

Gemeindepflege – Community Nursing Community Health Nursing

Fischill-Neudeck, Kubesch, Horak & Leoni-Scheiber

Fallbeispiel – familiäre und gemeindenahe Umgebung

- **FR. NEUMÜLLER, 82 Jahre**, liest in der Gemeindezeitung einen Artikel von der *Gesundheitspflege Thalgau*
- meldet sich bei CN, um über ihre Gesundheit zu sprechen und **möchte etwas für ihre Gesundheit tun.**

Hausbesuch – CN Thalgau

Magdalena Fischill-Neudeck, Christina Kubesch



Fallbeispiel – Hausbesuch/Auszug aus Anamnese

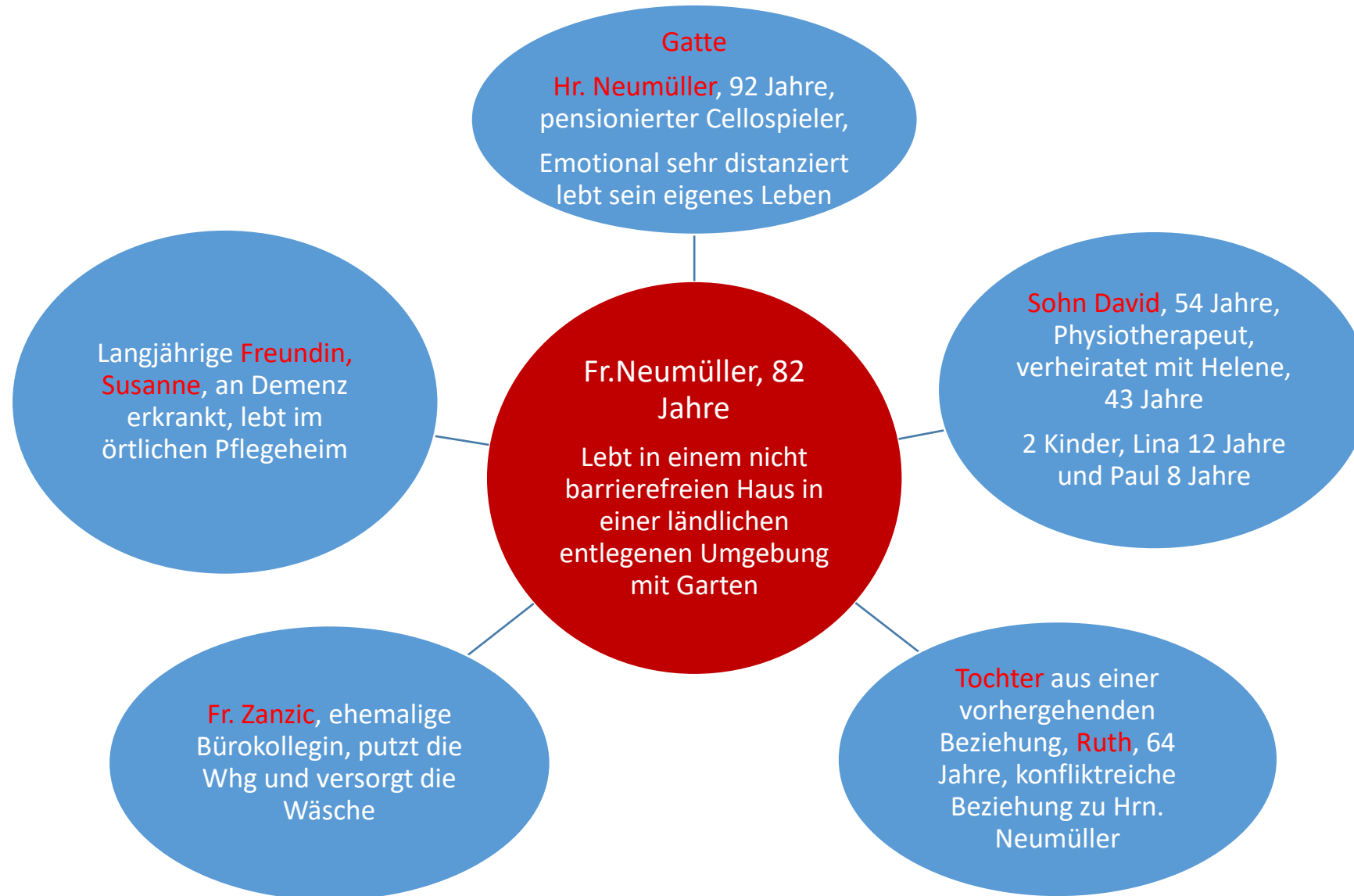
- Beobachtungen und Erzählungen beim Hausbesuch
 - Fr. Neumüller wirkt in allen Dimensionen orientiert
 - Ist mit Rollator unterwegs
 - Wassereinlagerungen/Ödeme – Unterschenkel
 - Abgeheilte offene Wunde am li Unterschenkel, äußert Angst bei „dicken“ Beine
 - Sagt sie nimmt Medikamente wie verordnet
 - Letzte Monate war sie regelmäßig im Krankenhaus
 - entweder mit Atemnot oder BZ – Entgleisung
 - Nach Krankenhausaufenthalt geht es ihr wieder einige Tage gut
 - danach verschlechtert sich die Situation wiederkehrend
 - Leidet unter Schlaflosigkeit –
 - aufgrund von Sorgen, weil sie nicht weiß, wie den Tag bewältigen, und auch unangenehmer Spannung in den Unterschenkeln
- Entlassungsbrief vom Krankenhaus
 - Diagnose: Chronische Herzinsuffizienz NYHA IV, Diabetes mellitus Typ 2
 - Hat Pflegegeldstufe 1

Fallbeispiel: Hausbesuch/Auszug aus Anamnese

- Tagesablauf
 - Ist immer schon um 4.00 wach,
 - macht sich Sorgen, wie sie den Tag überstehen soll
 - zieht beim Aufstehen nur Bademantel an,
 - da sie beim Anziehen zu sehr in Atemnot gerät
 - Frühstück gemeinsam mit ihrem Mann –
 - sie trinkt 4 Tassen Kaffee, 2 Stk Gebäck mit Marmelade und Honig.
 - Nach dem Frühstück muss sie sich aufs Sofa legen, da ihr alles zu anstrengend ist,
 - Oberkörper muss sie hochlagern, sonst bekommt sie Atemnot
 - Trinkt tagsüber eine Kanne grünen Tee
 - und nascht Zuckerln, die die Atmung erleichtern soll
 - Mittags wärmt sie Tiefkühlkost für sie und ihren Mann auf
 - Abends isst sie alleine Grießbrei oder Kompott

Fallbeispiel: Tagesablauf/Auszug aus Anamnese

- Tagesablauf:
 - Duschen traut sie sich in der Badewanne nicht mehr,
 - hat Angst zu stürzen
 - muss so oft aufs WC, spürt nicht, wenn der Harn abgeht –
 - ihre Einlage ist am Abend schon immer ganz voll
 - liest beim Zubettgehen noch ein paar Zeilen, sieht aber schon so schlecht,
 - muss Lesezeit begrenzen, um nicht starke Kopfschmerzen zu bekommen
 - Nimmt zum Schlafen eine Schlaftablette, schläft schnell ein,
 - wacht aber meist um Mitternacht das erste Mal wieder auf
 - ...und um 4. 00 beginnt der Tag schon wieder
- beschreibt die Situation als **sehr frustrierend**



Präzise Pflegediagnostik

- **Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheits-Selbstmanagement** (Herdman et al., 2022, S. 238)
- Definition: Muster eines adäquaten Managements der Symptome, des Therapieregimes, der physischen, psychosozialen und spirituellen Konsequenzen und der Lebensstiländerungen, die mit dem Leben mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, das gestärkt werden kann.
- S: Drückt den Wunsch aus, die Alltagsentscheidungen zu verbessern, um Gesundheitsziele zu erreichen;
 - das Therapieregime besser in den Alltag zu integrieren;
das Management von Krankheitszeichen/Symptomen zu verbessern;
 - die Akzeptanz der Erkrankung zu verbessern.
- **Spezifiziert:**
 - **Die Klientin meldet sich bei der CN, um über ihre Gesundheit zu sprechen und sich zu erkundigen, was sie tun kann, um ihre Situation zu verbessern. Das bedeutet auch, dass die Klientin die Bereitschaft hat, ihre Situation verbessern zu wollen.**

NOC - OUTCOMES (Moorhead et al., 2013)

- **Wissen: Leben mit einem Herzleiden** (Moorhead et al., 2013, S. 775-777)
- Definition: Das Ausmaß des zum Ausdruck gebrachten Wissens über Fakten und Zusammenhänge in Bezug auf das Herzleiden, seine Behandlung und die Prävention von Komplikationen.
- Indikatoren:
 - Zeichen und Symptome einer sich verschlechternden Erkrankung,
 - Vorteile des Krankheitsmanagements,
 - Methoden zur Verringerung von Risikofaktoren der Behandlung,
 - Rolle pflegender Angehöriger im Behandlungsplan,
 - Strategien zur Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr,
 - Empfohlenes Aktivitätsniveau.
- **Symptomkontrolle** (Moorhead et al., 2013, S. 643)
- Definition: Die persönlichen Handlungen zur Minimierung wahrgenommener ungünstiger Veränderungen des physischen und emotionalen Funktionierens.
- Indikatoren:
 - Erkennt das Einsetzen von Symptomen,
 - Überwacht den Schweregrad von Symptomen,
 - Setzt Präventionsmaßnahmen ein,
 - Verwendet ein Tagebuch zur zeitlichen Überwachung von Symptomen.
- Ggf. weitere wie:
- **Adhärenzverhalten, Beteiligung: Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung, Beteiligung der Familie an der professionellen Versorgung, Klientenzufriedenheit: Case-Management** (Moorhead et al., 2013, S. 627, 628, 639, 640, 1014, 851-953)

Nah- und Fernziele (Doenges et al., 2018, S. 424):

- **Nahziel:**
 - Die Klientin kann die ursächlichen Faktoren ihrer Erkrankungen und deren Symptome benennen.
 - Die Klientin benennt Maßnahmen, um die Risikofaktoren in Bezug auf die Entstehung der Ödeme im Zusammenhang mit der Erkrankung zu minimieren.
 - Die Klientin wendet die benannten Maßnahmen zur Reduktion der Entstehung von Ödemen ohne Unterstützung der CN an.
 - Die Klientin äußert, dass sich das Gefühl der Atemnot in Ruhe und bei Bewegung minimiert hat.
- **Fernziel:**
 - Die Klientin berichtet, dass sich ihre Schlafqualität hinsichtlich Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund der Beschwerden und Sorgen verbessert haben.
 - Die Klientin kann Ressourcen in ihrem Umfeld, die sie in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützen können, benennen.
 - Die Klientin äußert, dass sie bereit ist, Verantwortung für das Management ihrer Erkrankungen zu übernehmen.
 - *(Die Pflegeziele sind exemplarisch angeführt, weiterreichende/fortführende Ziele werden im weiteren Verlauf der Begleitung formuliert.)*

Pflegeinterventionen- Pflegeprioritäten nach Doenges et al. (2018, S. 424, 425)

- **1. Pflegepriorität:** Feststellen der Motivation für kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation
- **2. Pflegepriorität:** Unterstützen der Klientin (der Bezugspersonen) beim Erstellen eines Plans zur Erfüllung individueller Bedürfnisse
- **3. Pflegepriorität:** Fördern optimalen Wohlbefindens

Pflegeinterventionen (Doenges et al., 2018, S. 424, 425)

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert

1. Pflegepriorität: Feststellen der Motivation für kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation

- **1.1 Feststellen der Überzeugungen der Klientin in Bezug auf ihre Fähigkeit, ihre Gesundheit zu bewahren**
 - Sie erkundigt sich, möchte etwas zur Verbesserung der Gesundheit tun,
 - geht bei Verschlechterung immer wieder ins Krankenhaus, nimmt ihre Medikamente wie verordnet.
- **1.2 Feststellen des gegenwärtigen Gesundheitszustandes der Klientin und Wahrnehmung potenzieller Bedrohungen der Gesundheit**
 - War in den letzten Monaten immer wieder im Krankenhaus,
 - wegen Atemnot oder Blutzuckerentgleisung, es geht ihr danach gut, aber nach ein paar Tagen zuhause tritt immer wieder Verschlechterung ein
 - Bei der Aufnahme IST-Analyse: Wassereinlagerungen in beiden Unterschenkeln,
 - das beeinflusst ihre Schlaflosigkeit nachts am meisten, Spannung in den Unterschenkeln schmerzt sie, das Gehen ist anstrengend.
 - Zieht sich frühmorgens nur einen Bademantel über ihr Nachthemd an,
 - weil sie beim Anziehen sonst so außer Atem kommt, dass sie nichts mehr machen kann. Schuhe oder Socken zieht sie keine an.
 - Nach dem gemeinsamen Frühstück mit ihrem Mann muss sie sich ins Wohnzimmer auf das Sofa legen,
 - weil ihr alles zu viel ist. Kann aber Beine nicht hochlegen, da das Sofa zu kurz ist. Den Oberkörper muss sie mit drei bis vier Polster hochlagern, weil sie sonst das Gefühl hat zu ersticken.

Pflegeinterventionen (Doenges et al., 2018, S. 424, 425)

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert

- **1.3 Verifizieren, wie viel die Klientin über das Therapieschema weiß und inwieweit sie es versteht**
 - Grundsätzliches Wissen über Medikamente ist gegeben,
 - aber fehlendes Wissen über Folgen der Nichteinnahme, fehlendes Wissen über Symptommanagement hinsichtlich ihrer Erkrankungen,
 - geringes Wissen über Unterstützungsangebote im Gesundheitssystem.
- **1.4 Feststellen der Quellen, deren sich die Klientin bei der Suche nach Gesundheitsinformationen bedient und was mit den Informationen geschieht**
 - Entlassungsbrief mit Diagnose Chronische Herzinsuffizienz als Brief an den Hausarzt wurde beim Erstbesuch vorgefunden,
 - aber die Klientin konnte über keinerlei Gesundheitsinformationen berichten, die ihr helfen konnten, zuhause zurecht zu kommen.
- **1.5 Aktives Zuhören bei Sorgen, um Probleme im Hintergrund (physische oder emotionale Stressoren, äußere Faktoren etc.) zu ermitteln**
 - vor ein paar Wochen - offene Wunde am Bein,
 - die aber abgeheilt ist, aber seitdem machen ihr die dicken Beine sehr viel Angst.
 - Liegt nachts ab ca. 4:00 wach und macht sich Sorgen, wie sie den Tag überstehen kann.
 - Zieht sich neben dem Bett dann nur einen Bademantel über ihr Nachthemd an, weil sie beim Anziehen sonst so außer Atem kommt, dass sie nichts mehr machen kann. Schuhe oder Socken zieht sie keine an.
 - Fr. N. beschreibt ihre Situation als sehr frustrierend –
 - Auch Konflikt zwischen Tochter und Stiefvater, wahrnehmbare emotionale Distanziertheit des Ehepartners.

Pflegeinterventionen (Doenges et al., 2018, S. 424, 425)

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert

- **2. Pflegepriorität: Unterstützen der Klientin (der Bezugspersonen) beim Erstellen eines Plans zur Erfüllung individueller Bedürfnisse**
- **2.1 Anerkennen der Stärken der Klientin im gegenwärtigen Gesundheitsmanagement und Aufbauen darauf, beim Planen für die Zukunft**
 - Ist kognitiv sehr gut in der Lage, Wissensinhalte aufzunehmen und zu verarbeiten
 - Möchte selber etwas verändern
- **2.2 Ermitteln notwendiger Schritte zur Erreichung der angestrebten Gesundheitsziele**
 - Organisation der Medikamente - anfangs Übernahme durch CN;
 - dann Übernahme der Bestellung durch Sohn, Tochter holte die Medikamente ab, funktionierte nicht ausreichend, danach wollte es Klientin übernehmen
 - Aktueller Stand: Übernahme der Bestellung durch die Klientin selbst, Abholung nach wie vor von der Tochter, da die Apotheke weiter weg ist.

Pflegeinterventionen (Doenges et al., 2018, S. 424, 425)

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert

- Organisation von Verordnungen für Kompressionsverband,
 - Zusammenarbeit mit Bandagisten, Abmessung des Beinumfangs
- Wissensvermittlung - Bedeutung der Messung des Beinumfangs
 - Sensibilisierung hinsichtlich Abweichungen von der Norm,
 - Befähigung zur Selbsttestung durch Fingerdruck
- Schulung vor ORT und von der CN bereitgestellte Videos - Bandagieren
 - sorgen für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Bandagierens.
- Wissensvermittlung - Bedeutung des Gewichtes in Bezug auf Anpassung der Diuretika.
 - Info wurde bereits vom Hausarzt vermittelt, wurde aber noch nicht verstanden.
- Besorgung eines Pulsoxymeters durch Tochter
 - Schulung und Wissensvermittlung zur selbstständigen Verwendung des Pulsoxymeters durch CN.
- Schmerzerfassung durch Schmerztagebuch
 - der Bedarf war nach einiger Zeit durch die Behandlung und das Selbstmanagement in Bezug auf die Ödeme nicht mehr gegeben.

Pflegeinterventionen nach Doenges et al.

(2018, S. 424, 425) ...zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert

- Wissensvermittlung hinsichtlich Ernährung (Zuckerln, Honig etc.),
 - Optimierung des Essverhaltens, am Anfang durch mobile Zustellung einer angepassten Hauptmahlzeit, danach wieder eigene Übernahme der Entscheidungen über eigenes Kochen – war durch die Verbesserung der Ödeme und der Atemnot wieder möglich geworden.
- Mobilitätssteigerung durch Schulung von einfachen Übungen
 - (z.B. Einbeinstand, freihändig vom Sessel aufstehen – Sturzprophylaxe), Sohn ist Physiotherapeut und unterstützt.
- Wohnraumadaptierung:
 - Antirutschmatte, Haltegriffe im Bad, Toilettensitzerhöhung mit Griffen auf der Seite, drehbarer Badewannenstuhl, Steckdosennachtlicht, Antirutschsocken.
- Optimierung der Inkontinenzversorgung:
 - Anpassung der Einlagen, Ausprobieren der Pants (keine Bezahlung der Kassen, nur bei Bewilligung der Kassen Kostenübernahme). Klientin kauft sich nun eigene Einlagen, benötigt durch das gute Symptommanagement in Bezug auf Einstellung mit Diuretika weniger Einlagen am Tag.
- Gedächtnistraining zur Prävention kognitiver Beeinträchtigung
 - Vermittlung an Angeboten des betreuten Wohnens – Fahrgemeinschaft organisiert, um Angebot in Anspruch zu nehmen.

Pflegeinterventionen (Doenges et al., 2018, S. 424, 425)

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert

- **2.3 Akzeptieren der Einschätzung der Klientin bzgl. eigener Stärken und Schwächen bei gleichzeitigem Verbessern ihrer Fähigkeiten**
 - Selbstreflexion der Klientin war anfangs nicht gegeben,
 - konnte aber sukzessive, im weiteren Betreuungsverlauf entwickelt werden.
- **2.4 Sorgen für Informationen und unterstützen der Klientin beim Ermitteln und Evaluieren von Ressourcen, zu denen sie selbst Zugang hat**
 - Informationsvermittlung zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung,
 - als Entscheidungshilfe für weitere Planungen.
 - Informationsvermittlung über Angebote des Palliativteams bei Fortschreiten der Symptomatik der Herzinsuffizienz.
 - Einbeziehung der mobilen Dienste war angedacht
 - war aber durch das effiziente Symptommanagement noch nicht nötig gewesen.
 - Pflegegelderhöhung wurde bewilligt (Pflegegeldstufe 3) –
 - Einreichung mit Unterstützung des Sohns. CN hat den Antrag vor der Abgabe begutachtet.

Pflegeinterventionen (Doenges et al., 2018, S. 424, 425)

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert

3. Pflegepriorität: Fördern optimalen Wohlbefindens

- **3.1 Fördern der jeweiligen Auswahlentscheidungen der Klientin/der Bezugspersonen sowie der Beteiligung an der Planung und Implementierung zusätzlicher Aufgaben und Verpflichtungen**
 - Organisation der Einkäufe durch die Tochter war konfliktbeladen und verursachte Stress,
 - da die Tochter nicht immer termingerecht liefern konnte.
 - Durch Vermittlung der CN konnte Verständnis und Toleranz aller Beteiligten erreicht werden, da ja ohnehin immer genug Essen da war.
 - Gemeinsames Gespräch mit Familienmitgliedern über mögliche Aufgabenverteilung
 - Garten, Einkauf, Besuch von Freundin einmal im Monat – im Heim etc.
- **3.2 Ermutigen zu körperlicher Betätigung, Entspannungsübungen und Stressbewältigung etc.**
 - Führen eines Tagesbuches zur Selbstreflexion und zur Bewältigung ihrer Sorgen und Ängste
 - führte als junges Mädchen ein Tagebuch
 - Schulung zur Durchführung von Atemübungen zur Beruhigung der Atemfrequenz
 - Komplementäre Maßnahmen zur Verbesserung der Schlafqualität
 - Lavendelöl auf Taschentuch, war nicht hilfreich, dann wurde etwas anderes ausprobiert:
 - Fußbäder wurden durch den Vorschlag der CN ausprobiert und dies zeigte sich als sehr hilfreich in Bezug auf die Schlafqualität (auch alle anderen Faktoren, die den Schlaf beeinflusst hatten, konnten verbessert werden).

Pflegeinterventionen (Doenges et al., 2018, S. 424, 425)

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert

- **3.3 Unterstützung beim Umsetzen von Strategien zur Überwachung von Fortschritten/Reaktionen auf die Behandlung**
 - Medikamentencheck: Erhebung der Medikamenteneinnahme mit Beschwerden und Wünsche,
 - Überprüfung durch Apotheker und Ärzte und Optimierung der Medikamentenverschreibung im Tagesablauf
 - Kardiobilteam wurde angedacht –
 - könnte im weiteren Verlauf dazu gezogen werden
 - Kontrolltermine für Augenarzt und Internist vorgeschlagen und organisiert
 - Verordnung von Hausarzt geholt
 - Vermittlung von Angehörigengesprächen (als Angebot des Bundesministeriums) durch die herausfordernde Situation mit ihrem Gatten und die immer wieder konfliktreiche Situation mit der Tochter wird angedacht
 - Herausforderung: Angebot ist in einer anderen Gemeinde, Transport müsste organisiert werden
 - Anregung einer Diabeteschulung bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK).
 - Dabei Fahrdienste zu den Terminen mit der Klientin organisieren (Thalgau Mobil = ein Taxi, das von Senior/innen betrieben wird).
- **3.4 Ermittlung zusätzlicher kommunaler Ressourcen/Selbsthilfegruppen**
 - Nachbarin konnte bei der Organisation des Gedächtnistrainings als Ressource erfasst werden,
 - bringt Klientin auch manchmal zu ihrer Freundin im Heim
 - Organisation eines Besuchsdienstes durch die Vermittlung durch die Pfarre

NIC - Interventionen

- Mögliche NIC-Interventionen, zu denen Aktivitäten ausgewählt und wie vorhergehend dargestellt spezifiziert werden sollen:
- **Pflegeassessment** (Bulechek et al., 2016, S. 621, 622)
 - Definition: Gezieltes und fortlaufendes Sammeln, Interpretieren und Zusammenführen von Patientendaten zur klinischen Entscheidungsfindung.
- **Edukation: verordnete Medikation** (Bulechek et al., 2016, S. 323, 324)
 - Definition: Vorbereiten eines Patienten, verordnete Medikamente sicher einzunehmen und auf ihre Wirkung zu überwachen.
 - Weitere mögliche:
 - **Flüssigkeitshaushaltsmanagement, Kardiales Risikomanagement, Energiemanagement, Case Management, Selbstwirksamkeitsverbesserung** (Bulechek et al., 2016, S. 412, 413, 502, 503, 362, 363, 261, 262, 710, 711)

Dominante ANP Kernelemente

