

Tab. 2.8 Definition „volle Übernahme“ pflegerischer Leistung in den Leistungsbereichen: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Lagerung.

Leistungsbereich	Definition
Körperpflege	überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege
	Der Pflegeempfänger kann sich nicht selbstständig waschen, die Zähne putzen, rasieren und die Haare pflegen. Dies muss von den Pflegenden ausgeführt oder der Pflegeempfänger muss helfend und aktivierend unterstützt werden.
Ernährung	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
	Der Pflegeempfänger ist nicht in der Lage, allein zu essen oder zu trinken, auch wenn die Nahrung mundgerecht zubereitet ist. Essen oder Trinken muss dem Pflegeempfänger verabreicht werden oder das Kind muss gefüttert werden oder ihm muss während des Essens geholfen werden. Außerdem muss der Pflegeempfänger aktivierend unterstützt werden.
Ausscheidung	Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung
	Der inkontinente Pflegeempfänger muss mit frischen Inkontinenzmaterialien versorgt oder das Kind muss regelmäßig gewandelt und gereinigt werden (dazu gehört auch – soweit erforderlich – die Reinigung des Bettes). Dieses Merkmal umfasst auch das Kontinenztraining.
Bewegung und Lagerung	häufiges (2–4-stündliches) Körperlagern oder Mobilisieren
	Der Pflegeempfänger wird aufgrund seiner Immobilität häufig gelagert oder mobilisiert. Dies kann therapeutisch erforderlich sein oder seinen persönlichen Bewegungs- und Lagerungsbedürfnissen entsprechen.

in Anlehnung an PPR-A3, zit. n. Wieteck 2009, S. 29

2.6 Kritische Aspekte der Pflegeplanung

2.6.1 Nahziele versus Fernziele

In der Praxis werden Nah- und Fernziele sehr unterschiedlich in der Pflegeplanung verwendet. Auch in der Fachliteratur gehen die Meinungen darüber auseinander, ob Nah- und Fernziele oder nur Nahziele in der Pflegeplanung aufgeführt werden sollen. Selbst die Kriterien für die Unterscheidung von Nah- und Fernzielen werden sehr unterschiedlich gesehen.

Kurzfristige und langfristige Ziele im Vergleich

Ein Nahziel bzw. ein Frühziel oder Kurzzeitziel soll für den Pflegebedürftigen in relativ kurzer Zeit zu erreichen sein. Ein Fernziel bzw. Spät- oder Langzeitziel soll nach Erreichen von mehreren Nahzielen als höchstmögliches Ziel erreicht werden können. Als oberstes Pflegeziel wird die eigenständige Übernahme der Verrichtungen des täglichen Lebens angenommen. Wenn dieses oberste Ziel nicht erreicht werden kann, dann sind Pflegeziele sinn-

voll, die dem Pflegebedürftigen größtmögliche Zufriedenheit, Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität ermöglichen (Völkel u. Ehemann 2006).

Genauer betrachtet sollen Nahziele mit konkreten Zeitangaben festgelegt werden, die innerhalb von Stunden oder Tagen erreicht werden können. Fernziele legen fest, was innerhalb Wochen, Monaten oder sogar Jahren erreicht werden soll (Jung-Heintz u. Lieser 2004). König (2004) sieht sogar einen noch größeren Zeitraum für möglich. „Unterschieden werden Nahziele, die in absehbarer Zukunft zu erreichen sind, und Fernziele, auf die länger hingearbeitet werden muss“ (König 2004, S. 87). Dagegen ist in jeder Pflegesituation neu zu beurteilen, ob die Notwendigkeit von einem Nah- und Fernziel besteht, oder ob nur ein Nahziel formuliert werden sollte (Messner 2009).

Nahziele verwenden

Bei der praktischen Pflegeplanung sollen ausschließlich Nahziele verwendet werden. So schrieb Budnik bereits 1998: „In der Ausbildung ist die Integration von Fernzielen durchaus sinnvoll, um die analytischen Fähigkeiten der Schülerinnen zu

schulen. Bei der täglichen Anwendung halte ich diese Vorgehensweise jedoch für nicht erforderlich, da die Pflegeziele fortlaufend überprüft und aktualisiert werden“ (Budnik 1998, S.63).

Wir, die Autoren, sind ebenfalls dieser Ansicht und möchten im Folgenden diese Auffassung begründen.

Kürzere Verweildauern in den Kliniken.

Im klinischen Alltag konnten wir beobachten, dass aufgrund der DRGs die Pflegesituationen inzwischen anders interpretiert werden. So hat sich seit der Einführung der DRGs die durchschnittliche zeitliche Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus merklich reduziert. In Baden-Württemberg ist z.B. die Verweildauer seit 1997 von 10,5 Tagen auf 7,6 Tage im Jahr 2013 gesunken (laut Baden-Württembergischer Krankenhausgesellschaft, BWKG). Auch das statistische Bundesamt bestätigt für das Jahr 2014 eine weitere Reduzierung auf 7,4 Tage.

Wenn also die Patienten immer kürzer im Krankenhaus verweilen, dann sind hier auch nur die Ziele in der Pflegeplanung sinnvoll, die auch in den wenigen Tagen des Klinikaufenthaltes erreicht werden können – also Nahziele (► Abb. 2.10). In diesem Zusammenhang gewinnt auch die Überleitungspflege in eine Nachfolgereinrichtung oder in eine alternative Form der Versorgung einen immer wichtigeren Stellenwert in der Weiterführung des Pflegeprozesses.

Ebenso in der stationären Altenpflege.

Eine ähnliche Entwicklung ist in der stationären Altenpflege zu verzeichnen. Die Menschen werden oftmals erst in der finalen Lebensphase oder mit einer stark eingeschränkten Gesundheitssituation in die stationäre Pflege eines Alten- und Pflegeheims aufgenommen. Daher hat sich die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich zu früheren Jahren ebenfalls stark reduziert. Dies belegen nicht nur langjährig praktisch Pflegende, sondern auch die Statistik. Nach dem Einzug in ein Pflegeheim sind ungefähr 20% aller Bewohnerinnen und Bewohnern nach 4 Wochen verstorben (Techtmann, 2015). Dies begründet sich durch die Multimorbidität sowie durch den Heimeintritt im hohen Alter. Im Jahr 2011 lebten Männer durchschnittlich 5,5 Monate und Frauen 14,4 Monate in der stationären Pflege. Damit waren das durchschnittliche Lebensalter der Männer 77 und dies der Frauen 82 Jahre. Die durchschnittliche Ver-



Abb. 2.10 Das Nahziel „Pflegeempfänger kann selbstständig auf beiden Füßen stehen“ ist erreicht.

weildauer von Männern und Frauen ist unterschiedlich, jedoch im Kontext der statistischen Lebenserwartung normalverteilt (Pattloch, 2014).

In solchen Gesundheits- und Lebenssituationen ist es oft schon ein großer Fortschritt, wenn ein Nahziel (z.B. „Pflegeempfänger kann selbstständig 30 Sekunden auf beiden Füßen stehen“) erreicht werden kann. Ein solcher Erfolg ist schließlich auch die Grundvoraussetzung für die Planung weiterer (Nah-)ziele (z.B. „Pflegeempfänger kann 5 Schritte zum Fenster des Zimmers mit Begleitung gehen). Und diese hängen wiederum ab von der

Stabilisierung des Gesundheitszustandes, der weiteren physischen und psychischen Krankheitsentwicklung und – am wichtigsten – den Wünschen und Lebenszielen des Pflegeempfängers selbst.

Definition

Nah- und Fernziele sind nur in der didaktischen Pflegeplanung sinnvoll. In der Praxis sind hingegen nur Nahziele zu setzen.

2.6.2 Aktivierende Pflege planen

Ressourcenorientierte, aktivierende Pflege fördert das möglichst rasche Wiedererlangen und/oder den Erhalt der Selbstständigkeit sowie der Unabhängigkeit eines Menschen. Sie steht im Mittelpunkt pflegerischen Denkens und Handelns. In der Pflegeplanung werden in besonderem Maße die Fähigkeiten (Ressourcen) des Pflegeempfängers berücksichtigt. Ziel ist es, diese Ressourcen zu erhalten bzw. zu erweitern. Der Pflegeempfänger soll möglichst viele seiner Verrichtungen unter Anleitung bzw. Begleitung selbst durchführen können.

Ziele.

Die aktivierende Pflege soll dem Pflegeempfänger helfen, trotz seines momentanen Hilfebedarfs eine möglichst weitgehende Selbstständigkeit im täglichen Leben zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dabei ist insbesondere anzustreben,

- „vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass geistig und seelisch behinderte Menschen, psychisch kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden“ (BMG 2011).

Aktivierende Pflege umsetzen

Um hier den größtmöglichen Erfolg zu erzielen, ist es besonders wichtig, dass die aktivierende Pflege in gleicher Art und Weise vom ganzen Pflegeteam und kontinuierlich beim Pflegeempfänger durchgeführt wird. Wird die aktivierende Pflege nur teilweise angewendet, sinken möglicherweise die

Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erhalten, bekommen von der Pflegekasse zusätzlich einen Betrag von 2.952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigen Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist.

Abb. 2.11 Auszug Pflegestärkungsgesetz (PSG II).

Erfolgschancen, die Selbstständigkeit zu erhalten bzw. zu erhöhen. Im schlechtesten Fall kann sich sogar der Pflegebedarf weiter erhöhen.

Gibt es kein verbindliches Pflegeleitbild und -konzept in der Einrichtung, welche die aktivierende Pflege beschreiben und betonen, liegt es an jeder einzelnen Pflegeperson, ihrem persönlichen Leitbild entsprechend aktivierend zu pflegen. Dies führt zwangsläufig jedoch zu einem unterschiedlichen Qualitätsniveau. Diejenigen, die aktivierend pflegen, nehmen bewusst in Kauf, dass sie i. d. R. mehr Zeit benötigen, als wenn sie die Pflegemaßnahme vollständig übernehmen würden. Dies führt nicht selten zu Konflikten bei der Pflegeperson, da sie u. U. nicht allen Anforderungen gerecht werden kann.

Denn: Wird durch aktivierende Maßnahmen die Selbstständigkeit des Pflegeempfängers wieder erhöht, kann diese Verbesserung sogar zu einer Zurückstufung in den bisherigen Pflegestufen bzw. künftigen Pflegegrade ab 2017 führen. Das hat u. U. ein niedriges Heimentgeld zur Folge, was den betriebswirtschaftlichen Interessen widerspricht.

Um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken, wurde im Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom Juli 2008 mit dem Maximalbetrag von 1.597 Euro und später im Pflegestärkungsgesetz (PSG II) mit 2.952 Euro ein geringfügiger finanzieller Anreiz für die Pflegeheime geschaffen, die durch die aktivierende Pflege und rehabilitativer Maßnahmen eine Herabstufung erreichen (► Abb. 2.11).

Aktivierende Pflege und DRGs.

Für Kliniken ist seit der Einführung der DRG-Abrechnungsmethodik die aktivierende Pflege aus betriebswirtschaftlicher Sicht zusätzlich sehr interessant geworden. Je schneller ein Patient entlassen wird, umso weniger Kosten müssen von der pauschalen Vergütung gedeckt werden.

Akzeptanz beim Pflegeempfänger fördern

Von Seiten eines Pflegeempfängers und seinen Angehörigen ist die Akzeptanz der aktivierenden Pflege keinesfalls selbstverständlich. Denn häufig verstehen es Angehörige nicht, wenn ein hohes Heimentgeld bezahlt werden muss, und die Mutter/der Vater sich auch noch selber waschen soll. „Dafür sei er ja im Pflegeheim“, geben sie zu bedenken. Ähnliche Stimmen sind auch von den Pflegeempfängern zu hören. Hier ist es besonders wichtig, den Pflegeempfänger darüber aufzuklären und zu informieren, welchen Sinn und Nutzen die aktivierende Pflege für ihn haben kann. Nur so wird er motiviert, sich aktiv zu beteiligen. Der Nutzen der aktivierenden Pflege und die damit verbundenen Möglichkeiten, die Selbstständigkeit zu erhalten bzw. sogar zu fördern, müssen deshalb von Beginn an und mithilfe der Pflegeplanung regelmäßig vermittelt werden.

Aktivierende Pflege darstellen

Die aktivierende Pflege muss im Rahmen der Pflegeplanung mitberücksichtigt und transparent dargestellt werden. Die Ressourcen- und Problembeschreibung sind dabei wichtige Ausgangspunkte, um die pflegerischen Maßnahmen planen und festlegen zu können. Ebenso entscheidend ist Schritt 3, d. h. die Festlegung der Pflegeziele zur Erhöhung oder Erhaltung der Selbstständigkeit. Aus der Maßnahmenbeschreibung muss klar ersichtlich sein, welche pflegerischen Aktionen vom Pflegeempfänger selbstständig, mit Anleitung oder Unterstützung durchgeführt werden können und welche vollständig von der Pflegeperson übernommen werden müssen. Dabei ist zu bedenken, dass auch kleine Handlungen aktivierend wirken können (z. B. Gesicht mit dem Handtuch abtrocknen, die Hände eincremen).

2.6.3 Von der Theorie in die Praxis: Pflege praxisnah planen

Nicht selten wird in der Praxis darüber geklagt, dass eine ausführliche und den Theorieansprüchen genügende Pflegeplanung nicht zu leisten sei. Nicht umsonst ist der Markt reich an Dokumentationshilfen und EDV-Programmen, die eine Vereinfachung der Pflegeplanung versprechen. Aber wa-

rum treten immer wieder diese Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis auf?

In der theoretischen Ausbildung oder in Fortbildungen wird i. d. R. die Planung der Pflege anhand von realitätsnahen komplexen Fallbeispielen gelehrt und gelernt. Die dazu verwendeten Fallbeispiele – und das gilt es in der Betrachtung zu berücksichtigen – können jedoch niemals die gesamte Realität abbilden, sondern immer nur einen Ausschnitt. Deshalb lassen sich die daraus erarbeiteten und entwickelten Planungen auch nicht ohne Weiteres eins zu eins in die Praxis übernehmen.

Bei der Vermittlung der theoretischen Grundlagen zur Pflegeplanung steht daher nicht deren Praxisrelevanz im Vordergrund. Vielmehr sollen die Fallanalysen das folgerichtige Ableiten von allen aktuellen und potenziellen Pflegeproblemen üben, aus denen dann Ziele und die entsprechenden Maßnahmen abgeleitet werden. In einer „Trockenübung“ werden sozusagen in aller Ausführlichkeit die Szenarien, die auftreten könnten, besprochen und bearbeitet. Dass dadurch häufig sehr ausführliche Planungen entstehen, ist wohl jedem Betrachter einleuchtend und klar.

Wenn Theorie auf Alltag trifft

Pflegeplanung in der Praxis findet nicht in einem geschützten Rahmen, aber auch nicht mit anderen Zielsetzungen als in der Theorie statt. Doch jetzt gilt es, die Alltagsrealitäten zu berücksichtigen. Um handlungsfähig zu bleiben, ist häufig ein sehr rasches Entscheiden, oftmals ohne ausreichende Informationen, notwendig. Und es gilt, die vorrangigen pflegerischen Probleme und Handlungen richtig einzuschätzen. Dies erfordert neben einer umfangreichen beruflichen Erfahrung auch ein solides theoretisches Fundament.

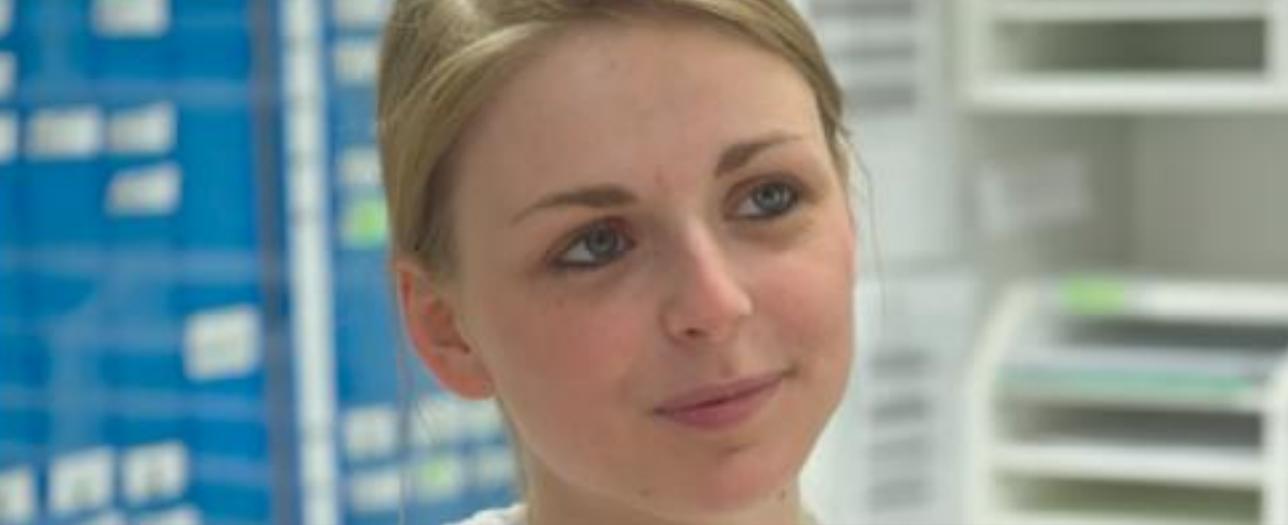
Pflegeschüler, die ihre „theoretischen Planungen“ im praktischen Einsatz umsetzen wollen, hören häufig Aussagen wie: „So, wie in der Schule geht das bei uns nicht auf Station. Hier in der Praxis sieht die Welt ganz anders aus.“ Sie verstehen das zunächst nicht und sind nicht selten frustriert und enttäuscht darüber. Die große Herausforderung an dieser Stelle für die „Theoretiker“ und anleitenden Praktiker ist der Transfer von gelerntem Wissen in die Praxisrealität. Und daran scheitert die Umsetzung der Pflegeplanung leider sehr häufig. Es kommt für alle Beteiligten zu einer Desillusionierung, die dazu führt, die prozesshafte Pfle-

geplanung allzu schnell für nicht anwendbar zu erklären. Deshalb gilt es für die Verantwortlichen, genau an diesem Punkt anzusetzen und für einen gelungen Praxistransfer zu sorgen.

2

Definition

Eines bleibt festzuhalten: Ohne eine intensive theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegeplanung fehlt das notwendige Handwerkszeug für die praktische Umsetzung!



Kapitel 3

Formulierungshilfen für die stationäre, ambulante und klinische Pflege

- | | | |
|-----|------------------------------------|----|
| 3.1 | EDV-gestützte Formulierungshilfen | 50 |
| 3.2 | Jede Pflegeplanung ist individuell | 50 |

3 Formulierungshilfen für die stationäre, ambulante und klinische Pflege

3

In vielen Büchern zur Pflegeplanung wird eine große Auswahl an einzelnen Formulierungen zum Problem, zur Ressource, als Ziel und als Maßnahmen zusammenhangslos aufgelistet.

Diese Ansammlungen von Formulierungshilfen bilden aber meist keinen zusammenhängenden Kontext. Die Folge ist, dass die Pflegefachperson aus dieser Fülle der vorgeschlagenen Formulierungen in einem aufwendigen, oft mühsamen Prozess die Pflegeplanung inhaltlich stimmig zusammenstellen und individualisieren muss. Dies gleicht mehr einer Lotterie als einer prozesshaft erstellten Pflegeplanung. Nicht selten kommt es hierbei zu inhaltlichen Fehlern.

3.1 EDV-gestützte Formulierungshilfen

Viele EDV-basierte Pflegedokumentationen bieten ebenfalls eine Auswahl an Formulierungshilfen an. Die Pflegekräfte können durch das Anklicken des vorgefertigten Satzes diese in die Pflegeplanung übernehmen. Bei der Einführung von EDV-basierten Pflegedokumentationen waren viele Pflegedienstleitungen und Pflegekräfte anfangs von dieser einfachen und schnellen Möglichkeit begeistert. Auch in der Vorbeugung von Schreibfehlern sah man positive Entwicklungsmöglichkeiten.

Bei der Durchführung von Pflegevisiten wurden dann aber relativ schnell die tatsächlichen Auswirkungen deutlich. Anstatt die Formulierungshilfen als erste Planungsgrundlage zu nehmen, um diese dann zu individualisieren bzw. der Pflegesituation anzupassen, wurden diese nur vorschnell aus-

gewählt und stehengelassen. Dies hatte zur Folge, dass sich schnell alle Pflegeplanungen schablonenhaft glichen. Es kam sogar dazu, dass teilweise die angebotenen Formulierungshilfen als einzig wahr und richtig angesehen wurden und im Bedarfsfall gar nicht personenbezogen angepasst wurden. Viele verantwortliche Pflegedienstleitungen haben daraufhin die Formulierungshilfen im Programm ausgeblendet.

3.2 Jede Pflegeplanung ist individuell

Die Pflege und das Menschsein sind so vielseitig wie das Leben selbst und kein Buch kann alle relevanten Formulierungshilfen aufzählen. Dies wäre auch nicht vorteilhaft, denn die Zeit, die für die Suche der Pflegeplanungsformulierung benötigt wird, ist eine verschenkte Zeit. Nach unserer Meinung kommt es nämlich nicht darauf an, einzelne Formulierungshilfen wie in einem Puzzle zusammenzustellen, sondern diese selbst der Pflegesituation anzupassen und individualisieren zu können.

Im Folgenden werden Ihnen deshalb immer themenbezogen und inhaltlich stimmige Pflegeplanungen präsentiert. Zu jedem Themenbereich werden musterhaft Formulierungen zu den Pflegesettings stationäre, ambulante und klinische Pflege vorgestellt (► Abb. 3.1). Bei jedem Problem haben wir zum besseren Verständnis die Art, das Ausmaß und die Ursache eines Problems jeweils gekennzeichnet. Dies soll Ihnen als Hilfestellung dienen, um fachlich korrekte Planungen selbst erstellen zu



Abb. 3.1 Die folgenden Formulierungshilfen sollen Sie im Pflegeheim, im ambulanten Bereich und in der Klinik bei der Erstellung Ihrer Pflegeplanungen unterstützen.

können. Aus Gründen der Lesbarkeit haben wir abwechselnd die Anrede „Herr“ und „Frau“ gewählt.

Die folgenden Tabellen zeigen Ihnen Beispielpfanungen und Formulierungshilfen zu folgenden Themen auf:

- Aggressivität
- Aktivierung und Beschäftigung
- Angstempfindungen
- An- und Auskleiden
- Aspirationsgefahr
- Atmung
- Bewegungsdrang
- Bewegungseinschränkung (Immobilität)
- Compliance-Defizit
- Dekubitusgefahr
- Depression
- Desorientierung
- Diarrhö
- Erbrechen und Übelkeit
- Ernährungsdefizit
- Exsikkoserisiko
- Harninkontinenz
- Harnverhalt
- Hautsituation
- Infektionsgefahr
- Intertrigogefahr
- Kachexierisiko
- Kommunikation
- Kommunikationsstörungen (verbale und non-verbale Kommunikation)
- Körperbildstörung
- Körperpflege
- Körpertemperatur
- Kreislaufinstabilität
- Lebenskrise
- Leistungsfähigkeit
- Nahrungsunverträglichkeit
- Nahrungsverweigerung
- Obstipation
- Schamgefühl
- Schlafstörung
- Schluckstörung
- Schmerzsituation
- Sehdefizit
- Sexualität
- Stuhlinkontinenz
- Sturzgefahr
- Vereinsamung



Abb. 3.2 Aktivierung als zentraler Bestandteil der Pflege.



Abb. 3.3 Die Ernährung im Überblick behalten.

Tab. 3.1 Aggressivität

Problem	Ressourcen	Ziel	Maßnahmen
stationäre Pflege			
<ul style="list-style-type: none"> Bei Herrn ... kommt es aufgrund der demenziellen Entwicklung³ zu aggressivem Verhalten¹ in Gruppen². 	<ul style="list-style-type: none"> Herr ... zeigt keine Aggressionen bei Einzelaktivierung. 	<ul style="list-style-type: none"> Nimmt aggressionsfrei an Gruppenaktivitäten teil. 	<ul style="list-style-type: none"> Einzelaktivierung parallel zur Gruppenaktivierung anbieten. Herrn ... bei aggressivem Verhalten aus der Gruppe heraus begleiten. Herr ... in Tätigkeiten zum Wohnbereichsablauf einbeziehen (Verteilen von Wäsche, Tischdecken usw.).
ambulante Pflege			
<ul style="list-style-type: none"> Aufgrund der demenziellen Entwicklung³ kommt es bei Frau ... häufig² zur Verwechslung der Personen¹ (Pflegekräfte werden als Einbrecher verkannt). 	<ul style="list-style-type: none"> Frau ... erinnert sich bei namentlicher Vorstellung an die Pflegekräfte. 	<ul style="list-style-type: none"> Frau ... erkennt bei Hauseintritt die Pflegeperson. 	<ul style="list-style-type: none"> Bei Hauseintritt Namen verbal ankündigen. Bild mit Namen von nachfolgender Pflegeperson zur Orientierung bereitlegen. Aktuellen Plan mit Besuchszeiten der Pflegekräfte aufhängen.
klinische Pflege			
<ul style="list-style-type: none"> Herr ... hat aufgrund des Delirs bei unbekannter Alkoholabhängigkeit³ nach OP eine Eigenaggressivität¹ (Schläge gegen den eigenen Kopf²) entwickelt. 		<ul style="list-style-type: none"> Herr ... ist körperlich unversehrt. 	<ul style="list-style-type: none"> alle 10 Min. Kontrollbesuch Vitalzeichen stündlich überwachen. 3-Punkt-Fixierung zum Eigenschutz im Bett anwenden.
1 = Art, 2 = Ausmaß, 3 = Ursache			



Abb. 3.4 Pflegeempfängerorientiert arbeiten.

Tab. 3.2 Aktivierung und Beschäftigung

Problem	Ressourcen	Ziel	Maßnahmen
stationäre Pflege			
<ul style="list-style-type: none"> Frau ... vergisst¹ aufgrund fortschreitender Demenz³ das tägliche Aktivierungsangebot und fragt nicht aktiv² nach Beschäftigungsmöglichkeiten nach. 	<ul style="list-style-type: none"> Frau ... spielt gerne Gesellschaftsspiele. Frau ... lässt sich zur Teilnahme am Aktivierungsprogramm animieren. 	<ul style="list-style-type: none"> Frau ... nimmt mind. an einer Aktivierung pro Tag teil. 	<ul style="list-style-type: none"> Tägliches Aktivierungsprogramm nach dem Frühstück vorstellen. Nachfragen, an welchen Aktivitäten Frau ... teilnehmen möchte. Frau ... an die Aktivierung kurz vor deren Beginn erinnern.
<ul style="list-style-type: none"> Herr ... kann aufgrund der spastischen Tetraparese³ und durch Kontrakturen in beiden Ellbogengelenken² seine Unterarme und Hände nicht mehr zum Malen einsetzen¹. 	<ul style="list-style-type: none"> Herr ... kann den Pinsel mit dem Mund halten und malen, wenn Utensilien vorbereitet und anreichert sind. 	<ul style="list-style-type: none"> Fertigkeit mit dem Mund zu malen bleibt erhalten. 	<ul style="list-style-type: none"> Vorbereitung der Malutensilien Anreichen von Pinsel zum Mund Assistenz während des Malvorgangs.
ambulante Pflege			
<ul style="list-style-type: none"> Herr ... kann aufgrund des Tremors durch die Parkinsonerkrankung³ das Hörgerät nicht selbstständig² anlegen und bedienen¹. 	<ul style="list-style-type: none"> Herr ... sieht sehr gern Fernsehen. Herr ... unterhält sich sehr gern. 	<ul style="list-style-type: none"> Herr ... nimmt seine Umgebung akustisch wahr. 	<ul style="list-style-type: none"> Hörgerät vor der morgendlichen Körperpflege einsetzen und auf Funktionsfähigkeit prüfen. Hörgerät zur Nachtruhe entnehmen. Ersatzbatterien bereithalten.
klinische Pflege			
<ul style="list-style-type: none"> Frau ... kann aufgrund einer Sehschwäche durch grauen Star³ die Tastatur der Medienleiste nicht² bedienen¹. 	<ul style="list-style-type: none"> Frau ... ist interessiert am Zeitgeschehen. Frau ... hört sehr gern volkstümliche Musik. 	<ul style="list-style-type: none"> Frau ... bedient die Medienleiste unter Anleitung. 	<ul style="list-style-type: none"> Frau ... zur Bedienung der Medienleiste anleiten (verbal und durch Tastsinn). Lieblingssender für sie einstellen, wenn sie es nicht schafft.
1 = Art, 2 = Ausmaß, 3 = Ursache			