung nicht auswählen und sich nicht für eine Handlung entscheiden
Entscheidung für Kleidung durch Pflegeperson

mögliche Ressourcen

keine Probleme
selbständige Entscheidung über Art und Weise der Kleidung
achtet auf korrekten Sitz der Kleidungswahl
legt Wert auf ein gepflegtes Äußeres
hat besondere Vorlieben bezüglich Kleidung

Mögliche Pflegeziele

saubere vom Bewohner ausgewählte und bevorzugte Kleidung
Hygiene und Sauberkeit
Zufriedenheit über Aussehen
Erhaltung und Förderung des Selbstwertgefühls
Förderung von Selbständigkeit und Eigenaktivität
Förderung des allgemeinen Wohlbefindens
Zufriedenheit über Aussehen durch vom Bewohner selbst ausgewählte Kleidung
gepflegtes Aussehen

Mögliche Maßnahmen

Hilfe und Anleitung beim Ankleiden
Selbständigkeitstraining
Wahrung der Intimsphäre
selbständige Entscheidung - Kleidungswahl
individuelle Wünsche berücksichtigen
aktivierendes Anziehtraining

Aktivierungsmaßnahmen
regelmäßige Frisörbesuche ,Nagelpflege, Rasur, Fußpflege
eigene Auswahl der Kleidung
persönliche Gewohnheiten respektieren
auf intakte Kleidung achten
übernahme der Kleidungswahl durch Pflegepersonal

Bereich 6 - Ausscheiden können

mögliche Probleme

keine selbständige Toilettenbenutzung / benötigt Anleitung und Hilfe
kann Hilfe nicht immer rechtzeitig anfordern /
benötigt Hilfe und Begleitung beim Toilettengang
Urininkontinenz, benötigt Inkontinenzwäsche kann die Toilette nicht benutzen
benötigt Hilfe und Begleitung beim Toilettengang / Inkontinenzwäsche
bettlägerig, Urin- und Stuhlinkontinenz
Neigung zu Opstipation

mögliche Ressourcen

keine Probleme
selbständige Toilettenbenutzung - fordert wenn nötig Hilfe an
geht selbstständig zur Toilette
ist harn- und stuhlkontinent
hält die Händehygiene selbstständig ein.

Mögliche Pflegeziele

Vermeidung von Hautschäden
Wohlbefinden
Intaktes Hautmileau
Sauberkeit
Hygiene
Veränderungen und Probleme werden zeitnah erkannt

Mögliche Maßnahmen

regelmäßige erinnernde und helfende Unterstützung beim Toilettengang
Toilettentraining

Kontinenztraining
ballaststoffreiche Kost
angemessene Inkontinenzversorgung
häufige Toilettengänge
Inkontinenzwäsche
Wahrung der Intimität
kontinuierliche Kontrollgänge
Ausscheidungsprobleme ärztlich abklären
Ausscheidung wird nicht tabuisiert

Bereich 7 - Essen und Trinken können -

mögliche Probleme

isst selbständig , benötigt mundgerechte Vorbereitung und Hilfe
beim Einschenken
muss zum Trinken aufgefordert werden, weil er es sonst vergisst
Abneigung gegen : _____
benötigt Unterstützung beim Essen und Hilfe bei Entscheidungen ,
regelmäßige Anleitung
Adipositas
benötigt Unterstützung beim Essen und Hilfe bei Entscheidungen ,
regelmäßige Anleitung bei Adipositas
Kachexie
benötigt Unterstützung beim Essen und Hilfe bei Entscheidungen ,
regelmäßige Anleitung bei Kachexie
benötigt Unterstützung beim Essen aufgrund häufigen Erbrechens
leidet aufgrund seiner Erkrankung an Schluckstörung und ist dadurch gefährdet eine
Aspirationspneumonie zu erleiden
Mahlzeiten müssen angereicht werden, wenig Reaktion durch den Bewohner
Ernährung durch Sonde

mögliche Ressourcen

keine Probleme
isst selbständig
kann Auswahl treffen, nimmt Mitsprache wahr
angepasste Flüssigkeitszufuhr
isst langsam und nimmt sich Zeit, da er die Gefahr des Verschluckens kennt

mögliche Pflegeziele

ausreichende und ausgewogene Ernährung
ausreichende und ausgewogene Flüssigkeitszufuhr
Vermeidung von Exsikose
Vermeidung von Kachexie
Kachexie - Gewichtszunahme mindestens Kilo
Vermeidung von Adipositas
Adipositas - Gewichtsreduktion mindestens Kilo
soll mindestens ____ Liter Flüssigkeit zu sich nehmen

mögliche Maßnahmen

Ernährung den Bedürfnissen anpassen
mundgerechte Vorbereitung
passierte Kost
Esstraining
Ernährungsberatung
Diätberatung
Diät
Anreichen
flexible Essenzeiten
Selbständigkeitstraining
Abneigungen beachten
Nahrungswünsche berücksichtigen
abwechslungsreiche Kost
Anbieten von Flüssigkeiten
Aufforderung zum Trinken
zum Trinken anregen
Getränkewünsche respektieren (warmen Tee)
Bilanzierung (Einfuhr / Ausfuhr)
Spätmahlzeiten
Eßgewohnheiten beachten und darauf eingehen
Selbstzubereitung
bei Nahrungsverweigerung keine Zwangsmaßnahmen
Sondenkost ____ ml / Std incl. regelmäßiger Mundpflege mit ____
Mundpflege nach Pflegestandard Nr.: ____
Mundpflege mit ____

Bereich 8 - Ruhen, Schlafen und entspannen können

mögliche Probleme

gelegentlich Schlafstörungen
Nachtruhe nur mit Medikamenten
teilweise Unruhe während des Tages
gestörter Tag -Nachtrhythmus
nachts unruhig / Einsatz Sedativa und Schlafmittel
zeitweise schwere Unruhe (Tag / Nacht)
kann Bedürfnisse nach Schlaf nicht äußern
benötigt medikamentöse Behandlung
kein eindeutiger Schlaf- Wachrhythmus erkennbar

mögliche Ressourcen

keine Probleme
schläft gut / tagsüber Ruhepausen nach Bedürfnissen
kann mit Schlafstörungen umgehen
Nachtruhe ohne Medikamente

Mögliche Pflegeziele

Ausgeglichenheit
normaler Tag / Nacht-Rhythmus
innere Ruhe

Mögliche Maßnahmen

Nachtruhe entspricht persönlichen Bedürfnissen
Einbeziehung in Wohngruppenalltag
Möglichkeit zum Rückzug bieten
abendliche Beschäftigungsangebote
solange wie möglich abends beschäftigen
Einsatz von Schlafmitteln
tagsüber ausreichende Aktivierung
auf Schlafgewohnheiten achten
Flüssigkeit ? ausreichend ?
Validation

Bereich 9 - sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können

mögliche Probleme

benötigt etwas Anregung und Hilfe bei der Tagesgestaltung und im Einsetzen von Fähigkeiten / Fertigkeiten
benötigt Anregung / Animationen von Außen für Beziehung, Gestaltung und Beschäftigung
aus eigenem Antrieb kein aktives Verhalten
keine eigene Initiative (sich bewegen, Informationen einholen etc.)
aus eigenem Antrieb kein aktives Verhalten
keine eigene Initiative
lehnt Teilnahme an der BT ab
unfähig am aktiven Tagesgeschehen teilzunehmen
kann sich nicht äußern (inneres Geschehen nicht beurteilbar)

mögliche Ressourcen

keine Probleme
nimmt selbständig Kontakt mit anderen auf
entscheidet selbst
setzt Fähigkeiten und Fertigkeiten ein

Mögliche Pflegeziele

Eigeninitiative fördern
Ausgeglichenheit
Tagesgestaltung
Tagesstrukturierung
Eigenantrieb fördern
Integration in den Tagesablauf
soll sich wohlfühlen

Mögliche Maßnahmen

Tages- Wochen-und Jahresstrukturierende Angebote
biographieorientierte BT
Tageszeitung
hobbyorientierte BT
kleine Beschäftigungen, die Bewohner zwar nicht richtig machen kann, aber

Bewohner fühlt sich gebraucht
BT entsprechend den Bedürfnissen, Gewohnheiten und Hobbys
ausgewogene Tagesstrukturierung
Biographie berücksichtigen
Einbeziehung der Angehörigen
Fähigkeiten, Interessen und Fertigkeiten durch Biographie oder ähnliches
anbieten und fördern

Bereich 10 - Die eigene Sexualität leben können

mögliche Probleme

kann Behinderung in Bezug auf die eigene Persönlichkeit (z.B. Mammaamputation, Lähmung) nur teilweise akzeptieren
kann Wünsche in Bezug auf Intimität nicht zum Ausdruck bringen ,
kann keine Zuneigung/ Zärtlichkeit geben
nimmt Persönlichkeitsmerkmale nicht mehr wahr (Hygiene, Kleidung, Verhalten etc.)

mögliche Ressourcen

keine Probleme
kann Probleme ansprechen
kann die eigene Rolle/ Geschlecht akzeptieren
kann Beziehung zum Ausdruck bringen
kann Zuneigung/ Zärtlichkeit geben

Mögliche Pflegeziele

Wahrung der Intimität
mit eigener Persönlichkeit umgehen können

Mögliche Maßnahmen

Achtung des Schamgefühls
weibliche Pflegeperson
männliche Pflegeperson

Sexualität nicht tabuisieren (Ehepaare)
Mitarbeiter vor sexuellen Übergriffen schützen
Bewohner vor sexuellen Übergriffen schützen
keine Hosen (möchte Kleider anziehen)
keine Jogginghosen
Schminkgewohnheiten beachten
regelmäßige Frisörbesuche
Doppelzimmer ??
Schmuck

Bereich 11 - für eine sichere/ fördernde Umgebung sorgen können

mögliche Probleme

Orientierung, Entscheidungsfähigkeit nicht vorhanden
kann Hilfe nur durch Rufen anfordern
leichte Desorientiertheit, Einschränkungen durch körperliche Behinderung
zunehmende Desorientiertheit / Verwirrtheit durch körperl. Behinderung
Sorge für sich selbst eingeschränkt
zunehmende Desorientiertheit / Tendenz zum Weglaufen
zunehmende Desorientiertheit / Neigung zu Aggressionen
dauernd schwer verwirrt
körperlich stark behindert
Entscheidungen können nicht übernommen werden
vollständige seelische - geistige und/ oder körperliche Abhängigkeit
(Wahnideen , Halluzinationen)

mögliche Ressourcen

kein Problem
Orientierung, Entscheidungsfähigkeit vorhanden
kann Hilfe durch Rufen oder Klingeln anfordern

Mögliche Pflegeziele

psychische Sicherheit
Sicherheit
Vermeidung von Aggressionen
gemütliche Atmosphäre schaffen

Mögliche Maßnahmen

Erinnerung an Krankheit und Alter (Wahrnehmen der eigenen Grenzen)
Begleitung beim Gehen
nächtlige Kontrollgänge
Orientierungshilfen
Validation
Beschäftigung
Medikamente
Fotos und eigene Möbel
Ausschaltung von Gefahrenquellen

Bereich 12 - soziale Bereiche des Lebens sichern können

mögliche Probleme

kann sein Eigentum nicht selbst verwalten
neigt zum Sammeltrieb
entwendet Fremdeigentum
neigt zur Verwahrlosung
kann keine Kontakte aufbauen
ist kontaktarm / Einzelgänger
kann Kontakte nicht pflegenden
hat keinen Kontakt zu Angehörigen
erhält keinen Besuch

mögliche Ressourcen

keine Probleme
verwaltet sein Eigentum selbstständig
kann selbstständig Kontakte aufbauen
kann Kontakte pflegen
Kontakt mit Angehörigen

Mögliche Pflegeziele

fühlt sich wohl, sicher und beschützt
Selbstbestimmung bleibt erhalten

Mögliche Maßnahmen

Taschengeld wird verwaltet und in Absprache für persönlichen Bedarf eingesetzt
PP leitet Kleidungsbedarf weiter (Verwaltung od. Angehörige)
PP erfragt Wünsche und Bedürfnisse
Kontakte werden vermittelt

Bereich 13

- Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können -

mögliche Probleme

hat Angst vor der eigenen Unabhängigkeit
kann eigene Grenzen wenig wahrnehmen
verweigert Hilfe (kann Hilfe nicht anfordern)
Empfindungen werden wenig geäußert (teilnahmslos)
hat als Ausländer Mühe sich mit der Situation einer fremden Kultur auseinanderzusetzen
kann Wunsch nach Schmerzfremheit nicht äußern
fortschreitende Hilflosigkeit
eigene Hilfebedürftigkeit kann nicht eingeschätzt werden
hat durch Desorientierung Mühe sich mit der Situation auseinanderzusetzen
hat Mühe sich mit der Situation (Behinderung) auseinanderzusetzen
Probleme werden zurückgedrängt oder überdeckt
hat Mühe sich mit der Situation auseinanderzusetzen / hat Angst vor : _____
hat Mühe sich mit der Situation (Behinderung) auseinanderzusetzen
persönliche Auseinandersetzung mit dem Leben kann von Außen nicht beurteilt werden

mögliche Ressourcen

kann Wunsch nach Schmerzfremheit äußern
setzt sich mit Fragen und Problemen des eigenen Lebens und der Umwelt bewußt auseinander
fordert Hilfe und Beratung wenn nötig

mögliche Pflegeziele

mit eigener Persönlichkeit umgehen können

mögliche Maßnahmen

für Schmerzfremheit sorgen
Linderung von Leiden
Mißtrauen, Angst, Sorge, Verlust von Unabhängigkeit, Isolation,
Ungewißheit und Hoffnungslosigkeit beseitigen
Kontakte und Gespräche mit Angehörigen und Bewohner vertiefen - nicht
als Störfaktor sehen -
kulturelle Auffassung ist bekannt und wird berücksichtigt
Ängste werden wahrgenommen
Beschäftigungstherapie
soziale Kontakte knüpfen und erhalten
Biographie - Fähigkeiten / Fertigkeiten
gute Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Institutionen
Lebensqualität schaffen
Zusammenarbeit mit Ärzten
Sterbebegleitung
Sterbebegleitung durch Angehörige ermöglichen
würdevolles Sterben ermöglichen
Rücksicht auf Religion nehmen
würdevoller Umgang mit Sterbenden
Sterben nicht verdrängen / tabuisieren