

Bewerbung

der Projektgruppe Lebensrückblick des Gerontopsychiatrischen Zentrums
um den
Pflegepreis 2015 der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflege-
personen in der Psychiatrie
Landesverband Niedersachsen / Bremen
mit dem

Konzept für Lebensrückblickunterstützung und biografieorientierte Pflege psychisch kranker Menschen im Zentrum für Gerontopsychiatrie

Eingereicht am 3.12.2014

PRIVAT-NERVEN-KLINIK DR.MED. KURT FONTHEIM
Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ)
Lindenstrasse 15
38 704 Liebenburg

von:

Martin Fähland

Projektleitung u. Korrespondierender
Tel.: +49 (0)5346 81 2366
Email: faehland@klinik-dr-fontheim.de

Ingrid Odernheimer

Bezugspflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fachtherapeutin für kognitives Training
(Bundesverband Gedächtnistraining e.V.)

Heike Reuter

Bezugspflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fachkraft für Gerontopsychiatrische Pflege

Jana Gnädig

Pflegerische Stationsleitung der geschützten Akutaufnahmestation 4 A
Fachkraft für Gerontopsychiatrische Pflege

Anlagen

- Anschreiben
- Konzept- und Umsetzungsbeschreibung
- Per Biografieerfassungsbogen selbst dokumentierter Lebensrückblick einer depressiven Patientin (anonym. Abschrift des Originaltext)

PRIVAT – NERVEN - KLINIK
DR. MED. KURT FONTHEIM
Zentrum für Gerontopsychiatrie
Projektgruppe LEBENSRÜCKBLICK



AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen

Frau

Nadine Slump

Rockwinkeler Landstrasse 110

28 325 Bremen

Liebenburg, den 3.12.2014

Bewerbung der Projektgruppe LEBENSRÜCKBLICK um den BFLK Pflegepreis 2015

Sehr geehrte Juroren des BFLK Pflegepreises 2015,

folgt man Erik Eriksons Theorie der Psychosozialen Entwicklung stehen wir alle im höheren Lebensalter vor der inneren Aufgabe der Sinn suchenden und Sinn gebenden Lebensrückschau.

Lebenszufriedenheit und Integrität im Alter beruhen mitunter sehr darauf, wichtige Erfahrungen verarbeitet und mit der ganz eigenen, persönlichen Bedeutung in die eigene Lebensgeschichte eingeordnet zu haben. Schlussendlich gilt es, das gelebte Leben – so wie es gewesen ist und so wie wir es subjektiv bewerten - zu akzeptieren.

Psychisch kranken alten Menschen fällt dies aufgrund geringerer psychischer Ressourcen wesentlich schwerer als Gesunden.

Zudem braucht jede gelingende Pflege, die dem Menschen als Individuum gerecht werden will, Wissen um deren Lebensgeschichte und (!) deren subjektive Bewertung zentraler Lebenserfahrungen.

Deshalb entwickelten im Jahr 2012 / 2013 erfahrene Pflegepraktiker der Projektgruppe Lebensrückblick der Privat – Nerven – Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, von der Betroffenen-

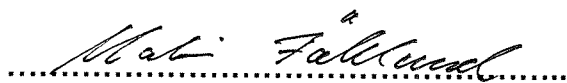
perspektive, als auch von der Seite der Pflegenden ausgehend, für die Patienten der Klinik des Gerontopsychiatrischen Zentrums ein *evidenzbasiertes Konzept zur Lebensrückblickunterstützung und biografieorientierten Pflege*.

Mit diesem Konzept bewerben wir uns als Projektgruppe LEBENSRÜCKBLICK für den BFLK Pflegepreis 2015.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen

i.A der Projektgruppe LEBENSRÜCKBLICK

A handwritten signature in cursive script, reading "Martin Fähland", is written over a horizontal dotted line.

Martin Fähland

Den Lebensrückblick wirksam unterstützen

Pflegerisches Konzept zur Unterstützung von Lebensrückblick und biografieorientierter Pflege des Gerontopsychiatrischen Zentrums (Klinikbereich) der PRIVAT–NERVEN–KLINIK DR.MED.KURT FONTHEIM

Einleitung

Verschiedene Ansätze Lebensrückblick bezogener Therapie und Pflege finden sich in allen settings der psychiatrischen Gesundheitsversorgung. Neben Evidenzbasiertheit ist insbesondere die Praktikabilität in der Patientenzielgruppe und in der pflegepersonellen Breite ein wesentliches konzeptionelles Anforderungskriterium.

Pflegepraktikern stellt sich bisweilen die Frage, wie sich unter den allgemeinen und lokalen Kontextbedingungen der Lebensrückblick demenz- oder depressionsbedingt mnestisch beeinträchtigter Menschen im höheren Lebensalter wirksam unterstützen lässt.

Nachfolgend sind hierzu das pflegerische Vorgehenskonzept und die Erfahrungen in der



klinisch stationären Versorgung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums (Foto / GPZ) dargestellt und reflektiert. Auf einer integrativ belegten, geschützten Akut- aufnahmestation, einer Station für Menschen mit kognitiven Störungen und einer Depressions-therapiestation bietet die Einrichtung Menschen ab dem 65. Lebensjahr eine psychiatrische

Versorgung. In der Mehrheit werden unterschiedlich schwer demente und depressiv erkrankte Menschen der Kriegs- und frühen Nachkriegsgeneration behandelt.

Theoretischer Hintergrund

Ein richtungsweisendes Erstkonzept des Lebensrückblicks geht in das Jahr 1963 auf den Psychiater Dr. Robert Butler zurück. Er beschrieb den Lebensrückblick, als „natürlich vorkommenden, universellen mentalen Prozess, der durch die schrittweise Rückkehr von vergangenen Erfahrungen und Konflikten in das Bewusstsein gekennzeichnet ist“[1].

Erik Erikson führt in seinem Modell der menschlichen Entwicklungsaufgaben das Erreichen von Integrität gleichsam der Akzeptanz des gelebten Lebens als zentrale

Entwicklungsaufgabe im höheren Lebensalter an und verweist dabei auf die Unverzichtbarkeit des Lebensrückblicks [2].

Mit Blick auf gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen weisen Barbara und Barrett Haight *Strukturiertheit* als Qualitätsmerkmal einer Lebensrückblickarbeit aus, da hierdurch „ein systematisches sich Erinnern entgegen dem Erinnern nach dem Zufallprinzip möglich wird“[3]. Zudem sei die Strukturierung gerade für ältere Menschen „der Schlüssel sich geordneter und deutlicher zu erinnern“[4].

Im Ergebnis ihrer aktuellen Metaanalyse zu Reminiszenzeffekte schlussfolgern Pinquart und Forstmeier „Die moderaten Verbesserung der Ich – Integrität unterstützen die Annahme von Butler 1963, dass Reminiszenz eine nützliche Intervention ist, um die Akzeptanz des bisher gelebten Lebens zu erhöhen“[5].

Im GPZ ist die biografieorientierte Pflege durch die sozialpsychiatrischen Grundannahmen der Begegnungsgestaltung [6] und dem Modell der Lebensaufgaben Erik Eriksons [7] geprägt. Die Pflege dementer Menschen orientiert sich am person-zentrierten Ansatz Tom Kitwoods [8] und der integrativen Validation nach Nicole Richard. Die Pflege im GPZ organisiert sich gem. dem Bezugspflegeempfehlungen n. Abderhalden / Needham [9].

Ziele

Klarheit über die *individuelle* biografiebezogenen Pflegezielsetzung ist wesentlich für eine individuell angemessene Begleitung des Patienten. Für die Zielbestimmung ist das nachfolgende Zielfportfolio verfügbar, das durch die Projektgruppe definiert wurde. Die Ziele der pflegerischen Lebensrückblickarbeit differenzieren sich in grundlegende, störungsspezifische und mitarbeiterbezogene Ziele.

Die mitarbeiterbezogene Zielsetzungen dienen Im Gerontopsychiatrischen Zentrum als Gestaltungselement der pflegefachlichen Mitarbeiterführung.

Allgemeine Ziele sind:

- Steigerung des Wohlbefindens
- Aktives Erinnern und Aktivieren von Gedächtnisfunktionen
- gedankliches Ordnen, Bewerten und Dokumentieren von Erlebten (Wissensspeicherfunktion der Dokumentation)
- Förderung der Selbstreflexion
- Stärkung des Selbstwertes und Stolz auf Lebensleistungen
- Vertrauensaufbau in der Pflegebeziehung
- Förderung der Integration von Erfahrungen
- Identifizierung von Ressourcen
- Ich Integrität.

Spezifische Ziele bei dementiell erkrankten Menschen sind:

- längstmöglicher Erhalt von Gedächtnisfunktionen durch Nutzung
- Aufmerksamkeitslenkung auf Stärken und positive Erfahrungen
- längstmöglicher Erhalt des Bezugs zur eigenen Identität
- Schriftliches und bildliches Festhalten biografischer Erfahrungen als Erinnerungshilfe bei fortschreitenden Gedächtnisverlusten.

Spezifische Ziele bei depressiv erkrankten Menschen:

- Stärkung des Kompetenzgefühls für die Bewältigung aktueller Herausforderungen durch Rückschau auf frühere Bewältigungserfolge
- narrative Entlastung von belastenden Erfahrungen
- Überprüfung negativer Generalisierungen
- Unterstützung der Trauerarbeit
- Unterstützung der Anpassung an Verluste, Einschränkungen, infauste Prognosen und Krankheit
- Identifizierung biografischer Bezüge der aktuellen Erkrankung
- Unterstützung der Sinnggebung von Erfahrungen.

Mitarbeiterbezogene Zielsetzungen:

Pflegende

- begleiten den Lebensrückblick und führen biografieorientierte Gespräche
- haben umfassende Kenntnisse der Biografie des Patienten und deren Erfahrungsbewertungen für eine individuell angemessene Pflege
- wissen, in welcher Zeit der demente Patient derzeit mental lebt
- nutzen biografisches Wissen bei der Suche nach Ressourcen
- Suchen mit dem Patienten nach Ansatzpunkten für die Begleitung neuer Sinnfindung
- haben Biografiewissen ihrer Bezugspatienten präsent und abrufbar
- nutzen Biografiewissen bewusst und gezielt in der pflegerischen Praxis
- tauschen sich im Pflorgeteam zur Person des Patienten und dessen biografischen Hintergrund aus

Die pflegerische und ärztlich-psychologische Lebensrückblickarbeit sind aufeinander abgestimmt.

Gestaltung und Herausforderungen der Lebensrückblickbegleitung im GPZ

Vorstationär werden Patienten und Angehörige in Aufnahmevorgesprächen und Informationsflyern über biografieorientierte Pflegeinterventionen informiert und um vorbereitende Mitarbeit gebeten. Dabei sind sie ersucht, Fotos aus persönlich wichtigen Abschnitten des Lebens mitzubringen. Stammdaten, sozialanamnestische Vorinformationen enthalten erste biografische Daten, die während des Aufenthaltes als Ansatzpunkte des begleiteten, strukturierten Lebensrückblicks hilfreich sein können.



Nach der stationären Aufnahme und Aufbau einer Vertrauensbeziehung begleitet die Bezugspflegerin den Lebensrückblick des Patienten in einem ersten Gespräch individuell. Dies erfolgt zumeist ab dem dritten stationären Tag. Das Lebensrückblickgespräch erfolgt im 1:1 setting eines dialogischen Bezugspflegegesprächs (Foto). Konzeptionell ist das Lebensrückblickgespräch ausschließlich der Bezugspflegerin vorbehalten. Gesprächseinleitend werden Wert und Ziele eines strukturierten Lebensrückblicks sowohl für den Patienten, als auch für eine

individuelle psychiatrische Pflege erklärt. Ein papierformer Biografiebogen dient als strukturierender Gesprächs- und Reflexionsleitfaden und zur Dokumentation. Die biografischen Fragen strukturieren sich chronologisch und orientieren sich an den Entwicklungsaufgaben Erik Eriksons. Die angewandte Strukturierung (Abb.1) wird seit zwei Jahren für demente und depressive Menschen verwendet und kombiniert biografische Fragen mit einer Ist-Einschätzung von Selbstbild und weiteren pflegerelevanten Aspekten der aktuellen Lebensgestaltung.

Im Sinne der Dialogorientierung wurde sich bewusst gegen eine gesprächssimultane EDV Dokumentation entschieden.

Erfahrungsgemäß erleben demente Patienten unterstützende Interviewtechniken als hilfreich. Nicht psychotische depressive Patienten ziehen es mitunter vor, sich für ihren Lebensrückblick mehrere Tage Zeit zu nehmen, genau zu reflektieren und im Sinne eines expressiven Schreibens umfassend allein zu reflektieren (s. Bsp. in der Anlage).

Anders als beim Erstellen eines Lebenslaufs für ein Bewerbungsverfahren zielt die reflektierende Auseinandersetzung mit den Fragen des Biografiebogens über das Erfassen biografischer Fakten (Außenseite der Biografie) hinaus. Vielmehr ist das pflegerische Wissen um die subjektive Bewertung individuell bedeutsamer Erfahrungen in der Rückschau des Patienten (Innenseite der Biografie) ist als Ansatzpunkt individuell angemessener Begegnungsgestaltung, z.B eine gelingende Validation mit Tiefenqualität, wesentlich. Im Hauptfokus des ersten Lebensrückblickgesprächs steht das Erfassen der Biografie und bedeutsamer subjektiver Bewertungen von *Schlüsselerfahrungen*, von dessen (wenn möglich Selbst-) Niederschrift der Patient ein Exemplar behält und jederzeit ergänzen kann. Diese handschriftliche Dokumentierung wird in die elektronische Patientenakte hochgeladen und ist über die EDV multiprofessionell und bei Wiederkehr des Patienten schnell verfügbar. Besonders vertrauliche Inhalte sind geschützt.

Abb.1 Strukturierung des Lebensrückblick in Gespräch und Dokumentation (Biografiebogen)

Lebensphase / - bereich	Fragestellung
Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> – Wo haben Sie Ihre Kindheit und Jugend verbracht? – Wie haben Sie diese erlebt?
Schulabschluss	<ul style="list-style-type: none"> – Welchen Schulabschluss haben Sie?
Berufsbiografie	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Ausbildungen haben Sie? – Wie war Ihr beruflicher Werdegang?
Beziehungen - Partnerschaft – Familie	<ul style="list-style-type: none"> – Was möchten Sie uns über Ihren Partner und Ihre Familie mitteilen? – Welche Menschen sind Ihnen besonders wichtig? – Wer hat Sie in der letzten Zeit unterstützt?
Selbstbild - zentrale Werte - Lebenseinstellung	<ul style="list-style-type: none"> – Wie würden Sie sich selbst beschreiben? – Was ist Ihnen grundsätzlich wichtig? – Wie ist Ihre Lebenseinstellung / Lebensmotto?
besondere Erfahrungen Bewältigungsmechanismen	<ul style="list-style-type: none"> – Welche schwierigen Erfahrungen, Krisen und Verluste gab es in Ihrem Leben? – Wie sind Sie damit umgegangen? – Was waren Ihre schönsten Erfahrungen?

Gewohnheiten des täglichen Lebens	– Wie ist heute Ihr Tagesablauf?
Essen & Trinken	– Was für Vorlieben/ Abneigungen haben Sie im Bereich des Essens/Trinkens?
Körperpflege	– Welche Art der Körperpflege bevorzugen Sie?
Tiere	– Haben oder hatten Sie Haustiere?
Sonstiges / Resümee	– Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen? – Wie bewerten sie ihr Leben als Ganzes? – Was für ein Leben hatten sie?

In einem zweiten Gespräch sprechen Patient und Bezugspflegerperson vertieft über die prägnanten persönlichen Bedeutsamkeiten im Lebensrückblick und im Fokus der individuellen Ziele der Biografiearbeit.

Das Pflgeteam wurde von der Projektgruppe zu diesem Konzept und häufig auftretenden Herausforderungen des begleiteten Lebensrückblicks und professionellen Lösungsstrategien geschult (Foto↓).



Herausforderungen und kreative Lösungsstrategien bei dementen Patienten	
Herausforderung	angewandte Lösungsstrategien
Wiederholung Haften und Kreisen um dieselbe Geschichte	<ul style="list-style-type: none"> – akzeptierende Grundhaltung (Patient erinnert sich aufgrund Verlust des Kurzzeitgedächtnis nicht, die Geschichte bereits erzählt zu haben) – Wiederholung positiv sehen, denn sie aktiviert das Langzeitgedächtnis, erhält die Identität und ist Ansatzpunkt für Kommunikation – aktives Zuhören
Frustration aufgrund gespiegelter Gedächtnisdefizite	<ul style="list-style-type: none"> – betont empathisches Verhalten – dem Patient in Bildern erklären, dass er reich an Erfahrungen ist, aktuell jedoch die Erinnerungsschublade klemmt
schnelle Ermüdung	<ul style="list-style-type: none"> – achtsame Beobachtung der Energie und Konzentrationsfähigkeit – mehrere zeitlich kurze Begegnungen je nach Ressourcen des Patienten
Wiedererleben seelischen Schmerzes bei Erinnerung an traumatische Erfahrungen und reduzierter Verdrängungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – dem entlastende Aussprechen und von der Seele reden Zeit und Raum geben – aktiv zuhören und Emotionen validierend spiegeln – auf Wunsch Körperkontakt z.B Hand halten
Erinnerungsmangel aufgrund geringer Restkapazität des autobiografischen Gedächtnisses	<ul style="list-style-type: none"> – historische Geschehnisse der Zeit in der der Patient gelebt hat als kommunikative Ansatzpunkte wählen – fremdanamnestic biografische Informationen als Ansatzpunkte wählen

Herausforderungen und kreative Lösungsstrategien bei depressiven Patienten	
Herausforderung	angewandte Lösungsstrategien
Verbitterung und an dieser Festhalten	<ul style="list-style-type: none"> – positive Erinnerungen gewichten lassen und in den Vordergrund holen – Bewältigungsstrategien bei erfolgreich überwundenen Krisen erfragen – Verbitterung als Symptom der Erkrankung wahrnehmen und spiegeln
geschönte Darstellungen (im starken Widerspruch zu fremdanamnestischen Informationen)	<ul style="list-style-type: none"> – Beziehung intensivieren – Vertrauensbasis verbessern – Reflektierendes Hinterfragen von Unstimmigen
keine Bereitschaft zur Biografiearbeit	<ul style="list-style-type: none"> – akzeptierende Haltung – erfragen, was es momentan schwer macht, auf das eigene Leben zurück zu schauen – gesundheitsförderliche Potential und Wert des Lebensrückblicks erklären – Angebot des begleiteten Lebensrückblick zu späteren Zeitpunkt wiederholen
Schuld- und Schamgefühle	<ul style="list-style-type: none"> – Aktives Zuhören – annehmende Grundhaltung – auf positive Erfahrungen fokussieren



Gruppe geistig fit im Alter

Für die Pflegenden ist biografisches Wissen die Basis individualisierter Pflege in Alltags- und Krisensituationen. Die Lebensrückblickbegleitung ist im GPZ Teil einer Kombination mehrerer, aufeinander abgestimmter Lebensrückblickinterventionen. Zu diesen zählen im weiteren:

- Lebensthemen bezogene Ansätze in der dreimal wöchentlich stattfindenden pflegetherapeutischen Gruppe *geistig fit im Alter*
- gezeichnete Lebenslinien
- nicht abgesandten Briefen depressiver Patienten an sich selbst und anderen
- abendliche Reflexionsrunde
- situativen Validierungen,
- und fotografischen Gestaltungen im Patientenzimmer
- Pflegerische Einzelgespräche zu indiv. Schlüsselerfahrungen, deren Folgen und deren Bewertung des Patienten aus damaliger und heutiger Sicht.

Fazit

Erfahrungsgemäß zeigen sich die an einer Lebensrückblickarbeit beteiligte Patienten mitteilsam, vertrauensvoll und mehrheitlich dankbar für das Interesse an ihrer Person.

Die allgemeinen und spezifischen Ziele des begleiteten Lebensrückblicks sind mit dem dargestellten Vorgehenskonzept erreichbar. Diese Beurteilung fußt auf Rückmeldungen von Patienten und den Wahrnehmungen der anwendenden Pflegenden. Perspektivisch wäre eine wissenschaftliche Evaluierung möglich und interessant, die weitere Optimierungspotentiale aufzeigen könnte.

Hinsichtlich der mitarbeiterbezogenen Zielerreichung ist das Vorbild von Pflegeexperten dahingehend, wie biografieorientierte Individualitätsentsprechung im Alltag gelingen kann und das stete Wachhalten der Achtsamkeit für die Individualität des Patienten entscheidend. Für interessierte Pflegenden kann es persönlich lehrreich und bereichernd sein, neben den äußeren den inneren Entwicklungsweg eines alten Menschen mit seinem Erfahrungsreichtum, Fehlern, Krisen, bewältigten Herausforderungen und schließlich weisen Einsichten kennenzulernen.

Gelingt der Lebensrückblick kann dieser dem Patienten ein Mehr an persönlicher Integrität bringen. Mnestic beeinträchtigte demente und depressive Patienten profitieren dabei von Strukturierung und Begleitung.

Literatur

- 1 Butler, R., The life review: an interpretation of reminiscence in the aged, S.63 ff, Pub Med psychiatry, 1963
- 2 Erikson, E.H, Der vollständige Lebenszyklus, S. 99 ff, Suhrkamp Verlag, Berlin 1988
- 3 Maercker, Forstmeier (Hrsg.), Haight, B.und B, Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung, S.143, Springer Verlag, Heidelberg, 2013
- 4 Maercker, Forstmeier (Hrsg.), Haight, B.und B, Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung, S.143, Springer Verlag, Heidelberg, 2013
- 5 Maercker, Forstmeier (Hrsg.), Pinquart, M., Forstmeier, S., Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung, S.61, Springer Verlag, Heidelberg 2013
- 6 Dörner, K., Plog, U.,Teller, C., Wendt, F., Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, S.41-63. 4.Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002
- 7 Erikson, E.H, Der vollständige Lebenszyklus, S. 99 ff, Suhrkamp Verlag, Berlin 1988
- 8 Kitwood, T., Demenz, Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Huber Verlag , Bern, 2008
- 9 Abderhalden, C., Needham, I., Bezugspflege in der stationären Pflege, Zeitschrift Psychiatrische Pflege Heute, S. 189 – 193, Ausgabe 4-2002, Thieme Verlag, Berlin 2002

Lebensgeschichtlicher Überblick von Ft. U. G.

Kindheit

Wo haben Sie Ihre Kindheit verbracht?

..Hildesheim - 4.-6. J. auf dem Dorf. Nachkriegszeit, dann wieder in Hildesheim

Wie haben Sie diese erlebt?

zufrieden in der Familie. Tante war zusätzlich Bezugsperson, Tod mit 10 Jahren, ab da schulisch faul

Schulabschluss

Welchen Schulabschluss haben Sie?

..Gym. bis zu 8. Klasse, dann abgegangen, schämte sich dafür. Lehre im Geschäft Bsp. Mittlere Reife nachgeholt in Abendschule.

Welche Ausbildungen haben Sie?

..1955 - 1958 / - 1961, 1961 - 1962 im Kunsthandel in Freiburg D.

Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

..Kaufmann Lehre
1 Jahr in Kunsthandel
danach bis 31.12.2013 im Geschäft

..Geschäft 1977 Übernahme (Katholisches Kunsthandwerk)
Geschlossen

Beziehungen / Partnerschaft / Familie

Was möchten Sie uns über Ihren Partner und Ihre Familie mitteilen?

..49 Ehejahre; mit 2 Söhnen und 1 Junge ab 12 Jahre mehr bei uns da Mutter starb. Harmonisch aber Wesenmäßig auch konträr.
Kinder mit 20 u. 25 aus dem Haus
2 Enkelkinder

Welche Menschen sind Ihnen besonders wichtig?

Wer hat Sie in der letzten Zeit unterstützt?

..Meine Familie
Vertraute Freunde
- war noch eigenständig -

Selbstbild / zentrale Werte / Lebens Einstellung

Wie würden Sie sich selbst beschreiben? (Angewohnheiten, Eigenheiten)

Was ist Ihnen grundsätzlich wichtig?

Dem Menschlichen Sehr zugewandt, hilfebereit
 aber wohnt von mir ablenkend.
 Meine Probleme nicht offenbar.

Kunst, Natur, Musik = Lebenselixier

Große Sehnsucht auch allein zu sein.
 Leider. Eigener Maßstab sollte auch für andere
 gelten. Inneres Ablehnen dessen.

Wie ist Ihre Lebens Einstellung / Lebensmotto?

///

Besondere Erfahrungen / Bewältigungsmechanismen

Welche schwierigen Erfahrungen, Krisen und Verluste gab es in Ihrem Leben?

Wie sind Sie damit umgegangen?

Mit 10 Jahren Verlust der Lieblings tante.
 Tante

Ungehebt.
~~Nach~~ Wieder nach Abwesenheit Nach Hause
 kommen müssen, weil im Geschäft gebraucht.

Pflege der alten Eltern neben Beruf. Alles im eigenen
 Hausbereich.

Was waren Ihre schönsten Erfahrungen?

Abendoberschule 1 Jahr in Freiburg.

Geburt des 1 Kindes

Urlaube in unserem Südtiroler Bauernhof. Klettern.

Urlaube an der Nordsee

Fahrradtouren.

In der Natur zu sein

Anthropologischer Ansatz – Gewohnheiten des täglichen Lebens

Wie ist Ihr Tagesablauf?

Aufstehen 7⁰⁰ Uhr, 2x wöchentlich halb 8 ins Reha-
 Zentrum zum Training
 Frühstück, Hausarbeit, Mein Mann kauft ein,
 // ich habe mich immer davor gedrückt.
 Bis Ende 2013 noch im Beruf, mein Geschäft.
 Als Entschuldigung dann nicht mehr im Haushalt
 gearbeitet. Langsam in die Depression.
 Abends lesen, Radio, Schlafen, gegen 23⁰⁰

Was für Vorlieben/ Abneigungen haben Sie im Bereich des Essens/Trinkens?

Vorlieben:

Vollkornprodukte, Kaffee, Wamer, Gemüse, Kartoffeln,
 Apfelkischen

Abneigungen:

Weniger Fleisch, Fertiggerichte, Schweinefleisch

Welche Art der Körperpflege bevorzugen Sie?

(Waschen, Duschen, Baden)

Duschen

Haben oder hatten Sie Haustiere?

/

Sonstiges

Große Abneigung gegen Computer etc.
 Kaum fähig mit Handys umzugehen.

Einbeziehung des Patienten:

 ja nein krankheitsbedingt nicht möglich

Einbeziehung der Angehörigen:

 ja nein

Name der bearbeitenden Pflegekraft:

JR