

HKP PFASS 2025

Menschen im häuslichen Umfeld pflegen

Begriffserklärungen

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird Bedarf an betreuungsbedürftigen Menschen bis 2030 auf ca 645000 steigen.

Menschen werden früher aus KH entlassen (Kostenfaktor), Zunahme von 1 Personen-Haushalt (keine Mehrfachgeneration im gleichen Haushalt), Berufstätigkeit der Frauen steigend, Wunsch der KlientInnen daheim gepflegt zu werden



Begriffserklärungen

Definition HKP:

häusliche Pflege, mobiler oder ambulanter Dienst, extramurale Pflege,
sozialmedizinischem Pflegedienst,

extramural = ausserhalb der Mauern



Begriffserklärungen

HKP bedeutet Pflege und Betreuung von Menschen zu Hause.

HKP ist die fachliche Pflege durch persönliche Dienstleistung von Pflegepersonen im Sinne des Bundesgesetzes betreffend, an Patienten in DEREN Wohnbereich. Umfasst die Pflege bei Erkrankungen aller Art und jeden Alters.



Begriffserklärungen

HKP ist die fachliche Pflege durch diplomiertes Gesundheits und Krankenpflegepersonen und PflegefachassistINNEN und PflegeassistentINNEN (lt GuKG)

Sie umfasst Pflege und Betreuung aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, Pflege und Betreuung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Schwerkranker oder Sterbenden - sowie die Mitwirkung an Prävention, Rehabilitation und Vorbeugung von Krankheiten.



Begriffserklärungen

HKP ist die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ÄAO (ärztlichen Anordnungen).

Der Zugang zu einem professionellem Pflegedienst ist in Österreich WAHLFREI.

Finanzielle Unterstützung gibt es in Form von Pflegegeld oder auch Med.HKP

(medizinische HKP liegt vor nach ÄAO, muss von Versicherung als
krankenhausersetzend anerkannt werden)



BEgriffserklärungen

WELCHE AUFGABEN HAT DIE MEDIZINISCHE HKP UND WIE FINANZIERT SICH DIESE ZUR ZEIT?

Die ÖGK übernimmt nur Kosten, wenn eine medizinische Behandlung notwendig ist!

Die Tätigkeit umfasst nur medizinische Leistungen und muss von DGKP erbracht werden unter ÄAO (Verordnung HA).

Tätigkeiten: Verabreichung von speziellen Injektionen/Infusionen,

Sondenernährung, Wundversorgung

KEINE Grundpflege!

Med. HKP wird maximal über 4 Wochen gewährleistet, dann muss HA neue Verordnung an ÖGK schicken!

Soll KH Aufenthalt verhindern. Verordnung muss enthalten Diagnose, Art der Behandlung, Therapieziel, wer erbringt Leistung und wo die med. HKP durchgeführt wird.

Begriffserklärungen

Selbstpflege

Laienpflege (durch Angehörige)

professionelle Pflege (berufliche Pflege) gegen Bezahlung, orientiert sich nach Qualitätskriterien.

Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus Unvermögen die Verantwortung für die Gesunderhaltung übernehmen zu können.

In der HKP spricht man von KundINNEN oder KlientINNEN, da es sich um einen Dienstleistungsberuf handelt, d. h. Berufe in denen der Mensch im Mittelpunkt steht.



Berufsgruppen und extramurale Dienste

Gesundheitsdienstleistungen unterscheiden sich wie folgt:

klassische Einrichtungen wie niedergelassene Ärzte, KH, Ambulatorien, Apotheken, Kur und Heilanstalten

sozialmedizinische Dienste - HKP (DGKP; PFASS;PA) und Therapeuten

mobiles Palliativteam

soziale Dienste - Heimhilfe, Tagesmütter, Essen auf Räder, Familienhilfe



Berufsgruppen und extramurale Dienste

Die HKP ist ohne Zusammenarbeit anderer extramuralen Diensten nicht denkbar.

Um einen Menschen mit physischen oder psychischen oder soziale Einschränkungen in seinem häuslichen Umfeld optimal zu versorgen bedarf es an einem ZUSAMMENWIRKEN von allen!

Im Ganzen denken! Keinen Bereich auslassen! Sicherheit geben!

Notruftelefon, Essen auf Räder, Besuchsdienste, AlltagsbetreuerINNEN...es GIBT Möglichkeiten um den Wunsch der Menschen zu erfüllen- daheim zu bleiben!



Berufsgruppen und extramurale Dienste

Beispiel Aufbau einer DLE (Dienstleistungseinrichtung) einer Organisation:

DGKP mit Funktion Pflegemanager

DGKP mit Funktion stv. Pflegemanager

DGKP als primary nurse

DGKP

PFASS

PA

HH

Sekretärin, Einsatzplanerin, TherapeutINNEN, Tagesmutter



Berufsgruppen und extramurale Dienste

Entlassungsmanagement:

Das Entlassungsmanagement ist die Schnittstelle zwischen einem KH Aufenthalt und der Entlassung in die häusliche Pflege.

Hier wird auf der individuelle versorgungsbedarf der Patienten für die Betreuung zu Hause erhoben.



Entlassungsmanagement

Das Entlassungsmanagement kommt zu bestimmten Zeiten auf die Station um mit behandelnden Ärzten und der Stationsleitung die Entlassung des Patienten vorzubereiten.

EntlassungsmanagerINNEN sind im KH Ansprechpartner und Koordinationspersonen für Patienten und deren Angehörige, Pflegepersonal, mobiles Palliativteam, Ärzte, Sozialarbeiter, ambulante Anbieterorganisationen, Physiotherapeuten, Apotheken usw.



Entlassungsmanagement



Entlassungsmanagement

Jahrelange fundierte Erfahrung im Bereich extra und intramuraler Pflege mit Kenntnissen über Tätigkeitsprofile einzelner Berufsgruppen und im Sozialversicherungssystem ,Strukturen im KH als auch bei Anbieterorganisationen, Kenntnisse über Heil und Behelfsmittel sowie multikulturelles Wissen sind Voraussetzung.



Entlassungsmanagement

Ziel des Entlassungsmanagement sind Kontinuität der Versorgung des Patienten zwischen stationärem Bereich und dem ambulanten /Zu Hause.

Spitalsaufenthalt möglichst auf Mindestmaß zu reduzieren und Wiedereinweisungen zu vermeiden!

Keine Versorgungslücken aufkommen lassen!



Entlassungsmanagement

Zielgruppen des Entlassungsmanagement werden Patienten mit komplexen ambulanten Versorgungsbedarf genannt -

Patienten, die extramurale Dienstleistung benötigen, Grund und Behandlungspflege, soziale Dienste brauchen.

Patienten, welche Wiederaufnahme von schon vorher bestehenden mobilen Diensten benötigen, pflegende Angehörige brauchen oder sich selbstständig versorgen können mit diversen Hilfsmittel.



Entlassungsmanagement

Erstleistung des Entlassungsmanagements sind Information und Beratung von Patienten und deren Angehörigen über diverse Betreuungsmöglichkeiten:

ob zb Reha, Tagesklinik, extramurale Dienste, mobiles Palliativteam, stundenweise Betreuung oder 24 h Betreuung von Nöten- qualitative und quantitative Einschätzung der Dienstleistung, Planung der Entlassung und Durchführung, Organisation von Hilfsmittel, bei Bedarf Information zu Finanzierungsmöglichkeiten.



Entlassungsmanagement

Informationen erfolgen schriftlich und/ oder mündlich an weiterbetreuende Institutionen und Berufsgruppen und Angehörige.

Angehörige sind in der ambulanten Betreuung eine wichtige Ressource.

Angehörigencoaching wird in Zukunft mehr eine Rolle spielen-
Angehörigencoaching durch professionelle Pflegepersonen! Begleitung und Beratung der pflegenden Angehörigen durch DGKP, PFASS, PA.





Entlassungsmanagement

Tätigkeiten zur Qualitätssicherung-- Dokumentation bei Entlassungsvorbereitung und Evaluierung und Optimierung der erbrachte Dienstleistung,

Evaluierung des Einzelfalles, Teilnahme an Teambesprechungen und Fallbesprechungen, Supervision, Weiterbildung



Case Management

Ist der Prozess für Hilfestellung für Menschen , die Unterstützung von mehreren Helfern zugleich erforderlich macht.

Case Management konzentriert sich auf Organisation und Ausschöpfung von vorhandener Ressourcen -Angehörige, Dienstleistungsanbietern, finanzielle Mittel -für jeden Klienten individuell in seiner speziellen Lage zugänglich machen.



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

Für die Pflegepersonen in der HKP bedeutet es IMMER als Gast zum Klienten zu kommen!.

Auch wenn die Betreuung monate - oder jahrelang besteht.

“My home is my castle”

Der Klient ist der Hausherr und bestimmt alleine über seine Lebensweise, seine Rechte und Gebräuche!





Casemanagement

CM ist immer langfristige Hilfe -sorgt für notwendige Unterstützung im Einzelfall.

Netzwerken! Multiprofessionelle Zusammenarbeit! Interdisziplinäre Zusammenarbeit!



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

Für den Klienten bedeutet sein Wohnbereich ein Ort des Wohlbefindes, der Sicherheit, des Ursprungs, des Vertrauens, der Familie, gekoppelt an Erinnerungen und Traditionen.

Damit bestimmt der Klient als Hausherr/ Hausfrau in seiner vertrauten Umgebung über die Rahmenbedingungen der Hauskrankenpflegeperson und deren Handlungsfreiraum.



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

Die Pflegeperson muss sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeiten klar sein, dass sie sich immer wieder an neuen Arbeitsplatz gewöhnen muss und sich den festen Gewohnheiten des Klienten beugen muss (z.B. immer gleicher Sitzplatz des Klienten am Tisch bei den Mahlzeiten, Aufbewahrung der Waschutensilien im BZ immer am selben Platz usw.).



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

Nach Aufbau eines gewissen Vertrauensverhältnisses ist es durchaus möglich das der Klient Bereitschaft signalisiert, der Hauskrankenpflegeperson mehr freien Spielraum zu geben.

Vertrauen muss man sich verdienen!

Behutsam vorgehen bei Veränderungsvorschlägen!



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

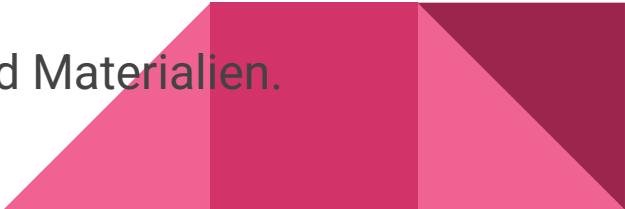
Mit dem Eigentum des Klienten ist mit Sorgsam und Zuverlässigkeit umzugehen (zb Verwahrung Hausschlüssel).

Der Klient muss jeder Tätigkeit zustimmen -zb Holen von Wäsche aus einem Kasten.

Die Pflegeperson bekommt viel mehr mit vom Alltag und Privatleben des Klienten-Schweigepflicht!

Klient und Angehörige n Pflegeplan vielmehr einbeziehen! Dokumentieren!

Sorgsamer, sparsamer Umgang mit Pflegehilfsmitteln und Materialien.



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

Für die Pflegeperson bedeutet das Betreuen von Klienten in ihrer vertrauten Welt viel Anpassung, Eigenständigkeit und Eigenverantwortung (keine Kollegin, kein Arzt in der Nähe).

Immer wieder kann man in unvorhergesehene Situationen kommen , die vielleicht auch nicht immer angenehm sind (verschmutzte Wohnsituation, gestresste Angehörige oder betrunkene Partner)- es ist die intime ,private Welt des Klienten, die man nach und nach kennenlernt und sich anpassen muss.



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

Selbstverständlich darf es nie zu Übergriffen (verbal, physisch..) von Klienten oder Angehörige auf die Pflegeperson kommen -- rote Linie! Stop! Sofortige Meldung an Pflegedienstleitung!

Übergriffe sind Grund für sofortigen Betreuungsstop!

.....

....und selbstverständlich sollte es sein, seinen Arbeitsplatz im Haushalt des Klienten sauber zu verlassen (Müllentsorgung) und auf saubere Schuhe zu achten (Überschuhe!!!)!



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

Manchmal bedeuten diese individuellen Gewohnheiten der Menschen in ihrer vertrauten Umgebung einen vermehrten Arbeitseinsatz für die Hauskrankenpflegeperson.

Wichtig sind daher Austausch mit Kolleginnen, Fallbesprechungen, Teamsitzungen.



Rolle der Pflege im Haushalt (Gast)

Doch durch die unterschiedlichen Bedingungen wächst auch die Kreativität der Hauskrankenpflegeperson, es gibt in der “realen”Welt der Klienten keine sterile Atmosphäre eines Krankenhauses. Der Klient daheim, seine Welt, seine vertraute Umgebung, seine Gewohnheiten machen die Hauskrankenpflege stets abwechslungsreich, vielfältig und lässt keine eintönige Routine aufkommen!



Einschätzung der Pflegeressourcen von Angehörigen

EINSCHLIESSLICH INSTRUKTIONEN AUSGEWÄHLTER PFLEGEINTERVENTIONEN:

Professionelle Pflegeberatung zur Einschätzung von Pflegeressourcen von Angehörigen:

Für ein professionelles Beratungsgespräch gehört Zeit und eine angenehme , ruhige Umgebung. Manche Angehörige wünschen sich einen neutralen Ort- "um mal Sorgen abladen zu können" (Dampf ablassen), andere wollen Direkteinschätzung vor Ort gemeinsam mit Klienten.





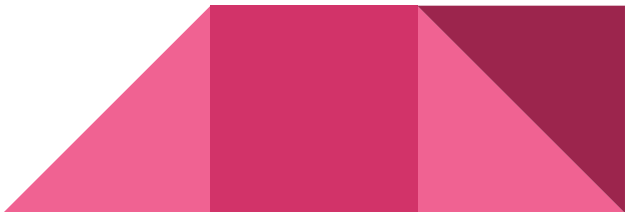
Einschätzung Pflegeressource Angehörige

Pflegende Angehörige spielen immer mehr eine wichtige Rolle in der Betreuung und Pflege daheim.

Auch aus Kostengründen wollen/ müssen Angehörige immer mehr Pflege und Betreuung selbst übernehmen.

Abklärung bei Pflegeberatung, was ist zeitlich möglich (noch berufstätig, wie weit wohnt Angehörige fort), was ist physisch möglich (selbst körperlich eingeschränkt?), was ist psychisch möglich (“kann das einfach nicht”).

Beratung über Pflegegeldantrag und Pflegestufen!



Beträge ab 2025:

- **Pflegestufe 1:** 200,80 Euro (Pflegebedarf von mehr als 65 Stunden im Monat)
-
- **Pflegestufe 2:** 370,30 Euro (Pflegebedarf von mehr als 95 Stunden im Monat)
-
- **Pflegestufe 3:** 577,00 Euro (Pflegebedarf von mehr als 120 Stunden im Monat)
-
- **Pflegestufe 4:** 865,10 Euro (Pflegebedarf von mehr als 160 Stunden im Monat)
-
- **Pflegestufe 5:** 1.175,20 Euro (Pflegebedarf von mehr als 180 Stunden im Monat und außergewöhnlicher Pflegeaufwand)
-
- **Pflegestufe 6:** 1.641,10 Euro (Pflegebedarf von mehr als 180 Stunden im Monat, zeitlich nicht planbare Betreuungsmaßnahmen oder dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson)
-
- **Pflegestufe 7:** 2.156,60 Euro (Pflegebedarf von mehr als 180 Stunden im Monat und keine zielgerichtete Bewegung der Arme und Beine)



Einschätzung Pflegeressource Angehörige

Wie kann ich den Antrag auf Pflegegeld stellen?

Der Antrag für Zuerkennung von Pflegegeld kann formlos oder per Formular beim zuständigen Sozialversicherungsträger eingebracht werden

12 x jährlich



Einschätzung Pflegeressource Angehörige

Nach erfolgreicher Pflegeberatung stehen fest der Betreuungsbedarf, Pflegebedürfnisse und ob und wenn ja , welche, Hilfsmittel und deren Beschaffungsmodus.

Vereinbarung ob Angehörigencoaching vor Ort notwendig ist und in welcher Form und Häufigkeit.



Einschätzung Pflegeressource Angehörige

Instruktionen geben für zb :

Inkontinenz:

welche Produkte sind für Klienten passend (zb. Harnflasche, Betteinlagen, pants usw)- Beschaffung dieser (Verordnung HA), richtige Anwendung/ Reinigung zeigen

Coaching zb. von Inkoversorgung beim bettlägrigem Menschen -learning by doing!



Einschätzung Pflegeressource Angehörige

Instruktionen -

RR -Messung:

Beschaffung eines Messgerätes / Aufklärung über Wartung, richtiges Messen des RR , richtiges Anlegen der Manschette , auf Position achten, liegend oder sitzend messen -, auf Zeitpunkt achten usw., Dokumentation! - learning by doing!



Einschätzung Pflegeressource Angehörige

Instruktionen:

BZ und Insulingabe:

BZ Gerät beschaffen / Wartung , richtiges Messen zum richtigen Zeitpunkt! Dokumentation!

Insulingabe nach Schema(ÄAO)-Dokumentation!

Versorgung und Aufbewahrung des Pen, Nadelwechsel zeigen, Abwurfbehälter besorgen usw -learning by doing!



Einschätzung Pflegeressource Angehörige

Instruktionen:

Medika stellen:

Beschaffung von Medikamantenaufbewahrungssystem (medi7) und aktuelle!!!!!!

Medikamentenliste von HA besorgen !!!

Aufbewahrung von Medikamenten (trockener Ort, auf Zimmertemperatur achten,bei Bedarf, ausser Reichweite des Klienten usw)

Handschuhe tragen beim dosieren bzw gründliche Händedesinfektion zuvor!

Eigenkontrolle!- learning by doing!



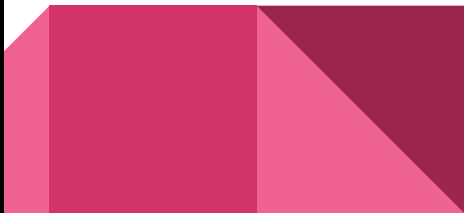
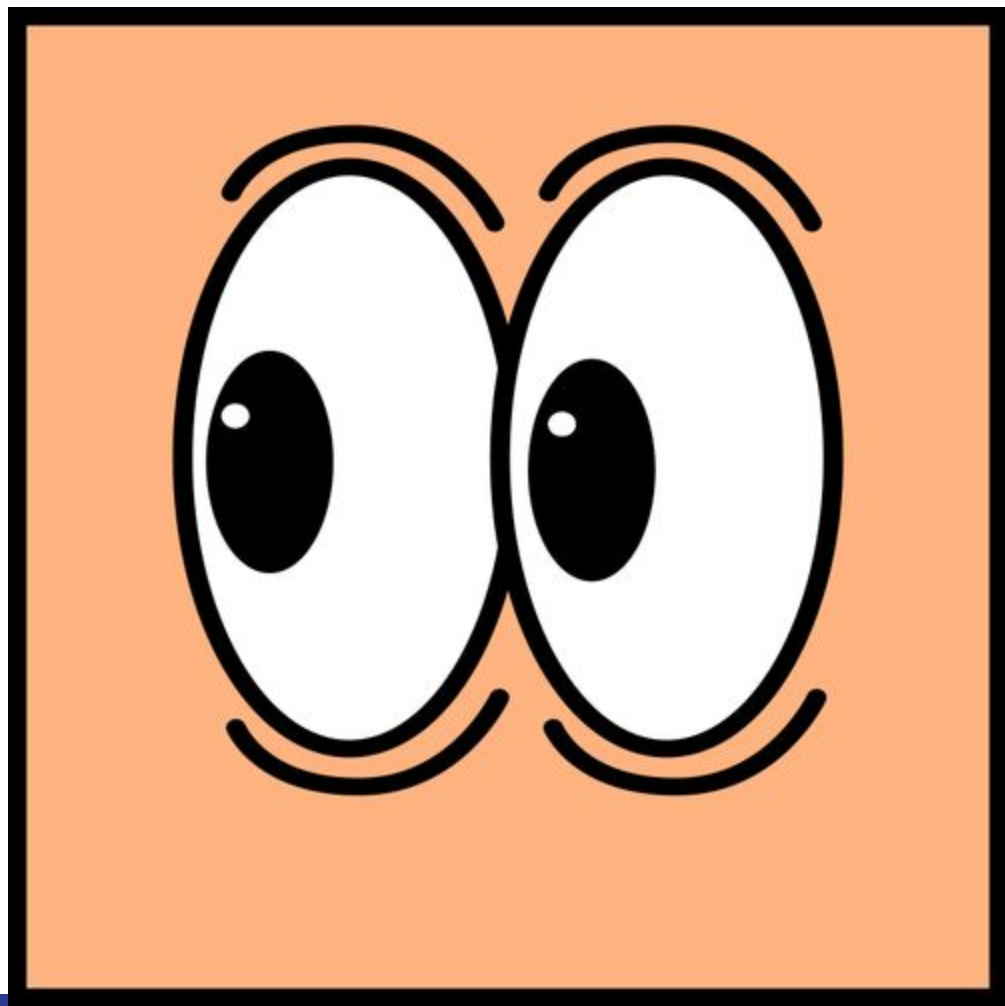
Prävention und Prophylaxen

Erkennen von Risikofaktoren, Symptomen, Beobachtung und richtiges Reagieren!

“RUNDUMBLICK”!!!

Gesamtsituation erfassen, Ressourcen des Klienten erkennen!





Prävention und Prophylaxen

STURZPROPHYLAXE:

Woran erkennt man Sturzgefährdung?

Was sind Risikofaktoren?

Was sind Ressourcen?

Was sind Prophylaxen?



Prävention und Prophylaxen:

STURZPROPHYLAXEN:

Rundumblick!

Gangbild beurteilen -sicher/unsicher

Sehkraft besprechen

Bereits erlittene Sturzgschehen aufarbeiten/ dokumentieren

Sicheres Schuhwerk tragen, Stolperstellen wie Teppiche und Türstaffeln entfernen, richtiger Umgang mit Hilfsmittel (Stock, Rollator)-ZEIGEN!

NRT (Notruftelefon), auf Trinkmenge achten, personelle Hilfe



Prävention und Prophylaxen

Sicheres Schuhwerk tragen, Stolperstellen wie Teppiche und Türstaffeln entfernen, richtiger Umgang mit Hilfsmittel (Stock, Rollator)-ZEIGEN!

Haltegriffe befestigen (Dusche, WC)

Treppengitter anbringen, Treppenlift

NRT (Notruftelefon), auf Trinkmenge achten, personelle Hilfe
---Gleichgewichtstraining, Physiotherapie, Muskelaufbautraining



Prävention und Prophylaxen

Angst nehmen!-Schaffung einer sicheren Umgebung als Teil der pflegerischen Verantwortung!

Verstauen von täglich gebrauchten Dingen ohne das man sich bücken oder beugen muss!

Ev Kontakt mit HA aufnehmen-- nimmt KLiEnt Medikamente wie Schlafmittel , RR senkende Mittel usw...



Prävention und Prophylaxen

DEHYDRATION:

Woran erkennt man Dehydrierung?

Was sind Risikofaktoren?

Was sind Ressourcen?

Was sind Prophylaxen?



Prävention und Prophylaxen

DEHYDRATION:

Dehydration erkennt man an trockener Haut und Schleimhaut (Zunge!), stehende Hautfalten, konzentrierter/ dunkler Urin, Verwirrtheit, Kreislaufschwäche

Rundumblick!

Trinkmenge ist niedriger - reduziertes Durstgefühl, Vergesslichkeit

Dehydration bei Erbrechen oder Durchfall, Lungenentzündung



Prävention und Prophylaxen

Gemeinsam mit Klienten Trinkplan festlegen!

Vor Betreuungsbeginn Flüssigkeit anbieten , beim Trinken zusehen -Zeit lassen!Ablenken um “Trotzreaktion” zu vermeiden!

1,5 l Karaffe bereitstellen, Trinkliste anlegen (Stricherliste!)

Vor Beendigung der Betreuung nochmals trinken anbieten- beim Trinken zusehen-Zeit lassen!Ablenken!



Prävention und Prophylaxen

Wasserreiche Speisen anbieten wie Suppen, Kompott, Melonen

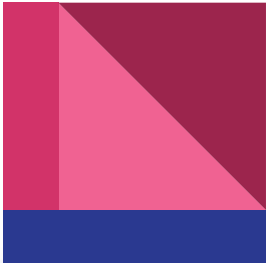
Lieblingsgetränke anbieten (Fruchtsäfte)!

Hilfsmittel wie Trinkbecher, Schnabeltassen, Strohhalm..

Volle Gläser auch immer in Reichweite hinstellen - Couchtisch, Nachtkästchen.

Bei Menschen mit Demenz empfehlen sich farbige Flüssigkeiten - werden besser wahrgenommen!





Prävention und Prophylaxen

DECUBITUS:

Woran erkennt man Decubitus?

Was sind Risikofaktoren?

Was sind Ressourcen?

Was sind Prophylaxen?



Prävention und Prophylaxen

DECUBITUS:

Haut beobachten und Hautschäden vermeiden!

Risikofaktoren wie Übergewicht, Kachexie, Flüssigkeitsmangel, Hautschäden durch Feuchtigkeit (Inkontinenz) oder mangelnde Pflege, langes, bewegungsloses Sitzen oder Liegen, Diabetes,.....erkennen und dokumentieren!

Rundumblick!



Prävention und Prophylaxen

Förderung der Eigenbewegung (Mobilität) des Betroffenen! Jede Bewegung ist gut für die Durchblutung! Querbett sitzen - wenn notwendig mit 2. Pflegekraft oder Angehörigen!

Regelmässige Hautkontrollen und Pflege! Regelmässige Inkontinenzversorgung!

Ausgewogene Ernährung!



Prävention und Prophylaxen

Hilfsmittel einsetzen - WDM (Wechseldruckmatratzen) , Decubituskissen für den Lieblingssessel oder den Rollstuhl

Decken, Pölster als Positionierungsshilfen - individuell für den Klienten!

Jede Positionierung (vormal's Lagerung) individuell anpassen -Häufigkeit abhängig von individuellen Risiko, therapeutischen oder pflegerischen Zielen, individuellen Eigenbewegung des Betroffenen



Prävention und Prophylaxen

Mikrolagerungen - weniger ist mehr!

Auf Schmerzen achten, Dokumentation!

Hautkontrolle (nicht wegdrückbare Rötung) auf exponierten Körperstellen achten!

Ein Decubitus kann innerhalb weniger Stunden entstehen!

Rundumblick!



Prävention und Prophylaxen

Hautpflege- Hautschutz bei Inkontinenzproblem!

Salben und Cremen!

KEIN Puder, kein Franzbranntwein!

ph-neutrale Mittel verwenden!



Prävention und Prophylaxen

MANGELERNÄHRUNG:

Woran erkennt man Mangelernährung?

Was sind Risikofaktoren?

Was sind Ressourcen?

Was sind Prophylaxen?





Prävention und Prophylaxen

MANGELERNÄHRUNG: Mangelernährung äussert sich in reduziertem Allgemeinzustand (AZ), häufig unspezifisch, ungewollter Gewichtsverlust, Blässe, Infektanfälligkeit, verlangsamte Wundheilung

Rundumblick!

Mangelernährung liegt vor, wenn eine Person ihren Bedarf an Energie, Proteinen, Vitaminen und anderen Nährstoffen über Nahrung nicht ausreichend aufnehmen kann.



Prävention und Prophylaxen

Als häufige Ursachen für Mangelernährung im Alter gelten altersassoziierte Ernährungsbesonderheiten --- Veränderter Geschmack-Geruchssinn, eingeschränkte Bewegung, Nachlassen von Hunger und Durstgefühl, Depressionen -fehlende Motivation (wenn zb Lebenspartner verstirbt), Einsamkeit, schlechte infrastrukturelle Versorgung, Armut, verschiedene Krankheitsbilder, Nebenwirkung von Medikamenten, Demenz, Schluckstörung...



Prävention und Prophylaxen

Speiseplan absprechen, auf Lieblingsgerichte eingehen, für eine angenehme Essensatmosphäre sorgen- idealerweise in Gesellschaft!

Keine Riesenportionen anbieten! Abwechslungsreich und ausgewogene Kost!

“Das Auge isst mit”!

Auf Zahn/Mund/ Prothesepflege achten!



Prävention und Prophylaxen

Bei Schluckbeschwerden -mundgerechte Stücke schneiden,pürrieren oder eindicken!

Gewichtszunahme dokumentieren!

Essen auf Räder!

Astronautenkost/ Getränk als Zusatz anbieten.



Typische Pflegesituation entlang des Pflegeprozesses

EINSCHLIESSLICH BEOBACHTUNG UND ÜBERWACHUNG DES
GESUNDHEITZUSTANDES!

Die PFLEGEPLANUNG ist die praktische Umsetzung des PFLEGEPROZESSES!

Der Pflegeprozess in der Krankenpflege ist die systematische und die den
Bedürfnissen der Patienten/Klienten angepasste Planung und Durchführung der
Pflege.



Typische Pflegesituation entlang des Pflegeprozesses

PHASEN DES PFLEGEPROZESSES:

Informationssammlung (Assessment, Pflegeanamnese)

Pflegediagnose

Pflegeplanung/Pflegeziel

Pflegemaßnahmen

Evaluierung



Typische Pflegesituation entlang des Pflegeprozesses

P

A

(RF)

S

R



Typische Pflegesituation entlang des Pflegeprozesses

P = Pflegeproblem

A = Äthiologie, Ursache

RF = Risikofaktoren

S = Symptome

R = Ressource



Typische Pflegesituation entlang des Pflegeprozesses

Das Pflegemodell **nach** Prof. Dr. Monika **Krohwinkel** heißt **AEDL** und ist die Abkürzung für Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens.

13 AEDLs



Typische Pflegesituation entlang des Pflegeprozesses

1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
4. Sich Pflegen
5. Essen und Trinken
6. Ausscheiden
7. Sich kleiden
8. Ruhen und Schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Für eine sichere Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern
13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen



Typische Pflegesituation entlang des Pflegeprozesses

FALLBEISPIELE:

- Sturz/Unfallverhütung

- Hygiene

- Selbstversorgungsdefizit

- Pflege eines Menschen mit Bedarf an Palliativcare (onkologisch)

- Wundmanagement



FALLBEISPIEL

Alle Namen sind frei erfunden!

Fallbeispiele fiktiv!

Arbeitsauftrag Pflegeplanung erstellen!!!

1 Beispiel -Wundmanagement:



Fallbeispiel

. • Herr P. hat ein diabetisches Fußulkus an der rechten Großzehe aufgrund einer diabetischen Mikroangiopathie. • Aufgrund fehlender Schulung/ Beratung hat Herr P. ein Wissensdefizit zum Thema Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus. Dies zeigt sich darin, dass er die Zusammenhänge zwischen der Grunderkrankung und der Entstehung des diabetischen Fußulkus nicht kennt. PFLEGEPROBLEME RESSOURCEN PFLEGEZIELE PFLEGEMASSNAHMEN • Herr P. besitzt eine saubere Wunde mit erkennbarer Heilungstendenz. • Herr P. versteht verursachende Faktoren eines diabetischen Fußulkus. Herr P. ist sehr kooperativ und hat großes Interesse die Behandlung ambulant fortführen zu können. • Phasengerechten Wundverband unter Einhaltung der Asepsis/Hygieneregeln anlegen: Hydrogel und Polyurethanschaumverband in der Reinigungsphase. • Wunde beim Verbandwechsel mit NaCl 0,9 % spülen. Häufigkeit des Verbandwechsels nach Bedarf. • Wundverbands mit Mullbinden und Schlauchmull fixieren. • Wundassessment durchführen und aktuellen Wundstatus dokumentieren bei jedem Verbandswechsel (ggf. Fotodokumentation einmal die Woche bzw. bei Verschlechterung, Wundbehandlung evaluieren ebenfalls einmal pro Woche bzw. bei einer Verschlechterung des Wundzustandes). • Herrn P. informieren/beraten bezüglich: • Zusammenhänge zwischen D.M. und Folgeerkrankungen • Notwendigkeit einer guten Blutzuckereinstellung und einer speziellen Fußpflege • ggf. weitere Empfehlungen (Ernährungsberatung, Beratung zum Schuhkauf/ Sanitätshaus)

Fallbeispiel

WUNDMANAGEMENT

Pflegeproblem: (Problem, Äthiologie, Symptome, RF)

Ressourcen:

Pflegeziel:

Pflegemaßnahmen:

Evaluierung:



Fallbeispiel:

WUNDMANAGEMENT:

Pflegeproblem:

P: Ulcus am Fuß, Wunde

Ä: Diabetes mellitus

S: Schmerzen, offene Wunde, die nicht heilen wollte

R: Herr P. ist kooperativ, hat grosses Interesse an Heilung und ambulanter Behandlung



Fallbeispiel

WUNDMANAGEMENT:

Pflegeziel:

Herr P. versteht verursachende Faktoren, kennt Risikofaktoren

Wunde verbessert sich, ist sauber, Heilungstendenz erkennbar



Fallbeispiele

WUNDMANAGEMENT:

Pflegemaßnahmen:

phasengerechter Wundverband unter Einhaltung der Hygieneregeln.

Nassphase, Trockenphase

Anführen der Verbandsmaterialien(Wundfüller, Sekundärverband) usw inklusive Art der Desinfektion

Häufigkeit des VW nach Bedarf - Dokumentation!



Fallbeispiel

WUNDMANAGEMENT:

Evaluierung:

Zeitlich abgestimmt (zb alle 7-14 Tage) Evaluierung, Beschreibung-
Wunddokumentation über Grösse, Tiefe, Wundrandbeschreibung, Exsudatmenge
usw- eigene Bögen in der Dokumentaion!

Zusammenarbeit mit HA, ev Wundmanager kontaktieren bei stagnierenden
Wunden bzw bei Verschlechterung!



Fallbeispiel

STURZ/ UNFALLVERHÜTUNG

Frau H., 90 Jahre, wohnt alleine in einem gepflegten EFH, mit Stufen auf die Terrasse und vielen schönen Teppichen. Frau H. hört und sieht etwas schlecht und hat arterielle Hypertonie. Frau H ist mobil mit Rollator, im Badezimmer und der Toilette gibt es Haltegriffe. Sie besitzt ein Notruftelefon und einen Schlüsselsafe, da durch wiederholtes Sturzerlebnis Rettung schon ein paar Mal zum Einsatz kommen musste. Frau H. ist selbstbestimmt und will keine Fremden im eigenen Haus. Die Familie von Frau H. wohnt weiter weg und teilt sich an 3 Tagen der Woche die Betreuung und Versorgung. Jetzt wünscht Familie an 4 Tage der Woche mobile Betreuung 2 x täglich.

Erstellen Sie eine Pflegeplanung!



Fallbeispiel

HYGIENE:

Herr H., 68 Jahre, selbstbestimmt, wohnt mit seiner Gattin in einem Haus mit 2 Wohneinheiten. Aufgrund eines familiären Schicksalschlages hat seine Frau ein Messie Syndrom entwickelt.

Der Sohn versucht zu helfen, scheitert aber immer wieder. Finanziell geht es der Familie gut, aber Herr H. spart dennoch sehr viel und will keine Hilfe. Herr H. sitzt im Rollstuhl, kann mit Hilfe kurz stehen. Sein rechter Arm ist bewegungsbeeinträchtigt. Der Sohn organisiert Duschsessel und Haltegriffe für die Dusche. Herr H. meint, Hautpflege oder Wäschewechsel sei nicht notwendig, kostet zu viel. Das Bad ist ansonsten in einem eher desolaten Zustand und nicht sehr sauber.

Sohn wünscht nun zumindest an einem Tag der Woche mobile Betreuung um den Vater beim Duschen/ Körperpflege zu helfen.

Erstellen Sie eine Pflegeplanung!



Fallbeispiel

SVD::

Herr D. ist 65 Jahre und wohnt alleine in einem EFH. Er ist mobil, leidet an einer alkoholbedingten Demenz, sein Kurzzeitgedächtnis ist beeinträchtigt. Er weiß nicht, ob er gestern oder heute geduscht hat oder sich Zähne geputzt hat oder nicht usw. Nach einem kurzen Spitalsaufenthalt organisiert der Sohn eine mobile Betreuung 4 x die Woche zur Unterstützung und Beobachtung des Vaters zum Duschen, Hautpflege, regelmässiges Wäschewechsel und Anleitung für haushaltäre Durchführungen. Der Sohn übernimmt Einkäufe und Besorgungen. Herr D. hat Essen auf Räder, der Bruder wohnt nebenan und übernimmt das Wäsche machen.

Herr D. ist sehr bemüht, kooperativ und führt die ihm aufgetragenen Aufgaben unter Beobachtung aus.

Erstellen Sie eine Pflegeplanung!





Fallbeispiel

ONKOLGISCHER KLIENT

Frau F. 78 Jahre, lebt mit ihrem Mann wohl situiert in einem EFH. Vor 1,5 Jahren wurde bei ihr ein doppelseitiges Mamma CA festgestellt -inoperabel mit Metastasierung..Von seiten des Krankenhaus wurde ihr ein Hospizaufenthalt empfohlen, weil der AZ sehr schlecht war, Frau F. kaum etwas selbst konnte und aufgrund der überraschenden Diagnose sehr unsicher war. Die Familie setzte sich ein, daß Frau F. heim durfte und organisierte eine HKP, zuerst täglich wegen schlechten AZ -Unterstützung Körperpflege und Medikamentenmanagement.



Fallbeispiel

ONKOLOGISCHER PATIENT

Frau F.s AZ wurde besser, sie nahm an Gewicht zu und wurde immer aktiver und konnte mehr und mehr selbst übernehmen. Daher wurden HKP Einsätze reduziert. Frau F. soweit schmerzfrei.

Medizinisch betreut wird Frau F. regelmäßig von der onkologischen Ambulanz des KH, wo sie immer zur Kontrolle ist. Bei so einem Kontrolltermin wurde ein befallener Lymphknoten axilliar entdeckt, Frau F, bekam Bestrahlungen. Lymphknoten axilliar aufgebrochen, äussert sich als stark nässende, gerötete Wunde, welche eines regelmässigen VW bedarf durch HKP.



Fallbeispiel

ONKOLOGISCHER PATIENT

Frau F. ist über diese Entwicklung sehr verunsichert, fühlt sich auch müde nach den Bestrahlungen. Ihr Mann leugnet die Tatsache, das sich AZ wieder verschlechtert hat.

Frau F. ist noch mobil und ohne Schmerzen, Appetit gut, weiterhin alle 3 Wochen KO im KH.

Einsatz der HKP hat sich aufgrund der neuen Situation wieder erhöht, wenn notwendig wird mobiles Palliativ Team gerufen wegen ev. Schmerzmanagement.

Erstellen Sie eine Pflegeplanung!



Fallbeispiel

Bitte Fallbeispiele/ Arbeistaufträge mit vollständigem Namen gekennzeichnet
senden an

`monika_cad@hotmail.com`

Dankeschön!



Stellenwert Dokumentation in der häuslichen Pflege

Angehörige der Gesundheits und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits-und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren! In der Pflegedokumentation müssen die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung sowie die Pflegemaßnahmen enthalten sein.

Es darf der Pflegebedürftige und die von ihm genannten Vertrauenspersonen bzw ermächtigte Person jederzeit Einsicht nehmen!

§ 5 GuKG Pflegedokumentation!



Stellenwert Dokumentation in der häuslichen Pflege

Am PC oder Mappe.

Mappe vor Ort in jedem Haushalt mit Inhalten wie Pflegeplanung, Pflegeberichten, Tätigkeitskatalog(Durchführungsnachweis) - abzeichnen bei jedem Besuch mit HZ und Datum, Medikamentenblatt, b.Bed. ÄAO -Insulinschema, Vitalwerteblatt,Wunddokumentation....

Immer aktualisieren!Chronologisch anordnen! Kein Tippex, bei Korrektur HZ anwenden, Datum und Uhrzeit angeben!Keine Leerzeilen- “entwerten”

Ordentlich führen, leserlich schreiben!



Stellenwert Dokumentation in der häuslichen Pflege

Was gehört in einen Pflegebericht?

Alle Inhalte, die für die Pflege des Klienten relevant sind!

Wirkung der durchgeführten Pflegemaßnahmen, auftretende Ereignisse-seltene Abweichungen von standartisiert geplanten Pflegemaßnahmen, Veränderungen, Erfolge oder Misserfolge, Schmerzangaben, Erbrechen, Auffälligkeiten im Haushalt.



Stellenwert Dokumentation in der häuslichen Pflege

Wie schreibe ich einen Pflegebericht?

möglichst treffend, verständlich, nachvollziehbare und eindeutige Formulierung!

Keine eigene Bewertungen!

zb. "Frau Z. war heute nicht gut drauf". xxxxfalschxxx

"Frau Z. wirkte im Gegensatz zu sonst verlangsamt und konnte Anleitungen nicht richtig umsetzen" !!!richtig!!!



Stellenwert Dokumentation in der häuslichen Pflege

zb “ Herr G. war heute aggressiv” xxx falschxxx

“Herr G. forderte mich laut auf wieder zu gehen und warf seinen Schuh nach mir”. !!!richtig!!!



Stellenwert Dokumentation in der häuslichen Pflege

Warum schreibt man einen Pflegebericht?

Um alle handlungsrelevanten Ereignisse zu dokumentieren, um Kontinuität zu gewahren -Zustand des Klienten ist nachvollziehbar, um Kollegen und Mitarbeiter zu informieren- besseres Situationsverständnis zum Nachlesen!

Informieren und informiert werden!

Wichtiges Hilfsmittel zur Pflegeplanung,Evaluierung!

Zentrales Arbeitsmittel zur Selbstüberprüfung und zur Qualitätsicherung im

Pflegeprozess!

Pflege sichtbar machen!



Stellenwert Dokumentation in der häuslichen Pflege

Wie oft sich Pflegeberichte zu schreiben?

Bei jedem akuten, unvorhergesehenem Ereignis, bei jeder Situationsveränderung, wenn es mehr Tagesschwankungen gibt!

Abhängig von Pflegestufen- je höher umso mehr Berichte! Abhängig wie oft Einsatz bei Klienten-- zb. tgl Einsatz --mindest 1-2 x Pflegebericht dokumentieren!

Sorgsames Umgehen, Beobachtungsgabe!











