

Der Pflegeprozess – Eine Zusammenfassung

Erstellt von: Andrea Krause, AGewiS Gummersbach

1. Das System fördernder Prozesspflege von Monika Krohwinkel

Monika Krohwinkel wird meist ausschließlich mit den ABEDLs in Verbindung gesetzt. Sie hat jedoch ein umfassendes Managementmodell entwickelt, das in folgender Übersicht schematisch dargestellt ist:



 Georg Thieme Verlag, Stuttgart · New York
I care Pflege · 2015

Abb.: entnommen I care Pflege, 2015, S. 74, Thieme Verlag

Das ABEDL-Strukturierungsmodell ist ein kleiner Ausschnitt daraus.

2. ABEDL- Strukturierungsmodell

- A = **A**ktivitäten
 B = **B**eziehungen
 E = **e**xistenzielle Erfahrungen
 D = **d**es
 L = **L**ebens

Die 13 ABEDL`s:

- 1) Kommunizieren können
- 2) Sich bewegen können
- 3) Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können
- 4) Sich pflegen können
- 5) Essen und trinken können
- 6) Ausscheiden können
- 7) Sich kleiden können
- 8) Ruhen, schlafen, sich entspannen können
- 9) Sich beschäftigen, lernen und entwickeln können
- 10) Die eigene Sexualität leben können
- 11) Für eine sichere Umgebung sorgen können
- 12) Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können
 - im Kontakt sein und bleiben
 - fördernde Kontakte und Beziehungen erhalten, erlangen und wiedererlangen
 - mit belastenden Kontakten und Beziehungen umgehen können
- 13) Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
 - fördernde Erfahrungen machen
 - unabhängig sein
 - sich wohl befinden
 - mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen können
 - unter Abhängigkeit leiden
 - sich hilflos fühlen

- Erfahrungen, die die Existenz fördern oder gefährden, unterscheiden können
 - kulturgebundene Erfahrungen
 - lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen können

(Anmerkung: Die Reihenfolge ist in der Praxis nicht immer einheitlich. Bitte nicht verwirren lassen!)

3. Was bedeutet Professionelle Pflege?

Die Lenkung des Pflegeprozesses ist Aufgabe der professionellen Pflege. Was aber ist professionelle Pflege. Dies spiegelt die Definition des ICN (International Council of Nurses)¹ wider:

„Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen,

- von Menschen aller Altersgruppen,
- von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie
- Gruppen und sozialen Gemeinschaften,

ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings).

Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind:

- die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse,
- die Förderung einer sicheren Umgebung,
- die Forschung,
- die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie
- das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

4. Der Pflegeprozess und seine Zielsetzung

Prozess von lat. procedere = vorwärtsgehen, fortschreiten

Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen:

- der systematischen Feststellung der Kompetenzen des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen nachzukommen,
- dem Aushandeln von Pflegebedarfen und Pflegezielen,
- dem Festlegen von Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Unterstützungsleistungen und
- der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen.“

Der Pflegeprozess:

- ist eine Arbeitsmethode
- geht davon aus, dass Pflege ein dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess ist
- besteht aus logisch aufeinander aufbauenden Phasen/Schritten, die sich wechselseitig beeinflussen
- hat seinen Ursprung in der
 - Systemtheorie (untersucht Beziehungen zwischen den Elementen eines Systems)
 - Kybernetik (untersucht Systeme auf selbsttätige Regelungs- und Steuerungsmechanismen hin)

¹ Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger; Zusammenschluss von über 130 nationalen Berufsverbänden der Pflege mit Sitz in Genf. Die deutschen Pflegekräfte werden dort durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) vertreten.

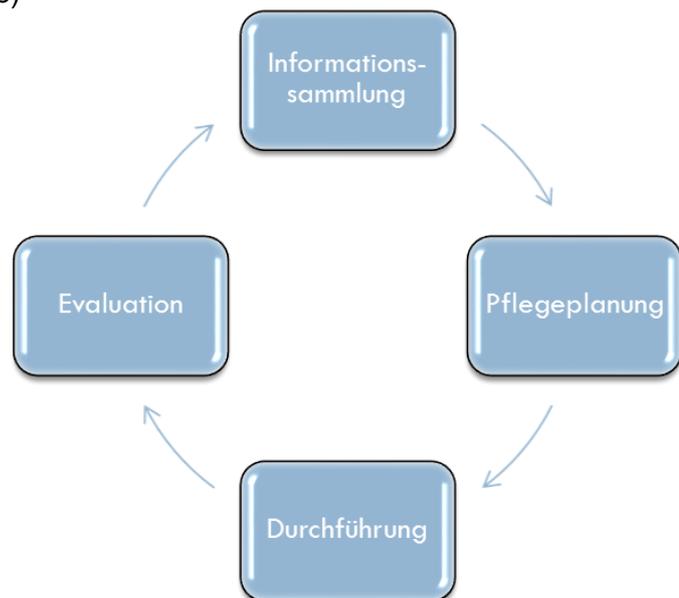
- Entscheidungstheorie (untersucht das Entscheidungsverhalten in Entscheidungssituationen)
- gilt als fachlich anerkannte Methode zur systematischen Beschreibung der professionellen Pflege

Die Schritte im Pflegeprozess:

- ...orientieren sich an:
 - Problemen sowie
 - Fähigkeiten und Ressourcen
- ...haben zum Ziel:
 - Sicherheit für die Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf herstellen
 - Einbezug des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen
 - Gewährleistung personeller und fachlicher Kontinuität
 - Qualitätssicherung der Pflege- und Betreuungsleistung
 - Objektive Beurteilung von Pflegeleistungen ermöglichen
 - Gewährleistung des innerbetrieblichen und interdisziplinären Informationsflusses für alle Prozessbeteiligten
 - Transparente, nachvollziehbare Darstellung von Leistungen
 - Juristischer Nachweis der Pflegequalität im Sinne einer Beweissicherung

Das 4-schrittige Prozessmodell:

- nach Yura und Walsh, 1967
- übernommen durch WHO, 1974
- Monika Krohwinkel (1990er Jahre)



Das 6-schrittige Prozessmodell nach Fiechter/Meier, 1982:

1. Informationssammlung
2. Erkennen von Problemen, Ressourcen und Fähigkeiten
3. Festlegung der Pflegeziele
4. Planung der Pflegemaßnahmen
5. Durchführung der Pflegemaßnahmen
6. Beurteilung der durchgeführten Pflege

Schaubild zum 6-schrittigen Pflegeprozess:



Georg Thieme Verlag, Stuttgart · New York
I care Pflege · 2015

Der 6-schrittige (wie der 4-schrittige) Pflegeprozess:

- ist als kybernetischer Regelkreis gestaltet
- durchläuft eine Reihe logischer, voneinander abhängiger
 - Überlegungsschritte
 - Entscheidungsschritte
 - Handlungsschritte.
- ist zielgerichtet, d. h. Probleme, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Interventionen werden im Zusammenhängen und Wechselwirkungen gesehen.
- wird nach Prioritäten und unter Einbeziehung der Gesamtsituation systematisch betrachtet und ausgewertet.
- ist die grundlegende Voraussetzung, um Pflege qualitativ zu gestalten und zu beurteilen.

Bezug Pflegeprozessmodell – ABEDL-Strukturierungsmodell:

Das Pflegeprozessmodell legt lediglich die Abläufe fest! Das ABEDL-Strukturierungsmodell regelt Inhalte!

5. Die Schritte im Pflegeprozess im Einzelnen

1) Informationssammlung

Grundsätzliches zur Informationssammlung

- Erfasst ab der Aufnahme/dem Einzug systematisch:
 - Probleme
 - Fähigkeiten/ Ressourcen
 - Gewohnheiten
 - Vorlieben/Abneigungen
 - Wünsche

Diese werden im Verlauf der Betreuung ergänzt und in die Pflegeplanung einbezogen

- Stellt Informationen zur Verfügung, die allen an der Pflege Beteiligten zugänglich ist und bietet eine gute Übersicht über den aktuellen Zustand
- Sie ist nie vollständig, da im gesamten Pflegeprozess eine fortlaufende Informationssammlung stattfindet
- Die Erfassung in den ABEDL erfolgt fähigkeitsbezogen. Es wird v. a. darauf geschaut, was der/die Betroffene noch kann!
- „Kamerablick“ einschalten und Beobachtungen beschreiben
- Ggf. Originalton der/des Betroffenen zitieren



Ziele der Informationssammlung:

- Nicht-Ziel: ALLES über den Pflegebedürftigen zu erfahren
- Ziel: Pflege- und Betreuungsrelevante Informationen vollständig festhalten

Funktion der Informationssammlung:

- Schaffung einer Grundlage für eine personenorientierte Pflege!!!!
- Erhebung der Grunddaten („Stammdaten“), z.B. Name, Anschrift, Bezugspersonen...
- Berücksichtigung der Probleme, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Vorlieben/Abneigungen etc. (s. o. Grundsätzliches zur Informationssammlung) vor dem Hintergrund individueller Gewohnheiten und der aktuellen Lebenssituation
- Erfassung *pflegerrelevanter* Informationen
 - durch Fremdeinschätzung (Pflegefachkraft, Angehörige)
 - durch Selbsteinschätzung (kann differieren)
 - Für den erfolgreichen Verlauf des Pflegeprozesses sind die subjektive Einschätzung des Pflegebedürftigen und sein Erleben sowie das Selbstbestimmungsrecht von Bedeutung.
 - > *Betroffene geben ggf. bestimmt Informationen nicht preis*

Funktion des Informationsgespräches:

- Aus Sicht des Pflegebedürftigen:
 - Möglichkeit, die Pflegefachkraft kennenzulernen
 - Aushandlungsprozess gleichberechtigter Partner
 - > *Aushandeln statt behandeln!*
 - Mögliche Ängste, Überforderungen, Verlassenheitsgefühl, Bewältigungsstrategien äußern
 - Abklären von Erwartungen
 - Verhindern von Missverständnissen
- Aus Sicht der Pflegefachkraft:
 - Möglichkeit, den Pflegebedürftigen/ seine Angehörigen kennenzulernen
 - Erstes Bild über den Pflegebedarf erhalten
 - Grad der Selbstständigkeit in den ABEDLs erfassen
 - Verständnis für Wünsche und Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Biografie erlangen

- Bezugspersonen sind wichtige Informationsquellen
 - Fehlende Informationen ergänzen
 - Erfassung ihrer Möglichkeiten zur Einbindung in die Pflege und Betreuung ist für die Pflegesituation entscheidend und notwendig für die spätere Integration sozialer Ressourcen in den Pflegeprozess
- Grundlage für das Schreiben der Pflegeplanung
- Rechtliche Absicherung

Kommunikation im Informationsgespräch:

- Qualität der Situationseinschätzung ist abhängig, von der Fähigkeit, mit dem Pflegebedürftigen effektiv zu kommunizieren
- Als sinnvollen Dialog gestalten!
 - Nicht Frage- und Antwortspiel...
 - Einsatz von Empathie (einfühlerndes Verstehen), Kongruenz (Echtheit), Akzeptanz (positive Wertschätzung) → *Personenzentrierter Ansatz*
- Personen mit Einschränkungen in der verbalen Kommunikation (z. B. durch Demenz, nach Schlaganfall) gelangen an ihre Grenzen, daher:
 - Wahrnehmung nonverbaler Kommunikation
 - Körpersprache mit Gestik, Mimik, Gangbild, Körperhaltung
 - Wahrnehmen nonverbaler Signale: z.B. vegetative Reaktionen

Welche Daten werden erhoben?

Subjektive Daten	Objektive Daten
<ul style="list-style-type: none"> • Z. B. Gefühle, Schmerzen • Daten sind nicht messbar • Stehen in direktem Zusammenhang mit dem Pflegebedürftigen • Lassen sich durch gezielte Befragung oder Messinstrumente ggf. einordnen und somit objektivieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Z. B. Messwerte (z. B. Blutdruck, Gewicht) • Sind durch funktionstüchtige, geeichte Geräte ermittelbar • Z. B. Einschätzungen (z. B. Schmerzen) • Sind durch Beobachtungen/ Befragungen tw. anhand von Skalen, Assessmentinstrumenten ermittelbar
Direkte Daten	Indirekte Daten
<ul style="list-style-type: none"> • Werden direkt vom Pflegebedürftigen mitgeteilt oder • Werden von Personen mitgeteilt, die mit dem Pflegebedürftigen zusammenleben 	<ul style="list-style-type: none"> • Werden von Dritten übermittelt (Ärzte, Therapeuten, Bekannte, Freunde, Arztbrief, Betreuer) • Können interpretiert werden und damit die Wirklichkeit verfälschen

Konkrete Inhalte einer Informationssammlung:

- Sammlung, Systematisierung, und Dokumentation von pflege- und behandlungsrelevanten Daten
- biografische Aspekte
- relevante Bedürfnisse, Probleme, Fähigkeiten und Gewohnheiten
- Erfassung des Pflegebedarfes ggf. mit anerkannten Assessments, z. B. zur Ermittlung von:
 - Schmerzen
 - Sturzrisiko
 - Dekubitusrisiko
 - Mangelernährung
- Körperliche Untersuchung/ Beobachtung, z. B.:

- Hautinspektion
- Bewegungsfähigkeit
- Gangbild
- Aktualisierung der Informationssammlung erfolgt bei:
 - relevanter Veränderung des Zustandes (physisch/ psychisch)
 - Veränderung der Situation/ Umgebung

→ Siehe auch 1. Praxisaufgabe „Erstellen einer ersten Informationssammlung mit einem Bewohner/ Patienten Ihrer Wahl“ dazu.

2) Erkennen von Problemen, Ressourcen und Fähigkeiten



Die Problembeschreibung

- benennt Selbstpflegethemen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und seiner Bezugsperson
- beschreibt prioritäre Problembereiche
- entspricht einer Pflegediagnose
- Anmerkung zu Pflegediagnosen:
 - beschreiben den Pflegebedarf aus pflegfachlicher Sicht
 - stellen eine theoriegeleitete, standardisierte Benennung des Pflegebedarfs dar

Funktion der Problembeschreibung

- Bündelung der Erkenntnisse aus der Informationssammlung
- Analyse der Bedürfnisse, Probleme, Fähigkeiten
- Erkennen von und Zuordnen zu Themenbereichen, z. B.:
 - Kommunizieren können
 - Sich bewegen können
 - Sich pflegen können, etc.
- Formulierung von Pflegeproblemen. Die Problembeschreibung gibt eine
 - zusammenhängende,
 - informative,
 - übersichtliche,
 - anschauliche und individuelle
 Kurzbeschreibung der Bereiche in der Pflegesituation wieder, die einer (professionellen) Unterstützung bedürfen

Was ist ein Pflegeproblem?

Definition:

Ein Pflegeproblem ist eine Einschränkung in einer oder mehreren Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL), die der Pflegebedürftige nicht eigenständig, jedoch durch pflegerisches Handeln kompensieren kann.

Ein Pflegeproblem:

- ist eine Aussage über Zustände, die Pflege erfordern (Pflegeerfordernisse)
- beeinträchtigt die Unabhängigkeit und das Wohlbefindens für die Bewältigung des Alltags
- ist nicht aus eigener Kraft (des zu Pflegenden) zu kompensieren
- beschäftigt sich mit pflegerischen und nicht mit medizinischen Diagnosen
- wird durch Pflegemaßnahmen beeinflusst

Aufbau einer Problembeschreibung im PESR-Format:

Der Aufbau einer Problembeschreibung ist eine präzise Beschreibung von (Pflege)zuständen. Sie erfolgt

- Kurz und knapp (Beschränkung auf das Wesentliche)
 - Exakt und spezifisch (z. B. Art/Weise, Zeitpunkt des Auftretens)
 - Objektiv (wertneutral)
- > *beschreibend und begründend!*

Die Problembeschreibung enthält Angaben zu:

- Qualität, Quantität
- Ursache
- Erklärungen und Zusammenhänge
- Art der Beeinträchtigungen

Diese Anforderungen an die Problembeschreibung kann im PESR-Format dargestellt werden:

P= Problem

Was ist das Problem? Art der Beeinträchtigung?

E= Etiology, Einflussfaktor, Ursache

Was sind die Einflussfaktoren für das Problem, womit hängt es zusammen?

S= Symptom

Wie zeigt/äußert sich das Problem (Symptom) konkret, Beobachtungen, Aussagen des Pflegebedürftigen

R= Ressource

Welche Ressourcen sind beim Pflegebedürftigen/ sozialer Umgebung vorhanden?

→ *Siehe auch Arbeitsblätter „Problembeschreibung mittels PESR“ dazu:*

- *am Beispiel von Frau P.*
- *eigenes Beispiel*

3) Festlegung der Pflegeziele

Grundlegendes zu Pflegeziele:

- Legen die vom Betroffenen zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erwartenden Ergebnisse fest
- Dienen als Maßstab, um die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen zu beurteilen

Funktion von Pflegezielen:

- 3. Schritt nach Identifizierung von Bedürfnissen, Problemen und Fähigkeiten (Schritt 1+2)
- Geben Richtung für die geplante Pflegemaßnahme vor
- Ergeben sich aus dem Problem heraus
- Option: Zusammenfassen von Problembereichen zu einer Zielsetzung
- Bieten Chance, mit Pflegebedürftigen und allen Beteiligten das Handeln nach gleicher Intention auszurichten

Inhalte von Pflegezielen:

- Pflegeziel muss laut *MDS-Empfehlung*
 - klientenorientiert
 - realistisch
 - erreichbar



- überprüfbar sein
- Das Pflegeziel ist immer als Ziel des Pflegebedürftigen kurz und knapp zu formulieren – nicht als Ziel der Pflegefachkraft!!!!
- Ziele gemäß *SMART-Regel*:

SMART	Erklärung - Deutsch
- S pecific	- S pezifisch
- M easurable	- M essbar
- A chievable	- Erreichbar („Akzeptiert“)
- R easonable	- R ealistisch
- T ime-bound	- T erminiert

- Beziehen sich nicht ausschließlich auf körperliche Einschränkungen oder Probleme
- Beziehen sich auch auf:
 - den Zustand (z.B. intakte Haut)
 - das Können (z.B. hält Gleichgewicht beim Stehen)
 - das Wissen (z.B. kennt Wirkung des Insulins)
 - das Verhalten und den Entwicklungsprozess (z.B. äußert seine Ängste in Bezug auf...)
 - das Wollen (z.B. ist bereit täglich 1Liter zu trinken)

Nahziele - Fernziele:

Eine Unterteilung kann sinnvoll sein, wenn mehrere Ziele angestrebt sind zu unterschiedlichen Endpunkten. Beispiel dazu:

- *Nahziel* (kurzfristig erreichbar: Stunden od. Tage)
 - Müssen oftmals zuerst bearbeitet werden um, Fernziel zu erreichen
 - z. B. „Fr. P. trinkt mind. 1200-1400 ml/24 Std.“
- *Fernziel* (Wochen, Monate oder Jahre)
 - z. B. „Fr. P. hat eine positive Einstellung zu Getränken und keine Angst vor Vergiftung“
- Eine Formulierung von prioritären Pflegezielen ist sinnvoll, anstatt vieler Einzelziele

4) Planung der Pflegemaßnahmen

Funktion der Pflegemaßnahme:

- soll das vorhandene Problem lösen und das aufgestellte Ziel erreichen
- entspricht einer Pflegeverordnung
- ist (situationsangemessen) verbindlich für alle an der Pflege beteiligten Berufsgruppen und berücksichtigt diese bei der Planung
- berücksichtigt Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen
- berücksichtigt vorgefundenen Umgebungsverhältnisse bei der Planung
- wird regelmäßig auf ihre Wirksamkeit überprüft
- wird folglich
 - kontinuierlich,
 - einheitlich und
 - zielorientiert angewendet



Inhalt der Pflegemaßnahme:

Die Planung der Intervention beschreibt, in welcher Art und Weise die Pflege durchgeführt wird. Dabei helfen folgende Fragestellungen:

6 W-Fragen
Wer?
Was?
Wann?
Wie oft?
Wo?
Wie?

Beispiel dazu:

Beispiel - Morgenpflege	
Wer?	Pflegefachperson, Pflegeperson
Was?	Morgenpflege
Wann?	8.30 Uhr
Wie oft?	Täglich
Wo?	Im Bad der Bewohnerin, z. B. vor dem Waschbecken
Wie?	<i>Genaue Ablaufbeschreibung einfügen, z. B. :</i> - Kleines Licht am Bett anmachen und leise wecken - Hand reichen und unterstützend auf die Bettkannte helfen - Getränk anbieten - Hausschuhe anziehen - Begleitung ins Bad („unterhaken“) - Toilettengang ermöglichen -

Weitere Hinweise sind zu beachten:

- Formulierung:
 - kurz,
 - präzise
 - verständlich
- Keine Beschreibung medizinischer Therapien
- Formen der Hilfe können sein (alte Version bis 2016):
 - Vollständige Übernahme (VÜ)
 - teilweise Übernahme(TÜ)
 - Unterstützung (U)
 - Beratung, Anleitung, Beaufsichtigung
- Formen der Hilfe (seit 2017; NBI):

<p>Betroffene/r ist selbständig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Hilfen/Unterstützung notwendig 	<p>Betroffene/r ist überwiegend selbstständig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zurechtlegen, Richten • Aufforderung • Unterstützung bei Entscheidungsfindung • Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle • Punktuelle Übernahme von Teilhandlungen • Anwesenheit aus Sicherheitsgründen
<p>Betroffene/r ist überwiegend unselbstständig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ständige Motivation • Ständige Anleitung • Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle • Übernahme von Teilhandlungen 	<p>Betroffene/r ist unselbstständig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegeperson muss (nahezu) alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen • Betroffene/r kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen

1) – 4) Schreiben der Pflegeplanung

- = schriftliche Umsetzung des Pflegeprozesses
- Berücksichtigt die Schritte 1-4:
 1. Erkenntnisse der Informationssammlung fließen ein!
Formulare AGewiS:
 - Stammbblatt und biografische Daten
 - Stammbblatt/ Weitere Informationssammlung
 - Ärztliches Verordnungsblatt
 2. Erkennen und Formulieren von Problemen, Ressourcen und Fähigkeiten (PESR-Format)
 - Vordruck Pflegeplanung
 3. Festlegung der Pflegeziele (SMART-Regel)
 - Vordruck Pflegeplanung
 4. Planung der Pflegemaßnahmen (6-W-Fragen)
 - Vordruck Pflegeplanung

Der Pflegebericht im Formular „A016 Vordruck Pflegeplanung“ gehört zum 5. Schritt des Pflegeprozesses (Durchführung der Pflegemaßnahmen)

5) Durchführung der Pflegemaßnahmen

Durchführung der Pflege

- = Umsetzung des Pflegeplans in die Pflegepraxis
- Beobachtung der Reaktionen des Pflegebedürftigen
- Überschneidungen anderer Schritte des Pflegeprozesses:
 - Maßnahme wird evtl. modifiziert
 - Neu priorisiert
 - Teile des Pflegeplans überprüft, je nach Bedarf angepasst
 - Begründete Abweichungen vom Pflegeplan sinnvoll/ notwendig
 - Pflegeprobleme sind bereits gelöst oder neue Pflegeprobleme entstanden
- Dokumentation der Durchführung erfolgt:
 - Zeitnah
 - mit Handzeichen und Uhrzeit



- Routinetätigkeiten u.U. am Ende der Schicht
- Besonderheiten werden unmittelbar erfasst
- *Anmerkung: Neben dem Pflegebericht zur Dokumentation von Abweichungen und Besonderheiten im täglichen Verlauf gibt es noch weitere Durchführungsnachweise zur Grund- und Behandlungspflege oder zur Erfassung bei Risiken (z. B. Protokolle). Diese werden an anderer Stelle besprochen.*

Inhalte Pflegebericht

Der Verlauf im Pflegebericht dient u. a. als Grundlage zur Evaluation (s. auch Kapitel 6) und ist ein wichtiges Informations- und Steuerungsinstrument. Zu beachten ist z. B. :

- Das gehört beispielsweise nicht in den Bericht:
 - Frau S. versorgt nach Plan
 - Nichts Besonderes
 - Fr. H. schlief bei jeder Runde
 - Frau E. wurde geduscht
 - Bei Herrn K. wurde ein Verbandswechsel durchgeführt
 - Bett wurde frisch bezogen
- Das gehört in den Bericht:
 - Akute Ereignisse (Stürze, Erbrechen, etc.)
 - Aktuelle pflegerelevante Beobachtungen, Probleme/Ressourcen oder Informationen
 - etwaige Abweichungen vom Maßnahmenplan und deren Begründung
 - Gesprächsnotizen mit Angehörigen, Ärzten (ggf. Ärztl. Kommunikations-blatt), weiteren Therapeuten, Betreuern.
- Immer an den „roten Faden“ im Bericht denken

6) Beurteilung der durchgeführten Pflege

Funktion der Evaluation:

- Soll-Ist-Analyse!
- Beurteilung der Pflegewirkung:
 - bewertet die Wirksamkeit der Pflegemaßnahme
 - dient der Erkennung von Ursachen bestehender Mängel
 - Ist Basis für entsprechende Korrekturen
- Die Auswertung erfolgt im Pflegebericht und dient:
 - der Erfolgskontrolle
 - der Überprüfung der Angemessenheit der Pflegeziele
 - der Beurteilung der Zielerreichung
 - der schriftlichen Fixierung des Gesamtergebnisses
 - ggf. der Neuanpassung an aktuelle Situation



Wie wird evaluiert?

- Die Beurteilung wird grundsätzlich ermöglicht durch:
 - Dokumentation der Absicht (Pflegeziele)
 - Angabe eines Kontrolldatums (Pflegeziele)
 - Dokumentation der Reaktionen des Pflegebedürftigen und seiner Bezugspersonen (Pflegebericht)
- Ergebniskontrollen erfolgen:
 - bei unvorhersehbaren Veränderungen
 - bei Einzug/Aufnahme
 - bei stetiger Verschlechterung
 - zum Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung
 - Es wird überprüft, ob die Ziele mittels der geplanten Maßnahmen erreicht wurden.

- Dieses schließt kontinuierliche Beurteilung nicht aus!
(z.B. Beurteilung des Hautzustandes bei Lagewechsel)
- Der Pflegebericht liefert wesentliche Informationen für die Evaluation. Er...
 - gibt Auskunft über Befinden des Pflegebedürftigen
 - dient der Information über Veränderungen
 - >sind diese dauerhaft, dann:
 - Aufnahme in Problembeschreibung
 - Zielformulierung
 - Maßnahmenplanung
 - stützt sich auf Beobachtungen der Pflegeperson
 - stützt sich auf Äußerungen des Pflegebedürftigen/ der Bezugsperson im Hinblick auf die Pflegesituation
 - gibt Auskunft über die Gründe bei situationsbedingten Abweichungen von der Pflegeplanung
 - ist kein Durchführungsnachweis: Hier sind keine routinemäßigen Eintragungen vorzunehmen!
- Hilfreiche Frage bei der Evaluation von Maßnahmen:
 - Wie ist der aktuelle Zustand des Pflegebedürftigen?
 - Sind Fortschritte bzgl. der gesetzten Pflegeziele erkennbar?
 - Welche Wirkung haben die Pflegemaßnahmen?
 - Hat sich der Zustand verbessert oder verschlechtert?
 - Wie fühlt sich der Pflegebedürftige derzeit?
 - Hat der Pflegebedürftige Aussagen über sein Befinden gemacht?
 - Sind Veränderungen in Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen aufgetreten?
 - Warum konnten die Pflegemaßnahmen nicht wie geplant durchgeführt werden?
 - Sind unvorhergesehene Ereignisse/Komplikationen aufgetreten?

→ *Das Ergebnis wird im Pflegebericht dokumentiert*

Mitgeltend:

- Arbeitsblatt „Die Pflegeplanung im 6-schrittigen Pflegeprozess“
- Arbeitsblatt „Informationssammlung gemäß der 13 ABEDL nach Krohwinkel; Beispiele für Inhalte und Formulierungsmöglichkeiten“

Quelle:

In Anlehnung an: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS); Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation; 2005