

PLAISIR
Handbuch

EROS
Montréal

Einführung in das System PLAISIR

- 1.1 Ein dreidimensionales Informationssystem
- 1.2 Ein System, das dem Informationsbedürfniss auf allen Entscheidungsebenen entspricht
- 1.3 Ein standardisiertes Informationssystem, aber auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners ausgerichtet
 - 1.3.1 Liste der Standards für die Schweiz
- 1.4 Methode
- 1.5 Verwaltung der Datenbasis PLAISIR
- 1.6 Qualitätssicherung der Daten

1.1 Ein dreidimensionales Informationssystem

Ein dreidimensionales Informationssystem

Das System PLAISIR ist ein klinisch-administratives Informationssystem und bezieht sich auf Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen.

Das System erfasst zwei Arten von Merkmalen des Bewohners :

- sein bio-psycho-soziales Profil;
- sein Profil bezüglich der erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen.

Zusätzlich werden auch noch einige soziodemographische Merkmale des Bewohners erfasst, sowie sein Profil der **benutzten** Ressourcen in der Rehabilitation (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) und der Medizin.*

Die erfassten Angaben werden in den Computer eingegeben und dieser berechnet dann die erforderlichen Pflege- und Unterstützungsressourcen für den Bewohner, indem er einerseits das Profil der erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen für den Bewohner, und andererseits von einer Gewichtung jeder Pflegeaktion, gemessen in der zu ihrer Ausführung erforderlichen Zeit, ausgeht.

Das System erlaubt folglich eine dreidimensionale Darstellung des Bewohners:

- bio-psycho-sozial, als Ausdruck von Krankheiten, Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen;
- erforderliche Leistungen, um auf die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse einzugehen;
- erforderliche Ressourcen (gemessen in Zeit), um die erforderlichen Leistungen zu erbringen.

Diese drei Dimensionen entsprechen dem Modell von Donabedian.

*

Die routinemäßige Bestimmung der **erforderlichen** medizinischen Ressourcen und der Rehabilitationsressourcen, ausgehend vom Profil der für den Bewohner erforderlichen medizinischen Leistungen und Rehabilitationsleistungen, wäre viel zu teuer. Deshalb beschränkt man sich darauf sein Profil der **benutzten** Ressourcen zu sammeln.

1.2 Ein System, das dem Informationsbedürfnis auf allen Entscheidungsebenen entspricht

Ein System, das dem Informationsbedürfnis auf allen Entscheidungsebenen entspricht

Das System erlaubt also die Pflegeintensität der abhängigen Bewohner, die während unterschiedlich langer Zeit (viele bis zum Lebensende)* in einer Institution beherbergt werden, zu qualifizieren und zu quantifizieren. *

Diese Information kann auf allen Entscheidungsebenen benutzt werden:

- **von der Leiterin des Wohnbereichs**, um die Qualität der gegebenen Pflege ihres Wohnbereichs zu überprüfen und um ihr Personal, je nach den Bedürfnissen der Bewohner, einzusetzen.
- **von der Pflegedienstleitung** und der Verwaltung der Einrichtung, um die Pflegequalität ihrer Einrichtung zu überprüfen, um den verschiedenen Wohnbereichen, je nach der Pflegeintensität ihrer Bewohner, Ressourcen zu bewilligen, um die Aufnahmen zwischen den verschiedenen Wohnbereichen zu verteilen, um zum Beispiel ein Gleichgewicht zwischen Pflegeangebot und Pflegenachfrage herzustellen oder um eine Homogenität (Heterogenität) der Bewohner der verschiedenen Wohnbereiche zu erreichen.
- in einem Pflegesystem, in dem die Aufnahmen aller Einrichtungen koordiniert werden, **vom Koordinationsbüro**, um zu entscheiden in welche Einrichtung eine Person eingewiesen werden soll.
- **von den Zahlern**, um die Ressourcen gerecht, in Bezug auf die Bedürfnisse der Bewohner, zu bewilligen.
- **von den Planern und Programmierern**, um für jetzt und morgen die Ressourcen für die unterstützungsbedürftigen Personen in Bezug auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zu organisieren.

* Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß es eine Variante zum System PLAISIR gibt, die in Krankenhäusern einschließlich Intensivpflegestationen angewendet werden kann.

1.3 Ein standardisiertes Informationssystem, aber auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners ausgerichtet

Ein standardisiertes Informationssystem, aber auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners ausgerichtet

Das System PLAISIR geht von dem Grundprinzip aus, daß sich die Entscheidungen auf allen Ebenen an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren sollten, anstatt an den global zur Verfügung gestellten Ressourcen.

Es operationalisiert dieses Grundprinzip, indem der Fokus auf die für den Bewohner **erforderlichen** Leistungen gerichtet wird, anstatt auf die Leistungen, die ihm gegeben werden.

Man definiert als erforderliche Leistungen die Pflege und Unterstützung¹ (professionelle und nicht professionelle), die der Bewohner erfordert, um seine Bedürfnisse an Unterstützung zu befriedigen. Die Bedürfnisse an Unterstützung des Bewohners werden von der Fachkraft / den Fachkräften evaluiert, und zwar bezüglich:

- der Wahrnehmung seiner Bedürfnisse an Unterstützung , die der Bewohner (und seine Familie) der Fachkraft / den Fachkräften mitteilt.
- des bio-psycho-sozialen Profils des Bewohners und seines sozialen Hintergrunds.

Davon ausgehend bilden sich die Pflegefachkräfte ihre Vorstellung von den Bedürfnissen an Unterstützung des Bewohners. Auf dieser Basis bestimmen sie die für den Bewohner erforderlichen Leistungen. Diese Bestimmung wird durch ihre Pflegephilosophie beeinflusst, die sich durch gewisse Regeln, Normen und professionelle Standards ausdrückt. Je nachdem wird also auf eine mehr oder weniger genaue Art und Weise angegeben, wie auf die verschiedenen Bedürfnisse an Unterstützung zu antworten ist.

Die gegebene Pflege entspricht nicht immer der erforderlichen Pflege, so wie wir sie gerade definiert haben. Dies kann an einem Mangel an Ressourcen, einer schlechten Evaluation der Bedürfnisse an Unterstützung des Bewohners oder an den internen Regelungen der Einrichtung liegen. Angenommen das Pflegepersonal unterstützt einen Bewohner einmal am Tag beim Gehen (gegebene Pflege), der Qualitätsstandard (erforderliche Pflege) verlangt jedoch, daß man ihn drei (3) mal am Tag beim Gehen unterstützt, um seinen Blutkreislauf zu aktivieren und einer Muskelatrophie der unteren Gliedmaßen vorzubeugen. Dann wird man auf dem FRAN diese Pflegeaktion folgendermaßen vermerken: "**gehen mit Hilfe**" um 10 Uhr - 15 Uhr - 20 Uhr "**jeden Tag**", anstatt "**gehen mit Hilfe**" um 15 Uhr "**jeden Tag**".

Wie schon weiter oben erwähnt, wird die Bestimmung der erforderlichen Pflege durch die Pflegephilosophie und die davon abgeleiteten professionellen Normen und Standards beeinflusst. Diese Philosophie, Normen und Standards variieren von einer Institution zur anderen. Wenn man also die Bestimmung dessen, was erforderlich ist, nicht regeln würde, dann würde die erforderliche Pflege des gleichen Bewohners (als Ausdruck der zu erbringenden Leistungen und infolgedessen als Ausdruck der Ressourcen) von einer Einrichtung zur anderen variieren. Dies stellt ein bedeutendes Gerechtigkeitsproblem dar, wenn die Ergebnisse der Evaluationen PLAISIR zur Verteilung eines globalen Budgets zwischen verschiedenen Programmen oder Einrichtungen verwendet werden, und diese Verteilung gemäß der für die Bewohner erforderlichen Ressourcen erfolgt.

Deshalb ist es also notwendig Pflegestandards festzulegen, denen alle Institutionen, **für den Zweck der Evaluationen PLAISIR**, zustimmen müssen.

Diese Standards sollen den Pflegefachkräften, die die für den Bewohner erforderliche Pflege und Unterstützung evaluieren, eine Hilfe sein. Sie sind nicht bindend, sondern weisen auf einen Durchschnitt hin, von dem die Pflegefachkraft abweichen kann, vorausgesetzt sie **begründet** diese Abweichung, indem sie sich auf die besonderen Bedürfnisse des Bewohners beruft. Daher muß die evaluierende Pflegefachkraft auf dem Papier-FRAN oder dem eFRAN eine Begründung vermerken, wenn sie für eine Pflegeaktion eine Häufigkeit oder Intensität angibt, die von der Standardhäufigkeit oder -intensität dieser Aktion abweicht.

Auch wenn die Akzeptanz gleicher Standards eine notwendige Voraussetzung zur gerechten Verteilung der Ressourcen ist, kann dennoch jede Einrichtung, sobald sie über diese Ressourcen zur Pflege der Bewohner verfügt, eigene Standards festlegen, die sich möglicherweise von den allgemeinen Standards unterscheiden. Jedoch werden diese eigenen Standards durch die, auf der Basis der allgemeinen Standards bewilligten Ressourcen, beschnitten werden. Dieser Preis muß gezahlt werden, um eine gerechte Verteilung der Ressourcen zu erreichen.

Aus Anlass der Verwendung des Systems PLAISIR in der Schweiz, in Belgien und in Deutschland haben Pflegefachkräftekomitees dieser Länder Pflegestandards festgelegt, die ihrer jeweiligen Praxis entsprechen und sich deshalb untereinander und von den québecer Standards unterscheiden. Schließlich soll darauf hingewiesen werden, dass die Verwendung von gemeinsamen Pflegestandards für alle Einrichtungen eines Landes oder einer Region nur im Fall einer **kollektiven** Anwendung des Systems PLAISIR notwendig ist. Eine Einrichtung, die das System nur für ihre internen Informationsbedürfnisse einführen möchte, könnte genausogut ihre eigenen Pflegestandards benutzen. Aber selbst in solch einem Fall ist eine gewisse Vereinheitlichung notwendig, denn wenn man die Wohnbereiche einer Einrichtung untereinander vergleichen möchte, müssen auch hier die gleichen Pflegestandards als Grundlage benützt werden. Also selbst in solch einer Situation kann man Erläuterungen und Formalisierungen der Pflegestandards nicht umgehen, wenn man sich die Möglichkeit erhalten möchte, Wohnbereiche untereinander zu vergleichen.

Unter dem Punkt "**Liste der Standards**" finden Sie diejenigen, die für die Anwendung des Systems PLAISIR in der Schweiz zurückbehalten wurden.

¹ von Helfern durchgeführte Pflege.

1.3.1 Liste der Standards für die Schweiz

Liste der Standards

Standards

Besonderheiten des Bewohners

LUFTBEFEUCHTER

Zwei (2) mal pro 24 Stunden.

Der Bewohner benötigt 24 heures/24 einen Luftbefeuchter.

PFLEGE EINER TRACHEOTOMIE (Haut, Kanüle, Verband, Kanüelenbändchen)

Ein (1) mal pro 24 Stunden.

Der Bewohner hat eine Tracheotomie.

FLÜSSIGKEITZUFUHR

Mindestens zwei (2) mal pro Tag.

Keine Besonderheit.

STUHLINKONTINENZ

Ein (1) mal pro Arbeitsschicht
(nicht bei jedem Rundgang).

Nur für Bewohner, die ständig ihre Windelhose,
Einlage oder ihr Moltex beschmutzen.

URINALKONDOM

Ein (1) mal pro Tag.

Der Bewohner hat 24 Stunden am Tag ein Urinalkondom.

PFLEGE BEI DAUERKATHETER

Zwei (2) mal pro Tag.

Keine Besonderheit.

SICH PFLEGEN/SICH KLEIDEN

Teilkörperpflege:
sechs (6) Tage pro Woche.

Keine Besonderheit.

Ganzkörperpflege:
einen (1) Tag pro Woche.

Keine Besonderheit.

Ganzkörperpflege:
drei (3) Tage pro Woche.

Junger Erwachsener in der Psychiatrie.

Ganzkörperpflege:
jeden Tag.

Der Bewohner ist bettlägrig.

HAARE WASCHE/SPÜLEN

Ein (1) mal pro Woche. Keine Besonderheit.

MANIKÜRE

Ein (1) mal pro Woche. Keine Besonderheit.

PEDIKÜRE

Ein (1) mal pro Woche. Keine Besonderheit.

BARTRASUR

Jeden Tag. Männlicher Bewohner ohne Hautprobleme.

ZAHNPFLEGE

Zwei (2) mal pro Tag. Keine Besonderheit.

GEHEN MIT HILFE

Drei (3) mal pro Tag. Der Bewohner ist anfällig für Muskelatrophie der unteren Gliedmaßen.

EINREIBEN, MASSIEREN UND LAGERN

Acht (8) mal pro Tag. Der Bewohner ist bettlägrig.

PASSIVE UND/ODER AKTIVE BEWEGUNGSÜBUNGEN

Ein (1) mal pro Tag. Der Bewohner kann sich bewegen, ist aber anfällig für Muskelatrophie und/oder hat Durchblutungsprobleme.

Zwei (2) mal pro Tag. Der Bewohner ist bettlägrig oder er kann nicht gehen.

STRUKTURIERTE BEWEGUNGSÜBUNGEN

Zwei (2) mal pro Tag. Der Bewohner hat ein physisches Problem und ein Rehabilitationsprogramm wäre für ihn von Nutzen.

UNTERHALTENDE AKTIVITÄTEN

Drei (3) mal pro Woche. Keine Besonderheit.

THERAPEUTISCHE AKTIVITÄTEN

Zwei (2) mal pro Woche. Der Bewohner weist ein Problem auf, für das eine individuelle therapeutische Aktivität oder eine therapeutische Gruppenaktivität von Nutzen wäre.

SOZIAL-THERAPEUTISCHER AUSGANG

Ein (1) mal pro Woche. Der Bewohner weist ein Problem auf, für das ein sozial-therapeutischer Ausgang von Nutzen wäre.

BEOBACHTUNG

Mindestens ein (1) mal pro Nacht. Der Bewohner erfordert nachts keine Pflege.

1.4 Methode

Methode

Das Basisinstrument des Systems PLAISIR ist das **Formular FRAN**. Dieses Formular gibt es in einer Papier-Version und einer elektronischen Version. Das elektronische Format ahmt das Papier-Format nach und wird eFRAN genannt. Mit Hilfe dieses Formulars können sehr detaillierte Angaben über den Bewohner gesammelt werden: sein bio-psycho-soziales Profil und gewisse Leistungen, die er erhält; sowie sein Profil der Pflege- und Unterstützungsleistungen, die während der letzten 7 Tage erforderlich waren.

Das Formular FRAN wird von einer evaluierenden Pflegefachkraft ausgefüllt. Es ist nicht nötig, daß diese den Bewohner kennt. Um das Formular auszufüllen, greift die evaluierende Pflegefachkraft auf folgende Unterlagen des Bewohners zurück :

- die Bewohnerdokumentation (Beobachtungsvermerke, die den 7 Evaluationstagen entsprechen);
- seinen Pflegeplan (wenn die Angaben aktuell sind);
- den / die Behandlungs- oder Untersuchungsordner;
- den / die Ordner mit den Pflege Techniken der Institution;
- die Pflegestandards des Systems PLAISIR;
- sonstige zur Verfügung stehende Unterlagen.

Sie wird auch das für den Bewohner verantwortliche Personal, den Bewohner selbst und, falls nötig, das übrige Fachpersonal befragen. Die evaluierende Pflegefachkraft kann, je nach der Komplexität der Fälle, 5 bis 8 Bewohner **pro Tag** evaluieren.

Die ausgefüllten Formulare werden entweder mit der Post (Papier-Format) oder per Internet (elektronisches Format) an ein Verarbeitungszentrum geschickt. Dort werden die Angaben der FRANs einem EDV Programm unterzogen. Dieses ist so programmiert, daß es sofort fehlende Angaben, unmögliche, inkohärente und unwahrscheinliche Antworten entdeckt. Der Computer erstellt dann einen Output, der eine kompakte, aber vollständige Fassung des Inhalts des FRAN darstellt und gleichzeitig wird auf Angaben hingewiesen, die einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Diese kompakte Fassung des FRAN wird IMPFRAN genannt.

Diese IMPFRANs werden dann einer Überprüferin vorgelegt, die eine Spezialistin in der Durchsicht der FRANs ist. Sie überprüft das IMPFRAN, um fehlende Angaben, offenkundige Fehler, nicht übereinstimmende Angaben festzustellen. Nach dieser Überprüfung nimmt die Überprüferin mit der Einrichtung, in der sich der Bewohner befindet, telefonisch Kontakt auf, um den/die Pflegenden oder die evaluierende Pflegefachkraft zu befragen und um anschließend das IMPFRAN des Bewohners zu ergänzen und zu korrigieren. Eine Überprüferin kann, je nach der Komplexität der Fälle, 2 bis 6 IMPFRANs **pro Stunde** bearbeiten.

Ist dieser Vorgang beendet, dann werden die Korrekturen und Änderungen auf dem Original-FRAN vermerkt. Dieses ist danach für die Weiterbearbeitung bereit, damit die verschiedenen Computeroutputs des Systems PLAISIR hergestellt werden können.

1.5 Verwaltung der Datenbasis PLAISIR

Verwaltung der Datenbasis PLAISIR

Hier soll nun erklärt werden, wie eine Einrichtung, die regelmäßig das System PLAISIR für die Evaluation ihrer Bewohner verwendet, ihre Datenbank PLAISIR aktualisiert.

Wenn eine Einrichtung das System PLAISIR einführt, so wird als erstes eine Evaluation PLAISIR **aller** Bewohner vorgenommen. Diese Evaluation muß innerhalb eines möglichst kurzen Zeitraums stattfinden, um ein Porträt der Bewohner einer Einrichtung **zu einem bestimmten Zeitpunkt** zu erhalten. Da jedoch die Anzahl der evaluierenden Pflegefachkräfte begrenzt ist, und eine Evaluiererin nur 5 bis 8 Bewohner pro Tag evaluieren kann, ist es natürlich unmöglich alle Bewohner einer Einrichtung am gleichen Tag zu evaluieren. Deshalb kann sich die Evaluationszeit in einer Einrichtung über mehrere Tag bis zu mehreren Wochen erstrecken. Das bringt im Großen und Ganzen keine Probleme mit sich, da der Zustand der Bewohner in Einrichtungen, die PLAISIR verwenden, ziemlich stabil bleibt. Trotzdem kann man davon ausgehen, dass man am Ende des Prozesses eine Momentaufnahme der Bedürfnisse der Bewohner der Einrichtung zur Verfügung hat. Diese Beobachtung wird mit **Monat und Jahr** datiert (zum Beispiel in den Outputs des Systems PLAISIR) während welchen die meisten, wenn nicht alle Evaluationen durchgeführt wurden: zum Beispiel: 10 - 2009. Das gleiche Prinzip wird bei der Aktualisierung der Daten angewendet.

Hat man einmal das erste Bild seiner Bewohner geschaffen, so kann die Einrichtung dieses Bild mit der von ihr gewünschten Häufigkeit aktualisieren. Verschiedene Überlegungen können bei der Bestimmung der Häufigkeit ausschlaggebend sein, vor allem Erwägungen in Bezug auf Kosten und Nutzen. Es ist teurer, wenn die Datenbank häufig aktualisiert wird, aber wenn die Einrichtung die Daten von PLAISIR auf klinischer und administrativer Ebene intensiv nutzt, dann möchte sie wahrscheinlich zu jeder Zeit über ein aktuelles Bild ihrer Bewohner verfügen. Folglich gibt es keine allgemeine Regel in Bezug auf die Häufigkeit der Aktualisierung.

Bei einer Aktualisierung werden nicht jedesmal alle Bewohner neu evaluiert, sondern nur die, deren "**Zustand**" sich verändert hat, oder die, die seit der letzten Aktualisierung neu aufgenommen wurden. Gleichzeitig werden auch die nicht mehr anwesenden Bewohner (verlegt, verstorben) aus der Datenbank entfernt.

In den vier französischsprachigen Kantonen der Schweiz geht man im Allgemeinen folgendermaßen vor: der Bewohner wird zwischen der 3. und 8. Woche seiner Aufnahme in die Einrichtung ein erstes Mal evaluiert, anschließend wird er jedes Mal erneut evaluiert, wenn sich sein Zustand verändert, sei es hin zu einer "Verbesserung" oder zu einer "Verschlechterung". Diese Vorgehensweise wird als "kontinuierliche Evaluation" bezeichnet. Dazu gehört auch eine kontinuierliche Aktualisierung der Datenbank je nach den Entlassungen, Verlegungen und Todesfällen.

Die Bildung der initialen Datengrundlage und ihre späteren Aktualisierungen unterliegen strikten Regeln, die die Vertraulichkeit und die Integrität der Daten des Informationssystems gewährleisten sollen.

1.6 Qualitätssicherung der Daten

Qualitätssicherung der Daten

Zahlreiche Vorkehrungen sind getroffen worden, um die Qualität, der mit dem System PLAISIR erfassten Daten, sicherzustellen.

Die evaluierende Pflegefachkraft hat im Evaluationsprozess eine Schlüsselposition inne. Sie arbeitet im Allgemeinen in der betreffenden Einrichtung und hat grundsätzlich noch nie Evaluationen durchgeführt, die dem System PLAISIR in Form und Verfahren ähnlich sind. Sie muss also für die Durchführung der Evaluationen PLAISIR ausgebildet werden. Ihre Schulung findet in zwei Etappen statt. Die erste Etappe besteht aus einer **Gruppenschulung** (maximal zwölf Personen), die drei Tage dauert. Diese Schulung beinhaltet vor allem das Studium des FRAN, Rubrik für Rubrik, und stützt sich hauptsächlich auf das Handbuch des Systems PLAISIR. Dieser theoretischen Etappe folgt eine praktische Übung, in der die "*Schülerinnen*" mit dem FRAN einen fiktiven Bewohner evaluieren.

Die zweite Etappe des Prozesses besteht aus einer **individuellen Schulung vor Ort**, die ebenfalls zwei Tage dauert. Bei dieser Schulung wird folgendermaßen vorgegangen.

Nach den zwei Tagen der Gruppenschulung "*in der Klasse*", kehrt die "*Schülerin*" zurück in ihre Einrichtung und nimmt 8 Evaluationen PLAISIR vor. Anschließend wird sie von der Ausbilderin in der Einrichtung besucht. Die Ausbilderin wählt 3 Bewohner von den 8 Bewohnern aus, die von der Schülerin evaluiert worden sind, und evaluiert sie unabhängig davon. Dann trifft sie sich mit der Schülerin und vergleicht ihre Evaluationen mit denen der Schülerin. Zuletzt *liest* sie mit der Schülerin die übrigen Evaluationen durch. Dieser Prozess dauert einen Tag. Es wird dann von der Schülerin verlangt, daß sie 8 neue Evaluationen vornimmt. Wenn diese beendet sind, wird sie wieder von der Ausbilderin besucht und die Prozedur wird wiederholt.

Durch den Prozess der Überprüfung (desk-review) der Evaluationen erkennt man unter anderem die Evaluiererinnen, die "*Probleme*" haben. Diesen bietet man eine "*nachfolgende Schulung*" an, entweder in einer Gruppe oder individuell. Das Ausmaß dieser nachfolgenden Schulungen variiert. Es hängt von den festgestellten Problemen ab. Daneben sind "*Auffrischungsschulungen*" für schon geschulte Pflegefachkräfte vorgesehen, die seit langem keine Evaluationen durchgeführt haben (ein Jahr oder länger).

Die Anzahl der geschulten Evaluiererinnen ist mit Absicht begrenzt. Als 1984 das System eingeführt wurde, war das Ziel, nicht mehr als eine Pflegefachkraft pro 100 Betten zu schulen, damit sichergestellt ist, dass jede Evaluiererin jährlich eine genügende Anzahl von Evaluationen durchführt, um nicht aus der Übung zu kommen. Mit der Zeit wurde festgestellt, daß im Durchschnitt ungefähr eine Pflegefachkraft für 50 Betten geschult worden ist. Die Praxis zeigte, dass dies in der Regel ausreichend war, um eine gute Qualität der Daten zu gewährleisten. Die Schulung einer größeren Anzahl von Pflegefachkräften als vorgesehen, ist auf die geringe Bettenzahl zahlreicher Einrichtungen zurückzuführen und auf die Tatsache, dass die Direktion mancher Einrichtungen wollte, dass jede Leiterin eines Wohnbereichs für die Evaluationen ihres Wohnbereichs verantwortlich sei.

Ein wesentlicher Bestandteil des Prozesses der Qualitätssicherung ist natürlich auch die Überprüfung (desk-review) aller Evaluationen und ihre eventuelle "*Korrektur*" nach einem Telefongespräch mit der Evaluiererin / den Pflegenden des betreffenden Bewohners. Der duale Charakter der Evaluationen PLAISIR ist von großer Bedeutung im Prozess der Überprüfung. In der Tat werden mit dem FRAN zwei Porträts des gleichen Bewohners erfasst: sein bio-psycho-soziales Profil und sein Profil der erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen. Eine erfahrene Überprüferin stellt schnell Widersprüche zwischen diesen beiden Porträts fest. Dies ermöglicht ihr, telefonisch präzise Fragen an die Evaluiererin oder die Pflegenden zu stellen. Bei der Überprüfung des IMPFRANs eines Bewohners, der früher schon einmal mit PLAISIR evaluiert worden ist, vergleicht die Überprüferin den gegenwärtigen IMPFRAN immer auch zusätzlich mit dem vorherigen IMPFRAN. Diese Gegenüberstellung ist zur Feststellung von Widersprüchen ebenfalls sehr hilfreich. Nicht zuletzt ist die Erfahrung bei der Überprüfung der Daten sehr wichtig. Manche Personen haben seit 1984 mehrere zehntausend IMPFRANs durchgesehen, was ihnen bei ihrer Aufgabe sehr nützlich ist.

Der Prozess der Überprüfung-Korrektur ist ebenfalls ein Weiterbildungsprozess für die evaluierenden Pflegefachkräfte, da sie durch die Telefongespräche mit den Überprüferinnen über Fehler und Unterlassungen informiert werden. Außerdem sind es die gleichen Pflegefachkräfte, die für die Überprüfung

und die Schulung der evaluierenden Pflegefachkräfte verantwortlich sind. Folglich haben sie gute Kenntnisse der Rubriken des FRAN, die den Evaluiererinnen die meisten Schwierigkeiten verursachen, und können deshalb während der Schulungen diesen Rubriken mehr Aufmerksamkeit widmen. Letztendlich sind es auch diese Überprüferinnen, die den Prozess der Bearbeitung/Aktualisierung des Systems PLAISIR (Formular und Handbuch) leiten. Da sie gute Kenntnisse der Probleme haben, die bei der Benutzung des Systems anfallen, sind sie in der Lage, sachdienliche Lösungen vorzuschlagen, um diesen Problemen abzuweichen.

Zum Prozess (mikroskopisch) der Überprüfung der IMPFRANs, kommt die Überprüfung (makroskopisch) der Computeroutputs des Systems PLAISIR hinzu. Diese letzte Etappe erlaubt mögliche systematische Fehler (z. B. überhöhte Evaluationen) festzustellen, die während der individuellen Überprüfung unbemerkt geblieben sind. Auch bei der Überprüfung der Computeroutputs werden immer die gegenwärtigen Outputs eines Programms oder einer Einrichtung mit den vorherigen Outputs verglichen.

Weitere wichtige Elemente für die Qualitätssicherung der Daten sind die Pflegestandards, die im Abschnitt **"Ein standardisiertes Informationssystem, aber auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners ausgerichtet"** erwähnt wurden, und die eine notwendige Bedingung für die Homogenität der Evaluationen sind; sowie das Handbuch, das genaue und detaillierte Erklärungen zu jeder Rubrik des FRAN gibt. Jede Evaluiererin hat dieses Handbuch ständig zu ihrer Verfügung entweder im eFRAN oder auf Papier.

In den sehr seltenen Fällen, in denen sich bei der Überprüfung herausstellt, daß alle diese Maßnahmen unzureichend waren, um die Gültigkeit der Daten zu gewährleisten, bleibt nur der außergewöhnliche Prozess der Überprüfung der Evaluationen vor Ort durch Pflegefachkräfte, die nicht der Einrichtung angehören. Im Allgemeinen sind dies die Pflegefachkräfte von EROS, die für die Überprüfung und Schulung verantwortlich sind.

Siehe auch 1.3 Ein standardisiertes Informationssystem, aber auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners ausgerichtet

Liste der Kapitel des bio-psycho-sozialen Profils

- A. Details zur Evaluation
- B. Rehabilitationstherapie
- C. Erhaltene pflegerische Rehabilitationsmaßnahmen
- D. Erhaltene spezielle Behandlungen
- E. Arztvisiten
- F. Diagnosen - Probleme
- G. Mobilität
- H. Faktoren, die die Verringerung oder den Verlust der Mobilität bedingen
- I. Verringerung oder Verlust der Funktionsfähigkeit einer oder mehrerer Extremitäten
- J. Kompensation(en)
- K. Unabhängigkeit in den ATL (BATL/IATL)
- L. Beschäftigung
- M. Verwendung von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Schutzmaßnahmen/Psychopharmaka
- N. Kontakte mit der Aussenwelt
- O. Soziale Integration
- P. Psychische und sensorische Funktionen
- Q. Psychische Probleme
- R. Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung
- S. Psychiatrische Rehabilitation

Allgemeine Regeln für die Klassifikation der Bereiche

- G MOBILITÄT
- K UNABHÄNGIGKEIT IN DEN ATL.
- L BESCHÄFTIGUNG
- O SOZIALE INTEGRATION
- R INTERAKTION MIT DER UMGEBUNG

1. Man klassifiziert die Person hinsichtlich ihrer persönlichen Fähigkeiten, indem man die tatsächliche Benutzung von technischen Hilfsmitteln oder speziellen Apparaten (Beispiel: Gehstock, Brille, Gehwagen, Rollstuhl, ...) berücksichtigt. Im besonderen Fall des Bereichs der Interaktion mit der Umgebung wird man den erfolgreichen Gebrauch von Medikamenten berücksichtigen.
2. Man klassifiziert die Person nach dem tatsächlichen Grad ihrer Mobilität, ihrer Unabhängigkeit in den ATL, ihrer sozialen Integration und ihrer Interaktion mit der Umgebung, sowie nach der aktuellen Beschäftigung, **und nicht bezüglich der Leistungsfähigkeit, die man ihr gerne beimessen möchte.**
3. Eine zum Zeitpunkt der Informationssammlung vorübergehende Verringerung der Mobilität und/oder der sozialen Integration und/oder eine gelegentliche Abhängigkeit in den ATL und /oder der Interaktion mit der Umgebung, sowie eine gelegentliche ungünstigere Erfahrung im Bereich der Beschäftigung der Person, dürfte Sie nicht daran hindern, die Person in die vorteilhaftere Kategorie zu klassifizieren, die ihrem gewöhnlichen Zustand entspricht (d.h. in die Kategorie mit der niedrigeren Kennziffer).
4. Die fünf Bereiche (Mobilität, ATL, Beschäftigung, Integration, Interaktion mit der Umgebung) gelten für alle Personen und die Kategorien innerhalb der einzelnen Bereiche, schließen sich gegenseitig aus. Daraus folgt, dass in einem Bereich nur eine einzige Kategorie pro Bewohner gewählt werden darf. Bestehen Zweifel bezüglich der Klassifizierung der Person innerhalb eines Bereichs so wählt man die nachteiligere Kategorie (d.h. die Kategorie mit der höheren Kennziffer).

Beschreibung

Evaluierer

- Es handelt sich um die Person, die die Evaluation PLAISIR des Bewohners vornimmt. Klicken Sie einfach auf "Evaluierer" oder verwenden Sie den Pfeil, um Ihren Namen zu wählen. Im Abschnitt "Konfiguration der Einrichtung" der Software, sind die Evaluierer aufgeführt, die befähigt sind Evaluationen vorzunehmen.

Evaluationsdatum

- Das Datum entspricht dem Tag, an dem **die Evaluation beginnt**, dieses Datum ändert sich nicht, selbst wenn die Evaluation 2 Tage später fertig gestellt wird. Die 7 Beobachtungstage entsprechen immer den sieben, vor dem Evaluationsdatum liegenden Tagen. Zum Beispiel, wenn das Evaluationsdatum der 8. Juli ist, dann sind die 7 Beobachtungstage die Tage vom 1. bis einschliesslich 7. Juli. Diese Beobachtungstage sind rechts und in grün vermerkt.
- Es ist nicht möglich das Datum zu verändern, um zu einem Datum zurückzukehren, das vor dem Tag liegt, zu dem die Evaluation beginnt.

Beobachtung für

- Der Beobachtungszeitraum deckt normalerweise eine Periode von 7 Tagen ab. Wenn Bewohner **regelmäßig** abwesend sind, ein oder zwei Tage pro Woche (z.B. übers Wochenende), so findet deren Beobachtung nur für die Tage der Woche statt, an denen sie für gewöhnlich anwesend sind. In so einem Fall muß folglich die genaue Anzahl der Tage (zum Beispiel 5) angegeben werden, über welche sich die Beobachtung erstreckt. Für alle Evaluationen, die einen Beobachtungszeitraum von weniger als 7 Tagen haben, muss der Grund, sowie der Tag und die Zeit des Gehens und der Tag und die Zeit der Rückkehr vermerkt werden. Bei Bewohnern, die **ausnahmsweise** während des Beobachtungszeitraums abwesend waren, evaluiert man die Pflege, die sie an dem Tag / den Tagen, die sie abwesend waren, benötigt hätten, indem man den Durchschnitt der Pflege nimmt, die im Allgemeinen an diesem Tag / diesen Tagen erforderlich gewesen wäre. In so einem Fall erstreckt sich die Beobachtung über 7 Tage.

B. Rehabilitationstherapie

Beschreibung

Unter Rehabilitationstherapie versteht man die **erhaltenen** Leistungen in Physiotherapie, Ergotherapie und/oder Logopädie. Diese Leistungen werden zur Erhaltung oder zur Verbesserung der physischen, psychologischen oder sozialen Fähigkeiten oder Funktionen gegeben.

Hinweise

Kreuzen Sie "nein" an, wenn der Bewohner während der Beobachtungswoche **keine** Rehabilitationsleistungen **erhalten hat** oder wenn er nicht regelmäßig welche erhält.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn der Bewohner in der Beobachtungswoche Rehabilitationsleistungen **erhalten hat** oder wenn er regelmäßig welche erhält. Geben Sie anschließend die Anzahl der pro Woche erhaltenen Minuten jeder Therapie an und die Anzahl der Tage, an denen der Bewohner die Therapien erhalten hat.

Es kann sein, daß eine Leistung weniger als einmal pro Woche gegeben wird, zum Beispiel einmal in zwei Wochen. In so einem Fall vermerkt man in das Kästchen "Anzahl der Minuten/Woche", die Anzahl der Minuten/zwei Wochen **geteilt durch 2**, und man wählt "Regelmäßig alle 2 Wochen" im Kästchen "Anzahl der Tage/Woche, und dies **unabhängig davon, ob der Bewohner die Leistungen in der letzten Woche erhalten oder nicht erhalten hat**. Für Leistungen, die der Bewohner einmal pro Monat erhält, geht man genauso vor (Minuten und Tage geteilt durch 4).

C. Erhaltene Maßnahmen der aktivierenden Pflege

Beschreibung

Unter Maßnahmen der aktivierenden Pflege versteht man jede vom Pflegepersonal durchgeführte Intervention, die **die Erhöhung der Selbständigkeit** des Bewohners, für eine oder mehrere Aktivitäten des täglichen Lebens, bewirken soll. Hier kann es sich auch um Interventionen handeln, die vom Pflegepersonal durchgeführt werden, die aber **die Erhaltung der Selbständigkeit** des Bewohners zum Ziel haben. Zum Beispiel: bei einem Bewohner mit kognitiven Defiziten, der Schwierigkeiten hat bestimmte ATL auszuführen, ihn anleiten, ihn ermutigen, ihn überwachen, aber ihn die Aktivität **selbst durchführen lassen**, sind pflegerische Interventionen zur Rehabilitation, die zur Erhaltung der Selbständigkeit beitragen.

Für folgende Tätigkeitskategorien kann der Bewohner Maßnahmen der aktivierenden Pflege erhalten:

- Essen und trinken können;
- Ausscheiden können (benutzen von Toilette, Steckbecken, Urinflasche, Blasentraining);
- Sich pflegen/sich kleiden können (Körperpflege, Zahnpflege) und Ankleiden;
- Sich Fortbewegen können (gehen, Rollstuhl selbständig rollen) und sich im Bett mobilisieren können;
- Transfers.

Hinweise

Kreuzen Sie "nein" an, wenn der Bewohner keine Maßnahmen der aktivierenden Pflege erhalten hat.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn der Bewohner während des Evaluationszeitraums Maßnahmen der aktivierenden Pflege **erhalten** hat. Geben Sie die Anzahl der Tage pro Woche an, an denen Pflegeaktionen der aktivierenden Pflege vorgenommen wurden. Bei nicht erhaltenen Leistungen tragen Sie 0 (Null) in die entsprechenden Kästchen ein.

Beispiele

Beispiele von Maßnahmen der aktivierenden Pflege:

- einer Person bei der Benutzung von besonderem Essbesteck helfen oder sie überwachen;
- eine Person mit kognitiven Defiziten zum selbständigen Essen ermutigen oder sie überwachen. Ihr nahelegen das Essbesteck zu benutzen, sie dazu anleiten die Reihenfolge einzuhalten, aber sie allein essen zu lassen;
- einen inkontinenten Bewohner alle zwei Stunden zur Toilette bringen und/oder das Steckbecken oder die Urinflasche anbieten, damit er wieder kontinent wird;
- einem Bewohner helfen oder ihn überwachen, während er den Umgang mit besonderen Hilfsmitteln erlernt, die seine Selbständigkeit bei der Körperpflege erhöhen (Waschhandschuh, spezielle Zahnbürste);
- einen Bewohner mit kognitiven Defiziten dazu anleiten die Reihenfolge beim Ankleiden einzuhalten. Ihn seine Kleidung selbst wählen lassen, ihm erlauben sich allein anzukleiden;
- einen Bewohner im Umgang mit einem Rollstuhl unterweisen (motorisiert oder nicht motorisiert); ihn überwachen und ggf. seine Vorgehensweise korrigieren.
- einen Bewohner unterweisen, damit er sich selbst im Bett mobilisieren kann, indem er z.B. Bettgitter oder Haltegriffe benutzt.
- einen Bewohner unterweisen, damit er seine Transfers vom Bett in den Rollstuhl, vom Rollstuhl ins Bett, vom Rollstuhl auf die Toilette durchführen kann, ihn überwachen und ggf. seine Vorgehensweise korrigieren.

D. Erhaltene spezielle Behandlungen

Definitionen

Untenstehend die Definition zu jeder speziellen Behandlung.

Chemotherapie

- beinhaltet alle Formen der Behandlung (inklusive Medikamente) auf welche Art und Weise sie auch verabreicht werden, innerhalb oder ausserhalb der Einrichtung.

Strahlentherapie

- beinhaltet alle Arten von Strahlentherapie, die innerhalb oder ausserhalb der Einrichtung gegeben werden.

Inhalationstherapie (Atmungs-Physiotherapie)

- beinhaltet alle Atemtherapien, die von einem Inhalationstherapeuten (Physiotherapeuten) durchgeführt werden, z.B. physiotherapeutische Atemübungen, Aerosol, sonstige.

Dialyse

- beinhaltet Peritonealdialyse, Hämodialyse, Hämofiltration; unabhängig davon ob die Behandlung innerhalb oder ausserhalb der Einrichtung stattfindet.

Transfusion

- beinhaltet Transfusionen von Blut oder Blutpräparaten.

Parenterale Ernährung

- beinhaltet die Verabreichung einer hypertonischen Glukose-, Aminosäuren-, Elektrolytlösung und Wasser in eine zentrale Vene (z.B.. Subclaviakatheter).

Ulcus cruris

- offene Verletzung, gewöhnlich im Bereich der unteren Extremität, verursacht durch chronische venöse Insuffizienz oder periphere Gefässinsuffizienz.

Druckgeschwür

- Gewebeschädigung im Bereich eines Knochenvorsprungs, verursacht durch Reibung oder Druck. Man spricht auch von Liegewunde oder Dekubitus.
- 1. und 2. Grad: Rötung, Hautabschürfung oder Blasenbildung.

Druckgeschwür

- Gewebeschädigung im Bereich eines Knochenvorsprungs, verursacht durch Reibung oder Druck. Man spricht auch von Liegewunde oder Dekubitus.
- 3. und 4. Grad: Zerstörung der Haut und des Unterhautfettgewebes.
- Muskel-, Sehnen- und Knochenbeteiligung im 4. Grad.

Fußpflege

- beinhaltet die Behandlung von Hornhautbildungen, Dornwarzen, eingewachsenen Nägeln und Fissuren zwischen den Zehen. Die Behandlung kann vom Pflegepersonal (PP) oder einem Spezialisten, der nicht zum Pflegepersonal gehört, z.B.: Fußpfleger (FP) durchgeführt werden.

Hinweise

Kreuzen Sie "nein" an, wenn der Bewohner keine speziellen Behandlungen erhalten hat.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn der Bewohner **in den 7 Tagen der Evaluation** eine spezielle Behandlung erhalten hat oder, wenn er **regelmäßig mindestens ein Mal in 2 Wochen** eine spezielle Behandlung aus der Liste erhält.

Kreuzen Sie anschließend an, ob er die Behandlung in der Einrichtung (INT) oder in einer anderen Einrichtung (EXT) erhält, als in der, in der er beherbergt ist

Für die folgenden Behandlungen: **Ulcus cruris** und **Druckgeschwür** geben Sie nur an, ob die Behandlung erhalten wurde.

Für die **Fußpflege**, kreuzen Sie "PP" an, wenn die Behandlung vom Pflegepersonal der Einrichtung durchgeführt wird, und "FP", wenn die Behandlung von einer von ausserhalb der Einrichtung kommenden Person (Fußpfleger, in Fußpflege spezialisierte Pflegefachkraft, Podiater, usw.) durchgeführt wird. Sollte es vorkommen, dass der Bewohner in der Woche oder regelmäßig alle 2 Wochen vom Spezialisten gesehen wird und die Pflegefachkraft in der Woche die Behandlung vervollständigen muss (Verband oder sonstiges), dann müssen beide Fachkräfte angekreuzt werden. Das Problem muss dann aber auf jeden Fall notiert werden.

E. Arztvisiten

Beschreibung

Es handelt sich um die **üblicherweise** vom Bewohner pro Woche, Monat oder Jahr **erhaltenen** Arztvisiten (Heimarzt, Spezialist wie z. B. Psychiater)

Hinweise

Kreuzen Sie "keine Arztvisite" an, wenn der Bewohner keine regelmäßige Arztvisite erhält.

Ansonsten vermerken Sie die übliche Häufigkeit der Visiten nämlich pro Woche, pro Monat oder pro Jahr. Wird der Bewohner vom Hausarzt und dem Psychiater gesehen, dann geben Sie die üblichen Häufigkeiten für jeden Arzt an.

F. Diagnosen - Probleme

Beschreibung

Die hier berücksichtigten Diagnosen und Probleme sind die **aktiven** Diagnosen und Probleme. Sie entsprechen entweder **chronischen Krankheiten oder Problemen**, die den Bewohner ständig beeinträchtigen, oder sie entsprechen **akuten Krankheiten und Problemen**, die in den sieben Tagen der Evaluation vorhanden waren, oder sie entsprechen **früheren Krankheiten/Problemen**, deren **Folgerscheinungen** den Bewohner **noch immer beeinträchtigen**.

Hinweise

Suchen Sie oder wählen Sie in der Liste die Diagnosen und Probleme aus, die auf den Bewohner zutreffen. Die Anzahl, der Diagnosen und Probleme, die für einen Bewohner notiert werden können, ist auf 25 begrenzt. Geben Sie die **Reihenfolge ihrer Bedeutung** an (1. ist die wichtigste Diagnose oder das wichtigste Problem) indem Sie sie von Anfang an nach ihrer Bedeutung auswählen oder indem Sie sie am Ende der Auswahl klassifizieren.

G. Sich bewegen können (Mobilität)

Beschreibung

Mobilität ist die Fähigkeit der Person, sich effektiv in ihrer Umgebung fortzubewegen. Um diese Fähigkeit zu messen, berücksichtigt man die selbständige Benutzung von technischen Hilfsmitteln (Prothese, Orthese, Gehstock, Gehwagen, Rollstuhl, usw.), **aber nicht die unterstützende Hilfe, die von anderen erbracht wird**. Das Hauptkriterium zur Beurteilung der Bewegungsfähigkeit des Bewohners ist das **Ausmaß an Mobilität**, d.h. die "Entfernung", die der Bewohner, ausgehend von einem Bezugspunkt, in diesem Fall sein Bett oder sein Sessel (wenn er einmal aufgestanden ist), zurücklegen kann. Das Ausmaß der Mobilität einer Person kann mit ihrem Alter und Geschlecht variieren. Im Fall von Personen, die in einer Institution leben, wird man als normales Ausmaß an Mobilität die Entfernungen ansehen, die Personen der gleichen Alters-/Geschlechtsgruppe für gewöhnlich zurücklegen. In der folgenden Skala entsprechen die drei ersten Kategorien einem normalen Ausmaß an Mobilität und die nachfolgenden Kategorien einem sich zunehmend vermindernenden Ausmaß an Mobilität.

Hinweise

Kreuzen Sie die Kategorie an, die am Besten die Bewegungsfähigkeit des evaluierten Bewohners beschreibt. Da sich die Kategorien **gegenseitig ausschliessen**, dürfen Sie nur **eine einzige ankreuzen**.

Definitionen

Volle Bewegungsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die ein normales Ausmaß an Mobilität haben, ausgeschlossen sind Personen der Kategorien "**Gelegentlich eingeschränkte Bewegungsfähigkeit**" und "**Geschädigte Bewegungsfähigkeit (Langsamkeit)**".

Gelegentlich eingeschränkte Bewegungsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen mit **vorübergehenden Fähigkeitsstörungen** (schwankender Krankheitsverlauf, z.B. bei rheumatoider Arthritis oder Arthrose; Personen mit Bronchitis, die durch Klimaeinflüsse zeitweise in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt sind; Personen, die unter schwerem Asthma leiden;). **Abgesehen diesen vorübergehenden Fähigkeitsstörungen haben diese Personen ein normales Ausmaß an Mobilität.**

Geschädigte Bewegungsfähigkeit (Langsamkeit)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, deren Ausmaß an Mobilität normal ist, die aber langsamer sind in ihrer Fortbewegung, zum Beispiel auf Grund von verringertem Sehvermögen, Unsicherheit oder weil diese Personen in einer urbanen Gesellschaft Schwierigkeiten beim Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln haben. **Es gelingt der Person jedoch unter allen Umständen diese Schwierigkeiten ohne die Hilfe anderer zu meistern.**

Reduzierte Bewegungsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, deren Bewegungsfähigkeit reduziert ist, zum Beispiel auf Grund von Fähigkeitsstörungen des Sehvermögens, Unsicherheit, Schwäche, Debilität, kardialen und/oder respiratorischen Schädigungen oder in einer urbanen Gesellschaft, Unfähigkeit unter allen Umständen öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Diese Personen können sich also ohne die Hilfe anderer ausserhalb der Umgebung der Einrichtung fortbewegen, aber **"ohne die Hilfe anderer" können sie nicht überall hin**. Im Vergleich zum normalen Ausmaß an Mobilität sind sie eingeschränkt.

Auf die Nachbarschaft der Einrichtung beschränkte Bewegungsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, deren selbständige Fortbewegungsmöglichkeit für **gewöhnlich** auf die **Nachbarschaft der Einrichtung** beschränkt ist, d.h. Personen, die sich nur **auf dem Grundstück der Einrichtung** und **den angrenzenden Straßen allein fortbewegen** können, gehören zu dieser Kategorie.

Auf die Einrichtung beschränkte Bewegungsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die sich für **gewöhnlich** nur **innerhalb der Einrichtung selbständig fortbewegen**. Dazu gehören auch Personen, die nicht allein vom Bett aufstehen können, die sich aber anschließend selbständig in der Einrichtung fortbewegen (zum Beispiel im Rollstuhl).

Auf das Stockwerk des Zimmers beschränkte Bewegungsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die sich für **gewöhnlich** nur **auf ihrem Stockwerk selbständig fortbewegen**. Dazu gehören auch Personen, die nicht allein vom Bett aufstehen können, die sich aber anschließend selbständig auf dem Stockwerk fortbewegen (zum Beispiel im Rollstuhl).

Auf das Zimmer beschränkte Bewegungsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die sich für **gewöhnlich** nur **in ihrem Zimmer selbständig fortbewegen**. Dazu gehören auch Personen, die nicht allein vom Bett aufstehen können, die sich aber anschließend selbständig in ihrem Zimmer bewegen.

Völlige Beschränkung der Bewegungsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die für **gewöhnlich** nur **im Sessel sitzen** oder die **bettlägrig** sind und die unfähig sind sich zwischen Sessel und Bett selbständig zu bewegen.

Anmerkungen

Haben Sie die Kategorie "**Volle Bewegungsfähigkeit**" gewählt, so gehen Sie direkt zum Abschnitt I.

Siehe auch J. Kompensation(en)

H. Faktoren, die die Verringerung oder den Verlust der Bewegungsfähigkeit bedingen

Beschreibung

Hat der evaluierte Bewohner **keine** "Volle Bewegungsfähigkeit" dann gibt es folglich einen Grund weshalb sein Ausmaß an Fortbewegung verringert ist.

Es handelt sich hier darum den Grund zu identifizieren, indem man die Frage "**Was schränkt den Bewohner in seiner Fortbewegung ein?**" beantwortet.

Hinweise

Kreuzen Sie den (die) Faktor(en) an, die die Verringerung oder den Verlust der Bewegungsfähigkeit bedingen.

Notieren Sie **höchstens** fünf Faktoren und geben Sie die Reihenfolge ihrer Bedeutung an (1. ist der wichtigste und 5. der am wenigsten ins Gewicht fallende). Wenn **nur ein Faktor** den Bewohner in seiner Fortbewegung einschränkt, dann **kreuzen Sie nur einen an**.

Definitionen

Die Faktoren können:

dem Bewohner zugeordnet werden wie:

Erblindung

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die einen vollständigen Verlust des Sehvermögens aufweisen. Personen mit schweren Gesichtsfeldeinschränkungen oder anderen Sehschwierigkeiten werden unter "Sonstige" aufgeführt.

Adipositas

Gleichgewichtsstörungen

Schwäche, Gebrechlichkeit

Psychische Probleme

In dieser Kategorie sind Personen inbegriffen, die durch Verlegenheit, Ängstlichkeit oder Motivationsmangel in ihren Fortbewegungsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Dazu gehören auch Personen mit kognitiven Defiziten aber **OHNE** Verhaltensproblemen wie Aggressivität.

Psychiatrische Probleme

In dieser Kategorie sind Personen mit psychiatrischen Problemen inbegriffen, sowie Personen mit kognitiven Defiziten aber **MIT** Verhaltensproblemen wie Aggressivität.

Koronar- oder Herzinsuffizienz

Respiratorische Probleme

Konvaleszenz

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die vor kurzem einen Verlust ihrer Mobilität erlitten und es ist nicht vorhersehbar, ob die Person sich wieder vollständig erholen wird, d.h. Rückkehr einer Mobilität so wie sie vorher war.

Z.B.: vor kurzem Apoplexie, Hüftgelenksbruch oder sonstiger Bruch der unteren Extremität.

Amputation

Schwäche(n) des Bewegungsapparats

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die als Folgeerscheinung einer Krankheit wie Apoplexie, multiple Sklerose, Arthritis, Fibromyalgie oder sonstige eine Schädigung der Skelettmuskulatur, mit oder ohne Schmerzen, aufweisen.

Sterbephase

Sonstige (anzugeben)

Z.B.: Verringerung des Sehvermögens.

der Einrichtung zugeordnet werden wie:

Vorschriften

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die durch das Personal der Einrichtung in ihren Fortbewegungsmöglichkeiten eingeschränkt werden (Bauchgurt im Sessel, geschlossener Wohnbereich, Alarmarmband, etc.).

Architektonische Barriere(n)

Sonstige (anzugeben)

Siehe auch G. Sich bewegen können (Mobilität)

I. Verringerung oder Verlust der Funktionsfähigkeit einer oder mehrerer Extremitäten

Beschreibung

Man spricht von einer **Verringerung der Funktionsfähigkeit einer Extremität**, wenn der Bewohner **Schwierigkeiten hat bestimmte Bewegungen durchzuführen**. Zum Beispiel, die Person hat Schwierigkeiten den Arm zu heben und sich zu kämmen, die Hände zittern wodurch sie Schwierigkeiten hat Knöpfe zuzumachen und ihr Essen zu zerschneiden. Die Einschränkung einer Extremität hängt nicht unbedingt mit einer Krankheit oder den Folgeerscheinungen einer Krankheit zusammen. Es kann sich zum Beispiel um eine Schwäche oder ein Ödem der Beine handeln, wodurch die Person in ihren Bewegungen eingeschränkt wird.

Für einen Bewohner besteht ein **Sturzrisiko** wenn er schwache Beine hat und deswegen taumelt, wenn er unter Schwindel leidet und deswegen schwankt oder jedes sonstige Problem, das zu Gleichgewichtsstörungen führt. Ein **kompensiertes** Sturzrisiko wird als Fehlen des Sturzrisikos angesehen. Zum Beispiel, besteht für einen Bewohner kein Sturzrisiko mehr, wenn er ein Problem hat, sich aber nicht alleine fortbewegt und immer eine Person um Hilfe bittet. Für einen Bewohner im Rollstuhl, der die körperlichen Fähigkeiten und die adäquate Technik hat, um seine Transfers alleine vorzunehmen, besteht kein Risiko mehr.

Hinweise

Kreuzen Sie "**nein**" an, wenn der Bewohner keine Funktionsunfähigkeit hat und geben Sie am Ende der Tabelle an, ob für den Bewohner ein **Sturzrisiko** besteht oder nicht.

Kreuzen Sie "**ja**" an, wenn der Bewohner Funktionsunfähigkeiten hat. Wählen Sie in diesem Fall über der Abbildung die Art der Unfähigkeit aus: **Einschränkung**, **Unbeweglichkeit** oder **Amputation** und kreuzen Sie in der Tabelle die Extremität(en) oder den (die) Körperteil(e) an, die betroffen sind.

Ist eine Extremität zum Beispiel von einer Einschränkung betroffen und dies auf beiden Seiten (i.e. links und rechts), dann kreuzen Sie nicht die rechte Extremität (z.B. rechte Hand) und die linke Extremität (z.B. linke Hand) an, sondern kreuzen Sie das Kästchen an, das beide zusammenfasst (z.B. Hände L und R).

Ist der Bewohner **amputiert**, vermerken Sie am Ende der Tabelle, ob er im Zusammenhang mit der Amputation eine besondere Pflege erhält (Verband) oder nicht.

J. Kompensation(en)

Beschreibung

Hierunter versteht man die **technischen Hilfsmitteln**, die von einem Bewohner benutzt werden, der eine Verringerung oder einen Verlust der Funktionsfähigkeit einer oder mehreren Extremitäten oder eine Veränderung des Sehvermögen aufweist. Die von einer Person gegebene Unterstützung wird nicht als Kompensation angesehen.

Hinweise

Kreuzen Sie die Kompensation(en) an, die vom Bewohner benutzt werden.

Kreuzen Sie höchstens fünf Kompensationen an und geben Sie die Reihenfolge ihrer Bedeutung an (die erste ist die am häufigsten benutzte).

Siehe auch I. Verringerung oder Verlust der Funktionsfähigkeit einer oder mehrerer Extremitäten

K. Unabhängigkeit in den ATL (BATL / IATL).

Beschreibung

Das Konzept der Unabhängigkeit in den **Aktivitäten des täglichen Lebens** (ATL) bezieht sich auf die Fähigkeit der Person die Basisaktivitäten (persönliche Hygiene, Ernährung, ...) (BATL) und die "instrumentalisierten" Aktivitäten (Putzen, Kochen, ...) (IATL) auszuführen.

Da es sich hier um Personen handelt, die in einer Institution leben, wird man **eher die Leistungsfähigkeit der Person evaluieren** als die Leistungen, die sie innerhalb der Einrichtung erbringt. Es ist also möglich, daß viele Bewohner nicht die Gelegenheit haben in ihrer Einrichtung ihre Mahlzeiten selbst zuzubereiten. Man versucht jedoch zu bestimmen, ob sie es könnten, und wenn die Antwort positiv ausfällt, dann würde man ihre Leistungsfähigkeit für diese Aktivität als gleichbedeutend mit der Leistungsfähigkeit einer Person, die **tatsächlich** diese Aktivität ausführt, berücksichtigen. Die Bestimmung der tatsächlichen Abhängigkeit der Bewohner bezüglich der Basisaktivitäten ist schwieriger, da man in manchen Einrichtungen eher dazu neigt "etwas für den Bewohner zu machen", als ihn machen zu lassen. Die evaluierende Person sollte sich fragen, ob der Bewohner in der Regel, ohne diese Einstellung "etwas für ihn zu machen", in diesen Aktivitäten unabhängig sein könnte, aber sie wird auch darauf achten jede Idealisierung der Leistungsfähigkeit des Bewohners zu vermeiden (siehe 2. allgemeine Regel zur Klassifizierung).

Hinweise

Kreuzen Sie die Kategorie an, die am Besten den Grad der Unabhängigkeit des Bewohners in den ATL wiedergibt. Da sich die Kategorien **gegenseitig ausschließen**, können Sie **nur eine einzige wählen**.

Definitionen

Unabhängigkeit

Zu dieser Kategorie gehören unabhängige Personen, die kein technisches Hilfsmittel, keine spezielle Vorrichtung, keine baulichen Veränderungen erfordern; wenn eine Unterstützung durch andere Personen gegeben wird, so ist diese nicht unbedingt notwendig zur Verwirklichung der ATL (d.h.: **es könnte darauf verzichtet werden**).

Unabhängigkeit mit technischen Hilfsmitteln

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die ein technisches Hilfsmittel oder eine spezielle Vorrichtung (Prothese, Orthese, Gehstock, Gehwagen, Rollstuhl, ...) benötigen. Personen, die über solche Hilfsmittel verfügen, **diese aber nicht benutzen**, und deshalb abhängig sind, müssen einer anderen Kategorie zugeordnet werden.

Unabhängigkeit durch Anpassung / Veränderung der Umgebung

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die abhängig sind von der Anpassung oder Veränderung der unmittelbaren Umgebung. Es sind angemessene oder standardisierte Veränderungen: Höhe der Arbeitsflächen, Breite der Türen, Handleisten, Badezimmer-Toilette, ...). Man ordnet also in diese Kategorie einen Bewohner ein, der **unabhängig wäre**, wenn ihm eine solche veränderte Umgebung zur Verfügung stehen würde oder einen Bewohner, der in einer solchen Umgebung lebt und dadurch unabhängig ist.

Situationsbedingte Abhängigkeit von anderen

In diese Kategorie werden Personen eingeordnet, die **bestimmte Schwierigkeiten** bei der Befriedigung ihrer persönlichen Bedürfnisse haben, doch **ohne wesentliche Abhängigkeit von der Hilfe anderer zurechtkommen**; ebenso Personen, bei denen solche Schwierigkeiten auftreten würden, wenn sie allein zu Hause leben würden; oder Personen, die Schwierigkeiten in der Mobilität ausserhalb der Einrichtung haben, die nur mit Unterstützung anderer Menschen überwunden werden können; oder Personen mit mäßigen Störungen der Orientierung, die die Unterstützung anderer erfordern; oder Personen, die unabhängig wären, wenn sie ein technisches Hilfsmittel oder eine spezielle Vorrichtung (Prothese, Orthese, Gehstock,...) benutzen würden, die sich aber weigern solche Hilfen oder Vorrichtungen zu benutzen.

Personen dieser Kategorie sind abhängig für **vorhersehbare Bedürfnisse**, die aber **weniger als einmal pro Tag** auftreten (z.B.: 2 oder 3 mal/Woche).

Abhängigkeit von Anderen in langen Intervallen (1 mal/24 Stunden)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die von anderen **abhängig sind - oder abhängig wären, wenn sie allein zu Hause leben würden - für die Befriedigung vorhersehbarer Bedürfnisse, die in vierundzwanzig Stunden nicht häufiger als einmal auftreten**, z.B.: Haushaltsarbeiten, Einkaufen, Essen zubereiten, Putzen, Sicherheit, ... Diese Personen benötigen **höchstens** einmal in 24 Stunden und nur zu **vorhersehbarer** Zeit Unterstützung und/oder Überwachung.

Abhängigkeit von anderen, öfters als einmal /24 Stunden, aber zu vorhersehbaren Zeiten

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die morgens und abends von anderen abhängig sind, und Personen, die zur Befriedigung von Bedürfnissen, die in kurzen Intervallen auftreten, Unterstützung benötigen (tagsüber alle drei oder vier Stunden; tagsüber alle drei oder vier Stunden und manchmal nachts; tagsüber und nachts alle drei oder vier Stunden), zum Beispiel für persönliche Hygiene, Ernährung, Fortbewegung in der unmittelbaren Umgebung, Transfers, zum Wechseln der Bettwäsche, usw. Diese Bedürfnisse sind jedoch **vorhersehbar und die helfende Person muß nicht ständig zur Verfügung stehen**, sondern muß zu im Voraus bestimmten Zeiten anwesend sein.

Abhängigkeit von anderen in kurzen, unvorhersehbaren Intervallen

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die die Unterstützung anderer benötigen, um kritische Bedürfnisse zu befriedigen, die in kurzen und **unvorhersehbaren** Intervallen auftreten (auf die Toilette gehen, aufstehen, usw.); besonders Personen mit körperlicher Schwäche oder psychischer Instabilität, für die das Alleinsein möglicherweise gefährlich wäre. Personen dieser Kategorie erfordern eine **ständige oder fast ständige Verfügbarkeit anderer, was nicht heißt, daß diese Hilfe oder Überwachung in Anspruch genommen wird**.

Man spricht von fast ständiger Verfügbarkeit auch im Fall von Personen, die für kurze Zeit (eine oder zwei Stunden) allein gelassen werden können.

Abhängigkeit von anderen für die meisten Bedürfnisse

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die ununterbrochen Hilfe und/oder Überwachung erfordern (**nicht nur Verfügbarkeit dieser Hilfe oder Überwachung**, siehe Kategorie "*Abhängigkeit von anderen in kurzen, unvorhersehbaren Intervallen*"), besonders Personen mit physischen Defiziten, die jemanden benötigen, um **die meisten** ihrer Grundbedürfnisse zu befriedigen und/oder um sie bei alltäglichen Funktionen zu betreuen; ebenso weitgehend senile, verwirrte Personen oder solche mit anderen psychischen Schädigungen, die eine solche spezielle Betreuung erfordern. Manche dieser Personen können für kurze Zeit allein gelassen werden (eine oder zwei Stunden).

Abhängigkeit von anderen für alle Bedürfnisse

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die 24 Stunden/24 **für alle ihre Bedürfnisse Hilfe erfordern**: persönliche Hygiene, Ernährung, Ausscheidung, Ankleiden, usw.

L. Sich beschäftigen

Beschreibung

Dieses Konzept bezieht sich auf die Fähigkeit einer Person ihre Zeit in einer für ihr Alter und ihr Geschlecht angemessenen Art und Weise innerhalb einer Einrichtung zu verbringen. Hier sind alle Aktivitäten berücksichtigt, sei es Arbeit, Freizeitgestaltung, Aus-/Weiterbildung, kreatives Gestalten oder auch Aktivitäten, die das tägliche Leben betreffen (Basisaktivitäten oder instrumentalisierte Aktivitäten).

Hinweise

Kreuzen Sie die Kategorie an, die am Besten die Beschäftigung des Bewohners beschreibt. Da sich die Kategorien **gegenseitig ausschließen**, können Sie **nur eine einzige wählen**.

Definitionen

Angemessene Beschäftigung

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die sich während des Tages durch **vielfältige Aktivitäten** auf eine für sie befriedigende Art und Weise beschäftigen, die für Personen ihrer Alters- / Geschlechtsgruppe normal sind. Da die hier berücksichtigten Personen in einer Einrichtung leben, erwartet man nicht, daß sie so vielfältige Beschäftigungen haben wie Personen, die ausserhalb einer Einrichtung leben. Aber man erwartet dennoch, daß sie ständig beschäftigt sind, mit Ausnahme der normalen Ruhe- und Schlafenszeiten. Zusätzlich zu den Basisaktivitäten des täglichen Lebens versteht man für in einer Einrichtung lebende Personen folgende **Aktivitäten als normal und angemessen**:

- instrumentalisierte Aktivitäten des täglichen Lebens wie z. B. einkaufen gehen, Teilnahme an der Essenszubereitung, Reinigung usw., wenn es der Organisationsablauf der Einrichtung erlaubt;
- Erkundungsaktivitäten: Spaziergang, Reise, Besuch;
- Bildungsaktivitäten: verschiedene Kurse;
- Freizeitaktivitäten: Gesellschaftsspiele, Lotto, handwerkliche Arbeiten, Basteln, Stricken, Gymnastik und sonstige Sportarten;
- Unterhaltungsaktivitäten und Information: Lesen, Fernsehen, Radio/Musik hören;
- verschiedene Aktivitäten als freiwilliger Helfer;
- soziale Aktivitäten: Freunde, Verwandte treffen; Geburtstage, Feste feiern, ...

Die hier aufgeführten Aktivitäten können ausserhalb oder innerhalb der Einrichtung, in der der Bewohner beherbergt ist, stattfinden.

Zeitweise nicht beschäftigt

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **zeitweise unfähig** sind ihren üblichen, angemessenen Beschäftigungsaktivitäten nachzugehen **auf Grund von Störungen** wie Epilepsie, Migräne, Allergien, gelegentlichen Stürzen. Eine Person, die ihre sonst angemessenen Aktivitäten auf Grund eines **vorübergehenden Unwohlseins** einstweilig unterbrechen mußte, **gehört nicht zu dieser Kategorie**, sondern eher zur Kategorie "Angemessene Beschäftigung".

Begrenzte Beschäftigung (auf den Umfang der Aktivitäten bezogen)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **unfähig** sind, die üblichen, angemessenen Aktivitäten **in vollem Umfang** auszuüben. Die Person dieser Kategorie hat also übliche angemessene Aktivitäten, unterliegt aber bestimmten Grenzen und Einschränkungen: sie kann nicht an allen Aktivitäten, die mit einer angemessenen Beschäftigung verbunden sind, teilnehmen oder diese durchführen oder, wenn sie an allen Aktivitäten teilnehmen oder diese durchführen kann, so kann sie dies für bestimmte Aktivitäten nur unvollständig.

Angepasste Beschäftigung

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die unfähig sind einer für ihre Alters-/ Geschlechtsgruppe üblichen Beschäftigung nachzugehen, die aber die Fähigkeit haben an Aktivitäten teilzunehmen oder diese durchzuführen, wenn diese **Aktivitäten unter Berücksichtigung der Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen der Person verändert oder angepaßt wurden**. Obwohl eine Person dieser Kategorie unfähig ist, sich auf die gleiche Art und Weise wie ihre Alter-/ Geschlechtsgruppe zu beschäftigen, ist sie trotzdem in der Lage, sich die ganze Zeit zu beschäftigen. Entweder hat diese Person die gleichen Aktivitäten wie die Gruppe, aber sie kann diese nur mit Hilfe anderer und/oder durch eine angepaßte Umgebung und/oder durch technische Hilfsmittel,... ausüben oder sie hat besondere, ihren Fähigkeiten angepaßte Aktivitäten.

Reduzierte Beschäftigung (zeitliche Begrenzung)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die auf Grund von geistigen und/oder körperlichen Bedingungen ihre Beschäftigung **zeitlich begrenzen müssen**.

Eingeschränkte Beschäftigung (Beschäftigungsart)

Personen dieser Kategorie haben schwere Einschränkungen hinsichtlich der Teilnahme an für ihre Alters-/Geschlechtsgruppe üblichen Aktivitäten (zum Beispiel: Personen die häufig stürzen). Diese Personen müssen sich auf **bestimmte Beschäftigungsarten** beschränken (zum Beispiel: sitzende Aktivitäten).

Sehr eingeschränkte Beschäftigung (bezüglich Zeit und Art)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die sowohl in der Beschäftigungsart (Kategorie "Eingeschränkte Beschäftigung") als auch in der Zeit, die sie den Aktivitäten widmen können (Kategorie "Reduzierte Beschäftigung"), begrenzt sind.

Keine Beschäftigung

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die sich **nicht beschäftigen wollen**, oder die aus den unterschiedlichsten Gründen **unfähig** sind, einer Beschäftigung nachzugehen.

Unangemessene Beschäftigung

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die an gewissen Aktivitäten teilnehmen oder diese durchführen, jedoch **ohne bestimmtes Ziel**, so daß es einem außenstehenden Beobachter **unmöglich ist, einen Sinn und eine Logik** in der Handlung zu finden. Zum Beispiel eine Person, die unaufhörlich die gleiche Handlung wiederholt (oft auf einfache Gesten beschränkt) wie: wiederholtes Wechseln der Radiostation, den gleichen Gegenstand immer wieder verstellen, einen Gegenstand auf zwanghafte Art und Weise manipulieren.

M. Verwendung v. freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen/Psychopharmaka

Beschreibung

Man spricht von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen, wenn diese bei der Person mit dem Ziel angewendet werden, sie in ihren Bewegungen und Fortbewegungsmöglichkeiten einzuschränken, sie gegen sich selbst oder gegen andere zu schützen. Eine "Tischplatte", die am Rollstuhl angebracht wird, damit die Person ihre Sachen darauf ablegen kann (Wasserglas, Buch) wird also nicht unter freiheitsbeschränkender/-entziehender Maßnahme berücksichtigt werden.

Häufigkeit

Es handelt sich darum die Häufigkeit der Verwendung von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen in der **Evaluationswoche** zu identifizieren.

S - selten :

ein bis drei Tag, nur für kurze Zeit.

M - manchmal :

entweder, mehr als drei Tage, nur für kurze Zeit;
oder, ein bis drei Tage, die meiste Zeit.

O - oft :

mehr als drei Tage, die meiste Zeit.

Eine Maßnahme wird selten dauernd angewendet. Infolgedessen müssen die obengenannten Häufigkeiten in **Bezug auf die Zeitspanne, in der sie angewendet werden können**, ausgelegt werden. "*Die meiste Zeit*" bedeutet folglich "*die meiste Zeit in welcher von der Maßnahme Gebrauch gemacht werden kann*". Zum Beispiel können **Bettgitter** nur angewendet werden, wenn der Bewohner im Bett ist. Folglich bedeutet die meiste Zeit in diesem Fall: wenn sich der Bewohner im Bett befindet, werden meistens die **Bettgitter** angebracht.

Das Benutzen der **feuerfesten Schürze** ist nur nötig, wenn der Bewohner raucht. Infolgedessen kreuzt man das Kästchen **oft** an, wenn man jedesmal die **feuerfeste Schürze** umbindet, wenn der Bewohner raucht, auch wenn das nur einmal am Tag ist. Andererseits wird das Kästchen **manchmal** angekreuzt, wenn ein Bewohner nur an einem bis zu drei Tagen in der Woche die **feuerfeste Schürze** trägt, selbst wenn er 25 Zigaretten am Tag raucht.

Unter **Psychopharmaka** versteht man Medikamente, die dem Bewohner zu seinem Schutz oder zum Schutz der Umgebung verabreicht werden, d.h. **Antipsychotika** (Schlafmittel, Neuroleptika, Anxiolytika), **Stimulanzien-Analeptika** (anregende Wirkung auf das ZNS, Antidepressiva), oder **Stimmungsregulatoren** (Lithium). angekreuzt.

Erhält der Bewohner weniger als einmal pro Woche ein **Psychopharmaka** (verschrieben als Reserve und in der Evaluationswoche nicht erhalten), wird **selten** angekreuzt. Erhält der Bewohner an ein bis drei Tagen in der Woche **Psychopharmaka**, so wird **manchmal** angekreuzt. Werden die Medikamente an mehr als drei Tagen pro Woche verabreicht, wird **oft** angekreuzt.

Hinweise

Kreuzen Sie "nein" an, wenn für den Bewohner keine freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahme oder Psychopharmaka verwendet wird.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn ein oder mehrere freiheitsbeschränkende/-entziehende Schutzmaßnahmen für den Bewohner verwendet werden. Vermerken Sie bei der neben der verwendeten Maßnahme die Häufigkeit ihrer Verwendung **während der Evaluationswoche**.

Bei manchen Maßnahmen ist noch eine Zusatzinformation erforderlich. Es handelt sich entweder um die Anzahl (1 Handgelenk oder 2 Handgelenke, 1 Bettgitter oder 2 Bettgitter) oder um den Vermerk, fest oder nicht fest (Tischplatte fest am Rollstuhl/geriatrischen Stuhl oder zu entfernen und aufzuräumen, Bauchgurt fest am Rollstuhl/geriatrischen Stuhl oder zu entfernen und aufzuräumen).

Je nach der im Abschnitt G angegebenen Mobilität, ist es möglich dass man auf die Punkte "[kontrollierter Ausgang ausserhalb des Wohnbereichs](#)" und "[kontrollierter Ausgang ausserhalb der Einrichtung](#)" nicht zugreifen kann. Kann sich der Bewohner allein in der Einrichtung fortbewegen (besitzt den Kode des Wohnbereichs oder man drückt ihn für ihn), dann ist der Punkt "kontrollierter Ausgang ausserhalb des Wohnbereichs" auf diesen Bewohner nicht mehr anwendbar. Gleichfalls gilt für einen Bewohner, der sich nicht ohne die Hilfe anderer fortbewegen kann (Völlige Beschränkung der Mobilität), dass die eine oder andere dieser Maßnahmen auf ihn nicht zutrifft.

Ggf. vermerken Sie einen Kommentar auf die Zeile neben der angekreuzten Maßnahme.

Siehe auch G. Sich bewegen können (Mobilität)

N. Kontakte zur Aussenwelt

Beschreibung

Unter Kontakten zur Aussenwelt versteht man: Telefonieren, Anrufe erhalten, Post erhalten, Besucher von ausserhalb der Einrichtung erhalten, Besuche machen.

Hinweise

Kreuzen Sie "keine Kontakte" an, wenn der Bewohner keinen Besuch, keine Post oder Anrufe erhält.

Schätzen Sie die Anzahl der Personen und die Häufigkeit der Kontakte für jedes gewählte Intervall (wöchentlich, monatlich,jährlich). Die schon vorgegebene Häufigkeit kann verändert werden.

O. Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können

Beschreibung

Das Konzept der sozialen Integration bezieht sich auf die Fähigkeit der Person, sich an **sozialen Aktivitäten zu beteiligen** und **angemessene soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten** und dies unter Einbeziehung der Tatsache, daß die hier berücksichtigten Personen in einer institutionellen Umgebung leben.

Hinweise

Kreuzen Sie die Kategorie an, die am Besten die soziale Integration des Bewohners beschreibt. Da sich die Kategorien **gegenseitig ausschließen**, können Sie **nur eine einzige wählen**.

Definitionen

Sozial integriert

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die befriedigende soziale Beziehungen unterhalten, und die **uneingeschränkt an allen sozialen Aktivitäten teilnehmen**, die für Personen ihrer Alters-/ Geschlechtsgruppe üblich sind (einschließlich sexueller Aktivitäten, jedoch unter Berücksichtigung möglicher abratender Regelungen seitens der Einrichtung). Innerhalb der institutionellen Umgebung heißt das, dass eine sozial integrierte Person mit Leichtigkeit gute Beziehungen zu ihrer Umgebung unterhält (z.B. zu anderen Bewohnern, zum Personal, zu Besuchern, ...), und dass sie im Rahmen ihrer Fähigkeiten am täglichen Leben der Einrichtung teilnimmt (Beispiel: Teilnahme an Aktivitäten, Kooperation während der Pflege, anderen Bewohnern Beistand anbieten, usw.)

Gehemmte Beteiligung (Verlegenheit, Scheu, ...)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, deren Teilnahme an den für ihre Alters-/ Geschlechtsgruppe üblichen sozialen Aktivitäten **durch Probleme gehemmt** ist, z. B. **Verlegenheit, Scheu**, andere Defekte des Selbstbildes, **leichte Schädigungen der Persönlichkeit** oder Fähigkeitsstörungen im Verhalten. Diese Person unterhält Beziehungen zu ihrer Umgebung (z. B. zu anderen Bewohnern, zum Personal, zu Besuchern, ...) und **ist in der Lage** an allen für ihre Alters-/Geschlechtsgruppe **üblichen sozialen Aktivitäten teilzunehmen**, aber sie muß **persönliche "Hindernisse" überwinden**, um dahin zu gelangen.

Begrenzte Beteiligung (Art der sozialen Aktivitäten)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **nicht in vollem Umfang** an den für ihre Alters-/ Geschlechtsgruppe **üblichen sozialen Aktivitäten teilnehmen**. Dennoch unterhalten sie Beziehungen, die über primäre und sekundäre Kontakte hinausgehen.

Eingeschränkte soziale Beziehungen (nur primäre und sekundäre Kontakte)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **unfähig sind zu Personen, die sie treffen und nicht kennen**, eine normale **Beziehung anzuknüpfen**, so daß ihre sozialen Beziehungen auf primäre und sekundäre Kontakte begrenzt sind: Familie, Freunde, Zimmerpartner, andere Mitbewohner, Angehörige des Personals, ehrenamtliche Helfer.

Verarmte soziale Beziehungen (sekundäre Kontakte sind schwierig)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **soziale Beziehungen zu einigen wichtigen Personen unterhalten**, die entweder zur Außenwelt (einschließlich der Familie) oder zur institutionellen Umgebung gehören können. Jedoch haben diese Personen **Schwierigkeiten, Beziehungen zu anderen** Menschen ihrer Umgebung **aufrechtzuerhalten**: Mitbewohner, Angehörige des Personals, ehrenamtliche Helfer, eventuell zu Mitgliedern ihrer Familie.

Reduzierte soziale Kontakte (nur primäre Kontakte)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **nur zu einigen wichtigen Personen** Beziehungen unterhalten können: allgemeines **Zurückziehen** des älteren Menschen; mäßig schwere Verhaltensstörungen.

Gestörte soziale Beziehungen (primäre Kontakte sind schwierig)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **Schwierigkeiten haben, Beziehungen zu Personen, die für sie wichtig sind, zu unterhalten**. Dies sind zum Beispiel Bewohner mit schweren Verhaltensstörungen.

Keine sozialen Beziehungen (kein Kontakt- unfähig)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **unfähig sind, Beziehungen** zu anderen Personen zu haben. Bewohner mit kognitiven Defiziten, die ihre Familienangehörigen **nicht mehr erkennen**, gehören in diese Kategorie.

Sozial isoliert (kein Kontakt- von der Aussenwelt isoliert)

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die von ihrer Familie und ihren Freunden **verlassen wurden**, und die **keine soziale Beziehung** zum Personal und den anderen Mitbewohnern haben. Ihr Vermögen zu sozialen Beziehungen ist auf Grund ihrer isolierten Situation nicht bestimmbar.

Siehe auch N. Kontakte zur Aussenwelt

P. Psychische und sensorische Funktionen

Beschreibung

Für diese Evaluation wurden sechzehn psychische und sensorische Funktionen definiert. Im Folgenden werden die sechzehn berücksichtigten Dimensionen definiert und bei manchen von ihnen auch die verschiedenen Schädigungsgrade.

Hinweise

Kreuzen Sie für jede der sechzehn Funktionen, einen der vier Schädigungsgrade an: **adäquat, leicht geschädigt, mäßig geschädigt, schwer geschädigt oder gleich Null.**

Man muss **vermeiden die Schädigungen** einer Funktion mit den Schädigungen einer anderen Funktion **zu verwechseln**. Zum Beispiel würde es die Qualität der Evaluation beeinträchtigen, wenn der Funktion "Perzeption" Schädigungen des "Bewußtseins" zugeordnet werden, oder wenn der Funktion "Emotionen, Affekte, Stimmungen" Schädigungen zugeordnet werden, die sich eher auf die "Selbsthilfe/Bedürfnissteuerung" beziehen.

Die Zuordnung der beobachteten Schädigung zur richtigen Funktion ist nicht das einzige Problem für die evaluierende Person. Ist die richtige Funktion einmal identifiziert, muß die evaluierende Person auch noch entscheiden welchem Niveau der Bewohner zuzuordnen ist: **adäquat, leicht geschädigt, mäßig geschädigt oder schwer geschädigt/gleich Null**. Es ist unmöglich absolut sichere Richtlinien für diese Entscheidung aufzuführen, dennoch mögen die folgenden Hinweise die Entscheidung erleichtern.

- Wenn die evaluierende Person ihre Entscheidung trifft, dann wird sie Alter und Geschlecht des Bewohners berücksichtigen, und sich auf die **durchschnittliche "Leistung"** von "*gesunden*" **Personen** dieser Alters-/Geschlechtsgruppe beziehen, insbesondere auf diejenigen, die ausserhalb einer Einrichtung leben.
- Man wird **Kompensationen, wenn diese tatsächlich benutzt werden, berücksichtigen**; d.h. eine Person mit vermindertem Sehvermögen wird, wenn diese Schädigung durch eine Brille vollständig kompensiert ist, hinsichtlich des Sehvermögens in die Kategorie "*adäquat*" eingestuft. Das gleiche gilt, wenn psychische Schädigungen durch Medikamente voll kompensiert sind.
- Die evaluierende Person muß berücksichtigen, daß die Evaluation einer Funktion immer eine **globale Evaluation** ist. Deshalb wird der totale Verlust einer Unterfunktion, innerhalb einer Funktion, die evaluierende Person nicht dazu verleiten, auf eine totale Dysfunktion zu schließen, sondern eher auf eine Schädigung der Funktion, auf Grund des totalen Verlustes einer Unterfunktion. Folglich wird eine Person, die "*grosse Probleme*" mit ihrem Schlaf-Wach-Zyklus (=Unterfunktion) hat, nicht als vollständig dysfunktionell (=schwer geschädigt/gleich Null) eingestuft werden, sondern eher als geschädigt im Bereich der Funktion "*Bewusstsein und Wachzustand*", wenn dies das einzige Problem im Bereich dieser Funktion ist.
- Wenn zum Zeitpunkt der Evaluation ein **vorübergehender teilweiser oder vollständiger Verlust** einer Funktion besteht, dann ist die Person in die Kategorie einzuordnen, die dem **üblichen Schädigungsgrad** entspricht, d.h. in eine niedrigere Stufe als die Stufe, die zum Zeitpunkt der Evaluation beobachtet wird.
- In einer Situation, in der der Schädigungsgrad einer **Funktion von einem auf den anderen Tag oder innerhalb eines Tages schwankt**, z.B. von adäquat zu leicht geschädigt, oder von mäßig geschädigt zu schwer geschädigt, ist die Person in die **Kategorie einzustufen, die überwiegt**.

Für einige Funktionen (Kurzzeitgedächtnis, Entscheidungen treffen, Sprache, Sehvermögen, Gehör, sich verständlich machen und andere verstehen) wurden Erklärungen zu den Graden: **adäquat, leicht geschädigt, mäßig geschädigt, schwer geschädigt oder gleich Null**, abgefasst. Für die anderen Funktionen war es unmöglich solche Erklärungen zu geben. Für die zwei extremen Grade, die dem Fehlen einer Schädigung beziehungsweise dem vollständigen oder fast vollständigen Verlust der Funktion entsprechen, ist das nicht problematisch. Wenn der Zustand des Bewohners keinem dieser zwei Grade entspricht, muß sich die evaluierende Person zwischen den beiden verbleibenden Möglichkeiten entscheiden, indem sie subjektiv bestimmt, ob der Zustand des Bewohners näher bei dem einen oder anderen der beiden extremen Grade liegt. Wenn also die evaluierende Person das Gefühl hat, daß der Zustand des Bewohners näher bei der vollen Funktionsfähigkeit liegt als bei der schweren Schädigung/Fähigkeit gleich Null, so wird sie ihn unter "*leicht geschädigt*" auf der Skala einstufen. Umgekehrt wird die evaluierende Person den Bewohner unter "*mäßig geschädigt*" einstufen, wenn sie das Gefühl hat, daß der Zustand des Bewohners näher bei schwerer Schädigung/Fähigkeit gleich Null liegt als bei voller Funktionsfähigkeit.

In allen Fällen muß die evaluierende Person eine Entscheidung treffen. Besteht auch noch nach Berücksichtigung der oben genannten Hinweise und nach Konsultation aller vorhandenen Quellenangaben eine Unsicherheit zwischen zwei Kategorien, so wird die evaluierende Person den Bewohner in den Grad einstuft, der der **schwereren** Schädigung entspricht.

Definitionen

Kurzzeitgedächtnis

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit der Person sich neue Informationen zu merken. Sie kann gemessen werden, durch die Schwierigkeit oder Unfähigkeit Sachen zu nennen, die wenige Minuten zuvor erwähnt worden sind. Die verschiedenen Funktionsstufen des Kurzzeitgedächtnisses sind wie folgt definiert:

- **Adäquat:** im Allgemeinen hat der Bewohner nicht mehr Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis als Personen seiner Alters-/Geschlechtsgruppe
- **Leicht geschädigt:** der Bewohner hat Schwierigkeiten drei Sachen zu nennen, die vor 5 Minuten erwähnt oder gezeigt wurden. In 50% der Fälle gelingt es ihm, die drei Sachen zu nennen und in 50% der Fälle kann er nur zwei Sachen nennen.
- **Mäßig geschädigt:** in 50% der Fälle gelingt es dem Bewohner, zwei Sachen zu nennen, und in 50 % der Fälle nur ein eine Sache.
- **Schwer geschädigt oder gleich Null:** in 50% der Fälle gelingt es dem Bewohner eine Sache zu nennen und in 50% der Fälle kann er nichts nennen oder er vergisst es sofort.

Langzeitgedächtnis

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit sich an früher erworbene Informationen zu erinnern. Eine Schädigung dieses Bereichs kann sich folgendermaßen ausdrücken. Die Person hat Schwierigkeiten oder ist unfähig, sich an ihren Wohnort vor der Heimunterbringung, an Ereignisse von gestern, an ihr Geburtsdatum, usw. zu erinnern.

Auch spezifische Gedächtnisschädigungen (für Formen, Worte, Zahlen) gehören zu dieser Kategorie.

Denken

Die in dieser Dimension berücksichtigten Schädigungen sind:

Störungen der **Geschwindigkeit** und **Organisation** von Denkprozessen, sowie die Fähigkeit zur **Bildung logischer Gedankenfolgen** wie:

- Schädigung der Konzeptualisierung und der Abstraktion bezieht sich auf die Fähigkeit zur Interpretation der Bedeutung des Wahrgenommenen, zur Integration von Wahrnehmungen, zur Herstellung sinnvoller Beziehungen zwischen den Wahrnehmungen, zur Abstraktion;
- Schädigung des logischen Denkens bezieht sich auf die Fähigkeit Gedanken hierarchisch zueinander in Beziehung zu setzen;
- Verlangsamung oder Beschleunigung des Denkens;
- zwanghafte Ideen, Inkohärenz von Denkprozessen, ...

Störungen des **Denkinhaltes**; diese Kategorie beinhaltet Beschränkungen des Denkinhaltes, exzessive Betonung und Beschäftigung mit bestimmten Gedanken bis zum Ausschluß einer kritischen Überprüfung der Gedanken; fehlerhafte Überzeugungen, die durch logische Argumente oder Gegenüberstellungen der Realität nicht korrigiert werden können, zum Beispiel: Armut des Denkinhaltes, überwertige Ideen, paranoider Wahn, Eifersucht, Größenwahn, Hypochondrie, ...

Perzeption und Aufmerksamkeit

Diese Dimension bezieht sich auf die Funktionen, die eine Person befähigen **Informationen zu erhalten**, **diese Informationen zu verarbeiten** und sich auf bestimmte Aspekte und Bestandteile dieser Information **zu konzentrieren** und selektive Antworten auf spezifische Reize zu geben.

- **Schädigungen der Perzeption** beinhalten: Störungen der Perzeption, Entstellung der Perzeption (optische, akustische, taktile, kinästhetische, ... Täuschungen), fehlerhaft Perzeptionen (Halluzinationen), Störungen der Perzeption des eigenen Körpers, Störungen der Perzeption von Zeit und Raum und Verlust der Fähigkeit, zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden;
- **Schädigungen der Aufmerksamkeit** sind Störungen der Intensität, des Umfangs und der Beweglichkeit der Aufmerksamkeit und beinhalten: Unaufmerksamkeit, Zerstreutheit, geschädigte Fähigkeit zur Verlagerung des Schwerpunkts der Aufmerksamkeit, plötzliches Innehalten der Aufmerksamkeit, eingeschränkte Fähigkeit zu bleibender Wachsamkeit.

Bewusstsein und Wachzustand

Diese Dimension bezieht sich auf:

1. Schädigungen der Bewusstseinsklarheit und auf die Qualität der bewussten Wahrnehmung, einschließlich: Bewusstlosigkeit, Delirium, dissoziative Zustände, Trance ähnliche Zustände, Mutismus (Stummheit), ...
2. intermittierende Schädigungen des Bewusstseins: Epilepsie, Petit Mal, Ohnmacht, ...
3. Schädigungen des Schlaf-Wach-Zyklus, einschließlich Schädigungen der autonomen Kontrolle von Körperfunktionen, die durch den Schlafzyklus beeinflusst werden; Einschlafschwierigkeiten, vorzeitiges Erwachen, Hypersomnie, Narkolepsie, Schlaflosigkeit, Enuresis nocturna (Einnässen), Schlafwandeln, Somnolenz, ...

Orientierung: Zeit/Raum/Person

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit der Person sich an die Uhrzeit, den Tag, das Datum, die Jahreszeit zu erinnern; zu wissen, wo sie wohnt, den Weg in ihr Zimmer, zur Cafeteria usw. zu finden; zwischen Anhängigen des Personals, anderen Mitbewohnern und Fremden zu unterscheiden; ihre Familienangehörigen zu erkennen und in Bezug auf die eigene Person orientiert zu sein.

Entscheidungen treffen

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit der Person, Entscheidungen hinsichtlich der Aufgaben und Aktivitäten des täglichen Lebens zu treffen.

Die verschiedenen Funktionsstufen sind folgendermaßen definiert:

- **Adäquat:** die Person trifft **vernünftige Entscheidungen**; sie organisiert ihre Tagesaktivitäten selbst.
- **Leicht geschädigt:** die Person organisiert ihre Tagesaktivitäten selbst. In vertrauten Situationen trifft sie ihre Entscheidungen selbst, aber sie hat Schwierigkeiten, wenn sie neuen Aufgaben oder Situationen gegenübersteht.
- **Mäßig geschädigt:** die Person trifft wenig Entscheidungen. Sie benötigt Hilfe, um ihren Tagesablauf zu planen und zu organisieren.
- **Schwer geschädigt oder gleich Null:** die Person trifft selten oder nie Entscheidungen.

Selbsthilfe/Bedürfnissteuerung

Diese Dimension bezieht sich auf die Steigerung, Verringerung oder Veränderung von verschiedenen Verhaltensmustern, die mit **physiologischen Grundbedürfnissen** oder Instinkten zusammenhängen wie: Anorexie, Bulimie, verringerte Libido, Impotenz, Frigidität, Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Suchtmitteln.

Wille und Motivation

Diese Dimension bezieht sich auf Störungen der Fähigkeit zu **zweckmäßigem Verhalten, zur Kontrolle der eigenen Handlungen** und auf die Fähigkeit **ein Ziel zu verfolgen**.

- Fehlen von Initiative;
- Verlust oder Einschränkung der Interessen;
- übermäßige Anpassung, exzessive Kooperation, automatische Unterwerfung;
- Negativismus;
- Ambivalenz;
- Zwänge, Rituale;
- Schädigung der Kontrolle der Impulse;
- Schädigung der Anpassungsfähigkeit.

Emotionen, Affekte, Stimmungen

Diese Dimension bezieht sich auf **Störungen der Intensität und Qualität von Emotionen, Affekten, Stimmungen** und ihre somatischen Begleiterscheinungen, sowie auf Störungen der Dauer und Stabilität von Emotionen, Affekten und Stimmungen wie:

- Angst: Anspannung, Tremor, Panik-Attacken, verängstigte, furchtsame, sorgenvolle Haltung;
- Depression: Anhedonie, Tränen, Trauer, tiefes Seufzen, dumpfer Ton der Stimme, ...;
- Abstumpfung des Affekts: Apathie, ausdrucksloses Gesicht und Stimme, Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit, ...;
- starke Erregung: inklusive mit Gegenständen werfen, umherrennen oder -springen, die Arme wild schwenken, schreien, kreischen;
- Erregung: Euphorie, Hypomanie, Exaltation, übermäßige Heiterkeit;
- Reizbarkeit: inklusive Zornausbrüche;
- emotionale Labilität: Labilität einer Stimmung, Neigung zu depressiven Perioden oder gehobener Stimmung;
- Affektinkongruenz: ambivalenter Affekt, Inkongruenz der Emotionen mit dem Gegenstand;
- Katastrophenreaktionen, Vortäuschung von Gefühlen, Ruhelosigkeit, Schuldgefühle, emotionale Unreife, ...

Verhalten

Diese Dimension bezieht sich auf Verhaltensmuster, die die soziale Anpassung und Funktion stören können. Solche Verhaltensmuster können seit der Jugend bestehen und sich während des gesamten Erwachsenenlebens geäußert haben (Persönlichkeitsstörungen) oder können als Folgeerscheinungen von neurologischen oder geistigen Krankheiten auftreten. Sie äussern sich hauptsächlich als akzentuierende Charakterzüge, zum Beispiel:

- Mißtrauen, soziale Zurückgezogenheit, exzessive Scheu inklusive exzessive Sensibilität und Verletzbarkeit, Hypochondrie, Besorgtheit, Besessenheitszüge (Unsicherheit, Unentschlossenheit, Zwang), Phobien (Agoraphobie), Feindseligkeit (Aggressivität, Drohungen, körperliche Gewalt), Verworrenheit, Schauspielerei, Selbstverletzung, Streben nach Aufmerksamkeit, ...

Sprache

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit der Person sich **verbal** auszudrücken. Schädigungen des Sprechinhalts sind hier nicht berücksichtigt.

Die verschiedenen Funktionsstufen der Sprache sind folgendermaßen definiert:

- **Adäquat**: die Person artikuliert gut, der verbale Ausdruck ist deutlich.
- **Leicht geschädigt**: die Person hat einen Sprachfehler, ist aber sie trotzdem gut zu verstehen (leichtes Stottern, leise Stimme, ...).
- **Mäßig geschädigt**: die Person hat einen Sprachfehler und daher Schwierigkeiten deutlich zu sprechen, sie schafft es aber trotzdem sich, auszudrücken (starkes Stottern, Sprechschwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Krankheit wie Ataxie, Zerebralparese, sonstige).

- **Schwer geschädigt oder gleich Null:** die Person spricht wenig oder nicht. Es kann sich um Aphasie, Echolalie oder der Verwendung von nur einigen Wörtern (ja, nein, danke) handeln.

Sehvermögen

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit der Person zu **sehen**. Um die Person in die eine oder andere Kategorie einzustufen, wird man eine Kompensation (Brille) berücksichtigen, wenn diese tatsächlich benutzt wird.

Die verschiedenen Funktionsstufen des Sehvermögens werden folgendermaßen definiert:

- **Adäquat:** die Person sieht gut; sie kann ein Buch oder eine Zeitung in "Normaldruck" lesen.
- **Leicht geschädigt:** die Person kann "Normaldruck" nicht lesen; sie kann jedoch Großdruck lesen. Es kann sich um eine Person mit leichten Sehproblemen wie Lichtempfindlichkeit oder Anpassungsschwierigkeiten des Auges bei Dunkelheit handeln.
- **Mäßig geschädigt:** die Person kann selbst die Schlagzeilen einer Zeitung nicht lesen. Sie kann aber einen Gegenstand mit den Augen verfolgen.
- **Schwer geschädigt oder gleich Null:** die Person ist blind oder kann nur Licht, bestimmte Faben und Formen

Gehör

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit einer Person **zu hören**. Um die Person in die eine oder andere Kategorie einzustufen, wird man eine Kompensation (Hörgerät) berücksichtigen, wenn diese tatsächlich benutzt wird.

Die verschiedenen Funktionsstufen des Gehörs sind folgendermaßen definiert:

- **Adäquat:** die Person hört gut. Sie hat keine Schwierigkeiten beim Telefonieren.
- **Leicht geschädigt:** die Person hat unter bestimmten Bedingungen Hörschwierigkeiten, zum Beispiel, wenn sie sich an einem Ort mit vielen Hintergrundgeräuschen befindet.
- **Mäßig geschädigt:** die Person hört nur, wenn man laut spricht oder wenn man eine deutliche, sehr artikuliert Sprache verwendet.
- **Schwer geschädigt oder gleich Null:** die Person ist taub oder kann nur einige sehr laut gesprochene Worte hören.

Sich verständlich machen

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit der Person ihre Bedürfnisse, Meinungen oder Probleme auszudrücken und mitzuteilen, und Gespräche zu führen. Man berücksichtigt hier die Verwendung von Sprache, Schrift, Gesten oder eine Kombination dieser Ausdrucksmöglichkeiten.

Die verschiedenen Funktionsstufen sind folgendermaßen definiert:

- **Adäquat:** die Person bringt ihre Ideen und Meinungen deutlich zum Ausdruck.
- **Leicht geschädigt:** die Person hat Schwierigkeiten Worte zu finden und ihre Gedanken auszudrücken. Durch Ermutigung oder Stimulation kann sie ihre Bedürfnisse und ihre Meinung mitteilen und ein Gespräch führen.
- **Mäßig geschädigt:** die Fähigkeiten der Person sind begrenzt. Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst, Schlaf, Ausscheidung kann sie leicht mitteilen. Sie drückt ihre Meinung selten aus und führt keine oder wenig Gespräche.
- **Schwer geschädigt oder gleich Null:** die Person hat große Schwierigkeiten sich verständlich zu machen. Nur das Personal oder andere Personen, die die Person gut kennen, können ihre Mitteilungen, Laute oder Körpersprache (Gesten, Mimik, sonstige) interpretieren.

Andere verstehen

Diese Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit der Person verbale Informationen zu verstehen. Hier geht es

darum, die Verständnisfähigkeit der Person und nicht ihre Hörfähigkeit zu beurteilen.

Die verschiedenen Funktionsstufen dieser Dimension sind folgendermaßen definiert:

- **Adäquat:** die Person versteht verbale Mitteilungen deutlich und zeigt durch Worte, Handlungen, Verhalten, daß sie verstanden hat.
- **Leicht geschädigt:** die Person versteht die meisten Mitteilungen, kann aber einen Teil oder die ganze Absicht nicht begreifen. Im Allgemeinen zeigt sie ein gutes Verständnis durch Worte, Handlungen, Gesten, aber zeitweise kann sie Schwierigkeiten haben Informationen zu verarbeiten.
- **Mäßig geschädigt:** die Person hat regelmäßig Schwierigkeiten Informationen zu verarbeiten. Sie versteht und antwortet angemessen auf einfache, direkte Mitteilungen. Einfache oder anders formulierte Sätze und Gesten werden benutzt, um ihr Verständnis zu erhöhen.
- **Schwer geschädigt oder gleich Null:** die Verständnisfähigkeit von Mitteilungen ist sehr begrenzt. Da die Person auf Mitteilungen nicht durch Gesten, Handlungen, Verhalten reagiert, ist es schwierig, ihre Verständnisfähigkeit zu beurteilen.

Q. Psychische Probleme

Beschreibung

Es handelt sich hier darum psychischen Probleme, Verhaltensprobleme und Stimmungsprobleme, die beim Bewohner während dem Evaluationszeitraum vorhanden waren (nicht korrigiert, latent), zu identifizieren.

Hinweise

Wenn der Bewohner kein psychisches Problem aufweist, dann kreuzen Sie das Kästchen "nein" an. Wenn der Bewohner ein oder mehrere psychische Probleme aufweist, dann kreuzen Sie das Kästchen "ja" an und anschließend das (die) Problem(e).

Ein Problem, das **dabei ist korrigiert zu werden** (z.B. Einstellung der Medikation nicht beendet), das sich aber immer noch äussert, wird als immer noch vorhanden berücksichtigt.

Definitionen

Physische Aggressivität

Dieses Problem ist gekennzeichnet durch die Verwendung von Händen, Füßen, dem Kopf oder dem Körper, um jemanden anzugreifen (stoßen, zu Fall bringen, kratzen), durch Werfen oder Zerstören von Gegenständen, durch Spucken, usw. Die physische Aggressivität kann gegen das Personal, Besucher oder Mitbewohner gerichtet sein.

Verbale Aggressivität

Dieses Problem ist gekennzeichnet durch Drohen, Schreien, Fluchen, Beschimpfen, Obszönitäten gegenüber anderen (Personal, Besucher, Mitbewohner).

Stört die anderen

Unangemessenes Verhalten gegenüber Mitbewohnern oder Besuchern unter Ausschluss von Aggressivität (siehe weiter oben); wiederholte verbale oder physische Forderungen, Durchstöbern der Zimmer der anderen Bewohner, Klauen, Schreien, usw.

Unruhe

Dieses Problem ist durch ständige Forderungen nach Aufmerksamkeit, vielfältige Beschwerden und wiederholte Anfragen gekennzeichnet. Die unruhige Person kann nicht still stehen, sie läuft ständig auf und ab, geht im Kreis, schaukelt wild, spielt dauernd mit ihren Händen,...

Umherirren

Ständiges oder häufiges Auf- und Abwandern ohne bestimmtes Ziel, wodurch die Sicherheit der Person gefährdet oder auch nicht gefährdet sein kann.

Anhaltende Angst

Psychisches Unbehagen, das durch eine unbestimmte Angst und unangenehme Gefühle gekennzeichnet ist und darauf beruht, daß die Person den Eindruck hat, daß eine Situation außer Kontrolle gerät. Man spricht von anhaltender Angst, wenn diese **seit mindestens sieben Tagen vorhanden ist** und durch aktives Zuhören und Beistand keine bedeutende Verminderung stattgefunden hat.

Traurigkeit

Unangenehmer, schmerzhafter, aber ruhiger affektiver Zustand. Dieser Zustand kann durch die folgenden Symptome gekennzeichnet sein: Verweigerung an Aktivitäten teilzunehmen oder sich um seine Körperhygiene zu kümmern, tiefes Seufzen, Weinerlichkeit, Niedergeschlagenheit, ausdrucksloses Gesicht, usw. Von Natur aus hat Traurigkeit einen anhaltenden, beständigen Charakter.

Äusserungen von Leid

Verbale oder nonverbale Äusserungen, die zeigen, daß die Person psychisch leidet. Das Leid hat nicht den beständigen Charakter der Traurigkeit und ist im Allgemeinen an **ein oder mehrere**, vergangene oder gegenwärtige, **Ereignisse gebunden**.

Rückzug

Ein in sich selbst Zurückziehen der Person, um sich zu schützen. Die Person, die sich im Rückzug befindet, neigt dazu Kontakte zu vermeiden und nimmt immer weniger an den Aktivitäten teil.

Selbstmordgedanken

Durch verbale Äußerungen, Anspielungen oder ihr Verhalten **teilt** die Person ihre Selbstmordgedanken mit oder gibt sie auf diese Weise **zu verstehen**.

Denkt oft an den Tod

Die Person denkt, daß sie sterben wird: daß ein Herzstillstand oder ein Schlaganfall unmittelbar bevorsteht, daß sie Krebs hat, usw. Es handelt sich um eine **unbegründete Angst**.

Frühes Erwachen und schlecht gelaunt

Die Person **erwacht sehr früh** ohne genügend geschlafen zu haben **und** dieses Erwachen ist von **schlechter Laune** begleitet.

Hypersomnie (7 Stunden oder weniger/Tag wach)

Die Person leidet an Hypersomnie. Sie **schläft siebzehn Stunden oder mehr** innerhalb eines Tages.

R. Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung

Beschreibung

Das Konzept der Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung bezieht sich auf die **Fähigkeit der Person sich in ihrer Umgebung zu orientieren, inklusive Interaktionen oder Austausch mit der Umgebung**. Dieses Konzept beinhaltet folglich die **Rezeption von Signalen** aus der Umgebung, ihre **Verarbeitung und die Reaktion auf die erhaltene Mitteilung**, das erhaltene Signal. Probleme, die sich aus Fähigkeitsstörungen des Verhaltens und der Kommunikation ergeben, sind hier ebenfalls berücksichtigt.

Hinweise

Kreuzen Sie die Kategorie an, die am Besten den Grad der Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung des evaluierten Bewohners wiedergibt. Da sich die Kategorien **gegenseitig ausschließen**, können Sie **nur eine einzige wählen**.

Definitionen

Volle Interaktionsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die mit einer vollen Interaktionsfähigkeit ausgestattet sind, d.h. die **angemessen mit ihrer Umgebung interagieren** (Empfang von Signalen - Verarbeitung - Reaktion) **ohne auf irgendeine Hilfe zurückzugreifen** wie Medikamente zur Kontrolle von Verhaltens- oder Kommunikationsproblemen oder auf Kompensationen zur Erhöhung ihrer sensorischen Fähigkeiten (Brille, Hörgerät, Gehstock).

Die psychischen und sensorischen Funktionen, des Abschnitts P, sind alle adäquat.

Voll kompensierte Störung(en) der Interaktionsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die zum Beispiel **von Hilfen Gebrauch machen**, um zu sehen, zu hören, zu tasten (Stock) und/oder die ständig Medikamente einnehmen, um ihre Verhaltens- oder Kommunikationsprobleme zu kontrollieren, wenn daraus eine **volle Wiederherstellung der Interaktionsfähigkeit resultiert**.

Die psychischen und sensorischen Funktionen des Abschnitts P, sind alle adäquat (die Schädigungen sind gut kompensiert).

Intermittierende Störungen der Interaktionsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **zeitweise Störungen** der vollen Interaktionsfähigkeit haben, z. B. Schwindel, die mit Morbus Menière verbunden sind, Diplopie (wie sie im Rahmen der multiplen Sklerose auftreten kann), intermittierende Bewußtseinsunterbrechung (Epilepsie) und bestimmte Sprachprobleme (Stottern). Voll korrigierte oder kontrollierte Störungen sind ausgeschlossen (Kategorie "voll kompensiert").

Die meisten der psychischen oder sensorischen Funktionen sind adäquat (die festgestellten Störungen behindern die Person nur zeitweise).

Teilweise kompensierte Störungen der Interaktionsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die andernfalls zu den Kategorien "voll kompensierte" oder "intermittierende Störungen der Interaktionsfähigkeit gehören würden, die aber in einigen **Lebensbereichen eine Benachteiligung erfahren**, weil die Störung der Interaktionsfähigkeit sie **unter bestimmten Umständen verletzlich macht**, z. B. eine kritische Abhängigkeit vom Beleuchtungspegel (bei einigen Fähigkeitsstörungen des Sehvermögens), eine kritische Abhängigkeit vom Pegel der Hintergrundgeräusche oder anderen Signalen (bei Fähigkeitsstörungen des Gehörs oder der Sprache); oder auch Benachteiligung, die auf die Notwendigkeit von bestimmten Medikamenten oder Hilfen zurückzuführen ist, und die sie daher ungeeignet für bestimmte Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten machen.

Eine oder mehrere Schädigungen sind im Bereich der psychischen und sensorischen Funktionen festgestellt worden. Diese Schädigungen sind leicht oder mäßig (manchmal schwer oder gleich null) und behindern die Person nur teilweise.

Mäßige Störungen der Interaktionsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die **merkliche Schwierigkeiten** in der Interaktionsfähigkeit empfinden. Hilfen und/oder Medikamente bewirken keine befriedigende Kompensation ihrer Störungen. Auch Personen, die **Unterstützung von anderen erfordern**, z. B. Personen mit einem Teilvisus, Personen mit einem merklichen Hörverlust, verwirrte Personen oder Personen mit einer merklichen Berührungsunempfindlichkeit, werden in diese Kategorie eingeordnet.

Eine oder mehrere Schädigungen sind im Bereich der psychischen und sensorischen Funktionen festgestellt worden. Diese Schädigungen sind leicht oder mäßig (manchmal schwer oder gleich Null) und eine tägliche Intervention (Unterstützung) des Personals ist erforderlich, um der Person bei der Interaktion mit ihrer Umgebung zu helfen.

Schwere Störungen der Interaktionsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die unter einer **schweren Störung** der Interaktionsfähigkeit leiden, und bei denen **Substitution notwendig ist** (was in der vorhergehenden Kategorie nicht der Fall war): d.h., dass die Person für gewöhnlich, ohne häufige Unterstützung einer anderen Person, nicht mit ihrer Umgebung interagieren kann.

Im Allgemeinen sind mehrere psychische und sensorische Funktionen mäßig oder schwer geschädigt (manchmal gleich Null). Eine Intervention des Personals (etwas für sie machen) ist mehrmals am Tag erforderlich, um der Person bei der Interaktion mit ihrer Umgebung zu helfen.

Verlust der Interaktionsfähigkeit

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die unter einer **schweren Störung** der Interaktionsfähigkeit leiden und deren Möglichkeiten mit ihrer Umgebung zu interagieren sehr begrenzt sind, und dies trotz der Kompensationen, die von anderen angeboten werden.

Im Allgemeinen sind mehrere psychische und sensorische Funktionen mäßig oder schwer geschädigt oder gleich Null.

Unfähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die unfähig sind mit ihrer Umgebung zu interagieren. Mehrere psychische und sensorische Funktionen sind betroffen (schwer oder gleich Null), wodurch sie davon abgehalten werden mit ihrer Umgebung zu interagieren.

Koma

Zu dieser Kategorie gehören Personen, die unfähig sind mit ihrer Umgebung zu interagieren, und deren Diagnose "*Koma*" oder "*anhaltender vegetativer Zustand*" lautet. Ein "*halb-komatöser Zustand*" gehört nicht zu dieser Kategorie.

S. Psychiatrische Rehabilitation

Beschreibung

Die psychiatrische Rehabilitation richtet sich an **Bewohner in der Psychiatrie, die zur Rückkehr nach Hause oder in eine betreute Wohnung imstande sind**. Die Rehabilitation betrifft Bereiche der Körperpflege, der Beschäftigung, der sozialen Interaktionen, der Finanzen, usw.

Hinweise

Kreuzen Sie "nein" an, wenn kein solches Ziel angestrebt ist.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn der Bewohner an einem Rehabilitationsprogramm teilnimmt mit dem Ziel, innerhalb von maximal 2 bis 3 Jahren nach Hause zurück zu kehren oder in einer betreuten Wohnung zu wohnen.

Geben Sie das Datum an, an welchem das Rehabilitationsprogrammes begonnen hat. Als Vorgabe ist der erste Tag der Beobachtungswoche eingegeben. Dieses Datum kann durch Eingabe eines früheren und späteren Datums verändert werden.

Kreuzen Sie an, um das eingetragene Datum zu bestätigen.

Liste der Pflegebereiche

Essen und Trinken können

Ausscheiden können

Sich pflegen/sich kleiden können

Sich bewegen können

Kommunikation

Atmung

Medikamente

Infusionstherapie

Behandlungen

Diagnostische Maßnahmen

Modus

Im System PLAISIR sind die Pflegemodi folgendermaßen definiert:

○ Anleiten und führen (Anleitung-Beratung-Orientation)

Der Bewohner führt die Pflegeaktion durch.

Der Helfer (Pflegeperson) veranlasst und fördert die Durchführung, indem er dem Bewohner physische Unterstützung und/oder Ratschläge und Hinweise gibt.

○ Teilweise Hilfe

Der Bewohner führt einen Teil der Pflegeaktion durch.

Der Helfer (Pflegeperson) beginnt oder beendet die Pflegeaktion oder führt einen Teil der Pflegeaktion durch.

○ Vollständige Hilfe

Der Bewohner führt die Pflegeaktion nicht durch.

Der Helfer (Pflegeperson) führt die Pflegeaktion vollständig durch.

Im Handbuch finden Sie zu jeder Pflegeintervention ein Beispiel jedes möglichen Pflegemodi, der für den Bewohner erforderlich sein könnte.

Zeitplan

- a) Der Zeitplan beginnt um **00:00 Uhr** und endet um **23:59 Uhr**.
- b) Die Zeiteinheit ist die Stunde und die 24 Stunden des Tages sind durch 24 Kästchen dargestellt, das erste ist mit **00:00 Uhr** beschriftete und entspricht dem Intervall **00:00 Uhr - 00:59 Uhr** das letzte ist mit **23:00 Uhr** beschriftete und entspricht dem Intervall **23:00 Uhr - 23:59 Uhr**.
- c) Der Tages-Zeitplan entspricht den Kästchen von **07:00 Uhr** bis **20:00 Uhr** und deckt folglich den Zeitraum von **07:00 Uhr** bis **20:59 Uhr** ab; der Nacht-Zeitplan entspricht den verbliebenen Kästchen und deckt somit den Zeitraum von **21:00 Uhr** bis **06:59 Uhr** ab.

Jedoch, wird eine Pflegeaktion vor **21:00 Uhr** vom Personal des **Nachtdienstes** durchgeführt, dann vermerkt man sie im Kästchen "21:00 Uhr" wie wenn sie vom "Nachtdienst", nach **20:59 Uhr** gemacht worden wäre.

Man geht gleichermaßen vor, wenn eine Pflegeaktion nach **20:59 Uhr** vom Personal des **Tagdienstes** durchgeführt wird, dann vermerkt man sie im Kästchen "20:00 Uhr" wie wenn sie vom "Tagdienst" vor **21:00 Uhr** durchgeführt worden wäre.

Es werden die gleichen Regeln angewendet, wenn man um **07:00 Uhr** vom Nachtdienst zum Tagdienst überwechselt.

- d) Ist eine Pflegeaktion nur ein einziges Mal innerhalb eines Zeitraums von einer Stunde erforderlich, dann vermerkt man **1** im Kästchen, das der Stunde entspricht innerhalb derer sie beginnt.

Zum Beispiel :

- ist die Aktion X um **8:30 Uhr** erforderlich, so vermerkt man **1** in dem mit **8:00 Uhr** beschrifteten Kästchen.

- ist die Aktion Z um **10:45 Uhr** erforderlich, so vermerkt man **1** in dem mit **10:00 Uhr** beschrifteten Kästchen.

Allgemeines zu einer Pflegeaktion

Suite

- e) Ist eine Pflegeaktion häufiger als einmal innerhalb eines Zeitraums von einer Stunde erforderlich, dann vermerkt man die Anzahl, anders gesagt, die Häufigkeit, der Aktion in dem Kästchen, das der Stunde entspricht innerhalb derer die Aktion mehrmals erforderlich ist.

Zum Beispiel, ist die Behandlung um 10:00 Uhr, um 10:45 Uhr und um 11:30 Uhr erforderlich, so vermerkt man 2 in dem mit 10:00 Uhr beschrifteten Kästchen und man vermerkt 1 im mit 11:00 Uhr beschrifteten Kästchen.

- f) Wenn es nicht möglich ist die genaue Stunde anzugeben, zu der eine Aktion erforderlich ist, dann vermerkt man, je nach der berücksichtigten Aktion, entweder die "**Häufigkeit pro Schicht**", oder die "**Verteilung pro Schicht**".

Zum Beispiel, für die Aktion "Toilette". Da es schwierig ist bei der Ausscheidung einen genauen Zeitplan anzugeben, beschränkt man sich darauf anzugeben, dass der Bewohner Hilfe benötigt, um 2 mal während der Nachtschicht und 4 mal während der Tagesschicht auf die Toilette zu gehen.

Häufigkeit pro Schicht
Nacht 2 Tag 4

Für die "individuelle, unterstützende Kommunikation", beschränkt man sich darauf anzugeben wie die ihre Zeit prozentual zwischen der Nachtschicht und der Tagesschicht verteilt wird :
zum Beispiel, 20 % nachts 80 % tags.

Die vermerkten Prozentsätze müssen über einen Zeitraum von 24 Stunden 100 % ergeben.

Verteilung der Kommunikation pro Schicht
Nacht 20 % Tag 80 %

Verschiedene Durchführungsmodalitäten einer gleichen Aktion

Wenn eine Pflegeaktion während des Beobachtungszeitraums von 7 Tagen an den jeweiligen Tagen zu unterschiedlichen Zeiten erforderlich ist, oder wenn die Pflegeaktion je nach der Tageszeit oder je nach dem Tag unterschiedliche Pflegemodi erfordert, dann muss die Aktion so oft vermerkt werden wie sie unterschiedliche Modalitäten im Beobachtungszeitraum zählt.

Zum Beispiel, wird man die Aktion "aseptischer Verband" zwei mal vermerken, wenn sie von Montag bis Donnerstag um 10 Uhr und an den anderen Tagen um 10 Uhr und um 20 Uhr erforderlich ist :

	0	10	20	23	Stunden
1° Aseptischer Verband	m d M D F s S	1			
2° Aseptischer Verband	m d M D F s S	1	1		

Man wird auch die Aktion "Mittagessen" zwei mal vermerken, wenn der Bewohner nur an manchen Tagen eine teilweise Hilfe benötigt (zum Beispiel, um sein Fleisch zu schneiden).

	12	Stunden
1° Mittagessen	L d M D F s S anleiten	1
2° Mittagessen	L d M D F s S teilweise Hilfe	1

Ständige Anwesenheit

Für den Bewohner kann eine ständige Anwesenheit erforderlich sein:

- entweder um ihn während **der gesamten Dauer zu beobachten**, in der er eine Pflegeaktion selbst durchführt;
- oder um einer Person, die nicht zum Personal des Wohnbereichs gehört während **der gesamten Dauer** einer Intervention oder einer Untersuchung **zu assistieren**.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn eine ständige Anwesenheit **für die gesamte Dauer der Pflegeaktion** erforderlich ist.

Im Fall von Pflegeaktionen, bei denen "ständige Anwesenheit" nicht angezeigt ist, diese aber erforderlich ist, vermerkt man dies unter "Notiz" und gibt den Grund an.

Pflegebereich « Essen und Trinken können »

Selbständig für dieses Bedürfnis
Selbständig für die Mahlzeiten

Natürliche Ernährung

Mahlzeiten

Frühstück

Mittagessen

Abendessen

Zwischenmahlzeit

Zwischenmahlzeit

Flüssigkeitszufuhr

Flüssigkeitszufuhr (oral)

Menüvordruck vervollständigen

Menüvordruck vervollständigen

Enterale Ernährung

Anbringen und Auswechseln des Beutels mit der Sondennahrung

Überwachung der enteralen Nahrungszufuhr

Selbständig für die Mahlzeiten

Beschreibung

Der Bewohner wird von einer Person serviert, und evtl. von ihr unterstützt, die nicht dem Pflegepersonal zugerechnet wird (Familie, Hotelierservice, wenn dies ein unabhängiges Budget ist, sonstige) oder, der Bewohner ist in der Lage sich selbst zu servieren und das Eßtablett zum Tisch zu tragen.

Hinweise

Kreuzen Sie "OK" an, wenn der Bewohner zum Zeitpunkt der drei (3) Mahlzeiten keine Intervention erfordert.

Im Abschnitt "**Notiz**" muss eine Erklärung vermerkt werden.

Frühstück

Ziel

Versorgung mit Nährstoffen unter Berücksichtigung der verschriebenen Diät.

Beschreibung

Diät mit dem Menü vergleichen.

Esstablett zubereiten.

Mahlzeiten im Zimmer, Speisesaal oder woanders servieren.

Abräumen.

Ggf. dem Bewohner vor und nach den Mahlzeiten Gesicht und Hände reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der vom Pflegepersonal und nicht von einem Angehörigen des Bewohners oder von einer anderen Abteilung servierten und unterstützten Mahlzeit.

Kreuzen Sie "nein" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds neben dem Bewohner **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn **eine ständige individuelle Anwesenheit** neben dem Bewohner **während der gesamten Dauer** der Mahlzeit **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie den Ort an, an dem der Bewohner sein Frühstück einnimmt, in seinem "Zimmer", in einem anderen Raum, aber auf der "Etage seines Zimmers" oder auf einer "anderen Etage".

Selbständig

Ohne Unterstützung des Pflegepersonals (*selbständig, Hotelerieservice, ...*).

Der Bewohner holt selbst sein Esstablett und bringt es wieder zurück

oder

die Person, die den Bewohner zum Zeitpunkt des Frühstücks unterstützt, ist keine Person des Pflegepersonals.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Esstablett servieren, ggf. Behälter öffnen, abräumen.

Teilweise Hilfe: Esstablett servieren, Behälter öffnen und Nahrungsmittel zuschneiden. Ggf. beim Essen und Trinken während der Mahlzeit helfen.

Einem Bewohner, der kognitive Defizite oder Verhaltensstörungen während der Mahlzeiten aufweist, jeden Gang einzeln servieren (einen Teller nach dem anderen).

Vollständige Hilfe: Essen und Trinken eingeben oder mit einer Spritze ernähren.

Siehe auch Selbständig für die Mahlzeiten
Mittagessen
Abendessen

Mittagessen

Ziel

Versorgung mit Nährstoffen unter Berücksichtigung der verschriebenen Diät.

Beschreibung

Diät mit dem Menü vergleichen.

Esstablett zubereiten.

Mahlzeiten im Zimmer, Speisesaal oder woanders servieren.

Abräumen.

Ggf. dem Bewohner vor und nach den Mahlzeiten Gesicht und Hände reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der vom Pflegepersonal und nicht von einem Angehörigen des Bewohners oder von einer anderen Abteilung servierten und unterstützten Mahlzeit.

Kreuzen Sie "nein" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds neben dem Bewohner **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn **eine ständige individuelle Anwesenheit** neben dem Bewohner **während der gesamten Dauer** der Mahlzeit **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie den Ort an, an dem der Bewohner sein Mittagessen einnimmt, in seinem "Zimmer", in einem anderen Raum, aber auf der "Etage seines Zimmers" oder auf einer "anderen Etage".

Selbständig

Ohne Unterstützung des Pflegepersonals (*selbständig, Hotelierservice, ...*).

Der Bewohner holt selbst sein Esstablett und bringt es wieder zurück

oder

die Person, die den Bewohner zum Zeitpunkt des Mittagessens unterstützt, ist keine Person des Pflegepersonals.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Esstablett servieren, ggf. Behälter öffnen, abräumen.

Teilweise Hilfe: Esstablett servieren, Behälter öffnen und Nahrungsmittel zuschneiden. Ggf. beim Essen und Trinken während der Mahlzeit helfen.

Einem Bewohner, der kognitive Defizite oder Verhaltensstörungen während der Mahlzeiten aufweist, jeden Gang einzeln servieren (einen Teller nach dem anderen).

Vollständige Hilfe: Essen und Trinken eingeben oder mit einer Spritze ernähren.

Siehe auch Selbständig für die Mahlzeiten
Frühstück
Abendessen

Abendessen

Ziel

Versorgung mit Nährstoffen unter Berücksichtigung der verschriebenen Diät.

Beschreibung

Diät mit dem Menü vergleichen.

Esstablett zubereiten.

Mahlzeiten im Zimmer, Speisesaal oder woanders servieren.

Abräumen.

Ggf. dem Bewohner vor und nach den Mahlzeiten Gesicht und Hände reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der vom Pflegepersonal und nicht von einem Angehörigen des Bewohners oder von einer anderen Abteilung servierten und unterstützten Mahlzeit.

Kreuzen Sie "nein" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds neben dem Bewohner **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn **eine ständige individuelle Anwesenheit** neben dem Bewohner **während der gesamten Dauer** der Mahlzeit **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie den Ort an, an dem der Bewohner sein Abendessen einnimmt, in seinem "Zimmer", in einem anderen Raum, aber auf der "Etage seines Zimmers" oder auf einer "anderen Etage".

Selbständig

Ohne Unterstützung des Pflegepersonals (*selbständig, Hotelierservice, ...*).

Der Bewohner holt selbst sein Esstablett und bringt es wieder zurück

oder

die Person, die den Bewohner zum Zeitpunkt des Abendessens unterstützt, ist keine Person des Pflegepersonals.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Esstablett servieren, ggf. Behälter öffnen, abräumen.

Teilweise Hilfe: Esstablett servieren, Behälter öffnen und Nahrungsmittel zuschneiden. Ggf. beim Essen und Trinken während der Mahlzeit helfen.

Einem Bewohner, der kognitive Defizite oder Verhaltensstörungen während der Mahlzeiten aufweist, jeden Gang einzeln servieren (einen Teller nach dem anderen).

Vollständige Hilfe: Essen und Trinken eingeben oder mit einer Spritze ernähren.

Siehe auch Selbständig für die Mahlzeiten
Frühstück
Mittagessen

Zwischenmahlzeit

Ziel

Versorgung mit Nährstoffen zwischen den Mahlzeiten.

Beschreibung

Die Diät überprüfen.

Zwischenmahlzeit zubereiten.

Zwischenmahlzeit im Zimmer, Speisesaal oder woanders servieren.

Abräumen.

Ggf. vor und nach der Zwischenmahlzeit dem Bewohner Gesicht und Hände reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Zwischenmahlzeiten, die vom Pflegepersonal serviert werden.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personalmitglieds neben dem Bewohner **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige individuelle Anwesenheit** neben dem Bewohner **während der gesamten Dauer** der Zwischenmahlzeit **erforderlich** ist.

Selbständig

Ohne Unterstützung des Pflegepersonals (*selbständig, Hotelierservice ...*).

Der Bewohner ist selbständig. Er holt sich seine Zwischenmahlzeit selbst

oder

er wird ihm von einer Person serviert, die nicht zum Pflegepersonal gehört.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Zwischenmahlzeit servieren, ggf. Behälter öffnen, abräumen.

Teilweise Hilfe: Zwischenmahlzeit servieren, Behälter öffnen und Nahrungsmittel zuschneiden. Ggf. beim Essen und Trinken während der Zwischenmahlzeit helfen.

Vollständige Hilfe: Essen und Trinken eingeben.

Flüssigkeitszufuhr (oral)

Ziel

Versorgung mit Flüssigkeit.

Beschreibung

Diät überprüfen (Flüssigkeitseinschränkung).

Wasserbehälter zur Verfügung stellen und regelmäßig auffüllen oder Wasserflaschen geben.

Trinkglas nach Bedarf auffüllen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Flüssigkeitszufuhr.

Häufigkeitsnormen

Mindestens zwei(2) mal pro Tag.

Selbständig

Ohne Unterstützung des Pflegepersonals (*selbständig, Hotelierservice,...*).

Der Bewohner ist selbständig, er holt sich die nötigen Getränke selbst

oder

er wird von einer Person unterstützt, die nicht zum Pflegepersonal gehört.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Wasserbehälter oder Wasserflasche bringen und regelmäßig erneuern.

Vollständige Hilfe: Dem Bewohner regelmäßig beim Trinken helfen.

Anmerkungen

Getränke, die während den Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten verabreicht werden, sind hier nicht berücksichtigt.

Menüvordruck vervollständigen

Ziel

Nahrungsmittel nach den Vorlieben des Bewohners und unter Berücksichtigung seiner Nahrungsmiteleinschränkungen auswählen.

Beschreibung

Diät überprüfen.
Menüauswahl anbieten.
Ggf. den zutreffenden Menüvordruck vervollständigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen der Menüvordruck vervollständigt wird.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Dem Bewohner, der selbst sein Menü auswählen kann, das nötige Material geben.
Ggf. seine Auswahl überprüfen.

Vollständige Hilfe: Mit dem Bewohner oder ohne ihn den Menüvordruck vervollständigen.

Anmerkungen

Man wählt diese Intervention für Bewohner, wenn sie zum Zeitpunkt der Mahlzeiten zwischen zwei Menüs wählen können (oder wenn man für sie das Menü wählt, weil sie dazu unfähig sind).

Die Erstellung des Menüs kann verbal oder schriftlich durchgeführt werden, aber es ist völlig egal auf welche Art und Weise es gemacht wird, man wählt "anleiten, motivieren" für eine Person, die lesen kann, die eine adäquate Wahl treffen und ggf. selbst auf dem Formular ankreuzen kann.

Vollständige Hilfe wird für einen Bewohner gewählt, der nicht lesen kann (z.B.: blind) oder der keine adäquate Wahl treffen (z.B.: bedeutendes kognitives Defizit) oder der nicht ankreuzen kann (ex: unfähig einen Stift zu halten).

Anbringen und Auswechseln des Beutels mit der Sondennahrung

Ziel

Einbringen einer ernährenden Flüssigkeit in den Magen **mittels einer Sonde**.

Beschreibung

Sondennahrung vorbereiten.
Flasche oder Beutel wechseln.
Ggf. Lage der Magensonde überprüfen.
Ggf. Restmenge des Mageninhalts messen.
Ggf. Pumpe anbringen und überwachen.
Tropfgeschwindigkeit kontrollieren.
Ggf. Magensonde durchspülen.
Ggf. Magensonde entfernen .

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) des **ersten Anbringens** der Sondennahrung und der anschließenden **Beutelwechsel**.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verabreichten Produktes an.

Siehe auch Überwachung der enteralen Nahrungszufuhr

Überwachung der enteralen Nahrungszufuhr

Ziel

Mit der enteralen Ernährung verbundene Komplikationen verhindern.

Beschreibung

Sondennahrung kontrollieren.

Tropfgeschwindigkeit regeln, je nach Bedarf.

Lage der Magensonde kontrollieren.

Hinweise

Geben Sie an der vorgegebenen Stelle den Namen des verabreichten Produktes an.

Es sind drei (3) Arten von Angaben möglich.

Ein einziges Intervall während der Woche

Gilt für einen Bewohner, der nur während eines Zeitraums in der Evaluierungswoche eine enterale Nahrungszufuhr erhalten hat. Dieser Zeitraum konnte sich von einigen Stunden über mehrere Tage erstrecken.

Geben Sie den Tag und die Stunde an zu der die enterale Nahrungszufuhr begann, und den Tag und die Stunde zu der die enterale Nahrungszufuhr endete.

Beispiel:

Der Bewohner erhält jede Nacht von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr Sondennahrung.

Beginnt am: Montag - 22:00 Uhr

Endet am: Sonntag - 05:00 Uhr.

Regelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der zu regelmäßigen Zeiten, an einem oder mehreren Tagen während der Evaluierungswoche, eine enterale Nahrungszufuhr erhalten hat.

Geben Sie den (die) Tag(e) an, zu denen der Bewohner die Sondennahrung erhalten hat und kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen die Sondennahrung verabreicht wurde.

Beispiel:

Der Bewohner erhält seine Sondennahrung jeden Tag von 06:00 Uhr bis 10:00 Uhr, von 12:00 Uhr bis 16:00 Uhr und von 19:00 Uhr bis 22:00 Uhr.

Kreuzen Sie die 7 Tage **m,d,M,D,F,s,S** und die Zeitkästchen **6,7,8,9,12,13,14,15,19,20,21** an.

○ Unregelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der an einem oder mehreren Tagen Sondennahrung erhalten hat, aber jeweils zu unterschiedlichen Zeiten.

Auf der Zeile, die dem (den) Tag(en) entspricht, an denen der Bewohner seine Sondennahrung erhalten hat, kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen die Sondennahrung verabreicht wurde.

Beispiel:

Der Bewohner hat am Mittwoch abend von 17:00 Uhr bis 20:00 Uhr und am Freitag von 11:00 bis 15:20 Uhr Sondennahrung erhalten.

Auf der Zeile, die dem **Mittwoch** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **17,18,19** an.

Auf der Zeile, die dem **Freitag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **11,12,13,14,15** an.

Siehe auch Anbringen und Auswechseln des Beutels mit der Sondennahrung

Pflegebereich « Ausscheiden können »

Für dieses Bedürfnis selbständig

Selbständig 24Std./24 für die Grundpflege bei der Ausscheidung

Ausscheidung Grundpflege

Ausscheidung über natürliche Wege

Während des Tages bei der Ausscheidung selbständig

Urinflasche

Steckbecken

Toilette

Nachtstuhl

Inkontinenz

Schutzvorlagen geben, Bewohner selbständig

Pflege bei Urininkontinenz

Pflege bei Stuhlinkontinenz

Urinalkondom anlegen

Ausscheidung Pflorgetechniken

Unterstützte Ausscheidung

Blasenkatheeter einlegen

Pflege bei Dauerkatheter

Entleeren des Urinauffangbeutels

Reinigung der Blase

Intermittierende Blasenspülung

Kontinuierliche Blasenspülung

Blaseninstillation

Interventionen im Bereich des Rektums

Darmrohr einführen

Rektale Ausräumung

Darmspülung

Rektale Untersuchung

Anale Stimulation

Darmmassage

Darmmassage

Stomapflege

Vollständiges Ersetzen des Versorgungssystems

Beutel reinigen oder Einmalbeutel ersetzen

Spülung einer Kolostomie

Beschreibung

Die Grundpflege der Ausscheidung beinhaltet "die Urinflasche, das Steckbecken, die Toilette oder den Nachtstuhl, Urininkontinenz- und Stuhlinkontinenzpflege und das Anbringen eines Kondoms". Der Bewohner kann folglich allein auf die Toilette. Das heisst, er kann sich hinsetzen, sich reinigen, wieder aufstehen und sich anziehen ohne die Unterstützung einer Pflegeperson. Er ist nicht inkontinent oder wenn er es ist, dann stellt man ihm nur die Schutzvorlagen zur Verfügung, er kann die Pflege allein durchführen. Wenn er die Urinflasche oder das Steckbecken verwendet, dann tut er dies ohne die Hilfe des Pflegepersonals.

Es kann sich auch um einen Bewohner handeln, der die Toilette, den Nachtstuhl, das Steckbecken und die Urinflasche nicht benutzen muss und der auch keine Urin- oder Stuhlinkontinenz hat, zum Beispiel weil er einen Dauerkatheter und eine Kolostomie hat.

Hinweise

Kreuzen Sie "OK" an, wenn der Bewohner im spezifischen Bedürfnis "*Ausscheidung: Grundpflege*" keine Intervention erfordert, außer eventuell ihm die "*Schutzvorlagen geben*", die er anschließend selbst verwaltet.

Während des Tages bei der Ausscheidung selbständig

Beschreibung

Der Bewohner kann **tagsüber** (von morgens bis zum ins Bett gehen) allein auf die Toilette. Das heisst, er kann sich hinsetzen, sich reinigen, wieder aufstehen und sich anziehen ohne die Unterstützung einer Pflegeperson. Er ist nicht inkontinent oder wenn er es ist, dann stellt man ihm nur die Schutzvorlagen zur Verfügung. Nachts benötigt der Bewohner Hilfe, entweder um auf die Toilette, den Nachtstuhl zu gehen, oder um das Steckbecken oder die Urinflasche zu benutzen, oder für die Pflege bei Inkontinenz.

Hinweise

Kreuzen Sie "OK" wenn der Bewohner im Bereich der Ausscheidung tagsüber keine Hilfe erfordert jedoch nachts Hilfe benötigt.

Urinflasche

Ziel

Dem Bedürfnis der Blasenentleerung nachkommen.

Beschreibung

Urinflasche geben, anlegen, entfernen, entleeren und reinigen.

Ggf. die Hülle der Urinflasche wechseln.

Ggf. in der Nähe des Bewohners bleiben.

Ggf. Intimtoilette.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die **Häufigkeit** pro Arbeitsschicht an denen der Bewohner eine Hilfestellung erfordert.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Pflegemodi

Anleiten (entleeren): Urinflasche entleeren und reinigen; der Bewohner nimmt sie selbst, legt sie an und entfernt sie.

Teilweise Hilfe: Urinflasche entfernen, entleeren und reinigen; der Bewohner nimmt sie selbst und legt sie an.

Vollständige Hilfe: Urinflasche anlegen, entfernen, entleeren und reinigen.

Steckbecken

Ziel

Dem Bedürfnis der Blasen- oder Darmentleerung nachkommen.

Beschreibung

Steckbecken geben, unterschieben, entfernen, entleeren und reinigen.

Ggf. die Hülle des Steckbeckens wechseln.

Ggf. in der Nähe des Bewohners bleiben.

Ggf. Intimtoilette.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die **Häufigkeit** pro Arbeitsschicht an denen der Bewohner eine Hilfestellung erfordert.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Pflegemodi

Anleiten (entleeren): Steckbecken entleeren und reinigen; der Bewohner nimmt es selbst, schiebt es unter und entfernt es wieder.

Teilweise Hilfe: Steckbecken entfernen, entleeren und reinigen; der Bewohner nimmt es selbst und schiebt es unter.

Vollständige Hilfe: Steckbecken unterschieben, entfernen, entleeren und reinigen.

Toilette

Ziel

Dem Bedürfnis der Blasen- und Darmentleerung nachkommen.

Beschreibung

Ggf. dem Bewohner beim Transfer vom Rollstuhl auf die Toilette helfen.
Ggf. den Bewohner an- und ausziehen.
Den Bewohner auf der Toilette unterstützen.
Ggf. in der Nähe des Bewohners bleiben.
Ggf. Intimtoilette durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die **Häufigkeit** pro Arbeitsschicht an denen der Bewohner eine Hilfestellung erfordert.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personal **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds **während der gesamten Dauer** des Toilettenganges **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ohne Lifter*" an, wenn **der Lifter oder ein Standing-Stehbett nicht erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*mit Lifter*" an, wenn **der Lifter oder ein Standing-Stehbett erforderlich** ist.

Kreuzen Sie an, ob sich die Toilette des Bewohners "*innerhalb*" oder "*ausserhalb*" des Zimmers befindet.

Kreuzen Sie an auf welche Art und Weise sich der Bewohner zur Toilette begibt "*alleine*", "*gehend mit Hilfe*", "*mit dem Rollstuhl aber selbständig*", oder "*mit dem Rollstuhl und mit Hilfe*". Werden verschiedene Mittel verwendet, zum Beispiel begibt sich der Bewohner tagsüber allein zur Toilette und nachts mit Hilfe, dann müssen beide Item angekreuzt werden. An der Stelle "**Notiz**" muss eine Erklärung vermerkt werden.

Selbständig

Der Bewohner kann sich jedes Mal, wenn er zur Toilette muss, alleine ausziehen, sich hinsetzen, sich abwischen, wieder aufstehen und sich wieder anziehen.

Pflegemodi

Anleiten: Ist der Bewohner einmal in der Toilette ihn orientieren (das Licht anmachen, auf die Toilette weisen).

Teilweise Hilfe: Der Bewohner benötigt Hilfe beim Hinsitzen oder beim Wiederaufstehen. Er kann beim Ausziehen und Hinsitzen **oder** beim Wiederaufstehen und Wiederanziehen Hilfe benötigen.

Vollständige Hilfe: Dem Bewohner beim Ausziehen, Hinsitzen, Abwischen, Wiederaufstehen und Wiederanziehen helfen.

Nachtstuhl

Ziel

Dem Bedürfnis der Blasen- und Darmentleerung nachkommen.

Beschreibung

Ggf. dem Bewohner beim Transfer vom Rollstuhl oder vom Bett auf den Nachtstuhl helfen.

Ggf. den Bewohner an- und ausziehen.

Den Bewohner beim Gang auf den Nachtstuhl unterstützen.

Ggf. in der Nähe des Bewohners bleiben.

Ggf. Intimtoilette durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die **Häufigkeit** pro Arbeitsschicht an denen der Bewohner eine Hilfestellung erfordert.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personal **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds **während der gesamten Dauer**, die der Bewohner auf dem Nachtstuhl ist **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ohne Lifter*" an, wenn **der Lifter oder Standing-Stehbett nicht erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*mit Lifter*" an, wenn **der Lifter oder Standing-Stehbett erforderlich** ist.

Selbständig

Der Bewohner kann sich jedes Mal, wenn er auf den Nachtstuhl muss, alleine ausziehen, sich hinsetzen, sich abwischen, wieder aufstehen und sich wieder anziehen. Er entleert den Behälter des Nachtstuhls selbst.

Pflegemodi

Anleiten (entleeren): Behälter des Nachtstuhl entleeren.

Teilweise Hilfe: Der Bewohner benötigt Hilfe beim Aufstehen aus dem Bett oder beim Hinsitzen auf den Nachtstuhl. Er kann beim Ausziehen und Hinsitzen **oder** beim Wiederaufstehen und Wiederanziehen Hilfe benötigen.

Vollständige Hilfe: Dem Bewohner beim Ausziehen, Hinsitzen, Abwischen, Wiederaufstehen und Wiederanziehen helfen.

Schutzvorlagen geben, Bewohner selbständig

Ziel

Die Selbständigkeit des Bewohners in Bezug auf seine Inkontinenzpflege bewahren.

Beschreibung

Dem Bewohner regelmäßig Schutzvorlagen (Windelhosen oder Inkontinenzeinlagen) aushändigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die **Häufigkeit** pro Arbeitsschicht an denen die Schutzvorlagen ausgehändigt werden.

Pflege bei Urininkontinenz

Ziel

Unversehrtheit des Gewebes erhalten.
Haut- und Harnwegsinfektionen vorbeugen.
Körperpflege und Wohlbefinden verschaffen.

Beschreibung

Windelhose oder Inkontinenzeinlagen entfernen und wiederanlegen.
Intimtoilette.
Ggf. eine Salbe auftragen.
Bettwäsche teilweise oder vollständig wechseln.
Ggf. Umgebung reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die **Häufigkeit** pro Arbeitsschicht an denen der Bewohner eine Hilfestellung erfordert.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Pflegemodi

Teilweise Hilfe: Windelhosen oder Inkontinenzeinlagen zur Verfügung stellen, dem Bewohner bei seiner Intimtoilette behilflich sein. Er kann seine Windelhose oder Einlage selbst anlegen.

Vollständige Hilfe: Beschmutzte Windelhose entfernen, Intimtoilette durchführen und eine saubere Windelhose anlegen.

Pflege bei Stuhlinkontinenz

Ziel

Unversehrtheit des Gewebes erhalten.
Körperpflege und Wohlbefinden verschaffen.

Beschreibung

Windelhose oder Inkontinenzeinlagen entfernen oder wiederanlegen.
Intimtoilette.
Ggf. eine Salbe auftragen.
Bettwäsche teilweise oder vollständig wechseln.
Ggf. Umgebung reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die **Häufigkeit** pro Arbeitsschicht an denen der Bewohner eine Hilfestellung erfordert.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Urinalkondom anlegen

Ziel

Bei einem inkontinenten Bewohner die Heilung einer Wunde fördern.
Unversehrtheit des Gewebes erhalten.

Beschreibung

Intimtoilette.
Kondom anlegen.
Drainageschlauch und Kondom fixieren.
Drainage kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan an denen das Urinalkondom angelegt wird.

Häufigkeitsnormen

Ein (1) mal pro Tag

Pflegemodi

Anleiten: Dem Bewohner das nötige Material zur Verfügung stellen, er legt das Kondom selbst an.
Ggf. beim Fixieren des Drainageschlauches behilflich sein.

Vollständige Hilfe: Intimtoilette durchführen, Kondom anlegen, Urinauffangbeutel mit dem Kondom verbinden und alles fixieren.

Siehe auch Entleerung des Urinauffangbeckens

Dauerkatheter einlegen

Ziel

Entleerung der Blase erleichtern.

Beschreibung

Genitalregion desinfizieren.

Katheter einführen.

Katheter und Drainageschlauch fixieren.

Katheter entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen der Katheter eingeführt wird.

Kreuzen Sie "*Dauerkatheter*" oder "*Einmalkatheterisierung*" an, je nachdem was gemacht wird.

Pflegemodi

Anleiten: Dem Bewohner das Material zur Verfügung stellen.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner das Material zur Verfügung stellen und ihm entweder beim Desinfizieren der Genitalregion oder beim Einführen des Katheters helfen.

Vollständige Pflege: Einmalkatheterisierung durchführen oder Dauerkatheter einlegen.

Pflege bei Dauerkatheter

Ziel

Harnwegsinfektionen vorbeugen.
Körperpflege und Wohlbefinden verschaffen.

Beschreibung

Harnröhrenmündung reinigen.
Ggf. Salbe auftragen.
Dauerkatheter kontrollieren und fixieren.
Urinableitung kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Pflege des Dauerkatheters.

Häufigkeitsnormen

Zwei (2) mal pro Tag.

Pflegemodi

Anleiten: Reinigungslösung und Salbe zur Pflege der Harnröhrenmündung zur Verfügung stellen.
Urinableitung kontrollieren.

Vollständige Hilfe: Alle Pflögetätigkeiten im Zusammenhang mit dem Dauerkatheter durchführen.

Anmerkungen

Bei einem suprapubischen Katheter wählen Sie folgende Tätigkeiten:

für das Entleeren des Urinauffangbeutels :

Ausscheiden können:

- ⊕ Ausscheidung Pflögetechniken
- ⊕ Unterstützte Ausscheidung

Entleeren des Urinauffangbeutels

für die Pflege um die Kathetereintrittsstelle wählen Sie, je nachdem welche Behandlung durchgeführt wird:

Behandlungen:

- ⊕ Dermatologische Pflege, Wundbehandlung und Verband
- ⊕ Wundbehandlung

Wunde an der Luft, reinigen und desinfizieren

- ⊕ Verband

Einfacher Verband

Siehe auch Entleerung des Urinauffangbeutels

Entleerung des Urinauffangbeutels

Ziel

Bakterienvermehrung verhindern.
Unangenehmen Gerüchen vorbeugen.

Beschreibung

Urinableitung kontrollieren.
Urinauffangbeutel des Dauerkatheters oder des suprapubischen Katheters, des Urinalkondoms oder die in der Pädiatrie verwendeten Urinauffangbeutel, je nach Bedarf, entleeren.
Unrinauffangbeutel für einen Beinbeutel auswechseln.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der **Entleerung** des Urinauffangbeutels.

Pflegemodi

Anleiten: Das zum Entleeren des Urinauffangbeutels nötige Material zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Das Entleeren des Urinauffangbeutles durchführen.

Intermittierende Blasenspülung

Ziel

Blase reinigen.
Drainage fördern.

Beschreibung

Spülflüssigkeit vorbereiten.
Spülflüssigkeit mittels einer Spritze verabreichen.
Ggf. Katheter wieder mit dem Ableitungsschlauch verbinden.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Blasenspülungen.

Pflegemodi

Anleiten: Das zur Spülung nötige Material zur Verfügung stellen.
Ggf. Spritze vorbereiten.

Vollständige Hilfe: Blasenspülung durchführen.

Siehe auch Kontinuierliche Blasenspülung
Blaseninstillation

Kontinuierliche Blasenspülung

Ziel

Blase reinigen.
Drainage fördern.

Beschreibung

Spülflüssigkeit vorbereiten.
Flasche mit Spülflüssigkeit anbringen.
Tropfgeschwindigkeit einstellen.
Spülung kontrollieren.
Ggf. das Spülsystem entfernen.

Hinweise

Es sind drei (3) Arten von Angaben möglich.

○ Ein einziges Intervall während der Woche

Gilt für einen Bewohner, der nur während eines Zeitraums in der Evaluierungswoche eine kontinuierliche Blasenspülung erhalten hat. Dieser Zeitraum konnte sich von einigen Stunden über mehrere Tage erstrecken.

Geben Sie den Tag und die Stunde an zu der die kontinuierliche Blasenspülung angebracht wurde, und den Tag und die Stunde zu der sie wieder entfernt wurde.

Beispiel:

Ein Bewohner hatte von Dienstag 10:00 Uhr bis Donnerstag 15:00 Uhr eine kontinuierliche Blasenspülung.

Beginnt am: Dienstag - 10:00 Uhr.

Endet am: Donnerstag - 14:00 Uhr.

○ Regelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der zu regelmäßigen Zeiten, an einem oder mehreren Tagen in der Evaluierungswoche eine kontinuierliche Blasenspülung hatte.

Geben Sie den (die) Tag(e) an, an denen der Bewohner die kontinuierliche Blasenspülung hatte, und kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen die Spülung verabreicht wurde.

Beispiel:

Ein Bewohner hatte am Montag und Mittwoch von 18:00 Uhr bis 23:00 Uhr eine kontinuierliche Blasenspülung.

Kreuzen Sie die Tage **m,M** und die folgenden Zeitkästchen: **18,19,20,21,22** an.

○ Unregelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der an einem oder mehreren Tagen, aber jeweils zu unterschiedlichen Zeiten, eine kontinuierliche Blasenspülung hatte.

Auf der Zeile, die dem (den) Tag(en) entspricht, an denen der Bewohner eine kontinuierliche Blasenspülung hatte, kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen die Spülung verabreicht wurde.

Beispiel:

Ein Bewohner hatte am Montag von 10:00 Uhr bis 19:00 Uhr und am Donnerstag von 06:00 Uhr bis 13:30 Uhr eine kontinuierliche Blasenspülung.

Auf der Zeile, die dem **Montag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **10,11,12,13,14,15,16,17,18** an.

Auf der Zeile, die dem **Donnerstag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **06,07,08,09,10,11,12,13** an.

Pflegemodi

Anleiten: Das zur Spülung nötige Material (Flasche, Spülsystem) zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Spülung anbringen, Flasche wechseln, Spülung kontrollieren.

Siehe auch Intermittierende Blasenspülung

Blaseninstillation

Ziel

Blase reinigen.

Antiseptische Lösung mit der Blasenschleimhaut in Kontakt bringen.

Beschreibung

Spritze vorbereiten.

Medikamentöse Lösung über den Dauerkatheter verabreichen.

Katheter öffnen/schliessen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Blaseninstillation.

Darmrohr einführen

Ziel

Abgang von Darmgasen fördern.

Beschreibung

Material vorbereiten.

Darmrohr einführen.

Darmrohr entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die **Häufigkeit** pro Arbeitsschicht an denen der Bewohner eine Hilfestellung erfordert.

Pflegemodi

Anleiten: Das nötige Material zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Darmrohr einführen.

Rektale Ausräumung

Ziel

Ausscheidung von Exkrementen fördern.

Beschreibung

Handschuhe anziehen.

Exkremente von Hand herausholen.

Intimtoilette.

Ggf. eine Salbe auftragen.

Ggf. eine Windelhose oder Schutzvorlage anbringen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der rektalen Ausräumung.

Darmspülung

Ziel

Ausscheidung von Exkrementen fördern.

Beschreibung

Spülflüssigkeit vorbereiten.
Ggf. Darmrohr mit dem Behälter verbinden.
Spülflüssigkeit einfließen lassen.
Ggf. Darmrohr entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Darmspülung.

Kreuzen Sie die für jede Darmspülung verabreichte Menge an Spülflüssigkeit (**Anzahl in ml**) an.

Pflegemodi

Anleiten: Das zur Darmspülung nötige Material zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Darmspülung durchführen.

Rektale Untersuchung

Ziel

Inhalt des Rektums überprüfen.

Beschreibung

Handschuhe anziehen.

Einen Finger in das Rektum einführen und den Inhalt überprüfen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der rektalen Untersuchung.

Anale Stimulation

Ziel

Analreflex auslösen.

Beschreibung

Handschuhe anziehen.

Kreisende Bewegungen um den After durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der analen Stimulation.

Darmmassage

Ziel

Ausscheidung von Exkrementen fördern.

Beschreibung

Massage des Kolons ausgehend vom Caecum bis zur Ampulle des Rektums.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Darmmassage.

Vollständiges Ersetzen des Versorgungssystems

Ziel

Ausscheidungsbedürfnissen nachkommen.
Unversehrtheit des Gewebes erhalten.

Beschreibung

Das gesamte Versorgungssystem, einschließlich der Adhäsivplatte entfernen.
Hautpflege rund um das Stoma.

Versorgungssystem ersetzen und fixieren (Wenn man nur den Beutel wechselt, ohne die Adhäsivplatte zu ersetzen, dann wählt man die folgende Pflegeaktion "*Beutelreinigung oder Einmalbeutel ersetzen*").

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des vollständigen Ersetzens des Versorgungssystems.

Kreuzen Sie den Stomatyp an. Wenn der Bewohner 2 Stomata hat, dann notieren Sie die Aktion (2) mal.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Dem Bewohner das nötige Material zur Verfügung stellen.

Teilweise Hilfe: Das Material zur Verfügung stellen und dem Bewohner entweder bei der Hautpflege um das Stoma oder beim Fixieren des neuen Versorgungssystems helfen.

Vollständige Hilfe: Die gesamte Pflege im Zusammenhang mit dem vollständigen Ersetzen des Versorgungssystems durchführen.

Siehe auch Beutelreinigung oder Einmalbeutel ersetzen

Beutereinigung oder Einmalbeutel ersetzen

Ziel

Ausscheidungsbedürfnissen nachkommen.
Unversehrtheit des Gewebes erhalten.

Beschreibung

Hautzustand kontrollieren und Hautpflege um das Stoma.
Beutel entleeren, durchspülen oder reinigen. Im Fall eines wiederverwendbaren Beutels, diesen wieder anbringen
oder
Einmalbeutel entfernen (ohne die Adhäsivplatte zu entfernen) und durch einen neuen Beutel ersetzen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Beutereinigung oder des Ersetzens des Einmalbeutels.

Kreuzen Sie den Stomatyp an. Wenn der Bewohner 2 Stomata hat, dann notieren Sie die Aktion (2) mal.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Das Material zur Reinigung des Stomabeutels oder zum Ersetzen des Einmalbeutels (ohne die Adhäsivplatte zu entfernen) zur Verfügung stellen, ggf. Hautzustand kontrollieren und Hautpflege um das Stoma durchführen.

Teilweise Hilfe: Material zur Verfügung stellen, Hautzustand kontrollieren und Hautpflege um das Stoma durchführen. Im Fall der Beutereinigung, dem Bewohner entweder beim Entleeren oder Reinigen, oder Durchspülen oder Wiederanbringen des Beutels helfen. Im Fall des Ersetzens eines Einmalbeutels, dem Bewohner entweder beim Entfernen oder Anbringen des neuen Beutels helfen.

Vollständige Hilfe: Die gesamte Pflege im Zusammenhang mit der Reinigung des Stomabeutels oder dem Ersetzen des Einmalbeutels durchführen.

Siehe auch Vollständiges Ersetzen des Versorgungssystems

Spülung einer Kolostomie

Ziel

Kolon von Exkrementen befreien.
Abgang von Darmgasen fördern.

Beschreibung

Spülung vorbereiten.
Spülflüssigkeit einfließen lassen.
Wirksamkeit der Spülung kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Kolostomiespülungen.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personals **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds **während der gesamten Dauer** der Behandlung **bis zum vollständigen Rückfluss der Spülflüssigkeit erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Spülflüssigkeit vorbereiten und dem Bewohner das nötige Material zur Verfügung stellen.

Teilweise Hilfe: Spülflüssigkeit vorbereiten, dem Bewohner beim Anbringen der Spülung helfen. Die Behandlung in Abständen kontrollieren.

Vollständige Hilfe: Die gesamte Pflege im Zusammenhang mit der Spülung durchführen.
Die Behandlung in Abständen kontrollieren.

Pflegebereich « Sich pflegen, sich kleiden können »

Für dieses Bedürfnis selbständig

Selbständig für die Grundkörperpflege

Grundkörperpflege

Grundkörperpflege

Teilkörperpflege

Ganzkörperpflege

Mundpflege

Watteträger

Zahnpflege

Sonstige Körperpflege

Intimpflege

Intimpflege

Lokalisierte Körperpflege

Lokalisierte Körperpflege

Haarpflege

Haare waschen/spülen

Haare schneiden/auf Lockenwickler drehen

Haare waschen und Krusten entfernen

Schönheitspflege

Maniküre

Pediküre

Bartrasur

Epilieren, rasieren (Kinn, Damenbart)

Schmuck anlegen

Schmuck ablegen

Schminken

Abschminken

Kleidung

Ankleiden

Auskleiden

Selbständig für die Grundkörperpflege

Beschreibung

Die Grundkörperpflege beinhaltet die "Teilkörperpflege", die "Ganzkörperpflege" und die "Mundpflege" (Watteträger oder Zahnpflege). Der Bewohner ist also für diese Interventionen **selbständig** oder, wenn er Unterstützung benötigt, dann erhält er diese von einer Person, die nicht dem Pflegepersonal zugerechnet wird. In allen Fällen, führt das Pflegepersonal keinerlei Tätigkeiten aus wie Bettwäsche, Handtücher geben und auch nicht, um die Badewanne zu füllen und dem Bewohner beim Ein- und Aussteigen zu helfen.

Hinweise

Kreuzen Sie "OK" an, wenn der Bewohner im Bereich der Grundkörperpflege keine Hilfe vom Pflege- und Unterstützungspersonals benötigt.

Teilkörperpflege

Ziel

Unversehrtheit der Haut erhalten oder wiedererlangen.
Wohlbefinden des Bewohners sichern.
Bewohner erfrischen.

Beschreibung

Die Teilkörperpflege beinhaltet das Waschen von Gesicht, Armen, Brust, Rücken, Intimbereich und Füßen.
Waschschüssel oder Waschbecken vorbereiten.
Ggf. dem Waschwasser einen Zusatz oder ein Medikament beifügen.
Den Bewohner waschen oder sich versichern, dass er seine Teilkörperpflege durchführt.
Ggf. eincremen oder pudern.
Bettkleidung an- und ausziehen (Nachthemd, Pyjama).
Haare bürsten oder kämmen.
Bettwäsche teilweise oder vollständig wechseln.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der Teilkörperpflege.

Kreuzen Sie den Ort an, an dem die Teilkörperpflege durchgeführt wird.

Kreuzen Sie "nein" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn **während der gesamten Dauer** der Teilkörperpflege **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Häufigkeitsnormen

Sechs (6) Teilkörperpflegen pro Woche.

Selbständig

Der Bewohner führt seine Teilkörperpflege selbst durch. Er kann das notwendige Material selbst vorbereiten und alles aufräumen, wenn er fertig ist.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Das zur Körperpflege notwendige Material (Handtuch, Waschwasser) vorbereiten, geben und aufräumen. Sich versichern, dass der Bewohner seine Körperpflege durchführt.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Waschen eines Teils des Körpers helfen, zum Beispiel Rücken und Intimbereich.

Vollständige Hilfe: Teilkörperpflege ganz durchführen.

Siehe auch Ganzkörperpflege

Ganzkörperpflege

Ziel

Unversehrtheit der Haut erhalten oder wiedererlangen.
Wohlbefinden des Bewohners sichern.
Bewohner erfrischen.

Beschreibung

Waschschüssel, Waschbecken oder Badewanne vorbereiten.
Ggf. dem Waschwasser einen Zusatz oder ein Medikament beifügen.
Ggf. dem Bewohner beim Ein- und Aussteigen aus der Badewanne helfen.
Ggf. eincremen oder pudern.
Bettkleidung an- und ausziehen (Nachthemd, Pyjama).
Haare bürsten oder kämmen.
Bettwäsche teilweise oder vollständig wechseln.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der Ganzkörperpflege.

Kreuzen Sie den Ort an, an dem der Bewohner die Ganzkörperpflege erhält.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **während der gesamten Dauer** der Ganzkörperpflege **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Häufigkeitsnormen

Eine (1) Ganzkörperpflege pro Woche.
Jeden Tag für einen bettlägerigen Bewohner.
Drei (3) Ganzkörperpflegen pro Woche für junge Erwachsene in der Psychiatrie.

Selbständig

Der Bewohner führt seine Ganzkörperpflege selbst durch. Er kann das notwendige Material selbst vorbereiten und alles aufräumen, wenn er fertig ist.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Das zur Körperpflege notwendige Material (Handtuch, Wasch- oder Badewasser) vorbereiten, geben und aufräumen.

Dem Bewohner beim Ein- und Aussteigen aus der Badewanne helfen.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Waschen eines Teils des Körpers helfen, zum Beispiel Rücken, Intimbereich und Beine.

Vollständige Hilfe: Ganzkörperpflege durchführen (der Bewohner kann evtl. sein Gesicht selber waschen).

Siehe auch Teilkörperpflege

Watteträger

Ziel

Normale Mundflora erhalten.
Infektionen oder dem Austrocknen der Mundschleimhaut vorbeugen.

Beschreibung

Mundpflege mit Hilfe von Watteträgern oder Glycerintupfern durchführen.
Ggf. ein Mundwasser verwenden.
Ggf. den Bewohner bei einer Mundspülung unterstützen.
Ggf. die Lippen mit einer fetthaltigen Creme bestreichen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Mundpflege.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **während der gesamten Dauer** in der der Bewohner seine Mundpflege durchführt **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Das zur Mundpflege nötige Material zur Verfügung stellen.

Teilweise Hilfe: Das Material geben und den Bewohner, der den wesentlichen Teil seiner Mundpflege selbst durchführt, unterstützen.

Vollständige Hilfe: Mundpflege durchführen.

Zahnpflege

Ziel

Normale Mundflora erhalten.
Infektionen oder dem Austrocknen der Mundschleimhaut vorbeugen.

Beschreibung

Mundpflege (natürliche Zähne oder Zahnprothesen) mit einer Zahnbürste, Wasserstrahl oder ähnlichen Mitteln durchführen.

Ggf. ein Mundwasser verwenden.

Ggf. die Lippen mit einer fetthaltigen Creme bestreichen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Zahnpflege.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **während der gesamten Dauer** in der der Bewohner seine Zahnpflege durchführt **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Häufigkeitsnormen

Zwei (2) mal pro Tag.

Selbständig

Die Person putzt selbst ihre Zähne. Sie richtet selbst das Material und räumt es auf.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Das zur Zahnpflege nötige Material zur Verfügung stellen.

Teilweise Hilfe: Das nötige Material geben und dem Bewohner bei der Durchführung seiner Zahnpflege helfen, indem man ihm seine Zahnprothese reinigt, während der Bewohner seine natürlichen Zähne selbst putzt.

oder

Material geben, Zahnpasta auf die Zahnbürste geben, Material aufräumen.

Vollständige Hilfe: Zahnpflege durchführen.

Intimpflege

Ziel

Infektionen vorbeugen.
Hauterkrankungen vorbeugen.

Beschreibung

Waschschüssel oder Waschbecken vorbereiten.
Ggf. dem Waschwasser einen Zusatz oder ein Medikament beifügen.
Zusätzlich zur gewöhnlichen Körperpflege den Intimbereich waschen.
Intimbereich abtrocknen.
Ggf. eincremen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Intimpflege.

Kreuzen Sie den Ort an, an dem die Intimpflege durchgeführt wird.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **während der gesamten Dauer** der Intimpflege **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Das zur Intimpflege notwendige Material vorbereiten, geben und aufräumen.

Teilweise Hilfe: Material vorbereiten und zur Verfügung stellen; der Bewohner kann sich beteiligen, zum Beispiel, indem er den Intimbereich abtrocknet.

Vollständige Hilfe: Intimpflege des Bewohners durchführen.

Anmerkungen

Eine Intimpflege im Zusammenhang mit Inkontinenz ist in den Aktionen *"Pflege bei Urin- und Stuhlinkontinenz"* im Bedürfnis der Ausscheidung berücksichtigt.

Siehe auch Pflege bei Urininkontinenz
Pflege bei Stuhlinkontinenz

Lokalisierte Körperpflege

Ziel

Wohlbefinden des Bewohners sichern.
Unversehrtheit der Haut erhalten oder wiedererlangen.
Bewohner erfrischen.

Beschreibung

Waschschüssel oder Waschbecken vorbereiten.
Ggf. dem Waschwasser einen Zusatz oder ein Medikament beifügen.
Zusätzlich zur gewöhnlichen Körperpflege die entsprechende Körperstelle waschen.
Körperstelle abtrocknen.
Ggf. eincremen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der lokalisierten Körperpflege.

Kreuzen Sie den Ort an, an dem der Bewohner seine lokalisierte Körperpflege erhält.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn **während der gesamten Dauer** der lokalisierten Körperpflege **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Das zur lokalisierten Körperpflege notwendige Material vorbereiten, geben und aufräumen.

Teilweise Hilfe: Material vorbereiten und zur Verfügung stellen; der Bewohner kann sich beteiligen, zum Beispiel, indem er die Körperstelle abtrocknet.

Vollständige Hilfe: Lokalisierte Körperpflege des Bewohners durchführen

Anmerkungen

Diese Intervention wird verwendet, wenn eine Körperstelle (ausser Intimbereich) zu einem anderen Zeitpunkt als der gewöhnlichen Körperpflege gewaschen werden muss, zum Beispiel: Bewohner hat sich durch Erbrechen verschmutzt.

Siehe auch Teilkörperpflege
Ganzkörperpflege
Intimpflege

Haare waschen/spülen

Ziel

Wohlbefinden des Bewohners fördern.

Integrität und Vitalität der Kopfhaut und der Haare erhalten oder wiedererlangen.

Beschreibung

Haare waschen, spülen, abtrocknen und ggf. mit dem Fön fönen und legen.

Ggf. ein Spezialshampoo verwenden.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen die Haare gewaschen werden.

Kreuzen Sie "nein" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn **während der gesamten Dauer** in der der Bewohner seine Haare wäscht **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Häufigkeitsnormen

Ein (1) mal pro Woche.

Selbständig

Ohne Hilfe des Pflegepersonals (*selbständig, Friseur,...*).

Der Bewohner wäscht seine Haare selbst oder sie werden von einer Person gewaschen, die nicht zum Pflegepersonal gehört, zum Beispiel von einem Angehörigen oder der Friseur.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Dem Bewohner das Material zur Verfügung stellen.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner entweder beim Ausspülen des Shampoos oder beim Fönen und Legen helfen.

Aide complète: Die ganze Pflege im Zusammenhang mit der Haarpflege durchführen.

Siehe auch Haare schneiden/auf Lockenwickler drehen
Haare waschen und Krusten entfernen

Haare schneiden/auf Lockenwickler drehen

Ziel

Wohlbefinden des Bewohners fördern.
Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.

Beschreibung

Haare schneiden oder auf Lockenwickler drehen oder mit der Lockenschere legen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen die Haare geschnitten werden.

Kreuzen Sie "nein" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn eine **während der gesamten Dauer** der Aktion **eine ständige Anwesenheit eines Mitglieds des Pflegepersonals** erforderlich ist.

Selbständig

Ohne Hilfe des Pflegepersonals (*Friseurse...*).

Die Aktion wird von der Friseurse oder einem Angehörigen, ohne die Anwesenheit eines Pflegepersonalmitglieds, durchgeführt.

Pflegemodi

Anleiten: Das nötige Material zur Verfügung stellen.

Teilweise Hilfe: Der Bewohnerin zum Beispiel beim auf die Lockenwickler drehen helfen, sie kann die Haare selbst legen.

Vollständige Hilfe: Haare schneiden oder auf Lockenwickler drehen und Legen.

Siehe auch Haare waschen/spülen

Haare waschen und Krusten entfernen

Ziel

Wohlbefinden des Bewohners fördern.

Integrität und Vitalität der Kopfhaut und der Haare erhalten oder wiedererlangen.

Beschreibung

Haare mehrmals einseifen und spülen.

Haare sorgfältig und strähnenweise kämmen, um so die Krusten zu lösen, z.B.: Nissen, Läuse, Blut, getrocknete Erde und ähnliches.

Haare einpacken.

Haare abtrocknen und mit dem Fön fönen und legen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen die Haarwäsche mit anschliessender Krustenentfernung vom **Pflegepersonal** durchgeführt wird.

Maniküre

Ziel

Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.

Beschreibung

Ggf. kurzes Handbad.
Nägel schneiden, reinigen und feilen.
Ggf. Nagellack auftragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der Maniküre.

Häufigkeitsnormen

Ein (1) mal pro Woche.

Selbständig

Die Person führt ihre Maniküre selbst durch oder sie wird von einer anderen Person (Angehörige, Handpflegerin..) durchgeführt.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Das zur Nagelpflege nötige Material zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Nagelpflege an den Händen durchführen.

Siehe auch Pediküre

Pediküre

Ziel

Fußproblemen vorbeugen.

Beschreibung

Ggf. kurzes Fußbad.

Nägel schneiden, reinigen und feilen.

Ggf. Nagellack auftragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der Pediküre.

Häufigkeitsnormen

Ein (1) mal pro Woche.

Selbständig

Ohne Hilfe des Pflegepersonals (*selbständig, Fußpflegerin,...*).

Die Person führt ihre Pediküre selbst durch oder diese wird von einer anderen Person durchgeführt (Angehörige, Fußpflegerin,...)

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Das zur Nagelpflege nötige Material zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Nagelpflege an den Füßen durchführen.

Siehe auch Maniküre

Bartrasur

Ziel

Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.

Beschreibung

Den Bart mit einem elektrischen Rasierapparat oder einer Rasierklinge rasieren.

Ggf. Gesicht waschen.

Ggf. eine Lotion auftragen.

oder bei einer Frau:

Ggf. Beine und Achseln rasieren oder Behaarung mit einer Enthaarungscreme entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der Rasur.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **während der gesamten Dauer** der Rasur **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Häufigkeitsnormen

Jeden Tag bei einem männlichen Bewohner ohne Hautprobleme.

Selbständig

Der Bewohner rasiert sich selbst. Er reinigt sein Material und räumt es auf.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Das Material geben, reinigen und aufräumen.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Rasieren schwer zugänglicher Stellen helfen, das Material reinigen und aufräumen.

Vollständige Hilfe: Bartrasur durchführen.

Siehe auch Epilieren, rasieren (Kinn, Damenbart)

Epilieren, rasieren (Kinn, Damenbart)

Ziel

Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.

Beschreibung

Haare auf der Oberlippe oder am Kinn rasieren oder epilieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit des Epilierens oder Rasierens.

Siehe auch Bartrasur

Schmuck anlegen

Ziel

Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.

Beschreibung

Schmuck auswählen und anlegen (Halskette, Ohrringe,...).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen der Schmuck angelegt wird.

Selbständig

Die Person wählt ihren Schmuck selbst aus und legt ihn an.

Pflegemodi

Anleiten: Der Person den Schmuck geben.

Vollständige Hilfe: Schmuck anlegen.

Siehe auch Schmuck ablegen

Schmuck ablegen

Ziel

Wohlbefinden der Bewohnerin sichern.

Beschreibung

Schmuck ablegen und aufräumen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen der Schmuck abgelegt wird.

Selbständig

Die Person legt ihren Schmuck selbst ab und räumt ihn auf.

Pflegemodi

Anleiten: Den Schmuck aufräumen.

Vollständige Hilfe: Schmuck ablegen und aufräumen.

Siehe auch Schmuck anlegen

Schminken

Ziel

Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.

Beschreibung

Schminke auswählen und auftragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit des Schminkens.

Selbständig

Die Person trägt die Schminke selbst auf und räumt auf

Pflegemodi

Anleiten: Die zum Schminken nötigen Produkte geben.
Produkte aufräumen.

Vollständige Hilfe: Schminke auftragen.

Siehe auch Abschminken

Abschminken

Ziel

Wohlbefinden der Bewohnerin sichern.

Beschreibung

Schminke mittels Seife oder Abschminklotion entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit des Abschminkens.

Selbständig

Die Person schminkt sich selbst ab und räumt die Produkte auf.

Pflegemodi

Anleiten: Die zum Abschminken nötigen Produkte geben.
Produkte aufräumen.

Vollständige Hilfe: Abschminken und Produkte aufräumen.

Siehe auch Schminken

Ankleiden

Ziel

Zur Erhaltung von möglichst normalen Lebensbedingungen beitragen.
Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.

Beschreibung

Kleidung des Bewohners vorbereiten.
Dem Bewohner beim Ankleiden helfen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen man dem Bewohner beim Ankleiden hilft.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **während der gesamten Dauer** des Ankleidens **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie an ob der Bewohner unter "ohne Funktionsstörung" oder "mit Funktionsstörung" einzuordnen ist.

Ein Bewohner wird als Bewohner **mit Funktionsstörung** angesehen, wenn er eine **bedeutende**, körperliche Unfähigkeit aufweist und daher einer besonderen Aufmerksamkeit während des Ankleidens bedarf (zum Beispiel: ein spastischer Bewohner, der Schmerzen beim Bewegen der Gelenke hat oder ein tetraplegischer Bewohner mit schlaffen Gliedmaßen).

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Selbständig

Die Person wählt ihre Kleidung selbst und kleidet sich an.

Pflegemodi

Anleiten: Kleidung des Bewohners vorbereiten, ihm bei der Auswahl helfen und Kleidung richten.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Ankleiden helfen, zum Beispiel: beim Anziehen von Unterwäsche, Strümpfen, Schuhen oder ihm helfen Kleidungsstücke zuzuknöpfen.

Vollständige Hilfe: Den Bewohner ankleiden. Er kann die Arme ausstrecken, aber er kann kein Kleidungsstück (Bluse, Strümpfe,...) alleine anziehen.

Siehe auch Auskleiden

Auskleiden

Ziel

Zur Erhaltung von möglichst normalen Lebensbedingungen beitragen.

Beschreibung

Schlafanzug, Nachthemd vorbereiten.
Dem Bewohner beim Auskleiden helfen
Kleidung aufräumen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit an denen man dem Bewohner beim Auskleiden hilft.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **während der gesamten Dauer** des Auskleidens **eine ständige Anwesenheit** erforderlich ist.

Kreuzen Sie an ob der Bewohner unter "ohne Funktionsstörung" oder "mit Funktionsstörung" einzuordnen ist.

Ein Bewohner wird als Bewohner **mit Funktionsstörung** angesehen, wenn er eine **bedeutende**, körperliche Unfähigkeit aufweist und daher einer besonderen Aufmerksamkeit während des Auskleidens bedarf (zum Beispiel: ein spastischer Bewohner, der Schmerzen beim Bewegen der Gelenke hat oder ein tetraplegischer Bewohner mit schlaffen Gliedmaßen).

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu unterstützen.

Selbständig

Die Person kleidet sich selbst aus und räumt ihre Kleidung auf.

Pflegemodi

Anleiten: Kleidung des Bewohners aufräumen.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Auskleiden helfen, zum Beispiel: beim Ausziehen von Unterwäsche, Strümpfen, Schuhen oder ihm helfen Kleidungsstücke aufzuknöpfen.

Vollständige Hilfe: Den Bewohner auskleiden.

Siehe auch Ankleiden

Grundmobilisation

Selbständig für dieses Bedürfnis

[Selbständig für die Grundmobilisation](#)

Bettlägrig 24 Std./24

[Bettlägrig 24 Std./24](#) 4005

Aufstehen

[Aufstehen aus dem Bett oder Sessel](#)

Hinlegen

[Hinlegen oder Hinsetzen](#)

Aufstehen und Hinlegen mit dem Lifter, Standing-Stehbett

[Aufstehen mit dem Lifter](#)

[Hinlegen mit dem Lifter](#)

Im Korridor gehen

[Im Korridor gehen](#)

Rollstuhl oder Spezialstuhl verschieben

[Rollstuhl oder Spezialstuhl verschieben](#)

Sonstige Aktionen der Bewegung

Einreiben und Lagern

[Einreiben, massieren](#)

[Lagerung im Bett](#)

Bewegungsübungen

[Bewegungsübungen: keine oder unmöglich](#)

[Passive und/oder aktive Bewegungsübungen](#)

[Strukturierte passive und/oder aktive Bewegungsübungen](#)

Freiheitsbeschränkende-/entziehende Mittel oder Schutzmassnahmen

[Freiheitsbeschränkende-/entziehende Mittel oder Schutzmassnahmen](#)

Selbständig für die Grundmobilisation

Beschreibung

Die Grundmobilisation beinhaltet "das Aufstehen, das Hinlegen, das Gehen im Korridor" und "das Verschieben des Rollstuhls". Folglich benötigt der Bewohner weder zum Aufstehen noch zum Hinlegen Unterstützung. Er kann sich, mit oder ohne technische Hilfsmittel, **ohne die Hilfe von anderen innerhalb der Einrichtung fortbewegen**.

Hinweise

Kreuzen Sie "OK" an, wenn der Bewohner im spezifischen Bedürfnis "*Grundmobilisation*" keine Intervention erfordert.

Bettlägrig 24 Std./24

Beschreibung

Der Bewohner ist während der **7 Tage** seiner Evaluation **24 Stunden/24** im Bett.

Hinweise

Kreuzen Sie "OK" an, wenn für den Bewohner im spezifischen Bedürfnis "*Grundmobilisation*" keine Intervention erforderlich ist, weil er bettlägrig ist.

Aufstehen aus dem Bett oder Sessel

Ziel

Durchblutung fördern.

Nebenwirkungen bei eingeschränkter Beweglichkeit vorbeugen.

Beschreibung

Ggf. das nötige Material vorbereiten (Sessel, orthopädische Hilfsmittel).

Ggf. Bettgitter herunterlassen.

Dem Bewohner helfen :

- aus dem Bett aufzustehen und sich bequem in einen Sessel zu setzen ;
- von einem Sessel aufzustehen;
- **IM** Zimmer umherzugehen.

Ggf. die Tischplatte des Spezialstuhls vor dem Bewohner anbringen (wenn diese am Spezialstuhl fixiert ist) oder den Sicherheitsgurt anlegen (wenn dieser am Stuhl fixiert ist).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) an denen der Bewohner Hilfe benötigt, um aus dem Bett oder dem Sessel aufzustehen.

Kreuzen Sie an für welches Aufstehen der Bewohner Hilfe benötigt : **um vom Bett, von einem Sessel, von einem Stuhl aufzustehen.**

Kreuzen Sie an, ob der Bewohner für das "Umhergehen im Zimmer", **selbständig** ist, ob er **Hilfe benötigt** oder ob er dazu **unfähig** ist.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **kein technisches Hilfsmittel** verwendet wird, um dem Bewohner beim Aufstehen zu helfen.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **ein technisches Hilfsmittel** (Stock, Gehwagen) verwendet wird, um dem Bewohner beim Aufstehen zu helfen. Geben Sie im Abschnitt "**Notiz**" das verwendete technische Hilfsmittel an.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner beim Aufstehen zu unterstützen.

Selbständig

Während des ganzen Tages steht die Person alleine aus ihrem Bett, einem Sessel oder von einem Stuhl auf.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Das zum Aufstehen notwendige Material (Gehwagen, Stock) reichen, Bettgitter herunterlassen. Bewohner während dem Aufstehen überwachen.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Aufstehen helfen. Er kann sich beteiligen, er schafft es mit Unterstützung des Personals ein paar Schritte zu gehen.

Vollständige Hilfe: Das Aufstehen des Bewohners durchführen. Er kann sich nicht daran beteiligen (direkte Transfers, Block-Drehung).

Anmerkungen

Direkte Transfers vom Rollstuhl auf die Toilette, vom Sessel oder Bett auf den Nachtstuhl sind in den Aktionen "Toilette" und "Nachtstuhl" beinhaltet.

Hinlegen oder Hinsitzen

Ziel

Durchblutung fördern.

Nebenwirkungen bei eingeschränkter Beweglichkeit vorbeugen.

Beschreibung

Ggf. das nötige Material vorbereiten (Sessel, orthopädische Hilfsmittel).

Dem Bewohner helfen :

- sich in einen Sessel oder Stuhl zu setzen ;
- **IM** Zimmer umherzugehen;
- sich ins Bett zu legen.

Ggf. Bettgitter wieder hochstellen.

Ggf. die Tischplatte des Spezialstuhls entfernen (wenn diese am Spezialstuhl fixiert ist) oder den Sicherheitsgurt aufmachen (wenn dieser am Stuhl fixiert ist).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) an denen der Bewohner Hilfe benötigt, um sich ins Bett zu legen oder um sich hinzusetzen.

Kreuzen Sie an in welchem Bereich der Bewohner Hilfe benötigt : um **sich ins Bett zu legen, sich in einen Sessel zu setzen, sich auf einen Stuhl zu setzen.**

Kreuzen Sie an, ob der Bewohner zum Zeitpunkt des Mittagsschlafs, "**selbständig**" ist oder ob er "**Hilfe benötigt**" um sich ins Bett zu legen oder ob er "**keinen Mittagsschlaf**" macht.

Kreuzen Sie "**nein**" an, wenn **kein technisches Hilfsmittel** verwendet wird, um dem Bewohner beim Hinlegen oder Hinsitzen zu helfen.

Kreuzen Sie "**ja**" an, wenn **ein technisches Hilfsmittel** (Stock, Gehwagen) verwendet wird, um dem Bewohner beim Hinlegen oder Hinsitzen zu helfen. Geben Sie im Abschnitt "**Notiz**" das verwendete technische Hilfsmittel an.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner beim Hinlegen oder Hinsitzen zu unterstützen.

Selbständig

Während des ganzen Tages legt und setzt sich die Person alleine hin.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Bewohner während dem Hinsitzen und Hinlegen überwachen. Ggf. Bettgitter hochstellen. Ggf. das verwendete Material (Gehwagen, Stock) aufräumen.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Hinlegen oder Hinsitzen helfen. Er kann sich beteiligen, er schafft es mit Unterstützung des Personals ein paar Schritte zu gehen.

Vollständige Hilfe: Das Hinlegen des Bewohners durchführen. Er kann sich nicht daran beteiligen (direkte Transfers, Block-Drehung).

Anmerkungen

Direkte Transfers vom Rollstuhl auf die Toilette, vom Sessel oder Bett auf den Nachtstuhl sind in den Aktionen "Toilette" und "Nachtstuhl" beinhaltet.

Aufstehen mit dem Lifter, Standig-Stehbett

Ziel

Nebenwirkungen bei eingeschränkter Beweglichkeit vorbeugen.
Eine für den Bewohner und das Personal sichere Mobilisation vornehmen.

Beschreibung

Lifter, Standing-Stehbett vorbereiten.
Ggf. Bettgitter herunterlassen.
Bewohner aus dem Bett heben und bequem in einen Sessel setzen.
Ggf. die Tischplatte des Spezialstuhls vor dem Bewohner anbringen (wenn diese am Spezialstuhl fixiert ist) oder den Sicherheitsgurt anlegen (wenn dieser am Stuhl fixiert ist).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) an denen der Bewohner mit Hilfe eines Lifters oder Standing-Stehbettes aus dem Bett nimmt.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die für das Aufstehen des Bewohners erforderlich ist.

Anmerkungen

Direkte Transfers vom Rollstuhl auf die Toilette, vom Sessel oder Bett auf den Nachtstuhl sind in den Aktionen "Toilette" und "Nachtstuhl" beinhaltet.

Hinlegen mit dem Lifter oder Standing-Stehbett

Ziel

Nebenwirkungen bei eingeschränkter Beweglichkeit vorbeugen.
Eine für den Bewohner und das Personal sichere Mobilisation vornehmen.

Beschreibung

Ggf. die Tischplatte des Spezialstuhls entfernen (wenn diese am Spezialstuhl fixiert ist) oder den Sicherheitsgurt aufmachen (wenn dieser am Stuhl fixiert ist).
Bewohner ins Bett heben und bequem lagern.
Ggf. Bettgitter wieder hochstellen.
Lifter oder Standing-Stehbett aufräumen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) an denen der Bewohner mit Hilfe eines Lifters oder Standing-Stehbettes ins Bett gelegt wird.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die zum Hinlegen des Bewohners erforderlich ist.

Anmerkungen

Direkte Transfers vom Rollstuhl auf die Toilette, vom Sessel oder Bett auf den Nachtstuhl sind in den Aktionen "Toilette" und "Nachtstuhl" beinhaltet.

Im Korridor gehen

Ziel

Nebenwirkungen bei eingeschränkter Beweglichkeit vorbeugen.
Dem Bewohner erlauben sich an den Aktivitäten der Einrichtung zu beteiligen.

Beschreibung

Ggf. das zum Gehen nötige Material vorbereiten (Stock, Gehwagen, ...).
Dem Bewohner helfen:

- **AUßERHALB** seines Zimmers zu gehen;
- die Treppe hinauf oder hinunter zu gehen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) an denen der Bewohner Hilfe vom Pflegepersonal benötigt, um im Korridor zu gehen. Das Gehen, um an einen Ort zu kommen **beinhaltet auch den Rückweg**. Kreuzen Sie nur eine einzige Stunde an, auch wenn das Zurückgehen zu einem anderen Zeitpunkt stattfindet als das Hingehen. Es wird normalerweise die Zeit des Hingehens angekreuzt.

Kreuzen Sie den (die) Ort(e) an, wohin man den Bewohner begleitet: **Speisesaal, Toilette außerhalb seines Zimmers, Freizeitaktivitäten, zurück ins Zimmer**, sonstige (im Abschnitt "Notiz" angeben).

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **kein technisches Hilfsmittel** verwendet wird.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn zum Gehen **ein technisches Hilfsmittel** verwendet wird. Geben Sie im Abschnitt "**Notiz**" das verwendete techniosche Hilfsmittel an.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um den Bewohner beim Gehen zu unterstützen.

Häufigkeitsnormen

Drei (3) mal pro Tag für einen Bewohner, der für Muskelatrophie der unteren Gliedmaßen anfällig ist.

Selbständig

Der Bewohner geht alleine. Er benötigt keine körperliche Unterstützung und er muss auch nicht zu den verschiedenen Orten der Einrichtung begleitet werden.

Pflegemodi

Anleiten: Den Bewohner beim Gehen begleiten.
(Beispiel: blinde Person, Person mit kognitiven Defiziten, die unfähig ist den Speisesaal, ihr Zimmer, sonstige...alleine zu finden).

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Gehen eine körperliche Unterstützung bieten.

Rollstuhl oder Spezialstuhl verschieben

Ziel

Nebenwirkungen einer Vereinsamung vorbeugen.
Dem Bewohner erlauben sich an den Aktivitäten der Einrichtung zu beteiligen.

Beschreibung

Den Stuhl **AUßERHALB** des Zimmers schieben.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan an denen der Rollstuhl oder Spezialstuhl geschoben wird. Wie auch bei der Intervention "Im Korridor gehen", der Hinweg zu einem Ort **beinhaltet den Rückweg**. Kreuzen Sie nur eine einzige Stunde an, auch wenn das Zurückbringen zu einem anderen Zeitpunkt stattfindet als das Hingehen. Es wird normalerweise die Zeit des Hingehens angekreuzt.

Kreuzen Sie den (die) Ort(e) an, wohin man den Bewohner im Rollstuhl oder Spezialstuhl schiebt: **Speisesaal, Toilette außerhalb seines Zimmers, Freizeitaktivitäten, zurück ins Zimmer**, sonstige (im Abschnitt "Notiz" angeben).

Selbständig

Der Bewohner bewegt sich alleine mit seinem Rollstuhl zu den verschiedenen Orten der Einrichtung.

Siehe auch Im Korridor gehen

Einreiben, massieren

Ziel

Hautreizungen und Nebenwirkungen einer Ruhigstellung vorbeugen.
Durchblutung fördern.
Schmerzen lindern.

Beschreibung

Druckstellen oder schmerzhafte Stellen einreiben oder massieren.
Ggf. Bettwäsche teilweise oder vollständig wechseln.
Ggf. Bettgitter rauf- und runterstellen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Massagen.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen an, die erforderlich ist, um die Massagen durchzuführen.

Siehe auch Lagerung im Bett

Lagerung im Bett

Ziel

Hautreizungen und Nebenwirkungen einer Ruhigstellung vorbeugen.
Durchblutung fördern.
Schmerzen lindern.

Beschreibung

Den Bewohner unter Berücksichtigung einer guten Körperhaltung und der Funktionsstellung der Gelenke umlagern.

Falls nötig Kissen verwenden, damit der Bewohner gelagert bleibt.

Ggf. Fersenschutz oder andere Lagerungsmittel zum Hautschutz und zur Druckentlastung anbringen oder neu platzieren.

Ggf. Bettwäsche teilweise oder vollständig wechseln.

Ggf. Bettgitter rauf- und runterstellen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan an denen der Bewohner umgelagert wird.

Kreuzen Sie die Anzahl an Pflegepersonen an, die zum Umlagern erforderlich ist.

Häufigkeitsnormen

Alle drei (3) Stunden für einen bettlägerigen Bewohner.

Anmerkungen

On choisit l'intervention si le résidant ne peut se mobiliser dans son lit ou le fait difficilement. Le personnel des soins devra alterner les positions, installer des oreillers ou des coussins pour aider à conserver la position. Il est compris, dans l'action "*coucher avec aide*", qu'on aide le résidant à s'installer "confortablement". Mais si on doit, en plus, placer 1 ou plusieurs membres dans une position précise parce que le résidant n'y arrive pas seul, on choisit "installation/positionnement au lit".

Man wählt diese Intervention für einen Bewohner, der sich nicht oder nur sehr schwer im Bett mobilisieren kann. Das Pflegepersonal muss ihn umlagern, Kissen oder sonstige Lagerungsmittel verwenden, um dem Bewohner zu helfen richtig gelagert zu bleiben. In der Aktion "*Hinlegen mit Hilfe*" ist beinhaltet, dass man dem Bewohner hilft sich "bequem" hinzulegen. Muss man jedoch zusätzlich 1 oder mehrere Gliedmaßen in eine bestimmte Lage bringen, weil der Bewohner es nicht allein kann, dann wählt man "Lagerung im Bett".

Siehe auch Einreiben, massieren

Bewegungsübungen: keine oder unmöglich

Beschreibung

Der Bewohner bewegt sich sehr wenig oder gar nicht und es ist unmöglich bei ihm Bewegungsübungen durchzuführen.

Hinweise

Kreuzen Sie den (die) Grund(Gründe) an warum es nicht möglich ist mit dem Bewohner Bewegungsübungen zu machen. Geben Sie unter "**Notiz**" die Gründe dafür an, wenn diese nicht in der Liste aufgeführt sind.

Siehe auch Aktive und/oder passive Bewegungsübungen
Strukturierte passive und/oder aktive Bewegungsübungen

Aktive und/oder passive Bewegungsübungen

Ziel

Muskelatrophie vorbeugen.
Beweglichkeit der Gelenke erhalten.

Beschreibung

Das für die Übungen nötige Material vorbereiten.
Den Bewohner ermuntern und anleiten (aktive Übungen).
Die **passiven** Gelenkbewegungen durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) der aktiven oder passiven Bewegungsübungen, die von **einem Mitglied des Pflegepersonals durchgeführt werden**.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** während der gesamten Dauer der Bewegungsübungen **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **während der gesamten Dauer** der Bewegungsübungen **eine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Häufigkeitsnormen

Zwei (2) mal pro Tag für einen Bewohner, der sich nicht bewegt und ein (1) mal pro Tag für einen Bewohner, der sich zwar bewegt aber nur sehr wenig.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Das nötige Material vorbereiten und zur Verfügung stellen. Den Bewohner bei der Ausführung seiner Bewegungsübungen anleiten oder dazu ermuntern.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Bewegen bestimmter Gliedmaßen helfen (zum Beispiel: linker Arm, um eine bestimmte Beweglichkeit zu erreichen)
oder
Den Bewohner während der Ausführung eines Teils seiner Übungen ermuntern.

Vollständige Hilfe: Passive Bewegungsübungen durchführen, d.h. das passive Durchbewegen der Gelenke.

Siehe auch Bewegungsübungen: keine oder unmöglich

Strukturierte passive und/oder aktive Bewegungsübungen

Ziel

Bei einem Bewohner, der vor kurzem eine Apoplexie oder einen Knochenbruch erlitten hat, die Muskelaktivität wieder herstellen.

Beschreibung

Einem individuellen Übungsprogramm mit dem Ziel der **Rehabilitation** folgen.

Das für die Übungen nötige Material vorbereiten.

Den Bewohner ermuntern und anleiten (aktive Übungen).

Die **passiven** Gelenkbewegungen durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) der strukturierten Bewegungsübungen, die von **einem Mitglied des Pflegepersonals durchgeführt werden**.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** während der gesamten Dauer der Bewegungsübungen **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **während der gesamten Dauer** der Bewegungsübungen **eine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie an, ob es sich um eine **kurze Rehabilitationszeit** (weniger als einen Monat) oder um eine **lange Rehabilitationszeit** (mehr als einen Monat) handelt.

Häufigkeitsnormen

Zwei (2) mal pro Tag für einen Bewohner, der sich nicht bewegt und ein (1) mal pro Tag für einen Bewohner, der sich zwar bewegt aber nur sehr wenig.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Das nötige Material vorbereiten und zur Verfügung stellen. Den Bewohner bei der Ausführung seiner Bewegungsübungen anleiten oder dazu ermuntern.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner beim Bewegen bestimmter Gliedmaßen helfen (zum Beispiel: linker Arm, um eine bestimmte Beweglichkeit zu erreichen)
oder
Den Bewohner während der Ausführung eines Teils seiner Übungen ermuntern.

Vollständige Hilfe: Passive Bewegungsübungen durchführen, d.h. das passive Durchbewegen der Gelenke.

Siehe auch Aktive und/oder passive Bewegungsübungen
Bewegungsübungen: keine oder unmöglich

Ziel

Den Bewohner oder seine Umgebung schützen.

Beschreibung

Ein oder mehrere Hilfsmittel zur Fixierung anlegen, wie z.B.:

- Sicherheitsjacken;
- Bauchgurte;
- Zewi-Decke;
- Fäustlinge oder Fingerhandschuhe;
- Fixierung für das Handgelenk;
- sonstige (unter "Notiz" angeben).

Feuerfeste Schürze umbinden.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) an denen die Fixierung **angelegt** wird.

Kreuzen Sie die Art der Fixierung an, die den angekreuzten Parametern (Tage, Zeiten, Unruhe) entspricht. Wenn zwei Arten der Fixierung verwendet werden, dann vervollständigen Sie die Aktion zwei mal.

Kreuzen Sie "*ruhig*" an, wenn der Bewohner **zum Zeitpunkt des Anlegens** der Fixierung im Allgemeinen **ruhig** ist.

Kreuzen Sie "*unruhig*" an, wenn der Bewohner **zum Zeitpunkt des Anlegens** der Fixierung **unruhig** ist.

Pflegemodi

Anleiten,motivieren: Dem Bewohner die feuerfeste Schürze geben.

Vollständige Hilfe: Die feuerfeste Schürze umbinden.
Fixierung anlegen.

Anmerkungen

Die Bettgitter, die Tischplatte am Spezialstuhl und ein am Rollstuhl fixierter Gurt sind freiheitsbeschränkende/-entziehende Mittel bzw. Maßnahmen. Sie wurden jedoch in den Aktionen "*Aufstehen aus dem Bett oder Sessel*", "*Hinlegen oder Hinsitzen*", "*Einreiben/massieren*" und "*Lagerung im Bett*" berücksichtigt.

Zwischenmenschliche Beziehungen

Individuelle unterstützende Kommunikation

Individuelle unterstützende Kommunikation

Ind. unterst. Kom./kognitive Defizite

Ind. unterst. Kom./psychiatrische Probleme

Helfende Beziehung

Helfende Beziehung mit dem Bewohner

Helfende Beziehung mit den Angehörigen

Individuelle Aktivitäten oder Gruppenaktivitäten

Keine Aktivität

Individuelle unterhaltende Aktivität

Individuelle therapeutische Aktivität

Sozial-therapeutischer Ausgang: individuell

Unterhaltende Gruppenaktivität

Therapeutische Gruppenaktivität

Sozial-therapeutischer Ausgang in der Gruppe

Schulung

Schulung (Bewohner oder Angehörige)

Sonstige Aktivitäten der Kommunikation

Physische und psychische Evaluation

Bilan fonctionnel physique

Bilan fonctionnel psychique

Auto-administration d'un test

Test par observation

Administration d'un test en présence constante

Évaluation de contrat

Funktionelle Analyse

Test

Programm zur psycho-sozialen Rehabilitation

Gestaltung des Programmes

Evaluation des Programmes

Verwaltung des Programmes

Ärztliche Besprechung

Besprechung mit dem Psychiater in Anwesenheit der Bezugsperson

Koordinationsbesprechung in Anwesenheit der Person

Individuelle unterstützende Kommunikation

Ziel

Die geistige Gesundheit des Bewohners fördern und ihn in seinen Maßnahmen zur Erhaltung seines bio-psycho-sozialen Gleichgewichts unterstützen.

Teilnahme an den ATL erhalten, fördern und erhöhen.

Integration in die Umwelt fördern.

Rückzug vermeiden.

Zuversicht und Trost spenden.

Selbstachtung stärken.

Beschreibung

Die Pflegeperson kann je nach den Bedürfnissen des Bewohners:

- diskutieren, austauschen, informieren, vorlesen, kommentieren;
- eine beruhigende Anwesenheit anbieten;
- zur Teilnahme an unterhaltenden, bildenden, religiösen oder anderen Aktivitäten ermutigen;
- eine günstige Atmosphäre schaffen;
- berühren, in den Arm nehmen, wiegen, streicheln (vor allem bei Kindern).

Hinweise

Geben Sie den (die) Tag(e) und den **Prozentsatz (%) an Zeit** an, der pro Arbeitsschicht für die Kommunikation erforderlich ist. Die Summe der Zahlen muss für einen Zeitraum von 24 Stunden 100 % ergeben.

Kreuzen Sie an, ob die Teilnahme des Bewohners an den ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) : "*gut*" ist, ob man "*motivieren* oder *verhandeln muss, um seine Teilnahme an bestimmten Aktivitäten zu erhöhen*" (Beispiel : Medikamenteneinnahme, sich pflegen/sich kleiden) oder ob man "*für die gesamten ATL* (sich pflegen/sich kleiden, Ausscheidung, sich bewegen, essen und trinken, Medikamenteneinnahme) *motivieren, verhandeln*" muss.

Anmerkungen

Diese Kommunikation ist jeden Tag für **alle** Bewohner ohne kognitive Defizite oder psychiatrische Probleme erforderlich.

Siehe auch Individuelle unterstützende Kommunikation (kognitive Defizite)
Individuelle unterstützende Kommunikation (psychiatrische Probleme)

Individuelle unterstützende Kommunikation (kognitive Defizite)

Ziel

Würde und Selbstachtung bewahren.
Funktionelle und geistige Selbständigkeit auf dem, für den Bewohner, höchst möglichen Niveau erhalten.
Teilnahme an den ATL erhalten, fördern und erhöhen.
Kooperation des Bewohners erhöhen.
Ängste mindern.
Rückzug vermeiden.
Integration in die Umwelt fördern.
Beruhigen.
Risiko dysfunktioneller Gefühlsreaktionen mindern.

Beschreibung

Die Pflegeperson kann, je nach den Bedürfnissen des Bewohners:

- mit Worten anregen, ermutigen, loben, aufwerten;
- austauschen;
- einem aufgeregten oder ängstlichen Bewohner die Hand halten;
- einen Bezug zur Realität herstellen, den Bewohner mit seinem Namen ansprechen, den Tag, die Jahreszeit usw. nennen;
- Anweisungen wiederholen;
- nochmals erklären, nach verständlichen Worten, Gesten, Mimik suchen;
- Blickkontakt herstellen;
- berühren (Körperkontakt);
- eine Wartezeit einhalten, um dem Bewohner genügend Zeit zum Antworten zu lassen;
- auf verbale und nonverbale Mitteilungen achten;
- Verhaltensweisen interpretieren, sich auf ihre Bedeutung konzentrieren;
- es später nochmals versuchen, falls die Kooperation verweigert wird;
- in einer angespannten Situation die Aufmerksamkeit auf etwas anderes lenken;
- dem Patienten ermöglichen seine Gefühle auszudrücken;
- eine beruhigende Anwesenheit anbieten.

Hinweise

Geben Sie den (die) Tag(e) und den **Prozentsatz (%) an Zeit** an, der pro Arbeitsschicht für die Kommunikation erforderlich ist. Die Summe der Zahlen muss für einen Zeitraum von 24 Stunden 100 % ergeben.

Kreuzen Sie die Kategorie der **kognitiven Defizite** an. Jede der fünf Kategorien (leicht - mäßig leicht - mäßig schwer - schwer aktiv/passiv) ist weiter unten bei "*Erklärungen*" aufgeführt.

Kreuzen Sie den Grad der **Kooperation** oder der **Teilnahme** des Bewohners an den Aktivitäten des täglichen Lebens (Mahlzeiten, Ausscheidung, sich pflegen/sich kleiden, sich bewegen, Medikamenteneinnahme) an.

Kreuzen Sie den Grad der **Stimulation** oder der **Verhandlung** an, der für den Bewohner erforderlich ist, um seine Teilnahme oder seine Kooperation bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) zu fördern oder zu erhöhen.

Anmerkungen

Diese Kommunikation ist jeden Tag für **alle** Bewohner mit kognitiven Defiziten erforderlich. Wenn der Bewohner kognitive und psychiatrische Probleme aufweist, kann nur eine der zwei Arten der unterstützenden Kommunikation vermerkt werden. Wählen Sie diejenige, die am Besten dem Profil des Bewohners entspricht.

Definitionen

KOGNITIVES DEFIZIT

Dieser Ausdruck bezeichnet eine Verschlechterung der intellektuellen Fähigkeiten hinsichtlich des Erinnerns, des Denkens, des Urteilvermögens, der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Orientierung, der Lernfähigkeit usw.

LEICHTES KOGNITIVES DEFIZIT

Kurzdarstellung: Die Person weist geringe kognitive Probleme auf wie eine Verlangsamung des Lernprozesses und Schwierigkeiten im Erfassen und Behalten von Informationen. Die Person ist leicht abgelenkt und ihre Konzentrationsfähigkeit ist verringert, was zu einer Beeinträchtigung der Lern- und Merkfähigkeit führt. Sie weist Gedächtnisverluste auf und klagt manchmal über den Verlust oder das Verlegen eines persönlichen Gegenstandes.

Im Bereich der Kommunikation kann sie Schwierigkeiten haben schnell Gesprochenes zu begreifen. Bei Gesprächen kann sie vom Thema abkommen oder sich wiederholen.

Da sich die Person diesen kognitiven Verlusten bewusst ist, kann sie unter Ängsten oder Depressionen leiden. Manche Personen, denen diese Gedächtnisverluste peinlich sind, werden sich gegen die Außenwelt verschließen.

Für die ATL kann die Person selbständig sein oder Hilfe benötigen, vor allem um sie an die auszuführenden Handlungen zu erinnern, um ihr zu sagen, wo sich die Gegenstände befinden oder um ihr die nötigen Dinge zur Verfügung zu stellen.

Im Allgemeinen gelingt es der Person trotz ihrer kognitiven Verlust, in ihrer Umwelt zu funktionieren und auf sie zu reagieren.

Rolle der Pflegeperson: Die Pflegeperson muss langsamer vorgehen, d.h. dem Bewohner Zeit lassen zum Verarbeiten der Information. Es kommt vor, dass sie ihn **gelegentlich** an die Tagesaktivitäten erinnern oder ihn zeitlich und räumlich orientieren muß. Sie stimuliert und lobt die Person täglich, damit diese ihre funktionelle Selbständigkeit behält und um zu verhindern, dass sie sich gegen die Außenwelt verschließt.

MÄBIGES KOGNITIVES DEFIZIT

Kurzdarstellung: Die Person weist erhebliche kognitive Probleme auf. Die Verschlechterung der kognitiven Funktionen ist global.

Die Verständnis- und Ausdrucksfähigkeit (mündlich oder schriftlich) ist beeinträchtigt. Die Person hat Schwierigkeiten eine Unterhaltung zu beginnen und zu führen. Sie spricht oft in der Vergangenheit und kann auf eine Frage eine unpassende Antwort geben.

Ihre kognitiven Defizite haben Auswirkungen auf ihre Persönlichkeit und ihr soziales Verhalten. Die Person kann unruhig, reizbar, apathisch und ängstlich sein und auch Zeichen einer Depression aufweisen. Gegenüber der affektiven Atmosphäre bleibt sie sehr sensibel.

Ihre kognitiven Defizite beeinträchtigen die Durchführung der ATL. Jedoch kann sie noch an bestimmten ATL teilnehmen, sofern man ihr die Möglichkeit dazu gibt. Je nach ihren körperlichen Möglichkeiten kann sie noch allein umhergehen. Jedoch kann sie Hilfe benötigen, um an bestimmte Orte zu gelangen.

MÄBIGES KOGNITIVES DEFIZIT - KOOPERATIVE PERSON

Kurzdarstellung: Trotz ihrer erheblichen kognitiven Defizite kann die Person im Allgemeinen noch gut an ihrer Pflege teilnehmen und ist zur Kooperation fähig. Durch Müdigkeit, ein Übermaß an Reizen oder andere Faktoren können **gelegentlich** Unruhe- oder Aggressivitätsmomente verursacht werden.

Durch ihr eventuelles Umherirren entstehen für gewöhnlich keine Konflikte. Im Allgemeinen halten die Pflegepersonen diese Person für "*nicht oder wenig störend*".

Rolle der Pflegeperson: Auf Grund der erheblichen kognitiven Verluste wird diese Person für bestimmte oder die meisten ATL Hilfe benötigen. Diese Hilfe wird unter Berücksichtigung des Potentials der Person gewährt, mit dem Ziel, ihre Würde und Selbstachtung zu bewahren, bestimmte Fähigkeiten wiederzuerlangen, das Auftreten von Unfähigkeiten zu verhindern und um eine Verbindung zu ihrer Umwelt zu erhalten. Da sie gegenüber der affektiven Atmosphäre sensibel bleibt, aber Schwierigkeiten hat, zu kommunizieren (Verstehen und Ausdruck), wird die Pflegeperson darauf achten, daß eine wirksame Kommunikation durch Blickkontakt, Berühren und täglichen verbalen Austausch hergestellt wird, um die verbliebenen Fähigkeiten der Person zu erhalten.

Die Pflegeperson benötigt viel Einfühlungsvermögen, da die Person nicht immer den Sinn einer Intervention versteht und deshalb im Zusammenhang mit einer einfachen Aktivität wie beim Baden, beim Anziehen, beim Essen usw. Angst empfinden kann. Um die **Teilnahme** der Person **zu fördern** oder **zu erhöhen**, muß die Pflegeperson ggf. vor jeder Intervention einen Blickkontakt herstellen und klare Anweisungen geben.

MÄßIGES KOGNITIVES DEFIZIT - NICHT KOOPERATIVE PERSON

Kurzdarstellung: Diese Person hat, im Gegensatz zu einer kooperativen Person, mehr Schwierigkeiten an ihrer Pflege teilzunehmen oder zu kooperieren. Im Allgemeinen ist sie widerstrebend gegenüber den meisten oder allen Aktivitäten des täglichen Lebens. Müdigkeit, ein Übermaß an Reizen oder andere Faktoren können **regelmäßig** Unruhe- und Aggressivitätsmomente verursachen.

Ihr Umherirren und ihr Verhalten gegenüber den anderen **verursacht regelmäßig Konflikte**. Im Allgemeinen halten die Pflegepersonen diese Person für störend.

Rolle der Pflegeperson: Im Großen und Ganzen ist die Rolle die gleiche wie für eine Person mit einem Profil MÄßIG - KOOPERATIV, jedoch muß diese Person auf Grund ihres Widerstandes mehr "stimuliert" werden, d.h. man muß "wiederholt erklären", indem man andere, verständliche Ausdrücke (Worte, Gesten, Mimik) verwendet; man muß "verhandeln", indem man versucht eine Antwort (verbal oder nonverbal) auf die Proteste der Person zu finden, jedoch ohne den Versuch sie zur Vernunft zu bringen. Im Grunde handelt es sich darum ihre Verweigerung zu umgehen. Diese "Stimulation" muß oft vor jeder Intervention und auch oft während der Aktivität (Mahlzeiten, sich pflegen/sich kleiden,...) vorgenommen werden, da die Person den Grund vergißt. Die Pflegeperson wird nicht auf etwas beharren, wenn die Person es verweigert (um ein aggressives Verhalten zu vermeiden), sie wird ihr Glück ein bißchen später noch einmal versuchen. Sie wird auch bei Konflikten eingreifen müssen und sie muß versuchen, das Risiko von Krisensituationen oder Aggressivität zu vermindern. Die Pflegeperson ist darauf bedacht, eine wirksame Kommunikation herzustellen und zwar durch nonverbalen Kontakt (Blickkontakt), klare und einfache Anweisungen, der Verwendung von passenden Ausdrücken, wiederholten Erklärungen, ggf. durch Ablenkung der Person, um ihre **Kooperation** und gleichzeitig ihre **Mitarbeit zu erhöhen** .

SCHWERES KOGNITIVES DEFIZIT

Kurzdarstellung: Diese Person ist räumlich, zeitlich und in Bezug « auf Personen » desorientiert. Sie hat wenig soziale Kontakte und erkennt oft ihre Familienmitglieder nicht mehr und kann evtl. unfähig sein sich selbst beim Namen zu nennen.

Die Kommunikationsfähigkeit und das Verständnisvermögen sind praktisch nicht mehr vorhanden. Sie kann keine Unterhaltung mehr aufrechterhalten. Sie spricht unzusammenhängend und ohne Logik. Ihre Fähigkeit des verbalen Ausdrucks ist oft betroffen: sie murmelt, kauderwelscht, leidet an Echolalie und manchmal an Aphasie.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Person gegenüber der affektiven Atmosphäre sensibel bleibt, aber es kann sehr schwierig oder unmöglich sein dies zu bestimmen.

An den ATL nimmt diese Person so gut wie nicht mehr teil. Sie hat ihre psychomotorischen Fähigkeiten verloren und kann nicht mehr stimuliert werden.

SCHWERES KOGNITIVES DEFIZIT - AKTIVE PERSON

Kurzdarstellung: Trotz schwerer kognitiver Defizite kann die Person noch bestimmte Handlungen alleine durchführen. Zum Beispiel kann sie alleine gehen (Umherirren) oder alleine essen. Sie handelt hauptsächlich durch **Automatismen**. Ihre Stimmung kann Schwankungen unterliegen und sie kann sich manchen Handlungen widersetzen.

Rolle der Pflegeperson: Die Pflegeperson sollte trotz der bedeutenden Defizite versuchen, die Automatismen der Person zu erhalten. Sie wird sie während der Aktivitäten, die sie allein durchführt, ermutigen.

In Anbetracht der Verständnisschwierigkeiten sollte die Pflegeperson auf ihren Kommunikationsstil achten. Sie wird im besonderen von Körperkontakt Gebrauch machen. Da die Person Schwierigkeiten hat das Ziel der Interventionen zu begreifen, wird sich die Pflegeperson ebenfalls Zeit nehmen, um ihr die Interventionen in sehr einfachen Worten oder durch verständliche und beruhigende Gesten zu erklären.

SCHWERES KOGNITIVES DEFIZIT - PASSIVE PERSON

Kurzdarstellung: Diese Person ist im Allgemeinen bettlägrig oder sitzt im Spezialstuhl und führt keine Aktivität mehr alleine durch. Sie leistet keinen oder wenig Widerstand.

Rolle der Pflegeperson: Die Pflegeperson muß diese Person in allen ihren Bedürfnissen unterstützen, da sie wenig psychomotorische Fähigkeiten aufweist. Diese Unterstützung äußert sich oft in einer vollständigen Hilfe, doch könnte für die eine oder andere Aktivität eine teilweise Hilfe genügen. Die Pflegeperson berücksichtigt die verbliebenen Fähigkeiten der Person.

Da die Person gegenüber der affektiven Atmosphäre sensibel bleibt, findet die Kontaktaufnahme mit der Person vor allem durch Blicke und Berührungen statt. Auch wird man mit ihr reden und die Interventionen in einfachen Worten erklären.

Siehe auch Individuelle unterstützende Kommunikation
Individuelle unterstützende Kommunikation (psychiatrische Probleme)

Individuelle unterstützende Kommunikation (psychiatrische Probleme)

Ziel

Selbstachtung erhalten oder erhöhen.
Teilnahme an den ATL erhalten, fördern oder erhöhen.
Kooperation des Bewohners erhöhen.
Angst mindern.
Integration in die Umwelt fördern
Beruhigen.
Risiken psychologischer Verschlechterung mindern.
Aggressive Verhaltensweisen vorbeugen und vermindern.
Fähigkeit zur Selbstkritik erhöhen.
Krisensituationen vorbeugen.
Acting-out Verhalten vorbeugen.

Beschreibung

Die Pflegeperson kann, je nach den Bedürfnissen des Bewohners:

- mit Worten anregen, ermutigen, loben, aufwerten;
- austauschen;
- eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen;
- aufmerksam sein für verbale oder nonverbale Mitteilungen;
- der Person erlauben ihre Gefühle auszudrücken;
- Bezug zur Realität herstellen;
- einer aufgeregten oder ängstlichen Person die Hand halten;
- Kritik anhören;
- eine entschlossene, aber unterstützende Haltung einnehmen;
- Anweisungen wiederholen;
- in einer angespannten Situation die Aufmerksamkeit auf etwas anderes lenken;
- Erwartungen und Grenzen abklären;
- kontrollieren, an die Erwartungen und Grenzen erinnern;
- eine beruhigende Anwesenheit anbieten.

Hinweise

Geben Sie den (die) Tag(e) und den **Prozentsatz (%) an Zeit** an, der pro Arbeitsschicht für die Kommunikation erforderlich ist. Die Summe der Zahlen muss für einen Zeitraum von 24 Stunden 100 % ergeben.

Kreuzen Sie die Kategorie der **psychiatrischen Probleme** an. Jede der drei Kategorieen (leicht - mäßig - schwer) ist weiter unten bei "*Erklärungen*" aufgeführt.

Kreuzen Sie den Grad der **Kooperation** oder der **Teilnahme** des Bewohners an den Aktivitäten des täglichen Lebens (Mahlzeiten, Ausscheidung, sich pflegen/sich kleiden, sich bewegen, Medikamenteneinnahme) an.

Kreuzen Sie den Grad der **Stimulation** oder der **Verhandlung** an, der für den Bewohner erforderlich ist, um seine Teilnahme oder seine Kooperation bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) zu fördern oder zu erhöhen.

Anmerkungen

Diese Kommunikation ist jeden Tag für **alle** Bewohner mit psychiatrischen Problemen erforderlich. Wenn der Bewohner kognitive und psychiatrische Probleme aufweist, kann nur eine der zwei Arten der unterstützenden Kommunikation vermerkt werden. Wählen Sie diejenige, die am Besten dem Profil des Bewohners entspricht.

Beachten Sie bitte, dass sich der Zustand des Bewohners im Laufe einer Woche ändern kann, so dass es möglich ist z.B.: "*Individuelle unterstützende Kommunikation - leichte psychiatrische Probleme*" für 3 Tage und "*mäßige psychiatrische Probleme*" für 4 Tage zu wählen.

Auch kann für manche Bewohner, die z.B. einmal pro Woche ein **strukturiertes Treffen** benötigen, eine helfende Beziehung hinzugefügt werden.

Definitionen

PSYCHIATRISCHE PROBLEME

Die Person leidet unter Persönlichkeitsstörungen, Depression, Neurose, Psychose oder Toxikomanie.

LEICHTE PSYCHIATRISCHE PROBLEME

Kurzdarstellung: In dieser Kategorie findet man Personen, deren pathologischer Zustand sich zur Zeit der Evaluation in einer **stabilen** Phase befindet.

Diese Person benötigt:

- eine minimale, situationsbedingte Strukturierung, z. B. während einer Gruppenaktivität oder um einen Konflikt wirksam zu lösen;
- eine leichte Stimulation, um im Alltag zu funktionieren, da sie demotiviert ist.

Diese Person funktioniert gut in einer beständigen Umgebung, in der die Erwartungen, Grenzen und Rollen genau festgelegt sind. Durch eine neue Situation, einen Routinewechsel oder ein unerwartetes Ereignis kann eine Angstreaktion ausgelöst werden. Die Person akzeptiert oder versteht Veränderungen oder Absagen, wenn diese erklärt werden.

Wenn die Person Verhaltensprobleme aufweist, so sind diese für die anderen wenig störend. Die kognitiven Fähigkeiten dieser Person können intakt sein, aber es kann evtl. auch eine Verminderung der intellektuellen Leistung, der Aufmerksamkeit und der Konzentration vorliegen.

Rolle der Pflegeperson: Um die Funktionsstabilität zu erhalten, und um die Angst zu mindern, muss die Pflegeperson eine vertrauensvolle Atmosphäre garantieren. Wenn möglich sollte sie **jede Routineänderung** des Bewohners **vermeiden**. Ist eine Änderung unumgänglich oder muss eine Absage erteilt werden, so muss eine Erklärung gegeben werden, um **jede Frustration zu vermeiden**, die zu Verhaltensproblemen führen könnte.

MÄßIGE PSYCHIATRISCHE PROBLEME

Kurzdarstellung: Die Person hat Schwierigkeiten alltägliche Ereignisse zu bewältigen. Sie erfordert eine persönliche, sehr strukturierte Betreuung. Im Allgemeinen bestehen Abkommen zwischen der Person und ihrer Bezugsperson (ausgearbeiteter Pflegeplan).

Die Person hat noch einen gewissen Realitätsbezug und erlebt viel Angst.

Die Person kann kognitive Störungen, Stimmungsschwankungen und Verhaltensstörungen (ständiges Kritisieren, wiederholende Anfragen) aufweisen. Ihre Toleranzschwelle ist niedrig und sie erwartet eine sofortige Antwort oder Belohnung.

Zwischenmenschliche Beziehungen sind auf Grund von Rückzug, Demotivation oder Verhaltensproblemen der Person schwierig und führen immer wieder zu Konflikten.

Rolle der Pflegeperson: Die Pflegeperson vergewissert sich, dass die bestehenden **Abkommen eingehalten** werden. Sie **hört** sich die Kritik an und nimmt eine **entschlossene, aber unterstützende Haltung** ein. Angesichts der sich ständig wiederholenden Anfragen des Bewohners muss sie **geduldig** bleiben. Bei manchen Bewohnern wird sie, je nach den Bedürfnissen, ihre **Lebensgeschichte und ihr seelisches Leiden erforschen**, um andere Adaptationsstrategien festzulegen. Die Pflegeperson muss stimulieren, zuhören und unterstützen, um einer **Verschlechterung vorzubeugen**.

SCHWERE PSYCHIATRISCHE PROBLEME

Kurzdarstellung: Diese Person ist vollständig desorganisiert. Ihr ganzes Funktionieren ist gestört. Sie leidet unter Realitätsverlust und weist das eine oder andere der folgenden Symptome auf: Delir, Halluzination, Selbstmordgedanken bis zum Selbstmordversuch, unzusammenhängende Redeweise.

Sie kann unter ausgeprägten Angstzuständen leiden.

Je nach der Erkrankung kann die Person Verhaltensprobleme wie verbale oder physische Aggressivität aufweisen; ihre Anfragen können sich ¼-stündlich wiederholen. Die Person ist sehr anspruchsvoll und ihre Toleranzschwelle sehr niedrig.

Kritik und Ablehnung gegenüber ist sie überempfindlich. Zwischenmenschliche Beziehungen sind sehr schwierig oder nicht vorhanden, entweder auf Grund ihrer Aggressivität oder ihres Rückzugs (schwere Depression).

Eine psychiatrische Einrichtung ist der richtige Platz für diese Person.

Rolle der Pflegeperson: Die Pflegeperson muss eine **vertrauensvolle Atmosphäre** schaffen. Auf Grund des Realitätsverlustes muss sie die Person **beruhigen** und **Realitätsbezüge herstellen**. Es ist für diese Person sehr wichtig, dass man ihr zuhört. Die Pflegeperson muss die **Ablehnung zur Kooperation umgehen**, indem sie einen herzlichen Kontakt herstellt und Antworten auf die Argumente der Person findet. Sie muss **regelmäßig eingreifen**, um Konflikte und angespannte Situationen zu entschärfen und die Aggressivität zu kontrollieren. Trotz der schwerwiegenden Störungen werden im Allgemeinen **Abkommen vereinbart** und die Pflegeperson muss sich vergewissern, dass diese eingehalten werden.

Siehe auch Individuelle unterstützende Kommunikation
Individuelle unterstützende Kommunikation (kognitive Defizite)

Helfende Beziehung mit dem Bewohner

Ziel

Dem Bewohner erlauben ein optimales psychisches Gleichgewicht zu erreichen.
Dem Bewohner während einer schwierigen Phase die nötige Unterstützung geben.

Beschreibung

Mit dem Bewohner Kontakt aufnehmen.

Verbale und nonverbale Kommunikationstechniken verwenden, um dem Bewohner zu helfen:

- über seine Probleme zu sprechen;
- sich seiner selbst bewusst zu werden;
- eine neue Situation zu akzeptieren;
- sonstiges.

und/oder einen Vertrag ausarbeiten und die Kontrolle dieses Vertrags gewährleisten in Bereichen wie:

- Körperpflege;
- Verhalten;
- Beschäftigung;
- sonstige.

Diese Treffen können strukturiert oder nicht strukturiert sein, aber das Problem des Bewohners muss im Pflegeplan vermerkt werden, außer wenn es nur einer gelegentlichen Intervention und keiner Nachkontrolle bedarf. Im Pflegebericht muss das Problem und seine Entwicklung, bezüglich der Interventionen, vermerkt werden.

Hinweise

Kreuzen Sie das Niveau der Helfenden Beziehung/**Arbeitsschicht** an:

Minimale: therapeutische Kommunikation, die 15 Minuten oder weniger / **Arbeitsschicht** erfordert.

Mäßige: therapeutische Kommunikation, die zwischen 16 Minuten und 30 Minuten /**Arbeitsschicht** erfordert.

Intensive: therapeutische Kommunikation, die zwischen 31 Minuten und 50 Minuten /**Arbeitsschicht** erfordert.

Kritische: therapeutische Kommunikation, die 51 Minuten und mehr /**Arbeitsschicht** erfordert.

Kreuzen Sie den (die) Tag(e) und die **Arbeitsschicht(en)** an, an denen eine helfende Beziehung für den Bewohner erforderlich ist.

Geben Sie an den vorgesehenen Stellen das **Problem**, das der Grund für die helfende Beziehung ist, das angestrebte **Ziel** und die durchgeführten **Interventionen** an.

Anmerkungen

Für eine **gegebene Arbeitsschicht** kann nur eine Art der helfenden Beziehung angekreuzt werden.

Für einen **gegebenen Tag** (2 Arbeitsschichten), können ein oder mehrere Arten der helfenden Beziehung angekreuzt werden.

Beispiel #1:

Frau Müller hat Schwierigkeiten ihre Heimunterbringung zu akzeptieren.
 Man nimmt sich Zeit für sie, damit sie ihre Gefühle zum Ausdruck bringen kann.
 Diese helfende Beziehung findet 3 Tage lang während der Tagschicht statt.

Minimale	m d M D F s S	Nacht	Tag
-----------------	----------------------	-------	------------

Beispiel #2:

Frau König akzeptiert ihr neues Körperbild nicht (vor kurzem hatte sie eine Apoplexie Lähmung der rechten Körperhälfte),
 sie weint viel und verweigert die Teilnahme an den ATL und den unterhaltenden Aktivitäten.
 Sie benötigt viel Beistand, besonders tagsüber.

Minimale	M d M D F s S	Nacht	Tag
Mäßige	M d M D F s S	Nacht	Tag

Wir möchten darauf hinweisen, daß die *"die Helfende Beziehung"* **nicht** für Bewohner mit kognitiven Defiziten oder psychiatrischen Problemen gewählt werden kann, denen eine spezielle Kommunikation mit dem Ziel der Realitätsorientierung, der Verringerung von Konflikten, der Erhöhung ihrer Kooperation, der Beruhigung, der Erinnerung an die Regeln, sonstige... zugestanden wird.
 Diese Kommunikation und ihre Ziele sind bei der speziellen *"individuellen unterstützenden Kommunikation"* nämlich unter "kognitive Defizite" und "psychiatrische Probleme" berücksichtigt worden (siehe ihre Ziele und Beschreibungen).

Die helfende Beziehung kann jedoch für einen Bewohner mit einem **leichten kognitiven Defizit** möglich sein, wenn er, zum Beispiel, Zeichen einer Depression aufweist, da er sich seines Gedächtnisverlustes und dem Verlauf seiner Krankheit bewußt ist. Sie ist auch bei einem Bewohner mit einem **mäßigen kognitiven Defizit** möglich, der gerade ein schwieriges Ereignis durchlebt, zum Beispiel, den Verlust einer geliebten Person, wenn er noch lichte Augenblicke hat, in denen er sich dieses Verlustes bewusst ist und er das Bedürfnis nach einer helfenden Beziehung äußert.

Die helfende Beziehung ist auch für einen Bewohner mit **chronischen psychiatrischen Problemen** möglich, wenn für ihn Treffen geplant werden, zum Beispiel einmal pro Woche, deren Ziel die Festlegung eines Abkommens (bezüglich seiner Körperpflege, seines Verhaltens, usw...) und dessen Kontrolle ist.

Siehe auch Individuelle unterstützende Kommunikation (kognitive Defizite)
 Individuelle unterstützende Kommunikation (psychiatrische Probleme)

Helfende Beziehung mit den Angehörigen

Ziel

Der Familie während einer schwierigen Phase die nötige Unterstützung geben.
Der Familie helfen die Situation des Bewohners realistisch zu erfassen.

Beschreibung

Mit dem (den) Familienmitglied (ern) des Bewohners Kontakt aufnehmen.
Verbale oder nonverbale Kommunikationstechniken verwenden, um dem (den) Familienmitglied (ern) zu helfen:

- Gefühle auszudrücken;
- eine neue Situation zu akzeptieren;
- sonstige.

Diese Treffen können strukturiert oder nicht strukturiert sein, aber die von dem (den) Angehörigen erlebten Probleme, die erforderlichen Interventionen und die Entwicklung der Situation müssen in der Bewohnerakte vermerkt werden.

Hinweise

Kreuzen Sie das Niveau der Helfenden Beziehung/**Arbeitsschicht** an:

Minimale: therapeutische Kommunikation, die 20 Minuten oder weniger / **Arbeitsschicht** erfordert.

Mäßige: therapeutische Kommunikation, die zwischen 21 Minuten und 45 Minuten /**Arbeitsschicht** erfordert.

Intensive: therapeutische Kommunikation, die zwischen 46 Minuten und 75 Minuten /**Arbeitsschicht** erfordert.

Kritische: therapeutische Kommunikation, die 76 Minuten und mehr /**Arbeitsschicht** erfordert.

Kreuzen Sie an, ob die helfende Beziehung in der Einrichtung oder telefonisch stattfindet.

Kreuzen Sie den (die) Tag(e) und die **Arbeitsschicht(en)** an, an denen für das (die) Familienmitglied(er) des Bewohners eine helfende Beziehung erforderlich ist.

Geben Sie an den vorgesehenen Stellen das **Problem**, das der Grund für die helfende Beziehung ist, das angestrebte **Ziel** und die durchgeführten **Interventionen** an.

Anmerkungen

Für eine **gegebene Arbeitsschicht** kann nur eine Art der helfenden Beziehung angekreuzt werden.

Für einen **gegebenen Tag** (2 Arbeitsschichten), können ein oder mehrere Arten der helfenden Beziehung angekreuzt werden.

Wir möchten darauf hinweisen, daß es sich hier um ein therapeutisches Gespräch handelt. Informationen, die der Familie über den Zustand des Bewohners gegeben werden, oder Anfragen über persönliche Gegenstände des Bewohners sind nicht hier sondern in der Kategorie der Aktivitäten der "*bewohnerbezogenen Kommunikation (BBK)*" berücksichtigt worden (siehe ihre Ziele und Beschreibungen).

Keine Aktivität

Beschreibung

Wird für Bewohner verwendet, die an den vom Personal der Einrichtung geleiteten individuellen, unterhaltenden oder therapeutischen Aktivitäten oder Gruppenaktivitäten **nicht teilnehmen wollen oder nicht können**. Der Bewohner kann sich alleine beschäftigen oder nimmt an Aktivitäten mit seiner Familie teil oder es kann auch sein, dass er hat keine Aktivität hat.

Hinweise

Kreuzen Sie einen Grund oder mehrere Gründe an, die den Bewohner davon abhalten sich an Aktivitäten zu beteiligen. Verwenden Sie den Bereich "**Notiz**", um ggf. noch genauer anzugeben.

Individuelle unterhaltende Aktivität

Ziel

Dem Bewohner ermöglichen sich abzulenken.

Beschreibung

Eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen.

Die unterhaltende Aktivität leiten oder

den Bewohner begleiten und ihm während er ganzen Dauer der unterhaltenden Aktivität helfen, z.B.:

- Spaziergehen im Freien;
- Dame spielen;
- Sonstige individuelle Aktivitäten.

Hinweise

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen der unterhaltenden Aktivität an.

Vervollständigen Sie folgende Informationen:

- Tag:** der Tag, an dem die gewählte Aktivität stattfindet.
Dauer (Minuten): die Dauer der Aktivität muss in Minuten ausgedrückt werden.
Anfangszeit: Zeit, zu der die Aktivität beginnt.

Häufigkeitsnormen

Drei (3) mal pro Woche unabhängig davon ob die Aktivität **individuell oder in der Gruppe** stattfindet.

Siehe auch Unterhaltende Gruppenaktivität

Individuelle therapeutische Aktivität

Ziel

Selbstachtung fördern.

Dem Bewohner helfen, sich mit seinen Verhaltensproblemen auseinanderzusetzen.

Dem Bewohner helfen sich selbst zu kennen und sich seiner selbst bewusst zu werden.

Psychomotorische Funktionen erhalten oder erhöhen.

Interaktionsfähigkeit mit der physischen und geistigen Umwelt erhalten oder erhöhen.

Beschreibung

Eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen.

Die therapeutische Aktivität leiten oder

den Bewohner während **der gesamten Dauer** der therapeutischen Aktivität begleiten und ihm helfen.

Hinweise

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen der therapeutischen Aktivität an.

Vervollständigen Sie folgende Informationen:

Tag: der Tag, an dem die gewählte Aktivität stattfindet.

Dauer (Minuten): die Dauer der therapeutischen Aktivität muss in Minuten ausgedrückt werden.

Anfangszeit: Zeit, zu der die therapeutische Aktivität beginnt.

Vermerken Sie das **Problem** und das mit dieser therapeutischen Aktivität angestrebte **Ziel**.

Häufigkeitsnormen

Zwei (2) mal pro Woche für einen Bewohner, der ein Problem aufweist, für das eine therapeutische Aktivität, **individuell oder in der Gruppe**, von Nutzen wäre.

Anmerkungen

Diese Art von Aktivität hat kein unterhaltendes sondern ein **therapeutisches** Ziel.

Siehe auch Individuelle unterhaltende Aktivität
Therapeutische Aktivität in der Gruppe

Sozial-therapeutischer Ausgang: individuell

Ziel

Selbstachtung fördern.

Dem Bewohner helfen, sich mit seinen Verhaltensproblemen auseinanderzusetzen.

Dem Bewohner helfen sich selbst zu kennen und sich seiner selbst bewusst zu werden.

Interaktionsfähigkeit mit der physischen und geistigen Umwelt erhalten oder erhöhen.

Soziale Integration in die Gemeinschaft fördern oder erleichtern.

Dem Bewohner ermöglichen einen Sinn für Selbständigkeit zu entwickeln.

Beschreibung

Eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen.

Den Bewohner während der gesamten Dauer des therapeutischen Ausgangs begleiten.

Hinweise

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Ort des Ausgangs an.

Vervollständigen Sie folgende Informationen:

- Tag:** der Tag, an dem der Ausgang stattfindet.
Dauer (Minuten): die Dauer des therapeutischen Ausgangs muss in Minuten ausgedrückt.
Anfangszeit: Zeit, zu der der therapeutische Ausgang beginnt.

Vermerken Sie das **Problem** und das mit diesem individuellen Ausgang angestrebte **Ziel**.

Häufigkeitsnormen

Ein (1) mal pro Woche für einen Bewohner, der ein Problem aufweist, für das ein therapeutischer Ausgang, **individuell oder in der Gruppe**, von Nutzen wäre.

Anmerkungen

Diese Art von Aktivität hat kein unterhaltendes sondern ein **therapeutisches** Ziel.

.

Unterhaltende Gruppenaktivität

Ziel

Integration in eine Gruppe erleichtern
Dem Bewohner ermöglichen sich abzulenken.

Beschreibung

Anwesenheit der Teilnehmer überprüfen.
Eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen.
Die unterhaltende Aktivität leiten oder
den Bewohner begleiten und ihm während der ganzen Dauer der unterhaltenden Aktivität helfen, z.B.:

- Lotto, Kartenspiele, Film;
- handwerkliche Arbeiten (Stricken, Schreiner, Gärtnern);
- soziales Beisamensein;
- Kino, Ausgang in die Stadt;
- sonstige.

Aktivität beenden.

Hinweise

Wählen Sie aus der Liste der **unterhaltenden Gruppenaktivitäten** diejenigen, die am Besten den Bedürfnissen des Bewohners entsprechen.

Jede der gewählten Aktivitäten beinhaltet folgende Informationen:

Anzahl an Pflegepersonen:

es handelt sich um die **erforderliche** Anzahl an Pflegepersonal des Wohnbereichs (oder der Einrichtung) und der Animation oder der ehrenamtlichen Helfer, die die Aktivität leiten oder den Bewohner während **der gesamten Dauer** der Aktivität begleiten. Diese Zahl kann 0 sein, wenn keine Pflegeperson des Wohnbereichs während der unterhaltenden Aktivität anwesend ist.

Dauer (Minuten):

die Dauer der unterhaltenden Aktivität wird in Minuten ausgedrückt.

Anzahl an Teilnehmern:

die Anzahl der Bewohner **des Wohnbereichs (oder der Einrichtung)**, die an der unterhaltenden Aktivität teilnehmen.

Anfangszeit

Zeit, zu der die unterhaltende Aktivität beginnt.

Häufigkeitsnormen

Drei (3) mal pro Woche unabhängig davon ob die Aktivität **individuell oder in der Gruppe** stattfindet.

Therapeutische Aktivität in der Gruppe

Ziel

Selbstachtung fördern.

Soziale Integration fördern.

Dem Bewohner helfen, sich mit seinen Verhaltensproblemen auseinanderzusetzen.

Dem Bewohner helfen, durch Interaktionen mit den anderen, sich selbst zu kennen und sich seiner selbst bewusst zu werden.

Psychomotorische Funktionen erhalten oder erhöhen.

Interaktionsfähigkeit mit der physischen und geistigen Umwelt erhalten oder erhöhen.

Beschreibung

Anwesenheit der Teilnehmer überprüfen.

Eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen.

Die therapeutische Aktivität leiten oder

den Bewohner begleiten und ihm während **der ganzen Dauer** der therapeutischen Aktivität helfen, z.B.:

- Realitätsorientierungstraining;
- Sensorische Stimulation;
- Musiktherapie;
- therapeutische Beziehung;
- therapeutisches Töpfern, Malen, Schreiner;
- therapeutische Gemeinschaftstreffen;
- therapeutisches Schwimmen, Körpertraining Ballspielen;
- sonstige.

Aktivität beenden.

Hinweise

Wählen Sie aus der Liste der **therapeutischen Gruppenaktivitäten** diejenigen, die am Besten den Bedürfnissen des Bewohners entsprechen.

Jede der gewählten Aktivitäten beinhaltet folgende Informationen:

Anzahl an Pflegepersonen:

es handelt sich um die **erforderliche** Anzahl an Pflegepersonal des Wohnbereichs (oder der Einrichtung) und der Animation oder der ehrenamtlichen Helfer, die die Aktivität leiten oder den Bewohner während **der ganzen Dauer** der Aktivität begleiten. Diese Zahl kann 0 sein, wenn keine Pflegeperson des Wohnbereichs während der unterhaltenden Aktivität anwesend ist.

Dauer (Minuten):

die Dauer der therapeutischen Aktivität wird in Minuten ausgedrückt.

Anzahl an Teilnehmern:

die Anzahl der Bewohner **des Wohnbereichs (oder der Einrichtung)**, die an der therapeutischen Aktivität teilnehmen.

Anfangszeit

Zeit, zu der die therapeutische Aktivität beginnt.

Vermerken Sie das **Problem** und das mit dieser therapeutischen Aktivität angestrebte **Ziel**.

Häufigkeitsnormen

Zwei (2) mal pro Woche für einen Bewohner, der ein Problem aufweist, für das eine therapeutische Aktivität, **individuell oder in der Gruppe**, von Nutzen wäre.

Anmerkungen

Diese Art von Aktivität hat kein unterhaltendes sondern ein **therapeutisches** Ziel.

Sozial-therapeutischer Ausgang in der Gruppe

Ziel

Soziale Integration in die Gemeinschaft fördern oder erleichtern.
Dem Bewohner ermöglichen einen Sinn für Selbständigkeit zu entwickeln.

Beschreibung

Anwesenheit der Teilnehmer überprüfen.
Aufbrechen zur Aktivität
Eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen.
Den therapeutischen Gruppenausgang leiten.

- Kino;
- Veranstaltung;
- Einkaufen;
- kulturelle Veranstaltungen;
- Bank, Polizeidienststelle, Vormundschaftsdienststelle;
- Wohnungssuche;
- sonstige.

Rückkehr zum Wohnbereich.

Hinweise

Wählen Sie aus der Liste der **therapeutischen Gruppenausgänge** denjenigen, der am Besten den Bedürfnissen des Bewohners entspricht.

Jeder gewählte Ausgang beinhaltet folgende Informationen:

Anzahl an Pflegepersonen:

es handelt sich um die **erforderliche** Anzahl an Pflegepersonal des Wohnbereichs (oder der Einrichtung) und der Animation oder der ehrenamtlichen Helfer, die Ausgang leiten oder den Bewohner während **der ganzen Dauer** des Ausgangs begleiten.

Dauer (Minuten):

die Dauer des therapeutischen Ausgangs wird in Minuten ausgedrückt.

Anzahl an Teilnehmern:

die Anzahl der Bewohner **des Wohnbereichs (oder der Einrichtung)**, die an dem therapeutischen Ausgang teilnehmen.

Anfangszeit

Zeit, zu der der therapeutische Ausgang beginnt.

Vermerken Sie das **Problem** und das mit diesem therapeutischen Ausgang angestrebte **Ziel**.

Häufigkeitsnormen

Ein (1) mal pro Woche für einen Bewohner, der ein Problem aufweist, für das ein therapeutischer Ausgang, **individuell oder in der Gruppe**, von Nutzen wäre.

Anmerkungen

Diese Art des Ausgangs hat kein unterhaltendes sondern ein **therapeutisches Ziel**.

Siehe auch Unterhaltende Gruppenaktivität

Schulung (Bewohner oder Angehörige)

Ziel

Lernprozesse des Teilnehmers, je nach seinen Fähigkeiten, erleichtern.
Selbständigkeit erhalten oder erhöhen.

Beschreibung

Ggf. das Material für die Schulung vorbereiten.
Dem (den) Bewohner(n) oder seinem (seinen) Angehörigen die Schulung geben.

Hinweise

Kreuzen Sie den (die) Tag(e) an, an denen dem (den) Bewohner (n) und/oder der Familie die Schulungsperiode(n) gegeben wird (werden).

Vervollständigen Sie folgende Informationen :

Anzahl der Pflegepersonen:

es handelt sich hier um die Anzahl der erforderlichen Pflegepersonen der **Wohneinheit**, die die Schulung leiten oder die den Bewohner während der **gesamten Dauer** der Schulung begleiten.

Dauer (Minuten):

die Dauer der Schulungsperiode. Diese Zeit muss in Minuten ausgedrückt werden.

Anzahl Teilnehmer:

die Anzahl der Bewohner der **Wohneinheit**, die an der Schulungsperiode teilnehmen (Familienangehörige nicht mitzählen). Wird die Schulung Familienangehörigen eines Bewohners oder mehreren Bewohnern, in Abwesenheit des Bewohners/der Bewohner gegeben, tragen Sie die Anzahl der betroffenen Bewohner ein.

Anfangszeit:

Zeit zu der die Schulung beginnt.

Geben Sie an der dafür vorgesehenen Stelle das **Thema** der Schulungsperiode an.

Anmerkungen

Allgemeine Informationen, die dem Bewohner im Zusammenhang mit einer Pflegemaßnahme gegeben werden, werden nicht als Schulung angesehen.

Schulung (Bewohner oder Angehörige)

Ziel

Lernprozesse des Teilnehmers, je nach seinen Fähigkeiten, erleichtern.
Selbständigkeit erhalten oder erhöhen.

Beschreibung

Ggf. das Material für die Schulung vorbereiten.
Dem (den) Bewohner(n) oder seinem (seinen) Angehörigen die Schulung geben.

Hinweise

Kreuzen Sie den (die) Tag(e) an, an denen dem (den) Bewohner (n) und/oder der Familie die Schulungsperiode(n) gegeben wird (werden).

Vervollständigen Sie folgende Informationen :

Anzahl der Pflegepersonen:

es handelt sich hier um die Anzahl der erforderlichen Pflegepersonen der **Wohneinheit**, die die Schulung leiten oder die den Bewohner während der **gesamten Dauer** der Schulung begleiten.

Dauer (Minuten):

die Dauer der Schulungsperiode. Diese Zeit muss in Minuten ausgedrückt werden.

Anzahl Teilnehmer:

die Anzahl der Bewohner der **Wohneinheit**, die an der Schulungsperiode teilnehmen (Familienangehörige nicht mitzählen). Wird die Schulung Familienangehörigen eines Bewohners oder mehreren Bewohnern, in Abwesenheit des Bewohners/der Bewohner gegeben, tragen Sie die Anzahl der betroffenen Bewohner ein.

Anfangszeit:

Zeit zu der die Schulung beginnt.

Geben Sie an der dafür vorgesehenen Stelle das **Thema** der Schulungsperiode an.

Anmerkungen

Allgemeine Informationen, die dem Bewohner im Zusammenhang mit einer Pflegemaßnahme gegeben werden, werden nicht als Schulung angesehen.

Funktionelle physische Bilanz

Ziel

Pflegeplanung individualisieren

Beschreibung

Das zur Durchführung der physischen Bilanz notwendige Material vorbereiten (Formular, Gerät, Bewertungsraster).

Sammeln der Angaben, die es ermöglichen den Verlust an Selbständigkeit, in Bezug auf verschiedene physische Funktionen, zu messen.

Ergebnisse analysieren und den Betreuungsplan ausarbeiten.

Hinweise

Kreuzen Sie den Tag und die Zeit an, zu denen die funktionelle physische Bilanz von der Pflegefachkraft durchgeführt wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle **das Ereignis** mit seinem **Datum** an, das der Grund für diese Bilanz ist sowie die **evaluierten physischen Funktionen**.

Funktionelle psychische Bilanz

Ziel

Pflegeplanung durch die Analyse von Faktoren, die zum Erhalt des funktionellen Status des Bewohners beitragen, individualisieren.

Beschreibung

Mittels eines Fragebogens sammeln von Angaben, die es ermöglichen zu verstehen wie problematische Verhaltensweisen zum Verlust der Selbständigkeit des Bewohners beitragen.

Passende, korrigierende Antworten festlegen.

Hinweise

Kreuzen Sie die Anzahl der in den nächsten sechs (6) Monaten erforderlichen Bilanzen an.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle das **Problem** an, das der Grund für die funktionelle psychische Bilanz ist.

Selbstanwendung eines Tests

Ziel

Eine objektive Bilanz der Fähigkeiten des Bewohners erhalten, um einen adäquaten Betreuungsplan zu erstellen.

Das therapeutische Programm oder das Rehabilitationsprogramm individualisieren.

Psychischen Dekompensationen vorbeugen.

Ein klinisches Problem bestätigen.

Beschreibung

Das für den Test nötige Material vorbereiten.

Dem Bewohner das Funktionieren des Tests erklären.

Dem Bewohner die nötige Zeit lassen, um den Test durchzuführen.

Ggf. den für die Pflegefachkraft reservierten Abschnitt vervollständigen.

Die Antworten kontrollieren.

Die Analyse vornehmen und Schlussfolgerungen ziehen.

Ggf. den Bewohner über die Ergebnisse informieren.

Hinweise

Kreuzen Sie die Anzahl der in den nächsten sechs (6) Monaten erforderlichen Tests an.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den **Namen** des (der) erforderlichen Tests an und das was er (sie) **misst**(messen).

Test durch Beobachtung

Ziel

Eine objektive Bilanz der Fähigkeiten des Bewohners erhalten, um einen adäquaten Betreuungsplan zu erstellen.

Das therapeutische Programm oder das Rehabilitationsprogramm individualisieren.

Psychischen Dekompensationen vorbeugen.

Ein klinisches Problem bestätigen.

Beschreibung

Ein Formular (Skala, Punkteergebnis, Tabelle) ohne die Anwesenheit des Bewohners vervollständigen, nachdem man ihn zu gegebenen Zeiten während des Tages beobachtet hat.

Ggf. aufeinanderfolgende Evaluationen vergleichen.

Die Analyse vornehmen und Schlussfolgerungen ziehen.

Ggf. den Bewohner über die Ergebnisse informieren.

Hinweise

Kreuzen Sie die Anzahl der in den nächsten sechs (6) Monaten erforderlichen Test(s) an.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle, den **Namen** des (der) erforderlichen Tests an und das was er (sie) **misst** (messen).

Anwendung eines Tests unter ständiger Anwesenheit

Ziel

Eine objektive Bilanz der Fähigkeiten des Bewohners erhalten, um einen adäquaten Betreuungsplan zu erstellen.

Das therapeutische Programm oder das Rehabilitationsprogramm individualisieren.

Psychischen Dekompensationen vorbeugen.

Ein klinisches Problem bestätigen.

Beschreibung

Das für den Test notwendige Material vorbereiten (Formular, Video).

Den Bewohner den Test machen lassen.

Ggf. den für die Pflegefachkraft reservierten Abschnitt vervollständigen.

Die Analyse vornehmen und Schlussfolgerungen ziehen.

Ggf. den Bewohner über die Ergebnisse informieren.

Hinweise

Kreuzen Sie die Anzahl der in den nächsten sechs (6) Monaten erforderlichen Tests an.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle, den **Namen** des (der) erforderlichen Tests an und das was er (sie) **misst** (messen).

Evaluation des Vertrags

Ziel

Verhaltensweise(n) verändern.

Beschreibung

Auf der Basis der im Vertrag ausgearbeiteten Regeln die Bilanz des Tages oder der vergangenen Tage ziehen.

Sich versichern, dass der Bewohner seine Auto-Evaluation durchführt und diese mit der Evaluation der Pflegefachkraft vergleichen.

Falls nötig, über die Belohnung(en) verhandeln.

Hinweise

Kreuzen Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der Evaluation des Vertrags an.

Geben Sie an der vorgegebenen Stelle die Verhaltensweise(en) an, die der Vertrag zum **Ziel** hat.

Gestaltung des Programmes

Ziel

Wiedereingliederung des Bewohners in die Gesellschaft, in dem man:

- Seine soziale Selbständigkeit erhöht.
- Das von der Gesellschaft erwartete Verhalten bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) verständlich macht.
- Ein inadäquates soziales Verhalten modifiziert.

Beschreibung

Zu Beginn des Treffens eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen.

Mit dem Bewohner ein Rehabilitationsprogramm (Tag-Zeitplan) ausarbeiten, das einige der folgenden Bereiche betrifft:

- Körperpflege;
- Haushalt;
- Finanzen;
- Freizeitbeschäftigung;
- Behördengänge;
- soziale und berufliche Aktivitäten;
- sonstiges.

Entsprechend der Situation des Bewohners, seiner Rolle und seinen Grenzen auf familiärer, sozialer und beruflicher Ebene handeln.

Daten zur Evaluation des Programmes festlegen.

Hinweise

Kreuzen Sie die Anzahl der in den nächsten sechs (6) Monaten erforderlichen Gestaltungen des Programmes an.

Kreuzen Sie die in den nächsten sechs (6) Monaten **möglichen, geeigneten Bereiche** an.

Siehe auch Verwaltung des Programmes
Evaluation des Programmes

Verwaltung des Programmes

Ziel

Wiedereingliederung des Bewohners in die Gesellschaft, in dem man:

- Seine soziale Selbständigkeit erhöht.
- Das von der gesellschaft erwartete Verhalten bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) verständlich macht.
- Ein inadäquates soziales Verhalten modifiziert.

Beschreibung

Periodische Bilanz des Programmes erstellen.

Falls nötig das Programm korrigieren und den behandelnden Arzt davon in Kenntnis setzen.

Hinweise

Kreuzen Sie die Anzahl der pro Monat erforderlichen Verwaltungen des Programmes an.

Siehe auch Gestaltung des Programmes
Evaluation des Programmes

Evaluation des Programmes

Ziel

Wiedereingliederung des Bewohners in die Gesellschaft, in dem man:

- Seine soziale Selbständigkeit erhöht.
- Das von der gesellschaft erwartete Verhalten bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) verständlich macht.
- Ein inadäquates soziales Verhalten modifiziert.

Beschreibung

Bilanz ziehen, seit der letzten Evaluation, auf Grund der Kriterien, die bei der Gestaltung des Programmes bestimmt wurden. Ggf. Vorschläge für den oder die nächsten Tage machen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit der Evaluation des Rehabilitationsprogrammes.

Siehe auch Gestaltung des Programmes
Verwaltung des Programmes

Ziel

Behandlung den Bedürfnissen des Bewohners anpassen.

Beschreibung

Dem Arzt alle Informationen bezüglich der Behandlung des Bewohners übermitteln.

Den Bewohner ermutigen seine Probleme auszusprechen und Fragen zu stellen.

Auf Abweichungen, Schwierigkeiten und Probleme, die seit der letzten Besprechung aufgetreten sind, aufmerksam machen. Auf Verhaltensprobleme, klinische Symptome, Nebenwirkungen von Medikamenten, Beschwerden des Bewohners oder seiner Angehörigen usw. hinweisen.

Spezifische Beobachtungen, z. B. "Tag-Nacht-Rhythmus", mitteilen.

Veränderungen, Anpassungen, Strategien vorschlagen.

Ärztliche Anordnungen aufschreiben.

Hinweise

Kreuzen Sie die Anzahl der in den nächsten sechs (6) Monaten **vorgesehenen** Besprechungen an.

Koordinationsbesprechung in Anwesenheit der Person

Ziel

Die Kohärenz der multidisziplinären Betreuung verbessern.

Beschreibung

Die beteiligten Personen versammeln.

Die Interventionsbereiche eines Jeden definieren.

Mit dem Bewohner über Kommunikationsprobleme diskutieren.

Ggf. den Bewohner mit den im multidisziplinären Team induzierten Kommunikationsproblemen konfrontieren.

Hinweise

Kreuzen Sie die Anzahl der in den nächsten sechs (6) Monaten erforderlichen Besprechungen an.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle, das **Problem** an, worauf sich die Besprechung aufbaut.

Pflegebereich « Atmung »

Freimachen der Atemwege

Luftbefeuchter

[Luftbefeuchter](#)

Atemübungen

[Spirometer](#)

[Übungen zum Abhusten](#)

Physiotherapeutische Atemübungen

[Abklopfen](#)

[Drainagelagerung](#)

[Vibro-Massage](#)

Aerosoltherapie

[Aerosoltherapie](#)

Absaugen von Sekret

[Absaugen von Sekret über den Mund](#)

[Absaugen von Sekret über die Nase](#)

[Absaugen von Sekret intratracheal](#)

Unterstützte Atmung

[Sauerstoff \(selbständiger Bewohner\), Funktions- und Materialkontrolle](#)

[Sauerstoff über Nasensonde, Kunststoffmaske, Brille, Gesichtszelt](#)

Tracheotomie

[Pflege einer Tracheotomie \(Haut, Kanüle, Verband, Kanülenbändchen\)](#)

[Instillation der Tracheotomie](#)

[Tracheotomie: Manschette \(blocken und entblocken\)](#)

Luftbefeuchter

Ziel

Dem Austrocknen der Atemwege und der Bildung von zähem Schleim vorbeugen.

Beschreibung

Funktion des Gerätes überprüfen.

Gerät regelmäßig auffüllen.

Instandhaltung des Gerätes gewährleisten.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) an denen das Gerät kontrolliert und aufgefüllt wird.

Häufigkeitsnormen

Zwei (2) mal in 24 Stunden, wenn der Luftbefeuchter 24 Std./24 in Betrieb ist.

Pflegemodi

Anleiten, beraten: Funktionskontrolle des Gerätes, der Bewohner kann es selbst auffüllen.

Vollständige Hilfe: Gerät kontrollieren und auffüllen.

Spirometer

Ziel

Abhusten von tracheo-bronchialem Sekret erleichtern.
Atemkapazität erhöhen.

Beschreibung

Ggf. Material vorbereiten.
Ggf. den Bewohner während den Übungen beraten und korrigieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Atemübungen mit dem Spirometer.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personals erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds **während der gesamten Dauer** der Atemübungen erforderlich ist.

Siehe auch Übungen zum Abhusten

Übungen zum Abhusten

Ziel

Abhusten von tracheo-bronchialem Sekret erleichtern.
Atemkapazität erhöhen.

Beschreibung

Ggf. Material vorbereiten.
Ggf. den Bewohner während den Übungen zum Abhusten beraten und korrigieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Übungen zum Abhusten.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personals erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds **während der gesamten Dauer** der Übungen zum Abhusten erforderlich ist.

Siehe auch Spirometer

Abklopfen

Ziel

Ableiten von tracheo-bronchialem Sekret erleichtern.
Atemkapazität erhöhen.

Beschreibung

Physiotherapeutische Atemübungen durchführen
oder

neben dem Bewohner eine ständige Anwesenheit gewährleisten während die Behandlung von einer anderen
Fachkraft des Gesundheitswesens durchgeführt wird.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Abklopfungen.

Drainagelagerung

Ziel

Ableiten von tracheo-bronchialem Sekret erleichtern.
Atemkapazität erhöhen.

Beschreibung

Physiotherapeutische Atemübungen durchführen
oder

neben dem Bewohner eine ständige Anwesenheit gewährleisten während die Behandlung von einer anderen
Fachkraft des Gesundheitswesens durchgeführt wird.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Drainagelagerungen.

Vibro-Massage

Ziel

Ableiten von tracheo-bronchialem Sekret erleichtern.
Atemkapazität erhöhen.

Beschreibung

Physiotherapeutische Atemübungen durchführen
oder

neben dem Bewohner eine ständige Anwesenheit gewährleisten während die Behandlung von einer anderen
Fachkraft des Gesundheitswesens durchgeführt wird.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Vibro-Massagen.

Aerosoltherapie

Ziel

Ein Medikament über die Atemwege verabreichen.
Belüftung der Lungen erhöhen.
Auswurf von tracheo-bronchialem Sekret erleichtern.

Beschreibung

Ggf. Medikament(e) vorbereiten und in das Gerät füllen.
Funktionsfähigkeit des Gerätes kontrollieren.
Gerät reinigen.
Den Bewohner im Umgang mit dem Material und während der Behandlung anleiten.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Aerosoltherapie.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personals erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds **während der gesamten Dauer** der Aerosoltherapie erforderlich ist.

Geben Sie an der dafür vorgesehenen Stelle den Namen des (der) Medikamentes(e) an.

Anmerkungen

Wenn zwei oder mehrere medikamentöse Produkte **gleichzeitig verabreicht werden**, dann vermerken Sie die Intervention nur ein Mal und geben die Namen aller verabreichten Produkte an. Wenn zwei oder mehr Medikamente verschrieben sind, diese aber **nicht gleichzeitig verabreicht werden können**, dann vermerken Sie eine Intervention pro Medikament.

Siehe auch (TRP, INH) Medikament : über die Schleimhaut

Absaugen von Sekret über den Mund

Ziel

Atemwege von tracheo-bronchialem Sekret befreien.
Hustenreflex anregen.

Beschreibung

Handschuhe anziehen.
Sekret über den Mund absaugen.
Ruhezeiten zwischen jedem Absaugen einhalten.
Sekretbehälter reinigen, falls nötig.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Absaugens von Sekret.

Pflegemodi

Anleiten, beraten: Das nötige Material dem Bewohner oder einer anderen Fachkraft des Gesundheitswesens zur Verfügung stellen, ggf. Sekretbehälter reinigen.

Vollständige Hilfe: Sekret des Bewohners absaugen.

Siehe auch Absaugen von Sekret über die Nase
Absaugen von Sekret intratracheal

Absaugen von Sekret über die Nase

Ziel

Atemwege von tracheo-bronchialen Sekret befreien.
Hustenreflex anregen.

Beschreibung

Handschuhe anziehen.
Sekret über die Nase absaugen.
Ruhezeiten zwischen jedem Absaugen einhalten.
Sekretbehälter reinigen, falls nötig.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Absaugens von Sekret.

Pflegemodi

Anleiten, beraten: Das nötige Material dem Bewohner oder einer anderen Fachkraft des Gesundheitswesens zur Verfügung stellen, ggf. Sekretbehälter reinigen.

Vollständige Hilfe: Sekret des Bewohners absaugen.

Siehe auch Absaugen von Sekret über den Mund
Absaugen von Sekret intratracheal

Absaugen von Sekret intratracheal

Ziel

Atemwege von tracheo-bronchialen Sekret befreien.
Hustenreflex anregen.

Beschreibung

Handschuhe anziehen.
Sekret intratracheal absaugen.
Ruhezeiten zwischen jedem Absaugen einhalten.
Sekretbehälter reinigen, falls nötig.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Absaugens von Sekret.

Pflegemodi

Anleiten, beraten: Das nötige Material dem Bewohner oder einer anderen Fachkraft des Gesundheitswesens zur Verfügung stellen, ggf. Sekretbehälter reinigen.

Vollständige Hilfe: Sekret des Bewohners absaugen.

Siehe auch Absaugen von Sekret über den Mund
Absaugen von Sekret über die Nase

Sauerstoff (selbständiger Bewohner), Funktions- und Materialkontrolle

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) zu denen die Funktionskontrolle des Gerätes und des Materials vom Pflegepersonal durchgeführt wird.

Anmerkungen

Je nach seinen Bedürfnissen nimmt und entfernt der Bewohner die Sauerstoffmaske oder -brille selbst und er kann auch die Sauerstoffkonzentration richtig regeln.

Siehe auch Sauerstoff über Nasensonde, Kunststoffmaske, Brille, Gesichtszelt

Ziel

Höhere Sauerstoffkonzentration als in der umgebenden Luft zur Verfügung stellen.

Beschreibung

Sauerstoff anschließen.

Befeuchter auffüllen oder Einmalbehälter wechseln.

Sauerstoffkonzentration kontrollieren.

Eisbehälter regelmässig auffüllen.

Hinweise

Es sind drei (3) Arten von Angaben möglich.

○ Ein einziges Intervall während der Woche

Gilt für einen Bewohner, der nur während eines Zeitraums in der Evaluierungswoche Sauerstoff erhalten hat. Dieser Zeitraum konnte sich von einigen Stunden über mehrere Tage erstrecken.

Geben Sie den Tag und die Stunde an zu der der Sauerstoff angebracht wurde und den Tag und die Stunde zu der er wieder entfernt wurde.

Beispiel #1:

Ein Bewohner hat von Dienstag 10:00 Uhr bis Dienstag 22:00 Uhr Sauerstoff erhalten. An den anderen Tagen war eine Sauerstoffgabe nicht nötig.

Beginnt am: Dienstag - 10:00 Uhr.

Endet am: Dienstag - 22:00 Uhr.

Beispiel #2:

Man hat bei einem Bewohner am Mittwoch um 06:00 Uhr Sauerstoff angebracht und am 7. Tag der Evaluation, dem Sonntag, hat der Bewohner noch immer Sauerstoff.

Beginnt am: Mittwoch - 06:00 Uhr

Endet am: Sonntag - 23:00 Uhr

○ Regelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der zu regelmässigen Zeiten, an einem oder mehreren Tagen in der Evaluierungswoche, Sauerstoff erhalten hat.

Geben Sie den (die) Tag(e) an, an denen der Bewohner Sauerstoff erhalten hat, und kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen der Sauerstoff verabreicht wurde.

Beispiel #1:

Ein Bewohner hat am Montag und Mittwoch von 19:00 Uhr bis 23:00 Uhr Sauerstoff erhalten.

Kreuzen Sie die Tage **m,M** und die Zeitkästchen **19,20,21,22** an.

Beispiel #2:

Ein Bewohner hat jede Nacht von 21:00 Uhr bis 06:30 Uhr seinen CPAP wegen Schlafapnee.

Kreuzen Sie alle Tage **m,d,M,D,F,s,S** und die Zeitkästchen **21,22,23,00,01,02,03,04,05,06** an.

○ Unregelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der an einem oder mehreren Tagen Sauerstoff erhielt, aber jeweils zu unterschiedlichen Zeiten.

Auf der Zeile, die dem (den) Tag(en) entspricht, an denen der Bewohner Sauerstoff erhalten hat, kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen der Sauerstoff verabreicht wurde.

Beispiel #1:

Ein Bewohner hat am Montag von 05:00 Uhr bis 09:00 Uhr und von 19:00 Uhr bis 22:30 Uhr Sauerstoff erhalten.

Auf der Zeile, die dem **Montag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **05,06,07,08,19,20,21,22** an.

Beispiel #2:

Ein Bewohner hat am Montag von 09:00 Uhr bis 13:00 Uhr, am Mittwoch und am Donnerstag von 05:00 Uhr bis 08:00 Uhr und am Freitag von 19:00 Uhr bis 02:30 Uhr (Samstag) Sauerstoff erhalten.

Auf der Zeile, die dem **Montag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **09,10,11,12** an.

Auf der Zeile, die dem **Mittwoch** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **05,06,07** an, und auf der Zeile, die dem **Donnerstag** entspricht, kreuzen Sie dieselben Zeitkästchen an.

Und zuletzt, auf der Zeile, die dem **Freitag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **19,20,21,22,23** an und auf der Zeile für **Samstag**, die Kästchen **00,01,02**.

Anmerkungen

Die gesamte Überwachung der Sauerstoffgabe wird vom Pflegepersonal übernommen.

Siehe auch Sauerstoff (selbständiger Bewohner), Funktions- und Materialkontrolle

Pflege einer Tracheotomie (Haut, Kanüle, Verband, Kanülenbändchen)

Ziel

Umfeld der Tracheotomie sauberhalten.
Atemwege freihalten.
Infektionen vorbeugen.

Beschreibung

Hauptpflege im Umfeld der Tracheotomie.
Trachealkanüle reinigen.
Komresse und Kanülenbändchen wechseln.
Lungen auskultieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Tracheotomiepflege.

Häufigkeitsnormen

Ein (1) mal pro 24 Stunden.

Pflegemodi

Anleiten, beraten: Dem Bewohner das zur Tracheotomiepflege nötige Material zur Verfügung stellen.

Teilweise Hilfe: Den Bewohner bei seiner Tracheotomiepflege unterstützen, es kann sich um das Reinigen und Wiedereinsetzen der Kanüle handeln.

Vollständige Hilfe: Alle Pflgetätigkeiten im Zusammenhang mit der Tracheotomiepflege durchführen.

Instillation der Tracheotomie

Ziel

Atemwege freihalten.

Beschreibung

Tracheotomie instillieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Instillationen.

Tracheotomie: Manschette (blocken und entblocken)

Ziel

Durchblutung des Gewebes verbessern.

Beschreibung

Manschette blocken und entblocken.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) zu denen die Manschette **gebloekt** wird.

Medikamente richten

[Selbstmedikation richten](#)

Medikamente richten und verabreichen

oral

[\(PO\) Medikament : oral](#)

enteral

[\(MS\) Medikament über eine Magensonde](#)

örtlich

[\(RECT\) Medikament : rektal](#)

[\(VAG\) Medikament : vaginal](#)

[\(TRP, INH\) Medikament : über die Schleimhaut](#)

[\(PATCH\) Medikament : medikamentöses Pflaster](#)

parenteral

[\(IM\) Medikament : intramuskulär](#)

[\(SC\) Medikament : subkutan](#)

[\(IC\) Medikament : intrakutan](#)

[\(IV\) Medikament : intravenös in einer Infusionslösung](#)

[\(IV\) Medikament : intravenös in einem graduierten Dosierbehälter](#)

[\(IV\) Medikament : intravenös über das Infusionsbesteck](#)

[\(IV\) Medikament : intravenös direkt in eine Vene \(ohne Katheter\)](#)

Selbstmedikation richten

Ziel

Selbständigkeit des Bewohners bezüglich seiner medikamentösen Behandlung fördern.

Beschreibung

Das (die) Medikament(e) erkennen.

Jedes Medikament in den entsprechenden Behälter geben.

Selbstmedikation überwachen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit, an denen die Medikamente für die Selbstmedikation gerichtet werden.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Anzahl der **Medikamente** an, die gerichtet werden.

Anmerkungen

Wenn die Medikamente zur Selbstmedikation monatlich gerichtet werden, dann werden sie nur berücksichtigt, wenn sie während der 7 Beobachtungstage gerichtet wurden.

(PO) Medikament : oral

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und oral verabreichen.

Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Medikamentengabe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten und dem Bewohner aushändigen.

Teilweise Hilfe: Medikament richten, dem Bewohner aushändigen und während der Einnahme anwesend sein.

Vollständige Hilfe: Medikament richten, ggf. Medikament zerkleinern und dem Bewohner das Medikament eingeben.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

(MS) Medikament über eine Magensonde

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und über eine Magensonde verabreichen.
Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Medikamentengabe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten und dem Bewohner aushändigen.

Teilweise Hilfe: Medikament richten, dem Bewohner aushändigen und während der Selbstverabreichung des Medikaments eine Anwesenheit gewährleisten.

Vollständige Hilfe: Medikament richten, ggf. Medikament zerkleinern und über die Magensonde verabreichen.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

(IR) Medikament : rektal

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und rektal verabreichen.

Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Medikamentengabe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten und dem Bewohner aushändigen.

Teilweise Hilfe: Medikament richten, dem Bewohner aushändigen und eine Anwesenheit gewährleisten während sich der Bewohner das Medikament einführt.

Vollständige Hilfe: Medikament richten und rektal verabreichen.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

Siehe auch Darmspülung

(VAG) Medikament : vaginal

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und vaginal verabreichen.

Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Medikamentengabe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten und der Bewohnerin aushändigen.

Teilweise Hilfe: Medikament richten, der Bewohnerin aushändigen und eine Anwesenheit gewährleisten während sich die Bewohnerin das Medikament einführt.

Vollständige Hilfe: Medikament richten und vaginal verabreichen.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

(TRP, INH) Medikament : über die Schleimhaut

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und über die Schleimhaut verabreichen.
Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Medikamentengabe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten und dem Bewohner aushändigen.

Teilweise Hilfe: Medikament richten, dem Bewohner aushändigen und eine Anwesenheit gewährleisten während sich der Bewohner das Medikament verabreicht.

Vollständige Hilfe: Medikament richten und den Bewohner das Medikament inhalieren lassen oder Tropfen einträufeln oder Salbe auftragen.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

Zu dieser Kategorie gehören **Aerosol-Sprays** (Ventolin, Spiriva, sonstige) und **Salbe**, die auf das innere oder äussere Augenlid oder auf die Nasenschleimhaut aufgetragen werden.

(PATCH) Medikament : medikamentöses Pflaster

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Ggf. vorhandenes Pflaster entfernen.

Pflaster richten und applizieren.

Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan an denen das Pflaster **appliziert** wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten und dem Bewohner aushändigen.

Teilweise Hilfe: Medikament richten, dem Bewohner aushändigen und eine Anwesenheit gewährleisten während sich der Bewohner das Pflaster appliziert.

Vollständige Hilfe: Pflaster richten und applizieren.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

Zu dieser Kategorie gehören schmerzlindernde, gefäßerweiternde, sonstige... "Patch". Hier sind auch Spezialpflaster für Hühneraugen und Schwielen vom Typ "Dr Scholl" beinhaltet.

(IM) Medikament : intramuskulär

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und intramuskulär injizieren.

Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Medikamentengabe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten. Die Injektion wird vom Bewohner oder einer Person, die nicht zum Pflegepersonal gehört, durchgeführt.

Vollständige Hilfe: Medikament richten und injizieren.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

Wenn in der **gleichen Spritze zwei (2) Medikamente** verabreicht werden, dann notieren Sie **"2" im Zeitkästchen** oder wiederholen **zwei** mal die Aktion.

(SC) Medikament : subkutan

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und subkutan injizieren.

Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Medikamentengabe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Kreuzen Sie "nein" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "ja" an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der gesamten Dauer** in der die Injektion vom Bewohner oder einer anderen Fachkraft (z.B. Arzt) durchgeführt wird, **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten. Die Injektion wird vom Bewohner oder einer Person, die nicht zum Pflegepersonal gehört, durchgeführt.

Vollständige Hilfe: Medikament richten und injizieren.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

Wenn in der **gleichen Spritze zwei (2) Medikamente** verabreicht werden, dann notieren Sie **"2" im Zeitkästchen** oder wiederholen **zwei** mal die Aktion.

(IC) Medikament : intrakutan

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und intrakutan injizieren.

Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Medikamentengabe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der gesamten Dauer** in der die Injektion vom Bewohner oder einer anderen Fachkraft (z.B. Arzt) durchgeführt wird, **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Medikament richten. Die Injektion wird vom Bewohner oder einer Person, die nicht zum Pflegepersonal gehört, durchgeführt.

Vollständige Hilfe: Medikament richten und injizieren.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

Wenn in der **gleichen Spritze zwei (2) Medikamente** verabreicht werden, dann notieren Sie "**2**" im **Zeitkästchen** oder wiederholen **zwei** mal die Aktion.

(IV) Medikament intravenös in einer Infusionslösung

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und in die Infusionslösung injizieren.
Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.
Einfließen des Medikamentes kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan an denen das Medikament in die Infusionslösung injiziert wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

(IV) Medikament intravenös in einem graduierten Dosierbehälter

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und in den graduierten Dosierbehälter injizieren.
Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.
Einfließen des Medikamentes kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan an denen das Medikament in den graduierten Dosierbehälter injiziert wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

(IV) Medikament intravenös über das Infusionsbesteck

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und über das Infusionsbesteck injizieren.
Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.
Einfließen des Medikamentes kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan an denen das Medikament über das Infusionsbesteck injiziert wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Kreuzen Sie die Menge an, die sich **nach der Verdünnung** in der Spritze befindet.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

(IV) Medikament direkt in eine Vene (ohne Katheter)

Ziel

Adäquate Einnahme des verschriebenen Medikaments gewährleisten.

Beschreibung

Medikament richten und direkt in eine Vene injizieren.

Ggf. Medikament mit einer anderen Pflegefachkraft kontrollieren.

Einfließen des Medikamentes kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan an denen das Medikament direkt in die Vene injiziert wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verschriebenen Medikamentes an.

Kreuzen Sie die Menge an, die sich **nach der Verdünnung** in der Spritze befindet.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** während der gesamten Dauer der Injektion **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der gesamten Dauer**, in der die Injektion des Medikamentes von einer anderen Fachkraft (z.B. Arzt) durchgeführt wird, **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten, motivieren: Spritze richten, die Injektion wird von einer Person, die nicht zum Pflegepersonal (z.B. Arzt) gehört, durchgeführt.

Vollständige Hilfe: Medikament richten und direkt in die Vene injizieren.

Anmerkungen

Für ein Medikament, das bei Bedarf (Medikament in Reserve) verschrieben ist, und das in den sieben (7) Beobachtungstagen nicht verabreicht wurde, vermerken Sie den Namen und kreuzen das Kästchen "nicht erhalten" an.

Siehe auch (IV) Medikament intravenös über das Infusionsbesteck

Pflegebereich « Infusionstherapie »

Infusionstherapie

Infusion legen

Infusion kontrollieren

Infusionslösung wechseln

Infusionsbesteck wechseln

Blut und Blutpräparate

Erste Transfusion und wechseln der Transfusion

Transfusion kontrollieren

Infusion legen

Ziel

Täglichen Bedarf an Wasser, Elektrolyten und Nährstoffen decken.
Medikamentenlösung verabreichen.

Beschreibung

Das zur Infusion nötige Material vorbereiten.
Kanüle oder Katheter i.v. oder s.c. einführen (**eine Vene öffnen**).
Venösen oder subkutanen Zugang fixieren.
Tropfgeschwindigkeit der Infusion einstellen.

Hinweise

Vermerken Sie Tag und Zeit des **Legens** (oder des **Wiederlegens**, zum Beispiel wegen paravenöser Infusion) der Infusion.

Geben Sie die **Körperstelle** an, an der der Katheter gelegt wurde.

Kreuzen Sie die Anzahl der Pflegepersonen des Wohnbereichs an, die zum Legen des Katheters erforderlich sind.

Kontrolle einer Infusion

Ziel

Komplikationen im Zusammenhang mit der intravenösen Behandlung vermeiden.

Beschreibung

Infusionslösung kontrollieren.
Tropfgeschwindigkeit der Infusion einstellen.
Ggf. Infusionspumpe eichen.
Einstichstelle kontrollieren.

Hinweise

Geben Sie den Namen der Infusionslösung an, die infundiert.

Es sind drei (3) Arten von Angaben möglich.

○ Ein einziges Intervall während der Woche

Gilt für einen Bewohner, der nur während eines Zeitraums in der Evaluierungswoche eine Infusion erhalten hat. Dieser Zeitraum konnte sich von einigen Stunden über mehrere Tage erstrecken.

Geben Sie den Tag und die Stunde an, zu der die Infusion begann und den Tag und die Stunde, zu der die Infusion endete.

Beispiel:

Der Bewohner hatte von Mittwoch 13:30 Uhr bis Freitag 06:45 Uhr eine "Glukose" Infusion.

Beginnt am: Mittwoch - 13:00 Uhr

Endet am: Freitag - 06:00 Uhr

○ Regelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der an einem oder mehreren Tagen während der Evaluierungswoche und zu regelmäßigen Zeiten eine Infusion erhalten hat.

Geben Sie den (die) Tag(e) an, an denen der Bewohner eine Infusion erhalten hat.

Kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen sie verabreicht wurde.

Beispiel:

Der Bewohner hatte jeweils Dienstag, Donnerstag und Freitag Nacht eine Infusion. Diese Infusion wurde abends gegen 20:00 Uhr angebracht und morgens gegen 06:30 Uhr entfernt.

Kreuzen Sie die Tage **d,D,F** und die Zeitkästchen **20,21,22,23** an.

Kreuzen sie die Tage **M,F,s** und die Zeitkästchen **00,01,02,03,04,05,06** an.

○ Unregelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der an einem oder mehreren Tagen der Evaluierungswoche eine Infusion erhalten hat, aber zu unterschiedlichen Zeiten.

Auf die Zeile, die dem (den) Tag(en), entspricht, an denen der Bewohner eine Infusion hatte, kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen die Infusion infundiert.

Beispiel:

Der Bewohner hat am Donnerstag von 11:00 Uhr bis 13:00 Uhr, am Freitag von 10:00 Uhr bis 15:30 Uhr und am Sonntag von 19:00 Uhr bis 22:00 Uhr eine Infusion.

Auf der Zeile, die dem **Donnerstag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **11,12** an.

Auf der Zeile, die dem **Freitag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **10,11,12,13,14,15** an.

Auf der Zeile, die dem **Sonntag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **19,20,21** an.

Anmerkungen

Wenn verschiedene **Arten** von Infusionslösungen verabreicht werden, dann machen Sie pro Art eine Dateneingabe.

Infusionslösung wechseln

Ziel

Elektrolytgleichgewicht erhalten.

Beschreibung

Infusionsflasche oder -beutel wechseln.

Tropfgeschwindigkeit einstellen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Wechsels der Infusionsflaschen oder -beutel.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen der verabreichten Infusionslösung an.

Anmerkungen

Wenn verschiedene **Arten** von Infusionslösungen verabreicht werden, dann machen Sie pro Art eine Dateneingabe.

Siehe auch Kontrolle einer Infusion

Infusionsbesteck wechseln

Ziel

Komplikationen im Zusammenhang mit der intravenösen Behandlung vermeiden.

Beschreibung

Infusionsbesteck wechseln (ohne Kanülen- oder Katheterwechsel).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Wechsels des Infusionsbestecks.

Erste Transfusion oder wechseln der Transfusion

Ziel

Optimales Blutvolumen erhalten oder erreichen.
Nötige Blutbestandteile verabreichen.

Beschreibung

Begleitpapiere und Etiketten kontrollieren.
Tropfgeschwindigkeit der Transfusion einstellen.
Den Bewohner während der ersten fünfzehn (15) Minuten der Transfusion ständig überwachen.
Transfusionsbeutel oder -flasche wechseln.
Transfusion entfernen.
Das verwendete Material nach Vorschrift entsorgen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Anbringens der ersten Transfusion und des Wechsels der Transfusion.

Anmerkungen

Wenn zur Verabreichung der Transfusion ein peripherer Venenkatheter gelegt werden muss, dann beziehen Sie sich auf die Intervention "*Infusion legen*".

Siehe auch Infusion legen
Transfusion kontrollieren.

Transfusion kontrollieren.

Ziel

Komplikationen im Zusammenhang mit einer Transfusion vermeiden.

Beschreibung

Mindestens alle zwanzig (20) Minuten kontrollieren von:

- Tropfgeschwindigkeit;
- Einstichstelle;
- Reaktionen des Bewohners.

Hinweise

Geben Sie das verabreichte Blutprodukt an.

Es sind drei (3) Arten von Angaben möglich.

Ein einziges Intervall während der Woche

Gilt für einen Bewohner, der nur während eines Zeitraums in der Evaluierungswoche eine Transfusion erhalten hat. Dieser Zeitraum konnte sich von einigen Stunden über mehrere Tage erstrecken.

Geben Sie den Tag und die Stunde an, zu der die Transfusion begann und den Tag und die Stunde, zu der die Transfusion endete.

Beispiel:

Der Bewohner hat am Mittwoch von 13:00 Uhr bis 15:30 Uhr eine Transfusion erhalten.

Beginnt am: Mittwoch - 13:00 Uhr

Endet am: Mittwoch - 15:00 Uhr.

Regelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der an einem oder mehreren Tagen während der Evaluierungswoche und zu regelmäßigen Zeiten eine Transfusion erhalten hat.

Geben Sie den (die) Tag(e) an, an denen der Bewohner eine Transfusion erhalten hat.

Kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen sie verabreicht wurde.

Beispiel:

Der Bewohner hat am Montag und Dienstag von 14:00 Uhr bis 16:30 Uhr eine Transfusion erhalten.

Kreuzen Sie die Tage **m,d** und die Zeitkästchen **14,15,16** an.

○ Unregelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Gilt für einen Bewohner, der an einem oder mehreren Tagen der Evaluierungswoche eine Transfusion erhalten hat, aber zu unterschiedlichen Zeiten.

Auf die Zeile, die dem (den) Tag(en), entspricht, an denen der Bewohner eine Transfusion hatte, kreuzen Sie die Zeit(en) an, zu denen die Transfusion infundierte.

Beispiel:

Der Bewohner hat am Donnerstag von 10:00 Uhr bis 13:00 Uhr und am Freitag von 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr eine Transfusion erhalten.

Auf der Zeile, die dem **Donnerstag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **10,11,12** an.

Auf der Zeile, die dem **Freitag** entspricht, kreuzen Sie die Zeitkästchen **13,14,15** an.

Dialyse

Peritonealdialyse: kontinuierliche ambulante

Magensonde legen

Magensonde legen

Drainage

Freie Drainage

Heberdrainage

Saugdrainage

Sonde oder Drain öffnen/schließen

Sonde oder Drain öffnen/schließen

Spülung

Scheidenspülung

Spülung der äußeren Genitale

Ohrspülung

Magenspülung

Prothese/Orthese/Strümpfe/Bandage

Hörgerät

Einsetzen, Einstellen eines Hörgeräts

Entfernen eines Hörgeräts

Augenschale oder Augenprothese

Augenschale anlegen oder Augenprothese einsetzen

Augenschale entfernen oder Augenprothese herausnehmen

Kompressionsstrümpfe

Kompressionsstrümpfe anziehen

Kompressionsstrümpfe ausziehen

Bandage

Kompressionsverband an den Beinen anlegen

Kompressionsverband an den Beinen entfernen

Bandage anlegen (sonstige)

Bandage anlegen (sonstige)

Prothese oder orthopädische Orthese

Prothese oder orthopädische Orthese anlegen

Prothese oder orthopädische Orthese entfernen

Korsett für HWS oder BWS/LWS Bereich

Korsett für HWS oder BWS/LWS Bereich anlegen

Korsett für HWS oder BWS/LWS Bereich entfernen

Rollstuhlzusätze

Rollstuhlzusätze montieren

Rollstuhlzusätze demontieren

Dermatologische Pflege, Wundbehandlung und Verband

Wundbehandlung

- Fäden oder Klammern entfernen
- Wunddrain einlegen
- Wundspülung
- Wunde an der Luft reinigen und desinfizieren
- Vulva oder Skrotum desinfizieren
- Therapeutische Lampe
- Wundexzision mit Pinzette und Schere

Verband

- Tamponade oder Verband entfernen
- Einfacher Verband
- Aseptischer Verband
- Aseptischer Verband - verstärken
- Verband mit Wundsekret
- Verband zur Hautregeneration

Dermatologische Pflege

- Salbe auftragen ohne Umschlag
- Salbe auftragen mit Umschlag

Sonstige Pflegeaktionen

- Arm-, Hand-, Fußbad
- Sitzbad
- Eisbeutel oder Wärmflasche
- Nasentamponade

Infektionskontrolle

- Begrenzte Schutzmaßnahmen
- Erweiterte Isolierung

Peritonealdialyse: kontinuierliche ambulante

Ziel

Ausscheidung von toxischen Substanzen und Stoffwechselabbauprodukten über peritonealem Weg bei einem Bewohner mit einer akuten oder chronischen Nierenerkrankung.

Beschreibung

Material wechseln (Infusionsbesteck, Katheter, Drainagebeutel etc.)

Ggf. ein zusätzliches Infusionsbesteck anschließen.

Katheteradapter anpassen.

Dialyselösungen vorbereiten.

Ggf. Medikamente zufügen.

Funktion der Dialyse überwachen.

Sammelbehälter entleeren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan von jedem Zyklus.

Pflegemodi

Anleiten: Das zur Dialyse nötige Material vorbereiten und geben.

Teilweise Hilfe: Dialyse vorbereiten und anschließen; der Bewohner kann den Sammelbehälter selbst entleeren.

Vollständige Hilfe: Dialyse vorbereiten und anschließen; das Funktionieren der Dialyse kontrollieren und den Sammelbehälter entleeren.

Magensonde legen

Ziel

Medikamente oder Nahrung verabreichen.
Eine Probe des Mageninhalts entnehmen.

Beschreibung

Körperstelle desinfizieren.
Sonde einführen.
Sonde fixieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Legens der Magensonde.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** während des des Legens der Magensonde **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Material vorbereiten; der Bewohner führt die Magensonde selbst ein oder sie wird nicht vom Pflegepersonals sondern von einer anderen Person, zum Beispiel dem Arzt, gelegt.

Vollständige Hilfe: Magensonde legen.

Freie Drainage

Ziel

Ableitung von Flüssigkeitsansammlungen aus einer Wunde, einer Körperhöhle oder einem Organ erleichtern.

Beschreibung

Drainageschlauch fixieren.

Drainagebeutel oder -flasche entleeren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht das **Entleeren** des Drainagebeutels oder der Drainageflasche erforderlich ist.

Geben Sie an, um welche Art von Drain oder Sonde es sich bei der freien Drainage handelt.

Heberdrainage

Ziel

Ableitung von Flüssigkeitsansammlungen aus einer Wunde, einer Körperhöhle oder einem Organ erleichtern.

Beschreibung

Drainageschlauch und Drainageflasche fixieren.

Drainageflasche entleeren.

Ggf. die Drainageflasche mit Wasser auffüllen.

Funktionieren der Drainage kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht die **Kontrolle** des Drainagesystems erforderlich ist.

Geben Sie an, um welche Art von Drain es sich bei der Heberdrainage handelt.

Saugdrainage

Ziel

Ableitung von Flüssigkeitsansammlungen aus einer Wunde, einer Körperhöhle oder einem Organ erleichtern.

Beschreibung

Drainageschlauch fixieren.

Druck des Gerätes einstellen.

Funktionieren des Gerätes und der Drainage kontrollieren.

Drainageflasche entleeren, reinigen und ausspülen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht die **Kontrolle** des Drainagesystems erforderlich ist.

Geben Sie an, um welche Art von Drain es sich bei der Saugdrainage handelt.

Sonde oder Drain öffnen/schließen

Ziel

Blasentraining.
Magenperistaltik überprüfen.

Beschreibung

Sonde oder Drain schließen.
Sonde oder Drain öffnen.
Sonde oder Drain ableiten.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht das **Öffnen** der Sonde oder des Drains erforderlich ist.

Das Öffnen beinhaltet das Schließen.

Geben Sie an welche Sonde oder welcher Drain geöffnet und geschlossen wird.

Scheidenspülung

Ziel

Scheide reinigen oder desinfizieren.

Beschreibung

Spülflüssigkeit vorbereiten.
Spülung mittels einer Sonde oder einer Hohlnadel durchführen.
Spülflüssigkeit abfließen lassen.
Genitalregion abtrocknen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Scheidenspülung.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der gesamten Dauer** der Scheidenspülung **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Spülflüssigkeit vorbereiten und der Bewohnerin geben.
Material aufräumen.

Vollständige Hilfe: Spülung durchführen.

Spülung der äußeren Genitale

Ziel

Eine Wunde des äußeren Genitalbereichs reinigen und desinfizieren.

Beschreibung

Spülflüssigkeit vorbereiten.

Spülflüssigkeit behutsam über den äußeren Genitalbereich fließen lassen.

Genitalbereich mit sterilen Kompressen abtrocknen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Spülung der äußeren Genitale.

Ohrspülung

Ziel

Äußeren Gehörgang reinigen.

Beschreibung

Spülflüssigkeit vorbereiten.

Spülflüssigkeit in das (die) Ohr(en) spritzen.

Abfließen lassen.

Hinweise

Vermerken Sie den Tag und die Zeit der Ohrspülung.

Kreuzen Sie die Anzahl der zu spülenden Ohren an.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der gesamten Dauer** der Ohrspülung **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Das nötige Material vorbereiten und aufräumen; die Ohrspülung wird nicht vom Pflegepersonal sondern, zum Beispiel vom Arzt, durchgeführt.

Vollständige Hilfe: Ohrspülung durchführen.

Magenspülung

Ziel

Eine angemessene Flüssigkeitszufuhr gewährleisten.

Beschreibung

Spülflüssigkeit vorbereiten.

Spülflüssigkeit anschließen und die Tropfgeschwindigkeit einstellen (Beutel, Flasche) oder Spülflüssigkeit injizieren (Spritze).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht die Magenspülung erforderlich ist.

Anmerkungen

Eine Magenspülung, die mit einer Sondenernährung verbunden ist, ist im Bereich der Intervention "*Anbringen und Auswechseln des Beutels mit der Sondennahrung*" berücksichtigt.

Einsetzen, Einstellen eines Hörgeräts

Ziel

Hörproblemen abhelfen.

Beschreibung

Hörgerät einsetzen und einstellen.

Hörgerät reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht das **Einsetzen** oder das **Einstellen** des Hörgerätes erforderlich ist.

Kreuzen Sie an, ob das Einsetzen für (1) Ohr oder für beide (2) Ohren erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** während dem Einsetzen oder dem Einstellen des Hörgerätes **erforderlich** ist.

Selbständig

Die Person setzt ihr Hörgerät selbst ein und stellt es richtig ein.

Pflegemodi

Anleiten: Das (die) Hörgerät(e) geben.

Vollständige Hilfe: Das (die) Hörgerät(e) einsetzen oder einstellen.

Siehe auch Entfernen eines Hörgeräts

Entfernen eines Hörgeräts

Ziel

Hörproblemen abhelfen.

Beschreibung

Hörgerät entfernen.

Hörgerät bei Bedarf reinigen.

Hörgerät aufräumen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht das Hörgerät **entfernt** wird.

Kreuzen Sie an ob ein (1) oder zwei (2) Hörgeräte entfernt werden müssen.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** neben dem Bewohner während dem Herausnehmen des Hörgerätes **erforderlich** ist.

Selbständig

Die Person nimmt ihr Hörgerät selbst heraus und räumt es richtig auf.

Pflegemodi

Anleiten: Das (die) Hörgerät(e) aufräumen.

Vollständige Hilfe: Das (die) Hörgerät(e) entfernen, reinigen und aufräumen.

Siehe auch Einsetzen, Einstellen eines Hörgeräts

Augenschale anlegen oder Augenprothese einsetzen

Ziel

Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.
Dem Auge Ruhe verschaffen, um eine schnelle Heilung zu fördern.

Beschreibung

Augenschale anlegen.
Augenprothese einsetzen.
Augenprothese reinigen.
Kontaktlinsen einsetzen und reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Anlegens** der Augenschale, des **Einsetzens** der Augenprothese oder der Kontaktlinsen.

Kreuzen Sie an, ob das Anlegen/Einsetzen für ein (1) Auge oder beide (2) Augen erforderlich ist.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** neben dem Bewohner während dem Anlegen der Augenschale, dem Einsetzen der Augenprothese oder der Kontaktlinsen **erforderlich** ist.

Selbständig

Die Person legt die Augenschale selbst an, setzt die Augenprothese oder die Kontaktlinsen selbst ein und geht dabei angemessen vor.

Pflegemodi

Anleiten: Augenschale, Augenprothese oder Kontaktlinsen geben.

Vollständige Hilfe: Augenschale anlegen, Augenprothese oder Kontaktlinsen einsetzen.

Siehe auch Augenschale oder Augenprothese entfernen

Augenschale oder Augenprothese entfernen

Ziel

Zur Erfüllung eines positiven Selbstbildes beitragen.
Dem Auge Ruhe verschaffen, um eine schnelle Heilung zu fördern.

Beschreibung

Augenschale entfernen.
Augenprothese entfernen.
Augenprothese reinigen.
Kontaktlinsen entfernen und reinigen.
An einem angemessenen Ort aufräumen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Entfernens** der Augenschale, der Augenprothese oder der Kontaktlinsen.

Kreuzen Sie an ob das Entfernen für ein (1) oder beide (2) Augen gemacht werden müssen.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** neben dem Bewohner während dem Entfernen der Augenschale, der Augenprothese oder der Kontaktlinsen **erforderlich** ist.

Selbständig

Die Person entfernt und reinigt ihre Augenschale, ihre Augenprothese oder ihre Kontaktlinsen angemessen und räumt sie auf.

Pflegemodi

Anleiten: Augenschale, Augenprothese oder Kontaktlinsen aufräumen.

Vollständige Hilfe: Augenschale, Augenprothese oder Kontaktlinsen entfernen, reinigen und bei Bedarf aufräumen.

Siehe auch Augenschale anlegen oder Augenprothese einsetzen

Kompressionsstrümpfe anziehen

Ziel

Venösen Rückfluss aus den unteren Extremitäten fördern.

Beschreibung

Kompressionsstrümpfe anziehen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Anziehens** der Kompressionsstrümpfe.

Kreuzen Sie an, ob ein (1) Strumpf oder zwei (2) Strümpfe angezogen werden müssen.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige Anwesenheit** neben dem Bewohner während dem Anziehen des Strumpfes (den Strümpfen) **erforderlich** ist.

Selbständig

Die Person nimmt und zieht ihre Strümpfe selbst an.

Pflegemodi

Anleiten: Die Kompressionsstrümpfe geben.

Vollständige Hilfe: Die Kompressionsstrümpfe anziehen.

Siehe auch Kompressionsstrümpfe ausziehen
Kompressionsverband an den Beinen anlegen.

Kompressionsstrümpfe ausziehen

Ziel

Venösen Rückfluss aus den unteren Extremitäten fördern.

Beschreibung

Kompressionsstrümpfe ausziehen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Ausziehens** der Kompressionsstrümpfe.

Kreuzen Sie an, ob ein (1) Strumpf oder zwei (2) Strümpfe ausgezogen werden müssen.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige Anwesenheit** neben dem Bewohner während dem Ausziehen des Strumpfes (den Strümpfen) **erforderlich** ist.

Selbständig

Die Person zieht ihre Strümpfe selbst aus und räumt sie auf.

Pflegemodi

Anleiten: Die Kompressionsstrümpfe aufräumen.

Vollständige Hilfe: Die Kompressionsstrümpfe ausziehen und aufräumen.

Anmerkungen

Das Waschen der Kompressionsstrümpfe ist in der Aktivitätenkategorie "Reinigungsarbeiten" beinhaltet.

Siehe auch Kompressionsstrümpfe anziehen
Kompressionsverband an den Beinen entfernen

Kompressionsverband an den Beinen anlegen.

Ziel

Venösen Rückfluss aus den unteren Extremitäten fördern.

Beschreibung

Einen Kompressionsverband anlegen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Anlegens** des Kompressionsverbandes.

Kreuzen Sie an, ob das Anlegen für ein (1) Bein oder beide (2) Beine erforderlich ist.

Pflegemodi

Anleiten: Binden zum Anlegen des Kompressionsverbandes geben.

Vollständige Hilfe: Kompressionsverband anlegen.

Siehe auch Kompressionsstrümpfe anziehen
Kompressionsverband an den Beinen entfernen
Bandage anlegen (sonstige)

Kompressionsverband an den Beinen entfernen

Ziel

Venösen Rückfluss aus den unteren Extremitäten fördern.

Beschreibung

Einen Kompressionsverband entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Entfernens** des Kompressionsverbandes.

Kreuzen Sie an, ob das Entfernen für ein (1) Bein oder beide (2) Beine erforderlich ist..

Pflegemodi

Anleiten: Binden aufräumen.

Vollständige Hilfe: Kompressionsverband entfernen und Binden aufräumen.

Siehe auch Kompressionsverband an den Beinen anlegen.
Kompressionsstrümpfe ausziehen
Bandage entfernen (sonstige)

Bandage anlegen (sonstige)

Ziel

Eine Verletzung ruhigstellen oder stützen.
Durchblutung verbessern.
Eine Körperstelle stützen.

Beschreibung

Eine Bandage anlegen, wie z.B.:

- Arm-, Schultertuch;
- Hodenband;
- Bruchband, Herniengurt;
- Hüftschutz (entfernbar).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Anlegens** der Bandage.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle, die Art der Bandage und die Stelle ihrer Applikation an.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds während des Anlegens der Bandage **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Bandage geben, die Person legt sie selbst an.

Vollständige Hilfe: Bandage anlegen.

Siehe auch Bandage entfernen (sonstige)

Bandage entfernen (sonstige)

Ziel

Eine Verletzung ruhigstellen oder stützen.
Durchblutung verbessern.
Eine Körperstelle stützen.

Beschreibung

Eine Bandage entfernen, wie z.B.:

- Arm-, Schultertuch;
- Hodenband;
- Bruchband, Herniengurt;
- Hüftschutz (entfernbar).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Entfernens** der Bandage.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds während des Entfernens der Bandage **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Bandage aufräumen, die Person entfernt sie selbst.

Vollständige Hilfe: Bandage entfernen und aufräumen.

Siehe auch Bandage anlegen (sonstige)

Prothese oder orthopädische Orthese anlegen

Ziel

Vorbeugung oder Korrektur von anatomischen Deformationen.
Einem orthopädischen Problem Ersatz bieten.

Beschreibung

Eine Prothese oder orthopädische Orthese anlegen, wie z.B.:

- Schanz-Verband (HWS-Bereich);
- Lagerungsschiene, -orthese;
- Bobath-Schiene;
- Prothese.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Anlegens** der Prothese oder der Orthese.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Körperstelle an für welche die Prothese oder Orthese benötigt wird.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds während dem Anlegen der Prothese oder Orthese **erforderlich** ist.

Selbständig

Die Person nimmt die Prothese oder Orthese selbst und legt sie an.

Pflegemodi

Anleiten: Prothese oder Orthese geben.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner die Prothese oder Orthese geben und ihm beim Fixieren helfen, er legt sie selbst an.

Vollständige Hilfe: Prothese oder Orthese anlegen und fixieren.

Siehe auch Prothese oder orthopädische Orthese entfernen

Prothese oder orthopädische Orthese entfernen

Ziel

Vorbeugung oder Korrektur von anatomischen Deformationen.
Einem orthopädischen Problem Ersatz bieten.

Beschreibung

Eine Prothese oder orthopädische Orthese entfernen, wie z.B.:

- Schanz-Verband (HWS-Bereich);
- Lagerungsschiene, -orthese;
- Bobath-Schiene;
- Prothese.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Entfernens** der Prothese oder Orthese.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** eines Personalmitglieds während dem Entfernen der Prothese oder Orthese **erforderlich** ist.

Selbständig

Die Person entfernt die Prothese oder Orthese selbst und räumt sie auf.

Pflegemodi

Anleiten: Prothese oder Orthese aufräumen.

Teilweise Hilfe: Dem Bewohner helfen die Verschlüsse der Prothese oder Orthese aufzumachen, er entfernt sie selbst.

Vollständige Hilfe: Prothese oder Orthese entfernen und aufräumen.

Siehe auch Prothese oder orthopädische Orthese anlegen

Korsett für HWS oder BWS-LWS Bereich anlegen

Ziel

Wirbelsäule stützen.

Wirbelsäulenverkrümmungen verhindern.

Beschreibung

Korsett anlegen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Anlegens** des Korsetts.

Siehe auch Korsett für HWS oder BWS-LWS Bereich entfernen

Korsett für HWS oder BWS-LWS Bereich entfernen

Ziel

Wirbelsäule stützen.

Wirbelsäulenverkrümmungen verhindern.

Beschreibung

Korsett entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des **Entfernens** des Korsetts.

Siehe auch Korsett für HWS oder BWS-LWS Bereich entfernen

Rollstuhlzusätze montieren

Ziel

Adäquateste und sicherste Sitzposition ermöglichen.

Beschreibung

Rollstuhlzusätze für eine gute Körperhaltung anbringen, wie z.B.:

- Nackenstütze;
- Armstütze;
- Fuß- oder Beinstütze;
- Tischplatte;
- seitliche Positionierungshilfe.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) des Montierens der Rollstuhlzusätze.

Kreuzen Sie das Zubehör an, welches am Rollstuhl angebracht werden muss.

Siehe auch Rollstuhlzusätze demontieren

Rollstuhlzusätze demontieren

Ziel

Adäquateste und sicherste Sitzposition ermöglichen.

Beschreibung

Rollstuhlzusätze für eine gute Körperhaltung entfernen, wie z.B.:

- Nackenstütze;
- Armstütze;
- Fuß- oder Beinstütze;
- Tischplatte;
- seitliche Positionierungshilfe.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit(en) des Demontierens der Rollstuhlzusätze.

Siehe auch Rollstuhlzusätze demontieren

Fäden oder Klammern entfernen

Ziel

Heilungsprozess fördern.

Beschreibung

Ggf. die Stelle desinfizieren.
Fäden oder Klammern entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Entfernens der Fäden oder Klammern.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Körperstelle an, an der die Fäden oder Klammern entfernt werden.

Wunddrain einlegen

Ziel

Drainage erleichtern.

Beschreibung

Körperstelle desinfizieren.

Wunddrain einlegen und fixieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Einlegens des Wunddrains.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Körperstelle an, an der sich die Wunde befindet.

.

Wundspülung

Ziel

Wunde reinigen und desinfizieren.

Beschreibung

Spüllösung vorbereiten.

Spülung durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Wundspülung.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Körperstelle an, an der sich die Wunde befindet.

Wunde an der Luft reinigen und desinfizieren

Ziel

Heilung einer Wunde an der Luft fördern.

Beschreibung

Wunde reinigen und desinfizieren.
Ggf. Absonderungen entfernen.
Salbe, Puder oder Lösung auftragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Reinigens und Desinfizierens der Wunde.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Körperstelle der Wunde an.

Pflegemodi

Anleiten: Das nötige Material zur Verfügung stellen; der Bewohner führt die Wundbehandlung selbst durch.

Vollständige Hilfe: Wundbehandlung durchführen.

Anmerkungen

Man wählt diese Aktion für Wunden **ohne** Verband.

Das Auftragen einer Salbe ist in dieser Aktion beinhaltet.

Vulva oder Skrotum desinfizieren

Ziel

Heilung einer Wunde fördern.

Beschreibung

Vulva, Perineum oder Skrotum reinigen und desinfizieren.

Körperregion mit sterilen Kompressen abtrocknen.

Salbe, Puder oder Lösung auftragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Desinfizierens von Vulva, Perineum oder Skrotum.

Therapeutische Lampe

Ziel

Heilung einer Wunde fördern.

Beschreibung

Therapeutische Lampe anbringen
oder
Haartrockner verwenden.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Anbringens der therapeutischen Lampe oder der Verwendung des Haartrockners.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Körperstelle an, für die die Lampe oder der Haartrockner verwendet wird.

Wundexzision mit Pinzette und Schere

Ziel

Nekrotisches Gewebe einer Wunde entfernen.
Heilungsprozess fördern.

Beschreibung

Abgestorbenes Gewebe einer Wunde mit einer Pinzette und einer Schere entfernen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Wundexzision.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Körperstelle an, an der sich die Wunde befindet, bei der man die Wundexzision durchführt.

Kreuzen Sie die Oberfläche des nekrotischen Gewebes der Wunde an, welches ausgeschnitten wird und nicht die Oberfläche der Wunde.

Mèche oder Verband entfernen

Ziel

Heilungsprozess fördern.

Beschreibung

Mèche oder Verband **nur** entfernen.

Wunde reinigen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Entfernens der Mèche oder des Verbandes.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Körperstelle an, an der sich die Wunde befindet.

Einfacher Verband

Ziel

Körperregion oder Einstichstelle schützen.
Heilung einer Wunde fördern.

Beschreibung

Ggf. Verband entfernen.
Ggf. Körperregion reinigen.
Ggf. Wunde desinfizieren.
Ggf. Salbe auftragen.
Verbinden und Verband fixieren.

Beispiele :

Durchsichtige Schutzfolie auf eine **gerötete** Stelle oder auf ein Druckgeschwür 1. - 2. Grades.
Feuchte Kompresse auf eine ödematöse Region.
Verband einer Gastrostomie.
Verband der Eintrittsstelle des suprapubischen Katheters.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Anlegens des Verbandes.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle das für den Verband verwendete Produkt an.

Kreuzen Sie die Körperstelle des einfachen Verbandes an oder vermerken Sie sie unter "**Notiz**".

Kreuzen Sie an um welche Art von Problem oder Wunde es sich handelt oder vermerken Sie es unter "**Notiz**".

Pflegemodi

Anleiten: Das für den Verband nötige Material vorbereiten und geben.

Vollständige Hilfe: Verband durchführen.

Anmerkungen

Das Auftragen einer Salbe ist in dieser Aktion beinhaltet.

Siehe auch Wunde an der Luft reinigen und desinfizieren
Aseptischer Verband
Aseptischer Verband - verstärken
Verband einer Wunde mit Wundsekret
Verband zur Hautregeneration

Aseptischer Verband

Ziel

Heilung einer Wunde fördern.

Beschreibung

Verband entfernen.

Ggf. Handschuhe anziehen.

Wunde reinigen und desinfizieren.

Ggf. eine Salbe, Paste oder sonstige Lösung auftragen.

Die medikamentöse(n) Kompresse(n) zuschneiden und auflegen.

Verbinden und Verband fixieren.

Beispiele :

Durchsichtige Schutzfolie auf eine Wunde.

Druckgeschwür 2. - 3. Grades mit Exsudat.

Operationswunde.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Anlegens des Verbandes.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle das für den Verband verwendete Produkt an.

Kreuzen Sie die Körperstelle des aseptischen Verbandes an oder vermerken Sie sie unter "**Notiz**".

Kreuzen Sie an um welche Art von Wunde es sich handelt oder vermerken Sie es unter "**Notiz**".

Anmerkungen

Das Auftragen einer Salbe ist in der Aktion beinhaltet.

Siehe auch Einfacher Verband
Aseptischer Verband - verstärken
Verband einer Wunde mit Wundsekret
Verband zur Hautregeneration

Aseptischer Verband - verstärken

Ziel

Übermäßiges Wundsekret absorbieren.
Heilung einer Wunde fördern.

Beschreibung

Auf einen schon vorhandenen Verband eine **zusätzliche Kompresse** legen und fixieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Verstärkens des Verbandes.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Stelle des Verbandes an.

Verband einer Wunde mit Wundsekret

Ziel

Regeneration des Gewebes fördern.
Wundsekret entfernen.
Dem Fortschreiten eines Druckgeschwürs vorbeugen.

Beschreibung

Verband oder Mèche entfernen.
Handschuhe anziehen.
Ggf. Drain etwas herausziehen oder Mèche entfernen.
Ggf. Wunddrainagekollektor entleeren.
Wunde reinigen und desinfizieren.
Salbe, Lösung oder Puder auftragen oder Mèche einlegen.
Verbinden und Verband fixieren.
Ggf. Drain fixieren.

Beispiele :

Operationswunde mit Wundsekret
Druckgeschwür 2. - 3. Grades mit reichlich Wundsekret.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Anlegens des Verbandes.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle das für den Verband verwendete Produkt an.

Kreuzen Sie die Körperstelle des Verbandes einer Wunde mit Wundsekret an oder vermerken Sie sie unter "Notiz".

Kreuzen Sie an um welche Art von Wunde es sich handelt oder vermerken Sie es unter "Notiz".

Kreuzen Sie die Anzahl der Drains (Mèche) an, die in die Wunde eingeführt werden.

Anmerkungen

Es kann sich auch um einen Verband ohne Mèche handeln, aber mit **REICHLICHEM** Wundsekret.

Siehe auch Wundspülung
Einfacher Verband
Aseptischer Verband
Aseptischer Verband - verstärken
Verband zur Hautregeneration

Verband zur Hautregeneration

Ziel

Regeneration des Gewebes fördern.
Infektion einer verbrannten Körperstelle vorbeugen.

Beschreibung

Verband entfernen.
Ggf. Handschuhe anziehen.
Wunde reinigen und desinfizieren.
Ggf. eine Salbe, Paste oder sonstige Lösung auftragen.
Die medikamentöse(n) Kompresse(n) zuschneiden und auflegen.
Verbinden und Verband fixieren.

Beispiele :

Druckgeschwür 3. - 4. Grades.
Tiefe Wunde mit Muskel- und/oder Knochenbeteiligung.
Ulcus cruris.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Anlegens des Verbandes.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle das für den Verband verwendete Produkt an.

Kreuzen Sie die Körperstelle des Verbandes zur Hautregeneration an oder vermerken Sie sie unter "**Notiz**".

Kreuzen Sie an um welche Art von Wunde es sich handelt oder vermerken Sie es unter "**Notiz**".

Kreuzen Sie die Oberfläche der Wunde an.

Siehe auch Wundspülung
Aseptischer Verband
Aseptischer Verband - verstärken
Verband einer Wunde mit Wundsekret
Wundexzision mit Pinzette und Schere

Salbe auftragen ohne Verband

Ziel

Einem Bewohner mit **dermatologischen Problemen** Linderung verschaffen.

Beschreibung

Salbe auf eine Körperoberfläche auftragen.

An der Luft lassen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Auftragens der Salbe.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verwendeten Produktes an.

Kreuzen Sie die Stelle(n) an, auf die die Salbe aufgetragen wird. Gibt es sie auf der Liste nicht, dann vermerken Sie sie unter "**Notiz**".

Tragen Sie den Prozentsatz (%) der gesamten Körperoberfläche ein, auf die die Salbe von einem **Mitglied des Pflegepersonals** aufgetragen werden muss.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit** während dem Auftragen der Salbe **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Dem Bewohner die Salbe geben, er trägt sie selbst auf.

Vollständige Hilfe: Salbe auftragen.

Anmerkungen

Das Auftragen einer Creme oder feuchtigkeitsspendenden Lotion während der Körperpflege ist hier nicht beinhaltet.

Das Auftragen einer Creme oder Lotion zur Schmerzlinderung ist nicht hier beinhaltet sondern im Bereich der Aktion "Einreiben / massieren".

Der Prozentsatz, der unter "Stelle" eingetragen ist, entspricht "einer" Extremität, wenn die Zahl (1) dahinter steht und entspricht einem oder zwei Körperteilen, wenn (n oder en) dahinter steht. Zum Beispiel, Salbe auf **Knie(1)** auftragen entspricht 1% für ein Knie und 2% für 2 Knie, Salbe auf eine oder zwei **Leiste(n)** entspricht 1%.

Siehe auch Salbe auftragen mit Umschlag

Salbe auftragen mit Umschlag

Ziel

Einem Bewohner mit **dermatologischen Problemen** Linderung verschaffen.

Beschreibung

Salbe auf eine Körperoberfläche auftragen.

Behandelte Körperoberfläche einwickeln.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Auftragens der Salbe und des anschließenden Einwickelns.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Namen des verwendeten Produktes an.

Kreuzen Sie die Stelle(n) an, auf die die Salbe aufgetragen wird mit dem anschließenden Einwickeln.

Tragen Sie den Prozentsatz (%) der gesamten Körperoberfläche ein, auf die die Salbe aufgetragen wird mit anschließendem Einwickeln.

Anmerkungen

Der Prozentsatz, der unter "Stelle" eingetragen ist, entspricht "einer" Extremität, wenn die Zahl (1) dahinter steht und entspricht einem oder zwei Körperteilen, wenn (n oder en) dahinter steht. Zum Beispiel, Salbe auf **Knie(1)** auftragen entspricht 1% für ein Knie und 2% für 2 Knie, Salbe auf eine oder zwei **Leiste(n)** entspricht 1%.

.

Siehe auch Salbe auftragen ohne Verband

Arm-, Hand- oder Fußbad

Ziel

Eine Wunde reinigen oder desinfizieren.
Die Haut für eine Behandlung vorbereiten.

Beschreibung

Ggf. medikamentösen Zusatz ins Wasser geben.
Ggf. dem Bewohner beim Auskleiden und Wiederankleiden der Extremität helfen.
Den Bewohner lagern und während der Behandlung unterstützen.
Abtrocknen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Teilbades.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personals während der Behandlung **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige Anwesenheit** des Personals neben dem Bewohner während **der gesamten Dauer** des Teilbades **erforderlich** ist.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die für das Teilbad verwendete Lösung an.

Kreuzen Sie die Extremität (Stelle) an, an der das Teilbad durchgeführt wird.

Pflegemodi

Anleiten: Das nötige Material vorbereiten und aufräumen.
Medikamentösen Zusatz dem Bewohner bringen.

Teilweise Hilfe: Teilbad vorbereiten, dem Bewohner beim Auskleiden oder Wiederankleiden oder Abtrocknen der Extremität helfen.
Material aufräumen.

Vollständige Hilfe: Teilbad vorbereiten. Extremität auskleiden und wiederankleiden.
Extremität abtrocknen.
Material aufräumen.

Sitzbad

Ziel

Entzündung oder Juckreiz lindern.

Beschreibung

Ggf. medikamentösen Zusatz ins Wasser geben.

Ggf. dem Bewohner beim Auskleiden und Wiederankleiden helfen.

Den Bewohner lagern und während der Behandlung unterstützen.

Abtrocknen.

.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Sitzbades.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit** des Personals während der Behandlung **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige Anwesenheit** des Personals neben dem Bewohner während **der gesamten Dauer** des Sitzbades **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Das für das Sitzbad nötige Material vorbereiten und aufräumen.
Ggf. medikamentösen Zusatz dem Bewohner bringen.

Teilweise Hilfe: Sitzbad vorbereiten, dem Bewohner beim Auskleiden oder Wiederankleiden oder Abtrocknen helfen.

Vollständige Hilfe: Sitzbad vorbereiten, auskleiden, wiederankleiden und abtrocknen.

Eisbeutel oder Wärmflasche

Ziel

Fiebersenkung.
Ödem verringern.
Wohlbefinden des Bewohners sichern.

Beschreibung

Ggf. Eisbeutel oder Wärmflasche(n) füllen, umhüllen und plazieren.
Bei Bedarf Eisbeutel oder Wärmflasche(n) wechseln.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Auflegens oder des Wechsels von Eisbeutel oder Wärmflasche(n).

Kreuzen Sie die Anzahl der Beutel oder Flaschen an, die für jede Applikation oder jedes Wechseln erforderlich ist.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Grund der Wärme- oder Kälteapplikation an.

Pflegemodi

Anleiten: Erforderliches Material zur Verfügung stellen (Eisbeutel, Wärmflasche, Handtuch).

Vollständige Hilfe: Beutel, Flasche(n) füllen, umhüllen und plazieren.

Nasentamponade

Ziel

Blutung stillen.
Heilungsprozess fördern.

Beschreibung

Mit Daumen und Zeigefinger Druck ausüben.
In das Nasenloch einen Wattebausch oder eine Gaze einführen. Wattebausch oder Gaze kann bei Bedarf mit einer medikamentösen Lösung befeuchtet sein.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und die Zeit des Anlegens der Tamponde.

Begrenzte Schutzmaßnahmen

Ziel

Entstehung von Infektionen vorbeugen.

Personal vor den Risiken einer möglichen Kontamination schützen.

Beschreibung

Vor und nach den Behandlungen Hände waschen.

Für spezifische Pflegemaßnahmen das eine oder andere der folgenden Kleidungsstücke anziehen (steril oder nicht steril):

- Überschürze;
- Mundschutz;
- Handschuhe;
- Kopfbedeckung;
- Überschuhe.

Ggf. das kontaminierte Material in die dafür vorgesehenen Behälter geben.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht eine begrenzte Schutzmaßnahme angewendet wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Grund für die begrenzte Schutzmaßnahme an und für welche Pflegemaßnahme(n) sie angewendet wird.

Kreuzen Sie an welche Kleidungsstücke angezogen werden müssen.

Erweiterte Isolierung

Ziel

Entstehung von Infektionen vorbeugen.
Personal vor den Risiken einer möglichen Kontamination schützen.

Beschreibung

Vor und nach den Behandlungen Hände waschen.

Für die gesamte Pflege am Bewohner das eine oder andere der folgenden Kleidungsstücke anziehen (steril oder nicht steril):

- Überschürze;
- Mundschutz;
- Handschuhe;
- Kopfbedeckung;
- Überschuhe.

Ggf. das kontaminierte Material in die dafür vorgesehenen Behälter geben.

Hinweise

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Grund für die erweiterte Isolierung an.

Kreuzen Sie an welche Kleidungsstücke angezogen werden müssen.

Es sind drei (3) Arten von Angaben möglich, aber es ist sehr unwahrscheinlich, dass die 2. und 3. verwendet werden.

Ein einziges Intervall während der Woche

Gilt für einen Bewohner, für den nur während eines Zeitraums in der Evaluierungswoche eine Isolierung nötig war. Dieser Zeitraum konnte sich von einige Stunden über mehrere Tage erstrecken.

Geben Sie den Tag und die Stunde an zu der die Isolierung begann, und den Tag und die Stunde zu der die Isolierung endete.

Beispiel:

Der Bewohner hat eine Infektion mit Clostridium, die am Dienstag nachmittag ausgebrochen ist. Samstag, siebter und letzter Tag der Evaluation, ist er noch immer isoliert.

Beginnt am: Dienstag - 14:00 Uhr

Endet am: Samstag - 23:00 Uhr

Regelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Unregelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Siehe auch Begrenzte Schutzmaßnahmen

Pflegebereich « Diagnostische Maßnahmen »

Klinische Beobachtung und Beobachtung des Verhaltens

Beobachtung

Bio-psycho-soziale Beobachtung (in Abständen)

Bio-psycho-soziale Beobachtung (ständige)

Vitalzeichen

Temperatur: Mittelohr

Temperatur: oral

Temperatur: rektal

Temperatur: axillar

Atmung

Puls

Blutdruck

Neurologische Zeichen

Neurologische Zeichen

Durchblutungszeichen

Durchblutungszeichen

Perkutane O₂-Messung

Perkutane O₂-Messung

Wiegen/Messen

Wiegen

Messen

Dosieren

Dosieren der Einfuhr

Dosieren der Einfuhr: oral

Dosieren der Einfuhr: Sonde

Dosieren der Einfuhr: I.V.

Dosieren der Ausfuhr

Dosieren der Ausfuhr: über natürlichem Weg

Dosieren der Ausfuhr: über Sonde, Drain oder Flasche

Entnahme und Test

24 Stunden sammeln

24 Stunden sammeln: Sputum

24 Stunden sammeln: Urin

Urin filtern

Entnahme

Entnahme: Sekret (HNO, Wunde, tracheal)

Entnahme: Stuhl

Entnahme: Urin für Analyse

Entnahme: Urin für Kultur

Entnahme: Blut

Einfacher Test vor Ort

Test mit Urin

Test mit Blut

Alkoholtest

Medizinische Unterstützung

Assistieren bei einer Untersuchung

Assistieren bei einer ärztlichen Maßnahme

Bio-psycho-soziale Beobachtung (in Abständen)

Ziel

Den körperlichen, psychologischen und sozialen Zustand des Bewohners beurteilen.
Unfällen oder Zwischenfällen vorbeugen.

Beschreibung

Einen oder mehrere der folgenden klinischen Parameter examinieren, überwachen oder beobachten:

- körperliche Reaktionen (Schmerzen, Schlaflosigkeit, Ödem einer Extremität, Wundsekret, sonstiges);
- Sturzrisiko;
- zwischenmenschliche Beziehungen (Aggressivität, Isolierung, sonstiges);
- Verhalten (Unruhe, Umhertreiben, Weglaufrisiko, sonstige);
- Verbrennungsgefahr;
- Zigarettenverwaltung (geben und anzünden).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht eine Beobachtung erforderlich ist, die **nicht im Zusammenhang** mit den anderen pflegerischen Maßnahmen, die dem Bewohner gegeben werden, vorgenommen wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Grund für diese Beobachtung(en) an.

Anmerkungen

Eine Beobachtung, die **gleichzeitig** mit einer pflegerischen Tätigkeit vorgenommen wird, zum Beispiel Wundsekret beim Verbandwechsel beobachten, darf bei der Berechnung der Häufigkeit nicht berücksichtigt werden, da diese Beobachtung in der Aktion "Verband" beinhaltet ist.

Bio-psycho-soziale Beobachtung (ständige)

Ziel

Den körperlichen, psychologischen und sozialen Zustand des Bewohners beurteilen. Unfällen oder Zwischenfällen vorbeugen.

Beschreibung

Den (die) Bewohner ständig, ununterbrochen beobachten.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e), an denen eine **ständige Beobachtung** für den (die) Bewohner erforderlich ist.

Vervollständigen Sie folgende Informationen:

Anzahl der Pflegepersonen:

es handelt sich um die erforderliche Anzahl an Pflegepersonal, um den (die) Bewohner während des erforderlichen Zeitraums zu beobachten.

Anzahl der Teilnehmer:

es handelt sich um die Anzahl der Bewohner, die während des angegebenen Zeitraums eine ständige Beobachtung erforderten.

Dauer (Minuten):

es handelt sich um den Zeitraum (ausgedrückt in Minuten), der vom Personal aufgebracht wurde, um den (die) Bewohner ununterbrochen zu beobachtenden.

Anfangszeit:

es handelt sich um den Zeitpunkt, zu dem die ständige Beobachtung begann.

Anmerkungen

Eine ständige Beobachtung **ist nicht**:

- eine ständige Anwesenheit während einer pflegerischen Tätigkeit wie Körperpflege, Mahlzeiten oder sonstige. Diese Beobachtung ist in der jeweiligen Aktion beinhaltet, wenn Pflegemodus 3 gewählt wird oder wenn "ständige Anwesenheit" angegeben wird.
- eine Anwesenheit während einer unterhaltenden oder therapeutischen Aktivität gewährleisten. Diese Beobachtung ist in den Aktionen "unterhaltende oder therapeutische Aktivität" beinhaltet .

Eine ständige Beobachtung **ist**:

- eine ständige Anwesenheit neben einem Bewohner während einer Zeitspanne von einer Stunde bis zu 24 Stunden pro Tag. Diese Beobachtung, die auch ständige exklusive Beobachtung oder Privatservice genannt wird, ist aufgrund des körperlichen oder psychischen Zustandes des Bewohners erforderlich.
- eine ständige Anwesenheit neben mehreren Bewohnern während einer Stunde bis zu mehreren Stunden. Diese Beobachtung ist für gewöhnlich auf Grund des psychischen Zustandes der Bewohner erforderlich.

Der Mitarbeiter kann innerhalb der Beobachtungsperiode auch anderen Bedürfnissen des Bewohners nachkommen (Hilfe bei der Ernährung, Ausscheidung, etc). Diese Handlungen werden zusätzlich zur ständigen Beobachtung auf dem Formular vermerkt.

Schmerzevaluation

Ziel

Klinische Symptome oder verbalen Ausdruck von Schmerz bestätigen.
Den Bewohner adäquat betreuen.

Beschreibung

Ggf. dem Bewohner das Evaluationsinstrument erklären.
Den Schmerz lokalisieren und die Schmerzintensität evaluieren.
Ggf. die Antworten kontrollieren.
Analyse vornehmen und Schlussfolgerungen ziehen.

Hinweise

Notieren Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Schmerzevaluation.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle das zur Schmerzmessung verwendete Evaluationsinstrument an.

Kreuzen Sie an von wem die Evaluation durchgeführt wird :

- Bewohner (visuelle Schmerzskala, ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), etc...);
- Pflegeperson (Doloplus, ECPA (Verhaltensskals zur Evaluation von Schmerzen beim alten Menschen), etc...);
- Bewohner und Pflegeperson (ESAS, etc...).

Temperatur: Mittelohr

Ziel

Angaben zur Körpertemperatur erhalten.

Beschreibung

Temperatur im Mittelohr messen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Temperaturmessung(en).

Pflegemodi

Anleiten: Thermometer geben, Messwert ablesen.

Vollständige Hilfe: Thermometer geben oder im Ohr plazieren, beim Bewohner bleiben und den Messwert ablesen.

Temperatur: oral

Ziel

Angaben zur Körpertemperatur erhalten.

Beschreibung

Temperatur oral messen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Temperaturmessung(en).

Pflegemodi

Anleiten: Thermometer geben, Messwert ablesen.

Vollständige Hilfe: Thermometer geben oder im Mund plazieren, beim Bewohner bleiben und den Messwert ablesen.

Temperatur: rektal

Ziel

Angaben zur Körpertemperatur erhalten.

Beschreibung

Temperatur rektal messen.

Beim Bewohner bleiben.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Temperaturmessung(en).

Temperatur: axillar

Ziel

Angaben zur Körpertemperatur erhalten.

Beschreibung

Temperatur axillar messen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Temperaturmessung(en).

Pflegemodi

Anleiten: Thermometer geben, Messwert ablesen.

Vollständige Hilfe: Thermometer geben oder unter der Achsel plazieren, beim Bewohner bleiben und den Messwert ablesen.

Atmung

Ziel

Angaben zur Leistung der Atemfunktion erhalten.

Beschreibung

Atemfrequenz berechnen.

Rhythmus und Qualität der Atmung beurteilen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Zählens der Atemfrequenz.

Puls

Ziel

Angaben zum Herz-Kreislaufsystem erhalten

Beschreibung

Puls zählen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Pulsmessung.

Pflegemodi

Anleiten: Pulsfrequenz, die vom Bewohner ermittelt wurde, notieren.

Vollständige Hilfe: Puls zählen.

Blutdruck

Ziel

Angaben zum Herz-Kreislaufsystem erhalten.

Beschreibung

Blutdruck auf eine der folgenden Arten messen:

- stehend;
- sitzend;
- liegend.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Blutdruckmessung(en).

Kreuzen Sie den (die) Grund (Gründe) an, weshalb in der Evaluationswoche der Blutdruck gemessen wurde.

Kreuzen Sie die Anzahl der Positionen an, in welchen **nacheinander** der Blutdruck gemessen wird.

Kreuzen Sie die Anzahl der Extremitäten pro Position an, an denen **nacheinander** der Blutdruck gemessen wird.

Neurologische Zeichen

Ziel

Neurologische Funktionen und Reaktionen erkennen und beurteilen.

Beschreibung

Pupillengrösse und-reflexe überprüfen.

Bewusstseinslage beurteilen.

Motorik, Sensibilität und Reflexe beurteilen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Beurteilung der neurologischen Zeichen.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Grund für die Beurteilung der neurologischen Zeichen an.

Durchblutungszeichen

Ziel

Periphere Kreislauffunktion des Bewohners beurteilen.

Beschreibung

Puls an jeder strategischen Stelle beurteilen.
Temperatur und Verfärbung der Extremitäten kontrollieren.
Sensibilität und Beweglichkeit der Extremitäten beurteilen.
Ödem kontrollieren.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Beurteilung der Durchblutungszeichen.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Grund für die Beurteilung der Durchblutungszeichen an.

Anmerkungen

Wählen Sie die Intervention "Bio-psycho-soziale Beobachtung", wenn nur das Ödem kontrolliert wird.

Siehe auch Bio-psycho-soziale Beobachtung (in Abständen)

Perkutane O2-Messung

Ziel

Sauerstoffmenge im Blut evaluieren.
Qualität der Sauerstoffversorgung evaluieren.

Beschreibung

Messaufnehmer anbringen und entfernen.
Parameter ablesen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der perkutanen O2-Messung.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Grund für die perkutane O2-Messung an.

Wiegen

Ziel

Gewichtszunahme und -abnahme kontrollieren.

Beschreibung

Waage überprüfen und ausbalancieren.

Ggf. dem Bewohner beim Aus- und Wiederankleiden helfen.

Schläuche oder sonstige Geräte umstellen.

Den Bewohner auf die gewöhnliche oder metabolische Waage stellen oder setzen.

Bewohner wiegen.

Bewohner neu lagern.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Wiegens.

Kreuzen Sie den (die) Grund (Gründe) an weshalb der Bewohner in der Beobachtungswoche gewogen wurde.

Kreuzen Sie die Anzahl der Personen an, die erforderlich ist, um den Bewohner zu wiegen.

Pflegemodi

Teilweise Hilfe: Waage überprüfen und ausbalancieren, den Bewohner wiegen. Zum Aus- und Wiederankleiden, und um sich auf die Waage zu stellen oder zu setzen, benötigt der Bewohner keine Hilfe.

Vollständige Hilfe: Waage überprüfen und ausbalancieren, dem Bewohner helfen sich auf die Waage zu stellen oder zu setzen und ihn wiegen.

Messen

Ziel

Flüssigkeitsretention beurteilen.

Beschreibung

Ggf. dem Bewohner beim Aus- und Wiederankleiden helfen.
Körperteil(e) messen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Messung.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle den Grund für das Messen eines Körperteils oder mehrerer Körperteile an.

Kreuzen Sie die Stelle(n) an, die gemessen wurde(n) .

Kreuzen Sie die Anzahl der Personen an, die erforderlich ist, um die Messung(en) vorzunehmen.

Dosieren der Einfuhr: oral

Ziel

Flüssigkeitsbilanz beurteilen.

Beschreibung

Dosieren der oralen Flüssigkeitszufuhr (p.o.).

Mengen in die Bewohnerakte eintragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Dosierens der Einfuhr entsprechend der ärztlichen Verordnung.

Pflegemodi

Anleiten: Mengen in die Bewohnerakte eintragen. Der Bewohner misst selbst die aufgenommene Menge.

Vollständige Hilfe: Mengen messen und in die Bewohnerakte eintragen.

Dosieren der Einfuhr: Sonde

Ziel

Flüssigkeitsbilanz beurteilen.

Beschreibung

Dosieren der Flüssigkeitszufuhr über eine Sonde (Magensonde, sonstige).
Mengen in die Bewohnerakte eintragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Dosierens der Einfuhr entsprechend der ärztlichen Verordnung.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle an für welche Sonde(n) das Dosieren vorgenommen wird.

Kreuzen Sie die Anzahl der Sonden an, für die das Dosieren vorgenommen wird.

Pflegemodi

Anleiten: Mengen in die Bewohnerakte eintragen. Der Bewohner misst selbst die aufgenommene Menge.

Vollständige Hilfe: Mengen messen und in die Bewohnerakte eintragen.

Dosieren der Einfuhr: I.V.

Ziel

Flüssigkeitsbilanz beurteilen.

Beschreibung

Dosieren der intravenösen Flüssigkeitszufuhr (Infusion).
Mengen in die Bewohnerakte eintragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Dosierens der Einfuhr entsprechend der ärztlichen Verordnung.

Kreuzen Sie die Anzahl der zu dosierenden Infusionen an.

Dosieren der Ausfuhr: über natürlichem Weg

Ziel

Flüssigkeitsbilanz beurteilen.

Beschreibung

Dosieren der über natürlichem Weg ausgeschiedenen Flüssigkeiten oder feste Körper.
Mengen in die Bewohnerakte eintragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Dosierens der Einfuhr entsprechend der ärztlichen Verordnung.

Pflegemodi

Anleiten: Mengen in die Bewohnerakte eintragen. Der Bewohner dosiert selbst die ausgeschiedenen Flüssigkeiten.

Vollständige Hilfe: Mengen dosieren und in die Bewohnerakte eintragen.

Dosieren der Ausfuhr: Sonde, Drain oder Flasche

Ziel

Flüssigkeitsbilanz beurteilen.

Beschreibung

Dosieren der über Sonde, Drain oder Flasche ausgeschiedenen Flüssigkeiten oder feste Körper (Blasenkatheter, sonstige).

Mengen in die Bewohnerakte eintragen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des Dosierens der Einfuhr entsprechend der ärztlichen Verordnung.

Geben Sie an der vorgegebenen Stelle an für welche Sonde, Drain oder Flasche das Dosieren vorgenommen wird.

Kreuzen Sie die Anzahl der Sonden/Drains/Flaschen an für die das Dosieren vorgenommen wird.

24 Stunden sammeln: Sputum

Ziel

Sputum für biochemische, mikrobiologische, hämatologische oder andere Untersuchung aufbewahren.

Beschreibung

Den (die) Behälter beschriften.

Sputum während vierundzwanzig (24) Stunden auffangen und aufbewahren.

Hinweise

Es sind drei (3) Arten von Angaben möglich, aber es ist sehr unwahrscheinlich, dass die 2. und 3. verwendet werden.

Ein einziges Intervall während der Woche

Gilt für einen Bewohner, bei dem in der Evaluierungswoche über **24 Stunden** Sputum gesammelt wurde.

Geben Sie den Tag und die Stunde an zu der das Sammeln begann, und den Tag und die Stunde zu der das Sammeln endete.

Beispiel:

Am Montag gegen 09:00 Uhr beschriftet man einen Behälter und stellt ihn in die Nahe des Bewohners.
Am nächsten Morgen (24 Stunden später) beendet man das Sammeln.

Beginnt am: Montag - 09:00 Uhr

Endet am: Dienstag - 08:00 Uhr

Ist am ersten Beobachtungstag (z.B. am Donnerstag) das Sammeln **schon im Gange**, dann vermerken Sie:

Beginnt am: Donnerstag - 00:00 Uhr

Endet am: Freitag - 08:00 Uhr

Beginnt das Sammeln am **siebten Beobachtungstag** (z.B. am Samstag) und endet am nächsten Morgen, dann vermerken Sie:

Beginnt am: Samstag - 08:00 Uhr

Endet am: Samstag - 23.00 Uhr

Regelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Unregelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Pflegemodi

Anleiten: Behälter beschriften und dem Bewohner zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Behälter beschriften, Sputum auffangen.

24 Stunden sammeln: Urin

Ziel

Urin für biochemische, mikrobiologische, hämatologische oder andere Untersuchung aufbewahren.

Beschreibung

Den (die) Behälter beschriften.

Urin während vierundzwanzig (24) Stunden auffangen.

Urin aufbewahren.

Hinweise

Kreuzen Sie an, ob das Sammeln **mit** oder **ohne Sonde** vorgenommen wird.

Es sind drei (3) Arten von Angaben möglich, aber es ist sehr unwahrscheinlich, dass die 2. und 3. verwendet werden.

Ein einziges Intervall während der Woche

Gilt für einen Bewohner, bei dem in der Evaluierungswoche über **24 Stunden** Urin gesammelt wurde.

Geben Sie den Tag und die Stunde an zu der das Sammeln begann, und den Tag und die Stunde zu der das Sammeln endete.

Beispiel:

Am Montag gegen 07:00 Uhr beschriftet man einen Behälter und stellt ihn in die Nahe des Bewohners.

Am nächsten Morgen (24 Stunden später) beendet man das Sammeln.

Beginnt am: Montag - 07:00 Uhr

Endet am: Dienstag - 06:00 Uhr

Ist am ersten Beobachtungstag (z.B. am Dienstag) das Sammeln **schon im Gange**, dann vermerken Sie:

Beginnt am: Dienstag - 00:00 Uhr

Endet am: Mittwoch - 06:00 Uhr

Beginnt das Sammeln am **siebten Beobachtungstag** (z.B. am Sonntag) und endet am nächsten Morgen, dann vermerken Sie:

Beginnt am: Sonntag - 07:00 Uhr

Endet am: Sonntag - 23.00 Uhr

Regelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Unregelmäßiger Zeitplan, ein oder mehrere Tage

Pflegemodi

Anleiten: Behälter beschriften und dem Bewohner zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Behälter beschriften, Urin auffangen.

Urin filtern

Ziel

Nach Nierensteinen im Urin suchen.

Beschreibung

Urin des Bewohners filtern.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und **wie oft** pro Arbeitsschicht der Urin gefiltert wird.

Entnahme: Sekret (HNO, Wunde, Trachea)

Ziel

Probe für biochemische, mikroskopische, hämatologische oder andere Untersuchung erhalten.

Beschreibung

Behälter beschriften.

Sekretentnahme aus Mund, Nase, Augen, Ohren, Trachea oder Wunde durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Entnahme.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Stelle der Entnahme an.

Entnahme: Stuhl

Ziel

Probe für biochemische, mikroskopische, hämatologische oder andere Untersuchung erhalten.

Beschreibung

Behälter beschriften.
Stuhlentnahme durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Entnahme.

Pflegemodi

Anleiten: Behälter beschriften und dem Bewohner zur Verfügung stellen.

Vollständige Hilfe: Behälter beschriften und Entnahme durchführen.

Entnahme: Urin für Analyse

Ziel

Urinprobe für eine einfache Untersuchung erhalten.

Beschreibung

Behälter beschriften.

Intimtoilette.

Urinentnahme durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Entnahme.

Pflegemodi

Anleiten: Behälter beschriften und dem Bewohner zur Verfügung stellen

Teilweise Hilfe: Behälter beschriften und zur Verfügung stellen, dem Bewohner bei seiner Intimtoilette helfen.

Vollständige Hilfe: Behälter beschriften, Intimtoilette und Urinentnahme durchführen.

Entnahme: Urin für Kultur

Ziel

Sterile Urinprobe für mikrobiologische oder bakteriologische Untersuchung erhalten.

Beschreibung

Behälter beschriften

Genitalregion oder Blasenkatheter reinigen und desinfizieren.

Urinentnahme steril durchführen (Mittelstrahl).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Entnahme.

Kreuzen Sie an ob die Entnahme **mit** oder **ohne Katheter** durchgeführt wird.

Pflegemodi

Anleiten: Behälter beschriften, das zum Desinfizieren nötige Material zur Verfügung stellen und den Bewohner über die Art der Entnahme informieren.

Teilweise Hilfe: Behälter beschriften, den Bewohner informieren und ihm beim Desinfizieren der Genitalregion helfen.

Vollständige Hilfe: Behälter beschriften, Genitalregion desinfizieren und die Entnahme durchführen.

Entnahme: Blut

Ziel

Blutprobe für biochemische, hämatologische oder andere Untersuchung entnehmen.

Beschreibung

Einstichstelle desinfizieren.

Blutentnahme durchführen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Entnahme.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Art der verlangten Untersuchungen an.

Test mit Urin

Ziel

Vor Ort eine Urinanalyse durchführen.

Beschreibung

Ggf. Urinprobe entnehmen.

Ggf. das Ergebnis auf dem Teststreifen oder dem elektronischen Gerät ablesen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des vor Ort durchgeführten Tests.

Geben an Sie an der vorgesehenen Stelle die Art des Tests an.

Kreuzen Sie *"nein"* an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie *"ja"* an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der gesamten Dauer** der Entnahme und des Tests **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Das nötige Material zur Verfügung stellen, der Bewohner führt den Test selbst durch; Ergebnis notieren.

Teilweise Hilfe: Test durchführen, der Bewohner kann die Urinentnahme selbst durchführen.

Vollständige Hilfe: Urinentnahme und Test durchführen.

Test mit Blut

Ziel

Vor Ort eine Blutanalyse durchführen.

Beschreibung

Blutprobe durch kapillare Blutentnahme erhalten.

Ergebnis auf dem elektronischen Gerät oder dem Teststreifen ablesen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des vor Ort durchgeführten Tests.

Geben an Sie an der vorgesehenen Stelle die Art des Tests an.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der gesamten Dauer** der Entnahme und des Tests **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Anleiten: Dem Bewohner, der selbst die Entnahme und den Test durchführt, das Material geben; Ergebnis notieren.

Vollständige Hilfe: Test durchführen und Ergebnis ablesen.

Alkoholtest

Ziel

Vor Ort einen Alkoholtest durchführen.

Beschreibung

Atemprobe erhalten.

Ergebnis auf dem Gerät ablesen.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan des vor Ort durchgeführten Tests.

Assistieren bei einer Untersuchung

Ziel

Bewohner während der Untersuchung beobachten.
Dem Arzt oder dem technischen Personal assistieren.

Beschreibung

Untersuchungsraum oder Zimmer für die Untersuchung vorbereiten.
Bewohner vorbereiten und lagern.

Während der ganzen Dauer oder nur einem Teil der Untersuchung anwesend sein, wie z.B.:

- körperliche Untersuchung;
- gynäkologische Untersuchung;
- Röntgen;
- E.K.G.
- E.E.G.

Oder die Untersuchung vornehmen(EKG, gynäkologische Untersuchung, ...).

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Untersuchung, bei der eine Person des Pflegepersonals anwesend ist oder die von einer Person des Pflegepersonals vorgenommen wird.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Art und den Grund der Untersuchung an.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit** während der Untersuchung **erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der ganzen Dauer** der Untersuchung **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Teilweise Hilfe: Dem Arzt oder dem technischen Personal assistieren.

Vollständige Hilfe: Untersuchung durchführen.

Anmerkungen

Untersuchungen, die ausserhalb der Einrichtung durchgeführt werden, sind hier nicht berücksichtigt.

Assistieren bei einer ärztlichen Maßnahme

Ziel

Dem Arzt bei einer Intervention assistieren.

Beschreibung

Untersuchungsraum oder Zimmer vorbereiten.

Bewohner vorbereiten und lagern.

Während der ganzen Dauer oder nur einem Teil der Intervention assistieren, wie z.B.:

- Pleurapunktion;
- Lumbalpunktion;
- Aszitespunktion;
- Venae Sectio (Venenfreilegung);
- Legen eines zentralen Venenkatheters.

Hinweise

Vermerken Sie den (die) Tag(e) und den Zeitplan der Intervention, bei der eine Person des Pflegepersonals assistiert.

Geben Sie an der vorgesehenen Stelle die Art der Intervention an.

Kreuzen Sie "*nein*" an, wenn **keine ständige Anwesenheit erforderlich** ist.

Kreuzen Sie "*ja*" an, wenn **eine ständige Anwesenheit während der ganzen Dauer** der Intervention **erforderlich** ist.

Pflegemodi

Medizinische Interventionen, die ausserhalb der Einrichtung durchgeführt werden, sind hier nicht berücksichtigt.