

Angela Paula Löser

# Pflegeplanung in der Palliativpflege

Sicher und kompetent handeln

schlütersche



Dr. phil. **Angela Paula Löser** ist Diplom-Pädagogin, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachkrankenschwester für Pflege in der Onkologie und in Palliative Care, Interne Auditorin sowie freiberufliche Dozentin.

*»Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.  
Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig.  
Wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden  
sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.«*

CICELY SAUNDERS



### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

ISBN 978-3-89993-327-7 (Print)

ISBN 978-3-8426-8505-5 (PDF)

**© 2014 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,  
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Autorin und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. 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 warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde..

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | [glcons.de](http://glcons.de)  
Titelbild: Brian Jackson – [fotolia.com](http://fotolia.com)  
Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig  
Druck und Bindung: Stürtz GmbH, Würzburg

# INHALT

Vorwort .....	9
<b>1 Palliativmedizin und Palliative Care .....</b>	<b>12</b>
1.1 Begriffsklärungen .....	12
<b>2 Gesetzliche Anforderungen und Vorgaben .....</b>	<b>15</b>
<b>3 Allgemeine Ziele der Palliativversorgung, -pflege und -betreuung ..</b>	<b>19</b>
3.1 Umfassende Ziele .....	19
3.1.1 Fokus Betroffene .....	19
3.1.2 Fokus Angehörige .....	20
3.1.3 Fokus Mitarbeiter .....	20
3.2 Bedeutung der Kernmerkmale von Palliative Care .....	20
3.3 Ziele der Pflege- und Betreuungsplanung .....	23
3.3.1 Betroffene in der Pflege- und Betreuungsplanung .....	23
3.3.2 Angehörige in der Pflege- und Betreuungsplanung .....	24
3.3.3 Einrichtungen/Mitarbeiter in der Pflege- und Betreuungsplanung .....	24
3.4 Zusammenfassung der Ziele .....	26
<b>4 Anforderungen an die Pflegeprozess- und Betreuungsprozess-</b>	
<b>planung .....</b>	<b>27</b>
4.1 Kernmerkmale der Prozessplanung .....	28
4.1.1 Radikale Orientierung am Sterbenden .....	28
4.1.2 Effektives Symptommanagement .....	31
4.1.3 Abbau der Hierarchien .....	32
4.1.4 Netzwerkarbeit und Interdisziplinarität .....	33
4.1.5 Qualitätsentwicklung und Evaluation .....	34
4.1.6 Trauerbegleitung .....	35
4.1.7 Angehörigenarbeit .....	36
<b>5 Teilprozesse im Regulationskreislauf von Pflege und Betreuung ....</b>	<b>37</b>
5.1 Informationssammlung .....	37
5.1.1 Biografie .....	39
5.1.2 Screenings, Assessments und Protokolle .....	41
5.1.3 Patientenverfügung, Vollmachten, andere Verhaltens-	
beschreibungen und gesetzliche Betreuung .....	46
5.2 Ressourcen, Probleme, Risiken .....	48
5.2.1 Einschätzungen .....	48
5.2.2 Ressourcen .....	49

5.2.3	Probleme .....	50
5.2.4	Risiken und Risikoeinschätzung .....	50
5.2.5	Beschreibung von Problemen/Risiken nach dem PESR-Format ...	54
5.3	Konkrete Pflege- und Betreuungsziele .....	56
5.4	Maßnahmen .....	58
5.4.1	Anforderungen an die Beschreibung der Maßnahmen .....	58
5.5	Durchführung der geplanten Handlungen .....	61
5.6	Evaluation .....	62
5.6.1	Evaluation während der Durchführung der Maßnahme .....	63
5.6.2	Evaluation der Prozessplanung .....	64
5.6.3	Zusammenfassende Evaluation .....	67
5.6.4	Fazit zur Evaluation .....	68

**6**

<b>Kurzanleitung Pflege- und Betreuungsplanung .....</b>	<b>71</b>
--	-----------

**7**

<b>Expertenstandards in der Palliative Care .....</b>	<b>79</b>	
7.1	Vorliegende Expertenstandards .....	79
7.1.1	Inhalte der Expertenstandards .....	80
7.2	Themenübergreifende Handlungsschritte der jeweiligen Expertenstandards .....	80
7.3	Spezifische Anforderungen an Expertenstandards .....	84
7.3.1	Gründe, die gegen die Anwendung des kompletten Expertenstandards oder für den Ausschluss bestimmter Handlungsschritte sprechen .....	84
7.4	Spezifische Anforderungen an die Dokumentation .....	86
7.4.1	In der Pflegeprozessplanung .....	87
7.4.2	Im Pflegebericht .....	89
7.4.3	Fazit zur Dokumentation .....	91

**8**

<b>Der Plan für alle Fälle .....</b>	<b>92</b>	
8.1	Ziel des Plans .....	92
8.2	Organisation/Erstellen des Plans .....	92
8.3	Vernetzung mit der Pflegeplanung .....	93

**9**

<b>Die Dokumentation .....</b>	<b>94</b>	
9.1	Teile der Dokumentation .....	94
9.2	Allgemeine Anforderungen der Dokumentation .....	95
9.3	Spezielle Anforderungen der Dokumentation .....	96
9.3.1	Pflegeanamnese/Informationssammlung .....	96
9.3.2	Beschreibungen im Biografieblatt .....	99
9.3.3	Risiko-Assessments .....	100
9.3.4	Leistungsnachweise .....	100

9.3.5	Pflege- und Betreuungsberichte .....	101
9.3.6	Beratungsprotokolle .....	104
9.3.7	Evaluationen .....	106
9.3.8	Kooperationen mit Netzwerkpartnern .....	108

## **10** **Vernetzung der Pflege- und Betreuungsprozessplanung .....** **110**

10.1	Pflegevisite .....	110
10.1.1	Überprüfungsbereiche für die Pflegevisite .....	111
10.1.2	Pflegevisite in der Palliativ-Situation .....	112
10.2	Fallbesprechung .....	116
10.2.1	Nutzung der Pflegeprozessplanung und -dokumentation in der Fallbesprechung .....	117
10.3	Ethische Fallbesprechung .....	118
10.3.1	Nutzung der Pflegeprozessplanung und Dokumentation für die Ethische Fallbesprechung .....	119
10.3.2	Prinzipien zur Durchführung einer Ethischen Fallbesprechung ...	120
10.4	Multiprofessionelle Besprechungen .....	121
10.5	Kollegiale bzw. kooperative Beratung .....	122
10.5.1	Handlungsfelder der kooperativen Beratung .....	123

## **11** **Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Pflege- und Betreuungsplanung .....** **125**

## **12** **Planungs- und Formulierungshilfen .....** **128**

12.1	Typische Probleme und Handlungsfelder in Palliativsituationen ..	128
12.1.1	Medizinische/Körperliche Probleme .....	128
12.1.2	Psychosoziale und spirituelle Probleme und Phänomene .....	145
12.2	Formulierungshilfen zur Beachtung von Lebensqualität und Selbstbestimmung in der Prozessplanung .....	160
12.3	Formulierungshilfen, wenn sinnvolle Maßnahmen unterbleiben oder gesetzte Ziele nicht erreicht werden .....	165
12.4	Formulierungen und Anforderungen für einen Menschen in seinen letzten Lebenstagen und -stunden .....	172
12.5	Pflegeplanung – Fallanalyse Herr Lübers .....	177
12.5.1	Fallbeschreibung .....	177
12.5.2	Pflegeplanung .....	178
12.6	Pflegeplanung – Fallanalyse Frau Klaro .....	185
12.6.1	Fallbeschreibung .....	185
12.6.2	Pflegeplanung für Frau Klaro .....	186

<b>13</b>	<b>Typische und häufig auftretende Probleme sowie Lösungsstrategien</b>	<b>189</b>
13.1	Bereich: Biografie und Informationssammlung .....	189
13.2	Bereich: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuung .....	189
13.3	Übergeordnete Probleme hinsichtlich der Kernmerkmale von Palliative Care .....	190
13.4	Bereich: Ressourcen, Probleme und Risiken .....	192
13.5	Bereich: Pflege- und Betreuungsziele .....	193
13.6	Bereich: Maßnahmenbeschreibung .....	194
13.7	Bereich: Evaluation .....	195
	<b>Literatur .....</b>	<b>197</b>
	<b>Register .....</b>	<b>200</b>

## VORWORT

»Pflegeplanung in der Palliativpflege«. Der Titel dieses Buches mag die folgende Frage aufwerfen: **Was unterscheidet die prozesshaft geplante und dokumentierte Pflege und Betreuung bei einem Menschen in der Palliativsituation von der bei einem anderen hilfebedürftigen Menschen?**

Gerade bei dieser Frage entsteht der Gedanke, dass doch für jeden abhängigen oder hilfebedürftigen Menschen ein Plan zu erstellen ist, der sich auf vorhandene Ressourcen, Probleme und Risiken bezieht und die biografisch geprägten Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen beachtet. Sinnvoll erscheint doch ein Plan, der ausgerichtet ist auf Vorbeugung, Behebung oder Linderung von Beschwerden. Logisch scheint zu sein, dass dieser Plan insbesondere rehabilitative Ziele beachtet. Muss nicht immer der Erhalt von noch vorhandenen Fähigkeiten – der immer mit einer ressourcenorientierten fördernden und auch fordernden Sorge verbunden ist – Merkmal einer professionellen Pflege und Betreuungsplanung sein? Sind nicht immer der Erhalt eines strukturierten Tagesablaufs, die Stützung, Verbesserung oder Erhaltung der Alltagskompetenz Charakteristikum einer jeden Planung?

**Aber:** Im Bereich von Palliative Care verschieben sich die Schwerpunkte der Ziele angesichts der lebensbegrenzenden und vielleicht schon lebensbeendenden Situation des betroffenen Menschen. Seine Lebensqualität, Möglichkeiten sowie Fähigkeiten, selbst über das zu urteilen und zu entscheiden, was als richtig und gut empfunden wird, rücken stark in den Fokus der Betrachtung.

Das Selbstbestimmungsrecht muss nun, angesichts der nur noch begrenzten Lebenszeit eine absolute Beachtung finden. Auch wenn das aufgrund der palliativen Situation die Möglichkeit beinhaltet, sich für die bewusste Akzeptanz eines Risiko zu entscheiden und eine sonst als sinnvoll und notwendig eingeschätzte Maßnahmen abzulehnen. Das eigene Leben soll möglichst bis zum Schluss selbstbestimmt und nach eigenen Kriterien gelebt werden können. Daher muss Folgendes beachtet werden: Der Betroffene bestimmt den Weg!

Die nachfolgenden Merkmale sind in der Palliativsituation stärker als in jeder anderen Lebenssituation zu berücksichtigen:

- die Beachtung des Menschen in seiner absoluten Individualität
- die Bearbeitung einer vorhandenen, lebensbegleitenden Trauer
- das Ziel, einen gelingenden Lebensabschluss zu ermöglichen
- die Annahme der Erkenntnis, dass das eigene Leben zu Ende geht
- die Gestaltung eines Abschieds, der auch den Angehörigen das Weiterleben mit dem Verlust dieses Menschen ermöglicht

Zudem rückt das Wohlbefinden in den Vordergrund. Bereits Cicely Saunders, die Begründerin einer modernen Palliativ- und Hospizbewegung, forderte, dass nicht dem Leben mehr Tage zu geben seien, sondern den Tagen mehr Leben (Saunders, Baines 1991). Den Tagen Leben zu geben, ist gleichzusetzen mit dem Ziel, dem Leben Qualität zu geben: Es gilt zu ermöglichen, dass der Betroffene seine Zeit so gut leben kann wie es eben geht und dieses ungeachtet der verbleibenden Länge seines Lebens. Das Jetzt und Hier zählt und das, was der Betroffene in seiner individuellen Palliativsituation als lebenswert betrachtet.

Hieraus resultiert die Forderung, dass alle Beteiligten, die diesen Menschen begleiten, ungeachtet ihrer eigenen Professionalität akzeptieren, dass der Betroffene der Experte seines Lebens ist: Er kann besser als jeder andere sagen, was ihm gut tut und sein Leben lebenswert macht.

Pflegeplanungen im Bereich von Palliative Care müssen demnach stärker ausgerichtet sein auf:

- typische Probleme der Palliativsituation
- mögliche Maßnahmen der Prophylaxe (unter Beachtung der individuellen Auswirkungen)
- mögliche Maßnahmen der Linderung und Behebung von Symptomen, die die Lebensqualität einschränken

Gleichzeitig müssen sie soviel Offenheit aufweisen, dass die sich schnell ändernden Bedürfnisse und Beschwerden des Betroffenen immer Art und Umfang der Handlung bestimmen. Zudem ist das große Handlungsfeld der spirituellen und psychosozialen Anliegen stärker zu beachten, denn viele Menschen wenden sich angesichts des baldigen Todes verstärkt einer intensiven Auseinandersetzung mit menschlichen Bezügen und ihrem Verhältnis zu ihrer Religion oder ihrem Gott zu. Die so entstehenden Bedürfnisse müssen berücksichtigt und folgend eine sinnvolle Unterstützung angeboten werden.

In diesem Buch soll daher eine Annäherung an die beschriebenen Spezifika des Handlungsfeldes von Palliative Care und an die hieraus resultierenden Anforderungen an die Pflege- und Betreuungsplanung angestrebt werden. Die Leser sollen nach der Lektüre in der Lage sein, eine gute Analyse bestehender Situationen, Bedürfnisse und Entwicklungen durchzuführen. Ferner sollen sie

- die systematisch gemanagte Handlungsplanung,
- die Organisation und Dokumentation der Kommunikation,
- die Interaktion zwischen den einzelnen Akteuren,
- die Bereitstellung von Informationen zur fachlichen wie auch zur persönlichen Reflexion sowie
- die Kernmerkmale der Prozessplanung der Palliativsituation in der schriftlichen Handlungsplanung umsetzen können.

### Anmerkung

In den verschiedenen Handlungsfeldern von Palliative Care werden für die betroffenen Pflegebedürftigen unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet – im Krankenhaus und in der ambulanten palliativen Pflege heißen sie »Patient«, im Hospiz »Gast«, in der stationären Alteneinrichtung »Bewohner«. In dieser Publikation steht der Begriff Betroffener synonym für jegliche Schwerkranken und Sterbenden in allen Versorgungsbereichen von Palliative Care. In den konkreten Planungen im hinteren Teil des Buches wird dieser Begriff zur Vereinfachung häufig mit »B« abgekürzt.

Die Betroffenen der Praxisbeispiele sind frei erfunden und stimmen nicht mit tatsächlichen Personen überein, ihre Namen sind fiktiv.

Ich bin mir durchaus bewusst, dass die im Buch enthaltenen Beschreibungen immer nur einen Ausschnitt der komplexen möglichen Wirklichkeit wiedergeben. Der Mensch ist so individuell und komplex, dass es niemals gelingen kann, ihn vollständig zu sehen. Im vorderen, allgemeinen Teil dieses Buches werden daher eher abstrakte, allgemeine Beispiele genannt, während im hinteren, tabellarischen Teil mit den Formulierungshilfen konkrete Fallbeispiele und Situationen genannt werden. Wichtig: Die Formulierungen sind immer in realen Prozessverläufen zu individualisieren.

Für Anregungen, konstruktive Kritik und beschreibende weitere Hilfestellungen bin ich offen und freue ich mich darüber – denn nichts ist der Praxis der professionellen palliativen Pflege so sehr zu wünschen wie ein offener Diskurs.

Duisburg, Juni 2014

Angela Paula Löser

## 12 PLANUNGS- UND FORMULIERUNGSHILFEN

### 12.1 Typische Probleme und Handlungsfelder in Palliativsituationen

Im Folgenden werden Probleme beschrieben, die in der Palliativsituation auftreten können. Dabei sollte in der konkreten Planung bei einem realen Betroffenen die Problemformulierung immer analog zum PESR-Schema (vgl. Kap. 6, S. 71) erfolgen. Ziele und Maßnahmen müssen immer individualisiert und im Detail betrachtet werden. Dazu werden die W-Fragen benötigt, die hier teilweise in Klammern angeführt sind, um auf die individuell konkrete Planung zu verweisen.

**Anmerkung:** Der Betroffene wird in den nachfolgenden Tabellen zur Vereinfachung weitgehend mit »B« abgekürzt, die Angehörigen mit »A«. Innerhalb der Formulierungshilfen wird nicht auf die allgemeinen Probleme eingegangen, die in der Regel bei pflege- und hilfebedürftigen Menschen vorkommen. Vielmehr sollen hier die typischen Probleme benannt werden, wie sie bei sterbenden Menschen oder bei Betroffenen in der Palliativsituation vorkommen. Aufgrund einer möglichen Vielzahl von Ressourcen werden diese hier nicht genannt.

#### 12.1.1 Medizinische/Körperliche Probleme

**Tabelle 9: Planungs- und Formulierungshilfen – körperlicher Bereich – (B = Betroffener, A = Angehöriger)**

**Hinweis:** für alle hier benannten Probleme gilt: Die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen wird in der konkreten Planung stets als Maßnahme benannt und mitgeplant. Sie sind in dieser und den folgenden Beispielplanungen aus Platzgründen aber nicht explizit aufgeführt.

Problem/Phänomen – Körperlicher Bereich ...	Pflege- und Betreuungsziele	Pflege- und Betreuungsmaßnahmen
<b>Atemnot, Dyspnoe</b> B empfindet nach eigener Aussage Atemnot bzw. zeigt Anzeichen von Atemnot = Dyspnoe (Symptome beschreiben)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• B äußert seine Beschwerden.</li> <li>• B fühlt sich angenommen.</li> </ul>	<p><b>Symptommanagement Atmung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung und Beobachtung x-mal/Tag</li> <li>• Dokumentation, Auswertung, Evaluation</li> <li>• Kommunikation mit dem Arzt und ggf. anderen Mitgliedern des Teams zur gemeinsamen Lösungssuche.</li> </ul> <p><b>Ruhe u. Sicherheit bewahren:</b> Empathisches Eingehen auf Sorgen und Ängste des B</p>

\* Atemnot kann immer als eigenständiges Zeichen aber auch als Symptom einer anderen bedrohlichen Störung auftreten (z.B. bei Schmerzen, bei Angst und Sorgen, bei Unruhe, Halluzinationen).

Problem/Phänomen – Körperlicher Bereich ...	Pflege- und Betreuungsziele	Pflege- und Betreuungsmaßnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• B erhält Angebote, die seine Situation erleichtern – die Atemsituation ist dann nach seiner Aussage verbessert, die Anzeichen der Dyspnoe sind rückläufig.</li> <li>• B atmet ruhiger, gleichmäßiger und tiefer (ggf. Anzahl der Atemzüge angeben).</li> </ul>	<p><b>Durchführung u. Umsetzung angeordneter ärztlicher Maßnahmen:</b> lt. Medikamentenbogen</p> <p><b>Pflegetherapeutische Maßnahmen und Begleitung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geeignete Lagerungen anwenden, z.B. Oberkörperhochlagerung, Stützen der Arme usw.</li> <li>• Schmerzlindernde u. atemstimulierende Einreibungen (Richtung beachten!)</li> <li>• Beruhigende Waschungen oder Einreibungen u. leichte Massagen (Lokalisation angeben)</li> <li>• Evtl. Anwendung von geeigneten ätherischen Ölen wenn der B das toleriert und mag (z.B. Rosenöl/Lavendel als Waschung oder in der Aromalampe (Aroma angeben)</li> <li>• Kooperation mit dem Netzwerk (vgl. Kap. 4.1.4, S. 33)</li> <li>• Information und Integration der A (konkrete Angaben dazu machen)</li> </ul> <p><b>Maßnahmen der Mitarbeiter der Sozialen Betreuung und Seelsorge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. ambulanten Hospizdienst einschalten</li> <li>• Auf Wunsch des B: beruhigende Atemübungen</li> <li>• Entspannungsmusik (angeben welche?)</li> <li>• Beruhigende Handmassagen mit ...</li> <li>• Entlastende Gespräche in denen der B die Frage nach dem Sinn des eigenen Lebens klären kann, die Angst vor dem Sterben/vor dem eigenen Sein nach dem Tod aussprechen kann, sich als Mensch in seiner Situation angenommen fühlt, sich getragen und verstanden fühlt</li> </ul> <p><b>Angehörigenarbeit:</b> Information der A über ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geringe oder fehlende Wirkung von Sauerstoff in der Finalsituation</li> <li>• die Nachteile einer O<sub>2</sub>-Versorgung, diese nur anwenden, wenn der B daran gewöhnt ist oder dies seiner Beruhigung dient*</li> <li>• den Sinn einer intensiven Mundpflege und einer guten Begleitung und Betreuung</li> <li>• die Wirkung ärztl. angeordneter Medikamente, mögliche Maßnahmen</li> <li>• Möglichkeiten der Anleitung und Integration der A in entsprechende Maßnahmen</li> </ul>

\* Eine O<sub>2</sub>-Anwendung bei Sterbenden führt zu einem Problem in der Kommunikation, da die Maske das Sprechen behindert. Eine alternativ angewendete Nasenonde führt zu einer trockenen Nasenschleimhaut und ggf. Niesreiz. Zum anderen hat Sauerstoff nur eine positive Wirkung, wenn ein wirklicher Sauerstoffmangel vorliegt oder der Betroffene daran gewöhnt ist und glaubt, dass ihm diese Maßnahme gut tut. ▶▶