

Präparatbeispiele:**h** _____ Suprasorb G**i** _____ Actisorb plus**j** _____ Tielle**k** _____ Biatin**l** _____ Aquacel Ag**m** _____ Hydrosorb**n** _____ NU-GEL**o** _____ Allevyn**Wundheilungsphasen:****p** _____ Reinigungsphase**q** _____ Reinigungs- und Granulationsphase**r** _____ Reinigungs-, auch Granulations- und Epithelisierungsphase**Übungsaufgaben Pflege und Begleitung**

13.6 Erklären Sie kurz, was der Fingerdrucktest ist. Wäre die Durchführung dieses Tests bei Herrn Giesler sinnvoll? Begründen Sie kurz.

13.7 Füllen Sie die Braden-Skala für Herr Giesler aus und ermitteln Sie das Dekubitusrisiko:

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit, auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	☐ fehlt - keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli, mögliche Gründe: Bewusstlosigkeit, Sedierung - oder - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z. B. hoher Querschnitt)	☐ stark eingeschränkt - eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize - Beschwerden können kaum geäußert werden (z. B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) - oder - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist	☐ leicht eingeschränkt - eine Reaktion auf Ansprache oder Kommandos - Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z. B. dass die Position geändert werden soll) - oder - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind	☐ vorhanden - Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden - oder - keine Störung der Schmerzempfindung
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	☐ ständig feucht - die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot - immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen	☐ oft feucht - die Haut ist oft feucht, aber nicht immer - Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	☐ manchmal feucht die Haut ist manchmal feucht, und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	☐ selten feucht - die Haut ist meist trocken - neue Wäsche wird selten benötigt
Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität	☐ bettlägrig ans Bett gebunden	☐ sitzt auf - kann mit Hilfe etwas laufen - kann das eigene Gewicht nicht allein tragen - braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)	☐ geht wenig - geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen - braucht für längere Strecken Hilfe - verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl	☐ geht regelmäßig - geht regelmäßig 2- bis 3-mal pro Schicht - bewegt sich regelmäßig
Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	☐ komplett immobil kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen	☐ Mobilität stark eingeschränkt - bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten) - kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern	☐ Mobilität gering eingeschränkt macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten	☐ mobil kann allein seine Position umfassend verändern
Ernährung Ernährungsgewohnheiten	☐ sehr schlechte Ernährung - isst kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3 - isst nur 2 oder weniger Eiweißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch) - trinkt zu wenig - nimmt keine Ergänzungskost zu sich - oder - darf oral keine Kost zu sich nehmen - oder - nur klare Flüssigkeiten - oder - erhält Ernährungs-Infusionen länger als 5 Tage	☐ mäßige Ernährung - isst selten eine normale Essensportion auf, ist im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung - isst etwa 3 Eiweißportionen - nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich - oder - erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen	☐ adäquate Ernährung - isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen - nimmt etwa 4 Eiweißportionen täglich zu sich - verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich - oder - kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen	☐ gute Ernährung - isst immer die angebotenen Mahlzeiten auf - nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich - isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten - braucht keine Ergänzungskost
Reibung und Scherkräfte	☐ Problem - braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel - Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich - rutscht im Bett oder im (Roll-)Stuhl ständig herunter, muss immer wieder hochgezogen werden - hat spastische Kontrakturen - oder - ist sehr unruhig (scheuert auf dem Laken)	☐ potenzielles Problem - bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe - beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) - kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) - rutscht nur selten herunter	☐ kein Problem zur Zeit - bewegt sich in Bett und Stuhl allein - hat genügend Kraft, sich anzuheben - kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen	geringes Risiko 16 – 15 Punkte mittleres Risiko 14 – 12 Punkte hohes Risiko 11 – 9 Punkte sehr hohes Risiko < 9 Punkte Patient: Datum: Handzeichen:

13.8 Sie entfernen zum 1. Mal den Verband bei Herrn Giesler und reinigen die Wunde. Wie gehen Sie bei der Wundreinigung vor.

Kreuzen Sie die richtige Antwort an:

- ☐ **a** Herr Gieslers Dekubitus ist eine septische Wunde, die von innen nach außen gereinigt werden muss
- ☐ **b** Herr Gieslers Dekubitus ist eine aseptische Wunde, die von innen nach außen gereinigt werden muss
- ☐ **c** Herr Gieslers Dekubitus ist eine aseptische Wunde, die von außen nach innen gereinigt werden muss
- ☐ **d** Herr Gieslers Dekubitus ist eine septische Wunde, die von außen nach innen gereinigt werden muss

13.9 Sehen Sie sich folgende Abbildung von Herrn Gieslers Dekubitus am Steißbein an und erheben Sie den Wundstatus. Zur weiteren Information: das Exsudat ist serös, die Wunde ist 3,5 cm tief und geruchlos.



- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

13.10 Zusätzlich zur Wundtherapie von Herrn Gieslers Dekubitus ist es sinnvoll, die Risikofaktoren für die Entstehung zu minimieren. Deshalb müssen Sie weitere pflegerische Maßnahmen durchführen, damit der Dekubitus besser abheilen kann.

Ergänzen Sie diese in der folgenden Tabelle und begründen Sie die Notwendigkeit der jeweiligen Maßnahme:

Maßnahmen	Begründung

13.11 Katheterisierung

a Ordnen Sie den Katheter-Materialien die Indikationen zu:

PVC-Katheter	zur Keimminimierung auf dem Katheter
Latexkatheter	sind gut verträglich und können am längsten liegen in der Blase verweilen
Silikonkatheter	dürfen nur als Einmalkatheter verwendet werden
Katheter mit Hydrogelbeschichtung	Oberfläche ist rau, was zu Verkrustungen und zur Ansammlung von Keimen führt, dürfen maximal 5 Tage liegen bleiben
silberbeschichtete Katheter	werden zusammen mit Feuchtigkeit gleitfähig und deshalb häufig zum intermittierenden Katheterismus verwendet

b Die Größe eines Katheters wird in Charrière (Ch) angegeben.

Kreuzen Sie die richtige Antwort an:

- ☐ 1 3 Ch entsprechen 1 mm Außendurchmesser
- ☐ 2 5 Ch entsprechen 1 mm Außendurchmesser
- ☐ 3 1 Ch entsprechen 3 mm Außendurchmesser
- ☐ 4 1 Ch entsprechen 5 mm Außendurchmesser

c Nennen und erklären Sie 6 Gefahren beim Katheterisieren.

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

13.12 Herr Giesler wird jeden 3. Tag rektal abgeführt. Welche 3 Möglichkeiten kommen dazu infrage?

- _____
- _____
- _____

1 Lösung Umsetzung des Pflegeprozesses und Biografiearbeit bei Frau Stöhr

1.1

- **Gesundheit laut WHO:** Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht.
- **Krankheit:** wird in der biologischen Betrachtung im Sinne körperlicher Erkrankung oder als Funktionsstörung erklärt.
- **Behinderung laut WHO:** Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe). Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren.

1.2

Schritt des Pflegeprozesses	Aufgaben der Pflegenden
1. Informations-sammlung	→ Pflegenden erheben in dieser Phase die momentane Ausgangslage/den aktuellen Pflegebedarf (Ist-Zustand), dazu • erfassen sie (in der Regel in Form eines standardisierten Fragebogeninterviews, z. B. ABEDL-Struktur als Leitfaden) die physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Aspekte des Pflegebedürftigen, • nutzen sie unterschiedliche relevante Daten für die Informationssammlung (direkte Daten/indirekte Daten/objektive Daten/subjektive Daten), • sorgen sie für eine angemessene und vertrauensvolle Atmosphäre, • wenden sie in dieser Phase Assessment-Instrumente (z. B. Braden- bzw. Norton-Skala, Bienstein-Atemskala, Pflegeabhängigkeitsskala [PAS], etc.) zur objektiven Datenerfassung an.
2. Erkennen von Problemen und Ressourcen	→ Pflegenden beschreiben die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des Pflegebedürftigen, dazu • formulieren sie das Problem präzise, kurz, exakt und spezifisch, • berücksichtigen sie aktuelle, potenzielle und verdeckte Pflegeprobleme, • bringen sie durch die Ressourcen zum Ausdruck, welche Fähigkeiten der Pflegebedürftige besitzt, um einen Beitrag zur eigenen Genesung bzw. der Bewältigung des Problems zu leisten.
3. Festlegung der Pflegeziele	→ die Zielsetzung erfolgt gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen, dabei müssen die Pflegenden darauf achten, dass... • die Pflegeziele erreichbar, realisierbar, überprüfbar und bewohnerbezogen sind, • die Formulierung des Pflegeziels präzise ist, einen qualitativen oder quantitativen Anteil sowie ein Zeitelement beinhaltet und positiv formuliert ist.
4. Planung der Pflege-maßnahmen	→ durch die Maßnahmenplanung sollen die Pflegeziele erreicht werden, dazu müssen die Pflegenden... • die Maßnahmen so aussagekräftig wie möglich formulieren, dass jeder Pflegenden in der Lage ist, den Pflegebedürftigen anhand der formulierten Maßnahmen pflegerisch zu begleiten, zu beraten, zu unterstützen, anzuleiten, zu unterrichten, um eine kontinuierliche Pflegequalität zu erbringen, • folgende Aspekte in der Maßnahmenplanung berücksichtigen: von wem, was, wann wie oft, wie lange, womit und wo geleistet werden soll, • der Pflegebedürftige sollte, wenn möglich, über die Maßnahmen mitentscheiden.
5. Durchführung der Pflege	→ Umsetzung des Pflegeplanes durch die Pflegenden in die Praxis. Dabei werden während der eigentlichen Durchführung bzw. Umsetzung der Pflege kontinuierlich neue Informationen über den Zustand des Pflegebedürftigen gewonnen, die dann wiederum in den Pflegeprozess einzubinden sind.
6. Beurteilung der Wirkung der Pflege	→ anhand der Beurteilungskriterien der Pflegeziele messen und beurteilen die Pflegenden zum individuell festgelegten Zeitpunkt der Evaluation den erreichten Zustand des Pflegebedürftigen und... • dokumentieren das Evaluationsergebnis im Pflegebericht, • bearbeiten oder ergänzen auf der Grundlage der systematisch durchgeführten Evaluation die erstellte Pflegeplanung (sollte sich die erstellte Pflegeplanung als effektiv herausstellen, so kann sie fortgesetzt werden).

1.3

Durchführung einer Informationssammlung, um den Ist-Zustand zu erheben und daraus die Probleme und Ressourcen von Frau Stöhr ableiten. Wenn möglich, sollte das in Form eines strukturierten Interviews durchgeführt werden, evtl. müssen noch physiologische Daten und Werte erhoben werden.

1.4

- Gewohnheiten und Rituale im Lebensalltag
- besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten
- frühere berufliche Position/schulischer und beruflicher Werdegang
- früherer Umgang mit Erkrankungen und schwierigen Situationen
- Werte/Normen und Moralvorstellungen
- Glaube, Religionszugehörigkeit, kultureller Hintergrund, Sozialisation in der Kindheit, Erziehung
- geschichtlicher Lebensrahmen (Zeitgeschichte/prägende historische und familiäre Ereignisse/Krisensituationen)
- Erfahrungsschatz/Charaktereigenschaften

1.5

- Stammblatt
- Biografiebogen
- ausgefüllte Risikoskalen
- Pflegeplanung
- Leistungsnachweis für die durchgeführten Maßnahmen
- Formular zum Eintragen der Vitalwerte
- Formular für ärztliche Verordnung (Medikamente)
- Berichtblatt

1.6

	papiergestütztes System	elektronisches System
Vorteile	• ist günstig in der Anschaffung • vertrautes Medium für Mitarbeiter • kann problemlos transportiert werden • unabhängig von technischem Fortschritt • sind in der Regel verständlich und klar, sodass es keine Probleme bei der Nutzung gibt • einmaliges Dokument	• Zeitersparnis, wenn der Umgang damit Routine geworden ist • Pflegeprozess kann effektiver gesteuert werden • die erfassten Daten können außer für die Pflege auch für das interne Controlling und evtl. für Vergütungsverhandlungen aufbereitet und genutzt werden • Arbeitserleichterung durch Textbausteine • Anwender wird durch den gesamten Planungs- und Dokumentationsprozess geführt, es werden z. B. Auswahlmöglichkeiten angeboten, die fachlich möglich und sinnvoll sind • in jedem Prozessschritt sind zur Fehlerfrüherkennung Plausibilitätsprüfungen möglich • System lässt Auswertungen aus Dokumentation und Planung zu, die für intra- und interprofessionelle Kommunikation von hoher Bedeutung sind, dadurch Qualitätssteigerung • vereinfachte Archivierung • größere Sicherheit vor Missbrauch durch Kennwortschutz • jede Eintragung wird automatisch mit aktuellem Datum und „Handzeichen“ hinterlegt, somit lässt das System keine vorweggenommene Dokumentation zu
Nachteile	• Papier kann verloren gehen • Dokumente sind evtl. unvollständig • kann falsch abgeheftet werden • es wird meist keine standardisierte Terminologie verwendet • Handschriften sind zum Teil schlecht oder nicht lesbar • Informationen sind häufig redundant • Informationen sind nicht vollständig • reduzierte Verfügbarkeit • kein Schutz vor Datenmissbrauch oder Fälschung, da für alle zugänglich	• ist teuer in der Anschaffung • nur sinnvoll, wenn die Pflegenden die Anwendung des Pflegeprozesses beherrschen • Pflegende benötigen gute Basiskenntnisse im Umgang mit der EDV • Pflegende benötigen spezielle Schulung für den Umgang mit dem Programm • Gefahr des Datenmissbrauchs • es besteht die Möglichkeit, dass unberechtigte Eintragungen erfolgen, wenn kein Kennwort verwendet wird • bisher kann die papiergestützte Dokumentation noch nicht vollständig ersetzt werden, z. B. Bewegungspläne, Trinkprotokolle etc. • es müssen ausreichend Arbeitsplätze zur Verfügung stehen

1.7

a

- ABEDL-Strukturmodell
- Rahmenmodell fördernder Prozesspflege
- Pflegeprozessmodell
- Management-Modell der Pflege
- Modell des reflektierenden Erfahrungslernens

b Pflegetheorie: Modell des Lebens von Roper, Logan und Tierney

Ergänzende Aspekte:

- Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können
- Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können

c

Gemeinsamkeiten	Unterschiede
• Erhebung bei K entspricht der Informationssammlung bei F/M • Durchführung in beiden Modellen als einzelne Phase • Auswertung bei K entspricht Beurteilung der Wirkung bei F/M • alle sehen den Pflegeprozess als „zyklisches“ Geschehen, d. h., die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses werden nicht einfach hintereinander gereiht, sondern an jede Auswertung schließt sich ein erneuter Pflegeprozess-Zyklus an • Pflegeprozess ist ein permanenter Entwicklungsprozess	• bei K gibt es keine gesonderte Phase zur Erkennung der Probleme und Ressourcen • K fasst in der Planungsphase die Planung der Pflegeziele und -maßnahmen zusammen • bei F/M sind dies alles getrennte Phasen • K betont, dass alle Phasen des Pflegeprozesses personen-, beziehungs- und förderungsorientiert zu gestalten sind • laut K verlaufen die Phasen häufig nicht nacheinander, sondern parallel

K = Krohwinkel

F/M = Fiechter/Meier

1.8

- tägliche Evaluation der durchgeführten Maßnahmen und deren Dokumentation
- Evaluation des gesamten Pflegeprozess im Abstand von 1 – 3 Monaten
- Evaluation in zyklischen Intervallen, z. B. durch Pflegevisite

2 Lösung Frau Meier ist an Demenz erkrankt

2.1

- Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, z. B. vergisst sie, was sie kaufen wollte, vergisst, den Gefrierschrank zu schließen
- Störungen des Langzeitgedächtnisses, z. B. weiß sie Namen nicht mehr
- beschimpft ihre Schwiegertochter
- Apraxie: kann nicht mehr mit Besteck umgehen
- Agnosie: erkennt Gegenstände nicht mehr

2.2

	Begründung
Schweregrad: mittelschwere Demenz	• Frau Meier benötigt zunehmend Hilfestellung bei der Durchführung gewohnter Handlungsabläufe • komplexere Handlungen wie das Kochen sind nicht mehr durchzuführen • sie kommuniziert häufig nur auf der Gefühlsebene „Ich hasse dich...“ • sie geht viel auf dem Wohnbereich oder im Kräutergarten umher • motorische Unruhe • sie sucht häufig nach ihrem Nähkästchen
Demenzform: vaskuläre Demenz	Bei Frau Meier verläuft die Demenz sprunghaft. Es gibt Tage, an denen sie komplett auf Hilfe angewiesen ist und an anderen Tagen kocht sie wiederum für die ganze Familie.

2.3 Pflegeplanung s. S. 103

2.4

Betreuungs- und Therapiekonzept	Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung
Milieutherapie	• der Wohnraum von Frau Meier soll individuell und biografisch auf sie abgestimmt sein, d. h. es sollten einige Möbelstücke und Bilder aus ihrer alten Wohnung gebracht und wenn möglich, so wie in der Wohnung positioniert werden • Nähkästchen bringen lassen und im Zimmer gut sichtbar platzieren • Toilette und Badezimmer sollten mit passenden Symbolen versehen werden, damit Frau Meier diese alleine aufsuchen kann, evtl. auch hier die gleichen Symbole/Schilder wie in der alten Wohnung anbringen • die Flure, Zimmerböden und der Zugang zum Außenbereich sollten barrierefrei sein und ein geringes Gefährdungspotenzial aufweisen • die Räume des Wohnbereichs sollten wie das Zimmer individuell und biografisch orientiert gestaltet sein, um das Gefühl der Geborgenheit zu ermöglichen und um zur Eigenbeschäftigung anzuregen, z. B. Regale mit Wäsche, Küchenutensilien und Nähmaterialien
Biografieorientierte Pflege	• Erinnerung für Frau Meier ermöglichen, dazu z. B. ein Erinnerungsalbum, eine Erinnerungsbox oder Erinnerungstasche in Bezug auf ihre Lebensthemen Haus- und Gartenarbeit anlegen • Zimmertür von außen auf Frau Meiers Lebensthema abgestimmt dekorieren, damit sie ihr Zimmer selbstständig findet • zusammen mit Frau Meier, ihrem Sohn Klaus und seiner Ehefrau Erinnerungsarbeit durchführen
Gedächtnis- und Gehirntraining	• Aktivierungsangebot im Kräutergarten für Frau Meier anbieten, z. B. verschiedene Kräuter durch Riechen oder Kosten erkennen lassen
Integrative Validation (IVA)	• Kommunikation mit Frau Meier auf die Gefühlsebene ausrichten, um Zugang zur ihrer Erlebniswelt zu bekommen, dies ist vor allem während ihrer verhaltensauffälligen Phasen wichtig, z. B. „Sie sind jetzt wütend.“