

moderne Pflegeplanung

von Friederich Peter



Pflegeplanung schnell und problemlos
komplett mit Erhebungsbögen und fertigen Formulierungen

COPYRIGHT © Friederich Peter 2011, Alle Texte, und Bilder in diesem Buch unterliegen dem Urheberrecht und dürfen - auch auszugsweise - nicht ohne ausdrückliche und schriftliche Genehmigung des Urhebers kopiert oder verkauft werden. Alle Zuwiderhandlungen werden strafrechtlich verfolgt.

Einleitung:

Erst eine umfassende Pflegeplanung ermöglicht eine strukturierte und individuelle Pflege. Die Individualität des Einzelnen in eine Pflegestruktur einzubringen erfordert eine umfangreiche und genaue Erfassung der Informationen zur zu pflegenden Person.

Ziel dieser Anleitung ist es, eine schlanke Pflegeplanung mit überschaubarer Gliederung zu erstellen, die den Pflegekräften als verlässliche Richtlinie dient und ihnen die rechtliche Sicherheit in ihrem pflegerischen Handeln gibt.

Eine ausufernde Pflegeplanung birgt die Gefahr in sich, vom Pflegepersonal nicht beachtet zu werden, mit der Folge dass eine ordnungsgemäße Dokumentation erschwert wird und sich das pflegerische Handeln in einer rechtlichen Grauzone befindet.

Um die sich aus den Informationen ergebenden Probleme zu kompensieren und die noch vorhandenen Ressourcen zu nutzen, bedarf es einer klaren Zielsetzung und ebenso klaren, wie verständlich formulierten, Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele.

Hierbei ist davon auszugehen, dass die Kompetenz gut ausgebildeten Pflegepersonals ausreicht, definierte Pflegestandards ebenso zu beherrschen, wie die Abfolge sich täglich wiederholender Pflegevorgänge.

Nach Ansicht des Autors sind detaillierte Beschreibungen dieser Vorgänge, wie z. B. "Waschlappen nass machen und auswringen" weder hilfreich, noch sachdienlich und führen nur zur unnötigen Aufblähung.

Im Vordergrund sollte immer die Einbeziehung der (noch) vorhandenen Fähigkeiten einer Person bei Durchführung der einzelnen Pflegemaßnahme stehen, um die "*Erhaltung*" oder "*Wiederherstellung*" der "*Selbstpflegefähigkeit*" für den jeweiligen Bereich zu fördern.

Bei einer professionellen Pflege soll die zu pflegende Person zunächst angeleitet werden, das zu tun, was ihr, auch unter Anstrengung, möglich ist, damit diese Fähigkeiten nicht weiter abnehmen.

Dabei soll die Person weder über- noch unterfordert werden.

Jeder einzelne Pflegeschritt muss dem Betroffenen vorher mitgeteilt werden, damit er sich darauf einstellen und seine Fähigkeiten in seinem Tempo und auf seine Art einbringen kann.

Diese aktivierende Pflege ist anerkannter Grundsatz professioneller Pflege in Deutschland.

Eine aktivierende Grundhaltung kostet mehr Zeit als die vollständige Übernahme einer Tätigkeit, ist aber zur Erhaltung, bzw. Förderung noch vorhandener Fähigkeiten unumgänglich.

Es würde wohl zu weit führen, wenn ich hier sämtliche Pflegemodelle die in der Vergangenheit seit Jahrzehnten entwickelt wurden aufzählen würde.

Deshalb beschränke ich mich hier auf die wesentlichen Modelle auf denen die heutige Pflegeplanung basiert.

Dass der frühere behüternde Pflegestil oder die kompensatorische Pflege zur Passivität erzieht und dadurch oft sogar eine anwachsende Pflegebedürftigkeit mit steigendem Pflegeaufwand nach sich zieht ist unbestritten und wurde bereits 1952 von *Hildegard Peplau* in ihre plegerische Überlegung einbezogen.

Sie verstand die Pflege als signifikanten, therapeutischen Prozess, der über die Fertigkeiten verfügt die Kraft zur Entwicklung der Person zu geben und auch als pädagogisches Instrument eingesetzt werden kann.

Der heutige Grundtyp vom Bedürfnismodell geht auf Virginia Henderson (1966 USA), Magdeleine Leininger (1966 USA), Dorothea Orem (1971 USA), Nancy Roper (1976 Glasgow) und Liliane Juchli (1983 Schweiz) zurück und ist auch die Basis für das in Deutschland wohl gebräuchlichste, von Monika Krohwinkel 1993 als Weiterentwicklung von Juchli eingeführte Modell.

Die **Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)** (engl. ADL = "activities of daily living") gehören zu einem ganzheitlichen Pflegemodell in der Alten- und Krankenpflege und ist eine Weiterentwicklung von Hendersons Modell der 14 Bedürfnisse und Ropers Modell des Lebens.

In der Krankenpflege (und Gerontologie) werden die immer wiederkehrende Tätigkeiten zur Erfüllung der physischen und psychischen menschlichen Grundbedürfnisse, die bei Erkrankungen und im Alter Schwierigkeiten bereiten können; z.B. Körperhygiene, Zubereiten und Einnahme von Mahlzeiten, Mobilität (Stehen, Gehen, Treppensteigen) sowie Kontinenz, Verlassen des Bettes, selbstständiges An- und Auskleiden in den Aktivitäten des täglichen Lebens zusammengefasst.

Das von Liliana Juchli im deutschsprachigen Raum auf dieser Basis (vor allem Roper) weiterentwickelte Modell umfasst 12 Aktivitäten.

Ein durch Monika Krohwinkel weiter entwickeltes ATL-Modell orientierte sich zunächst an den Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (**AEDL**)

Das im deutschsprachigen Raum verbreitete Pflegemodell wird in der professionellen Gesundheits und Krankenpflege sowie in der Altenpflege unter verschiedenen Bezeichnungen für das Pflegemodell eingesetzt, darunter „Pflege nach Krohwinkel“, „AEDL-Strukturmodell“ oder „Pflege nach AEDLs“.

Das Modell wird zu den ganzheitlichen Bedürfnismodellen mit mittlerer Reichweite gezählt und ist das bislang einzige Modell, dass aus der deutschen Pflegewissenschaft heraus entstanden ist.

1999 wurde die **Beziehung** als zusätzlicher Faktor mit der entsprechenden Abkürzung **ABEDL** von Krohwinkel vorgestellt.

Inhaltsverzeichnis:

1. Seite 5/6 die 12 ATL's nach Juchli
2. Seite 7 ABEDL Modell nach Krohwinkel
3. Seite 8/9 Begriffserklärung
4. Seite 10 Stammbatt (Muster)
5. Seite 11 Anamnese Erhebungsbogen
6. Seite 12/13 Biografie Erhebungsbogen
7. Seite 14-26 Informationssammlung (Musterformulare)
8. Seite 27/28 Formulierungsvorschläge
9. Seite 29-47 mögl. Probleme / Ressourcen / Ziele / Maßnahmen

Die 12 ATL's umfassen die folgenden Bereiche:

- Ruhen und schlafen / *dazu gehören evtl. Fähigkeiten im Bereich*
 - Krankenzimmer im sauberen Zustand
 - Krankenbett täglich oder wenn nötig erneuern und säubern
 - Lagerung der Patienten
 - nutzen von Lagerungshilfsmitteln
 - Betten der Patienten
 - Nachtdienst und Beobachtung des Schlafes
- Sich bewegen
 - hat Bedeutung für Geist und Körper
 - Dekubitusprophylaxe durchführen
 - Kontrakturprophylaxe durchführen
 - Bewegungsübungen (aktiv, assistiv, passiv)
 - Thromboseprophylaxe durchführen
 - Mobilisation und Krankengymnastik
- Sich waschen und kleiden
 - Hilfe bei An- und Ausziehen
 - Hilfestellung und komplette Übernahme der Körperpflege
 - Pflege der Sinnesorgane
 - Parodontitisprophylaxe durchführen
 - Beobachtung der Haut und Aussehen
 - Beobachtung von Schweiß und Körpergeruch
- Essen und trinken
 - Beobachtung von Körpergewicht und Körperlänge
 - Hilfeleistung beim Essen und Trinken (Essen reichen; auch Ess- und Trinkassistenz)
 - Kostformen patientengerecht bestimmen
 - Aspirationsprophylaxe
 - Ernährungs- und Sondenkost
- Ausscheidung
 - Obstipationsprophylaxe
 - Abführmittel
 - Beobachtung von Urin, Stuhlgang, Erbrechen
 - Inkontinentalpflege
 - Darmeinlauf
- Regulierung der Körpertemperatur
 - Beobachtung der Körpertemperatur
 - Pflege bei Schüttelfrost
 - Pflege bei Fieber

- Atmen
 - Beobachtung der Atmung
 - Pneumonieprophylaxe
 - Inhalation
 - Hilfe bei Atemnot
 - Beobachtung von Puls und Blutdruck

- Für Sicherheit sorgen
 - Patientenaufnahme, -verlegung und -entlassung
 - Verhütung von Gefahren
 - persönliche Hygiene
 - Umgang mit Medikamenten
 - Verhütung von Nosokomialen Infektionen (im Krankenhaus erworbene Infektion)
 - Infusion und Injektionen verabreichen und vorbereiten

- Sich beschäftigen
 - hat Bedeutung für Gesunde und Kranke
 - Ergotherapie und Physiotherapie
 - Rehabilitation
 - Selbsthilfegruppen

- Kommunizieren
 - mit Patienten und Angehörigen
 - innerhalb des Teams
 - Übergabegespräch
 - verbale und nonverbale Kommunikation
 - Visite

- Sinn finden
 - Beruf, Körper, Geist und Seele
 - Verwirklichung der ganzheitlichen Pflege
 - Angstbewältigung
 - Besinnungstage und Meditationen
 - Beobachtung von Schmerz und Schmerzbewältigung
 - Begleitung Sterbender

- Sich als Mann oder Frau fühlen
 - Intimsphäre schützen
 - Schamgefühl wahren
 - Probleme bei Intensiv- und Langzeitpatienten
 - Veränderung durch Medikamente

Das **Modell der fördernden Prozesspflege** ist ein von der deutschen Pflegewissenschaftlerin Professor Dr. rer. cur. **Monika Krohwinkel** entwickeltes konzeptionelles Pflegemodell.

Das Modell der "Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens" (AEDL) ist ein Bedürfnismodell, in dem die Bedürfnisse und Fähigkeiten in 13 Bereiche (AEDL's) eingeteilt werden.

Die AEDL's® wurden zu **ABEDL's®**, wobei das B für **Beziehungen** steht.

Um Urheberrechtskonflikte bezüglich der vorstehenden Begriffe zu vermeiden, werde ich im Folgenden von Bereichen ausgehen.

Die ersten 11 Bereiche sind mit den "Aktivitäten des täglichen Lebens" (ATL) von Roper identisch.

Der zwölfte Bereich "soziale Bereiche des Lebens sichern" ist für die Vorbereitung der Patienten auf die Zeit der Entlassung aus dem Krankenhaus von besonderer Bedeutung.

Der dreizehnte Bereich "mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen" wird von Krohwinkel unterteilt in:

-die Existenz gefährdende Erfahrungen (Abhängigkeit, Sorge, Angst, Schmerzen, Sterben usw.),

-die Existenz fördernde Erfahrungen (Unabhängigkeit erreichen, Zuversicht, Vertrauen, Sicherheit usw.),

-Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden (Kultur / Biographie).

Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL) nach Krohwinkel:

Die Bezeichnung der meisten **ABEDLs** lehnt sich an die seit längerem eingeführten ATL nach Juchli an:

1. Kommunizieren können
2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können
4. Sich pflegen können
5. Sich kleiden können
6. Ausscheiden können
7. Essen und trinken können
8. Ruhen, schlafen, entspannen können
9. Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können
10. Die eigene Sexualität leben können
11. Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können
12. Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Die folgende Erklärung sich häufig wiederholender Begriffe und Abkürzungen stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit dar, da diese von Fall zu Fall variieren können.

Ressourcen:

Ressourcen sind die Mittel, die zur Verfügung stehen, eine Handlung zu tätigen oder einen Vorgang ablaufen zu lassen.

Ressourcen betreffen zur Verfügung stehende Hilfsmittel ebenso wie Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken eines Menschen.

Obwohl dieser Begriff dem Französischen entstammt, hat er sich wegen seiner weiterreichenden Bedeutung inzwischen in der deutschen Sprache etabliert.

Insofern ist es sinnvoll, alles noch Vorhandene unter Ressourcen zusammenzufassen.

Eine Unterteilung, wie in manchen Pflegeplanungen vorgenommen, in Ressourcen (R) und Fähigkeiten (F) ist weder sachdienlich, noch dient es der Klarheit, sondern führt allenfalls zu Abgrenzungs- bzw. Formulierungsproblemen.

Zur Verdeutlichung die folgenden Beispiele:

"Der Patient **kann** den Nackenbereich vollständig bewegen" oder "Kopf und Nackenbereich zeigt keine Einschränkungen"

Mit der ersten Formulierung wird ganz eindeutig eine Fähigkeit beschrieben (**er kann**), während die zweite Formulierung aussagt, dass es keine Einschränkung hinsichtlich bestimmter Fähigkeiten gibt, d.h. erst im Umkehrschluss wird eine Fähigkeit erkennbar.

Noch schwieriger wird eine Abgrenzung beispielsweise bei der Feststellung: "Patient befindet sich gerne in größeren Gruppen und unterhält sich gerne", da hier eigentlich eine Vorliebe beschrieben wird, die sich wohl eher als "Neigung" denn als "Fähigkeit" einstufen läßt.

Fassen sie das Vorhandene unter Ressourcen zusammen, benutzen sie aussagekräftige und verständliche Formulierungen und diejenigen, denen die Pflegeplanung als Arbeitsgrundlage dient werden es ihnen danken.