

Inhalt

Vorwort	9
Danksagung	11
Einleitung	12
1. Geschichte der Pflegedokumentation	15
2. Begriffsklärungen	16
2.1 Pflege	16
2.2 Pflegedokumentation	17
2.3 Pflegeplanung	17
2.4 Pflegeprozess	18
2.4.1 Pflege als Problemlösung	18
2.4.2 Pflegeprozess: Pflege als Prozess	20
3. Ziele des dokumentierten Pflegeprozesses	22
3.1 Argumente für das Dokumentieren aus pflegerischer und fachlicher Sicht	22
3.2 Gesetzliche Auflagen und Vorgaben	23
4. Bestandteile und Aufbau einer Pflegedokumentation	25
4.1 Aufbau einer Pflegedokumentationsmappe	25
4.2 Die einzelnen Formulare	25
4.2.1 Deckblatt	25
4.2.2 Stammblatt	27
4.2.3 Erstgespräch	27
4.2.4 Pflegeanamnese	30
4.2.5 Biografiebogen	33
4.2.6 Pflegebericht	40
4.2.7 Pflegeplanungsbogen	45
4.2.8 Einschätzung Dekubitusrisiko (Braden-Skala)	54
4.2.9 Sturzrisikoeinschätzung	56
4.2.10 Weitere Formulare	57
4.2.11 Formulare für die ärztliche Dokumentation	57
4.2.12 Formulare zur Wundbeschreibung	63
4.2.13 Dokumentation von Vitalfunktionen	64
4.2.14 Dokumentation von Einfuhr oder Ein- und Ausfuhr	67
4.2.15 Dokumentationsblatt Hygiene	68
4.2.16 Inkontinenz/Toilette	70
4.2.17 Leistungsnachweise	70
4.2.18 Nachweis von Lagerungen/Bewegung	72

5. Der Umgang mit einer Pflegedokumentation.....	76
5.1 Schwachstellen und Lösungen	76
5.1.1 Pflegebedarf nicht ersichtlich	76
5.1.2 Pflegerisches Grundverständnis nicht erkannt.....	77
5.1.3 Lebensgewohnheiten und Biografie nicht berücksichtigt	77
5.1.4 Dokumentation nicht übersichtlich	78
5.1.5 Formulare und Dokumentationsblätter werden zweckentfremdet	78
5.1.6 Pflegeprobleme werden nicht wahrgenommen	78
5.1.7 Pflegeplanung wird nicht konsequent fortgeführt.....	79
5.1.8 Fähigkeiten und Ressourcen werden nicht erfasst.....	80
5.1.9 Pflegemodell und Pflegeanamnese stimmen nicht überein	80
5.1.10 Pflegekräfte arbeiten nicht mit der Pflegedokumentation	80
5.2 Einführung von Pflegedokumentation und Pflegeplanung.....	81
5.3 Verfahrensanweisung zum Umgang mit der Dokumentation	83
5.4 Die Pflegedokumentation als Instrument der Qualitätssicherung	86
5.4.1 Grundlagen des Qualitätsmanagements	86
5.4.2 Qualitätsmanagement und -sicherung	87
5.4.3 Qualitätshindernde Faktoren	90
5.4.4 Pflegequalität und Pflegekräfte	90
5.4.5 Pflegequalität und Pflegedokumentation	91
5.5 Mind mapping: Eine Methode zur Vorbereitung der Pflegeplanung.....	93
5.5.1 Die Grundlagen des Mind Mapping	94
5.6 Förderung des Schreibflusses	94
 6. Die Wirkung von Pflegekonzept und Pflegemodell auf den Pflegeprozess: Ein Ausflug in die Theorie	 98
6.1 Der Begriff »Theorie«	98
6.2 Nutzen und Sinn von Theorien und Modellen.....	99
6.2.1 Anwendung von Theorien	100
6.3 Das konzeptionelle Modell der FEDL (Fähigkeiten und existenzielle Erfahrungen des Lebens).....	101
6.3.1 Einführung.....	101
6.3.2 Struktur des Modells.....	103
6.3.3 Fähigkeit und Bedürfnis.....	105
6.3.4 Definitionen und Grundannahmen	106
 7. Die Pflegevisite	 109
7.1 Definition	109
7.2 Pflegevisite und Qualitätssicherung	109
7.3 Ziele der Pflegevisite.....	110
7.4 Formen der Pflegevisite.....	110
7.5 Auswahl der Klienten.....	111
7.6 Durchführende Personen	111
7.7 Vorbereitung der Pflegevisite	111

7.8	Tipps zur Durchführung.....	111
7.9	Nachbereitung.....	112
7.10	Rhythmus der Pflegevisiten.....	112
7.11	Generelles zur Pflegevisite	112
7.12	Visitenbogen	112
7.13	Mitarbeiterinnenkritik	113
7.14	Dokumentation der Pflegevisite.....	113
7.15	Maßnahmenplan	114
7.16	(Un)erwünschte Nebeneffekte der Pflegevisite	114
7.17	Formular »Pflegevisite«	115
8.	Pflegestandards.....	116
8.1	Definition	116
8.2	Ebenen von Standards	116
8.3	Arten von Standards	117
8.4	Experten-Standards	117
8.5	Sinn und Zweck von Pflegestandards	118
8.6	Anforderungen an Pflegestandards	118
8.7	Vor- und Nachteile von Pflegestandards	118
8.7.1	Vorteile.....	118
8.7.2	Nachteile	119
8.8	Integration von Pflegestandards in die Pflegeplanung	119
8.9	Erwartungen des MDK hinsichtlich des Umgangs mit Pflegestandards..	120
9.	Pflegediagnosen	121
9.1	Begriffsklärungen	121
9.2	Entwicklung und Entstehung von Pflegediagnosen	121
9.3	Die Funktion von Pflegediagnosen	122
9.4	Pflegediagnosen in der Diskussion.....	122
9.5	Taxonomie der Pflegediagnosen.....	125
9.6	Struktur von Pflegediagnosen	126
9.6.1	Pflegediagnosetitel	126
9.6.2	Beeinflussende, ätiologische Faktoren.....	126
9.7	Grundannahmen und Thesen	127
10.	Beispielhafte Pflegeplanungen	129
10.1	Depression (Frau E.).....	129
10.2	Zustand nach Oberschenkelhalsbruch (Frau Z.)	145
10.3	Adipositas (Herr B.).....	155
10.4	Multiple Sklerose (Herr F.)	169
10.5	Zustand nach Apoplex, Herzinsuffizienz (Frau P.)	181
10.6	Demenz und Apoplex (Frau O.)	193
10.7	Morbus Parkinson, Herzinsuffizienz, Demenz (Herr A.).....	205

10.8	Cerebralparese (Frau D.).....	219
10.9	Rheuma (Frau M.).....	231
10.10	Nierenzellen CA (Frau H.)	243
10.11	Varikose, Ulcus cruris, Herzinsuffizienz (Frau T.).....	255
11.	Die Begutachtung von pflegebedürftigen Menschen	266
11.1	Gesetzlich relevante Hintergründe und Definitionen.....	266
11.2	Der Begriff der Pflegebedürftigkeit	266
11.2.1	Stufen der Pflegebedürftigkeit	268
11.3	Konsequenzen für die Praxis:	268
11.3.1	Begründung des Pflegebedarfs	269
11.3.2	Die klassischen SGB XI-Verrichtungen	269
11.3.3	Begründung der einzelnen Pflegemaßnahmen anhand der Zeitkorridore	270
11.3.4	Allgemeine Erschwerisfaktoren	273
11.3.5	Die anrechenbaren Verrichtungen.....	273
11.3.6	Formen der Hilfeleistung	274
11.4	Durchführung der Begutachtung.....	275
12.	Schlusswort	277
	Anmerkungen	279
	Literatur	281
	Register.....	283