

Spezielle Regeln zum Führen der Pflegedokumentation bei Pflegebedürftigen mit Demenz

Angela Börner

Diplom-Pflegewirtin (FH)

Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Georg-
Streiter-Instituts für Pflegewissenschaft der
Fachhochschule Jena

Folgen einer Demenz, die der besonderen Dokumentation bedürfen

Einschränkungen im Bereich Essen und Trinken

- Nichterkennen von Ess- und Trinkbarem
- Unfähigkeit, Geschirr, Besteck etc. zu nutzen
- Schluckstörungen
- Einseitige Ernährung
- Ablehnen von fester/flüssiger Nahrung
- Aufnehmen unangemessener Nahrungsmengen

Veränderungen im Bereich der Mobilität

- Unruhe und Unfähigkeit, z.B. am Tisch sitzen zu bleiben
- Sturzgefahr
- Parkinson-Syndrom als Folge der medikamentösen Behandlung
- Schmerzen aus diesem Grunde
Bewegungsunruhe oder
Bewegungsverweigerung

Veränderungen im Bereich der Ausscheidung: Urin- und Stuhlinkontinenz

- Unfähigkeit, Kleidung angemessen zu handhaben
- Orientierungsstörung aufgrund derer die Toilette nicht gefunden wird
- Unfähigkeit, Urin- und Stuhldrang als solchen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen durchzuführen
- Reaktion auf ein empfundenes Schamgefühl, wodurch die Hilfestellung abgelehnt wird
- Unangemessene Versorgung mit Inkontinenzmaterial

(Mahlberg-Breuer/Mybes 2007, S. 102f.)

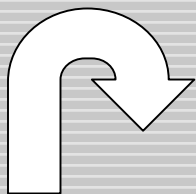
Einschränkungen im Bereich der Körperpflege und des Kleidens - Ausformulierung als Pflege diagnose

-
- Ursachen: Einschränkung der Wahrnehmung oder der kognitiven Leistungsfähigkeit; Desorientiertheit . . .
 - Symptome: Unfähigkeit, sich an- und auszukleiden; Unfähigkeit, Kleider bei Bedarf zu wechseln; Unfähigkeit, Hilfsmittel zu verwenden . . .

(Stefan/Allmer/Eberl et al. 2003, S. 308ff.)

PFLEGEDIAGNOSEN

- sollen in einer Kurzform diejenigen Probleme beschreiben, die von den Pflegenden gemeinsam mit den Pflegebedürftigen bearbeitet werden



fokussierte Pflege

NANDA (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION) DEFINIERT PFLEGEDIAGNOSE WIE FOLGT:

- „Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potenzielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess. Pflegediagnosen bilden die Basis zur Auswahl pflegerischer Maßnahmen, um Ergebnisse zu erreichen, für die die Pflege verantwortlich ist.“

Die tagesstrukturierende Pflegeplanung

7. Thüringer Pflorgetag / 05.12.2009

Strukturierter Tagesablauf

- ❑ Lernprozesse benötigen klare Strukturen mit wiederkehrenden Lerninhalten
- ❑ Das Lernen wird sonst erschwert oder gar unmöglich
- ❑ Gleichbleibende Strukturen als wichtiges Element für die Wiedererlangung der Selbstständigkeit

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- Kommunikation - Pflegende sollen die Pflegebedürftigen und die Angehörigen fragen, in welcher Reihenfolge der Betroffene sich bisher gepflegt hat bzw. gepflegt wurde und dies dokumentieren
- Bei Nichtverfügbarkeit dieser Informationen: Besprechung im Kollegenkreis, bei welcher Vorgehensweise und bei welcher Pflegekraft der Patient die größte Selbstständigkeit und Selbstsicherheit zeigte

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- Wenn keine Informationen zur Orientierung genommen werden können: Entscheidung für eine bestimmte Abfolge der Tätigkeiten und Beibehaltung dieser

(Nydahl, 2008)

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- Zur Planung und Durchführung der alltäglichen Pflege
- Die Maßnahmen werden nicht bezogen auf die einzelnen Lebensbereiche bzw. gestellten Pflegediagnosen geplant
- DENN: es fällt Pflegenden schwer die Informationen gedanklich wieder zusammenzutragen und in einen Ablaufplan zu überführen

(vgl. Mahlberg-Breuer/Mybes, 2007)

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- ❑ Chronologisches Aufführen der Pflegemaßnahmen entlang der Tagesstruktur
- ❑ Handlungsleitende Formulierung und Ausweisung WER, WAS, WANN, WIE OFT, WO UND WIE durchführen soll
- ❑ Die Art der Leistung ist zu beschreiben, d.h. es muss erkennbar sein, wie groß der Hilfebedarf des Pflegebedürftigen ist
- ❑ Die Angaben müssen so ausführlich und konkret sein, dass die durchführende Pflegekraft ohne zusätzliche Informationen tätig werden kann

(vgl. Mahlberg-Breuer/Mybes, 2007)

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- Maßnahmen, die grundsätzlich zu beachten sind, können unter Besonderheiten dokumentiert werden (z.B. Motivieren, Gespräche, die nicht zeitlich zugeordnet werden können)
- Erstellung eines 24-Stunden-Planes entsprechend für den Früh- Spät- und Nachtdienst
- Die Pflegeplanung gewinnt an Handlungsleitung und die durchzuführenden Maßnahmen sind übersichtlich angeordnet

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- Beschreibung von Pflegemaßnahmen, welche der Pflegebedürftige nicht mehr (allein) bewältigen kann, prophylaktische Maßnahmen und Maßnahmen, die aus geäußerten Wünschen und Bedürfnissen resultieren
- Formulierungen zur Behandlungspflege z.B. Dekubitusbehandlung, Wundverband einer infizierten PEG-Punktionsstelle erfolgt in Form eines kurzen Hinweises

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- Wöchentlich regelmäßig durchzuführende Maßnahmen
- Monatlich oder länger regelmäßig durchzuführende Maßnahmen

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- Bisherige Zusatzzettel über die Durchführung entfallen
- So viel wie möglich in den Basiselementen dokumentieren - Zusatzformulare vermeiden (z.B. Bewegungsplan)
- En-Bloc Nachweise werden möglich (Verlaufsprotokoll)
- Abweichende Durchführung von der Tagesstruktur - Verlaufsprotokoll

Tagesstrukturierte Pflegeplanung

- Überprüfung, ob sich jede Maßnahme auf formulierte Pflegediagnosen und Ziele bezieht
- Der Verweis auf Standards innerhalb der Planung ist nicht zu empfehlen

Verlaufsprotokoll

- Abzeichnung der Maßnahmen gemäß Tagesstruktur
- Gibt Auskunft über von der Tagesstruktur abweichende pflegerische Maßnahmen
- Auskunft über Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen und welche Hilfen in der jeweiligen Situation zum Tragen kamen und wie der Pflegebedürftige darauf reagierte
- Regelmäßige Angaben zu Veränderungen und Befindlichkeiten, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen - Reflexion und Überprüfung der Ergebnisqualität der Pflegemaßnahmen
- Aktuelle Informationen für das Pflegeteam, für den Arzt und weiterer Therapeuten

(vgl. Hellmann/Trumpke-Oehlhorn, 2008)

Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen

- Bewohner, die regelmäßig täglich in bestimmten festgelegten Situationen in ihrer Freiheit eingeschränkt werden - Dokumentation in der Tagesstruktur + Abweichung von der Planung im Verlaufsprotokoll

Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen

- Bewohner, die in unregelmäßigen Abständen und im Sinne einer Bedarfsmaßnahme in ihrer Freiheit eingeschränkt werden - Dokumentation und Beschreibung von Grund, Maßnahme, Dauer und Verhalten des Bewohners

Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen

- Bei Durchführung einer freiheitseinschränkenden Maßnahme ohne entsprechende Anordnung des Amtsrichters - Dokumentation jeder einzelnen Maßnahme bis zur endgültigen Entscheidung
- Gleiches gilt beim „rechtfertigenden Notstand“

Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen

- Reaktionen der Betroffenen in der Fixierung werden genau beobachtet und beschrieben und die Anwendung wird evtl. neu überdacht

(Vgl. Mahlberg-Breuer/Mybes 2007, S. 115)

Literatur

- Hellmann, S., Trumpke-Oehlhorn, M.: Die tagesstrukturierte Pflegeplanung. Ein Beitrag zur Entbürokratisierung der Pflegeprozess-Dokumentation: 2. Aktualisierte Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2008.
- Mahlberg-Breuer, A., Mybes, U.: Pflegedokumentation stationär. Handbuch für die Pflegeleitung. Vincentz Verlag, Hannover, 2007.
- Nydahl, P.: „In welcher Reihenfolge pflegen Sie sich?“ In: Pflegezeitschrift 1/2008; S. 10 - 11.
- Stefan, H., Allmer, F., Eberl, J.: Praxis der Pflegediagnosen. 3., vollst. überarb. und erw. Auflage, Springer Verlag, Wien, 2003.