

Pflegeplanungen sind gesetzlich gefordert. Doch oft werden sie zwischen Tür und Angel geschrieben; als »vergeudete Zeit« empfunden oder als verzweifelte Aufgabe, der sich Pflegekräfte nicht gewachsen fühlen.

Mit diesem Buch wird das anders. Hier finden sich 100 professionelle Tipps, Muster-Pflegeplanungen und Formulierungen, die aus der Not der Pflegeplanung eine Tugend machen.

Die konkrete Pflegeplanung in der Praxis wird leichter, aussagekräftiger und für alle nachvollziehbar.

Kurzum: Mit diesem kompakten Ratgeber lässt sich die harte Nuss »Pflegeplanung« knacken!

Die Autorin

Barbara Messer arbeitet als freie Trainerin u. a. in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege. Sie ist examinierte Altenpflegerin mit 15 Jahren Pflegepraxis, Aus- und Weiterbildung im Bereich Sozialmanagement, Gerontopsychiatrie, Leitung Pflege und NLP.

ISBN-13: 978-3-89993-435-9
ISBN-10: 3-89993-435-0



9 783899 934359

100 Tipps für die Pflegeplanung in der stationären Altenpflege

Messer



P F L E G E
L E I C H T



Barbara Messer

100 Tipps für die Pflegeplanung in der stationären Altenpflege



BRIGITTE KUNZ VERLAG

Barbara Messer

100 Tipps für die Pflegeplanung in der stationären Altenpflege



BRIGITTE KUNZ VERLAG

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN-10: 3-89993-435-0

ISBN-13: 978-3-89993-435-9

Die Autorin:

Barbara Messer
Hirtenstr. 20
30974 Wennigsen

Barbara Messer ist examinierte Altenpflegerin mit 16 Jahren Pflegepraxis. Sie ist Bachelor of Business Administration, besuchte diverse Weiterbildungen (Gerontopsychiatrie, Validation, Leitung Pflege, Trainer, NLP) etc. Sie schrieb drei Fachbücher zum Pflegeprozess und arbeitet als Fortbildungsbeauftragte und freie Trainerin.

Mehr wissen – besser pflegen!

pflegen-online.de

Besuchen Sie unser Pflegeportal im Internet.

Brigitte Kunz Verlag

© 2006 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann wahrenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

Inhalt

Eine Geschichte zuvor: Vom Beobachten und Wahrnehmen	10
Einleitung	12
1 Die Pflegeplanung – Eine Geschichte voller Missverständnisse	14
1. Tipp: Vergessen Sie vieles, was Sie bisher über Pflegeplanung gehört haben. . .	14
2. Tipp: Machen Sie sich frei von engen Vorstellungen, wie eine Pflegeplanung zu sein hat.	14
3. Tipp: Gehen Sie entspannt an die Pflegeplanung heran.	15
4. Tipp: Gehen Sie mit Humor an die Pflegeplanung heran.	16
5. Tipp: Erlauben Sie sich eine »Kopfstand-Pflegeplanung«	16
6. Tipp: Betrachten Sie Fehler als nützlich.	17
7. Tipp: Seien Sie nicht zu perfekt.	18
8. Tipp: Beschreiben Sie, statt zu erklären oder zu interpretieren.	18
9. Tipp: Vermeiden Sie »Unwörter«	19
10. Tipp: Bringen Sie Ihr Pflegeverständnis zum Ausdruck.	20
11. Tipp: Machen Sie sich bewusst, dass es um die Klientin geht.	21
2 Die Pflegeplanung – Schritt für Schritt	22
12. Tipp: Es gibt gute Gründe für eine Pflegeplanung.	22
13. Tipp: Nutzen Sie die Hinweise des MDK.	22
14. Tipp: Nutzen Sie die Struktur des Pflegeprozesses.	23
15. Tipp: Nutzen Sie die Informationssammlung.	23
16. Tipp: Bedenken Sie die Vorgaben hinsichtlich des Stammblasses.	24
17. Tipp: Bedenken Sie die Vorgaben hinsichtlich der Pflegeanamnese.	25
18. Tipp: Schreiben Sie die Pflegeanamnese fort.	25
19. Tipp: Schalten Sie bei der Informationssammlung den fachlichen Filter ein. . .	26
20. Tipp: Beachten Sie die nonverbalen Informationen.	27
21. Tipp: Beziehen Sie Informationen zur Biografie mit ein.	28
22. Tipp: Betreiben Sie eine wertschätzende und fachlich einwandfreie Pflegediagnostik.	29
23. Tipp: Beachten Sie die Vorgaben des MDK hinsichtlich der Pflegeplanung. . . .	29
3 Die Pflegeplanung – Eine gute Struktur ist die halbe Miete	31
24. Tipp: Benutzen Sie so viele Pflegeplanungsblätter wie nötig.	31
25. Tipp: Unterscheiden Sie zwischen einzelnen Pflegebedarfssituationen.	31
26. Tipp: Nutzen Sie die Pflegeplanung, um einen problemhaften Prozess wirklich zu analysieren.	32

27. Tipp: Stricken Sie sich einen roten Faden für die Pflegeplanung	33
28. Tipp: Der Pflegeplanungsbogen verrät Ihre Einstellung zur Klientin	34
29. Tipp: Was mögen Sie lieber: Ressource oder Problem?	34
30. Tipp: Geben Sie jeder Pflegebedarfsituation eine Überschrift	35
31. Tipp: Nutzen Sie das PESR-Format	36
32. Tipp: Benennen Sie immer eine Ursache	37
33. Tipp: Beschreiben Sie Merkmale	38
34. Tipp: Machen Sie klar, was das Ziel sein soll	38
35. Tipp: Formulieren Sie Ziele klar und eindeutig	38
36. Tipp: Beschreiben Sie konkrete, nachprüfbare Ziele	37
37. Tipp: Seien Sie bei der Zielformulierung ehrlich	37
38. Tipp: Beachten Sie die drei Ebenen von Zielen	37
39. Tipp: Überprüfen Sie, ob Nah- oder Fernziele sinnvoll sind	37
40. Tipp: Maßnahmen sind wie »Kochrezepte«	40
41. Tipp: Finden Sie die richtige Maßnahme für die Klientin	40
42. Tipp: Nutzen Sie noch einmal die gesammelten Informationen	40
43. Tipp: Beziehen Sie die Klientin und ihre soziale Situation unbedingt mit ein	41
44. Tipp: Seien Sie genau in Ihrer Formulierung der Maßnahmen	42
45. Tipp: Beachten Sie die Form der Hilfeleistung	42
46. Tipp: Gehen Sie exakt mit dem Begriff der »Selbstständigkeit« um	43
47. Tipp: Beziehen Sie erschwerende Faktoren mit ein	44
48. Tipp: Nutzen Sie Pflegediagnosen innerhalb des Pflegeprozesses	44
49. Tipp: Lassen Sie sich von den Vorteilen der Pflegediagnosen begeistern	45
50. Tipp: Beziehen Sie Pflegediagnosen Schritt für Schritt in den Pflegeprozess ein	45
51. Tipp: Verwenden Sie die Original-Pflegediagnosen	45
52. Tipp: Werden Sie zu einer Frageexpertin, oder: »Fragen Sie Löcher in den Bauch«	45
53. Tipp: Bedenken Sie, wie das, was Sie schreiben, auf andere wirkt	46
54. Tipp: Verbinden Sie die Pflegeplanung mit dem Pflegebericht	46
4 Die Pflegeplanung – Basis für kreative und liebevolle Pflege	47
55. Tipp: Pflegen Sie kreativ und liebevoll	47
56. Tipp: Sie pflegen so, wie Sie sich fühlen	47
57. Tipp: Fordern Sie sich – dann fördern Sie die Klientin	48
58. Tipp: Seien Sie offen für Überraschungen	49
59. Tipp: Entdecken Sie die gute Absicht	49

5 Die Pflegeplanung – So bringen Sie sie zu Papier	50
60. Tipp: Gute Kenntnisse machen Lust aufs Schreiben	50
61. Tipp: Vergessen Sie die »Expertensprache«	50
62. Tipp: Wählen Sie eine günstige Tageszeit zum Schreiben	50
63. Tipp: Bewegen Sie sich beim Denken	51
64. Tipp: Vergessen Sie das Trinken nicht	51
65. Tipp: Nutzen Sie Übungen aus dem Brain Gym®	51
6 Die Pflegeplanung – Ohne Anforderungen geht es nicht	53
66. Tipp: Beachten Sie die Anforderungen der nationalen Expertenstandards	53
67. Tipp: Akzeptieren Sie die methodische Hilfe der Standards	55
68. Tipp: Ordnen Sie die Prophylaxen sinnvoll zu	55
7 Die Pflegeplanung – Beispiele helfen weiter	56
69. Tipp: Pflegeplanung für eine häusliche Situation	56
70. Tipp: Von der Anamnese zur Planung – ein Beispiel	56
71. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung (Diagnose: Demenz, Diabetes Mellitus)	59
72. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Sturzrisiko	64
73. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Angst	65
74. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Sehnsucht	66
75. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Trauer	66
76. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Ablehnung der Körperpflege	67
77. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei unbearbeitetem Lebensthema	67
78. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei mangelnder Motivation	68
79. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Heimweh	69
80. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei situativer Desorientierung	69
81. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Orientierung zur Person	70
82. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei situativer Desorientiertheit	71
8 Die Pflegeplanung – Werden Sie selbst zum Beispiel	73
83. Tipp: Werden Sie kompetent	73
84. Tipp: Holen Sie sich Inspirationen	73
85. Tipp: Achten Sie auf Ihre wahre Einstellung – und ändern Sie sie ggf.	74
86. Tipp: Prüfen Sie die Rahmenbedingungen	74
87. Tipp: Gestalten Sie den Pflegeprozess klientennah	75
88. Tipp: Vervollkommen Sie Ihre Zeitplanung	75
89. Tipp: Bringen Sie Ordnung in Ihre Pflegedokumentationsmappe	75
90. Tipp: Seien Sie kritisch bei EDV-Unterstützung	76
91. Tipp: Klären Sie die Begrifflichkeiten	77
92. Tipp: Erweisen Sie der Pflegeplanung gegenüber Wertschätzung	77
93. Tipp: Nutzen Sie Ihre Stellung als Vorgesetzte	78

94. Tipp: Lassen Sie im Team arbeiten	78
95. Tipp: Nutzen Sie die Supervision	78
96. Tipp: Seien Sie selbstkritisch	78
97. Tipp: Inszenieren Sie gekonnt Fortbildungsprogramme	79
98. Tipp: Gute Fortbildung braucht Zeit und Kompetenz	79
99. Tipp: Denken Sie an die Nachhaltigkeit der Schulung	79
100. Tipp: Lassen Sie die Mitarbeiterinnen teilhaben	80
Schlusswort	81
Literatur	82
Register	84

Für S.

Was immer du tun kannst,
oder wovon du träumst, dass du es kannst:
Fang es an.
Kühnheit birgt Genie,
Kraft und Magie in sich.
Fang es jetzt an!
(Goethe)

Eine Geschichte zuvor: Vom Beobachten und Wahrnehmen

»Du alter Schlauberger«, ist das erste, was ich höre, als ich den dunklen Flur des alten Bauernhauses betrete.

»Oh weh«, denke ich, »das ist ja ein netter Empfang! Kaum tritt man hier zur Tür herein, fliegen einem schon die Schimpfworte um die Ohren!«

Beim zweiten Hinhören, oder besser noch: Hinschauen, merke ich schnell, dass ich irre. Das Wort »Schlauberger« ist ein Kosewort. Der alte, zerbrechlich und zugleich stark wirkende Mann, dem ich gegenüberstehe, drückt damit Respekt und liebevolle Zuwendung aus.

Ich bin überrascht, in wie wenigen Minuten ich jede Menge Informationen über diesen alten Mann bekomme. Es reichen Nuancen, Bruchstücke aus seinem Leben, die Gesichtsausdrücke von Tochter und Enkeltochter, aus denen heraus sich ganze Lebensgeschichten spinnen lassen.

Da ist auf einmal die Rede von einer »alten Sau«, die auf die Straße lief und man selber hinterher, ganz verschwitzt und ärgerlich. Das Schwein hatte einen Namen, den nun keiner mehr weiß, aber es hat mehr als eine halbe Stunde Laufen und Fangen gekostet, ehe die Sau wieder im Stall war.

Da ist der große Findling, der vorn an der Hofeinfahrt liegt. Das muss ein Ereignis für den ganzen Landkreis gewesen sein, als er ihn gefunden hast. Es gibt sogar einen Zeitungsartikel darüber: »Bauer ist steinreich« steht da drin. Der längst verblichene Ausschnitt aus einer Zeitung steckt in einem dunklen Bilderrahmen, direkt neben dem Fernseher.

Die Eigenwilligkeit, der Stolz und auch Ungerechtigkeit ist im Gesicht des Mannes zu sehen.

Seine Hände erzählen von den vielen Jahren der körperlichen Arbeit. Sie sind immer noch kräftig, prankenartig – aber die Haut ist weicher geworden.

Seine Augen sind wässrig. Die Brille, die er immer sucht, schließlich findet und sich auf der Nase zurechtrückt, reicht längst nicht mehr aus, um alles zu sehen, alles zu erkennen. Auf dem schweren, eichenholzfarbenen Holztisch im Wohnzimmer steht eine alte Keksdose voller Fotos, daneben liegt ein Fotoalbum, bezogen mit kariertem Leinwandstoff. Ich nehme es in die Hände, um einen Blick hineinzuworfen und der alte Bauer wirkt mit einem Mal unsicher. Meine Fragen regen ihn auf, der alte Mann weiß die Namen der Menschen auf den Fotos nicht mehr, überspielt seine Hilflosigkeit nur mühsam. Es ist mir unangenehm, ihn so verunsichert zu haben.

Ich sitze nun auf dem Sofa in der kleinen Stube, wo es unverkennbar nach »alt sein« riecht.

Warm und gemütlich ist es. Fast zu warm, aber so soll es sein. »Dass mir bloß keiner ein Fenster öffnet!«

Es wird deutlich, dass die Mahlzeiten schon lange zubereitet werden müssen, dass dieser alte Mann schon lange keine Scheibe Brot mehr selber geschmiert hat. Beim Aufstehen sehe ich Spuren der beginnenden Inkontinenz und ahne anhand der Pflegeutensilien, dass auch eine Unterstützung im Bereich der Körperpflege notwendig ist. Es reichen kleine und kleinste Hinweise, um ein erstes Bild über einen Menschen zu bekommen. Die Basis einer guten Pflege deshalb liegt in der genauen Beobachtung und Wahrnehmung.

Einleitung

»Wieder einmal Pflegeplanung«, das werden sicherlich viele denken, die dieses Buch in die Hand nehmen. Aber es gibt gute Gründe, sich immer und auch immer wieder neu mit diesem Thema zu beschäftigen.

Für mich als Altenpflegerin gibt es einen wesentlichen Grund, warum ich mich so sehr der Pflegeplanung verschrieben habe: Es ist eine wunderbare Möglichkeit, die eigene Pflegeleidenschaft für eine Klientin so optimal wie möglich zu gestalten. Es reizt mich immer noch, meine eigene Pflegehaltung zu reflektieren und zum Ausdruck zu bringen. Und die Pflegeplanung fordert meine »Analysefähigkeit« heraus.

Mit diesen 100 Tipps zur Pflegeplanung möchte ich Ihnen wirklich Lust auf die Pflegeplanung und damit auf die Pflege alter Menschen machen.

Aber ich weiß auch, dass das Thema »Pflegeplanung« vielfach nur noch mit hochgezogenen Augenbrauen bedacht wird. Dennoch:

»Der Mullah, ein Prediger, kam in einen Saal, um zu sprechen. Der Saal war leer, bis auf einen jungen Stallmeister, der in der ersten Reihe saß.

Der Mullah überlegte sich: »Soll ich sprechen oder es lieber bleiben lassen?«

Schließlich fragte er den Stallmeister:

»Es ist niemand außer dir da, soll ich deiner Meinung nach frei sprechen oder nicht?«

Der Stallmeister antwortete: »Herr, ich bin ein einfacher Mann, davon verstehe ich nichts. Aber wenn ich in einen Stall komme und sehe, dass alle Pferde weggelaufen sind und nur ein einziges dageblieben ist, werde ich es trotzdem füttern.«

Der Mullah nahm sich das zu Herzen und begann seine Predigt ... Er sprach über zwei Stunden lang. Danach fühlte er sich erleichtert und glücklich und wollte durch den Zuhörer bestätigt wissen, wie gut seine Rede war.

Er fragte: »Wie hat dir meine Predigt gefallen?«

Der Stallmeister antwortete: »Ich habe bereits gesagt, dass ich ein einfacher Mann bin und von so etwas nicht viel verstehe. Aber wenn ich einen Stall komme und sehe, dass alle Pferde außer einem weggelaufen sind, werde ich es trotzdem füttern. Ich würde ihm aber nicht das ganze Futter geben, das für alle Pferde gedacht ist.«¹

Was ich mit dieser Geschichte sagen möchte: Pflegeplanung ist mein Leib- und Magen-thema. Ich kann dazu stundenlang sprechen, arbeiten, selber Pflegeplanungen schreiben und und und.

Möge ich Sie mit meiner Leidenschaft für dieses Thema nicht verschrecken! Und ich versuche auch, Sie nicht mit dem »ganzen Futter« zu überwältigen.

¹ Blenk, D.: Inhalte auf den Punkt gebracht. Beltz: Weinheim, Basel, Berlin 2003.

Nutzen Sie das Buch, wie Sie es für richtig halten:

- Nutzen Sie es als Appetitanregung.
- Verarbeiten Sie so viel, wie Ihnen gut tut.
- Lesen Sie es kreuz und quer.
- Oder lesen Sie es von Anfang bis Ende.

Und: Danke an die beste Lektorin der Welt. Sie glaubt an mich, auch wenn ich zwischen-durch verzage.

Danke an die vielen herzlichen Menschen aus den verschiedenen Fortbildungen, die mit ihren Anregungen und Beispielen für die Fülle in diesem Buch sorgen, und an Sandra Masemann, die mich immer wieder ermutigt hat, weiterzuschreiben, einen perfekten Teeservice lieferte und für meine gute Schreib- und Denklaune sorgte.

Hannover, im März 2006

Barbara Messer

1 Pflegeplanung – Eine Geschichte voller Missverständnisse

1. Tipp: Vergessen Sie vieles, was Sie bisher über Pflegeplanung gehört haben

Derzeit ist es vielfach üblich, die Pflegeplanung mit dem aktuell herrschenden gesetzlichen Druck und mit pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu begründen. Beide Argumentationen sind selbstverständlich berechtigt, jedoch verursachen sie auch Druck. Ich sehe die Pflegeplanung als eine echte Chance, konzentriert und im Sinne der Klientin über die Pflege nachzudenken.

Eine gute Pflegeplanung bietet die Chance,

- im Pflegealltag innezuhalten und die eigene Arbeit zu reflektieren;
- die Pflege so zu gestalten, dass sie der Lebenssituation, den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Klientin entspricht (so weit wie möglich);
- die gesammelten Informationen über eine Klientin in die Pflege zu integrieren;
- die Liebe, die wir zu unserem Beruf, zu den Klientinnen und unserer Pflege haben, zum Ausdruck zu bringen;
- auch einmal quer zu denken, Kritik wahrzunehmen und einiges zu ändern.

2. Tipp: Machen Sie sich frei von engen Vorstellungen, wie eine Pflegeplanung zu sein hat

Jede Dozentin, Referentin, jede Lehrerin für Pflege hat ihr eigenes Verständnis von »der optimalen Pflegeplanung«, von dem, »wie es sein soll«. Darüber hinaus schlägt jedes Buch zu diesem Thema eine andere Version vor. Dann hat jede Mitarbeiterin des MDK oder der Heimaufsicht vor Ort auch noch genaue und natürlich unterschiedliche Erwartungen an eine Pflegeplanung. All das macht den alltäglichen Umgang mit der Pflegeplanung nicht leichter.

Um der Situation gelassen und konstruktiv entgegenzusehen, schlage ich Ihnen Folgendes vor:

- Stehen Sie mutig und selbstbewusst zu Ihrer eigenen Form der Pflegeplanung.
- Wenn eine Pflegeplanung inhaltlich steht, wenn also alles Wesentliche über die Klientin erfasst worden ist, dann kann über die Form nachgedacht werden.

- Fragen Sie Mitarbeiterinnen des MDK oder der Heimaufsicht, mit welcher Begründung sie bestimmte formale Forderungen an die Pflegeplanung stellen. Warten Sie die Antwort ab und hinterfragen Sie diese aus Ihrer fachlich-praxisnahen Sicht heraus. Reden Sie darüber.
- Arbeiten Sie als Pflegekraft ergebnisorientiert mit Ihren Kolleginnen und Ihrer Vorgesetzten zusammen, wenn es darum geht, »die optimale Version der Pflegeplanung« für Ihre Einrichtung zu entwickeln.
- Tipp für das Management:
Schaffen Sie eine Version der Pflegeplanung, die zu dem Schreib- und Denkstil Ihrer Mitarbeiterinnen passt. (Kapitel: Tipps für das Management)

3. Tipp: Gehen Sie entspannt an die Pflegeplanung heran

Die meisten Pflegekräfte reagieren mit Verspannung und Druck auf das Schreiben von Pflegeplanungen. Ich erkläre mir dieses Phänomen damit, dass Angst vor der Beurteilung entsteht, die in gewisser Weise an alte Schulerlebnisse erinnert. Die Pflegekräfte fühlen sich daran erinnert, wie es war, als sie in der Schule einen Aufsatz schreiben oder ein Gedicht aufsagen mussten. Kein Wunder, dass Stress entsteht! Kreativität und Schreibfreude können in diesem Klima nicht gedeihen.

Umgekehrt gilt: Wenn wir eine Pflegeplanung schreiben, machen wir uns verletzlich. Wir geben viele unserer Gedanken preis. Wir offenbaren, wie wir über einen alten Menschen denken, welche Wörter uns zur Verfügung stehen und wie wir mit Fachbegriffen umgehen. Dies sind nur einige Aspekte – es gibt sicherlich für jede Pflegekraft noch mehr individuelle Gründe. Viele von uns haben sich bei der Wahl des Berufes danach gerichtet, dass wir helfen wollen, dass wir mit Menschen arbeiten wollen und lieber keine Schreibarbeit machen wollen. Nun sitzen wir da: »Es soll doch geschrieben werden.« Und das mit hohem Anspruch und wenig guten Beispielen oder Vorbildern. Aus der Gehirnforschung ist bekannt, dass wir am leichtesten lernen und Gedanken entwickeln können, wenn wir entspannt sind. Das sollten wir nutzen.

Konkret heißt das:

- Gehen Sie locker an die Beschreibung der Klientinnensituation heran.
- Lassen Sie Ihren Gedanken freien Lauf.
- Schreiben Sie zunächst Ihre Ideen, Beobachtungen und Erkenntnisse über die Klientin nieder und bringen Sie sie anschließend in die richtige Form.
- Beachten Sie auch die anderen Tipps zum Thema in Kapitel 4.
- Lassen Sie sich nicht verrückt machen: »Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen!«

4. Tipp: Gehen Sie mit Humor an die Pflegeplanung heran

Meiner Erfahrung nach ist das Schreiben von Pflegeplanungen etwas, was Spaß macht. Es beinhaltet für mich einen hohen kreativen Anteil und daher behaupte ich: Pflegeplanungen dürfen Spaß machen:

- Pflegeplanungen dürfen auch mal albern sein.
- Wir dürfen auch spielerisch an Pflegeplanungen herangehen.

Denn: Wer sagt uns denn, dass es langweilig und streng sein muss? In den letzten Jahren als Referentin für Pflegeplanungen erlaubte ich mir mit viel Freude, variantenreich über Pflegeplanungen nachzudenken und die Gedanken dann auch auszuprobieren. Dabei entstanden natürlich viele humorvolle und andersartige Pflegeplanungen. Zum Beispiel:

Situationsbeschreibung		Ziele	Maßnahmen
1. 15.11.05	<p>Motivation, eingeschränkt</p> <p>Ursachen: Unsicherheit im Formulieren und Angst, Fehler zu machen.</p> <p>Die Pflegekräfte äußern auf Nachfragen, dass sie ungern Pflegeplanungen schreiben. Sie vermeiden es, die ihnen zugeteilten Pflegeplanungen zu erstellen.</p> <p>Die geschriebenen Pflegeplanungen weisen einen akuten Verbesserungsbedarf auf.</p> <p>Die bisherigen Motivationsversuche und Beratungsinterventionen des Managements fruchteten nicht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegekräfte äußern auf Nachfragen Sicherheit beim Schreiben einer Pflegeplanung. • Sie sind sicher im Formulieren. • Alle Pflegeplanungen sind nach menschlichen und fachlichen Gesichtspunkten einwandfrei erstellt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegedienstleitung überprüft die Rahmenbedingungen und die Zusammenstellung der Pflegedokumentation. • Sie geht mit gutem Beispiel voran, unterstützt Pflegekräfte konkret beim Schreiben und Erstellen von Pflegeplanungen. • Schulungen durch externe Referentin, inkl. anschließendem »Training on the job«. • Fachliteratur und Ordner mit Formulierungen sowie »Beispielpflegeplanungen« stehen jedem Wohnbereich zur Verfügung.

5. Tipp: Erlauben Sie sich eine »Kopfstand-Pflegeplanung«

Die Kopfstand-Pflegeplanung entstand in einem Seminar, das ich in einem Altenheim abhielt, in dem ein sehr enger und strenger Umgang mit der Pflegeplanung gepflegt wurde. Die Kopfstandmethode stammt aus dem Bereich der Moderation und kommt

dort als klassische Brainstormingfrage zum Einsatz. Ihre Wirkung liegt speziell darin, dass sie Dinge (oder Fragestellungen oder Situationen etc.) auf den Kopf stellt. Durch das Auf-den-Kopf-Stellen fallen mögliche Kreativitätshindernde Mechanismen weg.

Ein Beispiel dazu:

Einstiegsfrage im Qualitätszirkel eines Altenheimes wäre: »Wie können wir dafür sorgen, dass unsere Einrichtung hier im Stadtteil so unbekannt wie möglich ist?«

Es werden Möglichkeiten gesammelt, wie bspw.: unfreundlich am Telefon sein; über die eigene Einrichtung schlecht in der Öffentlichkeit reden; keine Hinweise auf Aktionen im Hause in die örtliche Presse geben; den Eingangsbereich des Hauses weitgehend unattraktiv gestalten usw. Diese Liste ist sicherlich beliebig weiter zu führen. Wesentliches Merkmal ist, dass die Gedanken ungehinderter herauskommen, wenn die »Polizei im Kopf« nicht gleich alarmiert ist. Anschließend werden diese Gedanken und Ideen natürlich dann ins Positive gedreht.

Ich konnte oft erleben, dass mit dieser Methode als »vertrackt« empfundene Pflegesituationen leichter angegangen werden können.

Versuchen Sie diese Methode einmal an folgenden Beispielen:

- Eine Klientin lehnt das Trinken ab.
- Eine Klientin möchte bei hohem Dekubitusrisiko immer auf dem Rücken liegen.
- Eine Klientin sucht ihre Mutter.
- Eine Klientin versteckt ihr Hörgerät.

6. Tipp: Betrachten Sie Fehler als nützlich

In unserer Gesellschaft ist es meist nicht üblich, Fehler zu machen. Frei nach dem Motto: »Fehler machen nur Versager«, traut sich keiner, einen Fehler zu machen. Auf der anderen Seite zeigen Fehler lediglich an, dass etwas fehlt. Fehler sind das (kleine) Risiko, das wir eingehen, um neue Möglichkeiten zu erschließen. Fehler sind prima, weil sie anzeigen, dass wir uns bewegen. Fehler in der Pflegeplanung zu machen, ist vollkommen in Ordnung!

Jeder Mensch macht Fehler. Aber er macht (in der Regel) nicht absichtlich Fehler, sondern hält das, was er macht, für richtig. Hielte er es für falsch und würde es demnach als Fehler erkennen, würde er es richtig machen.

Ausgenommen natürlich Fälle, in denen absichtlich Fehler gemacht werden, z. B. in der Politik. Aber kein Kind rechnet absichtlich falsch oder schreibt absichtlich ein Wort falsch, niemand schlägt beim Tennis absichtlich daneben oder lässt beim Jonglieren absichtlich den Ball fallen. So gesehen macht niemand einen Fehler.²

² Maier, C.: Spielraum für Wesentliches. Bildung und Wissen Verlag, Nürnberg 2000.

7. Tipp: Seien Sie nicht zu perfekt

Perfektionismus kann uns im Weg stehen. Er setzt uns unter Stress und blockiert damit auch wieder unseren Denk- und Schreibfluss.

Auch ein falsch verstandener Konkurrenzdruck unter den Pflegekräften, unter dem Motto: »Wer schreibt die fachlich hochwertigste Pflegeplanung?«, kann sich zu ungutem Druck auswachsen.

Wenn Sie Befürchtungen wegen der einen oder anderen Formulierung haben, bedenken Sie Folgendes:

Sie können die Person oder Institution, von der Sie Kritik oder negatives Feedback bekommen, bitten, selber eine Formulierung vorzuschlagen. Das würde ich dann erst einmal abwarten. Vielleicht findet sich im evtl. anschließenden Dialog eine Formulierung, die beide Seiten schätzen.

8. Tipp: Beschreiben Sie, statt zu erklären oder zu interpretieren

Eine Pflegeplanung ist eigentlich ganz einfach: Sie beschreiben Situationen. Sie müssen sie nicht interpretieren oder erklären. Statt lange nach einer Erklärung zu suchen, beschreiben Sie, was wahrzunehmen ist.

Ein Beispiel:

Angst

Ursache: Bew. hat Angst vor dem Sterben

Beschreibung:

Bew. äußert verbal bei allen Kontakten, dass sie Angst vor dem Sterben hat. Ihr ist nach dem letzten Hausarztbesuch die Diagnose Krebs noch einmal sehr deutlich geworden. Sie bittet Pflegekräfte um mehr Unterstützung als normal üblich.

Das hört sich anders an, als wenn ich nur schreibe: Bew. hat Angst.

Mir selber hilft es immer sehr, wenn ich mir vorstelle, ich setze die Klientin gedanklich auf einen Stuhl und beschreibe ganz in Ruhe, was ich wahrnehme.

Gehören Sie auch zu den Menschen, die gern einen Fernsehkrimi schauen? Es gibt da immer eine Situation, die wir für die Pflegeplanung nutzen können. Die Beschreibung des Tatbestandes, die so klingen kann: »Männliche Leiche, bekleidet mit einem braunen Tweedmantel, liegt drei Meter neben der Isar, daneben liegt eine schwarze Tasche.

Alter: vermutlich ca. 30 Jahre alt. Es führen Wagenspuren bis an den Fundort heran.«

Das sind noch keine Interpretationen (der Kommissar kommt schließlich erst noch), sondern ausschließlich Tatsachen. So können wir auch bei der Pflegeplanung vorgehen.

9. Tipp: Vermeiden Sie »Unwörter«

In fast jeder Dokumentationsmappe finden sich Wörter, die das genaue Gegenteil von »genau« sind. Ich habe Ihnen einige »Unwörter« einmal in der folgenden Tabelle aufgelistet.

Unwort	Stattdessen
<p>»regelmäßig« Das Wort »regelmäßig« wird oft benutzt, um Häufigkeiten anzugeben, wie z. B.: »Führt regelmäßig ab« Meine provokante Antwort darauf: »Regelmäßig ist auch Heiligabend, das ist aber nur einmal im Jahr.«</p>	<p>Was genau soll wann und wie häufig sein?</p>
<p>»ausreichend«, »genug« Die Wörter »ausreichend« und »genug« finden sich häufig bei Mengenangaben (Trinkmengen etc.). Aber was genau ist wirklich »ausreichend«, was genau ist »genug«? Solange etwas nicht gemessen und bewertet ist, bleibt es ungenau und subjektiv.</p>	<p>Genau Mengenangaben, die auf der Basis pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse errechnet werden (z. B. genauer Kalorienbedarf, Trinkmenge usw.)</p>
<p>»Zustand erhalten« Wer das schreibt, lässt einen ungenauen und nebulösen Eindruck entstehen, um was es genau geht. Etwas erhalten ist darüber hinaus eine Tätigkeit.</p>	<p>Genau beschreiben, um was es geht. Beispiel aus dem Bereich der Zielformulierungen: »Frau XY wäscht weiterhin ihr Gesicht unter Anleitung.«</p>
<p>»aggressiv« Wenn die Bezeichnung »aggressiv« bzgl. einer Klientin ausgesprochen wird, wird diese Bewertung schnell zum Stempel. Nachfolgende Situationen werden mit selektivem Blick unter diesem Aspekt einsortiert. Vergessen werden dabei oft zwei Aspekte: Sich »aggressiv« zu verhalten, weist darauf hin, dass ein Mensch evtl. gar keine andere Chance mehr hat, seine Wünsche zu äußern. Außerdem beziehen wir unser Verhalten, das vielleicht für eine Abwehr oder Ablehnung bei der Klientin gesorgt hat, nicht mit ein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • herausforderndes Verhalten • Ablehnung • Abwehr <p>Es bietet sich an, in jedem Fall das eigene Verhalten zu beschreiben: »Als ich Frau XY die Bettdecke wegziehen möchte, schlägt sie mit der rechten Hand nach mir und zieht die Decke wieder hoch.« So wird deutlich, dass es sehr wohl einen Auslöser für das Verhalten gibt.</p>

Unwort	Stattdessen
<p>»desorientiert« Der Begriff »desorientiert« als Bezeichnung für einen Zustand, in dem ein Mensch nicht ausreichend orientiert ist, reicht oftmals nicht für die tatsächliche Situation aus, die die Klientin erlebt. Verwende ich ausschließlich den Begriff »desorientiert« als Beschreibung in der Pflegeplanung, dann entsteht ein unklares, diffuses Bild.</p>	<p>Verhalten konkret beschreiben: <i>»Frau XY reagiert auf ihren Namen und persönliche Fotos mit Erkennen, sie spricht bei Hilfebedarf Pflegekräfte und nicht etwa andere Mitbewohner an. Sie nennt bei Nachfragen nicht ihr Geburtsdatum. Sie ist in ihrer situativen Orientierung eingeschränkt, verwendet Utensilien sachgemäß, nimmt jedoch auch die anderer Mitbewohner und legt diese wahllos im Wohnbereich ab.«</i></p>
<p>»normal« Was ist denn »normal«? Und für wen ist was »normal«? Was ist ein »normaler« Hautzustand, eine »normale« Gemütsstimmung, eine »normale« Stuhlgangmenge ...?</p>	<p>Auch hier gilt wie bei allen anderen Punkten: genau und wertfrei beschreiben, Mengen, Zustände etc. genau benennen.</p>
<p>»altersentsprechend« Häufig ist der Begriff »altersentsprechend« als Begründung für einen pflegerelevanten Zustand zu finden. Dieser Begriff ist sehr ungenau. Wann beginnt es, dass jemand »altersentsprechend« ist? Was ist wann altersentsprechend? Womit/woran wird eine Altersentsprechung messen?</p>	<p>Hier empfiehlt es sich, genaue Ursachen zu benennen, einen Zustand genau zu beschreiben.</p>

10. Tipp: Bringen Sie Ihr Pflegeverständnis zum Ausdruck

Die Pflegeplanung ist eine wunderbare Möglichkeit, unser eigenes Verständnis von Pflege zum Ausdruck zu bringen. In der Art, wie wir über einen alten Menschen denken, wie wir ihn beschreiben, welche Möglichkeiten wir in der Pflege- und Lebenssituation planen, bringen wir unsere Haltung gegenüber der Klientin zum Ausdruck. Außerdem legen wir auch offen dar, wie wir Situationen einschätzen und über die Pflege denken.

Auch unser Grundverständnis zeigt sich ganz offensichtlich. Gehören wir zu den Pflegekräften, die problem- oder fähigkeitsorientiert auf Situationen gucken? Ist das Wasserglas für uns halb voll oder halb leer?

Mit der Pflegeplanung bringen wir zum Ausdruck, durch welche Brille wir den Menschen sehen, was wir als wichtig und nennenswert betrachten. Das ist dann für jeden zu erkennen, der unsere Pflegeplanung liest.

Ein Beispiel:

Finden sich ausschließlich Hinweise auf die körperlichen Belange der Klientin, dann fehlen der Blick und die Wahrnehmung für das wirklich Ganzheitliche, also auch für Geist und Seele.

11. Tipp: Machen Sie sich bewusst, dass es um die Klientin geht

Die Pflegeplanung sollte sich um die Klientin drehen, um ihr Leben und ihren Pflegebedarf. Nicht primär um das, was wir als Pflegende nun als wichtig erachten. Die Fähigkeiten, die Bedürfnisse, die Lebenssituation und nicht zuletzt die gelebte Biografie sind der Mittelpunkt der Pflegeplanung.

Am Beispiel der Körperpflegegewohnheiten kann ich am deutlichsten zum Ausdruck bringen, was ich meine:

Frage ich bspw. in einer Seminarsituation nach, wie die Teilnehmerinnen ihre morgendliche tägliche Körperpflege durchführen, finden sich meist sehr viele Angaben, dass täglich morgens geduscht wird.

Erinnern wir uns dann der jetzigen oder auch früheren Körperpflegegewohnheiten der Klientin, werden wir schnell feststellen, dass zwischen unseren Gewohnheiten und denen der Klientin ein himmelweiter Unterschied besteht.

2 Die Pflegeplanung – Schritt für Schritt

12. Tipp: Es gibt gute Gründe für eine Pflegeplanung

Erst wenn wir wissen, warum wir etwas tun, kann unser Verständnis und damit auch unsere Motivation wachsen. Was spricht also für eine Pflegeplanung?

Aus Sicht der Pflegefachkraft:

- Reflexion über die Situation der Klientin
- Erfassung ihres Pflege- und Unterstützungsbedarfs
- Anpassung der Pflege an die Situation
- Organisation der Pflege, um eine größtmögliche Adaption an die Lebenssituation der Klientin zu erreichen
- Evaluation der Pflege

Aus Sicht der Klientin:

- Ihre Fähigkeiten, Bedürfnisse, Wünsche, ihr Unterstützungs- und Pflegebedarf werden deutlich und entsprechend berücksichtigt
- Sie erfährt ein spürbares Interesse an ihrer Person, an ihrer Geschichte und ihrem individuellen Umfeld
- Sie erfährt Sicherheit und Vertrauen
- Ihre Lebensführung wird nach ihren Maßstäben gefördert
- Sie erhält individuelle Unterstützung in ihrer Lebenssituation (wie auch ihre primären Bezugspersonen)

13. Tipp: Nutzen Sie die Hinweise des MDK

Der MDK (Medizinische Dienst der Krankenversicherung) stellt je nach individueller Note der Begutachterin eine Reihe von Anforderungen an die Pflegeplanung.

Zum Ende des Jahres 2005 sind die Forderungen des MDK hinsichtlich der umgesetzten Qualitätsansprüche noch detaillierter und deutlicher geworden.

Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112,114 SGB XI in der stationären Pflege (10. November 2005) finden sich viele wertvolle Hinweise für eine Optimierung des dokumentierten Pflegeprozesses:

Viele Empfehlungen des MDK finden Sie auf den folgenden Seiten, hier nun schon vorweg ein paar »Highlights«:

- Daten aus dem Erstgespräch finden sich in der Pflegedokumentation wieder.
- Die Stammdatensammlung ist aussagekräftig und wird aktuell gehalten.
- Pflegerelevante Diagnosen sind dargestellt

- Informationen zur »Patientenverfügung« sind aussagekräftig
- Persönliche Pflegegewohnheiten werden erfasst
- Eine Biografie ist erhoben
- Eine Einschätzung von Fähigkeiten, Ressourcen, Bedürfnissen und Problemen findet statt.
- Individuelle Pflegeziele werden formuliert
- In der Pflegedokumentation finden sich die Verwendung von Richtlinien und Standards statt.
- Die Pflegekräfte werden entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt

14. Tipp: Nutzen Sie die Struktur des Pflegeprozesses

Der allseits bekannte Pflegeprozess gibt eine Struktur vor, die für die Pflegeplanung sinnvoll ist und an der man sich »entlang hangeln« kann. Bei aller Kritik am Pflegeprozess, bietet er doch eine gute Struktur, die wir uns zu Nutze machen können.

Wir können schrittweise vorgehen, nach vorn und nach hinten blicken, innehalten und uns immer wieder neu orientieren, während wir die folgenden Schritte durchführen:

1. Schritt: Informationssammlung
2. Schritt: Pflegediagnostik: Bewerten der gesammelten Informationen hinsichtlich eines pflegerelevanten Zustandes
3. Schritt: Planen von Zielen
4. Schritt: Planen von Maßnahmen und Interventionen
5. Schritt: Durchführen der Pflege
5. Schritt: Evaluieren bzw. Auswerten und Reflektieren

Obwohl der Pflegeprozess ein theoretisches Konstrukt ist, sollten Pflegekräfte ihn alltagsnah und unkompliziert nutzen. Machen Sie sich mit der Theorie vertraut und diskutieren Sie im Team, wie Sie alltagspraktisch mit dem Pflegeprozess umgehen können.

15. Tipp: Nutzen Sie die Informationssammlung

Die Informationssammlung ist im klassischen Pflegeprozess der erste Schritt. Dabei werden Informationen über alle Lebensbereiche der Klientin gesammelt, wobei die Pflegebedürftige nicht zum »gläsernen Menschen« wird. Hier ist also, wie allerdings bei allen Schritten des Pflegeprozesses, Sensibilität auf Seiten der Pflegekraft gefordert. Nach meinem Verständnis gehören zur Informationssammlung in der Altenpflege:

- Das **Stammbblatt**
- Die **Pflegeanamnese**
- Die **Biografie**

- Einschätzung von Risiken, wie z. B. Sturzrisiko, Dekubitusrisiko, Ernährungsstatus, Grad der Kontinenz, Grad der Orientierung
- Bei Klienten mit Schmerz: Einschätzung der Schmerzqualität
- Weitere **Assessmentinstrumente** wie z.B. die Cohen-Mansfield Skala, der Barthel-Index, die Bradenskala, eine Erfassung des Sturzrisikos etc.
- **Überleitungsbogen** von der vorher versorgenden Einrichtung
- Daten aus dem **Erstgespräch**, das, wenn möglich, immer in der Wohnung der Klientin stattgefunden hat
- Informationen von anderen an der Pflege und Versorgung der Klientin beteiligten **Berufsgruppen** (Ärztinnen, Therapeutinnen etc.)

16. Tipp: Bedenken Sie die Vorgaben hinsichtlich des Stammblasses

In der aktuellen MDK-Prüfanleitung heißt es: »Im Stammblatt sollten folgende Stammdaten eingetragen werden können:

- Angaben zur Person,
- ggf. zur Konfession,
- Versicherungsdaten,
- Kostenübernahmeregelungen,
- Pflegestufe nach SGB XI,
- Datum des Einzugs, bzw. des Umzugs im Haus,
- pflegebegründende Diagnosen,
- Informationen zu bestehenden Allergien,
- Kostform,
- medizinische therapeutische Versorgungssituation,
- Informationen für Notfallsituation (z. B. Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson),
- Aufenthalte in Einrichtungen (bzw. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Kurzzeitpflege, Tagespflege) sowie
- Angaben zu Hilfsmitteln,
- Informationen zu Verfügungen,
- Angaben zu Bezugspersonen und oder gesetzliche Betreuer.
- Weiterhin sollten der Hausarzt und weitere mit der Betreuung befasste Dienste aufgeführt werden.«³

³ MDS: Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Einrichtung – stationär. 2005.

17. Tipp: Bedenken Sie die Vorgaben hinsichtlich der Pflegeanamnese

Die Pflegeanamnese ist das zentrale Formular bei der ersten umfangreichen Erfassung des pflegerischen Ist-Zustandes.

»Die Pflegeanamnese ist das Kernstück der Pflegeplanung und ein bedeutendes Einschätzungsinstrument innerhalb des dokumentierten Pflegeprozesses. Denn an diesem Punkt besteht die Möglichkeit, den Menschen mit Pflegebedarf in seiner Ganzheit einzuschätzen. Gleich einer Checkliste findet eine Betrachtung statt. Der Klient hat zugleich die Möglichkeit, seine Sicht der Situation einzubringen. In der Pflegeanamnese können Gewohnheiten gesammelt werden, ihre wichtigste Aufgabe ist es aber, die Pflegediagnostik voranzutreiben. Weil hier die Fähigkeiten des Klienten beobachtet, erfragt und beurteilt werden, findet Klärung bzgl. des individuellen Pflegebedarfs und der Formulierung einer Pflegediagnose statt.«

Beim MDK heißt es: »In der Pflegeanamnese/Informationssammlung muss die Darstellung eines umfassenden Gesamteindrucks über die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Gewohnheiten, der Möglichkeiten/Fähigkeiten, den Einsatz von Hilfsmitteln und deren Aktualisierung bestehen. Das im Pflegeleitbild und/oder Pflegekonzept favorisierte Pflegemodell oder Assessmentverfahren bildet die Struktur für die Pflegeanamnese/Informationssammlung.«

Und weiter:

»Die Informationssammlung

- erfasst bei der Aufnahme systematisch die Probleme, die Pflegebedürfnisse, die Gewohnheiten, die Fähigkeiten, die Ressourcen und Wünsche des Patienten/Klienten. Diese werden im Verlauf der Betreuung ergänzt und in die Pflegeplanung einbezogen;
- stellt Informationen zur Verfügung, die allen an der Pflege Beteiligten zugänglich sind;
- gibt den übersichtlichen Verlauf des Gesundheitszustandes des Patienten/Klienten wieder.«

18. Tipp: Schreiben Sie die Pflegeanamnese fort

In der Vergangenheit ist es üblich gewesen, die Pflegeanamnese, in der die Informationen aus dem Erstgespräch erhoben werden, als »Einmalaktion« anzusehen. Dies mag im Krankenhausbereich, wo DRG-bedingt die Verweildauer von Patientinnen stetig sinken wird, sinnvoll sein.

In der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege von alten, älteren und hoch betagten Menschen ist die Pflegebeziehung jedoch weitaus länger. Die Menschen werden meist in ihrem Lebensumfeld gepflegt und auch bis zu ihrem Lebensende. Das heißt, es bedarf, um wirklich ganzheitlich und klientinnenzentriert zu pflegen, einer weitaus intensiveren Erhebung. Da auch – pflegemodellabhängig – bestimmte Bereiche der

Pflegeanamnese Sensibilität, Vertrauen und Kenntnis der Klientin erfordern, beginnt hier ein kontinuierlicher Prozess.

Daher sollte mit der Pflegeanamnese folgendermaßen umgegangen werden:

- Eine intensive Erhebung in den ersten Tagen – erste Fertigstellung max. fünf bis sieben Tage im Anschluss daran.
- Anschließend kommt eine Ergänzungsphase, in der neu hinzugekommene Informationen mit einem weiteren Handzeichen und Datum dokumentiert werden.
- Die Pflegeanamnese wird dann neu geschrieben, wenn der aktuell erkennbare Zustand nicht mehr mit der tatsächlichen Situation der Klientin übereinstimmt. Dies ist meist nach einem Krankenhausaufenthalt der Fall.

Dazu der MDK: »Die Informationssammlung beginnt bereits beim ersten Kontakt mit dem Pflegebedürftigen du seinen Bezugspersonen; sie wird zügig vervollständigt, wobei sie niemals »vollständig« sein kann, da sie während des gesamten Pflegeprozesses in Form eines kontinuierlichen Assessments stattfinden muss« (eine einmalige Informationssammlung ist ein häufig anzutreffender Fehler).

19. Tipp: Schalten Sie bei der Informationssammlung den fachlichen Filter ein

Die ganzen, im Zuge der Pflegeanamnese erhobenen, Informationen werden mit dem professionellen Filter betrachtet.

Mit Abbildung 1 möchte ich folgende Situation deutlich machen: Klientinnen schildern ihre Erlebnisse, Wahrnehmungen und ihre Lebenssituation sehr subjektiv (so wie wir im Privatleben ja meist auch).

Ein Beispiel:

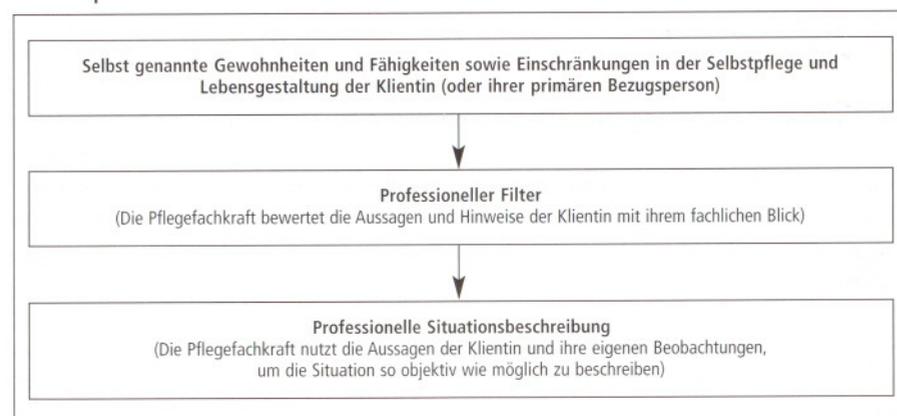


Abbildung 1: Der fachliche Filter.

Als ich meine Großmutter, die ihre letzten Jahre in einem Altenheim verbrachte, fragte:

»Oma, wie hältst Du es denn so mit dem Trinken? Trinkst du genug?«, da sagte sie natürlich: »Barbara, Du siehst doch, dass hier mehrere Flaschen stehen. Ich trinke schon genug!«

Mein Blick schweifte über das kleine Wasserglas, das auf einem bunten, selbst besticktem Stoffuntersetzer stand, über die kleine Pfütze an Wasser, die darin stand und über die Kalkränder am Rand des Wasserglases. Gleichzeitig nahm ich den latenten Uringeschmack im Zimmer wahr und ihre trockene Haut, die spröden Lippen. Das waren allesamt klare Hinweise auf ein Flüssigkeitsdefizit. Somit hatte ich zwei Informationen: 1. die meiner Oma, dass sie genug trinkt, und 2. meine fachliche Einschätzung der Situation, dass sie genau das nicht tat. Darüber hinaus war mir klar, dass sie inkontinent war und ich konnte vermuten, dass der Weg zur Toilette für sie sehr beschwerlich war und sie deshalb so wenig wie möglich trank.

20. Tipp: Beachten Sie die nonverbalen Informationen

Vielfach herrscht die Meinung vor, dass eine Pflegeanamnese nicht erhoben werden kann, wenn sich die Klientin nicht mehr äußert. Doch das Gegenteil ist der Fall! Gerade dann, wenn die Klientin keine Informationen mehr geben kann, müssen sie gesammelt werden, um den Menschen in seiner Fülle und Gänge zu verstehen.

Hier bietet sich der Hinweis auf die Fähigkeit zur Beobachtung an, eine der Grundvoraussetzungen des pflegerischen Berufes.

Beobachtet werden können: Gesichtsausdruck, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Körperlage, Haut/Hautfärbung, Gang, Gemütsstimmung, Körpergröße, Ernährungszustand, sprachliche Äußerungen und Gesprächsverhalten, Umgebung usw.

Betrachten wir bspw. das Gesicht genauer, so lassen sich Gesichtsausdrücke differenzieren: ängstlich, verwirrt, abwesend, erschrocken, verzweifelt, erwartungsvoll, hoffend, traurig, gelöst, verschlossen, schmerzverzerrt, ausgetrocknet, müde, verlebt, abgekämpft, heiter, teilnahmslos, leuchtend, vertrauensvoll, ernst, seriös, verkrampft, aggressiv u. a.⁴ Es liegt an uns, unsere Beobachtungsgabe zu nutzen. Je mehr wir das tun, desto feiner wird sie werden und desto mehr werden wir erkennen. Es ist fast so etwas wie ein Sherlock-Holmes-Aufgabe: Sie erinnern sich an den berühmten englischen Detektiv? Er konnte aus einer Reihe von scheinbar bedeutungslosen Details eine ganze, höchst logische Geschichte entwickeln.

⁴ Gültekin; L.: Pflegevisite und Pflegeprozess. Kohlhammer: Stuttgart 2003.

21. Tipp: Beziehen Sie Informationen zur Biografie mit ein

Die Biografiearbeit kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. »Die Arbeit an der Biografie, am Lebensweg, ist Basis und Wurzel vieler Pflegekonzepte (Validation, Böhms Pflegemodell, Mäeutik, 10-Minuten-Aktivierung etc.).«⁵

Die Biografiearbeit hilft uns bei unseren Bemühungen, den anderen und uns selber besser zu verstehen.

»Ein wichtiges Element in der Biografiearbeit ist, zu lernen die richtigen Fragen zu stellen – aus Überschau, Hinhören und geistigem Wahrnehmen.«⁶ Damit ist beantwortet, was viele Pflegekräfte immer wieder fragen: »Wie soll ich denn etwas auf dem Biografiebogen eintragen, wenn die Klientin gar nicht spricht?« Meine Antwort: »Jede Menge!«

Kürzlich hatte ich ein Erlebnis in einer stationären Pflegeeinrichtung: Für eine Bewohnerin, 96 Jahre alt, musste eine Pflegeplanung erstellt werden. Ich war schon stutzig, weil es außer dem Geburtsort keine weiteren Hinweise gab. Auf mein Nachfragen konnte einer der Pfleger eine Angabe zu einer bedeutsamen Reise von ihr machen, mehr Infos gab es nicht. Auch nicht zu ihrem Beruf o. ä.

Später in ihrem Zimmer fand ich eine Fülle an Informationen:

- Jede Menge Bücher mit hochwertiger und klassischer Literatur
- Vier Fotos von Segelbooten, auf deren Rückseite Hinweise auf die jeweilige Reise
- Fotos einer Norwegenreise

Hier sind viele Anknüpfungspunkte für uns Pflegekräfte, sofern wir denn genau beobachten, wahrnehmen und reagieren. Sinnvoll ist es auch, selbst ein Thema anzuschneiden und so gemeinsam ins Erinnern zu gelangen.

Beispiel: »Gestern habe ich das Faschingskostüm für meine Tochter fertig gemacht. Wie haben Sie eigentlich Fasching gefeiert?« Und schon kann ich mitten im Thema sein.

Eine besondere Freude macht mir die Suche nach Gegenständen, die als »Zeitzeugnis« betrachtet werden können. Daran kann ich dann mit meinen Fragen anknüpfen.

Bedenken Sie bitte: »Menschen, die zu unterschiedlichen Zeiten aufgewachsen sind, haben unterschiedliche Werte, die sich auf Ereignisse in ihrer Umgebung rund um das 10 Lebensjahr herum gründen ...

Jede Generation im heutigen Amerika [hier: Deutschland, Anm. d.Verf.] hat unterschiedliche Werte, die aus bedeutsamen Erlebnissen in ihrem zehnten Lebensjahr stammen.«⁷

⁵ Messer, B.: Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Schlütersche: Hannover 2004.

⁶ Burkhard, G.: Schlüsselfragen zur Biographie. Freies Geistesleben.: Stuttgart 1995.

⁷ James, T.; Woodsmall, W.: Time Line. Junfermann: Paderborn 1991.

22. Tipp: Betreiben Sie eine wertschätzende und fachlich einwandfreie Pflegediagnostik

»Der zweite Schritt des Pflegeprozesses bündelt die während der Informationssammlung gewonnenen Informationen und analysiert die Bedürfnisse, die Probleme und die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen.

- Bei diesem Arbeitsschritt geht es darum, aus den erhaltenen Einzelinformationen Themenbereiche zu erkennen und die dazugehörigen Informationen zu gruppieren und zu interpretieren, also Pflegeprobleme zu formulieren. Eine Problembeschreibung ist eine Aussage über »Zustände« die Pflege erfordern.«⁸
- »Ein Pflegeproblem besteht dann, wenn die für die Bewältigung des Alltags notwendige Unabhängigkeit und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen beeinträchtigt sind und diese nicht eigenständig kompensiert werden können.«⁹

Ob eine Situation, die Pflege erfordert, ein Problem, eine Ressource oder Fähigkeit ist, liegt oftmals in der Sichtweise der Pflege(-fach)kraft. Entscheidend dabei ist, welche der vielen Informationen wir auswählen: »Aus welcher Mücke machen wir einen Elefanten?«

23. Tipp: Beachten Sie die Vorgaben des MDK hinsichtlich der Pflegeplanung

Bei Prüfungen nach § 80 SGB XI wird Folgendes hinsichtlich der Pflegeplanung geprüft bzw. gewünscht:

- Ressourcen
- Pflegeprobleme, möglichst nach Prioritäten geordnet
- potenzielle Gefahren (z. B. Isolation, Sturzgefahr, Dekubitus)
- differenzierte Maßnahmenplanung (was, wie oft, wann, warum) einschließlich tagesstrukturierender Maßnahmen
- kurzfristige Pflegeziele und/oder langfristige Pflegeziele
- Regelung für die Zuständigkeit der Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen
- regelmäßige Evaluation des Zielerreichungsgrades mit Datum und Unterschrift der durchführenden Pflegekraft

⁸ MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen 2005.

⁹ Ebd.

- differenzierte Aussagen zu Ressourcen/Fähigkeiten und Problemen/Defiziten des Pflegebedürftigen
- individuelle Formulierung der Pflegeziele
- überprüfbare Nahziele
- Dokumentation, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Klienten, Angehörige, Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden
- Berücksichtigung prophylaktischer Maßnahmen bei der individuellen Pflegeprozessplanung¹⁰

¹⁰ MDS: Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der ambulanten/stationären Pflege. 2005.

3 Die Pflegeplanung – Eine gute Struktur ist die halbe Miete

24. Tipp: Benutzen Sie so viele Pflegeplanungsblätter wie nötig

Es ist eine große Hilfe, wohl sortiert und klar an die Pflegeplanung und deren Umsetzung heranzugehen. Dazu bietet es sich an, auch die Pflegeplanung selber genau zu strukturieren.

Selbstverständlich ist es immer sinnvoll und hinsichtlich einer optimalen Sortierung innerhalb der Pflegeplanung aus meiner Sicht ein absolutes Muss, für jede FEDL/AEDL/ATL oder nach was auch immer Sie pflegen, ein eigenes Blatt anzulegen.

Dadurch entsteht die Chance, innerhalb der Pflegeplanung sauber sortieren zu können. Einzelne Pflegebedarfssituationen können so klar voneinander getrennt werden. Auf den ersten Blick mag das die eine oder andere Leserin verschrecken. Probieren Sie es einfach mal aus – Sie werden wahrscheinlich feststellen, dass es sich lohnt.

25. Tipp: Unterscheiden Sie zwischen einzelnen Pflegebedarfssituationen

Innerhalb einer ATL/AEDL/FEDL gibt es viele Pflegebedarfssituationen, die einzeln erfasst und beschrieben werden sollten.

Die nächste Hilfe bei einer genauen Sortierung besteht darin, auf dem einzelnen Pflegeplanungsbogen dann noch einmal genau zwischen den Pflegebedarfssituationen zu trennen.

In einer FEDL/AEDL/ATL sind wesentlich mehr Pflegebedarfssituationen anzusiedeln, als wir auf den ersten Blick annehmen. Eine scharfe Trennung ist hier sinnvoll, denn so können wir die Situationen einzeln und genau beschreiben.

Deutlich wird das an folgenden Beispielen:

- **Die Fähigkeit zu essen und zu trinken:** Flüssigkeitsdefizit, Fehlernährung,
- **Die Fähigkeit auszuscheiden:** beginnende Urininkontinenz, Inkontinenzvorlagen werden aus dem Fenster geworfen. Stuhlverstopfung
- **Existenzielle Erfahrungen:** Angst vor einer Krankenhauseinweisung, Misstrauen, starkes Weinen

Jede einzelne Situation erfordert andere Maßnahmen, andere Interventionen. In der Praxis, z. B. bei Pflegedokumentationsanalysen, stelle ich sehr häufig fest, dass Pflegeplanungen für die einzelnen FEDL, AEDL oder ATL als Ganzes geschrieben werden. Das ist unlogisch, denn speziell bei einer Pflegeplanung nach den AEDL wird von »Lebens-

aktivitäten« gesprochen. Eine Lebensaktivität ist weit mehr, als eine Pflegebedarfssituation, wie z. B. ein Flüssigkeitsdefizit.

26. Tipp: Nutzen Sie die Pflegeplanung, um einen problemhaften Prozess wirklich zu analysieren

Die Struktur der Pflegeplanung bietet eine wunderbare Möglichkeit, Prozesse – die einem auf den ersten und vielleicht auch auf den zweiten Blick unklar sind – zu analysieren. Durch das genaue Hinschauen auf die konkrete Situation eröffnen sich neue Sichtweisen.

Dazu habe ich ein sehr passendes Beispiel aus einer Sozialstation:

Es würde eine alte Dame (Pflegekundin) vorgestellt mit den Worten: »Sie ist desorientiert«. Somit begann die Pflegeplanung mit den Worten: »Desorientiertheit, zeitweise, bedingt durch XY«.

Im Verlauf des Pflegeplanungsgesprächs kam dann eine sehr erschreckende Situation heraus:

In der FEDL »Existenzielle Erfahrungen des Lebens« hieß es:

24.1.06	Pflegebedarfssituation	Ziele	Maßnahmen
1.	Abwehrverhalten vermutlich aus Angst Klientin signalisiert massive Abwehr u. Angst bei Leistungen von Körperpflege und bei jeglicher Berührung. Klientin bringt Ablehnung durch Kratzen, Beißen, Schlagen zum Ausdruck. Die aktuelle Betreuungssituation derzeit unklar, Ehemann nennt sich auf Nachfragen selbst als Betreuer. Klientin wird derzeit immer im Sitzen fixiert/Bauchgurt und Psychopharmaka (vor ein paar Jahren stimmte sie aus Sicherheitsgründen einer kurzzeitigen Bauchgurtfixierung im Sitzen zu). Diese wird durch den Ehemann ausgeführt (Verdacht auf Freiheitsberaubung).	<ul style="list-style-type: none"> • Klientin fühlt sich in ihren Wünschen respektiert • Sie erfährt Sicherheit • Rechtsfrage ist geklärt • Geeignete Lebensform ist gefunden 	Pflegedienstleitung wendet sich an Amtsgericht zwecks Klärung der Rechtssituation »Fixierung« bis zum 30.01.20... PDL wendet sich an sozialpsychiatrischen Dienst zwecks Beratung über Lebensform und Beratung des Ehemannes. Bis dahin bei täglichem Einsatz eigenes Verhalten und Verhalten/Reaktion von Klientin dokumentieren. Körperpflege auf ein Mindestmaß reduzieren (siehe »Sich pflegen und kleiden«

Während des Gesprächs, das aus einer Reihe von Fragen bestand, kam heraus, dass der Ehemann die Klientin über viele Stunden am Tag fixierte, obwohl sie das nicht mochte. Der Ehemann übernahm laut eigener Aussage die Betreuung. Bei den Pflegekräften, die alle unzufrieden mit der Situation waren, hatte sich eine gewisse »Abwehr« herausgebildet. Viele betraten die Wohnung mit einem unguuten Gefühl. Das aber konnten sie nicht klar benennen, denn der Ehemann wusste die Situation stets so darzustellen, dass »er es gut mir ihr meine« Damit die Situation verarbeitbar ist, wurde die Klientin als »Problem« wahrgenommen.

27. Tipp: Stricken Sie sich einen roten Faden für die Pflegeplanung

Es ist wichtig, dass sie die Pflegeplanung sinnvoll aufbauen, sonst verzetteln Sie sich rasch.

Nehmen Sie einfach folgenden roten Faden:

1. Haupteinschränkung der Selbstpflege beschreiben

Beginnen Sie die erste Pflegeplanung in jener ATL/AEDL/FEDL, in der die Klientin ihre Haupteinschränkung der Selbstpflege hat. Dies ist sinnvoll, weil damit gleich zu Anfang die Gesamtsituation der Klientin gut begründet wird.

Dahinter steht die Frage mit der einhergehenden Erkenntnis: »Warum ist die Klientin pflegebedürftig, wieso genau hat sie einen Pflegebedarf?« Ist dieses einmal geklärt, kann anschließend bei allen anderen Pflegeplanungen darauf verwiesen werden.

»Klassische« ATL/AEDL/FEDL, in denen eine Klientin ihre Haupteinschränkung in der Selbstpflege haben kann:

- sich bewegen (z. B. in Form von Bewegungseinschränkungen)
- Orientierung (z. B. In Form einer situativen Verknennung)
- existenzielle Erfahrungen (Klientin hat z. B. resigniert, sie möchte nicht mehr leben, hat keine eigenen Antrieb zur Selbstpflege etc.)

2. MDK-relevante Pflegebedarfssituationen beschreiben

Danach reihen sich die Bereiche ein, die für eine Einstufung nach SGB XI angegeben werden:

- sich bewegen
- sich pflegen und kleiden
- essen und trinken
- ausscheiden

Natürlich soll die Pflege eines Menschen keinesfalls auf diese Punkte reduziert oder beschränkt werden! Aber: Im Alltag ist nicht immer genügend Zeit, um Pflegeplanungen zu schreiben. Da ist es wichtig, schnell und konzentriert vorzugehen. Da der MDK für

eine Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit in diesen Lebensbereichen eine finanzielle Anerkennung zollt, muss diese Notwendigkeit gleich zu Anfang dargestellt werden.

3. Beschreiben Sie alles weitere Notwendige

Im nächsten Schritt erstellen Sie Pflegeplanungen für Situationen, in denen die Klientin einen individuellen Pflegebedarf hat.

28. Tipp: Der Pflegeplanungsbogen verrät Ihre Einstellung zur Klientin

Im Normalfall finden wir Pflegeplanungsbögen, die ungefähr so aussehen:

Nr. und Datum	Probleme und Ressourcen	Ziele	Maßnahmen	Auswertung
---------------	-------------------------	-------	-----------	------------

In der zweiten Spalte finden sich im Alltag unterschiedliche Überschriften. Mal heißt es »Fähigkeit«, mal »Ressource«, mal »Problem« oder auch »Pflegediagnose«. Die Wahl des Begriffs macht deutlich, wie wir über die individuelle Pflegebedarfssituation denken (siehe auch Tipp 29). Damit betreten wir das große Feld der ewigen Frage: »Was ist denn nun eine Ressource und was ist ein Problem?«

Ich selber halte eine der folgenden Versionen für sinnvoll:

Nr. und Datum	Pflegebedarfs-situation oder Ist-Situation oder auch Pflegediagnose	Gewünschter Zustand	Maßnahmen	Auswertung
---------------	---	---------------------	-----------	------------

Die Auswahl der expliziten Version hängt vom jeweiligen Umgang ab. Verwende ich also Pflegediagnosen im Pflegeprozess, dann wähle ich natürlich die Überschrift »Pflegediagnose«.

29. Tipp: Was mögen Sie lieber: Ressource oder Problem?

In den Pflegeeinrichtungen treffe ich viel zu häufig problemorientierte Pflegeplanung an.

Wenn in der klassischen Pflegeplanung erst die Probleme genannt werden und dann Ressourcen dazu gesucht werden, ist das eine starke »Zergliederung«. Es ist wie eine Trennung in »schlecht« und »gut«.

Dabei liegt die Wertung in den Händen der Pflegekraft. Sie hängt davon ab, ob die Pflegekraft die »Problem- oder Ressourcenbrille« trägt.

Um die Sache auf den Punkt zu bringen: *»Ressourcen sind Potenziale, Quellen aus denen wir schöpfen können. Ressourcen können materieller, energetischer, geistiger oder spiritueller Natur sein. In uns entdecken wir sie in unserem Fühlen und Denken, unseren Fähigkeiten, unserem Körper, unserer Identität. Um uns herum erleben wir Ressourcen in der Natur, in der Nahrung, in all den Dingen, die uns umgeben und natürlich im Austausch mit anderen, im Geben und Empfangen, in Zugehörigkeit und Beziehung. Das eine wirkt auf das andere. Die Verbindungsstelle liegt in unserer Wahrnehmung und Interpretation sowie in unserem Ausdruck und Handeln.«¹¹*

Dies alles ist sehr individuell und unterschiedlich. Es ist geprägt dadurch, wo wir herkommen, was wir bis jetzt erlebt haben und was uns wichtig ist. Von Seiten einer Pflegekraft besteht die Chance, selbst die kleinsten Fähigkeiten und Ressourcen wahrzunehmen, auf der anderen Seite besteht aber auch die Gefahr, diese falsch zu bewerten. Fähigkeiten gehören zu den Ressourcen. *»Die Fähigkeiten beziehen sich auf die Begabung oder Kapazität einer Person, etwas zu können, im Leben zu bestehen. Mit anderen Worten: Fähigkeiten geben einen Einblick in die Möglichkeiten, die der Mensch zum biologischen, psychologischen und sozialen Funktionieren hat. Sie geben an, was er alles kann bzw. was er in der Lage ist zu tun.«¹²*

Unsere Chance, die Fähigkeiten einer Klientin in den Pflegeprozess einzubeziehen ist, sie wahrzunehmen, richtig zu deuten und entsprechend darzustellen.

Einen weiteren Denkanstoß gibt ein Satz aus dem NLP: *»Wir können ein Problem als Abweichung des gegebenen Zustandes von einem gewünschten Zustand betrachten«¹³*

30. Tipp: Geben Sie jeder Pflegebedarfssituation eine Überschrift

Wenn Sie nun an die konkrete Pflegeplanung herangehen, dann sollten Sie sich eine Überschrift für die jeweilige Pflegebedarfssituation überlegen. Ähnlich wie der Titel einer Pflegediagnose kann die jeweilige Situation der Pflegeplanung eine Überschrift bekommen.

Dies schafft Übersichtlichkeit und Klarheit.

In einem einzelnen Bereich kann es viele Pflegebedarfssituationen geben. Wenn es für jede eine eigene Überschrift gibt, weiß jeder, worum es geht.

Beispiel anhand der FEDL »Kommunizieren«:

¹¹ Messer, B.: Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Schlütersche: Hannover 2004.

¹² Arets, J.; Obex, F.; Wagner, F.: Professionelle Pflege 1. Hans Huber: Bern et al. 1999.

¹³ Isert, B.; Rentel, K.: Wurzeln der Zukunft. Junfermann: Paderborn 2000.

Hier eine Auswahl möglicher Pflegebedarfssituationen:

- Gesichtsfeldausfall
- Konfabulation
- eingeschränkte verbale Kommunikation
- Singsang-Sprache
- Schwerhörigkeit
- Ablehnung eines Hörgerätes
- Schmerzen beim Sehen
- usw.

Oder eine Auswahl von möglichen Pflegediagnosen:

- Kommunizieren, verbal beeinträchtigt
- Wahrnehmungsstörung visuell
- Wahrnehmungsstörung auditiv

Es deutet sich hier schon an, dass es jede Menge Situationen gibt. Eine Überschrift schafft ganz einfach Klarheit.

31. Tipp: Nutzen Sie das PESR-Format

Das PESR-Format entstammt auf den ersten Blick der »Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation des MDK«, auf den zweiten Blick stellt sich heraus, dass es der Art und Weise der Pflegediagnostik entnommen ist.

Es bedeutet im Detail:

P = Problem

E = Einflussfaktoren

S = Symptome

R = Ressource

Eine vollständige Problem-(oder Pflegebedarfs)beschreibung besteht aus den Elementen:

1. Was ist das Problem (P-Teil)?
2. Was sind die Einflussfaktoren für dieses Problem (Ursache = etiology), womit hängt es zusammen?
3. Wie zeigt/äußert sich das Problem (Symptom) konkret, Beobachtungen oder Aussagen des Pflegebedürftigen (S-Teil).
4. Welche Ressourcen sind beim Pflegebedürftigen und seiner sozialen Umgebung vorhanden?¹⁴

¹⁴ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., Essen 2005.

In der Grundsatzstellungnahme des MDK heißt es: »Der hier vorgeschlagene Aufbau der Pflegeproblembeschreibung ermöglicht sehr präzise Beschreibungen von Zuständen. Mit der ihr innewohnenden Systematik zieht sie sich durch den gesamten Pflegeprozess. Sie beschreibt nicht nur spezifische Merkmale, sondern begründet daraus auch individuelle Pflegemaßnahmen:

- Sie strukturiert die Informationssammlung und liefert Vollständigkeitskriterien dafür;
- Sie gibt die Kategorie und inhaltliche Grundlage für die Bestimmung der Pflegeziele und Pflegemaßnahmen;
- Sie strukturiert die Auswahl der Pflegemaßnahmen, denn durch die Angabe ausgewählter ätiologischer (ursächlicher) Faktoren werden zulässige Maßnahmen eingegrenzt;
- Sie legt die Inhalte der Erfolgskontrolle (Evaluation) fest und entscheidet damit über die Neuanpassung pflegerischer Maßnahmen.«¹⁵

Darüber hinaus sollte die Pflegebedarfssituation:

- klar, knapp und kurz;
 - exakt, genau und spezifisch
 - wertneutral und objektiv,
 - nachvollziehbar
- beschrieben werden

32. Tipp: Benennen Sie immer eine Ursache

In dem Moment, in dem Sie sich bei der Pflegeplanung und bei der Beschreibung der Pflegebedarfssituation die entscheidende Frage stellen: »Warum ist das so?«, kommen Sie ein ganzes Stück weiter. Es wird nämlich klar, wie die Klientin in ihrer Selbstpflege eingeschränkt ist.

Beispiel: Flüssigkeitsdefizit

Dies könnte als mögliche Ursache haben (eine Auswahl): Bewegungseinschränkung, mangelnde Motivation, situative Verknennung, Schluckstörung usw.

Es ist dann für die Auswahl der entsprechenden Maßnahme wichtig, auf was sich die Indikation beruft.

¹⁵ Ebd.

33. Tipp: Beschreiben Sie Merkmale

Als Alternative zur Beschreibung über die »Ressourcen/Probleme«-Schiene bietet sich die Beschreibung von Merkmalen an. Diese Form ist ebenfalls der Pflegediagnostik entnommen, ist aber ohne weiteres auf die »normale« Pflegeplanung zu übertragen. Haben wir eine Überschrift in der Pflegeplanung, wie z. B.: das Flüssigkeitsdefizit in Tipp 32, dann ist jetzt die Frage: »Woran genau merke ich das?« Jetzt ist es ein Leichtes, den Zustand zu beschreiben, in Form von Merkmalen und nicht mehr als »Problem oder Ressource«.

34. Tipp: Machen Sie klar, was das Ziel sein soll

Die nächste Spalte widmet sich ganz der Beschreibung eines »Wunschzustands«. Erst wird die tatsächliche »Ist-Situation« beschrieben, dann sollte der »gewünschte Zustand«, fast immer als »Ziel« bezeichnet, beschrieben werden.

Verwirrend ist der Begriff »Ziel« allemal. Denn oftmals ist die Klientin in ihrer Selbstpflege so stark eingeschränkt, dass sie selber kaum ein Ziel erreichen kann. Vielmehr sind es die Pflegekräfte, die mit ihren Bedingungen und Pflegemaßnahmen einen Rahmen schaffen, in dem die Klientin bestmögliche Lebensmöglichkeiten hat. Oder in dem sie sich so erlebt, dass sie z. B. motiviert ist, »sich das Gesicht unter Anleitung zu waschen«, oder »Hinweise zur zeitlichen Orientierung« annehmen kann.

Kritisch und forsch ausgesprochen meine ich:

- Das Ziel ist eigentlich für die Pflegekräfte gedacht.
- Das Ziel ist kein Ziel, sondern ein ganzer Zustand.

35. Tipp: Formulieren Sie Ziele klar und eindeutig

Je nachdem, wie man mit der Situation »Zielbeschreibung« umgeht, sollten folgende Aspekte bei der Formulierung immer berücksichtigt werden:

- Immer als Zustand (im Sinne eines erwarteten Ergebnisses) beschreiben, nicht in der Verbform

Beispiel:

Statt: »Bewegung erhalten«

Lieber: »Klientin bewegt den linken Arm bis zum Kopf hoch«

Generell sollte für Ziele gelten, dass sie:

- immer mess- und überprüfbar,
- möglichst positiv formuliert,
- immer im Sinne der Klientin und
- realistisch sind.

36. Tipp: Beschreiben Sie konkrete, nachprüfbare Ziele

Um Ziele genau zu beschreiben und damit das Maß von Pflege- und Lebensqualität für die Klientin festzulegen, sollte die Zielformulierung Folgendes berücksichtigen:

- das **spezifische Verhalten/erwartete Ergebnis der Klientin**
- **Kriterien zur Bemessung** dieses Verhaltens
- **einen Zeitraum** zur Überprüfung

Im Prinzip wird ganz einfach der Zustand beschrieben, der gewünscht ist.

37. Tipp: Seien Sie bei der Zielformulierung ehrlich

Ziele sollen sinnvoll sein. Sie sollen eine Verbesserung der Lebenssituation der Klientin bewirken. Prüfen Sie genau die Bereiche, auf die sich die Pflegeziele beziehen.

Das sind:

- Der **Zustand** der Klientin
- Das **Können** der Klientin
- Das **Wissen** der Klientin
- Das **Verhalten** der Klientin
- Das **Wollen** der Klientin

38. Tipp: Beachten Sie die drei Ebenen von Zielen

Die Qualität von Zielen liegt auf diesen drei Ebenen:

1. Einer **Verbesserung** des Zustands, der Selbstpflegefähigkeit
2. Eine **Erhaltung** der jetzigen Situation, der jetzigen Selbstpflegefähigkeit
3. Eine **Linderung** der jetzigen Situation, eine Linderung der jetzigen Selbstpflegeeinschränkung

39. Tipp: Überprüfen Sie, ob Nah- oder Fernziele sinnvoll sind

In jeder Ausbildung, in jedem Fachbuch zur Pflegeplanung, finden sich Aussagen zur Formulierung von Nah- oder Fernzielen.

Sicherlich stehen die meisten Fernziele in den Leitbildern der einzelnen Pflegeeinrichtungen. Auf der anderen Seite stellt sich oft die Frage, speziell bei sehr hohem Alter und starker Pflegebedürftigkeit, ob ein Fernziel wirklich sinnvoll ist.

In der einen oder anderen Pflegesituation kann es aber tatsächlich sinnvoll sein. »Eine Hilfe bei der Formulierung von Pflegezielen kann die Unterteilung in Nah- und Fernziele

sein, wobei Nahziele kurzfristig erreichbar sind (innerhalb von Stunden oder Tagen), während Fernziele in Wochen, Monaten oder Jahren erreichbar sind.«¹⁶

40. Tipp: Maßnahmen sind wie »Kochrezepte«

Während eines Pflegeplanungsseminars sagte eine Teilnehmerin, als wir zur Art und Weise der Maßnahmenplanung kam: »Die sollten wie ein Kochrezept sein!« Eine herrliche Metapher. Wenn Ihre Maßnahmenplanung so nachvollziehbar ist wie ein Kochrezept, in dem aus den Zutaten ein gutes Menü wird, dann sind Sie auf der sicheren Seite.

41. Tipp: Finden Sie die richtige Maßnahme für die Klientin

Die von einer Pflegefachkraft ausgewählten Maßnahmen sollen die Klientin so unterstützen, dass sie die bestmöglichen Voraussetzungen für die Ausübung ihrer Selbstpflege hat.

Um diese zu entdecken, brauchen wir Kenntnisse über ihre genauen Gewohnheiten. Über das: »Wie hat sie es früher selber gemacht«. Und es ist an uns Pflegekräften festzulegen, in welcher Reihenfolge welche Maßnahme durchgeführt wird.

Dann wird ebenfalls festgelegt, welche Maßnahme als:

Anleitung, Unterstützung, teilweise oder komplette Übernahme durchgeführt wird. (Siehe Tipp 45)

Beispiel:

Pflegekräfte geben Anleitung zum Waschen des Gesichtes und des Oberkörpers vorne, anschließend komplette Übernahme der Körperpflege im Sitzen vor dem Waschbecken durch Pflegekraft ...

42. Tipp: Nutzen Sie noch einmal die gesammelten Informationen

Bei der Auswahl der Maßnahmen gilt es, genau zu sein. Damit die Klientin die optimale Pflegesituation erreicht, müssen Sie sich sehr dicht an ihre Gewohnheiten und Bedürfnisse herantasten. Denn damit bestimmen wir die tatsächliche Pflegequalität.

¹⁶ Thiemes Pflege. 9. Auflage. Thieme Verlag Stuttgart 2000, Seite 13.

Ein Beispiel:

Berlin-Kreuzberg, 1992, Wohnung, Altbau, dritter Stock, Kohlenheizung, fließend kaltes Wasser. Die Klientin, 86 Jahre alt, ist stark bewegungseingeschränkt. Sie arbeitete früher als Fischverkäuferin in der Kreuzberger Markthalle.

Sie wünscht, wie schon immer, die Körperpflege an ihrem ausziehbaren Küchenwaschtisch (er hat einen inneren Ausziehtisch, in dem zwei weiße Emailleschalen hängen) durchzuführen. Sie lebt sehr bescheiden, wäscht sich demnach mit kaltem Wasser, da es zu teuer ist, dafür den Ofen anzumachen.

Sie hat einen sehr starken Körpergeruch und einen Ulcus cruris. Als Pflegekraft konnte ich nicht die von mir gewünschten Maßnahmen durchführen. Es galt also, einen Kompromiss zu finden. Viele der auszuwählenden Maßnahmen entsprangen ihrer biografischen Prägung –

Wie z. B.:

- Waschen mit kaltem Wasser, geringe Wassermenge, dafür alle drei Tage Fußbad mit lauwarmem Wasser.
- Verzicht auf Waschzusätze
- Klientin wäscht selber den Intimbereich, ein »Nachwaschen« durch Pflegekraft wird vermieden, nur bei extremer Stuhlverschmutzung
- Es wird »niemals« auf dem Küchentisch aufgeräumt

Konsequenzen für die Auswahl der geeigneten Maßnahmen: Sichten Sie alle vorher gesammelten Informationen sowie die Gewohnheiten der Klientin.

43. Tipp: Beziehen Sie die Klientin und ihre soziale Situation unbedingt mit ein

Selbstverständlich sollte jede Maßnahme mit der Klientin und ihren primären Bezugspersonen abgesprochen werden und auf ihre realistische Umsetzung hin überprüft werden

»Wichtig ist bei diesem Schritt, dass in der praktischen Durchführung die Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und der Bezugsperson berücksichtigt werden; sie werden dementsprechend in die Pflegeplanung einbezogen. Des Weiteren müssen auch die vorgefundenen Umgebungsverhältnisse bei der Planung der Pflegemaßnahmen berücksichtigt werden.«¹⁷

¹⁷ MDS: Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen 2005.

44. Tipp: Seien Sie genau in Ihrer Formulierung der Maßnahmen

Wenn Sie die gewählten Maßnahmen beschreiben, dann seien Sie genau.

Ein »Wischwaschi« bringt nichts.

Also: Es wird beschrieben, wer, was, wann, wie oft, wo und wie macht

Gegen 8 Uhr morgens im Bett erhält die Klientin einen verbale und nonverbale Anleitung dahingehend, ihr Gesicht mit ihrem roten Frotteewaschlappen zu waschen. Bei guter Tagesform evtl. auch noch zum Brustkorbwaschen anleiten. Anschließend wird die Körperpflege im Liegen komplett von der Pflegekraft übernommen. Während der Übernahme wird auf Wunsch der Klientin im Radio der Sender NDR 2 gespielt. Alle zwei Tage Eincremen mit XY Lotion ...

45. Tipp: Beachten Sie die Form der Hilfeleistung

Es gibt starke Unterschiede, wie Pflegemaßnahmen beschrieben werden können. Für mich als Pflegekraft, für die Klientin, für ihr Umfeld sowie für den MDK macht das sehr viel aus.

Pflegemaßnahmen sind Hilfeleistungen und können so aussehen:

»Formen der Hilfeleistung

- **Unterstützung:** Eine Unterstützung liegt dann vor, wenn der Pflegebedürftige grundsätzlich zur selbstständigen Erledigung einer Verrichtung in der Lage ist, jedoch zur Vorbereitung, Durchführung oder Nachbereitung ergänzende Hilfeleistungen der Pflegeperson benötigt. Die Unterstützung kann Teil der aktivierenden Pflege sein (Bereitstellen von Waschwasser, Waschlappen reichen, Auswahl geeigneter Kleidungsstücke etc.)
- **Teilweise Übernahme:** Eine teilweise Übernahme der Verrichtung liegt dann vor, wenn eine Hilfe zur Vollendung einer teilweise selbstständig erledigten Verrichtung benötigt wird. Eine teilweise Übernahme des Waschens liegt z. B. dann vor, wenn Gesicht und Körper selbstständig gewaschen werden, für das Waschen der Füße und Beine aber die Hilfe einer Pflegeperson benötigt wird. Auch wenn eine Verrichtung begonnen, aber z. B. wegen Erschöpfung abgebrochen wird, kann eine teilweise Übernahme der Verrichtung notwendig werden. Die teilweise Übernahme kann Bestandteil der aktivierenden Pflege sein. Sie ist dann darauf gerichtet, verloren gegangene Fähigkeiten wiederzuerlernen oder nicht vorhandene Fähigkeiten zu entwickeln.
- **Vollständige Übernahme:** Eine vollständige Übernahme liegt dann vor, wenn die Pflegeperson die Verrichtung selbst ausführt und der Pflegebedürftige sich dabei passiv verhält, ohne einen eigenen Beitrag zur Verrichtung zu leisten.

- **Anleitung:** Eine Anleitung ist dann erforderlich, wenn die Pflegeperson bei einer korrekten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf lenken oder demonstrieren muss. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn der Pflegebedürftige trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Verrichtung nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann. Zur Anleitung gehört auch die Motivierung des Antragstellers bzw. Pflegebedürftigen zur selbstständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.«¹⁸

46. Tipp: Gehen Sie exakt mit dem Begriff der »Selbstständigkeit« um

Vielfach finden sich in Pflegeplanungen die wunderlichsten Umschreibungen für die Bezeichnung von Selbstständigkeit bzw. eingeschränkter Selbstständigkeit. Machen Sie damit Schluss und verwenden Sie die Begriffe klar und eindeutig.

- **»Selbstständig:** Fähigkeit zur selbstständigen Versorgung/Durchführung von Verrichtungen in einem Bereich, keine Hilfsperson und keine Hilfsmittel erforderlich
- **Bedingt selbstständig:** Fähigkeit zur selbstständigen bzw. unabhängigen Versorgung mit einer oder mehreren Einschränkungen in einem Bereich; Hilfsmittel/Vorrichtungen sind vorhanden und werden genutzt; der Pat. benötigt mehr Zeit als üblich für die Verrichtung; bewältigt sie aber mit Mühe. Ggf. bestehen Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit den einzelnen Verrichtungen; in der Regel ist eine Hilfsperson erforderlich
- **Teilweise selbstständig:** Fähigkeit zur selbstständigen Versorgung/Verrichtung ist eingeschränkt; Einzelverrichtungen werden unvollständig ausgeführt. Eine Hilfsperson ist zur Anleitung bei der Vorbereitung und Durchführung von Verrichtungen bzw. zu ihrer zeitweisen Übernahme erforderlich
- **Unselbstständig:** Fähigkeit zur selbstständigen Versorgung/Verrichtung ist nicht vorhanden. Hilfestellung ist in allen Phasen der Versorgung/Verrichtung erforderlich.«¹⁹

Damit ist klar, dass der Begriff »selbstständig« eine spezifische Bedeutung hat und deshalb auch sorgfältig verwendet werden muss.

¹⁸ König, J.: Der MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen. Schlütersche: Hannover 2003.

¹⁹ MDS: MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege, Essen 2000.

47. Tipp: Beziehen Sie erschwerende Faktoren mit ein

Sind bei der Klientin erschwerende Faktoren in der pflegerischen Situation zu erkennen, sollten sie genannt werden, denn schließlich haben sie Auswirkungen auf die Maßnahmen.

Allgemeine Erschwernisfaktoren sind: Körpergewicht über 80 kg, Kontrakturen/Einstiefung der Gelenke, hochgradige Spastik, Hemiplegien oder Paresen, einschließende unkontrollierte Bewegungen, Fehlstellungen der Extremitäten, eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer kardiopulmonaler Dekompensation mit Orthopnoe und ausgeprägter zentraler und peripherer Zyanose sowie peripheren Ödemen, Abwehrverhalten mit Behinderung der Übernahme (z. B. bei geistigen Behinderungen/psychischen Erkrankungen). Stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Sehen/Hören) starke therapieresistente Schmerzen, pflegebehindernde räumliche Verhältnisse, zeitaufwendiger Hilfsmiteinsatz.

Treffen einer oder mehrere dieser erschwerenden Faktoren auf die Klientin zu, so benennen sie diese und die daraus notwendigen Folgen, wie z. B. das Bereitstellen von zwei Pflegekräften für die Durchführung der Körperpflege.

48. Tipp: Nutzen Sie Pflegediagnosen innerhalb des Pflegeprozesses

Pflegediagnosen im Pflegeprozess sind schon lange kein unbekanntes Thema mehr. Sie sind eine fachlich qualifizierte Möglichkeit, um pflegerelevante Zustände zu beschreiben. Gordon beschreibt eine Pflegediagnose folgendermaßen: »Eine Pflegediagnose ist eine Aussage, die ein aktuelles oder potientielles gesundheitliches Problem beschreibt, das zu behandeln Krankenpflegepersonen berechtigt und befähigt sind.«²⁰

Ich selber beschreibe eine Pflegediagnose folgendermaßen: »Eine Pflegediagnose ist die allgemein gültige Beschreibung und vor allem die Beurteilung eines pflegerelevanten Zustands oder Sachverhalts, den der Klient hinsichtlich einer notwendigen und realistischen Veränderung erlebt. Zu Grunde liegt die nach Ursachen und systemischen Zusammenhängen suchende Unterscheidung bestimmter Merkmale, die durch Einschränkungen in der Gesamtsituation des Klienten und seines Umfelds entstanden sind.«²¹

Bedenken Sie bitte, dass Pflegediagnosen immer noch neu im Alltag und Gebrauch sind.

²⁰ Stefan, H.; Allmer, F. et al.: Praxis der Pflegediagnosen. Springer Verlag, Wien 2000.

²¹ Messer, B.: Schnittstelle Pflegediagnose. In: pflegen ambulant, 15 Jahrgang 1/04.

49. Tipp: Lassen Sie sich von den Vorteilen der Pflegediagnosen begeistern

In der Praxis haben Pflegediagnosen viele Vorteile:

- Alle Pflegediagnosen eines Klienten beschreiben die Gründe der Pflege und den Pflegebedarf.
- Aus den Pflegediagnosen lassen sich die erforderlichen Pflegeleistungen und -interventionen ableiten.
- In den Pflegediagnosen sind die Informationen zusammengefasst, die verschiedene, an der Pflege beteiligte Personen benötigen, insbesondere bei Verlegungen.
- Die Pflegediagnosen sollen eine effektive und effiziente Kommunikation über den Zustand von Klienten aus pflegerischer Sicht ermöglichen (vgl. *Abderhalden*).²²

50. Tipp: Beziehen Sie Pflegediagnosen Schritt für Schritt in den Pflegeprozess ein

Wenn Sie sich nach dem Studium der Fachliteratur oder einer hochwertigen Fortbildung zum Thema für Pflegediagnosen begeistern können, dann beginnen Sie Schritt für Schritt. Suchen Sie sich die Pflegediagnosen heraus, die in Ihren Pflegekontexten häufig vorkommen und proben Sie deren Einsatz.

51. Tipp: Verwenden Sie die Original-Pflegediagnosen

Wenn Sie sich in der Literatur die Pflegediagnosen anschauen, dann stellen Sie fest, dass es verschiedene gibt. Das liegt daran, dass es verschiedene Pflegediagnosenverbände gibt (z. B. NANDA – North American Nursing Diagnosis Association).

Die NANDA-Diagnosen sind derzeit am weitesten verbreitet. Wenn sie sich auf eine der NANDA-Pflegediagnosen beziehen, dann lassen Sie dies bitte auch im Original so stehen, sonst kommt es schnell zu einer fachlichen Verwischung.

52. Tipp: Werden Sie zu einer Frageexpertin, oder: »Fragen Sie Löcher in den Bauch«

Eine bekannte Weisheit aus dem Management lautet: »Wer fragt, führt.« Damit ist gemeint, dass Fragen ein Prozess ist, der die Macht besitzt, etwas zu bewirken. Ich nutze diese Erfahrung oder Erkenntnis beim Erstellen von Pflegeplanungen.

²² Messer, B.: Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Schlütersche: Hannover 2004.

Um die genaue Klientensituation »herauszubekommen«, nutze ich häufig folgende Fragen:

- Was genau kann die Klientin?
- Welche Fähigkeiten hat sie in diesem oder jenen Bereich?
- Wodurch ist sie eingeschränkt?
- Was macht sie wenn, ... (Sie reagiert zum Beispiel mit »Abwehr auf die Durchführung der Intimpflege«)
- Warum macht sie das? Also: Warum zeigt sie dieses Verhalten?
- Woran genau merke ich das?

Geben Sie sich untereinander Unterstützung, indem Sie sich selber gegenseitig fragen. So bekommen Sie viele Informationen.

53. Tipp: Bedenken Sie, wie das, was Sie schreiben, auf andere wirkt

»Die Pflegedokumentation muss so beschaffen sein, dass eine fremde Pflegefachkraft, die nicht aus der Einrichtung kommt (z. B. eine Pflegefachkraft des Medizinischen Dienstes), sich ein zutreffendes Bild über die Situation eines Menschen machen kann und danach pflegen könnte – ohne dass ein Schaden für den Betroffenen entsteht ...«. ²³ Wenn wir diesen Grundsatz beherzigen, sozusagen mit den Augen einer »neuen« Kollegin auf die Situation, zu schauen, sind wir wesentlich objektiver und kommen leichter ins Beschreiben.

54. Tipp: Verbinden Sie die Pflegeplanung mit dem Pflegebericht

Der Pflegebericht ist ein zentrales Formular, das täglich in die Hand genommen wird. Häufig fragen sich Pflegekräfte, zu welchen Ereignissen sie Einträge vornehmen sollen. Diese Frage ist einfach zu beantworten:

Wenn Sie eine aktuelle Pflegeplanung erstellt haben, die dicht an der Lebenssituation und Lebensqualität der Klientin ist, dann haben Sie viele Themen, auf die Sie im Alltag der Pflege achten können.

²³ Sowinski, C.; Gennrich, H. et al. (Hrsg): Organisation und Stellenbeschreibung in der Altenpflege. Köln 2000.

4 Die Pflegeplanung – Basis für kreative und liebevolle Pflege

55. Tipp: Pflegen Sie kreativ und liebevoll

Ich möchte an dieser Stelle auf Gedanken von Liliane Juchli hinweisen, die mich mit ihren Schriften immer wieder inspiriert hat.

»Kreative Pflege ist alternative Pflege

Alternative Pflege heißt, dass wir das, was wir tun, anders tun: nämlich bewusster, aufmerksamer und – ich wage es zu sagen – liebevoll, warmherzig und behutsam, also echter und wirklicher. Ein solches Tun ist schon ein Tun, das ganzheitlich ist; ein Tun, das in Verantwortung für das Ganze geschieht. Der alternativen Pflege möchte ich folgende Prädikate zuordnen:

- Sie erfüllt Hoffnung: Die Hoffnung von Patienten, von Angehörigen, ja die Hoffnung des Pflegenden selbst: unsere je eigene Hoffnung nach Lebenstraum, Lebensqualität, Lebenssinn und Zukunft.
- Sie gibt echte Antworten: Krankheit, Leid, Schmerz, Tod sind reale Tatsachen. Der Mensch, der davon betroffen ist, braucht Hilfe: keine Scheinhilfe, sondern wirkliche Hilfe. Eine solche Hilfe ist nur durch Menschen möglich, die verstehen, dass Heilung nur ganzheitlich geschieht und dass sie der Hinwendung, des Zuhörens, des Verstehens, letztlich der Liebe bedarf: also des Seins ebenso wie des Tuns.
- Sie glaubt an die Veränderbarkeit der Zustände in der Welt und damit an die Veränderbarkeit der Lebensweise der Menschen, des Zustandes und der Befindlichkeit eines Patienten, der gewordene Strukturen und nicht zuletzt: seiner selbst!
- Sie findet neue Sichtweisen, in denen wir selbständig und bewusst für unser Tun und Lassen Verantwortung tragen; in denen wir neue, auch ungewohnte Fragen stellen und in denen wir wieder mehr auf die eigene innere Kraft vertrauen und die daraus erwachsende tatkräftige Initiative einsetzen, nicht nur für andere, sondern auch für uns selbst.«²⁴

56. Tipp: Sie pflegen so, wie Sie sich fühlen ...

Unsere innere Haltung bestimmt unser äußeres Tun und Handeln. Dies spüren die Klientinnen. Wenn wir hektisch und fahrig sind, pflegen wir auch so. Wenn wir dagegen in ruhiger Stimmung sind, geht uns die Arbeit erfahrungsgemäß leichter von der Hand.

²⁴ Juchli, L. Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit. Kreuz: Stuttgart 1993.

Machen Sie sich bewusst, dass sich viele Klientinnen auf pflegerische Handlungen freuen, weil es oft die einzige Zeit des Tages ist, zu dem sie Zuspruch und Aufmerksamkeit erfahren. Für Ihre Klientinnen ist die Pflegeeinrichtung nicht Arbeitsplatz, sondern Wohnung, zwar fremd oft, aber doch die einzige, die ihnen geblieben ist. Vielleicht nehmen Sie manchmal in Gedanken einfach die Perspektive einer Klientin ein – wie würden Sie dann gern gepflegt werden?

Dazu möchte ich Ihnen einen Gedanken des Dalai Lama vermitteln:

»Sei ein guter Mensch, warmherzig, verhalte dich im Alltag, in deiner Familie, an deinem Arbeitsplatz verantwortlich und versuche, echte Nähe zum anderen zu spüren. Das wird allmählich die Atmosphäre verändern – Schritt für Schritt – und das wird uns Zeit geben, bis wir soweit sind, auch äußere Formen und Strukturen zu verändern.«²⁵

57. Tipp: Fordern Sie sich – dann fördern Sie die Klientin

In der Vergangenheit und jetzigen Gegenwart ist es üblich, Maßnahmen für die Klientin zu planen, damit sie etwas kann, oder etwas macht usw. Also auf den Punkt gebracht: Die Klientin soll etwas tun. So klingt es in diversen Büchern mit Formulierungsvorschlägen:

- *Frau XY soll ...können*
- *Frau XY soll ... ml trinken*
- *Frau XY soll sich selber waschen.*

Diese Formulierungen klingen für mich immer sehr fordernd. Fast so, als würde die Pflegekraft den Zeigefinger heben und die Klientin tut eilends etwas, was sie eigentlich gar nicht möchte.

Dabei sollte es doch viel eher ganz anders sein:

Wir Pflegekräfte sollen ein Umfeld schaffen, in dem die Klientin die bestmöglichen Voraussetzungen hat, zu leben, sich wohl zu fühlen und ihre individuellen Fähigkeiten und Ressourcen nutzen kann.

Die Pflegeplanung ist für uns Pflegende! Wir sind diejenigen, die etwas zu tun haben, die eine Aufgabe haben.

Dies deutet für mich eine Grundsatzdiskussion des Pflegeprozesses für die Pflege sehr alter, hoch betagter Menschen an, die ich an anderer Stelle gern weiterführen möchte. In diesem Buch möchte ich Sie aber ermutigen, den Pflegeprozess weiterhin kritisch zu betrachten.

²⁵ Ebd.

58. Tipp: Seien Sie offen für Überraschungen

Der Pflegeprozess mit seiner Pflegeplanung birgt so viel Raum, Entdeckungen zu machen und ungewohnte Pfade zu beschreiten. Dabei kann es Überraschungen geben:

- Situationen, die bisher als »Problem« galten, stellen sich als ressourcenvolle Situation heraus.
- Eine ungewohnte Problemlösung ist Grund zur Freude: bei einem unverhofften Betttag wird festgestellt, dass das Lesen noch gelingt
- Wir gewinnen eine neue Einsicht oder Erkenntnis (über uns selbst, die Klientin, die Schülerin etc.)
- Eine »schwierige« Klientin ist plötzlich keine mehr, weil wir ihr wahres Bedürfnis erkannt haben
- Unser Gespür für das wirkliche Problem ist gewachsen und wahrnehmbar
- Eine scheinbar aussichtslose Situation kommt wieder in Gang
- Eine neue Qualität in der Pflegebeziehung ist wahrzunehmen, weil plötzlich: eine Geste, ein Wort oder eine Berührung eine neue lebendige Qualität herstellen

59. Tipp: Entdecken Sie die gute Absicht

Viele Pflegesituationen werden problemorientiert betrachtet: Da heißt es dann:

- Klientin lehnt die Körperpflege ab
- Klient trinkt nur ... ml
- Klientin lehnt das Tragen von Strümpfen ab

Nutzen wir hier die Kunst des Reframings, fragen wir uns: »Was ist die gute Absicht dahinter?« »Reframen« kommt aus dem NLP, dem Neurolinguistischen Programmieren und bedeutet »Umdeuten«, oder: Dinge in einem anderen Rahmen zu sehen. Diese Kunst des Umdeutens können Sie wunderbar für den Pflegeprozess nutzen.

Beantworten wir als die Frage nach der guten Absicht, dann kommen meist neue Erkenntnisse.

Beispiel:

Es heißt, eine Klientin schlägt die Pflegekräfte beim wöchentlichen Duschen. Dann stellt sich beim näheren Betrachten heraus, dass die Klientin Angst hat. Pure Angst. Sie eine fürchterliche Zeit in einem KZ verbracht und erinnert sich jedes Mal an die Duschen der Vergasungsanlagen. In ihrer Angst und Sprachlosigkeit wusste sie sich nicht zu helfen. Sie fühlte sich nicht verstanden und immer wieder übergangen. Somit blieb ihr irgendwann nichts anderes mehr über, als sich zu wehren, indem sie schlägt. Sicherlich hätte sie eine andere Form der Wunschäußerung gewählt, wenn sie es gekonnt hätte.

5 Die Pflegeplanung – So bringen Sie sie zu Papier

60. Tipp: Gute Kenntnisse machen Lust aufs Schreiben

Die Pflegefachkraft, die für eine Klientin die Pflegeplanung geschrieben hat, sollte die Klientin gut kennen und sie sollte sie wertschätzen. Damit sind die besten Voraussetzungen geschaffen, gern und konkret zu schreiben.

Wenn Sie die Klientin intensiv und mit ausgeprägter Wahrnehmung pflegen, sie beobachten, in ihren Fähigkeiten und aktuellem Pflegebedarf wahrnehmen, dann ist Ihre Niederschrift sehr nahe an der Pflegesituation und damit einfacher für Sie.

61. Tipp: Vergessen Sie die »Expertensprache«

Vielfach sind in Pflegeplanungen umständliche, und auch »gestelzte« Formulierungen zu lesen.

Dahinter steckt evtl. der falsch verstandene Wunsch einer »hochwertigen fachlichen Sprache«. Natürlich ist es sinnvoll, die Dinge fachlich richtig und exakt zu benennen. Doch Wörter wie »Neglect« oder »Intertrigo« könnten dazu führen, dass Ihre Kolleginnen Ihre Planung nicht mehr lesen mögen, weil sie eigentlich jedes Mal ein Lexikon bräuchten.

Fragen Sie sich ehrlich: Sollte die Pflegeplanung zur Ihrer Selbstdarstellung da sein oder wollen Sie, dass Ihre Kollegen informiert sind, die Planung gern weiter schreiben und damit der Klientin zur bestmöglichen Pflege verhelfen?

62. Tipp: Wählen Sie eine günstige Tageszeit zum Schreiben

Sie sollten für das Schreiben einer Pflegeplanung jene Tageszeit wählen, zu der Sie geistig frisch sind. Stellen Sie sich folgende Fragen. Wann kann ich am besten denken? Wann bin ich kreativ? Vielleicht brauchen Sie ein oder zwei Wochen, um Ihre günstigen Tageszeiten zu finden. Versuchen Sie es doch einmal – Sie werden feststellen, dass es sich dann leichter schreibt, als wenn Sie sich eine starre Tagesstruktur verordnen, zu der sie zwar Zeit haben, aber bereits viel zu erschöpft sind, um noch eine gute Pflegeplanung niederschreiben zu können.

63. Tipp: Bewegen Sie sich beim Denken

Für viele Pflegekräfte ist es eine Erleichterung, wenn sie »etwas tun dürfen«. Es fällt ihnen leichter, wenn sie handeln können, statt wie gefesselt vor einem Stück Papier zu sitzen. Die Lösung des Problems ist einfach: Bewegen Sie sich, damit Sie auch gedanklich in Fluss kommen!

Teilnehmerinnen aus meinen Trainings kennen das: »Die Messer turnt da vorn immer rum, ständig ist sie in Bewegung ...« Das hat jedoch den Vorteil, dass ich in Bewegung bin und dabei denke ich leichter. Das kommt mir und den Teilnehmerinnen zugute.

Eine Erfahrung, die ich beim Schreiben von Pflegeplanungen oder Büchern kenne: Wenn es nicht weiter geht, bloß weg!

Starren Sie keine Löcher ins Papier, sondern lösen Sie sich davon:

- Holen Sie sich ein Glas Wasser oder eine Tasse Tee
- Gehen Sie zur Toilette
- Machen Sie einen Spaziergang (oder gehen Sie joggen – dabei kommen mir die besten Ideen)

64. Tipp: Vergessen Sie das Trinken nicht

Es ist eine Binsenweisheit, aber unser Gehirn läuft nachweislich »wie geschmiert«, wenn wir uns mit genügend Flüssigkeit versorgen. Viele von uns achten zwar auf ein ausgewogenes Trinkprotokoll für die Bewohner, kommen selber aber zu kurz. Stellen Sie also die Flasche Wasser neben die Pflegeplanung – und trinken Sie sich »in Schreiblaune«!

65. Tipp: Nutzen Sie Übungen aus dem Brain Gym®

BRAIN GYM® (wörtlich Gehirngymnastik) ist der Name einer Reihe einfacher und amüsanter Bewegungsübungen und Aktivitäten zur Förderung der Lernfähigkeit. Es ist eine von Paul Dennison entwickelte Methodik, die Lernenden dazu verhilft, sich ihr persönliches Lernpotenzial durch bestimmte Körperbewegungen und Berührungen jederzeit verfügbar zu machen. Dabei ist die Zusammenarbeit beider Gehirnhälften eines der Ziele. Brain Gym® ist bestens geeignet, um Konzentration und Aufmerksamkeit zu erhöhen.

Die Überkreuzbewegung

Bewegen Sie den rechten Arm zusammen mit dem linken Bein, den linken Arm zusammen mit dem rechten Bein. Bewegen Sie sich vorwärts, rückwärts und seitwärts, oder marschieren Sie auf der Stelle.

Die liegende Acht

Beginnen Sie mit der linken Hand und fahren Sie vom Mittelpunkt der Acht aus nach links oben. Folgen Sie mit Ihren Augen der Bewegung Ihrer Hand. Zeichnen Sie die Acht mit jeder Hand dreimal, dann dreimal mit beiden Händen zusammen. Sie können die Acht auch auf ein Blatt Papier malen.

6 Die Pflegeplanung – Ohne Anforderungen geht es nicht

66. Tipp: Beachten Sie die Anforderungen der nationalen Expertenstandards

Es gibt für den Pflegeprozess konkrete Anforderungen, die aus den jetzt aktuellen und zukünftigen Expertenstandards resultieren.

Das sind immer:

Die Risikoeinschätzung	In allen Expertenstandards wird von einer Pflegefachkraft gefordert, das individuelle Risiko der Klientin einzuschätzen. Dies betrifft dann jeweils das: <ul style="list-style-type: none"> • individuelle Dekubitusrisiko • individuelle Sturzrisiko
Genauere Einschätzung	Hiermit ist eine sehr genaue und detaillierte Einschätzung der individuellen pflegerlevanten Situation bei der Klientin gemeint. Speziell: <ul style="list-style-type: none"> • eine Erfassung von evtl. vorhandenen Schmerzen (Schmerzqualität und -intensität) • Eine genaue Erfassung der Bewegungsfähigkeit • genaue Ausprägung der Kontinenz • genaue Ausprägung der Orientierung • Für den Expertenstandard »Entlassungsmanagement« ist darüber hinaus noch wichtig: Eine genaue Einschätzung der Selbstpflegefähigkeiten sowie eines evtl. zukünftigen Unterstützungsbedarfes
Beratung	In allen Expertenstandards werden konkrete Anforderungen der Pflegefachkraft hinsichtlich einer Beratung gestellt. Sie berät die Klientin und ihre primären Bezugspersonen über das individuelle Risiko (oder die aktuelle pflege- oder handlungsrelevante Situation) und schlägt sinnvolle Maßnahmen vor
Wirksame Interventionen	Die Pflegefachkraft entwickelt gemeinsam mit der Klientin und ihrer primären Bezugsperson einen individuellen Maßnahmenplan. Bei der Erarbeitung eines individuellen Maßnahmenplanes stehen die Wünsche und Bedürfnisse der Klientin sehr zentral im Mittelpunkt.

Maßnahmen der Einrichtung	Die Einrichtung, die für die Klientin Pflege anbietet, hält entsprechende Rahmenbedingungen und Möglichkeiten vor. Dies ist explizit in den jeweiligen Expertenstandards beschrieben, hier jedoch eine kleine Auswahl: <ul style="list-style-type: none"> • Ein Programm zur Förderung von Bewegung, Gleichgewicht, Körpergefühl • Geeignete Hilfsmittel • Fachwissen und Können der Pflegekräfte (z. B. in Form adäquater Fortbildungen) • Geeignete pflegerische Maßnahmen (z. B. Kontinenztraining, pflegerische Maßnahmen des Schmerzmanagements, etc.) • Angepasstes Wohnumfeld • etc.
Transparente und festgelegte Kommunikationsformen	Sämtliche Expertenstandards fordern ein sinnvolles, festgelegtes und transparentes Kommunikationsmanagement. Kommunikationswege sollen erfasst sein, sinnvoll aufgebaut sein, gepflegt werden und zum Teil in Form von Verfahrensanleitungen festgelegt werden.
Zusammenarbeit mit anderen an der Pflege Beteiligten	Die Pflegefachkräfte und die Einrichtung, die die Klientin unterstützt, sind verpflichtet, andere an der Pflege beteiligte Personen und Berufsgruppen über die jeweils relevante Situation zu informieren. So z. B. beim Krankentransport, bei der Überleitung, bei der Therapiebestimmung etc.
Evaluation	Eine ständige, ehrliche Evaluation der geplanten und durchgeführten Interventionen inkl. des Ergebnisses findet statt. Die Pflegefachkraft überprüft die Situation kontinuierlich und sie zieht gemeinsam mit der Klientin und anderen an der Pflege Beteiligten die Konsequenzen, indem die Pflege der aktuellen Situation angepasst wird. Dazu gehört evtl. eine erneute Risikoeinschätzung und auf jeden Fall eine detaillierte Dokumentation.

Lubatsch bringt einen wesentlichen Gedanken bei all der Theorie und den aktuellen Anforderungen auf den Punkt. Sie schreibt dazu (am Beispiel der Dekubitusprophylaxe):

»Ob eine Dekubitusprophylaxe als qualitativ gut beurteilt wird, hängt nicht allein davon ab, was gemacht worden ist, sondern auch, wie etwas durchgeführt worden ist.«
 So können wir wunderbar unsere pflegerische Kompetenz und unser Können für die Klienten in den Mittelpunkt ihrer Lebenssituation stellen

67. Tipp: Akzeptieren Sie die methodische Hilfe der Standards

Speziell angesichts der umzusetzenden Anforderungen aus den nationalen Expertenstandards und auch den neuen MDK-Anforderungen aus dem Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI, verliert derzeit die eine oder andere Pflegefachkraft den Mut.

Auf der anderen Seite bringen die nationalen Expertenstandards endlich vieles ins Rollen. Pflegequalität wird definiert, den Pflegefachkräften wird eine hohe Kompetenz zugesprochen und vieles mehr.

Es gibt im Expertenstandard »Sturzprophylaxe in der Pflege« einen Textauszug, der genau meine Gedanken dazu ausdrückt:

»In den vergangenen Jahren wurde zunehmend deutlich, dass Expertenstandards Pflegefachkräfte auch methodisch unterstützen. Mit dem Instrument der Standards legen Pflegefachkräfte ihr pflegerisches Leistungsniveau verbindlich und transparent fest.«

Wobei eine niedergeschlagene und frustrierte Grundstimmung wenig Energie fürs Weitermachen in sich birgt.

68. Tipp: Ordnen Sie die Prophylaxen sinnvoll zu

Selbstverständlich haben Prophylaxen ihren Platz in der Pflegeplanung und sollten dort anhand eines individuellen Pflegebedarfs sinnvoll angezeigt sein.

Das gilt für:

Art der Prophylaxe	Zuordnung in den ATL/AEDL/FEDL
<ul style="list-style-type: none"> • Aspirationsprophylaxe • Dehydrationsprophylaxe • Dekubitusprophylaxe • Intertrigoprophyllaxe • Kontrakturenprophylaxe • Mangelernährungsprophylaxe • Pneumonieprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> • Atmen • Vitale Funktionen • Essen und Trinken • Sich bewegen • Sich pflegen • Sich bewegen • Essen und Trinken • Atmen • Vitale Funktionen
<ul style="list-style-type: none"> • Soor- und Parotitisprophylaxe • Sturzprophylaxe • Thromboseprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> • Sich Pflegen • Sich bewegen • Vitale Funktionen

7 Die Pflegeplanung – Beispiele helfen weiter

69. Tipp: Pflegeplanung für eine häusliche Situation

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>1. Mangelernährung 24.1. Bedingt durch Appetitlosigkeit u. situative Verknennung 06 Sichtbare Gewichtsabnahme (wiegen z. Z. nicht möglich). Lt. Aussage der Angehörigen bekommt sie sehr kleine pürierte Mahlzeiten, die sie sehr langsam schluckt. Klientin äußert keine Wünsche, was sie gerne isst. Lt. Aussage der Tochter isst sie gerne Süßes. Schluckt sicher.</p> <p>Vorgeschlagene Maßnahmen aus der Beratung der Pflegefachkraft werden derzeit nicht umgesetzt. (s.B.)</p> <p>Fr. XY war immer schlank, siehe Photoalbum</p> <p>S.B. ist eine Abkürzung für: Siehe Büro. Damit ist gemeint, dass ergänzende Hinweise zur Klientin und ihrer familiären Situation im Büro der Sozialstation dokumentiert werden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klientin nimmt ... kcal tgl. zu sich. (Fernziel) • Tochter ist motiviert, Ernährungssituation zu verbessern • Tochter nimmt Beratung an und setzt diese positiv um • Sichtbare Gewichtszunahme • Tochter ist motiviert, mit der Mutter zusammen zu essen • BMI-Wert ist erfasst, bzw. Taillenumfang ist bekannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekraft berät Tochter bzgl. »Gemeinsam essen«, und hochkalorische Zusatzkost • Fachpflegebezugsperson stellt Kontakt zu einer Ernährungsberaterin der Firma XY her, zwecks Beratungsgespräch • Klientin 1 x wöchtl. mit normaler tragbarer Waage wiegen, oder Klientin 1 x wöchtl. mit Maßband an Taille messen • Dokumentation der Beratung und deren Umsetzung im Pflegebericht.

70. Tipp: Von der Anamnese zur Planung – ein Beispiel

Das folgende Beispiel besteht aus zwei Teilen:

1. Teil: Die Pflegeanamnese
2. Teil: Die Pflegeplanung

Frau B.:

Diabetes Mellitus, Insulinpflichtig, Harnwegsinfekt, arterieller Hypertonus, Lebermetastasen bei unbekanntem Primärtumor, Hirnorganisches Psychosyndrom, Hypokaliämie, Anämie makrozytär

Kommunizieren können:

Wiederholt immer wieder bestimmte Sätze, spricht klar und deutlich. Sie antwortet, wenn sie gefragt wird, äußert aber keine eigenen Wünsche und fängt von sich aus kein Gespräch an.

Wenn sie etwas möchte, dann ruft sie nach der Tochter, z. B.: »Hilfe, Hilfe, nun helf mir doch ... Karin, Karin!« Rufen durchschnittlich einmal pro Stunde tagsüber.

Sie scheint Gesagtes zu verstehen, Sehvermögen schlecht einschätzbar, trägt Brille nicht, wirft diese z. B. auf den Boden.

Orientierung:

Orientierung stark eingeschränkt, zum Ort und Zeit keine O. erkennbar; reagiert auf ihren Namen mit Erkennen, macht aber keine Angaben zu ihren persönlichen Daten.

Situative Orientierung kaum einschätzbar, nutzt Utensilien meist sachgemäß.

Sie duzt generell alle Pk, nennt diese aber nicht beim Namen

Sich bewegen können:

Ganzer Körper beweglich, bewegt sich viel im Bett, liegt viel auf der Seite in Embryonalage.

Weiches, entspanntes, kraftloses Bewegungsmuster.

Transfer nur mit Unterstützung durch Pk, sitzt aufrecht im Sessel, sitzt sicherer (fühlt sich wohler) in ihrem Zimmer, als in Gemeinschaftsräumen.

Stehen und Gehen durch Kraftlosigkeit derzeit nicht möglich. Kraftlosigkeit evtl. bedingt durch Rückzugswunsch nach Oberschenkelhalsfraktur. Geringe Motivation zur Bewegung. Stark dekubitusgefährdet.

Vitale Funktionen:

Ihr ist eher warm als kalt; sie liegt nachts z. B. aufgedeckt. Warmer, gut durchbluteter Körper. Nach längerem Sitzen leichte Ödeme an den Knöcheln.

Stabile Vitalzeichen. Extrem schwankende BZ-Werte. Gibt keine Hinweise bei evtl. Unterzuckerung. Gute Lungenbelüftung durch lautes Rufen. Keine Kurzatmigkeit

Sich pflegen und kleiden können:

Sie äußert ihre Wünsche bzgl. der Körperpflege deutlich, meist im Bereich der Ablehnung von Körperpflege, z. B. durch Rufen, Kratzen, Kneifen, um sich schlagen.

Sie könnte sich bei guter Tagesform das Gesicht unter Anleitung selber waschen

Evtl. hat sie früher wenig Wert auf eine ausführliche Körperpflege gelegt.

Keine eigene Körperpflege erkennbar. Sie wählt keine eigene Kleidung aus, es scheint sie nicht zu interessieren; sie akzeptiert Kleidungs Auswahl der Pk. Sie bewegt die Arme/Beine beim An- und Auskleiden bei guter Tagesform unterstützend mit.

Trägt eher Hosen als Röcke.

Sie akzeptiert An- und Auskleiden durch Pk eher, als die Übernahme der Körperpflege. Starke Gefahr einer Hautschädigung durch Pergamenthaut und Petechienblutungen, trockene Haut. Sie trägt Wundverbände, die sie sich ab und zu abmachen möchte

Essen und Trinken:

Isst mundgerecht vorbereitete Nahrung, isst immer auf, trinkt ausschließlich unter Anleitung. Durchschnittliche Trinkmenge: ... ml. Trinkt gern Apfelschorle und Kaffee. Äußert keine Wünsche mehr. BMI liegt bei ...

Ausscheiden können:

Stuhl- und harninkontinent. Trägt seit Krhs.-aufenthalt einen DK, lt. Hausarzt/Urologen Indikation für DK, da sie bei Diabetes M. und allgemein schlechter Wundheilung stark dekubitusgefährdet ist. Stuhlgang mehrfach tgl. in der Einlage, bekommt Lactulose. Sie äußert verbal und nonverbal bei der Intimpflege Unbehagen, z. B: »Aua!«

Ruhen und Schlafen können:

Sie ist morgens wach und ausgeschlafen, schläft lt. Nachtwache tief und fest, schläft auch bei nächtlicher Versorgung weiter. Macht Mittagsschlaf, ab und zu kleines Nickerchen tagsüber.

Sich beschäftigen können:

Sie sitzt viel im Sessel, guckt nicht bewusst TV, egal welches Programm. Blättert wahllos in Zeitschriften. Nimmt nicht am Beschäftigungsangebot des Hauses teil. Guckt aus dem Fenster, ruft nach der Tochter.

Emotionalität:

Es ist kein Unterschied in der Reaktion auf männliches oder weibliches Pflegepersonal erkennbar. Starke Fixierung auf die Tochter. Sie drückt kein erkennbares Bedürfnis nach Nähe und/oder Zuneigung gegenüber Pk aus.

Für Sicherheit sorgen können:

Sie kann persönliche Risiken nicht einschätzen. Nutzt Klingel nicht, holt Hilfe durch Rufen.

Sie wirkt voller Angst und scheint unsicher zu sein; z. B. Frage: »Was kommt jetzt?« Akute Sturzgefahr, ebenso derzeit partielle Fixierung, Aufstehgefahr derzeit unklar. Akzeptiert Medikamentengabe.

Achtung. Hinweis: Akute Sturzgefahr durch Therapeutin abklären lassen – im Hinblick auf Nationalen Expertenstandard.

Soziale Bereiche des Lebens sichern:

Baut keine sozialen Kontakte zu anderen auf, starke Fixierung auf Tochter, andere Angehörigen waren noch nicht hier. Sie ist eine Einzelgängerin.

Existenzielle Erfahrungen des Lebens:

In der Vergangenheit Alkoholsucht, auch hier im Hause trank sie gern Rotwein. Ca. zwei bis drei Mal die Woche äußert sie, dass sie nicht mehr leben möchte, wünscht sich vom Pflegepersonal eine Tablette oder Spritze, damit sie sterben kann. Spricht dies von sich aus direkt an. Sie wirkt traurig, unglücklich. Sie wird ruhiger, wenn man ruhig und geduldig mit ihr umgeht, wenn sie Fürsorge erfährt. Bisher kaum Informationen zur Biografie bekannt.

Achtung, Hinweis: Unbedingt nachbessern!

71. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung (Diagnose: Demenz, Diabetes Mellitus)

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
26.1.06 Vermehrtes, lautes Rufen Bedingt: eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit Wenn sie etwas möchte, ruft sie sehr laut nach der Tochter, z. B.: »Hilfe, Hilfe, nun helft mir doch ... Karin, Karin!« Rufen durchschnittlich einmal pro Stunde tagsüber. Nähe und Kontakt bzw. Erfüllen der Wünsche beruhigt sie	<ul style="list-style-type: none"> • Sie erfährt, dass ihr Rufen Beachtung findet. • Sie fühlt sich verstanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Bew. ruft, zu ihr gehen, Wunsch erfüllen und anhand ihrer individuellen Stimmungslage Bedürfnisse erkennen • Möglichkeiten vorgeben (z. B. Wasser einschenken etc.), da sie selber keine konkreten Äußerungen macht; abwarten bis sie mit einer Verhaltensveränderung reagiert • verbal zugewandt sein, max. Hand streicheln



Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>Starke Desorientierung Bedingt: durch Diagnose Demenz</p> <p>Orientierung stark eingeschränkt, zum Ort und Zeit keine O. erkennbar, reagiert auf ihren Namen mit Erkennen, macht keine Angaben zu ihren persönlichen Daten.</p> <p>Situative Orientierung kaum einschätzbar, nutzt Utensilien meist sachgemäß, bahnt nicht immer Handlungen von sich aus an</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reagiert weiter auf ihren Namen • Nutzt weiterhin Utensilien sinn- gemäß • Führt mit Anleitung Handlungen aus 	<ul style="list-style-type: none"> • Bew. immer mit Namen an- sprechen, eigenes Namens- schild tragen • mehrfach tgl. Gespräche über die Photos in ihrem Zimmer führen • Bew. immer verbal/nonverbal zu allen Handlungen anleiten (vorher informieren), geeignete Utensilien in die Hände geben • Bei allen Kontakten Hinweise auf Tageszeit und Ort geben • Pflege wird immer in der gleichen Reihenfolge durchgeführt (siehe auch die anderen FEDL)
<p>26.1. 06 Bewegungseinschränkung Bedingt durch Kraftlosigkeit speziell in den Beinen</p> <p>Ganzer Körper beweglich, bewegt sich viel im Bett, liegt viel auf der Seite in Embryolage.</p> <p>Weiches, entspanntes, kraftloses Bewegungsmuster.</p> <p>Transfer nur mit Unterstützung durch Pk, sitzt aufrecht im Sessel, sitzt sicherer (fühlt sich wohler) in ihrem Zimmer, als in Gemeinschaftsräumen.</p> <p>Stehen und Gehen durch Kraftlosigkeit derzeit nicht möglich. Kraftlosigkeit evtl. bedingt durch Rückzugswunsch nach Oberschenkelhalsfraktur. Geringe Motivation zur Bewegung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer weiter möglich • Bew. kann weiterhin sitzen • Weiterhin weiches, entspanntes Bewegungsmuster 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 x wöchtl. KG (passive Bewegungsübungen) • passives und – je nach Tagesform – aktives Bewegen der großen und kleinen Gelenke sowie Gliedmaßen bei der morgendlichen Körperpflege durch Pk: Bewohnerin wird aufgefordert, sich so viel wie möglich zu bewegen (Kontrakturenprophylaxe) • Lagerung der Gelenke im Liegen in physiologischer Mittelstellung (Kontrakturenprophylaxe) • Transfer mit 2 Pk 2 x vormittags, 2 x nachmittags, dabei Bew. kurzfristig auf die Füße stellen • Bew. wird vor- und nachmittags für ca. 3 Stunden in ihren Therapiesessel gesetzt, mit Kissen abgestützt. • Wenn sie im Sessel sitzt, Kontrolle des Sitzens mindestens alle 30 Minuten, ggf. neu positionieren. Auf Ödeme an den Knöcheln achten

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>26.1. 06 Dekubitusrisiko, mittleres Risiko</p> <p>Durch Bewegungsmangel Lt. Bradenskala 14 Punkte.</p> <p>Sie zeigt auch bei längerer Druckeinwirkung (z. B. 2 Stunden) keine Hautrötungen. Sie führt im Liegen Makro- und Mikrobewegungen durch. Sie ist derzeit dekubitusfrei</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sie bleibt dekubitusfrei • Hautrötungen werden rechtzeitig erkannt • Bew. führt weiter Makro- und Mikro- bewegungen durch 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsförderung siehe Pkt. 1 FEDL »Sich bewegen« • Hautkontrolle der druckgefährdeten Hautareale bei der Inkontinenzversorgung, durchschnittlich 3 x tgl., bei Bedarf Kompressionstest • Bewegungsverhalten im Liegen beobachten, bei Bedarf Positionunterstützung durchführen
<p>26.1. 06 Selbstpflegedefizit Körperpflege</p> <p>Bedingt durch Unmotiviertheit</p> <p>Sie äußert ihre Wünsche bzgl. der Körperpflege deutlich, meist im Bereich der Ablehnung von Körperpflege; z. B. durch verbales Rufen, Kratzen, Kneifen, um sich schlagen.</p> <p>Sie könnte sich bei guter Tagesform das Gesicht unter Anleitung selber waschen</p> <p>Evtl. hat sie früher wenig Wert auf eine ausführliche Körperpflege gelegt.</p> <p>Keine eigene Körperpflege erkennbar.</p> <p>Tagesformabhängig erträgt sie die Übernahme der Körperpflege durch Pk</p> <p>Starke Verschmutzung der Fingernägel durch Kot</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sie erträgt die Übernahme der Körperpflege durch Pk • Sie fühlt sich bei starker Abwehr in ihren Wünschen respektiert • Sie fühlt sich bei der Körperpflege sicher 	<ul style="list-style-type: none"> • Morgens zwischen 8 und 9 Uhr wird sie freundlich und sensibel geweckt, kleines Gespräch, Vorbereitung zur Körperpflege am Bett. Während des Richtens der Utensilien wird sie verbal und nonverbal zur Körperpflege motiviert • Bew. komplett, zügig und sensibel im Bett waschen, incl. Mund-, Zahn- und Haarpflege, vollständige Übernahme. Vorgang kurz gestalten • 1 x wöchtl. oder bei Bedarf Fingernägel schneiden • Fußpflegerin kommt von sich aus alle 4 bis 6 Wochen • 1 x wöchtl. Haarewaschen mit Duschbad, komplette Übernahme, Zeitpunkt tagesformabhängig • Bew. erhält abends beim Ins-Bett-Bringen eine Teilwaschung von Gesicht, Händen und Intimbereich, vollständige Übernahme, im Bett

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>26.1.06 Selbstpflegedefizit Kleiden</p> <p>Bedingt durch situative Verknennung, Kraftlosigkeit</p> <p>Sie wählt keine eigene Kleidung aus, es scheint sie nicht zu interessieren. Sie akzeptiert Kleidungs Auswahl der PK. Sie bewegt die Arme/Beine beim An- und Auskleiden bei guter Tagesform unterstützend mit.</p> <p>Trägt eher Hosen als Röcke.</p> <p>Sie akzeptiert An- und Auskleiden durch PK eher als die Übernahme der Körperpflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptiert weiterhin An- und Auskleiden durch PK • Akzeptiert weiterhin Kleidungs Auswahl • Sie bewegt weiterhin die Arme/Beine beim An- und Auskleiden bei guter Tagesform unterstützend mit 	<ul style="list-style-type: none"> • Morgens komplette Übernahme des Ankleidens durch PK; incl. Auswahl geeigneter Kleidung, abends komplettes Ausziehen nach Pflegestandard. • Bew. werden die Kleidungsstücke so hingehalten, dass sie durch Bewegen der Arme und Beine aktiv am Geschehen beteiligt ist
<p>26.1.06 Hautschädigung</p> <p>Diagnosebedingt</p> <p>Starke Gefahr einer Hautschädigung durch Pergamenthaut und Petechienblutungen, trockene Haut.</p> <p>Sie trägt Wundverbände, die sich ab und zu abmachen möchte</p> <p>Insgesamt trockene, rissige Haut</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geschmeidige, gut gepflegte Haut • Entfernen der Wundverbände wird rechtzeitig erkannt • Komplikationen werden rechtzeitig erkannt 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x tgl. nach Körperpflege Eincremen der Bewohner mit eigener fetthaltiger Hautlotion, incl. Hautbeobachtung • Bei Bedarf (Hautrisse) Auflegen von Bioclusive® Hautauflage, ohne Verband darüber, so dass sie diese transparente farblose Wundaufgabe nicht erkennt und auch nicht ablösen möchte (n. ärztl. Anordnung)
<p>26.1.06 Selbstpflegedefizit Essen und Trinken</p> <p>Bedingt durch situative Verknennung, Kraftlosigkeit</p> <p>Isst mundgerecht vorbereitete Nahrung, isst immer auf, trinkt ausschließlich unter Anleitung. Durchschnittliche Trinkmenge 1400 bis 2000ml. Trinkt gern Apfelschorle und Kaffee. Äußert keine Wünsche mehr. BMI liegt bei 18, Gewicht recht stabil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BMI liegt bei 19 • Gewichtszunahme von 1 Kilo pro Monat • Bewohner nimmt weiterhin mundgerecht vorbereitete Nahrung zu sich 	<ul style="list-style-type: none"> • Vor den Hauptmahlzeiten BZ-Kontrolle durch Pfk, Insulingabe nach ärztl. Anordnung Besonderheiten dokumentieren • Bew. erhält 3 mundgerecht vorbereitete Hauptmahlzeiten (Diabetesdiät) im Zimmer im Sitzen serviert. Zur Aufnahme flüssiger Nahrung erhält sie Unterstützung (Anreichen), dito 2 Zwischenmahlzeiten



Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> • Trinkt weiterhin 1400–2000 ml Flüssigkeit pro Tag 	<ul style="list-style-type: none"> • Getränke (Mineralwasser mit einem Schuss Apfelsaft) werden im Schnabelbecher bereitgestellt, mehrfach stündlich zum Trinken anleiten. Trinkmenge wird dokumentiert • 1 x monatlich wiegen
<p>26.1.06 Selbstpflegedefizit Ausscheiden bei Inkontinenz</p> <p>Bedingt durch situative Verknennung, Kraftlosigkeit</p> <p>Stuhl- und Harninkontinent. Trägt lt. Urologen einen DK, den sie akzeptiert.</p> <p>Stuhlgang mehrfach tgl. in der Einlage.</p> <p>Sie äußert verbal und nonverbal bei der Intimpflege Unbehagen, z. B.: »Aua!«</p> <p>Führt ausschließlich in Vorlage ab, nutzt Toilette nicht mehr</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptiert weiterhin DK • Klarer, heller Urin • 1 x tgl. Stuhlgang • Sie fühlt sich sicher bei der Intimpflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Morgens, mittags, abends komplette Übernahme der Intimpflege nach Ausscheiden, incl. Vorlagenwechsel und hauseigener Hautschutzpflege • DK-Pflege nach Pflegestandard 2 x tgl. morgens im Zuge der Körperpflege, abends bei Teilwaschung, im Bett. Ausfuhr wird dokumentiert • bei allen Vorgängen sensible, freundliche Ansprache, auf Abwehr und Angst validierend reagieren • Wohnbereichsleitung spricht bis 26. Januar Hausarzt an, wegen möglicher Änderung der Lactulosegabe, damit Stuhlgang nur 1 x tgl.
<p>26.1.06 Selbstgefährdung</p> <p>Bedingt durch situative Verknennung, Kraftlosigkeit</p> <p>Stark sturzgefährdet (bedingt durch Kraftlosigkeit) – ist derzeit sturzfrei</p> <p>Erkennt durch situative Verknennung notwendige Insulin- und Medikamentengabe nicht.</p> <p>Sie schätzt ihre persönlichen Angelegenheiten nicht mehr ein. Sie nimmt jedoch in allen diesen Bereichen Hilfe und Unterstützung an</p> <p>Betätigt Klingel nicht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sie ist weiterhin sturzfrei • Komplikationen werden rechtzeitig erfasst • Sie nimmt weiterhin Hilfe und Unterstützung an • Erfährt bei Hilfe Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> • siehe Maßnahmen FEDL »Sich bewegen« Pkt. 1 • Medikamenten- und Insulingabe n. ärztlicher Anordnung • Pk halten einen guten Kontakt zur Tochter, damit Angelegenheiten bzgl. der Betreuung gut funktionieren • Klingel tgl. anbieten und zur Verwendung anleiten, darüber hinaus auf Rufen achten (siehe FEDL »Kommunizieren«), tagsüber halbstündliche Kontrolle, nachts 3 x

72. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Sturzrisiko

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>10.1.06 Bestehendes Sturzrisiko Bedingt durch: unsicheren Gang, deformierte Füße Nach Tinetti-Skala 3 Pkt.. Abrollen der Füße nicht möglich, geht mit Rollator sicherer als ohne, lässt diesen bei Aufregung stehen. Tippielnder, nach vorn gebeugter Gang. Steife, wenig ausgeglichene Körperhaltung beim Gehen. Bew. setzt kurzfristig verbale Informationen zur Prophylaxe um, z. B. Warten auf eine helfende Pflegekraft. Mehrfach tgl. unsicherer Gebrauch von Schuhen. Z. T. Fehleinschätzung der Selbstpflegefähigkeit, überfordert sich, will viel selbst machen, z. B. Weg zur Toilette In 4 Monaten hier im Hause 1 x gestürzt, vorher zuhause 2 x schwer gestürzt. Sie äußert verbal und nonverbal Angst vor Stürzen. Sie geht zielsicher zu einer bestimmten Toilette</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bew. bleibt/ ist sturzfrei • Sturzfolgen sind gemindert/ reduziert • Stabiler, sicherer Gang (25.2.06) • Bew. bleibt weiter mobil im Hause (25.2.06) • Geeignetes Schuhwerk ist gefunden (25.2.06) • Sie ist angstfrei – äußert auf Nachfragen, sich sicher beim Gehen zu fühlen • Aufregung wird von Pk rechtzeitig wahrgenommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tgl. Gehübungen (1 x vormittags und 1 x nachmittags) mit Pk sowie Begleitung bei allen Wegen im Haus durch Pk, incl. Anleitung zum sicheren Gebrauch des Rollators • Wohnbereichsleitung spricht Hausarzt wegen Verordnung von Physiotherapie an (bis 15.1.06) • Pfk spricht mit Sohn über Anschaffung geeigneter Schuhe, incl. Vorstellung beim Orthopäden, Konsil Schuhanpassung • Bew. darf die Toilette nutzen, zu der sie gern geht, auch mit Pk • Bew. und Angehörige werden von Pfk im Beratungsgespräch über individuelles Sturzrisiko und notwendige Maßnahmen informiert • Pk reagieren sofort auf Anzeichen von Aufregung (Speichelfluss, Schweißbildung etc.), bieten dann Rollator an • bei Transporten außer Haus Info an andere a. d. Pflege Beteiligten per Infoschreiben • Einschätzung des Sturzrisikos nach Vorgaben des Nat. Expertenstandard alle 4 Wochen, bei Sturz sofort

73. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Angst

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>Existenzielle Lebenserfahrungen Herausforderndes Verhalten Ursache: vermutlich Angst oder Überforderungsgefühle Bei Forderungen bzw. Durchführung von Pflegemaßnahmen (bis auf Essen) reagiert Bew. mit Heben der Hände, Versuch zu schlagen, verbale Ablehnung, z. B.: »Nein, nicht!« Bew. entschuldigt sich. Ressource: Teilweise drückt Bew. Dankbarkeit und Genuss aus, z. B. beim Essenreichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Auslöser sind bekannt • Bew. empfindet Pflege als etwas Angenehmes • Bew. fühlt sich sicher und schätzt Situationen ein • Bew. erhält Kontakt, Reize aus der Umwelt über »seine« Sinneskanäle • Bew. erfährt Achtung, Respekt und Zuwendung 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsil HNO-Arzt • genaues Beobachten des Verhaltens und Gespräch der WBL mit den Angehörigen über mögliche Ursachen und Verbesserungsmöglichkeiten • jegliche Pflege in einfachen, deutlichen Sätzen (Worten) in sein Ohr sprechen/ankündigen • im Team für alle Pflegemaßnahmen ein deutliches Anfangsritual bestimmen, dann durchführen • Integration in den Wohnbereich, wenn er sich wohl fühlt, z. B. bei/zu den Mahlzeiten • Zimmer so einrichten, wie sein eigener Lebensraum war • Versuche starten, sein Zimmer am Duft zu erkennen • Initialreize durch Geben von typischen Gegenständen, bevor Pflegemaßnahmen beginnen • Herausfinden, was für ihn wichtig ist und das dann fördern

74. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Sehnsucht

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>Soziale Bereiche des Lebens sichern</p> <p>Ursache:</p> <p>Sehnsucht nach der Tochter, vermutlich vermisst Bew. ihre Tochter; meistens geht Bew. mittags zum Fenster und ruft laut nach ihrer Tochter, die aber auch im Hause arbeitet. Auf Nachfragen äußert sie, dass sich ihre Tochter nicht genügend um sie kümmert. Andere fühlen sich gestört, starke Unruhe im Wohnbereich</p> <p>Ressource: Erkennt ihre Tochter, weiß außerdem ihren Namen, ist bei guter Tagesform zur Person und Ort orientiert. Genießt zusammen sein mit Anderen, z. B. in kleiner Gruppe (Enten füttern), Wohnzimmer-Keller-Phänomen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis nach Bindung/Nähe/ Zugehörigkeit ist befriedigt • Geeignete Beschäftigung oder Aufgabe ist gefunden 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezugspflege, Tochter führt körperferne Maßnahmen aus • bei Rufen so oft wie möglich raus gehen • Beschäftigung anbieten (biografisch orientiert) z. B. Haushalt, Tiere, Reaktionen beobachten, Verhalten dokumentieren • Bew. tagsüber bis 15 Uhr in einen speziellen Wohnbereich bringen, dort herrscht etwas mehr Toleranz

75. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Trauer

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>Soziale Bereiche des Lebens sichern</p> <p>Nicht bearbeiteter Konflikt, weil der Konfliktpartner (Bruder) gestorben ist</p> <p>Nahezu jeden freien Abend agiert Bew. mit starker Unruhe und Verzweiflung, spricht bruchstückhaft von ihrem Bruder (Streitthema Wohnung), reagiert positiv auf Gespräche mit Pk, teilweise aufgebracht, mag dann keinen Körperkontakt, ist situativ stark desorientiert</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bew. bearbeitet das Thema • Bew. reagiert weiterhin auf positive Gespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • einmal vormittags, einmal nachmittags Gespräche über Bruder/Frau führen • Aktivität umlenken • Austausch im Haus mit anderen Bewohnern anregen • mit dem Bruder besetzte Gegenstände bereithalten und Reaktionen abwarten (dokumentieren)

76. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Ablehnung der Körperpflege

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>Ablehnung bei der Körperpflege</p> <p>Ursache: vermutlich Angst oder Schmerz</p> <p>Speziell bei der Körperpflege presst Bew. die Arme an den Brustkorb, lehnt Körperpflege durch verbalen »Singsang« ab, wird dabei laut; unmotivierter Gesichtsausdruck, schließt z. T. die Augen</p>	<p>FZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bew. ist bei der Körperpflege entspannt <p>NZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bew. erträgt die Körperpflege in den Achseln • Bew. nimmt die Körperpflege unter den Achseln an <p>NZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperpflege wird unter den Achseln so gestaltet, dass Bew. diese annimmt 	<ul style="list-style-type: none"> • bei der morgendlichen Ganzkörperwäsche Waschen der Achsel mit weichem Waschlappen und in Öl getränkten Kompressen • freundliche Ansprache, Körperkontakt zum Arm, Haut gut abtrocknen • Möglichkeiten der Entspannung werden ausprobiert, z. B. Musik, Düfte, Sprichwörter ausprobieren, Reaktionen dokumentieren, bei Bedarf 1 x tgl. Mullkompressen wechseln

77. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei unbearbeitetem Lebensthema

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>FEDL Emotionalität (Klientin in Hausgemeinschaft)</p> <p>Frau P.</p> <p>Häufiges Nachfragen nach Ehemann</p> <p>Ursache: vermutlich nicht abgeschlossenes Lebensthema</p> <p>Unterschiedlich häufiges Nachfragen nach Ehemann (mal mehrfach täglich, mal zwei Tage nicht); fragt Pflegekraft: »Was macht mein Mann gerade?« – »Wo ist der?« Fängt dann an zu weinen. Aus ihren Erzählungen ist bekannt, dass er oftmals nicht nach Hause gekommen ist. Zuhören und Ablenken ist meist erfolgreich. Will dann oft »nach Hause«. Ehemann lebt nicht mehr</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bew. fühlt sich mit ihren Sorgen verstanden • Bew. nimmt Trost und Zuwendung von Pflegekräften an • Bew. lässt sich weiterhin ablenken 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Bedarfsfall Zeit nehmen, Gespräch führen, ihr Verständnis und Zuwendung zeigen. Die Sorgen ernst nehmen • Zur Ablenkung eignet sich besonders Musik und Gesellschaft, ein Glas Eierlikör. • Bew. ist gut über ihre böhmische Heimat zu aktivieren und anzuregen

78. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei mangelnder Motivation

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>FEDL Ausscheiden Klientin lebt in Hausgemeinschaft Frau K. Toilettengang, mangelnde Motivation Ursache: vermutlich Scham Bei Morgen- und Abendtoilette lässt Bew. sich zur Toilette geleiten, d. h. sie geht in ihrem Zimmer zur Toilette. Auf öffentl. Toiletten im Wohnbereich geht sie nach Aufforderung nicht, auch wenn die Vorlage/Kleidung bereits nass ist. Dann schämt sie sich vermutlich. Versteckt tlw. nasses Inkontinenzmaterial; drückt ihren Wunsch deutlich aus, z. B.: « Lass das sein» und wehrt bei Nichtbeachtung ab. Wenn sie zur Toilette geht, ist das erfolgreich. Sie akzeptiert Inkontinenzmaterial. Nachts geht sie z. T. allein zur Toilette. Sie möchte ausschließlich von weiblichem Personal versorgt werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bew. benutzt nach Aufforderung die öffentlichen Toiletten • Bew. erfährt auch bei Ablehnung des Toilettengangs und Schamgefühl Respekt • Bew. akzeptiert weiterhin Vorlagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte leiten Bew. 6 x tgl. (3 x früh, 3 x spät) zum Toilettengang an, inklusive Unterstützung und Intimpflege bei Bedarf • freundliches, kurzes Gespräch vorweg, um Bew. zu motivieren • Ein Nein wird akzeptiert • Versorgung der Bew. mit Inkontinenzmaterial (Moliform normal). Bis zu 6 x täglich. Zur Nacht Moliform blau • Nachts 2 Toilettengänge inklusive Vorlagenkontrolle durchführen • Wenn Vorlage und Kleidung nass sind, mehrfach freundlich Hilfe anbieten, ein »Nein« wird akzeptiert. Später erneut versuchen • Pflege ausschließlich von weiblichem Personal

79. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Heimweh

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>5 Frau K. (lebt in Hausgemeinschaft) »Nach Hause wollen« Ursache: Räumliche Desorientierung Ab 13.30 ist zu beobachten, dass Bew. unruhig wird. Äußert verbal gegenüber Pk den Wunsch, dass sie nach Hause will. Nennt ihren Heimatort. Lässt sich kurzzeitig beruhigen, bleibt dann ruhig auf ihrem Platz, trinkt eine Tasse Kaffee, wird dann wieder unruhig. Steht auf, geht ziellos los, immer grade aus. Wenn Pk sie ansprechen, wird sie unruhig: »Wann machen wir denn jetzt Feierabend?« Sie geht gern mit Gehstock</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bew. will nicht mehr nach Hause • Bew. fühlt sich dort, wo lebt, »zu Hause« • Bew. nimmt ihren Nachmittagskaffee in Ruhe ein 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Bedarf den Gehstock reichen • Mitarbeiter lassen sie meist in Ruhe, nicht ständig Fragen, wo sie hin will • Sie gehen lassen, aber beobachten • Zeit lassen zum Abreagieren, kommt dann wieder zurück

80. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei situativer Desorientierung

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>4 Frau S. Situative Desorientierung Durch verbal/nonverbale Anleitung und Führung ist sie in der Lage, kurze Handlungen situationsgerecht durchzuführen. Akzeptiert Hilfe durch das Personal Verhält sich nicht immer situationsgerecht. (zieht z. B. Kleidung im Wohnbereich aus, geht unsachgemäß mit Nahrungsmitteln um)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lässt sich verbal und nonverbal Anleiten und Führen • Nimmt Hilfe weiterhin an • Erkennt weiterhin aktuelle Situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Kontakt ruhige und klare Anweisung geben • Bei Bedarf Unterstützung geben • Intensiv und validierend auf sie eingehen • Eventuellen Rückzug ermöglichen • Richtige Abläufe werden gezeigt (z. B. erst die Butter, dann die Marmelade auf das Brot)

81. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei Orientierung zur Person

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>4 Frau K. Orientierung zur Person</p> <p>Weiß, wer sie ist. Kennt ihren Namen, ihre Kinder, ihre Familie, ihre Lebensgeschichte bis Heimeintritt; weiß, warum sie im Heim ist und bleiben muss. Sie erkennt ihre körperliche Gebrechlichkeit an.</p> <p>Möchte lieber zu Hause sein, bei ihrer Tochter. Macht ihrer Tochter Vorwürfe.</p> <p>Reagiert auf Ansprechen und Handlungen des PK. Wird gesiezt und reagiert auch darauf.</p> <p>Sie erlebt sich intensiv, wenn sie Haushaltstätigkeiten durchführt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennt ihre Namen und Familie weiterhin, erzählt von Familiengeschichte • Fühlt sich in der Hausgemeinschaft wohl • Antwortet auf Nachfragen, dass sie sich wohl fühlt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu den Familienangehörigen halten durch persönliche Gespräche und Telefonate • Orientierungshilfe nutzen (Namensschilder) • ruhig zuhören und erzählen lassen • macht gern Hausarbeiten • Siezen und mit Nachnamen ansprechen • Haushaltstätigkeiten, siehe Beschäftigung

82. Tipp: Beispiel einer Pflegeplanung bei situativer Desorientiertheit

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>Nr.1 Herr Q, 17.1. Situative Desorientiertheit 06 Ursache: Diagnose Demenz (s. St.)</p> <p>Mit verbaler/nonverbaler Anleitung und Führung ist er bei guter Tagesform i. d. Lage, kurze Handlungen situationsgerecht durchzuführen. Er verwendet Utensilien meist nicht sinnvoll, isst z. B. Kerzen, führt Handlungen nicht von Anfang bis Ende durch. Er nutzt eine ruhige, deutliche »nicht drängelnde« Anleitung zum Nachahmen. Spürbarer Zeitdruck macht ihn unruhig und nervös. Er beobachtet sein Umfeld und handelt bei Erkennen mit Aktion, z. B. Unterstützung anderer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bew. nutzt weiter Anleitung u. Führung • Handelt weiterhin sekundenweise situationsgerecht • Ahmt weiter nach • Bew. beobachtet weiter sein Umfeld und agiert entsprechend 	<ul style="list-style-type: none"> • Er wird komplett bei allen Maßnahmen der Selbstpflege ruhig angeleitet (verbal/non-verbal) oder geführt • Für ihn sicher zu verwendende Utensilien werden sinngemäß in die Hand gegeben • Alltagssituationen werden sehr ähnlich gestaltet, z. B. gleiche Reihenfolge • Wenn er sein Umfeld beobachtet und daraus heraus handelt, wird er bei Bedarf geführt und ermuntert. <p>Auswertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung am 17. März/ 23. KW • 17.03.06 Zustand immer noch so, Maßnahmen weiter
<p>2 Desorientiertheit zur Person Ursache: Demenzerkrankung</p> <p>Er trennt zwischen Pflegekräften und Mitbewohner. Er erkennt sich im Spiegel. Er kennt Töchter und Ehefrau, nennt jedoch nur den Namen der jüngsten Tochter. Er reagiert auf seinen Namen und Siezen, duzt aber andere, eigener Kleidung und anderen persönlichen Dingen außer seiner Uhr misst er keine Bedeutung bei. Er orientiert sich stark an Bezugspersonen (PK)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bew. erkennt weiter seine Töchter und Ehefrau. • Bew. spricht gezielt Pflegekräfte an. Trennt Bewohner und Pflegekräfte • Erkennt sich weiterhin im Spiegel • Reagiert weiterhin auf seinen Namen 	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterhin gute Kommunikation mit Familie halten durch z. B. Telefonate/Gespräche • Bew. mehrfach täglich anleiten, am Gemeinschaftsgeschehen im Wohnbereich teilzunehmen • Ihn entweder am Tisch oder seinen eigenen Sessel im Wohnbereich setzen • Bew. immer mit Namen ansprechen • Ihn mehrfach tgl. vor den Spiegel führen, z. B. bei Toilettengängen ca. 8–12 x tgl. • Angehörige bitten, alte Fotos/Erinnerungsgegenstände mitbringen (Fr. X)

Pflegebedarfssituation	Ziel	Maßnahmen
<p>2</p> <p>Räumliche Orientierung eingeschränkt</p> <p>Ursache: bedingt durch Demenz</p> <p>Er erkennt bei guter Tagesform die Richtung seines Zimmers.</p> <p>Er nutzt das Namensschild an der Tür, gibt aber keine Hinweise, dass er sein Zimmer erkennt, akzeptiert dieses jedoch.</p> <p>Er erkennt den Ort nicht, an dem er lebt, scheint diesen jedoch zu akzeptieren.</p> <p>Ohne Anleitung/Führung findet er seinen Platz/ sein Zimmer nicht.</p> <p>Er findet die Toilette nicht (siehe FEDL Ausscheidung).</p> <p>In fremden Räumen und bei starker Unruhe im Raum wird er nervös.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennt sein Namensschild an der Tür und die Richtung seines Zimmers weiterhin • Akzeptiert weiterhin seine Umgebung. • Angehörige sind motiviert, das Zimmer persönlich einzurichten. • Nimmt weiterhin Anleitung an 	<ul style="list-style-type: none"> • Fr. X. spricht mit Angehörigen über persönliche Möblierung des Zimmers bis 31.01.06. • Täglich auf Namensschild an der Tür achten • Bew. täglich in Wohnbereich integrieren (siehe oben) • Anleitung persönlich, klar und liebevoll gestalten • Bei ersten Anzeichen von Überforderung in gewohnte Umgebung (Wohnbereich) bringen
<p>3</p> <p>Zeitliche Orientierung eingeschränkt</p> <p>Ursache: Demenz</p> <p>Liest die Uhrzeit ab, benennt Zeit, ordnet Zeit aber nicht dem Tagesablauf zu. Er trägt immer seine Uhr.</p> <p>Fragt nicht nach Tageszeit, akzeptiert aber Tageszeit/ Mahlzeit.</p> <p>Jahreszeitliche Orientierung nicht erkennbar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liest die Uhrzeit weiterhin • Akzeptiert weiterhin die gegebene Zeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte achten darauf, dass er immer seine Uhr trägt • Im Alltag werden Hinweise auf Tageszeit gegeben, wie z. B. aktuelle Mahlzeit

8 Die Pflegeplanung – Ein Thema für die Leitung

83. Tipp: Werden Sie kompetent

Sie sind diejenige, die »den Stein ins Rollen« bringt oder ihn als Stolperstein liegen lässt.

Sie haben die Position und Kompetenzen, für »eine gute Pflegeplanung« zu sorgen. Nutzen Sie Ihre persönlichen und fachlichen Kompetenzen:

Notwendige **persönliche Kompetenzen:**

- Hohe Sozialkompetenz
- Gut ausgebildete Kommunikationsfähigkeit
- Motivationsgabe
- Neugier
- Aufgeschlossenheit, Neuerungen gegenüber
- Innovationsfähigkeit
- Eine positive, wertschätzende Grundhaltung
- Ausgebildete Kompetenz, den Alltag zu meistern
- Die Fähigkeit, Wissen aus verschiedenen Gebieten miteinander zu verknüpfen
- Eine positive Grundhaltung dem Pflegeprozess gegenüber.

Notwendige **fachliche Kompetenzen:**

- Kenntnis über aktuelle Entwicklung der Pflege (auch der Pflegewissenschaft)
- Kenntnis der aktuellen gesetzlichen Anforderungen und den daraus entstehenden Ansprüchen an die geleistete Pflegequalität
- Hohe praktische und theoretische Kenntnis des Pflegeprozesses
- Kenntnisse über ein gut sortiertes Dokumentationssystem
- Gut ausgebildete Fähigkeit, Pflegeplanungen zu erstellen

84. Tipp: Holen Sie sich Inspirationen

In meiner beruflichen Biografie gab es einige Menschen, die mich stark in meinem beruflichen Weg geprägt haben, die eine Art »Mentorenrolle« oder auch Vorbildfunktion für mich hatten.

Das war eine ganz bestimmte Lehrerin an der Altenpflegeschule, die mich in meiner Kritikfähigkeit wachgerufen und gestärkt hat. Einige Jahre später hat sie mich »richtig heiß« auf die Pflegeplanung gemacht.

Dann gab es eine Pflegedienstleitung, die für mich ein herausragendes Beispiel für die wirkliche Pflegeleidenschaft war. Und in der Ausbildung zur Pflegedienstleitung gab es wieder eine Dozentin, die mich motiviert hat, mein Fachwissen beständig zu erweitern. So können wir selber uns von anderen Menschen Inspiration und Wissen holen, dieses aber auch gleichzeitig an andere weiter geben.

Wir wirken stark dadurch, wie wir etwas tun, was wir in anderen Menschen wachrufen. Dies gilt natürlich auch für das, was wir als Leitungskraft sagen oder fordern. Stimmt das, was wir tun, mit dem überein, was wir sagen?

Mitarbeiter beobachten das Management genau und hier liegt die Chance, ein gutes, motivierendes Vorbild zu sein.

85. Tipp: Achten Sie auf Ihre wahre Einstellung – und ändern Sie sie ggf.

Ist Ihnen bewusst, wie Sie selber über das Thema dieses Buches denken? Ist Ihre Grundhaltung wirklich positiv? Oder ist beim zweiten Blick eine doch eher »frustrierte oder genervte« Einstellung zu spüren?

Deshalb: Achten Sie auf Ihre wahre Einstellung.

Ich habe dafür ein Beispiel aus meinem Alltag als Autorin und Trainerin: Wenn ich ein Training zum Thema »Pflegeplanung« mit den Worten eröffne: *»Dies ist ein schweres Thema, wir werden uns da durch kämpfen müssen. Leicht ist es nicht, aber ...«*, dann bestätige ich natürlich die Haltung, dass das Schreiben von Pflegeplanungen auch wirklich schwer ist.

Beginne ich aber mit den Worten: *»Es freut mich, dass wir uns hier zusammen den spannenden und klientinnennahen Thema, der Pflegeplanung widmen. Wir werden hier die Erfahrung machen, dass wir zu jeder Pflegebedarfssituation eine Pflegeplanung erstellen können ...«*, mache ich deutlich, dass es funktioniert und gut möglich ist.

Dieses können Sie sich natürlich auch zunutze machen. Machen Sie sich bewusst, welche Stimmung Sie zu dem Thema verbreiten und ändern Sie ggf. Ihre Strategie.

86. Tipp: Prüfen Sie die Rahmenbedingungen

Zu den vernünftigen Rahmenbedingungen für eine adäquate Pflegeplanung gehört m. E. immer:

- Eine »niet- und nagelfeste« Vorstellung davon, wie eine Pflegeplanung aussehen soll
- Ein feste, nachvollziehbare Verknüpfung mit dem Pflegekonzept und Qualitätsmanagement
- Eine glaubwürdige Lob- und Anerkennungskultur gegenüber Mitarbeiterinnen
- Ausreichende und frei zugängliche Literatur

- Praxisnahe Fortbildungen, wenn möglich inkl. eines anschließendem »Training on the job«
- Eine positive Grundhaltung der Pflegeplanung gegenüber
- Ein Leitungskraft, die sich im Thema auskennt
- Sinnvoll aufgebaute Pflegedokumentationsmappen (Siehe dazu später)

87. Tipp: Gestalten Sie den Pflegeprozess klientennah

Rahmenbedingungen dafür sollten sein:

- Ein verlässliches und überprüfbares Bezugspflegesystem. Klientinnen haben feste Bezugspersonen, die den Pflegeprozess klientinnennah gestalten
- Die geplanten Pflegemaßnahmen sind nicht nur für das Papier, sie sollen wirklich umgesetzt werden können
- Die Pflege ist so gestaltet, dass die Klientin tatsächlich im Mittelpunkt steht, Abläufe richten sich nach ihren Bedürfnissen, nicht nach denen der Einrichtung
- Kompetente Pflegekräfte, die bereit sind, reflektierend zu pflegen und sich selbstverständlich zu lebenslangem Lernen verpflichten

88. Tipp: Vervollkommen Sie Ihre Zeitplanung

- Fest eingeplante Zeit, in der administrative Aufgaben erledigt werden können, wie z. B. Bearbeitung der Pflegedokumentation (incl. Biografie, Pflegeanamnese und Pflegeplanung)
- Planen Sie für die Kommunikation mit anderen an der Pflege Beteiligten Zeit ein
- Beachten Sie geistige und organisatorische persönliche Hoch- und Tiefphasen im Tagesablauf

89. Tipp: Bringen Sie Ordnung in Ihre Pflegedokumentationsmappe

Eine gut sortierte Pflegedokumentationsmappe ist »Gold« wert, spart Zeit und Nerven. Folgendes Ordnungsprinzip halte ich für sinnvoll:

Eine große, feste, stabile Hängedokumentationsmappe mit vielen Zwischenblättern aus Plastik, die nach folgendem Prinzip sortiert ist:

1. Fach:

- Stammblatt,
- Pflegeanamnese,
- andere Assessmentformulare, wie Bradenskala, Einschätzung des Sturzrisikos, Erfassung Ernährungsstatus, evtl. Erfassung von Schmerzqualität- und -stärke,

Erfassung Kontinenzstatus, Mini Mental State Examination oder Fast-Skala oder Cohen-Mansfield Skala

- Erhebung der Biografie

2. Fach: Pflegebericht

3. Fach: Aufstellung der aktuellen Medikation und anderer ärztlicher Anordnungen, Formulare zum Wundmanagement

4. Fach: Leistungsnachweise oder Durchführungskontrollen

5. Fach: Bewegungsnachweise, Flüssigkeitsbilanzierung etc.

6. Fach: Klientinnenverfügung, Arztbriefe, Nachweis amtsrichterlicher Genehmigung von Fixierungen

90. Tipp: Seien Sie kritisch bei EDV-Unterstützung

Wenn Sie in Erwägung ziehen, die Pflegedokumentation EDV-gestützt zu führen, dann berücksichtigen Sie die Vor- und Nachteile

Vorteile:

- Einhaltung des Pflegeprozesses
- Arbeiten mit Formulierungsdatenbanken in Pflegeanamnese und Pflegeplanung
- Schnelle Übernahme bereits erstellter Daten
- Automatische Einhaltung der Evaluationszeiten
- Daten von Klientinnen werden nur einmal erfasst, diese Daten stehen dann allen anderen »Formularen« zur Verfügung
- Eine Archivierung findet direkt statt
- Schneller Zugriff auf die Pflegedokumentation über beliebige Zeiträume
- Verkürzte Übergabezeiten
- Leichtes Pflege-Controlling

Nachteile:

- Relativ hohe Anschaffungskosten
- Notwendige Schulungen

M. E. ist eine Mindestvoraussetzung für das Arbeiten mit der EDV-gestützten Pflegedokumentation eine bisher perfekt handgeschriebene Pflegedokumentation. Kommt es zu einer Präsentation durch eine Firma, die eine entsprechende Software anbietet, dann sollten in jedem Fall Pflegekräfte an der Veranstaltung teilnehmen. Diese haben einen pflegerischen Blick auf den dort dargestellten Pflegeprozess und stellen entsprechende Fragen.

91. Tipp: Klären Sie die Begrifflichkeiten

Damit alle dasselbe meinen, wenn sie von etwas sprechen, ist es gut, Begriffe zu klären.

Fähigkeiten:

»Möglichkeiten (Können und Wissen) und Kräfte des Pflegebedürftigen, die er selbstständig einbringen kann. Die Erkennung dieser Fähigkeiten kann dem Pflegebedürftigen Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen.«

Pflege:

»Pflege ist eine Dienstleistung, die Aufgaben in der Interaktion mit pflegebedürftigen Menschen gezielt ausübt. Es ist dabei einerlei, ob die Pflegebedürftigkeit dabei kurz- oder langfristig besteht. Es ist die Absicht der Pflege, dass die betroffenen Menschen über größtmögliche Selbstständigkeit in ihrer Person und unmittelbaren Umwelt, über Lebensqualität und Zufriedenheit verfügen können. Pflegekräfte nutzen für diese Aufgabe alle Sinne und Ebenen ihrer eigenen Person, um ein möglichst weitreichendes Spektrum an Möglichkeiten zu schaffen.«²⁶

Ressourcen:

»Individuelle Hilfsquellen (des Pflegebedürftigen), die ihm helfen, seine Bedürfnisse, Probleme und Wünsche zu befriedigen und seine vorhandenen Fähigkeiten unterstützen und erhalten (z. B.: der Gehstock (Ressource) ermöglicht es dem Pflegebedürftigen, sich im Hause allein zu bewegen (Fähigkeit)).«

92. Tipp: Erweisen Sie der Pflegeplanung gegenüber Wertschätzung

Sie wundern sich, dass Ihre Mitarbeiterinnen so ungern Pflegeplanung schreiben? Vielleicht liegt es daran, dass es immer heißt: »Die sitzt schon wieder und schreibt, während wir anderen alle arbeiten!«

Wenn Sie diesen Satz häufiger hören (oder vielleicht sogar manchmal selber denken), dann stellen Sie in Ihrer Einrichtung eines klar: Ohne Pflegeplanung gibt es keine menschliche und wertschätzende Pflege. Nur wer die Klientin wirklich kennt, kann auch richtig planen und dafür sorgen, dass Klientin und Mitarbeiterinnen zufrieden sind.

Wer also plant, tut dies stellvertretend für die anderen – und sollte als Mitarbeiterin wahrgenommen werden, die einen unverzichtbaren Dienst, eine wichtige Arbeit leistet.

²⁶ Messer, B.: Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. Schlütersche: Hannover 2004.

93. Tipp: Nutzen Sie Ihre Stellung als Vorgesetzte

Wie heißt es so schön: »Der Fisch beginnt am Kopf zu stinken« und diese Weisheit gilt nachweisbar. Ein Unternehmen beginnt beim Unternehmer. Je stärker die Persönlichkeit des Chefs, desto mehr dringt davon in die gesamte Organisation. Das sollten Sie sich als Vorgesetzte zu Nutze machen und die Pflegeplanungen auch einmal selbst schreiben, um einerseits ein Vorbild zu sein und andererseits genau zu wissen, welche Probleme dabei auftauchen – und wie sie sich beseitigen lassen.

94. Tipp: Lassen Sie im Team arbeiten

Manches geht zu zweit einfach besser. Wenn es in Ihrer Einrichtung immer wieder an der Pflegeplanung hapert, dann versuchen Sie doch mal, Teams zusammenzustellen: Die eine Kollegin plant, die andere – die den Klienten möglichst nicht kennt – beobachtet bei der Pflege und liest dann später die Pflegeplanung. Auf diese Weise werden Missverständlichkeiten oder Lücken rasch deutlich.

95. Tipp: Nutzen Sie die Supervision

Pflegeplanung ist schwierig, die Zeit dafür wird oft zu knapp bemessen und das Ergebnis ist oft nicht zufrieden stellend. Nutzen Sie die Möglichkeit der Supervision: Nehmen Sie sich im Team eine Auszeit und lesen Sie einige Pflegeplanungen miteinander durch. Dadurch können alle am Team an guten Pflegeplanungen teilhaben und lernen, welche Fehler sich vermeiden lassen.

96. Tipp: Seien Sie selbstkritisch

Manchmal brodeln wir im eigenen Saft, finden die eigenen Pflegeplanungen wunderbar, die Pflege geradezu anbetungswürdig und erkennen schlicht keinen Veränderungsbedarf. Wenn Sie an diesem Punkt angelangt sind, haben Sie garantiert Bedarf an externer Hilfe. Generell gilt: Nichts ist so gut, dass es nicht noch verbessert werden kann. Es gibt eine Reihe von guten Trainerinnen, die Ihre Pflegeplanungen unter die Lupe nehmen. Bestenfalls haben sie tatsächlich nichts daran auszusetzen und schlimmstenfalls finden sie jede Menge Fehler: In beiden Fällen lohnt sich der Einsatz für die externe Hilfe.

97. Tipp: Inszenieren Sie gekonnt Fortbildungsprogramme

Um einen hohen Nutzen von Fort- und Weiterbildungen in Ihrer Einrichtung zu haben, sollten Sie diese gut miteinander verzahnen und keine »Hau-Ruckaktionen« planen, nach dem Motto »Wir haben noch Geld, wer hat sich denn noch nicht fortgebildet?« Eine Schulungsreihe zum Thema Pflegeplanung sollte immer mit einer Analyse durch die Trainerin oder Referentin starten. Sie muss sich ein Bild der Einrichtung und der Vorgehensweise machen können. Dann stellt sie Ihnen optimalerweise »ihre eigene Version oder Vorgehensweise« zur Pflegeplanung vor.

Die Fortbildungen sollten sinnvoll mit anderen Themen, wie z. B. den »nationalen Expertenstandards«, zusammen angeboten und durchgeführt werden.

Lassen Sie Ihren Mitarbeiterinnen Luft zum atmen. Eine Schulung zwischen Mittagessen und Kaffeetrinken, über 60 Minuten, bringt nicht viel.

Sinnvoll und effektiv ist es, die Mitarbeiterinnen tageweise aus dem Dienst zu nehmen, denn dann haben sie auch genug Muße und Abstand, um Neues aufzunehmen.

98. Tipp: Gute Fortbildung braucht Zeit und Kompetenz

Jede Fortbildung kostet Geld und dies sollten Sie mit Bedacht ausgeben. Bedenken Sie bitte:

- Die Trainerinnen sollten vom Fach sein
- Die Schulungen oder Trainings sollten außerhalb des pflegerischen Alltags stattfinden
- Schulungen sollten einen wertschätzenden Rahmen haben: Volle Berechnung der Fortbildungszeit als Arbeitszeit, leckeres Essen und »Wohlfühlatmosphäre«, offizielle Begrüßung durch die Leitungspersonen usw.
- Methodenreichtum bringt Spaß und Lernerfolg

99. Tipp: Denken Sie an die Nachhaltigkeit der Schulung

Eine Fortbildungsveranstaltung, selbst wenn sie an mehreren Terminen stattfindet, kann nicht die Lösung aller Probleme bringen. Die Fortbildung selber wird Ihnen die Augen öffnen und dann sollten Sie wirklich Ihre Probleme in den Blick nehmen. Ein nachhaltiger Transfer des theoretischen Wissens in die Praxis dauert. Planen Sie also mehrere Monate für einen diesen Transfer und mögliche Neuerungen ein.

Denken Sie auch schon vor der Veranstaltung über einen Transfer nach:

- »Was muss sich evtl. in der Einrichtung ändern, um einen erfolgreichen Transfer des Gelernten zu garantieren?«
- »Was sollte von Seiten der Trainerin getan werden, um einen optimalen Transfer zu gewährleisten?«

100. Tipp: Lassen Sie die Mitarbeiterinnen teilhaben

Eine Mitarbeiterin, die eine Schulung zum Thema Pflegeplanung besucht, ist gut. Mehrere Mitarbeiterinnen, die die gleiche Schulung besuchen oder gar gleich eine Inhouse-Schulung ist noch besser.

Bedenken Sie: Eine Mitarbeiterin, die, ganz begeistert von der Schulung, nun im Alltag alles umändern will, wird bei ihren Kolleginnen auf Granit stoßen. Mehrere Mitarbeiterinnen oder gar das ganze, geschulte Team werden sich eher damit befassen, das Gelernte auch in die Praxis umzusetzen.

Schlusswort

Es sind die kleinen Dinge, die zählen ...

Ich liebe Geschichten, sie können auf so spannende und interessante Art und Weise, das zum Ausdruck bringen, was wir selber denken.

So wie diese:

Ein Nachmittag im Park

Es war einmal ein kleiner Junge, der Gott kennen lernen wollte. Er wusste, dass es ein weiter Weg sein würde, und so packte er Schokoriegel und einen Sechserpack Limonade in sein Köfferchen und brach auf.

Als er drei Häuserblocks weit gegangen war, traf er eine alte Frau. Sie saß auf einer Parkbank und sah unverwandt den Tauben zu. Der Junge setzte sich neben sie und öffnete sein Köfferchen. Gerade wollte er einen Schluck Limonade trinken, als ihm auffiel, wie hungrig die alte Frau aussah, und so bot er ihr einen Schokoriegel an. Sie nahm ihn dankbar entgegen und lächelte ihn an. Ihr Lächeln war so entzückend, dass der Junge es noch einmal sehen wollte, und so bot er ihr auch eine Flasche Limonade an. Wieder lächelte sie ihn an. Wie sehr sich der Junge freute!

Sie saßen den ganzen Nachmittag nebeneinander und aßen und lächelten, aber keiner von beiden sprach auch nur ein Wort.

Als es dunkel wurde, merkte der Junge, wie müde er war. Er stand auf, um zu gehen, doch schon nach ein paar Schritten kehrt er um, rannte zu der alten Frau zurück und umarmte sie. Da schenkte sie ihm ihr allerschönstes Lächeln.

Als der Junge wenig später nach Hause kam, wunderte sich seine Mutter, warum er so glücklich aussah.

Sie fragte ihn: »Was hast du heute gemacht, dass du so strahlst?«

Er antwortete: »Ich habe mit Gott zu Mittag gegessen.«

Und noch bevor seine Mutter etwas erwidern konnte, fuhr er fort: »Weißt du was? Sie hat das schönste Lächeln, das ich je gesehen habe!« Mittlerweile war auch die alte Frau zu Hause angelangt. Auch sie war überglücklich. Ihr Sohn wunderte sich über ihren zufriedenen Gesichtsausdruck und wollte wissen: »Mutter, was hast du heute gemacht, dass Du Dich so freust?«

Sie antwortete: »Ich habe im Park gegessen und mit Gott Schokoriegel gegessen.«

Und noch bevor ihr Sohn etwas erwidern konnte, fuhr sie fort:

»Weißt du was? Er ist viel jünger, als ich dachte.«²⁷

²⁷ Canafeld, J.: Hühnersuppe für die Seele. Goldmann: München 1996.

Literatur

- Arets, J.; Obex, F.; Wagner, F.: Professionelle Pflege 1. Hans Huber: Bern et al. 1999.
- Blenk, D.: Inhalte auf den Punkt gebracht. Beltz: Weinheim, Basel, Berlin 2003.
- Burkhard, G.: Schlüsselfragen zur Biographie. Freies Geistesleben: Stuttgart 2004.
- Gültekin, J.; Liebchen, A.: Pflegevisite und Pflegeprozess. Kohlhammer: Stuttgart 2003.
- Canfield, J.: Hühnersuppe für die Seele. Goldmann: München 1996.
- Dennison, P.; Dennison, G.: Brain Gym. VAK VerlagsGmbH 2002.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück 2005.
- Isert, B.; Rentel, K.: Wurzeln der Zukunft. Lebensweg-Arbeit, Aufstellungen und systemische Veränderungen. Junfermann: Paderborn 2000.
- James, T.; Woodsmall, W.: Time Line. NLP-Konzepte zur Grundstruktur der Persönlichkeit. Junfermann: Paderborn 1991.
- Juchli, L.: Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit. Kreuz: Stuttgart 1993.
- König, J.: Der MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen. Schlütersche: Hannover 2003.
- Lubatsch, H.: Dekubitusmanagement auf der Basis des Nationalen Expertenstandards. Schlütersche: Hannover 2004.
- Maier, C.: Spielraum für Wesentliches. Bildung und Wissen: Nürnberg, 2002.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen 2005.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 112,114 SGB XI in der stationären Pflege. Essen 2005.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege. 10. November 2005.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege. 10. November 2005.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege. 10. November 2005.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege. 10. November 2005.
- Messer, B.: Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Schlütersche: Hannover, 2004
- Messer, B.: Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Schlütersche: Hannover 2004.
- Messer, B.: Schnittstelle Pflegediagnose. In: pflegen ambulant, 15 Jahrgang 1/04.

- Messer, B.: 100 Tipps für die Validation. Schlütersche: Hannover 2005.
- Sowinski, C.; Gennrich, H. et al. (Hrsg): Organisation und Stellenbeschreibung in der Altenpflege. Schriftenreihe des KDA: Köln 2000.
- Stefan, H.; Allmer, F. et al.: Praxis der Pflegediagnosen. Springer: Wien 2000.
- Weyh, H.; Krause, P.: Kreativität. Ein Spielbuch für Manager. Econ: Düsseldorf 1993.

Register

- aggressiv 19
- altersentsprechend 20
- Angst 18
- ausreichend 19

- Biografie 28
- , -arbeit 28
- Brain Gym® 51

- desorientiert 20

- Expertensprache 50
- Expertenstandards, nationale 53

- Fähigkeiten 34, 77
- Faktoren, erschwerende 44
- Fehler 17
- Fortbildungsprogramme 79

- Gewohnheiten 21

- Hilfeleistung 42
- Humor 16

- Informationen 27, 40
- Informationssammlung 23, 25, 26

- Kompetenzen 73

- Maßnahmen 16, 32, 40, 42
- MDK 22
- , -Anforderungen 55
- Merkmale 38

- Nah- und Fernziele 39
- NANDA 45
- normal 20

- PESR-Format 36
- Pflege 77
- , -anamnese 25
- , -bedarfssituation 31 ff., 35, 37
- , -bericht 46
- , -diagnosen 34, 44 f.
- , -dokumentationsmappe 75
- , -planungsblätter 31
- , -problem 29
- , -problembeschreibung 37
- , -prozess 37, 75
- , -verständnis 20
- Problem 34
- , -beschreibung 29
- Prophylaxen 55

- regelmäßig 19
- Ressource 34, 77

- Schulung 79
- Selbstpflege 33
- Selbstständigkeit 43
- Situationsbeschreibung 16
- soziale Situation 41
- Stammblatt 24
- Supervision 78

- Team 78

- Unwörter 19
- Ursache 37

- Ziel 16, 32, 38
- , -beschreibung 38
- , -formulierung 39
- Zustand erhalten 19