



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Pflegemodell „Psychiatrie-Pflege-Perspektive“

von 1994 - 1996 erarbeitet in einer Arbeitsgruppe
im Zentrum für Psychosoziale Medizin

Das Pflegemodell „Psychiatrie-Pflege-Perspektive“

Von April 1994 - Dezember 1996 erarbeitete die Projektgruppe "Psychiatrie-Pflege-Perspektive" neben dem Pflegeleitbild ein klinikeigenes Pflegemodell als Basis für die Bezugspflege und Pflegeplanung. Folgende drei Modelle bilden die Grundlage:

- **Das Modell des Lebens von Nancy Roper et al.** schottische Pflegewissenschaftlerin ("The Elements of Nursing", 1980, 1985²)
- **Das Interaktionsmodell von Hildegard Peplau** US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin ("Interpersonal Relations in Nursing", 1952)
- **Das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem** US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin ("Nursing: concepts of practice", 1971, 1980²)

Ropers Pflegemodell ist das Fundament für die Pflege in den somatischen Kliniken des UKE, gleichfalls für die Ausbildung in der Krankenpflegeschule. Damit sind den Pflegenden mit den in diesem Modell verbundenen Lebensaktivitäten vertraut, Anlass, auch in der Psychiatrie darauf zurückzugreifen.

Insbesondere die Steuerung der Pflegeausübung durch den Regelkreis des Pflegeprozesses (Pflegeplanung), auf den Roper abhebt, überzeugt als Instrument zur Sicherung der Qualität pflegerischen Handelns, da in ihm problemorientiert Ziele formuliert, entsprechende Maßnahmen zur Zielerreichung aufzeichnet und Kontrollmechanismen einsetzt werden, die überprüfen, ob und inwieweit die Ziele erreicht wurden.

Die Anwendung des Modells des Lebens von Nancy Roper allein birgt die Möglichkeit und damit die Gefahr einer technokratischen Handhabung, in der die ATLS lediglich als Scheckliste benutzt werden und dem Interaktionsgeschehen in der Pflege kein Raum gelassen wird. Pflege ist aber soziale Interaktion, die in der Gestaltung der Beziehung therapeutische Bedeutung erlangt, insofern als PatientInnen sich von den Pflegenden angenommen fühlen und sie Vertrauen entwickeln können zu sich und anderen. Dieser Aspekt wird von Roper vernachlässigt, erhält aber in der Psychiatrie besondere Bedeutung, da psychisch Kranke häufig unter Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten leiden.

An diesem Punkt greifen wir auf das Pflegemodell von Hildegard Peplau zurück, die sich von der Krankheitsorientierung wegbewegt und auf die psychologische Bedeutung von Ereignissen und Begegnungen abzielt. Sie rückt die damit verbundenen Verhaltensweisen und Gefühle in den Vordergrund, die durch die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegepersonal und PatientInnen gesteuert werden können, indem deren jeweiligen Rollen reflektiert und produktiv für eine positive Entwicklung der PatientInnen genutzt werden.

Der dritte Schwerpunkt der Pflege, die Erhaltung und Förderung der Unabhängigkeit der PatientInnen, erhält zwar auch bei Roper einen wichtigen Stellenwert, gelangt aber erst im Modell von Dorothea Orem zu der Wichtigkeit, die wir für die psychiatrische Pflege angemessen halten. Für sie ist zu jedem Zeitpunkt im Pflegegeschehen das Augenmerk auf das Verhältnis zwischen und Selbstpflegefähigkeiten und Selbstpflegedefiziten der PatientInnen zu richten mit dem Ziel, die Selbstpflege wieder herzustellen. Dabei sind ggf. Angehörige, FreundInnen oder andere Bezugspersonen mit einzubinden. Eine unentwegte Reflexion über das geeignete "Pflegesystem", ob völlig kompensatorisch, teilweise kompensatorisch oder unterstützend erzieherisch in die Selbstpflege der PatientInnen eingegriffen wird, zwingt die Pflegepersonen, sich mit ihrer Rolle und darüber hinaus mit der Form des Helfens jeden Tag aufs Neue auseinanderzusetzen. Hilfreich ist Orem's Differenzierung der Selbstpflegefähigkeiten in Einschätzungs-, Beschlussfassungs- und produktive Tätigkeiten, so dass eine gezielte Unterstützung erfolgen kann.

Das Modell der Selbstfürsorge erfüllt insbesondere die Prämisse in der sozialpsychiatrischen Pflege, die Ressourcen der PatientInnen zu fördern und das Trainieren der Alltagsbewältigung in Einzel- und Gruppenangeboten in den Vordergrund zu stellen.

An dieser Stelle wird der Unterschied zur explizit therapeutischen Behandlung deutlich, ohne die therapeutische Wirkung der Pflege in Frage zu stellen. Während sich die Therapie auf das "Besondere", das "Krankhafte" bezieht, unterstützt Pflege das "Allgemeine", das "Gesunde", um die PatientInnen in der Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt zu stärken.

In der Benennung der Aktivitäten sind wir von Ropers Bezeichnungen nur unwesentlich abgewichen. Allerdings haben wir die ATLs noch ergänzt um psychiatrierelevante Aktivitäten, wobei wir uns Abderhaldens Auseinandersetzung mit den Lebensaktivitäten zu Rate gezogen haben.

Roper's Bezeichnungen	Unsere Bezeichnungen
• Atmen	• Atmen
• Essen und Trinken	• Essen und Trinken
• Ausscheiden	• Ausscheiden
• Für eine sichere Umgebung sorgen	• Für Sicherheit sorgen <i>Eine sichere Umgebung erscheint uns zu sehr auf äußere Umstände zu zielen. Mit dem Begriff Sicherheit möchten wir nicht nur die äußere, sondern auch die psychische, emotionale und soziale Sicherheit umfassen.</i>
	• Sich einstellen und zurechtfinden im Leben <i>Mit dieser ATL erfassen wir die Aktivitäten, die Juchli als „Sterben und Sinnfinden“ bezeichnet. Wir wollen mit unserer Bezeichnung die Sinnfindung vom Sterben entkoppeln, da sie schon vor dem Sterben, nämlich im Leben eine wichtige Rolle einnimmt und damit im Zusammenhang mit jeder anderen ATL steht.</i>
• Kommunizieren	• Kommunizieren • Beziehungen eingehen <i>Hiermit soll die komplexe ATL "Kommunizieren" entzerrt und ein wesentlicher Bestandteil herausgelöst und damit zugänglicher werden.</i>
• Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten	• Sich als Mann, Frau, Junge oder Mädchen fühlen und verhalten
• Arbeiten und spielen	• Den Tag gestalten (berufliche Arbeit/ Hausarbeit/ Freizeitgestaltung) <i>Unseres Erachtens gibt es zwischen Arbeiten und Spielen noch eine Menge anderer Beschäftigungen, die für die psychiatrische Pflege eine wichtige Rolle spielt. Deshalb wählen wir eine andere Bezeichnung.</i>
• Sich sauberhalten und kleiden	• Sich pflegen und kleiden
• Sich bewegen	• Sich bewegen und ruhen <i>Beides sehen wir als eine sich ergänzende Einheit einer gemeinsamen Lebensaktivität</i>
• Schlafen	• Schlafen
• Die Körpertemperatur regulieren	• Die Körpertemperatur regulieren
• Sterben	• Sterben

Im Folgenden wird das Modell „Psychiatrie-Pflege-Perspektive“ innerhalb des Prozessmodells dargestellt.

1. **Annahme des Patienten und der Patientin - Orientierung an Pflegeleitbild**
2. **Sammeln von Informationen über die 'Aktivitäten des täglichen Lebens' (Roper et al.) als Grundlage der Pflegeausübung**

2.1. **Ermittlung der Selbstpflege (Orem)**

allgemeine entwicklungsbezogene gesundheitsbedingte

- Wie sind die bisherigen Gewohnheiten u. Bedürfnisse des Patienten und der Patientin? (Roper et al.)
 - im vorbeugenden Verhalten - etwas zu vermeiden
 - im sichernden, das Leben erleichternden Verhalten - etwas zu erhalten
 - im ein Ziel anstrebenden Verhalten - etwas zu erreichen
- Welche Bedeutung haben sie für den Patienten und die Patientin?

2.2 **Ermittlung der Selbstpflegefähigkeiten (Orem)**

Einschätzungs- Beschlussfassungs- produktive Tätigkeiten

- Was kann bzw. darf der Patient/die PatientIn für sich selber tun?
- Über welche Ressourcen verfügt der Patient/die Patientin auch in Hinblick darauf, künftig die Selbstpflege allein bzw. mit Bezugspersonen auszuüben?

2.3 **Ermittlung der Selbstpfledefizite (Orem)**

- Was kann bzw. darf der Patient oder die PatientIn nicht für sich selber tun?
- Welche (auch potentielle) Probleme bzgl. der Selbstpflegefähigkeiten bestehen?

Einschätzungs- Beschlussfassungs- produktive Tätigkeiten

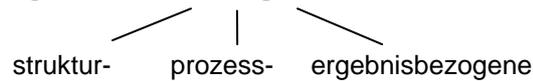
- Besteht Unterstützungsbedarf darin (Peplau),
 - sich selbst zu erkennen und zu akzeptieren?
 - Wünsche realistisch befriedigen zu können?
 - anderen zu vertrauen?
 - Vermögen zur Anteilnahme zu entwickeln?
- Wie ist der Patient/die Patientin bisher mit den Pflegedefiziten umgegangen?

2.4 **Ermittlung der Ursachen, Folgen und Wirkungen der Selbstpfledefizite (Orem/ Peplau)**

- Mangelt es dem Patienten oder der Patientin an Informationen oder genügendem Wissen?
- Mangelt es ihm oder ihr an der Motivation?
- Mangelt es ihm oder ihr an Fähigkeiten?
- Ist er oder sie verhindert aufgrund der individuellen Sozialisation und Vorerfahrungen?
- Bestehen Störungen in der Zielverwirklichung (Frustration, Aggression ...)?
- Verfolgt der Patient oder die Patientin sich widersprechende Ziele (Konflikt)
- Leidet er oder sie an (unausgesprochener) Unbehaglichkeit (Angst, Zweifel, Verstimmung ...)?

Planung der Ziele und Maßnahmen

Orientierung an Pflegeleitbild und Pflegestandards



3. Die Bezugspflegeperson(en) erstellt/erstellen die individuelle Planung in Absprache mit dem multiprofessionellen Team

- 3.1 Der Patient und die PatientIn werden aktiv in die Planung miteinbezogen. Eine fehlende Einbeziehung wird begründet dokumentiert.
- 3.2 Ggf. werden Angehörige, FreundInnen oder andere Bezugspersonen miteingebunden.

4. Entwickeln der Ziele nach Einschätzung

- kurz- und langfristige Zielsetzung
- beobachtbare und bewertbare Zielformulierung
- Zielrichtung: *Zustand* - körperlich > beobachtbarer Befund
> messbarer Befund
Fähigkeiten - körperlich
- kognitiv
- psychosozial

5. Entwickeln der Maßnahmen nach Zielsetzung

- **Festlegung der individuellen Maßnahmen**

Was genau ist zu tun?	Einschätzungs-	} Fähigkeit	> beratend und unterstützend
Wie oft ist es zu tun?	Beschlussfassungs-		> teilweise kompensatorisch
Wann ist es zu tun?	Durchführungs-		> vollständig kompensatorisch
- **Festlegung des individuellen Wochen- bzw. Tagesplans**

Durchführung der Maßnahmen

Orientierung an Pflegeleitbild und Pflegestandards

struktur- prozess- ergebnisbezogene

6. Handlungsmöglichkeiten (berufliche Rollen, s. Peplau, Orem) sind:

- **Annahme und Zuwendung**
- **für den Patienten und die Patientin handeln**
- **mit dem Patienten und der Patientin handeln**
- **den Patienten und die Patientin informieren, beraten und (an)leiten**
 - Reflexion der Einschätzung: sowohl der Selbsteinschätzung des Patienten und der Patientin als auch der Einschätzung durch die Pflegeperson > Behandlung muss verhandelt werden!
- **dem Patienten und der Patientin physische Unterstützung geben**
- **dem Patienten und der Patientin psychosoziale Unterstützung geben**
 - Gespräche führen, zuhören, trösten ...
 - Übernahme der Rolle anderer Personen (Eltern, Geschwister...), um Probleme der Übertragung reflektierend bearbeiten zu können
 - Üben
 - Verantwortung für sich selbst (und andere) zu übernehmen
 - sich selbst zu akzeptieren
 - Wünsche realistisch zu befriedigen
 - anderen zu vertrauen
 - Anteilnahme zu entwickeln
 - Blockaden bearbeiten/Situationen trainieren
 - Störungen in der Zielverwirklichung (Frustration, Aggression ...)
 - sich widersprechende Ziele (Konflikt...)
 - (unausgesprochener) Unbehaglichkeit (Angst, Zweifel, Verstimmung ...)
- **die Umgebung für eine Weiterentwicklung des Patienten und der Patientin optimal gestalten**
 - Sozio- und Milieugestaltung
 - Gruppenangebote, Ressourcen entdecken und aktivieren
- **private Bezugspersonen (Angehörige, Freunde, Freundinnen ...) einbeziehen**

Kontrolle der Ziele

