



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Pflegeprozess

Elena Schock

DGKP, Pflegepädagogin

MIT UNS KOMMEN SIE WEITER!

AUSBILDUNGSZENTRUM

Leistungsbeurteilung

- Mitarbeit/ Gruppenarbeiten/ Arbeitsaufträge: 20%
- Pflegeplanung: 20%
- Schriftliche Prüfung: 60%

Gesundheit/ Krankheit/ Prävention

Gesundheit

- *„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“
(Weltgesundheitsorganisation- WHO)*
- Im engeren Sinne kann Gesundheit verstanden werden als ein **subjektives Empfinden**
- → jeder Mensch bestimmt selbst wie er sich fühlt
- → das subjektive Empfinden ist **nicht messbar**

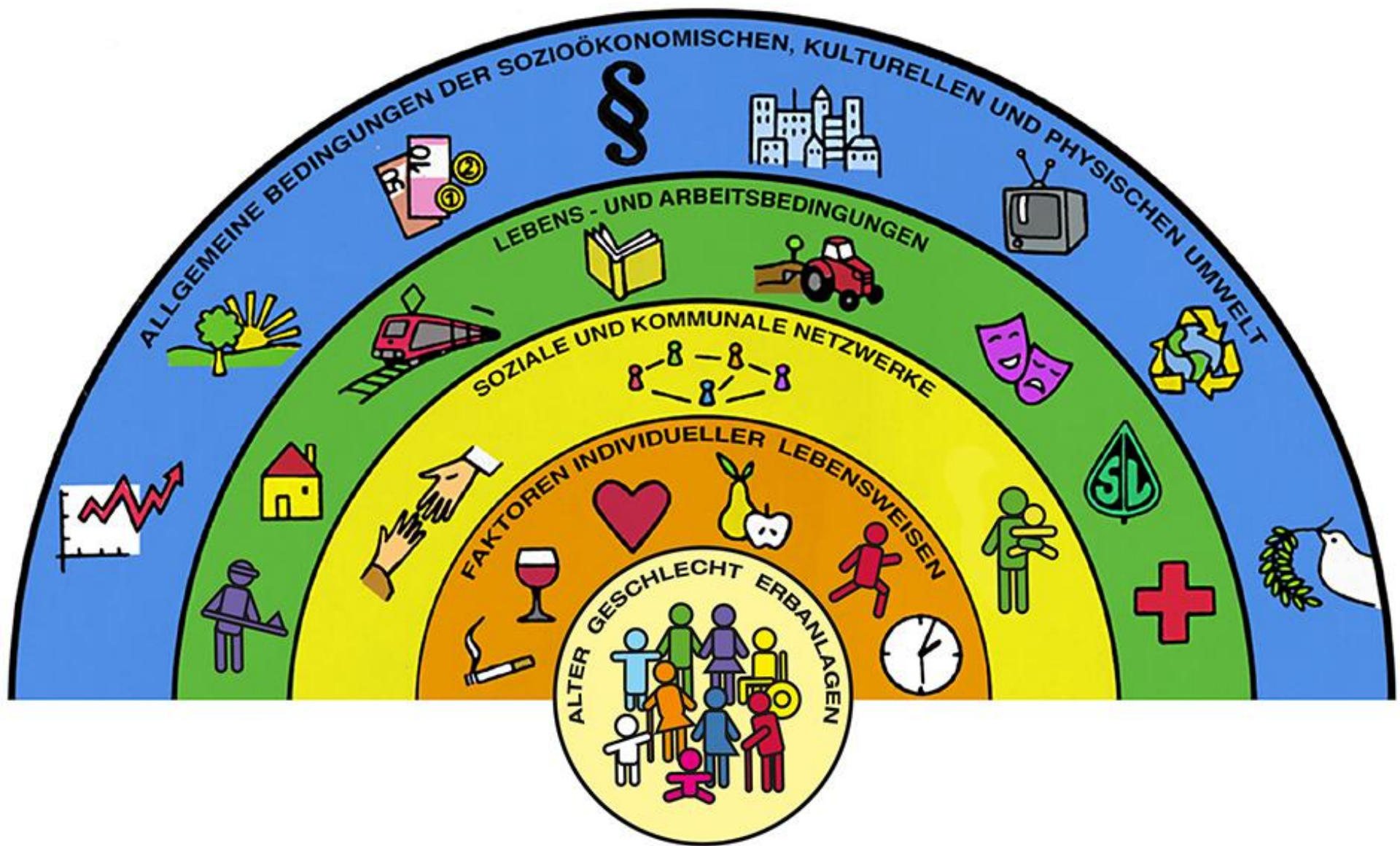
Ganzheitliche Gesundheit – Dimensionen des Wohlbefindens



Die unterschiedlichen Dimensionen stehen immer in **Wechselwirkung** zueinander → Ganzheitliche Sicht auf Gesundheit

Determinanten der Gesundheit

- Gesundheit wird von vielen Dingen beeinflusst, und diese hängen zusammen.
- Einflussfaktoren = Gesundheitsdeterminanten



Einsamkeit & Schwäche



Ungesunde Ernährung & Geld



Rauchen & Stress



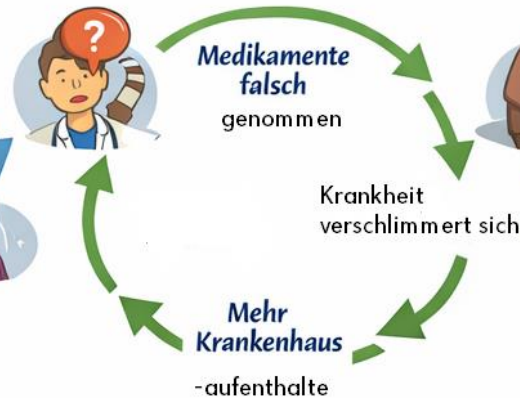
Schlechte Wohnung



Depression & Körper



Verständnis & Therapie



Alter & Unsicherheit



Gesundheitsförderung und Prävention - Salutogenese

- traditioneller Ansatz: „Was macht uns krank?“
→ Entstehung von Krankheiten, Ursachen von Krankheiten
- Konzept: **Aaron Antonovsky (1970)**
- Salutogenese: „**Was hält uns gesund?**“
- Wie kann Gesundheit entstehen
- Welche Faktoren helfen uns, gesund zu bleiben auch in schwierige Lebenssituationen

(Antonovsky,1970)

Salutogenese

- **Kohärenzgefühl**“ (Sense of Coherence,)
 - grundlegende Einstellung, die unterstützt, Stress und Herausforderungen zu bewältigen
 - Vertrauen in die eigene Fähigkeit, mit den Herausforderungen umzugehen
- betont weniger Bekämpfung von Krankheit, sondern mehr die **Förderung von Ressourcen** (Gesundheitsförderung)
- **Perspektivwechsel im Gesundheitswesen**
 - mehr **Prävention** und die **Förderung von Resilienz** und **gesundheitsfördernden Verhaltensweisen**

Kohärenzgefühl

- umfasst drei Dimensionen:
 1. **Verstehbarkeit:** Gefühl, dass die Welt verständlich und vorhersehbar ist
 2. **Handhabbarkeit:** Gefühl, dass man über Ressourcen verfügt, um mit Anforderungen des Lebens umzugehen
 3. **Bedeutsamkeit:** Gefühl, dass es Sinn macht, sich mit den Herausforderungen auseinanderzusetzen

Menschen, mit starkem Kohärenzgefühl, sind besser in der Lage, mit Stress umzugehen und gesund zu bleiben, auch unter schwierigen Umständen

(Antonovsky, 1970)

Warum ist die *Salutogenese* wichtig für den Pflegeprozess?

Blick auf Ressourcen

Stärken und Fähigkeiten fördern



Gesundheit erhalten & fördern

Nicht nur Krankheiten behandeln



Ganzheitliche Pflege

Den Menschen als Ganzes sehen



Ressourcen stärken – Gesundheit fördern

Prävention

- = vorbeugen
- Ziel: Entstehung von Krankheit vermeiden durch frühe Erkennung und Behandlung
- gutes Mittel dafür: Beseitigung von Risikofaktoren

Drei Arten der Prävention

Krankheit vermeiden und Folgeerkrankungen verhindern

Primärprävention

Vor der Krankheit

Krankheit verhindern



z.B. Schutzimpfungen



Vorbeugen

Sekundärprävention

Früherkennung

Krankheit früh erkennen



z.B. Vorsorgeuntersuchungen



Früherkennen

Tertiärprävention

Nach der Erkennung

Folgen vermeiden



z.B. Diabetesberatung



Nachsorgen

Prävention

- **Verhaltensprävention**

richten sich an die **gesamte Bevölkerung**

Ziel: **gesundheitsschädigendes Verhalten verändern**

Beispiele: Schulungen, Ernährungsberatung, Fahrsicherheitstrainings

- **Verhältnisprävention**

Reduzierung Gesundheitsrisiken

v.a. **politischer und rechtlicher Natur**

Beispiele: Rauchverbot, Tabaksteuer

Krankheit

- Störung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens
- Ursachen, Symptome, Diagnose
- Akute Krankheit
- Chronische Krankheit

Menschenbilder in der Pflege

Menschenbilder

- Vorstellungen darüber, wie der Mensch beschaffen ist, wie er denkt, fühlt und handelt
- beeinflussen, wie Menschen gesehen, behandelt und gepflegt werden
- Je nach Menschenbild liegt der Fokus auf unterschiedlichen Aspekten
 - Körperlich, seelisch, sozial,.....

Menschenbilder

Menschenbilder in der Pflege

Wie wir den Menschen sehen und verstehen

Was sind Menschenbilder?

Vorstellungen darüber, wie der Mensch beschaffen ist, wie er denkt, fühlt und handelt.

Beeinflussen, wie Krankheiten gesehen, behandelt und gepflegt werden. (Roth, 2020)

Ganzheitliches Verstehen:

Körperlich, psychisch, sozial und spirituell.



Medizinisch-
Naturwissenschaftlich



Der Mensch als
„Maschine“

Fokus:
Körper & Biologie

Geistes-
wissenschaftlich



Nicht nur
naturwissenschaftlich

erklärbar
Psyche & Kultur

Sozial-
wissenschaftlich



Der Mensch als
soziales Wesen

Fokus:
Soziales Umfeld

Humanistisch



Einzigartig &
selbstbestimmt

Fokus:
Individualität & Werte

Ganzheitlich
(Holistisch)



Körper, Geist &
Seele als Einheit

Fokus:
Ganzheitliche
Gesundheit

Körperliche Funktionen - Seelische Bedürfnisse - Soziale Beziehungen - Individualität - Einheit von Körper, Geist & Seele



Menschenbilder in der Pflege

Menschenbilder....

- ermöglichen **personenzentrierte Pflege**
- **beeinflussen, wie Pflegekräfte Patienten wahrnehmen und behandeln**
- helfen, den Pflegeprozess an die spezifischen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten anzupassen

→ **Pflegequalität**

Menschenbilder in der Pflege

- Menschenbilder **repräsentieren die Grundannahmen**, die wir über den Menschen und seine Bedürfnisse haben
 - Diese Annahmen **wirken sich auf die Pflegepraxis aus**
- sie beeinflussen, wie Pflegekräfte die Pflege gestalten und welche Pflegemodelle gewählt werden

(Kölbl, 2011)

- Ein Menschenbild beeinflusst maßgeblich, wie Pflegekräfte die Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen der Patienten wahrnehmen
- Je nach Menschenbild können Pflegekräfte den Patienten als **passives Objekt** betrachten oder als **aktiven Partner im Pflegeprozess**.

(Bauer, 2014)

medizinisches Menschenbild

- betrachtet Menschen als **biologisches Wesen**, dessen Körper nach medizinischen Standards funktionieren
- In der Pflege bedeutet das, dass der **Fokus auf der Behandlung von Krankheiten und Symptomen** liegt
- Pflegekräfte, die dieses Menschenbild vertreten, legen viel Wert auf die körperliche Pflege, durch die **Verabreichung von Medikamenten** oder die **Durchführung von diagnostischen Maßnahmen**

ganzheitliches Menschenbild

- betrachtet Menschen als **ganzheitliches Wesen**, besteht nicht nur aus Körper, sondern auch Geist, Emotionen und sozialen Beziehungen
- Pflegekräfte, die dieses Menschenbild annehmen, berücksichtigen alle Dimensionen
- neben der Behandlung von körperlichen Symptomen steht die **emotionale Unterstützung** und Förderung des **Wohlbefindens** im Mittelpunkt
- Patienten wird als **individueller Menschen** wahrgenommen
- **Autonomie** und **Selbstbestimmung** wird gefördert

(Kölbl, 2011; Haug & Rütten, 2018)

Pflege

Pflege

- Selbstpflege
- Laienpflege
- Professionelle Pflege

Selbstpflege

- Pflegebedürftige und Pflegende ist eine Person
- Mensch sorgt **selbst** für die persönlichen Bedürfnisse
- Verlust der Selbstpflege → Verlust von Lebensqualität

Bedürfnispyramide nach Maslow



- grundlegender Bedürfnisse sind **Grundlage für die Selbstverwirklichung**
- ausgewogene Selbstpflege **berücksichtigt alle Ebenen**, um ein erfülltes und gesundes Leben zu führen

Laienpflege

- Pflege im Rahmen eines **sozialen Netzwerks** (z.B. Familie)
- Laienpflege **beruht auf Erfahrung** → keine (pflegerische) Ausbildung
- wird **freiwillig** geleistet
- Jahrhundertealtes Phänomen → **Tradition**
- Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

Unterstützungsmöglichkeiten in Österreich

- finanzielle Unterstützung: **Pflegegeld**
- **Pflegefreistellung**: bis zu zwei Wochen pro Jahr, um nahen Angehörigen zu pflegen
- **Pflegeurlaub**: bis zu drei Monaten, wenn längere Pflege erforderlich ist
- **Beratungsdienste, Pflegeberatungsstellen und Österreichische Pflegegesellschaft**: Informationen und Unterstützung für pflegende Angehörige.

Professionelle Pflege

**Wer ist
diese Frau?**



FLORENCE NIGHTINGALE

„Mutter der modernen Pflege“

- 1820-1910
- erste Pflege-theoretikerin
- legte Grundstein für die Pflegepraxis
- Pflege als rein praktische Tätigkeit → zu einer **wissenschaftlich fundierte Disziplin**
- erkannte die Bedeutung von **Hygiene** für die Heilung von Patienten → **Sterblichkeitsrate sank drastisch**
- setzte sich für die **Ausbildung von Pflegekräften** ein
- Gründete 1860 die **Nightingale School of Nursing**
- **Grundstein professioneller Pflegeausbildung**

Kennzeichen Professioneller Pflege

- Ausbildung
- festgelegte Richtlinien aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse
- wird aufgrund eines gesellschaftlichen Auftrages durchgeführt
- wird gegen Entgelt (Gehalt) verrichtet
- Pflegeprozess mit Pflegeplanung

Aufgabe der Pflegeassistenz

- sind in der professionellen Pflege eingebunden → **Durchführungsverantwortung**
- Anordnungsverantwortung bzw. Delegation durch DGKP
- helfen dabei mit, den Pflegeprozess gut und reibungslos zu gestalten

Professionelle Pflege

- International Council of Nurses (**ICN**) – Weltverbund der professionell Pflegenden
 - **Ethikkodex für Pflegende**
 - Gesundheit fördern
 - Krankheit verhüten
 - Gesundheit wiederherstellen
 - Leiden lindern
 - Achtung vor den Leben und der Würde des Menschen

ICN- Ethikkodex in der Praxis

basiert auf **zentralen Verantwortungsbereichen**:

- **Verantwortung gegenüber den Patienten**
 - Würde, Autonomie und Rechte der Patient*innen
 - Praktische Bedeutung: z. B. Einwilligung vor Pflegehandlungen einholen, Privatsphäre schützen.
- **Verantwortung gegenüber der Gesellschaft**
 - Gesundheit und Wohl der Gesellschaft
 - Praktische Bedeutung: z. B. Gesundheitsförderung, Prävention, Aufklärung.
- **Verantwortung gegenüber dem Beruf selbst**
 - professionelles, kompetentes und ethisch vertretbares Handeln
 - Praktische Bedeutung: Weiterbildung, Einhalten professioneller Standards, Zusammenarbeit.

ICN- Ethikkodex in der Praxis

- **Patientenorientierte Entscheidungen**

- Bei jeder Handlung überlegen ob sie ethisch vertretbar
- Abwägung von Konflikten: Bei ethischen Dilemmata (z. B. Lebenserhaltung vs. Patientenwunsch) hilft der Kodex, die Verantwortung klar zu sehen. → Patientenwillen!

- **Beispiele aus der Praxis:**

- Datenschutz: Keine Weitergabe von Patientendaten
- Patientenautonomie: Ein Patient entscheidet, eine Therapie abzulehnen → wird respektiert, auch wenn medizinisch nicht optimal
- Gerechte Versorgung: Alle Patient*in werden gleich behandelt, unabhängig von Herkunft, Religion oder sozialem Status etc..

Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen bietet ethische Leitlinien in Bezug auf die Rollen, Pflichten, Verantwortlichkeiten, Verhaltensweisen, das professionelle Urteilsvermögen und die Beziehungen von Pflegefachpersonen zu Patientinnen und anderen Menschen mit Pflegebedarf, zu Kolleginnen und zu Fachpersonen anderer Berufe. Vier grundlegende Verantwortlichkeiten kennzeichnen den Pflegeberuf: Gesundheit fördern, Krankheiten verhüten, Gesundheit wiederherstellen sowie Leiden lindern und ein würdiges Sterben unterstützen. Der Pflege innewohnend ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich der kulturellen Rechte, des Rechts auf Leben und Wahlfreiheit, das Recht auf Würde und respektvolle Behandlung. Die Pflege ist respektvoll und uneingeschränkt in Bezug auf die Merkmale Alter, Hautfarbe, Kultur, kulturelle Zugehörigkeit, Behinderung oder Krankheit, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Nationalität, Politik, Sprache, ethnische Zugehörigkeit, religiöse oder spirituelle Überzeugungen, rechtlicher, wirtschaftlicher oder sozialer Status.

Pflegefachpersonen und

... Menschen mit Pflegebedarf

- Die primäre berufliche Verantwortung der Pflegefachpersonen besteht gegenüber Menschen, die jetzt oder in Zukunft Pflege benötigen, seien es Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften oder Bevölkerungsgruppen (im Folgenden entweder „Patientinnen“ oder „Menschen mit Pflegebedarf“ genannt).
- Pflegefachpersonen fördern ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, Werte, Bräute, religiösen und spirituellen Überzeugungen von Einzeln, Familien und Gemeinschaften von allen anerkannt und respektiert werden. Die Rechte von Pflegefachpersonen sind Teil der Menschenrechte und sind zu wahren und zu schützen.
- Pflegefachpersonen stellen sicher, dass Einzeln und Familien verständliche, genaue, ausreichende und rechtzeitige Informationen erhalten, angepasst an die Kultur der Patientinnen, ihre sprachlichen, kognitiven und körperlichen Bedürfnisse sowie an ihren mentalen Zustand. Sie bilden die Grundlage für die Zustimmung zur Pflege und die dazu gehörige Behandlung.
- Pflegefachpersonen behandeln personenbezogene Daten vertraulich. Sie respektieren die Privatsphäre, Vertraulichkeit und die Interessen der Patientinnen bei der rechtmäßigen Erhebung, der Verwendung, dem Zugriff auf personenbezogene Daten, sowie ihrer Übermittlung, Speicherung und Offenlegung.
- Pflegefachpersonen respektieren die Privatsphäre und die vertraulichen Informationen von Kolleginnen und Menschen mit Pflegebedarf, und wahren die Integrität des Pflegeberufs persönlich und in allen Medien, einschließlich der sozialen Medien.
- Pflegefachpersonen teilen mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zu initiieren und zu unterstützen, die den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen aller Menschen gerecht werden.
- Pflegefachpersonen setzen sich für Chancengerechtigkeit und soziale Gerechtigkeit bei der Ressourcenverteilung, dem Zugang zu Gesundheitsversorgung und anderen sozialen und wirtschaftlichen Dienstleistungen ein.
- Pflegefachpersonen zeigen professionelle Werte wie Respekt, Gerechtigkeit, Verlässlichkeit, Fürsorge, Mitgefühl, Empathie, Vertrauenswürdigkeit und Integrität. Sie unterstützen und respektieren die Würde und die universellen Rechte aller Menschen, einschließlich Patientinnen, Kolleginnen und Familien.
- Pflegefachpersonen fördern eine Sicherheitskultur im Gesundheitswesen, indem sie Risiken für die Menschen oder die sichere Pflegepraxis in jeder Pflegeumgebung erkennen und aktiv angehen. Sie gewährleisten eine sichere Versorgung in der Praxis, bei Dienstleistungen und in Arbeitsumfeldern.
- Pflegefachpersonen bieten eine „evidence-informed“ und personenzentrierte Pflege. Sie anerkennen und verwenden die Werte und Prinzipien der primären Gesundheitsversorgung und -förderung über die gesamte Lebensspanne hinweg.
- Pflegefachpersonen stellen sicher, dass der Einsatz von Technologie und wissenschaftlichen Fortschritten mit der Sicherheit und den Rechten von Menschen vereinbar sind. Bei künstlicher Intelligenz oder Geräten wie Robotern oder Drohnen sorgen Pflegefachpersonen dafür, dass die Pflege personenzentriert bleibt und solche Geräte menschliche Beziehungen unterstützen und nicht ersetzen.

... die Praxis

- Pflegefachpersonen sind persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die ethische Pflegepraxis und die Aufrechterhaltung ihrer Kompetenzen, durch kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung und lebenslanges Lernen.
- Pflegefachpersonen halten ihre fachlichen Kompetenzen aktuell, damit sie ihre Fähigkeit, eine qualitativ hochwertige und sichere Pflege zu gewährleisten, nicht gefährden.
- Pflegefachpersonen praktizieren innerhalb der Grenzen ihrer individuellen Kompetenz und dem gesetzlich vorgegebenen Verantwortungsbereich. Sie verwenden professionelles Urteilsvermögen, wenn sie Verantwortung übernehmen und delegieren.
- Pflegefachpersonen wertschätzen ihre eigene Würde, ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit. Um dies zu erreichen, braucht es positive Arbeitsumgebungen, die geprägt sind von beruflicher Anerkennung, Bildung, Reflexion, Unterstützungsstrukturen, angemessener Ressourcenausstattung, solide Arbeitspraktiken sowie Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit.
- Pflegefachpersonen legen jederzeit ein angemessenes Verhalten an den Tag. Sie repräsentieren den Beruf positiv und stärken sein Image und das öffentliche Vertrauen. In ihrer beruflichen Rolle erkennen und berücksichtigen Pflegefachpersonen Grenzen der persönlichen Beziehungen.
- Pflegefachpersonen teilen ihr Wissen und ihre Expertise und geben Feedback, um Studierende/Lernende, Berufsanfängerinnen, Kolleginnen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe anzuleiten und zu unterstützen.
- Pflegefachpersonen sind Fürsprecherinnen für Betroffene und pflegen eine Praxiskultur, die ein ethisches Verhalten und den offenen Dialog fördert.
- Pflegefachpersonen haben die Möglichkeit, die Teilnahme an bestimmten Prozeduren oder pflege- oder gesundheitsbezogener Forschung aus Gewissensgründen abzulehnen. Sie müssen respektvoll und rechtzeitig handeln, um sicherzustellen, dass die Menschen eine ihren individuellen Bedürfnissen angemessene Pflege erhalten.
- Pflegefachpersonen schützen das Recht einer Person, den Zugriff auf ihre persönlichen, gesundheitsbezogenen und genetischen Informationen zu erteilen und zu widerrufen. Sie schützen die Nutzung, Privatsphäre und Vertraulichkeit beim Umgang mit genetischen Informationen und humanen Genomtechnologien.
- Pflegefachpersonen ergreifen geeignete Maßnahmen, um Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften und Bevölkerungsgruppen zu schützen, wenn deren Gesundheit durch eine Kollegin, eine andere Person, Regelwerke, oder die Anwendung oder den Missbrauch von Technologie gefährdet wird.
- Pflegefachpersonen beteiligen sich aktiv an der Förderung der Sicherheit der Patientinnen. Sie fördern ethisches Verhalten, wenn Fehler oder Beinahe-Fehler auftreten. Sie melden sich zu Wort, wenn die Sicherheit der Patientinnen gefährdet ist. Sie setzen sich für Transparenz ein und arbeiten mit anderen zusammen, um das Fehlerpotenzial zu reduzieren.
- Pflegefachpersonen sind für die Korrektheit und Vollständigkeit von Daten verantwortlich, um ethische Standards der Pflege zu unterstützen und zu fördern.

... der Beruf

- Pflegefachpersonen übernehmen die führende Rolle bei der Festlegung und Umsetzung „evidence-informed“, akzeptabler Standards der klinischen Pflegepraxis, des Managements, der Forschung und der Ausbildung.
- Pflegefachpersonen und Pflegewissenschaftlerinnen sind aktiv in der Erweiterung des forschungsbasierten, aktuellen Berufswissens, das eine „evidence-informed“ Praxis unterstützt.
- Pflegefachpersonen sind aktiv bei der Entwicklung und Erhaltung eines Kerns von beruflichen Werten.
- Pflegefachpersonen beteiligen sich durch ihre Berufsorganisationen an der Schaffung einer positiven und konstruktiven Arbeitsumgebung, welche die klinische Pflege, die Ausbildung, die Forschung, das Management und die Führung umfasst. Dazu gehören Umgebungen, die es Pflegefachpersonen ermöglichen, ihren Verantwortungsbereich optimal auszufüllen und eine sichere, effektive und rechtzeitige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Dies unter Arbeitsbedingungen, die für Pflegefachpersonen sicher, sowie sozial und wirtschaftlich gerecht sind.
- Pflegefachpersonen tragen zu einer positiven und ethischen Arbeitsumgebung bei und setzen sich gegen unethische Praktiken und Einstellungen ein.
- Pflegefachpersonen arbeiten mit Pflegekolleginnen, anderen (Gesundheits-) Disziplinen und relevanten Gruppen zusammen. Sie beteiligen sich an der Erstellung, Durchführung und Verbreitung von „peer-reviewed“ und ethisch verantwortungsvoller Forschung und Praxisentwicklung im Kontext von Patientinnenversorgung, Pflege und Gesundheit.
- Pflegefachpersonen beteiligen sich an der Erstellung, Verbreitung und Anwendung von Forschung, die die Ergebnisse für Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften verbessert.
- Pflegefachpersonen bereiten sich auf Notfälle, Katastrophen, Konflikte, Epidemien, Pandemien, soziale Krisen und Situationen mit knappen Ressourcen vor und reagieren darauf. Die Sicherheit der Menschen, die Pflege erhalten, liegt in der Verantwortung der einzelnen Pflegefachpersonen und der Führungspersonen von Gesundheitssystemen und -organisationen. Das beinhaltet die Bewertung von Risiken und die Entwicklung, Umsetzung und Planung von Ressourcen, um diese zu minimieren.

... globale Gesundheit

- Pflegefachpersonen erachten die Gesundheitsversorgung als Menschenrecht und bekräftigen das Recht auf universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle.
- Pflegefachpersonen wahren die Würde, die Freiheit und den Wert aller Menschen und wenden sich gegen alle Formen der Ausbeutung, wie Menschenhandel und Kinderarbeit.
- Pflegefachpersonen übernehmen eine Führungsrolle oder tragen zu einer soliden gesundheitspolitischen Entwicklung bei.
- Pflegefachpersonen tragen zur Gesundheit der Bevölkerung bei und arbeiten auf die Erreichung der Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (SDG) hin.
- Pflegefachpersonen anerkennen die Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit. Sie tragen zu entsprechenden Richtlinien und Programmen bei und setzen sich dafür ein.
- Pflegefachpersonen setzen sich gemeinsam dafür ein, die natürliche Umwelt zu erhalten, zu stärken und zu schützen. Sie sind sich der gesundheitlichen Folgen der Umweltzerstörung, z. B. aufgrund des Klimawandels, bewusst. Sie treten für Initiativen ein, die umweltschädliche Praktiken reduzieren, um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern.
- Pflegefachpersonen arbeiten mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen und der Bevölkerung zusammen, um die Grundsätze der Gerechtigkeit zu wahren, indem sie die Verantwortung für Menschenrechte, Chancengerechtigkeit und Fairness fördern und sich für das öffentliche Wohl und für einen gesunden Planeten einsetzen.
- Pflegefachpersonen arbeiten länderübergreifend zusammen, um die globale Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten, und Richtlinien und Grundsätze dafür sicherzustellen.

Der ICN-Ethikkodex zum Download:



Ist man als Pflegekraft verpflichtet sich an den Ethikkodex zu halten?

- ICN ist ein **internationaler Berufsstandart!** - kein eigenes Gesetz
ABER
 - Prinzipien sind **im GUKG** geregelt
- Laut GUKG müssen Pflegekräfte:
 - Würde und Rechte der Patient*innen respektieren
 - Sorgfältig und fachgerecht arbeiten
 - Schweigepflicht einhalten
- Was passiert wenn diese Prinzipien lt. GUKG (Berufspflichten) nicht eingehalten werden
 - **Arbeitsrechtliche Folgen** (z.B. Kündigung),
 - **zivilrechtliche Folgen** (z.B. Schadenersatz),
 - **strafrechtliche Folgen** (z.B. bei Verletzung der Schweigepflicht)

Pflegetheorien und Pflegemodelle

***„Die Praxis ist nur so gut wie ihr
theoretisches Fundament!“***

(S. Käppeli, 1994)

Pflegetheorie vs. Pflegemodell

- werden in der Praxis oft als Synonym verwendet
- **Pflegetheorien** bieten **theoretische Grundlagen**,
- **Pflegemodelle** **Strukturen** und **Methoden** für die Pflege
- Beide sind auf das Ziel ausgerichtet, **die Pflegequalität zu verbessern**.
- **Pflegetheorien** sind in der Regel **abstrakter**

Pflegetheorie

Pflegetheorie

- ist ein **theoretisches Konzept**, das grundlegende Erklärungen zur Pflegepraxis liefert
- dient der **Wissenschaft** und soll das Verständnis von Pflegeprozessen und Pflegehandlungen verbessern
- Theorien beruhen auf **wissenschaftlichen Erkenntnissen**

Pflegemodelle

Pflegemodell

- **Was ist das?**

"Plan" wie Pflege organisiert durchgeführt wird

hilft Pflegekräften den Menschen ganzheitlich zu sehen

- **Wozu braucht man ein Pflegemodell?**

Strukturierte und individuelle Pflege

um Pflege besser planen, durchführen und bewerten zu können

damit alle im Pflorgeteam nach dem gleichen Verständnis arbeiten

Pflegemodell nach Krohwinkel

- Monika Krohwinkel
- 1941 in Hamburg geboren
- Pflegemodell: **Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens** (ABEDL)
- **ressourcenorientiertes** und **ganzheitliches** Modell
- richtet Pflegepraxis auf individuelle Bedürfnisse der Patienten aus
- basiert auf dem Konzept der **Salutogenese**

(Krohwinkel, 1993)

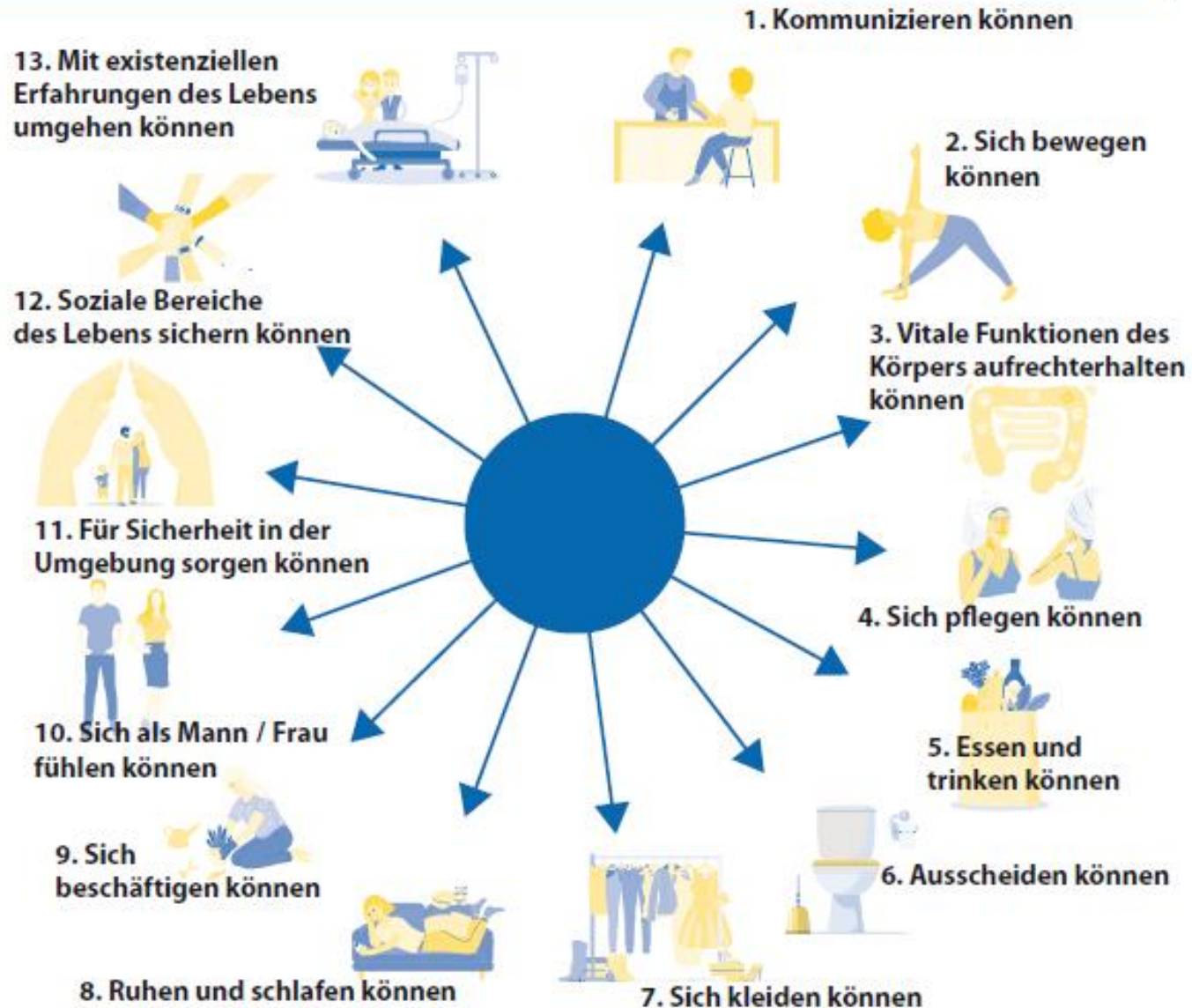
Pflegemodell nach Krohwinkel

- **13 Lebensaktivitäten**

stehen in Beziehung zueinander und sind nicht hierarchisch geordnet

- bilden Grundlage der Pflege
- Aktivitäten umfassen körperliche, psychische und soziale Aspekte des Lebens

Übersicht: Die 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel



Kommunizieren können

- Kommunikation eine zentralen Aktivitäten im Leben
- um **Bedürfnisse auszudrücken**, Beziehungen aufzubauen und soziale Teilhabe zu ermöglichen
- fördern der Kommunikation des Patienten, auch wenn die Fähigkeit, zu sprechen eingeschränkt ist
→ **nonverbale Kommunikation**

(Krohwinkel, 2007)

Sich bewegen können

- umfasst die **körperliche Bewegung**
- Patienten bei Erhaltung oder Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit unterstützen

Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten

- Körperfunktionen wie **Atmung, Kreislauf, Temperaturregulation** und **Ausscheidung**, die für das Überleben eines Menschen von Bedeutung sind
- Pflegekräfte spielen eine zentrale Rolle bei der **Überwachung** und **Aufrechterhaltung** der Vitalfunktionen
- pflegerische Maßnahmen wie Atemübungen, Kreislaufstabilisierung und Flüssigkeitsmanagement können das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Patienten sichern und fördern

(Krohwinkel, 2007)

Sich pflegen können

- umfasst Maßnahmen wie **Waschen, Zähneputzen und Hautpflege**
- Pflegekräfte sorgen für hygienische Pflege und fördern die **Selbstständigkeit** des Patienten

(Krohwinkel, 2007)

Essen und trinken können

- beinhaltet alles, was mit der **Nahrungsaufnahme** zu tun hat
- Zubereiten und Einnehmen von Mahlzeiten
- Pflegekräfte helfen, Patienten die Schwierigkeiten beim Essen oder Trinken haben
- unterstützen sie dabei möglichst selbstständig zu bleiben

Ausscheiden können

- bezieht sich auf **körperlichen Funktionen**, wie Harnlassen und Stuhlgang
- Pflegekräfte unterstützen bei Hygiene und Umgang mit Inkontinenz
- um Intimsphäre zu wahren und Lebensqualität zu erhalten

Sich kleiden können

- Fähigkeit, sich selbst zu **kleiden** und sich so zu präsentieren, wie es der Patient möchte
- Pflegekräfte helfen bei Auswahl von Kleidung oder Unterstützung beim Ankleiden

(Krohwinkel, 2007)

Ruhen und schlafen können

- Fähigkeit, **ausreichend zu schlafen, sich zu erholen** und **körperliche sowie geistige Regeneration** zu erleben
- Schlaf ist notwendig, die **Gesundheit** zu fördern, **Kräfte zu regenerieren** und **körperliche sowie psychische Balance** zu wahren
- Pflegekräfte unterstützen durch pflegerische **Maßnahmen** wie geeignete **Schlafumgebung** und Förderung eines Schlafrhythmus ausreichend zu schlafen

Sich beschäftigen können

- Fähigkeit sich mit **Tätigkeiten, Interessen** und **Hobbys** zu beschäftigen
- Pflegekräfte spielen eine zentrale Rolle dabei, die **Beschäftigungsfähigkeit** zu unterstützen
- durch Förderung von **Hobbys**, Integration in **soziale Aktivitäten** oder geistige **Förderung**

(Krohwinkel, 2007)

Sich als Mann oder Frau fühlen können

- **Identität, Selbstwertgefühl** und **Gefühl der Zugehörigkeit** zu einem Geschlecht
- Gefühl, sich als **Mann oder Frau** zu fühlen, ist für psychische Wohlbefinden von großer Bedeutung
- Pflegekräfte spielen eine entscheidende Rolle, die **Geschlechtsidentität** und das **Selbstwertgefühl** zu respektieren und zu fördern
- geschieht durch Berücksichtigung individueller Bedürfnisse z.B. in der Körperpflege und der Kleidung

Für eine sichere Umgebung sorgen können

- Fähigkeit sich in einer **sicheren, gesunden und geschützten Umgebung** zu bewegen und zu leben
- sichere Umgebung umfasst sowohl **physische** als auch **psychische Sicherheit**
- Pflegekräfte haben die Aufgabe, eine sichere Umgebung zu fördern, das Wohlbefinden und die Selbstständigkeit der Patienten zu unterstützen

(Krohwinkel, 2007)

Soziale Bereiche des Lebens sichern können

- Fähigkeit aktiv an **sozialen** Aspekten des Lebens teilzunehmen
- Aufrechterhaltung von **Beziehungen, Freundschaften, und Familienbande**
- der Teilnahme an **gesellschaftlichen Aktivitäten**
- Pflegekräfte können durch verschiedene Maßnahmen wie **Erhalt von Beziehungen** und **Organisation von Freizeitaktivitäten** dabei helfen, ein aktives soziales Leben zu führen

Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

- Fähigkeit mit **lebensverändernden** und **existentiellen Erfahrungen** wie Krankheit oder Tod umzugehen
- stellen oft große emotionale Herausforderungen dar
- Pflegekräfte können durch **emotionale Unterstützung**, **Trauerbegleitung** und den respektvollen Umgang mit **spirituellen Bedürfnissen** eine bedeutende Rolle spielen, Lebensqualität zu erhalten und bei der Bewältigung von existentiellen Herausforderungen zu helfen

Pflegemodell nach Böhm

- von Prof. Dr. Erwin Böhm entwickelt
- Pflege von demenziell erkrankten Menschen
- basiert auf **ganzheitlich-psychobiografischen Ansatz**
- verlorene Fähigkeiten durch gezielte emotionale Ansprache reaktivieren
- Grundlage ist individuelle Lebensgeschichte (**Biografie**)
- Ziel ist es, an vertraute frühere Erlebnisse und Gefühle anzuknüpfen, um Sicherheit und Orientierung zu schaffen.
- **Beziehungsarbeit:** Aufbau einer emotional sicheren Beziehung.
- **Reaktivierung:** Förderung noch vorhandener Ressourcen statt Defizitorientierung.
- **Milieugestaltung:** Alltag und Umgebung werden so gestaltet, dass sie Sicherheit bieten und frühere Lebensmuster widerspiegeln.

Mäeutisches Pflegemodell

- Entwickelt von Cora van der Kooij
- „Mäeutik“ = „Hebammenkunst“
- Im Mittelpunkt steht der Mensch mit seinen Beziehungen.
- "erlebensorientierte Pflege"
- Einsatz: Geriatrie und Betreuung Demenzerkrankter
- jeder Mensch hat:
 - Lebensgeschichte (Biografie)
 - Gefühle
 - Bedürfnisse
 - Identität
- Auch bei Demenz bleibt das Erleben erhalten

Mäeutisches Pflegemodell

Zentrale Prinzipien

- Personenzentrierung (Mensch im Mittelpunkt)
- Empathie & Intuition
- Beziehung vor Handlung
- Bewusstmachen von Gefühlen
- Reflexion des eigenen Handelns

Ziele

- Erhalt der Lebensqualität
- Selbstbestimmung fördern
- Wohlbefinden steigern
- Beziehung stärken

Pflegekonzepte

Pflegekonzept

- Voraussetzung für eine systematische und effektive Pflege
- Häufig werden die Inhalten an das Pflegemodell angepasst
- Beispiele:
 - **Bezugspflege** → Pflege, bei der eine feste Bezugspflegeperson für die Betreuung verantwortlich ist
 - **Funktionspflege** → Pflege, die sich auf bestimmte Aufgaben und Funktionen fokussiert, ohne eine persönliche Beziehung

Bezugspflege vs. Funktionspflege



Persönliche Beziehung



Verantwortung & Kontinuität



Individuelle Betreuung



Kommunikation & Koordination

Patient:innen im Mittelpunkt

Ganzheitlich & individuell



Standardisierte Aufgaben



Hierarchische Struktur



Kosteneffizient



Funktion & Routine

Tätigkeiten im Fokus

Routine & Aufgaben

Pflegetheorien ↓

werden konkretisiert durch...

Pflegemodelle ↓

werden konkretisiert durch...

Pflegekonzepte

Pflegeprozess

Definition Pflegeprozess

- besteht aus logischen, voneinander abhängigen Überlegungs- Entscheidungs- und Handlungsschritten
- auf eine Problemlösung (Ziel) ausgerichtet
- Regelkreis → strukturiert - läuft immer nur in eine Richtung
- ist ein Problemlösungs- und Beziehungsprozess
- beginnt mit ersten Kontakt zum Patienten und endet mit dem Letzten
- orientiert sich am aktuellen Gesundheits- und Krankheitszustand des Patienten

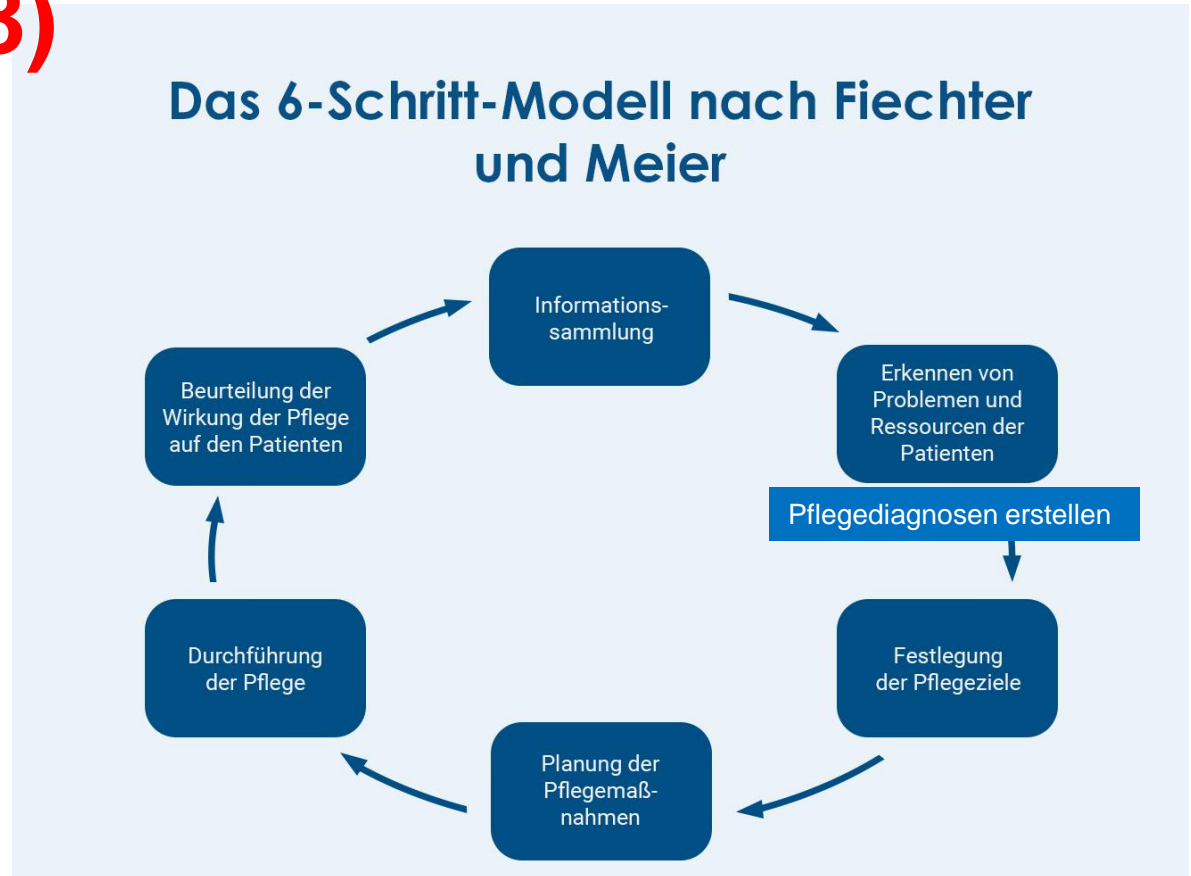
Ziel

- Patienten und Angehörige **mit einbeziehen**
- **Kontinuität** in der Durchführung pflegerischer Handlungen zu gewährleisten
- **Lebensqualität** erhalten/ wiederherstellen
- **Selbständigkeit** des Patienten zu erhalten/ erreichen → **Unabhängigkeit**

Merkmale

- Orientierung am Patienten
 - muss für jeden individuell erstellt werden
- Ganzheitlichkeit
 - Ganzheitlich Betrachtungsweise
 - Mensch und die Umgebung
- Schritte bauen logisch aufeinander auf

Pflegeprozess nach Fiechter und Meier (1988)



nach diesem wird in Österreich gearbeitet!

1. Informationssammlung

- **Pflegeassessment/ Pflegeanamnese**
- **Falsche Angaben** führen zu **falschen Entscheidungen**
- **Unvollständige Angaben** führen zu **mangelnder Versorgung**
- **Informationsquellen**
 - Aufnahmegespräch (Anamnese)
 - Fremdanamnese (z.B. mit Angehörigen)
 - **Beobachtungen**
 - Objektive Daten (Gewicht, Größe,..)
 - Medizinische und pflegerisch Dokumentation

Beobachtung in der Pflege

- Wie können Sie den Gesundheitszustand eines Patienten beobachten?
- Welche Methoden, Techniken und Instrumente können Sie einsetzen?

Assessmentinstrumente zur Beobachtung

→ siehe Prophylaxen

Beispiele:

- Braden- Skala
- Norton Skala
- Schmerzskala
- Morse- Fallrisikoskala
-

Pflegephänomene

- beobachtbares Verhalten, Erleben oder eine Reaktion eines Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit
- Schmerzen
- Atemnot
- Bewegungseinschränkung
- Angst
- Verwirrtheit
- Traurigkeit

Informationsweitergabe

Welche Möglichkeiten gibt es?

- Schriftlich (Dokumentation- Pflegebericht)

- Mündlich – nach ISBAR – Schema
 - I= Identifikation Um wen geht es?
 - S= Situation Was ist gerade das Problem?
 - B= Background Wichtige Infos zur Vorgeschichte
 - A= Assessment Werte, Beobachtungen
 - R= Recommendation Was soll passieren?

Anwendung des ISBAR-Schemas

— Fallbeispiel: Herr Berger nach Bauch-OP —

I = IDENTIFY

Ich rufe wegen Herrn Berger, Zimmer 8 an.



S = SITUATION

„Er hat starke Schmerzen und ist sehr unruhig.“



B = BACKGROUND



„Er wurde vor 2 Tagen am Bauch operiert.“

A = ASSESSMENT

„Er ist blass, schwitzt und hat einen schnellen Puls.“



R = RECOMMENDATION

„Ich bitte um sofortige ärztliche Beurteilung.“

2. Pflegediagnosen

- Probleme und Ressourcen erkennen

- **Probleme**

Beeinträchtigungen die einschränken

wenn nicht selbst zu kompensieren sind, wird Unterstützung/ Pflege gebraucht

- **Ressource**

Fähigkeiten die genützt werden können um Selbstständigkeit zu erhalten

daraus wird die **Pflegediagnose** abgeleitet

Zusammenhang in der Praxis

| | Frage | Beispiel |
|----------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Pflegephänomen | Was fällt mir auf? (Beobachtungen) | Patient sagt „Ich habe Schmerzen“ |
| Problem | Was ist das Pflegeproblem? | Akuter Schmerz |
| Ressource | Was kann der Patient noch? | Kann sich selbstständig setzen |

Pflegediagnosen nach POP

POP= Praxisorientierte Pflegediagnostik

1. Pflegediagnose (Problem oder Risiko)
2. Ressourcen (was kann der Patient noch?)
3. Einflussfaktoren / Ursachen
4. Symptome (Anzeichen)
5. Ziele
6. Maßnahmen

Pflegediagnose nach POP

Pflegediagnose (Problem oder Risiko)

- Bewegungseinschränkung
- Sturzgefahr



Ressourcen

(Was kann der Patient noch?)

- Guter Oberkörperkraft
- Mobil mit Rollator
- Orientiert



Einflussfaktoren / Ursachen

- Schwäche der Beinmuskulatur
- Gleichgewichtsstörungen
- Medikamenteneinnahme



Symptome (Anzeichen)

- Gangunsicherheit
- Torkeln
- Angst vor Stürzen



Ziele

- Sturz vermeiden
- Sichere Fortbewegung
- Selbstständigkeit fördern



Maßnahmen

- Gehtraining
- Unterstützung bei Transfers
- Hilfsmittel bereitstellen
- Sturzprophylaxe

3. Pflegeziele

Festlegen von Pflegezielen → SMART Regel

- **S**pezifisch: klar und eindeutig definiert
- **M**essbar: es muss möglich sein, die Erreichung des Ziels zu überprüfen
- **A**ttaktiv: (Achievable): relevant und erstrebenswert
- **R**ealistisch: realistisch und erreichbar. Ressourcen und die aktuelle Situation sollten berücksichtigt werden
- **T**erminiert: klare Zeitvorgabe

4. Pflegemaßnahmen

- **Was** soll getan werden
- **Wie** soll es getan werden
- **Wann** soll es getan werden
- **Wie oft** soll es getan werden
- **Wo** soll es getan werden
- **Womit** soll es getan werden
- **Wer** tut es

5. Durchführung

- Beraten
- Begleiten
- Unterstützen/ assistieren
- Fördern

Im pflegerischen Tun Begriff **oftmals nicht zu trennen**

Pflegemaßnahmen müssen **gewissenhaft** und **nach Angabe** in der Pflegeplanung **durchgeführt** und **dokumentiert** werden

Änderungen im **Pflegebericht** vermerken (neue Planung)

6. Evaluation

- **Wurde das Pflegeziel erreicht?**
 - Ja → absetzen
 - Nein → anpassen

- **Zeitpunkt:**
 - wird **bei Planung festgelegt**
 - Krankenhaus: 1/ Woche
 - Langzeiteinrichtungen: 1/Monat

bei plötzlichen Veränderungen muss sofort evaluiert werden

Grundzüge der Dokumentation

Warum ist Dokumentation in der Pflege wichtig?

- **Frage: Haben Sie schon mal vergessen, was Sie gestern gegessen haben?**

Bezug zur Pflege: wichtige Informationen müssen schriftlich festgehalten werden, damit nichts vergessen wird und eine gute Pflege gewährleistet ist

- **Rollenspiel: „Stille Post“**

Bezug zur Pflege: Informationen können sich verändern, eine schriftliche Dokumentation sorgt für Sicherheit und Klarheit

Dokumentationen im Krankenhaus

- Fieberkurve
- Befunde
- Arztbriefe
- Pflegedokumentation

Fieberkurve



Best.Nr. R 13 0018 HINZ-SPRACHLEITUNG BY GRUNDHEILTSWEISER
1100 FÜR DEN ANSCHLUSSE AN DEN RECHNER

Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Dat.: _____

DOKU.in.Form

7. Fieberkurve

Legende: Δ = Erbrechen
 I = Stuhlgang
 □ = Stuhlgang/Durchfall

| Datum | () | () | () | () | () | () | () | |
|-------------------------------|----------------------|--------------|-----------------------|---------|---------|---------|---------|--|
| Isolation | | | | | | | | |
| Kost | | | | | | | | |
| Mob: | 0 12 18 | 0 12 18 | 0 12 18 | 0 12 18 | 0 12 18 | 0 12 18 | 0 12 18 | |
| Cave / Allergien: | RR | Puls | Temp. | | | | | |
| | 180 | 160 | 41 | | | | | |
| | 160 | 140 | 40 | | | | | |
| | 140 | 120 | 39 | | | | | |
| | 120 | 100 | 38 | | | | | |
| | 100 | 80 | 37 | | | | | |
| | 80 | 60 | 36 | | | | | |
| | 60 | 40 | 35 | | | | | |
| | SpO ₂ | 1) Raumluft | 2) mit O ₂ | | | | | |
| | O ₂ l/min | | | | | | | |
| Schmerzen in Bewegung | NRS (0-10) | | | | | | | |
| Schmerzen bei Ruhe | NRS (0-10) | | | | | | | |
| Einfuhr | | | | | | | | |
| Ausfuhr / DK | | | | | | | | |
| Stuhl / Erbrechen | | | | | | | | |
| Abfuhrmaßnahmen | | | | | | | | |
| Größe: cm | BMI: | Gewicht (kg) | | | | | | |
| VW | () | () | () | () | () | () | () | |
| Sonden / Drainagen / Katheter | Hz. | Hz. | Hz. | Hz. | Hz. | Hz. | Hz. | |
| durchgeführte Diagnostik: | | | | | | | | |
| Kurznotiz Arzt: | | | | | | | | |

MUSTER
 rechtlich geschützt
 im Gesamtschulsystem
 7-18 12 107
 04-0
 -150

Befunde

 UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ
Klinik und Poliklinik Neurologie

Name des Patienten:

Prof. Dr. med.

D. Hundertmark, H. Amend, A. Filbrandt
Logopädie
605 / 2 / Station 2C
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
Telefon: +49 (0) 6131 17-6377

Zusammenfassung, Diagnose:

Dysphagie FOIS: 7 FEDSS:

Oralisierung **Anmerkungen** **Kostform**

feste Kost: allein
 halb feste Kost: allein
 Flüssigkeiten: allein
 flüssig

Befund:

Allgemeiner Status

Vigilanz: wach
Bukko-faziale Apraxie: nein
Neglect: nein
Trachealkanüle: nein

Paresen

Fazialis: nein
Glossopharyngeus: nein
Hypoglossus: nein
Vagus: nein

Funktionsüberprüfung

Velopharyngealer Verschluss: vollständig
Glottisschluss: vollständig
Stimm lippenbeweglichkeit: symmetrisch
Luftanhalten:
einfach: 0 kräftig: 0 pressen: 0

Strukturveränderungen

HNO-Konsil empfohlen

Sekretmanagement

Speichel/Sekret PAS: 1

Sekretbeurteilungsskala 0 / 0
Reinigungsmanöver 0 / 0

BfU-Web

Arztbriefe



DR. MAX MUSTERDOC
Arzt für Allgemeinmedizin

Dr. Max Musterdoc
Arzt für Allgemeinmedizin
Ferdinandstraße 11/2/10
1020 Wien
Tel.: 01 987 6543
email: ordi@musterdoc.at

Dr. Maximilian Latido
Arzt für Allgemeinmedizin
Praterstraße 22
1020 Wien

Wien, am 29.12.2017

ARZTBRIEF

Sehr geehrte/r Dr. Maximilian Latido,
Die Patientin Lara Musterfrau war von 19.12.2017 bis 29.12.2017 bei mir in Behandlung.

Psychopathologischer Status

Status:

Bewusstsein: wach, klar; Orientierung: örtlich reduziert; Auffassung: reduziert; Konzentration: reduziert; Ductus: gedankendrängen, konfabulierend; Produktivität: Optische Halluzinationen; Ich-Störungen: Depersonalisation; Stimmungslage: innerlich ruhig; Affekt: parathym; Antrieb: gehemmt; Affizierbarkeit: im positiven Skalenbereich reduziert; Appetit: gesteigert; Zwänge: Zwangshandlungen; Ängste: Agoraphobie; Suizidalität: akut

Dauermedikamente

| | Morgen | Mittag | Abend | Nacht | Kommentar |
|-----------------|--------|--------|-------|-------|-----------|
| Marcoumar Tabl. | 1 | 0 | 1 | 0 | |

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Max Musterdoc
Arzt für Allgemeinmedizin

Pflegedokumentation

Rechtliche Grundlagen

- **Dokumentationspflicht**
 - ergibt sich aus berufsrechtlichen Regelungen



Anforderungen

- Pflegedokumentation = **Qualitätssicherung**.
- **Beweissicherung**
 - **Wird eine Maßnahme oder eine Beobachtung nicht dokumentiert, begründet dies die Vermutung, dass diese nicht ergriffen bzw. ein Phänomen nicht erkannt wurde.**
- Zweck ist nur erfüllt, wenn Dokumentation **vollständig, richtig, zeitnah, chronologisch, der verantwortlichen Person zuordenbar und lesbar** ist.
- Dokumentation unterliegt den Regelungen über die **Verschwiegenheit**.

Prinzipien der Pflegedokumentation

- **Echtheit**

- **Urkunde**

- Eintragungen dürfen nicht überklebt oder übermalt werden
 - persönlich nach Durchführung dokumentieren

- **Sicherheit**

- Bestimmte Infos stehen **immer an gleicher Stelle**

- **Eindeutigkeit**

- **Doppelte Dokumentation vermeiden**
 - Beispiel: Sie haben ein Medikament verabreicht und abgezeichnet, Sie müssen es nicht nochmals im Pflegebericht dokumentieren

Prinzipien der Pflegedokumentation

- **Zeitliche Nähe**
 - **Unmittelbar** nach Ereignis
- **Datenschutz**
 - Dokumentation darf nur für Personen **zugänglich** sein, die unmittelbar mit Pat. arbeiten
 - Pat. hat **Recht auf Einsicht**

Pflegebericht

- Teil des patientenbezogenen Verlaufsberichtes,
- Auskunft über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten
- Persönliche Ansichten bzw. Interpretationen vermeiden.
- Beobachtungen, Abweichungen von der Norm müssen nachvollziehbar festgehalten werden
- Floskeln die kaum Informationsgehalt bieten vermeiden
 - „hat die ganze Nacht nicht geläutet“
 - „keine Besonderheiten“
 - „keine Beschwerden“
 - „Patient o. B.“
 - „alles in Ordnung“.
- Abkürzungen vermeiden werden → Abkürzungsverzeichnis

Pflegebericht

Voraussetzungen

- Systematisch und lückenlos
 - „Dinge die nicht dokumentiert sind, sind nicht gemacht!“
- Übersichtlich und linear
 - Mehrfachdokumentation nicht nötig
- Zeitnah und individuell
- Objektiv und professionell formuliert
 - Fachsprache!
- Überprüfbar und qualitätssichernd
 - Handzeichen, Datum, Uhrzeit

Pflegebericht

- ist ein Baustein der Pflegedokumentation
- ist KEINE medizinische Datensammlung

Literatur

- Antonovsky, A. (1970). *Health, stress, and coping: The exploration of a new approach*. Jossey-Bass.
- Bauer, S. (2014). *Grundlagen der Pflege*. Springer.
- Böhm, E. (2019). *Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm: Band II: Arbeitsbuch*. Maudrich Verlag.
- Dogan, G. (2025). *Skriptum: Grundzüge der Dokumentation und Pflegeprozess. Pflegeassistentenausbildung, ABZ Wiener Rotes Kreuz*.
- Haug, R., & Rütten, A. (2018). *Gesundheitsförderung in der Pflege*. Kohlhammer.
- Kölbl, M. (2011). *Pflegewissenschaft: Eine Einführung*. Thieme.
- Krohwinkel, M. (2007). *Pflege im Wandel: Das Modell der Aktivitäten des Lebens (ABEDL)*. Schlütersche.
- Müller, L. (2015). *Einführung in die Pflegewissenschaft: Theorien und Modelle*. Thieme.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Harrison and Sons.
- van der Kooij, C. (2017). *Das mäuseutische Pflege- und Betreuungsmodell: Darstellung und Dokumentation*. Hogrefe.